



۶۸۵
پستچی: روزنامه اطلاعات
دوشنبه ۲۶ آبان ۱۴۰۲ - سال صد و شصت و ششم - شماره ۹۶۰۹۶



می خواهیم زنده بمانیم

از آنها قهرمان نسازید

علت خودکشی هادر «طهران ناصری»

باورهای رایج را کنار بگذارید

چهارراه گفتگو

بحران خاموش

بهناز عسگری

میدان مشق



ارمان زمان فشمی

زندگی در ازای یک لبخند

بعد از گذشت بیش از سی سال، هنوز تصویر آن پیکر پنهان شده زیر چادر خانگی را فراموش نکرده‌ام، فقط بخشی از چکمه‌های بلندش از زیر چادر بیرون مانده بود و یک دست که رد تلاش‌های نافرجام گذشته، روی مچش دیده می‌شد. چشمه خون از زیر چادر جوشیده و در جوی خطوط میان موزاییک‌ها جاری شده بود.

غروب بود و ما از خانه مادر بزرگ به آپارتمان که ۱۵ طبقه بود برمی‌گشتیم. می‌گفتند زن خودش را از طبقه‌های بالا پرت کرده و در دم جان داده است. یک نفر که همان وقت در بالکن خانه‌اش مشغول پهن کردن رخت‌های شسته شده بود، می‌گفت مثل یک کیسه آب به زمین کوبیده شده.

نوجوان بودم. یادم نیست ترسیدم یا حالم بد شد که مادرم انگشتش طلایش را انداخت توی لیوان آب و آب را به خوردم داد. اما در همه روزهای بعد، وقتی مأموران آگاهی برای پیدا کردن شاهده‌ای یا اثری به محله آمدند، وقتی بازار شایعات، داغ و کم‌کم سرد شد، وقتی همه آن زن را که می‌گفتند جوان بوده فراموش کردند، من هنوز به او فکر می‌کردم.

از خودم می‌پرسیدم و هنوز هم می‌پرسم که چه بر او گذشت که مرگ را شیرین‌تر از زندگی تصور کرد؟ صبح آن روز با چه حال و هوایی چکمه‌های سیاه بلندش را پوشید و بلندترین ساختمان منطقه را انتخاب کرد و از پله‌های آن بالا رفت؟ اصلاً از راه‌پله‌رفت یا با آسانسور؟ اصلاً در آن لحظه که مرگ خودخواسته را انتخاب کرده بود، آیا انتخاب‌های دیگری مثل این هم اهمیتی داشتند؟ و آن چند ثانیه آخر... آن لحظات کشدار و کوتاه که در میان آسمان و زمین معلق بود آیا یک لحظه هم پشیمان نشد؟ آیا دلش نخواست به جایی چنگ بزند تا سقوط نکند؟

چند سال پیش در اینترنت به متن یک نامه خودکشی به‌جا مانده از دهه ۱۹۷۰ میلادی برخوردیم که در آن آمده بود: «به سمت پل می‌روم، اگر در مسیر حتی یک نفر به من لبخند بزند نخواهم پرید».

حالا گاهی با خودم فکر می‌کنم ای کاش آن روز، پیش از آن که زن جوان بتواند تصمیم آخرش را عملی کند، در راه‌پله یا آسانسور به او برمی‌خوردم، شاید می‌توانستم با یک لبخند، منصرفش کنم. کاش کسی در مسیر به او لبخند می‌زد. کاش بیشتر حواسمان به همدیگر باشد.

Email: jameettelaat@gmail.com

جامعه ایران سال‌هاست با پدیده‌ای تلخ و رو به رشد به نام خودکشی دست و پنجه نرم می‌کند؛ با این حال هرگز آمار دقیقی از سوی مراجع رسمی در این زمینه منتشر نشده اما شواهد، حکایت از افزایش نگران‌کننده آن دارد. رسانه‌ها و مخصوصاً فضای مجازی پر از چنین خبرهایی است. آخرین نمونه آن، خودسوزی یک جوان در اهواز در پی اقدام مأموران شهرداری برای تخریب دکه پدرش و دیگری، خودکشی «فواد شمس»، یک روزنامه‌نگار ۴۰ ساله بود که به صورت قراردادی در شهرداری کرج فعالیت داشت. با وجود این، کمتر از زوایای کارشناسی و فزاینده به این پدیده هولناک پرداخته شده است؛ این بحران خاموشی که ریشه در تار و پود پیچیده مسائل روانی، اجتماعی و اقتصادی دارد، نه تنها جان انسان‌ها را می‌گیرد، بلکه بنیان خانواده‌ها و آرامش جامعه را نشانه رفته است.

آستانه تحمل جامعه در حال کاهش است

حسینعلی دهقانی‌زاده، مشاور خانواده در گفتگو با اطلاعات می‌گوید: خودکشی صرف نظر از دلایل زمینه‌ای، یک معضل پیچیده روان‌شناختی، اجتماعی و سلامت عمومی است که آثار ویرانگری بر خانواده‌ها و ساختار جامعه بر جای می‌گذارد. در حالی که سازمان بهداشت جهانی بر لزوم سرمایه‌گذاری دولت‌ها در برنامه‌های پیشگیری از این موضوع تأکید دارد، تحلیل‌های روان‌شناختی در ایران نشان می‌دهد که نسبت به این موضوع باید توجه بیشتری داشت.

در حالی که نرخ اقدام به خودکشی زنان، حدود سه برابر مردان است متأسفانه نرخ خودکشی‌های منجر به فوت در مردان بالاتر است. این پدیده که در سطح جهانی نیز مشاهده می‌شود، اغلب به دلیل استفاده مردان از روش‌های پرخطرتر و خشن‌تر است که مجال مداخلات اورژانسی را از بین می‌برد. این تفاوت جنسیتی، ضرورت طراحی پروتکل‌های مداخله‌ای متمایز را برای هر دو گروه سنی و جنسیتی گوشزد می‌کند. وی می‌افزاید: در کنار عوامل روان‌پزشکی کلاسیک مانند افسردگی، اختلال دوقطبی و اختلالات مصرف مواد، عوامل اجتماعی - اقتصادی به عنوان محرک‌های اصلی تصمیم به خودکشی عمل می‌کنند. رکود اقتصادی، بیکاری مزمن، فقر و نابرابری‌های اجتماعی، فشار مضاعفی بر سلامت روان جامعه وارد کرده و آستانه تحمل افراد در معرض خطر را پایین می‌آورد. درک این ریشه‌های ساختاری، لزوم مداخلات فرابخشی و نه صرفاً درمانی را تأیید می‌کند.

دهقانی‌زاده می‌گوید: سازمان بهزیستی به‌عنوان متولی اصلی ارائه خدمات اورژانس اجتماعی، نقشی حیاتی در مدیریت بحران خودکشی ایفا می‌کند. این خدمات در دو سطح فوری و بلندمدت ارائه می‌شوند؛ خط ۱۲۳ اورژانس اجتماعی، سنگر اول مقابله با بحران‌های روان‌اجتماعی است، در سطح پیشگیری، بهزیستی تمرکز خود را بر حوزه آموزش‌های ارتقایی و مهارتی مثل مهارت‌های زندگی قرار داده است. تدوین استراتژی‌های پیشگیری بدون تمرکز بر آسیب‌پذیرترین بخش‌های جامعه، ناکارآمد خواهد بود. آقای دهقانی‌زاده با بیان این موضوع می‌افزاید:

مهم‌ترین گروهی که باید در کانون توجه بهزیستی و سایر نهادهای مرتبط قرار گیرد، شامل افراد دارای سابقه اقدام قلی است که بالاترین ریسک تکرار را دارند و نیازمند پیگیری فعال، خدمات روان‌پزشکی و روان‌درمانی طولانی‌مدت هستند. همچنین افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید به‌ویژه افسردگی مقاوم به درمان، اختلال دوقطبی و سوءمصرف کنندگان مواد، گروه دیگری هستند که همپوشانی بالای مصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی، آن‌ها را به شدت آسیب‌پذیر می‌سازد. نوجوانان و جوانان هم به دلیل بحران‌های هویتی، فشارهای اجتماعی و تحصیلی و الگوبرداری‌های نادرست، نیازمند برنامه‌های حمایتی در محیط‌های آموزشی و مشاوره فردی در دسترس هستند. این مشاور خانواده می‌گوید: در مواجهه با نرخ نگران‌کننده خودکشی در ایران، استراتژی‌های پیشگیری باید جامع، شبکه‌ای و چندلایه باشند. سرمایه‌گذاری در خطوط اورژانسی مانند ۱۲۳، طراحی پروتکل‌های درمانی مبتنی بر شواهد برای گروه‌های پرخطر (به‌ویژه متاهلان و جوانان) و اجرای مستمر برنامه‌های کاهش داغ اجتماعی، ستون‌های اصلی یک برنامه موفق پیشگیری هستند. بحران خاموش خودکشی، نیازمند یک پاسخ عمومی قاطع و یک تعهد پایدار از سوی تمام نهادها و افراد جامعه برای حفظ ارزشمندترین دارایی، یعنی جان انسان‌ها است.

سند ملی پیشگیری از خودکشی

اعظم عربی، رئیس گروه سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی در گفتگو با اطلاعات می‌گوید: در خصوص پیشگیری از خودکشی، اقدامات پیشگیرانه در سه سطح ارائه خدماتی انجام می‌شود.

سطح اول شامل ارتقای سواد سلامت عموم جامعه و ارتقای سطح تاب‌آوری و آموزش مهارت زندگی به منظور این که موارد افکار به خودکشی کاسته شود و سطح دوم شامل ارائه خدمات سلامت روان در قالب پیشگیری، غربالگری اولیه توسط جمعیت تحت پوشش سامانه «سیب» و شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر و ارجاع به پزشک و روان‌شناس در مراکز جامع سلامت جهت مداخلات درمانی و کنترل‌کننده و پیگیری افراد دارای افکار خودکشی یا سابقه اقدام و خانواده بازماندگان فوت ناشی از اقدام به خودکشی است. مداخلات تخصصی سطح سوم شامل خدمات تخصصی سرپایی و بستری است. موارد حاد یا به مراکز سراج (سلامت روانی) سطح استان ارجاع داده می‌شوند تا خدمات تخصصی روان‌شناختی و روان‌پزشکی و دارویی را به‌صورت رایگان و سرپایی دریافت کنند یا از طریق این مراجع به بیمارستان یا مرکز جامع روان‌پزشکی استان برای بستری ارجاع داده می‌شوند و تا زمان بهبود نهایی، تحت پوشش روان‌شناس نزدیک‌ترین مرکز جامع سلامت به منزل خود قرار می‌گیرند.

واکنش معاون اول رییس جمهوری

اخبار تلخ مربوط به مرگ خودخواسته یک روزنامه‌نگار در کرج و خودسوزی یک جوان ۲۰ ساله در اعتراض به اقدام مأموران شهرداری اهواز در تخریب دکه اغذیه‌فروشی پدرش، جامعه را چنان متأثر کرده که شهردار اهواز و چند تن از مسئولان بلندپایه آن استعفا داده یا برکنار شده‌اند. این اخبار چنان تکان‌دهنده بود که معاون اول رییس جمهوری را هم به واکنش واداشت. محمدرضا عارف در دیدار با عده‌ای از استادان روان‌شناسی با تأکید بر این که دولت چهاردهم به نگاه علمی برای حل مسائل کشور باور دارد، گفت: خودسوزی یک جوان یا خودکشی یک روزنامه‌نگار، یک مسأله شخصی نیست، بلکه نشانه بحرانی اجتماعی است که باید ریشه‌های آن را شناسایی و درمان کرد. این حوادث، پیام و سیگنالی جدی برای جامعه و حاکمیت دارد که اگر به آن بی‌توجهی شود، دامنگیر همه خواهد شد. وی افزود: در فرهنگ ما خودکشی عملی قبیح است، اما وقتی جوانی دست به این کار می‌زند، باید پرسید چه شرایطی او را به این نقطه رسانده است؟ ما در حوزه‌های روان‌شناسی و جامعه‌شناسی با چالش‌هایی جدی روبه‌رو هستیم و باید زبان مشترکی میان متخصصان این حوزه‌ها و مسئولان دولتی ایجاد شود. اگر این چالش‌ها حل نشود، به بحران‌های اجتماعی تبدیل خواهند شد. البته توقع دانشگاه‌ها از دولت باید متناسب با امکانات و واقعیت‌های کشور باشد، اما دولت نیز خود را متعهد به بهره‌گیری از نظرهای علمی می‌داند.

دانشگاه‌ها چه می‌کنند؟

سعیده میرحسینی، رییس اداره مشاوره و سلامت روان دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی یزد در گفتگو با اطلاعات در خصوص پیشگیری از خودکشی در دانشگاه می‌گوید: آموزش و آگاه‌سازی به‌صورت برگزاری کارگاه‌ها و نشست‌های آموزشی برای دانشجویان، استادان، کارکنان و والدین در طول ترم درباره علائم هشداردهنده خودکشی، راه‌های حمایت از افراد در بحران و مهارت‌های زندگی مانند تاب‌آوری، کنترل استرس و حل مسأله ارائه می‌شود.

پوشش‌ها و کمپین‌های آگاهی‌رسانی در هفته سلامت روان یا مناسبت‌های خاص، پیام‌های آموزشی و محتوای روان‌افزایی در سطح دانشگاه منتشر می‌کنند. همچنین مشارکت با نهادهای دانشجویی مانند کانون «همتایاران» برای گسترش پیام‌های پیشگیرانه و غربالگری سلامت روان با انجام آزمون‌های روان‌شناختی دوره‌ای در ابتدای هر ترم برای شناسایی زود هنگام دانشجویان در معرض خطر و ارجاع به خدمات تخصصی مشاوره‌ای و درمانی انجام می‌شود.

همچنین در صورت اضطرار، امکان استفاده از خدمات تلفنی و آنلاین در ساعات غیراداری و استفاده از نظر متخصصان مربوطه جهت مداخله فوری در بحران وجود دارد. اگر خطر فوری وجود داشته باشد، مرکز با اورژانس اجتماعی (۱۲۳) تماس گرفته و ضمن اطلاع‌رسانی، درخواست اعزام تیم مداخله در بحران می‌کند. در خصوص پیگیری بعد از بحران هم مددکار اجتماعی و روان‌شناس مرکز، طی جلسات پیگیری، وضعیت فرد را تا بازگشت به ثبات روانی و اجتماعی رصد می‌کنند. مددکار مرکز علاوه بر حمایت هیجانی، عوامل زمینه‌ساز بحران مانند مشکلات اقتصادی، تعارض خانوادگی، شکست عاطفی یا فشار تحصیلی را بررسی و برای حل آن‌ها از منابع حمایتی داخل و بیرون دانشگاه استفاده می‌کند. برنامه‌های حمایتی مداوم شامل تشکیل پرونده روانی، اجتماعی، پیگیری مستمر مددکار اجتماعی و دعوت به جلسات منظم مشاوره است. در صورت ضرورت، مددکار اجتماعی با خانواده تماس گرفته و برای افزایش حمایت خانوادگی و کاهش تنش‌ها اقدام می‌کند.

علت خودکشی‌ها در «طهران ناصری»



زهرا شریفی

نظمیه بیشترین خودکشی‌ها را در برمی‌گیرد و البته در بیشتر موارد منجر به مرگ نشده است: «عیال مشهودی رضای بزاز به واسطه عیال جدیدی که شوهرش گرفته و رشته محبت از او گسسته، مقداری تریاک می‌خورد و حالتش منقلب شده، اهل خانه مضطرب شده طبیب حاضر کرده به زحمات زیاد او را مداوا و معالجه نموده بهبودی حاصل می‌نماید».

البته در مقابل شاهد نتیجه دادن برخی از خودکشی‌ها نیز هستیم، چنان‌که: «عیال آقارضا نام سرباز به علت رابطه نامشروع و غیراخلاقی شوهرش، با خوردن مقداری تریاک اقدام به خودکشی کرده... کسانش هر قدر معالجه و مداوا می‌کنند سودی نکرده هلاک می‌شود».

در این بین اقدام به خودکشی زنی به خاطر جدا کردن دخترش از او گزارش شده است: «شهاب‌الملک [که] صبیغه داشتند چندی است رهایش کرده‌اند. دختر هفت‌ساله‌ای از او دارند که نزد مادرش بوده، میرزا فضل‌الله‌خان، پشتکار معزی‌الیه به ایشان در شمیران اظهار می‌دارد به بعضی ملاحظات شایسته نیست دختر شما نزد ضعیفه باشد. معزی‌الیه هم حکم کرده دختر را از مشارالیه می‌گیرند. ضعیفه به این واسطه مقداری تریاک می‌خورد که خود را هلاک کند. او را معالجه و مداوا نموده، بهبودی حاصل می‌نماید».

خودکشی به دلیل اختلاف با زن بابا

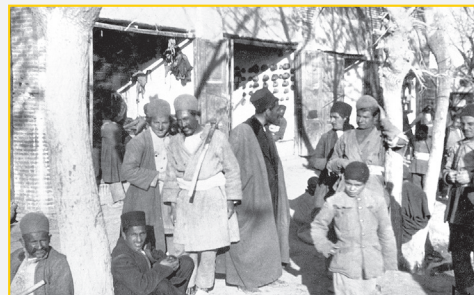
همان‌طور که گفته شد، ۴۶ مورد از ۵۰ مورد خودکشی، مربوط به زنان متأهل و تنها چهار مورد مربوط به دختران مجرد در خانه پدری بوده است. به نقل از همان مقاله: «غالب خودکشی دختران در خانه پدری ناشی از اختلاف با زن بابا بود. وقتی دختران، مادر خود را به دلیل طلاق یا فوت از دست می‌دادند، با پدر و زن جدیدش زندگی می‌کردند. این وضعیت گاه منجر به وقوع خشونت‌های خانگی شدید و حتی کنش‌هایی چون اقدام به خودکشی توسط دختران می‌شد».

در یکی از همان گزارش‌های نظمیه آمده است: «دیشب دختر حاجی‌علی با زن پدرش نزاع‌اشان شده، دختر جزئی تریاک می‌خورد. کسانش مستحضر گردیده، او را معالجه و مداوا نموده، تا اواخر شب بهبودی حاصل نموده، صلح می‌کنند».

مردان نیز به دلایل مختلف از جمله مشکلات مالی به همان روش خوردن تریاک، اقدام به خودکشی کرده‌اند: «امروز صبح، خلیل نام خاک‌کش به خانه‌اش رفته، نزد کس و کارش گریه نموده، شکایت می‌کند که قرض دارم چه بکنم، مخفیانه مقداری تریاک خورده، حالتش منقلب شده، کسانش حکیم آورده مشغول معالجه هستند ولی از مخاطره دور نیست».

در مواردی دیگر، مردانی به دلایلی چون درگیری با پدر زن («میرزا مهدی نام با عباس نام پدر زنش به واسطه عیال خود نزاع کرده مقداری تریاک خورده بد حال می‌شود، کسانش مشغول معالجه و مداوا هستند») یا نزاع با همسر («مشهدی هادی نام که حالت جنون دارد دیشب با زنش نزاع کرده یکی از همسایه‌ها می‌رود آن‌ها را ساکت کند، با او هم نزاع می‌نماید و چاقو کشیده که خود را صدمه بزند، به زحمت او را ساکت نموده کسانش با ضعیفه صلح می‌دهند») و حتی برادر («استاد محمود سلمانی با برادرش نزاع کرده مقداری تریاک خورده بود، کسانش مستحضر شده او را معالجه و مداوا نمودند، بهبودی حاصل کرده است») و پدر («دیروز تقی نام پسر میرزا علی‌اکبر با پدرش نزاع کرده مقداری تریاک به قصد هلاکت خود خورده، کسانش مطلع گشته حکیم آورده به زحمت زیاد او را معالجه و مداوا نموده، بهبودی حاصل نموده است») دست به خودکشی‌های ناموفق زده‌اند.

در این بین مورد جالب، خودکشی منجر به مرگ پسر جوانی است که به خاطر مخالفت مادرش با ازدواج، اقدام به این کار می‌کند: «حبیب‌الله نام پسر میرزا تقی مازندرانی که سن ۲۰ سال داشت از مادر خود زن می‌خواست، مادرش به مسامحه و ظفره می‌گذراند، تا روز گذشته در این خصوص مجدداً باز با مادر گفتگو کرده، چون جواب یاس شنیده بود، سر شب مقداری تریاک خورده، صبح اهل خانه ملتفت شدند که مرده است».



به نقل از مقاله «تفاوت‌های جنسیتی در خودکشی و همسرکشی در عصر قاجار»، یکی از مواردی که به طور مکرر در گزارش‌های نظمیه آمده، خودکشی زنان است که ۵۰ مورد از آن در این بازه زمانی به ثبت رسیده است. در واقع براساس این گزارش‌ها تقریباً هر چهار روز یک زن در تهران اقدام به خودکشی کرده که البته بسیاری از موارد در بین زنان، منجر به مرگ نشده و تنها سه مورد از ۵۰ مورد منجر به مرگ آن‌ها گردیده است.

خودکشی زنان متأهل با تریاک

بیشترین علت خودکشی زنان به ترتیب نزاع با شوهر، نزاع با مادر شوهر، نزاع با برادر شوهر، نزاع با هوو و در نهایت نزاع با زن بابا بوده است. خودکشی زنان از طریق خوردن تریاک انجام می‌شد، زیرا ظاهرادر آن دوران در خانه‌ها این ماده افیونی به وفور وجود داشت. بیش از ۹۰ درصد از اقدام به خودکشی‌ها مربوط به زنان متأهل بود و در خانه شوهر اتفاق می‌افتاد که در گزارش‌های

انسان‌های بسیاری در طول تاریخ به دلایل مختلف به زبان ساده، خود را کشته‌اند، یعنی جان خود را به اختیار خودشان گرفته‌اند. قضاوت درباره چنین اشخاصی، کار راحتی نبوده و نیست که چرا و به چه دلیل این کار را کرده‌اند اما در هر صورت هر کدام به دلایلی مرگ را بر ادامه زندگی ترجیح داده‌اند. از اشخاص معروف و مشهوری که دست به خودکشی زده و بسیاری از مرگ یا اقدام به خودکشی آنان باخبر شده‌اند که بگذریم، دیگرانی ناآشنا و ناشناخته بودند که به علت‌های قابل تأملی، پایان زندگی را زودتر از تقدیرشان برای خود رقم زدند، مردان و زنانی که به سختی می‌توان ردپای آنان را در اسناد و منابع تاریخی یافت، چرا که در دوره زندگی خود جزو مردم معمولی جامعه به حساب می‌آمدند و همین مسأله، مهم‌ترین علت در بی‌توجهی به علت مرگ یا حتی اقدام به خودکشی آنان است. در این میان منبعی ارزشمند از دوران قاجار بر جای مانده است که نه تنها آمار قابل تأملی از خودکشی‌ها در آن دوره زمانی به ما می‌دهد، که علت این خودکشتن‌ها را نیز برای ما معلوم می‌کند.

خودکشی به خاطر حفظ ناموس

بر اساس اسناد و مدارک، قبل از این دوره تاریخی، خودکشی با وجود حرام و حتی جرم بودن آن، باز به دلایل و روش‌های مختلف انجام می‌شد. به نقل از کتاب «تاریخ هیچ‌کس؛ بررسی جایگاه زن ایرانی در عصر افشاریه و زندیه»، خواهر شاه تهماسب دوم صفوی بعد از شنیدن خبر قتل عام برادرش همراه با فرزندان و زنان، خودکشی کرد. او از غم این اتفاق در گوشه‌ای از قصر خود را حلق‌آویز می‌کند: «چون شاهزاده جهان‌بان این حدیث غم و فراق را استماع نموده آه از نهاد آن برآمده... القصه آن گوهر خاندان عصمت از شدت غم فراق برادر ذی‌شوکت، خود را بر گوشه حرمسرا گرفت و طنابی از سایبان که با خود داشت به شاخه درختی افکند و جستن نمود و حلقه آن ریسمان را در حلقوم چون برگ گل خود افکند و ساعتی دست و پای زده و جان را به جان آفرین سپرد».

نمونه‌های قابل تأملی از خودکشی‌های دسته‌جمعی توسط زنان در موقعیت‌های خاص از جمله رویه‌رو شدن با نیروهای دشمنان نیز در تاریخ وجود دارد. به نقل از همان کتاب، زمانی که کریم‌خان زند، یکی از نیروهایش را برای تنبیه جماعتی از ایلات می‌فرستد، «جمعی کثیر از آن طایفه را قتل تیغ بی‌دریغ نموده و برخی را دستگیر و نسوان را اسیر نموده، آن جماعت را متفرق گردانیدند... جمعی از زنان آن طایفه خود را از کوه به زیر انداخته به دیار عدم پیوستند».

سندی از اقدام به خودکشی زنان تهران

منبع ارزشمندی که تحت‌عنوان «گزارش‌های نظمیه از محلات تهران» در دو جلد منتشر شده و در دسترس است، اطلاعاتی را در خود نهفته که می‌توان از طریق آن‌ها به آمار قابل تأملی از خودکشی در آن دوران که فاصله بین سال‌های ۱۲۶۵ ه.ش تا ۱۲۶۷ ه.ش را دربرمی‌گیرد دست یافت. این مجموعه، شامل گزارش‌های منظمی از وقایع و رویدادهای گوناگون افشار مختلف مردم در محلات پنجگانه دارالخلافه تهران در دوره پادشاهی ناصرالدین شاه قاجار است که توسط منشی‌های «نظمیه» به ترتیب روزها به ثبت رسیده است. تهران، آن روزها کمتر از ۱۵۰ هزار نفر جمعیت داشت با پنج محله که هر کدام دربرگیرنده افشار مختلفی از جامعه بود. از ساده‌ترین رخدادهای مهم‌ترین اتفاقات هر محله توسط منشی‌های نظمیه به ثبت می‌رسید؛ از برپایی مراسم عروسی و عزا و مهمانی گرفته تا انجام انواع جرم‌ها و نزاع‌ها و درگیری‌ها و اختلافات خانوادگی که اتفاقاً بخش قابل تأملی از خودکشی‌ها مربوط به نتیجه همین اختلافات بود.



مینا حیدری

اورژانس بیمارستان لقمان بوی عجیبی می‌دهد؛ تر کبیی از الکل و چند بوی نامطبوع دیگر و ته‌مانده مواد شوینده‌ای که انگار هیچ‌وقت کافی نیست. هوا سنگین است. تخت‌ها پُر هستند و هیاهویی در بخش اورژانس جریان دارد. حال همراهان نگفتنی است. می‌خوانند درباره وضعیت بیماران بلدانند. برخی بااشک از دکنتر می‌پرسند به کما رفته، باید چه کنیم؟ نوجوانی را در اولین تخت می‌بینم که دهانش نیمه‌باز مانده و چشم‌هایش بی‌هدف اطراف را می‌کاود اما هنوز اضطراب در حرکات انگشتانش دیده می‌شود. گاهی سرش را بالا می‌گیرد تا چیزی بگوید بعد پشیمان می‌شود و دوباره به پتو زل می‌زند. انگار یکی در ذهن او هنوز در خود می‌جالم‌اش می‌کند. انگار بارها و بارها در خود فرو رفته؛ شبیه کسی که بارها به «پنجا» رسیده و هر بار فکر کرده این آخرین بار است. از او می‌پرسم چه اتفاقی برایش افتاده؟ حتی حس جواب دادن ندارد.

از پرستار می‌پرسم مشکلس چیست؟ می‌گوید پدرش آزارش می‌دهد و او بارها و بارها کتک خورده و این بار دیگر توانش را از دست داده و حالا اینجاست.

خودکشی‌های عاشقانه

دختر و پسر نوجوانی روی تخت‌های کنار هم دراز کشیده‌اند و گویا حالشان چندان بد نیست. در آن لحظه آرام‌اند اما آرامشان آدم را می‌ترساند؛ آرامشی که بعد از گریه زیاد یا بعد از تصمیمی سنگین می‌آید. نگاهشان گاهی به هم می‌افتد اما نه عاشقانه و نه حتی امیدوار، بیشتر چیزی شبیه به شراکت در خطایی که نمی‌دانند چطور می‌شود توضیحش داد. دختر هر از گاهی با یک نفس عمیق، انگشتش را روی لبه تخت می‌کشد؛ می‌خواهد مطمئن شود هنوز همین‌جاست، هنوز زنده‌است، هنوز می‌تواند چیزی را لمس کند. در ذهنم دسته‌بندی‌های مختلفی انجام می‌دهم و این دودر دسته‌بندی خودکشی‌های عاشقانه قرار می‌گیرند.

پدر دختر همان‌جا ایستاده، خشمگین به نظر می‌رسد. چشم‌هایش روی صورت دخترش ثابت مانده. نزدیک نمی‌شود، از دور تهدید می‌کند: «گه پات به خونه نره». حتی من هم می‌ترسم. اصرار دارد دخترش را مرخص کنند. می‌گوید فقط چند استامینوفن خورده و حالش خوب است و قصد دارد هر چه زودتر از بیمارستان برود. در همین حین که او سرگرم اصرار کردن است تا دخترش را مرخص کند، یکی از پرستارها با دختر صحبت می‌کند، می‌بادا در خانه خطری تهدیدش کند. دکنتر با قاطعیت می‌گوید تا جواب آزمایش‌ش نیاید اجازه ترخیص نمی‌دهد. قاطعیتش در آن شلوغی قابل توجه است. قلبش برای کسی که به آخر خط رسیده می‌تپد.

استیصال پس از سوگ

آمبولانس اورژانس از راه می‌رسد. زنی روی تخت بی‌هوش است، گویا به کما رفته. پدرش در کنار تخت او با استرس راه می‌رود. لباس سیاه پوشیده و مستأصل است. می‌گوید هنوز چهل‌م برادرش نشده و امروز او روی این تخت افتاده. برادرش ماه قبل خودکشی کرده و او غم از دست داشتن را تاب نیاورده و امروز خودش روی همین تخت بین مرگ و زندگی ملق است. وقتی این داستان را می‌گوید، گویا تازه یاد مصیبتش می‌افتد. روی زمین می‌نشیند و گویی با خود می‌گوید می‌بادا دختر جوانش نیز در همین بیمارستان از دست برود اما متأسفانه شرایطش وخیم است.

داستان‌هایی که بر جان نمی‌نشینند

زن جوان با چهره‌ای خسته و چشمان سرخ، حالا ساکت‌تر از قبل است. چند لحظه قبل مثل ابر بهار اشک می‌ریخت. کیفش روی زمین افتاده و وسایش بیرون ریخته. جعشمان می‌کنم و در کیف می‌ریزم و روی تختش می‌گذارم. مرا که می‌بیند دوباره اشکش سرازیر می‌شود و می‌گوید این چندمین بار است که خودکشی کرده، چون دیگر تاب روزگارش را ندارد. ذهن اوست، همچنان بدون بررسی منتشر شده‌اند و فقط اخیرا به شیوه معناداری در رسانه‌های جریان اصلی به پرسش کشیده شده‌اند. می‌گوید اما این داستان‌ها بر جان آدم نمی‌نشینند. یک شب در اورژانس بیمارستان لقمان واقعا وحشتناک است.

در میان همه این آدم‌ها، اورژانس شبیه شهری کوچک است؛ شهری بدون پنجره بدون شب و روز، که زمان در آن طوری حرکت می‌کند

که آدم‌ها نمی‌فهمند ساعت چند است. صدای بوق دستگاه‌ها، همهمه همراهان و گام‌های تند پرسنل مثل یک ریتم ثابت تکرار می‌شود. تلخی واقعی اینجا نه از صحنه‌هاست، نه از اشک‌ها یا تهدیدها. تلخی از این است که هر کدام از این آدم‌ها به لحظه‌ای رسیده‌اند که گزینه دیگری برایشان باقی نمانده، آن قدر که در نهایت آن‌ها را به این نتیجه رسانده که از جانشان مایه بگذارند؛ به یک توقف اجباری، نه اختیاری. شاید تلخ‌ترین بخش اینجااست که هیچ‌کس نمی‌داند کدام یک از این بیماران راهی خانه می‌شوند و کدام راهی دیار دیگر.

لطف بر حسب نر نید

به یاد فراخوان «باشگاه روزنامه‌نگاران ایران» با عنوان «فراخوانی برای گفتگو، همدلی و راحل» می‌افتم که در آن آمده بود: «این روزها خبرهای تلخی از دوستان و همکاران و رفقا به گوش می‌رسد. هنوز داغدار دوستی هستیم که زندگی‌اش چند روز پیش به پایان رسید. اخبار ناگوار دیگری نیز از همکارانی به گوش می‌رسد که با غول افسردگی و ناامیدی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. متأسفانه دوستانمان و اهالی این حرفه در سال‌های اخیر به دلایل مختلف اقتصادی زیر بار سنگین بیکاری، بی‌عدالتی و چشم‌انداز مبهم آینده، در سکوت و تنهایی، رنج کشیده‌اند، خسته و بی‌انگیزه و گاه به ادامه زندگی بی‌میل هستند. ما نمی‌توانیم و نباید چشم بر این واقعیت ببندیم. بیایید با هم ببندشیم؛ چه می‌توان کرد؟ چه باید کرد؟ شاید این صداهای جمعی بتواند راهی بگشاید…»

در پی این فراخوان، پیام‌های گوناگونی از روزنامه‌نگاران منتشر شد و کسانی که تجربه خودکشی داشتند تجارب خود را با دیگران به اشتراک می‌گذاشتند. بسیاری از آن‌ها به مرگ «شیده لالمی»، روزنامه‌نگار و پژوهشگری که در ۲۷ دی ماه سال ۱۳۹۹ خودکشی کرده بود اشاره کردند. مادر شیده به تمامی پاسخ‌ها واکنش نشان داد. برای همدلی با او تماس گرفتم. گفت: «دخترم ترسو بود، جسارت زندگی نداشت!»؛ نظری که گویا در بسیاری موارد توسط افرادی که تجربه خودکشی عزیزانشان را دارند بیان می‌شود. نمی‌توان گفت کسی که خودکشی می‌کند «ترسو» است. خودکشی، نتیجه فشارهای روانی شدید، افسردگی، انزوای عاطفی یا بحران‌های حل‌نشده است، نه ضعف شخصیت. افراد در این شرایط قادر به ارزیابی درست آینده یا پیامدهای تصمیم خود نیستند و تصمیمشان اغلب واکنشی به درد و درماندگی است، نه نشانه شجاعت یا ترس. استفاده از پرچسب‌ها نه‌تنها مفید نیست، بلکه فقط درد می‌گیرد تا جواب آزمایش‌ش نیاید اجازه ترخیص نمی‌دهد. قاطعیتش در آن شلوغی قابل توجه است. قلبش برای کسی که به آخر خط رسیده می‌تپد.

ارقام پنهان

سال‌هاست که آماری از میزان خودکشی در رسانه‌ها منتشر نمی‌شود و آمارها در این زمینه مانند بسیاری آمار دیگر محرمانه است؛ شاید چون هنوز تصور می‌شود که پرداختن به این موضوع سبب ترویج و اشاعه آن خواهد شد.

روزی او کافر، متخصص بین‌المللی پیشگیری از خودکشی در کتاب «در اوج تاریکی» (ترجمه مصلیح میرزایی، مینو میری و محسن رضائیان) می‌نویسد: «بیشتر سال به جز سرخط اخبار مهیج رسانه‌ای، نته‌ها در رسانه‌ها به‌ندرت درباره خودکشی صحبت می‌شد، بلکه به ندرت در خانواده‌ها و در بطن اجتماعات در موردش حرف می‌زدند و هنگامی که مورد توجه قرار می‌گرفت، محتانانه در موردش صحبت می‌کردند.

شاید بتوان این‌گونه استدلال کرد که فقدان معنادار گفت‌مان عمومی یا خصوصی در ترویج انگ و تقویت باورهای غلط دیگر در مورد خودکشی نقش داشته است. در واقع به نظرم باورهای غلط مانند این که «پرسیدن از کسی در مورد خودکشی، پروراندن این ایده در ذهن اوست»، همچنان بدون بررسی منتشر شده‌اند و فقط اخیرا به شیوه معناداری در رسانه‌های جریان اصلی به پرسش کشیده شده‌اند. می‌گوید اما این داستان‌ها بر جان آدم نمی‌نشینند. یک شب در اورژانس بیمارستان لقمان واقعا وحشتناک است.

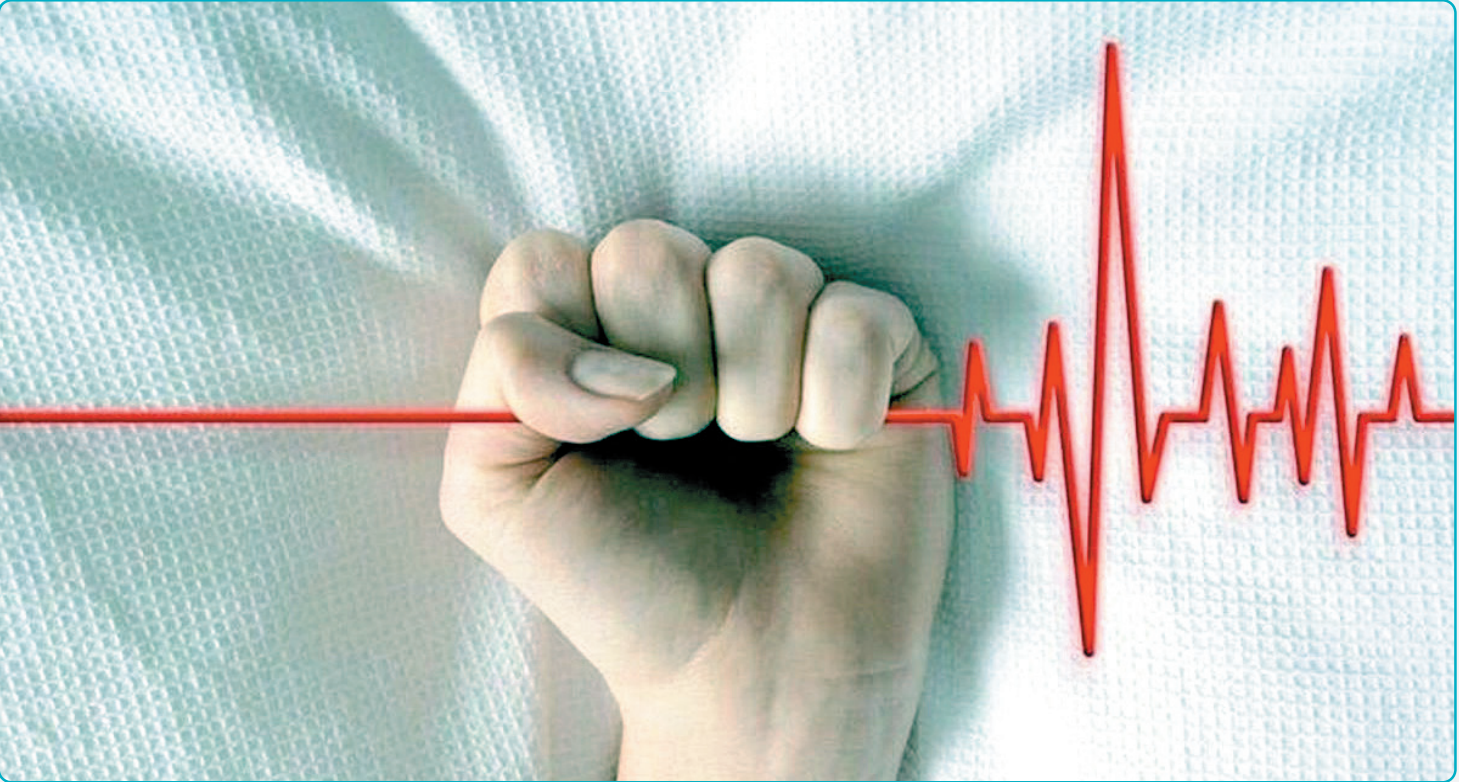
در میان همه این آدم‌ها، اورژانس شبیه شهری کوچک است؛ شهری بدون پنجره بدون شب و روز، که زمان در آن طوری حرکت می‌کند



دوشنبه ۲۶ آبان ۱۴۰۴ - سال صدم - شماره ۹۶۰۳۹

چرا افراد اقدام به خودکشی می‌کنند؟

می‌خواهم زنده نمانم



هرچه سریع‌تر برای کاهش عوامل زمینه‌ساز آن اقدام کرد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی در ایران در سال ۱۹۸۰ برابر با شش دهم در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده اما طبق آمار رسمی سال ۱۴۰۳، این رقم به ۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده است؛ این یعنی افزایشی نزدیک به ۱۵ برابر، آن هم در حالی که جمعیت کشور در این دوره حداکثر دو برابر شده است. این روند بسیار نگران‌کننده است، هرچند هنوز با متوسط جهانی که حدود ۱۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر است فاصله داریم.

آنچه بیش از همه باید موجب نگرانی جامعه شود، نقش عوامل اجتماعی در میل به خودکشی است. فدائی توضیح می‌دهد: زمانی که جامعه دچار بی‌نظمی و تغییر ناگهانی ارزش‌ها می‌شود، نرخ خودکشی افزایش می‌یابد.

شرایطی مانند رشد جرم و جنایت، افزایش اعتیاد، گسترش فقر، کاهش ازدواج و بالا رفتن آمار طلاق، وضعیتی ایجاد می‌کند که در جامعه‌شناسی به آن «انومی» یا بی‌سامانی اجتماعی گفته می‌شود. این وضعیت با افزایش چشمگیر خودکشی همراه است. نمونه بارز آن فروپاشی اتحاد شوروی بود؛ جایی که پس از فروپاشی، میزان مرگ‌ناشی از خودکشی در روسیه تقریباً دو برابر سال پیش از آن شد.

روان‌پزشکان می‌توانند با تشخیص و درمان بیماری‌هایی که خطر خودکشی را بالا می‌برند نقش مهمی در پیشگیری ایفا کنند؛ کاری که مستلزم ایجاد شبکه‌های گسترده خدمات بهداشت روان است. جامعه‌شناسان نیز باید سیاست‌گذاران را نسبت به اهمیت مسائل اجتماعی در بروز اختلالات روان و افزایش خودکشی آگاه کنند. البته نمی‌توان نقش عوامل فردی و روان‌شناختی را نادیده گرفت. برخی افراد در مواجهه با شرایط دشوار یا فشارهای شدید روانی، بیش از دیگران آسیب‌پذیرند و ممکن است به سمت رفتارهای پرخطر سوق پیدا کنند.

خودکشی‌های پیدا و پنهان

خودکشی، همان‌طور که دکنتر فیدائی توضیح می‌دهد، رفتاری پیچیده است که طیفی وسیع را در بر می‌گیرد. در یک انتهای این طیف، شدیدترین حالت یعنی خودکشی منجر به مرگ قرار دارد و در سوی دیگر، تنها فکر کردن گاه‌به‌گاه به خودکشی دیده می‌شود. میان این دو نقطه، مواردی هستند که در آن فرد اقدام به خودکشی می‌کند اما قصدار بین بردن وقتی فردی با وجود زندگی سخت و شرافتمندانه، نمی‌تواند شکم

خود یا خانواده‌اش را سیر کند اما فرد دیگری با اختلاس به ثروتی یک‌شبه می‌رسد احساس بی‌عدالتی و ناامیدی نسبت به آینده می‌تواند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی باشد. در بررسی مسأله خودکشی باید همه عوامل را در نظر گرفت؛ از عوامل زیستی و روانی گرفته تا عوامل اجتماعی و محیطی. مثلاً از نظر زیستی، بیشترین میزان خودکشی در فصل بهار رخ می‌دهد. این موضوع برخلاف باور عمومی است که فصل پاییز را همراه با اندوه و غم می‌دانند اما واقعیت این است که آمار خودکشی در بهار بالاتر است.

جنسیت نیز در مسأله خودکشی مؤثر است. زنان، هشت‌برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند اما این اقدام‌ها غالباً به‌معنی تمایل واقعی به مرگ نیست. ممکن است خانمی برای گرفتن امتیاز از همسرش یا مردی برای تحت فشار قرار دادن زنی به‌منظور ازدواج، دست به اقدام نمایشی بزند یا دانش‌آموزی که در امتحان مردود شده، برای گریز از سرزنش احتمالی والدین، اقدام به خودکشی کند اما قصد واقعی‌اش پایان دادن به زندگی نیست. میزان خودکشی منجر به مرگ در مردان، سه‌برابر زنان است؛ یعنی اگرچه خانم‌ها هشت‌برابر بیشتر اقدام می‌کنند، اما آقایان سه‌برابر بیشتر جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند. دکنتر فیدائی با اشاره به روندهای بین‌المللی خودکشی می‌گوید: در چند دهه گذشته در برخی کشورهای آسیای جنوب‌شرقی مانند ژاپن و کره، زنانی که وارد رقابت‌های سنگین تحصیلی و شغلی با مردان شده‌اند، از نظر میزان خودکشی به مردان نزدیک شده‌اند. به بیان دیگر، سبک زندگی مردانه در این کشورها به افزایش خودکشی منجر به مرگ در میان زنان انجامیده است.

به گفته این روان‌پزشک، به‌طور کلی میزان خودکشی در جهان رو به کاهش است اما در ایران روند افزایشی دارد. این تفاوت، کاملاً متناقض با الگوی جهانی است. افزایش استفاده از داروهای ضدافسردگی و وجود درمان‌های مؤثر برای اختلالات روانی باعث شده است میزان خودکشی در سطح جهان پایین بیاید. بنابراین بسیار مهم است که نشانه‌های افسردگی و عوامل خطر، توسط اطرافیان جدی گرفته شود.

یک هشدار جدی به اطرافیان

از هر ذه نفری که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، هشت نفر بیشتر به نحوی تمایل خود را برای مرگ ابراز کرده‌اند. همان‌طور که در برخی موارد اخیر در کشور نیز دیدیم، بسیاری از افراد پیش از اقدام، به نوعی خبر داده بودند اما اطرافیان با متوجه نشدنن یا اقدامی نکردند. او به برخی نشانه‌های معمول اشاره می‌کند: اگر کسی مرتب به‌دنبال تنظیم وصیت‌نامه است، ناگهان از کارش استعفا می‌دهد، با یک بحران بزرگ در زندگی‌اش روبه‌روست، یا قرار است جراحی دشواری داشته باشد و هم‌زمان احساس ناامیدی شدید می‌کند، باید بدانیم که این‌فرد در معرض خطر خودکشی قرار دارد. همه این موارد نشان می‌دهد که مسأله خودکشی، چه‌تظاهر به خودکشی باشد، چه خودکشی منجر به مرگ، باید جدی گرفته شود. حتی اقدام‌های نمایشی نیز می‌تواند به‌دلیل یک خطای محاسباتی یا تأخیر در رسیدن کمک، به مرگ منجر شود. مثلاً دانش‌آموزی که نمره‌های کمی گرفته، ممکن است مقداری قرص تهیه کند تا به‌ظاهر اقدام به خودکشی کند اما قصد واقعی‌اش مرگ نیست. او برنامه‌ریزی می‌کند که زمانی قرص‌ها را مصرف کند که پدر و مادرش در خانه باشند و تصورش این است که والدین سدابش می‌کنند، پاسخی نمی‌شنوند و زود متوجه‌می‌شوند اما اگر همان روز، پدر و مادر دو ساعت دیرتر به خانه برسند، این دانش‌آموز ممکن است بر اثر مسمومیت جان خود را از دست بدهد.

دکنتر فدائی در پاسخ به این پرسش که چگونه می‌توان به خانواده‌هایی که داغ خودکشی دیده‌اند کمک کرد، می‌گوید: چنین خانواده‌هایی باید حتماً مورد مصاحبه و ارزیابی روان‌پزشکی قرار بگیرند. باید اختلالات اعصاب و روان در آن‌ها بررسی شود. حمایت اجتماعی لازم در اختیارشان قرار گیرد و به خوشی‌اندن و دوتسان توصیه شود که فرد داغدار را تنها نگذارند. این فرد باید بتواند درباره متوفی سخن بگوید و احساساتش را بیان کند. پنهان کردن موارد خودکشی باعث می‌شود جامعه از توجه به یک مسأله مهم محروم بماند. اگر ما درباره خودکشی صحبت نکنیم، افراد در معرض خطر از دسترسی به اطلاعات و کمک محروم می‌شوند.



هشدار:

خواندن این گزارش برای کودکان مناسب نیست

استوره‌سازی از خودکشی هم اشتباه است. خودکشی دلیل بر شجاعت نیست؛ نشان‌دهنده فرسودگی فرد و نرسیدن او به حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی لازم است. او تأکید می‌کند: مسأله خودکشی، یکبار دیگر ضرورت توجه به بهداشت روان را برای همه روشن می‌کند. باید جامعه را درباره عوامل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی خودکشی آگاه کرد و دولت‌مدان را متوجه نقش مهم و مستقیم مسائل اجتماعی در افزایش خودکشی ساخت. روحیه جمعی باید امیدوار و شاد باشد. اگر اعضای جامعه احساس ناامیدی کنند، طبیعی است که با افزایش آمار خودکشی روبه‌رو خواهیم شد.

ایمان به آفریننده هستی

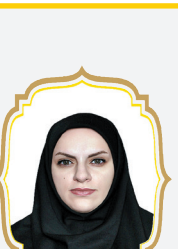
یکی دیگر از عوامل کاهش خودکشی، ایمان به‌خدای هستی‌وانسان است. در همه ادیان ابراهیمی خودکشی مجرم قتل نفس و دیگر کشتی به شمار آمده است. کسی که باور به آفریننده انسان و هستی و سرای جلودان دارد به راحتی در برابر مقدرات تسلیم نمی‌شود زیرا برای رنجی که در راه زندگی می‌کشد خداوند به‌او پاداش در دنیا و آخرت و سرای جلودان می‌دهد. در چند پیمایش درباره نرخ جرم و ناهنجاری‌های اجتماعی در کشور آمده است که شهرهایی که ایمان دینی آنها بالا بوده، جرم و خودکشی کمتر بوده است. به گونه‌ای که امروز دانشوران علوم معنوی، ایمان درمانی را به عنوان روشی موفق برای کاهش آسیب‌های خطر‌ساز روح و روان مطرح کرده‌اند.

تصور غلط رایج

دکنتر یوسف بردران، متخصص طب اورژانس و فلویشپ‌سیم‌شناسی بالینی می‌گوید: مراجعه به بخش مسمومیت، محدود به یک نوع بیمار نیست. برخی مسمومیت‌ها عمدی و مرتبط با اقدام به خودکشی‌اند، برخی اتفاقی و ناشی از مصرف اشتباه دارو و برخی نیز به‌دلیل تماس شغلی با مواد آسیب‌زا رخ می‌دهند. نوع برخورد با هر مسمومیت، بسته به ماده مصرف‌شده متفاوت است. ممکن است شستشوی مدهه، تجویز داروی «ژغال فعال»، استفاده از پادزهر اختصاصی یا بستری در بخش مراقبت‌های ویژه لازم باشد. هیچ الگوی ثابت و ساده‌ای در این زمینه وجود ندارد.

به گفته دکنتر بردران، نمی‌توان گفت این نوع مسمومیت‌ها فقط در یک گروه‌سنی یا اقتصادی رخ می‌دهد؛ از افرادی خنمان و بسیار آسیب‌پذیر تا افسار‌مرغه و از نوجوان تا سالمند، همه در معرض خطر هستند.

او می‌گوید: در بخش ما رایج‌ترین موارد مسمومیت، مصرف بیش از حد دارو یا مواد است. گاهی آوردن مواد ظاهراً غیرمعدی گزارش می‌شود اما ماهیت آن در چارچوب رفتارهای پرخطر یا خودکشی قرار می‌گیرد. گاهی فرد تصور می‌کند اما مصرف مقدار کمی دارو می‌تواند خودکشی نمایشی کند یا از فشار روحی بگریزد اما همین مقدار کمی اگر با تأخیر در مراجعه همراه شود یا ماده خطرناک باشد، می‌تواند به مسمومیت شدید یا حتی مرگ منجر شود. مردم فکر می‌کنند درمان مسمومیت فقط شستشوی مدهه است؛ درحالی‌که در بسیاری از مسمومیت‌ها اصلاً شستشو انجام نمی‌شود. مهم‌ترین کار، پایدارسازی علائم حیاتی، تجویز پادزهر اختصاصی و در صورت لزوم انجام دیالیز است. بررسی نیت بیمار و این که مصرف دارو عمدی بوده یا تصادفی، بخشی از روند تشخیصی است. برخی موارد با آزمایش و معاینه مشخص می‌شوند و برخی نیاز به تحت نظر بودن دارند. دکنتر بردران با بیان این که خریدار دارو و دودرمانی، معضل بزرگی است می‌گوید: برخی داروها بدون نسخه در عطاری‌ها یا منابع غیرقانونی فروخته می‌شود و همین موضوع باعث افزایش مسمومیت‌ها شده است. تقریباً همه مواد مخدر و محرک را تولید مسمومیت شدید ایجاد می‌کنند و خطر مرگ را بالا می‌برند. هرچه مراجعه زودتر انجام شود، احتمال نجات بیشتر است. تأخیر در مراجعه باعث افزایش مرگ‌ومیر و ایجاد عوارض طولانی‌مدت می‌شود. برخی بیماران بعد از نجات، احساس پشیمانی دارند و می‌گویند دیگر این رفتار را تکرار نمی‌کنند اما گروهی دیگر همچنان نیازمند مراقبت‌ها و روان‌پزشکی هستند. به همین دلیل ارجاع تمام بیماران مسمومیت عمدی به روان‌پزشک ضروری است. دکنتر بردران در پایان می‌گوید: کار در بخش مسمومیت بسیار دشوار است. حجم کار زیاد، شرایط سخت اقتصادی و مواجهه مداوم با بیماران در وضعیت بحرانی، فشار زیادی بر کادر درمان وارد می‌کند. با این حال تلاش ما همواره نجات جان بیماران و بازگرداندن امید به زندگی است.



مینا حیدری

اورژانس بیمارستان لقمان یوی عجیبی می‌دهد: تر کبیی از الکل و چند یوی نامطبوع دیگر و تهمانده مواد شوینده‌ای که انگار هیچ‌وقت کافی نیست، هوا سنگین است. تخت‌ها پُر هستند و هیاهویی در بخش اورژانس جریان دارد. حال همراهان نگفتنی است. می‌خوانند درباره وضعیت بیماران بلدانند. برخی با اشک از د کتر می‌پرسند به کما رفته، باید چه کنیم؟ نوجوانی را در اولین تخت می‌بینم که دهانش نیمه‌یاز مانده و چشم‌هایش بی‌هدف اطراف را می‌کاود اما هنوز اضطراب در حرکات انگشتانش دیده می‌شود. گاهی سرش را بالا می‌گیرد تا چیزی بگوید بعد پشیمان می‌شود و دوباره به پتو زل می‌زند. انگار یکی در ذهن او هنوز در خود می‌جالم‌اش می‌کند. انگار بارها و بارها در خود فرو رفته؛ شبیه کسی که بارها به «پنجا» رسیده و هر بار فکر کرده این آخرین بار است. از او می‌پرسم چه اتفاقی برایش افتاده؟ حتی حس جواب دادن ندارد.

از پرستار می‌پرسم مشکل چیست؟ می‌گوید پدرش آزارش

می‌دهد و او بارها و بارها کتک خورده و این بار دیگر توانش را از دست داده و حالا اینجاست.

خودکشی‌های عاشقانه

دختر و پسر نوجوانی روی تخت‌های کنار هم دراز کشیده‌اند و گویا حالشان چندان بد نیست. در آن لحظه آرام‌اند اما آرامشان آدم را می‌ترساند؛ آرامشی که بعد از گریه زیاد یا بعد از تصمیمی سنگین می‌آید. نگاهشان گاهی به هم می‌افتد اما نه عاشقانه و نه حتی امیدوار، بیشتر چیزی شبیه به شراکت در خطایی که نمی‌دانند چطور می‌شود توضیحش داد. دختر هر از گاهی با یک نفس عمیق، انگشتش را روی لبه تخت می‌کشد؛ می‌خواهد مطمئن شود هنوز همین‌جاست، هنوز زنده‌است، هنوز می‌تواند چیزی را لمس کند. در ذهنم دسته‌بندی‌های مختلفی انجام می‌دهم و این دودر دسته‌بندی خودکشی‌های عاشقانه قرار می‌گیرند.

پدر دختر همان‌جا ایستاده، خشمگین به نظر می‌رسد. چشم‌هایش روی صورت دخترش ثابت مانده. نزدیک نمی‌شود، از دور تهدید می‌کند: «گه پات به خونه نره». حتی من هم می‌ترسم. اصرار دارد دخترش را مرخص کنند. می‌گوید فقط چند استامینوفن خورده و حالش خوب است و قصد دارد هر چه زودتر از بیمارستان برود. در همین حین که او سرگرم اصرار کردن است تا دخترش را مرخص کند، یکی از پرستارها با دختر صحبت می‌کند، می‌بادا در خانه خطرناک‌تهدیدش کند. د کتر با قاطعیت می‌گوید تا جواب آزمایش‌ش نیاید اجازه ترخیص نمی‌دهد. قاطعیتش در آن شلوغی قابل توجه است، قلبش برای کسی که به آخر خط رسیده می‌تپد.

استیصال پس از سوگ

آمو لانس اورژانس از راه می‌رسد. زنی روی تخت بی‌هوش است، گویا به کما رفته. پدرش در کنار تخت او با استرس راه می‌رود. لباس سیاه پوشیده و مستأصل است. می‌گوید هنوز چهل‌م برادرش نشده و امروز او روی این تخت افتاده. برادرش ماه قبل خودکشی کرده و او غم از دست داشتن را تاب نیاورده و امروز خودش روی همین تخت بین مرگ و زندگی معلق است. وقتی این داستان را می‌گوید، گویا تازه یاد مصیبتش می‌افتد. روی زمین می‌نشیند و گویی با خود می‌گوید می‌بادا دختر جوانش نیز در همین بیمارستان از دست برود اما متأسفانه شرایطش وخیم است.

داستان‌هایی که بر جان نمی‌نشینند

زن جوان با چهره‌ای خسته و چشمان سرخ، حالا ساکت‌تر از قبل است. چند لحظه قبل مثل ابر بهار اشک می‌ریخت. کیفش روی زمین افتاده و وسایش بیرون ریخته. جعشمان می‌کنم در کیف می‌ریزم و روی تختش می‌گذارم. مرا که می‌بیند دوباره اشکش سرازیر می‌شود و می‌گوید این چندمین بار است که خودکشی کرده، چون دیگر تاب روزگارش را ندارد. ذهن اوست، همچنان بدون بررسی منتشر شده‌اند و فقط اخیرا به شیوه معناداری در رسانه‌های جریان اصلی به پرسش کشیده شده‌اند. می‌گوید اما این داستان‌ها بر جان آدم نمی‌نشینند. یک شب در اورژانس بیمارستان لقمان واقعا وحشتناک است.

در میان همه این آدم‌ها، اورژانس شبیه شهری کوچک است؛ شهری بدون پنجره، بدون شب و روز، که زمان در آن طوری حرکت می‌کند

که آدم‌ها نمی‌فهمند ساعت چند است. صدای بوق دستگاه‌ها، همهمه همراهان و گام‌های تند پرسنل مثل یک ریتم ثابت تکرار می‌شود. تلخی واقعی اینجا نه از صحنه‌هاست، نه از اشک‌ها یا تهدیدها. تلخی از این است که هر کدام از این آدم‌ها به لحظه‌ای رسیده‌اند که گزینه دیگری برایشان باقی نمانده، آن قدر که در نهایت آن‌ها را به این نتیجه رسانده که از جانشان مایه بگذارند؛ به یک توقف اجباری، نه اختیاری. شاید تلخ‌ترین بخش اینجااست که هیچ‌کس نمی‌داند کدام یک از این بیماران راهی خانه می‌شوند و کدام راهی دیار دیگر.

لطف بر حسب نر نید

به یاد فراخوان «باشگاه روزنامه‌نگاران ایران» با عنوان «فراخوانی برای گفتگو، همدلی و راحل» می‌افتم که در آن آمده بود: «این روزها خبرهای تلخی از دوستان و همکاران و رفقا به گوش می‌رسد. هنوز داغدار دوستی هستیم که زندگی‌اش چند روز پیش به پایان رسید. اخبار ناگوار دیگری نیز از همکارانی به گوش می‌رسد که با غول افسردگی و ناامیدی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. متأسفانه دوستانمان و اهالی این حرفه در سال‌های اخیر به دلایل مختلف اقتصادی زیر بار سنگین بیکاری، بی‌عدالتی و چشم‌انداز مبهم آینده، در سکوت و تنهایی، رنج کشیده‌اند، خسته و بی‌انگیزه و گاه به ادامه زندگی بی‌میل هستند. ما نمی‌توانیم و نباید چشم بر این واقعیت ببندیم. بیایید با هم ببندشیم؛ چه می‌توان کرد؟ چه باید کرد؟ شاید این صداهای جمعی بتواند راهی بگشاید…»

در پی این فراخوان، پیام‌های گوناگونی از روزنامه‌نگاران منتشر شد و کسانی که تجربه خودکشی داشتند تجارب خود را با دیگران به اشتراک می‌گذاشتند. بسیاری از آن‌ها به مرگ «شیده لالمی»، روزنامه‌نگار و پژوهشگری که در ۲۷ دی ماه سال ۱۳۹۹ خودکشی کرده بود اشاره کردند. مادر شیده به تمامی پاسخ‌ها واکنش نشان داد. برای همدلی با او تماس گرفتم. گفت: «دخترم ترسو بود، جسارت زندگی نداشت!»؛ نظری که گویا در بسیاری موارد توسط افرادی که تجربه خودکشی عزیزانشان را دارند بیان می‌شود. نمی‌توان گفت کسی که خودکشی می‌کند «ترسو» است. خودکشی، نتیجه فشارهای روانی شدید، افسردگی، انزوای عاطفی یا بحران‌های حل‌نشده است، نه ضعف شخصیت. افراد در این شرایط قادر به ارزیابی درست آینده یا پیامدهای تصمیم خود نیستند و تصمیمشان اغلب واکنشی به درد و درماندگی است، نه نشانه شجاعت یا ترس. استفاده از پرچسب‌ها نه‌تنها مفید نیست، بلکه فقط درد می‌گیرد تا جواب آزمایش‌ش نیاید اجازه ترخیص نمی‌دهد. قاطعیتش در آن شلوغی قابل توجه است، قلبش برای کسی که به آخر خط رسیده می‌تپد.

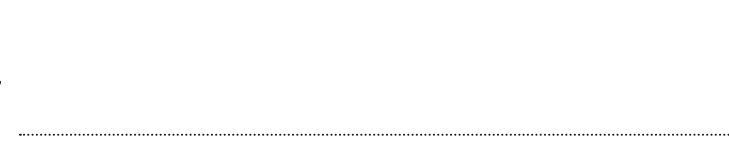
ارقام پنهان

سال‌هاست که آماری از میزان خودکشی در رسانه‌ها منتشر نمی‌شود و آمارها در این زمینه مانند بسیاری آمار دیگر محرمانه است؛ شاید چون هنوز تصور می‌شود که پرداختن به این موضوع سبب ترویج و اشاعه آن خواهد شد.

روزی او کافر، متخصص بین‌المللی پیشگیری از خودکشی در کتاب «در اوج تاریکی» (ترجمه مصلیح میرزایی، مینو میری و محسن رضائیان) می‌نویسد: «بیبست سال به جز سرخط اخبار مهیج رسانه‌ای، نته‌تها در رسانه‌ها به‌ندرت درباره خودکشی صحبت می‌شد، بلکه به ندرت در خانواده‌ها و در بطن اجتماعات در موردش حرف می‌زدند و هنگامی که مورد توجه قرار می‌گرفت، محتانانه در موردش صحبت می‌کردند.

شاید بتوان این‌گونه استدلال کرد که فقدان معنادار گفت‌مان عمومی یا خصوصی در ترویج انگ و تقویت باورهای غلط دیگر در مورد خودکشی نقش داشته است. در واقع به نظرم باورهای غلط مانند این که «پرسیدن از کسی در مورد خودکشی، پروراندن این ایده در ذهن اوست»، همچنان بدون بررسی منتشر شده‌اند و فقط اخیرا به شیوه معناداری در رسانه‌های جریان اصلی به پرسش کشیده شده‌اند. می‌گوید اما این داستان‌ها بر جان آدم نمی‌نشینند. یک شب در اورژانس بیمارستان لقمان واقعا وحشتناک است.

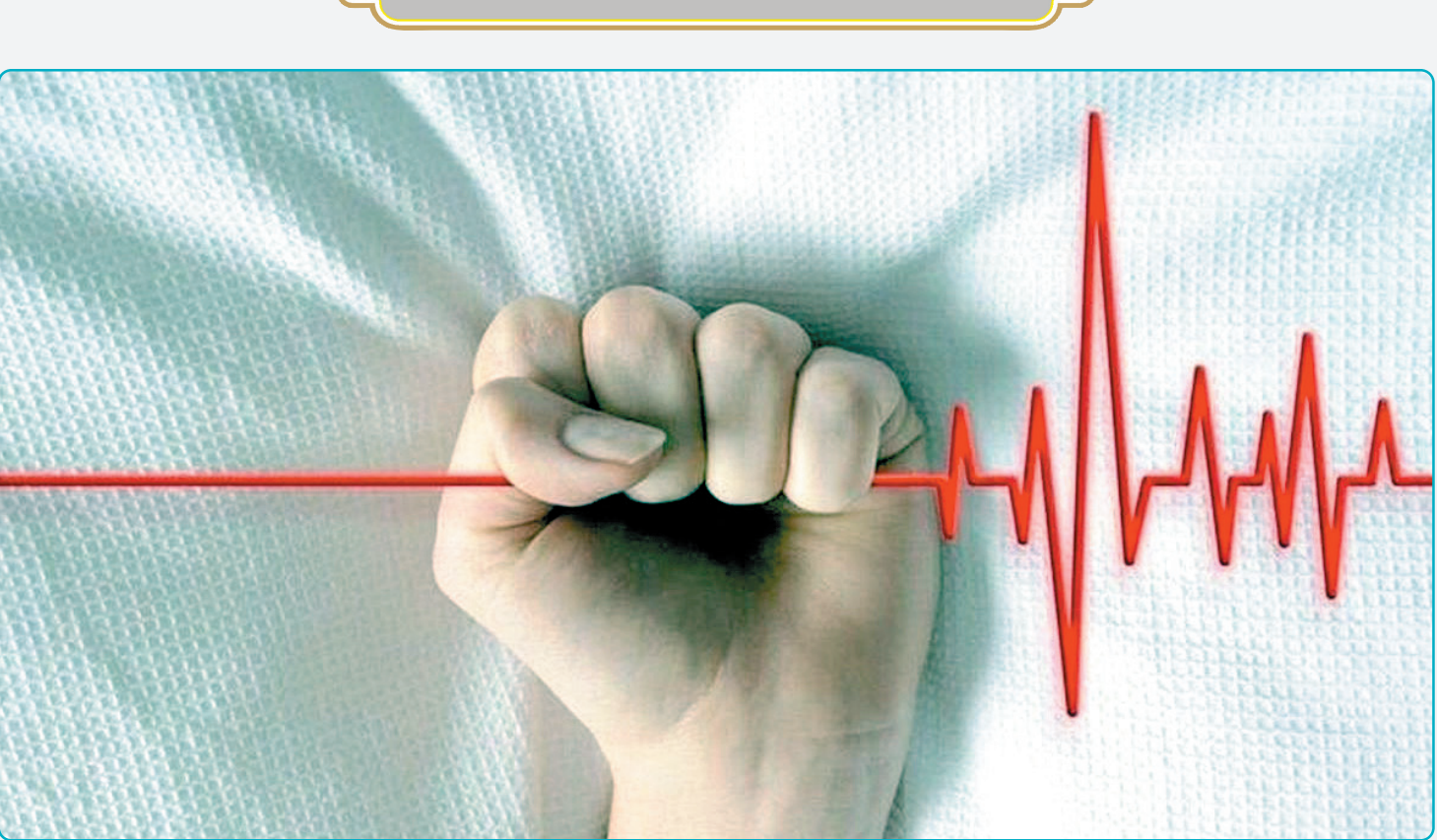
در میان همه این آدم‌ها، اورژانس شبیه شهری کوچک است؛ شهری بدون پنجره، بدون شب و روز، که زمان در آن طوری حرکت می‌کند



دوشنبه ۲۶ آبان ۱۴۰۴ - سال صدم - شماره ۹۶۰۳۹

چرا افراد اقدام به خودکشی می‌کنند؟

می‌خواهم زنده نمانم



و شخصا تحت تأثیر آن مرگ قرار می‌گیرند.

براساس آمار سازمان بهداشت جهانی، سالانه حداقل ۸۰۰ هزار نفر بر اثر خودکشی در جهان جان می‌بازند. می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که سالانه ۱۰۸ میلیون نفر در معرض خطر خودکشی‌اند که یک و نیم برابر جمعیت بریتانیا و یک‌سوم جمعیت ایالات متحده است.

درک خودکشی برای اطرافیان، اغلب ترکیبی از چند احساس هم‌زمان است؛ احساسی که نه یک‌باره می‌آید و نه به‌سادگی تمام می‌شود. نخست سردرگمی است؛ پرسش‌های بی‌پاسخ که مدام تکرار می‌شوند و هیچ توضیح قانع‌کننده‌ای ندارند. بعد احساس گناه سر می‌رسد که «می‌شد جلویش را گرفت؟» حتی وقتی واقعیت چیز دیگری باشد.

خشم هم بخشی از ماجراست؛ خشم از تصمیمی که گرفته شده یا از ناتوانی بازماندگان در درک آن. در کنارش، شرم و ترس از قضاوت جامعه باعث می‌شود بسیاری از اطرافیان، دردشان را پنهان کنند. سوگ پس از احتمال خودکشی را افزایش دهد؛ مثلاً در اسکیزوفرنی، اگر درمان مناسب برای آن وجود ندارد، در نهایت، آدم‌ها طی زمانی طولانی تلاش می‌کنند زندگیشان را دوباره سرپا کنند؛ نه با فراموشی، بلکه با کنار آمدن با زخمی که برای همیشه در گذشته‌شان می‌ماند.

آمار ایران در مقایسه با جهان

دکتر فرید فدائی، روان‌پزشک می‌گوید: خودکشی همچون بسیاری از رفتارهای انسانی، دارای زمینه‌های زیستی، روانی و اجتماعی است. ابتدا به برخی بیماری‌ها از جمله بیماری‌های شدید روان‌پزشکی، می‌تواند احتمال خودکشی را افزایش دهد؛ مثلاً در اسکیزوفرنی، اگر درمان مناسب انجام نشود حدود ۱۰ درصد بیماران ممکن است در اثر خودکشی جان خود را از دست بدهند. از نظر روان‌پزشکی، ۸۰ درصد خودکشی‌های منجر به مرگ، ناشی از بیماری‌های روانی درمان‌نشده هستند و افسردگی شدید در ۵۰ درصد این موارد، نقش اصلی دارد.

وضعیت روانی فرد نیز در این میان نقش مهمی دارد. برای نمونه، جدایی از فرد موردعلاقه یا تجربه فقدان‌های بزرگ می‌تواند فرد را در معرض خطر قرار دهد. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی مانند فقر و بیکاری نیز به‌طور مستقیم با افزایش تمایل به خودکشی ارتباط دارند. متأسفانه در ایران با رشد محسوس میزان خودکشی مواجهیم و باید

هرچه سریع‌تر برای کاهش عوامل زمینه‌ساز آن اقدام کرد. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی در ایران در سال ۱۹۸۰ برابر با شش‌دهم در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده اما طبق آمار رسمی سال ۱۴۰۳، این رقم به ۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر رسیده است؛ این یعنی افزایشی نزدیک به ۱۵ برابر، آن هم در حالی که جمعیت کشور در این دوره حداکثر دو برابر شده است. این روند بسیار نگران‌کننده است، هرچند هنوز با متوسط جهانی که حدود ۱۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر است فاصله داریم.

آنچه بیش از همه باید موجب نگرانی جامعه شود، نقش عوامل اجتماعی در میل به خودکشی است. فدائی توضیح می‌دهد: زمانی که جامعه دچار بی‌نظمی و تغییر ناگهانی ارزش‌ها می‌شود، نرخ خودکشی افزایش می‌یابد. شرایطی مانند رشد جرم و جنایت، افزایش اعتیاد، گسترش فقر، کاهش ازدواج و بالا رفتن آمار طلاق، وضعیتی ایجاد می‌کند که در جامعه‌شناسی به آن «آنومی» یا بی‌سامانی اجتماعی گفته می‌شود. این وضعیت با افزایش چشمگیر خودکشی همراه است. نمونه بارز آن فروپاشی اتحاد شوروی بود؛ جایی که پس از فروپاشی، میزان مرگ‌ناشی از خودکشی در روسیه تقریباً دو برابر سال پیش از آن شد.

روان‌پزشکان می‌توانند با تشخیص و درمان بیماری‌هایی که خطر خودکشی را بالا می‌برند نقش مهمی در پیشگیری ایفا کنند؛ کاری که مستلزم ایجاد شبکه‌های گسترده خدمات بهداشت روان است. جامعه‌شناسان نیز باید سیاست‌گذاران را نسبت به اهمیت مسائل اجتماعی در بروز اختلالات روان و افزایش خودکشی آگاه کنند. البته نمی‌توان نقش عوامل فردی و روان‌شناختی را نادیده گرفت. برخی افراد در نهایت، به برخی افراد در مواجهه با شرایط دشوار یا فشارهای شدید روانی، بیش از دیگران آسیب‌پذیرند و ممکن است به سمت رفتارهای پرخطر سوق پیدا کنند.

خودکشی‌های پیدا و پنهان

خودکشی، همان‌طور که دکتر فرید فدائی توضیح می‌دهد، رفتاری پیچیده است که طیفی وسیع را در بر می‌گیرد. در یک انتهای این طیف، شدیدترین حالت یعنی خودکشی منجر به مرگ قرار دارد و در سوی دیگر، تنها فکر کردن گاه‌به‌گاه به خودکشی دیده می‌شود. میان این دو نقطه، مواردی هستند که در آن فرد اقدام به خودکشی می‌کند اما قصدارن بین بردن وقتی فردی با وجود زندگی سخت و شرافتمندانه، نمی‌تواند شکم

خود یا خانواده‌اش را سیر کند اما فرد دیگری با اختلاس به ثروتی یک‌شبه می‌رسد احساس بی‌عدالتی و ناامیدی نسبت به آینده می‌تواند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی باشد. در بررسی مسأله خودکشی باید همه عوامل را در نظر گرفت؛ از عوامل زیستی و روانی گرفته تا عوامل اجتماعی و محیطی. مثلاً از نظر زیستی، بیشترین میزان خودکشی در فصل بهار رخ می‌دهد. این موضوع برخلاف باور عمومی است که فصل پاییز را همراه با اندوه و غم می‌دانند اما واقعیت این است که آمار خودکشی در بهار بالاتر است.

جنسیت نیز در مسأله خودکشی مؤثر است؛ زنان، هشت‌برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند اما این اقدام‌ها غالباً به‌معنی تمایل واقعی به مرگ نیست. ممکن است خانمی برای گرفتن امتیاز از همسرش یا مردی برای تحت فشار قرار دادن زنی به‌منظور ازدواج، دست به اقدام نمایشی بزند یا دانش‌آموزی که در امتحان مردود شده، برای گریز از سرزنش احتمالی والدین، اقدام به خودکشی کند اما قصد واقعی‌اش پایان دادن به زندگی نیست. میزان خودکشی منجر به مرگ در مردان، سه‌برابر زنان است؛ یعنی اگرچه خانم‌ها هشت‌برابر بیشتر اقدام می‌کنند، اما آقایان سه‌برابر بیشتر جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند. دکتر فرید فدائی با اشاره به روندهای بین‌المللی خودکشی می‌گوید: در چند دهه گذشته در برخی کشورهای آسیای جنوب‌شرقی مانند ژاپن و کره، زنانی که وارد رقابت‌های سنگین تحصیلی و شغلی با مردان شده‌اند، از نظر میزان خودکشی به مردان نزدیک شده‌اند. به بیان دیگر، سبک زندگی مردانه در این کشورها به افزایش خودکشی منجر به مرگ در میان زنان انجامیده است.

به گفته این روان‌پزشک، به‌طور کلی میزان خودکشی در جهان رو به کاهش است اما در ایران روند افزایشی دارد. این تفاوت، کاملاً متناقض با الگوی جهانی است. افزایش استفاده از داروهای ضدافسردگی و وجود درمان‌های مؤثر برای اختلالات روانی باعث شده است میزان خودکشی در سطح جهان پایین بیاید. بنابراین بسیار مهم است که نشانه‌های افسردگی و عوامل خطر، توسط اطرافیان جدی گرفته شود.

یک هشدار جدی به اطرافیان

از هر ذه نفری که بر اثر خودکشی فوت می‌کنند، هشت نفر بیشتر به نحوی تمایل خود را برای مرگ ابراز کرده‌اند. همان‌طور که در برخی موارد اخیر در کشور نیز دیدیم، بسیاری از افراد پیش از اقدام، به نوعی خبر داده بودند اما اطرافیان با متوجه نشدنن یا اقدامی نکردند. او به برخی نشانه‌های معمول اشاره می‌کند: اگر کسی مرتب به‌دنبال تنظیم وصیت‌نامه است، ناگهان از کارش استعفا می‌دهد، با یک بحران بزرگ در زندگی‌اش روبرو‌رست، یا قرار است جراحی دشواری داشته باشد و هم‌زمان احساس ناامیدی شدید می‌کند، باید بدانیم که این‌فرد در معرض خطر خودکشی قرار دارد. همه این موارد نشان می‌دهد که مسأله خودکشی، چه‌تظاهر به خودکشی باشد، چه خودکشی منجر به مرگ، باید جدی گرفته شود. حتی اقدام‌های نمایشی نیز می‌تواند به‌دلیل یک خطای محاسباتی یا تأخیر در رسیدن کمک، به مرگ منجر شود. مثلاً دانش‌آموزی که نمره‌های کمی گرفته، ممکن است مقداری قرص تهیه کند تا به‌ظاهر اقدام به خودکشی کند اما قصد واقعی‌اش مرگ نیست. او برنامه‌ریزی می‌کند که زمانی قرص‌ها را مصرف کند که پدر و مادرش در خانه باشند و تصورش این است که والدین سداش می‌کنند، پاسخی نمی‌شنوند و زود متوجه می‌شوند اما اگر همان روز، پدر و مادر دو ساعت دیرتر به خانه برسند، این دانش‌آموز ممکن است بر اثر مسمومیت جان خود را از دست بدهد.

دکتر فدائی در پاسخ به این پرسش که چگونه می‌توان به خانواده‌هایی که داغ خودکشی دیده‌اند کمک کرد، می‌گوید: چنین خانواده‌هایی باید حتماً مورد مصاحبه و ارزیابی روان‌پزشکی قرار بگیرند. باید اختلالات اعصاب و روان در آن‌ها بررسی شود، حمایت اجتماعی لازم در اختیارشان قرار گیرد و به خوشی‌اندن و دوتسان توصیه شود که فرد داغدار را تنها نگذارند. این فرد باید بتواند درباره متوفی سخن بگوید و احساساتش را بیان کند. پنهان کردن موارد خودکشی باعث می‌شود جامعه از توجه به یک مسأله مهم محروم بماند. اگر ما درباره خودکشی صحبت نکنیم، افراد در معرض خطر از دسترسی به اطلاعات و کمک محروم می‌شوند.



خواندن این گزارش برای کودکان مناسب نیست

استوره‌سازی از خودکشی هم اشتباه است. خودکشی دلیل بر شجاعت نیست؛ نشان‌دهنده فرسودگی فرد و نرسیدن او به حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی لازم است. او تأکید می‌کند: مسأله خودکشی، یک‌بار دیگر ضرورت توجه به بهداشت روان را برای همه روشن می‌کند. باید جامعه را درباره عوامل گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی خودکشی آگاه کرد و دولت‌مدان را متوجه نقش مهم و مستقیم مسائل اجتماعی در افزایش خودکشی ساخت. روحیه جمعی باید امیدوار و شاد باشد. اگر اعضای جامعه احساس ناامیدی کنند، طبیعی است که با افزایش آمار خودکشی روبه‌رو خواهیم شد.

ایمان به آفریننده هستی

یکی دیگر از عوامل کاهش خودکشی، ایمان به‌خدای هستی‌وانسان است. در همه ادیان ابراهیمی خودکشی عنوان قتل نفس و دیگر کشتی به شمار آمده است. کسی که باور به آفریننده انسان و هستی و سرای جلودان دارد به راحتی در برابر مقدرات تسلیم نمی‌شود زیرا برای رنجی که در راه زندگی می‌کشد خداوند به‌او پاداش در دنیا و آخرت و سرای جلودان می‌دهد. در چند پیمایش درباره نرخ جرم و ناهنجاری‌های اجتماعی در کشور آمده است که شهرهایی که ایمان دینی آنها بالا بوده، جرم و خودکشی کمتر بوده است. به گونه‌ای که امروز دانشوران علوم معنوی، ایمان درمانی را به عنوان روشی موفق برای کاهش آسیب‌های خطر‌ساز روح و روان مطرح کرده‌اند.

تصور غلط رایج

دکتر یوسف بردارن، متخصص طب اورژانس و فلو‌شیپ‌سم‌شناسی بالینی می‌گوید: مراجعه به بخش مسمومیت، محدود به یک نوع بیمار نیست. برخی مسمومیت‌ها عمدی و مرتبط با اقدام به خودکشی‌اند، برخی اتفاقی و ناشی از مصرف اشتباه دارو و برخی نیز به‌دلیل تماس شغلی با مواد آسیب‌زا رخ می‌دهند. نوع برخورد با هر مسمومیت، بسته به ماده مصرف‌شده متفاوت است. ممکن است شستشوی مدهه، تجویز داروی «ژغال فعال»، استفاده از پادزهر اختصاصی یا بستری در بخش مراقبت‌های ویژه لازم باشد. هیچ الگوی ثابت و ساده‌ای در این زمینه وجود ندارد.

به گفته دکتر بردارن، نمی‌توان گفت این نوع مسمومیت‌ها فقط در یک گروه‌سنی یا اقتصادی رخ می‌دهد؛ از افرادی خنمان و بسیار آسیب‌پذیر تا افسار‌مرغه و از نوجوان تا سالمند، همه در معرض خطر هستند.

او می‌گوید: در بخش ما رایج‌ترین موارد مسمومیت، مصرف بیش از حد دارو یا مواد است. گاهی آوردن مواد ظاهراً غیرمعدی گزارش می‌شود اما ماهیت آن در چارچوب رفتارهای پرخطر یا خودکشی قرار می‌گیرد. گاهی فرد تصور می‌کند اما مصرف مقدار کمی دارو می‌تواند خودکشی نمایشی کند یا از فشار روحی بگریزد اما همین مقدار کمی اگر با تأخیر در مراجعه همراه شود یا ماده خطرناک باشد، می‌تواند به مسمومیت شدید یا حتی مرگ منجر شود. مردم فکر می‌کنند درمان مسمومیت فقط شستشوی مدهه است؛ درحالی‌که در بسیاری از مسمومیت‌ها اصلاً شستشو انجام نمی‌شود. مهم‌ترین کار، پایدارسازی علائم حیاتی، تجویز پادزهر اختصاصی و در صورت لزوم انجام دیالیز است. بررسی نیت بیمار و این که مصرف دارو عمدی بوده یا تصادفی، بخشی از روند تشخیصی است. برخی موارد با آزمایش و معاینه مشخص می‌شوند و برخی نیاز به تحت نظر بودن دارند. دکتر بردارن با بیان این که خریدار دارو و دودرمانی، معضل بزرگی است می‌گوید: برخی داروها بدون نسخه در عطاری‌ها یا منابع غیرقانونی فروخته می‌شود و همین موضوع باعث افزایش مسمومیت‌ها شده است. تقریباً همه مواد مخدر و محرک را تولید مسمومیت شدید ایجاد می‌کنند و خطر مرگ را بالا می‌برند. هرچه مراجعه زودتر انجام شود، احتمال نجات بیشتر است. تأخیر در مراجعه باعث افزایش مرگ‌ومیر و ایجاد عوارض طولانی‌مدت می‌شود. برخی بیماران بعد از نجات، احساس پشیمانی دارند و می‌گویند دیگر این رفتار را تکرار نمی‌کنند اما گروهی دیگر همچنان نیازمند مراقبت‌ها و روان‌پزشکی هستند. به همین دلیل ارجاع تمام بیماران مسمومیت عمدی به روان‌پزشک ضروری است. دکتر بردارن در پایان می‌گوید: کار در بخش مسمومیت بسیار دشوار است. حجم کار زیاد، شرایط سخت اقتصادی و مواجهه مداوم با بیماران در وضعیت بحرانی، فشار زیادی بر کادر درمان وارد می‌کند. با این حال تلاش ما همواره نجات جان بیماران و بازگرداندن امید به زندگی است.



گفتگو با علی موسی نژاد، جامعه‌شناس

از آنها قهرمان نسازید



مهتاب مظفری سوادکوهی

در بهشت رضای ایلام که قدم می‌زدیم، دیدم که علاوه بر قطعه هنرمندان و شهدای گمنام و سنگ‌های سیاه و سفید خانوادگی، قطعه‌ای را به کودکان اختصاص داده‌اند و قطعه بزرگتری را هم به نوجوانان و جوانان؛ قطعه‌ای پر از عکس‌های شاداب و پرتراوت و شعرهای پرسوز و گدازی که در وصف فراق یار بود.

خانمی از بستگان سببیمان که ما را همراهی می‌کرد، با ناراحتی سر تکان می‌داد و می‌گفت اغلب دخترها و پسرهایی که در این قطعه به خاک سپرده شدند، خودکشی کرده‌اند. می‌گفت ایلام یکی از استان‌هایی است که آمار خودکشی در آن بالاست. همین هفته پیش، دو پسر جوان در آرامگاه، خودشان را دار زدند و نگهبان آرامگاه هم متوجه چیزی نشده بود. او دلیل این موضوع را محرومیت، بیکاری و تبعات بعد از جنگ می‌دانست. دور تا دور بهشت رضا را کوه‌های زاگرس احاطه کرده بود. غروب یک روز پاییزی بود و نسیم سبکی، شاخه‌های درختان پیر بلوط را در آرامگاه تکان می‌داد. از خودم می‌پرسم چه چیزی آن‌قدر سنگین است که شوق زیستن را تا به این حد از یک دختر یا پسر جوان می‌گیرد و زور کدام رنج است که لذت‌های دنیا را پیش چشم آدم‌ها تا این حد بی‌معنا می‌کند؟ چگونه می‌توان جلوی چنین تصمیم وحشتناکی را گرفت؟ چرا دولتمردان و جامعه‌شناسان ما چاره‌ای برای این درد عظیم نمی‌اندیشند؟ یاد شعر نیما می‌افتم: آی آدم‌ها که بر ساحل نشست، شاد و خندانید / یک نفر در آب دارد می‌سپارد جان / یک نفر دارد که دست و پای دائم می‌زند روی این دریای تند و تیره و سنگین که می‌دانید.

بین خودکشی و مناطق اقلیمی، رابطه معناداری وجود دارد؛ رابطه‌ای که عوامل جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی، روانی و اجتماعی در آن دخیل هستند. بررسی برخی داده‌ها نشان می‌دهد که نرخ خودکشی در استان‌های غربی ایران بسیار بیشتر از مناطق مرکزی، شمالی، جنوبی و شرقی است و اقدام به خودکشی در استان‌های ایلام، کهگیلویه و بویراحمد و کرمانشاه تقریباً دوبرابر متوسط کشور است. حال باید پرسید که چرا چنین پدیده اجتماعی شومی، ظرف مدت ۳۰ یا ۴۰ سال در مناطق نامبرده همه‌گیر می‌شود و این استان‌ها با فاصله زیاد، به یکی از مناطق خودکشی‌خیز کشور و حتی دنیا تبدیل می‌شوند. به سراغ یکی از دغدغه‌مندترین کنشگران اجتماعی استان ایلام می‌رویم. مردم ایلام می‌گویند او تمامی سال‌های تحصیلی و دانشگاهی خود را صرف شناسایی، مشاوره و خدمت به خانواده‌های قربانیان خودکشی کرده است.

علی موسی نژاد، دانش‌آموخته دکترای جامعه‌شناسی با گرایش مسائل اجتماعی ایران و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، از سال ۱۳۹۰ به کار خیریه مشغول بوده و به صدها دختر و پسر جوان در معرض آسیب و خانواده‌هایشان کمک رسانده است. او تحقیقات گسترده‌ای در زمینه خودکشی دارد و فعالیت میدانی‌اش در شهرهای آسیب‌پذیر، زبانه‌زده و خاص و عام است.

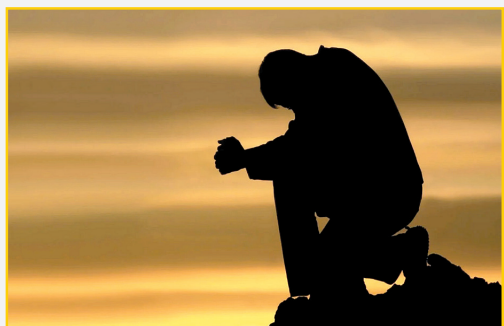
موسی نژاد چندین اثر اعم از ترجمه، تحقیق و مقاله درباره خودکشی دارد و رساله دکترایش نیز به این موضوع اختصاص پیدا کرده است. او می‌گوید: خانواده‌های زیادی را می‌شناسم که اعضای آن‌ها اقدام به خودکشی کرده‌اند؛ خانواده‌هایی که بعضاً دو یا سه عضو از آن‌ها خودکشی کرده‌اند. در کشور ما تا سال ۱۳۹۴ بالاترین آمار خودکشی به استان ایلام تعلق داشت و در سال ۱۳۹۵ استان کهگیلویه و بویراحمد، رتبه نخست را به خود اختصاص داد. در سال‌های بعد، گاهی لرستان اول می‌شد. کرمانشاه و همدان در رتبه‌های بعدی قرار دارند. او برای بررسی علت دقیق افزایش آمار خودکشی در ایلام، گریزی به چند دهه قبل می‌زند؛ آن زمان که ایلام هنوز استان نبود و در قالب یک جمعیت روستایی و عشایری به استان کرمانشاه تعلق داشت.

همه مردم ایلام جانبازند!

موسی نژاد تصریح می‌کند: ایلام در سال ۱۳۵۱ از کرمانشاه جدا شد و به صورت استانی مستقل درآمد. در سرشماری سال ۱۳۴۵، ۲۱ درصد از جمعیت استان ایلام شهرنشین بودند که بعد از شروع جنگ تحمیلی این جمعیت دو برابر شد و به ۴۲ درصد رسید. حجم عظیمی از جمعیت روستایی و عشایری که در مناطق مرزی مستقر بودند به شهرهای مرکزی هجوم آوردند. بدون شک این مهاجرت سریع و بی‌برنامه به یک عامل خطرناک و آسیب‌زا تبدیل شد.

واقعیت آن است که جنگ خیلی زودتر از ۳۱ شهریور سال ۱۳۵۹ شروع شده بود و از میان پنج استان همسایه عراق (آذربایجان غربی، خوزستان، کردستان، کرمانشاه و ایلام) ایلام با ۴۳۰ کیلومتر مرز مشترک با عراق، بیشترین آسیب را در زمان جنگ متحمل شد. به گفته شاهدان عینی، شهر ایلام حدود ۳۰۰ بار مورد هجوم موشک و بمباران هوایی قرار گرفت و مردم آن خطه با اضطراب دائمی زندگی می‌کردند. از نظر من تمامی مردم ایلام، جانبازند جنگی هستند و باید به بازسازی روان آن‌ها توجه ویژه‌ای شود که متأسفانه دولت در این زمینه هیچ اقدامی نکرده است.

هشت سال جنگ در روند تکمیل هویت شهری شهروندان اختلال ایجاد کرد. روستائینان با خرده‌فرهنگ‌های مختلف به مناطق شهری آمدند و امروز ما شاهد همزیستی خرده‌فرهنگ‌های روستایی و عشایری در شهرهای جنگ‌زده هستیم که می‌تواند بسیار آسیب‌زا باشد. خودکشی در ایلام پس از پایان جنگ و در سال ۱۳۶۸ به اوج خود رسید و در دهه‌های بعدی قدری فروکش کرد. آمار خودکشی ابتدا در خانم‌ها بیشتر بود و غالباً به روش خودسوزی انجام می‌شد اما بعدها نسبت آقایان پیشی گرفت و استفاده از قرص برنج، اسلحه و طناب دار، جایگزین روش خودسوزی شد.



علی موسی نژاد تأکید می‌کند: کسانی اقدام به خودکشی می‌کنند که خودکنترلی آن‌ها پایین است. این‌گونه افراد انتظار زیادی از زندگی و آدم‌های اطرافشان دارند، اهل رقابت ناسالم هستند و برای چیزهایی که می‌خواهند زحمت نمی‌کشند. با این همه هنوز ابعاد مختلف خودکشی نامعلوم است. طی تحقیقات گسترده‌ای که من در استان ایلام انجام داده‌ام، ۹۰ درصد از کسانی که خودکشی کرده‌اند به طبقه پایین جامعه تعلق دارند. بیکاری، فقر و اعتیاد از عوامل اجتماعی و محیطی مهمی هستند که در گرایش افراد به خودکشی مؤثرند.

در سال‌های اخیر، خودکشی در شهرستان «چوار» به شکل نگران‌کننده‌ای افزایش یافته؛ با این تفاوت که خودکشی‌کنندگان غالباً ثروتمند هستند که نشان می‌دهد متغیرها در همه موارد یکسان نیستند. به این عوامل باید تبیین‌های ژنتیکی و روان‌شناختی را هم افزود. در استان ایلام اقوام متعددی اعم از کرد، لر، عرب و لک زندگی می‌کنند که در مواجهه با آسیب‌های اجتماعی، رفتارهای متفاوتی از خود نشان می‌دهند. اعتیاد از شکل‌های دیگر آسیب اجتماعی است که در استان‌های غربی و جنوب غربی ایران به وفور دیده می‌شود. خودکشی با آسیب‌های اجتماعی مثل اعتیاد، مسائل اقتصادی، انحرافات جنسی و مشکلات معیشتی رابطه مستقیم دارد. از ۶ هزار و ۳۳۳ پرونده خودکشی که مطالعه کرده‌ام، ۹۰ درصدشان متعلق به خانواده‌های نیازمند بودند. در محیط‌های کوچک، نظارت‌های اجتماعی شدیدی حاکم است. یک جوان تهرانی می‌تواند کنار خیابان بایستد و برای امرار معاش دستفروشی کند اما در ایلام این مسأله با حرف و حدیث‌های زیادی توأم است.

رسمی که باید عوضی شود

موسی نژاد از قدرت بالای سرایت اجتماعی در شهرهای کوچک می‌گوید و معتقد است الگوبرداری در این مناطق بسیار سریع اتفاق می‌افتد. او اظهار می‌کند: اگر کسی در ایلام خودکشی کند به فاصله کوتاهی همه شهر باخبر می‌شوند و تکرار این موضوع باعث شده اقدام به خودکشی امری عادی به نظر برسد و قیاحت خود را از دست بدهد. متأسفانه هرچقدر هم که مردم به نفس این کار به عنوان یک پدیده شوم نگاه کنند، در استان ایلام، برای کسی که خودکشی می‌کند چنان مراسم ترحیم پرشوری می‌گیرند که ناآگاهانه از متوفی یک قهرمان می‌سازند! نصب بنرهای بزرگ در جای‌جای شهر و استفاده از ضرب‌آهنگ‌های

عزاداری و سوگواری طولانی‌مدت می‌تواند به عاملی برای ترغیب جوانان به خودکشی تبدیل شود که تغییر آن نیاز به فرهنگ‌سازی و حتی برخورد قضایی دارد. در برخی موارد ما حتی شاهد انتشار فیلم‌های خودکشی در فضای مجازی هستیم که بسیار خطرناک است.

متأسفانه بزرگترین مشکل ما این است که آسیب‌های اجتماعی، امنیتی می‌شوند. به همین دلیل آمار درستی در این رابطه ارائه نمی‌گردد و اطلاعات دقیقی در اختیار سران کشور و برنامه‌ریزان و محققان قرار نمی‌گیرد. خودکشی یک پدیده بسیار پیچیده و چندوجهی است که نیاز به تحقیقات میدانی و مطالعات گسترده دارد. دولت باید بورسیه‌های تحصیلی و فرصت‌های مطالعاتی را در اختیار محققان قرار دهد و از پایان‌نامه‌هایی که در این خصوص نوشته می‌شوند حمایت کند. ما می‌توانیم از تجارب موفق کشورهای دیگر بهره بگیریم و آن‌ها را بومی‌سازی کنیم.

سندهای راهبردی کشورهای پیشرفته، معمولاً با حضور متخصصان و صاحب‌نظران تنظیم می‌شود اما در کشور ما وزارت کشور یک سند راهبردی دارد، وزارت بهداشت سند دیگری ارائه می‌دهد و امور اجتماعی استانداری‌ها هم نظرات غیرکارشناسانه خودشان را ابراز می‌کنند. در اغلب این سندها صرفاً عوامل روان‌شناختی موردتوجه قرار می‌گیرند و به عوامل محیطی توجه زیادی نمی‌شود؛ در حالی که در تنظیم سندهای راهبردی باید همه کارشناسان حضور داشته باشند. متأسفانه اکثر این سندها کی‌برداری شده و بومی‌سازی نشده‌اند.

این پژوهشگر تأکید می‌کند: در استان‌های خودکشی‌خیز باید نقشه رفتارهای خودکشانه تهیه گردد تا مناطق پرخطر شناسایی شوند. سرمایه‌های اجتماعی باید از طریق ایجاد سمن‌ها و تشکل‌های مردمی تقویت شوند تا شاهد تضاد سرمایه‌های اجتماعی در بین نسل‌ها نباشیم. در گذشته اگر برای کسی مشکلی پیش می‌آمد اطرافیان در کنارش می‌ماندند و به او کمک می‌کردند اما امروز این نقش سنتی از بین رفته و فرزندان ما در فضای مجازی به دنبال سرمایه‌های اجتماعی هستند. از آنجا که اقدام به خودکشی در طبقه پایین جامعه بیشتر دیده می‌شود، لازم است نهادهای دولتی مثل کمیته امداد و بهزیستی پای کار بیایند و خانواده‌های نیازمند را تحت پوشش خود قرار دهند. ایجاد فرصت‌های شغلی و اجرای برنامه‌های فقرزدایی به منظور بهبود زندگی در مناطق پرخطر می‌تواند کارگشا باشد. ما نباید نقش اقتصاد و معیشت را در این مقوله نادیده بگیریم. افزایش مراکز مشاوره و تسهیل دسترسی اقشار کم‌درآمد جامعه به این مراکز و بیمه شدن خدمات آن‌ها باید در دستور کار دولت قرار داشته باشد. متأسفانه مردم ایلام و اغلب شهرهای کوچک تمایل زیادی به مشاوره‌های روان‌شناسی ندارند و از ترس انگ خوردن، کمتر به این مراکز مراجعه می‌کنند؛ البته شرایط امروز قدری بهتر و ضرورت مشاوره‌های روان‌شناختی برای خانواده‌ها آشکارتر شده است. در همین راستا آموزش افراد و گروه‌های مرجع مثل مدیران مدارس، فعالین امور خیریه، کارشناسان بهزیستی و ائمه جماعات برای حضور در مناطق پرخطر و شناسایی و کمک به کسانی که تمایل به خودکشی دارند بسیار مؤثر است.

پایین آمدن آمار خودکشی در زمان انتخابات!

موسی نژاد، افزایش شور و نشاط اجتماعی را اقدام مهم دیگری برای کاهش خطر می‌داند و می‌گوید: اجرای برنامه‌های شاد و متنوع و برگزاری جشنواره‌های فرهنگی و ورزشی توسط صدا و سیما، اداره ورزش و جوانان، میراث فرهنگی و شهرداری‌ها می‌تواند در این زمینه بسیار کمک‌کننده باشد. نکته جالب این که در زمان انتخابات، آمار خودکشی در کشور به شدت پایین می‌آید و این نشان می‌دهد به بازی گرفتن جوانان و نوجوانان در مناسبات سیاسی و اجتماعی تا چه اندازه می‌تواند مؤثر باشد. او محدودیت دسترسی به ابزار خودکشی را آخرین راهکار در کاهش آمار خودکشی می‌داند و تأکید می‌کند: متأسفانه امروز اسلحه و قرص برنج، دو ابزار مهم خودکشی در استان‌های غربی هستند که باید با توزیع‌کنندگان آن‌ها برخورد قانونی شود. چند سال پیش، تولید و فروش قرص برنج ممنوع اعلام شد اما امروز به صورت غیرقانونی وارد کشور شده و به وفور در مغازه‌ها یافت می‌شود.

آنچه که مسلم است جوانان و نوجوانان این مرز و بوم، سرمایه‌های کشور هستند که باید از سلامت جسم و روان آن‌ها صیانت شود. انتظار ما از مسئولان و دولتمردان این است که مقوله خودکشی را جدی گرفته و در برنامه‌ریزی‌های خود از راهکارهای ارائه‌شده توسط محققان و پژوهشگران داخلی و تجارب موفق کشورهای دیگر استفاده کنند.

باورهای رایج را کنار بگذارید



مترجم: بابک ارشادی

باور پنجم: «شخصی که قصد خودکشی دارد واقعا می‌خواهد بمیرد»

شخصی که به خودکشی فکر می‌کند می‌خواهد به رنج کشیدن خاتمه بدهد و واقعا مایل به مردن نیست. او «تمایل به زندگی» را به شکلی دوپهل و متناقض ابراز می‌کند: غیرممکن شدن ادامه رنج.

باور ششم: «افکار خودکشی برای هر کسی پیش نمی‌آید»

هر کس ممکن است در دوره‌ای با رویدادهای سخت و آسیب‌زا روبه‌رو شود (مرگ نزدیکان، تصادف، بیکاری، از دست دادن سلامت جسمی، فجایع طبیعی...) و افکار خودکشی به ذهنش خطور کند، بی‌آن که لزوماً برای پایان دادن به زندگی خود دست به اقدام بزند. آمارهای جهانی نشان می‌دهد از هر صد هزار نفر، چهار هزار نفر در مقطعی از زندگی خود به خودکشی فکر کرده‌اند، ۱۸۰ نفر دست به اقدام زده‌اند و تنها ۱۶ نفر این راه را تا به آخر ادامه می‌دهند.

باور هفتم: «کسی که از خودکشی حرف می‌زند، دست به اقدام نخواهد زد»

حدود ۷۵ درصد از کسانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، قبلاً قصد خود را به شکلی اعلام کرده بودند. پس در مورد افکار خودکشی پیش‌دوری نکنیم و اگر فرد در این مورد سخن گفت، حرفش را جدی بگیریم.

باور هشتم: «کسی که تهدید به خودکشی می‌کند، قصد جلب توجه دارد»

تهدید به خودکشی را باید همیشه جدی گرفت. حتی اگر تصور می‌کنیم که ابزار شخص برای اعمال فشار به دیگران و جلب توجه آن‌هاست، توجه داشته باشیم کسی که چنین تهدیدی می‌کند، به‌راستی رنج می‌برد و به توجه و کمک نیاز دارد. تهدید به خودکشی هم ابزار ناامیدی و هم طلب امداد، همدلی و تفاهم است. نکته مهم این است که تهدیدهای مکرر به خودکشی، گاهی باعث عدم حساسیت اطرافیان و بی‌توجهی بیشتر آن‌ها می‌شود.

باور نهم: «سخن گفتن از خودکشی باعث تشویق به اقدام می‌شود»

در بسیاری از جوامع، خودکشی یک تابو به شمار می‌آید اما پرسش مستقیم در مورد وجود افکار خودکشی به معنی تشویق این افکار و ترغیب به اقدام نیست، بلکه به منزله گشودن دری به روی شخص است تا بتواند رنج‌هایش را ابراز کند. سخن گفتن با کسی که حال و روزش بد است، منجر به سوق یافتن او به سمت خودکشی نمی‌شود. برعکس، گفتگو فرصتی برای شخص ایجاد می‌کند تا احساس کند وضعیتش به رسمیت شناخته شده است. این کار، کمک و حمایت خواستن را برای او آسان می‌کند. بدیهی است که در این گفتگوها باید از بی‌اهمیت جلوه دادن موضوع، قضاوت یا به چالش کشیدن شخص اجتناب کرد.

باور دهم: «خودکشی یک انتخاب شخصی است»

خودکشی انتخاب نیست، بلکه فقدان انتخاب و نتیجه احساس رنج تحمل‌ناپذیر است. درواقع، شخص مرگ را انتخاب نمی‌کند، بلکه تلاش می‌کند به رنج پایان بدهد اما وضعیت فرد غالباً مانع از آن می‌شود که دیدگاه عینی و واقع‌بینانه از شرایط داشته باشد. تصمیم به خودکشی بیش از این که انتخاب مرگ باشد، احساس «عدم امکان ادامه زندگی در وضع موجود» است.

باور یازدهم: «کسی که خودکشی می‌کند یا خیلی شجاع است یا خیلی ترسو»

مطرح کردن موضوع شجاعت و ترس یعنی ما خودکشی را یک «انتخاب» فرض کرده‌ایم، یا به وجود تیپ شخصیتی مستعد به خودکشی باور داریم. با این پیش‌فرض‌ها در واقع برداشت خود را به دیگری تعمیم می‌دهیم.

باور دوازدهم: «خودکشی بدون هشدار قبلی رخ می‌دهد»

از هر ده نفر که اقدام به خودکشی می‌کنند هشت نفر، پیام یا نشانه‌ای هر چند کوچک و مختصر از افکار یا قصد خود مخابره می‌کنند. این پیام‌ها گاهی غیرمستقیم و گاهی بسیار صریح هستند.

* پیام‌های کلامی: تکرار برخی جملات مانند «دیگه میلی به زندگی ندارم»، «به‌زودی به همه‌چیز خاتمه می‌دم»، «به اینجام رسیده»، «دیگه نمی‌تونم تحمل کنم» و «به‌زودی از دست من راحت می‌شید» می‌توانند نشانه وجود افکار خودکشی باشند.

* پیام‌های رفتاری مانند تغییر ناگهانی عادت‌ها، بخشیدن غافلگیرکننده اموال و اشیاء به دیگران، افت تحصیلی یا کاهش رانندگی، گوشه‌گیری، انزوا، تغییر عادات غذایی، تغییر عادت‌های پوشش و آراستگی، مصرف بی‌رویه الکل، مواد مخدر یا دارو، ریسک‌پذیری یا مخاطره‌جویی افراطی.

* پیام‌های عاطفی مانند بی‌علاقگی، از دست دادن حس لذت و خواستن، غم، گریه، اضطراب، خستگی، بی‌تفاوتی، یأس و احساس شکست، احساس بی‌هودگی، کاهش یا فقدان عزت‌نفس، تغییرات ناگهانی خلق و خو، پرخاشگری، احساسات متناقض و متغیر.

* پیام‌های گمراه‌کننده مانند بهبود ناگهانی وضعیت روحی و جسمی پس از مدت‌ها افسردگی، به‌گونه‌ای که تقریباً چنین به نظر می‌رسد که شخص میل به زندگی را دوباره به دست آورده و به نوعی تسکین و تسلی رسیده است نیز باید موردتوجه قرار بگیرند.

خودکشی، فرآیندی ناگهانی نیست. غالباً بین نخستین باری که فکر خودکشی به ذهن خطور می‌کند تا اولین اقدام، روزها یا هفته‌ها فاصله وجود دارد که شاید در میان جوان‌ترها و افرادی با خصوصیات تکانشی، سریع‌تر باشد.

باور سیزدهم: «به‌جز افراد حرفه‌ای، کسی نمی‌تواند به فردی که درگیر افکار خودکشی است کمک کند»

در روند زندگی روزمره و در تعامل با نزدیکان، هر کس می‌تواند در حد توان به فردی که در رنج است کمک کند. عوامل آسیب‌رسان در زمینه خودکشی، بخشی از تجربیات انسانی مشترک هستند که همه مردم به نحوی با آن‌ها سر و کار دارند. بنابراین ما قادر به درک این مسائل هستیم، آن‌ها را می‌فهمیم و می‌توانیم عواطف انسانی خود را درباره این موضوعات ابراز کنیم. فهمیدن این که کسی در آشنایان، اقوام یا دوستان ما در رنج است کار دشواری نیست، گاهی فقط کافی است که به ادراک یا به اصطلاح «غریزه» خود اعتماد کنیم. ***

بنیاد آمریکایی پیشگیری از خودکشی پنج راهکار کلی را در این زمینه پیشنهاد می‌کند.

راهکار نخست: با فرد درباره استرس‌ها و مشکلات زندگی‌اش حرف بزنید. سعی نکنید مشکل او را حل کنید یا به او بگویید باید چه احساسی داشته باشد. فقط به او گوش بدهید. خیلی کوتاه از او بپرسید: «آیا به خودکشی فکر می‌کنی؟» پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این پرسش، خطر ایجاد یا تشدید افکار خودکشی را به دنبال ندارد اما درپچه‌هایی را در ذهن فرد می‌گشاید.

راهکار دوم: دسترسی فرد را به اشیاء وسایل یا مکان‌های خطرناک محدود کنید. ثابت شده که این کار خطر را کاهش می‌دهد. مهم است از طریق گفتگو دریابید که آیا فرد، برنامه‌ای برای آسیب رساندن به خود دارد یا خیر.

راهکار سوم: حضور داشته باشید و تماس خود را با فرد حفظ کنید. او را ترغیب کنید صحبت کند و گوش بدهید. آمارها نشان می‌دهند توجه و اذعان به وجود افکار خودکشی، باعث کاهش این افکار در فرد می‌شود. از قضاوت و نصیحت خودداری کنید. بیشتر شنونده باشید و همدردی خود را ابراز نمایید.

راهکار چهارم: فرد را تشویق کنید از کارشناس حرفه‌ای (پزشک، روان‌شناس یا روان‌پزشک) مشاوره و کمک بگیرد. فرد ممکن است تصور کند که کسی قادر به کمک کردن به او نیست. به او بگویید که این مشاوره‌ها می‌توانند کارساز باشند.

راهکار پنجم: به او قول ندهید که رازدار خواهید بود. به او بگویید که قصد خیانت به اعتمادش را ندارید اما نگرانش هستید و معتقدید که باید با افراد دیگری که صلاح می‌دانند، چه متخصص و چه غیرمتخصص، سخن بگویند. در بسیاری از موارد، فرد احساس بی‌ارزشی و افسردگی عمیق دارد یا خود را سربار دیگران می‌داند. دیگران ممکن است این احساسات را بی‌اساس بدانند ولی در ذهن فرد، این افکار در آن لحظه کاملاً منطقی هستند.

به‌نظر کارشناسان، احساس سربار بودن موضوعی تکراری است و در بسیاری از افرادی که افکار خودکشی داشته‌اند مشاهده شده. این احساس سبب می‌شود که فرد، تصمیمش را «فداکارانه» تلقی کند، در حالی که دیگران احتمالاً آن را «خودخواهانه» می‌دانند. بر این اساس، فرد تأثیر مادی و معنوی تصمیمش را بر دیگران، به‌ویژه نزدیکانش، به شدت دست‌کم می‌گیرد و حتی ممکن است اقدام خود را نوعی کمک به آن‌ها بداند. باید به او یادآوری کنیم که باززش است و سربار کسی نیست. بدیهی است که کنار آمدن با مسأله خودکشی، از نظر روانی و عاطفی، کاری طاقت‌فرساست. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتباط با دیگران، مهمترین عامل برای پیشگیری از اقدام به خودکشی است. ارتباط، نجات‌بخش است.

منبع:

INFO SUICIDE FRANCE
SUD-OUEST, 17/07/2025

در روز ۷ ژوئیه ۲۰۲۵، نماینده مجلس ملی فرانسه، اولیویه مارلکس، در ۵۴ سالگی به زندگی خود خاتمه داد. پس از انتشار خبر، مطالب گوناگونی در شبکه‌های اجتماعی منتشر شد، از جمله: «صبح یکشنبه، اولیویه مارلکس خوش و خندان در مراسم افتتاح چندین طرح در حوزه انتخابیه خود شرکت کرد و روز دوشنبه به زندگی خود پایان داد! این با عقل جور در نمی‌آید». کاربر دیگری نوشت: «از کی تا حالا مردم بدون گذاشتن یادداشتی برای نزدیکانشان خودکشی می‌کنند؟»

پس از فروکش کردن موج کامنت‌ها، دکتر داوید ماسون، روان‌پزشک و مدیر مرکز توان‌بخشی روانی-اجتماعی لورن در شمال غرب فرانسه در یادداشتی نوشت: «به جای کم‌اهمیت جلوه دادن موضوع، عادی‌سازی آن، تکرار باورهای رایج یا اظهار فضل کردن‌های جعلی، باید موضوعات مرتبط با خودکشی را با شفافیت و بدون پیش‌دوری بررسی کنیم.»

باورهای رایج در مورد خودکشی معمولاً نه مبنای علمی محکمی دارند، نه متکی به جزئیات عینی تجربه زیسته‌شده هستند و حتی اگر درست باشند غیرقابل تعمیمند. از سوی دیگر در بسیاری از موارد، کارکرد آن‌ها بیشتر «کلیشه‌سازی» و «عادی‌سازی» است تا هدف مشخصی تأمین شود: نفی مرگ و احترام به زندگی، آن‌هم درست زمانی که ظاهراً مرگ، «ناگهان» و بی‌مقدمه در مرکز تصویر قرار می‌گیرد. خوب است از باورهای رایج درباره خودکشی افسانه‌زدایی کنیم. در اینجا به برخی از باورهای نادرست رایج درباره خودکشی می‌پردازیم.



باور نخست: «خودکشی نتیجه اختلالات روانی است»

خودکشی، بیماری روانی نیست، بلکه اقدامی ناشی از تحمل رنج است. البته بر اساس مطالعات علمی، بین ۵۰ تا ۹۰ درصد افرادی که خودکشی می‌کنند از ناملایمات یا سطوحی از اختلالات روانی رنج می‌برند اما علت خودکشی را نمی‌توان به این اختلالات تقلیل داد و جنبه‌های دیگر آن را نادیده گرفت. افرادی که از سلامت روانی برخوردارند نیز ممکن است به دلایل مختلف در معرض افکار خودکشی قرار بگیرند.

باور دوم: «فقط افراد منزوی خودکشی می‌کنند»

خودکشی پدیده‌ای است که در همه بخش‌های جمعیت، صرف‌نظر از جایگاه و منزلت اجتماعی و اقتصادی یا خاستگاه خانوادگی روی می‌دهد.

باور سوم: «خودکشی ارثی است»

خودکشی ربطی به وراثت ندارد اما معمولاً اهمیت و اعتباری که به ارتباط با خویشاوندان یا سوابق خانوادگی نسبت داده می‌شود می‌تواند به نوعی «تقلید رفتاری» منجر شود. شاید وجود موارد خودکشی در خانواده، الگویی برای خاتمه دادن به رنج قلمداد شده و مورد تقلید قرار بگیرد.

باور چهارم: «کسانی که خودکشی می‌کنند شخصیت ضعیفی دارند»

در علم روان‌شناسی، تیپ «شخصیت خودکشی» وجود ندارد. برعکس، خیلی از کسانی که درگیر افکار خودکشی می‌شوند افرادی پرن انرژی و فعال هستند که با رنج‌های بزرگ مواجه شده‌اند (فقدان عزیزان، طرد، تعرض...).

قاب امروز



«دریاچه ارومیه» دیگر دریاچه نیست! - عکس: سید کاظم یوسفی / ایلنا

سرایه

گر دشمن من به دوستی بگزینی

مسکین چه کند با تو به جز مسکینی

صد جور بکن کہ ہمچنان مطبوعی

صد تلخ بگو که همچنان شیرینی

سعدی

پند بزرگان

زیبایی ارزشی ندارد. دائمی نیست. اگر

زشت باشید بسیار خوشبختید؛ زیرا اگر مردم

دوستتان داشته باشند می دانید برای چیز

دیگری است.

چارلز بوکفسکی

چهل سال پیش در همین روز

تمامی مطالب از روزنامه اطلاعات روز یکشنبه ۲۶ آبان ماه ۱۳۶۴
(برابر با ۴ ربیع الأول ۱۴۰۶، ۱۷ نوامبر ۱۹۸۵) نقل شده است.

آتش سنگین ایران بر مواضع دشمن

در مناطق عملیاتی غرب

سرویس سیاسی - آتش پر حرم نیروهای اسلام در منطقه عملیاتی «عین خوش» بر روی مواضع و استحکامات دشمن، ضمن وارد آمدن خسارات و ضایعات سنگین بر نیروهای عراقی، بیش از ۲۰ تا ۳۰ نفر از نیروهای یعنی به هلاکت رسیده و یا مجروح شدند. همچنین طی شبانه روز گذشته با هوشیاری نیروهای ایران، فعالیت گروه‌های گشتی دشمن در منطقه «نهر عنبر» دفع و نیروهای دشمن از منطقه نبرد متواری شدند. در اطلاعیه شماره ۲۲۹۱ ستاد مشترک ارتش، جمهوری اسلامی ایران آمده است:

در تبادل آتش دیروز (جمعه) جبهه‌های شمال غرب کشور، رزم‌آوران اسلام ضمن کنترل حرکات موتور نیروهای صدامی از تقویت و یا تعویض یگان‌های دشمن در سراسر جبهه، به‌ویژه در منطقه «سیدکان» جلوگیری به عمل آوردند و با زیر آتش داشتن مواضع دفاعی و یگان‌های احتیاط دشمن، شماری از نفرات آنان را به هلاکت رسانیده و دو خودروی سنگین و یک خودروی مهندسی آنان را منهدم کردند. در جبهه‌های غربی کشور آتش یگان‌های پدافند هوایی نیروهای ما، فعالیت‌های هوایی دشمن را در مناطق عملیاتی غرب کشور خنثی و آتش سنگین توپخانه رزمندگان اسلام بخشی از مواضع دفاعی نیروهای عراق را منهدم و با به آتش کشیدن یک انبار مهمات نیروهای صدامی، حدود ۳۰ نفر از افراد آنان را کشته و یا زخمی کردند. شدیدترین مناطق درگیر آتش در جبهه‌های غرب، قصر شیرین و سومار گزارش شده است و بر تری آتش، کلاً با نیروهای توأمنده ما بود.

اموال ۸ تن از نزول خوارهای معروف تهران توقیف شد

حجت الاسلام غلامرضا رضایی، سرپرست دادسرای انقلاب اسلامی تهران در امور اقتصادی در گفتگویی با خبرنگار ما اعلام کرد: با تلاش برادران این دادسرا ۸ نفر از نزول خواران بزرگ تهران شناسایی شدند و اموال ۷ نفر از آنان که حدود ۳ میلیون تومان است، توقیف شد. وی افزود: اموال یکی از نزول خواران بقدری زیاد است که هنوز نتوانسته ایم ارزش آن را مشخص کنیم.

یحیی پور آرین، مؤلف از «صبا تانیم» درگذشت

با تأسف بسیار خبر یافتیم که محقق ارجمند و نویسنده بزرگ معاصر، بحی پور آرین (آرین پور)، مؤلف کتاب بسیار مشهور و معتبر از «صبا تانیا» در سن ۸۴ سالگی جهان را بدرود گفت. رحمه الله علیه رحمة واسعة. از صبا تانیای او از همان آغاز انتشار مورد توجه همه نقدان داخلی و خارجی قرار گرفت و خاصه از آن نظر که در حوزه موضوع خود، کامل ترین مرجع محسوب بود، به خاطر اتقان و استواری و شیوه چشمگیر کار وی از کتب مرجع شناخته شد. خود وی در مصاحبه با «اطلاعات» مورخ شنبه ۱۸ فروردین ماه ۱۳۵۲ در مورد این اقبال و توجه نقدان گفته بود: درباره «از صبا تانیا» مستشرقان هم مقالاتی نوشته اند؛ از جمله فرانسو ماخالسکی لهستانی، امارد چشم من آنچه منتقدان ایرانی نوشته اند، از جرات تر است، چرا که به باور من محقق ایرانی ادبیات و طش را بهتر از هر بیگانه ای می شناسد و اوست که در این باره داوری درست تواند کرد.

کشف طلا و ارز قاچاق در گمرک امانات یستی و مهر آباد

به گزارش روابط عمومی گمرک ایران، ارزیابان گمرک امانات پستی ضمن بازدیدی بسته‌های ارسالی به خارج، موفق به کشف ۵ عدد سکه یک پهلوی، ۵ عدد سکه نیم پهلوی، ۳ عدد سکه ربع پهلوی، یک عدد سکه پنجاهمین سال سلطنت پهلوی، یک عدد آویز مشبک ملیله و ۲ عدد انگشتری جمعاً ۱۷ قطعه به ارزش ۴۸۰ هزار ریال شدند. بر پایه همین گزارش، همچنین از یک مسافر خروجی به مقصد دمشق تعداد ۵۴ سکه طلا، ۲۵۰ دلار آمریکا، ۶ هزار مارک آلمان، ۳۲۱۰ شلینگ اتریش، ۲۵۰ هزار لیر ایتالیا و ۱۱۰ فرانک سوئیس که به مهابرت خاصی در پشت چمدان جاسازی شده بود، توسط برادر اسماعیل عادل‌ی ارزیاب گمرک مهرآباد کشف و مبلغ ۳ میلیون و ۷۸۰ هزار ریال جریمه متعلقه وصول شد.

امروز در تاریخ

کودتای سیاسی در ایران

با اینکه ارتش ایران به فرماندهی سپید «زَرْمهر» هِپتال‌ها را در فرارود (آسیای میانه) شکست داده بود، بزرگان کشور در یک نشست محرمانه در ۱۷ نوامبر سال ۴۸۷ میلادی تصمیم گرفتند که بلاش، شاه ساسانی وقت را برکنار کنند و قباد را بر جای او بنشانند و این تصمیم (کودتا)، بدون خونریزی عملی شد. بزرگان ایران از مسامحه بلاش در قبال خزرهای مهاجر به مناطق شمالی دریای مازندران که ستنیه‌جوی می‌کردند، خسته شده بودند.

درگذشت عبدالرحمن جامی

۱۷ نوامبر، سالروز فوت نورالدین عبدالرحمن جامی شاعر و فیلسوف ایرانی است که در سال ۱۴۹۲ در شهر هرات از دنیا رفت. جامی برجسته‌ترین فارسی‌سرای قرن پانزدهم میلادی است و در عین حال از آخرین صوفیان بزرگ به‌شمار می‌آید. جامی از تحسین‌کنندگان حافظ و سعدی بود و کتاب بهارستان را به سبک سعدی نوشت. مجموعه اشعار او که بالغ بر ۲۵ هزار بیت است «هفت اورنگ» نام دارد.

اعتراض ایران به حضور نظامی شوروی

۲۶ آبان ۱۳۴۴، دولت وقت ایران به دولت شوروی اعتراض کرد که برخلاف تعهد قبلی، نیروهای این دولت در آذربایجان مانع از انجام وظایف مأموران انتظامی ایران در آن استان می‌شوند که عملی مغایر حاکمیت ملی ایران است. در همین روز دکتر صادق رضازاده شفق (نماینده مجلس، استاد دانشگاه، مؤلف و بعداً سناتور و متوفی در ۱۳۵۰) خواست که نخست‌وزیر بی‌درنگ به مسکو برود و تا دیر نشده مسئله را در آنجا حل کند.

مطالب این ستون، هر روز از سایت: www.iranianshistoryonthistday.com و به قلم انوشیروان کیهانی زاده نقل می شوند.

५५.८

			9					7
2	3		8			9		
		5	2				4	
1	8						2	
6								4
	7						8	9
	1				4	1		
		9			8		5	6
7					2			

غلامحسین باغبان
طراح جدول

५२.४

۲	۸	۴	۷	۶	۳	۱	۹	۵
۱	۹	۵	۲	۸	۴	۷	۶	۳
۷	۶	۳	۱	۹	۵	۲	۸	۴
۴	۲	۸	۳	۵	۷	۶	۱	۹
۶	۷	۱	۴	۲	۹	۳	۵	۸
۳	۵	۹	۸	۱	۶	۴	۲	۷
۹	۴	۲	۶	۳	۸	۵	۷	۱
۸	۱	۷	۵	۴	۲	۹	۳	۶
۵	۳	۶	۹	۷	۱	۸	۴	۲

سرخ درم

 پایسج ۶۷۲۰	اراضی بخشیدن	کارگردان افعی	ح	فلسفه	امیر انطور دیوانه	از مدخل مایه‌های پندیده می‌سازد مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر مخبر یا ناخبر
	ت	تیران	عمل مدافعیین	روم باستان	یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	علم سر شماری				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	تون زیر زمینی				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	محل	شکم بند طبعی			یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	ف	میل			یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	نوعی وکالت دادن				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	نوعی وکالت دادن				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	نوعی وکالت دادن				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	
	نوعی وکالت دادن				یسی ای ای ای ای ای ای ای ای ای	