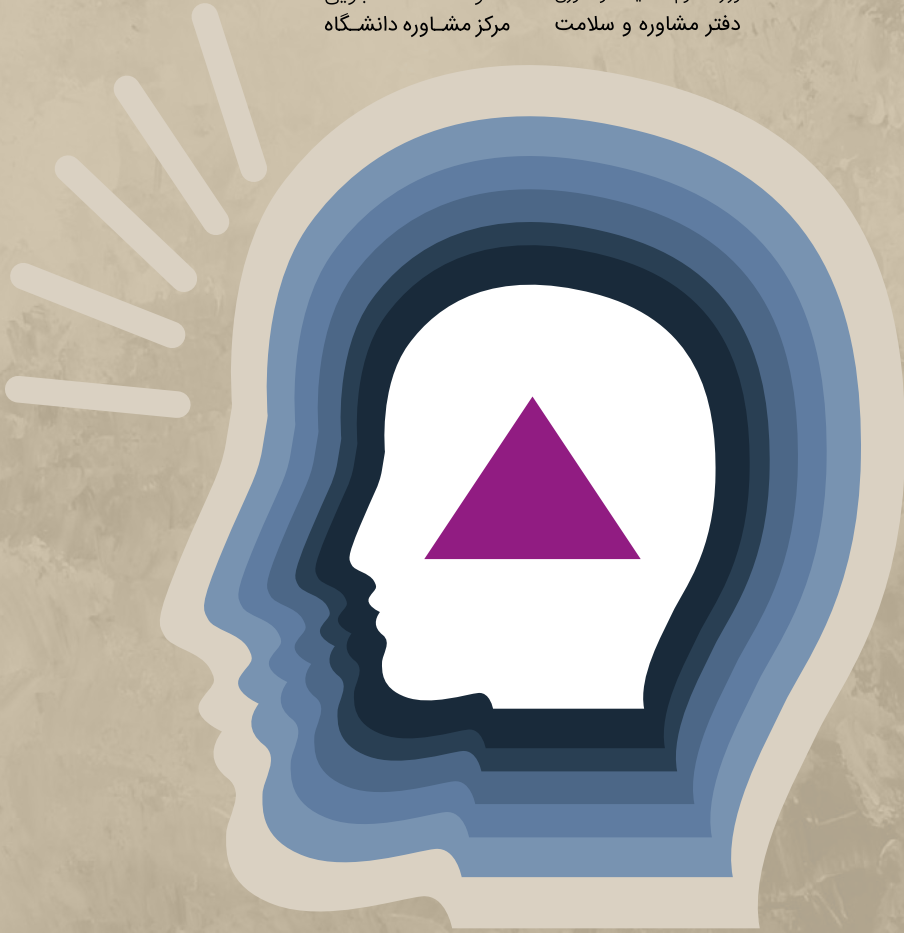




معاونت دانشجویی
مرکز مشاوره دانشگاه



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره و سلامت

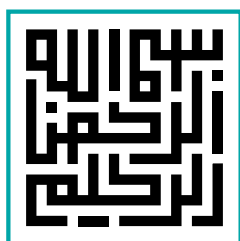


مداخله در بحران

(راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها)

دکتر مریم اصل ذاکر

روانشناس بالینی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی





معاونت دانشجویی
مرکز مشاوره دانشگاه



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
دفتر مشاوره و سلامت

مداخله در بحران (کتابچه راهنمای کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها)

ترجمه و گردآوری: دکتر مریم اصل ذاکر

روانشناس بالینی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

طراحی و گرافیک: حمیدرضا منتظری

آدرس: تهران/ خیابان شانزده آذر/ خیابان ادوارد براون/
شماره پانزده/ مرکز مشاوره دانشگاه تهران

نوبت چاپ: چاپ اول / شهریورماه ۱۴۰۰

تیراژ: الکترونیکی



فهرست:

مقدمه	۶
مدیریت بیماران سایکوتیک و تحریک‌پذیر	۸
مهارت‌های برقراری ارتباط با مراجع تحریک‌پذیر	۱۰
مدیریت رفتارهای خشونت‌آمیز	۱۸
مداخله در رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام)	۲۳
ملاحظات خاص در ارتباط با افراد جوان و دانشجویان	۳۳
مداخلات پس از اقدام ناموفق خودکشی	۳۸
مداخلات پس از خودکشی کامل	۴۳
گروه حمایت از بازماندگان خودکشی	۵۴
راهکارهایی برای کمک به دوستان فرد متوفی	۵۹
مرگ ناگهانی دوست؛ پیامی برای دانشجویان	۵۹
اطلاع‌رسانی خبر ناگوار	۶۳
تحقیق در زمینه فرایند اطلاع‌رسانی خبر ناگوار	۶۶
مراحل ارائه خبر ناگوار	۶۹
منابع	۸۳

برای رفتن به صفحه مورد
نظر روی خط فهرست کلیک
کنید. برای بازگشت به این
صفحه روی آیکون سر در بالای
صفحات کلیک کنید.

مقدمه:

برای انسانهایی که در وضعیت مشابه قرار دارند، کلام واحدی وجود ندارد که مناسب گفتن به همه آنان باشد. شما به بیمار و خانواده ای که با فوریت روانپزشکی یا روانشناختی همچون اقدام به خودکشی یا حمله اسکیزوفرنی مواجه شده اند، چه می‌توانید بگویید؟ برای برخی‌ها توضیح در مورد علل ژنتیکی و زیستی کمک کننده است. اطلاعاتی در مورد اینکه بیماری جزء زیستی قدرتمندی دارد بعضی‌ها را راحت می‌کند، اما برای برخی دیگر این رویکرد تأکیدی بر فقدان کنترل است و اضطراب و افسردگی آنها را بیشتر می‌کند؛ در چنین حالتی افراد احساس درماندگی می‌کنند چون نه بیمار و نه خانواده او نمی‌توانند با تغییر رفتار احتمال عود را به حداقل برسانند. برای برخی‌ها توضیح در مورد پویایی‌های خانوادگی و فردی بیشتر مفید است و بالاخره عده ای نیز گوشی برای شنیدن می‌خواهند و به موقع خود به پذیرش



می‌رسند. در وضعیت اضطراری همچون هر موقعیت دیگر روانپزشکی یا روانشناختی، زمانی که درمانگر نمی‌داند چه بگوید، بهترین رویکرد آن است که تنها گوش بدهد. انسانها در جریان بحران، نشان می‌دهند که تا چه حد به حمایت، انکار، برون‌ریزی و واژه‌هایی برای مفهوم بخشیدن به معنای بحران خود و کشف راه حل‌های آن نیازمندند.

در محیط‌های دانشگاهی موقعیت‌های بحرانی شامل مشروط شدن یا اخراج دانشجو، رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام به خودکشی)، اختلالات شدید روانپزشکی (اختلالات سایکوتیک و اختلال خلقی دوقطبی)، و مانند آن می‌باشد. آنچه در همه این موقعیت‌ها مشترک و حائز اهمیت است، نحوه برقراری ارتباط مؤثر و مدیریت هیجانات می‌باشد. در همین راستا کتابچه حاضر با هدف آماده سازی کارشناسان مراکز مشاوره برای موقعیت‌های بحرانی، تهیه و تنظیم شده است.

مدیریت بیماران سایکوتیک و تحریک‌پذیر

مدیریت بیماران تحریک‌پذیر و سایکوتیک جزء دشوارترین موقعیت‌های اورژانس روانپزشکی و روانشناختی است. این بیماران طیفی از علایم، از قبیل توهمات دیداری و شنیداری، پارانوئا، اختلال تفکر، هذیان بزرگ منشی و تحریک‌پذیری زیادی ممکن است نشان دهند. البته بیمارانی که این علایم را نشان می‌دهند لزوماً سایکوتیک نیستند. در واقع این علایم می‌تواند در سایر اختلالات نیز مشاهده شود، اختلالاتی نظیر اختلال خلقی یا اضطرابی، اختلالات طبی که مغز را تحت تأثیر قرار می‌دهند مانند دلیریوم، مسمومیت با الکل یا سایر مواد و آسیب مغزی.

آنچه در همه این موقعیت‌ها اهمیت دارد و اولین گام محسوب می‌شود، آن است که با مقررات محل کار و موقعیت آشنا باشیم. برای



مثال در برخی مراکز برای کنترل یا بستری کردن بیمار تحریک پذیر، از نیروی انتظامی و در برخی مراکز از اورژانس بیمارستان درخواست کمک می‌شود. پس در گام نخست برای انتقال بیمار به بیمارستان بر طبق مقررات از پیش تعیین شده عمل کنید. جهت تماس با اورژانس‌ها و مراکز مرتبط، باید از قبل فهرستی از شماره تلفن‌های ضروری را تهیه کنید.

مهارت‌های برقراری ارتباط با مراجع تحریک‌پذیر:

در روابط انسانی نه تنها آنچه گفته و بیان می‌شود بلکه حالات غیرکلامی نقش و اهمیت تعیین کننده‌ای دارند. ارتباطات غیرکلامی شامل موارد زیر است:

• تماس چشمی مناسب و نگاه کردن به

طرف مقابل

• حالات بدنی

• حالات و ژست‌های صورت

• گوش کردن فعال

در ارتباطات کلامی و غیرکلامی با بیماران تحریک پذیر نکات زیر پیشنهاد می‌شود:

۱ ارتباط چشمی: نخستین گام در برقراری ارتباط، با تماس چشمی شروع می‌شود. نکته مهم آن است که تماس چشمی و نگاه کردن به سوی مخاطب دارای معنی و مفهوم است و در بسیاری



از موارد به معنی ارزش گذاشتن و اهمیت دادن به فرد مقابل است و برعکس نگاه نکردن به معنی اهمیت ندادن به طرف مقابل است که نهایتاً به احساس خشم، رنجش، آزرده‌گی و... می‌انجامد.

۲ حالات و ژست‌های صورت از قبیل رنگ پریده‌گی، سرخ شدن، عرق کردن، اشک ریختن، اجتناب از تماس چشمی و گاز گرفتن لب‌ها، در واقع مقاومت بیمار و احساسات وی مانند خشم و ترس را نشان می‌دهد.

۳ نحوه رفتار شما به عنوان مشاور و روانشناس، روانپزشک یا مددکار، از اهمیت زیادی برخوردار است، در موقعیت‌های اورژانسی همواره باید آرامش خود را حفظ کنید و از حرکات و تکلم تند و سریع خودداری کنید.

۴ تماس چشمی با بیمار را حفظ کنید تا به شما اعتماد کند. از نزدیک شدن و تماس جسمی با بیمار اجتناب کنید تا بیمار احساس نکند که به حریم خصوصی وی

تجاوز کرده اید یا قصد حمله به او را دارید. همچنین تجمع افراد مختلف در اطراف بیمار باعث تنش و سوءظن بیشتر بیمار می‌گردد. این مسئله به ویژه در مورد بیماران پارانوئید از اهمیت زیادی برخوردار است.

۵ در ارتباط کلامی با بیماران تحریک‌پذیر، از آنجا که این بیماران نسبت به پیام‌های پیچیده و مبهم حساس می‌باشند، بهتر است تنها یک نفر مسؤول برقراری ارتباط کلامی باشد تا از انتقال پیام‌های دوسوگرا توسط افراد مختلف اجتناب گردد. برای کاهش احساس تهدید بیمار و ایجاد امنیت روانی، از کلمات ساده و عینی استفاده کنید و قبل از آنکه به عملی اقدام کنید، آن را برای بیمار توضیح دهید. برای مثال می‌توانید بگویید "من حالا می‌خواهم روی این صندلی بنشینم و با شما صحبت کنم" یا "من می‌خواهم یک لیوان آب برای شما بیاورم".

۶ نکته مهم دیگر این است که به هیچ عنوان سعی نکنید تا بیمار را با هذیان‌اتش



مواجهه کنید، چرا که دوره تحریک پذیری زمان مناسبی برای این کار نیست. اگر شما بخواهید بیمار را قانع کنید که دچار هذیان است، از آنجایی که هذیان، استدلال پذیر نیست، بدبینی بیمار تشدید می شود و احساس می کند که شما علیه او توطئه کرده اید.

Y به حالت امری و دستوری با بیمار صحبت نکنید. برای مثال جمله " تو باید در بیمارستان بستری شوی" باعث می شود بیمار حالت دفاعی به خود بگیرد و سعی کند تا به شما بفهماند که اشتباه می کنید. به جای آن می توانید بگویید: "به نظر می رسد که تو احتیاج به کمک داری، من می توانم کمکت کنم."

A با بیماران تحریک پذیر، نباید با شوخی برخورد کرد. بیمار ممکن است فکر کند شما او را به تمسخر گرفته اید یا حرف هایش را باور نمی کنید. بنابراین تمام انرژی شما صرف جلب اعتماد بیمار می شود. برای جلب اعتماد بیمار می توانید در مورد وضعیت

فعلی وی سؤال کنید، برای مثال: "من چه کاری می‌توانم انجام دهم تا شما احساس راحتی بیشتری داشته باشید؟"، "جایی از بدنتان احساس درد می‌کنید؟"

۹ با لحنی آرام، خونسرد و در عین حال مطمئن با بیمار صحبت کنید. هر چند بار که لازم باشد جمله را با آرامش برای او تکرار کنید. صحبت‌های بیمار را با کلمات دیگری برای او بازگو کنید تا احساس کند درک شده است. برای آنکه بیمار احساس راحتی داشته باشد از او سوال کنید آیا به آب، غذا یا پتو یا هر وسیله دیگری نیاز دارد.

۱۰ این پیام را به او منتقل کنید که انتظار دارید تا او بتواند بر خود مسلط شود و کنترل رفتارش را به دست گیرد. شما و همکارانتان آنجا حضور دارید تا در این جهت به او کمک کنید.



نکات مهمی که باید در ارزیابی بیماران تحریک پذیر در نظر بگیرید:

۱. مهم ترین نکته این است که سعی کنید مداخله ای که انجام می‌دهید، تا جای ممکن در محیطی امن و آرام باشد. قبل از اینکه به بیمار سایکوتیک و تحریک پذیر نزدیک شوید، نخست به احساس امنیت بیمار، همکاران و خودتان توجه کنید. برای این کار باید سریعاً سطح تحریک پذیری بیمار و محیط اطراف خود را ارزیابی کنید. این سؤالات را از خود بپرسید:

• بیمار در چه وضعیتی قرار دارد؟ آیا از قبل تحت درمان دارویی بوده است یا در طی چند ساعت اخیر دارویی مصرف کرده است؟

• محیط و موقعیت تعامل بین شما و بیمار چگونه است؟ اتاقی بزرگ یا راهروی باریک؟

• چه کسی به جز شما حضور دارد؟

• چه ابزار و وسایلی در اطراف بیمار هستند؟ چاقو؟ شیشه؟

۲. برای اطمینان از امنیت خود و بیمار، همه اشیای خطرناک از قبیل چاقو، شیشه و هر شیئی که بیمار بتواند توسط آن به خود یا دیگری آسیب برساند، از دسترس خارج کنید. اگر در راهروی باریک، نزدیک آسانسور، راه پله یا هر فضای کوچک و بسته ای هستید، بیمار را به اتاق بزرگتری راهنمایی کنید. این کار احتمال آسیب شما و بیمار را کاهش می‌دهد و به مهار و کنترل بیمار کمک می‌کند.

۳. بعد از جلب اعتماد بیمار، باید ارزیابی کنید که آیا بیمار از مشکل طبی رنج می‌برد یا اینکه مشکلات رفتاری دارد؟ آیا وی قصد آسیب زدن به خود یا دیگری را دارد؟ و اینکه آیا این بیمار جزء مواردی است که نیاز به بستری دارد یا نه؟

۴. به هنگام ارزیابی موقعیت، به یاد داشته باشید که وضعیت روانی بیمار ممکن است تغییر یابد. بیمار آرام ممکن است به یکباره به فردی خشن و خارج از کنترل تبدیل شود. در صورتی که این اتفاق رخ دهد، محیط را ترک کنید و فوراً به اورژانس اطلاع دهید. برای آنکه



به محیط احاطه داشته باشید و در مواقع بحرانی بتوانید به راحتی از اتاق خارج شوید، سعی کنید نزدیک در خروجی باشید و هیچگاه اجازه ندهید تا بیمار بین شما و در خروجی قرار گیرد.

خلاصه نکات در برخورد با بیماران سایکوتیک و تحریک پذیر:

- به تماس چشمی، حالات و ژست‌های صورت بیمار توجه کنید. تماس چشمی با بیمار را حفظ کنید تا به شما اعتماد کند.
- از کلمات ساده و عینی استفاده کنید و قبل از آنکه به عملی اقدام کنید، آن را برای بیمار توضیح دهید.
- سعی نکنید تا بیمار را با هذیان‌اتش مواجه کنید.
- به حالت امری و دستوری با بیمار صحبت نکنید.
- با بیماران تحریک پذیر شوخی نکنید.
- برای بیمار، خودتان و همکارانتان محیط امنی فراهم کنید. همه اشیای خطرناک از قبیل چاقو، شیشه و هر شیئی که بیمار بتواند توسط آن به خود یا دیگری آسیب برساند، از دسترس خارج کنید.

مدیریت رفتارهای خشونت آمیز

یکی دیگر از فوریت‌های روانشناسی یا روانپزشکی، مواجهه با بیمارانی است که رفتار خشونت آمیز نشان می‌دهند. در صورت عدم آمادگی لازم، احساس ترس به سرعت در بین کادر درمانی پخش می‌شود و اوضاع بیش از پیش از کنترل خارج می‌گردد. هدف اصلی در چنین موقعیتی حفاظت از جان بیمار، افراد منتظر در اتاق پذیرش و همچنین پرسنل درمانی است. مدیریت نامناسب رفتار خشونت آمیز در مراکز درمانی، ممکن است به آسیب جسمانی سایر مراجعین در اتاق انتظار منجر شود. حفظ آرامش، کلید اداره موقعیت‌های بحرانی است. در برخورد با رفتارهای خشونت آمیز به نکات زیر توجه کنید:

۱. نخستین کار در ارزیابی رفتار خشن تعیین علت آن است. علت، مسیر مداخله را مشخص می‌کند. بزرگترین اشتباه احتمالی،



نادیده انگاشتن یک بیماری عضوی به عنوان علت اختلال هیجانی است. ضربه مغزی، بیماری‌های طبی، مصرف مواد (از جمله الکل)، بیماری‌های عروق مغزی و داروها ممکن است سبب بروز رفتار خشونت آمیز شوند. در این مواد بستری کردن بیمار، اولین و بهترین مداخله است.

۲. چنانچه مطمئن شدید رفتار خشن بیمار، علت طبی ندارد، با بیمار صحبت کنید و به او اطمینان دهید. برای **جلب اطمینان** او به این نکته اشاره کنید که همه تلاش شما در جهت این است که هیچ آسیبی به او نرسد.

۳. اگر وضعیت بیمار حاد است، (در صورت حضور پزشک) می‌توانید از دارو استفاده کنید. برای اینکه بیمار با شما همکاری کند، به او اطمینان دهید که این دارو علائم ناراحت کننده او را کاهش می‌دهد و باعث آرام شدن او می‌شود.

۴. پارانوئیدی (داشتن هذیان‌هایی با ماهیت گزند و آسیب) یا دچار سایکوز حاد بوده و حمله فیزیکی محتمل است، به بیمار بگویید که خشونت قابل قبول نیست و در صورت لزوم از مهار فیزیکی استفاده خواهد شد. کار مهار فیزیکی را به افرادی واگذار کنید که از لحاظ جسمی توانایی انجام این کار را داشته باشند. برای کنترل کردن خشونت فیزیکی، می‌توانید تدریجاً بیمار را به سمت گوشه اتاق هدایت کنید تا بر اوضاع مسلط شوید.

۵. بیماران خشن و ستیزه جو را با تجویز یک داروی رختزا یا آنتی سایکوتیک مناسب، به طور مؤثر می‌توان مهار کرد. بدین منظور باید از پرسنل پزشک و پرستار کمک گرفت. پزشک می‌تواند دیازپام (والیوم) ۵ تا ۱۰ گرم یا لورازپام (Ativan) ۲ تا ۴ میلی گرم را ظرف دو دقیقه به آرامی داخل ورید تزریق کند. تجویز داروهای وریدی باید



با احتیاط زیاد انجام شود تا وقفه تنفسی ایجاد نشود. بیمارانی را که نیازمند تجویز عضلانی هستند می‌توان با ۵ تا ۱۰ میلی گرم هالوپریدول یا ۲۵ میلی گرم کلپرومازین (تورازین) عضلانی آرام نمود. اگر تحریک ناشی از مصرف الکل یا حالت اختلال روانی-حرکتی متعاقب تشنج باشد، خواب ناشی از مقادیر نسبتاً کم داروهای وریدی ممکن است ساعت‌ها طول بکشد. این بیماران پس از بیدار شدن اغلب کاملاً هوشیار و منطقی بوده و نوعاً دوره خشونت را فراموش کرده‌اند. چنانچه آشفته‌گی بخشی از فرایند سایکوتیک موجود باشد و پس از رفع تأثیر داروی داخل وریدی عود کند، ادامه درمان دارویی ضرورت دارد. گاهی بهتر است هر نیم تا یک ساعت از مقادیر کم عضلانی یا خوراکی دارو استفاده شود (مثلاً هالوپریدول ۲ تا ۵ میلی گرم یا دیازپام ۲۰ میلی گرم) تا زمانی که بیمار کنترل شود و این روش بهتر از تجویز مقادیر زیاد دارو در ابتدا و قطع آن در حالتی است که بیمار نیاز به مقادیر بیش از حد دارو قرار دارد. با

تحت کنترل درآمدن رفتار آشفته بیمار باید از دوزهای پایین تر با فواصل بیشتر استفاده شود. در مراحل مقدماتی فشار خون و سایر علائم حیاتی بیمار باید به دقت کنترل شود.

خلاصه نکات در برخورد با رفتارهای خشونت آمیز:

- آرامش خود را حفظ کنید.
- علت رفتار خشن را بیابید. بیماریهای جسمانی و روانپزشکی را افتراق دهید.
- اطمینان بیمار را جلب کنید.
- اگر وضعیت بیمار حاد است، در صورت حضور پزشک از دارو کمک بگیرید.
- کار مهار فیزیکی را به افرادی واگذار کنید که از لحاظ جسمی توانایی انجام این کار را داشته باشند. برای کنترل کردن خشونت فیزیکی، می‌توانید تدریجاً بیمار را به سمت گوشه اتاق هدایت کنید تا بر اوضاع مسلط شوید.



مداخله در رفتارهای خودکشی (افکار و اقدام)

خودکشی در صورتی که موفقیت آمیز باشد، عمل مهلکی است که نمایانگر میل فرد به مردن است. با این حال بین تفکر در مورد خودکشی و اقدام به آن طیفی وجود دارد. برخی افراد افکاری در مورد خودکشی دارند اما هرگز این افکار را جامه عمل نمی پوشانند؛ برخی دیگر براساس عمل تکانشی و بدون قصد قبلی به زندگی خود خاتمه می دهند. ارزیابی احتمال خودکشی شامل مراحل زیر است:

- (۱) اخذ شرح حال کامل روانپزشکی؛
- (۲) معاینه کامل وضعیت روانی بیمار؛
- (۳) سوال در مورد نشانه های افسردگی، افکار، قصد و نقشه خودکشی و اقدام به خودکشی.

فقدان برنامه برای آینده، بخشیدن وسایل شخصی، وصیت کردن و عدم تحمل فقدان اخیر،

همگی تلویحاً نشانگر افزایش خطر خودکشی هستند. تصمیم‌گیری در مورد بستری کردن بیمار به نوع تشخیص، شدت افسردگی و افکار خودکشی، توانایی‌های بیمار و خانواده او برای کنار آمدن با مشکلات، وضعیت زندگی بیمار، فراهم بودن حمایت اجتماعی و وجود یا فقدان عوامل خودکشی بستگی دارد.

نکات مهم در برخورد با مراجعین دچار افکار خودکشی:

۱. مهم‌ترین تصمیم بالینی در مورد بیماران دارای افکار خودکشی بستری کردن یا نکردن آنها است. همه این بیماران نیازی به بستری کردن ندارند و برخی از آنها را می‌توان به صورت سرپایی درمان نمود. اما فقدان نظام حمایت اجتماعی قوی، سابقه رفتار تکانشی و نقشه انجام خودکشی از مواردی است که بستری کردن را ضروری می‌سازند. برای تعیین امکان درمان سرپایی از رویکرد بالینی صریحی استفاده کنید. بدین منظور از بیماری که انتحاری تلقی می‌شود سؤال



کنید آیا با شما توافق می‌کند که اگر به مرحله ای رسید که دیگر اطمینانی به کنترل تکانه‌های خودکشی ندارد با شما تماس بگیرد؟ اگر بیمار بتواند به درمانگرش چنین تعهدی دهد می‌توان گفت از نیروی کافی برای کنترل این تکانه‌ها و یاری طلبیدن برخوردار است.

در مقابل تعهد بیمار، درمانگر نیز باید به طور ۲۴ ساعته قابل دسترس باشد. اگر بیماری که شدیداً انتحاری تلقی می‌شود نتواند چنین تعهدی بدهد، بستری فوری او ضروری است و این موضوع باید با خود بیمار و خانواده اش مطرح شود.

۲. اگر قرار است بیمار به صورت سرپایی درمان شود، درمانگر باید برای موارد ضروری شماره تلفن منزل و محل کار بیمار را یادداشت کند. گاهی بیمار به طور غیرمنتظره نیمه شب تلفن می‌زند و پس از آن ناگهان ارتباط را قطع می‌کند و یا فقط اسم خود را به سرویس پاسخگو می‌دهد. اگر بیمار از بستری

شدن امتناع کند، خانواده باید مسئولیت مراقبت ۲۴ ساعته از او را به عهده بگیرند.

والدین یا سایر اعضای بزرگسال خانواده نیز باید در مورد نحوه نظارت بر افکار و رفتارهای خودکشی، تشخیص علائم هشداردهنده و حمایت از فرزند خود آموزش ببینند. علاوه بر این، به والدین باید آموزش داده شود که در کجا و چگونه می‌توانند در مواقع ضروری به مراقبت‌های اورژانسی از فرزند خود دسترسی پیدا کنند. برای افرادی که در معرض خطر بیشتری هستند، برنامه‌های پیشگیری و ایجاد ایمنی لازم باید در طول درمان تجدید نظر شود. پزشکان همچنین باید به خانواده در مورد راههای کاهش دسترسی به وسایل کشنده مانند برداشتن سلاح گرم، داروها یا اشیاء تیز از خانه توصیه‌هایی داشته باشند.

پنج ویژگی عمده برای رفتارهای خودکشی:

برای شروع ارتباط با فردی که دچار افکار خودکشی است، ابتدا باید با ویژگی‌های رفتار خودکشی آشنا شوید. پنج ویژگی عمده برای



رفتارهای خودکشی در نظر گرفته می‌شود و ارزیابی رفتار خودکشی از طریق سؤال در مورد این ویژگیها انجام می‌گیرد. در ادامه به این ویژگی‌ها و سؤال‌های مرتبط با آنها می‌پردازیم:

۱. خودکشی به عنوان یک راه حل است، راه حل برای مشکل یا درد عاطفی شدید که به نظر فرد به هیچ طریق دیگری جز خودکشی، قابل حل نیست. با جملات ساده و واضح از مراجع بپرسید: «تو زندگیت چی می‌گذره که فکر می‌کنی خودکشی بهترین راه‌هایی از آن است؟». در مورد اتفاقاتی که باعث شده فرد به فکر خودکشی بیافتد، سؤال کنید. پاسخ این سؤال به درک بیشتر موقعیت بحرانی کمک می‌کند. در مورد افرادی که حالت سردرگمی هیجانی یا شناختی دارند و قادر به بیان مشکل خود نیستند، سئوالات باید مستقیم‌تر و جزئی‌تر باشد. با وجود اینکه سرانجام خودکشی، مرگ است اما سؤال در مورد اینکه چرا فرد می‌خواهد بمیرد، سؤال مناسبی نیست. هدف اصلی خودکشی از بین بردن درد است. به عبارتی فرد

صرفاً نمی‌خواهد زنده باشد چون زندگی را توأم با درد حس می‌کند. بنابراین در پی متوقف ساختن زندگی و به تبع آن رهایی از درد است. به یاد داشته باشید که سؤال در مورد مرگ، باعث گمراهی مراجع و درمانگر می‌شود. پس **سؤالات خود را بر خودکشی و نه مرگ، متمرکز کنید.**

۲. فردی که به فکر خودکشی است، دچار بحران است. یکی از راههای کاهش اضطراب ناشی از این بحران، آگاه شدن از احساسات مراجع و تشویق نمودن او به بیان این احساسات است. به کلام درآوردن احساسات و هیجانات، روشی ساده اما بسیار مهم و اساسی در پیشگیری از عمل به تکانه هاست. این کار باعث تخلیه هیجان فرد شده و برای او فرصتی فراهم می‌کند تا به راه حل‌های سازگارانه تر بیاندهد. صرف زمان کافی برای گوش کردن به احساس درماندگی و ناامیدی مراجع، نه تنها از شدت این احساسات می‌کاهد بلکه همچنین احساس انزوا و تنهایی مراجع را کاهش می‌دهد.



۳. اغلب افرادی که به فکر خودکشی می‌افتند، دچار دو سوگرایی هستند، و بسیاری از این مسئله آگاهند که دو احساس متضاد همزمان وجود دارد: آرزوی زندگی کردن در مقابل آرزوی مردن یا فرار کردن. یادآوری به این افراد در خصوص اینکه احساس و تفکر دوسوگرا در این شرایط طبیعی است، یکی از مداخلات حساس در زمینه خودکشی است. در واقع بخشی از فرد می‌خواهد زنده بماند و بخش دیگر در تضاد با آن می‌خواهد خودکشی کند. در این مرحله هدف عمده، تقویت بخش زنده گرا (بخشی که تمایل به زندگی دارد) و تضعیف بخش خودکشی گراست. این کار باید با ظرافت خاصی صورت گیرد به گونه ای که مراجع احساس نکند که شما رفتار او را مورد قضاوت اخلاقی قرار داده اید. یکی از فنون تأکید بر بخش زنده گرا، تشویق مراجع به گفتگو در مورد دلایل زنده ماندن است.

۴. افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، در مورد آثار آن، تخیلات خاص خود را دارند. سؤال کردن در مورد این تخیلات به درک بهتر

علت خودکشی کمک می‌کند. به عبارتی فرد با اقدام به خودکشی به چه هدفی می‌رسد. بعد از کنکاش در این زمینه، بدون تأیید یا رد این تخیلات و باورها، مجدداً بحث را به سمت دلایل زنده ماندن متمرکز می‌کنیم. برای مثال فرد ممکن است به قصد انتقام اقدام به خودکشی کند و تصور کند با از بین بردن خود، باعث رنج طرف مقابل شده و از او انتقام می‌گیرد. در این شرایط می‌توان فرد را با ظرافت به این سمت هدایت کرد که مقاومت کردن و بهبود شرایط زندگی، در مقایسه با از بین بردن خود، راه حل سازگارانه تری است.

۵. خودکشی نوعی روش برقراری ارتباط است. در واقع فرد می‌خواهد بدین وسیله درد روانی خود را بیان کند. **سؤال ساده‌ای که در این موقعیت می‌توان پرسید، این است که:** «با خودکشی می‌خواهی چه پیغامی بدهی؟ مخاطب این پیغام چه شخصی یا اشخاصی هستند؟» با این سؤال می‌توان پی برد که چه کسانی در بافت خودکشی فرد حضور دارند، در مقابل آشفتگی و ناراحتی فرد چه واکنشی نشان



داده‌اند و اینکه مراجع انتظار دارد با اقدام به خودکشی، اطرافیان چه واکنشی نشان دهند.

سؤالات زیر در برخورد با فردی که دچار افکار خودکشی است، کمک کننده خواهد بود:

- آیا احساس امنیت می‌کنی؟
- آیا احساس تنهایی و انزوا می‌کنی؟
- آیا احساس می‌کنی درمانده، ناامید و کم ارزش هستی؟
- آیا برنامه‌ای برای این کار داری؟ چه موقع؟ کجا؟ آیا به ابزار آن دسترسی داری؟
- آیا قبلاً افکار، برنامه و یا اقدام به خودکشی داشته‌ای؟
- آیا کسی را می‌شناسی که از تو حمایت کند؟ برای مثال زمانی که احساس فشار می‌کنی می‌توانی با شخصی تماس بگیری؟
- در حال حاضر چه مسوولیت‌هایی در زندگی دارد؟
- آیا چیزی هست که هنوز از آن لذت ببری؟ (دوستان، سرگرمی و ...)

- ❑ آیا خواب و اشتهایت تغییر کرده است؟
- ❑ آیا احساس می‌کنی کنترل هیجانات (ترس، خشم، گریه و ...) کار دشواری است؟
- ❑ آیا احساس می‌کنی انرژی ات کم شده است؟
- ❑ چه مدت است که دچار این حالت شده ای؟
- ❑ چند وقت یک بار چنین احساسی را تجربه می‌کنی؟
- ❑ می‌توانی متعهد شوی که برای مدت زمان خاصی به خودت صدمه نزنی؟

سوالاتی برای بررسی دقیق تر تاریخچه بیمار:

- آیا در گذشته اقدام به خودکشی داشته اید؟ چند بار؟ از چه روش‌هایی استفاده کردید؟ آیا در بیمارستان بستری شدید؟
- آیا سابقه خودزنی غیرخودکشی دارید؟ (به عنوان مثال ، سوزاندن ، تیغ زدن و غیره)
- آیا کسی در خانواده شما اقدام به خودکشی داشته یا خودکشی کرده است؟ با شما چه نسبتی داشت؟ چه احساسی نسبت به این موضوع داشتید؟



ملاحظات خاص در ارتباط با افراد جوان و دانشجویان:

در بین جمعیت جوان و دانشجویان عواملی وجود دارند که آنها را نسبت به بروز افکار خودکشی به طور خاص تری آسیب پذیر می‌سازد. آگاهی از این عوامل در پیشگیری و ارزیابی می‌تواند کمک کننده باشد. از جمله آنها:

- این گروه در برهه سنی خاصی قرار گرفته‌اند که با موضوعات استرس زای خاصی روبرو هستند و بسیاری از آنها هنوز به منابع شناختی لازم برای مقابله با این استرسها دسترسی ندارند و عمدتاً مقابله‌های هیجانی در پیش می‌گیرند. تجربه هیجانات شدید در روابط عاطفی در این دوره سنی و عدم برخورداری از مهارت‌های ارتباطی مناسب می‌تواند از جنبه‌هایی آنها را آسیب پذیر سازد.

- دانشجویان بسیاری ممکن است برای نخستین بار برای ادامه تحصیل از فضای خانواده دور شده باشند و از حمایت‌های عاطفی لازم برای مقابله با مشکلات محروم باشند. دور شدن از خانه، آنها را بیشتر در معرض الگوهای خواب نامنظم، تغذیه نامناسب، عدم تحرک و ... قرار می‌دهد که می‌تواند زمینه ساز بروز افسردگی یا مشکلات دیگر باشد. شوک فرهنگی، کاهش اعتماد به نفس و عدم سازگاری با شرایط جدید در این میان می‌تواند عاملی زمینه ساز برای استرس‌های جدید و بروز افکار خودکشی باشد.
- به علت رقابت شدید در سال‌های قبل برای ورود به دانشگاه، استرس بیشتری را تجربه کرده‌اند. برخی به شدت کمال‌گرا بوده و به هنگام مواجه شدن با جو متفاوت دانشگاه از دبیرستان، توان سازگاری با شرایط جدید را ندارند و افت تحصیلی در آنها می‌تواند عامل زمینه ساز دیگری برای افکار خودکشی باشد.



- آغاز برخی از اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات سایکوتیک در این دوره سنی اتفاق می‌افتد که می‌تواند در بروز افکار خودکشی نقش مهمی داشته باشد.
- *** به این ترتیب تشخیص زودهنگام این اختلالات، دسترسی به درمان و تداوم مراقبت آموزش مهارت‌های زندگی برای تقویت ظرفیت مدیریت خود (به عنوان مثال، مهارت حل مسئله و ارتباطات؛ تحمل پریشانی؛ تنظیم هیجان، از جمله مدیریت خشم؛ و خود تسکین بخشی)، آموزش همیاران سلامت دانشجویی جهت شناسایی و ارجاع دانشجویان در معرض خطر عامل مهمی برای کمک به دانشجویان محسوب می‌شود.

راهکارهای اساسی در پیشگیری از تبدیل افکار خودکشی به اقدام:

۱. ابزار خطر ساز (از جمله داروها و هرگونه ابزاری که برای خودکشی در نظر گرفته شده) را از مراجع دور کنید. احتمالاً این کار مستلزم تماس با افراد نزدیک بیمار است.

۲. به بیمار بفهمانید که احساس ناامیدی و افسردگی، کاملاً طبیعی است. می‌توانید از این جمله استفاده کنید. «زمانی که شرایط زندگی و اتفاقاتی را که برایت پیش آمده را در نظر می‌گیرم، به نظرم کاملاً طبیعی است که احساس افسردگی کنی». این کار به بیمار کمک می‌کند تا بفهمد احساسات وی طبیعی هستند و به علت شرایط خاص ایجاد شده‌اند و لزوماً تا آخر عمر باقی نمی‌مانند و با تغییر شرایط می‌توان این احساسات را تغییر داد.
۳. به تدریج به او بفهمانید که شاید خودکشی از نظر او یک راه حل است اما آن را به عنوان نخستین، تنهاترین و و بهترین راه حل تلقی نکند.
۴. درباره مهارت‌های مسئله‌گشایی با او صحبت کنید.
۵. از بیمار بخواهید تا تصور کند بعد از خودکشی وی چه اتفاقی می‌افتد. برای مثال «خانواده ام از دست من راحت خواهند شد». سپس با این تصورات چالش کنید و به او کمک کنید تا آگاه شود این تصور از کجا ناشی می‌شود.



خلاصه نکات در برخورد با مراجع دارای افکار خودکشی:

- ❖ بعد از ارزیابی احتمال خودکشی، در مورد بستری کردن او تصمیم بگیرید.
- ❖ از خانواده و افراد مورد اطمینان بیمار برای تحت نظر داشتن او کمک بگیرید.
- ❖ از ویژگی‌های رفتارهای خودکشی آگاه باشید و سؤالات را براساس آنها تنظیم کنید .
- ❖ برای پیشگیری از تبدیل افکار به اقدام، ابزار خطر ساز را از مراجع دور کنید. به او بفهمانید که احساس ناامیدی و افسردگی، طبیعی هستند، به علت شرایط خاص او ایجاد شده‌اند و قابل تغییر هستند.
- ❖ او را متوجه این مسئله کنید که گرچه خودکشی از نظر او یک راه حل است اما تنها و بهترین راه نیست. درباره مهارت‌های مسئله گشایی و تخیلات مراجع در مورد خودکشی صحبت کنید.

مداخلات پس از اقدام ناموفق خودکشی:

افرادی که بعد از اقدام به خودکشی، تحت پیگیری مناسب قرار نمی گیرند، در معرض خطر بالاتر خودکشی در آینده هستند. باید به یاد داشته باشید که گرچه اقدام ناموفق بوده و در این مرحله خطر رفع شده است. اما خطر خودکشی هنوز برطرف نشده است. بعد از اقدام ناموفق، باید علل محتمل اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گیرد. خانواده فرد باید در جریان امر قرار گیرند و برای انجام اقدامات لازم با مراقبین و متخصصین همکاری کنند. فردی که اقدام به خودکشی کرده باید احساس کند که مورد محبت، مراقبت، و حمایت اطرافیان است. برای این کار به موارد زیر توجه کنید:

۱ - نیازهای اساسی فرد توجه کنید که آیا محیط زندگی فرد از امنیت لازم برخوردار است؟ آیا فرد هنوز تحت سوء استفاده جنسی، جسمی یا عاطفی است؟ در صورت لزوم فرد را به جای



امن تری منتقل کنید و از مشاور و روانشناس برای وی وقت بگیرید.

۲ - مسائل ارتباطی آیا فرد در ارتباط با دانشگاه، خانواده یا همسالان دچار استرس است؟ اطمینان حاصل کنید که مراجع با فرد بزرگسالی که حمایت کننده بوده و مشکلات وی را درک می‌کند، در ارتباط باشد.

۳ - انزوا و گوشه گیری آیا فرد به علت شرایط محل سکونت (زندگی در خوابگاه وضعیت نظام وظیفه و ...) احساس می‌کند که تنها و منزوی شده است؟ موقعیت‌هایی را ترتیب دهید که فرد وارد تعامل با دیگران شود. بهبود مهارت‌های ارتباطی فرد نیز کمک کننده خواهد بود.

۴ - بیماری روانپزشکی یا مصرف مواد آیا اختلال روانپزشکی یا مصرف مواد بیمار تحت درمان است؟ ارزیابی جامع وضعیت روانی فردی که اقدام به خودکشی کرده از اهمیت زیادی برخوردار است. در مداخلات رفتارهای خودکشی، درمان هر گونه اختلال روانپزشکی و وابستگی به مواد، در اولویت قرار می‌گیرد.

خانواده و دوستان چگونه می‌توانند به فردی که اقدام به خودکشی داشته کمک کنند؟

فردی که اقدام به خودکشی کرده است، بعد از نجات یافتن دچار افکار و احساسات خاصی می‌شود. آشنایی با این احساسات و افکار می‌تواند در نحوه برخورد با فرد مورد نظر به اطرافیان کمک کند. اقدام کنندگان به خودکشی، هیجانات و احساسات مختلفی را تجربه می‌کنند. برخی از آنها از اینکه زنده مانده‌اند، احساس تعجب و سپاسگزاری دارند و برخی دیگر از اینکه موفق به خودکشی نشده‌اند، احساس شکست می‌کنند. برخی از احساساتی که فرد بعد از اقدام به خودکشی تجربه می‌کند، عبارت‌اند از: احساس شرم و خجالت، پشیمانی، افسردگی، فراموشی، خطر کار بودن، دوسوگرایی، گيجی و خشم.

به عنوان عضوی از خانواده یا دوست فردی که اقدام به خودکشی کرده است می‌توانید :

- ❖ او را از این مسئله آگاه کنید که دوستش دارید و به او علاقه مندید؛
- ❖ او را از این مسئله آگاه کنید که از زنده بودن او خوشحالید؛



- ❖ او را از این مسئله آگاه کنید که در مورد او قضاوت نمی‌کنید و همچنان از او حمایت خواهید کرد؛
- ❖ در کنار او باشید. با وجود اینکه بلافاصله بعد از اقدام، فرد تمایلی به صحبت کردن با دیگران ندارد، اما حضور شما در کنار وی الزامی است؛
- ❖ حمایت‌های فرهنگی و معنوی برای او فراهم کنید؛
- ❖ فرصتی فراهم کنید تا فرد آزادانه در مورد اقدام به خودکشی و رویدادهایی که باعث آن شده بود، صحبت کند؛
- ❖ فرد را از این مسئله آگاه کنید که اگر مجدداً افکار خودکشی به ذهنش خطور کرده، می‌تواند بدون شرم و ناراحتی درباره آن با شما صحبت کند؛
- ❖ شماره تلفن مرکز مشاوره یا مرکز اورژانس را در اختیار وی بگذارید تا در صورت لزوم تماس بگیرد؛
- ❖ از او بخواهید تا تماس خود را با افراد حمایت‌کننده حفظ کند.

خلاصه نکات در برخورد با فردی که در اقدام به خودکشی ناموفق بوده است:

- ❖ خانواده فرد را در جریان بگذارید و به آنها توصیه کنید که از سرزنش وی اجتناب کنند، او را تنها نگذارید و از گفتن جملاتی مانند " این چه احساسی است که تو داری؛ چرا این کار را کردی" اجتناب کنند.
- ❖ علل محتمل خودکشی را مورد بررسی قرار دهید.
- ❖ برای اینکه فرد احساس کند مورد محبت و حمایت است، به نیازهای اساسی فرد (محیط امن)، مسائل ارتباطی (انزوا و گوشه گیری) و شرایط استرس زای محیط زندگی او توجه کنید.
- ❖ بیماری‌های روانپزشکی و سوءمصرف مواد را ارزیابی کنید و درمان آن را در اولویت قرار دهید.
- ❖ فرد را از این مسئله آگاه کنید که اگر مجدداً افکار خودکشی به ذهنش خطور کرده، بدون شرم و ناراحتی راجع به آن صحبت کند.
- ❖ شماره تلفن مرکز مشاوره یا مرکز اورژانس را در اختیار وی بگذارید تا در صورت لزوم تماس بگیرد.



مداخلات پس از خودکشی کامل:

پس از خودکشی کامل، چندین اقدام مهم باید صورت گیرد. هدف عمده این اقدامات در محیط دانشگاهی معطوف به دو گروه است:

الف: محیط دانشگاه:

□ کمک به آرامسازی هیجانات و بازگرداندن تعادل؛

□ کاهش خطر سرایت خودکشی در بین دانشجویان؛

□ فراهم سازی فضا برای سوگواری سالم

ب: اطرافیان:

□ برای افرادی که به طور مستقیم تری با فرد متوفی در ارتباط بوده‌اند ، توجه بیشتری معطوف شود

□ افرادی که به احتمال زیاد نیاز به حمایت دارند ، شناسایی شوند

اقدامات اولیه معمول در این موقعیت عبارت‌اند از: انتقال فوری جسد به بیمارستان، اطلاع دادن خبر خودکشی به خانواده متوفی به شیوه ای صحیح و حرفه ای، حمایت از دوستان (در صورتی که دانشجو ساکن خوابگاه بوده، به هم اتاقی‌ها باید توجه خاصی مبذول داشت) و خانواده فرد جهت برون ریزی هیجانات و پیشگیری از خودکشی در بین نزدیکان فرد متوفی، حمایت از خانواده متوفی برای انجام مراحل پزشکی و مراجع قانونی.

واکنشهای معمول بعد از خودکشی یکی از نزدیکان:

در این مرحله باید به بازماندگان کمک کنید تا نشانه‌های جسمانی، هیجانی و روانی مربوط به اندوه را شناسایی کنند و رفتارهای اجتنابی را کاهش دهند. آگاهی از نوسانات غم و اندوه می‌تواند به بازماندگان کمک کند تا روند سوگواری خود را مدیریت کنند. از دست دادن یکی از نزدیکان بر اثر خودکشی برای بسیاری از کسانی که آن را تجربه می‌کنند، تغییری



عمده و اساسی در زندگی است. اطلاع از مرگ ناگهانی یکی از عزیزان به این روش می‌تواند بازماندگان را با علائم استرس پس از سانحه روبرو کند، به ویژه اگر در معرض جزئیات تصویری مرگ قرار گرفته و یا حتی از آن مطلع شوند. زمانی که خودکشی با روش‌های خشونت آمیز اتفاق می‌افتد و اعضای خانواده یا شاهد مرگ هستند یا جسد را کشف می‌کنند، اعضای خانواده به احتمال زیاد علائم استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند. این سطح از آسیب، خطر ابتلا به مسائل روانی، مصرف مواد و افکار یا رفتارهای خودکشی را در بازماندگان افزایش می‌دهد.

نکته مهم: مداخلات پس از خودکشی کامل همچنان در یک سطح جزو مداخلات پیشگیرانه محسوب می‌شود بدین معنا که باید خانواده و دوستان نزدیک فرد متوفی مورد حمایت و پیگیری قرار گیرند؛ به ویژه در محیط دانشگاهی، ممکن است با در شرایط خاصی شاهد مسری بودن افکار خودکشی بعد از یک اقدام موفق باشیم.

بعد از خودکشی کامل، ممکن است فرد به یک باره با جسد فرد متوفی رو به رو شود یا اینکه خبر خودکشی را از شخص دیگری بشنود. در هر صورت اولین واکنش شوک و ناباوری است. **به**

عنوان مشاور باید:

۱ مداخله را در صحنه بحران شروع کنید. این صحنه در بسیاری از موارد بیمارستان است. کمک را فعالانه ارائه دهید. افرادی که دچار گنگی هستند همیشه نمی توانند تقاضای کمک کنند و اگر سوال کنیم که "آیا نیازی به کمک دارید؟" ممکن است پاسخ منفی دهند. بهتر است به افراد مورد نظر بگویید: "من برای کمک به شما اینجا هستم. هر موردی بود با من در میان بگذارید".

۲ یکی دیگر از مداخلات اولیه این است که به بازماندگان کمک کنید تا فقدان را بالفعل نمایند. یکی از راه‌های تسهیل و بالفعل کردن سوگ، مشاهده جسد متوفی است. به بازماندگان اجازه دهید تا جسد را ببینند. در صورت نقص عضو یا هرگونه صحنه خشونت بار، خانواده باید قبل از دیدن متوفی از این موضوع باخبر شوند.



۳. از واکنش‌های اطرافیان آگاه باشید. پذیرش مرگ همواره کار دشواری است، به ویژه اگر مرگ به صورت خودکشی باشد. خودکشی یکی از عزیزان تجربه دردناکی است که شاید هیچگاه نتوان آن را فراموش کرد. فقدان ناشی از خودکشی احساسات پیچیده‌ای را در بازماندگان ایجاد می‌کند. در ادامه به واکنش‌های اطرافیان بعد از شنیدن خبر خودکشی می‌پردازیم:

بزرگترین سؤال: چرا؟

بازماندگان پس از خودکشی، سؤال‌های بیشماری از خود می‌پرسند. "چرا خودکشی؟" "چرا ما نمی‌دانستیم او چه احساسی دارد؟" "چرا ما به اندازه کافی خوب نبودیم؟"

احتمالا فرد هرگز نمی‌تواند به جواب قطعی برسد. حتی اگر فرد متوفی یادداشتی از خود به جا گذاشته باشد، این یادداشت ممکن است پاسخ تمامی سؤالات آنها نباشد. این یادداشت معمولاً زمانی نوشته شده که فرد متوفی تحت شرایط پرفشار بوده و احتمالاً نتوانسته است

احساسات خود را به خوبی بیان کند. به ناچار، افراد سعی خواهند کرد تا توجیهی برای این کار پیدا کنند، برای مثال:

■ خیلی افسرده بود، از دیگران درخواست کمک نمی کرد چون هیچ امیدی به آینده نداشت.

■ نمی توانست اتفاقات اخیر (مثل مشکلات مالی، مشکلات ارتباطی و ...) را تحمل کند.

■ بیماری صعب العلاجی داشت و بیش از این نمی توانست و نمی خواست درد را تحمل کند.

مهم ترین نکته همین جاست که به بازماندگان بگویید: "ممکن است ذهنت درگیر پیدا کردن علت خودکشی باشد، و میفهمم که پذیرش این مسئله چقدر دشوار است که شاید هرگز نتوانی جواب و علت قطعی برای خودکشی ... (نام فرد متوفی) پیدا کنی".

انگ زنی و شرم:

زمانی که نزدیکان می خواهند خبر مرگ را به دیگران اطلاع دهند، با این مسئله درگیر



می‌شوند که به دیگران چه بگویند. آیا به دیگران بگویند که علت مرگ، خودکشی بوده است؟ از آنجا که خودکشی در بسیاری از فرهنگ‌ها به عنوان لکه ننگی محسوب می‌شود و این مسئله افرادی را که دچار فقدان ناشی از خودکشی شده‌اند، با مشکلات بیشتری مواجه می‌سازد. در این موارد توصیه عمده برای بازماندگان بدین صورت خواهد بود: "شما می‌توانید فقط به دوستان صمیمی و کسانی که ضرورت ایجاب می‌کند، خبر خودکشی را اطلاع دهید و یا اینکه بالعکس به همه اعلام کنید. نهایتاً این شما هستید که تصمیم می‌گیرید علت مرگ را پنهان کنید و بار فقدان را به تنهایی تحمل کنید و یا اینکه دیگران را در آن سهیم کنید و با برچسب‌ها و نظرات منفی دیگران کنار بیایید. واقعاً تصمیم دشواری است. یکی دیگر از مشکلات بازماندگان، درگیری با مراجع قانونی است که صحت خودکشی را بررسی می‌کنند. به آنها یادآور شوید که "پزشکان و مأموران پلیس وظیفه خود را انجام می‌دهند. می‌فهمم که

ممکن است نسبت به آنها احساس خشم داشته باشی، آرام باش، کارشان به زودی تمام می‌شود."

احساس گناه:

احساس گناه پس از هر نوع مرگی، طبیعی است، اما در مورد مرگ ناشی از خودکشی، این احساس شدیدتر و پیچیده تر می‌شود. گاهی اوقات اطرافیان خواسته یا ناخواسته، با حرف هایشان (مثلاً: "چطور متوجه نشدین که اخیراً حالاتش تغییر کرده" یا "اگر کمی زودتر به بیمارستان رسانده بودین، احتمالاً حالا زنده بود"، "کاش اون موقع پیشش بودین") باعث ناراحتی بازماندگان شده و در آنها احساس گناه ایجاد می‌کنند. در این موقعیت‌ها به بازماندگان بگویید که: می‌فهمم که حرف‌های دیگران چقدر باعث رنجش و احساس گناه شما می‌شود، سعی کنید با این احساسات مقابله کنید و اجازه ندهید گفته‌های دیگران، ذهن شما را مشغول کند. شما به اندازه کافی مشکل دارید. شما باید به خودتان کمک کنید. آرام باشید."



علاوه بر احساس گناهی که به واسطه گفته‌های دیگران ایجاد می‌شود، فرد ممکن است از درون خود را سرزنش کند. فرد بازمانده غالبا مسئولیت عمل متوفی را بر عهده گرفته و دچار این احساس آزارنده می‌شود که برای پیشگیری از مرگ وی باید کاری انجام می‌داد یا اینکه شاید آنها کاری انجام داده‌اند یا حرفی گفته‌اند که او را تحت فشار گذاشته‌اند، و بنابراین خود را مقصر می‌دانند. این احساس گناه خصوصا زمانی اوج می‌گیرد که فرد بازمانده با فرد متوفی دچار تعارض بوده است.

دید تونلی (the tunnel vision) مشخصه قربانیان خودکشی است. فرایند شناختی که به طور غیر منطقی باعث می‌شود فرد باور کند که خانواده بدون آنها وضعیت بهتری خواهد داشت. هرگونه ادبیاتی که می‌توانید برای حمایت از فرایندهای غیر منطقی خودکشی پیدا کنید و آن را با بازماندگان در میان بگذارید. صرف نظر از سن قربانی خودکشی، خودکشی "مرگی نابهنگام" است. خانواده‌ها معتقدند می‌توانستند از خودکشی جلوگیری کنند. علاوه بر این، آنها

باید با خشونت عمل انتحاری برخورد کنند. مهم است به آنها بگوییم که چگونه این امر باعث متفاوت شدن روند سوگ می‌شود. به آنها بگویید که ما به هنگام مرگ عزیزانمان با قلب مان فکر می‌کنیم نه با مغزمان. و به همین جهت افکار غیرمنطقی زیادی به روان ما هجوم می‌آورند. همچنین اشاره کنید که آنها با توجه به اطلاعاتی که در آن زمان داشتند، هر کاری که ممکن بود برای کمک به عزیزانشان انجام دادند. در این موارد می‌توانید به آنها بگویید که: "اغلب اوقات حدس زدن در مورد اینکه کسی نقشه خودکشی در سر دارد، کار دشواری است به ویژه اینکه فردی که به خودکشی فکر می‌کند، مدت طولانی این افکار را از عزیزانش پنهان می‌کند. واقعیت این است که شما در آن برهه زمانی خاص، آنچه را فکر می‌کردید مناسب است، انجام دادید؛ و این همان چیزی است که از شما انتظار می‌رود. شما نه می‌توانید به طور کامل مسئولیت زندگی دیگران را به عهده بگیرید و نه می‌توانید بدانید که دیگران دقیقاً چه افکار و احساسی دارند".



احساس خشم:

کسانی که عزیزی را بر اثر مرگ طبیعی از دست داده اند، علی رغم اینکه مرگ نه دلخواه متوفی بوده و نه توسط وی صورت گرفته، احساس طرد می‌کنند. اما احساس طرد در مورد مرگ ناشی از خودکشی شدیدتر است. بازماندگان معمولاً دچار احساس خشم شدیدی می‌باشند و گمان می‌کنند که متوفی به قدر کافی به فکر آنها نبوده است. در غیر این صورت دست به خودکشی نمی‌زد. آنها مدام این جمله را تکرار می‌کنند: "چطور توانست این کارو با من بکنه". گاهی اوقات خشم ناشی از احساس گناه است. به عبارتی فرد با سرزنش دیگران، احساس مقصر بودن خود را کنترل می‌کند. در چنین مواردی به بازماندگان کمک کنید که به جای سرزنش خود و یا دیگران، حامی همدیگر باشند و در این شرایط بحرانی اعضای خانواده را به هم نزدیک کنید.

گروه حمایت از بازماندگان خودکشی (SOS: Survivors of Suicide)

مراکز مشاوره دانشگاه‌ها می‌توانند گروهی تشکیل دهند که در آن دانشجویان و دوستان نزدیک فرد متوفی شرکت کنند. اس او اس، یک گروه حمایتی برای اعضای داغدار خانواده و دوستان نزدیک قربانیان خودکشی است. این گروه فضایی امن را برای بازماندگان فراهم می‌کند تا از یکدیگر حمایت کنند و به سوالات و احساسات دردناک پس از خودکشی بپردازند. این گروه پروتکل خاصی دارد که به آسانی قابل دسترس است و برای کمک به بالین گران در کار با کودکان، جوانان و خانواده‌های آنها طراحی شده است. که هم جنبه درمانی و هم جنبه پیشگیرانه خواهد داشت. شما می‌توانید از نزدیک با دانشجویان در تماس باشید و از مشکلات و رویکرد آنها آگاه شوید. گروه به صورت هفتگی به مدت دو ساعت و در هشت هفته متوالی



ملاقات می‌کند. اعضای گروه در مورد تجربیات خود صحبت می‌کنند و اطلاعات مفیدی در مورد چگونگی کنار آمدن با فقدان خود دریافت می‌کنند. پس از جلسه هشت هفته ای، اعضا ممکن است تصمیم بگیرند که به صورت ماهانه، یا در سالگردها یا سایر شرایط دشوار ملاقات داشته باشند. شرکت کنندگان در گروه می‌توانند واکنشهای خود را در مورد خودکشی شناسایی کنند. در مورد تجربیات قبلی فقدانها صحبت کنند. سوگ معمول و غیر معمول را تشخیص دهند و از مسائلی آگاه شوند که می‌تواند روند غم و اندوه را پیچیده تر سازد. به عنوان هدایت کننده گروه ممکن است در طول جلسه یادداشت برداری کنید. هدف از یادداشت برداری کمک به مشاور برای یادآوری مسائل مختلف است که نیاز به بحث بیشتر در زمان بعدی دارد. این را در اولین جلسه برای گروه توضیح دهید و به اعضا اجازه دهید هر گونه یادداشتی را بخوانند. به اعضا اجازه دهید هر چه می‌خواهند بگویند. رهبر و تسهیل گر گروه بیشتر گوش می‌دهند و در این جلسه حمایت کننده هستند. به این

نکته توجه داشته باشید که بازماندگان خودکشی بسیار غمگین هستند. داستانهای غم انگیز آنها برای مشاورین نیز ممکن است تجربه هیجانی عمیق و سنگینی باشد. بنابراین به عنوان تیم درمانی، خود شما نیز باید برای محافظت از خود در برابر استرس شدید با همکاران برنامه ای داشته باشید.

اعضا گروه را تشویق کنید تا در مورد شخص مورد علاقه، تصاویر و تجربیات سوال کنند و نظر بدهند. همانطور که در مورد مرگ صحبت می‌کنند، سوالاتی را در مورد روز حادثه از جمله نحوه آگاه شدن آنها از خودکشی، افرادی که برای کمک به آنجا آمده بودند، بپرسید. ، سوالاتی که ما برای روند غم و اندوه بسیار مهم می‌دانیم این است: "آیا شما قادر بودید بعد از مرگ عزیز خود بدن او را ببینید؟" این امر به چند دلیل بسیار مهم است زیرا انکار در افرادی که بدن متوفی را مشاهده نکرده اند قوی تر است و از همه مهمتر خانواده می‌توانند عکس‌های وحشتناکی از عزیزان خود را در ذهن خود ایجاد کنند که می‌تواند روند سوگواری را پیچیده کند.



با فراهم شدن فرصت ، به سوالات در مورد علت خودکشی بپردازید. این سوال به وفور پرسیده می‌شود. از آنجا که این گروه حمایتی و آموزشی است ، بسیاری از سوالاتی که می‌توان به آنها پاسخ داد ، هنگام پرسیدن باید پاسخ داده شوند. البته ، ما هنوز پاسخی قطعی نداریم که چرا قربانی با خودکشی می‌میرد. با این حال، گاهی اوقات در طول این تبادل می‌توانید اطلاعاتی در مورد قربانیان استفاده از مواد مخدر یا الکل ، علائم افسردگی یا اضطراب یا تلاش‌های قبلی را بدست آورید. در مورد این موضوع به گونه ای بحث کنید که سرزنش خانواده را دنبال نداشته باشد. اغلب دیگران از خانواده‌ها می‌پرسند که چرا علت خودکشی را نمی‌دانند. گروه نباید این باور را تقویت کند. با بحث در مورد اینکه چگونه قربانیان خودکشی می‌توانند "بهترین مخفی کنندگان افکار در جهان" باشند ، به این مسئله نزدیک شوید. تأکید بر این نکته نیز حائز اهمیت است که اکثر اطلاعاتی را که اکنون در اختیار دارند ، پس از مرگ دریافت کرده اند. می‌توانیم آن را مانند یک "پازل" توصیف

کنیم. پس از مرگ افراد قطعات پازل را از نقاط مختلف دریافت می‌کنند. مشکل این است که پازل هرگز کامل نمی‌شود و قسمت‌های مفقود شده مربوط به شخصی است که مرده است. برای کمک به اعضا برای چالش با احساس گناه و تحمل این ابهام از این استعاره استفاده کنید. اطرافیان اغلب سوالاتی در این زمینه می‌پرسند که کار درست در چنین موقعیتی چیست. برخی از سوالات متداول عبارتند از "هر چند وقت یکبار باید سر خاک بروند؟" "چه موقع اتاق آنها را عوض می‌کنیم؟" "آیا می‌توانم وسایل شخصی آنها را نگه دارم یا باید آنها را ببخشم یا از جلوی چشم بردارم؟" اینها مسائل بسیار حساسی است. مدت زمان درگیری و رابطه با شخص معمولاً بر آنچه قابل قبول است حاکم است. اینها سوالاتی است که پرسیدن آنها از گروه بسیار خوب است. ما از این قانون کلی استفاده می‌کنیم "اگر به بهبود حال شما کمک می‌کند، مشکلی نیست - اگر بسیار ناراحت کننده است، پس فعلاً انجام ندهید. همچنین، اگر سایر اعضای خانواده ابراز نگرانی می‌کنند، باید به وضعیت رسیدگی شود.



مهمتر از همه اینکه اعضا را قضاوت نکنید و به آنها در مورد رازداری گروه اطمینان خاطر دهید.

راهکارهایی برای کمک به دوستان، هم اتاقی‌ها و هم کلاسی‌های فرد متوفی

در ادامه متن زیر شامل نکاتی کلی برای کمک به دوستان، هم اتاقی‌ها و هم کلاسی‌های فرد متوفی، است و شما به عنوان کارشناس مرکز مشاوره، می‌توانید به صورت بروشور از آن استفاده کنید.

**مرگ ناگهانی دوست، هم اتاقی یا هم کلاسی؛
پیامی برای دانشجویان**

بیشتر افراد زمانی که خبر مرگ یکی از هم کلاسی‌ها یا هم دوره ای هایشان را می‌شنوند،

متعجب، سردرگم، عصبانی، یا غمگین می‌شوند. خبر این واقعه ممکن است تا چندین روز دانشجویان را آشفته و مضطرب سازد. اگر شخص مرحوم جزء دوستان نزدیک باشد، تأثیر آن طولانی مدت تر خواهد بود. اغلب احساسات و افکار ناراحت کننده به مرور زمان از بین می‌روند. این مراحل زمانی سریعتر طی می‌شوند که افراد به خودشان اجازه دهند غمگین باشند، گریه کنند، به راحتی در مورد واقعه صحبت کنند، و از حمایت دیگران بهره بگیرند.

همیشه فکر می‌کنیم مرگ چیزی نیست که برای خودمان یا برای کسی که او را می‌شناسیم، اتفاق بیفتد. به همین دلیل زمانی که یکی از همسن و سال‌های ما فوت می‌شود، دچار شوک و ناباوری می‌شویم. زمانی که این اتفاق می‌افتد، این واقعیت را به یاد می‌آوریم که زندگی امری نیست که ما بتوانیم ادامه آن را تضمین کنیم. برخی از ما ممکن است بیشتر آسیب پذیر باشیم. طبیعی است که احساسات ناراحت کننده ای داشته باشیم. ممکن است بیشتر محتاط



باشیم، و از موقعیتهای و چیزهایی که واقعه مرگ را به ما یادآوری می‌کنند، اجتناب کنیم.

توجه: ممکن است برخی افراد برای فراموشی این واقعه و مقابله با احساسات ناراحت کننده، به مصرف خودسرانه دارو و یا مشروبات الکلی یا سایر مواد پناه ببرید، در صورتی که این گزینه به ذهنتان خطور کرد، مسئله جدی است و باید از کمک حرفه ای بهره بگیرید.

اغلب ما بعد از مدتی به فعالیت‌های معمول روزمره برمی گردیم و البته چندین هفته، ماه و سالها بعد، این واقعه را به خاطر داریم. در ادامه برای افرادی که در مورد مرگ احساس غمگینی می‌و ناراحتی می‌کنند و نمی دانند که چگونه به خود و دوستانشان کمک کنند، پیشنهادهای ارائه می‌شوند:

۱. گریه کنید. همان طور که به هنگام تشنگی و گرسنگی نیازمند آب و غذا هستید، به هنگام غمگینی و سوگواری بیش از هر چیز نیازمند گریه هستیم.

۲. در مجلس ترحیم دوستان شرکت کنید.

۳. گاهی با خود خلوت کنید، قدم بزنید و احساساتتان را مرور کنید.

۴. شعر بخوانید، طراحی کنید یا در مورد احساساتتان بنویسید.
۵. در مورد احساس غم و ناراحتی خود با دوستان، اعضای خانواده یا مشاور صحبت کنید.

خلاصه نکات در مداخله پس از خودکشی کامل:

- جسد متوفی را فوراً به بیمارستان منتقل کنید.
- با فنون خاص اطلاع رسانی خبر ناگوار آشنا باشید و خبر خودکشی را به شیوه ای صحیح و حرفه ای، به خانواده فرد اطلاع دهید.
- از خانواده و دوستان (به ویژه هم اتاقی ها) متوفی، برای انجام مراحل پزشکی قانونی حمایت کنید.
- از واکنشهای معمول بازماندگان خودکشی (احساس شرم و گناه، احساس خشم و ...) آگاه باشید.
- فرآیند سوگ را تسهیل کنید.



اطلاع رسانی خبر ناگوار

اطلاع دادن خبر ناگوار، یکی از دشوارترین مسؤولیتهایی است که هر فردی ممکن است با آن مواجه شود. "خبر ناگوار" اینگونه تعریف شده است: "هر گونه اطلاعاتی که به طور جدی، بر دیدگاه فرد نسبت به آینده تأثیر منفی می‌گذارد". با این تعریف، موقعیتهایی که خبر ناگواری را اطلاع می‌دهیم، مختلف و متنوع هستند؛ از قبیل: تشخیص بیماری ناعلاج یا معلولیت مادام العمر جسمی یا ذهنی، اطلاع دادن خبر مرگ بیمار، خبر تصادف و مرگ ناگهانی، خودکشی و غیره. آنچه در همه این موقعیتها مشترک بوده و حائز اهمیت است، نحوه برقراری ارتباط مؤثر می‌باشد.

از موقعیتهایی که در آن اطلاع دادن خبر ناگوار اهمیت زیادی می‌یابد؛ در میان گذاشتن مشکلات دانشجو با والدین است. کارشناسان مراکز مشاوره دانشگاهها، همانطور که حرفه شان ایجاب می‌کند، گاهی مجبورند اخبار ناگواری را به والدین اطلاع دهند؛ فرایندی که برای هر مشاور

و مسئولی استرس زا می‌باشد. با وجود اینکه هر والدی واکنش خاصی نسبت به شنیدن خبر بروز می‌دهد، اما تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از والدین بعد از شنیدن خبر ناگوار اظهار می‌دارند که اطلاعات به نحو مناسبی ارائه نشده و بنابراین احساس نارضایتی می‌کنند.

خبر ناگوار در محیط‌های دانشگاهی معمولاً شامل مواردی است از قبیل: مشروط شدن دانشجو، اخراج از دانشگاه، رفتار خشونت آمیز با دیگران، تصادفات، اقدام به خودکشی، تشخیص اختلالات شدید روانپزشکی، فوت و غیره. در میان گذاشتن این گونه خبرها با والدین، معمولاً مسئولیتی پراسترس و ناخوشایند است. والدین بعد از قبولی فرزندشان در کنکور، انتظار دارند تا خبر خوبی راجع به موفقیت‌ها و پیشرفت‌های تحصیلی آنها دریافت کنند. طبیعی است که والدین بعد از شنیدن خبر ناخوشایند، احتمالاً در مقابل پذیرش آن مقاومت کنند و به صحت آن اطمینان نداشته باشند و شنیدن خبر ناخوشایند در مورد فرزند، باعث آشفتگی هیجانی و مشکلات جسمانی والدین می‌گردد. ماهیت دشوار تعامل



بین والدین (دریافت کننده خبر) و کارشناس مرکز مشاوره (اطلاع دهنده خبر) ممکن است در هر دو طرف، به رفتارها و واکنش‌هایی منجر گردد که باعث تخریب ارتباط مؤثر شده و پذیرش خبر ناگوار را برای والدین دشوارتر سازد. بنابراین آشنایی با واکنش‌های معمول خانواده در مقابل شنیدن خبر ناگوار، یکی از ضروری‌ترین مسائلی است که کارشناسان مراکز مشاوره باید به آن توجه داشته باشند. مقاله حاضر به تأثیر دریافت خبر ناگوار بر روی والدین پرداخته و در ادامه، دستورالعمل‌هایی ارائه می‌دهد تا کارشناسان مراکز مشاوره بتوانند با رعایت آنها به هنگام انتقال خبر ناگوار، تعامل مؤثری با والدین دانشجو داشته باشند.

تحقیق در زمینه فرایند اطلاع رسانی خبر ناگوار

در زمینه بررسی فرایندی که بین شخص دریافت کننده خبر و انتقال دهنده خبر (معمولا متخصص یا مشاور) اتفاق می‌افتد، تحقیقات در دو بخش مجزا صورت گرفته اند. یکی از بخش‌های تحقیقاتی در حیطه پزشکی است؛ حوزه ای که پزشکان و سایر متخصصین سلامت گاهی باید اخبار ناگواری را به اطلاع بیمار یا اطرافیان برسانند. بخش دیگر تحقیقات مرتبط با کارشناسانی است که در مدارس و دانشگاهها فعالیت می‌کنند و مسؤولیت مطلع ساختن والدین از مشکلات فرزندان شان را بر عهده دارند. مطالعات انجام شده در زمینه پزشکی نشان داده اند که بین انتقال مؤثر خبر ناگوار و پیامدهای مطلوب برای بیمار ارتباط وجود دارد. مهارتهای ارتباطی در انتقال خبر ناگوار، تأثیر معنی داری بر میزان رضایت بیمار و سازگاری نسبت به درمان دارند. به علاوه توجه به نیازهای بیمار در رابطه



با دریافت اطلاعات (برای مثال فراهم نمودن حجم مناسبی از اطلاعات)، می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی را بعد از دریافت خبر کاهش دهد.

انتقال خبر ناگوار از سوی پزشک به بیمار برای هر دو طرف دشوار و پراسترس می‌باشد. برخی بیماران اظهار می‌دارند که پزشک معالج آنها، خبر ناگوار را در قالب اطلاعاتی ناقص، با لحنی سرد و غیر همدلانه، اطلاع داده است. بالعکس، بسیاری از پزشکان نیز گزارش می‌کنند که به هنگام دادن خبر ناگوار به بیماران، بنا به دلایلی مانند ترس از واکنش منفی بیمار یا اطرفیان وی و همچنین احساس عدم کفایت ناشی از ناتوانی در ارائه درمان مناسب، احساس اضطراب قابل ملاحظه ای دارند. به علاوه پزشکان گزارش می‌کنند که استرس همراه با اطلاع دادن خبر ناگوار، ساعتها یا روزها بعد از این تعامل ادامه می‌یابد.

تحقیقات در زمینه موقعیتهایی که متخصص یا کارشناس باید تشخیص مشکل جسمی یا ناتوانی ذهنی کودک را به اطلاع والدین برساند،

آشکارا نشان داده است که متخصصین بین فراهم آوردن اطلاعات دقیق و واقع بینانه از طرفی و حساس بودن و اجتناب از گفتن مسائل ناخوشایند از سوی دیگر، خود را تحت فشار حس می‌کنند. این وضعیت را می‌توان به عنوان کشمکش بین واقع بینی و امیدواری توصیف کرد. واقع بین بودن، مطرح ساختن تشخیص و توصیف بیماری است. در امیدوار ساختن بیمار، تشخیص همراه با دلسوزی مطرح می‌شود و بیش از آنکه بر محدودیتها تأکید شود، تمرکز بر راه حل‌ها و درمانهای بالقوه است.

در ادامه، راهبردهایی معرفی می‌شوند که می‌توانند به کارشناسان مراکز مشاوره مدارس و دانشگاهها و همچنین متخصصان بهداشت، در جهت مطرح نمودن خبر ناگوار کمک کنند.



مراحل ارائه خبر ناگوار

ارائه خبر دشوار و ناخوشایند، در چهار مرحله صورت می‌گیرد: (۱) آماده سازی (۲) گفتن خبر (۳) ارائه راه حل‌های موجود و ارائه مشاوره (۴) پیگیری.

مرحله اول: آماده سازی

این مرحله، در واقع هموار ساختن مسیر ارتباط مؤثر است. موضوع مهم و اساسی در مرحله نخست این است که چه میزان اطلاعات و به چه نحوی با طرف مقابل (والدین دانش آموز یا دانشجو، بیمار، بازماندگان متوفی و ...) در میان گذاشته شود. باید توجه داشت چنانچه تلفنی از طرف مقابل دعوت می‌شود تا در مدرسه، دانشگاه یا بیمارستان حضور یابد، بهتر است اطلاعات به صورت کلی بیان شوند. برای مثال می‌توان خبر مشروطی دانشجو را اینگونه مطرح ساخت: می‌خواستم به صورت حضوری جلسه ای داشته باشیم تا در مورد مشکل تحصیلی فرزندان صحبت کنیم در صورتی که والدین (یا

اطرافیان بیمار و ...) بخواهند جزئیات بیشتری بدانند، بهتر است برای آنها توضیح داد که نمی توان به صورت تلفنی این مسئله را مطرح نمود و ادامه بحث را باید به جلسه حضوری موکول کرد. چنانچه طرف مقابل مضطرب شده و بر دریافت اطلاعات جزئی تر تأکید می کند، باید او را آرام نمود و موارد ضروری را به وی گزارش کرد. در هر صورت در این مرحله سعی بر جلب رضایت والدین است. انتخاب این شخص به کارشناس مراکز مشاوره بستگی دارد. در صورت امکان بهتر است هر دو والد حضور داشته باشند. در این خصوص علی رغم پیامهای فرهنگ و جامعه مبنی بر اینکه عمدتاً مادران را درگیر مشکلات فرزند می سازد، مشاور باید هر دو والد را در جریان قرار دهد. چنانچه دانشجو با یکی از والدین زندگی می کند، می توان به پدر یا مادر پیشنهاد داد که یکی از اطرافیان حمایت کننده نیز که با دانشجو ارتباط نسبتاً خوبی دارد، در جلسه حضور داشته باشد. حضور سایر اساتید یا مسوولین باعث احساس عدم امنیت والدین شده و ممکن است ارتباط مشاور و والدین را تخریب سازد.



در مواردی که اطلاعات باید از طریق چندین نفر دریافت شود، برای مثال روانشناس، روانپزشک و مددکار که هر کدام مسوؤل گزارش بخشی از اطلاعات می‌باشند، تیم مطرح کننده خبر، باید از اطلاعاتی که همکارشان به خانواده ارائه داده، آگاه باشند.

اتاق جلسه حضوری را باید به گونه ای ترتیب داد که والدین در آن احساس امنیت و راحتی کنند. دستمال کاغذی روی میز قرار داده شود. بهتر است اندازه میز کوچک باشد تا بین مشاور و طرف مقابل فاصله زیادی ایجاد نشود. همچنین بسیار حائز اهمیت است که زمان کافی برای جلسه حضوری در نظر گرفته شود. چنانچه جلسه به نحوی ترتیب داده شود که والدین زمان کافی برای سؤال کردن داشته باشند، بعد از اتمام جلسه، والدین احساس رضایت بیشتری را گزارش می‌کنند. در محیط بیمارستان که موقعیت‌ها عمدتاً شامل اطلاع دادن خبر مرگ، اقدام به خودکشی یا تشخیص بیماری صعب‌العلاج می‌باشد، پزشک قبل از گفتن خبر، بهتر است آن را به صورت ذهنی یا با صدای بلند

تمرین کند و از لحاظ هیجانی خود را آماده سازد. همچنین در صورت لزوم باید اطلاعات خود را در مورد بیماری مرور کند.

مرحله دوم: گزارش خبر ناگوار

در این مرحله باید تخمین زد که طرف مقابل (والدین، بیمار و اطرافیان بیمار) در مورد موقعیت موجود چه اطلاعاتی دارد، چه میزان اطلاعات از متخصص می‌خواهد و اینکه چه انتظاری از کارشناس مشاور یا متخصص دارد. سؤالاتی مانند "شما تا چه حد از وضعیت تحصیلی (یا وضعیت روحی و روانی و ...) فرزندتان مطلع هستید؟"، "در مورد مسائلی که امروز می‌خواهیم صحبت کنیم، چه فکر می‌کنید؟"، به مشاور یا متخصص کمک می‌کند تا از میزان اطلاعات طرف مقابل مطلع شود. گام بعدی این است که سؤال کنید طرف مقابل چه میزان اطلاعات نیاز دارد؛ آیا جزئیات کامل می‌خواهد یا اینکه گزارش کلی را ترجیح می‌دهد. برای مثال می‌توان پرسید: "می‌خواهید از نمرات کلیه دروس مطلع شوید یا اینکه عملکرد تحصیلی را به طور کلی توضیح دهم؟".



اگر خبر ناگوار در مورد فوت دانشجو باشد، استنباط کنید که خانواده تا چه حد می‌خواهند در مورد نحوه فوت یا خودکشی اطلاعات جزئی بگیرند. در مورد بیماری روانپزشکی نیز برآورد کنید که خانواده بیمار چه میزان اطلاعات نیاز دارند، آیا مصر هستند که علت دقیق آن را شناسایی کنند یا اینکه منکر آن بیماری هستند.

چنانچه در جایگاه پزشک متخصص یا جزء تیم درمانی هستید، ابتدا باید تخمین بزنید که بیمار و همراهان وی تا چه حد می‌خواهند از ماهیت بیماری، سیر و پیش‌آگهی آن مطلع شوند. سعی کنید بر بخشی از اطلاعاتی که طرف مقابل بیان می‌کند و مرتبط با موضوع مورد بحث می‌باشد، تأکید کنید. این تکنیک را به عنوان تکنیک تطابق اطلاعات توصیف شده است. این تکنیک باعث می‌شود طرف مقابل احساس کند که شما به خوبی به صحبت‌های وی گوش داده‌اید و به دیدگاه او احترام گذاشته‌اید.

چنانچه حجم اطلاعات زیاد باشد، بهتر است آن را به صورت تدریجی و در بخش‌های مختلف ارائه داد. با این کار، به طرف مقابل اجازه می‌دهید

تا زمان کافی برای هضم و پردازش خبر ناگوار داشته باشد و همچنین احتمال شنیدن و یادآوری دقیق اطلاعات را افزایش می‌دهید. تحقیقات در زمینه موقعیت‌های پزشکی نشان می‌دهد که طرف دریافت کننده خبر (بیمار یا همراهان وی) معمولاً نیمی از اطلاعات ناگوار ارائه شده را به خاطر نمی‌آورند و بنابراین متخصصین باید در نظر داشته باشند که طرف مقابل با شنیدن خبر ناگوار در وهله نخست، اطلاعات را به طور کامل دریافت نمی‌کند و اطلاعات کلیدی و مهم باید مجدداً تکرار و تأکید شوند.

اطمینان حاصل کنید که طرف مقابل (والدین، بیمار و اطرافیان وی یا بازماندگان فرد متوفی)، اطلاعات را درست دریافت کرده و منظور شما را دقیقاً متوجه شده است. وی را ترغیب کنید تا از شما سؤال کند. عباراتی مانند "هرجا موردی بود که متوجه نشدید، بگویید تا دوباره تکرار کنم، مواردی را که تا اینجا گفتم، واضح بود؟"، "هر سؤالی دارید، من در خدمت هستم"؛ باعث می‌شود تا طرف مقابل احساس نکند که شما از موضع بالا با وی برخورد می‌کنید.



از کلمات واضح و مصطلح که برای عموم قابل فهم هستند، استفاده کنید. کلماتی مانند مشروطی، افت تحصیلی، خودکشی، سرطان یا مرگ کلمات مناسبی هستند چرا که شنونده خبر را با واقعیت مواجه می‌سازد. به یاد داشته باشید که از به کار بردن کلمات نامفهوم و اصطلاحات اختصاری اجتناب کنید. ضمن اینکه اطلاعات را به صورت دقیق و واضح ارائه می‌دهید، لحن همدلانه و ملایم را فراموش نکنید.

مرحله سوم: ارائه مشاوره (مواجهه با واکنش‌های دریافت کننده خبر):

واکنش‌های هیجانی از قبیل انکار، سرزنش، ناباوری و عدم پذیرش، از واکنش‌های شایع در مقابل شنیدن خبر ناگوار می‌باشند. در چنین موقعیتی سعی کنید همدل باشید و تأسف خود را نسبت به موقعیت پیش آمده اعلام کنید. معنای این خبر را در بافت خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی فرد درک کنید. ضمن بیان واقعیت‌ها به فرد امید دهید و او را تشویق کنید تا راهکارهای موجود (در حیطه پزشکی، درمان‌های جدید و قابل

دسترس) را دنبال نماید.

همانطور که اشاره شد، شنیدن خبر ناگوار، واکنشهای منفی زیادی را در فرد برمی‌انگیزد. واکنشهای اولیه معمولاً شامل خشم، شوک و ناباوری، سرزنش خود و گریه کردن می‌باشد. ضمن اینکه این نوع واکنشهای شدید منفی نسبت به دریافت خبر ناگوار، معمول و مشترک هستند، هر فرد (والد، بیمار، بازمانده و ...) واکنش خاص خود را نیز دارد. برخی والدین ممکن است بعد از شنیدن خبری که بسیار ناگوار به نظر می‌رسد، خویشتن دار و خونسرد رفتار کنند. برخی دیگر ممکن است مشکل فرزندان را به عنوان استرسی بزرگ تلقی می‌کنند؛ یا بالعکس منطقی آن را بپذیرند. بسیاری از والدین برای کاهش استرس ناشی از خبر ناگوار، به دوستان و سایر اعضای خانواده روی می‌آورند. واکنش دوستان و اطرافیان همواره حمایت‌کننده نیست به طوری که گروهی از والدین گزارش کرده اند که تقریباً یک سوم اطرافیان بعد از شنیدن مشکل به وجود آمده، با حالت شوک و تأسف واکنش نشان داده اند. در نتیجه، دوستان و سایر



اعضای خانواده ممکن است واکنشهای سوگ را طی کنند که این مسئله نه تنها تنش والدین را کاهش نمی دهد بلکه استرس مضاعفی را بر آنها تحمیل می کند.

گام نخست در مواجهه با واکنشهای طرف مقابل، تشویق او به بیان احساسات در مورد خبر ناگوار است. سوآلی مانند نگرانی عمده شما مربوط به چیست؟ می تواند ترسهای طرف مقابل را برای مشاور آشکار سازد. در حالی که مشاور باید در چنین موقعیتی، همدلی کند، باید در این مورد محتاط باشد که اطمینان بی موقع و نابجا ایجاد نکند. عباراتی مانند "همانطور که چهره شما نشان می دهد، شنیدن این خبر برای شما دشوار و پرتنش است و در مورد وضعیت فرزندان نگران هستید"، می تواند کمک کننده باشد.

مواجهه با واکنش خشم یا تحریک پذیری:

گام نخست در مدیریت یک موقعیت دشوار، مدیریت هیجانات است. کارشناس یا متخصصی که با خشم طرف مقابل روبرو می شود، باید

تلاش کند تا آرام و خونسرد باشد و به جای تمرکز بر هیجانات خود، هیجانات طرف مقابل را در نظر بگیرد. در واقع واکنش خشم، نقابی برای پوشاندن احساس ترس و اضطراب می‌باشد. بهترین و ساده‌ترین کار در چنین موقعیتی، گوش دادن است. گوش دادن، دو مزیت عمده دارد. نخست اینکه، به طرف مقابل اجازه می‌دهد تا احساساتش را ابراز کند. دوم اینکه، ممکن است مشاور و متخصص به این نتیجه برسد که احساس خشم تا حدی ناشی از سوءبرداشت طرف مقابل از اطلاعات ارائه شده است و بنابراین می‌تواند اطلاعات را شفاف‌سازی کند. استفاده از عبارات همدلانه نیز کمک‌کننده خواهد بود؛ عباراتی مانند: "متأسفم، می‌دانم شنیدن چنین خبری تا چه حد ناراحت‌کننده است".

مواجهه با واکنش ناباوری: زمانی که طرف مقابل اظهار می‌دارد که نمی‌تواند چنین خبری را باور کند، پاسخ همدلانه بهترین گزینه است. عبارتی مانند "تصور اینکه فرزند شما دچار این مشکل شده (مشروط شده، اقدام به خودکشی



کرده یا ...) ، واقعا دشوار است، شما اصلا فکر نمی کردید چنین اتفاقی بیفتد ؛ برای چنین موقعیتهایی مناسب خواهد بود.

مواجهه با واکنش شوک: شوک در واقع هیجان نیست بلکه عدم وجود هیجان است که بازتابی از ناتوانی فرد برای درک خبر (و به تبع آن عدم احساس هیجان) می باشد. افرادی که خبر ناگواری دریافت می کنند اغلب آنچه را که به عنوان "سنگینی و کند شدن ذهن" توصیف می شود، به صورت ناتوانی در تفکر و احساس ضعف در به یادآوردن اطلاعات، تجربه می کنند. آنچه در اینجا اهمیت می یابد، آگاه ساختن طرف مقابل از این نکته است که حالت شوک، در چنین موقعیتی طبیعی بوده و شنیدن خبر ناگوار ممکن است یادآوری اطلاعات را با مشکل مواجه سازد. عبارت همدلانه می تواند بدین صورت باشد: "شنیدن این خبر باید واقعا دردناک و آزاردهنده باشد، شما به زمان نیاز دارید تا بتوانید در مورد آن فکر کنید، چند دقیقه راحت باشید، بعد دوباره در موردش صحبت می کنیم".

مواجهه با واکنش آشفته‌گی و گریه کردن: به احتمال زیاد، طرف دریافت‌کننده خبر ناگوار، بعد از شنیدن خبر می‌خواهد گریه کند و اشک بریزد به خصوص اگر مشاور یا متخصص، محیطی گرم، پذیرا و امن فراهم کرده باشد. در چنین موقعیتی، قضاوت مشاور یا متخصص درباره جو حاکم بر جلسه، می‌تواند راهکار بعدی را تعیین کند. راهکارهایی که می‌توان ارائه داد، متنوع اند، برخی از آنها عبارت‌اند از: تعارف کردن دستمال کاغذی، نزدیک‌تر شدن به طرف مقابل (مسائل فرهنگی و اخلاقی باید در نظر گرفته شوند)، تشویق به صحبت کردن در مورد احساسات و غیره. مشاور یا متخصص باید تا زمانیکه طرف مقابل آرام‌تر شود، حتی اگر وقت جلسه به پایان رسیده، در جلسه حضور داشته باشد.

مرحله ۴: راهبردهای پیگیری

وظیفه مشاور یا متخصص، با انتقال اطلاعات و دادن خبر ناگوار به پایان نمی‌رسد. طرف دریافت‌کننده خبر نیازمند آن است که مورد راهنمایی و حمایت قرار گیرد. چنانچه در جایگاه



پزشک متخصص هستید، در مورد روشهای درمان بیماری صحبت کنید و در صورت لزوم فرد را به سیستمهای حمایتی قابل دسترس ارجاع دهید. در جایگاه کارشناس مرکز مشاوره، باید والدین را تشویق نمایید تا برای بهبود وضعیت فرزندشان با شما همکاری کنند. می‌توانید پیشنهاد دهید تا بعد از مدتی (برای مثال یک هفته بعد) جلسه پیگیری ترتیب داده شود تا چنانچه طرف مقابل، در مورد اطلاعات ارائه شده، سؤال و ابهامی دارد، برطرف گردد. در صورتی که ملاقات حضوری ممکن نباشد، می‌توان کار پیگیری را به صورت تلفنی انجام داد.

خلاصه نکات در اطلاع رسانی خبر ناگوار:

- با مخاطب خبر ارتباط مؤثر برقرار کنید.
- ابتدا اطلاعات به صورت کلی بیان شوند تا طرف مقابل آمادگی لازم را برای شنیدن جزئیات پیدا کند.
- برآورد کنید که مخاطب، چه میزان اطلاعات نیاز دارد و از شما به عنوان یک متخصص چه انتظاری دارد.
- اطلاعات را به صورت تدریجی و در بخش‌های مختلف ارائه دهید تا مخاطب آشفته نگردد.
- از واکنش‌های پس از دریافت خبر ناگوار آگاه باشید و برخورد مناسب پیشه کنید.
- کار پیگیری (روشهای درمانی، حمایتی و ...) را به صورت حضوری یا تلفنی انجام دهید.



منابع:

- خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی / ویرجینا سادوک، بنیامین سادوک؛ ترجمه حسن رفیعی، خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند- ۱۳۸۲.
- مشاوره و درمان سوگ / جی. ویلیام. وردن، ترجمه مهرداد فیروزبخت، خشایار بیگی. تهران: انتشارات ابجد- ۱۳۷۴.
- After a suicide attempt (2007). Department of Nursing, University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority.
- After a suicide attempt (2005 - 2007). Center for Suicide Prevention, Calgary, Alberta.
- Auger, Richard W. (2006). Delivering difficult news to parents: guidelines for school counselors. The Free Library, Professional school counseling.
- Bartlett, Mary L., Siegfried, N., Witte, T.K. (2012) Best Practice Clinical Interventions for Working with Suicidal Adults. Alabama Counseling Association Journal, Volume 38, Number 2.
- Bartolo, P.A. (2002). Communicating a diagnosis of developmental disability to parents: Multiprofessional negotiations frameworks. Child: Care, Health and Development, 28, 65-71.
- Buckman, R. (1992). How to break bad news: A guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Dickson, David (2002). Health professional's perceptions of breaking bad news. International Journal of Health Care Quality Assurance, Volum 15. Num 7, 324-336
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. The Lancet, 363, 312-319.
- Heiman, T. (2002). Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 14, 159-171.
- Joti Samra. (2007). Working with the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services. The British Columbia Ministry of Health sponsored development of the

- guide through the Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA), at the Faculty of Health Sciences at Simon Fraser University.
- Lau W. K, Kung Y. T. (1983). The management of a violent patient. The Hong Kong Practitioner, p 493-498.
- Lipton L. (2008). Managing agitated psychotic patients. Cygnus Interactive, a Division of Business Media.
- McDougall Sandra (2004). After a suicide. Scottish Association for Mental Health (SAMH).
- Preventing suicide: What to say, What not to say. Questions to ask (2004-2006). Suicide and Mental Health Association International (SMHAI).
- Ruocco K.A. & et al (2020). TAPS Suicide Postvention Model™: A comprehensive framework of healing and growth. Tragedy Assistance Program for Survivors, Arlington, Virginia, USA. Published with license by Taylor & Francis Group, LLC
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Treatment for Suicidal Ideation, Self-harm, and Suicide Attempts Among Youth. SAMHSA Publication No. PEP20-06-01-002 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020.
- Survivors of Suicide: A Support Group Leader's Handbook Services for Teens at Risk (STAR-Center) (2019). UPMC. Western Psychiatric Hospital.
- Thomas Attig (2000). The heart of grief, Oxford University Press Inc. New York.
- Vandekieft, Gregg, K. (2001). Breaking bad news. American Academy of family physicians, Volum 64, Num 12, 1975-1978 .
- Vieta & et al. (2017) Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry (2017) 17:328

شهریور ماه ۱۴۰۰