

خودکشی خوشه‌ای

ارزیابی، تشخیص، پیشگیری و پاسخ مبتنی بر جامعه

دکتر سید کاظم ملکوتی

پاییز ۱۴۰۵

همکاران تدوین کننده:
دکتر نافعه رسولی
مانیا ناصری منش
با تشکر از: دکتر حمید یعقوبی، رئیس جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران و جناب آقای حمید پیروی، نایب رئیس جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران بابت مرور کتاب و ارائه پیشنهادات
گرافیک: آتلیه کبود (مهرداد احمدی شیخانی)
حروفچینی: سودابه طاهری

فهرست مطالب

پیشگفتار ۷
بخش اول: مقدمه و تعریف ۹
۱) مقدمه و تعریف ۱۱
تعریف خودکشی خوشه‌ای ۱۱
انواع خودکشی خوشه‌ای ۱۲
۱- خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای ۱۲
۲- خودکشی های خوشه ای توده‌ای ۱۳
۳- خودکشی های خوشه ای که شامل یک روش خاص خودکشی هستند ۱۳
۴- خودکشی خوشه ای تقلیدی ۱۳
ویژگی‌های یک خودکشی خوشه‌ای ۱۳
سرایت چیست؟ ۱۵
بخش دوم: همه‌گیرشناسی خودکشی خوشه‌ای ۱۹
چه کسانی در معرض خطر درگیر شدن در یک خودکشی خوشه‌ای هستند؟ ۲۲
مکانیسم‌هایی که ممکن است وقوع خودکشی‌های خوشه‌ای را توضیح دهند ۲۳
۱) انتقال اجتماعی ۲۳
۲) افشای غیرمستقیم از طریق رسانه‌ها ۲۴
۳) قرار گرفتن در معرض خودکشی ۲۴
۴) تأثیر هم‌سالان بر نوجوانان در رفتارهای خودکشی ۲۵
بخش سوم: آسیب‌شناسی ۲۷
عوامل فردی ۲۹
موقعیت‌های خطر ۲۹
مسائل مربوط به سلامت روان ۳۰
سوء مصرف مواد ۳۰
گروه سنی که بیشترین تأثیر را از خودکشی های خوشه‌ای می‌گیرند ۳۰
چرا گروه سنی زیر ۲۵ سال بیشتر تحت تأثیر خودکشی‌های خوشه‌ای قرار می‌گیرند؟ ۳۰
نفوذ رسانه‌ها ۳۱
رسانه به عنوان یک عامل حفاظتی ۳۲
رسانه به‌عنوان یک عامل خطر ۳۲
خبرگزاری‌ها ۳۳
چگونه خودکشی خوشه‌ای را گزارش کنیم؟ ۳۳
ویژگی گزارش‌های خبری که با خودکشی خوشه‌ای ارتباط مهم و شدیدی دارند ۳۵
اثر ورتر/ سرایت خودکشی ۳۶

بخش چهارم: ارزیابی خودکشی خوشه‌ای ۳۷
دریافت اعلان درباره‌ی یک خوشه‌ی بالقوه‌ی خودکشی ۳۹
ارزیابی و بررسی یک خودکشی مشکوک به خوشه‌ای ۴۱
مرحله ۱: ارزیابی اولیه ۴۱
نقش و وظایف کمیته ۴۳
مرحله‌ی ۲. ارزیابی رسمی خودکشی مشکوک به خوشه ای ۴۵
۲-۱: مورد را تعریف کنید ۴۵
۲-۲: بازه‌ی زمانی را تعیین کنید ۴۶
۲-۳ : منابع داده را شناسایی کنید ۴۶
۲-۴: روش‌های آماری و تحلیلی را انتخاب کنید ۴۷
۲-۵: تعیین نیاز به بررسی جامع‌تر ۴۹
مرحله ۳. بررسی خودکشی خوشه‌ای ۴۹
۳-۱: توسعه و اجرای طرح تحقیق ۴۹
۳-۲: گزارش یافته‌های به‌دست آمده برای اقدامات بهداشتی در سطح جامعه ۵۲
بخش پنجم: پیشگیری و مداخله در خودکشی خوشه‌ای ۵۳
روش‌های مداخله ۵۶
برای پاسخ به خودکشی خوشه‌ای شناخته شده،چه اقداماتی باید انجام شود؟ ۵۶
مرحله ۱: آماده‌سازی برای پاسخ به یک خودکشی خوشه‌ای ۵۸
مرحله ۲: واکنش مستقیم به خودکشی خوشه ای ۶۱
راهنما برای مدارس: پیشگیری از سرایت خودکشی ۶۴
نیاز به به‌هنگام بودن ۶۴
خودکشی‌های خوشه‌ای و والدین ۶۴
نکات کلیدی که باید به خاطر بسپارید ۶۵
والدین چه کاری می‌توانند انجام دهند؟ ۶۵
تربیت یک نوجوان سخت است ۶۶
بگذارید با مشکلات مواجه شوند ۶۶
آگاهانه «موفقیت» را با فرزندتان تعریف کنید ۶۷
دستورالعمل‌هایی برای رسانه‌ها ۶۹
ملاحظات کمیته ۶۹
مرحله ۳: اقدام برای جلوگیری از خودکشی خوشه‌ای بعدی ۷۱
نیاز به مداخلات طولانی و گسترده‌تر ۷۳
منابع ۷۷

پیشگفتار

در طی سال‌های گذشته من و همکارانم هم‌زمان با اجرای برنامه‌های پیشگیری از خودکشی در استان‌های مختلف مانند ایلام، کرمانشاه، آذربایجان غربی، لرستان و البرز شاهد بروز رفتارهای خودکشی‌گرایانه گروهی و دسته‌جمعی در میان سنین مختلف به‌ویژه در میان نوجوانان بودیم. آگاه‌شدن از بروز آن وقایع، آنچه که تا کنون در اغلب موارد رخ‌داده است، نه از سوی منابع مسوول، بلکه توسط رسانه‌های اجتماعی و دهان به دهان بوده، که نهایتا در دسترس مسئولین برنامه‌های بهداشتی و درمانی قرار گرفته است. در حال حاضر چالش جدی در مدیریت بحران‌های خودکشی خوشه‌ای فقدان برنامه‌ای ساختارمند، برای اقدام سریع و موثر است.

رخداد ناگوار خودکشی در میان پزشکان در سال‌های ۱۴۰۰-۱۴۰۱ و نیز خودکشی گروهی در میان دانش‌آموزان یکی از شهرستان‌های استان ایلام در سال ۱۴۰۲ نمونه‌ای از خودکشی خوشه‌ای است که با شناسایی و اقدامات به‌موقع شاید می‌توانستیم در نجات جان آنان موثرتر عمل کنیم.

رفتارهای خودکشی‌گرایانه مانند بیماری‌های مسری عمل می‌کنند و اخبار به روش‌های مختلف از جمله رسانه‌های عمومی و رسانه‌های اجتماعی به‌سرعت بین مردم منتشر شده و افراد به‌ویژه مستعد و در معرض خطر را تحت تاثیر قرار داده و انگیزه اقدام به خودکشی را در آنان بیدار می‌کند. از این رو مدیریت انتشار اخبار در پیشگیری از خودکشی، به‌ویژه خودکشی خوشه‌ای نقش بسیار مهم در پیشگیری از آن دارد.

مجموعه حاضر که توسط من و همکاران جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران تدوین شده، برای ارایه دستورالعملی برای ایجاد ساختارو ظرفیتی است که رسالت آن شناسایی و اقدام پیشگیرانه از بروز خودکشی خوشه‌ای می باشد. مراحل شناسایی، تشخیص و اقدام به موقع، سریع و موثر توضیح داده شده است.

نظر به اینکه چنین ساختاری نیاز به مشارکت افراد و سازمان‌های موثر در شناسایی، پیشگیری و پژوهش در اقدامات موثر بعدی دارد، سعی شده است که نمایندگانی از سازمان‌ها و تخصص‌های مربوط در اقدامات پیشگیری از خودکشی در این برنامه مشارکت داده شوند.

دکتر سید کاظم ملکوتی

بخش اول

مقدمه و تعریف

۱) مقدمه و تعریف

این کتاب منبعی است برای راهنمایی کسانی که مسئولیت پاسخگویی به یک خودکشی خوشه‌ای در منطقه، شهر، مدرسه و دانشگاه خود را دارند. خودکشی یکی از علل اصلی مرگ و میر در جوانان ۱۰-۲۹ سال است. خوشبختانه میزان خودکشی بین جوانان ۱۵-۱۹ سال طی سال‌های بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ از ۱۱,۴ به ۷,۶ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر کاهش یافته است. با این وجود مطالعات انجام شده بر روی بار بیماری‌ها نشان داده‌اند بر حسب مناطق مختلف جهان خودکشی علت اول تا سوم مرگ بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سال گزارش شده است.

خودکشی خوشه‌ای اگرچه نسبتاً نادر است، لیکن نگرانی قابل توجهی را در جوامعی که در آن رخ می‌دهند، ایجاد می‌کند. این نگرانی به ویژه زمانی که یک خودکشی خوشه‌ای در یک مدرسه یا دانشگاه رخ می‌دهد بیشتر است. آسیب‌های مرتبط با خودکشیِ یک فرد جوان و افزایش آگاهی از خودکشی‌های خوشه‌ای می‌تواند منجر به ترس و اضطراب گسترده و همچنین غم و اندوه طولانی مدت شود. صرف نظر از درجه قصد خودکشی، انواع دیگری از انگیزه برای خودکشی هم می‌تواند در خودکشی‌های خوشه‌ای رخ دهد. این موارد در جوانان نسبتاً رایج است. به‌طوری‌که خودکشی‌های خوشه‌ای حتی در افراد کمتر از ۱۰ سال نیز ثبت شده است.

تعریف خودکشی خوشه‌ای

« خودکشی خوشه‌ای » وضعیتی را توصیف می‌کند که در آن مرگ و میر ناشی

از خودکشی، بیش از آنچه که معمولاً از نظر زمان، مکان یا هر دو انتظار می‌رود، رخ می‌دهد. یک خودکشی خوشه‌ای معمولاً شامل مرگ سه نفر یا بیشتر است، اما دو خودکشی که در یک جامعه خاص یا در یک مکان خاص، به ویژه در مدت زمان کوتاهی اتفاق می‌افتد، باید از نظر تأثیر بالقوه و هرگونه ارتباط احتمالی نیز مورد توجه قرار گیرد.

یک یا چند رویداد منجر به رفتار خودکشی در یک مکان خاص نشان می‌دهد که باید برای رسیدگی به مکان مورد نظر اقدامی عاجل صورت گیرد. توجه به این نکته مهم است که برای تشکیل یک خودکشی خوشه‌ای ، لازم نیست ارتباط روشنی برای مرگ‌های متعدد در اثر خودکشی وجود داشته باشد. یک خودکشی خوشه‌ای می‌تواند باعث ایجاد ناراحتی جدی در کل جامعه شود. همچنین باید توجه داشت که اقدام به خودکشی نیز ممکن است نشان‌دهنده‌ی یک خودکشی خوشه‌ای بالقوه باشد.

خودکشی خوشه‌ای ممکن است در مجاورت جغرافیایی رخ دهد. در خودکشی‌های خوشه‌ای که در جوامع محلی رخ می‌دهند، مانند مدارس (به نام خودکشی‌های خوشه‌ای فضا-زمان یا «نقطه»)، نوجوانانی که می‌میرند احتمالا از قبل تمایل به خودکشی در آنها وجود داشته است. نتایج تحقیقات نشان داده که سرایت خودکشی ممکن است در کسانی که قبلاً با خودکشی نمرده‌اند آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به خودکشی ایجاد کند.

انواع خودکشی خوشه‌ای

چهار نوع خوشه‌ی اصلی وجود دارد:

۱- خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای: *تعداد بیش از حد انتظار خودکشی که در یک دوره زمانی در مکانی خاص (جغرافیایی) رخ می‌دهد.* عوامل خطر زیر را می‌توان برای این نوع خوشه‌ها شناسایی کرد: جنسیت مرد، مسائل مربوط به سلامت روان، سابقه‌ی افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، مشکلات رابطه، بحران‌هایی که اخیراً با آن مواجه شده‌اند، والدینی که شدت نیازهای سلامت روان را در فرزندان‌شان تشخیص نمی‌دهند، محرومیت از خواب، فشار تحصیلی، گرایش جنسی و خشونت در رابطه‌ی عاطفی.

بروز خودکشی در شهرستان آبدانان استان ایلام در میان دانش‌آموزان در سال ۱۴۰۲ را می‌توان از این گونه موارد دانست.

۲- خودکشی های خوشه ای توده‌ای: *تعداد بیش از حد انتظار خودکشی در یک بازهی زمانی که از نظر جغرافیایی پراکنده هستند.* پس از خودکشی رابین ویلیامز (کمدین)، تقریباً ۱۰ درصد افزایش مرگ و میر ناشی از خودکشی، به ویژه در میان مردان ۳۰ تا ۴۴ ساله مشاهده شد. تأثیر مرگ‌های اخیر ناشی از خودکشی کیت اسپید (۲۰۱۸) و آنتونی بوردین (۲۰۱۸) بر خودکشی‌های بعدی هنوز مشخص نیست؛ با این حال، پیام‌های امن در چندین رسانه‌ی خبری مورد توجه قرار گرفت. بروز خودکشی‌های متعدد در میان پزشکان در سال ۱۴۰۱ در شهرها و دانشگاه‌های مختلف کشورمان را می‌توان مثالی از خودکشی توده‌ای دانست.

۳- خودکشی های خوشه‌ای که شامل یک روش خاص خودکشی هستند: این نوع خودکشی می‌تواند در هر دو گروه نقطه‌ای و توده‌ای وجود داشته باشد.

۴- خودکشی خوشه ای تقلیدی: *خوشه‌ای که در همان مکان خوشه‌ی قبلی، اما مدتی بعد رخ می‌دهد.* اصطلاح «خودکشی چندگانه» اگرچه ممکن است به‌عنوان یک خوشه تلقی نشود، اما اغلب برای توصیف وضعیتی استفاده می‌شود که در آن بیش از یک خودکشی در زمان و جغرافیای همجوار اتفاق می‌افتد. از این رو است که در تحقیقات، هیچ ارتباط آشکاری بین مرگ‌ها دیده نمی‌شود. ایجاد هرگونه ارتباط بین چنین مرگ‌هایی مهم است و به شناسایی خطرات احتمالی سرایت خودکشی، یعنی گسترش رفتار خودکشی کمک می‌کند.

ویژگی‌های یک خودکشی خوشه‌ای

فهرست زیر جامع نیست، اما نمونه‌هایی از انواع روابط و پیوندهایی که ممکن است مبنای یک خودکشی خوشه‌ای باشد را ارائه می‌دهد. نگرانی در مورد یک خوشه‌ی احتمالی خودکشی باید زمانی ایجاد شود که یکی از موارد زیر رخ دهد:

تعداد بیش از حد انتظار مرگ و میر ناشی از خودکشی در یک دوره‌ی زمانی خاص.

تعداد بیش از حد انتظار مرگ و میر ناشی از خودکشی در دوره‌ی زمانی خاص در یک منطقه‌ی جغرافیایی.

تعداد بیش از حد انتظار خودکشی که از یک روش خاص استفاده شده است.

گروهی از مرگ‌های ناشی از خودکشی مربوط به سن، رابطه (از جمله آنلاین) یا عامل مشترک.

اعضای یک جامعه‌ی محلی و یا رسانه‌های محلی که به احتمال وجود یک خوشه‌ی خودکشی پی‌می‌برند.

همکارانِ درون شبکه‌ی پیشگیری از خودکشی باید در نظر داشته باشند که کدام چارچوب زمانی براساس مورد به مورد مناسب است و چگونه منطقه و شهرستان آنها ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد. شهرستان‌های کوچک‌تر یا بزرگ‌تر ممکن است سال‌ها پس از خودکشی تحت تأثیر قرار گیرند. همکاران تیم بهداشتی همچنین باید آگاه باشند که تصورات عمومی و اجتماعی در مورد خودکشی می‌تواند تأثیر تحریک‌کننده بر افراد آسیب‌پذیر داشته باشد.

مرگ ناشی از خودکشی ممکن است حدود ۱۳۵ نفر را تحت تأثیر قرار دهد که یک سوم آنها مشکلات روانی شدید را تجربه می‌کنند. مشخص شده که عوارض ناشی از قرار گرفتن در معرض خودکشی همسالان با افکار یا رفتار خودکشی، در نوجوانان می‌تواند تا ۲ سال ادامه یابد. در میان نوجوانان در معرض خطر، به نظر می‌رسد خودکشی همکلاسی‌ها، اثرپذیری از رویدادهای منفی زندگی را تشدید می‌کند و افکار یا رفتار جدی خودکشی را افزایش می‌دهد.

سابقه‌ی آسیب‌پذیری در اقدام به خودکشی اهمیت زیادی دارد. مواجهه با رفتار خودکشی، در صورت فقدان عوامل آسیبپذیر در نوجوان، منجر به رفتار تقلیدی نمی‌شود. عوامل آسیب‌پذیر عبارتند از: شرایط روانپزشکی فعلی یا گذشته، سابقه‌ی خانوادگی خودکشی یا اقدام به خودکشی در گذشته، سوءمصرف مواد، رویدادهای استرس‌زا در زندگی، دسترسی به روش‌های مرگبار، حبس، آسیب‌های اجتماعی، عوامل محیطی و فقدان عوامل محافظ.

خودکشی با توجه به عوامل سبب‌ساز آن، رفتار پیچیده‌ای است. با این حال، شناسایی دانش‌آموزانی که پس از خودکشی در معرض خطر هستند، یکی از وظایف اصلی اقدامات پیشگیری از خودکشی است که در مدارس برای پیشگیری از سرایت

انجام می‌شود. تحقیقات از این واقعیت حمایت کرده است که دوستان دانش‌آموزی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده است با افزایش خطر افکار یا رفتار خودکشی مواجه هستند. اما این دوستان جزو دوستان نزدیک متوفی نبودند، بلکه دوستانی که کمتر وی را می‌شناختند بالاترین میزان افکار یا رفتار خودکشی را نشان داده‌اند.

یک خودکشی خوشه‌ای در یک جامعه، یا تأیید شده یا مشکوک است. از آنجایی که شناسایی خودکشی‌های خوشه‌ای همیشه به وضوح مشخص نمی‌شود، هر جامعه باید آستانه‌ای را برای مواردی که برای جامعه خود غیرمعمول در نظر گرفته می‌شود و بالاتر از میزان مرگ و میر مورد انتظار است، تعیین کند.

سرایت چیست؟

سرایت به وضعیتی اطلاق می‌شود که خودکشی یک فرد، به‌دلیل شرایط و تبلیغات پیرامون آن، خطر افکار خودکشی، اقدام به خودکشی و یا مرگ ناشی از خودکشی را در افراد دیگری که قبلاً در برابر افکار یا رفتارهای خودکشی آسیب‌پذیر بودند، ایجاد می‌کند. هنگامی که سرایت رخ می‌دهد، گاهی اوقات می‌تواند به خودکشی‌های خوشه‌ای منجر شود.

کارشناسان شبکه بهداشت و پیشگیری از خودکشی باید در صورت ظاهر شدن اطلاعات مربوط به خودکشی در حوزه عمومی، نسبت به سرایت احتمالی هوشیار باشند و باید استراتژی‌هایی را برای جلوگیری از آن در نظر بگیرند.

برخی از گروه‌ها، به ویژه در برابر سرایت خودکشی آسیب‌پذیر هستند، به‌عنوان مثال، در مورد افراد زیر ۱۸ سال و بزرگسالان جوان. باید به خطر سرایت حتی پس از یک خودکشی، که ممکن است این گروه‌ها را تحت تأثیر قرار دهد، توجه شود. داده‌ها به وضوح نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض رفتار خودکشی (افکار و اقدام) یا مرگ ناشی از خودکشی، خطر ابتلا به این بیماری را افزایش می‌دهد. به‌ویژه نوجوانان و آنهایی که در اوایل ۲۰ سالگی قرار دارند، در برابر اثرات نامطلوب خودکشی آسیب‌پذیر هستند. خودکشی یک همسال می‌تواند به پدیده‌هایی به نام سرایت خودکشی و خودکشی‌های خوشه‌ای منجر شود.

شواهدی برای حمایت از این ایده وجود دارد که رفتار خودکشی «مسری» است، زیرا می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم از فردی به فرد دیگر منتقل شود. این شواهد از سه مجموعه‌ی تحقیقاتی به‌دست آمده است: مطالعات تأثیر گزارش رسانه‌ها بر خودکشی، مطالعات خودکشی‌های خوشه‌ای و مطالعات اثرپذیری نوجوانان در معرض خودکشی همسالان. در هر صورت، سرایت خودکشی را می‌توان در زمینه‌ی بزرگ‌تر سرایت رفتاری یا نظریه‌ی یادگیری اجتماعی مشاهده کرد. تحقیقات به موضوع‌های متفاوت اما مرتبط با سرایت رفتارهای خودجرحی غیرخودکشی نیز پرداخته است.

خودکشی خوشه‌ای عمدتاً در میان نوجوانان و بزرگسالان جوان روی می‌دهند. بین ۱ تا ۵ درصد از خودکشی‌های نوجوانان به‌صورت خوشه‌ای اتفاق می‌افتند. یک مطالعه مورد شاهدی روی دو گروه خودکشی نوجوانان در تگزاس نشان داد که این خودکشی‌های خوشه‌ای شامل نوجوانانی بود که روابط شخصی نزدیک با دیگران در این خوشه داشتند و همچنین نوجوانانی از همان جامعه که مستقیماً با یکدیگر آشنایی نداشتند. در مقایسه با گروه‌های کنترل، افرادی که خودکشی می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که آسیب‌پذیری‌های قبلی (مانند بیماری خلقی، مشکلات سوء مصرف مواد، تغییرات مکرر محل سکونت، قطع رابطه اخیر یا پیش‌بینی شده) داشته باشند که این ممکن است حساسیت آنها را به سرایت خودکشی افزایش داده باشد.

خودکشی‌های خوشه‌ای نوجوانان ممکن است به علت ترکیبی از روابط متقابل، تمایل افراد مشابه (در این مورد، نوجوانان در معرض خطر بالای خودکشی) برای ارتباط با یکدیگر، که در فشارهای روانی روزمره مشترک باشند، اتفاق بیافتد. اخیراً مطالعه‌ای از مدل شبیه‌سازی کامپیوتری مبتنی بر عامل، برای آزمایش این فرضیه و کشف مکانیسم‌های احتمالی خودکشی خوشه‌ای استفاده شد. همان‌طور که در مدل شبیه‌سازی برنامه‌ریزی شده بود، یادگیری اجتماعی برای ایجاد خودکشی‌های خوشه‌ای که هم در زمان و هم در مکان بومی‌سازی شده بودند، موثر بود.

مدل شبیه‌سازی نشان داد که ارتباط ترکیبی، احتمالاً خودکشی‌های خوشه‌ای مکانی را در میان گروه‌های همسالان پرخطر ایجاد می‌کند، اما به احتمال کم‌تر منجر به خودکشی‌های خوشه‌ای مکانی-زمانی می‌شود و بعید است که خودکشی خوشه‌ای

صرفاً زمانی را ایجاد کند. در نهایت، مدل تأیید کرد که تأثیرات رسانه‌ای، در ترکیب با تأثیرات سوگیری جایگاه اجتماعی و همانندی، قادر به ایجاد خودکشی‌های خوشه‌ای بودند که در زمان متمرکز، اما در مکان غیر متمرکز اتفاق می‌افتند.

حتی در گروه‌های خودکشی مکانی-زمانی، جایی که افراد در معرض خطر، به احتمال زیاد با یکدیگر تماس مستقیم دارند، گزارش رسانه‌ها در مورد خودکشی می‌تواند نقش داشته باشد. تجزیه و تحلیل اخیر خودکشی در چین، از یک اثر خودکشی خوشه‌ای زمانی پشتیبانی کرد. روزنامه‌های ملی (اما نه محلی) که در مورد خودکشی‌ها و وقوع خودکشی یا اقدام به خودکشی گزارش می‌دادند، هر کدام با افزایش احتمال خودکشی در ۳ روز بعد مرتبط بودند، که نشان‌دهنده تأثیر سرایت رسانه‌ای و سرایت مستقیم آن بود.

در بین نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله، خطر خودکشی ۲ تا ۴ برابر در افرادی که همسالان خود را می‌شناختند بیشتر بود. افزایش خطر خودکشی از طریق انتقال مستقیم یا غیرمستقیم رفتار خودکشی، سرایت نامیده می‌شود. این رفتارها در نوجوانان بیشتر از بزرگسالان است زیرا آنها به راحتی با رفتار همسالان خود آشنا می‌شوند. با استفاده از داده‌های مطالعه طولی ملی سلامت نوجوانان، توصیه شده که در میان نوجوانان، داشتن دوستی که بر اثر خودکشی فوت کرده، افکار خودکشی را تا یک سال در میان دوستان وی رصد نمایند. مدارس این فرصت را دارند که از رفتار مسری که به خودکشی‌های خوشه‌ای فضا-زمان کمک می‌کند، جلوگیری کنند.

با گسترش روزافزون اطلاعات در مورد رفتارهای خودکشی از طریق اینترنت و رسانه‌های اجتماعی، شیوع گستردگی جغرافیایی خودکشی‌های خوشه‌ای ممکن است در حال افزایش باشد. تشخیص این خودکشی‌های خوشه‌ای ممکن است دشوار باشد، زیرا ارتباطات اجتماعی بین افراد، به دلیل ماهیت محیط آنلاین همیشه آشکار نیست. علاوه بر این، خودکشی خوشه‌ای می‌تواند از نظر روش‌های خودکشی نیز خوشه‌بندی شود (مانند انواع خاصی از مصرف دارو). این ممکن است در یک خودکشی خوشه‌ای نقطه‌ای یا یک خوشه‌ی توده‌ای رخ دهد. خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای همچنین می‌توانند شامل مجموعه‌ای از خودکشی‌ها باشند که در یک مکان خاص

مانند پل، صخره یا ساختمان صورت می‌گیرند. خودکشی‌های تقلیدی در همان مکان خودکشی‌های خوشه‌ای قبلی، اما مدتی دیرتر اتفاق می‌افتند.

بخش دوم

همه‌گیرشناسی خودکشی

بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، خودکشی‌های خوشه‌ای در آمریکا سالانه ۱۰۰ تا ۲۰۰ مرگ و میر را شامل می‌شود. در ایران آمار درستی از خودکشی خوشه‌ای در دست نیست. این خودکشی‌های خوشه‌ای دربرگیرنده بیش از سه قربانی هستند که معمولاً بین ۱۳ تا ۲۴ سال سن دارند و تقریباً در دوره‌ای یک تا دو ساله رخ می‌دهند. در حالی که برخی تحقیقات در مورد مرگ‌های خودکشی و نیاز به ارائه مداخله واضح به افراد آسیب‌پذیر که به قربانی نزدیک هستند هشدار می‌دهند، هیچ دلیل یا راه‌حل واحدی برای پایان دادن به یک خودکشی خوشه‌ای وجود ندارد. لیکن نیاز به تلاش اختصاصی والدین، مدارس، گروه‌های مذهبی، سازمان‌های دولتی و سازمان‌های اجتماعی که با هم کار می‌کنند، وجود دارد.

تعیین اینکه چه تعداد خودکشی به خودکشی‌های خوشه‌ای نسبت داده می‌شود و تا چه اندازه خودکشی‌های خوشه‌ای در میزان کلی خودکشی نقش دارند، دشوار است. در استرالیا تخمین زده شد که بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۲، خودکشی‌های خوشه‌ای عامل ۵/۶ درصد از خودکشی‌ها در جوانان زیر ۲۵ سال و ۳/۲ درصد خودکشی‌ها در بزرگسالان ۲۵ سال و بالاتر بوده است.

نسبت خودکشی جوانان که به عنوان بخشی از خوشه‌های توده‌ای رخ می‌دهد مشخص نیست، زیرا این خودکشی‌های خوشه‌ای در جمعیت زیادی رخ می‌دهند و از نظر جغرافیایی پراکنده هستند. مطالعات متعددی، نقش و تأثیر رسانه‌ها را بر چنین خودکشی‌های خوشه‌ای برجسته کرده‌اند. فیلیپس و کارستنسن در یک مطالعه اولیه مبتنی بر جمعیت در مورد تأثیر گزارش‌های خبری تلویزیونی از خودکشی بر میزان

خودکشی بعدی در کالیفرنیا، دریافتند که میزان خودکشی در جوانان ۱۹-۱۰ سال به میزان ۲۲/۸ درصد افزایش یافته است (در مقایسه با ۶/۹ درصد).

سایر مطالعات جدیدتر نیز اثرات قابل توجهی از پدیده‌های رسانه‌ای از جمله گزارش‌های خبری و یک نمایش تلویزیونی را بر خودکشی جوانان نشان داده‌اند. تأثیر رسانه‌ها بر خودکشی‌های خوشه‌ای در ادامه بیشتر مورد بررسی قرار می‌گیرد. مطالعاتی که به بررسی خودکشی‌های خوشه‌ای تقلیدی می‌پردازند کمیاب هستند. یک مطالعه سراسری روی خودکشی‌های خوشه‌ای در نیوزیلند، ده خودکشی خوشه‌ای تقلیدی را در ۹ مکان شناسایی کردند که تقریباً هفت سال از هم جدا بودند. مطالعه مبتنی بر جمعیت در مورد خودکشی و خودجرحی در نیو ساوت ولز، استرالیا، شواهدی از ۱۰خودکشی خوشه‌ای در جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله پیدا کرد.

تمام فوتی‌های ناشی از خودکشی از ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۶ از ۱۰ ایالات آمریکا جمع‌آوری و بررسی شدند. از میان آنها ۱۳/۵ درصد به صورت خودکشی خوشه‌ای زمانی-مکانی انجام شده بود (از میان بیش از ۶۵۰ هزار مورد خودکشی). نسبت خطر ۱/۵ تا ۳/۶ بود و خطر خودکشی در درون خودکشی خوشه‌ای دو برابر خارج از خودکشی خوشه‌ای برآورد شد.

چه کسانی در معرض خطر درگیر شدن در یک خودکشی خوشه‌ای هستند؟

افراد جوان به دفعات در مقایسه با بزرگسالان در معرض خطر بالای خودکشی‌های خوشه‌ای قرار دارند. با این حال، به استثنای سن و قرار گرفتن در معرض خودکشی، عوامل خطر در خودکشی‌های خوشه‌ای تفاوت زیادی با خودکشی‌های غیرخوشه‌ای ندارند، اگرچه برخی اختلاف‌ها وجود دارد. برای مثال، مردان بیشتر در گروه‌های خودکشی خوشه‌ای درگیر می‌شوند، در حالی که زنان معمولاً در خوشه‌ی خودجرحی یا اقدام به خودکشی درگیر می‌شوند. اگرچه این یافته‌ها در برخی از مطالعات بزرگ و مبتنی بر جمعیت تکرار نشده است.

خودکشی‌های خوشه‌ای می‌توانند در افراد جوان و در محیط‌های اجتماعی کوچک

اتفاق بیفتند، جایی که اخبار خودکشی می‌تواند به سرعت بین افرادی که با یکدیگر آشنا هستند یا در جغرافیایی مشترک هستند، پخش شود. وضعیت بومی، محرومیت اقتصادی و دوری جغرافیایی به عنوان زمینه‌های مرتبط با خودکشی‌های خوشه‌ای در کانادا، استرالیا و آمریکا شناسایی شده‌اند.

خودکشی‌های خوشه‌ای معمولاً در برخی از مکان‌های سازمانی، از جمله مدارس و دانشگاه‌ها روی می‌دهند. سایر محیط‌های رایج شامل خدمات سلامت روان، به ویژه واحدهای بستری، با تقریباً ده درصد از خودکشی‌ها توسط افراد مبتلا به بیماری روانی همراه است. نتیجه‌ی خوشه‌بندی یا اثرات تقلیدی و محیط‌های زندان با حدود شش درصد از خودکشی‌هایی که تصور می‌شود به‌عنوان بخشی از یک خودکشی خوشه‌ای باشند، اتفاق می‌افتند.

مکانیسم‌هایی که ممکن است وقوع خودکشی‌های خوشه‌ای را توضیح دهند

چندین عامل و مکانیسم برای توضیح وقوع خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای پیشنهاد شده است. اینها مکانیسم‌های انحصاری نیستند و ممکن است به درجات مختلف برای خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای مختلف هماهنگ عمل کنند. با این حال، هنوز مطالعات تجربی کمی وجود دارند که بر روی خودکشی‌های خوشه‌ای نقطه‌ای تمرکز دارند و به درک ما از این مکانیسم‌ها کمک می‌کنند.

۱) انتقال اجتماعی

این فرآیند فرض می‌کند که قرار گرفتن در معرض یک اثر علّی، یا از طریق قرار گرفتن در معرض غیرمستقیم رسانه یا قرار گرفتن در معرض مستقیم از راه انتقال فرد به فرد، وجود دارد. خودکشی‌های خوشه‌ای، به ویژه خودکشی‌های خوشه‌ای توده‌ای، ممکن است از طریق یک فرآیندِ سرایت رخ دهند. سرایت خودکشی زمانی اتفاق می‌افتد که قرار گرفتن در معرض خودکشی یا رفتار خودکشیِ یک یا چند نفر، بر اقدام به خودکشی دیگران تأثیر بگذارد.

قرار گرفتن در معرض خودکشی می‌تواند مستقیم از طریق داشتن ارتباط شخصی با فردی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده است باشد، یا غیرمستقیم از طریق گزارش رسانه‌ها یا پست‌های رسانه‌های اجتماعی در مورد فردی باشد که ارتباط شخصی با او وجود ندارد.

۲) افشای غیرمستقیم از طریق رسانه‌ها

شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد تصویر رسانه‌ای از خودکشی در پیدایش برخی خودکشی‌های خوشه‌ای در جوانان نقش دارد. در مطالعه‌ای که ۴۸ جامعه دارای خودکشی خوشه‌ای جوانان در ایالات متحده را با یک گروه کنترل همسان متشکل از ۹۵ جامعه پژوهشی که در آن خودکشی‌های غیرخوشه‌ای اتفاق افتاده بود مقایسه کرد، پوشش روزنامه‌های خودکشی با شروع خودکشی‌های خوشه‌ای رابطه داشت. این ارتباط برای گزارش‌های خبری قوی‌تر بود. به‌طور کلی در مورد جوانان فوت شده، اخبار روزنامه‌ها پس از خودکشی خوشه‌ای چشمگیرتر بودند.

۳) قرار گرفتن در معرض خودکشی

پس از مرگ بنینگتون و خودکشی کمدینی به نام رابین ویلیامز، تقریباً ۱۰ درصد افزایش مرگ و میر ناشی از خودکشی، به ویژه در میان مردان ۳۰ تا ۴۴ ساله مشاهده شد. تأثیر مرگ بر اثر خودکشی کیت اسپید (۲۰۱۸) و آنتونی بوردین (۲۰۱۸) بر خودکشی‌های بعدی هنوز مشخص نیست؛ با این حال، پیام‌های امن در چندین رسانه خبری مورد توجه قرار گرفت. مثلا، مجله «خط زندگی» برای پیشگیری از خودکشی، شماره تلفن پیشگیری از خودکشی را روی تیتر خود چاپ و همچنین داستان‌های آن هفته روزنامه‌ها و علائم هشداردهنده خودکشی را چاپ کرد. در مقابل، بحث قابل توجهی در مورد جزئیات مشابه روش‌های آنها در بسیاری از مقالات وجود داشت. تأثیر رسانه‌های سرگرمی در مورد شخصیت‌های تخیلی که خودکشی می‌کنند بر سرایت خودکشی نیز مورد توجه قرار گرفته است. این مورد به ویژه درباره سریال‌های تخیلی مشهود بود.

بلافاصله پس از پخش سریال، ۱۹ درصد افزایش (یک میلیون جستجوی اضافی) در جستجوهای اینترنتی در مورد خودکشی وجود داشت، از جمله جستجو برای عبارات «چگونه خودکشی کنیم» (۲۶ درصد)، «چگونه خود را بکشیم» (۹ درصد)، و «خودکشی» (۱۸ درصد). خوشبختانه، برخی از جستجوهای فزاینده برای جستجوی کمک بود - از جمله «خط تلفن خودکشی» (۱۲ درصد) و «پیشگیری از خودکشی» (۲۳ درصد).

با این حال، مطالعات تأیید کرده است که جستجوهای اینترنتی منعکس‌کننده میزان خودکشی در دنیای واقعی است. لذا میزان خودکشی احتمالاً در نتیجه این برنامه افزایش یافته است. در واقع ۲۵ درصد از جوانانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، اندکی قبل از مرگ خود، جستجوی اینترنتی مربوط به خودکشی را انجام داده‌اند.

۴) تأثیرِ هم‌سالان بر نوجوانان در رفتارهای خودکشی

از ۱۶ مطالعه بررسی شده توسط اینسل و گولد (۲۰۰۸) در مورد تأثیرِ قرار گرفتن در معرض خودکشی همسالان بر روی نوجوانان، بیشترین ارتباط معنیدار بین قرار گرفتن در معرض رفتار خودکشی یک همسال نوجوان، نسبت خطر برای اقدام به خودکشی از ۲/۸ تا ۱۱/۰ متغیر بود. تجزیه و تحلیل داده‌های نمونه ملی از دانش‌آموزان دبیرستانی ایالات متحده از یک مطالعه طولی کشوری سلامت نوجوانان، نشان داد «نوجوانانی که دوستان یا اعضای خانواده‌شان اقدام به خودکشی کرده‌اند، تقریباً سه برابر بیشتر از نوجوانانی که دوستان و یا خانواده آنها اقدام به خودکشی نکرده‌اند، دست به خودکشی می‌زنند».

دختران اگر کسی را می‌شناختند که از اقدام به خودکشی جان سالم به در برده باشد بیشتر اقدام به خودکشی می‌کردند، در حالی که پسران اگر کسی را می‌شناختند که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده است، بیشتر احتمال داشت اقدام به خودکشی کنند. در یک مطالعه مشخص شد نوجوانانی که در یک آشفتگی روانی اقدام به خودکشی نکرده بودند، اگر کسی را می‌شناختند که در آن زمان اقدام به خودکشی

کرده است، احتمال بیشتری داشت که در موج دوم آشفتگی اقدام به خودکشی کنند. این توالی زمانی، از نقش سرایت در کنار تأثیر احتمالی روابط گروهی در میان نوجوانان پرخطر، حمایت می‌کند. در زمینه‌ی قرار گرفتن در معرض رفتار خودکشیِ یک فرد صمیمی، سرایت ممکن است از طریق تأثیر استرس یا غم و اندوه روی یک نوجوان آسیب‌پذیر و همچنین از طریق یادگیری اجتماعی در مورد خودکشی عمل کند.

بخش سوم

آسیب‌شناسی

عوامل متعددی شرایط را برای بروز خودکشی‌های خوشه‌ای فراهم می‌کنند.

عوامل فردی

۱) وجود افکار یا رفتارهای خودکشی قبلی
۲) وجود سابقه‌ی بستری به دلیل بیماری روانی یا مشکل سوء مصرف مواد
۳) قطع رابطه عاطفی و احتمال آن
۴) آسیب فیزیکی به خود یا خشونت فیزیکی نسبت به دیگران
۵) افرادی که تجربه حبس دارند

تجربه یک تعارض گرایش-اجتناب در مورد خودکشی، به این معنی که آرزوی مردن با آرزوی زندگی هم‌زمان وجود دارد. در مقابلِ تجربه رفتار خودکشی که توسط همسالان الگو شده است، مدارس می‌توانند از آرزوی زندگی حمایت کنند. علاوه بر این، مشخص شده است که پوشش خودکشی در روزنامه به طور قابل توجهی با این موضوع مرتبط است.

موقعیت‌های خطر

۱) مراکز بستری روانپزشکی
۲) بیمارستان‌ها
۳) نهادهای نظامی
۴) مدارس

مسائل مربوط به سلامت روان

آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکا دریافته است بیشتر نوجوانانی که تمایل به خودکشی دارند، دارای اختلالات روانی قابل توجهی از جمله افسردگی هستند. این مرکز خاطرنشان کرد که برای نوجوانان، اقدام به خودکشی می‌تواند با استرس، تردید نسبت به خود، فشار برای موفقیت، عدم اطمینان مالی، ناامیدی و ضرر مرتبط باشد.

تحقیقات نشان داده اند افرادی که سعی می‌کنند جان خود را در یک خودکشی خوشه‌ای بگیرند، همان عوامل خطری را دارند که وقتی خودکشی خوشه‌ای وجود ندارد. این نشان می‌دهد علائم هشداردهنده می‌توانند مشابه باشند و همیشه باید مورد توجه قرار گیرند.

سوء مصرف مواد

مصرف بیش از حد الکل و سوء مصرف مواد مخدر، از عوامل خطر مرتبط با خودکشی‌های خوشه‌ای هستند. علاوه بر این، اسپارکس خاطرنشان کرد، مصرف برخی داروها می‌تواند افکار خودکشی و اقدام به خودکشی را افزایش دهد.

گروه سنی که بیشترین تأثیر را از خودکشی های خوشه‌ای می‌گیرند

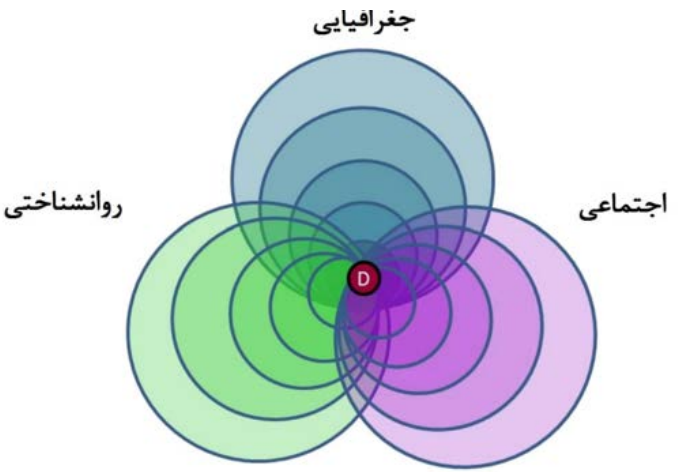
بر اساس مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ بر روی خودکشی‌های خوشه‌ای انجام شد و در مجله «لنست» منتشر شد، خودکشی در بین جوانان زیر ۲۵ سال شایع‌تر است. یک مقاله در سال ۲۰۲۰ این موضوع را به طور عمیق پوشش داد و با داستان یک فرد ۱۸ ساله شروع شد. دانشجو-ورزشکار قدیمی آریزونا که در سال ۲۰۱۵ بر اثر خودکشی جان باخت، و هم‌تیمی‌اش که سال بعد جان خود را گرفت.

چرا گروه سنی زیر ۲۵ سال بیشتر تحت تأثیر خودکشی‌های خوشه‌ای قرار می‌گیرند؟

به گفته اسپارکس، نوجوانان بیشتر از بزرگسالان تکانشی عمل می‌کنند که بر

پاسخ آنها به افکار خودکشی تأثیر می‌گذارد. اسپارکس معتقد است: «کسانی که با فکر خودکشی و یا رفتارهای خودکشی دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکن است در لحظه به شدت تمایل به خودکشی داشته باشند. بنابراین، تمام اقداماتی که باید انجام دهند این است که بر توانایی فعلی آنها برای کنار آمدن با افکار خودکشی تمرکز کنند. این افراد می‌توانند با ایجاد انگیزه روی آنها تاثیر بگذارند. نوجوانان به رفتارهای تکانشی مستعدتر هستند، زیرا مغز آنها هنوز در حال رشد است و در بیشتر جنبه‌های زندگی از بزرگسالان تکانشگرتر هستند».

تصویر ۱. عوامل سه گانه موثر در ایجاد خودکشی خوشه ای



هر چند گفته می‌شود آسیب‌پذیری افراد، بیش از مواجه شدن با فرد متوفی نقش کلیدی در اقدام به خودکشی خوشه‌ای دارد، لیکن باید مواجه جغرافیایی، روانشناختی و اجتماعی را به‌عنوان عوامل مواجه‌سازی سه گانه عوامل خطر، در نظر گرفت.

نفوذ رسانه‌ها

تأثیر رسانه بسته به مدت زمان پوشش، برجسته بودن منبع، آنچه به اشتراک

گذاشته می‌شود و زبان مورد استفاده می‌تواند یک عامل خطر یا محافظ باشد. این می‌تواند شامل رسانه‌های اجتماعی، گزارش‌های خبری و رسانه‌های سرگرمی باشد.

رسانه به عنوان یک عامل حفاظتی

رسانه‌ها می‌توانند با پیروی از بهترین شیوه‌ها و توصیه‌ها برای گزارش خودکشی، نقش مهمی در پیشگیری از خطر خودکشی داشته باشند. به‌عنوان مثال، رسانه‌ها می‌توانند:

- خودکشی را به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی گزارش داده و منابعی مانند خط بحران خودکشی و گزینه‌های درمانی را معرفی کنند.
- اطلاعاتی در مورد علائم هشداردهنده خطر خودکشی ارائه دهند.
- متخصصان پیشگیری از خودکشی یا سلامت روان را برای به اشتراک گذاشتن حقایق در مورد خودکشی و نحوه پیشگیری از آن درگیر کنند.
- بر پیام‌های یاری‌رسان و امیدوارکننده تأکید کنند.
- به مردم در مورد راهبردهای مقابله‌ای و درمان آموزش دهند.

رسانه به‌عنوان یک عامل خطر

گزارش رسانه‌ای از خودکشی، ممکن است یک عامل خطرزا باشد. این زمانی است که به‌طور ناخواسته بر افزایش خودکشی تأثیر می‌گذارد، به‌ویژه زمانی که گزارش‌های رسانه‌ها از بهترین شیوه‌ها پیروی نمی‌کنند و شامل موارد زیر می‌شوند:

- عناوین یا تصاویر دراماتیک یا گرافیکی
- تشریح صریح روش خودکشی یا نمایش تصاویر آن
- بیانیه‌ای مبنی بر اینکه خودکشی اجتناب ناپذیر است
- گزارش پیاپی در مورد یک خودکشی، از جمله افراد مشهور سرشناس که ممکن است الگوهایی برای تقلید در نظر گرفته شوند
- نمایش مکان خودکشی و تصاویر عزاداران

تحقیقات در مورد تأثیر داستان‌های رسانه‌ای در مورد خودکشی، افزایش میزان

خودکشی را پس از داستان‌های واقعی و درباره خودکشی نشان داده است. اکثر تحقیقات در این زمینه به گزارش واقعیت پرداخته‌اند، که تأثیر قوی‌تری دارد. بیش از ۵۰ مطالعه در مورد داستان‌های واقعیت‌محورِ گزارش شده در روزنامه‌ها، تلویزیون و اخیراً در اینترنت، یافته‌های ثابتی را به همراه داشته است.

بین تعداد گزارش رسانه‌ها در مورد خودکشی و میزان خودکشی رابطه مستقیم وجود دارد. میزان خودکشی به دنبال افزایش فراوانی داستان‌های مربوط به خودکشی بیشتر می‌شود. علاوه بر این، کاهش میزان خودکشی به دنبال کاهش فراوانی داستان‌های مربوط به خودکشی به اثبات رسیده است.

خبرگزاری‌ها

تحقیقات همواره ارتباط بین انواع خاصی از گزارش‌های رسانه‌ای و افزایش تعداد خودکشی‌ها را شناسایی کرده‌اند. به‌ویژه زمانی که گزارش‌های مکرر و مفصل از نحوه‌ی خودکشی بوده، و توصیف‌های صریح از روش و یا مکان آن را بیان نموده‌اند.

گاهی اوقات روش و مکان به هم مرتبط هستند، برای مثال پریدن از روی پل. تحقیقات نشان میدهد مکانهایی می‌توانند شهرت پیدا کنند که بتوانند بیشتر منجر به خودکشی شوند. با این حال، موقعیت مکانی می‌تواند عامل مهمی در گزارش‌های خبری، به‌ویژه برای رسانه‌های محلی باشد. در نتیجه، روزنامه‌نگاران ممکن است ناخواسته یک مکان را برجسته کرده و آن را مکانی مؤثر برای مردن معرفی کنند.

گزارش سازنده و مسئولانه می‌تواند به پیشگیری از خودکشی کمک کند

هدف گروه‌های راهبری پیشگیری از خودکشی، تعامل با رسانه‌های محلی، ایجاد روابط با رسانه‌های خبری و حمایت از آنها در گزارش صحیح از خودکشی است.

بررسی همه اشکال رسانه‌ای در رابطه با گزارش خودکشی، هنگام تدوین راهبردهایی برای مبارزه با خودکشی‌های خوشه‌ای، کلیدی است.

چگونه خودکشی خوشه‌ای را گزارش کنیم؟

ثابت شده، افرادی با سابقه اقدام به خودکشی یا افسردگی شدید، احتمال بیشتری

دارد که در پی گزارش رسانه‌ای خودکشی، اقدام به خودکشی کنند. به‌طور خاص، داستان‌های رسانه‌ای که پس از خودکشی منتشر شدند و با خوشه‌های خودکشی مرتبط بودند، این ویژگی‌ها را داشتند: قرار دادن داستان در صفحه اول، سرفصل‌های حاوی شرح روش خودکشی، وجود تصویر، و شرح مفصل خودکشی.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ توصیه‌هایی در مورد چگونگی مهار یک خودکشی خوشه‌ای از طریق پیام رسانی ایمن ارائه کرده است.

این دستورالعمل‌ها، اساساً بیان می‌کنند: از استفاده از زبان هیجان‌انگیز یا عادی‌سازی خودکشی خودداری کنید، از تکرار غیرضروری داستان خودداری کنید، از عکس‌های خنثی به‌جای تصاویری که بار عاطفی دارند استفاده کنید، از بیان جزئیات روش خودکشی خودداری کنید و همچنین زمانی که خودکشی مربوط به یک فرد مشهور است، احتیاط بیشتری به عمل آورید.

برآوردها نشان می‌دهند که ۹۱ درصد از نوجوانان در ایران تلفن هوشمند دارند و از طریق تلفن همراه به اینترنت دسترسی دارند، و به نوجوانان امکان استفاده از روش‌هایی که تقریباً بلافاصله اطلاعات را به طور هم‌زمان بین صدها نفر بدون موقعیت جغرافیایی پخش می‌کنند را می دهند. بنابراین، خودکشی یک دانش‌آموز در یک موقعیت جغرافیایی ممکن است تأثیرات گسترده‌تری بر موقعیت‌های جغرافیایی دیگر داشته باشد.

از آنجایی که نوجوانان به‌طور متوسط ۹ ساعت در روز از رسانه‌ها استفاده می‌کنند (شامل تلویزیون، فیلم، ویدئوهای آنلاین، بازی‌های مجازی، اینترنت، موسیقی، مطالعه و رسانه‌های اجتماعی)، تعجب‌آور نیست که بیشتر نوجوانان اخبار خود را از منابع آنلاین دریافت می‌کنند تا رسانه‌های سنتی. در میان نوجوانانی که از رسانه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند، ۷۶ درصد، اخبار را از چنین سایت‌هایی دریافت می‌کنند.

حتی اگر رسانه‌های سنتی از دستورالعمل‌های گزارش‌دهی ایمن برای مرگ‌های ناشی از خودکشی پیروی کنند، پیام‌های رسانه‌های اجتماعی ممکن است این کار را نکنند. هنگامی که خودکشی در یکی از همسالان اتفاق می‌افتد، نوجوانان در خط مقدم انتشار اطلاعات قرار دارند و به‌طور موثر به «شهروند روزنامه‌نگار» تبدیل می‌شوند

(شهروندان عمومی که فعالانه در حال جمع‌آوری، گزارش و انتشار اطلاعات هستند). در واقع، یک مطالعه نشان داد که ۵۹ درصد از افراد ۱۴ تا ۲۴ ساله از طریق منابع اینترنتی در معرض محتوای مرتبط با خودکشی قرار گرفتند.

شواهدی برای «سرایت در مقیاس گسترده» از طریق شبکه‌های اجتماعی یافت شده است. زیرا یافته‌ها نشان می‌دهد که احساسات ابراز شده توسط دیگران حتی در شرایط غیرحضوری و در رسانه‌های اجتماعی می‌تواند بر احساسات ما تأثیر بگذارد. کنش متقابل و نشانه‌های غیرکلامی، به‌نوبه خود ممکن است بر انواع رفتارهای غیرکلامی تأثیر بگذارد. یک مطالعه در استرالیا خطر خودکشی خوشه‌ای طی ۹۰ روز در ۵۰ جوان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌ها نشان داد، ارتباط اجتماعی و جغرافیایی نقش مهمی در طول ۹۰ روز اول دارد.

به‌طور کلی، این تحقیق نشان می‌دهد که احساسات می‌توانند مانند زندگی واقعی در رسانه‌های اجتماعی پخش شوند. مفهوم سرایت، بیشتر در مواجهه با یک همسال که اقدام به خودکشی کرده است، از طریق رسانه‌های اجتماعی، حمایت می‌شود. نزدیکی اجتماعی در میان نوجوانان به تدریج از جغرافیای فیزیکی فراتر می‌رود. در نتیجه، باعث میشود سرایت به شیوه‌ای گسترده‌تر و سریع‌تر رخ دهد. بنابراین، وظیفه پیشبینی و مدیریت سرایت برای مربیان بسیار دشوارتر است.

استفاده از رسانه‌های اجتماعی و پلتفرم‌های آنلاین توسط جوامع و سازمان‌ها نیز می‌تواند تأثیر زیادی بر انتشار اطلاعات و برداشت‌های نادرست داشته باشد. با این حال، رسانه‌های اجتماعی می‌توانند گاهی اوقات انتشار اطلاعات مفید را تسهیل کنند، به‌عنوان مثال از طریق ترویج راه‌های کمکی، منابع پشتیبانی و داستان های امیدوارکننده و بهبود افراد در معرض خطر.

ویژگی گزارش‌های خبری که با خودکشی خوشه‌ای ارتباط مهم و شدیدی دارد

۱) درج در صفحه اول و تصاویر نشان‌دهنده غم و اندوه

۲) استفاده از عناوین صریح، پرشور و حاوی کلمه خودکشی، ذکر روش خاص

خودکشی

۳) توضیحات مفصل - نام فردی که اقدام به خودکشی کرده است، نام مدرسه، زمان یا مکان مرگ

۴) روش، و حتی تعداد جملاتی که روش را توصیف می‌کنند

۵) بیان یادداشت خودکشی

۶) گزارش مکرر در مورد خودکشی‌های یکسان

۷) گزارش در مورد خودکشی منجر به فوت به‌جای اقدام به خودکشی

اثر ورتر / سرایت خودکشی

اثر ورتر، به خودکشی‌هایی اشاره دارد که پس از پوشش رسانه‌ای خودکشی، خواندن در مورد افراد دیگری که خودکشی کرده‌اند، یا از دوستان نزدیک و یا یکی از اعضای خانواده که به علت خودکشی جان داده است، ظاهر می‌شود. احتمالاً بیشتر کسانی تحت تأثیر قرار می‌گیرند که دارای مشکلات سلامت روان هستند.

بخش چهارم

ارزیابی خودکشی خوشه‌ای

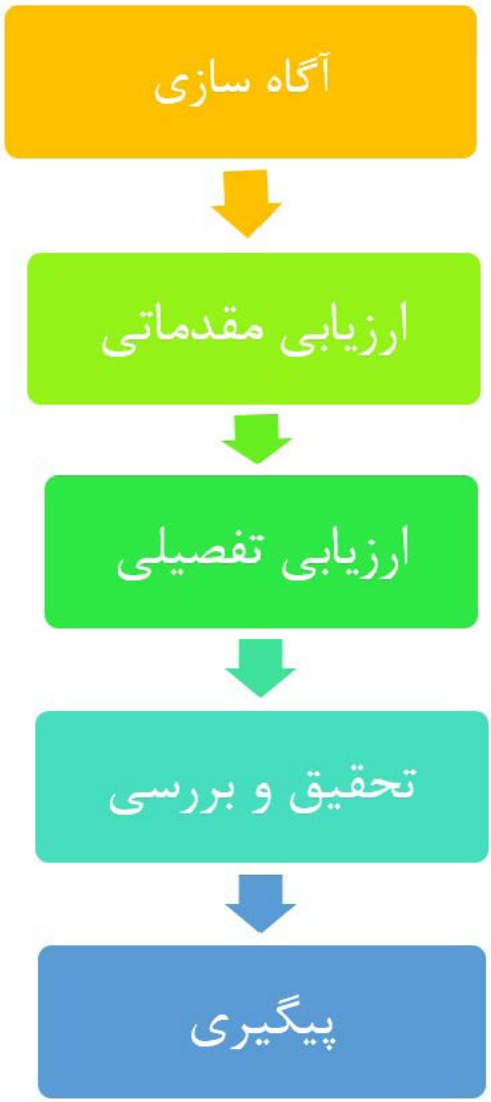
برای ارزیابی احتمال بروز خودکشی خوشه‌ای، لازم است مراحل زیر انجام شود. احتمال بروز یک خودکشی خوشه‌ای در جامعه، نه تنها خطر مرگ و میر ناشی از خودکشی را افزایش می‌دهد (حداقل دو برابر) بلکه اضطراب و نگرانی را در منطقه و جامعه به مراتب بیشتر می‌کند. از این رو توجه به احتمال بروز رفتارهای خودکشی اعم از افکار، اقدام و به‌ویژه خودکشی خوشه‌ای در یک منطقه، حایز اهمیت بسزایی است. گرچه خوشه‌های خودکشی نادر هستند، حضور آنها می‌تواند درجه بالایی از اضطراب و ترس از مرگ و میر یا آسیب‌های آینده را در جوامع ایجاد کند.

دریافت اعلان درباره‌ی یک خوشه‌ی بالقوه‌ی خودکشی

اطلاع‌رسانی یک خوشه‌ی مشکوک به خودکشی از طریق منابع مختلف باید مورد توجه قرار گیرد. منابع خارجی می‌تواند شامل جامعه محلی، مدارس، بیمارستان‌ها، دفاتر پزشکی یا پزشکی قانونی، سایر مؤسسات یا بخش‌ها، رسانه‌های خبری، متخصصان پیشگیری از خودکشی، دفاتر پیشگیری از خودکشی و شهروندان مربوطه باشد.

نظام ثبت رفتارهای خودکشی که از سال ۱۳۸۵ در مراکز بهداشتی شهرستان‌های کشور دایر شده، بهترین منبعی است که می‌تواند این فرصت را به سیستم‌های بهداشتی و درمانی کشور در صورت بروز چنین خودکشی‌های خوشه‌ای ارایه کند. لیکن نظر به اینکه ممکن است آمار مربوطه، به روز نباشد، نباید مراکز بهداشتی، مدارس، سیستم درمانی و سایر مراکز مربوط به پیشگیری از خودکشی حساسیت خود را نسبت به رفتارهای خودکشی خوشه‌ای کم‌رنگ و یا از خود سلب مسئولیت کنند.

تصویر ۲. مراحل ارزیابی خودکشیهای خوشه‌ای مشکوک



ارزیابی و بررسی یک خودکشی مشکوک به خوشه‌ای

هنگامی که از یک گروه مشکوک به خودکشی اطلاع داده می‌شود، یک کمیته‌ی اصلی می‌تواند از رویکرد سه‌مرحله‌ای استفاده کند. اولین قدم، انجام یک ارزیابی اولیه از اطلاعات به‌دست آمده برای تعیین اینکه آیا ارزیابی رسمی توجیه‌پذیر است یا خیر. مرحله دوم، انجام یک ارزیابی رسمی از خوشه‌ی مشکوک برای تعیین اینکه آیا با تعریف خودکشی خوشه‌ای مطابقت دارد یا خیر. گام سوم، انجام یک تحقیق برای شناسایی همسانی یا شباهت‌ها در مواردی است که می‌تواند پاسخ جامعه را راهنمایی و طراحی کند. هر کمیته اصلی ممکن است مراحل را متناسب با ظرفیت، شرایط و نیازهای جامعه خود تطبیق دهد. این گزارش از اصطلاحات ارزیابی و تحقیق، برای نشان دادن اقدامات مختلف استفاده می‌کند. در قسمت زیر مراحل فوق با تفصیل بیشتری توضیح داده می‌شود.

مرحله ۱: ارزیابی اولیه

در این مرحله، کمیته اصلی ارزیابی‌کننده، اطلاعات مربوط به یک خودکشی مشکوک به خوشه‌ای را بررسی می‌کند و با همکاری یک کمیته هماهنگ‌کننده خودکشی خوشه‌ای، تعیین می‌کند که آیا ارزیابی رسمی لازم است یا خیر.

۱-۱: جمع‌آوری جزئیات درباره‌ی خودکشی مشکوک به خودکشی

هنگامی که اعلان دریافت می‌شود، کمیته اصلی؛ نام، نشانی ایمیل، شماره تلفن، سازمان یا سایر وابستگان مخاطب را جمع‌آوری می‌کند. کمیته می‌تواند اطلاعات را با رعایت محرمانگی با سایر محققین و همکارانی که بخشی از کمیته مرحله‌ی ۱، جامعه یا رسانه‌ها هستند به اشتراک بگذارد. با توجه به میزان اطلاعات جانباختگان، کمیته‌ی اصلی ممکن است یک کارشناس را به‌عنوان رابط کلیدی تماس تعیین کند.

اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد خوشه‌ی مشکوک به خودکشی می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- تعداد موارد

- انواع حالات (مانند خودکشی و اقدام به خودکشی)
- دوره‌ی زمانی وقوع موارد (مثلاً ۶ ماه گذشته، تاریخ آخرین خودکشی شناخته شده و اینکه آیا خودکشی مشکوک به خودکشی ادامه دارد)
- منبع اطلاعات به‌دست آمده برای استفاده احتمالی در راستی‌آزمایی موارد
- موقعیت جغرافیایی، که ممکن است شامل تراکم جمعیت و مشخصات جمعیتی منطقه نیز باشد
- موقعیت فیزیکی موارد (به‌عنوان مثال، منطقه‌ی جنگلی، محوطه‌ی مدرسه، و خطوط راه‌آهن)
- مکانیسم خودکشی در میان متوفی‌ها
- ارتباط احتمالی موارد با یکدیگر، در صورت شناخته شدن
- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی موارد (به‌عنوان مثال، سن، جنس، نژاد و قومیت، گرایش جنسی و هویت جنسی متوفی)
- عوامل خطر یا هر شرایط و رویداد تشدیدکننده (به‌عنوان مثال، وضعیت سلامت روان و قرار گرفتن در معرض اقدام به خودکشی دیگران یا مرگ ناشی از خودکشی) در صورت شناخته شدن

۲-۱: تشکیل کمیته

رابط، جلسه‌ی کمیته‌ی از قبل موجود را برگزار و یا یک کمیته‌ی جدید تشکیل می‌دهد. اعضای کمیته، ممکن است ترکیبی از کارشناسان موضوع خودکشی، اپیدمیولوژیست‌ها، تحلیلگران داده‌ها، نمایندگان سایر سازمان‌های بهداشتی، علمی و اجتماعی مربوطه، سازمان‌های پیشگیری از خودکشی، افراد با تجربه‌ی زیسته‌ی مشترک، باشند. سازمان‌های بهداشتی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، رهبران جامعه، و دیگرانی که می‌توانند اطلاعات مهم مربوط به خودکشی مشکوک به خوشه‌ای گزارش شده را ارائه دهند، نمایندگانی از سازمان‌های بهزیستی ۱۲۳و ۱۴۸۰ هم

می‌توانند از اعضای این کمیته باشند.

نقش و وظایف کمیته

بررسی اطلاعات موجود در مورد خودکشی مشکوک به خوشه‌ای. این کمیته باید به این سوال پاسخ دهد که آیا باید به ارزیابی رسمی ادامه دهند یا خیر؟

- در صورت لزوم ارزیابی را اجرا کنند
- اگر نیاز بود، به تحقیقات رسمی‌تر اقدام کنند
- ارائه اطلاعات در مورد نیازها و نگرانی‌های جامعه.

کمیته باید در نظر بگیرد که هنگام تعامل با جامعه و سازمان‌ها، پیروی از بهترین شیوه‌های ارتباطی برای جلوگیری از هرگونه ارتباط نادرست یا تفسیر نادرست در مورد خودکشی مشکوک به خوشه‌ای مهم است. احتیاط در پیام‌رسانی رسانه‌ای که می‌تواند به‌طور ناخواسته خطر سرایت خودکشی را افزایش دهد (به‌عنوان مثال، وقوع اقدام‌های خودکشی اضافی توسط افرادی که در معرض خودکشی یا رفتار خودکشی قرار گرفته‌اند).

***۳-۱:** ارزیابی رسمی از خوشه‌ی مشکوک به خودکشی*

کمیته، باید به این سوال پاسخ دهد که ارزیابی رسمی باید انجام شود یا خیر. سوالات راهنما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آیا تعداد موارد و اطلاعات دریافتی باعث نگرانی بروز یک خودکشی خوشه‌ای می‌شود؟
- آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد موارد از نظر زمانی و مکانی (به‌عنوان مثال، از نظر جغرافیایی، فیزیکی و مجازی) توسط عوامل خطر بخصوصی یا از طریق ویژگی‌های جمعیتی مشترک به یکدیگر مرتبط هستند؟
- آیا اطلاعات در جامعه به اشتراک گذاشته شده است؟

اگر کمیته تشخیص دهد که دلیل یا شواهد کافی وجود دارد، آنگاه می‌توانند به مرحله ۲ برای ارزیابی رسمی خودکشی مشکوک به خوشه‌ای ادامه دهد. رابط همچنین

ممکن است به منبع اطلاعات گزارش دهد که ارزیابی رسمی انجام خواهد شد.

اگر کمیته تشخیص دهد که شواهد کافی نیست، رابط گزارش کوتاهی را برای معاونت بهداشتی دانشگاه تهیه می‌کند و می‌تواند گزارش را با اعضای کمیته‌ای که

تصویر ۳. مراحل بررسی خودکشی های مشکوک به خوشه ای
(انتخاب شده از راهنمای مرکز مدیریت بیماری ها سال ۲۰۲۴)



در مذاکرات شرکت کرده‌اند، به اشتراک بگذارد. این گزارش به‌وضوح و با دقت توضیح می‌دهد که بر اساس اطلاعات به‌دست آمده از موارد، اطلاعات برای اشتراکگذاری مناسب است.

مرحله‌ی ۲. ارزیابی رسمی خودکشی مشکوک به خوشه ای

در مرحله ۲، کمیته تعیین می‌کند که آیا خوشه‌ی مشکوک به خودکشی مستلزم تحقیقات بیشتر است یا خیر (مرحله ۳). رابط می‌تواند جلسات را هماهنگ و مراحل فرآیند ارزیابی را مشخص کند. به‌عنوان مثال، رابط، در ارتباط با کمیته، می‌تواند یک طرح ارزیابی تدوین کند که شامل:

- تعریف مورد
- تعیین چارچوب زمانی برای تجزیه و تحلیل
- شناسایی منابع داده‌های موجود در دسترس
- تعیین روش جمع‌آوری داده‌ها
- توسعه تجزیه و تحلیل داده‌ها، برنامه‌ریزی و ارزیابی یافته‌ها و اطلاعات

موجود، از جمله انتخاب آماری مناسب، انجام آزمون‌هایی برای تعیین اینکه آیا موارد مورد نظر را می‌توان به‌عنوان یک خودکشی خوشه‌ای واقعی طبقه‌بندی کرد یا خیر. در طول این مرحله، کمیته می‌تواند اعضای بیشتری را برای همکاری با کمیته دعوت کند (به‌عنوان مثال، اپیدمیولوژیست‌ها، تحلیلگران داده، دانشمندان علوم رفتاری، و توسعه‌دهندگان نظرسنجی).

۱-۲ : مورد را تعریف کنید

مشخصات جمعیت‌شناختی و روش خودکشی مورد، بررسی می‌شود. برای ارزیابی مؤثر یک خودکشی خوشه‌ای، تعریفی از آنچه به‌عنوان یک مورد در نظر گرفته می‌شود، مورد نیاز است. این تعریف، در صورت امکان باید شامل نوع خاص رویداد (مانند خودکشی یا اقدام به خودکشی)، مشخصات جغرافیایی، از جمله مرزهای جغرافیایی (به‌عنوان مثال، شهرستان، شهر، منطقه‌ی مدرسه، و منطقه یا شهرستان)، ویژگی‌های

خاص جمعیتی باشد. به‌عنوان مثال، جنس، سن، مدرسه یا منطقه‌ی مدرسهی خاص، و شغل) و نیز ابزار خودکشی.

۲-۲: بازه‌ی زمانی را تعیین کنید

تعیین چارچوب زمانیِ خودکشی مشکوک به خوشه‌ای برای ارزیابی، مورد نیاز است. تعیین یک دوره برای ارزیابی خودکشی باید به خاطر دوره‌ی خودکشی مشکوک به خوشه‌ای و دوره‌ی پس از آن انجام شود.

در شروع کار ارزیابی، اطمینان از چارچوب زمانی خودکشی مشکوک به خوشه‌ای لازم است. برای مثال، کمیته ممکن است یک خط مبنا برای مقایسه هرگونه تغییر در دوره‌ی مشکوک خودکشی خوشه‌ای گزارش شده، تعیین کند (به‌عنوان مثال، مقایسه‌ی ماه‌های سال قبل با ماه‌های سال جاری). همچنین یک خط پایه می‌تواند همان هفته‌ها یا ماه‌های سال‌های گذشته باشد، تا روند خودکشی فصلی را در نظر بگیرد.

۲-۳: منابع داده را شناسایی کنید

در این مرحله، در مورد منابع مناسب داده‌ها تصمیم‌گیری می‌شود. به‌عنوان مثال، مرگ و میر در مقابل اقدام به خودکشی، یا خودکشی خوشه‌ای نقطه‌ای در مقابل تودها و یا زیر گروه جمعیت خاص، یا روش رایج مورد استفاده برای خودکشی. برای تعیین منابع داده‌ها، سؤالات زیر باید در نظر گرفته شوند:

- آیا داده‌ها در مورد نتیجه‌ی مورد نظر در دسترس هستند؟
- آیا داده‌ها در سطوح مناسب جغرافیایی برای به‌دست آوردن اطلاعات معنادار در دسترس هستند؟
- چقدر داده‌ها به روز هستند و آیا دوره‌ی خوشه‌ای را پوشش می‌دهند؟
- آیا داده‌ها شامل دوره‌ی پایه (شروع کار یا خط مبنا) هستند؟
- برای دسترسی به داده‌ها (به‌عنوان مثال، مکانیسم‌های انتقال داده) چه چیزی لازم است؟
- آیا می‌توان منابع داده‌ها و داده‌های مختلف را برای ارائه اطلاعات اضافی

جدول ۱. منابع اطلاعاتی برای ارزیابی و بررسی خودکشی‌های مشکوک خوشه‌ای

مرگ‌های خودکشی و شرایط تشدید کننده: • داده‌های گواهی فوت • داده‌های مرور مرگ و میر کودک • سیستم گزارش مرگ خشونت بار • گزارش‌های بازرس پزشکی • گزارش‌های اجرای قانون • گزارش‌های سم شناسی • تبادل اطلاعات بهداشتی دولتی یا محلی یا بایگانی داده‌ها افکار خودکشی، خودآزاری، یا اقدام به خودکشی: • داده‌های بیمارستان یا بخش اورژانس (برای مثال سیستم نظارت الکترونیکی برای اطلاع‌رسانی اولیه اپیدمی‌های مبتنی بر جامعه) • داده‌های خدمات فوریت‌های پزشکی • اطلاعات بیمه پزشکی سالمندان و بیمه بهداشتی مستمندان • داده‌های مرکز کنترل سموم • رسانه‌های اجتماعی و سایر داده‌های آنلاین (به عنوان مثال، داده‌های نظارت بر رسانه‌های اجتماعی و داده‌های نظارت بر امنیت آنلاین) • عوامل خطر یا محافظتی خودکشی • سیستم نظارت بر رفتار پرخطر جوانان (در سطح محلی در صورت موجود بودن)	• سیستم نظارت بر عوامل خطر رفتاری (در سطح محلی، در صورت موجود بودن) • سوابق خدمات حفاظت از کودک • داده‌های دادگاه مربوط به خشونت خانگی، و دخالت قانونی • سوابق مراقبت محلی بهداشت روان • برنامه‌های نظارت بر داروهای تجویزی یا سایر داده‌های مصرف داروهای دولتی و محلی • روزنامه‌های محلی و ملی اندازه جمعیت که می‌تواند به عنوان مخرج برای محاسبه نرخ-ها استفاده شود: • داده‌های سیستم ثبت وزارت بهداشت

پیوند داد؟

- آیا می‌توان از فناوری‌های نوظهور برای به‌دست آوردن اطلاعات بیشتر در مورد خوشه (به‌عنوان مثال، رسانه‌های اجتماعی و سایر داده‌های آنلاین) استفاده کرد؟ برخی از این منابع در جدول ۱ نشان داده شده است.

۴-۲: روش های آماری و تحلیلی را انتخاب کنید

افرادی از اعضای کمیته که وظیفه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها را برعهده دارند، ممکن

است تجزیه و تحلیل‌های نسبتاً ساده (مانند تجزیه و تحلیل توصیفی) یا تجزیه و تحلیل‌های پیچیده‌تر را انجام دهند. روش‌های تحلیلی، بسته به ویژگی‌های خودکشی مشکوک به خوشه‌ای و سؤالات کلیدی می‌تواند متفاوت باشد. ارزیابی خوشه مشکوک می‌تواند شامل مقایسه روندها در طول زمان، استفاده از آمار استنباطی و انجام تجزیه و تحلیل‌هایی باشد که هم روش‌های کمی و هم کیفی را در برمی‌گیرد. از آنجا که یک خودکشی خوشه‌ای به‌طور کلی به افزایش کوتاه مدت در خودکشی یا اقدام به خودکشی اشاره دارد، شمارش ماهانه یا حتی هفتگی ممکن است واحد مناسب تحلیلی باشد که دقیقاً دوره‌ی ارزیابی را تعریف کند. اولین گام برای تعیین اینکه آیا یک الگوی افزایشی یا در حال ظهور وجود دارد یا خیر، می‌تواند روند بصری تعداد موارد در یک دوره‌ی معین باشد. تجزیه و تحلیل روندهای رفتاری در طول زمان، برای تعیین اینکه آیا روندهای هم‌زمان یا مشابه در رفتارهای پرخطر مرتبط با خودکشی (مانند آسیب رساندن به خود و افکار خودکشی) رخ می‌دهد، می‌تواند مفید باشد.

روش‌های رایج ممکن است شامل موارد زیر باشد، اما به آنها محدود نمی‌شود:

- *بررسی آماری چینش (جایگشت) فضا -زمان:* در روش بررسی آماری چینش فضا-زمان، از مدل احتمال جایگشت فضا-زمان استفاده می‌شود. بررسی پنجره استوانه‌ای، بر مناطق جغرافیایی و زمان بازتاب تمرکز دارد (خوشه‌های قابل توجه اشکال استوانه‌ای، همپوشانی جغرافیا و زمان را نشان خواهند داد). نرم‌افزار پیشنهادی مورد استفاده برای انجام بررسی آماری جایگشت فضا-زمان، SaTScan است. این نرم‌افزار توسط مارتین کولدرف و شرکت خدمات مدیریت داده‌ها توسعه یافته است.
- *تحلیل زمانی-فضایی بایزین:* مدل‌های سلسله مراتبی بایزین توانایی بررسی و تجزیه و تحلیل صحت داده‌های مکانی-زمانی را فراهم می‌کند. پیشرفت‌های اخیر فناوری و محاسبات آماری، این روش را در دسترس قرار داده است.
- *تابع احتمالی تراکم پواسون:* این رویکرد، توزیع پواسن را در مورد افراد مشکوک مورد بررسی قرار میدهد.
- *آزمون اندرسون-دارلینگ:* این رویکرد، وجود خودکشی بالقوه را تحت توزیع پواسون بررسی می‌کند. این روش در نمونه‌های کوچک کاربرد دارد.

۵-۲ : تعیین نیاز به بررسی جامع‌تر

اگر خوشه‌ای تایید شود، کمیته می‌تواند به تحقیق ادامه دهد. اگر نتایج بررسی‌ها افزایشی بیش از حد انتظار را نشان ندهد، ممکن است باز هم تحقیقات لازم باشد، به ویژه اگر جامعه درک کند که یک خودکشی خوشه‌ای وجود دارد یا اضطراب شدیدی را در جامعه به‌وجود آورده باشد که می‌تواند منجر به سرایت احتمالی شود. اگر کمیته تشخیص دهد که موارد نشان‌دهنده‌ی افزایش انفرادی یا پراکنده است (به‌عنوان مثال، افزایش آماری معنادار نیست)، ممکن است تصمیم بگیرند به‌جای انجام تحقیقات، به نظارت بر خودکشی مشکوک به خوشه‌ای ادامه دهند.

اگر کمیته موافقت کند که هیچ‌گونه نگرانی برای یک خودکشی خوشه‌ای وجود ندارد، رابط باید گزارش کوتاهی را تهیه و به مراجعی که اطلاعات اولیه را آماده کرده‌اند، ارائه دهد. کمیته باید در تهیه‌ی خلاصه‌ی گزارش، از یافته‌ها کمک بگیرد و توضیحی برای اینکه چرا تحقیقات بیشتر توصیه نمی‌شود و نیز اطلاعاتی در مورد سایر اقداماتی که انجام خواهد شد (مانند نظارت مستمر، ارتباطات یا آموزش پیشگیری از خودکشی در جامعه) را ارائه دهد.

مرحله ۳. بررسی خودکشی خوشه‌ای

هدف از این مرحله بررسی مشترکات بالقوه یا شرایط تشدیدکننده در بین موارد (پرونده‌های خودکشی) است. این اطلاعات می‌تواند در طرح اقدام به‌موقع جامعه مورد استفاده قرار گیرد و می‌تواند به دانش اپیدمیولوژیک و بهداشت عمومی کمک کند. در طول این مرحله، کمیته می‌تواند بدون محدودیت از اعضای دیگری از جمله اپیدمیولوژیست‌ها، دانشمندان علوم رفتاری و نمایندگان جامعه، دعوت کند.

۱-۳ : توسعه و اجرای طرح تحقیق

در این مرحله، کمیته برای تجزیه و تحلیل عوامل خطر و حفاظتی در بین موارد و همچنین شناسایی هرگونه الگو در عوامل یا رویدادهای تسریع‌کننده در خودکشی خوشه‌ای، یک طرح تحقیقاتی تهیه و اجرا کند. کمیته تحت رهبری رابط، برای رسیدن

به اهداف و آزمون فرضیه‌های تدوین شده توسط کمیته، یک طرح پژوهشی مناسب تعیین می‌کند. ملاحظات برای دقت و وسعت تحقیق ممکن است شامل در دسترس بودن منابع و زمان کارکنان، اندازه‌ی خوشه، گستره جغرافیایی، دوره‌ی زمانی بررسی مورد، در دسترس بودن داده‌ها و محدودیت‌های اطلاعات باشند.

طرح تحقیق ممکن است شامل بررسی ادبیات خودکشی‌های خوشه‌ای، به‌ویژه توجه به عوامل خطر شناخته شده، شرایط، و عوامل خودکشی باشد (این بررسی و بحث در میان کمیته می‌تواند به تعیین اهداف تحقیق و فرضیه‌های خاص کمک کند). طرح تحقیق همچنین احتمالاً شامل ارزیابی در دسترس بودن داده‌های موجود باشد، که می‌تواند در سطح فردی یا اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، عوامل خطر، مکان مانند مدرسه، شغل، یا مشکلات مالی. نمونه‌ی عوامل مختلف موثر در خودکشی خوشه‌ای که نیاز به بررسی و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز دارد، در جدول ۲ نشان داده شده است. سایر داده‌های مرتبط را می‌توان از یادداشت‌های موردی (به‌عنوان مثال، بازرس پزشکی، پزشکی قانونی، مجری قانون یا گزارش‌های اولین پاسخ‌دهنده)، گزارش‌های سم‌شناسی، و یادداشت‌های تریاژ بیمارستانی دریافت کرد. علاوه بر این، پایش و بررسی رسانه‌ها و سایر داده‌های آنلاین می‌توانند اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت محلی ارائه دهند. برای درک بهتر خودکشی خوشه‌ای، تحقیقات همچنین ممکن است شامل عوامل ویژه‌ی جامعه باشند (به‌عنوان مثال، ارزش‌ها و فرهنگ جامعه، نگرش نسبت به خودکشی و کمک‌طلبی و سابقه‌ی پیشگیری از خودکشی).

در صورت امکان، داده‌های کیفی را می‌توان از طریق مصاحبه‌های عمیق با گروه‌های متمرکز از افرادی که مستقیماً با نمونه‌های مورد مطالعه مرتبط هستند، افراد دارای تجربه مستقیم با خودکشی، یا اعضای بخشهای کلیدی جامعه و سایر گروه‌های علاقه‌مند (مانند کارکنان بیمارستان و اورژانس‌ها، کارکنان مدرسه و گروه‌های اجتماعی) کسب کرد. برای به‌دست آوردن درک و بینش بیشتر در مورد یک خودکشی خوشه‌ای، ممکن است از مصاحبه‌شوندگان پرسیده شود که آیا از افزایش اقدام به خودکشی یا مرگ و میر آگاه هستند؟ افراد مشکوک به خودکشی برای این خوشه

جدول ۲. متغیرهای مهم در بررسی خودکشی خوشه‌ای

وی‌ژگی‌های جمعیت شناختی و توصیفی:

- جنسیت
- سن
- نژاد
- قومیت
- محل
- روستایی یا شهری بودن
- هویت جنسی
- گرایش جنسی
- صنعت یا شغل
- وضعیت سربازی
- وضعیت ناتوانی
- تجربه بی‌خانمانی
- مهاجر نسل اول یا دوم
- مکانیسم خودکشی

شرایط، رویدادها، و عوامل خطر افراد:

- اقدام به خودکشی قبلی
- شرایط سلامت روان
- مشکلات سلامت جسمانی
- بیماری جدی
- درد مزمن
- مشکلات قانونی و کیفری
- مشکلات یا ضرر مالی یا شغلی
- گرایشان پرخاشگرانه یا تکانشگرانه
- مصرف الکل یا مواد مشکل آفرین
- سابقه قبلی یا فعلی تجارب کودکی نامساعد
- تجرمه تروماتیک اخیر
- احساس ناامیدی
- قربانی خشونت شدن یا ارتکاب خشونت
- از دست دادن خانه

شرایط، رویدادها، و عوامل خطر رابطه ای:

- قلدری (شامل قلدری سایبری)
- سابقه خودکشی خانواده یا عزیزان یا فوت اعضای خانواده یا دوست
- تعارض یا بحث و جدل اخیر
- قطع رابطه
- از دست دادن روابط دیگر
- روابط خشن یا پر تعارض
- انزوای اجتماعی

شرایط، رویدادها، یا عوامل خطر جامعه:

- فقدان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی
- خودکشی خوشه‌ای در جامعه
- استرس یا تنش فرهنگ پذیری
- خشونت اجتماعی
- ترومای تاریخی (ضربه و آسیب روحی گذشته)
- تبعیض یا نژادپرستی

شرایط، رویدادها، یا عوامل خطر اجتماعی:

- ننگ یا استیگمای مرتبط با کمک طلبی و بیماری روانی
- دسترسی آسان به ابزار کشنده خودکشی در میان افراد در معرض خودکشی
- تصاویر ناامن خودکشی در رسانه ها

پیامدها:

- افکار خودکشی
- برنامه‌ریزی برای خودکشی
- اقدام به خودکشی
- خودآسیبی، شامل خودآسیبی به قصد غیر خودکشی
- خودکشی منجر به فوت

چه کسانی می‌توانند باشند؟ آیا الگوهای مشاهده شده‌ای وجود داشته است؟ آیا عوامل خطر مشترکی بین متوفیان وجود دارد؟ در حال حاضر چه نگرانی‌هایی در جامعه وجود دارد؟ اکنون چه برنامه‌ها و ابتکاراتی هست که به خودکشی رسیدگی کند و تا چه اندازه خوب کار می‌کنند؟

۲-۳ : گزارش یافته‌های به‌دست آمده برای اقدامات بهداشتی در سطح جامعه

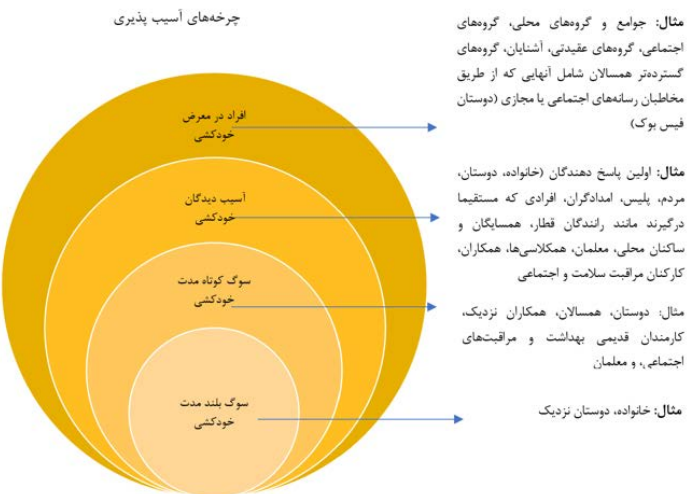
در پایان مرحله ۳، رابط و کمیته در گزارش نهایی خود روش‌ها، یافته‌ها و توصیه‌هایی را که جامعه برای مقابله با خودکشی اتخاذ نموده است، منعکس می‌کند. این یافته‌ها می‌تواند یک طرح جامع را برای جلوگیری از خودکشی بیشتر، فراهم کنند. رابط همچنین ممکن است خلاصه‌ی گزارشی را با مراجعی که اطلاعات اولیه را ارائه کرده‌اند، و همچنین در صورت لزوم با مردم و رسانه‌ها، به اشتراک بگذارد، تا اطمینان حاصل شود که دستورالعمل‌ها و بهترین شیوه‌ها برای گزارش ایمن در مورد خودکشی رعایت می‌شود.

بخش پنجم

پیشگیری و مداخله در خودکشی خوشه‌ای

ارتباطات اجتماعی در میان نوجوانان به تدریج از جغرافیای فیزیکی فراتر رفته است. بنابراین، مرگ و میر نوجوانان بر اثر خودکشی، دیگر یک واقعه مجزا نیست و باعث می‌شود سرایت به شیوه‌ای گسترده‌تر و سریع‌تر رخ دهد. در نتیجه، وظیفه پیش‌بینی و مدیریتِ سرایت، برای مربیان بسیار دشوارتر است. همان‌طور که خودکشی خوشه‌ای ممکن است به‌سرعت میان افراد مستعد گسترش یابد، مقابله و مبارزه با آن نیز نیاز به آمادگی کافی و اقدام سریع و مؤثر دارد، که جامعه باید خود را برای آن مهیا سازد.

تصویر ۴: خدمات مورد نیاز برای مقابله با خودکشی خوشه ای



در جامعه‌ای که خودکشی اتفاق افتاده است، برحسب مواجه شدن با آن، افراد نیاز به خدمات متفاوتی خواهند داشت. بروز خودکشی خوشه‌ای تنوع این خدمات را بیشتر و پیچیده‌تر می‌سازد. در تصویر زیر می‌توان به نمونه‌ای از این خدمات پی برد.

روش‌های مداخله

هدف کلی یک طرح، مهار خودکشی خوشه‌ای و جلوگیری از مرگ‌ها و اقدام به خودکشی است. یک طرح مداخله‌ای، صرفنظر از اینکه آیا خودکشی خوشه‌ای شناسایی شده توسط جامعه شامل تعداد موارد قابل توجه و بیش از حد انتظار است یا خیر، باید شناسایی و ارجاع افرادی را که ممکن است در معرض خطر بالای خودکشی باشند در نظر بگیرد.

برای پاسخ به خودکشی خوشه‌ای شناخته شده، اقدامات زیر باید انجام شود:

مرحله‌ی ۱: *برای پاسخ به یک خوشه‌ی خودکشی آماده شوید. این مرحله شامل اقدامات زیر است:*

۱) راهنماهای قبلی را مرور کنید و یک واکنش خاص و سریع طراحی کنید.
۲) همکاران خود را در یک کمیته‌ی هماهنگ‌کننده خودکشی خوشه ایدرگیر کنید
۳) منابع مرتبط جامعه را شناسایی کنید.
۴) شرایطی را که باید یک طرح، سریع به اجرا در آید، تعیین کنید.

مثال: پاسخ جامعه به خودکشی گروهی

- یک دفتر هدایت برای نظارت و هماهنگی فعالیت‌های پاسخ جامعه اختصاص دهید.
- یک چارچوب اجتماعی ایجاد کنید که تشخیص، واکنش، نقش‌ها و مسئولیت‌ها را مشخص می‌کند.

- یک تیم چند رشته‌ای مسئول پاسخگویی به یک خودکشی خوشه‌ای ایجاد کنید. آماده‌شدن برای یک خودکشی خوشه‌ای.
- شناسایی خودکشی‌های خوشه‌ای مشکوک از طریق نظارت معمول بر داده‌های بخش اورژانس و از طریق ذینفعان محلی.
- استفاده از داده‌ها برای شناسایی ویژگی‌های خودکشی خوشه‌ای و پیوندهای روانشناختی بین افرادی که فوت شده‌اند. نظارت معمول بر خودکشی منجر به فوت، اقدام به خودکشی و تشخیص خودکشی خوشه‌ای.
- برای گزارش صحیح خودکشی با رسانه‌های محلی هماهنگ شوید.
- نظارت بر رسانه‌ها برای محتوای بالقوه آسیب‌زا (مانند اطلاعات در مورد روش یا محل خودکشی).
- نظارت بر رسانه‌های اجتماعی برای افرادی که ممکن است در معرض خطر خودکشی باشند. هماهنگی با رسانه‌ها و نظارت بر رسانه‌های اجتماعی.
- غربالگری افرادی که ممکن است در معرض خطر خودکشی منجر به فوت و اقدام به خودکشی باشند.
- ارجاع افراد در معرض خطر به خدمات درمانی. شناسایی و حمایت افراد در معرض خطر.
- ترویج کمک جویی در سراسر جامعه، از جمله در مکان‌های عمومی.
- ارتقاء مهارت جامعه در سلامت هیجانی، تندرستی و پیشگیری از خودکشی.
- فراهم کردن فرصت‌های توجیهی برای ذینفعان درگیر ترویج کمک‌جویی و ایجاد تاب‌آوری جامعه

مرحله‌ی ۲: *پاسخ مستقیم به خودکشی خوشه ای. این مرحله شامل وظایف زیر است:*

۱) اطلاع رسانی و آماده‌سازی گروه‌های شناسایی شده
۲) افراد در معرض خطر را شناسایی، غربال و به مراکز بهداشتی و درمانی ارجاع

دهید

۳) در تجلیل از متوفیان خودکشی پرهیز کنید و عواطف و هیجانات را به حداقل برسانید

۴) ارائه به موقع اطلاعات صحیح و مناسب برای رسانه‌ها

۵) ارتباطات را در نظر بگیرید و به تأثیر رسانه‌های اجتماعی پاسخ دهید.

مرحله‌ی ۳: *برای جلوگیری از خودکشی خوشه‌ای بعدی اقدام کنید. این مرحله شامل وظایف زیر است:*

۱) شناسایی و تغییر عناصری در محیط که ممکن است احتمال خودکشی یا اقدام به خودکشی را افزایش دهد

۲) به مسائل بلند مدتِ ناشی از ماهیت این خودکشی خوشه‌ای رسیدگی کنید

۳) ارزیابی واکنش‌ها و پاسخ‌ها به خودکشی را در نظر بگیرید

اینک مراحل فوق با جزئیات بیشتری در ذیل توضیح داده می‌شوند.

مرحله ۱: آماده‌سازی برای پاسخ به یک خودکشی خوشه‌ای

۱-۱: *راهنماهای قبلی را مرور کنید و یک واکنش خاص و سریع طراحی کنید.*

برنامه‌ریزی از قبل می‌تواند به جلوگیری از تلفات جانی بیشتر در اثر خودکشی کمک کند. در حالت ایدهآل، راهنمای قبلی باید قبل از شروع یک خودکشی خوشه‌ای بازنگری شود. اگر چه در همه موارد امکانپذیر نیست، اما زمانی که جامعه با یک خودکشی خوشه‌ای مواجه می‌شود، اغلب فوریت زیادی دارد که باید اقدامی در اسرع وقت انجام شود. این احساس اورژانسی بودن می‌تواند باعث آغاز اقداماتی با نیت خوب و در عین حال زود هنگام شود.

۱-۲: *همکاران ذیصلاح را در کمیته‌ی هماهنگی خودکشی خوشه‌ای درگیر کنید*

برای شنیدن و گنجاندن دیدگاه‌های همه‌ی بخش‌های مرتبط جامعه (به‌عنوان مثال، اداره بهداشت منطقه، اداره آموزش، سلامت روان، بهداشت عمومی، سازمان

بهزیستی، و نیروی انتظامی) که می‌توانند به‌طور مؤثر با رویکردی همه‌جانبه پاسخ دهند، نمایندگانی از این بخش‌ها انتخاب شوند.

کمیته‌ای که اغلب توسط اداره بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرستان تشکیل می‌شود و مسئول تعیین زمان و نحوه‌ی اجرای طرح واکنش به خودکشی خوشه‌ای است، همچنین ممکن است رهبری یا نقش بزرگی در بررسی خودکشی‌های خوشه‌ای بالقوه داشته باشد. فردی که به‌عنوان رابط خودکشی خوشه‌ای (رابط) نامیده می‌شود، وظایف زیر را دارد:

- جلسات دوره‌ای کمیته را تشکیل دهد تا مطمئن شود که همه‌ی نمایندگان کمیته‌ی تعیین شده با طرحِ واکنشِ خاص آشنا هستند. در این جلسات می‌توان میزان آشنایی آنها با طرح را ارزیابی کرد و آنها را با فهرستی از تغییرات و در دسترس بودن منابع جامعه آشنا ساخت.
- تعیین کنید که چگونه رابط از یک خودکشی مشکوک به خوشه‌ای مطلع می‌شود. یک مکانیسم اطلاع‌رسانی احتمالی برای شناسایی یک اقدام به خودکشی خوشه‌ای در سطح شهرستان، بهتر است وجود داشته باشد. کارکنان بخش بهداشت، با جمع‌آوری خودکار داده‌ها و ایجاد هشدارهای آماری، شاخص‌های بیماری را در زمان واقعی یا نزدیک به زمان واقعی معرفی می‌کنند تا شیوع بیماری را زودتر از آنچه که با روش‌های بهداشت عمومی سنتی امکان‌پذیر است، شناسایی کنند. در موارد دیگر، خوشه‌های بالقوه را می‌توان توسط یکی از اعضای جامعه (به‌عنوان مثال، پزشکی قانونی، بازرس پزشکی یا مدیر مدرسه) با کمیته‌ی اصلی به اشتراک گذاشت.
- در مدتی کوتاه پس از اطلاع از یک خودکشی مشکوک به خوشه‌ای، کمیته را با برگزاری یک جلسه اولیه برای بررسی داده‌ها و نحوه‌ی واکنش جامعه تشکیل دهید. تعیین خودکشی خوشه‌ای رخ داده و نحوه‌ی پاسخ جامعه، ممکن است به‌طور هم‌زمان اتفاق افتد.

ملاحظات مهم دیگر، جلب حمایت حداقل یک متخصص حوزه‌ی خودکشیِ محلی است. اگر کسی به‌صورت محلی در دسترس نیست، از یک متخصص حوزه‌ی خودکشی که در سطح منطقه یا ملی شناخته شده است بخواهید به‌عنوان مشاورِ کمیته همکاری

کند. شهروندان می‌توانند با هماهنگ‌کننده پیشگیری از خودکشی در استان خود تماس بگیرند تا در شناسایی لیستی از کارشناسان برای اخذ مشاوره تخصصی، کمک کنند.

۳-۱: منابع مرتبط جامعه را شناسایی کنید

شناسایی و فهرست‌بندی منابع موجود می‌تواند به تعیین توانایی یا ظرفیت جامعه برای پاسخگویی به خودکشی‌های خوشه‌ای و هرگونه شکاف در حمایت اجتماعی کمک کند. منابع می‌توانند شامل اطلاعاتی باشند که ممکن است به بروز یک خودکشی خوشه‌ای کمک کند.

به‌عنوان مثال:

- خدمات مشاورهای و بحران
- تماس با سازمان‌های مرتبط با جامعه
- وجود منابع مالی، مثلا برای حمایت یا تقویت یک سیستم محلی نظارت بر خودکشی یا استخدام و آموزش کارکنان کمکی برای پیشگیری. جوامعی که فاقد این منابع یا ظرفیت‌ها هستند، ممکن است از کارکنان موجود در درون سازمان‌هایی با زمینه‌های تخصصی مرتبط کمک بگیرند.
- هیئت‌های مدرسه، خدمات فوریت‌های پزشکی استانی و محلی، مجریان قانون استانی و محلی، سازمان‌های دانش‌آموزی و جوانان (مانند انجمن‌های دانش‌آموزی)

نظرات نمایندگان رسانه‌های محلی هنگام تدوین طرح واکنش به خودکشی خوشه‌ای مهم است. انجمن روانپزشکان ایران، جمعیت پیشگیری از خودکشی ایران و سازمان بهداشت جهانی توصیه‌هایی برای نحوه گزارش‌دهی در مورد خودکشی ارائه کرده‌اند. وقتی این توصیه‌ها رعایت شود، رسانه‌های محلی می‌توانند به کاهش نگرانی‌ها در مورد سرایت، حذف داستانسرایی‌ها و سایر اطلاعات نادرست و ترویج رفتار کمک‌طلبانه، کمک کنند.

رسانه‌های محلی می‌توانند از بهترین شیوه‌ها و توصیه‌ها استفاده کرده و آنها را به گونه‌ای تنظیم کنند که حتی خاص‌تر و مرتبط‌تر با جامعه عزادار باشند. روزنامه‌نگاران

جدول ۳. منابع بالقوه جامعه برای پاسخ به خودکشی خوشه‌ای

- مراکز بحران و خطوط بحران
- رسانه‌های محلی
- بازرسان پزشکی و پزشکی قانونی
- ارائه دهندگان خدمات سلامت روان
- تابلوهای مدارس
- مراکز بهداشتی شهرستان
- معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان
- سازمان بهزیستی شهرستان
- سازمان اورژانس اجتماعی 123

اغلب می‌توانند به بهترین نحو پیامِ اهمیتِ این شیوه‌ها و توصیه‌ها را به همتایان خود منتقل کنند.

۴-۱: شرایطی را تعیین کنید که در آن یک برنامه پاسخ به خودکشی خوشه‌ای اجرا شود

تصمیم نهایی در مورد اینکه چه زمانی باید برنامه پاسخ به خودکشی خوشه‌ای را اجرا کنیم با کمیته است.

مرحله ۲: واکنش مستقیم به خودکشی خوشه ای

۲-۱: گروه‌های شناسایی شده را مطلع و آماده کنید

این مرحله با اطلاع دادن به مراجع مختلف و کارکنان شناسایی شده در مرحله‌ی (۱) آغاز می‌شود. اطلاع‌رسانی فوری یک خودکشی خوشه‌ای در میان کارکنانی که نقش اساسی در واکنش به بحران دارند، مهم است. اگرچه برخی از کارکنان ممکن

است پیشاپیش از این خودکشی خوشه‌ای آگاه باشند، اما برخی دیگر ممکن است از این خودکشی خوش ای آگاه نباشند و برای کسانی که بی‌اطلاع هستند، ایده‌آل است که اعلان اولیه و اطلاعات دقیق را مستقیماً از کمیته دریافت کنند، نه از طریق شایعات بالقوه در رسانه‌های اجتماعی. رابط و اعضای کمیته، مسئولیت مشترک دارند که منابع خارج از کمیته را نیز که نقش راهبردی دارند (مانند سیستم آموزشی و مدارس)، آگاه کنند. لیکن لازم است به دقت اصول محرمانگی را رعایت کنند. در مرحله‌ی آماده‌سازی، اگرچه نمایندگان کمیته‌ها، پیام را به گروه‌های مختلف می‌رسانند، اما باید اطمینان حاصل کنند که محتوی پیام یکسان و مشابه باشد.

ارتباط هماهنگ و پیام‌رسانی مداوم، بخش مهمی از واکنش است، زیرا می‌تواند به جلوگیری از سردرگمی و ایجاد انسجام جامعه کمک کند. در مرحله بعد، گروه‌های مختلفِ شناسایی‌شده، باید با آشنا کردن کارکنان با نقش‌ها و مسئولیت‌هایشان در زمینه‌ی واکنش به یک خودکشی خوشه‌ای، آماده شوند. بخش مهمی از آماده‌سازی کارکنان، پیش‌بینی و عیب‌یابی سناریوهای بالقوه و استرس زا، از جمله هرگونه شرم و احساس گناه مرتبط با وقوع خودکشی‌ها و نیز فرسودگی شغلی کارکنان و نیاز به مراقبت از کارکنان است.

۲-۲: شناسایی، غربالگری و ارجاع کسانی که در معرض خطر هستند

بخش مهمی از واکنش جامعه به یک خودکشی خوشه‌ای، شناسایی، غربالگری و ارجاع افرادی که ممکن است در معرض خطر خودکشی باشند است. کمیته ممکن است ابتدا شناسایی افرادی را که در معرض خطر بیشتری قرار دارند در نظر بگیرد. در زیر به این افراد اشاره شده است:

- افراد نزدیک به متوفیان از جمله بستگان متوفی (مانند والدین، فرزندان و خواهران و برادران، شریک زندگی (فعلی و سابق)، دوستان نزدیک متوفی و همکاران نزدیک یا دانش‌آموزان متوفی.
- افرادی که نزدیک به متوفی هستند و قبلاً اقدام به خودکشی کرده یا افکارخودکشی داشته‌اند.

- افراد دارای سابقه‌ی افسردگی یا سایر بیماری‌های روانی یا دارای بیماری‌های روانی همزمان.
- افرادی که منزوی شده‌اند، یا فاقد حمایت اجتماعی هستند.
- افراد با سایر عوامل خطر شناخته شده برای خودکشی.

بسته به اینکه خودکشی خوشه‌ای در میان نوجوانان یا بزرگسالان باشد، واکنش متفاوت خواهد بود. برای گروه‌های بزرگسال مرتبط با یک شغل یا محل کار خاص، از سرپرستان، همکاران و سایر کارمندان در مورد افرادی که ممکن است در معرض خطر بیشتری باشند بپرسید. برای گروه‌های نوجوانان، کمیته ممکن است در نظر بگیرد که از معلمان و دانش‌آموزان برای شناسایی جوانانی که ممکن است در معرض خطر بیشتری باشند جستجو کنند.

هم بزرگسالان و هم نوجوانانی که در معرض خطر هستند، گاهی اوقات نمی‌خواهند از ترس خدمات بهداشت روانی و انگ مربوط به آن، غربالگری شوند. در چنین شرایطی در دسترس قرار دادن اطلاعات مربوط به خودکشی در تمام طول شبانه روز و ۷ روز هفته، و در دسترس بودن خط مشاوره و بحران به شماره تلفن ۱۲۳و ۱۴۸۰ و سامانه نوشتاری پیشگیری از خودکشی «طعم گیلاس» .....نشانه اینترنتی بیاید..... می‌تواند مفید و موثر باشد. برای همه افرادی که نمی‌خواهند غربال شوند، به‌عنوان بخشی از پاسخ خودکشی خوشه‌ای، یک تماس مهم و روش‌های جایگزین برای کمک به این افراد ضروری است. صرف نظر از اینکه خودکشی خوشه‌ای در میان نوجوانان یا بزرگسالان باشد، یکی دیگر از ملاحظات مهم برای غربالگری و ارجاع، در دسترس بودن خدمات سلامت روان محلی در جامعه است.

خدمات پشتیبانی مشاوره و سلامت روان، ممکن است برای جوامع مختلف بسته به در دسترس بودن منابع و نیاز جامعه برای پاسخ به یک خودکشی خوشه‌ای، هم‌سو نباشد. کمیته باید انواع منابع پشتیبانی و در دسترس بودن آنها را برای شناسایی افراد در معرض خطر بالای خودکشی مشخص کند (اغلب به‌عنوان بخشی از اولین مرحله‌ی مقدماتی، به‌عنوان اقدامات کلی و حمایت از شناسایی افراد در معرض خطر). در این راستا کمیته ممکن است اقدامات زیر را انجام دهد:

- از حمایت رسانه‌های محلی و تأثیرگذاران رسانه‌های اجتماعی برای جلب توجه عمومی به در دسترس بودن مشاوران و سایر منابع حمایتی از جمله خط بحران ۱۲۳ و ۱۴۸۰ برخوردار شوید.
- از رسانه‌های اجتماعی و سایر انجمن‌های آنلاین به‌عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط با اعضای جامعه، از جمله افرادی که بالقوه در معرض خطر هستند، برای استفاده از خدمات و پشتیبانی‌های موجود، استفاده کنید.

راهنما برای مدارس: پیشگیری از سرایت خودکشی

جلوگیری موفقیت‌آمیز از خودکشی به پاسخ به‌موقع، کارآمد و هدفمند به خودکشی دانش‌آموزان و به‌طور فزاینده‌ای، توانایی پرسنل مدرسه در تشخیص احتمال سرایت بستگی دارد.

نیاز به به‌هنگام بودن

از آنجایی که پیش‌بینی محل وقوع یک خودکشی خوشه‌ای امکانپذیر نیست، توسعه مجموعه‌هایی از راهبردهای از پیش مشخص شده که پس از شناسایی یک خودکشی خوشه‌ای آماده اجرا هستند، حیاتی است. اجرای به‌موقع یک برنامه به واکنش سریع پس از یک خودکشی خوشه‌ای در یک محیط مدرسه که دانش‌آموزان علایم خطر را نشان می‌دهند، همراه است. انجام این کار پیچیده است، زیرا به دلیل سرعت تبادل اطلاعات در دنیای متصل به فناوری، دانش‌آموزان اغلب از خودکشی همسالان خود قبل از رسیدن خبر به مربیان و والدین آگاه می‌شوند و پنجره‌ای که بزرگسالان می‌توانند طی آن مداخله کنند، تنگ می‌شود. مدرسه، والدین و جوامع باید زودتر راه‌هایی برای مداخله و ارائه اطلاعات به دانش‌آموزان، جهت حمایت و آماده‌سازی دانش‌آموزان مستعد بیابند.

خودکشی‌های خوشه‌ای و والدین

تحقیقات نشان می‌دهد که دانش‌آموزان زیر بیشتر آسیب‌پذیر هستند :

- دانش‌آموزانی که پیمان خودکشی بسته و عقب‌نشینی نکرده‌اند.

- دانش‌آموزانی که اخیراً با قربانی خودکشی تعامل داشته‌اند.
- دانش‌آموزانی که حساسیت خود را نسبت به علائم هشداردهنده خودکشی از دست داده‌اند.
- دانش‌آموزان با مجموعه‌ای از ناملایمات دوران کودکی.

رفتار خودکشی این افراد باید بدون توجه به رابطه‌ی آنها با قربانی خودکشی، مورد ملاحظه قرار گیرد.

نکات کلیدی که باید به خاطر بسپارید

صادق بودن و صحبت کردن در مورد خودکشی با نوجوانانی که در جریان واقعه‌ی خودکشی قرار گرفته‌اند مهم است. لیکن از قرار دادن بیش از حد در معرض جزئیات و نحوه‌ی وقوع مرگ اجتناب کنید. درگیر کردن نوجوانان در گفت‌وگو برای فراهم کردن فرصت‌هایی برای پردازش و ارزیابی میزان آسیب‌پذیری آنها در مورد خودکشی، ضروری است.

والدین چه کاری میتوانند انجام دهند؟

بیشتر گوش کنید (گوش دادن فعالانه)

وقتی واقعاً لحظه‌ای را با فرزندمان می‌گذرانیم، گاهی اوقات به‌جای گوش دادن، آن زمان را با انبوهی از سؤالات و نصایح پر می‌کنیم. چند سوالی که ممکن است بپرسید این است: «مسائلی که در حال حاضر با آن روبه‌رو هستید چیست؟»، «چیزهایی که نگران آنها هستید چیست؟» یا «به من بگویید چه کاری می‌توانیم انجام دهیم تا والدین بهتری باشیم یا چگونه از شما حمایت کنیم»؟

بر خجالت و کم‌رویی غلبه کنید و آنچه را که در حال وقوع است به اشتراک بگذارید.

صحبت در مورد افسردگی، سلامت روان، درمان، داروها و چیزهایی که می‌توانند باعث برچسب یا قضاوت اجتماعی شوند، می‌تواند سخت باشد. اما می‌دانیم که به اشتراک‌گذاری اطلاعات یکی از بهترین ابزارهایی است که والدین برای ایمن و سالم

نگه داشتن فرزندان خود دارند. ممکن است احساس راحتی نداشته باشید که موضوع خودکشی را در مورد چیزی که برای فرزندتان پیش آمده با مدرسه یا خانواده خود در میان بگذارید، اما آنها می‌توانند مؤلفه‌های مهمی در حفظ سلامتی فرزندتان باشند.

خود را برای این واقعیت که فرزندان شما در معرض مسائل چالش‌برانگیز مانند الکل، مواد مخدر، استعمال دخانیات، روابط جنسی، آزار و اذیت، خودکشی و رفتارهای پر خطر هستند، آماده کنید.

تربیت یک نوجوان سخت است

درست زمانی که شروع به مبارزه با مسائل بزرگ زندگی می‌کنند، طبیعتاً از والدین خود دور می‌شوند. اتخاذ رویکرد «صبر کن و ببین» با نوجوان خود می‌تواند بسیار آسان باشد. وقتی مطمئن نیستید در زندگی آنها چه می‌گذرد، بهتر است که آنها را تحت فشار قرار ندهید یا آنها را سؤال پیچ نکنید. اما وقتی عقب می‌کشید هم به نوجوان خود کمکی نمی‌کنید. در مسائل آنها درگیر شوید، سوالات باز بپرسید، ارزش‌ها و انتظارات خود را با آنها به اشتراک بگذارید، با والدین دیگر ارتباط برقرار کنید. این مسائل همچنین به این معنی است که شما باید به طور فعال بدانید که آنها در تلفن‌های همراه خود چه می‌کنند و سؤالات باز در مورد اینکه کجا می‌روند، با چه کسی هستند و در مورد نحوه مدیریت موقعیت‌های خطرناک صحبت کنید.

بگذارید با مشکلات مواجه شوند

طبیعی است که نخواهید فرزندتان شکست بخورد یا مشکل داشته باشد. اما بچه‌های ما باید بدانند که نقص داشتن اشکالی ندارد. بسیاری از نوجوانان می‌ترسند والدین خود را ناامید کنند و به خوبی می‌دانند که مشکلات آنها بر روی والدینشان «انعکاس» خواهد داشت. برخی از بچه‌ها گزارش می‌دهند که والدین آنها هنگام بیان مسائل، آنها را باور نمی‌کنند و حتی بزرگسالان دلسوز نیز شدت بالای احساسات واقعی فرزندان را درک نمی‌کنند. تا زمانی که نوجوانان به یک فرد بالغ تبدیل شوند، باید بدانند که شما مایلید چیزهایی را که بر احساسات و سلامت روان آنها تأثیر می‌گذارد بشنوید

و به آنها پاسخ دهید. به آنها بگویید که بدون توجه به مشکلاتی که با آن روبرو هستند دوستشان خواهید داشت. دوست داشتن آنها را مشروط به موفقیت آنها نکنید.

آگاهانه «موفقیت» را با فرزندتان تعریف کنید

ما به عنوان والدین اغلب پیام‌های متفاوتی به فرزندانمان ارسال می‌کنیم. ما به آنها می‌گوییم که فقط می‌خواهیم سالم و شاد باشند، اما سپس مدام در مورد نمرات آنها می‌پرسیم و به آنها می‌گوییم که برای ورود به یک دانشگاه خوب چه کاری باید انجام دهند. به فرزندتان کمک کنید تا بداند که موفقیت در یافتن مسیر خود، سالم بودن، سلامت روانی و خوشحالی است. در عمل به فرزندانتان نشان دهید که شما با انجام کاری متفاوت با مدل سنتی موفقیت، مشکلی ندارید.

۳-۲: در تمجید از جان باختگان خودکشی بپرهیزید و هیجانات را به حداقل برسانید

از هر گونه تعریف و تجلیل در مورد افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند و احساساتی شدن، اجتناب کنید. ارسال پیام تمجید در مورد مرگ متوفی، خطر خودکشی را بین افرادی که به فکر خودکشی هستند یا در گذشته اقدام به خودکشی کرده‌اند، ممکن است افزایش دهد. از ستایش، تکریم و تحسین خودداری کنید. از هیجان‌گرایی، که اغلب در روزنامه‌نگاری به آنتکیه می‌شود، به‌عنوان استفاده از داستان‌ها یا زبان هیجان‌انگیز یا تکان‌دهنده امتناع شود. هنگامی که جامعه قصد دارد از فردی که بر اثر خودکشی جانباخته، تجلیل کند، باید عواقب تجلیل و هیجان‌خواهی عمدی و غیرعمدی را در نظر گرفت. به همین ترتیب، پرهیز از هتک حرمت متوفیان می‌تواند از درد بیمورد و غم و اندوه اضافی برای خانواده آنها و همچنین انزوای اجتماعی در بین افرادی که ممکن است با آنها ارتباط داشته باشند، جلوگیری کند.

بنابراین، کمیته می‌تواند به شهروندان در تعیین واکنش کمک کند. مراسم یادبود برای افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، اغلب هدف خوبی است، اما می‌تواند عواقب جدی و ناخواسته‌ای داشته باشد.

این کمیته ممکن است نیاز داشته باشد که منابع و آموزش‌هایی را برای هدایت و کمک جامعه جهت مدیریت بین تجلیل از زندگی و تجلیل از هیجان‌گرایی فراهم کند.

توصیه‌های رسانه‌ای برای گزارش خودکشی بر این مرحله از واکنش تأکید دارد (یعنی پرهیز از تمجید و هیجان‌گرایی). این راهنمایی‌ها در جامعه در پاسخ به یک خودکشی خوشه‌ای مورد نیاز است.

- هنگامی که متوفی دانش‌آموز است، به‌طور خصوصی به دانش‌آموزان نزدیک به شخص فوت شده اطلاع دهید. سپس در گروه‌های کوچک تحت نظارت دقیق، به سایر دانش‌آموزان اطلاع دهید.
- هنگام اعلام خودکشی یکی از عزیزان، حداکثر حمایت را از اعضای جامعه ارائه دهید. این ممکن است با توجه به در دسترس بودن منابع، متفاوت باشد. در یک جامعه، حداکثر حمایت را از طریق مشاوران مدرسه، مددکاران اجتماعی یا روانشناسان فراهم کنید. اگر منابع محلی و حضوری محدود است، راه‌اندازی و در دسترس قرار دادن گزینه‌های بهداشت از راه دور را در نظر بگیرید.
- به گروه‌ها و اعضای جامعه (مانند دانش‌آموزان، معلمان، مدیران مدراس، خانواده‌ها و رسانه‌ها) حقایقی ارائه دهید که تصویری جامع و تا حد امکان دقیق از فردی که بر اثر خودکشی جان باخته، ارائه دهد.

۴-۲: ارائه‌ی به‌موقع جریان اطلاعات دقیق و مناسب به رسانه‌ها

رسانه‌ها تأثیر قابل توجهی بر زمان و چگونگی اطلاع مردم از یک خودکشی خوشه‌ای دارند و می‌توانند نقش عمده‌ای در نحوه‌ی شکل‌گیری نگرش‌ها و نظرات عمومی داشته باشند. در نتیجه ارائه اطلاعات به‌موقع، درست و مناسب به رسانه‌ها می‌تواند به اطلاعات عموم کمک کند. از این رو گنجاندن نماینده رسانه‌های محلی در تدوین طرح واکنش جامعه بااهمیت است. درحالی‌که کمیته توانایی پاسخگویی خود را حفظ می‌کند، گنجاندن رسانه‌های محلی به تسهیل ارسال پیام‌های ایمن از طریق رسانه‌ها کمک می‌کند.

دستورالعمل‌هایی برای رسانه‌ها

به خوبی ثابت شده که افرادی با سابقه‌ی اخیر اقدام به خودکشی یا افسردگی

شدید، احتمال بیشتری دارد که در پی گزارش رسانه‌ای از خودکشی، اقدام به خودکشی کنند. به‌طور خاص، داستان‌های رسانه‌ای که پس از خودکشی منتشر شدند و با خودکشی‌های خوشه‌ای مرتبط بودند، دارای ویژگی‌های زیر بودند:

قرار دادن داستان در صفحه‌ی اول، سرفصل‌های حاوی شرح روش، وجود تصویر و شرح مفصل خودکشی.

سازمان‌هایی مانند سازمان جهانی بهداشت، سال ۲۰۱۷ توصیه‌هایی را در مورد چگونگی مهار یک خودکشی خوشه‌ای از طریق پیام‌رسانی ایمن ارائه کرده است.

این دستورالعمل‌ها، اساساً بیان می‌کنند از به‌کار بردن زبان هیجان‌انگیز یا عادی‌سازی خودکشی خودداری کنید، از تکرار غیرضروری داستان خودداری کنید، از عکس‌های خنثی به‌جای عکس‌ها و تصاویری که بار عاطفی دارند استفاده کنید، از بیان جزئیات روش مرگ خودداری کنید و زمانی که خودکشی مربوط به یک فرد مشهور است، مراقب باشید.

ملاحظات کمیته شامل موارد زیر است

- برای هر بخش کمیته (به‌عنوان مثال، آموزش، بهداشت عمومی، و مدیریت محلی) یک سخنگوی رسانه تعیین کنید. این افراد تعیین شده نباید با نمایندگان بخش مشخص شده در مرحله‌ی (۱) یکسان باشند. با این حال، در جوامع کوچک‌تر با کارکنان و منابع محدود، نمایندگان یکسان ممکن است در هر دو سمت خدمت کنند (یعنی یک فرد هم نماینده‌ی بخش و هم سخنگوی رسانه است). همچنین می‌توان در صورت نیاز، رسانه‌های انتشار یافته‌ی اضافی برای گروه‌های اجتماعی که در مرحله‌ی (۱) شناسایی شده‌اند، اختصاص داد.

- یک هماهنگ کننده اطلاعات رسانه‌ای را تعیین کنید که نقش اصلی آن اطمینان از یکسان بودن پیام همه‌ی سخنگویان رسانه است. مسئولیت‌های این شخص شامل: ارتباط منظم، ارائه‌ی اطلاعات مناسب، تأیید شده و به روز با همه‌ی سخنگویان است. همچنین ارائه‌ی سوالات رسانه‌ای مناسب به سخنگوی رسانه، تدوین و به‌روزرسانی به موقع فهرست منابع از کارشناسان ملی و محلی، دسته‌بندی

درخواست‌های رسانه، ترتیب و میزبانی جلسات مطبوعاتی، اجتناب از کم اهمیت جلوه دادن بحران، که می‌تواند اقتدار سخنگوی رسانه و رهبران جامعه را تضعیف کند، از جمله این مسئولیت‌ها است. یکی از اولویت‌ها، حصول اطمینان از این است که همه‌ی سخنگویان، آموزش رسانه‌ای را دیده باشند و از توصیه‌ها برای گزارش خودکشی آگاه باشند. پیام‌های ایمن و منسجم برای پاسخ‌دهی ضروری است و به جلوگیری از سردرگمی و ایجاد انسجام جامعه کمک میکند.

۵-۲: ارتباطات را در نظر بگیرید و به تأثیر رسانه‌های اجتماعی پاسخ دهید

رسانه‌های اجتماعی به‌عنوان یک ابزار پاسخ برای پیشگیری و مداخله

رسانه‌های اجتماعی می‌توانند به‌عنوان یک ابزار پاسخ مفید برای پیشگیری و مداخله در خودکشی‌های خوشه‌ای عمل کنند. رسانه‌های اجتماعی می‌توانند انجمنی برای جوامع در جهت تبادل اطلاعات در مورد خودکشی و خودکشی‌های خوشه‌ایِ ایمن باشند. پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی که توسط جوامع آسیب‌دیده استفاده می‌شوند، باید شناسایی شوند. ملاحظات زیر برای استفاده از رسانه‌های اجتماعی به عنوان ابزار پاسخگویی است:

- نمایندگان کمیته می‌توانند از رسانه‌های اجتماعی برای پخش اطلاعات دقیق و مناسب (اطمینان از سازگاری محتوا با موبایل) برای اعضای جامعه در مورد یک خودکشی خوشه‌ای در گذشته یا حال استفاده کنند.
- این می‌تواند شامل حقایقی باشد که داستان خودکشی و هر گونه شایعه و یا اطلاعات نادرست در مورد خودکشی خوشه‌ای را خنثی کند.
- همچنین ارائه‌ی پیام‌های مثبت شامل داستان‌های امید و بهبودی،
- اطلاعات و پیوندهای مستقیم به خط ۱۲۳و ۱۴۸۰و سامانه‌ی «طعم گیلاس» از جمله در رسانه‌های اجتماعی، منجر به افزایش تماس‌ها و کاهش خودکشی می‌شود.

فرصت‌هایی برای نمایندگان کمیته جهت پاسخ به سوالات و رسیدگی به نگرانی‌های اعضای جامعه در زمان مناسب فراهم شود.

- استفاده از سامانه‌ی جستجوی رفتارهای خودکشی 8tag.ir به‌ویژه در منطقه‌ای که خودکشی خوشه‌ای رخ داده است، برای دسترسی به صفحات باز رسانه‌های اجتماعی که پیام‌های خطرناک را منتقل می‌کنند، ضروری است.

کمیته می‌تواند موارد زیر را در نظر بگیرد:

- برخی از پلتفرم‌های رسانه‌های اجتماعی به دوستان این امکان را می‌دهند، فردی که ممکن است در معرض خطر خودکشی باشد را علامتگذاری کنند. پرچم قرمز به کارکنان پلتفرم هشدار می‌دهد که می‌توانند پیام‌های پیشگیری مختلف و اطلاعات مربوط به منابع پیشگیری از خودکشی را مستقیماً به افراد مورد نظر ارسال کنند.
- تحقیقات این تصور را که مقالاتِ هیجان‌انگیزترِ به اشتراک گذاشته شده از طریق رسانه‌های اجتماعی برای خوانندگان جذاب‌ترند را رد کرده است. مقالات خبری که به‌طور مسئولانه و ایمن گزارش می‌دهند، احتمال بیشتری دارد که در رسانه‌های اجتماعی به اشتراک گذاشته شوند.
- رسانه‌های اجتماعی و سایر انجمن‌های آنلاین می‌توانند به‌عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط با اعضای جامعه، از جمله افرادی که بالقوه در معرض خطر خودکشی هستند، در مورد خدمات و پشتیبانی موجود عمل کنند.

مرحله‌ی ۳: اقدام برای جلوگیری از خودکشی خوشه‌ای بعدی

۳-۱: شناسایی و تغییر عناصری در محیط که ممکن است احتمال خودکشی یا اقدام به خودکشی بعدی را افزایش دهد

شناسایی و تغییر عوامل محیطی که پتانسیل احتمال خودکشی یا اقدام به خودکشی را دارند، بخش مهمی در پیشگیری از خودکشی‌های خوشه‌ای است. خودکشی در اثر عوامل متعددی در سطوح فردی، ارتباطی و اجتماعی ایجاد می‌شود. پیشگیری نه تنها به تغییرات در سطح فردی می‌پردازد (به‌عنوان مثال، افزایش کمک‌جویی) بلکه بر تغییرات محیطی نیز تمرکز می‌کند.

ایجاد محیط‌های حفاظتی به دنبال بهبود شرایطی است که افراد در آن زندگی

می‌کنند، کار می‌کنند، یاد می‌گیرند و بازی می‌کنند. این می‌تواند شامل کاهش دسترسی به وسایل کشنده در میان افراد در معرض خطر خودکشی از طریق نگهداری ایمن اسلحه‌ها و داروها باشد، که زمان بین افکار خودکشی و تصمیم به اقدام را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، ایجاد محیط‌های حفاظتی می‌تواند شامل مداخله در نقاط داغ خودکشی یا مکان‌هایی باشد که در آن افراد به دلیل خودکشی فوت می‌کنند، مانند ایجاد موانع فیزیکی بر روی پل‌ها و ساختمان‌های بلند، یا ارسال علائم با خط تلفن مشاوره. ایجاد محیط‌های حفاظتی همچنین ممکن است شامل سیاست‌های سازمانی در محل کار یا درون مؤسسات (مانند زندان‌ها، ندامتگاه ها و کانون‌های اصلاح و تربیت) برای ترویج کمک‌جویی و سایر هنجارهای انطباقی، افزایش آگاهی از علائم خطر خودکشی و حمایت از افرادی باشد که نیاز به مراقبت فوری دارند.

در نهایت، ایجاد محیط‌های حفاظتی ممکن است شامل سایر سیاست‌های مبتنی بر جامعه باشد، مانند سیاست‌هایی که به دنبال کاهش مصرف بیش از حد الکل و مواد باشد. چنین اقداماتی می‌تواند نه تنها خطر خودکشی، بلکه خطر خشونت اجتماعی و بین فردی را کاهش دهد.

۲-۳ : رسیدگی به مسائل بلندمدت پیشنهاد شده توسط ماهیت خودکشی خوشه‌ای

گرچه بسیاری از مسائل به‌طور بالقوه با خودکشی‌های خوشه‌ای مرتبط هستند، مسائل درازمدتی که مختص یک خودکشی خوشه‌ای یا منحصر به فرد هستند شناسایی و رسیدگی به آنها مهم است. عوامل مشترک و شرایط تشدیدکننده اغلب در میان متوفیان خودکشی به‌عنوان بخشی از ارزیابی و بررسی یک خودکشی خوشه‌ای شناسایی می‌شوند. استفاده از سیستم‌های نظارتی مانند سیستم ملی گزارش‌دهی مرگ‌های خشونت‌آمیز می‌تواند به جوامع اجازه دهد تصویر جامع‌تری از شرایط پیرامون این خودکشی خوشه‌ای داشته باشند. این داده‌ها می‌توانند جوامع را در مورد مشترکاتی مانند شیوع بالاتر یا پایین‌تر مشکلات رابطه‌ای، مالی یا مصرف مواد توانمند کنند. اگرچه تشخیص قبلی بیماری روان به‌عنوان یک شرایط تسریع کننده برای بسیاری از متوفیان

شناسایی شده بود، بیش از نیمی از متوفیان که بر اثر خودکشی جان باختند، بیماری روانی شناخته شده‌ای نداشتند، که این بر اهمیت سایر شرایط تسریع‌کننده و درازمدت تأکید می‌کند.

یکی از مسائل درازمدت که اغلب جوامع را آزار می‌دهد، ننگ و بدنامی پیرامون خودکشی است. این ننگ و بدنامی اغلب مانعی برای درخواست کمک و دسترسی به مراقبت‌های خودکشی ایجاد می‌کند. برای پرداختن به انگ (برچسب خوردن) در جوامع، ابتدا باید آن را پذیرفت. توانایی جامعه برای مقابله با انگ نیاز به زمان، صبر و منابع دارد.

نیاز به مداخلات طولانی و گسترده‌تر

به‌طور کلی، مدت زمان کمک‌های پس از خودکشی در مدارس بسیار کوتاه است. در واقع، تحقیقات نشان داده است که ۳۰ درصد از دانش‌آموزان تا ۶ ماه پس از وقوع یک خودکشی خوشه‌ای در مدرسه، علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند. برای دانش‌آموزانِ شناسایی‌شده، که قبل از مرگ دانش‌آموزی که خودکشی کرده آسیب‌پذیر هستند، حمایت مورد نیاز در مدرسه می‌تواند حتی بیشتر طول بکشد. ما اشاره کرده‌ایم که خواهر یا برادر، بهترین دوست یا شریک زندگی متوفی، اغلب در مدرسه خود «مقام مشهور» به‌دست می‌آورد و باید در نحوه‌ی تعامل همسالان و بزرگسالان با آنها تغییراتی داده شود و در عین حال با جنبه‌های واقعی غم و اندوه و آسیب‌های روانی مقابله کنند. این یعنی نیاز به مداخله‌ی طولانی مدت وجود دارد.

اغلب اقدامات پیشگیرانه پس از پایان اجرای برنامه بر تعداد ناکافی دانش‌آموزان متمرکز می‌شود. تحقیقات نشان داده است که تأثیر خودکشی جوانان بر جمعیت دانش‌آموزی بسیار گسترده‌تر از نزدیک‌ترین دوستان قربانی است. تحقیقات نشان داده است اگرچه درجات مختلفی از تأثیر در بین افرادی که در معرض قرار گرفته‌اند وجود دارد، لیکن بخش قابل توجهی از دانش‌آموزان ناراحتی مداوم را گزارش می‌دهند. این افراد به حمایت طولانی‌تر و گسترده‌تری در مدرسه نیاز دارند.

واضح است که مدارس به‌تنهایی نمی‌توانند این کار را انجام دهند. باید یک تلاش

مشترک بین مدارس، سازمان‌های اجتماعی، پزشکان بهداشت روان، مجاری قانونی، روحانیون، والدین، گروه‌های بازماندگان و حتی جوانان باشد. این گروه‌ها می‌توانند به پرسنل مدرسه در غربالگری افرادی که در معرض بیشترین خطر سرایت و تقلید هستند، کمک کنند.

روانشناسان مدرسه باید از عوامل نوظهور و مرتبط با احتمال سرایت خودکشی در مدارس مطلع باشند تا از خودکشی‌های خوشه‌ای جلوگیری کنند. یک اقدام اساسی برای جلوگیری از خودکشی و سرایت در مدارس، روابط مثبت بین دانش‌آموزان و بزرگسالان در محیط مدرسه است. باید از سوی بزرگسالان این اطمینان و پیام برای دانش‌آموزان حاصل شود که «ما اینجا برای کمک هستیم» .

۳-۳: ارزیابی پاسخ را در نظر بگیرید

اگرچه راهبردها و رویکردهای مبتنی بر شواهد متعددی وجود دارد که به‌طور مؤثری عوارض و مرگ و میر خودکشی را کاهش می‌دهد، شواهد کمتری در مورد راهبردها و رویکردهای پاسخ به خودکشی‌های خوشه‌ای در دسترس است. در صورت امکان، انجام یک ارزیابی پس از اقدام سریع، می‌تواند برای ایجاد بهترین شیوه‌های حمایتی در آینده مورد ملاحظه قرار گیرد. ارزیابی اقدامات برای رشد ادبیات مربوط به پاسخ به خودکشی‌های خوشه‌ای و در عین حال کمک به جوامع به منظور آمادگی بهتر در مقابل خودکشی‌های خوشه‌ای آینده، مهم خواهد بود.

کمیته می‌تواند شاخص‌های ارزیابی را در اقدامات آینده تعیین کند. حتی اگر ارزیابی رسمی امکان‌پذیر نباشد، حداقل برنامه‌های پاسخ آتی بر اساس تجربیات به‌دست آمده به‌روزرسانی شوند. جنبه‌هایی از طرح پاسخ که مناسب باشد را می‌توان حفظ کرد و بخش‌هایی را که مناسب نیستند یا قابلیت اجرایی ندارند را می‌توان برای نسخه‌ی به‌روزشده‌ی طرح حذف کرد. اگرچه پاسخ به یک خوشه‌ی خودکشی ممکن است با این مرحله به پایان برسد، جوامع باید جهت آماده شدن برای خودکشی‌های خوشه‌ای آینده به مرحله‌ی (۱) بازگردند.

مدارس از طریق یک پاسخ جامع و سیستماتیک پس از خودکشی، می‌توانند از

خودکشی‌های احتمالی جلوگیری کنند. چنین پاسخی در بخش پیگیری شامل موارد زیر است:

۱) حقایق را تأیید کنید
۲) تیم واکنش در بحران را مهیا سازید
۳) دانش‌آموزان در معرض خطر را شناسایی کنید
۴) به دانش‌آموزان از طریق ارتباطات شخصی اطلاعرسانی کنید
۵) از دانش‌آموزان آسیب‌دیده حمایت و بر رفتارشان نظارت کنید
۶) راه‌های مناسب برای سوگواری فراهم کنید
۷) جامعه را درگیر کنید
۸) گزارش‌هایی همراه با توصیه به رسانه‌ها ارائه دهید

نسخه‌ی فارسی «راهنمای نحوه‌ی گزارش اخبار مربوط به خودکشی» در سایت سازمان جهانی بهداشت قابل دسترسی است.

مطالب آموزشی بیشتر را می‌توانید در سایت جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران مشاهده کنید.

www.iranianssp.com

منابع

1) Lake, A. M., & Gould, M. S. (2014). Suicide clusters and suicide contagion. A concise guide to understanding suicide: Epidemiology, pathophysiology and prevention, 52-61.

2) Garcia-Williams, A., O'Donnell, J., Spies, E., Zhang, X., Young, R., Azofeifa, A., & Vagi, K. (2016). Epi-aid 2016-018: Undetermined Risk Factors for Suicide among Youth, Ages 10–24—Santa Clara County, Ca, 2016.". Centers for Disease Control and Prevention.

3) Garcia-Williams AG, McGee RE. Responding to a suicidal friend or family member: A qualitative study of college students. Death Studies. 2016;40(2):80-7.

4) Fink, D. S., Santaella-Tenorio, J., & Keyes, K. M. (2018). Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. PloS one, 13(2), e0191405.

5) Zwald ML, Annor FB, Wilkinson A, Friedrichs M, Fondario A, Dunn AC, et al. Suicidal Ideation and Attempts Among Students in Grades 8, 10, and 12 - Utah, 2015. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2018;67(15):451-4.

6) Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinman M, Munfakh JL, Wright J, et al. Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers› Perceptions of Care. Suicide & life-threatening behavior. 2018;48(1):75-86.

7) Gould, M. S., Lake, A. M., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S., & Madnick, A. (2018). Exposure to suicide in high schools: Impact on serious suicidal ideation/behavior, depression, maladaptive coping strategies, and attitudes toward help-seeking. International journal of environmental research and public health, 15(3), 455.

8) Gould MS. Suicide clusters and media exposure. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.). concise guide to understanding suicide: Epidemiology, pathophysiology, and prevention. 1990:517–32.

9) Gould, M. S., Wallenstein, S., & Davidson, L. (1989). Suicide clusters: A critical review. Suicide and Life-Threatening Behavior, 19(1), 17-29.

10) Spies CD, von Dossow V, Eggers V, Jetschmann G, El-Hilali R, Egert J, et al. Altered cell-mediated immunity and increased postoperative infection rate in long-term alcoholic patients. Anesthesiology. 2004;100(5):1088-100.

11) Gould, M. S. (1990). Teenage suicide clusters. Jama, 263(15), 2051-2051.

12) Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O›Carroll, P., & Mercy, J. (1990). Suicide clusters: an examination of age-specific effects. American Journal of Public Health, 80(2), 211-212.

13) Davidson, L. E., Rosenberg, M. L., Mercy, J. A., Franklin, J., & Simmons, J. T. (1989). An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. JAMA, 262(19), 2687-2692.

14) Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. Suicide & life-threatening behavior. 2019;49(2):529-34.

15) Joiner Jr, T. E. (2003). Contagion of suicidal symptoms as a function of assortative relating and shared relationship stress in college roommates. Journal of adolescence, 26(4), 495-504.

16) Lieberman R, editor Best Practices in Suicide Prevention and Intervention2014

17) Mesoudi, A. (2009). The cultural dynamics of copycat suicide. PLoS One, 4(9), e7252.

18) Cheng, Q., Chen, F., & Yip, P. S. (2011). The Foxconn suicides and their media prominence: is the Werther Effect applicable in China?. BMC public health, 11, 1-11.

19) Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Cooper, J., Waters, K., Gunnell, D., & Kapur, N. (2010). Toxicity of antidepressants: rates of suicide relative to prescribing and non-fatal overdose. The British Journal of Psychiatry, 196(5), 354-358.

20) Jacobson C, Batejan K, Kleinman M, Gould M. Reasons for attempting suicide among a community sample of adolescents. Suicide & life-threatening behavior. 2013;43(6):646-62.

21) Ayers, J. W., Althouse, B. M., Leas, E. C., Dredze, M., & Allem, J. P. (2017). Internet searches for suicide following the release of 13 Reasons Why. JAMA internal medicine, 177(10), 1527-1529.

22) McManama O›Brien, K. H., LeCloux, M., Ross, A., Gironda, C., & Wharff, E. A. (2017). A pilot study of the acceptability and usability of a smartphone application intervention for suicidal adolescents and their parents. Archives of suicide research, 21(2), 254-264.

23) Hagihara, A., Tarumi, K., & Abe, T. (2007). Media suicide-reports, Internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan. BMC Public Health, 7, 1-8.

24) Motto, J. A. (1970). Newspaper influence on suicide: A controlled study. Archives of general psychiatry, 23(2), 143-148.

25) Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. American sociological review, 340-354.

26) Phillips, D. P., & Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. New England journal of medicine, 315(11), 685-689.

27) Pirkis, J., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P., & Skehan, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. Crisis, 27(2), 82-87.

28) Etzersdorfer, E., Voracek, M., & Sonneck, G. (2004). A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper

distribution. Archives of Suicide Research, 8(2), 137-145.
29) Insel, B. J., & Gould, M. S. (2008). Impact of modeling on adolescent suicidal behavior. Psychiatric Clinics of North America, 31(2), 293-316.
30) Cutler, D. M., Glaeser, E. L., & Norberg, K. E. (2001). Explaining the rise in youth suicide. In Risky behavior among youths: An economic analysis (pp. 219-270). University of Chicago Press.
31) Gould, M. S., Kleinman, M. H., Lake, A. M., Forman, J., & Midle, J. B. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988–96: a retrospective, population-based, case-control study. The Lancet Psychiatry, 1(1), 34-43.
32) World Health Organization. (2017). Preventing suicide: A resource for media professionals – update 2017. Author.
33) Meindl, J. N., & Ivy, J. W. (2018). Reducing media-induced mass killings: Lessons from suicide prevention. American behavioral scientist, 62(2), 242-259.
34) Dunlop, S. M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?. Journal of child psychology and psychiatry, 52(10), 1073-1080.
35) Kramer, A. D., Guillory, J. E., & Hancock, J. T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. Proceedings of the National academy of Sciences of the United States of America, 111(24), 8788.
36) Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. Annals of the New York Academy of Sciences, 932(1), 200-224.
37) Cox, G. R., Robinson, J., Williamson, M., Lockley, A., Cheung, Y. T. D., & Pirkis, J. (2012). Suicide clusters in young people. Crisis.
38) Poijula, S., Dyregrov, A., Wahlberg, K. E., & Jokelainen, J. (2001). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. International journal of emergency mental health, 3(2), 97-106.
39) Zenere, F. J. (2009). Recognizing and addressing suicide

contagion are essential to successful suicide postvention efforts. Principal Leadership.

40) Annor F, Wilkinson A, Zwald M. Epi-Aid 2017–019: undetermined risk factors for suicide among youth aged 10–17 years—Utah, 2017. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017

41) Cerel, J., & Sanford, R. L. (2018). It's not who you know, it's how you think you know them: suicide exposure and suicide bereavement. The Psychoanalytic Study of the Child, 71(1), 76-96.

42) Lieberman, R., Poland, S., & Kornfeld, C. Not for Distribution.

43) Social Media Fact Sheet. (2019). Pew Research Center. https://www.pewresearch. org/internet/fact-sheet/social-media/

44) Bahrampour, T. (2018). Teens who spend less time in front of screens are happier—up to a point, new research shows. The Washington Post.

45) Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1998;37(9):915-23.

46) Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. Suicide & life-threatening behavior. 1993;23(2):101-9.

47) Davidson LE, Rosenberg ML, Mercy JA, Franklin J, Simmons JT. An Epidemiologic Study of Risk Factors in Two Teenage Suicide Clusters. JAMA. 1989;262(19):2687-92.

48) Joiner TE, Jr., Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. Behaviour research and therapy. 2003;41(12):1469-80.

49) Cui S, Cheng Y, Xu Z, Chen D, Wang Y. Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. Child: care, health and development. 2011;37(5):692-702.

50) Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O›Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide

ideation, plans, and attempts during college. Journal of affective disorders. 2010;127(1-3):287-94.

51) Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):34-43.

52) Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, Oquendo MA, Birmaher B, Burke A, et al. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. The Journal of clinical psychiatry. 2012;73(6):821-8.

53) Meindl JN, Ivy JW. Reducing Media-Induced Mass Killings: Lessons From Suicide Prevention. American Behavioral Scientist. 2018;62(2):242-59.

54) National Center for Injury Prevention and Control (U.S.).Division of Violence Prevention. National Violent Death Reporting System: Web Coding Manual: Version 60. 2022.

55) Poijula S, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. International journal of emergency mental health. 2001;3(3):163-8.

56) Zenere FJ. Suicide Clusters and Contagion. 2009.

57) Lake AM, Gould MS. Suicide clusters and suicide contagion. In: Koslow SH, Ruiz P, Nemeroff CB, editors. A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. p. 52-61.

58) Garcia-Williams AG, McGee RE. Responding to a suicidal friend or family member: A qualitative study of college students. Death Studies. 2016;40(2):80-7.

59) Zwald ML, Annor FB, Wilkinson A, Friedrichs M, Fondario A, Dunn AC, et al. Suicidal Ideation and Attempts Among Students in Grades 8, 10, and 12 - Utah, 2015. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2018;67(15):451-4.

60) Spies CD, von Dossow V, Eggers V, Jetschmann G, El-Hilali R, Egert J, et al. Altered cell-mediated immunity and increased

postoperative infection rate in long-term alcoholic patients. Anesthesiology. 2004;100(5):1088-100.

61) 5. ink DS, Santaella-Tenorio J, Keyes KM. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. PloS one. 2018;13(2):e0191405.

62) Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, van de Venne J, Moore M, et al. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. Suicide & life-threatening behavior. 2019;49(2):529-34.

63) Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinman M, Munfakh JL, Wright J, et al. Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers› Perceptions of Care. Suicide & life-threatening behavior. 2018;48(1):75-86.

64) Lieberman R, editor Best Practices in Suicide Prevention and Intervention2014.

65) Gould MS. Suicide clusters and media exposure. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.). concise guide to understanding suicide: Epidemiology, pathophysiology, and prevention. 1990:517–32.

66) Jacobson C, Batejan K, Kleinman M, Gould M. Reasons for attempting suicide among a community sample of adolescents. Suicide & life-threatening behavior. 2013;43(6):646-62.

67) Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1998;37(9):915-23.

68) Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. Suicide & life-threatening behavior. 1993;23(2):101-9.

69) Davidson LE, Rosenberg ML, Mercy JA, Franklin J, Simmons JT. An Epidemiologic Study of Risk Factors in Two Teenage Suicide Clusters. JAMA. 1989;262(19):2687-92.

70) Joiner TE, Jr., Steer RA, Brown G, Beck AT, Pettit JW, Rudd MD. Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. Behaviour research

and therapy. 2003;41(12):1469-80.
71) Mesoudi A. The cultural dynamics of copycat suicide. PloS one. 2009;4(9):e7252.
72) Cui S, Cheng Y, Xu Z, Chen D, Wang Y. Peer relationships and suicide ideation and attempts among Chinese adolescents. Child: care, health and development. 2011;37(5):692-702.
73) Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O›Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. Journal of affective disorders. 2010;127(1-3):287-94.
74) Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96: a retrospective, population-based, case-control study. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):34-43.
75) Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social media and suicide: a public health perspective. American journal of public health. 2012;102 Suppl 2(Suppl 2):S195-200.
76) Cox LJ, Stanley BH, Melhem NM, Oquendo MA, Birmaher B, Burke A, et al. A longitudinal study of nonsuicidal self-injury in offspring at high risk for mood disorder. The Journal of clinical psychiatry. 2012;73(6):821-8.
77) Meindl JN, Ivy JW. Reducing Media-Induced Mass Killings: Lessons From Suicide Prevention. American Behavioral Scientist. 2018;62(2):242-59.
78) National Center for Injury Prevention and Control (U.S.).Division of Violence Prevention. National Violent Death Reporting System: Web Coding Manual: Version 60. 2022.
79) 2Poijula S, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. International journal of emergency mental health. 2001;3(3):163-8.
80) Zenere FJ. Suicide Clusters and Contagion. 2009.
81) Sy, K.T.L., Shaman, J., Kandula, S. et al. Spatiotemporal clustering of suicides in the US from 1999 to 2016: a spatial

epidemiological approach. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 54, 1471–1482 (2019). https://doi.org/10.1007/s00127-019-01736-4

82) Cynthia A. Fontanella, Daniel M. Saman, John V. Campo, Danielle L. Hiance-Steelesmith, Jeffrey A. Bridge, Helen Anne Sweeney, Elisabeth D. Root,

83) Mapping suicide mortality in Ohio: A spatial epidemiological analysis of suicide clusters and area level correlates,Preventive Medicine,Volume 106, 2018,Pages 177-184

84) Hill NTM, Robinson J. Responding to Suicide Clusters in the Community: What Do Existing Suicide Cluster Response Frameworks Recommend and How Are They Implemented? Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 7;19(8):4444. doi: 10.3390/ijerph19084444. PMID: 35457313; PMCID: PMC9031396.

85) Larkin GL, Beautrais AL. Geospatial mapping of suicide clusters. Auckland: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development., 2012

86) Helen Garnham, public health manager – mental health Public Health England Wellington House 133-155 Waterloo Road London SE1 8UG Tel: 020 7654 8000 www.gov.uk/phe Twitter: @PHE_uk Facebook: www.facebook.com/PublicHealth England For queries relating to this document, please contact: PublicMentalHealth@phe.gov.uk © Crown copyright 2015