



دليل إرشادي

للتعامل مع حالات إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية



إعداد:

د. بسمه بنت عبدالعزيز حملي

د. ديمة بنت عتيق العتيق

د. سارة بنت سعد الراددي

1446 - 2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

المقدمة

إيماناً بأهمية الجامعات، من حيث كونها منبراً من منابر التنوير والتقدم في المجتمعات، وأن لها دوراً فعالاً في تكوين شخصية الطالب الجامعي، وبناء مجتمع ينعم أفرادُه بالصحة النفسية والطمأنينة الداخلية.

إيماناً بما ذكرنا، أطلق المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ضمن مبادرة تعزيز الصحة النفسية بالجامعات استعانةً بالتجارب المحلية والدولية وثيقة (الدليل الإرشادي للتعامل مع حالات إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية) التي يسهم في تقديم بروتوكولات وإجراءات عملية واضحة يمكن الاستعانة بها في التعامل مع حالات الإيذاء والانتحار؛ فظروف العصر الحديث و سرعة إيقاع الحياة أدت جميعها إلى تنامي أعراض التوتر و القلق والاكتئاب والمظاهر المُهيئة والمُنبئة باحتمالية الانتحار أو الانخراط في أسلوب الأفكار السوداوية.

بناء على ما تقدم حول الواقع السيئ للصحة النفسية نقدم في هذه الصفحات دليلاً شاملاً يتناول مشكلة محاولات إيذاء الذات والانتحار وكيفية التعامل معها في الأوساط الجامعية، ونأمل أن يسهم هذا الدليل في مساعدة المختصين النفسيين وأعضاء هيئة التدريس والمنتسبين إلى الجامعات على الفهم الكامل والإدراك السليم للمشكلة وتحقيق سُبُل السلامة النفسية للطلاب والطالبات وتحقيق رؤية المملكة لسنة ٢٠٣٠ «نحو مجتمع حيوي بيئته عامرة»

ويقدم المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية خالص الشكر والتقدير للجنة المراجعة على جهودها الكبيرة في العمل على هذا الدليل (د. زياد الحربي، كليات الريان الأهلية، د. فاطمة الحربي، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن).

المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع	م
3-1	الفصل الأول: <ul style="list-style-type: none">التعريف بالدليل.الرؤية، الرسالة، الأهداف.	1
12-4	الفصل الثاني: <ul style="list-style-type: none">مفهوم الانتحار.تقييم الانتحار.عوامل مهينة لإيذاء الذات والانتحار.عوامل الخطورة المنبئة لإيذاء الذات والانتحار.علامات تحذيرية منبئة لإيذاء الذات والانتحار.	2
22-13	الفصل الثالث: <ul style="list-style-type: none">الوقاية من مشكلة إيذاء الذات والانتحار.استراتيجيات الوقاية من إيذاء الذات والانتحار.الجهود العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية.أساسيات بروتوكولات السلامة في البيئة الجامعية.	3
31-23	الفصل الرابع: <ul style="list-style-type: none">التدخل السريع والاستجابة لإيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية.التدخلات اللازمة للتعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار.تحديات التعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار في الجامعات السعودية.	4
46-32	الفصل الخامس: <ul style="list-style-type: none">السياسات والإجراءات الدولية في مجال إيذاء الذات والانتحار في الجامعات.بروتوكول الجامعات العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار.السياسات والتشريعات في مجال إيذاء الذات والانتحار بالجامعات السعودية.مقترح للتشريعات المتعلقة بالوقاية من إيذاء الذات والانتحار في السعودية.مقترح بروتوكولات إدارة الأزمات.	5
59-47	الفصل السادس: <ul style="list-style-type: none">الملخص الإجرائي للتعامل مع إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية.الموارد التي يمكن الاستفادة منها في التعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار.المراجع.	6

الفصل الأول

1. التعريف بالدليل.

2. الرؤية، الرسالة، الأهداف.

التعريف بالدليل:



إيماناً منا بأهمية الحفاظ على أمن المجتمع بدايةً بسلامة أفراده النفسية والاجتماعية، وسعيًا إلى إبراز الدور المطلوب من مؤسسات التعليم الجامعي، بعدّها من أكثر المؤسسات التعليمية إسهامًا في تشكيل الوعي وتغيير السلوك، وذلك بحكم الشريحة الشبابية المنتمية إليها وتنوع خصائصها واحتياجاتها، وللوظيفة التعليمية والتنويرية التي تمارسها الجامعات بما يسهم في إعادة تشكيل توجهات المجتمع بشكل كامل، إيمانًا بكل ذلك وسعيًا إليه سعى المركز لإصدار هذا الدليل استعانةً بالتجارب والنماذج المميزة محليًا ودوليًا، مع مراجعتها من قبل المختصين، وهو يوفر الإطار العام لفهم حالات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار وكيفية التعامل معها داخل البيئة الجامعية.

الرؤية:



منظومة رائدة ومتكاملة في مجال الكشف المبكر والتعامل مع عوامل الخطورة ذات العلاقة بإيذاء الذات والانتحار وفق المعايير العالمية في مؤسسات التعليم العالي.

الرسالة:



توفير الأدوات والإمكانات العلمية والعملية للتعامل مع محاولات إيذاء الذات والانتحار داخل البيئة الجامعية وفق أفضل الممارسات المهنية.

الأهداف:

1 تمكين المختصين من التعامل مع حالات إيذاء الذات ومحاولات الانتحار في البيئة الجامعية.

2 تمكين أعضاء هيئة التدريس ومنسوبي الجامعات من فهم عوامل الخطورة والكشف المبكر للعوامل ذات العلاقة بإيذاء الذات والانتحار لدى طلاب والطالبات وتحويلهم إلى الجهات ذات العلاقة وفق السياسات والإجراءات المقترحة.

3 العناية بالطلاب الأكثر عرضة للمشكلات النفسية والاجتماعية، ومساعدتهم على تجاوز الصعوبات.

الفصل الثاني

1. مفهوم الانتحار.
2. تقييم الانتحار.
3. العوامل المهيئة لإيذاء الذات والانتحار.
4. عوامل الخطورة المنبئة بإيذاء الذات والانتحار.
5. العلامات التحذيرية المنبئة بإيذاء الذات والانتحار.

1- مفهوم الانتحار:

يعدُّ الانتحار إحدى الأزمات الكبرى في الصحة العامة حول العالم، ويُعرَّفُ الانتحار بأنه "الوفاة الناجمة عن سلوك يلحق الضرر بالذات بنيّة التسبب في الموت نتيجةً لذلك السلوك"، ويصاحب الانتحار اضطرابات نفسية عديدة أهمها: اضطراب الاكتئاب بنسبة تصل إلى 90% حسب إحصائيات المعهد الوطني للصحة العقلية.

ويُعدُّ الانتحار كذلك أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في جميع أنحاء العالم حسب إحصائيات مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها. وفقاً لدراسة المسح الوطني السعودي للصحة النفسية، بلغت معدلات انتشار التفكير والتخطيط والمحاولة الانتحارية مدى الحياة 4.9%، و1.78%، و1.46% على التوالي، في حين بلغت معدلات الانتشار مدة 12 شهر 1.82%، و0.89%، و0.63% على التوالي.

إن التفكير الانتحاري يتراوح في خطورته من مجرد الرغبة في الموت إلى الأشد خطورة، وهو التفكير الانتحاري الفعلي، مع خطة محددة ونية للتنفيذ، وتُعرَّفُ كلُّ درجة خطورةٍ للتفكير الانتحاري كما يأتي:

1 أفكاراً انتحارية تدل على الرغبة: عندما يرغب الشخص في الموت، فإنه يحمل أفكاراً حول الرغبة في الموت أو الكف عن الحياة، أو الرغبة في النوم ثم عدم الاستيقاظ.

2

أفكاراً انتحارية غير فعلية: عندما يفكر الشخص تفكيراً انتحارياً غير فعلياً، فإنه يحمل أفكار عامة غير محددة حول رغبته في وضع حد لحياته دون التفكير في وسائل لقتل النفس، ودون وجود نية أو خطة لذلك مدّة فترة التقييم، وقد يحمل أفكار انتحارية، ويفكر في طريقة واحدة على الأقل مدة تلك الفترة، حيث يختلف هذا عن وجود خطة محددة في الزمان والمكان أو تفاصيل الطريقة، فمثلاً، يفكر الشخص في ابتلاع جرعة مفرطة من دواء، من غير أن يضع خطة محددة للزمان والمكان أو للطريقة التي سينفذ بها ذلك فعلياً.

3

أفكار انتحارية فعلية: عندما يفكر الفرد تفكيراً انتحارياً فعلياً يتضمن بعض النية للتنفيذ دون خطة محددة، ويصرّح بأن لديه بعض النية لتنفيذ هذه الأفكار، وقد يتضمن التفكير خطة محددة ونية للتنفيذ، بحيث يحمل الشخص أفكاراً انتحارية فعلية حول قتل نفسه، مع تفاصيل خطة حددها بشكل كلي أو جزئي.

2-تقييم الانتحار:

يتم تقييم حدة التفكير الانتحاري للمساعدة على التنبؤ بإتمام الانتحار بشكل ملحوظ من خلال خمسة عناصر رئيسية هي:

القدرة على التحكم.



المدة الزمنية.



مدى التكرارية.



أسباب التفكير الانتحاري.



موانع تنفيذ الأفكار.



حيث تزيد خطورة التفكير الانتحاري كلما زاد تكرار الأفكار، وزادت مدتها، وقلت القدرة على التحكم فيها، وقلت الموانع لتنفيذها، وكان إيقاف الألم هو سبب الأفكار، وتعدّ المدّة هي أكثر عنصر قادر على التنبؤ بالانتحار لدى المراهقين.

- من المهم أن تُطرح الأسئلة حول الأفكار و السلوكيات الانتحارية غالباً بشكل مباشر، فالسؤال عن التفكير الانتحاري لا يزرع بذرة الانتحار ولا يسبب الكدر، بل على العكس، قد تكون هذه هي الفرصة الأولى التي أتاحت للشخص للحديث عن أفكار انتحارية ربما كانت موجودة منذ زمن طويل.
- ويعد التنبؤ بالسلوك الانتحاري المستقبلي هدفاً راسخاً ومهماً، ويعتمد تقييم خطر الانتحار بشكل أساسي على الحكم الإكلينيكي للطبيب النفسي من خلال المعاينة العيادية وتطبيق المقاييس النفسية، ويُعدُّ "مقياس كولومبيا لتصنيف درجة خطورة الانتحار" (C-SSRS) ومقياس "بيك" لتصور الانتحار (BSI) من أهم المقاييس لتقييم الانتحار.
- حيث يُعدُّ مقياس كولومبيا لتصنيف درجة خطورة الانتحار مقياساً شاملاً، ويحتوي على 18 فقرة لتقييم أفكار و سلوكيات الانتحار وشدها وكثافتها ومتابعة التغير الحاصل، بالإضافة إلى ذلك يحتوي مقياس "بيك" لتصور الانتحار 19 فقرة لتقييم التفكير والتخطيط الانتحاري.

3-عوامل مهينة لإيذاء الذات والانتحار:

الشعور باليأس:

- وهو عامل أساسي في زيادة قابلية استعداد الفرد للانتحار.

تحول الغضب إلى الداخل:

- وهو رد فعل على الكراهية الذاتية الشديدة التي يمتلكها الفرد، أي عمل عدواني تجاه الذات يكون غالباً.

الشعور بالعار والذل:



- وهي وسيلة لمنع الإذلال العلني بعد هزيمة اجتماعية مثل الخسارة المفاجئة.

الضغوط الحياة:



- الضغوط المرتبطة بالصراع والانفصال والرفض، والمرتبطة بالسلوك الانتحاري في مرحلة المراهقة ومرحلة البلوغ المبكر.

تاريخ للعنوان والعنف:



- التاريخ المولد لمشاعر الغضب عاملاً كعامل نفسي يكمن وراء السلوك الانتحاري.

العوامل الاجتماعية:



- وهي العوامل المتعلقة بشعور الفرد بالوحدة وانفصاله عن المجتمع، أو استجابةً للتغيرات المفاجئة التي تحدث في حياة الفرد (مثل الطلاق، والمشاكل الأسرية التي تعطل مشاعر الارتباط بالمجموعة وتبعث الإحساس بالعدم).

العوامل البيولوجية:



- وهي العوامل المتعلقة بالاستعداد الوراثي للسلوك الانتحاري، ووجود نقص في الناقل العصبي السيروتونين لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين حاولوا الانتحار.

4-عوامل الخطورة المنبئة بإيذاء الذات والانتحار:

وجدت الدراسات العالمية والمحلية العديد من العوامل المرتبطة بارتفاع خطورة العزم على الانتحار وزيادة قابلية التنبؤ بحدوثه، مما يساعد على الكشف والتدخل المبكر للحالات كالتالي:

الحالة الاجتماعية:



■ معدل الانتحار بين الأشخاص الذين لم يسبق لهم الزواج يصل إلى ضعف معدل الانتحار بين المتزوجين، وتزيد المعدلات لدى الأشخاص المطلقين أو المنفصلين أو الأرمال.

الجنس:



■ معدل محاولات الانتحار أكثر بثلاث مرات لدى النساء، ومعدل إتمام الانتحار أكثر بمعدل أربعة أضعاف لدى الرجال، وهذا له علاقة بفعالية الفتك، فبينما تميل النساء إلى تناول جرعة مفرطة، يستخدم الرجال وسائل أكثر فتكاً مثل الأسلحة النارية.

العمر:



■ من النادر حصول محاولة انتحار قبل سن البلوغ، ويرتفع معدل الانتحار مع ارتفاع العمر، هناك تزايد في معدل الانتحار لدى فئة الشباب، حيث يُعدُّ السبب الثاني المؤدي للوفاة لدى الفئة العمرية من 15-24 سنة.

الوضع الاجتماعي والاقتصادي:



■ أثبتت الدراسات السابقة ارتباط الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والبطالة بمشكلة الانتحار.

الاضطرابات النفسية:



- أكثر من 90% من المنتحرين عانوا من اضطراب نفسي، والأكثر شيوعاً هو الاكتئاب بنسبة 80%.

تاريخ لمحاولة انتحار سابقة:



- وجود تاريخ مسبق لمحاولة الانتحار يُعدُّ من أهم عوامل الخطورة، حيث إن حوالي نصف الأفراد الذين قتلوا أنفسهم سبق أن حاولوا الانتحار، وترتفع الخطورة خلال الثلاثة أشهر التالية لمحاولة الانتحار.

الحالة الصحية:



- إن الإصابة بمرض مزمن مؤلم أو معيق يزيد من خطر الانتحار.

التنمر:



- تُظهر الدراسات بين طلاب المدارس المتوسطة والثانوية زيادة خطر الانتحار بين المتنمرين والضحايا على حد سواء، ويشمل ذلك التنمر الإلكتروني.

عوامل أخرى:



- هناك عوامل أخرى مرتبطة بالانتحار، تشمل: وجود تاريخ أسري للانتحار، المشاكل الأسرية، فقدان فرد من الأسرة بسبب الوفاة أو الانفصال، صدمات الطفولة، التعرض للتمييز العنصري، المثلية الجنسية، الوصمة تجاه الاضطرابات النفسية، الضغوط الأكاديمية، وانخفاض سلوك طلب المساعدة، التأثير المعدي بحالات انتحار لدى أفراد الأسرة مثلاً أو الأقران أو المشاهير.

5-علامات تحذيرية منبئة لإيذاء الذات والانتحار:

وهي تغيرات في السلوك والأداء تشير إلى الضيق وإمكانية حدوث الانتحار على المدى القصير، ووجود العلامات التحذيرية للانتحار يعطي انطباعاً أقوى بزيادة تنبؤ حدوث الانتحار مقارنةً بوجود عوامل الخطورة، وتتمثل تلك العلامات التحذيرية في:



التعبير عن الشعور باليأس، أو فقدان الأمل، أو العجز، أو انعدام القيمة.



التعبير عن عدم وجود سبب للعيش أو هدف في الحياة.



تعبير الشخص عن الشعور بالقيود أو بأنه عالق أو كونه عبئاً على الآخرين.



التهديد بإيذاء النفس أو إنهاء الحياة.



كثرة الحديث عن الموت أو الانتحار أو الكتابة عنه.



التعبير عن التخطيط للانتحار أو وجود دليل يثبت ذلك.



البحث عن وسائل لإيذاء النفس مثل الأسلحة أو الأدوية أو غيرها، أو الحصول عليها.





زيادة تعاطي الكحول أو المواد المخدرة.



الانسحاب من الأصدقاء والعائلة والمجتمع.



الاندفاع في السلوكيات المتهورة أو
الخطرة بدون تفكير.



الشعور بالغضب أو الانتقام.



تغيرات مزاجية مفاجئة مثل التهيج أو
التغيير المزاجي لحالة الهدوء.



تغيرات سلوكية أو تغيرات في الشخصية
غير معهودة سواء في محيط الأسرة أو
العمل.



توديع الأحباب بشكل مفاجئ، وفي أوقات غريبة.



إهداء الممتلكات الثمينة للآخرين بدون سبب.



الفصل الثالث

1. الوقاية من مشكلة إيذاء الذات والانتحار.
2. استراتيجيات الوقاية من إيذاء الذات والانتحار.
3. الجهود العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية.
4. أساسيات بروتوكولات السلامة في البيئة الجامعية.

1- الوقاية من مشكلة إيذاء الذات والانتحار:

إن الوقاية من إيذاء الذات والانتحار ليس أمرًا مهمًا للأفراد والأسر فحسب، بل يؤدي كذلك إلى رفاهية المجتمع ونظام الرعاية الصحية والاقتصاد بصفة كلية، حيث توجد بعض العوامل التي تقلل من احتمال حدوث التفكير أو السلوك الانتحاري، وهي الآتي:

- الرعاية الصحية النفسية المناسبة و الفعالة، وسهولة الوصول إلى مجموعة متنوعة من التدخلات السريرية وطلب الدعم والمساعدة

- وجود تواصل وعلاقة علاجية جيدة مع المختصين النفسيين، والحصول على الدعم منهم.

- مشاعر الارتباط القوي بالأشخاص والأسرة والمجتمع.

- الشعور بالمسؤولية تجاه الأسرة، أو وجود أطفال في المنزل.

- الحصول على دعم الأسرة والمجتمع.

- المعتقدات الثقافية والدينية التي تدعم غرائز الحفاظ على النفس، ولا تشجع على الانتحار.

- امتلاك المهارات المكتسبة في حل المشكلات، وحل النزاعات.

- امتلاك المهارات الشخصية الجيدة للتكيف مع الضغوط.

- تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار المميتة.

2- استراتيجيات الوقاية من إيذاء الذات والانتحار:

تعد الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من الانتحار والكشف المبكر عن الأفراد المعرضين لخطر الانتحار أو السلوك الانتحاري أمرًا ضروريًا، وقد تضمنت بعض استراتيجيات الوقاية والفحص المعتمدة ما يأتي:

سياسات الصحة العامة للحد من الوصول إلى الوسائل القاتلة:

- أجمعت معظم الدراسات على أن تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار وسيلة فعالة للوقاية منه، بما في ذلك: السيطرة على المسكنات ومنع الوصول إلى أماكن حدثت فيها حالات انتحار متعددة، وإغلاق أي أماكن تشكل خطرًا على حياة الطلاب، ووضع حواجز حول الأماكن المرتفعة.

تشجيع وسائل الإعلام المسؤولة على الإبلاغ عن الانتحار بطريقة احترافية:

- يمكن أن تؤثر التقارير الإعلامية عن الانتحار على سلوكيات الانتحار؛ فقد يؤدي الإبلاغ بطريقة احترافية مسؤولة إلى تقليل المخاطر.

التدخلات المجتمعية:

- تشمل المبادرات التثقيفية التي تستهدف عامة المجتمع، والتدخلات المجتمعية التي تركز على مهارات التأقلم وحل المشكلات، وتشمل إزالة الاكتئاب وعلاجه، وتقليل العزلة والعنصرية.
- تطوير برامج تدريبية ناجحة للوقاية من الانتحار لتلبية الاحتياجات الخاصة بالفئات الأكثر خطورة.

- يمكن للمدارس والجامعات تكثيف برامج وقائية مثل برامج التعلم الاجتماعي العاطفي (SEL).

- تعزيز المهارات الوالدية لتحسين العلاقات الأسرية وتعليم مهارات التأقلم وحل المشكلات.

تحسين الكشف عن الانتحار:



- يعد تدريب الأطباء والأشخاص الأكثر عرضة لمواجهة الأفراد ذوي الميول الانتحارية من بين أكثر إجراءات الوقاية من الانتحار فعالية، مما قد يساعد في اكتشاف بعض الأفراد المعرضين لخطر الانتحار.

تسهيل الوصول إلى خدمات الرعاية النفسية للأفراد المعرضين لخطر الانتحار:



قد يؤثر توفير الرعاية المناسبة وتنظيم الخدمات على قدرة نظام الرعاية الصحية على التدخل قبل محاولة الانتحار أو الوفاة بسبب الانتحار، كما تعد التدخلات في المواقع التي حدثت فيها حالات انتحار متعددة من الممارسات الواعدة للوقاية من **مشكلة الانتحار من خلال:**



- إضافة معلومات الطوارئ والأمن الجامعي في بطاقة الطالب.

- إضافة معلومات متعلقة بخدمات الصحة النفسية في البرامج أو الكتيبات الترحيبية للطلبة الجدد في الجامعة، مثل المعلومات حول مراكز الإرشاد النفسي، والعيادات النفسية داخل الجامعة إن وجدت، أو خارجها.

- إنشاء خط ساخن لتوجيه الطلاب للخدمة المناسبة وكيفية الوصول إليها.

3- الجهود العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية:

في السنوات الأخيرة زادت جهود الجامعات على المستوى العالمي لوضع سياسات للتعامل مع حالات إيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية، هذه الجهود تركز بشكل كبير على الوقاية، حيث إن الطريقة الأمثل لتفادي وقوع حالات الانتحار وإيذاء الذات في الحرم الجامعي هي الكشف المبكر عن الحالات عالية الخطورة وتقديم المساعدة لها، وتشمل هذه المبادرات والجهود بشكل عام الآتي:

1 برامج التدريب وورش العمل الموجهة للأشخاص الذين قد يتعاملون مع الطلبة ذوي الميول الانتحارية، كأعضاء في هيئة التدريس والأمن و وحدات التوجيه والإرشاد، أو حتى بين الطلبة أنفسهم، إضافة إلى ذلك زيادة التعاون مع الجهات المحلية (شرطة، إسعاف).

2 عمل أدلة وبروتوكولات واضحة تعنى بالتعامل مع الحالات الطارئة، وتستعين الجامعات بما يتوافر من قواعد ارشادية وإطارات توجيهية من وزارات التعليم العالي، أو الجهات غير الربحية المعنية بالصحة النفسية للطلبة.

3 تعزيز الصحة النفسية ومنع الانتحار والاستجابة للأزمات **ضمن أربع نطاقات عامة هي:**

تعزيز العوامل الوقائية والمرونة النفسية.



التدخل المبكر.



توفير الخدمات النفسية.



الأمان في البيئة الجامعية.



4

تطوير المهارات الحياتية اللازمة المتعلقة بتعلم المهارات الاجتماعية كعوامل حماية قوية تُسهمُ في التكيف في الأوقات الصعبة، وزيادة المرونة النفسية لتقليل احتمال الانتحار لدى الطلاب.

5

تقديم البرامج التوعوية في الجامعات التي لها دور فعال في الحماية من الانتحار.

6

تعزيز الترابط الاجتماعي وتقديم مظاهر الدعم الاجتماعي قد يمنع خطر الانتحار لدى طلاب الجامعات، في حين أن التعاملات القائمة على الصراع قد تُسهمُ في زيادة المخاطر، سواءً على مستوى الأسرة أو على مستوى الجامعة.



7

التعرف على الطلاب ذوي الخطورة العالية من خلال تدريب الموظفين المعنيين على معرفة العلامات التحذيرية لخطر الانتحار الوشيك وتحديدتها، ثم المساعدة في توصيل المساعدة المهنية اللازمة للأفراد المعرضين لخطر الانتحار.

8

تثقيف المنتسبين إلى الجامعات وأعضاء هيئة التدريس للتعرف على علامات التفكير أو السلوك الانتحاري والاستجابة لها.

9

استخدام فحوصات الصحة النفسية الطوعية عبر الإنترنت لتشجيع طلاب الجامعات المعرضين للخطر الذين لم يُعالجوا سابقاً على السعي إلى طلب المساعدة، وتلك الفحوصات قد تُسهم في تخفيف القلق و الاكتئاب والتوتر عند الطلبة.

10 إصدار بطاقات هوية للطلاب تتضمن أرقام مصلحة الطوارئ و خطوط المساعدة والمساعدة المتوافرة.

11 الخط الساخن للطلبة الجامعيين يعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع ليتم الوصول إليه في حالات الطوارئ، توفر هذه الخطوط الدعم النفسي بطريقة تحترم الخصوصية وخالية من الأحكام المسبقة للأفراد في أوقات الأزمات الشخصية.

12 توفير خدمات الصحة النفسية للطلبة من خلال نماذج "الرعاية المشتركة" التي تدعم التكامل الفعال للخدمات الطبية المختلفة في الجامعات، فيما يختص بالخدمات النفسية المتعلقة بالتحويل والعلاج.

13 اتباع بروتوكولات إدارة الأزمات داخل البيئة الجامعية.

14 تقييد الوصول إلى الوسائل القاتلة والحد منها في الحرم الجامعي.

15 عمل خطة استراتيجية لدراسة كل من هذه العوامل ومدى فاعليتها للتعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار وتحقيق بروتوكولات السلامة في البيئة الجامعية.

4-أساسيات بروتوكولات السلامة في البيئة الجامعية:

1

الاستجابة:

■ من هي الجهة المبلغة؟ الطالب، الأستاذ الجامعي، الموظف، الأسرة؟

■ من هي الجهة التي يتم التبليغ لها؟

■ كيف يتخذ القرار؟ حتى في حال رفض الطالب للمساعدة.

■ ماهي الاتفاقيات الموجودة مع الجهات المحلية (مثال: الإسعاف – الجهات الأمنية ... إلخ)

2

هل الطالب بحاجة إلى التحويل:

■ التحويل إلى العيادة؟ زيارة الطوارئ، أو التنويم؟

■ من الجهة التي يتم التحويل لها؟ أي عيادة؟ أي مستشفى؟

■ متى يعود الطالب للدراسة في حالة التنويم؟

3

تكوين خطة متابعة لبعء الأزمة:

- تصب في مصلحة الطالب والمجتمع.
- المتابعة مع تحديد مدى احتمال التدخل مستقبلاً.

4

التوثيق لهذه المواقف بخصوصية وسرية:

5

معالجة القضايا الأخرى ذات الصلة:

- مثال، الدراسة عن بعد، أو تغييرات دراسية أخرى.

6

تطوير بروتوكول للتواصل في حالات الطوارئ:

- من المهم إضافة رقم طوارئ في سجل الطالب للتواصل، وتحديد الحالات التي يتم فيها اختراق خصوصية الطالب لأجل السلامة.

7

تطوير بروتوكولات للإجازات والعودة الى الدراسة:

- تحديد متى يحق للجامعة فرض أخذ إجازة على الطالب لسلامته، ومتى تكون العودة ملائمة، وأي جهات يجب إخطارها.

الفصل الرابع

1. التدخل السريع والاستجابة لإيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية.
2. التدخلات اللازمة للتعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار.
3. تحديات التعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار في الجامعات السعودية.

1-التدخل السريع والاستجابة لإيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية:

قواعد عامة عند الاستجابة للحالات الطارئة:



- التزام الهدوء، مع عدم إصدار الأحكام، وإظهار الاهتمام، والتطمين بأن هناك من هو قادم للمساعدة.
- شجعهم على التحدث واستمع إليهم بدون الحكم على أفكارهم ومشاعرهم، وتفاد إعطاء النصائح السطحية.
- إذا كنت تشعر بالقلق من وجود أفكار انتحارية من المهم أن تأخذ ما يقوله على محمل الجد والتصرف على الفور.
- السؤال المباشر إذا كانت هناك أفكار انتحارية أو نية على الاقدام على الانتحار وتأكيد أن هذا السؤال لن يشجع على الفكرة أو يؤصلها في أذهانهم.
- في التعامل مع هذه الحالات، مسؤوليتك الأولى هي التأكد من بقائك آمناً في حال وجود أي خطر على سلامتك (في حال كان هنالك تهديد باستخدام آلة حادة أو نحوها).
- تأكد دائماً من طلب المساعدة.
- في حال وجود خطر وشيك في أي ساعة من ساعات العمل يتم الاتصال فوراً برقم الأمن الجامعي أو الطوارئ اتباع بروتوكولات جامعتك للتعامل مع الحوادث الحرجة، وتفعيل فقط التدخل في الأزمات.
- تلق الدعم النفسي كشخص كان على مقربة للتعامل مع حالات الانتحار.

الاستجابة لعلامات الخطر:



من المهم أولاً معرفة علامات الخطر الوشيك وهي كالتالي:



<ul style="list-style-type: none"> ■ تناول جرعة زائدة. ■ تناول سم. ■ الإصابة بجروح خطيرة. ■ وجود نزيف. ■ دلالات على المحاولة كفقدان الوعي أو تغير حالة الوعي. 	محاولة	1
<ul style="list-style-type: none"> ■ التهديد بإيذاء نفسه أو الآخرين. ■ التصرف بطريقة غير آمنة أو لا يمكن السيطرة عليها. ■ مشاركة نيته على الاقدام على الانتحار، خطة للانتحار، أو رسالة انتحارية. 	تمهيد	2

1 في حال وجود علامات انتحارية، ولكن الخطر ليس وشيكاً:

1

في حال كان الطالب / الطالبة يعاني من أفكار انتحارية، ولكن ليس لديه أي من علامات الخطر الوشيك يتم الاتصال بخدمة الدعم الجامعي المناسبة (وحدة الدعم النفسي أو العيادة النفسية) لطلب الدعم في أقرب وقت ممكن وتسهيل الوصول لهذه الخدمات.

2

في حال أظهر الطالب علامات عالية الخطورة واحتمالية حصول خطر وشيك التزم الآتي:

1 إذا كنت متواجداً في نفس المكان، فابق معه أو قم بترتيب تواجد شخص آخر حتى وصول الأمن والخدمات الاسعافية، ويفضل أن تكون مع شخص آخر في الموقع، بالإمكان الاستعانة بزميل.

2 إذا كان ذلك مناسباً وآمناً للقيام به، فكر في إزالة إمكانية الوصول إلى أي أداة تساعد على الانتحار أو الأذى (مثل الأدوات الحادة أو الأدوية).

3 إذا كنت على تواصل مع الشخص عن بعد، فابق على اتصال معه حتى وصول خدمات الطوارئ له.

في حال كان الطالب / الطالبة داخل الجامعة:



■ إذا كنت على اتصال مباشر معه، بالإمكان سؤاله مباشرة عما إذا كان لديه أفكار انتحارية وإذا كان لديه خطة لكيفية القيام بذلك.

■ إذا كنت غير متواجد في الموقع، استفسر عن الموقع، اطلب مساعدة زميل، توجه الى الموقع، واطلب مساعدة الأمن الجامعي.

في حال كان الطالب / الطالبة خارج الجامعة:



اسأل عن الموقع، التفاصيل، تأكد من وجود رفقة معهم، وتواصل مع رقم الطوارئ.

في حال أقدم الطالب/الطالبة على الانتحار:



■ الخطوة الأولى التي يجب على أي موظف في الجامعة القيام بها الاتصال على الفور برقم الحالات الطارئة والإسعاف واتباع سياسات المؤسسة التعليمية للحالات الحرجة.

■ حافظ على سلامة المحيطين، وخذهم إلى مكان خاص، و نقلهم إن كان ممكناً.

2-التدخلات اللازمة للتعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار:

بمجرد اكتشاف خطر إيذاء الذات والانتحار لدى شخص، لا بد من العمل وفق **سياق التدخلات في الأزمات من خلال:**

الخط الساخن:



■ أثبت الخط الساخن للأزمات فائدته في تقليل إلحاح الأزمة الانتحارية وتحسين الصحة النفسية.

العلاج النفسي:



■ هناك فعالية متوسطة للعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج السلوكي الجدلي في التقليل بشكل كبير من السلوك الانتحاري وإيذاء النفس غير الانتحاري.

العلاج الدوائي:



- تساعد بعض أنواع مضادات الاكتئاب في تقليل خطر الانتحار لدى الأشخاص الذين يعانون من إصابات المزاج والحد من السلوكيات الانتحارية.

متابعة الرعاية:



- هناك أساليب مختلفة لمتابعة رعاية الأفراد الذين لديهم أفكار أو محاولات انتحارية، على سبيل المثال: إدارة الحالات المكثفة، وتدخلات الاتصال الموجزة باستخدام الهاتف أو الرسائل وفقاً لجدول زمني منظم على مدار فترة زمنية مستمرة، و تستخدم تدخلات الاتصال الموجزة والاتصال المستمر المباشر، وهي لا تتضمن أي علاج نفسي، بل توفر فقط الدعم أو التثقيف النفسي.

الرعاية في أقسام الطوارئ:



- يمكن أن تكون زيارات قسم الطوارئ مؤشراً مفيداً لكشف الاحتياجات التي لم تلبَّ في خدمات الصحة النفسية، ومساعدة الأفراد الذين يعانون من السلوكيات والأفكار الانتحارية، والجدير بالذكر أنه حوالي ربع الوفيات الناجمة عن الانتحار تحدث في غضون ثلاثة أشهر بعد خروجهم من الخدمات الصحية.

3-تحديات في التعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار في الجامعات السعودية:

من خلال التواصل مع المختصين والخبراء في الجامعات السعودية ومناقشة التحديات التي قد تواجهها الجامعات للتصدي لمحاولات إيذاء الذات والانتحار في الحرم الجامعي، صيغَتِ التحدياتُ على مستوى الجامعة وعلى مستوى الطلبة بالشكل الآتي:

التحديات على مستوى الجامعات:

1 مشكلة الانتحار بحاجة إلى مزيد من الدراسة لمعرفة ملامحها وتأثيراتها والعوامل المسهمة في وقوعها.

2 التردد في طلب المساعدة والدعم النفسي بسبب الوصمة حول الانتحار هو من أسباب تأخيرها.

3 عدم وجود برامج تدريبية كافية للموظفين وأعضاء هيئة التدريس للتعامل مع الحالات الانتحارية وإيذاء النفس، وبشكل خاص العاملين في المراكز الطبية الجامعية، وأعضاء هيئة التدريس، والأمن الجامعي.

4 زيادة الاحتياج للمختصين النفسيين والاجتماعيين لتكوين فرق متخصصة للتعامل مع الحالات العالية الخطورة.

5 اختلاف البنية التحتية للجامعات السعودية، فالبعض لديها مستشفيات بأقسام نفسية تسهل تلقي العلاج وأخرى لا يتوافرُ فيما هذه الخدمات.

6 الحاجة إلى وجود سياسات واضحة ومبسطة للتعامل مع الأزمات النفسية، حالات الانتحار وإيذاء النفس.

7 التوتر في التعامل مع هذه المواقف من قبل المعرضين للتعامل معها والخوف من المسؤولية والقضايا القانونية.

8 عدم وضوح الآليات أو التشريعات الموجودة، قد تكون واضحة للمختصين في المجال النفسي، ولكن ليس لباقي المنتسبين للجامعة.

9 اللُّبْسُ في فهم طبيعة أزمة الانتحار الذي قد يؤدي إلى التعامل معها بطابع إداري أكثر من حقيقة كونها أزمة نفسية سلوكية.

التحديات على مستوى الطلبة:

1 الطلبة الذين لديهم مستوى عال من احتمال الإقبال على الانتحار هم الأقل في طلب المساعدة في العادة، وهم الأقل في تلقيها أيضاً.

2 عدم توافر الوقت لطلب المساعدة.

3 صعوبة الوصول إلى المساعدة، وعدم وجود مواعيد متاحة لها، أو انتهاء ساعات العمل الرسمية المخصصة لها، أو عدم موجود إعلان كاف عن الخدمات المتوفرة.

4 عدم إدراك حجم المشكلة المتعلقة بالخطر الناجم عن وضعهم النفسي.

5 الوصمة والشعور بالعار.

6 اليأس، أو الاعتقاد بعدم وجود داعٍ للعلاج، أو عدم وجود فائدة مرجوةٍ من طلب المساعدة.

7 القلق على الخصوصية، وهو من أهم العوائق لطلب المساعدة.

8 الضغوط الأكاديمية، خاصة المفاجئة منها، فقد تسبب إلى إقدام الطالب باندفاع على الانتحار داخل الجامعة.

9 سهولة الوصول إلى مواقع معروفة بانتحار طلبة آخرين، أو الوصول إلى أماكن معزولة.

10 الخوف من الأسرة واعتراضهم على العلاج النفسي، مما يصل أحياناً إلى درجة الامتناع من العلاج.

الفصل الخامس

1. السياسات والإجراءات الدولية في مجال إيذاء الذات والانتحار في الجامعات.
2. بروتوكول الجامعات العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار.
3. السياسات والتشريعات في مجال إيذاء الذات والانتحار بالجامعات السعودية.
4. مقترح للتشريعات المتعلقة بالوقاية من إيذاء الذات والانتحار في السعودية.

1- السياسات والإجراءات الدولية في مجال إيذاء الذات والانتحار في الجامعات:

تعد محاولة الطالب إيذاء الذات والانتحار حدثاً مؤلماً لأي مجتمع جامعي، وقد يكون اتخاذ القرارات بشأن الطلاب الذين يعانون من الأزمات النفسية أو المعرضين لخطر الانتحار أمراً صعباً على العديد من المستويات، لذلك يجب اتخاذ القرارات بناء على معطيات كل حالة بشكل منفرد؛ ويجب أن تأخذ تلك القرارات بعين الاعتبار ما يسمح به القانون وما يُعدُّ ممارسة جيدة في هذا المجال.

هناك العديد من الجوانب القانونية التي لابد من أخذها بعين الاعتبار عند استحداث السياسات والإجراءات في البيئة الجامعية:



أولاً: واجب الرعاية:

وتكون الرعاية باتخاذ الإجراءات المعقولة في ظل الظروف الملائمة لحماية الطالب من أخطار الإصابة التي يمكن توقعها بشكل معقول، وتتضمن الرعاية الخطوات الآتية:



- ينبغي إجراء تقييم المخاطر من قبل مختص ممارس في الصحة النفسية.

- يجب وضع خطة إدارة فردية لرصد الصحة النفسية للطلاب الذي أبدى أفكاراً أو سلوكيات انتحارية، وكذلك لتقييمها وإدارتها ودعمها ومراجعتها.

- إذا كان التفكير أو السلوك الانتحاري يشكل خطراً جسيماً على الطالب أو الآخرين، فيجب تحويله بشكل مباشر إلى الطوارئ تحت إشراف أمن الجامعة بعد التدريب، ثم متابعته عند عودته إلى الحرم الجامعي.

- ينبغي تجنب مطالبة الأفراد غير المدربين في الجامعة بتحمل مسؤولية متابعة الحالات.
- التواصل مع المختصين الآخرين الذين قد يقدمون المساعدة على سبيل المثال الطبيب أو المعالج النفسي، أو أي ممارس طبي آخر.
- إحالة الحالات الطارئة للخدمات النفسية خارج الجامعة، حيث إن الخدمات في الجامعة قد تكون محدودة كمّاً وكيفاً.
- المتابعة والتواصل مع الحالات التي توقفت عن العلاج، والمتابعة وتوثيق جميع المحادثات ومحاولات التواصل.
- توفير الدعم والإحالات المناسبة للطلاب والموظفين الذين قد يتأثرون سلباً من حالات الانتحار لدى الطلبة.
- إجراء جلسات تثقيفية حول الصحة النفسية والرفاه النفسي للموظفين والطلاب والمجتمع الجامعي.

ثانياً: الخصوصية: المعلومات الشخصية والصحية:

1 الموظفين وأعضاء هيئة التدريس الذين يجمعون المعلومات الشخصية والأكاديمية للطلاب الذي يظهر تفكيراً أو سلوكاً انتحارياً، ويكشفون عن تلك المعلومات أو يستعملونها ويديرونها يجب عليهم الالتزام بخصوصية المعلومات.

2 لا يجوز للطلاب تقييد الوصول إلى معلوماته من قبل المسؤول الجامعي الذي لديه واجب شرعي برعاية مصلحة الطالب وضمان سلامته، وإبلاغ المختصين للدعم أو الأهل لحماية الطالب من إيذاء نفسه.

3

يجب على الموظفين الذين يقومون بجمع أو استخدام أو الكشف عن أو إدارة المعلومات الصحية للطالب الذي أظهر تفكيراً أو سلوكاً انتحارياً الالتزام بخصوصية المعلومات، لكن هذه الخصوصية ليست مطلقة، فقد يتم السماح بإفشائها للمختصين الآخرين أو المسؤولين في حالة خطورة حالة الطالب الذي يمكن أن يؤذي نفسه أو الآخرين.

4

يجب على الطبيب مناقشة حدود السرية مع الطالب في بداية العلاقة العلاجية.

5

يجوز للطالب الموافقة على نشر المعلومات عن طريق التوقيع على نموذج نشر المعلومات يوضح المعلومات التي يمكن نشرها والجهة المعنية بها ومدة النشر.

6

يجب على المختص النفسي تشجيع الطالب وتقديم الدعم له لإخطار جهة اتصال الطوارئ الخاصة به (على سبيل المثال، أولياء الأمور)، وإن كانت هناك حاجة إلى إجراء إخطار لا إرادي، فيجب التفكير بعناية في نطاق الكشف أو حدود المشاركة.

ثالثاً: مكافحة التمييز ، و ضمان تكافؤ الفرص:

1

يجب على الجهة التعليمية عدم التمييز ضد الطالب على أساس الإعاقة كالفقدان الكامل أو الجزئي للوظائف الجسدية أو النفسية.

2

عندما تقرر الجامعة إعطاء الطالب إجازة بسبب حالته النفسية، فيجب أن يكون بناء على وجود تهديد مباشر، أي أن الطالب يشكل بسلوكه خطراً كبيراً على نفسه وعلى الآخرين، وليس بناء على مجرد خطر بسيط أو تخميني بعيد.

3

يُنصح أن تتجنب الجامعات التصريحات بحظر سلوك انتحار أو إيذاء للنفس وإصدار إيقاف إجباري، حيث إنها تزيد الوصمة، وتقلل من احتمال طلب المساعدة عند ارتفاع الخطر.

4

الطلاب غالباً على علم أكثر من أعضاء هيئة التدريس أو الإداريين بأقرانهم من الطلاب الآخرين الذين قد يكونون معرضين للخطر، ولذلك، تعد مساعدتهم عنصراً أساسياً في أي برنامج فعال لمنع الانتحار.

رابعاً: مسؤولية الجامعات اتجاه الطالب في حال أقدم على الانتحار:

العلاقة التي تربط الطالب بالجامعة تفرض واجباً قانونياً على الجامعة يقضي بوجوب اتخاذ إجراءات على الأقل في الحالات التي تعلم فيها أن لدى الطالب تهديدات انتحارية، وتتحمل المسؤولية في حال إقدام الطالب على الانتحار، وفشلوا في اتخاذ الخطوات اللازمة لحمايته، كتقديم المساعدة، وإعلام ذويه بحالته أو توفير الحد المناسب من أدوات المساعدة.

2- بروتوكول الجامعات العالمية للوقاية من إيذاء الذات والانتحار:

نظرًا لنقص وجود أدلة إرشادية منهجية وشاملة حول الوقاية من الانتحار في البيئة الجامعية، أصدرت مؤسسة (JED) في الولايات المتحدة الأمريكية "إطار عمل تطوير بروتوكولات للطلبة الذين يعانون من هاجس الانتحار" منقحًا من قبل كبار المسؤولين في الجامعات والمختصين في الصحة النفسية والمحامين، حيث يزود هذا المرجع الجامعات - بغض النظر عن حجمها وثقافتها ومواردها - بقائمة من القضايا التي يجب مراعاتها عند صياغة أو مراجعة البروتوكولات المتعلقة بإدارة الطالب الذي يعاني من أزمة حادة أو يتعرض لخطر الانتحار، يشمل ذلك الإطار **ثلاثة موضوعات رئيسية هي:**

تطوير بروتوكول الأمان.



تطوير بروتوكول إشعار جهات الاتصال في حالة الطوارئ.



تطوير بروتوكول الإجازة والعودة منها.



م	السياسات	الإجراء
1	بروتوكول الأمان.	<p>أ) الاستجابة تجاه الطالب الذي يعاني من أزمة حادة أو يتعرض لخطر الانتحار من خلال الخطوات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ إعداد مسؤول جامعي (مثل عميد الطلاب) أو شخص آخر معني في الأزمة (مثل زميل غرفة السكن) لتحديد الطالب الذي قد يكون معرضاً لخطر الانتحار. ■ يشمل ذلك كيفية اكتشاف وتقييم الطالب المعرض للخطر، وكيفية تحويله للتقييم، ومن يتم التواصل معه في هذه الحالة للحصول على معلومات إضافية، ومتى يتم توقيع الطالب على نموذج نشر المعلومات أو عقد خطة الأمان، وكيفية التصرف عندما يرفض الطالب الذي يحتاج إلى المساعدة تلك المساعدة، وكيفية التصرف في حالة محاولة الانتحار، وتوفير مؤهلين للقيام بالإسعاف، والتحويل للطوارئ. ■ تطوير مذكرات تفاهم أو أي نوع آخر من الاتفاقات مع الشرطة أو الإسعاف أو خدمات الصحة النفسية خارج الجامعة. ■ تشكيل فرق التدخل السلوكي المتعددة التخصصات لتطوير السياسات وتنفيذ البروتوكولات المتفق عليها لتعزيز سلامة وأمن الحرم الجامعي. ■ تطوير خطة لمتابعة الطالب بعد الأزمة، بما في ذلك موعد السماح بالعودة للدراسة.
		<p>ب) توثيق المعلومات حول الطالب الذي يعاني من أزمة حادة أو يتعرض للخطر، وتحديد المسؤولين عن التوثيق، وكيفية الاحتفاظ بتلك المعلومات التي يتم توثيقها حول حالة الطالب والمحافظة على خصوصيتها.</p>
		<p>ت) اتخاذ خطوات بشأن تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار القاتلة على المستوى الفردي وعلى مستوى الجامعة.</p>
		<p>ث) تحديد كيفية الإبلاغ عن حالات الانتحار في الجامعة لوسائل الإعلام.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ■ الاستعداد لضرورة إشعار جهات اتصال الطوارئ وتحديدتها. ■ تحديد ما إذا كان سيتم إشعار جهات اتصال الطوارئ بشكل مباشر وبدون موافقة الحالات ومتى يتم ذلك.
		<ul style="list-style-type: none"> ■ تحديد ما إذا كانت الإجازة النظامية تصب في مصلحة الطالب من خلال موازنة رغبته في البقاء في الجامعة مع الخدمات والدعم الذي تستطيع الجامعة تقديمها. ■ تنظيم عملية إعادة الدخول للطالب العائد من الإجازة.
		<ul style="list-style-type: none"> ■ التواصل مع الطالب، جهة الاتصال في حالات الطوارئ، وموظفي الحرم الجامعي بشأن الإجازة.
2	تطوير بروتوكول إشعار جهات الاتصال في حالة الطوارئ.	<ul style="list-style-type: none"> ■ تحديد ما إذا كانت الإجازة النظامية تصب في مصلحة الطالب من خلال موازنة رغبته في البقاء في الجامعة مع الخدمات والدعم الذي تستطيع الجامعة تقديمها. ■ تنظيم عملية إعادة الدخول للطالب العائد من الإجازة.
		<ul style="list-style-type: none"> ■ التواصل مع الطالب، جهة الاتصال في حالات الطوارئ، وموظفي الحرم الجامعي بشأن الإجازة.
3	تطوير بروتوكول الإجازة والعودة منها.	<ul style="list-style-type: none"> ■ تحديد ما إذا كانت الإجازة النظامية تصب في مصلحة الطالب من خلال موازنة رغبته في البقاء في الجامعة مع الخدمات والدعم الذي تستطيع الجامعة تقديمها. ■ تنظيم عملية إعادة الدخول للطالب العائد من الإجازة.
		<ul style="list-style-type: none"> ■ التواصل مع الطالب، جهة الاتصال في حالات الطوارئ، وموظفي الحرم الجامعي بشأن الإجازة.



3-السياسات والتشريعات في مجال الانتحار بالجامعات السعودية:

لا توجد سياسات أو تشريعات منشورة بخصوص مشكلة الانتحار في الجامعات السعودية، لذا فقد عُقدت مجموعة من اللقاءات و شكلت مجموعات التركيز مع أعضاء لجنة تعزيز الصحة النفسية في الجامعات السعودية لمعرفة الوضع الراهن للسياسات والتشريعات التي تُطبَّق حاليًا في الجامعات السعودية. شكل عام، يبدو أن غالبية الجامعات السعودية لا تمتلك سياسات موثقة رسمية للوقاية والتعامل من الانتحار وإيذاء النفس في الحرم الجامعي، وبرامج الوقاية الموجودة توعية عامة لكافة الطلبة الجامعيين وليست مخصصة للذين لديهم عوامل خطورة للانتحار ويمكن توضيح التفاصيل على النحو الآتي:

السياسات	الإجراء	الوضع الراهن
<p>بروتوكول الأمان.</p> <p>الاستجابة تجاه الطالب الذي يعاني من أزمة حادة أو معرض لخطر الانتحار.</p>	الآليات الحالية.	<ul style="list-style-type: none"> لدى معظم الجامعات آليات متعارف عليها وليس بالضرورة سياسات موثقة.
	عقد خطة الأمان.	<ul style="list-style-type: none"> عقد خطة الأمان: بشكل عام لا يوجد خطة أمان.
	مذكرات تفاهم.	<ul style="list-style-type: none"> معظم الجامعات ليس لديها مذكرات تفاهم مع الشرطة أو أي نوع آخر من الاتفاقات الخاصة بحالات الانتحار، أو الإسعاف، أو خدمات التنويم شفهيًا، أو كتابيًا.
	فرق التدخل السلوكي متعددة التخصصات.	<ul style="list-style-type: none"> غير متوفرة في أغلب الجامعات، ولكن بعض الجامعات لديها فرق لدراسة حالات الانتحار تتكون من أطباء نفسيين، ومختصين نفسيين واجتماعيين، وأعضاء هيئة تدريس، وبعض العمادات المعنية، والأمن.
	برامج لتدريب الموظفين على التعامل مع حالات الانتحار.	<ul style="list-style-type: none"> غير متوفرة في معظم الجامعات، لكن البعض ذكر وجود برامج للمختصين وعناصر الأمن، أو برامج شاملة لكافة الموظفين.
	خطة متابعة الطالب بعد الأزمة.	<ul style="list-style-type: none"> ليس بالضرورة أن تكون محددة أو تفصيلية، ولكن بشكل عام تكون المتابعة مع العيادة النفسية إن وجدت و مع خدمات الإرشاد النفسي والأكاديمي، كما ذكر أحد ممثلي الجامعات بأنه يتم أحيانًا عمل تغييرات أكاديمية بناءً على وضع الطالب إن استدعى الأمر، كعمل لجان خاصة للاختبارات في بعض الحالات؛ كذلك من المهم تحويل الطالب بعد التخرج وتزويده بمصادر نفسية.
	الخط الساخن.	<ul style="list-style-type: none"> لا يتوافر في معظم الجامعات، ولكن بعض الجامعات لديها خط ساخن يتم التناوب عليه من قبل أخصائيين نفسيين واجتماعيين في الجامعة أو سكرتير يوجه الحالة حسب خطورتها. وفي حال عدم وجود خط ساخن، يتم تزويد الطلبة بأرقام تواصل خلال أوقات الدوام وخارجه.
	توفير أخصائيين نفسيين مؤهلين لعمل العلاج النفسي.	<ul style="list-style-type: none"> لا تتوفر خدمة العلاج النفسي في العديد من الجامعات بسبب عدم وجود أخصائيين نفسيين مؤهلين لذلك.
التحويل الطبي للمواعيد.	<ul style="list-style-type: none"> هنالك بعض الصعوبات في التحويل خاصة لدى الجامعات التي لا تتوفر بها عيادات نفسية. إحدى الجامعات لديها اتفاقية مع أحد المستشفيات للحصول على مواعيد مبكرة. 	

م	السياسات	الإجراء	الوضع الراهن
		الخصوصية.	<ul style="list-style-type: none"> لا يوجد قوانين واضحة ومحددة في هذا الصدد.
		كتابة التقارير.	<ul style="list-style-type: none"> تواجه الجامعات تحديات للمحافظة على الخصوصية في هذه الحالات تحديداً.
		مكان التوثيق.	<ul style="list-style-type: none"> تختلف باختلاف الخدمات والمراكز في الجامعات منها ملفات طبية ، الكترونية ، ورقية.
		اتخاذ خطوات بتشأن تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار القاتلة على المستوى الفردي وعلى مستوى الجامعة.	<ul style="list-style-type: none"> هنالك بعض التجارب لبعض الجامعات، مثل إغلاق مكان مرتفع، إضافة كاميرات في بعض المناطق في الجامعة، وذلك بناءً على تعاميم من إدارة الجامعات المعنية.
		تحديد كيفية الإبلاغ عن حالات الانتحار في الجامعة لوسائل الإعلام.	<ul style="list-style-type: none"> لا يتم التواصل مع هذه الجهات الإعلامية أو نشر خبر حول ذلك.
2	تطوير بروتوكول إشعار جهات الاتصال الطوارئ. في حالة الطوارئ.	إشعار جهات الاتصال في حالة الطوارئ.	<ul style="list-style-type: none"> لا توجد آليات محددة، يتم ذلك غالباً عن طريق الأمن والسلامة كأى حالة طوارئ أخرى، أو المختصين.
3	تطوير بروتوكول الإجازة والعودة منها.	الإجازة والعودة منها.	<ul style="list-style-type: none"> يتم ربط عودة الطالب في الحالات العالية الخطورة بتقرير يوضح بأن الطالب يتلقى العلاج ومستعد للعودة، أما بخصوص الرعاية النفسية أثناء الإجازات المطولة والصيفية، فتختلف الجامعات في إمكانياتها وتوافر المراكز الطبية، وبالتالي توافر الخدمات طوال العام، حيث إن تقديم الرعاية النفسية قد لا يتوافر أثناء الإجازات الصيفية الرسمية للأكاديميين.

4-مقترح للتشريعات المتعلقة بالتعامل مع إيذاء الذات والانتحار في الجامعات السعودية:

يجب الأخذ في عين الاعتبار عند كتابة وتطبيق أي تشريعات متعلقة بإيذاء الذات أو الانتحار الآتي:

1 اتخاذ الوقاية من الانتحار أولوية متعددة القطاعات بغض النظر عن الموارد.

2 وجوب أن تكون التشريعات مصممة بحيث تراعي التنوع.

3 تخصيص الموارد المالية والبشرية والزمنية لضمان الاستدامة في تطبيق التشريعات.

4 التخطيط الفعّال للأنشطة، والتعاون لتحقيق النتائج المرجوة.

5 تقييم التشريعات والاستفادة من نتائج التقييم لتحسين الإجراءات والصحة النفسية في الجامعات.

مع التأكيد على أن:

1 الانتحار مشكلة طبية وليست سلوكية أو أكاديمية والتعامل الأساسي مع الطالب يجب أن يكون طبيًا ونفسيًا وليس إداريًا أو أكاديميًا.

2

الجامعة جهة أكاديمية وليست طبية، فهي تختلف عن المستشفى.

3

أن الغرض من التشريعات هو الآتي:



الوقاية من الانتحار.



معرفة كيفية إيصال المساعدة للطالب.



ضمان الأمن والسلامة للجميع ومنع حصول تهديدات أو محاولات انتحار أمام الآخرين.

4

تنسيق الجوانب الأكاديمية المتعلقة بالإيقاف والإجازات والعودة، حيث إنه لابد أن تكون من قبل لجنة طبية، ويُفضل أن تكون من خارج الجامعة.

5

عند كتابة أي تشريعات متعلقة بالانتحار، يجب أن تنتبه الجامعات ألا يكون هناك تعارض مع التشريعات القانونية المتعلقة بالصحة النفسية.

6

يجب أن تكون التشريعات عبارة عن قواعد عامة واضحة، حيث يتاح للجامعات المرنة في التطبيق حسب إمكانياتها، نظراً لاختلاف البنية التحتية للجامعات.

5-مقترح بروتوكولات لإدارة الأزمات:

يفضل أن تكون الآلية المتبعة بسيطة لا تستدعي الكثير من التفكير والبحث والتواصل مع جهات مختلفة، فالآليات الأكثر تعقيداً قد تسبب صعوبة في التطبيق، وذلك من حيث الجوانب الآتية:

التقييم:

من المهم أن تُقيّم الخطورة عن طريق شخص مختص يراعي ما يأتي

- الاتصال بمركز الإرشاد النفسي في الجامعة عند التشخيص بالأفكار الانتحارية.

- التواصل مع أمن الجامعة الذي بدوره يتواصل مع الإسعاف، ويبلغ الأسرة عن صدور التهديد بالانتحار، أو محاولة الانتحار.

التقارير:

- يُفضل أن تكون مختصرة جداً، الاكتفاء بتوضيح بأن الطالب يتابع في المركز، ويتلقى العلاج، بدون تفاصيل طبية أو شخصية احتراماً لخصوصية الطالب.

التوثيق: 

- لابد من وجود ملفات خاصة يطلع عليها فقط الموثق للمعلومات النفسية والطبية، وعدم كسر حاجز الخصوصية بما يتوافق مع ما جاء في تعليمات وزارة الصحة.

المتابعة بعد الأزمة: 

- بعد مرور الأزمة والعودة، تشجيع الطالب على المتابعة مع المختص النفسي وتجنب العقد السلوكي الذي يجبر الطالب على إكمال العلاج فترة دراسته، فالانتحار مشكلة طبية، وإكمال العلاج من عدمه يكون بقرار من الطبيب المختص.

أساليب المتابعة: 

- هنالك أساليب مختلفة لمتابعة رعاية هؤلاء الطلبة بعد الأزمة، على سبيل المثال، إدارة الحالات المكثفة وتدخلات الاتصال الموجزة باستخدام الهاتف أو الرسائل، التي لا تتطلب أن يقدمها مختص نفسي وتتم وفقاً لجدول زمني منظم على مدار فترة زمنية مستمرة، وهي لا تتضمن أي علاج نفسي، بل تقتصر على توفير الدعم أو التثقيف النفسي.

التواصل في حالات الطوارئ: 

- التأكد من وجود أرقام الطوارئ في ملف الطالب، وتحديد من يقوم بالتواصل من أجل التبليغ، باعتبارها كأبي حالة طوارئ أخرى.

الإجازة والعودة للمصابين:

■ من الناحية الطبية والنفسية، فإن الإيقاف قد يناسب بعض الحالات مثل تلك التي تستدعي التنويم والطوارئ، وليس كل الحالات، إذ يجب الأخذ في عين الاعتبار أن أقرب موعد نفسي للحصول على تقرير قد يستغرق وقتاً طويلاً، و قد يتسبب الإيقاف أيضاً لفصل دراسي أو سنة دراسية كاملة، خاصة دون الحصول على رعاية طبية، خشية زيادة الأفكار الانتحارية، لذا يجب التعامل بحذر مع الإجازات. وهنا تكمن أهمية التقييم الطبي والنفسي لاتخاذ مثل تلك القرارات لحساسية الموضوع طبيًا، لا من حيث التقييم الإداري والأكاديمي، ولأنه مشكلة طبية، كما أن الجامعة قد تكون تحت ضغط محاولة الحفاظ على سلامة الطالب والآخرين في الحرم الجامعي، لذا قد تتخذ قرارات التي قد لا تكون في مصلحة الطالب وسلامته؛ إن وجود جهة ثالثة قد يكون الخيار الأفضل لتقييم قرار العودة وأهلية الطالب لإكمال الدراسة، إضافة إلى أن الطالب قد لا يشارك كل المعلومات مع لجنة تقييم نفسية جامعية، مقارنةً بطيبه الخاص في لجنة خارجية.

دعم ما بعد الأزمة:

■ يُقَدَّمُ دعمٌ ما بعد الأزمة للأسرة ولمن كان بمقربة من التهديد أو المحاولة الانتحارية، ويُقَدَّمُ الدعمُ أيضًا للأشخاص المعنيين والمحيطين بالطالب.

الفصل السادس

1. الملخص الإجرائي للتعامل مع الانتحار في البيئة الجامعية.
2. الموارد التي يمكن الاستفادة منها في التعامل مع مشكلة الانتحار.
3. المراجع.

1- الملخص الإجرائي للتعامل مع الانتحار في البيئة الجامعية:

يشمل الملخص الإجرائي للتعامل مع الانتحار في البيئة الجامعية مسارين رئيسيين، المسار الوقائي، ومسار التدخل السريع، وتلخص تلك المسارات في المخطط البياني الآتي:

المسار الوقائي

تسهيل الوصول لخدمات الرعاية النفسية

- 1- إضافة معلومات الطوارئ والأمن الجامعي في بطاقة الطالب.
- 2- تسهيل الوصول إلى مراكز العناية بالطالب.
- 3- إنشاء خط ساخن لتوجيه الطلاب وتقديم الدعم المناسب لهم.
- 4- تعزيز برامج المرونة النفسية، وبرامج التدخل المبكر.
- 5- استخدام فحوصات الصحة النفسية الإلكترونية.
- 6- دعم الرعاية المشتركة بين الجهات.
- 7- تأهيل فرق التدخل

تحسين الكشف عن الانتحار

- 1- تدريب المنتسبين إلى التعليم وأعضاء هيئة التدريس للكشف عن العلامات المبكرة والتحذيرية لإيذاء الذات والانتحار.
- 2- تدريب المختصين للتعامل مع الطلاب ذوي الميول الانتحارية.
- 3- عمل أدلة وبروتوكولات للتعامل مع الحالات الطارئة.
- 4- عمل خطة استراتيجية لدراسة كل من هذه العوامل ومدى فاعليتها للتعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار.

التدخلات المجتمعية

- 1- المبادرات التثقيفية التي تستهدف عامة المجتمع.
- 2- تطوير البرامج التدريبية للفئات الأكثر عرضة.
- 3- تكثيف البرامج الوقائية مثل الاسعافات النفسية الأولية، التعلم الاجتماعي العاطفي، ومهارات التعامل مع الضغوط، ومهارات التأقلم، ومهارات تنظيم المشاعر.
- 4- تعزيز المهارات الوالدية لتحسين العلاقات الأسرية.

سياسات الصحة العامة للحد من الوصول

- 1- منع الوصول لأماكن حدثت فيها حالات انتحار متعددة.
- 2- إغلاق الأماكن التي تشكل خطراً على حياة الطالب.
- 3- عمل حواجز للأماكن المرتفعة.
- 4- سن القوانين لمنع استخدام المواد داخل البيئة الجامعية.
- 5- الحد من الوسائل القاتلة في الحرم الجامعي.

مسار التدخل السريع

عند ظهور حالات محاولات إيذاء ذات أو أفكار انتحارية
نبدأ باتباع القواعد العامة عند الاستجابة للحالات الطارئة (السابق ذكرها)

تم تقييم علامات الخطر الوشيك
(تهديد أو محاولة)

وجود علامات خطر
(حصول وشيك)

- 1- ابق مع الطالب
- 2- اطلب الخدمات الاسعافية.
- 3- اطلب تواجد زميل للمساعدة.
- 4- أزل أي أداة تساعد على الانتحار.
- 5- ابق على تواصل مع الطالب إلى حين وصول خدمات الطوارئ.
- 6- اتبع سياسات المؤسسة التعليمية للحالات الحرجة.

وجود علامات خطر
(وليس وشيكاً)

- 1- ابق هادئاً.
- 2- ابق على تواصل مع الطالب.
- 3- اسأله مباشرة عما إذا كان لديه أفكار انتحارية.
- 4- اتصل بخدمة الدعم الجامعي المناسبة (وحدة الدعم النفسي أو العيادة النفسية) لطلب الدعم.

توثيق الحادثة
إبلاغ ذوي الطالب
تقديم الدعم اللازم لزملاء الطالب
توفير خطة دعم ما بعد الحادثة للطالب

2- الموارد التي يمكن الاستفادة منها في التعامل مع مشكلة إيذاء الذات والانتحار:

تعد موارد الصحة النفسية على مستوى المملكة من أهم الموارد التي يمكن الاستعانة بها في الوقاية والتعامل مع المشكلات النفسية وإيذاء الذات والانتحار في البيئة الجامعية ويمكن تلخيصها في ما يأتي:

1 (دليل تقييم مخاطر الانتحار) من إصدارات المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.

2 (دليل الوقاية من الانتحار ضرورة عالمية) الصادر من منظمة الصحة العالمية.

3 موقع منظمة الصحة العالمية حول الانتحار.

4 موقع المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.

5 تطبيق (قرييون) التابع للمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.

6 المواد التوعوية والتثقيفية في موقع وزارة الصحة.

7 أنشطة لجان تعزيز الصحة النفسية في الجامعات السعودية وبرامجها.

8 مركز العمليات الأمنية الموحدة بالمملكة للمساعدة والدعم (911)

9 وزارة الصحة (937)

3- المراجع:

- 1- Altwaijri Y, Benjet C, Al-Habeeb A, Al-Subaie A, Akkad M, Alammam S, et al. Suicidal thoughts and behaviors in the Kingdom of Saudi Arabia. *J Affect Disord* [Internet]. 2024;352:429–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724003690>
- 2- Andreotti ET, Ipuchima JR, Cazella SC, Beria P, Bortoncello CF, Silveira RC, et al. Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42:276–81.
- 3- Abbar M, Courtet P, Bellivier F, Leboyer M, Boulenger JP, Castelhou D, et al. Suicide attempts and the tryptophan hydroxylase gene. *Mol Psychiatry*. 2001;6(3):268–73.
- 4- Altaqaq GA, Alsamahiji BM, Alabkary SA, Aljishi SA, Alzaher WM. Suicide in Saudi Arabia: a review. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2021;5(10):1805.
- 5- Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(2):126–34.
- 6- Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Toolkit - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials>
- 7- About the Protocol - The Columbia Lighthouse Project [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-cssrs/about-the-scale/>
- 8- Australia, Universities. "Responding to Suicide: A Toolkit for Australian Universities." Universities Australia: Canberra, Australia (2020).
- 9- Appelbaum PS. Law & psychiatry: "Depressed? get out!": Dealing with suicidal students on college campuses. *Psychiatric Services*. 2006;57(7):914–6.
- 10- Brown, D. R., & Blanton, C. J. (2002). Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34 (7), 1087–1096.
- 11- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). Adolescent suicide: Assessment and intervention. Washington, DC: American Psychological Asso.
- 12- Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2013;61(7):398-406. doi: 10.1080/07448481.2013.820731. PMID: 24010494; PMCID: PMC3788673.
- 13- Centers for Disease Control U. 2024 National Strategy for Suicide Prevention. 2024;

- 14- Communities Matter A toolkit for community-driven suicide prevention A resource for small towns.
- 15- Christensen H, Batterham PJ, O’Dea B. E-health interventions for suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):8193–212
- 16- Clarke DM. Depression and physical illness: more complex than simple comorbidity. 2009. *Med J Aust*; 190 (7): 52-53.
- 17- Campus Suicide Prevention and Intervention: Putting Best Practice Policy into Action *Canadian Journal of Higher Education Revue canadienne d’enseignement supérieur* Volume 40, No. 1, 2010, pages 101 – 119.
- 18- Cox, Georgina R., et al. "Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review." *BMC Public Health* 13 (2013): 1-12.
- 19- Cross, W., Matthieu, M. M., Cerel, J., & Knox, K. L. (2007). Proximate outcomes for gatekeeper training for suicide prevention in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 659–670.
- 20- Downs MF, Eisenberg D. Help seeking and treatment use among suicidal college students. *Journal of American College Health*. 2012;60(2):104–14.
- 21- Dunlap, David W. (August 19, 2012). "A Digitally Inspired Veil, Intended to Save Lives, Appears at N.Y.U. Library". *The New York Times*.
- 22- Drum DJ, Brownson C, Burton Denmark A, Smith SE. New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Prof Psychol Res Pr*. 2009;40(3):213.
- 23- Davies, E. B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological wellbeing of university students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e130. <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>.
- 24- Eskin M, Kujan O, Voracek M, Shaheen A, Carta MG, Sun J, et al. Cross-national comparisons of attitudes towards suicide and suicidal persons in university students from 12 countries. *Scand J Psychol*. 2016;57(6):554–63.
- 25- Foundation J. Student mental health and the law: A resource for institutions of higher education. *Jed Foundation*; 2008.
- 26- Foundation J. Framework for developing institutional protocols for the acutely distressed or suicidal college student. *The Jed Foundation New York, NY*; 2006.

- 27- Fountoulakis KN, Gonda X, Rihmer Z. Suicide prevention programs through community intervention. *J Affect Disord.* 2011;130(1–2):10–6.
- 28- Gryglewicz K, Chen JI, Romero GD, Karver MS, Witmeier M. Online Suicide Risk Assessment and Management Training. *Crisis.* 2017 May;38(3):186-194. doi: 10.1027/0227-5910/a000421. Epub 2016 Sep 23. PMID: 27659517.
- 29- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L. and Kleinman, M. (2007), An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 338–352. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
- 30- GUIDELINES FOR RESPONDING TO STUDENTS IN CRISIS AT THE UNIVERSITY AT ALBANY
University at Albany, State University of New York as the source.
- 31- Hashimoto N, Suzuki Y, Kato TA, Fujisawa D, Sato R, Aoyama-Uehara K, et al. Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;70(1):62–70.
- 32- Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, He JP, Harrington CJ, Cai J, et al. Validation of the ask suicide-screening questions for adult medical inpatients: a brief tool for all ages. *Psychosomatics.* 2020;61(6):713–22.
- 33- Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(12):1170–6.
- 34- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491–499. <https://doi.org/10.1037/a0016918>.
- 35- Hellandsjøbu, E. T., Watten, R. G., Foxcroft, D. R., Ingebrigtsen, J. E., & Relling, G. (2002). Teenage alcohol and intoxication debut: The impact of family socialization factors, living area and participation in organized sports. *Alcohol and Alcoholism*, 37 (1), 74–80.
- 36- Hazel, N., & McDonnell, M. G. (2003). A summary of the Washington Youth Suicide Prevention QPR training sample. Does QPR training affect self-perceived knowledge about and willingness to prevent suicide. Unpublished manuscript, Washington State University, Pullman.
- 37- Hogan, M. F., & Grumet, J. G. (2016). Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health Affairs*, 35(6), 1084–1090. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1672>.
- 38- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- 39- Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of suicide research*. 2010;14(3):206–21.
- 40- Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(4):260–8.
- 41- Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19:1–11.
- 42- Jed Foundation. (2006). Framework for developing institutional protocols for the acutely distressed or suicidal college student. Retrieved April 16, 2010, from http://www.jedfoundation.org/assets/Programs/Program_downloads/Framework_color.pdf.
- 43- Jacobs D, Baldessarini R, Conwell Y, Fawcett J, Horton L, Meltzer H, et al. Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Association; 2003. 2021.
- 44- Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(10):1599–609.
- 45- Kaplin, W. K., & Lee, B. A. (2014). *The law of higher education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 46- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(6):909–16.
- 47- Lewis, W. S., Schuster, S. K., & Sokolow, B. A. (2012). *Suicidal Students, BITs, and the Direct Threat Standard (White paper)*. Retrieved from <http://ncherms.org/documents/2012NCHERMWHITEPAPERHEDIRECTTHREATSTANDARDFINAL.pdf>
- 48- Luoma, J., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916.
- 49- Lewis, W. S., Schuster, S. K., & Sokolow, B. A. (2012). *Suicidal Students, BITs, and the Direct Threat Standard (White paper)*. Retrieved from <http://ncherms.org/documents/2012NCHERMWHITEPAPERHEDIRECTTHREATSTANDARDFINAL.pdf>.
- 50- Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;206(3):184–90.

- 51- Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;206(3):184–90.
- 52- Moscardini EH, Hill RM, Dodd CG, Do C, Kaplow JB, Tucker RP. Suicide safety planning: Clinician training, comfort, and safety plan utilization. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6444.
- 53- Michelmore, L., & Hindley, P. (2012). Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507–524.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x>
- 54- Muniz, João Paulo Chagas, et al. "Mental vulnerability and suicide by contagion during the academic experience." *Rev Med (São Paulo)* 100.4 (2021): 351-7.
- 55- Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, et al. The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(4):554–65.
- 56- MacPhee, John, et al. "A comprehensive approach to mental health promotion and suicide prevention for colleges and universities: Insights from the JED campus program." *NAM perspectives* 2021 (2021).
- 57- Nutt, A. (2016). Loneliness grows from individual ache to public health hazard. *The Washington Post*.
- 58- Oquendo MA, Halberstam B, Mann JJ. Risk factors for suicidal behavior. *Standardized evaluation in clinical practice*. 2003;22:103–29.
- 59- Owen, J., Devdas, L., & Rodolfa, E. (2007). University counselling center off-campus referrals: An exploratory investigation. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(2), 13–29.
- 60- Protocol for Suicide Risk Assessment and Management Version No. 1 MOH Protocol for Suicide Risk Assessment and Management in MOH Facilities.
- 61- Pitman A, Osborn DPJ, King MB, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014;1(1):86-94.
- 62- Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MSD/MER/18.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- 63- Procedures for supporting students in distress. University of the West of Scotland (2018). Retrieved from <http://intranet.uws.ac.uk/policy/Pages/Home.aspx>

- 64- Pirkis, Jane, et al. "Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review and meta-analysis." *The Lancet Psychiatry* 2.11 (2015): 994-1001.
- 65- Pirkis, Jane, et al. "The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis." *International journal of epidemiology* 42.2 (2013): 541-548.
- 66- Pavela G. Should colleges withdraw students who threaten or attempt suicide? *Journal of American College Health*. 2006;54(6):367–71.
- 67- Penven JC, Janosik SM. Threat assessment teams: A model for coordinating the institutional response and reducing legal liability when college students threaten suicide. *J Stud Aff Res Pract*. 2012;49(3):299–314.
- 68- Quinnett, P. (2007). QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale and theory. Retrieved July 28, 2008, from <http://www.qprinstitute.com>
- 69- Robinson J, Calear AL, Bailey E. Suicide prevention in educational settings: a review. *Australasian psychiatry*. 2018;26(2):132–40.
- 70- Reyes-Portillo JA, McGlinchey EL, Toso-Salman J, Chin EM, Fisher PW, Mufson L. Clinician experience and attitudes toward safety planning with adolescents at risk for suicide. *Archives of suicide research*. 2019;23(2):222–33.
- 71- Rice S, Robinson J, Bendall S, Hetrick S, Cox G, Bailey E, et al. Online and social media suicide prevention interventions for young people: a focus on implementation and moderation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;25(2):80.
- 72- Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner Jr TE. The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol*. 2006;62(2):243–51.
- 73- Rogers ML, Gai AR, Lieberman A, Musacchio Schafer K, Joiner TE. Why does safety planning prevent suicidal behavior? *Prof Psychol Res Pr*. 2022;53(1):33.
- 74- RESEARCH ON SUICIDE AND ITS PREVENTION: What the current evidence reveals and topics for future research. 2018 [cited 2024 Apr 29]; Available from: www.mentalhealthcommission.ca.
- 75- Suicide - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [cited 2024 Apr 27]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>.
- 76- Stevens GJ, Sperandei S, Carter GL, Munasinghe S, Hammond TE, Gunja N, et al. Efficacy of a short message service brief contact intervention (SMS-SOS) in reducing repetition of hospital-treated self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2024;224(3):106–13.

- 77- Safety Planning Intervention - Texas School Mental Health [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from:
<https://schoolmentalhealthtx.org/tools/best-practices/safety-planning-intervention/>
- 78- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Wolters Kluwer; 2007.
- 79- Schieszler v. Ferrum College, 236 F. Supp. 2d 602 (W.D. Va., 2002)
- 80- Shin v. Massachusetts Institute of Technology, 19 Mass. L. Rep. 570 (Mass. Super., 2005).
- 81- Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894–900.
- 82- Swaner, L. E. (2007). Linking engaged learning, student mental health and well-being, and civic development. *Liberal Education*, Winter, 16–25.
- 83- Suicide Prevention and Intervention Training with a Community-Based Approach – The Connect Program [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from:
<https://theconnectprogram.org/available-services/suicide-prevention-and-intervention-training-with-a-community-based-approach/>
- 84- Tyson P, Law C, Reed S, Johnsey E, Aruna O, Hall S. Preventing suicide and self-harm: evaluating the efficacy of a helpline from a service user and helpline worker perspective. *Crisis*. 2016;9:353–60
- 85- Townsend MC, Morgan KI. *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis; 2017.
- 86- Thom R, Hogan C, Hazen E. Suicide risk screening in the hospital setting: a review of brief validated tools. *Psychosomatics*. 2020;61(1):1–7.
- 87- Transforming Communities: Key Elements for the Implementation of Comprehensive Community-Based Suicide Prevention | National Action Alliance for Suicide Prevention [Internet]. [cited 2024 Apr 6]. Available from:
<https://theactionalliance.org/resource/transforming-communities-key-elements-implementation-comprehensive-community-based-suicide>.
- 88- Updated: 1/3/24 AMERICAN FOUNDATION OF SUICIDE PREVENTION Policy Priority: Suicide Prevention on University and College Campuses
- 89- Wasserman D. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press; 2020.

- 90- Walling, Mary Anne. "Suicide contagion." *Current trauma reports* 7.4 (2021): 103-114.
- 91- Washburn CA, Mandrusiak M. Campus suicide prevention and intervention: Putting best practice policy into action. *Canadian Journal of Higher Education*. 2010;40(1):101–19.
- 92- Washburn, Cheryl A., and Michael Mandrusiak. "Campus suicide prevention and intervention: Putting best practice policy into action." *Canadian Journal of Higher Education* 40.1 (2010): 101-119.
- 93- (24) Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Gou, J., et al. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115.
- 94- Westefeld, J. S., Homaifar, B., Spotts, J., Furr, S., Range, L., & Werth, J. (2005). Perceptions concerning college student suicide: Data from four universities. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 640–645.
- 95- Zalsman, Gil, et al. "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review." *The Lancet Psychiatry* 3.7 (2016): 646-659.



0118800865



info@ncmh.org.sa



NCMH.ORG.SA



NCMH_SA



ncmh_sa