

## پیشگیری از خودکشی در میان کارکنان پلیس ایالات متحده آمریکا

راژو رامچند<sup>۱</sup>

ترجمه: امیر حسین باقری<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۱

از صفحه ۱۲۷ تا ۱۵۰

### چکیده

مطالعه پیش رو نتایج یک پویش ملی برای بررسی راهبردهای به کار گرفته شده را به نمایش می‌گذارد. محققان این موضوع از ۱۷۷ سازمان مجری قانون در سراسر آمریکا دعوت، و در این میان ۱۱۰ مورد موافقت کرده‌اند تا در این محاسبه کیفی شرکت کنند. این نهادها بر اساس نوع خدماتی که عرضه می‌کنند به یکی از چهار دسته ذیل تقسیم بندی شده است. اول، سازمانهایی با حداقل خدمات (یک برنامه ابتدایی برای کمک به کارمندان). دوم، خدمات پایه (بهداشت روان، روشهای پاسخگویی به حوادث بحرانی و آموزش مقابله با آن). سوم، خدمات پیشگیرانه (مراقبتهای بهداشت روان در خانه، کشیشان مشاور سازمان، برنامه‌های سوء مصرف مواد، پشتیبانی همتا، غربالگری سلامتی و تندرستی) را عرضه می‌کنند. چهارم، برنامه‌ها و خدمات یکپارچه (خدمات ترکیبی که همه روزه و حتی در شرایط عملیاتی عرضه می‌شود). نتایج بیانگر این است که بیشتر نهادها و سازمانهای مجریان قانون در تلاش هستند تا برنامه‌های متضمن سلامت روانی و شادابی افراد پلیس را فراهم کنند تا بتوانند از بروز هر چه بیشتر خودکشی در میان پرسنل این ادارات جلوگیری کنند. نگرش و رویکرد افسران پلیس نسبت به حفظ حریم شخصی و محرمانه بودن موضوع، این افراد را به سمت استفاده از خدمات در منزل و یا سرویس‌های خصوصی طرف قرارداد سازمان سوق می‌دهد. این در حالی است که یافته‌های هر چند ضعیف و غیرقابل تعمیم به کل، براساس شواهد جمع‌آوری شده، نشان می‌دهد برنامه‌های پشتیبانی همواره در واکنش به موارد اضطراری دارای مشکل بوده و این در ذات خود شک برانگیز است و سؤال‌هایی را برای محققین بوجود آورده است.

### واژگان کلیدی

خودکشی، مجریان قانون، پلیس، بررسی دقیق محیط

۱. دانشمند ارشد رفتارشناسی در شرکت RAND منطقه مترو واشنگتن دی. سی. رایانامه: ramchand@rand.org

۲. کارشناس ارشد تربیت مترجمی انگلیسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. رایانامه: amirosin90@gmail.com

## ۱. مقدمه

میزان خودکشی در ایالات متحده طی ۱۵ سال گذشته ۲۵٪ افزایش یافته است. از سال ۲۰۱۲ بیش از ۴۰،۰۰۰ نفر در ایالات متحده هر ساله جان خود را از دست می‌دهند (کارتین و همکاران، ۲۰۱۶). در پاسخ به این روندها، اتحادیه اقدام ملی برای پیشگیری از خودکشی، هدف خود را کاهش ۲۰ درصدی خودکشی تا سال ۲۰۲۵ قرار داده است (اتحاد اقدام ملی برای پیشگیری از خودکشی بدون تاریخ). یکی از روشهای این کار، تشویق محلهای کار به داشتن نقش فعال در جلوگیری از خودکشی بین کارمندانشان است؛ زیرا تشخیص می‌دهد بزرگسالان در سن کار، بیشترین خودکشی را در ایالات متحده هر سال انجام می‌دهند. این شامل همکاری با نهادهای اجرای قانون برای جلوگیری از خودکشی در میان ۷۶۵۰۰۰ افسر مجری قانون است که امروز در ایالات متحده کار می‌کنند (ریوز، ۲۰۱۱).

دلایل راهبردی وجود دارد که اهمیت دادن به اولویت پیشگیری از خودکشی بین کارکنان قوه مجریه برای کاهش خودکشی در سطح ملی مهم است. ۸۸٪ افسران قسم خورده‌ای که در اجرای قانون کار می‌کنند، مرد هستند (ریوز، ۲۰۱۵). مردان در ایالات متحده چهار برابر زنان خودکشی می‌کنند (کانتو و ساکینوفسکی ۱۹۹۸؛ مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها، مرکز ملی برای پیشگیری و کنترل آسیب، ۲۰۱۷). مشخص نیست که آیا کار پلیس، خطر بیشتر و فراتر از فشار ناشی از مشخصات جنسیتی نیروی کار را افزایش می‌دهد. تحلیل گسترده ۱۰۱ مورد مطالعه شده، نشان داد که میزان خودکشی در پلیس با میزان خودکشی عموم مردم قابل مقایسه است (لوو، ۲۰۰۳)؛ یافته‌ای که در تحقیقات بعدی نیز تکرار شده است (مارزاک و همکاران، ۲۰۰۲)؛ اما اخیراً ویولانتی و همکارانش از داده‌های ملی استفاده، و میزان بیشتری از خودکشی را بین افراد مجری قانون پیدا کرده‌اند (ویولانتی و همکاران ۲۰۱۳). مرکز کنترل بیماری‌ها گزارش می‌کند که در سال ۲۰۱۲ در ۱۷ ایالتی که بخشی از سامانه ملی گزارش مرگ خشونت‌آمیز بود ۲۹۵ عضو مشاغل "خدمات محافظتی" (که شامل اجرای قانون نیز می‌شود) جان خود را از دست دادند که ۲/۴٪ از کل مرگهای خودکشی را نشان می‌دهد (مکینتوش و همکاران، ۲۰۱۶).

اهمیت پیشگیری از خودکشی در اجرای قانون برای مدتی شناخته شده است (آی. ای. سی. پی، انجمن بین المللی رئیس‌ان پلیس، ۲۰۱۴) و سازمانها در بسیاری از موارد قبلاً برنامه‌هایی را برای حل آن اجرا کرده‌اند (آمارانتو و همکاران، ۲۰۰۳؛ چاپین و همکاران، ۲۰۰۸؛ ناناواتی بدون تاریخ؛ پترسون و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسسری و واترز، ۲۰۰۶)؛ با این حال، تنوع در سازمانهای اجرای قانون ایالات متحده نشان می‌دهد که به احتمال زیاد در جریان آنها تنوع وجود دارد.

رویکردهای پیشگیری از خودکشی و تمرکز زدایی در اجرای قانون، انتشار بهترین روشها را به چالش می‌کشد. در ایالات متحده نزدیک به ۱۶۰۰۰ دفتر اجرای قانون ایالتی و محلی وجود دارد که ۷۰٪ آنها مرکز پلیس شهری، ۱۷٪ کلانتری هستند (ریاست شهرستانها و شهرهای مستقل با مسئولیت مستمر نظارت بر زندانها و بازداشتگاهها) و ۵۰ اداره پلیس ایالت (بقیه در درجه اول در حوزه‌های قضایی ویژه و دفتروهای نگهبانی تگراس هستند). چهل و نه درصد اینها دفتروهای کوچک است که از ده افسر قسم خورده یا کمتر استفاده می‌کنند؛ اما بیشتر افسران برای دفتروهای بزرگتر با ۱۰۰ افسر قسم خورده یا بیشتر کار می‌کنند (ریوز، ۲۰۱۱).

هدف تحقیقات فعلی، تعیین بهتر انواع روشهایی است که در حال حاضر توسط سازمانهای اجرای قانون ایالات متحده برای جلوگیری از خودکشی بین کارمندان آنها استفاده می‌شود. ما این کار را با استفاده از داده‌های مصاحبه جمع‌آوری شده از یک نمونه هدفمند از ۱۱۰ دفتر انتخابی برای به حداکثر رساندن تنوع در انواع خدمات عرضه شده انجام می‌دهیم. بنابراین، برآورد نمی‌کنیم که چگونه انواع مختلف برنامه‌ها و خدمات، بارها ارائه می‌شود، بلکه بیشتر در مورد روشهای موجود مطالعه می‌کنیم.

## ۲. روش نمونه‌گیری

روش این نمونه‌گیری از تجزیه و تحلیل موقعیت ناشی می‌شود و از حداکثر نمونه‌گیری گوناگون استفاده می‌کند (کلارک، ۲۰۰۵). در این فرایند، نمونه‌گیری، تکراری انجام می‌شود (در این مطالعه در پنج موج). ناهمگنی را با توجه به مضمونها یا ویژگیهای آن به حداکثر رساندیم که طی روند مصاحبه تکامل می‌یابد. گروه مصاحبه هفتگی برای گفتگو در مورد موضوعات و تصمیم‌گیری در مورد معیارهای انتخاب برای هر موج بعدی دفتروها برای نمونه‌گیری جلسه می‌گذاشتند. اولین موج نمونه‌گیری با استفاده از دو روش ساخته شده است: ۱. روش نمونه‌گیری آسان هدفمند با شروع با نه آژانس جایی که اعضای گروه طرح روابط برقرار کرده بودند. ۲. نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، شروع با ۳۲ آژانس. هشت نفر، تصادفی از هر چهار منطقه جغرافیایی انتخاب شده‌اند از ایالات متحده با استفاده از جدیدترین سرشماری ایالتی و آژانسهای اجرای قانون محلی (تعداد=۱۵،۳۲۰، ۲۰۰۸، سی.اس.ال.ال.ای.ا. آژانسهای اجرای قانون ایالتی و محلی؛ ۲۸۶۲ در منطقه شمال شرقی، ۵۲۳۶ در غرب میانه، ۵۴۱۸ در جنوب و ۱۸۰۴ در غرب؛ ریوز، ۲۰۱۱). موج نمونه دوم شامل هفت دفتر بود که توسط مصاحبه شونده‌گان در دور اول مصاحبه‌ها به عنوان همکار یا برنامه‌های الگو ذکر شد و ۲۵ نفر دیگر تصادفی از "سی.اس.ال.

ال.ا" ۲۰۰۸ انتخاب شدند. در دور دوم ارتباط با دفترهای اجرای قانون، میزان پاسخ ما از هدف ما کمتر بود (۷۰٪)؛ بیشتر به دلیل ناتوانی در تماس با نمایندگان چهار دفتر افسر قسم خورده یا کمتر با اختیارات کامل بازداشت. بنابراین، نمونه‌برداری بعدی خود را فقط به آژانسهایی با بیش از ده افسر با قدرت دستگیری کامل محدود کردیم. همچنین به اندک بودن نمایندگیهایی اشاره کردیم که مناطق روستایی را منعکس می‌کنند و بنابراین در موج سوم، آژانسهایی را هدف گرفتیم که حداقل ده افسر قسم خورده داشته باشند و ۳۶ دفتر با چهار افسر از هر نه منطقه اداری تعیین شده، انتخاب کردند. با سه دفتر اضافی نیز تماس گرفتیم که در طول مصاحبه‌های قبلی از آنها آگاه شدیم. در موج چهارم، نمایندگان را از بین دفترهای پلیس ایالتی در ده ایالت با بیشترین میزان خودکشی در سال ۲۰۱۵ انتخاب کردیم. مشخص شد که دفترهایی که قویترین و گوناگونترین برنامه‌ها را در سراسر سازمانهای اجرای قانون ایالات متحده دارند، بزرگترین ادارات پلیس هستند. بنابراین ما ۲۵ دفتر را با بیشترین تعداد افسران تمام وقت سوگند خورده با اختیارات کامل دستگیری مصاحبه‌ای را بررسی کردیم که قبلاً نداشتیم. در چهار موج اول مصاحبه، شنیدیم که مأموران اجرای قانون که به مراکز اصلاح و تربیت اختصاص یافته‌اند با فشار روانی قابل توجهی رو به رو شده‌اند، بنابراین دعوتنامه مصاحبه برای موج پنجم به ۳۰ اداره کلانتری با بیشترین جمعیت زندانها براساس آخرین سرشماری از تسهیلات زندان کانزاس در سال ۲۰۰۶ فرستادیم (استفان و والش، ۲۰۱۱).

در کل، ۱۱۰ (۶۲.۱٪) از ۱۷۷ دفتر دعوت شده برای شرکت در مصاحبه‌های خود، مصاحبه را کامل کردند. چهل و شش تا پس از تلاشهای مکرر برای تماس با نماینده دفتر به درخواست ما پاسخ ندادند؛ ۱۶ نفر خودداری کردند، و چهار نفر فاقد صلاحیت شناخته شدند؛ زیرا تعداد زیادی از افسران تمام وقت سوگند خورده با اختیارات کاملاً بازداشت، داشتند. ما با نمایندگی دفترهای ۳۰ ایالت در تمام مناطق جغرافیایی ایالات متحده در طیف وسیعی از شهرها مصاحبه کردیم (۸۱٪ از مناطق محلی ما ادارات پلیس از مناطق شهری در مقابل ۷۴ درصد از کل نمونه، نمونه‌برداری ایالات متحده بود) و از مناطق روستایی (تقریباً همه دفترهای دولتی اولیه ما دارای حوزه‌های قضایی هستند که مناطق بسیار روستایی را شامل می‌شود). دفترهای کلانترها ترکیبی از شهرها و روستاها بود که نیمی از آنها از شهرستانها با مراکز متراکم شهری و نیمی دیگر در مناطق روستایی بیشتری واقع شده‌اند. میزان پاسخ کل ۶۲٪ بود (میزان پاسخ موج = ۷۱٪، ۴۳٪، ۵۱٪، ۸۹٪، ۵۳٪ به ترتیب).

نمونه‌نهایی ما به کل جمعیت دفترهای اجرای قانون شباهت دارد (جدول ۱)؛ اما نماینده

کل نیست؛ زیرا این هدف ما نبود. دامنه‌های ما بیشتر با نمونه‌گیری از آخرین اطلاعات جمع‌آوری شده از یک نمونه نماینده ملی از سازمانهای اجرای قانون همپوشانی دارد (ریوز، ۲۰۱۵)؛ اما اندازه متوسط ما در سمت بالاتر محدوده منحرف می‌شود؛ زیرا تنوع بیشتری در برنامه‌ها و رویکردهای پیشگیری از خودکشی در دفترهای بزرگتر پیدا کردیم.

## ۱-۲. ارتباطات

برای دعوت از مشارکت دفترهای اجرای قانون دستورالعمل استاندارد را دنبال کردیم. ابتدا نامه‌ای توسط فدرال اکسپرس به مدیر دفتر یا رئیس دفتر برای توصیف طرح؛ درخواست برای مصاحبه یکساعته با نیروهایی که بیشتر در مورد نگرانیها و ابتکارات مربوط به سلامتی نیروی کار در این بخش آگاه هستند و فهرستی از موضوعات مورد بحث فرستادیم. در مواردی که اعضای گروه تحقیقاتی ارتباط قبلی با یک دفتر منتخب داشتند، آن عضو گروه، تماس اولیه را برقرار می‌کرد. در طی پنج روز کاری پس از دریافت نامه پستی برای تعیین مصاحبه با دفتر تماس تلفنی برقرار کردیم. غالباً رئیس دفتر، که نامه را برای او فرستاده بودیم، ما را به نیروهایی ارجاع می‌دادند که بیشتر درگیر کارهای بهداشت بخش هستند (به عنوان مثال، بخش خدمات روانشناسی، دفترهای منابع انسانی، مدیران برنامه‌های پشتیبانی همکار و افرادی که مسئولیت ابتکارات بهداشت و سلامت نیروی کار را دارند). در موارد دیگر، مصاحبه خود را مستقیماً با کلانتر یا رئیس پلیس انجام دادیم. تماسهای مکرر برقرار، و پیامهای ایمیل ارسال شد تا سعی شود با هر دفتر مورد نمونه‌برداری مصاحبه کند. همه روشها و منابع توسط نهاد هیئت بررسی ما تأیید شده است.

## ۳. تحلیل و بررسی

تمام مصاحبه‌ها توسط یکی از نه عضو گروه مصاحبه انجام شد و قرار بود یک ساعت به طول بینجامد؛ هرچند بعضی از آنها زمان کمتری و بعضی دیگر دو برابر بیشتر طول کشید. این دستورالعمل با مشارکت کل گروه طرح تهیه شده است. اولین مصاحبه، حضوری انجام، و به تغییرات جزئی برای بهبود جریان مصاحبه منجر شد. این دستورالعمل شامل دو حوزه گسترده بود: ۱. بهداشت روان و نگرانیهای خودکشی در دفتر. ۲. برنامه‌ها و منابع ارتقای سلامت روان و پیشگیری از خودکشی. تجزیه و تحلیل در اولین مورد از این حوزه‌ها در جای دیگری ارائه شده است (ساندرز جی بی. کوتزیاس. وی. آر. رامچارد ماهیت در حال تکامل تنش پلیس: تأثیر محیط سیاسی اجتماعی (تحت بررسی). برای دومین مورد سؤالاتی در مورد هر ابتکاری که دفتر

در زمینه ارتقای سلامت روان و پیشگیری از خودکشی انجام داده است؛ از جمله سؤالاتی در مورد هدف برنامه که آن را مدیریت می‌کند (مانند کارکنان بخش، کارمندان دستیار قراردادی و غیره) جمعیتی که به آن خدمت می‌کند، چگونگی تأمین منابع (امور مالی، کارکنان)، استفاده و هرگونه ارزیابی از آن و برنامه‌های آینده برنامه سؤال شد، اگر توسط مصاحبه شونده ذکر نشده باشد؛ سپس در مورد آموزشها، سیاستهای مربوط به اسلحه گرم، اقدامات غربالگری، برنامه‌های همکار و دروازه‌بان و غیره از آنها خواسته شد. در آخر، در مورد خود دفتر (به عنوان مثال فرهنگ دفتر، میزان کار و غیره) پرسیده شد. کل دستورالعمل در محتوای دیجیتال تکمیلی یک گنجانده شده است. بجز موارد معدودی که مصاحبه، حضوری انجام شده است، بیشتر آنها از طریق تلفن انجام شده است. یادداشتهای مفصل در طول مصاحبه‌ها برداشته شده است. اگر مصاحبه شونده رضایت داد، مصاحبه ضبط شد. وقتی مصاحبه‌ها کامل شد، گروه مصاحبه با هشت دسته خدمات کلی دیدار و توافق کردند: خدمات بهداشت روان، حمایت همسالان، مطالب تبلیغاتی، آموزش، کشیشون، غربالگری، پاسخ به بحران و دیگر موارد. مصاحبه کنندگان سپس دسته‌بندی کردند که کدام خدمات در دفترهایی عرضه می‌شود که مصاحبه کرده‌اند. در مرحله بعدی، یک محقق، هر یک از راهنماهای مصاحبه را مطالعه، و براساس دفترها مرتب‌سازی، و با استفاده از فرایندی استقرایی، دفترهای عرضه کننده خدمات مشابه را با هم ترکیب می‌کند. همان طور که در نتایج شرح داده شد، چهار دسته گسترده دفترها از این فرایند بر اساس شدت خدماتی که آنها برای رسیدگی به سلامت افسر ارائه می‌کند، وجود دارد و ویژگیهای تعریف شده برای هر یک اعمال شد (جدول ۲). سپس این دسته‌بندیهای وسیع توسط مصاحبه کنندگان اصلی تأیید شد. آنها همچنین هرگونه مغایرت طبقه‌بندی را با محقق بحث و برطرف کردند. یک محقق مستقل، مصاحبه‌هایی را بررسی کرد که محقق گروه انجام داد.

#### ۴. نتایج

دفترها به چهار دسته نمایندگی مداوم خدمات پشتیبانی طبقه‌بندی شدند که از نظر شدت یا سطح متفاوت است. خدمات مستقیم که حداقل آنها، خدمات اساسی، پیشگیرانه و یکپارچه بود، عامل دسته‌بندی دفترهای پیشنهادی است که در جدول ۲ شرح داده شده است. در جدول ۳، توزیع نمایندگیها در هر گروه براساس اندازه دفتر و بودجه عملیاتی ارائه می‌شود. بیشتر دفترها خدمات ویژه‌ای برای جلوگیری از خودکشی ندارند؛ اما به طور گسترده‌تر از خدماتی صحبت کردند که آنها برای ارتقای سلامت روان کارمندان عرضه می‌کنند.

فقط چند سازمان (تعداد=۱۱) که با آنها مصاحبه کرده‌ایم؛ دارای حداقل "خدمات" در نظر گرفته شده‌اند که در آنجا خدمات بهداشت روان از طریق برنامه کمک به کارکنان (ای.آ.پی) یا بیمه بهداشتی در اختیار تمام کارمندان شهرداری و دولتی قرار می‌گیرد و بنابراین مختص آنها یعنی تنها نیروهای مجری قانون یا اولین پاسخ دهندگان نیست. به طور کلی، این دفترهای شهرداری کوچکتر بود (یعنی کمتر از ۵۰ افسر با دستگیری اختیارات کامل)؛ اگر چه چهار دفتر نمایندگی ادارات پلیس ایالت نیز در نظر گرفته شده‌اند که حداقل خدمات را عرضه می‌کنند. در مورد دفترهای شهرداری، بیشتر مصاحبه شونده‌گان به ما گفتند که خودکشی در دفترشان مورد بحث قرار می‌گیرد، وقتی خبر خودکشی را در اجرای قانون در منطقه دیگری می‌شنوند؛ اما در بیشتر موارد هیچ سیاست رسمی وجود ندارد؛ زیرا به نظر نمی‌رسد که آن چنان مسئله‌ای بزرگ برای ما باشد. در عوض، آنها اغلب فرهنگ غیررسمی حمایت را ذکر می‌کردند؛ همه ما دوست هستیم؛ ما بعد از کار بیرون می‌رویم یا به خانه‌های یکدیگر می‌رویم؛ خارج از وظیفه صحبت می‌کنیم؛ این یک شهر کوچک است. اگر نیرویی با یک افسر در آژانس باشد، روشهای غیر رسمی ترجیح داده می‌شود. چند مصاحبه شونده ابراز علاقه کردند که یک برنامه رسمی تر تهیه کنند. برخی از این دفترها ممکن است به سازمانهای جامعه محور نیز اعتماد کنند؛ اما پشتیبانی از چنین برنامه‌هایی متفاوت است.

چهار دفتر دولتی که حداقل خدمات را عرضه می‌کنند با به کارگیری ۲۰۰ تا ۲۰۰۰ افسر تمام وقت سوگند خورده از نظر اندازه متفاوت هستند. این افسران در کشورهای بزرگ جغرافیایی که خدمت می‌کنند پراکنده هستند. برخی از آنها در مناطق دور افتاده‌ای خدمت می‌کنند که دسترسی به آنها دشوار است. نمایندگان دو تا از این دفترها اظهار کردند که فشار روانی افسری، بهداشت روانی و خودکشی از اولویتهای زیاد است. اما منابعی که باید در سراسر ایالت به آنها واگذار شود، اغلب خدمات پیشگیرانه‌ای را محدود می‌کنند که می‌توانند عرضه کنند. در موارد دیگر، برنامه‌هایی بود اما کنار گذاشته شد. در یک مورد، دفتر برنامه پشتیبانی هم‌تا را داشت؛ اما بودجه خود را از دست داد. دفتر دیگری، سرویس ای. آ. پی را کنار گذاشت که قبلاً به عنوان مزایای سلامتی در برابر مزایای دیگری در نظر گرفته شده بود.

جدول (۱): ویژگیهای منتخب از نمونه نهایی در مقابل آمار مدیریت اجرایی پلیس (آماپ)

پلیس محلی ، نمونه تحقیق : n = ۵۷ آماپ ۲۰۱۳ : * n = ۱۵۴۰	کلاتری ، نمونه تحقیق : n = ۳۱ آماپ ۲۰۱۳ : * n = ۶۰۲	پلیس ایالتی نمونه تحقیق : n = ۲۲ آماپ ۲۰۱۳ : * n = ۵۰
<b>بودجه عملیاتی</b>		
بازه نمونه تحقیق \$۱/۳ - \$۲۹۸/۹۱۹ میلیون	بازه نمونه تحقیق \$۷۰۰/۰۰۰ - \$۷۲۹/۳ میلیون	بازه نمونه تحقیق \$۲۳ - \$۱۸۰ میلیون
بازه آماپ \$۴/۶ - \$۶۵۰/۰۰۰ میلیارد	بازه آماپ \$۲/۸ - \$۵۷۵/۵۰۰ میلیارد	بازه آماپ \$۱/۹ - \$۱۴/۲ میلیارد
متوسط نمونه تحقیق \$ ۷۰/۱۰۰/۰۰۰	متوسط نمونه تحقیق \$ ۱۲۸/۱۵۸/۶۲۹	متوسط نمونه تحقیق \$ ۱۸/۸۱۹/۲۹۵
متوسط آماپ \$۸/۰۰۰/۰۰۰	متوسط آماپ \$ ۱۰/۷۷۸/۶۰۰	متوسط آماپ \$ ۱۳۹/۵۳۶/۲۰۰
<b>افسران رسمی پلیس**</b>		
بازه نمونه تحقیق ۳ - ۳۶/۰۰۰	بازه نمونه تحقیق ۱۰ - ۹۴۰۰	بازه نمونه تحقیق ۲۰۰ - ۷۲۰۰
بازه آماپ ۱۱ - ۳۴/۵۰۰	بازه آماپ ۱۱ - ۹۳۰۰	بازه آماپ ۱۴۳ - ۷۲۰۰
متوسط نمونه تحقیق ۶۱۰	متوسط نمونه تحقیق ۵۲۴	متوسط نمونه تحقیق ۱۲۳۵
متوسط آماپ ۵۷	متوسط آماپ ۷۲	متوسط آماپ ۷۰۷
<b>مردم غیر نظامی**</b>		
بازه نمونه تحقیق ۱۳/۹۰۳ - ۰	بازه نمونه تحقیق ۲ - ۷۱۰۰	بازه نمونه تحقیق ۳۵ - ۴۶۰۰
بازه آماپ ۰ - ۱۴/۶۰۰	بازه آماپ ۰ - ۷۷۰۰	بازه آماپ ۳۵ - ۵۰۰۰
متوسط نمونه تحقیق ۱۷۶	متوسط نمونه تحقیق ۸۶۷	متوسط نمونه تحقیق ۶۷۴
متوسط آماپ ۱۳	متوسط آماپ ۴۷	متوسط آماپ ۴۴۱

\* در این مورد ما نمونه را به سازمانهایی محدود کردیم که در آنها حداقل ده افسر رسمی پلیس به صورت تمام وقت حضور دارند.

\*\* اعداد نمونه را بر اساس نزدیکترین واحد صدی گرد می کنیم.



جدول (۲) : خلاصه برنامه سلامت بر اساس دسته بندی

دسته بندی	ویژگی های معرف	تعداد
حداقل خدمات	هیچ برنامه تخصصی فراتر از حضور برنامه کمک به کارمندان شهرداری و یا بیمه درمانی که از طریق بیمه درمانی تحت حمایت کارفرمایان عرضه نمی شود.	۱۱
خدمات پایه	حداقل خدمات به اضافه هر یک از موارد زیر: خدمات بهداشت روان ویژه اعمال قانون (خارج از EAP) روند پاسخگویی به کارکنان در معرض حوادث مهم آموزش مهار تنش / تقویت سلامتی	۳۷
خدمات پیشگیرانه	حداقل خدمات اولیه به علاوه رویکرد فعال اضافی برای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشی یا مشکلات روانی و یا آسانسازی مراقبت از آنها شامل موارد زیر است: - فرایند شناسایی پیشگیرانه افراد در معرض خطر - مراقبتهای بهداشت روان در خانه - کشیشون حاضر در داخل نیروی کار - خدمات سوء مصرف مواد خاص برای نیروهای اجرای قانون - برنامه پشتیبانی همتا - برنامه رسمی و سازمانی سلامتی / تندرستی	۵۵
خدمات یکپارچه	خدمات حداقل، اساسی و پیشگیرانه به علاوه پیشگیری از خودکشی / سلامت روان تبلیغات در عملیات روزمره ادغام شده است این شامل واحدهایی است که بر روی بهداشت روان یا پیشگیری از خودکشی یا اتخاذ سیاستهایی برای بهبود سلامت روان افسران متمرکز شده اند.	۷



جدول (۳): ویژگیهای نمونه نهایی بر اساس دسته‌بندی برنامه‌هایی که سرویسهای مختلف عرضه می‌کنند.

خدمات ترکیبی	خدمات فعال محور	خدمات پایه	حداقل خدمات	
<b>افسران رسمی تمام وقت</b>				
۶	۳۴	۵	۲	۱۰۰۰ و بیشتر
۰	۸	۷	۰	۹۹۹-۵۰۰
۱	۶	۳	۲	۴۹۹-۲۵۰
۰	۲	۵	۰	۲۴۹-۱۰۰
۰	۱	۵	۱	۹۹-۵۰
۰	۲	۳	۴	۴۹-۲۰
۰	۲	۹	۲	کمتر از ۲۰
<b>بودجه عملیاتی</b>				
۰	۰	۴	۰	کمتر از یک میلیون دلار
۰	۸	۱۸	۹	\$۱ میلیون - \$۴۹۹/۹۹۹/۹۹۹
۱	۴	۵	۰	\$۵۰ میلیون - \$۹۹/۹۹۹/۹۹۹
۵	۲۳	۹	۲	\$۱۰۰ میلیون - \$۴۹۹/۹۹۹/۹۹۹
۰	۱۱	۰	۰	\$۵۰۰ میلیون - \$۹۹۹/۹۹۹/۹۹۹
۰	۲	۰	۰	بیش از یک میلیارد دلار
۱	۷	۱	۰	مفقودی

#### ۲-۴. دفترهایی با خدمات اولیه

دفترهای دارای خدمات اساسی (تعداد= ۳۷ نفر) معمولاً برخی خدمات بهداشت روانی را در اختیار کارکنان قرار می‌دهند و تقریباً همه آنها برای پاسخگویی به حوادث بحرانی فرایندی دارند. بسیاری از افراد هم‌چنین در مورد موضوعاتی مانند کاهش تنش، سلامتی یا منابع موجود، نوعی آموزش به کارمندان ارائه می‌کنند. اندازه دفترهای این گروه متفاوت بود: ۱۲ مورد زیر ۵۰ نفر نیروی قسم خورده و پنج مورد بیش از ۱۰۰۰ افسر قسم خورده داشتند. برخی از نمایندگیهای این گروه در حال توسعه برنامه‌های جدید یا گسترش خدمات خود بودند.

#### ۱-۲-۴. خدمات بهداشت روان

مشابه دفترهایی که حداقل خدمات را عرضه می‌کند، رایجترین خدمات بهداشت روان ای.آ.پی بود که معمولاً به تمام کارمندان شهرداری یا شهرستان از جمله مجری قانون عرضه می‌شد. برخی از دفترهای کوچکتر مستقیماً با یک یا چند عرضه کننده خدمات بهداشت روان به عنوان منبع در دسترس کارمندان قرارداد بستند. در برخی موارد (اما نه در همه موارد)، عرضه کننده خدمات مراقبت از بهداشت روان مستقر در جامعه نیز مسئول تعیین تصمیمات برای بازگشت به وظیفه بود. از سوی دیگر، عرضه کنندگان ای.آ.پی این نقش را به عهده نمی‌گیرند. علاوه بر این خدمات، بسیاری از دفترهای اجرای قانون به کشیشون در جامعه نیز اعتماد کردند که داوطلبانه خدمات خود را به اعضای جامعه مجری قانون عرضه می‌کنند؛ با این حال، دفترهایی که کشیشان یا متخصصان بهداشت روان را در خود جای می‌دهند، یک روش پیشگیرانه‌ای را توصیف می‌کنند که در دسته بعدی شرح داده شده است.

#### ۲-۲-۴. خط مشی‌ها و روشهای حادثه بحرانی

همه دفترهای این گروه، سیاستها، روشها یا گروههایی را داشتند که پس از یک حادثه مهم بسیج می‌شدند. بسیاری از آنها به طور خاص به یک تیراندازی افسران یا تصادف مرگبار اتومبیل با یک کودک به عنوان شایع‌ترین حوادثی اشاره می‌کنند که پشتیبانی می‌کنند. به طور کلی برای سازمانهایی که کمتر از ۱۰۰ افسر قسم خورده دارند، دستورالعمل حادثه بحرانی توسط یک ارگان خارجی هدایت می‌شود که یک عرضه کننده خدمات بهداشت روان است که به همه نیروهای اولیه جامعه مانند آتش نشانان، سازمانهای خصوصی که در یک مورد خدمت می‌کنند به صورت یک شبکه در سراسر کشور به به تمام دفترهای ایمنی عمومی را در ایالت، سازماندهی و خدمت می‌کند. دفترهای بزرگتر معمولاً گروههای واکنش حساس به حوادث شامل نیروهای اجرای قانون، دفترهای شخصی خود را تشکیل می‌دهند که داوطلبانه انتخاب، و یا برای عضویت در گروه

انتخاب شده‌اند. این داوطلبان نوعی آموزش دیده‌اند که نسبت به آموزشهای سازمانهای خارجی تا آموزشهای داخلی متفاوت بود. بعضی اوقات، مصاحبه شوندگان به ما گفتند که افسران داوطلب، که بخشی از گروه پاسخگویی به حوادث بحرانی بودند به روابط غیررسمی که با افسران پس از حادثه روزها، هفته‌ها و حتی سالها با آنها ادامه داده بودند- بنابراین "پشتیبانی از همتایان" شبیه برنامه‌های پشتیبانی رسمیت از همتایان رایج در دفترهای دارای خدمات پیشگیرانه (توضیح داده شده در زیر) بودند. دستورالعمل‌های پاسخ بحرانی اغلب توسط یک متخصص بهداشت روان، یک عرضه کننده ای.آ.پی یا کشیش انجام می‌شود؛ با این حال در بعضی موارد، پاسخ توسط افسران ارشد انجام می‌شد که در گروه خدمت می‌کردند.

#### ۴-۲-۳. آموزش

آموزشها در این گروه معمول بود و توسط ۲۰ دفتر از ۲۰ دفتر مورد پرسش گزارش شده است. معمولاً آموزشهای غیر خدماتی که دفترها در زمینه کاهش تنش ارائه می‌شد، ذکر شد؛ با این حال، آنها همچنین آموزشهایی را برای ارشدها و تازه‌کاران در مورد روشهای کاهش فشار روانی، منابعی که در آژانس بود، نشانه‌های هشدار دهنده پریشانی یا ترکیبی از این موارد ذکر کردند. دو نفر آموزش بهداشت روانی را عرضه کردند (یکی برای افراد تازه کار، یکی دیگر در خدمت) که در درجه اول برای کمک به افسران برای رسیدگی به مسائل مربوط به بهداشت روانی و نیز شامل آموزش بهداشت روان و رفاه افسر بود. دو آموزش ذکر شده در روشهای حادثه بحرانی دفترشان ذکر شده است و یک دفتر کوچکتر از ۵۶ افسر سالی دو روز مربی زندگی را برای یک جلسه در کل دفتر آورده‌اند. سرانجام، یک دفتر به ما به طور خاص درباره آموزشهایی توضیح داد که در مورد نشانه‌های هشدار دهنده ناراحتی و منابع برای افسران به خانواده‌ها ارائه کرده بودند.

#### ۴-۳. دفترهایی با خدمات پیشگیرانه

علاوه بر "خدمات اساسی"، که توضیح داده شد (مراقبتهای بهداشت روان، پاسخ حوادث بحرانی و آموزش)، بیشتر (۵۵ نفر = تعداد) دفترهایی که با آنها مصاحبه کردیم، نوعی رویکرد پیشگیرانه اضافی را برای شناسایی افراد در معرض خطر اتخاذ کرده‌اند؛ خودکشی یا مشکلات بهداشت روان و یا آسانسازی مراقبت از آنها. این ابتکارات علاوه بر ارزیابیهای روانشناختی قبل از استخدام یا به عنوان بخشی از ارزیابیهای بازگشت به وظیفه بود. اگرچه برخی از مصاحبه شوندگان، ابتکارات مبتنی بر سلامت جسمی را ذکر کردند و به ما گفتند این اقدامات برای بهبود سلامت روانی یا عاطفی صورت گرفته است، این موارد را به عنوان رویکردهای پیشگیرانه لحاظ نکردیم؛ زیرا این خدمات مستقیم با هدف سلامت روان یا سلامتی نبود.

به طور کلی، دفترها یک یا ترکیبی از شش نوع روش پیشگیرانه را عرضه می‌کنند: داشتن مراقبت‌های بهداشت روان در خانه برای افسران، داشتن کشیشون تعبیه شده (و در یک مورد عرضه‌کننده خدمات بهداشت روان) در دفترها، ایجاد برنامه‌های ویژه برای رسیدگی سوء استفاده از مواد، ایجاد برنامه حمایت از همسالان، روشهای غربالگری برای شناسایی نیروهایی با خطر زیاد یا داشتن برنامه رسمی بهداشت و سلامتی. نمایندگی‌های این گروه، که مراقبت‌های بهداشت روانی داخلی را عرضه می‌کنند، ممکن است خدمات ای.آ.پی اضافی نداشته باشند یا ممکن است در طول گفتگوهای ما بر خدمات ای.آ.پی تأکید نکرده باشد. همان طور که ذیلاً توضیح داده شده است، دفترها با برنامه حمایت از همتایان معمولاً از آن گروه‌های همکار برای کمک یا اجرای پاسخهای مهم حادثه‌ای استفاده می‌کنند.

#### ۱-۳-۴. مراقبت‌های بهداشت روان داخلی

شانزده دفتر اختصاص یافته به این گروه، علاوه بر خدمات ای.آ.پی، که اغلب نیز در دسترس بودند، مشاوره بهداشت روان رایگان و مجانی توسط عرضه‌کنندگان خدمات بهداشت روان ارائه می‌کنند. چهارده دفتر بیش از ۱۰۰۰ افسر قسم خورده داشتند. در برخی از دفترها، خدمات عرضه شده ای.آ.پی داخلی است که در آن متخصصان بهداشت روان (به طور معمول مددکاران اجتماعی یا روانشناسان با مجوز) برای عرضه مشاوره و ارجاع کوتاه مدت استخدام می‌شوند. در دیگر آژانسها، متخصصان بهداشت روان برای عرضه درمان طولانی مدت بهداشت روان و درمان در دسترس هستند. خدمات برای نیروهای اجرای قانون که مرتباً از آژانس بازدید می‌کنند و با نام ما [افسران] را می‌شناسند.

علاوه بر عرضه مشاوره کوتاه مدت یا بلند مدت، متخصصان بهداشت روان، که در ارگانهای اجرای قانون کار می‌کنند، اغلب به فعالیتهای دیگری از جمله پاسخ دادن به حوادث بحرانی (و اغلب نظارت بر چنین واکنشهایی)، همکاری با افسران پلیس در طول گفتگوهای گروه‌نگیری، اجرای مراکز علمی و دیگر موارد مشغول می‌شوند. آموزشهای مربوط به سلامتی عاطفی، ارزیابیهای روانشناختی برای همه افسران جدید یا بازگشت به ارزیابیهای وظیفه و نظارت بر برنامه‌های پشتیبانی همسالان را نیز شامل می‌شود.

#### ۲-۳-۴. کشیشان و متخصصان مراقبت از بهداشت روان

یازده آژانس به کشیشان وابسته به آژانس، و غالباً در آن نهفته بودند. شش مورد از این سازمانها کمتر از ۱۰۰۰ افسر قسم خورده و سه سازمان از ۱۰۰ نفر کمتر داشتند. بیشتر سازمانها دارای یک یا چند کشیش داوطلب بودند. در یک سازمان، کشیش داوطلب نیز یک افسر پلیس

بود و در سازمان دیگر رئیس برنامه کشیش داوطلب، رهبری باسابقه در دفتر پلیس بود. کشیشان فقط در چهار سازمان به کارمندان حقوق می دادند. نمایندگان دفتر به ما گفتند که این کشیشان معمولاً با افسران، دوستی می کنند تا بتوانند نفوذ خود را در دفتر و بر افسران نگه دارند و دانستن اینکه آشنایی سازمانهایی که به کشیشان وابسته بودند نیز از آنها برای کمک به پاسخگویی به حوادث مهم و اعلاناتی مرگ به اعضای جامعه استفاده می کردند. یکی از سازمانها با یک مددکار اجتماعی بالینی دارای مجوز از این روش مشابه استفاده کرد. در ابتدا برای آموزشهای ساختار فرمانبرداری استخدام شده بود. با واحدهای ویژه در دفتر (به عنوان مثال، آدم کشی، جنایات علیه کودکان)، اکنون مددکار اجتماعی در آنها حضور پیدا کرده، و با آنها دوست شده، و آنها را تحت تأثیر قرار داده بود تا در اطراف آنها باشند و با آنها آشنا شوند.

#### ۳-۳-۴. خدمات مبارزه با استفاده از مواد

دو دفتر، که با آنها صحبت کردیم، برنامه های مشخصی را برای مبارزه با سوء مصرف مواد در میان افسران ایجاد کرده اند. هر دو دفتر به ما گفتند که آنها با خدمات مواد مخدر سرپایی و سرپایی منطقه ای تحت پوشش برنامه های بیمه درمانی آژانسها ارتباط مستقیمی دارند و یک دفتر جلسات غیرمنتظره مشروبات الکلی را برای افسران پلیس و آتش نشانان منطقه ارائه کردند.

#### ۴-۳-۴. پشتیبانی همتا

پشتیبانی رسمی از همتایان، رایجترین نوع خدمات نهادهای اجرای قانون بود که توسط ۳۱ دفتر ارائه می شد که بیشتر آنها بیش از ۱۰۰ افسر قسم خورده داشتند. اگر چه بسیاری از دفترهای عرضه کننده خدمات اساسی از داوطلبان همسال برای پاسخگویی به حوادث مهم استفاده می کنند، دفترهای این گروه از همتایان خود به عنوان متخصصان حرفه ای در دفتر برای رفع نگرانی افسران در استفاده از خدمات رسمی بهداشت روان استفاده، و بسیاری از آنها از قوانین یا سیاستها صحبت می کردند که اطمینان می دهد نیروهای پشتیبانی همتا می توانند خدمات محرمانه ای عرضه کنند. در بیشتر موارد، افسران تقاضا می کنند که بخشی از برنامه باشند؛ مورد بررسی قرار گیرند و آموزش رسمی ببینند. در بعضی موارد، باید از افسران دعوت شود تا در برنامه شرکت کنند. همه مصاحبه شوندگان از تعداد حامیان همتای آموزش دیده در دسترس آگاه نبودند؛ اما در میان کسانی که نسبت حامیان همتا را به افسران قسم خورده از یک تا ده تا یک به ۵۰ متغیر داشتند. اگر چه موارد استثنایی نیز وجود دارد، افسران معمولاً چنین نمی کنند؛ ساعات اداری خود را تعیین کرده اند؛ "اما با افسران همکار خود به طور غیررسمی ملاقات می کنند. نظارت بر برنامه متفاوت بود. در برخی موارد، توسط یک روانشناس دفتر یا دیگر متخصصان بهداشت روان نظارت می شد؛ در موارد دیگر توسط دفتر نظارت می شد.

ما با پنج دفتر صحبت کردیم که کمی متفاوت از الگوی معمولی، که قبلاً توضیح داده شد به پشتیبانی همتا نزدیک شدند. یک دفتر کوچک شامل سیزده افسر قسم خورده برای تبلیغ گروه پشتیبانی همتایان دفتر بزرگتر با دفتر بزرگتر همسایه و بزرگتر همکاری کرد. یک دفتر در سطح ایالت به طور خاص برای جانبازان نظامی، برنامه حمایت همسالان را در نظر گرفته بود. دو دفتر با سازمانهای مستقر در جامعه مشارکت رسمی کردند که برنامه‌های پشتیبانی از همتایان و خطوط تلفنی ویژه اعضای انتظامی و در یک دفتر را اجرا می‌کنند، افسرانی که داوطلب برنامه هستند، اجازه داوطلب شدن شرکت را می‌دهند. "سرانجام در یک دفتر ۳۲۰۰ افسر قسم خورده تشخیص دادند که در طول سالها، افسرانی که جان خود را از دست داده‌اند، اغلب تحت تحقیق و مرخصی اداری هستند؛ بنابراین آنها برنامه‌ای را اجرا کردند که توسط بازنشستگان آموزش دیده دفتر انجام می‌شود و برای مرخصی اداری با افسران در مرخصی اداری تماس می‌گیرند.

#### ۴-۳-۵. غربالگری

شش دفتر از حدود ۳۰۰ افسر تا یک افسر با حدود ۴۰۰۰ افسر، روشی را برای شناسایی فعالانه افسران در معرض خطر بالقوه افزایش یافته، نه تنها برای خودکشی، بلکه برای دیگر نتایج سوء استفاده نیز ایجاد کرده‌اند (به عنوان مثال، استفاده بیش از حد از زور). در بیشتر موارد، هنگامی که یک افسر به آستان شاخصهایی می‌رسید، مانند درگیر شدن در تعداد مشخصی از حوادث استفاده از زور برای مدت زمانی خاص یا به نمایش گذاشتن یکی از آنها، سامانه‌های نظارتی برای فرستادن پیام برای رهبران دفتر وجود داشت؛ فهرست از پیش تعیین شده خطر عوامل. پس از شناسایی افسر، سیاستهای آژانسها متفاوت بود. یک دفتر به صورت موردی با این افراد برخورد، و تصمیم را به ناظر افسر واگذار کرد؛ اما در دیگر دفترها افسران، ارجاع اجباری را به یک هیئت بررسی شامل نمایندگان از کل بخش یا متخصصان مراقبت از بهداشت روان آژانسها (داخلی یا قراردادی) دریافت کردند. در یک دفتر در سطح ایالت، افرادی که دارای درجه کاپیتانی و بالاتر هستند، سالانه دو بار آزمون داشتند و اگر نتایج آنها "ضعیف" تلقی شود، "نامه‌ای دریافت می‌کنند" و باید به پزشک مراجعه کنند و با خطر از دست دادن مزایا رویارو می‌شوند. اگر چه این ممکن است به کمبودهای بهداشت جسمی مرتبط باشد، مصاحبه شونده برای این دفتر به ما گفت که حجم کسانی که در سال قبل نامه دریافت کرده‌اند به قدری زیاد بوده است که باعث پوشش بیشتر سلامت روان می‌شود.

#### ۴-۳-۶. برنامه سلامتی و سلامت روانی

هفت دفتر درباره برنامه های رسمی بهداشت و سلامتی که در دفتر آنها فعال بودند به ما توضیح دادند. استانی در یک دفتر با ۱۱۰۰ افسر قراردادی، این برنامه توسط دولت اجرا شد و شامل "ارزیابی و بررسیها و فرصتهای تعامل و کسب امتیاز و گرفتن ۱۲۵ دلار اعتبار" بود. یک برنامه مشابه در کلانتری بزرگ اجرا می شد؛ اما به طور خاص برای آن بخش طراحی شده، و هم چنین شامل افزودن کلاسهای تناسب اندام، مدیتیشن و ماساژ روی صندلی کار بود. دفتر حتی میز تحرک افسران در مراکز کنترل مرکزی در زندان شهرستان داشت. در سه نمونه دیگر، این برنامه بیشتر سمینارها یا پیامهای تبلیغاتی (به عنوان مثال، پوستر، آگهی تبلیغاتی) مربوط به سلامتی و سلامتی را ترتیب می داد. برنامه در آژانس باقیمانده ۶۰ افسر قسم خورده دارای بیانیه و دستورالعمل کاملاً مشخص برای افزایش مشارکت گروه پشتیبانی همتایان دفتر، شناسایی متخصصان ای.آ.پی قراردادی شهرستان برای کار با افسران پلیس، توسعه آموزش برای افسران و خانوادهها و پیامها و مواد برای افسران (به عنوان مثال، کارتهای کیف پول) و فعالیتهای اجتماعی را سازماندهی کنید.

#### ۴-۳-۷. چندین برنامه

بیشتر دفترهای این گروه یک سرویس فعال عرضه می کنند. از ۵۵ دفتر، ۳۵ دفتر یک سرویس فعال و ۲۱ دفتر فقط پشتیبانی همتا را عرضه می کنند؛ شانزده سرویس پیشگیرانه کشیشون که توسط شش دفتر ارائه می شود. ارائه دادن برنامهها بسیار گوناگون است، هر چند بیشترین آن در سه دفتر است که هم برنامه حمایت همسالان و هم برنامه سلامتی را عرضه می کنند. چهار دفتر باقیمانده سه خدمات عملی را عرضه کردند که هر کدام منحصر به فرد بود. دو سرویس بهداشت روان درمانی داخلی، یک کشیش و یک گروه حمایت از همکاران. یکی از آنها یک ای آ پی داخلی، کشیش و پشتیبانی همکار، و دیگری یک ای آ پی داخلی، برنامه حمایت از همتایان و غربالگری افسران را عرضه می کند.

#### ۴-۴. دفترها با خدمات یکپارچه

هفت دفتر که با آنها صحبت کردیم به دلیل عرضه خدماتی متمایز هستند که در آنها خدمات پیشگیری از خودکشی و ارتقای سلامت روان در عملیات روزمره ادغام شده است. پنج آژانس کل واحدهای اختصاص داده شده به بهداشت و سلامتی را در دفترشان برای ما توصیف کردند. در چهار مورد، واحدهایی به طور خاص برای افسران، خانوادههای آنها و افسران باسابقه ای که توسط ستاد فرماندهی با مسئولیت هماهنگی مجموعه فعالیتهای اداره می شوند به ما گفته شد که بیشتر



شامل فعالیتهای تعریف شده است؛ با این حال، این واحدها ممکن است مسئولیتهای اضافی را نیز به عهده بگیرند که اغلب شبیه وظایف نظامی هستند؛ افسر کمک به مصدومان (به عنوان مثال، فراهم کردن پشتیبانی برای ترتیبات تشییع جنازه برای هر دو دوره وظیفه و جانبازان افسر). یک دفتر شامل ۳۰۰۰ افسر با یک واحد بهداشت روان شش نفره است که مسئولیت اصلی پاسخگویی به تماسهای مربوط به بهداشت روانی را بر عهده دارد اما از آنجا که اعضای این واحد به طور خاص در زمینه بهداشت روان آموزش دیده‌اند از آنها هم‌چنین برای حمایت از افسران نیازمند استفاده می‌شود. این واحد علاوه بر خدمات بهداشت روان داخلی آژانس و هم‌چنین برنامه‌های پشتیبانی خانواده و همسالان وجود دارد که توسط داوطلبان اداره می‌شود. سرانجام، یک مرکز بسیار بزرگ با واحدهای متعدد و سیاستهای اختصاص داده شده به سلامت و سلامتی افسر از جمله واحد خدمات مشاوره‌ای، بخش ارزیابی روانشناختی، حمایت هم‌تایان و برنامه کشیشت، واحد روابط کارمندان، ارتباط با سازمانی غیرانتفاعی است که فقط به یک منبع بالقوه کمتر انگ زده برای ارجاع برای افسران دفتر و سیاستهایی برای اطمینان از ناشناس ماندن افسری که با مسائل شخصی رو به رو می‌شود.

یک دفتر علاوه بر داشتن خدماتی که شرح داده شد در مورد سیاستهای رسمی توضیح داد که برای ارتقای سلامت و سلامتی اتخاذ کرده بودند. در پاسخ به افزایش اضافه کاری اجباری مورد انتظار بین افسران خود، یک دفتر شهری با بیش از ۳۰۰ افسر سیاست خواب ترمیمی را ایجاد کرد که اتاقهای خواب را در دفتر ایجاد، و افسران را به چرت زدن هنگام استراحت ناهار تشویق می‌کرد.

## ۵. بحث

از مکانهای کاری خواسته شده است در افزایش میزان خودکشی در ایالات متحده کمک کنند. سازمانهای اجرای قانون به شیوه‌های مختلف به این فراخوان توجه می‌کنند. اگر چه موارد استثنایی نیز هست، نتایج این مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از نهادهای انتظامی درگیر نوعی تلاش برای ارتقای سلامت روان و جلوگیری از خودکشی در نیروی کار خود هستند؛ این امر با توجه به مشخصات جمعیتی مأموران اجرای قانون و احتمال بالقوه خطر خودکشی در میان افراد حرفه‌ای از اهمیت بیشتری برخوردار است. هم‌چنین با توجه به فضای سیاسی-اجتماعی اجرای قانون و عوامل تنش‌زای مرتبط با افزایش نظارت و پاسخگویی بر افسران پلیس از اهمیت برخوردار است (ساندرز جی بی، کوتزیاس وی، رمچاند آر. ماهیت در حال تکامل تنش پلیس، تأثیر فضای سیاسی اجتماعی (بررسی زیر).

## ۵-۱. ارزیابی خدمات در برابر روشهای توصیه شده

شرکت راند در ارزیابی تلاشهای وزارت دفاع برای جلوگیری از خودکشی به دفترهایی توصیه کرد که می‌خواهند از خودکشی جلوگیری کنند که برنامه‌های راهبردی چند جانبه‌ای داشته باشند که: ۱. افراد در معرض خطر را مشخص می‌کند. ۲. دسترسی به مراقبت با کیفیت را آسان می‌کند. ۳. مراقبت با کیفیت را فراهم می‌کند. ۴. دسترسی به ابزارهای کشنده را محدود می‌کند (رامچاردو همکاران، ۲۰۱۱). ما بحث خود را حول این عناصر بنا می‌کنیم.

### ۵-۱-۱. آگاهی را افزایش، و مراقبت از خود را ارتقا دهید.

دفترهای اجرای قانون در نمونه ما برای افزایش آگاهی و ارتقای مراقبت از خود، اساساً به آموزشهای ضمن خدمت یا استخدامهای جدید یا آموزشهایی اعتماد کردند که بخشی از برنامه‌های رسمی و بهداشتی و تندرستی بود. در بحث در مورد آموزشها محدودیت داریم؛ زیرا مصاحبه‌های ما به طور کلی جزئیات کافی را درباره محتوا و چگونگی ارائه آموزش بیان نمی‌کرد؛ با این حال، راهنمایی در مورد وجود دارد.

شرایطی که ممکن است چنین آموزشهایی بیشترین موفقیت را داشته باشد (کلی و هوبان، ۲۰۱۷). درباره سیاستهای پیشگیرانه کاهش فشارهای سازمانی مرتبط با کار کمتر شنیده‌ایم؛ به طور خاص، مسائل زمانی (به عنوان مثال، کار نوبتی، اضافه کار اجباری) شناخته شده است که خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهد (فک ادولنگ و همکاران، ۲۰۱۶) و اختلالات خواب (بیخوابی، اختلالات خواب و کابوسها) خطر رفتارهای خودکشی را افزایش می‌دهد (برنرت و همکاران، ۲۰۱۵) در حالی که ما به طور خاص در مورد چنین سیاستهایی نپرسیدیم. فقط یک آژانس سیاست خواب ترمیمی خود را با توجه به تلاشهای ارتقای سلامت روان با ما در میان گذاشت. از سیاستها و اقدامات نهادی که باعث مراقبت از خود می‌شود، نباید به عنوان عناصر حیاتی برای اطمینان از نیروی انسانی سالم غافل شد. زمینه‌های دیگری که ممکن است ارزش توجه داشته باشد، نوشیدن مسئولانه و ارتقای روابط خانوادگی است.

### ۵-۱-۲. شناسایی افراد در معرض خطر

شاید بحث برانگیزترین مورد برای دفترهای اجرای قانون و به طور کلی محلهای کار، روشها و سیاستهای شناسایی افراد در معرض خطر باشد؛ راهبرد توصیه شده در سمپوزیوم ملی خودکشی در اجرای قانون و بهداشت روان (آی.اس.پی، انجمن بین‌المللی رؤسای پلیس، ۲۰۱۴). به طور غیررسمی، این ممکن است با استفاده از همسالان یا کشیشون تعبیه شده انجام شود. یکی از راههای این کار به صورت رسمی، برنامه‌های غربالگری است که از داده‌های اداری

برای شناسایی افسران در معرض خطر استفاده می‌کند. چنین راهبردی شبیه تلاش اخیر اداره بهداشت جانبازان برای شناسایی بیماران در معرض خطر خودکشی است (مک کارتی و همکاران، ۲۰۱۵)؛ با این حال، بحث در مورد چنین رویکردهایی در محل کار این است که آیا مداخله برای افرادی که در معرض خطر هستند، مجازاتی است یا از نظر آماری چنین پیش‌بینی‌هایی (بویژه نسبت مثبت کاذب، رامچاند و کلی، ۲۰۱۶) انجام می‌شود. در مصاحبه‌ها، متوجه شدیم که خطر خودکشی یکی از رفتارهایی است که آژانسهای اجرای قانون با استفاده از این روشها هدف قرار می‌دهند. رفتار رایج دیگر استفاده بیش از حد از زور است؛ با این حال از هیچ ادبیات منتشر شده‌ای آگاه نیستیم که اعتبار الگوهای پیش‌بینی را برای هر یک از نتایج در سازمانهای اجرای قانون بررسی می‌کند. در حالی که محققان باید به اطلاع آژانسهای علاقه‌مند یا قبلاً درگیر چنین شیوه‌هایی کمک کنند، رهبران دفتر به همراه نمایندگان اتحادیه‌های اجرای قانون و خود مأموران اجرای قانون باید درگیر بحث در مورد استفاده معمول از چنین ابزاری در آژانسها باشند. راهبرد مشترک دیگر، که توسط سازمانهای اجرای قانون در نمونه ما برای شناسایی افراد در معرض خطر استفاده می‌شود بر نیروهای در معرض حوادث مهم متمرکز است. پلیس ممکن است به دلیل وظایف شغلی، در کار خود با انواع آسیبهای مکرر و شدید رو به رو شود (ویس و همکاران، ۲۰۱۰). رابطه رویارویی آسیب‌زای بزرگسالان و خودکشی بسیار ناچیز است (ناکس، ۲۰۰۸)؛ با این حال، قرار گرفتن در معرض ضربه می‌تواند به اختلال تنش پس از سانحه (پی تی اس دی) منجر شود. در مورد ارتباط پی تی اس دی و خودکشی شواهد بیشتری وجود دارد (لگن و همکاران، ۲۰۱۲).

بررسی ادبیات تحقیق و راهبردها در مورد اینکه پس از یک حادثه مهم باید چه کاری انجام شود، در جای دیگری بحث شده است (بروسیا و همکاران، ۲۰۱۷). خلاصه نویسی اصطلاحی است که توسط سازمانهای اجرای قانون، همان طور که در مورد محققان است، استفاده می‌شود تا طیف وسیعی از رویکردها را برای حمایت از افسران پس از حوادث بحرانی دربر گیرد (بروسیا و همکاران، ۲۰۱۷). اگر چه ما در مورد جمع‌آوری جزئیات کافی در مورد اقدامات فعلی در سراسر دفاتر تحقیق نکردیم در مورد سوء استفاده داوطلبانه و اجباری، استفاده از پزشکان بهداشت روان و هم‌چنین همسالان برای اجرای چنین برنامه‌هایی و هر دو جلسه گروهی و فردی شنیدیم. در بعضی مواقع، حتی در همان آژانس مستقر در مورد ماهیت واقعه آسیب‌زا این احتمال وجود دارد که اگر چه برخی از اقدامات ممکن است با شواهد مطابقت کند، مانند ارائه درمان رفتاری شناختی (سی بی تی) به افراد علامتدار (رابرتز و همکاران ۲۰۱۰؛ ویی و همکاران ۲۰۱۶)، دیگر

سازمانها هنوز از گروه‌های یک جلسه استفاده می‌کنند. روشهای مبتنی بر این، که دیگر توصیه نمی‌شود (بروسیا و همکاران ۲۰۱۷؛ رز و همکاران، ۲۰۰۲)؛ اما طی مصاحبه‌ها به نفع ما بود.

۵-۳. دسترسی به خدمات مراقبت با کیفیت را آسان کنید.

سومین و چهارمین عامل چارچوب راند را می‌توان با هم در نظر گرفت. استفاده از همسالان به عنوان متخصصان حرفه‌ای یکی از راهبردهایی است که برای آسانسازی دسترسی به مراقبتها استفاده می‌شود. از نظر تئوری، طرفداران همسالان قرار است با کمک به معرفی همتایان نیازمند به مشاوران بهداشت روان در دسترس، مراقب بهداشت عمومی باشند (بوهل - پرنود و کلارک، ۲۰۱۷). متأسفانه، شواهدی مبنی بر دستیابی چنین برنامه‌هایی به این اهداف محدود است. یک متآنالیز اخیر از چنین برنامه‌هایی، شواهد امیدوار کننده‌ای را نشان داد که مشاوران همسال می‌توانند نتایج مفیدی در زمینه ارتقای تغییر رفتار (به عنوان مثال، کاهش مصرف مواد، پابندی به رژیم غذایی) داشته باشند؛ اما لزوماً تغییر در شرایط سلامتی (به عنوان مثال، افسردگی) یا سلامتی استفاده از مراقبت (رامچاند و همکاران، ۲۰۱۷).

ملاحظات اقتصادی هست که دفترهای اجرای قانون باید هنگام تصمیم‌گیری در مورد چگونگی عرضه خدمات بهداشت روان در دسترس کارمندان خود مورد توجه قرار دهند. اگر چه ممکن است این کار تا حدی برای آشنایی و راحتی افسران یا عرضه کنندگان مراقبتهای بهداشت روان طراحی شده باشد، پذیرش افسران و استفاده از عرضه کنندگان مراقبتهای بهداشت روانی در داخل و در مقابل قرارداد (مانند ای آ پی‌های خارجی) هنوز یک سؤال بی‌پاسخ است. ملاحظات حقوقی و اخلاقی مهمی نیز هست، بویژه که به محرمانه بودن عرضه کنندگان مراقبتهای بهداشت روان در داخل و گفتگو در مورد روابط متعددی مربوط است که این عرضه کنندگان ممکن است با افسران دفتر داشته باشند (مک کاتچيون، ۲۰۱۷). برخی از آژانسها بین عرضه کنندگان مراقبتهای بهداشت روانی که مشاوره ارائه می‌کنند از کسانی که تحقیقات دوباره نسبت به وظیفه را انجام می‌دهند، تفاوت قائل می‌شوند؛ اما بسیاری از سازمانها چنین مرزهایی را تعیین نمی‌کنند. تأمین کننده‌ای که هر دو وظیفه را بر عهده می‌گیرد، ممکن است تعارض منافع باشد و یا تصور شود که در نتیجه منافع بیشتری را از دسترسی افسران نیازمند به خدمات بهداشت روان جلوگیری می‌کند. همان طور که سیاستها برای اطمینان از محرمانه بودن و به حداقل رساندن تعارضات احتمالی منافع مهم است، اطمینان از درک دقیق افسران و مشتریان از این موضوعات نیز دارای اهمیت است. عدم درک مراقبت محرمانه کاملاً اثبات شده است. مانعی برای مراقبتهای بهداشت روان در جمعیت‌های نظامی، که مراقبتهای بهداشت روانی داخلی نیز برای آنها در دسترس است

(آکوستا و همکاران، ۲۰۱۴). به طور مشابه، افسران ممکن است ارزیابی درستی از نشانه‌های بهداشت روانی خود انجام دهند، اگر درک کنند که چنین اطلاعاتی محرمانه نیست یا می‌تواند برای امور مربوط به استخدام آنها یا بازگشت به کار استفاده شود (فیر و همکاران، ۲۰۱۲).

وجود مراقبت‌های بهداشت روان در خانه هم‌چنین نشان می‌دهد که دفترهای اجرای قانون در اطمینان از عرضه مراقبت‌های با کیفیت از عرضه کنندگان نقشی دارند. نشریات اخیر طرفدار متخصصان بهداشت روان با صلاحیت تخصصی در کار با نیروهای اجرای قانون هستند (آکزلود، ۲۰۱۷؛ جی پلیس جرایم روانی مک کوتچیون، ۲۰۱۷)؛ با این حال، نویسندگان نتوانسته‌اند تأکید کنند که مراقبت‌های بهداشت روان، که به افسران پلیس عرضه می‌شود، نیز باید بر شواهد مبتنی باشد. مراقبت‌های با کیفیت خوب هم به ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد و هم از نظر فرهنگی شایسته نیاز دارد (تانای لیان و همکاران، ۲۰۱۴) هیچ ارزیابی کلی وجود ندارد. عرضه کنندگان مراقبت‌های بهداشت روان در خانه از کیفیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی به افسران پلیس، اگر چه مطالعات اخیر نشان می‌دهد که کیفیت مراقبت نسبتاً ضعیف در مراکز نظامی و غیرنظامی نشان می‌دهد که ممکن است در سازمان‌های اجرای قانون نیز کمبودهایی باشد (هپنر و همکاران، ۲۰۱۷؛ مک گلین و همکاران، ۲۰۰۳).

۵-۱-۴. دسترسی به ابزارهای کشنده را محدود کنید.

اسلحه گرم، رایجترین روشی است که امریکاییها برای گرفتن جان خود استفاده می‌کنند و ما مستقیماً درباره آموزش، نگهداری و دسترسی به سلاح گرم در آژانسهای نمونه خود سؤال کردیم. تقریباً در تمام دفاتر ما گفته شد که افسران سالانه در مورد استفاده و ذخیره سازی مناسب آموزش می‌بینند. آنها به طور کلی اسلحه گرم خود را، که برای آنها صادر شده است با خود می‌برند در حالی که شواهدی هست که به معنای کاهش میزان خودکشی است (آزریل و میلر، ۲۰۱۶). این کار در آژانسهای اجرای قانون ایالات متحده ممکن است چالش باشد؛ با این حال، نمونه‌های گویایی از آژانسهای مشابه وجود دارد. نیروی دفاعی اسرائیل (آی دی اف)، که پس از مشاهده تعداد قابل توجهی از خودکشی در تعطیلات آخر هفته در میان سربازان جوان، آنها را به ترک اسلحه گرم خود در پایگاه هنگامی ملزم کرد که آخر هفته به خانه بازگشتند و شاهد کاهش ۴۰ درصدی میزان خودکشی در مردان جوان اسرائیلی بودند (لوبین و همکاران، ۲۰۱۰). اگر چه چنین سیاستی ممکن است برای ارتش اسرائیلی مؤثر واقع شود، سازمان‌های اجرای قانون ایالات متحده، که می‌خواهند چنین رویکردی را در پیش بگیرند، باید روشی را در نظر بگیرند که برای جوامع اجرای قانون آنها مناسب است. هرگونه تلاش باید در کنار پیامد نامطلوب احتمالی مانند بدتر شدن نشانه بهداشت روانی ناشی از برداشتن سلاح گرم شخص در نظر گرفته شود.

## ۵-۲. محدودیتها

مطالعه ما به گونه‌ای طراحی نشده است که برای همه آژانسهای اجرای قانون در ایالات متحده قابل تعمیم باشد؛ بلکه بیشترین تنوع را بین آژانسها در خدمات عرضه شده دارد. ممکن است آژانسهای اجرای قانون وجود داشته باشد که خدماتی عرضه کنند که در مطالعه ما گنجانده نشده است. علاوه بر این، ما به طور عمدی تقریباً نیمی از کل سازمانهای اجرای قانون را کنار گذاشتیم؛ آنها با کمتر از ده افسر تمام وقت قسم خورده؛ با این حال، آژانسهایی با بیش از ده افسر تمام وقت، بیشتر افسران پلیس امروز در ایالات متحده را به کار می‌گیرند. سرانجام با توجه به دستورالعمل ما، مصاحبه‌های ما برای به دست آوردن گستردگی خدمات طراحی شده است. ما اغلب قادر به کسب جزئیات صریح و دقیق در رویکردهای مختلف در مورد تنوع نیستیم (به عنوان مثال، روشهای پاسخ به حوادث مهم).

## ۶. نتیجه‌گیری

از سازمانهای اجرای قانون، که با آنها صحبت کردیم، بیشترین علاقه‌مند به گسترش خدمات بهداشت روان و سلامتی خود بودند؛ اما خاطر نشان کردند که واقعیت‌های بودجه و چالشهای عملیاتی مداوم، مانع اولویت داشتن این امر می‌شود. همان طور که یکی از مصاحبه‌شوندگان خاطر نشان کرد: صادقانه بگویم اطفای حریق مانع تدوین و اجرای سیاست یا برنامه‌ای شده است. تا زمانی که اتفاق بدی رخ دهد در خط مقدم ذهن ما نیست. ما در بخش خود آتش‌سوزیهای زیادی داریم؛ کارکنان، بودجه، رویدادهای روزمره در سطح کشور که به توجه نیاز دارند. ما پنج مورد مرگ و میر داشته‌ایم؛ بنابراین در آن دوره، همه به دنبال مسئله [بهداشت روانی] بودند. نتایج این مصاحبه‌ها پیامدهای تحقیق را به همراه دارد. خدمات از نظر شدت از حداقل تا فعالیت متفاوت بود و تحقیقات آینده باید ارزیابی کند که آیا شدت خدمات با بهبود نتایج بهداشت روان و کاهش میزان خودکشی ارتباط دارد. تحقیقات هم‌چنین باید خدمات فردی عرضه شده از جمله برجسته‌ترین آنها را ارزیابی کند. روشهای پس از تنش در حادثه بحرانی، برنامه‌های پشتیبانی از همسالان، دسترسی و پذیرش خدمات داخلی در مقابل خدمات بهداشت روان و کیفیت مراقبتهای عرضه شده توسط روان‌درمانی در خانه عرضه‌کنندگان مراقبتهای بهداشتی. چنین تحقیقاتی برای کمک به سازمانهای اجرای قانون در استفاده از داده‌های تجربی هنگام طراحی یا انتخاب برنامه‌هایی برای جلوگیری از خودکشی یا حمایت از سلامت روان افسر و هم‌چنین توجیه هزینه‌های مرتبط با رویکردهای مختلف ضروری است. علاوه بر این برای ترغیب

آژانسها به کنار گذاشتن روشهای پشتیبانی نشده و بالقوه خطرناک به نفع آن رویکردهایی که حمایت تجربی را به دست می آورد، تحقیقات ترجمه‌ای لازم است.

این نتایج، پیامدهای عملی فوری نیز دارد بویژه برای آژانسهایی که به دنبال اقدامات پیشگیری از خودکشی یا ارتقای سلامت روان هستند. آن آژانسها با کمترین خدمات یا دفترهای کوچکتر بودند یا آژانسهای دولتی در ایالتهای بزرگ که دفترهای میدانی پراکنده داشتند. چگونگی برخورد دیگر دفترهای کوچک و دولتی با ارتقای بهداشت روان و پیشگیری از خودکشی ممکن است مثالی را برای آژانسهای مشابهی عرضه کند که به دنبال گسترش کارآمد خدمات خود هستند. برخی از آژانسهای کوچکتر برای عرضه خدمات مشترک با سازمانهای اجرای قانون همسایه با برنامه پشتیبانی همکار، مشارکتهای راهبردی خود را با دیگر آژانسهای محلی پاسخ دهنده اول خود ایجاد کردند تا اطمینان حاصل شود که افسران به این نوع پشتیبانی دسترسی دارند. دفترهای دولتی اغلب به ای آ پی خارجی اعتماد می کردند که با عرضه کنندگان جامعه در سراسر ایالت قرارداد بسته بود. در نتیجه، بسیاری از دفترهای اجرای قانون ایالات متحده خدمات عرضه می کنند و خدمات آنها به طور کلی می تواند در انواع سیاستها و روشهایی باشد که پلیس مبارزه با جرائم روانی توصیه کرده است؛ با این حال، تعداد کمی از دفاتر - بویژه دفترهای کوچکتر - مجموعه کاملی از برنامه‌ها را عرضه می کنند و پایگاه شواهد ضعیفی برای بسیاری از رویکردهای خاص مورد استفاده وجود دارد.



شروېشگاه علوم انساني و مطالعات فرهنگي  
پرتال جامع علوم انساني





# Abstracts

پروفیسر کاہنہ علوم انسانی و مطالعات تربیتی

پرنال جامع علوم انسانی



شروېشگاه علوم انساني و مطالعات فرهنگي  
پرتال جامع علوم انساني