۳۳۳

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

(مرور منابع، تحلیل ذینفعان، پیشینه اجرا، اهداف و استراتژی ها، برنامه عملیاتی)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

وزارت کشور

سازمان امور اجتماعی

شورای اجتماعی کشور

نسخه دی ماه ۱۴۰۰

فهرست مطالب:

بخش اول: مرور منابع

همه گیرشناسی خودکشی

شیوع خودکشی در جهان

شیوع خودکشی در ایران

سبب شناسی خودکشی

مروری بر تجربیات و استراتژی های پیشگیری از خودکشی در جهان

استراتژی های پیشگیری از خودکشی در کشورهای توسعه یافته

استراتژی های پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه

مطالعات مروری مهم در خصوص راهبردهای پیشگیری از خودکشی

بخش دوم: تحلیل ذینفعان در برنامه پیشگیری از خودکشی

بخش سوم: پیشینه برنامه پیشگیری از خودکشی در جمهوری اسلامی ایران

بخش چهارم: اهداف و استراتژی های برنامه پیشگیری از خودکشی

بخش پنجم: برنامه عملیاتی

بخش ششم: منابع

پیشگفتار:

خودکشی یک پدیده پیچیده زیستی روانی اجتماعی است و عوامل تنش آفرین در زندگی مثل مشکلات مالی، مشکلات اجتماعی، ناامیدی اجتماعی، ناپایداری شغلی می توانند باعث ایجاد خلق افسرده و افکار خودکشی شوند. در سبب شناسی خودکشی، اختلالات روانپزشکی مثل افسردگی اساسی در صدر علل قرار دارند و در رده های بعدی، اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت، و یا دوره های افسردگی شدید اختلال دوقطبی قرار دارند.

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، لیکن خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۹، ۵۵۴۲ (پنج هزار و پانصد و چهل و دو) نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده اند که معادل ۶,۶ فوت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد. این میزان کمتر از میانگین ۹,۴۸ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت جهان می باشد.

سازمان بهداشت جهانی، چهار راهبرد مؤثر را برای پیشگیری از خودکشی توصیه می نماید، که عبارتند از شناسایی و درمان به موقع اختلالات روانپزشکی، کاهش دسترسی به روش های شایع و مهلک اقدام به خودکشی، ثبت مسئولانه موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، و گزارش مسئولانه در رسانه ها. ارزیابی تدابیرِ پیشگیرانه خودکشی، اغلب بر اساس آمار موجود در نظام ثبت خودکشی است و تا زمانی که آمار نظام ثبت نشانی از اثربخشی برنامه های پیشگیری نداشته باشد، باید در مورد نحوه اجرای صحیح این برنامه ها تردید نمود و به دنبال رفع چالش های مربوط به آن بود. ثبت آمار اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن، فرآیندی پیچیده و چند سطحی است که نیاز به تعامل پزشکی قانونی، مراکز بهداشتی دولتی، بیمارستان های دولتی و همچنین بیمارستان های بخش خصوصی داشته و افراد زیادی را در سطوح مختلف درگیر می نماید.

برنامه پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت در ایران در سال ۱۳۷۹ با راهبرد تشخیص و درمان افسردگی در چهار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران، کرمانشاه، و ایلام شروع و در سال ۱۳۸۶ با ارتقاء توانمندی نظام سلامت، برنامه بازبینی شده در شهرهای کوه دشت، و خرم آباد نیز به صورت آزمایشی به اجرا در آمد. نتایج اجرای آزمایشی این برنامه منجر به طراحی برنامه جامع پیشگیری از خودکشی در کشور گردید. این برنامه در شهرستان های نهاوند و ساوجبلاغ به صورت آزمایشی اجرا گردید و در طی این سال ها، برنامه کشوری ثبت اقدام و فوت ناشی از خودکشی در سیستم پورتال وزارت بهداشت هم طراحی شده و به مرحله اجرا درآمد. از

سال ۱۳۹۳ و با ایجاد ظرفیت های جدید در راستای اجرای طرح تحول نظام سلامت، دو برنامه ثبت اقدام و فوت ناشی از خودکشی و پیشگیری از خودکشی در نظام سلامت ادغام و به مرحله اجرای کشوری درآمد.

در حال حاضر، بر اساس فلوچارت های ابلاغ شده برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی، از هر فرد مراجعه کننده به خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت که در غربالگری اولیه، دارای دیسترس روانشناختی شناخته شده باشد، در مورد افکار خودکشی پرسیده می شود که در صورت نیاز، ارجاع به پزشک صورت بگیرد. هدف از این فرآیند، کاهش میزان اقدام به خودکشی به عنوان مهم ترین پیش گویی کننده فوت بعدی ناشی از خودکشی است. همچنین، تلاش برای شناسایی و درمان به موقع اختلال روانپزشکی نیز در نهایت منجر به کاهش اقدامات خواهد شد.

هدف کلان برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی است که از طریق اجرای فعالیت هایی هماهنگ از طریق دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و با محوریت پیشگیری از طریق آموزش و توانمندسازی و افزایش ظرفیت پاسخ دهی نظام سلامت و تلاش فعالانه در جهت تقویت همکاری های بین بخشی در این زمینه صورت می پذیرد. بر اساس برنامه، حوزه معاونت بهداشت موظف به جمع آوری، تجمیع و ثبت کلیه موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت می باشند. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان حوزه ستادی مسئول ثبت رفتارهای خودکشی بر این روند نظارت کامل داشته و آمار را به صورت ماهیانه رصد می کند و در مواقع و بر حسب مورد، مداخله می نماید. برنامه های آموزشی برای کارکنان سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات اعم از بهورزان مستقر در خانه های بهداشت روستایی، کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه های سلامت شهری، کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت، پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین مراکز بهداشتی درمانی روستایی برای مدیریت موارد شناسایی شده دارای افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی به صورت سالیانه انجام می شود. این آموزش ها در قالب آموزش در کارگاه های کشوری سالیانه و تداوم آنها به شکل کارگاه هایی در سطوح استان ها و شهرستان ها و نظارت بر فرآیندهای آموزشی در دانشگاه های علوم پزشکی می باشد.

از نیمه دوم سال ۱۳۹۵، فرآیند مداخله و پیگیری فعال افراد اقدام کننده به خودکشی که به بیمارستان مراجعه نموده اند و نجات یافته اند، طراحی شده و از ابتدای سال ۱۳۹۶در چهار استان آذربایجان غربی، ایلام، کرمانشاه و لرستان به مرحله اجرای آزمایشی درآمده است و در ارزشیابی بعمل آمده، نتایج خوبی در پی داشته است. در این برنامه، کارکنان بیمارستانی حوزه سلامت نیز تحت آموزش قرار گرفته و علاوه بر بهبود ثبت موارد اقدام به خودکشی، برای پیگیری موارد شناسایی شده اختلالات روانپزشکی و ارجاع موارد نیازمند به درمان به سطح تخصصی نیز اقداماتی صورت گرفت که در جمع بندی نتایج اجرای طرح فوق می‌توان گفت میزان

خودکشی مجدد در گروهی از افراد اقدام کننده به خودکشی که همکاری کامل (پاسخ به تلفن و همکاری برای مراجعه حضوری جهت دریافت چهار جلسه مداخله مختصر روانشناختی) پس از ارجاع از بیمارستان به مرکز خدمات جامع سلامت داشته اند، به میزان معناداری پایین تر بوده است. این نتیجه می تواند نشان دهنده موثر بودن مداخله باشد.

خاطر نشان می شود برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال حاضر در مناطق تحت پوشش تمامی ۶۳ دانشگاه و دانشکده های علوم پزشکی سراسر کشور در حال اجرا می باشد. آنچه پیش رو دارید، نسخه بازنگری شده این برنامه پس از اعمال بازخوردهای گروه ارزیابی بین المللی و ملی در طی سال های ۱۳۹۶ الی ۱۳۹۷ است که در سال ۱۳۹۸ تدوین شده است. این برنامه در بهمن ۱۳۹۸ در شورای اجتماعی کشور مطرح گردید و از طرف ریاست محترم سازمان امور اجتماعی کشور جهت بازبینی و اعمال نظرات به دستگاه های عضو ارسال گردید. نسخه فعلی برنامه پس از برگزاری نشست های کارشناسی با مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های حوزه معاونت درمان وزارت بهداشت و همچنین دستگاه های وزارت آوزش و پرورش، وزارت تعاون، کار رو رفاه اجتماعی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت زنان ریاست جمهوری، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دادستانی تهران، معاونت پیشگیری قوه قضاییه، و سازمان اوقاف و امور خیریه و پس از اعمال نظرات و پیشنهادات عملیاتی، تهیه شده است. این برنامه در سال ۱۳۹۹ در ۳۰ دانشگاه علوم پزشکی مورد اجرای آزمایشی قرار گرفت و نتایج آن در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفت. این برنامه جهت بهره برداری و اجرا در بازه زمانی ۱۴۰۱ الی ۱۴۰۵ به کلیه دانشگاه های علوم پزشکی کشور ابلاغ می گردد.

دکتر احمد حاجبی
مدیرکل دفتر سلامت روانی،اجتماعی و اعتیاد
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دی ماه ۱۴۰۰

بخش اول: مرور منابع

مقدمه:

مروری بر تاریخ جوامع مختلف نشان می‌دهد که در اغلب دوره‌های تاریخی، انسان ها به گونه‌ای خواسته‌اند حق زنده ماندن یا مردن را برای خود محفوظ نگه دارند. به علاوه، با مروری بر وضعیت اجتماعی فرهنگی، و شرایط زندگی آنها می‌توان عواملی را که در جامعه‌ای مشخص و در عصری معین انسان ها را به سوی انتحار سوق داده، تشخیص داد. در هند باستان، تحت تأثیر تعالیم آیین برهمایی، خردمندان و فرزانگان در خلال جشن‌های مذهبی خودکشی می‌کردند. تا اواخر قرن نوزدهم، در بسیاری از نقاط هند، خودکشی زن بیوه پس از مرگ شوهر امری کاملاً مرسوم بود. در تبت و چین باستان نیز خودکشی عملی مقبول بود. خودکشی در میان جنگجویان سامورایی و نظامیان ژاپنی نیز به عنوان سنتی کهن متداول بود. در مذاهب یهود، مسیحیت و اسلام خودکشی به مفهوم قتل نفس، عملی منفور و مغایر با اصول الهی، و نابخشودنی شناخته شده است. با گذشت زمان و با ایجاد جو روشنفکری به تدریج، نگرش‌هایی که نسبت به خودکشی وجود داشت ضعیف شد؛ به نحوی که، عده‌ای علاقمند شدند علل خودکشی را بررسی کنند. در قرن ۱۲ و ۱۳ میلادی نرخ خودکشی افزایش یافت و از دوره‌ی رنسانس، دوره‌ی اصلاح مذهب و انقلاب فرانسه، با اشتیاقی که برای نویسندگان این عصر به نوشتن در مورد خودکشی به وجود آمد، میزان خودکشی افزایش یافت. در قرن هفدهم سرکوبی و مجازات خودکشی شدت پیدا کرد و مجریان قانون آن را جنایتی علیه جان پادشاهان و ضد خداوندان توصیف کردند (۱).

در سال‌های اخیر، آگاهی و درک گروهی مردم از رفتار خودکشی تغییر یافته است و حتی برخی آن را به عنوان یک روش منطقی و معقول در واکنش به مشکلات می‌نگرند. (۱). با تغییر معنای خودکشی، واکنش به آن نیز تغییر کرده است. در بسیاری از کشورها، خودکشی یک مشکل اجتماعی و بهداشت روانی به حساب می‌آید، و یکی از مسائلی است که توجه ویژه‌ای را در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی سطح اول و دوم به خود جلب کرده است (۲). افزایش نگران‌کننده‌ی میزان خودکشی در دهه‌های قبل و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، و روانی آن، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت که در برنامه‌ی بهداشت همگانی تا سال ۲۰۰۰ ، کاهش میزان خودکشی را در کشورهای جهان به عنوان یکی از اهداف خود معرفی کند (۳). به این ترتیب، خودکشی به عنوان پدیده‌ای چند جانبه یکی از محورهای مهم فعالیت‌های بهداشتی درمانی است و به نظر می‌رسد تمام کشورها ناگزیر از پرداختن به آن هستند.

بیش از ۹۰ درصد کسانی که در امریکا و اروپا خودکشی می‌کنند در زمان مرگ ناراحتی روانپزشکی داشته‌اند. به طور کلی، مطالعات انجام شده، در جوامع غربی، نرخ بالای اختلال روانپزشکی را قبل از خودکشی نسبتی بین ۸۲ تا ۱۰۰ درصد گزارش نموده‌اند. هر چند بیماری روانی به ندرت یا با فراوانی کمتری به عنوان علت خودکشی در جمعیت آسیایی گزارش شده است. تعدادی از نویسندگان در این باره معتقدند که دلایل مختلف از جمله فقدان نسبی اطلاعات، ضعف مهارت‌های روانشناختی در خانواده، کمبود فعالیت‌های تحقیقاتی، انگی که از لحاظ اجتماعی به بیمار روانی زده می‌شود، و محدودیت منابع درمانی ممکن است منجر به این شود که اختلال روانی در اقدام‌کنندگان آسیایی نادیده گرفته شود (۴).

همه گیرشناسی خودکشی:

الف) شیوع خودکشی در جهان:

خودکشی در میان بیست علت اول مرگ در سراسر دنیا هست و مرگ های ناشی از خودکشی از مرگ های مالاریا، سرطان پستان، جنگ و یا دیگر کشی بیشتر است. بر اساس گزارش های سازمان بهداشت جهانی، سالانه پیش از ۸۰۰ هزار فوت ناشی از خودکشی در جهان رخ می دهد و تخمین زده می شود که موارد اقدام به خودکشی، بیست تا سی برابر این عدد است. خودکشی شامل ۱,۴٪ کل مرگ های جهان در سال ۲۰۱۷ بود و رتبه هجدهم را در بین علل مرگ دارد (۵).

میزان محاسبه شده خودکشی (استاندارد شده بر اساس سن) در جهان، بر اساس گزارش های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶، ۱۰,۵ در هر صدهزار نفر جمعیت بوده است. برخی کشورها کمتر از ۵ در صدهزار و برخی بیشتر از ۳۰ در صدهزار نفر فوت ناشی از خودکشی را گزارش می کنند (۶).

خودکشی، دومین علت فوت بعد از تصادفات رانندگی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است. در زنان خودکشی دومین و در مردان خودکشی سومین علت فوت در این گروه سنی بوده است. در زنان، رتبه اول مرگ های مرتبط با بارداری و در مردان، رتبه های اول و دوم مربوط به تصادفات رانندگی و خشونت بین فردی بوده است (۷).

فوت ناشی از خودکشی در مردان، ۱۳,۷ در صدهزار نفر و در زنان، ۷,۵ در صدهزار نفر است. بالاترین میزان خودکشی بر اساس جنس در کشورها در جنس زن بالای ۳۰ و در جنس مرد، بالای ۴۵ بوده است. نسبت فوت خودکشی مرد به زن، ۱,۸ می باشد. در کشورهای با درآمد بالا این عدد به ۳ نزدیک می شود و در کشورهای درآمد پایین این عدد به ۱ نزدیک تر می شود. در تعدادی از کشورها از جمله بنگلادش، چین، لسوتو، و میانمار، خودکشی در زنان بالاتر از مردان بوده است (۷).

خودکشی سومین علت فوت در میان گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال بوده است. در دختران خودکشی دومین و در پسران خودکشی سومین علت فوت در این گروه سنی بوده است. در دختران، رتبه اول مرگ های مرتبط با بارداری و در پسران، رتبه های اول و دوم مربوط به تصادفات رانندگی و خشونت بین فردی بوده است. بیشترین

اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. شایع ترین روش اقدام به خودکشی در جهان استفاده از داروهاست، اما شایع ترین روش اقدام به خودکشی منجر به فوت، دار زدن است (۷).

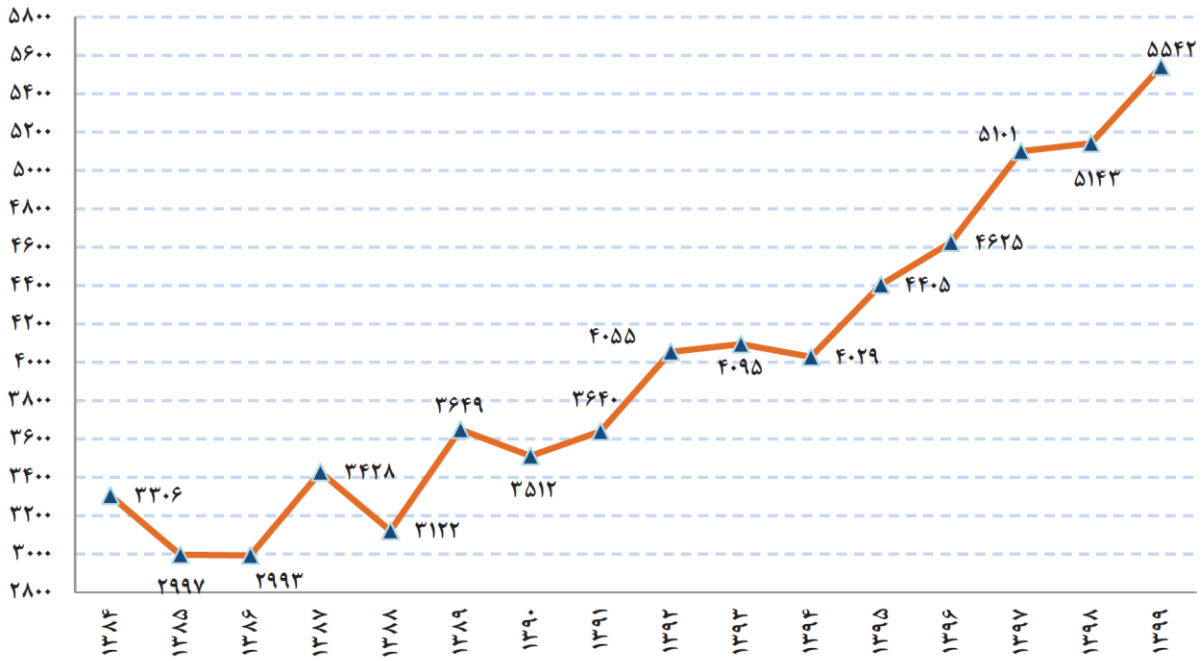
۷۹درصد خودکشی ها در کشورهای با درآمد پایین رخ می دهد که البته ۸۴درصد جمعیت جهان هم در آن زندگی می کنند. ۵۲,۱درصد خودکشی ها زیر ۴۵ سال رخ می دهند. ۹۰درصد خودکشی های نوجوانان در کشورهای با درآمد پایین رخ داده است که البته ۹۰ درصد نوجوانان زندگی می کنند (۷).

کاهش میزان فوت ناشی از خودکشی یکی از اهداف دارای اولویت سازمان بهداشت جهانی است و در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل ذیل هدف شماره ۳,۴، و در برنامه عملیاتی جهانی سلامت روان (۲۰۳۰-۲۰۱۳) گنجانده شده است. جهت نیل به هدف کاهش میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان، یک برنامه جامع و هماهنگ در میان همه کشورها ضروری است (۷).

کشورهای جهان از نظر روند خودکشی در سه دهه اخیر، مسیرهای متفاوتی داشته اند. در برخی کشورها، افزایش میزان خودکشی و در برخی کشورها کاهش میزان خودکشی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۰ دیده شده است. در شش سال بین ۲۰۱۰ و ۲۰۱۶، خودکشی در جهان، ۹,۸ درصد کاهش یافته است. این کاهش در منطقه غرب اقیانوس آرام، به میزان ۱۹,۶درصد بوده و در جنوب شرقی آسیا ۴,۲ درصد بوده است. روند کاهشی میزان خودکشی از سال ۲۰۰۵ در منطقه مدیترانه شرقی دیده شده است. تنها افزایش در میزان خودکشی در منطقه آمریکا به میزان ۶٪ در همین مقطع زمانی دیده شده است (۷).

ب) شیوع خوکشی در ایران

مرجع رسمی اعلام آمار فوت ناشی از خودکشی در جمهوری اسلامی ایران، سازمان پزشکی قانونی کشور است. این سازمان با در دست داشتن اطلاعات مربوط به فوت های غیرطبیعی بر حسب نحوه و علت فوت، آمار را پس از بررسی شواهد بیمارستانی و قضایی، به صورت سالیانه منتشر می کند. گزارش های رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور نشان می دهد که از سال ۱۳۸۴ تا کنون، خودکشی در ایران روندی صعودی داشته است (۸). نمودار شماره ۲ برگرفته از خلاصه سالنامه آماری این سازمان منتشر شده در سال ۱۴۰۰ می باشد (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: تعداد متوفیات مشکوک به خودکشی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۹۹

گزارش های رسمی سازمان پزشکی قانونی کشور، نشان می دهند که روند خودکشی پس از یک کاهش مختصر در سال ۱۳۹۴، از سال ۱۳۹۵ الی ۱۳۹۸ رو به افزایش بوده و به طور متوسط سالی ۸ الی ۱۰ درصد افزایش داشته است. میزان خودکشی در هرصد هزار نفر جمعیت ایران در سال ۱۳۹۹، ۶,۶ در صدهزار نفربوده است. میزان رشد خودکشی در سال ۱۳۹۹ نسبت به سال ۱۳۹۸ افزایش یافته و از ۲ درصد به ۷,۷درصد رسیده است (۸).

طراحی و راه اندازی سامانه ثبت خودکشی در کشوردر سال ۱۳۸۹ به عنوان یکی از گام های نخستین در مراقبت و کنترل خودکشی در کشور بوده و زیرساخت لازم برای اجرای برنامه های کنترل و پیشگیری از خودکشی فراهم آورده است. این سامانه مبتنی بر جمع آوری و تجمیع داده های خودکشی گزارش شده به مراکز بهداشتی و درمانی تحت نظر دانشگاه های علوم پزشکی کشور می باشد (۹ و ۱۰).

در حال حاضر، این سامانه دربرگیرنده داده های معتبر و به روز از کلیه مواردی خودکشی گزارش شده به مراکز بهداشتی و مراجعه کننده به مراکز درمانی بیمارستانی در سراسر کشور است. ثبت داده ها به صورت روزانه و به تفکیک شهرستان ثبت می گردند. فرآیند ثبت طوری است که بر اساس دستورالعمل موجود، داده ها حداکثر ۳۰ روز پس از دریافت توسط مرکز بهداشت شهرستان ها در سامانه ثبت می گردند و همزمان از سوی ستاد وزارت بهداشت قابل استخراج می باشند. این داده ها شامل جزئیات دمگرافیک همچون سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، منطقه سکونت و روش خودکشی می باشد. جدول شماره ۱، آمار ثبت شده در این سامانه را از

سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۸ نشان می دهد. تطبیق داده های آماری در استان های مختلف نشان می دهد که میزان اقدام به خودکشی در ایران حدودا ۲۰ برابر نیزان فوت گزارش شده پزشکی قانونی است (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن از سال ۱۳۹۵ الی ۱۳۹۹

	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹
تعداد اقدام و فوت	۷۹,۵۰۲	۸۷,۷۷۷	۹۹,۲۷۰	۹۸,۷۹۴	۹۶,۵۵۳
جمعیت	۷۹,۹۲۶,۲۷۰	۸۰,۹۱۷,۳۵۶	۸۱,۹۲۰,۷۳۱	۸۲,۹۳۶,۵۴۸	۸۳,۹۶۴,۹۶۱
شاخص اقدام در صدهزار نفر	۹۹.۴۷	۱۰۸.۴۸	۱۲۱.۱۸	۱۱۹.۱۲	۱۱۴.۹۹
تعداد فوت پزشکی قانونی	۴,۴۰۵	۴,۶۲۵	۵,۱۰۱	۵,۱۴۳	۵,۵۴۲
شاخص فوت در صدهزار نفر	۵.۵۱	۵.۷۲	۶.۲۳	۶.۲۰	۶.۶۰

تحلیل دموگرافیک داده های مربوط به ۹۶ هزار و ۵۵۳ مورد خودکشی ثبت شده در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۹۹ نشان می دهد ۶۳,۲ درصد موارد اقدام به خودکشی را زنان و ۳۶,۵ درصد موارد را مردان تشکیل می دهند. ۲۰,۹درصد اقدام کنندگان به خودکشی، زیر ۱۸ سال و در گروه سنی کودک و نوجوان قرار دارند. همچنین ۲۶,۸درصد اقدام کنندگان به خودکشی در گروه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال، ۳۲,۱۸درصد آنان در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، ۱۲,۸درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴,۳درصد در گروه سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، ۱,۸درصد در گروه سنی ۵۵ تا ۶۵ سال، و ۱,۰۷درصد بالای ۶۵ سال هستند. اقدام کنندگان به خودکشی از نظر وضعیت تأهل بدین شرح توزیع شده اند: ۴۳,۵درصد از آنان مجرد و ۴۷,۵درصد متاهل بوده اند. کمتر از ۲درصد موارد، افراد مطلقه و یا بیوه بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۳درصد بدون سواد خواندن و نوشتن، ۴۰درصد موارد زیر دیپلم و ۲۷درصد موارد تحصیلات دیپلم داشتند. همچنین ۱۰,۲درصد تحصیلات دانشگاهی و ۱۸,۶ درصد تحصیلات نامشخص داشتند. از نظر منطقه سکونت، ۷۹,۸درصد ساکن شهر و ۱۸درصد ساکن روستا بودند. از نظر وضعیت اشتغال، ۳۳,۷درصد خانه دار، ۱۳,۹درصد شاغل، ۱۲درصد دانش آموز، ۱۱,۵درصد بیکار، و ۳,۴درصد دانشجو بودند. شایع ترین روش اقدام به خودکشی در کشور استفاده از داروهاست که شامل ۸۲ درصد موارد اقدام به خودکشی بوده است (۱۱).

تحلیل دموگرافیک داده های مربوط به ۵۵۴۲ فوت خودکشی در سال ۱۳۹۹ نشان می دهد که۷۰,۵٪ از آنان مرد و ۲۹,۵٪ از آنان زن بودند. از نظر فصل وقوع، ۲۵,۲٪ در فصل بهار، ۲۸٪ در فصل تابسا=تان، ۲۴,۳٪ در فصل پاییز و ۲۲,۶٪ در فصل زمستان به وقوع پیوستند. توزیع گروه سنی افراد فوت شده از خودکشی با توزیع سنی اقدام کنندگان به خودکشی متفاوت است، به طوریکه ۷,۸٪ را گروه سنی زیر ۱۸ سال (کودکان و نوجوانان)، ۲۱٪ را افراد ۱۸ تا ۲۴ سال، ۱۳,۹٪ را افراد ۲۵ تا ۲۹ سال، ۲۵,۵٪ را افراد ۳۰ تا ۳۹ سال، ۱۵,۴٪ را افراد ۴۰ تا ۴۹ سال، ۸,۴٪ را افراد ۵۰ تا ۵۹ سال و ۷,۹٪ را موارد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۰,۵٪ بدون سواد خواندن و نوشتن، ۱۷٪ دارای سواد ابتدایی، ۲۵,۹ تحصیلات راهنمایی، ۱۰,۹٪ تحصیلات

دبیرستانی، و ۲۲,۳٪ دارای تحصیلات دیپلم و پیش دانشگاهی بودند. ۱۱,۶٪ از فوت شدگان نیز دارای تحصیلات بالای دیپلم بودند. این آمار همچنین نشان می دهد که ۲۷,۸٪ از فوت شدگان دارای شغل آزاد، ۲۱,۳٪ خانه دار، ۱۲,۶٪ بیکار، ۶,۷٪ دانش آموز بوده اند (۸).

بر اساس خلاصه سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال های ۱۳۹۵ الی ۱۳۹۹، توزیع جغرافیایی موارد خودکشی در سطح استان های کشور ناهمگن بوده است. اگر تعداد مواد خودکشی را به نسبت جمعیت در نظر بگیریم، استان های کهگیلویه و بویر احمد، ایلام، کرمانشاه، لرستان، همدان و گیلان حائز پنج رتبه نخست در ۵ سال اخیر بوده اند (۸). رتبه بندی استان های کشور از نظر میزان فوت خودکشی از سال ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۹ در جدول شماره ۲ نشان داده شده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: رتبه بندی استان های کشور از نظر میزان فوت خودکشی از سال ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۹

رتبه	سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۵	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹
۱	ایلام (۱۶,۰۳ درصدهزار)	کرمانشاه (۱۳,۷۹ درصدهزار)	ایلام (۱۳,۹۶ درصدهزار)	ایلام (۱۶,۴۸ درصدهزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۴,۵۱ درصدهزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۶,۵۶ درصدهزار)
۲	کرمانشاه (۱۲,۴۸ درصدهزار)	ایلام (۱۲,۵۸ درصدهزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۳,۸۸ درصدهزار)	کرمانشاه (۱۲,۸۴ درصدهزار)	ایلام (۱۳,۹۶درصدهزار)	ایلام (۱۵,۲۶ درصدهزار)
۳	کهگیلویه و بویر احمد (۱۰,۸۰ درصدهزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۰,۳۸ درصدهزار)	کرمانشاه (۱۲,۰۴ درصدهزار)	کهگیلویه و بویر احمد (۱۱,۰۸ درصدهزار)	کرمانشاه (۱۲,۰۹ درصدهزار)	کرمانشاه (۱۳,۱۷ درصدهزار)
۴	لرستان (۱۰,۲۸ درصدهزار)	لرستان (۹,۲۰ درصدهزار)	لرستان (۱۰,۴۵ درصدهزار)	همدان (۹,۴۳ درصدهزار)	لرستان (۱۱,۳۶درصدهزار)	لرستان (۱۲,۴۴ درصدهزار)
۵	گیلان (۹,۷۶ درصدهزار)	همدان (۹,۰۳ درصدهزار)	گیلان (۸,۵۴ د صدهزار)	لرستان (۹,۱۴ درصدهزار)	گیلان (۹,۶۸درصدهزار)	همدان (۱۱,۵۶ درصدهزار)

گزارش های پزشکی قانونی نشان می دهد که استان های کشور در طول زمان، میزان های متفاوتی از خودکشی را ثبت می کنند (۸). بعضی استان های همواره در بین استان های دارای آمار بالاتر از میانگین کشوری خودکشی هستند که البته بعضی از استان ها در این بین نوسان دارند و گاهی بالای میانگین و گاهی زیر میانگین هستند. جدول شماره ۳، آمار مربوط به خودکشی در استان های مختلف کشور را در طی سال های ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۸ نشان می دهد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: میزان فوت ناشی از خودکشی در استان های کشور از سال ۱۳۹۴ الی ۱۳۹۸

میزان فوت ناشی از خودکشی در استان ها رتبه بندی شده بر اساس آمار سال ۱۳۹۸

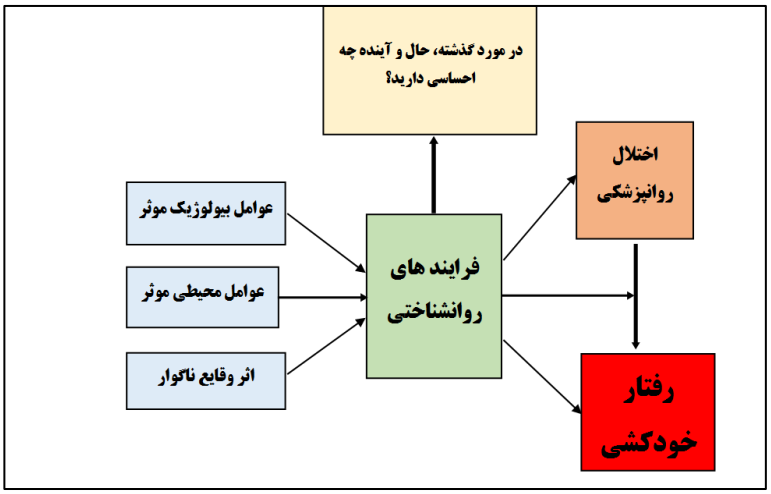
ردیف	استان	تعداد فوت ۹۴	فوت در صدهزار استان ۹۴	تعداد فوت ۹۵	فوت در صدهزار استان ۹۵	تعداد فوت ۹۶	فوت در صدهزار استان ۹۶	تعداد فوت ۹۷	فوت در صدهزار استان ۹۷	تعداد فوت ۹۸	فوت در صدهزار استان ۹۸
۱	کهگیلویه و بویراحمد	۷۷	۱۰.۸	۷۴	۱۰.۴	۹۹	۱۳.۹	۸۱	۱۱.۰۸	۱۰۶	۱۴.۵۱
۲	ایلام	۹۳	۱۶.۰	۷۳	۱۲.۶	۸۱	۱۴.۰	۱۰۱	۱۶.۹۹	۸۳	۱۳.۹۶
۳	کرمانشاه	۲۴۷	۱۲.۷	۲۷۳	۱۴.۰	۲۳۵	۱۲.۰	۲۵۷	۱۲.۸۴	۲۴۲	۱۲.۰۹
۴	لرستان	۱۸۱	۱۰.۳	۱۶۲	۹.۲	۱۸۴	۱۰.۵	۱۶۵	۹.۱۴	۲۰۵	۱۱.۳۶
۵	گیلان	۲۴۷	۹.۸	۲۲۵	۸.۹	۲۱۶	۸.۵	۲۲۸	۸.۷۹	۲۵۱	۹.۶۸
۶	همدان	۱۴۶	۸.۴	۱۵۷	۹.۰	۱۴۰	۸.۱	۱۶۹	۹.۴۹	۱۵۸	۸.۸۷
۷	البرز	۱۵۴	۵.۷	۲۰۳	۷.۵	۱۵۳	۵.۶	۱۷۷	۶.۳۷	۲۱۱	۷.۵۹
۸	اردبیل	۱۰۹	۸.۶	۱۱۱	۸.۷	۸۴	۶.۶	۱۰۴	۷.۹۹	۹۸	۷.۵۳
۹	کردستان	۹۸	۶.۱	۹۶	۶.۰	۹۵	۵.۹	۱۰۹	۶.۶۴	۱۲۱	۷.۳۷
۱۰	فارس	۳۵۵	۷.۳	۳۲۸	۶.۸	۳۴۸	۷.۲	۳۷۷	۷.۵۸	۳۵۹	۷.۲۲
۱۱	آذربایجان شرقی	۲۲۱	۵.۷	۲۴۸	۶.۳	۲۶۷	۶.۸	۳۰۹	۷.۷۱	۲۸۳	۷.۰۶
۱۲	مازندران	۱۳۵	۴.۱	۱۶۳	۵.۰	۱۹۹	۶.۱	۲۲۴	۶.۶۶	۲۳۴	۶.۹۵
۱۳	تهران	۴۷۶	۳.۶	۷۰۶	۵.۳	۷۹۶	۶.۰	۹۸۰	۷.۲۱	۹۴۲	۶.۹۳
۱۴	چهارمحال و بختیاری	۶۱	۶.۴	۵۰	۵.۳	۶۳	۶.۶	۸۱	۸.۳۴	۶۵	۶.۶۹
۱۵	قزوین	۴۹	۳.۸	۶۹	۵.۴	۸۵	۶.۷	۶۰	۴.۶۰	۸۷	۶.۶۶
۱۶	زنجان	۵۳	۵.۰	۶۱	۵.۸	۸۸	۸.۳	۸۸	۸.۱۲	۷۱	۶.۵۵
۱۷	مرکزی	۶۳	۴.۴	۵۶	۳.۹	۸۳	۵.۸	۶۹	۴.۷۱	۹۳	۶.۳۵
۱۸	خوزستان	۲۴۴	۵.۲	۲۸۰	۵.۹	۳۰۶	۶.۵	۲۹۷	۶.۱۵	۲۷۳	۵.۶۶
۱۹	خراسان شمالی	۴۱	۴.۸	۴۹	۵.۷	۳۹	۴.۵	۴۳	۴.۸۶	۵۰	۵.۶۵
۲۰	آذربایجان غربی	۱۵۶	۴.۸	۱۱۴	۳.۵	۱۱۱	۳.۴	۱۵۹	۴.۷۵	۱۸۶	۵.۵۶
۲۱	گلستان	۸۸	۴.۷	۷۰	۳.۷	۹۴	۵.۰	۶۴	۳.۳۴	۱۰۰	۵.۲۲
۲۲	سمنان	۲۱	۳.۰	۲۵	۳.۶	۱۸	۲.۶	۲۳	۳.۲۰	۳۴	۴.۷۲
۲۳	کرمان	۸۱	۲.۶	۱۲۴	۳.۹	۱۴۱	۴.۵	۱۵۹	۴.۹۰	۱۴۸	۴.۵۶
۲۴	قم	۵۶	۴.۳	۶۰	۴.۶	۴۷	۳.۶	۶۱	۴.۶۱	۶۰	۴.۵۳
۲۵	بوشهر	۴۵	۳.۹	۳۷	۳.۲	۶۹	۵.۹	۶۳	۵.۲۸	۵۱	۴.۲۸
۲۶	اصفهان	۱۸۵	۳.۶	۲۲۰	۴.۳	۲۱۷	۴.۲	۲۴۵	۴.۶۷	۲۱۸	۴.۱۵
۲۷	یزد	۳۱	۲.۷	۲۹	۲.۵	۳۱	۲.۷	۳۲	۲.۷۴	۴۶	۳.۹۴
۲۸	هرمزگان	۵۴	۳.۰	۶۴	۳.۶	۵۳	۳.۰	۷۵	۴.۱۲	۶۶	۳.۶۳
۲۹	خراسان رضوی	۱۹۳	۳.۰	۱۹۹	۳.۱	۲۰۲	۳.۱	۲۳۶	۳.۵۸	۲۱۹	۳.۳۲
۳۰	خراسان جنوبی	۱۶	۲.۱	۱۷	۲.۲	۱۷	۲.۲	۱۹	۲.۴۱	۱۹	۲.۴۱
۳۱	سیستان و بلوچستان	۵۳	۱.۹	۶۲	۲.۲	۶۴	۲.۳	۴۹	۱.۷۲	۶۵	۲.۲۹
	کل کشور	۴,۰۲۹	۵.۰	۴,۴۰۵	۵.۵	۴,۶۲۵	۵.۸	۵,۱۰۴	۶.۲۳	۵,۱۴۴	۶.۲۸

سبب شناسی خودکشی:

امیل دورکیم، جامعه شناس فرانسوی در سال ۱۸۹۷ در اثر «خودکشی» خود تلاش می‌کند نشان دهد که برای فهم خودکشی باید به «واقعیت اجتماعی » توجه کرد. دورکیم دیدگاه خود را اینطور توضیح می‌دهد که این واقعیت اجتماعی است که می‌تواند فرد را به سمت خودکشی سوق دهد و به همین خاطر برای توضیح مقصودش تعبیر «جریان خودکشی‌زا» را استفاده می‌کند. وی چهار جریان خودکشی‌زا را بر می‌شمارد که دو به دو در مقابل یکدیگر هستند. یعنی خودکشی نابهنجار و خودخواهانه در مقابل خودکشی تقدیرگرایانه و دیگر دوستانه قرار می‌گیرد. دورکیم توضیح می‌دهد که خودکشی نابهنجار زمانی رخ می‌دهد که تغییرات اجتماعی سرعت می‌گیرد یا انسجام اجتماعی از بین می‌رود؛ یعنی موقعیت‌هایی که مردم نمی‌دانند چه باید بکنند و چه کاری ناشایست است. اما مقابل خودنابهنجار، خودکشی تقدیرگرایانه وجود دارد که در کتب جامعه‌شناسی خودسوزی زنان بیوه هندی مثال زده می‌شود یا تن به مرگ دادن نیروهای نظامی در ارتش. دورکیم خودکشی تقدیرگرایانه و دگرخواهانه را پیامد انسجام اجتماعی بسیار قوی می‌داند.

از منظر روانپزشکی، روانشناسی، علوم رفتاری و علوم اعصاب، خودکشی به دنبال هم افزایی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی و معمولا با همراهی یک حادثه ناگوار یا فقدان رخ می دهد. مدل های نظری مختلفی ارائه شده اند که نحوه تعامل و برهم کنش این عوامل درونی و بیرونی را ترسیم می کنند. پیچیدگی این پدیده چند وجهی پژوهش در این خصوص را با مشکل مواجه کرده است. (۱۲).

پژوهش های مختلفی برای بررسی علل و عوامل مرتبط با خودکشی در افراد ارائه شده اند. بر همین اساس، نظریات مختلفی در حوزه های روانپزشکی، روانشناسی و علوم اعصاب نیز مطرح شده اند. این نظریات، مدل هایی را برای فهم بهتر زنجیره علل و عوامل مرتبط با پدیده خودکشی ترسیم می کنند. یکی از این مدل ها، مدل زیستی روانی اجتماعی می باشد که توسط کومار و ماندل در کتاب "رفتار خودکشی؛ ارزیابی افراد در معرض خطر" در سال ۲۰۱۰ شرح داده شده است (۱۳). این مدل شرح می دهد که عوامل درونزاد (زیستی) و برونزاد (محیطی) با چه مکانیسمی تحت تاثیر وقوع حوادث در تعامل با یکدیگر قرار می گیرند و فرآیندهای روانشناختی را در فرد شکل می دهند. فرایندهای روانشناختی، در واقع الگوهای نگرش فرد به گذشته، حال و آینده خود و جهان است. این فرآیندهای روانشناختی می تواند مستقیما موجب بروز رفتار خودکشی شوند و یا اینکه زمینه را برای شکل گیری اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی فراهم آورده و رفتار خودکشی به عنوان یکی از علائم رفتاری آن اختلال رخ دهد (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱: مدل زیستی روانی اجتماعی خودکشی

در ادامه به تقسیم بندی و شرح عوامل زیستی، روانی و اجتماعی که به عنوان عامل خطر یا محافظت کننده در برابر خودکشی در مطالعات گوناکون مطرح شده اند، به شرح زیر می پردازیم (۲۱-۱۵).

الف) عوامل زیست شناختی موثر:

۱. عوامل درونزاد مربوط به بافت مغز:

پژوهش های نوروساینس نشان دهده اند برخی اشکالات ساختاری ژنتیکی در گیرنده های سروتونین در مغز، کاهش متابولیت های ایندول استیک اسید در مغز، نارسایی پیام رسانی داخل سلولی در مغز، نارسایی در محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و برخی اشکالات نوروایمیون در سلول های مغزی از موارد مرتبط با خودکشی در افراد فوت شده از خودکشی و یا اقدام کننده به آن بوده اند.

۲. جنس :

اقدام به خودکشی در زنان بیشتر رخ می دهد که یکی از دلایل آن، شیوع بیشتر اختلال افسردگی در زنان به دلایل بیولوژیک (هورمونی) و اجتماعی (فشار نقش های متعدد) است. مردان روش های مهلک تری برای خودکشی انتخاب می کنند که یکی از دلایل آن میل به خشونت بیشتر است که دلالت های بیولوژیک (هورمون تستوسترون) دارد

۳. سن:

ضعف در کنترل تکانه ها با کمبود پیام رسان شیمیایی سروتونین در فضاهای سیناپسی سلول های بافت مغز ارتباط دارد. پژوهش ها نشان داده اند که تکامل نیافتگی بخش هایی از مغز که نقش کنترل تکانه های هیجانی را دارند، یکی از دلایل اقدامات تکانشی بیشتر در سنین نوجوانی است.

۴. مصرف مواد محرک و مخدر و الکل:

با توجه به اینکه رفتار خودکشی تحت تاثیر خلق افراد می باشد و مواد محرک و مخدر باعث نوسانات خلقی جدی در مصرف کنندگان می شوند، لذا یکی از عوامل موثر در بروز رفتار خودکشی مصرف مواد و الکل می باشد. رفتار خودکشی ممکن است در زمان مصرف الکل و سرکوب شدن مکانیسم های کنترل تکانه های مغز صورت بگیرد و یا تحت تاثیر علائم خلقی و بیقراری پرهیز از مصرف مواد مخدر باشد.

ب) عوامل محیطی موثر

۱. عوامل خطر:

- محیط ناامن (خانه و جامعه): وجود خطر جانی مثل خشونت در جامعه، و مورد سوء رفتار واقع شدن منجر به افزایش خودکشی می شود. جنگ به طور کلی موجب همبستگی و کاهش خودکشی می شد اما وجود ناامنی از عوامل بروز خودکشی است.
- فقر، مشکلات اقتصادی: ارتباط بین رکود اقتصادی و افزایش میزان خودکشی قبلا دیده شده است، اما در عین حال نشان داده شده است که در کشورهای به موازات رشد اقتصادی پس از یک دوره رکود، افزایش خودکشی دیده می شود که ابن می تواند به علت رشد نیافتگی خدمات بهداشتی درمانی موازی با توسعه باشد.
- دسترسی به روش های مهلک: در کشور آمریکا، در ایالت هایی که دسترسی به اسلحه آزاد است، میزان خودکشی بیشتر است.
- تغییرات آب و هوایی: برخی مطالعات همبستگی بین میزان خودکشی را با دمای هوا نشان داده اند، به طوریکه در مناطق با دمای کمتر، خودکشی بیشتر است، اما از طرفی مطالعاتی که در برخی کشور ها صورت گرفته است نشان می دهد میزان خودکشی در نیمه ای از سال که هوا گرم تر و روشن تر است بیشتر می شود (گرینلند)

- سابقه خودکشی در نزدیکان: از طرفی باعث یادگیری می شود و از طرفی می تواند یک عامل ژنتیک مشترک را نشان دهد.
- انتشار مدیریت نشده اخبار خودکشی در رسانه های جمعی: باعث افزایش خودکشی تقلیدی به خصوص در نوجوانان می شود.

۲. عوامل محافظت کننده:

بسیاری از مطالعات نشان داده اند برخی عوامل محیطی در برابر خودکشی محافظت کننده هستند. از جمله این عوامل می توان به ثبات اقتصادی و اجتماعی، وجود شبکه های حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان، جامعه)، زمینه مساعد مشارکت اجتماعی، احساس عدالت اجتماعی، و نشاط اجتماعی اشاره کرد. همچنین مطالعات نقش موثر دسترسی مناسب به خدمات سلامت روان و خدمات آموزش مهارت های زندگی را نیز در زمره عوامل محافظ در برابر خودکشی نام برده اند.

ج) اثرات وقایع ناگوار

همانطور که در بالا ذکر شد، حوادث ناگوار، به خصوص اگر از سوی فرد به عنوان یک فقدان سنگین ادراک بشوند، می توانند در هم افزای با عوامل زیستی و عوامل محیطی دیگر از عوامل خطر مرتبط با خودکشی شناخته شوند. به طور مثال، احساس شکست و عدم موفقیت طول کشیده، مرگ یا از دست دادن اخیر عزیزان، تشخیص اخیر یک بیماری مزمن یا لاعلاج یا صعب العلاج، تغییر اخیر در یک رابطه مهم (طلاق، شکست عاطفی)، مشاجره شدید اخیر ، بازداشت شدن، زندانی یا محکومیت قضایی اخیر، و از دست دادن عمده دارایی ها و شبکه اجتماعی (مهاجرت، سیل یا زلزله) از جمله این موارد هستند.

استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی در کشورهای توسعه یافته

استراتژی ۱: افزایش آگاهی و آموزش جمعیت عمومی

آموزش جمعیت عمومی با هدف بهبود تشخیص خطر خودکشی و آشنایی با عوامل خطر رفتارهای خودکشی، کاهش انگ بیماری‌های روانپزشکی و صحبت کردن در مورد خودکشی می‌باشد. مطالعات در آلمان و انگلستان (۲۸)، استرالیا (۲۳) و نیوزلند (۲۴)، اثرات مثبت آموزش جمعیت عمومی را بر نگرش افراد راجع به علل و درمان افسردگی نشان داده‌اند (۲۲، ۲۴ و ۲۵). در یک مطالعه درآلمان ۱۸٪ کاهش در اعمال خودکشی در منطقه مداخله پس از ۹ ماه از تلاش برای افزایش آگاهی مشاهده شد (۲۶). با این حال تغییر در نگرش به خودکشی در منطقه مداخله مشاهده نشد.

مرور سیستماتیک مطالعات از سال های ۱۹۹۵ - ۱۹۸۰ نشان داده که آگاهی درباره خودکشی بهتر شده است (۲۷). مرور سیستماتیک مطالعات دیگری از سال های ۲۰۰۲ - ۱۹۹۰ به این نکته دست یافتند که برنامه‌های مبتنی بر آموزش، سطح دانش را افزایش می‌دهد و نگرش نسبت به بیماری‌های روانپزشکی را بهبود می‌بخشد (۲۸).

مطالعه دیگری پس از ۳ ماه مداخلات برای افزایش آگاهی، افزایش دانش و نگرش‌های سازگارانه تری نسبت به افسردگی و خودکشی و کاهش میزان اقدام به خودکشی را نشان داد. اما تغییر قابل توجهی در میزان افکار خودکشی یا رفتارهای جستجوی کمک مشاهده نشد (۲۹).

مطالعات متعدد در نوجوانان به این نکته دست یافتند که آموزش مهارت های حل مسأله، سازگاری با استرس و تاب آوری (resilience)، عوامل محافظت کننده را بهبود می‌بخشد (۳۰و ۳۱).

استراتژی ۲: افزایش آگاهی و آموزش پزشکان مراقبت‌های اولیه

افسردگی و دیگر اختلالات روانپزشکی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کمتر تشخیص داده شده یا تحت درمان قرار می‌گیرند (۳۲و ۳۳). پیشگیری از خودکشی از طریق تشخیص افسردگی امکان‌پذیر است چون بیشتر افرادی که خودکشی کرده اند، در مدت یک ماه قبل از فوت با یک پزشک مراقبت های بهداشتی اولیه ملاقات یا تماس داشته‌اند (۳۶ و ۳۵).

پزشکان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه معمولاً دانش و مهارت کافی برای تشخیص و درمان افسردگی ندارند و همین موضوع ممکن است در بیشتر موارد منجر به عدم تشخیص افراد در معرض خطر خودکشی گردد. بنابراین ارتقاء دانش و مهارت پزشکان عمومی در خصوص تشخیص به موقع افسردگی و ارزیابی خطر خودکشی یکی از اجزاء مهم برنامه های پیشگیری از خودکشی است. برخی مطالعات در استرالیا (۳۶)، انگلستان (۳۷)، امریکا (۳۸) و ایرلند شمالی (۳۹) نشان می‌دهند که برنامه‌های با هدف آموزش پزشکان مراقبت‌های اولیه، تشخیص و درمان افسردگی را بهبود می‌بخشد. ولی این موضوع در مطالعات دیگر در امریکا (۴۰)، برزیل (۴۱)، و انگلستان نشان داده نشد. ارتقاء کمی و کیفی مراقبت از بیماران مبتلا به افسردگی، می تواند تشخیص و درمان افسردگی را بهبود بخشد و درجاهایی که آموزش به تنهایی ممکن است کافی نباشد، می تواند مفید باشد (۴۲).

یک کارآزمایی بالینی کنترل شده در آمریکا که الگوریتم درمانی توأم با مدیریت مراقبت از افسردگی را با درمان معمول افسردگی در سالمندان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مقایسه کرده است به این نتیجه رسیده که در گروه مورد مداخله، کاهش افکار خودکشی و سیر مطلوب تری از بیماری در مقایسه با درمان معمول افسردگی مشاهده شده است. یک مداخله بهبود کیفیت درمان افسردگی درنوجوانان که توسط پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه و با حمایت مراقبین درمان انجام شد، منجربه ۵۰٪ کاهش در اقدام به خودکشی در گروه مورد مداخله شد (۴۳).

در استرالیا یک برنامه مربوط به آموزش پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای تشخیص و درمان دیسترس روانشناختی و افکار خودکشی در افراد نوجوان، باعث ۱۳۰٪ افزایش در شناسائی بیماران در معرض خطرخودکشی شد (۴۴).

اکثرمطالعاتی که رفتارهای خودکشی را در پاسخ به برنامه‌های آموزش پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد مطالعه قرار می‌دهند با هدف تشخیص و درمان افسردگی در مناطق خاص در ژاپن (۴۵)، سوئد (۴۶)، مجارستان (۴۷) و اسلونی (۴۸) نشان می‌دهند که افزایش تجویز ضد افسردگی‌ها، اغلب باعث کاهش قابل توجه درمیزان خودکشی می‌شود. همچنین این مطالعات مثال های قابل توجهی از مداخلات درمانی را که باعث کاهش میزان خودکشی شده‌اند، ارائه می‌کنند.

برنامه‌های آموزش پزشکان باعث می‌شود تعداد موارد تشخیص داده شده و مورد درمان قرار گرفته افسردگی افزایش و به دنبال آن میزان خودکشی کاهش یابد، اگرچه به نظر می‌رسد برنامه‌های آموزشی یاد آور (booster) مورد نیاز باشد. برنامه‌های ویدئو کنفرانس و دیگر تله کنفرانس‌هایی که خدمات مشاوره را ارائه می‌دهند، امکاناتی هستند که وقتی افراد متخصص در منطقه ای حضور ندارند، به کار می‌روند (۴۹).

استراتژی ۳: آموزش افراد کلیدی جامعه (Gatekeepers)

برنامه‌های پیشگیری از خودکشی با هدف آموزش افراد کلیدی جامعه شامل طیف وسیعی از مداخلات برای جامعه و ارائه دهندگان خدمات در بسیاری از نهادها و سازمان‌ها است که تماسشان با گروه های آسیب‌پذیر فرصتی را برای شناسائی افراد در معرض خطر فراهم می‌کند و آنها را به سمت ارزیابی و درمان بهتر هدایت می‌کند. این افراد شامل روحانیون، داروسازها، مراقبین افراد مسن، کارمندان و کسانی می شود که در نهادهایی مثل مدارس، زندان‌ها و ارتش کار می‌کنند. آموزش این افراد، شامل آگاهی از عوامل خطر، آموزش چگونگی تشویق افراد در معرض خطر برای درخواست کمک، ایجاد دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمت و تلاش برای کاهش انگ مرتبط با جستجوی کمک (help seeking) می‌باشد (۴۹).

برخی از کشورها که برنامه‌های پیشگیری از خودکشی از طریق آموزش افراد کلیدی را در مراکزی مثل ارتش نروژ (۵۰) و نیروی هوائی امریکا (۵۱) اجرا کرده اند، موفقیت‌هایی را در زمینه کاهش میزان خودکشی گزارش کرده‌اند.

علاوه بر آموزش افراد کلیدی، این برنامه‌ها همچنین باعث ارتقاء سطح آگاهی در سازمان‌ها در زمینه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی و دسترسی آسان به خدمات سلامت روان می گردند. وقتی که نقش افراد کلیدی به طور رسمی مشخص شود و دسترسی به امکانات درمانی مثلاً در ارتش میسر گردد، آموزش این افراد در جهت کاهش رفتارهای خودکشی کمک‌کننده خواهد بود. در این راستا برنامه‌هایی برای دیگر افراد کلیدی با ارزیابی شاخص هایی مثل میزان ارجاع و میزان درمان روانپزشکی پیامدهای حد وسط (intermediate outcomes) باید اجرا گردند (۴۹).

استراتژی ۴: غربالگری برای افسردگی و افکار خودکشی

هدف از غربالگری، شناسائی افراد در معرض خطر خودکشی و هدایت آنها به سمت درمان می‌باشد. تمرکز ممکن است مستقیماً روی رفتارهای خودکشی یا عوامل خطر مثل افسردگی یا سوء مصرف مواد باشد. به طور کلی، ابزارهای غربالگری برای افسردگی، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی برای شناسائی افراد در معرض خطر رفتار خودکشی در میان دانش آموزان مقطع متوسطه اعتبار و پایایی دارد و نشان داده شده که تعداد افراد شناسایی شده در معرض خطر خودکشی را تا دو برابر گزارش می کند (۵۲).

در مرور مطالعات USPSTF (US Preventive Services Task Force)، نشان داده شده که غربالگری افسردگی در بزرگسالان باعث ۴۷ - ۱۰ ٪ افزایش در میزان تشخیص افسردگی با استفاده از ابزارهای غربالگری

می گردد (۳۸). مطالعات متعدد دیگری نیز نشان داده اند که غربالگری در مناطق جغرافیائی محدود، منجر به درمان بهتر افسردگی و کاهش میزان خودکشی شد (۴۶ و ۵۳ و۵۴).

اگرچه برنامه‌های غربالگری نتایج موفقیت آمیزی را در شناسایی افرادی که عوامل خطر شناخته شده برای خودکشی، مخصوصاً در میان جمعیت دانش آموزان دبیرستانی و پیش دانشگاهی داشته‌اند ولی بررسی‌های بیشتری نیاز است که هزینه اثر بخشی غربالگری جمعیت عمومی را در مقایسه با غربالگری جمعیت در معرض خطر شناخته شده تعیین کنند؛ به این معنا که مشخص شود کدامیک از دو روش ذکر شده در جهت کاهش میزان خودکشی به صرفه‌تر است. همچنین لازم است اعتبار و پایایی ابزارهای غربالگری اختصاصی خودکشی در میان فرهنگ های مختلف در یک کشور بررسی گردد (۴۹).

استراتژی ۵: مداخلات درمان داروئی

حداقل ۹۰٪ خودکشی‌ها با یکی از اختلالات روانپزشکی همراه و بیش از ۸۰٪ آنها در زمان مرگ درمان نشده هستند (۵۵ و ۵۶). اغلب افراد مبتلا به افسردگی به طور کلی درمان دریافت نمی کنند و یا درمان کافی دریافت نمی کنند (۵۷ و ۵۸) و این کاستی حتی پس از اقدام به خودکشی نیز دیده می شود (۵۹)، بنابراین درمان اختلالات خلقی و دیگر اختلالات روانپزشکی نیز از اجزاء اصلی برنامه های پیشگیری از خودکشی هستند. درمان با داروهای ضد افسردگی، افسردگی و دیگر اختلالات روانپزشکی را کاهش می‌دهد (۶۰). کارآزمایی های بالینی تصادفی، اثر ضد خودکشی داروی لیتیم کربنات را برای اختلالات خلقی و کلوزاپین را برای اختلالات سایکوتیک مثل اسکیزوفرنیا نشان داده اند (۶۱ و ۶۲).

تجویز بیشتر داروهای ضدافسردگی با کاهش میزان خودکشی در بالغین و جوانان در مجارستان (۴۱)، سوئد (۶۳)، امریکا (۶۴ و ۶۵) و استرالیا (۶۶) همراه بوده است.

مناطق جغرافیائی یا گروه‌های خاص با بالاترین میزان تجویز داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین پایین ترین میزان خودکشی را در امریکا و استرالیا دارند. اگر چه در ایسلند (۶۷)، ژاپن (۶۸) و ایتالیا (۶۹) چنین ارتباطی نشان داده نشده است. دلایل عمده این عدم همبستگی، عدم همکاری افراد در درمان، میزان پایین قبلی خودکشی و میزان بالای مصرف الکل در این جوامع بوده که منجر به کاهش اثربخشی درمان های دارویی شده است.

میزان خودکشی در ۲۷ کشور که بالاترین افزایش در تجویز داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین را داشته‌اند پایین آمده است (۷۰). مطالعات جمعیتی گزارش می‌کنند که تجویز داروهای ضد افسردگی، میزان اقدام به خودکشی را پایین می‌آورند (۷۱).

نگرانی درباره میزان بالای پیامدهای منفی مرتبط با خودکشی در کودکان و نوجوانان افسرده که داروهای مهار کننده‌های باز جذب سروتونین دریافت می کنند، در مقایسه با دارونما، باعث ایجاد انگیزه برای پزشکان می‌شود که وقتی این داروها را برای نوجوانان تجویز می کنند، همزمان آنان را بیشتر مورد ارزیابی و پیگیری دقیق از نظر خطر خودکشی قرار دهند. این نگرانی‌ها باید در مقابل خطر افسردگی درمان نشده سنجیده شود چون خودکشی سومین علت مرگ در جوانان است و بیش از ۹۰٪ خودکشی ها درجوانان افسرده ای رخ می دهد که در زمان مرگ درمانی دریافت نمی کردند (۷۲).

استراتژی ۶: روان درمانی و مداخلات روانی اجتماعی

متعاقب روان درمانی شناختی، آموزش حل مسأله (۷۲)، روان درمانی بین فردی (۷۴) و روان درمانی شناختی رفتاری (۷۴) برای بیماران در معرض خطر، نتایج رضایت بخشی از نظر کاهش تعداد موارد اقدام به خودکشی و بهبود همکاری درمانی مشاهده شده است. روان درمانی شناختی اقدام مجدد را در مقایسه با کسانی که مراقبت معمول را دریافت می‌کنند به نصف می‌رساند (۷۴).

در اختلال شخصیت مرزی رفتاردرمانی دیالکتیکال (۷۲) و بستری های توأم با روان درمانی تحلیلی (۷۵)، همکاری درمانی را بهبود می‌بخشد و رفتارهای خودکشی را در مقایسه با مراقبت‌های استاندارد، کمتر می‌کند.

ناامیدی و سایر علائم افسردگی با آموزش مهارت های حل مسأله بهتر می‌شود و افکار خودکشی با روان درمانی تحلیلی، روان درمانی شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیکال کمتر می‌شود (۷۶).

روان درمانی به تنهایی یا همراه با داروهای ضد افسردگی می‌تواند درمان مؤثری برای افسردگی یا افکار و اقدام به خودکشی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی باشد یا موجب پیشگیری از اقدامات بعدی باشد. در مورد ترکیب مداخلات روان درمانی و دارودرمانی برای پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت بیماران با افکار یا اعمال خودکشی مطالعات بیشتری نیاز است (۴۹).

نتایج یک متاآنالیز در خصوص ارزیابی اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی به دنبال رفتار آسیب زننده به خود، اثر این مداخلات را بر احتمال خودکشی بعدی متوسط نشان داده است (۷۷).

استراتژی ۷: مراقبت پیگیری پس از اقدام به خودکشی

بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی از جمله افسردگی اغلب مزمن و عودکننده هستند (۷۸) و همکاری بیماران در درمان نگهدارنده اغلب ضعیف است. مداخلاتی که برای افسردگی توسط پزشکان مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام می‌شود وقتی که با پیگیری بیماران همراه باشد، مؤثرتر خواهد بود (۷۹).

بسیاری از بیمارن افسرده که پس از یک اقدام به خودکشی زنده می‌مانند ممکن است اقدامات بعدی بیشتری انجام دهند (۸۰) مخصوصاً در مدت کوتاهی پس از بستری (۸۱ و ۸۲) یا در طول مدت اپیزود افسردگی اساسی (۸۳). مراقبت نزدیک بیماران در دوره حاد و نگهدارنده درمان از طریق بستری روانپزشکی برای بیماری‌های روانپزشکی مزمن و عودکننده لازم است (۸۴-۸۶) و این مهم برای مبتلایان به اختلالات خلقی و اقدام به خودکشی به طریق اولی اهمیت دارد.

در نروژ یک شبکه چند جانبه مراقبت از بیماران، بیماران اقدام کننده به خودکشی را پس از مراقبت های بیمارستانی پیگیری می نماید. مطالعات نشان داده اند مناطقی که برنامه‌های زنجیره‌ای مراقبتی را اجرا می کنند، اقدامات تکرار شونده کمتر بوده است (۸۷).

نتایج مطالعات مداخله‌ای برای کسانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، با هدف پیشگیری از رفتارهای بعدی خودکشی نشان دهنده تعداد خودکشی کمتر در مقایسه با گروه کنترل پس از فراهم کردن کارت‌های سبز اورژانسی برای تماس در مواقع اورژانس بوده است (۸۸). بررسی مداخلات دیگر از جمله پیگیری تلفنی، پیگیری مستمر روانی اجتماعی، فیلم آموزشی و خانواده درمانی برای افراد اقدام کننه به خودکشی، کاهش مختصری در اقدامات یا افکار بعدی خودکشی را نشان داد (۹۱-۸۹).

بر اساس نتایج یک مرور سیستماتیک مداخلات روانی اجتماعی به دنبال اقدام به خودکشی، تنها روان درمانی شناختی رفتاری تاثیر قابل توجه در کاهش موارد اقدام های بعدی داشته است (۹۲).

یک مطالعه کوهورت، بیمارانی که به علت اقدام به خودکشی در بخش روانپزشکی بستری شده یا به صورت سرپایی تحت درمان قرار گرفته بودند را به مدت یک سال پیگیری کرد. براساس نتایج این مطالعه، کاهش ۶٪ میزان اقدام به خودکشی در مدت یک سال پس از درمان های مسأله مدار نشان داده شد و همچنین ارتباط قابل توجهی بین کیفیت بالاتر درمان اولیه و کاهش اقدام بعدی به خودکشی مشخص شد (۹۳).

استراتژی ۸: محدود کردن دسترسی به وسایل ارتکاب خودکشی

اقدام به خودکشی با وسایل کشنده مثل اسلحه در امریکا، یا حشره‌کش‌ها در چین، هند و سری لانکا، باعث میزان بالاتری از مرگ می‌شود. پس از قوانین کنترل اسلحه (۹۴-۹۷) و محدود کردن دسترسی به حشره‌کش‌ها (۹۸)، سم زدایی گازهای خانگی، محدود کردن تجویز و فروش باربیتورات‌ها و تغییر در بسته بندی آنها به صورت بلیستر (۹۹-۱۰۴)، استفاده اجباری از مبدل‌های کاتالیتیک در وسایل نقیله موتوری (۱۰۵-۱۰۷)، ایجاد مانع در محل‌های مرتفع پرش (۱۰۸) و استفاده از داروهای ضد افسردگی نسل جدید با سمیت کمتر (۶۴ و ۱۰۹) میزان خودکشی با این روش‌ها کاهش یافت.

محدود کردن دسترسی به الکل باعث کاهش میزان کلی خودکشی در جمهوری شوروی سابق و ایسلند شد (۱۱۰ و ۱۱۱). جانشین شدن یک روش دیگر ممکن است تغییر در میزان کلی خودکشی را مخفی کند که این موضوع برای سم‌زدایی گازهای خانگی بین مردان در انگلستان (۱۱۲)، آلمان (۱۱۳) و امریکا (۱۱۴) و برای ممنوعیت استفاده حشره‌کش‌ها در فنلاند (۱۱۵) مطرح شد.

محدود کردن دسترسی به وسایل ارتکاب خودکشی در زندان‌ها (۱۱۶) :

۱. قرار دادن زندانیان پر خطر در سلول‌های ایمن‌تر
۲. برداشتن کلیه نقاط بست (لیگاتور) که امکان دارآویختگی را فراهم می کند
۳. آموزش عملیات احیا به پرسنل زندان

محدود کردن دسترسی به وسایل ارتکاب خودکشی در بیمارستان‌ها (۱۱۶)

۱. قرار دادن بیماران پر خطر در بخش های ایمن تر
۲. پرسنل باید آگاه باشند که دار آویختگی ممکن است با لیگاتورهای زیر سطح سر نیز رخ دهد.
۳. آموزش عملیات احیا به افراد کادر غیر پرستاری و پزشکی

محیط‌های کنترل شده زندان‌ها و بیمارستان‌های روانپزشکی موقعیت هایی را برای کاهش بروز خودکشی از طریق دارآویختگی فراهم می‌کنند. در انگلستان اخیراً برای بخش‌های روان پزشکی قانونی وضع شده که تمام چارچوب‌هایی که تاشدنی نیستند مثل تخت‌ها، دوش حمام و ریل پرده‌ها از بخش‌های روان پزشکی حذف شوند. درمجموع استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی از طریق دار آویختگی باید بر پیشگیری از خودکشی در محیط‌های کنترل شده، درمان موارد اورژانس و پیشگیری اولیه از خودکشی تمرکز داشته باشند (۱۱۶).

استراتژی ۹: مدیریت انعکاس اخبار خودکشی در رسانه‌ها

رسانه‌ها می‌توانند نقش کمک‌کننده یا بازدارنده در مقابل سایر راهبردهای پیشگیری از خودکشی داشته باشند. آنها می توانند وسیله موثری برای افزایش آگاهی در مورد خودکشی باشند و یا اینکه خطر خودکشی تقلیدی را با بزرگ نمائی خودکشی در اخبار یا نشان دادن آن به عنوان راه حلی صحیح برای مشکلات زندگی افزایش دهند (۱۱۸-۱۱۷). سانسور اخبار خودکشی با کاهش میزان خودکشی همبستگی داشته است (۱۱۹). در سال ۱۹۸۷ کاهش دادن اخبار خودکشی در رسانه‌ها در مورد خودکشی‌های متروی اتریش، این نوع خودکشی‌ها را تا ۸۰٪ کاهش داد (۱۲۰).

آموزش اصحاب رسانه و ایجاد دستورالعمل‌هایی برای گزارش خودکشی نتایج مختلفی داشته است (۱۲۱). موسسه پیشگیری از خودکشی امریکا (۱۲۲) و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا (۱۲۳)، و همچنین سازمان بهداشت جهانی دستورالعمل هایی را برای گزارش خودکشی تدوین کرده‌اند.

استراتژی ۱۰: ثبت دقیق داده های خودکشی

یکی از راهبردهای اصلی برای ارتقاء خدمات بهداشتی درمانی و دیده بانی در حوزه بیماری ها، جمع آوری داده های معتبر شیوع و بروز آن بیماری است (۱۲۴). این مهم در مورد خودکشی هم اهمیت ویژه ای دارد به طوریکه سازمان بهداشت جهانی به کشورهای عضو توصیه کرده که برای ثبت موارد خودکشی سیستم هایی یکپارچه به وجود بیاورند (۱۲۵). همچنین جمع آوری دقیق و به روز داده های خودکشی این امکان را به سیاست گذار حوزه سلامت می دهد تا از روند خودکشی و گروه های در معرض خطر از نظر ویژگی های دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، اشتغال) و ویژگی های مرتبط با منطقه جغرافیایی مطلع شود و برنامه های پیشگیری و مداخلات خود را بر اساس آن تنظیم نماید (۱۲۶).

استراتژی های پیشگیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه (۱۲۷)

استراتژی ۱: کاهشی دسترسی به سموم آفت کش

۱. محدود کردن فروش آفت کش‌ها فقط برای افراد دارای مجوز و بالاتر از ۲۱ سال
۲. چاپ علائم هشدار دهنده روی قسمت خارجی بسته سم
۳. کاهش سمیت حشره‌کش‌ها با رقیق کردن آن به سطوحی غیر کشنده
۴. اضافه کردن تهوع‌آورها به آفت کش‌ها و اضافه کردن فرمول های خاص که سریع در بدن جذب نشوند
۵. آموزش عموم درباره استفاده درست از سموم
۶. قرار دادن افراد مناسب و آموزش دیده در مناطق کشاورزی برای نگهداری و توزیع آفت کش‌ها
۷. افزایش تحقیقات برای استفاده از دیگر روش‌های کنترل آفت ها.
۸. افزایش استفاده از آفت کش‌های زیستی

استراتژی ۲: ارتقاءنحوه گزارش دهی خودکشی

۱. تدوین و ارائه دستورالعمل برای رسانه‌ها در مورد گزارش خودکشی
۲. برگزاری کارگاه‌های ملی و منطقه‌ای برای اصحاب رسانه‌ها
۳. توانمندسازی اصحاب رسانه‌ها برای ایجاد یک سیستم خود تنظیم برای گزارش صحیح خودکشی

استراتژی ۳: کاهش مصرف الکل

استراتژی۴: ایجاد برنامه‌های پیشگیری از خودکشی برای افراد در معرض خطر

جوانان:

۱- ایجاد مراکز جوانان که ارتباطات بین فردی را ارتقاء می‌دهد، و مهارت‌های حل مسأله را بهبود می‌بخشد
۲- تأسیس وارتقاء انجمن‌های اولیاء و مربیان
۳- مشاوره قبل و بعد از امتحانات؛ وقتی رد شدن در امتحان با رفتارهای خودکشی مرتبط بوده است
۴- کاهش خشونت در زندگی شخصی، تحصیلی و اجتماعی
۵- برنامه هایی برای بازتوانی کودکان خیابانی یا طرد شده

زنان:

۱- آموزش، ایجاد حوزه امنیت اقتصادی
۲- ممنوعیت ازدواج اجباری
۳- کاهش گزارش ارتکاب خودکشی زنان به علت مشکلات بین فردی در رسانه‌ها
۴- کاهش خشونت علیه زنان
۵- افزایش توانایی زنان برای سازگاری با تضادهای بین نسلی
۶- ارائه پیشگیری از خودکشی در تمام برنامه‌های حوزه سلامت برای زنان

استراتژی۵: آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای پیشگیری از خودکشی

۱. آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای مداخلات شناسائی و ارجاع بیماران دارای افکار خودکشی
۲. آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای تشخیص به موقع افسردگی
۳. آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای بهبود مهارت‌های ارتباطی و همدلی با بیماران پرخطر
۴. آموزش کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای تشخیص به موقع اختلالات مصرف مواد

استراتژی ۶: ایجاد خطوط تلفنی بحران

۱. تشویق برای ایجاد مراکز بحران در جامعه
۲. حمایت از مراکز بحران موجود با منابع اقتصادی و فنی
۳. آموزش برای شناسائی سریع بیماری روانشناختی برای تمام داوطلبین در مراکز بحران

استراتژی ۷: بهبود خدمات پایه سلامت روان و درمان برای افسردگی و مصرف مواد

۱. آموزش پزشکان عمومی برای تشخیص و درمان مصرف مواد
۲. غربالگری برای افسردگی در جامعه و آموزش درمان آن به پزشکان عمومی
۳. اطمینان از دسترس بودن داروهای ضد افسردگی در مراکز خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه
۴. ایجاد ارتباطاتی بین پزشکان عمومی و روانپزشکان و استاندارد کردن مراحل ارجاع
۵. اطمینان از انجام ارزیابی و مداخلات روانشناختی توسط روانشناسان برای تمام افراد اقدام کننده به خودکشی

استراتژی ۸: مداخلات حمایتی برای بازماندگان متوفیان خودکشی

۱. تدوین دستورالعمل برای شروع مداخلات فردی و گروهی حمایتی برای بازماندگان تحت فشار روانی
۲. ایجاد گروه‌های اجتماعی برای حمایت از بازماندگان خودکشی مخصوصاً در مناطق شهری
۳. تشویق مراکزمداخله در بحران موجود برای توسعه فعالیت‌هایشان در جهت ارائه خدمت به بازماندگان.

استراتژی ۹: جمع آوری دقیق داده‌های رفتارهای خودکشی

۱. جمع‌آوری منظم آمار مرگ های غیرطبیعی بر حسب نحوه و علت فوت
۲. جرم‌زدائی از اقدام به خودکشی
۳. اطمینان از ثبت تمام اقدامات خودکشی در بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی
۴. تصویب قوانینی مثل بیمه عمر و بهداشت برای خانواده‌هایی که عضوی را در اثر خودکشی از دست داده‌اند، می تواند در گزارش بهتر خودکشی مؤثر باشد.

خلاصه ای از مطالعات مروری در خصوص راهبردهای پیشگیری از خودکشی:

مان و همکاران در سال ۲۰۰۵ یک مطالعه مروری برای بررسی راهبردهای مختلف پیشگیری از خودکشی انجام داده اند. بر اساس نتایج آن، آموزش پزشکان عمومی برای تشخیص افسردگی و اتخاذ تدابیر برای محدودیت دسترسی به روش های مهلک خودکشی در کاهش میزان خودکشی موثر بوده اند. راهبردهای دیگر مانند آموزش های عمومی، برنامه های غربالگری و آموزش اصحاب رسانه هم در بسیاری از موارد اثربخش بوده اند اما نیاز به مطالعه بیشتر دارند (۱۲۸).

مرور مطالعات مروری توسط ون در فلتز کورنلیس و همکاران در سال ۲۰۱۱ نشان داد شش مداخله اثربخشی عینی یا بالقوه برای کاهش خودکشی دارند: ۱- باز آموزی پزشکان عمومی برای شناسایی به موقع افسردگی ۲- پویش های آگاهی بخشی در این خصوص که راه های درمان سریع در دسترس هستند. ۳- آموزش افراد کلیدی جامعه برای شناسایی افراد در معرض خطر و ارجاع برای درمان ۴- ارتقاء کیفیت خدمات درمانی، به خصوص تقویت خدمات بستری و سرپایی برای افراد اقدام کننده به خودکشی ۵- آموزش اصحاب رسانه برای مدیریت نحوه انعکاس اخبار خودکشی ۶- محدودیت دسترسی به روش های مهلک خودکشی (که بسیار موثر بوده و باید در همه برنامه های پیشگیری گنجانده شود). همچنین باید در نظر داشت که برای اتخاذ راهبردهای ملی برای پیشگیری از خودکشی و بررسی اثربخشی آنها، باید از اعتبار داده های به دست آمده اطمینان حاصل نمود، تا بتوان روند اقدامات را در پیش چشم سیاست گذاران نشان داد که بتوانند مداخلات به موقع انجام دهند (۱۲۹).

مطالعات نشان می دهند یک راهبرد ادغام یافته شامل آموزش تسهیلگران در سطح اجتماع، آموزش پزشکان و افزایش دسترسی به خدمات پایه و تخصصی سلامت روان هم افزایی خوبی در پیشگیری از خودکشی دارند. این مداخلات را می توان با روش های دیگری مانند مدیریت رسانه ها و محدودیت دسترسی به روش ها ترکیب نمود. مداخلاتی هم که مراقبت از بیماران افسرده را تقویت می کنند بسیار موثر بوده اند (۱۲۹).

در یک مطالعه مروری دیگر که توسط زالسمن و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام گرفته است، مروری ۱۰ ساله بر راهبردهای مختلف به کار گرفته شده در کشورهای مختلف برای پیشگیری از خودکشی انجام شده است. این مطالعه نشان می دهد که از زمان مطالعه مروری قبلی در سال ۲۰۰۵، پیشرفت های شگرفی در این زمینه رخ داده است. در حال حاضر شواهد قوی وجود دارد که محدودیت دسترسی به روش های مهلک خودکشی موجب کاهش مرگ به دنبال خودکشی می شود و جایگزینی با روش های دیگر بسیار محدود است. این راهبرد قطعا یک راهبرد موثر برای گنجانده شدن در برنامه های پیشگیری از خودکشی است. با توجه به افزایش خطر خودکشی در افرادی که افسردگی درمان نشده دارند، استفاده از تعدادی از داروهای ضدافسردگی در افراد در معرض خطر ثابت شده که موجب کاهش میزان خودکشی می شود. این داروها شامل فلوکستین و لیتیم و کلوزاپین هستند. مطالعات نشان دهنده اثربخشی روش الکتروشوک برای از بین بردن فوری افکار خودکشی است. توصیه می شود در درمان بیماران در مراحل زودتری از این روش استفاده شود تا اینکه به عنوان گزینه آخر نگه داشته شود. روش های درمانی همچون روان درمانی شناختی رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک در جهت کاهش افکار خودکشی موثر بوده اند. شواهد زیادی برای مفید بودن پیگیری افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند وجود دارد و این مهم باید در هر برنامه خودکشی وجود داشته باشد. شواهد همچنین نشان دمی دهند دسترسی به خدمات سلامت روان نیز با کاهش خودکشی همبستگی داشته اند. مداخلات مبتنی بر جامعه و خانواده پذیرش بیماران را برای درمان بیشتر می کنند و میزان بستری و خودکشی را پایین می آورند. شواهدی برای اثربخشی غربالگری افسردگی در افراد سالمند به همراه پیگیری بعدی و کاهش خودکشی وجود دارد. برای نوجوانان دارای افکار خودکشی، مداخلات مبتنی بر خانواده خیلی می تواند موثر باشد. کارآزمایی های بالینی، کاهش اقدام به خودکشی در نوجوانان را به دنبال برنامه های ارتقاء سلامت روان در مدارس و برنامه های آگاهی بخشی در مورد خودکشی در مدارس نشان داده اند، چه با غربالگری، چه بدون غربالگری. مداخلاتی همچون بازآموزی پزشکان عمومی، موجب افزایش تجویز داروهای ضد افسردگی توسط آنان شده که باعث کاهش خودکشی می گردد. آموزش افراد کلیدی جامعه در مورد خودکشی به همراه سایر مداخلات می تواند موثر باشد. در این موارد، اگر آموزش افراد کلیدی موجب افزایش میزان ارجاع و افزایش ملاقات با روانپزشک گردد، می تواند در کاهش خودکشی موثر باشد (۱۲).

بخش دوم:
تحلیل ذینفعان در برنامه پیشگیری از خودکشی

مقدمه:

ذینفعان، سازمان ها یا نهادهایی هستند که دارای منافع مستقیم و یا غیر مستقیم در یک فعالیت خاص هستند. در حوزه سلامت به طور معمول یک گروه بسیار بزرگتر، علاوه بر مجریان مستقیم حوزه سلامت، نیز به عنوان ذینفعان محسوب می شوند. آنالیز ذینفعان در حقیقت تجزیه و تحلیل منافع و نفوذ نسبی ذینفعان مختلف و درگیر پروژه می باشد. این آنالیز موجب توسعه استراتژی های موثر در حمایت پروژه و در مسیر پیاده سازی و اجرای آن خواهد بود.

ذینفعان اولیه شامل گروه ها، سازمان ها وافرادی هستند که بیشتر از سایرین از اجرای برنامه تاثیر می گیرند (چه مثبت و چه منفی). در برنامه پیشگیری از خودکشی زیر مجموعه های وزارت بهداشت (از سطح ستاد تا صف) و افراد در معرض خطر، ذینفعان اصلی و اولیه هستند. ذینفعان اولیه این برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی کشور، شبکه های بهداشتی ودرمانی، روانپزشکان و روانشناسان (بخش دولتی و خصوصی) و همچنین پزشکان عمومی در سطح مطب ها، درمانگاه ها و بیمارستان های دولتی و خصوصی می باشند. در دانشگاه های علوم پزشکی نیز در سطح ستادی، معاونت های بهداشت و درمان و در شهرستان ها شبکه های بهداشتی درمانی نیز از واحدهای تاثیرگذار در اجرای برنامه می باشند. از نقش معاونت آموزشی وزارت بهداشت در این مسیر نیز نمی توان چشم پوشی کرد. این معاونت به عنوان نقش حمایتی در وارد کردن برنامه های آموزشی مداخله ای در مورد پیشگیری از خودکشی در کوریکولوم دوره های پزشکان عمومی، تکنسین های اوژانس و پرستاران نقش اجرایی و هدایت کننده دارد.

وزارت کشور با محوریت سازمان امور اجتماعی به واسطه ایجاد هماهنگی بین دستگاه های کشوری مرتبط از طریق معاونت اجتماعی استانداری های کشور از ذینفعان اصلی برنامه است.

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با محوریت یکی از معاونت های آن سازمان بهزیستی کشور به واسطه مرکز اورژانس اجتماعی، مراکز مشاوره و مراکز نگهداری بیماران روانپزشکی مزمن و همچنین ارائه خدمت به گروه های هدف آسیب دیده از جمله زنان و کودکان نیز یکی از ذینفعان اصلی این برنامه می باشد. وزارت آموزش و پرورش که می تواند برای دانش آموزان و مربیان برنامه های آموزشی در راستای برنامه های پیشگیری اولیه از خودکشی پیاده نماید، و همچنین وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و معاونت ورزش و جوانان با توجه به اینکه با گروه بزرگی از گروه هدف جوانان ارتباط دارد نیز از ذینفعان اصلی این برنامه هستند.

ذینفعان ثانویه گروه هایی را شامل می شود که نقش واسطه ای در تسهیل فرآیند دارند. در برنامه پیشگیری از خودکشی می توان از افراد کلیدی مانند روحانیون و سازمان هایی مثل سازمان صدا و سیما نام برد که می توانند در انتقال پیام های پیشگیری و از بین بردن استیگما موثر باشند. از دیگر سازمان های ذینفع ثانویه می توان به سازمان پزشکی قانونی اشاره کرد که در ثبت اطلاعات مربوط به خودکشی و انتقال آن به نظام سلامت نقش قابل توجهی دارد. وزارت جهاد کشاورزی که در توزیع سموم گیاهی می تواند دستورالعمل های خانگی را اجرا نماید، سازمان آتش نشانی و نیروی انتظامی که در برخی از موارد خودکشی جزو اولین گروه های درگیر هستند نیز از ذینفعان ثانویه برنامه هستند. سازمان های مردم نهاد متعددی نیز به واسطه کار کردن با گروه های هدف آسیب پذیر از ذینفعان این برنامه هستند. فرماندهی بهداشت و درمان نیروهای مسلح نیز می توانند با توجه به موارد خودکشی در پادگان ها از ذینفعان این برنامه باشند. جدول شماره ۱، به طور خلاصه این ذینفعان را نشان می دهد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: عناوین و مسئولیت های ذینفعان در برنامه پیشگیری از خودکشی

ردیف	عنوان ذینفع			مسئولیت
۱	وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی	معاونت بهداشت (در وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی)	دفتر/گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	تدوین برنامه ها ی آموزشی برای گروه های هدف مختلف و در مراحل مختلف پیشگیری (اولیه، ثانویه و ثالثیه)، تدوین دستورالعمل های مناسب برای ارائه خدمات ارجاع و پیگیری و مراقبت، استقرار برنامه در نظام مراقبت های اولیه، طراحی و اجرای نظام ثبت خودکشی در کشور، تدوین دستورالعمل انعکاس خبر خودکشی از رسانه ها
			مرکز/گروه گسترش شبکه	کمک به استقرار برنامه در نظام مراقبت های اولیه و برنامه پزشک خانواده، پیش بینی بودجه
		معاونت درمان (در وزارت بهداشت ودانشگاه های علوم پزشکی)	دفتر/گروه نظارت واعتبار بخشی	نظارت بر اجرای دستورالعمل های استاندارد ثبت و گزارش دهی اطلاعات مربوط به رفتارهای خودکشی، ارائه استانداردهای خدمات به این دسته از بیماران و پاسخ دهی مناسب بیمارستان ها به شبکه های بهداشت و درمان
			اورژانس کشور	تدوین دستورالعمل های آموزشی و اجرای کارگاه آموزشی برای پرسنل اورژانس وگزارش دهی مناسب
		شبکه های بهداشت ودرمان در شهرستان ها	واحدهای سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	شرکت در بازآموزی ها، نظارت براجرای برنامه، آموزش برای پرسنل بهداشتی (پزشکان و بهورزان)، نظارت بر ثبت داده ها
			واحد اورژانس	ارائه خدمات در زمان مناسب به اقدام کنندگان خودکشی، ثبت و گزارش دهی مناسب
			بیمارستان ها، درمانگاه ها و مطب ها	ارائه خدمات مناسب به اقدام کنندگان خودکشی، ثبت و گزارش دهی مناسب

ردیف	عنوان ذینفع			مسئولیت
			مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی	شرکت در بازآموزی ها، ارائه خدمات مناسب به اقدام کنندگان خودکشی، ثبت و گزارش دهی مناسب، شناسایی گروه های پرخطر و به عموم جامعه
۲	وزارت کشور	سازمان امور اجتماعی		حمایت از اجرای برنامه در کشور
		نیروی انتظامی		حمایت از اجرای برنامه، آموزش پرسنل برای مواجهه مناسب در صحنه خودکشی و برخورد مناسب با خانواده ها و اقدام کنندگان خودکشی در بیمارستانها، ثبت مناسب
		استانداری ها و فرمانداری ها		تشکیل کارگروه تخصصی برای جلب حمایت دینفعان برنامه در استان و شهرستان
۳	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	سازمان بهزیستی کشور		آموزش پرسنل، شناسایی افراد پرخطر و در معرض خطر و ارائه خدمات مناسب از طریق مرکز اورژانس اجتماعی، طراحی و اجرای برنامه و مداخلات پیشگیرانه با مشارکت ذینفعان
۴	وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری	سازمان امور دانشجویان		بازبینی کوریکولوم آموزشی روانشناسان، اجرای برنامه های آموزشی برای دانشجویان در دانشگاه ها و خوابگاه های دانشجویی، توسعه مراکز مشاوره دانشویان و ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به دانشجویان در معرض خطر
		معاونت آموزشی		
۵	وزارت آموزش وپرورش	معاونت پرورشی و مشاوره		آموزش معلمان ودانش آموزان در راستای برنامه پیشگیری از خودکشی، کاهش انگ بیماری های روانی و همچنین شناسایی افراد در معرض خطر
		معاونت سلامت		
۶	سازمان پزشکی قانونی			ثبت دقیق و گزارش دهی موارد خودکشی
۷	وزارت جهاد و کشاورزی			تدوین دستورالعمل های نحوه مناسب استفاده از سموم گیاهی، عدم در دسترس بودن آنها و کاهش میزان مسمومیت آن در هر واحد حجمی
۸	وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی			تدوین مصوبه ای برای گزارش دهی مناسب موارد خودکشی در مطبوعات
۹	سازمان صداوسیما			آموزش عموم در جهت کاهش انگ بیماریهای روانی، ترغیب عموم جامعه برای دریافت خدمات رولنشناختی در موارد لزوم، آشنایی با فاکتورهای خطر اقدام به خودکشی، گزارش اخبار خودکشی منطبق با دستورالعمل وزارت بهداشت
۱۰	شهرداری ها		آتش نشانی	آموزش پرسنل و داوطلبین در هنگام مواجهه با افرادی که قصد خودکشی دارند، یا اقدام به خودکشی کرده اند، ثبت و گزارش دهی مناسب
			معاونت اجتماعی	ایجاد بستر مناسب برای آموزش عموم
۱۱	سازمان های مردم نهاد		انجمن روانپزشکان	حمایت از اجرای برنامه، اجرای بازآموزی برای روانپزشکان و پزشکان عمومی، تدوین کوریکولوم آموزشی
			انجمن روانشناسان	حمایت از اجرای برنامه، بازآموزی برای روانشناسان، تدوین کوریکولوم آموزشی روانشناسان

ردیف	عنوان ذینفع		مسئولیت
۱۲	سازمان های صنفی	سازمان نظام پزشکی	آموزش نیروهای تحت پوشش و ارتقاء کمی و کیفی حدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر خودکشی
		سازمان نظام روانشناسی و مشاوره	
۱۳	نیروهای مسلح	فرماندهی بهداشت و درمان	دستورالعمل اجرای برنامه های آموزشی، شناسایی افراد در معرض خطر

دسته بندی دیگری براساس مراحل استقرار و اجرای برنامه در جدول شماره ۲ آمده است که در آن، اهداف، استراتژی ها ودینفعان هریک از این مراحل با نظر افراد صاحب نظر مشخص شده اند. این تحلیل نشان می دهد که در بعضی از استراتژی ها تعامل و تداخل عمل وجودارد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: اهداف و استراتژی های هر یک از ذینفعان در برنامه پیشگیری از خودکشی

	اهداف	استراتژی ها	ذینفعان
استقرار برنامه پیشگیری از خودکشی	ادغام برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی	سیاست گذاری	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان / دانشگاه های علوم پزشکی
	افزایش امکان اجرا و رفع موانع، افزایش پوشش و اثربخشی برنامه	جلب حمایت و هماهنگی بین بخشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ وزارت کشور/ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی/ وزارت آموزش و پرورش/ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی	ارتقاء سطح آگاهی کارکنان بهداشتی، پرسنل اورژانس و پرسنل سازمان آتش نشانی در مدیریت، مراقبت و پیگیری رفتارهای خودکشی	آموزش بهورزان، پزشکان، کارشناسان، کاردانان، رابطین بهداشتی، مدیران بهداشتی، پرسنل اورژانس، اورژانس اجتماعی، مشاوران و آتش نشانی	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان، سازمان اورژانس / دانشگاه های علوم پزشکی/ پزشکان، روانشناسان و روانپزشکان بخش خصوصی / مددکاران و مشاوران تحت پوشش سازمان بهزیستی و مرکز اورژآنس اجتماعی / وزارت ورزش و جوانان
	ارتقاءسطح آگاهی جامعه و گروه های پرخطر	آموزش مردم وافراد پرخطر	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان، سازمان اورژانس / دانشگاه های علوم پزشکی / سازمان بهزیستی / وزارت آموزش وپرورش / نیروهای مسلح / شهرداری ها / سازمان آتش نشانی / سازمان صدا و سیما

	اهداف	استراتژی ها	ذینفعان
	ارائه خدمات به اقدام کنندگان وگروه های پرخطر	توانمند سازی کارکنان سیستم بهداشتی در شناسایی، ارجاع، درمان، پیگیری ومراقبت بیماران	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان، سازمان اورژانس / دانشگاه های علوم پزشکی/ پزشکان، روانشناسان و روانپزشکان بخش خصوصی / مددکاران و مشاوران تحت پوشش سازمان بهزیستی و مرکز اورژآنس اجتماعی
	انگ زدایی از اختلالات روانپزشکی	آموزش مردم و افراد پرخطر، آموزش کارکنان، بهبود گزارش دهی در رسانه ها	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان، سازمان اورژانس / دانشگاه های علوم پزشکی/ پزشکان، روانشناسان و روانپزشکان بخش خصوصی / مددکاران و مشاوران تحت پوشش سازمان بهزیستی و مرکز اورژآنس اجتماعی / وزارت ورزش و جوانان / وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
	کاهش دسترسی به مواد مورد استفاده در خودکشی	هماهنگی بین بخشی	وزارت بهداشت (سازمان غذا ودارو)، وزارت جهاد وکشاورزی (واحد سموم ودفع آفات نباتی)
	ارتقاءو توسعه برنامه	پایش ونظارت برنامه	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت- مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت- مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان - مرکز اورژانس- دانشگاه های علوم پزشکی (گروه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت درمان و مراکز اورژانس
		استقرار در کوریکولوم آموزشی دانشجویان (پزشکان عمومی، روانپزشکان و وروانشناسان)	معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری
ارتقاء نظام ثبت داده های خودکشی	ارتقاء نظام ثبت دادههای خودکشی	جلب حمایت و هماهنگی بین بخشی و ایجاد زیرساخت های نرم افزاری و سخت افزاری	وزارت بهداشت شامل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، مرکز گسترش شبکه معاونت بهداشت، مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری های معاونت درمان، سازمان اورژانس / دانشگاه های علوم پزشکی / سازمان پزشکی قانونی / سازمان بهزیستی (اورژآنس اجاماعی) / مراکز درمانی و بیمارستان های خصوصی، نیروی انتظامی، سازمان آتش نشانی

با وجود تداخل عمل در برخی استراتژی ها وفعالیت ها، براساس درجه نفود وتاثیر ذینفعان ومنافع، دسته بندی دینفعان در قالب ماتریکس زیر انجام شد. گروه با قدرت بالا، ومنافع زیاد کسانی هستند که باید به طور کامل درگیر شوند و بیشترین تلاش برای جلب رضایتشان انجام شود. در مورد گروه با قدرت بالا و منافع کم، باید به میزانی که در برنامه باقی بمانند رضایتشان را جلب کرد ولی نه آنقدر که پیام ها ودرخواست های مداوم خسته شان کند. اقدامات در مواجهه با گروه با قدرت کم ومنافع بالا نیز عبارت است از آگاه نگه داشتن این افراد به اندازه کافی و صحبت کردن به منظور اطمینان بخشیدن به آنها با تاکید بر اینکه ماندن در برنامه هیچ مشکلی برای آنها ایجاد نمی کند. ماندن آنها در پروژه می تواند مفید باشد. اقدامات در مواجهه با گروه با قدرت کم ومنافع کم نیز عبارت است ارتباط با آنها در مواقع لزوم.

جدول شماره ۳: تحلیل ذینفعان در برنامه پیشگیری از خودکشی بر اساس تفوذ، قدرت و منافع

ذینفعان با نفوذ وقدرت بالا – منافع بالا	**ذینفعان با نفود وقدرت بالا- منافع کم**	**قدرت**
وزارت بهداشت (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مرکز اورژانس)، شبکه های بهداشت روان (واحدهای بهداشت روان)، معاونت های بهداشت ودرمان، بیمارستان ها و مراکزدرمانی خصوصی و دولتی، سازمان بهزیستی، وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری	وزارت کشور(نیروی انتظامی) ،صدا وسیما، سازمان آتش نشانی،شهرداری ها،استانداری ها، اداره نظارت واعتبار بخشی درمان معاونت درمان,و احد گسترش شبکه، افراد کلیدی جامعه (روحانیون و...)، وزارت جهاد وکشاورزی و وزارت بهداشت (سازمان غذا ودارو)	
ذینفعان با نفوذ وقدرت پایین – منافع بالا	**ذینفعان با نفوذ وقدرت کم – منافع کم**	
گروه های در معرض خطر، خانواده های این گروه ها وآحاد جامعه، بهداری نیروهای مسلح	شهرداری ها (معاونت اجتماعی)، وزارت جهاد وکشاورزی (واحددفع سموم نباتات) و وزارت بهداشت (سازمان غذا و دارو)	
منافع		

بخش سوم:
پیشینه اجرای برنامه پیشگیری از خوکشی در جمهوری اسلامی ایران

طرح آزمایشی ادغام برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری اولیه با تکیه بر تشخیص و درمان افسردگی (۱۳۰):

یکی از مهمترین مطا لعات انجام گرفته در زمینه مداخله در خودکشی، مربوط به طرح آزمایشی ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با تکیه بر تشخیص و درمان افسردگی بوده است که از مهر ۱۳۷۹ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به مورد اجرا در آمد.

نتایج حاصله از مداخله آموزشی و درمانی در کاهش بروز خودکشی در طول دو سال به شرح زیر بوده است:

- در کاشان موارد ثبت شده خودکشی و اقدام به آن به دنبال مداخلات اشاره شده کاهش چشمگیری داشت، به گونه‌ای که میزان خودکشی از ۶/۳ در صد هزار نفر در سال ۱۳۷۹ به ۲/۵ در سال ۱۳۸۱ رسیده بود.

- در ساوجبلاغ در سال ۱۳۸۰ افزایش موارد اقدام وجود داشته است، ولی تعداد موارد اقدام در پایان سال ۱۳۸۱ نسبت بهسال ۱۳۸۰، کاهش داشته است. تعداد خودکشی از زمان شروع مداخلات از ۳/۵ به ۱/۵ در صد هزار نفر رسید.

- درایلام، تعداد موارد ثبت در سال اجرا نسبت به سال ۱۳۷۸ افزایش داشته ولی این میزان در سال ۱۳۸۱ کاهش چشمگیری داشت. تعداد موارد خودکشی از ۱۰/۲ در صد هزار نفر در سال ۱۳۷۹، به ۱/۲ در سال ۱۳۸۱ رسید.

- در اسلام آباد، تعداد موارد خودکشی منجر به مرگ در طول دو سال اجرای برنامه ثابت ماند.

مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی (۱۳۱) (SUPRE-MISS)

این پژوهش با هدف بررسی همه جانبه رفتار خودکشی و پیشگیری از آن و پیگیری اقدام‌کنندگان مطابق با طرح تحقیقاتی WHO در سال ۱۳۸۱ شروع شد. روش مطالعه در مرحله اول توصیفی مقطعی و در مرحله دوم کارآزمایی بالینی بود.

در اولین قسمت ۹۴۵ آزمودنی به مدت ۱۰ ماه از اورژانس مراکز درمانی شهری شهرستان کرج گردآوری شدند و در بخش دوم ۶۳۲ بیمار در دو گروه به طور تصادفی قرار گرفته و به مدت ۶ ماه پیگیری شدند. گروه آزمون

قبل از ترخیص تحت آموزش پیشگیری از خودکشی به مدت یک ساعت قرار گرفتند. گروه آزمون در ۱، ۲، ۴، ۷، ۱۱ هفته، ۴ ماه و ۶ ماه تحت پیگیری قرار گرفتند. گروه کنترل تنها یک بار ۶ ماه بعد از اقدام تحت پیگیری قرار گرفتند.

بخش سوم مطالعه بررسی جامعه برای فکر و اقدام به خودکشی بود که ۵۰۴ آزمودنی به طور تصادفی از روی فیش تلفن انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ۲ نفر (۰/۲٪) از کل اقدام‌کنندگان بر اثر خودکشی فوت نمودند. بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی مجرد، دیپلمه، کارگرد ساده، و یا خانه‌دار بودند. نزدیک به یک سوم آنان سابقه اقدام به خودکشی داشتند و نیمی از آنان سابقه مشکلات روانپزشکی را ذکر نمودند. قریب به ۸۰٪ اقدام‌کنندگان دارای تشخیص روانپزشکی بوده و شایعترین اختلالات مشاهده شده، اختلالات خلقی بود. ۸/۵٪ آزمودنی‌ها در مدت ۶ ماه اقدام مجدد داشتند؛ ۷/۷٪ در گروه کنترل و ۹/۳ ٪ در گروه آزمایشی. در کل ۴ نفر از اقدام‌کنندگان (در هر گروه ۲ نفر) طی ۶ ماه پیگیری فوت نمودند. در مطالعه بخش جامعه، ۱۴٪ در طول عمر دارای افکار خودکشی بودند و نیمی از آنان برای خودکشی نقشه هم داشتند. نیمی از افراد گروه اخیر سابقه اقدام به خودکشی هم داشتند.

مطالعه پیشگیری از خودسوزی با مداخله مبتنی برجامعه (۱۳۲)

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی یک برنامه مبتنی برجامعه با هدف پیشگیری از خودسوزی بوده است. این مطالعه در منطقه گیلانغرب به عنوان منطقه مداخله و سرپل ذهاب به عنوان منطقه کنترل انجام گرفت. جمع آوری نمونه از موارد خودسوزی از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۸۲ انجام شد. در ۱۲ ماه اول اطلاعات پایه به دست آمد و در ۳ سال بعد مداخله انجام گرفت.

در این مطالعه، مداخله مورد نظر نمایش فیلمی از سرنوشت قربانیان خودسوزی تهیه شده در مرکز سوختگی کرمانشاه (بیمارستان امام خمینی) بعد از اخذ رضایت نامه از بیماران بود. این فیلم دو پیام را در بر داشت: ۱) آگاهی رسانی راجع به عوارض و عواقب خودسوزی ۲) توصیه برای روش های دیگر حل مسئله. در این فیلم قربانیان خودسوزی با سوالات هدفمندی مورد مصاحبه قرار گرفتند. گروه هدف در این مداخله با توجه به مطالعات قبلی در ایران (۷۰ ٪ از موارد خودسوزی زنان، ۷۲٪ در سن ۱۱ تا ۳۰ سال، ۴۵٪ ازدواج کرده، ۶۰٪ بی سواد، و ۹۰٪ خانه دار یا بیکار) زنان جوان و گروه های با سطح اجتماعی و اقتصادی پایین انتخاب شدند. نمایش فیلم سالی یک بار به مدت ۳ سال انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که در مقایسه با سطح پایه اقدام به خودسوزی ۵۷٪ در منطقه مداخله و ۲۷٪ در منطقه بدون مداخله کاهش نشان داد.

بررسی تاثیر ارتقاء توان شبکه بهداشتی در شناسایی و درمان اختلال افسردگی در پیشگیری از اقدام به خودکشی در شهرستان خرم آباد لرستان (۱۳۳)

اداره سلامت روان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ در راستای انجام وظایف محوله تلاش کرد که با تاکید بر درمان افسردگی میزان خودکشی را کاهش دهد. این مداخله با استراتژی های تشخیص و درمان زودرس افسردگی اجراء شد. این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به مرحله اجرا در آمده بود ولی نتایج آنها به دلایلی که قبلا به آنها اشاره گردید همگن نبود و فابلیت استناد به آنها کم بود. از این رو نیاز به بازبینی و اصلاح متدولوژی آن احساس گردید تا پس از ارائه نتایج اجرای طرح در شهرستان خرم آباد، در خصوص گسترش آن تصمیم گیری مجدد به عمل آید. از این رو همان طرح با مشخصات زیر مجددا بازنگری و تدوین شد و در شهرستان خرم آباد با در نظر داشتن شهرستان کوهدشت به عنوان گروه کنترل به اجرا گذاشته شد.

یافته ها نشان داد که میزان خودکشی پس از یک سال مداخله (۱۳۸۶ نسبت به ۱۳۸۵) کاهش یافت. بنا به گزارش دفتر طرح و گسترش برنامه (از ۱۶ به ۱۲/۵ در صدهزار نفر) و به تعبیر یافته های این طرح از ۱۲/۵ به ۶ در صد هزار نفر کاهش نشان داد. این نتیجه حاکی از موفقیت برنامه یعنی "کاهش نرخ خودکشی بر پایه درمان افسردگی توسط پزشکان عمومی" است. مقایسه نرخ خودکشی با شهرستان کوهدشت به عنوان شهرستان کنترل (۱۹ در صد هزار نفر) نیز این نتیجه را تایید می نماید.

بررسی اثربخشی ارتقاء کیفیت شبکه بهداشتی در شناسایی و درمان اختلال افسردگی توسط پزشکان عمومی در پیشگیری از اقدام به خودکشی در شهرستانهای نهاوند و ساوجبلاغ (۱۳۴)

این طرح که در طی سال های ۱۳۸۹ الی ۱۳۹۰ اجرا گردید، با تاکید بر شناسایی زودرس و درمان بیماران افسرده و بیمارانی که افکار خودکشی دارند (به ویژه در گروه های در معرض خطر) و همچنین پیگیری افرادی که بعد از خودکشی زنده مانده اند، انجام شد. در واقع هدف طرح این بود که مشخص نماید آیا فراهم نمودن خدمات بهداشت روان و دستیابی به این خدمات می تواند باعث کاهش میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن گردد یا خیر. این برنامه در راستای اجری برنامه پیشگیری از خودکشی با تاکید بر شناسایی افراد مبتلا به افسردگی و درمان آنها که در شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۸۷ به اجراء در آمد، می باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که پس از یک سال مداخله به صورت غربالگری و کشف بیماران مبتلا به افسردگی و سایر افراد در معرض خطر خودکشی و درمان دارویی آنها و ارائه مشاوره های لازم، در شهرستان نهاوند ۱/۴٪ و

در شهرستان ساوجبلاغ ۲/۱٪ از اقدام کنندگان منجر به فوت شدند. در سال ۱۳۸۹ (سال اجرای طرح) نرخ فوت ناشی از خودکشی در نهاوند ۵ و در ساوجبلاغ ۴/۳ در صرهزار نفر جمعیت بود. نرخ فوت ناشی از خودکشی در یک سال قبل از مطالعه (۱۳۸۸) در شهرستان نهاوند ۱۶ و در ساوجبلاغ ۱/۶ فوت به ازای هر صدهزار نفر ثبت شد. همچنین نتایج مطالعه نشان می دهد که موارد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۹ در شهرستان نهاوند ۶۴۶ مورد (در مقایسه با ۵۴۹ مورد در سال ۱۳۸۸) و در سال ۱۳۸۹ در شهرستان ساوجبلاغ ۳۸۱ مورد (در مقایسه با ۳۱۰ مورد در سال ۱۳۸۸) بوده است.

نتایج این پژوهش بین دو شهر نهاوند و ساوجبلاغ متفاوت بود به طوریکه میزان خودکشی در ساوجبلاغ افزایش و در نهاوند کاهش یافت. مجریان پروژه علل زیر را مطرح نموده اند:

- شهرستان نهاوند در غربالگری جمعیت تحت پوشش بهتر عمل نموده است، بطوریکه در شهرستان نهاوند ۵۲٪ جمعیت تحت پوشش مناطق روستایی برای کشف بیماران در معرض خودکشی و افسردگی غربال شدند در حالیکه این رقم برای شهرستان ساوجبلاغ ۲۱٪ بوده است.

- از ابتدای طرح تلاش بر این بود که بتوان برای بیماران کشف شده خدمات بستری و الکتروشوک سرپایی راه اندازی کرد که متاسفانه تا پایان طرح این موضوع در شهرستان ساوجبلاغ مکان پذیر نشد.

نکته ای که در نتایج هر دو شهرستان به چشم می خورد افزایش نرخ موارد اقدام به خودکشی است. توجیه احتمالی که برای این افزایش ذکر می شود ارتقاء کیفیت فرآیند ثبت رفتارهای خودکشی است که از افزایش توجه و حساس سازی سیستم بهداشتی نسبت به پدیده خودکشی ناشی می گردد.

بخش چهارم:
اهداف و استراتژی های
ویرایش دوم برنامه پیشگیری از خودکشی

چشم انداز برنامه

جامعه ایرانی اسلامی به دور از مرگ و میر و آسیب به دنبال خودکشی

ماموریت اصلی وزارت بهداشت در برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی

این برنامه فعالیت های پیشگیری از خودکشی را توسعه، وترویج می‌دهد ، آگاهی جامعه و ظرفیت پاسخگویی به خودکشی و سایر موضوعات مرتبط را ارتقاء می‌دهد، و به تمامی افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی خدمات ارائه می کند.

بازه زمانی اجرای برنامه

بازه پنج ساله از ابتدای سال ۱۴۰۱ تا پایان ۱۴۰۵

هدف کلان برنامه

کاهش ۱۰٪ میزان اقدام و فوت ناشی از خودکشی در جمعیت ایران نسبت به سال پایه (۱۴۰۰)

اهداف استراتژیک برنامه

۱. افزایش روایی داده های مربوط به رفتارهای خودکشی
۲. توانمندسازی جمعیت عمومی و افزایش آگاهی پیرامون خودکشی
۳. ارتقاء کمی و کیفی مداخلات و خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی
۴. ساماندهی انتشار اخبار و سایر محتوای انتشاریافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها و محصولات فرهنگی
۵. کاهش دسترسی به روش های شایع و مهلک خودکشی
۶. افزایش پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی

بخش پنجم:
برنامه عملیاتی

هدف استراتژیک ۱ : افزایش روایی داده های مربوط به رفتارهای خودکشی

هدف اختصاصی۱ : افزایش دقت و صحت ثبت داده های مربوط به خودکشی در سامانه معاونت بهداشت

استراتژی۱: توانمندسازی کارشناسان مسئول ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت

هدف کمی۱ : آموزش ۱۰۰ ٪ کارشناسان مسئول سلامت روان مراکز بهداشت شهرستان ها در خصوص دستورالعمل ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت

شاخص: درصد کارشناسان مسئول سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان ها که آموزش در خصوص ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت را دریافت کرده اند

استراتژی۲: استانداردسازی ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت

هدف کمی۲: تمامی دانشگاه ها/دانشکده ها، ۱۰۰٪ موارد اقدام به خودکشی برآورد شده(حداقل ۲۰ برابر میزان فوت بر اساس اعلام پزشکی قانونی) در منطقه تحت پوشش را در سامانه معاونت بهداشت ثبت کرده باشند

شاخص: درصد موارد اقدام به خودکشی برآورد شده (حداقل ۲۰ برابر میزان فوت بر اساس اعلام پزشکی قانونی) که در سامانه ثبت شده اند

هدف استراتژیک ۱/ هدف اختصاصی ۱	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
تدوین ، ابلاغ و آموزش دستورالعمل جدید ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت و بازبینی فهرست نام های کاربری و گذرواژه ها													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	دستورالعمل
آموزش کارشناسان مسئول سلامت روان مراکز بهداشت شهرستان ها در خصوص ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	یک گزارش
ثبت آمار خودکشی دریافت شده در مرکز بهداشت شهرستان ها در سامانه معاونت بهداشت به صورت هفتگی													مراکز بهداشت شهرستان ها	مستندات ثبت
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف اختصاصی۲ : ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های خودکشی مربوط به خدمت گیرندگان اورژانس و مراجعه کنندگان به بیمارستان ها

استرتژی۱: هماهنگی بین معاونت بهداشت و درمان جهت ثبت داده‌های اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به بیمارستان ها

هدف کمی ۱: دریافت ۱۰۰٪ اطلاعات مربوط به اقدام به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان ها توسط مراکز بهداشت شهرستان ها

شاخص: درصد اطلاعات مربوط به اقدام به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان ها که در سامانه معاونت بهداشت ثبت شده است

استراتژی۲:توانمندسازی کارکنان بیمارستانی مرتبط با ثبت موارد خودکشی در بیمارستان ها

هدف کمی۲: آموزش ۱۰۰٪ کارکنان بیمارستانی مرتبط با ثبت موارد خودکشی در بیمارستان ها

شاخص: درصد کارکنان بیمارستانی مرتبط با ثبت موارد خودکشی در بیمارستان ها که آموزش در خصوص ثبت را دریافت کرده اند

هدف استراتژیک ۱/ هدف اختصاصی ۲	یک سال														
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	مجری	برونداد
هماهنگی در سطح وزارت بهداشت													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها وزارت بهداشت	صورت جلسه
تدوین و ابلاغ دستورالعمل و فرم ارسال آمار اقدام به خودکشی در افراد مراجعه کننده به بیمارستان های دولتی و خصوصی													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها وزارت بهداشت	دستورالعمل/فرم
ابلاغ دستورالعمل و فرم ارسال آمار اقدام به خودکشی به شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	مکاتبات
برگزاری جلسه توجیهی با رؤسای بیمارستان های تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها													رؤسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	صورت جلسات
آموزش کارکنان بیمارستانی مرتبط با ثبت موارد خودکشی در بیمارستان ها (پرستار/منشی/مسئول بایگانی)													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
ارسال آمار اقدام به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ها به مراکز بهداشت شهرستان ها به صورت هفتگی													بیمارستان های منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی	مستندات ارسال
ثبت آمار اقدام به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ها در سامانه معاونت بهداشت به صورت هفتگی													مراکز بهداشت شهرستان ها	مستندات ثبت
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف اختصاصی۳: ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به فوت ناشی از خودکشی ادارات کل پزشکی قانونی استان ها

استراتژی ۱: تعامل و همکاری با سازمان پزشکی قانونی جهت دریافت داده‌های استاندارد فوت ناشی از خودکشی

هدف کمی ۱: دریافت ۱۰۰٪ اطلاعات فوت ناشی از خودکشی تمامی شهرستان ها از اداره کل پزشکی قانونی استان ها

شاخص: تعداد شهرستان هایی که اطلاعات مربوط به فوت ناشی از خودکشی شهرستان خود را از اداره کل پزشکی قانونی استان به طور کامل دریافت نموده اند

هدف استراتژیک ۱/ هدف اختصاصی ۳	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک بین رئیس دانشگاه و مدیر کل پزشکی قانونی استان													ریاست دانشگاه علوم پزشکی و اداره کل پزشکی قانونی استان	صورت جلسه
امضای تفاهم نامه مشترک بین دانشگاه و پزشکی قانونی و ابلاغ به شهرستان ها													ریاست دانشگاه علوم پزشکی و اداره کل پزشکی قانونی استان	مکاتبات
ارسال آمار فوت ناشی از خودکشی پزشکی قانونی به تفکیک شهرستان ها به معاونت بهداشت دانشگاه مربوطه به صورت فصلی													اداره کل پزشکی قانونی استان	مستندات ارسال
بررسی کارشناسی آمار فوت پزشکی قانونی و مقایسه تطبیقی با آمار مرکز بهداشت شهرستان به منظور حذف موارد تکرار و خطا													مراکز بهداشت شهرستان ها	مستندات تطبیق
ثبت آمار فوت ناشی از خودکشی شهرستان ها در سامانه معاونت بهداشت توسط مرکز بهداشت شهرستان به صورت فصلی													مراکز بهداشت شهرستان ها	مستندات ثبت
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف اختصاصی ۴: ثبت کامل و مبتنی بر استاندارد داده های مربوط به خودکشی سایر دستگاه های پوشش دهنده گروه های هدف در معرض خطر خودکشی

استراتژی ۱: تعامل و همکاری با آموزش و پرورش، وزارت علوم، بهزیستی و نیروهای نظامی و انتظامی جهت دریافت داده‌های خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش

هدف کمی ۱: دریافت اطلاعات مربوط به خودکشی در میان دانش آموزان ۱۰۰٪ مدارس تمامی شهرستان ها

شاخص: درصد مدارس هر شهرستان که اطلاعات مربوط به خودکشی در میان دانش آموزان خود را در اختیار مرکز بهداشت قرار داده اند

هدف کمی ۲: دریافت اطلاعات مربوط به خودکشی در میان دانشجویان ۱۰۰٪ دانشگاه ها/مراکز آموزش عالی تحت پوشش وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی تمامی شهرستان ها

شاخص: درصد دانشگاه ها/مراکز آموزش عالی هر شهرستان که اطلاعات مربوط به خودکشی در میان دانشجویان را در اختیار مرکز بهداشت قرار داده اند

هدف کمی ۳: دریافت اطلاعات مربوط به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش ۱۰۰٪ مراکز نظامی و انتظامی تمامی شهرستان ها

شاخص: درصد مراکز نظامی و انتظامی هر شهرستان که اطلاعات مربوط به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش خود را در اختیار مرکز بهداشت قرار داده اند

هدف کمی ۴: دریافت اطلاعات مربوط به خودکشی در میان مددجویان ۱۰۰٪ مراکز تحت پوشش بهزیستی تمامی شهرستان ها

شاخص: درصد مراکز تحت پوشش بهزیستی هر شهرستان که اطلاعات مربوط به خودکشی در میان مددجویان خود را در اختیار مرکز بهداشت قرار داده اند

هدف کمی ۵: دریافت اطلاعات مربوط به وضعیت اجتماعی و معیشتی ۵۰٪ افراد اقدام کننده به خودکشی و ۵۰٪ بازماندگان قربانیان خودکشی از معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (اطلس)

شاخص: درصد افرادی که اطلاعات مربوط به وضعیت اجتماعی و معیشتی آنها از وزارت رفاه دریافت شده است

هدف استراتژیک ۱/ هدف اختصاصی ۴	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک بین رئیس دانشگاه علوم پزشکی، رؤسای سایر دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی استان، مدیر کل آموزش و پرورش استان، مدیر کل سازمان بهزیستی استان، و فرماندهی نیروهای نظامی و انتظامی استان													ریاست دانشگاه علوم پزشکی، آموزش و پرورش، بهزیستی، فرماندهی نیروهای مسلح، وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی	صورت جلسه
امضای تفاهم نامه مشترک بین دانشگاه و وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی استان، مدیر کل آموزش و پرورش استان، مدیر کل سازمان بهزیستی استان، و فرماندهی نیروهای نظامی و انتظامی استان و ابلاغ به شهرستان ها													ریاست دانشگاه علوم پزشکی، آموزش و پرورش، بهزیستی، فرماندهی نیروهای نظامی و انتظامی، سازمان دانشجویان وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی	تفاهم نامه
ارسال آمار خودکشی از سوی سایر دستگاه ها به معاونت بهداشت دانشگاه مربوطه به صورت فصلی													آموزش و پرورش، بهزیستی، فرماندهی نیروهای مسلح، سازمان دانشجویان وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی	مکاتبات
دریافت داده های مربوط به وضعیت اجتماعی و معیشتی اقدام کنندگان به خودکشی و بازماندگان قربانیان خودکشی													معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	مکاتبات
ثبت آمار خودکشی ارسالی از سایر دستگاه ها در سامانه معاونت بهداشت توسط مرکز بهداشت شهرستان به صورت فصلی													مراکز بهداشت شهرستان ها	مستندات ثبت
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف استراتژیک ۲: توانمندسازی جمعیت عمومی و افزایش آگاهی پیرامون خودکشی

هدف اختصاصی۱ : افزایش آگاهی و کاهش انگ پیرامون خودکشی در میان سیاست گذاران و مسئولین اجرایی

استراتژی۱: استفاده از ظرفیت تولی گری نظام سلامت در جهت انگ زدایی از مشکلات و اختلالات سلامت روان در میان سیاست گذاران و مسئولین اجرایی

هدف کمی۱ : افزایش برگزاری جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی میزان حداقل ۴ جلسه در سال

شاخص: تعداد جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی در سال

هدف کمی۲ : افزایش برگزاری جلسات درون بخشی سایر دستگاه های مرتبط با موضوع پیشگیری از خودکشی به میزان حداقل ۴ جلسه در سال

شاخص: تعداد جلسات درون بخشی سایر دستگاه های مرتبط اختصاص یافته به موضوع پیشگیری از خودکشی

هدف استراتژیک ۲/ هدف اختصاصی ۱	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه هر فصل یک بار هیئت رئیسه دانشگاه با موضوع پیشگیری از خودکشی													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسات
برگزاری جلسه هر فصل یک بار کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی													استانداری، دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت و برنامه ریزی ، صدا و سیما، آموزش و پرورش، جهاد کشاورزی، نظام پزشکی، خدمات درمانی نیروهای مسلح، بازرگانی، اقتصاد و دارایی، نماینده تعاون و کار و رفاه اجتماعی، فرمانده ناحیه انتظامی	صورت جلسات
برگزاری جلسه هر فصل یک بار در آموزش و پرورش استان با موضوع پیشگیری از خودکشی													آموزش و پرورش استان	صورت جلسات
برگزاری جلسه هر فصل یک بار در سازمان بهزیستی استان با موضوع پیشگیری از خودکشی													بهزیستی استان	صورت جلسات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف اختصاصی۲ : توانمندسازی جمعیت عمومی در حوزه خودمراقبتی در سلامت روان و پیشگیری از خودکشی

استراتژی۱: تعامل و همکاری با دفتر آموزش و ارتقاء سلامت در راستای آموزش های همگانی مؤثر در پیشگیری از خودکشی

هدف کمی ۱ : افزایش جلسات همکاری با دفتر آموزش و ارتقاء سلامت دانشگاه در ارتباط با افزایش آگاهی و کاهش انگ پیرامون خودکشی در جمعیت عمومی به میزان حداقل ۴ جلسه در سال

شاخص: تعداد جلسات برگزار شده با دفتر آموزش و ارتقاء سلامت دانشگاه در ارتباط با افزایش سطح سواد سلامت روان و پیشگیری از خودکشی

استراتژی۲: توانمندسازی جمعیت عمومی پیرامون خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی

هدف کمی ۲ : آموزش ۴۰٪ جمعیت عمومی تحت پوشش پیرامون پیشگیری از خودکشی

شاخص: درصد جمعیت عمومی که آموزش های پیشگیری از خودکشی را دریافت کرده اند

استراتژی۳: توانمندسازی افراد تحت پوشش مدارس (دانش آموزان و والدین)، دانشگاه ها، محیط های کاری، محیط های نظامی، و زنان خانه دار پیرامون خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی

هدف کمی ۳: آموزش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی به ۳۰٪ افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت

شاخص: درصد افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت که آموزش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی را دریافت کرده اند

هدف کمی ۲: آموزش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی به ۳۰٪ کارکنان و افراد تحت پوشش سایر دستگاه ها

شاخص: درصد کارکنان و افراد تحت پوشش هر دستگاه که آموزش خودمراقبتی در حوزه سلامت روان و پیشگیری از خودکشی را دریافت کرده اند

هدف استراتژیک ۲/ هدف اختصاصی ۲	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح وزارت بهداشت با دفتر آموزش و ارتقاء سلامت													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	صورت جلسه
برگزاری جلسات فصلی با دفتر آموزش و ارتقاء سلامت													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسات
حمایت فنی دستگاه های متقاضی در زمینه آموزش جمعیت عمومی													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
تهیه پمفلت و پوستر و بنر و تابلوهای آموزش برای جمعیت عمومی													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	محصولات آموزشی
ارائه پمفلت و نصب پوستر و بنر/تابلوهای آموزش با هدف جمعیت عمومی در سطح مراکز بهداشتی شهری و روستایی													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
ارائه پمفلت و نصب پوستر و بنر/تابلوهای آموزش با هدف جمعیت عمومی در سطح مراکز درمانی دولتی و خصوصی (اعم از کلینیک و بیمارستان)													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
هماهنگی اجرایی لازم جهت ارائه پمفلت و نصب پوستر و بنر/تابلوهای آموزشی با هدف جمعیت عمومی در سطح مراکز مرتبط با سایر دستگاه ها													استانداری، فرمانداری ها، شوراهای شهر و روستا، شهرداری ها، آموزش و پرورش، بهزیستی، ورزش و جوانان، مراکز آموزش نظام وظیفه، شورای مساجد، ستاد اقدامه نماز، دانشگاه علوم پزشکی و سازمان دانشجویان وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی	گزارش
تولید محتوای سمعی بصری مرتبط با سلامت روان و پیشگیری از خودکشی													مرکز فناوری های دیجیتال وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	گزارشات
آموزش و توانمندسازی گروه های جمعیتی تحت پوشش و اجرای برنامه های محلی اجتماع محور													سازمان بهزیستی کشور	گزارشات
آموزش و توانمندسازی گروه های جمعیتی تحت پوشش													معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	گزارشات
آموزش و توانمندسازی گروه های جمعیتی تحت پوشش													معاونت جوانان وزارت ورزش و جوانان	گزارشات
آموزش و توانمندسازی دانشجویان، کارکنان و اعضای هیات علمی دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی در حوزه خودمراقبتی در سلامت روان و پیشگیری از خودکشی													سازمان دانشجویان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	گزارشات
آموزش و توانمندسازی دانش آموزان ، والدین و معلمان مدارس در حوزه خودمراقبتی در سلامت روان و پیشگیری از خودکشی													وزارت آموزش و پرورش	گزارشات
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت	مکاتبات

هدف اختصاصی۳ : افزایش تاب آوری در گروه های در معرض خطر خودکشی (نوجوانان، جوانان، زنان، مبتلایان به اختلالات روانپزشکی)

استراتژی ۱: آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری به افراد تحت پوشش مدارس (دانش آموزان و والدین)، دانشگاه ها، محیط های کاری، محیط های نظامی، و زنان خانه دار

هدف کمی ۱: آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری به ۳۰٪ افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت

شاخص: درصد افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت که آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری را دریافت کرده اند

هدف کمی ۲: آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری به ۳۰٪ کارکنان و افراد تحت پوشش سایر دستگاه ها

شاخص: درصد کارکنان و افراد تحت پوشش هر دستگاه که آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری را دریافت کرده اند

استراتژی ۲: افزایش تاب آوری از طریق ترویج باورهای صحیح دینی و فرهنگی با محوریت پیشگیری از خودکشی

هدف کمی ۳: افزایش تولید محتوای فرهنگی مرتبط با تعمیق باورهای صحیح دینی و فرهنگی با محوریت پیشگیری از خودکشی

شاخص: تعداد محصولات تولید شده در ارتباط با باورهای صحیح دینی و فرهنگی و پیشگیری از خودکشی توسط دستگاه های ذیربط

هدف استراتژیک ۲/ هدف اختصاصی ۳	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسات آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری توسط کارشناسان سلامت روان در داخل و خارج از مرکز خدمات جامع سلامت													مراکز خدمات جامع سلامت	گزارش
برگزاری جلسات آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری در مدارس برای معلمان، والدین و دانش آموزان													آموزش و پرورش	گزارش
برگزاری جلسات آموزش مهارت های زندگی و تاب آوری در پادگان ها برای سربازان و کارکنان													سازمان وظیفه عمومی	گزارش
برگزاری جلسات آموزشی مهارت ها زندگی و تاب آوری در دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی برای دانشجویان، کارکنان و اساتید													معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی و سازمان دانشجویان وزارت علوم/دانشگاه آزاد اسلامی	گزارش
برگزاری جلسات آموزشی مهارت ها زندگی و تاب آوری و پیشگیری از خودکشی در مراکز مشاوره و مراکز نگهداری سازمان بهزیستی برای مددجویان و مددکاران													اداره کل بهزیستی استان	گزارش
آموزش و توانمندسازی گروه های جمعیتی تحت پوشش													معاونت رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	گزارشات
آموزش و توانمندسازی گروه های جمعیتی تحت پوشش													معاونت جوانان وزارت ورزش و جوانان	گزارشات
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارشات
تولید محتوای فرهنگی مرتبط با تعمیق باورهای صحیح دینی و فرهنگی با محوریت پیشگیری از خودکشی													سازمان اوقاف و امور خیریه، معاونت زنان ریاست جمهوری، معاونت امور جوانان وزارت ورزش و جوانان	محصولات
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	مکاتبات

هدف استراتژیک ۳: ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارئه شده به افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی

هدف اختصاصی ۱: ارتقاء فرایند های شناسایی، مراقبت و مدیریت بالینی افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

استراتژی۱: توانمندسازی بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت خانه های بهداشت روستایی/پایگاه های سلامت شهری در خصوص غربالگری و شناسایی افکار خودکشی

هدف کمی ۱: بازآموزی ۱۰۰٪ بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت خانه های بهداشت روستایی/پایگاه های سلامت شهری در خصوص شناسایی افراد دارای افکار خودکشی

شاخص: درصد بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت خانه های بهداشت روستایی/پایگاه های سلامت شهری که در خصوص شناسایی افراد دارای افکار خودکشی آموزش دیده اند

استراتژی۲: افزایش توانایی پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران دارای افکار خودکشی

هدف کمی ۱: تمامی (۱۰۰٪) افراد دارای افکار خودکشی ارجاع شده از سوی بهورز/کارشناسان مراقب سلامت توسط پزشک عمومی ویزیت شوند

شاخص: درصد افراد دارای افکار خودکشی ارجاع شده از بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت که توسط پزشکان عمومی ویزیت شده اند

هدف کمی ۲: بازآموزی ۱۰۰٪ پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران دارای افکار خودکشی

شاخص: درصد پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی که در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران دارای افکار خودکشی آموزش دیده اند

استراتژی۳: بهبود کیفی خدمات ارائه شده توسط کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی جهت ارائه مداخلات روانشناختی به افراد در معرض خطر خودکشی

هدف کمی۱: آموزش ۱۰۰٪ کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت جهت ارائه مداخلات روانشناختی به افراد در معرض خطر، اقدام کننده و بازمانده خودکشی

شاخص: درصد کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی که جهت ارائه مداخلات روانشناختی به افراد در معرض خطر، اقدام کننده و بازمانده خودکشی آموزش دیده اند

هدف کمی۲ : تمامی (۱۰۰٪) افراد دارای افکار خودکشی ارجاع شده به کارشناس سلامت روان حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی (اولیه) دریافت نمایند

شاخص: درصد افراد دارای افکار خودکشی ارجاع شده به کارشناس سلامت روان که حداقل یک جلسه مداخله روانشناختی دریافت نموده اند

هدف کمی۳: تمامی (۱۰۰٪) افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده به کارشناسان سلامت روان حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی (ثانویه) دریافت نمایند

شاخص: درصد افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده به کارشناسان شبامت روان که حداقل یک جلسه مداخله مختصر روانشناختی (ثانویه) دریافت نموده اند

هدف کمی۴: تمامی (۱۰۰٪) افراد عضو درجه یک خانواده فرد قربانی خودکشی ارجاع شده به کارشناسان سلامت روان حداقل یک جلسه خدمت روانشناختی دریافت نمایند

شاخص: درصد افراد عضو درجه یک خانواده فرد قربانی خودکشی ارجاع شده به کارشناسان سلامت روان که حداقل یک جلسه خدمت روانشناختی دریافت نمایند

هدف استراتژیک ۳/ هدف اختصاصی ۱													یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲														
تدوین و ابلاغ بسته آموزشی پیشگیری از خودکشی برای بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت																									دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	بسته آموزشی
برگزاری جلسات فصلی با مرکز مدیریت و گسترش شبکه دانشگاه																									معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسات
برگزاری کارگاه بازآموزی برای کلیه بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت																									مرکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
غربالگری افکار خودکشی توسط بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت مستقر در خانه های بهداشت/پایگاه های سلامت شهری/روستایی																									مرکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
ارجاع افراد دارای افکار خودکشی توسط بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت به پزشکان عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی																									مرکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
تدوین و ابلاغ بسته آموزشی پیشگیری از خودکشی برای پزشکان عمومی																									دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	بسته آموزشی
برگزاری کارگاه بازآموزی برای کلیه پزشکان عمومی																									معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
ویزیت افراد دارای افکار خودکشی شناسایی شده در غربالگری اولیه توسط پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی																									مرکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
تدوین دستورالعمل ارجاع بیماران از مراکز خدمات جامع سلامت به درمانگاه تخصصی / اورژانس های بیمارستانی و پیگیری آنها توسط مراکز بهداشت شهرستان																									دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	دستورالعمل
ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی توسط پزشکان عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی به درمانگاه تخصصی / اورژانس های بیمارستانی																									مرکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
تدوین بسته جامع مداخلات روانشناختی/پیگیری تلفنی اولیه/ثانویه افراد در معرض خطر و اقدام کننده به خودکشی و مداخله جهت بازماندگان توسط کارشناس سلامت روان																									دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	بسته آموزشی
برگزاری کارگاه بازآموزی برای کارشناسان سلامت روان																									معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه																									معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد																									دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	مکاتبات

هدف اختصاصی ۲: بهبود خدمات تخصصی روانپزشکی در بیمارستان ها به افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی

استراتژی۱: ارتقاء زیرساخت های بیمارستانی و تقویت ظرفیت نیروی انسانی در حوزه خدمات تخصصی

هدف کمی۱: تمامی بیمارستان های عمومی با ضریب اشغال زیر ۷۰٪ دارای تخت روانپزشکی به میزان ۱۰٪ (یا حداقل ۱۰ تخت) باشند

شاخص: درصد تخت های بستری روانپزشکی هر بیمارستان عمومی با ضریب اشغال زیر ۷۰٪

هدف کمی۲: افزایش تعداد روانپزشکان مستقر در هر شهرستان به ازاء هر یکصدهزارنفر جمعیت (هر شهرستان حداقل یک روانپزشک)

شاخص: تعداد روانپزشکان شاغل در شهرستان به ازاء هر یکصدهزارنفر جمعیت

هدف کمی۳: پوشش ۱۰۰٪ شیفت های بیمارستانی با حداقل یک روانپزشک آنکال

شاخص: درصد شیفت های دارای حداقل یک روانپزشک آنکال در هر بیمارستان

هدف کمی۴: تمامی افراد در معرض خطر بالای خودکشی ارجاع شده از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در اورژانس بیمارستان ها پذیرش اولیه شوند

شاخص: درصد افراد در معرض خطر خودکشی ارجاع شده از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه که در اورژانس بیمارستان ها پذیرش اولیه می شوند

هدف کمی۵: تمامی (۱۰۰٪) بیماران در معرض خطر خودکشی و اقدام کننده به خودکشی پذیرش شده در اورژانس بیمارستان ها مشاوره روانپزشکی دریافت نمایند

شاخص: درصد بیماران در معرض خطر خودکشی یا اقدام کننده به خودکشی پذیرش شده در اورژانس بیمارستان ها که مشاوره روانپزشکی دریافت نموده اند

استراتژی۲: توانمندسازی کارکنان ارائه دهنده خدمت به بیماران در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در بیمارستان ها

هدف کمی۱: بازآموزی ۱۰۰٪ پرستاران اورژانس بیمارستان ها در خصوص برقراری ارتباط با بیماران در معرض خطر خودکشی

شاخص: درصد پرستاران آموزش دیده در خصوص برقراری ارتباط با بیماران در معرض خطر خودکشی

هدف کمی ۲: بازآموزی ۱۰۰٪ پزشکان اورژانس بیمارستان ها در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران در معرض خطر خودکشی

شاخص: درصد پزشکان مستقر در اورژانس بیمارستان های دولتی که در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران در معرض خطر خودکشی آموزش دیده اند

هدف استراتژیک ۳/ هدف اختصاصی ۲	یک سال													
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	مجری	برونداد
هماهنگی در سطح وزارت بهداشت با معاونت درمان													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها	صورت جلسه
مکاتبه با معاونت درمان وزارت بهداشت جهت افزایش تخصیص روانپزشک به استان													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	مکاتبات
توزیع متناسب روانپزشکان در شهرستان ها به صورت هر شهرستان حداقل یک روانپزشک													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
ویزیت روانپزشکی بیماران در معرض خطر خودکشی در درمانگاه های تخصصی													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
برگزاری کارگاه بازآموزی پرستاران اورژانس بیمارستان ها در خصوص برقراری ارتباط با بیماران در معرض خطر خودکشی													معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
برگزاری کارگاه بازآموزی پزشکان اورژانس بیمارستان ها در خصوص ارزیابی خطر و مدیریت بالینی بیماران در معرض خطر خودکشی													معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
انجام مشاوره روانپزشکی برای بیماران در معرض خطر خودکشی و یا اقدام کننده به خودکشی پذیرش شده در اورژانس بیمارستان ها													بیمارستان ها	گزارش
ایجاد تخت بستری روانپزشکی به میزان ۱۰٪ (یا حداقل ۱۰ تخت) در بیمارستان های عمومی													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط معاونت درمان وزارت بهداشت													معاونت درمان وزارت بهداشت	گزارش

هدف اختصاصی ۳: ساماندهی فرآیندهای شناسایی، مدیریت و ارجاع افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها

استراتژی۱: تبیین فرآیندهای شناسایی، مدیریت، و ارجاع افراد در معرض خطر یا اقدام کننده به خودکشی در گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها

هدف کمی ۱: تدوین فرآیند شناسایی، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض یا اقدام کننده به خودکشی تحت پوشش وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، و سازمان بهزیستی

شاخص : وجود فرآیند شناسایی، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض یا اقدام کننده به خودکشی تحت پوشش وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، و سازمان بهزیستی

استراتژی۲: توانمندسازی کارکنان بهداشتی، درمانی، مشاوره و افراد کلیدی و مؤثر در حوزه پیشگیری از خودکشی تحت پوشش سایر دستگاه ها

هدف کمی ۲: آموزش ۵۰ ٪ کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در حوزه پیشگیری از خودکشی در وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، و سازمان بهزیستی

شاخص : درصد کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در حوزه پیشگیری از خودکشی آموزش دیده در وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، و سازمان بهزیستی

هدف استراتژیک ۳/ هدف اختصاصی ۳	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
حمایت فنی برای تدوین فرآیند شناسایی، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض یا اقدام کننده به خودکشی تحت پوشش سایر دستگاه ها													دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد	فلوچارت و دستورالعمل
حمایت فنی برای تدوین فرآیند شناسایی، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض یا اقدام کننده به خودکشی تحت پوشش سایر دستگاه ها													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
بازآموزی کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در آموزش و پرورش													آموزش و پرورش	گزارش
بازآموزی کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در نیروهای نظامی و انتظامی													نیروهای نظامی و انتظامی	گزارش
بازآموزی کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی													وزارت علوم و وزارت بهداشت	گزارش
بازآموزی کارکنان بهداشتی درمانی، و افراد کلیدی مؤثر در مراکز سازمان بهزیستی													سازمان بهزیستی	گزارش
ارتقاء کمی و کیفی خدمات اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی													سازمان بهزیستی	گزارش
شناسایی، مدیریت اولیه و ارجاع افراد در معرض یا اقدام کننده به خودکشی													وزارت آموزش وپرورش، وزارت علوم، نیروهای نظامی و انتظامی، و سازمان بهزیستی	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف اختصاصی ۴: ساماندهی مداخلات پیشگیری از خودکشی در مکان های عمومی

استراتژی۱: ایجاد هماهنگی بین دستگاه های مرتبط با مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی (اتوبان ها، پل های هوایی، ایستگاه های مترو)

هدف کمی ۱: تدوین یک آیین نامه و دستورالعمل واحد بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی (اتوبان ها، پل های هوایی، ایستگاه های مترو)

شاخص : وجود دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی (اتوبان ها، پل های هوایی، ایستگاه های مترو)

استراتژی۲: توانمندسازی نیروی های خط مقدم مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی (آتش نشانان، پلیس، مدکاران اورژانس اجتماعی، کارکنان اورژانس کشور)

هدف کمی ۲: آموزش ۱۰۰٪ نیروی های خط مقدم مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی

شاخص : درصد نیروی های خط مقدم مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی که در خصوص دستورالعمل بین بخشی تدوین شده آموزش دیده اند

هدف استراتژیک ۳/ هدف اختصاصی ۳	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
تدوین آیین نامه و دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی													وزارت بهداشت، وزارت کشور، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی	فلوچارت و دستورالعمل
تصویب آیین نامه و دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی در شورای اجتماعی کشور													وزارت کشور	صورت جلسه
حمایت فنی برای آموزش نیروی های خط مقدم مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی (آتش نشانان، پلیس، مدکاران اورژانس اجتماعی، کارکنان اورژانس کشور)													وزارت بهداشت	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای آتش نشانان در خصوص دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی													سازمان آتش نشانی شهرداری ها	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای مددکاران اورژانس اجتماعی در خصوص دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی													اورژانس اجتماعی سازمان بهزیستی	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای پلیس در خصوص دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی													نیروی انتظامی	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای کارکنان سازمان اورژانس کشور در خصوص دستورالعمل بین بخشی مدیریت صحنه های اقدام به خودکشی در مکان های عمومی													سازمان اورژانس کشور	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط وزارت بهداشت													وزارت بهداشت	گزارش

هدف اختصاصی ۵: ساماندهی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

استراتژی۱: ایجاد هماهنگی بین دستگاه های مرتبط با خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

هدف کمی ۱: تدوین یک آیین نامه و دستورالعمل واحد بین بخشی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

شاخص : وجود دستورالعمل بین بخشی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

استراتژی۲: توانمندسازی نیروی های فعال در حوزه خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

هدف کمی ۲: آموزش ۱۰۰٪ نیروی های فعال در حوزه خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی

شاخص : درصد نیروی های نیروی های فعال در حوزه خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی که در خصوص دستورالعمل بین بخشی تدوین شده آموزش دیده اند

هدف استراتژیک ۳/ هدف اختصاصی ۳	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
تدوین آیین نامه و دستورالعمل بین بخشی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی													وزارت بهداشت، وزارت کشور، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، سازمان اوقاف و امور خیریه	فلوچارت و دستورالعمل
تصویب آیین نامه و دستورالعمل بین بخشی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی در شورای اجتماعی کشور													وزارت کشور	صورت جلسه
حمایت فنی برای آموزش نیروی های فعال خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی در دستگاه های ذیربط													وزارت بهداشت	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای مددکاران در خصوص دستورالعمل بین بخشی خدمات مددکاری برای افراد در معرض خطر خودکشی در دستگاه های ذیربط													وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، وزارت ورزش و جوانان، وزارت آموزش و پرورش، وزارت بهداشت	گزارش

هدف استراتژیک ۴: ساماندهی اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها و محصولات فرهنگی

هدف اختصاصی ۱ : استانداردسازی انعکاس اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی در رسانه های رسمی

استراتژی ۱: توانمندسازی اصحاب رسانه های رسمی در جهت انعکاس استاندارد اخبار و سایر محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی

هدف کمی۱: آموزش ۸۰٪ درصد مدیران رسانه های فعال و رسمی چاپی/غیرچاپی استان در خصوص مدیریت صحیح اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی

شاخص : درصد مدیران رسانه های فعال و رسمی چاپی/غیرچاپی استان که در خصوص مدیریت صحیح اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی آموزش دیده

هدف استراتژیک ۴/ هدف اختصاصی ۱		یک سال													
فعالیت		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	مجری	برونداد
تدوین بسته آموزشی مدیریت اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها														دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	بسته آموزشی
هماهنگی در سطح وزارت بهداشت با سایر دستگاه های مرتبط														دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	صورت جلسه
شناسایی مدیران رسانه های فعال و رسمی چاپی/غیرچاپی استان														اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی	فهرست اسامی مدیران
برگزاری ی کارگاه آموزشی برای مدیران رسانه های فعال و رسمی چاپی/غیرچاپی استان														معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
برگزاری کارگاه آموزشی برای خبرنگاران هر رسانه فعال و رسمی چاپی/غیرچاپی استان														رسانه رسمی فعال	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد														دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف اختصاصی۲: کاهش موارد غیراستاندارد اخبار و محتواهای انتشاریافته مرتبط با خودکشی در رسانه‌های رسمی

استراتژی ۱: مدیریت انتشار اخبار و سایر محتواهای انتشار یافته مرتبط با خودکشی در رسانه ها و اتخاذ تدابیر قانونی در مواجهه با تخلفات این حوزه

هدف کمی۱: افزایش تعامل و همکاری با اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی در زمینه نظارت بر انتشار اخبار و محتواهای مرتبط با خودکشی

شاخص: میزان مصوبات اجرایی شده در صورتجلسات مرتبط با خودکشی

هدف کمی۲: افزایش تعامل و همکاری با سازمان صدا و سیمای جمهوری اسلامی در زمینه نظارت بر انتشار اخبار و محتواهای مرتبط با خودکشی

شاخص: میزان مصوبات اجرایی شده در صورتجلسات مرتبط با خودکشی

هدف استراتژیک ۴/ هدف اختصاصی ۲	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با مسئولین شبکه استانی صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران													شبکه استانی سازمان صدا و سیما	صورت جلسه
نظارت بر اخبار خودکشی رسانه های رسمی تحت نظر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی													اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان	صورت جلسه
نظارت بر آثار نمایش خانگی تحت نظر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی													وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی	صورت جلسه
نظارت بر محتوای تولیدات تلویزیونی تحت نظر صدا و سیمای استان													شبکه استانی سازمان صدا و سیما	صورت جلسه
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف اختصاصی۳: کاهش دسترسی به اخبار و مطالب غیرمجاز پیرامون رفتارهای خودکشی در فضای مجازی و شبکه های اجتماعی

استراتژی ۱: رصد و مدیریت فضای مجازی و شبکه های اجتماعی در مورد مطالب غیرمجاز پیرامون خودکشی

هدف کمی۱ : افزایش تعامل و همکاری با دادستانی و پلیس فضای تولید و تبادل اطلاعات در زمینه شناسایی عوامل انتشار اخبار نامناسب مرتبط با حوزه خودکشی

شاخص : میزان مصوبات اجرایی شده در صورت جلسات مرتبط با خودکشی

هدف استراتژیک ۴/ هدف اختصاصی ۲ و۳		یک سال												مجری	برونداد
فعالیت		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها														سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با فرماندهی پلیس فضای تولید و تبادل اطلاعات استان														ریاست دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با دادستانی استان														ریاست دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
نظارت بر انتشار اخبار خودکشی در رسانه های مجازی														پلیس فضای تولید و تبادل اطلاعات	صورت جلسه
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد														دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف استراتژیک ۵: کاهش میزان دسترسی به روش های شایع و مهلک خودکشی

هدف اختصاصی۱ : کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با سموم

استراتژی۱: ارتقاء استانداردهای ایمنی توزیع سموم کشاورزی

هدف کمی۱ : کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با سموم کشاورزی به میزان ۲۵٪ سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با سموم کشاورزی نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

استراتژی۲: توانمندسازی کشاورزان و باغداران در خصوص دستورالعمل ایمنی سموم کشاورزی

هدف کمی۱ : آموزش ۸۰٪ کشاورزان و باغداران در خصوص دستورالعمل ایمنی سموم کشاورزی

شاخص : درصد کشاورزان و باغداران آموزش دیده در خصوص دستورالعمل ایمنی سموم کشاورزی

استراتژی۳: تقویت همکاری نهادهای نظارتی، انتظامی و قضایی در زمینه شناسایی، ارجاع به محاکم قضایی و اعمال قانون در مورد عوامل خرید و فروش قرص برنج

هدف کمی۱: کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با قرص برنج به میزان ۲۵٪ سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با قرص برنج نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

هدف استراتژیک ۵/ هدف اختصاصی ۱	یک سال														
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	مجری	برونداد
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
طرح موضوع و تقسیم کار دستگاه ها در خصوص مبارزه با فروش قرص برنج به عنوان یک معضل بهداشت عمومی													وزارت کشور، وزارت صنعت ، معدن و تجارت، نیروی انتظامی، دادستانی کشور، ستاد مبارزه با قاچاق کالاها	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با اداره کل جهاد کشاورزی استان													ریاست دانشگاه	صورت جلسه
تدوین بسته آموزشی پیشگیری از خودکشی برای کشاورزان و باغداران													ادراه کل جهاد کشاورزی استان با همکاری معاونت بهداشت دانشگاه	بسته آموزشی
برگزاری کارگاه آموزشی برای باغداران و کشاورزان													ادراه کل جهاد کشاورزی استان با همکاری معاونت بهداشت دانشگاه	گزارش
ابلاغ مجدد ممنوعیت قرص برنج به واحدهای ذیربط													جهاد کشاورزی جهاد کشاورزی استان	مکاتبه
نظارت مستمر بر مراکز فروش فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل (عطاری ها)													معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
نظارت مستمر بر مراکز فروش سموم کشاورزی													جهاد کشاورزی	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف اختصاصی۲ : کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با دارو ها و متادون

استراتژی۱: ساماندهی نظارت بر فروش دارو در داروخانه ها و محل های غیرمجاز توسط سازمان غذا و دارو و نیروهای انتظامی/ قضایی

هدف کمی ۱: کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با دارو ها به میزان ۲۵٪ نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با داروها نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

استراتژی۲: ساماندهی نظارت بر توزیع متادون در مراکز دارای مجوز درمان اعتیاد و فروش غیرقانونی در محل های غیرمجاز توسط معاونت درمان و نیروهای انتظامی/ قضایی

هدف کمی ۲: کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با متادون به میزان ۲۵٪ نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی با متادون نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

هدف استراتژیک ۵/ هدف اختصاصی	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی با معاونت غذا و دارو و معاونت درمان در سطح وزارت بهداشت													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها	گزارش
برگزاری جلسات فصلی مشترک با معاونت غذا و دارو و معاونت درمان دانشگاه													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
برگزاری جلسات فصلی مشترک با دادستانی													معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
گزارش ماهیانه بیمارستان ها در خصوص داروهای مورد استفاده برای خودکشی در مراجعین اورژانس													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	مکاتبات
نظارت مستمر بر داروخانه ها													معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
نظارت مستمر بر مراکز فروش فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل (عطاری ها)													معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
نظارت مستمر بر مراکز درمان اعتیاد													معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی	گزارش
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف اختصاصی ۳ : کاهش میزان فوت خودکشی در مکان های عمومی

استراتژی۱: مشخص نمودن ضوابط ایمنی در مکان های عمومی پرخطر برای پیشگیری از خودکشی

هدف کمی۱: تدوین یک آیین نامه واحد بین بخشی ایمن سازی مکان های عمومی با رویکرد پیشگیری از خودکشی

شاخص: تدوین یک آیین نامه واحد بین بخشی ایمن سازی مکان های عمومی با رویکرد پیشگیری از خودکشی

استراتژی۲: بهبود ایمنی اتوبان ها، پل های هوایی، ساختمان های مرتفع عمومی و ایستگاه های مترو با رویکرد پیشگیری از خودکشی

هدف کمی۱ : کاهش میزان فوت ناشی از خودکشی در اثر سقوط از اتوبان ها، پل های هوایی، و ساختمان های مرتفع عمومی به میزان ۲۵٪ نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی از طریق سقوط از ارتفاع نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی استان

هدف کمی۲ : کاهش میزان فوت ناشی از خودکشی در ایستگاه های مترو به میزان ۲۵٪ نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی

شاخص : درصد کاهش میزان فوت به دنبال خودکشی در ایستگاه های مترو نسبت به سال پایه بر اساس اعلام پزشکی قانونی

هدف استراتژیک ۵/ هدف اختصاصی ۴	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
برگزاری جلسه مشترک با استانداری													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	صورت جلسه
برگزاری جلسات مشترک با فرمانداری ها/شهرداری ها													روسای مرکز بهدشت شهرستان	صورت جلسات
شناسایی اماکن پرخطر و مرتفع از نظر سقوط و ایستگاه های مترو													شهرداری ها با مراکز بهداشت شهرستان ها	گزارش
تدوین آیین نامه واحد بین بخشی ایمن سازی مکان های عمومی و ایستگاه های مترو با رویکرد پیشگیری از خودکشی و ابلاغ آن به واحد های تابعه													استانداری /فرمانداری ها /شهرداری ها	آیین نامه
اجرای آیین نامه بین بخشی ایمن سازی مکان های عمومی و ایستگاه های مترو													استانداری /فرمانداری ها /شهرداری ها	گزارش ایمن سازی
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

هدف استراتژیک ۶: افزایش پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی

هدف اختصاصی : افزایش اجرای طرح های پژوهشی در حوزه در حوزه پیشگیری از خودکشی با مشارکت سایر دستگاه ها

استراتژی ۱: حمایت علمی، مالی و اجرایی به منظور تسهیل انجام طرح های تحقیقاتی کاربردی در زمینه پیشگیری از خودکشی

هدف کمی۱: اجرای حداقل یک طرح پیشگیری از خودکشی در دانشگاه علوم پزشکی

شاخص: تعداد طرح های اجرا شده پیشگیری از خودکشی در دانشگاه علوم پزشکی

هدف کمی۲: اجرای حداقل یک طرح پیشگیری از خودکشی در حوزه پیشگیری از خودکشی در جوانان

شاخص: تعداد طرح های اجرا شده پیشگیری از خودکشی در حوزه پیشگیری از خودکشی در جوانان

هدف کمی۳: اجرای حداقل یک طرح پیشگیری از خودکشی در زنان

شاخص: تعداد طرح های اجرا شده پیشگیری از خودکشی در زنان

هدف استراتژیک ۶	یک سال												مجری	برونداد
فعالیت	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲		
هماهنگی در سطح دستگاه ها													سازمان امور اجتماعی وزارت کشور	صورت جلسه
ارزیابی وضعیت و چالش های موجود و سوالات پژوهشی در حوزه پیشگیری از خودکشی													معاونت بهداشت/ معاونت درمان دانشگاه/سایر دستگاه های مرتبط	گزارش
تخصیص اعتبار ویژه برای طرح های پژوهشی در حوزه پیشگیری از خودکشی													ریاست دانشگاه علوم پزشکی	مکاتبه
تدوین و تصویب و اجرای یک طرح در حوزه معاونت بهداشت دانشگاه بر اساس نیاز استان در حوزه پیشگیری از خودکشی													معاونت بهداشت/ معاونت درمان دانشگاه	طرح ارائه شده
تدوین و تصویب و اجرای یک طرح در حوزه پیشگیری از خودکشی جوانانپیشگیری از خودکشی چوانان													دانشگاه علوم پزشکی/ اداره کل آموزش و پرورش استان/ اداره کل ورزش و جوانان استان	طرح ارائه شده
تدوین و تصویب و اجرای یک طرح در حوزه پیشگیری از خودکشی زناندر حوزه پیشگیری از خودکشی													وزارت بهداشت/ معاونت زنان ریاست جمهوری	طرح ارائه شده
پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد													دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	گزارش

بخش هفتم:

منابع

1- Bill-Brahe U, Sociology and suicide behavior, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide; 1997: 193-206.
2- Moradi S, Khademi A. Status of completed suicides in Iran and its comparison with global rates. Scientific Journal of Forensic Medicine; 2002:27(8).
3- Platt S et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1992, 85:97–104.
4- Cheng, ATA., Lee, CS., Suicide in Asia and the far east in the International Handbook of Suicide and Attempted Suicide; 1998: 29-48.
5. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct 17; 396(10258):1204-1222. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9. Erratum in: Lancet. 2020 Nov 14; 396(10262):1562. PMID: 33069326; PMCID: PMC7567026.
6. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva .World Health Organization. 2014
7. Suicide in the World: Global Health Estimates. WHO/MSD/MER/19.3. Geneva. World Health Organization. 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
۸. خلاصه سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۳۹۸
۹. حاجبی و همکاران، طراحی سامانه ثبت خودکشی در کشور، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰، ۱۰۹-۱۰۶
10. Hajebi A, Ahmadzad-Asl M, Ershadi M, Nikfarjam A, Davoudi F. National registration system of suicide behaviors in Iran: barriers and challenges. Arch Suicide Res. 2013;17(4):416-25. doi: 10.1080/13811118.2013.803445. PMID: 24224674.
۱۱. وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی، پورتال معاونت بهداشت، سامانه ثبت رفتارهای خودکشی، ۱۳۹۹
12. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016 Jul;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289303.
13. Khosla, Meetu. (2010). U. Kumar and M. K. Mandal (Eds.), Suicidal Behavior: Assessment of People-at-Risk: New Delhi: SAGE Publications, 2010. Psychological Studies. 55. 10.1007/s12646-010-0037-y.
14. Sinyor M, Tse R, Pirkis J. Global trends in suicide epidemiology. Curr Opin Psychiatry. 2017 Jan;30(1):1-6. doi: 10.1097/YCO.0000000000000296. PMID: 27845946.
15. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26385066; PMCID: PMC5319859.
16. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar Disord. 2013 Aug;15(5):524-41. doi: 10.1111/bdi.12089. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23773657; PMCID: PMC3749837.
17. Chang BP, Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Nock MK. Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. Transl Psychiatry. 2016 Sep 13;6(9):e887. doi: 10.1038/tp.2016.165. PMID: 27622931; PMCID: PMC5048204.

18. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull. 2017 Feb;143(2):187-232. doi: 10.1037/bul0000084. Epub 2016 Nov 14. PMID: 27841450.
19. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2016 Feb;43:30-46. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.008. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26688478; PMCID: PMC4771521.
20. Björkstén KS, Kripke DF, Bjerregaard P. Accentuation of suicides but not homicides with rising latitudes of Greenland in the sunny months. BMC Psychiatry. 2009 May 8;9:20. doi: 10.1186/1471-244X-9-20. PMID: 19422728; PMCID: PMC2685778.
21. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. Lancet Psychiatry. 2015 Mar;2(3):239-45. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00118-7. Epub 2015 Feb 25. PMID: 26359902.
22. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. Br J Psychiatry. 1998; 173:519-522.
23. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyond blue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. Aust N Z J Psychiatry. 2005; 39:248-254.
24. Akroyd S, Wyllie J. Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness: Survey 4. Wellington, New Zealand: New Zealand Ministry of Health; 2002. Publication 9-20-0004.
25. Hickie I. Can we reduce the burden of depression? The Australian experience with beyondblue: the national depression initiative. Australia Psychiatry. 2004;12 (suppl):S38-S46.
26. Lehfeld H, Althaus DA, Hegerl U, Ziervogel A, Niklewski G. Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. Adv Psychosom Med. 2004; 26:137-143.
27. Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. Can J Public Health. 1996; 87:319-324.
28. Guo B, Harstall C. Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
29. Aseltine RH Jr, DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health. 2004; 94:446-451.
30. Orbach I, Bar-Joseph H. The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. Suicide Life Threat Behav. 1993; 23:120-129.
31. Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. Suicide Life Threat Behav. 1995; 25:276-296.
32. Hirschfeld RMA, Keller M, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA. 1997; 277:333-340.
33. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. J Gen Intern Med. 1999; 14:569-580.

34. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159:909-916.
35. 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 practicing specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand. 2000;102:126-134
36. Naismith SL, Hickie IB, Scott EM, Davenport TA. Effects of mental health training and clinical audit on general practitioners' management of common mental disorders. Med J Aust. 2001; 175 (suppl):S42-S47.
37. Hannaford PC, Thompson C, Simpson M. Evaluation of an educational program to improve the recognition of psychological illness by general practitioners. Br J Gen Pract. 1996; 46:333-337.
38. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 136:765-776.
39. Kelly C. The effects of depression awareness seminars on general practitioners knowledge of depressive illness. Ulster Med J. 1998;67:33-35
40. Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? J Gen Intern Med. 2001; 16:614-619.
41. Valentini W, Levav I, Kohn R, et al. An educational training program for physicians for diagnosis and treatment of depression [in Portuguese]. Rev Saude Publica. 2004;38:522-528
42. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA. 2003;289:3145-3151.
43. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;293:311-319.
44. Pfaff JJ, Acres JG, McKelvey RS. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust. 2001;174:222-226.
45. Takahashi K, Naito H, Morita M, Suga R, Oguma T, Koizumi T. Suicide prevention for the elderly in Matsunoyama Town, Higashikubiki County, Niigata Prefecture: psychiatric care for elderly depression in the community [in Japanese]. Seishin Shinkeigaku Zasshi. 1998;100:469-485.
46. Rutz W, Von Knorring L, Wálinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatr Scand. 1989;80:151-154.
47. Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. Acta Psychiatr Scand. 2001;103:238-239.
48. Marusic A, Roskar S, Dernovsek M, et al. An attempt of suicide prevention: the Slovene Gotland Study. In: Program and abstracts of the 10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behavior; August 2004; Copenhagen, Denmark.
49. Mann,J. ,Apter,A. 2005,Suicide Prevention Strategies A systematic Review. JAMA:294:2064-2074
50. Mehlum L, Schwebs R. Suicide prevention in the military: recent experiences in the Norwegian army. In: Program and abstracts of the 33rd International Congress on Military Medicine; June 25-30, 2000; Helsinki, Finland.
51. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse

outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. BMJ. 2003; 327:1376-1378.
52. Joiner TE Jr, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. Behav Res Ther. 2002;40:471-481.
53. Oyama H, Koida J, Sakashita T, Kudo K. Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. Community Ment Health J. 2004;40:249-263.
54. Mann JJ, Hendin H, Rihmer Z, Kalmar S, Szanto J. Depression recognition and suicide prevention program in the region of Kiskunhalas, Hungary. Available at: http://www. hu. afsp. org/whats-new/hungary. htm. Accessed January 2005.
55. Henriksson S, Boethius G, Isacsson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. Acta Psychiatr Scand. 2001;103:301-306.
56. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci. 1995;49 (suppl 1):S111-S116.
57. Coyle JT, Pine DS, Charney DS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42:1494-1503.
58. Hirschfeld RMA, Keller M, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. JAMA. 1997; 277:333-340.
59. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiatry. 2002;159:1746-1751.
60. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC: National Academies Press; 2002.
61. Glick ID, Zaninelli R, Hsu C, et al. Patterns of concomitant psychotropic medication use during a 2-year study comparing clozapine and olanzapine for the prevention of suicidal behavior. J Clin Psychiatry. 2004; 65:679-685.
62. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry. 2003; 60:82-91.
63. Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2001;10:525-530.
64. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. Arch Gen Psychiatry. 2005;65:165-172.
65. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:978-982.
66. Hall WD, Mant A, Mitchell PB, Rendle VA, Hickie IB, McManus P. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. BMJ. 2003;326:1008.
67. Helgason T, Tomasson H, Zoega T. Antidepressants and public health in Iceland: time series analysis of national data. Br J Psychiatry. 2004;184:157-162.
68. Takahashi Y. Amidst a Sharp Increase of Suicide: Suicide in Japan. Tokyo, Japan: Kokoro no Kagaku (Nihon Hyoron-sha). 1999;88:2-10.
69. Guaiana G, Andretta M, Corbari L, et al. Antidepressant drug consumption and public health indicators in Italy, 1955 to 2000. J Clin Psychiatry. 2005;66:750-755.

70. Ludwig J, Marcotte DE. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. J Policy Anal Manage. 2005;24:249-272.
71. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. Am J Psychiatry. In press.
72. Leon AC, Marzuk PM, Tardiff K, Teres JJ. Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. J Clin Psychiatry. 2004;65:915-918.
73. Hawton K, Townsend E, Arensman E, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rev. 2002:CD001764.
74. Brown GK, Ten Have TR, Henriques GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA. 2005;294:563-570.
75. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry. 2001;158:36-42.
76. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2004;140:822-835.
77. Crawford. J,Thomas. O,Khan. N,Kulinskaya. E,2007 Psychsocial intervention following selfharm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide. British journal of psychiatry. 190 (1). 11-17
78. Keller MB, Lavori PW, Rice J, Coryell W, Hirschfeld RM. The persistent risk of chronicity in recurrent episodes of nonbipolar major depressive disorder: a prospective follow-up. Am J Psychiatry. 1986;143:24-28
79. Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. J Clin Psychiatry. 2003;64:1415-1420.
80. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004;161:1433-1441.
81. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Disord. 2002;68:167-181.
82. Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. Lancet. 1993;342:283-286.
83. Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann JJ. Inadequacy of antidepressant treatment for patients with major depression who are at risk for suicidal behavior. Am J Psychiatry. 1999;156:190-194.
84. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines: impact on depression in primary care. JAMA. 1995;273:1026-1031.
85. Katon W, Robinson P, Von Korff M, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. Arch Gen Psychiatry. 1996;53:924-932.
86. Wells K, Sherbourne C, Duan N, et al. Quality improvement for depression in primary care: do patients with subthreshold depression benefit in the long run? Am J Psychiatry. 2005;162:1149-1157.
87. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. Suicide Life Threat Behav. 2000;30:61-73.
88. Aoun S. Deliberate self-harm in rural Western Australia: results of an intervention study. Aust N Z J Ment Health Nurs. 1999;8:65-73.
89. Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J. The 18-month impact of

an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol. 2000;68:1081-1093.
90. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? a randomised controlled study. Eur Psychiatry. 2002;17:82-91.
91. Allard R, Marshall M, Plante MC. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. Suicide Life Threat Behav. 1992;22:303-314.
92. Vander Sande. R. Busken. E,Allart. E. 1997,Psychsocial intervention following suicide attempt:a systematic review. acta Psychiatrica:jul;96 (1):43-50
93. Benjamines. SE,Knudsen. AE 2006 Prevention of repeated suicide attempts. Evaluation of the treatment effectiveness Ugeskr Laeger. Feb 6;168 (6):553-8
94. Bridges FS, Kunselman JC. Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada. Percept Mot Skills. 2004;98:594-598.
95. Lester D, Leenaars A. Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. Psychol Rep. 1993;72:787-790.
96. Snowdon J, Harris L. Firearms suicides in Australia. Med J Aust. 1992;156:79-83.
97. Ludwig J, Cook PJ. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. JAMA. 2000;284:585-591.
98. Bowles J. Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra R, Gulbinat R, De Leo D, Kienhorst I, eds. Preventive Strategies on Suicide. Leiden, the Netherlands: Brill; 1995.
99. Crome P. The toxicity of drugs used for suicide. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1993;371:33-37.
100. Nielsen AS, Nielsen B. Pattern of choice in preparation of attempted suicide by poisoning with particular reference to changes in the pattern of prescriptions [in Dutch]. Ugeskr Laeger. 1992;154:1972-1976.
101. Yamasawa K, Nishimukai H, Ohbora Y, Inoue K. A statistical study of suicides through intoxication. Acta Med Leg Soc (Liege). 1980;30:187-192.
102. Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. Med J Aust. 1972;2:919-923.
103. Retterstol N. Norwegian data on death due to overdose of antidepressants. Acta Psychiatr Scand. 1989;80 (suppl 354):61-68.
104. Carlsten A, Allebeck P, Brandt L. Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? Acta Psychiatr Scand. 1996;94:94-100. ISI | PUBMED
105. McClure GM. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. Br J Psychiatry. 2000;176:64-67.
106. Kelly S, Bunting J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. Popul Trends. 1998; (92):29-41.
107. Shelef M. Unanticipated benefits of automotive emission control: reduction in fatalities by motor vehicle exhaust gas. Sci Total Environ. 1994;146-147:93-101.
108. Beautrais AL. Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. Aust N Z J Psychiatry. 2001; 35:557-562.
109. Kapur S, Mieczkowski T, Mann JJ. Antidepressant medications and the relative risk of suicide attempt and suicide. JAMA. 1992;268:3441-3445.
110. Wasserman D, Varnik A. Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998; 394:1-4.
111. Lester D. Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. Psychol Rep. 1999;84 (3 pt 2):1158.

112. Gunnell D, Middleton N, Frankel S. Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000;35:437-443.
113. Wiedenmann A, Weyerer S. The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. Acta Psychiatr Scand. 1993; 88:364-368.
114. Lester D. The effects of detoxification of domestic gas on suicide in the United States. Am J Public Health. 1990;80:80-81.
115. Ohberg A, Lonnqvist J, Sarna S, Vuori E, Penttila A. Trends and availability of suicide methods in Finland: proposals for restrictive measures. Br J Psychiatry. 1995; 166:35-43.
116. Gunnell. D, Bennewith. O,Hawton. K. 2005; The epidemiology and prevention ofsuicide by hanging: a systematic review,International Journal of Epidemiology (34):433–442
117. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media, I: reportage in nonfictional media. Crisis. 2001;22:146-154.
118. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media, II: portrayal in fictional media. Crisis. 2001;22:155-162.
119. Motto JA. Newspaper influence on suicide: a controlled study. Arch Gen Psychiatry. 1970;23:143-148.
120. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. Arch Suicide Res. 1998; 4:67-74.
121. Michel K, Frey C, Wyss K, Valach L. An exercise in improving suicide reporting in print media. Crisis. 2000;21:71-79.
122. American Foundation for Suicide Prevention. Reporting on suicide: recommendations for the media. Available at: http://www. afsp. org/index-1. htm. 2002. Accessed July 2005.
123. O'Carroll PW, Potter LB. Suicide contagion and the reporting of suicide: recommendations from a national workshop. MMWR Recomm Rep. 1994;43 (RR-6):9-17.
124. Toolkit on Monitoring Health System Strengthening: Health Information Systems, World Health Organization, Geneva, 2008
125. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm, World Health Organization, Geneva, 206
126. Data and Surveillance Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Improving national data systems for surveillance of suicide-related events. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S122-9. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.026. PMID: 25145729; PMCID: PMC4959537.
127. Vijayakumar L, Nagaraj K, John S. Suicide and suicide prevention in developing countries. Disease Control Priorities Project, June 2004; Working Paper No. 27.
128. Mann J, Apter A, Suicide Prevention Strategies; A systematic Review. 2005, JAMA:294:2064-2074
129. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, Carli V, McDaid D, O'Connor R, Maxwell M, Ibelshäuser A, Van Audenhove C, Scheerder G, Sisask M, Gusmão R, Hegerl U. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. 2011;32(6):319-33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109. PMID: 21945840; PMCID: PMC3306243.
۱۳۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. طرح آزمایشی ادغام پیشگیری از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی پیشگیری اولیه با تکیه بر تشخیص و درمان افسردگی. گزارش منتشر نشده، ۱۳۸۳.
۱۳۱. بوالهری، جعفر و همکاران. مطالعه مداخلاتی چند مکانی پیشگیری از خودکشی(SUPRE_MISS) بخش ایران. با همکاری سازمان بهداشت جهانی. وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۳

132. Ahmadi A.R, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. 2007; 33 (8): 1032–1040.

۱۳۳. ملکوتی، کاظم و همکاران بررسی تاثیر ارتقاء توان شبکه بهداشتی در شناسایی اختلال افسردگی و درمان بیماران افسرده در پیشگیری از اقدام به خودکشی در شهرستان خرم آباد لرستان. گزارش کنتشر نشده، ۱۳۸۷.

۱۳۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. بررسی اثربخشی ارتقاء کیفیت شبکه بهداشتی در شناسایی و درمان دارویی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی توسط پزشکان عمومی در پیشگیری از اقدام به خودکشی و خودکشی در شهرستان نهاوند و ساوجبلاغ. گزارش منتشر نشده، ۱۳۸۹.