مقاله مروری
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۸، بهمن ۱۳۹۸، ۱۱۵۵-۱۱۸۲

مراحل تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی: یک مرور روایتی

فاطمه دوست محمدی[۱]، محسن رضائیان[۲]

دریافت مقاله: ۹۷/۱۱/۳۰ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۸/۳/۱۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۸/٤/۲۳ پذیرش مقاله: ۹۸/٤/۲٤

چکیده

خودکشی، نوعی آسیب چند بعدی رفتاری است که عوامل متعددی در بروز آن دخیل هستند و همواره به عنوان یکی از مشکلات و نگرانی‌های بهداشت عمومی مطرح بوده است. پیش‌گیری از این آسیب نیازمند یک طرح جهانی به همراه استراتژی‌های ملّی و اقدامات محلی است. تدوین یک استراتژی پیش‌گیری از خودکشی مستلزم توجه به تمام سطوح پیش‌گیری است و اجزای آن با همکاری نهادهای مختلفی هم چون آموزش و پرورش، صدا و سیما، بهزیستی، وزارت بهداشت و درمان و وزارت ارشاد میسر می‌گردد. هدف از این مطالعه مروری، تعیین ابعاد تدوین و اجزای یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی می‌باشد.

طبق نتایج مطالعه حاضر، به‌نظر می‌رسد مسیر تدوین استراتژی پیش‌گیری از خودکشی برای کشورهایی که هنوز هیچ فعالیتی را در خصوص پیش‌گیری از خودکشی آغاز ننموده‌اند، با مسیر تدوین این استراتژی در کشورهایی که در گذشته حداقل یک طرح جامع پیش‌گیری از خودکشی را اجرایی کرده‌اند، متفاوت است. بنابراین، ضروری است که هر کشور به تناسب اقتضائات و پیشینه‌ای که در زمینه خودکشی دارد، ضمن تکیه بر تعریف دقیق رفتار خودکشی و مراحل آن، و با شناخت مهم‌ترین عوامل خطر زمینه‌ساز خودکشی در هر منطقه و توجه به تمام سطوح پیش‌گیری، نسبت به تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی اقدام نماید.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، استراتژی، پیش‌گیری

۱- دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- (نویسنده مسئول) استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

تلفن: ۳۱۳۱۵۱۲۳-۰۳۴، دورنگار: ۳۱۳۱۵۱۲۳- ۰۳۴، پست الکترونیکی: moeygmr2@yahoo.co.uk

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

مقدمه

هرچند تعاریف متعددی از خودکشی ارائه شده است [۱] اما به‌طور کلی خودکشی عبارت از تلاش آگاهانه به‌منظور پایان دادن به زندگی فرد توسط خودش است. که این تلاش ممکن است به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل یک احساس در او باقی بماند [۲]. هنوز در خصوص این‌که کدام تعریف، مفهوم دقیق رفتار خودکشی را بر می‌تابد بحث وجود دارد. واژه شناسی رفتار خودکشی می‌تواند سایر ابعاد مرتبط با آن از جمله راه‌های پیش‌گیری از خودکشی را نیز تحت تأثیر قرار دهد [۱]. در مجموع، رفتار خودکشی به چهار دسته اصلی افکار، برنامه‌ریزی، اقدام و خودکشی انجام یافته تقسیم‌بندی می‌شود. در افکار خودکشی، فرد اندیشه و برنامه‌ریزی برای خودکشی را در ذهن می‌پروراند، اما ممکن است هرگز عملی نشود. فرد درمرحله برنامه‌ریزی برای خودکشی به فراهم آوردن شرایط، ابزار و یا مکان مناسب جهت خودکشی مبادرت می‌ورزد [۳]. اقدام به خودکشی عمل آگاهانه و عامدانه ایست که معمولاً برای جلب توجه دیگران انجام می‌شود و هدف فرد از این اقدام به طور قطع خاتمه بخشیدن به زندگی نمی‌باشد، در حالی‌که در خودکشی انجام یافته، فرد عامدانه به اقدامی دست می‌زند که ممکن است به مرگ او منتهی گردد [۴]. آمارها حاکی از آن است که موارد اقدام به خودکشی بیش از ۲۰ برابر موارد خودکشی انجام یافته است که جای بسی تأمل دارد. زیرا با توجه به این‌که اغلب موارد اقدام به خودکشی با هدف جلب توجه و رساندن صدای اعتراض به اطرافیان صورت می‌پذیرد، به‌نظر می‌رسد که می‌توان با تهیه و اجرای یک استراتژی جامع پیش‌گیرانه حمایتی، عاطفی و روانی به‌ویژه برای گروه های در معرض خطر تا حدودی از بار این آسیب کاسته و از بروز چنین رقم بالایی از آمار اقدام به خودکشی پیش‌گیری نمود [۳].

مجموعه ای از عوامل دست به دست هم می‌دهند تا افکار خودکشی در شخص شکل گیرد، که معمولاً از آن ها تحت عنوان عوامل خطر نظیر سنین جوانی، ابتلا به افسردگی، بیکاری، فقر، اعتیاد، سوء مصرف الکل، مشکلات خانوادگی، حمایت اجتماعی نامطلوب، یاد می‌شود [۵]. اگر شخصی که افکار خودکشی در او شکل گرفته است شناسایی نشود و تحت درمان قرار نگیرد، در مرحله بعد سعی در برنامه‌ریزی برای خودکشی می‌کند [۱]. سپس امکان دارد که آن شخص قصد اجرای برنامه و اقدام به خودکشی نماید. این اجرا ممکن است کامل شود و یا ناکامل و در حد اقدام باقی بماند. چنان‌چه اجرای رفتار خودکشی از سوی فرد کامل گردد، دو احتمال وجود دارد. نخست این‌که ممکن است شخص پس از اقدامات درمانی و اورژانس پزشکی از مرگ نجات یابد و یا در احتمال دوم امکان دارد، جان خود را از دست بدهد. در صورتی‌که اقدام به خودکشی ناتمام بماند و به مرگ منتهی نشود، شخص هم‌چنان در معرض خطر خودکشی مجدد قرار دارد و اگر درمان نشود، احتمال عود رفتار خودکشی محتمل است [۱]. چنان‌چه رفتار خودکشی کامل گردد و فرد بمیرد، خانواده و اطرافیان او دچار آلام روحی خواهند شد، که اگر تحت حمایت، مشاوره و درمان قرار نگیرند، ممکن است آن‌ها نیز در معرض خطر رفتار خودکشی باشند [۱، ۶]. بنابراین، رفتار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

خودکشی دارای روند پیچیده ایست و به‌واسطه مجموعه‌ای از عوامل درهم تنیده تبیین می‌شود، لذا تدوین یک استراتژی جامع در راستای کاهش آن نیز پیچیده و دشوار می‌نماید [۷، ۶]. از همین منظر، تدوین برنامه های پیش‌گیری در ابتدا نیازمند تبیین تعریف دقیقی از رفتار خودکشی و توجه به ماهیت چند وجهی آن است [۷].

با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از مطالعه حاضر، تعیین و ارائه بهترین و کامل‌ترین مراحل و اجزاء تدوین یک استراتژی پیش‌گیری از خودکشی است. به این منظور در ادامه پس از تعریف اجمالی روش‌های خودکشی، عوامل خطر آن و اپیدمیولوژی خودکشی در جهان و ایران به ضرورت تدوین یک استراتژی جامع، مراحل و موانع مسیر تدوین آن و اطلاعات در دسترس از ارزیابی استراتژی‌های اجرایی شده، پرداخته شده است. هم‌چنین، پس از مرور تاریخچه‌ای از مهم-ترین استراتژی‌های تدوین یافته در چند منطقه از جمله ایران، یک نمودار برای جمع‌بندی بهترین و کارآمدترین مراحل استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی، به طراحی نویسندگان مطالعه حاضر ارائه گردیده است.

روش‌های خودکشی: به شیوه‌ای که فرد برای پایان دادن آگاهانه و عامدانه به زندگی خود انتخاب می‌کند، روش خودکشی گفته می‌شود. به‌طور کلی روش‌های خودکشی به دو دسته فیزیکی و شیمیایی تقسیم می‌شوند. روش‌های فیزیکی از طریق متوقف نمودن سیستم‌هایی هم‌چون سیستم عصبی مرکزی و سیستم تنفسی عمل نموده و منجر به از کار انداختن یک یا چند اندام می‌شوند [۹-۸]. از جمله روش‌های فیزیکی خودکشی می‌توان به غرق‌شدگی، حلق‌آویزکردن، سقوط از ارتفاع، خودسوزی، خودزنی و استفاده از سلاح گرم اشاره نمود [۱۰-۸]. روش‌های شیمیایی خودکشی نیز از طریق توقف فرآیندهای اصلی بیولوژیکی مانند قطع تنفس سلولی صورت می‌پذیرند. مسمومیت عامدانه شامل مسمومیت با غذا، دارو، سموم، آفت‌کش‌ها است، استنشاق عامدانه دود لوله اگزوز ماشین و یا گازهای نجیب از طریق قراردادن یک کیسه پلاستیکی محتوی گازهایی مانند هلیوم، نیتروژن و آرگون، موسوم به کیسه خودکشی، که باعث کاهش اکسیژن موجود در سلول‌ها و مرگ فرد می‌شود، همگی جزء روش‌های شیمیایی خودکشی محسوب می‌شوند. روش‌های شیمیایی تأثیرات خود را با فاصله زمانی کوتاهی نشان می‌دهند، درحالی‌که روش‌های فیزیکی آثاری مستقیم و ناگهانی دارند [۱۲، ۱۱]. از بین تمام روش‌های اشاره شده، روش خودکشی با سلاح گرم و حلق‌آویزکردن به‌ترتیب بیش‌ترین میزان کشندگی را به خود اختصاص می‌دهند [۱۱].

از دیدگاهی دیگر شاید بتوان انواع خودکشی را به سه دسته اختیاری، اجباری و انتحاری تقسیم‌بندی کرد. در خودکشی اختیاری، انگیزه و افکار خودکشی به شکل خود جوش و از درون شخص شکل گرفته و سپس فرد از روی اختیار، آزادانه و آگاهانه اقدام به رفتار خودکشی می‌نماید [۱۳]. اما در خودکشی اجباری فرد به علت تهدید، فشار، زور، اجبار و یا ترس از عوامل بیرونی اقدام به خودکشی می‌کند. به عنوان مثال در برخی فرهنگ‌های سنّتی، دختران پس از این‌که با پسری ارتباط پیدا می‌کنند، از طرف والدین یا برادران خود

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

مجبور به خودکشی می‌گردند [۱۳]. در خودکشی انتحاری، فرد عمدتاً تحت تأثیر آموزش و یا شست و شوی مغزی احزاب، گروه‌ها یا سازمان‌های خاص و معمولاً به منظور مقاصد سیاسی و نظامی، اقدام به از بین بردن خود از طریق عملیات انتحاری می‌نماید. که در این بین امکان دارد به جان عده‌ای از افراد دیگر نیز لطمه وارد شود [۱۳]. اگرچه خودکشی انتحاری را شاید بتوان جزء انواع اختیاری به حساب آورد. اما نباید نقش برنامه‌ریزی، هدف‌گذاری و تأثیر نهادهای بالا دست را در فرد از نظر دور داشت. چرا که این امر باعث می‌شود، رفتار خودکشی در فرد انتحاری از سطح اختیاری محض تنزّل کند [۱۳].

اپیدمیولوژی خودکشی در جهان: نزدیک به ۸۰۰ هزار نفر سالانه در جهان بر اثر خودکشی می‌میرند که یک سوم این افراد جوان هستند[۱۴]. شیوع افکار خودکشی در جمعیت عمومی ۱۵-۲ درصد گزارش شده است. هم‌چنین به ازای هرمورد خودکشی ۲۰-۱۰ مورد اقدام به خودکشی رخ می-دهد[۱۵]. خودکشی دومین علت مرگ و میر افراد در سنین ۲۹-۱۵ سالگی است. هم‌چنین دومین علت مرگ زنان ۱۹-۱۵ ساله می‌باشد. میزان‌های اختصاصی شده جنسی جهانی در مورد خودکشی برابر با ۱۳/۷ نفر در هر صد هزار نفر در مردان و ۷/۵ نفر در هر صد هزار نفر در زنان می‌باشد. خودکشی هنوز هم از مشکلات جدی در کشورهای پیشرفته به‌شمار می‌رود، درحالی‌که ۷۹٪ از کل خودکشی های جهان در کشورهای درحال توسعه و عقب مانده رخ می‌دهد. با این وجود، مسئله پیش‌گیری از خودکشی از اولویت پایینی نزد دولت‌ها و سیاست‌گذاران این کشورها برخوردار است. ۱/۵ درصد از بار جهانی بیماری‌ها مربوط به پدیده خودکشی است. بار هزینه‌های اقتصادی ناشی از خودکشی که به دولت‌ها تحمیل می‌شود نیز زیاد است. برآوردها در ایرلند و اسکاتلند نشان می‌دهد که هر رفتار خودکشی انجام یافته به طور متوسط ۱/۵ میلیون یورو هزینه در بردارد [۱۶، ۱۴]. این عوامل منجر می‌شود که خودکشی به عنوان یک نگرانی بهداشت عمومی در سطح جهان مطرح بوده و هم‌چنین نیازمند تدوین استراتژی‌های کارآمد مقابله‌ای باشد [۱۶، ۱۴، ۷].

اپیدمیولوژی خودکشی در ایران: اگرچه میزان‌های خودکشی در ایران از غالب کشورهای غربی پایین‌تر می‌باشد. اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر بوده و طی سه دهه اخیر رشد معنی‌داری داشته است. شیوع اقدام به خودکشی در ایران تحت تأثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای از ۱۶/۸ درصد هزار نفر در جنوب کشور تا ۱۱۷/۸ در صد هزار نفر در شمال کشور متغیر است [۱۷]. بالاترین میزان‌های خودکشی در ایران مربوط به منطقه غرب کشور و در زنان بیش‌تر از مردان می-باشد، در حالی‌که در برخی استان‌ها میزان خودکشی مردان بالاتر از زنان است. آمار اقدام به خودکشی در بین دانشجویان ایرانی به عنوان قشر جوان و پویای جامعه از ۱/۸ درصد تا ۳/۵ درصد متغیر بوده است [۳]. بر اساس جست‌جو و مطالعات نویسندگان مطالعه حاضر، متأسفانه آمار دقیق و قابل استنادی از برنامه‌ریزی برای خودکشی در جمعیت ایران در دسترس نیست.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

مطالعات اپیدمیولوژیک نمایان‌گر ارتباط میزان های خودکشی با عواملی نظیر سن، جنس، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل می‌باشد [۱۸]. نمودار ۱ مهم‌ترین عوامل خطر مرتبط در هر مرحله از رفتار خودکشی شامل افکار، برنامه-ریزی، اقدام و خودکشی که توسط نویسندگان مطالعه حاضر تدوین شده است را نمایش می‌دهد. مسلماً شناخت عوامل خطر هر مرحله از رفتار خودکشی پیش‌نیاز تدوین استراتژی پیش‌گیری از خودکشی می‌باشد.

عوامل خطر خودکشی شامل موارد زیر می باشد:

سن: به‌طور کلی افراد در سنین ابتدای بزرگ‌سالی و دوران جوانی بیش‌تر در معرض خطر خودکشی قرار دارند [۱۹،۲۰].

جنس: در سطح جهان میزان خودکشی در مردان بیش‌تر از زنان است. اما میزان‌های تطبیق یافته جنسی در خصوص خودکشی تنوع زیای درکشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور دارد [۱۴،۲۰].

وضعیت تأهل و داشتن فرزند: در بسیاری از کشورها میزان خودکشی در افراد مجرد، طلاق گرفته و یا بیوه بیش‌تر از افراد متأهل است. صاحب فرزند بودن یک عامل محافظت کننده در برابر رفتار خودکشی به ویژه در زنان محسوب می-گردد [۲۰].

عوامل اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی: بیکاری، درآمد پایین، اعتیاد، ناامیدی، سوء مصرف الکل و سوء استفاده جنسی از عوامل خطرآفرین رفتار خودکشی می‌باشند [۲۱].

عوامل مذهبی و اخلاقی: پوچ گرایی، عدم پای‌بندی به شعائر دینی از عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شوند. به-طور کلی در کشورهای اسلامی میزان‌های خودکشی پایین‌تر از کشورهای غربی است [۲۲].

مهاجرت: شواهد، نشان‌دهنده بالابودن میزان‌های خودکشی در مهاجرین است. البته شرایط مهاجرت نقش مهمی در میزان خطرزا بودن این عامل ایفاء می‌کند [۲۳].

علل روان‌شناختی: بر اساس مطالعات انجام شده، فقدان تفکر حل مسئله، استرس، عدم برخورداری از حمایت های اجتماعی، خانوادگی و عاطفی مطلوب، عدم انسجام خانوادگی و تعارض ها و اختلافات خانوادگی همگی از عوامل خطر خودکشی به شمار می‌آیند [۱۴، ۲۰، ۲۴].

عوامل فصلی و دمایی: میزان‌های خودکشی در فصول تابستان و بهار بالاتر از سایر فصول گزارش شده است [۲۰].

بیماری‌های روحی: افسردگی، اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیتی و تکانش‌گری از عوامل خطرساز رفتار خودکشی محسوب می‌گردند [۲۰].

علل مرتبط با وضعیت سلامت جسمی: ابتلا به سرطان ها و بیماری‌های صعب العلاج، خطر خودکشی را تا دو برابر افزایش می‌دهد [۲۵].

عوامل بیولوژیکی: مطالعات حاکی از آن است که ژن‌های مرتبط با تولید و جذب سروتونین در پیدایش افکار خودکشی مؤثرند [۲۰].

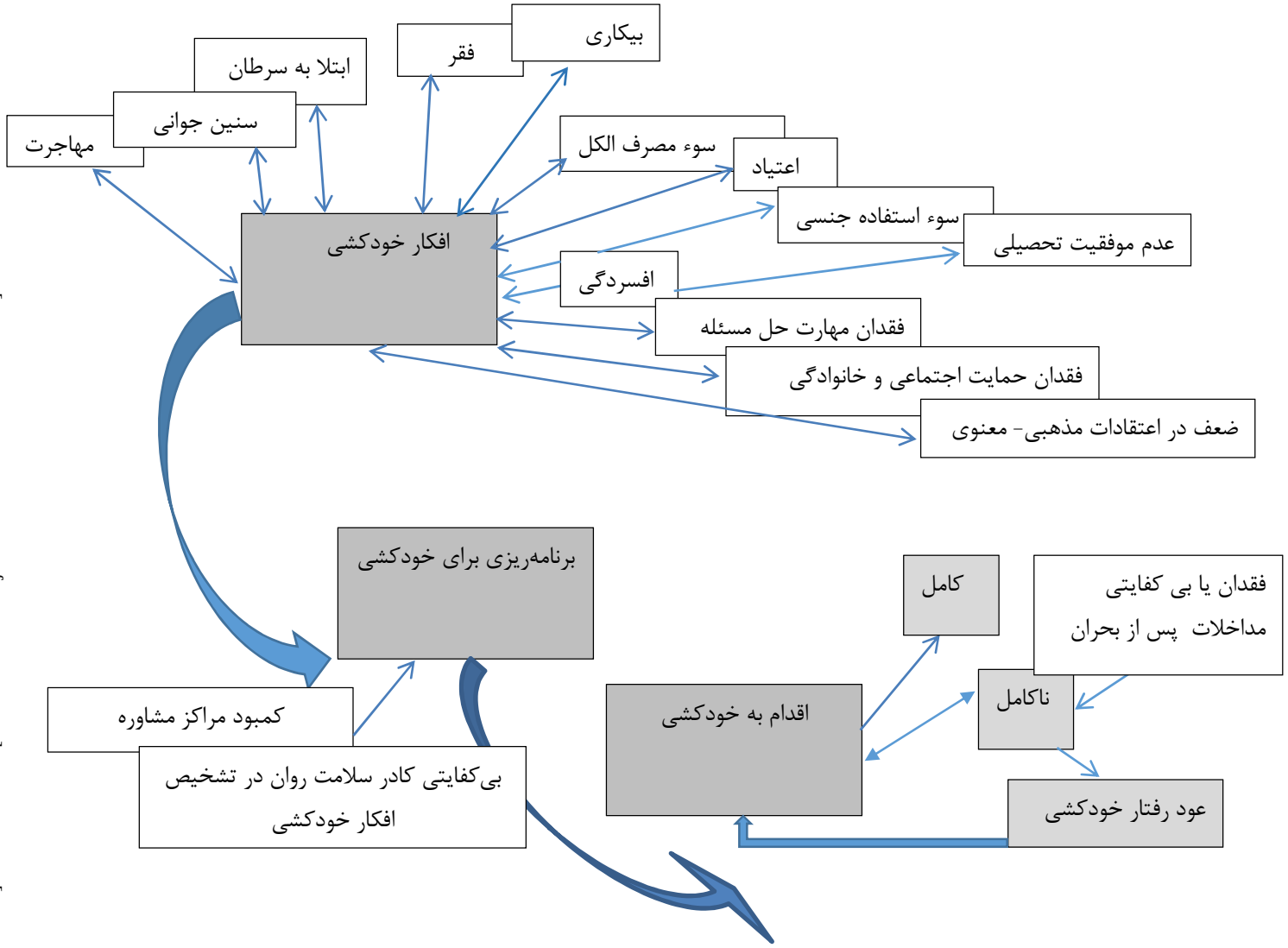
عوامل سیاسی-نظامی: برخی نهادها با اهداف سیاسی و نظامی از طریق آموزش برخی افراد اقدام به خشونت علیه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

دیگران می‌کنند. یک فرد انتحاری از راه کشتن خود ممکن است به افراد دیگر نیز آسیب برساند. بنابراین، برخی مقاصد سیاسی و نظامی جزء عوامل خطر رفتار خودکشی به حساب می‌آیند [۲۰، ۱۳].

رسانه‌ها: در صورتی‌که رسانه‌ها از دستورالعمل گزارش‌دهی مناسب استفاده نکنند، ممکن است نحوه به تصویر کشیدن رفتار خودکشی، تأثیرات منفی به همراه داشته و منجر به سرایت رفتار خودکشی یا خودکشی تقلیدی گردد [۲۰].



نمودار ۱- مهم‌ترین عوامل خطر مربوط به هر مرحله از رفتار خودکشی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

از جمیع مطالب فوق بر می‌آید که خودکشی پدیده‌ای چندوجهی و پیچیده است و عوامل خطر متعددی دارد. لذا، لازمه تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی، شناخت کامل تمام عوامل خطر و هم‌چنین آگاهی از تعریف دقیق سطوح مختلف پیش‌گیری از خودکشی است. از همین رو، در ادامه به تعریف کلی مقوله پیش‌گیری و تعریف اختصاصی پیش‌گیری از خودکشی می‌پردازیم.

تعریف پیش‌گیری و سطوح آن: مجموعه اقداماتی که در راستای بروز، قطع و یا کاهش سرعت سیر بیماری صورت می‌گیرد، پیش‌گیری نام داشته و در سه سطح کلی تقسیم-بندی می‌شود. پیش‌گیری سطح اول بر پیش‌گیری از بروز بیماری در افراد سالم تأکید دارد. پیش‌گیری سطح دوم به تشخیص به موقع و درمان بیماری ها قبل از بروز علائم و نشانه‌های بالینی مربوط می‌گردد. پیش‌گیری سطح سوم نیز شامل اقدامات انجام شده در راستای جلوگیری از مراحل پیشرفته بیماری و ناتوانی است [۲۶].

پیش‌گیری از خودکشی: دو مدل برای تبیین سطوح پیش‌گیری ازخودکشی مطرح می‌باشد. مدل نخست، همان مدل معمول تقسیم‌بندی پیش‌گیری است که براساس آن پیش‌گیری از خودکشی به سه سطح اول، دوم و سوم تقسیم بندی می‌شود [۲۷]. پیش‌گیری از خودکشی در سطح اول مربوط به انجام اقدامات پیش‌گیرانه قبل از وقوع خودکشی است که شامل دو بخش می‌باشد. بخش اول مشتمل بر کاهش عوامل خطر شناخته شده در زمینه خودکشی، محدودیت دسترسی به ابزار و وسایل خودکشی مانند داروها، سموم و سلاح گرم، آگاهی بخشی عموم درخصوص بیماری‌های روانی و خودکشی، مقابله با مصرف الکل و بزه‌کاری در مدارس و کاهش دسترسی به مناطق داغ خودکشی (Suicide hot spots) می‌باشد. نقاط داغ خودکشی به موقعیت‌ها و مکان-هایی اطلاق می‌شود که مکرراً جهت اقدام به خودکشی استفاده می‌شوند. از نقاط داغ خودکشی می‌توان به پل‌ها، صخره‌ها، ساختمان‌های بلند و یا حتی مسیر ریل قطار اشاره نمود [۱، ۱۶، ۲۸].

بخش دوم پیش‌گیری از خودکشی در سطح اول شامل تقویت عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی است. بهبود سبک زندگی، افزایش امنیت در مدارس، تسهیل و تسریع دسترسی به مراکز مشاوره، آموزش دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers) از جمله شخصیت‌های کلیدی هم‌چون روحانیون، پلیس، نیروهای انتظامی و نظامی که در حیطه کاری خود با افراد دارای مشکلات روحی و عاطفی سر و کار دارند، راه اندازی خطوط ارتباط تلفنی و اینترنتی یاری رسان، تجهیز افراد به آگاهی‌های خود مراقبتی، همگی به بخش دوم پیش‌گیری سطح اول از خودکشی مربوط می‌شود [۲۷].

پیش‌گیری از خودکشی در سطح دوم مربوط به شناسایی و غربال‌گری افراد در معرض خودکشی و کاهش میزان دسترسی به ابزار و وسایل ارتکاب به خودکشی در مناطق شهری و روستایی است [۱۶، ۲۷]. روش‌های غربال‌گری افراد در معرض خطر رفتار خودکشی، متشکل از به‌کاربردن مصاحبه‌های

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته، مقیاس‌های روان‌سنجی معتبر و قابل اعتماد و تست‌های بیولوژیکی مانند تست سرکوب دگزامتازون (Dexamethasone Supression Test ;DST)، می‌باشد. از این تست برای ارزیابی عملکرد غدد آدرنال و تغییرات ترشح سطح کورتیزون در پاسخ به تزریق دگزامتازون استفاده می‌شود که از حساسیت بالا برای پیش-گویی رفتار خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی یا اسکیزوفرنی برخوردار است [۲۹]. از مزایای غربال‌گری، صرفه اقتصادی و هزینه-اثربخشی آن می‌باشد. هرچند در تدوین برنامه‌های غربال‌گری در هر جامعه باید سازگار بودن آن برنامه با فرهنگ بومی آن جامعه و یا منطقه را نیز در نظر گرفت [۲۷]. به علاوه درخصوص تحقق جامع اجزاء پیش‌گیری سطح دوم، وضع قوانین در خصوص رسانه‌ها و جراید در راستای مجاب نمودن آن‌ها به محدود نمودن پخش اخبار مربوط به خودکشی را نیز نباید از نظر دور داشت [۲۷، ۱۵].

پیش‌گیری از خودکشی در سطح سوم شامل جلوگیری از پیشرفت بیماری، درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در فردی که خودکشی نموده ولی قربانی مرگ نشده است، در راستای جلوگیری از ارتکاب مجدد او به خودکشی و نیز ارائه خدمات مشاوره به بازماندگان فرد خودکشی کرده در جهت کاهش درد و رنج آن‌ها می‌باشد [۱۶، ۱].

مدل دوم تبیین سطوح پیش‌گیری از خودکشی، توسط مؤسسه پزشکی آمریکا ارائه گردیده است و تحت عنوان مدل The US Institute of Medicine Model ;UIOM نامیده می-شود. مدل UIOM بیان‌گر سه سطح پیش‌گیری از خودکشی با نام استراتژی‌های پیش‌گیرانه جهانی، اختصاصی و هدفمند می باشد. استراتژی جهانی پیش‌گیری از خودکشی شامل آموزش پزشکان عمومی General practitioners ;GPs در راستای توانمندسازی آنان برای تشخیص و درمان بیماران مبتلا به افسردگی و بیماران دارای افکار خودکشی است. هدف از این استراتژی، کاهش موارد خودکشی از طریق بهبود جنبه-های شناسایی و درمان افراد اقدام کننده به خودکشی در جمعیت عمومی می‌باشد [۳۰، ۲۷].

استراتژی اختصاصی یا انتخابی پیش‌گیری از خودکشی نیز شامل اجرای برنامه‌های پیش‌گیرانه در زیرگروه‌های در معرض خطر است، که باید بر اساس آگاهی دقیق از عوامل خطر محیطی، اجتماعی و بیولوژیکی مانند بیکاری، طلاق، سنین در معرض خطر، درآمد پایین و سوء استفاده جنسی صورت پذیرد. این استراتژی مشتمل بر مداخلات رویداد محور است که بر حوادث ناگوار زندگی افراد مانند از دست دادن عزیزان، آسیب‌های جسمی، تجاوز به عنف، جنگ، قحطی و آوارگی تأکید نموده و افراد آسیب دیده از این مصائب را از جهت اجرای مداخلات پیش‌گیرانه در زمینه خودکشی هدف قرار می‌دهد. این مرحله از پیشگیری، به دو دلیل تأثیر سایر اقدامات پیش‌گیرانه را تقویت می‌نماید: ۱- بالا بودن نسبت افراد اقدام کننده به خودکشی در گروه‌های در معرض خطر، ۲- هدف‌گرا بودن برنامه‌ها و تلاش‌های پیش‌گیری اختصاصی.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

به عنوان مثال اجرای برنامه‌های مداخله‌ای برای کودکان دارای والدین مبتلا به افسردگی تأثیر اقدامات پیش‌گیرانه را دوچندان می‌کند [۳۰، ۲۷، ۱۶].

پیش‌گیری هدف‌مند با هدف شناسایی و درمان اشخاصی که علائم و نشانه‌های رفتار خودکشی را از خود بروز داده‌اند، مانند افراد مبتلا به افسرگی، اختلالات دوقطبی، بی اشتهایی و سوء مصرف الکل و نیز پیگیری افراد با سابقه اقدام به خودکشی، صورت می‌گیرد [۲۷].

پس از تعریف خودکشی و پیش‌گیری از خودکشی این سوال به ذهن متبادر می‌شود که آیا مراحل پیش‌گیری از خودکشی بهتر است در قالب یک استراتژی (Strategy) تدوین گردد یا در قالب یک برنامه (Plan) و یا طرح (Program)؟ هم‌چنین آیا این سه واژه معادل هم هستند یا اساساً تفاوت هایی دارند؟ در ادامه به تعریف و شرح تفاوت‌های این سه واژه می‌پردازیم.

اگرچه هر سه واژه Strategy، Plan و Program به معنای روش‌های رسیدن به هدف و نتیجه مورد نظر ترجمه می‌شوند، اما در حقیقت دارای تفاوت‌های زیادی هستند که دانستن این تفاوت‌ها از سوی سازمان‌های تدوین‌گر اجزاء پیش‌گیری از خودکشی حائز اهمیت می‌باشد. برنامه یا Program یک فرآیند مدیریتی بلند مدت و متشکل از پروژه‌های متعدد و دقیق بوده و برای رسیدن به نتایج و اهداف خاصی طراحی می‌شود. در این تعریف واژه پروژه (Project) نیز به مفهوم مجموعه فعالیت‌های موقت و هدف‌مند است. طرح یا نقشه راه یا Plan یک برنامه عملیاتی را شرح می‌دهد که کوتاه مدت بوده و برای رسیدن به یک خروجی خاص در یک بازه زمانی مشخص تبیین می‌گردد که امکان انحراف از مراحل یک طرح پس از تدوین آن وجود ندارد [۳۱]. اما استراتژی (Strategy) یک فرآیند نیست بلکه مجموعه‌ای از مراحل گام به گام صرف نظر از آهنگ زمانی برای تحقق هدف مورد نظر می‌باشد که انعطاف پذیر بوده و در زمان نیاز امکان سازگار شدن و تطابق مراحل و اجزای آن با شرایط پیش رو وجود دارد[۳۱]. استراتژی در مواقعی که خلاقیت، ابداع و همکاری در تحقق هدف و نتیجه مهم باشد، به‌کار برده می‌شود. به‌طور کلی یک استراتژی شامل ۶ مرحله تعیین یک سوال مشخص، آگاهی از وضعیت و شرایط موجود، پی بردن به علل ایجاد وضعیت فعلی، جست‌جوی راهکارهای بالقوه خروج از شرایط موجود، اقدام به تغییر وضعیت و ارزیابی می‌باشد. بنابراین، به‌نظر می رسد واژه استراتژی نسبت به دو واژه برنامه و طرح از جامعیت بیش‌تری در راستای تبیین مسیر تحقق اهداف برخوردار است [۳۱]. از همین‌رو واژه استراتژی تعبیری کامل‌تر است، که تدوین دقیق آن می‌تواند تمام جنبه‌ها و ابعاد پیش‌گیری از خودکشی را پوشش دهد. در ادامه به شرح و بسط این نکته می‌پردازیم که اساساً تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی چه ضرورتی دارد.

ضرورت تدوین یک استراتژی ملّی جامع پیش‌گیری از خودکشی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

سازمان بهداشت جهانی ضرورت تدوین استراتژی ملی پیش‌گیری از خودکشی را در قالب ۱۰ مزیت در سال ۲۰۱۸ میلادی منتشر کرده است. این مزایا به شرح زیر می‌باشند [۳۲]:

۱- یک استراتژی ملّی، نه تنها دامنه و بزرگی مشکل را تعیین می‌کند بلکه مشخص می‌نماید که رفتار خودکشی یک مشکل عمده سلامت عمومی است [۳۲].

۲- یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی، به تعهد دولت برای رسیدگی به آن تأکید می‌کند [۳۲].

۳- یک استراتژی منسجم، چارچوبی را ارائه می دهد که تمام جنبه های مختلف پیش‌گیری از خودکشی را شامل می شود [۳۲].

۴- یک استراتژی، راهنمای جامعی را در خصوص فعالیت‌های کلیدی پیش‌گیری از خودکشی، مبتنی بر شواهد فراهم می‌نماید [۳۲].

۵- یک استراتژی، ضمن شناسایی دروازه‌بانان کلیدی جامعه (Gatekeepers)و تقسیم وظایف و مسئولیت‌های خاص بین آن‌ها، بر لزوم هماهنگی بین اعضای تیم‌های تدوین و اجرای برنامه پیش‌گیرانه نیز تأکید دارد [۳۲].

۶- یک استراتژی، منابع مالی و انسانی مورد نیاز برای مداخلات را مشخص می‌نماید [۳۲].

۷- یک استراتژی، حمایت، اطلاع رسانی و ارتباطات رسانه‌ای را شکل می‌دهد [۳۲].

۸- یک استراتژی، چارچوب قوی برای نظارت و پشتیبانی را پیشنهاد می‌کند و به همین دلیل منجر به ایجاد حس مسئولیت پذیری مسئولان حیطه پیش‌گیری از خودکشی می‌گردد [۳۲].

۹- یک استراتژی، شکاف‌های مهم و اساسی در سیستم ارائه خدمات سلامت روان، نظام جمع آوری اطلاعات و قوانین موجود را تعیین می‌نماید [۳۲].

۱۰- یک استراتژی، زمینه را برای اجرای برنامه‌های تحقیقاتی در مورد رفتار خودکشی فراهم می‌کند [۳۲].

مروری براقدامات و استراتژی‌های تدوین شده و اجرا شده در زمینه پیش‌گیری از خودکشی در کشورهای مختلف:

سابقه پیش‌گیری از خودکشی در آمریکا به اواخر دهه ۱۹۶۰میلادی مربوط می‌شود، که شبکه‌ای مشتمل بر ۳۰۰ مرکز پیش‌گیری از خودکشی در ایالات متحده تأسیس شد. هم‌چنین بیمارستان‌ها و واحدهای سرپایی در راستای رسیدگی به بحران گرایش شدید برخی افراد به خودکشی، خطوط تلفن اضطراری دایر کردند. مبنای این اقدام بر این اساس بود که اگر کسی در دسترس فرد خودکشی گرا باشد که با او صحبت کند، می‌توان از خودکشی او جلوگیری کرد [۳۳]. در همین دهه انجمن‌ها و مؤسساتی نیز در آمریکا در زمینه پیش‌گیری از خودکشی آغاز به فعالیت نمودند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به انجمن بین‌المللی پیش‌گیری از خودکشی (International association for suicide

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

(IASP; prevention اشاره نمود که در ادامه به به شرح کامل فعالیت‌ها و اقدامات جهانی این انجمن در زمینه پیش‌گیری از خودکشی می‌پردازیم [۳۲، ۳۳].

انجمن بین‌المللی پیش‌گیری از خودکشی (یاسپ) یک سازمان خصوصی و غیر انتفاعی است که از سال ۱۹۶۱ و به منظور انجام فعالیت‌های علمی حول محور پیش‌گیری و کاهش رفتار خودکشی تأسیس گردید. از جمله اهداف این انجمن می‌توان به تلاش برای ارتقاء آگاهی درباره مسائل مربوط به خودکشی و رفتار انتحاری در سراسر جهان، فراهم کردن یک فضای مشترک برای همه افراد و گروه‌هایی که در زمینه خودکشی فعالیت می‌کنند، پیش‌گیری و مداخله در بحران به‌منظور به اشتراک گذاشتن و تبادل دانش، مهارت‌ها و تجربیات و تحکیم همکاری‌ها، تشویق افراد به تبادل تجربه، دانش و مهارت‌های کسب شده در کشورها و مناطق مختلف جهان به منظور اقدام مؤثرتر در زمینه خودکشی، ترویج اندیشه تأسیس سازمان‌های ملّی به منظور پیش‌گیری از خودکشی، تسهیل ترویج گسترده‌تر اصول پیش‌گیری از خودکشی به صورت کارآمد در میان گروه‌های حرفه‌ای و عموم مردم و ترویج برنامه‌های تحقیقاتی به‌ویژه آن‌هایی که از طریق همکاری‌های بین‌المللی قابل پیگیری هستند، اشاره نمود. در حال حاضر بیش از ۵۰ کشور عضو این انجمن هستند [۳۳-۳۴].

یکی از فعالیت‌های مهم یاسپ، اعلام روز دهم سپتامبر (نوزدهم شهریورماه) به‌عنوان روز جهانی پیش‌گیری از خودکشی است. انجمن هر سال به این مناسبت، کنگره‌ای را برگزار می‌کند و فرصت مناسبی را برای اندیشمندان، محققان و حتی علاقه‌مندانی که عضوی از اعضای خانواده یا دوستان خود را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند، فراهم می‌کند تا نتایج تحقیقات، دانش و تجربیات خود را به اشتراک بگذارند و به راهبردهایی به منظور پیش‌گیری، مداخله و درمان خودکشی دست یابند [۳۴].

تاریخچه تدوین استراتژی پیش‌گیری از خودکشی در سطح جهانی به اوایل دهه ۱۹۹۰ بر می‌گردد که سندی با عنوان "پیش‌گیری از خودکشی: دستورالعمل‌هایی برای تدوین و پیاده سازی استراتژی های ملّی" توسط سازمان ملل متحد و پس از مشورت با متخصصین رشته‌های گوناگون و هم‌چنین با پشتیبانی فنی سازمان بهداشت جهانی (WHO; World Health Organization) منتشر شد. این سند بر لزوم همکاری‌های بین بخشی، تبیین اهداف چند سطحی، نظارت و بررسی مداوم و شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت کننده رفتار خودکشی، به عنوان ابزارهای مؤثر در استراتژی پیش‌گیری از خودکشی تأکید می‌کند. آگاهی‌های جهانی در خصوص رفتار خودکشی بعد از انتشار این سند به طرز چشم-گیری افزایش یافت [۳۲].

کشور سوئد در سال ۲۰۰۶، کشور اوگاندا در سال ۲۰۰۷، کشور ژاپن در سال‌های ۲۰۰۴-۲۰۰۱ و کشور هنگ کنگ در سال ۲۰۰۹ برنامه‌ها و مداخلات پیش‌گیرانه‌ای در زمینه رفتار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

خودکشی تدوین کرده و به اجرا رساندند. اما متأسفانه گزارشی از ارزشیابی استراتژی‌های اجرا شده در دست نیست [۱۶،۲۷].

سازمان بهداشت جهانی و ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۸ معاهده‌ای را در خصوص اجرای استراتژی پیش-گیری از خودکشی امضاء نمودند. این استراتژی بر ۵ اصل استوار است : ۱- ارتقاء آموزش و پرورش دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers) و متخصصین سلامت، ۲- محدودیت دسترسی به ابزارهای خودکشی، ۳-افزایش آگاهی جمعیت عمومی در رابطه با بهداشت روان، ۴- کاهش عوامل خطر خودکشی نظیر مقابله با سوء مصرف الکل و دخانیات، افسردگی و استرس، ۵- فراهم آوردن مکانیسم حمایت اجتماعی مطلوب برای افراد در معرض خطر رفتار خودکشی [۲۷].

سال ۲۰۱۳ میلادی طرح جامع پیش‌گیری از خودکشی برای سالهای ۲۰۲۰-۲۰۱۳ میلادی توسط WHO تدوین به تصویب مجمع جهانی بهداشت رسید. هدف از تدوین این طرح کاهش ده درصدی موارد خودکشی تا سال ۲۰۲۰ بود و بر این نکته تأکید می نمود که خودکشی قابل پیش‌گیری است و نه تنها برای افراد و اعضای خانواده بلکه برای رفاه جامعه، نظام مراقبت سلامت و حتی اقتصاد جوامع نیز حائز اهمیت است [۳۲].

در سال ۲۰۱۴ سازمان جهانی بهداشت گزارشی را با عنوان: "پیش‌گیری از خودکشی، یک ضرورت جهانی"، منتشر ساخت. این گزارش ۱۲ جزء ضروری تدوین یک استراتژی مناسب برای پیش‌گیری از خودکشی را شامل می‌شود. اجزای این گزارش به این شرح است: ۱- برقراری سیستم جامع جمع آوری داده‌های خودکشی و نظارت برآن، ۲- کاهش دسترسی به ابزارهای خودکشی نظیر مکان‌های مرتفع، سموم، سلاح گرم و داروها، ۳- گزراش صحیح موارد ارتکاب به خودکشی از طریق وسایل ارتباطی از جمله رادیو، تلویزیون، وسایل ارتباط چاپی و وسایل ارتباط اجتماعی، ۴- افزایش دسترسی به نظام مراقبت جامع افراد در معرض خطر رفتار خودکشی، ۵- آموزش دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers)، به عنوان افرادی که در شناسایی اولیه افراد دارای افکار خودکشی نقش به سزایی دارند نظیر معلمان، کادر بهداشت و درمان، علمای مذهبی و نیروهای انتظامی، ۶- بهبود مراقبت‌های بالینی و مداخله ای به خصوص برای افراد اقدام کننده به خودکشی که به بیمارستان مراجعه می کنند و ارزیابی خدمات ارائه شده به آن‌ها، ۷- مداخله در بحران و حصول اطمینان از این که افراد در مواقع بحرانی به مراقبت‌های اضطراری بهداشت روان از طریق خطوط تلفن کمکی و یا اینترنت دسترسی دارند، ۸- مداخله پس از بحران، به‌صورت اجرای خدمات حمایتی، مراقبتی وتوان‌بخشی برای افراد اقدام کننده به خودکشی و نزدیکان آن‌ها، ۹- آگاهی بخشی به عموم جامعه در راستای درک این نکته که خودکشی قابل پیش‌گیری است، ۱۰- کاهش انگ اجتماعی افراد اقدام کننده به خودکشی و از بین بردن تبعیض در ارائه خدمات به آن‌ها، ۱۱- نظارت و هماهنگی برنامه های آموزشی و پژوهشی در زمینه رفتار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

خودکشی، ۱۲- تخصیص هزینه‌های اقتصادی به ویژه از سوی دولت‌ها برای پشتیبانی از ۱۱ جزء دیگر [۳۰، ۲۷].

رویکردهای نظام‌مند چندترکیبی (Multi-component approaches)، عنوان یک استراتژی مدرن پیش‌گیری از خودکشی است، که سنگ بنای آن در ابتدا توسط شورای عالی ملّی پیش‌گیری از خودکشی (National Action Alliance for Suicide Prevention ;NAASP) در آمریکا بنا نهاده شد [۳۵]. امروزه تدوین و اجرای بخش‌هایی از این استراتژی به‌صورت ملّی به کشورهایی نظیر استرالیا نیز گسترش یافته است. همان‌طورکه از نام این استراتژی برمی‌آید، مشتمل بر رویکردها و مدل‌های مختلفی برای پیش‌گیری از خودکشی می‌باشد. این استراتژی، ترکیبی از رویکردهای پیش‌گیرانه در سطح افراد در معرض خطر رفتار خودکشی یا کارکنانی که کار آن‌ها به نحوی با بحران خودکشی گره خورده است، تا رویکردهای گسترده‌تر اجتماعی نظیر افزایش آگاهی عمومی درباره خودکشی و کاهش دسترسی به ابزار و وسایل خودکشی، می‌باشد [۳۸-۳۵]. اساس این استراتژی رویکرد-محور است و جامعه، مدرسه، نظام مراقبت های اولیه، اورژانس، واحدهای درمانی سرپایی، واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشت روان و مراکز مشاوره را هدف قرار می‌هد [۳۵]. این استراتژی شامل مدل‌های مختلف برای مقابله با خودکشی از جمله "مدل طول عمر LifeSpan" در اسکاتلند، "مدل شورای عالی مقابله با افسردگی اروپا European Alliance Against Depression ;EAAD" در اروپا، "مدل خودکشی در سطح صفر Zero Suicide model" در آمریکا و مدل "زندگی را انتخاب کن Choose Life" در استرالیا، است [۳۸-۳۵]. به‌طور کلی، تنها دو مدل EAAD و LifeSpan شامل مداخلات مبتنی بر جامعه و در سطح جمعیت بودند و با تشکیل تیم‌هایی تحت عنوان دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers) در مناطق مختلفی به اجرا رسیدند. هم‌چنین تنها مدلی که در آن، مداخلاتی برای پیش‌گیری از خودکشی مبتنی بر جمعیت مدارس در نظر گرفته شده بود، مدل LifeSpan، می‌باشد [۳۵].

شواهد حاکی از آن است که استراتژی نظام‌مند چندترکیبی، احتمالاً مؤثرترین راه کاهش میزان خودکشی است، هرچند که در عمل دارای مشکلاتی و ایراداتی نیز بوده است [۳۹]. در ادامه به اختصار، اجزاء مدل های استراتژی نظام‌مند چندترکیبی پیش‌گیری از خودکشی را شرح خواهیم داد.

EAAD یا مدل شورای عالی مقابله با افسردگی اروپا: قدیمی‌ترین جزء استراتژی نظام‌مند چندترکیبی پیش‌گیری از خودکشی، مدل EAAD می‌باشد که نخستین بار در سال ۲۰۰۱ در شهر نورنبرگ Nuremberg اجرا گردید و طبق نتایج به‌دست آمده از میزان بازدهی اجرای آن، منجر به کاهش حدود ۲۰ درصد از موارد رفتار خودکشی طی سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۱ میلادی در این شهرگردید [۳۶]. از آن پس، تا سال ۲۰۰۴ میلادی، شانزده کشور اروپایی دیگر نیز به تأسیس شورای عالی مقابله با افسردگی پرداختند. این مدل، ضمن

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

تأکید بر تحقق ارتقاء بهداشت روانی عموم افراد جامعه به عنوان هسته مرکزی اهداف پیش‌گیری از خودکشی، بر کاهش دسترسی به ابزار و وسایل خودکشی و هم‌چنین تربیت نیروهای مشاوره برای غربال‌گری افراد در معرض خطر خودکشی و ارائه خدمات حمایتی به آن‌ها نیز تأکید دارد [۳۶].

مدل Choose Life یا مدل "زندگی را انتخاب کن": این مدل از انواع مدل‌های استراتژی نظام‌مند چندترکیبی پیش-گیری از خودکشی است، که به‌صورت ملّی National و محلی Local، در سال ۲۰۰۲ میلادی و در کشور اسکاتلند Scotland با هدف بهبود سلامت روان افراد و کاهش ۲۰ درصدی موارد خودکشی، طی ده سال اجرا شد [۳۷]. این مدل دارای دو فاز عملیاتی بود. فاز اول در سطح محلی local و با در نظر گرفتن گروه‌های هدف از جمله کودکان، جوانان و به‌ویژه مردان جوان، افراد مبتلا به بیماری‌های روانی، معتادان، افراد با سابقه اقدام به خودکشی، بازماندگان فرد خودکشی کرده، زندانیان، افراد ورشکسته و بیکار، افراد بی‌خانمان و تبعیدشدگان، و برای رسیدن به اهدافی نظیر پیش‌گیری و مداخله به‌موقع در زمینه خودکشی، فراهم آوردن حمایت‌های روانی و انگیزش روح امید و پویایی در افراد، بهبود تجارب شخصی افراد از دوران کلیدی زندگی نظیر دوران جوانی، افزایش آگاهی عموم مردم در مورد خودکشی و نحوه برخورد با افراد دارای ناراحتی‌ها و مشکلات روانی، پشتیبانی از رسانه ها در زمینه آگاهی بخشی به مردم در مورد راهکارهای پیش-گیری از خودکشی، ارائه بهترین عملکرد برای مداخله در بحران در زمینه خودکشی، طی سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۳میلادی اجرا گردید [۴۰]. فاز دوم با در نظر گرفتن همان گروه‌های هدف، اهداف و اصول فاز اول، اما در سطح ملّی National و طی سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۶ میلادی اجرا گردید. اصول استراتژی Choose Life بر ۵ اصل استوار بود: ۱- تقسیم وظایف Shared Responsibility و جلب مشارکت عموم مردم و بخش‌های خصوصی، ۲- رهبری مؤثر Effective Leadership و اجرای استراتژی Choose Life از طریق فراگیری دانش مدیریت و عمل به دو رویکرد مدیریتی از "پایین به بالاBottom up" و "از بالا به پایین Top down"، ۳- تمرکز بر گروه‌های در معرض خطر بالای رفتار خودکشی Focus on Priority Groups، ۴- ارتقاء کیفیت به‌صورت مداوم Continuous Quality Improvement از طریق نظارت، ارزیابی و نتیجه‌گیری از یافته‌های موجود و به‌روز رسانی اطلاعات در زمینه پیش‌گیری از خودکشی [۴۰، ۳۷].

Zero Suicide model ;ZS یا مدل خودکشی در سطح صفر: این مدل با هدف پرکردن شکاف بین علم Science و عمل Practice در زمینه پیش‌گیری از خودکشی و ارتقاء آگاهی پزشکان و کادر درمانی از نحوه ارائه مداخلات و خدمات مناسب به گروه‌های هدف خودکشی در آمریکا، تدوین گردید [۳۸]. این مدل از سازمان‌های مختلف برای پیوستن به پویش "جامعه خودکشی در سطح صفر، Zero suicide

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

community" دعوت می‌کند، تا در پیش‌برد اهداف آن همکاری نمایند [۳۸]. اجزاء تدوین شده در این مدل، بر شناسایی و درمان مبتلایان به افسردگی و افراد دارای افکار خودکشی، کاهش دسترسی به وسایل خودکشی، آموزش دروازه‌بانان جامعه به ویژه معلمان مدارس تأکید می‌نمایند. به‌طور کلی مدل ZS دارای ۷ عنصراست که ۴ عنصرآن به بهترین شیوه‌های درمانی بیماران روانی که باید تحت درمان قرار گیرند، و سه عنصر دیگر نیز به شیوه سازمان‌دهی و آموزش عوامل اجرایی این مدل نظیر کارکنان بهداشتی-درمانی می‌پردازد [۳۸]. اجزاء عملیاتی این مدل نیز شامل سه بخش ارزیابی Assess، مداخله Intervene و پایش Monitor می باشد. در مرحله ارزیابی، پس از غربال‌گری افراد درمعرض خطرخودکشی، ارزیابی خطر خودکشی در آن‌ها و تریاژ Triage افراد، به تعیین سطح خطر خودکشی بر اساس مقیاس ضعیف، متوسط و شدید پرداخته می‌شود. مدل ZS در مرحله مداخله به ارائه خدمات روان درمانی ومشاوره به افراد اقدام کننده به خودکشی، توسط کادر توانمند و آموزش دیده‌ای که از قدرت برقراری ارتباط بالایی با افراد دارای مشکلات روانی برخوردار هستند، می‌پردازد. هم‌چنین، مرحله مداخله، شامل ارائه خدمات پیش‌گیرانه طولانی مدت به افراد دارای سابقه خودکشی، نظیر برگزاری جلسات مشاوره حضوری و آموزش‌های روانی چهره به چهره Face to face psycoeducation نیز می‌شود. مرحله پایش نیز شامل ملاقات‌های هفتگی مشاوران با افرادی که از خودکشی جان سالم به در برده‌اند، انجام چک‌آپ‌های روانی تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند از بیمارستان، توسط واحدهای سلامت روان سرپایی و ارائه مراقبت‌های روانی به فاصله زمانی حدأقل سه ماه یک بار به افراد در معرض خطر خودکشی و افراد دارای سابقه خودکشی، می‌شود [۳۸].

LifeSpan یا مدل طول عمر: این مدل در ابتدا با توسعه تحقیقات در زمینه پیش‌گیری از خودکشی و با هدف یافتن شواهدی از جدیدترین مداخلات موفق صورت گرفته درکاهش خودکشی، پایه ریزی شد، سپس بر اجرای همزمان ۹ مداخله مبتنی بر شواهد با همراهی دولت برای ایجاد هماهنگی در اجرای این مداخلات، تمرکز یافت [۳۵]. مهم‌ترین مداخلات این مدل شامل تشکیل تیم‌هایی با همکاری آموزش و پرورش، سازمان‌های خصوصی، نیروهای انتظامی و گروه‌های اجتماعی است. این تیم، متعهد است تا افراد دارای سابقه خودکشی را تحت پوشش اقدامات حمایتی خود قرار داده و به نظارت منظم و ارزیابی نتایج اجرای مدل LifeSpan، بپردازد [۳۵]. براساس پیش‌بینی شورای عالی تحقیقات پیش‌گیری از خودکشی Council Centre of Research in Suicide Prevention انتظار می‌رود، اجرایی شدن این مدل حدود ۲۱ درصد از مرگ‌های ناشی از خودکشی و ۳۰ درصد از موارد اقدام به خودکشی را کاهش دهد [۳۵]. مدل Life Span از جدیدترین مدل‌هایی است که به رویکرد نظام‌مند چندترکیبی پیش‌گیری از خودکشی افزوده شده است و در استرالیا و از سال ۲۰۱۱ میلادی به اجرا در آمده است [۳۵].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

Platt و همکاران نیز در سر مقاله‌ای (Editorial) که در سال ۲۰۱۹ و با عنوان "استراتژی‌های ملی پیش‌گیری از خودکشی: پیشرفت‌ها و چالش‌ها" به رشته تحریر درآوردند، ضمن تأکید بر ضرورت‌ها و اجزاء مورد نیاز عنوان شده از سوی سازمان جهانی بهداشت برای تدوین یک استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی، به این نکته اشاره می‌نمایند، که بر اساس شواهد موجود قوی‌ترین اثر پیش‌گیرانه از بین اجزای یک استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی موجود مربوط به مداخلات ساختاری (Structural intervention) در مناطق داغ خودکشی (نظیر پل‌ها، ساختمان‌های بلند و ایستگاه‌های راه‌آهن) بوده است. هم‌چنین، ضعیف‌ترین تأثیر پیش‌گیرانه متعلق به برنامه‌های زمینه محور (Setting-based programs) مانند برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای اجرا شده در مدارس، محیط کار و زندان‌ها، لیتیوم درمانی، درمان شناختی – رفتاری (Congenitive Behavioral Therapy ;CBT) و درمان دیالکتیکی (Dialectical Behavioral Therapy ;DBT) بوده است [۴۱-۴۲].

هدف شماره ۳,۴ از مجموعه اهداف سند چشم انداز توسعه پایدار ۲۰۳۰ که نمایندگان دولت‌ها در مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تصویب رسانیدند، در خصوص کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر می‌باشد و میزان خودکشی به عنوان یک شاخص جهت ارزیابی این هدف عنوان شده است که خود نشان از اهمیت مقوله خودکشی دارد [۳۲].

مروری بر استراتژی‌های ملّی پیش‌گیری از خودکشی در کشور ایران:

بیش از یک دهه از از شروع اجرای برنامه آزمایشی پیش-گیری از خودکشی در منطقه خرم‌آباد در کشور جمهوری اسلامی ایران می گذرد. هدف از این برنامه شناسایی به موقع و درمان افسردگی بود. در سال ۲۰۰۹ این برنامه در دو منطقه دیگر از کشور ایران اجرا شد و ارزیابی‌ها نشان داد که اجرای این برنامه پیش‌گیرانه در کاهش موارد خودکشی مؤثر بوده است [۳۲].

در سال ۲۰۱۰ استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی در ایران با عنوان: برنامه‌های ثبت موارد خودکشی و پیش‌گیری از خودکشی، تدوین گردید و مقرر شد که سیستم مراقبت سلامت و بهداشت عمومی عهده دار اجرای آن گردد. هدف استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی در ایران، کاهش رفتارهای خودکشی در جمعیت عمومی تحت پوشش سیستم مراقبت اولیه سلامت و بهداشت بود. این استراتژی در ۵ بخش با نام‌های استراتژی خدماتی، اجرایی، آموزشی، درمانی و پژوهشی به شرح زیر تدوین یافت [۳۲].

الف) استراتژی خدماتی: این بخش از استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی مشتمل بر ورود برنامه ملّی پیش‌گیری از خودکشی به سیستم مراقبت سلامت و بهداشت عمومی، ارائه خدمات مشاوره، ارتقاء خدمات حمایتی و درمانی و تقویت سیستم ارجاع افراد در معرض خطر از طریق آموزش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers) و کارکنان نظام بهداشت و درمان بود [۳۲].

ب) استراتژی اجرایی: تعیین شخص مسئول، ایجاد گروه-های پیش‌گیری با اهداف چندگانه در سطح ملّی و استانی از اهداف این بخش محسوب می‌شدند [۳۲].

ج) استراتژی آموزشی: ارتقاء آگاهی‌های عمومی در خصوص شیوه مقابله با استرس‌های روزانه و تقویت مهارت‌های زندگی، برگزاری کارگاه‌های آموزشی، تهیه مقالات آموزشی ویژه خانواده‌ها و دروازه‌بانان جامعه و تبیین دستورالعمل‌هایی برای رسانه‌ها، همگی از موارد اشاره شده در بخش آموزشی استرتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی در کشور ایران بودند [۳۲].

د) استراتژی درمانی: این بخش شامل شناسایی افراد در معرض خطر، ارائه خدمات مشاوره و پیگیری خدمات روان درمانی در افراد با سابقه اقدام به خودکشی پس از ترخیص از بیمارستان می‌شد [۳۲].

ه) استراتژی پژوهشی: این بخش نیز شامل بررسی و مرور شواهد اپیدمیولوژیک خودکشی درایران، اجرای مطالعات تحلیلی و سبب شناسی در زمینه خودکشی، تعیین و ارزیابی علل بروز رفتار خودکشی، ارزیابی تأثیر هر نوع مداخله درمانی، ارزیابی آگاهی و نگرش جمعیت عمومی و پرسنل سیستم بهداشت و درمان نسبت به پدیده خودکشی، بود [۳۲]. متأسفانه از بودجه تخصیص داده شده به طرح ملّی پیش‌گیری از خودکشی در ایران، چارچوب زمانی و همچنین ارزیابی میزان موفقیت این طرح اطلاعاتی در دست نیست که بی‌شک پاسخ به این نکات مبهم، همّت و تلاش مسئولان و اطلاع رسانی آنان را می‌طلبد [۳۲].

اطلاعات موجود در خصوص نتایج پیاده سازی استراتژی‌های ملّی پیش‌گیری از خودکشی

متأسفانه تحقیقات صورت گرفته پیرامون کارسازی و هزینه- اثربخشی استراتژی های ملّی پیش‌گیری از خودکشی اجرا شده، بسیار محدود و اندک است [۴۱]. بر اساس سر مقاله نگاشته شده توسط Platt و همکاران تنها دو مطالعه به اندازه-گیری و بررسی تأثیرات اجرای استراتژی های ملّی پیش‌گیری از خودکشی در چندین کشور پرداخته اند. مطالعه De Leo و همکاران که در سال ۲۰۰۴ روند میزان‌های خودکشی زنان و مردان چهار کشور فنلاند، سوئد، استرالیا و نروژ را قبل و بعد از اجرای استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی بررسی نموده است. این مطالعه تأثیر مثبت اجرای استراتژی پیش‌گیری از خودکشی را بر کاهش میزان‌های خودکشی در مردان و زنان کشور نروژ، زنان کشور استرالیا و مردان کشور سوئد گزارش نمود. اما این مطالعه دارای چند محدودیت روش شناختی نیز بود که به اذعان نویسندگان آن، فقدان تجزیه و تحلیل کوواریانس برای متغیرهای مخدوش‌گر مهم‌ترین ضعف و محدودیت مطالعه بود. در نهایت نویسندگان مطالعه مذکور نتیجه گیری می‌کنند که شواهد بیشتر دالّ بر اثرات منفی استراتژی‌های اجرا شده در این چهار کشور نسبت به تأثیرات خنثی یا مثبت آن‌ها می‌باشد [۴۳].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

Matsubayashi و همکاران در سال ۲۰۱۱ مطالعه‌ای با طراحی اکولوژیک جهت پاسخ‌گویی به این سوال که آیا کاهش معنادار آماری در میزان‌های خودکشی بعد از پیاده سازی استراتژی پیش‌گیری از خودکشی نسبت به قبل از اجرای آن وجود دارد؟، انجام گردید. نمونه مورد مطالعه این تحقیق شامل ۲۱ کشور بود [۴۴]. از نقاط قوت آن، در نظر گرفتن کشورهایی به عنوان گروه کنترل برای متغیرهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌باشد. محققان این مطالعه نتیجه‌گیری کردند که پیاده سازی استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی صرف نظر از شکل آن، می‌تواند در کاهش میزان خودکشی مؤثر واقع گردد [۴۴].

جمع‌بندی

خودکشی، رفتار پیچیده‌ای است که ماهیت چند بعدی دارد. لذا، تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از آن نیازمند مراحل و تلاش‌های چند سطحی است. اگرچه کلیت یک استراتژی پیش‌گیری ازخودکشی در تمام جوامع چارچوب مشابهی دارد، اما از آن‌جا که میزان متفاوتی از رفتار خودکشی در شرایط فرهنگی، جغرافیایی، سنی، جنسی، شغلی و یا حتی فصلی گوناگون گزارش شده است. لذا، تدوین جزئیات هر برنامه پیش‌گیری از خودکشی باید به تناسب ویژگی‌های فرهنگی، مذهبی، بومی و جغرافیایی هر جامعه صورت پذیرد [۴۵].

از همین نظر اولین گام و مهم‌ترین گام در خصوص پیش‌گیری از خودکشی، تبیین دقیق تعریف و مفهوم رفتار خودکشی با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی هر جامعه، و آگاهی از رایج‌ترین روش‌های خودکشی و عوامل خطر آن در هر منطقه می‌باشد. گام دوم، تعیین دقیق و هوشمندانه مراحل رفتار خودکشی، شامل شکل‌گیری افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی و اجرای رفتار خودکشی است، با در نظر گرفتن این نکته که رفتار خودکشی قابل پیش‌گیری است. گام سوم اصلاح و یکپارچه سازی سیستم ثبت و گزارش رفتار خودکشی در هر جامعه به ویژه جوامع در حال توسعه می‌باشد. برآورد موارد خودکشی و اقدام به خودکشی کم‌تر از مقدار واقعی و ارائه آمار ناقص و یا دارای هم‌پوشانی از سوی ارگان های مختلف از موانع تدوین یک برنامه صحیح پیش‌گیرانه است. توصیه می‌شود قوانینی در خصوص لزوم ثبت صحیح و دقیق داده‌های خودکشی از سوی مسئولین وضع گردد. گام چهارم، موازی سازی فرآیند تدوین استراتژی پیش‌گیری از خودکشی و ارزشیابی آن می‌باشد. به بیان دیگر یک تیم متخصص باید به تنظیم استراتژی و یک تیم متخصص دیگر به طور هم‌زمان به ارزیابی اجرای استراتژی پیش‌گیری از خودکشی بپردازد. گام پنجم، راه اندازی مراکز و کمپین‌های پیش‌گیری از خودکشی و مرتبط ساختن این مراکز با دانشگاه‌ها جهت آگاهی اعضای مراکز و کمپین‌ها از نتایج تحقیقات به روز دانش‌پژوهان در زمینه خودکشی می‌باشد. به‌این نحو هر جامعه پیش از تدوین استراتژی پیش‌گیری از خودکشی، نخست نیازمند اجرای ۵ گام اساسی فوق می‌باشد [۴۷-۴۵، ۳۰، ۲۷، ۱۶].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

مرحله بعد مربوط به تدوین استراتژی همه جانبه پیش‌گیری از خودکشی می‌باشد، که این منوط به به شناخت دقیق سطوح پیش‌گیری از خودکشی است. چرا که هر مرحله از رفتار خودکشی اقدام پیش‌گیرانه خاص خود را می‌طلبد. پیش‌گیری سطح اول با شناسایی عوامل خطر خودکشی نظیر فقر، بیکاری، مشکلات روحی، اعتیاد و تلاش برای کاهش و حذف این عوامل به انجام می‌رسد. هم‌چنین، کاهش دسترسی به ابزار خودکشی، آموزش عمومی و آموزش اختصاصی کادر بهداشت و درمان و دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepers) در خصوص رفتار خودکشی، توانمندسازی متخصصین حوزه سلامت در تشخیص بیماران مبتلا به افسردگی و دارای افکار خودکشی و آموزش روزنامه نگاران مسئول گزارش رفتار خودکشی نیز در پیش‌گیری سطح اول می‌گنجد. پیش‌گیری سطح دوم به مداخله در بحران تأکید می‌کند و با هدف شناسایی افراد دارای افکار خودکشی و اجرای مراقبت و مداخلات لازم نظیر آموزش، مشاوره، ارتقاء مهارت حل مسئله و بهبود کیفیت حمایت اجتماعی و خانوادگی برای آن‌ها شکل می‌گیرد.

پیش‌گیری مرحله سوم شامل اقدامات درمانی و مداخله‌ای نظیر درمان‌های شناختی-رفتاری، معنادرمانی، درمان مذهب-محور، درمان دیالکتیکی، دارودرمانی، آموزش رفتارهای مقابله‌ای مسئله مدار به جای هیجان مدار در رویارویی با مشکلات و پیگیری وضعیت وشرایط آن‌ها از طریق تماس تلفنی یا ملاقات های حضوری و برگزاری جلسات مشاوره برای آن‌ها، می‌شود [۲۷ ،۲۶]. در مرحله آخر، برقراری یک نهاد نظارتی به‌منظور نظارت بر تمام مراحل و گام‌های پیشین و ارزشیابی میزان موفقیت و هزینه اثر- بخشی هر مرحله مورد نیاز است [۳۰، ۲۶].

شایان ذکر است که میزان موفقیت هر استراتژی پیش‌گیری به‌ویژه در سطح کلان نیازمند تأمین و تخصیص بودجه اقتصادی مناسب با آن از سوی دولت‌ها و سیاست گذاران است [۲۶]. مراحل تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی توسط نویسندگان این مطالعه در نمودار ۲ به تصویر کشیده شده است و حاصل جمع بندی و تخلیص نتایج فوق می‌باشد.

در این نمودار، دو رکن اقتصاد و نظارت اجزاء جدایی ناپذیر تمام مراحل یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی می-باشند و در حکم حمایت کننده و پشتیبان استرتژی به شمار می‌آیند، که بدون محقق شدن این دو رکن تدوین و اجرای سایر مراحل ناممکن می‌نماید [۳۰-۲۶].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

گام اول: تبیین و تعریف دقیق رفتار خودکشی، رایج‌ترین روش‌های خودکشی و عوامل خطر مرتبط با آن

گام دوم: تبیین هوشمندانه مراحل رفتار خودکشی (افکار، برنامه‌ریزی و اقدام) ضمن تأکید بر قابل پیش‌گیری بودن خودکشی

گام سوم: تصحیح و یکپارچه سازی نظام ثبت موارد خودکشی و اقدام به خودکشی

گام چهارم: موازی سازی فرآیند تدوین و ارزشیابی برنامه پیش‌گیری از خودکشی

گام پنجم: راه‌اندازی مراکز و کمپین های پیش‌گیری از خودکشی و مرتبط ساختن آن‌ها با مراکز پژوهش‌های دانشگاهی جهت آگاهی از جدیدترین یافته‌ها در زمینه رفتار خودکشی

ارکان پشتیبانی کننده :

اقتصاد | **نظارت**

اقدامات پیش‌گیری سطح اول: شناسایی عوامل خطر خودکشی نظیر فقر، بیکاری، مشکلات روحی، اعتیاد و تلاش برای کاهش و حذف این عوامل، کاهش دسترسی به ابزار خودکشی، آموزش عمومی و آموزش اختصاصی کادر بهداشت و درمان و دروازه‌بانان جامعه (معلمین، روحانیون، پلیس) در خصوص رفتار خودکشی، توانمندسازی متخصصین حوزه سلامت در تشخیص بیماران مبتلا به افسردگی و دارای افکار خودکشی، آموزش روزنامه نگاران مسئول گزارش رفتار خودکشی.

اقدامات پیش‌گیری سطح دوم: شناسایی و غربال‌گری افراد دارای افکار خودکشی و اجرای مراقبت و مداخلات لازم نظیر آموزش، مشاوره، ارتقاء مهارت حل مسئله، بهبود کیفیت حمایت اجتماعی و خانوادگی.

اقدامات پیش‌گیری سطح سوم: اجرای روند درمانی و مداخله‌ای نظیر درمان‌های شناختی-رفتاری، معنادرمانی، درمان‌های مذهب‌محور، درمان دیالکتیکی، دارودرمانی، آموزش رفتارهای مقابله‌ای مسئله مدار به جای هیجان مدار در رویارویی با مشکلات، واقعیت‌درمانی و الکتروشوک درمانی، برگزاری جلسات مشاوره انفرادی و گروهی، پیگیری تلفنی یا حضوری وضعیت افراد با سابقه اقدام به خودکشی، خدمات حمایتی مشاوره‌ای به نزدیکان و بازماندگان اشخاصی که جان خود را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند.

نمودار ۲- مراحل تدوین استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

کشورهای مختلف، در زمینه پیش‌گیری از خودکشی از کجا باید آغاز کنند؟

استراتژی پیش‌گیری از خودکشی چند سطحی است و باید همه جانبه باشد به نحوی که نه تنها به همکاری سیستم سلامت و بهداشت عمومی بلکه به همکاری نهادهایی چون آموزش و پرورش، وزارت کار و رفاه اجتماعی، کشاورزی، تجارت، نهادهای سیاسی و قضایی و رسانه‌ها نیز نیاز است. همه کشورها باید ابتدا در زمینه پیش‌گیری از خودکشی، اهداف، شاخص‌ها، جدول زمانی، مراحل مهم و مسئولیت‌های بخش‌ها و نهادهای مختلف را تبیین کرده و سپس مقدار بودجه مورد نیاز را به هر بخش از استراتژی پیش‌گیری از خودکشی تخصیص دهند [۳۲].

سازمان بهداشت جهانی به کشورهایی که هنوز هیچ‌گونه فعالیتی را در خصوص پیش‌گیری از خودکشی آغاز ننموده‌اند، پیشنهاد می‌کند، از آموزش و شناسایی دروازه‌بانان جامعه (Gatekeepes)، نظیر معلمان، نیروهای نظامی و انتظامی و روحانیون جامعه، شروع نمایند و اقدامات پیش‌گیرانه را با اولویت مناطق نیازمندی که منابع اطلاعاتی از آن‌ها در دسترس است ادامه دهند. در کشورهایی که در حال اجرای یک سری برنامه‌های پیش‌گیری از خودکشی می‌باشند توصیه می‌شود که پس از ارزیابی وضع موجود و میزان موفقیت برنامه‌های اجرا شده، خلأها و نواقص جاری رفع گردد [۳۲، ۳۱].

سازمان بهداشت جهانی WHO به کشورهایی که یک طرح جامع ملّی پیش‌گیری از خودکشی را پیاده نموده‌اند نیز توصیه می‌کند، بر دو عامل ارزیابی و ارتقاء تمرکز داشته باشند. به‌روزرسانی داده‌های خودکشی و تأکید بر اثربخشی و کارایی مراحل استراتژی پیش‌گیری از خودکشی نیز از دیگر موارد پیشنهاد شده توسط سازمان بهداشت جهانی به کشورهای دارای طرح پیش‌گیرانه ملّی است [۳۲].

به هر روی تهیه و تنظیم اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت و سپس تخصیص منابع مورد نیاز تأمین این اهداف از ویژگی‌های ضروروی هر برنامه پیش‌گیری از خودکشی در تمام کشورها است [۳۲].

موانع پیش روی مسیر تدوین و اجرای مراحل پیشگیری از خودکشی: به‌نظر می رسد موانع مسیر تدوین و اجرای سطوح پیش‌گیری از خودکشی در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای پیشرفته بیش‌تر و متفاوت می باشد [۱۶، ۴۸]. ثبت و گزارش آمار خودکشی کم‌تر از میزان واقعی، ثبت ناقص داده‌های خودکشی، فقدان سیستم ثبت واحد و جامع رفتار خودکشی، عدم کفایت نهادهای نظارتی ذی‌ربط، سطح نامطلوب آگاهی عمومی از رفتار خودکشی، عدم تخصیص بودجه اقتصادی مطلوب به مسئله خودکشی، ناکارآمدی روش‌های غربال‌گری، بی‌کفایتی نیروهای مسئول تشخیص و درمان افکار خودکشی و بیماری‌های روانی ناشی از آموزش و تعلیم غیر تخصصی و ناصحیح، نگاه منفی برخی از جوامع به پدیده خودکشی و جلوگیری از ثبت آن، همگی جزء مهم‌ترین موانع پیش روی استراتژی پیش‌گیری از خودکشی است [۵۰، ۴۹، ۱۶، ۳۰، ۱]. به‌نظر می‌رسد تدوین یک استراتژی جامع پیش‌گیری از خودکشی و اجرای مناسب

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

آن به همراه نظارت در راستای مرتفع نمودن موانع پیش رو سودمند واقع گردد [۵۲، ۵۱].

نتیجه‌گیری

تا زمان نگارش این مطالعه در مجموع برای ۳۸ کشور در جهان استراتژی ملّی پیش‌گیری از خودکشی شده است. اما متأسفانه سیاست گذاران، دست اندرکاران و محققانی که در زمینه پیش‌گیری از خودکشی کار می‌کنند. اطلاعات اندکی از نحوه اجرای این استراتژی‌های ملّی دارند و هم‌چنین در مورد کارسازی و اثربخشی این استراتژی‌ها گزارش‌هایی بسیار کمی به ثبت رسیده است. در نظر گرفتن و اعطای جوایز ملّی و بین‌المللی به تحقیقات انجام شده در زمینه ارزیابی اثربخشی استراتژی‌های اجرا شده ملّی پیش‌گیری از خودکشی می‌تواند در جهت جبران خلأهای اطلاعاتی موجود راه‌گشا باشد.

مطالعه حاضر مؤید این نکته است که مسیر تدوین و اجرای استراتژی پیش‌گیری از خودکشی دشوار و نیازمند تربیت و به‌کارگیری نیروهای متخصص و کارآمد در این زمینه است. عوامل خطر رفتار خودکشی در گروه‌های مختلف هر جامعه از جمله سربازان، دانشجویان، شهرنشینان، روستا نشینان، فرقه-ها و قومیت های مختلف با یکدیگر متفاوت می‌باشد. پیشنهاد می‌شود استراتژی‌های پیش‌گیری از خودکشی به‌صورت هدف‌مند و اختصاصی، برای هر یک از گروه‌های اجتماعی، به تناسب بسترهای فرهنگی، جغرافیایی و بومی هر منطقه صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از زحمات جناب آقای دکتر سید کاظم ملکوتی در به اختیار گذاشتن برخی منابع تشکر و قدردانی کنند.

References

[1] Silverman M, Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In: Rory C, Platt S, Gordon J, editors. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. First edition. *Weley-blackwell* 2011; 1: 11-12.

[2] Kilgus M, Maxmen J, Ward N. Essential psychopathy & Its Treatment. 4th Edition. New York, Norton & Company ltd 2019; 50-101.

[3] Bakhtar M, Rezaeian M. The Prevalence of Suicide Thoughts and Attempted Suicide Plus Their Risk Factors Among Iranian Students: A Systematic Review Study. *J Rafsanjan Univ Med* 2017; 15 (11):1061-76.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

[4] Krug E. *World Report on Violence and Health*. Genève . World Health Organization. 2002.

[5] Hajebi A, Ahmadzad-As M, Davoudi F, Ghayyomi R. Trend of Suicide in Iran During 2009 to 2012: Epidemiological Evidences from National Suicide Registration. *Int J Pharm Biol Sci* 2016; 10(4): 398-406.

[6] Preventing suicide A community engagement toolkit- WHO 2018. available at :http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf (Last accessed 10 May 2019).

[7] Lu DY , Zhu PP , Wu HY , Yarla NS , Xu B , Ding J , et al. Human Suicide, Modern Diagnosis Assistance and Magic Bullet Discovery. *Cen Nerv Syst Agents Med Chem* 2019; 15(1): 102-16.

[8] Morovatdar N, Moradi Lakeh M, Malakouti SK, Nojomi M. Frequency of Methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A Systematic Review. *Iran J Psychiatry & clinic Psyc* 2013; 18(4): 253-60.

[9] M Sinyor, M Williams, M Vincent, A Schaffer, Paul SF, Gunnell Y. Suicide deaths by gas inhalation in Toronto: An observational study of emerging methods of suicide. *J Affect Disord* 2019; 243(16): 226-31.

[10] KeunPark H, WonLee J, YeolLee S, Moon J, Jeon D, HoonShim SE, et al. The Korean Cohort for the Model Predicting a Suicide and Suicide-related Behavior: Study rationale, methodology, and baseline sample characteristics of a long-term, large-scale, multi-center, prospective, naturalistic, observational cohort study. *Compr Psychiatry* 2019; 88(12): 29-38.

[11] Beckman k, Lindh au, Waern m, Stromsten l, Renberg es, Runeson B, et al. Impulsive suicide attempts among young people–A prospective multicentre cohort study in Sweden. *J Affect Disord* 2019; 243(15): 421-26.

[12] Nojomi m, Malakouti SK, Bolhari J, Poshtmashhadi M. A Predictor Model for Suicide Attempt: Evidence from a Population-Based Study. *Arch Iranian Med* 2007; 10 (4): 452 –58.

[13] Monteith Lindsey L, BrownstoneLisa M, Gerber Holly R, Soberay Kelly A, Bahraini N. Understanding suicidal self-directed violence

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

among men exposed to military sexual trauma: An ecological framework. *Psyc Men & Masculinities* 2019; 20(1): 23-35.

[14] van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis* 2011; 32(6): 319-33.

[15] Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen T, Lehtonen J, Viinamäki H.Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12 month follow-up study. *Soc Psychiatr Epidemiol*; 2001; 36(4): 590–94.

[16] Rezaeian M. Suicide Prevention in Developing Countries: A Prioritized Requirement Issue. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 441-8.

[17] Khadem Rezaiyan M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati S, Okhravi N, et al. Epidemiology of Suicide Attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015. *Iranian J Epid* 2017; 13(2) :128-35.

[18] Hajivandi A, Akbarizadeh F janghorbani M. Epidemiology of suicide in province of Bushehr in 2009. *J Health Syst Res* 2013; 9(11): 1252-61.

[19] Nojomi m, Malakouti SK, Bolhari J, Poshtmashhadi M. A Predictor Model for Suicide Attempt: Evidence from a Population-Based Study. *Arch Iranian Med* 2007; 10 (4): 452 –58.

[20] Windfuhr K, Kapur N, International perspectives on the epidemiology and aetiology of suicide and self-harm. In: Rory C, Platt S, Gordon J, editors. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. First edition. Weley-blackwell 2011; 2: 34-40.

[21] Hafezi R, Akbari SH. Prevalence of Suicide and prevention strategies in Khorramabad County in 2011. *Silent Offensive C J 2012*; 2(1): 89-95. [Farsi]

[22] Jayervand H. Comparison of the Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Monotheistic Integrated Psychotherapy on Reducing Suicidal Thoughts and Expression Change in Suicidal Persons. *J Ilam Univ Med* 2017; 25(5): 91-9.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

[23] Donath C , Bergmann C , Kliem S , Hillemacher TH, Baier D. Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatrics* 2019; 19(45): 1-19.

[24] Einolkamali R, Beyranvand M, Vatani Z. Investigating the relationship between family cohesion in suicidal thoughts and prevention of suicide in adolescents. *Monthly Gazette* 2017; 21(124): 25-38.

[25] Nabipour Gisi S, Refieepoor A, Alizadeh K. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Symptoms in Patients with Cancer. *J Res Behav Sci* 2018; 16(3): 333-43.

[26] World Health Organization. Preventing Suicide: a Global Imperative. World Health Organization: Geneva, Switzerland. 2014.

[27] Hadlczky G, Wasserman D, Hoven C, Mandell D, Wasserman C, Suicide prevention strategies: case studies from across the globe. In: Rory C, Platt S, Gordon J, editors. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. First edition. *Weley-blackwell* 2011; 27: 475-83.

[28] R Cox G, Owens CH, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 214.

[29] Lu s, Gao w, Huang M, Li L. In search of the HPA axis activity in unipolar depression patients with childhood trauma: Combined cortisol awakening response and dexamethasone suppression test. *J Psychiatric Res* 2016; 48: 24-30.

[30] Rezaeian M. A Critical Look at the World Health Organization Report for Suicide Prevention. *J Rafsanjan Univ Med* 2018; 16(12): 1169-74. [Farsi]

[31] Graham Lock. Functional English Grammar An Introduction for Second Language Teachers. First edition. *Jack Rechards Publisher* 1996; 110-20.

[32] National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/106

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

65/279765/9789241515016-eng.pdf (Last accessed 10 May 2019).

[33] IASP, World Suicide Prevention Day (WSPD) 2018 – Home. Available at: https://iasp.info/wspd2018 (Last accessed 14 February 2019).

[34] IASP Congresses. Available at: https://www.iasp.info/congresses.php (Last accessed 16 March 2019).

[35] Baker ST, Nicholas J, Shand F, Green R, Christensen H. A comparison of multi-component systems approaches to suicide prevention. *Aust Psychiatry J* 2018; 26(2): 128-31.

[36] Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, Van Audenhove C, Bouleau JH, Van Der Feltz-Cornelis C, et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry 2008; 9(1):51-8.

[37] Mackenzie M1, Blamey A, Halliday E, Maxwell M, McCollam A, McDaid D, et al. Measuring the tail of the dog that doesn't bark in the night: the case of the national evaluation of Choose Life (the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland). BMC Public Health 2007; 7: 146.

[38] Labouliere CD, Vasan P, Kramer A, Brown G, Green K, Rahman M, Kammer J, et al. "Zero Suicide" - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. Suicidologi 2018; 23(1): 22-30.

[39] Fitzpatricka SJ, Hooker C. A ‘systems’ approach to suicide prevention: radical change or doing the same things better?. Public Health Res & Prac 2017; 27(2):1-4.

[40] SPS “CHOOSE LIFE” INITIATIVE REVIEW AND OVERALL EVALUATION REID HOWIE ASSOCIATES March 2006.pdf. Available at: http://www.sps.gov.uk/nmsruntime/saveasdialog.aspx?fileName=Choose_Life_Initiative.pdf. (Last accessed: July 2019)

[41] Platt S, Arensman E, Rezaeian M. National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. *Crisis* 2019; 40(2): 75-82.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

[42] Zalsman G, Hawton, K, Wasserman, D, van Heeringen, K, Arensman, E. Sarchiapone, M, Zohar, J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016*; 3(7)*: 646–50.

[43] De Leo D, Evans R. International suicide rates and prevention strategies. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber 2004; 1(10): 420.

[44] Matsubayashi, T, Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Med* 2011; 73: 1395–1400.

[45] Kring AM, Johnson SH, Davison G, Neale J. Abnormal Psychology. 12thedition. United States of America*, Wiley & Sons publisher* 2012; 40-80.

[46] Barekatain M, Aminoroaia M, Ardestani Samimi SM, Rajabi F, Attari A. Educational Needs Assessment for Psychiatry Residents to Prevent Suicide: A Qualitative Approach. *Int J Prev Med* 2013; 4(10): 120-45.

[47] Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004; 3(3): 158-9.

[48] Arensman E. Suicide Prevention in an International Context: Progress and Challenges. *Crisis* 2017: 38(1): 1-6.

[49] Feizpour M. Lotfi E. Economical Distinctions and Social Problems of Iran: Rates of Unemployment and Suicide. *Secur & Social Order Strategic Study J* 2015; 9(1): 27-30.

[50] Debout M. Improving suicide prevention. *Soins* 2017; 62(814): 23-25.

[51] Terpstra S, Beekman A, Abbing J, Jaken S , Steendam M, Gilissen R. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health* 2018; 18: 637.

[52] Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R, Kerkhof A, Hendrikus Smit J. Suicide Prevention Guideline Implementation in Specialist Mental Healthcare Institutions in The Netherlands. *Int. J Environ Res*. Public Health 2018; 15(910): 1-12.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]

The Steps to Develop a Comprehensive Suicide Prevention Strategy: A Narrative Review

F. Doost Mohammadi[۱], M. Rezaeian[۲]

Received: 19/02/2019 Sent for Revision: 01/06/2019 Received Revised Manuscript: 14/07/2019 Accepted:15/07/2019

Suicide is a kind perspective of behavioral multi-dimensional disorder that is associated with many factors. Suicide Prevention requires a global with national plan and local action. Developing a suicide prevention strategy requires attention to all levels of prevention, and it is possible to implement in cooperation with various institutions and ministries such as education, health and wellbeing, and culture. The purpose of this study was to determine the dimensions of a comprehensive suicide prevention strategy.

According to the results of this study, it seems that the pathway to developing a suicidal prevention strategy for countries that have not yet started any activities on suicide prevention have been different with this pathway to developing a suicide prevention in countries that have been implementing at least a comprehensive suicide prevention plan or strategy. Therefore, it is imperative that each country, in accordance with its requirements and background and by relying on the precise definition of suicidal behavior and its stages, identifying the most important risk factors for suicide in each region and paying attention to all levels of prevention, setting up a comprehensive suicide prevention strategy.

Key words: Suicide, Prevention, Strategy

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Etical approval: None declared.

How to cite this article: Doost Mohammadi F, Rezaeian M. The Steps to Develop a Comprehensive Suicide Prevention Strategy: A Narrative Review. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 18 (11): 1155-82. [Farsi]

۱- Ph.d Student of Epidemiology, School of Public Health, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran, ORCID: 0000-0003-3867-4214

۲- (Corresponding Author) Mohsen Rezaeian, Prof. Dept. of Epidemiology, Occupational Environmental Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran, ORCID: 0000-0003-3070-0166

Tel: (034) 31315123, Fax: (034) 31315123, E-mail: moeygmr2@yahoo.co.uk

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1398.18.11.6.2]