



شیوه نامه

برنامه ملی پیشگیری از خودکشی

بازنگری شده در سال ۱۳۹۸

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
معاونت بهداشت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پاییز ۱۳۹۸

اهداف کلی برنامه:

هدف نهایی برنامه پیشگیری از اقدام به خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی و فوت ناشی از آن است. برای این هدف کلی، اهداف کلی زیر تعیین شده که ذیل آن، استراتژی های تحقق آنها، شاخص ها و برنامه های اجرایی تدوین شده است.

۱. افزایش روایی داده های مربوط به ثبت موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سطح کشور
۲. کاهش انگ اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودکشی
۳. ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر خودکشی
۴. مدیریت تنعکاس صحیح اخبار خودکشی در رسانه ها
۵. کاهش دسترسی به روش های مهلک خودکشی
۶. تقویت پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی جهت رفع خلأ های دانش در این حوزه

به منظور نیل به این اهداف، نحوه اجرای برنامه به صورت گام به گام و بر اساس زمانبندی تعیین شده در این جزوه شرح داده شده است.

هدف کلی ۱: افزایش روایی داده های مربوط به ثبت موارد اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سطح کشور

یکی از استراتژی های مهم برای نیل به هدف نهایی پیشگیری از خودکشی، در اختیار داشتن داده های صحیح در برگیرنده آمار مربوط به اقدام و فوت ناشی از خودکشی می باشد. این داده ها از منابع مختلف قابل دستیابی هستند، که شامل مراکز بهداشت شهرستان ها، بیمارستان ها و سازمان پزشکی قانونی است.

استراتژی ۱: ثبت دقیق داده های مربوط به خودکشی در سامانه معاونت بهداشت

هدف اختصاصی ۱: افزایش آگاهی ۱۰۰ درصد مدیران گروه سلامت روان معاونت بهداشت دانشگاه ها در خصوص ثبت داده های خودکشی

شاخص ۱: درصد مدیران گروه سلامت روان معاونت بهداشت دانشگاه ها که آموزش در خصوص ثبت داده های خودکشی را دریافت کرده اند

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد باید دستورالعمل ثبت خودکشی را تدوین و به صورت تلفنی به مدیر گروه آموزش دهد و از صحت تمامی نام های کاربری و گذرواژه ها اطمینان حاصل نماید. مدیر گروه می بایست ظرف یک هفته کلیه کارشناسان مسئول سلامت روان شهرستان ها را در خصوص ورود داده ها آموزش دهد.
- برای ثبت موارد اقدام و فوت ناشی از خودکشی، لازم است پس از دسترسی به اینترنت، از طریق آدرس زیر و پس از وارد نمودن نام کاربر و رمز ورود اختصاصی شهرستان، وارد سامانه ثبت داده های وزارت بهداشت شوید:

<http://www.health.gov.ir/PSA/SitePages/suicide98.aspx>

سپس در ستون سمت راست، گزینه "ثبت موارد خودکشی ۹۸" را انتخاب نمایید. در اینجا وارد صفحه "نما" می شوید. با انتخاب گزینه "افزودن مورد جدید" که با یک علامت (+) سبز رنگ مشخص شده است، وارد فرم ثبت داده ها می شوید و می توانید موارد را ثبت نمایید. نکات زیر در خصوص تغییرات اعمال شده در فرم ثبت اطلاعات مربوط به اقدام به خودکشی و فوت ناشی در سامانه وزارت بهداشت برای سال ۱۳۹۸ به استحضار می رسد:

- استان، دانشگاه/دانشکده و شهرستان اختصاصی شما به صورت خودکار انتخاب شده اند.
- نام و نام خانوادگی و کد ملی فرد را در صورت در اختیار داشتن، و تا حد امکان ثبت نمایید. در صورت عدم وجود نام یا نام خانوادگی یا کد ملی، سامانه برای ثبت همچنان فعال خواهد بود، اما در صورت ورود کد ملی اشتباه، سامانه به شما اجازه ورود داده نخواهد داد.
- پر کردن فیلد جنسیت الزامی است. در ثبت جنسیت (زن و مرد) دقت کافی نمایید، چرا که برخی از گزینه های بعدی با شرط جنسیت تعریف شده اند و با ثبت یک گزینه، گزینه های دیگر غیرفعال خواهند شد. پس از انتخاب گزینه "زن"، در قسمت بعدی، انتخاب گزینه "باردار" و یا "غیر باردار" ضروری است.
- سن فرد را به عدد ثبت نمایید. در ثبت سن دقت کافی نمایید، چرا که برخی از گزینه های بعدی با شرط سن تعریف شده است. سامانه بر اساس اعداد وارد شده، برای گروه های سنی گزارش گیری خواهد کرد.
- در ثبت وضعیت تأهل، دقت شود که "مطلقه / جدا شده" و "همچنین بیوه / همسر فوت شده" را هم برای مردان و هم برای زنان می توانید انتخاب نمایید. در صورتی که وضعیت تأهل نامشخص باشد، می توانید گزینه "نامشخص" را انتخاب نمایید.

- در ثبت تحصیلات، دقت شود که برای کلیه موارد دارای سواد خواندن و نوشتن، تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، و سیکل قدیم، گزینه "زیر دیپلم" را انتخاب نمایید. بدیهی است کودکان و یا نوجوانانی که تحصیلات مدرسه را به اتمام نرسانده اند و یا دیگر به مدرسه نمی روند نیز در این دسته قرار می گیرند. افرادی که فاقد سواد خواندن و نوشتن باشند و یا هرگز به مدرسه نرفته باشند، در گروه بی سواد قرار می گیرند. کلیه افراد دارای مدارک فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری و بالاتر از آن اعم از گروه های پزشکی و ... در گروه تحصیلات دانشگاهی قرار می گیرند. انتخاب گزینه تحصیلات دانشگاهی برای سن زیر ۱۸ سال غیرفعال شده است. در صورتی که تحصیلات نامشخص باشد می توانید گزینه "نامشخص" را انتخاب نمایید.
- در ثبت منطقه سکونت، برای افرادی که در حاشیه شهرها سکونت دارند، گزینه "شهر" و برای افرادی که زندگی عشایری دارند، گزینه "روستا" را انتخاب نمایید. در صورتی که منطقه سکونت نامشخص باشد، می توانید گزینه "نامشخص" را انتخاب نمایید.
- افراد شاغل، شامل زنان و مردانی می شود که دارای شغل (اعم از کارفرما، کارگر، کارمند، شغل آزاد، کشاورز، دامدار، معلم، پرستار، پزشک، مدرس دانشگاه، و ...) باشند. افراد بدون شغل دارای درآمد، کلیه زنان و مردانی را شامل می شود که در بیرون از منزل شاغل نیستند، اما از یک طریقی صاحب درآمد می باشند (مستمری بگیر، بازنشسته، دریافت سود بانکی، اجاره بهای ملک یا درآمد حاصل از کار دیگری). افراد بیکار، شامل زنان و مردان در سنین جوانی و میانسالی است که آماده برای کار و جویای کار باشند، اما شاغل نباشند و همچنین هیچ در آمدی نداشته باشند. افراد خانه دار، شامل زنانی می شود که فعالیت اقتصادی در بیرون از منزل ندارند. این افراد فقط به امور منزل می پردازند. این گزینه، تنها برای افرادی که جنسیت زن برای آنها ثبت شده باشد، در سامانه فعال خواهد بود. انتخاب گزینه سرباز فقط برای مردان ممکن خواهد بود. پس از انتخاب گزینه دانشجوی، در صورتی که نتیجه اقدام به خودکشی، فوت باشد، در قسمت بعدی انتخاب نوع دانشگاه (اعم از علوم پزشکی وزارت بهداشت، دولتی وزارت علوم، فنی حرفه ای وزارت علوم، پیام نور وزارت علوم، غیرانتفاعی، دانشگاه آزاد اسلامی) ضروری است. در صورتی که وضعیت اشتغال در هیچ یک از گروه های تقسیم بندی شده فوق نتواند قرار گیرد، می توانید گزینه سایر را انتخاب نمایید. در صورتی که وضعیت اشتغال نامعلوم باشد، گزینه نامشخص را انتخاب نمایید.
- هر نوع اقدام به خودکشی با سموم کشاورزی، قرص برنج و سایر موارد مشابه آن در قسمت مسمومیت با سم ثبت شود.
- خودکشی با چاقو یا تیغ (و یا سایر اشیاء برنده) شامل بسیاری از موارد خودزنی مراجعه کننده به بیمارستان می باشد و باید در زمره موارد اقدام به خودکشی ثبت شوند. هر نوع روش دیگر خودکشی به غیر از موارد ذکر شده (به طور مثال مانند مصرف مواد مخدر و الکل به قصد خودکشی، خفه کردن خود با گاز، غرق شدگی)، در قسمت سایر ثبت شود. مواردی که روش خودکشی آنها نامعلوم بوده است در قسمت نامشخص ثبت گردد. بدیهی است تعداد سایر روش ها و همچنین تعداد موارد نامشخص به هیچ عنوان نباید زیاد باشد و نشان دهنده ضعف در ثبت اولیه اطلاعات خواهد بود.
- داده های مربوط به اقدام و فوت باید حداکثر ظرف ۱۵ روز تقویمی از تاریخ وقوع ثبت شوند. این اطلاعات شامل اطلاعات دریافتی از همه منابع می باشد. در پایان هر ماه، مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه موظف است از ورود داده ها توسط کاربران شهرستان ها اطمینان حاصل نماید و در پایان هر سه ماه، یک گزارش توصیفی/تحلیلی برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد در پایان هر سه ماه، باید ورود داده ها توسط شهرستان ها را بررسی و در صورت مشاهده عدم ورود داده ها، موضوع را طی نامه کتبی به دانشگاه اعلام نماید.
- دستورالعمل و فرم جدید جمع آوری داده های بیمارستانی توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد تهیه می شود و در جلسه ای که بدین منظور بین معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت بهداشت برگزار می گردد مطرح و جهت استفاده از آن، تفاهم نامه ای بین دو معاونت امضا و از سوی هر دو معاونت به دانشگاه ها ابلاغ می شود.
- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران نسبت به تهیه محتوای آموزشی برای نهادهای نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی اقدام نماید.
- کارشناس مسئول مرکز بهداشت دو دوره آموزشی در بهمن ماه سال ۹۸ و شهریور ۹۹ بر اساس بسته آموزشی دفتر سلامت روان برای کارشناسان نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی برگزار نموده و نحوه ارسال فرم خودکشی به مرکز بهداشت را آموزش دهد.
- کارشناس مسئول مرکز بهداشت شهرستان صورتجلسه دوره های آموزشی برگزار شده را به همراه نتیجه پیش آزمون و پس آزمون به معاونت بهداشت دانشگاه ارسال نماید.

استراتژی ۲: همکاری درون سازمانی بین معاونت بهداشت و درمان جهت دریافت اطلاعات مربوط به اقدام به خودکشی

- هدف اختصاصی:** دریافت آمار موارد اقدام به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس ۱۰۰٪ بیمارستان های تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان توسط مراکز بهداشت شهرستان ها
- شاخص:** درصد بیمارستان هایی که آمار اقدام به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس خود را به مراکز بهداشت شهرستان ها ارسال کرده اند
- معاونت بهداشت دانشگاه موظف است طی جلساتی با روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها، استفاده از دستورالعمل و فرم جهت جمع آوری داده های بیمارستانی را مطرح نماید.
 - روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها باید موضوع استفاده از دستورالعمل و فرم جهت جمع آوری داده های بیمارستانی را طی جلساتی با روسای بیمارستان های منطقه تحت پوشش مطرح نمایند.
 - مراکز بهداشت باید برای هر بیمارستان یک رابط از میان پرسنل بیمارستان انتخاب نمایند که دسترسی مطمئن به داده ها داشته باشد. رابط بیمارستانی موظف است موارد خودکشی را حداکثر تا ۳ روز کاری به طریق مقتضی به دست کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان برساند و کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان باید داده ها را تا حداکثر یک هفته وارد سامانه نماید.

استراتژی ۳: تعامل با سازمان پزشکی قانونی کشور جهت دریافت اطلاعات مربوط به فوت ناشی از خودکشی

هدف اختصاصی: دریافت ۱۰۰٪ آمار فوت ناشی از خودکشی از ۱۰۰٪ ادارات کل پزشکی قانونی کشور شاخص: درصد مراکز بهداشت شهرستان هایی که ۱۰۰٪ آمار فوت ناشی از خودکشی شهرستان را دریافت نموده اند.

- تفاهم نامه ای بین وزارت بهداشت و سازمان پزشکی قانونی در خصوص امکان تبادل اطلاعات و آمار تفکیک شده مربوط به فوت به دنبال خودکشی با پیگیری حوزه معاونت بهداشت امضا خواهد شد. در این تفاهم نامه قید خواهد شد که ادارات کل پزشکی قانونی استان ها، موارد مشکوک به فوت ناشی از خودکشی را که مراحل قانونی و قضایی آنها طی شده باشد به تفکیک شهرستان ها در انتهای هر فصل و تا پایان ماه بعد از پایان فصل، به دانشگاه علوم پزشکی واقع در مرکز استان بدهد.
- معاونت بهداشت دانشگاه های واقع در مراکز استان ها موظف به ارائه داده های مربوط به هر شهرستان به معاونت بهداشت دانشگاه مربوطه می باشند.
- مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد حوزه معاونت بهداشت موظف است موارد را به روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها ارائه دهد.
- کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان باید ضمن تطبیق داده ها و اصلاح موارد تکراری احتمالی، داده ها را تا حداکثر یک هفته پس از دریافت وارد سامانه نماید.

استراتژی ۴: ارتقاء سامانه ثبت خودکشی معاونت بهداشت

هدف اختصاصی: تجهیز سامانه ثبت خودکشی معاونت بهداشت به امکانات رصد افزایش غیرمتعارف میزان خودکشی در یک منطقه یا زمان مشخص

شاخص: مستندات تجهیز سامانه ثبت خودکشی معاونت بهداشت به امکانات رصد افزایش غیرمتعارف میزان خودکشی در یک منطقه یا زمان مشخص

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، مدلی را برای رصد افزایش غیرمتعارف میزان خودکشی در یک منطقه یا زمان مشخص (جهت شناسایی cluster suicide) به مسئول فناوری اطلاعات معرفی می نماید. در این مدل با محاسبه میزان وقوع خودکشی بر حسب جمعیت مناطق مختلف، سیستم هشدار در نظر گرفته خواهد شد. همچنین مواردی همچون تعیین یک کد شناسه برای هر مورد خودکشی، و اضافه نمودن مواردی مثل ارزیابی انجام شده برای بیمار اقدام کننده در اورژانس و همچنین توجه به محل سکونت علاوه بر محل اقدام به امکانات سامانه معاونت بهداشت اضافه خواهد شد.

هدف کلی ۲: کاهش انگ اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودکشی

خودکشی، مانند بسیاری از موارد در حوزه سلامت، از موضوع های حساس بشمار می رود. علت این حساسیت ناپسند شمردن این پدیده در جوامع و فرهنگ های گوناگون است. انگ ناشی از خودکشی محدودیت دسترسی به خدمات روانپزشکی - روانشناختی و درمان بیماری های روانی را به همراه دارد و نیز منجر به گزارش کمتر میزان واقعی آمار خودکشی می شود. انگ زدایی از خودکشی در جامعه از جمله اهداف مهم پیشگیری از خودکشی بشمار می رود. ترویج استفاده از خدمات بهداشت روان، کاهش تبعیض نسبت به افرادی که از این خدمات استفاده می کنند را به همراه خواهد داشت.

استراتژی ۱: استفاده از ظرفیت رهبری نظام سلامت برای کاهش انگ اجتماعی مرتبط آگاهی بخشی در ارتباط با خودکشی

هدف اختصاصی ۱: برگزاری پنج جلسه پیرامون پیشگیری از خودکشی در سطوح مختلف مدیریتی نظام سلامت در سال

شاخص ۱: تعداد جلسات اختصاص یافته به موضوع خودکشی در سطوح مختلف مدیریتی نظام سلامت در سال

- در حوزه وزارت: به منظور جلب همکاری و انگ زدایی از خودکشی یک جلسه در سال با موضوع خودکشی بر اساس مستندات علمی توسط دفتر سلامت روان در شورای معاونین وزارت بهداشت برگزار و مستندات برگزاری جلسه
- در حوزه استان: به منظور انگ زدایی از خودکشی در سیاستگذاران استان، دبیر بهداشت دانشگاه موظف است ضمن تهیه مستندات علمی در جلسات کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، ۲ جلسه در سال را به موضوع خودکشی اختصاص داده و گزارش برگزاری جلسه را به همراه صورتجلسه به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال نماید.
- در حوزه شهرستان: برای حساس سازی و انگ زدایی از خودکشی، فصلی یکبار جلسه ای با عنوان خودکشی و بر اساس مستندات علمی در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان توسط دبیر بهداشت دانشگاه برگزار شده و گزارش و صورتجلسه به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال شود.
- در حوزه دانشگاه: یک جلسه در سال در هیات ریسه دانشگاه بر اساس مستندات علمی به موضوع خودکشی اختصاص یافته و مستندات برگزاری جلسه به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال شود.

استراتژی ۲: آموزش جمعیت عمومی در خصوص کاهش انگ اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودکشی و اتخاذ رفتارهای کمک خواهی در ارتباط با خودکشی

هدف اختصاصی: افزایش دانش ۵۰٪ جمعیت عمومی در خصوص همه گیرشناسی، سبب شناسی و گروه های در معرض خطر اقدام به خودکشی

شاخص: نسبتی از جمعیت عمومی که دانش آنها در خصوص همه گیرشناسی، سبب شناسی و گروه های در معرض خطر اقدام به خودکشی افزایش یافته است

- مدیر گروه سلامت روان دانشگاه با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران و بخش سمعی - بصری دانشگاه در سه ماهه اول اجرای طرح ۳ کلیپ یا پادکست آموزشی با موضوع "همه گیرشناسی اقدام به خودکشی" برای جمعیت عمومی تهیه و در فضای مجازی مجاز منتشر نماید.
- مدیر گروه سلامت روان دانشگاه با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران و بخش سمعی - بصری دانشگاه در سه ماهه اول اجرای طرح ۳ کلیپ یا پادکست آموزشی با موضوع "سبب شناسی اقدام به خودکشی" برای جمعیت عمومی تهیه و در فضای مجازی مجاز منتشر نماید.
- مدیر گروه سلامت روان دانشگاه با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران و بخش سمعی - بصری دانشگاه در سه ماهه اول اجرای طرح ۳ کلیپ یا پادکست آموزشی با موضوع "گروه های در معرض خطر اقدام به خودکشی" برای جمعیت عمومی تهیه و در فضای مجازی مجاز منتشر نماید.
- در طول اجرای طرح حداقل یک برنامه تلویزیونی در خصوص "پیشگیری از اقدام به خودکشی" با همکاری صدا و سیما استان تهیه و از شبکه های سیما استان پخش شود.
- پس از تامین بودجه، حداقل یک همایش در سال با موضوع "بسیج همگانی برای کاهش میزان رفتارهای خودکشی" برگزار شود و برنامه ضبط شده به همراه سایر مستندات به دفتر سلامت روان ارسال شود.
- دانشگاه موظف است نسبت به برگزاری کمپین های خودکشی به صورت هفتگی در مناطق مختلف استان اقدام نموده و مستندات آن را به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال کند.

هدف کلی ۳: ارتقاء کمی و کیفی خدمات ارائه شده به افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی

ایجاد و توسعه خدمات پیشگیری و درمان اختلالات روانپزشکی و مداخلات روانشناختی اعم از سرپایی و بستری به افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی و نیز بازماندگان قربانیان خودکشی از اهداف استراتژیک مهم برای کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت به دنبال آن می باشد. مناطقی که زیر ساخت قوی در حوزه شناسایی و مدیریت در سطح اولیه، ارجاع موثر، و درمان تخصصی دارند، فوت ناشی از خودکشی کمتری را نسبت به اقدامات دارند.

استراتژی ۱: شناسایی به موقع افراد در معرض خطر خودکشی در سطح نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

هدف اختصاصی ۱: افزایش میزان شناسایی افکار خودکشی در میان مراجعه کنندگان به خانه های بهداشت/ پایگاه های سلامت توسط بهورزان/ کارشناسان مراقب سلامت به میزان دو برابر سال پایه

شاخص ۱: نسبت شناسایی افکار خودکشی در میان مراجعه کنندگان به خانه های بهداشت/ پایگاه های سلامت توسط بهورزان/ کارشناسان مراقب سلامت نسبت به همین میزان در سال پایه

هدف اختصاصی ۲: افزایش میزان شناسایی افکار خودکشی در میان گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها به میزان ۵۰٪ نسبت به سال پایه

شاخص ۲: نسبت شناسایی افکار خودکشی در میان گروه های هدف تحت پوشش سایر دستگاه ها نسبت به همین میزان در سال پایه

- گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد حوزه معاونت بهداشت دانشگاه باید با هماهنگی مرکز مدیریت شبکه، برای کلیه بهورزان، حداقل یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت آموزش حضوری برای حداکثر ۲۰ نفر در هر جلسه با موضوع آموزش در خصوص پیشگیری از خودکشی و غربالگری افکار خودکشی در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت برگزار نماید. لازم این آموزش ها سالانه تکرار گردد. مسئول برگزاری این جلسات، مرکز بهداشت شهرستان بوده و مدرس جلسه باید کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان باشد.
- گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد حوزه معاونت بهداشت دانشگاه باید با هماهنگی مرکز مدیریت شبکه، برای کلیه کارشناسان مراقب سلامت، حداقل یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت آموزش حضوری برای حداکثر ۲۰ نفر در هر جلسه با موضوع آموزش در خصوص پیشگیری از خودکشی و غربالگری افکار خودکشی در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت برگزار نماید. لازم این آموزش ها سالانه تکرار گردد. مسئول برگزاری این جلسات، مرکز بهداشت شهرستان بوده و مدرس جلسه باید کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان باشد.
- گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد حوزه معاونت بهداشت دانشگاه باید با هماهنگی با اداره کل آموزش و پرورش شهرستان های منطقه تحت پوشش، مطابق یک برنامه زمان بندی مورد توافق، برای مشاوران مدارس مقطع متوسطه اول، حداقل یک جلسه آموزشی به مدت ۲ ساعت برای حداکثر ۲۰ نفر در هر جلسه با موضوع آموزش در خصوص پیشگیری از خودکشی و غربالگری افکار خودکشی در میان دانش آموزان برگزار نماید. مسئول برگزاری این جلسات، مرکز بهداشت شهرستان بوده و مدرس جلسه باید کارشناس مسئول سلامت روان شهرستان باشد.
- مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه باید گزارشی از آموزش بهورزان، کارشناسان مراقب سلامت و مشاوران مدارس منطقه تحت پوشش خود را برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.

استراتژی ۲: درمان و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

هدف اختصاصی ۱: بازآموزی کلیه پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی در خصوص مدیریت بیماران دارای افکار خودکشی

شاخص ۱: درصد پزشکان عمومی مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی که در کارگاه بازآموزی در خصوص مدیریت بیماران دارای افکار خودکشی شرکت نموده اند

هدف اختصاصی ۲: افزایش تعداد بیماران دارای افکار خودکشی شناسایی شده در غربالگری که حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شده اند

شاخص ۲: درصد بیماران دارای افکار خودکشی شناسایی شده در غربالگری که حداقل یک بار توسط پزشک عمومی ویزیت شده اند.

هدف اختصاصی ۳: جذب ۷۰ درصد موارد اقدام کننده ارجاع شده از اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، آتش نشانی و آموزش و پرورش و ارائه خدمات درمانی در نظام مراقبت های اولیه

شاخص ۳: تعداد افراد ارجاع شده از اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، آتش نشانی و آموزش و پرورش که در مراکز خدمات جامع سلامت تحت مراقبت بهداشتی درمانی قرار گرفته اند

- گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد حوزه معاونت بهداشت دانشگاه باید با هماهنگی مرکز مدیریت شبکه، برای کلیه پزشکان عمومی، حداقل یک جلسه آموزشی به مدت ۴ ساعت آموزش حضوری برای حداکثر ۲۰ نفر در هر جلسه با موضوع آموزش در خصوص ارزیابی خطر، مدیریت و درمان بیماران دارای افکار خودکشی برگزار نماید. لازم این آموزش ها سالانه تکرار گردد. مسئول برگزاری این جلسات، معاونت بهداشت دانشگاه و مدرس باید حتما روانپزشک باشد. منبع تدریس، کتاب مدیریت اختلالات سلامت روان (mhGap) می باشد.
- مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه می بایست به صورت ماهیانه گزارشی از تعداد ویزیت های انجام شده توسط پزشک برای موارد دارای افکار خودکشی را از مراکز بهداشت شهرستان ها بخواهد و به همراه گزارشی از آموزش پزشکان عمومی تحت پوشش خود را برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.
- کارشناس مسئول مرکز بهداشت شهرستان با کمک کارشناسان سلامت روان و رفتار مراکز خدمات جامع سلامت نسبت به جذب موارد اقدام کننده معرفی شده توسط اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، آتش نشانی و آموزش و پرورش در طول سال اقدام نماید.
- کارشناس مسئول مرکز بهداشت شهرستان نحوه ارائه خدمات درمانی در نظام مراقبت های اولیه را پایش و گزارش آن را به معاونت بهداشت دانشگاه ارسال نماید.

استراتژی ۳: ارائه مداخلات روانشناختی/پیگیری تلفنی به بیماران دارای افکار خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

هدف اختصاصی ۱: آموزش بسته مداخلات کوتاه روانشناختی/پیگیری تلفنی کلیه کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت

شاخص ۱: درصد کارشناسان سلامت روان مراکز خدمات جامع سلامت شهری که آموزش بسته مداخلات کوتاه روانشناختی/پیگیری تلفنی را دریافت نموده اند.

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد موظف است بسته مداخلات کوتاه روانشناختی/پیگیری تلفنی برای کارشناسان سلامت روان برای بیماران دارای افکار خودکشی را تدوین نموده و ضمن برگزاری کارگاه آموزشی برای مدیران گروه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه ها، آن را به دانشگاه ها ابلاغ نماید.

معاونت بهداشت دانشگاه ها موظف به برگزاری کارگاه آموزشی برای کلیه کارشناسان سلامت روان ستادی دانشگاه و شهرستان ها و کارشناسان سلامت روان مراکز جامع خدمات سلامت می باشند.

مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه می بایست به صورت ماهیانه گزارشی از تعداد جلسات خدمات روانشناختی ارائه شده توسط کارشناس سلامت روان، برای موارد دارای افکار خودکشی را از مراکز بهداشت شهرستان ها بخواهد و به همراه گزارشی از آموزش کارشناسان سلامت روان برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.

استراتژی ۴: ارائه خدمات سلامت روان به بازماندگان قربانیان ناشی از خودکشی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

هدف اختصاصی: ارائه خدمات به ۱۰۰٪ خانواده های افراد فوت شده ناشی از خودکشی

شاخص: درصد خانواده های بازمانده فرد فوت شده به دنبال خودکشی که خدمات سلامت روان را دریافت نموده اند به کلیه خانواده های بازمانده

- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد موظف است بسته خدمات سلامت روان برای بازماندگان قربانیان ناشی از خودکشی را تدوین نموده و ضمن برگزاری کارگاه آموزشی برای مدیران گروه های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه ها، آن را به دانشگاه ها ابلاغ نماید.
- معاونت بهداشت دانشگاه ها موظف به برگزاری کارگاه آموزشی برای کلیه کارشناسان سلامت روان ستادی دانشگاه و شهرستان ها و کارشناسان سلامت روان مراکز جامع خدمات سلامت می باشند.
- مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه می بایست به صورت ماهیانه گزارشی از تعداد جلسات مداخله برای بازماندگان ارائه شده توسط کارشناس سلامت روان، را از مراکز بهداشت شهرستان ها بخواهد و به همراه گزارشی از آموزش کارشناسان سلامت روان برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.

استراتژی ۵: ارائه خدمات مناسب به بیماران دارای خطر بالای اقدام به خودکشی در درمانگاه های تخصصی روانپزشکی

- **هدف اختصاصی ۱:** تامین روانپزشک برای کلیه شهرستان های دانشگاه
- **شاخص ۱:** درصد شهرستان هایی که حداقل یک روانپزشک مستقر در درمانگاه تخصصی دانشگاهی دارند
- **هدف اختصاصی ۲:** افزایش میزان ارجاع بیماران دارای افکار خودکشی از نظام مراقبت های بهداشتی اولیه به درمانگاه های تخصصی
- **شاخص ۲:** تعداد بیماران با خطر بالای اقدام به خودکشی ارجاع شده به درمانگاه های تخصصی که حداقل یک بار توسط روانپزشک ویزیت شده اند
- معاونت بهداشت وزارت بهداشت باید موضوع تامین حداقل یک روانپزشک برای هر شهرستان را طی جلسه ای با معاون درمان مطرح نموده و پس از تقسیم نیروهای متخصص، از معاونت بهداشت دانشگاه ها بخواهد تعداد روانپزشک اختصاص یافته به هر یک از شهرستان ها را پایش و در صورت کمبود به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد گزارش نماید تا در تقسیم های بعدی نیرو جذب شود و یا خرید خدمت شود.
- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد می بایست دستورالعمل ارجاع بیماران با خطر بالای اقدام به خودکشی به روانپزشک مستقر در درمانگاه های تخصصی را تدوین نموده و به دانشگاه ها ابلاغ نماید.
- مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه می بایست به صورت ماهیانه گزارشی از تعداد موارد ارجاع شده توسط پزشک و ویزیت شده توسط روانپزشک را از مراکز بهداشت شهرستان ها بخواهد و برای دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد ارسال نماید.

ضمیمه ۱:

دستورالعمل فرآیند ارائه خدمات پیشگیری از خودکشی در سطح نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

- کلیه خدمات ارائه شده به بیماران دارای افکار خودکشی که در شرایط معمول به به خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت و یا مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه می نمایند، بر اساس فرآیند پیش بینی شده زیر انجام می پذیرد. ورود مراجع یا بیمار در برنامه پیشگیری از خودکشی جهت دریافت خدمات از چهار منبع پیش بینی می گردد:
۱. مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط بهورز، ماما یا کارشناس مراقب سلامت مستقر در خانه بهداشت روستایی یا پایگاه سلامت شهری که در غربالگری اولیه شناسایی شده باشند.
 ۲. مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط کارشناس سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی که در مصاحبه روانشناختی شناسایی شده باشند.
 ۳. مراجعین دارای افکار خودکشی شناسایی شده توسط پزشک عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی که در زمان اخذ شرح حال پزشکی شناسایی شده باشند.
 ۴. بیماران ترخیص شده از بیمارستان ها پس از اقدام به خودکشی ثبت شده توسط پرستاران مستقر در اورژانس که اسامی آنها جهت پیگیری به مرکز بهداشت شهرستان ها ارسال شده است.
- پزشک عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت پس از مصاحبه روانپزشکی و ارزیابی خطر خودکشی بر اساس جدول زیر، برای بیمار دارای افکار خودکشی به شکل زیر تصمیم گیری می نماید:
۱. در مواردی که بر اساس نتایج ارزیابی توسط پزشک، خطر اقدام به خودکشی بالا ارزیابی گردد، بر اساس شرایط موجود، به ترتیب زیر عمل نماید:
 - a. بیمار همراه دارد و همکاری لازم را دارد: پزشک باید بیمار را با همراه وی و نامه شرح حال مختصر به اورژانس یک بیمارستان با ارجحیت بیمارستان های دارای روانپزشک یا دستیار روانپزشکی ارجاع نماید.
 - a.i. پس از ارزیابی و تعیین تکلیف توسط پزشک عمومی، کارشناس سلامت روان می بایست پس از برقراری ارتباط اولیه با بیمار، جهت پیگیری تلفنی روند درمان او و همچنین ارائه مداخلات کوتاه روانشناختی، از او رضایت گرفته و مشخصات و شماره تلفن بیمار را ثبت نماید. پیگیری تلفنی اول ۲۴ بعد از اولین مراجعه و سپس ۷۲ ساعت بعد صورت می گیرد. هدف از برقراری این تماس تلفنی، ایجاد فضایی حمایتی برای او و تشویق به مراجعه جهت دریافت خدمات تخصصی روانپزشکی، و مراجعه مجدد به مرکز خدمات جامع سلامت جهت دریافت خدمات روانشناختی است.
 - b. بیمار همراه دارد ولی همکاری لازم را ندارد: پزشک باید توضیحات کامل را در خصوص خطر بالای اقدام به خودکشی بیمار به همراه وی بدهد و از او بخواهد کتباً در خصوص عدم تمایل به اعزام به بیمارستان رضایت دهد.
 - i. در چنین مواردی، پزشک باید برای قانع کردن بیماران جهت مراجعه به بیمارستان، از کارشناس سلامت روان کمک بگیرد، اما مسئولیت و تصمیم گیری نهایی بر عهده پزشک عمومی است. کارشناس سلامت روان ضمن برقراری ارتباط با بیمار، از تکنیک های آموخته شده آموزش روانشناختی جهت اقناع بیمار و خانواده وی استفاده می نماید.
 - c. بیمار همراه ندارد: پزشک باید موضوع را با یک عضو خانواده معرفی شده از سوی بیمار (ترجیحاً پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر) به صورت تلفنی در میان گذارده، ضمن آگاه ساختن وی در خصوص خطر بالای اقدام بیمار به خودکشی، از آنها بخواهد جهت اعزام بیمار به اورژانس بیمارستان، به مرکز مراجعه نمایند.

- i. در صورت حضور همراه و همکاری او، پزشک می تواند بیمار را با ایشان و به همراه نامه شرح حال مختصر به اورژانس یک بیمارستان با ارجحیت بیمارستان های دارای روانپزشک یا دستیار روانپزشکی ارجاع نماید.
 ۱. پس از ارزیابی و تعیین تکلیف توسط پزشک عمومی، کارشناس سلامت روان می بایست پس از برقراری ارتباط اولیه با بیمار، جهت پیگیری تلفنی روند درمان او و همچنین ارائه مداخلات کوتاه روانشناختی، از او رضایت گرفته و مشخصات و شماره تلفن بیمار را ثبت نماید. پیگیری تلفنی اول ۲۴ بعد از اولین مراجعه و سپس ۷۲ ساعت بعد صورت می گیرد. هدف از برقراری این تماس تلفنی، ایجاد فضایی حمایتی برای او و تشویق به مراجعه جهت دریافت خدمات تخصصی روانپزشکی، و مراجعه مجدد به مرکز خدمات جامع سلامت جهت دریافت خدمات روانشناختی است.
 - ii. در صورت حضور همراه و عدم همکاری او، پزشک باید توضیحات کامل را در خصوص خطر بالای اقدام به خودکشی بیمار به همراه وی بدهد و از او بخواهد کتباً در خصوص عدم تمایل به اعزام به بیمارستان رضایت دهد.
 ۱. در چنین مواردی، پزشک باید برای قانع کردن بیماران جهت مراجعه به بیمارستان، از کارشناس سلامت روان کمک بگیرد، اما مسئولیت و تصمیم گیری نهایی بر عهده پزشک عمومی است. کارشناس سلامت روان ضمن برقراری ارتباط با بیمار، از تکنیک های آموخته شده آموزش روانشناختی جهت اقناع بیمار و خانواده وی استفاده می نماید.
 - iii. در صورت عدم حضور همراه، پزشک می تواند جهت انتقال بیمار به اورژانس بیمارستان، با خط تلفن اورژانس کشور (۱۱۵) و یا اورژانس اجتماعی (۱۲۳) تماس گرفته و بیمار را از طریق آنان به اورژانس بیمارستان منتقل نماید.
۲. در مواردی که بر اساس نتایج ارزیابی توسط پزشک، خطر اقدام به خودکشی پایین ارزیابی گردد، پزشک باید بیمار را جهت شروع درمان سرپایی به روانپزشک ارجاع نماید و کارشناس سلامت روان را مسئول پیگیری بیمار جهت مراجعه به روانپزشک نماید. روانپزشک فرایند درمان بیمار را آغاز و پیگیری می نماید. در صورت بهبود علائم بیمار، ضمن ارائه پس خوراند به پزشک عمومی مرکز ارجاع کننده، ادامه فرایند درمان را به وی می سپارد. پزشکان عمومی مراکز در طی فرایند درمان، هر گاه با عدم پاسخ یا عدم بهبودی و یا عود علائم روبرو شوند، می توانند جهت ادامه درمان، بیمار را مجدداً به روانپزشک ارجاع نمایند. روانپزشک نیز در صورت صلاحدید جهت جامع تر نمودن مداخلات درمانی، می تواند بیمار را برای ادامه درمان بستری به بیمارستان دارای روانپزشک یا دستیار روانپزشکی ارجاع نماید. بیمار پس از ترخیص باید مجدداً به مرکز بهداشت شهرستان ارجاع شود تا تحت مراقبت پزشک قرار بگیرد.
- a. پس از ارزیابی و تعیین تکلیف توسط پزشک عمومی، ارجاع هم سطح به کارشناس سلامت روان صورت می گیرد. کارشناس سلامت روان می بایست پس از برقراری ارتباط اولیه با بیمار، جهت پیگیری تلفنی روند درمان او و همچنین ارائه مداخلات کوتاه روانشناختی، از او رضایت گرفته و مشخصات و شماره تلفن بیمار را ثبت نماید. پیگیری تلفنی اول ۲۴ بعد از اولین مراجعه و سپس ۷۲ ساعت بعد صورت می گیرد. هدف از برقراری این تماس تلفنی، ایجاد فضایی حمایتی برای او و تشویق به مراجعه جهت دریافت خدمات تخصصی روانپزشکی، و مراجعه مجدد به مرکز خدمات جامع سلامت جهت دریافت خدمات روانشناختی است.

ضمیمه ۲: ارزیابی خطر خودکشی توسط پزشکان عمومی

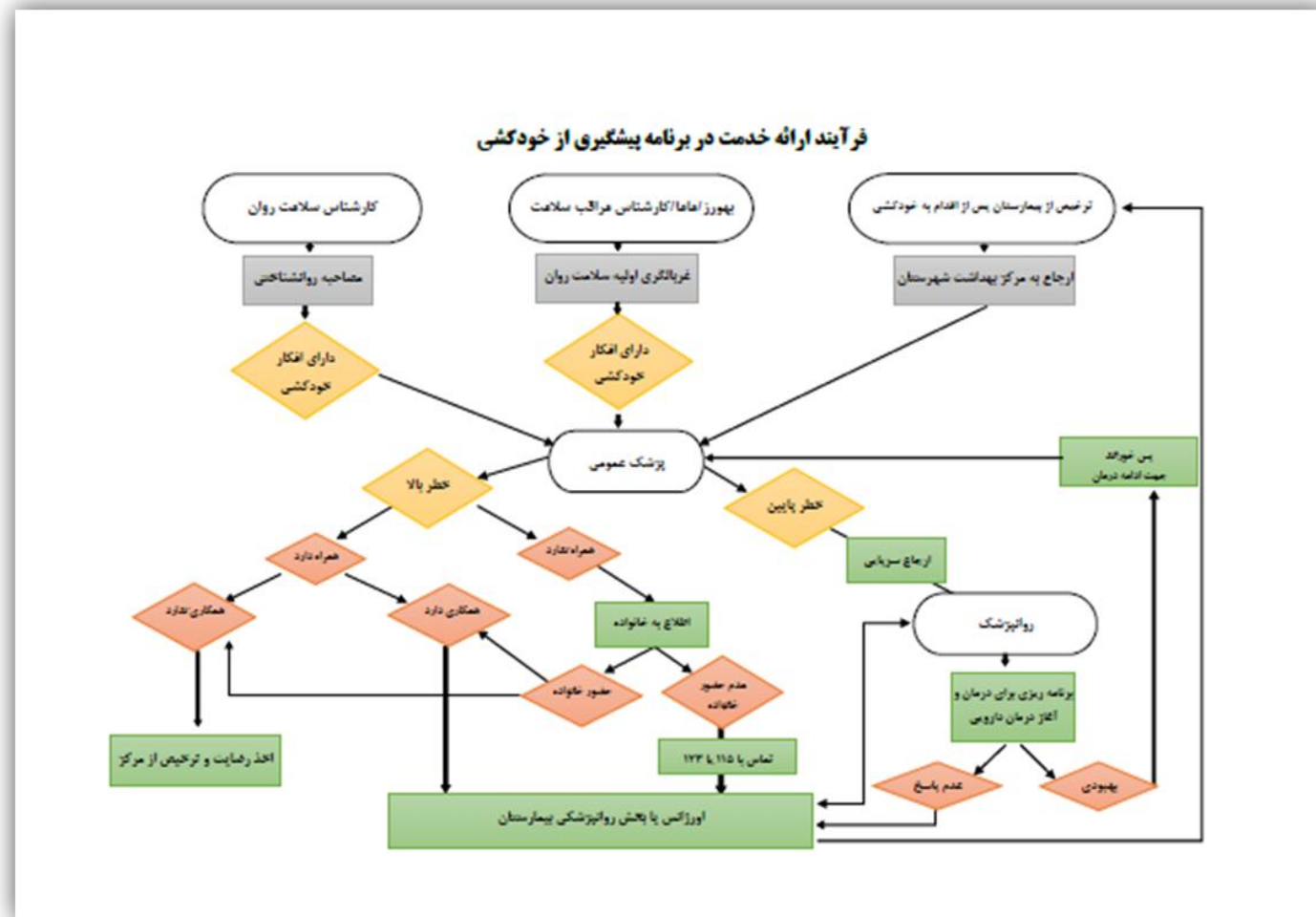
جدول زیر خلاصه مراحل ارزیابی و مدیریت بیمار دارای افکار خودکشی را نشان می دهد:

ردیف	علائم و نشانه ها	ارزیابی	اقدام
۰	هیچ علامت ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده نمی شود.	-	-
۱	برخی علائم ناراحتی روانشناختی در بیمار دیده می شود.	در مورد افکار خودکشی در بیمار سوال کنید.	با همدلی به حرف های بیمار گوش بدهید.
۲	بیمار افکار مبهمی در مورد مرگ دارد.	در مورد افکار خودکشی از بیمار سوال کنید.	با همدلی به حرف های بیمار گوش بدهید.
۳	بیمار افکار مبهمی در مورد خودکشی دارد.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته، سوال کنید.	امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین کنید.
۴	بیمار افکار خودکشی دارد.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته، سوال کنید.	امکانات موجود را بررسی و منابع حمایتی را تعیین کنید.
۵	بیمار افکار خودکشی دارد و علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است.	میزان جدی بودن قصد بیمار را برای خودکشی ارزیابی کنید. از برنامه و روشی که برای خودکشی در نظر گرفته، سوال کنید.	بیمار را به روانپزشک ارجاع دهید.
۶	بیمار افکار خودکشی دارد و علائم کامل ابتلا به یک اختلال روانپزشکی را دارد یا حادثه ناگواری اخیراً برایش رخ داده است. بیقراری شدید و سابقه اقدام قبلی به خودکشی دارد.	بیمار را تنها نگذارید.	بیمار را فوراً بستری نمایید.

- سطح خطر صفر و یک و دو: خطر پایین و ارجاع سرپایی به روانپزشک

- سطح خطر سه و چهار: خطر متوسط و قضاوت بالینی با پزشک (ارجاع به اورژانس یا ارجاع سرپایی به روانپزشک)

- سطح خطر پنج و شش: خطر بالا و ارجاع فوری به اورژانس



هدف کلی ۴: مدیریت انعکاس صحیح اخبار خودکشی در رسانه ها

استراتژی : آموزش انعکاس صحیح اخبار خودکشی در رسانه ها

تحقیقات نشان داده که رفتار خودکشی میتواند مسری باشد و پس از مشاهده و یا شنیدن اخبار مربوط به خودکشی، رفتارهای مشابهی در افراد معرض خطر بروز نماید. در این حوزه رسانه ها نقش بسیار مهمی دارند. افزایش رسانه های مجازی و استفاده زیاد آن به ویژه در نسل جوان، این خطر را افزایش میدهد. از این رو تمهید اقدامات جدی و موثر در این حوزه بیش از پیش مهم به نظر میرسد.

هدف اختصاصی ۱: برگزاری دوره های آموزشی در ۱۰۰٪ دانشگاهی علوم پزشکی حداقل یکبار در سال

شاخص : نسبت دانشگاهی که حداقل یکبار در سال دوره های آموزشی را برای اصحاب رسانه برگزار می کنند.

هدف اختصاصی ۲: افزایش دانش و اصلاح نگرش افراد شرکت کننده در دوره های آموزشی به میزان ۵۰٪

شاخص ۲: نسبت افزایش دانش و اصلاح نگرش شرکت کنندگان در دوره آموزشی

- کارشناس خودکشی دفتر سلامت روان وزارت بهداشت موظف است با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران در سه ماهه دوم اجرای طرح مدیران مطبوعات مجازی و غیر مجازی را در استان شناسایی کرده و گزارش آن را به دفتر ارائه دهد.
- متون و جزوات آموزشی خودکشی و رسانه در سه ماهه دوم اجرای طرح توسط دفتر سلامت روان وزارت بهداشت با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران تهیه شود و در اختیار دانشگاه قرار گیرد.
- یک کارگاه یک روزه توسط دفتر سلامت روان وزارت بهداشت با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران برای مدیران بهداشت روان دانشگاه در ماه بهمن ۹۸ برگزار شده و مستندات آن به همراه نتایج پیش آزمون و پس آزمون به مدیر کل دفتر سلامت روان ارائه شود.
- مدیر و کارشناس بهداشت روان استان موظف هستند در اردیبهشت ماه ۹۹ یک کارگاه یک روزه برای کارشناسان سلامت روان شاغل در دانشگاه با موضوع خودکشی و رسانه برگزار نموده و مستندات آن را به همراه نتایج پیش آزمون و پس آزمون به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارائه نمایند.
- مدیر و کارشناس بهداشت روان استان موظف هستند در خرداد ماه سال ۹۹ حداقل یک کارگاه برای مدیران مطبوعات کثیرالانتشار در استان ها و شهرستان ها با موضوع خودکشی و رسانه برگزار نموده و مستندات آن را به همراه نتایج پیش آزمون و پس آزمون به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارائه نمایند.
- *** همه جلسات آموزشی با پیش آزمون و پس آزمون برگزار شده و نتیجه به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال شود.

هدف کلی ۵: کاهش دسترسی به روش های خودکشی

محدودیت دسترسی به ابزار خودکشی نقش مهمی در پیشگیری از خودکشی، بویژه در خودکشی های تکانشی دارد. اجرای سیاست های موثر همراه با مداخلات اجتماعی از طریق کاهش دسترسی به ابزار خودکشی در کاهش خودکشی تأثیری غیر قابل انکار دارد.

استراتژی: کاهش دسترسی به شیوه های مرسوم منجر به فوت

هدف اختصاصی: کاهش میزان موارد خودکشی ناشی از شایعترین شیوه خودکشی مهلك به میزان ۱۰ تا ۳۰٪ در سال (بستگی به شیوه مرسوم دارد)

شاخص: نسبت کاهش میزان موارد خودکشی ناشی از شایعترین شیوه خودکشی مهلك

- مسئول بهداشت روان شهرستان موظف است با همکاری کارشناسان سلامت روان شهرستان ها در ماه های دی و بهمن سال ۹۸ مکان های پر خطر خودکشی را شناسایی کرده و به معاونت بهداشت دانشگاه گزارش کنند.
- مدیر گروه سلامت روان دانشگاه موظف است از نتیجه کار گزارش تهیه کرده و بهمن ماه سال ۹۸ به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال نماید.
- کارشناس خودکشی وزارت بهداشت در ماه های دی و بهمن بر اساس گزارش معاونت بهداشت دانشگاه پیشنهادات ایمن سازی را به صورت مکتوب به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارائه دهد.
- دفتر سلامت روان وزارت بهداشت در بهمن ماه سال ۹۸ پس از بررسی پیشنهادات دستور ایمن سازی را به دانشگاه ابلاغ می نماید.
- معاون بهداشت و مدیر گروه سلامت روان دانشگاه دستور ایمن سازی ابلاغ شده را در جلسه کمیته پیشگیری از خودکشی استان پیشنهاد داده و نتیجه را به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت به صورت مکتوب گزارش کنند.
- کمیته پیشگیری از خودکشی استان سند اجرایی برای ایمن سازی را در بهمن ماه سال ۹۸ تهیه و تدوین نماید.
- بلافاصله پس از تصویب طرح در کمیته پیشگیری از خودکشی، استانداری دستور ایمن سازی را به فرمانداری ها ابلاغ نماید.
- فرمانداری ها پس از دریافت دستور استانداری دستور ایمن سازی را به شهرداری ها ابلاغ نماید.
- شهرداری ها توسط سازمان مسئول طرح اجرایی ایمن سازی را تا اسفند ماه سال ۹۸ تهیه کرده و به استانداری ارسال نمایند.
- اجرای طرح ایمن سازی توسط مدیر گروه سلامت روان دانشگاه پایش و به کمیته پیشگیری از خودکشی استان گزارش شود.
- دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با همکاری جهاد کشاورزی و جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران، در ماه های دی، بهمن و اسفند سال ۹۸ برنامه کاهش دسترسی به سموم را تدوین کند.
- معاونت بهداشت دانشگاه در اردیبهشت ماه سال ۹۹ جلسه ای با جهاد کشاورزی برای اجرای برنامه کاهش دسترسی به سموم برگزار کند.

- معاون بهداشت و مدیر گروه سلامت روان دانشگاه گزارش اقدامات انجام شده را به صورت مکتوب و تصویری پایش و گردآوری کرده و دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال نمایند.

هدف کلی ۶: تقویت پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی جهت رفع خلأهای دانش در این حوزه برای تدوین برنامه های موثر پیشگیرانه از رفتاری خودکشی، نیازمند شناخت ریسک فاکتورهای دقیق آن که خود علاوه بر عوامل روانشناختی، متاثر از شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی هر منطقه دارد، می باشیم. از این رو انجام تحقیقات کاربردی در سطح ملی، در هر استان نیز میتواند به غنای علمی در این حوزه و به تدوین راهکارها و برنامه های موثر منطقه این نیز منجر شود. تحقیقاتی که به ارتقاء سطح کیفی و کمی سرویس سلامت روان منجر شود خود تاثیر بسزایی در اثر بخشی برنامه ها خواهد داشت.

استراتژی: انجام طرح های تحقیقاتی کاربردی

هدف اختصاصی ۱: اجرای حداقل دو طرح HSR در دانشگاه بر اساس نیاز منطقه در حوزه پیشگیری از خودکشی

شاخص: تعداد پژوهش های HSR در دانشگاه بر اساس نیاز منطقه در حوزه پیشگیری از خودکشی

هدف اختصاصی ۲: اجرای حداقل یک طرح در حوزه معاونت پژوهشی در دانشگاه بر اساس نیاز منطقه در حوزه پیشگیری از خودکشی

شاخص: تعداد پژوهش های معاونت پژوهشی در دانشگاه بر اساس نیاز منطقه در حوزه پیشگیری از خودکشی

- معاونت بهداشتی - درمانی دانشگاه موظف به تدوین حداقل دو طرح HSR براساس نیاز دانشگاه در حوزه خودکشی در سال ۹۸-۹۹ است. طرح های ارائه شده جهت تصویب و تامین بودجه تا بهمن ماه سال ۹۸ به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارسال شود.

- معاونت پژوهشی دانشگاه براساس نیاز دانشگاه در حوزه خودکشی یک طرح پژوهشی در سال ۹۸-۹۹ ارائه دهد. طرح ارائه شده تا بهمن ماه سال ۹۸ به دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ارائه شود.