



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

مقدمه:

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

خودکشی به طور کلی دهمین علت فوت در تمام گروه های سنی می باشد و سومین علت فوت در جمعیت ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی با افزایش سن کاهش می یابد، اما از طرفی خطر فوت ناشی از اقدام به خودکشی با افزایش سن بیشتر می شود. میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است، لیکن خطر فوت ناشی از خودکشی در مردان بیشتر است. بر اساس سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶، ۴۴۰۵ (چهار هزار و چهارصد و پنج) نفر به دلیل اقدام به خودکشی در کشور فوت نموده اند که معادل ۵,۷۹ فوت به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می باشد. این میزان کمتر از عدد ۱۰,۶ فوت ناشی از خودکشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت جهان می باشد. میزان فوت ناشی از خودکشی در جهان در ۵۰ سال گذشته حدود ۶۰ درصد افزایش نشان داده است که کشور ما هم از این روند افزایشی مستثنی نیست.

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

پیشینه برنامه:

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ علاوه بر بعد جسمی، بعد روانی و اجتماعی را در سلامت مورد توجه قرار داد. در سال ۲۰۰۶ بار جهانی بیماری های روانی، حدود ۱۳ درصد بار کل بیماری ها برآورد شد و پیش بینی سازمان جهانی بهداشت برای سال ۲۰۲۰، ۱۵ درصد بوده است. در پژوهشی که در سال ۲۰۰۱ در ایران انجام شد، شیوع اختلالات روانی در کشور ۲۱ درصد گزارش شد (نوربالا، یزدی و یاسمی، ۲۰۰۱). در طرح کشوری بهداشت روان که در مهرماه ۱۳۶۵ (۱۹۸۶ میلادی) به رشته تحریر درآمد، ادغام سلامت روان در نظام سلامت، تنها راه عملی تأمین خدمات بهداشت روانی جهت اکثریت مردم شناخته شد. گنجاندن دروس بهداشت روانی در برنامه های آموزشی بهورزان و کاردان های بهداشت خانواده و سرپرستان بهداشتی و پرستاران از استراتژی های آموزشی و داشتن یک مسئول در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که مسئول پیاده نمودن برنامه باشد از استراتژی های اداری این دستورالعمل بود (داویدیان و همکاران، ۱۳۶۵). پایلوت موفقیت آمیز برنامه در شهرکرد، شهرضا و هشتگرد مقدمه شناسایی، درمان و پیگیری بیماران شناسایی شده اختلالات روانی از دورترین روستاهای کشور تا شهرهای بزرگ بود. بوالهروی و همکاران، برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران را در سال ۱۳۸۹ مورد ارزشیابی قرار دادند. بر اساس یافته های این پژوهش که به دو روش کمی و کیفی انجام شد، در صورت نظارت و ارزشیابی مستمر این روش موثر و به صرفه تشخیص داده شد.

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

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

در حال حاضر، بر اساس فلوچارت‌های ابلاغ شده برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روانپزشکی، از هر فرد مراجعه‌کننده که در غربالگری اولیه، دارای دیسترس روانشناختی شناخته شده باشد، در مورد افکار خودکشی پرسیده می‌شود که در صورت نیاز، ارجاع فوری به پزشک انجام شود. هدف از این فرآیند، کاهش میزان اقدام به خودکشی به عنوان یکی از پیش‌گویی‌کننده‌های مهم فوت ناشی از خودکشی است. همچنین، تلاش برای شناسایی و درمان به موقع اختلال افسردگی نیز در نهایت منجر به کاهش اقدامات خواهد شد.

هدف کلی برنامه‌های پیشگیری از رفتارهای خودکشی، کاهش میزان اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در جمعیت عمومی است که از طریق اجرایی‌های فعالیت‌هایی هماهنگ از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و با محوریت پیشگیری از طریق آموزش و توانمندسازی و افزایش ظرفیت پاسخ‌دهی نظام سلامت و تلاش فعالانه در جهت تقویت همکاری‌های بین‌بخشی در این زمینه صورت می‌پذیرد.

بر اساس برنامه، حوزه معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی موظف به جمع‌آوری، تجمیع و ثبت کلیه موارد شناسایی شده اقدام به خودکشی و فوت ناشی از آن در سامانه ثبت رفتارهای خودکشی وزارت بهداشت می‌باشند. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد به عنوان حوزه ستادی مسئول ثبت رفتارهای خودکشی بر این روند نظارت کامل داشته و آمار را به صورت ماهیانه رصد می‌کند و در مواقع و بر حسب مورد، مداخله می‌نماید.

برنامه‌های آموزشی برای کارکنان سطوح مختلف ارائه خدمات اعم از بهورزان مستقر در خانه‌های بهداشت روستایی، کارشناسان مراقب سلامت مستقر در پایگاه‌های سلامت شهری، کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت، پزشکان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت و همچنین مراکز بهداشتی درمانی روستایی برای مدیریت موارد شناسایی شده دارای افکار خودکشی و یا سابقه اقدام به خودکشی به صورت سالیانه انجام می‌شود. این آموزش‌ها در قالب آموزش در کارگاه‌های کشوری سالیانه و تداوم آنها به شکل کارگاه‌هایی در سطوح استان‌ها و شهرستان‌ها و نظارت بر فرآیندهای آموزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

از نیمه دوم سال ۱۳۹۵ نیز، فرآیند مداخله و پیگیری فعال افراد اقدام‌کننده به خودکشی که به بیمارستان مراجعه نموده‌اند و نجات یافته‌اند، طراحی شده و از ابتدای سال ۱۳۹۶ در چهار استان آذربایجان غربی، ایلام، کرمانشاه و لرستان به مرحله اجرای آزمایشی درآمده است و نتایج خوبی در پی داشته است. در این برنامه، کارکنان بیمارستانی حوزه سلامت نیز تحت آموزش قرار گرفته و علاوه بر بهبود ثبت موارد اقدام به خودکشی، برای پیگیری موارد برای شناسایی اختلالات روانپزشکی و ارجاع موارد نیازمند به درمان به سطح تخصصی نیز اقداماتی صورت گرفت که در جمع‌بندی نتایج اجرای طرح فوق‌میتوان گفت میزان خودکشی مجدد در گروهی از افراد اقدام‌کننده به خودکشی که همکاری کامل (پاسخ به تلفن و همکاری برای مراجعه حضوری جهت دریافت چهار جلسه مداخله مختصر روانشناختی) پس از ارجاع از بیمارستان به مرکز خدمات جامع سلامت داشته‌اند، به میزان معناداری پایین‌تری بوده است. این نتیجه می‌تواند نشان‌دهنده موثر بودن مداخله باشد.

برنامه ملی پیشگیری از خودکشی در حال حاضر در همه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، در سراسر کشور در حال اجرا است. طرح حاضر بازنگری برنامه در حال اجرا است.

بازنگری برنامه:

برنامه ملی ثبت و پیشگیری از خودکشی از سال ۲۰۰۹/۲۰۱۰ در کشور راه‌اندازی شده است. در این راستا، ارزیابی دو برنامه که به‌طور همزمان در اکثر استان‌ها در حال انجام است، به‌طور دقیق، توسط مشاوران ملی و مشاوران مشترک ملی/بین‌المللی از طریق بازدید و برگزاری نشست‌های تخصصی مورد پایش و ارزیابی مجدد قرار گرفت. یافته‌ها و نتایج عملی و مهم این پایش و ارزیابی در ادامه آمده است.

I. پنل متخصصان ملی

در تاریخ ۷ آبان ۱۳۹۵، ۲۹ اکتبر سال ۲۰۱۶، جلسه ملی پیشگیری از خودکشی با حضور ذینفعان و متخصصان مدعو سطوح مختلف نظام سلامت برگزار شد. در این جلسه داده‌های جمع‌آوری شده از طریق بررسی مجدد مستندات (desk review) و بحث گروهی مورد بحث و بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این جلسه شامل نمایندگان چهار استان غربی با بالاترین میزان خودکشی در کشور و دو استان دیگر از نواحی مرکزی و شرقی، همچنین متخصصان مجرب رشته‌های مختلف روانپزشکی، اپیدمیولوژی، روانشناسی، پزشکی قانونی و پزشکی اجتماعی در سطوح ریاست، معاونت درمان و معاونت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مدیران مراکز تحقیقاتی، بیمارستان و بخش‌های روانپزشکی و ریاست پزشکی قانونی فعالیت بودند. حضور متخصصین حوزه‌های مختلف، فرصت مناسبی را برای دستیابی به نکات مهم و قابل اجرا در استقرار برنامه‌های ملی ثبت و پیشگیری از خودکشی فراهم آورد. شرکت‌کنندگان، میزان خودکشی گزارش شده در مناطق مختلف کشور، استراتژی‌های پیشگیری و نقاط قوت و ضعف برنامه‌های ملی ثبت و پیشگیری از خودکشی را ارزیابی کردند. همچنین استان ایلام به عنوان اولین محل برای ارزیابی و مشاهده مستقیم انتخاب شد. مسیر این ارزیابی از خانه‌های بهداشت این استان تا دفتر سلامت روان وزارت بهداشت ادامه داشت.

بررسی‌های صورت گرفته، وجود چالش‌ها و همچنین خلاهایی را در حوزه‌های بهداشت و درمان، قضا، رسانه، حوزه‌های اقتصادی-فرهنگی، آموزشی- پژوهشی و ارتباط بین این بخش‌ها برای اجرایی نمودن بهینه این برنامه نشان داد. یکی از نکات جدی قابل بررسی در اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی، جنبه‌های مربوط به همکاری و تعامل با سایر سازمان‌ها مانند قوه قضاییه، وزارت آموزش و پرورش و سازمان صدا و سیما و سایر سازمان‌ها است. با وجود این که چنین تعاملاتی به سادگی امکان‌پذیر نیست، اما تجربه همکاری نزدیک مقامات مرکز تحقیقات آسیب‌های اجتماعی دانشگاه ایلام و سازمان پزشکی قانونی بیانگر این واقعیت بود که این امر با تلاش و استمرار امکان‌پذیر است. اگرچه در برخی نواحی میزان خودکشی در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری بالاتر است، تقویت زیرساخت‌های بهداشتی - درمانی در مناطق شهری می‌تواند به پیشبرد برنامه کمک کند. حساس سازی مقامات رده بالای بهداشت و درمان مانند معاونین بهداشت و درمان دانشگاه‌ها، تقویت و استمرار پایش موثر برنامه از سطوح مختلف اجرایی، از خانه‌های بهداشت تا معاونت‌های بهداشتی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، بهبود سیستم ارجاع PHC در مناطق شهری با استفاده از روش‌های تشویقی برای پزشکان عمومی و افزایش نیروهای انسانی از جمله اقداماتی است که در حوزه بهداشت و درمان نیاز به بازبینی داشت. از سوی دیگر ارتقای کیفیت اقتصادی و معیشتی در مناطق محروم، نیاز به همکاری سازمان‌هایی چون وزارت کار و رفاه اجتماعی و وزارت صنعت و معدن را یادآوری می‌کند. در زمینه محدودیت دسترسی به ابزار خودکشی، وجود احکام رسمی مبنی بر ممنوعیت فروش ابزارهای کشنده از قبیل قرص برنج (فسفید آلومینیوم) توسط فروشندگان دارویی و عطاری‌ها و همچنین فروش داروهای بدون نسخه ضروری به نظر می‌رسد. ثبت موارد خودکشی (فوت و اقدام) در مناطق مختلف با چالش‌هایی رو به رو است که موانع فرهنگی - اجتماعی (انگ ناشی از خودکشی) و عدم پوشش بیمه‌ای بر شدت آن می‌افزاید. نظارت نیروی انتظامی بر نحوه وقوع مرگ بخصوص در مناطق روستایی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله موانع فرهنگی - اجتماعی به شکاف بین نسل‌ها و تغییر نیازهای نسل جدید باید اشاره کرد. توجه به ارتقای سطح سواد سلامت روان در جمعیت عمومی در کاهش انگ ناشی از خودکشی از اقدامات مورد نیاز است.

II. یافته‌های حاصل از پایش ملی

- اجرای برنامه ملی پیشگیری از خودکشی با دستاوردهایی همراه بوده است. این دستاوردهای عبارتند از:
- ادغام برنامه پیشگیری از خودکشی در نظام PHC
- ایجاد ساختارهای مورد نیاز برای برنامه‌های عمومی سلامت روان در نظام ملی سلامت
- ایجاد نگرش مثبت و خوش‌بینانه در میان مسئولین دانشگاه‌های مختلف در سطوح مختلف
- وجود تعهد سطح بالای شورای عالی بهداشت کشور و وزارت بهداشت برای توسعه برنامه ملی پیشگیری از خودکشی
- ابلاغ برنامه تهیه شده بطور رسمی به دانشگاه‌ها
- تدوین برنامه ملی پیشگیری از خودکشی بر اساس داده‌های مرتبط و مطالعات مقدماتی انجام شده
- تدوین این برنامه مبتنی بر شناسایی موارد، درمان توسط کارکنان سلامت PHC و پیگیری توسط شبکه PHC
- اعمال اصول و پیشنهادات سازمان بهداشت جهانی مبنی بر نقش محوری پزشکان عمومی در شبکه PHC
- مکتوب نمودن اهداف و استراتژی‌ها به روشنی در برنامه
- توجه به سازماندهی خدمات، آموزش کارکنان سلامت، ادغام خدمات سلامت روان در خدمات بهداشت عمومی، رویکردهای پیشگیری و جامعه محور
- تهیه کتابچه‌های آموزشی برای کارکنان سلامت سطوح مختلف
- برگزاری دوره‌های آموزشی متعدد، هر چند بطور نامنظم، برای کارکنان سلامت سطوح مختلف
- تعیین فرد مسئول برای برنامه‌های ثبت و پیشگیری از خودکشی در وزارت بهداشت
- تعیین و استخدام روانپزشک مسئول بخش سلامت در برخی استان‌ها (در استان کرمانشاه)
- تخصیص بودجه‌ای مشخص به برنامه سلامت روان که دربرگیرنده برنامه‌های ثبت و پیشگیری از خودکشی است هر سه ماه یکبار
- همکاری‌های بین بخشی در برخی از مناطق و تشکیل کمیته‌های راهبردی
- فعالیت‌های امیدبخش توسط استانداران در مناطق حاشیه‌نشین / زاغه‌نشین شهرها که فقر و سایر آسیب‌های اجتماعی در آنها بالاست و بخش قابل توجهی از جمعیت را شامل می‌شوند در برخی استان‌ها (کرمانشاه)
- سیستم مستندسازی قابل قبول در بازدید میدانی در برخی مناطق
- در برخی نواحی، حساس سازی سازمان‌های ذینفع توسط کارکنان سلامت به مشکلات ناشی از نرخ بالای خودکشی در برخی نواحی (اگر چه این موضوع به ارائه راه‌حل‌های عملی و برنامه‌های اجرایی در این سازمان‌ها منجر نشده‌است).
- ابلاغ این برنامه بطور رسمی به سطوح مختلف شبکه PHC
- تعیین مسئولین اجرای برنامه در شبکه‌های بهداشتی - درمانی
- برگزاری دوره‌های آموزشی نحوه ثبت و ارجاع موارد بطور منظم برای بهورزان
- انجام فعالیت‌های غربالگری توسط بهورزان انجام شده و آموزش همگانی از طریق توزیع جزوات آموزشی در بیشتر مناطق روستایی
- انجام آموزش همگانی از طریق توزیع جزوات آموزشی در مراکز بهداشتی
- در دسترس قرار دادن کتابچه‌های آموزشی در اکثر مراکز روستایی و شهری
- انجام تحلیل آماری داده‌های محلی در برخی مناطق که برای حمایت از اشاعه برنامه در میان ذینفعان انتخاب شده بودند
- امضای توافقنامه با بخش پزشکی قانونی در سطح وزارت بهداشت (اگر چه اقدام در سطح استانی نیازمند تسریع بیشتری است).
- تلاش‌هایی در جهت کاهش دسترسی به ابزار خودکشی در سطح وزارت بهداشت
- اجرای پایش برنامه در بعضی از استان‌ها به صورت پراکنده
- آموزش رسانه‌های عمومی در سطح وزارت بهداشت

با توجه به بررسی های صورت گرفته تهیه بسته راهنمای خدمات و سیاست گذاری سلامت روان به عنوان راهنمای عملی تدوین برنامه های ملی، تامین بودجه و منابع انسانی لازم برای پیاده سازی کامل برنامه ها، نظارت منظم اجرای برنامه و همکاری معاونت های بهداشت و درمان دانشگاه ها جهت استفاده از روانپزشک و همچنین آموزش مستندسازی اصولی از جمله پیشنهاد هایی بودند که برای تحکیم برنامه در نظر گرفته شد. استفاده از متخصصان و پژوهشگران محلی به منظور ارزیابی سیستماتیک منظم و زمانبندی شده برنامه ها یکی از روش های عمده برای ارتقاء خدمات است. در دو استان کرمانشاه و ایلام، مراکز تحقیقات آسیب های اجتماعی در سال های اخیر تأسیس شده اند. استفاده از این پتانسیل و تهیه پروپوزال طرح های پژوهش در نظام سلامت توسط معاونت های بهداشتی می تواند به ارزیابی برنامه کمک کند. آموزش کارشناس سلامت روان در رابطه با چگونگی استفاده از آمار محلی برای جلب حمایت و ردیابی رفتارهای خودکشی برای اقدام و برگزاری جلسات منظم کمیته راهبردی محلی برای بهبود اجرای برنامه و همکاری بین بخشی و در راس آن جلب همکاری استانداران محلی از ضرورت های دیگر این فعالیت است.

III. یافته های برنامه ملی ثبت خودکشی

سیستم ثبت ملی خودکشی و اقدام به خودکشی که در سال ۲۰۰۹ راه اندازی شده است، ۴۲ دانشگاه علوم پزشکی و ۸۳/۶ درصد از جمعیت کشور را پوشش می دهد. این سیستم یک سیستم دیده بانی عمده است که اطلاعات لازم را برای سیاست گذاری و اقدامات بالینی مربوط به پیشگیری از خودکشی فراهم می کند.

دستاوردها

الف. مسیر جمع آوری، تنظیم و انتقال داده های حاصل بر اساس پروتکل ابلاغ شده انجام شده است.
ب. دوره های آموزشی برای بهورزان برگزار شده است، اگر چه ممکن است این آموزش ها در تمام سطوح شبکه PHC ارائه نشده باشد.

ج. ثبت در سطح PHC انجام شده است، با این حال در محیط های بیمارستانی مسیرهای ثبت متفاوت بوده است. چارچوب زمانی گزارش فرآیند مطابق با پروتکل ابلاغ شده به مراکز و خانه های بهداشت بوده است، اما در مراکز بهداشت منطقه ای کاملاً مطابق با پروتکل انجام نشده است.

د. داده ها در برخی از مناطق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته اند.

ه. سیستم ثبت در برخی از مناطق بر اساس پروتکل ابلاغ شده عمل می کرد، اما تفاوت ها مشهود بود.

• در بیمارستان ها:

✓ داده های جمع آوری شده از طریق تماس با منابع مختلف از جمله پزشکان بخش اورژانس، بیماران و خانواده ها، مددکاران اجتماعی و سرپرستاران بخش اورژانس تأیید شده اند.

✓ داده های تکراری حذف شدند.

• در مناطق بهداشتی:

✓ داده ها از طریق تماس با مراکز زیر تأیید شده اند:

الف. اداره ثبت وفات سازمان ثبت احوال که در آن داده های فوت از همه منابع جمع آوری و مقایسه می شوند.

ب. افراد مسئول در سطوح مختلف شبکه PHC

ج. داده های تکراری حذف شدند.

کاهش متوسط زمان ورود داده ها به شبکه اطلاعات بهداشتی (زمان استاندارد بر اساس پروتکل ۱ ماه است)، تعیین وظایف شفاف و مشخص برای تمام کارکنان سلامت شاغل در شبکه PHC، نظارت بر سطوح مختلف به طور منظم، برگزاری منظم دوره های آموزشی بطور منظم و پایش نتایج و فرآیند به همراه بازخوردهای منظم بین سطوح مختلف شبکه PHC از جمله چالش های شبکه ها و مراکز بهداشتی و بیمارستان ها در برنامه ملی ثبت خودکشی بشمار می روند. از جمله علل بوجود آورنده این چالش هامی توان به کمبود منابع انسانی و بازخورد بین سطوح مختلف شبکه PHC اشاره کرد.

توجه به مشکلات سلامت روان منطقه‌ای در اولویت‌های تحقیقاتی و توسعه برنامه‌ها به مناطقی که نیروی انسانی و منابع مورد نیاز را در اختیار دارند می‌تواند حلقه اتصال تدوین و اجرای برنامه را تکمیل کند. در این راستا همکاری معاونت‌های بهداشت و درمان امری کاملاً ضروری است. همچنین با توجه به کمبود منابع از جمله بودجه و نیروی انسانی مورد نیاز، استان‌های پرخطر در اولویت قرار دارند.

IV.

گزارش تیم بین‌المللی بازدیدکننده

در گزارش تیم بین‌المللی بازدیدکننده علاوه بر چالش‌های ذکر شده محدودیت دسترسی به ابزار خودکشی و توجه به انعکاس خبر خودکشی در رسانه‌ها مورد تأکید قرار گرفت. بر اساس گزارش این تیم اولویت برنامه‌پیشگیری از خودکشی در مناطق مختلف کشور، افزایش آگاهی از اهمیت همکاری‌های بین‌بخشی و توسعه زیرساخت‌های خدمات بهداشتی / طرح تحول سلامت و استقبال و حمایت از اجرای راهنمای سازمان بهداشت جهانی از دستاوردهای اجرای برنامه در کشور بشمار می‌آید.

بر اساس برآیند بررسی‌های صورت گرفته طبقه‌بندی پیشنهادات عبارتند از :

خودکشی

۱. بازنگری سیاست‌ها و قوانین مربوط به ثبت و طبقه‌بندی مرگ‌های ناشی از خودکشی.
۲. ارتقاء صحت و استانداردسازی ثبت و طبقه‌بندی مرگ ناشی از خودکشی
۳. ارتقاء نحوه تعیین روش مرگ بر اثر خودکشی و سایر علل بیرونی مرگ
۴. ارتقاء هماهنگی بین آمار خودکشی گزارش شده توسط وزارت بهداشت و داده‌های مرکز آمار.

اقدام به خودکشی

۱. ارتقاء روش‌های عملیاتی استاندارد برای دیده‌بانی اقدام به خودکشی (آسیب به خود) در سطح ملی، از جمله راهنمای جمع‌آوری داده‌ها، تایید موارد، اقلام و تحلیل داده‌ها مطابق با راهنمای سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۶).
۲. بهینه‌سازی دسترسی به داده‌های مربوط به زمان واقعی اقدام به خودکشی برای شناسایی خوشه‌های آسیب به خود و اقدام به خودکشی در حال پدیدایی
۳. حصول اطمینان از کنترل کیفیت و همخوانی داده‌ها از طریق مطابقت دادن داده‌های جمع‌آوری شده توسط کارکنان درگیر و بازنگری‌های مستقل و منظم سیستم ثبت
۴. افزایش استفاده و انتشار نتایج سیستم ثبت اقدام به خودکشی و خودکشی از طرق زیر:
 - گزارش‌های سالانه برای ذینفعان کلیدی
 - ارائه شواهد بالینی برای استفاده در برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی و پایش پیشرفت
 - جلسات رهنمودی دولت به منظور اطلاع‌رسانی سیاست‌های بهداشتی و پاسخ‌دهی به موقع به موضوعات مرتبط با رفتار خودکشی
 - جلسات رهنمودی برای رسانه‌ها
 - گزارش‌های دوره‌ای
 - تهیه مقالات پژوهشی برای مجلات معتبر ملی و بین‌المللی

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

تفاوت های برنامه بازنگری شده سال ۹۸ نسبت به برنامه های قبلی بر اساس تجربیات و نتایج بدست آمده از طرح های آزمایشی قبلی و گزارش تیم ارزیاب داخلی و بین المللی به شرح زیر است:

۱. تدوین برنامه بر اساس الگوی سازمان جهانی بهداشت برای تدوین سیاست گذاری و برنامه ریزی خدمات بهداشت روان.
۲. لحاظ نمودن سیستم نظارتی و گزارش دهی منظم تر
۲. لحاظ نمودن خدمات پیگیری فرد اقدام کننده به خودکشی continuity of care
۳. ارائه خدمات porstvention
۴. مدیریت اقدام به خودکشی دسته جمعی و غیر متعارف
۵. تدوین خدمات مختصر آموزشی و مشاوره در مراکز جامع
۶. تدوین برنامه منظم و جامع برای رسانه ها
۷. توجه به تامین نیازهای سیستم درمانی و تامین نیروی انسانی مورد نیاز

اهداف ، استراتژی ها، شاخص ها ، و فعالیت های اجرایی

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

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

هدف اختصاصی ۲: افزایش آگاهی ۸۰ درصد کارشناسان سلامت روان مراکز بهداشت شهرستان ها در خصوص ثبت داده های خودکشی

شاخص ۲: درصد کارشناسان سلامت روان شهرستان ها که آموزش در خصوص ثبت داده های خودکشی را دریافت کرده اند

هدف اختصاصی ۳: ثبت موارد اقدام به خودکشی توسط نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی و ارسال آمار مربوطه به مرکز بهداشت شهرستان

شاخص ۳: آموزش ۱۰۰ درصد کارشناسان نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹									۱۳۹۸			هدف کلی ۱ - استراتژی ۱
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
-	یک دستورالعمل	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد												*	تدوین دستورالعمل ثبت داده های خودکشی و ارسال آن به دانشگاه
-	سستندات انجام آموزش ها	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد												*	آموزش مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه ها در خصوص ثبت داده های خودکشی
-	سستندات انجام آموزش ها	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد												*	آموزش کارشناسان مسئول سلامت روان مراکز بهداشت شهرستان ها در خصوص ثبت داده های خودکشی
	کتابچه آموزشی	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد با همکاری جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی ایران												*	تهیه محتوای آموزشی ثبت داده های خودکشی توسط کارشناسان نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی
	صورتحجلسه، نتیجه پیش آزمون و پس آزمون	کارشناس مسئول مرکز بهداشت شهرستان				*							*		آموزش کارشناسان نیروی انتظامی، اورژانس اجتماعی و آتش نشانی
-	مستندات پایش ها	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	پایش ماهیانه ورود داده ها توسط مراکز بهداشت دانشگاه
-	چهار گزارش تحلیلی	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد	*			*			*			*			تهیه گزارش سه ماهه از روند ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت و ارسال آن به دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد
-	مکاتبات	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد	*			*			*			*			پایش روند ثبت داده های خودکشی در سامانه معاونت بهداشت
-	مکاتبات	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد	*			*			*			*			ارسال فیدبک هر سه ماه یک بار به معاونت بهداشت دانشگاه
-	جمع بودجه														

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹							۱۳۹۸			هدف کلی ۱- استراتژی ۲			
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت	
-	یک دستورالعمل و نمونه فرم	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد													* تدوین دستورالعمل و فرم ارسال آمار اقدام به خودکشی از بیمارستان ها به مراکز بهداشت شهرستان ها	
-	تفاهم نامه	معاونت بهداشت وزارت بهداشت/ دکتر حاجبی													* امضای تفاهم نامه بین معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت و ابلاغ آن به دانشگاه	
	مستندات برگزاری جلسه	معاونت بهداشت دانشگاه													* برگزاری جلسه توجیهی معاونت بهداشت با روسای شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها	
-	مستندات برگزاری جلسات	شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها / رئیس مرکز بهداشت													* برگزاری جلسه توجیهی با روسای بیمارستان های تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها	
-	مستندات ثبت	شبکه بهداشت و درمان شهرستان ها / رئیس مرکز بهداشت	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	* ثبت آمار دریافت شده از بیمارستان ها در سامانه معاونت بهداشت به صورت هفتگی	
-	جمع بودجه															

پیش نویسی اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

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.

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹									۱۳۹۸			هدف کلی ۱ - استراتژی ۳
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
-	تفاهم نامه	معاونت بهداشت وزارت بهداشت/ دکتر حاجبی										*			امضای تفاهم نامه جهت ارسال آمار فوت ناشی از خودکشی به تفکیک شهرستان ها از ادارات کل پزشکی قانونی به دانشگاه ها
-	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد							*						تهیه گزارش از روند دریافت آمار فوت ناشی از خودکشی به تفکیک شهرستان ها در دانشگاه
-	مکاتبه	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد				*									ارائه فیدبک به سازمان پزشکی قانونی در خصوص روند دریافت آمار فوت ناشی از خودکشی به تفکیک شهرستان ها
-	جمع بودجه														

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

		۱۳۹۹										۱۳۹۸			هدف کلی ۱ - استراتژی ۴		
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت		
-	پروپوزال مدل	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد											*		ارائه مدل رصد افزایش غیرمتعارف میزان خودکشی در یک منطقه یا زمان مشخص به مسئول فناوری اطلاعات وزارت بهداشت		
-	مستندات اجرای مدل	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد							*						اجرای مدل رصد افزایش غیرمتعارف میزان خودکشی در یک منطقه یا زمان مشخص		
-	جمع بودجه																

هدف کلی ۲: کاهش انگ اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودکشی

خودکشی، مانند بسیاری از موارد در حوزه سلامت، از موضوع‌های حساس بشمار می‌رود. علت این حساسیت ناپسند شمردن این پدیده در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون است. انگ ناشی از خودکشی محدودیت دسترسی به خدمات روانپزشکی - روانشناختی و درمان بیماری‌های روانی را به همراه دارد و نیز منجر به گزارش کمتر میزان واقعی آمار خودکشی می‌شود. انگ زدایی از خودکشی در جامعه از جمله اهداف مهم پیشگیری از خودکشی بشمار می‌رود. ترویج استفاده از خدمات بهداشت روان، کاهش تبعیض نسبت به افرادی که از این خدمات استفاده می‌کنند 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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			ماه های ۱۳۹۹							ماه های ۱۳۹۸							هدف کلی ۲، استراتژی ۱	
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	فعالیت
-	مستندات برگزاری جلسه	وزارت بهداشت												*				برگزاری یک جلسه در سال در شورای معاونین وزارت بهداشت با موضوع فوق / تهیه مستندات علمی برای جلسه
-	مستندات برگزاری جلسه	معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی												*				برگزاری یک جلسه در سال در هیئت رئیسه دانشگاه با موضوع فوق / تهیه مستندات علمی برای جلسه
-	صورتجلسه	دبیر بهداشت دانشگاه							*					*				برگزاری ۲ جلسه در سال در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان / تهیه مستندات علمی برای جلسه
-	صورتجلسه	دبیر بهداشت دانشگاه				*				*				*				برگزاری جلسه هر فصل یکبار در کارگروه سلامت و امنیت غذایی شهرستان / تهیه مستندات علمی برای جلسه
-	مستندات برگزاری جلسه	دانشگاه علوم پزشکی	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	برگزاری جلسه فوق العاده به فاصله یک هفته پس از بروز موارد نا متعارف / گروهی خودکشی در منطقه خاص در حوزه تحت پوشش دانشگاه
جمع بودجه																		

پیش نویس اول – ۱۳ آذر ۱۳۹۸

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			ماه های ۱۳۹۹									ماه های ۱۳۹۸			هدف کلی ۲، استراتژی ۲
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
	محصول سمعی بصری	سازمان های همکار				*				*			*		تهیه ۳ کلیپ یا پادکست آموزشی با موضوع همه گیرشناسی اقدام به خودکشی برای مخاطب جمعیت عمومی و انتشار سراسری آنها در فضای مجازی
	برنامه ضبط شده	سازمانهای همکار				*	*	*							تهیه حداقل یک برنامه تلویزیونی در خصوص پیشگیری از اقدام به خودکشی و پخش از شبکه های سیمای استانی
	برنامه ضبط شده	سازمان های همکار				*									برگزاری یک همایش در سال با موضوع بسیج همگانی برای کاهش میزان رفتارهای خودکشی
جمع بودجه															

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹							۱۳۹۸			هدف کلی ۳ - استراتژی ۱		
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد								*					برگزاری کارگاه بازآموزی برای کلیه بهورزان دانشگاه
	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد								*					برگزاری کارگاه بازآموزی برای کلیه کارشناسان مراقب سلامت دانشگاه
-	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/ مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد							*						ارسال گزارش آموزش بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت به دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
	گزارش	مرکز بهداشت شهرستان ها/ کارشناس مسئول سلامت روان							*						برگزاری کارگاه آموزشی برای مشاوران و مربیان بهداشت مدارس آموزش و پرورش
-	گزارش	مرکز بهداشت شهرستان ها/ کارشناس مسئول سلامت روان						*							ارسال گزارش آموزش به مشاوران و مربیان بهداشت مدارس آموزش و پرورش به معاونت بهداشت دانشگاه
-	مکاتبات	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد				*									پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
			جمع بودجه												

استراتژی ۲: درمان و ارجاع افراد در معرض خطر خودکشی در نظام مراقبت‌های 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 نموده‌اند

هدف اختصاصی ۲: افزایش تعداد بیماران دارای افکار خودکشی شناسایی شده در غربالگری که حداقل یک بار

توسط پزشک عمومی ویزیت شده‌اند

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

عمومی ویزیت شده‌اند.

هدف اختصاصی ۳: جذب ۷۰ درصد موارد اقدام‌کننده ارجاع شده از اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، آتش

نشانی و آموزش و پرورش و ارائه خدمات درمانی در نظام مراقبت‌های اولیه

شاخص: 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 گرفته‌اند

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			هدف کلی ۳ - استراتژی ۲												
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
۴۰ م ر	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/مدیران گروه های سلامت روان دانشگاه ها				*			*			*			برگزاری کارگاه بازآموزی برای کلیه پزشکان عمومی دانشگاه در خصوص مدیریت بیماران دارای افکار خودکشی
-	گزارش	کارشناس مسئول مرکز بهداشت	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	درمان و پیگیری موارد ارجاع شده از اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، آتش نشانی و آموزش و پرورش
-	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/مدیران گروه های سلامت روان دانشگاه ها	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها از طریق گزارش گیری ماهیانه توسط معاونت بهداشت دانشگاه
-	مکاتبات	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد	*						*						پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۴۰ م ر			جمع بودجه												

استراتژی ۳: ارائه مداخلات روانشناختی/پیگیری تلفنی به بیماران دارای افکار خودکشی در نظام مراقبت‌های 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 نموده‌اند.

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹							۱۳۹۸			هدف کلی ۳ - استراتژی ۳					
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت			
-	متن آموزشی	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر طارمیان / دکتر ملکوتی												*	تدوین بسته مداخلات کوتاه روانشناختی/پیگیری تلفنی			
۴۰۰ م ر	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر طارمیان										*			برگزاری کارگاه آموزشی برای مدیران گروه سلامت روان دانشگاه ها			
۴۰ م ر	گزارش	معاونت بهداشت / مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه							*	*					برگزاری کارگاه آموزشی برای کارشناسان سلامت روان شهرستان ها			
-	گزارش	معاونت بهداشت / مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه	*	*	*	*	*	*	*						پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه			
-	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد	*			*									پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد			
۴۴۰ م ر			جمع بودجه															

استراتژی ۴: ارائه خدمات سلامت روان به بازماندگان قربانیان ناشی از خودکشی در نظام مراقبت‌های

بهداشتی اولیه

هدف اختصاصی: ارزیابی خدمات به ۱۰۰٪ خانواده‌های افراد فوت شده ناشی از خودکشی

شاخص: درصد خانواده‌های بازمانده فرد فوت شده به دنبال خودکشی که خدمات سلامت روان را دریافت نموده

اند به کلیه خانواده‌های بازمانده

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹							۱۳۹۸			هدف کلی ۳ - استراتژی ۴				
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت		
	متن آموزشی	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر طارمیان							*			*			تهیه محتوای آموزشی برای خدمات سلامت روان به بازماندگان		
۴۰۰ م ر	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر طارمیان							*						برگزاری کارگاه آموزشی برای مدیران گروه سلامت روان دانشگاه ها		
۴۰ م ر	گزارش	معاونت بهداشت / مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه				*									برگزاری کارگاه آموزشی برای کارشناسان سلامت روان شهرستان ها		
	گزارش	معاونت بهداشت / مدیران گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد دانشگاه	*	*	*	*	*	*	*						پایش عملکرد مراکز بهداشت شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه		
	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد	*			*									پایش عملکرد دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد		
۴۴۰ م ر			جمع بودجه														

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			۱۳۹۹									۱۳۹۸			هدف کلی ۳ - استراتژی ۵
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
-	صور تجلسه	معاونت بهداشت / دکتر حاجبی									*				برگزاری جلسه با معاون درمان وزارت بهداشت جهت تامین نیروی روانپزشک مورد نیاز استان
-	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه ها/مدیران گروه های سلامت روان دانشگاه ها							*						پایش تعداد روانپزشک شهرستان ها
-	دستورالعمل	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/ دکتر عباسی نژاد							*						تدوین دستورالعمل ارجاع بیماران به درمانگاه تخصصی و پیگیری آنها توسط مراکز بهداشت شهرستان
-	گزارش	معاونت بهداشت دانشگاه	*	*	*	*	*	*							پایش عملکرد شبکه های بهداشت و درمان شهرستان ها توسط معاونت بهداشت دانشگاه
-	گزارش	دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد/دکتر عباسی نژاد	*			*									پایش عملکرد معاونت بهداشت دانشگاه توسط دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
جمع بودجه															

هدف کلی ۴: ارتقاء کمی و کیفی انتشار اخبار خودکشی

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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			ماه های سال ۹۹									ماه های سال ۹۸			هدف کلی ۴، استراتژی ۱
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
-	ارائه مستندات	دفتر سلامت روان/ IRSSP											*		تهیه متون و جزوه آموزشی خودکشی و رسانه
-	ارائه گزارش	مدیر گروه سلامت روان دانشگاه											*		شناسایی مدیران مطبوعات مجازی و غیر مجازی
-	ارائه مستندات	دکتر عباسی نژاد/ IRSSP											*		برگزاری یک کارگاه یک روزه برای کارشناسان سلامت روان شاغل در هر دانشگاه
-	ارائه نتایج پیش آزمون و پس آزمون	دکتر عباسی نژاد/ IRSSP											*		برگزاری یک کارگاه برای مدیران مطبوعات کثیرالانتشار در استان ها و شهرستان ها
جمع بودجه															

هدف کلی ۵: کاهش دسترسی به روش های خودکشی

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

استراتژی: کاهش دسترسی به شیوه های مرسوم منجر به فوت

هدف اختصاصی ۱: کاهش میزان موارد خودکشی ناشی از شایعترین شیوه خودکشی مهلک به میزان ۱۰ تا ۳۰٪

در سال (بستگی به شیوه مرسوم دارد)

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

فعالیت:

هدف اختصاصی ۲: ایجاد تعامل با جهاد کشاورزی برای تدوین برنامه کاهش دسترسی به سموم

شاخص: تدوین یک برنامه کاهش دسترسی به سموم

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			ماه های ۱۳۹۹									ماه های ۱۳۹۸			هدف کلی ۵، استراتژی ۱
بودجه	برونداد	مجری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت
-	ارائه گزارش مکتوب و تصویری	مدیر گروه بهداشت روان											*		شناسایی مکان های پر خطر
-	مکاتبات انجام شده	معاونت بهداشت دانشگاه											*		ارائه گزارش تهیه شده از روش ها و مکان های پرخطر خودکشی در استان در جلسه کمیسیون امنیت سلامت غذایی استان/ کمیته پیشگیری از خودکشی استان
		کمیسیون امنیت سلامت غذایی / کمیته پیشگیری از خودکشی استان										*			تدوین سند اجرایی ایمن سازی
-	مکاتبات انجام شده	استانداری ها										*			ابلاغ دستور ایمن سازی به فرمانداری ها
	مکاتبات انجام شده	فرمانداری ها										*			ابلاغ دستور ایمن سازی به شهرداری ها
-؟	مستندات	شهرداری ها										*			تهیه طرح اجرایی توسط سازمان مسئول
		شهرداری ها	*	*	*	*	*	*	*	*	*				اجرای طرح ایمن سازی
-	برنامه تدوین شده	جهاد کشاورزی با همکاری وزارت بهداشت و جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی										*	*	*	تدوین برنامه کاهش دسترسی به سموم
-	صور تجلسه	معاونت بهداشت دانشگاه							*						برگزاری جلسه با جهاد کشاورزی در شهرستان برای اجرای برنامه تدوین شده
-	مستندات مکتوب و تصویری	مسئول بهداشت روان شهرستان	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		پایش و گردآوری گزارش اقدامات انجام شده
-	مستندات مکتوب و تصویری	معاون بهداشتی دانشگاه ع پ / رییس بهداشت روان	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	ارسال گزارش اقدامات انجام شده به وزارت بهداشت

هدف کلی ۶: تقویت پژوهش های کاربردی در زمینه خودکشی جهت رفع خلأ های 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، متأثر 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

پیش نویس اول - ۱۳ آذر ۱۳۹۸

			ماه های سال ۹۹										ماه های سال ۹۸			هدف کلی ۶
بودجه	برونداد	جری	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲	۱۱	۱۰	فعالیت	
	طرح های ارائه شده	معاونت بهداشتی/درمانی دانشگاه				*	*	*	*	*	*	*			تدوین حداقل دو طرح HSR براساس نیاز دانشگاه در حوزه خودکشی	
		معاونت بهداشتی / معاونت پژوهشی دانشگاه													رایزنی با وزارت بهداشت برای تخصیص اعتبار ویژه برای طرح های پژوهشی ارائه شده	
	طرح های ارائه شده	معاونت پژوهشی				*	*	*	*	*	*	*			تدوین یک طرح در معاونت پژوهشی براساس نیاز دانشگاه در حوزه خودکشی	
جمع بودجه																

منابع

- ۱- احمدخانیها، بوالهروی، باقری یزدی، حاجبی، طهماسبی، کریمی کیمسی، ناصر بخت، ۱۳۹۰، ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبتهای بهداشتی اولیه ایران، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هفدهم، شماره ۴، زمستان، ۲۷۸
- ۲- داویدیان، حسینی، صنعتی، فخر، مهرایی، محیط، ناراندرایک، واعظی، ۱۳۶۵؛ طرح کشوری بهداشت روانی
- ۳- احمدخانیها، آقاری، حسینی، حاجبی، صالح، عیسی زاده، ملکوتی، نجومی، ۱۳۹۰، بررسی ارتقای کیفیت شبکه بهداشتی در شناسایی اختلال افسردگی و درمان دارویی بیماران افسرده توسط پزشکان عمومی در پیشگیری از اقدام به خودکشی و خودکشی در شهرستان نهاوند، WWW.IRSSP.IUMS.IR
- 4- D. De Leo, & B. Ghanbari, K. Saeed K. Malakouti, M. Nojomi, , 2016, Alcohol Abuse and Suicide attempt in Iran: a case – crossover study, Global jornal of health science, 8(7), 58
- 5- E. Arensman, M.Khan, feb.2017, Evaluation of National Suicide Prevention and Suicide Registration Programs in Iran Commissiond BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, WWW.IRSSP.IUMS.IR
- 6- HR. Ahmadkhaniha, M. Hosseini, K.Malakouti, M. Mirzaei Khoshhalan, M. Nojomi, , M. Yekeh Fallh, , 2013, Integration of SuicidePrevention Program into Primary health care network: a field clinical trial in Iran, [ttp://mjiri.iums.ir](http://mjiri.iums.ir)
- 7- S. Afghan, Sh. Bazargan- Hejazi, J. Bolhari, M. Hakim Shooshtari, F. Mansouri Moghadam, K.Malakouti, M. Nojomi, M. Poshtmashadi, , A. Rahimi- Movaghar, Sep.2014, Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran, Hindawi Publishing Corporation, BioMed Research International, Volume 2015, Article ID 193729, 9 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/193729>
- 8- World Health Organization, Preventing suicide: A global imperative, 2014