Guidelines for Preventing Suicide and Reducing High-Risk Behaviors

Nafise Hadei[1,2], Faezeh Yaghoubi[3], Zahra Behzad Basirat[3], Amir mohamad Behzad Basirat[3], Javad Momeni[3,4,5*]

[1]Janbazan Medical and Engineering Research Center (JMERC), Tehran, Iran
[2]Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran
[3]Shefa Neuroscience Research Center, Khatam Alanbia Hospital, Tehran, Iran
[4]Neuroscience Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[5]Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Article Info:

Received: **19 Aug 2024** ***Revised:*** **14 Oct 2024** ***Accepted*****: 2 Dec 2024**

ABSTRACT

Introduction: Every year, nearly 700,000 people worldwide lose their lives to suicide, a tragedy that affects individuals of all ages, cultures, and social groups. This alarming statistic has made suicide a critical global public health issue, prompting the World Health Organization to include the reduction of suicide rates in their sustainable development and long-term health goals. In response, the WHO has developed comprehensive guidelines to support countries in implementing evidence-based suicide prevention strategies. These strategies focus on four key areas: restricting access to suicide means, promoting responsible media coverage, enhancing life skills, and ensuring the early identification, assessment, management, and continuous care of individuals at risk. ***Conclusion:*** Suicide prevention and the management of high-risk behaviors require a holistic approach, encompassing public policies at the macro level, the identification of at-risk individuals, assessment of the severity of the threat, appropriate psychological and pharmacological interventions, social, emotional, and spiritual support, and, ultimately, long-term follow-up care.

Keywords:

1. Psychosocial Intervention
2. Drug Therapy
3. Emergency Treatment
4. Risk Assessment
5. Crisis Intervention

Corresponding Author: Javad Momeni

Email: *javad.epost@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

دستورالعمل پیشگیری از خودکشی و رفتارهای پرخطر

نفیسه هادئی[۱،۲]، فائزه یعقوبی[۳]، زهرا بهزاد بصیرت[۳]، امیر محمد بهزاد بصیرت[۳]، جواد مومنی[۳،۴،۵*]

[۱]مرکز تحقیقات مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، تهران، ایران
[۲]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۳]مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا، بیمارستان خاتم الانبیاء، تهران، ایران
[۴]مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
[۵]کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۲۹ مرداد ۱۴۰۳ اصلاحیه: ۲۳ مهر ۱۴۰۳ پذیرش: ۱۲ آذر ۱۴۰۳

چـــــکیده

مقدمـه: سـالانه حـدود ۷۰۰ هـزار نفـر در سراسـر جهـان جـان خـود را بـر اثـر خودکـشی از دسـت می‌دهنـد، فاجعـه‌ای کـه افـراد در هـر سـن، فرهنـگ و گـروه اجتمـاعی را تحـت تاثیـر قـرار می‌دهـد. ایـن آمـار نگـران کننـده، خودکـشی را بـه یـک موضـوع مهم بهداشـت عمـومی در سـطح جهـانی تبدیل کـرده اسـت و سـازمان بهداشـت جهـانی (WHO) را بـر آن داشـته اسـت کـه کاهـش نـرخ خودکـشی را در توسـعه پایـدار و اهـداف بلنـد مـدت سلامـت لحـاظ کنـد. در پاسـخ، WHO دسـتورالعمل‌های جامـعی بـرای حمایـت از کشـورها در اجـرای اسـتراتژی‌های پیشـگیری از خودکـشی مبتـنی بـر شـواهد ایجـاد کـرده اسـت. ایـن اسـتراتژی‌ها بـر چهـار حـوزه کلیـدی تمرکـز دارنـد: محـدود کـردن دسـترسی بـه وسـایل خودکـشی، ترویـج پوشـش رسـانه‌ای مسـئولانه، افزایـش مهارت‌هـای زنـدگی و اطمینـان از شناسـایی، ارزیـابی، مدیریـت و مراقبـت مسـتمر از افـراد در معـرض خطـر. **نتیجه‌گیـری:** پیشـگیری از خودکـشی و مدیریـت رفتارهـای پرخطـر مسـتلزم رویکـردی کل نگـر، شـامل سیاسـت‌های عمـومی در سـطح کلان، شناسـایی افـراد در معـرض خطـر، ارزیـابی شـدت تهدیـد، مـداخلات روانشـناختی و دارویی مناسـب، حمایت‌هـای اجتمـاعی، عاطـفی و معنـوی و در نهایـت مراقبـت پیگیرانـه طـولانی مـدت اسـت.

واژه‌های کلیدی:

۱- مداخلات روانی اجتماعی
۲- درمان دارویی
۳- درمان اورژانسی
۴- ارزیابی ریسک
۵- مداخله در بحران

***نویسنده مسئول:** جواد مومنی

پست الکترونیک: *javad.epost@gmail.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

مقدمه

سالانه بیش از ۷۰۰ هزار نفر در جهان جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند که اکثر مرگ و میرهای ناشی از آن (۷۵ درصد) در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد (۲-۱). این موضوع باعث شده است خودکشی به‌عنوان یک موضوع مهم بهداشت عمومی جهانی تبدیل شود. میزان خودکشی به طور قابل توجهی بر اساس کشور، منطقه و عوامل جمعیتی متفاوت است که منعکس کننده تأثیر متقابل پیچیده ای از تأثیرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سلامت روان است (۳). هر خودکشی یک تراژدی است که تأثیرات گسترده‌ای بر خانواده‌ها، دوستان و جوامع دارد. لذا کاهش تعداد مرگ و میر ناشی از خودکشی در سراسر جهان یک امر ضروری است و اهداف جهانی برای آن تعیین شده است. کاهش یک سوم نرخ جهانی مرگ و میر خودکشی تا سال ۲۰۳۰ به‌عنوان یک شاخص و هدف (تنها مورد برای سلامت روان) در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل (UN[1] SDGs) و در برنامه اقدام جامع سلامت روان WHO در سال ۲۰۱۳- ۲۰۳۰ گنجانده شده است (۴-۵). سیزدهمین برنامه عمومی کار (GPW13)[2] سازمان بهداشت جهانی شامل کاهش ۱۵ درصدی تا سال ۲۰۲۴ است (۶).

سیاست گذاری‌های کلی

از سال ۲۰۱۰ کاهش اندکی در نرخ خودکشی (استاندارد شده از لحاظ سن) در دنیا وجود داشته است، اما جهان در مسیر رسیدن به اهداف جهانی تا سال ۲۰۳۰ قرار ندارد. برای کاهش تعداد افرادی که بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند، نیاز است کارهای بیشتری انجام شود. در نتیجه، سازمان جهانی بهداشت راهنمایی را برای حمایت از کشورها برای اجرای مداخلات مبتنی بر شواهد با پیروی از رویکرد (LIVE LIFE) برای پیشگیری از خودکشی توسعه داده است (۷). رویکرد LIVE LIFE برای شروع، پیاده سازی و ارتقاء سطح ملی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شواهد، چهار مداخله را نام می‌برد که عبارتند از: محدود کردن دسترسی به وسایل خودکشی، تعامل با رسانه ها برای ارائه گزارش خودکشی، پرورش مهارت های زندگی اجتماعی- عاطفی در نوجوانان، و شناسایی زودهنگام، ارزیابی، مدیریت و پیگیری افراد در معرض خطر (۷).

به‌عنوان پیش‌نیاز، اجرای موفقیت‌آمیز و افزایش اثربخشی این مداخلات کلیدی نیازمند شش رکن بنیادی متقابل است که عبارتند از: تجزیه و تحلیل موقعیت، همکاری های چند بخشی، افزایش آگاهی و حمایت، ظرفیت سازی و ارتقاء حمایت های مالی و سرپرستی، نظارت و ارزیابی. این پروتکل می تواند به عنوان نقطه شروعی باشد که کشورها می‌توانند مداخلات پیشگیری از خودکشی مبتنی بر شواهد بیشتری را برای توسعه یک استراتژی جامع ملی جهت پیشگیری از خودکشی ایجاد کنند (۷).

شش رکن بنیادی متقابل

۱-تحلیل وضعیت: تجزیه و تحلیل موقعیت می‌تواند مشخص کند که بر چه مکانی یا موقعیتی باید تمرکز کرد. در ابتدا لازم است که یک کارگروه اختصاصی رهبری تحلیل وضعیت را بر عهده بگیرد. این کارگروه باید طیف وسیعی از مهارت ها را شامل شود، از جمله: توانایی رهبری و هماهنگی تجزیه و تحلیل موقعیت، و تجربه در انجام جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها. افرادی که می‌توانند در این کارگروه باشند شامل کارکنان سیستم‌های اطلاعات سلامت، پزشکی قانونی، خدمات اورژانس یا کارکنان بیمارستان، ذینفعان جامعه با دانش و تجربه از یک زمینه معین (مانند افراد با تجربه زیسته، نمایندگان زیر جمعیت‌های مورد علاقه)، و کارشناسان در زمینه پیشگیری از خودکشی (به‌عنوان مثال از بخش بهداشت یا دانشگاه) می‌باشند (۸، ۷).

اقدامات لازم برای تحلیل وضعیت به شرح ذیل می‌باشد: تشکیل یک گروه کاری که برنامه‌ریزی و اجرای تجزیه و تحلیل ها را انجام دهد، و در زمینه اینکه چه اطلاعاتی باید جمع‌آوری شود تصمیم‌گیری کند. همچنین تصمیم بگیرد که چگونه و از چه راه هایی می‌توان اطلاعات را جمع‌آوری کرد. مرحله بعد شامل توافق بر سر یک برنامه عمل و انجام تجزیه و تحلیل وضعیت است. مراحلی که برای انجام تجزیه و تحلیل وضعیت باید برداشته شود، مشخص شود. برای بودجه، منابع مورد نیاز را در نظر گرفته شود، مانند منابع فیزیکی (مانند فناوری اطلاعات، محل فیزیکی) و منابع انسانی. در نهایت، یک گزارش مکتوب از یافته‌ها را تهیه کرده و با ذینفعان کلیدی برای اطلاع از برنامه‌ریزی برای اجرا به اشتراک گذاشته شود (۷).

۲-همکاری‌های بین بخشی: برای موثر بودن پیشگیری از خودکشی یک رویکرد چند بخشی ضروری است و نمی‌توان به تنهایی آن را به بخش بهداشت و درمان واگذار کرد. برای مثال، بخش‌هایی که مسئولیت سلامت جسمی، سلامت روان، ارائه خدمات، قوانین پیشگیری از خشونت یا رفاه اجتماعی، یا سیاست‌های مالی را بر عهده دارند، باید برای پیشگیری از خودکشی هماهنگ شوند. اقدامات لازم برای ایجاد همکارهای بین بخشی شامل موارد زیر می‌باشد: در اولین اقدام یک گروه راهبری تشکیل دهید و چشم اندازی برای همکاری ایجاد کنید. برای این کار باید افرادی را که نقش کلیدی در توسعه و نظارت بر همکاری ها ایفا

[1] United Nations Sustainable Development Goals
[2] 13th General Programme of Work

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

می‌کنند، شناسایی کنید؛ اهداف و دامنه همکاری را در نظر بگیرید؛ و برای تأمین مالی برنامه‌ریزی کنید (۹، ۷).

۳-افزایش آگاهی و حمایت: با از بین بردن افسانه‌ها یا باورهای غلط مربوط به خودکشی، از جمله نگرش نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند و اعضای خانواده هایی که داغدار شده‌اند، انگ خودکشی را کاهش دهید. آگاهی را در مورد نقش افراد در حمایت از افراد در معرض خطر افزایش دهید، و افراد را با ارائه کمک و رفتارهای کمک جویانه تشویق کنید. در مورد روش‌های جستجوی کمک اطلاعاتی را ارایه دهید. حمایت را می‌توان با افزایش آگاهی برای رسیدگی به یک مشکل ترکیب کرد. حمایت صریح سعی می کند با دفاع از موارد زیر، تغییر را، معمولاً در سطح سیاست، ایجاد کند. تخصیص بودجه بیشتر به اقدامات پیشگیری از خودکشی؛ تغییرات در قوانین، مانند جرم زدایی؛ ادغام برنامه های پیشگیری از خودکشی در مدارس، محل کار، سیستم‌های بهداشتی؛ ایجاد یک استراتژی ملی پیشگیری از خودکشی؛ بهبود سیستم‌های نظارت بر خودکشی و آسیب رساندن به خود؛ و ایجاد منابع و پشتیبانی برای گروه‌های در معرض خطر (۱۰، ۷).

توجه به این نکته مهم است که زبان مورد استفاده در افزایش آگاهی، نباید خودکشی را عادی یا انگ‌زدایی کند. همچنین باید اطمینان حاصل شود که از زبانی استفاده می شود که نه هیجان‌انگیز باشد و نه تحریک‌کننده. افزایش آگاهی و حمایت از پیشگیری از خودکشی می‌تواند از رویدادهایی که در یک مکان اجتماعی (مانند یک روستا یا محل کار) انجام می‌شوند تا کمپین‌های ارتباط عمومی در سراسر کشور را شامل شود. حمایت از تغییر را می توان در افزایش آگاهی (مانند نشست های مشترک با دولت و سازمان های غیردولتی) ادغام کرد. پیام را می توان از طریق یک کانال به طور گسترده در دسترس و پرکاربرد برای یک جامعه (مانند پخش رادیویی، یا در یک جلسه اجتماعی یا مذهبی)، یا از طریق کانال‌های متعدد برای دستیابی به مخاطبان مختلف و بهبود دسترسی جغرافیایی در یک کشور (مانند اجتماعی) منتشر کرد، مانند رسانه‌ها، رسانه های چاپی، تلویزیون، رادیو، جلسات توجیهی مطبوعاتی، کنفرانس‌ها یا کارگاه‌های آموزشی، تبلیغات چاپی یا بیلبوردها (۱۰، ۷).

۴-ظرفیت سازی: ظرفیت‌سازی برای پیشگیری از خودکشی باید برای هر فردی که اجرای مداخلات را انجام می دهد در نظر گرفته شود. ظرفیت‌سازی به معنای آموزش برای بهبود دانش و مهارت افراد در داخل و خارج از بخش بهداشت و درمان است. ممکن است زمان‌های طلایی برای ایجاد ظرفیت‌سازی وجود داشته باشد، مانند گنجاندن برنامه پیشگیری از خودکشی در دوره پیش از خدمت یا آموزش مداوم کارکنان بهداشتی. ظرفیت‌سازی برای شناسایی، ارزیابی، مدیریت و پیگیری اولیه می‌تواند برای افراد مختلفی اجرا شود از جمله: کارکنان بهداشتی و درمانی، کارکنان بهداشت روان و غیرمتخصصان (مانند کارکنان فوریت‌های پزشکی، پزشکان عمومی، پرستاران و مددکاران اجتماعی)، کارکنان خدمات اضطراری (مانند پلیس، آتش نشانان، نیروهای اورژانس یا پرسنل خط بحران) (۱۲، ۱۱، ۷).

۵-تامین مالی: تأمین مالی می‌تواند از منابع مختلف دولتی و خصوصی، مانند بودجه دولتی یا کمک‌های بشردوستانه توسط افراد خصوصی، بنیادها، گروه‌های اجتماعی یا شرکت‌ها سرچشمه بگیرد. متأسفانه بودجه اختصاصی برای پیشگیری از خودکشی به دلیل عواملی مانند شرایط اقتصادی کمیاب است. این عدم اولویت‌بندی به علت عدم شناخت این موضوع است که خودکشی قابل پیشگیری است. اما نباید از این موضوع ناامید شد، بلکه باید تأمین مالی باید به گونه‌ای مفهوم سازی شود که تمرکز بر توسعه و اجرای سیاست‌ها، استراتژی‌ها و برنامه‌ها باشد و نه تنها بر توسعه خدمات درمانی. این تامین مالی در سه سطح قابل اجرا می باشد: الف) سطح جغرافیایی که در آن تأمین مالی در سطح ملی (مثلاً برای کمپین های سراسری) یا تأمین مالی در سطح محلی (مثلاً برای ارائه خدمات سلامت روان در یک منطقه خاص) مورد نظر است. ب) سطح ذینفعان که در آن تأمین مالی جمعیت‌های در معرض خطر یا بخش‌ها یا ارائه دهندگان خاص (مانند مدارس، دانشگاه‌ها) را هدف قرار می‌دهد، و سطح سیستم که تأمین مالی فعالیت‌های گسترده‌ای را هدف قرار می‌دهد که دانش، قابلیت و زیرساخت‌های بخش را به طور کلی ایجاد می‌کند (مانند تحقیق، فناوری و ظرفیت‌سازی) (۱۴، ۱۳، ۷).

نیازهای مالی و بودجه باید قبل از رسیدن به مرحله اجرای یک رکن یا مداخله پیشگیری از خودکشی به خوبی تعریف شود. در حالت ایده‌آل، مجریان ابتدا برنامه‌های استراتژیک سطح بالا (برای بیان اهداف و اولویت‌ها برای اقدام)، و سپس برنامه‌های عملیاتی دقیق (برای مشخص کردن مداخلاتی که باید انجام شود، هزینه‌ها و فرآیند تأمین منابع مالی)، و در نهایت جمع‌آوری کمک مالی یا تخصیص بودجه ایجاد می‌کنند و آن را اجرا کنند (۷).

۶-سرپرستی، نظارت و ارزیابی: نظارت و ارزیابی برای ارزیابی اینکه آیا پیشگیری از خودکشی مؤثر است یا خیر ضروری است. نظارت شامل پایش برنامه‌ریزی شده، مستمر و منظم اطلاعات است که به ارزیابی پیشرفت اجرای برنامه‌ها کمک می‌کند. در ارزیابی باید موارد زیر را در نظر گرفت: الف) اثربخشی: آیا مداخله مورد نظر

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

نتیجه مطلوب را ارائه می‌دهد؟ آیا آنچه را که قرار بود انجام دهد، ارائه کرد؟ ب) پیاده‌سازی: آیا خدمات طبق برنامه ارائه شد و کیفیت چگونه بود؟ چه چیزی بر اجرا تأثیر مثبت داشت و چه موانع/ چالش‌هایی وجود داشت؟ ج)کارایی: آیا مداخله ارزش کافی برای هزینه‌ها را فراهم می‌کند؟ آیا هزینه‌ها پایدار هستند/چگونه می‌توان آنها را در آینده حفظ کرد؟ نکته حائز اهمیت این است که هدف اصلی همه فعالیت‌های پیشگیری از خودکشی، کاهش میزان خودکشی و آسیب رساندن به خود است توصیه می‌شود که یک گروه اختصاصی باید به طور خاص مسئول نظارت و ارزیابی مداخلات باشد. این گروه باید شامل افراد دارای مهارت برای برنامه‌ریزی و اجرای نظارت و ارزیابی باشد (مانند اپیدمیولوژیست‌های سلامت، آمارگیران و گردآورندگان داده‌ها) (۱۵، ۷).

ارزیابی خطر:

جهت ارزیابی خطر در افراد در معرض خودکشی توجه به موارد زیر حائز اهمیت است.

الف) مشارکت و اتحاد درمانی: این مهم‌ترین مرحله در ارزیابی خطر است، زیرا اگر این مرحله با موفقیت صورت نپذیرد، اطلاعات به دست آمده از بیمار ممکن است معنی‌دار و کافی نباشد (۱۶). پزشک برای ایجاد اتحاد درمانی مناسب باید از همدلی، گوش دادن فعال، احترام و نگرش حمایتی و بدون قضاوت نسبت به بیمار استفاده کند. سؤالات ساده ای مانند «این روزها به نظر می رسد همه چیز برای شما کمی دشوار است» می تواند کمک زیادی به آرامش و احساس تعلق بیمار کند. اتحاد مناسب منجر به افشای صادقانه از سوی بیمار خواهد شد. در صورت امکان، پزشک باید سعی کند اعضای خانواده و/ یا سیستم پشتیبانی فوری را درگیر کند. خانواده ممکن است منبع بسیار مهمی برای اطلاعات بیشتر و حمایت باشد (۱۷، ۱۶).

ب) ارزیابی کامل روانپزشکی: این مرحله نیز بسیار حیاتی و مهم است، زیرا اکثر افرادی که اقدام به خودکشی می کنند دارای یک اختلال روانی زمینه ای نظیر، دوره های افسردگی و دوره های مختلط خلقی، اسکیزوفرنی، اختلالات مصرف مواد (به ویژه الکل)، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت مرزی و اختلالات سازگاری هستند. به ویژه همبودی سوء مصرف مواد با یک اختلال محور I مانند اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی به طور قابل توجهی خطر را از طریق مسیر رایج تکانشگری، پرخاشگری و خصومت افزایش می دهد. در میان مبتلایان به اختلال دوقطبی، دوره های افسردگی و مختلط بیشترین خطر را دارند. سابقه تشخیص روانپزشکی فعلی و گذشته، درمان و سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی و بررسی مختصر وضعیت روانی باید انجام شود. سابقه کنار آمدن با استرس ها باید استخراج شود. اطلاعات اضافی باید از دوستان، خانواده ها و سوابق درمان در هر کجا که در دسترس است جمع آوری شود (۱۹، ۱۸).

ج) عوامل خطر: چندین عامل خطر وجود دارد که به طور متغیر با خودکشی مرتبط است. سابقه خودکشی، اختلالات روانپزشکی فعلی یا مادام العمر، الکل و سوء مصرف مواد دیگر، رویدادهای استرس زای اخیر زندگی (به خصوص ضرر مالی/ رابطه‌ای)، سابقه خانوادگی خودکشی، بیماری مزمن پزشکی، سابقه سوء استفاده فیزیکی/ جنسی، دسترسی به وسایل کشنده، ناامیدی، آنهدونیا، تکانشگری، ترخیص اخیر از یک مرکز روانپزشکی، و سیستم پشتیبانی ضعیف از جمله مهم‌ترین این موارد هستند (۲۲-۲۰).

د) عوامل محافظتی: مهم است که در افرادی که دارای رفتارهای خودکشی هستند، در مورد عواملی که ممکن است به‌عنوان «محافظت کننده در برابر خودکشی» عمل کنند، پرس و جو شود. آگاهی از عوامل حفاظتی به مداخله درمانی مناسب و به موقع در افراد دارای رفتار خودکشی کمک می‌کند. نمونه عوامل محافظتی شامل وجود کودکان در خانه، احساس مسئولیت در قبال خانواده، بارداری/ مادری، دینداری/ معنویت، رضایت از زندگی، توانایی ارزیابی واقعیت، مهارت‌های مقابله‌ای مثبت، مهارت حل مسئله مثبت، حمایت‌های اجتماعی و پیوندهای مثبت، روابط درمانی مثبت، و دسترسی آسان به پشتیبانی برای جستجوی کمک می‌باشد (۲۴، ۲۳).

ه) علائم هشدار دهنده: برخلاف عوامل خطر، علائم هشدار دهنده خطر قریب الوقوع خودکشی را نشان می دهد، مانند درد قفسه سینه به‌عنوان علامت خطر حمله قلبی. بنابراین، علائم هشدار دهنده به غیر از اینکه ماهیت ذهنی دارند و به راحتی توسط افراد غیرمتخصص قابل شناسایی هستند، ارتباط نزدیکتری با رفتار خودکشی دارند. گروه کاری انجمن خودکشی آمریکا در سال ۲۰۰۳ فهرستی از علائم هشداردهنده که خطر خودکشی را افزایش می‌دهند تهیه کردند که این فهرست شامل موارد زیر است: عوامل خطر کلامی: دلیلی برای زندگی کردن نداشتن، بدون احساس هدف در زندگی بودن ، احساس به دام افتادن مثل اینکه راهی برای خروج وجود ندارد، گفتن اینکه مردم بدون من وضع بهتری خواهند داشت. رفتاری: رفتار بی پروا یا درگیر شدن در فعالیت‌های مخاطره آمیز، در ظاهر بدون فکر عمل کردن، افزایش مصرف الکل یا مواد مخدر، کناره‌گیری از دوستان، خانواده یا جامعه، سر و سامان دادن به امور زندگی، نظم و ترتیب دادن به امور روزمره. روانشناختی: اضطراب، بی‌قراری، ناتوانی در خواب یا

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

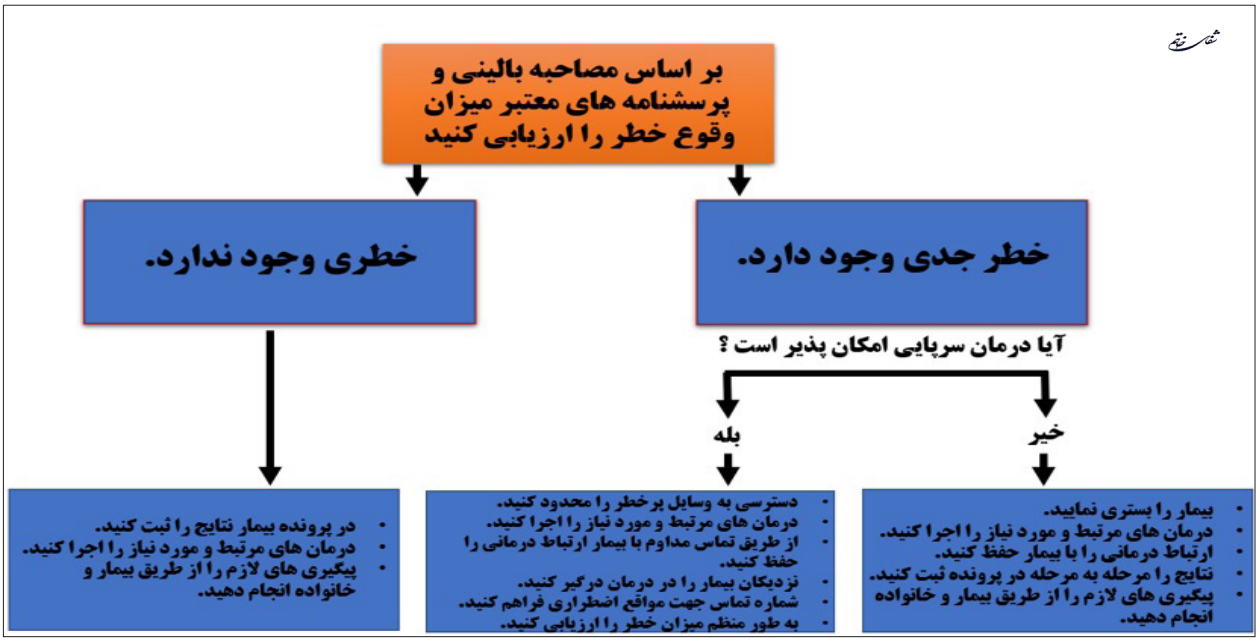
خواب طولانی، تغییرات چشمگیر در خلق و خو، ناامیدی، غضب، خشم، انتقام جویی، توهمات دستوری (۲۵)

و) پرس‌وجو درباره خودکشی: پرس‌وجو در مورد خودکشی شامل بررسی افکار خودکشی، برنامه‌ها، قصد و شدت افکار خودکشی است. برای کسانی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده‌اند، باید در مورد تمام این جنبه‌ها در زمانی که اقدام به خودکشی کرده و همچنین افکار فعلی خودکشی بررسی شود. تلاش های گذشته نیز باید با اشاره ویژه به تلاش های انجام شده در گذشته نزدیک و شدیدترین تلاش ها بررسی شود. این موارد باید شامل این موارد باشد. الف) ایده پردازی: برانگیختن ایده پردازی می تواند با سوالات ساده ای مانند "آیا تا به حال احساس کرده اید که زندگی ارزش زیستن ندارد؟" یا "آیا افکار آسیب رساندن به خود به ذهن شما خطور کرده است؟" بررسی شود. هنگامی که پاسخ مثبت شد، پزشک می‌تواند با سؤالات خاص‌تری ادامه دهد تا موارد زیر را مشخص کند: فراوانی، شدت و مدت زمان (در ۴۸ ساعت گذشته، ماه گذشته): «چند وقت یک‌بار به خودکشی فکر می‌کنید؟»می‌توانید شدت آن افکار را در مقیاس ۱ تا ۱۰ ارزیابی کنید؟ معمولاً چه مدت طول می‌کشد؟" ب) طرح خودکشی: پس از برانگیختن افکار خودکشی، پزشک باید در مورد وجود طرح خودکشی و اینکه آیا بیمار اقداماتی برای اجرای طرح خودکشی انجام داده است یا خیر، تحقیق کند. سؤالات باید در زمینه های زیر بررسی شوند: زمان، مکان، دسترسی به وسایل کشنده، اقدامات مقدماتی «آیا نقشه ای دارید که چگونه خودتان را بکشید؟» « آیا در خانه سم/ سلاح/ مواد مخدر دارید؟». ج) قصد خودکشی: قصد خودکشی نشان دهنده شدت تمایل بیمار به مرگ است و می تواند با تعیین انگیزه بیمار برای خودکشی و همچنین جدیت و هدف او از مرگ، از جمله هر گونه رفتارهای مرتبط یا برنامه ریزی برای خودکشی، ارزیابی شود. د) میزان مرگ آوری رفتار خودکشی: میزان کشندگی بالقوه باید به طور عینی توسط پزشک ارزیابی شود و ممکن است همیشه با انتظارات فرد از آنچه از نظر پزشکی خطرناک است منطبق نباشد. به‌عنوان مثال، در بسیاری از موارد مسمومیت با آفت‌کش‌ها، قربانی به‌طور ناگهانی و بدون قصد قوی برای از بین بردن خود، آفت‌کش را مصرف می‌کند، که بیشتر منجر به مرگ ناخوشایند فرد می‌شود. ه) تاریخچه تأیید کننده: پس از بررسی خودکشی از منظر بیمار، سابقه تأییدکننده همیشه باید از اعضای خانواده، دوستان، افراد همراه، پزشکان معالج و سوابق پزشکی گذشته درخواست شود. این موضوع برای روشن شدن شک و تردیدها و به دست آوردن تصویر قطعی‌تری مفید است. همچنین می‌تواند به ایجاد یک شبکه پشتیبانی که در مدیریت برنامه‌ریزی ضروری است کمک می‌کند (۲۶)

ارزیابی ریسک در شرایط مختلف

الف) بخش اورژانس: در بسیاری از مواقع از روانپزشک خواسته می‌شود تا خطر را در محیط‌های اورژانس عمومی که در آن بیماران با اقدام به خودکشی مراجعه می‌کنند، ارزیابی کند. در چنین شرایطی، فرد اغلب با یک محیط شلوغ، پر سر و صدا، یک بیمار ناآشنا، غیرهمکار یا مست مواجه می‌شود. انجام ارزیابی در چنین شرایطی دشوار است و پزشک باید منتظر بماند تا وضعیت مطلوب یا مساعدی برای ارزیابی ایجاد شود. گاهی اوقات ممکن است بیمار در اثر مسمومیت دچار خواب آلودگی شود در این زمان مدیریت پزشکی و تثبیت بیمار در اولویت قرار می گیرد. طرحی برای ارزیابی ریسک در شرایط اضطراری در تصویر ۱ نشان داده شده است (۲۸، ۲۷) ب) بخش بستری: همه بیماران بستری شده با تشخیص

تصویر ۱-یک نمودار ساده برای مدیریت رفتارهای خودکشی در شرایط اضطراری



[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

اختلالات روانی شدید و سوء مصرف مواد باید تحت ارزیابی ریسک مجدد از نظر تغییر در موفقیت درمان، بدتر شدن وضعیت بالینی بیمار یا ظاهر شدن یک عامل استرس‌زای روانی- اجتماعی جدید، قرار گیرند، به ویژه در دوره زمانی بلافاصله پس از ترخیص. بیمارانی که خطر خودکشی بالایی دارند باید به طور منظم در پروتکل‌های مشاهده مداوم و نزدیک یا بررسی های دوره ای هر ۱۵ دقیقه قرار گیرند. این بررسی‌ها باید به شیوه غیرقابل پیش‌بینی و در فواصل زمانی مختلف انجام شوند تا برنامه‌ریزی برای خودکشی برای یک بیمار بستری دشوار شود. چنین بیمارانی باید در نزدیکترین فاصله به ایستگاه پرستاری قرار گیرند و یک هم اتاقی یا مراقب داشته باشند. بازرسی کامل از همه مواردی که می‌توانند برای فرد آسیب‌رسان باشند باید انجام شود (۳۱-۲۹).

د) محیط سرپایی: پزشک باید ماهیت هیجانی خودکشی را در طول زمان در نظر داشته باشد. همچنین پزشک باید نسبت به بهبود ناگهانی و غیرمنتظره در خلق و خوی بیمار یا امتناع و عدم پیروی از درمان محتاط باشد. استفاده از اطلاعات اعضای خانواده نزدیک و همکاران در چنین مواردی هم برای ارزیابی بهتر و هم برای توسعه سیستم پشتیبانی حیاتی می‌باشد. در چنین مواردی پیگیری بیماران در طول زمان توصیه می‌گردد (۳۴-۳۲).

ه) استفاده از ابزارهای ارزیابی: اگرچه ابزارهای ارزیابی استاندارد شده مختلفی از جمله مقیاس‌های درجه‌بندی عینی و معیارهای خود گزارشی وجود دارد (۳۹-۳۵)، اما توصیه می‌شود هرگز این ابزارها جایگزین ارزیابی بالینی کامل بر اساس روش های استاندارد ارزیابی خطر خودکشی نشوند. جدول ۱ طبقه بندی ای از انواع ریسک را ارائه می دهد (۴۰).

تکنیک‌های مدیریت بحران حاد خودکشی: در مواردی که یک اقدام به خودکشی اتفاق می افتد شیوه صحیح مدیریت این مسئله و زمان بندی بسیار حائز اهمیت می باشد. اهداف اساسی در مدیریت بحران حاد خودکشی شامل موارد زیر می‌باشد: از ایمن بودن فوری بیمار اطمینان حاصل کنید؛ تثبیت و مدیریت عوارض پزشکی در صورت وجود صورت پذیرد؛ از بیمار در برابر آسیب به خود محافظت شود؛ تغییر فوری اعمال شود؛ تمرکز از بحران به حل بحران تغییر کند؛ تا آنجا که ممکن است، مشکل حادی را که بحران را تسریع کرده است، شناسایی و حل شود؛ خانواده، شریک زندگی، و شبکه حمایت اجتماعی درگیر شود؛ تشخیص و درمان مشکل زمینه‌ای که بیمار را مستعد خودکشی می‌کند هر چه سریع‌تر انجام شود. تکنیک‌های مدیریت بحران حاد خودکشی در جدول ۲ برشمرده شده است (۴۰).

جدول ۱- طبقه‌بندی ریسک خودکشی

خطر مرحله	ریسک /عامل حفاظتی	خودکشی	مداخلات احتمالی
بالا	تشخیص‌های روانپزشکی بالا با علائم شدید یا رویداد حاد تسریع کننده؛ عوامل حفاظتی نامرتبط؛ وابستگی/ سوء مصرف مواد؛ افسردگی حاد، توهمات دستوری؛ سیستم پشتیبانی ضعیف	اقدام به خودکشی بالقوه کشنده یا ایده پردازی مداوم با قصد قوی یا تکرار مجدد خودکشی	بستری عموماً پیشنهاد شده است مگر اینکه تغییر قابل توجهی در ریسک اتفاق بیفتد. اقدامات احتیاطی جلوگیری از خودکشی
در حد متوسط	عوامل خطر متعدد، عوامل حفاظتی اندک؛ افسردگی متوسط؛ سیستم پشتیبانی ضعیف	افکار خودکشی با برنامه، اما بدون قصد یا رفتار است. اقدامات مقدماتی معمولاً وجود ندارد	بستری ممکن است بسته به عوامل خطر ضروری باشد. تدوین طرح بحران از جمله برنامه ریزی جهت ایمنی بیمار ضروری است، شماره های اضطراری- بحرانی را به بیمار بدهید.
پایین	عوامل خطر با ریسک پایین، قابل تغییر، عوامل محافظتی قوی؛ سیستم پشتیبانی خوب	افکار مرگ بدون برنامه، قصد یا رفتار	ارجاع سرپایی، کاهش علائم .شماره‌های اضطراری/ بحران را به بیمار بدهید.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

رویکرد مدیریتی همچنین باید به عوامل متعددی توجه داشته باشد که نیاز به بستری شدن یا به نفع درمان سرپایی در بیمارستان را تعیین می‌کنند. این موارد به ترتیب در جدول ۳ و ۴ آورده شده است (۴۱).

اقدامات غیردارویی اورژانسی

مداخله طرح ایمنی (SPI)[3]: یکی از محبوب ترین و توصیه شده ترین اقدامات برای مقابله با بحران حاد خودکشی است. این طرح یک مداخله شناختی مختصر است که معمولاً ۲۰ تا ۴۵ دقیقه طول می‌کشد و مجموعه‌ای مشخص و اولویت‌دار از راهبردهای مقابله‌ای و منابع حمایتی را در اختیار بیمار دارای بحران خودکشی قرار می‌دهد که می‌تواند در صورت بروز ناگهانی افکار

جدول ۲- تکنیک‌های مدیریت بحران حاد خودکشی

تکنیک‌ها
حذف وسیله (عامل) خطر خودکشی
برنامه‌ریزی برای ایمنی فرد
برنامه‌ریزی برای آینده (فوری)
کاهش انزوا (حمایت اجتماعی)
کاهش عوامل رفتاری پرخطر
کاهش عوامل محیطی پرخطر
کاهش اضطراب و آشفتگی (آشفتگی روانی)
مدیریت دارویی
بستری شدن در بیمارستان (در صورت نیاز)

جدول ۳- عوامل تعیین کننده تصمیم به بستری شدن در بیمارستان

بستری شدن در بیمارستان را در شرایط زیر به شدت در نظر بگیرید:
۱- تلاش قبلی برای خودکشی با شدت بالا
۲- طرح خودکشی برنامه‌ریزی شده
۳- دسترسی به وسایل کشنده
۴- ارتباطات ضعیف
۵- از دست دادن فردی عزیز اخیرا
۶- انزوای اجتماعی
۷- ناامیدی
۸- سابقه رفتار تکانشی و پرخطر
۹- سوء مصرف یا وابستگی به مواد
۱۰- اختلال خلقی، روان‌پریشی یا شخصیتی درمان نشده
پس از اقدام به خودکشی یا اقدام به خودکشی ناتمام اگر:
۱- بیمار روان‌پریش است
۲- تلاش خشونت آمیز، تقریباً کشنده یا از پیش طراحی شده باشد

[3] Safety Plan Intervention (SPI)

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

۳- موارد احتیاطی اقدام مجدد وجود دارد
۴- طرح و/ یا قصد مداوم وجود دارد
۵- پریشانی افزایش می‌یابد یا بیمار از زنده ماندن پشیمان می‌شود
۶- بیمار مرد است، سن بالای ۴۵ سال، به ویژه با شروع جدید اختلالات روانپزشکی یا تفکر خودکشی
۷- بیمار حمایت خانوادگی و/ یا اجتماعی محدودی دارد
۸- رفتار تکانشی فعال، تحریک‌پذیری شدید، قضاوت ضعیف یا امتناع از کمک بصورت مشهود
۹- وضعیت روانی بیمار با تغییرات متابولیک، سمی، عفونی یا موارد دیگر تغییر می‌کند
اتیولوژی که نیاز به کار بیشتر در یک محیط ساختار یافته دارد
در صورت وجود افکار خودکشی با: ۱- طرح خاص با کشندگی بالا ۲- قصد خودکشی بالا

جدول ۴- عوامل موثر بر ترخیص از درمان /سرپایی

ترخیص از بخش اورژانس با پیگیری های بعدی ممکن است امکان پذیر باشد:
پس از اقدام به خودکشی یا در صورت وجود افکار/ طرح خودکشی: زمانی که خودکشی واکنشی به رویدادهای آشکارساز (مانند شکست در امتحان، مشکلات رابطه) باشد، به‌ویژه اگر دید بیمار از موقعیت از زمان مراجعه به بخش اورژانس تغییر کرده باشد طرح/ روش و قصد خودکشی کمتر جدی است، وضعیت زندگی بیمار پایدار و دارای حمایتی کافی است، بیمار می‌تواند با توصیه‌هایی برای پیگیری همکاری کند، در صورت امکان، اگر بیمار در حال حاضر تحت درمان است، با درمانگر تماس گرفته شود.
مدیریت سرپایی ممکن است تحت شرایط زیر در نظر گرفته شود: عدم سابقه تلاش های بالقوه کشنده، عدم برنامه/ قصد برای خودکشی، وجود عضو همکاری کننده در خانواده یا سایر بزرگسالان، حذف یا عدم دسترسی به وسایل کشنده، ارتباطی بودن فرد در دسترس بودن مراقبت‌های سرپایی ویژه حمایت اجتماعی خوب امیدواری در بیماری که افکار مزمن خودکشی و/ یا خود آسیبی بدون تلاش‌های جدی پزشکی از قبل وجود داشته باشد، اگر وضعیت زندگی امن و حمایتی در دسترس باشد و مراقبت‌های روانپزشکی سرپایی ادامه داشته باشد.

خودکشی مورد استفاده قرار گیرد. مراحل یک طرح ایمن معمول در وهله اول شامل شناسایی علائم هشداردهنده خودکشی مانند آشفتگی و اضطراب شدید، و نوسانات شدید خلق و خوی می‌باشد. در مرحله بعد راهبردهای مقابله درونی شامل کارهایی که می‌توانم برای پرت کردن حواس خودم بدون تماس با کسی انجام دهم، تماشای ورزش، گوش دادن به موسیقی و هم چنین راهبردهای اجتماعی برای حواس پرتی و حمایت مانند معاشرت با افراد دیگر در محیط اجتماعی طبیعی آنها (دوستان، همسایگان) یا بازدید از محیط‌های اجتماعی سالم (کتابخانه، کافی شاپ) مورد توجه قرار می‌گیرد. در پایان، تماس‌های اجتماعی

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

برای کمک به حل بحران خودکشی (دوستان نزدیک، اعضای خانواده)، تماس‌های حرفه‌ای و اورژانسی برای کمک به حل بحران (بیمارستان محلی، خط کمک خودکشی) در اختیار فرد قرار می‌گیرد (۴۲، ۴۳).

قرارداد عدم خودکشی: این یک توافق شفاهی یا کتبی بین بیمار و پزشک است که از بیمار می‌خواهد در صورت بروز بحران ناگهانی اقدام به خودکشی نکند. قراردادهای خودکشی به‌عنوان روش‌های موثر برای کاهش خودکشی شواهد محدودی دارند. علاوه بر این، این مبتنی بر "باور ذهنی" است و ممکن است منجر به احساس امنیت کاذب از جانب پزشک شود. از این رو، به طور معمول توصیه نمی شود و نباید در افراد سایکوتیک، بی قرار، تکانشی، مست و دارای نقص شناختی استفاده شود (۴۱، ۴۴، ۴۵).

فعال کردن حمایت روانی اجتماعی: در مشاوره با بیمار در معرض خودکشی، حمایت روانی اجتماعی ممکن است با تماس با خانواده یا دوستان و منابع اجتماعی و ارائه جزئیات خدمات اجتماعی از جمله خطوط بحران فعال شود. روش های اصلی فعال‌سازی حمایت روانی اجتماعی عبارتند از: توجه به روابط موجود، ایجاد روابط جدید، تغییر واکنش نسبت به دیگران، و استفاده از حمایت خانواده (۴۱، ۴۶).

روان درمانی: مداخلات مبتنی بر رفتار درمانی شناختی با تمرکز بر پیشگیری از خودکشی در بیماران دارای رفتار خودکشی مؤثر بوده است. همچنین، رفتاردرمانی دیالکتیکی[4] برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سابقه خشونت خود بخودی اخیر ارائه شده است. درمان حل مسئله محور نیز در کاهش رفتار خودکشی مؤثر بوده است (۴۷-۵۱).

درمان های پزشکی اورژانسی

درمان با الکتروشوک[5] (ECT): رفتار خودکشی را در کوتاه مدت کاهش می دهد. اثربخشی آن در بیماران حاد خودکشی، به ویژه آن‌هایی که از اختلال افسردگی تک قطبی رنج می‌برند، ثابت شده است (۵۲-۵۴).

لیتیوم[6]: لیتیوم در کاهش خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. با این حال، خطر فوری مصرف بیش از حد لیتیوم در بیمارانی که به طور فعال خودکشی می کنند باید در نظر گرفته شود. مراحلی مانند تجویز برای مدت بسیار کوتاه، نیاز به نظارت، و قفل نگه داشتن محل دارو (هرجا که امکان پذیر باشد) باید مورد بحث قرار گیرند (۵۵-۵۷).

داروهای ضد افسردگی: به طور کلی در درمان رفتارهای خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی تک قطبی توصیه می‌شوند. اثربخشی فلوکستین[7] و ونلافاکسین[8] در کاهش افسردگی و خودکشی در جمعیت بزرگسال و سالمندان ثابت شده است. نگرانی‌هایی در مورد خودکشی ناشی از داروهای ضد افسردگی وجود دارد که برای آن تیم درمان باید هرجا که ممکن است به بیمار و اعضای خانواده آموزش روانی بدهد. در طول درمان در یک ماه اول، به ویژه در میان نوجوانان، باید به این جنبه توجه ویژه ای شود (۵۸، ۵۹).

کتامین: مطالعات نشان داده است که کتامین در کاهش سریع افکار خودکشی حتی با یک دوز ۰/۵ میلی‌گرم بر کیلوگرم موثر است. مسئله اصلی در مورد کتامین فواید کوتاه‌مدت آن و اینکه آزمایش‌های آن بر روی گروه‌های کوچک بیماران انجام شده است می‌باشد. بنابراین، استفاده از کتامین در رفتار خودکشی هنوز Off-Label باقی می‌ماند (۶۰-۶۳).

کلوزاپین: مشخص شده است که کلوزاپین خودکشی و اقدام به خودکشی را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کاهش می‌دهد و ممکن است در این گروه از بیماران در نظر گرفته شود (۶۴).

اقداماتی برای کنترل اضطراب و بی‌قراری حاد: داروهای ضد روان‌پریشی تزریقی و بنزودیازپین‌ها ممکن است برای این منظور در محیط درمان اورژانسی استفاده شوند. بنزودیازپین‌ها گاهی برای درمان اضطراب شدید مرتبط با خودکشی استفاده می‌شوند. هنوز شواهد کافی برای حمایت از این توصیه وجود ندارد. علاوه بر این، بنزودیازپین‌ها می‌توانند به طور مکرر به‌عنوان وسیله‌ای برای خودکشی مورد استفاده قرار گیرند و همچنین می‌توانند در برخی از بیماران باعث بازدارندگی شوند. با این حال، این داروها ممکن است در درمان بی خوابی شدید مرتبط با خودکشی مؤثر باشند (۶۵-۶۷).

مدیریت بلندمدت رفتار خودکشی

مداخلات کوتاه و پیگیری: روش درمانی مداخله کوتاه و تماس (BIC)[9] سازمان جهانی بهداشت شامل یک جلسه اطلاعات فردی یک ساعته تا حد امکان نزدیک به زمان ترخیص و ۹ تماس پیگیری پس از ترخیص بیمار است (تماس‌های تلفنی یا بازدیدها، در صورت لزوم)، بر اساس یک جدول زمانی خاص تا ۱۸ ماه (در ۱، ۲، ۴، ۷، و ۱۱ هفته، و ۴، ۶، ۱۲، و ۱۸ ماه)، که توسط یک شخص با تجربه بالینی (به‌عنوان مثال، پزشک، پرستار، و روانشناس) انجام می‌شود. اطلاعات ثبت شده شامل پریشانی روانی و اجتماعی، و عوامل محافظتی برای رفتارهای خودکشی، اپیدمیولوژی عمومی خاص خودکشی، تکرار رفتارهای خودکشی، جایگزینی راهبردهای مقابله سازنده به جای

[4] Dialectical behavior therapy
[5] Electroconvulsive therapy
[6] Lithium
[7] Fluoxetine
[8] Venlafaxine
[9] Brief Intervention and Contact (BIC)

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]
[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

خود تخریبی، و تماس‌ها/ ارجاعات است. مشخص شده است که BIC به طور قابل توجهی خودکشی را در بین بیمارانی که سابقه اقدام به خودکشی در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط (مانند چین، ایران، هند، برزیل و سریلانکا) دارند، کاهش می‌دهد (۶۹، ۶۸).

مدیریت رفتارهای مزمن خودکشی: افراد با خطر مزمن بالا افرادی هستند که دارای شرایط پزشکی/ روانی ناتوان کننده مزمن با افکار مزمن خودکشی هستند. این افراد در صورت بروز بحران ناگهانی و غیرمنتظره در معرض خطر بالایی برای خودکشی قرار می‌گیرند. جدای از درمان بیماری مزمن، برای این افراد باید یک برنامه ایمنی به درستی طراحی شده داشته باشند و در بازدیدهای بعدی به طور منظم مورد ارزیابی خطر قرار گیرند (۴۱).

نتیجه‌گیری

پیشگیری از خودکشی و رفتارهای پرخطر موضوعی پراهمیت در سطح جهانی است که تلاش‌های زیادی در جهت کاهش آن در حال انجام است. اما برای آن که بتوان در مسیر صحیح حرکت کرد نیاز است که دیدگاهی کل نگرانه اتخاذ شود. دیدگاهی که در آن از سیاستگذاری‌های کلی در سطح ملی تا شناسایی افراد در معرض خطر، ارزیابی شدت خطر، درمان‌های روانشناختی موثر، درمان‌های دارویی، حمایت‌های عاطفی- اجتماعی- معنوی و در نهایت پیگیری‌های بلندمدت را در بر گیرد.

منابع

1. Suicide worldwide in 2019: global health estimates: World Health Organization; 2019 [Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1 .

2. Bantjes J, Iemmi V, Coast E, Channer K, Leone T, McDaid D, et al. Poverty and suicide research in low- and middle-income countries: systematic mapping of literature published in English and a proposed research agenda. Global mental health (Cambridge, England). 2016; 3: e32.

3. Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. Preventive Medicine. 2021; 152: 106498.

4. United Nations Global SDG Database 2023 [Available from: https://w3.unece.org/SDG/en/Indicator?id=100.

5. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 2021 [Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1 .

6. Thirteenth General Programme of Work: World Health Organization 2019 [Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf?sequence=1 .

7. LIVE LIFE Initiative for Suicide Prevention 2021 [Available from: https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention.

8. Erlangsen A, Khan M, Su W, Alateeq K, Charfi F, Madsen T, et al. Situation Analysis of Suicide and Self-Harm in the WHO Eastern Mediterranean Region. Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research. 2024; 28(3): 760-78.

9. Pearce T, Maple M, Wayland S, McKay K, Woodward A, Brooks A, et al. A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involving multisectoral collaborations. Health Research Policy and Systems. 2022; 20(1): 40.

10. Advocating for national suicide prevention strategies 2024 [Available from: https://www.who.int/activities/advocating-for-national-suicide-prevention-strategies.

11. Core Competency: Capacity Building and Workforce Development 2024 [Available from: https://sprc.org/core-competencies/core-competency-capacity-building-and-workforce-development/.

12. McAuliffe C. Building Capacity for Campus Suicide Prevention: Evaluation of the Campus Suicide Prevention Initiative. Canadian Mental Health Association of BC; 2022.

13. Developing and Maintaining Funding 2024 [Available from: https://communitysuicideprevention.org/element/sustainability/developing-and-maintaining-funding/.

14. Financing: National Action Alliance for Suicide Prevention; 2024 [Available from: https://theactionalliance.org/healthcare/financing.

15. Training manual for surveillance of suicide and self-harm in communities via key informants: World Health Organization; 2022.

16. Huggett C, Gooding P, Haddock G, Quigley J, Pratt D. The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. Clinical psychology & psychotherapy. 2022; 29(4): 1203-35.

17. Huggett C, Peters S, Gooding P, Berry N, Pratt D. A systematic review and meta-ethnography of client and therapist perspectives of the therapeutic alliance in the context of psychotherapy and suicidal experiences. Clinical Psychology Review. 2024; 113: 102469.

18. Dwivedi Y. The neurobiological basis of suicide. 2012.

19. Quevedo LdA, Loret de Mola C, Pearson R, Murray J, Hartwig FP, Gonçalves H, et al. Mental disorders, comorbidities, and suicidality at 30 years of age in a Brazilian birth cohort.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

Comprehensive Psychiatry. 2020; 102: 152194.

20. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: A literature review. South African Family Practice. 2008; 50(6): 25-9.

21. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. 2018; 63(1): 162-71.

22. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ. Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year. 2014; 44(1): 6-22.

23. Risk and Protective Factors for Suicide: CDC; 2024 [Available from: https://www.cdc.gov/suicide/risk-factors/index.html.

24. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, Sund AM, Kaasbøll J. Protective factors for suicidal ideation: a prospective study from adolescence to adulthood. European Child & Adolescent Psychiatry. 2024.

25. Rudd MD, Berman AL, Joiner Jr TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. 2006; 36(3): 255-62.

26. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors 2003 [Available from: https://zerosuicide.edc.org/resources/resource-database/american-psychiatric-association-practice-guideline-assessment-and.

27. Buzan RD, Weissberg MP. Suicide: risk factors and therapeutic considerations in the emergency department. The Journal of emergency medicine. 1992; 10(3): 335-43.

28. Sarkhel S, Vijayakumar V, Vijayakumar L. Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. Indian journal of psychiatry. 2023; 65(2): 124-30.

29. Berg SH, Rørtveit K, Walby FA, Aase K. Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. 2020; 10(11): e040088.

30. de Winter RFP, Meijer C, de Groot MH. Treatment of Suicidal Behavior for Inpatients. In: Pompili M, editor. Suicide Risk Assessment and Prevention. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 1-19.

31. Navin K, Kuppili PP, Menon V, Kattimani S. Suicide Prevention Strategies for General Hospital and Psychiatric Inpatients: A Narrative Review. Indian journal of psychological medicine. 2019; 41(5): 403-12.

32. Recommended Standard Care for People with Suicide Risk: MAKING HEALTH CARE SUICIDE SAFE. Washington, DC: Education Development Center, Inc.: National Strategy for Suicide Prevention (National Strategy); 2018.

33. Bongar B, Maris RW, Berman AL, Litman RE. Outpatient Standards of Care and the Suicidal Patient. 1992; 22(4): 453-78.

34. McDowell AK, Lineberry TW, Bostwick JM. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. Mayo Clinic proceedings. 2011; 86(8): 792-800.

35. Andreotti ET, Ipuchima JR, Cazella SC, Beria P, Bortoncello CF, Silveira RC, et al. Instruments to assess suicide risk: a systematic review. 2020; 42: 276-81.

36. Kreuze E, Lamis DAJO-Jod, dying. A review of psychometrically tested instruments assessing suicide risk in adults. 2018; 77(1): 36-90.

37. Lotito M, Cook EJMHC. A review of suicide risk assessment instruments and approaches. 2015; 5(5): 216-23.

38. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern MJPo. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. 2017; 12(7): e0180292.

39. Sarhadi S, Ghaemi F, Dortaj F, Delavar A. Comparison of the Effectiveness of Sertraline, Transcranial Direct Stimulation Current and their Combination on Post-Traumatic Stress Disorder in Veterans%J the Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2019; 8(1): 51-62.

40. Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff: NSW DEPARTMENT OF HEALTH; 2004.

41. Douglas G. Jacobs MD, Ross J. Baldessarini MD, Yeates Conwell MD, Jan A. Fawcett MD, Leslie Horton MD, Ph.D., Herbert Meltzer MD, et al. PRACTICE GUIDELINE FOR THE Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. USA: American Psychiatric Association; 2003.

42. Bettis AH, Donise KR, MacPherson HA, Bagatelas P, Wolff JC. Safety Planning Intervention for Adolescents: Provider Attitudes and Response to Training in the Emergency Services Setting. 2020; 71(11): 1136-42.

43. Stanley B, Brown GKJC, practice b. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. 2012; 19(2): 256-64.

44. Page SA, King MC. No-Suicide Agreements: Current Practices and Opinions in a Canadian Urban Health Region. The Canadian Journal of Psychiatry. 2008; 53(3): 169-76.

45. Edwards SJ, Sachmann MD. No-suicide contracts, no-

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]

suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. Crisis. 2010; 31(6): 290-302.

46. Jackson J, Farr M, Birnie K, Davies P, Mamluk L, O'Brien M, et al. Preventing male suicide through a psychosocial intervention that provides psychological support and tackles financial difficulties: A mixed method evaluation. BMC Psychiatry. 2022; 22.

47. Chesin M, Stanley BJBd. Risk assessment and psychosocial interventions for suicidal patients. 2013; 15(5): 584-93.

48. Calear AL, Christensen H, Freeman A, Fenton K, Busby Grant J, Van Spijker B, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. 2016; 25: 467-82.

49. Cox G, Hetrick SJBMH. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? 2017; 20(2): 35-40.

50. Calati R, Lopez-Castroman J. Psychosocial Interventions for Suicide Prevention: Frontiers Media SA; 2020.

51. Miranda R, Jeglic EL. Handbook of Youth Suicide Prevention: Integrating Research into Practice: Springer International Publishing; 2022.

52. Fink M, Kellner CH, McCall WVJTjoE. The role of ECT in suicide prevention. 2014; 30(1): 5-9.

53. Kellner CH, Li EH, Farber KG, Geduldig ET, Ahle GMJCtoip. Electroconvulsive therapy (ECT) and suicide prevention. 2016; 3:73-81.

54. Rönnqvist I, Nilsson FK, Nordenskjöld AJJno. Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with major depressive disorder. 2021; 4(7): e2116589-e.

55. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, Ritter P, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. International Journal of Bipolar Disorders. 2015; 3(1): 15.

56. Benard V, Vaiva G, Masson M, Geoffroy PA. Lithium and suicide prevention in bipolar disorder. L'Encephale. 2016; 42(3): 234-41.

57. Sarai SK, Mekala HM, Lippmann S. Lithium Suicide Prevention: A Brief Review and Reminder. Innovations in clinical neuroscience. 2018; 15(11-12): 30-2.

58. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis JM, Mann JJ. Suicidal Thoughts and Behavior with Antidepressant Treatment: Reanalysis of the Randomized Placebo-Controlled Studies of Fluoxetine and Venlafaxine. Archives of General Psychiatry. 2012; 69(6): 580-7.

59. Nischal A, Tripathi A, Nischal A, Trivedi JK. Suicide and antidepressants: what current evidence indicates. Mens sana monographs. 2012; 10(1): 33-44.

60. Baldaçara L, Grudtner RR, da SLV, Porto DM, Robis KP, Fidalgo TM, et al. Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999). 2021; 43(5): 538-49.

61. Witt K, Potts J, Hubers A, Grunebaum MF, Murrough JW, Loo C, et al. Ketamine for suicidal ideation in adults with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis of treatment trials. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2019; 54(1): 29-45.

62. Abbar M, Demattei C, El-Hage W, Llorca P-M, Samalin L, Demaricourt P, et al. Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: double blind, randomised placebo-controlled trial. 2022; 376: e067194.

63. Hochschild A, Grunebaum MF, Mann JJ. The rapid anti-suicidal ideation effect of ketamine: A systematic review. Preventive Medicine. 2021; 152: 106524.

64. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine Treatment for Suicidality in Schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Archives of General Psychiatry. 2003; 60(1): 82-91.

65. Sharma V. Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. 2003; 5(s2): 48-52.

66. Dodds TJ. Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. The primary care companion for CNS disorders. 2017; 19(2).

67. Wang C, Wang X, Wang J, Li X, Lu D, Guo F, et al. Prevalence and clinical correlates of benzodiazepine use in the patients with major depressive disorder. Journal of Affective Disorders. 2024; 363: 619-25.

68. Hassanzadeh M, khajeddin N, Nojomi M, Fleischmann A, Eshrati T. Brief Intervention and Contact after Deliberate Self-Harm: An Iranian Randomized Controlled Trial. 2010; 4(2): 5-12.

69. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization. 2008; 86(9): 703-9.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2025-08-01]

[DOI: 10.61186/shefa.12.4.111]