



الوقاية من الانتحار

ضرورة عالمية

مُنظمة الصحة العالمية 
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الوقاية من الانتحار

ضرورة عالمية

بيانات الفهرسة أثناء النشر
منظمة الصحة العالمية. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

الوقاية من الإنتحار: ضرورة عالمية / منظمة الصحة العالمية.
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

صدرت الطبعة الإنجليزية في جنيف ٢٠١٤ (ISBN: 978-92-4-156477-9)
١. الإنتحار - وقاية و مكافحة ٢. محاولة الإنتحار- وقاية و مكافحة
٣. الإنتحار - إحصاءات و بيانات رقمية ٤. البرامج الصحية الوطنية
أ. العنوان ب. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

(تصنيف المكتبة الطبية القومية: HV 6545) (ISBN: 978-92-9022-028-2)
(متاح على شبكة الإنترنت) (ISBN: 978-92-9022-029-9)

© منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة تبادل المعارف والإنتاج، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. ٧٦٠٨، مدينة نصر، القاهرة ١١٣٧١، مصر (هاتف رقم: +٢٠٢٢٦٧٠٢٥٣٥، فاكس رقم: +٢٠٢٢٦٧٠٢٤٩٢؛ وعنوان البريد الإلكتروني: emrgoksp@who.int).

علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه؛ والبريد الإلكتروني: emrgoegp@who.int.

طبع في القاهرة.

جميع الحقوق محفوظة. التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات أو المنتجات معتمدة أو موصى بها من قِبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

وقد اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات التي تحتويها هذه المنشورة. غير أن هذه المادة المنشورة يجري توزيعها دون أي ضمان من أي نوع، صراحةً أو ضمناً. ومن ثم تقع على القارئ وحده مسؤولية تفسير المادة واستخدامها. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية بأي حال أي مسؤولية عما يترتب على استخدامها من أضرار.

المحتويات

تقديم	٤
تهويد	٥
شكر وتقدير	٦
ملخص تنفيذي	٨
مقدمة	١٢
وبائيات الانتحار ومحاولات الانتحار على الصعيد العالمي	١٦
الوفيات الناجمة عن الانتحار	١٨
محاولات الانتحار	٢٧
عوامل الخطر والحماية، والتدخلات ذات الصلة	٣٠
النظام الصحي وعوامل الخطر الاجتماعية	٣٤
المجتمع وعوامل الخطر في العلاقات	٣٨
عوامل الخطر الفردية	٤٢
ما الذي يحمي الناس من مخاطر الانتحار؟	٤٦
الوضع الحالي للوقاية من الانتحار	٤٨
ما هو معروف وما تم تحقيقه	٥٠
ما الإجراءات التي تأخذها البلدان حالياً للوقاية من الانتحار؟	٥١
الوضع القانوني الحالي للانتحار في جميع أنحاء العالم ووجهات النظر من أجل التغيير	٥٣
العمل من أجل تحقيق استجابة وطنية شاملة للوقاية من الانتحار	٥٤
كيف يمكن للبلدان إعداد استراتيجية وطنية شاملة ولماذا يكون ذلك مفيداً؟	٥٨
كيف يمكن تتبع التقدم المحرز عند تقييم الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار؟	٦٣
تكلفة جهود الوقاية من الانتحار وفعالية التكلفة	٦٥
الخطوات المستقبلية للوقاية من الانتحار	٦٦
ما الذي يمكن القيام به ومن تجب مشاركته؟	٦٨
الخطوات المستقبلية	٦٨
كيف يبدو النجاح؟	٧٣
الرسائل الأساسية	٧٤
المراجع	٧٦
الملحقات	٨٢
الملحق ١. الأرقام والمعدلات المقدره لحالات الانتحار حسب الجنس والعمر للسنتين ٢٠١٢ و ٢٠٠٠	٨٢
الملحق ٢. الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية الذين تم تجميعهم حسب أقاليم المنظمة ومتوسط دخل الفرد	٩٠



كل حالة انتحار تُعتبر مأساة. وتشير التقديرات إلى أن ما يزيد عن ٨٠٠٠٠٠٠ نسمة يموتون عن طريق الانتحار، وأن هناك محاولات انتحار كثيرة مقابل كل حالة وفاة. ويكون الأثر الواقع على الأسر والأصدقاء والمجتمعات أثراً مدمراً وبعيد المدى، حتى وإن مر وقت طويل على انتحار أشخاص أعزاء عليهم.

وما يدعوا للأسف، أن ظاهرة الانتحار لا تدخل، في كثير من الأحيان، ضمن المجالات ذات الأولوية بوصفها مشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العامة. وعلى الرغم من زيادة البحوث والمعرفة حول الانتحار وسبل الوقاية منه، يتواصل الخطر المفروض على إثارة قضية الانتحار ويستمر الوصم المحيط بها. ونجد أن الأشخاص في أغلب الأحيان إما لا يطلبون المساعدة أو يتكفون يواجهون مصيرهم بمفردهم. وحتى إن طلبوا المساعدة، فكثير من النظم والخدمات الصحية تخفق في تقديم المساعدة الفعالة في الوقت المناسب.

ورغم ذلك، فالانتحار هو أمر يمكن الوقاية منه؛ إذ يشجع هذا التقرير البلدان على مواصلة العمل الجيد حيثما كان العمل قائماً بالفعل، ووضع قضية الوقاية من الانتحار على رأس جدول الأعمال، بغض النظر عن الوضع الحالي للبلاد من حيث معدل الانتحار أو الأنشطة الخاصة بالوقاية من الانتحار. ومع التدخلات الفعالة المستندة بالبيّنات والدعم والمعالجة في الوقت المناسب، فإنه يمكن الوقاية من الانتحار ومنع محاولات الانتحار على حد سواء. ولا يقع عبء الانتحار على القطاع الصحي وحده؛ بل إن له تأثيرات متعددة على العديد من القطاعات، وعلى المجتمع ككل. لذا، فمن أجل الروح في رحلة ناجحة نحو الوقاية من الانتحار، فإنه يتعين على البلدان اتباع نهج متعدد القطاعات يعالج ظاهرة الانتحار على نحو شامل يجمع بين مختلف القطاعات والجهات المعنية الأكثر ملاءمة لكل سياق.

ووفقاً لخطة العمل لمنظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٠، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية بالعمل نحو الهدف العالمي لخفض معدل الانتحار في البلدان بنسبة ١٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠. وبرنامج منظمة الصحة العالمية للعمل على راب الفجوة في الصحة النفسية الذي أطلق في عام ٢٠٠٨، والذي يشمل الانتحار كأحد الحالات ذات الأولوية ويوفر الإرشادات التقنية المستندة بالبيّنات لتوسيع نطاق تقديم الخدمات في البلدان.

واستناداً إلى هذه المعلومات، يسرني أن أقدم التقرير المائل بين يديكم «الوقاية من الانتحار: ضرورة عالمية»، الذي يبني على الجهود السابقة المبذولة في هذا الإطار، ويقدم عنصرين مهمين للمضي قدماً: قاعدة المعارف العالمية حول الانتحار ومحاولات الانتحار لتوجيه الحكومات وواضعي السياسات والجهات المعنية ذات العلاقة، واتخاذ الخطوات العملية في البلدان استناداً إلى مواردها وظروفها الحالية. وإضافة إلى ذلك، يمثل التقرير مورداً مهماً لوضع استراتيجية شاملة متعددة القطاعات من تحقيق الوقاية الفعالة من الانتحار.

إن فقدان حياة إنسان واحد جراء الانتحار لهو خطب جلل، ولا يمكن تصور خطوات مستقبلية من دون أن نعمل معاً. وقد حان وقت العمل. وأدعو جميع الأطراف المعنية لأن تسعى جاهدة لكي تجعل الوقاية من الانتحار ضرورة حتمية.

M. Chan

الدكتورة مارغريت تشان
المدير العام
منظمة الصحة العالمية

إن الانتحار هو أمر يمكن الوقاية منه. وبرغم ذلك، يموت شخص كل ٤٠ ثانية جراء الانتحار في مكان ما حول العالم، وهناك كثيرون آخرون يحاول الانتحار. فالانتحار يحدث في كل مناطق العالم وفي مختلف مراحل العمر. وبشكل خاص، نرى أن الانتحار يحتل المرتبة الثانية بين أهم أسباب الوفاة بين الشباب في الفئة العمرية ١٥-٢٩ سنة على مستوى العالم.

ويؤثر الانتحار على الفئات الأكثر قابلية للتأثر بين سكان العالم، وينتشر بشكل كبير بين الفئات التي تعاني من التهميش والتمييز في المجتمع. كما أنه لا يعد مشكلة خطيرة من مشكلات الصحة العامة في البلدان المتقدمة فحسب؛ بل إن معظم حالات الانتحار، في الواقع، تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل حيث تكون الموارد والخدمات نادرة، إن وجدت من الأساس، على نحو لا تتوافر معه إمكانية الاكتشاف المبكر والمعالجة وتقديم الدعم للمحتاجين. وهذه الحقائق اللافنة، يصحبها عدم التدخل في الوقت المناسب، تضع الانتحار ضمن مشكلات الصحة العامة العالمية التي يتحتم علينا التصدي إليها.

ويعد هذا التقرير الأول من نوعه الذي تنشره منظمة الصحة العالمية، إذ يجمع بين طياته الحقائق المعروفة ويضعها في شكل ملائم حتى يتسنى اتخاذ الإجراءات الفورية اللازمة. ويهدف التقرير إلى زيادة الوعي حول خطورة مسألة الانتحار ومحاولات الانتحار على الصحة العامة، وإعطاء قضية الوقاية من الانتحار أولوية أكبر على جدول أعمال الصحة العامة على الصعيد العالمي. كما يهدف التقرير إلى تشجيع ودعم البلدان على إعداد أو تعزيز استراتيجيات شاملة للوقاية من الانتحار في إطار نهج متعدد القطاعات للصحة العامة. وفيما يتعلق بإعداد استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار، فعلى الحكومات أن تضطلع دورها في قيادة دفة عملية الإعداد، إذ يمكنها أن تجمع بين أطراف معنية عديدة قد لا تتعاون مع بعضها البعض فيما عدا ذلك، كما أن الحكومات في وضعية متميزة تتيح لها تطوير وتعزيز

الترصد، وتوفير ونشر البيانات اللازمة للاسترشاد بها في الإجراءات المتخذة. ويقترح هذا التقرير توجيهات عملية بشأن الإجراءات الاستراتيجية التي يمكن أن تتخذها الحكومات على أساس ما يتوافر لديها من موارد وما تقوم به من أنشطة ترمي إلى الوقاية من الانتحار. وهناك على وجه الخصوص، تدخلات منخفضة التكلفة ومسددة بالبيئات وفعالة حتى في المواقع ذات الموارد الشحيحة.

وهذه المطبوعة لم يكن ليتحقق نشرها من دون الإسهامات الكبيرة التي قدمها الخبراء والشركاء من شتى أنحاء العالم، فننتقدم لهم بالشكر والتقدير على بذلوه من عمل متميز وما قدموه من دعم مهم.

والقصد من التقرير هو أن يكون مصدراً من شأنه أن يتيح لوضعي السياسات وسائر الأطراف المعنية جعل الوقاية من الانتحار أمراً ضرورياً ملحقاً. وعندئذ فقط، يمكن للبلدان تطوير استجابة وطنية فعالة في الوقت المناسب، وبالتالي رفع عبء المعاناة الناجمة عن الانتحار ومحاولات الانتحار عن الأفراد والعائلات والمجتمعات المحلية والمجتمع ككل.

د. شيكار ساكسينا Dr Shekhar Saxena
رئيس قسم الصحة النفسية وسواء استخدام المواد
منظمة الصحة العالمية

د. إتيان كروغ Dr Etienne Krug
رئيس قسم الإعاقة والوقاية من العنف والإصابات
منظمة الصحة العالمية

شكر وتقدير

التصور والتوجيه

Shekhar Saxena (منظمة الصحة العالمية)، Etienne Krug (منظمة الصحة العالمية)، Oleg Chestnov، (منظمة الصحة العالمية).

تنسيق وتحرير المشروع

Alexandra Fleischmann (منظمة الصحة العالمية)، Sutapa Howlader، (منظمة الصحة العالمية)، Alex Butchart، (الهند)، Lakshmi Vijayakumar، (أستراليا).

المساهمة والمراجعة التقنية

أعضاء فريق العمل

فريق العمل ١: وبائيات الانتحار ومحاولات الانتحار

Michael Phillips (الرئيس، الصين)، Vladeta Ajdacic-Gross (سويسرا)، Vladimir Carli (السويد)، Paul Corcoran، (أيرلندا)، Alex Crosby (الولايات المتحدة الأمريكية)، Diego De Leo، (أستراليا)، David Gunnell (المملكة المتحدة)، Thomas Simon، (الولايات المتحدة الأمريكية).

فريق العمل ٢: عوامل الخطر والحماية والتدخلات ذات العلاقة

Danuta Wasserman (الرئيس، السويد)، Alan Apter، (إسرائيل)، Annette، (نيوزيلندا)، Vladimir Carli، (السويد)، Gergö Hadlaczky، (السويد).

فريق العمل ٣: الوضع الحالي والعمل نحو تحقيق استجابة وطنية شاملة من أجل

الوقاية من الانتحار Alan Berman (الرئيس، الولايات المتحدة الأمريكية)، Ella Arensman (أيرلندا)، Stephanie Burrows، (جنوب أفريقيا)، Brian Mishara، (كندا)، Vanda Scott، (فرنسا)، Morton Silverman، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Tadashi Takeshima، (اليابان).

فريق العمل ٤: سبل الماضي قدماً

Diego De Leo (الرئيس، أستراليا)، Alex Crosby (الولايات المتحدة الأمريكية)، Keith Hawton (المملكة المتحدة)، Merete Nordentoft، (الدنمارك)، Thomas Simon، (الولايات المتحدة الأمريكية).

المساهمون الدوليون

Guilherme Borges (المكسيك)، Robert Bossarte، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Yoshinori Cho (اليابان)، Pamela Collins، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Margreet Duetz Schmucki (سويسرا)، Tony Durkee، (السويد)، Maiko Fujimori (اليابان)، Ulrich Hegerl، (ألمانيا)، Wakako Hikiji، (اليابان)، Sebastian Hokby (السويد)، Masatoshi Inagaki، (اليابان)، Miriam Iosue، (إيطاليا)، Elvira Keller-Guglielmetti، (سويسرا)، Marla Israel، (كندا)، Chiaki Kawanishi (اليابان)، Murad Khan، (باكستان)، Manami Kodaka، (اليابان)، Takafumi Kubota (اليابان)، Xianyun Li، (الصين)، Shih-Cheng Liao، (تايبيه الصينية)، Richard McKeon، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Winnie Mitchell، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Anahit Mkrtchian، (السويد)، Masayuki Morikawa (اليابان)، Mihoko Morley، (اليابان)، Sheila Ndyanabangi، (أوغندا)، Etsuji Okamoto، (اليابان)، Kotaro Otsuka، (اليابان)، Jong-Ik،

Park (جمهورية كوريا)، Alfredo Jane Pearson، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Beverly Pringle، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Pemjean (تشيلي)، Jane Pirkis، (أستراليا)، Jane Pirkis، (أستراليا)، Deborah Marco Sarchiapone، (إيطاليا)، Yukio Saito، (اليابان)، Stone (الولايات المتحدة الأمريكية)، Yoshitomo Takahashi، (اليابان)، Osamu Tanaka، (اليابان)، Camilla Wasserman، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Barbara Weil، (سويسرا)، Takashi Yamauchi، (اليابان).

الخبراء القائلون بالمراجعة

Paulo Alterwain (أوروغواي)، Karl Andriessen، (بلجيكا)، Judit Balázs، (هنغاريا)، José M. Bertolote، (البرازيل)، Jafar Bolhari، (إيران)، Eric Caine، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Erminia Colucci، (أستراليا)، Karen Devries، (المملكة المتحدة)، Michael Dudley، (أستراليا)، Jacqueline Garrick، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Onja Grad، (سلوفينيا)، Ricardo Gusmão، (البرتغال)، Christina Hoven، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Hiroto Ito، (اليابان)، Jack Jordan، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Nav Kapur، (المملكة المتحدة)، Elisabeth Kohls، (ألمانيا)، Frances Law، (الصين)، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة، Myf Maple، (أستراليا)، Sean McCarthy، (أيرلندا)، Roberto Mezzina، (إيطاليا)، James Mugisha، (أوغندا)، Thomas Niederkrotenthaler، (النمسا)، Rory O'Connor، (المملكة المتحدة)، George Patton، (أستراليا)، John Peters، (المملكة المتحدة)، Steve Platt، (المملكة المتحدة)، Jerry Reed، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Dan Reidenberg، (الولايات المتحدة الأمريكية)، Emmanuel Streele، (بلجيكا)، Jean-Pierre Soubrier، (فرنسا)، Peeter Värnik، (كندا)، Elizabeth Theriault، (اليابان)، Kanna Sugiura، (إستونيا)، Paul Yip، (الصين)، منطقة هونغ كونغ الإدارية الخاصة).

المجيبون عن المسح

أحمد عبد الباقي (العراق)، عماد عبد الغني (العراق)، Francisca Trinidad، (أكوستا)، Acosta (هندوراس)، أحمد الأنصاري (البحرين)، Dora Ninette Albrez de، (غواتيمالا)، Charity Sylvia Akotia، (غانا)، Atalay Alem، (إثيوبيا)، Layachi Anser (قطر)، Alan Apter، (إسرائيل)، Ella Arensman، (أيرلندا)، Loraine Tomas Baader، (تشيلي)، Hissani Abdou Bacar، (جزر القمر)، Barnaby (جامايكا)، Annette Beautrais، (نيوزيلندا)، Siham Benchekron، (المغرب)، Eleanor Bennett، (بليز)، Julio Bobes، (أسبانيا)، José M Bertolote، (البرازيل)، Dora Caballero، (باراغواي)، Mohamed Chakali، (الجزائر)، Kin Sun Chan، (الصين)، منطقة ماكاو الإدارية الخاصة، Ana-Maria Chavez، (المكسيك)، Doina Cozman، (رومانيا)، Diego De Leo، (أستراليا)، Remco De Winter، (هولندا)، Sounkary Doumbouya، (غينيا)، Kari Dyregrov، (النرويج)، Michel Dzaloum، (الكونغو)، Rabih El Chammay، (لبنان)، Mohamed Chakali، (السلفادور)، Félix Evangelista، (بنان)، Rangiau Fariu، (جزر كوك)، Georg Fiedler، (ألمانيا)، Gonzalo Baldomero، (سورينام)، Onja Grad، (بنما)، Tobin Graafsmas، (سورينام)، Tobi Graafsmas، (سورينام)، Kyooseob Ha، (سلوفينيا)، Alenka Tancic Grum، (سلوفينيا)، Hilda Ho، (بروناي دار السلام)، سيد محمد Mitra Hefazi، (إيران)، Gerard Hutchinson، (إيران)، Terence Iosefa، (توكيلاو)،

المتدربون

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Veronica Pisinger, Tahilia Rebello, .Nóra Sándor

الدعم الإداري

Adeline Loo (منظمة الصحة العالمية)، Grazia Motturi (منظمة الصحة العالمية)، Paule Pillard (منظمة الصحة العالمية).

فريق الإنتاج

تحرير: David Bramley ، سويسرا

التصميم العام وتصميم الرسوم البيانية: Yusuke Nakazawa ، اليابان
إخراج النسخة العربية: شركة Design Frame

تود منظمة الصحة العالمية أن تشكر الرابطة الدولية لمنع الانتحار (IASP)؛ والمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في مجال الوقاية من الانتحار، بريسبان، أستراليا؛ والمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للبحوث والتدريب في مجال الوقاية من الانتحار، بكين، الصين؛ والمركز المتعاون مع منظمة الصحة العالمية للبحوث وتطوير الأساليب والتدريب في مجال الوقاية من الانتحار، ستوكهولم، السويد؛ والمركز المعني بالوقاية من الانتحار، اليابان؛ ومراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC)، الولايات المتحدة الأمريكية؛ ومكتب الدفاع لمنع الانتحار، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وحكومة اليابان؛ وحكومة سويسرا؛ والمعهد الوطني للصحة النفسية (NIHM)، الولايات المتحدة الأمريكية؛ ووكالة الصحة العامة في كندا؛ وقسم خدمات الصحة النفسية وسوء استخدام المواد (SAMHSA)، الولايات المتحدة الأمريكية؛ والإدارة الصحية للمحاربين القدامى، الولايات المتحدة الأمريكية، على مساهماتهم التقنية.

وتود منظمة الصحة العالمية أن تشكر مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC)، الولايات المتحدة الأمريكية؛ وحكومة اليابان؛ وحكومة سويسرا؛ والمعهد الوطني للصحة النفسية (NIHM)، الولايات المتحدة الأمريكية، لمساهماتهم المالية؛ وسينجتا، سويسرا، لإسهامها في الطباعة.

Zahidul Islam (بنغلاديش)، Bhoomikumar Jegannathan (كمبوديا)، Mark Jordans (نيبال)، Nusa Konec Juricic (سلوفينيا)، Nestor Kapusta (النمسا)، Chiaki Kawanishi (اليابان)، Murad M Khan (باكستان)، Brigitte Khoury (لبنان)، Michael Lebina (ليسوتو)، Filifaiésea Lilo (تونغا)، Paul Links (كندا)، ناصر لوزة (مصر)، Daniella Malulu (سيشيل)، T Maniam (ماليزيا)، Sabour A Mansouri (أفغانستان)، Cardoso Margarida (الرأس الأخضر)، Carlos Martinez (الأرجنتين)، Lars Mehlum (النرويج)، Naomi Mnthali (بوتسوانا)، Driss Moussaoui (المغرب)، James Mugisha (أوغندا)، David Ndetei (كينيا)، Tharcisse Niyonzigiye (بوروندي)، Merete Nordentoft (الدنمارك)، Wilhelm Nordfjord (أيسلندا)، Rory O'Connor (المملكة المتحدة)، Silvia Peláez (أوروغواي)، Michael Phillips (الصين)، Alexander Pinzon (كولومبيا)، Maurizio Pompili (إيطاليا)، Vita Postuvan (سلوفينيا)، Toms Pulmanis (لاتفيا)، Mbolatiana Soanirina Raharinivo (مدغشقر)، Lakshmi Ratnayeke (سري لانكا)، Daniel Reidenberg (الولايات المتحدة الأمريكية)، Saška Roškar (سلوفينيا)، Luis Miguel Sanchez-Loyo (فنلندا)، Outi Ruishalme (المكسيك)، Bashir Ahmad Sarwari (أفغانستان)، Lourens Schlebusch (جنوب أفريقيا)، Armin Schmidtke (ألمانيا)، Jozef Sidlo (سلوفاكيا)، Chhit, Sophal (كمبوديا)، Jean-Pierre Soubrier (فرنسا)، Aida Sylla (السنغال)، Zonda Tamás (هنغاريا)، Alexandre Teixeira (البرتغال)، Prakarn Kees Van (تايلاند)، Edgardo Juan Tolentino (الفلبين)، Heeringen (بلجيكا)، Airi Värnik (إستونيا)، Margda Waern (السويد)، Paul Wong (منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة)، Antonio Eugenio (موزمبيق)، Anka Zavasnik (سلوفينيا).

المقر الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia Garcia Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M Yasamy

المكاتب الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية

Sebastiana Da Gama Nkomo من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأفريقيا؛ Claudina Cayetano, Hugo Cohen, وDevora Kestel, وJorge Rodriguez من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للأمريكتين، وNazneen Anwar من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لجنوب شرق آسيا، وMatthijs Muijzen من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا، وKhalid Saeed من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، وYutaro Setoya وXiangdong Wang من المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لغرب المحيط الهادئ.

ملخص تنفيذي

اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون، في أيار/مايو ٢٠١٣، أول خطة عمل على الإطلاق لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة النفسية. وتعد قضية الوقاية من الانتحار جزءاً لا يتجزأ من الخطة، بغية خفض معدل الانتحار في البلدان بنسبة ١٠% بحلول عام ٢٠٢٠ (١). ولا يوجد تفسير واحد للسبب وراء وفاة الناس عن طريق الانتحار، غير أن العديد من حالات الانتحار تحديث نتيجة سلوك اندفاعي، وفي مثل هذه الظروف، تكون سهولة الحصول على وسائل الانتحار، مثل المبيدات الحشرية أو الأسلحة النارية، عاملاً مؤثراً فيما إذا كان الشخص المقدم على الانتحار سيموت أم ستُكتب له النجاة.

ويمكن للعوامل الاجتماعية والنفسية والثقافية وغيرها من العوامل أن تتفاعل معاً على نحو يؤدي بالشخص إلى السلوك الانتحاري، إلا أن الوصم المرتبط بالاضطرابات النفسية والانتحار تعني أن العديد من الناس يشعرون بعدم القدرة على طلب المساعدة. وعلى الرغم من الأدلة المتاحة على إمكانية تجنب العديد من الوفيات، إلا أن قضية الانتحار تقل أهميتها في كثير من الأحيان لدى الحكومات وواضعي السياسات. والهدف من هذا التقرير هو إعطاء الأولوية للوقاية من الانتحار على جداول أعمال الصحة العامة وسياسة العامة على الصعيد العالمي، ورفع مستوى الوعي حول ظاهرة الانتحار كقضية من قضايا الصحة العامة. وقد وُضِع التقرير من خلال عملية تشاورية عالمية، ويستند إلى مراجعات منهجية للبيانات والأدلة، إلى جانب مساهمات الشركاء والأطراف المعنية.

تشير التقديرات إلى حدوث ما يقرب من ٨٠٤٠٠٠ حالة وفاة بسبب الانتحار حول العالم في عام ٢٠١٢، وهو ما يمثل معدل الانتحار العالمي السنوي المُقيَس حسب العمر وهو ١١,٤ لكل ١٠٠ ٠٠٠ نسمة (١٥ للذكور و٨ للإناث). ومع ذلك، نظراً لأن الانتحار قضية حساسة، وغير مشروع قانوناً في بعض البلدان، فإنه من المرجح جداً أن يقل الإبلاغ عن محاولات الانتحار. وفي البلدان التي تتمتع ببيانات تسجيل الأحوال المدنية بالجوودة، غالباً ما يُصنّف الانتحار خطأً في أغلب الأحيان على أنه حادث أو ناجم عن سبب آخر للوفاة. ويعد تسجيل حوادث الانتحار عملية معقدة تشمل العديد من السلطات مختلفة، وتنطوي على إنفاذ القانون في كثير من الأحيان. أما في البلدان التي لا يوجد بها تسجيل موثوق للوفيات، فإن المنتحرين ببساطة يموتون دون أن يُحصى عددهم.

وفي البلدان الأغنى، يبلغ عدد الرجال الذين يموتون منتحرين ثلاثة أضعاف عدد النساء المنتحرات، لكن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل تكون نسبة الذكور إلى الإناث أقل من ذلك بكثير، إذ تبلغ ١,٥ رجل لكل امرأة واحدة. وعلى الصعيد العالمي، تمثل حالات الانتحار ٥٠% من جميع الوفيات الناجمة عن العنف بين الرجال و٧١% بين النساء. وفيما يتعلق بالعمر، يبلغ الانتحار أعلى معدلاته لدى الأشخاص البالغة أعمارهم ٧٠ سنة أو أكثر لكل من الرجال والنساء على حد سواء، في جميع مناطق العالم تقريباً. وفي بعض البلدان، يبلغ الانتحار أعلى معدلاته بين الشباب، وعلى الصعيد العالمي، يعد الانتحار ثاني أهم أسباب الوفاة في الفئة العمرية ١٥ - ٢٩ عاماً. ويأتي ابتلاع المبيدات الحشرية والشق والأسلحة النارية من بين الوسائل الأكثر شيوعاً للانتحار على مستوى العالم، إلا أنه هناك طرق أخرى يلجأ إليها المقدمون على الانتحار وتفاوتت غالباً وفقاً للفئة السكانية التي ينتمي إليها هؤلاء الأشخاص. وأمام كل حالة وفاة جراء الانتحار يقابلها كثير من المحاولات كل عام؛ فوجود محاولة انتحار سابقة في سجل الأفراد يشكّل عامل الخطر الأهم بين عموم السكان. وبالنسبة لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار على حد سواء، هناك حاجة إلى تحسين توافر وجودة البيانات في سجلات الأحوال المدنية، وأنظمة المستشفيات، والمسوحات من أجل الوقاية من الانتحار على نحو فعال.

ويتمثل أحد العناصر الأساسية للوقاية من الانتحار في وضع قيود على إتاحة الوسائل المستخدمة في الانتحار. ومع ذلك، فإن السياسات المعنية بوضع هذه القيود (مثل الحد من إمكانية الحصول على المبيدات الحشرية والأسلحة النارية أو وضع الحواجز على الجسور) تتطلب فهم تفضيل وسيلة عن أخرى بين الفئات المختلفة في المجتمع، وتعتمد على التجاوب والتعاون بين قطاعات عديدة.

عوامل الخطر والحماية، والتدخلات ذات الصلة

تتفاعل عادةً عوامل الخطر التي تراكمت بمرور الوقت لزيادة قابلية تأثر الشخص بالسلوك الانتحاري.

وتشمل عوامل الخطر المرتبطة بالمنظومة الصحية والمجتمع ككل الصعوبات سواءً في إتاحة الرعاية الصحية أو تلقي الرعاية اللازمة، وسهولة الحصول على وسائل الانتحار، والتقارير الإعلامية غير الملائمة التي تعتمد على التهويل في تغطية ظاهرة الانتحار، مما يزيد من خطر «تقليد» عمليات الانتحار، والوصم الذي يلاحق الناس الذين يلتمسون المساعدة للتغلب على السلوكيات الانتحارية أو لحل المشاكل المتعلقة بالصحة النفسية وسوء استخدام المواد.

وتشمل المخاطر المرتبطة بالمجتمع والعلاقات الحرة والكوارث، وضغوط التبادل الثقافي (على سبيل المثال، بين الشعوب الأصلية أو النازحين)، والتمييز، والشعور بالعزلة، والانتهاكات، والعنف، والعلاقات المنطوية على نزاعات. أما عوامل الخطر على مستوى الأفراد فتشمل محاولات الانتحار السابقة، والاضطرابات النفسية، تعاطي الكحول على نحو ضار، والتعرض للخسارة المالية، ومعاونة الآلام المزمنة، ووجود تاريخ عائلي للانتحار.

وتنقسم استراتيجيات التصدي لعوامل الخطر إلى ثلاثة أنواع: الأول هو استراتيجيات الوقاية «العامة»، المصممة للوصول إلى جميع الفئات السكانية. وقد يهدف هذا النوع إلى زيادة فرص الحصول على الرعاية الصحية، وتعزيز الصحة النفسية، والحد من تعاطي الكحول على نحو ضار، والحد من فرص الحصول على وسائل الانتحار أو تعزيز التغطية الإعلامية المسؤولة. والنوع الثاني استراتيجيات الوقاية «الانتقائية» التي تستهدف الفئات الأكثر قابلية للتأثر مثل الأشخاص الذين سبق له أن عانوا من الصدمات النفسية أو الانتهاكات، وأولئك المتضررين من الصراعات أو الكوارث، واللجئين والمهاجرين، والأشخاص المفجوعين بسبب الانتحار، من خلال تدريب «الحراس» الذين يساعدون أشخاصاً قابليين للتأثر، ويقدمون خدمات المساندة مثل خطوط المساعدة. والنوع الثالث هو الاستراتيجيات «المحددة» التي تستهدف أفراد قابليين للتأثر بعينهم ممن يحصلون على دعم المجتمع المحلي، ومتابعة من غادر مرافق الرعاية الصحية، وتثقيف وتدريب العاملين الصحيين، وتحسين تحديد عملية الاضطرابات النفسية والاضطرابات الناجمة عن سوء استخدام المواد. ويمكن أيضاً تعزيز الوقاية من خلال تشجيع عوامل الحماية مثل قوة العلاقات الشخصية، ومنظومة المعتقدات الشخصية واستراتيجيات التأقلم الإيجابية.

الوضع الحالي للوقاية من الانتحار

لقد زادت المعرفة بالسلوك الانتحاري في العقود الأخيرة إلى حد كبير. وأثبتت البحوث، على سبيل المثال، أهمية التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية والثقافية في تحديد السلوكيات الانتحارية. وفي الوقت نفسه، ساعدت الوبائيات في تحديد عوامل الخطر والحماية التي تؤثر على ظاهرة الانتحار بين عموم السكان والفئات الأضعف على حد سواء. وأصبح التباين الثقافي

في خطورة الانتحار واضحاً أيضاً، مع وجود دور للثقافة سواء في زيادة خطورة السلوك الانتحاري أو في الحماية منه.

وفيما يتعلق بالسياسات، فمن المعروف أن ٢٨ بلداً اليوم لديها استراتيجيات وطنية للوقاية من الانتحار، في حين تحتفل جميع بلدان العالم باليوم العالمي لمنع الانتحار، والذي تنظمه الرابطة الدولية لمنع الانتحار، في ١٠ سبتمبر/أيلول من كل عام. بالإضافة إلى ذلك، أُقيم العديد من الوحدات البحثية المعنية بظاهرة الانتحار وهناك دورات أكاديمية تركز على الانتحار وسبل الوقاية منه. ولتوفير المساعدة العملية، تمت الاستعانة بالمهنيين الصحيين غير المتخصصين لتحسين تقييم ومعالجة السلوكيات الانتحارية، وأنشئت جماعات المساعدة الذاتية من المفجوعين في العديد من الأماكن، ويساعد أفراد متطوعون مُدربون على تقديم المشورة عبر الإنترنت والهاتف.

وفي منتصف القرن الماضي، قام العديد من البلدان بإلغاء تجريم الانتحار، مما سهل كثيراً على ذوي السلوكيات الانتحارية أن يطلبوا المساعدة.

العمل نحو تحقيق استجابة شاملة للوقاية من الانتحار

تتمثل الطريقة المنهجية لتطوير الاستجابة الوطنية نحو ظاهرة الانتحار في صياغة استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار. وتشير الاستراتيجية الوطنية إلى التزام الحكومة الواضح للتعامل مع قضية الانتحار. وتشمل الاستراتيجيات الوطنية النموذجية مجموعة من الاستراتيجيات الوقائية مثل التصد، وتقييد الحصول على وسائل الانتحار، والمبادئ التوجيهية لوسائل الإعلام، والحد من الوصم، ورفع مستوى الوعي العام وكذلك تدريب العاملين الصحيين والمعلمين والشرطة وسائر العاملين بالخطوط الأمامية. كما أنها عادةً ما تشمل خدمات التدخل في الأزمات والتدخل الذي يجري عقب حادثة الانتحار لتقديم الدعم للمفجوعين أو المتأثرين بالانتحار.

والعناصر الرئيسية في عملية وضع استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار هي جعل إعطاء الأولوية في قطاعات متعددة، لا تقتصر فقط على القطاع الصحي، ولكن تشمل أيضاً التعليم والعمل والرعاية الاجتماعية والقضاء وغير ذلك. ويجب أن تكون الاستراتيجية متلائمة مع السياق الثقافي والاجتماعي في كل بلد، وترسخ أفضل الممارسات والتدخلات المسندة بالبيانات في نهج شامل. وينبغي تخصيص الموارد لتحقيق كل من الأهداف القصيرة إلى المتوسطة والطويلة الأمد، ويجب أن يكون هناك تخطيط فعال، كما يتعين تقييم الاستراتيجية بانتظام، مع الاستفادة من نتائج التقييم في التخطيط المستقبلي.

وفي البلدان التي لم توضع فيها حتى الآن استراتيجية وطنية شاملة، يجب ألا يكون ذلك عقبة أمام تنفيذ البرامج التي تستهدف الوقاية من الانتحار، لأن ذلك من شأنه أن يساهم في تحقيق الاستجابة الوطنية. وتهدف هذه البرامج الموجّهة إلى تحديد الفئات المعرضة لخطر الانتحار وتحسين فرص الحصول على الخدمات والموارد لتلك الفئات.

الخطوات المستقبلية للوقاية من الانتحار

وسائل مهمة

يضع وزراء الصحة بدور هام في توفير الريادة والجمع بين الأطراف المعنية من القطاعات الأخرى في بلادهم. وفي البلدان التي لم تجر فيها حتى الآن الأنشطة المعنية بالوقاية من الانتحار، يكون التركيز على إشراك الأطراف المعنية واستحداث الأنشطة حيثما يكون هناك حاجة ماسة إليها أو حيثما تكون الموارد موجودة بالفعل. ومن الضروري أيضاً تحسين الترصد في هذه المرحلة. أما في البلدان التي يوجد بها بعض الأنشطة القائمة للوقاية من الانتحار، فإن تحليل الوضع يمكن أن يوضح ما هو قائم بالفعل ويشير إلى مكان وجود الثغرات التي يتعين معالجتها. وينبغي للبلدان التي لديها بالفعل استجابة وطنية شاملة نسبياً أن تركز على تقييم وتحسين وتحديث معارفهم بالبيانات الجديدة والتأكيد على الفعالية والكفاءة.

وينبغي في الخطوات المستقبلية مراعاة أمرين؛ أولاً، ينبغي تنفيذ الأنشطة المعنية بالوقاية من الانتحار في نفس الوقت مع جمع البيانات. ثانياً، حتى لو كان هناك شعور بأن البلاد ليست مستعدة بعد لأن يكون لديها استراتيجية وطنية وقائية، فإن عملية التشاور مع الأطراف المعنية حول الاستجابة الوطنية تجلب الفائدة في كثير من الأحيان وتخلق بيئة من أجل التغيير. ومن خلال عملية خلق الاستجابة الوطنية، تصبح الأطراف المعنية ملتزمة، ويتم تشجيع الحوار العام حول الوصم وتحديد الفئات القابلة للتأثر ووضع الأولويات البحثية ورفع مستوى الوعي العام والتوعية الإعلامي.

ويمكن أن تشمل مؤشرات قياس التقدم المحرز إثر تنفيذ الاستراتيجية على الآتي:

- انخفاض النسبة المئوية في معدل الانتحار؛
- عدد التدخلات التي تم تنفيذها بنجاح للوقاية من الانتحار؛
- انخفاض عدد محاولات الانتحار التي دخلت المستشفيات.

ويمكن للبلدان التي تسترشد بخطة عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٢٠ (١) أن تستهدف تخفيض معدل الانتحار بنسبة ١٠٪. وسوف ترغب بلدان كثيرة في خفض معدل الانتحار بنسبة أكبر. وعلى المدى الطويل، من المهم أن يصبح الحد من المخاطر جزءاً من الطريق نحو الحد من الانتحار. كما أن تعزيز عوامل الحماية سوف يساعد على البناء من أجل المستقبل - المستقبل الذي تقدم فيه المنظمات المجتمعية الدعم والإحالة المناسبة لمن هم في حاجة إلى المساعدة، وتعزز فيه الأسر والأوساط الاجتماعية القدرة على التعافي والتدخل بشكل فعال لمساعدة المقربين إليهم، ويوجد فيه مناخ اجتماعي لا يعد فيه التماس المساعدة من المحظورات ويتم فيه تشجيع الحوار العام.

يخلف الانتحار أرقام مرتفعة من الضحايا؛ إذ يلقي ما يزيد على ٨٠٠ ألف شخص حتفه كل عام جراء الانتحار الذي يعد يحتل المرتبة الثانية بين أهم أسباب الوفاة بين الشباب في الفئة العمرية ١٥-٢٩ سنة على مستوى العالم. وهناك مؤشرات على أنه مقابل كل شخص بالغ مات منتحراً كانت هناك أكثر ما يزيد على ٢٠ شخصاً آخرين حاولوا الانتحار.

الانتحار هو أمر يمكن توقيه؛ ولكي تفلح الاستجابات الوطنية للتصدي له، تمس الحاجة إلى وضع استراتيجية شاملة متعددة القطاعات بشأن الوقاية من الانتحار.

تقييد إمكانية الحصول على وسائل الانتحار أمر ذو جدوى؛ إذ أن إحدى الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من الانتحار ومنع محاولات الانتحار هي الحد من إمكانية الحصول على وسائل الانتحار الأكثر شيوعاً، مثل المبيدات الحشرية، والأسلحة النارية، وبعض الأدوية.

يجب إدماج الوقاية من الانتحار في خدمات الرعاية الصحية بوصفها مكوناً أساسياً. فالاضطرابات النفسية وتعاطي الكحول على نحو ضار يسهم في كثير من حالات الانتحار حول العالم. لذا، فالتحديد المبكر للأعراض الانتحارية وإدارتها على نحو فعال عنصران مهمان في ضمان حصول الأفراد على الرعاية التي يحتاجونها.

تلعب المجتمعات دوراً حيوياً في الوقاية من الانتحار، إذ أن باستطاعتها تقديم الدعم الاجتماعي للأفراد المعرضين لمخاطر الانتحار والمشاركة في رعاية المتابعة والتصدي للوصم ودعم المفجوعين من انتحار المقربين إليهم.

مقدمة

حالات الانتحار يمكن الوقاية منها

تحتاج الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار إلى التنسيق والتعاون بين قطاعات متعددة في المجتمع، القطاعين العام والخاص على حد سواء، بما في ذلك القطاعات الصحية وغير الصحية مثل التعليم، والعمل، والزراعة، والأعمال التجارية، والعدل، والقانون، والدفاع، والسياسة والإعلام. ويجب أن تكون هذه الجهود شاملة ومتكاملة ومتآزرة، نظراً لأنه لا يوجد نهج واحد يمكن أن يؤثر وحده على مشكلة معقدة مثل الانتحار.

وتتمثل إحدى الاستراتيجيات المعترف بها للوقاية من الانتحار في تقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية، كما هو موضح في برنامج العمل على رآب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) لمنظمة الصحة العالمية، الذي يحدد الاستراتيجيات المسندة بالبيانات على مستوى الأفراد، بما في ذلك تقييم ومعالجة الأشخاص الذين حاولوا الانتحار. وعلى مستوى السكان، يدعو برنامج العمل على رآب الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) إلى تقييد الحصول على وسائل الانتحار، ووضع سياسات للحد من تعاطي الكحول على نحو ضار من خلال مجموعة من خيارات السياسات العامة، وتشجيع وسائل الإعلام على اتباع ممارسات مسؤولة في كتابة التقارير المتصلة بالانتحار.

علاوة على ذلك، ثبت أيضاً جدوى تحديد أولويات التدخلات الوقائية بين الفئات السكانية القابلة للتأثر، بما في ذلك أولئك الذين حاولوا الانتحار في السابق. ونتيجة لذلك، اعتبر «التدخل الذي يجرى عقب حادثة انتحار لتقديم الدعم للمفجوعين أو المتأثرين بالانتحار» مكوناً مهماً في جهود الوقاية من الانتحار؛ كما تحتاج الأسر المكلمة وأصدقاء الأفراد الذين ماتوا منتحرين إلى الرعاية والدعم.

وتتطلب الوقاية من الانتحار وجود رؤية وخطة ومجموعة من الاستراتيجيات. ويجب أن تسترشد هذه الجهود ببيانات. ويجب إنشاء إطار توجيهي للمفاهيم بطريقة محددة ثقافياً، على الرغم من وجود مجموعة من الاستراتيجيات العالمية المجدية في جميع البلدان. وتعد القيادة المعززة المستدامة أمراً ضرورياً لأن أهداف الوقاية من الانتحار لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال جهد مستدام.

ومن أجل إحراز تغير اجتماعي، هناك حاجة إلى ثلاثة عوامل مهمة هي: المعرفة (سواء العلمية والمسترشدة بالممارسة)، والرأي العام (الإرادة السياسية)، والاستراتيجية الاجتماعية مثل الاستجابة الوطنية لتحقيق أهداف الوقاية من الانتحار.

أهداف التقرير

على الرغم من وجود أدلة على أنه يمكن تجنب العديد من الوفيات، بتدخلات منخفضة التكلفة في كثير من الأحيان، إلا أن الانتحار في الغالب له أولوية متدنية لدى الحكومات وواضعي السياسات في جميع أنحاء العالم. ومن هنا، فالهدف من هذا التقرير هو إعطاء الأولوية للوقاية من الانتحار في جداول أعمال الصحة العامة والسياسات العامة على الصعيد العالمي وزيادة الوعي العام بقضية الانتحار باعتباره قضية صحية عامة. ومن خلال هذا التقرير، تعرض منظمة الصحة العالمية التوصيات المسندة بالبيانات للحد من حالات الانتحار ودعوة الشركاء لزيادة جهودهم للوقاية منه.

كل عملية انتحار هي مأساة شخصية تنهي حياة الفرد قبل الأوان ولها تأثير مضاعف ومستمر، مما يؤثر بشكل كبير على حياة الأسر والأصدقاء والمجتمعات. وكل عام، يموت أكثر من ٨٠٠ ألف شخص منتحراً - شخص واحد كل ٤٠ ثانية. ومن هنا، فالانتحار يمثل قضية من قضايا الصحة العامة التي تؤثر على مجتمعات ومقاطعات وبلدان بأكملها.

ويأتي الشباب من بين الفئات الأكثر تضرراً؛ ففي الوقت الحالي، يعد الانتحار ثاني أهم أسباب الوفاة في الفئة العمرية ١٥-٢٩ عاماً على الصعيد العالمي. وتتباين الأرقام بين البلدان، إلا أن البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هي التي تتحمل معظم العبء الناجم عن عمليات الانتحار على الصعيد العالمي، ويقع ما يقدر بـ ٧٥٪ من جميع حالات الانتحار في هذه البلدان.

وفي مايو/أيار ٢٠١٣، اعتمدت جمعية الصحة العالمية السادسة والستون رسمياً أول خطة عمل على الإطلاق لمنظمة الصحة العالمية في مجال الصحة النفسية. وتدعو خطة العمل جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية إلى إثبات التزامها المتزايد بالصحة النفسية من خلال تحقيق أهداف محددة. فالوقاية من الانتحار جزء لا يتجزأ من خطة العمل الخاصة بالصحة النفسية، وذلك بهدف خفض معدل الانتحار في البلدان بنسبة ١٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠ (١).

ما هي أسباب الانتحار؟ لماذا ينهي هذا العدد الكبير من الناس حياتهم كل عام؟ هل هو بسبب الفقر؟ البطالة؟ انهيار العلاقات؟ أم هو بسبب الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية الخطيرة الأخرى؟ هل الانتحار نتيجة لفعل متهور، أم أنه نتيجة للتأثيرات الخافضة للتثبيط الكحول أو العقاقير؟ هناك العديد من هذه الأسئلة، إلا أنه لا توجد إجابات بسيطة لها. ولا يوجد عامل واحد يكفي لتفسير سبب وفاة شخص منتحراً؛ السلوك الانتحاري هو ظاهرة معقدة تتأثر بعدة عوامل تتفاعل مع بعضها البعض - عوامل شخصية واجتماعية ونفسية وثقافية وبيولوجية وبيئية.

في حين أن العلاقة بين الانتحار والاضطرابات النفسية مثبتة جيداً، توجد تعميمات واسعة لعوامل الخطر. وتوضح الأدلة المتزايدة أن السياق ضروري لفهم خطر الانتحار. ويقع العديد من حالات الانتحار بشكل متهور في لحظات الأزمة، وفي هذه الظروف، تحدد سهولة الحصول على وسائل الانتحار - مثل المبيدات الحشرية أو الأسلحة النارية - ما إذا كان الشخص سيعيش أو سيموت. وتشمل عوامل الخطر الأخرى التي قد تؤدي إلى الانتحار انهيار القدرة على التعامل مع ضغوط الحياة الحادة أو المزمنة، مثل المشاكل المالية. بالإضافة إلى ذلك، ترتبط حالات العنف القائم على نوع الجنس وانتهاك الأطفال ارتباطاً قوياً بالسلوك الانتحاري. تختلف معدلات الانتحار أيضاً داخل البلدان، وتكون أعلى المعدلات بين من ينتمون إلى الأقليات أو الذين يعانون من التمييز.

والوصم، لاسيما المحيط بالاضطرابات النفسية والانتحار، يعني منع الكثير من الأفراد من طلب المساعدة. كما أن رفع مستوى الوعي المجتمعي وكسر المحظورات من الأمور الضرورية بالنسبة للبلدان التي تبذل جهوداً للوقاية من الانتحار.

والواقع أن لدينا حلولاً كثيرة لهذه القضايا، تترافق مع قاعدة معرفية قوية بما يكفي لتمكيننا من العمل.

ويسلط التقرير الضوء على حجم المشكلة، واصفاً الوضع والعواقب المترتبة على كل من الانتحار ومحاولات الانتحار في جميع أنحاء العالم من خلال الاعتماد على جميع البيانات المتاحة. وتقدم أقسام محددة من التقرير نصائح عملية بشأن نهج الصحة العامة التي يمكن أن تعتمدها البلدان للوقاية من الانتحار طوال العمر.

و من المتوقع أن يكون هذا التقرير مصدراً رئيسياً لأولئك الذين يشاركون في بذل الجهود للوقاية من الانتحار، بما في ذلك أولاً وعلى رأسهم وزارات الصحة، والمخططين وواضعي السياسات، وأيضاً المنظمات غير الحكومية، والباحثين، والعاملين في مجال الصحة والمجتمع، ووسائل الإعلام، وعمامة الشعب.

المنهج

أُعد هذا التقرير من خلال عملية تشاورية على الصعيد العالمي ويقوم على المراجعات المنهجية للبيانات والأدلة القائمة وكذلك المدخلات من العديد من مختلف الشركاء والأطراف المعنية، من داخل وخارج منظمة الصحة العالمية على حد سواء. وتم وضع تصور للأقسام وصياغتها من قبل كبار الخبراء في مجال الوقاية من الانتحار الذين اعتمدوا على الخبرة الجماعية لرسم صورة عملية لظاهرة الانتحار ووضع خارطة طريق للوقاية من الانتحار.

المصطلحات

من الضروري أن نعترف أنه أثناء عملية تجميع هذا التقرير، جرى كثير من النقاش فيما يتعلق بالتعريفات، مع الاتفاق النهائي على البنود المذكورة أدناه. وهذا لا يعني إنكار التطور المستمر في المصطلحات في هذا المجال واستخدام مصطلحات مختلفة لأسباب وجيهة جداً في أماكن أخرى في هذا القطاع. وحسم قضايا المصطلحات والتعريفات للسلوك الانتحاري بشكل قاطع هو أمر خارج نطاق هذا التقرير.

ولأغراض هذا التقرير، الانتحار هو القتل العمد للنفس.

ولأغراض هذا التقرير، يستخدم تعبير محاولة الانتحار ليعني أي سلوك انتحاري غير قاتل، ويشير إلى تناول الشخص للسّم عمدًا أو الإصابة أو إيذاء النفس الذي قد يكون أو لا يكون له نية أو نتيجة قاتلة.

من الضروري أن نعترف بالآثار والتعقيدات المترتبة على إدراج إيذاء النفس في تعريف «محاولة الانتحار». وهذا يعني أن إيذاء النفس غير المميت دون قصد الانتحار يندرج تحت هذا المصطلح، وهذه مسألة إشكالية بسبب التنوعات الممكنة في التدخلات ذات العلاقة. مع ذلك، يصعب تقييم نية الانتحار حيث أنها قد تكون محاطة بالتناقض أو حتى الإخفاء.

علاوة على ذلك، فإن الوفيات الناجمة عن إيذاء النفس دون قصد الانتحار، أو محاولات الانتحار بقصد الانتحار في بادئ الأمر وحيث لم يعد الشخص راغباً في الموت إلا أنه أصبح على وشك النهاية، قد يتم تضمينها في البيانات حول الوفيات الناجمة عن الانتحار. التمييز بين الاثنين أمر صعب، لذلك فمن غير الممكن التأكد من نسب الحالات التي تُعزى إلى إيذاء النفس بقصد أو دون قصد الانتحار.

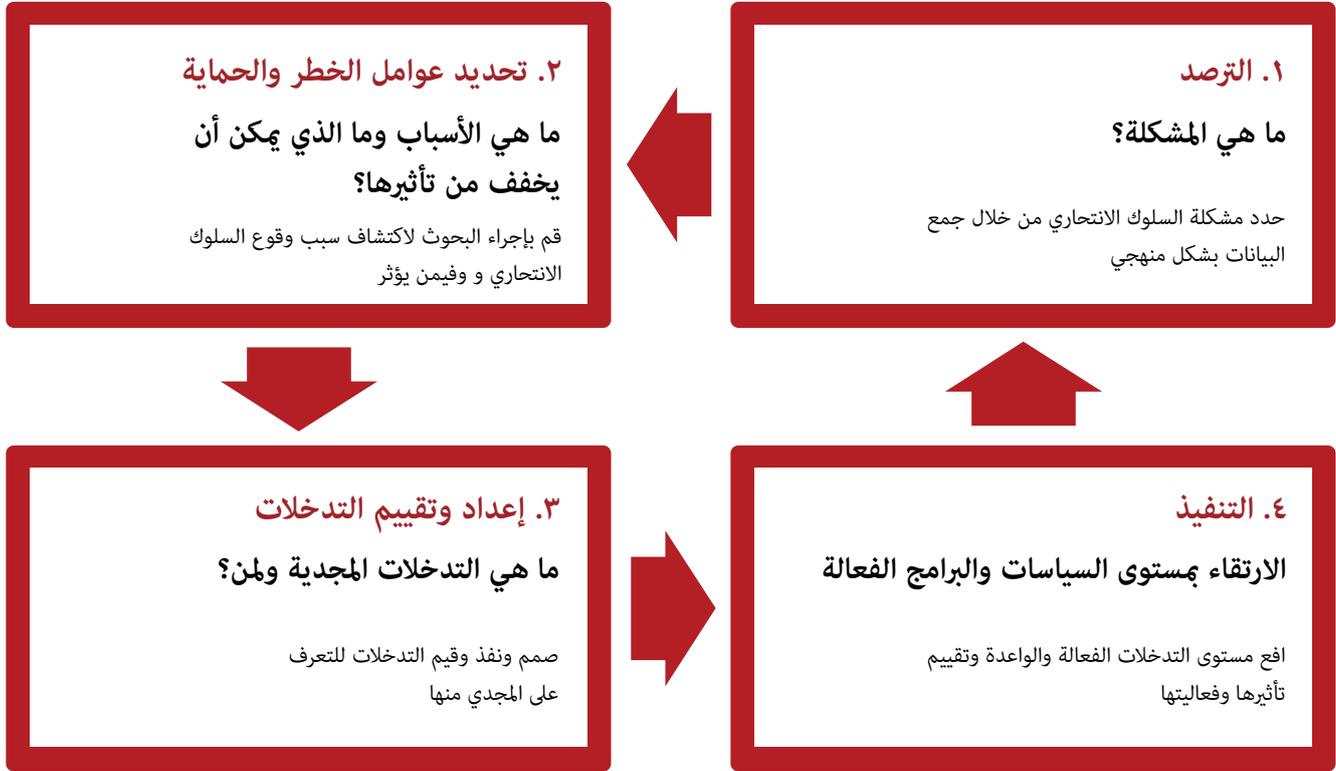
يشير السلوك الانتحاري إلى مجموعة من السلوكيات التي تشمل التفكير في الانتحار (أو التصور)، والتخطيط للانتحار، ومحاولة الانتحار والانتحار في حد ذاته. إن إدراج التصور في السلوك الانتحاري هو قضية معقدة يدور حولها الحوار الأكاديمي الجاد المستمر. تم اتخاذ القرار بإدراج التصور في السلوك الانتحاري لغرض التبسيط حيث أن التنوع في مصادر البحوث الواردة في هذا التقرير لا تتفق في موافقها حول التصور.

محتويات هذا التقرير

ويعرض هذا التقرير، الذي يعد المطبوعة الأولى من نوعها لمنظمة الصحة العالمية، نبذة شاملة عن الانتحار، ومحاولات الانتحار، والجهود المبذولة للوقاية من الانتحار في جميع أنحاء العالم، ويحدد الأساليب المسندة بالبيانات لوضع السياسات وتطوير البرامج المعنية بالوقاية من الانتحار التي يمكن تكييفها على مختلف المواقع. ويعبر التقرير عن نموذج الصحة العامة للوقاية من الانتحار (الشكل ١). وتبعاً لهذه الخطوات، تبدأ عملية الوقاية من الانتحار بالترصد لتحديد المشكلة وفهمها، وبلي ذلك تحديد عوامل الخطر والحماية (وكذلك التدخلات الفعالة)، ويتوج بالتنفيذ، الذي يشمل التقييم والارتقاء بمستوى التدخلات ويؤدي إلى إعادة النظر في التصد والخطوات التي أعقبت ذلك. ويجب إعداد إطار شامل للمفاهيم - من الناحية المثالية، إعداد استراتيجية وطنية شاملة - بأسلوب ملائم ثقافياً ومستنير بالبيانات من أجل توجيه التنمية والتنفيذ والتقييم مع توافر الرؤية، والإرادة السياسية، والقيادة، وقبول الأطراف المعنية، وأخيراً وليس آخراً، التمويل من أجل الوقاية من الانتحار.

وظل الانتحار، برغم أنه أحد أهم أسباب الوفاة في جميع أنحاء العالم، ذا أولوية متدنية في مجال الصحة العامة. ولم تحوز قضية الوقاية من الانتحار والبحوث المعنية بها على الاستثمارات المالية أو البشرية التي هي بأمر الحاجة إليها. ومن المأمول أن يكون هذا التقرير بمثابة اللبنة الأساسية لتطوير وتنفيذ استراتيجيات شاملة للوقاية من الانتحار في جميع أنحاء العالم.

الشكل ١. نموذج الصحة العامة



وبائيات الانتحار ومحاولات الانتحار
على الصعيد العالمي

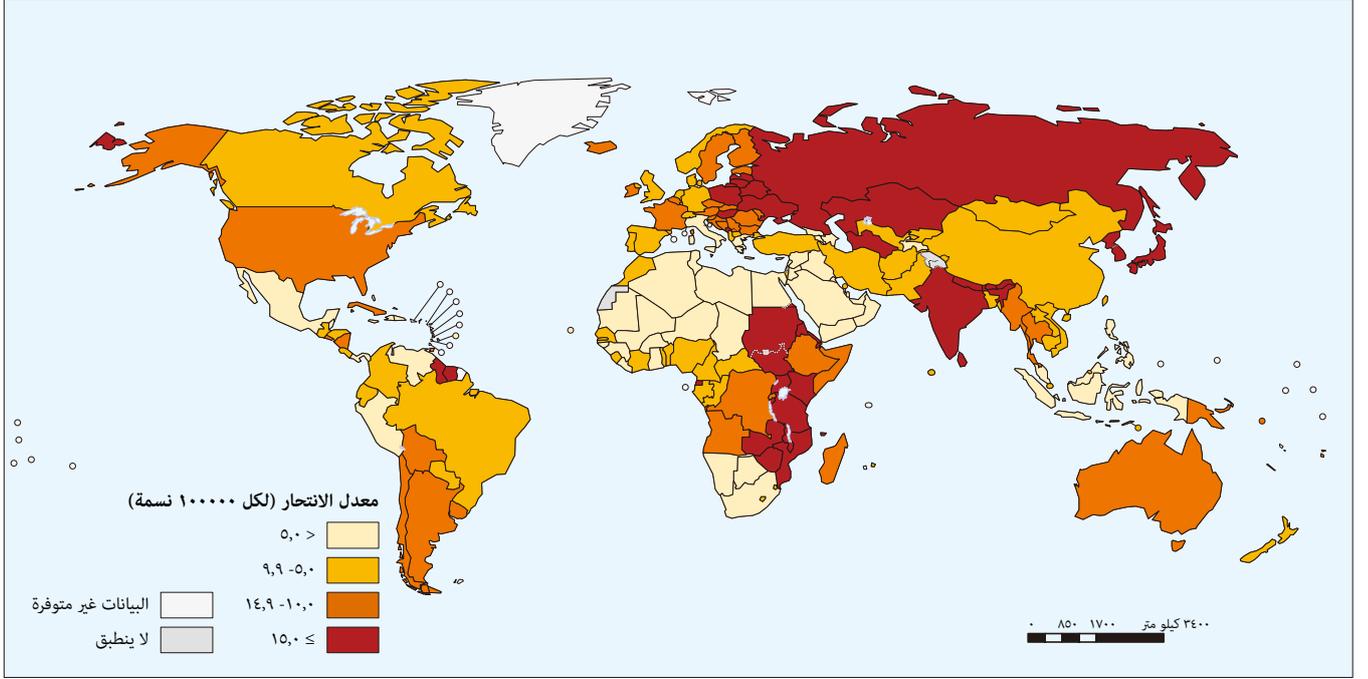
الخرافة:

~~الناس الذين يتحدثون عن الانتحار
لا يقصدون القيام بذلك.~~

الحقيقة:

الناس الذين يتحدثون عن الانتحار
قد يسعون للحصول على المساعدة
أو الدعم. عدد كبير من الناس الذين
يفكرون في الانتحار يعانون من القلق
والاكتئاب واليأس ووربما يشعرون أنه
لا يوجد خيار آخر.

الخريطة ١. معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر (لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة). كلا الجنسين، ٢٠١٢



الوفيات الناجمة عن الانتحار

يتمثل المصدر الأول للبيانات المستخدمة في هذا الفصل في التقديرات الصحية العالمية الخاصة بالمنظمة. وتستند التقديرات إلى حد كبير إلى قاعدة بيانات الوفيات لمنظمة الصحة العالمية - التسجيل الحيوي العالمي وتسجيل سبب الوفاة - التي تم إنشاؤها من البيانات المقدمة لمنظمة الصحة العالمية من قبل الدول الأعضاء (٢). ويستخدم عدد من تقنيات إعداد النماذج الإحصائية للوصول إلى التقديرات. وجرى وصف أساليب توليد هذه التقديرات في الوثائق التقنية الصادرة عن قسم نظم المعلومات والإحصاءات الصحية في منظمة الصحة العالمية (٣). ويعرض هذا الفصل النتائج العالمية والإقليمية. وفي معظم الحالات، تُقاس المعدلات المبلغ عنها حسب العمر استناداً إلى التوزيع العمري للمعيار الدولي للسكان لمنظمة الصحة العالمية، ومن ثم يمكن المقارنة على نحو أسهل بين الأقاليم وبين فترات زمنية مختلفة. ويتم عرض التقديرات الخاصة بكل بلد فيما يتعلق بمعدلات الانتحار لعام ٢٠١٢ في ١٧٢ دولة من الدول الأعضاء التي يبلغ عدد سكانها ٣٠٠٠٠٠٠ أو أكثر في الخريطة ١ والملحقين ١ و ٢ (المعدلات غير مستقرة في البلدان ذات الكثافة السكانية الأقل).

معدلات الانتحار العالمية والإقليمية

كما هو موضح في الجدول ١، هناك ما يقدر بـ ٨٠٤٠٠٠ حالة وفاة ناجمة عن الانتحار في جميع أنحاء العالم في عام ٢٠١٢. وهذا يشير إلى أن معدل الانتحار المُقيس حسب العمر سنوياً على الصعيد العالمي هو ١١,٤ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة (١٥,٠ للذكور و ٨,٠ للإناث).

يختلف معدل انتشار وخصائص وأساليب السلوك الانتحاري على نطاق واسع بين المجتمعات المختلفة، في مختلف المجموعات الديموغرافية وعلى مر الزمن. وبالتالي، التصد الحديث لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار هو مكون رئيسي للجهود الوطنية والمحلية المبذولة للوقاية من الانتحار. والانتحار موصوم (أو غير قانوني) في العديد من البلدان. ونتيجة لذلك، فمن الصعب الحصول على بيانات عملية ذات جودة عالية حول السلوك الانتحاري، لاسيما في البلدان التي ليس لديها نظم جيدة في تسجيل الأحوال المدنية (التي تسجل الوفيات الناجمة عن الانتحار) أو نظم جيدة لجمع البيانات حول توفير خدمات المستشفيات (التي تسجل محاولات الانتحار التي عولجت طبياً). ويتطلب وضع وتنفيذ البرامج المعنية بالوقاية من الانتحار المناسبة للمجتمع أو البلد كل من الإلمام بأوجه القصور في البيانات المتاحة والالتزام بتحسين جودة البيانات على حد سواء لتعبر بدقة أكبر عن فعالية التدخلات النوعية.

الجدول ١. الأعداد والمعدلات المقدرة للانتحار إقليمياً وعالمياً، ٢٠١٢

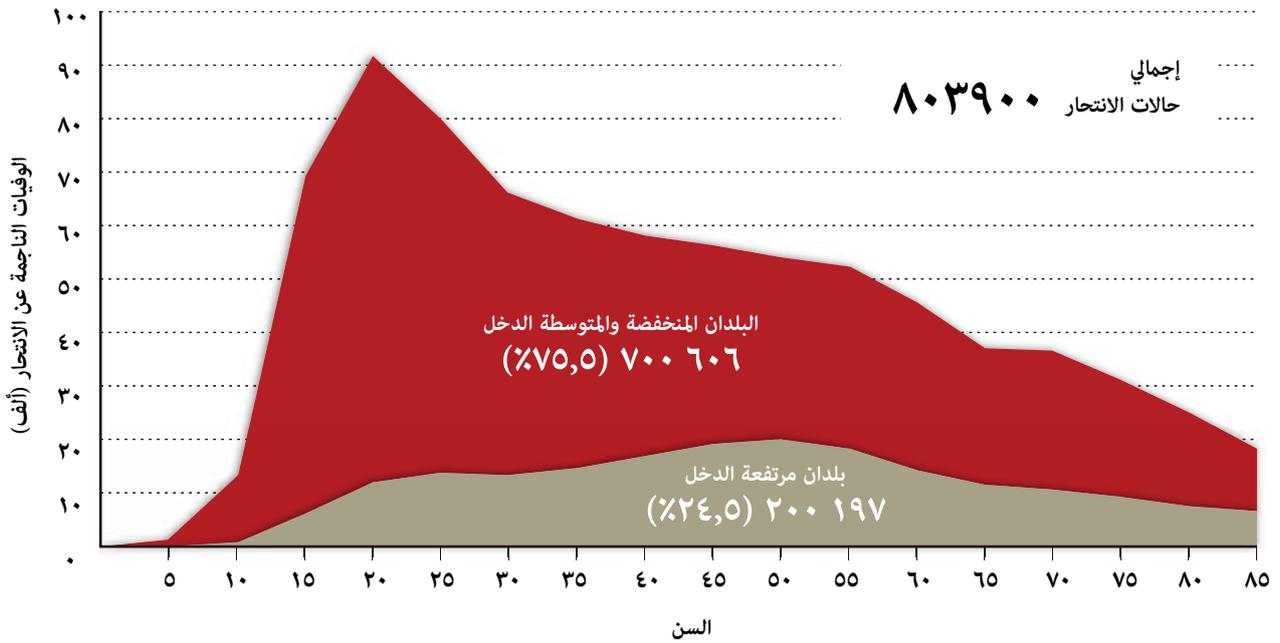
الإقليم	السكان % على الصعيد العالمي	عدد حالات الانتحار، ٢٠١٢ (بالآلاف)	حالات % الانتحار على الصعيد العالمي	معدلات الانتحار المُقيَّسة* حسب العمر (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢			نسبة الذكور: الإناث في معدلات الانتحار المُقيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢
				الذكور	الإناث	كلا الجنسين	
عالمياً**	%١٠٠,٠	٨٠٤	%١٠٠,٠	١١,٤	٨,٠	١٥,٠	١,٩
جميع الدول الأعضاء المرتفعة الدخل	%١٧,٩	١٩٢	%٢٣,٩	١٢,٧	٥,٧	١٩,٩	٣,٥
جميع الدول الأعضاء المنخفضة والمتوسطة الدخل	%٨١,٧	٦٠٧	%٧٥,٥	١١,٢	٨,٧	١٣,٧	١,٦
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في أفريقيا	%١٢,٦	٦١	%٧,٦	١٠,٠	٥,٨	١٤,٤	٢,٥
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في الأمريكتين	%٨,٢	٣٥	%٤,٣	٦,١	٢,٧	٩,٨	٣,٦
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في شرق المتوسط	%٨,٠	٣٠	%٣,٧	٦,٤	٥,٢	٧,٥	١,٤
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في أوروبا	%٣,٨	٣٥	%٤,٣	١٢,٠	٤,٩	٢٠,٠	٤,١
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في جنوب شرق آسيا	%٢٥,٩	٣١٤	%٣٩,١	١٧,٧	١٣,٩	٢١,٦	١,٦
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في غرب المحيط الهادئ	%٢٣,١	١٣١	%١٦,٣	٧,٥	٧,٩	٧,٢	٠,٩
**أقاليم البنك الدولي							
مرتفعة الدخل	%١٨,٣	١٩٧	%٢٤,٥	١٢,٧	٥,٧	١٩,٩	٣,٥
أعلى شريحة متوسطة الدخل	%٣٤,٣	١٩١	%٢٣,٨	٧,٥	٦,٥	٨,٧	١,٣
أقل شريحة متوسطة الدخل	%٣٥,٤	٣٣٣	%٤١,٤	١٤,١	١٠,٤	١٨,٠	١,٧
منخفضة الدخل	%١٢,٠	٨٢	%١٠,٢	١٣,٤	١٠,٠	١٧,٠	١,٧

* المعدلات مُقيَّسة حسب المعيار الدولي للسكان لمنظمة الصحة العالمية، الذي يضبط الاختلافات في البنية العمرية مما يسهل المقارنات بين الأقاليم مع مرور الزمن.
** تشمل بيانات ثلاثة أقاليم ليست من الدول أعضاء في منظمة الصحة العالمية.

من بين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في أقاليم منظمة الصحة العالمية الستة، هناك نطاق يقرب من ثلاثة أضعاف في معدل الانتحار المُقيَس حسب العمر، من أدنى مستوى يبلغ ٦,١ لكل ١٠٠٠٠٠ في إقليم الأمريكتين إلى أعلى مستوى يبلغ ١٧,٧ لكل ١٠٠٠٠٠ في إقليم جنوب شرق آسيا. أحد نتائج معدلات الانتحار المختلفة في أقاليم منظمة الصحة العالمية هي أنه في عام ٢٠١٢ كان إقليم جنوب شرق آسيا يمثل ٢٦٪ من سكان العالم إلا أنه يمثل ٣٩٪ من حالات الانتحار على الصعيد العالمي (الشكل ٣).

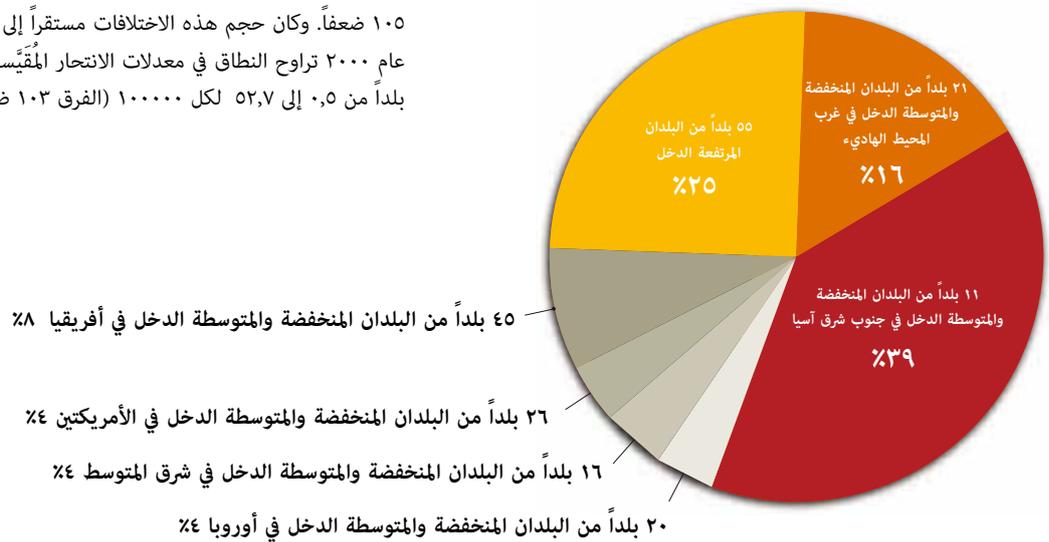
معدل الانتحار المُقيَس حسب العمر أكبر إلى حد ما في البلدان المرتفعة الدخل مقارنةً بالبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (١٢,٧ مقابل ١١,٢ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة). مع ذلك، ومع الأخذ في الاعتبار النسبة الأكبر بكثير لسكان العالم الذين يقيمون في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، إلا أن ٧٥,٥٪ من حالات الانتحار على الصعيد العالمي تقع في هذه البلدان (الشكل ٢).

الشكل ٢. حالات الانتحار على الصعيد العالمي بحسب السن ومستوى دخل البلد، ٢٠١٢



يبدو هذا الاختلاف في المعدلات أكثر وضوحاً عند مقارنة البيانات على المستوى القطري. ففي الـ ١٧٢ بلداً التي يبلغ عدد سكانها أكثر من ٣,٠٠٠,٠٠٠، تتراوح معدلات الانتحار المُقيَسَة حسب العمر من ٠,٤ إلى ٤٤,٢ لكل ١٠٠,٠٠٠ - النطاق ١٠٥ ضعفاً. وكان حجم هذه الاختلافات مستقراً إلى حد ما مع مرور الوقت: في عام ٢٠٠٠ تتراوح معدلات الانتحار المُقيَسَة حسب العمر في الـ ١٧٢ بلداً من ٠,٥ إلى ٥٢,٧ لكل ١٠٠,٠٠٠ (الفرق ١٠٣ ضعفاً).

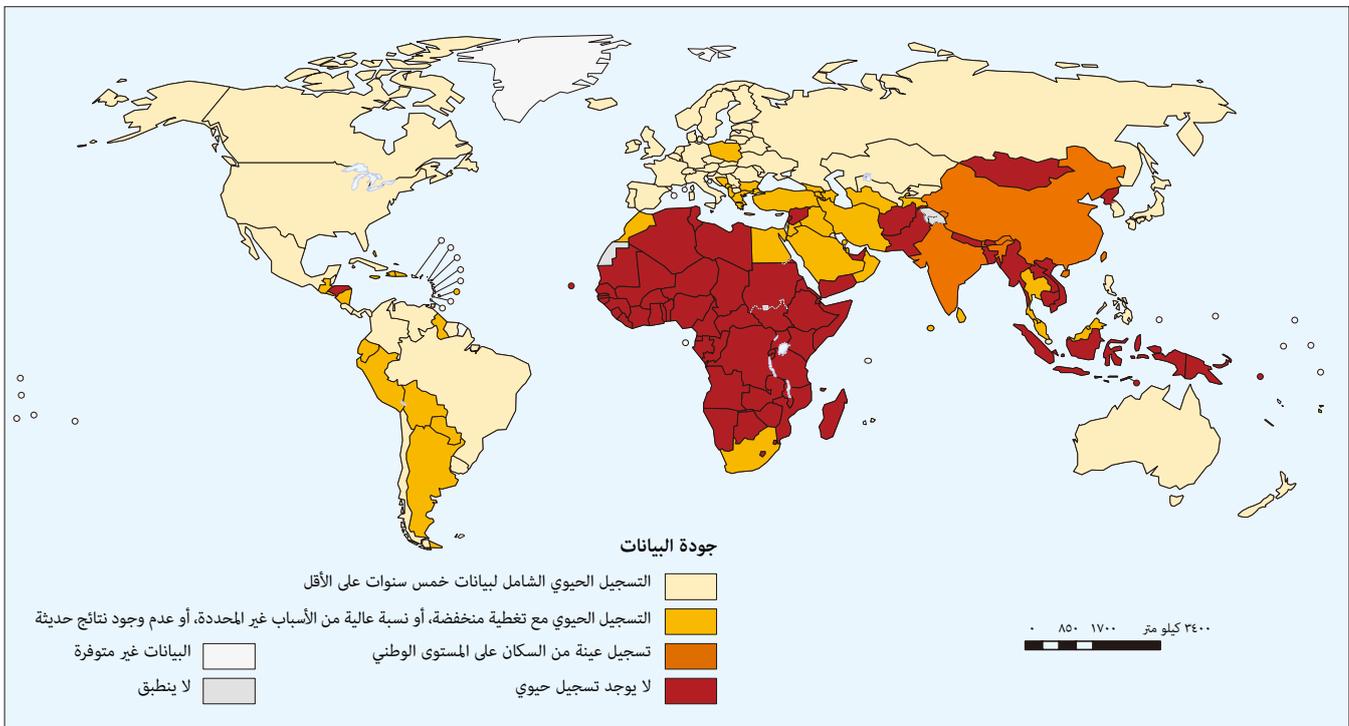
الشكل ٣. التوزيع الإقليمي لحالات الانتحار في العالم، ٢٠١٢



إن نظم التسجيل الحيوي ذو النوعية الجيدة تكون على الأرجح متاحة بشكل كبير في البلدان ذات الدخل المرتفع. تمثل ٣٩ دولة مرتفعة الدخل التي فيها بيانات التسجيل الحيوي جيدة ٩٥٪ من جميع حالات الانتحار المقدرة في البلدان المرتفعة الدخل، لكن الـ ٢١ بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل التي فيها بيانات التسجيل الحيوي جيدة تمثل ٨٪ فقط من جميع حالات الانتحار المقدرة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

هناك العديد من التحذيرات الهامة التي تحتاج إلى أخذها في الاعتبار عند تقييم هذه البيانات الخاصة بالوفيات الناجمة عن الانتحار. فمن الـ ١٧٢ بلداً من الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية التي أجريت لها التقييمات، ٦٠ بلداً فقط (خريطة ٢ والملاحق ١ و ٢) لديها نوعية جيدة من بيانات التسجيل الحيوي التي يمكن استخدامها مباشرة لتقدير معدلات الانتحار. ومعدلات الانتحار المقدرة في الدول الأعضاء الأخرى وعددهم ١١٢ (التي تمثل حوالي ٧١٪ من حالات الانتحار في العالم) تستند بالضرورة إلى طرق النمذجة. كما كان متوقعا،

الخريطة ٢. جودة بيانات الوفيات الناجمة عن الانتحار، ٢٠١٢



المختلفة للإبلاغ والتسجيل. ففي البلدان الستين ذات الأنظمة الجيدة للتسجيل الحيوي، يبلغ مجال التسجيل ٣٢ ضعفاً في معدلات الانتحار الوطنية لمعدلة حسب العمر لعام ٢٠١٢ (من ٠,٨٩ إلى ٢٨,٨٥ لكل ١٠٠,٠٠٠). وقد استمرت هذه الاختلافات الإقليمية على الرغم من مرور عقود من العمل على تحسين دقة بيانات الوفيات الخاصة في كل بلد. ينبغي أيضاً مراعاة احتمال أن جزءاً كبيراً من هذه الاختلافات الملحوظة هي، في الواقع، اختلافات حقيقية.

ويؤدي هذا إلى طرح الأسئلة الرئيسية التالية: (١) كيف يمكن للبلدان تحسين مراقبة السلوك الانتحاري؟ (٢) ما الذي يسبب هذه الاختلافات الضخمة في معدلات الانتحار عبر الأقاليم وبين البلدان؟ (٣) من بين العديد من العوامل التي تؤثر في معدلات الانتحار، ما هي العوامل التي يمكن تعديلها من خلال السياسات أو البرامج؟ هذا الفصل والفصول اللاحقة من هذا التقرير سوف تحاول الإجابة على هذه الأسئلة.

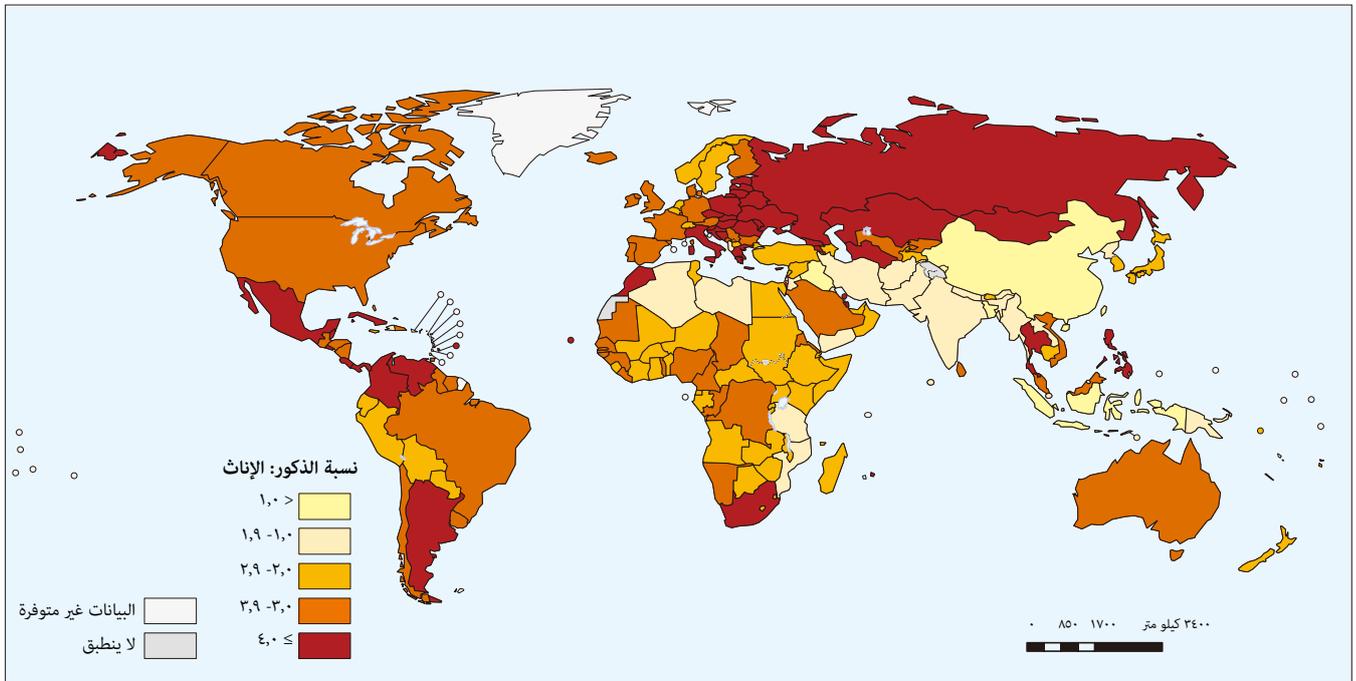
المشكلة المتعلقة ببيانات الوفيات ذات الجودة رديئة ليست فريدة بالانتحار، ولكن نظراً لحساسية الانتحار - وعدم مشروعية السلوك الانتحاري في بعض البلدان - فمن المرجح أن يكون القصور في الإبلاغ وسوء التصنيف من أكبر المشاكل فيما يخص الانتحار مقارنةً بمعظم الأسباب الأخرى للوفاة. ويعد تسجيل حالات الانتحار إجراء معقد متعدد المستويات يشمل المخاوف الطبية والقانونية، ويشمل على العديد من السلطات المسؤولة التي يمكن أن تختلف من بلد إلى بلد. وقد وجد أن سوء تصنيف حالات الانتحار أمر أكثر شيوعاً حسب رموز الطبعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والحالات الطبية ذات الصلة (ICD-10) مثل «الوفيات بقصد غير محدد» ورموزها في هذا التصنيف (Y١٠-Y٣٤) وكذلك «الحوادث» ورموزها (X٥٩-V٠١)، و«جرائم القتل» ورموزها (X٨٥-X٨٥) و«السبب غير معروف» ورموزها (R٩٥-R٩٩) (٤, ٥, ٦). ونظراً لضعف الكثير من بيانات الوفيات المتاحة، لاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فمن الممكن أن يكون الانتحار الكبير في نطاق معدلات الانتحار المقدرة المذكورة لمختلف البلدان والأقاليم هو نوع من الخطأ الخادع في الممارسات

معدلات الانتحار العالمية والإقليمية

تختلف معدلات الانتحار باختلاف الجنس (الخريطة ٣ والشكل ٤). ولسنوات عديدة كان المفهوم التقليدي السائد أنه من مات منتحراً من الرجال على الصعيد العالمي ثلاثة أضعاف من مات من النساء انتحاراً. مع ذلك، هذه النسبة العالية من الذكور إلى الإناث هي في المقام الأول ظاهرة في البلدان المرتفعة الدخل حيث نسبة عام ٢٠١٢ من معدلات الانتحار المقيّسة حسب العمر هي ٣,٥ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، نسبة الذكور إلى الإناث أقل من ذلك بكثير وتبلغ ١,٦ مما يشير إلى أن معدل الانتحار أعلى لدى الرجال بـ ٥٧٪ (وليس ٣٠٠٪).

مع ذلك، هناك اختلافات كبيرة بين الأقاليم وبين البلدان. وكما هو مبين في الجدول ١، نسب الجنس على المستوى الإقليمي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، تتراوح بين ٠,٩ في إقليم غرب المحيط الهادئ إلى ٤,١ في الإقليم الأوروبي، أي بفارق ٤,٥ ضعفاً. وبين الدول الأعضاء الـ ١٧٢ التي يبلغ عدد سكانها أكثر من ٣,٠٠٠,٠٠٠، متوسط النسبة بين الذكور والإناث هو ٣,٢، والمعدل الوسطي هو ٢,٨، وتتراوح النسبة بين ٠,٥ إلى ١٢,٥ (أي بفارق ٢٤ ضعفاً).

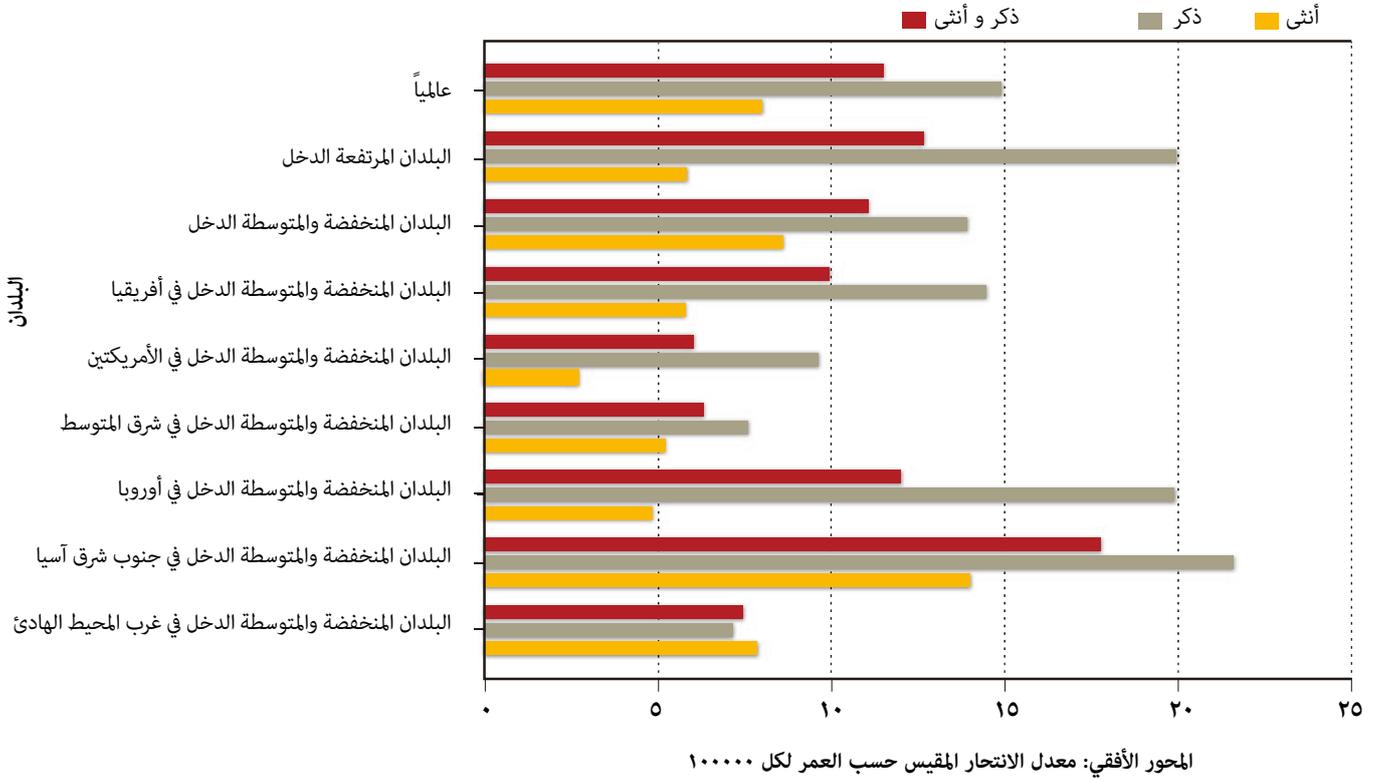
الخريطة ٣. نسبة الذكور: الإناث في معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر، ٢٠١٢



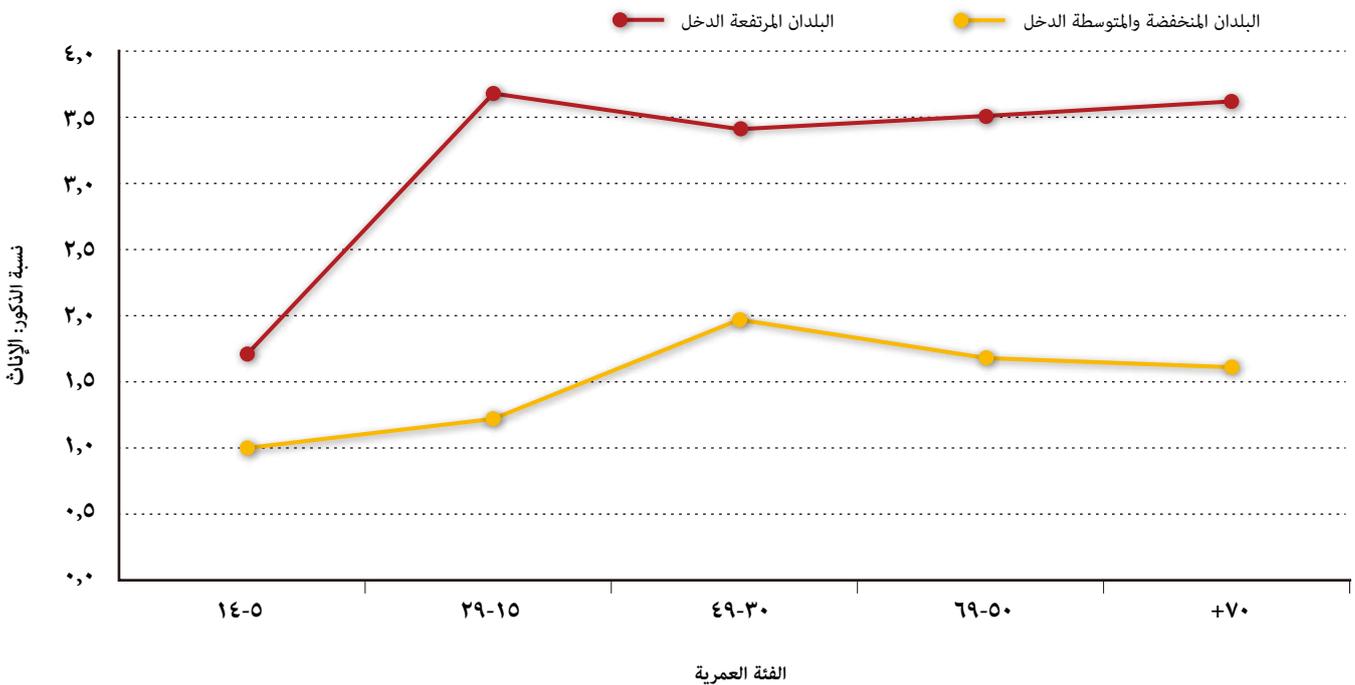
الكحول وأمطاط تعاطيه، والاختلافات في معدلات طلب الرعاية للاضطرابات النفسية بين الرجال والنساء. ويشير المدى الواسع جداً في نسب الجنس في قضية الانتحار إلى أن الأهمية النسبية لهذه الأسباب المختلفة تتباين كثيراً بحسب البلد والإقليم.

كما هو مبين في الشكل ٥، هناك أيضاً اختلافات في نسبة الجنس حسب العمر. ثمة العديد من الأسباب المحتملة لمعدلات الانتحار المختلفة لدى الرجال والنساء: قضايا المساواة بين الجنسين، والاختلافات في الأساليب المقبولة اجتماعياً للتعامل مع التوتر والصراع بالنسبة للرجال والنساء، وتوافر وتفضيل وسائل مختلفة للانتحار، وتوافر

الشكل ٤. معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر في مختلف أقاليم العالم، ٢٠١٢



الشكل ٥. نسبة الذكور: الإناث في معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر وفق الفئة العمرية ومستوى الدخل في البلد، ٢٠١٢



معدلات الانتحار حسب العمر

فيما يتعلق بالعمر، تكون معدلات الانتحار في أقل مستوياتها بين الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ١٥ سنة وتكون أعلاها بين من هم في عمر ٧٠ سنة أو أكثر بالنسبة للرجال والنساء على حد سواء في جميع أقاليم العالم تقريباً، على الرغم من أن أنماط العمر حسب الجنس في معدلات الانتحار بين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٧٠ عاماً تختلف حسب الإقليم. وفي بعض الأقاليم ترتفع معدلات الانتحار بشكل مطرد مع تقدم العمر بينما في حالات أخرى هناك ذروة في معدلات الانتحار لدى البالغين من الشباب وتنحسر في منتصف العمر. وفي بعض الأقاليم يكون نمط العمر في الذكور والإناث متماثلاً بينما في مناطق أخرى يكون مختلفاً إلى حد ما. والاختلافات الرئيسية بين البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل هي وجود معدلات انتحار أعلى بكثير بين البالغين الشباب والنساء المسنات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل مما لدى نظرائهم في البلدان المرتفعة الدخل، في حين أن الرجال في منتصف العمر في البلدان المرتفعة الدخل يكون لديهم معدلات الانتحار أعلى بكثير مقارنة بالرجال في منتصف العمر في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وكما هو الحال في معدلات الانتحار عموماً، فإن التباين في معدلات الانتحار بحسب العمر في البلدان المختلفة هو أكبر من التغير حسب الإقليم.

الأهمية النسبية للانتحار باعتباره السبب الرئيسي للوفاة

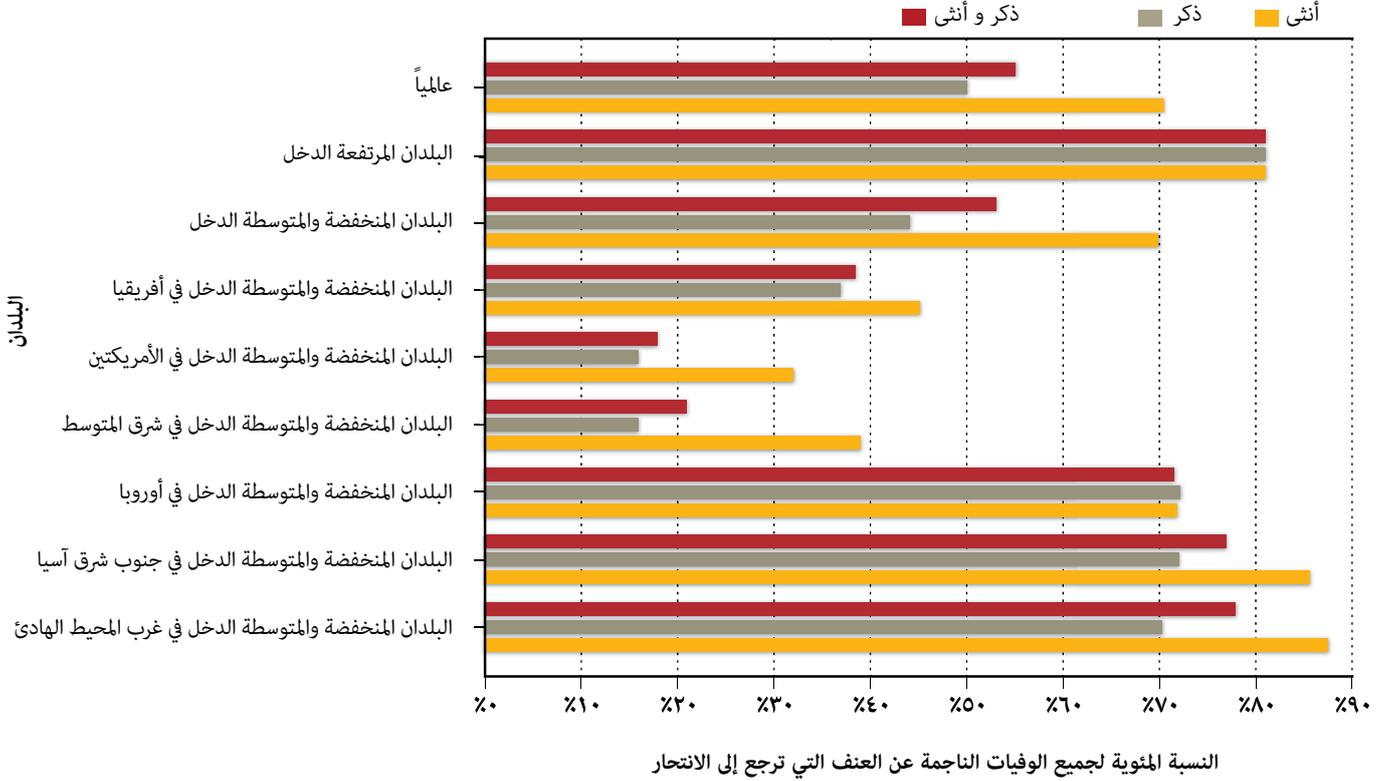
في عام ٢٠١٢، تسبب الانتحار في ١,٤٪ من جميع الوفيات في جميع أنحاء العالم، مما يجعله السبب الرئيسي الخامس عشر للوفاة. وهذه الوفيات غير المتوقعة - التي تقع في الغالب بين الشباب والبالغين في منتصف العمر - ينجم عنها عبء اقتصادي واجتماعي ونفسي ضخم على الأفراد والأسر والمجتمعات والبلدان. ومن هنا، فالانتحار يمثل مشكلة صحية عامة رئيسية في جميع البلدان والمجتمعات في جميع أنحاء العالم.

وفي البلدان المرتفعة الدخل، تكون نسبة جميع الوفيات الناجمة عن الانتحار (١,٧٪) أعلى من النسبة المقابلة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (١,٤٪). ويرجع ذلك في المقام الأول إلى ارتفاع أعداد الوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية وغيرها من الأسباب في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بالمقارنة مع البلدان المرتفعة الدخل. ومع الاستثناء الملحوظ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادئ، تكون نسبة جميع الوفيات الناجمة عن الانتحار في جميع المناطق الأخرى من العالم أكبر في الذكور من الإناث وتكون مرتبة الانتحار كسبب للوفاة أعلى في الذكور من الإناث.

وتختلف نسبة جميع الوفيات الناجمة عن الانتحار ومرتبة الانتحار كسبب للوفاة اختلافاً كبيراً حسب العمر. فعلى الصعيد العالمي، بين الشباب البالغين في عمر ١٥-٢٩ عاماً، يمثل الانتحار ٨,٥٪ من جميع الوفيات ويأتي في المرتبة الثانية كسبب رئيسي للوفاة (بعد حوادث المرور). وبين البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠-٤٩ عاماً، يمثل الانتحار ٤,١٪ من جميع الوفيات ويأتي في المرتبة الخامسة كسبب رئيسي للوفاة. ومن الملاحظ أنه في البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في جنوب شرق آسيا يمثل الانتحار ١٧,٦٪ و ١٦,٦٪ على التوالي من جميع الوفيات بين البالغين الشباب الذين تتراوح أعمارهم ١٥ - ٢٩ عاماً ويمثل السبب الرئيسي للوفاة لكلا الجنسين.

وهناك طريقة أخرى لتقييم أهمية الانتحار باعتباره مشكلة صحية عامة وهي تقييم المساهمة النسبية للانتحار في جميع الوفيات المتعمدة، والتي تشمل الوفيات الناجمة عن العنف بين الأشخاص والنزاعات المسلحة والانتحار (أي الوفيات الناجمة عن العنف). ويوضح الشكل ٦ نسبة جميع الوفيات الناجمة عن العنف التي ترجع إلى الانتحار في مناطق مختلفة من العالم. فعلى الصعيد العالمي، تمثل حالات الانتحار ٥٦٪ من جميع الوفيات الناجمة عن العنف (٥٠٪ بين الرجال و ٧١٪ بين النساء). وفي البلدان المرتفعة الدخل، يمثل الانتحار ٨١٪ من الوفيات الناجمة عن العنف بين كل من الرجال والنساء على حد سواء، بينما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل يكون ٤٤٪ من الوفيات الناجمة عن العنف بين الرجال و ٧٠٪ من الوفيات الناجمة عن العنف بين النساء بسبب الانتحار.

الشكل ٦. نسبة جميع الوفيات الناجمة عن العنف التي ترجع إلى الانتحار في مختلف أقاليم العالم، ٢٠١٢



النسبة المئوية لجميع الوفيات الناجمة عن العنف التي ترجع إلى الانتحار

ومن بين هذه البلدان الـ ١٧٢، شهد ٨٥ بلداً (٤٩,٤٪) انخفاضاً في معدلات الانتحار المُقيّسة حسب العمر بأكثر من ١٠٪، وشهد ٢٩ بلداً (١٦,٩٪) زيادة أكثر من ١٠٪، وشهد ٥٨ بلداً (٣٣,٧٪) تغيرات صغيرة نسبياً في معدلات الانتحار المقيّسة حسب العمر خلال فترة ١٢ عاماً (من ١٠- إلى ١٠+٪).

والأسباب الكامنة وراء مثل هذه التغيرات السريعة في معدلات الانتحار غير معروفة؛ وأحد التفسيرات الجزئية المحتملة هو التحسن الكبير في مجال الصحة على الصعيد العالمي على مدى العقد الماضي. وفي الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٢، انخفض المعدل العالمي للوفيات المُقيّسة حسب العمر لجميع الأسباب بنسبة ١٨٪. ولقد كان الانخفاض في معدلات الانتحار أسرع من الانخفاض في معدل الوفيات الإجمالي (٢٦٪ مقابل ١٨٪)، ولكن بنسبة ٨٪ فقط. وإذا كان من الممكن الحفاظ على هذا المسار، فإنه يمكن تحقيق الهدف المحدد في خطة عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية للفترة ٢٠١٣ - ٢٠٢٠ (١) للحد من معدلات الانتحار بنسبة ١٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠.

التغيرات في معدلات الانتحار في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٢

على الرغم من الزيادة في عدد سكان العالم في الفترة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠١٢، إلا أن العدد المطلق لحالات الانتحار قد انخفض بحوالي ٩٪، من ٨٨٣٠٠٠ إلى ٨٠٤٠٠٠. ومع ذلك، لوحظت أنماط مختلفة للغاية حسب الإقليم، إذ تتراوح النسبة المئوية للتغير في العدد الإجمالي لحالات الانتحار بين زيادة قدرها ٣٨٪ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في الإقليم الأفريقي إلى انخفاض قدره ٤٧٪ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في إقليم غرب المحيط الهادئ. وقد انخفض المعدل العالمي لحالات الانتحار المُقيّسة حسب العمر (الذي يضبط الاختلافات في حجم السكان والتركيبة العمرية للسكان على مر الزمن) بنسبة ٢٦٪ (٢٣٪ بين الرجال و ٣٣٪ بين النساء) خلال ١٢ سنة في الفترة بين ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٢. وقد انخفضت المعدلات المقيّسة حسب العمر في جميع مناطق العالم فيما عدا البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في الإقليم الأفريقي وبين الرجال في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في إقليم شرق المتوسط. ويحجب هذا التحليل العالمي والإقليمي التغيرات الخاصة بكل بلد في معدلات الانتحار. فبين الدول الأعضاء الـ ١٧٢ الذي يبلغ عدد سكانها أكثر من ٣٠٠ ألف نسمة (انظر الملحقين ١ و ٢)، تراوح التغير في معدلات الانتحار المُقيّسة حسب العمر في الفترة بين ٢٠٠٠-٢٠١٢ من تراجع قدره ٦٩٪ إلى زيادة قدرها ٢٧٠٪.

طرق الانتحار

يحمل معظم الأشخاص الذين ينخرطون في السلوك الانتحاري مشاعرًا متباينة حول رغبتهم في الموت في وقت قيامهم بالانتحار، وبعض الأفعال الانتحارية هي ردود أفعال متسرعة لضغوطات نفسية واجتماعية حادة. ولذلك، فإن تقييد وسائل الانتحار (تقييد الحصول على وسائل الانتحار) هو عنصر أساسي في الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار، حيث يمنح ذلك هؤلاء الأفراد فرصة للتفكير في ما هم مقدمين عليه على أمل أن تمر الأزمة. ومع ذلك، فإن وضع السياسات المناسبة لتقييد الحصول على وسائل الانتحار (مثل تقييد الحصول على المبيدات الحشرية والأسلحة النارية؛ وضع الحواجز على مترو الأنفاق والجسور والمباني البارزة؛ وتغيير أنظمة تعبئة وتغليف الدواء) يتطلب إماماً مفضلاً بوسائل الانتحار المستخدمة في المجتمع المحلي وتفضيلات الوسائل عند الفئات السكانية المختلفة داخل المجتمع المحلي.

مع الأسف، هناك قصور شديد في البيانات على المستوى الوطني حول الطرق المستخدمة في الانتحار. التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 يتضمن الرموز X التي تسجل الأسباب الخارجية للوفاة، بما في ذلك طريقة الانتحار، إلا أن العديد من البلدان لا تجمع هذه المعلومات. بين عامي 2005 و2011 أعلن 76 بلداً فقط من الدول الأعضاء في المنظمة ومجموعهم 194 بلداً عن بيانات حول طرق الانتحار في قاعدة بيانات الوفيات في منظمة الصحة العالمية. وتمثل هذه البلدان حوالي 28% من جميع حالات الانتحار حول العالم، وبالتالي فإن الطرق المستخدمة في 72% من حالات الانتحار على الصعيد العالمي ليست واضحة. كما هو متوقع، فإن التغطية أفضل بكثير بالنسبة للبلدان مرتفعة الدخل مقارنةً بالبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي البلدان المرتفعة الدخل، يمثل الشنق 50% من حالات الانتحار، بينما تكون الأسلحة النارية هي الوسيلة الثانية الأكثر شيوعاً، حيث يمثل 18% من حالات الانتحار. وتُسجَل النسبة العالية نسبياً لحالات الانتحار بالأسلحة النارية في البلدان المرتفعة الدخل، وفي مقدمتها البلدان المرتفعة الدخل في الأمريكتين حيث تمثل الأسلحة النارية 46% من جميع حالات الانتحار، بينما لا تشكل سوى 4,5% فقط من جميع حالات الانتحار في بلدان أخرى مرتفعة الدخل.

ونظراً لعدم وجود بيانات على المستوى الوطني حول طرق الانتحار في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في قاعدة بيانات الوفيات في منظمة الصحة العالمية، يحتاج الباحثون إلى الاعتماد على البيانات المنشورة في المؤلفات العلمية لتقييم أنماط طرق الانتحار المستخدمة في هذه المناطق (V). وإحدى وسائل الانتحار الرئيسية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لاسيما في البلدان التي بها نسبة عالية من سكان المناطق الريفية الذين يعملون في الزراعة على نطاق صغير، هي التسميم الذاتي بالمبيدات الحشرية. وأشارت تقديرات مراجعة منهجية (8) لبيانات العالم للفترة 1990 - 2007 أن حوالي 30% (المدى المعقول 27-37%) من حالات الانتحار العالمية هي نتيجة التسميم الذاتي بالمبيدات الحشرية، ومعظمها تقع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. استناداً إلى هذا التقدير، فإن ابتلاع المبيد الحشري من بين الطرق الأكثر شيوعاً للانتحار في العالم. وإذا كان هذا صحيحاً، فسوف يترتب على ذلك آثار كبيرة بالنسبة للوقاية لأن تطبيق تقييد الحصول على المبيدات، وإن كان صعباً، في كثير من الأحيان فإن مجدياً على نحو كبير بالمقارنة بتقييد الحصول على وسائل الشنق.

وتبين البحوث الأخرى أن الطريقة الأكثر انتشاراً للانتحار في المجتمع يمكن تحديدها من خلال البيئة، ويمكن أن تتغير بسرعة مع مرور الوقت، ويمكن أن تنتقل من مجتمع إلى آخر. ففي المناطق الأكثر تحضرًا مثل منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة وسنغافورة، حيث يعيش أغلبية السكان في مجمعات سكنية شاهقة، فإن

القفز من المباني العالية هي الطريقة الشائعة للانتحار. وبدأ استخدام فحم الشواء لإنتاج غاز أول أكسيد الكربون مرتفع السمية كوسيلة للانتحار في منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة في عام 1998، وانتشر بسرعة إلى تايوان الصينية حيث أصبح الأسلوب الأكثر شيوعاً للانتحار في غضون ثماني سنوات (9). والوسيلة الأخرى التي أصبحت شائعة في الآونة الأخيرة في بعض الأماكن تشمل خلط المواد الكيميائية لإنتاج غاز كبريتيد الهيدروجين (على سبيل المثال في اليابان) واستخدام غاز الهيليوم. وتسلسل هذه النتائج الضوء على أهمية المراقبة المستمرة للأساليب المستخدمة في كل من الانتحار ومحاولات الانتحار لضمان أن الجهود المبذولة في تقييد الحصول على وسائل الانتحار وما يصاحبها من جهود في توعية المجتمع، تستجيب لأنماط الانتحار المتغيرة باستمرار. ومع ذلك، فإن العديد من وسائل الانتحار الجديدة الناشئة لا يمكن تحديدها بشكل نوعي باستخدام رموز الأسباب الخارجية الحالية في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10، ولذلك لن تكون واضحة في نظم تسجيل الوفيات ما لم يعلن المسؤولون على المستوى المحلي استخدام مميز للرموز الفرعية في التصنيف الدولي العاشر للأمراض الخاصة بطريقة الانتحار (انظر الإطار 1).

الإطار ١.

النظام الوطني للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف في الولايات المتحدة الأمريكية

تمتلك مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة الأمريكية نظاماً وطنياً للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف (NVDRS)، وهو نظام التصد الذي يقوم بجمع معلومات تفصيلية عن الوفيات الناجمة عن العنف، بما في ذلك حالات الانتحار (10، 11). ويفيد النظام الوطني للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف كمستودع للبيانات يربط المعلومات ذات الصلة بكل حادثة والمستقاة من مجموعة متنوعة من المصادر، بما في ذلك شهادة وفاة الضحية، وعلم السموم، وتقارير التشريح، والتقارير المختلفة للتحقيقات ممن يقوم بإنفاذ القانون، أو قاضي التحقيقات، أو الطبيب الشرعي، أو من المحققين في مشهد الوفاة. ويوفر النظام الوطني للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف NVDRS التفاصيل حول الخصائص الديموغرافية للشخص المتوفى، والآليات/الأسلحة المستخدمة في الوفاة، والخصائص الأخرى للحادثة (على سبيل المثال مكان ووقت الوفاة)، وصحة الفقيد والظروف المرتبطة بضغوط الحياة التي يعتقد أنها ساهمت في الوفاة استناداً إلى نتائج التحقيقات في مسرح الموت، وشهادات الشهود، والإفصاحات عن الفقيد وغير ذلك من الأدلة المادية (مثل مذكرات المنتحر). وحالياً يقوم النظام الوطني للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف NVDRS بجمع البيانات من 18 ولاية من مجموع 50 ولاية في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدير الولايات جمع البيانات من خلال الإدارات الصحية التابعة للدولة أو الهيئات ذات التعاقد الفرعي معها مثل مكاتب الأطباء الشرعيين. ويتم تجميع البيانات وترميزها بواسطة القائمين باستخلاص البيانات المدربين. وتخطط مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها للتوسع في النظام الوطني للإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن العنف NVDRS في جميع الولايات في الولايات المتحدة الأمريكية حينما يتوافر التمويل.

إعطاؤها الأولوية في جهود التدخل. وتوفر التقديرات الوطنية لنسب جميع حالات الانتحار بمختلف الوسائل التركيز على الجهود الوطنية لتقييد الحصول على وسائل الانتحار، ولكن غالباً ما تحتاج هذه الجهود إلى تكييفها مع مختلف المناطق في كل بلد. فعلى سبيل المثال، تقع حالات الانتحار عن طريق ابتلاع المبيدات الحشرية أساساً في المناطق الريفية، لذلك فإن التدابير المتخذة لتقييد الحصول على المبيدات ربما لا تكون المحور الأساسي في برامج الوقاية من الانتحار في المناطق الحضرية في البلدان التي قد يكون فيها نسبة عالية من حالات الانتحار عن طريق ابتلاع المبيدات الحشرية على الصعيد الوطني.

وهناك تنبيه آخر هام يتعلق باستخدام البيانات الخاصة بالبلد أو الإقليم حول الانتحار، وهو أن هذه البيانات يقتصر استخدامها في تصميم البرامج التي تستهدف الوقاية من الانتحار لأنها لا تعبر اهتماماً للتنوع الكبير داخل البلد في المعدلات والأهطاط الديموغرافية للانتحار وأساليبه. وهناك أدلة كثيرة على الاختلافات الكبيرة في المعدلات والخصائص الديموغرافية للانتحار بين المواقع المختلفة داخل البلدان؛ على سبيل المثال، بين المناطق الحضرية والريفية في الصين (١٢) وبين الولايات المختلفة في الهند (١٣). وفي هذه الحالة، لا تساعد البيانات الوطنية على تحديد الأقاليم الجغرافية أو المجموعات الديموغرافية التي ينبغي

محاولات الانتحار

الصحة النفسية على الصعيد العالمي (١٤) التي تجمع المعلومات حول محاولات الانتحار. علاوة على ذلك، فإن النهج المتدرج STEPwise لمنظمة الصحة العالمية لترصد عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض المزمنة (خطوات STEPS) يتضمن أسئلة تهدف إلى جمع البيانات حول محاولات الانتحار (١٥). بالإضافة إلى ذلك، أصدرت منظمة الصحة العالمية كتيباً للموارد، بالإضافة إلى كتيب واحد عن تسجيل حالات الانتحار (١٦)، حول إنشاء سجلات بالمستشفيات تحتوي على محاولات الانتحار التي تم علاجها طبياً بالمستشفيات (١٧).

التقارير الذاتية المستقاة من المسوحات حول السلوك الانتحاري

يحتوي العديد من المسوحات المجتمعية حول القضايا النفسية والاجتماعية على أسئلة التقرير الذاتي حول السلوك الانتحاري. عندما يُطبَّق نفس المسح على نفس الفئة السكانية طول الوقت، فإنه يمكن استخلاص استنتاجات معقولة حول تغيير أنماط في السلوك الانتحاري المبلغ عنه ذاتياً. أحد الأمثلة على ذلك هو نظام ترصد سلوك المخاطرة بين الشباب مرتين في السنة (YRBSS) في الولايات المتحدة الأمريكية (١٨). ومع ذلك، فإنه يصعب كثيراً تفسير النتائج عند استخدام أدوات المسح المختلفة، أو عندما يُطبَّق نفس المسح على فئات سكانية مختلفة (لاسيما إذا كانت تستخدم لغات مختلفة). وبعيداً عن المشاكل المنهجية القياسية المرتبطة بالمسوحات المجتمعية (مثل ضمان أن تمثل عينة المسح حقاً الفئة السكانية المستهدفة)، هناك العديد من العوامل المربكة المحتملة التي يمكن أن تؤثر في معدلات الإبلاغ الذاتي عن التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار. وهذه العوامل تشمل مستوى الإلمام بالقراءة والكتابة بين السكان، والصياغة المحددة المستخدمة في الاستبيان، وطول الاستبيان، والتفسير (أي المعنى الدقيق والمضامين) للكلمات باللغة المحلية، والإطار الزمني المأخوذ في الاعتبار، والأهم من ذلك - مدى استعداد المبحوثين للكشف عن هذه المعلومات. قد تختلف الرغبة في تقديم تقرير عن السلوك الانتحاري السابق حسب العمر والجنس والدين والعرق وعوامل أخرى، لذلك يجب على المرء أن يكون حذراً عند مقارنة معدلات السلوك الانتحاري المبلغ عنه ذاتياً في الفئات الديموغرافية أو

ينجم عن محاولات الانتحار عبء اجتماعي واقتصادي كبير على المجتمعات ويرجع ذلك إلى استخدام الخدمات الصحية لعلاج الإصابة، والأثر النفسي والاجتماعي للسلوك على الفرد ورفاقه، وأحياناً، العجز المستديم بسبب الإصابة. والأهم من ذلك، تُعدّ محاولة الانتحار السابقة هي أهم عامل مفرد للتنبؤ بالوفاة انتحاراً بين عموم السكان: فالأفراد الذين أقدموا محاولات انتحار فيما سبق هم الأكثر عرضة لمخاطر الوفاة عن طريق الانتحار لمقارنة بغيرهم ممن لم يقوموا بأي محاولات انتحار سابقة. ويجب أن يكون تحديد هؤلاء الأفراد المعرضين للخطر وتوفير رعاية المتابعة والدعم لهم عنصراً رئيسياً في جميع الاستراتيجيات الشاملة للوقاية من الانتحار.

ويوفر رصد معدلات الانتحار والأنماط الديموغرافية والوسائل المستخدمة في محاولات الانتحار في المجتمع المعلومات الهامة التي يمكن أن تساعد على وضع وتقييم استراتيجيات الوقاية من الانتحار. وعند دمج البيانات حول معدلات وطرق محاولات الانتحار مع المعلومات عن الوفيات الناجمة عن الانتحار، فإنه يمكن استخدامها لتقدير معدل إماتة الحالات الناجمة عن السلوك الانتحاري (أي نسبة كل الأفعال الانتحارية التي تؤدي إلى الوفاة) حسب الجنس والعمر وطريقة الانتحار. وتساعد هذه المعلومات في تحديد الفئات المعرضة لخطر كبير في المجتمع والتي ينبغي أن تكون الهدف للتدخلات النفسية والاجتماعية الانتقائية، وتحديد طرق الانتحار عالية الخطورة التي ينبغي أن تكون هدفاً للتدخلات المعنية بتقييد الحصول على وسائل الانتحار.

وهناك نوعان من الطرق الرئيسية للحصول على المعلومات حول المعدلات الوطنية أو الإقليمية لمحاولات الانتحار: من التقارير الذاتية للسلوك الانتحاري في المسوحات المجرأة على عينات ممثلة للسكان في المجتمع، ومن السجلات الطبية حول معالجة إيذاء النفس في عينات ممثلة لمؤسسات الرعاية الصحية (عادةً المستشفيات) في المجتمع. ولا تقوم منظمة الصحة العالمية على نحو روتيني بجمع البيانات حول محاولات الانتحار، لكنها دعمت أنشطة مسوحات المنظمة في مجال

الثقافية المختلفة. ومقارنة معدلات التفكير في الانتحار المبلغ عنه ذاتياً بين الفئات هي إشكالية خاصة لأن التفكير في الانتحار غالباً ما يكون تجربة عابرة ومتقلبة لا يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين. علاوة على ذلك، فالمقارنة بين معدلات التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار مدى الحياة المبلغ عنه ذاتياً - التي قد تكون ذات قيمة محدودة في تقييم مخاطر الانتحار الحالية - هي أيضاً مربكة بسبب اختلاف أعمار المجيبين وبقاء التحيزات في تذكّر الأحداث البعيدة. وبالتالي، فإن القياس الأكثر فائدة أو الأكثر موثوقية، المستمد من التقرير الذاتي للمسوحات المجتمعية هو حدوث محاولات انتحار (الذي أدى إلى مستوى معين من الإصابة البدنية) في العام المنصرم.

وتستخدم مسوحات منظمة الصحة العالمية بشأن الصحة النفسية على الصعيد العالمي (١٤) المقابلة التشخيصية الدولية المركبة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، والتي تتضمن سلسلة من الأسئلة القياسية عن وقوع محاولات الانتحار وتوقيتها والطريقة (أو الطرق) المستخدمة والعلاج الطبي (إن وجد). ويستند التقرير المتوفر حول معدل انتشار محاولات الانتحار على مدى ١٢ شهراً بين الأفراد في عمر ١٨ سنة فأكثر (تم جمعها في الدراسات التي أجريت في الفترة من ٢٠٠١ حتى ٢٠٠٧) إلى بيانات من ١٠ بلدان مرتفعة الدخل (تسعة بلدان استخدمت عينات ممثلة على الصعيد الوطني) مع عينة مجمعة من ٥٢٤٨٤ فرداً، وستة بلدان متوسطة الدخل (أربعة بلدان استخدمت عينات ممثلة على الصعيد الوطني) مع عينة مجمعة من ٢٥٦٦٦ فرداً، وخمسة بلدان منخفضة الدخل (استخدم بلد واحد عينة ممثلة على الصعيد الوطني) مع عينة مجمعة من ٣١٢٢٧ فرداً (١٩).

وقد كان معدل انتشار القيام بمحاولة انتحار واحدة أو أكثر في العام المنصرم المبلغ عنه ٣ لكل ١٠٠٠ شخص (أي ٠,٣٪) في كل من الذكور والإناث في البلدان المرتفعة الدخل، و٣ لكل ١٠٠٠ من الذكور و٦ لكل ١٠٠٠ من الإناث في البلدان المتوسطة الدخل، و٤ لكل ١٠٠٠ في كل من الذكور والإناث في البلدان المنخفضة الدخل. بتطبيق معدل الانتشار في البلدان المرتفعة الدخل، والمتوسطة الدخل، والمنخفضة الدخل على الفئات السكانية البالغة (أي ١٨ سنة فأكثر) في جميع البلدان في كل شريحة من شرائح الدخل التابعة للبنك الدولي، فإن معدل الانتشار السنوي العالمي المقدر لمحاولة الانتحار المبلغ عنها ذاتياً يقارب من ٤ لكل ١٠٠٠ من البالغين. ونظراً لأن معدل الانتحار العالمي المقدر لعام ٢٠١٢ بلغ ١٥,٤ لكل ١٠٠٠٠٠ من البالغين في عمر ١٨ سنة فأكثر، فإنه يشير إلى أن كل شخص بالغ لقي حتفه منتحراً كان من المرجح أن يقابله أكثر من ٢٠ آخرين قاموا بمحاولات الانتحار. ومع ذلك، وكما هو الحال بالنسبة لمعدلات الانتحار ومحاولات الانتحار، هناك تباين كبير في نسبة محاولة الموت وفي معدل إماتة الحالات في السلوك الانتحاري حسب الإقليم والجنس والعمر وطريقة الانتحار.

بيانات المستشفى عن محاولات الانتحار التي تم معالجتها طبياً

تتمثل المصادر الأخرى للمعلومات حول معدلات محاولات الانتحار في سجلات العلاج الطبي للإصابة الذاتية من أقسام الطوارئ والعيادات الخارجية في المستشفيات ومن المرافق الصحية الأخرى. وخلافاً لتسجيل الوفيات، لا توجد طرق مقبولة دولياً لتوحيد جمع المعلومات حول محاولات الانتحار، لذلك ينبغي مراعاة عدد من المسائل المنهجية عند مقارنة المعدلات عبر التشرّيعات المختلفة. وقد تكون تقديرات معدلات محاولات الانتحار التي تم علاجها طبياً استناداً إلى تقارير المستشفى غير دقيقة إذا كانت المستشفيات المختارة ليست ممثلة لجميع

المستشفيات في المجتمع أو إذا كانت نسبة كبيرة من محاولات الانتحار يتم علاجها من خلال العيادات المحلية فقط وبالتالي لا تصل إلى المستشفى. علاوة على ذلك، تتأثر معدلات محاولات الانتحار المبلغ عنها التي تم علاجها طبياً بشدة بعمليات التسجيل في المستشفيات. قد لا يعول تماماً على هذه البيانات لأنها:

- قد لا تميز الأفراد في الحلقات العلاجية (لذا هناك ازدواجية أو تكرار للأفراد الذين حاولوا الانتحار عدة مرات في السنة الواحدة)؛
- قد لا تستثني أولئك الذين يموتون في المستشفى أثناء معالجة حادثة الانتحار أو الذين يتم إخراجهم من المستشفى بحيث يمكن أن يموتوا في المنزل (وبالتالي لا يعتبروا ضمن محاولات الانتحار)؛
- قد لا تميز أولئك المصابين بإصابات ذاتية غير انتحارية عن أولئك المصابين بإصابة ذاتية انتحارية؛
- قد لا تشمل الأفراد الذين تم علاجهم في أقسام الطوارئ في المستشفيات وخرجوا بعد ذلك من المستشفى قبل دخولهم فيها كمرضى بشكل رسمي؛
- قد لا تشمل الأفراد الذين يدخلون أجنحة المستشفيات مباشرة دون المرور من خلال قسم الطوارئ؛
- قد لا تسجل طريقة محاولة انتحار (مما يجعل من المستحيل تقييم معدلات إماتة الحالات الناجمة عن طريقة معينة)؛
- والأهم من ذلك، قد تُسجّل محاولات الانتحار نظامياً على أنها «حوادث» بسبب الخوف من الوصم وعدم تغطية التأمينات للسلوك الانتحاري أو القلق من التعقيدات القانونية المحتملة.

ويعد توحيد عمليات التسجيل داخل البلدان، وبالتالي فيما بينها، من المهام الأساسية في جهود البلدان الرامية إلى الإلمام بحالات الانتحار والحد منها في النهاية (انظر الإطار ٢).

الإطار ٢.

السجل الوطني لإيذاء النفس المتعمد في أيرلندا

السجل الوطني لإيذاء النفس المتعمد (NRDSH) في أيرلندا هو نظام وطني لمراقبة وقوع إيذاء متعمد للنفس بين السكان. أنشئ السجل بناءً على طلب من المؤسسة الوطنية لبحوث الانتحار إلى قسم الصحة والأطفال ويتم تمويله من قبل المكتب الوطني للتنفيذي للخدمات الصحية للوقاية من الانتحار. والغرض من هذا السجل الوطني هو تحديد ورصد وقوع وتكرار حالات إيذاء النفس الواردة في أقسام الطوارئ بالمستشفيات وذلك بهدف تحديد الفئات والمناطق التي يزيد فيها وقوع هذه الحالات، وإطلاع مسؤولي الخدمات والممارسين المعنيين بالوقاية من السلوك الانتحاري (٢٠، ٢١).

لا يؤدي سوى بعض من محاولات الانتحار إلى الإصابات التي تتلقى العلاج الطبي، وبالتالي فإن تقديرات إماتة الحالات القائمة على محاولات الانتحار التي تم علاجها طبيًا سوف تكون بالضرورة أعلى من تلك القائمة على معدلات التبليغ الذاتي لمحاولات الانتحار المستقاة من المسوحات المجتمعية. وقد وضع عدد قليل جداً من البلدان نظم تسجيل وطنية أو ممثلة على الصعيد الوطني لمحاولات الانتحار التي تم علاجها طبيًا لذلك فمن الممكن إلا فيما ندر دمج البيانات على مستوى المستشفى مع المعدلات الوطنية للانتحار. ويمكن حوسبة مقاييس إماتة الحالات عند إتاحة البيانات الممثلة على الصعيد الوطني حول محاولات الانتحار التي تم علاجها طبيًا. مع الأسف، لا توجد أمثلة متاحة من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ولذلك تقتصر الأمثلة على أربعة بلدان مرتفعة الدخل: إقليم فلاندرز في بلجيكا (٢٢)، وأيرلندا (٢٠)، والسويد (٢٣)، والولايات المتحدة الأمريكية (٢٤). كان هناك مجال قدره أربعة أضعاف في معدل إماتة الحالات الإجمالي في «السلوك الانتحاري الخطير طبيًا» (يعرف عملياً بالسلوك الانتحاري الذي يؤدي إلى المعالجة الطبية أو الوفاة) في البلدان الأربعة من ٤,٢٪ في أيرلندا إلى ١٧,٨٪ في إقليم فلاندرز. إن نمط إماتة الحالات حسب الجنس والعمر يكون متماثل في جميع أنحاء البلدان الأربعة: من المرجح أن يكون السلوك الانتحاري الخطير طبيًا قاتلاً على نحو أكبر بين الرجال عنه في النساء، وهناك زيادة تدريجية واضحة في إماتة الحالات في السلوك الانتحاري الخطير طبيًا حسب العمر. تتفق هذه النتيجة مع التقارير دون الوطنية السابقة بشأن إماتة الحالات في السلوك الانتحاري الخطير طبيًا (٢٥، ٢٦).

وهناك مقياس آخر ربما يكون مفيداً - والذي يتوفر أيضاً في أماكن محددة في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل - هو إماتة الحالات في المستشفى بأساليب محددة (أي عدد الوفيات في المستشفيات الناجمة عن استخدام طريقة ما مقسوماً على عدد الأشخاص الذين تم علاجهم في المستشفيات الذين استخدموا هذه الطريقة لمحاولة الانتحار). ويمكن أن يفيد تحديد طريق في إماتة الحالات بالمستشفى في تحديد الطرق المميّنة للغاية التي ينبغي التركيز عليها في كل من الجهود المجتمعية المبذولة لتقييد الحصول على وسائل الانتحار وجهود المستشفيات المبذولة لتحسين المعالجة الطبية لسلوكيات إيذاء النفس. على سبيل المثال، المعالجة الطبية لمحاولات الانتحار عن طريق ابتلاع المبيدات الحشرية غالباً ما تكون صعبة من الناحية التقنية، وربما تتطلب معدات متطورة غير متوفرة في المستشفيات الريفية في العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. في هذه المواقع، يكون توفير التدريب والمعدات للعاملين في الخدمات الطبية المحلية مكوناً أساسياً في الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار (٢٧). وتعد البيانات عن معدل إماتة الحالات في المستشفى بالمبيدات الحشرية المختلفة - والتي يمكن أن تتراوح بين ٠٪ إلى ٤٢٪ - أمراً أساسياً في تحديد نوع التدريب والمعدات التي تشتد الحاجة إليها (٢٨).

عوامل الخطر والحماية،
والتدخلات ذات الصلة

الخرافة:

معظم حالات الانتحار تحدث فجأة
دون سابق إنذار.

الحقيقة:

إن معظم حالات الانتحار قد سبقتها
علامات تحذيرية، سواء لفظية أو
سلوكية، إلا أن هناك بالطبع بعض حالات
الانتحار التي تحدث بدون سابق إنذار.
لكن من الضروري أن نعرف ما هي هذه
العلامات التحذيرية والانتباه إليها.

التدخلات

يتم تنظيم التدخلات المدسنة بالبيانات للوقاية من الانتحار في الإطار النظري الذي يميز بين التدخلات العالمية والانتقائية والمحددة (٢٩، ٣٠). ويربط الشكل ٧ هذه التدخلات بعوامل الخطر ذات الصلة. وهذه الروابط ليست محدودة، وينبغي في الواقع أن تكون مدفوعة بالسياق. وهناك ثلاثة أنواع من التدخلات:

١. استراتيجيات الوقاية العالمية (التدخلات العالمية) مصممة للوصول إلى جموع السكان في محاولة لتعزيز الصحة وتقليل خطر الانتحار عن طريق إزالة العقبات أمام الرعاية وزيادة فرص الحصول على المساعدة وتعزيز عمليات الحماية مثل الدعم الاجتماعي وتغيير البيئة المادية.

٢. استراتيجيات الوقاية الانتقائية (التدخلات الانتقائية) تستهدف الفئات القابلة للتأثر بين السكان على أساس الخصائص مثل العمر أو الجنس أو الحالة المهنية أو التاريخ العائلي. بينما قد لا يعبر الأفراد حالياً عن السلوكيات الانتحارية، إلا أنهم قد يكونون عرضة لمستوى مرتفع من المخاطر البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية.

٣. استراتيجيات الوقاية المحددة (التدخلات المحددة) تستهدف عدد محدود من الأفراد القابلين للتأثر داخل الفئات السكانية - مثل الأفراد الذين تظهر عليهم العلامات المبكرة لاحتمال إقدامهم على الانتحار أو الذين حاولوا الانتحار في السابق.

ونظراً لتشارك العديد من العوامل والعديد من المسارات التي تؤدي إلى السلوك الانتحاري، تتطلب الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار نهجاً واسعاً متعدد القطاعات يتناول مختلف الفئات السكانية والمعرضة للخطر والسياقات مدى الحياة.

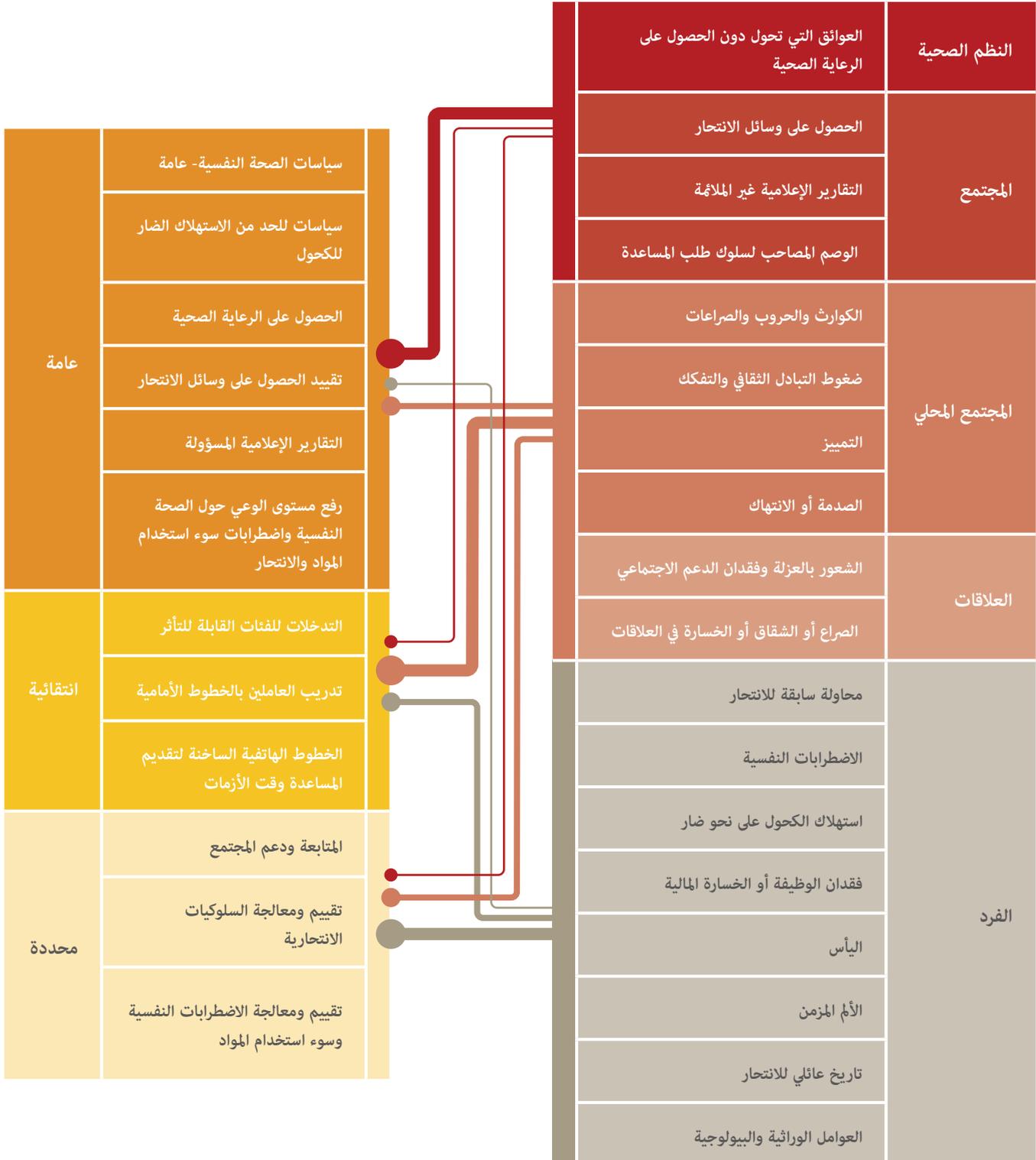
الأساس في أي استجابة فعالة للوقاية من الانتحار هو تحديد عوامل الخطر التي ربما تؤدي إلى الانتحار والمرتبطة بالسياق والتخفيف من حدتها من خلال تنفيذ التدخلات المناسبة. السلوكيات الانتحارية معقدة. هناك عدة عوامل مساعدة ومسارات مسببة للانتحار ومجموعة من الخيارات للحيلولة دون وقوعه. ولا يوجد عادةً سبب واحد أو عامل واحد من عوامل الضغط كافٍ لتفسير عملية الانتحار. والأكثر شيوعاً أن هناك العديد من عوامل الخطر تعمل مجتمعة لزيادة سرعة تأثير الفرد بالسلوك الانتحاري. وفي الوقت نفسه، ليس بالضرورة أن يؤدي وجود عوامل الخطر إلى السلوك الانتحاري؛ ليس كل من يعاني من اضطراب نفسي، على سبيل المثال، يموت منتحراً. وتعد التدخلات الفعالة أمراً ضرورياً لأنها يمكن أن تخفف من عوامل الخطر التي تم تحديدها. كما تحظى عوامل الحماية بنفس القدر من الأهمية، وقد عرفت بأنها تعمل على تحسين القدرة على التعافي. لذا، فإن تعزيز عوامل الحماية هو أيضاً هدف مهم لأي استجابة شاملة للوقاية من الانتحار.

عوامل الخطر

لقد تم التعرف على مجموعة كبيرة من عوامل الخطر المعروضة، وتم عرض العوامل الرئيسية منها في الشكل ٧، حيث يتضمن المخطط مجموعة كبيرة من العوامل، ولتسهيل التنقل فيما بينها، فقد تم تجميعها في مجالات تمتد عبر عوامل الخطر المنهجية، والاجتماعية، والمجتمعية، وفي العلاقات (التربط الاجتماعي مع الأسرة والأصدقاء المقربين) وعوامل الخطر الفردية التي تعبر عن النموذج البيئي. ومن المهم أن نلاحظ أولاً أن عوامل الخطر المذكورة ليست هي جميع العوامل؛ فهناك عدة عوامل أخرى يمكن تصنيفها وتقسيمها بشكل مختلف. وتعتمد أهمية كل عامل من عوامل الخطر وطريقة تصنيفه على السياق الذي يوجد فيه. ويمكن لهذه العوامل أن تساهم في السلوكيات الانتحارية بشكل مباشر، إلا أنها يمكن أن تسهم أيضاً بشكل غير مباشر من خلال التأثير على مدى تعرض الفرد للاضطرابات النفسية. وسيكون من الخطأ رسم خط فاصل بين المجالات التي تم تحديدها. وكما أن كل عامل من عوامل الخطر يرتبط مع العوامل الأخرى، فإن وجود أحد المجالات لا ينفي وجود الآخر. ولذا، فمن المفيد استعراض المجالات التي تضم هذه العوامل وصولاً للعوامل الفردية. ويمكن بالفعل وضع عوامل خطر محددة ضمن أكثر من مجال واحد في نفس الوقت. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يؤثر فقدان الوظيفة أو الدعم المالي على الشخص بشكل فردي، ويمكن أن يؤدي إلى تدهور العلاقات مع المقربين، لكن يمكن أيضاً أن يكون يرتبط ذلك بركود اقتصادي على مستوى المجالات. وتساعد المجموعات المختارة على تبسيط عوامل الخطر الشاملة القائمة وتحديد التدخلات ذات الصلة بسهولة أكبر.

الشكل ٧. عوامل الخطر الرئيسية للانتحار المتوافقة مع التدخلات ذات الصلة

(الخطوط تعكس الأهمية النسبية للتدخلات على مختلف مستويات المجالات المختلفة لعوامل الخطر).



النظام الصحي وعوامل الخطر الاجتماعية

إن اعتبار مسألة الانتحار من المحظورات والوصم المرتبط بها وتأييب الضمير كلها أمور تحول دون ظهور السلوك الانتحاري. ومن خلال المبادرة إلى معالجتها، يمكن للنظم الصحية الداعمة والمجتمعات أن تساعد على الوقاية من الانتحار. وفيما يلي عرض لبعض عوامل الخطر الرئيسية المتعلقة بمجالات النظم الصحية والمجتمع.

العقبات التي تحول دون الحصول على الرعاية الصحية

يزيد خطر الانتحار بشكل ملحوظ مع المراضة المشتركة، لذا فإن الحصول على الرعاية الصحية في الوقت المناسب وبفعالية أمر ضروري للحد من خطر الانتحار؛ (٣٧). مع ذلك، فإن الأنظمة الصحية في كثير من البلدان معقدة أو محدودة الموارد؛ ويمثل التنقل بين هذه الأنظمة تحدياً للناس مع انخفاض المعرفة الصحية بشكل عام وانخفاض المعرفة بالصحة النفسية على وجه الخصوص (٣٨). ومع تفاقم الوصم المرتبط بطلب المساعدة من أجل التغلب على محاولات الانتحار والاضطرابات النفسية، يتزايد الأمر الصعوبة، مما يؤدي إلى عدم إتاحة الرعاية بالشكل الملائم وارتفاع خطر الانتحار بشكل أكبر.

الحصول على وسائل الانتحار

يُعد الحصول على وسائل الانتحار عاملاً من عوامل الخطورة الرئيسية للانتحار. وتتزايد مخاطر التعرض للانتحار بفعل الحصول على وسائل الانتحار أو الاقتراب المباشر منها (بما في ذلك المبيدات الحشرية، والأسلحة النارية، والمرتفعات، وخطوط السكك الحديدية، والسموم، والأدوية، ومصادر أول أكسيد الكربون مثل عوادم السيارات أو الفحم، وغيرها من الغازات السامة والغازات التي تؤدي إلى نقص الأوكسجين). كما يعتمد توافر وتفضيل وسائل محددة للانتحار على البيئة الجغرافية والثقافية (٣٩).

التقارير الإعلامية غير المناسبة واستخدام وسائل الإعلام الاجتماعية

بشكل غير ملائم

يمكن للممارسات غير الملائمة في التقارير الإعلامية أن تضيء إثارة وتمجيداً على الانتحار وتزيد من خطر «تقليد» المنتحرين (محاكاة حالات الانتحار) بين الأفراد القابلين للتأثر. وتعتبر الممارسات الإعلامية غير ملائمة عندما تقوم، على نحو غير مبرر، بتغطية حالات انتحار المشاهير، أو تعلن عن الأساليب غير العادية في الانتحار أو الانتحار الجماعي، أو تعرض صوراً أو معلومات عن وسيلة الانتحار أو تطبيع الانتحار باعتباره استجابة مقبولة للأزمات أو الشدائد.

وقد تبين أن التعرض لنماذج من الانتحار يزيد من خطر السلوك الانتحاري بين الأفراد القابلين للتأثر (٣١، ٣٢، ٣٣). وهناك قلق متزايد حول الدور الإضافي الذي يقوم به الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي في مجال الإبلاغ عن الانتحار. الإنترنت هو الآن المصدر الرئيسي للمعلومات عن الانتحار ويحتوي على مواقع يمكن الوصول إليها بسهولة والتي يمكن أن تكون غير مناسبة في تمثيلها للانتحار (٣٤). وقد تورطت مواقع الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي في التحريض على السلوك الانتحاري وتسهيله. كما يمكن لأشخاص بمفردهم أن يبتثوا بسهولة الأفعال والمعلومات الانتحارية غير الخاضعة للرقابة التي يمكن الوصول إليها بسهولة من خلال كلتا الوسيلتين الإعلاميتين على حد سواء.

الوصم المرتبط بسلوك طلب المساعدة

إن وصم طلب المساعدة من أجل التغلب على السلوكيات الانتحارية أو مشاكل الصحة النفسية أو سوء استخدام المواد أو الضغوط النفسية الأخرى لا يزال قائماً في العديد من المجتمعات، ويشكل عائقاً كبيراً أمام الأشخاص الذين يحصلون على ما يحتاجونه من مساعدة. ويمكن أن يتسبب الوصم أيضاً في تثبيط عزيمة أصدقاء الأشخاص القابلين للتأثر وأسرتهم في توفير الدعم الذي قد يحتاجونه أو حتى تقييم وضعهم. ويلعب الوصم دوراً رئيسياً في مقاومة التغيير وتنفيذ الاستجابات التي تستهدف الوقاية من الانتحار.

التدخلات المعنية بالنظام الصحي وعوامل الخطر الاجتماعية

١. سياسات الصحة النفسية

أطلقت منظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٣ خطة عمل شاملة للصحة النفسية للفترة ٢٠١٣ - ٢٠٢٠ (١). وتشجع الخطة البلدان على العمل نحو تطبيق سياسات الصحة النفسية الخاصة بها مع التركيز على أربعة أهداف رئيسية هي:

١. تعزيز القيادة الفعالة والحوكمة في الصحة النفسية.
 ٢. توفير خدمات الرعاية الاجتماعية والصحة النفسية الشاملة والمتكاملة والمستجيبة في الأماكن المجتمعية.
 ٣. تنفيذ استراتيجيات التعزيز والوقاية في مجال الصحة النفسية.
 ٤. تعزيز نظم المعلومات والأدلة والبحوث في مجال الصحة النفسية.
- يعتبر معدل الانتحار مؤشراً من المؤشرات وانخفاضه هدفاً من الأهداف في خطة العمل.

٢. السياسات المعنية بالحد من استهلاك الكحول على نحو ضار

وقد نُشرت خيارات السياسات والتدخلات للحد من استهلاك الكحول على نحو ضار في الاستراتيجية العالمية لمنظمة الصحة العالمية للحد من استهلاك الكحول على نحو ضار (٣٥). في الوقت ذاته، يوفر ذلك التدابير للوقاية من الانتحار بفعالية وتتضمن ما يلي:

١. القيادة والوعي والالتزام.
٢. استجابة الخدمات الصحية.
٣. العمل المجتمعي.
٤. السياسات والتدابير المناهضة للقيادة تحت تأثير الكحول.
٥. توافر الكحول.
٦. تسويق المشروبات الكحولية.
٧. سياسات التسعير.
٨. الحد من الآثار السلبية لشرب الكحول والسُّكر.
٩. الحد من تأثير الكحول غير المشروع أو المنتج بصورة غير رسمية على الصحة العامة
١٠. المراقبة والتصد.

يمكن تنفيذ استراتيجيات رفع مستوى الوعي بين الفئات السكانية التي يقل فيها انتشار الإفراط في شرب الخمر من خلال الحملات الإعلامية العامة، أو أنشطة تعزيز الصحة المدرسية أو المعلومات التي تستهدف الأفراد القابلين للتأثر، وذلك بواسطة العاملين في المجال الصحي (٣٦). وينبغي النظر بعناية في ثقافة الكحول في مناطق محددة قبل اختيار الاستراتيجيات لضمان فعالية الاستراتيجيات في السياق. ويعد النظام القانوني الفعال شرط أساسي أيضاً لإنفاذ هذه الاستراتيجيات على نحو فعال.

٣. إتاحة الرعاية الصحية

المعالجة الكافية والفورية والتي يسهل الحصول عليها لعلاج الاضطرابات النفسية وتلك الناجمة عن سوء استخدام المواد يمكن أن تحد من خطر السلوك الانتحاري (٣٧) (انظر أيضاً الإطار ٦). إن تنفيذ السياسات والممارسات المعنية بالمعرفة الصحية على جميع مستويات النظم والمؤسسات الصحية، لاسيما في مراكز صحة المجتمع، وسيلة أساسية لتحسين فرص الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوجه عام والرعاية الصحية النفسية على وجه الخصوص. هذه الممارسات تشمل الرسائل الواضحة للمستخدمين حول الخدمات المتاحة، والاستخدام المناسب للغة من قبل مقدمي الرعاية الصحية، والسبل الواضحة للمرضى داخل النظام. وعلى نحو خاص، ينبغي إدراج المعرفة بالصحة النفسية في الاستراتيجيات والسياسات المعنية بالمعرفة الصحية (٣٨).

٤. تقييد الحصول على وسائل الانتحار

الوسائل الأكثر شيوعاً للانتحار في جميع أنحاء العالم هي التسميم الذاتي بالمبيدات الحشرية، والشنق، والأسلحة النارية والقفز (٣٩، ٤٠). إن تقييد الحصول على وسائل الانتحار أمر فعال في الوقاية من الانتحار - لاسيما الانتحار الاندفاعي - لأنه يمنح أولئك الذين يفكرون في الانتحار مزيداً من الوقت لإعادة النظر فيه (٤١). يمكن تنفيذ استراتيجيات تقييد الحصول على وسائل الانتحار سواء على المستوى الوطني، من خلال القوانين واللوائح، وعلى المستوى المحلي، على سبيل المثال من خلال تأمين البيئات الخطرة (٤٢). تشمل التدخلات الرئيسية لتقييد الحصول على وسائل الانتحار ما يلي:

• الحصول على المبيدات الحشرية

تمثل المبيدات الحشرية نحو ثلث حالات الانتحار في العالم (٨). الانتحار عن طريق ابتلاع المبيدات الحشرية على نحو متعمد يحدث في المقام الأول في المناطق الريفية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في أفريقيا وأمريكا الوسطى وجنوب شرق آسيا وغرب المحيط الهادئ. التدابير المقترحة للوقاية من الانتحار عن طريق المبيدات الحشرية تشمل: التصديق على الاتفاقيات الدولية الخاصة بالمواد الكيماوية والنفائات الخطرة وتطبيقها وإنفاذها؛ والتشريع للوقاية من استخدام المبيدات الحشرية المسببة للمشاكل محلياً في الممارسات الزراعية؛ وتطبيق اللوائح على بيع المبيدات الحشرية؛ والحد من فرص الوصول إلى المبيدات الحشرية من خلال تخزينها على نحو أكثر أمناً والتخلص منها بواسطة الأفراد أو المجتمعات المحلية؛ والحد من سمية المبيدات الحشرية (٤٣، ٤٤). بالإضافة إلى ذلك، ينبغي تحسين المعالجة الطبية على النحو الأمثل لأولئك الذين يحاولون الانتحار عن طريق الابتلاع الذاتي للمبيدات الحشرية. ويمكن الاطلاع على المعلومات النوعية في ثلاثة كتيبات لمنظمة الصحة العالمية تتعلق بالوقاية من الانتحار بتناول المبيدات الحشرية (٢٧، ٤٥، ٤٦).

• الحصول على الأسلحة النارية

الانتحار بالأسلحة النارية وسيلة فتاكة للغاية، وهو يمثل غالبية حالات الانتحار في بعض البلدان، مثل الولايات المتحدة الأمريكية (٤٧). توضح البيانات المتاحة وجود علاقة وثيقة بين نسب الأسر التي تمتلك الأسلحة النارية ونسبة الانتحار بواسطة سلاح ناري (٤٨).

ارتبطت التشريعات المقيدة لملكية الأسلحة النارية بانخفاض معدلات الانتحار بالأسلحة النارية في العديد من البلدان، بما في ذلك أستراليا وكندا ونيوزيلندا والترويج والمملكة المتحدة. الإجراءات التشريعية والتنظيمية الممكنة للحد من الانتحار المرتبط بالأسلحة النارية تشمل تشديد اللوائح بشأن توافر الأسلحة النارية في المنازل الخاصة وإجراءات الحصول على التراخيص والتسجيل، والحد من امتلاك الأسلحة اليدوية كأسلحة شخصية؛ وتمديد فترة الانتظار للشراء؛ وإنفاذ متطلبات التخزين الآمن؛ وإصدار حكم بالحد الأدنى للعمر المسموح له شراء سلاح ناري؛ وتنفيذ التحريات الجنائية والنفسية لشراء سلاح ناري. توعية المجتمع باللوائح أمر ضروري أيضاً في البلدان التي تكون فيها البنادق عنصراً مألوفاً في المجتمع (٤٩).

• الجسور والمباني وخطوط السكك الحديدية

يعد الانتحار عن طريق القفز - من الجسور أو المباني العالية أو أمام القطارات - طريقة شائعة للانتحار لسهولة الوصول إليها. وتعتبر التدخلات الإنشائية لتقييد فرص الوصول إليها فعالة في الوقاية من الانتحار (٥٠).

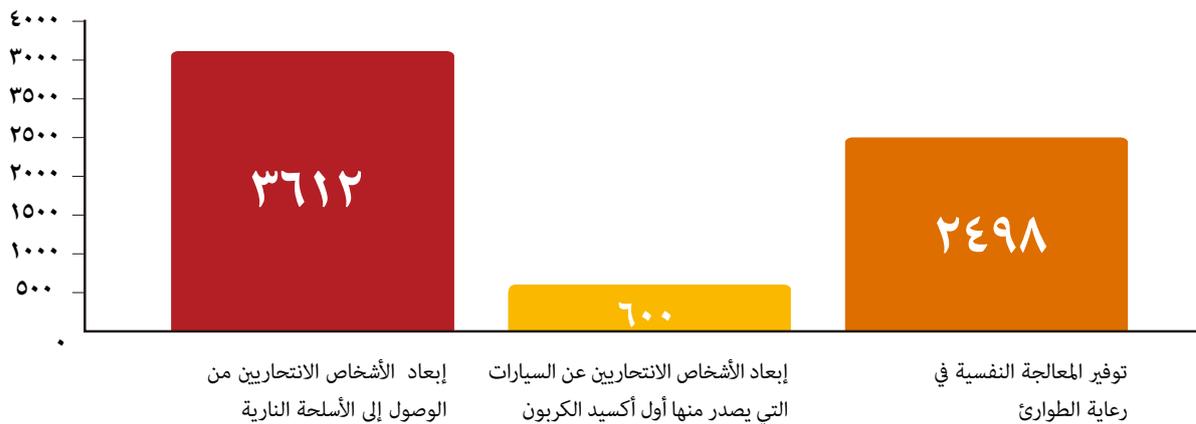
• سهولة الحصول على الغازات السامة

من الناحية التاريخية، كان التسمم المتعمد بأول أكسيد الكربون واحداً من الأساليب الأكثر شيوعاً للانتحار. التغييرات التشريعية والعملية التي طرأت على الغاز المنزلي على المستويات الوطنية والإقليمية أدت إلى انخفاض كبير في الانتحار بهذه الطريقة (٥١). وإجمالاً، تشير الأدلة إلى أن الحد من الأثر المميت لأول أكسيد الكربون له تأثير مباشر على خفض معدلات الانتحار بشكل عام. التسمم بحرق الفحم طريقة حديثة للانتحار بواسطة الغازات السامة وسرعان ما أصبح طريقة شائعة في بعض البلدان الآسيوية (٩). أدى نقل حزم الفحم من الرفوف المفتوحة إلى مكان يخضع للسيطرة في مخازن المتاجر الكبرى في منطقة هونغ كونغ الصينية الإدارية الخاصة إلى انخفاض ملحوظ في الوفيات الناجمة عن الانتحار المرتبط بالفحم (٥٢).

• الحصول على العناصر الدوائية

في معظم البلدان الأوروبية، يُعد التسمم الذاتي بالدواء ثاني أو ثالث أكثر الطرق شيوعاً للانتحار ومحاولات الانتحار (٥٣). وقد تبين أن تقييد توافر وفرص الحصول على الأدوية التي تستخدم في العادة في الانتحار تدبير وقائي فعال (٥٤). يمكن لمقدمي الرعاية الصحية القيام بدور حاسم عن طريق تقييد كمية الدواء الذي يتم صرفه، وإطلاع المرضى وأسرهم بمخاطر العلاج بالأدوية، والتشديد على أهمية الالتزام بالجرعات الموصوفة والتخلص من الأقراص غير المستخدمة الزائدة.

الشكل ٨. الوفيات الناجمة عن الانتحار التي تم تجنبها عن طريق التدخلات المقترحة فيما يقرب من ٢٠٪ انخفاضاً في الوفيات الناجمة عن الانتحار عام ٢٠١٠ في الولايات المتحدة الأمريكية (٥٥)



يعرض الشكل ٨ مزيجاً من ثلاثة مناهج إذا نفذت بالكامل، يمكن أن تنقذ حياة عدة آلاف من البشر في سنة واحدة فقط في الولايات المتحدة الأمريكية. ومع ذلك، من الضروري ملاحظة أن الشكل مأخوذ من إعداد نماذج التنفيذ الأمثل لعدد قليل من المقاربات (٥٥).

٥. إعداد التقارير الإعلامية المسؤولة

تبين أن إعداد التقارير المسؤولة حول الانتحار في وسائل الإعلام قد أدى إلى انخفاض معدلات الانتحار (٤٠). هناك جوانب هامة لإعداد التقارير المسؤولة تشمل ما يلي: تجنب الوصف التفصيلي للأعمال الانتحارية، وتجنب الإثارة التمجيد، وذلك باستخدام لغة مسؤولة، والتقليل من إبراز التقارير حول الانتحار، وتجنب الإفراط في التبسيط، وتوعية الجمهور العام بموضوع الانتحار والعلاجات المتاحة له، وتوفير المعلومات عن مكان طلب المساعدة (٥٦). إن تعاون ومشاركة وسائل الإعلام في تطوير ونشر ممارسات إعداد التقارير المسؤولة والتدريب عليها ضرورية أيضاً لتحسين إعداد التقارير حول الانتحار بنجاح والحد من محاكاة الانتحار (٥٧). وقد ظهرت هذه التحسينات في أستراليا والنمسا بعد إشراك وسائل الإعلام النشط في نشر المبادئ التوجيهية لوسائل الإعلام (٥٨).

إن لاستخدام الإنترنت وشبكات التواصل الاجتماعي دور ممكن كاستراتيجية عالمية للوقاية من الانتحار. وبعض المواقع الإلكترونية التي تعزز الصحة النفسية تظهر بالفعل نتائج واعدة في تعزيز سلوكيات التماس المساعدة، لكن هناك القليل من الأدلة على الفاعلية في الوقاية من الانتحار (٥٩). أفضل الأمثلة على استراتيجيات الوقاية من الانتحار عبر الإنترنت هي إجراء المحادثات عبر الإنترنت من قبل الانتحاريين مع المهنيين، وبرامج المساعدة الذاتية، والمعالجة عبر الإنترنت (٦٠). فهناك أحد المواقع الإلكترونية في

المملكة المتحدة الذي يحتوي على مقاطع مسجلة يتحدث فيها الشباب عن محاولات الانتحار. ويتيح هذا للشباب الشعور بالتعاطف مع الآخرين الذي هم في حالات مماثلة (٦١). وعندما لا تتوفر أجهزة الكمبيوتر، فإن البدائل هي الرسائل النصية والاستخدام المتزايد للخدمات التي تقدمها شبكة التواصل الاجتماعي على الأجهزة المحمولة لتقديم الدعم والعلاج للأفراد.

٦. رفع مستوى الوعي حول اضطرابات الصحة النفسية وسوء

استخدام المواد والانتحار

يحيط الوصم والمواقف السلبية بالاضطرابات النفسية والتماس المساعدة بين عامة الناس. تهدف حملات التوعية (انظر أيضاً الإطارين ٣ و ٦) إلى الحد من الوصم المرتبط بالاضطرابات النفسية والتماس المساعدة من قبل من يفكر بالانتحار، وزيادة فرص الحصول على الرعاية. هناك القليل من الأدلة التي تربط حملات التوعية بالحد من الانتحار، لكن كان لها تأثير إيجابي على مواقف المجتمع، مما يزيد من فرصة الحوار العام حول هذه القضايا. حملات التوعية الفعالة حول الصحة النفسية تركز على اضطراب واحد أو اثنين فقط، وذلك باستخدام أنواع مختلفة من العرض (مثل التلفزيون، ووسائل الإعلام المطبوعة، والإنترنت، وشبكات التواصل الاجتماعي، والملصقات) من أجل تعزيز الرسائل، وتعديلها على نحو ملائم، والجمع بين عدة استراتيجيات، وتنظيم البرامج على المستوى المحلي من خلال استهداف فئات سكانية معينة (٦٢، ٦٣).

الإطار ٣.

دراسة حول إنقاذ حياة الشباب وتمكينهم في أوروبا

بالمقارنة مع من خضعوا للتدخل الضئيل، كان لدى المراهقين الذين شاركوا في برنامج التوعية بالصحة النفسية معدلات أقل بكثير من حيث كل من التفكير الشديد في الانتحار/الخطط ومحاولات الانتحار في ١٢ شهراً من المتابعة. ومن أجل التنفيذ الأمثل لبرامج التوعية، من الضروري الأخذ بعين الاعتبار المساندة والدعم من قبل السياسيين المحليين والمدارس والمعلمين وغيرهم من الأطراف المعنية (٦٦).

تم وضع برنامج توعية متعدد المكونات للشباب خاص بالصحة النفسية واختباره في إنقاذ حياة الشباب وتمكينهم في مشروع أوروبا (SEYLE). (SEYLE) هو برنامج وقائي تم اختباره في ١١ بلداً أوروبياً ويهدف إلى تعزيز الصحة النفسية بين المراهقين في المدارس الأوروبية (٦٤). يقوم كل بلد بإجراء تجربة موجهة تستخدم عينات عشوائية تتكون من ثلاثة تدخلات نشطة وتدخل ضئيل واحد الذي كان بمثابة شاهد. تألفت التدخلات الفعالة من تدريب عامل الخطوط الأمامية (الحارس)، وبرنامج توعية بالصحة النفسية، والفحص المهني للمراهقين المعرضين للخطر (٦٥).

المجتمع وعوامل الخطر في العلاقات

هناك علاقة مهمة بين المجتمعات التي يعيش فيها الناس مع عوامل خطر الانتحار. في جميع أنحاء العالم، أثرت العوامل الثقافية والدينية والقانونية والتاريخية المختلفة في حالة ومفهوم الانتحار، مما يؤدي إلى التعرف على مجموعة واسعة من العوامل المجتمعية التي تؤثر على خطورة الانتحار. وتؤثر علاقات الشخص القريبة مع العائلة والأصدقاء المقربين وغيرهم من الأشخاص المهمين، على السلوكيات الانتحارية. وفيما يلي بعض العوامل الرئيسية المتعلقة بهذه المجالات.

الكوارث والحروب والصراعات

تزيد تجارب الكوارث الطبيعية والحروب والنزاعات الأهلية من خطورة الانتحار بسبب تأثيراتها المدمرة على الرفاه الاجتماعي والصحة والإسكان والتوظيف والأمن المالي. وللمفارقة، قد تنخفض معدلات الانتحار أثناء كارثة أو نزاع ومباشرة بعد وقوعها، لكن هذا يختلف بين الفئات المختلفة من الناس. وقد يكون التراجع الفوري بسبب الاحتياجات الطارئة لتكثيف التماسك الاجتماعي. وعموماً، يبدو أنه لا يوجد أي اتجاه واضح في معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار في أعقاب الكوارث الطبيعية حيث تكشف الدراسات المختلفة أحياناً مختلفة (٦٧).

ضغوط التلاحق الثقافي والتفكك

تمثل ضغوط التلاحق الثقافي (acculturation) والتفكك (dislocation) خطراً هاماً على ظاهرة الانتحار ولها تأثير على عدد من الفئات القابلة للتأثر، بما في ذلك الشعوب الأصلية، وطالبي اللجوء، واللاجئين، والأشخاص في مراكز الاحتجاز، والنازحين داخلياً، والمهاجرين الذين وصلوا حديثاً.

ينتشر الانتحار بين السكان الأصليين: الهنود الحمر في الولايات المتحدة الأمريكية، والأمم الأولى والإنويت Inuits في كندا، وسكان أستراليا الأصليين، والماوري Maori الأصليين في نيوزيلندا جميعاً معدلات انتحار أعلى بكثير من المعدلات بين بقية السكان (٦٨، ٦٩). هذا ينطبق بشكل خاص على الشباب، والذكور منهم على وجه الخصوص، الذين يشكلون بعض الفئات السكانية الأكثر قابلية للتأثر في العالم (٧٠). يزيد السلوك الانتحاري أيضاً بين المجتمعات المحلية والسكان الأصليين الذين يهرون بمرحلة انتقالية (٧١). غالباً ما نجد انتهاكاً للاستقلال الذاتي والسياسي والاقتصادي وسلامة الأراضي، فضلاً عن إنكار الثقافة واللغة الأم على السكان الأصليين. ويمكن لهذه الظروف أن تولد مشاعر الاكتئاب والعزلة والتمييز، مصحوبة بالاستياء وانعدام الثقة في خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية التابعة للدولة، خاصة إذا لم يتم تقديم هذه الخدمات بطرق ملائمة ثقافياً.

التمييز

قد يكون التمييز ضد الفئات الفرعية داخل الفئات السكانية قد يكون متواصلاً ومستقراً ومنجياً، ويمكن أن يؤدي إلى معاناة مستمرة من أحداث الحياة الضاغطة مثل فقدان الحرية، والرفض، والوصم، والعنف مما يثير السلوك الانتحاري.

بعض الأمثلة على الروابط بين التمييز والانتحار تشمل ما يلي:

- المساجين والمحترجين (٧٢)؛
- الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم مثليي ومثليات الجنس، ثنائيي الجنس ومتحولين جنسياً وخنثويين (٧٣)؛
- الناس الذين يتعرضون للتنمر والتحويل عبر الإنترنت ومن يكونوا ضحية أقرانهم (٧٤)؛
- اللاجئيين وطالبي اللجوء والمهاجرين (٧٥).

الصدمة أو الانتهاك

تزيد الصدمة أو الانتهاك من الضغوط العاطفية وقد يؤدي ذلك إلى الاكتئاب والسلوكيات الانتحارية بين الناس الذين هم بالفعل أكثر قابلية للتأثر. يمكن أن تنشأ الضغوط النفسية والاجتماعية المرتبطة بالانتحار بسبب أنواع مختلفة من الصدمات (بما في ذلك التعذيب، لاسيما بين طالبي اللجوء واللاجئين)، والأزمات القانونية والناجمة، والمشاكل المالية، والمشاكل الأكاديمية أو المتعلقة بالعمل، والتنمر (٧٦). بالإضافة إلى ذلك، فإن الشباب الذين عانوا من المحن في مرحلة الطفولة والشدائد الأسرية (العنف الجسدي، والانتهاك الجنسي أو النفسي والإهمال وسوء المعاملة، والعنف الأسري، وانفصال الوالدين أو الطلاق، والرعاية المؤسسية أو الاجتماعية) أكثر عرضة لخطر الانتحار من غيرهم (٧٧). وتقبل آثار العوامل السلبية على الطفولة إلى أن تكون مترابطة وذات تأثير متبادل، وتعمل مجتمعة على زيادة مخاطر الاضطراب النفسي والانتحار (٧٨).

الشعور بالعزلة وفقدان الدعم الاجتماعي

تحدث العزلة عندما يشعر الشخص بانفصاله عن أقرب دائرة اجتماعية له: الشركاء، وأفراد الأسرة، والأقران، والأصدقاء، وغيرهم من الأشخاص المهمين. وغالباً ما تقترب العزلة بالاكتئاب والشعور بالوحدة واليأس. في كثير من الأحيان يحدث الشعور بالعزلة عندما يكون لدى الشخص حدث سلبي في الحياة أو ضغوط نفسية أخرى ويفشل في مشاركة هذه المعلومات مع شخص مقرب. وبزيادة الأمر تعقيداً مع عوامل أخرى، يمكن أن يؤدي ذلك إلى زيادة خطر السلوك الانتحاري - لاسيما لدى كبار السن الذين يعيشون وحدهم حيث أن العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة عاملان رئيسيان يساهمان في وقوع الانتحار (٧٩).

غالباً ما يحدث السلوك الانتحاري كرد فعل على الضغوط النفسية الشخصية في سياق اجتماعي حيث يفتقد مصادر الدعم وربما يعكس فقدان أكبر للعافية والتماسك. ويعد التماسك الاجتماعي هو النسيج الذي يربط الناس على مستويات متعددة في المجتمع الأفراد والأسر والمدارس والجيران والمجتمعات المحلية والجماعات الثقافية والمجتمع ككل. والناس الذين يشاركون القيم والعلاقات الشخصية الوثيقة والدائمة يكون لديهم عادةً الشعور بالهدف والأمن والترابط (١٣٤، ١٣٥).

الصراع أو الخلافات أو الخسارة في العلاقات

يمكن للنزاعات التي تشوب العلاقات (مثل الانفصال)، أو الخلافات (مثل التنافس في حضانة الأطفال) أو الخسارة (على سبيل المثال وفاة شريك)، أن تتسبب الحزن والضغط النفسي العارض، وترتبط جميعها بزيادة خطر الانتحار (٧٩). ويمكن أيضاً أن تكون العلاقات غير الصحية إحدى عوامل

الخطر. العنف، بما في ذلك العنف الجنسي، ضد النساء أمر شائع وغالباً ما يرتكب من جانب شريك حميم. ويرتبط عنف الشريك الحميم بزيادة محاولات الانتحار وخطر الانتحار. على الصعيد العالمي ٣٥٪ من النساء تعرضن للعنف الجسدي و/أو الجنسي من جانب شريك حميم أو العنف الجنسي من قبل شخص غير شريك (٨٠، ٨١).

التدخلات ذات الصلة بعوامل الخطر في المجتمع والعلاقات

١. التدخلات للفئات القابلة للتأثر

هناك عدد من الفئات القابلة للتأثر (انظر أيضاً الإطارين ٤ و ٦) تم تحديدها بوصفها أكثر عرضة لخطر الانتحار. وبينما يغيب التقييم الصارم، فإننا ندرج أدناه بعض الأمثلة على التدخلات المستهدفة:

- السجناء: أظهرت مراجعة لعوامل الخطر بين السجناء في أستراليا وأوروبا ونيوزيلندا والولايات المتحدة الأمريكية أن تدخلات الوقاية ينبغي أن تهدف إلى تحسين الصحة النفسية، وخفض سوء استخدام المواد، واستهلاك الكحول، وتجنب وضع الأشخاص القابلين للتأثر في أماكن معزولة. وينبغي أيضاً إجراء مسح على جميع الأفراد لاكتشاف السلوكيات الانتحارية الحالية أو السابقة (٨٦).
- المثليات والمثليون والمخنثون والمتحولون جنسياً وثنائيو الجنس (LGBTI): ينبغي أن تركز الجهود المبذولة للحد من خطر الانتحار بين المثليات والمثليين والمخنثين والمتحولين جنسياً وثنائيو الجنس على معالجة عوامل الخطر مثل الاضطرابات النفسية، وسوء استخدام المواد، والوصم، والتعصب، والتمييز الفردي والمؤسسي (٨٧).
- التدخل الذي يجرى عقب حادثة انتحار للأشخاص المفجوعين أو المتأثرين بحادثة الانتحار: يتم تنفيذ جهود التدخل للأفراد المفجوعين أو المتأثرين بالانتحار من أجل دعم عملية الحزن والحد من إمكانية تقليد السلوك الانتحاري. هذه التدخلات قد تشمل التدخلات المدرسية أو العائلية أو المجتمعية التي تجرى عقب حادثة انتحار. وقد أدى التواصل مع العائلة والأصدقاء بعد حادثة الانتحار إلى زيادة في استخدام مجموعات الدعم ومجموعات دعم المفجوعين، والحد من الاضطراب النفسي الفوري مثل الاكتئاب والقلق واليأس (٨٨).

- الأشخاص الذين يعانون من الانتهاكات، أو الصدمات، أو الصراعات، أو الكوارث: استناداً إلى أدلة من الدراسات التي أجريت على هذه العلاقات، ينبغي أن تستهدف التدخلات الفئات الأكثر قابلية للتأثر عقب صراع أو كارثة طبيعية شديدة. وينبغي على واضعي السياسات تشجيع الحفاظ على الروابط الاجتماعية القائمة في المجتمعات المحلية المتضررة (٨٢، ٨٣).
- اللاجئون والمهاجرون: تتنوع عوامل الخطر بين الجماعات، لذلك قد يكون إعداد التدخلات المصممة خصيصاً لجماعات ثقافية محددة أكثر فعالية بدلاً من معاملة جميع المهاجرين كما لو أنهم جميعاً متشابهون (٨٤).
- الشعوب الأصلية: تبين من استعراض استراتيجيات التدخل في أستراليا وكندا ونيوزيلندا والولايات المتحدة الأمريكية أن مبادرات الوقاية المجتمعية، وتدريب عامل الخط الأمامي (انظر أدناه)، وتدخلات التوعية المصممة ثقافياً كانت فعالة في الحد من مشاعر اليأس وسرعة التأثر بفكرة الانتحار. كانت التدخلات الأكثر فعالية هي التدخلات ذات المستويات العالية من السيطرة المحلية على المجتمعات الأصلية والتي تشركهم للتأكد من أن التدخلات كانت وثيقة الصلة ثقافياً (٨٥).

الإطار ٤.

التدخلات بين الفئات العسكرية والمحاربين القداماء

السكانية سريعة التأثير. وقد حددت هذه الجهود عدة عوامل مرتبطة بزيادة خطر الانتحار وكذلك استراتيجيات لتحديد وإشراك أولئك المعرضين للخطر. الأمثلة على هذه الأنشطة تشمل استراتيجيات لتعزيز معالجة الحالة، وتعزيز سرعة التعافي، ودعم الأقران، والتخطيط القائم على المريض المصمم لزيادة إجراءات السلامة خارج المرافق الصحية.

وتشمل الأنشطة الحالية الجهود المبذولة لتحديد الخصائص الفردية والسكانية المرتبطة بزيادة خطر الانتحار الذي قد يكون أكثر انتشاراً بين الأشخاص الذين يتطوعون للخدمة العسكرية في الولايات المتحدة، وسبل إشراك الأشخاص المعرضين للخطر في المعالجة المسندة بالبيّنات للاضطرابات الكامنة، وإدارة الفترات التي تزيد فيها المخاطر - لاسيما عند ارتباطها بالفترات الانتقالية (٩٢).

هناك أدلة متزايدة على أن خطر الانتحار يكون مرتفعاً بين بعض العسكريين والمحاربين القداماء (٨٩). وقد حددت الدراسات الوبائية، التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية، مثل الدراسة العسكرية لتقييم المخاطر والمرونة بين الأفراد الذين يقومون بالخدمة في الجيش (Army STARRS)، عدة عوامل، تشمل التشخيص بمرض نفسي، والرتبة، ونوع الجنس (٩٠، ٩١)، كعوامل تزيد من خطر الانتحار بين الأشخاص الذين يخدمون حالياً في الجيش والذين لديهم تاريخ سابق في الخدمة العسكرية.

و في عام ٢٠٠٧، طبقت إدارة الولايات المتحدة الأمريكية لشؤون المحاربين القداماء الخط الساخن الوطني المجاني، وهو خط الأزمات للمحاربين القداماء، لقدامى المحاربين العسكريين في الولايات المتحدة وأسرههم. وفي عام ٢٠٠٩، تم تمديد خدمة خط الأزمة ليشمل المزيد من المجتمع العسكري.

و في السنوات الأخيرة، ساهمت إدارة شؤون المحاربين القداماء ووزارة الدفاع في الولايات المتحدة بموارد كبيرة لتحديد الخصائص المرتبطة بزيادة خطر الانتحار مع تنفيذ التدخلات الرامية إلى الحد من المخاطر بين الفئات

وتهدف برامج تدريب العاملين بالخطوط الأمامية إلى تطوير معارف ومواقف ومهارات المشاركين لتحديد الأفراد المعرضين للخطر، وتحديد مستوى المخاطر، ومن ثم إحالة الأفراد المعرضين للخطر للعلاج (انظر أيضاً الإطار ٦). ينبغي تعديل كل محتوى التدريب ثقافياً وبنبغي أن يضم المعلومات المحلية حول إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية. وقد أظهرت البرامج المعدلة النتائج الواعدة عند تصميمها خصيصاً لفئات سكانية معينة، مثل مجموعات السكان الأصليين (٨٥). تشير الدراسات إلى أن ٢٥ - ٥٠٪ من النساء اللواتي ظهر عليهن السلوك الانتحاري قد راجعن أحد مقدمي الرعاية الصحية خلال الأسابيع الأربعة السابقة؛ وبالتالي يوفر تدريب العاملين بالخطوط الأمامية الفرصة لبدء التدخلات مع هؤلاء الأفراد (٩٤).

تدريب العاملين بالخطوط الأمامية هو أفضل الممارسات التي لم يتحقق فيها أي ارتباط قاطع حتى الآن مع انخفاض معدلات الانتحار أو محاولات الانتحار (٩٥) انظر أيضاً الإطار ٥ للتعرف على برنامج يستهدف العاملين بالخطوط الأمامية وصحتهم الشخصية.

٢. تدريب العاملين بالخطوط الأمامية

الأفراد المعرضون لخطر الانتحار نادراً ما يلتمسون المساعدة. مع ذلك، قد تظهر عليهم عوامل الخطر والسلوكيات التي تحدد أنهم سريعو التأثير. «العاملين بالخطوط الأمامية» كل من هو في وضع يمكنه من تحديد ما إذا كان شخص ما يفكر في الانتحار. ويتضمن العاملون بالخطوط الأمامية الأساسيون المحتملون (٩٣) ما يلي:

- مقدمو الرعاية الأولية والنفسية والطائرة؛
- المعلمون وغيرهم من الموظفين بالمدرسة؛
- قادة المجتمع؛
- ضباط الشرطة ورجال الإطفاء وغيرهم من أوائل الجهات المستجيبة؛
- ضباط الجيش؛
- العاملون بالرعاية الاجتماعية؛
- الزعماء الروحيون ورجال الدين أو المعالجون التقليديون؛
- المدراء والموظفون في مجال الموارد البشرية

الإطار ٥.

برنامج الوقاية من الانتحار في مكان العمل الذي أدى إلى انخفاض ظاهرة الانتحار

وكانت هناك حملة دعائية عن الموارد اللازمة لتقديم المساعدة وعلى أهمية العمل الجماعي في الوقاية من الانتحار (٩٦).
البرامج الشاملة للوقاية من الانتحار المصممة خصيصاً لثقافة بيئة العمل قد تكون فعالة في تحسين المواقف والمعارف والسلوكيات ويمكن أن تؤثر بشكل كبير في معدلات الانتحار.

أدى برنامج الشرطة الشامل متعدد الأوجه للوقاية من الانتحار في مونتريال، كندا، إلى انخفاض كبير في معدلات الانتحار قدره ٧٩٪ بين الشرطة في مونتريال. تألف البرنامج من التدريب لمدة نصف يوم على قضية الانتحار لجميع الضباط في قوات الشرطة، مع التركيز على تحديد المخاطر وكيفية تقديم المساعدة. وتلقى المشرفون وممثلو النقابات يوماً كاملاً من التدريب على تقييم المخاطر وتقديم المساعدة. وأنشئ خط المساعدة الهاتفية الطوعي للشرطة يديره ضباط مدربون تدريباً خاصاً،

هذه الاستراتيجيات قد تكون أيضاً فعالة من حيث التكلفة للوقاية من الانتحار (٩٨). وقد أثبتت خطوط المساعدة أنها أفضل الممارسات المفيدة وتم تنفيذها على نطاق واسع. مع ذلك، على الرغم من الحد من خطر الانتحار، فإن الافتقار إلى التقييم يعني أنه لا يوجد ارتباط حاسم بخفض معدلات الانتحار.

٣. خطوط المساعدة في الأزمات

خطوط المساعدة في الأزمات هي مراكز اتصال عامة التي يمكن للناس أن يلجؤوا إليها عندما لا يتوفر أو لا يفضل غير ذلك من الدعم الاجتماعي أو الرعاية المهنية. تعمل خطوط المساعدة من أجل فئات سكانية أكبر أو قد تستهدف بعض الفئات القابلة للتأثر. وهذه الأخيرة يمكن أن تكون مفيدة إذا كان من المرجح أن يكون دعم الأقران مفيداً.

وقد ظهر أن خطوط المساعدة في الولايات المتحدة الأمريكية فعالة في إشراك الأفراد الذين يفكرون في الانتحار على محمل الجد والحد من خطر الانتحار بين المتصلين خلال دورة الاتصالات والأسابيع اللاحقة (٩٧). تشير دراسة حول خدمات خط المساعدة عن طريق المحادثة عبر الهاتف في بلجيكا إلى أن

عوامل الخطر الفردية

يمكن أن يتأثر خطر الانتحار بسرعة التأثير أو المرونة الفردية. ترتبط عوامل الخطر الفردية باحتمال وجود سلوكيات انتحارية لدى الشخص..

محاولة انتحار سابقة

إلى حد بعيد، أقوى مؤشر على التعرض لخطر الانتحار في المستقبل هو محاولة انتحار سابقة واحدة أو أكثر (٩٩). حتى بعد مرور سنة واحدة من محاولة الانتحار، يبقى خطر الانتحار والوفاة المبكرة لأسباب أخرى مرتفعاً (١٠٠).

الاضطرابات النفسية

في البلدان مرتفعة الدخل، تمثل الاضطرابات النفسية نحو ٩٠٪ من الناس الذين يموتون عن طريق الانتحار (١٠١)، وبين ١٠٪ الذين لم يتم تشخيصهم تشخيصاً واضحاً، تتشابه الأعراض النفسية لديهم مع تلك الأعراض التي يعاني منها الناس الذين يموتون انتحاراً. مع ذلك، تبدو الاضطرابات النفسية أقل انتشاراً (حوالي ٦٠٪) بين الذين يموتون عن طريق الانتحار في بعض البلدان الآسيوية، كما هو مبين في الدراسات من الصين والهند (١٢، ١٠٢).

ينبغي تناول عامل الخطر هذا بشيء من الحذر. الاكتئاب والاضطرابات المرتبطة بسوء استخدام المواد والسلوكيات المعادية للمجتمع شائعة نسبياً ومعظم الأشخاص الذين يعانون منها لا يظهر عليهم السلوك الانتحاري. مع ذلك، فإن الناس الذين يموتون عن طريق الانتحار أو محاولات الانتحار قد يكون لديهم مراضة نفسية مشتركة ملحوظة. يختلف خطر الانتحار مع نمط الاضطراب، والاضطرابات الأكثر شيوعاً المرتبطة بالسلوك الانتحاري هي الاكتئاب واضطرابات استهلاك الكحول. ويقدر خطر الانتحار مدى الحياة بنسبة ٤٪ لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج (١٠٣)، و ٧٪ لدى الأشخاص الذين يعانون من إدمان الكحول (١٠٤)، و ٨٪ لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب (١٠٥، ١٠٦)، و ٥٪ لدى الأشخاص الذين يعانون من الفصام (١٠٧). الأهم من ذلك، يزيد خطر السلوك الانتحاري مع المراضة المشتركة؛ فالأفراد الذين يعانون من أكثر من اضطراب نفسي واحد معرضون لمخاطر أعلى على نحو ملحوظ (١٠١).

استهلاك الكحول وغير ذلك من مواد الإدمان على نحو ضار

جميع اضطرابات سوء استخدام المواد تزيد من خطر الانتحار (١٠٨). وثبت وجود اضطرابات الكحول وغير ذلك من اضطرابات سوء استخدام المواد في ٢٥ - ٥٠٪ من جميع حالات الانتحار (١٠٤)، ويزداد خطر الانتحار كثيراً إذا كان الكحول أو سوء استخدام المواد متشاركين في المراضة مع اضطرابات نفسية أخرى. من جميع الوفيات

الناجمة عن الانتحار، يرجع ٢٢٪ منها إلى استهلاك الكحول، وهو ما يعني أن كل خامس حالة انتحار ما كانت لتتق لو لم يستهلك الكحول بين السكان (١٠٩). إدمان المواد الأخرى، بما في ذلك الحشيش والهيروين أو النيكوتين، هو أيضاً أحد عوامل الخطورة للانتحار (١١٠).

فقدان العمل والمال

يؤدي فقدان الوظيفة ورهن المنزل وعدم الاستقرار المالي إلى زيادة خطر الانتحار من خلال المراضة المشتركة مع عوامل الخطر الأخرى مثل الاكتئاب والقلق والعنف واستخدام الكحول على نحو ضار (١١١). وبالتالي يتوافق الركود الاقتصادي، من حيث إنه يرتبط بحالات الشدائد التي تصيب الفرد من خلال فقدان الوظيفة أو الخسارة المالية، مع خطر الانتحار الذي يتعرض له الفرد (١١٢).

اليأس

كثيراً ما يستخدم اليأس، باعتباره الجانب المعرفي من الأداء النفسي، كمؤشر على خطر الانتحار عندما يقترن باضطرابات نفسية أو محاولات انتحار سابقة (١١٣). ترتبط الجوانب الثلاثة الرئيسية لليأس بمشاعر الشخص نحو المستقبل وفقدانه للدافع والآمال. في كثير من الأحيان يُفهم اليأس مع وجود أفكار مثل « لن تتحسن الأمور أبداً » و«أنا لا أرى الأمور تتحسن»، وفي معظم الحالات يكون مصحوباً بالاكتئاب (١١٤).

الألم المزمن والأمراض المزمنة

يمثل الألم المزمن والأمراض المزمنة عوامل خطر مهمة للسلوك الانتحاري. وقد ثبت أن السلوك الانتحاري أكبر مرتين - ٣ مرات لدى من يعانون من الألم المزمن بالمقارنة بعامة السكان (١١٥). جميع الأمراض المرتبطة بالألم، والعجز البدني، واختلال النمو العصبي والضييق تزيد من خطر الانتحار (١١٦). وهذا يشمل السرطان والسكري والإيدز والعدوى بفيروسه.

تاريخ عائلي للانتحار

إن إقدام أحد أفراد الأسرة أو المجتمع على الانتحار له تأثير مدمر على نحو خاص على حياة الشخص، كما أن فقدان شخص مقرب إليك لهو أمر مدمر بالنسبة لمعظم الناس. فبالإضافة إلى الحزن، فإن طبيعة الموت تسبب الكرب والشعور بالذنب والخل والغضب والقلق والضييق لأفراد الأسرة والأحباء. وقد تتغير تحركات الأسرة، وقد تتعطل المصادر المعتادة للدعم، وقد يعيق الوصم طلب المساعدة وتمنع الآخرين من تقديم الدعم (١١٧). وقد يخفف انتحار أحد أفراد الأسرة أو أحد الأحباء عتبة الانتحار لدى الشخص الحزين (١١٨). لهذه الأسباب جميعها، فإن أولئك المتأثرين أو المفجوعين بسبب الانتحار هم أنفسهم أكثر عرضة لخطر الانتحار أو الاضطراب النفسي (١١٩).

العوامل الوراثية والبيولوجية

واضطرابات الشخصية. ويشكل التاريخ العائلي للانتحار عامل خطر قوي للانتحار ومحاولة الانتحار (١٢٠).

ترتبط التغيرات الوراثية أو النمائية في عدد من الأجهزة العصبية الحيوية بالسلوك الانتحاري. على سبيل المثال، ترتبط المستويات المنخفضة من مادة السيروتونين بمحاولات الانتحار الخطيرة لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج، والفصام

التدخلات ذات الصلة بعوامل الخطر الفردية

١. المتابعة والدعم المجتمعي

غالباً ما يفتقر المرضى الذين خرجوا مؤخراً إلى الدعم المجتمعي، ويشعرون بالعزلة عندما يتكون الرعاية. وقد كان للمتابعة والدعم المجتمعي التأثير الفعال في الحد من الوفيات الناجمة عن الانتحار ومحاولات الانتحار بين المرضى الذين خرجوا مؤخراً (١٢١). ويعد تكرار المتابعة تدخلاً مطلوباً منخفض التكلفة وسهل التنفيذ يمكن للموظفين القائمين بالمعالجة حالياً، بما في ذلك العاملين الصحيين غير المتخصصين المدربين، تنفيذ التدخل ويحتاجون إلى القليل من الموارد للقيام بذلك (١٢٢). وهذا أمر مجد لاسيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويمكن أن ينطوي التدخل على استخدام البطاقات البريدية أو المكالمات الهاتفية أو الزيارات الشخصية القصيرة (رسمية أو غير رسمية) لتحقيق التواصل والتشجيع على استمراره (١٢٣، ١٢٤). إن مشاركة الدعم المجتمعي المتاح - مثل الأسرة أو الأصدقاء أو الزملاء أو مراكز إدارة الأزمات أو مراكز الصحة النفسية المحلية - في الرعاية اللاحقة من الأمور الضرورية حيث أنه يمكن مراقبة الناس بانتظام وتشجيعهم على الالتزام بالعلاج (١٢٢).

٢. تقييم ومعالجة السلوكيات الانتحارية

من الضروري وضع استراتيجيات فعالة لتقييم ومعالجة السلوكيات الانتحارية. ويوصي دليل التدخل لرأب الفجوة في الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية بإجراء تقييم شامل لكل شخص يقدم الأفكار أو الخطط أو الأفعال المعنية بالحق الأذى بالنفس/الانتحار. ويوصي الدليل أيضاً بسؤال أي شخص عمره أكثر من ١٠ أعوام يعاني أي من الحالات الأخرى ذات الأولوية أو ألم المزمن أو الاضطراب النفسي الحاد، عن أفكاره أو خطته أو أفعاله المتعلقة بالحق الأذى بالنفس/الانتحار (١٢٢). ينبغي إجراء تقييم دقيق من خلال المقابلات الإكلينيكية، وينبغي أن تؤكد المعلومات الجانبية (١٢٥).

هناك حاجة إلى تثقيف وتدريب العاملين الصحيين، مع التركيز على موظفي رعاية الطوارئ، لضمان توفير الدعم النفسي والاجتماعي للمحتاجين وأن يكون هناك متابعة منتظمة ودعم مجتمعي. بالإضافة إلى المساهمة في إدارة عوامل الخطر

الفردية، فإن تقييم ومعالجة السلوكيات الانتحارية يتناول أيضاً عوامل الخطر في العلاقات.

٣. تقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية واضطرابات سوء استخدام المواد

إن تدريب العاملين الصحيين على تقييم ومعالجة الاضطرابات النفسية وسوء استخدام المواد وسيلة أساسية للمضي قدماً للوقاية من الانتحار. فقد كان عدد كبير من أولئك الذين يموتون عن طريق الانتحار على اتصال بمقدمي الرعاية الصحية الأولية خلال الشهر السابق للانتحار (١٢٦). إن تثقيف العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية للتعرف على الاكتئاب والاضطرابات الأخرى النفسية وتلك الناجمة عن سوء استخدام المواد وأداء التقييمات التفصيلية لخطورة الانتحار من الأمور الضرورية للوقاية من الانتحار. ويتعين إجراء التدريب بشكل مستمر أو متكرر على مدى سنوات وينبغي إشراك غالبية العاملين الصحيين في الإقليم أو البلد (٤٢). ومن الضروري أخذ عوامل الخطر المحلية بعين الاعتبار وتصميم برنامج تدريبي لها حتى يكون البرنامج ناجحاً داخل البلدان والثقافات.

دليل التدخل لرأب الفجوة في الصحة النفسية لمنظمة الصحة العالمية، الموجه أساساً إلى تدريب العاملين الصحيين غير المتخصصين، يوفر التوجيهات بشأن تقييم ومعالجة الحالات ذات الأولوية التالية: الاكتئاب، والذهان والصرع/النوبات التشنجية والاضطرابات النمائية، والاضطرابات السلوكية، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن استهلاك الكحول، واضطرابات سوء استخدام المواد، وإلحاق الأذى بالنفس والانتحار (١٢٢).

مع ذلك، من الضروري الأخذ في الاعتبار حقيقة أن هناك عوامل متعددة تتعلق بضعف تقييم وإدارة مهارات العاملين في مجال الصحة - ضعف الخبرة والمعرفة بالصحة النفسية، والوصم، وعدم التعاون مع الأطباء النفسيين، وضعف المهارات في إجراء المقابلات. وبالتالي، قد تكون معالجة هذه المسائل، من خلال المناهج التعليمية والتدريب، ضرورية لتحسين التقييم والمعالجة.

الإطار ٦.

التدخلات متعددة المكونات

ويبدو أن التدخلات المتعددة المكونات للأفراد المعرضين لخطر كبير تدخلات فعالة، فقد قامت دراسة بالمملكة المتحدة بفحص تأثير تسعة من مكونات إصلاح جهاز الخدمة الصحية على نتائج الانتحار (١٣٠)، وتبين أن الهيئات الصحية التي نفذت المزيد من الإصلاحات الخدمية، أظهرت انخفاضاً أكبر في عمليات الانتحار. وارتبطت ثلاثة برامج على نحو خاص بانخفاضات في معدلات الانتحار: الاستجابة للأزمة على مدار ٢٤ ساعة، وسياسات التشخيص المزدوج، ومراجعة متعددة التخصصات بعد وقوع وفاة ناجمة عن الانتحار. وتبين هذه الدراسات مجتمعة أنه قد يؤدي دمج التدخلات المتعددة لتأثيرات يضيف بعضها إلى بعض ويكمل أحدها الآخر.

هناك أسباب ومسارات متعددة للانتحار. لذا، فالتدخلات التي تتضمن أكثر من استراتيجية وقائية واحدة مفيدة لاسيما للوقاية من الانتحار. في الواقع، تشير البحوث إلى أن استراتيجيات البرامج متعددة المكونات ترتبط بانخفاض الناجح في معدلات الانتحار.

وهناك مثلاً برنامج القوات الجوية الأمريكية، الذي يتكون من ١١ مكوناً من مكونات المجتمع والرعاية الصحية مع المساءلة والبروتوكولات، وقد البرنامج أثبت فعاليته الكبيرة في الوقاية من الانتحار في القوات الجوية (١٢٧).

أدى البرنامج متعدد المكونات الذي يستهدف اضطرابات الاكتئاب في نورمبرغ، ألمانيا، إلى انخفاض كبير في معدلات الانتحار ومحاولات الانتحار (١٢٨). تألف البرنامج من أربعة تدخلات مختلفة: حملة علاقات عامة تستهدف الجمهور العام؛ وتدريب الميسرين المجتمعيين مثل المدرسين والصحفيين والشرطة؛ وتدريب الممارسين العاميين؛ ودعم المرضى وأسرهم. وقد تم حالياً تطبيق هذا التدخل المتعدد الأوجه من قبل التحالف الأوروبي المناهض للاكتئاب، والذي يضم شركاء من ١٧ بلداً (١٢٩).

الخرافة:

الشخص الذي لديه ميول انتحارية
عازم على الموت

الحقيقة:

على العكس من ذلك، غالباً ما يكون الأفراد الذين لديهم ميل للانتحار مترددين ما بين الحياة أو الموت. فقد يتصرف شخص باندفاع عن طريق شرب المبيدات الحشرية، على سبيل المثال، ويموت بعد بضعة أيام، على الرغم من أنه كان يود أن يعيش. لذلك، فالحصول على الدعم النفسي في الوقت المناسب يكون سبباً في الوقاية من الانتحار.

ما الذي يحمي الناس من مخاطر الانتحار؟

على النقيض من عوامل الخطر، فإن عوامل الحماية تحمي الناس من خطر الانتحار. وبينما يُوجّه العديد من التدخلات نحو الحد من عوامل الخطر للوقاية من الانتحار، إلا أنه من الضروري أيضاً مراعاة وتعزيز العوامل التي ثبت أنها تزيد القدرة على التعافي والترابط وتحمي من السلوك الانتحاري. فالقدرة على العافي لها تأثير دارئ لخطر الانتحار؛ بالنسبة للأشخاص الذين لديهم قدرة عالية التعافي تقل عندهم علاقة الربط بين خطر الانتحار والسلوك الانتحاري (١٣١). بعض عوامل الحماية تتصدى لعوامل خطر معينة في حين عوامل حماية أخرى تحمي الأفراد من عدد من عوامل الخطر المختلفة للانتحار.

العلاقات الشخصية القوية

يزيد خطر السلوك الانتحاري عندما يعاني الناس من الشقاق أو الخسارة أو النزاع في العلاقات. وعلى النقيض، فإن غرس العلاقات الصحية الوثيقة والحفاظ عليها يزيد من القدرة على التعافي لدى الفرد ومقاومته وتلعب دوراً وفاقياً ضد خطر الانتحار. إن أقرب دائرة اجتماعية للفرد - الشركاء وأفراد الأسرة والأقران والأصدقاء وغيرهم من المؤثرين - لها الأثر الأكبر، وتستطيع أن تكون داعمة في أوقات الأزمات. ويعتبر الأهل والأصدقاء المصدر الكبير للدعم الاجتماعي والعاطفي والمالي، وبإمكانهم أن يخففوا من تأثير الضغوط الخارجية. وعلى نحو خاص، يخفف القدرة المكتسبة على التعافي من هذا الدعم من خطر الانتحار المرتبط بالتعرض للصدمات في مرحلة الطفولة (٥١). وتحمي العلاقات بشكل خاص المراهقين وكبار السن الذين لديهم أعلى مستويات الاعتماد على الغير.

المعتقدات الدينية والروحية

عند اعتبار أن المعتقدات الدينية أو الروحية تمنح الحماية ضد الانتحار، فمن الضروري توخي الحذر. فقد يكون الدين نفسه عاملاً من عوامل الحماية لأنه يوفر عادةً نظام الاعتقاد المنظم ويمكنه الدفاع عن السلوك الذي يمكن اعتباره مفيداً جسدياً ونفسياً (١٣٢). ومع ذلك، فقد ساهم أيضاً الكثير من الأديان والمعتقدات الثقافية في الوصم المرتبط بالانتحار بسبب المواقف الأخلاقية تجاهه والتي يمكن أن تثبط سلوكيات طلب المساعدة. قد تنشأ القيمة الوقائية للدين والروحانية من توفير سبل الوصول إلى مجتمع متماسك وداعم يتمتع بمجموعة مشتركة من القيم. كما أن العديد من الجماعات الدينية تحظر أيضاً عوامل الخطر التي قد تؤدي إلى الانتحار مثل استهلاك الكحول. ومع ذلك، فإن الممارسات الاجتماعية لبعض الأديان قد شجعت أيضاً على حرق النفس بالنار بين جماعات معينة مثل النساء في جنوب آسيا اللاتي فقدن أزواجهن (١٣٣). لذلك، في حين أن المعتقدات الدينية والروحية قد تقدم بعض الحماية ضد الانتحار، إلا أن هذا يعتمد على الممارسات والتفسيرات الثقافية والسياقية الخاصة.

الممارسة الحياتية لاستراتيجيات المواجهة الإيجابية والعافية

تحمي العافية الشخصية للإنسان واستراتيجيات المواجهة الإيجابية الفعالة من الانتحار (١٣٤). تتشكل الرفاهية جزئياً من السمات الشخصية التي تحدد قابلية التأثر أو القدرة على التعافي من الكرب والصدمات. يساعد الاستقرار النفسي والنظرة المتفائلة والهوية الذاتية المتطورة على مواجهة صعوبات الحياة. إن الاحترام الجيد للذات والكفاءة الذاتية ومهارات حل المشاكل بفعالية، بما في ذلك القدرة على طلب المساعدة عند الضرورة، يمكنها جميعها أن تخفف من تأثير الضغوطات والمحن (١٣٥). الرغبة في طلب المساعدة لمعالجة المشاكل الصحية النفسية قد يتم تحديدها على وجه الخصوص بالمواقف الشخصية. وحيث أنه يتم وصم الاضطرابات النفسية على نطاق واسع، فقد يتردد الناس (ولاسيما الذكور) في طلب المساعدة. تتفاقم المشاكل الصحية النفسية بين الناس الذين من غير المرجح أن يطلبوا المساعدة، مما يزيد من خطر الانتحار الذي كان من الممكن تجنبه بشكل فعال من خلال التدخل المبكر. وتشتمل خيارات نمط الحياة الصحية التي تعزز العافية النفسية والجسدية على ممارسة الرياضة والتمارين الرياضية بانتظام، والنوم الكافي والنظام الغذائي المتوازن، والأخذ في الاعتبار تأثير الكحول والمخدرات على الصحة، والعلاقات السليمة والتواصل الاجتماعي، والمعالجة الفعالة للضغوط النفسية. (١٣٦، ١٣٧).

إن استخدام «الأساليب التمهيدية» مثل الاهتمام بعوامل الخطر والحماية في مرحلة مبكرة من الحياة له القدرة على «تحويل الاحتمالات لصالح المزيد من النتائج التكميلية» مع مرور الوقت. علاوة على ذلك، قد تؤثر الأساليب التمهيدية في نفس الوقت على مجموعة كبيرة من النتائج الصحية والاجتماعية مثل الانتحار وسوء استخدام المواد والعنف والجريمة (١٣٨) (انظر الإطار ٧).

الإطار ٧.

أساليب الوقاية التمهيدية الصالحة نظرياً

الأمثلة على الاستراتيجيات التمهيدية تشمل ما يلي:

- الزيارات المنزلية في مرحلة الطفولة المبكرة من قبل الموظفين المدربين (مثل الممرضات) للأمهات الجدد/الحوامل اللاتي ينتظرن مولوداً (١٤٠، ١٤١).
- برامج الإرشاد لتعزيز الترابط بين الشباب سريع التآثر والبالغين القادرين على تقديم الدعم والاستقرار والرعاية (١٤٢).
- أنظمة الوقاية على نطاق المجتمع لتمكين مجتمعات بأكملها من معالجة المشاكل الصحية والسلوكية لدى المراهقين من خلال عملية تعاونية من المشاركة (١٤٣).

- البرامج المدرسية المعنية بالوقاية من العنف وبناء المهارات لإشراك المعلمين/ الموظفين والطلبة وأولياء الأمور في تعزيز المسؤولية الاجتماعية وبناء المهارات الاجتماعية النفسية (مثل المواقبة، ومهارات حل المشكلات، وطلب المساعدة) (١٤٤).

لقد جرى ربط التعرض للمحن في مرحلة الطفولة (مثل سوء معاملة الأطفال، والتعرض للعنف المنزلي، والاضطراب النفسي لدى أحد الوالدين)، وعوامل الخطر الأخرى التي تظهر في وقت مبكر من الحياة (مثل التنمر، والانحراف) بالمرضاة والوفيات، هما في ذلك حالات الانتحار (١٣٩). وبالمثل، فإن عوامل الحماية (مثل الترابط) المكتسبة في مرحلة الطفولة قد تقلل من خطر الانتحار في وقت لاحق. في حين أن الاستراتيجيات التمهيدية الفعالة قائمة، إلا أنها لا تحظى بالتقدير إلى حد كبير فيما يتعلق بتأثيرها على الانتحار ومحاولات الانتحار؛ مع ذلك، فهي صالحة نظرياً وتقدم توجيهات واعدة للوقاية من الانتحار في المستقبل وتقييمه.

الوضع الحالي للوقاية
من الانتحار

الخرافة:

الشخص الذي يفكر مرة واحدة في الانتحار
سيظل دائماً يفكر في الانتحار

الحقيقة:

تصاعد خطر الانتحار غالباً ما يكون
قصير الأجل ويرتبط بوضع محدد. وفي
حين أن الأفكار الانتحارية قد تعود مرة
أخرى، إلا أنها ليست دائمة وبإمكان
الفرد الذي كان يعاني من الأفكار
والمحاولات الانتحارية في السابق المضي
قدماً ليعيش حياة طويلة.

الإنجازات في مجال وضع السياسات

١. الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الانتحار: في العقود الأخيرة، وعلى وجه التحديد منذ عام ٢٠٠٠، تم وضع عدد من الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الانتحار. وهناك ٢٨ بلداً معروفاً أن لديها استراتيجيات وطنية تُظهر التزامها بالوقاية من الانتحار.

٢. اليوم العالمي لمنع الانتحار: تُوجَّ الاعتراف الدولي بالانتحار كمشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العامة بإقامة اليوم العالمي لمنع الانتحار في ١٠ سبتمبر/أيلول ٢٠٠٣. ويتم تنظيم هذا الاحتفال - الذي يعقد في نفس التاريخ من كل عام - من قبل الرابطة الدولية لمنع الانتحار (IASP) برعاية مشتركة من منظمة الصحة العالمية. وقد أُطلق هذا اليوم الحملات على الصعيد الوطني والمحلي وساهم في رفع مستوى الوعي والحد من الوصمة في جميع أنحاء العالم.

٣. التوعية حول الانتحار وسبل الوقاية منه: على المستوى الأكاديمي، فقد تم إنشاء العديد من الوحدات البحثية المعنية بالانتحار، فضلاً عن الدورات الدراسية والدراسات العليا. خلال السنوات الـ ١٥ الماضية اتسع أيضاً نطاق تقديم حزم البرامج التدريبية حول الوقاية من الانتحار، مع وحدات محددة لمختلف المواقع، مثل المدارس والبيئات العسكرية والسجون.

الإنجازات في مجال الممارسات

١. الاستفادة من العاملين الصحيين غير المتخصصين: وضعت الدلائل الإرشادية التي تعمل على توسيع قدرة قطاع الرعاية الصحية الأولية على تحسين معالجة السلوكيات الانتحارية وتقييمها من خلال إشراك العاملين الصحيين غير المتخصصين. وقد كان هذا عاملاً مهماً في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل ذات الموارد المحدودة (١٢٢، ١٤٨).

٢. جماعات المساعدة الذاتية: منذ عام ٢٠٠٠، زاد بشكل كبير إنشاء جماعات المساعدة الذاتية للناجين، لمحاولات الانتحار وللمفجوعين بسبب الانتحار على حد سواء (١٤٩).

٣. المتطوعون المدربون: يُعد المتطوعون المدربون الذين يقدمون الاستشارة عبر الانترنت والهاتف مصدراً قيماً للمساعدة النفسية للأفراد وقت الأزمات (١٥٠). واكتسبت الخطوط الساخنة لتقديم المساعدة وقت الأزمات، على وجه الخصوص، اعترافاً دولياً لمساهمتها الهامة في دعم الناس أثناء أزمات الانتحار (١٥١).

الانتحار مشكلة رئيسية من مشاكل الصحة العامة في جميع أنحاء العالم إلا أنه يمكن الوقاية من هذه المشكلة. من الضروري أن يقوم المزيد من الحكومات - من خلال قطاعاتها الصحية والاجتماعية والقطاعات الأخرى ذات الصلة - باستثمار الموارد البشرية والمالية في الوقاية من الانتحار (١٤٥). تؤدي وزارات الصحة دوراً محورياً في الجهود التي تبذلها الحكومة للحد من الانتحار. مع ذلك، فإن الجهد المبذول للحد من الانتحار على المستوى الوطني يجب أن يكون متعدد القطاعات حتى يكون فعالاً. وبالتالي، يقع على عاتق وزارات الصحة مسؤولية قيادة مشاركة الوزارات الأخرى، فضلاً عن الأطراف المعنية خارج القطاع الحكومي، وذلك كجزء من الجهد الوطني الشامل.

ما هو معروف وما تم تحقيقه

لقد نمت المعرفة حول السلوك الانتحاري بشكل كبير في العقود القليلة الماضية. ويجدر دراسة بعض الإنجازات في مجال البحوث والسياسات والممارسات المتعلقة بالانتحار.

الإنجازات في مجال البحوث

١. الاعتراف بتعدد الأسباب: إن التفاعل بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والبيئية والثقافية في حتمية السلوكيات الانتحارية معترف بها الآن بشكل جيد. أصبحت مساهمة المراضة المشتركة (على سبيل المثال اضطرابات المزاج والاضطرابات الناجمة عن استهلاك الكحول) في زيادة خطر الانتحار واضحة للباحثين والأطباء على حد سواء.

٢. تحديد عوامل الخطر والحماية: تم التعرف على العديد من عوامل الخطر والحماية للسلوكيات الانتحارية من خلال إجراء البحوث الوابائية بين عموم السكان والفئات القابلة للتأثر على حد سواء (١٤٦). وقد كان هناك زيادة في المعرفة عن العوامل النفسية والعديد من الآليات المعرفية المتعلقة بالسلوك الانتحاري، مثل مشاعر اليأس، والصلابة المعرفية، ومشاعر الانحصار، والخلل في اتخاذ القرارات، والاندفاع، والدور الوقائي للدعم الاجتماعي ومهارات المواجهة الجيدة.

٣. الاعتراف بالاختلافات الثقافية: أصبح واضحاً التباين الثقافي في عوامل الخطر المساهمة في الانتحار. هذا يتضح لاسيما في الدور الأقل في الأهمية الذي تلعبه الاضطرابات النفسية في بلدان مثل الصين (١٢) والهند (١٣). هناك اعتراف متزايد بأن العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية/التقليدية يمكن أن تلعب دوراً هاماً للغاية في ظاهرة الانتحار. مع ذلك، يمكن أن تكون الثقافة أيضاً عاملاً من عوامل الحماية؛ على سبيل المثال، أثبتت الاستمرارية الثقافية (أي الحفاظ على الهويات التقليدية) كعامل وقائي مهم بين الأمم الأولى ومجتمعات الشعوب الأصلية في أمريكا الشمالية (١٤٧).

ما الإجراءات التي تأخذها البلدان حالياً للوقاية من الانتحار؟

في عام ٢٠١٣، أطلقت الرابطة الدولية لمنع الانتحار (IASP) وقسم الصحة النفسية وسوء استخدام المواد في منظمة الصحة العالمية بإجراء المسح العالمي المشترك لمنظمة الصحة العالمية والرابطة الدولية لمنع الانتحار IASP حول منع الانتحار للتأكد من ماهية المعلومات الموجودة عن الاستراتيجيات والأنشطة الوطنية في هذا المجال. وأرسلت الاستبيانات في الغالب لأعضاء الرابطة الدولية لمنع الانتحار IASP في ١٥٧ بلداً، مع استجابة ٩٠ بلداً (معدل الاستجابة العالمي ٥٧٪). وفقاً لأقاليم منظمة الصحة العالمية، وردت استجابات من ١٨ بلداً في الإقليم الأفريقي، ومن ١٧ بلداً في إقليم الأمريكتين، ومن ١١ بلداً في إقليم شرق المتوسط، ومن ٢٦ بلداً في الإقليم الأوروبي، ومن ٧ بلدان في إقليم جنوب شرق آسيا، ومن ١١ بلداً في إقليم غرب المحيط الهادئ. ينبغي توخي الحذر عند تفسير النتائج لأنه لا يمكن تعميمها على جميع البلدان.

الاستجابات الوطنية تجاه الانتحار

في ٥٥ بلداً (٦١٪) من البلدان المستجيبة، كان ينظر إلى الانتحار على أنه مصدر قلق كبير على الصحة العامة. في مختلف أقاليم منظمة الصحة العالمية، تنوعت هذه النسبة من ٢٠ (٧٧٪) في الإقليم الأوروبي إلى ٢ (٢٩٪) في إقليم جنوب شرق آسيا.

في ٢٨ بلداً (٣١٪) من البلدان المستجيبة، اعتمدت استراتيجية وطنية شاملة أو خطة عمل من قبل الحكومة (الجدول ٢). وقد وضعت هذه الاستراتيجية منذ عام ٢٠٠٠ في الغالبية العظمى من البلدان.

الجدول ٢. عدد البلدان المستجيبة التي اعتمدت استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار أو لديها استراتيجية قيد الإعداد

عدد البلدان التي لديها استراتيجية أو خطة عمل وطنية قيد الإعداد	عدد البلدان التي لديها استراتيجية أو خطة عمل وطنية	
٣	٠	الإقليم الأفريقي
٢	٨	إقليم الأمريكتين
١	٠	إقليم شرق المتوسط
٥	١٣	الإقليم الأوروبي
٠	٢	إقليم جنوب شرق آسيا
٢	٥	إقليم غرب المحيط الهادئ
١٣	٢٨	إجمالي عدد البلدان

من بين البلدان التي لم يكن لديها استراتيجية وطنية، تم تنفيذ عدد من الأنشطة للوقاية من الانتحار في البلدان الـ ٤٧ (٥٢٪) التي استجابت لهذه المسألة المحددة (الجدول ٣).

في ٤٨ بلداً (٥٣٪) لوحظ وجود منظمة غير حكومية مكرسة للوقاية من الانتحار على وجه التحديد. تراوح هذا العدد داخل الأقاليم من ٢٢ بلداً في الإقليم الأوروبي إلى بلد واحد في إقليم شرق المتوسط. في ٢٠ بلداً (٢٢٪) من البلدان المستجيبة كان هناك مركز وطني أو معهد مخصص للبحوث المعنية بالانتحار و/ أو الوقاية منه. وكانت المراكز الوطنية أكثر انتشاراً في الإقليم الأوروبي (١٠ مراكز) وأقل انتشاراً في الإقليمين الأفريقي وشرق المتوسط (مركز واحد في كل منهما).

الجدول ٣. أنشطة البلدان المستجيبة التي ليس لديها استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار

عدد البلدان	الخصائص	نوع البرنامج
٧	البرنامج أو المبادرة التي تتناول واحداً أو أكثر من المجالات الرئيسية للوقاية من الانتحار على المستوى الوطني بقيادة منظمة غير حكومية أو مؤسسة أكاديمية	البرنامج الوطني
٩	مبادرة شاملة واحدة أو أكثر متعددة الأوجه للوقاية من الانتحار تديرها مؤسسة ما أو القطاع الصحي أو غير ذلك.	البرنامج الخاص بالموقع
٢٦	برامج أو أنشطة معزولة/ متناثرة تتناول واحداً أو أكثر من المجالات الرئيسية للوقاية من الانتحار على المستوى دون الوطني بقيادة سلطات الدولة أو السلطات الإقليمية أو المحلية.	البرامج المتناثرة
٨	لم يتم دمج أي استراتيجية محددة قائمة بذاتها أو برنامج، فيما عدا الوقاية من الانتحار في السياسات الصحية كبنء فرعي في مجال آخر (مثل الصحة النفسية، والكحول، والأمراض غير السارية).	البرامج المتكاملة

التدريب على التدخل وتقييم خطر الانتحار

في ٣٤ بلداً (٣٨٪) من البلدان المستجيبة، كان التدريب على تقييم الانتحار والتدخل اللازم متاحاً على نطاق واسع للعاملين في مجال الصحة النفسية. تراوحت الإتاحة من ١٤ بلداً في الإقليم الأوروبي إلى ٣ بلدان في الإقليم الأفريقي.

وكان تدريب الممارسين العامين متاحاً في ٢٣ بلداً (٢٦٪) من البلدان المستجيبة. تراوحت هذه النسبة داخل الأقاليم من ٩ بلدان في الإقليم الأوروبي إلى بلد واحد في كل من الإقليم الأفريقي وإقليم غرب المحيط الهادئ.

كان تدريب المهنيين في غير المجال الصحي- مثل المربين الأوائل أو المعلمين أو الصحفيين- على الوقاية من الانتحار متاحاً في ٣٣ بلداً (٣٧٪) من البلدان المستجيبة. تراوحت هذه النسبة داخل الأقاليم من ١٥ بلداً في الإقليم الأوروبي مقابل لا شيء في الإقليم الأفريقي.

الجماعات الداعمة للمفجوعين بسبب الانتحار

في ٣٨ بلداً (٤٢٪) من ٩٠ بلداً مستجيبة، كانت جماعات المساعدة الذاتية متاحة للأشخاص المفجوعين بسبب الانتحار. تراوحت الإتاحة من ٢٠ بلداً في الإقليم الأوروبي مقابل لا شيء في إقليم شرق المتوسط. في ٢٥ بلداً (٦٦٪) من ٣٨ بلداً، كان بعض، وليس كل، الجماعات الداعمة تدار من قبل المهنيين المعتمدين، وفي ٩ بلدان (٢٤٪) من ٣٨ بلداً كانت كل الجماعات الداعمة تدار من قبل المهنيين المعتمدين.

الوضع القانوني الحالي للانتحار في جميع أنحاء العالم وجهات النظر من أجل التغيير

في بداية القرن التاسع عشر، كانت لدى معظم البلدان في جميع أنحاء العالم القوانين التي تنص على عقوبات، بما في ذلك عقوبة السجن، للأشخاص الذين حاولوا الانتحار. مع ذلك، في السنوات الـ ٥٠ الماضية تغير الوضع بشكل ملحوظ. معظم، وليس كل، البلدان لا تجرم الانتحار.

ومن بين ١٩٢ بلداً وولاية مستقلة تم دراستها (١٥٢)، كان هناك ٢٥ بلداً لديها حالياً قوانين وعقوبات محددة لمحاولة الانتحار. وهناك ١٠ بلدان إضافية تتبع أحكام الشريعة وفي هذه البلدان قد يتم معاقبة الناس الذين حاولوا الانتحار. وتتراوح العقوبات المنصوص عليها في القوانين بين غرامة صغيرة أو فترة قصيرة من السجن إلى السجن مدى الحياة. ومع ذلك، فإن العديد من البلدان التي لديها قوانين تنص على عقوبات، لا تلاحق في الواقع الأشخاص الذين يحاولون الانتحار. وتوضح تعقييدات الوضع من خلال الأمثلة التالية التي توجد في بلدان مختلفة:

- يتم دائماً القبض على الأشخاص الذين حاولوا الانتحار، لكن عموماً لا تتم محاكمتهم في المحاولة الأولى ويغادرون مركز الشرطة مع تحذير شديد من عواقب تكرار المحاولة. بعد المحاولة الثانية، عادةً يتم الحكم عليهم بالسجن.
- يتم دائماً سجن الأشخاص الذين يحاولون الانتحار؛ هناك مجموعة من المحامين المتطوعين تتقدم للدفاع عنهم، ومساعدتهم في الحصول على الإفراج، وإحالتهم لتلقي العلاج.
- في بعض الأحيان تلقي الشرطة القبض على الناس الذين حاولوا الانتحار، إلا أن القضاة يفرجون عنهم بعد ذلك.

ما هي الآثار المترتبة على عدم التجريم؟

لا توجد بيانات أو تقارير عن الحالة تشير إلى أن عدم التجريم يزيد من معدلات الانتحار؛ في الحقيقة، معدلات الانتحار تميل إلى الانخفاض في البلدان بعد عدم تجريمه. من الممكن أن عدم تجريم سيزيد من الإبلاغ عن حالات الانتحار بمجرد التخلص من الخوف من الاتهامات القانونية. وهذا يسمح بتقديرات أكثر دقة عن المدى الحقيقي لهذه القضية. عندما يعتبر الانتحار عملاً إجرامياً، غالباً ما تكون محاولات الانتحار مخفية ولا يتم الإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن الانتحار، مما يعطي انطباعاً خاطئاً بأن السلوكيات الانتحارية أقل انتشاراً. ويتعين على جميع الدول مراجعة الأحكام القانونية فيما يتعلق بالانتحار لضمان عدم ردع الناس من طلب المساعدة.

العمل من أجل تحقيق
استجابة وطنية شاملة للوقاية
من الانتحار

الخرافة:

فقط ممن لديهم اضطرابات نفسية
يقدمون على الانتحار

الحقيقة:

يشير السلوك الانتحاري إلى التعاسة العميقة لكن ليس بالضرورة إلى الاضطراب النفسي. فكثير من الناس المتعايشين مع الاضطرابات النفسية لا يتأثرون بالسلوك الانتحاري، وليس كل الناس الذين ينتحرون لديهم اضطراب نفسي.

بالإضافة إلى ذلك، ينبغي على جميع البلدان النظر في الأحكام القانونية المتعلقة بالانتحار للتأكد من أنها لا تعمل كعائق أمام طلب المساعدة.

إن عدم وجود استراتيجية وطنية شاملة الإعداد لا ينبغي أن يكون عائقاً أمام تنفيذ برامج الوقاية التي تستهدف الوقاية من الانتحار لأن هذه البرامج يمكنها أن تسهم في تحقيق استجابة وطنية. وتهدف هذه البرامج في المقام الأول إلى تحديد الفئات القابلة للتأثر بمخاطر الانتحار، وثانياً تحسين فرص الحصول على الخدمات والموارد للمجموعات التي تم تحديدها. البرامج مصممة لتعزيز العافية النفسية والحد من خطر الانتحار. عند تصميم البرامج التي تستهدف الوقاية من الانتحار، من الضروري مراعاة التنوع الثقافي، والاستفادة من التقدم التكنولوجي وإدماج التدريب الوقائي والتوعية بالنسبة للمجموعات (١٥٣).

ومن المهم تقييم الاستجابة الوطنية الشاملة ويجب تطبيقه في جميع البرامج والتدخلات الوقائية الموجهة، إلا أن هذا الأمر لا يزال يشكل تحدياً (١٥٤). وتعد الموارد والمهارات اللازمة لتقييم البرامج محدودة في جميع أنظمة الخدمة المعنية بالوقاية من الانتحار. وتعطى الأولوية لإنشاء البنية الأساسية للتدريب والتثقيف لمعالجة ذلك الأمر، وكذلك خلق ودعم الفرص لتبادل المعلومات حول أساليب التقييم.

يمثل إنشاء استجابة وطنية للوقاية من الانتحار في بلد ما فرصة للتعامل مع مهمة الوقاية من الانتحار في جميع أنحاء العالم بطريقة ذات معنى لسياق البلد. بغض النظر عن المكان التي تقف فيه البلاد حالياً من حيث الالتزام والموارد اللازمة من أجل الوقاية من الانتحار، فإن عملية التأسيس لاستجابة وطنية في حد ذاتها تعمل على تحسين الوقاية. إن خلق استجابة وطنية يوفر نقطة التقاء تجمع بين مجموعة متنوعة من الأطراف المعنية تسعى إلى الوقاية من الانتحار والبناء على خبراتهم من خلال نهج تشاركي. والنتيجة هي تقارب الأطراف المعنية من الحكومة والمنظمات غير الحكومية، والقطاعات الصحية وغير الصحية التي يمكن أن تسهم في الاستراتيجيات الوطنية طويلة الأمد الخاصة بكل بلد والتي تلتزم بنموذج الصحة العامة. إن العديد من الأطراف المعنية، من مجموعات دعم الناجين حتى جماعات الدعوة لمناصرة الفئات السكانية القابلة للتأثر، هم بالفعل من النشطاء المشاركين في أنشطة الوقاية من الانتحار داخل البلدان. وتلعب وزارات الصحة وواضعي السياسات على الصعيد الوطني دوراً أساسياً في تنسيق هذه العملية لأن القيادة القوية تضمن الأهداف والغايات القابلة للقياس والمحددة على نحو جيد.

لكي تكون الأهداف الوطنية للوقاية من الانتحار أهدافاً فعالة، فإنه يمكن تصميمها بحيث:

- تعزز التردد وإجراء البحوث؛
- تحدد وتستهدف الفئات القابلة للتأثر؛
- تحسن تقييم ومعالجة السلوك الانتحاري؛
- تعزز عوامل الحماية البيئية والفردية؛
- تزيد الوعي من خلال التثقيف العام؛
- تحسن المواقف والمعتقدات الاجتماعية وتتخلص من الوصم تجاه الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو الذين تبدو عليهم السلوكيات الانتحارية؛
- تحد من إتاحة الحصول على وسائل الانتحار؛
- تشجع وسائل الإعلام على اعتماد سياسات وممارسات أفضل عند تناول التقارير حول الانتحار؛
- تدعم الأفراد المنفجوعين بسبب الانتحار.

السياق

معدلات الانتحار كانت في جميع الفئات العمرية، لاسيما بين الرجال في منتصف العمر. على الرغم من عوامل الخطر المعروفة عموماً، ظل الانتحار من المحظورات الاجتماعية في اليابان. واعتبر أن الانتحار مشكلة شخصية ولم تناقش هذه المشكلة على نطاق واسع أو علناً.

في عام ١٩٩٨، ارتفع عدد حالات الانتحار في اليابان بشكل ملحوظ إلى ٣٢٨٦٣ من ٢٤٣٩١ في العام السابق. في الفترة ١٩٧٨-١٩٩٧ كان معدل الانتحار السنوي في المتوسط ما يقرب من ٢٥٠٠٠. اعتبر معظم الناس أن هذه الزيادة السريعة نشأت بسبب المشاكل الاجتماعية والاقتصادية في البلاد. وثبت أن الزيادة في

دوافع التغيير

بدأ النظر إلى الانتحار على أنه «مشكلة اجتماعية» في اليابان حوالي عام ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦، وهذا تسبب في اتخاذ إجراءات ملموسة. في مايو/أيار ٢٠٠٥، تعاونت المنظمة غير الحكومية LIFELINK مع أحد أعضاء البرلمان لعقد أول منتدى حول الانتحار. في المنتدى، قدمت المنظمة غير الحكومية LIFELINK والمنظمات غير الحكومية الأخرى مقترحات عاجلة للوقاية من الانتحار على نحو شامل. وتعهد وزراء الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية، الذين حضروا المنتدى نيابة عن الحكومة، بمعالجة مشكلة الانتحار. وتم تناول هذا التعهد على نطاق واسع في جميع التقارير الإعلامية.

في عام ٢٠٠٠، بدأ الوضع يتغير عندما بدأ الأطفال الذين فقدوا والديهم عن طريق الانتحار إلى كسر المحظورات من خلال التحدث في وسائل الإعلام عن تجاربهم. في عام ٢٠٠٢، عقد وزراء الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية اجتماع «المائدة المستديرة للخبراء بشأن اتخاذ التدابير لمنع الانتحار». وأوضح التقرير الذي تلا ذلك أن سياسة الوقاية من الانتحار يجب ألا تقتصر على المعالجة الصحيحة لمشاكل الصحة النفسية فقط، بل يجب أن تشمل دراسة متعددة الأوجه للعوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية. ومع ذلك، فقد تم التعامل مع هذا التقرير على أنه مجرد توصيات من الخبراء، ولم ينعكس بشكل كامل في أي سياسات فعلية.

التشريع

المتأثرين بالانتحار، مع التعاون الوثيق بين الأطراف المعنية. في أعقاب الأزمة الاقتصادية العالمية في عام ٢٠٠٨، أمنت الحكومة اليابانية التمويل في عام ٢٠٠٩ من خلال «صندوق الطوارئ الإقليمي لتعزيز الوقاية من الانتحار على نحو شامل»، أو الصندوق الإقليمي. كان الصندوق الإقليمي موجهاً أساساً إلى تعزيز الأنشطة المحلية للوقاية من الانتحار، بما في ذلك حملات التوعية العامة المكثفة خلال شهر مارس/آذار الحاسم - الوقت الذي كان معروفاً بزيادة معدل الانتحار. في عام ٢٠١٠، خصصت الحكومة شهر مارس ليكون «الشهر الوطني للوقاية من الانتحار». كما أدخلت إصلاحات على جمع البيانات، وتكليف جهاز الشرطة الوطني بإصدار إحصاءات شهرية مفصلة حول الانتحار على مستوى البلدية. هذا سهل تعزيز اتخاذ تدابير الوقاية من الانتحار التي تتماشى مع الاحتياجات المحلية.

تشكلت بعد ذلك مجموعة برلمانية من حزبين في عام ٢٠٠٦ لدعم صياغة سياسة للوقاية من الانتحار. وأقر القانون الأساسي لليابان للوقاية من الانتحار في يونيو/حزيران ٢٠٠٦، مدعوماً بطلب موقع عليه من ١٠٠٠٠٠ فرد. وفي أعقاب ذلك، تحولت القوة الدافعة للوقاية من الانتحار من وزارات الصحة والعمل والرعاية الاجتماعية إلى مكتب مجلس الوزراء، وأصبحت الوقاية من الانتحار سياسة شاملة للحكومة ولا تقتصر على وزارة واحدة. في عام ٢٠٠٧، صدرت سياسة «المبادئ العامة للوقاية من الانتحار» التي كانت تهدف إلى الوقاية من الانتحار وتقديم الدعم للناجين. كان وراء ذلك فلسفة أن سياسة الوقاية من الانتحار من شأنها أن تساعد على بناء المجتمع الذي يعيش فيه المواطنون حياة هادئة، ونسبت المسؤوليات المختلفة للدولة. تعكس مبادئ القانون الأساسي فكرة أنه ينبغي أن تأخذ أنشطة الوقاية من الانتحار في الاعتبار تعقيد العوامل ذات الصلة بالانتحار ولا ينبغي أن تركز فقط على الاضطرابات النفسية. وبالتالي، ينبغي أن تتضمن أنشطة الوقاية من الانتحار الوقاية والتدخلات والتدخل الذي يجري عقب حادثة انتحار لتقديم الدعم للمفجوعين أو

النتائج

العمر وكبار السن، مما أدى إلى الانخفاض العام. وقد أظهرت البيانات الصادرة من جهاز الشرطة الوطني انخفاضاً ملحوظاً في حالات الانتحار المتعلقة بالقضايا الاقتصادية والمعيشية.

في أعقاب الانخفاض التدريجي الذي بدأ منذ عام ٢٠٠٩، هبط عدد حالات الانتحار في اليابان إلى أقل من ٣٠٠٠٠ في عام ٢٠١٢ للمرة الأولى منذ عام ١٩٩٨. وقع معظم هذا الانخفاض في المناطق الحضرية. استمر معدل الانتحار بين الشباب في الارتفاع، مشيراً إلى الحاجة إلى تدخلات موجهة جديدة. ومع ذلك، انخفضت معدلات الانتحار بين الأشخاص في منتصف

كيف يمكن للبلدان إعداد استراتيجيات وطنية شاملة ولماذا يكون ذلك مفيداً؟

أحد الطرق المنهجية لتطوير الاستجابة الوطنية يكون من خلال إنشاء استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار. تشير الاستراتيجية الوطنية إلى التزام الحكومة الواضح بإعطاء الأولوية لقضية الانتحار والتعامل معها. كما أنها توفر القيادة والتوجيه بشأن أنشطة الوقاية من الانتحار المستندة إلى الأدلة الرئيسية وما الذي يجب إعطاؤه الأولوية. وتسمح الاستراتيجية بالتحديد الشفاف للأطراف المعنية المسؤولة عن مهام محددة، وتحدد سبل التنسيق بينها بشكل فعال (١٤٥).

إن إدراج الوقاية من الانتحار وتعميمه بوضوح ضمن سائر البرامج الصحية والشراكات الأخرى ذات الأولوية (مثل الإيدز والعدوى بفيروسه، وصحة المرأة والطفل، والأمراض غير السارية، والتحالف العالمي للقوى العاملة الصحية)، وكذلك ضمن سياسات وقوانين القطاعات الأخرى ذات الصلة (مثل تلك التي تتناول التعليم، والعمل، والعجز، والنظام القضائي، وحماية حقوق الإنسان، والحماية الاجتماعية، والحد من الفقر، والتنمية)، هي الوسائل الهامة لتلبية الاحتياجات المتعددة الأبعاد لاستراتيجية الوقاية من الانتحار وضمان الاستدامة.

ولا يستدعي الأمر أن تكون الاستراتيجية الوطنية نقطة البداية للوقاية من الانتحار، إذ أن للعديد من البلدان أنشطة واستجابات قائمة بالفعل. ومع ذلك، يمكن للاستراتيجية الوطنية أن تساعد في توفير خطة واسعة. ومن ثم يمكن للأقاليم داخل البلد تنفيذ الخطة على المستوى المناسب.

المبادئ التوجيهية لوضع وتنفيذ الاستراتيجيات الوطنية

بعد إجراء المشاورات مع مجموعة متنوعة من الخبراء وبدعم تقني من منظمة الصحة العالمية، نشرت الأمم المتحدة وثيقة الوقاية من الانتحار: الدلائل الإرشادية لصياغة وتنفيذ الاستراتيجيات الوطنية (١٥٥)، حيث أكدت هذه الوثيقة المؤسسة الحاجة إلى التعاون بين القطاعات، ونهج متعدد التخصصات، واستمرار التقييم والمراجعة.

أبرزت وثيقة الأمم المتحدة بعض الأنشطة والمقاربات لتحقيق أهداف الاستراتيجيات الوطنية. منذ ذلك الحين، تطور عدد من المكونات النموذجية للاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الانتحار (الجدول ٤).

عندما بدأ إعداد المبادئ التوجيهية للأمم المتحدة، كان لدى فنلندا فقط مبادرة منهجية ترعاها الحكومة لوضع إطار وبرنامج وطنيين يستهدفان الوقاية من الانتحار. وبعد مرور ١٥ سنة، اعتمد أكثر من ٢٥ بلداً - في الفئات المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة الدخل - استراتيجيات وطنية (أو إقليمية في بعض الحالات) للوقاية من السلوكيات الانتحارية. وتعترف معظم هذه البلدان بأهمية الدلائل الإرشادية للأمم المتحدة في تطوير استراتيجياتها الوطنية.

الجدول ٤. المكونات النموذجية للاستراتيجيات الوطنية

المكون	الأهداف والغايات
الترصّد	زيادة جودة وتوقيت البيانات الوطنية عن الانتحار ومحاولات الانتحار. دعم إنشاء نظام متكامل لجمع البيانات يعمل على تحديد الفئات والأفراد والحالات القابلة للتأثر..
تقييد وسائل الانتحار	الحد من توافر، وسهولة الوصول إلى وسائل الانتحار وجاذبيتها (مثل المبيدات الحشرية والأسلحة النارية والأماكن المرتفعة). والحد من درجة السُميّة/الفتك في الوسائل المتاحة.
الإعلام	تعزيز تنفيذ المبادئ التوجيهية لوسائل الإعلام لدعم التقارير المسؤولة حول الانتحار في المطبوعات والإذاعة وعلى شبكة التواصل الاجتماعي.
الحصول على الخدمات	تعزيز زيادة فرص الحصول على خدمات شاملة لأولئك المعرضين للسلوكيات الانتحارية. إزالة العقبات التي تعوق الرعاية.
التدريب والتثقيف	الحفاظ على برامج تدريبية شاملة للعاملين بالخطوط الأمامية المحددين (مثل العاملين الصحيين والمعلمين والشرطة). تحسين كفاءات مقدمي الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية النفسية في التعرف على الأشخاص القابلين للتأثر ومعالجتهم.
المعالجة	تحسين جودة الرعاية السريرية والتدخلات السريرية المسندة بالبيّنات، لاسيما بالنسبة للأفراد الذين يحضرون إلى المستشفى بعد محاولة انتحار. وتحسين البحوث وتقييم التدخلات الفعالة.
التدخل وقت الأزمة	ضمان أن يكون لدى المجتمعات القدرة على الاستجابة وقت الأزمات بالتدخلات المناسبة، وأن يكون بمقدور الأفراد الحصول على الرعاية الصحية الطارئة وقت الأزمة، بما في ذلك من خلال الخطوط الساخنة لتقديم المساعدة عن طريق الهاتف أو الإنترنت.
التدخل عقب حادثة انتحار	تحسين الاستجابة وتوفير الرعاية لأولئك المتضررين من الانتحار ومحاولات الانتحار. وتوفير الخدمات المساندة والتأهيلية للأشخاص المتضررين من محاولات الانتحار.
الوعي	إقامة حملات إعلامية عامة لدعم الإدراك بأنه يمكن الوقاية من الانتحار. وزيادة وصول الجمهور والمهنيين إلى المعلومات حول كافة جوانب الوقاية من السلوك الانتحاري.
الحد من الوصم	تعزيز استخدام خدمات الصحة النفسية، وخدمات الوقاية من سوء استخدام المواد، والوقاية من الانتحار. والحد من التمييز ضد الأشخاص الذين يستخدمون هذه الخدمات.
الإشراف والتنسيق	إنشاء مؤسسات أو وكالات لتعزيز وتنسيق البحوث والتدريب وتقديم الخدمات فيما يتعلق بالسلوكيات الانتحارية. وتعزيز استجابة النظم الصحية والاجتماعية للسلوكيات الانتحارية.

العناصر الرئيسية التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند وضع استراتيجية وطنية هي كما يلي:

أ) جعل الوقاية من الانتحار أولوية متعددة القطاعات، بغض النظر عن الموارد
الهدف الشامل للاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار هو تعزيز وتنسيق ودعم البرامج وخطط العمل المشترك بين القطاعات المناسبة للوقاية من السلوكيات الانتحارية على المستويات الوطنية والإقليمية والمحلية. هناك حاجة إلى الشراكات مع القطاعات العامة المتعددة (مثل الصحة والتعليم والعمل والقضاء والإسكان والرعاية الاجتماعية) وغيرها من القطاعات، بما في ذلك القطاع الخاص، بما يتناسب مع البلاد.

ب) أن تكون مصممة بحيث تراعى التنوع
على الرغم من أن الاستراتيجيات الوطنية القائمة تمتلك مكونات مشابهة، فإنه لا يوجد استراتيجيتان اثنتان وطنيتان متطابقتان، ويرجع ذلك جزئياً لاختلاف مشكلة الانتحار في كل بلد. ويعتمد الانتحار على عدد من العوامل، ويتأثر التعبير عنه من خلال السياقات الاجتماعية والثقافية. ومع التعرف على عوامل الخطر الشائعة عالمياً، إلا أن الأهداف والغايات والتدخلات يجب أن تكون متلائمة مع السياق المحدد.

ج) إرساء أفضل الممارسات

إمعان النظر في مكونات الاستراتيجيات الوطنية القائمة يشير إلى أنها مجموعات من التدخلات وأفضل الممارسات المسندة بالبيانات الفردية التي تمثل مجتمعة نهجاً شاملاً لمعالجة مجموعة واسعة من المخاطر وعوامل الحماية الشائعة في بلد معين. إن وضع وتنفيذ وتقييم مشاريع تجريبية وبرامج هادفة وخطوات العمل هو الأساس الجوهري لوضع استراتيجية الوقاية من الانتحار.

د) تخصيص الموارد (الأموال والوقت والموظفين)

من أجل أن تكون استراتيجية الوقاية من الانتحار منسقة وشاملة، فإنه ينبغي أن يكون لديها موارد مالية وبشرية محددة، وإطار زمني للتنفيذ، وأهداف قصيرة إلى متوسطة وطويلة الأمد. يحتاج وضع استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار إلى وجود نموذج مستدام مالياً من أجل تحقيق الأهداف المرجوة. والإطار المنطقي هو واحد من العديد من أدوات تخطيط وتقييم البرامج التي يمكن استخدامها للمساعدة في عرض الترابطات بين المشكلة التي ينبغي معالجتها، والأنشطة التي سيتم تنفيذها والنتائج المتوقعة.

هـ) التخطيط الفعّال والتعاون

بغض النظر عن الأدوات التي تختارها البلدان للاستخدام، فإنه ينبغي أن يتم التخطيط لها وتقييمها بشكل تعاوني. إن إعداد فريق التخطيط الوطني يتيح للأطراف المعنية معالجة الافتراضات التي تستند إليها، وتحديد الموارد والمدخلات اللازمة، والتخطيط للأنشطة التي من شأنها أن تؤدي إلى النتائج المرجوة.

و) استخدام نتائج التقييم وتبادل الدروس المستفادة

ينبغي تقييم استراتيجية الوقاية من الانتحار ومكوناتها، وينبغي تبادل النتائج والدروس المستفادة مع الأطراف المعنية المناسبة. ومن المرجح استخدام نتائج التقييم على نحو أفضل إذا كانت مصممة خصيصاً لجمهور معين مع التوصيات المناسبة. يجب أن يتلقى جميع المشاركين في التقييم الآراء والملاحظات وينبغي دعمهم في تنفيذ التغيير بعد الحصول على نتائج التقييم. ينطوي النشر على تبادل النتائج والدروس المستفادة من التقييم مع الجماهير ذات الصلة في الوقت المناسب، وبطريقة غير متحيزة ومتسقة. ينبغي أن تراعي استراتيجية إعداد التقارير المستخدمين المستهدفين وسائر الأطراف المعنية، وينبغي أن تكون المعلومات المقدمة (مثل الأسلوب، واللهجة، والشكل) مناسبة للجمهور.

السياق

تزايدت معدلات الانتحار بسرعة كبيرة في تشيلي في السنوات الـ ٢٠ الماضية، منذ عام ٢٠٠٠ على وجه التحديد. وكانت المعدلات أعلىها بين الذكور الأكبر سناً، وزادت أكثر بين الشباب. واستجابةً لهذه الاتجاهات، تم اتخاذ العديد من الخطوات كما يلي:

١. لقد تحسن الحصول على الرعاية الصحية النفسية بشكل كبير مع التشريع الجديد «الضمانات العالمية في مجال الرعاية الصحية» الذي صدر في عام ٢٠٠٥. التشريع يحسن فرص الحصول على الرعاية الصحية ويشمل أربع اضطرابات نفسية - كل منها عامل خطر كبير للانتحار.
٢. الخطة الوطنية للوقاية من الانتحار، المصممة لأول مرة في عام ٢٠٠٧ وتمت الموافقة عليها مؤخراً بشكل رسمي، تتضمن استراتيجيات الوقاية المسندة بالبيانات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، وهي كما يلي:

- التصدد الإقليمي والوطني لجميع حالات الانتحار ومحاولات الانتحار من أجل تحديد ملامح المخاطر الإقليمية ومراقبة توفير الرعاية الصحية؛
- التنسيق بين ١٥ خطة للوقاية على المستوى الإقليمي بين القطاعات من قبل السلطة الصحية الإقليمية؛
- تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية، لا سيما موظفي الرعاية الصحية الأولية وغرفة الطوارئ؛
- برامج وقائية في المدارس، تركز على الحماية الاجتماعية والبيئية، والتدريب على احترام الذات، والمهارات الحياتية، والتعامل مع الأزمات والكفاءة في اتخاذ القرار؛
- نظام تقديم المساعدة وقت الأزمة، بما في ذلك الخط الساخن وصفحة الإنترنت وبرنامج التدخل في جميع الخدمات الصحية العامة في البلد ومجموعها ٢٩ خدمة؛
- برنامج التوعية الإعلامية المصمم للحد من التقارير غير الملائمة، وتعزيز الوعي بالدور الوقائي الذي يمكن أن تلعبه وسائل الإعلام.

الأهداف المستقبلية

هدف الاستراتيجية الوطنية المعنية بالصحة في تشيلي ٢٠١١ - ٢٠٢٠ هو تحقيق انخفاض قدره ١٠٪ في معدل الانتحار بين الشباب.

المصدر: بلاغ من وزارة الصحة، تشيلي.

تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار

عند تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار، من الضروري توضيح المدخلات والمخرجات والنتائج ذات الصلة من أجل تحديد كيفية المضي قدماً. وبحسب بؤرة اهتمام الاستراتيجية، فقد تخضع للقيادة على المستوى الوطني، ولكن مع تنفيذها على المستوى المحلي. وفيما يلي أمثلة على هذه العناصر الثلاثة الأولى (أي المدخلات والمخرجات والنتائج) لإطار العمل المنطقي. يتم تناول تقييم المخرجات والنتائج والآثار مزيد من التفصيل في القسم التالي.

المدخلات

- الموارد والمساهمات والاستثمارات المطلوبة لتنفيذ الأنشطة، مثل:
- مصدر للتمويل والتمويل المستدام؛
 - أعداد كافية من العاملين المدربين، أو بناء القدرات؛
 - القيادة والتعاون على نحو متواصل؛
 - برامج الوقاية المسندة بالبيانات المناسبة ثقافياً؛
 - الحصول على البيانات؛
 - تحديد الشركاء في عملية التنفيذ؛
 - الإرادة السياسية.

المخرجات

- الأنشطة والمنتجات والخدمات التي تصل إلى الجمهور المقصود، مثل:
- برامج التدريب للعاملين بالخطوط الأمامية
 - حملات التوعية العامة؛
 - الحصول على الرعاية؛
 - البرامج المجتمعية وخطوط المساعدة؛
 - برامج المعالجة والاستمرار في الرعاية؛
 - التدخل الذي يلي حادثة الانتحار؛
 - التدخلات لتقييد الوصول إلى وسائل الانتحار؛
 - الدلائل الإرشادية لوسائل الإعلام؛
 - تنفيذ السياسات.

النتائج

تعود التغيرات والنتائج والفوائد التي تحققت للأفراد والجماعات والوكالات والمجتمعات و/أو الأنظمة إلى الأنشطة والمخرجات الأخرى. ويجب أن تصنف نتائج محددة على أنها قصيرة الأجل أو متوسطة أو طويلة الأجل، وينبغي أن تكون قابلة للقياس، مثل:

- عدد حالات الانتحار ومحاولات الانتحار؛
- أعداد المدربين أو غيرهم ممن انعكست عليهم الأنشطة الفردية؛
- الساعات التي يمكن فيها الوصول إلى الخدمات؛
- الأعداد التي تم علاجها؛
- التدابير التي تعكس انخفاضاً في الوصم الملموس الذي يحيط بطلب المساعدة؛
- التحسن في تقديم الخدمات الصحية النفسية؛
- الصحة النفسية أو الرعاية أو الترابط؛
- التدابير التي تعكس فعالية التكلفة؛
- خفض معدلات الدخول في المستشفيات بسبب محاولات الانتحار، أو الوفيات الناجمة عن الانتحار.

أهمية البيانات

عند تنفيذ استجابة وطنية، يجب أولاً فهم المشكلة التي يتعين حلها أو الحد منها أو تغييرها أو منعها. ويشير التردد إلى الجمع المنهجي للبيانات المحددة النتائج (والأهم حول الانتحار ومحاولات الانتحار) «... لاستخدامها في تخطيط وتنفيذ وتقييم الممارسات الصحية العامة» (١٥٦). وكثير من البلدان لا يوجد لديها أنظمة ترصد، أو لديها في أفضل الظروف أنظمة أساسية للغاية؛ وهي الأنظمة التي من شأنها توفير البيانات المنتظمة عن الانتحار التي يتم جمعها بشكل منهجي والتي يمكن أن تثيري كل من الأهداف البرنامجية للتدخلات وتطوير المبادرات المتعلقة بالسياسات. والأمر الهام، هو أن العديد من البلدان لا تعرف وسائل الانتحار الرئيسية أو نسبة جميع المنتحرين الذين حاولوا الانتحار في وقت سابق. وقياس نجاح الجهود المبذولة، أو عدم بذل الجهود، للحد من حالات الانتحار ومحاولات الانتحار أو تأثير الانتحار على المجتمع ككل، يتطلب الوصول إلى بيانات موثوقة وصحيحة (انظر أيضاً الإطار ٩). ويعتمد تحسين الجودة على وجود البيانات التي تشير للمجالات التي تحتاج للتحسين.

تكييف البرامج من أجل التنفيذ

في كثير من الأحيان هناك برامج قائمة يمكن توسيعها أو تكييفها للتعامل مع الفئات السكانية المستهدفة والنتائج المحددة في الاستراتيجية الوطنية. وفي أحوال أخرى، هناك برامج جديدة تحتاج إلى التطوير والتنفيذ. وينبغي مراعاة سياق كل بلد ونهجه للوقاية من الانتحار. فعلى سبيل المثال، إذا كانت البيانات تعكس ارتفاع معدلات الانتحار بين الشباب في مجموعات ثقافية معينة داخل البلد، سوف يكون هناك حاجة إلى تنفيذ استراتيجية وطنية للحد من الانتحار مع الأخذ في الحسبان التركيز على الشباب. ولا يوجد نهج واحد يناسب الجميع؛ ولا يمكن توقع أن تطبق التدخلات المجدية في أحد البلدان أو الأقاليم بفعالية في مكان آخر دون النظر في سياقه الخاص وتعديل التدخل للتأكد من أنه يناسب الغرض المرجو منه.

تحديد الأولويات

نظراً للواقع المالي في معظم البلدان، فإن الاستراتيجيات متعددة المكونات للوقاية من الانتحار ربما تحتاج إلى تنفيذها على مراحل، واحدة تلو الأخرى. ومن الضروري تحديد أولويات البلد من أجل تحقيق الاستفادة القصوى من الموارد المحدودة، بما في ذلك الموظفين والتمويل. كما أن تحليل وضع احتياجات القطاعات من حيث العاملين والقيادة و/أو التعاون أمر ضروري لتنفيذ الاستراتيجية. بالنسبة للبلدان ذات الموارد المجهدة على وجه الخصوص، يكون تحديد أفضل الفرص لاتخاذ إجراءات فورية على أساس البرامج القائمة أو على تلك التي يمكن تعديلها بسهولة أمر حيوي. وقد تمتلك البلدان التي حققت الأهداف قصيرة الأجل في مجال الوقاية من الانتحار الموارد اللازمة لبدء التركيز على تغيير منهجي طويل المدى.

التحديات التي تواجه عملية التنفيذ

في أغلب الأحيان، يتطلب تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار تغييراً في الطريقة التي يعمل بها الأفراد ومنظمتهم. تعتمد التحديات أمام تحقيق هذه التغيرات على السياق لكنها قد تشمل ما يلي (١٥٧):

- المعرفة المحدودة لدى الأطراف المعنية حول كيفية تغيير الطريقة التي يعملون بها لتتماشى مع البيئة؛
- المعتقدات الشخصية والمواقف والتصورات بشأن التغيير، والمخاطر والفوائد المحسوسة؛
- المهارات والقدرات الفردية لتنفيذ التغيير في الممارسة؛
- ضعف القيادة والتعاون؛
- العقبات العملية، بما في ذلك نقص الموارد والمعدات والموظفين؛
- البيئة السياسية أو الاجتماعية.

هناك حاجة إلى تحديد العقبات المحتملة والتصدي لها. النهج التشاركي الاستشاري مع الأخذ والرد من الأطراف المعنية يحد من العوائق على المستوى الفردي. يجب أن يكون التدريب على المهارات والكفاءات الجديدة جزءاً أساسياً من أي استراتيجية وطنية.

مثال الحالة: سويسرا- الاستجابة للتنوع

المعلومات الأساسية

إن معدلات الانتحار في سويسرا في الحدود المتوسطة بالمقارنة بالبلدان الأوروبية الأخرى: توفي ١٠٣٤ شخصاً عن طريق الانتحار في سويسرا في عام ٢٠١١.

سويسرا لديها بنية اتحادية، مع المكتب الاتحادي السويسري للصحة العامة الذي يعرَى القضايا الشاملة مثل التأمين الصحي والمعلومات الصحية. وتعد المقاطعات ومجموعها ٢٦ هي المسؤولة في المقام الأول عن الوقاية من، مما يجعل تنسيق الاستجابة الوطنية الشاملة تحدياً. على الرغم من ذلك، فإن أنشطة الوقاية من الانتحار، مثل استراتيجية الوقاية من الانتحار ٢٠١٠ - ٢٠١٥ في مقاطعة زوغ Zug، قد نجحت على مستوى المقاطعات. أمثلة على التقدم في مجال الوقاية من الانتحار في المقاطعات السويسرية تشمل ما يلي:

- مشاريع الحد من وسائل الانتحار؛
- مراقبة وسائل الإعلام؛
- التصدد؛
- التدخلات قصيرة الأجل ومتابعة الأشخاص الذين حاولوا الانتحار؛
- تدريب العاملين بالخطوط الأمامية؛
- أنشطة رفع مستوى الوعي باليوم العالمي للوقاية من الانتحار؛
- جماعات المساعدة الذاتية للمفجوعين؛
- الخطوط الساخنة لتقديم المساعدة وقت الأزمة.

التحديات التي تواجه بلداً اتحادياً

على الرغم من نجاح الأنشطة والاستجابات الخاصة بالوقاية من الانتحار على المستوى المحلي، إلا أن انعدام التنسيق على المستوى الوطني لا يزال يشكل تحدياً بالنسبة (المقاطعات). هذا يمكن أن يؤدي إلى:

- عدم وجود فرص أمام المقاطعات لتبادل أفضل الممارسات والتعلم من بعضها البعض؛
- عدم وجود التنسيق على المستوى الوطني في تخصيص الموارد والتصدد؛
- عدم التوازن بين المقاطعات لأنها قد لا تملك نفس الموارد والأنشطة نظراً لأن تدخلات الوقاية من الانتحار تحركها الدوافع في كل مقاطعة.

المضي قدماً

منذ عام ٢٠١١ زاد الضغط السياسي لتصبح سويسرا نشطة في مجال الوقاية من الانتحار على المستوى الوطني. تم قبول مقترح من قبل البرلمان يطالب فيه الاتحاد (المكتب الاتحادي السويسري للصحة العامة على التوالي) بوضع خطة عمل للوقاية من الانتحار. هناك حاجة إلى مشاركة جميع الأطراف المعنية المقاطعات والمنظمات غير الحكومية، وغيرها) في هذه العملية ويلزم أيضاً ترسيخ الأساس القانوني.

كيف يمكن تتبع التقدم المحرز عند تقييم الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار؟

يعد التقييم مكوناً أساسياً في أي استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار ويضيف قيمة من خلال الطرق التالية:

إنتاج المعرفة: يوفر التقييم لمجموعات الأطراف المعنية المعلومات الهامة عن التقدم المحرز في الاستراتيجية وعلى نقاط القوة والضعف فيها. ويمكن استخدام هذه المعلومات لرصد نجاح الاستراتيجية في تحقيق النتائج قصيرة ومتوسطة وطويلة الأمد، وهي الأساس لإجراء التعديلات عند الضرورة وتوجيه التخطيط المستقبلي وتخصيص الموارد (١٥٨).

التخطيط والإدارة: يوفر التقييم السبل لتحسين كيفية تخطيط وإدارة أنشطة الاستراتيجية الوطنية ومكوناتها. كما يمكن من وضع خطط واضحة نحو تحقيق نتائج فعلية وشراكات شاملة، فضلاً عن نظم تجميع المعلومات والآراء والتعليقات التي تشجع على التعلم والتحسين المستمر (١٥٤).

المساءلة: التقييم أداة لإثبات المساءلة أمام الممولين والمشرعين والجمهور. وهو يساعد على ضمان الحفاظ على النهج الأكثر فعالية وعدم إهدار الموارد على برامج غير فعالة (١٥٨).

يشتمل العديد من الاستراتيجيات الوطنية على إطار زمني محدد من ٥ إلى ١٠ سنوات وتشمل أهداف وإجراءات وغايات متعددة. في غضون تلك السنوات، قد لا يتم تنفيذ بعض التدخلات المخططة أو المقصودة أو المستمرة. فإن لم يتحقق الانخفاض في السلوكيات الانتحارية والتخفيف من عوامل الخطر وتعزيز عوامل الحماية عن طريق استراتيجية وطنية، فمن الضروري معرفة ما إذا كان هذا يرجع إلى غياب التنفيذ.

وبينما تقوم أعداد متزايدة من البلدان بوضع وتنفيذ استراتيجيات وطنية للوقاية من الانتحار، فإن عمليات التقييم المنهجية والشاملة محدودة (١٥٩، ١٦٠، ١٦١). إن عمليات تقييم فعالية الاستراتيجيات الوطنية للوقاية من الانتحار تكشف نتائج غير متناسقة، حيث تظهر في بعض البلدان انخفاضات كبيرة في معدلات الانتحار بالنسبة لإجمالي السكان (مثل فنلندا واسكتلندا)، لكن مع تأثيرات محدودة في بلدان أخرى (مثل أستراليا والنرويج والسويد) (١٥٩، ١٦٢). مع ذلك، ينصح بتوخي الحذر في تفسير نتائج التقييم نظراً لأن جودة المعلومات المتعلقة بتنفيذ الإجراءات محدودة. وتتنوع أيضاً تحليلات التغيرات في معدلات الانتحار أو عوامل الخطر والحماية بين البلدان، مما يجعل إجراء المقارنات أمراً صعباً.

مبادرة

في عام ٢٠٠٢، تم إطلاق استراتيجية وطنية وخطة عمل للوقاية من الانتحار، أطلق عليها اختر الحياة، وذلك بهدف خفض معدل الانتحار في اسكتلندا بنسبة ٢٠٪ بحلول عام ٢٠١٣. وقد شهدت اسكتلندا تزايداً في معدل الانتحار، لاسيما بين الرجال، وكان المعدل ٢٧ لكل ١٠٠٠٠٠ في عام ٢٠٠١ (المعدل بالنسبة للنساء ٩ لكل ١٠٠٠٠٠). وضعت استراتيجية اختر الحياة وتم تنفيذها ضمن البرنامج الوطني للصحة النفسية العامة، وهو جزء من الالتزامات السياسية الاسكتلندية الكبرى لتحسين صحة السكان وتعزيز العدالة الاجتماعية والتضامن لعدم المساواة. وهذا يتيح تولي العمل على الوقاية من الانتحار في إطار أوسع من الأهداف السياسية والمبادرات التي تشترك في الهدف العام المتمثل في تحسين الصحة النفسية للسكان.

تم تشكيل شبكة وطنية من ممثلي المجالس المحلية والشرطة والإسعاف وخدمات الطوارئ والحوادث وخدمات السجون والمنظمات غير الحكومية الرئيسية، وأنشئ البرنامج الوطني للتدريب وبناء القدرات. وقد وضعت خطة للتنفيذ، تركز على ٣٢ منطقة من مناطق المجالس المحلية، مع تركيز كل خطة محلية على ثلاثة أهداف رئيسية هي كما يلي:

- تحقيق إجراءات منسقة للوقاية من الانتحار عبر خدمات الرعاية الصحية وخدمات الرعاية الاجتماعية، والتعليم، والإسكان، والشرطة، والرعاية الاجتماعية وخدمات التوظيف.
 - وضع برامج تدريبية متعددة الاختصاصات لبناء القدرات المهنية لدعم الوقاية من الانتحار.
 - توفير الدعم المالي لإجراء التدخلات في المجتمع المحلي والأحياء المجاورة.
- بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٦، استثمرت الحكومة الاسكتلندية ٢٠,٤ مليون £ في تنفيذ استراتيجية اختر الحياة.

النتائج

في عام ٢٠٠٦، أجريت عملية مستقلة لتقييم وتقدير النتائج الوسيطة في المرحلة الأولى من تنفيذ الاستراتيجية (بلات وآخرون Platt et al., ٢٠٠٦). وأشار التقييم إلى أنه تم إحراز تقدم كبير في تحقيق العديد من الإنجازات إلا أن هناك حاجة لوضع مزيد من التركيز على الاستدامة من خلال الاستمرار في دمج أهداف اختر الحياة في تيارات السياسة الوطنية الأخرى. أكد التقييم أيضاً على ضرورة اتخاذ إجراءات محددة الأهداف مثل تحسين تكامل الخدمات السريرية، بما في ذلك خدمات معالجة سوء استخدام المواد، على المستوى الوطني.

وخلال الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٢ حتى ٢٠١٠ - ٢٠١٢ انخفض معدل الانتحار في اسكتلندا بنسبة ١٨٪. تم الانتهاء من تقييم استراتيجية اختر الحياة في عام ٢٠١٢؛ مع ذلك، من الصعب تحديد ما إذا كان هذا الانخفاض يعود إلى البرنامج ككل أو إلى عناصر محددة من عناصر البرنامج.

التحديات في مجال التقييم

لا يحدث تقييم الاستراتيجية الوطنية للوقاية من الانتحار في الفراغ بل يتأثر بالقيود الواقعية (١٥٨). تحتاج عمليات التقييم إلى أن تكون عملية ومجدية، ويجب إجراؤها في حدود الموارد والوقت والسياق السياسي والاجتماعي والاقتصادي للبلد. لا يوجد شيء يضاهي التقييم الصحيح، إلا أنه في سياق الاستراتيجية، قد يكون أي عدد من عمليات التقييم مناسباً. يقدم إجراء المقارنات بين الاختلافات الإقليمية في الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار في جميع أنحاء الولايات/الأقاليم والمجتمعات المحلية دروساً قيّمة عن أنواع الهياكل الأكثر كفاءة وفعالية في تقديم الخدمة (١٦٣). وفي البلدان التي لا تزال تعتبر السلوك الانتحاري غير قانوني، وغير مقبول اجتماعياً ودينيًا، سيكون كل من تنفيذ وتقييم استراتيجيات الوقاية من الانتحار أمراً معقداً بسبب المستويات العالية من الوصم التي يحيط بالانتحار وعدم وجود بيانات دقيقة عن الوفيات الناجمة عن الانتحار (١٦٤، ١٦٥).

مصدر القلق الرئيسي لتصميم أي خطة تقييم هو الصعوبة في عزو النتائج أو التأثيرات المرصودة إلى الاستراتيجية الوقائية نظراً لأن العديد من العوامل الأخرى يمكن أن تحدث تأثيراً على معدلات الانتحار والمؤشرات الأخرى (١٦٦). على سبيل المثال، قد يؤدي رفع مستوى الوعي وتحسين البيانات إلى مزيد من الإفصاح والمعلومات الأكثر دقة حول حالات الانتحار والتي ربما كانت غائبة من قبل. هذا يمكن أن يؤدي على ما يبدو إلى ارتفاع المعدلات على نحو أكبر (١٥٩، ١٦٧). يمكن أيضاً للتغيرات الكبرى مثل الأزمات الاقتصادية أن تؤثر سلباً على صحة السكان والانتحار، على سبيل المثال، من خلال انخفاض القدرة المالية على الاستجابة لهذه القضايا. وبالتالي، فإن الإلمام بسياق الاستراتيجية (التاريخ، والتنظيم، والإعداد السياسي والاجتماعي الأوسع نطاقاً) أمرٌ جوهري، وسوف يساهم في تحسين كيفية تصور وإجراء عمليات التقييم (١٥٤).

هناك فجوة في التقييم الدقيق للاستراتيجيات الواعدة للوقاية من الانتحار. فبينما لوحظ العديد من التدخلات الجديدة والمبتكرة وتم تنفيذها على الصعيد الدولي، إلا أنه لم يتم تقييمها حتى الآن. هذه مشكلة لاسيما بالنسبة للبلدان المنخفضة الدخل التي ربما تعلمت دروساً قيّمة في تنفيذ استراتيجيات الوقاية من الانتحار وضاعت بسبب غياب البيانات. والنتيجة هي وجود تحيز تجاه التدخلات والتوصيات من البلدان التي تملك قطاعاً أكاديمياً فعالاً. إن زيادة عمليات التقييم، لاسيما في البلدان المنخفضة الدخل، يمكن أن يعالج هذه الفجوة الخطيرة.

تكلفة جهود الوقاية من الانتحار وفعالية التكلفة

من المهم أن تشمل عملية التقييم على تقدير للتكاليف والموارد اللازمة لتنفيذ التدخلات في مختلف المواقع والثقافات والسياسات، وإدراج المعلومات النوعية عن نجاح التنفيذ والعقبات التي تواجهه (١٦٨). ويمكن للتقييمات الاقتصادية التي تأخذ السياق والتنفيذ في الحسبان أن تساعد على تحديد ما إذا كانت التدخلات التي تراعي الفعالية والكلفة في آن معا، في بلد ما، ممكنة التطبيق في بلدان أخرى.. في البلدان ذات الموارد المحدودة، يساعد تقييم الفعالية من حيث التكلفة في تحديد أفضل مكان لتخصيص الموارد.

ويحتاج المخططون في المجال الصحي ومتخذي القرار، فضلاً عن تأثيرات استراتيجيات الوقاية من الانتحار وأثرها، إلى معلومات عن التكاليف المتوقعة للتنفيذ وأيضاً عن فعالية التكلفة من أجل ضمان أن تمثل مثل هذه الاستراتيجيات قيمة جيدة مقابل المال المنفق. فعلى سبيل المثال، تمكنت دراسة اقتصادية عن التسميم الذاتي في سري لانكا من تقييم الاحتياجات من الموارد للعلاج في البلاد والتي بلغت ٨٦٦٠٠٠ دولار أمريكي في عام ٢٠٠٤ (تكلفة معالجة كل حالة ٣٢ دولاراً أمريكياً) (١٦٩).

هناك نقص، على مستوى العالم، في الدراسات الاقتصادية القوية لإطلاع المخططين وواضعي السياسات على متطلبات الميزانية والعائد على الاستثمار المرتبط بجهود الوقاية من الانتحار (١٦٨). وقد أظهرت مراجعة حديثة لمنظمة الصحة العالمية لاستراتيجيات الوقاية من الانتحار، وقد اشتملت على التكلفة كميّار للفائدة أن ثلثي الاستراتيجيات التي تم تقييمها على أنها فعالة أو واعدة صُنفت ضمن الاستراتيجيات منخفضة التكلفة. وأشارت أيضاً إلى أن انخفاض التكلفة مرتبط ارتباطاً وثيقاً بأساليب الوقاية العامة أو الانتقائية (وليس المحددة) (٤٠).

وقد أدى إدراج المكون الاقتصادي في التجارب السريرية الممولة في بعض البلدان إلى ظهور بعض الأدلة على الفعالية لقاء التكلفة لاستراتيجيات معينة، مثل المساعدة الذاتية على الانترنت للحد من التفكير في الانتحار في هولندا (١٧٠) أو المعالجة السلوكية المعرفية للأشخاص الذين لديهم تاريخ سابق بإيذاء النفس في المملكة المتحدة (١٧١). استخدمت الدراسات الاقتصادية الأخرى نهج إعداد النماذج لتقييم التكاليف والفوائد المتوقعة مع مرور الوقت، مثل تقييم فعالية التكلفة في أستراليا في مشروع الوقاية الذي قيم مقارنة فعالية التكلفة لعدد من التدخلات، بما في ذلك (١٧٢):

- الحد من فرص الحصول على وسائل الانتحار من خلال تعديلات تشريعية بشأن ملكية البندقية (بتكلفة قدرها أكثر من ٥٠٠٠٠ دولار أسترالي مكتسب لكل سنة إضافية لحياة صحية)؛
 - الدلائل الإرشادية لإعداد تقارير إعلامية مسؤولة (٢٧٠٠٠ دولار أسترالي في العام لكل سنة إضافية لحياة صحية مكتسبة طالما جنب انتحار فرد واحد على الأقل)؛^١
- تقدم مثل هذه الدراسات أمثلة جيدة حول كيفية إجراء تحاليل اقتصادية وكيفية الإعلام عن استراتيجيات وطنية للوقاية من الانتحار.

^١ يمكن اعتبار سنة الحياة الصحية على أنها قضاء سنة واحدة على قيد الحياة في صحة كاملة، وخالية من الإعاقة أو المرض.

الخطوات المستقبلية
للوفاية من الانتحار

الخرافات حول الانتحار

الخرافة:

~~الحديث عن الانتحار فكرة سيئة ويمكن تفسيرها
على أنها تشجيع على الانتحار~~

الحقيقة:

نظراً لانتشار وصم الانتحار على نطاق واسع،
فإن معظم الناس الذين يفكرون في الانتحار
لا يعلمون مع من يتحدثون. بدلاً من تشجيع
السلوك الانتحاري، فإن الحديث بانفتاح
يمكن أن يمنح الفرد خيارات أخرى أو الوقت
لإعادة التفكير في القرار المتخذ، وبالتالي
الوقاية من الانتحار.

ما الذي يمكن القيام به ومن تجب مشاركته؟

من أجل التوصل إلى استجابة وطنية شاملة من خلال تحديد ورسم خرائط لجميع الأطراف المعنية وذلك بتوزيع الأدوار والمسؤوليات في نطاق الاستجابة الوطنية. يمكن إيلاء اهتمام خاص للسياق والفئات القابلة للتأثر، مع تحديد أولويات عوامل الخطر وفقاً لذلك.

البلدان التي لديها استجابة وطنية

بالنسبة للبلدان التي لديها بالفعل استجابة وطنية شاملة إلى حد ما يمكن التركيز على التقييم والتحسين. وفي حين أن التقييم لا يقل أهمية عن استمرار التحسين في المراحل المبكرة، فقد تكون الموارد في هذه المرحلة أكثر توافراً لإجراء التقييمات المتعمقة. بالنسبة لهذه البلدان يكون التركيز على إدراج بيانات جديدة في الوقت المناسب وضمان تحسين الاستجابة الوطنية بفعالية وكفاءة.

وتتطلب فاعلية الوقاية من الانتحار دورة مستمرة من التعلم والعمل. وبإمكان وزراء الصحة وغيرهم من الرواد في مجال الوقاية من الانتحار الاستفادة من الجهود المنتظمة للتفكير في التقدم والنظر في الخطوات التالية؛ إذ يمكن استخدام تحليل نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات (SWOT) أو أداة تحليل ظرفية أخرى لقياس التقدم المحرز (انظر الإطار ٨). ويمكن استخدام التحليلات الظرفية التي أجريت على نحو جيد لتحديد نقاط القوة التي يجب تعزيزها، ونقاط الضعف التي ينبغي تصحيحها، والفرص التي يجب اتباعها، والتهديدات التي ينبغي معالجتها.

لا بد من العمل لجعل الوقاية أمراً ممكناً، فقد تطورت مقاربات الوقاية من الانتحار مع تغيير المجتمعات والبلدان لمواقفها ومعتقداتها بشأن الانتحار. وتم تخفيض الوصم المرتبط بطلب المساعدة بشأن الانتحار في العديد من السياقات. والتحدي الذي يواجهه الآن واضعي السياسات والأطراف المعنية الأخرى، هو تبني الإكثار من الحوار العام حول الانتحار والاستفادة من البيئة لتنفيذ الاستجابة. بالنسبة للعديد من البلدان لا يزال هناك طريق طويل يجب أن تسلكه، ولا يزال هناك عقبات كبيرة أمام تنفيذ استراتيجيات الوقاية من الانتحار. هذا الجزء من التقرير يقدم مسارات للبلدان للمضي قدماً، بغض النظر عن مكان تواجدهم في طريقهم للمضي قدماً نحو الوقاية من الانتحار.

الخطوات المستقبلية

لوزراء الصحة دور حاسم في قيادة وجمع الأطراف المعنية من سائر القطاعات في بلادهم. وبإمكانهم المساعدة في التنسيق بين مختلف القطاعات - بما في ذلك التعليم، ووسائل الإعلام العامة، والعدل، والعمل، والرعاية الاجتماعية، والدين، والنقل والزراعة - لإشراكهم بشكل فعال في الأنشطة المعنية بالوقاية من الانتحار التي تستخدم القاعدة المعرفية الحالية حول الوقاية. ومن ثم يمكن البناء على هذه المشاركة.

تعتمد الخطوات التي ينبغي أن تتخذها البلد بعد ذلك على مكان تواجدها على طريق التقدم نحو الوقاية من الانتحار. يقدم الجدول ٥ أمثلة على الإجراءات الاستراتيجية التي يمكن للبلدان اتخاذها لتعزيز الوقاية من الانتحار استناداً إلى أفضل الأدلة المتاحة الواردة في سياق هذا التقرير. ويبين الجدول مجموعة من الأنشطة والخيارات الحالية لاتخاذ الإجراءات الوقائية التي يمكن أخذها بعين الاعتبار في عدد من المجالات الاستراتيجية.

البلدان التي لا يوجد لديها نشاط في الوقت الراهن

في البلدان التي لم تجر فيها بعد أنشطة وقاية من الانتحار، يكون التركيز على العمل. بإمكان هذه البلدان أن تسعى إلى الأطراف المعنية وتنمية الأنشطة على نحو نفعي حيث يكون هناك حاجة ماسة إليها أو حيث توجد الموارد بالفعل. قد يجدون في سياق القيام بذلك وعند تحليل الوضع أن بعض الجماعات المحلية تقوم بالفعل بأنشطة صغيرة النطاق للوقاية من الانتحار. وتحتاج جماعات كهذه في الغالب إلى المزيد من الدعم من أجل زيادة الحجم أو النطاق، وهذا يمكن تحقيقه من خلال مزيد من التعاون. بالإضافة إلى ذلك، من الضروري تحسين المراقبة في هذه المرحلة، على الرغم من أن الدول تقوم بذلك بالتزامن مع بدء التدخلات ذات الصلة بالوقاية من الانتحار وليس على حسابها.

البلدان التي لديها بعض الأنشطة

في البلدان التي لديها بعض الأنشطة القائمة للوقاية من الانتحار، ربما من المثمر أن يتم التركيز بداية على تقوية ما هو موجود وترسيخه عن طريق إجراء تحليل للوضع الراهن. ويمكن لهذه البلدان تحديد الثغرات في الخدمات ويمكن أن تعمل

الإطار ٨.

إجراء تحليل للوضع: مثال لتحليل نقاط القوة ونقاط الضعف والفرص والتهديدات SWOT

استخدامها لوضع الأهداف وتحديد الخطوات اللازمة للوصول إلى تلك الأهداف. ينطوي تحليل SWOT على الإجابة عن الأسئلة لتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات المتعلقة بالوقاية من الانتحار. عند إجراء التحليلات الطرفية (الظرفية) باستخدام SWOT أو نماذج أخرى، من الضروري النظر في الموارد المتاحة، والإرادة السياسية، والسياسات والفرص التشريعية، والشراكات بين القطاعات المختلفة.

التقدم المستمر في استراتيجية منع الانتحار يتطلب الالتزام والنظر المستمر في الإنجازات السابقة والخطوات التالية المحتملة. بإمكان وزراء الصحة والرواد في مجال منع الانتحار من القطاعات الأخرى الاستفادة من استكمال التحليلات الوضعية (الظرفية) الدورية لوضع الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار في البلاد. هناك العديد من النماذج لإجراء التحليلات الوضعية وسيكون من الضروري اختيار أحد النماذج المألوفة ويعتبر مناسباً للاحتياجات المحلية. أحد الأساليب الواضحة نسبياً هو تحليل SWOT، وهو أداة التخطيط التي يمكن

مثال على تحليل SWOT للترصد:

نقاط القوة	نقاط الضعف	الفرص	التهديدات
لديها حالياً بيانات وطنية حول الوفيات الناجمة عن الانتحار.	عدم وجود بيانات على محاولات الانتحار.	يقترح وزير التعليم إضافة أسئلة حول السلوك الانتحاري في المسح الوطني القادم لمعايرة المخدرات بين طلاب المدارس الثانوية.	الموارد اللازمة لتحليل ونشر النتائج. الشراكات مع الباحثين ووسائل الإعلام محدودة.

العمل التأسيسي لإشراك الأطراف المعنية الرئيسية أمر بالغ الأهمية لضمان مشاركة مختلف القطاعات. ويمكن استخدام هذا الجدول للنظر في كيفية مساهمة كل قطاع فالوقاية من الانتحار حالياً وتحديد الفرص المتاحة لتوسيع إسهامات هذه القطاعات أو الاستفادة منها لإشراك شركاء آخرين وتسهيل التقدم في إجراءات أخرى للوقاية من الانتحار.

يعرض الجدول ٥ مجالات العمل الاستراتيجية. هذه المجالات تشمل إشراك الأطراف المعنية الملائمة الذين يمكنهم العمل داخل القطاع الخاص بهم أو عبر القطاعات للحد من الانتحار؛ والجهود المبذولة للحد من الوصول إلى وسائل الانتحار؛ وتحسين الجمع المنهجي لبيانات الترصد لفهم الاتجاهات في الانتحار؛ ورصد آثار الجهود المبذولة في الوقاية على مر الزمن؛ والجهود المبذولة لتصحيح الخرافات لرفع مستوى الوعي بأن الانتحار مشكلة صحية عامة يمكن الوقاية منها؛ وحشد النظام الصحي.

تحتوي الأعمدة في الجدول على اقتراحات لخطوات نحو كل إجراء استراتيجي بغض النظر عن مكانة البلاد في تقدمها نحو تنفيذ استراتيجية ناجحة للوقاية من الانتحار. والقصد من ذلك هو أن الشركاء سوف يستخدمون هذه المعلومات للنظر في الإجراءات الاستراتيجية التي يحتاجون إلى تنفيذها. ويشار إلى الأطراف المعنية كقادة محتملين لكل عمل استراتيجي ويمكن استخدام القائمة للمساعدة في تحديد الإجراءات الإضافية التي من شأنها أن تكمل الأنشطة الحالية وملء الفجوات في النهج الوطني للوقاية من الانتحار.

الجدول ٥. الإجراءات الاستراتيجية المقترحة للوقاية من الانتحار (مصنفة حسب مستويات التنفيذ الحالي) فيذ الحالي

مجالات العمل الاستراتيجية	الأطراف المعنية الرائدة	لا يوجد نشاط (لا يوجد حالياً استجابة للوقاية من الانتحار على المستوى الوطني أو المحلي)	بعض النشاط (لقد بدأ بعض العمل في الوقاية من الانتحار في المناطق ذات الأولوية على المستويين سواء الوطني أو المحلي)	توجد استراتيجية قائمة للوقاية من الانتحار على المستوى الوطني
إشراك الأطراف المعنية	وزارة الصحة باعتبارها القائد، أو أي هيئة صحية منسقة أخرى	الشروع في تحديد وإشراك الأطراف المعنية الرئيسية في تنفيذ أولويات البلد، أو حيث توجد الأنشطة بالفعل	تحديد جميع الأطراف المعنية عبر القطاعات وإشراكهم على نحو شامل في الأنشطة المعنية بالوقاية من الانتحار. تخصيص المسؤوليات.	تقييم أدوار ومسؤوليات وأنشطة جميع الأطراف المعنية الرئيسية على نحو منتظم. استخدام النتائج لتوسيع مشاركة القطاع وزيادة مشاركة الطرف المعني.
الحد من الحصول على وسائل الانتحار	النظام القانوني والقضائي، وواضع السياسات، والزراعة، والنقل	بدء الجهود الرامية إلى الحد من الحصول على وسائل الانتحار من خلال التدخلات المجتمعية.	تنسيق وتوسيع الجهود القائمة للحد من الحصول على وسائل الانتحار (بما في ذلك القوانين والسياسات والممارسات على المستوى الوطني).	تقييم الجهود المبذولة للحد من الحصول على وسائل الانتحار. استخدام نتائج التقييم لإجراء التحسينات.
إجراء التردد وتحسين جودة البيانات	وزارة الصحة، ومكتب الإحصاءات، وجميع الأطراف المعنية الآخرين، وعلى وجه الخصوص النظم الصحية الرسمية وغير الرسمية لجمع البيانات	بدء التردد، وإعطاء الأولوية لبيانات الوفيات، مع المعلومات الأساسية عن العمر والجنس وطرق الانتحار. بدء تحديد المواقع الممثلة لإعداد النماذج.	إقامة نظام ترصد يقوم بمراقبة الانتحار ومحاولات الانتحار على المستوى الوطني (بما في ذلك التقسيم الإضافي) ويضمن الحصول على بيانات موثوقة وصحيحة ومتاحة للجمهور. إنشاء نماذج بيانات عملية تكون فعالة ويمكن تعزيزها.	مراقبة الدلالات الرئيسية مثل الجودة والتمثيل والجدول الزمني والجدوى وتكاليف نظام التردد في الوقت المناسب. استخدام النتائج لتحسين النظام. رفع مستوى النماذج الفعالة لتحقيق الجودة والتغطية الشاملة للبيانات.
رفع مستوى الوعي	جميع القطاعات، بقيادة وزارة الصحة ووسائل الإعلام	تنظيم الأنشطة لرفع مستوى الوعي حول إمكانية الوقاية من الانتحار. ضمان وصول الرسائل إلى بعض الأقاليم أو الفئات السكانية المستهدفة وتقديمها من خلال قناة واحدة على الأقل يكون الوصول إليها على نطاق واسع.	إعداد حملات استراتيجية للتوعية العامة وتنفيذها باستخدام المعلومات المسندة بالبيانات على الصعيد الوطني. استخدام الأساليب والرسائل المصممة خصيصاً لاستهداف الفئات السكانية المستهدفة.	تقييم فعالية حملة (حملات) التوعية العامة. استخدام النتائج لتحسين الحملات في المستقبل.
إشراك وسائل الإعلام	وسائل الإعلام بالشراكة مع وزارة الصحة	بدء الحوار مع وسائل الإعلام حول إعداد التقارير المسؤولة حول الانتحار.	لفت انتباه المؤسسات الإعلامية الكبرى داخل البلاد لدعم وضع المعايير والممارسات الخاصة بها لضمان إعداد التقارير المسؤولة حول الانتحار. العمل مع الأطراف المعنية في قطاع الإعلام من أجل تعزيز موارد الوقاية والإحالة المناسبة.	تقييم التقارير الإعلامية حول أحداث الانتحار. إشراك وتدريب جميع وسائل الإعلام على تقديم التقارير المسؤولة. إقامة التدريب في الوقت المناسب للعاملين الجدد في وسائل الإعلام.
حشد النظام الصحي وتدريب العاملين الصحيين	قطاع الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية وقطاع التعليم	بدء تخطيط وتنفيذ الرعاية للأشخاص الذين يحاولون الانتحار، وتدريب العاملين الصحيين.	توفير الحصول على الرعاية المسندة بالبيانات وقت الأزمات، والرعاية السريرية، وخدمات التدخل الذي يجري عقب حادثة انتحار لتقديم الدعم للمفجوعين أو المتأثرين بالانتحار على المستوى الوطني. توفير التدريب لتجديد المعلومات لدى العاملين الصحيين. مواءمة المناهج الدراسية للعاملين الصحيين.	تنفيذ المتابعة والتقييم على نحو منتظم للخدمات القائمة. استخدام النتائج لتحسين الرعاية المستمرة.

مجالات العمل الاستراتيجي	الأطراف المعنية الرائدة	لا يوجد نشاط (لا يوجد حالياً استجابة للوقاية من الانتحار على المستوى الوطني أو المحلي)	بعض النشاط (لقد بدأ بعض العمل في الوقاية من الانتحار في المناطق ذات الأولوية على المستويين سواء الوطني أو المحلي)	توجد استراتيجية قائمة للوقاية من الانتحار على المستوى الوطني
تغيير المواقف والمعتقدات	وسائل الإعلام، وقطاع الخدمات الصحية، وقطاع التعليم، ومنظمات المجتمع المدني	بدء تنفيذ الأنشطة للحد من الوصمة المرتبطة بطلب المساعدة لتجنب الانتحار. زيادة سلوك التماس المساعدة.	تغيير المواقف تجاه استخدام خدمات الصحة النفسية، والحد من التمييز ضد مستخدمي هذه الخدمات.	إجراء عمليات التقييم على نحو منتظم لرصد التغيرات في المواقف والمعتقدات العامة حول الانتحار، والاضطرابات النفسية وتلك الناجمة عن استهلاك المخدرات، والتماس المساعدة.
إجراء التقييم والبحث	الخدمات الصحية المجتمعية ذات الصلة، وقطاع التعليم، ووزارة الصحة	بدء التخطيط وتحديد الأولويات في البحوث الرامية إلى الوقاية من الانتحار، وجمع البيانات الموجودة (على سبيل المثال الوفيات الناجمة عن الانتحار).	توسيع نطاق البحوث القائمة، وتخصيص الموارد لإثراء وتقييم الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار على المستوى الإقليمي و/ أو الوطني.	إجراء تقييم دوري لمجموعة من البحوث لرصد التقدم العلمي وتحديد الثغرات المعرفية. إعادة توجيه الموارد على أساس التقييم.
وضع وتنفيذ استراتيجية وطنية شاملة لوقاية من الانتحار	وزارة الصحة	البدء في وضع استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار لتكون بمثابة نقطة التقاء، حتى إذا كانت البيانات والموارد ليست متاحة بعد.	الاستمرار في وضع استراتيجية وطنية لضمان أن تكون شاملة ومتعددة القطاعات وتعالج جميع الثغرات في الخدمات والتنفيذ.	تقييم ومتابعة تنفيذ الاستراتيجية ونتائجها من أجل تحديد المكونات الأكثر فعالية. استخدام النتائج لتحديث الاستراتيجية بشكل مستمر.

ثانياً، قد تشعر بعض البلدان أنها لأسباب مختلفة ليست مستعدة لأن تصبح لديها استجابة وطنية للوقاية من الانتحار. ومع ذلك، فإن عملية التشاور مع الأطراف المعنية حول الاستجابة الوطنية تخلق في كثير من الأحيان بيئة صالحة لإحداث التغيير. ومن خلال عملية خلق الاستجابة الوطنية تجاه الانتحار، تصبح الأطراف المعنية مشاركة فيها، ويُشجَع الحوار العام حول قضايا الوصم، ويتم تحديد الفئات القابلة للتأثر المستهدفة، وتحديد الأولويات البحثية، وزيادة الوعي لدى العامة ووسائل الإعلام على حد سواء. وبالتالي، بدلاً من اعتبار إيجاد استجابة وطنية كنتيجة نهائية، فإن الأوصوب أن تنظر إلى إعداد الاستجابة الوطنية باعتبارها عنصراً هاماً على طريق الوقاية الفعالة من الانتحار.

لا يعد الجدول ٥ جدولاً شاملاً، بل يهدف إلى تشجيع التحسين المستمر وتقديم أفكار للإجراءات التي يمكن اتباعها. وتشتمل خلايا الجدول على أمثلة من الإجراءات الاستراتيجية أو طرق التفكير في التقدم المحرز. وليس المقصود من الجدول توفير صيغة أو وصفة طبية للوقاية من الانتحار.

أثناء المضي قدماً، توجد نقطتان رئيسيتان يجب أخذهما بعين الاعتبار. أولاً، ينبغي تنفيذ الأنشطة المعنية بالوقاية من الانتحار في نفس الوقت مع جمع البيانات (انظر الإطار ٩). ويعد جمع وترتيب البيانات الدقيقة عن الانتحار ومحاولات الانتحار من الأمور الضرورية التي كانت تمثل تحدياً كبيراً في معظم البلدان؛ ومع ذلك، ليس الحل هو انتظار نظام مثالي للترصد. يجب إجراء تحسينات على الترصد بينما تمضي البلاد قدماً نحو تنفيذ تدخلات الوقاية من الانتحار، مع إجراء التغييرات كاستجابة للبيانات حسب الضرورة.

الإجراءات الأساسية في التصد

هناك حاجة إلى تحسين التصد والمراقبة لظاهرة الانتحار ومحاولات الانتحار للوقاية الفعالة منه. ونظراً لمحدودية الموارد المتاحة للوقاية من الانتحار، يجب على الإداريين وهيئات الصحة العامة وسائر الأطراف المعنية تقرير نسبة الاعتمادات المالية والموارد المتاحة للوقاية من الانتحار التي ينبغي تخصيصها للمراقبة وكيفية توزيعها بين مختلف أنواع أنشطة المراقبة. يختلف الوضع اختلافاً كبيراً بين البلدان، لذلك لا يوجد دليل واحد يناسب الجميع لاتخاذ هذه القرارات. ومع ذلك، هناك بعض المبادئ العامة للإجراءات الأساسية التي قد تكون مفيدة في معظم التشريعات:

- تأسيس فريق عمل دائم يكون مسؤولاً تحديداً عن مراقبة وتحسين جودة البيانات المتعلقة بالانتحار على اعتبار أنها جزء لا يتجزأ من الجهود الشاملة للوقاية من الانتحار.

تحسين جودة المعلومات المتعلقة بالانتحار مكون أساسي في الجهود المبذولة للوقاية من الانتحار وفي كل استراتيجيات وطنية للوقاية من الانتحار مما يستوجب تعيين فريق متخصص (فريق عمل) للتركيز على هذا النشاط. بعد إجراء تحليل الوضع الحالي للبيانات المتعلقة بالانتحار، يتم وضع خطة لتحسين توافر البيانات وشموليتها وجودتها ومراقبة تنفيذها، وتحديث الخطة بشكل دوري.

- إجراء تقديرات دورية حول توافر وشمولية وجودة البيانات عن حالات الانتحار ومحاولات الانتحار.

التقييم الدوري وتحسين جودة البيانات من الأمور الضرورية لكل مصدر من مصادر البيانات الرئيسية الثلاثة:

- تحسين جودة بيانات التسجيل الحيوي حول الانتحار. تتنوع الأنشطة اللازمة لإنشاء أو تحسين تسجيل الوفيات الناجمة عن الانتحار حسب الوضع الحالي لنظام التسجيل الحيوي في البلاد.

- تحسين جودة البيانات حول المعالجة الطبية لمحاولات الانتحار. إن إعداد نظام مراقبة المستشفيات عملية معقدة إلا أن البداية تكون من خلال وضع طريقة عملية لجمع البيانات في عدد قليل من المواقع الممثلة وبعد ذلك توسيع النطاق ليشمل البلد بكاملها.

- تحسين جودة المسوحات المجتمعية حول السلوك الانتحاري. وهذا يجب أن يراعي حقيقة أن حجم العينة ينبغي أن يكون كبيراً بما يكفي لتكون العينة ممثلة للمجتمع أو البلد. وينبغي استخدام أسئلة موحدة، أهمها وأكثرها فائدة هي التي تكون حول محاولات الانتحار في العام السابق.

- إعطاء الأفضلية للحصول على بيانات عالية الجودة من عدة مواقع ممثلة عوضاً عن البيانات ذات النوعية الرديئة التي تشمل الأمة كلها.

في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل وبعض البلدان المرتفعة الدخل، تكون القيود المالية أو الشخصية أو التقنية غير عملية لإقامة نظم متابعة وطنية لحالات الانتحار ومحاولات الانتحار أو لإجراء المسوحات الوطنية بانتظام. في هذه الحالة من الأفضل تحديد عدة مواقع ممثلة مستهدفة ومن ثم توسيع النطاق إلى المستوى الوطني.

- دمج جهود متابعة عمليات الانتحار مع الأنشطة الأخرى كلما أمكن ذلك بدلاً من إنشاء أنشطة قائمة بذاتها.

في العادة يتم جمع الوفيات الناجمة عن الانتحار كجزء من نظام تسجيل الوفيات بشكل عام وليس في نظام رصد مستقل. ويتم تنظيم رصد محاولات الانتحار المعالجة في أقسام الطوارئ على نحو أفضل كجزء من نظام الرصد الشامل للإصابات. يمكن بسهولة دمج المسوحات المجتمعية حول السلوك الانتحاري في المسوحات المجتمعية الأخرى حول الصحة البدنية أو النفسية.

- إدراج الجهود المبذولة للحد من الوصمة في الخطة الشاملة لتحسين جودة البيانات.

لعل أكبر عائق أمام الحصول على بيانات عالية الجودة حول الانتحار هو الوصم المرتبط بالسلوك الانتحاري. العمل مع وسائل الإعلام لتغيير المفاهيم العامة ومع كليات الطب والتمريض لتغيير مواقف المهنيين في مجال الطب (مثلاً عن طريق صياغة الانتحار باعتباره مشكلة رئيسية للصحة العامة يمكن علاجها) وهي خطوات هامة نحو تحقيق الهدف طويل الأجل المتمثل في الحد من الوصم المرتبط بالانتحار.

- البحث عن توازن بين الحاجة إلى البيانات الوطنية والحاجة إلى البيانات الخاصة بالمجتمع.

يمكن للبيانات الوطنية أن تكون ذات فائدة محدودة في وضع ورصد استراتيجيات محلية للوقاية من الانتحار لأنه قد تكون هناك اختلافات ديموغرافية واقتصادية وثقافية كبيرة بين مختلف المناطق في البلاد. فمن الضروري تحديد إلى أي مدى ينحرف المرتسم المحلي عن المرتسم الوطني.

- ضمان استخدام نظام المراقبة للمساعدة في إعداد وتقييم الأنشطة الرامية إلى الوقاية من الانتحار.

تحتاج جميع الدراسات الكبيرة حول الوقاية من الانتحار التي ترعاها الحكومة إلى استخدام عمليات الانتحار أو محاولات الانتحار كمقاييس رئيسية للنتائج وينبغي تخصيص جزء كاف من الميزانية لرصد هذه النتائج.

كيف يبدو النجاح؟

علاوة على مساعدة البلدان في تخطيط مدخلاتها وإجراءاتها، يمكن الاستفادة من الإطار المنطقي مثل ذلك المبين في الشكل ٩ مع أدوات المراقبة والتقييم الأخرى لتتبع التقدم المحرز وقياس النجاح. بعد استكشاف المدخلات والمخرجات والأنشطة المتاحة لتخطيط وتنفيذ استراتيجية وطنية للوقاية من الانتحار، من الضروري إعادة النظر في النتائج والنظر أكثر في الآثار التي تم تحقيقها من أجل المضي قدماً في التقييم.

الشكل ٩. الإطار المنطقي المطبق للوقاية من الانتحار



النتائج

المؤشرات الكمية التي تقيس النتائج الرئيسية للاستراتيجية الوطنية هي مؤشرات مفيدة لقياس التقدم المحرز. هذه المؤشرات تشمل ما يلي:

- انخفاض النسبة المئوية لمعدل الانتحار؛
- عدد التدخلات للوقاية من الانتحار التي تم تنفيذها بنجاح؛
- انخفاض عدد محاولات الانتحار التي دخلت المستشفيات.

التأثيرات

في حين أن النتائج المستهدفة الرئيسية هي المهمة وقد تظهر تقدماً، إلا أنه قد يغيب عنها المعلومات النوعية الهامة الأخرى. في بعض الأحيان لا تنخفض معدلات الانتحار وذلك بسبب زيادة الإبلاغ عن الانتحار، أو بسبب العوامل السياقية الأخرى. ينبغي أن تنتظر البلدان فيما وراء المخرجات والنتائج الرئيسية نحو تأثيرات أوسع نطاقاً من أجل الحصول على فهم كامل للتقدم والنجاح. وقد تشمل التدابير ذات التأثير الأوسع المؤشرات الكمية والنوعية مثل:

- المجتمعات التي تقوم فيها المنظمات (المدارس، والمنظمات الدينية، وأماكن العمل، وغير ذلك) بتقديم الدعم للفئات السكانية والتواصل بما يكفي لتوفير الإحالات المناسبة لأولئك الذين يحتاجون إلى المساعدة؛
- الأسر والأوساط الاجتماعية التي توفر الدعم الاجتماعي، وتعزز القدرة على التعافي، وتعترف بعوامل الخطر التي تؤدي إلى الانتحار، وتتدخل بفعالية لمساعدة الأفراد المقربين إليها؛
- المناخ الاجتماعي الذي لم يعد فيه طلب المساعدة لمواجهة السلوك الانتحاري من المحظورات ويُسَّجَع فيه الحوار العام حول هذه القضية.

في أغلب الأحيان يكون قياس هذه المؤشرات أكثر صعوبة لكنه أمر ضروري لأنه يمكن أن يشير إلى التقدم الملحوظ في الوقاية من الانتحار وينبغي النظر إليه بنفس القدر من الأهمية عندما تقوم الدولة بتقييم التقدم المحرز وكيف سيبدو عليه النجاح.

ويمكن أن تهدف البلدان التي تسترشد بخطة عمل الصحة النفسية ٢٠١٣ - ٢٠٢٠ (١) إلى انخفاض قدره ١٠٪ في معدل الانتحار. بعض البلدان قد تذهب أبعد من ذلك؛ على سبيل المثال، وضعت الاستراتيجية الصحية الوطنية السابقة في إنجلترا بعنوان «إنقاذ الأرواح: أمتنا أكثر صحة ٢٠٠٢» (١٧٣) هدفاً في مجال الصحة النفسية لخفض معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار والإصابات غير المحددة بنسبة ٢٠٪ على الأقل بحلول عام ٢٠١٠. وقد تم تحقيق هذا الهدف بنجاح بحلول عام ٢٠٠٨ (١٧٤). المؤشرات الكمية المرتبطة بالأنشطة الرئيسية توفر معاملاً هامة للاستجابة الوطنية المنسقة بين جميع القطاعات.

الرسائل الأساسية

يجب إدماج الوقاية من الانتحار في خدمات الرعاية الصحية بوصفها مكوناً أساسياً. فالاضطرابات النفسية وتعاطي الكحول على نحو ضار يسهم في كثير من حالات الانتحار حول العالم. لذا، فالتحديد المبكر للأعراض الانتحارية وإدارتها على نحو فعال عنصران مهمان في ضمان حصول الأفراد على الرعاية التي يحتاجونها.

إن تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص الذين يلتمسون المساعدة يضمن فعالية التدخلات المبكرة. وتحسين جودة الرعاية هو المدخل إلى الحد من حالات الانتحار التي تنشأ نتيجة للاضطرابات النفسية وتلك الناجمة عن تعاطي الكحول وغير ذلك من عوامل الخطر الأخرى. وينبغي أن تعطي السياسات المعنية بالصحة النفسية وتعاطي الكحول الأولوية للرعاية وتعزز دمجها بنجاح في خدمات الرعاية الصحية الشاملة، وتدعم التمويل الكافي لتحسين هذه الخدمات.

تلعب المجتمعات دوراً حيوياً في الوقاية من الانتحار، إذ أن باستطاعتها تقديم الدعم الاجتماعي للأفراد المعرضين لمخاطر الانتحار والمشاركة في رعاية المتابعة والتوصي للصوم ودعم المفجوعين من انتحار المقربين إليهم.

لا يمكن، في جميع البلدان ولاسيما ذات الموارد المحدودة، أن نكون مبالغين في أهمية المجتمعات المحلية وبرامجها الداعمة للوقاية من الانتحار. فالدعم الاجتماعي الفعال داخل المجتمعات وودعم قدرة الأفراد على التعافي يمكن أن تساعد الأشخاص شديدي التأثر من الإقدام على الانتحار، وذلك من خلال بناء وتحسين المهارات والروابط الاجتماعية لمواكبة ما يطرأ من صعوبات. وعلى وجه التحديد، يمكن للمجتمع تقديم المساعدة في وقت الأزمات، والحفاظ على التواصل المنتظم مع الناس الذين حاولوا الانتحار، ودعم الأشخاص المفجوعين جراء الانتحار.

يخلف الانتحار أرقاماً مرتفعة من الضحايا؛ إذ يلقي ما يزيد على ٨٠٠ ألف شخص حتفه كل عام جراء الانتحار الذي يعد يحتل المرتبة الثانية بين أهم أسباب الوفاة بين الشباب في الفئة العمرية ١٥-٢٩ سنة على مستوى العالم. وهناك مؤشرات على أنه مقابل كل شخص بالغ مات منتحراً كانت هناك أكثر ما يزيد على ٢٠ شخصاً آخرين حاولوا الانتحار.

الانتحار ظاهرة عالمية ويتأثر به جميع البلدان. وعلى الرغم من التصورات المسبقة بأن الانتحار أكثر انتشاراً في البلدان مرتفعة الدخل، ففي الواقع تقع ٧٥٪ من حالات الانتحار في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، كما إن يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في جميع مراحل العمر. وإضافة إلى تأثير ذلك على الأفراد الذين يحاولون الانتحار والذين يلقون حتفهم بسبب الانتحار، فإن الأثر المضاعف القوي للانتحار على الأسر والأصدقاء والمجتمعات والبلدان يكون بعيد المدى.

الانتحار هو أمر يمكن توقيه؛ ولكي تفلح الاستجابات الوطنية للتصدي له، فمن الحاجة إلى وضع استراتيجية شاملة متعددة القطاعات بشأن الوقاية من الانتحار.

ضمان فاعلية الاستراتيجية الوطنية، فإنه يجب أن تتضمن التعاون بين القطاعات الصحية وغير الصحية على المستويات الحكومية وغير الحكومية. وينبغي أن تشرك الاستراتيجية المجتمعات ووسائل الإعلام لتشجيع إعداد تقارير مسؤولة حول الانتحار. كما ينبغي أن تعمل الاستراتيجية على تحسين المراقبة، وكذلك السياسات المتعلقة بالصحة النفسية وتعاطي الكحول على وجه الخصوص. ويجب أن تكون الوقاية المبكرة مكوناً أساسياً في أي استراتيجية يتم وضعها.

تقييد إمكانية الحصول على وسائل الانتحار أمر ذو جدوى؛ إذ أن إحدى الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من الانتحار ومنع محاولات الانتحار هي الحد من إمكانية الحصول على وسائل الانتحار الأكثر شيوعاً، مثل المبيدات الحشرية، والأسلحة النارية، وبعض الأدوية.

يؤدي تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار دوراً هاماً في الوقاية من الانتحار، لاسيما في حالات الانتحار الاندفاعي. وقد كان لتنفيذ السياسات الفعالة، إلى جانب التدخلات المجتمعية، دور أساسي في الحد من الانتحار من خلال تقييد الوصول لوسائل الانتحار.

1. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
2. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HIS/GHE/2014.7. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur-Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P1, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, accessed on 15 May 2014.)
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annett JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*. 2012;379(9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, accessed 15 May 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, accessed 5 May 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, accessed 7 June 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system – 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Arch Suicide Res*. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, accessed 15 May 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. *Inj Prev Res*. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.
29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.

30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS ONE.* 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczy G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/, accessed 23 April 2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
38. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf, accessed 23 April 2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010 (<http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1>, accessed 24 April 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world – a minimum pesticides list. *Lancet.* 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. In *J Epid.* 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, accessed 22 April 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, accessed 23 April 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *Am Behav Sci.* 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health.* 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *Br J Psychiatry.* 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, accessed 23 April 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health.* 2011;10(1):39–51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and new technologies: evidence based practice. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2013.

61. Youthhealthtalk (website). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, accessed 14 April 2014).
62. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.
63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231–9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.
64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479
65. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*. 2014 (in press).
66. Promoting health through the prevention of risk taking and self-destructive behaviours. Final report to the European Commission. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) project; 2012 (http://seyle.org/SEYLE_Final_report.pdf, accessed 25 June 2014).
67. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord*. 2013;146(1):1–14.
68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255–71.
69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.
70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*. 2008;63(1):14–31.
71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):118–24.
72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:191–5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.
73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D’Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10–51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.
74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282–8.
75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30–42.
76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1–15.
77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741–9.
78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758–66. doi:10.1038/mp.2012.86.
79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.
80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> accessed 14 April 2014).
81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260–9.
82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. *Soc Sci Med*. 2013;82:126–33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.
83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):514–20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.
84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124–33.
85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463
86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721–31.
87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115–23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.
88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102(1):18–29.

89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? *Ann Epidemiol.* 2009;19(10):757–60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA.* 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):493–503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014 (http://www.mental-health.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, accessed 7 June 2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use.* 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2014 ;109(3):379–91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis.* 2011;33(3):162–8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare.* 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry.* 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med.* 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry.* 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry.* 2000;157(12):1925–32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res.* 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(6):693–704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996;153(8):1009–14.
109. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 7 July 2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction.* 2014;109(1):155–62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. *The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death.* London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):73–85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190–5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective.* Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement).* New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet.* 2002;360(9340):1126–30.

120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 1.0. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program*. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression – a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664–674. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirasings RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi: 10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *J Sch Psychol*. 2013;51(1):129–42. doi: 10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(2):141–8. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):706–11. doi: 10.1016/j.jado-health.2013.06.012.
145. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. *Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives? Forum – Prevention of Suicide Worldwide*. *World Psychiatry*. 2004;3(3):159–60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221–48.

148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. *Suicide – an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.
149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. *Bereavement after traumatic death – helping the survivors*. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. *International Journal of Law and Psychiatry*. (in press).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. *Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. United Nations, 1996. *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. New York (NY): United Nations; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
157. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/barrierstochange.jsp>, accessed 22 April 2014).
158. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. International suicide rates and prevention strategies. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, accessed 14 April 2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action*. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*. 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).

الملحقات

الملحق ١. الأرقام والمعدلات المقدرة لحالات الانتحار حسب الجنس والعمر للسنتين ٢٠١٢ و ٢٠٠٠

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢					معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠٠٠	% التغير في معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			أكثر من ٧٠ سنة	٦٩-٥٠ سنة	٤٩-٣٠ سنة	٢٩-١٥ سنة	١٤-٥ سنة			
أفغانستان (٤)	كلا الجنسين	١٢٠٥	٤,٠	٠,٨	٧,٥	٦,١	٨,٣	١٢,٦	٦,١	٥,٩-
	الإناث	٦٤٣	٤,٤	٠,٩	٩,٨	٥,٤	٨,٥	١٤,٤	٤,٧	١٤,٤-
	الذكور	٥٦٢	٣,٧	٠,٧	٥,١	٦,٧	١٧,٩	٧,٦	٧,٦	١٧,٦-
ألبانيا (٢)	كلا الجنسين	٢٠٥	٦,٥	٠,٨	٥,٣	٧,٠	٩,١	١٩,٣	٧,٠	١٥,٣-
	الإناث	٩٣	٥,٩	١,٠	٤,٩	٥,٨	٨,٣	١٧,٤	٥,٦	٧,٠-
	الذكور	١١٢	٧,١	٠,٦	٥,٧	٨,٣	٩,٩	٢١,٤	٨,٥	٢٢,٠-
الجزائر (٤)	كلا الجنسين	٦٧٧	١,٨	٠,٣	٢,٢	٢,١	٢,٥	٦,١	٢,٢	١٢,٨-
	الإناث	٢٧٧	١,٥	٠,٣	٢,٠	١,٦	١,٨	٥,١	١,٩	١٦,٨-
	الذكور	٤٠٠	٢,١	٠,٤	٢,٢	٢,٦	٣,٢	٧,٢	٢,٦	١٠,٦-
أنغولا (٤)	كلا الجنسين	٢٢٠٦	١٠,٦	٢,٣	٢١,٤	١٧,٤	١٨,٨	١٣,٨	٩,٢	٥٠,٣-
	الإناث	٦١٢	٥,٨	١,٩	١١,٧	٨,٢	٧,٩	١٠,٧	٤,٤	٢٦,٨-
	الذكور	١٥٩٤	١٥,٥	٢,٧	٣١,٣	٢٦,٨	٢٠,٢	٢٩,٣	١٤,٣	٤٥,١-
الأرجنتين (٢)	كلا الجنسين	٤٤١٨	١٠,٨	١,١	١٣,٨	١٠,٩	١٥,٨	٢١,٦	١٢,٤	١٧,١-
	الإناث	٩٠١	٤,٣	٠,٩	٥,٣	٤,٧	٥,٩	٧,٠	٥,١	٢٠,٤-
	الذكور	٣٥١٧	١٧,٥	١,٢	٢١,٩	١٧,٣	٢٦,٩	٤٥,٦	٢٠,٦	١٦,٥-
أرمينيا (٢)	كلا الجنسين	٩٨	٣,٣	٠,٣	٢,٨	٢,٦	٤,٦	٨,٨	٢,٢	٨,١-
	الإناث	١٧	١,٢	٠,٢	٠,٩	٠,٧	١,٢	٥,٢	١,٠	٥,٢-
	الذكور	٨١	٥,٣	٠,٤	٤,٣	٦,٤	٨,٣	١٤,٠	٥,٩	١٤,٨-
أستراليا (١)	كلا الجنسين	٢٦٧٩	١١,٦	٠,٦	١٢,٢	١٧,٢	١٣,٢	١٢,٩	١١,٩	١٠,٦-
	الإناث	٦٤٩	٥,٦	٠,٨	٦,٥	٧,٩	٦,٢	٥,٤	٥,٠	٢٤,٦-
	الذكور	٢٠٣٠	١٧,٧	٠,٤	١٧,٥	٢٦,٥	٢٠,٤	٢٢,٢	١٨,٩	١٥,١-
النمسا (١)	كلا الجنسين	١٣١٩	١٥,٦	١,٠	٩,٥	١٤,٣	٢١,٥	٢٣,٩	١٦,٣	٢٩,٧-
	الإناث	٣٣٠	٧,٦	٠,٧	٣,٣	٦,٥	١٢,٢	١٤,٠	٧,٤	٢٧,٢-
	الذكور	٩٨٩	٢٣,٩	١,٣	١٥,٥	٢٢,١	٢١,٣	٢٦,٢	٢٦,٧	٢٣,١-
أذربيجان (٢)	كلا الجنسين	١٥٤	١,٧	٠,٢	١,٦	١,٨	٢,٦	٥,٢	١,٧	٢٤,٦-
	الإناث	٤٨	١,٠	٠,٢	١,٢	٠,٨	١,٣	٤,٣	٠,٩	١٧,٦-
	الذكور	١٠٦	٢,٣	٠,٣	٢,١	٢,٩	٤,١	٦,٦	٢,٤	١٢,٨-
جزر البهاما (٢)	كلا الجنسين	٩	٢,٣	٠,٢	١,٠	١,٨	٤,٥	٤,٨	٣,٠	٢٣,٦-
	الإناث	٣	١,٤	٠,٢	٠,٦	٠,٩	٢,٢	٩,٢	٢,١	٢٩,٧-
	الذكور	٦	٢,٣	٠,٣	١,٤	٢,٧	٧,١	٢٣,٦	٤,٢	١٣,٢-
البحرين (٢)	كلا الجنسين	٩٥	٧,٣	١,١	٨,٧	٨,٢	٨,٩	٣٦,٤	٨,٠	٠,١-
	الإناث	١١	٢,٢	٠,٣	٢,٩	٢,٢	٣,٢	١٦,٦	٢,٩	٢٣,٤-
	الذكور	٨٥	١٠,٣	١,٧	١٢,١	١١,٠	١٢,٢	٥٧,١	١١,٦	١١,٨-
بنغلاديش (٤)	كلا الجنسين	١٠١٦٧	٦,٦	١,٠	٨,١	٦,٤	٢٨,٩	٢١,٦	٧,٨	٠,١-
	الإناث	٥٧٧٣	٧,٦	١,٣	١٠,٨	٦,٦	١٢,٩	١٣,٦	٨,٢	٥٠,٨-
	الذكور	٤٣٩٤	٥,٦	٠,٧	٥,٥	٦,١	١٣,٤	٢٦,٤	٧,٣	٢٦,٨-
بربادوس (٢)	كلا الجنسين	٧	٢,٦	٠,٢	٢,٢	٢,٢	٤,٠	٨,١	٢,٤	٢٣,٦-
	الإناث	١	٠,٧	٠,١	٠,٥	٠,٦	٠,٨	٢,٥	١,٠	٤٤,٧-
	الذكور	٦	٤,٦	٠,٣	٣,٧	٣,٧	٧,٤	١٦,٧	٤,١	٢١,٣-
بيلاروس (١)	كلا الجنسين	٢٠٥١	٢١,٨	٠,٩	٢٠,١	٢٧,٢	٢٦,٠	٣١,٧	٣٥,٥	٤٨,٤-
	الإناث	٤٠٠	٧,٩	٠,٥	٦,٢	٨,٩	٩,٥	١٣,٤	٨,٨	٢٧,٩-
	الذكور	١٦٥١	٣٧,٨	١,٢	٣٣,٤	٤٦,٦	٤٧,٠	٧٦,٦	٦٦,٢	٥٠,٦-
بلجيكا (١)	كلا الجنسين	١٩٥٥	١٧,٧	٠,٧	٩,٥	٢٤,١	٢٤,٦	٢٥,١	١٨,٠	٢١,١-
	الإناث	٥٤٨	٩,٧	٠,٥	٤,٩	١١,١	١٦,٤	١٢,٤	٧,٧	١٦,٤-
	الذكور	١٤٠٧	٢٥,٩	٠,٨	١٤,٠	٣٦,٨	٣٣,٠	٤٣,٨	٢١,٠	٢٣,١-
بليز (١)	كلا الجنسين	٦	٢,٠	٠,٣	١,٦	٢,٧	٢,٥	٢١,٩	٢,٦	٢٣,٦-
	الإناث	١	٠,٦	٠,٠	٠,٨	٠,٠	٠,٠	٠,٥	٠,٦	١٢,١-
	الذكور	٦	٣,٥	٠,٥	١,٩	٤,٧	٥,٠	٤٨,٦	٧,٣	٢٣,٢-
بنن (٤)	كلا الجنسين	٣٦٨	٣,٧	٠,٧	٥,٥	٤,٥	٨,٠	٢٦,٥	٦,٠	٥٠,٥-
	الإناث	١٠٥	٢,١	٠,٥	٢,١	٢,٢	٥,٠	١٤,١	٣,٢	٢٢,٢-
	الذكور	٢٦٢	٥,٢	١,٠	٧,٩	٦,٧	١١,٣	٤٤,٧	٩,٦	٢٧,٧-
بوتان (٤)	كلا الجنسين	١١٩	١٦,٠	١,٩	١٥,٧	٢٤,٦	٢٨,٨	٣٧,٩	٢٣,٨	٢٥,١-
	الإناث	٣٥	١٠,٢	١,٤	١٣,١	١٤,٢	١٦,٧	١٩,١	١١,٢	٢٣,٥-
	الذكور	٨٣	٢٠,٩	٢,٤	١٨,٠	٣٣,٤	٣٨,٢	٥٣,٠	٣٠,٦	٢٤,٥-
بوليفيا (٢)	كلا الجنسين	١٢٢٤	١١,٧	٤,٨	٣٠,٦	١٣,٢	١٢,٠	١٢,٩	١٢,٥	٢٢,٢-
	الإناث	٤٥٠	٨,٦	٤,٩	١٧,٢	٧,٧	٥,٥	٨,٦	٩,٣	٢٩,٤-
	الذكور	٧٧٤	١٤,٨	٤,٨	٢٣,٩	١٩,١	١٩,٢	٢٠,٩	١٥,٩	٢٢,٠-
البوسنة والهرسك (٢)	كلا الجنسين	٥٣٢	١٣,٩	٠,٤	٦,٨	١٣,٢	٢٣,٨	٢٩,٠	١٢,٠	١٠,٦-
	الإناث	١١٤	٥,٨	٠,٣	١,٤	٤,٤	١٠,٣	١٥,١	٤,٩	١٦,٥-
	الذكور	٤١٨	٢٢,٣	٠,٥	١٢,٠	٢٢,١	٣٨,٨	٤٨,٢	٢٠,٢	١٠,٧-

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠، ٢٠١٢)					معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠، ٢٠١٢)	معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠، ٢٠٠٠)	% التغير في معدلات الانتحار المقَيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			جميع الأعمار	١٤-٥ سنة	٢٩-١٥ سنة	٤٩-٣٠ سنة	٦٩-٥٠ سنة			
بوتسوانا (٤)	كلا الجنسين	٦٤	٣,٢	٠,٦	٤,٥	٣,٨	٥,٢	٣,٨	٤,١	٢٧,٨-
	الإناث	١٧	١,٧	٠,٣	٢,٢	١,٤	٨,٧	٢,٠	٢,٣	٢١١,٨-
	الذكور	٤٨	٤,٧	٠,٨	٦,٩	٥,٩	١٩,٤	٥,٧	٦,٢	٢٧,٠-
البرازيل (١)	كلا الجنسين	١١ ٨٢١	٦,٠	٠,٤	٦,٧	٨,٤	٩,٨	٥,٨	٥,٣	٢١٠,٤
	الإناث	٢٦٢٣	٢,٦	٠,٣	٢,٦	٣,٧	٣,٣	٢,٥	٢,١	٢١٧,٨
	الذكور	٩١٩٨	٩,٤	٠,٤	١٠,٧	١٣,٣	١٢,٧	٩,٤	٨,٧	٢٨,٢
بروني دار السلام (٢)	كلا الجنسين	٢٥	٦,٢	٠,٢	٦,٠	٨,٠	١١,٢	٦,٤	٥,٥	٢١٦,٩
	الإناث	١٠	٤,٩	٠,٢	٤,٥	٦,١	١٣,٧	٥,٢	٤,٢	٢٢٤,٢
	الذكور	١٥	٧,٤	٠,٢	٧,٥	١٠,٠	١٦,٧	٧,٧	٦,٨	٢١٢,٦
بلغاريا (٢)	كلا الجنسين	١٠٥٤	١٤,٥	٠,٨	٨,٠	١٤,٤	٢١,٢	٢٤,١	١٠,٨	٢٣٠,٥
	الإناث	٢٨٨	٧,٧	٠,٥	٣,٢	٦,٩	١٠,٦	١٤,٩	٥,٣	٢٣٤,٣-
	الذكور	٧٦٦	٢١,٦	١,١	١٢,٥	٢١,٥	٢٣,١	٢٨,٦	٢٣,٥	٢٢٩,٣-
بوركينافاسو (٤)	كلا الجنسين	٤٨٥	٣,٠	٠,٦	٤,٨	٣,٩	٦,٤	٢١,٥	٤,٨	٢٠,٠
	الإناث	١٥١	١,٨	٠,٤	٢,٩	١,٩	٤,٥	١٢,٧	٢,٨	٢٨,١
	الذكور	٣٣٤	٤,١	٠,٨	٦,٧	٥,٩	٩,٠	٣٦,٠	٧,٢	٢٣,٨-
بوروندي (٤)	كلا الجنسين	١٦١٧	١٦,٤	٥,٢	٢٧,٣	٢١,٠	٢٩,٢	٨٢,٤	٢٣,١	٢١٧,٨
	الإناث	٤٠١	٨,٠	٤,٢	١١,٤	٧,٠	١٦,٧	٧٠,٨	١٠,٣	٢١١,٧
	الذكور	١٢١٦	٢٥,٠	٦,٣	٤٤,٢	٣٥,١	٤١,٧	٩٦,٥	٣٤,١	٢١٥,٤
كامبوديا (٤)	كلا الجنسين	١٣٣٩	٩,٠	٢,١	١٣,٠	١٢,٨	٩,٤	١٥,٨	٩,٤	٢١٨,٠-
	الإناث	٤٧٤	٦,٢	١,٨	٨,٧	٦,٩	٩,٢	١١,٥	٨,٥	٢٢٤,٢-
	الذكور	٨٦٥	١١,٩	٢,٤	١٧,٢	١٩,٢	٩,٧	٢١,٩	١٢,٦	٢١٥,٢-
كاميرون (٤)	كلا الجنسين	١٠٧٠	٤,٩	١,٢	٧,٩	٦,٠	٨,٦	٣٠,٥	٧,٠	٢٣,١
	الإناث	٢٥٧	٢,٤	٠,٧	٣,٢	٢,٧	٥,٦	١٥,١	٣,٤	٢٠,٩
	الذكور	٨١٤	٧,٥	١,٧	١٢,٥	٩,٢	١١,٨	٤٩,٦	١٠,٩	٢٣,٦
كندا (١)	كلا الجنسين	٣٩٨٢	١١,٤	٠,٦	١٠,٠	١٥,٢	١٥,٦	١١,٣	١١,٠	٢١١,١-
	الإناث	٩٥٨	٥,٥	٠,٥	٥,٢	٧,١	٨,٠	٢,٣	٤,٩	٢٢,٨-
	الذكور	٣٠٢٦	١٧,٥	٠,٦	١٤,٦	٢٣,٢	٢٣,٥	١٤,٩	١٧,٢	٢١٣,٥-
الرأس الأخضر (٤)	كلا الجنسين	١٩	٣,٩	٠,٣	٢,٥	٢,٧	٧,٢	٢٨,٧	٤,٨	٢١٢,٢-
	الإناث	٤	١,٥	٠,١	٠,٦	٠,٨	٢,٨	١,٦	٢,٠	٢١٨,٢-
	الذكور	١٦	٦,٤	٠,٦	٤,٣	٤,٥	١٢,٨	٧٧,٧	٩,١	٢٨,٧-
جمهورية أفريقيا الوسطى (٤)	كلا الجنسين	٣٥٦	٧,٩	١,٤	١٢,١	١١,٦	١١,٢	١٧,٨	٩,٥	٢٢٢,٧
	الإناث	١٠٠	٤,٤	١,٣	٦,٧	٥,٦	٧,٥	١١,٨	٥,٣	٢١٨,٤
	الذكور	٢٥٦	١١,٥	١,٦	١٩,٦	١٧,٧	١٥,٩	٢٦,١	١٤,١	٢٣٤,٦
تشاد (٤)	كلا الجنسين	٣٦٦	٢,٧	٠,٥	٤,١	٧,٤	٧,٤	٤,٧	٤,٥	٢٤٠,٢
	الإناث	٨١	١,٣	٠,٤	١,٧	١,٥	٤,٨	١٠,٦	٢,١	٢٨,٥
	الذكور	٢٥٥	٤,١	٠,٧	٦,٤	٦,٥	١٠,٣	٣٤,٥	٧,٢	٢٢,٤
تشيلي (١)	كلا الجنسين	٢٢٦٢	١٣,٠	١,٠	١٦,٥	١٦,٠	١٦,٢	١٦,٨	١٠,٧	٢١٤,٣
	الإناث	٥٣٣	٦,٠	١,١	٨,٠	٧,٩	٦,٩	٥,٠	٢,٩	٢٩٨,٦
	الذكور	١٧٢٩	٢٠,٠	٠,٩	٢٤,٨	٢٤,٢	٢٦,١	٣٣,٩	١٩,١	٢٠,٧-
الصين (٣)	كلا الجنسين	١٢٠ ٧٣٠	٨,٧	٠,٥	٤,٢	٥,١	١٥,٧	٥١,٥	٧,٨	٢٥٩,٦-
	الإناث	٦٧ ٥٤٢	١٠,١	٠,٥	٥,٩	٧,١	١٧,٠	٤٧,٧	٨,٧	٢١٧,٧-
	الذكور	٥٣ ١٨٨	٧,٤	٠,٤	٢,٧	٣,٢	١٤,٤	٥٥,٨	١٧,٤	٢٥٩,٣-
كولومبيا (١)	كلا الجنسين	٢٥١٧	٥,٣	١,١	٨,٠	٦,٤	٦,٦	٧,١	٧,٠	٢٢٢,٨-
	الإناث	٤٧١	١,٩	١,٢	٣,٦	١,٦	٢,٢	١,٩	٣,٠	٢٣٥,٦-
	الذكور	٢٠٤٦	٨,٧	٠,٩	١٢,٤	١١,٤	١١,٥	١٦,٣	١١,٣	٢١٩,٣-
جزر القمر (٤)	كلا الجنسين	٧٥	١٠,٥	١,٩	١٢,٩	١٣,٠	٢٨,٦	٨٢,١	١٥,٦	٢٨,٦
	الإناث	٢١	٦,٠	١,٥	٦,٥	٥,٥	١٦,٣	٦٧,٠	٩,٦	٢٧,٤
	الذكور	٥٤	١٤,٩	٢,٢	١٩,٢	٢٠,٥	٤١,٤	١٠١,٦	٢١,٩	٢٩,٧
الكونغو (٤)	كلا الجنسين	٣٣٨	٧,٨	١,٤	١٤,٤	١١,٧	١٠,١	١٦,٨	٩,٦	٢٨,٧-
	الإناث	٨٢	٣,٨	١,٠	٦,٧	٥,٣	٩,١	٥,٢	٥,٦	٢١٧,٦-
	الذكور	٢٥٦	١١,٨	١,٧	٢٢,١	١٨,١	١٥,١	٢٦,٢	١٤,٧	٢٥,٦-
كوستاريكا (١)	كلا الجنسين	٣٣١	٦,٩	٠,٦	٧,٩	١٠,٤	٨,٥	٧,٢	٧,٠	٢٢٢,٧-
	الإناث	٥٣	٢,٢	٠,٢	٣,٢	٣,٢	٢,٥	٠,٦	١,٨	٢٢٤,٦
	الذكور	٢٧٨	١١,٤	١,٠	١٢,٣	١٧,٤	١٤,٥	١٥,١	١١,٢	٢١٢,٨-
ساحل العاج (٤)	كلا الجنسين	١٠٦٢	٥,٤	١,٥	٨,٥	٦,٨	٩,١	٢٦,٧	٧,٤	٢١٥,٠
	الإناث	٢٧٩	٢,٩	١,٠	٤,١	٣,٧	٦,٢	١٣,٧	٤,١	٢١٦,٣
	الذكور	٧٨٥	٧,٨	٢,٠	١٢,٨	٩,٧	١١,٤	٣٧,٧	١٠,٦	٢١٥,٥
كرواتيا (١)	كلا الجنسين	٧٠٩	١٦,٥	٠,٤	٨,٠	١٤,٦	٢٣,٢	٣٧,٢	١١,٦	٢٢٩,١-
	الإناث	١٥٥	٧,٠	٠,١	٢,٧	٥,١	٩,٧	١٦,٠	٦,٩	٢٣٥,٥-
	الذكور	٥٥٤	٢٦,٧	٠,٦	١٣,٠	٢٣,٩	٢٧,٨	٣٧,٠	١٩,٨	٢٢٧,٨-
كوبا (١)	كلا الجنسين	١٦٤٨	١٤,٦	٠,٨	٦,٠	١٤,٨	٢٤,٤	٣٦,١	١١,٤	٢٢١,٩-
	الإناث	٣٣٤	٦,٠	١,٥	٤,٢	٤,٢	١٣,٤	١٢,٠	٨,٧	٢٤٨,١-
	الذكور	١٣١٥	٢٣,٢	٠,١	١٠,٢	٢٥,٠	٢٥,٧	٦٥,١	٢٠,٨	٢١١,٢-
قبرص (١)	كلا الجنسين	٥٨	٥,٢	٠,٠	٥,٩	٧,٨	٥,٠	٤,٧	١,٣	٢٢٦٩,٨
	الإناث	٩	١,٦	٠,٠	٢,٤	٢,٠	١,٥	١,٥	١,١	٢٤١,٥
	الذكور	٤٩	٨,٦	٠,٠	٩,٠	١٢,١	٨,٦	٨,٧	١,٥	٢٤١٦,٩

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار) ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠,٠٠٠) ٢٠١٢					معدلات الانتحار حسب العمر*** المقيسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠,٠٠٠) ٢٠١٢	معدلات الانتحار حسب العمر*** المقيسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠,٠٠٠) ٢٠٠٠	% التغير في معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			جميع الأعمار	١٤-٥ سنة	٢٩-١٥ سنة	٤٩-٣٠ سنة	٦٩-٥٠ سنة			
الجمهورية التشيكية (١)	كلا الجنسين	١٦٦٣	١٥,٦	٠,٢	١٠,٦	١٧,٨	٢٣,٨	١٩,٤	١٣,٧	٪٨,٤-
	الإناث	٣٦٩	٥,٠	٠,٠	٣,٦	٥,٥	٦,٨	٧,٣	٥,٢	٪٢٤,٨-
	الذكور	١٣٩٤	٢٦,٦	٠,٣	١٧,١	٢٩,٥	٤٢,٠	٣٩,٠	٢٣,٠	٪٦,٥-
جمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية (٤)	كلا الجنسين	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	الإناث	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	الذكور	-	-	-	-	-	-	-	-	-
جمهورية الكونغو الديمقراطية (٤)	كلا الجنسين	٥٢٤٨	٨,٠	١,٩	١٤,٩	١٢,٥	١١,٠	١٥,٢	٨,٠	٪٢٦,٣
	الإناث	١٢٨٧	٣,٩	١,٦	٧,٢	٤,٩	٥,٧	٨,٤	٣,٦	٪٣٢,٧
	الذكور	٣٩٦١	١٢,١	٢,٣	٢٢,٦	٢٠,٣	١٦,٨	٢٤,٣	١٥,٨	٪٢٣,٦
الدنمارك (١)	كلا الجنسين	٦٢٥	١١,٢	٠,٢	٥,٧	١٢,٩	١٨,٣	١٦,٩	١٢,٠	٪٢٧,٠-
	الإناث	١٥٤	٥,٥	٠,١	٢,٩	٥,١	٩,٨	٨,٤	٦,٠	٪٣١,٦-
	الذكور	٤٧١	١٧,٠	٠,٢	٨,٤	٢٠,٧	٢٦,٩	٢٨,٢	١٣,٦	٪٢٦,٢-
جيبوتي (٤)	كلا الجنسين	٩٢	١٠,٧	١,٨	١٢,٥	٩,٨	٢٢,٧	٨٥,٣	١٤,٧	٪٢٦,٩
	الإناث	٢٧	٦,٣	١,٤	٦,٤	٤,٤	١٣,٤	٦٩,٩	٩,٣	٪٢١,١
	الذكور	٦٥	١٥,٠	٢,٢	١٨,٥	١٥,١	٣٢,٤	١٠٣,٩	٢٠,٢	٪٢٣,٤
الجمهورية الدومينيكية (٢)	كلا الجنسين	٣٧٥	٣,٧	٠,٤	٣,٣	٤,٧	٧,١	١٣,٨	٥,٩	٪٣١,١-
	الإناث	٩٥	١,٩	٠,٤	١,٤	٢,١	٤,٠	٧,٩	٢,١	٪٣٤,٢-
	الذكور	٢٨٠	٥,٤	٠,٣	٥,٢	٧,٣	١٠,٣	٢٠,٣	٨,٦	٪٢٩,٤-
إكوادور (٢)	كلا الجنسين	١٣٧٧	٨,٩	٢,٠	١٥,٧	٨,٦	١٠,٧	١٥,٩	٩,٢	٪٢٣,٤
	الإناث	٤١٠	٥,٣	١,٨	١٠,٩	٤,٠	٩,٤	٩,٤	٥,٧	٪٨,٠-
	الذكور	٩٦٧	١٢,٥	٢,٢	٣٠,٤	١٣,٤	١٧,٤	٢٣,٤	١٢,٢	٪٢٩,٠
مصر (٢)	كلا الجنسين	١٢٦٤	١,٦	٠,٣	١,٩	٢,٠	٥,٣	٥,٣	٢,٦	٪٣٣,٦-
	الإناث	٤٢٣	١,١	٠,٢	١,٣	١,٢	١,٦	٤,٢	٢,١	٪٤٥,٣-
	Males	٨٣١	٢,١	٠,٤	٢,٤	٢,٨	٣,٣	٧,١	٢,٤	٪٢٤,١-
السلفادور (٢)	كلا الجنسين	٨٠٦	١٢,٨	١,٦	١٧,٦	١٨,١	١٧,٥	٢٠,٦	١٣,٧	٪١٣,٣-
	الإناث	١٩١	٥,٨	١,٨	٩,٦	٥,٩	٦,٥	٦,٩	٥,٧	٪٢٤,٥-
	الذكور	٦١٥	٢٠,٦	١,٥	٢٥,٨	٢٤,٠	٣٢,١	٣٩,٣	٢٣,٥	٪٢١,٣
غينيا الاستوائية (٤)	كلا الجنسين	١٠٢	١٣,٩	٢,٧	٢٤,٨	١٨,٣	١٩,٥	٣٠,١	١٦,٦	٪٢٠,٤
	الإناث	٢٦	٧,٤	٢,١	١٤,٣	٧,٥	١٠,٤	١٦,٤	٨,٦	٪٣٥,٦
	الذكور	٧٦	٢٠,١	٣,٢	٣٥,٣	٢٨,١	٢٧,٢	٤٤,٨	٢٤,١	٪١٥,٩
إريتريا (٤)	كلا الجنسين	٥١٠	٨,٣	١,٠	٨,٣	١١,٦	٣٥,٠	٧٩,٠	١٦,٤	٪٠,٤-
	الإناث	١٢٤	٤,٠	٠,٦	٣,٠	٤,١	١٨,٠	٥٧,٨	٨,٧	٪٥٥,٥-
	الذكور	٣٨٦	١٢,٦	١,٣	١٣,٦	١٩,٤	٥٥,١	١١٦,٦	٢٥,٨	٪٢٠,٠
إستونيا (١)	كلا الجنسين	٢٢٦	١٧,٥	١,٦	١٣,٣	١٥,٦	٢٥,١	٣٣,٦	١٢,٦	٪٤٥,٩-
	الإناث	٤٦	٦,٦	٠,٠	٣,٧	٣,١	٧,٣	١٩,٥	٣,٨	٪٥٩,٧-
	الذكور	١٨١	٢٠,٢	٣,٠	٢٢,٦	٢٨,٣	٤٧,٨	٦٥,٥	٢٤,٩	٪٤٢,٨-
إثيوبيا (٤)	كلا الجنسين	٦٨٥٢	٧,٥	١,٧	١٠,٧	٨,١	١٥,٩	٦١,٣	١١,٥	٪١٢,٧-
	الإناث	١٧٨١	٣,٩	١,٢	٤,١	٢,٧	٩,٥	٥٢,٢	٦,٧	٪١١,١-
	الذكور	٥٠٧١	١١,١	٢,١	١٧,٢	١٣,٦	٢٢,٩	٣٢,٩	١٦,٥	٪١٢,٠-
فيجي (٢)	كلا الجنسين	٥٢	٥,٩	٠,٣	٣,٨	٦,١	١٤,٥	٣١,٥	٧,٣	٪١٢,٧-
	الإناث	١٤	٣,٢	٠,٢	١,٧	٢,٦	٧,٨	٢٧,٠	٤,١	٪٢٥,٤-
	الذكور	٣٨	٨,٥	٠,٣	٥,٨	٩,٤	٢١,٣	٤٨,٤	١٠,٦	٪٨,٤-
فنلندا (١)	كلا الجنسين	٩٠١	١٦,٧	٠,٣	١٨,٨	٢١,٠	٢١,٢	١٦,٥	٢٠,٨	٪٢٨,٩-
	الإناث	٢٢٤	٨,١	٠,١	١٠,٧	١٠,٠	١٠,٩	٥,٦	٧,٥	٪٢٥,٣-
	الذكور	٦٧٧	٢٥,٥	٠,٥	٢٦,٦	٣١,٥	٣١,٨	٣٣,٣	٢٣,٢	٪٣٠,٢-
فرنسا (١)	كلا الجنسين	١٠٠٩٣	١٥,٨	٠,٦	١٥,٨	١٩,٣	٢٣,١	٢٨,٩	١٢,٣	٪١٧,٢-
	الإناث	٢٦١٨	٧,٩	٠,٥	٣,٢	٨,٨	١٣,٠	١٢,٧	٦,٠	٪١٩,٥-
	الذكور	٧٤٧٥	٢٤,٢	٠,٦	١١,٨	٢٩,٩	٣٤,١	٥٤,٠	١٩,٢	٪١٧,٤-
الجابون (٤)	كلا الجنسين	١١٤	٧,٠	٠,٩	١٢,٠	٨,٨	٩,٦	٢٠,٤	٧,٩	٪٢٣,٨
	الإناث	٣١	٣,٨	٠,٨	٦,٢	٤,٥	٥,٧	١٢,١	٤,٥	٪٢٣,٠
	الذكور	٨٣	١٠,١	١,١	١٧,٦	١٣,١	١٣,٧	٣١,٥	١٢,١	٪٢٣,٢
غامبيا (٤)	كلا الجنسين	٥٨	٣,٢	٠,٨	٥,٤	٤,٣	٦,٣	٢٠,٩	٥,٠	٪٢٣,١-
	الإناث	١٥	١,٦	٠,٥	٢,٣	٢,٢	٤,٣	٩,٩	٢,٦	٪٢٤,٨-
	الذكور	٤٣	٤,٩	١,٢	٨,٧	٦,٦	٨,٣	٣١,٧	٧,٦	٪٢١,٩-
جورجيا (٢)	كلا الجنسين	١٦٥	٣,٨	٠,٤	٢,٩	٤,٤	٤,٧	٨,١	٤,٣	٪٢٦,١-
	الإناث	٣٢	١,٤	٠,١	١,٤	٠,٨	١,٣	٤,٤	١,٠	٪٢٥,٣-
	الذكور	١٣٣	٦,٤	٠,٦	٤,٥	٨,٤	٨,٨	١٤,٣	٥,٧	٪٢٥,٣-
ألمانيا (١)	كلا الجنسين	١٠٠٧٤٥	١٢,٠	٠,٣	١٢,٧	١٦,٩	٢٢,٧	٢٢,٧	٩,٢	٪١٧,٠-
	الإناث	٣٦٢١	٦,٢	٠,٢	٣,١	٥,٦	٨,٠	١١,٦	٤,١	٪٢٠,٢-
	الذكور	٨١٢٤	٢٠,٠	٠,٣	١٢,٠	١٩,٤	٢٦,٠	٤٠,٧	١٤,٥	٪١٧,٤-
غانا (٤)	كلا الجنسين	٥٧٧	٢,٣	٠,٥	٣,٤	٢,٤	٤,١	١٣,٧	٢,٦	٪١٨,٠
	الإناث	٢٠٥	١,٦	٠,٤	٢,٠	١,٦	٣,٥	٩,٦	٢,٢	٪١٩,٤
	الذكور	٣٧٢	٣,٠	٠,٦	٤,٧	٣,٣	٤,٨	١٩,٧	٤,٢	٪٢٣,٤
اليونان (٢)	كلا الجنسين	٥٥٨	٤,٩	٠,١	٣,٠	٥,٩	٧,٦	٧,٦	٣,٨	٪١٠,٥
	الإناث	٩٩	١,٨	٠,٠	٠,٩	١,٩	٢,٤	٢,٨	١,٢	٪٨,٥
	الذكور	٤٤٩	٨,٢	٠,١	٩,٧	٩,٧	١٠,٦	١٤,١	٦,٣	٪١٠,٣

البلد (جودة بيانات الوفيات (**))	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢					معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر *** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر *** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠٠٠	% التغير في معدلات الانتحار المقَيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			جميع الأعمار	١٤-٥ سنة	١٥-٢٩ سنة	٣٠-٤٩ سنة	٥٠-٦٩ سنة			
غواتيمالا (٢)	كلا الجنسين	١١٠١	٧,٢	١,٥	١٢,٨	١٠,٣	٩,٩	١٥,٠	٨,٧	٧,٢
	الإناث	٣١٧	٤,١	١,٥	٨,٤	٤,٥	٣,٢	٤,٩	٤,٣	٣,٤
	الذكور	٧٨٤	١٠,٧	١,٦	١٧,٢	١٧,٥	١٧,٤	٣٦,٧	١٣,٧	١١,٤
غينيا (٤)	كلا الجنسين	٣٧٧	٣,٣	٠,٩	٥,٣	٤,٠	٥,٩	١٧,٧	٤,٧	٤,٧
	الإناث	٩٥	١,٧	٠,٦	٢,٣	١,٨	٣,٩	٩,١	٢,٥	٢,٥
	الذكور	٢٨٢	٤,٩	١,٢	٨,٢	٨,١	٨,١	٢٨,٢	٧,١	٧,١
غينيا بيساو (٤)	كلا الجنسين	٥١	٣,١	٠,٦	٤,٨	٣,٠	٦,٧	٢٣,١	٤,٧	٤,٣
	الإناث	١٤	١,٦	٠,٤	٢,٥	١,٢	٤,١	١١,٨	٢,٤	٢,٤
	الذكور	٣٨	٤,٥	٠,٨	٧,٢	٤,٨	٩,٤	٣٦,٩	٧,٢	٦,٦
غيانا (٢)	كلا الجنسين	٢٧٧	٣٤,٨	٢,٩	٢٩,٧	٦٤,٠	٨١,٤	٩٥,١	٤٤,٢	٤٨,٣
	الإناث	٧٢	١٨,٣	٢,٨	١٧,٦	٢٩,٣	٣٨,٥	٥١,١	٢٢,١	٢٤,٦
	الذكور	٢٠٥	٥٠,٨	٢,٩	٤١,٦	٩٨,٣	١٢٦,٦	٢٠٦,٩	٧٠,٨	٧٢,٢
هايتي (٢)	كلا الجنسين	٢٣٥	٢,٣	١,١	٢,٥	٢,٩	٤,٦	٨,٠	٢,٨	٣,١
	الإناث	١٠٧	٢,١	١,٣	٢,٤	٢,٣	٣,٨	٦,٣	٢,٤	٢,٥
	الذكور	١٢٨	٢,٥	٠,٩	٢,٦	٣,٧	٥,٤	١٠,١	٣,٣	٣,٨
هندوراس (٤)	كلا الجنسين	٣٨٦	٤,٩	١,٤	٧,٣	٦,٥	٧,١	٩,٦	٥,٥	٥,٦
	الإناث	١١٠	٢,٨	١,٢	٥,٣	٢,٨	٢,٠	٣,٠	٢,٨	٢,٩
	الذكور	٢٧٧	٧,٠	١,٥	٩,٣	١٠,٣	١٢,٣	١٧,٤	٨,٣	٨,٤
هنغاري (١)	كلا الجنسين	٢٥١٩	٢٥,٣	٠,٦	١٠,٩	٢٦,٣	٤١,١	٤٢,٣	١٩,١	٢٥,٧
	الإناث	٥٦٧	١٠,٨	٠,٥	٣,٤	٩,٢	١٧,٦	٢٠,٤	٧,٤	١٠,٦
	الذكور	١٩٥٢	٤١,٢	٠,٦	١٨,١	٤٢,٨	٦٩,٦	٨٤,٤	٣٢,٤	٤٣,١
آيسلندا (١)	كلا الجنسين	٤٩	١٥,١	٠,٠	٨,٢	٢٨,٤	٢٢,٩	٧,٠	١٤,٠	١٦,٤
	الإناث	١٢	٧,٥	٠,٠	٤,٥	٩,٨	١٧,١	٢,٥	٦,٧	٦,٠
	الذكور	٣٧	٢٢,٥	٠,٠	١١,٩	٤٦,٤	٢٨,٦	١٢,٥	٢١,٠	٢٦,٥
الهند (٣)	كلا الجنسين	٢٥٨ ٠٧٥	٢٠,٩	٢,٠	٣٥,٥	٢٨,٠	٢٠,٠	٢٠,٩	٢١,١	٢٢,٣
	الإناث	٩٩ ٩٧٧	١٦,٧	٢,٤	٣٦,١	١٧,٢	١١,١	١١,٢	١٦,٤	٢٠,٣
	الذكور	١٥٨ ٠٩٨	٢٤,٧	١,٦	٣٤,٩	٣٨,٠	٢٨,٩	٢٢,٧	٢٥,٨	٢٦,٢
إندونيسيا (٤)	كلا الجنسين	٩١٠٥	٣,٧	٠,٣	٣,٦	٣,٩	٧,٤	١٨,٤	٤,٣	٥,٤
	الإناث	٥٢٠٦	٤,٢	٠,٤	٣,٦	٤,٢	٩,٠	٢٢,١	٤,٩	٥,٩
	الذكور	٣٩٠٠	٣,١	٠,٢	٣,٦	٣,٦	٥,٨	١٣,٥	٣,٧	٤,٧
جمهورية إيران الإسلامية (٢)	كلا الجنسين	٤٠٦٩	٥,٣	٠,٧	٧,٨	٥,٦	٥,٠	١٦,١	٥,٢	٧,٢
	الإناث	١٣٦٩	٣,٦	٠,٦	٥,٥	٣,٠	٣,٧	١٣,٤	٣,٦	٦,٤
	الذكور	٢٧٠٠	٧,٠	٠,٨	١٠,٠	٨,١	٦,٥	١٨,٦	٦,٧	٧,٩
العراق (٢)	كلا الجنسين	٣٦٦	١,٢	٠,٣	١,٤	١,٧	٢,٥	٧,١	١,٧	١,٤
	الإناث	٢٤٦	١,٥	٠,٣	٢,٠	٢,٠	٢,٧	٩,١	٢,١	١,٩
	الذكور	١٢٠	٠,٨	٠,٢	٠,٧	١,٤	٢,١	٤,٣	١,٢	١,٠
آيرلندا (١)	كلا الجنسين	٥٢٤	١١,٥	٠,٨	١٤,٥	١٥,٧	١٥,٤	٧,١	١١,٠	١٢,١
	الإناث	١٢٦	٥,٥	٠,٥	٦,٢	٧,٤	٨,٣	٣,٤	٥,٢	٤,٢
	الذكور	٣٩٨	١٧,٥	١,٠	٢٣,١	٢٤,٢	٢٢,٦	٢٢,٠	١٦,٩	١٩,٩
إسرائيل (١)	كلا الجنسين	٤٧٠	٦,٢	٠,٢	٤,٧	٧,٨	١١,٥	١٤,٧	٥,٩	٦,٥
	الإناث	٩٤	٢,٤	٠,١	١,٨	٣,٣	٥,٠	٣,٤	٢,٣	٢,٦
	الذكور	٣٧٧	١٠,٠	٠,٢	٧,٤	١٢,٥	١٨,٥	٢٠,٣	٩,٨	١٠,٦
إيطاليا (١)	كلا الجنسين	٣٩٠٨	٦,٤	٠,٢	٣,٤	٦,٧	٨,٩	١٠,٨	٤,٧	٥,٠
	الإناث	٨١٧	٢,٦	٠,١	١,٣	٢,٧	٤,٠	١,٩	١,٩	٢,٤
	الذكور	٣٠٩١	١٠,٥	٠,٣	٥,٤	١٠,٧	١٤,٤	٢٠,٦	٧,٦	٨,٠
جامايكا (٢)	كلا الجنسين	٣٣	١,٢	٠,٢	١,٢	١,٤	١,٥	٤,٦	١,٢	١,١
	الإناث	١٠	٠,٧	٠,٢	٠,٨	٠,٧	٠,٨	٢,٧	٠,٧	٠,٦
	الذكور	٢٣	١,٧	٠,٣	١,٥	٢,٢	٢,٢	٧,٠	١,٨	١,٧
اليابان (١)	كلا الجنسين	٢٩ ٤٤٢	٢٣,١	٠,٥	١٨,٤	٢٦,٨	٣١,٨	٢٥,٥	١٨,٥	١٨,٨
	الإناث	٨٥٥٤	١٣,١	٠,٣	١٠,٨	١٤,٣	١٦,٢	١٧,١	١٠,١	٩,٩
	الذكور	٢٠ ٨٨٨	٣٣,٧	٠,٧	٢٥,٧	٣٨,٩	٤٨,٠	٣٧,٦	٢٦,٩	٢٨,١
الأردن (٢)	كلا الجنسين	١١٤	١,٦	٠,٣	٢,٢	٢,١	٢,٨	٦,٨	٢,٠	٢,٤
	الإناث	٥٤	١,٦	٠,٣	٢,٤	٢,٠	٢,١	٦,١	١,٩	٢,١
	الذكور	٦٠	١,٧	٠,٣	٢,٠	٢,٣	٣,٣	٧,٥	٢,٢	٢,٧
كازاخستان (١)	كلا الجنسين	٣٩١٢	٣٤,٠	٣,٢	٣٠,٨	٣٤,٤	٢٨,٨	٢٨,٨	٣٣,٨	٣٧,٦
	الإناث	٧٨٨	٩,٤	٢,٤	١٥,٠	١٠,٥	٩,٥	١١,٩	٩,٣	١٢,٦
	الذكور	٣١٢٣	٣٩,٨	٤,٠	٤٦,٦	٥٩,٨	٥٣,٦	٦٣,٤	٤٠,٦	٦٦,٩
كينيا (٤)	كلا الجنسين	٤٦٤٧	١٠,٨	٢,٤	١٦,٢	١٣,٢	٢١,٤	٧٨,٧	١٦,٢	١٦,٥
	الإناث	١٠٥٠	٤,٩	١,٦	٥,٧	٤,٣	١٠,٩	٦٢,٤	٨,٤	٩,٢
	الذكور	٣٥٩٧	١٦,٧	٣,٢	٢٦,٨	٢٢,٠	٣٣,٢	٩٨,٨	٢٤,٤	٢٤,٠
الكويت (١)	كلا الجنسين	٣٣	١,٠	٠,٣	١,٤	١,٣	١,٢	٠,٠	٠,٩	١,٤
	الإناث	١٢	٠,٩	٠,٤	١,٤	١,٣	٠,٣	٠,٠	٠,٨	١,٣
	الذكور	٢١	١,١	٠,٢	١,٣	١,٣	١,٧	١,٧	١,٠	١,٤
قيرغيزستان (١)	كلا الجنسين	٤٧٦	٨,٧	٠,٨	١١,٦	١٣,٣	١١,٣	١٤,٤	٩,٢	١٥,٤
	الإناث	١٢٣	٤,٤	٠,٤	٧,٣	٥,٥	٣,١	١٢,٢	٤,٥	٥,٨
	الذكور	٣٥٣	١٣,١	١,٢	١٥,٩	٢١,٠	١٧,٩	١٤,٢	١٤,٢	٢٦,٠

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار) ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠، ٢٠١٢)					معدلات الانتحار حسب العمر*** المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠٠، ٢٠١٢)	معدلات الانتحار حسب العمر*** المُقَيَّسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠٠، ٢٠١٢)	% التغير في معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠١٠
			١٤-٥ سنة	٢٩-١٥ سنة	٤٩-٣٠ سنة	٦٩-٥٠ سنة	أكثر من ٧٠ سنة			
جمهورية لاو الديمقراطية (٤) الشعبية	كلا الجنسين	٤٢٢	٦,٤	٠,٤	٦,٩	٨,٤	١٥,٦	٣٦,٤	٨,٨	١٤,٤
	الإناث	١٦١	٤,٨	٠,٣	٤,٧	٥,٦	١٣,٣	٢٩,٢	٦,٦	١١,٨
لاتفيا (١)	الذكور	٢٦١	٧,٩	٠,٥	٩,١	١١,٥	١٨,١	٤٥,٩	١١,٢	١٧,٢
	كلا الجنسين	٤١٩	٢٠,٤	٠,٣	١٣,٨	٢٣,٩	٣٠,٤	٣٦,٢	١٦,٢	٢٩,٠
لبنان (٤)	الإناث	٦٨	٦,١	٠,٣	٢,٨	٤,٩	١٠,٧	١٠,٧	٤,٣	٩,٣
	الذكور	٣٥١	٣٧,٣	٠,٣	٢٤,٥	٤٣,٥	٥٨,٢	٦٢,٤	٣٠,٧	٥٢,٨
ليسوتو (٤)	كلا الجنسين	٤٣	٠,٩	٠,١	٠,٦	٠,٦	١,٥	٥,٦	٠,٩	١,٧
	الإناث	١٤	٠,٦	٠,١	٠,٧	٠,٤	٠,٦	٣,٤	٠,٦	١,٢
ليبيريا (٤)	الذكور	٢٩	١,٢	٠,١	٠,٦	٠,٨	٢,٣	٧,٩	١,٢	٢,٢
	كلا الجنسين	١١٠	٥,٤	١,٤	٨,٣	٦,٣	٧,٢	١٦,٨	٦,١	٤,٠
ليبيا (٤)	الإناث	٣٢	٢,١	١,١	٤,٦	٣,٠	٤,٥	١٠,١	٣,٤	٢,٣
	الذكور	٧٨	٣,٧	١,٧	١٢,٠	٩,٦	١١,٥	٣٧,٦	٩,٢	٦,٠
ليتوانيا (١)	كلا الجنسين	١٠٩	٢,٦	٠,٥	٣,٧	٢,٩	٦,٧	٢١,٣	٤,٣	٥,٠
	الإناث	٢٦	١,٢	٠,٣	١,٥	١,١	٤,٠	١٠,١	٢,٠	٢,٢
لوكسمبرغ (١)	الذكور	٨٤	٤,٠	٠,٦	٥,٨	٤,٦	٩,٦	٣٤,٦	٦,٨	٧,٩
	كلا الجنسين	٩٠	١,٥	٠,٢	١,٤	١,٧	٣,٠	٨,٤	١,٨	٢,٧
مادغشقر (٤)	الإناث	٣٨	١,٢	٠,٢	١,٥	١,٤	١,٧	٥,٨	١,٤	٢,٠
	الذكور	٥٣	١,٧	٠,٢	١,٢	١,٩	٤,٢	١١,٧	٢,٢	٣,٣
ماليزيا (٢)	كلا الجنسين	١٠٠٧	٣٣,٣	٠,٦	٣٦,٨	٤٦,٦	٤٣,٦	٣٥,٣	٢٨,٢	٤٤,٩
	الإناث	١٧٧	١٠,٩	٠,٤	٦,٥	١٤,٠	١١,٣	٢٠,٢	٨,٤	١٥,٠
مالديف (٢)	الذكور	٨٣٠	٥٩,٥	٠,٧	٤٦,٥	٨٠,٨	٨٦,٠	٧٣,٥	٥١,٠	٧٩,٣
	كلا الجنسين	٥٦	١٠,٨	٠,٣	٦,١	١٢,٩	١٣,٤	١٣,٤	٨,٧	١٣,٣
مالي (٤)	الإناث	١٤	٥,٥	٠,٠	٤,٤	٥,٧	٨,٠	٩,٦	٤,٤	٧,١
	الذكور	٤٢	١٦,١	٠,٦	٧,٧	١٩,٩	٢٩,٦	١٩,٠	١٣,٠	٣٠,٠
ملاوي (٤)	كلا الجنسين	١٦٢٥	٧,٣	٢,٢	١٠,٦	٨,٠	١٦,٠	٥٢,٤	١١,٠	١٠,٨
	الإناث	٤٧٤	٤,٢	١,٥	٥,٦	٢,٢	١٠,٣	٤٤,٣	٦,٩	٧,٢
ملاوي (٤)	الذكور	١١٥١	١٠,٤	٢,٩	١٥,٦	١٢,٩	٢٢,٢	٦١,٨	١٥,٢	١٤,٦
	كلا الجنسين	١٣٧٦	٨,٧	١,٦	١٠,٥	٩,٧	٢٤,٧	٩٦,٧	١٦,٠	١٣,١
ماليزيا (٢)	الإناث	٣٧٠	٤,٧	١,٤	٥,٠	٢,٨	١٢,٤	٧٠,٠	٨,٩	٧,١
	الذكور	١٠٠٦	١٢,٦	١,٨	١٥,٩	١٦,٤	٣٩,٤	١٢٩,٠	٢٣,٩	١٩,٦
مالديف (٢)	كلا الجنسين	٧٧٢	٢,٦	٠,١	٢,٢	٢,٨	٥,٥	١٣,٣	٣,٠	٤,٠
	الإناث	١٨٣	١,٢	٠,١	١,٠	١,١	٢,٩	٧,٧	١,٥	٢,٣
مالديف (٢)	الذكور	٥٨٨	٤,٢	٠,٢	٣,٨	٤,٧	٨,١	١٨,٦	٤,٧	٥,٧
	كلا الجنسين	١٧	٥,٠	٠,٥	٤,١	٤,١	١١,٩	٤٠,٢	٦,٤	٣٠,٩
مالي (٤)	الإناث	٦	٣,٦	٠,٤	٢,٢	٢,٤	٩,٩	٣٦,٩	٤,٩	١٨,٣
	الذكور	١١	٦,٤	٠,٥	٥,٩	٦,٠	١٣,٨	٤٣,٠	٧,٨	٢٣,٣
مالطة (١)	كلا الجنسين	٤١٠	٢,٨	٠,٦	٤,٣	٣,٥	٦,٣	٣٥,٨	٤,٨	٥,٢
	الإناث	١٢٩	١,٧	٠,٥	٢,٩	١,٨	٤,٠	١٢,٦	٢,٧	٢,٨
مالطيا (١)	الذكور	٢٨٢	٣,٨	٠,٦	٥,٥	٥,٣	٩,٢	٤٢,١	٧,٢	٧,٨
	كلا الجنسين	٢٩	٦,٨	٠,٠	٤,٠	١١,٢	٨,٦	٥,٦	٦,٠	٦,٠
موريتانيا (٤)	الإناث	٢	٠,٧	٠,٠	٢,١	٠,٠	١,٢	٠,٠	٠,٧	٢,٢
	الذكور	٢٧	١٢,٨	٠,٠	٥,٨	٢١,٨	١٦,١	١٣,٠	١١,١	٩,٨
موريشيوس (١)	كلا الجنسين	٦٨	١,٨	٠,٣	٢,٤	١,٨	٤,٠	١٧,٦	٢,٩	٣,١
	الإناث	١٨	١,٠	٠,٢	١,٢	٠,٨	٢,٥	٩,٢	١,٥	١,٦
موريشيوس (١)	الذكور	٤٩	٢,٦	٠,٤	٣,٥	٢,٧	٥,٦	١٩,١	٤,٥	٤,٨
	كلا الجنسين	١٠٥	٨,٥	٠,٨	١٠,٧	١٢,١	٨,٨	٧,٤	٨,٠	٩,٨
موريشيوس (١)	الإناث	١٩	٣,٠	١,٤	٤,٥	٣,٠	٣,٤	٢,٨	٢,٩	٥,٠
	الذكور	٨٦	١٤,١	٠,٢	١٦,٨	٢١,١	١٤,٥	١٤,٤	١٣,٢	١٤,٨
المكسيك (١)	كلا الجنسين	٤٩٥١	٤,١	٠,٩	٦,٠	٥,٣	٥,١	٥,٨	٤,٢	٣,٦
	الإناث	١٠٥٥	١,٧	٠,٨	٣,١	٢,٠	١,٣	٠,٥	١,٧	١,١
منغوليا (٤)	الذكور	٣٨٩٦	٦,٧	١,٠	٨,٩	٩,١	٩,٦	١٢,٧	٧,١	٦,٥
	كلا الجنسين	٢٦١	٩,٤	٠,٧	٨,٩	١٥,٧	١٣,٦	١٩,٠	٩,٨	١٠,٤
منغوليا (٤)	الإناث	٤٧	٣,٤	٠,٣	٣,٤	٤,٦	٥,٤	١١,٦	٣,٧	٥,٦
	الذكور	٢١٤	١٥,٥	١,٠	١٤,٣	٢٧,١	٢٣,١	٢٩,٨	١٦,٣	١٥,٤
الجزيرة السود (٢)	كلا الجنسين	١١٧	١٨,٩	٠,٨	١١,٢	١٧,٤	٣١,٠	٤٨,٧	١٥,٣	١١,٣
	الإناث	٢٨	٩,٠	٠,٣	٣,٢	٥,٨	١٥,٠	٣٠,١	٦,٤	٥,٠
المغرب (٢)	الذكور	٨٩	٢٩,٠	١,٢	١٨,٨	٢٩,٣	٤٨,١	٧٤,٩	٢٤,٧	١٨,٢
	كلا الجنسين	١٦٢٨	٥,٠	٠,٩	٥,٩	٦,٤	٧,٢	١٤,٤	٥,٣	٢,٧
موزمبيق (٤)	الإناث	١٩٨	١,٢	٠,٢	١,٧	١,٣	١,٣	٣,٧	١,٢	١,٣
	الذكور	١٤٣١	٨,٩	١,٥	١٥,٠	١٢,٠	١٣,٥	٣٠,١	٩,٩	٤,٢
موزمبيق (٤)	كلا الجنسين	٤٣٠	١٧,٣	٥,٠	٣٥,٢	١٩,٢	٣٦,٧	١٤٤,٧	٢٧,٤	٢٤,٦
	الإناث	١٦٣٩	١٢,٧	٤,٥	١٤,٢	١٠,٥	٢٩,٤	١٤٧,٩	٢١,١	١٩,١
مياثمار (٤)	الذكور	٣٧٢١	٢٢,١	٥,٤	٣٦,٣	٢٩,٣	٤٥,٤	١٤٠,١	٢٤,٢	٣٠,٩
	كلا الجنسين	٦٥٥٨	١٢,٤	١,٣	١٥,٧	١٢,٧	١٩,٤	٤١,٧	١٣,١	١٢,١
موزمبيق (٤)	الإناث	٢٧٠٤	١,٠	١,١	١١,٨	١٠,٣	١٥,٧	٣١,٦	١٠,٣	١٠,٣
	الذكور	٢٨٥٤	١٥,٠	١,٥	١٩,٨	١٥,٢	٢٣,٨	٥٥,٨	١٦,٥	١٤,٣

البلد (جودة بيانات الوفيات (**))	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢					معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر *** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر *** (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠٠٠	% التغير في معدلات الانتحار المُقَيَّسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			جميع الأعمار	١٤-٥ سنة	١٥-٢٩ سنة	٣٠-٤٩ سنة	٥٠-٦٩ سنة			
ناميبيا (٤)	كلا الجنسين	٤٦	٢,٠	٠,٤	٢,٦	٢,٥	٤,٣	١١,٢	٣,٠	٢٧,٥-
	الإناث	١٣	١,١	٠,٢	١,٣	١,٢	٢,٥	٦,٠	١,٧	٢١٣,٩-
	الذكور	٣٣	٢,٠	٠,٦	٢,٩	٣,٩	٦,٨	١٨,٩	٤,٥	٢٢,٠-
نيبال (٤)	كلا الجنسين	٥٥٧٢	٣٠,٣	٢,٠	٢٥,٨	٢٢,٣	٤٥,٢	٨٢,٢	٢٣,٥	٢٢٥,٧-
	الإناث	٢٤٦٨	١٧,٥	٢,١	٢٥,٤	١٩,٨	٣٩,٠	٥٧,٥	٢٠,٠	٢٢٦,٢-
	الذكور	٣١٠٤	٢٣,٣	١,٩	٢٦,٢	٢٥,٢	٦١,٣	١١٠,٣	٣٠,١	٢٢٥,٥-
هولندا (١)	كلا الجنسين	١٦٦٦	١٠,٠	٠,٣	٦,٧	١٣,٠	١٤,٨	١١,٩	٨,٢	٢٣,٣
	الإناث	٤٩٦	٥,٩	٠,١	٣,٦	٧,٩	٨,٤	٧,٤	٥,١	٢٧,٠-
	الذكور	١١٧١	١٤,١	٠,٥	٩,٧	١٨,٠	٢١,١	١٨,٢	١١,٧	٢٦,٩
نيوزيلندا (١)	كلا الجنسين	٤٥٩	١٠,٣	١,٣	١٣,٠	١٣,٢	١٢,٦	١٠,٧	٩,٦	٢٢١,٤-
	الإناث	١٢٢	٥,٤	٠,٩	٧,٣	٧,١	٥,٥	٥,٥	٤,٣	٢١٥,٨
	الذكور	٣٣٧	١٥,٤	١,٧	١٨,٥	١٩,٨	٢٠,١	١٧,١	١٤,٤	٢٢٩,٨-
نيكاراغوا (٢)	كلا الجنسين	٥٥٧	٩,١	١,٤	١٣,٤	١٣,٩	١١,٥	١٣,٢	١١,٥	٢١٣,١-
	الإناث	١٤٦	٤,٨	١,٨	٨,١	٥,٥	٤,٨	٥,٥	٦,٢	٢٢١,٥-
	الذكور	٤٠١	١٣,٥	١,٠	١٨,٧	٢٢,٩	١٨,٨	٢٢,٤	١٧,٠	٢٩٣,٣-
النيجر (٤)	كلا الجنسين	٣١٥	١,٨	٠,٤	٢,٦	٢,٣	٥,٧	١٩,٣	٢,٥	٢٢,٣
	الإناث	٨٧	١,٠	٠,٣	١,٤	١,٠	٣,٨	٩,٩	١,٩	٢٠,٥
	الذكور	٢٢٧	٢,٦	٠,٤	٣,٦	٣,٦	٧,٣	٣٠,٨	٥,٣	٢١,١
نيجيريا (٤)	كلا الجنسين	٧٢٣٨	٤,٣	١,٣	٧,٠	٥,١	٨,٩	٢٥,٦	٦,٤	٢٢,٠
	الإناث	١٥٨٤	١,٩	٠,٨	٢,٨	١,٨	٥,٠	١١,٣	٢,٦	٢٨,٧
	الذكور	٥٦٥٣	٦,٦	١,٨	١١,٠	٨,٢	١٢,٩	٤١,٦	١٠,٣	٢٠,٧-
النرويج (١)	كلا الجنسين	٥٠٨	١٠,٢	٠,٣	١٠,٢	١٢,٩	١٤,٦	١٠,٨	٩,١	٢٢٠,٤-
	الإناث	١٤٥	٥,٨	٠,٣	٥,٥	٧,٦	٨,٦	٥,٢	٥,٥	٢٥٥,٦-
	الذكور	٣٦٤	١٤,٦	٠,٣	١٤,٧	١٨,٠	٢٠,٤	١٨,٥	١٣,٠	٢٢٥,٤-
عمان (٢)	كلا الجنسين	٣٢	١,٠	٠,١	١,٣	١,٠	١,٣	٣,٥	٢,٠	٢٥٠,٣-
	الإناث	٦	٠,٥	٠,١	٠,٧	٠,٥	١,٠	٢,٥	٠,٦	٢٥٢,٠-
	الذكور	٢٦	١,٣	٠,١	١,٦	١,٣	١,٦	٤,٣	١,٢	٢٥١,٤-
باكستان (٤)	كلا الجنسين	١٣ ٣٧٧	٧,٥	١,١	٩,١	٨,٥	١٦,٣	٣٣,٧	٩,١	٢٢,٦
	الإناث	٧٠٨٥	٨,١	١,٦	١٢,٠	٧,٥	١٥,٤	٣٢,٥	٩,٦	٢٠,٣
	الذكور	٦٢٩١	٦,٨	٠,٧	٦,٣	٩,٤	١٧,٢	٣٤,٨	٨,٧	٢٥,٠
بنما (١)	كلا الجنسين	١٧٠	٤,٥	٠,٧	٥,٨	٥,٢	٨,٠	٧,٦	٦,٢	٢٢٣,٧-
	الإناث	٢٥	١,٣	٠,٦	٣,٠	٠,٤	٢,٠	٠,٩	١,٣	٢١٥,٨-
	الذكور	١٤٦	٧,٦	٠,٨	٨,٤	٩,٨	١٤,١	١٥,٢	٨,١	٢٢٥,١-
بابوا غينيا الجديدة (٤)	كلا الجنسين	٥٥٠	٧,٧	٠,٦	٦,٥	٩,٩	٢٧,٨	٥٥,١	١٢,٤	٢١٥,٩-
	الإناث	١٩٣	٥,٥	٠,٥	٤,٥	٢٠,٢	٢٠,٢	٩,١	١٠,٩	٢١٦,٨-
	الذكور	٣٥٦	٩,٧	٠,٧	٨,٤	١٤,٤	٣٦,١	٥٩,٨	١٥,٩	٢١٥,٤-
باراغواي (٢)	كلا الجنسين	٣٥٧	٥,٣	٠,٥	٦,٣	٧,٩	٩,٩	١٢,٢	٦,١	٢١,٩-
	الإناث	٩٤	٢,٨	٠,٦	٣,٨	٣,٤	٥,١	٦,٣	٢,٢	٢٩,٥-
	الذكور	٢٦٢	٧,٨	٠,٥	٨,٧	١٢,٣	١٤,٦	١٩,٠	٩,٠	٢٠,٩-
بيرو (٢)	كلا الجنسين	٩٤٢	٢,١	٠,٦	٤,٩	٣,٧	٣,٨	٥,٢	٣,٢	٢٢٧,١-
	الإناث	٣١١	٢,١	٠,٦	٤,٠	١,٩	٢,٠	٢,١	٢,٩	٢٢٩,٦-
	الذكور	٦٣١	٤,٢	٠,٦	٥,٨	٥,٦	٥,٨	٧,٧	٤,٤	٢٢٦,٢-
الفلبين (١)	كلا الجنسين	٢٥٥٨	٢,٧	٠,٣	٤,٣	٣,٨	٣,٣	٤,٦	٢,٦	٢١٣,٥
	الإناث	٥٥٠	١,١	٠,٣	٢,٢	١,٣	١,٠	١,٩	١,٤	٢١٣,٠-
	الذكور	٢٠٠٩	٤,٢	٠,٣	٦,٤	٦,٣	٥,٨	٨,٦	٣,٩	٢٢٤,٤
بولندا (٢)	كلا الجنسين	٧٨٤٨	٢٠,٥	٠,٥	١٢,٧	١٤,٦	٢٩,٠	١٦,٦	١٨,٥	٢١٠,٥-
	الإناث	١٠٢٨	٥,٢	٠,٣	٤,٦	٧,٨	١٠,٨	٣,٨	٤,٨	٢٢٠,١-
	الذكور	٦٨٢٠	٣٧,٠	٠,٨	٢٢,٥	٤٤,٢	٥٧,٧	٦١,٢	٣٠,٥	٢٣٨,٨-
البرتغال (١)	كلا الجنسين	١٣٢٤	١٢,٥	٠,٣	٣,٨	١٠,٤	١٦,٣	٣٤,٨	٨,٢	٢٧,٠-
	الإناث	٣٠٠	٥,٥	٠,١	١,٧	٤,٧	٧,٠	١٣,٦	٣,٤	٢٤,٨
	الذكور	١٠٢٤	١٩,٩	٠,٦	٥,٩	١٦,٢	٢٦,٦	٢٦,٣	١٣,٦	٢٩,٦-
قطر (٢)	كلا الجنسين	٩٥	٤,٧	٠,٢	٤,٦	٥,٦	٦,٢	١٦,١	٤,٦	٢١٢,٦
	الإناث	٣	٠,٧	٠,١	٠,٨	٠,٦	٢,٠	٨,١	١,٢	٢٣٤,٩-
	الذكور	٩٢	٥,٩	٠,٣	٥,٦	٦,٧	٧,٧	٢٠,٢	٥,٧	٢١٠,٧-
جمهورية كوريا (١)	كلا الجنسين	١٧ ٩٠٨	٣٦,٦	١,٢	١٨,٢	٣٥,٧	٥٠,٤	١١٦,٢	٢٨,٩	٢١٠,٩٤-
	الإناث	٥٧٥٥	٢٣,٤	١,٠	١٤,٩	٢٣,٥	٣٥,٣	٦٩,١	٨,١	٢١٢,٥-
	الذكور	١٢ ١٥٣	٤٩,٩	١,٣	٢١,٣	٤٧,٦	٧٦,٧	١٩٢,١	٤١,٧	٢١٠,٤٦-
جمهورية مولدوفا (١)	كلا الجنسين	٥٦٦	١٦,١	٢,١	١٩,٤	٢٨,٩	١٦,٦	١٣,٧	١٥,٤	٢١١,١-
	الإناث	١٠٢	٥,٥	٢,٨	٣,٥	٤,٨	٩,٧	٨,٠	٤,٨	٢٢٠,٦-
	الذكور	٤٦٣	٢٧,٨	١,٤	١٦,٨	٣٥,٠	٥١,٩	٣٢,٤	٢٤,١	٢١٦,٨-
رومانيا (١)	كلا الجنسين	٢٧٨١	١٢,٨	١,٠	٧,٨	١٥,٤	٢٠,٦	١٥,٣	١٠,٥	٢٧,٣-
	الإناث	٤١٨	٢,٧	٠,٧	٢,٢	٥,٧	٦,٣	٢,٩	٣,٦	٢١٩,٥-
	الذكور	٢٣٦٤	٢٣,٣	١,٣	١٣,٠	٢٦,٧	٣٧,٦	٢٩,٣	١٨,٤	٢٥,٣-
الاتحاد الروسي (١)	كلا الجنسين	٣١ ٩٩٧	٢٢,٤	١,٧	٢٧,٣	٢٦,٥	٢٢,٦	٣٢,١	١٩,٥	٢٥٤,٤-
	الإناث	٥٧١١	٧,٥	١,٣	٨,٠	٧,٥	٦,٩	١٥,٤	٩,٦	٢٣٤,٩-
	الذكور	٢٦ ٢١٦	٣٩,٧	٢,٢	٤٦,١	٤٦,٨	٤٣,٧	٧٢,٣	٣٥,١	٢٤٥,٣-

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار) ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠) ٢٠١٢							% التغير في معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر ٢٠١٢-٢٠١٠
			جميع الأعمار	١٤-٥ سنة	٢٩-١٥ سنة	٤٩-٣٠ سنة	٦٩-٥٠ سنة	أكثر من ٧٠ سنة	معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر*** (لكل ١٠٠٠٠٠) ٢٠١٢	
رواندا (٤)	كلا الجنسين	٨٦٥	٧,٦	١١,١	٩,٢	١٥,٦	٦٨,٠	٢٣٥,٧-	١٨,٥	٢٤٠,٣-
	الإناث	٢٣٦	٤,٠	٤,٧	٢,٣	٩,٧	٥٩,٠	١٢,١	١٢,١	
	الذكور	٦٢٩	١١,٣	٢,٤	١٨,٠	١٥,٤	٧٩,١	١٧,١	٢٥,٥	
السعودية (٢)	كلا الجنسين	٩٨	٠,٣	٠,١	٠,٦	٠,٣	١,٨	٢٢٧,٦-	٠,٦	٢٢٧,٦-
	الإناث	١٩	٠,٢	٠,١	٠,٢	٠,٢	٠,٩	٢٢٩,٦-	٠,٣	٢٢٩,٦-
	الذكور	٧٨	٠,٥	٠,١	٠,٤	٠,٧	٠,٦	٢٢٩,٦-	٠,٩	٢٢٩,٦-
السنغال (٤)	كلا الجنسين	٤٣٨	٣,٢	٠,٥	٤,٣	٧,٨	٣٠,٦	٢٠,٨	٥,٣	٢٠,٨
	الإناث	١١٩	١,٧	٠,٣	٢,٢	١,٦	٤,٨	٢٦,٤-	٣,٠	٢٦,٤-
	الذكور	٣١٨	٤,٧	٠,٧	٦,٤	٦,٣	١١,٧	٢٥,٣	٨,١	٢٥,٣
صربيا (١)	كلا الجنسين	١٦٠٠	١٦,٨	٠,١	٥,٧	١٥,٢	٦١,٨	٢٣٢,٨-	١٨,٥	٢٣٢,٨-
	الإناث	٤١١	٨,٤	٠,١	٢,٨	١٢,٩	٢٥,٦	٢٤١,٧-	٩,٩	٢٤١,٧-
	الذكور	١١٨٩	٢٥,٥	٠,١	٨,٥	٢٤,٦	٤١,٩	٢٢٩,٣-	٢٨,٢	٢٢٩,٣-
سيراليون (٤)	كلا الجنسين	٣٣٧	٥,٦	١,٤	٦,٠	٨,٧	٣٥,٩	٢٢٠,١-	٩,٦	٢٢٠,١-
	الإناث	٩٨	٣,٣	١,٠	٥,٨	٦,٤	١٥,٠	١١٣,٨-	٥,٢	١١٣,٨-
	الذكور	٢٣٩	٨,١	١,٨	١٥,٧	٨,٩	٢٣,٢	٢٢٢,٦-	١٤,٢	٢٢٢,٦-
سنغافورة (١)	كلا الجنسين	٤٦٩	٨,٩	٠,٧	٦,٢	١٤,٤	٢٢,٢	٢٢٣,٩-	١١,١	٢٢٣,٩-
	الإناث	٦١٨	٦,٣	٠,٥	٦,٠	١٠,٧	١٠,٧	٢٢٠,٥-	٧,٧	٢٢٠,٥-
	الذكور	٣٠١	١١,٥	٠,٨	٦,٤	١١,٧	١٨,٠	٢٢٣,٣-	١٤,٧	٢٢٣,٣-
سلوفاكيا (١)	كلا الجنسين	٦٨٧	١٢,٦	٠,٣	٧,٦	١٣,٧	٢١,٦	٢٢٠,٠-	١٢,٦	٢٢٠,٠-
	الإناث	٩٠	٣,٢	٠,١	١,٧	٣,٠	٥,٥	٢٤٢,١-	٤,٣	٢٤٢,١-
	الذكور	٥٩٧	٢٣,٥	٠,٤	١٣,٣	٢٤,١	٣٩,٧	٢١٥,٢-	٢١,٨	٢١٥,٢-
سلوفينيا (١)	كلا الجنسين	٣٥٤	١٧,١	٠,٢	٨,٤	١٥,٦	٢٦,٨	٢٥١,٠-	٢٥,٢	٢٥١,٠-
	الإناث	٧١	٦,٨	٠,٠	١,٥	٤,٤	١٤,٠	٢٦٤,٦-	١٢,٣	٢٦٤,٦-
	الذكور	٢٨٣	٢٧,٥	٠,٥	١٤,٨	٢٦,٠	٣٩,٦	٢٤٧,٨-	٢٩,٨	٢٤٧,٨-
جزر سليمان (٤)	كلا الجنسين	٣٤	٦,٣	٠,٦	٦,٠	٧,٥	٦١,٦	٢٢٤,٠-	١٢,٩	٢٢٤,٠-
	الإناث	١١	٤,٠	٠,٥	٣,٧	٣,٩	١٢,٤	٢٢٦,٠-	٩,٧	٢٢٦,٠-
	الذكور	٢٤	٨,٤	٠,٦	٨,٣	١١,١	٢٦,٧	٢٢٣,٩-	١٨,٠	٢٢٣,٩-
الصومال (٤)	كلا الجنسين	٨١٥	٨,٠	٢,٧	١٢,٧	١٦,٧	٥١,٠	٢٠,٦	١٢,٣	٢٠,٦
	الإناث	٢٠٨	٤,١	٢,٣	٤,٨	١٠,٢	٣٢,٩	٢١,٥	٦,٨	٢١,٥
	الذكور	٦٠٧	١٢,٠	٣,٢	٢٠,٦	١٧,٨	٢٣,٧	٢٠,٦	١٨,٠	٢٠,٦
جنوب أفريقيا (٢)	كلا الجنسين	١٣٩٨	٢,٧	٠,٤	٢,٨	٥,٦	١٠,٥	٢٨,٨-	٢,٣	٢٨,٨-
	الإناث	٢٨٠	١,٠	٠,٢	١,٠	٢,٢	٤,٣	٢٧,٧	١,٠	٢٧,٧
	الذكور	١١١٧	٤,٤	٠,٦	٤,٥	٩,٧	١٠,٣	٢٢,٤	٦,١	٢٢,٤
جنوب السودان (٤)	كلا الجنسين	١٤٧٠	١٣,٦	٤,١	١٩,٦	١٥,٧	٣٧,٣	٢٤,٨-	٢٠,٨	٢٤,٨-
	الإناث	٤٤٣	٨,٢	٣,٥	٩,٥	٧,١	١٨,٤	٢١,٣-	١٢,٩	٢١,٣-
	الذكور	١٠٢٧	١٨,٩	٤,٦	٢٩,٦	٢٤,٤	٣٦,٨	٢٦,٢-	٢٨,٩	٢٦,٢-
أستراليا (١)	كلا الجنسين	٣٢٩٦	٧,١	٠,١	٣,٠	٧,٨	١٣,٩	٢٢٠,٣-	٦,٤	٢٢٠,٣-
	الإناث	٧٣٠	٣,١	٠,٠	١,١	٤,٥	٥,٢	٢٢٤,١-	٢,٩	٢٢٤,١-
	الذكور	٢٥٦٦	١١,١	٠,١	٤,٩	١١,٩	١٥,٠	٢٢٠,٧-	١٠,٤	٢٢٠,٧-
سري لانكا (٢)	كلا الجنسين	٦١٧٠	٢٩,٢	١,٢	٢٣,٧	٣١,٩	٤٨,٣	٢٤٥,٤-	٥٢,٧	٢٤٥,٤-
	الإناث	١٤٤٦	١٣,٤	٠,٩	١٠,٧	١٠,١	٢٣,٢	٢٤٢,٥-	٢٢,٣	٢٤٢,٥-
	الذكور	٤٧٢٤	٤٥,٨	١,٥	٣٦,٨	٥٥,٠	٧٦,٣	٢٤٤,٨-	٨٤,١	٢٤٤,٨-
السودان (٤)	كلا الجنسين	٤٢٨٦	١١,٥	٣,٠	١٥,٠	١٤,٣	٢٥,٣	٢١٢,٩-	١٥,٢	٢١٢,٩-
	الإناث	١٣٤٠	٧,٢	٢,٦	٨,١	٦,٢	١٨,٢	٢١٢,٩-	١٠,٦	٢١٢,٩-
	الذكور	٢٩٤٦	١٥,٨	٣,٥	٢١,٨	٢٣,٤	٣٣,٩	٢١٥,٨-	١٩,٩	٢١٥,٨-
سورينام (١)	كلا الجنسين	١٤٥٥	٢٧,٢	٢,٩	٢٨,٢	٣٧,٩	٤٧,٩	٢٤٠,٤-	١٩,٨	٢٤٠,٤-
	الإناث	٣٢	١١,٩	٢,٨	٢٠,٧	٧,٢	١٩,٨	٢٢٢,٣-	٩,٧	٢٢٢,٣-
	الذكور	١١٤	٤٢,٤	٣,١	٣٥,٥	٦٧,٤	٧٥,٢	٢٥٠,٠-	٢٩,٧	٢٥٠,٠-
سوازيلاند (٤)	كلا الجنسين	٦٥	٥,٣	١,٤	٨,٧	٦,٤	١٧,٣	٢١٠,٦-	٥,٦	٢١٠,٦-
	الإناث	٢٢	٣,٥	١,٠	٥,٦	٣,٩	١٠,٦	٢١١,٥-	٣,٦	٢١١,٥-
	الذكور	٤٣	٧,٢	١,٨	١١,٨	٩,١	٨,٠	٢٨,٨-	٧,٩	٢٨,٨-
السويد (١)	كلا الجنسين	١٢٥٥	١٣,٢	٠,٥	١١,٩	٢١,٠	١٥,٢	٢٣,٦-	١١,٥	٢٣,٦-
	الإناث	٣٤١	٧,١	٠,٨	٥,٣	٨,٢	٦,٨	٢١٢,٩-	٧,٠	٢١٢,٩-
	الذكور	٩١٤	١٩,٣	٠,٢	١٨,٢	٢٩,٨	٢٦,٢	٢٣,٦-	١٦,٣	٢٣,٦-
سويسرا (١)	كلا الجنسين	٩٧٢	١٢,٢	٠,٢	٧,٦	١١,٥	١٩,٦	٢٠,٩	١٥,٦	٢٠,٩
	الإناث	٣٦٩	٦,٦	٠,١	٤,٤	٥,٩	١١,٧	٢٣٩,٣-	٨,٤	٢٣٩,٣-
	الذكور	٧٠٣	١٧,٨	٠,٤	١٠,٨	١٧,١	٢٧,٥	٢٣٥,٥-	٢٣,٥	٢٣٥,٥-
الجمهورية العربية السورية (٤)	كلا الجنسين	٧٧	٠,٤	٠,١	٠,٤	٠,٦	١,٧	٢١٣,٧-	٠,٥	٢١٣,٧-
	الإناث	٢٢	٠,٢	٠,١	٠,٢	٠,٢	٠,٢	٢٨٨,١-	٠,٣	٢٨٨,١-
	الذكور	٥٥	٠,٥	٠,١	٠,٧	١,٠	٢,٨	٢٧١,١-	٠,٧	٢٧١,١-
طاجيكستان (٢)	كلا الجنسين	٣٥٨	٣,٢	٠,٤	٣,٦	٨,٢	١١,٩	٢١٥,٢-	٥,٠	٢١٥,٢-
	الإناث	٨٥	٢,١	٠,٢	٢,٦	٥,٤	٩,٤	٢١٧,٦-	٣,٤	٢١٧,٦-
	الذكور	١٧٣	٤,٣	٠,٥	٤,٧	٦,٦	١٤,٩	٢١٣,٤-	٦,٦	٢١٣,٤-
تايلاند (٢)	كلا الجنسين	٨٧٠	١٣,١	٠,٦	٨,٧	٢٠,٢	٥٣,١	٢٢٤,٦-	١٥,١	٢٢٤,٦-
	الإناث	١٨١٦	٥,٣	٠,٤	٣,٦	٨,٥	٢٣,٠	٢٢٢,٠-	٦,٦	٢٢٢,٠-
	الذكور	٦٩٢٤	٢١,٢	٠,٩	١٣,٩	١٨,٥	٢٣,٢	٢٢٢,٤-	٢٤,٦	٢٢٢,٤-

البلد (جودة بيانات الوفيات)**	الجنس	عدد حالات الانتحار (جميع الأعمار)، ٢٠١٢	معدلات الانتحار الخام في جميع الأعمار والخاصة بعمر معين (لكل ١٠٠٠٠٠)، ٢٠١٢				معدلات الانتحار حسب المقيسة حسب العمر***		% التغير في معدلات الانتحار المقيسة حسب العمر، ٢٠١٢-٢٠٠٠
			١٤-٥ سنة	١٥-٢٩ سنة	٣٠-٤٩ سنة	٥٠-٦٩ سنة	أكثر من ٧٠ سنة	٢٠١٢، (١٠٠٠٠٠ لكل)	
جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً (١)	كلا الجنسين	١٤٠	٦,٧	٢,١	٦,٠	١٣,٩	١٥,١	٦,٧	٢٢٢,٠-
	الإناث	٤٥	٤,٢	١,١	٤,٤	٧,١	١١,٨	٤,٠	٢٢٠,٠-
تيمور الشرقية (٤)	الذكور	٩٦	٩,١	٣,٠	٧,٦	٢٠,٩	١٩,٦	٩,٤	٢٢٢,٥-
	كلا الجنسين	٦٠	٥,٤	١,٠	٧,٤	١١,٩	٢٧,٨	١٢,١	٢٣٤,٠-
توغو (٤)	الإناث	٢٣	٤,٢	٠,٦	٤,٠	١٠,٣	٢٢,٠	٨,٣	٢٢٩,٨-
	الذكور	٣٧	٦,٦	٠,٨	١٠,٧	١٣,٦	٣٤,٥	١٠,٢	٢٢٥,٦-
ترينيداد وتوباغو (١)	كلا الجنسين	٢٤٧	٣,٧	١,٠	٤,١	٧,٢	٢٢,٥	٤,٩	٢١٢,٨
	الإناث	٦٤	١,٩	٠,٦	١,٩	٤,٧	١١,٣	٢,٨	٢٨,٠-
تونس (٤)	الذكور	١٨٣	٥,٦	١,٣	٦,٣	١٠,١	٣٦,٦	٧,٥	٢١٣,٢
	كلا الجنسين	١٩٣	١٤,٤	٠,٦	٢٢,٢	٢٥,١	١٧,٤	١٢,٦	٢٣,٨
تركيا (٢)	الإناث	٤٦	٦,٩	٠,٢	١٣,٣	٧,٥	١٣,٣	٤,٥	٢٣٦,٤
	الذكور	١٤٦	٢٢,١	١,٠	٣١,١	٤٣,٤	٣٢,٧	٢٠,٨	٢٢٠,٨
تركمانستان (٢)	كلا الجنسين	٢٦٢	٢,٤	٠,٣	٢,٨	٣,٠	٧,٣	٢,٥	٢٥٠,٦-
	الإناث	٧٦	١,٤	٠,٢	١,٤	١,٧	٥,٦	١,٦	٢١٧,٢-
أوغندا (٤)	الذكور	١٨٦	٣,٥	٠,٤	٤,٤	٤,٣	٩,٣	٣,٤	٢٠٠,٩
	كلا الجنسين	٥٨٩٨	٨,٠	٢,٧	١٢,٤	١٠,٣	١٦,٤	١٢,٦	٢٢٧,٨-
أوكرانيا (١)	الإناث	١٦١٢	٤,٣	١,٨	٧,٦	٢,٢	٩,٨	٤,٢	٢٤٧,٠-
	الذكور	٤٢٨٥	١١,٨	٣,٦	١٧,٠	٦,٦	٦,٦	١١,٨	٢٣٣,٤-
أوغندا (٤)	كلا الجنسين	١٠٠٣	١٩,٤	٢,١	٢٥,٧	٣٠,٣	٢٢,٨	١٥,٢	٢٢٨,٩
	الإناث	١٩٧	٧,٥	١,٢	٨,٠	٩,٤	١٢,٠	٧,٥	٢٨٠,٠
أوكرانيا (١)	الذكور	٨٠٦	٣١,٧	٢,٩	٣٩,٣	٥٣,٥	٣٨,٥	٢٨,٦	٢٤٠,١
	كلا الجنسين	٤٣٣٣	١١,٩	٣,٨	١٥,٨	٢٦,٠	٩١,٨	١٩,٥	١٨٠,٦
الإمارات العربية المتحدة (٤)	الإناث	١٢٧٨	٧,١	٣,٠	٦,٩	١٦,٤	٨٠,٧	١٢,٣	٢١٠,٠
	الذكور	٣٠٤٥	١٦,٧	٤,٥	٢٨,٥	٣٥,٩	١٠٥,٢	٣٦,٩	٢٢٠,٥
المملكة المتحدة (١)	كلا الجنسين	٩١٦٥	٢,٠	١,٤	١٩,٥	٢٤,٤	٢٢,٩	١٦,٨	٢٩٨,٦
	الإناث	١٦٩٠	٦,٩	٠,٩	٥,٥	٦,٣	١٣,٧	٥,٣	٢٤١,٢-
الولايات المتحدة الأمريكية (١)	الذكور	٧٤٧٤	٣٥,٦	١,٨	٣٣,٨	٤٣,٤	٤٣,٣	٣٠,٣	٥٤,٥
	كلا الجنسين	٢٧٤	٣,٠	٠,٤	٣,٨	٣,١	١٣,٧	٣,٧	٢١٢,٩-
أوروغواي (١)	الإناث	٣١	١,١	٠,٢	١,٨	١,٠	١,٩	١,٧	٢٣٢,٧-
	الذكور	٢٤٣	٣,٨	٠,٥	٤,٧	٣,٧	١٥,٣	٣,٩	٢٩٠,٠-
جمهورية تنزانيا المتحدة (٤)	كلا الجنسين	٤٣٦٠	٦,٩	٠,١	٥,٩	٩,٢	٦,٣	٧,٨	٢١١,١-
	الإناث	٩٦٠	٣,٠	٠,١	٢,٥	٤,٣	٣,١	٢,٦	٢٢٣,٦-
جمهورية تنزانيا المتحدة (٤)	الذكور	٣٤٠٠	١١,٠	٠,١	١٦,٧	١٤,٧	١٠,٥	٩,٨	١٢٣,٣-
	كلا الجنسين	٧٢٢٨	١٥,١	٣,٥	١٧,٧	٣٦,٨	١٣٢,٢	٢٤,٩	٢٣٨,٨
الولايات المتحدة الأمريكية (١)	الإناث	٢٤٤٥	١٠,٢	٣,١	١٠,٧	٨,٣	١٣,٦	١٨,٦	٢١٠,٥
	الذكور	٤٧٨٣	٢٠,٠	٣,٩	٣٠,٧	٣٦,٩	٤٧,٢	٣١,٦	٢٩١,١
أوزباكستان (١)	كلا الجنسين	٤٣ ٣٦١	١٣,٧	٠,٨	١٢,٧	١٧,٤	٢٠,١	١٢,٥	٢٤٠,٢
	الإناث	٩٣٠٦	٥,٨	٠,٥	٤,٧	٨,٠	٩,٢	٥,٢	٢٣٨,٨
أوروغواي (١)	الذكور	٣٤ ٠٥٥	٢١,٨	١,٠	٢٠,٤	٣٦,٩	٣١,٧	٣٣,٨	١٦٢,٢
	كلا الجنسين	٤٦٩	١٣,٨	٠,٣	١٢,١	١٤,٦	١٩,٥	١٢,١	٢١٧,٩-
أوزباكستان (١)	الإناث	١٠٨	٦,٢	٠,١	٣,٨	٧,٤	١٦,٠	٤,٩	٢٤٠,٥
	الذكور	٣٦١	٢٢,٠	٠,٥	٢٠,٢	٣١,٩	٣٣,٣	٢٠,٠	٢٢٣,٩-
جمهورية فنزويلا البوليفارية (١)	كلا الجنسين	٢١٨٤	٧,٧	١,٠	٨,٦	١٠,٠	١٩,١	٨,٥	١٠٠,٤
	الإناث	٥٣٨	٣,٨	٠,٥	٤,٩	٦,١	١١,٨	٤,١	٢١٦,٧-
فيتنام (٤)	الذكور	١٦٤٦	١١,٦	١,٤	١٢,٢	١٦,٣	٢٣,٥	١٣,٢	٢١٩,٠-
	كلا الجنسين	٧٤٨	٢,٥	٠,٤	٣,٢	٣,٥	٥,٧	٢,٦	٢١١,٢-
اليمن (٤)	الإناث	١٤١	١,٠	٠,٦	١,٢	١,٤	١,٤	١,٠	٢٤٨,٧-
	الذكور	٦٠٧	٤,٠	٠,٣	٥,٢	٦,٠	١٠,٩	٤,٣	٢٦٣,٢-
زامبيا (٤)	كلا الجنسين	٤٦٠٠	٥,١	٠,٤	٥,٠	٧,٧	٢٠,٥	٥,٧	٢٠٠,٥
	الإناث	١١٦٩	٢,٥	٠,٣	١,٨	١,٤	١٥,١	٢,٤	٢٠٠,٧-
زيمبابوي (٤)	الذكور	٣٤٣١	٧,٧	٠,٥	٨,٧	١١,٧	٣٠,٥	٨,٠	٢٩٠,٢-
	كلا الجنسين	٧٣٣	٣,١	٠,٨	٥,٢	٤,٦	٦,٧	٣,٧	٢٠,٣
زامبيا (٤)	الإناث	٣٢٠	٢,٧	٠,٧	٣,٣	٢,٧	٥,٣	٣,٠	٢٠,٠
	الذكور	٤١٣	٣,٤	٠,٩	٥,٢	٥,١	٨,٣	٤,٤	٢٠,٢-
زيمبابوي (٤)	كلا الجنسين	١٣٤٦	٩,٦	٣,٠	١٥,٤	١٠,٤	١٢,٥	١٥,٧	٢٤,٤
	الإناث	٤٣٣	٦,١	٢,٠	٨,٢	٤,٣	٧,٩	١٠,٨	٢٤,٨
زيمبابوي (٤)	الذكور	٩١٣	١٣,٠	٢,٩	٢٢,٧	١٦,٤	٢٩,٣	٢٠,٨	٢٩,٩
	كلا الجنسين	٢٢٨١	١٦,٦	٤,١	٢٠,٩	١٦,٤	٢١,٦	١٨,١	١٩,٢
زيمبابوي (٤)	الإناث	٦١٩	٨,٩	٣,٨	١٥,٣	٩,٨	٢٨,٩	٩,٧	١٠,١
	الذكور	١٦٦٣	٢٤,٦	٤,٤	٤٦,٧	٢٩,٠	٥٨,٥	٢٧,٢	٢٨,٨

* في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية الـ ١٧٢ التي يبلغ عدد سكانها ٣٠٠٠٠٠ أو أكثر. وتمثل هذه التقديرات أفضل التقديرات لمنظمة الصحة العالمية، المحسوبة باستخدام الفئات والتعريفات والأساليب القياسية لضمان إمكانية المقارنة بين البلدان، وربما لا تكون هي نفس التقديرات الوطنية الرسمية. يتم تقريب التقديرات إلى الرقم المناسب للأعداد الكبيرة.

** ١. التسجيل الحيوي الشامل للبيانات على مدار خمس سنوات على الأقل؛ ٢. التسجيل الحيوي مع تغطية منخفضة، أو نسبة عالية من الأسباب غير المحددة أو لا توجد نتائج حديثة؛ ٣. تسجيل عينة من الفئات السكانية الوطنية؛ ٤. لا يوجد تسجيل حيوي (تسجيل الأحوال المدنية).

*** مقيسة (مُعَيَّرَة) حسب المعيار الدولي للسكان لمنظمة الصحة العالمية.

الملحقات

الملحق ٢. الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية الذين تم تجميعهم حسب أقاليم المنظمة ومتوسط دخل الفرد*

<p>أندورا، أنتيغوا وبربودا، أستراليا، النمسا، جزر البهاما، البحرين، بربادوس، بلجيكا، بروني دار السلام، كندا، تشيلي، كرواتيا، قبرص، الجمهورية التشيكية، الدنمارك، إستونيا، فنلندا، فرنسا، ألمانيا، اليونان، أيسلندا، أيرلندا، إسرائيل، إيطاليا، اليابان، الكويت، لاتفيا، ليتوانيا، لوكسمبورغ، مالطا، موناكو، هولندا، نيوزيلندا، النرويج، عمان، بولندا، البرتغال، قطر، جمهورية كوريا، الاتحاد الروسي، سانت كيتس ونيفيس، سان مارينو، المملكة العربية السعودية، سنغافورة، سلوفاكيا، سلوفينيا، أسبانيا، السويد، سويسرا، ترينيداد وتوباغو، الإمارات العربية المتحدة، المملكة المتحدة، الولايات المتحدة الأمريكية، أوروغواي</p>	<p>البلدان مرتفعة الدخل</p>	
<p>الجزائر، أنغولا، بنن، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، الرأس الأخضر، الكامرون، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، جزر القمر، الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إريتريا، إثيوبيا، غينيا الاستوائية، الغابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، كينيا، ليسوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، موريتانيا، موريشوس، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، ساو تومي وبرنسيبي، السنغال، سيشيل، سيراليون، جنوب أفريقيا، سوازيلاند، توغو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زيمبابوي</p>	<p>الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية</p>	<p>البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل</p>
<p>الأرجنتين، بليز، دولة بوليفيا متعددة القوميات، البرازيل، كولومبيا، كوستاريكا، كوبا، دومينيكا، الجمهورية الدومينيكية، إكوادور، السلفادور، غرينادا، غواتيمالا، هايتي، هندوراس، جامايكا، المكسيك، نيكاراغوا، بنما، باراغواي، بيرو، سانت لوسيا، سانت فنسنت وجزر غرينادين، سورينام، جمهورية فنزويلا البوليفارية</p>	<p>إقليم الأمريكتين لمنظمة الصحة العالمية</p>	
<p>بنغلاديش، بوتان، جمهورية كوريا الشعبية الديمقراطية، الهند، إندونيسيا، جزر المالديف، ميانمار، نيبال، سري لانكا، تايلاند، تيمور الشرقية</p>	<p>إقليم جنوب شرق آسيا لمنظمة الصحة العالمية</p>	
<p>ألبانيا، أرمينيا، أذربيجان، بيلاروس، البوسنة والهرسك، بلغاريا، جورجيا، هنغاريا، كازاخستان، قيرغيزستان، الجبل الأسود، جمهورية مولدوفا، رومانيا، صربيا، طاجيكستان، جمهورية مقدونيا اليوغوسلافية سابقاً، تركيا، تركمانستان، أوكرانيا، أوزبكستان</p>	<p>الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية</p>	
<p>أفغانستان، جيبوتي، مصر، جمهورية إيران الإسلامية، العراق، الأردن، لبنان، ليبيا، المغرب، باكستان، الصومال، جنوب السودان**، السودان، الجمهورية العربية السورية، تونس، اليمن</p>	<p>إقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية</p>	
<p>كمبوديا، الصين، وجزر كوك، فيجي، كيريباتي، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية، ماليزيا، جزر مارشال، ولايات ميكرونيزيا الموحدة، منغوليا، ناورو، نيوي، بالاو، بابوا غينيا الجديدة، الفلبين، ساموا، جزر سليمان، تونغا، توفالو، فانواتو، فيتنام</p>	<p>إقليم غرب المحيط الهادئ لمنظمة الصحة العالمية</p>	

* هذا التجمع الإقليمي يصنف الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية حسب التجمعات الإقليمية للمنظمة اعتباراً من عام ٢٠١٢، وتحليل الاقتصادات على أساس الدخل للبنك الدولي للسنة المالية ٢٠١٤، استناداً إلى تقديرات أطلس ٢٠١٢ لإجمالي الدخل القومي للفرد (قائمة البنك الدولي للاقتصاديات، يوليو/تموز ٢٠١٣).

** انتقل جنوب السودان إلى الإقليم الأفريقي لمنظمة الصحة العالمية في مايو/أيار ٢٠١٣. ونظراً لأن هذا التنقيح للتقديرات الصحية العالمية يتعلق بفترات زمنية قبل هذا التاريخ، فإن تقديرات جنوب السودان مدرجة ضمن الأرقام الخاصة بإقليم شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية.

يخلف الانتحار أرقاماً مرتفعة من الضحايا؛ إذ يلقي ما يزيد على ٨٠٠ ألف شخص حتفه كل عام جراء الانتحار الذي يعد يحتل المرتبة الثانية بين أهم أسباب الوفاة بين الشباب في الفئة العمرية ١٥-٢٩ سنة على مستوى العالم. وهناك مؤشرات على أنه مقابل كل شخص بالغ مات منتحراً كانت هناك أكثر ما يزيد على ٢٠ شخصاً آخرين حاولوا الانتحار.

الانتحار هو أمر يمكن توقيه؛ ولكي تفلح الاستجابات الوطنية للتصدي له، تمس الحاجة إلى وضع استراتيجية شاملة متعددة القطاعات بشأن الوقاية من الانتحار.

تقييد إمكانية الحصول على وسائل الانتحار أمر ذو جدوى؛ إذ أن إحدى الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من الانتحار ومنع محاولات الانتحار هي الحد من إمكانية الحصول على وسائل الانتحار الأكثر شيوعاً، مثل المبيدات الحشرية، والأسلحة النارية، وبعض الأدوية. يجب إدماج الوقاية من الانتحار في خدمات الرعاية الصحية بوصفها مكوناً أساسياً.

فالأضطرابات النفسية وتعاطي الكحول على نحو ضار يسهم في كثير من حالات الانتحار حول العالم. لذا، فالتحديد المبكر للأعراض الانتحارية وإدارتها على نحو فعال عنصران مهمان في ضمان حصول الأفراد على الرعاية التي يحتاجونها.

تلعب المجتمعات دوراً حيوياً في الوقاية من الانتحار، إذ أن باستطاعتها تقديم الدعم الاجتماعي للأفراد المعرضين لمخاطر الانتحار والمشاركة في رعاية المتابعة والتصدي للوصم ودعم المفجوعين من انتحار المقربين إليهم.

