



جمهوری اسلامی افغانستان  
وزارت صحت عامه  
ریاست عمومی طب و قایه و کنترول امراض  
ریاست مراقبت های صحی اولیه  
امریت صحت روانی

## استراتیژی ملی وقایه از خودکشی

## مقدمه

جای مسرت است که اولین استراتژی وقایه از خودکشی برای سال های 2018-2022 وزارت صحت عامه افغانستان را به معرفی میگیرم.

این استراتژی بعد از شواهد روز افزون واقعات خودکشی در میان افغانها بخصوص طبقه اناث انکشاف یافته است. این استراتژی در مطابقت با اعلامیه ها، اسناد و میثاق های بین المللی مانند اهداف انکشافی پایدار، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیتف استراتژی منطقوی صحت روانی سازمان صحتی جهان 2013-2020 و در چهارچوب کاری پالیسی و استراتژی ملی صحت و مقررره صحت روانی انکشاف یافته است.

این استراتژی روش های جمع آوری معلومات مرتبط به خودکشی و در پهلوی آن مداخلات مدغم را برای کاهش زجرت ناشی از خودکشی فراهم نموده و آنها را که از باعث خودکشی داغدیده شده اند کمک میکند.

تمام مداخلات تدوین شده در این استراتژی از اسناد الزامی حقوق بشری بین الملل و سفارشات انجمن بین المللی وقایه از خودکشی به نفع بازماندگان خودکشی و خانواده هایشان الهام گرفته شده است.

این سند مهم وزارت صحت عامه را و دست اندرکاران مختلف آن بشمول انجمن های مستفدین و خانواده هایشان و حتی بخش های خصوصی را در انکشاف پلان و واقعینانه و عملی بخاطر نشانه گیری نیازمندی های بازماندگان و خانواده هایشان با دادن اولویت برای بیشترین گروپ های آسیب پذیر مانند زنان و نوجوانان اناث رهنمایی خواهد کرد.

وزارت صحت عامه این سند را منحصیث یک سند موثر، مدغم با راهبرد های کم هزینه جهت رسیدن به نیاز های بازماندگان خودکشی در نظر گرفته است.

من نقش و مسئولیت های تمام دست اندرکاران انفرادی و سازمانی را بخاطر سهم گیری، تشریک مساعی و تلاش برای انکشاف این استراتژی قدردانی می نمایم. همچنان من نقش قوی دیپارتمنت صحت روانی را که هماهنگی و طی مراحل این سند را اجرا نموده قدردانی می نمایم و من مطمین هستم که ایشان این نقش خویش را در تمام مراحل پروسه تطبیق نگه خواهند داشت.

داکتر فدا محمد پیکان

معین عرضه خدمات صحتی وزارت صحت عامه

## سپاسگزاری

این اولین استراتژی وقایه از خودکشی وزارت صحت عامه برای سال های 2018-2022 است. این استراتژی منحصی عکس العملی در مقابل شواهد روز افزون وقایع خودکشی در میان افغانها بخصوص خانم ها انکشاف یافته است. این استراتژی از طریق پروسه های سهمگیری و تشریک مساعی که کارمندان دیپارتمنت صحت روانی، دست اندرکاران ملی و بین المللی صحت روانی در مطابقت با اعلامیه ها، میثاق ها، اسناد بین المللی مانند اهداف انکشافی پایدار، کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت، استراتژی منطقوی سازمان صحتی جهان 2013-2020 و در چهارچوب پالیسی ملی صحتی، استراتژی ملی صحتی، استراتژی ملی صحت روانی و مقرره صحت روانی انکشاف یافته است.

من میخوام از کمیته تخنیکي و هماهنگی صحت روانی و اعضای گروپ های کاری فرعی، ریاست های صحت عامه ولایات و مسئولین صحت روانی ولایتی (PHC Officer) که نظریات ارزشمند را در جریان انکشاف این استراتژی ارایه داشته اند تشکر کنم. گروپ کاری فرعی انکشاف استراتژی وقایه از خودکشی شامل عضویت اعضای از سازمان های ذیل بوده اند:

GIZ / برنامه همکاری تخنیکي به وزارت صحت عامه

موسسه شبکه صحتی TPO

موسسه بین المللی روانی - اجتماعی

موسسه مدیکا افغانستان

ماموریت معاونت بین المللی

موسسه تابش

دیپارتمنت های وزارت صحت عامه مانند صحت مادر و طفل-اطفال و نوجوانان، جندر و حقوق بشر، تغذی عامه، کاهش تقاضای مواد مخدر، مراقبت های صحتی مبتنی بر جامعه و غیره

یکبار دیگر از تمام دست اندرکاران صحت روانی برای حمایت مستقیم و غیر مستقیم شان در انکشاف این سند تشکری خاص مینمایم.

من میخوام از حمایت جناب فدا محمد "پیکان" معین وزارت صحت عامه در بخش عرضه خدمات صحتی، تعهد دوامدار اتحادیه اروپا نسبت به صحت روانی در افغانستان (EPOS، GIZ) و پروژه های تمویل شده از طرف اتحادیه اروپا) قدردانی نمایم.

من باور قوی دارم که تطبیق موفقانه این استراتژی در رسیدن به گروه های بیشتر به حاشیه رانده شده و آسیب پذیر در سراسر کشور با تمرکز خاص بالای زنان و نوجوانان کمک خواهد کرد، و مداخلات موثر، قابل دسترس و مبتنی بر موازین حقوق بشری قابل پرداخت را برای شان فراهم خواهد کرد.

یکبار دیگر از تمام تیم خود یعنی کسانی که وقت و تلاش خود را در طرح راهبرد های که وقایه / پایین آوردن خودکشی را در جامعه سبب میشود بخرچ داده اند تشکری می نمایم.

با احترام

داکتر بشیر احمد "سوری"

امر صحت روانی و سوء استفاده مواد

## اختصارات

<b>AFRO</b>	<b>Afghanistan Future Research Organization</b>	سازمان تحقیقات مزید افغانستان
<b>AIHRC</b>	Afghanistan Independent Human Right Commission	کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان
<b>AKDN</b>	Agha Khan Development Network	شبکه انکشافی آغا خان
<b>ANDS</b>	Afghan National Development Strategy	استراتژی ملی انکشاف افغانستان
<b>ARCS</b>	Afghan Red Crescent Society	جمعیت هلال احمر افغانی
<b>APHI</b>	Afghan Public Health Institute	انستیتوت صحت عامه افغانستان
<b>BHC</b>	Basic Health Centre	مرکز صحتی اساسی
<b>BPHS</b>	Basic Package of Health Services	مجموعه خدمات صحتی اساسی
<b>CHC</b>	Comprehensive Health Centre	مرکز صحتی جامع
<b>CHS</b>	Community Health Supervisor	ناظر صحتی جامعه
<b>CHW</b>	Community Health Worker	کارکن صحتی جامعه
<b>CRPD</b>	The United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities	میثاق ملل متحد در مورد حقوق افراد دارای معلولیت
<b>DDR</b>	Drug Demand Reduction	کاهش تقاضای مواد
<b>DH</b>	District Hospital	شفاخانه ولسوالی
<b>DRC</b>	Drug Regulation Committee	کمیته تنظیم مواد مخدر
<b>DRD</b>	Disability and Rehabilitation Department	دپارتمنت معلولیت و بازتوانی
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV	کتابچه تشخیصی و ارقامی اختلالات روانی -4
<b>EMRO</b>	Eastern Mediterranean Region	حوزه شرق مدیترانه
<b>EPHS</b>	Essential Package of Health Services	مجموعه خدمات اساسی شفاخانه ای
<b>EPSC</b>	Emergency Psycho-Social Counselling	مشاوره روانی-اجتماعی اضطراری
<b>EU</b>	European Union	جامعه اروپا
<b>GIHS</b>	Ghazanfar Institute for Health and Sciences	انستیتوت علوم صحتی غضنفر
<b>GoA</b>	Government of Afghanistan	دولت افغانستان
<b>HF</b>	Health Facility	تسهیل صحتی
<b>EHIS</b>	Health Information System and Evaluation Department	دپارتمنت سیستم معلومات صحتی و ارزیابی

<b>HIV/AIDS</b>	Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome	ویروس نقیصه سیستم معافیتی انسان/سندروم اکتسابی نقیصه معافیتی
<b>HMIS</b>	Health Management Information System	مدیریت سیستم معلومات صحی
<b>HN-TPO</b>	Health-net, Trans-cultural psychiatry organization	موسسه شبکه صحی-فرا فرهنگی طب روانی
<b>HNSS</b>	Health & Nutrition Sector Strategy	استراتژی سکتور صحت و تغذی
<b>HP</b>	Health Post	پوسته صحی
<b>HR</b>	Harm reduction	کاهش اضرار
<b>HSC</b>	Health Social Counselling	مشاور اجتماعی صحت
<b>ICD-10</b>	International Classification of Diseases 10	تصنیف بین المللی امراض
<b>IEC</b>	Information, Education and Communication	معلومات، آموزش و ارتباطات
<b>IPSO</b>	International Psycho-Social Organization	موسسه بین المللی روانی-اجتماعی
<b>LRP</b>	Learning Resources Package	مجموعه منابع آموزشی
<b>MH</b>	Mental Health	صحت روانی
<b>MHH</b>	Mental Health Hospital	شفاخانه صحت روانی
<b>MHT</b>	Mobile Health Team	تیم سیار صحی
<b>MHTCC</b>	Mental Health Technical Coordination Committee	کمیته تخنیکی و هماهنگی صحت روانی
<b>MH &amp; SAD</b>	Mental Health and Substance Abuse Department	دپارتمنت صحت روانی و سو استفاده مواد
<b>MoCN</b>	Ministry of Counter Narcotic	وزارت مبارزه علیه مواد مخدر
<b>MoH&amp;RA</b>	Ministry Hajj and Religious Affairs	وزارت حج و امور اسلامی (اوقاف)
<b>MoI</b>	Ministry of Interior	وزارت امور داخله
<b>MoI&amp; C</b>	Ministry of Information and Culture	وزارت اطلاعات و فرهنگ
<b>MoJ</b>	Ministry of Justice	وزارت عدلیه
<b>MoLSAMD</b>	Ministry of Labour, Social Affairs, Martyrs and Disability	وزارت کار، امور اجتماعی، شهدا و معلولین
<b>MoPH</b>	Ministry of Public Health	وزارت صحت عامه
<b>MoUD</b>	Ministry of Urban Development	وزارت انکشاف شهری
<b>MoWA</b>	Ministry of Women Affairs	وزارت امور زنان
<b>MoW&amp;A</b>	Ministry of Water and Agriculture	وزارت زراعت و ایاری

<b>NGOs</b>	Non-governmental Organizations	مؤسسات غیر دولتی
<b>NMHS</b>	National Mental Health Strategy	استراتژی ملی صحت روانی
<b>NSPS</b>	National Suicide Prevention Strategy	استراتژی ملی وقایه از خودکشی
<b>PFA</b>	Psychological First Aid	کمک های اولیه روانی
<b>PH</b>	Provincial Hospital	شفاخانه ولایتی
<b>PHC</b>	Primary Health Care	مراقبت های صحتی اولیه
<b>PHD</b>	Prison Health Department	دپارتمنت صحت زندان
<b>PPHD</b>	Provincial Public Health Directorate	ریاست صحت عامه ولایتی
<b>PS</b>	Psychosocial Counselling	مشاوره روانی-اجتماعی
<b>PTSD</b>	Post-Traumatic Stress Disorder	اختلال صدمه روانی پس از حادثه
<b>RH</b>	Regional Hospital	شفاخانه حوزوی
<b>RMNCAH</b>	Reproductive, Maternal, New-born, Child, and Adolescent Health	صحت باروری- مادر و نوزاد اطفال و نو جوانان
<b>SC</b>	Sub-Centre	مرکز فرعی
<b>SEHAT</b>	System Enhancement of Health Action in Transition	تقویت اقدامات سیستم صحتی در مرحله گذر
<b>UNAMA</b>	United Nation Assistance Mission for Afghanistan	ماموریت معاونت سازمان ملل برای افغانستان
<b>UNFPA</b>	United Nation Fund for Family and Population	دفتر سازمان ملل برای جمعیت و خانواده
<b>USAID</b>	United State Administration for International Development	اداره انکشافی ایالات متحده امریکا
<b>WB</b>	World Bank	بانک جهانی
<b>WHO</b>	World Health Organization	سازمان صحتی جهان

## فهرست مطالب

- 1 ..... معرفی
- 2 ..... روند خودکشی (۲۰۰۰ الی ۲۰۱۵):
- 3 ..... وسعت مشکل:
- 4 ..... اهداف:
- 4 ..... روش مطالعه
- 4 ..... تعاریف مهم:
- 5 ..... گروه های آسیب پذیر:
- 5 ..... تطبیق استراتژی:
- 5 ..... تلاش های چند سکتوری:
- 6 ..... ارتباط با استراتژی های سایر بخشها:
- 7 ..... ارتباط با سایر برنامه ها و سکتور ها:
- 7 ..... مکانیسم های رهبری و تطبیق:
- 7 ..... پیشرفت های بررسی و ارزیابی:
- 7 ..... 1. بررسی:
- 8 ..... 2. مرور و ارزیابی:
- 8 ..... زمینه فعلی:
- 8 ..... 1. ادغام صحت روان و مشاوره روانی - اجتماعی در مراقبت های صحت اولیه:
- 9 ..... 2. ادغام صحت روانی در تسهیلات شفاخانه های عمومی:
- 9 ..... 3. مشاوره روانی-اجتماعی آنلاین:
- 9 ..... 4. مشاوره روانی-اجتماعی و مشاوره حقوقی برای زنان:
- 9 ..... 5. خشونت مبتنی بر جنسیت و رویکرد حساس به صدمه روانی برای زنان:
- 10 ..... 7. استراتژی ملی صحت برای جوانان:
- 10 ..... 7. مشاوره روانی-اجتماعی برای افراد مبتلا به HIV / AIDS
- 10 ..... 8. برنامه درمانی و مشاوره برای مصرف کنندگان مواد مخدر:
- 10 ..... 9. حمایت های روانی-اجتماعی عاجل در حالات اضطرار:
- 11 ..... 10. برنامه های صحت روانی سطح جامعه:
- 11 ..... چارچوب کاری:
- 12 ..... ارتقای گذارش دهی مصوون و تصویر ذهنی رفتار های خودکشی توسط رسانه ها
- 12 ..... فراهم نمودن مراقبت های پیگیرانه برای افراد و خانواده های آنانیکه اقدام بخودکشی نموده
- 12 ..... کاهش دادن دسترسی به وسایل و ابزار خودکشی

- ارزش ها و اساسات: 12
1. استراتیژی بر اساس ارزش های کلیدی ذیل استوار است. 12
  2. تمام فعالیت ها درین استراتیژی باید از اساسات ذیل پیروی نمایند. 12
- مسیرهای استراتیژیک: 13
1. دخیل ساختن دست اندر کاران کلیدی و ایجاد تشریک مساعی بین السکتوری. 13
  2. فراهم نمودن مراقبت های پیگیرانه برای افراد خانواده های انانیکه اقدام بخودکشی نموده. 13
  3. بهبود خدمات برای افراد دارای اختلالات روانی و مشکلات روانی-اجتماعی. 13
  4. ارتقای گذارش دهی مصوون و تصویر ذهنی رفتار های خودکشی توسط رسانه ها. 13
  5. کاهش دادن دسترسی به وسایل و ابزار خودکشی. 13
  6. جمع آوری معلومات در مورد میزان خودکشی، فکتور های خطر، فکتور های محافظتی و مداخلات موثر. 13
1. مسیر راهبردی 1: دخیل ساختن دست اندر کاران کلیدی و ایجاد تشریک مساعی بین السکتوری. 13
  2. مسیر استراتیژیک 2: فراهم نمودن مراقبت و تعقیب برای افرادی که اقدام بخودکشی نموده اند. 14
  - ساحه اقدام: 14
  3. مسیر استراتیژیک 3: بهبود خدمات برای افراد دارای اختلالات روانی و مشکلات روانی-اجتماعی. 14
  - ساحات اقدام: 15
  4. مسیر راهبردی 4: کاهش دسترسی به وسایل (تسهیل کننده) خودکشی. 16
  - ساحات اقدام: 16
  5. مسیر راهبردی 5: ترویج گذارش دهی مصوون و تصویر ذهنی رفتار های خودکشی توسط رسانه ها. 18
  - ساحات اقدام: 18
- کار با رسانه ها/رسانه های اجتماعی جهت فراهم نمودن گذارش دهی مصوون و تشویق مردم جهت بکار گیری روش های مثبت بطوری که استگمای متصل به خودکشی را کاهش دهد. 18
6. راهبرد استراتیژیک 6: جمع آوری معلومات در مورد میزان خودکشی، فکتور های خطر، فکتور های محافظت و مداخلات موثر. 19
- ساحات اقدام: 19
1. 6.1 تاسیس سیستم سرویلانس برای جمع آوری معلومات در مورد خودکشی و اقدام بخودکشی. 19
  2. 6.2 تحقیقات. 19
  3. 6.3 ثبت و گذارش دهی: 20
  4. 6.4 بررسی و ارزیابی. 20
  5. 6.5 گذارشات از بخش های دیگر. 20
  - میکانیزم های هماهنگی: 20
- تطبیق: 20



## معرفی

اگر چه در قسمت خودکشی نشرات کمی در افغانستان وجود دارد، بعضی مطالعات در جریان سالهای ۱۹۵۵ الی ۱۹۶۵ انجام شده و دریافت هایشان به نتایج ذیل خلاصه گردیده:

**الف:** با داشتن میزان %۲۵، ۰، واقعات خودکشی در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال، افغانستان در آن وقت یکی از کشور های با کمترین تناسب خودکشی در جهان گذارش شده.

**ب:** متغیرات در طول زمان در واقعات جدید خودکشی عمیقا وابسته به فکتور های فرهنگی است مانند عقیده محکم مذهبی مردم، روابط محکم خانوادگی و ساختار عمومی جامعه - (Gobar A.H.1970 Suicide in Afghanistan. The British Journal of Psychiatry, 116, 493-496)

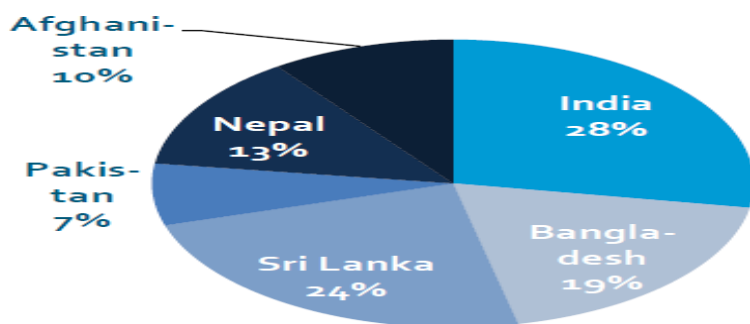
*Suicide and homicide cases during ten years in Kabul Province*

Year	Suicide	Homicide
1955	2	39
1956	4	43
1957	2	38
1958	4	60
1959	0	29
1960	5	35
1961	2	48
1962	2	54
1963	5	37
1964	4	30
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>413</b>

شروع خشونت ها در اواخر سال های ۱۹۷۰ باعث شد تا تعداد زیادی از کارشناسان صحت روانی مهاجرت کنند، در مورد اثرات اولیه جنگ بر حالت صحت روانی و میزان خودکشی افغان ها در جریان تهاجم روس ها و مقاومت سخت مجاهدین کمتر دانسته شده، مگر در جریان حکومت طالبان گر چه هیچ تحقیقی در باره خودکشی نشده و میتوانیم بگویم که دوران حکومت طالبان یک دوره تاریک دانش پیشرفته برای افغانها بوده است. مگر این کاملا واضح است که اکثر روش های مقابله مردم توسط مقررات طالبان افراطی محدود ساخته شده و در نتیجه عوامل خطر اختلالات روانی و خودکشی در بین جمعیت در معرض خطر بلند رفته است.

در یک مطالعه جنوب آسیا (اکتوبر 2013 HN-TPO) از افغانستان تنها یک بخش از معلومات خاکستری (gray literature) در گزارش شامل شده بود. و این ناممکن بود که ذریعه ان روند را در قسمت بکارگیری وسایل خودکشی گذارش کرد. و مطالعه تنها حملات انتحاری را منحیث وسایل خودکشی گذارش داده (بطور خاص استفاده از وسایل نقلیه یا مواد انفجاری سوزنده بدن) تمام واقعات حملات انتحاری توسط مردان جوان و حتی بعضا توسط اطفال ثبت شده است. این یافته ها نمیتواند که تمام واقعات خودکشی را منعکس بسازد و این خودکشی هایکه توسط حملات انتحاری صورت میگردد بطور آشکارا از خودسوزی متفاوت است

Figure 3: Documents collected by national consultants



### روند خودکشی (۲۰۰۰ الی ۲۰۱۵):

از آنجا یک هیج سیستم جمع آوری ارقام در باره خودکشی حتی در وزارت صحت عامه و دیگر وزارت خانه ها وجود ندارد، و تنها منابع ارقام در بعضی از مطالعاتیکه توسط، کمیسیون حقوق بشر و موسسات غیر دولتی انجام شده میباشد. که تمرکز اصلی شان بالای خشونت مبنی بر جندر و نقض حقوق بشر علیه زنان به جای خودکشی بوده است.

موسسه میدیکا افغانستان (یک موسسه غیر دولتی افغانی) که در سابق به نام Medica Mondiale (یک موسسه غیر دولتی جرمنی) بود، حمایت روانی - اجتماعی را برای خانم های بازمانده واقعات خود سوزی در شفاخانه اناثیه رابعه بلخی کابل، وارد سوختگی شفاخانه حوزه پی هرات از سال ۲۰۰۵ به این طرف فراهم مینماید میگوید که زنان و دختران افغان بطور دوامدار از طریق اقدام با خود سوزی زندگی خود را از دست میدهند (Dying to be heard by Medica Mondiale 2006).

شواهد در سال های نزدیک نشان میدهد که بعد از سقوط طالبان، تعداد خودکشی ها همه ساله در بین افغانها افزایش مییابد، حد اقل ۱۸۴ واقعه خود سوزی در سال ۲۰۰۷ توسط کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان (AIHRC) ثبت شده درحالیکه در سال ۲۰۰۶، ۱۰۶ واقعه بوده است.

بیم ان وجود دارد که این پدیده در سال ۲۰۰۸ بیشتر افزایش نشان بدهد، فعالین حقوق زن هما "سلطانی محقق حقوق زن در کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان در کابل بیان میکنند که" ما قادر به جمع اوری معلومات و ارقام درباره واقعات خود سوزی نظر به یک تعداد دلایل نبوده ایم، مگر وضعیت بصورت عموم امید کننده نیست"

کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان تائید کرده که ازدیاد قابل ملاحظه واقعات خود سوزی در قندهار و هرات گزارش شده است.

یک تحقیق سراسری در کشور نشان میدهد که اکثریت واقعات خودکشی در افغانستان در بین زنان و دختران جوان که سواستفاده جسمی را تجربه نموده اند دیده میشود، طبق گزارش (UNAMA) در افغانستان زنان افغان بیشترین خشونت های خانوادگی را در سطح جهان تجربه میکنند. طبق گزارش نیمه سال (UNAMA) واقعات خشونت و خود سوزی در زنان در سال ۲۰۱۳ بیشتر از سال ۲۰۱۲ بوده است.

بنآ، فرضیه های اینکه شیوع حقیقی واقعات بیشتر از آن چه که ذکر شد بدلائل: سکوت عمومی در قبال این مسایل، شرم و بدنامی متصل به این قضایا، همانطوریکه خودکشی در شریعت اسلامی و قوانین مدنی و جنایی افغانستان عمل جرمی میباشد ممکن بیشتر باشد

عکس العمل دولت افغانستان در مقابل خودکشی به طور گسترده متفاوت بوده، بعضی این عمل را از نقطه نظر عقاید اسلامی محکوم میکنند که کسانیکه عمل خودکشی را انجام میدهند به جهنم میروند. از سوی دیگر در سطح دولت و سطوح مستقل و نیمه مستقل دولت اقداماتی واقعی برای دانستن وضعیت موجود بوده. در عین زمان کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان یک تحقیق را درباره

خودسوزی در پنج ولایات شرق، غرب و بخش جنوبی افغانستان زیر دست گرفته است، و همچنان دفتر ماموریت معاونت سازمان ملل برای افغانستان (UNAMA) چندین واقعه خودسوزی را در سطح کشور مستند میکند. فرهنگ سکوت، مقاومت عمومی جهت نشانه گیری این مسئله (علی الرغم تلاش های انجام شده تا امروز) و عدم موجودیت احصائیه معتبر، موانعی برای دانستن ریشه این مشکلات است. معهدا گزارش سازمان ملل خاطر نشان میکند که خشونت بومی علیه زنان آغازی برای خود سوزی است (UNAMA-2007).

بیشترین فکتور های که در خودسوزی زنان نقش دارد عبارت از ازدواج های اجباری، ازدواج های مقدم اطفال، تعدد ازدواج، عدم آگاهی جامعه از حقوق زنان، تاثیرات روانشناختی ۲۵ سال جنگ، رسم و رواج های مرسوم مانند مهر زیاد (Tuyana) یا شیر بهای عروس و خشونت های فامیلی فکتور های اساسی خودسوزی ها را تشکیل میدهند (AIHRC 2008). بهر حال بیشترین قربانیان را نسل جوان مخصوصا زنان (۹۵٪) بین سنین ۱۴-۱۹ سال تشکیل میداد (Medica Mondial 2006).

تجلیل از روز جهانی وقایه از خود کشتی در دهم ماه سپتمبر سال های 2012، 2013 و 2014 برای دولت، نمایندگان پارلمان، کارشناسان و مردم داد خواهی فراهم نمود تا وسعت و بار های مرتبط بخودکشتی را بفهمند. در حال حاضر شواهد مبتنی بر تعهد قوی نهاد های تخنیک و سایر دست اندر کاران برای حمایت، انکشاف و تطبیق یک استراتژی وقایه از خودکشتی وجود دارد. این سازمان ها عبارت از ستره محکمه، اداره لوی سارنوالی، سازمان صحتی جهان، بخش جندر صندوق سازمان ملل متحد برای جمعیت و نفوس (UNFPA)، اتحادیه اوپا، جامعه مدنی و سایر وزارت های مرتبط مانند وزارت امور زنان، وزارت حج و اوقاف، بخش جوان وزارت اطلاعات و فرهنگ، وزارت شهر سازی، وزارت عدلیه، وزارت زراعت، وزارت معارف، وزارت تحصیلات عالی، که جانبداری انکشاف استراتژی ملی وقایه از خودکشتی در کشور را آغاز نمودند.

### وسعت مشکل:

این مشکل و یا غیر ممکن مینماید که ارقام دقیق در باره خودکشتی و خود آزاری در افغانستان فراهم نمود، طبق آمار سازمان صحتی جهان، تعداد تخمینی خودکشتی ها در افغانستان در سال ۲۰۱۲، ۱۲۰۵ تن (۵۶۲ مرد و ۶۴۳ زن) بوده است. که استندرد سنی ۵.۷ در ۱۰۰۰۰ (WHO، 2014) را نمایندگی میکنند. که برابر با سایر کشور ها حوزه شرقی مدیترانه سازمان صحتی جهان است (Rezaeian, 2008)، مگر نظر به زمینه بین المللی نسبتا کم است (WHO, 2014). بهر حال در سراسر کشور های با درآمد پایین و متوسط حوزه شرقی مدیترانه، نسبتا میزان بلند خودکشتی در بین زنان و مردان جوان سنین (۱۵-۲۹) سال و همچنین بین زنان و مردان بالاتر از سن ۶۰ سال مشاهده شده است (Rezaeian, 2008). متبارز بودن اسلام و جرمی ساختن رفتار های خودکشتی ممکن است به شکلی بیان کننده این باشد که که میزان وفیات ناشی از خودکشتی در حوزه شرقی مدیترانه پایتزر از حوزه های دیگر است (Khan 2007; Beautrais, 2006) شواهدی دال بر نا معتبری ارقام خودکشتی یه دلیل جرمی ساختن رفتار های خودکشتی، یعنی در کشورهای که عمل خودکشتی تخلف محسوب میشود وجود دارد. واقعاتی که رفتار های خودکشتی در ان دخیل میباشد معمولا به پولیس گزارش داده نمیشود (Khan, 2007).

گزارش HMIS در سال 2013، ۱۱۴۶ مورد سوختگی، ۱۴۴۵ مورد مسمومیت و ۴۴۶۶ مورد مسمومیت با ادویه را نشان می دهد که ارقام از 5 شفاخانه پایتخت کابل جمع آوری شده بود.

یک مطالعه خودسوزی زنان در سال ۲۰۰۶ توسط Medica Mondiale در سه ولایت های (کابل، وردک و هرات) انجام شد و نشان داد که تخمینا 2300 تن زنان یا دختران همه ساله اقدام بخودکشتی میکنند (2006).

داکتر محمد اشرف "روان" کسیکه حمایت های طب روانی را در ولایت شمالی بلخ عرضه مینماید گفت که براساس مطالعات اخیر، حدود 1.8 میلیون زن افغان بخاطر فشار های کتلوی افسردگی تشخیص شده اند. وی گفت که خشونت علیه زنان و شرایط محدود کننده به طور بالقوه برای زنان کشنده است.

امسال مواردی از خودسوزی، حلق آویز نمودن، مسمومیت و قطع کردن رگ ثبت شده اند اگرچه آنها به جزئیات بیشتر نرفته اند، اما مقامات صحت عامه گفتند که واقعات خودکشتی در افغانستان افزایش یافته است.

خودکشی در بین مردان ممکن است پنهان بماند چرا که مطابق به باور های اسلامی ، خودکشی بذات خود گناه بزرگی است و مردان دارایی افکار خودکشی یا اقدام به آن ممکن است افکار خویشرا با در نظر داشت اینکه اگر شخصی بخاطر رضای خدا بمیرد ، ممکن ازو در محشر هیچ کسی بازخواست نکند و دروازه بهشت برای آنها همیشه باز باشد تعویض کنند ، و از طریق اشتراک در جنگ های مقدس (جهاد) یا حملات انتحاری در داخل افغانستان و یا خارج از ان مانند سوریه ، عراق و غیره طور هدفمند جان خود را بگیرند نه بشکل منع شده آن، با این حال در نظر گرفتن جوانب مثبت و منفی اعتقادات مذهبی در هنگام تدوین استراتژی وقایه از خودکشی مهم است.

زیرگزارشات کلی خودکشی در افغانستان توسط آمار و ارقام سیستم معلومات صحتی (HMIS) آشکار میشود که نشان دهنده حدود 4136 مورد سوختگی در 34 ولایت در 6 ماهه اول سال 2014 توسط سیستم معلومات صحتی گزارش شده است که بر اساس اظهارات عرضه کنندگان خدمات صحتی این تسهیلات، بیشتر این موارد بخاطر آسیب رسانیدن بخود یا به هدف خودسوزی بوده است. این ارقام، وزارت صحت عامه را متقاعد کرد که انکشاف استراتژی ملی وقایه از خودکشی را در اولویت کار خود قرار دهد.

## اهداف:

1. ارتقاء دیده بانی بر خودکشی / اقدام به ان
2. ترغیب جامعه بخاطر تشویق مدد جویان مراقبت ، آگاهی رسانی ، کاهش استگما و بکار گیری روش های مثبت و حمایت افراد/ خانواده های داغدیده از باعث خودکشی
3. افزایش دسترسی مردم به مراقبت در تمام سطوح سیستم صحتی
4. کاهش دسترسی به تسهیل کننده های خودکشی، ترویج و تشویق رهنمود رسانه ها در قسمت گزارش دهی مسئولانه و ایجاد نگرش مثبت در قبال رفتار های خودکشی
5. ترویج و ارتقای مداخلات مدغم، جامع و پایدار

## روش مطالعه

1. گروه تخنیکي برای حمایت انکشاف استراتژی ملی وقایه از خودکشی
2. گروه مشورتی برای حمایت و تعهد جهت تطبیق استراتژی ملی وقایه از خودکشی
3. مرور گزارشات قابل دسترس/اوراق در مورد خودکشی مانند:
  - خودکشی در افغانستان، غبار جولای 1969
  - خودسوزی زنان در افغانستان میدیکا موندیال 2006-2007
  - گزارش جهانی خودکشی منتشره سازمان صحتی جهان در سپتمبر 2014
  - مطالعه خودکشی درممالک آسیای جنوبی (اکتوبر 2013 موسسه شبکه صحتی)
  - گزارش وسط سال یوناما ، واقعات خشونت و خود سوزی زنان در سال 2012 در مقایسه با سال 2013
  - اوراق مطالعه کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان
4. پیش نویس استراتژی ملی وقایه از خود کشی
5. تهیه استراتژی ملی وقایه از خود کشی
6. پیشکش نمودن استراتژی به گروه مشورتی جهت بحث و تصویب

## تعاریف مهم:

- خودکشی: عمل عمدی کشتن خود.
- اقدام به خودکشی: حلقه وسیعی از اعمال را در بر میگیرد که در آن افراد اقدام به مردن خود میکنند که کشنده نیست.
- فکر خودکشی: فکر و افکار در مورد کشتن خود.
- خودآزاری عمدی: رفتارهای که ممکن منجر به خسارت جدی شود، اما عمداً کشنده نیست.
- خودسوزی: عمل سوزاندن خود به منظور اقدام به خودکشی.
- رفتار خودکشی: اینطور تعریف میشود که هر عملی که بتواند سبب مرگ فرد شود مانند مصرف بیش از حد ادویه یا تصادف با موتر به این مقصد

## گروه های آسیب پذیر:

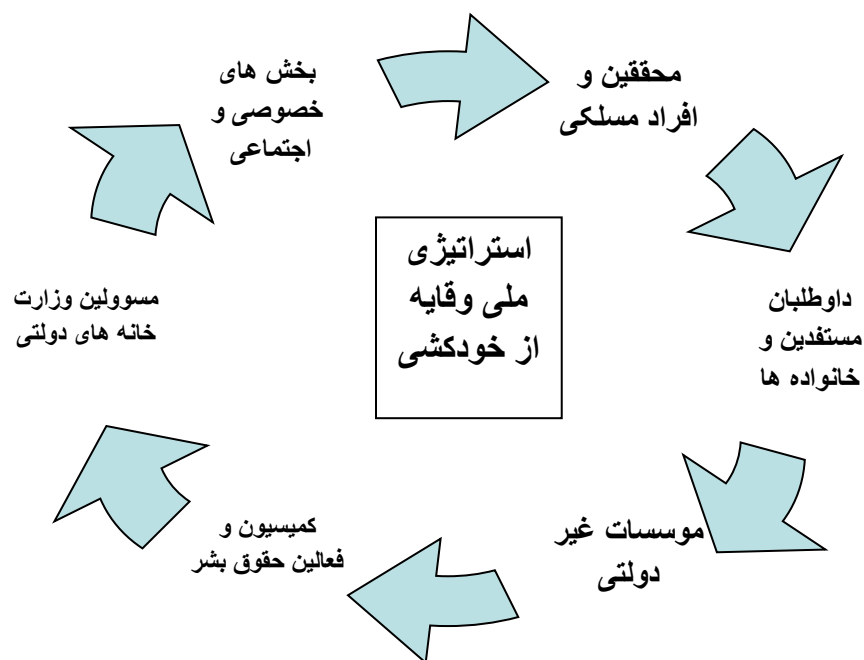
- زنان به ویژه دختران جوان بین ۱۴ تا ۱۹ سال، که به دلیل خشونت مبتنی بر جنسیت و خشونت علیه حقوق آنها بیشتر آسیب پذیر هستند.
- استفاده کنندگان مواد: درین روزها ارقام نشان میدهد که ۱۱٪ جمعیت عمومی از یک نوع دوا مانند تریاک، شبه تریاک، هروئین، تابلیت های خواب آور یا ضد درد وچرس استفاده می کنند (INL Afghan rural drug survey result 2015)
- افراد عودت کننده و بیجا شده گان با فرهنگ پذیری های دیگر
- معلولین و خانواده های شهدا
- افراد فقیر / بیکار.
- افراد دارای اختلالات روانی و مشکل روانی - اجتماعی.
- افراد متاثر از انتانات جدی مانند HIV / AIDS، HBV و HBS.

## تطبيق استراتیژی:

ساحات مداخله درین استراتیژی وسیع و چندین سکتوری است، بنا یک پلان استراتیژیک بعد از تصویب رسمی این استراتیژی باید انکشاف یابد و یک پلان عملیاتی سالانه برای تطبيق این استراتیژی نیاز است. پلان باید برای 5 سال انکشاف یابد درسال اول فعالیت های باید مطابق اولویت ها و موجودیت منابع در نظر گرفته شود حال آنکه در سال های بعدی فعالیت های بر اساس نتایج بررسی ها و ارزیابی های سالانه، معلومات موجود از سرویلانس و سایر منابع مانند سیستم معلومات صحتی و تحقیقات انتخاب شود

## تلاش های چند سکتوری:

خودکشی تنها یک مشکل صحتی نیست، بلکه یک مشکل اجتماعی نیز محسوب میشود چرا که اکثر فکتور های خطر ساز در خارج از سیستم مراقبت های صحتی میباشد و بیشتر عوامل محافظت کننده نیز در داخل فرهنگها و جوامع قرار دارند که سایر بخشها مسئولیت آن را بر عهده دارند. بنابراین، برای درمان اقدام بخودکشی و بهبود مدیریت آن، بدون مداخله سایر بخشها جهت کاهش عوامل خطر و ترویج فاکتور محافظت، ما قادر به کاهش میزان خودکشی و مدیریت درست این مشکل نخواهیم بود. کار با بخش های دولتی و غیردولتی، به منظور بهبود زندگی مردم، اقتصاد، توازن جنسیتی، ارتقاء حقوق انسانی، ارتقای بهبودی روانی و روانی - اجتماعی، اقدامات اساسی برای غلبه بر این مشکلات است. همچنین، هماهنگی و تشریک مساعی بین السکتوری سایر بخشها همانطوریکه دخیل ساختن سایر بخشها راهبرد های پایدار و مدغم را ضمانت مینمایند حیاتی میباشد بیشترین سکتورهای دخیل در انکشاف و تطبيق استراتیژی وقایه از خودکشی در شکل زیر نشان داده شده است:



## ارتباط با استراتژی های سایر بخشها:

1. جهت اطمینان از اینکه خدمات و مداخلات میتوانند بشکل پایدار با تعهد مبنی بر اینکه مکانیزم های رسمی برای حمایت از افراد و گروه های نهایت بحاشیه رانده شده مانند کوچی ها، خانواده های بی نهایت فقیر، خانم های فقیر و فاقد حمایت، معلولین فاقد حمایت، و بطور خاص، افراد معلول روانی، وابستگان دوایی، افراد بی خانمان و اینکه آنها دیگر از دسترسی به مداخلات اساسی صحتی یا جراحی به دلیل بحاشیه رانی اقتصادی واجتماعی شان رد نمیشوند. (ANDS, 2008, p. 236)
2. انکشاف حلقه ای وسیعی از مراقبت و حمایت های مدغم صحت روانی در تمام سطوح سیستم صحتی، توجه خاص بالای مشاوره اختصاصی برای اختلالات صدمه روانی پس از حادثه (PTSD) از طریق آموزش بیشتر کارکنان صحتی جامعه و روانشناسان و قرار دادن آنها در تسهیلات صحتی قابل دسترس سطح جامعه. (HNSS, 2008, p. 31)
3. صحت روان به عنوان یک اولویت صحت عامه، شناسایی شود. از اثر نتیجه مستقیم سالها منازعه، افغانستان تعداد زیادی معلول و افراد دارای اختلالات روانی دارد که نیاز است برای آنها خدمات تداوی و بازتوانایی انکشاف داده شود و فراهم نمودن معاونت برای آنها یک جهت ادغام مجدد در زندگی روزمره کشور به کمک نیاز دارند (-Mental Health Strategy, MoPH 2011) (Mental Health Strategy, MoPH 2011-). 2015
4. دولت افغانستان تعهد قطعی و واضح برای نشانه گیری صحت روانی و مشکلات روانی و اجتماعی با متن تعهد استراتژیک عرضه خدمات به منظور انکشاف یک سلسله خدمات انعطاف پذیر مدغم حمایت های صحت روانی و خدمات مراقبتی در کلیه سطوح سیستم صحتی دارد (ANDS, 2008, p. 241).
5. از این رو، تحت برنامه اولویت ملی دولت (NPP) که برای تطبیق استراتژی ملی انکشاف افغانستان (ANDS)، استراتژی سکتور صحت و تغذیه (HNSS) تهیه شده است، فرصتی برای تطبیق این استراتژی فراهم میکند بشرطیکه بتواند ارتباط محکمی با سایر اولویت های دولت ایجاد کند. مانند استراتژی امور زنان، استراتژی جندر و حقوق بشر، استراتژی کار و امور اجتماعی و پالیسی جوانان، استراتژی صحت روانی، پالیسی کاهش تقاضای مواد مخدر، استراتژی و رهنمود کاهش اضرار که عمده ترین تمرکز آنها بالترتیب حمایت زنان، افراد فقیر و جوانان آسیب پذیر، بیماران روانی و مصرف کنندگان مواد مخدر میباشند. بنابراین، این استراتژی به ایجاد همکاری دو جانبه بین هر یک از جوانب جهت بسیج نمودن منابع شان و تمرکز روی کاهش خودکشی،

خودسوزی و حمایت از وزارتخانه ها برای دستیابی به اهداف خود در راستای وقایه از خودکشی کمک میکند و زمینه ای را برای اقدامات مدغم، هماهنگ و چند سکتوری مانند به شریک گذاشتن معلومات، کاهش فکتور های خطر خودکشی ترویج فکتورهای محافظت کننده جهت وقایه از خودکشی مساعد میکند.

## ارتباط با سایر برنامه ها و سکتور ها:

تا آنجا که خودکشی منحصر به یک یا دو برنامه نیست ، و فکتور هایکه در خودکشی سهیم میباشند زیاد اند و عوامل خطر بشکل پنهانی در میراث اجتماع بعد از جنگ وجود دارد. بنابراین همه برنامه های مختلف میتوانند نقش کلیدی در تطبیق موفقانه این استراتژی بازی کنند باشند و برای کاهش میزان خودکشی در بین گروه های آسیب پذیر تشریک مساعی کند. برنامه ها / دیپارتمنت هایکه در فعالیتها سهم میگیرند عبارتند از: معلولیت و بازتوانی ، برنامه کاهش اضرار ، برنامه های جوانان ، صحت باروری ، اچ آی وی / ایدز ، ارتقاء صحت ، برنامه های سطح جامعه ، برنامه های تداوی مواد ، اداره صحت زندان ، برنامه جندر و حقوق بشر.

## مکانیسم های رهبری و تطبیق:

نقش رهبری تطبیق این استراتژی با وزارت صحت عامه و در همکاری نزدیک با دست اندرکاران مختلف میباشد . وزارت صحت عامه یک پلان سال را انکشاف خواهد داد و مراحل تطبیق انرا هماهنگ خواهد کرد. گروه مشورتی که در وزارت صحت عامه تشکیل شده تشریک مساعی بین السکتوری را تسهیل میکند و برای ارتباط دادن ان با استراتژی ها و فعالیت های سکتور های دیگر سفارشات ارایه مینماید. همچنین ، کمیته تخنیکي داخل وزارت صحت عامه بصورت دوامدار کار مینماید تا اولویت ها را شناسایی، پلان را انکشاف، مداخلات را تعیین و بررسی -ارزیابی و درسهای اموخته شده را برجسته ساخته و بکار بگیرد.

در سطح حوزه و ولایات ، سکتورهای مختلف با ریاست های صحت عامه ولایتی برای تطبیق اولویت ها و تسهیل بررسی و ارزیابی در سطوح ولایتی، برجسته ساختن در های اموخته شده کار خواهد کرد و برای قدم های بعدی بازدهی فراهم مینماید

## پیشرفت های بررسی و ارزیابی:

### 1. بررسی:

یک چارچوب بررسی برای اندازه گیری پیشرفت تطبیق استراتژی تدوین خواهد شد. همچنان بررسی ب هر یک از دست اندرکاران اجازه میدهد تا عملکرد های خود را با در نظر داشت اقداماتی که به ان دخیل استند پیگیری کنند و یک اساسی برای اصلاحات اقدامات/تدابیر جهت بهبود موثریت ان خواهد بود

پیشرفت تطبیق این استراتژی از طرق مختلفی مورد بررسی قرار می گیرد، از جمله:

جمع آوری و تجزیه ارقام عادی توسط وزارت صحت واستفاده از ICD-10 ، پیشرفت کلی این استراتژی را در جهت نیل به اهداف آن پیگیری خواهد کرد، و روند آن به مرور زمان با ارقام گرد اوری شده در مورد مرگ از باعث خودکشی و بستر شدن در شفاخانه ها بخاطر اقدام بخودکشی اندازه گیری خواهد شد.

بررسی ایجاب بهبودی در بکارگیری، مثریت و میدان دید جمع اوری ارقام ملی و گزارش دهی را بهبود خواهد داد. روند ارقام در خودکشی از طریق حقایق سالانه در مورد خودکشی و نشارت هر 5 سال در مورد خودکشی گزارش خواهد شد

گروه مشورتی ملی وقایه از خودکشی حداقل سال دو بار برای مرور پیشرفتها و تصمیم اینکه چه ابتکارات جدیدی باید تطبیق گردد با هم خواهند دید

کمیته تخنیکي وقایه از خودکشی ماهانه برای بحث در مورد پیشرفت تطبیق این استراتژی و اطمینان از این که پالیسی ها و برنامه ها در تمام دولت با هم همسو و حمایت گر همدیگر هستند جلسه مینمایند . این کمیته گزارش نمایندگان دولت را هماهنگ میکند و برای گروه مشورتی بخاطر دستورالعمل آینده سفارشات ارایه میدارند.

## 2. مرور و ارزیابی:

گرچه این بسیار مهم است تا پیشرفت کلی استراتژی بررسی شود، اما این همچنان مهم است تا قسمت های از اجزای انرا ارزیابی نمود. این در برگیرنده تطبیق تعدادی پالیسی های بالخاصه و که عبارت اند از:

- الف) بهبودی در مدیریت کلینیکی
- ب) ابتکارات صحت عامه
- ج) اقدامات سطح جامعه و
- د) انکشاف ابتکارات مختص به فرهنگ

ارزیابی این رویکردها ایجاب استفاده از تعداد زیادی از روشهای تحقیق است که مربوط به پالیسی خاص و زمینه که در ان ایجاد میشود میباشد این رویکرد ها استفاده موارد زیر را اندازه گیری خواهد داد: کارآزمایی ها اتفاقی (randomized control trail) طرح های نیمه تجربی برای مداخلات نفوس. مطالعات کیفی تطبیق پالیسی و فرآیند ان سروی های دوره ای نفوس جهت بررسی صحت روانی و موضوعات مربوط ان؛ و طرح های تحقیقی متناسب به فرهنگ برای آزمایش تاثیرات پالیسی در زمینه های مختلف فرهنگی مینماید

ارزیابی بویژه در باره رفتارهای خودکشی در جا هایکه در قسمت پالیسی ها و استراتژی هایکه منجر به نتایج مفید میشوند کمتر دانسته شده باشد از اهمیت زیادی برخوردار است، (Mann et al 2005). ضرور است که هر مداخله جدیدی که شواهد کمی برای آن وجود دارد طرح و سرمایه گذاری خواهد شد تا جزوه ارزیابی در ان گنجانیده شود  
برای حمایت ریسرچ، جمع آوری ارقام و بررسی ما ضرورت داریم به:

- قرار دادن خودکشی و وقایه از آن در دریافت های ریسرچ های موجود و سایر منابع مرتبط به ارقام
- گسترش و بهبود سیستماتیک جمع آوری ارقام و دسترسی به ان در قسمت خودکشی
- پیگیری پیشرفت ها در قبال اهداف استراتژی ملی وقایه از خودکشی.

## وضعیت فعلی:

پالیسی دولت افغانستان ضررت مداخلات صحت عامه را برای کاهش فشار روانی، صدمه، اختلالات روانی و رفتارهای خودکشی در جمعیت عمومی شناسایی نموده است. بهر حال! محدودیت هایی در زمینه ارائه خدمات اولیه صحتی و اجتماعی و کمبود کارشناسان صحت روان وجود دارد (Waldman et al، 2006). تا هنوز هم مداخلات گسترده ای برای وقایه از خودکشی و بهبود صحت روانی نیاز است.

به اثر حمایت دولت افغانستان (GOA)، به ادامه مشورت های گسترده با طیف وسیعی از جوانب ذیدخل یک استراتژی ملی صحت روانی (NMHS)، 2011-2015 انکشاف داده شد.، استراتژی صحت روانی و سایر برنامه ها اولویت های کلیدی دارای تاثیرات روی خودکشی و خودسوزی را در سطح حوزوی و ملی نشانه گیری مینماید، این برنامه ها شامل فعالیت های زیر با تأثیر مستقیم یا غیرمستقیم بالای خودکشی است:

### 1. ادغام صحت روان و مشاوره روانی - اجتماعی در مراقبت های صحتی اولیه:

1.1. حالات دارای اولویت بشمول خودکشی، خود آزاری و فشار های روانی-اجتماعی انتخاب شده اند



- 1.2. شناسایی واقعه ، ارجاع و پیگیری آنها در تمام سطوح مراقبت های صحتی اولیه (HPC) از قبیل HP (پوسته صحتی) ، SC ، (مراکز فرعی) ، MHT (تیم صحتی سیار) BHC (مراکز صحتی اساسی) ، CHC (مراکز صحتی جامع) ، و شفاخانه ولسوالی (DH) کارگذاری شده است.
- 1.3. مهیا بودن دواهای اساسی صحت روانی ، مشاوره روانی- اجتماعی ابتدایی در مرکز صحتی اساسی (BHC) و مشاوره روانی- اجتماعی پیشرفته در مرکز صحتی جامع (CHC) تسهیلات سطح مراقبت های صحتی اولیه مطمینا وجود دارد
- 1.4. کتگوری جدیدی به اسم مشاورین روانی- اجتماعی در سطح مرکز صحتی جامع (CHC) معرفی شده که حمایت روانی اجتماعی را برای افراد متاثر از مشکلات روانی اجتماعی ارائه دهد.
- 1.5. نصاب درسی استاندارد و مجموعه منابع آموزشی (LRP) برای داکتران معالج (MD) ، مشاوران روانی اجتماعی (PSC) ، کارمندان صحتی متوسط (نرس و قابله ها) ، کارکنان صحتی جامعه - ناظرین صحتی جامعه (CHWS-CHS) انکشاف داده شده.
- 1.6. آموزش برای تمام کتگوری ها راه اندازی شده و در حال انجام است
- 1.7. پروسه نظارت و بررسی در جریان بوده و ادامه دارد.
- 1.8. قرار دادن هشت شاخص در سیستم معلومات صحتی یا HMIS برای بررسی فعالیت ها/خدمات صحت روانی

## 2. ادغام صحت روانی در تسهیلات شفاخانه های عمومی:

- 2.1. انکشاف وارد های طب روانی در شفاخانه حوزوی و عمومی ، با خدمات سرپایی در کل در تمام شفاخانه ولایتی، با آموزش کارمندان در قسمت ارزیابی خطر خودکشی ، مدیریت پرخاشگری ، خود آزاری و مشکلات روانی- اجتماعی.
- 2.2. یک پروژه سه ساله اتحادیه اروپا (EU) برای بهبود کیفیت خدمات و ارتقاء ظرفیت کارمندان از جمله آموزش صحت روانی ، داکتران طب روانی ، روانشناسان، نرس ها، کارمندان اجتماعی ، کارمندان اداری و کمکی در قسمت عملکرد های مبتنی بر حقوق بشر با مریضان روانی و مریضان درایا اقدام بخودکشی، ارزیابی خطر و مدیریت و افعات طب روانی در شفاخانه صحت روانی کابل تطبیق شد.

## 3. مشاوره روانی-اجتماعی آنلاین:

- 3.1. یک مرکز مشاوره آنلاین و سه مرکز مشاوره تلفن عاجل برای ارائه مشاوره روانی اجتماعی برای افراد نیازمند یا برای افرادی که نمیتوانند به مراکز صحتی دسترسی پیداکنند تاسیس شده است (IPSO ، AFGA ، STATT و AFRO).

## 4. مشاوره روانی-اجتماعی و مشاوره حقوقی برای زنان:

- 4.1. از سال 2014 بدینسو در 16 مراکز حمایتی ، مشاوره روانی اجتماعی و مشاوره حقوقی توسط موسسه بین المللی روانی- اجتماعی (IPSO) و وزارت امور زنان (MoWA) تطبیق میشود ، چهار مرکز حمایتی در پایتخت کابل و 14 دیگر در ولایت های واقع شده اند که آسیب پذیرترین گروه ها (قربانیان خشونت مبتنی برجنس و خشونت خانوادگی) تحفظ شده اند.

## 5. خشونت مبتنی بر جنسیت و رویکرد حساس به صدمه روانی برای زنان :

- 5.1. میدیکا افغانستان (Ex Medica mondiale) از سال 2007 بدینسو مشاوره روانی اجتماعی و مشاوره حقوقی را به زنان بستری در بخش های سوختگی و شفاخانه های زنان در کابل و هرات فراهم میکند.
- 5.2. از سال 2005 ، کارکنانیکه در شفاخانه های زنانه در کابل ، هرات و بلخ آموزش مداوم در مورد حقوق انسانی ، خشونت های مبتنی بر جنسیت و رویکردهای حساس به صدمه روانی را دریافت کرده اند.
- 5.3. کارمندان مراکز تربیت و اصلاح اطفال در کابل ، هرات و بلخ از سال 2005 بدینسو آموزش های لازم برای فراهم نمودن حمایت های روانی-اجتماعی دریافت کرده اند. این آموزش همچنین برای کارکنانیکه با زنان مقیم زندان های کابل ، هرات و بلخ کار میکنند، انجام شده است.

5.4. گروه های خودیاری مبتنی بر سطح جامعه برای زنان تاسیس شده که شامل موضوعات آگاهی و تعلیمات در قسمت خودکشی، مداخلات حین خودکشی و بعد از آن از طریق مشاوره روانی-اجتماعی میباشد.

5.5. مداخله در جامعه مانند مشاوره روانی-اجتماعی و مشاوره حقوقی برای خشونت مبتنی بر جنسیت در محلات تجمع زنان مانند باغ زنانه در کابل از سال 2005 بدینسوراه اندازی شده است.

## 6. استراتژی ملی صحت برای جوانان:

6.1. سفارشات برای جز صحت روان استراتژی ملی صحت برای جوانان از طریق یک مباحثه در پانل ایکه بمناسبت روز جهانی جوانان 2014 در 12 اگست سال 2014 تدویر شده بود تهیه شد.

6.1. سفارشات برای وقایه از خودکشی در بین دختران جوان در روز جهانی وقایه از خودکشی، 10 سپتمبر 2014 ارائه شد

## 7. مشاوره روانی-اجتماعی برای افراد مبتلا به HIV / AIDS

7.1. برنامه HIV / AIDS برای بیش از 2000 مریض مبتلا به HIV / AIDS، HBS و HBV و 75 مریضان مصرف کننده زرقی مواد مخدر که تحت تداوی نگهدارنده با متادون قرار دارند، مشاوره روانی-اجتماعی را در کنار دارو درمانی ارائه مینماید

## 8. برنامه درمانی و مشاوره برای مصرف کنندگان مواد مخدر:

8.1. وزارت صحت عامه از طریق راهبرد مدغم مجموعه خدمات صحتی اساسی (BPHS) و مجموعه خدمات صحتی اساسی شفاخانه ای (EPHS) و شفاخانه ثالثی صحت روانی کابل برای استفاده کنندگان مواد مخدر حمایت فراهم مینماید.

8.2. یک برنامه عمودی وزارت صحت عامه در همکاری نزدیک با وزارت مبارزه علیه مواد مخدر (MOCN)، کولمبو پلان (CP) و بورد بین المللی مخدرات و تطبیق قانون ایالات متحده امریکا (INL) برای مصرف کنندگان بحرانی و خیابانی/ بیخانه خدمات فراهم میکند.

8.3. در سال 2014 وزارت صحت عامه دو سند استراتژیک اضافی تهیه کرد.

8.3.1. پلان استراتژیک برای وقایه ابتدایی از سوء مصرف مواد

8.3.2. استراتژی مبتنی بر جامعه برای تداوی مصرف کنندگان مواد مخدر. به حال، به دلیل کمبود منابع، این پلان استراتژیک و استراتژی مبتنی بر جامعه به نسبت کمبود منابع تا حالا تطبیق نگردیده

## 9. حمایت های روانی-اجتماعی عاجل در حالات اضطراب

9.1. یک بسته استاندارد مجموعه منابع آموزشی (LRP) برای حالات عاجل تهیه شده است

9.2. 92 کارمندان متوسط در مراکز صحتی اولیه مشاوره روانی اجتماعی عاجل را در ولایت شرقی کنزیه حمایت PU-AMI آموزش دیده اند

9.3. ابزار نظارت و بررسی برای مشاوره روانی اجتماعی عاجل انکشاف داده شده است.

9.4. بسته های آموزشی آماده اینست که در ولایت های دیگریکه در معرض خطر حوادث اضطرابی مانند زلزله، سیلاب، جنگ و لغزش زمین قرار دارند تکرار شوند.

## 10. برنامه های صحت روانی سطح جامعه

- 10.1 به عنوان بخشی از سیستم صحت روانی ، در هرات و بلخ برنامه های صحت روانی مبتنی بر جامعه وجود دارند که توسط ماموریت کمک های بین المللی (IAM) و وزارت صحت عامه تطبیق میشوند که خدمات صحت روانی و حمایت های روانی اجتماعی را بشکل سراپا برای مردم نیازمند از سال 2003 ( IAM ، 2015) در کشور عرضه میکنند.
- 10.2 کمک های اولیه روانی (PFA) تطابق و ترجمه شده و در حدود 300 داوطلب از 10 ولایت آسیب پذیر در شمال آموزش دیده اند تا در هنگام شرایط اضطراری حمایت فراهم کنند.
- 10.3 برنامه های الکترونی صحت : یک برنامه صحتی توسط شبکه توسعه آغاخان (AKDN) در شمال ولایت بدخشان اجرا میشود، خصوصاً در ولسوالی ها و علاقه داری های دور دست ایکه روزها وقت را برای رسیدن به مرکز ولایت میگیرد مثلاً. لسوالی های درواز و وردوج.

- 10.3.1. کارکنان صحتی جامعه در بخش صحت روانی با استفاده از mh GAP آموزش دیده اند.
- 10.3.2. فعالیت های ضد استگما برای کاهش استگما راه اندازی شده
- 10.3.3. سیستم رجعت دهی برقی برای واقعات شدید جا گذاری شده
- 10.3.4. مشاورت آنلاین برای متخصص طب روانی زمانیکه نیاز باشد تاسیس شده

## چارچوب کاری:

### دیدگاه

یک جامعه حمایتی و متصل اجتماعی که:

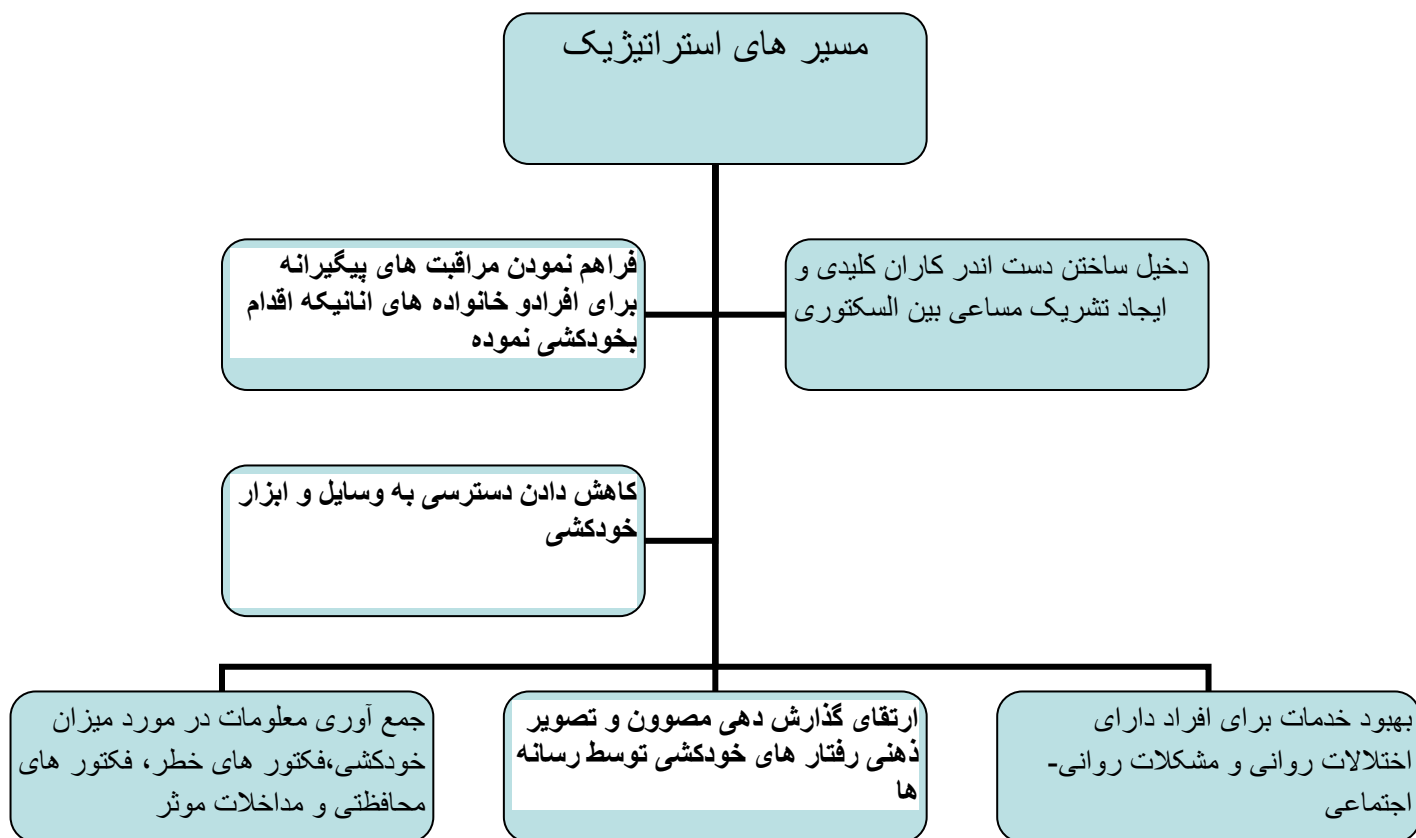
- مردم مراقبت ها با وقار را دریافت میکنند
- احساس کنند زندگی شان با ارزش است خصوصاً زمانیکه به مشکلات و موانع مواجه میشوند.
- احساس ترس و جرم نکنند
- خود را در یک اجتماعی متصل و حمایتی از نظر اجتماعی احساس کنند

### اهداف

1. ارتقای سرویلانس و جمع آوری معلومات در مورد خودکشی و اقام به ان
2. بسیج نمودن جامعه برای تشویق امداد جویان جهت دریافت کمک، بلند بردن آگاهی، کاهش استگما، بکارگیری روش های سازشی مثبت و حمایت افراد و خانواده های داغیده ناشی از خودکشی
3. بلمند بردن دسترسی مردم به دریافت خدمات در تمام سطوح مراقبتهای سیستم صحتی
4. کاهش دسترسی به تسهیل کننده های خودکشی، ارتقای رهنمایی رسانه ها در مورد تهیه گذارش مسوولانه، و ایجاد نگرش مثبت در مورد رفتار های خودکشی
5. ارتقای راهبرد های مدغم، پایدار و جامع

### اساسات و ارزش ها

مبتنی بر شواهد، مصوون و موثر، پاسخگو به نیاز های مردم، قدردانی از نقش هر فرد در وقایه از خودکشی، پایدار با تعهد



## ارزش ها و اساسات:

### 1. استراتژی بر اساس ارزش های کلیدی ذیل استوار است

- احترام به تنوع ( قوم ها، قبیله ها، ملیت ها، زبان ها، باور ها، و مناطق جغرافیایی)
- حساس به مسایل اجتماعی- فرهنگی - مذهبی و جندر
- ارتقای وقار جامعه
- رعایت حقوق انسانی مردم
- قابل پذیرش

### 2. تمام فعالیت ها درین استراتژی باید از اساسات ذیل پیروی نمایند

- مصوون و موثر بودن
- مبتنی بر شواهد
- پاسخگو به نیازمندی های مردم
- قدردانی از نقش و سهمگیری هر فرد در فعالیت های وقایه از خودکشی

- پایداربا تعهد طولانی مدت
- اولویت به گروه های آسیب پذیر
- انکشاف و بلند بردن راهبرد های مدغم، هماهنگ و چندین سکتوری

## مسیرهای استراتژیک:

1. دخیل ساختن دست اندر کاران کلیدی و ایجاد تشریک مساعی بین السکتوری
2. فراهم نمودن مراقبت های پیگیرانه برای افراد و خانواده های انانیکه اقدام بخودکشی نموده
3. بهبود خدمات برای افراد دارای اختلالات روانی و مشکلات روانی-اجتماعی
4. ارتقای گذارش دهی مصوون و تصویر ذهنی رفتار های خودکشی توسط رسانه ها
5. کاهش دادن دسترسی به وسایل و ابزار خودکشی
6. جمع آوری معلومات در مورد میزان خودکشی، فکتور های خطر، فکتور های محافظتی و مداخلات موثر

### 1. مسیر راهبردی 1: دخیل ساختن دست اندر کاران کلیدی و ایجاد تشریک مساعی بین السکتوری

این مسیر استراتژی بخاطری بسیار مهم است که افغانستان برای اولین بار استراتژی وقایه از خودکشی را انکشاف داده و تطبیق مینماید. بنا بر ان یک نوع تشریک مساعی بین السکتوری برای شناسایی اولولیت ها، انتخاب مداخلات، ایجاد هماهنگی میان دست اندر کاران مختلف و داد خواهی برای تطبیق موفقانه پلان استراتژیک حیاتی میباشد، از انجائیکه خودکشی تا هنوز از نظر شریعت یک عمل جرمی میباشد بنا داد خواهی بیشتر نیاز است تا عمل خودکشی غیر جرمی پنداشته شود

#### ساحات اقدام:

- 1.1. شناسایی دست اندر کاران کلیدی از سکتور های دولتی و غیر دولتی، بشمول اعضای پارلمان، جامعه مدنی، فعالین حقوق بشر، رسانه ها نهاد های تمویل کننده برای ایجاد داد خواهی جهت وقایه از خودکشی.
- 1.2. ایجاد یک مکانیزم هماهنگ دست اندر برای پلان گذاری موفقانه، تطبیق، بررسی و ارزیابی استراتژی ملی وقایه از خودکشی. وزارت صحت عامه مسوولیت رهبری و تسهیل هماهنگی بین السکتوری و بسیج نمودن منابع را از دست اندرکاران مختلف دارد، همچنان وزارت صحت عامه تطبیق موفقانه بشمول پلانگذاری، بررسی و ارزیابی را رهبری خواهد کرد.
- 1.3. دست اندرکاران برای غیر جنایی ساختن خودکشی داد خواهی، سرمایه ریزی و تلاش فراهم خواهند کرد: سیاسیون از مقامات بالا مانند اعضای کابینه، اعضای مجالس پارلمان و دفتر ریاست دولت توسط حمایت خود اهمیت موضوع خودکشی را بلند خواهند برد
- 1.4. بلند بردن آگاهی و ازدیاد تعهد سکتور های دولتی و غیر دولتی بشمول حلقات سیاسی و پارلمانی برای بسیج نمودن منابع و تشویق مسوولین برای بازنگری قوانین/قانون جنایی جهت شناسایی خودکشی منحیث یک عمل بدون جرم
- 1.5. شناسایی اولولیت ها برای وقایه از خودکشی: یک کمیته تخنیکي باید توسط دست اندر کاران برای آغاز کار روی اولولیت ها تاسیس شود. این اولولیت ها باید بر اساس نظریات اعضای گروه های تخنیکي و مشورتی از تمام سکتورهای دولتی و غیر دولتی و بر اساس معلومات گذارشات ارزیابی و بررسی انتخاب شوند.

1.6. شناسایی نقش و مسوولیت های سکتور های مختلف مانند وزارت صحت عامه، وزارت امور زنان، وزارت کار امور اجتماعی شهدا و معلولین، وزارت حج و اوقاف، وزارت عدلیه، لوی حارنوالی، وزارت امور داخله، وزارت انکشاف شهری، وزارت زراعت و ابیاری، وزارت مبارزه علیه مواد مخدر، کمیته تنظیم مواد مخدر، نمایندگی های تخنیکي سازمان های بین المللی مانند سازمان صحتی جهان، صندوق ملل متحد برای جمعیت و نفوس، دفتر سازمان ملل متحد برای جرایم وادویه، اتحادیه اروپا، اداره انکشافی ایالات متحده امریکا، کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان و رسانه ها برای مسوولیت پذیری در قسمت تطبیق موفقانه استراتژی وقایه از خودکشی در سطوح مرزی و ولایتی.

## 2. مسیر استراتژیک 2: فراهم نمودن مراقبت و تعقیب برای افرادی که اقدام بخودکشی نموده اند

این راهبرد استراتژیک برای بسیج نمودن جامعه و سیستم مراقبت های صحتی، منابع بشری بشمول مستفیدین و خانواده هایشان و جهت فراهم نمودن حمایت برای کسانی که اقدام بخودکشی مینمایند کمک خواهد کرد. همچنان پیگیری، مراقبت بعدی و مداخلات بحران و بعد از آن را حمایت خواهد نمود. نقش کلیدی رهبران جامعه و اشخاص با نفوذ مانند رهبران مذهبی، مشاورین روانی-اجتماعی، کارکنان صحتی، معلمین، افراد پولیس و سایر اشخاص با نفوذ در شناسایی مقدم، پیگیری و مراقبت بعدی بسیار مهم است.

### ساحه اقدام:

2.1. فراهم نمودن حمایت ها و مراقبت های بعدی مبتنی بر حقوق بشری برای افراد یکه اقدام بخودکشی مینمایند، مراقبت باید به نزدیکترین جای که مردم زندگی مینمایند دستیاب باشد

2.2. بزرگان و رهبران جامعه مانند رهبران مذهبی، پولیس، و کارندان مراقبت های صحتی اساسی بشمول مشاورین روانی-اجتماعی و کارکنان صحتی جامعه، ناظرین صحتی جامعه باید در قسمت رهنمایی و رجعت دهی جستجو کنندگان کمک آشنا شوند تا آنها را به دریافت مراقبت تشویق کنند

2.3. بسیج نمودن سازمان های جامعه و جامعه مدنی برای نقش مثبت در قسمت فراهم نمودن معلومات برای افراد در معرض خطر و تشویق آنها در قسمت مراقبت های مثبت خودی و روش های سازش موثر

2.4. بهبود هماهنگی و همکاری با جامعه مدنی، موسسات غیر دولتی، خدمات معلولیت و بازتوانی در بین جامعه برای فراهم نمودن مشاوره های قانونی و مشاوره های روانی-اجتماعی در محلات تجمع خانم ها مانند باغ زنانه ( باغ زنانه در کابل) مراکز حمایتی برای قربانیان خشونت های جنسی؛ مرکز تربیت و اصلاح اطفال اناث و زندان زنانه و شناسایی چنین جاها برای بهبود دسترسی

2.5. تاسیس گروه های حمایتی بعد از مراقبت/گروه های خود یاری در بین جامعه برای بهبود مراقبت خودی و ایجاد ماحول یادگیری جهت تقویت دوباره رو های سازشی

2.6. فراهم نمودن حمایت انفرادی و فامیلی برای انانیکه اقدام بخودکشی نموده و خانواده هاییکه از باعث خودکشی داغدیده شده اند

2.7. بهبود خدمات سراپا و داخل بستر همراه با پیگیری در یونت های سوختگی و وارد های عاجل شفاخانه های عمومی جهت فراهم نمودن خدمات با کیفیت اضطراری

2.8. ارتقای مداخله در بحران به هدف مداخله قبل و بعد از اقدام بخودکشی

2.9. بهبود خدمات با کیفیت بشیوه پایدار مبتنی بر موازین حقوق بشری

## 3. مسیر استراتژیک 3: بهبود خدمات برای افراد دارای اختلالات روانی و مشکلات روانی-اجتماعی

اگر چه افغانستان ادغام صحت روانی و مشاوره روانی-اجتماعی را در مراقبت های صحتی اولیه از سال 2005 بدینسو آغاز نموده و از سال 2012 به این طرف کیفیت خدمات ثالثی صحت روانی را در شفاخانه صحت روانی کابل بهبود بخشیده است اما هنوز هم نیاز مبرم برای توسعه ادغام و بهبود کیفیت خدمات وجود دارد. تغییرات در سطح پالیسی و همچنان سطح عرضه خدمات برای پاسخ موثر به نفع مریضان دارای رفتار های

خودکشی، خود آزاری، اختلالات روانی جهت شناسایی مقدم، مداخلات موثر تداوی و مراقبت های سودمند، مدیریت اختلالات معمول و شدید روانی بشمول مواد نشه اور و مشکلات روانی-اجتماعی بطریقی که استگمای کمتر داشته بسیار مهم است .

## ساحات اقدام:

3.1 بازنگری/تغیر استراتژی ملی صحت روانی و پلان ها بطریقی که خدمات با کیفیت و مطابق به موازین حقوق بشری بطور مثال، شناسایی مقدم، تداوی/مداخلات و مدیریت دواپی-روانی-اجتماعی اختلالات روانی و سو استفاده مواد نشه اور مانند افسردگی، مانیا، سایکوزس، اختلالات اضطرابی مخصوصا اختلال صدمه روانی پس از حادثه و اختلال وسواسی- اجباری، اختلالات شخصیت که بیشترین اختلالی اند که در خودکشی سهم میگیرند فراهم شوند

3.2 بهبود ارتباط میان جامعه و سیستم مراقبت های صحتی جهت حمایت افراد دارای اختلالات روانی و افکار- رفتار های خودکشی در مورد استفاده از خدمات صحت روانی و مشاوره روانی-اجتماعی

3.3 توسعه ادغام صحت روانی و مشاوره روانی-اجتماعی در مراقبت های صحتی اساسی جهت ارایه پاسخ مناسب به کسانی که اعراض و علائم اختلالات روانی و سو استفاده مواد نشه آور را تجربه مینمایند

3.3.1 آموزش مناسب برای تمام قوای کاری مراقبت های صحتی اولیه جهت فراهم نمودن تداوی و مداخلات مناسب

3.3.2 بازنگری نصاب درسی برای تمام کتگوری های مراقبت های صحتی اولیه از نظر حساس بدن به موضوع جندر و تثقیق بخش مدیریت خودکشی ان

3.3.3 اطمینان از تداوم تدارک ادویه روان گردان و ضد افسردگی ها

3.3.4 بهبود کیفیت خدمات برای افراد دارای اختلالات روانی

3.3.5 توسعه دسترسی از طریق میسر ساختن خدمات در تمام سطوح مراقبت های اولیه و ثانویه با سیستم رجعت دهی کارا

3.3.6 ازدیاد تعداد مشاورین روانی-اجتماعی اناث در تسهیلات مراقبت های صحتی اولیه جهت بهبود دسترسی خانم ها و رفع موانع فرهنگی

3.3.7 انکشاف/بازنگری رهنمود ها، پروسیجر ها و ستندرد ها

3.4 تاسیس یونت طب روانی کارا و مجهز در شفاخانه های حوزوی:

3.4.1 ارتقای دانش و مهارت کارمندان یونت طب روانی در مورد برخورد با اقدام بخودکشی، و انانیکه توسط ان داغدید شده اند، ارزیابی مدیریت دواپی-روانی-اجتماعی اقدام بخود کشی

3.4.2 پاسخ به رجعت گیری از مراقبت های اولیه و سایر مراکز بشمول بخش خصوصی

3.5 فراهم نمودن خدمات مدغم صحت روانی و مشاوره روانی-اجتماعی در یونت های خاص مانند یونت های عاجل، سوختگی، و یونت های عاجل شفاخانه های عمومی

3.5 بهبود مراقبت برای گروپ های به حاشیه رانده شده مانند:

- 3.6.1. تقویت یونت مشاوره روانی-حساس به خشونت مبتنی بر جنس در شفاخانه های حوزوی برای مراقبت های طبی و روانی-اجتماعی و قانونی برای افرادی که به چنین خدمات نیاز دارند
- 3.6.2. ارتباط رجعت دهی بین این یونت ها و سیستم عدلی قضایی باید کارا شوند
- 3.6.3. ارتقای برنامه های سطح جامعه برای افراد بیجا شده خصوصا برای زنان، معلولین، جوانان و نوجوانان در داخل کمپ یا قریه
- 3.6.4. کارکنان صح جامعه، ناظرین صحی جامعه سیستم مراقبت های صحی یا سایر برنامه ها افراد معروض به خطر ابتلای اختلالات روانی و سو استفاده مواد نشه آور را حمایت میکنند .
- 3.6.5. یک سیستم رجعت دهی برای وصل نمودن آنها به سیستم مراقبت های صحی اولیه باید تاسیس شود

- 3.7. تقویت جوانب غیر دوائی مودل موجود تداوی برای کسانی که دوا غیر قانونی استفاده میکنند مانند مشاوره انگیزشی، حمایت های انفرادی و فامیلی، پیگیری و مراقبت های بعدی که در مراکز تداوی ادویه مخدر زندگی مینمایند، برنامه جلوگیری از برگشت ، آموزش و فرصت های حرفوی با حمایت سایر سکتور ها حیاتی میباشد ، بهبود خدمات بشمول مشاوره برای انانیکه توسط HIV/AIDS و HCV و HBS متاثر شده اند
- 3.7. تقویت/توسعه خدمت صحت روانی مبتنی بر جامعه و روی خط انترنیت یا روی خط تلفون ، صحت الکترونیکی و پیگیری انانیکه نمیتوانند به مراقبت های صحی اولیه دسترسی داشته باشند

#### 4. مسیر راهبردی 4: کاهش دسترسی به وسایل (تسهیل کننده) خودکشی

شواهد اشکار نموده است که اکثریت اقدامات خودکشی، خودکشی، خود آزاری و خود سوزی توسط حشره کش ها از جمله ارگانوفاسفیت ها (ملتین) ، نفت، ادویه مخصوصا ادویه خواب اور بوقوع پیوسته است. اگرچه شواهدی بدست نیست که نشان بدهد از اسلحه و گازات مسموم کننده موثر به این منظور استفاده شوند و شواهدی هم نیست که واقعات خودکشی از سبب این مواد صورت گرفته باشد. بخاطر استگمای قوی و جزای که خانواده ها و خویشانان فرد را تهدید میکند اینها را از چشمان پولیس، کارکنان صحی و سیستم های عدلی و قضایی پوشیده نگه میدارند

#### ساحات اقدام:

#### حشره کش ها:

1. توشیح، تطبیق و اطمینان از به اجرا گذاشتن کنوانسیون مواد کیمیاوی و فاضلات مضر
2. اقدامات جهت دور نمودن حشره کش های محلی و عنعنوی از زراعت و مراسم عنعنوی
3. تنظیم فروش و ذخیره سازی مصوون حشره کش ها مانند ارگانو فاسفیت ( ملتین) و سایر محصولات تورییدی محلی
4. اقدامات جهت کاهش سمیت و کشندگی حشره کش ها

#### 4.1. محدود ساختن دسترسی به ادویه طبی و سایر ادویه جات قابل دسترس که به خودکشی ارتباط میگیرند

- 4.1.1. تشویق و تطابق مقررات نسخه نویسی مصوون ادویه جات و سایر مواد کیمیاوی کشنده
- 4.1.2. کنترل استفاده راه و چاره های عنعنوی مانند تریاک و سایر محصولات
- 4.1.3. تقویت مقررات بازار یابی و خرده فروشی ها



4.1.4. تشویق کمیته تنظیم مواد مخدر برای تطابق تخمین های دواپی بر اساس ضرورت و مطابق به مقررات ملی و بین المللی

4.1.5. قانونی ساختن توريد ادويه تحت كنترول مانند شبه افیونی ها، بنزودیازپین و سایر دوا ها برای کاهش قاچاق

4.1.6. محدودیت بالای توريد اویه قاچاق، ارزان و غیر مجاز

4.1.7. محدودیت فروشنده های روی سرک

4.1.8. قانونی ساختن استفاده عنعنوی از دوا ها

#### 4.2. اسلحه ناریه:

4.2.1. : بهبود قوانین و مقررات جهت محدود ساختن اسلحه ناریه مانند پروسیجر برای جواز حمل سلاح، دوره

انتظار برای خریداری (بدست آوردن)

4.2.2. به اجرا گذاشتن نگهداشت مصوون اسلحه گرم در منازل.

4.2.3. آموزش جامعه در مورد مقررات اسلحه ناریه و کشنده

#### 4.3. گاز های مسموم کننده:

اگر چه شواهدی در دست نیست که گاز های مسموم کننده توسط افراد بمنظور خودکشی استفاده شده باشند، بهر حال ایجاب میکند اقدامات ذیل جهت احتیاط مزید در نظر گرفته شوند:

4.3.1. ارتقای اقدامات مصوونی برای کاهش سمیت و کشندهگی مواد سوخت و وسایط موتر دار مانند کیفیت بنزین توريدی

4.3.2. تقویت مقررات و پروسیجر های توريد موتر های دست دوم، تغیر دوره زمانی تبدیلی ماشین های کهنه و اقدامات برای کاهش عبور و مرور ترافیک در شهر ها و شهر های مزدحم

4.3.3. ارتقای آگاهی جامعه در مورد استفاده از ذغال خام در موسم زمستان

#### 4.4. طراحی ساختمان ها و پل ها:

اگر چه شواهدی در دست نیست که از ساختمان های بلند بمنظور خودکشی پرش شده باشد، بهر حال اقدامات ذیل جهت احتیاط مزید در نظر گرفته شود

4.4.1. ارتقای رهنمود های واضح حکومت های محلی برای بهبود اقدامات و مقررات طراحی های مصوون ساختمان ها و پل ها

4.4.2. ارتقای مقررات برای محدودیت امکانات پریدن از ساختمان های مارکیت های مرتفع، موسسات، مکروریانها، مراکز مصروفیت ها مخصوص در پایتخت کابل و مراکز شهر های بزرگ (حوزه ها)

4.4.3. ارتقای مقررات برای اقدامات مصوون حفر چاه های اب (مخصوصا در نواحی اطرافی)

4.4.4. بلند بردن تعلیمات و مقررات در مورد رود خانه ها خصوصا که رود خانه از مرکز شهر ها و جا های پر نفوس میگردد (مخصوصا در ولایت شمالی بدخشان)

#### 4.5. بحد اقل رسانیدن استفاده خطر ناک و سو استفاده گاز و مواد سوخت در خانه ها

- 4.6.1. اقدامات مصوونی برای استفاده خانگی گاز و مواد سوخت که انکشاف یافته و توزیع گردیده مخصوصا در حوزه جنوب شرق (هرات، غور و نیمروز)
- 4.6.2. تشویق و ترغیب آگاهی جامعه از استفاده مضر و سو استفاده گاز و بنزین مخصوصا در حوزه جنوب شرق (هرات، غور و نیمروز)

#### 4.6 اخراج محصلین از سیستم تحصیلات عالی

1. بهبود ماحول و کیفیت یادگیری در مکاتب و پوهنتون ها
2. ارتقای اقدامات برای کاهش اخراج از مکاتب
3. ارتقای اقدامات برای کاهش اخراج از کانکور
4. تاسیس برنامه مشاوره برای فشار روانی برای محصلین
5. دخیل ساختن خانواده/والدین متعلمین
6. ارتقای ورزش، موزیک، فوتبال، مالیبال، و سایر مسابقات برای شاگردان
7. تشویق و ترغیب سیستم تحصیلات عالی برای بلند بردن چانس جذب محصلین بیشتر

#### 4.7 بلند بردن آگاهی و ارتقای هوشیاری خانواده و جوامع در مورد خودکشی

- 4.7.1. بلند بردن آگاهی خانواد ها و جوامع در باره بدسترس بودن و استفاده مضر تسهیل کننده های خودکشی
- 4.8.2. هوشیاری جوامع در مورد اقدام بخودکشی توسط تسهیل کننده ها و میسر بودن پاسخ های احتمالی عاجل

#### 5. مسیر راهبردی 5: ترویج گزارش دهی مصوون و تصویر ذهنی رفتار های خودکشی توسط رسانه ها

رسانه ها نقش مهمی در تهیه گزارش دلکش و تجسمی خودکشی مخصوصا گزارش خودکشی افراد مهم مانند خبر نگاران (بلخ اگست 2015) عاشق های ناکام (سوختن فردی در سرک کابل جون 2015) دارند که ممکن است توسط دیگران تقلید شوند. نقش مهم رسانه ها در ارتباط با برگرداندن گزارش غیر مسوولانه و غیر مناسب به گزارش پاسخگوینا و متمایل به طریق امداد جویانه حیاتی است، همچنان رسانه ها نقش کلیدی در بلند بردن آگاهی و کاهش استگمای متصل به خودکشی، بسیج نمودن جامعه برای حمایت نمودن، تشویق سطح بالا مانند اعضای پارلمان و مقامات دولتی برای غیر جنایی ساختن خودکشی به نفع پالیسی ها و عملکرد های جدید.

#### ساحات اقدام:

کار با رسانه ها/رسانه های اجتماعی جهت فراهم نمودن گزارش دهی مصوون و تشویق مردم جهت بکار گیری روش های مثبت بطوری که استگمای متصل به خودکشی را کاهش دهد

##### 5.1.1. گزارش رسانه ها:

- 5.1.1.2.1. آموزش خبرنگاران رسانه ها در مورد خودکشی بغرض جلوگیری از تقلید نمودن، کاهش استگما و ترویج رفتار های امداد جویانه و در عین زمان فراهم نمودن رهنمایی بخاطر رجعت دهی
- 5.1.1.2.2. انکشاف و گسترش رهنمود رسانه ها در مورد خودکشی

- 5.1.2.3. بررسی پوشش معلومات و هدايات
- 5.1.2.4. حمايت رسانه از طريق فراهم نمودن معلومات جديد در رابطه به خودکشي
- 5.1.2.5. ترويج نقش رسانه ها جهت مداخلات قبل و بعد از اقدام بخودکشي

## 5.1.2. حمايت رسانه های اجتماعی (Social media support)

- 5.1.2.1. بهبود مشاوره روانی-اجتماعی از طریق خط انترنیتی از طریق آموزش مشاورین روانی-اجتماعی برای انانیکه به تسهیلات صحی دسترسی ندارند و برای انانیکه در معرض نیاز فوری کمک قرار دارند
- 5.1.2.2. بهبود مشاوره روانی-اجتماعی از طریق خط تلفون از طریق آموزش مشاورین روانی-اجتماعی برای فراهم نمودن حمايت فوری
- 5.1.2.3. بهبود وب سایت های معلوماتی توام با دستیاب بودن زمینه برای وقت گرفتن جهت مکاتبه
- 5.1.2.4. تشویق رسانه ها برای اشتراک در کمپاین های آگاهی و کاهش استگما
- 5.1.2.5. تشویق نقش رسانه های جمعی برای داد خواهی

## 6 راهبرد استراتیژیک 6: جمع آوری معلومات در مورد میزان خودکشي، فکتور های خطر، فکتور های محافظت و مداخلات موثر

معلومات معتبر و ارقام واقعینانه درافغانستان کم است، بیشتر معلومات از سروی ها و تحقیقات دیگر مخصوصا صحت روانی، سو استفاده مواد، خشونت های مبتنی بر جندر و نمایندگی های حقوق بشر بدست آمده اند. جمع آوری معلومات از منابع مختلف در جریان تطبیق و بعد از تطبیق این استراتیژی ها پالیسی سازان و تطبیق کنندگان را کمک خواهد کرد تا پالیسی ها و مداخلات موثر را بر اساس شواهد مطابق به ضرورت ها تدوین نمایند. تحقیقات، بررسی و ارزیابی راهبرد های مهمی برای بدست آوردن معلومات معتبر و واقعینانه استند

سیستم مدیریت معلومات صحی، سرویلانس و راپور های شفاخانه ها و سایر مراکز صحی جمع گذارشات سایر بخشها مانند وزارت امور زنان، وزارت امور داخله، وزارت حج و اوقاف، وزارت کار امور اجتماعی – شهدا و معلولین، وزارت انکشاف شهری، وزارت عدلیه، وزارت زراعت و ابیاری، جامعه مدنی و کمیسیون مستقل حقوق بشر افغانستان درقسمت فراهم نمودن مداخلات موثر و پالیسی های مبتنی بر شواهد کمک خواهد کرد.

### ساحات اقدام:

#### 6.1 تاسیس سیستم سرویلانس برای جمع آوری معلومات در مورد خود کشي و اقدام بخودکشي

- 6.1.1. تاسیس سیستم سرویلانس مدغم برای جمع آوری منظم معلومات در مورد خودکشي و اقدام بخودکشي در زمینه افغانی
- 6.1.2. تاسیس سیستم جمع اوری منظم ارقام و معلومات در مورد اقدام بخود کشي، خود آزاری و خود سوزی و خودکشي از سازمان های مختلف که در مورد خودکشي گروپ های آسیب پذیر کار مینمایند
- 6.1.3. ارتقای شناسایی افراد در معرض خطر خودکشي و فکتور های ممکنه خطر

#### 6.2 تحقیقات

- 6.2.1. ارتقای راه اندازی تحقیقات در مورد شیوع خودکشي، موثریت مداخلات و دریافت خلا ها و موانع
- 6.2.2. تحقیقات برای دریافت مشکلات و پاسخ به ضرورت ها گروپ های متفاوت قومی جامعه افغانی مانند جوامع پشتون ها، تاجک ها، ازبیک ها و هزاره ها.
- 6.2.3. تحقیقات برای ارتقای مداخلات مبتنی بر شواهد.

- 6.2.4. فراهم نمودن سفارشات و پیشنهادات برای پالیسی سازان و برنامه سازان جهت فایق آمدن بر موانع/مشکلات و دریافت راهبرد های مبتنی بر عملکرد خوب
- 6.2.5. ارتقای سیستم تحلیل ارقام برای دریافت ضعف ها و قوت های استراتژی ملی وقایه از خودکشی

### 6.3 ثبت و گذارش دهی:

تاسیس یک سیستم معتبر و کارای ثبت و راجستر از سطوح تسهیلات صحن تا شفاخانه جهت جمع آوری معلومات در مورد خودکشی اقدام بخودکشی، خود آزاری و سایر انواع خود آزاری ها

### 6.4 بررسی و ارزیابی

6.4.1 تاسیس یک سیستم بررسی و ارزیابی برای تطبیق استراتژی ملی وقایه از خودکشی

### 6.5 گذارشات از بخش های دیگر

- 6.5.1 تاسیس یک سیستم جمع آوری ارقام از سایر بخش ها مانند وزارت امور زنان ، وزارت حج و اوقاف و امور اسلامی، وزارت امور داخله، وزارت معارف، وزارت تحصیلات عالی، وزارت کار و امور اجتماعی، سیستم عدلی قضایی کمک کننده خواهد کرد.
- 6.5.1 تشویق دخیل ساختن فعالین حقوق بشری و جامعه مدنی در شریک سازی معلومات
- 6.5.1 دخیل ساختن جامعه مدنی و موسسات غیر دولتی ایکه برنامه های آنها در وقایه از خودکشی اشتراک دارد .

### میکانیزم های هماهنگی:

هماهنگی نقش عمده را در تمام فعالیت های مخصوصا در تطبیق استراتژی ملی وقایه از خودکشی بازی مینماید. همانطوریکه بیشترین عوامل خطر در بخش های دیگر و در بین جوامع قرار دارد، هماهنگی کمک خواهد کرد تا منابع از بخش های دیگر بسیج نموده و انها را تشویق کند تا اقدامات مشخصی را برای کاهش خودکشی رویدست گیرند. مانند اقدامات برای ساختمان های بلند، مارکیت ها و غیره. یا اقدامات در سیستم معارف و مقررات در زراعت جهت محدودیت تسهیل کننده های خودکشی. میکانیزم های هماهنگی ذیل توسط این استراتژی در سطوح مختلف و برای اهداف مختلف پیشنهاد شده اند:

1. مجلس دست اندرکاران (میکانیزم هماهنگی ملی)
2. مجلس گروپ مشورتی ( مجلس بین السکتوری)
3. مجلس کمیته تخنیکي ( مجلس سطح پالیسی عامه)
4. جلسات گروپ های کاری فرعی ( جلسات مداخلات و عملکرد های خوب)
5. مجالس ولایتی و حوزوی در مورد تطبیق استراتژی ملی وقایه از خودکشی در سطوح ولایتی و حوزوی
6. ورکشاپ های سالانه ارزیابی و مانیتورنگ

### تطبیق:

استراتژی ملی وقایه از خودکشی توسط پلان های استراتژیک توام با فعالیت های مشخص، اهداف قصیرالمدت و مسوولین اقدامات بر اساس اولویت ها و میسر بودن منابع توضیح داده خواهد شد. این پلان ممکن برای 5 سال و بیشتر از ان بر اساس تصامیم دست اندرکاران و منابع توام با یک پلان عمل ارزیابی سالانه خواهد بود. این کمک میکند تا در سال بعدی ادامه بدهیم، طوریکه مشکلات و موانع توسط پالیسی سازان همه ساله ارزیابی خواهند شد و خلا ها در ختم تطبیق هر پلان تطبیقی دریافت خواهد شد. سفارشات و پیشنهادات در پلان عملیاتی سال بعدی برای

مداخلات موثر شامل خواهد شد، یک چارچوب بررسی انکشاف داده خواهد شد تا پیشرفت ها در قسمت تطبیق مداخلات را اندازه گیری نماید. همچنان بررسی دست اندرکاران انفرادی را اجاره داده خواهد داد تا بیرون داد کاری خود را با رعایت اقدامات که در آنها دخیل هستند ردیابی نمایند، و این یک اساسی برای اصلاح اقدامات جهت بهبود موثریت شان خواهد بود.

World Health Organization (2010), country profile- Afghanistan, Ministry of Public Health(MOPH) Afghanistan, (2005), the essential Package of Hospital Services for Afghanistan. (Ed. MOPH), PP. 1-52, Kabul, USAID <http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/EPHS-2005-FINAL29122010164126629.pdf>

World Health Organization, WHO-AIMS Report on Mental Health system in Afghanistan, pp. 1-19, Kabul: WHO and MOPH [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/en/](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/)

Van de Put W., Addressing Mental Health in Afghanistan, The Lancet, Dec 2002, Vol.360 pg. S41

Hasrat-Nazimi W., (2013) Afghan women escape marriage through suicide, DW- Society, 18.04.2013, ed Sarah Berning, <http://www.dw.de/afghan-women-escape-marriage-through-suicide/a-16750044>

Majidy T, 2013, Women Comprise 95 percent of suicide in Afghanistan: Officials, Tolonews.com, Wednesday 11 September 2013, <http://tolonews.com/en/afghanistan/11886-women-comprise-95-percent-of-suicides-in-afghanistan-officials>

Nahiz, K. (2008) Afghanistan: Self-immolation on the rise among women. In

*IRIN*: IRIN, the humanitarian news and analysis service of the UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. <http://www.irinnews.org/report/80236/afghanist-an-self-immolation-on-the-rise-among-women>

Khan M. M., Mahmud S., Karim M. S, Zaman M., Prince M., (2008), Case-Control study of suicide in Karachi-Pakistan, The British Journal of Psychiatry 193, 202-405, doi: 10.1192/bjp.bp.107.04206Khan, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18978322>

M. M. and Reza, H. (1998), Gender Differences in Nonfatal Suicidal Behavior in Pakistan: Significance of Sociocultural Factors. *Suicide and Life-Threat Behavi*, 28: 62–68. doi: 10.1111/j.1943-278X.1998.tb00626.x <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9560167>

Khan, Murad Moosa; Reza, Hashim, The pattern of suicide in Pakistan, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol 21(1), 2000, 31-35. <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-07829-004>

Ghafarian Shirazi H. R., H. M., Zoladl M., Malekzadeh M. (2012) Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18, 607-6013. [http://www.griffith.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/499350/Suicide-ResearchVol8.pdf](http://www.griffith.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/499350/Suicide-ResearchVol8.pdf)

Mohammadi, M.-R., Ghanizadeh, A., Rahgozart, M., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Davidian, H., Naghavi, H., Soori, H. and Bagheri Yazdi, S. A. (2005), Suicidal Attempt and Psychiatric Disorders in Iran. *Suicide and Life-Threat Behavi*, 35: 309–316. doi: 10.1521/suli.2005.35.3.309 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.2005.35.3.309/abstract>

Shooshtary M. H, Malakouti S. K, Bolhari J., Nojomi M., Poshtmashhadi M., Asgharzadeh Amin S., Bertolote J. M. & Fleisschmann A., Community Study of Suicidal Behaviours and Risk Factors among Iranian Adults, *Archives of Suicide*

Research, 2008, Vol 12 (2), PP 141-147,  
DOI:10.1080/13811110701857475  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939979/>

Murray R. (2012), Self-immolation among Afghan women rises as UN pushes country to take action against violent crimes, NY Daily News, DECEMBER 13,2012  
<http://www.nydailynews.com/news/national/self-immolation-afghan-women-rises-article-1.1219570#ixzz2fdvP99xG>

Afghan Public Health institute, Ministry of Public Health, Central Statistics Organization, *et al* (2011), Afghanistan Mortality Survey 2010. Kabul. Afghanistan. Calverton. Maryland. USA. Jaipur. India. Cairo. Egypt. APHI/MopH, CSO, ICF Macro, IIHMR and WHO/EMRO.  
<http://moph.gov.af/Content/Media/Documents/AMS2010FinalFullReport14122011142624269553325325.pdf>

Gobar A.H. (1970) Suicide in Afghanistan, *The British Journal of Psychiatry*, 116, 493-496,<http://bjp.rcpsych.org/content/116/534/493>

Campbel E. A. & Guiao I. Z, Muslim culture and female self-immolation, *Health care for women International*, 25: 793-782, 2004, Taylor & Francis Inc,

Morre U., 2010, War Not Cause of Self-Immolation Suicides in Afghanistan, UN Dispatch, <http://www.undispatch.com/war-not-cause-of-self-immolation-suicides-in-afghanistan>

Raj a, G. C., Silverman J. G, 2008, Driven to Fiery Death- The Tragedy of Self-immolation in Afghanistan. *The New England J of Medicine*, 358, 2201-2203

Mental Health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. [Panter-Brick, C<sup>1</sup>, Goodman A, Tol, W, Eggerman M., http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21421175](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21421175)

HN-TPO, Suicide in south Asia: a scoping review of published and unpublished literature final report Oct, 2013,  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4299381/>

Outcome report: inception workshop National Health Strategy for Young People 2015 – 2019, 3 September, 2014 Kabul-Star Hotel