

خودکشی در جامعه پزشکی جوان ایران، شناسایی علل و تدوین راهکارهای عملیاتی: خلاصه سیاستی

امید قیسوندی^۱، فاطمه میرپارسا^{۲،۳،۴}، شقایق حق جوی جوانمرد^۵، فرناز اعتصام^{۶*}

- ۱- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲- مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۴- مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۵- دکترای تخصصی فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۶- فلوشیپ طب روان‌تنی، مرکز تحقیقات پزشکی روان‌تنی، گروه روان‌پزشکی، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران - خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه. کد پستی: ۱۳۳۳۷۱۵۹۱۴
پست الکترونیک: fa.etesam@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۰۸

چکیده

افزایش نگرانی درباره رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی در میان پزشکان جوان ایران توجه بیشتری را به شرایط کاری و آموزشی در نظام سلامت جلب کرده است. شواهد نشان می‌دهد این پدیده حاصل تعامل عوامل نهادی، محیط کار و فردی است. برنامه درسی پنهان، هنجارهای نانوشته، حجم بالای کار و کشیک‌های طولانی، برخی رفتارهای آزارنده در محیط آموزشی و محدودیت‌های حمایت سازمانی از جمله عوامل مطرح‌شده‌اند. در سطح فردی نیز کمال‌گرایی، خودسرزنش‌گری، نگرانی از انگ اجتماعی و دغدغه محرمانگی خدمات سلامت روان می‌تواند مانع کمک‌خواهی شود. یافته‌ها نشان می‌دهد پیشگیری مؤثر مستلزم مداخلات هماهنگ در سطوح کلان، میانی و خرد شامل اصلاح شرایط کاری، تقویت حمایت سازمانی، توسعه منتورشیپ و آموزش مهارت‌های خودمراقبتی است.

بیان مساله

پزشک، در مقایسه با جمعیت عمومی در معرض خطر بالاتری برای خودکشی قرار دارند و این موضوع به‌عنوان یک مشکل جدی سلامت حرفه‌ای مطرح شده است [۲، ۳]. این یافته‌ها، بر اهمیت پرداختن به سلامت روان جامعه پزشکی و تأثیر آن بر استمرار و کیفیت خدمات نظام سلامت تأکید دارد. در ایران نیز شواهد روبه‌افزایشی درباره افزایش موارد خودکشی در میان دانشجویان و دستیاران تخصص پزشکی وجود دارد. بر اساس گزارش‌ها و تحلیل‌های منتشرشده در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳، به طور میانگین سالانه ۱۳ مورد مرگ ناشی از خودکشی در میان دستیاران تخصص پزشکی کشور در سال‌های اخیر گزارش شده است؛ رقمی معادل ۱۰۰

پدیده خودکشی به عنوان یک چالش پیچیده و اولویت‌دار سلامت جامعه در سطح جهان و ایران، نیازمند توجه جدی و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد است. برای درک ابعاد این پدیده، یافته‌های مرور نظام‌مند و داده‌های حاصل از مطالعات کشوری نشان می‌دهد که میزان اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی کشور ۱۳۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر و میزان مرگ ناشی از خودکشی ۸/۱۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر است. هرچند این میزان پایه، نسبت به متوسط جهانی پایین‌تر است، اما روند آن در برخی گروه‌های در معرض خطر نگران‌کننده است [۱]. در متون و منابع بین‌المللی نیز تأکید شده است که پزشکان، به‌ویژه زنان

شواهد و یافته‌ها

این خلاصه سیاستی بر اساس یک رویکرد تحلیلی-راهبردی و مشارکتی تدوین شده است. هسته اصلی این سند، یافته‌های حاصل از یک نشست هم‌اندیشی با روش‌شناسی «بارش افکار» است که در تاریخ ۲ مهر ۱۴۰۴ با حضور طیف گسترده‌ای از ذی‌نقشان کلیدی جامعه دانشگاهی علوم پزشکی تهران برگزار گردید. در ادامه، جدول ۱ شامل مهم‌ترین شواهد کمی در حوزه سلامت روان و وضعیت خودکشی و جدول ۲ خلاصه‌ای از یافته‌های کیفی و محورهای استخراج‌شده از بحث‌های گروهی شرکت‌کنندگان نشست در مورد عوامل خطر خودکشی را ارائه می‌کند.

گزینه‌های سیاستی

گزینه‌های زیر خلاصه‌ای از سه رویکرد سیاستی مکمل هستند که بر اساس یافته‌های نشست هم‌اندیشی استخراج شده‌اند.

این گزینه‌ها سه سطح اصلی عوامل خطر شناسایی شده را پوشش می‌دهند:

- سطح خرد (فردی و مهارت‌های مقابله‌ای)
- سطح میانی (محیط کار و آموزش)
- سطح کلان (سیاست‌ها و ساختارهای نهادی)

هدف جدول ۳، ارائه یک تصویر مقایسه‌ای، واضح و قابل‌تصمیم‌گیری از مزایا، محدودیت‌ها، هزینه‌ها و امکان‌پذیری هر گزینه برای سیاست‌گذاران نظام سلامت است.

توصیه‌های سیاستی

توصیه اصلی

انتخاب و اجرای یک بسته مداخله‌ای هماهنگ و چندسطحی که به‌صورت هم‌زمان در سه سطح ساختاری (کلان)، محیط آموزشی (میانی) و فردی (خرد) اجرا شود. شواهد موجود نشان می‌دهد مداخله‌های تک‌بعدی برای مواجهه با بحرانی به پیچیدگی خودکشی، کافی نیستند. تغییر پایدار زمانی حاصل می‌شود که اصلاح ساختارها، بهبود روابط و فرهنگ آموزشی، و تقویت مهارت‌های فردی به‌صورت هم‌راستا و مستمر در کل مسیر آموزش پزشکی دنبال شوند.

اقدام‌های پیشنهادی و مسئولیت‌ها

۱. **سطح کلان** (مسئول اصلی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ با همکاری معاونت‌های آموزشی دانشگاه‌ها)

در ۱۰۰ هزار نفر، یعنی بیش از ده‌برابر نرخ جمعیت عمومی کشور [۴-۶]. همچنین، برآوردها نشان می‌دهد که درصد قابل‌توجهی از رزیدنت‌ها افکار خودکشی را تجربه می‌کنند و وضعیت سلامت روان آنان در وضعیت نامناسب قرار دارد [۷] هم‌راستا با این شواهد، نتایج یک مطالعه مروری نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های روانی در میان دانشجویان و دستیاران پزشکی قابل توجه است؛ به گونه‌ای که شیوع افسردگی ۴۳٪، اضطراب ۴۴٪ و اختلال خواب ۴۸٪ گزارش شده است [۸]. عوامل متعددی در بروز فشار روانی در این گروه گزارش شده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به ساعات کاری طولانی، حقوق ناکافی، محدودیت در اشتغال خارج از بیمارستان‌های دولتی، فرسودگی شغلی، محیط‌های آموزشی و درمانی پرتنش و انگ اجتماعی مرتبط با مراجعه برای دریافت خدمات سلامت روان اشاره کرد [۹، ۱۰].

افزایش موارد خودکشی در میان پزشکان جوان در کشور، صرفاً یک مسئله فردی یا محدود به رفاه شغلی نیست. بلکه یک هشدار انسانی و اخلاقی فوری است. از دست دادن پزشکان جوان، علاوه بر پیامدهای عمیق انسانی به معنای از دست دادن سرمایه‌گذاری چندین ساله آموزشی، کاهش نیروی انسانی ارزشمند بخش سلامت و تضعیف کیفیت خدمات درمانی است. با وجود برنامه ملی پیش‌گیری از خودکشی در ایران که در برنامه ملی سلامت روان در مراقبت‌های اولیه ادغام شده است [۷، ۱۱]، سیاست‌ها و مداخله‌های موجود کمتر به شرایط ویژه جامعه پزشکان جوان پرداخته‌اند و فاقد بسته‌های مشخص، قابل‌پایش و متناسب با ویژگی‌های این گروه هستند. برنامه‌های متعددی مانند ارائه مشاوره‌های محدود، تشکیل کمیته‌های ارتقای سلامت روان و برگزاری کارگاه‌های تاب‌آوری در برخی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها اجرا شده است، اما نبود رویکرد منسجم، چندسطحی و مبتنی بر شواهد، اثربخشی این اقدام‌ها را با ابهام مواجه کرده است [۵، ۶، ۱۰]. اگر این روند بدون مداخله سیاستی ادامه یابد، نظام سلامت با چرخه‌ای خودتقویت‌کننده از فرسودگی، اختلال‌های روان‌پزشکی، خودکشی نیروهای انسانی و کاهش کیفیت خدمات، مواجه خواهد شد که اعتماد عمومی را نیز تضعیف می‌کند، لذا مداخله فوری برای اصلاح شرایط در سطح‌های مختلف، نه‌تنها اقدامی برای حفاظت از سلامت پزشکان جوان است، بلکه یک ضرورت راهبردی برای حفظ ایمنی بیماران، جلوگیری از فروپاشی تدریجی نیروی انسانی پزشکی، و صیانت از سرمایه انسانی نظام سلامت کشور محسوب می‌شود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید ظرف یک سال آینده بازنگری نظام‌مند در ساعات کار و کشیک رزیدنت‌ها را بر اساس شواهد علمی و استانداردهای معتبر انجام داده و آن را به صورت دستورالعمل الزام‌آور ابلاغ کند. هم‌زمان، تدوین و اجرای خط‌مشی رسمی برای پیش‌گیری و رسیدگی به آزار و بدرفتاری در محیط‌های آموزشی، با تعریف روشن مصادیق،

جدول ۱- شواهد عددی درباره وضعیت سلامت روان و خودکشی

شاخص	میزان گزارش شده	گروه مورد مطالعه	توضیح	منبع
نرخ مرگ ناشی از خودکشی	۸.۱۴ در ۱۰۰ هزار نفر (فاصله اطمینان ۹۵٪: ۷.۸ تا ۸.۵)	جمعیت عمومی کشور	برآورد متاآنالیز در ایران، مطالعات در بازه زمانی: ۲۰۱۰-۲۰۲۱	[۱]
میانگین سالانه مرگ ناشی از خودکشی	۱۳ مورد	دستیاران تخصص	میانگین سالانه ۱۳ مرگ ناشی از خودکشی در میان دستیاران تخصص پزشکی در ایران (مطالعه انجمن روان‌پزشکی ایران، گزارش شده در Lancet World Report مارس ۲۰۲۴).	[۱۲]
نرخ خودکشی	۱۰۰ در ۱۰۰ هزار نفر	دستیاران تخصص	با فرض وجود حدود ۱۵ هزار دستیار تخصص در ایران، میانگین سالانه ۱۳ مرگ ناشی از خودکشی معادل ۱۰۰ در هر ۱۰۰ هزار دستیار برآورد می‌شود؛ در مقایسه با ۸/۱۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر در جمعیت عمومی کشور.	[۴]
شیوع افسردگی	۴۳٪	دانشجویان پزشکی و دستیاران	این برآورد مبتنی بر مرور سیستماتیک شامل ۲۰ مطالعه واجد شرایط درباره شیوع افسردگی در میان دانشجویان پزشکی و دستیاران در ایران است.	[۸]
شیوع اضطراب	۴۴٪	دانشجویان پزشکی و دستیاران	این برآورد مبتنی بر مرور سیستماتیک شامل ۱۴ مطالعه واجد شرایط درباره شیوع اضطراب در میان دانشجویان پزشکی و دستیاران در ایران است.	[۸]
شیوع اختلال خواب	۴۸٪	دانشجویان پزشکی و دستیاران	این برآورد مبتنی بر مرور سیستماتیک شامل ۱۹ مطالعه واجد شرایط درباره شیوع اختلال خواب در میان دانشجویان پزشکی و دستیاران در ایران است.	[۸]

جدول ۲- عوامل خطر خودکشی در پزشکان جوان بر اساس تحلیل کیفی نشست راهبردی

سطح عامل خطر	مؤلفه‌های اصلی	توضیح شواهد کیفی مبتنی بر نشست
فشارهای ساختاری و فرهنگ آموزش پزشکی	- برنامه درسی پنهان (محدودیت بروز عواطف، فداکاری افراطی، خودغفلتی) - اطاعت محض و ساختار سلسله‌مراتبی - بازتولید فرهنگ توسط اساتید ارشد - فشارهای اقتصادی و معیشتی دستیاران	شرکت‌کنندگان توضیح دادند که هنجارهای نانوشته آموزش پزشکی سلامت روان را تضعیف می‌کند؛ از جمله الزام به پنهان کردن احساسات، عادی‌سازی فرسودگی و بی‌ارزش تلقی شدن نیازهای اولیه. ساختار سلسله‌مراتبی نیز مانع گزارش‌دهی رفتارهای آزارنده می‌شود.
محیط کار و تحصیل	- ساعات طولانی، کشیک‌های سنگین و محرومیت از خواب - رفتارهای آزارنده و تحقیرآمیز در محیط کار و آموزش - رقابت شدید، حمایت ناکافی هم‌تایان - انزوای اجتماعی و کاهش ایمنی روانی	فشارهای محیط کار، افراد را به مرحله افزایش بار انطباقی بدن می‌رساند و از فرسودگی عاطفی به زوال روحیه سوق می‌دهد. شرکت‌کنندگان این گذار را نقطه عطفی بسیار خطرناک و مرتبط با افزایش ناامیدی توصیف کردند.
آسیب‌پذیری‌های فردی و موانع کمک‌خواهی	- کمال‌گرایی، خودسرزنش‌گری و حس مسوولیت‌پذیری افراطی - نوع‌دوستی افراطی و نادیده‌گرفتن نیازهای خود - انگ سلامت روان و ترس از برچسب‌خوردن - توهم خودکفایی و بی‌اعتمادی به خدمات مشاوره - نگرانی درباره محرمانگی اطلاعات	ویژگی‌های شخصیتی مطلوب برای ورود به پزشکی (کمال‌گرایی، مسوولیت‌پذیری) تحت فشار تبدیل به عوامل خطر می‌شود. در عین حال، ترس از انگ و نگرانی درباره آینده حرفه‌ای، مانع اصلی برای دریافت کمک به موقع است.

جدول ۳- گزینه‌های سیاستی پیشنهادی برای کاهش ریسک خودکشی در پزشکان جوان

گزینه سیاستی	شرح	مزایا	معایب	هزینه‌ها	امکان‌پذیری اجرایی
مداخله‌های فردمحور (سطح خرد)	آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، مدیریت استرس، خودمراقبتی، آگاهی از علایم هشدار، و مهارت‌های مقابله‌ای برای دانشجویان و رزیدنت‌ها.	هزینه پایین؛ اجرای سریع؛ افزایش آگاهی فردی؛ کاهش ترس از کمک‌خواهی؛ قابلیت اجرا در همه دانشکده‌ها.	بدون تغییر محیط کار، اثربخشی پایدار محدود است؛ ممکن است به مسوول دانستن فرد برای مشکلات سیستمی منجر شود.	پایین (کارگاه، نیروی آموزشی، محتوا).	بالا به آسانی و فوریت قابل اجرا است.
بهبود محیط کار و آموزش (سطح میانی)	ایجاد گروه‌های حمایت همتا، نظام منتورشیپ رسمی، تقویت رابطه آموزشی، و ادغام مهارت‌های روان‌شناختی در برنامه درسی.	کاهش انزوا و رقابت مخرب؛ تقویت فرهنگ حمایت؛ بهبود ایمنی روانی و کیفیت آموزش.	نیاز به هماهنگی بین بخش‌ها؛ وابسته به مشارکت اساتید؛ زمان‌بر برای تثبیت.	متوسط (نیروی هماهنگ‌کننده، زمان اساتید، ساختار منتورشیپ).	متوسط به حمایت مدیریتی و منابع محدود نیاز دارد.
اصلاحات ساختاری و نهادی (سطح کلان)	بازنگری داده‌محور در حجم کار و کشیک‌ها؛ اجرای خط‌مشی پیشگیری از رفتارهای آزارنده در محیط کار با سازوکار گزارش‌دهی امن؛ تقویت خدمات مشاوره محرمانه؛ و بهبود حمایت‌های معیشتی.	اثرگذاری ریشه‌ای و پایدار؛ کاهش عوامل فرسایشی؛ افزایش کرامت، امنیت و رضایت؛ ارتقای کیفیت آموزش و مراقبت.	هزینه بالا؛ نیازمند تصمیم‌گیری سطح وزارتخانه و شوراهای دانشگاهی؛ زمان‌بر؛ احتمال مقاومت نهادی.	بالا (اصلاح ساختار کشیک، نیروی انسانی بیشتر، ایجاد سامانه‌های گزارش و مشاوره).	پایین تا متوسط نیازمند اراده سیاسی و بودجه پایدار.

۳. سطح خرد (مسئول: دانشجویان، رزیدنت‌ها و اعضای هیات علمی)

در سطح فردی، درخواست خدمات روان‌شناختی باید به‌عنوان یک رفتار حرفه‌ای و گامی در جهت حفظ سلامت و کارایی پزشک شناخته شود. آموزش عمومی مهارت‌هایی برای شناسایی علایم هشدار و ارجاع به‌موقع افراد در معرض خطر باید در میان دانشجویان، رزیدنت‌ها و اساتید گسترش یابد. همچنین ترویج اخلاق حرفه‌ای در فضای مجازی و کاهش مقایسه‌های مخرب و رقابت‌های فرساینده می‌تواند به بهبود فضای روانی جمعی کمک کند.

زمان‌بندی پیشنهادی اجرا

- اقدام‌های فوری (تا ۳ ماه): ایجاد کانال محرمانه گزارش قلدری، آغاز آموزش مهارت‌های عمومی محافظت از خود و دیگران، اعلام رسمی تعهد نهادی به سلامت روان پزشکان جوان.
- اقدام‌های میان‌مدت (۶ تا ۱۲ ماه): بازنگری و اصلاح برنامه کشیک‌ها، راه‌اندازی گروه‌های حمایت همتا و نظام منتورشیپ، تقویت و استانداردسازی خدمات مشاوره.

سازوکار رسیدگی شفاف و کانال‌های گزارش‌دهی امن و کاملاً محرمانه، ضروری است.

در کنار این اقدام‌ها، بهبود وضعیت معیشتی رزیدنت‌ها از طریق بازنگری در حقوق و پوشش بیمه‌ای، و تقویت خدمات مشاوره تخصصی برای پزشکان جوان با تضمین محرمانگی کامل و دسترسی آسان، باید به‌عنوان بخشی از سیاست رسمی حمایت از سلامت روان آنان دنبال شود.

۲. سطح میانی (مسئول: دانشکده‌های پزشکی و مراکز توسعه آموزش)

دانشکده‌های پزشکی موظف‌اند آموزش مهارت‌های روان‌شناختی کاربردی مانند تنظیم هیجان، تاب‌آوری، خودمراقبتی و مدیریت سوگ را در برنامه درسی رسمی ادغام کنند، نه به‌صورت کارگاه‌های پراکنده و اختیاری. همچنین ایجاد گروه‌های حمایت همتا با ساختار مشخص، تسهیل‌گر آموزش‌دیده و راه‌اندازی نظام منتورشیپ رسمی با آموزش منتورها و تعریف نقش و مسئولیت روشن، باید در سطح هر دانشکده نهادینه شود. این اقدام‌ها مستقیماً کیفیت تجربه آموزشی و احساس تعلق و حمایت را بهبود می‌دهد.

سلامت روان در آموزش پزشکی، گنجاندن شاخص‌های مرتبط با سلامت و رفاه دستیاران در نظام اعتباربخشی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های آموزشی و استفاده از ظرفیت سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های علمی برای توسعه آموزش‌های حرفه‌ای و برنامه‌های آگاهی‌بخشی اشاره کرد. همچنین مشارکت فعال اعضای هیأت علمی و دستیاران در طراحی و اجرای برنامه‌های حمایتی، و ایجاد سازوکارهای گزارش‌دهی امن و کاملاً محرمانه می‌تواند اعتماد این نظام‌های حمایتی را افزایش داده و اثربخشی مداخلات را تقویت کند.

تشکر و قدردانی

تدوین این خلاصه سیاستی، که حاصل تلاشی جمعی و مبتنی بر خرد گروهی است، بدون هم‌اندیشی و مشارکت ارزشمند اعضای دغدغه‌مند جامعه دانشگاهی علوم پزشکی تهران میسر نمی‌گردید. نویسندگان وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در نشست هم‌اندیشی تخصصی مورخ ۲ مهر ۱۴۰۴، شامل ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون محترم فرهنگی و دانشجویی دانشگاه، رئیس مرکز مشاوره و سلامت روان دانشگاه، اساتید ارجمند و دانشجویان عزیزی که با حضور فعال و دلسوزانه و ارایه نظرات کاربردی خود، داده‌های مهم این سند را فراهم کردند، صمیمانه سپاس‌گزاری نمایند.

References

- Asadiyun M, Daliri S. Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Iran J Psychiatry*. 2023;18(2):191-212.
- Zimmermann C, Strohmaier S, Herkner H, Niederkrotenthaler T, Schernhammer E. Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2024;386:e078964.
- Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, et al. Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*. 2021;398(10303):920-30.
- Pirnia B. Suicide among medical residents in Iran. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(6):411.
- Jahangiri S, Shaygani F, Ahmadi Marzaleh M. Suicide Among Medical Students and Residents in Iran: Potential Causes and Solutions. *Archives of Iranian Medicine*. 2023;26:60-1.
- Hosseinzadeh Oskouei A, Zamani Zarchi MS, Piryaee M, Yaghubi H, Shams J, Kianimoghadam AS. Suggestions for Solving the Suicide Mystery among Iranian Medical

- اقدام‌های بلندمدت (۱ تا ۳ سال): ادغام پایدار آموزش مهارت‌های روان‌شناختی در برنامه درسی و پیگیری اصلاحات فرهنگی و ساختاری در محیط‌های آموزشی. اجرای این بسته چندسطحی، با تقسیم صریح مسئولیت‌ها و پایش مستمر، می‌تواند گامی عملی و قابل سنجش در جهت حفاظت از جان پزشکان جوان و ارتقای سلامت روان در نظام آموزش پزشکی کشور باشد.

ملاحظات اجرایی

اجرای موفق این سیاست‌ها مستلزم توجه به موانع فرهنگی، ساختاری و نهادی در محیط‌های آموزشی پزشکی است. برخی از موانع احتمالی شامل مقاومت بخشی از اعضای هیأت علمی در برابر تغییر در الگوهای سنتی سلسله‌مراتب آموزشی، تداوم هنجارهای حرفه‌ای که درخواست کمک روان‌شناختی را نشانه ضعف تلقی می‌کنند و محدودیت منابع مالی و انسانی برای توسعه خدمات مشاوره‌ای تخصصی است. علاوه بر این، نگرانی درباره محرمانگی اطلاعات و پیامدهای احتمالی افشای مشکلات سلامت روان نیز ممکن است مانع استفاده دستیاران و دانشجویان از خدمات حمایتی شود. در مقابل، مجموعه‌ای از عوامل می‌تواند اجرای این سیاست‌ها را تسهیل کند. از جمله این عوامل می‌توان به تعهد و حمایت رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ارتقای

- Residents. *Iran J Med Sci*. 2024;49(9):608-9.
- Rezaeian M, Platt S, Arensman E. Iran's National Suicide Prevention Program. *Crisis*. 2022;43(4):344-7.
- Shafiee A, Teymouri Athar MM, Seighali N, Amini MJ, Hajishah H, Arabazadeh Bahri R, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances among medical students and resident physicians in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024;19(8):e0307117.
- Devi S. Iranian medic suicides spark criticism of working conditions. *Lancet*. 2024;403(10431):1010.
- Rouzrokh P, Abbasi Feijani F, Moshiri Y, Ghahramani S, Bagheri Lankarani K. The Pooled Prevalence of Attributed Factors of Suicide in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Iran Med*. 2025;28(1):44-60.
- Rezaeian M. Suicidal Behavior and Its Prevention: A Proposed Multi-Components Strategy for Iran. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2024;23(5):374-6.
- Devi S. Iranian medic suicides spark criticism of working conditions. *Lancet (London, England)*, 403 (10431):1010. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00530-0. PMID: 38493783.

Suicide in Iran's young medical community and identifying causes and developing operational solutions: A policy brief

Omid Gheisavandi^{1,2}, Fatemeh Mirparsa^{2,3,4}, Shaghayegh Haghjoo Javanmard⁵, Farnaz Etesam^{6*}

1- Medical Student, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Student's Scientific Research Center (SSRC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD student in Health Policy, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Scientific Pole of Health Sciences Education, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Center of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.

5- PhD in Physiology, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Fellowship in Psychosomatic Medicine, Psychosomatic Medicine Research Center, Department of Psychiatry, Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Growing concern about self-harm and suicidal behaviors among young physicians in Iran has drawn increased attention to working and training conditions within the healthcare system. Evidence suggests that this phenomenon results from the interaction of institutional, workplace, and individual factors. The hidden curriculum, unwritten norms, heavy workloads and long shifts, certain distressing behaviors within educational environments, and limitations in organizational support have all been identified as contributing factors. At the individual level, perfectionism, self-blame, concerns about social stigma, and worries about the confidentiality of mental health services may hinder help-seeking. Findings indicate that effective prevention requires coordinated interventions at macro, meso, and micro levels, including improving working conditions, strengthening organizational support, developing mentorship programs, and promoting self-care skills training.

Please cite this article as follows:

Gheisavandi O, Mirparsa F, Haghjoo Javanmard S, Etesam F. Suicide in Iran's young medical community and identifying causes and developing operational solutions: A policy brief. *Hakim Health Sys.* 2024; 27(2): 169-174.

*Corresponding Author: Roozbeh Hospital, South Kargar Street, below Lashgar Crossroad, Tehran, Iran. Postal Code: 1333715914.

E-mail: fa.etesam@gmail.com

Copyright © 2024 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.