



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

## למידה מהצלחות: תכניות לאומיות למניעת התאבדות

כתיבה: ד"ר שירלי אברמי, מנהלת מרכז המחקר והמידע  
קריאת עמיתים: פרופ' גיל זלצמן, סגן מנהל ביה"ח גהה, אונ' תל אביב  
ד"ר סנדרין בורשטיין, אוניברסיטת קרולינסקה, שוודיה

ב' חשוון תשע"ד  
6 באוקטובר 2013

הכנסת, מרכז המחקר והמידע  
קריית בן-גוריון, ירושלים 91950  
טל': 02 - 6408240/1  
פקס: 02 - 6496103  
[www.knesset.gov.il/mmm](http://www.knesset.gov.il/mmm)

מסמך זה נכתב לבקשת ח"כ אברהם מיכאלי, יו"ר שדולת הכנסת למניעת אובדנות, ולקראת דיוניה של התכנית הלאומית למניעת התאבדות, בהובלת משרד הבריאות.

## מבוא

בשנים האחרונות התאבדו בישראל כ-500 אנשים בשנה. אלפי אנשים נוספים מנסים להתאבד, וגם לגביהם מדובר במצבי לחץ ומצוקה, באובדן ימי עבודה למשק, ובהשלכות נרחבות נוספות, בעלות היבטים ציבוריים ולאומיים. אל אלו יש להוסיף את מצוקת המשפחות הנותרות לאחר התאבדות, מצוקה שאף היא עשויה לבוא לידי ביטוי בהיבטים בעלי השלכות לאומיות נרחבות. מניעת התאבדות הינה אחד מן התחומים החשובים שבהם יכולה חברה לפעול: לא רק משום ש"כל המציל נפש מישראל כאילו הציל עולם ומלואו", אלא משום שמאבק בלתי מתפשר בתופעה, הכולל את הרחבת הדיון הציבורי, הגברת המודעות, ושימוש בטכניקות ובכלים שיעילותם הוכחה בעולם, יכול להוריד בפועל את שיעורי ההתאבדות בישראל בעשרות אחוזים, כפי שהוכיח הניסיון רב השנים במדינות השונות.

למרות היקפה הנרחב של התופעה, ההתאבדות עדיין נחשבת כתופעה מביישת וסטיגמטית, הדיון הציבורי בה מצומצם ולוקה בחסר, ונוטה לכלול מיתוסים שהופרכו זה מכבר ("כל מי שרוצה להתאבד – יתאבד בסוף"; "מי שמאיים להתאבד – לא יעשה זאת"; "הדיבור על התאבדות עלול לעודד אותה"). בעשורים האחרונים פעלו ועדות שונות, בהובלת משרד הבריאות, ובהשתתפות מומחים ואנשי מקצוע, משרדי ממשלה, ארגונים ועמותות, לעיצוב ולגיבוש תכניות לאומיות למניעת התאבדות. בפועל, עד כה התקיים פיילוט מצומצם, בשלושה ישובים בלבד, אשר תוצאותיו מהוות אינדיקציה נוספת ליעילות התכנית הלאומית ולנחיצותה. לאחרונה הודיעה שרת הבריאות, ח"כ יעל גרמן, על צאתה לדרך של התכנית הלאומית למניעת התאבדות, בשיתוף משרדי הממשלה הנוגעים בדבר: האוצר, הרווחה והשירותים החברתיים, החינוך, העלייה והקליטה, הפנים ובטחון הפנים.

**מסמך זה מציג תכניות לאומיות למניעת התאבדות שמתקיימות במדינות שונות בעולם, ומחקרים שבדקו אילו אסטרטגיות מבין אלו שנקטו בהן, נמצאות כמועילות בהורדת שיעורי ההתאבדות בפועל. למרות שקיימות עשרות תכניות שונות כאלו, בעשרות מדינות, מספר המחקרים שבדקו את האפקטיביות שלהן עדיין מצומצם מאד. מן המחקרים הללו עולה ששתי האסטרטגיות שנמצאו כיעילות ביותר הן צמצום הזמינות של אמצעים קטלניים והדרכת רופאי המשפחה לזיהוי סימני מצוקה.**

## 1. נתונים<sup>1</sup>

התאבדות היא בעיה מרכזית בתחום בריאות הציבור: קרוב למיליון אנשים מתאבדים בעולם מדי שנה, ובישראל מהווה ההתאבדות סיבת המוות השנייה בקרב גברים בגיל 15-24 והסיבה

<sup>1</sup> נחמה גולדברגר, מרים אבורבה, ציונה חקלאי. סיבות מוות מובילות בישראל. ירושלים: משרד הבריאות, פברואר 2013. [http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading\\_causes\\_2010.pdf](http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/leading_causes_2010.pdf) תאריך כניסה 11.9.2013



השלישית בקרב גברים בגיל 25-44 ונשים בגיל 15-44. בארה"ב מהווה ההתאבדות סיבת המוות השלישית בקרב צעירים; למעלה מ-30,000 איש מתאבדים בארה"ב מדי שנה, וכ-133,000 מגיעים לחדרי מיון, עקב ניסיונות התאבדות. בישראל הגיעו לחדרי מיון בשנת 2007, 1700 צעירים גילאי 15-24, לאחר ניסיון התאבדות; שיעור הניסיון בקרב נערות גבוה פי 3 מזה שבקרב נערים. יצוין כי על כל ניסיון התאבדות שמגיע לחדר המיון, ישנם כ-7 ניסיונות לא מדווחים<sup>2</sup>.

**בשנים 2007-2010 חלה עלייה במספר ההתאבדויות המדווחות בישראל, מ-290 בשנת 2007 ל-431 ב-2010.** שיעורי ההתאבדות המדווחים נמוכים משיעורי התאבדות בפועל, שכן ישנו תת דיווח בשל סיבות הקשורות בסטיגמה ובושה, שיקולי ביטוח ועוד. מקובל להניח ששיעורי ההתאבדות בפועל גבוהים ב-25% מאלו המדווחים על ידי רשויות הבריאות במדינות השונות. שיעור המתאבדים בישראל עומד על 6.2 ל-100,000 נפש, כאשר רובם המכריע של המתאבדים הם גברים. שיעור ההתאבדות של עולים בישראל, הן בקרב יוצאי חבר העמים לשעבר והן בקרב עולי אתיופיה, גבוה במידה ניכרת משיעורם באוכלוסייה.

## 2. התאבדות – הגדרות וגורמים

להתנהגות אובדנית סיבות רבות שחלקן קשורות בפגיעה מולדת ביולוגית-גנטית וחלקן במצבי דחק. מחלות נפש מהוות גורם מרכזי שתורם להתאבדויות: למעלה מ-90% מהאנשים שהתאבדו סבלו מהפרעות נפשיות שונות, וכ-60% מהם סבלו מדיכאון; גורמים נוספים הקשורים להתאבדות ועשויים להשפיע על שיעוריה הם נגישות לאמצעים קטלניים, שימוש באלכוהול ובסמים, נגישות לטיפול נפשי, עמדות כלפי התאבדות, מחלות גופניות, מצב משפחתי, גיל ומגדר.<sup>3</sup>

התאבדות<sup>4</sup> היא פעולה עצמית מכוונת שמטרתה לגרום למוות. על-פי ארגון הבריאות העולמי, מדי שנה מתאבדים ברחבי העולם כמיליון איש. המונח "התנהגות אובדנית" כולל טווח רחב של התנהגויות עם מניעים שונים ותוצאות שונות, החל במחשבות אובדניות; דרך התנהגויות שמביאות להרס עצמי; מחוות אובדניות; ניסיונות אובדניים לא קטלניים וכלה בהתאבדות שתוצאתה מוות.

---

<sup>2</sup> בורשטיין-ליפסקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה

<sup>3</sup> Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013

<sup>4</sup> אובדנות בצד"ל וסקירת הפעילות של משרד ההגנה האמריקאי למניעת התאבדויות בצבא ארה"ב. הכנסת, מרכז המחקר והמידע, כתיבה: אוריאה אלמסי. <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03261.pdf> תאריך כניסה: 15.9.2013



ככלל, להתאבדות עלול להוביל שילוב של גורמים מכמה סוגים: ביולוגיים, גנטיים, פסיכולוגיים, חברתיים, סביבתיים וכן אירועים שאדם חווה במהלך החיים. יש שלוש קבוצות גורמים להתאבדות: מרכיבים אישיים ופתולוגיים, גורמי לחץ וגורמי חוויה פנימיים. נוסף על אלה יש גורמים שמאיצים התאבדות, כלומר גורמים שאינם מהווים סיבה להתאבדות אבל מאפשרים אותה. התפיסה הרווחת כיום היא שהתאבדות תצא לפועל בהתקיים שילוב של שלושת הגורמים יחד עם מאיצי התאבדות. המודל הרב-תחומי המוצג בתרשים שלהלן<sup>5</sup>, מתכלל השפעות של רכיבים גופניים ונפשיים, אירועי חיים ואופני התנהגות, המובילים לתחושת חוסר אונים ולמחשבות אובדניות ובהינתן המאיץ, להתאבדות.



### 3. העלות הכלכלית של אובדנות למשק

להתאבדות השלכות רבות – חברתיות, משפחתיות, לאומיות וציבוריות. אחד הנושאים שהדיון הציבורי בהם מועט במיוחד בהקשר זה הינו המחיר הכלכלי של האובדנות למשק. העובדה שעשוי להיות בתכניות לאומיות למניעת התאבדות גם חסכון כלכלי, חשובה לדיון הציבורי ולתהליך קבלת ההחלטות לגביהן. מכתב שהופנה למשנה למנכ"ל משרד הבריאות, ד"ר בעז לב<sup>6</sup> מתייחס לשני סוגי עלויות בהקשר

<sup>5</sup> Suicidality and Data Collection – Workshop Summary, 2010. Washington DC: National Academic Press.

<sup>6</sup> סיביל סירקיס ואדר שץ, מכתב לד"ר בעז לב: עלות כלכלית למשק של אובדנות. 28.5.2013



זה: עלויות ישירות – הכוללות, בין השאר, פינוי באמבולנס, מיון בבית חולים כללי, אשפוז, ביטוח חיים, חקירת משטרה; עלויות עקיפות – הכוללות, בין היתר, אובדן עבודה יצרנית בשל מותו של אדם בטרם עת, או נכות שנגרמה לו כתוצאה מניסיון התאבדות: אובדן ימי עבודה, ירידה בתפוקה, טיפול נפשי לאדם לאחר ניסיון התאבדות ולמשפחות לאחר שהתרחשה בהן התאבדות, אובדן ימי עבודה לבני המשפחה.

ההערכה התבססה על מחקרים שנערכו בחו"ל (בארה"ב, בניו-זילנד, באוסטרליה, באירלנד, בבריטניה ועוד), ועל נתוני משרד הבריאות לגבי מספר המתאבדים ומבצעי ניסיונות ההתאבדות בישראל. לפיה, נעות העלויות הישירות של אובדנות למשק לבדן על בין 100-90 מיליון ₪ בשנה; מחיר העלויות העקיפות הינו בין 2.5-2 מיליארד ₪ בשנה.

#### 4. מניעת התאבדות

##### 4.1 תכניות לאומיות – הניסיון בעולם<sup>7</sup>

כיום אין חולק על הצורך במניעת התאבדות, ובהשקעת משאבים לאומיים לשם כך. במדינות רבות בעולם, כפי שייסקר במסמך זה, נערכות תכניות לאומיות, המשפיעות בפועל על ירידת שיעורי ההתאבדות במדינות אלו. לכך גורמים כל רכיבי התכניות הללו: העלאת המודעות לתופעת ההתאבדות שבעולם, כמו גם בישראל, עדיין מוסתרת ואינה נמצאת דיה על סדר היום הציבורי; צמצום הזמינות של אמצעים קטלניים, שהוכח כאפקטיבי ביותר; הפניית משאבים למחקר רפואי שיתחקה אחרי מקורותיה הביולוגיים של ההתאבדות ובהתאם ינסה למצוא מזור לצדדים אלו של התופעה; הכשרת "שומרי סף" ופרסום בקרבם, ובקרב הציבור הכללי, של סימני מצוקה; קיום ופרסום קווים חמים לסיוע; פעילות עמותות העוסקות במניעת התאבדות ותקצובן; הרחבת המידע בקרב רופאי משפחה, מפקדים בצבא, מורים ואוכלוסיות נוספות שהיתכנות למפגש שלהן עם אוכלוסיות במצוקה ובסיכון אובדני היא גבוהה; ועוד.

החוקרים אורי, בורשטיין ואפטר<sup>8</sup> מציינים כי במרכזים בארצות הברית ובחלק ממדינות אירופה פועלות תכניות מניעה מבוססות עובדות הכוללות מגוון פעולות: הקמת מאגר מידע אפידמיולוגי לגבי ניסיונות התאבדות והתאבדות, קמפיינים להעלאת המודעות לבריאות הנפש ולאובדנות, תכניות מניעה לסטודנטים, בדיקות סקר בקרב בני נוער בסיכון, הגברת המודעות ומתן כלים בידי רופאים ראשוניים

<sup>7</sup> תודה לד"ר סנדרין בורשטיין, לפרופ' J.J. Mann ולפרופ' A.C. Cain על תרומתם למסמך.

<sup>8</sup> אילה אורי, סנדרין בורשטיין ואלן אפטר: האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל. <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=2782>. תאריך כניסה 27.8.2013



לאיתור ולטיפול בדיכאון ובאובדנות, חינוך דרך התקשורת, והגבלות לגבי נשיאת נשק. עוד הם מציינים כי בישראל ישנן קבוצות בהן הסיכון האובדני גבוה במיוחד: אוכלוסיית העולים מברית המועצות לשעבר, אוכלוסיית העולים מאתיופיה, ניצולי שואה וחיילי צה"ל.

למידה מהצלחות (Best Practice) מתייחסת לתהליך שבו נלמדים ומיושמים היבטים שגרמו לתכניות קודמות להצליח ולהשיג את יעדיהן. ארגונים רבים נוטים ללמוד בדרך כלל מכישלונות או מקשיים ולא מאירועים או תהליכים שבהם הם נחלו הצלחה, ודווקא השימוש התכוף בתהליכים מוצלחים יכול לשמש בסיס איתן להשגת תוצאות טובות<sup>9</sup>. כך, לדוגמה, מציין אתר המרכז האמריקאי לבקרת ומניעת מחלות, כי למידה מהצלחות הינה דרך עיקרית שבה נוקט המרכז על מנת לבחון ולהפעיל תכניות ממוקדות למניעת התנהגות אובדנית ואובדנות.<sup>10</sup>

תכניות לאומיות מתקיימות כיום במדינות שונות בעולם, וכוללות, בין השאר, זיהוי ואיתור (reaching out); חינוך, הדרכה והגברת מודעות; חקיקה, פיתוח תכניות, בחלק מן המדינות בדגש על בניית תכניות המותאמות לצרכים ולמאפיינים המקומיים; שיתופי פעולה בין ארגונים, בכלל זה בין רופאי המשפחה למערכי בריאות הנפש, ויצירת רשתות בין ארגונים ממשלתיים, מקומיים, ארגוני עזרה עצמית ועמותות; פיתוח מערכי טיפול באנשים לאחר ניסיון אובדני, בבתי חולים כלליים; בחינה מחדש של שירותי התמיכה למשפחות; והקצאת משאבים ייעודיים. בחלק מן המדינות מלוות התכנית במחקרי הערכה, הבודקים את עמידת התכניות ביעדים כמותיים לצמצום שיעורי ההתאבדות, שהוגדרו מראש, ובמערכים לאומיים לחקירת כל מקרי ההתאבדות ומיפויים, לשם שיפור הטיפול והמניעה העתידיים.<sup>11</sup>

מחקר מקיף, שסקר ממצאי מחקרים שבדקו את האפקטיביות של אסטרטגיות שונות למניעת התאבדות שפורסמו במדינות שונות בין השנים 1966-2005, מציין כי האסטרטגיות שנמצאו כאפקטיביות ביותר הן הכשרת רופאי משפחה לזהות סימני דיכאון; וצמצום הזמינות לאמצעים קטלניים. ע"פ המחקר, שסקר מחקרים שבדקו את יעילות התכניות במגוון רחב של תחומים – התנהגות אובדנית, פנייה לבקשת טיפול ועזרה, זיהוי אוכלוסיות בסיכון, שימוש בתרופות ובפסיכותרפיה ועוד –

<sup>9</sup> פרקוביץ-אלנבוגן, ש., רוסו, ל. ורוזנפלד, י. (2011). כזה ראה והתחדש: דפוסי הפצה והטמעה בגף ניסויים ויזמות ומרכזי ההפצה, באמצעות המתודה הרטרופקטיבית למידה מהצלחות. ירושלים: משרד החינוך ומאירס-גיוינט, מכון ברוקדייל.

<sup>10</sup> התאבדות: אסטרטגיות מניעה <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/prevention.html> כניסה בתאריך 22.9.2013

<sup>11</sup> בורשטיין, ס. השוואה בין תכניות לאומיות למניעת אובדנות: התכנית הסקוטית Choose life והתכנית האירית Reach out. מכתב, התקבל 12.9.2013



האפקטיביות של שאר האסטרטגיות צריכה להיבחן במחקרים נוספים, שכן הממצאים במחקרים שנסקרו לגביהן אינם חד משמעיים<sup>12</sup>.

## 4.2 הגברת המודעות לתופעה

גם בעשור השני של המאה העשרים ואחת, התאבדות הינה עדיין תופעה מביישת וסטיגמטית, וישנה נטייה להסתירה ולהעלים אותה מן העין הציבורית. בחלקו משום היותה תופעה מפחידה ומאיימת, ובחלקו משום החשש שדיבור על התאבדות עלול לגרום להתאבדויות נוספות. הספר הראשון שעסק בנושא זה בישראל פורסם ב-1953, וכבר אז ציין מחברו כי "עיכוב לטיפול בבעיית ההתאבדות הוא אולי החשש לדון בנושא 'מסוכן' זה, אשר יפה לו השתיקה כביכול. וחשש זה אינו מוצדק"<sup>13</sup>. השאלה אם חשש זה הינו מבוסס תלויה, במידה רבה, באופן שבו תוצג התופעה לציבור, ויתקיים הדיון בה. הפיכת המתאבד לגיבור תקשורתי וגלורפיקציה של המעשה ועושהו, כפי שנעשה בחלק ממקרי ההתאבדות, במיוחד במקרים בהם מדובר באדם מפורסם, נזקה אכן עלול לעלות על תועלתה. מועצת העיתונות אף קיימה בעבר דיונים בנושא וגיבשה קווים מנחים באשר לאופן הסיקור הראוי של מקרי התאבדות, שימנע את ההיבטים השליליים של הפרסום.<sup>14</sup> **תכנית לאומית וקמפינים להגברת מודעות כוללים, בחלק מן המדינות, הנחיות לתקשורת כיצד לסקר התאבדויות ובמיוחד ממה להימנע:** לא לסקר מקרי התאבדויות במפורט; לא לסקר התאבדויות של דמויות מפורסמות; לא לדווח על התאבדות בעמוד הראשון של עיתון, או בתחילת שידור. באוסטריה נחסמה לחלוטין בפני התקשורת האפשרות לסקר התאבדויות ברכבת התחתית. בעקבות זו ירד ב-80% מספר ניסיונות ההתאבדות בשיטה זו<sup>15</sup>. **הסיקור התקשורתי הינו חשוב, אך עליו לקחת בחשבון את הפוטנציאל לפגיעה, ולכן לסקר על פי קווים מנחים שהותוו ע"י אנשי מקצוע, ובעקבות מחקרים.**

פרסום מקרי התאבדות, בד בבד עם הדגשת המצוקה בה נמצא האדם שהתאבד, ובמקביל הצגת האפשרויות לסיוע ולקבלת טיפול, עשויים לסייע לאנשים הנמצאים במצוקה, לחשוף בפניהם מקורות סיוע, ולעודד אותם לפנות לקבלת עזרה. הגברת המודעות, והרחבת הדיון הציבורי, יחשפו את הציבור הרחב להיקפה הנרחב של התופעה, ובכך יוכלו לתרום לחיזוק ההבנה בצורך להרחבת המאמצים

---

Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013 <sup>12</sup>

<sup>13</sup> ניסן טורוב: בעיית ההתאבדות. הוצאת דביר, תל אביב תשי"ג

<sup>14</sup> השופטת (בדימוס) דליה דורנר, הרצאה בכנס למניעת התאבדות ולתמיכה במשפחות, עמותת "בשביל החיים", יוני 2013.

<sup>15</sup> ברשטיין ליפסקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה



למניעתה; יתרמו ליכולת לזהות סימני מצוקה, ולדרכים ולכלים העומדים לרשות מי שמזהה מצוקה זו, או מי שחווה אותה, ובכך יחזקו מצדם את המניעה, ויתרמו לצמצום שיעורי ההתאבדות.

מטרתה של העלאת המודעות הינה שיפור זיהוי סימני מצוקה; הגברת הפנייה לקבלת עזרה; הפחתת הסטיגמה של אובדנות ומחלות נפש; ערעור על קבלת החשיבה האובדנית והמעשה האובדני כבלתי ניתנים לטיפול ולמניעה. מחקרים הוכיחו כי חוסר הידע תורם לחוסר טיפול; וכי שיתוף פעולה והכשרה של רופאי משפחה, בד בבד עם קמפיינים בתקשורת ובמדיה החברתית והצגת אפשרויות עזרה, תורמים לצמצום שיעורי ההתאבדות. **קמפיין להעלאת מודעות שנערך בגרמניה, בשילוב מחקר מלווה, גילה ירידה של 24% בניסיונות ההתאבדות בתקופה זו. בעקבות הצלחתו, מממן האיחוד האירופי את התכנית להעלאת מודעות, ב-16 מדינות**<sup>16</sup>.

יש לציין שהגברת מודעות ועידוד אנשים לפנות לטיפול מחייבים הקמת ותקצוב מערך טיפולי מתאים, שיוכל לתת מענה הולם ובזמן אמת לאנשים שאותם תכניות אלו מאתרות ומזהות.

### 4.3. צמצום זמינותם של אמצעים קטלניים

חוקרים רבים העוסקים באובדנות ובדרכים למניעת התאבדויות, מציינים את הצורך ב"טריגר" – הזרז שיהווה את החסם האחרון בין האדם האובדני לבין המעשה שאין ממנו חזרה. ישנה הסכמה כי במקרים רבים התאבדות אינה תולדה של תכנון ארוך ומדוקדק, אלא של מחשבות כלליות, שזמינותו של האמצעי הקטלני יכולה להוות את ההבדל בין הוצאתן לפועל, לבין הישארות בחיים. לעיתים מדובר בגחמה, בהחלטה נמהרת, שהמעשה גורם לה להיות בלתי הפיכה, אולם מי שנמנעת ממנו היכולת להתאבד, בחלק ואולי אף במרבית המקרים לא יגיע למצב זה שוב. על כן, ישנה חשיבות עליונה לצמצום הזמינות של אמצעים קטלניים ולחסימת מכנית של האפשרות להתאבד, שמחקרים רבים הוכיחו את יעילותה במניעת התאבדות.

בסקירה בינלאומית רחבת היקף באשר ליעילותן של אסטרטגיות שונות למניעת התאבדות נמצא, כאמור, שצמצום זמינות של אמצעים קטלניים הינה אחת מהאסטרטגיות שנמצאה כיעילה ביותר, במדינות שונות ובדרכים שונות שנקטו לשם כך<sup>17</sup>. **הגבלה על נגישות לשיטה הנפוצה להתאבדות, במדינות או בקהילות שונות, מפחיתה לא רק את שיעורי ההתאבדות בשיטה זו, אלא את שיעורי**

<sup>16</sup> בורשטיין ליפסקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה.

<sup>17</sup> Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013





**ההתאבדות הכלליים**, כלומר המתאבד הפוטנציאלי יעדיף שיטה מסוימת ובהיעדר נגישות אליה יוותר על הכוונה להתאבד. החוקרים מציינים שהגבלה על שימוש באמצעים שונים הקטינה שיעורי התאבדות כתוצאה מחקיקה שהגבילה את השימוש בנשק; מחקיקה ותקנות שהפכו גז-בישול לבלתי רעיל; מהגבלת היכולת לרשום תרופות הרדמה בכמויות גדולות; וכיוצא באלה. החוקרים מציינים כי ככל שהשימוש באמצעי נפוץ יותר, ההגבלות על השימוש בו הוביל לתוצאות מובהקות יותר בהורדת שיעורי ההתאבדות.

#### 4.3.1. צמצום זמינותם של כלי נשק

על פי מסמך מרכז המחקר והמידע של הכנסת<sup>18</sup>, 80% מן החיילים שהתאבדו, עשו זאת באמצעות כלי נשק; וההתאבדות היתה גורם המוות מס. 1 בקרב חיילי צה"ל, בשנת 2011. התערבות פשוטה של מניעת שימוש בנשק למי שאינו זקוק לו, והשארת הנשק בבסיס, לחיילים שאינם קרביים, הביאה לירידה של עשרות אחוזים בהתאבדויות בצה"ל. מסמך של משרד הבריאות העוסק בצמצום זמינות לכלי נשק<sup>19</sup> מציין כי על פי חוק כלי ירייה, התש"ט-1949, רשאי כל מטפל שמתרשם ממסוכנות המטופל, באם יחזיק כלי נשק, לדווח למשרד הבריאות באמצעות טופס ייעודי. החוק מציין רופאים פסיכיאטריים במרפאות חוץ של בתי החולים, מרפאות פרטיות, רופאי משפחה, עובדים סוציאליים עם התמחות בפסיכיאטריה וקציני בריאות הנפש בצה"ל. נוסף על כך, על פי חוק הנוער יש לדווח למשרד הבריאות על כל קטין שאושפז בכפייה.

על פי נתוני היחידה להערכה ולמידע, המצוטטים במסמך, בשנת 2012 הועברו למשרד הבריאות 1014 הודעות מטפל, מתוכן 191 מצה"ל, 534 כלליות, ו-289 מכוח חוק הנוער, לגבי קטינים. אומדן שערכו לגבי 2013, המבוסס על הדיווחים בחמשת החודשים הראשונים של השנה, עומד על 1734 הודעות. המסמך כולל המלצות להמשך הפעילות הנושא, ובהן, בין היתר, תיקוני חקיקה: שינוי בחוק הנוער שיאפשר שליחה של מידע דיגיטלי מזוהה באבחנות מסוימות בגילאי 15-18, ותמיכה בתיקון חוק כלי ירייה התש"ט-1949, שישנה את האישור לנשיאת נשק לחברות שמירה מ"מקום העיסוק" ל"אתר עצמו"; הגברת תדירות הדיווח; ודרישה להעברת הודעות מטפל מרכזי טיפול בחלופות סם וממרכזי גמילה, תוך מתן אפשרות לגריעת שמות במידת הצורך ועל בסיס פרטני ומנומק.

<sup>18</sup> אלמסי, א. (2013). אובדנות בצה"ל וסקירת הפעילות של משרד ההגנה האמריקאי למניעת התאבדויות בצבא ארה"ב. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. <http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m03261.pdf> תאריך כניסה 29.9.2013

<sup>19</sup> משרד הבריאות: תכנית לאומית למניעת התאבדויות - המלצות הנוגעות לסוגיית זמינות כלי הנשק. לא צוין תאריך.



### 4.3.2. צמצום זמינותם של תרופות שניתן להתאבד בעזרתן ושל חומרי רעל

מחקרים מוכיחים כי שימוש בתרופות שקל להשיג, במיוחד פרצטמול ואספירין, מהווה אמצעי נפוץ להתאבדות ולניסיונות אובדניים. בדיקה בנושא התאבדויות וניסיונות התאבדות של נערות גילתה כי ב-90% מהמקרים נעשה שימוש בתרופות<sup>20</sup>. בבריטניה הוכיח ניסיון רב שנים כי פעילות נמרצת ובלתי מתפשרת, שכללה חקיקה לצמצום היכולת לקנות תרופות שניתן להשתמש בהן על מנת להתאבד, על ידי אמצעי פשוט של הקטנת החפיסות, הורידה את שיעורי ההתאבדות בעשרות אחוזים<sup>21</sup>. מדובר בעיקר בהפחתת כמות הכדורים בחפיסה של נוגדי כאב כמו אקמול (פרטצמול) במכירה ללא מרשם הנמכרות "מעבר לדלפק" – (OTC) Over the counter.

נטילת מנת יתר של תרופות אלה עלולה לגרום לנזק בלתי-הפיך לכבד, ואף למוות. מחקר שנערך בבריטניה מצא כי בראיונות שנערכו עם אנשים לאחר לקיחת מנת יתר של תרופות למטרה של פגיעה עצמית (self-harm), ציינו 63% מתוכם כי הסיבה לבחירת אמצעי זה היתה זמינותן של התרופות, וכי במקרים רבים התרופה נלקחה באופן אימפולסיבי: 41% מהנשאלים ציינו כי חשבו על כך פחות משעה, ו-74% - פחות משלוש שעות<sup>22</sup>. על רקע זה, נחקק בבריטניה ב-1998 חוק שחייב את הקטנת גודלן של חפיסות התרופות ואת הקטנת התכולה הכללית שלהן (במ"ג תרופה), ובמקביל שינה את הכיתוב על גביהן. הנקיטה באמצעי של הקטנת החפיסות נערכה לאחר שנשקלו ונדחו צעדים נוספים להתמודדות עם התופעה, ולאחר שנמצא, בסקירה בינלאומית שקדמה לחקיקה, מתאם בין גודלן של החפיסות במדינות שונות לבין שיעורי ההתאבדות בהן. מחקר שבדק את השפעת החקיקה על שיעורי ההתאבדות בבריטניה, מצא כי השפעתה היתה ניכרת<sup>23</sup>. בשנה שלאחר כניסת החוק לתוקפו היתה ירידה של 18% במקרי מוות כתוצאה מנטילת מינון-יתר של פרצטאמול; וכן ירידה בניסיונות לפגיעה עצמית באמצעי זה, ובאשפוז ביחידות לטיפול במחלות כבד. החוקרים מציינים כי בתקופה זו ירדו שיעורי ההתאבדות הכלליים בבריטניה, כלומר גם אם היתה הסטה של חלק מהניסיונות, לשימוש באמצעים אחרים, עדיין ניתן לראות מתאם בין צמצום זמינותן של התרופות לבין ירידה כללית בשיעורי ההתאבדות באותה

<sup>20</sup> בורשטיין ליפסקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה.

<sup>21</sup> Keith Hawton, הרצאה בכנס בין"ל: התאבדות והתנהגות אובדנית, בראשות פרופ' גיל זלצמן, פרופ' אלן אפטר. תל-אביב, ספטמבר 2012.

<sup>22</sup> Keith Hawton: United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effect on suicide and deliberate self harm. Suicide and life-threatening behavior, 2002.

<sup>23</sup> שם



התקופה. מחקר נוסף באותו נושא, שפורסם לאחרונה, בדק את השפעת החקיקה לאורך זמן, באמצעות ניתוח נתונים מן השנים 1993-2009.<sup>24</sup> **במהלך שנים אלו חלה בבריטניה ירידה של 43% בשיעורי ההתאבדות באמצעי זה, וירידה כללית של 25% בשיעורי ההתאבדות.**

חוזר של החברה הפרמצבטית המלכותית בבריטניה, שפורסם ב-2011,<sup>25</sup> מציין במפורש כי על הרוקחים לשקול בקשות לרכישת כמויות גדולות של פרצטאמול מעבר לדלפק (OTC), ולהיות משוכנעים, על בסיס פרטני, כי מדובר בבקשה מוצדקת וכי האספקה נדרשת ומוצדקת מבחינה קלינית עבור הלקוח. במקרים של חשד לרכישה לצורך שאינו רפואי (misuse and/or abuse), מנחה החוזר את הרוקחים לסרב לבקשה. החוזר מציג אינדיקטורים לקיומו של חשד כזה: בקשות תכופות; בקשות לרכישת כמויות גדולות (יותר מ-32 גולות); היעדר תבחינים המתאימים לתיאור הבקשה; התנהגות עצבנית; תשובות שנראה כי הוכנו מראש; חוסר סבלנות או תוקפנות.

ניסוי שנערך בסין, שבו נמנעה מאיכרים היכולת להתאבד באמצעות הרעלה עצמית, ע"י נעילת אריזות של חומרי הדברה, הוביל לתוצאות דומות.<sup>26</sup>

### 4.3.3. התקנת סורגים ומעקות על גשרים ובחלונות גבוהים

ישנה טענה כי כאשר תימנע היכולת להתאבדות בדרך אחת, יפנו המעוניינים בכך לדרך אחרת. אולם הניסיון מוכיח כי אין זה כך. כיוון שכאמור, לפחות בחלק מן המקרים מדובר במעשה אימפולסיבי, האדם שתימנע ממנו היכולת להתאבד לא בהכרח יחפש אמצעי חלופי, אלא יוותר על הכוונה. אחד המקרים המפורסמים ביותר בהקשר זה הינו גשר "שער הזהב" בסן-פרנציסקו, שהיווה מוקד משיכה – "Hot spot" – לביצוע מעשי התאבדות. החוקר ריצ'רד סידן ראיין 515 אנשים שתכננו לקפוץ מהגשר ושוכנעו לוותר על כך ברגע האחרון, בין השנים 1937-1971. עד מועד עריכת המחקר, ב-1987, יותר מ-90% מהם היו בחיים. מסקנתו היתה שהתנהגות אובדנית קשורה למשבר ושאלם האדם בשבר יקבל סיוע או שתימנע ממנו האפשרות להתאבד בתקופה הקריטית,

---

Keith Hawton 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 (British medical journal), 7.2.2013<sup>24</sup>

Request for large quantities of paracetamol over the counter. Royal pharmaceutical society, PSB 2, 1.5.2011<sup>25</sup>

Keith Hawton, הרצאה בכנס בין"ל: התאבדות והתנהגות אובדנית, בראשות פרופ' גיל זלצמן, פרופ' אלן אפטר. תל-אביב, ספטמבר 2012.<sup>26</sup>



טובים הסיכויים שלא ינסה שוב. בורק<sup>27</sup> מזכיר בהקשר זה את גשר הנסיך אדוארד, מוקד משיכה מפורסם למתאבדים בבריטניה, שמאז הותקנו עליו סורגים, ב-2003, לא קפץ ממנו אף אדם. מחקר שנערך בנושא באוסטרליה, גילה ממצאים דומים: **הסרה זמנית של מעקה בטיחות מעל גשר מפורסם, שהיווה מוקד משיכה למתאבדים, הגדילה את מספר המתאבדים ממנו פי חמישה.**<sup>28</sup> הניסיון בעולם בגידור גשרים מלמד כי המתאבדים הפוטנציאליים לא "עברו" לגשר אחר בקרבת מקום בו לא הותקן מעקה.

## 5. התערבויות טיפוליות באנשים אובדניים

### 5.1 טיפול נפשי

מחקרים שונים העלו כי ביותר מ-80% מההתאבדויות קדמה להתאבדות הפרעה נפשית שלא טופלה בזמן. על כן טיפול בהפרעות נפשיות ובהפרעות במצב הרוח חיוני למניעת התאבדויות.<sup>29</sup> כאמור, אחד המאפיינים של החשיבה האובדנית הינו ראיית המציאות בשחור/לבן ללא יכולת להכיר במצבי ביניים או בפתרונות שאינם פתרונות קיצון. חשיבה כזו עלולה להוביל לראייה מוגבלת של טווח הפתרונות שאדם חש שעומדים לרשותו במצבים שונים, במיוחד במצבי משבר, ועלול לקצר את הדרך לפתרון האובדני.<sup>30</sup> טיפול נפשי, הכולל הדרכה בטכניקות של פתרון בעיות, במקביל לאסטרטגיות נוספות או בנפרד מהן, נמצא כמקטין צורות חשיבה אלו, מצמצם נטייה לחזור על ניסיונות אובדניים, מקטין שיעורי התנהגות אובדנית, דיכאון ותחושת חוסר אונים.<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> בורק, י. מראה מעל הגשר. הארץ 19.1.2012

<sup>28</sup> Beautris, A. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. Australian New Zealand Journal of Psychiatry (35)

<sup>29</sup> בורשטיין ליפטיקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה.

<sup>30</sup> אברמי, ש. אחרון מכתבו ילבין – השפעת התאבדות על בני המשפחה. הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2006

<sup>31</sup> Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013



## 5.2. טיפול רפואי

התערבויות טיפוליות, לאחר שאדם זוהה כנמצא בסיכון אובדני, יכולות לכלול טיפול נפשי וגופני, פסיכולוגי ופסיכיאטרי. מאן ועמיתיו<sup>32</sup> ציינו כי חשיבותם של הטיפול הרפואי, ושל מודעותם של רופאי משפחה לגורמי סיכון ולסימני מצוקה, הינה קריטית לטיפול ולמניעה, משום שכ-83% מן האנשים שהתאבדו היו בקשר עם רופא המשפחה בשנה שקדמה להתאבדות, ו-66% מהם, בחודש שקדם לה. הם טענו כי ישנו תת-אבחון של דיכאון קליני ושל הפרעות נפשיות במערך הטיפול הראשוני: לדבריהם רופאי המשפחה אינם מודעים מספיק לסימני מצוקה ודבר זה עלול לתרום להיעדר טיפול שנמצא בדיעבד בחלק מן ההתאבדויות. מסקנתם היא, על כן, שאסטרטגית מניעה מרכזית ואפקטיבית הינה סינון יעיל יותר של מטופלים דיכאוניים ע"י רופאי המשפחה, וטיפול יעיל יותר בדיכאון מאזירי (דיכאון קליני עמוק). מחקרים שנערכו במדינות שונות, אותם הם מצטטים, זיהו ירידה ניכרת בשיעורי ההתאבדות כתוצאה מתכניות הדרכה לרופאי משפחה לזיהוי סימני מצוקה. לדברי החוקרים זוהי האסטרטגיה שהוכחה כיעילה ביותר בהורדת שיעורי ההתאבדות בפועל במדינות בהן ננקטה.

כאמור, חקר תופעת ההתאבדות נמצא בעיצומו, ובין השאר נחקרים ההיבטים הביולוגיים-רפואיים של התופעה. החוקרים זלצמן ועמיתיו<sup>33</sup> ציינו כי התאבדות נקבעת, לפחות בחלקה, על ידי השפעות תורשתיות, וכי בניתוחים שלאחר המוות שנערכו באנשים שהתאבדו נמצאו שינויים אופייניים במבנה המוח. התאבדות קשורה, במקרים רבים, לדיכאון; ממחקר שפורסם לאחרונה<sup>34</sup>, הסוקר את הקשר בין שימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות לבין שיעורי התאבדות, עולה כי במדינות אירופה שנבדקו במחקר, ככלל חלה ירידה בשיעורי התאבדות במקביל לעלייה בשימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות. עורכי המחקר מציינים כי שיעורי השימוש בתרופות ושיעורי ההתאבדות אמנם שונים בין המדינות השונות, אך ממצאי המחקר תומכים בהשערתם כי ישנו מתאם גבוה בין שתי התופעות. מחקר אורך נוסף, שאותו הם מצטטים, שנערך בין השנים 1980-2000, מצא כי מכירת גלולה אחת נוספת לנפש צמצמה את שיעורי ההתאבדות בין 2.5 ל-5% במדינות שנבדקו.

---

Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013 <sup>32</sup>

Zalsman, G. et al. Family-based association study of 5-HT(2A) receptor T102C polymorphism and suicidal behavior in ashkenazy inpatient adolescents. International Journal of adolescent medicine and health, 2002 <sup>33</sup>

Ricardo Gusmao, Sonia Quintao, David McDavid, Ella Arensman, Chantal Van Audenhove, Claire Coffee, Airi Varnik, James Coyne, Ulrich Hegerl: Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. PLOS 8(6), June 2013 <sup>34</sup>



הם מוסיפים כי למרות הירידה בשיעורי ההתאבדות באירופה, ההתאבדות עדיין מהווה בעיה מרכזית בתחום בריאות הנפש, הגורמת למותם של כ-60,000 אנשים בשנה, במדינות האיחוד האירופי לבדן. לדבריהם, ישנו לכן קונצנזוס באשר לחשיבות הכשרתם של רופאי משפחה לשיפור המודעות והטיפול בתסמינים של דיכאון באמצעות תרופות, על מנת להקטין את הסיכון להתאבדות. גם תכניות רב-תחומיות למניעת התאבדות מדגישות, לדבריהם, את הצורך בהכשרתם של רופאי המשפחה בתחום זה.

## 6. הכשרת "שומרי סף"

מניעת התאבדות כוללת אסטרטגיות התערבות שמכוונות לגורמים הנמצאים בקשר ישיר עם אנשים שעשויים להיות בסיכון אובדני; קשר זה מאפשר הזדמנות לזהותם ולהפנות אותם לטיפול מתאים. גורמים אלו מכונים שומרי סף – "gate keepers". הם כוללים מורים ואנשי צוות בבתי ספר, אנשי צוות בבתי חולים, מפקדים בצבא, רוקחים, מטפלים סיעודיים, ועוד. הדרכת שומרי סף כוללת הגברת מודעות לסימני מצוקה והדרכים לזיהויים; שינויי מדיניות על מנת לתקצב את פעילותם; ומאמצים להקטין את הסטיגמה הכרוכה בבקשת עזרה.

### 6.1 תכניות למניעת התאבדות בבתי ספר

כאמור לעיל, בישראל מהווה ההתאבדות סיבת המוות השנייה בקרב צעירים בגיל 15-24, ובישראל הגיעו לחדרי מיון בשנת 2007, 1700 צעירים גילאי 15-24, לאחר ניסיון התאבדות; שיעור הניסיון בקרב נערות גבוה פי 3 מזה שבקרב נערים. יצוין כי על כל ניסיון התאבדות שמגיע לחדר המיון, ישנם כ-7 ניסיונות לא מדווחים<sup>35</sup>. למרות נתונים אלו, ישנה עדיין התנגדות להדרכת צוותים בבתי הספר לזיהוי גורמי סיכון, לצמצומם ולהרחבת הפנייה לעזרה.

מחקרים מעלים כי מורים, כמו רופאי משפחה, אינם מקבלים הכשרה מספיקה<sup>36</sup>, למרות שהם, כמו הרופאים, נמצאים במקרים רבים בקשר ישיר עם אנשים בסיכון אובדני, שמודעות, זיהוי וטיפול, יכולים להציל את חייהם. סוגי התכניות הקיימות בעולם לטיפול בצעירים, בבתי ספר ובמסגרות אחרות, כוללות תכניות להעלאת מודעות; הכשרת שומרי סף מקרב הצוותים החינוכיים ומקרב קבוצת השווים (Peer-helpers); איתור וסינון צעירים בסיכון אובדני; פיתוח מיומנויות לביצוע

<sup>35</sup> בורשטיין-ליפסיקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה

<sup>36</sup> בורשטיין-ליפסיקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה.



תפקידים אלו; התערבות בשלבי המשבר השונים, לפני, בעת ואחרי (prevention, intervention and postvention).

## 7. זיהוי אוכלוסיות בסיכון

מטרת האסטרטגיה של זיהוי, או סינון (Screening) של אוכלוסיות בסיכון הינה לזהות אנשים הנמצאים בסיכון אובדני ולהפנות אותם לטיפול. המוקד יכול להיות בהתנהגות אובדנית, אך גם בגורמי סיכון אחרים, כגון דיכאון. אסטרטגיות אלו אכן הוכחו כיעילות בזיהוי אנשים בסיכון, במיוחד כשהופעלו בקרב קבוצות של צעירים, אולם לא נמצא קשר ישיר ביניהן לבין ירידת שיעורי התאבדות. סינון ואיתור אוכלוסיות בסיכון מאפשרים בירור ישיר לגבי סימפטומים וגורמי סיכון; הערכה רב שלבית; התמקדות בגורמי הסיכון ובחשיבה אובדנית, וטיפול ממוקד.

## 8. קווים חמים וסיוע במדיה החברתית

כאמור, התנהגות אובדנית ומחשבות אובדניות לרוב מלוות במשבר, שיכול להיות רגעי, זמני וחד פעמי. עזרה בטלפון ובאינטרנט נותנת מענה ברגעים קריטיים ויתרונה הן בזמינותה ובמיידיות שלה הן באנונימיות שהיא מאפשרת.

לאור העובדה שהתאבדות הינה בחלק מן המקרים, כאמור, צעד אימפולסיבי, עזרה זמינה באמצעות קווים חמים בטלפון, כגון ער"ן, או בפורומים ועמותות המציעים שירות וסיוע ברשת, כגון סה"ר, אשנ"ב ואחרים, עשויה למנוע את המעשה ולהציל חיים.

## 9. השפעת התאבדות על בני המשפחה

התאבדות משפיעה על בני המשפחה באופנים רבים. ההכרה שישנה השפעה כזו החלה להיחקר רק בשנות ה-60 של המאה שעברה. החוקר אלברט קיין, שנחשב לאבי שדה המחקר של שאירי ההתאבדות (Suicide survivors), ציין כי השאירים מושפעים מערכים, מגבלות ואיסורים שמקורם בחברה; בהיעדר מוסדות להתמודדות עם קשייהם נותרים בני המשפחה בודדים באבלם, ונוטים לחוש אשמה בשל האירוע, וכעס על מי שהתאבד. הפיכת ההתאבדות לסוד מונעת מהם אף יותר להכיר



באבלם, לקיים תהליך אבל שלם ולהסתייע באחרים, ובחלק מן המקרים מקשה על שיקומם לאחר האירוע.<sup>37</sup>

במדינות שונות, בנוסף לארגונים לאומיים או פרטיים למניעת התאבדות, כגון - AFSP - American Foundation of Suicide Prevention – ישנם גם ארגונים שמטרתם לסייע למשפחות שיקריהן התאבדו. בני משפחות נמצאים בסיכון גבוה להתאבדות, וכאמור לעיל, המחקר הרפואי באשר להיבטים הביולוגיים של התופעה, מגלה כי ישנם רכיבים משפחתיים, אשר עדיין אינם ברורים דיים.

מחקרים שונים מצאו שההשפעות על בני המשפחות הינן דומות, גם כאשר מדובר בהתאבדויות בנסיבות ובגילאים שונים. רגשי האשמה, התחושה שייתכן שלא סייעו מספיק למצוקתו של מי שהתאבד לבסוף, והכעס על מעשה שקשה להבינו, גם במקרים בהם המתאבד השאיר מכתב, מועצמים בשל הסוד והבושה האופפים את ההתאבדות, וכוללים במקרים רבים את בני המשפחות, גם כיום. **עמותת "בשביל החיים"** למניעת התאבדות ולתמיכה במשפחות שיקריהן התאבדו, יוזמת, תומכת ולוקחת חלק בפעילויות השונות הנעשות בתחום זה בישראל, ובין השאר מפעילה קבוצות תמיכה, בהנחיית אנשי מקצוע, לבני זוג ולאחים של אנשים שהתאבדו.

## 10. סיכום

**הניסיון בעולם מעלה שמאבק נחרץ ובלתי מתפשר באובדנות ברמה הלאומית, מקטין את שיעורי ההתאבדות בפועל ומציל עשרות ואף מאות חיי אדם.** על מנת שהתכנית הלאומית למניעת התאבדות תצליח גם בישראל, מוצגים במסמך זה תכניות שנקטו במדינות שונות ומחקרים שליוו אותן ובדקו אילו אסטרטגיות היו אפקטיביות ביותר וצמצמו בפועל את שיעורי ההתאבדות. תכניות לאומיות אפקטיביות בעולם נסמכו גם על מסד נתונים מבוסס ומפורט, שמאפשר לכוון ולמקד את הפעילות למניעת התאבדות לקבוצות אוכלוסיה ולמגזרים שבהם היא נפוצה יותר. זאת תוך שימוש בכלים שנבדקו והוכחו כאפקטיביים, ועם מחקר מלווה. אלו מאפשרים לערוך שינויים והתאמות במהלך הפעלת התכניות, על מנת להגיע ליעדים כמותיים ברורים של הצלת חיים וצמצום שיעורי ההתאבדות וניסיונות ההתאבדות, המהווים אחד המדדים העיקריים להצלחה.

---

<sup>37</sup> Cain, A.C. Survivors of Suicide. Illinois: Charles C. Thomas, 1972.





## מקורות

- אברמי, ש. אחרון מכתבו ילבין – השפעת התאבדות על בני המשפחה. הוצאת הקיבוץ המאוחד, 2006
- אורי, א., בורשטיין, ס. ואפטר, א. האפידמיולוגיה של אובדנות בישראל. <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=2782>. נדלה בתאריך 27.8.2013
- אלמסי, א. (2013). אובדנות בצה"ל וסקירת הפעילות של משרד ההגנה האמריקאי למניעת התאבדויות בצבא ארה"ב. הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- בורק, י. מראה מעל הגשר. הארץ 19.1.2012
- בורשטיין ליפסיקס, ס. (2009). אובדנות בני נוער: אפידמיולוגיה ומניעה (מצגת, 13.12.2009)
- בורשטיין, ס. השוואה בין תכניות לאומיות למניעת אובדנות: התכנית הסקוטית Choose life והתכנית האירית Reach out. מכתב, התקבל 12.9.2013
- דורנר, ד. (שופטת דימ.). הרצאה בכנס למניעת התאבדות ולתמיכה במשפחות, עמותת "בשביל החיים", יוני 2013.
- משרד הבריאות: תכנית לאומית למניעת התאבדויות - המלצות הנוגעות לסוגיית זמינות כלי הנשק. לא צוין תאריך.
- סירקיס, ס. ושן, א. מכתב לד"ר בעז לב: עלות כלכלית למשק של אובדנות. 28.5.2013
- פרקוביץ-אלנבוגן, ש., רוסו, ל. ורוזנפלד, י. (2011). כזה ראה והתחדש: דפוסי הפצה והטמעה בגף ניסויים ויזמות ומרכזי ההפצה, באמצעות המתודה הרטרוספקטיבית למידה מהצלחות. ירושלים: משרד החינוך ומאיר-גיוינט, מכון ברוקדייל.
- Beautris, A. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: a case study. Australian New Zealand Journal of Psychiatry (35)
- Cain, A.C. Survivors of Suicide. Illinois: Charles C. Thomas, 1972
- Gusmao, R., Quintao, S., McDavid, D., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coffee, C., Varnik, A., Coyne, J., and Hegerl, U. (2013) Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. PLOS 8(6), June 2013



Hawton, K. (2002): United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effect on suicide and deliberate self-harm. Journal of suicide and life-threatening behavior.

Hawton K., et al, (2013): 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 (British Medical Journal), 7.2.2013

Keith Hawton, הרצאה בכנס ביני"ל: התאבדות והתנהגות אובדנית, בראשות פרופ' גיל זלצמן, פרופ' אלן אפטר. תל-אביב, ספטמבר 2012

Mann, J.J. et al, (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. American Medical Association, 294(16). Retrieved 9.8.2013

Request for large quantities of paracetamol over the counter. Royal pharmaceutical society, PSB 2, 1.5.2011

Suicidality and Data Collection – Workshop Summary, 2010. Washington DC: National Academic Press

Zalsman, G. et al. Family-based association study of 5-HT(2A) receptor T102C polymorphism and suicidal behavior in ashkenazy inpatient adolescents. International Journal of adolescent medicine and health, 2002.

