



طرح آوازی زندگی

پیشگیری از خودکشی در دختران نوجوان در ۴ استان پرخطر کشور





طرح آوای زندگی

بهار و تابستان ۱۴۰۲

نشر: معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری

نام تک‌نگاشت: گزارش طرح آوای زندگی (پیشگیری از خودکشی در دختران نوجوان در ۴ استان پر خطر کشور)

تهیه شده در: معاونت برنامه‌ریزی و هماهنگی

تحت نظارت: معاونت برنامه‌ریزی و هماهنگی

تدوین و گردآوری: سما بخشی، فروغ سادات نوری نجفی

چاپ و صحافی: دفتر فنی دانش

طراح جلد: فروغ سادات نوری نجفی

صفحه‌آرا: سما بخشی، فروغ سادات نوری نجفی

سال چاپ: تابستان ۱۴۰۳

نوبت چاپ: اول

تیراژ: ۲ نسخه

شماره تماس معاونت: ۰۲۱-۸۵۶۹۲۸۳۹ / ۰۲۱-۸۸۰۴۸۹۳۴-۲۱

آدرس: تهران، خیابان استاد نجات‌اللهی، بعد از چهارراه سپند، پلاک ۱۶۲

پست الکترونیک: women@iripo.ir

نشانی پرتال: <https://women.gov.ir>

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری محفوظ است.



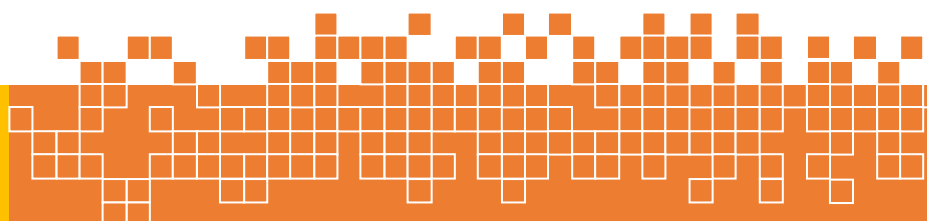
معاونت ریاست جمهوری
در امور زنان و خانواده



مقام معظم رهبری (۹۵/۲/۱۱): "آسیب‌های اجتماعی مانند آسیب‌های طبیعی اند؛ مانند زلزله که می‌تواند بنای خانه‌ها را تخریب کند، این آسیب‌ها بنیان خانواده و اجتماع را برهم می‌ریزد. اگر به موقع و به‌هنگم شناخته شود و یا پیشگیری شود، احتمال کاهش خسارت‌ها افزایش خواهد یافت؛ اما اگر نسبت به آن غفلت شود؛ خدای نکرده ممکن است بنای جامعه را متزلزل کنند." "گرچه در خصوص مقابله با آسیب‌های اجتماعی کارهایی شده است اما ایتنا کافی نیست. برای حل آن، باید کارها شتاب‌رسانی کرد. توقعات بیشتر از این‌هاست... اهمیت کار را، بزرگی مسئولیت‌ها، خطرات ناشی از آن را آدم توجه نکند، آن وقت می‌فهمد که چه قدر باید در این زمینه تلاش کرد و شب و روز نشاخت."

فهرست

مقدمه	۱
اسناد فرادستی و الزامات قانونی	۲
سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم از سوی مقام معظم رهبری (۱۴۰۱)	۲
سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۵)	۲
نقشه مهندسی فرهنگی کشور (۱۳۹۲)	۲
سند تحول مردمی (۱۴۰۰)	۳
قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۳۹۶-۱۴۰۰)	۳
خودکشی، چرا و چگونه	۴
عوامل مؤثر در خودکشی	۶
روش‌های اقدام به خودکشی در ایران	۶
آمار و ارقام خودکشی	۷
ضرورت اجرای طرح آوای زندگی	۹
روند نظارتی طرح	۱۳
استان ایلام	
جمعیت همیاران سلامت روان پیام امید	۱۵



۱۵	بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
۱۶	بخش دوم: شرح اجرای طرح
۲۲	بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
۶۱	بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
۶۴	بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح
۶۶	همیاران سلامت روان موج مثبت
۶۶	بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
۶۷	بخش دوم: شرح اجرای طرح
۷۳	بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
۱۱۵	بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
۱۱۹	بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح

استان کرمانشاه

۱۲۲	موسسه طبیعه تدبیر غرب
۱۲۲	بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
۱۲۳	بخش دوم: شرح اجرای طرح
۱۳۲	بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
۱۵۴	بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
۱۵۷	بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح

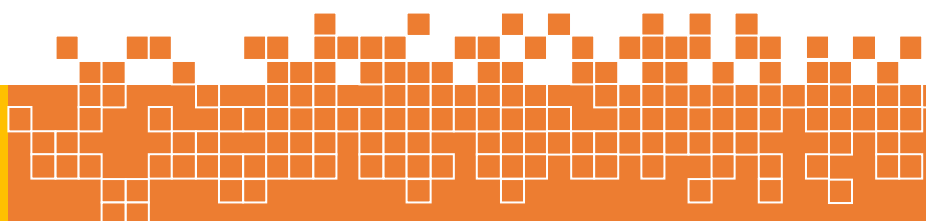
استان لرستان

- ۱۵۹ **موسسه حامیان سلامت اجتماعی**
- ۱۵۹ بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
- ۱۶۰ بخش دوم: شرح اجرای طرح
- ۱۶۵ بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
- ۲۲۳ بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
- ۲۲۸ بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح

استان گیلویه و بویراحمد

- ۲۳۱ **جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی**
- ۲۳۱ بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
- ۲۳۲ بخش دوم: شرح اجرای طرح
- ۲۳۷ بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
- ۲۵۰ بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
- ۲۵۳ بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح
- ۲۵۵ **آینده نگران اندیشه مهام**
- ۲۵۵ بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
- ۲۵۶ بخش دوم: شرح اجرای طرح

- ۲۶۵ بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
- ۲۸۱ بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
- ۲۸۴ بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح
- ۲۸۵ **توسعه و احسان گچساران**
- ۲۸۵ بخش اول: گزارش مدیریتی طرح
- ۲۸۶ بخش دوم: شرح اجرای طرح
- ۲۹۵ بخش سوم: گزارش عملکرد طرح
- ۲۹۷ بخش چهارم: نمونه تصاویر اجرای طرح
- ۲۹۹ بخش پنجم: ارائه مستندات گزارش طرح



در جامعه اسلامی ایران تا کنون قانون‌ها و سیاست‌های بسیاری بر کاهش آسیب‌های اجتماعی و بحث پیشگیری همچون بند ۱۳ سند چشم‌انداز بیست‌ساله ابلاغی مقام معظم رهبری "پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و عوامل تزلزل نهاد خانواده"، راهبرد کلان ۳ (تبیین، تشکیل، تحکیم، تعالی و ایمن‌سازی خانواده) نقشه مهندسی کشور (۱۳۹۲) "ارتقاء امنیت و سلامت خانواده، پیشگیری، مقابله و درمان آسیب‌ها و چالش‌های خانوادگی و اجتماعی مبتنی بر نگرش دینی و ملی" و چالش ۴ این راهبرد "گسترش برخی آسیب‌های اجتماعی مرتبط با بانوان"، ماده ۸۰ بند ۱۸ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۴۰۰-۱۳۹۶) "ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد، حاشیه‌نشینی، طلاق و فساد بر اساس شاخص‌های معتبر و بهره‌گیری حداکثری از مشارکت مردم و با زمان‌بندی متناسب" تأکید کرده‌اند. بر این اساس و مطابق اسناد بالادستی، معاونت زنان وظیفه دارد برحسب رسالت خود در مسیر کاهش میزان آسیب‌های اجتماعی حوزه بانوان با تأکید بر سه سطح آموزش، پیشگیری و درمان و همچنین توان‌افزایی و ارتقای مهارت‌های فردی و اجتماعی دختران و تلاش در خصوص تحقق جامعه تراز و برخوردار از سلامت معنوی و اجتماعی با محوریت زنان و خانواده‌های بانشاط، سالم، آگاه و توانمند برای حضور و مواجهه با موقعیت‌های پیچیده و نوین زندگی گام بردارد. از این سو، طرح "آوای زندگی" با هدف پیشگیری از خودکشی در دختران نوجوان ۵ استان پرخطر کشور از حیث خودکشی در سه سطح پیشگیری اجرا گردید.

اسناد فرادستی و الزامات قانونی

خانواده، بنیادی‌ترین نهادی است که در تحکیم جامعه اجتماعی نقش انکارناپذیری دارد. به‌طوری که مقام معظم رهبری در سخنان خود فرموده‌اند:

"همچنان که بدن انسان از سلول‌هایی تشکیل شده که نابودی، فساد و بیماری سلول‌ها به‌طور قهری و طبیعی، معنایش بیماری بدن است و اگر توسعه پیدا کند به جاهای خطرناکی برای کل بدن انسان منتهی می‌شود، همین‌طور جامعه هم از سلول‌هایی تشکیل شده، که این سلول‌ها خانواده‌اند. هر خانواده‌ای یکی از سلول‌های پیکره‌ی اجتماع و بدنه‌ی اجتماع است. وقتی این‌ها سالم باشند، وقتی این‌ها رفتار درست داشته باشند، بدنه‌ی جامعه، یعنی آن پیکره‌ی جامعه سالم خواهد بود."

از این رو در جامعه اسلامی ایران، تا کنون قانون‌ها و سیاست‌های بسیاری در جهت حمایت و ارتقای این نهاد تصویب شده است:

➤ سیاست‌های کلی برنامه پنج‌ساله هفتم از سوی مقام معظم رهبری (۱۴۰۱)

سیاست‌های کلی برنامه هفتم که با اولویت اصلی «پیشرفت اقتصادی توأم با عدالت» تعیین شده است، در بخش فرهنگی و اجتماعی آن، به موارد زیر اشاره شده است:

- بند ۱۳- اعتلاء فرهنگ عمومی در جهت تحکیم سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تقویت همبستگی و اعتماد به نفس ملی، ارتقای هویت ملی و روحیه مقاومت، کار و تلاش در جامعه با بسیج تمامی امکانات و ظرفیت‌های کشور، دستگاه‌ها و نهادهای دولتی و مردمی و افراد و شخصیت‌های اثرگذار علمی و اجتماعی و حمایت و پشتیبانی مؤثر دولت از آن.
- بند ۱۵- تحکیم نهاد خانواده و رفع موانع رشد و شکوفایی بانوان.
- بند ۱۸- ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی به ویژه اعتیاد، حاشیه‌نشینی، طلاق و فساد بر اساس شاخص‌های معتبر و بهره‌گیری حداکثری از مشارکت مردم و با زمان‌بندی متناسب.

➤ سیاست‌های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری (۱۳۹۵)

مقام معظم رهبری در سند چشم‌انداز بیست‌ساله، بر تحکیم نهاد خانواده با محوریت هویت اسلامی - ایرانی تأکید کرده‌اند:

- بند ۱- ایجاد جامعه‌ای خانواده محور و تقویت و تحکیم خانواده و کارکردهای اصلی آن بر پایه الگوی اسلامی خانواده به‌عنوان مرکز نشو و نما و تربیت اسلامی فرزند و کانون آرامش‌بخش.
- بند ۱۳ - پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و عوامل تزلزل نهاد خانواده.

➤ نقشه مهندسی فرهنگی کشور (۱۳۹۲)

در این نقشه مهندسی، در ذیل راهبرد کلان ۳ (تبیین، تشکیل، تحکیم، تعالی و ایمن‌سازی خانواده) به اقدامات و راهبردهای ملی زیر اشاره شده است:

راهبردهای ملی:

- تبیین هویت قدسی نظام خانواده و نقش آن در کمال آفرینی؛
- طراحی و پیاده‌سازی الگوی خانواده و سبک زندگی اسلامی - ایرانی بر اساس آگاهی و علم، مبانی و ارزش‌ها، اخلاق، احکام و آموزه‌های اسلامی؛
- ارتقاء امنیت و سلامت خانواده، پیشگیری، مقابله و درمان آسیب‌ها و چالش‌های خانوادگی و اجتماعی مبتنی بر نگرش دینی و ملی؛

اقدامات ملی:

- تدوین منشور مشاوره خانواده و توسعه کمی، ارتقاء کیفی و اصلاح، ساماندهی و نظارت و پایش مراکز مشاوره ازدواج و خانواده و خدمات اجتماعی مبتنی بر مبانی، روش‌ها و فنون اسلامی مشاوره

➤ سند تحول مردمی (۱۴۰۰)

در مبحث سوم این سند که به بانوان اختصاص داده شده است، در ذیل چالش‌های ۳ و ۴ موارد زیر بیان شده است:

- چالش ۳ "ضعف مشارکت بانوان در پیشرفت کشور مبتنی بر مزیت‌ها"، راهبرد ۱ "زمینه‌سازی برای حضور و نقش‌آفرینی مؤثر بانوان در عرصه‌های دارای مزیت در جامعه":
معرفی عرصه‌های مزیت دار حضور بانوان نظیر آموزش، تربیت، مشاوره، سلامت، محیط‌زیست، معماری، هنر، ادبیات، صنایع فرهنگی و ورزش متناسب با ویژگی‌های بانوان و ارائه الگوهای حضور موفق بانوان
- چالش ۴ "گسترش برخی آسیب‌های اجتماعی مرتبط با بانوان"، راهبرد ۱ "متناسب‌سازی زیرساخت‌های حمایتی از بانوان با اقتضائات الگوی سوم":

تسهیل سازوکارهای عرضه خدمات بیمه‌ای، مشاوره‌ای و مددکاری اجتماعی در حوزه بانوان به‌ویژه اقشار خاص و زنان سرپرست خانوار در قالب سکوها (پلتفرم‌ها) تخصصی، با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و سایر نهادهای حمایتی (میان‌مدت- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، وزارت کشور).

راهبرد ۲: اصلاح نهاد حکمیت و مراقبت از خانواده:

- اصلاح نظام مشاوره و مشارکت اعضای خانواده در رفع اختلافات خانوادگی و فعال‌سازی ظرفیت‌های مشاوره‌ای بومی و مردمی نهادهای دینی نظیر مساجد با همکاری شهرداری‌ها
- اجرای نظام مشاوره و آموزش خانواده قبل، حین و پس از تشکیل خانواده با استفاده از ظرفیت مساجد، مدارس، دانشگاه‌ها، بقاع متبرکه، هیئت مذهبی و سایر نهادهای مردمی و همکاری شهرداری‌ها

➤ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۴۰۰-۱۳۹۶)

در ماده ۸۰ و ۱۰۲ برنامه پنج‌ساله به موارد زیر اشاره شده است:

- ماده ۸۰ - دولت مکلف است طبق قوانین مربوطه و مصوبات شورای اجتماعی به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، کودکان کار و مفاسد اخلاقی مشتمل بر محورهای ذیل اقدام کند به گونه‌ای که آسیب‌های اجتماعی در انتهای برنامه به بیست‌وپنج درصد (۲۵٪) میزان کنونی کاهش یابد:

بند الف - پیشگیری

- پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌ها و متون درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی
- تهیه و تدوین پیوست‌های اجتماعی در طراحی کلیه برنامه‌های کلان توسعه‌ای، ملی و بومی با توجه به آثار محیطی آن‌ها و به منظور کنترل آثار یادشده و پیشگیری از ناهنجاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی با تصویب شورای اجتماعی کشور

بند ب - خدمت‌رسانی و بازتوانی

- ماده ۱۰۲ - دولت موظف است بر اساس سیاست‌های کلی جمعیت و خانواده و سند جمعیت مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی با همکاری نهادهای ذی‌ربط به منظور تقویت و تحکیم جامعه‌ای خانواده محور و تقویت و تحکیم و تعالی خانواده و کارکردهای اصلی آن با رعایت شاخص‌های الگو و سبک زندگی اسلامی - ایرانی با ایجاد سازوکارها و تأمین اعتبارات لازم در قالب بودجه سنواتی اقدامات ذیل را به عمل آورد:
- بند ج - آموزش و مشاوره مستمر و مسئولانه نوجوانان و جوانان با اولویت خانواده‌ها قبل، حین و دست‌کم پنج سال پس از ازدواج توسط همه دستگاه‌های ذی‌ربط، به‌ویژه وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ورزش و جوانان، سازمان بهزیستی، مؤسسات آموزشی عمومی و آموزش عالی دولتی و غیردولتی، سازمان نظام روانشناسی و مشاوره و سایر نهادهای ذی‌ربط با برخورداری خدمات مشاوره و روانشناسی از تسهیلات و مزایای بیمه‌های پایه و تکمیلی.

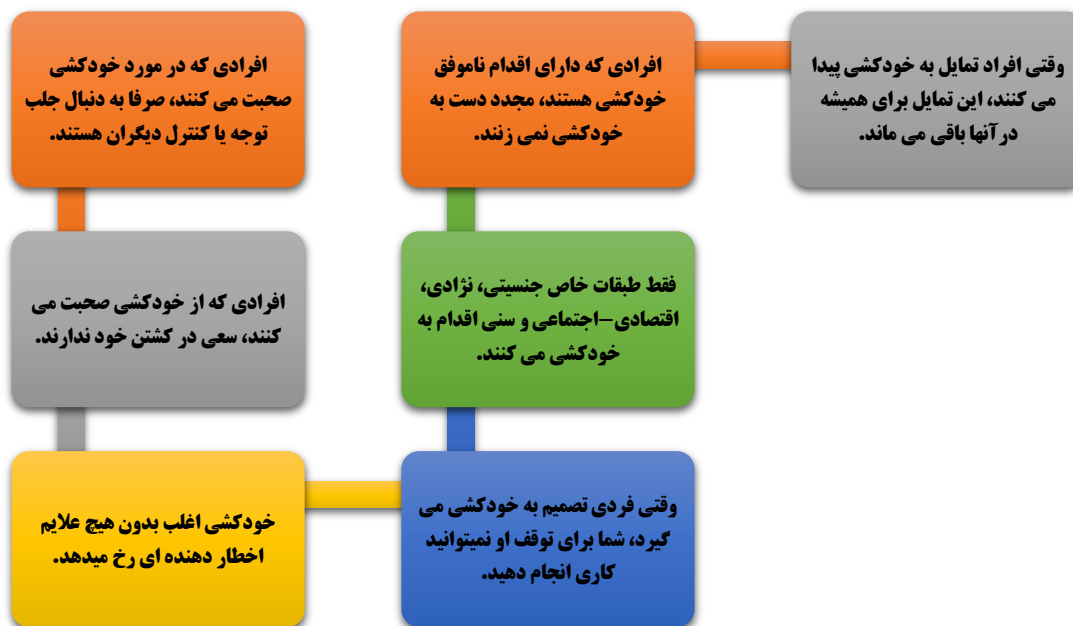
خودکشی، چرا و چگونه

بر اساس تعریف مورد توافق جهانی، خودکشی تنها راه و آخرین راه برای از بین بردن خودآگاهی فرد در مورد خود است. اصطلاح خودکشی تنها زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که اولاً شخص آگاهانه اقدام کرده باشد و ثانیاً منجر به از دست رفتن خود گردد و در صورتی که منجر به از دست رفتن خود نگردد، از اصطلاح "اقدام به خودکشی" یا "خودکشی نافرجام" استفاده می‌شود. شناخت خودکشی، پیچیده‌ترین و دشوارترین رفتار انسان است و افکار خودکشی، زمان‌هایی روی

می‌دهد که فرد در یک بحران شخصی گرفتار شده یا تحت استرس مداوم باشد یا افسردگی، ترس از شکست و یا فقدان غیرقابل‌پذیرشی داشته باشد. اگرچه گاهی خودکشی یک اقدام تکانشی است اما بیشتر مردم روزها، هفته‌ها، ماه‌ها یا حتی سال‌ها قبل از اینکه اقدام به خودکشی کنند به آن فکر کرده‌اند. فکر خودکشی به طرز عجیبی، ترکیب نادری از وحشت و آرامش را ایجاد می‌کند؛ آرامش از این سو که همه مشکلات می‌توانند تمام شوند و وحشت از این فکر و ایده که برای دستیابی به آن آرامش، فرد باید جان خود را از دست بدهد.

در حال حاضر خودکشی یک مشکل جدی بهداشت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید و در کشور ما نیز در حال افزایش است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهان، خودکشی دومین عامل مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ ساله، هفتمین عامل مرگ در مردان و چهاردهمین عامل مرگ در زنان محسوب می‌شود و سالانه در سراسر جهان از میان اقدام‌های انجام شده، حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر از آن‌ها منجر به مرگ می‌شود (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، ۲۰۱۳). در ایران نیز، هر ساله در حدود ۴ هزار خودکشی منجر به مرگ اتفاق می‌افتد که بیشترین خودکشی منجر به مرگ در استان‌های ایلام، تهران، فارس و کرمانشاه و کمترین موارد مرگ ناشی از خودکشی در استان‌های خراسان جنوبی، کهگیلویه و بویراحمد، یزد و کرمان گزارش گردیده است (گرچی و همکاران، ۲۰۱۹). بیشترین درصد از مجموع خودکشی‌های دهه‌ی ۸۰ در سطح کشور نیز به گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۳۴ سال تعلق داشته است (نورعلی وند و رضانی، ۱۳۹۴).

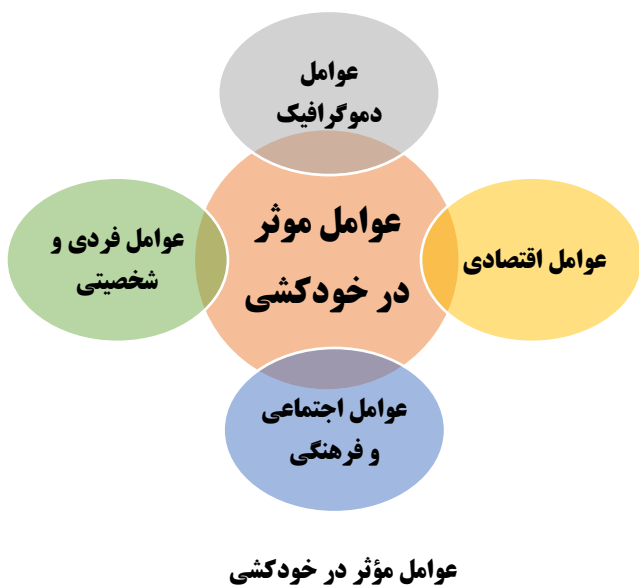
در خصوص خودکشی، باورهای نادرستی وجود دارد که اولین گام در جهت کاهش این آسیب، تغییر این باورها در عموم جامعه است. افرادی که غالباً از خودکشی حرف می‌زنند، دارای درد و رنج فراوانی هستند که به دنبال درخواست کمک هستند. خودکشی در ظاهر خاموش رخ می‌دهد اما همواره دارای نشانه‌ها و علائم اخطاردهنده است و فرد ماه‌ها و مدت‌ها به آن فکر کرده است؛ با این تفاسیر خودکشی قابل‌پیشگیری است چراکه بسیاری از افرادی که تمایل به خودکشی دارند، در واقع نمی‌خواهند بمیرند؛ بلکه صرفاً می‌خواهند درد و رنج خود را متوقف کنند.



باورهای نادرست در خصوص خودکشی

عوامل مؤثر در خودکشی

مطالعات نشان داده‌اند که عوامل دموگرافیک همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، سلامت جسمی، اعتیاد به الکل، مواد مخدر، بیماری‌های روانی و افسردگی، سابقه خانوادگی خودکشی، دین و مذهب و حتی شرایط اقلیمی و جغرافیایی هر کدام به نحوی در بروز خودکشی مؤثر هستند. در مطالعه‌ای دیگر شایع‌ترین عوامل زمینه‌ساز خودکشی در ایران، اختلالات روانی، مشکلات خانوادگی، سابقه اقدام به خودکشی، ناسازگاری با محیط، اعتیاد و مشکلات جسمانی ذکر شده است (عزیزی و رحمتی، ۱۳۹۳). همچنین میزان شیوع، روش‌ها و علل خودکشی در خرده فرهنگ‌های ایرانی متفاوت است. به طور کلی می‌توان گفت در بروز این پدیده، عوامل متعددی به صورت زیر دخیل هستند:



- ❖ عوامل دموگرافیک همچون سن، جنس، وضعیت تأهل
- ❖ عوامل اقتصادی مانند فقر، بیکاری، افزایش تورم، توسعه‌نیافتگی
- ❖ عوامل اجتماعی و فرهنگی مانند افزایش تنش‌ها و تعارضات بین نسلی، افزایش خشونت‌های خانگی، رشد نابرابری‌های اجتماعی، عدم مهارت‌های زندگی در برخورد با مسائل و مشکلات، فشارهای اجتماعی، تعریف نشدن هویت فردی، انگ‌ها و الصاق برچسب‌های اجتماعی منفی
- ❖ عوامل فردی و شخصیتی همچون ادراک سربار بودن فرد، تاب‌آوری پایین، بیماری‌های روانی و مشکلات روحی، جسمی و عاطفی، عزت‌نفس پایین، احساس درماندگی، پرخاشگری، افسردگی، تجربیات منفی در زندگی و سوء‌مصرف مواد.

روش‌های اقدام به خودکشی در ایران

شواهد حاکی از آن است که مسمومیت، از روش‌های شایع خودکشی در فرهنگ ایرانی (به ویژه زنان) به شمار می‌رود و در این خصوص می‌توان به انبار داروها و در دسترس بودن آن‌ها اشاره کرد. در پژوهش دیگر، در بین سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ حلق‌آویزی، مسمومیت دارویی و خودسوزی شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی در ایران اعلام گردیده‌اند. هر

چند روش‌های متداول اقدام به خودکشی در استان‌ها مختلف ایران متفاوت است؛ به طور مثال در شمال ایران، به دلیل دسترسی بیشتر به قرص برنج، متداول‌ترین روش اقدام به خودکشی، استفاده از این قرص، در غرب کشور همچون استان‌های ایلام، لرستان و کرمانشاه، خودسوزی و در استان فارس، حلق‌آویز کردن و خودسوزی متداول‌ترین روش‌های خودکشی بوده است (پیش‌بین و همکاران، ۱۴۰۰).

آمار و ارقام خودکشی

تعیین میزان بروز خودکشی و مشخص نمودن روند آن، می‌تواند اطلاعات سودمندی در جهت سبب‌شناسی و علت افزایش یا کاهش خودکشی در یک برهه زمانی ارائه دهد، از این رو تعیین دقیق آمار و ارقام خودکشی می‌تواند بسیار سودمند



باشد. بر اساس آمار جهانی، خودکشی در بیشتر کشورها سومین عامل مرگ و میر جوانان و نوجوانان و به طور کلی هشتمین عامل مرگ و میر در دنیاست. طبق فرا تحلیل انجام شده بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، میزان بروز خودکشی در ایران ۸ در صد هزار نفر برآورد گردیده است (در مردان ۱۱.۱ در صد هزار مرد و در زنان ۷.۴ در صد هزار زن) (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵). طبق آمار وزارت بهداشت در

سال ۹۹، ۱۰۰ هزار نفر در ایران اقدام به خودکشی کرده‌اند که این میزان در حال حاضر رو به افزایش است. در سال ۹۹، مردان حدود ۶۵ درصد و زنان ۳۵ درصد خودکشی‌های اتفاق افتاده را شامل می‌شدند، در صورتی که این آمار در سال ۹۸، ۷۰ درصد برای مردان و ۳۰ درصد برای زنان بوده است.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق با مناطق اقلیمی کشور رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشته که می‌تواند با عوامل جغرافیایی، تغییرات جوی مانند دما و رطوبت و نیز عوامل فرهنگی، اقتصادی، روانی و اجتماعی در ارتباط باشد، به این صورت که منطقه‌ی اقلیمی ۱ در معرض بالاتر خودکشی موفق قرار دارد، بالعکس منطقه‌ی اقلیمی ۵ دارای کمترین میزان خودکشی موفق است. بیشترین میزان بروز اقدام به خودکشی مربوط به منطقه‌ی ۵ و کمترین میزان به منطقه‌ی ۶ تعلق داشته است. به نظر می‌رسد که علاوه بر عوامل اقلیمی، ممکن است عوامل دیگری از جمله روش اقدام به خودکشی، دسترسی به خدمات درمانی و عوامل اقتصادی و اجتماعی نیز نقش داشته باشند (دلیری، ۱۳۹۵). در همین مطالعه دلیری و همکاران گزارش شده است بیشترین میزان خودکشی در زنان،

در استان ایلام (۲۵.۱ درصد هزار زن)، شهرستان مسجد سلیمان (۱۹ درصد هزار زن) و استان لرستان (۱۴.۶ درصد هزار زن) و کمترین میزان به لارستان فارس (۰.۸ درصد هزار زن) و استان هرمزگان و مرکزی (یک مورد در صد هزار زن) بوده است.

مناطق اقلیمی	میزان بروز اقدام به خودکشی	میزان بروز خودکشی موفق
منطقه ۱ (ایلام، کرمانشاه، همدان، سنندج و لرستان)	۱۰۹/۲	۱۲/۹
منطقه ۲ (آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، مرکزی، زنجان، قزوین و تهران)	۸۹/۳	۴
منطقه ۳ (گیلان، مازندران و گلستان)	۷۱/۷	۵/۷
منطقه ۴ (خراسان شمالی، رضوی و جنوبی، کرمان و سیستان و بلوچستان)	۵۹	۳/۶
منطقه ۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم)	۱۱۴/۷	۲/۸
منطقه ۶ (چهارمحال و بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد و خوزستان)	۳۷	۴/۸
منطقه ۷ (فارس، بوشهر و هرمزگان)	۵۲/۷	۴/۴

میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در مناطق اقلیمی کشور طی ۱۳۹۳ - ۱۳۸۰

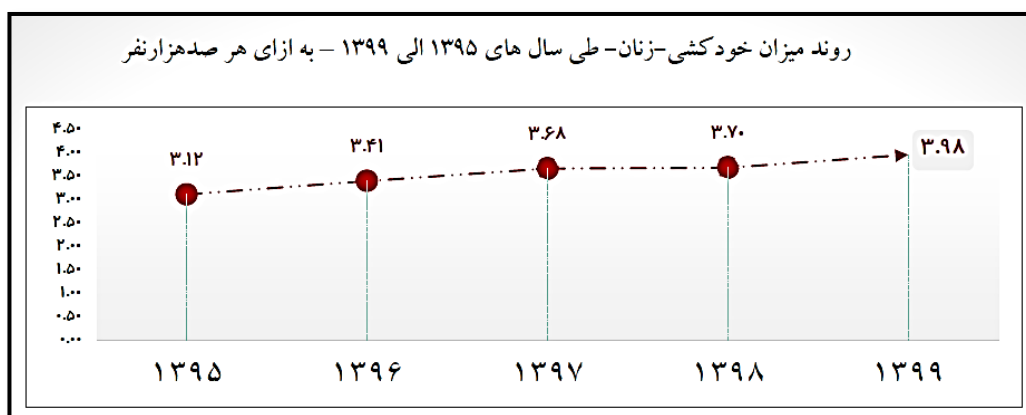
متأسفانه در حال حاضر شاهد افزایش روزافزون اقدام به خودکشی در نوجوانان هستیم به طوری که پیمایش ملی رصد آسیب‌های اجتماعی که در سال ۱۴۰۰ توسط بهزیستی انجام شده است، نشان می‌دهد فکر، تهدید یا اقدام به خودکشی در میان افراد گروه سنی ۲۰ - ۱۵ ساله؛ ۲۱.۱ درصد بوده که بیشترین درصد در میان تمامی گروه‌های سنی است. مطالعه‌ای بر روی ۳۵۰ نوجوان دختر در مقطع دبیرستان در سال ۱۳۹۸ نیز نشان داده است ۱۲ درصد از نوجوانان در یک سال گذشته حداقل یک‌بار و ۴ درصد بیش از یک‌بار اقدام به خودزنی از طریق بریدن و زخمی کردن بخش‌های مختلف بدن کرده‌اند. در جدول زیر نیز، آماری از خودکشی در دختران که توسط معاونت ناجا در سال ۱۳۹۳ منتشر شده است، آورده شده است:

سال	بازه سنی ۱۷ ساله و کمتر	۱۷ تا ۲۴ ساله	مجموع زنان خودکشی کرده
۱۳۷۵	۲۱۶	۵۳۵	۱۲۷۹
۱۳۸۰	۱۵۱	۵۰۲	۱۲۳۰
۱۳۸۵	۱۱۲	۴۷۲	۹۷۳
۱۳۹۰	۸۸	۴۴۰	۹۵۲
۱۳۹۳	۱۰۲	۴۷۲	۱۱۷۶

ضرورت اجرای طرح آوای زندگی

مطالعات در ایران نشان می‌دهند که میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی در زنان کمتر از مردان است (حاجبی و همکاران، ۱۳۹۵) در صورتی که آمارهای جهانی حاکی از نرخ بالای اقدام به خودکشی و نرخ پایین مرگ ناشی از خودکشی در زنان است. اگرچه آمار خودکشی در ایران بسیار کمتر از آمار جهانی است، اما افزایش نرخ آن در طول سال‌های اخیر نگران‌کننده بوده است. آمارها نشان می‌دهند در برخی از استان‌ها همچون مازندران، فارس و ایلام، زنان بیش از مردان دست به خودکشی می‌زنند (پیش بین و همکاران، ۱۴۰۰، گرجی و همکاران، ۱۳۹۸ و خورشیدی و همکاران، ۱۳۹۳) و به دلایل عدیده‌ای نظیر مسائل فرهنگی، روانی و جسمی در معرض خطر بیشتر اقدام به خودکشی قرار دارند. نتایج مطالعات دیگر حاکی از نرخ بالای خودکشی زنان و جوانان در دهه‌های گذشته در غرب کشور بوده است و خودکشی در لرستان و مناطق لک نشین (کرمانشاه و ایلام و همدان) بیشتر بوده است. روند میزان خودکشی بر اساس شناسنامه آسیب‌های اجتماعی (تهیه‌شده توسط معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده بر اساس اطلس ملی آسیب‌های وزارت کشور در سال ۱۴۰۱) نیز، از افزایش میزان خودکشی در زنان خبر می‌دهد به گونه‌ای که این نرخ از ۳.۱۲ در هر صد هزار نفر در سال ۹۵ به ۳.۹۸ در هر صد هزار نفر در سال ۹۹ رسیده است.

از سوی دیگر، یکی از اصلی‌ترین قربانیان خودکشی، نوجوانان هستند به طوری که پیمایش ملی رصد آسیب‌های اجتماعی بهزیستی در سال ۱۴۰۰ نشان می‌دهد فکر، تهدید یا اقدام به خودکشی در میان افراد گروه سنی ۲۰ - ۱۵ ساله؛ ۲۱.۱ درصد بوده که بیشترین درصد در میان تمامی گروه‌های سنی بوده است؛ بنابراین بر اساس آمار و ارقام ذکر شده می‌توان ادعان داشت که از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر در خودکشی، جوانان و نوجوانان دختر می‌باشند که به دلیل نداشتن تجربه کافی در برخورد با مشکلات و نداشتن تحمل شرایط موجود، به خودکشی فکر، تهدید یا اقدام می‌کنند؛ بنابراین طرح پیشرو در نظر دارد با بهره‌گیری از آگاهی بخشی و آموزش همراه با مشاوره و درمان، به کاهش آسیب خودکشی در دختران نوجوان ۱۲ تا ۱۸ ساله در ۴ استان پرخطر کشور (استان‌های لرستان، کهگیلویه و بویراحمد، کرمانشاه و ایلام) بپردازد.





اهداف طرح

اهداف این طرح به دو دسته تقسیم می گردند:

الف) اهداف کیفی

* کاهش آسیب خودکشی در دختران نوجوان

* آگاهی بخشی به دختران نوجوان در زمینه مهارت حل مسئله، مدیریت استرس، افزایش توانایی های سازگاری

* افزایش تاب آوری در مواجهه با مشکلات و مسائل پیش رو

* افزایش امید به زندگی و ایجاد نشاط اجتماعی

* ارتقاء سطح خودآگاهی جامعه

* بهبود عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی در دختران نوجوان

ب) اهداف اختصاصی

- * کاهش افکار خودکشی در دختران نوجوان دارای سابقه خودکشی
- * افزایش مهارت‌های زندگی
- * ایجاد هدف در زندگی افراد و چشم‌انداز نسبت به آینده
- * کاهش خودپنداری منفی در گروه‌های دختران نوجوان
- * افزایش آگاهی خانوادها در خصوص خودکشی و راهکارهای کاهش آن و همچنین آشنایی با علائم هشداردهنده رفتار خودکشی
- * کاهش رفتارهای پرخطر در نوجوانان دختر

فرایند طرح

گام اول:

در گام اول و اجرایی طرح، ۴ استان پرخطر کشور از نظر میزان اقدام به خودکشی بر اساس شناسنامه آسیب‌های اجتماعی استان‌های کشور (تهیه‌شده توسط معاونت ریاست جمهوری در امور زنان و خانواده بر اساس اطلس ملی آسیب‌های وزارت کشور در سال ۱۴۰۱) شناسایی شده و به عنوان جامعه هدف طرح انتخاب شدند. از آن جایی که آمارها و نتایج پیمایش‌ها نشان داده‌اند که فکر، تهدید یا اقدام به خودکشی در میان افراد گروه سنی ۱۵ - ۲۰ ساله بیش از سایر گروه‌های سنی است (پیمایش ملی رصد آسیب‌های اجتماعی؛ ۱۴۰۰)، بازه سنی و سطوح طرح به صورت زیر تعیین گردید:

- دختران گروه سنی ۱۸-۱۲ سال
- والدین دختران به ویژه مادران دارای دختران سنی ۱۸-۱۲ سال

سطح پیشگیری اولیه

- ۱- دختران در معرض آسیب ۱۲-۱۸ ساله: دختران نوجوانی با افکار خودکشی و شرایط زندگی و موقعیتی که هر لحظه امکان اقدام به خودکشی در آن‌ها وجود دارد.
- ۲- دختران آسیب دیده ۱۲-۱۸ ساله: دختران نوجوانی که دست کم یکبار اقدام به خودکشی نموده و سابقه خودکشی ناموفق داشته‌اند.
- ۳- مددکاران، مربیان و کادر: افرادی که در مراکز مرتبط با نوجوان در معرض آسیب و آسیب دیده مانند کانون اصلاح و تربیت... مشغول به فعالیت هستند.

سطح پیشگیری ثانویه و ثالث

جامعه هدف طرح آوای زندگی



در مرحله بعدی، از مدیران کل استانداری بانوان این ۴ استان (کرمانشاه، ایلام، لرستان و کهگیلویه و بویر احمد) خواسته شد تا سمن‌های فعال در حوزه خودکشی را معرفی نمایند و هر سمن طرح پیشنهادی خود در جهت کاهش خودکشی در استان محل استقرار خود را ارائه دهد. پس از بررسی طرح‌های دریافتی و مطالعه و آسیب‌شناسی خودکشی از سوی کارشناسان معاونت، طرح جامع پیشگیری از خودکشی در دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله - "آوای زندگی" - از سوی کارگروه واحد آسیب‌های اجتماعی طراحی گردید و به ۷ سمن منتخب از میان سمن‌های معرفی شده ارسال گردید تا برحسب طرح پیشنهادی، دوره‌ها و سرفصل‌های آموزشی، مدت زمان هر دوره و اسامی اساتید خود را به معاونت ارائه بدهند. پس از بررسی و اصلاح کارگاه‌های آموزشی پیشنهادی سمن‌ها و تأیید صلاحیت اساتید معرفی شده، طرح وارد گام عملیاتی خود گردید و مقرر گردید در این طرح، سازمان‌های مردم‌نهاد در دو سطح اقداماتی عمل نمایند:

۱- برگزاری دوره‌ها، سمینارها و کارگاه‌های آموزشی مورد نیاز در تعداد جلسات تعیین شده

۲- ارائه خدمات مشاوره به افراد آسیب‌دیده و در معرض آسیب و برگزاری دوره‌های گروه‌درمانی و فردی



فرایند اجرای طرح آوای زندگی

کام سوم:

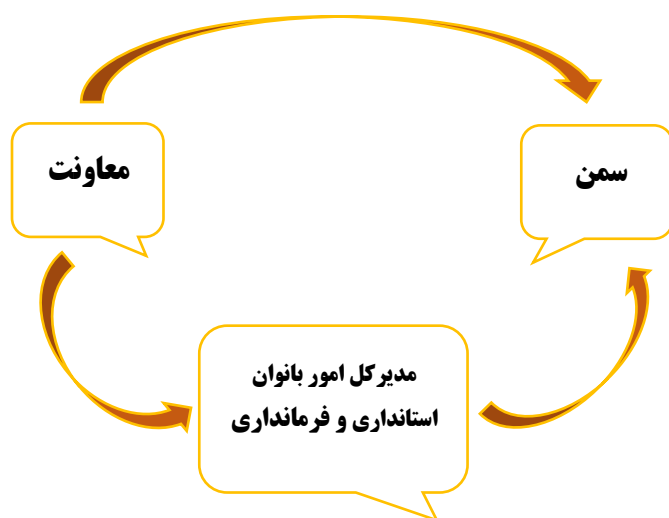
در مرحله عملیاتی ۷ سازمان مردم نهاد به اجرای طرح پرداختند. این ۷ سمن شامل: موسسه همیاران سلامت روان موج مثبت و موسسه همیاران سلامت روان پیام امید از استان ایلام، آینده‌نگران اندیشه مهمام تأمین، جمعیت همیاران سلامت روان اجتماعی و موسسه توسعه و احسان گچساران از استان کهگیلویه و بویر احمد، موسسه طلوعه تدبیر غرب از استان کرمانشاه و موسسه حامیان سلامت اجتماعی از استان لرستان.

روند نظارتی طرح

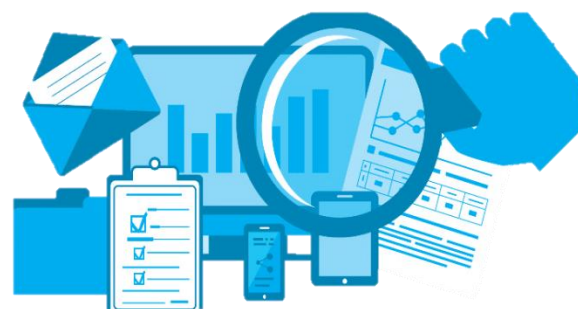
نظارت بر این طرح، به دو صورت انجام می‌گیرد:

مدیرکل امور بانوان استانداری‌ها و فرمانداری‌ها: در این طرح، مدیران کل امور زنان و خانواده استانداری‌ها و فرمانداری‌ها به عنوان ناظر و تسهیلگر تعیین شده از سوی معاونت به طور ادواری در کارگاه‌های آموزشی حضور یافتند و سرکشی کردند و موظف بودند در پایان اجرای طرح، گزارش عملکردی از سمن‌ها به معاونت ارائه دهند.

معاونت: کارشناسان معاونت، از طریق تشکیل گروه‌های مجازی مجزا برای هر سمن با حضور مجری طرح، اساتید و مدیرکل امور بانوان آن استان به نظارت لحظه‌ای بر روند اجرای طرح پرداختند و اساتید موظف بودند پس از برگزاری هر کارگاه، تصاویر و ویدئوهای خود از آن کارگاه را با ذکر زمان و مکان اجرا در گروه بارگذاری نمایند. در پایان طرح نیز، گزارش ریز عملکردهای خود را به معاونت ارائه کردند.



روند نظارتی طرح آوای زندگی





The Sound of Life

Prevention of suicide in teenage girls in four high-risk provinces of the country



آدرس: تهران، خیابان استاد نجات‌اللهی، بعد از چهارراه سپند، پلاک ۱۶۲

پست الکترونیک: women@iripo.ir