

طرح پایلوت پیشگیری از خودکشی در تهران

معاون سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی می‌گوید این طرح خلأ «رهاشدن پس از ترخیص» را پر می‌کند و با پیگیری هدفمند، حمایت‌های پس از اقدام به خودکشی را به‌طور سازمان‌یافته ارائه می‌دهد

• اما همچنان افرادی هستند که هیچ تماسی نمی‌گیرند. برای شناسایی این گروه چه برنامه‌ای وجود دارد؟

بسیاری از متخصصان آسیب‌های اجتماعی بر این باورند که شناسایی می‌تواند از طریق نهادهایی مانند آموزش و پرورش انجام شود، به‌ویژه با توجه به ظهور افکار و رفتارهای خودکشی در میان نوجوانان. آموزش و پرورش نیز در کمیته فعال است و تلاش می‌کند نشانه‌ها و معیارهایی تعریف شود تا افراد در معرض خطر شناسایی شوند. در شورای اجتماعی کشور، این موضوع به‌طور جدی دنبال می‌شود تا فرآیند شناسایی محدود به یک نهاد نباشد و همه دستگاه‌ها نقش هماهنگ و مؤثر در پیشگیری و حمایت ایفا کنند.

• به نظر می‌رسد در سال‌های اخیر مقاومت در برابر طرح موضوع خودکشی کمتر شده و شفافیت بیشتری ایجاد شده است. ارزیابی شما از این تغییر چیست؟

چند سال پیش، پرداختن به آمار و موضوع خودکشی با مقاومت قابل توجهی مواجه بود، اما خوشبختانه این سد تا حد زیادی شکسته شده است. امروز مسئولان، رسانه‌ها و افکار عمومی حساسیت بیشتری نشان می‌دهند و رویکردی پیشگیرانه اتخاذ کرده‌اند. با این حال، ضروری است که این حساسیت محدود به خودکشی نماند و در چارچوب ارتقای سلامت روانی و اجتماعی جامعه دیده شود، موضوعی که می‌تواند نقطه عطفی در سیاست‌های پیشگیری و حمایت اجتماعی به‌شمار رود.

• آیا این حساسیت به‌تنهایی کافی است؟ قطعاً نه. حساسیت باید به برنامه‌های عملیاتی و حمایت‌های مستمر تبدیل شود و منابع مالی کافی اختصاص یابد تا اثربخش باشد. هدف نخست کنترل روند رشد خودکشی و در مرحله بعد کاهش آن است، اقدامی ضروری برای سلامت روانی و اجتماعی جامعه.

• برای ارزیابی نتایج این طرح پایلوت چه بازه‌زمانی در نظر گرفته شده است؟

این طرح حداقل یک سال زمان نیاز دارد تا خروجی‌ها به‌صورت دقیق بررسی شوند. در طول اجرا ممکن است ارزیابی‌های اولیه انجام شود، اما برای قضاوت نهایی و مستدل درباره اثرات آن، یک سال بازه‌ای منطقی و کافی به‌شمار می‌رود.

• در حال حاضر این طرح تنها تهران را شامل می‌شود؟

بله، این پروژه ویژه فعلاً محدود به تهران است. با این حال، در سایر استان‌ها نیز مراکز مشاوره و اورژانس اجتماعی فعال هستند و خدمات خود را ارائه می‌دهند. در تهران تمرکز ویژه بر تماس با افرادی است که اقدام به خودکشی کرده‌اند، بررسی وضعیت روانی آنان و شناسایی نیازهای حمایتی آن‌هاست. پیشگیری از خودکشی امری پیچیده است که مستلزم همکاری همه‌جانبه نهاده‌ها، برنامه‌ریزی دقیق و تأمین منابع کافی است. اجرای این طرح مسیر آغاز شده‌ای است و با ارزیابی دقیق نتایج آن، امیداست بتوان این الگو را به سطح ملی گسترش داد و شبکه حمایتی جامعه را تقویت کرد.



افزایش حساسیت جامعه و نهادهای مسئول نسبت به موضوع خودکشی حالا به اجرای طرح‌هایی منجر شده که تمرکز آن‌ها نه فقط بر مداخله در لحظه بحران، بلکه بر پیگیری، حمایت و پیشگیری پس از اقدام است. سیدحسین موسوی چلک، معاون سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی و رئیس انجمن مددکاران اجتماعی ایران، می‌گوید این طرح پایلوت در تهران تلاش دارد خلأ مهم «رهاشدن فرد پس از ترخیص» را پر کند؛ مرحله‌ای که به گفته او یکی از عوامل اصلی تکرار اقدام به خودکشی است و نیازمند پیگیری سازمان‌یافته و حمایت همه‌جانبه است.

• «طرح ویژه خودکشی» در تهران چیست و آیا می‌توان به اثرات مثبت آن امید داشت؟

پیشگیری از خودکشی، موضوعی است که سازمان بهزیستی سال‌ها آن را دنبال می‌کند و اجرای حمایت‌ها و مداخلات پس از اقدام به خودکشی، جزو وظایف شناخته‌شده و مسبق به سابقه این سازمان است. این خدمات در مراکز مشاوره حضوری و اورژانس اجتماعی ارائه می‌شوند و شبکه‌ای گسترده در اختیار جامعه قرار دارند. نزدیک به ۳ هزار مرکز مشاوره دولتی و غیردولتی تحت پوشش سازمان در سراسر کشور فعال هستند و اورژانس اجتماعی نیز نقش مهمی در مداخلات فوری و تخصصی ایفا می‌کند.

• ابزارهای اجرایی این طرح چگونه است؟ علاوه بر مراکز حضوری، دو خط تلفنی کلیدی برای ارائه مشاوره، مداخله و حمایت فعال هستند: خط ۱۴۸۰ با عنوان «صدای مشاور» و خط ۱۲۲ مربوط به اورژانس اجتماعی. این زیرساخت‌ها سال‌هاست پایدار و فعال هستند و در حوزه پیشگیری از خودکشی نقش مؤثر دارند.

اجرای طرح پایلوت تهران با تمرکز بر پیگیری هدفمند افراد پس از ترخیص، گامی مؤثر در کاهش ریسک اقدام مجدد و تقویت حمایت‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود.

• این طرح چه تفاوتی با اقدامات پیشین دارد؟ در چارچوب شورای اجتماعی کشور و بر اساس تقسیم‌کار مشخص میان دستگاه‌ها، کمیته‌ای زیرمجموعه کارگروه

به مراکز مشاوره تحت پوشش سازمان معرفی می‌شوند تا خدمات پس از ترخیص دریافت کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد کسانی که یک بار اقدام کرده‌اند، ریسک تکرار اقدام در آنان به‌مراتب بیشتر از سایر افراد است. به همین دلیل، طرح پایلوت تهران بر حمایت‌های پس از ترخیص تمرکز دارد تا نتایج آن به دقت ارزیابی شود. پیش‌تر تجربه‌هایی در این زمینه وجود داشت، اما هرگز به شکل متمرکز و اختصاصی نبود که یک گروه تنها مسئول پیگیری باشد. اجرای این طرح در تهران آغاز شده و با بررسی نتایج، امکان توسعه آن به سایر استان‌ها و مراکز فراهم خواهد شد. شایان ذکر است که این حمایت‌ها تنها شامل فرد نیست، بلکه خانواده و اطرافیان او را نیز در بر می‌گیرد، امری حیاتی برای کاهش ریسک و تقویت شبکه حمایتی اجتماعی.

• این اقدام از شمنند است، اما چه تکلیفی برای کسانی که شناسایی نمی‌شوند وجود دارد؟

مسیر تماس برای این افراد اهمیت ویژه‌ای دارد. هر فردی که نیازمند مشاوره باشد، می‌تواند با خط ۱۴۸۰ تماس بگیرد و در صورت نیاز به مداخله فوری، خط ۱۲۲ فعال است. بسیاری از افرادی که تحت فشارهای اقتصادی و اجتماعی قرار دارند، دچار افکار خودکشی می‌شوند و با مراکز مشاوره یا اورژانس اجتماعی تماس می‌گیرند و خدمات حمایتی لازم را دریافت می‌کنند. این سازوکار، راهی حیاتی برای شناسایی و حمایت از افراد در معرض خطر است.

• این پیگیری چگونه انجام می‌شود و چرا اهمیت دارد؟

در ساختار اورژانس اجتماعی، مرکز مادر ویژه مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی فعالیت می‌کند. پیش از این، پیگیری افراد پس از اقدام به خودکشی به‌صورت پراکنده انجام می‌شد، اما اکنون این فرآیند به شکل اختصاصی و سازمان‌یافته مدیریت می‌شود. گروهی مشخص با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند اما فوت نکرده‌اند تماس می‌گیرند، وضعیت روانی آنان را ارزیابی می‌کنند و در صورت نیاز،

وقتی ناامیدی جوان می‌شود

تمرکز خودکشی در سنین زیر ۳۰ سال و افزایش اقدام‌ها در میان نوجوانان، این پدیده را به تهدیدی جدی برای آینده سرمایه انسانی کشور تبدیل کرده است

اگرچه جدول‌های آماری و مقایسه‌های بین‌المللی هنوز می‌گویند نرخ خودکشی در ایران اندکی پایین‌تر از میانگین جهانی است، اما آنچه در لایه‌های زیرین جامعه جریان دارد، روایت دیگری را بازگو می‌کند؛ روایتی که در آن، ناامیدی هر سال زودتر به سنین پایین‌تر می‌رسد، فشارهای روانی بیش از گذشته بر دوش نژان سنگینی می‌کند و رنج‌های انباشته، اغلب در سکوتی عمیق فرو می‌روند. خودکشی در ایران دیگر صرفاً یک عدد در گزارش‌های رسمی نیست؛ نشانه‌ای است از زیست روزمره مردمانی که زیر بار اقتصاد فرساینده، روابط خانوادگی شکننده و دسترسی محدود به حمایت‌های روانی، آرام‌آرام تاب‌آوری خود را از دست می‌دهند. پشت هر آمار، زندگی‌ای ایستاده که پیش از پایان یافتن، بارها شکسته و راهی برای بیان دردهایش نیافته است. بررسی داده‌های رسمی تا سال ۱۴۰۴ نشان می‌دهد که خودکشی در ایران از قالب یک استثنای فردی خارج شده و به مسئله‌ای اجتماعی با ابعاد پیچیده بدل شده؛ پدیده‌ای چندعاملی که دیگر نه به یک گروه سنی خاص محدود است و نه به یک جنس یا طبقه اجتماعی مشخص. قربانیان جوان‌تر شده‌اند، سهم زنان در اقدام به خودکشی افزایش یافته و الگوی این پدیده، بیش از هر

زمان دیگر، به تحولات اقتصادی و فشارهای روانی گره خورده است. هرچند ایران در مقایسه با میانگین جهانی، از نظر نرخ مرگ‌ناشی از خودکشی هنوز در وضعیت بهتری قرار دارد، اما روند صعودی آمارها رنگ هشدار جدی را به صدا درآورده است؛ هشدار که نشان می‌دهد تمرکز صرف بر مرگ‌های ثبت‌شده، تصویر کاملی از بحران ارائه نمی‌دهد. آنچه امروز کارشناسان سلامت روان را نگران کرده، رشد مداوم «اقدام به خودکشی» است؛ رفتاری که لزوماً به مرگ ختم نمی‌شود، اما عمق بحران روانی و اجتماعی را عیان می‌کند. افزایش این اقدامات، بیش از آنکه نوسانی آماری باشد، علامت انباشت زخم‌هایی است که اگر به‌موقع دیده و درمان نشوند، می‌توانند آینده اجتماعی کشور را با پیامدهایی جبران‌ناپذیر روبه‌رو کنند.

زنانه‌شدن یک بحران اجتماعی

الگوی خودکشی در ایران، بیش از هر چیز چهره‌ای جوانانه دارد؛ چهره‌ای که آن را از بسیاری از الگوهای رایج جهانی متمایز می‌کند. بر پایه داده‌های رسمی، بیش از ۸۲ درصد موارد خودکشی در کشور در میان افراد زیر ۵۰ سال

رخ می‌دهد؛ در حالی که این سهم در سطح جهانی حدود ۵۸ درصد برآورد می‌شود. تمرکز اصلی این پدیده در ایران، در بازه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال است و به‌ویژه جوانان زیر ۳۰ سال، سهمی چشمگیر از مرگ‌های ناشی از خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. بیش از نیمی از این مرگ‌ها در همین گروه سنی رخ می‌دهد؛ واقعیتی که خودکشی را از یک مسئله فردی، به دغدغه‌ای جدی برای آینده سرمایه انسانی کشور بدل کرده است.

در کنار بعد سنی، بعد جنسیتی خودکشی نیز در سال‌های اخیر پررنگ‌تر شده است. آمارها نشان می‌دهد زنان، به‌خصوص زنان خانه‌دار، بالاترین نرخ اقدام به خودکشی را دارند. حتی در میان نوجوانان، فاصله سنتی میان دختران و پسران در نرخ اقدام و مرگ‌ناشی از خودکشی کاهش یافته و در برخی موارد، به سطحی تقریباً برابر رسیده است. این دگرگونی الگو، از نگاه کارشناسان، بازتاب افزایش فشارهای روانی، اجتماعی و خانوادگی بر زنان و دختران در بستر تحولات شتابان اقتصادی و اجتماعی است. از منظر شغلی نیز زنان خانه‌دار در صدر آمار اقدام قرار دارند و پس از آن، شاغلان و دانش‌آموزان بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهند.

یادداشت



کوروش محمدی

رئیس انجمن آسیب‌شناسی اجتماعی ایران

حمایت جامعه، مانع خودکشی است

در دل جامعه ما، خودکشی هرگز حاصل یک لحظه یا یک عامل منفرد نیست، بلکه نقطه پایانی زنجیره‌ای پیچیده از عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روانی است که طی سال‌ها در بافت جامعه شکل گرفته‌اند. تجربه تاریخی ما نشان می‌دهد که در برخی استان‌ها، شهرها و مناطق، پدیده خودکشی به شکل قابل توجهی وجود داشته است، اما هیچگاه اقدام منسجم و علمی برای تحلیل ریشه‌ای این مسئله انجام نشده است. واکنش‌های انجام‌شده بیشتر هیجانی و مقطعی بوده‌اند؛ نمایش‌هایی زودگذر که نتیجه‌ای پایدار در کنترل یا کاهش این بحران نداشته‌اند و هرگونه تأثیر آن محدود به همان زمان کوتاه بوده است. ناکامی در مواجهه با خودکشی، بیش از هر چیز، نشان‌دهنده ضعف در سطح کلی تر جامعه است: فقدان عدالت اجتماعی، توسعه نامتوازن، شکاف طبقاتی و نابرابری در دسترسی به فرصت‌ها، همه و همه فضایی ایجاد کرده‌اند که در آن احساس بی‌عدالتی و محرومیت عمیق، به‌ویژه در میان نسل‌های جوان، موج می‌زند.

این نابرابری‌ها به مسائل ملموس‌تر مانند معیشت، اشتغال، حقوق اجتماعی و فرصت‌های زندگی سالم کشیده می‌شوند و در لایه‌های بعدی، خانوادگی و نظام تعلیم و تربیت نیز ناکارآمدی خود را نشان می‌دهند. خانواده‌ها در ایجاد فضای امن و مهارت‌محور برای تربیت فرزندان موفق نبوده‌اند و نظام آموزشی نیز قادر نبوده است نسل جدید را تاب‌آور، امیدوار و مسلح به مهارت‌های زندگی بار بیاورد. انباشت ناکامی‌ها و فشارهای روزمره، همراه با استرس‌های ناشی از تبعیض و مشکلات ساختاری، نسل‌های مختلف جامعه را به نقطه‌ای از یأس می‌رساند، جایی که فرد احساس می‌کند دیده نمی‌شود، نیازهایش به رسمیت شناخته نمی‌شوند و هیچ اقدام مؤثری برای تغییر وضعیت او انجام نمی‌گیرد. در چنین شرایطی، برخی افراد به سمت راهکارهایی گرایش پیدا می‌کنند که از نظر خودشان «کم‌زینتر» است؛ راهایی از طریق خودکشی، راهی برای رهایی از وضعیتی که در آن جامعه نه پاس‌خگو است و نه محیط اجتماعی حامی. افزایش آمار خودکشی همواره با فقدان اقدامات پیشگیرانه همراه بوده است؛ سیاست‌ها عمدتاً به شناسایی و مداخله در میان کسانی محدود شده‌اند که خودکشی کرده یا اقدام ناموفق داشته‌اند، رویکردی که در حقیقت تکرار همان خطای گذشته است: تمرکز بر سرریز آسیب‌ها به جای پیشگیری از شکل‌گیری آن‌ها.

پیشگیری واقعی نیازمند تمرکز بر جامعه‌ای است که هنوز به نقطه بحران نرسیده است، جایی که ظرفیت تاب‌آوری وجود دارد و می‌توان با سیاست‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی، افراد را از ورود به چرخه خودکشی بازداشت. مداخلات موجود، شامل مراکز مشاوره و خطوط تلفنی، می‌توانند به تعویق انداختن تصمیم‌بحرانی یا تسکین موقت کمک کنند، اما تمامی جامعه آسیب‌دیده را پوشش نمی‌دهند و سیستم مشاوره غالباً منفعل است، توان پیگیری ساختاری یا اتصال فرد به خدمات اجتماعی و رفاهی را ندارد و محدود به گفتاردرمانی می‌ماند.