بررسی روش‌ها و علل خودکشی های منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول ۱۳۸۳

دکتر جلال شیرزاد * - دکتر جابر قره داغی **

* متخصص پزشکی قانونی , استادیار دانشگاه علوم انتظامی

** متخصص پزشکی قانونی واستادیار سازمان پزشکی قانونی کشور

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی کلمه‌ای است که هر روز بیشتر از دیروز می‌شنویم, گویا تنها آنانی که دست به این عمل می‌زنند جرأت رویارویی با آن را دارند. خودکشی از شروع تاریخ مکتوب روی داده و نگرش‌ها نسبت به آن بسته به زمان, فرهنگ و همچنین انگیزه ها متغیر بوده است. افزایش روز افزون میزان خودکشی ما را بر آن داشت تا به طور خلاصه به تعریفی از خودکشی و علل و عوامل آن بپردازیم.

روش بررسی: در این مطالعه ۲۷٤ مورد جسدی که در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مشکوک به خودکشی بودند از سایر موارد جدا شده، طی تماس با اولیای متوفی، ۲٦۰ مورد خودکشی منجر به فوت تأیید و تفکیک شد. بعد از اثبات خودکشی به عنوان علت مرگ, پرسشنامه‌های مربوطه تکمیل گردید. سرانجام داده‌های این مطالعه توسط نرم افزارهای spss و Excel مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۲٦۰ مورد خودکشی منجر به فوت, ۱۸۰ مورد مذکر و ۸۰ مورد مؤنث بودند. شایع‌ترین سن اقدام به خودکشی در دهه سوم عمر و شایع‌ترین علت خودکشی در مواردی که علت آن از طرف اولیا متوفی اعلام گردید, اختلالات روحی (در رأس آن افسردگی) بود؛ در مراتب بعدی اختلافات خانوادگی و مشکلات اقتصادی قرار داشتند. شایع‌ترین روش خودکشی نیز حلق‌آویزی بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این تحقیق و یافته‌های پژوهش‌های اجتماعی در زمینه خودکشی در کشور ما, این نکته مشخص می‌شود که در شکل‌گیری خودکشی، عوامل بسیاری از قبیل سن, جنس, وضعیت تأهل, سطح درآمد, سطح سواد و موارد نظایر آن تأثیرگذار است. برای کاهش میزان خودکشی آن به تربیت و پرورش اجتماعی افراد بها داده و خانواده‌ها و مربیان باید به طور دقیق و محبت‌آمیز رفتار کودکان و نوجوانان را تحت نظر بگیرند. مراکز مشاوره باید توسعه یابند و در نهایت مسؤولین امور اجتماعی باید در جهت نیازهای اجتماعی افراد هدایت گردند.

واژگان کلیدی: خودکشی، حلق‌آویزی، مرگ، علل

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۶/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۱۲

نویسنده پاسخگو: تهران , سهروردی شمالی, کوچه شهر تاش , پلاک ۱۳۴ jalal_shirzad @ yahoo.com

مقدمه

خودکشی از شروع تاریخ مکتوب روی داده و نگرش‌ها نسبت به آن بسته به زمان, فرهنگ و همچنین انگیزه‌ها متغیر بوده است. امروزه در جوامع غربی, خودکشی یک عامل اتفاقی و بی‌معنی تلقی نمی‌شود, بلکه راهی برای خروج از مسأله یا بحرانی است که بدون استثنا رنج شدید ایجاد می‌کند. طبق نظر Edwin shneidman «خودکشی با نیازهای برآورده نشده یا ناکام, احساس ناامیدی و درماندگی, تعارض-های دوگانه بین ماندن و تحمل استرس غیر قابل تحمل و نیاز به فرار رابطه دارد» (۱).

Emil Durkheim جامعه‌شناس برجسته, در تعریف خودکشی گفته است «اصطلاح خودکشی به مرگ‌هایی اطلاق می‌شود که به طور مستقیم یا غیرمستقیم ناشی از عمل مثبت یا منفی فردی است که می‌داند انجام این عمل منجر به مرگ وی می‌شود». دورکیم این تعریف را به منظور تفکیک خودکشی از مرگ‌های حادثه‌ای به کار برده است (۲).

خودکشی از واژه لاتین به معنی قتل نفس مشتق می‌شود و اگر با موفقیت توأم باشد عمل مهلکی است که نشان دهنده میل شخص برای مردن است. با این حال طیفی بین اندیشیدن به خودکشی و اقدام به خودکشی وجود دارد؛ بعضی روزها, هفته‌ها و حتی سال‌ها قبل از اقدام به خودکشی طرح‌ریزی می‌کنند و برخی بطور تکانشی و بدون

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

قصد قبلی اقدام می‌کنند (۱).

هر سال بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی در آمریکا فوت می‌کنند و تعداد موارد اقدام به خودکشی بالغ بر ۶۵۰۰۰۰ نفر می‌گردد. تقریباً ۸۵ خودکشی در هر روز یعنی هر ۲۰ دقیقه یک مورد خودکشی در آمریکا رخ می‌دهد. خودکشی در حال حاضر بین هشت عامل عمده مرگ و میر در آمریکا قرار دارد. میزان خودکشی در بین ملل مختلف از ارقام بالاتر از ۲۵ در ۱۰۰۰۰۰ در اسکاندیناوی, سوییس, آلمان, اتریش, ممالک اروپای شرقی و ژاپن, تا کمتر از ۱۰ در ۱۰۰۰۰۰ در اسپانیا, ایتالیا, ایرلند, مصر و هلند متفاوت است (۱).

آخرین آمار ارایه شده خودکشی در ایران توسط سازمان پزشکی قانونی کشور حاکی از آنست که در سال ۱۳۸۰, ۵/۷ خودکشی در هر ۱۰۰۰۰۰ مرد و ۳/۱ خودکشی در هر ۱۰۰۰۰۰ زن در کشور به وقوع پیوسته که با توجه به آمارهای چند ساله اخیر و همچنین افزایش رشد جمعیت, نرخ خودکشی در کشور تغییرات اندکی داشته است. با مقایسه این آمار با سایر کشورهای جهان نتایج قابل تامل زیر حاصل می‌شود:

نرخ خودکشی مردان در ایران از همه کشورهای اروپایی, آمریکای شمالی, اقیانوسیه, آسیای شرقی و از کشورهای آسیای جنوب مرکزی آمریکای لاتین, مرکزی و جنوبی پایین‌تر می‌باشد. اما همین نرخ خودکشی در آسیای غربی از اکثر کشورها بالاتر است. مقایسه نرخ خودکشی زنان در ایران با سایر کشورهای اروپای شرقی, غربی, شمالی, آمریکای شمالی و اقیانوسیه و نیز کشورهای اروپای جنوبی و آسیای شرقی پایین‌تر است. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که ایران و گرجستان بالاترین نرخ خودکشی زنان را در آسیا غربی دارا هستند (۳).

دورکیم, خودکشی را به چهار گروه تقسیم کرده است:

خودکشی دگر خواهانه[1]

در خودکشی دگرخواهانه فرد وظیفه اخلاقی عمیقی را در خود احساس می‌کند و علاقمند می‌شود تا خود را فدایی دیگران کند. وقتی فردی به احساس همبستگی و انسجام قوی به یک گروه فوق‌العاده یک پارچه و متحد مقید باشد, ارزش‌ها و هنجارهای گروه را از آن خود می‌داند و بین منافع خود و گروه فرقی نمی‌گذارد. در چنین شرایطی فرد در آرزوی فدا کردن زندگی خود به خاطر هدف‌های گروه خواهد بود. به عنوان مثال می‌توان خلبان‌های از جان گذشته ژاپنی در جنگ جهانی دوم را نام برد (۴). در خودکشی دگر خواهانه «من» فرد به جای این که قوی باشد, آنقدر ضعیف است که نسبت به خواسته‌های جامعه نمی‌تواند مقاومت کند, در نتیجه او مرتکب خودکشی می‌شود, در چنین مواردی هویت فردی در گروه اجتماعی حل می‌گردد. در این نوع خودکشی, فرد از هنجاری‌های اجتماعی منحرف نیست؛ بلکه همساز با آنها است (۵).

خودکشی خود خواهانه[2]

این نوع خودکشی وقتی رخ می‌دهد که شخص رابطه‌ای قوی با هیچ گروه اجتماعی ندارد. فقدان وابستگی خانوادگی توضیحی است برای آسیب‌پذیری افراد مجرد نسبت به افراد متأهل و آسیب‌ناپذیری نسبی زوج‌های صاحب فرزند در مقابل خودکشی. در مناطق روستایی وابستگی اجتماعی بیشتر از شهر است و به همین جهت میزان خودکشی در آنها پایین تر است (۱).

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری[3]

هر گاه نظارتی که جامعه بر رفتارها و هنجارها دارد ضعیف یا حذف شود, حالت بی‌هنجاری یا نابسامانی در جامعه به وجود می‌آید. بی‌هنجاری از تضعیف وجدان اخلاقی ناشی می‌شود و عموماً با بحران‌های بزرگ اجتماعی, اقتصادی یا سیاسی همراه است (۴).

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری را کسانی مرتکب می‌شوند که وابستگی آنها با جامعه دچار آشفتگی است و در نتیجه از معیارهای رفتاری مرسوم محروم گردیده‌اند. این نوع خودکشی توضیحی است برای عیار بالاتر این رفتار در بین افراد طلاق گرفته در مقایسه با افراد متأهل و آسیب‌پذیری بیشتر کسانی که وضع اقتصادی آنها تغییر ناگهانی و شدید پیدا کرده است. این نوع خودکشی به بی‌ثباتی اجتماعی همراه با گسیختگی معیارها و ارزش‌های اجتماعی نیز اطلاق می‌شود (۱).

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری درست در برابر خودکشی‌های سنتی که از نوع خودخواهانه است, قرار می‌گیرد. در این نوع خودکشی, فرد به حیاتش نه از آن رو پایان می‌دهد که هنجاری را شکسته یا به قانون مورد پذیرش گردن ننهاده, بلکه بدین سبب دست به خودکشی می‌زند که بعد از تلاش بسیار زندگی را سراب, پیروزی‌ها را بی‌فرجام و حیات خودکشی ناشی از تقدیر را پوچ یافته است (۶).

دورکیم خودکشی ناشی از تقدیر را به عنوان چهارمین نوع خودکشی معرفی کرده است. این نوع خودکشی افرادی را شامل می‌شود که دارای محدودیت‌های سنگین و همیشگی هستند و زندگی بی‌ثمری دارند, همانند زندانی که دیگر تحمل مانده در زندان را ندارد (۳).

Rose علل اقدام به خودکشی را در سه حیطه بیماری روانی, مسایل اجتماعی و مسایل ارگانیک و جسمی مورد بررسی قرار می‌دهد:

۱ - اختلالات روانپزشکی شامل افسردگی, الکلیسم, اعتیاد دارویی, اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیتی از علل عمده در این حیطه هستند.

۲ - مسایل اجتماعی همانند انزوا, از دست دادن عزیز, فقدان فرد مهم در زندگی, محدودیت, جدایی و نداشتن شغل یا کار می‌تواند

1 - Altruistic suicide
2 - Egoistic suicide
3 - Anomie

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

از عوامل مهم ایجاد ایده و اقدام به خودکشی باشد.

۳ - ابعـاد فیزیکی یا فیزیولـوژی: بیماری‌های جسـمی, تومور بدخیم, اختلالات عصبی, کاهش فعالیت سروتین مغزی.

رابطه بین سـلامت یا بیماری جسـمی و خودکشی قابل ملاحظه است. به نظر می‌رسد سابقه مراقبت طبی قبلی رابطه مثبت با خودکشی دارد. در ۳۲٪ موارد، خودکشـی‌کنندگان در شـش ماه قبل از اقدام به انتحار به پزشـک مراجعه می‌کنند. به عنوان مثال ۵۰٪ مردهای مبتلا به سرطان که خودکشی می‌نمایند، در یک سال پس از تشخیص دست به این کار می‌زنند. در ۷۰٪ خودکشـی‌ها زنان مبتلا به سرطان، وجود سرطان پسـتان یا سرطان ناحیه تناسلی تأیید شده است. بیماری‌های سلسله اعصاب مرکزی شـامل: صرع، مولتیپل اسکلروز، صدمات ناشی از ضربـه و حوادث عروقی مغز، کره هانتیگتون و دمانس که وجود جزء خلقی در آن‌ها شـناخته شده اسـت موجب بالا رفتن خطر خودکشی می‌گردند. مصروعین به فنوباربیتال و داروهای دیگر دسترسی دارند که برای خودکشی می‌توانند از آنها استفاده کنند.

برخی از بیماری‌های غدد درون‌ریز نظیر کوشینگ، سندرم کلاین-فلتـر و پورفیری که با اختـلالات خلقی نیز همراه هسـتند با افزایش خطر خودکشـی رابطـه دارند. همچنین دو اختلال گوارشـی همراه با خطر بالاتر خودکشـی عبارتند از: زخم پپتیک و سـیروز که هر دو در بین الکلی‌ها شـایع است. دو بیماری ادراری تناسلی که با افزایش خطر خودکشی همراهند شامل هیپرتروفی پروستات و بیماری کلیوی تحت درمان با دیالیز می‌باشـد که در هر دو آنها اختلال خلقی پدید می‌آید. علاوه بر آثار مستقیم بیماری، ملاحظه شده است که آثار ثانویه بیماری مانند گسسـتگی روابط و از دست دادن موقعیت شغلی می‌تواند شانس خودکشی را افزایش دهد (۴).

بعضـی از داروها می‌توانند ایجاد افسـردگی کننـد که در برخی مـوارد به خودکشـی منجر می‌گـردد. در بین این داروهـا از رزرپین، کورتیکواسـتروییدها، داروهای ضد فشار خون و برخی از داروهای ضد سرطان خون می‌توان نام برد.

گوناگونـی و دسـته‌بندی‌های مختلف علت خودکشـی حاکی از مجهول بودن علت واحد خودکشـی است. با این حال مذهب, وضعیت تأهل, شـغل, نژاد, شرایط اقلیمی و شرایط جسمی و روانی را به عنوان عوامل مؤثر در بروز و شیوع خودکشی ذکر کرده‌اند.

اخیـراً بعضی از محققان بین خودکشـی و اقـدام از روی دودلی و اقدام به خودکشـی تفـاوت قایل شـده‌اند. Shneidman اقدام به خودکشـی را براسـاس بیان فرد در مورد نیت و قصد از خودکشـی به چهار دسته تقسیم می‌کند:

۱ - آنهایی که مصم به خودکشی هستند؛

۲ - آنهایی که تردید دارند خودکشی کنند؛

۳ - آنهایی که قصد خودکشی ندارند؛

۴ - آنهایی که فقط تظاهر می‌کنند و مطمئن هسـتند که نجات می‌یابند.

چنانچه ملاحظه می‌شـود اشـنایدمن طبقه‌بندی انواع خودکشی را به سـطوح روان‌شـناختی فرد تقلیل می‌دهد و از آن ابزاری مفهومی می‌سازد (۷). افزایش روزافزون میزان خودکشی ما را بر آن داشت تا به طور خلاصه به تعریفی از خودکشی و علل و عوامل آن بپردازیم.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - مقطعی است و هدف آن تعیین فراوانی علل و عوامل خطر در موارد خودکشـی منجر به فوت و تعیین فراوانی انواع روش‌های خودکشـی‌های منجر به فوت می‌باشـد. بدین منظور خودکشی‌های منجر به فوت ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی کشـور در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مورد بررسـی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نظر به اینکه تمامی موارد خودکشی های منجر به فوت و موارد فوت مشـکوک قبل از صدور جواز دفن باید در سازمان پزشکی قانونی مورد معاینه و بررسـی قرار گیرند, لذا بهترین مرکز جهت بررسـی این موارد، سازمان پزشکی قانونی می‌باشد. در این مطالعه ابتدا کلیه پرونده-های فوت ارجاعی به سـازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول ۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند و در مواردی که بنابه اظهارات اولیای دم، علت مرگ، خودکشی بیان شده، یا در بررسی اولیه به عمل آمده علت مرگ خودکشی به نظر می‌رسید تفکیک شد و بعد از تماس با خانواده متوفی و تأیید خودکشـی متوفی, پرسشـنامه مربوطه تکمیل گردید. پس از جمع‌بندی, اسـتخراج اطلاعات و کدبندی آنها, تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزارهای spss ۱۱,۵ و Excel انجام شد.

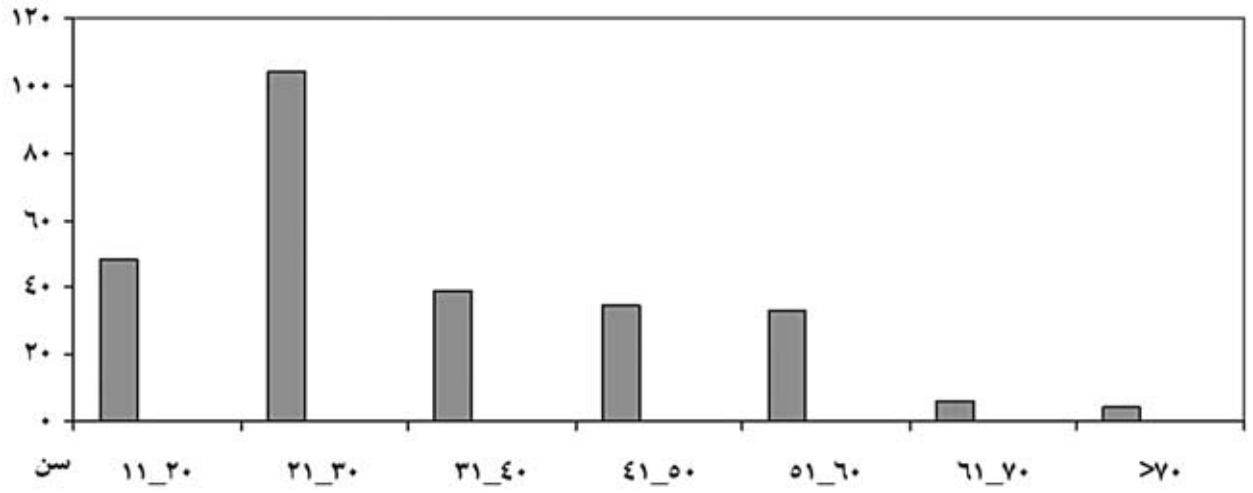
یافته‌ها

بعد از بررسـی پرونده‌های اجسادی که در شش ماهه اول ۱۳۸۳ در سـالن تشریح سـازمان پزشکی قانونی کشـور کالبدشکافی شدند, تعداد ۲۷۴ مورد مشـکوک به خودکشـی بودند. پرونده‌های این تعداد از سـایر موارد تفکیک شده و پس از تماس با اولیای متوفی ۲۶۰ مورد خودکشـی در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مورد تأیید قرار گرفت و مابقی از تحقیق کنار گذاشته شدند.

از ۲۶۰ مورد خودکشـی موفق, تعداد ۱۸۰ مورد مرد و ۸۰ مورد زن و از نظـر تأهل ۱۴۲ نفر متأهـل و ۱۰۸ نفر مجرد, ۳ نفر نامزد, ۵ نفر مطلقه و ۲ نفر بیوه بودند. از نظر سابقه اعتیاد نیز از ۲۶۰ مورد، در ۵۰ نفر سـابقه مصرف مواد مخدر وجود داشـت که تنها یک نفر مؤنث و مابقی مذکر بودند. شـایع‌ترین سـن خودکشـی مربوط به دهه سوم بوده که این دهه در هر دو جنس بیشـترین شـیوع را داشـت (نمودار شماره ۱).

از نظر میزان تحصیلات بیشترین آمار خودکشی موفق در افراد با سطح سـواد پایین (ابتدایی) بوده و با افزایش میزان تحصیلات از آمار خودکشی کاسته شده است (نمودار شماره ۲).

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]



نمودار ۱ – فراوانی نسبی سن افراد در خودکشی‌های موفق منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

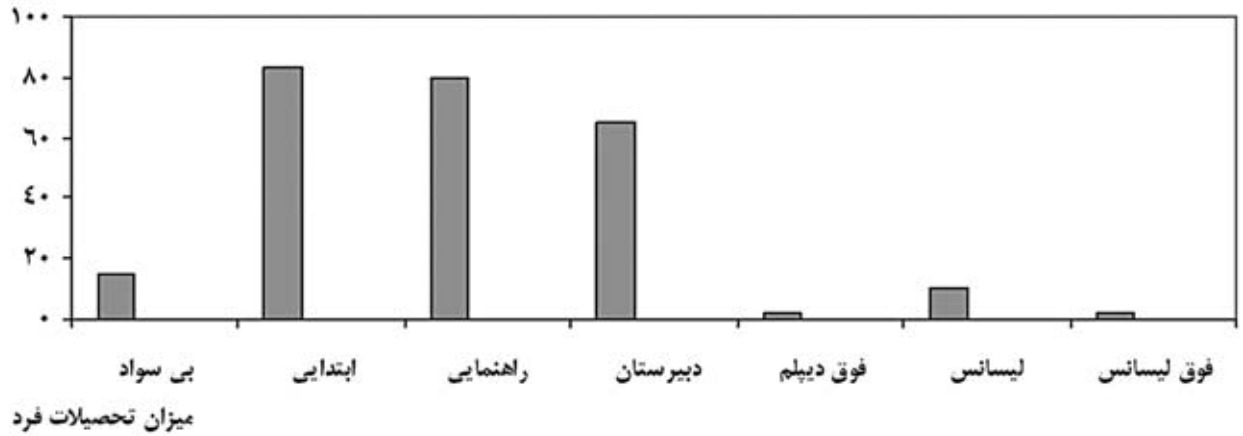
شایع‌ترین علت خودکشی در بین ۲۶۰ مورد (در مواردی که اولیا متوفی علت را دانسته و بیان کرده بودند), اختلالات روحی (۲۳/۵٪) بود که در بین آن افسردگی شایع‌ترین نوع این اختلالات بود. علل دیگر به ترتیب شامل اختلاف خانوادگی (۱۶/۲٪), مشکلات اقتصادی (۱۳/۱٪) بودند. متأسفانه در نزدیک به ۳۸٪ موارد علت خودکشی نامعلوم بوده و اولیای متوفی دلیل این عمل را نمی‌دانستند (نمودار شماره ۳).

در ۶۰ مورد سابقه اقدام به خودکشی وجود داشت (حتی چند بار) ولی در ۲۰۰ مورد دیگر نخستین اقدام به خودکشی فرد بود که متأسفانه موفقیت‌آمیز نیز بود. از نظر سابقه بیماری نیز در ۷۱٪ موارد سابقه هیچگونه بیماری جسمانی و روانی وجود نداشت ولی در ۲۳/۵٪ سابقه بیماری روحی (حتی مواردی نیز بستری در بیمارستان و یا تحت نظر بودن توسط روانپزشک) و ۵/۴٪ سابقه بیماری جسمانی وجود داشت.

شایع‌ترین روش خودکشی در مجموع هر دو جنس, حلق‌آویزی بود که ۱۱۸ مورد از این روش استفاده کرده بودند. دومین روش شایع، استفاده از سم (اعم از دارو و سموم مختلف) بود که در ۶۱ مورد دیده شد (جدول شماره ۱).

به تفکیک جنسیت, در آقایان شایع‌ترین روش خودکشی حلق-آویزی و در جنس مؤنث شایع‌ترین روش خودکشی موفق مصرف سم بوده است. بین شیوه خودکشی و جنسیت از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد.

نکته قابل توجه، بالا بودن خودسوزی در هر دو جنس، به ویژه در جنس مؤنث بود که حدود ۳۵٪ افراد مؤنث را شامل می‌شد.



نمودار ۲ – فراوانی نسبی میزان تحصیلات افراد در خودکشی موفق منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

جدول ۱ - توزیع فراوانی روش‌های انجام خودکشی در خودکشی‌های موفق ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

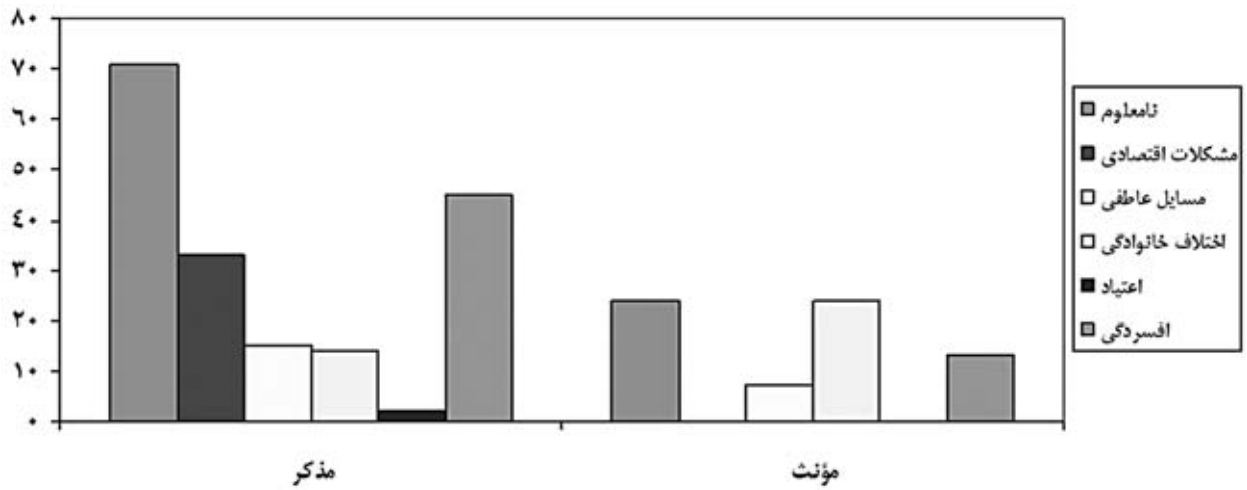
روش اقدام به خودکشی	تعداد	درصد
حلق آویزی	۱۱۸	۴۵/۴
دارو	۴۲	۱۶/۲
خودسوزی	۴۱	۱۵/۸
سقوط	۱۸	۶/۹
سموم کشاورزی	۷	۲/۷
سلاح سرد	۶	۲/۳
سلاح گرم	۵	۱/۹
قرص برنج	۵	۱/۹
تزریق هروئین	۵	۱/۹
منواکسید کربن	۲	/۸
مواد سوزاننده	۲	/۸
داروی نظافت	۲	/۸
خفگی با نایلون	۲	/۸
سم سیانور	۲	/۸
برخورد با قطار	۱	/۴
غرق شدگی	۱	/۴
جمع	۲۶۰	۱۰۰

بحث

عوامـل خاصی به عنـوان عوامل مؤثر در میزان بروز خودکشـی مطالعه شـده‌اند. در میان این عوامل، جنسـیت, سـن و وضعیت تأهل بیشـتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. مسـأله دیگری که در آمار مربوط به خودکشـی ابهام می‌آفریند, نسبت آمار اقدام به خودکشی به خودکشی موفق است. تفاوت این دو رقم در سطح کشورهای جهان بسیار متفاوت است. تحقیقات «لمبروز»۴ نشان داده است که رقم اقدام به خودکشی دو تا سـه برابر خودکشـی‌های موفق اسـت (۸), مطابق تحقیق دیگر نسـبت خودکشـی‌های ناموفق به خودکشـی‌های موفق ۵ به ۸ است (۹).

از بیـن ۲۶۰ مورد خودکشـی منجر به فوت (خودکشـی موفق) ۱۸۰ مـورد مرد و ۸۰ مورد زن بودند. که این مطلب به طور نسـبی با آمار ارایه شده در منابع مختلف مبنی بر اینکه زنان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشـی می‌کنند ولی خودکشـی در مردان ۲ تا ۳ برابر نسـبت به زنان موفق‌تر است, هماهنگ می‌باشد (۱۱، ۱۰، ۱). در مطالعات قبلی که در ایران انجام شده تعداد جنس زن بیشتر از جنس مرد گزارش شـده و علت آن می‌تواند این موضوع باشد که در مطالعات قبلی مجموع اقدام به خودکشـی و خودکشـی موفـق را با هم در نظر گرفتند, در صورتی‌که در این مطالعه فقط به خودکشی موفق پرداخته شده است (۱۴-۱۲).

شـایع‌ترین سن خودکشـی موفق در هر دو جنس بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی بوده که نسبت به سایر بررسی‌های قبلی در ایران, سن این افراد بالاتر بوده که علت آن مربوط به همان موضوعی می‌شـود که در بالا به آن اشـاره شده است (خودکشـی‌های موفق). در جنس مؤنث کمترین سـن ۱۶ و بیشترین آن ۷۹ سـال بوده و در جنس مذکر کمترین سن



نمودار ۳ - فراوانی نسبی علل زمینه ساز خودکشی در دو جنس مذکر و مؤنث در موارد خودکشی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

۱۴ و بیشـترین سن نیز ۷۹ سال بوده اسـت. همان‌طور که در نمودار ۱ نیز نشـان داده شده میزان خودکشی در سنین بالا قابل توجه است. سالمندان کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند, اما در خودکشی موفق‌تر از جوانان هسـتند, سـالمندان ۲۵٪ موارد خودکشی را بوجود می‌آورند هر چند که فقط ۱۰٪ جمعیت را تشـکیل می‌دهند. از طرفی میزان خودکشی در بین جوان‌ها به سرعت رو به فزونی است (۱۵). بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ میزان خودکشی در مردهای ۱۵ تا ۲۴ سال، ۴۰٪ افزایش یافته و هنوز هم در حال افزایش است. پس از دیگرکشی و تصادفات, بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی خودکشی سومین علت مرگ و میر است.

یکی از مواردی که مانع از خودکشـی می‌شود داشتن شغل ثابت است. شغل ثابت با درآمد مشخص می‌تواند سبب کاهش خودکشی منجر به مرگ شـود و در مجموع می‌توان گفت کار کردن محافظی در مقابل خودکشـی اسـت. در تحقیق به عمل آمده عمده کسانی که خودکشی موفق داشتند فاقد شغل ثابت یا بیکار بودند, در جنس مؤنث نیز عمده افراد، خانه دار بودند که عملاً شـغل و منبع درآمد ثابتی نداشـتند. در ایـن تحقیق وقتی از اولیای متوفی در مورد وضعیت اقتصادی متوفیان سـؤال می‌شـد در ۵۱٪ موارد وضعیت اقتصادی متوسط، ۳۱٪ موارد خوب و در ۱۸٪ موارد بد بیان شد. این یک واقعیت شناخته شده است که بحران‌های اقتصادی بر گرایش به خودکشی اثر تشدید کننده دارد. وقوع یک بحران مالی در جامع می‌تواند گاهی مواقع تنها علت افزایش خودکشـی باشـد، به خصوص در لحظه‌ای که بحران در اوج خود قرار دارد. اما پرسـش این است که تأثیر این بحران‌ها به چه چیزی وابسته اسـت؟ آیا به خاطر آنسـت که بحران‌ها موجب بی‌ثباتی ثروت شده و فقر را افزایش می‌دهند؟ آیا بخاطر آنسـت که زندگی به حدی سـخت می‌شـود که انسان به آسانی از هستی خود چشـم می‌پوشد؟ این‌گونه تبیین‌ها بدلیل سادگی اغواکننده است، به علاوه این توضیح‌ها با مفهوم جاری خودکشی‌ها نیز منطبق است، اما با واقعیت تناقص دارد. در واقع اگر خودکشـی به این دلیل افزایش پیدا می‌کند که زندگی سـخت‌تر می‌شـود، پس هنگامی که رفاه زیادتر می‌شود بایستی مرگ‌ها به طور محسوس کاهش یابد.

در مطالعات گسـترده‌ای که صورت گرفته مشخص گردید که در بعضی از کشـورهای فقیر و در بعضی از نقاط دنیا که مردمانی فقیری دارند، درصد خودکشـی بسـیار پایین اسـت. حتی می‌توان گفت که فقـر یک نوع مصونیت در برابر خودکشـی ایجاد می‌کند. در ایالت‌های مختلف فرانسـه، خودکشـی در میان کسـانی که از دارایی و امکانات شـخصی بیشتر برخوردار هستند خیلی متداول است. از این رو اگر چه بحران‌های مالی و شغلی موجب افزایش خودکشی می‌شود ولی می‌توان نتیجه گرفت که این افزایش به سـبب فزونی فقریسـت که از بحرانها ناشی شده است، زیرا بحران‌های حاصل از رفاه نیز به افزایش خودکشی می‌انجامد؛ برای اینکه آنها نیز بحران هستند و موجب آشفتگی‌هایی در نظم امور اجتماعی می‌شـوند. هر گسستگی در تعادل حتی اگر با رفاه بیشـتری همراه باشد که زندگی عمومی را حیات بخش‌تر کند، افراد را به سمت خودکشی می‌راند (۱۵).

میزان بالاتر خودکشـی‌های موفق در مردها بستگی به روش‌های مورد استفاده آنها دارد. جنس مذکر با حلق‌آویز کردن خود, اسلحه گرم و یا پرش از بلندی خود را می‌کشند, در صورتی‌که جنس مؤنث بیشتر با دارو یا سـموم خودکشـی می‌کنند (۱). همانطوریکه در این مطالعه نشان داده شده (جدول ۱) شایع‌ترین روش خودکشی در آقایان حلق-آویزی بود (۵۷٪) و در مرتبه بعدی مصرف سـم قرار داشـت (۱۷٪), خودسـوزی و سـقوط دو روش شـایع بعدی بودند. در صورتی که در جنس مؤنث شـایع‌ترین روش خودکشـی مصرف سم (اعم از دارو و یا سموم صنعتی و کشاورزی) و خودسوزی بود (تقریباً به یک نسبت) که این یافته به طور نسـبی هماهنگ به مطالعه قبلی انجام شده در مورد خودکشی‌های موفق در ایران بوده است (۱۰).

از نظر علت اقدام به خودکشـی با توجـه به اینکه تنها منبعی که می‌توانسـت در مورد انگیزه افراد اظهارنظر کنـد اولیای متوفی بودند, متأسـفانه در ۹۸ مورد از ۲۶۰ مورد علت اقدام به خودکشـی نامعلوم بـود و اولیای این افـراد در مورد علت اقدام متوفـی اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند و یا تمایلی در ارایه اطلاعات در زمینه انگیزه خودکشـی این افراد نداشتند و از پاسخگویی خودداری می‌کردند.

در جنس مذکر در ۳۹٪ موارد علت خودکشـی نامعلوم بود و در ۶۱٪ مواردی که انگیزه خودکشـی از طرف والدین بیان گردید, شایع-ترین علل شـامل اختلالات روحی (۴۱٪), مشکلات اقتصادی (۳۱٪) و اختلافـات خانوادگی (۱۳٪) بودند. در صورتی که در جنس مؤنث در ۳۴٪ موارد علت خودکشـی نامعلوم و در۶۶٪ موارد انگیزه خودکشـی مشخص شـده بود. در مواردی که علل خودکشـی‌ها معلوم شده بود، شایع‌ترین علل به ترتیب اختلافات خانوادگی (۵۴٪) و اختلالات روحی (۳۱٪) بودند. در بین هر دو جنس، شایع‌ترین اختلال روحی افسردگی بود و حتی در ۲۷٪ موارد سـابقه بسـتری‌های متعدد در بیمارسـتان داشـتند. سابقه بستری شدن در بیمارستان روانی به هر علت که باشد خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۱).

عوامل بسـیار مهم خودکشـی شامل الکلیسم, سـوءمصرف دارو, افسـردگی، اسـکیزوفرنی و سـایر بیماری‌های روانی می‌باشد؛ یکی از عوامل بسـیار مهم در خودکشـی، بیماری‌های روانی است و تقریباً در ۹۵٪ افـرادی که اقدام به خودکشـی می‌نمایند, نوعـی بیماری روانی مشخص وجود دارد. اختلالات افسردگی ۸۰٪ موارد، اسکیزوفرنی ۱۰٪ و دمانس ۵٪ موارد را شـامل می‌گردد. همانطور که پیش‌تر نیز اشـاره شد شایع‌ترین بود.

خطر خودکشی بیماران روانی ۳ الی ۱۲ بار بیشتر از افراد غیربیمار است میزان خطر بستگی به سن، جنس و وضعیت بستری فرق می‌کند. در بیمـاران روانی مرد و زن که زمانی در بیمارسـتان روانی بسـتری بوده‌اند، به ترتیب ۵ و ۱۰ بار خطر خودکشی بیشتر از گروه همسن در جمعیت کلی است. بالا بودن خطر خودکشی در بیماران روانی بستری

4 - Lambrous

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

بازتاب این واقعیت اســت که بیماران مبتلا به اختلالات روانی شــدید بیشتر بستری می‌گردند (۱).

مطالعات در کشورهای مختلف نشان داده است که خطر خودکشی در بین سوء مصرف‌کنندگان دارو و الکل بالا است. تخمین زده می‌شود کــه میزان خودکشــی الکلی‌هــا ۲۷۰ در ۱۰۰۰۰۰ اســت و در ایالات متحده ســالانه ۷۰۰۰ تــا ۱۳۰۰۰ الکلی قربانی خودکشــی می‌گردند. خطر خودکشــی معتادین به هرویین بیســت بار بالاتر از جمعیت کلی است. فراهم بودن مقدار مهلک دارو، مصرف وریدی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، توأم با ســبک زندگی آشــفته و رفتار تکانشی، از جمله عوامل مستعدکننده افراد وابسته به دارو نسبت به خودکشی، بخصوص در حالت ملال، افســردگی و مسمومیت است (۱). در این مطالعه ۳۲٪ ســابقه اعتیاد داشتند که اکثریت قاطع آن مربوط به جنس مذکر بوده و تنها یک مورد در جنس مؤنث ســابقه اعتیاد وجود داشــت. از طرفی با توجه شــرایط جامعه ما وابستگی به الکل در این تحقیق دیده نشده است.

سابقه اقدام به خودکشــی، احتمالاً بهترین شاخص افزایش خطر خودکشــی در یک بیمار اســت. مطالعات نشــان می‌دهد که در ۴۰٪ بیماران افســرده ســابقه قبلی اقدام به خودکشــی وجود داشته است. بالاتریــن میزان خطر اقدام دوباره در ســه ماهــه اول پس از اقدام اول است. افسردگی نه تنها با خودکشی موفق بلکه با اقدام‌های جدی برای خودکشــی نیز رابطه دارد (۱). در این تحقیــق از بین ۲۶۰ نفری که اقدام به خودکشــی کردند، ۲۳٪ سابقه اقدام به خودکشی داشتند؛ این در حالیســت که از بین ۶۱ نفری که دارای بیماری روحی بودند، ۷۲٪ ســابقه اقدام به خودکشــی قبلی را داشــتند و حتی در مواردی سابقه چندین بار اقدام به خودکشی توسط اولیای متوفی بیان گردید.

رابطه بین ســلامت با بیماری جسمی در خودکشی قابل ملاحظه اســت, بررسی‌های کالبدشــکافی نشــان می‌دهد که در ۲۵٪ تا ۷۵٪ قربانیان خودکشــی بیمــاری جســمی وجــود دارد, در ۱۱٪ تا ۵۱٪ خودکشــی‌ها، بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است. در تمام ایــن موارد ارقام با بالا رفتن ســن افزایش می‌یابند (۱). در این تحقیق تنها در ۵٪ موارد دارای بیماری جسمانی بودند که نسبت به آمار ارایه شده در بالا به مراتب کمتر بوده است.

از آنجاییکه یکی از علل‌های شایع خودکشی, اختلالات خانوادگی بوده لذا ایجاب می‌نماید که توجه بیشــتری به حاکم شــدن بهداشــت روانی مناسب در میان اعضای خانواده صورت پذیرد.

بــا توجه به یافته‌های این تحقیق و نتایــج حاصل از پژوهش‌های اجتماعی خودکشی در کشــور ما, به سهولت می‌توان متوجه این نکته شــد که در شــکل‌گیری خودکشی عوامل بســیاری اعم از سن, تأهل, درآمد, ســواد و نظایر آنها تأثیرگذار می‌باشند. با وجود این، تنها نکته‌ای که به هیچ‌وجه قابل تشــخیص و تعیین نیســت اهمیت هر یک از پارامترهای یاد شده نسبت به سایر پارامترها است, وقتی از دلایل تأثیر متغیرها بر خودکشی پرســیده می‌شود, پاسخ‌هایی که عنوان می‌شوند غالباً کلیشه‌ای است. به عنوان مثال وجود این نکته که میزان خودکشی در بین بی‌ســوادان و کم‌ســوادان بیشتر از افراد با سواد است, نمی‌تواند مبین رابطه‌ای ضروری میان افزایش سطح سواد و تقلیل نرخ خودکشی شود. بدیهی است که رابطه فوق‌الذکر صرفاً در شرایطی قابل فهم است که بالا رفتن ســواد احتمال جــذب کار و فعالیت‌های اقتصادی را برای افراد جامعه فراهم کند.

نتیجه‌گیری

از بین بردن خودکشــی در جهان کنونی بســیار بعید و دشوار به نظر می‌رسد ولی تدابیری می‌توان به کار برد تا میزان خودکشی به نحو مؤثــری کاهش یابد. این تدابیر از یک ســو در مبارزه علیه عوامل مولد خودکشــی و از ســوی دیگر در تقویت عوامل باز دارنده از خودکشــی خلاصه می‌شــود. در زمینه نخســت باید با کلیه عواملی مبارزه کرد که موجب شــیوع اعتیاد و افزایش نابســامانی خانواده‌ها یــا موجب از هم پاشیدگی خانواده‌هایی است که دارای فرزند صغیر می‌باشند.

در زمینــه تقویتی بایــد به نظام خانوادگــی و حفظ آن و اعتلای ســطح تربیت و تقویت نیروی ایمان همت گماشت. با اینکه خودکشی و جنایت آدمکشی در هر جامعه از نظر کمی با یکدیگر نسبت معکوس دارند. ایمان مذهبی تاثیر شــگرف و معجزه‌آســا در تقلیل هر دو دارد و نیرومندترین وســیله خودداری از خودکشــی و جنایت است لذا شور مذهبــی را باید در افــراد برانگیخت. هر کس بایــد ایمان پیدا کند که حیــات ودیعه بلامدت و امانت الهی و نقطه اعتلا و کمال آدمی اســت. خیانــت در این امانت از نظــر تکامل, عقل, مذهب, اخــلاق و جامعه، جنایتی غیر قابل عفو است.

تربیت فردی باید جای خود را به پرورش اجتماعی بسپارد تا روح همبســتگی اجتماعی نیرو گیرد و کلیه افراد در فعالیت‌های اجتماعی صمیمانه مشارکت ورزند.

خانواده‌ها و مربیان باید به نحو دقیق و محبت آمیز رفتار کودکان و نوجوانان را تحت نظر گیرند, روحیه انزواگرایی و بی‌قیدی فرزندان را امری ناچیز نشــمارند, نسبت به زودرنجی و افسردگی آنان نیز بی‌اعتنا نباشند و از مراکز مشاوره روانی برای چاره‌جویی استمداد نمایند.

لزوم توســعه مراکز مشاوره روانی و بررســی و آموزش پیشگیری از خودکشــی در شــهرهای بزرگ کاملاً محسوس است. بهبود خدمات پزشکی, بهزیســتی, اقتصادی, اجتماعی, تشخیص استعدادها و تأمین کار در خور شایستگی افراد و بهروری صحیح از نیروهای انسانی و مبارزه بــا تبعیض و کاربرد روش‌های گروه درمانی بــرای اختلال‌های روانی و ایجاد شادابی اجتماعی سهمی مؤثر در کاهش خودکشی دارند.

به هر حال ســخن درباره خودکشی امروزه زیاد است, طرفدارانش آن را قــدرت اراده می‌خواننــد, مخالفان آن را شکســت اراده می‌دانند. بعضی‌ها این جنون را نوعی شــهامت و قدرت دانسته و دیگران ضعف و ناتوانی و از پا درآمدن در برابر مشکلات نامیده‌اند.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]

منابع

۱۰ – تقوی نعمتا.... خودکشـــی؛ بررســـی عوامل مؤثر در خودکشی در استان آذربایجان شرقی. چاپ اول. تهران: انتشارات آگاه؛ بهار ۱۳۸۳ صفحات ۷۱ تا ۹۵.

11- Hymen SE. Manual of psychiatric Emergencies . 2nd ed. A little Brown pub ; 1988 :16 -18

۱۲ – دیبایی ا، قره داغی ر. بررســـی موارد خودسوزی منجر به فوت در مرکز پزشـــکی قانونی شهرستان اهواز. مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۷۹؛ سال ششم، شماره ۱۹: صفحات ۵ تا ۱۰.

۱۳ – آقابیگلویـــی آ، پژومنـــد ع، دکتـــر توفیقی ح. تعییـــن فراوانی مواد شـــیمیایی و دارویی در موارد اقدام به خودکشـــی منجر به بســـتری در بخش مســـمومین بیمارســـتان لقمان تهران, مجله علمی پزشکی قانونی؛ زمستان ۱۳۷۹، سال هشتم؛ شماره ۲۸: صفحات ۱۰ تا ۱٤.

۱٤ – بوشـــهری ب، دکتـــر یکتا ز، زارعی خیرآبـــادی ع، کبیری ح، دکتر کاظم‌پور آ. فراوانی مصرف مواد شـــیمیایی و دارویی در مســـمومین بستری در بیمارستان ارومیه در سال‌های ۱۳۸۲–۱۳۸۰؛ مجله علمی پزشـــکی قانونی؛ پاییز ۱۳۸۳؛ سال دهم، شماره ۳۵ : صفحات ۱۲٦ تا ۱۳۱.

۱۵ – سالارزاده امیری نادر. در ترجمه «خودکشی»، امیل دورکیم (مؤلف)؛ چاپ اول؛ تهران: دانشـــگاه علامه طباطبایی، ۱۳۷۸، صفحات ۲۸۳ تا ۲۹۰.

16- Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. Text book of psychiatry. 3rd ed. Am psychiatry press inc; 1998: 1021-1033.

1- Kaplan HI , Sadock BJ. comprehensive text book of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995

2- Thompson A و Kenneth A. Emile durkheim. London: Tavistock publication; 1982.

۳ – مرادی سعداله, خادمی علی. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی؛ مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۸۱؛ سال هشتم، شماره ۲۷: صفحات ۱٦ تا ۲۱.

٤ – ستوده م. آسیب‌شناســـی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). چاپ نهم. تهران، ویرایش دوم؛ انتشارات آوای نور؛ ۱۳۸۱؛ صفحات ۲۲٤ تا ۲۲۷.

۵ – ربانی رســـول, انصاری ابراهیم, کارشناس مجید. در ترجمه جامعه–شناسی خودکشی, استیو تیلور (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات آوای نور؛ ۱۳۷۹: صفحات ۲۸ تا ۲۹.

٦ – ســـاروخانی باقر. دایره‌المعارف علوم اجتماعـــی. چاپ اول. تهران: انتشارات کیهان؛ ۱۳۷۰: صفحات ۲۸ تا ۲۹.

۷ – حســـینی ابراهیم. بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغیرهای همه‌گیرشناســـی و روان‌شـــناختی در آن؛ فصلنامه اصول بهداشـــت روانی, شماره سوم, سال اول، ۱۳۷۸.

۸ – کی‌نیا مهدی. مبانی جرم شناســـی. چاپ ششـــم. تهران: انتشـــارات دانشگاه تهران؛ جلد اول؛ ۱۳۸۲؛ صفحات ٤۳۳ تا ٤۵٤.

۹ – تبریزی محســـن و دیگران. خودکشی در استان ایلام. وزارت کشور با همکاری مؤسســـه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران؛ تهران؛ ۱۳۷۳؛ صفحات ٤۳۰ تا ٤۳۳.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-12]