

بررسی روش‌ها و علل خودکشی‌های 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 و استادیار 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 انگیزه‌ها 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 ۲۷۴ مورد جسدی که در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مشکوک به خودکشی بودند از سایر موارد جدا شده، طی تماس با اولیای متوفی، ۲۶۰ 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 ۲۶۰ 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 مسئولین 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

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

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).

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 اسکندیناوی، سوئیس، 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^۱

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^۲

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 پایین‌تر است (۱).

خودکشی ناشی از بی‌هنجاری^۳

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 حیثیتش نه از آن رو پایان می‌دهد که هنجاری را شکسته یا به قانون مورد پذیرش گردن نهاده، 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

چنانچه ملاحظه می‌شود آشنایندمن طبقه‌بندی انواع خودکشی را به سطوح روان‌شناختی 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 خودکشی منجر به فوت و تعیین فراوانی انواع روش‌های خودکشی‌های منجر به فوت می‌باشد. بدین منظور خودکشی‌های منجر به فوت ارجاعی به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نظر به اینکه تمامی موارد خودکشی‌های منجر به فوت و موارد فوت مشکوک قبل از صدور جواز دفن باید در سازمان پزشکی قانونی مورد معاینه و بررسی قرار گیرند، لذا بهترین مرکز جهت بررسی این موارد، سازمان پزشکی قانونی می‌باشد. در این مطالعه ابتدا کلیه پرونده‌های فوت ارجاعی به سازمان 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 خودکشی متوفی، پرسشنامه مربوطه تکمیل گردید. پس از جمع‌بندی، استخراج اطلاعات و کدبندی آنها، تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزارهای ۱۱،۵ spss و Excel انجام شد.

یافته‌ها

بعد از بررسی پرونده‌های اجساد که در شش ماهه اول ۱۳۸۳ در سالن تشریح سازمان پزشکی قانونی کشور کالبدشکافی شدند، تعداد ۲۷۴ مورد مشکوک به خودکشی بودند. پرونده‌های این تعداد از سایر موارد تفکیک شده و پس از تماس با اولیای متوفی ۲۶۰ مورد خودکشی در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مورد تأیید قرار گرفت و مابقی از تحقیق کنار گذاشته شدند.

از ۲۶۰ مورد خودکشی موفق، تعداد ۱۸۰ مورد مرد و ۸۰ مورد زن و از نظر تأهل ۱۴۲ نفر متأهل 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 سابقه مصرف مواد مخدر وجود داشت که تنها یک نفر مؤنث و مابقی مذکر بودند. شایع‌ترین سن خودکشی مربوط به دهه سوم بوده که این دهه در هر دو جنس بیشترین شیوع را داشت (نمودار شماره ۱).

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

از عوامل مهم ایجاد ایده و اقدام به خودکشی باشد.

۳ - ابعاد فیزیکی یا فیزیولوژی: بیماری‌های جسمی، تومور بدخیم، اختلالات عصبی، کاهش فعالیت سروتین مغزی.

رابطه بین سلامت یا بیماری جسمی و خودکشی قابل ملاحظه است. به نظر می‌رسد سابقه مراقبت طبی قبلی رابطه مثبت با خودکشی دارد. در ۳۲٪ موارد، خودکشی‌کنندگان در شش ماه قبل از اقدام به انتحار به پزشک 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٪ خودکشی‌ها زنان مبتلا به سرطان، وجود سرطان پستان یا سرطان ناحیه تناسلی تأیید شده است. بیماری‌های سلسله اعصاب مرکزی شامل: صرع، مولتیپل اسکلروز، صدمات ناشی از ضربه و حوادث عروقی مغز، کره هانتینگتون و دمانس که وجود جزء خلقی در آنها شناخته شده است موجب بالا رفتن خطر خودکشی می‌گردند. مصروعین به فنوباریتال و داروهای دیگر دسترسی دارند که برای خودکشی می‌توانند از آنها استفاده کنند.

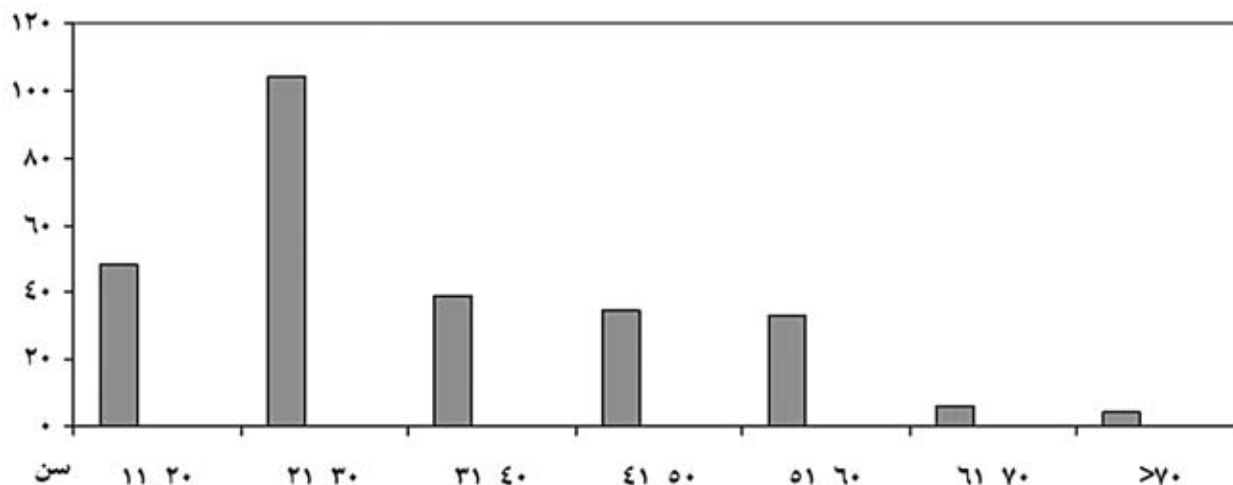
برخی از بیماری‌های غدد درون‌ریز نظیر کوشینگ، سندرم کلاین-فلتر و پورفیری که با اختلالات خلقی نیز همراه هستند با افزایش خطر خودکشی رابطه دارند. همچنین دو اختلال گوارشی همراه با خطر بالاتر خودکشی عبارتند از: زخم پپتیک و سیروز که هر دو در بین الکلی‌ها شایع است. دو بیماری ادراری تناسلی که با افزایش خطر خودکشی همراهند شامل هیپرتروفی پروستات و بیماری کلیوی تحت درمان با دیالیز می‌باشد که در هر دو آنها اختلال خلقی پدید می‌آید. علاوه بر آثار مستقیم بیماری، ملاحظه شده است که آثار ثانویه بیماری مانند گسستگی روابط و از دست دادن موقعیت شغلی می‌تواند شانس خودکشی را افزایش دهد (۴).

بعضی از داروها می‌توانند ایجاد افسردگی کنند که در برخی موارد به خودکشی منجر می‌گردد. در بین این داروها از رزپرین، کورتیکواستروئیدها، داروهای ضد فشار خون و برخی از داروهای ضد سرطان خون می‌توان نام برد.

گوناگونی و دسته‌بندی‌های مختلف علت خودکشی حاکی از مجهول بودن علت واحد خودکشی است. با این حال مذهب، وضعیت تأهل، شغل، نژاد، شرایط اقلیمی و شرایط جسمی و روانی را به عنوان عوامل مؤثر در بروز و شیوع خودکشی ذکر کرده‌اند.

اخیراً بعضی از محققان بین خودکشی و اقدام از روی دودلی و اقدام به خودکشی تفاوت قایل شده‌اند. Shneidman اقدام به خودکشی را براساس بیان فرد در مورد نیت و قصد از خودکشی به چهار دسته تقسیم می‌کند:

- ۱ - آنهایی که مصمم به خودکشی هستند؛
- ۲ - آنهایی که تردید دارند خودکشی کنند؛
- ۳ - آنهایی که قصد خودکشی ندارند؛
- ۴ - آنهایی که فقط تظاهر می‌کنند و مطمئن هستند که نجات می‌یابند.



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

تحت نظر بودن توسط روانپزشک) و ۵/۴٪ سابقه بیماری جسمانی وجود داشت.

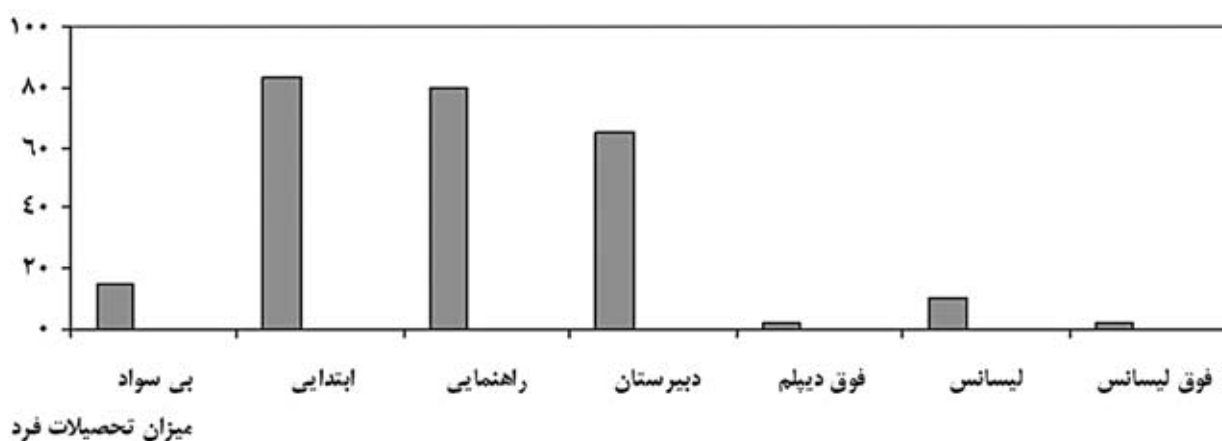
شایع‌ترین روش خودکشی در مجموع هر دو جنس، حلق‌آویزی بود که ۱۱۸ مورد از این روش استفاده کرده بودند. دومین روش شایع، استفاده از سم (اعم از دارو و سموم مختلف) بود که در ۶۱ مورد دیده شد (جدول شماره ۱).

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.

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



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

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

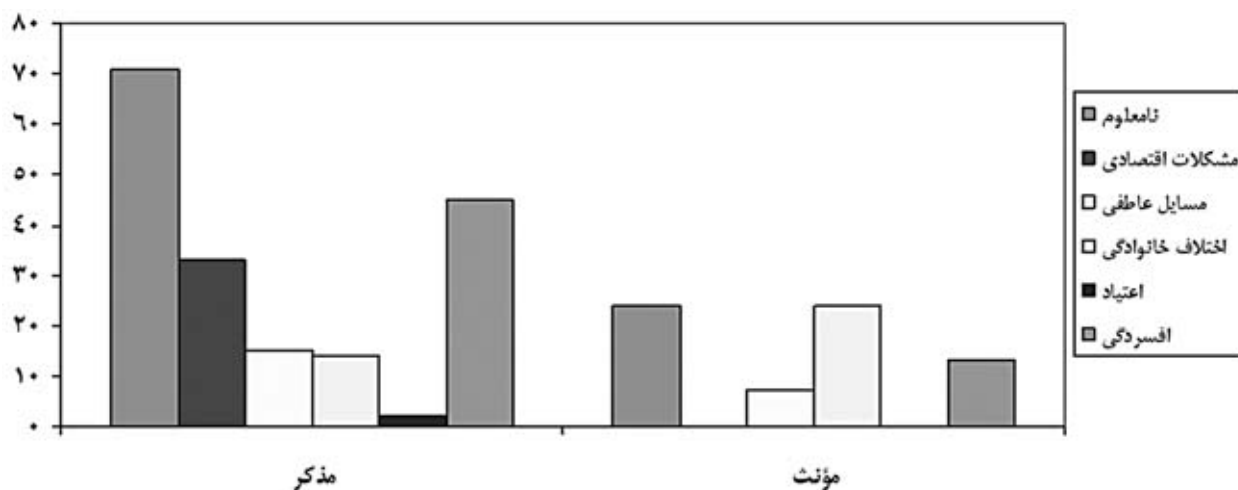
روش اقدام به خودکشی	تعداد	درصد
حلق آویزی	۱۱۸	۴۵ / ۴
دارو	۴۲	۱۶ / ۲
خودسوزی	۴۱	۱۵ / ۸
سقوط	۱۸	۶ / ۹
سموم کشاورزی	۷	۲ / ۷
سلاح سرد	۶	۲ / ۳
سلاح گرم	۵	۱ / ۹
قرص برنج	۵	۱ / ۹
تزریق هروئین	۵	۱ / ۹
منواکسید کربن	۲	۰ / ۸
مواد سوزاننده	۲	۰ / ۸
داروی نظافت	۲	۰ / ۸
خفگی با نایلون	۲	۰ / ۸
سم سیانور	۲	۰ / ۸
برخورد با قطار	۱	۰ / ۴
غرق شدگی	۱	۰ / ۴
جمع	۲۶۰	۱۰۰

بحث

عوامل خاصی به عنوان عوامل مؤثر در میزان بروز خودکشی مطالعه شده‌اند. در میان این عوامل، جنسیت، سن و وضعیت تأهل بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. مسأله دیگری که در آمار مربوط به خودکشی 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 سه برابر خودکشی‌های موفق است (۸)، مطابق تحقیق دیگر نسبت خودکشی‌های ناموفق به خودکشی‌های موفق ۵ به ۸ است (۹).

از بین ۲۶۰ مورد خودکشی منجر به فوت (خودکشی موفق) ۱۸۰ مورد مرد و ۸۰ مورد زن بودند. که این مطلب به طور نسبی با آمار ارایه شده در منابع مختلف مبنی بر اینکه زنان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند ولی خودکشی در مردان ۲ تا ۳ برابر نسبت 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 شده و علت آن می‌تواند این موضوع باشد که در مطالعات قبلی مجموع اقدام به خودکشی و خودکشی موفق را با هم در نظر گرفتند، در صورتی که در این مطالعه فقط به خودکشی موفق پرداخته شده است (۱۴-۱۲).

شایع‌ترین سن خودکشی 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 می‌شود که در بالا به آن اشاره شده است (خودکشی‌های موفق). در جنس مؤنث کمترین سن ۱۶ و بیشترین آن ۷۹ سال 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

بیشتری همراه باشد که زندگی عمومی را حیات بخش‌تر کند، افراد را به سمت خودکشی می‌راند (۱۵).

میزان بالاتر خودکشی‌های 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 صورتی که جنس مؤنث بیشتر با دارو یا سموم خودکشی می‌کنند (۱). همانطوریکه در این مطالعه نشان داده شده (جدول ۱) شایع‌ترین روش خودکشی در آقایان حلق‌آویزی بود (۵۷٪) و در مرتبه بعدی مصرف سم قرار داشت (۱۷٪)، خودسوزی و سقوط دو روش شایع بعدی بودند. در صورتی که در جنس مؤنث شایع‌ترین روش خودکشی مصرف سم (اعم از دارو و یا سموم صنعتی و کشاورزی) و خودسوزی بود (تقریباً به یک نسبت) که این یافته به طور نسبی هماهنگ به مطالعه قبلی انجام شده در مورد خودکشی‌های موفق در ایران بوده است (۱۰).

از نظر علت اقدام به خودکشی با توجه به اینکه تنها منبعی که می‌توانست در مورد انگیزه افراد اظهارنظر کند اولیای متوفی بودند، متأسفانه در ۹۸ مورد از ۲۶۰ مورد علت اقدام به خودکشی نامعلوم بود و اولیای این افراد در مورد علت اقدام متوفی اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند و یا تمایلی در ارائه اطلاعات در زمینه انگیزه خودکشی این افراد نداشتند و از پاسخگویی خودداری می‌کردند.

در جنس مذکر در ۳۹٪ موارد علت خودکشی نامعلوم بود و در ۶۱٪ مواردی که انگیزه خودکشی از طرف والدین بیان گردید، شایع‌ترین علل شامل اختلالات روحی (۴۱٪)، مشکلات اقتصادی (۳۱٪) و اختلافات خانوادگی (۱۳٪) بودند. در صورتی که در جنس مؤنث در ۳۴٪ موارد علت خودکشی نامعلوم و در ۶۶٪ موارد انگیزه خودکشی مشخص شده بود. در مواردی که علل خودکشی‌ها 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 سابقه بستری‌های متعدد در بیمارستان داشتند. سابقه بستری شدن در بیمارستان روانی به هر علت که باشد خطر خودکشی را افزایش می‌دهد (۱).

عوامل بسیار مهم خودکشی شامل الکلیسم، سوءمصرف دارو، افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های روانی می‌باشد؛ یکی از عوامل بسیار مهم در خودکشی، بیماری‌های روانی است و تقریباً در ۹۵٪ افرادی که اقدام به خودکشی می‌نمایند، نوعی بیماری روانی مشخص وجود دارد. اختلالات افسردگی ۸۰٪ موارد، اسکیزوفرنی ۱۰٪ و دمانس ۵٪ موارد را شامل می‌گردد. همانطور که پیش‌تر نیز اشاره 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 بیماران روانی مرد و زن که زمانی در بیمارستان روانی بستری 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

۱۴ و بیشترین سن نیز ۷۹ سال بوده است. همان‌طور که در نمودار ۱ نیز نشان داده شده میزان خودکشی در سنین بالا قابل توجه است. سالمندان کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند، اما در خودکشی موفق‌تر از جوانان هستند، سالمندان ۲۵٪ موارد خودکشی را بوجود می‌آورند هر چند که فقط ۱۰٪ جمعیت را تشکیل 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 خودکشی می‌شود داشتن شغل ثابت است. شغل ثابت با درآمد مشخص می‌تواند سبب کاهش خودکشی منجر به مرگ شود و در مجموع می‌توان گفت کار کردن محافظتی در مقابل خودکشی است. 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 شغل و منبع درآمد ثابتی نداشتند. در این تحقیق وقتی از اولیای متوفی در مورد وضعیت اقتصادی متوفیان سؤال می‌شد 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 خودکشی باشد، به خصوص در لحظه‌ای که بحران در اوج خود قرار دارد. اما پرسش این است که تأثیر این بحران‌ها به چه چیزی وابسته است؟ آیا به خاطر آنست که بحران‌ها موجب بی‌ثباتی ثروت شده و فقر را افزایش می‌دهند؟ آیا بخاطر آنست که زندگی به حدی سخت می‌شود که انسان به آسانی از هستی خود چشم می‌پوشد؟ این‌گونه تبیین‌ها بدلیل سادگی اغواکننده است، به علاوه این توضیح‌ها با مفهوم جاری خودکشی‌ها نیز منطبق است، اما با واقعیت تناقض دارد. در واقع اگر خودکشی به این دلیل افزایش پیدا می‌کند که زندگی سخت‌تر می‌شود، پس هنگامی که رفاه زیاده‌تر می‌شود بایستی مرگ‌ها به طور محسوس کاهش یابد.

در مطالعات گسترده‌ای که صورت گرفته مشخص گردید که در بعضی از کشورهای فقیر و در بعضی از نقاط دنیا که مردمانی فقیری دارند، درصد خودکشی بسیار پایین است. حتی می‌توان گفت که فقر یک نوع مصونیت در برابر خودکشی ایجاد می‌کند. در ایالت‌های مختلف فرانسه، خودکشی در میان کسانی که از دارایی و امکانات شخصی 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 سبب فزونی فقریست که از بحرانش 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 می‌شوند. هر گسستگی در تعادل حتی اگر با رفاه

غالباً کلیشه‌ای است. به عنوان مثال وجود این نکته که میزان خودکشی در بین بی‌سوادان و کم‌سوادان 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 سواد احتمال جذب کار و فعالیت‌های اقتصادی را برای افراد جامعه فراهم کند.

نتیجه‌گیری

از بین بردن خودکشی در جهان کنونی بسیار بعید و دشوار به نظر می‌رسد ولی تدابیری می‌توان به کار برد تا میزان خودکشی به نحو مؤثری کاهش یابد. این تدابیر از یک سو در مبارزه علیه عوامل مولد خودکشی و از سوی دیگر در تقویت عوامل باز دارنده از خودکشی خلاصه می‌شود. در زمینه نخست باید با کلیه عواملی مبارزه کرد که موجب شیوع اعتیاد و افزایش نابسامانی خانواده‌ها یا موجب از هم پاشیدگی خانواده‌هایی است که دارای فرزند صغیر می‌باشند.

در زمینه تقویتی باید به نظام خانوادگی و حفظ آن و اعتلای سطح 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 تأثیر شگرف و معجزه‌آسا در تقلیل هر دو دارد و نیرومندترین وسیله خودداری از خودکشی و جنایت است لذا شور مذهبی را باید در افراد برانگیخت. هر کس باید ایمان پیدا کند که حیات ودیعه بلامدت و امانت الهی و نقطه اعتلا و کمال آدمی است. خیانت در این امانت از نظر تکامل، عقل، مذهب، اخلاق و جامعه، جنایتی غیر قابل عفو است.

تربیت فردی باید جای خود را به پرورش اجتماعی بسپارد تا روح همبستگی 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 نشمارند، نسبت به زودرنجی و افسردگی آنان نیز بی‌اعتنا نباشند و از مراکز مشاوره روانی برای چاره‌جویی استمداد نمایند.

لزوم توسعه مراکز مشاوره روانی و بررسی و آموزش پیشگیری از خودکشی در شهرهای بزرگ کاملاً محسوس است. بهبود خدمات پزشکی، بهزیستی، اقتصادی، اجتماعی، تشخیص استعدادها و تأمین کار در خور شایستگی افراد و بهرووری صحیح از نیروهای انسانی و مبارزه با تبعیض و کاربرد روش‌های گروه درمانی برای اختلال‌های روانی و ایجاد شادابی اجتماعی سهمی مؤثر در کاهش خودکشی دارند.

به هر حال سخن درباره خودکشی امروزه زیاد است، طرفدارانش آن را قدرت اراده می‌خوانند، مخالفان آن را شکست اراده می‌دانند. بعضی‌ها این جنون را نوعی شهامت و قدرت دانسته و دیگران ضعف و ناتوانی و از پا درآمدن در برابر مشکلات نامیده‌اند.

بازتاب این واقعیت است که بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید 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 که میزان خودکشی الکلی‌ها ۲۷۰ در ۱۰۰۰۰۰ است و در ایالات متحده سالانه ۷۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ الکلی قربانی خودکشی می‌گردند. خطر خودکشی معتادین به هرویین بیست بار بالاتر از جمعیت کلی است. فراهم بودن مقدار مهلک دارو، مصرف وریدی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، توأم با سبک زندگی آشفتۀ و رفتار تکانشی، از جمله عوامل مستعدکننده افراد وابسته به دارو نسبت به خودکشی، بخصوص در حالت ملال، افسردگی و مسمومیت است (۱). در این مطالعه ۳۲٪ سابقه اعتیاد داشتند که اکثریت قاطع آن مربوط به جنس مذکر بوده و تنها یک مورد در جنس مؤنث سابقه اعتیاد وجود داشت. از طرفی با توجه شرایط جامعه ما وابستگی به الکل در این تحقیق دیده نشده است.

سابقه اقدام به خودکشی، احتمالاً بهترین شاخص افزایش خطر خودکشی در یک بیمار است. مطالعات نشان می‌دهد که در ۴۰٪ بیماران افسرده سابقه قبلی اقدام به خودکشی وجود داشته است. بالاترین میزان خطر اقدام دوباره در سه ماهه اول پس از اقدام اول است. افسردگی نه تنها با خودکشی موفق بلکه با اقدام‌های جدی برای خودکشی نیز رابطه دارد (۱). در این تحقیق از بین ۲۶۰ نفری که اقدام به خودکشی کردند، ۲۳٪ سابقه اقدام به خودکشی داشتند؛ این در حالیست که از بین ۶۱ نفری که دارای بیماری روحی بودند، ۷۲٪ سابقه اقدام به خودکشی قبلی را داشتند و حتی در مواردی سابقه چندین بار اقدام به خودکشی توسط اولیای متوفی بیان گردید.

رابطه بین سلامت با بیماری جسمی در خودکشی قابل ملاحظه است، بررسی‌های کالبدشکافی نشان می‌دهد که در ۲۵٪ تا ۷۵٪ قربانیان خودکشی بیماری جسمی وجود دارد، در ۱۱٪ تا ۵۱٪ خودکشی‌ها، بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است. در تمام این موارد ارقام با بالا رفتن سن 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 بیشتری به حاکم شدن بهداشت روانی مناسب در میان اعضای خانواده صورت پذیرد.

با توجه به یافته‌های این تحقیق و نتایج حاصل از پژوهش‌های اجتماعی خودکشی در کشور ما، به سهولت می‌توان متوجه این نکته شد که در شکل‌گیری خودکشی عوامل بسیاری اعم از سن، تأهل، درآمد، سواد و نظایر آنها تأثیرگذار می‌باشند. با وجود این، تنها نکته‌ای که به هیچ‌وجه قابل تشخیص و تعیین نیست اهمیت هر یک از پارامترهای یاد شده نسبت به سایر پارامترها است، وقتی از دلایل تأثیر متغیرها بر خودکشی پرسیده می‌شود، پاسخ‌هایی که عنوان می‌شوند

منابع

- ۱- 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 ۱۶ تا ۲۱.
- ۴- ستوده م. آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). چاپ نهم. تهران، ویرایش دوم؛ انتشارات آوای نور؛ ۱۳۸۱؛ صفحات ۲۲۴ تا ۲۲۷.
- ۵- ربانی رسول، انصاری ابراهیم، کارشناس مجید. در ترجمه جامعه‌شناسی خودکشی، استیو تیلور (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات آوای نور؛ ۱۳۷۹: صفحات ۲۸ تا ۲۹.
- ۶- ساروخانی باقر. دایره‌المعارف علوم اجتماعی. چاپ اول. تهران: انتشارات کیهان؛ ۱۳۷۰: صفحات ۲۸ تا ۲۹.
- ۷- حسینی ابراهیم. بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغیرهای همه‌گیرشناسی و روان‌شناختی در آن؛ فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره سوم، سال اول، ۱۳۷۸.
- ۸- کی‌نیا مهدی. مبانی جرم‌شناسی. چاپ ششم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ جلد اول؛ ۱۳۸۲؛ صفحات ۴۳۳ تا ۴۵۴.
- ۹- تبریزی محسن و دیگران. خودکشی در استان ایلام. وزارت کشور با همکاری مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران؛ تهران؛ ۱۳۷۳؛ صفحات ۴۳۰ تا ۴۳۳.
- ۱۰- تقوی نعمت‌الله. خودکشی؛ بررسی 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. بررسی موارد خودسوزی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی شهرستان اهواز. مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۷۹؛ سال ششم، شماره ۱۹: صفحات ۵ تا ۱۰.
- ۱۳- آقابیکلویی آ، پژومند ع، دکتر توفیقی ح. تعیین فراوانی مواد شیمیایی و دارویی در موارد اقدام به خودکشی منجر به بستری در بخش مسمومین بیمارستان لقمان تهران، مجله علمی پزشکی قانونی؛ زمستان ۱۳۷۹، سال هشتم؛ شماره ۲۸: صفحات ۱۰ تا ۱۴.
- ۱۴- بوشهری ب، دکتر یکتا ز، زارعی خیرآبادی ع، کبیری ح، دکتر کاظم‌پور آ. فراوانی مصرف مواد شیمیایی و دارویی در مسمومین بستری در بیمارستان ارومیه در سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۰؛ مجله علمی پزشکی قانونی؛ پاییز ۱۳۸۳؛ سال دهم، شماره ۳۵: صفحات ۱۲۶ تا ۱۳۱.
- ۱۵- سالارزاده امیری نادر. در ترجمه «خودکشی»، امیل دورکیم (مؤلف)؛ چاپ اول؛ تهران: دانشگاه علامه طباطبائی، 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.