

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 پردازیم.

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 Excel و spss و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۲۶۰ مورد خودکشی منجر به فوت، ۱۸۰ مورد مذکور 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.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های این تحقیق و یافته‌های پژوهش‌های اجتماعی در زمینه خودکشی در کشور ما، این نکته مشخص می‌شود که در شکل گیری خودکشی، عوامل بسیاری از قبل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح درآمد، سطح ساد و موارد نظایر آن تاثیرگذار است. برای کاهش میزان خودکشی آن به تربیت و پرورش اجتماعی افراد بها داده و خانواده‌ها و مردمیان 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 گرددند.

واژگان کلیدی: خودکشی، حلق‌آویزی، مرگ، علل

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۶/۱۲

نویسنده پاسخگو: تهران، شهروردي شمالی، کوچه شهر تاش، پلاک ۱۳۴

مقدمه

Emil Durkheim جامعه‌شناس بر جسته، 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». دور کیم 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 توان باشد عمل مهلکی است که نشان دهنده میل شخص برای مردن است. با این حال طیفی بین اندیشه‌بین 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 مسئله یا بحرانی است که بدون استثنای رنج شدید ایجاد می‌کند. طبق نظر Edwin shneidman «خودکشی با نیازهای برآورده نشده یا ناکام، احساس نامیدی و درماندگی، تعارض-های دوگانه بین ماندن و تحمل استرس غیر قابل تحمل و نیاز به فرار رابطه دارد» (۱).

خودکشی خود خواهانه^۱

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 آسیب‌پذیری 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 بی‌هنگاری^۲

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

خودکشی ناشی از بی‌هنگاری را کسانی مرتکب می‌شوند که 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 بی‌هنگاری 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 عل اقدام به خودکشی را در سه حیطه بیماری روانی، مسایل اجتماعی و مسایل ارگانیک و جسمی مورد بررسی قرار می‌دهد:

۱ - اختلالات روانپردازی شامل افسردگی، الکلیسم، اعتیاد دارویی، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیتی از عل مانده در این حیطه هستند.

۲ - مسایل اجتماعی همانند ازوا، 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

قصد قبلي 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، 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 ۱۰۰۰۰ مرد و ۳/۱ خودکشی در هر ۱۰۰۰۰ 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 تأمل 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 پایین تر 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 پایین تر 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 علاوه‌نمودن می‌شود تا خود را فدایی دیگران کند. وقتی فردی به احساس همبستگی و انسجام قوی به یک گروه فوق العاده یک پارچه و متعدد مقید باشد، ارزش‌ها و هنجارهای گروه را ز 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 ز پنی در جنگ جهانی دوم را نام برد^(۴). در خودکشی دگرخواهانه «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 هنجارهای اجتماعی منحرف نیست؛ بلکه همساز با آنها است^(۵).

چنانچه ملاحظه می‌شود اشتایدمون طبقه‌بندی انواع خودکشی را به سطوح روان‌شناختی فرد تقلیل می‌دهد و از آن ارزاری 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 پردازیم.

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 پژوهشی 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 پژوهشی قانونی مورد معاینه و بررسی قرار گیرند، لذا بهترین مرکز جهت بررسی این موارد، سازمان پژوهشی قانونی می‌باشد. در این مطالعه ابتدا کلیه پرونده‌های فوت ارجاعی به سازمان پژوهشی قانونی کشور در شش ماهه اول ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند و در مواردی که بنایه 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 spss و Excel انجام شد.

یافته‌ها

بعد از بررسی پرونده‌های اجسامی که در شش ماهه اول ۱۳۸۳ در سالن تشریح سازمان پژوهشی 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 اعتماد نیز از ۲۶ مورد، در ۵۰ نفر سابقه مصرف مواد مخدر وجود داشت که تنها یک نفر مؤنث و مابقی مذکور 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 (ابتدايی) 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 مثبت با خودکشی دارد. در ۳۲٪ موارد، خودکشی کنندگان در شش ماه قبل از اقدام به انتحار به پژوهش مراجعه می‌کنند. به عنوان مثال ۵۰٪ مردگان مبتلا به سلطان که خودکشی می‌نمایند، در یک سال پس از تشخیص دست به این کار می‌زنند. در ۷۰٪ خودکشی‌ها زنان مبتلا به سلطان، وجود سلطان پستان یا سلطان ناحیه تناسلی تأیید شده است. بیماری‌های سلسه اعصاب مرکزی شامل: صرع، مولتیپل اسکلرزو، صدمات ناشی از ضربه و حوادث عروقی مغز، کره هانتیگتون و دمانس که وجود جزء خلقی در آن‌ها شناخته شده است موجب بالا رفتن خطر خودکشی می‌گردد. مصروعین به فنوباربیتال و داروهای دیگر دسترسی دارند که برای خودکشی می‌توانند از آنها استفاده کنند.

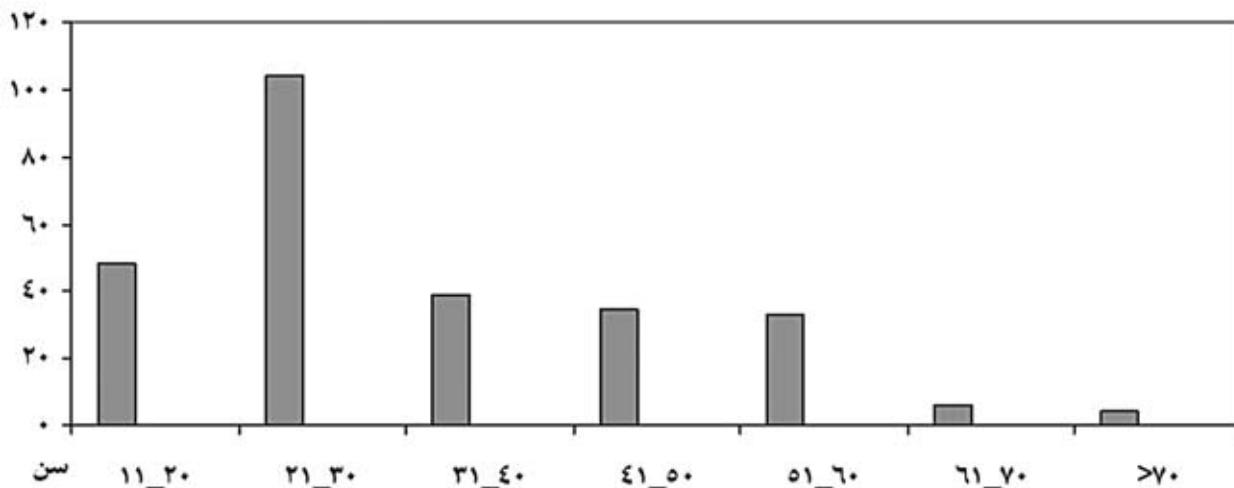
برخی از بیماری‌های غدد درون‌ریز نظری کوشینگ، سندروم کلاین-فلتر و پورفیری که با اختلالات خلقی نیز همراه هستند با افزایش خطر خودکشی رابطه دارند. همچنین دو اختلال گوارشی همراه با خطر بالاتر خودکشی عبارتند از: زخم پیتیک و سیریوز که هر دو در بین الکلی‌ها شایع است. دو بیماری ادراری تناسلی که با افزایش خطر خودکشی همراهند 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 داروهای می‌توانند ایجاد افسردگی کنند که در برخی موارد به خودکشی منجر می‌گردد. در بین این داروهای از رزپین، کورتیکوستروییدها، داروهای ضد فشار خون و برخی از داروهای ضد سلطان 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 قابل شده‌اند. Shneidman (۱۹۸۰) 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 ظاهر 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

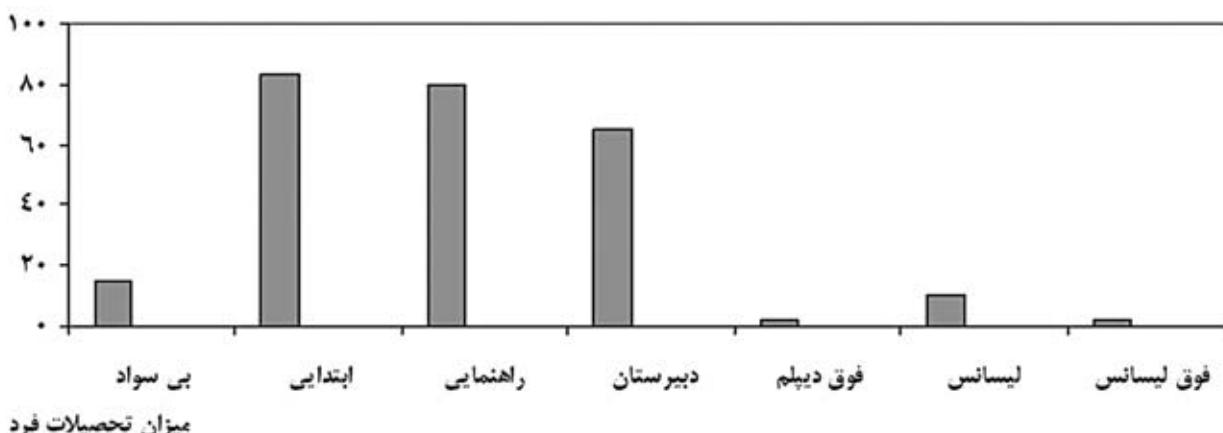
تحت نظر بودن توسط روانپرداز) و ۵/۴٪ سابقه بیماری جسمانی وجود داشت.

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 حلق‌آویزی 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 خودکشی موفق منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

بحث

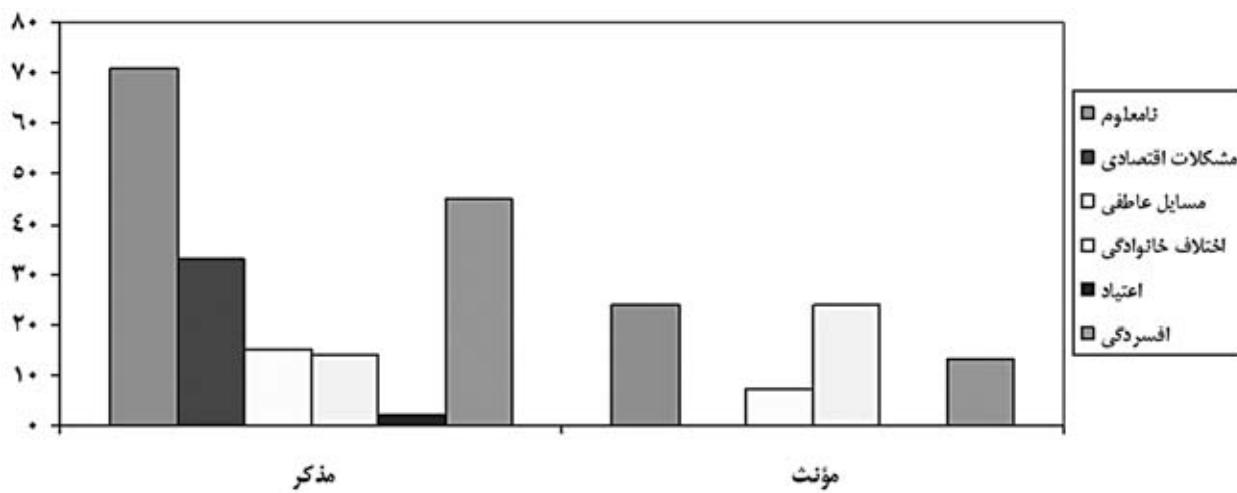
جدول ۱ - توزیع فراوانی روش‌های انجام خودکشی در خودکشی‌های موفق ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در شش ماهه اول سال ۱۳۸۳

روش اقدام به خودکشی	تعداد	درصد
حلق آویزی	۱۱۸	۴۵/۴
دارو	۴۲	۱۶/۲
خودسوزی	۴۱	۱۵/۸
سقوط	۱۸	۶/۹
سوم کشاورزی	۷	۲/۷
سلاح سرد	۶	۲/۳
سلاح گرم	۵	۱/۹
قرص برج	۵	۱/۹
تزریق هروئین	۵	۱/۹
منواکسید کرین	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

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 می‌آفیند، نسبت آمار اقدام به خودکشی به خودکشی موفق است. تفاوت این دو رقم در سطح کشورهای جهان بسیار متفاوت است. تحقیقات «لمپروز»^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 متابع 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 (۱۲-۱۴).

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 مذکور کمترین سن



نمودار ۳ - فراوانی نسبی علل زمینه ساز خودکشی در دو جنس مذکور 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 مذکور با حلق‌آویز کردن خود، اسلحه گرم و یا پرش از بلندی خود را می‌کشنند، در صورتی که جنس مؤنث بیشتر با دارو یا سوموم 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 بی اطلاعی می‌کردند و یا تمایلی در ارایه اطلاعات در زمینه انگیزه خودکشی این افراد نداشتند و از پاسخگویی خودداری می‌کردند.

در جنس مذکور 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، سوءصرف 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 سالین 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 عمدۀ کسانی که خودکشی موفق داشتند فاقد شغل ثابت یا بیکار بودند، در جنس مؤنث نیز عمدۀ 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 موقع تنشی 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 بی‌ثبتی 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؟ این گونه 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 زیادتر می‌شود باقیستی مرگ‌ها به طور محسوس کاهش یابد.

در مطالعات گستردۀ ای 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 مصنوبیت 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 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 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 تدبیری می‌توان به کار برد تا میزان خودکشی به نحو مؤثری کاهش یابد. این تدبیر 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 تاثیر 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 و دیمه بهلامدت و امانت الهی و نقطه اعتملا و کمال آدمی است. جنایت 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 مریبان 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 زورنگی و افسردگی آنان نیز بی‌اعتنای باشند 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 بهروری 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 مصرف کنندگان دارو و الكل بالا است. تخمین زده می‌شود که میزان خودکشی‌الکلی‌ها ۲۷۰ در ۱۰۰۰۰ است و در ایالات متحده سالانه ۷۰۰۰ تا ۱۳۰۰۰ الکلی قربانی خودکشی می‌گردد. خطر خودکشی معتادین به هروئین بیست بار بالاتر از جمعیت کلی است. فراهم بودن مقدار مهلك دارو، مصرف وریدی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، توأم با سبک زندگی آشفته 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 مذکور بوده و تنها یک مورد در جنس مؤثت سابقه اعتیاد وجود داشت. از طرفی با توجه شرایط جامعه ما وابستگی به الكل 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 شکل گیری 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

- 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.
- 3- مرادی سعدالله، خادمی علی. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی؛ مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۸۱؛ سال هشتم، شماره ۱۶ تا ۲۱.
- 4- ستوده م. آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). چاپ نهم. تهران، ویرايش دوم؛ انتشارات آوای نور؛ ۱۳۸۱؛ صفحات ۲۲۴ تا ۲۲۷.
- 5- ربانی رسول، انصاری ابراهیم، کارشناس مجید. در ترجمه جامعه‌شناسی خودکشی، استیو تیلور (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات آوای نور؛ ۱۳۷۹؛ صفحات ۲۸ تا ۲۹.
- 6- ساروخانی باقر. دایره المعارف علوم اجتماعی. چاپ اول. تهران: انتشارات کیهان؛ ۱۳۷۰؛ صفحات ۲۸ تا ۲۹.
- 7- حسینی ابراهیم. بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغیرهای همه‌گیرشناسی و روان‌شناسی در آن؛ فصلنامه اصول بهداشت روانی، شماره سوم، سال اول، ۱۳۷۸.
- 8- کی نیا مهدی. مبانی جرم شناسی. چاپ ششم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ جلد اول؛ ۱۳۸۲؛ صفحات ۴۳۳ تا ۴۵۴.
- 9- 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.
- 10- تقوی نعمت‌ا.... 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
- 12- دیباچی ا، فره داغی ر. بررسی موارد خودسوزی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی شهرستان اهواز. مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۷۹؛ سال ششم، شماره ۱۹؛ صفحات ۱۰ تا ۱۱.
- 13- آقایی‌گلوبی آ، پژومند، 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.
- 14- بوشهری ب، دکتر بکتا ز، زارعی خبرآبادی ع، کبیری ح، دکتر کاظمپور آ. فراوانی مصرف مواد شیمیایی و دارویی در مسمومین بستری در بیمارستان ارومیه در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۲؛ مجله علمی پزشکی قانونی؛ پاییز ۱۳۸۳؛ سال دهم، شماره ۳۵؛ صفحات ۱۲۶ تا ۱۳۱.
- 15- 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.