

بررسی خودکشی، علل و درمان آن در ایران و جهان

سینا نادری کیا^۱

^۱ دانشجوی دانشگاه ایلام

نویسنده مسئول:

سینا نادری کیا

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۲۱ / پاییز ۱۳۹۹ / ص ۲۳-۳۵

چکیده:

خودکشی یکی از خصوصی ترین اقداماتی است که ممکن است از جانب یک شخص سر بزند و معهدا مناسبات اجتماعی در سبب سازی آن نقش با اهمیتی دارد و این تاثیر ناشی از یک برخورد اجتماعی دقیق و عمیق است. خودکشی نه تنها وسیله ایست برای نابودی شخص بلکه عملی آسیب رسان به دیگران و اطرافیان، چرا که عمل خودکشی هر چقدر هم شخصی باشد بازهم تاثیر متقابلی روی فرد می گذارد، هر فرد را از قالب اجتماعی اش به تنهایی نمی شود درک کرد. در مطالعه حاضر به بررسی مبانی مربوط به خودکشی، علل، عوامل آن و در نهایت راهکارهایی جهت پیشگیری از پدیده خودکشی پرداخته شد.

کلمات کلیدی: خودکشی، عوامل اجتماعی، عوامل خانوادگی، عوامل اقتصادی

مقدمه

خودکشی علت تقریباً یک میلیون مرگ و میر در سال است که آن را در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در دنیا قرار می دهد. همچنین خودکشی ۱۰۴ درصد کل بیماری ها را در جهان تشکیل می دهد. اگرچه این ارقام هشدار دهنده است ولی به نظر می رسد ارقام واقعی بالا تر هم باشد. علاوه بر این، خودکشی فقط از دست رفتن و مرگ یک فرد نیست بلکه یک تراژدی برای والدین، همسر و فرزندان و سایر اعضای خانواده و دوستان است که ممکن است زندگی آنها را از جنبه های مختلف روان شناختی، اجتماعی و اقتصادی تحت تاثیر قرار دهد اگرچه نرخ خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است ولی به طور کلی آمارها نشان می دهد میزان خودکشی در ۵۰ سال اخیر ۶۰ درصد افزایش یافته است. بنابراین خودکشی از جمله مشکلاتی است که توجه فوری و اورژانسی مراکز بهداشتی را می طلبد. اگر چه پیشگیری از خودکشی اصلاً کار راحتی نیست و مستلزم یک رویکرد جامع و اجرای طیف گسترده ای از مداخلات از آموزش فرزند پروری با مشاوره خانوادگی و درمان اختلالات روانی است، ولی در این میان مراکز مراقبت بهداشتی اولیه می توانند نقش مهمی را داشته باشند. این مراکز معمولاً اولین نقطه تماس با افرادی هستند که ممکن است در خطر خودکشی قرار داشته باشند و البته، چون بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند داوطلبانه در مورد افکار و یا نقشه خود برای خودکشی صحبت نمی کنند و ممکن است به دلایل دیگری به مراکز بهداشتی مراجعه کننده ارزیابی خطر خودکشی و متعاقب آن طراحی برنامه ای برای مدیریت آن یکی از مهمترین و حساس ترین وظایف کسانی است که در این مراکز کار می کنند، به ویژه کارشناسان سلامت روان که با افرادی کار می کنند که مشکلات و اختلالات روان پزشکی دارند باید نسبت به احتمال خودکشی در مراجعان خود حساس بوده و بتوانند به شکل دقیقی آن را ارزیابی و مدیریت کرده و یا در صورت لزوم ارجاع مناسب را انجام دهند. البته بدیهی است کار روی خودکشی یکی از اضطراب انگیز ترین و چالش زا ترین حوزه های کاری برای اغلب متخصصان است ولی کارشناسان سلامت روان باید دانش، مهارت و شایستگی های ضروری برای شناسایی، ارزیابی و مدیریت آن را داشته باشند.

برخی از دلایل خودکشی:

- فرار از ناامیدی
- رهایی از درد و رنج جسمانی و روان شناختی غیر قابل تحمل
- فرار از ننگ بیماری
- پیامدی از مسمومیت های حاد
- در پاسخ به توهّمات شنیداری آمرانه مبتنی بر آسیب زدن به خود یا دیگران
- تظاهری از هذیان های بزرگ یا هذیان های غریب
- اعلام وفاداری به مذاهب، عقاید سیاسی یا ملی
- جبران و کفاره ای برای گناهان
- پیوند مجدد با مردگان
- تولد دوباره
- انتقام جویی
- راهی برای حمایت از شرف و آبروی خود یا خانواده

- برخی از علل و انگیزه های خودکشی :

- ۱- شاخص و تجربه های کودکی.
- ۲- عوامل فرهنگی ((از مردان انتظار قوی بودن می رود در حالی که مردان در رویاروی با مشکلات از زنان ناتوان ترند))
- ۳- بیگانگی اجتماعی
- ۴- شرایط اقتصادی
- ۵- تجدد طلبی { نوگرایی }
- ۶- سن
- ۷- گوشه گیری های اجتماعی

نظریه دوگلاس در رابطه با الگوهای در رابطه با خود کشی :

- ۱- خود کشی وسیله ای برای استحال روح ازین دنیا به دنیای دیگر است.
- ۲- افرادی که دست به خودکشی می زنند در ذهن دارند که در جهان دیگر با خود فعلی، تفاوت دارند .
- ۳- عمل خود کشی ممکن است وسیله ای برای جلب حس نوع دوستی دیگران باشد.
- ۴- عمل خود کشی ممکن است برای این منظور باشد که شخص می خواهد با مرگ خود دیگران را سرزنش کند .
- ۵- خود کشی ممکن است نشان دهنده الگوی فرار از مسئولیت های زندگی باشد.

☆ الگوی خود کشی از نظر جرج اسمیت :

مانند خود کشی افراد است که پس از کشتن یک شخص دیگر خود کشی می کنند .

انواع مختلف خود کشی از نگاه دورکیم :

- ۱- خود کشی دگر خواهانه [فرد وظیفه خود میداند که خود را فدای دیگران کند] در جوامع ابتدایی که از همبستگی گروهی نسبتا بالایی برخوردارند ، خود کشی دگر خواهانه بیشتر رواج دارد و زندگی فرد را مجموعه ای از سنت ها و عادت های رایج به شدت کنترل می کند .
- ۲- خود کشی ناشی از بی هنجاری [کاهش یا عدم نظارت بر رفتارها و هنجار های جامعه] این نوع خود کشی در سرایت خود کشی های سنتی که نوع خود خواهانه است قرار می گیرد .
- ۳- خود کشی خود خواهانه [وقتی رخ می دهد که فرد رابطه ضعیفی بین خود و جامعه احساس می کند و فشار های اجتماعی نمی تواند او را علیه خود ویرانگرانه اش ، مقاوم نگه دارند . خود کشی خود خواهانه می تواند حاصل احساس تنهایی ، درون گرایی ، انزوا و یا نوعی اختلال روانی باشد .
- ۴- خود کشی جبری [به بی قدرتی اطلاق می شود ، به حالتی که فرد قادر به تحت تاثیر قرار دادن محیط اجتماعی خود نباشد]

عوامل خطر خود کشی :

عوامل خطر ، عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهند . وجود یک یا چند عامل خطر ، احتمال خودکشی را افزایش می دهد ولی لزوما خودکشی را پیش بینی نمی کند ، اگر چه همه عوامل خطر قدرت پیش بینی کنندگی یکسانی ندارند ولی به عنوان یک اصل کلی ، هر چه تعداد عوامل خطر بیشتر باشد احتمال خودکشی نیز افزایش می یابد.

عوامل خطر انواع مختلفی دارند که در زیر به آنها اشاره شده است :

الف - عوامل جمعیت شناختی سن - معمولا نرخ خودکشی با افزایش سن افزایش می یابد . بطور کلی سه دوره سنی با خطر بالای خودکشی همراه است.

۱. اواخر نوجوانی و اوایل جوانی (۲۴- ۱۵ سالگی)

۲. میانسالی

۳. سالمندی (۶۵ به بالا)

ب. جنسیت - خطر خودکشی در مردان بیشتر از زنان است ، بیشتر زنان احتمال دارد اقدام به خودکشی کنند ولی مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان ۴ برابر بیشتر از زنان است .

این تفاوت ناشی از آن است که مردان از روش هایی برای خودکشی استفاده می کنند که احتمال نجات در آن بسیار کم است و یا وجود ندارد مثل شلیک با اسلحه یا حلق آویز کردن با سابقه اختلالات روان پزشکی.

وجود یا سابقه اختلالات روان پزشکی یک عامل خطر مهم در اقدام به خودکشی است ، به طور کلی بیش از ۹۰ درصد همه خودکشی ها ناشی از ابتلا به یک اختلال روانپزشکی است ؛ اختلالات خلقی بویژه افسردگی از جمله قویترین عوامل خطر خودکشی محسوب می شوند .

ج. اختلالات اضطرابی نیز بخصوص آنهایی که با سوء مصرف مواد و افسردگی هماهنگی دارد، مانند اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) خطر خودکشی را افزایش می دهد.

خطر خودکشی در اسکیزوفرن ها نیز مخصوصا در ابتدای بیماری بالاست. تقریبا ۱۵-۱۰ درصد بیماران اسکیزوفرن خودکشی کامل دارند که شایع ترین علت مرگ و میر در اختلالات روان پزشکی است. عواملی که خطر خودکشی را در این اختلال بالا می برد افزایش بینش نسبت به بیماری و افسردگی شدید است سوء مصرف مواد یا یک عامل خطر برای خودکشی است، بویژه وقتی چند ماده با هم مصرف می شود. همچنین محرومیت از مواد نیز مثل کوکائین و آمفتامین و مصرف زیاد مسکن های خواب آور و ضد اضطراب ها نیز می تواند منجر به افزایش افکار و اقدام به خودکشی شود. علاوه بر این، برخی اختلالات شخصیت مانند شخصیت مرزی نیز با خطر بالای اقدام به خودکشی همراه است و البته علائم روان شناختی علاوه بر اختلالات روان پزشکی، وجود برخی علائم روان شناختی مانند تکانه ای بودن، نوسانی عزت نفس و یا احساس بی ارزشی، کمال گرایی افراطی، خشم، غمگینی، احساس گناه، اضطراب و بیخوابی نیز ممکن است احتمال خودکشی را افزایش دهند. د. سابقه رفتار خودکشی سابقه اقدام به خودکشی، خطر خودکشی در آینده را به میزان زیادی افزایش می دهد. افرادی که قبلا اقدام به خودکشی کرده اند، پنجاه تا صد برابر جمعیت عمومی در معرض خطر خودکشی قرار دارند.

د- بیمارهای های جسمی

بیماری های جسمی (مانند دیابت تشخیص داده نشده، کمبود آهن و مشکلات تیروئید و بیماری های جسمی ناتوان شده) در یک سوم تا نیمی از خودکشی افراد ۴۰ سال به بالا نقش دارد همچنین یک گروه پرخطر برای خودکشی افراد با دردهای مزمن. و عوامل خطر اجتماعی و موقعیتی این عوامل مربوط به وضعیت روابط بین فردی و اوضاع و شرایط فرد میباشد. مهمترین عوامل اجتماعی و موقعیتی که در افزایش خطر خودکشی نقش دارند شامل حوادث استرس آور زندگی مانند مشکلات مالی، قانونی، تعارض ها و اختلافات بین فردی (جدایی و طلاق)، انزوای اجتماعی و شبکه حمایتی محدود، تنها زندگی کردن بویژه در مردان می باشد. علاوه بر این افرادی که سابقه مورد بدرفتاری قرار گرفتن و یا آزار جسمی و جنسی دارند هم در طی دوره بد رفتاری و هم پس از آن در خطر بالاتر اقدام به خودکشی و رفتارهای صدمه به خود قرار دارند.

عوامل محافظ خودکشی:

عوامل محافظ عواملی هستند که خطر خودکشی را کاهش می دهند. البته ذکر این نکته لازم است که وجود عوامل محافظ تضمین نمی کند که فرد دست به خودکشی نمی زند ولی هر قدر که تعداد این عوامل بیشتر باشد تاب آوری فرد در مواجهه با استرس و ناملایمات زندگی بیشتر خواهد بود در ذیل فهرستی از این عوامل آمده است؛

الف- عوامل محافظ فردی، حس توان مندی مهارت های بین فردی موثر، مهارت حل مساله منطقی، مهارت مقابله سالم و موثر با مشکلات زندگی، خوش بینی، امید به آینده، وجود حس هدفمندی و ایستادگی های مذهبی.

ب- عوامل محافظ خانوادگی، حس مسئولیت نسبت به خانواده و روابط خانوادگی گرم و مثبت بر والته خورنداری از حمایت خانوادگی.

ج- عوامل محافظ اجتماعی، وجود شبکه حمایت اجتماعی قوی (دوستان، همکاران و ...) درگیری و مشارکت در اجتماع و زندگی اجتماعی رضایت بخش (بشر، حیوانیست اجتماعی)، محیط کاری حمایتی و انگیزشی رضایت بخش و در آخر دسترسی به خدمات بهداشت روان. باورهای نادرست و واقعیت ها در مورد خودکشی:

باورهای نادرستی در مورد خودکشی وجود دارد که ممکن است در شناسایی افرادی که در خطر خودکشی هستند تداخل ایجاد کند، شایع ترین این باورها در زیر آمده است؛

باور غلط: اگر کسی حرف خودکشی را می زند بعید است که واقعا به خودش صدمه بزند.

واقعیت: بسیاری از افرادی که از اقدام به خودکشی می میرند، قبلا در مورد افکار و نقشه خود برای خودکشی حرف زده بودند.

باور غلط: خودکشی همیشه یک عمل تکانه ای است و بدون هشدار قبلی اتفاق می افتد.

واقعیت: بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند به صورت ناگهانی این کار را نمی کنند، آنها از مدت ها قبل افکار خودکشی داشته اند و به یک شکل بیانی یا رفتاری، افکار یا قصد خودکشی را بیان کرده اند.

باور غلط: بسیار افرادی که واقعا در خطر خودکشی قرار دارند، تصمیم خود را گرفته اند و هیچ تردیدی برای انجام آن ندارند.

واقعیت: معمولاً شدت افکار و قصد خودکشی در طی زمان نوسان دارد و بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند ممکن است مدت ها با این موضوع کلنجار رفته باشند و برخی نیز ممکن است در مورد افکارشان حداقل با یک شخص حرف زده باشند و حتی به پزشک با روان شناس زنگ زده باشند، این کار حاکی از تردید و احساس دو گانه در مورد از بین بردن خود است.

باور غلط: افرادی که خودکشی می کنند خودخواه و ضعیف هستند کسی که باهوش و موفق است هرگز خودکشی نمی کند.
واقعیت: بسیاری از کسانی که اقدام به خودکشی می کنند مبتلا به یک بیماری روانپزشکی هستند که ممکن است تشخیص داده نشده و یا درمان نشده باشد. علاوه بر این، خودکشی در بسیاری از موارد مرزهای فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی را پشت سر می گذارد.
باور غلط: ارزیابی خودکشی و سوال در مورد آن موجب می شود افراد به فکر این کار بیفتند.

واقعیت: بسیاری از کسانی که خودکشی می کنند از یک اختلال روانی رنج می برند که اگر خطر خودکشی به موقع در آنها تشخیص داده شود می توان از آن پیشگیری کرد. اگر فردی قصد کشتن خود را داشته باشد سوال در مورد افکار خودکشی موجب رفتار خودکشی نمی شود و بر عکس ارزیابی خطر خودکشی و توجه به درد هیجانی و همدلی با هیجان هایی که فرد را به سمت خودکشی سوق می دهد یکی از مؤلفه های مهم کاهش شدت افکار خودکشی است.

باور غلط: کسانی که اقدام به خودکشی می کنند فقط به دنبال جلب توجه هست.
واقعیت: در برخی موارد خودکشی یک فریاد نومیدانه و درخواست کمک است و این موضوع معادل با جلب توجه نیست.
باور غلط: وقتی کسی یک بار اقدام به خودکشی کرد دوباره این کار را انجام نمی دهد.
واقعیت: اقدام قبلی به خودکشی یک عامل پیش بینی کننده مهم برای اقدام به خودکشی مجدد در آینده است و یکی از خطرناک ترین زمان ها برای خودکشی، بلافاصله پس از وقتی است که فرد به دلیل اقدام به خودکشی در بیمارستان بستری است. معمولاً هفته بعد از ترخیص از بیمارستان، هفته ای است که فرد در خطر بالای تکرار مجدد عمل خودکشی قرار دارد.
باور غلط: ژست خودکشی را نباید جدی گرفت.

واقعیت: برخی معتقدند افراد در معرض خودکشی بلافاصله پس از اقدام به خودکشی، تقاضای کمک می کنند یا زمانی این کار را انجام می دهند که دیگران بتوانند فوراً متوجه شوند و آن ها را نجات دهند و یا ممکن است از روش هایی استفاده کنند که منجر به مرگ تدریجی می شود! آن ها تا حدی هدف دیگری غیر از کشتن خود دارند.

اختلالات روان پزشکی و خودکشی:

زمینه اختلالات روان پزشکی، اختلالات روانی و زمینه مساعد جهت مشمول نوعی اختلال روانی بودن، از دلایل مهم و پر رنگ انگیزه ها و افکار خودکشی میباشد، برای مثال افراد مبتلا به اکسیزوفرنی، بایپولار، مانیا دپرسیو و... بیشتر از سایرین در معرض خودکشی قرار دارند.

پسیکوز زنان = تاریخچه خانوادگی، اختلالات خلقی

(۵٪) درصد مادران مبتلا به پسیکوز: خودکشی و (۴٪) درصد آنان مصادف با نوزاد کشی.

اقدام های جدی قبلی که پیامدهای شدیدی مانند نقص های جسمی داشته اند خطر اقدام به خودکشی در آینده را افزایش می دهند.

☆ هر قدر شدت و دوام افکار خودکشی بیشتر باشد، خطر احتمالی آن در آینده بیشتر است.

افسردگی بالینی ۵ تا ۸ درصد از مردم جامعه را مبتلا کرده است. افسردگی بالینی به صورت دوره ای است و اکثریت افراد (۵ سال) بعد از بیماری، حمله بعدی را تجربه می کنند، عوامل ژنتیکی در این قضیه دخیل است.

بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در معرض بالای خودکشی است چرا که پس از درمان متوجه می شود در طول بیماری چه آسیب هایی متوجه زندگی شخصی، اجتماعی و کاری او شده است.

مصرف الکل، عرابر خطر خودکشی را افزایش میدهد!

بیماری طبعی می تواند باعث خودکشی شود، مخصوصاً اختلالات جنسی و بد شکلی بدن و من جمله بیماری های ضعف شدید جنسی و پروتستات و مقاربتی نظیر (HIV)

تاریخچه خودکشی خانوادگی = افزایش احتمال خطر خودکشی و نیز بی توجهی به کودک و غفلت خانواده.

در دو قلوهای همسان به طرز معنا داری خطر خودکشی بالا و بیشتر هست.

جهت گیری جنسی: طبق مطالعات، افراد هموسکشوال (حتی بایسکشوال) در معرض خطر خودکشی بیشتر نسبت به سایر افراد جامعه قرار دارند و این اغلب ناشی از فشار فرهنگی و استرس است، آنها از افشا شدن جهت گیر جنسی خود و آغاز تحقیر و فشار روحی و روانی آشنایان متزلزل و مضطرب اند، خصوصاً در نوجوانان و افراد کم تجربه در خصوص شناخت روحیات و امیال خویش.

☆ خودکشی در بین بزرگسالان مجرد یا افراد بیوه ۴ تا ۵ برابر بزرگسالان متأهل است.

دست اندرکاران بهداشتی و درمانی خصوصاً پرستاران، پزشکان و دندان پزشکان به نظر می رسد بیشتر از سایر گروه های شغلی در معرض خودکشی هستند و علت آن هنوز به درستی مشخص نیست هرچند که طبیعتاً مهمترین علت آن در معرض اندوه پس از دست دادن بیماران و فشار کاری می باشد.

پچیزی به عنوان شخصیت مستعد خودکشی وجود ندارد اما افرادی که در مواجهه با مصائب، فاقد راهبردی های مقابله ای کار آمد هستند بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار می گیرند.

پافردی که دارای تفکر انعطاف ناپذیر هستند یا افکار نیهیلیستی، در معرض خطر خودکشی بیشتر قرار دارند و حتی در اغلب موارد خودکشی را تنها راه حل می بینند.

(اکثر بیمارانی که افکار خودکشی دارند به خودکشی اقدام نمی کنند و اغلب آنها زندگی را بر مرگ ترجیح می دهند)

تغییر پذیری افکار خودکشی

بسیاری از مطالعاتی که در زمینه اقدام به خودکشی انجام شده اند سعی در شناسایی عوامل خطر خودکشی داشته اند، حال آنکه به پارامترهای مربوط به افکار خودکشی مثل قوت، مدت وجود و تغییر پذیری این افکار تا حد زیادی بی توجهی شده است.

جوینر و راد همبستگی مشخصی را بین قوت افکار خودکشی (به عنوان شدت وجود نشانه های خودکشی) و عوامل خطر شرح دادند. آن ها دریافتند که قوت این افکار با تاریخچه اقدام به خودکشی در گذشته و تلاش برای خودکشی با اقدام به خودکشی در آینده همبستگی دارد. آنان همچنین نشان دادند که طول مدت وجود این افکار نیز با تلاش برای خودکشی رابطه دارد؛ یعنی طول مدت یک بحران خودکشی به طور قابل ملاحظه ای برای افرادی که چندبار اقدام به خودکشی کرده بودند، طولانی تر بوده است.

تغییر پذیری افکار خودکشی نه تنها هر دو پارامتر قوت و مدت افکار را در بر می گیرد بلکه شامل بی ثباتی خلقی نیز می شود. بی ثباتی خلقی نتیجه حس فقدان کنترل بر زندگی است که این حس مستقیماً با افکار مرگ و برنامه ریزی خودکشی همبستگی دارد.

در واقع شواهدی وجود دارند که نشانگر آن هستند که افرادی که از نظر خلقی بی ثبات هستند از خودکشی به عنوان وسیله ای برای کنترل احساسات متغیرشان استفاده می کنند و بر این اساس مطالعه دیگری توسط جوینر و همکاران ترتیب داده شد که در آن به بررسی سه پارامتر فوق و رابطه آنها با اقدام به خودکشی و جنسیت با تمرکز بر تفاوت های جنسیتی برجسته پرداختند.

آنها تعدادی از دانشجویان رشته روانشناسی را توسط غربالگری از طریق BSS (که مقیاسی ۲۰ قسمتی و خود ارزیابی کننده است و وجود تمایلات خودکشی را ارزیابی می کند) و SPS (که مقیاس خود ارزیابی کننده ۳۶ قسمتی است و عقاید و رفتارهای مرتبط با خطر خودکشی را می سنجد) انتخاب کردند.

افراد برای شرکت در این مطالعه، پاداش نیز دریافت می کردند. این مطالعه در دو مرحله انجام شد، اول همگی افرادی که معیارهای غربالگری را داشتند، بدون توجه به اقدام قبلی خودکشی انتخاب شدند و در مرحله بعدی مشارکت کنندگان آنهایی بودند که سابقه یک یا چند مرتبه اقدام به خودکشی داشتند که توسط مصاحبه بالینی نیز اثبات شده بود. نهایتاً ۱۰۸ نفر از این افراد وارد تحلیل نهایی شدند و مشارکت کنندگان، این پرسشنامه ها را برای مدت ۶ هفته روزانه و ترجیحاً در یک زمان از روز تکمیل می کردند. نتیجه این شد که تغییر پذیری زیاد افکار به طور معنی داری تنها پیشگویی کننده اقدام قبلی به خودکشی بود.

به علاوه، تغییر پذیری در افکار خودکشی در پیشگویی وجود اقدامات قبلی خودکشی در مردان با اهمیت تر بود. شاید این یافته ها به علت آن باشد که پارامتر تغییر پذیری در بر گیرنده هر دو پارامتر دیگر (شدت و مدت) به علاوه بی ثباتی خلق است.

رابطه اقدام به خودکشی و تغییر پذیری افکار خودکشی در مردان مهم تر بنظر می رسد ولی نتایج به دست آمده تفاوت معنا داری را در این مورد بین دو جنس نشان نداد، با این حال می توان گفت که قوی ترین عامل پیشگویی کننده اقدامات آتی خودکشی همان تغییر پذیری افکار خودکشی می باشد و ارتباط فرد، مطرح کننده آن است که سطوح متغیر افکار خودکشی، اقدام آتی به خودکشی را پیشگویی می کند.

خودکشی در ایران :

_ مطالعات بسیار دقیقی در این خصوص در کشور ایران انجام نشده است زیرا آمار پزشک قانونی و مراجع موید نیست و صرفا مطالب منتشر شده از روزنامه ها و مجلات به بررسی خودکشی و آمار آنکمک نمی کند و از مهمترین دلایل آن اینست که خانواده ها در ایران خودکشی را ننگ میدانند و کتمان می کنند .

تحقیق خسرو خسروی در سال ۱۳۴۲ و مآخذ وی بررسی مطالب روز نامه هاز معتبر بودند : براساس این تحقیق از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۰ مجموعا ۵۶۸ نفر اقدام به خودکشی سرزده بودند که ازین تعداد (۳۶۷) نفر مرد (۱۷۶) نفر زن بودند و از جنس و سن (۲۵) نفر اطلاع درستی در دست نبود .

سازمان بهداشت جهانی سال ۱۹۸۷ : خودکشی در مردان ۱۶ و در زنان ۴ در هر میلیون نفر بوده است یعنی افزایش خودکشی مردان نسبت به زنان .

استان ایلام صدر جدول خودکشی ایران با آماری تکان دهنده با وجود وجه تمایز در جنسیت افراد مرتکب به خودکشی ، به گونه ای که در شهر ایلام برعکس روال معمول عمل خودکشی منجر به مرگ ، خودکشی زن ها بیشتر از مردهاست که اغلب به روش خودسوزیست و برخی از دلایل آن:

_مبادرت لباس سیاه عزا صورت تسلسل وار تاثیر رنگ آن به صورت اثر منفی به حالتی که یک زن ۴۵ ساله نقل می کند که حدود ۳۶ سال از عمر وی در لباس سیاه عزای بستگان گذشته بوده است.

_نسبت معماری ، محیط جغرافی شهر که به وسیله کوه ها احاطه شده و در افسردگی مردم منطقه خصوصا زنان دخیل است .

_تاثیرات دوران جنگ تحمیلی

_کمبود امکانات تفریحی و البته محدودیت تردد بانوان به لحاظ رعایت آداب و سنت محلات معابر ترددی از عوامل تشدید کننده موضوع بوده است.

بر پایه گزارش های سازمان جهانی بهداشت ،نرخ متوسط خودکشی جهانی ۵/۱۱ در هر ۱۰۰ هزار نفر است . مردان ۱۵ و زنان ۸ نفر در هر ۱۰۰ هزار .(سازمان بهداشت جهانی-۲۰۱۵)

بر اساس آمار پزشکی قانونی

تعداد خودکشی منجر به فوت طی سال های ۸۸ تا ۹۲

سال	۸۸	۸۹	۹۰	۹۱	۹۲	جمع ۸۸ - ۹۲
تعداد کل کشور	3122	3649	3512	3640	4055	17978

جنسیت موارد خودکشی منجر به فوت
از سال ۸۸ تا ۹۲

زن	مرد
5429	12549

جدول ۲- وضعیت خودکشی در ایران بر اساس آمار پزشکی قانونی

چگونه کرونا می تواند موجبات اختلالات روانی و به طبع آن خودکشی را فراهم آورد؟!

شیوع ویروس کوید-۱۹ در سراسر جهان چه در زمان و بحبوحه شیوع و چه در دوران پساکرونا طبیعتاً آسیب های زیان باری به سلامت روان افراد جوامع مختلف خصوصاً کشور های جهان سوم و ضعیف تر در زمینه بهداشت جسمی و روانی وارد میکند! به عنوان مثال دو مورد از شایع ترین آسیب های روانی در خصوص شیوع کوید-۱۹ میتوان به هیپوکندریا (خود بیمار انگاری) و انواع افسردگی اشاره کرد! در دوران کرونا شخص دائم نگران سلامت خود است خصوصاً اگر امکانت بهداشتی جمعی و فرهنگ سازی اجتماعی در محل زندگی اش خیال او را آسوده نکند و او از نظر مالی توان پرداخت هزینه های پیشگیری، درمان و یا حتی تست سلامت کرونا را هم نداشته باشد به مرور این اضطراب و وسواس ها افزایش پیدا کرده تا جایی که شخص مبتلا به اختلال OCD (وسواس) و هیپوکندریا شود!

کرونا تماماً شرایط ابتلا به افسردگی موضعی و بالینی را فراهم آورد است اما چگونه؟!

۱. شخص نمی بایست به کسی نزدیک شود و باید فاصله گذاری اجتماعی را رعایت کند.
۲. شخص نمیتواند وارد مکان های شلوغ و جمعی شود و حتی در صورت تمایل وی اکثر مکان های جمعی در دوران کرونا تعطیل می باشند و طبعاً این موضوع شخصیت های اجتماعی و برون گرا را منزوی و متزلزل می کند.
۳. شغل و در آمد اکثر افراد در دوران کرونا دچار کساد شدید یا حتی تعطیلی کامل میشود.
۴. شخص محصل در دوران کرونا از تحصیل حضوری، شخص ورزشکار از تمرینات ورزشی و شخص هنری از فعالیت های هنری باز می ماند، به عبارتی علایق و حرفه ی شخصی افراد در دوران کرونا به صورت اساسی صدمه میخورد.
۵. بروز اختلافات خانگی و افزایش طلاق در دوران کرونا با افزایش مشکلات عاطفی، اقتصادی و روانی در کانون خانواده.
۶. کنسل شدن تفریحات شخصی و خانوادگی.
۷. اضطراب و آسیب های روحی از دست دادن عزیزان و آشنایان بر اثر کرونا و یا حتی شنیدن اخبار منفی کرونا که به مرور شخص را نا امید و نگران می کند.

به دلایل فوق الذکر بسیاری از اشخاص خصوصاً افراد دارای شخصیت مستعد افسردگی، در معرض افسردگی موقت و به طبع طولانی شدن مدت و شدت آن، افسردگی بالینی قرار دارند و داشتن بیماری های روانی زمینه ای از مهمترین دلایل خودکشی در جامعه می باشد. افسردگی یکی از دلایل خودکشی در جامعه و خصوصاً بانوان می باشد.

افراد جامعه، روان شناسان، دولت و افراد دست اندرکار باید با تمام قوا با معضلات و آسیب های روانی پسا کرونا مقابله کنند، برخی ازین راهکار ها؛

۱- حفظ روحیه خود و نشاط بخشی به دیگران

۲- بیشترین استفاده از کمترین امکانات

۳- امیدواری به آینده و زندگی و اطمینان از موقتی بودن شرایط

۴- حفظ صبر و آرامش حتی در صورت مثبت بودن تست ابتلا به کرونا

۵- هدفمندی و داشتن برنامه روزانه سالم

۶- ارتباط با پزشکان سلامت جسمی و روانی و ...

۷- ۴ مرحله خود کشی:

۱- سنجش احتمال خود کشی

۲- ارزیابی عوامل خطر خودکشی

۳- شناسایی عوامل تاثیر گذار

۴- شناسایی آماج های درمانی

ابزار سنجش خطر خودکشی

۱- عواملی که می توانند از بیمار در برابر خود کشی محافظت کنند اغلب شناخته شده هستند برای مثال :

۲- نبود اختلال روانی

۳- اشتغال

- ۱- وجود کودکان در خانه
 - ۲- احساس مسئولیت نسبت به اطرافیان
 - ۳- بارداری
 - ۴- باورهای مذهبی قوی
 - ۵- رضایت زیاد از زندگی
 - ۶- توانایی واقعیت سنی
 - ۷- مهارت های مقابله ای مثبت
 - ۸- مهارت حل مسئله مثبت
 - ۹- حمایت های اجتماعی مثبت
 - ۱۰- رابطه ی درمانی مثبت
 - ۱۱- ویژگیهای سنی و جنسی بیمار
 - ۱۲- خودکشی های قبلی و فعلی
 - ۱۳- تشخیص علائم روان پزشکی
 - ۱۴- تاریخچه فردی
 - ۱۵- تاریخچه پزشکی
 - ۱۶- تاریخچه خانوادگی
 - ۱۷- تاریخچه روانی-اجتماعی
 - ۱۸- تاریخچه عصب و زیست شناختی
 - ۱۹- نقاط قوت و ضعف شخصیتی
 - ۲۰- حوزه هایی که باید بیمار واریسی شود:
 - ۱- فقدان یا از دست دادن فرد مورد علاقه یا نگران از دست دادن فرد مورد علاقه بودن
 - ۲- مشکلات مالی (وضع اقتصادی)
 - ۳- تغییر وضعیت اقتصادی و اجتماعی
 - ۴- اختلافات خانوادگی
 - ۵- خشونت خانگی
 - ۶- دید رفتاری یا غفلت عاطفی، کلامی، حسی، جنسی و جسمی
 - ۷- مشکلات خانه
 - ۸- مشکلات شغلی
 - ۹- شکست تحصیلی
 - ۱۰- حمایت
- ...
- ۱- اغلب افرادی که اقدام به خودکشی می کنند یا رفتارهای خود آسیمی داشته اند و آنهایی که علاوه بر افکار خود کشی، احساس ناامیدی نیز میکنند، باید بلا فاصله مورد بخشش قرار بگیرند.

۲- جلوگیری از خود کشی :

- ۱- افزایش هشیاری از نجات دهندگان در مورد افراد مستعد خود کشی .
- ۲- تسهیلاتی فراهم شود که توسط آن هر شهروندی در جستجوی کمک برآید.
- ۳- تهیه منابع برای اداره بحران های خود کشی.
- ۴- پخش و انتشار حقایق ضد خرافات راجب خود کشی.

#اختلالات روان پزشکی که عموماً با خود کشی جوانان در ارتباط اند شامل؛ اختلالات خلقی، افسردگی! مانیا و افسردگی به ویژه اگر با مصرف سو الکل و مواد و اختلالات رفتاری مخرب مانند اختلال سلوک در پسران، همراه باشند.

#افسردگی، قویترین عامل خطر خودکشی در دختران محسوب می شود.

☆ ارتباط ضعیف بین جوانان با والدین و انتظارات غیر واقع بینانه ی والدین و فرهنگ، از عوامل مهم در ارتقای خطر خود کشی هستند
□ بروز افکار خود کشی در جوانان به خودی خود نشانه ی آسیب شناسی روانی و نیازمند مداخله نیست هرچند که بروز این افکار در کودکان متضمن جدی توجه است، زیرا کودکان قطعیت مرگ را درک نمی کنند و ممکن است ناخواسته دست به خود کشی بزنند بدون آنکه متوجه باشند که دیگر هرگز بر نمی گردند.

برخی از علائم هشدار دهنده خودکشی در برهه ای از نوجوانی آشکار میشوند و اغلب غیر اختصاصی و مبهم اند و البته می توان تا حدودی آن را به عنوان بخشی از فرایند بدهی رشد در نظر گرفت.

☆ نگرانی هایی که ذهن نوجوان را به خود مشغول می کند، ممکن است برای درمانگر حتی بی اهمیت باشد، سوا از اینکه برای نوجوان این نگرانی ها بسیار مهم است و باید این را در نظر داشت.

بیماران گاهی صرفاً خود آسیبی می کنند و خود کشی های مکرر و جزئی و گاهی اساساً با فکر خود کشی دست به گریبان اند.

فراموش نکنید خود کشی های سطحی مکرر هم در نهایت می توانند باعث خود کشی شوند و مرگ.

سابقه خود کشی هر چند کوتاه و سطحی اساساً می تواند زمینه ساز خود کشی منجر به مرگ باشد

☆ علائمی نظیر ناامیدی و افسردگی یا توهّمات شنیداری در پسکوز ممکن است علت اقدام های مکرر به خودکشی باشد و البته در برخی موارد ممکن است اختلالات روانی پزشکی نهفته مانند دیس تایمیا و اختلال دو قطبی نوع ۲ مطرح باشد و چنین احتمالی باید در نظر گرفته شود.

در برخی افراد رفتارهای خودآسیبی مانند بریدن دست، به آنها احساس یوفوری یعنی احساس نشاط شدید همراه با حسی از بزرگ منشی می دهد و برخی مایلند کسانی که از نظر هیجانی به آنها وابسته هستند را تحت تاثیر قرار بدهند (خیر سرشان!)

بعضی دیگر از افراد به یک اختلال منشی مانند اختلال شخصیت مرزی دچار اند که خود آسیبی قسمتی معمولی از رفتار آنهاست.

□ در صورتی که بالینگر از خطر متوجه بیمار آگاه نیست یا مردد است، بهتر است او را چند ساعت تا یک روز مورد مطالعه قرار دهد.

راه های پیشگیری از خود کشی:

۱- راهبردهای جمعیتی

۲- راهبردهای فردی

خط تلفن های اضطراری خودکشی، برنامه های آموزشی خودکشی، آموزش های مبتنی بر مدرسه و...

راهبردهای جمعیتی جلوگیری از خود کشی

وقتی از عدم سلامتی بیمار مطمئن شدید، در آن صورت سه عرصه برای مداخله وجود دارد:

۱- اختلالات روانی جدی

۲- استرس زا های روانی شناختی حاد و مزمن

۳- الگوهای ناسازگارانه و پایدار فکری، هیجانی و رفتاری.

☆ درمان با دارو های ضد پسکوز می تواند از خطر خودکشی بکاهد.

۴ اصل در مداخلات پس از خود کشی:

۱- حمایت

۲- یادگیری

۳- مشاوره

۴- آموزش

(خانواده - بالینگر - نزدیکان)

☆ سه اصل اساسی اداره بیماران در معرض خود کشی :

۱_سلامتی و اطمینان

۲_حمایت

۳_مداخلات هدفمند

☆ اولین وظیفه درمانگرها حفاظت از بیماران در معرض خطر خود کشی است. در ایالات متحده آمریکا و سایر کشورها برای جلوگیری از خود کشی آژانس هایی تاسیس گردیده است.

_برای بیمارانی که در معرض خودکشی هستند ، بستری در بیمارستان یا مراکز درمانی دیگر ضروری است و چنانچه این بیماران در تصمیم گیری برای بستری ناتوان هستند یا در این رابطه مقاومت می کنند ، لازم است از پلیس جهت بستری اجباری آنها کمک گرفته شود و درمانگر باید از موارد قانونی آن با خبر باشد.

_پزشکان باید مطمئن شوند که کارکنان بخش از خطر خودکشی بیمار آگاه هستند و مراقبت های ویژه را به عمل می آورند.

_ بیمار به تنهایی پس از خود کشی، اجازه ترک درمانگاه را ندارد و باید به فرد مسئول سپرده شود.

_ اگر درمانگر به هر دلیلی نتواند سنجش خود کشی را انجام دهد یا کامل کند ، ضروری است بستری شود و ۸ تا ۱۲ ساعت بعد، مجددا مورد ارزیابی قرار بگیرد.

نتیجه گیری:

پدیده خودکشی (Suicide) از دیدگاه علوم مختلفی چون روان شناسی، جامعه شناسی، پزشکی، جرم شناسی و حقوق جزا (کیفری) قابل تحلیل و بررسی است. عمل خودکشی مختص زمان حاضر نبوده و از دوران های بسیار قدیم تا به حال وجود داشته است؛ اما آنچه که تازگی دارد گسترش و افزایش تعداد خودکشی ها می باشد.

آمارهای انتشار یافته در مورد خودکشی ها کامل نبوده و آن طور که باید تعداد واقعی خودکشی ها را نشان نمی دهد. البته علت این امر آن است که بیمارستان ها، بسیاری از خودکشی ها را تحت عناوین دیگری قلمداد می کنند و به همین دلیل، بسیاری از انتحارها در آمارهای رسمی منعکس نمی شود.

خودکشی در خلا اتفاق نمی افتد بلکه نتیجه یک فرایند نهایی ست. خودکشی دارای عوامل متعددی و چند وجهیست. خودکشی به دلایل متعددی (فرهنگی، اجتماعی و...) به صورت مخفی اغلب اتفاق می افتد در همه کشورها روابطی میان اختلالات روانی و خودکشی وجود دارد. فرهنگ متفاوتند اما مردم مشابه اند. اکثر افرادی که تحت فشار زندگی دست به خودکشی می زنند اعتقاد دارند که خودکشی تنها راه نجات و پایان مشکلات است. داده های بدست آمده از آمریکا نشان می دهد مرگ ناشی از خودکشی تقریباً (۴۰ درصد) بیشتر از دیگر کشی است ولی همچنان توجه عموم در آن کشور بر روی دیگرکشی متمرکز است.

منابع :

- _مدیریت خودکشی، دکتر استان کوچر، دکتر سونیا جهیل و ترجمه دکتر بانو قهاری و مترجمان _ نشر قطره ,Rachel psychology today
Pruchno , Ph.D
- _تازه های علوم شناختی ، سال ۶، شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۳، ترجمه و تلخیص دکتر ماندانا صادقی
- _کارگاه آموزشی مداخله در بحران خودکشی، دکتر حمید پورشریفی
- _مداخله مختصر برای مدیریت خودکشی، دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی