

تحلیل آماری نرخ خودکشی در ایران

مجموعه طرح: احمد خدادادی

مستندین

نسرین ابراهیمی

آیة اسلامی

کرده پژوهشی طرح های فنی و روش های آماری

پژوهشگاه آمار

بهار ۱۳۸۸

آمار خودکشی ارائه شده در این گزارش مربوط به پرونده های تشکیل شده در این زمینه در حوزه ی استحفاظی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران است و لزوماً بیانگر آمار واقعی خودکشی در ایران نمی باشد.

به نام خداوند جان و خرد

پیشگفتار

خودکشی به عنوان یکی از علل مرگ با روند افزایشی سالانه ده‌ها هزار نفر را در سراسر جهان به کام مرگ فرو می‌برد، لذا شناخت بیش‌تر این پدیده و تعیین رهیافت‌هایی مبتنی بر تحقیقات علمی در مورد پیشگیری و درمان آن، ضرورتی بین‌المللی تلقی می‌گردد. از آن‌جا که کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست و با توجه به فقدان پژوهشی جامع در این زمینه که شاید دلیل اصلی آن عدم امکان دستیابی محققین به آمار رسمی خودکشی در کشور باشد، با پیشنهاد متولیان امر اجرای طرح پژوهشی در این زمینه، در دستور کار این گروه قرار گرفت که گزارش حاضر نتیجه‌ی مطالعات و بررسی‌های گروه پژوهشی مربوط می‌باشد.

در گروه مذکور، آقای دکتر احمد خدادادی عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی به عنوان مجری طرح و سرکار خانم‌ها مهتاب سیدین، نسرين ابراهیمی و آیدا اسلامی به عنوان همکار عضویت داشته‌اند که در این‌جا از یکایک این عزیزان تشکر و قدردانی می‌شود.

داوران محترم طرح، سرکار خانم مریم جوادی و جناب آقای دکتر ابوالقاسم پوررضا بوده‌اند که از راهنمایی‌های صمیمانه‌ی آنان سپاسگزاری می‌گردد.

از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود، نظرات اصلاحی خود را در ارتباط با محتوای مجموعه‌ی حاضر به گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری منعکس نمایند.

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری

پیشگفتار مجری

در ابتدا باید توجه داشت که نگرش‌هایی متفاوت به پدیده خودکشی در ادبیات مربوطه موجود می‌باشد. رواقیون آن را آخرین عمل یک انسان آزاد دانسته‌اند. در حالی که مذهبیون (مسیحیت و اسلام) آن را یک گناه به شمار می‌آورند. دورکهم آن را یک کردار اجتماعی می‌داند.

در حال حاضر اکثر محققین غربی آن را به عنوان یک پدیده پیچیده می‌دانند که مؤثر از دلایل متفاوت روحی روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی در سطح فردی و اجتماعی است. در بهترین مفهوم می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی دانست که انسان نیازمند را در موقعیتی قرار می‌دهد که خودکشی را بهترین راه حل برای مسئله خود می‌داند. خودکشی در کشوری همچون امریکا نهمین علت مرگ محسوب می‌شود به طوری که هر ۲۰ دقیقه یک نفر و سالانه ۳۰۰۰۰ نفر خودکشی موفق دارند. آمار سازمان ملل نشانگر این موضوع است که میزان خودکشی از ۱۰ در صد هزار تا ۲۵ در صد هزار در کشورهای مختلف متفاوت است. در سطح بین‌المللی سالانه یک میلیون نفر خودکشی موفق داشته‌اند که این آمار برای افرادی که اقدام به خودکشی می‌نمایند به ۸ تا ۱۰ برابر می‌رسد. برای ارائه یک مقایسه ساده و توجه به عمق فاجعه می‌توان به تعداد کشته‌های امریکایی در جنگ ویتنام و تعداد خودکشی‌های همان دوره زمانی توجه نمود. نتیجه این است که نسبت کشته شدگان به تعداد خودکشی‌ها یک به چهار خواهد بود. خسارت‌های جانی، مالی و آثار روحی- روانی، فردی و اجتماعی ناشی از پدیده خودکشی آن‌چنان قابل توجه است که عموم دولت‌ها و یا نهادهای غیر دولتی را بر آن داشته که با این پدیده به صورت علمی برخورد مناسب نموده و از تحقیقات مربوطه پشتیبانی و حتی به ایجاد نهادهایی در بخش سلامت خود دست بزنند تا با شناخت بیش‌تر از عوامل مخاطره در جهت کاهش نرخ این پدیده از طریق درمان، پیشگیری و یا تقویت عوامل بازدارنده و حمایتی و بعضاً ترویج فرهنگ مربوطه اقدام نمایند.

توجه به رفتارهای متفاوت در کشورهای مختلف ارزش و اهمیت داده‌های بین‌المللی را مشخص می‌کند. مثلاً با این که تحقیقات انجام شده در کشور امریکا نشانگر این است که ۹۰٪ خودکشی‌های

موفق، ریشه در امراض روحی روانی داشته و همبستگی این دو پدیده برای روانشناسان امریکایی محرز شده است؛ این نسبت در کشور چین به ۵۰٪ کاهش می‌یابد. همچنین برخلاف دیگر کشورها چین شاید تنها کشوری باشد که نرخ خودکشی موفق آن در زنان از مردان بیش‌تر است. به همین دلیل توجه به تحقیقات تطبیقی و مرور بر کارهای انجام شده در دیگر کشورها راه‌گشا و کمک‌کار تحقیقات در حال انجام در دیگر نقاط دنیا می‌باشد. در عین حالی که بعضی خودکشی را ناشی از افسردگی شدید و یا سوء مصرف مواد می‌دانند ولی عموماً علت خودکشی را یک علت چند جانبه روحی- روانی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی به حساب می‌آورند. لذا پیشگیری از رخداد این پدیده نیز صرفاً یک مسئله روان‌پزشکی نبوده بلکه نیاز به توجه به نظریات ارائه شده در حوزه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی و تأثیر گذاری هر یک از عوامل این حوزه‌ها بر این پدیده می‌باشد.

طرح پژوهشی حاضر شامل دو بخش است:

بخش اول به مرور ادبیات و سوابق مربوط به موضوع خودکشی در حد مقدمات و در سطح بین‌المللی می‌پردازد. در بخش دوم ضمن مرور بر فعالیت‌های پژوهشی مربوط به خودکشی در سطح کشور به تحلیل آماری داده‌های اخذ شده از نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران معاونت طرح و برنامه و بودجه اداره آمار پرداخته می‌شود.

بدون شک این طرح پژوهشی بدون حمایت و کمک‌های علمی، فکری و اجرایی اعضای هیئت علمی، مدیران گرامی و کارشناسان محترم سازمان‌ها، دانشگاه‌ها و مراکز علمی و اجرایی زیر امکان‌پذیر نمی‌بود. لذا بر خود واجب می‌دانم از تمامی این عزیزان تشکر و قدردانی نمایم.

از جناب آقای دکتر غریبی رئیس وقت پژوهشگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران، سرکار خانم دکتر جعفری مدیر گروه برنامه‌های سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کتابخانه‌های مرکزی دانشگاه‌های شهید بهشتی و علوم پزشکی شهید بهشتی، جناب سرهنگ سماواتی رئیس مرکز آمار، جناب سرهنگ داورزنی جانشین مرکز آمار و

آقای مهدی بشارت‌نیا رئیس اداره تجزیه و تحلیل مرکز آمار معاونت طرح و برنامه و بودجه ناجا که با ارسال اطلاعات و یا کمک‌های فکری این پژوهش را یاری رساندند صمیمانه سپاسگزارم.

تشکر و سپاس ویژه خود را از دکتر عادل محمدپور معاون پژوهشی پژوهشکده آمار، سرکار خانم دکتر رضایی سرپرست گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری، سرکار خانم جوادی و سرکار خانم میرمحمد به خاطر اراده مصمم ایشان در پیگیری انجام پروژه، چه در ارتباط با مجری و چه در سطح پژوهشکده آمار که در عین حال همراه با حمایت دلگرم کننده آن‌ها از فرآیند انجام پژوهش نیز بود، اعلام می‌دارم. کوشش و جدیت دانشجویان سخت‌کوشم سرکار خانم نسرین ابراهیمی، سرکار خانم مهتاب سیدین و سرکار خانم آیدا اسلامی در این طرح شایسته تقدیر و تشکر ویژه‌ای است؛ عزیزانی که در قریب به دو سال فرآیند انجام این پژوهش فرصت‌های بسیاری را صرف مطالعه و تحقیق در این خصوص نمودند.

واقعیت پنهان در ورای این گزارش، حجم وسیعی از فعالیت‌ها، هم‌چون گردآوری، تجزیه و تحلیل اطلاعات، داده‌ها و پیگیری‌هایی بود که نتایج مثبت و چشمگیر آن حاصل تلاش و همت جمعی کلیه عزیزانی است که نام تعدادی از آنان در این مختصر ذکر شد و دیگرانی که تنها به قدردانی از آن‌ها بسنده می‌کنم. اما با این وصف، بدون شک این تحقیق خالی از اشکال و ایراد نخواهد بود که بی‌تردید این کوتاهی و قصور از آن مجری است.

فهرست

مقدمه	۱
منابع	۶
بخش اول	
فصل اول: آشنایی مقدماتی با مقوله خودکشی	۹
مقدمه	۹
۱-۱) تعاریف	۱۱
۱-۲) گفتاری چند در اهمیت موضوع	۱۲
۱-۳) پدیده خودکشی با نگاهی تاریخی	۱۳
۱-۴) خودکشی به عنوان چالشی بین رشته‌ای	۱۸
منابع	۲۳
فصل دوم: اهمیت و بزرگی مسئله خودکشی	۲۴
مقدمه	۲۴
۲-۱) روندهای جغرافیایی	۲۵
۲-۲) گروه‌های در معرض خطر	۲۸
۲-۳) محدودیت‌های داده‌ای	۴۳
۲-۴) هزینه‌های مترتب بر جامعه	۴۴
خلاصه یافته‌ها	۴۶
پیوست فصل دوم	۴۸
منابع	۵۳
فصل سوم: عوامل روان‌شناختی و روان‌پزشکی	۶۲
مقدمه	۶۲
۳-۱) روان‌پریشی / اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد و خطر خودکشی	۶۳

۷۵.....	اختلالات سوء مصرف الکل و مواد (۳-۲)
۷۹.....	خودکارایی (خود بازدهی) (۳-۳)
۸۰.....	خلاصه یافته‌ها.....
۸۲.....	منابع
۸۷.....	فصل چهارم: عوامل بیولوژیکی
۸۷.....	مقدمه
۸۹.....	(۴-۱) نوروشیمی
۹۱.....	(۴-۲) بررسی سیستم سروتونرژیک در افراد با سابقه اقدام به خودکشی
۹۲.....	(۴-۳) ژنتیک خودکشی
۹۴.....	خلاصه یافته‌ها.....
۹۶.....	منابع
۱۰۱.....	فصل پنجم: تروماهای دوران کودکی
۱۰۱.....	مقدمه
۱۰۳.....	(۵-۱) تروماهای دوران کودکی به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی
۱۰۴.....	(۵-۲) اذیت و آزارهای جنسی در دوران کودکی و اثر آن بر خودکشی
۱۰۵.....	(۵-۳) لطمات روحی در دوران کودکی به عنوان عامل خطر برای آسیب شناسی روحی
۱۰۶.....	(۵-۴) مسیرهای منجر به خودکشی
۱۰۹.....	خلاصه یافته‌ها.....
۱۱۱.....	منابع
۱۱۵.....	فصل ششم: عوامل اجتماعی و فرهنگی
۱۱۵.....	مقدمه
۱۱۶.....	(۶-۱) چارچوب
۱۱۹.....	(۶-۲) جامعه و فرهنگ
۱۲۰.....	(۶-۲-۱) خانواده و دیگر حمایت‌های اجتماعی

۱۲۶	..... مذهب و تعصب مذهبی (۶-۲-۲)
۱۲۹	..... ارزش‌های فرهنگی (۶-۲-۳)
۱۳۰	..... تأثیرات اقتصادی و پایگاه اقتصادی اجتماعی (۶-۲-۴)
۱۳۴	..... نظامات سیاسی (۶-۲-۵)
۱۳۵	..... مشخصه‌های اجتماع: روستایی در مقابل شهری (۶-۲-۶)
۱۳۶	..... تغییر و تحولات اجتماعی (۶-۲-۷)
۱۳۷	..... تفاوت بین کشورها: واقعی یا تصنعی (۶-۳)
۱۳۹	..... خلاصه یافته‌ها
۱۴۰	..... منابع
۱۵۳	..... فصل هفتم: برنامه‌های مرتبط با پیشگیری
۱۵۳	..... مقدمه
۱۵۴	..... (۷-۱) پیشگیری اولیه
۱۵۵	..... (۷-۲) پیشگیری ثانویه
۱۵۸	..... (۷-۳) پیشگیری سطح سوم (ثالثیه)
۱۵۹	..... (۷-۴) روش‌های پیشگیری از خودکشی در جهان (۲۰۰۳)
۱۶۱	..... خلاصه یافته‌ها
۱۶۳	..... منابع
۱۶۴	..... فصل هشتم: موانع مربوط به یک درمان و مداخله مؤثر
۱۶۴	..... مقدمه
۱۶۵	..... (۸-۱) موانع عمومی مربوط به درمان
۱۶۹	..... (۸-۲) محدودیت‌های افراد مریض برای درمان
۱۷۰	..... (۸-۳) موانع درمان مربوط به گروه‌های پرخطر
۱۷۴	..... (۸-۴) موانع در سطح جهانی
۱۷۷	..... خلاصه یافته‌ها

۱۷۹..... منابع

بخش دوم

۱۸۷..... مقدمه

۱۹۴..... کل کشور

۱۹۵..... سازمان پزشکی قانونی کشور

۱۹۸..... معاونت امور اجتماعی و توسعه مشارکت‌های مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری

۱۹۹..... وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت

۲۰۰..... گروه‌های خاص

۲۰۲..... بیمارستان‌ها

۲۰۴..... پایان‌نامه‌ها

۲۰۵..... نمونه‌ای از سطح کشور

۲۰۶..... مطالعه مروری

۲۰۷..... برگرفته‌ها

۲۰۹..... تحلیل آماری داده‌های موجود

۲۱۷..... تفاوت‌های جنسیتی

۲۱۷..... گروه‌های سنی

۲۱۸..... انگیزه

۲۰۹..... منابع فارسی

۲۲۴..... منابع لاتین

۲۲۵..... استان آذربایجان شرقی

۲۲۵..... مقدمه

۲۲۶..... تفاوت‌های جنسیتی

۲۲۶..... گروه‌های سنی

۲۲۷..... اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی

- ۲۲۷.....اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل / مواد
- ۲۲۸.....سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
- ۲۲۸.....وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
- ۲۲۸.....انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت های اجتماعی
- ۲۲۹.....پایگاه اقتصادی- اجتماعی
- ۲۲۹.....اشتغال/ بیکاری
- ۲۲۹.....مشخصه های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
- ۲۲۹.....سطح تحصیلات
- ۲۳۰.....تحلیل آماری داده های موجود
- ۲۳۲.....تفاوت های جنسیتی
- ۲۳۳.....گروه های سنی
- ۲۳۴.....انگیزه
- ۲۳۵.....منابع فارسی
- ۲۳۶.....منابع لاتین
- ۲۳۷.....استان های آذربایجان غربی و اردبیل
- ۲۳۷.....مقدمه
- ۲۳۸.....تفاوت های جنسیتی
- ۲۳۹.....گروه های سنی
- ۲۳۹.....اختلالات و بیماری های روانی و جسمی
- ۲۳۹.....اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل / مواد
- ۲۴۰.....سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
- ۲۴۰.....وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
- ۲۴۰.....انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت های اجتماعی
- ۲۴۱.....پایگاه اقتصادی- اجتماعی

۲۴۱	اشتغال / بیکاری
۲۴۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۲۴۲	سطح تحصیلات
۲۴۲	تحلیل آماری داده‌های موجود در استان آذربایجان غربی
۲۴۴	تفاوت‌های جنسیتی
۲۴۵	گروه‌های سنی
۲۴۶	انگیزه
۲۴۷	تحلیل آماری داده‌های موجود استان اردبیل
۲۴۹	تفاوت‌های جنسیتی
۲۵۰	گروه‌های سنی
۲۵۰	انگیزه
۲۵۱	منابع فارسی
۲۵۳	استان اصفهان
۲۵۳	مقدمه
۲۵۴	تفاوت‌های جنسیتی
۲۵۵	گروه‌های سنی
۲۵۵	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۲۵۵	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۲۵۶	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۲۵۶	خشونت و پرخاشگری
۲۵۶	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۲۵۶	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۲۵۶	اشتغال / بیکاری
۲۵۷	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی

۲۵۷	..... سطح تحصیلات
۲۵۷	..... تحلیل آماری داده‌های موجود
۲۵۹	..... تفاوت‌های جنسیتی
۲۶۰	..... گروه‌های سنی
۲۶۱	..... انگیزه
۲۶۲	..... منابع فارسی
۲۶۳	..... منابع لاتین
۲۶۴	..... استان ایلام
۲۶۴	..... مقدمه
۲۶۶	..... تفاوت‌های جنسیتی
۲۶۷	..... گروه‌های سنی
۲۶۷	..... اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۲۶۸	..... اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۲۶۸	..... سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۲۶۸	..... وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۲۶۸	..... انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۲۶۹	..... پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۲۶۹	..... اشتغال / بیکاری
۲۶۹	..... مشخصات اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۲۷۰	..... سطح تحصیلات
۲۷۱	..... تحلیل آماری داده‌های موجود
۲۷۳	..... تفاوت‌های جنسیتی
۲۷۴	..... گروه‌های سنی
۲۷۵	..... انگیزه

۲۷۶	منابع فارسی
۲۷۷	منابع لاتین
۲۷۸	استان‌های بوشهر و هرمزگان
۲۷۸	مقدمه
۲۷۹	تفاوت‌های جنسیتی
۲۷۹	گروه‌های سنی
۲۸۰	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۲۸۰	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۲۸۰	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۲۸۱	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۲۸۱	اشتغال / بیکاری
۲۸۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۲۸۱	سطح تحصیلات
۲۸۲	تحلیل آماری داده‌های موجود در استان بوشهر
۲۸۴	تفاوت‌های جنسیتی
۲۸۵	گروه‌های سنی
۲۸۶	انگیزه
۲۸۷	تحلیل آماری داده‌های موجود در استان هرمزگان
۲۸۹	تفاوت‌های جنسیتی
۲۹۰	گروه‌های سنی
۲۹۱	انگیزه
۲۹۲	منابع فارسی
۲۹۲	منابع لاتین
۲۹۳	استان تهران

۲۹۳	مقدمه
۲۹۸	تفاوت‌های جنسیتی
۲۹۸	گروه‌های سنی
۲۹۹	نژاد/ قومیت/ مهاجرت
۲۹۹	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۰۰	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۰۱	عوامل بیولوژیکی/ ژنتیک خودکشی
۳۰۱	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۰۲	تروماهای دوران کودکی
۳۰۲	خشونت و پرخاشگری
۳۰۲	وضعیت تأهل/ پدر یا مادر بودن
۳۰۳	انسجام و همبستگی خانوادگی/ سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۰۳	مذهب و تعصب مذهبی
۳۰۴	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۰۴	اشتغال/ بیکاری
۳۰۵	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۰۵	سطح تحصیلات
۳۰۶	عملکرد حافظه سرگذشتی و مسئله گشایی/ سبک‌های مقابله با بحران
۳۰۷	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۰۹	تفاوت‌های جنسیتی
۳۱۰	گروه‌های سنی
۳۱۱	انگیزه
۳۱۲	منابع فارسی
۳۱۹	منابع لاتین

۳۲۰	.....	استان چهارمحال و بختیاری
۳۲۰	.....	مقدمه
۳۲۱	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۳۲۱	.....	گروه‌های سنی
۳۲۱	.....	نژاد/ قومیت/ مهاجرت
۳۲۱	.....	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۲۱	.....	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۲۱	.....	وضعیت تأهل/ پدر یا مادر بودن
۳۲۱	.....	انسجام و همبستگی خانوادگی/ سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۲۲	.....	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۲۲	.....	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۲۲	.....	سطح تحصیلات
۳۲۳	.....	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۲۵	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۳۲۶	.....	گروه‌های سنی
۳۲۷	.....	انگیزه
۳۲۸	.....	منابع فارسی
۳۲۹	.....	استان خراسان
۳۲۹	.....	مقدمه
۳۳۰	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۳۳۱	.....	گروه‌های سنی
۳۳۱	.....	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۳۱	.....	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۳۲	.....	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او

۳۳۲	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۳۳۲	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۳۲	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۳۳	اشتغال / بیکاری
۳۳۳	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۳۴	سطح تحصیلات
۳۳۴	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۳۶	تفاوت‌های جنسیتی
۳۳۷	گروه‌های سنی
۳۳۸	انگیزه
۳۳۹	منابع فارسی
۳۴۰	منابع لاتین
۳۴۱	استان خوزستان
۳۴۱	مقدمه
۳۴۲	تفاوت‌های جنسیتی
۳۴۲	گروه‌های سنی
۳۴۳	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۴۳	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۴۳	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۳۴۳	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۴۳	اشتغال / بیکاری
۳۴۴	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۴۴	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۴۶	تفاوت‌های جنسیتی

۳۴۷	گروه‌های سنی
۳۴۸	انگیزه
۳۴۹	منابع فارسی
۳۴۹	منابع لاتین
۳۵۰	استان زنجان
۳۵۰	مقدمه
۳۵۰	تفاوت‌های جنسیتی
۳۵۰	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۵۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۵۱	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۵۳	تفاوت‌های جنسیتی
۳۵۴	گروه‌های سنی
۳۵۵	انگیزه
۳۵۷	منابع فارسی
۳۵۸	استان سمنان
۳۵۸	مقدمه
۳۵۸	تفاوت‌های جنسیتی
۳۵۸	گروه‌های سنی
۳۵۸	نژاد / قومیت / مهاجرت
۳۶۰	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۶۰	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۳۶۰	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۶۰	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۳۶۰	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی

۳۶۱	اشتغال / بیکاری
۳۶۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۶۱	سطح تحصیلات
۳۶۱	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۶۴	تفاوت‌های جنسیتی
۳۶۵	گروه‌های سنی
۳۶۶	انگیزه
۳۶۷	منابع فارسی
۳۶۸	استان سیستان و بلوچستان
۳۶۸	مقدمه
۳۶۸	تفاوت‌های جنسیتی
۳۶۸	گروه‌های سنی
۳۶۹	نژاد/ قومیت/ مهاجرت
۳۶۹	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۶۹	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۷۰	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۷۰	وضعیت تأهل / پدر و مادر بودن
۳۷۰	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۷۱	مذهب و تعصب مذهبی
۳۷۱	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۷۱	اشتغال / بیکاری
۳۷۱	سطح تحصیلات
۳۷۲	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۷۴	تفاوت‌های جنسیتی

۳۷۴	گروه‌های سنی
۳۷۵	انگیزه
۳۷۷	منابع فارسی
۳۷۸	استان فارس
۳۷۸	مقدمه
۳۷۹	تفاوت‌های جنسیتی
۳۷۹	گروه‌های سنی
۳۸۰	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۸۰	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۸۰	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۸۰	خشونت و پرخاشگری
۳۸۱	وضعیت تأهل/ پدر یا مادر بودن
۳۸۱	انسجام و همبستگی خانوادگی/ سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۸۱	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۸۱	اشتغال/ بیکاری
۳۸۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۸۲	سطح تحصیلات
۳۸۲	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۸۴	تفاوت‌های جنسیتی
۳۸۵	گروه‌های سنی
۳۸۶	انگیزه
۳۸۷	منابع فارسی
۳۸۷	منابع لاتین
۳۸۹	استان قزوین

۳۸۹	مقدمه
۳۸۹	تفاوت‌های جنسیتی
۳۸۹	گروه‌های سنی
۳۸۹	نژاد/ قومیت/ مهاجرت
۳۸۹	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۳۸۹	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۳۸۹	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۳۹۰	خشونت و پرخاشگری
۳۹۰	وضعیت تأهل/ پدر یا مادر بودن
۳۹۱	انسجام و همبستگی خانوادگی/ سایر حمایت‌های اجتماعی
۳۹۱	مذهب و تعصب مذهبی
۳۹۱	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۳۹۱	اشتغال/ بیکاری
۳۹۱	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۳۹۱	سطح تحصیلات
۳۹۱	تحلیل آماری داده‌های موجود
۳۹۴	تفاوت‌های جنسیتی
۳۹۵	گروه‌های سنی
۳۹۵	انگیزه
۳۹۷	منابع فارسی
۳۹۸	استان قم
۳۹۸	تحلیل آماری داده‌های موجود
۴۰۰	تفاوت‌های جنسیتی
۴۰۰	گروه‌های سنی

- ۴۰۱..... انگیزه
- ۴۰۳..... استان کردستان
- ۴۰۳..... مقدمه
- ۴۰۴..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۰۴..... گروه‌های سنی
- ۴۰۵..... نژاد/ قومیت/ مهاجرت
- ۴۰۵..... اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
- ۴۰۵..... سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
- ۴۰۵..... وضعیت تأهل/ پدر یا مادر بودن
- ۴۰۶..... انسجام و همبستگی خانوادگی/ سایر حمایت‌های اجتماعی
- ۴۰۶..... اشتغال/ بیکاری
- ۴۰۶..... مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
- ۴۰۶..... سطح تحصیلات
- ۴۰۷..... تحلیل آماری داده‌های موجود
- ۴۰۹..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۱۰..... گروه‌های سنی
- ۴۱۱..... انگیزه
- ۴۱۲..... منابع فارسی
- ۴۱۲..... منابع لاتین
- ۴۱۳..... استان کرمان
- ۴۱۳..... مقدمه
- ۴۱۴..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۱۵..... گروه‌های سنی
- ۴۱۶..... نژاد/ قومیت/ مهاجرت

۴۱۶	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۴۱۷	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۴۱۸	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۴۱۸	وضعیت تاهل / پدر یا مادر بودن
۴۱۹	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۴۱۹	مذهب و تعصب مذهبی
۴۱۹	پایگاه اقتصادی - اجتماعی
۴۲۰	اشتغال / بیکاری
۴۲۰	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۴۲۱	سطح تحصیلات
۴۲۱	تحلیل آماری داده‌های موجود
۴۲۴	تفاوت‌های جنسیتی
۴۲۴	گروه‌های سنی
۴۲۵	انگیزه
۴۲۷	منابع فارسی
۴۲۹	منابع لاتین
۴۳۰	استان کرمانشاه
۴۳۰	مقدمه
۴۳۲	تفاوت‌های جنسیتی
۴۳۲	گروه‌های سنی
۴۳۳	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۴۳۳	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۴۳۳	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۴۳۳	وضعیت تاهل / پدر یا مادر بودن

- ۴۳۴..... انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
- ۴۳۴..... مذهب و تعصب مذهبی
- ۴۳۴..... پایگاه اقتصادی- اجتماعی
- ۴۳۴..... اشتغال / بیکاری
- ۴۳۵..... مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
- ۴۳۵..... سطح تحصیلات
- ۴۳۵..... بازخوانی حافظه سرگذشتی و مسئله گشایی / سبک‌های مقابله با بحران
- ۴۳۶..... تحلیل آماری داده‌های موجود
- ۴۳۸..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۳۹..... گروه‌های سنی
- ۴۳۹..... انگیزه
- ۴۴۱..... منابع فارسی
- ۴۴۲..... منابع لاتین
- ۴۴۳..... استان کهگیلویه و بویراحمد
- ۴۴۳..... مقدمه
- ۴۴۳..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۴۴..... گروه‌های سنی
- ۴۴۴..... وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
- ۴۴۴..... انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
- ۴۴۴..... پایگاه اقتصادی- اجتماعی
- ۴۴۵..... اشتغال / بیکاری
- ۴۴۵..... مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
- ۴۴۵..... سطح تحصیلات
- ۴۴۵..... تحلیل آماری داده‌های موجود

۴۴۸	تفاوت‌های جنسیتی
۴۴۹	گروه‌های سنی
۴۵۰	انگیزه
۴۵۱	منابع فارسی
۴۵۱	منابع لاتین
۴۵۲	استان گلستان
۴۵۲	مقدمه
۴۵۲	تفاوت‌های جنسیتی
۴۵۳	گروه‌های سنی
۴۵۳	نژاد / قومیت / مهاجرت
۴۵۳	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۴۵۳	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۴۵۳	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۴۵۳	مذهب و تعصب مذهبی
۴۵۴	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۴۵۴	اشتغال / بیکاری
۴۵۴	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۴۵۴	سطح تحصیلات
۴۵۴	تحلیل آماری داده‌های موجود
۴۵۷	تفاوت‌های جنسیتی
۴۵۷	گروه‌های سنی
۴۵۷	انگیزه
۴۵۹	منابع فارسی
۴۶۰	استان گیلان

۴۶۰	.....	مقدمه
۴۶۰	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۴۶۱	.....	گروه‌های سنی
۴۶۱	.....	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۴۶۱	.....	اختلالات سوء مصرف دارو/ الکل/ مواد
۴۶۲	.....	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۴۶۲	.....	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۴۶۲	.....	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۴۶۲	.....	پایگاه اقتصادی- اجتماعی
۴۶۳	.....	اشتغال/ بیکاری
۴۶۳	.....	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۴۶۳	.....	سطح تحصیلات
۴۶۳	.....	تحلیل آماری داده‌های موجود
۴۶۶	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۴۶۶	.....	گروه‌های سنی
۴۶۷	.....	انگیزه
۴۶۹	.....	منابع فارسی
۴۷۰	.....	استان لرستان
۴۷۰	.....	مقدمه
۴۷۱	.....	تفاوت‌های جنسیتی
۴۷۱	.....	گروه‌های سنی
۴۷۱	.....	نژاد / قومیت / مهاجرت
۴۷۲	.....	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۴۷۲	.....	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی

- ۴۷۲..... پایگاه اقتصادی - اجتماعی
- ۴۷۲..... اشتغال / بیکاری
- ۴۷۲..... مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
- ۴۷۳..... سطح تحصیلات
- ۴۷۳..... تحلیل آماری داده‌های موجود
- ۴۷۶..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۷۷..... گروه‌های سنی
- ۴۷۸..... انگیزه
- ۴۷۹..... منابع فارسی
- ۴۸۰..... استان مازندران
- ۴۸۰..... مقدمه
- ۴۸۱..... تفاوت‌های جنسیتی
- ۴۸۲..... گروه‌های سنی
- ۴۸۲..... نژاد / قومیت / مهاجرت
- ۴۸۳..... اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
- ۴۸۴..... اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
- ۴۸۴..... سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
- ۴۸۴..... خشونت و پرخاشگری
- ۴۸۵..... وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
- ۴۸۵..... انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
- ۴۸۶..... مذهب و تعصب مذهبی
- ۴۸۷..... پایگاه اقتصادی - اجتماعی
- ۴۸۷..... اشتغال / بیکاری
- ۴۸۸..... مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی

۴۸۸	سطح تحصیلات
۴۸۹	تحلیل آماری داده های موجود
۴۹۱	تفاوت های جنسیتی
۴۹۲	گروه های سنی
۴۹۳	انگیزه
۴۹۴	منابع فارسی
۴۹۵	منابع لاتین
۴۹۶	استان مرکزی
۴۹۶	مقدمه
۴۹۶	تفاوت های جنسیتی
۴۹۷	گروه های سنی
۴۹۷	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۴۹۷	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۴۹۷	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۴۹۸	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت های اجتماعی
۴۹۸	اشتغال / بیکاری
۴۹۸	مشخصه های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۴۹۸	سطح تحصیلات
۴۹۹	تحلیل آماری داده های موجود
۵۰۱	تفاوت های جنسیتی
۵۰۲	گروه های سنی
۵۰۳	انگیزه
۵۰۴	منابع فارسی
۵۰۵	استان همدان

۵۰۵	مقدمه
۵۰۵	تفاوت‌های جنسیتی
۵۰۵	گروه‌های سنی
۵۰۶	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۵۰۶	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۵۰۶	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۵۰۷	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۵۰۷	تحلیل آماری داده‌های موجود
۵۰۹	تفاوت‌های جنسیتی
۵۱۰	گروه‌های سنی
۵۱۱	انگیزه
۵۱۳	منابع فارسی
۵۱۴	استان یزد
۵۱۴	مقدمه
۵۱۴	تفاوت‌های جنسیتی
۵۱۵	گروه‌های سنی
۵۱۵	اختلالات و بیماری‌های روانی و جسمی
۵۱۵	اختلالات سوء مصرف دارو / الکل / مواد
۵۱۶	عوامل بیولوژیکی / ژنتیک خودکشی
۵۱۶	سابقه اقدام قبلی توسط فرد یا خانواده او
۵۱۶	خشونت و پرخاشگری
۵۱۶	وضعیت تأهل / پدر یا مادر بودن
۵۱۶	انسجام و همبستگی خانوادگی / سایر حمایت‌های اجتماعی
۵۱۶	اشتغال / بیکاری

۵۱۷.....	مشخصه‌های اجتماع: شهری در مقابل روستایی
۵۱۷.....	سطح تحصیلات
۵۱۷.....	تحلیل آماری داده‌های موجود
۵۲۰.....	تفاوت‌های جنسیتی
۵۲۱.....	گروه‌های سنی
۵۲۲.....	انگیزه
۵۲۳.....	منابع فارسی
۵۲۳.....	منابع لاتین
۵۲۴.....	یافته‌ها و پیشنهادات
۵۲۸.....	پیوست ۱
۵۹۰.....	پیوست ۲
۶۵۶.....	پیوست ۳

مقدمه

مقدمه

اپیدمیولوژی را می‌توان دانشی قلمداد نمود که به مطالعه چگونگی توزیع و دلایل بروز بیماری‌ها و آسیب‌ها در جامعه بشری می‌پردازد و سعی می‌نماید که با بهره‌گیری از نتایج مطالعات به عمل آمده، راهکارهای علمی و عملی در جهت حل مشکلات بهداشتی جوامع ارائه کند [۱]. بر اساس این تعریف، بخشی از این دانش که به چگونگی توزیع بیماری‌ها و آسیب‌ها می‌پردازد، اپیدمیولوژی توصیفی نامیده می‌شود و بخش دیگر که به دلایل بروز چنین توزیعی می‌پردازد، اپیدمیولوژی تحلیلی گفته می‌شود. این دو شاخه از مطالعات اپیدمیولوژیک اگرچه دارای اهداف و شیوه‌های متفاوت هستند اما کاملاً به یکدیگر مرتبط بوده و لازم و ملزوم یکدیگرند [۲].

نخستین گام در مطالعات اپیدمیولوژی متعلق به بخش توصیفی آن است که در آن به چگونگی توزیع یک بیماری خاص و بر اساس سه عامل شخص، زمان و مکان پرداخته می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که توزیع اغلب بیماری‌ها و آسیب‌ها در گروه‌های سنی مختلف، در دو جنس، در میان طبقات اجتماعی-اقتصادی، مشاغل مختلف، نژادهای گوناگون و حتی مکان‌ها و زمان‌های گوناگون متفاوت است. بر این پایه اشخاص در درجات مختلفی از استعداد ابتلا به بیماری‌های مختلف قرار دارند. بنابراین اگر توزیع بیماری‌ها بر اساس عوامل فوق تدوین گردد، راه برای تدوین فرضیه‌های سبب‌شناسی هموار می‌گردد [۵].

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان [۴] و سومین علت منجر به مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است [۶]. بررسی موارد اقدام به خودکشی نیز اهمیت دارد. زیرا ۳۰ تا ۶۰ درصد از افرادی که موفق به خودکشی می‌شوند سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و ۱۰ تا ۴۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در نهایت خود را می‌کشند [۷ و ۹]. در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شد که سابقه اقدام به خودکشی، احتمال خودکشی را تا ۴۰ برابر بیش‌تر از افراد عادی افزایش می‌دهد [۳].

خودکشی تحت تأثیر چندین عامل است. عوامل داخلی که در سطح فردی عمل می‌کند (شامل صفات شخصیتی، اختلالات روان‌پزشکی، عوامل بیولوژیک و ژنتیک) و عوامل خارجی یا محیطی که ناشی از تأثیر محیط روی فرد است (از قبیل: اختلافات خانوادگی، مشکلات کاری، تحقیر اجتماعی و ...). افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به افرادی که موفق به خودکشی می‌شوند در جنبه‌های مختلفی از قبیل جنس، سن، عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی متفاوت هستند.

به علاوه روند خودکشی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته، نیز به دلیل وجود تفاوت‌های فاحش اقتصادی، فرهنگی - اجتماعی یکسان نیست [۸]. بنابراین هر کشور باید قبل از انجام هر گونه اقدام پیشگیرانه، ابتدا بررسی جامعی بر روی عوامل خطر و پیشگیری کننده و روند خودکشی در جوامع مختلف کشور خود انجام دهد، سپس راهبردهایی جامع‌نگر، عملی و ارزان برای کاهش میزان خودکشی طرح‌ریزی نماید.

این پژوهش در همین راستا به گردآوری اطلاعات موجود، ارزیابی کلی آن در جامعه بین‌الملل (در حد مقدماتی) و ایران و با توجه به جایگاه خالی آن، در دو بخش جداگانه می‌پردازد. بخش اول شامل مرور بر ادبیات و مطالعات انجام گرفته در مورد پدیده خودکشی و در سطح بین‌الملل می‌باشد. در این بخش، ابتدا ضمن پرداختن به آشنایی مقدماتی با مقوله خودکشی و اهمیت و بزرگی مسئله، نظر به این‌که مداخلات پیشگیرانه و درمانی رفتارهای خودکشی گرایانه مبتنی بر کاهش عوامل خطر آفرین و افزایش عوامل محافظت کننده می‌باشند، عوامل و موفقیت‌های خطر آفرین که وجود آن‌ها احتمال بروز خودکشی را افزایش می‌دهند مورد بررسی قرار می‌گیرند. در انتها در فصول ۷ و ۸ و به صورت اختصار به راه‌های پیشگیری موانع مربوط به یک درمان و مداخله مؤثر اشاره شده است.

بخش دوم این پژوهش در راستای گردآوری اطلاعات موجود و ارزیابی کلی آن در جامعه ایران اختصاص دارد. برای شناسایی بررسی‌های انجام شده و بازبینی یافته‌های گزارش شده، گزارشات رسمی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مقالات چاپ شده در مجله‌های علمی داخلی و

خارجی و پایان‌نامه‌های ثبت شده، ثبت و بازنگری شدند. معیار اولیه گزینش تحقیقات فوق، ارتباط آن‌ها به پدیده خودکشی در ایران بوده است. مهم‌ترین محدودیت این بخش از تحقیق، نبود ارزیابی‌های سیستماتیک مشترک با اطلاعات گسترده است. بکارگیری روش‌های متفاوت ارزیابی، نبود معیارهای شخص و تعریف شده در بررسی‌ها، کمبود اطلاعات یک دست و گوناگون بودن جمعیت‌های مورد بررسی (خودسوزی، خودکشی، اقدام به خودکشی و ...) از دیگر محدودیت‌های این بخش به شمار می‌روند. بنابراین بکارگیری معیارهای ورودی معین و در نظر گرفتن اطلاعات جامع‌تر در این زمینه در بررسی‌های آینده، می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری را به دست دهد. در قسمت تحلیل داده‌ها ارائه پیشنهادات عملی منوط به داشتن اطلاعات کافی (نظیر سن، جنس، منطقه سکونت، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، درآمد، روش خودکشی، سابقه خودکشی و ...) از افراد خودکشی می‌باشد. حال آن‌که نتایج این قسمت صرفاً متکی بر میزان‌های خودکشی، استان سکونت، جنس و گروه سنی بوده است.

1. Gordis L. Epidemiology. USA: W.B. Saunders Company, 2004.
2. Greenberg R.S., Daniels S.R., Flanders W.D., Eley J.W., Boring J.R. Medical Epidemiology. USA: McGraw-Hill Companies, Inc., 2001.
3. Hawten K., Fagg J. Suicide and Other Causes of Death Following Attempted Suicide. Br J Psychiatry 1988; 152: 259-266.
4. Krug E., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. (eds). World Report on Violent and Health Geneva; World Health Organization, 2002.
5. Macmahon B., Trichopoulos S.D. Epidemiology Principles and Methods. USA: Little Brown and Company, 1996.
6. Mann J.J. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. Ann Intern Med 2002; 136: 302-311.
7. Nordstrom P., Samuelsson M., Asberg M. Survival Analysis of Suicide Risk after Attempted Suicide. Acta Psychiatry Scand 1995; 91: 336-340.
8. Phillips M. Suicide Prevention in Developing Countries: Where should we start? World Psychiatry 2004; 3 (3): 156-157.
9. Tejedor M.C., Diaz A, Castilln J.J., Pericay J.M. Attempted Suicide: Repetition and Survival Finding of a Follow up Study. Acta Psychiatry Scand 1999; 100: 205-211.

بخش اول

فصل اول: آشنایی مقدماتی با مقوله خودکشی

مقدمه

در سال‌های اخیر شاهد هستیم که جامعه بین‌المللی به صورت فزاینده‌ای به گستره، وسعت و همچنین مسئولیت‌های خود در مورد پدیده خودکشی توجه می‌نماید. یکی از دلایل این توجه ارائه آمارهای مرتبط با خودکشی توسط کشورهای جهان می‌باشد. برآوردی که در سال ۲۰۰۴ توسط سازمان جهانی بهداشت به عمل آمد حاکی از خودکشی موفق یک میلیون نفر در سال می‌باشد. البته تعداد واقعی خودکشی‌ها مطمئناً از این تعداد بیش‌تر است. تعداد مذکور از جمع تعداد فوت شدگان به سبب دیگر کشی و جنگ‌ها در هر سال بیش‌تر می‌باشد. در بیش‌تر کشورهای اروپایی تعداد مرگ‌های ناشی از خودکشی از تعداد فوت شدگان در تصادفات جاده‌ای بیش‌تر است. نرخ خودکشی برای کشورهای مختلف به طور معنی‌داری با هم متفاوت است. به طوری که این نرخ در کشورهای اروپایی و بعضی از کشورهای آسیایی بیش‌تر است. از کشورهای آسیایی می‌توان به سریلانکا و چین اشاره کرد. کشورهای آمریکای لاتین و برخی از کشورهای مسلمان به طور نسبی دارای نرخ خودکشی کمتری می‌باشند. در اروپا کشورهای شمالی دارای نرخ خودکشی بیش‌تر و کشورهای حاشیه‌ای مدیترانه دارای نرخ خودکشی کمتری می‌باشند. در مورد کشورهای آفریقایی اطلاعات نسبتاً کمی در دست است. در مورد نرخ خودکشی در مردان و زنان تفاوت اساسی وجود دارد به طوری که این نرخ برای مردان خیلی بیش‌تر است. البته این روند در مورد مناطق حاشیه‌ای و روستایی چین صادق نبوده و برعکس نرخ خودکشی زنان از مردان بیش‌تر است. در بسیاری از کشورها نرخ خودکشی با افزایش سن افزایش می‌یابد. اگر چه مشکلات ناشی از خودکشی و همچنین سال‌های از دست رفته در جوانان بیش‌تر می‌باشد.

در سه دهه گذشته به طور مشخص نرخ خودکشی در جوانان خصوصاً در مردان جوان رو به افزایش بوده است. این روند در کشورهایی چون آمریکا، نیوزیلند، استرالیا و بعضی از کشورهای اروپایی

گزارش شده است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۵۰ بانک اطلاعاتی در مورد کشورهای جهان را افتتاح نمود. که در آن انواع مرگ و میر به خصوص خودکشی در آن ثبت و نشر می‌گردد. از آن سال حدوداً ۱۱ کشور اطلاعات خود را در مورد خودکشی در اختیار این بانک قرار داده‌اند. در سال ۱۹۸۰، ۵۰ و در سال ۱۹۸۴، ۷۰ و امروزه ۱۰۰ کشور اطلاعات خود را در اختیار این بانک می‌گذارند. البته به نظر می‌رسد بانک خودکشی این سازمان، از مناطقی مانند آفریقا، جنوب شرقی آسیا و خاورمیانه گزارش‌های دقیقی را در یافت نمی‌نماید. بیش‌ترین خودکشی‌های جزیره‌ای در کوبا، ژاپن، ماروسیوس و سریلانکا گزارش می‌شود. از سال ۱۹۵۰ سازمان بهداشت جهانی آمار خودکشی خود را بر مبنای، "هر یک صد هزار نفر" اعلام کرد و میزان مرگ و میر هر کشور و خودکشی در آن کشور هر پنج سال یک بار ثبت می‌شود. از سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۵ این سازمان افزایش ۳۳ تا ۴۴ درصدی خودکشی را بین زنان و مردان اعلام کرده است.

میزان خودکشی، به اندازه جمعیت کشورها نیز وابسته است. به این معنا که ۳۰ درصد خودکشی‌های جهان در چین و هندوستان اتفاق می‌افتد، در صورتی که میانگین خودکشی در چین با میانگین جهانی مطابقت دارد و در هندوستان نصف میانگین جهانی است. اما با توجه به بالا بودن جمعیت در هندوستان، میزان خودکشی در این کشور رتبه دوم جهانی را دارا است، و معادل تعداد کل خودکشی‌ها در چهار کشور اروپایی، شامل آلمان، روسیه، اکراین و فرانسه است. خودکشی در کشورهایی که مذهب آن‌ها این عمل را ممنوع کرده فوق‌العاده کمتر است. مثلاً در کشورهای مسلمان، آمار خودکشی نزدیک به صفر اعلام شده است (۰/۱ در هر یک صد هزار نفر). بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی و بر اساس روند موجود در سال ۲۰۲۰ سالانه ۱/۵۳ میلیون نفر در جهان خودکشی موفق خواهند داشت. بر این اساس می‌توان گفت که در هر ۱۵ ثانیه یک مرگ ناشی از خودکشی و هر یک یا دو ثانیه یک اقدام به خودکشی را خواهیم داشت.

۱-۱) تعاریف

خلاء تعاریف قابل قبول از پدیده خودکشی و رفتارهای خودکشی گرایانه در سطح بین‌المللی یکی از مشکلات موجود و یکی از دلایل عدم پیشرفت در این حوزه تلقی می‌گردد. تعاریف ارائه شده در این بخش بیش‌تر برای راهنمایی خواننده ارائه گردیده تا در برخورد با واژگان استفاده شده، فهم بهتری از مطالب ارائه شده داشته باشد.

- خودکشی موفق: خودکشی را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود که به مرگ منتهی می‌گردد تعریف نمود. توصیف چند محوری آن شامل روش، مکان، انگیزه، تشخیص و جمعیت شناختی خواهد بود.

- اقدام به خودکشی: اقدام به خودکشی را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود که به مرگ منتهی نمی‌شود تعریف نمود. مشاهده خواهد شد که در این طرح گاهی واژه خودکشی ناموفق نیز معادل با اقدام به خودکشی بکار رفته است.

- خودکشی: منظور از خودکشی در طول این طرح، هم خودکشی موفق و هم اقدام به خودکشی است. به عبارت دیگر موارد خودکشی شامل مجموع موارد خودکشی موفق و اقدام به خودکشی می‌باشد.

- نرخ خودکشی: برای محاسبه نرخ خودکشی از فرمول "نرخ = (تعداد موارد خودکشی / جمعیت) ۱۰۰۰۰۰" استفاده شده است. این رقم در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت اعلام می‌شود.

- افراد خودکشی: در این طرح، منظور از واژه افراد خودکشی، مجموع کل افراد اقدام کننده به خودکشی و نیز کسانی است که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند.

- تفکر خودکشی گرایانه: تفکراتی که منجر به خودکشی یا آزار خود می‌گردند (دفعات، انگیزه، دوره زمانی این تفکرات در تشخیص میزان جدیت این تفکرات مفید است).

- رفتارهای خودکشی گرایانه: به کلیه رفتارهای مرتبط با خودکشی موفق، اقدام به خودکشی، ایده‌های خودکشی گرایانه و پیام‌ها و نشانه‌ها گفته می‌شود.
- گروه‌های در معرض خطر بیشتر: به گروه‌هایی خطاب می‌شود که دارای نرخ خودکشی بیش‌تری از نرخ میانگین می‌باشند.
- پیام‌ها و نشانه‌های خودکشی گرایانه: هرگونه توصیف مستقیم و غیر مستقیم ایده و یا قصد خودکشی گرایانه که در جهت آزار و یا کشتن خود به صورت کلامی، نوشتاری، کارهنری و یا از طریق دیگر از شخص بروز داده می‌شود. هر قدر که موضوع با جدیت بیش‌تر و روشن‌تر مطرح شود پیام‌های خودکشی جدی‌تر خواهد بود. تهدید به خودکشی خود یک پیام خودکشی گرایانه تلقی می‌شود. البته در برخی از مواقع برای تغییر نظر و رفتار دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد.

۲-۱) گفتاری چند در اهمیت موضوع

به رغم تاریخی نسبتاً طولانی و همچنین دردها و آلام فراوانی که پدیده خودکشی علت اصلی آن تلقی می‌گردد و شناخت بیش‌تری که در سایه تحقیقات حاصل شده خودکشی هنوز یکی از علل مرگ است که سالانه ده‌ها هزار نفر را به کام مرگ فرو می‌کشد و متأسفانه این روند به طور افزایشی ادامه دارد. ضرورت تعیین رهیافت‌هایی مبتنی بر تحقیقات علمی در مورد پیشگیری، درمان و نیز شناخت بیش‌تر این پدیده چند گانه ضرورتی بین‌المللی تلقی می‌گردد. با آن که تخصص خودکشی شناسی خود به عنوان یک رشته علمی مطرح است ولی رهیافت‌های کشورهای عمدتاً توسط جمعی از افراد شامل خودکشی شناسان، به علاوه متخصصین حوزه علم اعصاب (تشریح اعصاب، شیمی اعصاب، دارو شناسی اعصاب)، ژنتیک، همه‌گیر شناسی، جامعه شناسی، انسان شناسی (مردم شناسی)، روانشناسی، روان‌پزشکی و تداخلات اجتماعی تهیه می‌گردد. در این گونه رهیافت‌ها عمدتاً به موارد زیر پرداخته می‌شود.

۱. ارزیابی علمی سبب شناسی خودکشی، شامل مؤلفه‌های شناختی، عاطفی، رفتاری، جامعه شناسی، همه‌گیر شناسی، ژنتیک، اپی‌ژنتیک و زیست شناسی اعصاب. این ارزیابی شامل آسیب پذیری گروه‌های خاص (مثلاً نژادی) و گروه‌های سنی خاص می‌باشد.

۲. ارزیابی وضعیت موجود، پیشگیری اولیه و ثانویه شامل عوامل خطر، عوامل حفاظتی، و موضوعات مربوط به سرایت، مدنظر قرار دادن نوع خودکشی و دسترسی به روش‌های آن و همچنین فراهم بودن مداخلات اضطراری.

۳. رهیافت‌های مرتبط با مطالعه خودکشی شامل در هم آمیختگی اصول اخلاقی مربوطه و آزمون دارویی افراد متمایل به خودکشی، دسته‌بندی‌های موجود خودکشی و رفتارهای خودکشی گرایانه، شاخص‌های رفتاری که توسط آن خطر و حاصل آن ارزیابی می‌شود و روش‌های آماری.

۴. جمع‌بندی‌های مربوط به شکافت‌های شناختی، فرصت‌های تحقیقاتی و رهیافت‌های مربوط به پیشگیری‌های خودکشی.

۵. خودکشی‌های همراه با مساعدت.

۶. خودکشی‌هایی که در مواجهه با امراض لاعلاج و دردهای مزمن مطرح است.

۳-۱) پدیده خودکشی با نگاهی تاریخی

هیچ دوره‌ای از تاریخ بشر را نمی‌توان یافت که موارد خودکشی در آن ثبت نشده باشد. عواملی که در هزاره گذشته به عنوان علت خودکشی به ثبت رسیده به نحو چشمگیری همان عواملی است که در مطالعات علمی و فرهنگی غرب تحت عناوین امراض روحی لاعلاج، مرگ و از دست دادن عزیزان، ترس از تحقیر و نابسامانی اقتصادی از آن‌ها یاد می‌گردد. در هندوستان و در عهد باستان بر اثر نفوذ اندیشه‌های برهمن افراد در جشن‌ها در جست و جوی "نیروانا" دست به خودکشی می‌زدند. تا اواخر قرن نوزدهم خودکشی زن بیوه پس از مرگ شوهرش در بسیاری از نقاط اجباری و پذیرفته شده بود.

در باور بودایی زندگی نه تنها شیرین نیست بلکه آکنده از رنج و محنت است و عدم نوعی رهایی محسوب می‌شود. این باور در طی قرون وارد ادیان دیگری مانند مسیحیت شد. مطابق آیین هندو و تأثیر آیین برهمنی بر هندوستان باستان خردمندانی که در جست و جوی کمال و وصال جاویدان بودند برای رها شدن از همه دردها و با ورود به عالم فنای مطلق در خلال جشن‌های مذهبی به کرات دست به خودکشی می‌زدند.

در چین و تبت و در عهد باستان افراد به دو دلیل خودکشی می‌کرده‌اند: یکی برای گریز از تقابل با دشمن و دیگری برای تعالی معنوی. در این مناطق خودکشی به صورت گروهی نیز انجام می‌شده است. در مصر باستان خودکشی را رهایی از قید و بندها و مشکلات می‌دانستند. در ژاپن بعضی از موبدان به هنگام نیایش برای پیوستن به خدایان جان خود را دریغ نمی‌کردند. اصل شرافت مردان را به دریدن شکم خود وا می‌داشت که در قرون اخیر نیز ادامه یافته و "هاراگیری" ژاپنی با نوعی خودکشی تشریفاتی پس از شکست نظامی برای اجتناب از اسارت و خفت و شکنجه خود را از بین می‌بردند. در یونان خودکشی کیفر داشت و جسد فردی که خودکشی می‌کرده را از گور محروم می‌کرده‌اند و با بریدن دست راست جسد، آن را به نوعی کیفر می‌دادند.

در دوره استحال امپراطوری روم تعداد خودکشی‌ها در بین بردگان و کسانی که از چشم امپراطور افتاده بودند افزایش یافت. این افزایش را می‌توان تحت تأثیر شاعر خودکشی، فیلسوف معروف لوگن دانست. در فلسفه اسلامی ایمان به معاد و زندگی جاوید از اصول جهان بینی است. مرگ در اسلام به معنی نیستی و نابودی نیست بلکه انتقال از عالمی به عالم دیگر است و آنچه انسان در لحظه مرگ تحویل می‌دهد نفس یا روح است که معیاری از شخصیت او محسوب می‌شود. انسان مالک جسم خویش نیست و به خداوند تعلق دارد.

در گذشته خودکشی در تمام جوامع یهودی، مسیحی و مسلمان جرم محسوب می‌شد. جسد افراد خودکشی کننده مورد بی‌احترامی قرار می‌گرفت، از انجام مراسم مذهبی در مورد آنان خودداری و

گاهی کلیه اموالشان مصادره می‌شد. سن لویی و لویی نهم نخستین مجازات غیر مذهبی را در مورد خودکشی برقرار ساختند. به نحوی که علی‌رغم فقر اجتماعی آن زمان خودکشی در طی قرون ۵ تا ۱۱ کاهش یافت. امیل دورکهم سال‌ها بعد بیان کرد که کاتولیک‌ها به علت آموزه‌های مذهبی سختگیرانه و حمایت‌های مذهبی بیش‌تری که از آن برخوردار بودند کمتر از پروتستان‌ها خودکشی می‌کرده‌اند، و خاطر نشان کرد که مذهب به دلیل حمایت اجتماعی از افراد می‌تواند عامل بازدارنده در ارتکاب به خودکشی باشد. اما وان پوپل با فرضیات دورکهم در این زمینه مخالف بود و اعتقاد داشت که میزان خودکشی کاتولیک‌ها و پروتستان‌ها با یکدیگر قابل مقایسه نمی‌باشند به طوری که مأموران دولتی خودکشی کاتولیک‌ها را مخفی نگه می‌داشتند و آن‌ها را در مقوله‌هایی مثل مرگ‌های ناشناخته و مرگ‌های اتفاقی طبقه‌بندی می‌کردند. با توجه به جوان بودن جمعیت کاتولیک مذهب، میزان کلی خودکشی در بین کاتولیک‌ها به مراتب بیش‌تر از پروتستان‌هاست و برای مقایسه بهتر باید تفاوت‌های جمعیت شناختی را مد نظر قرار داد.

آموزه‌های دینی با ایجاد مجموعه نگرش‌های مثبت روان‌شناختی ممکن است عامل بازدارنده‌ای در ارتکاب به خودکشی باشند، ولی به هر صورت در گذران سده‌های حکومت مسیحیت بر اروپا، خودکشی گناه کبیره به حساب می‌آمد و به ندرت کسی مرتکب آن می‌شده و برعکس در میان گل‌ها و ژرمن‌ها خودکشی مذهبی فراوان بود. به طوری که در پایان مهمانی‌ها و جشن‌های مذهبی خودکشی فراوان دیده می‌شده است. بیوه زنان بر سر نعش شوهر خودکشی می‌کرده‌اند. و گل‌ها معمولاً مرگ را به بردگی مهاجمان رومی ترجیح می‌دادند. برعکس قرون ۵ تا ۱۱ میلادی، خودکشی در فواصل قرون ۱۲ تا ۱۳ افزایش چشمگیری یافت. فرقه "کاتارها" در فرانسه بعضی از اعضای خود را به خودکشی بر می‌انگیختند و خودکشی کننده را انسان کامل می‌نامیدند و نقش صورت آن‌ها را با حکاکی روی چوب در میادین نصب می‌کردند. از دوره رنسانس تا دوره اصلاح مذهبی و انقلاب فرانسه از نو، هواخواهانی برای خودکشی پیدا شد. اما پس از آن کشیش مارتین لوتر و کالوین که اصلاح‌کنندگان دینی بودند در