

بررسی علل و عوامل خودکشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

کد مقاله: ۲۴۶۳۱

معصومه فلاحی چماچار^۱

چکیده

خودکشی عملی است آگاهانه و هدفمند که به منظور آسیب رساندن به خود انجام می‌شود و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت اجتماعی و یکی از ده علت اصلی مرگ در جهان شناخته می‌شود. بیشتر اوقات شخص در شرایط سخت زندگی احساس می‌کند که نمی‌تواند با مشکلات روبرو شود. در این شرایط شخص به آینده امید نداشته و مرگ را به‌اشتباه یک راه‌حل تصور می‌کند. از جمله عوامل اقدام به خودکشی می‌توان به اختلالات روانپزشکی، عوامل اجتماعی، روانشناختی و عوامل ژنتیکی اشاره کرد. خودکشی معضلی جهانی است که اغلب از سوی سیاست‌گذاران نادیده گرفته می‌شود به طوری که بسیاری از کشورها فاقد راهبردی جامع برای پیشگیری از خودکشی هستند. راهبردهای پیشگیری از خودکشی باید بر کنترل عوامل خطر استوار باشند. بنابراین مداخلاتی که به کاهش و اقدام مجدد به خودکشی منجر شوند می‌توانند محور راهبردهای پیشگیری از خودکشی قرار گیرند.

واژگان کلیدی: خودکشی، روانشناسی، درمان، بالینی، بهداشت اجتماعی.

۱- دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران.

۱- مقدمه

خودکشی^۱ شاید غم‌انگیزترین روش ختم زندگی یک فرد محسوب شود. رنج ناشی از آن غیر قابل بیان است و سبب می‌شود اعضای خانواده، دوستان و همکاران با فقدان عمیق و احساس گناه مواجه شوند (امیری نژاد و همکاران، ۲۰۱۲). خودکشی اقدامی است جهت خاتمه دادن به زندگی خود، که با آگاهی از نتیجه بالقوه مهلک آن توسط شخص آغاز و انجام می‌شود و ممکن است به مرگ منجر شود یا غیرکننده باشد (دی لئو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). براساس تعریف سازمان سلامت جهان، اقدام به خودکشی^۳ اصطلاحی است که در آن شخص به طور عمد و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی مثل صدمه به خود یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است (مرادی و همکاران، ۲۰۱۱). این واقعیت جهان امروز است که هر ساله تعداد افراد زیادی در جهان جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند، عاملی که باعث شده در سال ۲۰۱۷ خودکشی به عنوان دومین علت اصلی مرگ و میر برای افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله در جهان و مانعی بزرگ بر سر راه سلامت روان اعضای جامعه تبدیل شود (کرتین و هرون^۴، ۲۰۱۹). هزینه اقدام به خودکشی تنها از دست دادن زندگی نیست، چرا که این اقدام فشار روانی بسیاری را بر اعضای خانواده و دوستان فرد تحمیل می‌کند و علاوه بر این هزینه‌هایی را نیز به منابع عمومی وارد می‌کند به این صورت که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیازمند دریافت کمک از جانب موسسات مراقبت بهداشتی و روانی هستند (گوین و آپتر^۵، ۲۰۱۲). بروز خودکشی طی سال‌های اخیر روند فزاینده‌ای را به خود گرفته است که نه تنها موجب افزایش تنش و نگرانی در بین جوامع گردیده است، بلکه کل جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است. این افزایش در آغاز هزاره سوم به حدی نگران‌کننده بوده که سازمان جهانی بهداشت و انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی، روز دهم سپتامبر را به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نامگذاری کرده است (معماری و همکاران، ۱۳۸۵). مطالعات مربوط به خودکشی طیف رفتار خودکشی را بررسی می‌کنند که دارای دامنه‌ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است. بنا به تعریف، افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و یا این که افکار خودکشی به عنوان یک پاسخ مثبت به این سؤال است که آیا شما فکر گرفتن زندگی خود را دارید؟ حتی اگر شما واقعاً نخواهید این کار را انجام دهید. خودکشی موفق نیز عبارت است از گرفتن جان خویش به دست خویشتن، در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی تلقی می‌گردد (علیزاده اصلی و همکاران، ۱۳۹۰).

۲- عوامل و علائم خودکشی

خودکشی یک تصمیم پیچیده است و عوامل متعددی در آن دخیل است. از جمله عواملی که به نظر می‌رسد مرتبط با افزایش خطر خودکشی باشند عبارتند از: افسردگی، ناامیدی، بدبینی، نقص در حل مسأله، تحریف‌های شناختی، سبک اسنادی و نگرش‌ها یا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. همچنان که این عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری خودکشی هستند، به عنوان اهداف مفیدی برای مداخله بالینی نیز هستند. برخی از عوامل مثلاً افسردگی به نظر می‌رسد پیش‌بینی‌کننده ثابت و نسبتاً خوب رفتار خودکشی باشد. عوامل دیگری ممکن است واقعاً همایند افسردگی و خودکشی باشند (فرجی و همکاران، ۱۳۹۴).

به طور کلی عوامل مربوط به سبب‌شناسی خودکشی عبارتند از:

۱- عوامل زیست‌شناختی که محور بحث آن اشکال در تعادل شیمیایی است؛

۲- عوامل روانشناختی که بر درک خودکشی و تعاریف پویایی‌های درون‌روانی، بین‌فردی

۳- رویکردهای رفتاری و شناختی

که در تبیین خودکشی تأکید دارد و عوامل جامعه‌شناختی که به تأثیر گروه‌های سهیم در خودکشی مربوط می‌شوند (فورتیناش و پاتریشا^۶، ۱۳۸۹).

عمده‌ترین عوامل موثر در اقدام به خودکشی عبارتند از: افسردگی، ناامیدی، سن، جنسیت، نژاد، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سلامت جسمانی، سوء مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی و ابتلا به یک اختلال روانی (سامرز و سامرز، ۱۴۰۰).

ژی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱ اعتقاد دارند که خودکشی به عنوان بخشی از انحرافات اجتماعی شناخته شده است. خودکشی اغلب به علت یأس صورت می‌گیرد که علت آن اغلب به اختلال روانی نظیر افسردگی، اختلال دوقطبی، شکست عشقی، اعتیاد به الکل یا سوء مصرف دارو نسبت داده می‌شود.

1- Suicide
2- De Leo
3- Attempted Suicide
4- Curtin & Heron
5- Gvion & Apter
6- Fortinash & Patrisha

همچنین کوان^۲ و همکاران، ۲۰۲۰ معتقدند که خودکشی و اقدام به خودکشی از مهمترین شاخص های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می آید که معلول عوامل متعددی بوده و مواردی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاق بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به ویژه افسردگی در این موضوع دخیل می باشد.

۳- خودکشی در نوجوانان

نوجوانی مرحله مهمی از رشد است که ممکن است با اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی همراه باشد (مولارکی^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). نوجوانی به دوره ای از رشد اطلاق می شود که بین کودکی و بزرگسالی قرار دارد و از ۱۲ سالگی شروع می شود و در سن ۱۹ سالگی خاتمه می یابد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

پیش از بلوغ میزان خودکشی پائین است ولی با آغاز بلوغ و فرا رسیدن دوره نوجوانی میزان خودکشی افزایش می یابد و به دلیل افزایش احتمال اقدام به خودکشی با افزایش سن، نوجوانان گروه هدف اصلی برای اقدام به خودکشی هستند (پژومند و همکاران، ۲۰۱۲).

افسردگی در بین مراجعانی که با اقدام به خودکشی به بیمارستان ها مراجعه می کنند به ویژه در میان دختران، بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است (لیم^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

نوجوانان افسرده بیش از دیگر نوجوانان صفت های منفی (از جمله بی ارزش بودن) را در مورد خود تأیید می کنند که ممکن است آن ها را بیش از پیش به سمت افکار خودکشی و رفتارهای غیر سازنده سوق دهد (فازاکاس^۵ و همکاران، ۲۰۱۷).

شیوع روز افزون خودکشی و قصد خودکشی در اجتماعات کاملاً محسوس است. این افزایش صرفاً در کشورهای خاصی رخ نداده و پدیده خودکشی بخصوص در نوجوانان یک مشکل بهداشت جهانی محسوب می شود، به طوری که روند افزایش سریع خودکشی در نوجوانان از دهه ۱۹۶۰ به بعد مطالعات و بررسی های جدید و جدی را طلب نموده است (مرادی و همکاران، ۲۰۰۹).

از آنجا که تعداد کسانی که به دلیل خودکشی در دنیا جان خود را از دست داده اند در میان جمعیت جوان به سرعت افزایش یافته است، سازمان جهانی سلامت بر اهمیت ارزیابی جوانان در گروه های سنی پرخطر برای جلوگیری از رفتار خودکشی گرایانه تأکید دارد (اکا^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران از بررسی ۹۴۵ نفر اقدام کننده به خودکشی، شیوع اقدام به خودکشی را در دختران ۱۱ تا ۲۰ سال (۴۲/۱ درصد) (بولهاری^۷ و همکاران، ۲۰۰۷) و در مطالعه دیگری در بررسی ۲۶۶ مورد خودکشی موفق و ناموفق، شیوع اقدام به خودکشی دختران ۱۵ تا ۲۰ سال را ۳۲ / ۸ درصد و خودکشی موفق را در این دامنه سنی ۱۶/۹ درصد گزارش دادند (السماعلی نیا و همکاران، ۲۰۰۵). الزام های جامعه، خواسته ها و امیال جوانان، همچنین خواسته ها و انتظارات اطرافیان ممکن است فشارهایی بر جوانان ایجاد کند. فشارهایی که باعث می شود جوانان امیدی برای آینده خود نداشته باشند. اگر امکاناتی برای برآورده شدن خواسته های جوانان وجود نداشته باشد، افراد توانایی غلبه بر این گونه فشارها را ندارند و فشارهای ناشی از شرایط نامطلوب جامعه، نداشتن امید به آینده و انتظار بالای والدین. این گونه فشارها زمینه ای می شود (گلچین و همکاران، ۱۳۹۸).

۴- خودکشی در دانشجویان

دانشجویان از جمله اقشار مهم و تأثیرگذار در هر جامعه ای شناخته می شوند که توانایی های زیادی می توانند از خود نشان دهند (مورینسون و هاپکینس^۸، ۲۰۱۹). شایع ترین دلایل اقدام به خودکشی در این قشر شامل استرس در مورد تحصیل، نگرانی های مربوط به روابط، مشکلات خانوادگی، افسردگی، نامیدی، اضطراب و نگرانی های مالی است (ویلکاکس^۹ و همکاران، ۲۰۱۰). زندگی به شیوه ذهن آگاهانه باعث می شود که دانشجویان نسبت به خود، توانایی ها و محیط اطرافشان آگاهی بیشتری داشته و در نتیجه از امیدواری و خوش بینی بیشتری در زندگی برخوردار باشند. افرادی که ذهن آگاهی در آنها بالا باشد، نسبت به فعالیت های روزانه خود، آگاهی بیشتری دارند و بیشتر با ویژگی های خودکار ذهنشان (به طور مثال تمایل به گریز از زمان حال و درگیر در گذشته و آینده) آشنایی پیدا می کنند و آگاهی لحظه به لحظه را در خود پرورش می دهند که باعث می شود این افراد کمتر افکار خود آسبی داشته باشند (زمستانی و فاضلی نیکر، ۱۳۹۸). در مقابل افرادی که ذهنی سرگردان دارند، توانایی واقع بینی را از دست می دهند و بیشتر نقاط ضعف و جنبه های تاریک زندگی را در نظر می گیرند و از هیجانات ناخوشایندی همچون افسردگی و اضطراب رنج می برند که در نهایت منجر به افکار خودکشی در آنها می شود (حاجی علیانی و همکاران، ۱۳۹۹).

- 1- Xie
- 2- Kwan
- 3- Mullarkey
- 4- Lim
- 5- Fazakas
- 6- Akca
- 7- Bolhari
- 8- Morrison & Hopkins
- 9- Wilcox

پیشگیری از موارد محتمل و کمک به دانشجویان مستعد خودکشی، اصلاح زمینه‌ها و برطرف ساختن علل گوناگون مؤثر در این امر و همچنین پیشگیری از ضایعات روانی و اجتماعی ناشی از اقدام به خودکشی، نیازمند مطالعات کمی و کیفی گوناگونی است. قرار گرفتن در محیط باز دانشگاه، انتظارات و فرصت‌هایی را ایجاد می‌کند و شرایط دانشجویان را تغییر می‌دهد، از جمله این شرایط خلأ ارتباط با جنس مخالف قبل از دانشگاه است. قرار گرفتن در محیطی باز عدم تعادل روحی ایجاد می‌کند. همچنین شماری از دانشجویان ذکر می‌کنند که دانشگاه با انتظارات قبلی آن‌ها تطابق ندارد و در دانشگاه با پدیده‌ها و فشارهای جدیدی مواجه می‌شوند. آن‌ها دانشگاه را زمینه ناکامی‌های خود می‌دانند (گلچین و همکاران، ۱۳۹۸).

۵- نقش خانواده در خودکشی

خانواده همچون نخستین و بارزترین نهاد اجتماعی در شکل‌گیری شخصیت، هویت، اخلاق و عملکرد انسان نقشی بنیادی ایفا می‌کند. بنابراین امروزه یکی از اهداف بنیادی در همه جوامع نیرومند ساختن و استوار کردن بنیاد خانواده هاست. با این وجود در چندین دهه گذشته دگرگونی‌های پرشتاب و همه‌جانبه جوامع صنعتی، زندگی خانواده‌ها را با چالش‌های فراوانی روبرو کرده است. در این شرایط نیاز است خانواده‌ها توانایی و راهکارهای درخور برای سازگاری با این دگرگونی‌ها را داشته باشند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۵).

همواره باید به این موضوع توجه داشت که بروز مشکلات در دوره نوجوانی با نوع رفتار والدین، تربیت آنها، نوع مراقبت، ایجاد امنیت و غیره نیز در ارتباط است و خانواده اولین سازمانی است که بستر ساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است. اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش‌ها و ارزش‌های فرهنگی به طور طبیعی در خانواده صورت می‌پذیرد. این سیستم اجتماعی کامل با ایجاد پیوندهای عاطفی و مراقبتی قوی، اعضا را کنار یکدیگر نگه می‌دارد. در بخشی از این تعامل، هر خانواده دارای یک ساختار است که می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد، بی‌نظم و آشفتگی یا خشک و انعطاف‌ناپذیر باشد. کارکرد خانواده نیز یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده سلامت جسم و روان خانواده و اعضای آن است (وان هرینگتون^۱، ۲۰۱۱) و به عنوان آن چیزی تلقی می‌شود که خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی انجام داده و شامل مواردی همچون ارتباط برقرار کردن و دست‌کاری محیط برای حل مشکلات را در بر می‌گیرد که مهم‌ترین آن‌ها کارکرد عاطفی، اجتماعی، زاد و ولد، اقتصادی و تأمین سلامتی، همبستگی، ابراز وجود خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فرهنگی و تفریحی، انضباط خانوادگی و جامعه‌پذیری خانواده است (بتانکورت^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). گسست خانوادگی، بر اختلال رابطه در بین اعضای خانواده دلالت دارد که در قالب اختلافات و درگیری‌های خانوادگی نمود پیدا می‌کند. در چنین شرایطی اعضای خانواده درک درستی از خواسته‌ها و نیازهای هم ندارند و به جای اقناع و گفتگو، تهدید، زور و خشونت بر روابط اجتماعی حاکم می‌گردد و فرد را مستعد رفتارهای انحرافی می‌کند. فرد اقدام‌کننده پس از خودکشی به حمایت خانواده و جامعه نیاز دارد و عدم حمایت خانواده و اجتماع از افراد آن‌ها را در ورطه اقدام به خودکشی دوباره می‌اندازد (گلچین و همکاران، ۱۳۹۸).

۶- خودکشی در زنان

زنان نه تنها نقش مهم و انکارناشدنی در ثبات خانواده و حفظ بهداشت روانی افراد خانواده دارند، یکی از ارکان مهم توسعه هر کشوری نیز محسوب می‌شوند؛ بنابراین هرگونه آسیبی به این قشر می‌تواند تبعات فردی و اجتماعی بسیاری را به دنبال داشته باشد. فرد اقدام‌کننده به خودکشی می‌تواند به صورت یک مدل و الگو برای دیگر اعضای خانواده و اطرافیان محسوب شود. به عبارت دیگر وقتی فردی در یک خانواده اقدام به خودکشی می‌کند، می‌توان انتظار داشت که دیگر اعضای خانواده نیز به تقلید از فرد، اقدام به خودکشی کنند.

یکی از زمینه‌های بروز اختلافات خانوادگی، تحمیل ازدواج اجباری به زوجین به ویژه دختران و نادیده گرفتن رضایت آن‌ها برای انتخاب همسر است. زیرا در این گونه ازدواج‌ها، عدم تفاهم زوجین از همان ابتدای زندگی مانع خوشبختی شده و روزه روز بر شدت تنفر و انزجارشان نسبت به یکدیگر افزوده می‌شود. البته داشتن عشق و تفاهم برای ایجاد زندگی سعادت‌مند کافی نیست و در کنار آن باید به وجود تناسب یا همسان همسری از جهات مختلف میان زوجین نیز توجه شود. دختر و پسر باید از نظر دیانت، فرهنگ، اخلاق و ... با هم تناسب داشته باشند و هم‌شان یکدیگر باشند، زیرا در این صورت بهتر همدیگر را درک کرده و زندگی خوش‌گوارتری خواهند داشت (گلچین و همکاران، ۱۳۹۸).

این نکته را نیز باید در نظر داشت که پس از اقدام به خودکشی (ناموفق)، فرد تحت فشار مسائل مالی، روانی و محیطی قرار می‌گیرد که این امر خود معضلات دیگری به همراه خواهد داشت و چه بسا موجب می‌شود که فرد دوباره دست به خودکشی بزند. درباره مسائل جسمی نیز اقدام به خودکشی می‌تواند آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد. علاوه بر تبعات فردی روانی، اجتماعی و فرهنگی پدیده خودکشی، بار هزینه‌های درمانی برای خانواده و سیستم بهداشتی درمانی نیز ملاحظه

1- Van Heeringen
2- Betancourt

شدنی است. خودکشی از مسائلی است که در همه جوامع وجود دارد، اما در سال های اخیر پیچیده تر شدن زندگی اجتماعی و آسیب های روانی حاصل از آن، توجه به این مسئله را دوچندان کرده است؛ زیرا چنین آسیبی موجب می شود نه تنها زنان به عنوان بخش مهمی از جامعه نتوانند مسیر تکامل انسانی و اجتماعی را طی کنند، با توجه به نقش مهم و کلیدی آنان در خانواده، چنین آسیبی می تواند جامعه را با چالش هایی مواجه کند (عنایت و همکاران، ۱۴۰۱).

۷- اعتیاد و خودکشی

اگرچه برخی آسیب های اجتماعی همواره در طول تاریخ بشر وجود داشته اند، اما صنعتی شدن و تغییر ساختار زندگی انسان ها سبب شده که شاهد بروز شدید برخی از این آسیب ها باشیم. سوء مصرف مواد نیز که به بالای خانمان سوز شهرت یافته است، امروزه به یکی از معضلات بزرگ جوامع بشری تبدیل شده و کمتر کشوری را می توان یافت که به نوعی با این پدیده درگیر نباشد (استیونس^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). اختلال مصرف مواد در ایران به عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت اجتماعی کشور در نظر گرفته می شود چرا که علاوه بر اثرات مخربی که بر سلامت جسمی و روانی فرد دارد؛ دارای پیامدهای منفی برای خانواده و متعاقب آن برای جامعه است و هم چنین با مشکلات و پدیده های منفی زیادی از جمله خودکشی در ارتباط است (زارعی مته کلایی و همکاران، ۱۳۹۵).

از عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر می توان به افسردگی، روابط خانوادگی آشفته، فقدان حمایت اجتماعی، تنهایی، سوء استفاده جنسی و جسمی، مشکلات روانپزشکی قبلی اشاره کرد که افسردگی بیشتر از همه عوامل خطر مرتبط با خودکشی است (پاگورا^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). از بین رفتن روابط صمیمی خانوادگی، وضعیت معیشتی و بیکاری فرد معتاد نیز موجب ایجاد خصومت، پرخاشگری، خشونت و همسرآزاری و خودکشی می شود. سبک های مقابله ای معتادان در مقایسه با غیر معتادان نیز از مهم ترین عوامل تکانشی بودن آن ها و هیجانی عمل کردن آن هاست. چون افراد معتاد بیش از افراد غیر معتاد از سبک مقابله ای همسان مدارانه و تکانشی استفاده می کنند. لذا جهت گیری عقلایی و کارآمدی نسبت به مشکلات و مسائل ندارند و غالباً در برخورد با مشکلات و افراد از شیوه های ناکارآمد و اغلب پرخاشگرانه استفاده می کنند (نات^۳، ۲۰۱۲).

۸- پیشگیری از خودکشی

یک بحران خودکشی معمولاً توسط یک تجربه آسیب زا و یا مجموعه ای از تجارب که احساس ارزشمندی شخص را پایمال می کنند، ایجاد می شود. این تجارب شامل یک فقدان اساسی، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی دراز مدت می باشند. زمانی که نظام مقابله ای شخص قادر به رویارویی با تجارب منفی زندگی نباشد، افسردگی و یأس ناشی از آن می تواند شخص را به افکار خودکشی آسیب پذیر نماید. خصوصیت مشترک بین افرادی که اقدام به خودکشی می کنند داشتن باوری است که خودکشی را تنها راه حل غلبه بر احساسات غیر قابل تحمل است. کشش خودکشی در این است که نهایتاً به این احساسات غیرقابل تحمل خاتمه می دهد. در تراژدی خودکشی، آشفته گی و مشکلات عاطفی به حدی شدید می شود که افراد را در یافتن راه های مختلف حل مشکل خود ناتوان می سازند. درحالی که راه حل های دیگری نیز برای غلبه بر مشکلات وجود دارند.

با این حال، مؤثرترین راه برای ایجاد مداخلات برای جلوگیری از خودکشی و کاهش میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی، تعیین خطرات ناشی از ترغیب افراد به خودکشی و عوامل محافظت کننده است (چوی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به آمار قابل ملاحظه شیوع خودکشی، نیاز به انجام شناسایی دقیق تر گروه های در معرض خطر، تعیین فاکتورهای خطر و برنامه ریزی گام به گام برای کاهش ریسک فاکتورها ضروری به نظر می رسد. خانواده ها و مربیان باید به نحو دقیق و محبت آمیز رفتار نوجوانان و جوانان را تحت نظر گیرند و نباید روحیه انزواگرایی و بی قیدی فرزندان را امری ناچیز بشمارند (علی نژاد و همکاران، ۱۴۰۰).

استراتژی پیشگیری از خودکشی چند سطحی است و باید همه جانبه باشد به نحوی که نه تنها به همکاری سیستم سلامت و بهداشت عمومی بلکه به همکاری نهادهایی چون آموزش و پرورش، وزارت کار و رفاه اجتماعی، کشاورزی، تجارت، نهادهای سیاسی و قضایی و رسانه ها نیز نیاز است. همه کشورها باید ابتدا در زمینه پیشگیری از خودکشی، اهداف، شاخص ها، جدول زمانی، مراحل مهم و مسئولیت های بخش ها و نهادهای مختلف را تبیین کرده و سپس مقدار بودجه مورد نیاز را به هر بخش از استراتژی پیشگیری از خودکشی تخصیص دهند (استراتژی های بین المللی جلوگیری از خودکشی^۵، ۲۰۱۸).

سازمان بهداشت جهانی و ۲۷ کشور عضو اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۸ معاهده ای را در خصوص اجرای استراتژی پیشگیری از خودکشی امضاء نمودند. این استراتژی بر ۵ اصل استوار است (هادلزکی^۶ و همکاران، ۲۰۱۱):

۱- ارتقاء آموزش و پرورش دروازه بانان جامعه^۱ و متخصصین سلامت؛

- 1- Stevens
- 2- Pagura
- 3- Nutt
- 4- Choi
- 5- National suicide prevention strategies
- 6- Hadlczky

۲- محدودیت دسترسی به ابزارهای خودکشی؛

۳- افزایش آگاهی جمعیت عمومی در رابطه با بهداشت روان؛

۴- کاهش عوامل خطر خودکشی نظیر مقابله با سوء مصرف الکل و دخانیات، افسردگی و استرس؛

۵- فراهم آوردن مکانیسم حمایت اجتماعی مطلوب برای افراد در معرض خطر رفتار خودکشی.

اولین گام و مهمترین گام در خصوص پیشگیری از خودکشی، تبیین دقیق تعریف و مفهوم رفتار خودکشی با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی هر جامعه، و آگاهی از رایج ترین روشهای خودکشی و عوامل خطر آن در هر منطقه می باشد. گام دوم، تعیین دقیق و هوشمندانه مراحل رفتار خودکشی، شامل شکل گیری افکار خودکشی، برنامه ریزی برای خودکشی و اجرای رفتار خودکشی است، با در نظر گرفتن این نکته که رفتار خودکشی قابل پیشگیری است. گام سوم اصلاح و یکپارچه سازی سیستم ثبت و گزارش رفتار خودکشی در هر جامعه به ویژه جوامع در حال توسعه می باشد. برآورد موارد خودکشی و اقدام به خودکشی کمتر از مقدار واقعی و ارائه آمار ناقص و یا دارای همپوشانی از سوی ارگان های مختلف از موانع تدوین یک برنامه صحیح پیشگیرانه است (دوست محمدی و رضائیان، ۱۳۹۸).

با توجه به اینکه یکی از مهم ترین روشهای پیشگیری از خودکشی، شناسایی افراد دارای گرایش به خودکشی و عوامل زمینه ساز آن می باشد، لذا بررسی در زمینه جستجوی این عوامل زمینه ساز، می تواند در کاهش میزان خودکشی تأثیر بسزایی داشته باشد (مرادیان و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به اینکه افکار خودکشی به عنوان اولین پله در گذر به خودکشی عامل خطر برای خودکشی موفق می باشد و چون شناسایی گروه های در معرض خطر نقش مهمی را در پیشگیری از خودکشی دارند بنابراین باید گروه های در معرض خطر خودکشی زودتر شناسایی گردند تا از اقدام به خودکشی و اثرات مخرب آن بر فرد، خانواده و جامعه جلوگیری به عمل آید. باید توجه داشت که در زنان، افراد بیکار، افراد با تحصیلات پایین تر از دیپلم و کسانی که سابقه خودکشی دارند و داروهای روان گردان مصرف می کنند در معرض خطر خودکشی بوده و بایستی مورد توجه بیشتر قرار گیرند. برای جلوگیری از خودکشی مجدد، ایجاد فرصت های شغلی مناسب برای افراد بیکار، کاهش دسترسی به وسایل و آلات کشنده می تواند راه کارهای مناسبی باشند (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳).

۹- نتیجه گیری

افکار و رفتار خودکشی فرآیندهای پیچیده ای هستند که دامنه آنها از افکار خودکشی تا برنامه ریزی و اقدام به آن و مرگ در اثر خودکشی گسترده است. در حقیقت رفتار خودکشی نتیجه تعامل عوامل زیستی، ژنتیکی، روان شناختی، اجتماعی، محیطی و موقعیتی است. معمولاً شخص در معرض خودکشی به دلیل احساس بیگانگی از تعاملات اجتماعی کناره گیری می کند. او در پس انبوه جمعیت احساس انزوا و تنهایی می نماید. نیروی لازم برای عملکردهای روزانه کاهش می یابد. احساس خستگی و نوسانات خلقی ایجاد می شوند.

عواملی که در خودکشی نقش دارند، بسیار مهم است. عواملی که هم به اطرافیان و هم جامعه یادآوری می کند به این افراد باید توجه بیشتری شود. یکی از این عوامل اختلالات روانی و به ویژه افسردگی است. افسردگی عامل بسیار مهمی است که می تواند خودکشی را تسهیل کند. در کنار آن مشکلات روانی حل نشده دیگر مانند اعتیاد، مشکلات اقتصادی به ویژه بیکاری و عدم توان مالی برای تأمین زندگی، مشکلات خانوادگی به ویژه تنش و درگیری فرد در خانواده یا مشکلات زناشویی مزمن و حل نشده، عوامل استرس زایی مثل شکست عشقی یا مرگ عزیز، بیماری های جسمی و دردهای مزمن مانند سرطان و خستگی فرد از این درد و بیماری ها و مشکلات رفتاری مثل تندخو بودن و شکستن هنجارهای اجتماعی نیز باید جدی گرفته شوند. همچنین داشتن سابقه اقدام به خودکشی در فرد یا خانواده او و توجه به بعضی از جنبه هایی که نشان می دهند مانند بی معنایی، تهی شدن و پوچی زندگی برای آن ها. دلایل گوناگونی را می توان به منظور بیان تغییرات در میزان های خودکشی بیان نمود. برای مثال تفاوت های موجود در باورهای مذهبی و فرهنگی در خصوص خودکشی ممکن است نقش مهمی را در این زمینه ایفاء نمایند. همچنین، تفاوت های موجود در عوامل خطر زمینه ساز خودکشی نظیر بیکاری و سوء استفاده از الکل و دارو در کشورهای مختلف ممکن است یکی دیگر از دلایل احتمالی وجود تفاوت ها در میزان های خودکشی باشد.

مطالعات گوناگون به خوبی بیانگر این نکته مهم می باشند که خودکشی پدیده پیچیده ای است که در طول زمان و بر پایه تعامل فرد با عوامل خطر گوناگونی رخ می دهد. بنابراین، پیشگیری از این پدیده نیز احتیاج به برنامه ریزی دقیقی دارد و در آخر اینکه پایین بودن میانگین سنی خودکشی در بسیاری از کشورهای پیشرفته و همچنین تأثیر زیاد خودکشی بر روی سال های بالقوه از دست رفته زندگی در این گروه های سنی سبب گردیده است که در اغلب این کشورها آمارهای مربوط به خودکشی دقیقاً مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین، در برنامه ریزی های مراقبت های بهداشتی و درمانی و به ویژه در بخش بهداشت روانی از این آمارها استفاده شایانی به عمل می آید.

۱. ابراهیمی، حسین؛ کاظمی، عبدالحسن؛ فلاحی خشکناب، مسعود؛ مدبر، راحله، (۱۳۹۳)، « بررسی ارتباط افکار خودکشی با ویژگی های روانی - اجتماعی در بیماران افسرده»، نشریه تخصصی روان پرستاری، دوره دوم، شماره ۲ (پیاپی ۶)، صص ۱-۱۲
۲. حاجی علیانی، وحید؛ بهرامی احسان، هادی؛ نوفرستی، اعظم، (۱۳۹۹)، «تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای مقابله ای، افسردگی و افکار خودکشی دانشجویان»، مجله علوم روانشناختی، دوره نوزدهم، شماره ۹۶، صص ۱۵۵۷-۱۵۶۸
۳. دوست محمدی، فاطمه و رضائیان، محسن، (۱۳۹۸) «مراحل تدوین یک استراتژی جامع پیشگیری از خودکشی: یک مرور روایتی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۱۸، صص ۱۱۸۲-۱۱۵۵
۴. زارعی مته کالایی، الهه؛ محمدی فر، محمدعلی؛ نجفی، محمود، (۱۳۹۵)، «مقایسه افکار خودکشی، پرخاشگری و شخصیت مرزی در معتادین به مواد مخدر با توجه به نوع ماده مصرفی»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، سال سوم، شماره ۹، صص ۸۹-۱۰۵
۵. زمستانی، مهدی و فاضلی نیکو، زهرا، (۱۳۹۸)، «اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار»، فصلنامه روانشناسی کاربردی، دوره سیزدهم، شماره ۱، صص ۱۱۹-۱۳۹
۶. سامرز فلنکن، جان؛ سامرز فلنکن، ریتا، (۱۴۰۰)، «مصاحبه بالینی»، ترجمه هامایاک آوادیس یانس، نیسان گاهان، داود عرب قهستانی و فرید براتی سده، چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد
۷. صالحی، سعید؛ هاشمیان، کیانوش؛ میرهاشمی، مالک، (۱۳۹۵)، «پیش بینی تاب آوری خانواده براساس بخشایش و معنویت در معلمان متأهل»، مجله آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده، دوره دوم، شماره ۲، پیاپی ۴، صص ۱۱۹-۱۰۳
۸. علی نژاد، حسن؛ وزیر نژاد، رضا؛ صیادی، احمدرضا؛ حاج علی اکبری، زینب؛ علی نژاد، مهدی، (۱۴۰۰)، «بررسی علل خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان علی بن ابی طالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۸: یک گزارش کوتاه»، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۲۰، صص ۴۶۹-۴۷۶
۹. علیزاده اصلی، افسانه؛ فرقانی رامندی، فاطمه؛ علیرضایی، نصرت اله؛ علیخانی، حسین آقا و قدیری، حسن، (۱۳۹۰)، «عوامل روان شناختی و جامعه شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانسفهان استان قزوین (۱۳۸۷-۱۳۷۶)»، پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره اول، شماره ۳، صص ۹۱-۷۱
۱۰. عنایت، حلیمه؛ هاشمی کنکی، سیده ریحانه؛ محمدی، مهدی، (۱۴۰۱)، «بازسازی معنایی خودکشی زنان به روش نظریه زمینه ای (مطالعه موردی زنان خودسوخته بستری در بیمارستان سوختگی شهر اصفهان)»، پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران، سال یازدهم، شماره پیاپی (۳۷)، شماره دوم، صص ۴۶-۲۱
۱۱. فرجی، فریده؛ کاکایی، ندا؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ سهرابی، احمد؛ پورقربانی، سمیرا، (۱۳۹۴)، «عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر»، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره سی و سوم، صص ۸۹-۷۱
۱۲. فورتیناش، کاترین و ورت، پاتریشا، (۱۳۸۹)، «اختلالات روانی و مراقبت های پرستاری»، ترجمه الهه آشوری، چاپ اول، تهران: نشر کلام حق
۱۳. مردابیان، زهره؛ محمودی، آرمین و تقوایی نیا، علی، (۱۴۰۱)، «مدل سازی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و ویژگی های شخصیتی گرایش به خودکشی: میانجی گری معنای زندگی در دانش آموزان متوسطه شهرستان گچساران»، دو فصلنامه مطالعات روان شناختی نوجوان و جوان، دوره سوم، شماره ۱ (پیاپی ۴)، صص ۴۲۷-۴۱۲
۱۴. معماری، اشرف الملوک؛ رمیم، طیب؛ امیر مرادی، فرشته؛ خسروی، خدیجه؛ گودرزی، زهرا، (۱۳۸۵)، «علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل»، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره دوازدهم، شماره ۱، صص ۵۳-۴۷
15. Akca, S. O., Yuncu, O., & Aydin, Z. (2018). Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 64 (1), pp. 32-40
16. Amirinezhad A, Ghoreishirad F, Javanmard G. A comparison of child rearing styles and mental health between the parents of individuals committed suicide and the parents of the common people. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy* 2012 ,Volume 1, Issue 3., pp.315-330 [Persian]
17. Betancourt, T.S., N.g, L.C., Kirk, C.M., Brennan, R.T., Beardslee, W.R., Stulac, S., et al. (2017). Family-based promotion of mental health in children affected by HIV: a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychology Psychiatry*, 58(8), pp. 922-930
18. Bolhari J, Malakouti SK, Hakim Shoostari M, Nojomi M, Poshtmashadi M, Asgharzadeh Amin S, Asgharnejad AA, Hajian Motlagh N. [The prevalence of suicide attempt in proportion of referrals to emergency departments in Karaj]. *Hakim Research Journal*. 2007; 10 (1) , pp. 50-55
19. Choi J, Zarkar S, Tatum J, Rice TR. Asian International Students and Suicide in the United States. *Asian J Psychiatr* 2020; 74(18) , pp. 411

20. Curtin, S. C., & Heron, M. (2019). Death rates due to suicide and homicide among persons aged 10–24: United States, 2000–2017. *NCHS Data Brief*, (352), pp. 1-8
21. De Leo, D., Goodfellow, B., Silverman, M., Berman, A., Mann, J., Arensman, E., Hawton, K., Phillips, M. R., Vijayakumar, L., Andriessen, K., Chavez-Hernandez, A. M., Heisel, M., & Kolves, K. (2021). International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ open*, 11 (2), e043409
22. Esmacil Nia T, Faramarzi M, Mousavi S, Shamsi G. [Causes of attempted suicide among women of Babol town, 2001-02]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2005; 7 (2) . pp. 58- 62
23. Fazakas-De Hoog L, Rnic K, Dozois D. A Cognitive distortions and deficits model of suicide Ideation. *Europe's Journal of Psychology*. 2017; 13(2),. pp. 178-193.
24. Gvion, Y & Apter, A (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health reviews*, 34,. pp. 1-20
25. Hadlczky G, Wasserman D, Hoven C, Mandell D, Wasserman C, Suicide prevention strategies: case studies from across the globe. In: Rory C, Platt S, Gordon J, editors. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. First edition. Weley-blackwell 2011; 27,. pp. 475-83
26. Kwan Y, Choi S, Min S, Ahn J-S, Kim H, Kim M-H, et al. Does personality problems increase youth suicide risk?: A characteristic analysis study of youth who visit the emergency department following suicide attempt. *Journal of Affective Disorders* 2020. 21(3),165
27. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*. 2018; 8(1),. Pp. 2861
28. Moradi AR, moradi R, Mostafavi E. A survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar. *Journal of Behavior Research* 2011; 10,. pp. 50-8 [Persian]
29. Morrison, K. S., & Hopkins, R. (2019). Cultural identity, Africultural coping strategies, and depression as predictors of suicidal ideations and attempts among African American female college students. *Journal of Black psychology*, 45(1),. pp. 3-25
30. Mullarkey MC, Marchetti I, Beevers CG. Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2019; 48(4),. pp. 656-668
31. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf> (Last accessed 10 May 2019)
32. Nutt, D. (2012). Drugs without the hot air: Minimizing the harms of legal and illegal drugs. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(12),. pp. 1060-1061
33. Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44,. pp. 1190-1198
34. Pajoumand A, Mahdavinejad A, Birang S, Zarei M, Mehregan FF, Mostafazadeh B. Suicide epidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997-2007). *Archives of Iranian medicine* 2012; 15:210 [Persian]
35. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Tenth Edition, Arjmand publication: Iran, 2007
36. Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1),. pp. 58-72
37. Van Heeringen, K. (2011). Sex differences in moral development. In W.M. Kurtines & J.Gewirtz (Eds.), *Moral behavior and development (vol.2)*. Hillsdale, NJ:Erlbaum.
38. Wilcox, H. C. Arria, A. M. Caldeira, K. M. Vincent, K. B. Pinchevsky, G. M. & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ide-ation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3) . pp. 287-294
39. Xie Z-M, Fang Y, Mai Y-L, Zhao J-B, Zhang X-Y, et al. The role of alexithymia in childhood trauma and suicide risk: A multi-group comparison between leftbehind experience students and no left-behind experience students. *Personality and Individual Differences* 2021; 18(2): 452