



خودکشی؛ آمار، علل و پیامدها

محمود بحرانی

استادیار دانشگاه شیراز

چکیده

خودکشی گرچه یک بیماری نیست اما برای مقامات بهداشتی و سازمان بهداشت جهانی مسأله‌ای پر اهمیت است. در این مقاله‌ی مروری، ضمن توجه به این موضوع، آمارهای خودکشی و علل و عوامل آن در ابعاد مختلف روان شناختی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی مورد بررسی قرار گرفته و به پیامدهای آن پرداخته شده است. آمار خودکشی در ایران نسبت به میانگین جهانی پایین تر بوده اما رو به افزایش است. جالب است که هم آمارهای بالا و هم آمارهای پایین به استان‌های محروم تعلق دارد. خودکشی منجر به فوت در مردان بیشتر از زنان است اما اقدام به خودکشی در جمعیت زنان بالاتر است. اقدام به خودکشی در میان جوانان بیشتر شایع است. علل خودکشی برای حدود نیمی از آمارها نامشخص است و در موارد دیگر مشکلات خانوادگی و زناشویی درصدی قابل توجهی را شامل می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، مرگ، نسبت جنسی، آمار، ایران



مقدمه

خودکشی عملی است که یک انسان عمداً باعث مرگ خود می شود. سالانه بیش از ۱ میلیون نفر دست به خودکشی می زنند. این سیزدهمین علت مرگ و میر در سراسر جهان است و چین، هند و ژاپن تقریباً نیمی از خودکشی ها را تشکیل می دهند (بیلی و همکاران، ۲۰۱۱). خودکشی^۱ اگرچه یک بیماری نیست اما یک مسأله مهم بهداشت جهانی (WHO) است. دورکیم معتقد است که میزان خودکشی به دو شرایط اجتماعی متغیر بستگی دارد. او این متغیرهای مستقل را از سجام اجتماعی و تنظیم اجتماعی^۲ می نامد. این دو با هم، میزان بروز خودکشی را در هر گروهی تعیین می کنند: به هر سطح معینی از انسجام و تنظیم، نرخ تقریبی خودکشی مطابقت دارد. به یک جامعه، گروه یا شرایط اجتماعی گفته می شود که تا حدی یکپارچه شده است که اعضای آن دارای "وجدان مشترک" از عقاید و احساسات مشترک باشند، با یکدیگر تعامل داشته باشند و احساس ارادت به اهداف مشترک داشته باشند. نوع دوستی نام دورکیم برای سطح بالایی از یکپارچگی است. دو نمونه اصلی او از نوع دوستی مردمان بدوی و ارتش هستند. جوامع نوع دوستی مانند اینها خودکشی های زیادی دارند، زیرا حتی برکناره گیری فردی تأکید دارند، اگرچه ممکن است خودکشی به طور خاص تجویز نشده باشد.

تعریف خودکشی

خودکشی یا خودکشی گرای را می توان وجه مقابل اصطلاح فلسفی کناتوس به معنای صیانت از ذات تعبیر نمود که اسپینوزا مطرح کرده است (رجوع شود به عبدالمهدی و غریب زاده، ۱۳۹۶). شنیدمن (۱۹۹۴) در کتابی با همین نام (خودکشی، ص. ۱۵-۱۶) به تاریخچه لغوی و تعریف خودکشی پرداخته و تعاریف این واژه را از قول دیگران نقل کرده است. او از قول تام بیوچامپ (۱۹۷۸) خودکشی را عملی می داند که یک شخص با قصد مرگ خود انجام می دهد در حالی که دیگران او را به این کار ترغیب نمی کنند... گلن گربر (۱۹۸۱) می گوید: خودکشی انجام کاری تعریف می شود که به مرگ برنامه ریزی شده شخص منجر شود، خواه به قصد پایان دادن به زندگی خود یا به قصد امور دیگری (مانند خلاصی از درد) صورت گیرد که به احتمال زیاد یا مطمئناً فقط از طریق مرگ حاصل می شود. شنیدمن اضافه می کند، در مجموع اعتقاد بر این است که دو گروه (آنهايي که دست به خودکشی می زنند و آنهايي که تلاش خودکشی^۳ می کنند) جداگانه هستند که افراد متفاوتی را تشکیل می دهند. از یک نظر "تلاش خودکشی" واژه ای متناقض است. به عبارت دقیق تر، قصد خودکشی باید اشاره به کسانی داشته باشد که به دنبال خودکشی بودند و بطور شانس زنده اند. طی یک دوره ۱۰ ساله همپوشانی در صد افرادی که خودکشی کرده اند با آنهايي که قبلاً تلاش خودکشی

1. suicide

2. social integration and social regulation

3. attempted suicide



داشته‌اند ۴۰٪ بود در حالی که همپوشی کسانی که قصد خودکشی داشتند با کسانی که متعاقباً خودکشی کردند ۵٪ بود (شنیدمن، ۱۹۹۴: ۱۷).

همچنین بین ایده خودکشی و تلاش برای خودکشی تفاوت زیادی وجود دارد. اکثر افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند، اقدام به خودکشی نمی‌کنند. به عنوان مثال، در یک مطالعه بزرگ مبتنی بر جمعیت، تنها ۷.۴ درصد از افرادی که افکار اولیه خودکشی داشتند، اقدام به خودکشی را طی ۲ سال بعد گزارش کردند (کلونسکی و می، ۲۰۱۳). افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در مقایسه با همسالان خود، دارای شخصیت آشفته‌تر؛ خلق بی‌شتر افسرده و مضطرب؛ شناخت‌های منفی‌تر؛ محیط‌های نامطلوب‌تر؛ و الگوهای مصرف و سوء مصرف مواد هستند که آنها را افسرده می‌کند، مهار آنها را کاهش می‌دهد و قضاوت آنها را مختل می‌کند. آنها از ناامیدی و درماندگی، افسردگی، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی رنج می‌برند و نسبت به افراد غیر خودکشی کننده تنها، منزوی و از نظر جسمی بیمار هستند. آنها سابقه رفتارهای خودکشی قبلی را دارند که خطر خودکشی در آینده را افزایش می‌دهد. آنها احتمالاً به دیگران اطلاع خواهند داد که قصد خودکشی دارند (وستفلد^۴ و دیگران، ۲۰۰۰).

همه گیرشناسی

طبق یک برآورد این سازمان در سال ۲۰۰۲ سالانه ۸۷۷۰۰۰ نفر جان خود را در اثر خودکشی از دست می‌دهند. بالاترین رقم خودکشی در کشورهای اروپای شرقی با ۲۷ در ۱۰۰۰۰۰ و کمترین آن در کشورهای مسلمان و آمریکای لاتین با ۶/۵ در ۱۱۰۰۰۰۰ است. در ایالات متحده، در سال ۲۰۰۲، خودکشی عامل مرگ ۳۱۶۵۵ نفر بود. نرخ ۱۱.۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال، و نظرسنجی‌های عمومی جمعیت، نرخ اقدام به خودکشی را ۰.۶٪ و نرخ افکار خودکشی را ۳.۳٪ نشان می‌دهد که گویای یک تراژدی عظیم انسانی و تخمین ۱۱.۸ میلیارد دلار درآمد از دست رفته است (مان^۵ و همکاران، ۲۰۰۵).

وارنیک (۲۰۱۲) داده‌های مربوط به مرگ و میر را از پایگاه داده‌های سازمان بهداشت جهانی بازیابی نمود و برآوردهای مرگ و میر ناشی از جراحات در سراسر جهان برای سال ۲۰۰۸ و همچنین روند نرخ خودکشی از سال ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۹ را مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. یافته‌ها نشان داد بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در جهان در سال ۲۰۰۸ به ۷۸۲ هزار نفر رسید که ۱.۴ درصد از کل مرگ و میر و ۱۵ درصد مرگ و میر ناشی از جراحات را شامل می‌شود. نرخ خودکشی در کل جهان ۱۱.۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر برآورد شده است. طبق همین گزارش نسبت خودکشی مردان به زنان در منطقه اروپا (۴.۰) بیشترین و در منطقه مدیترانه شرقی (۱.۱) کمترین میزان تخمین زده می‌شود، در میان مردان، بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال در منطقه جنوب شرقی آسیا، در گروه سنی ۴۵ تا ۵۹ سال در مردان اروپایی و برای سنین بالای ۶۰ سال در منطقه غربی اقیانوس آرام است. زنان اهل جنوب شرق آسیا نرخ خودکشی قابل توجهی در بین افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله و از سن ۴۵ سالگی در منطقه غربی اقیانوس آرام دارند. کشور پیشرو

^۴ . Westefeld

^۵ . Mann



در حال حاضر لیتوانی است که نرخ خودکشی ۳۴.۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر است. همچنین در میان مردان، نرخ خودکشی در لتونی با ۶۱.۲ بالاترین میزان است. در میان زنان جنوب کره با ۲۲.۱ در صدر نرخ خودکشی در جهان قرار دارد. وارنیک نتیجه گیری می کند که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت طی شش دهه منتهی به ۲۰۱۲، ژاپن، مجارستان و لیتوانی در صدر فهرست کشورهای جهان از نظر میزان خودکشی قرار داشتند، اما اگر روند کنونی ادامه یابد، کره جنوبی طی چند سال آینده از همه کشورهای دیگر پیشی خواهد گرفت. قلب معضل مرگ و میر ناشی از خودکشی از اروپای غربی به اروپای شرقی منتقل شده و اکنون به نظر می رسد که در حال انتقال به آسیا است. چین و هند بزرگترین سهم در تعداد مطلق خودکشی در جهان را دارند.

بر اساس داده های نظر سنجی خود گزارشی، WHO تخمین زده است که به ازای هر مرگ ناشی از خودکشی، ۲۰ نفر اقدام به خودکشی می کنند. این نسبت بسته به کشندگی روش های متداول خودکشی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. در همه کشورها، میزان بروز اقدام به خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۴ سال بالاتر است. در مقایسه، کمترین میزان خودکشی در میان جوانان کمتر از ۱۵ سال مشاهده می شود، در حالی که بالاترین میزان خودکشی عموماً در افراد بالای ۷۵ سال وجود دارد. با این حال، گروه های سنی با بالاترین بروز در سنین دیگر از منطقه ای به منطقه دیگر متفاوت است. به عنوان مثال، در ۳ کشور پردرآمد (مانند ایالات متحده آمریکا و بریتانیا) دومین اوج در میان مردان و زنان میانسال (۴۵-۶۰ سال) رخ می دهد (تریچی^۶ و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق بررسی وارنر و هداگارد (۲۰۱۶) نرخ خودکشی در آمریکا در فاصله سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ به میزان ۲ درصد افزایش یافته و به ۱۳ مورد در ۱۰۰۰۰۰ نفر رسیده است، این در حالی است که بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۶ افزایش یک درصد بوده است.

در ایران

با شگاه خبرنگاران جوان در گزارش ۱۷ شهریور ۱۳۹۷ با اشاره به اینکه آمار خودکشی در ایران به نسبت جهان میزان کمتری را نشان می دهد، رقم آن را ۵ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر بیان نموده و میزان تلفات ناشی از خودکشی در سال ۱۳۹۶ را ۴۶۲۷ نفر گزارش نموده که ۳۲۶۲ نفر مرد و ۱۳۶۵ نفر آنان زن بودند و نسبت به سال قبل از آن ۵ درصد رشد داشته است. بر اساس همین گزارش طبق سالنامه آماری پزشکی قانونی کشور استان های ایلام با ۱۳/۸ مورد، کهگیلویه و بویراحمد با ۱۳/۷، کرمانشاه، ۱۱/۹ مورد ۱۰۰ هزار نفر بیشترین آمار مرگ های مشکوک به خودکشی را داشته و کمترین آمارها مربوط به استان های خراسان جنوبی و سیستان و بلوچستان با ۲/۲ مورد بوده است.

طبق تحقیق مرادی و خادمی (۱۳۸۱) بر اساس آمار پزشکی قانونی در طی سال ۱۳۸۰، ۲۸۴۰ مورد آمار خودکشی در ایران ثبت شده است که نسبت به سال قبل از آن ۱۴/۵ درصد در میان مردان و ۰/۶۲ در بین زنان رشد داشته است. همین

⁶ . Turecki

⁷ . <https://www.yjc.news/fa/news/6660232/%D8%A2%D8%AE%D8%B1%DB%8C%D9%86-%D8%A2%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C-%D8%AF%D8%B1-%D8%A7%DB%8C%D8%B1%D8%A7%D9%86-%D9%86%D9%85%D9%88%D8%AF%D8%A7%D8%B1>



گزارش حاکی است به ازای هر ۱۰۰.۰۰۰ مرد ۵.۷ و به ازای ۱۰۰.۰۰۰ زن ۳.۱ خودکشی در کشور رخ داده است. از لحاظ آماری مردان و زنان در به کار بردن شیوه‌های خودکشی با یکدیگر تفاوت معناداری ($P < 0.001$) داشته‌اند، مردان بیشتر از شیوه حلق‌آویز (۵۶ درصد) و زنان بیشتر از شیوه خودسوزی (۶۳.۴ درصد) استفاده کرده‌اند. استفاده از شیوه‌های مسمومیت و سلاح گرم نیز از روش‌های دارای فراوانی بالا بودند. مقایسه دو دسته آمار یاد شده نشان می‌دهد که بطور ثابت استان‌های ایلام و لرستان طی چندین سال در صدر آمار خودکشی قرار دارند (مرادیو خادمی، ۱۳۸۱).

یافته‌های پژوهش استارکی و همکاران (۱۳۹۲) در مورد علل خودکشی روی یک نمونه در ایلام نشان داد که حدود نیمی (۴۷/۹٪) از کل موارد خودکشی مربوط به گروه سنی ۱۶-۲۵ سال بوده است. مردان (۵۱/۵٪) و زنان (۴۸/۵٪) کل آمار پژوهش بودند. بالاترین فراوانی مربوط به زنان خانه‌دار (۳۸/۲٪) و سپس افراد بی‌کار (۱۶/۴٪) بود. بیشترین فراوانی انگیزه اقدام به خودکشی مربوط به علل نامعلوم ۲۶۵ مورد (۴۵/۶٪)، بیماری روحی و روانی ۱۲۶ مورد (۲۱/۷٪) و اختلاف خانوادگی ۷۷ مورد (۱۳/۳٪) بود.

تحقیق مهرابی و شیخ دارانی (۱۳۹۲) در باره عوامل گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر بر نقش حوادث شدید، سابقه خودکشی در خانواده، سطح تحصیلات مادر، بیماری روانپزشکی پدر و رابطه با دوست پسر در گرایش به خودکشی تأکید داشت. نظرزاده و همکاران (۱۳۹۱) در فراتحلیل از ۲۰ مطالعه دریافتند، فراوانی مشکلات خانوادگی (۳۰٪)، مشکلات زناشویی (۲۶٪)، شکست تحصیلی (۵٪) و مشکلات اقتصادی (۱۲٪) از مهمترین عوامل مرتبط با انگیزه اقدام به خودکشی در ایران محسوب می‌شوند.

تفاوت میزان خودکشی مردان و زنان

میزان اقدام به خودکشی به طور کلی در زنان بیشتر از مردان است، همچون شیوع اضطراب و افسردگی. با این حال، در بیشتر کشورها، میزان خودکشی در مردان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از زنان است که احتمالاً می‌تواند به دلیل ترجیح مردان برای روش‌های مرگ‌بار بالاتر و بی‌میلی مردان برای کمک گرفتن باشد. افکار خودکشی به طور قابل توجهی بیشتر از رفتارهای خودکشی هستند، اما تخمین‌های بروز بسته به تعاریف و عبارات مورد استفاده در مطالعه متفاوت است - این تعاریف می‌تواند از افکاری که زندگی به آنها اشاره می‌کند متفاوت باشد (تریچی^۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

طبق خلاصه سالنامه پزشکی قانونی، در سال ۹۸، ۵۱۴۳ نفر در ایران خودکشی کامل داشته‌اند که از این تعداد ۳۶۲۶ نفر از آنها مرد و ۱۵۱۷ نفر از آنها زن بوده‌اند، بنابراین خودکشی منجر به فوت در مردان ۲/۴ برابر بیشتر از زنان است، اما اقدام به خودکشی در جمعیت زنان بالاتر است. همچنین خودکشی همواره سومین یا چهارمین علت اصلی مرگ و میر در جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله برای هر دو جنس پس از «آسیب جاده‌ای» و «خشونت بین فردی» محسوب می‌شده است.



(سرویس اجتماعی خبرگزاری ایسنا، ۲۰ شهریور ۱۴۰۰). در بین مردان، استان‌های همدان، لرستان و ایلام و در بین زنان استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان بالاترین نرخ خودکشی را دارا هستند (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). ریچ و همکاران (۱۹۸۸) با اشاره به اینکه آمارها نشان می‌دهد که مردان تقریباً سه برابر بیشتر از زنان قربانی خودکشی می‌شوند، از جمله دلایل این اختلاف را براساس تحقیق خود چنین یافتند که مردان از روش‌های خشونت‌ناهنجار و بلافاصله کشنده‌تر برای خودکشی استفاده کرده بودند، تقریباً ۳ برابر بیشتر احتمال دارد که در معرض سوء مصرف مواد قرار بگیرند و بیشتر از زنان به عنوان عوامل استرس‌زا مشکلات اقتصادی داشتند. آنان می‌افزایند: با این وجود و علیرغم تفاوت در کشندگی روش‌ها، مردان و زنانی که واقعاً قصد خودکشی دارند می‌توانند به یک اندازه موفق باشند. این به نوبه خود نشان می‌دهد که عوامل روانپزشکی و روانی-اجتماعی تفاوت در میزان خودکشی را توضیح می‌دهند و مردان بیشتر از زنان قصد خودکشی دارند.

برای علل خودکشی در بین زنان و مردان ایرانی دلایل گوناگونی بیان شده است. برخی یافته‌ها نشان می‌دهد که خشونت شوهر و اختلافات زناشویی از علل مهم اقدام به خودکشی در میان زنان بوده است (معماری و همکاران، ۱۳۸۵). در یک پژوهش کیفی با مقایسه علل خودکشی زنان در ایلام و در تاجیکستان (نجفیان‌پور و سعیداف، ۱۳۹۱) محققان دریافتند که شباهت‌های زیادی از لحاظ اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی بین دو میدان تحقیق یعنی ایلام و تاجیکستان وجود دارد. زنان در هر دو منطقه از مسائل و مشکلات مشابهی رنج می‌برند و دلایل و علتهای خودکشی تقریباً مانند هم هستند. نتایج حاصل از تحلیل مصاحبه‌های عمیق نشان داد که خودکشی مانند همه پدیده‌های اجتماعی امری چند بعدی است. محققان چنین نتیجه‌گیری نموده‌اند که فقر و فرهنگ سنتی بسترهای خودکشی را فراهم می‌سازند، نارضایتی از وضعیت اقتصادی و اجتماعی در زنان پدید می‌آید، سپس علتهایی به این بسترها اضافه می‌شوند که زنان را به سوی خودکشی سوق می‌دهند. علتهایی مانند خشونت خانگی و سخت‌گیری‌های مردان بر زنان، عدم تفاهم زن و شوهر و دخالت دیگران مانند پدر و مادر شوهر در زندگی زنان جزو علتهایی بود که در بیشتر مواردی که زنان دست به خودکشی زده بودند وجود داشت.

سبب‌شناسی

شناختن عوامل خطر در زمینه خودکشی نظر محققان زیادی را برای جلوگیری از آن جلب نموده است. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط با خطر بالا برای خودکشی بهتر است "نشانه‌های ثابت" نامیده شوند زیرا آنها تغییرناپذیر هستند. اینها شامل سن یعنی افراد مسن‌تر، جنس مذکر و نژاد سفید می‌شود. مطالعات اپیدمیولوژیک شواهد قوی ارائه می‌دهد که مجرد بودن خطر خودکشی را نیز به همراه دارد. عوامل خطر خودکشی در سالمندان سلامت روان، سلامت جسمی و حوزه‌های اجتماعی را در بر می‌گیرد که از آزمایش‌های آماری مدل‌های چند متغیره در مطالعات روش‌شناختی صحیح و

⁹ . <https://www.isna.ir/news/1400062014235/%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C-%D8%B3%D9%88%D9%85%DB%8C%D9%86-%D8%B9%D9%84%D8%AA-%D9%85%D8%B1%DA%AF-%D8%AC%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%A7%D9%86-%DB%B1%DB%B5-%D8%AA%D8%A7-%DB%B2%DB%B9-%D8%B3%D8%A7%D9%84-%D8%AE%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%B4%DB%8C-%D9%85%D9%86%D8%AC%D8%B1-%D8%A8%D9%87-%D9%81%D9%88%D8%AA>

9th International conference ON PSYCHOLOGY OF EDUCATION SCIENCES AND LIFESTYLE

Tbilisi - Georgia

March 2022 ,6



کنترل شده به دست آمده‌اند. شواهد نه چندان قوی، نشان می‌دهد که رویدادهای استرس‌زا زندگی نشان دهنده عوامل خطر مستقل برای خودکشی در زندگی بعدی است. سوگ و اختلاف خانوادگی، هر دو عاملی که ممکن است منجر به انزوای سالمندان شود، به طور قانع کننده‌ای نشان داده شده است. شواهد قوی‌تر نشان می‌دهد که متغیرهای حمایت اجتماعی ممکن است هم به عنوان افزایش دهنده خطر و هم به عنوان محافظ عمل کنند. بیماری جسمی خطر خودکشی را در افراد مسن افزایش می‌دهد و تأثیر آن عمدتاً توسط اختلالات افسردگی ایجاد می‌شود. ویژگی‌های شخصیتی نیز ممکن است نقش مهمی ایفا کنند، اما هنوز این ویژگی‌ها به اندازه کافی تعریف نشده‌اند (کانول و همکاران، ۲۰۰۲).

عوامل روانشناختی

عوامل روانشناختی را باید مهمترین دلایل خودکشی دانست. تحقیقات متعددی از سوی روان‌پزشکان و روانشناسان به این عامل‌ها پرداخته‌اند. و ستفلد و همکاران (۲۰۰۰) پس از یک جمع‌بندی در این باره چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند: " افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در مقایسه با همسالان خود، دارای شخصیت آشفته‌تر؛ خلق بی‌شتر افسرده و مضطرب؛ شناخت‌های منفی‌تر؛ محیط‌های نامطلوب‌تر؛ و الگوهای مصرف و سوء مصرف مواد هستند که آنها را افسرده می‌کند، مهار آنها را کاهش می‌دهد و قضاوت آنها را مختل می‌کند. آنها از ناامیدی و درماندگی، افسردگی، اختلالات اضطرابی و اسکیزوفرنی رنج می‌برند و نسبت به افراد غیر خودکشی کننده، تنه‌ها، منزوی و از نظر جسمی بیمار هستند. آنها سابقه رفتارهای خودکشی قبلی را دارند که خطر خودکشی در آینده را افزایش می‌دهد. آنها احتمالاً به دیگران اطلاع خواهند داد که قصد خودکشی دارند."

آمادگی ژنتیکی و خانوادگی

مطالعات مبتنی بر ثبت ملی، مطالعات دوقلو و فرزندخواندگی همگی وراثت‌پذیری ۳۰ تا ۵۰ درصد را نشان می‌دهند، اگرچه زمانی که وراثت‌پذیری اختلالات روانپزشکی همراه کنترل شود، تخمین دقیق‌تر ممکن است ۱۷ تا ۳۶ درصد باشد. علاوه بر این، فرزندان افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، ۵ برابر بیشتر از جمعیت عمومی در معرض خطر اقدام به خودکشی هستند و خطر خودکشی در بین افرادی که یکی از والدین خود را به دلیل خودکشی از دست داده‌اند در مقایسه با افرادی که به‌طور ناگهانی والدین خود را به دلیل دیگر موارد دیگر از دست داده‌اند، دو برابر می‌شود. علل، اگرچه کمتر از ۵٪ افرادی که خودکشی می‌کنند، سابقه خودکشی والدین دارند. این داده‌ها که خوشه‌بندی خانوادگی رفتار خودکشی را نشان می‌دهند، مفهوم انتقال ژنتیکی را بیشتر پشتیبانی می‌کنند. با این حال، با وجود تحقیقات فشرده در طول ۲۰ سال گذشته، هیچ ژن یا گروهی از ژن‌ها به عنوان مسئول افکار خودکشی، اقدام به خودکشی یا خودکشی در مطالعات متعدد شناسایی نشده است (تورچی و همکاران، ۲۰۱۹).



اعتیاد و خودکشی

هم اعتیاد مزمن و هم مسمومیت حاد رفتار خودکشی را تشدید می کنند. درجه شدت اختلال (های) افزایشی نیز بر خطر خودکشی تأثیر می گذارد. اگرچه رفتارهای خودکشی عوامل خطر متفاوتی نسبت به خودکشی کامل دارند، سابقه اقدام به خودکشی پیش بینی کننده قوی خودکشی در آینده است. ویژگی های شخصیتی مانند تکانشگری، پرخاشگری، بدبینی و ناامیدی؛ عوامل استرس زای حاد مانند اختلال در روابط یا از دست دادن درآمد؛ و سابقه کودکی و سوء استفاده جنسی همگی عامل خطر خودکشی برای یک فرد مبتلا به اختلال اعتیاد است. اختلالات روانی خاص مانند افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، PTSD و اختلال شخصیت مرزی نیز به شدت بر خطر خودکشی و اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد تأثیر می گذارد. از آنجایی که خودکشی یک رویداد نادر است، مطالعه عوامل خطر و محافظتی دشوار است (یودمیس-فور و رایس، ۲۰۱۵). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد خودکشی با سیگار کشیدن همبسته است (پورالاجل و درویشی، ۲۰۱۶).

عوامل اقتصادی

خودکشی پدیده پیچیده ای است که عوامل مختلفی در شکل گیری آن می توانند دخالت داشته باشند. از جمله آنها عوامل اقتصادی است. رابطه بین خودکشی و عوامل اقتصادی از مدت ها پیش مورد توجه محققان بوده و بر تأثیر آن به راه های گوناگون اشاره شده است. فیدن^{۱۰} (۱۹۳۸: ۵۴) دریافت که فقر می تواند یک علت مهم خودکشی در جوامع توسعه یافته باشد که ارزش ها تا حد زیادی بر پایه دارایی کالاهای مادی هستند. هامرمنش و سوس^{۱۱} (۱۹۷۴) که مطلب فوق را نقل کرده اند خود نیز به یافته های سرمایه ای جالبی دست پیدا کردند. آنها دریافتند در ایالات متحده از ۱۹۴۵ کاهش خفیف دور فعالیت های اقتصادی بعد از جنگ جهانی به همان نسبت باعث ایجاد افزایش نرخ خودکشی ناشی از نوسان شدیدتر پیش از ۱۹۴۵ شده است. رفتار خودکشی افراد مسن تر بطور معناداری بیشتر به تغییرات بی کاری حساس بود تا افراد جوان تر. با افزایش درآمدها نرخ خودکشی بخصوص در افراد جوان تر کاهش می یابد. تحقیق استاک (۲۰۰۷) نیز نشان داد که از دست دادن شغل، تنزل مرتبه شغلی، پیش بینی از دست دادن منزل و کاهش درآمد از عوامل اثرگذار بر تصمیم به خودکشی بودند.

نظریه اقتصادی خودکشی هامرمنش و سوس (۱۹۷۴) اولین مطالعه ای است که چارچوب حداکثرسازی مطلوبیت را برای خودکشی به کار می گیرد. در چارچوب آنها، یک عامل زمانی انتخاب می کند خودکشی کند که سود مادام العمر او به زیر یک آستانه معین می رسد. اول، از آنجایی که سودمندی یک نماینده با درآمد افزایش می یابد، درآمد دائمی افزایش می یابد خودکشی را کاهش می دهد ثانیاً، از آنجایی که با افزایش سن، سودمندی مورد انتظار در طول عمر کاهش می یابد، با افزایش سن، خودکشی به طور یکنواخت افزایش می یابد (چن و همکاران، ۲۰۱۲).

¹⁰ . Feden

¹¹ . Hamermash & Soss



با این حال، کاتلر و همکاران (۲۰۰۱) ۱ شماره می‌کند که به طور کلی داده‌ها از نتیجه دوم Hamermesh و Soss پشتیبانی نمی‌کنند. کو و کاکس (۲۰۰۸) چارچوب اساسی هامرمش و سوس را گسترش دادند تا سرمایه انسانی را به عنوان یکی دیگر از عوامل تعیین‌کننده اصلی مطلوبیت مورد انتظار بگنجانند. در مدل آنها، سرمایه انسانی در طول دوره‌های بیکاری به دلیل عدم آموزش مستمر شغلی کاهش می‌یابد. این نشان می‌دهد که بیکاری با کاهش نه تنها سطح درآمد فعلی بلکه همچنین انتظارات درآمدی آتی از طریق کاهش ارزش سرمایه انسانی، نرخ خودکشی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، مدل آنها پیش‌بینی می‌کند که تأثیر بیکاری بر خودکشی در گروه‌های سنی متفاوت است. افرادی که در گروه میانسال قرار دارند بیشترین آسیب را در زمان بیکاری می‌بینند، زیرا تمایل دارند تا با شرایط جدید بازار کار سازگار شوند. از این رو، کاهش ارزش سرمایه انسانی در این گروه شدیدترین است. این تفاوت در نرخ استهلاک سرمایه انسانی منجر به یک رابطه غیر یکنواخت بین نرخ خودکشی و سن می‌شود که هامرمش و سوس (۱۹۷۴) در توضیح آن کوتاهی می‌کنند (چن و همکاران، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، دیکسیت و پیندیک (۱۹۹۴، صفحات ۲۴-۲۵) از منظر گزینه واقعی به موضوع خودکشی می‌پردازند که در آن «تاخیر» تصمیم به خودکشی به صراحت در نظر گرفته شده است. در شرایط برگشت ناپذیری و عدم اطمینان، یک سرمایه‌گذار ممکن است این گزینه را داشته باشد که سرمایه‌گذاری را برای مدتی نگه دارد و منتظر بماند تا ببیند در آینده چه اتفاقی خواهد افتاد. دیکسیت و پیندیک استدلال می‌کنند که افرادی که به خودکشی فکر می‌کنند نیز انتخاب مشابهی دارند. در واقع، خودکشی اقدام غیرقابل برگشت نهایی است. چشم‌انداز فردایی بهتر می‌تواند فردی را که به طور جدی به خودکشی فکر می‌کند متقاعد کند که این عمل را به تعویق بیندازد. از این رو، وقتی نوبت به تصمیم‌گیری برای خودکشی می‌رسد، یک «ارزش‌گزینه» زنده ماندن و انتظار برای دیدن اینکه آیا وضعیت بهبود می‌یابد وجود دارد. طبق برآورد اودی و تاخر (۲۰۰۵) که هزینه‌های اقتصادی خودکشی را در نیوزیلند مورد بررسی قرار دادند، میانگین هزینه اقتصادی خدمات استفاده شده در هر خودکشی در سال ۲۰۰۴ بدون احتساب مالیات (GST)، ۱۰۲۰۰ دلار و برای هر اقدام به خودکشی، ۳۷۵۰ دلار بوده که بخش اصلی این هزینه مربوط به از دست رفتن فرصت تولید است.

عوامل اجتماعی

دورکیم از جامعه‌شناسان کلاسیک نگاه جامعه‌شناختی و اجتماعی به موضوع خودکشی دارد. بر کلی جانسون (۱۹۶۵) نظریه دورکیم را به شرح زیر توضیح می‌دهد: "دورکیم معتقد است که میزان خودکشی به دو شرایط اجتماعی متغیر بستگی دارد. او این متغیرهای مستقل را انسجام اجتماعی و آیین و مقررات اجتماعی^{۱۲} می‌نامد. این دو با هم، میزان بروز خودکشی را در هر گروهی تعیین می‌کنند: با هر سطح معینی از انسجام و مقررات، نرخ تقریبی خودکشی مطابقت دارد. یک جامعه، گروه یا شرایط اجتماعی وقتی دارای انسجام است که به حدی یکپارچه شده است که اعضای آن دارای "ضمیر مشترک" از عقاید و احساسات مشترک باشند، با یکدیگر تعامل داشته باشند و احساس ارادت به اهداف مشترک



داشته باشند. نوع دوستی^{۱۳} نامی است که دورکیم برای سطح بالایی از یکپارچگی در نظر می‌گیرد. دو نمونه اصلی او از نوع دوستی مردمان بدوی و ارتش هستند. جوامع نوع دوستی مانند اینها خودکشی‌های زیادی دارند، زیرا بر از خود راندن افراد فشار می‌آورند، حتی اگر خودکشی به طور مشخص تجویز نشده باشد.

"در حد پایین مقیاس انسجام، شرایطی قرار دارد که دورکیم آن را خودگرایی می‌نامد. خودگرایی زمانی وجود دارد که ضمیر مشترک ضعیف باشد (یعنی عقاید و احساسات مشترک کمی وجود داشته باشد)، تعامل محدود باشد، و تعهد به منافع شخصی باشد تا منافع جمعی. خودگرایی از جمله خصوصیات پروتستان‌ها، فران‌سوی‌ها و افراد مجرد است. گروه‌هایی از این دست، اگرچه در نقطه مقابل نوع دوستی قرار دارند، اما نرخ بالایی از خودکشی را نیز نشان می‌دهند. در شرایط انسجام ضعیف، زندگی هیچ معنا و هدفی از گروه نمی‌گیرد و به راحتی تسلیم می‌شود. بنابراین، سطوح بالا و پایین ادغام باعث نرخ بالای خودکشی می‌شود. اما بین نوع دوستی و خودگرایی، سومین شرایط اجتماعی انسجام متوسط نهفته است، که در آن خودکشی‌ها اندک است. دورکیم هرگز از این وضعیت نام نمی‌برد، اما نمونه‌هایی از آن در بخش‌هایی از خودکشی دیده می‌شود که تضادی بین یک خودگرا یا نوع دوست یا گروهی دیگر با میزان خودکشی کمتر ایجاد می‌کند. بنابراین، جامعه پروتستان خودگرا است و باعث خودکشی‌های زیادی می‌شود، در حالی که ادیان کاتولیک و یهودی به طور متوسط ادغام شده‌اند و خودکشی‌های کمی دارند." و انگلستان در ادغام متوسط است و خودکشی کمی دارد.

"مقررات اجتماعی و خودکشی دقیقاً رابطه مشابهی دارند: سطح پایین یا زیاد مقررات باعث خودکشی‌های زیاد، و سطح متوسط باعث تعداد کم خودکشی می‌شود. دورکیم اصطلاح آنومی را به وضعیتی با مقررات پایین نسبت می‌دهد. وقتی جامعه فقط کنترل ضعیفی بر فرد دارد، احساسات او ممکن است فوران کند، ممکن است دچار سردرگمی شود و شاید خود را بکشد. آنومی در میان تاجران، به ویژه در دوران رونق و رکود، و در میان بیوه‌ها و افراد مطلقه رخ می‌دهد. اما درجه بالایی از مقررات نیز می‌تواند منجر به خودکشی شود: "... نوعی خودکشی برعکس خودکشی آنومیک وجود دارد، همانطور که خودکشی‌های خودگرایانه و نوع دوستانه متضاد هستند." هنگامی که وضعیت جبرگرایی حاکم است، مقررات اجتماعی شدید است: «... آینده‌ها بی‌رحمانه مسدود می‌شوند و هوس‌ها با نظم و انضباط ظالمانه به شدت خفه می‌شوند». این علت اجتماعی خودکشی در میان زنان کمتر ازدواج کرده، شوهران بسیار جوان و بردگان رخ می‌دهد.

"به طور خلاصه، دورکیم سه سطح مهم ادغام و سه سطح تنظیم را مشخص می‌کند و برای هر سطح یک نرخ خودکشی، خواه بالا باشد یا پایین، تعیین می‌کند."

جانسون (۱۹۶۵) می‌افزاید: "نگاه دقیق‌تر به خودکشی نشان می‌دهد که نوع دوستی و جبرگرایی واقعاً در طرح دورکیم تعلق ندارند و خودگرایی و آنومی یکسان هستند. بنابراین، چهار علت خودکشی او را می‌توان به یک کاهش داد، به طوری که همه تغییرات در میزان خودکشی به یک علت نسبت داده می‌شود. اصلاح نهایی من از این نظریه را می‌توان به



صورت زیر بیان کرد: هر چه جامعه، گروه یا شرایط اجتماعی یکپارچه (تنظیم شده) تر باشد، میزان خودکشی آن کمتر است. به عبارت دیگر: هر چه سطح خودگرایی (آنومی) حاکم در یک جامعه، گروه یا شرایط اجتماعی بالاتر باشد، میزان خودکشی بالاتر است. "

نتایج یک تحقیق کیفی در جنوب هند (منورانجیتام و همکاران، ۲۰۰۷) روی پنج آزمودنی که از اقدام به خودکشی جان در برده بودند، نشان داد شایع ترین علت خودکشی مشکلات بین فردی و خانوادگی و مشکلات مالی بود. بیماری روانی نیز به عنوان علت گزارش شد. همه آزمودنی ها اختلاف زنا شویی و خانوادگی را علت ذکر کردند. اکثریت جمعیت عمومی و تمامی افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند از هیچ جامعه و خدمات حمایتی برای پیشگیری از خودکشی آگاه نبودند.

اثر بر خانواده و بازماندگان

از آنجایی که خودکشی در خانواده ها اتفاق می افتد، تمرکز بر عواقب خودکشی در خانواده ها گام مهمی برای تعیین دقیق چگونگی کمک به بازماندگان است. بازماندگان فردی در معرض خطر غم و اندوه پیچیده، اختلالات روانی و حتی خودکشی در آینده هستند. بنابراین، تحقیق در مورد تجربه بازماندگان و مداخلات مربوط به کار پیشگیری انجام می شود. لوهان و مورفی (۲۰۰۲) در یک مطالعه طولی روی والدینی که به دلیل مرگ ناگهانی خ شونت آمیز (شامل خودکشی، تصادف یا قتل) فرزندشان داغدار شدند، با استفاده از مقیاس های ارزیابی سازگاری و انسجام خانواده (FACES؛ لوهان، ۲۰۰۲) اقدام به ثبت مشکلات در عملکرد خانواده پس از خودکشی کودک نمودند. این مشکلات شامل کاهش انسجام (به عنوان "پیوند عاطفی که اعضای خانواده با یکدیگر دارند") و سازگاری (به عنوان "توانایی یک سیستم زناشویی یا خانواده برای تغییر ساختار قدرت، روابط نقش، و روابط خودتعریف می شود") بود. قوانین در پاسخ به استرس موقعیتی و رشدی". در حالی که تغییرات اندکی در عوامل خانوادگی منحصر به خودکشی بود، نویسندگان این فرضیه را مطرح می کنند که خانواده ها به طور فعال پس از مرگ خ شونت آمیز تغییراتی ایجاد نمی کنند که به خانواده به عنوان یک واحد کمک کنند تا به طور مؤثر با آن مقابله کنند. عملکرد والدین ممکن است بر اعضاء ضای بازمانده خانواده تأثیر بگذارد، به ویژه کودکان در خانه که ممکن است با والدینی مواجه شوند که از نظر عاطفی کمتر در دسترس آنها هستند (لوهان، ۲۰۰۲).

به همین ترتیب، مک نیل، هچر و روین (۱۹۸۸) در مطالعه ای بر روی ۱۳ بیوه که شوهرانشان بر اثر خودکشی مرده بودند در مقایسه با ۱۳ بیوه که شوهرشان در تصادف مرده بودند، تفاوت هایی را در ارتباطات خانوادگی، حمایت و صمیمیت به دنبال هر دو نوع مرگ یافتند. در حالی که زنان بیوه در هر دو گروه سطوح بالینی قابل توجهی از علائم را گزارش کردند، زنانی که شوهرانشان بر اثر خودکشی مرده بودند نسبت به بیوه هایی که شوهرشان را در یک تصادف از دست داده بودند، در خانواده هایشان احساس گناه و سرزنش بیشتری داشتند. (مک نیل و همکاران، ۱۹۸۸).



حمایت های اجتماعی

خودکشی تأثیر روانی مخربی بر اعضای خانواده و دوستان بازمانده دارد. از این رو، متخصصان مراقبت های بهداشتی نقش حیاتی ایفا می کنند. بازماندگان یک خودکشی سوگ شدید را تجربه می کنند. گزارش ها حاکی است که تأثیر اجتماعی در جوامع روستایی بیشتر بود. این ممکن است به دلیل سیستم خانوادگی مشترک و پیوند اجتماعی نزدیک رایج باشد. همچنین غمگینی، افسردگی، احساس گناه و افکار خودکشی به عنوان واکنش های روانی عمده در خانواده های قربانیان شناخته می شوند. تأثیر مالی خودکشی نیز شناخته شده بود و گفته می شود که در خانواده های فقیر عمیق است، به ویژه در جایی که قربانی نان آور خانواده بود. همچنین هزینه های اجتماعی از جمله دست دادن احترام در جامعه، محرومیت ها و انتشار شایعات در مورد علت و مسائل دیگر نشان می دهد که تیم سلامت جامعه نقش عمده ای در ارائه حمایت و مشاوره به خانواده داغدار دارد (منورانجیتام و همکاران، ۲۰۰۷). ویژگی های شخصی سوگوار تعیین می کند که آیا سیر غم و اندوه طولانی و دشوار خواهد بود یا اینکه چگونه می تواند خود را بازیابی کند و به زندگی ادامه دهد (راتناراجا و اسکوفیلد، ۲۰۰۷).

خودکشی در حیوانات

خودکشی گاهی به حیوانات هم نسبت داده می شود. اما در این باره اتفاق نظر وجود ندارد. این موضوع مورد بحث این مقاله نیست، اما به طور اشاره دو دیدگاه متفاوت را در این باره ذکر می کنیم:

یک دیدگاه معروف به «ذهنیت بازتابی» بر این است که خودکشی فقط برای حیواناتی امکان پذیر است که دارای نوعی ذهنیت هستند که نه تنها شامل احساس، بلکه نوع خاصی از سوژکتیویته خود انعکاسی است که به موجب آن حیوان می تواند خود را به عنوان عامل قادر درک کند. عمل (یعنی به عنوان یک "من"). در این دیدگاه، خودکشی یک عمل بازتابی است که در آن فاعل همزمان سوژه و ایزه است. به این ترتیب، به سطحی از پیچیدگی ذهنی نیاز دارد که حیوانات به سادگی از آن برخوردار نیستند. پناگوزمان (۲۰۱۷) با نقل مطلب فوق آن را به شرح زیر مورد تردید قرار می دهد. دلایل تجربی و فلسفی معتبری برای حمایت از فرضیه خودکشی حیوانات وجود دارد. برخی از تحقیقات اخلاق شناختی و آزمایشگاهی در مورد احساسات، شناخت و رفتار حیوانات را دنبال می کنند، برخی دیگر از آنچه شیوه های تحقیقاتی فعلی خودکشی مستلزم آن است. وی می افزاید، "تغییر پارادایم" (Kuhn 1970) در تحقیقات خودکشی از یک رویکرد ذهنی و انسان محور به رویکردی رفتارگرایانه تر و مستمر می تواند درک ما را از شباهت های بین انسان و حیوانات غیرانسان عمیق تر کند و به حل مشکلات مفهومی مختلف کمک کند.

تحقیق در مورد خودکشی انسان همچنین بر محققان خودکشی فشار می آورد تا خودکشی را واضح تر تعریف کنند، و محققان حیوانات را وادار به توجیه بهتر دلایلی می کند که بر اساس آن «شکاف بزرگ» بین انسان ها و حیوانات را فرض می کنند. اگر چنین شکافی وجود داشته باشد، خودکشی نیست. اگرچه داستان های مربوط به خودکشی حیوانات روایت گونه هستند، اما آنچه اهمیت دارد این است که از دیدگاه علم امروزی کاملاً قابل قبول هستند. بنابراین، حتی اگر



در حال حاضر نتوانیم ثابت کنیم که هیچ حیوانی واقعا خودکشی کرده است، شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهد این احتمال به عنوان یک موضوع اصولی قابل رد نیست.

جمع بندی و نتیجه گیری

اقدام به خودکشی را می‌توان تصمیم و رفتاری برآمده از ناامیدی و ناخشنودی از وضع موجود دانست که در شرایط مختلفی ممکن است بر انسان عارض شود. خودکشی تصمیمی است مبتنی بر اراده آزاد، هر چند شرایط طاقت‌فرسای پیرامون ممکن است زمینه‌ساز آن باشد. با وجود مطالعاتی که علل و عوامل اقدام به خودکشی را نشان داده‌اند هنوز بخش زیادی از دلایل آن نام‌شخص است زیرا، در اغلب موارد این پدیده بعد از وقوع مورد مطالعه قرار می‌گیرد در حالی که دسترسی به فرد اقدام‌کننده به دلیل مرگ او دیگر مقدور نیست. آنچه مسلم است خودکشی یک پدیده پیچیده است که دلایل افراد برای اقدام به این کار می‌تواند بسیار متفاوت باشد. یکی به دلیل فقر و نداری زندگی رابی ارزش بداند و دست به خودکشی بزند در مقابل فرد دیگری ممکن است به میزانی از اشباع مادی رسیده باشد که دلخوشی دیگری برای خود متصور نبیند و از این رو دنیا را بی‌معنا ببیند.

در اقدام به خودکشی به نظر می‌رسد سه چیز دخالت دارد: ذهنیات، دنیای واقعی و تجهیزات فرد. آنچه انگیزه اقدام به خودکشی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در بعد ذهنی، جهان‌بینی، باورها و اعتقادات فرد و در بعد عملی، انتظارات او از شرایط و دنیای پیرامون است که تا چه اندازه بر وفق مراد و دلخواه او است یا با آن فاصله دارد. در این میان چیزی که می‌تواند این فاصله را پوشش دهد تجهیزات فرد شامل خلق و خو، شخصیت و آمادگی‌های فردی، شرایط اجتماعی، خانواده، الگوها، مشوق‌ها و بازدارنده‌های مرتبط دیگر است. آستانه تحمل افراد در برابر دردهای جسمی، روحی و اجتماعی متفاوت است، این موضوع توجه‌گر فرق بین افرادی است که در شرایط خیلی بدتری به زندگی امیدوارند و کسانی که در شرایط خیلی بهتر از زندگی ناراضی هستند.

احتمالات صورت فرد از دنیای پس از مرگ به عنوان بخشی از دنیای ذهنی او می‌تواند بر انگیزه او در باره خودکشی تأثیر بگذارد. اینکه فرد به چه باوری در باره مرگ و پیامد آن رسیده باشد مهم است. یک فرد دارای اعتقادات مذهبی که منع‌کننده اقدام به خودکشی است و برای آن مجازات و عقوبت فرض می‌کند از این کار روی گردان خواهد بود. اما کسی که مرگ را نیستی و عدم تصور کند در این باره از بازدارندگی کمتری برخوردار خواهد بود.

هم افرادی که از خودکشی ناموفق جان به در برده‌اند و هم خانواده‌های قربانیان به حمایت‌های اجتماعی و مشاوره‌ای نیاز دارند. افرادی که اقدام به خودکشی ناموفق داشته‌اند دچار نوعی تناقض می‌شوند، در حالی که گاهی از نجات خود اظهار خوشنودی می‌کنند اما اغلب ناراحت هستند. آنها ممکن است نگران از دست دادن منزلت اجتماعی باشند و دنیای تیره‌ای را در پیش روی خود تصور کنند، در نتیجه از زندگی خود اظهار ناراضی، احساس ندامت از زنده ماندن و احساس تنهایی می‌کنند (قادرزاده و پیری، ۱۳۹۲). بنابراین این افراد به شدت نیازمند ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایت اجتماعی هستند در حالی که بازدارندگی‌های اجتماعی و عوامل دیگر می‌تواند مانع از درخواست این خدمات شود.



منابع

- آستارکی پیمان و همکاران (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای علل و شیوه‌های خودکشی منجر به مرگ ارجاعی به پزشکی قانونی طی سال‌های ۸۸-۸۳ در استان ایلام. *مجله علمی پزشکی قانونی*، دوره ۱۹، شماره ۴ و ۱، ۳۹۱-۳۸۵.
- حسینعلی مهربانی و شیخ دارانی هما (۱۳۹۲). نقش عوامل مؤثر در گرایش به خودکشی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، پیاپی ۵۳ (۳)، ۹۱-۱۰۰.
- عبداله‌ی محمدعلی و غریب‌زاده محمد (۱۳۹۶). *متافیزیک*، سال نهم، شماره ۲۳، ۸۲-۶۹.
- قادرزاده امید و پیری کامیار (۱۳۹۲). مطالعه پدیدارشناسی اقدام به خودکشی در شهر آبدانان ایلام، *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۵ (۱)، ۳-۲۹.
- معماری اشرف‌الملوک، رمیم طیب، امیرمادی فرشته، خسروی خدیجه و گودرزی زهرا (۱۳۸۵). علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل، *نشریه حیات*، ۵۳-۴۷.
- نجفیان‌پور بانودخت و سعیداف عبدالمنان (۱۳۹۱). مطالعه موردی اقدام به خودکشی در بین زنان ایران و تاجیکستان. *فصلنامه علوم رفتاری*، پیاپی، ۱۴، ۱۴۴-۱۲۷. magiran.com/p1828539.
- نظرزاده میلاد، ایوبی عرفان، بیدل زینب، حمید سوری و سایه‌میری کوروش (۱۳۹۱). تعیین عوامل مرتبط با انگیزه اقدام به خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره پانزدهم، شماره چهارم، ۳۶۳-۳۵۲.

Bailey, R. K., Patel, T. C., Avenido, J., Patel, M., Jaleel, M., Barker, N. C. & Jabeen, S. (2011). Suicide: Current Trends. *Journal of the National Medical Association*, 103(7), 614-617. [https://doi.org/10.1016/S0027-9684\(15\)30388-6](https://doi.org/10.1016/S0027-9684(15)30388-6).

Chen, J., Choi, Y. J., Mori, K., Sawada, Y. & Sugano, S. (2012). *Journal of Economic Surveys*, Vol. 26, No. 2, pp. 271-306, <https://doi.org/10.1111/j.1467-6419.2010.00645.x>

Conwell, Y., Duberstein, P. R. & Caine, E. D. (2002). Risk Factors for Suicide in Later Life. *Biological Psychiatry*, 52: 193-204.

Hamerash, D. S. & Soss, N. M. (1974). *The Journal of Political Economy*, 82 (1), 83-98.

Klonsky, E. D. & MAY, A. M. (2013). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 1-5. DOI: 10.1111/sltb.12068

Poorolajal J, Darvishi N (2016) Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 11(7): e0156348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156348>

Mann J. John; Apter Alan; Bertolote Jose; et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064-2074. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/16/2064> (doi:10.1001/jama.294.16.2064)

Manoranjitham, S., Charles, H., Saravanan, B. Jaykaran, R., Abraham, S., & Jacob K. S. (2007). Perceptions about suicide: A qualitative study from southern India. *THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA*, VOL. 20, NO. 4, 176-179.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. and Stanley, B. H. (2019) *Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74. (doi: 10.1038/s41572-019-0121-0)

Ratnarajah, D. & Schofield, M. (2007). Parental suicide and its aftermath: A review. *Journal of Family Studies*, 13: 78-93.



- Rich, C. L., Ricketts, J. E., Fowler, R. C., & Young, D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 145(6), 718–722. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.6.718>
- Shneidman, E. (1994). Definition of suicide. Janson Aronson Book, USA
- Stack, S. (2007). Economic Strain and Suicide Risk: A Qualitative Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 103-112.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. and Stanley, B. H. (2019) Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 74. (doi: 10.1038/s41572-019-0121-0)
- Warner, M. & Hedegaard, H. (2016). Increase in suicide in the United States. 1999-2014. NCHS Data Brief, No. 241,
- O'Dea, D. & Tucker S. 2005. The Cost of Suicide to Society. Wellington: Ministry of Health. https://thehub.swa.govt.nz/assets/documents/42743_thecostofsuicidetosociety_0.pdf
- Peña-Guzmán, David M. (2017) Can nonhuman animals commit suicide? *Animal Sentience*, 20(1). DOI: 10.51291/2377-7478.1201
- Westefeld, J. S., Range, L. M., Rogers, J. R., Maples, M. R., Bromley, J. L. & Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist*, Vol. 28 No. 4, 445-510.



Suicide; Statistics, causes and consequences

M. Bahrani

Abstract

Although suicide is not a disease, it is a major issue for health officials and the World Health Organization. In this review article, while paying attention to this issue, suicide statistics and its causes and factors in various psychological, social, economic and family dimensions have been studied and its consequences have been discussed. Suicide rates in Iran are lower than the global average but are rising. Interestingly, both high and low statistics belong to deprived provinces. Suicide leads to more deaths in men than women, but suicide attempts are higher in the female population. Suicide is more common among young people. The causes of suicide are unknown for about half of the statistics, and in other cases, family and marital problems account for a significant percentage.

Keywords: Suicide, Death, Sex ratio, statistics, Iran.