

بررسی میزان، علل و انگیزه‌های خودکشی در ایران و جهان

*دکتر حمید پوریوسفی

چکیده

خودکشی یکی از معضلات عمده بهداشتی و روانی-اجتماعی دنیای معاصر است که توجه بسیاری از اندیشمندان، صاحب نظران علوم مختلف، سیاست مداران، برنامه‌ریزان و متخصصین علوم اجتماعی را بخود معطوف نموده است. خودکشی بعنوان آسیبی زیستی، روانی و اجتماعی پدیده‌ای کهن و معضلی است که گریبانگیر تمامی جوامع، اعم از توسعه یافته، عقب مانده و یا در حال توسعه که در هر یک به نحوی منطبق با خصوصیات و ویژگیهای آن جامعه ظهور و تجلی می‌نماید.

در این مقاله به بررسی میزان، علل و انگیزه های خودکشی در ایران و جهان پرداخته شده است. در ابتدا پیشینه خودکشی باختصار مورد بررسی قرار گرفته و پیامد آن تعریف خودکشی «Suicide» و ژست خودکشی «para-Suicide» خودکشی در دنیای معاصر، علل و انگیزه های خودکشی شامل عوامل زیستی، روانشناختی و عوامل محیطی و اجتماعی به خصوص با تاکید به نظریه دورکیم مورد باز بینی قرار گرفته است. سپس به بررسی چگونگی و میزان خودکشی در ایران پرداخته و به نتیجه گیری‌هایی بویژه مقایسه وضعیت خودکشی در ایران و جهان پرداخته شده است.

واژگان کلیدی: خودکشی، انگیزه، علل، جهان، ایران.

مقدمه

براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ بیش از یک میلیون نفر در جهان بر اثر خودکشی جان خود را ازدست داده اند. این بررسی هم چنین هشدار می‌دهد که در این مدت ۱۰ تا ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی نموده اند. در مورد کشورهایی که اطلاعات و آمار در دسترس می‌باشد، خودکشی در بین ۱۰ علت عمده مرگ و میر در طول سالهای زندگی است و در برخی کشورها بین دومین تا سومین علت عمده مرگ در سنین نوجوانی و جوانی است.

در چنین شرایطی جامعه نه تنها بخشی از نیروهای مولد خود را ازدست می‌دهد، بلکه به دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها و آسیب‌های جسمی و روانی - اجتماعی ناشی از آن دچار مشکل شده، بهداشت روانی اعضای خانواده قربانیان را مخدوش نموده و تأثیرات بسیار سوئی بر فضای زندگی اجتماعی می‌گذارد.

مطالعات و بررسی‌های اخیر نیز بیانگر این واقعیت است که در حال حاضر در کشورهای پیشرفته و صنعتی برای جلوگیری و مواجهه با این معضل و تبعات ناشی از آن امکانات وسیع و گسترده‌ای تخصیص یافته است. در نتیجه برخی از آنها توانسته‌اند تا حدودی از وسعت و شتاب آن بکاهند و در مواردی هم میزان آن را کاهش دهند.

پیشینه خودکشی

خودکشی پیشینه‌ای به گستردگی تاریخ دارد. بررسی تاریخی این پدیده جهانی از یک طرف بازگوکننده گونه‌های متفاوت قضاوت و طرز تلقی بخصوص با ایده مرگ و مردن دارد و از طرف دیگر نشان دهنده شیوع و فراوانی این امر در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون می‌باشد. در جوامع ابتدائی خودکشی اغلب یک نوع عمل شیطانی به حساب می‌آمد و در بیشتر فرهنگ‌ها و بین اقوام مختلف خودکشی وجوه مشترکی با مسئله قتل نفس داشته و هردوی آنها ممنوع بوده است. چرا که مردم این جوامع وحشت داشتند تماس جسمانی با جسد و مرده و محیط خودکشی اثرات مصیبت‌باری بوجود خواهد آورد (ستوده، ۱۳۷۶، ص ۲۳۴).

پژوهش‌های برخی از انسان‌شناسان چون راث بندیکت نیز گواه این مطلب است که خودکشی در تمامی جوامع ابتدائی وجود نداشته است بطوری که مردم قبیله زونی و بومیان جزیره استرالیا مفهوم خودکشی را نمی‌شناختند و خودکشی و خود آزاری را یک شوخی قلمداد می‌نمودند، چون مردمانی خون‌سرد و آرامش طلب هستند. جزیره نشینان آندامان در اقیانوس هند قبل از آشنائی با سفیدپوستان در مورد خودکشی هیچ نمی‌دانستند و در برخی از قبایل آفریقای جنوبی هیچ مدرکی دال بر خودکشی افراد بدست نیامده است، حال آنکه در جوامع دیگر مخصوصاً جوامع اروپائی و کشورهای خاوری خودکشی مقبول بوده است (خوشنویس، ۱۳۷۹، ص ۱۹).

در تبت و چین باستان خودکشی عملی معقول و متداول بوده و طبق تعالیم کاهنان بودائی انتحار داوطلبانه بعنوان جواز ورود به بهشت تلقی می‌شد. در مصر باستان خودکشی نوعی انتظار رهایی از زندگی تصور می‌گردید. خواستاران این رهایی حتی گاهی به صورت انجمن گرد هم می‌آمدند و اعضای انجمن در جستجوی مطبوع‌ترین وسیله برای مردن بر می‌آمدند. در ژاپن مسئله شرافت - نجبا را وادار به «هاراگیری» می‌نمود و برخی از مومنان به هنگام نیایش برای پیوستن به خدایان از خودکشی دریغ نمی‌ورزیدند. تاریخ هم چنین نشان می‌دهد که در هند باستان خردمندان و فرزندگان در جستجوی «نیروانا» (رهایی از آلام و دردها و وصول به عالم فنای مطلق) بودند، در خلال جشن‌های مذهبی خودکشی می‌کردند. در هندوستان مرگ یک زن بیوه همراه با فوت شوهرش تا پایان قرن گذشته در هندوستان متداول بوده است. در یونان باستان برخلاف فرهنگ‌های چینی، ژاپنی، هندی، مصری خودکشی امری مذموم به شمار می‌رفت. در آتن خودکشی کیفر داشت و جسد فرد خودکش محروم از گور بود و دست راستش را می‌بریدند و در مکان دیگری دفن می‌کردند (آقا امین فشمی، ۱۳۸۲، ص ۳۹). ولی با تمام این احوال یونانی‌ها خودکشی را در ۳ مورد تا حدودی مجاز می‌دانستند:

۱- هنگامی که فرد شرم بی‌حرمتی را نمی‌تواند تحمل کند.

۲- زمانی که در عشق شکست می‌خورد.

۳- زمانی که به کهنسالی رسد و توانایی و خودکفائی را از دست دهد.

در میان گل‌ها و ژرمن‌ها خودکشی مذهبی نیز فراوان بوده و غالباً مرگ را بر بردگی مهاجمان رومی ترجیح می‌دادند. در روم هم خودکشی بخصوص در دوران انحطاط امپراتوری

فراوان دیده می‌شد. در مذهب یهود قانون تالمودیک با این عمل مخالف بود و پیروان خود را از این عمل باز می‌داشت.

با ظهور و گسترش آئین مسیحیت گرایش افراد نسبت به مرگ و زندگی تغییر کرد. و در قرون وسطی در تمام جهان مسیحی خودکشی امری مضموم بود. سن لوئی و آگوستین خودکشی را گناه و آنرا مردود شمرده و پیامد آن توماس اکونیاخ خودکشی را امری نامشروع و غیرطبیعی برشمرد. در این دوران اغلب کشورهای اروپایی بخصوص انگلستان و اسکاتلند جسد افراد خودکش را خارج از گورستانهای عادی دفن می‌کردند. در قرن هفدهم میلادی سرکوب و مجازات خودکشی شدید بود و آنرا جنایتی معادل سوء قصد به جان پادشاه و بر ضد خدا و انسان می‌دانستند و در انگلستان تا سال ۱۸۷۰ خودکشی از نظر قانونی جرمی بزرگ بحساب می‌آمد و معمولاً وابستگان فرد خودکش مجبور به پرداخت غرامت به دولت بودند ولی بعدها این قانون تغییر یافته و بستگان افرادی که خودکشی می‌کردند از دریافت بیمه محروم می‌شدند.

در قرن ۱۹ «عصر روشن اندیشی» نویسندگانی چون منتسکیو، ولتر، روسو و دیگران با چنین قوانینی که علیه خودکشی وجود داشت به مبارزه پرداختند و حق انتخاب افراد در مورد زندگی و مرگ خود را تبلیغ نمودند که خود موجب رونق بیشتر خودکشی گردید. با فزونی یافتن خودکشی در اواخر قرن ۱۹ در انگلستان و آمریکا باشگاهی مخصوص رسیدگی به خودکشی شکل می‌گیرد، تا قوانین حمایتی و مشاوره برای افرادی که قصد خودکشی دارند وضع گردد. گرچه اقدامات گسترده‌ای جهت پیشگیری از خودکشی از آن به بعد در کشورهای اروپایی و آمریکا صورت پذیرفته است ولی گزارشها و آمارهای موجود نشان می‌دهد که میزان خودکشی در حال حاضر ۷-۶ برابر میزان خودکشی در اواسط قرن ۱۹ می‌باشد.

در کشورهای مسلمان، شریعت مقدس اسلام مطابق با منطق قرآن، خودکشی فعلی حرام، ممنوع و به تبع آن دارای مجازات و عقوبت اخروی خواهد بود. در آیه ۲۰۹ سوره نساء چنین مقرر شده « یکدیگر را نکشید، همانا خداوند با شما بسیار مهربان است » و در سوره بقره می‌فرماید: « خود را بدست خود به مهلکه نیفکنید».

و حضرت علی علیه السلام می‌فرمایند: « مومن ممکن است به هر طریقی بمیرد الی خودکشی». پایه‌های نظام حقوق اسلام بر مبنای عقیدتی و اخلاقی استوار است. مومن کسی

است که اعتقاد کامل دارد حاکمیت مطلق بر جهان و انسان از آن خداست. فرد مومن در زندگی اجتماعی و در مواجهه با مسائل و مشکلات روزمره با تلاش و کوشش و نیروی ایمان هیچ گاه از الطاف و مرحمت پروردگار ناامید نخواهد شد تا اقدام به خودکشی نماید.

تعریف خودکشی

در سال ۱۷۳۷ دفونتن برای نخستین بار کلمه خودکشی « Suicide » را بکار گرفت. این اصطلاح بعداً در ۱۷۶۲ توسط آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد. کلمه « Suicide » از دو کلمه فرانسوی و لاتین Sui به معنی به خود و Caedere بمعنای کشتن گرفته شده است که در کل بمعنای نابود کردن و کشتن خود می‌باشد. ارسطو در تعریف خودکشی می‌گوید: « عملی که بوسیله آن شخص برای معدوم ساختن خودش انجام می‌دهد در حالی که این عمل به منظور فداکاری نمی‌باشد، یعنی فرد برای قربانی شدن دست به انتحار نمی‌زند».

پی‌یرمورن خودکشی را عملی آگاهانه برای از بین بردن خود که مرگ را وسیله یا هدف قرار می‌دهد تعریف می‌کند. دست یافتن به تعریفی جامع و مانع برای خودکشی کار ساده‌ای نیست. از نظر امیل دورکیم که اولین و یکی از مهمترین تحقیقات علمی را درباره خودکشی انجام داده است، خودکشی عبارت است از «هر نوع مرگی که نتیجه مستقیم و یا غیر مستقیم کردار مثبت یا منفی خود قربانی است که می‌دانسته است که می‌بایست چنان نتیجه‌ای ببار آورد (ریمون آرون، ۱۳۷۲، ص ۳۵۸). باید دانست اکثر کسانی که واژه خودکشی را بعد از دورکیم تعریف کرده‌اند، بشکلی از دورکیم متأثر بوده‌اند. بطور کلی می‌توان گفت خودکشی عملی است شخصی، معمولاً بطور ارادی (آگاهانه یا ناآگاهانه) که بوسیله آن فرد رشته حیات خود را از هم می‌گسلاند. ولی باید دانست که در خودکشی انگیزه نابود کردن خود همیشه وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد دارای درجات مختلفی است.

بزعم دورکیم: «خودکشی زمانی اتفاق می‌افتد که قربانی در لحظه‌ای که عمل را مرتکب می‌شود تا به زندگیش خاتمه دهد، باتمام وجود می‌داند که بطور طبیعی چه نتیجه‌ای از آن ببار خواهد آمد. اما این مطمئن بودن از نتیجه عمل خود می‌تواند قوی یا ضعیف باشد. در عین حال کمی شک در این برداشت موجب می‌شود که انجام یک عمل با مقداری تردید در نتیجه

آن که با واقعیت‌های جدید سروکار دارد، دیگر خودکشی بحساب نمی‌آید، بلکه در خانواده خودکشی قرار می‌گیرد (دورکیم، ۱۳۷۸، ص ۷).

بنابراین از آنجا که کلمه خودکشی هم برای اعمال مرگ‌آور و هم برای اعمال غیر مرگ‌آور موجب سردرگمی می‌شود. می‌توان پدیده خودکشی را به دو دسته عمده تقسیم نمود: ۱- عملی عمدی و مرگ آور « Suicide » ۲- عملی آسیب رسان به خود به صورت غیرکننده‌ای با انگیزه‌های غیر مرگ‌آور «Parasuicide» مثلاً ژست خودکشی که گهگاه نیز به خودکشی منجر شود. در گذشته اقدام به خودکشی با درجه‌ای خفیف‌تر در ردیف خودکشی قرار می‌گرفت، ولی امروزه محققین و پژوهشگران بین خودکشی و اقدام به خودکشی نوعی انفکاک قائل می‌شوند. اقدام به خودکشی علاوه بر خصوصیات عام خودکشی دارای علل و عوامل خاص خود است؛ تقاضای کمک و حمایت برای تهدید و اختطار، ناشی از سردرگمی و ابهام و فرار و گریز....

خودکشی در دنیای معاصر

براساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی روزانه بیش از ۲۵۰۰ نفر دست به خودکشی می‌زنند و در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی و ژاپن خودکشی در ردیف سومین تا دهمین طبقه‌بندی علل مرگ‌ومیر قرار می‌گیرد. برای سالیان متمادی ژاپن دارای بالاترین نرخ خودکشی در جهان بود. اما در دهه ۱۹۷۰ و اوائل ۱۹۸۰ مجارستان، آلمان شرقی، چکسلواکی و استرالیا دارای بالاترین نرخ خودکشی بوده‌اند. بطورکلی مقایسه بین المللی نرخ‌های خودکشی کار آسانی نیست، زیرا کشورها برحسب تعریف خودکشی طرز برخورد قانونی و پزشکی و مسائل فرهنگی بسیار متفاوتند. هم‌چنین بنا به دلایل مذهبی، اخلاقی و سیاسی و اجتماعی بسیاری از خودکشی‌ها ثبت نشده و در آمار منعکس نمی‌شود. دیگر اینکه بیش از نیمی از کشورها از ارائه آمار و ارقام در این مورد خودداری می‌نمایند و بالاخره نرخ‌های خودکشی در کشورهای مختلف آن قدر متنوع و گوناگون می‌باشد که تعیین یک الگوی تطبیقی کاری بس دشوار می‌نماید. بعنوان مثال در کشورهای اسکانندیناوی که از شهرت نرخ بالایی از خودکشی برخوردارند. سوئد، دانمارک، فنلاند دارای نرخ خودکشی بسیار بالایی بوده، حال آنکه نرخ خودکشی در کشور نروژ بسیار پایین می‌باشد. ضمناً نرخ خودکشی در برخی از کشورها در

حال تغییر و دگرگونی بوده است. برای مثال در ایالات متحده آمریکا نرخ خودکشی از ۲/ درصد ۱۰ در سال ۱۹۰۰ به ۱۵/۶ درصد هزار در ۱۹۳۰ رسیده و در سال ۱۹۷۰ معادل ۱۱ درصد هزار نفر بوده است و در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا سال‌های ۱۹۹۹ بصورتی ثابت کاهش یافته و در طی این دوران خودکشی از هشتمین علت عمده مرگ و میر به یازدهمین علت تنزل پیدا کرده است. آمارهای اخیر نشان می‌دهد که ۹۰٪ خودکشی‌ها در میان سفید پوستان که ۷۲٪ آنها مربوط به مردان بوده است، بطوری که ۶۲٪ از خودکشی مردان نیز بوسیله اسلحه‌های گرم روی داده است. دیگر اینکه خودکشی افراد مجرد بیش از ۴ برابر افراد متأهل بوده و بطور کلی مردان بیش از سه برابر زنان خودکشی واقعی دارند، حال آنکه زنان سه برابر مردان اقدام به خودکشی می‌نمایند.

در سال ۱۹۹۸ در انگلستان ۶۱۸۲ نفر و در جمهوری ایرلند ۵۰۴ نفر خودکشی نموده‌اند که برای انگلستان افزایشی بیش از ۹۰٪ را در مقایسه با سال ۱۹۸۸ نشان می‌دهد، از این میان ۷۶٪ مرد و ۳۴٪ زن بوده‌اند. ضمناً میزان افرادی که بخود آسیب رسانده و یا اقدام به خودکشی کرده‌اند در انگلستان و ویلز « Wales » جمعاً ۱۶۰/۰۰۰ نفر بوده که ۲۴/۰۰۰ نفر آنها در سنین ۱۹-۱۵ سال قرار دارند. جالب اینکه در این بررسی مشخص شد که مردم این نقاط حداقل کسی یا کسانی را می‌شناسند که به خود صدمه رسانده و یا اقدام به خودکشی کرده‌اند (اندی فیلد، صص ۵-۲).

بطور کلی در آمریکا سالانه ۳۰/۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی می‌میرند و برآورد شده است که میزان اقدام به خودکشی ۶۵۰/۰۰۰ نفر می‌باشد. در قرن ۲۰ متوسط خودکشی در آمریکا ۱۲/۵ درصد هزار بوده و علیرغم ثبات و کاهش برای جوانان سنین ۲۴-۱۵ سال ۲-۳ برابر کشته، در سال ۲۰۰۲ در آمریکا بیش از ۱۳۲/۳۵۳ نفر بدنبال اقدام به خودکشی به بیمارستانها منتقل شده که از میان آنها ۱۱۶/۶۳۹ نفر در بخش اورژانس مورد درمان و حمایت قرار گرفته‌اند. که بیشترین تلفات مربوط به آمریکائیهای سرخ پوست آلاسکایی می‌باشد (اندرسن و دیگری، ۲۰۰۳).

و طبق گزارش رسیده از سازمان ملل خودکشی در آمریکا در بین کشورهای صنعتی در حد متوسط قرار دارد و ممالک دارای ۲۵ درصد هزار عبارتند از کشورهای اسکانداوناوی، سوئیس،

آلمان، ممالک اروپای شرقی که اصطلاحاً آنها را کمربند خودکشی نام نهاده‌اند (کاپلان و دیگری، ص ۷۴).

مطالعات و بررسی‌ها هم چنین نشان می‌دهد که خودکشی از طریق تماس با اینترنت بویژه خودکشی گروهی فزونی یافته است. این تماسها و ارتباطات از گوان «Guan» گرفته تا هلند و سایر کشورها در چگونگی رخداد خودکشی تاثیر گذار بوده است. در ژاپن که یکی از بالاترین نرخ‌های خودکشی را در جهان بخود اختصاص داده در سال گذشته در یک حرکت گروهی از طریق تماس با اینترنت ۹ نفر مشترکاً اقدام به خودکشی کردند که اجساد آنها در داخل دو ماشین پارک شده که دربهای آن قفل شده بود پیدا شد (کنجی هال، ۲۰۰۴، صص ۱۳-۱۰).

به هرصورت برطبق آخرین نقشه منتشره از سازمان بهداشت جهانی مشاهده می‌گردد که ایران و برخی از کشورهای اسلامی آمریکای لاتین و مرکزی و تعدادی از کشورهای جنوب شرقی آسیا دارای کمترین میزان خودکشی «کمتر از ۶/۵ درصد هزار بوده‌اند» کشورهای آمریکا، کانادا، هندوستان، ایتالیا، انگلیس، ترکمنستان دارای میزان خودکشی بین ۱۳-۶/۵ درصد هزارند و بالاخره روسیه، چین، ژاپن، کره، استرالیا و اغلب کشورهای اروپای شرقی و برخی از کشورهای اروپای غربی به ویژه کشورهای اسکاندیناوی دارای بیشترین میزان خودکشی در جهان یعنی بیش از ۱۳ درصد هزار می‌باشند.

علل و انگیزهای خودکشی (سبب شناسی)

پژوهش‌هایی که در زمینه خودکشی صورت گرفته دیدگاهها و عوامل متفاوتی را مدنظر قرار داده‌اند.

پی یرمورن در تبیین خودکشی به عوامل روانشناختی، جامعه شناختی و فیزیولوژیک اشاره کرده و به تشریح تئوری‌های متعددی پرداخته است.

به عقیده اشنایدمن خودکشی علل گوناگونی دارد و پورترفیلد آن را ۸ وجهی خوانده است.

لمبروزو در کتاب انسان جنایتکار ۳۷ علت را برای خودکشی نام برده که بطور کلی ترکیبی هستند از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی (خوشنویس، ص ۲۵) از جانب دیگر مطالعه روحیه، طرزتفکر و باورکسانی که خودکشی کرده و یا اقدام به خودکشی نموده‌اند نشان می‌دهد که اغلب آدم‌های بدبین، مضطرب، مأیوس، افسرده و شکست خورده اقدام به خودکشی نموده‌اند،

در نتیجه در نگاه اول خودکشی بعنوان رفتاری فردی و با علائم و نشانه‌های بیماری روانی ارزیابی می‌شود.

در حالی که تحقیقات اخیر بخوبی نشان می‌دهد که فرد خودکش هرگز به تنهایی مطرح نبوده و در اکثر اوقات عملش به محیط پیرامون زندگیش، اطرافیان و جامعه بستگی دارد.

عوامل زیستی

زیست‌شناسی خودکشی مطالب وسیعی را دربر می‌گیرد: از بررسی ناقل‌های عصبی گرفته تا پژوهش‌های مربوط به ستیزه‌جویی، عوامل ژنتیک و سابقه خانوادگی پژوهش‌های اخیر حاکی از آن است که سروتونین تأثیر آرام‌بخشی بر روی مغز دارد. کاهش تراز سروتونین در مغز موجب بروز افسردگی، رفتار خشونت‌آمیز و ایجاد تصمیمات ناگهانی در افراد می‌شود. شماری از محققین نیز براین عقیده هستند که ازدیاد شمار گیرنده‌های سروتونین در مغز و بروز نقص در انتقال این ماده، زمینه مساعد را برای خودکشی فراهم می‌نماید.

مطالعه بر روی مغز افرادی که خودکشی کرده‌اند هم چنین تحقیقات اخیر در دانشگاه کلمبیا نشان می‌دهد که شمار سلولهای عصبی یا نرونها در کورتکس پری فرونتال این افراد کمتر از افراد عادی است (نشریه ابرار، ۸۱/۱۲/۱۱).

بررسی‌های ژنتیک نیز نشان می‌دهد که خودکشی دارای الگوهای خانوادگی است. ماریس گزارش کرده است که ۱۱٪ افرادی که در شیکاگو خودکشی کرده‌اند، دارای سابقه ارتکاب در یکی از بستگان درجه اول بوده‌اند.

عوامل روانشناختی

معمولاً در مطالعات روانکاوی، روانشناسی و تا حدودی روانپزشکی علاقه و تأکید بر این مطلب است که چرا اشخاص خاصی و تحت تأثیر چه مکانیزمهای درونی اقدام به خودکشی می‌نمایند. از منظر آنها اختلالات ذهنی و نازاحتی‌های روحی- روانی از قبیل اختلالات شخصیتی، خلقی، افسردگی و اضطراب زمینه ساز خودکشی می‌باشند. در کل مطالعات آنها بیشتر بر روی رفتارهای فردی متمرکز شده است که بیشتر انگیزه‌ها و دلایل خودکشی را مورد توجه قرار می‌دهند. بنابراین چنین مطالعات و پژوهش‌ها غالباً می‌توانند شرایط لازم و نه کافی

را برای خودکشی مورد توجه قرار دهند. بعنوان مثال اسکیزول عقیده دارد که خودکشی همواره با صوری از اختلالات ذهنی عجین شده است که این اختلالات فقط یک نشانه هستند. فروید خودکشی را بازتاب نوعی پرخاشگری فرد نسبت به شیئی درونی و محبوبی می‌داند که بصورت تردید آمیزی انرژی روانی‌اش را روی آن متمرکز کرده است که این پرخاشگری بسوی خود شخص باز می‌گردد. مینگر خودکشی را نوعی دیگرکشی معکوس توصیف می‌کند که ناشی از خشم فرد نسبت به فرد دیگری است (کاپلان و دیگری، ص ۷۸).

عوامل محیطی و اجتماعی

عده‌ای از محققین و پژوهشگران بویژه جامعه‌شناسان و روانشناسان اجتماعی و جرم‌شناسان بیشتر شرایط نامساعد و نامناسب فرهنگی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهند. از منظر آنان عوامل محیطی، خانوادگی و اجتماعی از جمله شیوه‌های تربیت، جامعه‌پذیری فقدان یا ضعف ارتباط و پیوندهای اجتماعی و تغییرات عمده در شرایط اقتصادی و پایگاه اجتماعی می‌تواند موجب ناکامی، ناامیدی و سرخوردگی در فرد شده و زمینه ساز خودکشی گردد. دورکیم که یکی از جامع‌ترین و نافذترین تئوریهای اجتماعی خودکشی را ارائه نموده است، در کتاب مشهور خود «خودکشی» سعی کرد بخوبی نشان دهد که تفاوت در شیوه و میزانهای خودکشی، تفاوت در شکل‌های متفاوت زندگی است. به عقیده دورکیم مشخصات پویایی، فشارها، یگانگی و جذابیت سازمانها و نهادها و گروههای اجتماعی و میزان تعلیق و همانندسازی فردی در رابطه با گروههای اولیه و ثانویه در اجتماع، تعیین کننده گستردگی نوع و انگیزه خودکشی می‌باشد. به عبارت دیگر جامعه است که انسان را تشویق یا وادار به خودکشی، دیگرکشی و یا رفتارهای متعادل می‌نماید و ریشه‌های رفتار خودکشانه عملاً در رفتار متقابل فرد با گروه و جامعه معنی پیدا می‌کند.

در واقع هسته اصلی بحث دورکیم را مفهوم «همبستگی» تشکیل می‌دهد. هر اندازه همبستگی اجتماعی سست گردد و از ارتباط و تعلیق فرد به گروه کاسته شود، او آمادگی بیشتری برای پایان دادن به حیات خود پیدا می‌کند. از طرف دیگر اگر همبستگی از حد تعادل زیادتر شود، نوعی دیگر از خودکشی را موجب خواهد شد، زیرا فرد در چنین ساختاری خود را گرفتار و بدون اراده می‌بیند.

بطورکلی به عقیده دورکیم زندگی بدون انسجام و نظم افراد جامعه دستخوش هرج و مرج خواهد شد و به این ترتیب چهار نوع خودکشی را از هم متمایز می‌نماید: خودکشی خودخواهانه و دگرخواهانه که ناشی از افراط و تفریط در انسجام اجتماعی و خودکشی ناشی از نابسامانی اجتماعی و خودکشی قهری که ناشی از افراط و تفریط در نظم می‌باشد (تیبیلور، صص ۷-۲۶). ذکر این نکته لازمست که بعد از دورکیم تحقیقات زیادی روی خودکشی انجام شده و نظریه‌های گوناگونی ارائه گردیده ولی باید اذعان نمود که هیچ کدام در ارائه نظریه‌ای چنین کامل و فراگیر توفیق نیافته‌اند.

خودکشی در ایران

همان طوری که در تصویر انتشار یافته از سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۰۲ مشاهده می‌گردد، میزان خودکشی در ایران کمتر از ۶/۵ درصد هزار نفر می‌باشد که در مقایسه با میانگین خودکشی در جهان « ۱۵ - ۱۴/۵ » درصد هزار نفر در سطح پایینی قرار دارد. متأسفانه مطالعه دقیق و گسترده‌ای در کشور ما در مورد خودکشی هنوز انجام نگرفته است و معمولاً آمارهای قابل دستیابی از پزشک قانونی، نیروهای انتظامی، اداره آمار و سایر مراکز قانونی، کامل، گویا و شفاف نیست. بعلاوه تعداد زیادی از خانواده‌های ایرانی خودکشی افراد خانواده را بخاطر حفظ آبرو کتمان می‌نمایند و تنها مطالب منتشره در روزنامه‌ها و مجلات یا همایش‌ها تا حدی به بررسی پدیده خودکشی کمک می‌نمایند. در تحقیقی که در سال ۱۳۴۲ بوسیله خسرو خسروی که منبع اصلی آن مطالب روزنامه‌ها بود از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۰ مجموعاً ۵۶۸ نفر اقدام به خودکشی کرده که از این عده ۳۶۷ نفر مرد و ۷۶ نفر زن بوده‌اند (ستوده، ص ۲۳۹).

از طرف دیگر بررسی‌ها نشان می‌دهد بنا به دلایل گوناگون، آمار واقعی در مورد این معضل معمولاً به مراتب بیشتر از آمار اعلام شده می‌باشد. بعنوان مثال در دوبلین محققان و روان پزشکان میزان واقعی خودکشی را ۴ برابر آنچه از جانب پزشک قانونی اعلام شده است می‌دانند. طبیعی است تفاوت‌های مشابهی در نقاط و جاهای دیگر نیز گزارش شده است (نشریه اصول بهداشت روانی، ص ۶). بررسی آمارها در سالنامه‌های آماری موجود در مراکز آمار ایران نیز نشان می‌دهد که از سال ۱۳۴۸ تا سال ۱۳۶۹ تعداد خودکشی‌های ثبت شده در ایران در سطح بسیار پایینی بوده، به طوری که میانگین آن در یک سال به یک درصد هزار هم

نمی‌رسد. اما از سال ۱۳۷۰ که تعداد خودکشی و هم چنین تعداد اقدام به خودکشی هردو ثبت شده است، خودکشی در ایران تا سال ۱۳۷۴ افزایش قابل توجهی داشته ولی در بین سال‌های ۸۰-۱۳۷۵ از شتاب آن کاسته شده و مجدداً از سال ۱۳۷۹ به بعد رشد چشمگیری داشته و طبق آخرین بررسیها، چنین بنظر می‌رسد که میزان آن در دو سه سال گذشته هم چنان رو به افزایش است.

جدول میزان اقدام به خودکشی در سالهای ۸۰-۱۳۷۰ براساس سالنامه های آماری

سال	اقدام به خودکشی	فوت شده	فوت نشده	جمعیت کل
۱۳۷۰	۱۴۳۷	-	-	۵۵۸۳۷۰۰۰
۱۳۷۱	۱۶۹۱	-	-	
۱۳۷۲	۲۸۰۹	-	-	
۱۳۷۳	۳۴۷۲	-	-	
۱۳۷۴	۲۹۷۶	۱۶۷۳	۱۳۰۳	
۱۳۷۵	۲۸۱۸	۱۷۰۵	۱۱۱۳	۶۰۰۵۵۴۸۸
۱۳۷۶	۲۸۶۷	۱۵۹۵	۱۲۷۲	
۱۳۷۷	۲۷۷۹	۱۷۴۱	۱۰۳۸	
۱۳۷۸	۲۷۰۸	۱۷۹۲	۹۱۶	
۱۳۷۹	۲۷۴۹	۱۷۷۱	۹۷۸	
۱۳۸۰	۳۲۲۷	۱۹۸۵	۱۲۴۲	

براساس آمارهای موجود میانگین خودکشی در کل کشور ۶ درصد هزار نفر است. اما در استان‌هایی مثل ایلام و کرمان در حال حاضر ۳۳ درصد هزار نفر می‌باشند. ضمناً برآوردها نشان می‌دهد که ۴۴ درصد از خودکشی‌ها متعلق به سنین ۲۹-۱۳ سال می‌باشد. توزیع جنسی خودکشی در ایران کم و بیش با توزیع جهانی آن برابر است یعنی اگرچه اقدام کنندگان خودکشی در میان زنان بیشتر است ولی مرگ‌ومیر واقعی در نتیجه خودکشی در مردان بمراتب بیشتر از زنان می‌باشد، به طوری که از هر ۵ زن ایرانی که اقدام به خودکشی می‌نمایند، فقط یک نفر به هلاکت می‌رسد ولی در مورد مردان اکثراً جان خود را ازدست می‌دهند. در مورد شیوه‌های خودکشی دختران و زنان اکثراً با دارو و انواع سموم اقدام به خودکشی می‌نمایند اما

آقایان بیشتر از روش‌های خشن مثل استفاده از اسلحه و سقوط از بلندی استفاده می‌نمایند. (نشریه انتخاب، ۸۲/۵/۲۰).

در تحقیقی که بوسیله امان... قرائی مقدم با همکاری دانشجویان در طول یک سال در ۳۳ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۰ به عمل آمد پرونده ۵۶۰ مورد خودکشی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت که نشان می‌دهد ۷۰٪ خودکشی‌ها بین سنین ۱۸-۲۵ سال رخ داده است. تعداد متأهلین بیشتر از مجردین می‌باشد. (۵۴٪ در مقابل ۴۶٪) و خودکشی در شهرها بیشتر از روستاها بوده است (۶۵٪ در مقابل ۳۵٪). علل و انگیزه‌های خودکشی نیز نشان می‌دهد که اختلافات خانوادگی با ۳۷٪ در صدر قرار دارد، فقر اقتصادی با ۱۴٪، اعتیاد ۱۳٪، ناکامی در عشق ۱۲٪، افسردگی و ناراحتی‌های روانی هرکدام با ۸ درصد و ازدواج تحمیلی با ۶٪ به ترتیب اهمیت قرار دارند. علت اصلی شناخته شده در این تحقیق ضعف سنن و هنجارها و کم رنگ شدن رابطه نوجوانان و جوانان با خانواده و جامعه ذکر گردیده است.

براساس آمارهای رسمی پلیس در سال ۱۳۸۱، ۳۲۷۵ نفر زن و مرد در کشور اقدام به خودکشی نموده‌اند که در مجموع ۱۹۸۵ نفر آنان جان خود را از دست داده‌اند، ۱۴۳۱ نفر مرد و ۵۶۴ نفر زن. براساس این آمار خراسان با ۳۰۹ مورد اقدام به خودکشی و ۱۶۹ مورد منجر به مرگ بالاترین آمار خودکشی را داشته و کرمانشاه و گلستان با ۲۴۷ و ۲۲۶ مورد در رده‌های بعدی قرار داشته و تهران با ۳۰۵ مورد اقدام به خودکشی و ۱۶۹ مورد منجر به مرگ در رده نهم و سیستان و بلوچستان با ۲۴ مورد اقدام به خودکشی در پایین‌ترین مرتبه قرار دارند (نشریه ایران، ۸۲/۸/۳۰).

در تحقیق دیگری که در ایلام (اسنادی-کتابخانه‌ای) در سال ۱۳۸۳ به عمل آمد، نشان می‌دهد که در ایلام بعد از جنگ تحمیلی خودکشی رشد فزاینده‌ای داشته که هنوز هم ادامه دارد. در کل شیوع خودکشی در نوجوانان و جوانان بیش از دیگران بوده و میزان خودکشی در زنان به مراتب بیشتر از مردان می‌باشد (۴-۳ برابر)، زنان اکثراً متأهل و خانه‌دار و شیوه غالب خودسوزی بوده است. می‌توان گفت که اقدام به خودکشی زنان خشونت است که زنان به دلیل احساس نابرابری در روابط اجتماعی و عدم پذیرش نابرابریها متوجه خود می‌نمایند، مضاف بر اینکه الگوهای سنتی رفتار، فرهنگ مردسالاری همراه با تعصب و خشونت امکان تعدیل یا تغییر روابط نابرابر و ناخواسته را نمی‌دهد. ازدواج تحمیلی، تنبیه بدنی و تهمت‌های ناموسی و

افترا محدودیت‌های بیش از اندازه از جانب همسر و خانواده، فقر و بیکاری و نبود امکانات، تفریح و سرگرمی از جمله عوامل عمده ذکر شده‌اند (یوسفی، ص ۲۳-۱۱).

در تحقیقی که در هرسین در نیمه سال اول ۱۳۸۳ صورت گرفت پرونده ۷۷ نفر از کسانی که اقدام به خودکشی کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت. نتیجه اینکه تعداد زنان بیش از ۳ برابر مردان بوده است (۲۱ در مقابل ۶۸) نزدیک به ۸۵ درصد از کسانی که خودکشی کرده‌اند زیر ۳۰ سال سن داشته‌اند. تعداد متأهلین بیشتر از مجردین بوده (۳۸ در مقابل ۳۹) و بیش از نیمی (۴۷ نفر) مورد تعارض با والدین، همسر و یا اقوام قرار گرفته‌اند. ۱۳ مورد دارای مشکلات جسمی و روانی و چند مورد هم شکست اقتصادی، شکست تحصیلی ذکر شده است. جالب اینکه در مورد نتایج اقدام به خودکشی در این بررسی ۴۱ مورد از ۷۷ نفر خودکشی‌شان ناموفق ذکر شده و ۳۴ نفر هم نامعلوم ثبت شده است! در گزارش دیگری هم آمده است که در یک سال گذشته در تهران فقط ۱۲۰۰۰ نفر بخاطر اقدام به خودکشی به اورژانس بیمارستان لقمان ادهم انتقال یافته‌اند. و دکتر سیدکاظم ملکوتی در نشست تخصصی بررسی وضعیت خودکشی در ایران افسردگی را از شایع‌ترین عوامل خودکشی دانسته و بیان داشته که مشکلات و فشارهای اقتصادی و اجتماعی و روانی موجب افسردگی می‌شوند (نشریه فرهنگ و پژوهش، ص ۱۸).

نتیجه گیری

با نگاهی اجمالی به آمار و اطلاعات فوق‌الذکر که دارای ابهامات و تناقضات زیادی می‌باشد و مقایسه آن با سایر کشورها چنین می‌توان برداشت نمود:

۱- خودکشی پدیده‌ای جهانی و همه‌جاگیر است که در دنیای معاصر به علت تغییرات عمده در زمینه‌های مختلف اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی، در نتیجه دگرگونی اساسی در سبک و شیوه زندگی و کم‌رنگ شدن ارتباط و پیوند بین فرد و جامعه شتاب فزاینده‌ای پیدا نموده است.

۲- میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران نسبتاً بالا بوده و در حال افزایش است.

۳- بطور کلی آمار و اطلاعات دقیق و درستی از خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران وجود ندارد و بین سازمانها و نهادهای مربوطه و مسئول همکاری و هماهنگی بسیار پایینی وجود دارد، بطوری که در بررسی آسیب‌های روانی- اجتماعی حتی در تعریف مفاهیم اساسی نحوه برخورد با مشکل، پیشگیری و درمان، هماهنگی و وحدت رویه و عمل مشاهده نمی‌گردد.

۴- میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در سنین نوجوانی و جوانی بسیار بالا بوده، حتی در مقایسه با سایر کشورها.

۵- نزدیک به نیمی از کسانی که اقدام به خودکشی می‌نمایند جان خود را از دست می‌دهند، این در حالی است که در برخی از کشورهای پیشرفته از هر ۲۰-۸ نفر که اقدام به خودکشی می‌نمایند فقط یک نفر به هلاکت می‌رسد که این امر می‌تواند تا حدودی ناشی از ضعف در عملکرد پیشگیری و یا اقدامات حمایتی باشد.

۶- نزدیک به نیمی از افرادی که خودکشی و یا اقدام به خودکشی می‌نمایند، دارای مشکلات و اختلالات اساسی با افراد خانواده می‌باشند و جالب این که در برخی از این گزارش‌ها و تحقیقات میزان خودکشی در متأهلین بیشتر از مجردین بوده است که خود گواه این مطلب است که خانواده در ایران در شرایط کنونی در بحران به سر می‌برد.

۷- در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، دو نوع خودکشی «آنومیک» نابسامان اجتماعی و تقدیر گرایانه «قهری» بیشتر متداول است.

الف) خودکشی آنومیک یا نابسامانی اجتماعی ناشی از گذار از سنت به توسعه یافتگی که موجب ضعف مناسبات اجتماعی و کمرنگ شدن پیوندهایی است که فرد را به خانواده و جامعه مرتبط می‌سازد. توسعه صنعت، گسترش شهرنشینی، ضعف سنن، آداب و رسوم و هنجارهای اجتماعی، تضعیف روح جمعی و سست شدن اعتقادات مذهبی و معنوی و ضعف در عملکرد خانواده همراه با رقابت شدید، توسعه فردگرایی و انتظارات بالا، نیاز به مهارت‌ها و حمایت‌های گوناگونی دارد که اگر در حد متعادل فراهم نگردد موجب دلسردی، سرخوردگی و بی‌تفاوتی شده بطوری که زندگی برای فرد معنی و مفهوم خود را از دست می‌دهد در نتیجه فرد که خود را ناکام و رها شده می‌بیند مرتکب خودکشی می‌گردد.

ب) خودکشی قهری یا تقدیرگرایانه که درست نقطه مقابل خودکشی آنومیک قرار دارد. بیشتر به علت شدت و وحدت هنجارهای اجتماعی، انسجام و انتظام افراطی صورت می‌پذیرد، بطوری که زندگی و آینده افراد از پیش قالب‌ریزی و محدود شده و چنانچه فرد آنرا نامطلوب تشخیص دهد، زمینه برای خودکشی تقدیرگرایانه فراهم می‌شود. بنابراین خودکشی قهری متضمن رهائی از یک موقعیت هنجاری شدیدی است که چاره‌ای جز آن برای فرد باقی نمی‌گذارد، مانند ازدواج‌های تحمیلی که بیشترین آمار خودسوزی را در میان مناطق کمتر توسعه یافته به همراه داشته است.

در خاتمه باید اذعان نمود که آسیب‌های اجتماعی از یک پیوستگی و ارتباط نزدیک و متقابل برخوردارند و معمولاً در نقاطی که یکی از این آسیب‌های عمده فزونی یابد، زمینه برای ظهور سایر انواع آسیب‌ها فراهم می‌گردد. بررسیها و مشاهدات هم چنین بیانگر این واقعیت است که سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و شیوه‌های برخورد با معضلات و آسیب‌های روانی - اجتماعی در اغلب کشورهای در حال توسعه از جمله ایران با مشکلات و محدودیت‌های زیادی روبروست و تا سیاست‌های کلان حمایتی و تأمین اجتماعی و اعتلای سلامتی و بهداشت روان در سطح وسیع و گسترده، بصورت جدی، علمی و سیستماتیک مورد توجه قرار نگیرد، کاهش عمده‌ای در این آسیب‌ها صورت نمی‌پذیرد.

منابع

- ۱- آئینی، میترا. بررسی خودکشی در شهرستان هرسین. کار تحقیقی سمینارخانواده. کارشناسی ارشد. ۱۳۸۳.
- ۲- آقا امینی، فشمی، نرگس. بررسی علل اجتماعی اقدام به خودکشی در افرادی که موفق نشده‌اند. پایان‌نامه کارشناسی. دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی. واحد تهران شمال. تابستان ۱۳۸۲.
- ۳- آرون، ریمون. مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی. ترجمه: باقر برهام. تهران: ۱۳۷۲.
- ۴- تیلور، استیو. جامعه‌شناسی خودکشی. ترجمه: ابراهیم انصاری و دیگری. تهران: آوای نور. ۱۳۷۹.
- ۵- خوشنویس، شهره. بررسی علل خودکشی زنان در شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی. دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی. واحد تهران شمال. ۱۳۷۹.
- ۶- دورکیم، امیل. خودکشی. ترجمه: نادر سالارزاده امیری. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی. ۱۳۷۸.
- ۷- ستوده، هدایت‌الله. آسیب‌شناسی اجتماعی. انتشارات آوای نور. ۱۳۷۶.
- ۸- کاپلان و دیگری. خلاصه روانپزشکی. ترجمه: حسن رفیعی و دیگری. انتشارات نسل فردا. چاپ اول: ۱۳۸۲.
- ۹- یوسفی، سمیه. بررسی علل رواج خودکشی در ایلام. کار تحقیقی سمینارخانواده کارشناسی ارشد. پائیز ۱۳۸۳.
- ۱۰- حسینی، ابراهیم. بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغیرهای همه‌گیرشناسی و روانشناختی در آن. نشریه اصول بهداشت روانی شماره ۳، ۱۳۸۰.
- ۱۱- نشریه انتخاب گفت و گو با محمود دهگان پور، کارشناس امور آسیب دیدگان اجتماعی بهزیستی. ۸۲/۵/۲۰.
- ۱۲- نشریه ایران. کالبد شکافی یک ناهنجاری اجتماعی به نام خودکشی. ۸۲/۸/۳۰.
- ۱۳- نشریه فرهنگ و پژوهش. افسردگی عامل خودکشی. شماره ۱۸۴، اسفند: ۱۳.
- 14- Anderson and Smith Suicide : Fact sheet . Wisqars . 2003.
- 15- Dr . Andy Field suicide and parasuicide , clinical psy chology page 2-5 – 7 Dec – 2000.
- 16- Kengi Hale , Rash of death pacts spawned on the Internet , Associated press – oct , 13 , 2004.