

بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش متغیرهای همه گیر شناسی و

روان شناختی در آن

S.E. Hosseini, M.D.*

SUICIDE, SIZE OF THE PROBLEM, AND FACTORS LEADING UP TO SUICIDE

According to statistics of the World Health Organization, suicide is among the tenth leading cause of death for all ages in those countries for which information is available. In some countries it is among the top three causes of death for people between 15 and 34 years. The annual suicide rate as high as 1 per 2,200 population has been reported (e.g. in

Lithuania), and as high as 1 per 1,000 population in some isolated regions (e.g. in the Falkland Islands). It is estimated that on average 400,000 people commit suicide every year around the world.

Conceptual models, risk factors and factors leading to suicide, especially the role of stressful life events, have been discussed.

به سوی خود نشانه می رود اما از نگاه دیگر تهاجمی به سوی دیگران است. مطالعه خودکشی نشان می دهد که عمل انسان

*- این مقاله قسمتی از پایان نامه دوره دکتری پزشکی دکتر سید ابراهیم حسینی تحت عنوان روشهای پیشگیری از خودکشی بر اساس بررسی همه گیر شناسی و نقش عوامل استرس زا در ۱۰۰ مورد اقدام به خودکشی مراجعه کننده به بخش مسمومین دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که در سال ۱۳۷۸ مورد تصویب قرار گرفته است. استاد دکتر سید ابوالقاسم حسینی و استاد مشاور آقای دکتر مهدی بلالی استادان دانشگاه علوم پزشکی مشهد بوده اند. قسمت پژوهش و روشهای پیشگیری را به خواست خدا در شماره بعد خواهیم دید.

** - پزشک عمومی

بررسی طیف اقدام به خودکشی و نقش
متغیرهای همه گیر شناسی و روان
شناختی در آن*

دکتر سید ابراهیم حسینی**

مقدمه

هر چند به نظر می رسد که خودکشی شخصی ترین عملی است که انسان می تواند انجام دهد، اما روابط اجتماعی نقش مهمی در ایجاد آن دارند و خودکشی نیز اثرات اجتماعی عمیقی برجای می گذارد. از یک نگاه در خودکشی عملاً فرد

و Sui به معنی به خود و Caedere به معنی کشتن است و معنی آن عمل کسی است که عمداً خود را می‌کشد. برای خودکشی چند تعریف وجود دارد: «عملی که فرد در آن جان خود را می‌گیرد»، «وقتی که فرد به دست خودش می‌میرد»، یا «وقتی کسی میل دارد که خود را بکشد یا به آن اقدام می‌کند». به طور سمبلیک رفتار فرد یا گروهی را که موجب انهدام خودشان بشود نیز می‌توان خودکشی دانست (خودکشی سیاسی یا خودکشی اقتصادی).

استفاده از کلمه خودکشی هم برای اعمال مرگ‌آور و هم برای اعمال غیر مرگ‌آور موجب سردرگمی می‌شود. همچنین باید رفتار فردی که به خودش آسیب می‌رساند و بطور آگاهانه‌ای قصد مرگ ندارد را، از آن جدا کرد (Parasuicide). خودکشی عملی مرگ‌آور و عمدی است و اقدام به خودکشی عمل آسیب رساندن به خود به صورت غیر کشنده‌ای است که فرد کم و بیش آگاهانه قصد نابودکردن خود را دارد.

کلمات خودکشی موفق (Successful suicide) و خودکشی ناموفق (Unsuccessful suicide) نباید طوری به کار روند که فکر شود هدف هر عمل خودکشی، مرگ است.

در چند دهه اخیر به اقدام به خودکشی توجه زیادی شده است. سابقاً اقدام به خودکشی، یک خودکشی دروغین و ساختگی به حساب می‌آمد و توجه چندانی به آن نمی‌شد و تنها آنرا علامت یک اختلال روان پزشکی می‌دانستند. اما این پدیده در واقع نیازمند مطالعه جداگانه‌ای است زیرا بسیاری مسائل مهم از آن پدید می‌آید که خودکشی موجب آنها نمی‌شود. برای آن که عمل کشتن خود، یک خودکشی محسوب شود باید آگاهانه شروع شود و توسط فردی انجام شود که از عواقب و نتایج مرگبار آن آگاه است (۱). اعمال خودکشی با نتایج غیر مرگبار، اقدام به خودکشی (Suicide attempt)، شبه خودکشی (parasuicide) یا اعمال خودآزاری آگاهانه (deliberate self harm) نام گرفته‌اند.

اهمیت مسأله

در اغلب کشورهای که اطلاعات آنها در دسترس می‌باشند، خودکشی در بین ۱۰ علت اول مرگ در تمام سالهای زندگی است. در بعضی از کشورها خودکشی در بین ۳ علت اول مرگ در سنین ۳۴-۱۵ سالگی قرار دارد. در بعضی از نواحی مثل جزایر فارکلند میزان خودکشی سالانه تا حد بالای

هرچند که فردی باشد، با سایر انسانها تداخل دارد و شناخت فرد جدای از محیط و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، شناخت کامل و دقیقی نیست. در اعصار گذشته افراد مذهبی، فلاسفه و هنرمندان درباره خودکشی تعمق می‌کردند و امروزه موضوعی علمی به حساب می‌آید و در روان پزشکی اجتماعی به آن پرداخته می‌شود. برخورد زیستی- روانی- اجتماعی (Bio-psycho-social) که پاسخ بسیاری از جنبه‌های پیش‌گیری و درمان و ارتقای سطح بهداشت روان را با کمک آن می‌توان یافت، هنگام مطالعه خودکشی می‌تواند بسیار مفید واقع شود. در واقع خودکشی را می‌توان یک موضوع مشترک (A joint problem) دانست، که در بسیاری از دامنه‌های علوم و پژوهش مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

روان پزشکی، روان پزشکی اجتماعی و روان پزشکی قانونی به بررسی ابعاد مختلف خودکشی می‌پردازند و علل، عوارض و مداخله و درمان را مورد مذاقه قرار می‌دهند. روان شناسان اجتماعی، جامعه شناسان و متخصصان نظریه سیستم‌ها نیز با دید وسیع تر و همه‌جانبه‌ای علت و کنترل آن را بررسی می‌کنند.

سم شناسی، پزشکی عمومی، پرستاری و روان شناسی بالینی به‌طور ویژه‌ای ارتباط نزدیک با این موضوع دارند و شناخت آنها شناخت مسئله از نزدیک و با جزئیات است. در جامعه شناسی، خودکشی به‌عنوان علامت یک بیماری اجتماعی شناخته می‌شود.

اکثر علوم انسانی گرچه خودکشی را یک موضوع قابل مطالعه در بسیاری از حوزه‌ها می‌شناسند، اما غالباً چاره‌اندیشی و مداخله در مسأله را برعهده متخصصان روان پزشکی و روان‌شناسی می‌گذارند.

با توجه به ابعاد گوناگون مسئله لازم است به بررسی عوامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی پرداخته شود و با یک نگرش سیستمی مسایل اطراف فردی که اقدام به خودکشی کرده‌است، مورد بررسی قرار گیرند. تجمع عوامل استرس زا به‌عنوان یکی از عوامل اصلی زمینه‌ساز یا تسریع کننده و تداوم بخش اقدام به خودکشی شناخته می‌شود.

تعریف خودکشی

کلمه Suicide از ریشه فرانسوی و لاتین مدرن برآمده‌است

یک نفر از هر ۲۲۰۰ نفر جمعیت و یا حتی یک نفر از هر هزار نفر گزارش شده است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زنند که به طور متوسط ۴۰۰/۰۰۰ نفر در هر سال در سراسر دنیا به علت خودکشی می‌میرند. علیرغم این ارقام، باید توجه داشت که در بعضی مناطق به علت ممانعت اجتماعی و برداشتهای مذهبی بین ۱۰۰-۲۰ درصد خودکشی‌ها گزارش نمی‌شوند.

همان طور که دیده می‌شود احتمالاً به‌استثنای کشورهای اسلامی، خودکشی به‌طور مساوی در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت و کشورهای با سنتها و فرهنگ کاملاً مشخص و متمایز مثل بلغارستان، ژاپن و سوئیس وجود دارد. (۳) علاوه بر این در اروپا به ازای هر فردی که خودکشی کرده است، ۱۰ نفر یک اقدام به خودکشی غیر موفق انجام داده‌اند یا عمداً آسیب شدیدی به خودشان وارد کرده‌اند که نیازمند نوعی کمک پزشکی بوده است. (۳) تعداد واقعی افرادی که به‌صورتی به خودآزاری عمدی دست زده‌اند احتمالاً رقم بالاتری دارد و چون آنها هیچ وقت با مراکز طبی تماس نمی‌گیرند، شناخته نمی‌شوند.

در آمریکای شمالی و اروپا ۵-۴٪ افراد ۱۵ سال یا بالاتر، یک بار اقدام به خودکشی کرده‌اند یا خودشان را می‌کشدند و یا عمداً به خودشان آسیب می‌رسانند.

بررسیهای انجام شده در مورد خودکشی و اقدام به خودکشی ویژگی‌های متفاوتی را نشان می‌دهند. روشی که برای آسیب رساندن به خود انتخاب شده است، علایم بالینی و ابعاد روان شناختی و الگوهای شخصیت، همگی بایکدیگر متفاوت هستند.

همین طور تفاوتی در سن و جنس و عوامل تسریع کننده رفتار دیده می‌شود، هرچند از نظر سوابق اجتماعی مثل بی‌کاری یا ازدست دادن شغل جنبه‌های مشترک قابل توجهی بین دو مجموعه دیده می‌شوند. این اطلاعات به روشنی نشان می‌دهند که خودکشی یک مسئله جدی بهداشت عمومی است و لازم است استراتژی‌های پیش‌گیری کننده مؤثر اجرا شود تا

افراد را از انجام این عمل مرگ‌آور و رقت‌آور بازدارند. شیوع سالانه اقدام به خودکشی (Parasuicide) بین ۲۰-۲ درصد فرق می‌کند. تفاوت در میزانها به علت تفاوت در تعریفها و راههای سنجش است. تخمین زده می‌شود شیوع اقدام به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر بالاتر از خودکشیهای موفق باشد. زنان ۳ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند. در حالی که مردان ۳ برابر بیشتر از زنان موفق به آن می‌شوند. در سال ۱۹۹۰ تقریباً ۲ میلیون مرگ با خشونت همراه بود (خشونت، قتل، مرگ در جنگ). که تقریباً ۸۲۰ هزار خودکشی، ۵۶۰ هزار قتل و ۵۰۰ هزار قربانی در جنگها یا درگیریهای داخلی را شامل می‌گردد. (۴)

بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و یا در حال توسعه ۴۰-۲۰ درصد مردان در سالهای ۳۴-۱۵ سالگی به‌علت قتل یا خودکشی فوت کردند (۴).

جدول شماره ۱- اطلاعات مربوط به خودکشی در کشورهای مختلف را نشان می‌دهد.

جدول ۱: میزان خودکشی در کشورهای مختلف

میزان کل خودکشی درصد هزار	میزان خودکشی در صد هزار		نام کشور
	مرد	زن	
۳	۲	۳	آلبانی
۶	۳	۹	آرژانتین
۲	۱	۴	ارمنستان
۱۱	۴	۱۸	استرالیا
۱۸	۸	۲۷	اتریش
۲۸	۱۰	۴۹	روسیه سفید
۱۵	۹	۲۲	بلژیک
۴	۲	۶	برزیل
۱۲	۶	۱۸	بلغارستان
۱۳	۶	۲۱	کانادا
۶	۲	۱۰	شیلی
۱۵	۸	۲۱	جمهوری چک
۳۹	۱۳	۶۷	استونی
۲۶	۱۱	۴۱	فنلاند
۱۷	۹	۲۶	فرانسه
۱۲	۶	۱۸	آلمان
۳	۱	۵	یونان
۲۶	۱۱	۴۲	هنگری
۹	۲	۱۵	ایسلند
۱۰	۴	۱۵	ایرلند
۷	۴	۱۱	فلسطین اشغالی
۶	۳	۹	ایتالیا
۱۷	۱۱	۲۲	ژاپن
۳۲	۹	۵۷	قزاقستان
۱۸	۷	۳۰	قرقیزستان
۳۹	۱۲	۶۹	لتونی
۴۵	۱۳	۸۱	لیتوانی
۱۶	۸	۲۵	لوکزامبورگ
۴	۴	۵	مالت
۱۳	۹	۱۸	موریس
۳	۱	۴	مکزیک
۱۴	۶	۲۴	نیوزلند
۹	۶	۱۱	هلند
۱۲	۶	۱۷	نروژ
۱۴	۴	۲۵	لهستان
۶	۳	۹	پرتغال
۷	۴	۱۰	جمهوری کره
۴۱	۱۱	۷۳	فدراسیون روسیه
۱۱	۹	۱۲	سنگاپور
۲۵	۱۰	۴۱	اسلوانی
۶	۳	۹	اسپانیا
۱۳	۸	۱۹	سودان
۱۷	۱۰	۲۵	سوئد
۵	۳	۸	تاجیکستان
۱۲	۵	۱۹	تری بنیاد و توباگو
۲۳	۹	۳۸	اوکراین
۷	۳	۱۱	انگلستان
۱۰	۴	۱۷	اورنژوگه
۱۲	۵	۲۰	آمریکا
۵	۲	۸	ونزوئلا
۹	۴	۱۵	ازبکستان
۱۵	۸	۲۱	دانمارک

می‌شود، انجام می‌دهند. این دو گروه به‌طور مشخصی از هم متمایز نیستند و با یکدیگر جنبه‌های مشترکی دارند. این نکته باید هنگام مطالعه خودکشی مورد توجه قرار گیرد.

افراد از راه‌های مختلف خودکشی می‌کنند. بنا بر مطالعات مورگان (Morgan) در انگلستان مسمومیت دارویی (مصرف بیش از حد مجاز دارو Overdose) علت بیش از $\frac{2}{3}$ خودکشی‌های زنان و تقریباً $\frac{1}{3}$ خودکشی‌های مردان به حساب می‌آید. در مطالعه سایموندز (Symonds) شایعترین داروهایی که به کار برده می‌شوند داروهای ضد افسردگی و مسکنها هستند. باربیتورات‌ها که تا سالهای اخیر زیاد استفاده می‌شدند، حالا کمتر به کار می‌روند. در سال ۱۹۷۸ گزارش عمومی منوکسید کربن را علت $\frac{1}{3}$ مرگها در بین مردان و کمتر از ۵ درصد در بین زنان اعلام کرد. امروزه مسمومیت با منوکسید کربن غالباً ناشی از دود آلاینده حاصل از ماشینها است. تا هنگامی که گاز خانگی مسمومیت زدایی نشده بود، گاز خانگی هم یک علت رایج بود. سایر مرگها هم به علت یک سری اقدامهای فیزیکی می‌باشند که از جمله حلق‌آویز کردن، شلیک گلوله، مجروح کردن، غرق کردن، پریدن از ساختمانهای بلند و خود را در مقابل وسایل نقلیه و قطارها انداختن قابل ذکر می‌باشند. روشهای خشن به‌ویژه شلیک گلوله در آمریکا شایعتر از انگلستان هستند (۵).

بیشتر خودکشی‌ها برنامه‌ریزی شده هستند. بعضی از بیماران داروهایی را که از چند نسخه به دست آورده‌اند برای این کار نگاه می‌دارند. بعضی هم داروهایی را که نیاز به نسخه ندارد (مانند آسپرین) استفاده می‌کنند. این افراد غالباً احتیاطهایی به خرج می‌دهند تا به هدف خود برسند. مثلاً یک مکان خلوت، یازمانی را انتخاب می‌کنند که کسی مزاحم آنها نشود.

در بیشتر موارد کسی که خودکشی می‌کند قبلاً اخطار داده‌است. رابینز (Robbins) و همکاران در یک تحقیق در ایالات متحده، مصاحبه‌هایی با دوستان و فامیل کسانی که خودکشی کرده بودند انجام داده‌اند و این مطلب را گزارش کردند که بیش از $\frac{2}{3}$ کسانی که فوت کرده بودند، افکار خودکشی را بیان کرده‌اند و بیش از $\frac{1}{3}$ به روشنی قصد خودکشی را اعلام کرده بودند. غالباً اخطار خودکشی به بیش از یک نفر اعلام شده بود (۵). بارالکلو (Barralclough) و همکاران در یک مطالعه

در سالهای بالاتر میزان خودکشی بیشتر است. در مردان در سن ۵۰-۵۹ سالگی و در زنان در ۴۹-۴۰ سالگی به اوج می‌رسد و تا سن ۸۰ سالگی در مردان و ۷۰ سالگی در زنان در همین سطح می‌ماند و بعد از آن کاهش می‌یابد. اقدام به خودکشی به طور شایعی در سن زیر ۳۰ سال اتفاق می‌افتد هر چند در سن زیر ۱۵ سال خودکشی نادر است. موارد خودکشی در مجردها، مطلقه‌ها و کسانی که همسرشان فوت کرده است، مخصوصاً در نواحی شهری بیشتر از متأهلها است (۸).

اقدام به خودکشی که به بستری شدن در بیمارستان منجر می‌شود.

در سالهای اخیر شمار زیادی از کسانی که در بخشهای پزشکی بستری شده‌اند کسانی بوده‌اند که به اختیار خود دارو را به مقادیر بیش از حد (Overdose) مصرف کرده‌اند و یا از راههای دیگری به خودشان آسیب رسانده‌اند. تنها گروه کوچکی از این بیماران قصد پایان دادن به زندگی خود را داشته‌اند و سایرین انگیزه‌های دیگری برای این عمل گزارش کرده‌اند. به همین نسبت تنها گروه کوچکی از این موارد، اختلال روان پزشکی داشته‌اند و بقیه بامسایل دشوار اجتماعی مواجه بوده‌اند. غالباً روان پزشکان برای تشخیص و درمان گروه کوچکی که می‌خواستند خودشان را بکشند فراخوانده می‌شوند (۵).

برای آن که این بیماران دقیق و درست بررسی شوند، روان پزشک باید تفاوت کسانی را که خودکشی می‌کنند (خودکشی کامل Completed suicide) و کسانی که بعد از مصرف بیش از حد دارو یا آسیب رساندن به خودشان نجات پیدا می‌کنند. (خودآزاری آگاهانه) را بشناسد. لازم است ابتدا علایم کلی و تفاوت هر یک از این دو گروه را بررسی کنیم.

به‌طور معمول، افرادی که به خودشان آسیب می‌رسانند و زنده می‌مانند در مقایسه با مواردی که خودکشی می‌کنند، بیشتر مذکر هستند و از یک بیماری روان پزشکی رنج می‌برند. آنها عمل خودکشی را با دقت انجام می‌دهند و برای آن که اقدام آنها فاش نشود دست به کارهای احتیاطی می‌زنند و روشهای خطرناکی به کار می‌برند. برعکس در بین کسانی که به خودشان آسیب می‌رسانند و نجات می‌یابند عده زیادی این کار را با یک تصمیم ناگهانی و راهی که خطرناک نیست و به راحتی کشف

میزانهای ثبت شده برای هر دو جنس کاهش پیدا کرد اما مشخص نیست که این کاهش بازتاب یک تغییر واقعی است یا ناشی از اشکال در تعیین علت مرگ در زمان جنگ بوده است. همین طور دو دوره زمانی میزان خودکشی به طور غیر عادی بالا گزارش گردیده است. دوره اول در سالهای ۱۹۳۲-۳ یعنی زمان رکود اقتصادی و بحران بی‌کاری در اروپا و دوره دوم در اواخر دهه ۵۰ و اوایل دهه ۶۰ که بدون رکود اقتصادی، آمار خودکشی بالا رفته است. یک دوره غیر عادی دیگر در سالهای ۱۹۶۳-۷۴ بود که در انگلستان و ویلز برخلاف سایر کشورهای اروپایی (بجز یونان) و آمریکای شمالی، میزان خودکشی کاهش یافت که دلیل آن روشن نیست.

(Sainsbury, 1986)

از سال ۱۹۷۵ تاکنون میزان خودکشی در انگلستان و ویلز به ویژه در مردان افزایش یافته است و یک افزایش اختصاصی در خودکشی با گازهای حاصل از سوخت ماشین، حلق‌آویز کردن و خفه کردن وجود داشته است. بنابر مطالعه مک‌لون (McLoone) و همکاران، تغییرهای مشابهی در اسکاتلند اتفاق افتاده است. بنابر نظر پلات (Platt) افزایش کلی آمار خودکشی ناشی از یک افزایش عمده در گروه سنی ۱۵-۳۵ سال و یک کاهش در گروه سنی ۴۵-۶۵ سال است و بحرانی‌ترین افزایش در بین مردان ۳۵-۲۵ ساله است.

نقش فصل در خودکشی

در انگلستان و ویلز در دهه ۳۰-۱۹۲۱ آمارها در ماههای آوریل، مه و ژوئیه (فصل بهار) بیشترین مقدار بوده‌اند. الگوی مشابهی در سایر کشورهای نیم‌کره شمالی گزارش شده است. در نیم کره جنوبی افزایش مشابهی در فصل بهار و ابتدای تابستان اتفاق می‌افتد (هر چند این فصلها در ماههای دیگری از سال هستند). دلیل این نوسانها شناخته نشده است (۵).

نقش متغیرهای همه‌گیرشناسی و خصوصیت‌های شخصی

هم در زنان و هم در مردان، آمار خودکشی با سن افزایش می‌یابد. در تمام سالهای زندگی میزان خودکشی مردان بالاتر از زنان است. میزان خودکشی در بین افراد متأهل، کمترین است و در افرادی که اصلاً ازدواج نکرده‌اند، مردانی که همسرشان

مشابه روی افرادی که خودکشی کرده‌اند دریافتند که $\frac{2}{3}$ آنها در طول یک ماه قبل این مطلب را با پزشک عمومی خود در میان گذاشته‌اند و ۴۰ درصد آنها در یک هفته گذشته این کار را کرده‌اند. $\frac{1}{4}$ آنها در آن هنگام بیمار روان پزشکی سرپایی بوده‌اند و نیمی از آنها در هفته قبل از خودکشی روان پزشک خود را ملاقات کرده‌اند (۵). اشنایدرمن (Schneiderman) گزارش می‌کند که در بین کسانی که خودکشی می‌کنند از هر ۶ نفر یک نفر، یک یادداشت خودکشی باقی می‌گذارد (۵). محتوای این یادداشتها متفاوت است. بعضی عذرخواهی می‌کنند، درحالی که نامه‌های دیگران اتهام زننده یا انتقام جویانه است و یا شکست را به دوستان و خویشان خود نسبت می‌دهد. غالباً جوانترها چنین یادداشت‌های کینه‌جویانه‌ای برجای می‌گذارند. افراد مسن‌تر غالباً توجه خود را به کسانی که باقی می‌مانند معطوف می‌دارند.

همه‌گیرشناسی خودکشی

به دست آوردن آمار صحیح و دقیق درباره خودکشی دشوار است و ارقام به دست آمده تحت تأثیر چندین منبع خطا قرار می‌گیرند. گاهی مشخص نیست که یک مرگ به علت قتل یا خودکشی بوده است و غالباً تشخیص این که مرگ به علت خودکشی یا حادثه بوده، دشوار می‌باشد. در بسیاری از موارد ابهام‌آمیز، ابهام به جنبه‌های قانونی بستگی دارد. قانون انگلستان و ویلز صریحاً اعلام می‌کند که خودکشی باید با شواهد اثبات شود و اگر شکی وجود دارد باید یک اتهام یا حادثه اتفاقی مطرح شود. در برخی از کشورها قوانین سهل‌تری به کار می‌روند (۵). براساس این دلایل، شگفت‌آور نیست که آمار رسمی میزان خودکشی را کمتر از میزان واقعی آن تخمین بزنند. در دوبلین، روان پزشکان میزان خودکشی را چهار برابر آنچه پزشک قانونی گفته، تعیین کرده‌اند. تفاوت‌های مشابهی در جاهای دیگر نیز گزارش شده است.

تغییرات میزان خودکشی

در قرن بیستم در زمانهای مختلف میزان خودکشی تغییرهای اساسی داشته است. در خلال هر دو جنگ جهانی،

بنابراین پیش‌گیری بیش از همه نیازمند شناخت یک علت شناسی ویژه یا شناخت شرایط موجود در محیط یا میزبانی که در آن فرایند بیماری شروع می‌شود، می‌باشد. براساس الگوی پزشکی که به طور گسترده‌ای مقبول واقع شده است، خودکشی علامت یا نتیجه یک اختلال روانی است. به عبارت دیگر یک اختلال روانی به عنوان عامل سببی عمل می‌کند. در اقدامهای پیش‌گیری لازم است این واقعیت مورد توجه قرار گیرد.

اگر یک فرد با اختلال روانی را به طور موفقیت‌آمیز درمان کنیم، در نتیجه از خودکشی جلوگیری می‌شود و یا میزان آن پایین می‌آید. هرچند تجربه نشان داده است که نتایج کاربرد این الگوه تنهایی کمتر رضایت‌بخش بوده است. مروری بر متون بهداشت روانی، مطالب زیر را هویدا می‌سازد. در بررسی دوازده مطالعه بر روی خودکشی مشاهده شد که دخالت‌های روانی - اجتماعی یا روان پزشکی هیچ اثری بر پیش‌آگهی نداشتند. هرچند در بررسی نه پژوهش که علاوه بر خودکشی، اقدام به خودکشی را نیز مورد مطالعه قرار دادند، در هفت مورد دخالت‌های روانی - اجتماعی یا روان پزشکی مؤثر بوده‌اند.

با این که هیچ مطالعه کنترل شده‌ای بر روی درمان‌های دارویی انجام نشده بود، مطالعات باز (آزاد) هیچ اثر مثبتی برای کاربرد داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای نشان ندادند. علاوه بر این، بسیاری از خودکشیها با مصرف مقدار بیش از حد داروهای ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای انجام شده‌اند. در بیمارانی که در درمانگاه‌های لیتیوم درمان می‌شدند، میزان مرگ مشابه جمعیت عمومی بوده است و بنابراین می‌توان گفت این روش درمان تا حدی توانسته است روند خودکشی را کنترل کند. تحلیل جانبی در شش مطالعه کنترل شده روی شوک درمانی، بدون نتیجه بوده است.

الگوی روان‌شناختی

قدمت الگوی روان‌شناختی به ۱۸۹۷ باز می‌گردد که دورکهایم (Durkheim) در کار کلاسیک خود «خودکشی» (Le suicide) خودکشیها را به صورت هرج و مرج طلبانه (Anomic)، (Altruistic)، خودخواهانه (Egoistic) و مرگ‌بار (Fatalistic) طبقه‌بندی کرد. او خودکشی هرج و مرج طلبانه را که نتیجه فقدان یا ضعف استانداردها و هنجارهای اجتماعی است، نمونه اصلی خودکشی می‌دانست.

فوت کرده است، زنانی که شوهرشان فوت کرده است و در مواردی که طلاق واقع شده است، به ترتیب روند افزایش مشاهده می‌شود. آمار انگلستان نشان می‌دهد، میزان خودکشی در کارگران بدون مهارت فنی و همچنین متخصصان حرفه‌ای بیشتر از سایر طبقات اجتماعی می‌باشد. (۵) میزان خودکشی در سالمندان در سالهای اخیر کاهش یافته است، اما هنوز از افراد جوان خیلی بیشتر می‌باشد. در بین سالمندان خودکشی مخصوصاً با بیماریهای افسردگی، بیماری جسمی و انزوای اجتماعی همراه است.

تفاوت براساس محل اقامت

از گذشته تا حال، میزان خودکشی در شهرها بیشتر از روستاها بوده است. در سالهای اخیر این تفاوت کمتر گردیده و حتی در مورد مردان برعکس هم شده است. (آدل اشتاین و ماردون ۱۹۷۸) (Adelstein and Mardon).

آمار در شهرهای بزرگ در ساکنان محله‌های مختلف متفاوت است. بالاترین آمار از محله‌هایی گزارش شده است که افراد در اقامتگاههای شبانه روزی زندگی می‌کنند و یا تعداد مهاجران و افراد طلاق گرفته در آنها زیاد است. بنابر نظر سانزبری (Sainsbury) احتمالاً عامل مشترک در بین آنها، انزوای اجتماعی می‌باشد. در مقایسه با جمعیت عمومی در افرادی که خودکشی می‌کنند طلاق، بی‌کاری و تنها زندگی کردن بیشتر بوده است (۵).

مدلهای فرضی برای اقدام به خودکشی

مهمترین الگوهای فرضی مربوط به پیش‌گیری از خودکشی الگوی طبی، الگوی جامعه‌شناختی و الگوی محیط - انسان‌شناسی هستند (۳).

الگوی طبی

براساس الگوی طبی، یک بیماری، نتیجه تداخل یک عامل (علت سببی) یک میزبان (انسان) و یک محیط (فیزیکی - و شرایط اجتماعی و روان‌شناسی) می‌باشد. اهداف درمان و برنامه‌های پیش‌گیری باید براساس توجه به این مثلث تنظیم شود.

جامعه‌شناختی و روان‌شناختی، هردو متکی می‌باشد. از دیدگاه بهداشت عمومی، مشکل اصلی در بررسی راهکارهای روانی-اجتماعی در پیش‌گیری از خودکشی، عدم وجود معیار و شاخصی است که نشان دهنده فایده قابل توجهی باشد. چندین برنامه که نسبت به کنترل خودکشی تعهد دارند، در بعضی از کشورها در دست انجام می‌باشند. اما هیچ کدام در مدت زمان طولانی فعال نبوده‌اند که بتوان یک ارزیابی قابل اعتمادی از آنها بعمل آورد و در ارزیابی آنها نتیجه کار بدون حاصل است. شاید یکی از گسترده‌ترین راهها، تأسیس مراکز دخالت به بحران در صورت استمداد مواردی با تمایل خودکشی بوده است؛ اما مفید بودن آنها هنوز باید اثبات شود.

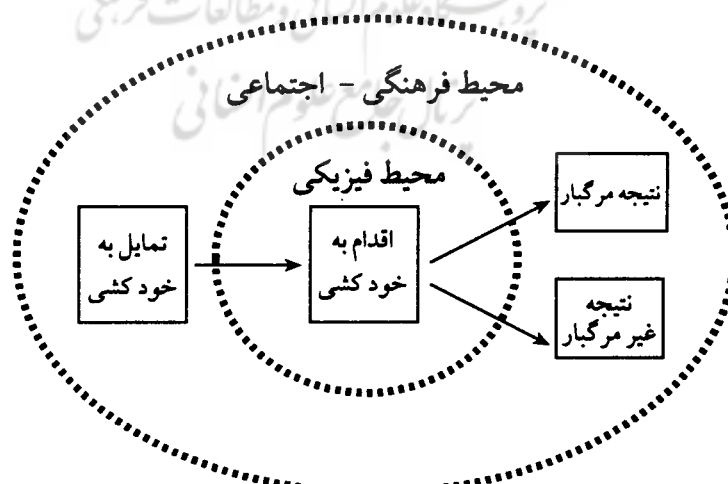
الگوی انسان - محیط‌شناسی

الگوی انسان - محیط‌شناسی خودکشی به عنوان الگویی دیگر در نمودار شماره ۱ خلاصه شده است که شامل یک سری از مسیرها و عوامل مستقل می‌باشند که در هم تداخل دارند.

در بررسی که بر روی طبقات اجتماعی انجام شده است، جنس، سن، نژاد، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و وضعیت مهاجرت، به عنوان عوامل مرتبط با خودکشی مورد توجه قرار می‌گیرند (۳).

گروه‌های با خطر بالا (High risk groups) شامل مردان، سالمندان (واخیراً در بعضی موارد افراد جوان)، اقلیتهای نژادی، افرادی که تنها زندگی می‌کنند، بی‌کاران و مهاجران می‌باشند. در بین این گروهها تنها بی‌کاران با دخالت مستقیم، قابل کنترل است و سایر آنها یا عوامل طبیعی و یا عوامل غیرقابل اجتناب هستند، که به عنوان مثال، جنس، سن و نژاد و یا متغیرهایی که به دشواری قابل کنترل هستند مانند وضعیت تأهل و مهاجرت را باید ذکر نمود. در این موارد به منظور پیاده کردن اقدامهای پیشگیری لازم است ابتدا عناصر ویژه هر یک از این متغیرها که به خودکشی می‌انجامند، شناخته شوند.

در این مرحله الگوی روان‌شناختی به الگوی روانی-اجتماعی تبدیل می‌شود زیرا نتیجه‌گیری براساس فرضیه‌های



نمودار شماره ۱: الگوی انسان - محیط‌شناسی خودکشی

درست نمی‌داند. چرا این افراد غالباً به دیگران دربارهٔ تصمیمی که برای آسیب رساندن به خودشان گرفته‌اند اخطار می‌دهند، مخصوصاً وقتی می‌دانند که چنین رفتاری در خانوادهٔ آنها و جامعه موجب ترس و وحشت می‌شود؟ احتمالاً آنها می‌دانند که وقتی کسی به خودش آسیب می‌رساند، همه ناراحت می‌شوند و می‌خواهند که به او کمک کنند و اگر بمیرد، بسیاری از انسانها احساس خواهند کرد که باید به او کمک می‌کردند. به نظر می‌رسد که رفتار غریب آنها نمی‌تواند تنها یک علت داشته باشد و احتمالاً حداقل از دو علت ترکیب شده است:

- ۱- ممکن است میل به آسیب رساندن به خود و احتمالاً از بین بردن خود باشد.
 - ۲- تمایل به این که دیگران به او توجه و محبت بنمایند.
- ویژگیهای غریب دیگری نیز در رفتار خود تخریبی انسانها وجود دارند اما به نظر می‌رسد اینها مهمترین آن باشند.

ویژگیهای اقدام به خودکشی

موضوع اقدام به خودکشی غالباً برای تحقیق دربارهٔ علل و انگیزه‌های خودکشی استفاده شده است و فرض این بوده که آنها خودکشیهای کوچک (Minor suicides) بوده‌اند. بنابراین پژوهشهای اقدام به خودکشی همه گذشته‌نگر هستند و با مسایل مشابه خودکشی سروکار دارند. اگر چه این مسئله کاملاً درست و لازم است، اما بسیاری از محققان از تفاوت‌های بارز بین خودکشی و اقدام به خودکشی غفلت می‌کنند.

استنگل (Stengel) و همکارانش در لندن ۱۹۵۲ دربارهٔ اهمیت اجتماعی و اثر اقدام به خودکشی پژوهش کرده‌اند. آنها این فرضیه را مطرح کردند که کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند و کسانی که خودکشی کرده‌اند دو گروه و دو جمعیت متفاوت هستند (۲).

آنها این سئوالات را هدف تحقیق خود قرار دادند: ارتباط بین این دو جمعیت یعنی «کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند» و «کسانی که خودکشی کرده‌اند» چیست؟ چه تعداد بعداً خودشان را می‌کشند — چه چیزی آنها را در معرض این عمل قرار می‌دهد؟ اقدام خودکشی چه تأثیری بر وضعیت روانی فرد می‌گذارد؟ اگر خودکشی باعث بحران در روابط انسانی بوده، آیا اقدام خودکشی بحران را اصلاح کرده است و

براساس این الگو بر روی عوامل زمینه ساز و شروع کننده تأکید زیادی نمی‌شود و پیش‌گیری اولیه از خودکشی شامل هر اقدامی می‌شود که در طول زمان از فراوانی فرایندهای مطرح شده در نمودار شماره ۱- بکاهد. هدف این برخورد این است که دستیابی به راهها و وسایل خودکشی را کم و یا محدود نماید و از این جهت با سایر برخوردها که اصولاً بر کاهش یا کنترل افکار خودکشی تأکید می‌کنند، تفاوت دارد و به اعمال بالقوه کشنده و شرایط محیطی و فردی مؤثر در آن توجه می‌کند.

اقدام به خودکشی به عنوان یک الگوی رفتاری

معنای قراردادی یک اقدام به خودکشی واقعی این است: فردی که تصمیم دارد به زندگی خود خاتمه دهد یا بر اثر یک تکانه ناگهانی به آن روی می‌آورد و با استفاده از مؤثرترین روش در دسترس و به طوری که کسی مزاحم او نشود، خودش را می‌کشد، وقتی فوت کند گفته می‌شود موفق شده است و عمل یک اقدام خودکشی موفق خوانده می‌شود. اگر این فرد نجات پیدا کند گفته می‌شود شکست خورده و عمل یک اقدام خودکشی ناموفق خوانده می‌شود. مرگ تنها مقصود این عمل است و بنابراین تنها معیار موفقیت هم می‌باشد (۲).

علت شکست اقدام خودکشی ممکن است یکی از جنبه‌های زیر باشد:

- فرد کاملاً مطمئن نیست که قصد کشتن خود را دارد یا با تمام وجودش تصمیم نگرفته، چون یک اقدام واقعی نبوده است.
- فرد از محدودیت‌های روش مورد نظر غفلت کرده است.
- به علت بیماری روانی، قضاوت و تشخیص او مختل بوده است.

هدف اقدام به خودکشی

هنگام مواجه شدن با یک اقدام خودکشی همه افراد سؤال می‌کنند که چرا او دست به چنین کاری زده است و هدف از اقدام خودکشی چه بوده است؟ اگر کسی تنها به عمل آسیب رساندن به خود نگاه کند نتیجه می‌گیرد که از بین بردن خود تنها هدف او بوده است. اما اگر فرد بعضی پیش درآمدها و وقایع بعدی این اعمال را در نظر بگیرد، دیگر این توجیه را

اگر اصلاح کرده‌است، چگونه این کار انجام شده است؟

جامعه‌شناسان بیان کرده‌اند که خودکشی به علت متلاشی شدن ارتباطها و انزوای اجتماعی است. آیا این مطلب در مورد اقدام به خودکشی نیز صحیح است؟ و اگر چنین است، آیا اقدام به خودکشی اثری بر انزوای اجتماعی دارد؟

امروزه پس از تحقیقاتی که از ۱۹۵۲ تا به حال انجام شده‌است، پاسخ بعضی از این پرسشها را می‌توان پیدا کرد. این فرضیه که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند و افرادی که خودکشی کرده‌اند دو جمعیت متفاوت را تشکیل می‌دهند، وقتی که نمونه‌های انتخاب شده‌ای از هر دو گروه به طور آماری مقایسه شدند، اثبات شد.

این طبقه‌بندی به دو گروه هیچ سوء تفاهم جدی به بار نمی‌آورد. در واقع این گروه بندی از همه گیر شناسی قرض گرفته شده، که پدیده‌های بیماری را به دو گروه تقسیم می‌کنند که ممکن است هم پوشانی (Overlap) داشته باشند. مثلاً بیماران مبتلا به سل (Tuberculosis) را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد. کسانی که به علت بیماری سل فوت کرده‌اند و کسانی که بعد از ابتلای به سل بهبود یافته‌اند. و این به آن معنی نیست که فقط دسته اول موارد واقعی بیماری سل بوده‌اند. نتیجه این تقسیم بندی این است که عوامل مختلفی را که بر نتیجه بیماری اثر می‌گذارد بهتر درک کنیم، و علاوه بر این، مشکلات کسانی را که نجات می‌یابند، بهتر نشان می‌دهیم (۲).

افرادی که از اختلال افسردگی رنج می‌برند و کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند دو گروه یا جمعیت (Population) متفاوت هستند. به زبان همه گیر شناسی این واقعیت بیان می‌شود که این گونه نیست که هر کسی خودکشی می‌کند از اختلال افسردگی رنج می‌برد و برعکس آن نیز صحیح نیست. هر چند بعضی از افراد گروه اول به گروه دوم نیز تعلق دارند. برای پژوهش درباره برخی مسایل ممکن است بهتر باشد دو گروه به طور مجزا مطالعه شوند. همان گونه که والتون (Walton) نشان داده است که از نظر سابقه وجود خانواده گسسته این دو گروه متفاوت هستند. والتون دریافت که احتمال خودکشی در افراد افسرده‌ای که در کودکی خانواده از هم گسسته‌ای داشته‌اند، بیشتر از افرادی است که در یک وضعیت خانواده طبیعی رشد کرده‌اند. شدت تمایل برای خودکشی به شدت افسردگی بستگی ندارد بلکه به تاریخچه

شخصی فرد نیز وابسته است (۲).

تعریف این که یک اقدام به خودکشی شامل چه مواردی می‌شود کار ساده‌ای نیست. اگر فردی در وضعیت اغما به بیمارستان آورده شود و یک یادداشت خودکشی از خود بجا گذاشته باشد و بپذیرد که می‌خواسته به زندگی خود خاتمه دهد، مشکلی در شناخت مسأله وجود ندارد. اما اگر فرد دیگری در وضعیت مشابه پذیرش شود و تصمیم خودکشی را انکار کند و اظهار کند که به اشتباه مقدار بیش از حد دارو مصرف کرده، یا چون می‌خواسته یک خواب راحت داشته باشد، این کار را کرده‌است، آیا این را باید یک اقدام خودکشی به حساب آورد؟ یا اگر یک نوجوان بعد از یک مشاجره با نامزدش یک بسته پر از قرصهای خواب مادرش را جلوی او می‌بلعد، با این قصد واضح که می‌خواهد او را تحت تأثیر قرار دهد، آیا باید او را در رده اقدام خودکشی قرار داد؟

در عمل، پاسخ افراد غیر حرفه‌ای به این پرسش، به اثرات قرصها و واکنش محیط به آن بستگی دارد. اگر دختر به وضعیت اغما درآید و بلاچار سریعاً به بیمارستان رسانده شود و نجات یابد، این اتفاق یک اقدام به خودکشی خوانده می‌شود. اگر او فوت کند یک مورد خودکشی به حساب می‌آید اما اگر نامزد او در ذهن داشته باشد که بلافاصله پس از آنکه او قرصها را بلعید او را وادار کند یک لیوان پر آب نمک غلیظ به او بخورد و قبل از آنکه قرصها جذب شوند او را مجبور به استفراغ کند، کل واقعه ظرف مدت چند دقیقه تمام می‌شود و فقط به عنوان بد اخلاقی یک نامزد به حساب می‌آید.

بسیاری از افراد پس از آسیب رساندن به خود، قصد خودکشی را انکار می‌کنند زیرا احساس گناه یا احساس شرمندگی می‌نمایند. آنها نمی‌خواهند که واقعیت را بیان کنند یا هدفشان ممکن است در آن وضعیت برای خودشان روشن نباشد. عموماً اعتقاد بر این است که اغلب (اگر نگوئیم همه) افرادی که خودکشی کرده‌اند، به روشنی قصد مرگ داشته‌اند. اگر چه مطالعه اقدام به خودکشی این مطلب را نشان نمی‌دهد. بسیاری از موارد اقدام به خودکشی و برخی از خودکشیها به جای آن که تصمیم قطعی و بدون تردید برای خاتمه حیات وجود داشته باشد در حالت خاص «من اهمیت نمی‌دهم که بمیرم یا زنده بمانم» اتفاق می‌افتد.

پس از یک اقدام واضح خودکشی که فرد واقعاً می‌خواسته

شانس نجات یافتن دارد یا نه؟

از آنجا که در این قسمت در مورد اقدام به خودکشی غیر مرگ‌آور صحبت می‌کنیم، این رویه پرسش را فعلاً توضیح نمی‌دهیم. حتی در بین افراد حرفه‌ای درباره معیارهای جدی بودن اقدام به خودکشی اطمینان وجود ندارد.

آیا میزان آسیب رساندن به خود، یعنی عمق اغما یا مقدار خون از دست رفته، خطر برای زندگی، به حساب می‌آیند؟ در این صورت یک اقدام به خودکشی که به طور دقیق برنامه‌ریزی شده است، اما با مداخله به موقع از آن ممانعت به عمل آمده است، یک اقدام بی‌خطر به حساب خواهد آمد.

بعضی از نویسندگان، در صورتی اقدام به خودکشی را جدی می‌دانند که موجب اختلال فیزیکی شدید شود و یا قصد خودکشی جدی وجود داشته باشد. اما جنبه دیگر، یعنی امکان مداخله از طرف محیط نیز باید به حساب آید. مثلاً مصرف مقدار کشنده از مواد خواب آور که با قصد جدی مصرف شود که امکان تجویز ضد سم (Antidote) وجود داشته باشد زندگی را به خطر نمی‌اندازد. ولی مصرف مقدار کم از داروی فوق بدون قصد جدی توسط یک فرد با بهداشت پائین، در وضعیتی که امکان کمک وجود ندارد، ممکن است کشنده باشد. اگر بخواهیم معیار خطر برای زندگی را به عنوان جدی بودن اقدام به خودکشی ببینیم، باید جنبه‌های زیر را در نظر داشت.

۱- خطر مواجهه شده: درجه خطر برای زندگی که فردی دانسته با آن مواجه است. این عامل رابطه نزدیکی با قصد آگاهانه خودکشی دارد.

۲- آسیبی که به واقع وارد شده است. این عامل فقط باید توسط متخصص تشخیص داده شود.

غالباً ناهمخوانی قابل توجهی بین عامل ۱ و ۲ وجود دارد. اگر دومی ناچیز باشد عمل خودکشی غیر واقعی یا قابل صرف‌نظر محسوب می‌شود. پزشکان غالباً اشتباه می‌کنند و در نظر نمی‌گیرند که اطلاعات آنها و بیمارانشان درباره اثرات دارو یکسان نیست.

۳- صدمه‌ای که پس از اقدام به خودکشی فرد از آن رنج می‌برد، یعنی طول مدت اختلال هوشیاری و درجه اختلال هوشیاری، درجه آسیب وارد شده و یا سایر اثرهای سم مصرف شده و...

خود را بکشد، اگر این موضوع را انکار می‌کند، ممکن است که او حقیقت را می‌گوید. بیشتر مردم هنگام اقدام خودکشی به همان اندازه که هنگام انجام هر عمل مهم دیگری تحت شرایط استرس هیجانی سردرگم می‌شوند، گیج هستند.

اقدامهای خودکشی که با دقت برنامه‌ریزی شده باشند، به اندازه قتل‌های با دقت برنامه‌ریزی شده، نادر هستند. بسیاری از اقدامهای خودکشی با یک تصمیم ناگهانی اتفاق می‌افتد، هرچند که افکار خودکشی معمولاً قبل از آن وجود داشته‌اند. به‌رحال فردی که خودش مورد بررسی است نمی‌تواند راهنمای اصلی تفسیر رفتارش قرار بگیرد. پزشکان و سایر افرادی که باید اقدام آسیب رساندن به خود را در ذهن داشته باشند چنین تعریفی را می‌پذیرند «اقدام خودکشی (Suicidal act) هرگونه عمل عمدی آسیب رساندن به خود است که فردی که به آن دست می‌زند نمی‌تواند مطمئن باشد که نجات پیدا خواهد کرد». هم پزشکان و هم افراد غیر حرفه‌ای باید تمام موارد مسمومیت عمدی (Self-poisoning) یا آسیب رساندن به خود (Self-inflicted injury) را که بالقوه خطرناک باشد بدون توجه به توضیحی که بیمار می‌دهد، به عنوان خودکشی تلقی کنند، مگر آنکه شواهد به روشنی خلاف آن را نشان دهد. بالقوه خطرناک (Potentially dangerous) در این زمینه به این معنی است که «توسط کسی که اقدام به خودکشی کرده است احتمال به‌خطر انداختن زندگی وجود دارد». مثلاً اگر کسی که از اثرات داروها غافل است و ۲ یا ۳ برابر تعداد تجویز شده را مصرف کند، یک اقدام خودکشی محسوب می‌شود زیرا فرد با مصرف آن مقدار اضافی خطر مرگ را به جان خریده است. هرچند اگر یک پزشک یا یک پرستار همان مقدار دارو را مصرف کند، این یک اقدام خودکشی به حساب نمی‌آید و فقط نوعی نقش بازی کردن است. این موضوع در مورد آسیب‌هایی که با وسایل برنده و سایر راههای اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد نیز درست است.

آیا آن یک اقدام به خودکشی جدی بود؟

این پرسشی است که هرکس و در هر مورد اقدام خودکشی که از آن مطلع می‌شود فوراً سؤال می‌کند. این پرسش ممکن است چندین مفهوم داشته باشد. وقتی که هنوز مرگ و زندگی در برابر هم قرار دارند، ممکن است منظور این باشد که آیا

- آنهایی که فقط تظاهر می‌کنند و مطمئن هستند که نجات می‌یابند (Contra-intentioned)

ممکن است افرادی موافق نباشند که گروه آخر جزء این طبقه قرار بگیرند چون آنها می‌دانند که با هیچ خطری مواجه نیستند و بسیار جالب است که چرا بعضی از افراد چنین شیوه خاصی از تظاهر به بیماری (Malingering) را پیش می‌گیرند. همچنین ممکن است سؤال شود که اگر کسی که ارزیابی می‌کند بداند که فرد قصد گرفتن جان خود را ندارد (کسانی که ژست خودکشی می‌گیرند) چرا آنها باید در این طبقه بندی قرار بگیرند؟ این برخورد که ادعا یا قصد واضح فرد به جای رفتار ظاهری، معیار قرار می‌گیرد، پراز نکات ظریفی است که در بررسی اقدام به خودکشی باید در نظر گرفت. علاوه بر این، به نظر می‌رسد که در دراز مدت نتایجی در آمار و پیش‌گیری داشته باشد (۲).

استنگل (Erwin Stengel) به افرادی که در زمینه خودکشی کار می‌کنند توصیه‌ای می‌نماید که اگر به عنوان یک قاعده اساسی همیشه مد نظر قرار گیرد، مفید واقع می‌شود.

«بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، نه می‌خواهند بمیرند و نه می‌خواهند زنده بمانند. آنها می‌خواهند که در آن واحد هردو را با هم انجام دهند، معمولاً یکی را بیشتر و یا خیلی بیشتر از دیگری». باید توجه داشت که انسان در شرایط خاص استرس و مخصوصاً افراد آسیب‌پذیر و آنها که ثبات عاطفی ندارند، نمی‌توانند به طور دقیق نصیحت سن جیمز (St James) را که گفته بود «بگذارید بله شما بله باشد و نه شما، نه» به کار بندند و خواسته خود را به طور دقیق بیان کنند. در نتیجه طبقه بندیهای فوق واقع بینانه به نظر می‌رسند (۲).

برخورد بیماران در مقابل درمان

بعد از خودآزایی عمدی بعضی از بیماران از انجام مصاحبه امتناع می‌کنند و بعضی دیگر سعی می‌کنند زودتر از آن که بررسیها کامل شود مرخص شوند. در چنین مواردی لازم است تا موقعی که خطر خودکشی جدی است از مرخص کردن بیمار خودداری کرد. گاهی نیز لازم است که برای نگاه داشتن بیمار به زور متوسل شد. بعضی از بیماران هرگاه دچار استرس می‌شوند مقادیر بیش از حدی دارو را می‌بلعند. اغلب به نظر می‌رسد این رفتار عمدی و به قصد کاهش فشار عصبی یا جلب

۴- شرایط محیطی و اجتماعی در هنگام اقدام، یعنی شانس مداخله و نجات یافتن آن گونه که فرد هنگام اقدام به خودکشی درباره پیرامونش فکر می‌کرده است.

اکثر اقدام به خودکشیهای مرگبار (Fatal) یا تقریباً مرگبار، درجه بالایی در حداقل ۲ معیار از معیارهای فوق را دارند. به عنوان مثال، اقدام به خودکشی به وسیله فردی که با قصد قوی خودکشی، تعداد زیادی قرص خواب مصرف می‌کند و توسط یکی از اعضای خانواده در حالت اغما پیدا می‌شود، به آن اندازه که اقدام به این عمل در اتاق یک هتل یا تنها در بیابان کشنده است، خطرناک نیست.

تقسیم بندی انواع اقدام خودکشی‌هایی که بالقوه کشنده نیستند، ورزش فکری بسیاری از محققین که در این موضوع کار می‌کردند، بوده است. اعمالی که زیر این عنوان قرار می‌گیرند، نه تنها در میزان خطرناک بودن تفاوت دارند بلکه در روشنی و میزان قصد خودکشی آگاهانه نیز متفاوت هستند. آیا اگر آسیب وارد شده یا صدمه بدنی حاصل از عمل ناچیز باشد، باز هم باید آن را یک اقدام خودکشی بدانیم؟

بعضی محققان بین ژست خودکشی (Suicidal gesture) و اقدام از روی دودلی (Ambivalent attempt) و اقدام به خودکشی عمدی (Deliberate suicidal attempt) تفاوت قائلند. در ژست خودکشی هدف جلب ارتباط و مداخله بسیار بارز است و قصد از بین بردن خود به وضوح وجود ندارد. در اقدام از روی دودلی فرد از بی تصمیم بودن خود آگاه است و به وضوح نمی‌تواند فکرش را منسجم کند، که می‌خواهد بمیرد یا زنده بماند. در اقدام به خودکشی عمدی هم فرد و هم دیگران انتظار داشته‌اند که آن عمل کشنده باشد. مشکل دیگر، تمایز دادن بین ژست خودکشی و تظاهر به چنین الگوی رفتاری است (۲). اشنایدرمن (Scneiderman) اقدام به خودکشی غیر مرگبار را براساس بیان فرد درباره قصد او برای گرفتن جان خود به چهار دسته تقسیم می‌کند:

- آنهایی که قصد گرفتن جان خود را دارند (Intentioned)

- آنهایی که برای گرفتن جان خود دودل هستند (Subintentioned)

- آنهایی که قصد گرفتن جان خود را ندارند (Unintentioned)

قربانی شدن یا تلافی و جبران، برای فرار یا خوابیدن، برای نجات، تولد دوباره، دوباره با هم بودن پس از مرگ یا یک زندگی جدید است. فکر می‌شود که بیماران خودکشی کننده که آرزوهای خودکشی می‌پرورند کسانی هستند که سوژه عشق را از دست داده‌اند یا از آسیب نارسیستیک رنج می‌برند. کسانی که احساسهای شدیدی مشابه خشم و احساس گناه را تجربه می‌کنند یا کسی که با قربانی خودکشی هویت یابی می‌کند. دینامیسم گروه زمینه‌ساز خودکشی‌های دسته جمعی می‌شوند. بیماران افسرده ممکن است درست هنگامی که به نظر می‌آید در حال بهبودی هستند اقدام به خودکشی کنند و یک اقدام به خودکشی ممکن است سبب ناپدید شدن افسردگی طولانی مدت شود.

خودکشی در بیماران روان پزشکی

میزان خطر خودکشی بیماران روانپزشکی ۱۲-۳ برابر بیشتر از افراد غیر بیمار است. درجه خطر به سن، جنس، تشخیص، وضعیت سرپایی یا بستری بیمار بستگی دارد. با تطبیق سنی و جنسی مشاهده می‌شود که بیماران روان پزشکی که سابقه یک بار بستری داشته‌اند خطر خودکشی آنها نسبت به افراد هم‌سان در جمعیت عمومی ۱۰-۵ برابر بالاتر است. برای بیماران مذکر و مؤنث که تحت درمان روان پزشکی سرپایی قرار دارند، خطر خودکشی ۴-۳ برابر بالاتر از افراد هم‌پایه آن در جمعیت عمومی است (۶). میزان بالاتر خطر خودکشی در افرادی که برای درمان روان پزشکی بستری شده‌اند این حقیقت را نشان می‌دهد که بیمارانی که بیماری روان پزشکی شدیدی دارند احتمالاً بیشتر در بیمارستان پذیرش می‌شوند. مثلاً بیماران افسرده که نیاز به شوک درمانی (ECT) دارند. شایعترین بیماری روان پزشکی که موجب بیشترین خطر خودکشی می‌شود در هر دو جنس اختلال عاطفی هستند (Mood disorder) (۶).

افرادی از جمعیت عمومی که خودکشی می‌کنند بیشتر افراد میانسال یا سالمند هستند هرچند که بررسیهای اخیر نشان می‌دهند بیماران روان پزشکی که خودکشی می‌کنند، نسبتاً جوان هستند و روز به روز این افزایش بیشتر می‌شود. در یک بررسی، میانگین سنی قربانیان خودکشی در مردان ۲۹/۵ سال و در زنان ۳۸/۴ سال بوده است. جوان بودن نسبی قربانیان

توجه انجام می‌شود. وقتی که شخص به صورت تکراری دست به این کار می‌زند، خویشاوندان با او همدردی کمتری می‌کنند یا حتی ممکن است رفتار خشنی در پیش گیرند. کارکنان بخشهای فوریت بیمارستان نیز عصبانی و سردرگم می‌شوند. این بیماران معمولاً اختلال شخصیت و بسیاری مسائل اجتماعی حل نشده دارند.

علتهای خودکشی

علتهای اجتماعی در سال ۱۸۹۷ دورکهایم (Émile Durkheim) جامعه‌شناس فرانسوی کتاب خودکشی (Le suicide) را منتشر کرد و در آن ارتباط بین خودکشی و وضعیت اجتماعی را توصیف نمود. او خودکشی را به سه گروه اصلی تقسیم کرد:

خودکشی خودگرایانه (Egotistic suicide) در افرادی که احساس تمامیت خود را در بین گروه اجتماعی از دست داده‌اند، اتفاق می‌افتد. بنابراین دیگر تحت کنترل اجتماعی، خانوادگی و مذهبی قرار نمی‌گیرند. خودکشی هرج و مرج طلبانه (Anomic suicide) در افرادی که در جامعه‌ای که فاقد نظم دسته جمعی است زندگی می‌کنند، اتفاق می‌افتد. به نظر می‌رسد آنها در میان تغییرهای عمده اجتماعی و بحرانهای سیاسی بی‌پناه هستند. خودکشی نوع دوستانه یا فداکارانه (Altruistic suicide) در افرادی اتفاق می‌افتد که زندگی را برای اصلاح گروههای اجتماعی قربانی می‌کنند تا تأثیر هویت گروهی را نشان دهند. باید توجه داشت این طبقه بندی بیشتر جنبه تاریخی دارد و واقعاً نمی‌توان اقدام شجاعانه افرادی را که برای اصلاح جامعه از جان خود می‌گذرند، خودکشی تلقی کرد.

عوامل روان شناختی و نظریه‌های اخیر

دانشمندان معاصری که درباره خودکشی مطالعه می‌کنند وجود تنها یک الگوی شخصیتی یا روان پویایی ویژه همراه با خودکشی را قانع کننده نمی‌دانند. هرچند به نظر آنها اگر درباره آرزوها و علایق افراد متمایل به خودکشی سؤال شود مطالب بیشتری در روند روان پویایی به دست می‌آید. این آرزوها معمولاً شامل خواستن، انتقام، قدرت، اراده، تنبیه یا کفاره،

خودکشی‌ها مشاهده شده است. این یافته‌ها با برخی از مطالعات پشتیبانی می‌شود. مثلاً در یک مطالعه پی‌گیری (Follow up study) که در آن بیماران افسردگی، مانیا یا اسکیزوفرنی با افراد سالم شاهد مقایسه شدند ۹-۱۱ درصد بیماران با اختلال روان پزشکی که فوت کرده بودند کسانی بودند که در فاصله ۴-۳ سال خودکشی کرده بودند اما هیچ یک از افراد گروه شاهد فوت نکرده بودند (۳).

در مطالعه دیگر از بین ۵۴۱۲ بیمار بستری روان پزشکی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی حاد یا مزمن، اختلال عاطفی یا کسانی که مسئله اعتیاد به الکل یا سایر اعتیادها را داشتند، خطر خودکشی بین ۶۷-۱۱ برابر آنچه در جمعیت عمومی انتظار می‌رود، بوده است (۳).

مرور ۱۳ مطالعه عمده که تشخیص‌های روانپزشکی را در موارد خودکشی تحلیل نموده‌اند، هم شامل جمعیت عمومی و هم شامل بیماران روانی می‌شوند این موضوع را به گونه دیگری تصویر می‌کند. جدول ۲ این تشخیص‌ها را نشان می‌دهد.

خودکشی تاحدی به علت این واقعیت است که دو بیماری روان پزشکی مزمن که در دوره جوانی شروع می‌شوند یعنی اسکیزوفرنی و اختلال عاطفی عودکننده در بیش از نیمی از موارد خودکشی جلب توجه می‌کند که به عنوان الگوی سنی و تشخیصی در بیشتر پژوهش‌های انجام شده در مورد بیماران روان پزشکی تأیید شده است (۶).

عوامل خطر ساز

وجود یک اختلال روان پزشکی (شامل مصرف بی‌رویه الکل و مواد مخدر) قوی‌ترین عامل خطر ساز (Risk factor) خودکشی است. بنابراین پیش‌گیری و درمان اختلال روانی بدون شک اثر قابل توجهی در میزان خودکشی دارد. بیش از ۹۰ درصد کسانی که در آمریکا و اروپا خودکشی موفق انجام می‌دهند در زمان مرگ، ناراحتی روان پزشکی داشته‌اند و دو اختلال افسردگی و اعتیاد به الکل در ۸۵-۸۰ درصد

درصد در کل مواد	تعداد تشخیص	تشخیص
۵٪	۳۰۸	سندرمهای عضوی نفر
۱۶٪	۹۴۷	مصرف مواد
۱۰٪	۶۱۲	اسکیزوفرنی
۲۴٪	۱۴۰۰	اختلالهای خلقی
۲۲٪	۱۳۴۰	اختلالهای نوروژی و تشخیصی
۲۱٪	۱۲۵۹	سایر اختلالهای روانی
۲٪	۱۳۷	موارد غیر روان پزشکی

جدول ۲: تشخیص‌های روان پزشکی در ۵۵۸۸ مورد خودکشی

نمی‌کند و سهم کمتری برای کل مجموعه اختلالهای روانی همراه خودکشی قائل است. درمان افراد افسرده ممکن است برای آنها مفید باشد اما نمی‌توان انتظار داشت که موجب یک کاهش قابل توجه در میزان مرگ کلی به علت خودکشی شود. همه‌گیرشناسی و نتیجه‌گیری ساده نشان می‌دهد که حتی اگر میزان مؤثر بودن درمان افسردگی ۱۰۰ درصد باشد و درمان به تمام بیماران مبتلا به افسردگی در یک جمعیت عمومی فرضی رسیده باشد (یعنی ۱۰۰ درصد کارآمد باشد)، می‌تواند میزان مرگ به علت خودکشی را تنها ۳۰ درصد کاهش دهد. اگر

بعضی از مطالعات، گروهی از بیماران یک بیمارستان را دراز مدت بررسی می‌کنند پژوهشگران دیگر تمام موارد خودکشی را در یک کشور در طی چند سال بررسی می‌کنند. اختلال عاطفی شایعترین تشخیص می‌باشد (در ۲۴ درصد موارد) و اختلالهای واکنشی شخصیت بعد از آن قرار دارند (۲۲ درصد) سایر اختلالات روانی (۲۱ درصد) در گروه بعدی قرار می‌گیرند. این ارقام بررسیهای قبل را که در افرادی که خودکشی کرده‌اند، افسردگی بین ۸۰-۶۰ درصد گزارش شده بود تأیید

متفاوتی که استفاده می‌شود، معانی مختلفی دارد. به نظر می‌رسد این لغت از کلمه لاتین (Stringere) (Strictus) مشتق می‌شود که به معنی بستن یا محکم کشیدن است. به طور قطع در فرانسه قدیمی (Estrece) به صورت (Straisse) و در انگلیسی به عنوان (Stres) استفاده شده است. مفهوم اصلی کلمه استرس به تعصب و دشمنی اشاره دارد اما در قرن هجدهم یک نیرو را به یاد می‌آورد. هر تلاشی که بخواهد در برابر این نیرو با تغییر شکل یا تغییر مقاومت کند، بعنوان فشار (Strain) شناخته شد. در فرهنگ آریان پور برای این لغت معانی زیر را در فارسی مطرح کرده است. فشار زیاد وارد کردن، کش دادن، زیاد کشیدن، تحت فشار زیاد قرار دادن و برای مفهوم (Strained) "تحت فشار" را مطرح ساخته است و به نظر می‌رسد بهتر است از لغت «فشار» استفاده کنیم.

در واقع تعریف استرس که به سال ۱۸۳۴ برمی‌گردد مترادف کلمه Strain است: «مقاومت در برابر ارگان جسمی یا قدرت روانی». مشابه این نظر در فرهنگنامه آکسفورد (Shorte Oxford English Dictionary) پیدا می‌شود: «تحت تأثیر یک چیز مادی، یک ارگان جسمی یا قدرت روانی بودن».

Lazarus که دایرة المعارف بین‌المللی علوم اجتماعی را در سال ۱۹۶۸ نگاشته است ذکر می‌کند که «استرس بر افزایش خواسته‌ها از یک انسان دلالت می‌کند. خواسته‌هایی که موجب پدید آمدن اختلال در سیستمهای فیزیولوژیایی، اجتماعی و روان‌شناسی فرد می‌شود». با این گفته، باید آگاه باشیم که همه واقعه‌های استرس‌زای زندگی به طور الزامی اختلالها یا نتایج بیماری‌زایی خواهند داشت، یا آن که حادثه‌ای که برای بعضی از افراد استرس‌زا است، برای همه استرس‌زا خواهد بود (Levine & Scotch, 1967).

در واقع استرس می‌تواند در بعضی شرایط برای فرد نتایج مثبت و مفید به بار آورد. علاوه بر این، ارزیابی این مسئله که یک موقعیت تا چه حد استرس‌زا است تا حد زیادی به شخصیت فرد بستگی دارد. بنابراین بیان تعریف روشن و جامع از استرس کار بسیار دشواری است. این موضوع وقتی روشنتر می‌شود که به سه نگرش که در مطالعات روی اهرس به کار گرفته می‌شود، توجه کنیم.

اولین نگرش استرس را یک متغیر وابسته می‌داند که در آن

در نظر بگیریم که وقتی به طور عام صحبت کنیم کمتر از ۵۰ درصد بیماران، درمان مناسب دریافت می‌کنند و درمان حداکثر در ۷۰ درصد موارد مؤثر است، کاهش قابل انتظار در میزان مرگ بعلت خودکشی نزدیک ۱۰ درصد می‌شود (۳). در بین عوامل خطر ساز می‌توان به نقش استرس در پدیده خودکشی اشاره کرد. استرس می‌تواند به عنوان یک عامل مستعد کننده (Predisposing factor)، عامل سببی (Causative factor) عامل آشکار ساز (Precipitating factor) وارد عمل شود و یا به عنوان عامل تداوم بخش (Maintaining factor) موجب تثبیت فکر خودکشی و یا تکرار آن گردد. بنابراین لازم است مفهوم استرس، روش ارزیابی آن و نقش آن در خودکشی با تفصیل نسبی ارزیابی شود.

طبیعت و منبع استرس

موضوع استرس یک قضیه آشنا و متعارف برای همه ما است زیرا یک جزء گریزناپذیر زندگی است. ما احساس می‌کنیم که مفهوم استرس را می‌فهمیم زیرا به اشکال مختلفی در زندگی هر روزه، آن را تجربه می‌کنیم.

نگاهی به مطالب منتشر شده درباره موضوعهای متفاوت، نقش استرس را آشکار می‌سازد. به عنوان مثال در رشته‌های علمی پزشکی، زیست‌شناسی، بیوشیمی، جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، فیزیولوژی، انسان‌شناسی، ارگونومی و... انواع پژوهشها روی موضوع استرس انجام شده است و کمکهای شایانی به دایرة علوم کرده است (۷).

به ویژه سه محدوده تحقیقی که کمکهای ارزشمندی به درک مفهوم استرس کرده عبارتند از: استرس که به بروز اضطراب منجر می‌شود، پژوهش درباره حوادث استرس‌زای زندگی و تجارب آزمایشگاهی که شامل استرس القا شده هستند.

علی رغم فراوانی مطالب نوشته شده، ارائه یک تعریف مناسب از استرس که همه آنها بپذیرند دشوار است. تحقیق در ادبیات نشان می‌دهد که بیش از ۳۰۰ تعریف از استرس و کلماتی که از نظر لغت شناسی از آن مشتق می‌شوند، وجود دارد. بنابراین خوب است که آن را یک کلمه خاص موقعیتی در نظر بگیریم یعنی کلمه‌ای که در حالات و موقعیت‌های

می‌کند. احساس سرکوب شده و وابستگی، به زخم معده منتهی می‌گردد و خشم واپس زده شده منجر به افزایش فشار خون شریانی می‌شود. سایر بیماریها شامل آرتریت روماتوئید و التهاب زخم دار روده بزرگ هستند. این نظریه ریشه در فرضیه هیستری فروید دارد. هر چند گرینگر (Grinker 1953) با این نظر موافق نبود و گمان می‌کرد که این شرطی شدن زودرس پاسخهای فرد، مسئله اصلی در پدید آوردن بیماری روان-تنی است نه یک وضعیت عاطفی خاص. لیسلی (Lacey 1950) این نظر را تعمیم می‌داد و آنرا هم در مورد بیماران روان تنی و هم افراد سالم صحیح می‌دانست. در حالی که اکن (Oken 1962) با ذکر این که بیماریهای روان-تنی به علت فقدان شواهد تجربی، یک اتیولوژی عاطفی خاص دارند، با آنها مخالف بودند (۷).

الگوی استرس با طرح واکنش حفاظتی

این الگو که توسط ولف (Wolff) و همکاران پیشنهاد شده و توسعه یافته است، بیان می‌کند که وقتی بدن به هر صورتی تهدید می‌شود یک واکنش پیچیده روی می‌دهد تا از بدن محافظت کند و تهدید را از بین ببرد. برای تشریح این الگو ولف مراحل را توصیف می‌کند که گازهای سمی استنشاق می‌شوند (تهدید فیزیکی). غشاهای مخاطی ترشح می‌شوند و چشمان شروع به اشکریزش می‌کند (واکنش) تا به این وسیله موادمسمی را از بدن دفع کنند (دفع عامل تهدید). تهدیدی که به بدن هجوم می‌آورد ممکن است فیزیکی یا رمزی (Symbolic) باشد و هر دو نوع، همان واکنشها یا واکنشهای مشابه را سبب می‌شوند (۷).

استرس به عنوان یک انگیزش

لازم است که بعضی جنبه‌های مثبت استرس را نیز بررسی کنیم. مقدار مشخصی از استرس برای فراهم آوردن تحریک لازم و انگیزش برای غلبه بر موانع بسیاری که در رسیدن به اهداف مختلف پیش روی داریم مطلوب و خواستنی می‌باشد. استرس می‌تواند به عنوان محرک عمل خوانده شود. افرادی هستند که از استرس کامیاب می‌شوند و الگوی آن مدیر شرکتی است که با کوهپایی از کاغذ احاطه شده است و با صدای آزار

فرد، به صورتی به تغییرات محیط داخلی و خارجی اش پاسخ می‌دهد که ممکن است شامل پدیده‌های اجتماعی یا اختلالات روانی و جسمی باشد.

نگرش دوم استرس را یک متغیر مستقل می‌بیند و بر ویژگیهای واگرایی محرک و یا عامل استرس تأکید و تمرکز می‌کند که این ویژگیها در ارتباط با محیط تغییر یابنده اطراف فرد است که تغییرهایی را در فرد به وجود می‌آورد.

نگرش سوم در استرس آن را به عنوان یک متغیر دخالت کننده می‌داند که برای آن عوامل پیش درآمد و اثرهای ثانویه قابل تصور است.

الگوی روان تنی استرس

این الگو بر اساس این نظریه اساسی استوار است که «وقتی یکی از دستگاههای بدن تحت فشار است، این فشار ممکن است در سایر اعضای بدن حالت بیماری زا ایجاد کند»، استوار است (Dunbar 1947; Grinker, Robbins 1954) (۷).

فرآیندهای فیزیولوژیائی یک فرد ممکن است به طور جدی تحت تأثیر تعارضهایی قرار گیرد که ارگانسیم قادر نیست به آنها پاسخ مناسب بدهد. از طرف دیگر تعارضهایی که به مرور رخ می‌نمایند و راه حلهایی برای آنها پیدا شده است، تمایلی به ایجاد تغییرهای عضوی ندارند. تحقیقی که بوسيله راش (Ruesch در سال 1948)، انجام شده نشان می‌دهد که افراد فعال و اجتماعی که در به دست آوردن اعتباری که خود را مستحق آن می‌دانند ناموفق بودند، از ناراحتیهای روان تنی شکایت داشتند.

الکساندر (Alexander) در سال ۱۹۵۰ و دونبار (Dunbar) در سال ۱۹۵۴ با پژوهشهای خود که امکان ارتباط بین بعضی عوامل عاطفی و بیماریهای روان تنی را مطرح می‌سازد، پیشرفت‌های تازه‌ای در علم روان-تنی را نوید دادند. نظریه آنها این بود که بیماریهای تخریبی غیر عفونی، به طور الزامی حاصل عفونت میکروبی نیستند بلکه ممکن است همراه بعضی حالات عاطفی باشند. می‌توان چنین فرض کرد که حالت عاطفی سرکوب شده در یک دوره زمانی طولانی ممکن است به بیماریهای جسمی مختلف منتهی شوند. برای مثال، عصبانیت مزمن فروخورده به پدید آوردن میگرن کمک

شرکت فعال در کارهای ورزشی خطرناک، جستجوی هیجان در کلوپها و استادیومهای ورزشی یا تجارب مختلف خطر در هنگام تماشای فیلمها در سینما یا تلویزیون، همه تلاشهایی برای کم کردن یک نواختی زندگی هستند.

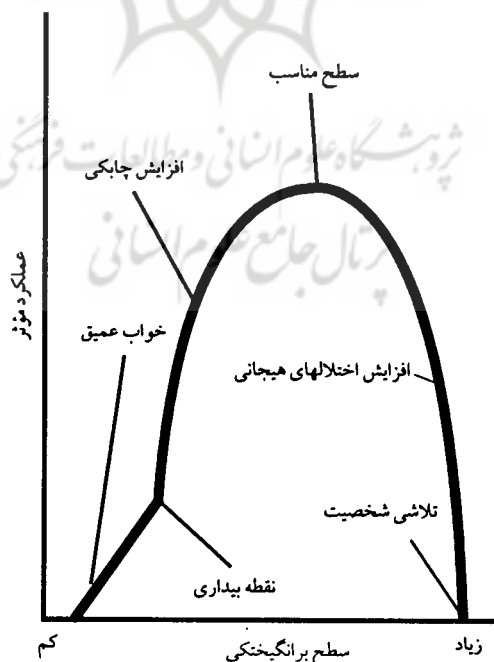
بسیاری از زنان خانه دار افسرده در بریتانیا، آرامش خاطرشان را در بازدید روزمره از باشگاه بازیهای دسته جمعی یافته اند که برای آنها مقدار مشخصی استرس فراهم می آورد. به شرط آنکه ما قادر به شناخت سطح مطلوب برانگیختگی خود باشیم، گاه گاهی مقداری اضطراب می تواند برای انجام وظایف مفید باشد. این مسئله با قانون هرکس دادسون (Herkes-Dodson) نشان داده شده است که بر اساس آن تا هنگامی که فرد به سطح مطلوبی از اضطراب دست یابد قابلیت انجام کار به وسیله اضطراب افزایش می یابد. بعد از آن استرس موجب افزایش اضطراب و پریشانی می شود و قابلیت انجام کار کاهش می یابد.

نمودار ۲، ارتباط فرضی بین سطح برانگیختگی عاطفی و مؤثر بودن انجام وظیفه را نشان می دهد هرچند که انواع مختلف وظایف تفاوت هایی دارد و شکل منحنی پدید می آورد.

دهنده تلفنهایی که زنگ می زنند بمباران می شود و در تلاش برای رسیدن به آخرین مهلت، نا امید تصور می شود. چنین شخصی الزاماً قربانی قطعی یک حمله قلبی نیست. عملاً مدیران اجرایی وجود دارند که چنین محیط کاری را کاملاً قابل قبول و کمک کننده به وظایف تصمیم گیری می دانند.

پژوهشهای انجام شده در آمریکا نشان می دهند. مخصوصاً وقتی فرد برای چندین سال پیاپی تجارب پر استرس را تحمل می کند استرس می تواند عملاً زندگی را طولانی کند. در میان حیوانات این واقعیت در موشها نشان داده شده است که در اثر در معرض قرار گرفتن مداوم در مقابل استرس طول عمر آنها تقریباً دوبرابر می شود. علاوه بر این، استرس ملایم در زمان شیرخواری منتهی به تغییرات تکاملی قابل توجهی در موشها شده است (۷).

استرس می تواند حالت ملال را برطرف کند و مارا برای انجام کار برانگیزد. با یک دید استرس مثل یک محرک قوی به کار می آید. غالباً تجربه یک استرس ملایم در زندگی کمک می کند که دوره هایی از ملال و خستگی و روزمرگی را پشت سر بگذاریم.



نمودار ۲: ارتباط فرضی سطح برانگیختگی عاطفی و مؤثر بودن فعالیت ها

حالا که با پرداختن به استرس به مثابه یک انگیزش محرک تا حدی از موضوع دور شدیم نتیجه می گیریم که جنبه های

استرس و اضطراب نباید به کلی از بین بروند به شرط آنکه ما سطح مطلوب برانگیختگی مان را بشناسیم.

دوره زمانی تحت فشار نبوده‌اند (۷).

مثبت استرس ناچیز هستند و استرس هنوز هم یک مسئله جدی است و بالقوه آثار مضر برای افراد دارد.

REFERENCES

- 1 . Oxford Advance Dictionary, 1989
- 2 . Stengel, Erwin. Suicide and Attempted suicide. Penguin Books. England 1977; 77-87.
- 3 . Priary prevention of mental, neurological and psychological disorders; World Health Organization. Geneva, 1998; 75-88.
- 4 . The World Health Report 1998. Life in 21st century: A vision for all; World Health Organization. Geneva, 1998; 83-84.
- 5 . Michel Gelder et al. Oxford Textbook of Psychiatry. 3rd Edition Oxford University Press, 1996; 479-506.
- 6 . Kaplan H. and Sadock B. Synopsis of psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 8th edition. Williams & Wilkins 1998; 501, 551-559.
- 7 . Dobson C.B. Stress: The hidden adversary. MTP Press, Manchester, England, 1982; 2-18.
- 8 . Postma J.U. Psychiatric Briefs: Suicide

سطح برانگیختگی مطلوب

منحنی شماره ۲ درباره شناخت فرد از سطح مطلوب برانگیختگی خود یک مسئله بسیار مهم است و ناتوانی از شناخت آن می‌تواند اثرات مخربی به بار آورد. بعضی افراد، آگاهانه نسبت به محدوده تحمل استرس بی‌توجه هستند و خودشان را به طور جدی تحت فشار می‌گذارند. دیگران ممکن است بدون آنکه متوجه شوند از این حد فراتر روند. دلیل این روند هرچه باشد نتیجه یکسان است. آمادگی فرد برای ایجاد بیماریهای جسمی و روانی شامل سردردها، بی‌خوابی، خستگی، افزایش فشار خون شریانی، افسردگی، زخم معده، بیماری عروق تغذیه کننده و...

یک مثال نکته موردنظر را نشان می‌دهد: نتایج تحقیقاتی که در فیلادلفیا روی بیماران با حمله قلبی و مبتلایان به اختلال عروق تغذیه کننده قلب انجام شده است نشان می‌دهد که آنها تجاربی از استرس حاد یا تدریجی قبل بروز علائم قبل از داشته‌اند. در مقایسه تعداد بسیار کمی از بیماران دیگر از فشارهای عاطفی حاد رنج می‌بردند و هیچکدام در طول یک