

روشهای پیش‌گیری از خودکشی بر اساس بررسی همه‌گیرشناسی و نقش عوامل استرس‌زا، در ۱۰۰ مورد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش مسمومین دانشگاه مشهد

دکتر سید ابراهیم حسینی^(۱)

مقدمه

می‌سازد ارزیابی کمی (Quantitative) مقدار استرسی که در یک زمان خاص تجربه می‌کنیم به دست آوریم (جدول شماره ۱). برای مثال ۸۰ درصد افراد با نمره حدود ۱۵۰ یک بیماری شدید، افسردگی و حمله قلبی پیدا کردند.

همچنین مشاهده شد که تجمع بیش از ۲۰۰ واحد تغییر در زندگی (Life change unit) یک سال موجب بالا رفتن عیار بروز اختلال‌های روان‌تنی می‌گردد. این معیار بر اساس میزان نیاز به تطابق مجدد تنظیم شده است. استرس هنگامی بروز می‌کند که تغییرهای بیش از تطابق منجر به شکست روانی می‌گردد. باید توجه داشت سریع شدن تغییر دائم زندگی مدرن که به طور ناگهانی تعادل فرد را بر هم می‌زنند مشکل جدی است و نمونه‌های بی شماری از این متغیرها را در زندگی روزمره، محل کار منزل و محیط اجتماعی می‌توان مشاهده نمود.

در شماره ۳ همین فصلنامه ما درباره جنبه‌های مثبت استرس بر روند زندگی برای فرار از روزمرگی و ملال تأکید کردیم. بیان این که "تغییر به اندازه استراحت در زندگی خوب است" برداشت معقولی است. علی‌رغم این واقعیت تغییرهای خیلی زیاد می‌توانند خیلی سریع منجر به بیماری شوند. هدف باید این باشد که در یک راه میانه بین تغییر خیلی کم و خیلی زیاد گام برداریم.

توماس هولمز (Thomas Holmes) کشف فوق‌العاده‌ای انجام داد که $\frac{1}{5}$ کسانی که در طول یک سال تغییرهای عمده‌ای در زندگی داشته‌اند در طول ۲ سال بعد باید منتظر یک بیماری جدی باشند.

هولمز و همکار او رایهی Richard rahe یک معیار اندازه‌گیری تطابق مجدد اجتماعی طراحی کردند که ما را قادر

۱- پزشک عمومی. این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دوره پزشکی است که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد با راهنمایی آقایان دکتر سید ابوالقاسم حسینی و دکتر مهدی بلالی از آن دفاع شده است.

جدول شماره ۱: مقیاس درجه بندی سازگاری مجدد اجتماعی

ارزش (مقدار)	رویداد زندگی
میانگین	
۱۰۰	۱- مرگ همسر
۷۳	۲- طلاق
۶۵	۳- جدائی از همسر
۶۳	۴- بازداشت در زندان یا سایر مؤسسات
۶۳	۵- مرگ عضو نزدیک خانواده
۵۳	۶- بیماری یا صدمه شدید شخصی
۵۰	۷- ازدواج
۴۷	۸- اخراج از کار
۴۵	۹- پیوند دوباره با همسر
۴۵	۱۰- بازنشستگی از کار
۴۴	۱۱- تغییر عمده در تندرستی یا رفتار عضو نزدیک خانواده
۴۰	۱۲- حاملگی
۳۹	۱۳- مسائل جنسی
۳۹	۱۴- پیوستن عضوی جدید به خانواده از طریق فرزند پذیری، بازگشت فردی سالمند به خانواده
۳۹	۱۵- سازگاری مجدد شغلی عمده (شراکت، سازماندهی دوباره، ورشکستگی و غیره).
۳۸	۱۶- تغییر عمده در وضع مالی (بسیار بدتر یا بسیار بهتر از حد معمول).
۳۷	۱۷- مرگ دوست نزدیک
۳۶	۱۸- تغییر شغل
۳۵	۱۹- تغییر عمده در تعداد مباحثات با همسر (بسیار کمتر یا بیشتر از معمول، در مورد تربیت اطفال، عادات شخصی و غیره).
۳۱	۲۰- رهن بیش از ۱۰۰۰۰ دلار (خرید خانه، محل کسب و غیره ^(۱۱))
۳۰	۲۱- انسداد رهن یا وام (به علت تخلف از شرایط معامله)
۲۹	۲۲- تغییرات عمده در مسئولیت‌های شغلی (ارتقا، تقلیل درجه، انتقال جانبی).
۲۹	۲۳- رفتن پسر یا دختر از خانه (ازدواج، ادامه تحصیل در دانشگاه و غیره)
۲۹	۲۴- درگیری با قانون
۲۸	۲۵- پیشرفت برجسته شخصی
۲۶	۲۶- شروع به کار یا ترک شغل همسر
۲۶	۲۷- شروع یا ختم تحصیلات رسمی
۲۵	۲۸- تغییر عمده در شرایط زندگی (ساختن خانه جدید، تغییر مدل دادن، تخریب خانه یا منطقه)
۲۴	۲۹- تجدید نظر در عادات شخصی (لباس، آداب، روابط و غیره)
۲۳	۳۰- مشکل با کارفرما
۳۰	۳۱- تغییر عمده در ساعات یا شرایط کار
۲۰	۳۲- تغییر محل سکونت
۲۰	۳۳- تغییر دادن مدرسه
۱۹	۳۴- تغییر عمده در میزان یا نوع تفریح
۱۹	۳۵- تغییر عمده در فعالیت‌های مربوط به کلیسا (نهادهای و مذهبی (بسیار بیشتر یا کمتر از معمول)
۱۸	۳۶- تغییر عمده در فعالیت‌های اجتماعی (باشگاهها، سینما، ملاقات‌ها یا غیره)
۱۷	۳۷- وام یا رهن کمتر از ۱۰۰۰۰ دلار (خرید اتومبیل، تلویزیون، فریزر و غیره)
۱۶	۳۸- تغییر عمده در عادات خواب (بسیار کمتر یا بیشتر از معمول یا تغییر در زمان خواب روزانه)
۱۵	۳۹- تغییر عمده در تمام جلسات خانوادگی (بسیار کمتر یا بیشتر از معمول)
۱۵	۴۰- تغییر عمده در عادات غذایی (مصرف بسیار کمتر یا زیادتر از معمول یا ساعات و محیط بسیار متفاوت)
۱۵	۴۱- تعطیلات
۱۲	۴۲- کریسمس (می‌توان عید نوروز را معادل آن دانست)
۱۱	۴۳- تخلف‌های کوچک قانونی (جرایم رانندگی، عبور پیاده از مناطق ممنوعه، مزاحمت برای عام و غیره)

۱- این رقم با توجه به تورم امروزی اعتباری ندارد، مقدار کلی وام اخذ شده از منابع مختلف بیشتر اهمیت دارد.

جدول از هولمز: موقعیت‌های زندگی، هیجانان و بیماری. مجله طب روانی تنی، ۱۹۷۸، ۱۹، ۷۴۷، از کتاب کاپلان ترجمه پورافکاری

اهداف اختصاصی تحقیق

- ۱- یافتن متغیرهای همه گیر شناسی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند.
- ۲- جایگاه عوامل استرس زا در اقدام به خودکشی چیست؟
- ۳- عوامل زمینه ساز و تسریع کننده اقدام به خودکشی کدامند؟
- ۴- برای پیش گیری از خودکشی - بر اساس یافته‌های تحقیق - چه اقدامهایی باید انجام داد؟

روش کار

مسأله را اظهار می‌کردند. ابتدا اطلاعات اولیه از پرونده بیماران مطالعه می‌شد و اطلاعات مربوط به سن، محل اقامت، منبع ارجاع، نوع سم مصرف شده و مقدار آن ثبت می‌گردید. پس از یک مصاحبه اولیه با خانواده بیمار و اعلام هدف از مصاحبه و تحقیق به آنها، رضایت ایشان برای مصاحبه با بیمار جلب می‌شد.

کلیه مصاحبه‌ها توسط نگارنده انجام شد و مصاحبه‌گر شخصاً اطلاعات را وارد برگه‌های پرسشنامه می‌کرد. جدول کدهای پاسخ به طور جداگانه تهیه شد و پس از انجام مصاحبه، کدهای پاسخ علامت زده می‌شدند. این پژوهش در مدت ۴ ماه انجام شد.

مصاحبه با بیمار پس از انجام درمان و مراقبت‌های پزشکی و پیدایش بهبود نسبی یا کامل و وضعیت بالینی و سطح هوشیاری مطلوب انجام می‌شد، هدف از مصاحبه و تحقیق برای بیمار توضیح داده می‌شد و از او جهت مصاحبه دعوت می‌شد که ۳۰-۲۵ دقیقه طول می‌کشید.

این مصاحبه با ۱۰۰ نفر انجام شد و پس از تکمیل فرمها و وارد کردن کدهای پاسخ به آنها جهت جمع‌آوری نتایج و انجام بررسیهای آماری اطلاعات پرسشنامه‌ها توسط کارشناس آمار به کامپیوتر داده شد. نرم افزار مورد استفاده جهت انجام بررسیهای آماری، نرم افزار STATISTICA بوده است.

بررسی نتایج

بررسی میزان تحصیلات موارد اقدام به خودکشی نشان می‌دهد که ۹ درصد بی‌سواد، ۳۰ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۰ درصد دارای تحصیلات دوره راهنمایی و ۲۹ درصد دارای تحصیلات دوره متوسطه بوده‌اند و ۲ نفر نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند.

بررسی شغلی موارد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد که در بین مردان از ۴۸ نفر، ۱۷ نفر در سال قبل بیش از یک ماه بی‌کاری داشته‌اند که شامل ایام اخیر نیز می‌شده است. ۶ نفر محصل و ۲ نفر در حال گذراندن خدمت زیر پرچم نظام وظیفه، یک

ابزار تحقیق

برای انجام تحقیق دو پرسشنامه تدوین گردید:

- ۱- جدول حوادث استرس زای اخیر زندگی که بر مبنای جدول حوادث استرس زای هولمز و راهه (Holmes And Rahe) تهیه شد. این جدول شامل حوادث زندگی است که ۴۳ قسمت دارد و قبلاً درجه استرس زایی آنها مشخص شده است (جدول شماره ۱).
- ۲- پرسشنامه متغیرهای همه گیر شناسی: بر مبنای یک پرسشنامه تحقیق درمانگاهی بیماران روانی و با توجه به اطلاعاتی که مورد نیاز بود، تدوین گردید. این پرسشنامه تنها یک سؤال باز، داشت و سایر سؤالهای آن بسته بودند که جهت سهولت استخراج نتایج با توجه به کد پاسخ‌ها علامت گذاری می‌شدند.

جمعیت مورد مطالعه و مورد یابی

مسموم کردن خود (Self-poisoning) شایعترین راه اقدام به خودکشی است و در گزارشهای منتشر شده ۹۰٪ موارد اقدام به خودکشی از طریق مسموم کردن خود یا مصرف بیش از حد دارو (Over dose) بوده است. بنابراین جهت تمرکز و سهولت و امکان پذیر شدن تحقیق، صرفاً این راه اقدام به خودکشی مد نظر قرار گرفت.

جمعیت مورد مطالعه افراد بستری شده در بخش مسمومین دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند که علت بستری آنها در پرونده بیمارستانی خودکشی قید شده بود یا خویشان این

مهندس و دو کارمند نیز بوده‌اند.

جدول شماره ۲ در مورد بررسی مدت بی‌کاری افراد بی‌کار نشان می‌دهد که ۸ نفر کمتر از ۳ ماه و ۱۱ نفر بیش از ۳ ماه بی‌کاری داشته‌اند.

در بین زنان از ۵۲ نفر آنها، ۳۴ نفر خانه‌دار و ۱۳ نفر دانش‌آموز، دانشجوی بوده‌اند. ۲ نفر در ماههای اخیر بی‌کار شده‌اند و ۲ نفر از آنها به‌عنوان کارگر ماهر و یک نفر به‌عنوان کارگر ساده شاغل هستند.

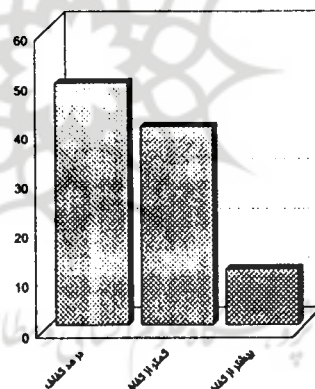
مدت زمان بی‌کاری	مرد	زن	مجموع
کمتر از سه ماه	۷	۱	۸
بیشتر از سه ماه	۱۰	۱	۱۱
مجموع	۱۷	۲	۱۹

جدول شماره ۲: بررسی بی‌کاری و مدت آن

معیاری است که وضع اقتصادی خانواده را در حد قابل قبولی بازتاب می‌دهد.

در نمودار شماره ۱ در ۴۹ درصد درآمد خانواده در حد کفاف زندگی، ۴۰ نفر درآمد خانواده کمتر از کفاف و ۱۱ درصد درآمد خانواده را بیشتر از کفاف ذکر کرده‌اند.

برای بررسی وضع اقتصادی، افراد براساس میزان درآمد خانواده به ۳ طبقه تقسیم شدند. افرادی که درآمدشان در حد کفاف زندگی است، افرادی که درآمدشان کمتر از کفاف زندگی است و افرادی که درآمدشان بیشتر از کفاف زندگی است. این



نمودار شماره ۱: هیستوگرام وضع اقتصادی افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند بر اساس معیار کفاف زندگی

جدول شماره ۳ وضع خانوادگی را در افراد مورد بررسی ازدواجها در یک سال اخیر انجام شده‌اند.

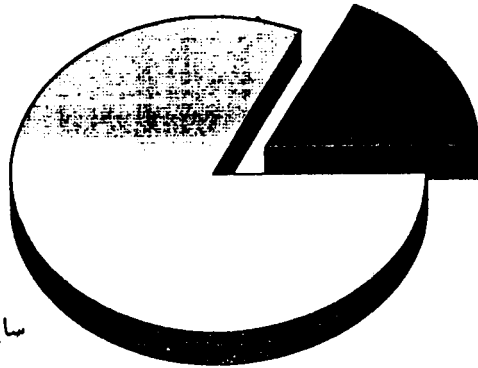
نشان می‌دهد. در نمودار شماره ۲ مشاهده می‌کنیم که ۱۸٪

وضع خانوادگی	مرد	زن	مجموع و درصد
مجرد	۱۸	۲۵	۴۳
متاهل	۲۱	۲۱	۴۲
فوت همسر	۱	۳	۴
طلاق	۱	۱	۲
جدا شده	۶	۱	۷
ازدواج مجدد	۱	۱	۲
مجموع	۴۸	۵۲	۱۰۰

جدول شماره ۳- وضع خانوادگی

ازدواج در سال اخیر

18.0%



سایرین

82.0%

نمودار شماره ۲: تعداد افرادی که در یک سال ازدواج نموده‌اند.

داشته‌اند که اغلب به صورت مسمومیت بوده‌است. در این میان ۵ نفر ۳ بار و ۳ نفر تا بحال ۴ بار یا بیشتر اقدام به خودکشی نموده‌اند.

جدول شماره ۴ بررسی تعداد دفعات اقدام به خودکشی نشان می‌دهد که در ۶۸ درصد موارد اولین اقدام به خودکشی بوده است و در ۳۲ درصد موارد سابقه‌ای از اقدام به خودکشی

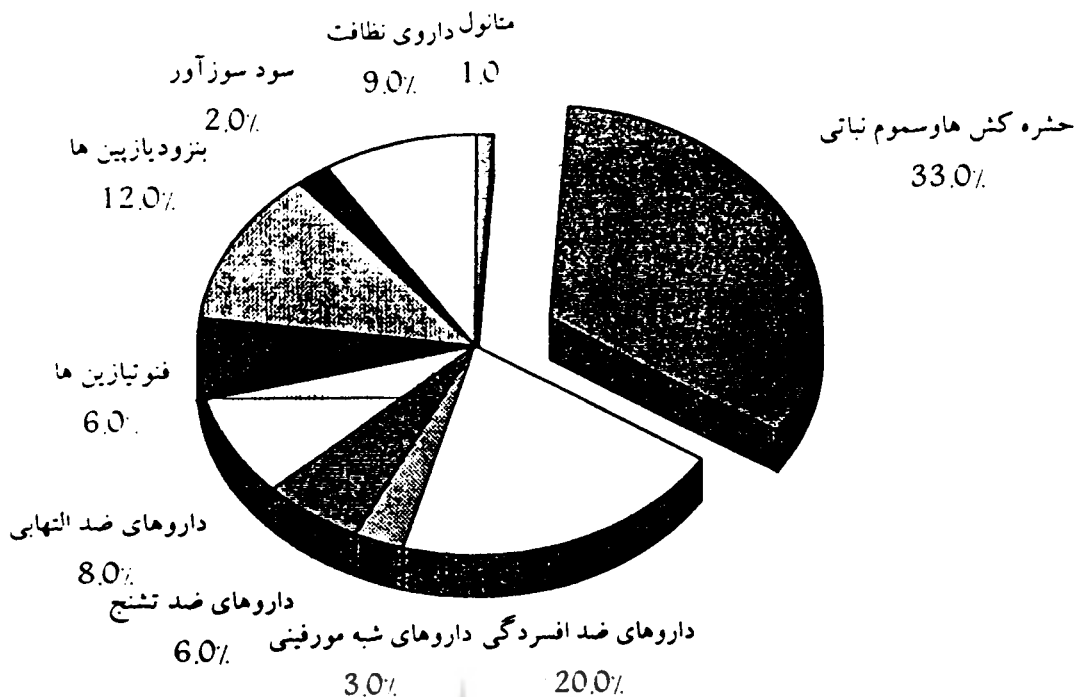
تعداد دفعات اقدام به خودکشی	مرد	زن	مجموع
اولین بار	۳۴	۳۴	۶۸
بار دوم	۱۱	۱۳	۲۴
بار سوم	۲	۳	۵
بار چهارم یا بیشتر	۱	۲	۳
مجموع	۴۸	۵۲	۱۰۰

جدول شماره ۴- بررسی تعداد دفعات اقدام به خودکشی

استفاده کرده‌اند. ۲۰ درصد داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای، ۱۲ درصد بنزودیازپین‌ها، ۶ درصد فنوتیازین‌ها و سایر داروهای آنتی‌سایکوتیک، ۶ درصد داروهای ضد تشنج شامل کاربامازپین و فنوباریتال، ۸ درصد داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAID)، ۳ درصد از تریاک، ۹ درصد داروی نظافت، ۲ درصد سود سوزآور و یک درصد متانول مصرف کرده‌اند.

مطالعه ما نشان می‌دهد که ۳۴ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند به روان پزشک مراجعه کرده‌اند. در این گروه ۶ نفر سابقه بستری در مراکز روان پزشکی دارند که ۳ نفر مرد و ۳ نفر زن بوده‌اند.

نمودار شماره ۳ نوع ماده مصرفی برای اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. چنانچه مشاهده می‌شود ۳۳ درصد افراد از مشتقات ارگانوسفره موجود در حشره‌کش‌ها و سموم نباتی



نمودار شماره ۳: نوع سم مصرفی در افرادی که اقدام به خودکشی نموده اند.

از بازار آزاد و یا داروهای سایر افراد خانواده تهیه کرده بودند. ۴۰ درصد افراد از ماده سمی موجود در منزل (حشره کش یا سموم نباتی متانول، سود سوزآور و داروی نظافت) استفاده کرده بودند و ۴ درصد از آنها جهت خرید سم مستقیماً به فروشگاه مراجعه کرده‌اند.

جدول شماره ۵ راه دست یابی به ماده سمی را نشان می‌دهد. ۲۵ درصد افرادی که خود را مسموم کرده‌اند، از داروهایی که برای درمان توسط پزشک تجویز شده بوده‌است، استفاده کرده‌اند. در ۳۱ درصد موارد، این داروها را بدون نسخه و

روش تهیه ماده مصرفی	مرد	زن	مجموع
تهیه دارو بانسخه پزشک	۱۲	۱۳	۲۵
تهیه دارو بدون نسخه پزشک	۱۲	۱۹	۳۱
فروشگاه سموم گیاهی	۲	۲	۴
سم موجود در منزل	۲۲	۱۸	۴۰
مجموع	۴۸	۵۲	۱۰۰

جدول شماره ۵- روش تهیه ماده مصرفی

داشته‌اند ماده مورد استفاده کشنده و مرگ‌آور است و ۱۴ درصد که ۱۱ درصد آن در بین زنان بودند، اظهار داشتند که فکر می‌کردند ماده مورد استفاده کشنده نیست (جدول شماره ۶).

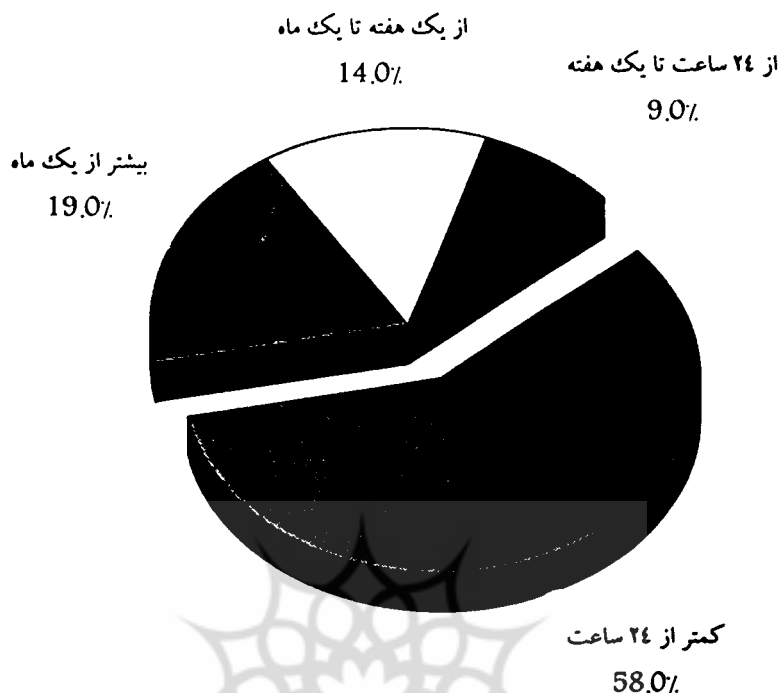
در جدول شماره ۶ آگاهی بیمار نسبت به خطر کشنده بودن مواد مصرفی مشاهده می‌شود. در مورد آگاهی از خطر ۸۶ درصد افرادی که اقدام به خودکشی کردند اظهار داشتند که اطلاع

آگاهی بیمار	مرد	زن	مجموع
اطلاع داشته که کشنده است	۴۵	۴۱	۸۶
فکر می‌کرده که کشنده نیست	۳	۱۱	۱۴
مجموع	۴۸	۵۲	۱۰۰

جدول شماره ۶- آگاهی بیمار نسبت به خطر

این موضوع را با تهدید یا اعلام به خانواده بروز داده‌اند. ۹ درصد که ۵ نفر آن زن بودند، این موضوع را با تهدید یا اعلام به همسر بروز داده‌اند.

نمودار شماره ۴، مدت تصمیم اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. ۶۴ درصد موارد اقدام به خودکشی اعلام کردند که این تصمیم را با در میان گذاشته‌اند. ۱۱ نفر که ۸ نفر که زن بودند.



نمودار شماره ۴ - مدت تصمیم اقدام به خودکشی

در لیست سابقه بیماریهای گذشته، آنچه بیش از همه رخ می‌نماید "افسردگی تشخیص داده شده" می‌باشد. ۲۳ درصد مراجعان ذکر کرده‌اند که زمانی برای درمان افسردگی به روان پزشک یا پزشک عمومی مراجعه کرده‌اند و تحت درمان دارویی قرار گرفته‌اند.

۱۰ نفر از مراجعان در توصیف حالات روانی خود، هذیان، توهم، افکار غریب بیان نموده‌اند که غیر از ۳ مورد هیچکدام به علت این حالات به روان پزشک مراجعه نکرده بودند. ۷ نفر از مراجعان از بیماری صرع رنج می‌بردند. این بیماران و خانواده‌های آنها از وضعیت موجود آگاه بودند و از قبل تحت درمان بوده‌اند.

۱۵ نفر از بیماران، از بیماریهای مزمن یا صعب‌العلاج نظیر سردردهای شدید، کمردردهای شدید، معلولیت، نقصهای دریچه‌ای قلب یا زخم گوارشی رنج می‌بردند که اغلب درمان بیماری را به‌طور مستمر پی‌گیری و درمان نمی‌کردند.

میگرن تشخیص داده شده در ۴ نفر از خانمها وجود داشت که تحت درمان بودند. ۱۳ نفر از خانمها علائم اختلال و علائم

۸ نفر با دوستانشان در میان گذاشته‌اند. یک زن تمایل به خودکشی را با روان پزشک در میان گذاشته است و ۵ نفر تنها نامه خداحافظی یا وصیت نامه از خود باقی گذاشته‌اند.

هیچ کدام از افراد مورد مصاحبه مسأله را با پزشک عمومی یا روان‌شناس در میان نگذاشته بودند نیز هیچ‌کس با صدای مشاور تماس نگرفته بود.

بررسی میزان همکاری بیمار جهت مراجعه به بیمارستان نشان می‌دهد که ۸ نفر داوطلبانه و ۱۰ نفر بدون تمایل به بیمارستان مراجعه کرده‌اند و ۸۲ نفر باقیمانده در حالت ازدست دادن آگاهی به بیمارستان رسانده شده‌اند.

بررسی عامل ارجاع بیمار نشان می‌دهد که ۷۰ درصد موارد توسط دوستان و خانواده به بیمارستان آورده شده‌اند و ۲۲ درصد از درمانگاه‌های شهرستان‌ها یا مراکز بهداشت روستایی ارجاع شده‌اند. ۵ نفر از زندان عمومی و یک نفر توسط نیروی انتظامی به مرکز مسمومین آورده شده‌اند. یک دختر دانش‌آموز نیز توسط مسئولان مدرسه آورده شده بود.

(Impotence) هستند. همینطور یک نفر از زنان اظهار داشت که همسرش مبتلا به ناتوانی جنسی است. یک نفر از زنان اظهار کرد که مبتلا به سردمزاجی است و غالباً در هنگام نزدیکی احساس لذت نمی‌کند. یک نفر از زنان ذکر کرد که مبتلا به درد هنگام مقاربت (Dyspareunia) است. در مورد ۶ نفر دیگر مسائل متفرقه‌ای از قبیل روابط جنسی خارج از دایره زناشویی (Extra-marital relationships) روابط جنسی قبل از ازدواج، بی‌وفایی همسر، تجاوز به عنف (Rape) و زنای محارم (Incest) اظهار کردند. دختر ۱۹ ساله‌ای که مورد تجاوز به عنف قرار گرفته بود دچار اختلال استرس پس از سانحه Post Traumatic Stress Disorders شده بود. در این مطالعه زمینه اعتقادی و فرهنگی افراد باتوجه به میزان پای بندی آنها به انجام مستمر فرایض دینی مورد ارزیابی قرار گرفت و منبع اطلاعات صرفاً بیان خود فرد بوده است (جدول شماره ۷).

قبل از قاعدگی را بیان می‌کردند. ۲ نفر از خانمها ذکر کردند که چند سال است بعلت ناباروری تحت درمان بوده‌اند و تابحال توفیقی در درمان نداشته‌اند. ۵ نفر از افراد سابقه‌ای از یک بیماری حاد یا یک عمل جراحی در یک ماه اخیر می‌دادند. عمل جراحی انجام شده اغلب با تشخیص آپاندیسیت بدون عارضه بوده‌است. ۳ نفر از مردان ذکر کردند که در طی جنگ دچار صدمات روانی شده‌اند. توضیح این که ۴ زن و یک مرد، هرکدام سابقه ۳ مورد از بیماریهای فوق را داشتند و در ۱۲ مورد دیگر (۸ زن و ۴ مرد) هرکدام سابقه ۲ مورد از بیماریهای فوق را داشتند. در پرسش از مسائل جنسی - باتوجه به زمینه‌های فرهنگی و حساسیت اجتماعی در مورد رازداری و پنهان کاری در این امور - یافته‌های به دست آمده به این شرح است: ۸۵ نفر از افراد مورد مطالعه مسأله جنسی بیان نکردند. ۳ نفر از مردان اظهار داشتند که مبتلا به ناتوانی جنسی

مجموع	زن	مرد	زمینه اعتقادی و فرهنگی
۵۳	۳۶	۱۷	مرتب نماز می‌خواند
۱۳	۲	۱۱	بطور نامرتب نماز می‌خواند
۱۳	۲	۱۱	به خدا اعتقاد دارد ولی نماز نمی‌خواند
۲	۰	۲	به خدا اعتقاد ندارند
۱۰۰	۵۲	۴۸	مجموع

جدول شماره ۷- زمینه اعتقادی و فرهنگی

کردند که بستگان درجه یک خانواده آنها سابقه بازداشت یا زندان داشته‌اند. در بین زنان در مواردی که به زندان رفتن عضو خانواده اثر قابل توجهی بر خانواده و فرد داشته است، علت به زندان رفتن، اعتیاد فرد بوده است. بررسی جو خانوادگی پدری و هسته‌ای و سابقه بیماری و روانی و خودکشی در بستگان فرد و سابقه‌ای در جدولهای شماره ۸ تا ۱۰ گزارش شده‌اند.

در بررسی سابقه درگیری قانونی افراد تحت بررسی به صورت بازداشت یا زندان مشخص شد که ۱۳ نفر از مردان و ۲ نفر از زنان سابقه درگیری با قانون را داشته‌اند. البته به علت آن که مدت زمان بازداشت یا زندان قید نشده بود، شاید یافته روشنی نباشد و لازم است در بررسی‌های دیگر زمان بازداشت مشخص گردد. در این بین ۲ نفر از زنان سابقه بازداشت یک‌روزه و ۵ نفر از مردان سابقه بیش از یکسال زندان داشتند. در بین افراد تحت بررسی ۱۷ نفر (۶ مرد و ۱۱ زن) اظهار

مجموع	زن	مرد	جو خانواده پدری
۵۰	۲۴	۲۶	خانواده پدری مشکلی ندارند
۲۴	۱۲	۱۲	والدین اغلب درگیری دارند
۵	۲	۳	فرزندان باوالدین درگیری دارند
۱۴	۱۰	۴	طلاق در والدین
۶	۴	۲	فوت یکی ازوالدین یا هر دو
۱	۰	۱	نامشخص
۱۰۰	۵۲	۴۸	مجموع

جدول شماره ۸- جو خانواده پدری

مجموع درصد	تعداد	زن	مرد	جو خانواده هسته‌ای
۴۰	۲۲	۱۰	۱۲	باهمسرمشکلی ندارد
۲۹	۱۶	۹	۷	اغلب باهمسردرگیری دارد
۲۴	۱۳	۴	۹	خانواده در معرض تلاشی
۳/۵	۲	۱	۱	طلاق
۳/۵	۲	۰	۲	زندگی تنها
۱۰۰	۵۷	۲۳	۳۱	مجموع

جدول شماره ۹- جو خانواده هسته‌ای فرد

مجموع	زن	مرد	سابقه بیماری روانی / خودکشی در بستگان
۱۵	۹	۶	سابقه بیماری روانی در بستگان درجه اول
۱۱	۷	۴	سابقه بیماری روانی در بستگان درجه دوم
۹	۸	۱	سابقه خودکشی در بستگان درجه اول
۹	۲	۷	سابقه خودکشی در بستگان درجه دوم

جدول شماره ۱۰- سابقه بیماری روانی و خودکشی در بستگان فرد

شدید داشتند و ظن قوی می‌رفت که آسیب جدی برای دیگران داشته باشند یا مجدداً اقدام به خودکشی نمایند نیازمند به بستری در بخش روان پزشکی تشخیص داده شدند که تعداد آنها ۱۱ نفر بود.

جدول شماره ۱۱ محل مناسب هنگام ترخیص را نشان می‌دهد. در این قسمت با توجه به وضعیت روانی بیماران و آنچه پس از یک مصاحبه ۳۰-۴۰ دقیقه‌ای با فردی که اقدام به خودکشی نموده است دریافت می‌شود بیماران در ۳ رده مختلف طبقه‌بندی شدند. کسانی که حالاتی از سایکوز یا افسردگی

مجموع و درصد	زن	مرد	محل مناسب هنگام ترخیص
۱۱	۳	۸	نیازمند بستری در بخش روان پزشکی
۴۱	۲۱	۲۰	نیازمند دارو درمانی و روان درمانی
۴۸	۲۸	۲۰	نیازمند مشاوره روان‌شناسی

جدول شماره ۱۱- محل مناسب هنگام ترخیص

اصلی اقدام به خودکشی از افراد سؤال می‌شد. افراد راهنمایی می‌شدند که در صورت وجود محذور یا غیر قابل بیان بودن، مسأله را به شکل کلی بیان کنند و نیز آنها آزاد بودند تا ۳ مسأله را به عنوان علت‌های اصلی بیان کنند.

مطالعه این بخش علاوه بر آنکه تنوع و تکرار مشکلات افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد، به‌طور کلی خلق پایینین (Depression)، ناامیدی (Hopelessness)، احساس ناتوانی در جلب کمک دیگران و نداشتن حمایت و پشتیبانی در زندگی (Helplessness) را نشان می‌دهد. برای روشن‌تر شدن موضوع سن و جنس‌گوبنده و درموردی اختلال روانی موجود نیز ذکر شده‌اند. پیامهای زیر علت اقدام به خودکشی از دیدگاه فرد می‌باشند و در تمام صد مورد این پیامها ذکر شده‌اند.

باتوجه به مصاحبه، درمورد ۴۱ نفر تشخیص این بود که نیاز به یک مداخله روان پزشکی از طریق دارودرمانی یا روان‌درمانی وجود دارد. ۴۸ نفر دیگر نیز حداقل باید مورد مشاوره با یک روان‌شناس یا روان‌پزشک قرار می‌گرفتند تا بتوانند در حل مسایل و تعارض‌های موجود در زندگی کمک مؤثری دریافت کنند.

علاوه بر این، باتوجه به این که ۵ نفر از این افراد زندانی بودند و پس از بهبود وضعیت بالینی به زندان باز می‌گردند، لازم است این خدمات در زندان به آنها ارائه گردد. یک مورد نیاز به بستری در مرکز سالمندان داشت و در چند مورد دیگر افراد نیازمند پشتیبانی و حمایت حقوقی و قانونی تشخیص داده شدند.

علت اصلی اقدام به خودکشی چه بوده است؟

با یک سؤال باز که در پرسشنامه ما وجود داشت، علت

- ۱- زن ۶۵ ساله - تنهایی و نبودن حمایت از طرف دیگران، فکر و خیالات
- ۲- زن ۱۶ ساله - تهمت زدن توسط پدر
- ۳- مرد ۶۰ ساله - مشکلات خانوادگی
- ۴- زن ۱۶ ساله - ایجاد ناراحتی توسط خانواده و پدر
- ۵- مرد ۳۷ ساله - دعوا و شکایت در دادگاه از پسرعمو، بی‌حوصلگی از زندگی و بی‌میلی به آن، فشار زندگی
- ۶- زن ۲۶ ساله - ناراحتی و دعوا با شوهر
- ۷- مرد ۳۳ ساله - دعوا و شکست خانوادگی با همسر
- ۸- مرد ۱۸ ساله - طرد از طرف مادرزن
- ۹- زن ۲۱ ساله - مشاجره با مادر بزرگ
- ۱۰- مرد ۱۷ ساله - آبروریزی به دنبال مسایل جنسی، فریب خوردن توسط جنس مخالف
- ۱۱- مرد ۳۴ ساله - ناامیدی از زندگی (زندگی من از هم پاشیده است)
- ۱۲- زن ۳۱ ساله - خستگی از وضعیت مهاجرت و زندگی در غربت
- ۱۳- مرد ۱۷ ساله - ناامیدی در زندگی (دکتر گفته دیگر خرج بیماریت نکن!)
- ۱۴- زن ۲۴ ساله - مسایل خانوادگی با مادر
- ۱۵- زن ۱۹ ساله - مشاجره و کتک خوردن از پدر
- ۱۶- زن ۳۱ ساله - نداشتن بچه، جدا شدن از فرزند خوانده‌اش پس از ۱۱ سال
- ۱۷- زن ۴۲ ساله - بحران روانی و درهم ریختگی و آشفتگی عصبی
- ۱۸- مرد ۳۳ ساله - اقدام به ماجراجویی
- ۱۹- زن ۱۷ ساله - دعوا با شوهر و کتک خوردن از او
- ۲۰- زن ۲۰ ساله - بحث با مادر
- ۲۱- مرد ۲۹ ساله - مشکل اقتصادی و مشکل خانوادگی
- ۲۲- زن ۱۶ ساله - خستگی و ناراحتی از همه چیز زندگی

- ۲۳- مرد ۱۸ ساله - مشاجره با برادر، تهمت زدن دیگران به او
- ۲۴- مرد ۱۴ ساله - مشکلات با پدرش
- ۲۵- زن ۱۴ ساله - سخت‌گیری خواهر و برادرش - مزاحمت یک پسر غریبه
- ۲۶- مرد ۲۸ ساله - بن‌بست و مخارج زندگی، ناراحتی روحی و احساس نداشتن چاره
- ۲۷- مرد ۲۵ ساله - درد در دست و درگیری با پزشک زندان و اقامت در بند تنبیهی
- ۲۸- زن ۱۹ ساله - تجاوز به عنف
- ۲۹- مرد ۲۰ ساله - ازدواج همسر مطلقه‌اش، بیماری روانی
- ۳۰- مرد ۲۲ ساله - دخالت خانواده همسر در زندگی
- ۳۱- زن ۱۹ ساله - اتهام زدن توسط برادر
- ۳۲- زن ۳۰ ساله - اختلاف با شوهر
- ۳۳- مرد ۳۴ ساله - سخت‌گیری و کتک خوردن شدید در زندان، بحث با برادرش، اعتیاد
- ۳۴- مرد ۴۵ ساله - درد مزمن و بیماری غیر قابل علاج
- ۳۵- مرد ۴۳ ساله - افسردگی شدید و سابقه بستری در بیمارستان روانی
- ۳۶- مرد ۱۷ ساله - افسردگی + حالت عصبی + ناراحتی خانوادگی
- ۳۷- زن ۱۶ ساله - تهمت زدن شوهر + اعتیاد شوهر و طلاق از شوهر با حکم دادگاه
- ۳۸- مرد ۱۶ ساله - ماجراجویی، (می‌خواستم ببینم چه می‌شود!)
- ۳۹- زن ۲۰ ساله - مسایل خانوادگی، مشاجره با برادرش
- ۴۰- مرد ۵۴ ساله - احساس سربار خانواده بودن، ورشکستگی اقتصادی، احساس می‌کند که نبودنش برای خانواده مفیدتر است.
- ۴۱- زن ۲۰ ساله - مشکلات خانوادگی
- ۴۲- زن ۱۶ ساله - مشکلات خانوادگی، تعارض شوهر با خانواده
- ۴۳- زن ۱۸ ساله - مشکل خانوادگی با مادرش، پدرش فوت کرده است.
- ۴۴- زن ۲۲ ساله - ناراحتی از ازدواج تحمیلی، سربار پدر و مادر بودن، ناتوانی شوهر
- ۴۵- زن ۱۷ ساله - زناي محارم (Father incest) طلاق مادر، مشاجرات خانوادگی دائمی
- ۴۶- مرد ۲۴ ساله - دخالت خانواده همسر در زندگی
- ۴۷- زن ۱۶ ساله - مزاحمت پسرها، تهدید و مشاجره توسط پدرش
- ۴۸- زن ۲۳ ساله - ناراحتی از دست نابرداری
- ۴۹- مرد ۳۰ ساله - رابطه نامشروع همسرش، از ۲ سال قبلی زندانی است + تشنج
- ۵۰- زن ۱۵ ساله - مشاجره با پدرش، اعتیاد پدر
- ۵۱- زن ۳۲ ساله - بی‌خوابی و افسردگی شدید
- ۵۲- زن ۲۱ ساله - کتک خوردن از شوهرش، دخالت خانواده همسر، ازدواج مجدد شوهر، طلاق و ازدواج مجدد پدر و مادر
- ۵۳- زن ۱۹ ساله - مشاجره و دعوا با شوهر، دخالت خانواده همسر، کتک خوردن از پدر
- ۵۴- زن ۲۵ ساله - عشق (ناموفق و نامتناسب)
- ۵۵- زن ۱۷ ساله - ناراحتی از دست خودم، ترک تحصیل، تشنج
- ۵۶- زن ۲۳ ساله - اتهام زدن توسط برادر شوهر
- ۵۷- مرد ۱۸ ساله - مشاجره شدید پدر و مادر، سابقه زندان
- ۵۸- زن ۱۶ ساله - افت تحصیلی، اعتیاد پدر، جدایی از خانواده
- ۵۹- مرد ۳۴ ساله - ناتوانی در حل مشکلات زندگی، متارکه با همسر، ناکامی در انجام مهاجرت به خارج
- ۶۰- زن ۱۵ ساله - بازداشت شدن در پاسگاه همراه دوست پسر
- ۶۱- مرد ۱۶ ساله - (اهل روستا) ممانعت پدر و مادر از خواستگاری و ازدواج
- ۶۲- مرد ۲۱ ساله - دعوا با همسر، مشکلات مالی

- ۶۳- مرد ۲۳ ساله - مشکلات خانوادگی، تحت درمان روان‌پزشکی (مشکوک به اسکیزوفرنی)، پارزی نیمه بدن از یکسالگی
- ۶۴- زن ۲۰ ساله - دعوای خانوادگی برسر مسئله ازدواج
- ۶۵- مرد ۲۳ ساله - بیکاری و سرباری برای خانواده
- ۶۶- زن ۱۹ ساله - مشکل خانوادگی که بیان نمی‌کند.
- ۶۷- زن ۱۷ ساله - فشار عصبی، افسردگی
- ۶۸- مرد ۵۲ ساله - بدهکاری و مشکل شدید مالی
- ۶۹- زن ۱۴ ساله - طلاق مادر و زندگی با نامادری، مشکلات خانوادگی
- ۷۰- مرد ۴۲ ساله - فشار زندگی و بلاتکلیفی فرزندان و بیکاری پسران مشکلات مالی و شغلی و مشکلات خانوادگی
- ۷۱- مرد ۲۲ ساله - زندانی بعثت اعتیاد از ۸ سال قبل + افسردگی شدید از یک سال قبل
- ۷۲- زن ۱۷ ساله - اختلاف با نامادری، تهمت زدن نامادری، حسودی نامادری به نامزدش
- ۷۳- زن ۲۰ ساله - مشکل خانوادگی و مشاجره و تحقیر توسط خانواده
- ۷۴- زن ۲۲ ساله - عدم علاقه به زندگی، افسردگی شدید تحت درمان
- ۷۵- مرد ۲۷ ساله - درگیری با همسر، متارکه و ترک منزل توسط همسر
- ۷۶- مرد ۳۷ ساله - مشکلات شدید مالی، مشکل خانوادگی
- ۷۷- زن ۱۶ ساله - دعوا با خواهرش
- ۷۸- مرد ۴۰ ساله - بی‌کاری، مشکلات زندگی و مراجعه طلبکارها
- ۷۹- مرد ۲۱ ساله - لجبازی با درجه‌دار اسلحه‌خانه (سرباز مافوق)
- ۸۰- مرد ۷۶ ساله - تنهایی، ناتوانی از انجام امور زندگی
- ۸۱- مرد ۱۷ ساله - خسته شدن از زندگی
- ۸۲- زن ۱۹ ساله - دعوا با برادرش
- ۸۳- زن ۱۹ ساله - سرزنش پدر و برادر بزرگتر بخاطر افت تحصیلی
- ۸۴- مرد ۱۳ ساله - برادرش به‌سختی کتکش زده‌است + ترک تحصیل ۲ ماه قبل
- ۸۵- مرد ۵۴ ساله - کمبودهای زندگی، تصادف و زمین‌گیری و بازنشستگی از کار
- ۸۶- مرد ۱۸ ساله - ازدست دادن نامزدش
- ۸۷- مرد ۴۱ ساله - مشکل خانوادگی با فرزندان و برادرانش
- ۸۸- زن ۵۱ ساله - اعتیاد تزریقی ۲ فرزند از ۲ ماه قبل
- ۸۹- مرد ۲۳ ساله - فوت همسرش در اثر تصادف
- ۹۰- زن ۱۶ ساله - اختلاف با پدرش و خواهر کوچکترش
- ۹۱- مرد ۱۸ ساله - فشار زیاد زندگی، مشاجره با ناپدری اش
- ۹۲- مرد ۳۶ ساله - تبعیض پدر بین او و برادران، ترک منزل توسط همسرش
- ۹۳- مرد ۱۷ ساله - دعوای خانوادگی با پدر
- ۹۴- مرد ۵۲ ساله - مشکلات خانوادگی
- ۹۵- زن ۳۷ ساله - مشکل خانوادگی، سیر شدن از زندگی
- ۹۶- زن ۱۸ ساله - ناراضی بودن مادر نامزدش از ازدواج او و دعوا به‌راه‌انداختن
- ۹۷- زن ۳۳ ساله - احساس ناتوانی از انجام کارهای زندگی، بیماری روانی
- ۹۸- زن ۲۷ ساله - اعتیاد برادرش، شوهرش فوت کرده
- ۹۹- زن ۲۰ ساله - بدقولی نامزدش و مخالفت پدر و مادر با ازدواج
- ۱۰۰- مرد ۴۹ ساله - مشکل خانوادگی جدایی از همسر، پسرش به زندان افتاده.

بحث و نتیجه گیری

عوامل مستعد کننده

سابقه مراجعه سرپایی و بستری به مراکز روان پزشکی، تعداد دفعات بستری قبلی، زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی، جو نامساعد خانواده پدری و هسته‌ای، سابقه خودکشی در بستگان فرد، سابقه بیماری روانی در بستگان فرد سابقه درگیری قانونی (زندانی یا بازداشت) که در پرسشنامه قید شده‌اند می‌توانند به عنوان عوامل مستعد کننده وارد عمل شوند.

در ۳۴٪ از کل مراجعان سابقه مراجعه سرپایی روان پزشکی و ۶٪ سابقه بستری در بخش روان پزشکی داشته‌اند. در شرایط ایده‌آل لازم است این موارد به‌طور مرتب پی‌گیری شوند. به‌نظر می‌رسد در صورت فراهم آمدن این زمینه امکان اقدام به خودکشی مجدد آنها را تقلیل دهد. برای این منظور لازم است اقدام به خودکشی در موارد سرپایی و بستری روان پزشکی در طرح کشوری بهداشت روان مورد توجه قرار گیرد و پی‌گیری فعال انجام می‌شود.

در بررسی جدول شماره ۱۷ مشاهده می‌شود که ۵۳٪ از مراجعان با وجود انجام فریضه نماز، اقدام به خودکشی کرده‌اند و ۳۲٪ از آنها که به‌طور نامرتب نماز می‌خوانده‌اند، اقدام به خودکشی نموده‌اند. باید نقش ظرفیت روانی را در اینجا ملحوظ کرد، که علیرغم زمینه متوسط اعتقاد دینی، در صورت برخورد با عوامل استرس‌زا ممکن است دچار واکنش نامطلوب گردند. نکته مهم دیگری که باید به آن توجه داشت این واقعیت است که اعتقاد دینی تنها در صورتی که منجر به اصلاح شناخت شود می‌تواند از انحراف جلوگیری کند و مصداق آیه ۴۵ سوره عنکبوت که می‌فرماید: «ان الصلوة تنهى عن الفحشاء والمنکر» یعنی نماز از کارهای زشت و ناپسند جلوگیری می‌نماید، پیاده گردد. در این مورد نظر کارشناسان علوم اسلامی و مبلغان دین را به لزوم تغییر شناخت جامعه معطوف می‌داریم به نظر می‌رسد فقط انجام دستورات دینی، بدون تقویت شناخت دینی ثمربخش نیست. این برداشت لزوم تجدید نظر در روند آموزشهای دینی را الزامی می‌سازد. لازم است مکانیسم‌های

مایکل ژلدر (Michel Gelder) و همکاران عوامل مؤثر در بروز اختلالات روان پزشکی را در سه دسته اصلی به صورت زیر خلاصه می‌کنند:

عوامل مستعد کننده (Predisposing factors): عواملی هستند که بسیاری از آنها از دوران ابتدایی زندگی وارد عمل می‌شوند و موجب آسیب‌پذیری فرد در مقابله با عواملی که در زمان بیماری اثر می‌گذارند، می‌شوند. این عوامل شامل زمینه‌های ژنتیکی، محیط رحم، عوامل فیزیکی، روان‌شناسی و اجتماعی در شیرخوارگی و کودکی نیز می‌شوند. این عوامل تحت نام بنیه و وضعیت سرشتی (Constitution) غالباً برای توصیف زمینه‌های فیزیکی و روانی فرد در هر دوره‌ای از زندگی به کار می‌روند.

عوامل آشکار ساز (Precipitating factors): وقایعی هستند که در مدت کوتاهی قبل از وقوع یک اختلال یا بیماری رخ می‌دهند و به عنوان عامل تسریع کننده آن ظاهر می‌شوند. این عوامل ممکن است فیزیکی، روان‌شناختی یا اجتماعی باشند. در مورد این که این عوامل چه اثری بگذارند یا این که اصلاً موجب اختلالی بشوند یا خیر، تا حدی به عوامل زمینه‌ای و سرشتی (Constitutional factors) در فرد بستگی دارد. عوامل آشکار ساز روان‌شناختی یا اجتماعی شامل مسایل شخصی مثل از دست دادن شغل و تغییرات روزمره زندگی مثل تغییر محل زندگی می‌شوند.

عوامل تداوم بخش (Prepetuating factors): این عوامل دوره اختلال یا بیماری را پس از وقوع آن طولانی می‌سازند در پیش‌گیری و درمان لازم است، به این عوامل توجه شود. ممکن است در هنگام ارزیابی فرد عوامل مستعد کننده و عوامل آشکار ساز، رفع شده باشند اما عوامل تداوم بخش فعال باشند و نیاز به کنترل داشته باشند. برای مثال، بسیاری از بیماریهای روانی در مراحل اولیه، موجب عدم رعایت قوانین اجتماعی و دوری از فعالیتهای اجتماعی می‌شوند، که این اثر به نوبه خود موجب طولانی شدن بیماری اصلی می‌شود. بنابراین در بسیاری از موارد باید این عوامل ثانویه درمان و کنترل شوند. با توجه به عملی بودن طبقه‌بندی فوق آنرا مورد استفاده قرار می‌دهیم.

بوده‌اند (جدول ۳) برخلاف سایر مطالعات که تعداد افراد مجرد را بیش از افراد متأهل (که اقدام به خودکشی می‌کنند) می‌دانند در مطالعه ما تعداد در این دو گروه تقریباً برابر بوده است. با توجه به اینکه تعداد ۱۸ نفر (۴۰ درصد افراد متأهل) در یکسال اخیر ازدواج کرده‌اند. (یعنی در اولین سال پس از ازدواج اقدام به خودکشی کرده‌اند) مشخص می‌شود که این دوره زندگی مشترک دوره‌ای پر نشیب و فراز است و لازم است جوانان قبل از ازدواج آمادگی برخورد با مشکلات را پیدا کنند. رویهم در ۲۶٪ از مراجعان سابقه اختلال روانی در بستگان درجه ۱ و ۲ مطرح شده است و می‌تواند به عنوان یک عامل مستعد کننده مطرح شود. سابقه خودکشی در بستگان درجه ۱ و ۲ رویهم ۱۸٪ می‌باشد که این رقم نیز می‌تواند نقش "عامل مستعد کننده" و "الگو سازی" با آنها را داشته باشد.

سابقه درگیری قانونی در ۱۵٪ از مراجعان قید شده است که این رقم می‌تواند یک عامل مستعد کننده تلقی شود.

بررسی استرس بر اساس واحد تغییر زندگی

در این قسمت استرس‌های گزارش شده توسط مراجعان بر اساس واحد تغییر زندگی (Life Change Unite) گزارش شده‌اند. در جدول شماره ۱۲ حداقل و حداکثر و شاخص‌های حد وسط واحد تغییر زندگی نمایش داده شده‌اند.

واحد تغییر زندگی	حداقل	حداکثر	میانگین
مردان	۱۲۹	۴۷۸	۲۹۱/۱۸۷
زنان	۱۰۳	۵۹۵	۲۵۸/۰۳۸
کلی	۱۰۳	۵۹۵	۲۷۳/۹۵۰

جدول شماره ۱۲- حداقل و حداکثر و شاخص‌های حد وسط واحد تغییر زندگی

از ۲۰۰ واحد را داشتند.

فراوانی و درصد رویدادهای استرس‌زای زندگی در افراد تحت بررسی به ترتیب بیشترین فراوانی در جدول ۱۳ نمایش داده می‌شوند.

تغییر شناخت به طور اصولی در تمام گروه‌های سنی مورد توجه به این نهادها قرار گیرند تا حداکثر بازده فراهم آید.

علاوه بر این، مطالعه ۱۰۰ مورد از نظریک مطالعه جامعه‌شناسانه، تعداد کمی است و برای بررسی بهتر، مطالعه با جمعیت بزرگتر را می‌توان پیشنهاد کرد.

۵۰ درصد از افراد مورد مطالعه اعلام کرده‌اند که در زندگی آنها به نوعی درگیری خانوادگی و فقدان نقش والدین، هر دو یا یکی از آنها وجود داشته است (جدول شماره ۸) این رقم شاخص نشان می‌دهد که به منظور پیش‌گیری از انحرافهای اجتماعی و از جمله خودکشی اصلاح جو خانواده دارای نقش حیاتی می‌باشد.

بررسی جو خانواده هسته‌ای فرد (در ۵۷ نفر از مراجعان متأهل) نشان می‌دهد که فقط ۴۰ درصد آنها اعلام کرده‌اند که با همسر خود مشکلی ندارند (جدول شماره ۹) در ۶۰ درصد بقیه مشکلاتی زیر مطرح شده‌اند.

«اغلب با همسر درگیری دارند (۲۹٪) خانواده در معرض تلاشی است (۲۴٪) طلاق واقع شده است (۳/۵٪)».

بررسی جداول فوق لزوم اصلاح ساختار خانواده از طریق آموزشهای قبل از ازدواج، دقت در همسرگزینی و برنامه ریزی برای دخالت در حل مشکلات خانواده‌ها را باید به عنوان یک وظیفه قطعی جامعه تلقی نمود که باید با سیاست‌گذاری و برنامه ریزی اجرا گردد.

در بین افراد مورد مطالعه ۴۳ نفر مجرد و ۴۲ نفر متأهل

بررسی واحد تغییر زندگی مطابق درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی هولمز و راهه (Holmes & Rahe) نشان می‌دهد که ۷۹ نفر تجمع بیش از ۲۰۰ واحد تغییر زندگی و ۲۱ نفر کمتر

سازگاری مجدد شغلی	۱۱	۲۷
وام یا رهن کمتر از ۳/۰۰۰/۰۰۰ تومان	۱۱	۲۸
شروع به کار یا ترک شغل همسر	۱۰	۲۹
تعطیلات	۱۰	۳۰
تخلف های کوچک قانونی	۱۰	۳۱
پیشرفت برجسته شخصی	۸	۳۲
مسأله با کارفرما	۸	۳۳
تغییر دادن مدرسه	۸	۳۴
پیوند دوباره با همسر	۷	۳۵
طلاق	۶	۳۶
اخراج از کار	۶	۳۷
بازنشستگی از کار	۶	۳۸
مرگ همسر	۴	۳۹
حاملگی	۴	۴۰
انسداد رهن یا وام	۳	۴۱
تغییرات عمده در مسئولیت های شغلی	۳	۴۲
رهن بیش از ۳/۰۰۰/۰۰	۲	۴۳

جدول ۱۳- فراوانی رویدادهای استرس زای زندگی

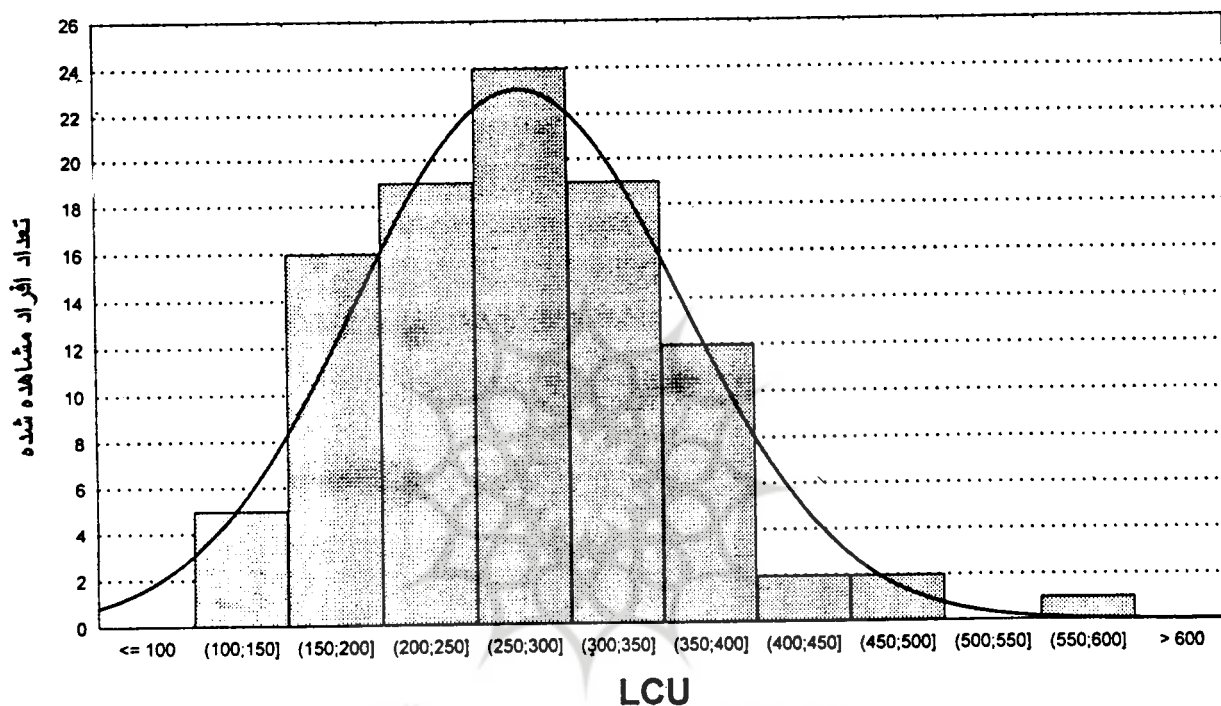
در افراد تحت بررسی

رتبه	تعداد	فراوانی رویدادهای استرس زای زندگی در افراد تحت
۱	۶۸	تغییر عمده در سلامتی یا رفتار عضو نزدیک خانواده
۲	۵۶	تغییر عمده در میزان یا نوع تفریحات
۳	۵۲	تغییر عمده در عادات خواب
۴	۴۸	تغییر عمده در عادات غذایی
۵	۴۷	بیماری یا صدمه شدید شخصی
۶	۴۷	تغییر عمده در فعالیت های اجتماعی
۷	۳۶	تغییر عمده در وضع مالی
۸	۳۶	تغییر عمده در فعالیت های مذهبی
۹	۳۴	مرگ عضو نزدیک خانواده
۱۰	۳۴	تغییر عمده در تمام جلسات خانوادگی
۱۱	۲۸	تغییر عمده در تعداد مباحثات با همسر
۱۲	۲۸	تغییر عمده در ساعات یا شرایط کار
۱۳	۲۶	تغییر محل سکونت
۱۴	۲۶	نوروز (معادل کریسمس)
۱۵	۲۵	تجدید نظر در عادات شخصی
۱۶	۲۳	پیوستن عضو جدید به خانواده
۱۷	۲۳	رفتن پسر یا دختر از خانه
۱۸	۱۸	ازدواج
۱۹	۱۸	درگیری با قانون
۲۰	۱۶	مرگ دوست نزدیک
۲۱	۱۶	تغییر عمده در شرایط زندگی
۲۲	۱۵	جدایی از همسر
۲۳	۱۵	تغییر شغل
۲۴	۱۲	مسائل جنسی
۲۵	۱۲	شروع یا ختم تحصیلات رسمی
۲۶	۱۱	بازداشت در زندان یا سایر مؤسسات

بررسی احتمال نرمال بودن داده‌های مربوط به واحد تغییرات زندگی

برای امتحان نرمال بودن داده‌ها به کمک نمودار شماره ۵ مشاهده شد داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌نمایند.

برای راحت تر نشان دادن این مطلب با استفاده از هیستوگرام مربوط به واحد تغییر زندگی که با فاصله ۵۰ واحد رسم شده است و برازش یک خط نرمال بر آن، به خوبی مشاهده می‌شود که اغلب ستون‌ها در زیر منحنی قرار دارند یعنی داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌نمایند.



نمودار شماره ۵- هیستوگرام داده‌های واحد تغییر زندگی و منحنی توزیع نرمال داده‌ها

در دهه‌های سنی مختلف، افراد در ۶ طبقه ۱۰ ساله قرار گرفتند که اولین طبقه شامل ۲۰-۱۰ سال و طبقه ششم شامل ۶۰ سال به بالا است. در جدول آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری در بین میانگین طبقات سنی مشاهده نمی‌شود ($P\text{-value}=0.62 > \alpha=0.05$). یعنی فرض بی تفاوت بودن میزان استرس در دهه‌های مختلف عمر [افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند] را نمی‌توان رد کرد.

استرس و نوع جنس

درازبایی رابطه میزان استرس بر اساس واحد تغییرات زندگی با متغیر نوع جنس مشاهده می‌شود که در جدول آنالیز واریانس ($P\text{-value}=0.054 > \alpha=0.05$) که بسیار به 0.05 نزدیک شده است اما فرض بی تفاوت بودن استرس نسبت به متغیر

آنالیز واریانس استرس با متغیرهای همه‌گیر شناسی و طرز برخورد فرهنگی

باتوجه به نتایج بدست آمده از پرسشنامه عمومی که شامل متغیرهای مختلف بود، ما برای پیدا کردن رابطه‌ای بین LCU و هریک از این متغیرها، رابطه ۱۱ متغیر را نسبت به LCU، یک به یک، توسط جدول آنالیز واریانس و آزمون دانکن (Duncan) مورد ارزیابی قرار دادیم که نتایج به دست آمده به صورت زیر بیان شده‌اند.

استرس و دهه‌های سنی

جهت ارزیابی میزان استرس بر اساس واحد تغییرات زندگی

جنس را نمی توان رد کرد. به عبارت دیگر، تفاوت LCU در زنان و مردان [که اقدام به خودکشی کرده اند] در سطح 0.05 معنی دار نیست.

در آزمون چنددامنه‌ای دانکن، تفاوت معنی داری بین طبقات مختلف دیده نمی شود ($P\text{-value} > \alpha = 0.05$).

به ترتیب ۲۶۰/۸۸ و ۲۶۳/۵۳ بوده است. در آزمون چند دامنه‌ای دانکن که به وسیله آن تفاوت میانگین دوهو طبقات نسبت به یکدیگر سنجیده می شود، تفاوت معنی داری بین هیچ یک از طبقات نسبت به طبقه دیگر پیدا نشده است ($P\text{-value} > \alpha = 0.05$).

استرس و محل اقامت

در ارزیابی رابطه میزان استرس براساس واحد تغییرات زندگی با متغیر محل اقامت در شهر یا روستا مشاهده می شود که در جدول آنالیز واریانس ($P\text{-value} = 0.032 < \alpha = 0.05$) یعنی تفاوت معنی داری در میزان استرس افراد مقیم شهر و افراد مقیم روستا [که اقدام به خودکشی کرده اند] وجود دارد و فرض بی تفاوت بودن استرس نسبت به محل اقامت رد می شود.

ارزیابی رابطه میزان استرس با متغیر محل اقامت نشان می دهد که میانگین واحد تغییرات زندگی در کسانی که در شهر اقامت داشته اند بیشتر و در کسانی که در روستا اقامت داشته اند کمتر و به ترتیب ۲۸۳/۷۳ و ۲۳۹/۲۷ بوده است. در آزمون چند دامنه‌ای دانکن تفاوت معنی داری بین طبقات مشاهده می شود ($P\text{-value} < \alpha = 0.05$).

استرس و میزان تحصیل

ارزیابی میزان استرس بر اساس واحد تغییرات زندگی در افراد با تحصیلات مختلف که اقدام به خودکشی کرده اند انجام شد.

آنالیز واریانس تفاوت معنی داری در بین میانگین LCU در ۵ طبقه متغیر تحصیلات نشان نمی دهد ($P\text{-value} = 0.47 > \alpha = 0.05$).

بنابراین فرض بی تفاوت بودن LCU در افراد با تحصیلات مختلف [که اقدام به خودکشی کرده اند] را نمی توان رد کرد.

جهت ارزیابی رابطه میزان استرس با متغیر میزان تحصیلات افراد با توجه به میزان سوادشان در ۵ طبقه بی سواد، تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی قرار داده شدند. میانگین LCU در افراد بی سواد و افراد با تحصیلات دوره ابتدایی - که اقدام به خودکشی کرده اند - کمتر از دیگران و

استرس و شغل

ارزیابی رابطه میزان استرس براساس واحد تغییرات زندگی با متغیر شغل انجام شد. جدول آنالیز واریانس تفاوت معنی داری نشان می دهد ($P\text{-value} = 0.007 < \alpha = 0.01$). بنابراین فرض بی تفاوت بودن واحد تغییرات زندگی نسبت به متغیر شغل رد می شود.

در ارزیابی رابطه میزان استرس با متغیر شغل مشاهده می شود که میانگین LCU در شغل های کارمندان دفتری و مشاغل تخصصی بیشتر از سایر طبقات و به ترتیب ۴۷۷ و ۴۲۰/۵ بوده است و میانگین LCU در پیشه‌وران، خانمهای خانه‌دار، محصلین (دانش آموز و دانشجو) کمتر از دیگران و به ترتیب ۱۵۸/۰۰، ۲۴۳/۹۸ و ۲۵۹/۷۳ بوده است.

در آزمون چند دامنه‌ای دانکن، میانگین LCU در شاغلین مشاغل تخصصی و کارمندان دفتری تفاوت معنی داری با اکثر طبقات دیگر نشان می دهد ($P\text{-value} < \alpha = 0.05$).

استرس و وضع اقتصادی

رابطه میزان استرس براساس واحد تغییرات زندگی با متغیر وضع اقتصادی ارزیابی شد. جدول آنالیز واریانس تفاوت معنی داری بین میانگین طبقات مختلف نشان نمی دهد ($P\text{-value} = 0.72 > \alpha = 0.05$). بنابراین فرض بی تفاوت بودن LCU نسبت به وضع اقتصادی را نمی توان رد کرد.

برای ارزیابی رابطه میزان استرس با متغیر وضع اقتصادی، افراد براساس میزان درآمد در سه طبقه قرار داده شدند. کسانی که میزان درآمد در حد کفاف زندگی داشته اند، کسانی که میزان درآمد آنها کمتر از کفاف زندگی بوده است و کسانی که میزان درآمدها بیشتر از کفاف زندگی بوده است. این ارزیابی نشان می دهد که میانگین LCU در طبقه با درآمد بیشتر از کفاف زندگی

کمتر از دیگران و ۲۵۴/۴۵ بوده است. در آزمون چنددامنه‌ای دانکن تفاوت معنی‌داری بین طبقات دیده نمی‌شود.

استرس و وضع خانوادگی

رابطه میزان استرس براساس واحد تغییرات زندگی با متغیر وضع خانوادگی ارزیابی شد. افراد برحسب وضع خانوادگی به صورت مجرد، متأهل، فوت همسر، طلاق، جدا شده و ازدواج مجدد به ترتیب از گروه ۱ تا ۶ طبقه‌بندی شدند.

جدول آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری بین میانگین طبقات مختلف نشان می‌دهد ($P\text{-value}=0.000001 < \alpha=0.01$).

بنابراین می‌توان فرض بی تفاوت بودن واحد تغییرات زندگی نسبت به وضع خانوادگی را به طور جدی رد کرد.

نتایج نشان می‌دهند که میانگین LCU در افرادی که همسرشان مجدداً ازدواج کرده‌اند بالاتر از دیگران و میانگین LCU در افراد مجرد پایین‌تر از دیگران بوده است.

آزمون چنددامنه‌ای دانکن نشان می‌دهد که واحد تغییرات دو طبقه زوجهای جدا شده و ازدواج مجدد همسر تفاوت معنی‌داری با واحد تغییرات اکثر طبقات دارد ($P\text{-value} < \alpha=0.05$) و بین سایر طبقات تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود.

باتوجه به این که تعداد ۱۸ نفر (۴۰ درصد افراد متأهل) در یک سال اخیر ازدواج کرده‌اند (یعنی در اولین سال پس از ازدواج اقدام به خودکشی کرده‌اند (نمودار شماره ۱) مشخص می‌شود که این دوره زندگی مشترک، دوره‌ای پرتلاطم و پرفراز و نشیب است و لازم است جوانان قبل از ازدواج آمادگی برخورد با مشکلات را پیدا کنند. این ارقام احتمال اشکال در همسرگزینی را نیز مطرح می‌کند.

روبهم در ۲۶٪ از مراجعان سابقه اختلال روانی در بستگان درجه ۱ و ۲ مطرح شده‌است که می‌تواند به عنوان یک عامل مستعد کننده مطرح شود. سابقه خودکشی در بستگان درجه ۱ و ۲ روبهم ۱۸ درصد می‌باشد که این رقم نیز می‌تواند نقش «عامل مستعد کننده» و «الگو سازی» با آنها را داشته باشد.

سابقه درگیری قانونی در ۱۵٪ از مراجعان قید شده است که این رقم نیز می‌تواند یک عامل مستعد کننده تلقی شود.

استرس و تکرار اقدام به خودکشی

ارزیابی رابطه میزان استرس با تعداد دفعات اقدام به خودکشی نشان می‌دهد که میانگین واحد تغییرات زندگی در کسانی که برای بار چهارم اقدام به خودکشی کرده‌اند بالاتر از دیگران است $LCU=380$. همچنین آزمون چنددامنه‌ای دانکن نشان می‌دهد که بین LCU این گروه با LCU افرادی که برای بار اول یا بار دوم اقدام به خودکشی نموده‌اند، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P\text{-value} < 0.05$).

استرس و زمینه فرهنگی و اعتقادی

برای ارزیابی رابطه میزان استرس براساس واحد تغییرات زندگی با متغیر زمینه فرهنگی و اعتقادی، افراد در ۴ گروه طبقه‌بندی شدند.

گروه ۱: افرادی که به طور مرتب نماز می‌خوانند.

گروه ۲: افرادی که به طور نامرتب نماز می‌خوانند.

گروه ۳: افرادی که به خدا اعتقاد دارند اما نماز نمی‌خوانند.

گروه ۴: افرادی که به خدا اعتقاد ندارند. جدول آنالیز

واریانس نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین LCU این چهار گروه وجود ندارد.

($p\text{-value}=0.08 < \alpha=0.05$). بنابراین در این بررسی فرض بی تفاوت بودن واحد تغییرات زندگی نسبت به زمینه فرهنگی و اعتقادی را نمی‌توان رد کرد.

آزمون چند دامنه‌ای دانکن تفاوت معنی‌داری بین طبقات مختلف را نشان نمی‌دهد. ($p\text{-value} > \alpha=0.05$)

عوامل آشکار ساز

عوامل استرس زای زندگی که با عنوان واحد تغییر زندگی (Life Change Unit : LCU) در این بررسی به آن پرداخته شده است می‌توانند به عنوان عوامل آشکار ساز مطرح شوند.

در ۷۹٪ از مراجعان (بیش از ۳ آنها) واحد تغییر زندگی بیش از ۲۰۰ دارند. این یافته نشان می‌دهد که بروز یک بیماری شدید، حمله قلبی یا افسردگی یا تظاهر واکنش در این افراد قابل

پیش‌بینی است.

فراوانی رویدادهای استرس‌زای زندگی در افراد تحت بررسی در جدول شماره ۱۳ خلاصه شده است.

دی‌گرام شماره ۵ نشان می‌دهد که درجه واحد تغییر زندگی (LCU) به صورت یک منحنی زنگوله‌ای در مراجعان وجود داشته است. یعنی ۵٪ مراجعان کمتر از ۱۵۰ و ۵ درصد بالای ۴۰۰ داشته‌اند و مابقی طیف بین این دو عدد را پر می‌کنند. این منحنی وجود ۷۹ درصد افراد را بالای حد واحد تغییر زندگی ۲۰۰ اعلام می‌کند و نقش استرس را به عنوان یک عامل آشکار ساز مطرح می‌سازد. روشهای کنترل استرس را در قسمت پیش‌گیری ارائه خواهیم نمود.

عوامل تداوم بخش

مجموع عوامل مستعدکننده و آشکار ساز، در صورتی که در طول زمان ادامه یابند و به صورت یک مشکل غیر قابل حل باقی بمانند، به عنوان عامل تداوم بخش عمل می‌کنند. علاوه بر این، مسئله بی‌کاری و از دست دادن شغل (۱۹٪) در جدول ۲ و تداوم بی‌کاری که در ۱۱٪ موارد بیش از سه ماه بوده است، وضع اقتصادی نابسامان (۴۰ درصد با درآمد کمتر از کفاف زندگی در نمودار شماره ۱)، بیماریهای مزمن و صعب‌العلاج (۱۵ درصد) و افسردگی (۲۳ درصد) وابستگی دارویی و اعتیاد (۱۳ درصد)، طلاق والدین (۱۴ درصد) یا وجود درگیری در خانواده پدری (۲۴ درصد در جدول ۸) زوج‌هائی که با همسرشان مشکل دارند (۲۹ درصد افراد متأهل در جدول ۹)، خانواده‌های در معرض تلاشی (۱۳ درصد افراد متأهل در جدول ۹) نیز نشانه‌های قابل توجهی از عوامل تداوم بخش می‌توانند باشند.

پیش‌گیری از اقدام به خودکشی

پس از مطالعه نقش عوامل استرس‌زا در اقدام به خودکشی در نهایت به بررسی راهکارهای پیش‌گیری از اقدام به خودکشی می‌پردازیم. بخشی از این راهکارها در مطالعات دیگران پیشنهاد شده‌اند و بخشی از آنها بر مبنای موارد مشاهده شده در این پژوهش به دست آمده‌اند. هرچند در بخش اخیر نیز بعضی موارد

در سایر تحقیقات نیز پیشنهاد شده باشند.

ابتدا راههای پیش‌گیری اولیه که شامل توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی هستند به تفصیل بیان شده‌اند. سپس برای ارائه پیشنهادات در یک طبقه‌بندی کاربردی، از الگوی مثلث بیماری‌زایی (شامل عامل بیماری‌زا، فرد و محیط) استفاده کرده‌ایم و سعی شده است که حتی‌الامکان این راهکارها به اجمال بیان شوند.

راههای پیش‌گیری

برای یافتن راههای پیش‌گیری باید گروه‌های آسیب‌پذیر را شناسایی کرد (مهاجران، اقلیت‌های نژادی، افرادی که همسرشان یا نامزدشان خودکشی کرده‌اند و زندانی‌ها) و دسترسی به راههای ویژه خودکشی را محدود نمود. احتمالاً مداخله سریع موجب جلوگیری از خودکشی در افراد آسیب‌پذیر می‌شود. مثلاً مداخله پیش‌گیرانه در مورد مهاجران باید در راستای کمک به آنها برای سازگاری با کشور میزبان، گذاشتن دوره‌های آموزش زبان، گذاشتن موقعیت‌های تحصیلی و شغلی قرار گیرد تا مجموعاً به روند یکی شدن (Integration) کمک کند و موجب ارتقای بهداشت روانی مهاجران شود. راههای مشابه نیز باید برای اقلیت‌های نژادی در نظر گرفته شوند. همان‌طور که قبلاً اشاره شد کاهش دسترسی به وسایل خودکشی می‌تواند موجب کاهش میزان خودکشی بشود.

اولیور و هرتزل (Oliver & Hertzl) اولین بار روی ارتباط بین میزان در دسترس بودن وسایل خودکشی و میزان خودکشی مطالعه کردند. مدتی در مورد این موضوع آرای ضد و نقیض وجود داشت و عده‌ای عقیده داشتند که اگر یکی از راههای خودکشی نباشد، افراد از راههای دیگر استفاده می‌کنند و دیگران همچنان عقیده داشتند که میزان خودکشی به اندازه سهم وسیله حذف شده در خودکشی، کاهش می‌یابد.

بر اساس نظریه در دسترس بودن، در دسترس بودن یک راه غالباً عاقبت کار را پیش‌گویی می‌کند. مثلاً وقتی که استفاده از اسلحه مؤثرترین راه برای خودکشی باشد، بنابراین در دسترس بودن اسلحه می‌تواند خودکشی را تسهیل کند.

پیش‌گیری از خودکشی در جنبه‌های زیر باید انجام شود:

- کنترل اسلحه

- سم‌زدایی گاز خانگی

- کنترل مواد سمی

- مسئولانه کردن گزارش‌های رسانه‌ها.

درمان روان‌پزشکی: از آنجا که اختلال‌های روان‌پزشکی، به‌ویژه افسردگی و وابستگی به الکل یک عامل خطر شایع همراه خودکشی است، بدون شک تشخیص و درمان زودرس این بیماری‌ها یک راهکار مهم در پیش‌گیری اولیه بسیاری از موارد اقدام به خودکشی به حساب می‌آید.

برنامه‌های آموزشی برای تعلیم پزشکان و کارکنان مراقبت‌های اولیه در تشخیص و درمان افراد افسرده بسیار مهم هستند. در یک مطالعه، پس از یک سال از اجرای برنامه آموزشی میزان خودکشی کاهش قابل توجهی داشت و سایر مطالعات نشان داده‌اند که در بیماران افسرده‌ای که درمان را ادامه داده‌اند، میزان خودکشی کاهش پیدا کرده است.

در پیش‌گیری اولیه همچنین باید بر تدارک خدمات بهداشت روانی عمومی در جامعه همت گمارد. همچنین لازم است راه‌هایی را جستجو کرد تا بتوان این عقیده را که بیماری روانی یک مسئله ننگ‌آور است از جامعه محو کرد (۳).

کنترل اسلحه: بعضی مطالعات نشان داده‌اند که بین مالکیت اسلحه در افراد جامعه و میزان خودکشی ارتباط وجود دارد. بنابراین قانون‌هایی که داشتن اسلحه را محدود می‌کنند می‌توانند اثرات مفیدی بر میزان خودکشی داشته باشند. قانون‌گزاران در موقعیتی قرار دارند که می‌توانند تمام امور را تنظیم کنند، تولید اسلحه و اجازه فروش و حمل آن به اشخاص باید محدود شود. اختیارات پلیس موجب محکم شدن این قوانین و آموزش‌های مدنی موجب ارتقای ظرفیت افراد می‌شود.

سم‌زدایی گاز: در این قسمت دو مسیر باید طی شود: سم‌زدایی گاز خانگی و سم‌زدایی گاز اگزوز اتومبیل‌ها. سم‌زدایی گاز خانگی در بعضی کشورها (مثلاً ژاپن، سوئیس و انگلستان) هم موجب کاهش خودکشی و هم موجب کاهش خودکشی با گاز خانگی شده است. همچنین کاهش میزان منوکسیدکربن در گاز اگزوز اتومبیل‌ها با کاهش میزان خودکشی همراه بوده است. منابعی که مسئول دادن گواهی، بازرسی و تولید گاز خانگی هستند باید اطمینان حاصل کنند که گاز عاری از مواد

سمی است که با استنشاق موجب مرگ نمی‌شود. تولیدکنندگان اتومبیل‌ها و مسئولان ترافیک و محیط زیست نیز باید موظف باشند که میزان منوکسیدکربن از خروجی اتومبیل‌ها کاهش دهند. کنترل مواد سمی: در بسیاری موارد بلع مواد سمی (حشره کش‌ها و علف‌کش‌ها) راه ترجیحی خودکشی است. در این موارد میزان خودکشی را می‌توان با کاهش در دسترس بودن این مواد تقلیل داد. در بعضی موارد نیز مشروبات الکلی و سایر داروهای روان‌گردان غالباً همراه موارد دیگری - آگاهانه یا ناآگاهانه - ترکیب می‌شوند و مخلوط‌های مرگ‌آوری را پدید می‌آورند. نقش اصلی بخش بهداشت در این موضوع، اطلاع‌رسانی به مسئولان مربوطه درباره خطر ویژه این کار و تحت نظر گرفتن خودکشی به علت مسمومیت است. بخش بهداشت همچنین مسئول آگاه کردن بیماران درباره خطر مخلوط کردن الکل یا مواد روان‌گردان با داروهای تجویز شده هستند. مسئولان محیط زیست و کشاورزی معمولاً مسئول کنترل حشره‌کش‌ها، سموم نباتی و مواد مشابه هستند. در کشورهایی که الکل آزاد است راه اصلی منع صرف مشروبات الکلی است و حداقل با منع تبلیغ الکل و بیان عوارض آن باید اقدام مؤثری برای کاهش خودکشی انجام شود.

اولین بار اولیور و هرتزل (Oliver & Hertzl) به ارتباط میزان مرگ به علت خودکشی و میزان در دسترس بودن داروها توجه کردند. مخصوصاً داروهای ضد افسردگی برای کسانی که افکار خودکشی دارند باید با احتیاط و مقادیر کم تجویز شوند. شرکت‌های دارویی نیز باید دارو را با دوزاژ بسته‌بندی مناسب تولید کنند تا خطر مصرف بیش از حد کاهش یابد.

گزارش‌های مسئولانه رسانه‌ها: کمتر کردن گزارش‌های غیر لازم خودکشی در رسانه‌های عمومی ممکن است به کاهش میزان خودکشی کمک کنند. گزارش‌های خودکشی در روزنامه‌ها در وین افزایش میزان خودکشی را به دنبال داشت. به‌وضوح دیده می‌شود که تغییرات رفتاری در جامعه موجب تغییر میزان خودکشی می‌شوند. مثلاً اگر توجه عموم به خودکشی جلب شود، ممکن است دیگران به آن روی آورند. بنابراین رسانه‌ها این مسئولیت را دارند که جلوه و درخشش اخبار مربوط به خودکشی را کم رنگ‌تر کنند.

موانع فیزیکی: علاوه بر راه‌هایی که ذکر شد و شواهدی بر

- توجه به مسئله بی‌کاری و جستجوی راهکارهای مناسب برای حل مسایل شغلی
- توجه به اهمیت نقش بنیاد خانواده و سعی در حل مشکلات خانوادگی.

راهکارهای مؤثر بر فرد

الف) راهکارهای مؤثر بر شناخت

- بالا بردن ظرفیت روانی و قدرت سازگاری با مشکلات و آماده کردن افراد برای برخورد با بحران‌های قابل پیش‌بینی (رفتن به دانشگاه، ازدواج، حاملگی، زایمان، یائسگی، بازنشستگی).
- آموزش مهارت‌های زندگی قبل از ازدواج و آماده کردن زوج‌های جوان برای زندگی مشترک
- تغییر مفهوم استرس با اصلاح فرایند معیوب اطلاع‌رسانی و ارتقای قدرت حل مسئله در افراد

ب) راهکارهای مؤثر بر عواطف

- توجه دادن به آموزشهای مکتب اسلام، با اشاعه این برداشت که خودکشی یک گناه است و بهره‌گرفتن از زمینه‌های اعتقادی در افراد
- تقویت دلبستگی‌های مذهبی و تشویق افراد به شرکت در مراسم و آیین‌های جمعی مذهبی
- جلوگیری از انزوای اجتماعی و پیوند دادن افراد با گروه‌ها و کانونهای مختلف و ارتقای حس تعلق به گروه
- توجه به حساسیت‌ها و مشکلات عاطفی، خانوادگی و اجتماعی دو گروه آسیب‌پذیر عمده (دختران جوان و خانمهای خانه‌دار) و شناخت مسایل این گروه‌ها.

ج) راهکارهای مؤثر بر رفتار

- حساس کردن پزشکان، روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان در مورد اخطار خودکشی و شناخت و تشخیص افکار خودکشی و تصمیم‌گیری جدی خودکشی
- کنترل نزدیک و پیوسته خانواده‌ها با افرادی که قصد جدی خودکشی دارند و رساندن آنها به مراکز درمانی و در صورت

مفید بودن آنها در متون علمی موجود است، اقدامهای دیگر مثل نرده کشیدن در ساختمانهای مرتفع و پل‌ها می‌تواند به کاهش میزان خودکشی کمک کند. هرچند در این مورد تحقیق نشده است. در مکان‌هایی که پریدن از ارتفاع یک روش شایع خودکشی است، هر اقدامی برای محدود کردن این راه، ارزشمند است.

راهکارهای مؤثر بر عامل بیماری‌زا:

الف) محدود کردن دسترسی به داروها و موادمسموم

- ارتقای آگاهی پزشکان در مورد نوشتن حداقل داروی لازم و به ویژه خودداری از تجویز مقدار زیاد دارو برای بیمارانی که افکار خودکشی دارند
- دستورالعمل‌های جدید برای داروخانه‌ها در مورد عدم تحویل داروهای روان‌گردان بدون نسخه پزشک
- از بین بردن بازارهای آزاد دارو
- کنترل سموم گیاهی، حشره‌کش‌ها و سایر سموم و آگاهی دادن به مردم جهت احتیاط در مورد نگهداری و دور از دسترس قرار دادن این مواد در منزل و محل کار
- هشدار به خانواده‌ها در مورد ذخیره داروها در منزل
- آموزش عمومی در مورد اقدامهای اولیه هنگام مسمومیت اتفاقی یا عمدی
- آگاهی دادن عمومی در مورد خطرناک بودن داروها و سموم.

ب) کنترل حوادث استرس‌زای زندگی

- درمان مناسب بیماری‌های روان‌پزشکی، به ویژه افسردگی و اعتیاد
- درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن و صعب‌العلاج
- درمان زوج‌های نابارور، حمایت عاطفی از آنها و تسهیل امور حقوقی و قانونی فرزندپذیری
- درمان بیماری‌های عضوی جنسی و توجه ویژه به مسایل جنسی و ارجاع مبتلایان به افراد متخصص این رشته
- توجه به مشکلات اقتصادی و حمایت از افراد آسیب‌پذیر که درآمد کمتر از کفاف زندگی دارند

اقدام به خودکشی

- آموزش مهارت مقابله با بحران به افراد، تا در مواقع بحرانی از گرفتن تصمیم آنی خودداری نمایند.

راهکارهای مؤثر بر محیط

- حمایت از افرادی که زندگی خانوادگی آنها با بحران مواجه شده است.

- آموزش خانواده‌ها برای تربیت فرزندان و توجه دادن آنها به دوره بحرانی نوجوانی و جوانی

- آشنا ساختن خانواده‌ها با خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی به‌ویژه از بعد بهداشت روانی

- آموزش خانواده‌های بیماران روانی به ویژه توجیه خانواده‌ها در مورد پی‌گیری وضعیت بیماری

- آگاه ساختن خانواده‌های بیماران روانی به علایم هشدار دهنده و اختراهای خودکشی

- حمایت و پشتیبانی از زوجهای جوان به ویژه در سال اول زندگی مشترک

- آموزش عمومی درباره طبیعت بیماری روانی، به‌ویژه برای افرادی که به طور معمول در موقعیت‌های زندگی حرفه‌ای

با چنین مواردی سروکار دارند مثل: نیروهای پلیس، معلمان و... - توجه به مسایل خاص زندان‌ها و زندانیان و ارائه خدمات

روان‌پزشکی و مشاوره روان‌شناسی در زندان.

- توجه به ظرفیت جسمی روانی افراد در دوره خدمات سربازی و جلوگیری از تحمیل فشارهای شدید روانی و جسمی.

- توجه به افراد گروه‌های آسیب‌پذیر شامل سالمندان، معتادان، بیماران غیرقابل‌علاج و مزمن، افراد با بحران‌های

زناشویی اقلیت‌های مذهبی یا نژادی، آوارگان، مهاجران، افراد با مشکلات اجتماعی شدید، افراد خانواده فردی که خودکشی

کرده است، افرادی که دست به جنایت زده‌اند و زندانی‌ها.

به نظر می‌رسد که گروه‌های دیگری را نیز باید تحت این عنوان قرارداد از جمله بیماران روان‌پزشکی، فرزندان

خانواده‌های ازهم‌گسسته، افرادی که درآمد کمتر از کفاف زندگی دارند، دختران جوان و خانم‌های خانه‌دار.

- توجه به ابعاد اجتماعی مسئله اعتیاد و حمایت از

خانواده‌های معتادان

- توسعه کانونهای متنوع مذهبی، فرهنگی، اجتماعی،

ورزشی و تفریحی

- همکاری نزدیک گروه روان‌پزشکی با بخش مسمومین و

ارائه خدمات روان‌پزشکی در کنار خدمات پزشکی بالینی به

بیماران

- تقویت مراکز اورژانس برای رساندن سریع بیماران به مرکز

درمانی.

در پایان به منظور کنترل همه جانبه مسایل خودکشی بر

لزام تأسیس «مرکز ملی پیش‌گیری از خودکشی» تأکید

می‌کنیم. این مرکز با کمک سازمانهای دولتی و غیردولتی با

همکاری متخصصان مرتبط با این مشکل باید پس از شناخت

ابعاد واقعی مسئله، برنامه‌ها و راهکارهای مناسب راتدوین

نماید. شکل برنامه‌ها، امکانات لازم، مکانیسم‌های اجرایی،

اوضاع مالی و... باید با توجه به تغییرات زمانی این مسئله تغییر

کند تا مطلوب‌ترین روش‌ها شناخته شوند. به این منظور باید

فعالیت چنین مرکزی به‌طور مستمر ادامه یابد.

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 1996, Oxford University Press; 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 . Clark D.W. and Macmahon B. Preventive Medicine, 1st ed. Little, Brown and Co. Boston 1967; 337-9.
- 9 . Everstine D.S and Everstine L. People in Crisis: Strategic Therapeutic Intervention, Brunner- Mazel, NewYork, 1983, 206-19.
- 10 . Postma J.U. Psychiatric Briefs: Suicide
- 11 . New Webster dictionary and Thesarus of the English Language, Lexicon Publications 1995.
- 12 . Robert, Arthurs. Dictionary of psychology, 1985.
- ۱۳- اسلامی نسب بجنوردی، علی. بحران خودکشی، مبانی روانشناختی رفتار خود تخریبی و تهاجمی. انتشارات فردوس، تهران ۱۳۷۱.
- ۱۴- حسینی، سیدابوالقاسم. بررسی نقش عوامل استرس‌زا در یکصد بیمار قلبی مراجعه کننده به یک بخش قلب بیمارستان دانشگاهی مشهد، چهارمین کنگره سراسری استرس، خلاصه مقالات، ۱۳۷۸.
- ۱۵- جزوه تشخیص و درمان مسمومیت‌های شایع، سلسله درس‌های آقای دکتر بلالی.
- ۱۶- عبداللهیان، ابراهیم. بررسی ارتباط بین استرس، جنایت و خودکشی. فصلنامه علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی. جلد اول، شماره ۱، ۵۳-۴۶.
- ۱۷- پایان نامه توصیف آماری خودکشی، به‌راهنمایی اساتید دکتر بلالی، دکتر عبداللهیان، دکتر روحانی. ش پ ۲۷۷۱.
- ۱۸- پایان نامه ارتباط زمینه‌های روانی و اقدام به خودکشی با مواد دارویی و سمی در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا، به راهنمایی اساتید دکتر بلالی و دکتر عبداللهیان. ش پ ۲۳۰۶
- ۱۹- یاسمی، محمدتقی و همکاران. بررسی همه‌گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۴، ۱۳۷۷
- ۲۰- حیدری پهلوان، احمد. وضعیت روانی اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم، شماره ۲، ۱۳۷۶.