**تعریف ، سبب شناسی**

**و عوامل خطر در خودکشی**

**تعریف خودکشی :**

در گذشته خودکشی به عنوان جرم علیه خود و جامعه و به طور کلی گناه محسوب می شد . کسانی که خود را می کشتند از تشریفات کفن و دفن مذهبی محروم می شدند . این امر رایج بود تا اینکه تحقیقات انجام شده در مورد افرادی که خود را می کشتند ، عدم تعادل ذهنی آنان را تائید نمود . از اینرو به تدریج به حکم خودکشی پایان داده شد و تا حد زیادی از لکه ننگ بودن آن کاسته و جنبه تقدسی کفن و دفن حذف گردید ( برایت 1999) . اولین نگرش علمی به خودکشی در سال 1737 به وسیله دی فانتن صورت گرفته است . وی برای اولین بار کلمه Suicide را در فرانسه به کار برد که در سال 1762 به وسیله آکادمی علوم فرانسه پذیرفته شد .

واژه خودکشی یا Suicide از ریشه لاتین Suiبه معنای« خود » و cide به معنای « کشتن» است و اصطلاحاً « خود را کشتن» یا « خودکشی» معنا می دهد .

از نظر ادوین اشنایدمن « خودکشی عمل آگاهانه نابودسازی به دست خود است که در بهترین مفهوم می توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای یک مشکل مشخص ، بهترین راه حل فرض شده است . خودکشی یک عمل اتفاقی و بی معنی نیست ، بلکه راهی برای رهایی از یک مسئله ، رنج یا یک بحران است که بدون استثناء ، شدیداً شخص را آزار می دهد . ايشان در بيان و توضيح شخصيت افرادي كه دست به خودكشي مي زنند چنين مي گويند : معمولاً كساني كه دست به خودكشي مي زنند كساني هستند كه نمي توانند بخوبي مشكلاتشان را حل كنند . اينها معمولاً چيزها را فقط به صورت سياه و سفيد ، خوب يا بد ، صحيح يا غلط مي بينند و بس ، فلذا در درمان آنها بايد كوشيد و كمكشان كرد تا بتوانند‹‹ خاكستري ›› را نيز ببينند .

بر اساس تعريف مورد توافق جهاني ، خودكشي موفق complited suicideعبارت است از اقدامي كه شخص با دانش كامل در مورد نتايج مرگبار آن به عمل مي آورد و به زندگي خود خاتمه مي دهد . بنابراين اصطلاح خودكشي تنها زماني مورد استفاده قرار مي گيرد كه اولاً شخص آگاهانه اقدام كرده باشد و ثانياً منجر به از دست رفتن فرد گردد . اما در صورتي كه فردي اقدام به خودكشي نموده اما نتيجه مرگباري نداشته باشد به آن ( اقدام به خودكشي) Attempted suicide و ( شبه خودكشي ) مي گويند .

خيال خودكشي : به معني عملي است كه كم و بيش طرح ريزي شده است .

افكار خودكشي : suicide ideas، شامل اشتغالات فكري راجع به نيستي و مردن است كه هنوز جنبه عملي بخود نگرفته است ، مثل اينكه مي گويد ( ميل دارم نباشم) .

سبب شناسي درخودكشي:

اقدام براي پژوهش علل خودكشي با چندين سد قابل ملاحظه روبرو است . اطلاعات واپس نگر در مورد وضع سلامتي و رفاه فرد در گذشته در زمان خودكشي را نمي توان مستقيماً بدست آورد و مطالعات آينده نگر خودكشي بدليل قلت نسبي آن مسأله ساز است . مطالعات واپس نگر به شناخت عوامل زمينه ساز خودكشي كمك كرده است و مطالعات نوع دوم فهم ما را از شرايط اجتماعي كه ممكن است در بالا بردن ميزان هاي خودكشي موثر باشند بالا مي برد .

**1 – عوامل اجتماعي :**

نظريه جامعه شناختي ، به عوامل فرهنگي و اجتماعي موثر بر خودكشي توجه دارد . از اين ديدگاه ، خودكشي يك پديده اجتماعي و يا به عبارت بهتر يك آسيب اجتماعي است و دلايل آن را بايد در ساختار و مناسبات اجتماعي جستجو كرد . با توجه به ارتباط تنگاتنگي كه بين فرد و جامعه وجود دارد ، ساخت و روابط اجتماعي بر افراد تاثير مي گذارد و در واقع رفتارهاي هر فرد بازتابي از ساختار و مناسبات اجتماعي هر جامعه است . عوامل مهم اجتماعي- فرهنگي موثر بر خودكشي بر مبناي رويكرد جامعه شناختي بشرح زير مي باشد :

1. **عوامل فرهنگي :** فروپاشي نظام ارزشي سنتي ، تحميل ارزشهاي فرهنگي ، بيگانگي و تعارض ارزشهاي فرهنگي ، فردگرايي ، اختلال در نظام اجتماعي .
2. **عوامل اقتصادي :** فقر ، بيكاري ، كم كاري ، محروميت ، ناامني شغلي ، مشكلات مسكن ، تورم ، تغيير ساختار اقتصادي جامعه .
3. **عوامل اجتماعي :** افزايش جمعيت ، مهاجرت ، جنگ ، تبعيض ( نژادي ـ جنسي ـ مذهبي ) مردسالاري ، بيسوادي ، مشكلات مربوط به ازدواج ، اوقات فراغت .

اميل دوركهايم جامعه شناس فرانسويی بود كه در پايان قرن 19 نقش مهمي در مطالعه تاثير عوامل اجتماعي و فرهنگي بر خودكشي ايفا نمود . او نشان داد كه طيف عوامل اجتماعي بر ميزان هاي خودكشي اثر مي گذارد ( ميزان ها در زمان جنگ و در جريان انقلاب ها پايين بود و در دوره هاي شكوفايي اقتصادي و نزول اقتصادي بالا مي رفت ) . اين يافته ها منجر به اين استنتاج او شد كه انسجام اجتماعي و نظم اجتماعي اهميت اساسي در ميزان خودكشي دارد .

مطالعات جديدتر نشان داده اند درمناطقي كه درآنها سطح بيكاري ، فقر ، طلاق و گسستگي اجتماعي بالا است ، عيار خودكشي هم بالا است . يك عامل اجتماعي ديگر كه به نظر مي رسد بر ميزانهاي خودكشي تاثير ميگذارد ‹‹ پوشش رسانه اي خودكشي›› است . بررسی ها نشان داده است كه ميزان هاي خودكشي و اقدام به خودكشي پس از نمايش فيلمها و برنامه هاي تلويزيوني تخيلي افزايش مي يابد .

**2-عوامل مردم شناختي :**

بررسيهاي مردم شناختي با 3 جنبه از مسئله خودكشي در جامعه سروكار داشته است كه عبارتند از **انگيزه ها يا دلائل خاص ، وقوع و عكس العمل جامعه** . از ديدگاه فرهنگ شناسي و مردم شناسي ، خودكشي نمايشگر پويايي هاي فرهنگي است و بنظر مي رسد كه به هر شكل كه ظهور كند وابسته به ارزشي است كه فرهنگ براي آن قائل شده و آن را به افراد تحميل و به نسلهاي بعدي منتقل مي كند . به عنوان مثال :

* دربرخي قبائل خودكشي يك رفتار ناشناخته است .
* دربرخي قبائل خودكشي بسيار تمسخر آميز تلقي مي شود .
* دربرخي فرهنگها بعنوان يك سنت فرهنگي ديرينه پذيرفته شده است .

**3- عوامل زيست شناسي :**

از نظر زیست شناسی كاهش سروتونين مركزي در بروز رفتارهاي انتحاري نقش دارد . گروهي از محققين موسسه كارولنيسكا در سوئد نخستين كساني بوده اند كه متوجه شدند غلظتهاي پايين متابوليك سروتونين ، اسيد 5- هيدروكسي ايندول استيك5- HIAA درمايع مغزي نخاعي با بروز رفتارهاي انتحاري ارتباط دارد . اين يافته ، بارها درگروههاي تشخيصي مختلف تكرار شده است . مطالعات نوروشيمي بر روي جسد قربانيان خودكشي نشان داده است كه سروتونين يا 5- HIAA ساقه مغز يا قشر پيشاني اين افراد مختصري كاهش مي يابد اما در بررسي گيرنده هاي جسد قربانيان خودكشي، تغييرات چشمگيري در مكانهاي اتصال پيش سيناپسي و پس سيناپسي سروتونين گزارش شده است . روي هم رفته ، مطالعاتCSF ، نوروشيمي و گيرنده ها به نفع فرضيه اي است كه كاهش سروتونين مركزي را با بروز خودكشي در ارتباط مي داند . مطالعات اخير همچنين تغييراتي را در دستگاه نورآدرنرژيك قربانيان خودكشي نشان داده است. همچنين براساس پايين بودن غلظت 5- HIAA در مايع مغزي نخاعي مي توان بروز رفتار هاي انتحاري را در آينده پيش بيني كرد . براي مثال گروه كارولنيسكا در 92 بيمار افسرده كه اقدام به خودكشي كرده بودند خودكشي موفق را بررسي كردند و دريافتند كه از هر 11 بيماري كه ظرف يكسال بعد خودكشي نموده اند در هشت نفر غلظت5- HIAA درمايع مغزي نخاعي كمتر از حد متوسط بوده است . خطر خودكشي در اين زير گروه 17% بود درحاليكه اين ميزان در افرادي كه غلظت 5- HIAA مايع مغزي نخاعي در آنها بالاتر از حد متوسط بود 7% گزارش شد . درنوجواناني كه خودكشي مي كنند نيز غلظتهاي پايين5- HIAA در CSF گزارش شده است .

**4- عوامل ژنتيك :**

رفتار انتحاري همچون ساير اختلالات رواني نوعي توزيع خانوادگي دارد . براي مثال خودكشي مارگوكس همينگوي درسال 1997 پنجمين خودكشي در بين چهار نسل خانواده ارنست همنيگوي بود . سابقه خانوادگي خودكشي ، خطر اقدام به خودكشي و خودكشي موفق را در اكثر گروههاي تشخيصي افزايش مي دهد .

درمطالعه شاخصي كه درسال 1991 انجام شد 176 جفت دوقلو كه يك قل آنها خودكشي كرده بودند بررسي شدند ، در 9 جفت از اين دوقلوها هر دوقل مرتكب خودكشي شده بودند كه 7 مورد آنها دو قلوي يك تخمكي و 2 مورد دو قلوي دو تخمكي بودند ( دراين مطالعه تعداد دوقلوهاي يك تخمكي 63 جفت و دوقلوهاي دو تخمكي 114جفت بود ) . اين تفاوت همگامي خودكشي در بين دوقلوهاي يك تخمكي و دوقلوهاي دو تخمكي از لحاظ آماري معنا دار است .

**5 - عوامل روانشناختي :**

نظريه فرويد : نخستين بينش روانشناسي مهم در مورد خودكشي از سوي زيگموند فرويد ارائه شد . او فقط يك مورد اقدام به خودكشي را توصيف كرد ليكن بيماران افسرده بسيـاري را ملاقات كرده بود او در مقاله اي تحت عنــوان ‹‹ داغداري و ملانكولي›› نوشت كه ‹‹ خودكشي بازتاب نوعي پرخاشگري فرد نسبت به شيء دروني و محبوبي است كه به صورت ترديد آميزي انرژي روانيش را روي آن متمركز كرده است كه اين پرخاشگري به سوي خود شخص باز مي گردد . فرويد ترديد داشت كه كسي بدون ميل سركوب شده پيشين براي كشتن شخص ديگر ، خود را بكشد .

**نظريات جديد :** خودكشي شناسان معاصر معتقدند كه اطلاعات فراواني از تخيلات بيماراني كه اقدام به خودكشي كرده اند درباره اينكه اگر خودكشي مي كردند چه اتفاقي روي مي داد مي توان به دست آورد .

عوامل خطر ساز:

1- **جنس :** زنان 4 برابر بيشتر از مردها اقدام به خودكشي مي كنند و مردان 4 برابر بيشتر از زنها خودكشي موفق دارند و اين رقم در تمام سنين ثابت است .

2- **سن** : ميزان هاي خودكشي با افزايش سن بالا مي رود و اين ميزان ها اهميت بحران ميانسالي را نشان مي دهند. در مردها خودكشي پس از 45 سالگي به اوج خودش مي رسد و در زنان بيشترين تعدادخودكشي موفق پس از سن 55 سالگي روي مي دهد . در مردان 65 سال به بالا ميزان خودكشي به 40 درصد هزار نفر مي رسد . افراد مسن كمتر از جوانان اقدام به خودكشي مي كنند ولي خودكشي آنها موفق تر است . ميزان خودكشي از افراد 75 سال به بالا 3 برابر ميزان آن در افراد جوان است . با اين حال ميزان خودكشي در بين جوانان و بخصوص مردان 15 تا 24 ساله به سرعت در حال افزايش است .

3 - **نژاد :** از هر 3 مورد خودكشي 2 مورد آن در بين سفيدپوستان روي مي دهد . ميزان خودكشي در بين سفيد پوستان تقريباً 2 برابر همه گروههاي نژادي ديگر است ولي اين ارقام امروزه مورد ترديد قرار گرفته است ، زيرا ميزان خودكشي در بين سياهان نيز در حال افزايش است . در بين جوانان ساكن محلات فقيرنشين برخي بوميان آمريكا و سرخپوستان آلاسكايي ميزان خودكشي بسيار بالاتر از ميزان ملي آنهاست . ميزان خودكشي در بين مهاجرين بالاتر از بوميان آمريكاست.

4 – **مذهب :** از نظر تاريخي ، ميزان خودكشي در بين كاتوليك ها كمتر از پروتستانها و يهودي ها بوده است . ممكن است در اين طبقه ميزان ايمان ، اعتقاد و يكپارچگي بيش از وابستگي صرف مذهبي اهميت داشته باشد .

5 – **وضعيت تاهل :** به نظر مي رسد ازدواج و بچه دار شدن به ميزان قابل توجهي خطر خودكشي را كاهش مي دهد . ميزان خودكشي در افراد متاهل 11 درصد هزار نفر است . در حاليكه اين ميزان در افراد مجرد هرگز ازدواج نكرده تقريباً 2 برابر است . اما در افراديكه قبلاً متاهل بوده اند ميزان خودكشي بسيار بالاتر از افرادي است كه هرگز ازدواج نكرده اند . میزان خودکشی در افراد بيوه 24 در صد هزار و در بين افراد مطلقه 4 در صد هزار نفر می باشد .

6 – **شغل :** هر قدر مقام اجتماعي شخص بالاتر باشد خطر خودكشي بيشتر است . ولي نزول مرتبه اجتماعي نيز خطر خودكشي را افزايش مي دهد . بطور كلي ، كاركردن ، محافظي در مقابل خودكشي محسوب مي شود . در طبقه بندي مشاغل ، متخصصين بخصوص پزشكان را بطور سنتي بيشتر در معرض خطر خودكشي دانسته اند ، ولي جديدترين مطالعات نشان داده است كه خطر خودكشي در پزشكان مرد ايالات متحده بيشتر از ساير مشاغل نيست . بر عكس يافته هاي اخير در بريتانيا و اسكانديناوي نشان مي دهد كه ميزان خودكشي پزشكان مرد 2 تا 3 برابر ميزان آن در مردان همان سنين است . مطالعات حاكي از اين است كه خطر خودكشي در بين پزشكان زن بيش از ساير زنان است . هم پزشكان مرد و هم پزشكان زن بيش از ديگر افراد جامعه با مسموميت دارويي به زندگي خود خاتمه مي دهند و كمتر از اسلحه گرم استفاده مي كنند . گروههاي اختصاصي در معرض خطر عبارتند از : موسيقي دانها ، دندانپزشكان ، ماًمورين مجري قانون ، حقوقدانان و بيمه گران . ميزان خودكشي ضمن ركود اقتصادي و بالارفتن ميزان بيكاري افزايش مي يابد و در زمان افزايش ميزان اشتغال و جنگ كاهش مي يابد .

ميزان خودكشي در بيكاران نيز در مقايسه با افراد شاغل بالاتر است . از نظر طبقه اجتماعي ، بالاترين ميزان خودكشي در طبقه اجتماعي كارگران غيرماهر ديده مي شود و پس از آن طبقه اجتماعي حرفه اي قرار دارد . در جراحان دامپزشك ميزان خودكشي 3 برابر بالاتر از حد مورد انتظار است در داروسازان و اهل فن حرفه طب ، دو برابر بالاتر از حد مورد انتظار خودكشي مي كنند و ميزان هاي بالاتر خودكشي در بين زنداني ها ، مخصوصاً پس از بازداشت مجدد ، مشاهده مي گردد .

7 – **شرايط اقليمي و تغييرات فصول :** ارتباط معني داري بين فصول مختلف سال و خودكشي يافت نشده است . ميزان خودكشي در بهار و پاييز مختصري افزايش مي يابد ، ولي بر خلاف باور رايج ، خودكشي در دوره هاي تعطيلات افزايش نمي يابد . در مناطق روستايي ، وابستگي اجتماعي بيشتر از شهري است و به همين ميزان خودكشي در آنها پايين تر است .

8 – **روش ها :** ميزان بالاتر خودكشي موفق در مردها مربوط به روش هاي مورد استفاده آنها است . مردها با اسلحه گرم ، حلق آويز كردن خود يا پريدن از بلندي خود را مي كشند . زنان بيشتر با داروهاي روان گردان يا سموم خودكشي مي كنند .

**9 - متغيرهاي اقتصادي ، اجتماعي و مسائل قانوني و بيكاري :** ويلهلم سن و همكارانشان (1998 ) در يك منطقه شهري ايسلند متغيرهاي گوناگون همراه با افكار خودكشي را در 825 فرد بزرگسال مورد بررسي قرار دادند . آنها دريافتند كه شرايط سخت مالي ، فشارهاي ناشي از درگيري با قانون بطور معني داري با افكاري كه منجر به اقدام به خودكشي ميشوند ارتباط دارند .

يافته های فرادا ( 1997 ) در يك مطالعه مقطعي ، گوياي آن بود كه نسبت خودكشيها در افراديكه به تازگي بازنشسته شده بودند ، بيكاران ، شاغلين با درآمد كم و افراد بي خانه بيشتر بوده است . همين محقق در سال 1996 نرخ خودكشي را در شهرستانهاي ثروتمند و فقير سوئد مورد مقايسه قرار داد . نتايج مطالعه وي نشان داد كه در فقيرترين شهر سوئد يعني در Berg ميزان خودكشي افزايش يافته و به 2/46 در صد هزار نفر رسيده است ، در حاليكه در ثروتمندترين شهرستان يعني در Danderya چهار برابر نرخ خودكشي كمتر است . مارل و تيلور وكر ( 1998 ) شواهد مربوط به ارتباط بين بيكاري و سلامتي جسمي و رواني در جوانان 24 – 15 ساله در استراليا را مورد بازبيني قرار دادند . مجموع داده ها گوياي آن بود كه بين بيكاري و خودكشي جوانان ارتباط قوي وجود دارد .

كلر و همكاران ( 1996 ) دريافتند كه از بين 7 شاخص محروميت اجتماعي كه با اقدام به خودكشي همبستگي دارند ، بالاترين فراواني مربوط به شاخص بيكاري مي شود .

**10 - رويداد هاي فشارزا ، نحوه مقابله و حمايت اجتماعي** : ويلهلم سن و همكارانش ( 1998 ) در بررسي خود در مورد عوامل متعدد همراه با افكار خودكشي دريافتند كه افراد بزرگسال با افكار خودكشي احساس فشار بيشتري از رويدادهاي فشارزا داشتند و از حمايت اجتماعي كمتري برخوردار بودند . نداشتن حمایت اجتماعی از عوامل خطر جدی در خودکشی به شمار می رود . در مطالعه اي مشخص شده است كه اشخاصي كه بطور جدي اقدام به خودكشي نموده اند ، تناوب رخداد رويدادهاي زندگي مانند مشكلات بين فردي ، مسائل مربوط به كار ، مشكلات مالي و قانوني برايشان بيشتر بوده است .

11 -  **مشكلات خانوادگي** : نتايج مطالعات زيادي نشان مي دهند كه رفتار خودكشي در نوجوانان با فرايند هاي مختل در خانواده ارتباط دارد . مطالعات نشان داده است كه بطور كلي نوجواناني كه با يكي از والدين يا با خانواده صلبي زندگي مي كنند از عزت نفس پايين تر و از تنهايي رنج مي برند و خلق افسرده تر ، افكار خودكشي و اقدام به خودكشي بيشتري نيز دارند .

پيلاي و واسنار ( 1997 ) در مطالعه اي بر روي 40 نوجوان كه رفتار خودكشي داشتند دريافتند كه 5/77 درصد آنان چند ساعتي قبل از اقدام با والدينشان درگيري داشتند و رضايتشان از خانواده هايشان كمتر از گروه كنترل بود . هاليك ( 1996 ) تاثير افسردگي و روابط خانوادگي را در مورد افزايش خطر خودكشي در نوجوانان مورد بررسي قرار داد . وي به اين نتيجه رسيد اگر چه افسردگي بزرگترين عامل خطر براي رفتار خودكشي در نوجوانان است ، اما اين جا مشكلات ارتباطي خانوادگي به عنوان يك متغير در اين رفتار نقش دارد .

12 – **سلامت جسمي :** ارتباط معني داري بين سلامت جسمي و بيماري با خودكشي وجود دارد . به نظر مي رسد مراقبت طبي قبلي ، ارتباط مثبتي با خطر خودكشي دارد . 32% همه افرادي كه خودكشي مي كنند طي 6 ماهه آخر زندگي تحت مراقبتهاي بالينــي قرار داشته اند . مطالعات كالبد شكافي نشان مي دهد كه در 25 تا 75 درصد قربانيان خودكشي يك بيماري جسمي وجود دارد . در 11 تا 51 در صد تمام موارد خودكشي بيماري جسمي عامل مهمي شناخته شده است . در تمام اين موارد ارقام با بالا رفتن سن افزايش مي يابد . براي مثال 50 درصد مردان مبتلا به سرطاني كه خودكشي مي كنند ، ظرف يكسال پس از تشخيص بيماريشان به اين كار دست زده اند . 70 درصد زنان سرطاني كه خودكشي مي كنند دچار سرطان پستان يا دستگاه تناسلي هستند . 7 بيماري دستگاه عصبي مركزي ( CNS ) خطر خودكشي را افزايش مي دهند ، اين 7 بيماري عبارتند از : صرع ، اسكلروز مولتيپل، صدمات جمجمه ، بيماري قلبي عروقي ، بيماري هانتينگتون ، دمانس و سندرم نقص ايمني اكتسابي ( ايدز ) . برخي داروها ممكن است سبب بروز افسردگي شوند كه در برخي موارد به خودكشي منجر مي شود . در بين اين داروها مي توان از رزرپين ( serpasil ) ، كورتيكواستروئيدها ، داروهاي ضد فشار خون و برخي داروهاي ضد سرطان نام برد .

13 – **سلامت رواني** : عوامل رواني زير در بروز خودكشي نقش مهمي دارند : سوء مصرف مواد ، اختلالات افسردگي ، اسكيزوفرني و ساير اختلالات رواني . تقريباً 95 درصد همه كساني كه خودكشي يا اقدام به خودكشي مي كنند مبتلا به يك اختلال رواني بوده اند . اختلالات افسردگي 80 درصد ، اسكيزوفرني 10 درصد و دمانس يا دليريوم 5 درصد اين موارد را تشكيل مي دهند .

14 – **بيماران رواني :** خطر خودكشي بيماران رواني 3 تا 12 برابر بيش از افراد غير بيمار است . ميزان اين خطر بسته به سن ، جنس ، نوع بيماري و وضعيت بستري يا سرپايي بودن بيمار فرق مي كند . در بيماران رواني مرد و زن كه زماني در بيمارستان رواني بستري بوده اند ، خطر خودكشي به ترتيب 5 و 10 برابر گروههاي همسن در جمعيت كلي است .

15 - **اختلالات افسردگي** : اختلالات خلقي ، تشخيصي است كه ارتباط زيادي با خودكشي دارد . تخمين زده مي شود ميزان خودكشي در بيماران مبتلا به اختلالات خلقي با در نظر گرفتن سن ، 400 در 000/100 براي مردها و 180 در 000/100 براي زن ها باشد.

اكثر بيماران مبتلا به اختلالات افسردگي در اوايل بيماري دست به خودكشي مي زنند . مردها بيشتر از زنها خودكشي مي كنند و احتمال خودكشي بيماران افسرده مجرد ، مطلقه و بيوه يا دچار داغداري اخير بيشتر است .

16 - **اسكيزوفرني :** حدود 10 درصد اين بيماران بر اثر خودكشي مي ميرند . در امريكا سالانه حدود 4000 بيمار مبتلا به اسكيزوفرني خودكشي مي كنند . اسكيزوفرني بيشتر در نوجواني يا جواني آغاز مي شود و اكثر بيماراني كه خودكشي مي كنند در چند هفته اول بيماري دست به اين كار مي زنند . بنابراين اكثراً بيماران اسكيزوفرن جوان خودكشي مي كنند . حدود 75% همه خودكشي هاي بيماران اسكيزوفرن در مردان مجرد روي مي دهد و 50% از اين افراد سابقه اقدام به خودكشي داشته اند .

17 – **وابستگي به الكل :** حدود 15% همه بيماران الكلي دست به خودكشي مي زنند . ميزان خودكشي افراد الكلي سالانه حدود 270 در 000/100برآورد مي شود . در ايالات متحده هر سال بين 7 تا 13 هزار الكلي خود را مي كشند . حدود 80 درصد قربانيان خودكشي در وابستگي به الكل مرد هستند . افراد الكلي كه خودكشي مي كنند معمولاً مجرد ، تنها و منزوي بوده و اخيراً الكل مصرف كرده اند . حدود 40 درصد از اين افراد سابقه اقدام به خودكشي دارند . تا حدود 40% همه موارد خودكشي در وابستگي به الكل ، ظرف يكسال پس از آخرين بستري بيمار روي مي دهد . الكلي هاي مسن تر در دوره پس از ترخيص بيشتر در معرض خطر خودكشي هستند .

18 – **ساير انواع وابستگي مواد** : مطالعات كشورهاي مختلف نشان داده است كه خطر خودكشي در بين مبتلايان به سوء مصرف مواد بالاتر است . ميزان خودكشي در معتادين به هروئين حدود 20 برابر بيش از ميزان خودكشي در جمعيت كلي است . در دختران نوجواني كه بصورت داخل وريدي مواد مصرف مي كنند نيز خطر خودكشي بالا است .

19 – **اختلال شخصيتي :** حدود 5% بيماران مبتلا به اختلال شخصيت ضد اجتماعي ، خود را از بين مي برند .

20 – **اختلال اضطرابي :** تقريباً 20 درصد بيماران مبتلا به اختلال هول (پانيك ) وجمع هراسي دست به خودكشي ناموفق مي زنند با اين حال اگر افسردگي هم همراه اين اختلالات باشد ، خطر خودكشي بالا مي رود .

21 - **رفتار انتحاري قبلي** : شايد بهترين نشانگر افزايش خطر خودكشي سابقه اقدام به خودكشي باشد . مطالعات نشان مي دهد كه حدود 40 درصد بيماران افسرده اي كه خودكشي مي كنند سابقه اقدام به خودكشي داشته اند . خطر دومين اقدام به خودكشي ظرف سه ماه پس از اولين اقدام در بالاترين حد خود قرار دارد . آن دسته از اقدام كنندگاني كه قصد خودكشي بالاتري دارند معمولاً مرد ، مسن ، مجرد يا جدا شده و افراد تنها هستند . بعبارت ديگر بيماران افسرده اي كه اقدام جدي براي خودكشي بعمل مي آورند بيشتر به قربانيان خودكشي شباهت دارند تا كسانيكه اقدام به خودكشي كرده اند اما نمرده اند .

**22 - ناتواني هاي يادگيري :** مك برايد و سيگل ( 1997 ) فرضيه نقش ناتواني هاي يادگيري را در خودكشي نوجوانان مورد بررسي قرار دادند . آنان خطاهاي دست نوشته هاي تمامي ياد داشت هايي كه از 267 نوجواني كه خودكشي هاي متوالي داشته باقي مانده بود را مورد تحليل قرار دادند . يادداشتهاي فوق به نوجواناني كه ناتواني يادگيري داشتند و نداشتند ديكته شد . نتايج نشان داد كه 89% از يادداشتها كمبودهاي معني داري در دست نوشته هاي خويش داشتند كه مشابه اشكالاتي بود كه نوجوانان ناتوان در يادگيري داشتند .

**23 – خودكشي در زندان :** خودكشي در بين زندانيان 3 برابر شايعتر از جمعيت كلي است . بيش از يك سوم زندانياني كه خودكشي مي كنند سابقه تمديد يا اقدام به خودكشي را دارا هستند ( اغلب ظرف 6 ماه قبل از خودكشي ) . خودكشي در زندانيان بويژه در مردان جوان افزايش يافتــه است ( دلي ، 1987 به نقل از هاوتان 1994) .

گردآورگان :

دکتر ناهید خادمی ـ مدیر گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی استان کرمانشاه

نسرین برخوردار ـ کارشناس بهداشت روان معاونت بهداشتی استان کرمانشاه

آبان ماه 1390

منابع :

1 ـ خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی ـ ویراست نهم ـ جلد سوم ـ دکتر بنیامین جیمز سادوک و دکتر ویرجینیا آلکوت سادوک ـ ترجمه دکتر حسن رفیعی و دکتر خسرو سبحانیان

2 ـ درسنامه مختصر روانپزشکی آکسفورد ـ تالیف مایکل گلدر ، ریچارد مایو و فیلیپ کن ـ ترجمه دکتر نصرت ... پورافکاری

3 ـ روانپزشکی آکسفورد 1999 ـ ویرایش دوم ـ نوشته گلدر گراهام مایکل ، ریچارد میو و جان گدیس ـ ترجمه دکتر محمد کیان راد ، دکتر هومن خواجوی کرمانی و دکتر بهارک ملکی

4 ـ نگاهی بر وضعیت خودکشی ـ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ـ اداره کل بهداشت روان

5 ـ جامعه شناسی خودکشی ـ استیو تایلور ـ ترجمه دکتر رسول ربانی و همکاران ـ 1379

6 ـ بحران خودکشی ـ علی اسلامی نسب ـ 1371

7 ـ خودکشی ـ تالیف پیر موردن ـ ترجمه سهند مازیار ـ 1975