

شیوع شناسی خودکشی: بررسی بحران اجتماعی علل اقدام و تهدید به خودکشی

شهروندان تهرانی

اسماعیل صدیقی^۱، اسلام علی خداینده لو^۲، افراسیاب خیردست^۳، زهرا محمدی جاهدی^۴

۱. استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
۲. دانشجوی دکتری محیط‌زیست، گروه منابع طبیعی و محیط‌زیست، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، کمک فرمانده سازمان آتش‌نشانی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
۳. دکتری مدیریت محیط‌زیست، گروه محیط‌زیست، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، فرمانده سازمان آتش‌نشانی تهران، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد علم‌سنجی، گروه مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره ششم، شماره بیست و سوم، پاییز ۱۴۰۳، صفحات ۲۷-۱۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی بحران خودکشی و بررسی علل اقدام و تهدید به خودکشی در بین شهروندان تهرانی است. روش پژوهش از نوع توصیفی مبتنی بر بررسی سامانه‌ی عملیات سازمان آتش‌نشانی تهران است. جامعه آماری با استفاده از گزارشات سامانه‌ی اطلاعات و عملیات سازمان آتش‌نشانی تهران از بین شهروندان تهرانی که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ اقدام یا تهدید به خودکشی کرده بودند، برای نمونه انتخاب شده است. برای تحلیل داده‌ها و توزیع و پراکندگی حوادث از نرم‌افزار SPSS-22 و Arc Map10 استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد که از بین ۳۲۹ مورد تهدید و اقدام به خودکشی، سهم مردان ۱۰٪ از زنان بیشتر بوده است. بر طبق یافته‌ها، اختلافات خانوادگی، مهم‌ترین عامل اقدام به خودکشی است. بالاترین میزان نرخ خودکشی مربوط به منطقه ۵ شهرداری تهران با ۱۵٪ مورد و پایین‌ترین نرخ خودکشی به مناطق ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۹ و ۲۱ هرکدام با ۱٪ کمترین بوده است. در حادثه‌ی تهدید به خودکشی مجموعاً ۳۴۷ مورد، منطقه ۴ شهرداری تهران با (۱۳٪) تهدید، بیشترین و منطقه ۹، ۱۷ و ۲۱ با (۱٪)، کمترین تهدید را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت آماری خودکشی مردان و زنان زیاد است و نمودار میزان خودکشی موفق و خودکشی ناموفق در بین دو جنس همواره نامتقارن است. همچنین نتایج کلی پژوهش نشان داد که مناطق ۴ و ۵ بیشترین اقدام و تهدید به خودکشی را در بین مناطق ۲۲ گانه‌ی شهر تهران داشتند.

واژه‌های کلیدی: بحران اجتماعی، علل خودکشی، اقدام به خودکشی، شیوع شناسی، شهروندان تهرانی.

مقدمه

بحران اجتماعی ناشی از خودکشی در جوامع امروز یک شیوع همه‌گیر است که عمدتاً جنبه‌ی اختلال روانی داشته و خطرآفرین است. اکثر افرادی که خودکشی می‌کنند، تحت تأثیر عوامل اجتماعی قرار می‌گیرند. در این بین عواملی چون رسانه‌های جمعی، فضای مجازی و نشریات معتبر داخلی و خارجی می‌توانند نقش مؤثری در گسترش و کاهش نرخ خودکشی داشته باشند. خودکشی در برخی از کشورها مانند آمریکا جرم محسوب نمی‌شود و در قلمرو بحران اجتماعی نیست. در بسیاری از کشورها خودکشی در میان افراد میان‌سال و بزرگ‌سال بیشتر است. بحران اجتماعی خودکشی می‌تواند عوامل دیگری در جامعه مانند امید به زندگی را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش دهد. پیشگیری و حفاظت از خودکشی به هر نوع تلاشی که از سوی سازمان‌ها، دولت‌ها، مراکز بهداشت روانی، اتحادیه‌ها، متخصصان، شهروندان و هر شخصی برای کاهش میزان خودکشی گفته می‌شود. خودکشی یک پدیده اجتماعی است که علل مختلفی دارد، برخی از جامعه‌شناسان معتقدند زمانی که فرد در شرایطی قرار می‌گیرد که در جریان اجتماعی شدن، مهم بودن و مورد توجه بودن را در جامعه از دست می‌دهد و به ناامیدی می‌رسد خودکشی می‌کند. خودکشی پدیده‌ای پیچیده و عملی عمده است که باعث مرگ یا جرح منجر به نقص عضو در فرد می‌شود که می‌تواند علل گوناگونی داشته باشد. ناامیدی، اختلالات روانی مانند افسردگی، اختلالات فیزیکی مانند خستگی مزمن، شکست عشقی، اعتیاد به الکل، سوء مصرف مواد یا دارو، می‌تواند به خودکشی ربط داشته باشد. اغلب، عواملی مانند مشکلات مالی، شغلی، تحصیلی یا مشکلات ارتباط بین فردی مانند طلاق ممکن است در این میان نقش داشته باشند. تقریباً ۱۰۵ درصد از کل مرگ‌ومیرها در سراسر جهان به دلیل خودکشی است (فاضل و رونسون، ۲۰۲۰). میزان خودکشی عموماً در میان مردان بیشتر از زنان است و از ۱/۵ برابر در کشورهای در حال توسعه تا ۳/۵ برابر در کشورهای توسعه‌یافته متغیر است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴) خودکشی که به آن خودکشی موفق نیز گفته می‌شود، عبارت است از «عمل گرفتن جان خود». اما خودکشی ناموفق، نوعی آسیب به خود باهدف پایان دادن به زندگی است که منجر به مرگ نشده است. در قوانین ایران خودکشی اگر به حد «سببیت» برسد جرم شناخته می‌شود که در این حالت معاونت در خودکشی، قتل عمد دانسته می‌شود. نرخ افکار خودکشی (SI) و اقدام به خودکشی (SA) در بین جوانان، به‌ویژه جوانان به حاشیه رانده‌شده، با استفاده از سلاح گرم بسیار بالا است (پرچم و همکاران، ۲۰۲۴). افکار خودکشی یعنی فکر کردن فرد خودکشی به نحوه خاتمه دادن به زندگی خویش، درحالی‌که در اقدام به خودکشی عمل فکر کردن به خودکشی به بالفعل تبدیل شده و اتفاق افتاده است. خودکشی و خودآزاری غیر خودکشی (NSSI) در بین جوانان در ایالات متحده همچنان یک نگرانی رو به رشد و جدی برای سلامت عمومی است (ویلوداس، ۲۰۲۴). در این میان سالانه صدها مورد حوادث خودکشی (اقدام و تهدید به خودکشی) در این کلان‌شهر روی می‌دهد که ناشی از عوامل مختلفی است. خودکشی

¹ Suicidal Ideation

² Suicide Attempts

³ Benjamin Parchem

⁴ Non-Suicidal Self-Injury

⁵ Melissa, Villodas

یک تصمیم پیچیده است و عوامل متعددی در آن دخیل است. در بررسی تحلیلی رفتار دانش‌آموزان آمریکا عنوان شده است که اقدام به خودکشی و خشونت در مدرسه، از جمله خشونت با اسلحه، در حال حاضر از علل اصلی مرگ در جوانان ۱۲ تا ۱۷ ساله است (بار^۱، ۲۰۲۴). یکی دیگر از عوامل خودکشی استفاده از مشروبات الکلی است که استفاده از آن در بخش بزرگی از قتل‌ها و خودکشی‌ها هر ساله در ایالات متحده نقش اساسی دارد (مورفی^۲، ۲۰۲۴). نیروی انسانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای تولید و زمینه‌ساز رشد و توسعه همواره در معرض مشکلات و معضلاتی است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها را می‌توان از خودکشی نام برد. پدیده‌ی خودکشی از عوارض مهم عصر تکنولوژی است که می‌تواند متأثر از نابسامانی‌های اقتصادی، اختلال‌های روانی و ناعادالتی‌های اجتماعی باشد. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی خودکشی، سومین علت شایع مرگ‌ومیر در سنین ۴۴ تا ۶۲ سال است (اسدیون و دلیری، ۲۰۲۳).

طی پژوهش انجام‌شده از بین ۲۱۵۸ مورد از افکار خودکشی، استفاده از سلاح گرم از ۳۷/۸٪ به ۸۱/۶٪ افزایش یافته است، که تقریباً نیمی از خودکشی‌های جوانان با استفاده از سلاح گرم است (سما و همکاران^۳، ۲۰۲۴). نوجوانان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های متأثر از خودکشی محسوب می‌شوند. تغییرات سریع در حالات جسمی و روانی نوجوانان و همچنین در زندگی آن‌ها به‌طور قابل توجهی و غیرقابل‌انکار خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. عوامل روانی، اجتماعی، خانوادگی، فردی و محیطی عوامل خطر مهمی برای رفتار خودکشی در میان نوجوانان هستند و ممکن است از طریق مسیرهای مختلف مستقیم، غیرمستقیم یا ترکیبی درخطر خودکشی نقش داشته باشند (لیو و وانگ^۴، ۲۰۲۴). بلایا و شرایط اضطراری بهداشت عمومی به‌طور فزاینده‌ای بر جمعیت‌های سراسر جهان تأثیر می‌گذارد و چالش‌های گسترده‌ای را برای جوامع و همچنین برای سلامت عمومی مؤثر و پیشگیری از خودکشی ایجاد می‌کند. باین حال، علیرغم نگرانی آشکار عمومی و علاقه تحقیقاتی فزاینده به افزایش خطرات و اثرات خودکشی، اطلاعات کمی در مورد مداخلات پیشگیری از خودکشی مؤثر در این زمینه‌ها وجود دارد (رایفلز و همکاران^۵، ۲۰۲۴). بر اساس مدل شناختی آسیب‌شناسی روانی، افرادی که دچار پریشانی هستند، تمایل دارند تفکر تحریف‌شده یا ارزیابی‌های شناختی غیرواقعی از وقایع را تجربه کنند که بر رفتار، احساس و حتی پاسخ‌های فیزیولوژیکی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (سالاری‌فر، صالحی و سیارفر، ۱۳۹۹). کشور ما به ازای هر خودکشی موفق ۲۰ تا ۲۵ اقدام به خودکشی صورت می‌گیرد و برآوردهای محافظه‌کارانه نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۶، حدوداً ۱۹۸۰۰۰ نفر در ایران اقدام به خودکشی کرده‌اند (آقاجانی و صمدی‌فرد، ۱۳۹۹). با توجه به عملکرد و اقدام به‌موقع آتش‌نشانان در حوادث خودکشی، عوامل مختلفی در کاهش جراحات وارده به شهروندان تهرانی نقش داشته‌اند، از جمله این عوامل می‌توان به اقدامات پیشگیرانه، ایمن‌سازی محل با استفاده از تجهیزات نجات (تشک نجات) نام برد. اهمیت سن خودکشی در جوامع مختلف جهت پیشگیری و ریشه‌یابی علل خودکشی بسیار مهم است، در پژوهشی میانگین سن خودکشی در میان شهروندان تهرانی ۳۲ سال و حداقل سن خودکشی ۱۴ و حداکثر ۷۳ سال به‌دست‌آمده

¹ Nicholas Barr

² Murphy

³ Samaa

⁴ Liu & Wang

⁵ Reifels

است (خیردست و همکاران، ۲۰۲۲). خود آسیبی بدون خودکشی رفتار بسیار شایع در نوجوانان است که به آسیب بافت بدن بدون قصد خودکشی اشاره دارد و از نظر اجتماعی، ماهیت غیرقابل‌پذیرش دارد (محبی و همکاران، ۱۳۹۹).

خودکشی یک نگرانی بهداشت عمومی است که مختص جوامع شهری نبوده و در جوامع روستایی هم به دلایل مختلف اتفاق می‌افتد. این خطرات با عوامل روانی و اجتماعی متعددی در بین روستایان مرتبط است. گفته می‌شود که زندگی روستایی به دلایل بی‌شماری یک خطر منحصربه‌فرد برای خودکشی است (پریچارد^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). توجه فزاینده‌ای به خودکشی‌هایی وجود دارد که از دید دیگران رخ می‌دهد، زیرا این مرگ‌ها می‌تواند تأثیر روانی قابل‌توجهی بر شاهدان داشته باشد. افرادی که شاهد خودکشی هستند بسیار نادر هستند و در صورت مشاهده‌ی خودکشی بسیار متأثر می‌شوند (میس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). آتش‌نشانان و عوامل اورژانس اجتماعی و پلیس از گروهایی هستند که به‌صورت مستقیم شاهد خودکشی هستند. انحرافات چون سرقت، خشونت و خودکشی را می‌توان از یک زاویه، به هم وابسته دانست. زیرا از یک‌سو در میان انواع سرقت‌ها، سرقت توأم با خشونت دیده می‌شود و از سویی دیگر محققان خشونت را مهم‌ترین عامل خودکشی ذکر می‌کنند (متولیان و همکاران، ۱۳۹۹). خودکشی یکی از معضلات بهداشت روان است که در کشورهای توسعه‌یافته توجه بیشتری به آن شده است. اگرچه خودکشی در بین تمامی گروه‌های سنی دیده می‌شود، اما در قشر نوجوان موجب از دست دادن سال‌های مفید عمر آن‌ها می‌شود که این امر از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است (خالقیان و همکاران، ۱۴۰۲). برقراری ارتباط درست با تجارب فردی موجب می‌شود این افراد با اتخاذ نگرش متفاوت در خصوص افکار خودکشی، رفتارهای خود را نیز کاهش می‌دهند، که یکی از این رفتارها کاهش تشخوار فکری مشترک است (قدرتی و همکاران، ۱۴۰۲).

ایده‌پردازی خودکشی با جرح خویشتن غیرخودکشی‌گرا رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. جرح خویشتن غیرخودکشی‌گرا نوعی رفتار آموخته‌شده است که در اثر تقویت مثبت درون فردی و بین فردی، تقویت منفی درون فردی و بین فردی تداوم می‌یابد (والی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). اگرچه معمولاً تصور می‌شود که طراحی خودکشی نشان‌دهنده افزایش خطر است، یافته‌ها حاکی از آن است که وجود یا عدم وجود برنامه‌های خودکشی با احتمال بیشتری برای اقدام به خودکشی در آینده مرتبط نیست (باند^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹، نرخ استاندارد خودکشی ۶٫۷ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر بوده است. خودآزاری و خودکشی همچنان در بیش از نیمی از کشورها جزء اعمال مجرمانه است. تعداد کمی از کشورها برنامه ملی برای پیشگیری از خودکشی دارند (ارلنگسن^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). فوریت، صرف‌نظر از ظرفیت مثبت یا منفی، برای درک تفاوت در رفتار خودکشی در طول زندگی مهم است. احساس طلبی ممکن است نقش محافظتی برای رفتار مستقیم خودکشی داشته باشد (راسموسن^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهشگران در آمریکا با بررسی علل زمینه‌ای خودکشی مانند تحصیلات، طلاق، نژاد و فروش

¹ Pritchard

² Mays

³ Bond

⁴ Erlangsen

⁵ Rasmussen

اسلحه به این نتیجه رسیدند که ایالات متحده در سال‌های اخیر میزان خودکشی بالایی را تجربه کرده است (دانیل و پیترا^۱، ۲۰۲۳). استفاده از هوش مصنوعی در پیشگیری از خودکشی می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد و نگرانی‌های متخصصان سلامت روان را در این باره کاهش دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هوش مصنوعی احتمال اقدام به خودکشی را به روش مشابه ارزیابی‌های ارائه شده توسط متخصصان تخمین می‌زند.

یکی از پیامدهای خودکشی انزوای اجتماعی و روانی طولانی مدت خانواده‌ها است که آسیب ویرانگر برای خانواده بازمانده است که می‌تواند بدرفتاری، استرس را به دنبال داشته باشد (کارو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). از دیگر پیامد خودکشی اختلال در خواب گزارش شده است. اختلالات خواب با نرخ خودکشی بالاتر، حتی پس از تطبیق با افسردگی از قبل، مرتبط بوده است (یانگ‌کو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). همان‌طور که مطالعه مبانی نظری و ادبیات پیشینه نشان می‌دهد اقدام و تهدید به خودکشی در جوامع مختلف و در سنین مختلف انجام می‌شود که برخی از آن‌ها با اقدام نیروهای مختلف مسئول از جمله نیروهای آتش‌نشانی نجات پیدا می‌کنند. از این رو با توجه به اینکه نجات جان هر شهروند از اولویت بالایی برخوردار است، ضروری است نیروهای آتش‌نشانی در کمترین زمان خود را به محل حادثه برسانند و به افراد مورد نظر کمک‌رسانی کنند. در این راستا قوانین و دستورالعمل‌های درون‌سازمانی و استانداردهای بین‌المللی در حوزه‌های مختلف عملکرد نیروهای آتش‌نشانی تعریف شده است که ضروری است عملکرد فعلی آتش‌نشانان در حوادث اقدام و تهدید به خودکشی با استانداردهای مزبور مورد بررسی قرار گیرد. اهمیت پرداختن به مقوله ناهنجار خودکشی در بین سازمان‌های متولی این امر مثل اورژانس، آتش‌نشانی و اورژانس اجتماعی و غیره جهت هماهنگی بین بخشی در کلان‌شهری مثل تهران بسیار مهم است.

روش پژوهش

ماهیت و روش این پژوهش از نوع توصیفی مبتنی بر بررسی سامانه‌ی عملیات سازمان آتش‌نشانی تهران است. برای دستیابی به اهداف پژوهش با مراجعه به سامانه اطلاعات عملیات سازمان آتش‌نشانی تهران کلیه اطلاعات و مستندات ثبت شده اقدام و تهدید به خودکشی در نیمه اول سال ۱۳۹۹ استخراج و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت، همچنین استانداردهای بین‌المللی و دستورالعمل‌های داخلی تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. منظور از اقدام به خودکشی افرادی هستند که عمل بالفعل خودکشی را انجام داده و به مرگ آن‌ها ختم شده و یا در زمان طلایی^۴ قبل از نیروهای آتش‌نشانی آن‌ها را احیا کرده و نجات داده‌اند. ولی منظور از تهدید به خودکشی یعنی افرادی که قصد خودکشی داشته‌اند ولی بنا به دلایلی موفق به انجام آن‌ها نشده و یا توسط نیروهای آتش‌نشانی قبل از تبدیل عمل بالقوه‌ی خودکشی به عمل بالفعل نجات یافته‌اند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی فراوانی، درصد، جدول و نمودار و روش آمار استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 استفاده شد. جامعه آماری از بین شهروندان تهرانی و نمونه‌گیری پژوهش به‌طور هدفمند از ۱۰۳ مورد حوادث اقدام و ۲۴۷ مورد تهدید به خودکشی مناطق ۲۲

¹ Daniel Tadmon & peter bearman

² Caro-Cañizares

³ Nai-Ying Ko

⁴ Golden time

گانه شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ انتخاب شده است. پردازش روند پیشگیری از خودکشی نیازمند مفهوم‌شناسی این رفتار و نیز آشنایی با ویژگی‌های آن است، از همین رو پس از بررسی ۳۴۰ مورد اقدام و تهدید به خودکشی در سامانه عملیات سازمان آتش‌نشانی تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۹ شامل خودکشی‌های موفق و ناموفق، متغیرهایی مانند نجات‌یافتگان، مصدومین و فوتی‌ها، نوع عملیات، منطقه عملیاتی، ایستگاه، نوع تصرف، جنسیت و سن در جدول (۱) عنوان شده است. بر طبق استاندارد^۱ NFPA استاندارد خروج از ایستگاه برای آتش‌سوزی ۸۰ ثانیه و برای حوادث اضطراری ۶۰ ثانیه می‌باشد. در این استاندارد مدت‌زمان سفر (مدت‌زمان خروج از ایستگاه تا رسیدن به محل حادثه) برای پاسخگویی اولیه به حوادث اضطراری ۲۴۰ ثانیه و کمتر است.

یافته‌ها

یافته‌ها از بین اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها مانند سن خودکشی به دست آمده است (جدول ۱). در حادثه‌ی اقدام و تهدید به خودکشی در رده سنی ۳۱-۴۰ سال بیشترین تعداد و بالای ۶۰ سال کمترین تعداد رخ داده است.

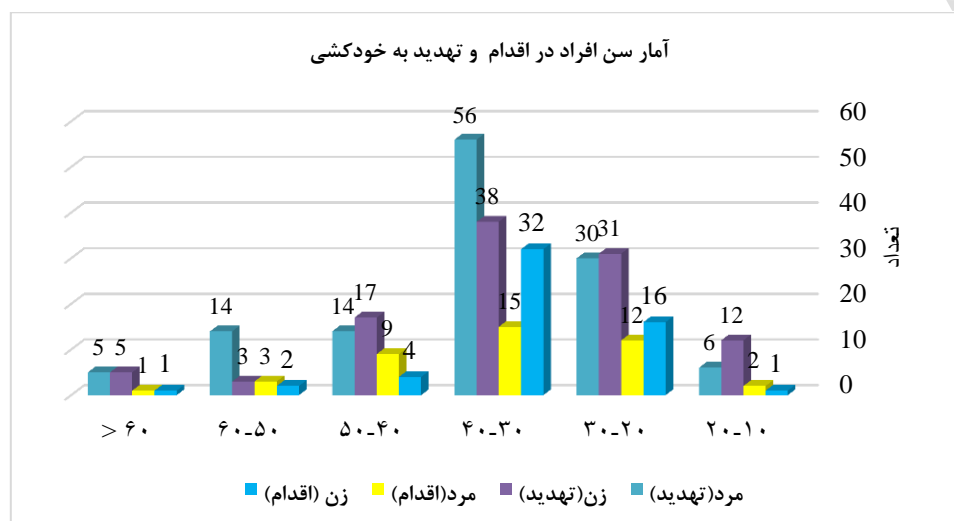
جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها

رده سنی	اقدام به خودکشی		تهدید به خودکشی		مجموع
	مرد	زن	مرد	زن	
۱۰-۲۰	۱	۲	۶	۱۲	۱۸
۲۱-۳۰	۱۶	۱۲	۳۰	۳۱	۶۱
۳۱-۴۰	۳۲	۱۵	۵۶	۳۸	۹۴
۴۱-۵۰	۴	۹	۱۴	۱۷	۳۱
۵۱-۶۰	۲	۳	۱۴	۳	۱۷
بالای ۶۰	۱	۱	۵	۵	۱۰
مجموع	۵۶	۲۲	۱۲۵	۱۰۶	۲۳۱

آزمون خی دو در اقدام به خودکشی و تهدید به خودکشی، جهت بررسی معناداری بین گروه‌های سن و جنسیت صورت گرفته نتایج اقدام به خودکشی معناداری میان دو گروه ۰/۱۹ محاسبه شد که نشان‌دهنده‌ی عدم تفاوت معنادار اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی و جنسیت بوده است؛ همچنین و با توجه به اینکه آزمون انجام شده بیشتر از دو گروه بوده است ضریب وی کرامر محاسبه شده ۰/۲۷ است که بر اساس جدول کوهن اندازه اثری بزرگ است. همچنین آزمون خی دو صورت گرفته در دسته‌بندی‌های سنی و جنسیت تهدید به خودکشی، معناداری آزمون مقدار ۰/۰۵۸ محاسبه شده است که با توجه به اینکه نتیجه از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است نشان‌دهنده‌ی عدم تفاوت معنادار میان دو گروه سن و جنسیت بوده است؛ همچنین ضریب وی کرامر محاسبه شده ۰/۲۱ بوده است که بر اساس جدول کوهن اندازه اثری بزرگ حساب می‌شود. همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است، از مجموع ۴۲ نفر در حوادث اقدام به خودکشی در مردان، بیشترین تعداد ۱۵ مورد و در رده سنی ۳۰-۴۰ است، همچنین کمترین مورد اقدام در مردان به تعداد ۱ مورد و در رده سنی ۱۰ تا ۲۰ و بالای ۶۰ سال است. از مجموع ۵۶ مورد اقدام در زنان، رده سنی ۳۰ تا ۴۰ به تعداد ۳۲ مورد بیشترین تعداد و کمترین مورد مردان به تعداد ۱ مورد و رده سنی بالای ۶۰ سال

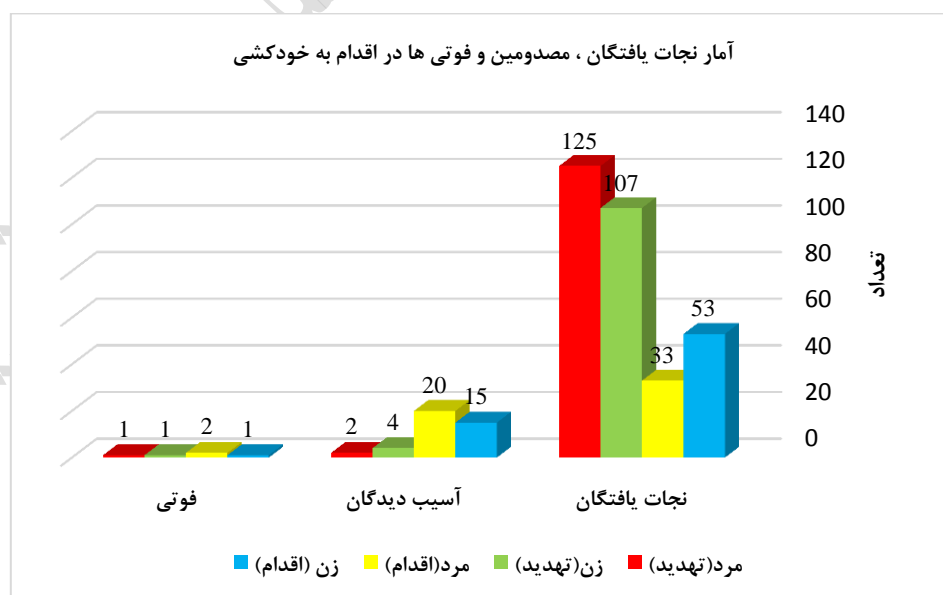
¹ National fire protection Association

است. طبق یافته‌های پژوهش از مجموع ۱۰۶ نفر در حوادث تهدید به خودکشی در زنان، بیشترین تعداد ۳۸ مورد و در رده سنی ۳۰-۴۰ است، کمترین مورد تهدید در زنان ۳ مورد بوده و در رده سنی ۵۰ تا ۶۰ سال است. از مجموع ۱۲۵ مورد تهدید در مردان، رده سنی ۳۰ تا ۴۰ به تعداد ۵۶ مورد بیشترین تعداد را در بر گرفته و کمترین مورد مردان ۵ مورد در رده سنی ۶۰ سال به بالا است.



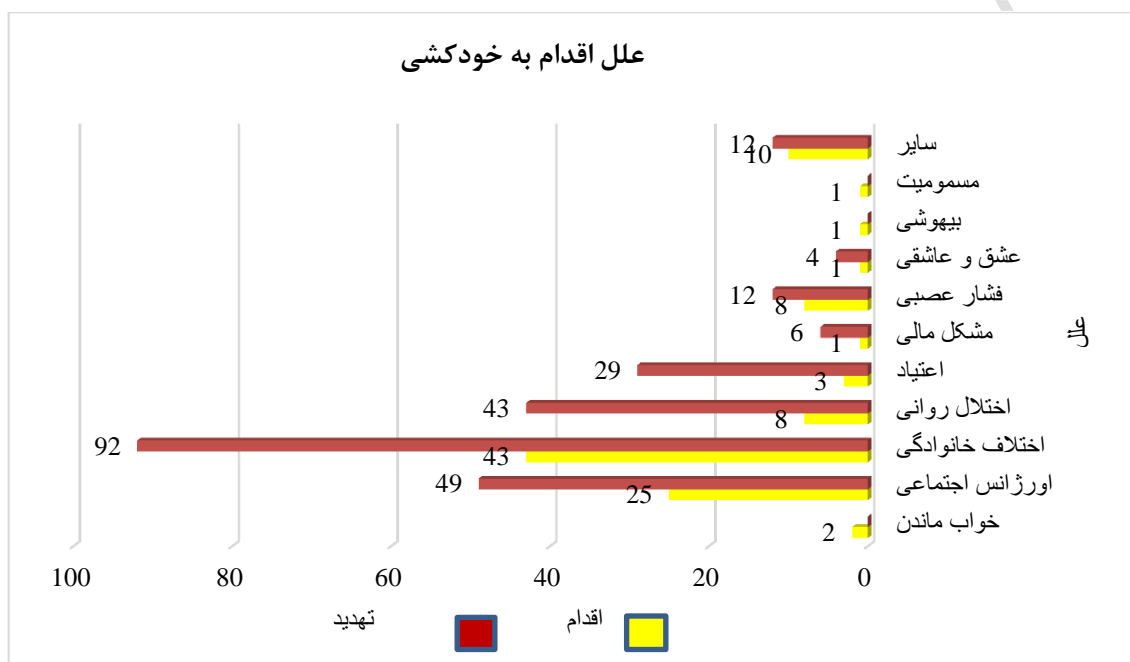
نمودار ۱. آمار سن افراد در اقدام و تهدید به خودکشی

پس بررسی‌های انجام‌شده، آمار نجات‌یافتگان، مصدومین و فوتی‌ها در حوادث اقدام و تهدید به خودکشی بر طبق نمودار ۲ به شرح ذیل است:



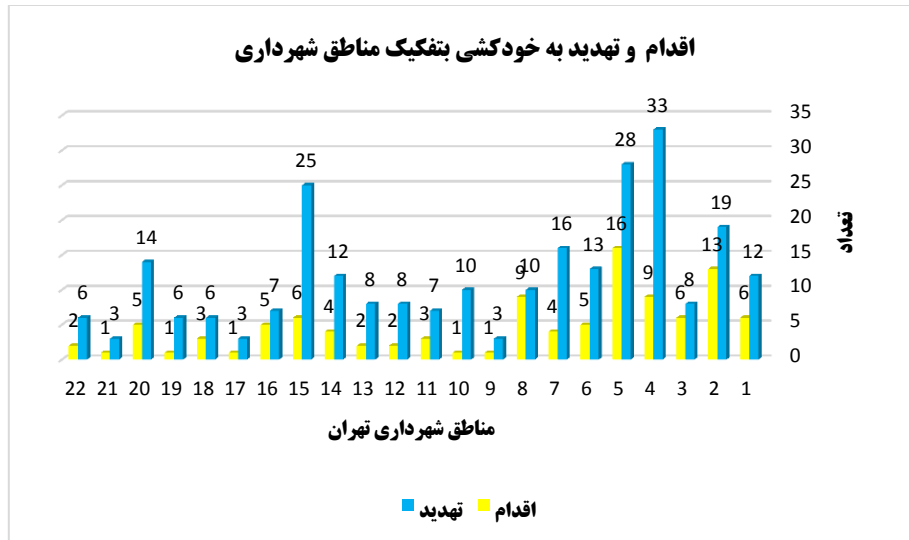
نمودار ۲. آمار نجات یافتگان، مصدومین و فوتی‌های اقدام به خودکشی

در بررسی علل اقدام به خودکشی نتایج نشان می‌دهد که اختلاف خانوادگی، مهم‌ترین عامل اقدام به خودکشی و مشکلات مالی، عاطفی و مسمومیت در بین اعضای خانواده کم‌اهمیت است. همچنین در بررسی فراوانی علل تهدید به خودکشی نتایج نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل تهدید به خودکشی، اختلافات خانوادگی و عوامل عاطفی در بین اعضای خانواده کم‌اهمیت است (نمودار ۳).



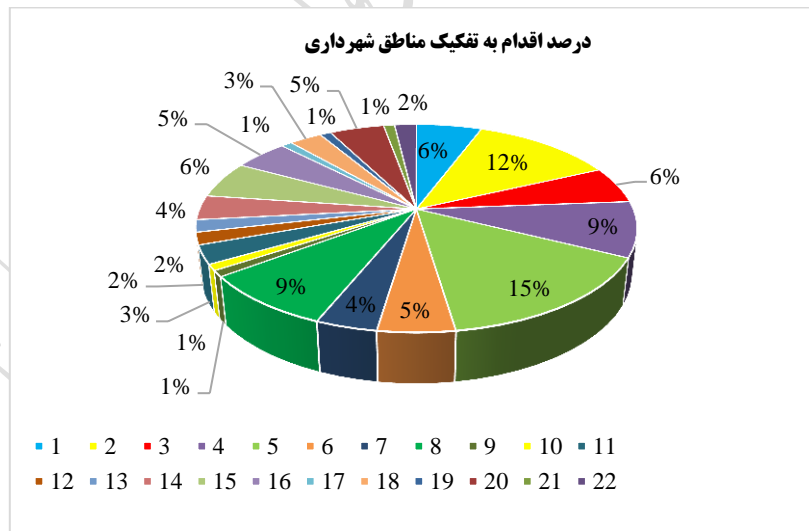
نمودار ۳. علل اقدام به خودکشی

با توجه به بررسی انجام‌شده در این پژوهش، درصد میزان پراکندگی افراد خودکشی‌کننده (تهدید و اقدام) در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بر طبق نمودار ۴ آورده شده است. در این نمودار تعداد و درصد پراکندگی نقاط خودکشی به تفکیک مناطق تحت پوشش شهرداری تهران نشان داده شده است.

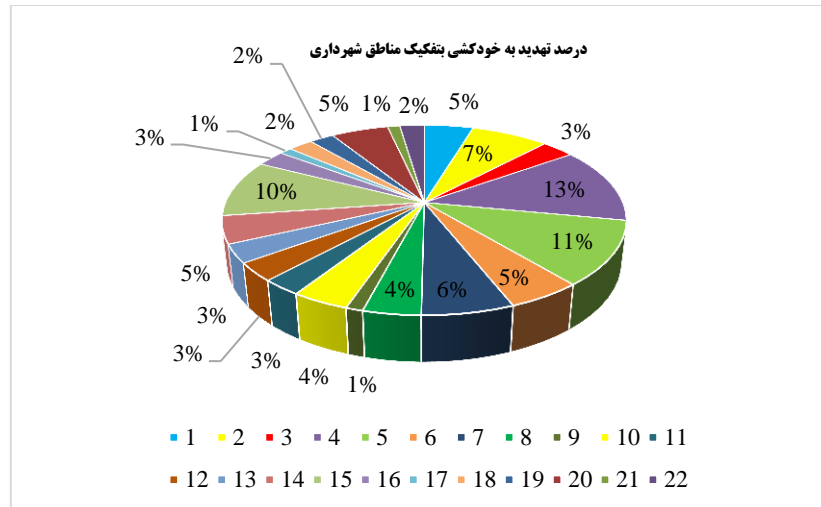


نمودار ۴. مقایسه تعداد اقدام و تهدید به خودکشی به تفکیک مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران

پس از بررسی آمار و اطلاعات اقدام به خودکشی (موفق و ناموفق) مجموعاً به تعداد ۱۰۳ مورد، منطقه ۵ شهرداری تهران با ۱۶ مورد (۱۵٪) بیشترین تعداد و مناطق ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۹ و ۲۱ با یک مورد (۱٪) کمترین تعداد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند، همچنین در حادثه تهدید به خودکشی به تعداد مجموعاً ۳۴۷ مورد، منطقه ۴ شهرداری تهران با ۳۳ مورد (۱۳٪) تهدید، بیشترین تعداد و منطقه ۹، ۱۷ و ۲۱ با ۳ مورد (۱٪) تهدید کمترین را به خود اختصاص داده‌اند (نمودار ۵ و ۶).

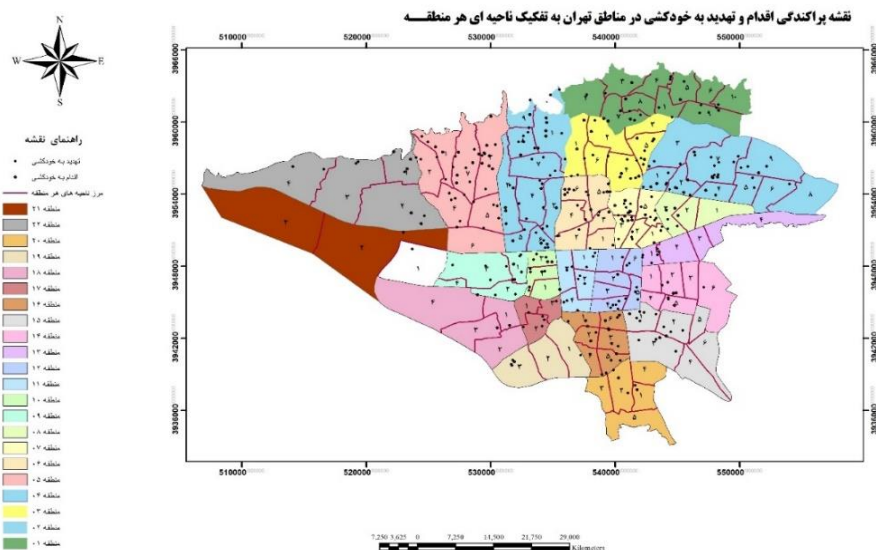


نمودار ۵. درصد اقدام به خودکشی به تفکیک مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران



نمودار ۶. درصد تهدید به خودکشی به تفکیک مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران

در پژوهش حاضر با به‌کارگیری ابزار GIS اقدام به تعیین پراکندگی نقاطی پرداختیم که در آن‌ها اقدام و تهدید به خودکشی صورت گرفته است (شکل ۱). نحوه توزیع و پراکندگی موارد اقدام به خودکشی (تعداد ۱۰۳ مورد) و تهدید به خودکشی (تعداد ۲۴۷ مورد) به تفکیک مناطق پس از تجزیه و تحلیل نقشه GIS و پیاده‌سازی نقاط با استفاده از نرم‌افزار ArcMap10 در شکل ۱ به صورت زیر نمایش داده شده است. تهیه نقشه دارای مختصات جغرافیایی مناطقی که در آن‌ها خودکشی صورت گرفته و دادن مختصات به نقشه موردنظر (رجیستری)، ورود اطلاعات هر لایه در جدول مخصوص آن لایه و در نهایت تعیین محدوده‌ی مکانی افرادی که اقدام یا تهدید به خودکشی کرده بودند، از جمله اقداماتی بود که جهت تهیه این نقشه انجام شده است.



شکل ۱. نقشه‌ی پراکندگی اقدام و تهدید به خودکشی در مناطق تهران به تفکیک نواحی مناطق

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف شیوع‌شناسی خودکشی: بررسی زمینه‌ای علل خودکشی در بین شهروندان تهرانی در حوادث اقدام و تهدید به خودکشی با بررسی گزارشات ثبت‌شده حوادث اعزام به خودکشی تیم‌های نجات سازمان آتش‌نشانی تهران در سامانه اطلاعات و عملیات (تعداد ۱۰۳ مورد حادثه اقدام به خودکشی و ۲۴۷ مورد حادثه تهدید به خودکشی) در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد از مجموع ۴۲ نفر در حوادث اقدام به خودکشی در زنان، بیشترین تعداد ۱۵ مورد و در رده سنی ۳۰-۴۰ است، همچنین کمترین مورد اقدام در زنان به تعداد ۱ مورد و در رده سنی ۱۰ تا ۲۰ و بالای ۶۰ سال بوده و از مجموع ۵۶ مورد اقدام در مردان، رده سنی ۳۰ تا ۴۰ به تعداد ۳۲ مورد بیشترین تعداد و کمترین مورد مردان به تعداد ۱ مورد و رده سنی بالای ۶۰ سال است (نتایج جدول ۱). از مجموع ۱۰۶ نفر در حوادث اقدام به خودکشی در زنان، بیشترین تعداد ۳۸ مورد و در رده سنی ۳۰-۴۰ است، کمترین مورد اقدام در زنان به تعداد ۳ مورد و در رده سنی ۵۰ تا ۶۰ بوده و از مجموع ۱۲۵ مورد اقدام در مردان، رده سنی ۳۰ تا ۴۰ به تعداد ۵۶ مورد بیشترین تعداد را در بر گرفته است و کمترین مورد مردان به تعداد ۵ مورد و رده سنی ۶۰ سال به بالا است (نمودار ۱).

نتایج پژوهش نشان داد تفاوت آماری خودکشی مردان و زنان زیاد است و نمودار میزان خودکشی موفق و خودکشی ناموفق در بین دو جنس همواره نامتقارن می‌باشد. ایران با حدود ۶ خودکشی در هر صد هزار نفر در سال، یکی از کشورهایی است که میزان خودکشی در آن نسبتاً پایین می‌باشد، ولی این روند رو به افزایش است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش خیردست و همکاران (۲۰۲۲)، مبنی بر میزان نرخ خودکشی در بین مردان بیشتر از زنان در ایران همسو است. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش بذرافشان و دلام (۱۳۹۹) که سن خودکشی را نوجوانان اعلام کرده بودند، در یک راستا نبوده و در این پژوهش طبق نمودار ۱ سن خودکشی در میان شهروندان تهرانی به بزرگسالان تغییر یافته است، اما با نتایج زورتا و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر نرخ خودکشی در بزرگسالان بیشتر است، همسو است. خطرات زیادی در اعزام به حوادث خودکشی برای آتش‌نشان و حتی خود فرد خودکشی کننده وجود دارد که می‌تواند آسیب‌های زیادی به جامعه‌ی آتش‌نشانی وارد کند. خطراتی مانند سقوط از ارتفاع، انتقال ایدز و هپاتیت و غیره. در این میان سازمان آتش‌نشانی سهم کوچکی در انجام این رسالت مهم داشته و در سال‌های اخیر در ایفای این نقش بسیار سربلند بوده است، بطوریکه در بسیاری از حوادث اعزام به خودکشی در کنار سایر عوامی اجرایی مانند نیروی انتظامی، اورژانس و اورژانس اجتماعی توانسته به این امر مهم فائق آمده و جان انسان‌های زیادی را نجات دهد.

در بررسی علل اقدام به خودکشی در این پژوهش نتایج نشان داد که اختلاف خانوادگی، مهم‌ترین عامل اقدام به خودکشی و مشکلات مالی، عاطفی و مسمومیت در بین اعضای خانواده به ترتیب اولویت قرار دارند که با نتایج پژوهش اسدیون و دلیری (۲۰۲۳) همسو است. همچنین در بررسی فراوانی علل تهدید به خودکشی نتایج نشان می‌دهد که مهم‌ترین عامل تهدید به خودکشی، اختلافات خانوادگی و عوامل عاطفی در بین اعضای خانواده کم‌اهمیت است (نمودار ۳). نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتایج کول و همکاران (۲۰۲۰) که گفته بودند مشروبات الکلی عمده علل خودکشی بوده، در تناقض است، چراکه در این پژوهش علل خودکشی اصلاً مشروبات الکلی نبوده است. در نتایج به‌دست‌آمده‌ی ارلنگسن و همکاران (۲۰۲۳)، مبنی

برافزایش نرخ خودکشی با پژوهش حاضر همسو است. در این پژوهش با توجه به بررسی آمار و اطلاعات اقدام به خودکشی (موفق و ناموفق) مجموعاً به تعداد ۱۰۳ مورد، بالاترین میزان نرخ خودکشی مربوط به منطقه ۵ شهرداری تهران با ۱۶ مورد ($P_{16}=0/15$) بیشترین تعداد و پایین‌ترین نرخ خودکشی به مناطق ۹، ۱۰، ۱۷، ۱۹ و ۲۱ هرکدام با یک مورد ($P=0/01$) کمترین تعداد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند. در حوادث تهدید به خودکشی به تعداد مجموعاً ۳۴۷ مورد، منطقه ۴ شهرداری تهران با ۳۳ مورد (۱۳٪) تهدید، بیشترین تعداد و منطقه ۹، ۱۷ و ۲۱ با ۳ مورد (۱٪) تهدید کمترین را به خود اختصاص داده‌اند (نمودار ۴). همچنین این پژوهش کمترین سن خودکشی در میان شهروندان تهرانی ۱۲ سال و بیشترین سن ۷۶ سال به‌دست‌آمده است که نشان از پراکندگی آمار خودکشی در سنین مختلف است. از محدودیت‌ها و چالش‌های پیش روی در پژوهش حاضر جهت بررسی علل اقدام و تهدید در حوادث خودکشی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: عدم دسترسی به افراد خودکشی‌کننده به علت عدم برقراری هر نوع ارتباط جهت اخذ اطلاعات، عدم وجود زبان و ساختار مشترک بین بخشی در اعزام کلیه نیروهای درگیر در عملیات مانند اورژانس اجتماعی، نیروی انتظامی، اورژانس و غیره، ترافیک و ازدحام جمعیت در هنگام عملیات نجات، بعد مسافت ایستگاه‌های نجات و عدم همکاری سازمان‌های متبوع در اخذ اطلاعات افراد خودکشی‌کننده. لذا در مرحله اول پیشنهاد می‌گردد که اقدامات اساسی در فرهنگ‌سازی حوادثی چون خودکشی در بین مردم انجام شود تا در هنگام بروز چنین حوادثی از ازدحام و ترافیک خودداری شود؛ پیشنهاد دوم ایجاد بستر اقتصادی مناسب توسط دولت که برخی از خودکشی‌ها به علت شرایط اقتصادی نامناسب بود. پیشنهاد سوم اشتغال‌زایی و ایجاد کار و شغل برای جوانان و ترغیب آن‌ها به ازدواج و پیشنهاد چهارم احداث مسیرهای ویژه در سطح شهر تهران جهت امداد رسانی با حداقل زمان رسیدن به محل حادثه می‌باشد.

منابع

- آقاجانی، سیف‌الله؛ صمدی‌فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۹). نقش باور فراشناختی، استرس ادراک شده و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌بینی افکار خودکشی نوجوانان پسر. *روان پرستاری*، ۸(۱)، ۲۹-۳۸.
- خالقیان، رضا؛ ابراهیمی‌مقدم، حسین؛ پوراابراهیم، تقی. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی هیجان‌مدار و آموزش شادی‌بخش لیوبومیرسکی بر امید به زندگی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۱۰)، ۹۹-۱۰۱.
- سالاری‌فر، محمدحسین؛ صالحی، منصور؛ سیارفرد، زینب. (۱۳۹۹). مطالعه‌ای اکتشافی درباره رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۱(۴۲)، ۹۷-۱۲۰.
- قدرتی، سولماز؛ تکلوی، سمیه؛ کاظمی، رضا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تکان‌شگری و نشخوارفکری مشترک در دانشجویان دارای افکار خودکشی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۱۰)، ۱۷۱-۱۸۰.
- متولیان، سیدمهدی؛ دوکوشکانی، فریما؛ یحیی‌زاده‌جلودار، سلیمان. (۱۳۹۹). مقایسه نارضایتی جوانان از کیفیت ارتباط با پدر و مادر و نقش آن در پیش‌بینی گرایش به سرقت، خشونت و خودکشی. *انتظام اجتماعی*، ۱۲(۳)، ۱-۲۶.
- محبی، زهرا؛ قمری‌گیوی، حسین؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ خدابخشی‌کولایی، آناهیتا. (۱۳۹۹). پدیدارشناسی تجربه خود آسبیدی بدون خودکشی در نوجوانان دختر دانش‌آموز. *سلامت اجتماعی*، ۷(۳)، ۲۶۵-۲۷۷.
- والی‌نژاد، آرزو؛ نعمت طاوسی، محترم؛ رضابخش، حسین؛ کراسکیان‌موجمناری، آدیس. (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای ادراک سربار بودن

و ایده‌پردازی خودکشی در رابطه بین تعارض والد-نوجوان با جرح خویشتن غیر خودکشی‌گرا. *روانشناسی*. ۱۲ (۱)، ۱۰۹-۱۲۰.

- Asadiyun, M., Daliri, S. (2023). Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Iran J Psychiatry*. 18(2), 191-212.
- Barr, N. (2024). Violence and suicide risk behavior in a nationally representative sample of youth aged 12-17: What does it mean to be at-risk? *Death Studies*, 1-9.
- Bond, A. E., Houtsma, C., Bryan, C. J., & Anestis, M. D. (2024). Self-Reported Likelihood of a Future Suicide Attempt: The Role of Plans for Suicide. *Archives of Suicide Research*, 1-11.
- Caro-Cañizares, I., Nuria Sánchez-Colorado, E., Juan J. (2024). Perceived Stressful Life Events and Suicide Risk in Adolescence: The Mediating Role of Perceived Family Functioning" *Behavioral Sciences*, 14, 1- 35.
- Damirchi, E. S., Kheirdast, A., Grjibovski, A. M., Khodabandehlou, E., & Pireinaladin, S. (2022). Performance appraisal of Tehran firefighting stations in attempted and threatening suicide with national and global standards (the first 6 months of 2018). *Iranian journal of public health*, 51(4), 946.
- Daniel, T., Peter, S. (2023). Bearman, Differential spatial-social accessibility to mental health care and suicide, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 120 (19).
- Erlangsen, A., Khan, M., Su, W., Alateeq, K., Charfi, F., Madsen, T., ... Saeed, K. (2023). Situation Analysis of Suicide and Self-Harm in the WHO Eastern Mediterranean Region. *Archives of Suicide Research*, 1-19.
- Fazel, S., Runeson, B. (2020). "Suicide". *New England Journal of Medicine*, 382 (3), 266-74.
- James, P., Murphy, R.S., Terry, L., Schell, N., Timothy, S. (2024). Relationships of State Alcohol Policy Environments with Homicides and Suicides, *American Journal of Preventive Medicine*, 9, 1-10.
- Levkovich, I., Elyoseph, Z. (2023). Suicide Risk Assessments Through the Eyes of ChatGPT-3.5 Versus ChatGPT-4: Vignette Study, *JMIR Ment Health*, 10, e51232.
- Liu, XQ., Wang, X. (2024). Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World J Psychiatry*. 14(4), 494-506.
- Mays, VM., Gareeb, M., Zhang, X., Nguyen, V., Rosenberg, J., Lin, Y., Arseniev-Koehler, A., Eliav, A., Foster, JG., Baumgardner, M, et al. (2024). Identifying Witnessed Suicides in National Violent Death Reporting System Narratives. *Healthcare*. 12(2), 209.
- Parchem, B., Rudo-Stern, J., Bratland, L., Molock, S. D., & Rider, G. N. (2024). Firearm Access and Socio-Structural Factors Related to Suicidality Among Youth With Diverse Sexual, Gender, and Racial Identities. *Archives of Suicide Research*, 1-21.
- Preventing suicide: a global imperative. WHO. 2014. pp. 7, 20, 40. ISBN 978-92-4-156477-9.
- Pritchard, T. R., Buckle, J. L., Thomassin, K., & Lewis, S. P. (2024). Rural Suicide: A Systematic Review and Recommendations. *Clinical Psychological Science*, 9-10.
- Rasmussen, S., Martin, B., & Cramer, R. J. (2024). Multidimensional Impulsivity and Suicidal Behaviour: A Partial Test of the Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 1-19.
- Reifels, L., Kryszinska, K., Andriessen, K. (2024). Suicide prevention during disasters and public health emergencies: a systematic review, *Frontiers in Public Health*, 12, 11-22.
- Samaa, K., Tyler, L., Norma, J. S., Kim, K., Mallory, H., Jacqueline, B., Corboy, J. A. (2024).

Hoffmann; Improving Documentation of Firearm Access During Pediatric Emergency Visits for Suicidal Ideation. *Pediatrics*; 153 (4): e2023063447.

- Villodas, ML. (2024). Suicidality and Non-Suicidal Self-Injury: A Narrative Review of Measurement, Risk, and Disparities among Minoritized and System-Involved Youth in the USA. *Children (Basel)*, 11(4), 466.
- Yi-Tseng, T., Tzu-Jung, C., Sriyani Padmalatha, K., Han-Chang, K., (2024). The impact of sleep disturbances on suicide risk among people living HIV: An eleven-year national cohort, *Journal of Affective Disorders*, 346, 122-132.