

خودکشی؛ تحلیل علل و راهکارهای پیشگیری

محسن حیدری^۱، حمیدرضا رادفر^۲، حسین فاتحی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت صنعتی دانشگاه آزاد فضیلت سمنان

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مدیریت بازرگانی بین‌المللی دانشگاه غیر انتفاعی ۱۲ فروردین قائمشهر

^۳ کارشناس رشته hse دانشگاه علمی کاربردی آتش نشانی و خدمات ایمنی شهرداری تهران

نام نویسنده مسئول:

حمیدرضا رادفر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۹

چکیده

مقاله حاضر به بررسی خودکشی (علل و راهکارهای پیشگیری) میپردازد. با توجه به ماهیت کیفی بودن تحقیق برای مطالعه روش تحلیل محتوا انتخاب شد. تحلیل محتوا یکی از مهمترین روش های تحقیق کیفی است که در پی شناخت اطلاعات به تحلیل آنها می پردازد. خودکشی یک پدیده چندعاملی پیچیده است که در نتیجه تعامل عوامل روانی، اجتماعی و زیست‌شناختی رخ می‌دهد این پژوهش نشان می‌دهد که گسست از پیوندهای اجتماعی و معنابخش هسته مرکزی این پدیده را تشکیل می‌دهد. عواملی مانند مشکلات خانوادگی (به‌ویژه تعارض والد-فرزند)، طلاق، بیکاری و سوء‌مصرف الکل با تضعیف شبکه‌های حمایتی، فرد را به سمت انزوا و ناامیدی سوق می‌دهند. همچنین پرخاشگری و اختلال در تنظیم هیجان به عنوان مکانیسم‌های روان‌شناختی، این فشارهای بیرونی را به درون فرد منتقل کرده و آسیب‌پذیری او را افزایش می‌دهند. در سطح زیست‌شناختی، کمبود ویتامین D به عنوان یک عامل خطر نوظهور، با تأثیر بر عملکرد مغز، توانایی مقابله با استرس را کاهش می‌دهد. همچنین، رسانه‌ها با عادی‌سازی و ارائه الگوهای تقلیدی، به‌ویژه در پوشش خودکشی افراد مشهور، می‌توانند اثر سرایت را تشدید کنند. در مقابل، عوامل محافظتی قدرتمندی شناسایی شده‌اند. پیوندهای خانوادگی پایدار، تعهدات مذهبی و مسئولیت‌پذیری ناشی از فرزندآوری با ایجاد حس تعلق و معنا، سپری در برابر خودکشی ایجاد می‌کنند. راهبرد مؤثر پیشگیری، رویکردی چندسطحی و یکپارچه است که شامل غربالگری همگانی به‌ویژه در نوجوانان، مداخلات روانی-اجتماعی برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و ترمیم روابط، سیاست‌های حمایتی برای کاهش فشارهای اقتصادی و آموزش مسئولیت‌پذیری رسانه‌ای می‌باشد. در نتیجه نجات یک جان، تنها با درمان فرد میسر نیست، بلکه مستلزم بازسازی شبکه‌های حمایتی در اطراف اوست.

واژگان کلیدی: خودکشی، افسردگی، پرخاشگری، خطر خودکشی.

مقدمه

خودکشی یک نگرانی عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است (Azizi H et al, 2021). در حال حاضر، خودکشی دومین علت مرگ و میر در میان جوانان ۱۵ تا ۲۹ سال در سطح جهانی می‌باشد (Azizi H et al, 2022) در سال‌های اخیر، خودکشی‌های نوجوانان در جهان توجه ویژه‌ای را جلب کرده است. در حالی که تعداد کل خودکشی‌ها در جهان از سال ۲۰۱۰ رو به کاهش بوده است، کاهش تعداد خودکشی‌های جوانان کند بوده و به‌ویژه تعداد خودکشی‌های نوجوانان ثابت مانده یا حتی افزایش یافته است. بنابراین، خودکشی‌های نوجوانان نسبتاً برجسته‌تر می‌شوند، حتی اگر تعداد خودکشی‌های نوجوانان کمتر از سایر گروه‌های سنی باشد. از آنجایی که خودکشی همچنین شایع‌ترین علت مرگ در میان نوجوانان جهان است، این دلیل دیگری است که خودکشی‌های نوجوانان توجه زیادی را به خود جلب می‌کند. خودکشی یک مشکل پیچیده و جدی در زمینه سلامت عمومی است. هر سال، بیش از ۷۰۰٬۰۰۰ نفر در سراسر جهان جان خود را به دلیل خودکشی از دست می‌دهند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۱). علاوه بر این، نرخ خودکشی در دو دهه گذشته ۳۰٪ افزایش یافته است و تأثیر این افزایش فراتر از افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یا توسط خودکشی می‌میرند، می‌رود؛ اعضای خانواده افرادی که بر اثر خودکشی می‌میرند نیز با کاهش رفاه روانی و اقتصادی مواجه می‌شوند، خودکشی ارتباط شدیدی با اختلالات خلقی دارد، به‌ویژه با اختلالات دوقطبی و افسردگی عمده شدید یا مالیخولیایی، و احتمال وقوع آن به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان و در همراهی با سوء مصرف مواد افزایش می‌یابد (Simon and Hales, 2012; Plemmons et al., 2018). یک جنبه قابل توجه از رفتار خودکشی مرتبط با اختلالات عمده روانی این است که نسبت نتایج مرگبار تلاش‌های خودکشی بسیار بالاتر از جمعیت عمومی است. نسبت نرخ‌های تلاش‌ها/خودکشی‌ها (A/S) می‌تواند به عنوان شاخصی از مرگباری عمل کند (Baldessarini et al., 2019).

اهمیت و ضرورت پژوهش

خودکشی یک پدیده پیچیده و چندعاملی است. یافته‌های کنونی نشان‌دهنده طیف گسترده‌ای از عوامل پیش‌زمینه‌ای و تسریع‌کننده مرتبط با خودکشی هستند که از نظر قدرت ارتباط آنها تفاوت‌های قابل‌توجهی وجود دارد (Pirkis J et al, 2024). به عنوان مثال، یک متاآنالیز تأیید کرد که عوامل بالینی مانند بیماری‌های روانی و سابقه آسیب به خود با نسبت شانس (OR) به ترتیب ۱۳.۱ و ۱۰.۱، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های خودکشی هستند (Favril L et al, 2022). علاوه بر عوامل خطر بالینی، وضعیت اجتماعی-جمعیتی، سابقه خانوادگی و وقایع منفی و پرتنش زندگی نیز از دیگر حوزه‌های مرتبط با خطر خودکشی هستند (Probert-L et al, 2020). با وجود تلاش‌های قابل توجه جهانی در زمینه پیشگیری، خودکشی همچنان یکی از علل اصلی مرگ و میر در میان نوجوانان باقی مانده است (Hill RM et al, 2021). به طور کلی، نوجوانی دوره‌ای از رشد است که با تغییرات اجتماعی قابل توجهی همراه است، از جمله تکیه بیشتر بر حمایت همسالان، شکل‌گیری روابط عاشقانه نوظهور و افزایش خودمختاری (Wray-Lake L et al, 2016). برای برخی افراد، این تغییرات باعث ایجاد استرس می‌شود که ممکن است به افزایش بروز اختلالات خلقی و تلاش‌های خودکشی در دوران نوجوانی کمک کند. بنابراین، نظریه‌های پیشرو در زمینه خودکشی کوشیده‌اند تا روشن کنند چگونه عوامل استرس‌زا و ریسک‌های مرتبط، ظهور افکار و رفتارهای خودکشی (STB) را تسهیل می‌کنند (Kirshenbaum, J. S et al, 2024) چندین نظریه خودکشی مسیریایی از ایده‌های خودکشی تا رفتارهای خودکشی را عملیاتی کرده‌اند. شناخته‌شده‌ترین نظریه‌ها برای بررسی مسیرهای «از ایده تا عمل» در جمعیت نوجوانان شامل نظریه بین‌فردی خودکشی (IPTS)، مدل انگیزشی-ارادی یکپارچه (IMV)؛ و نظریه سه مرحله‌ای (3ST)، هستند.

طبق نظر IPTS، حضور همزمان احساس تعلق ناکام، بار سنگینی که فرد احساس می‌کند و ناامیدی نسبت به وضعیت‌های بین‌فردی منجر به ایجاد تمایل شدید و فعال به خودکشی می‌شود، و لازم است افراد ترس کمی از مرگ داشته باشند و تحمل درد بالایی داشته باشند تا به رفتار خودکشی منتقل شوند (Van Orden KA et al, 2010).

مدل IMV یک مدل سه‌مرحله‌ای است که عوامل زمینه‌ای و رویدادهای محرک (مرحله پیش‌انگیزشی) را که آسیب‌پذیری برای افکار خودکشی را افزایش می‌دهند، مشخص می‌کند. افکار و نیت خودکشی از طریق سازه‌های شکست و گرفتار شدن شکل

می‌گیرد، و گذار به رفتار خودکشی به عوامل ارادی بستگی دارد که شامل اما محدود به عوامل توانمندی ذکر شده در IPTS می‌شود (O'Connor RC et al, 2011).

نظریه‌ای که اخیراً توسعه یافته، 3ST، نیازمند حضور همزمان درد و ناامیدی برای کمک به تفکر خودکشی است، که تنها زمانی شدت می‌یابد که درد بر احساس ارتباط غلبه کند. مشابه سایر نظریه‌ها، توانایی عمل بر افکار خودکشی منجر به تلاش‌های خودکشی می‌شود به طور کلی، این مدل‌ها ابتدا در بزرگسالان توسعه یافته و آزمایش شده و بعداً به جمعیت نوجوانان تعمیم داده شدند. با این حال، تفاوت‌های مهم بین جوانان و بزرگسالان در حوزه بین‌فردی، عاطفی-اجتماعی و رشد عصبی وجود دارد که ممکن است بر این مدل‌ها تأثیر بگذارند (Klonsky ED et al, 2015).

روش پژوهش

برای گردآوری داده‌ها، از تکنیک اسنادی و کتابخانه‌ای استفاده می‌شود و با رجوع به منابع مرتبط در این زمینه تلاش می‌شود تا ابعاد مختلف موضوع شناسایی و بیان شود برای تحلیل داده‌ها نیز از روش کیفی استفاده شده است. لذا هر چیزی قابل محتوا است و هر پدیده‌ای تحلیلی می‌تواند محتوا شود در تحلیل محتوای کیفی مفاهیمی وجود دارد که در متن بسیار به آن اشاره می‌شود. از جمله این مفاهیم محتوای آشکار و نهفته واحد تحلیل، واحد معنا، فشردگی خلاصه سازی حیطه محتوا کد طبقه و تم است. هنگامی که متن با جنبه‌هایی از محتوا سر و کار دارد، اجزایی آشکار را توصیف می‌کند و بر عکس زمانی که متن با جنبه‌های ارتباطی محتوا سر و کار دارد و تحلیل گر درگیر تفسیر معانی متن است به تحلیل محتوای نهفته اشاره می‌شود. واحد تحلیل شامل تنوع وسیعی از نمونه‌های مطالعه است. در واقع جامعه و یا هر عبارت یا کلمه نوشته شده در متن نسخه برداری شده می‌تواند به عنوان واحد تحلیل مورد توجه قرار گیرد. واحد معنای کلمات یا عباراتی هستند که به معنای اصلی مربوط هستند. منظور از تنزل یا فشردگی کم کردن اندازه متن بدون تغییر در کیفیت آنچه در متن وجود دارد و خلاصه سازی فرایند کوتاه کردن متن است؛ در حالی که هسته اصلی متن حفظ شود. حیطه محتوا بخشی از متن بر اساس فرضیه‌ها و یا بخش‌هایی از متن است که به عنوان خاصی در یک راهنمای مصاحبه و یا مشاهده اشاره دارد کد بر چسب واحدی معنایی است و طبقه گروهی از محتوا است که اشتراکات را به مشارکت می‌گذارد. در واقع هسته اصلی شکل تحلیل محتوای کیفی طبقات است و سرانجام تم را یک باز رخداد منظم در یک طبقه معرفی می‌کنند (ادیب حاج باقری و همکاران، ۱۳۸۶: ۲۵۶).

یافته‌های پژوهش

عوامل موثر بر خودکشی

خانواده

یکی از ویژگی‌های نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، تأثیرات قوی خانواده‌هایشان بوده است. در مقایسه با اقدام‌کنندگان به خودکشی در بیست سالگی، تعداد کمتری از نوجوانان تنها زندگی می‌کردند و بیشترشان با خانواده خود زندگی می‌کردند. علاوه بر این، نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی درصد کمتری از کسانی را که مشکلات مالی داشتند شامل می‌شوند، در حالی که درصد بیشتری از کسانی که مشکلات خانوادگی داشتند، به‌ویژه روابط والدین و فرزندان، در میانشان دیده می‌شد. مشکلات خانوادگی تأثیر قابل توجهی بر نوجوانانی که اقدام به خودکشی کرده‌اند دارد، مشکلات خانوادگی، به‌ویژه روابط والد و فرزند، علت و انگیزه‌ای برای خودکشی آنها بوده است، در مطالعه روان‌شناختی مرگ توسط لی و همکاران در کره جنوبی، یک کشور آسیایی، تعارض با مادر نیز به عنوان محرک اخیر در خودکشی‌های نوجوانان شناسایی شد (Lee YJ et al 2024). اگرچه خودآزاری غیرخودکشی، ما و همکارانش دخالت بیش از حد مادر را به عنوان یک عامل خطر در پژوهشی روی دانش‌آموزان مدارس متوسطه در چین، که آن هم یک کشور آسیایی است، گزارش کردند (Ma S et al, 2024). همچنین تصور می‌شود که رابطه والد-فرزند یک عامل خطر مهم برای نوجوانانی است که اقدام به خودکشی می‌کنند پیشنهاد شده است که نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است به دلیل مشکلات محیطی و تضادهایی که در ناتوانی در فرار از آنها وجود دارد، دست به خودکشی زده باشند. روشن شده

است که نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند دارای ویژگی‌ها و عوامل پیش‌زمینه‌ای منحصر به فرد هستند و مهم است که هنگام اتخاذ تدابیر برای پیشگیری از خودکشی نوجوانان، این موارد را مدنظر قرار داد (Narishige, R et al, 2024).

از زمان کار پیشگامانه دورکیم (۱۹۶۶/۱۸۹۷)، دو نهاد اجتماعی اصلی جامعه، خانواده و دین، موضوع بسیاری از پژوهش‌های جامعه‌شناختی در زمینه خودکشی بوده‌اند. این نهادها به این معنا مرتبط هستند که هر دو می‌توانند برای مقابله با تمایل بالقوه انسان به خودمحو‌ری یا خوددرگیری عمل کنند (دورکیم، ۱۹۶۶/۱۸۹۷). ازدواج می‌تواند، به عنوان مثال، تفکر درباره نیازهای همسر و فرزندان و خدمت به آنها را تقویت کند. سیستم‌های دینی نیز می‌توانند از طریق اعمال محدودیت بر رفتار و ترویج مجموعه‌ای از هنجارها و رفتارهای دینی، خودمحو‌ری را کاهش دهند. علاوه بر این، افرادی که در این نهادها مشارکت دارند معمولاً سلامت روان بهتری دارند (Koenig et al., 2012)، مفهومی که عموماً به عنوان عاملی محافظ در برابر خودکشی دیده می‌شود. افراد مطلقه سطح بالاتری از عوامل خطر خودکشی‌زا نسبت به جمعیت عمومی داشته‌اند و نرخ خودکشی بالاتری از افراد متأهل داشته‌اند (Denney et al., 2015). این عوامل خطر شامل سطح افسردگی ۴۰٪ بالاتر، سطح بیماری بالاتر ۵۲٪ بالاتر برای مردان، ۴۳٪ بالاتر برای زنان، فشارهای مالی بیشتر به دلیل نیاز به حمایت از دو خانه به جای فقط یک خانه، و سوءمصرف بیشتر الکل است (Stack, S., 2021). یک فراتحلیل از ۱۷۰ یافته موجود در ۳۶ مطالعه مستقل از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ نشان داد که به طور متوسط، خطر خودکشی برای مردان مطلقه ۴۰۸ برابر بیشتر از مردان متأهل و خطر خودکشی برای زنان مطلقه ۲۹۶ برابر بیشتر از زنان متأهل بود (Kyung-Sook et al., 2018). تحقیقات اخیرتر به طور کلی ارتباط بین طلاق در خط پایه و افزایش خطر خودکشی در پیگیری را تأیید کرده‌اند.

پرخاشگری

پرخاشگری در ترکیب با تنظیم احساسات با خطر خودکشی مرتبط است. پرخاشگری یک صفت رفتاری است که با اعمالی مشخص می‌شود که هدف آن‌ها آسیب رساندن یا اعمال تسلط است. این رفتار می‌تواند به سرعت و بدون فکر قبلی پدیدار شود یا از طریق اقدامات برنامه‌ریزی شده و عمدی نشان داده شود. جالب اینجاست که افرادی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده‌اند، درجات بالایی از پرخاشگری را گزارش کرده‌اند، همان‌طور که با پرسشنامه پرخاشگری باس-پری اندازه‌گیری شده است (Doihara et al., 2008). سطح پرخاشگری، افرادی که سابقه تلاش برای خودکشی و اختلال شخصیت مرزی (BPD) دارند با افرادی که چنین سابقه‌ای ندارند متمایز است، و افرادی که تلاش به خودکشی کرده بودند، سطح بالاتری از پرخاشگری نشان دادند. پرخاشگری همچنین با حجم و فعالیت مغز در افرادی که در معرض خطر خودکشی هستند مرتبط دانسته شده است. برای مثال، مشخص شد که شرکت‌کنندگانی با اختلال دوقطبی و سطوح بالای پرخاشگری، حجم ماده خاکستری کمتری در قشر اوربیتوفرونتال و اینسولا دارند (Drachman et al., 2022). به عنوان مثال، افرادی که هم اختلال شخصیت مرزی (BPD) و هم اختلال افسردگی اساسی (MDD) داشتند، نسبت به افرادی که تنها MDD داشتند، دفعات بیشتری از تلاش‌های خودکشی در طول زندگی و سطوح بالاتری از پرخاشگری و خصومت را تجربه کردند که عمدتاً توسط درگیری‌های بین فردی تحریک می‌شد (Brodsky et al., 2006)، علائم رفتارهای پرخاشگری واکنشی افزایش یافته، مانند اعمال بی‌پروا و عصبانیت نسبت به تهدیدها، در افرادی با این شرایط توأم به‌طور قابل توجهی بارزتر بود. این رابطه بین افزایش خطر خودکشی و پرخاشگری واکنشی ممکن است ناشی از اختلال در تنظیم هیجانی باشد (Long et al., 2014).

کمبود ویتامین D

کمبود ویتامین D به عنوان یک عامل خطر یا تسهیل‌کننده خطر خودکشی و رفتارهای خودکشی (SBs)، همچنین ایجاد افکار خودکشی (SI)، گزارش شده است (Yuan M et al, 2023). ویتامین D بر عملکرد مغز تأثیر می‌گذارد. رونویسی بیش از ۱۰۰۰ ژن شناخته شده است که توسط ویتامین D کنترل می‌شود و می‌تواند به اثرات نوروتروفیک و نورومحافظتی که بر SB تأثیر می‌گذارند، کمک کند (Yu, J., M et al, 2025). چندین مطالعه، رابطه بین SBs یا علائم افسردگی و سطوح پایین ویتامین D را شناسایی کرده‌اند (Lian RH et al, 2021). شواهد نشان داده است که برخی از افرادی که به خودکشی می‌میرند، کسانی

هستند که سطوح ویتامین D آنها پایین تر است (Brenner LA et al 2020). در مطالعه‌ای بر روی ۱۵۷,۲۱۱ سرباز سالم کره‌ای، کسانی که سطح سرمی ویتامین D آنها کمتر از ۱۰ نانوگرم بر میلی‌لیتر بود، با خطر قابل توجهی برای افکار خودکشی مواجه شدند (Kim SY et al , 2020). در یک مطالعه مورد-شاهدی، گروه مورد شامل افراد با تلاش‌های خودکشی (SAs) و گروه کنترل شامل افرادی بدون SAs بود؛ میانگین سطح ویتامین D در گروه خودکشی به‌طور قابل توجهی کمتر از گروه کنترل بود. بین سطح ویتامین D، وجود بیماری روانی، و تلاش‌های قبلی خودکشی رابطه‌ای از نظر آماری معنی‌دار وجود داشت (Lavigne JE et al , 2023). سطوح ویتامین D در بیماران دارای اختلالات خودکشی (SBs) پایین تر است. این یافته‌ها می‌توانند برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، به ویژه برای گروه‌های هدفی که کمبود قابل توجه ویتامین D دارند، را راهنمایی کنند (Yu, J., M et al , 2025).

الکل

مصرف و سوءمصرف الکل از عوامل مهم خطر خودکشی هستند، با مکانیزم‌های احتمالی شامل کاهش مهار، تکانشگری، اختلال در قضاوت، انزوای اجتماعی و افسردگی (Pompili M et al , 2010). ادبیات علمی تمایز بین خطری که ناشی از مصرف حاد الکل است و اختلال مصرف الکل (یعنی مصرف مزمن که معیارهای تشخیصی را برآورده می‌کند) قائل می‌شود. مطالعات گروهی نشان داده‌اند که مصرف الکل معمولاً پیش از رفتار خودکشی رخ می‌دهد؛ یک متاآنالیز از ۳۰ مطالعه گروهی نسبت خطر ۱/۶۵ برای خودکشی و ۲/۱۰ برای تلاش‌های خودکشی مرتبط با مصرف الکل به طور کلی نشان داد. اختلال مصرف الکل نیز به شدت با خودکشی مرتبط است؛ یک متاآنالیز دیگر نسبت خطر ۳/۲۳ برای خودکشی در افراد مبتلا به این اختلال یافت. بیشتر مطالعات در مورد رابطه بین مصرف حاد الکل و اختلال مصرف الکل و خودکشی در کشورهای با درآمد بالا (HICs) انجام شده‌اند، اما شواهد همچنین نشان می‌دهد که مصرف حاد الکل و اختلال مصرف الکل با خودکشی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط (LMICs) نیز مرتبط هستند. تجزیه و تحلیل داده‌های نظرسنجی ملی نماینده ۳۳۶'۲۸۷ شرکت‌کننده در ۵۵ کشور LMIC نشان داد که ۶۳٪ مردان و ۳۷٪ زنان درگیر نوشیدن شدید و دوره‌ای هستند (Xu Y et al , 2022).

رسانه‌ها

رسانه‌ها، از جمله کانال‌هایی مانند روزنامه‌ها، رادیو، تلویزیون، فیلم‌های سینمایی و اینترنت، تعریف‌های فرهنگی از رفتارها از جمله خودکشی ارائه می‌دهند. داستان‌هایی که درباره خودکشی در رسانه‌ها منتشر می‌شوند، به نوعی تبلیغ برای خودکشی هستند. آنها اغلب نشان می‌دهند که افرادی مشکل‌دار در جامعه وجود دارند که مرگ را به زندگی ترجیح می‌دهند. شدت آگاهی یا شناسایی اعضای در معرض خطر یا آسیب‌پذیر جامعه با الگوهای رفتاری در داستان‌های خودکشی مبتنی بر رسانه، احتمال سرایت یا تقلید خودکشی را افزایش می‌دهد (Stack, 2020). این که مخاطبان رسانه پیام‌های موجود در داستان‌های خودکشی را در برنامه‌ریزی رفتار خودکشی خود در نظر می‌گیرند، از مصاحبه‌ها با افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، مشهود است. به عنوان مثال، ۷۷.۲٪ از افراد اقدام‌کننده به خودکشی گزارش داده‌اند که اطلاعات آن‌ها درباره روش‌های خودکشی از کانال‌های رسانه‌ای شامل فیلم‌های سینمایی و تلویزیون به دست آمده است (Stack et al, 2017).

در میان دسته‌بندی‌های مدل‌های خودکشی واقعی، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اثرات سرایت خودکشی بیشتر احتمال دارد پس از خودکشی افراد مشهور رخ دهد تا افراد عادی. در بزرگ‌ترین بررسی شواهد تا به امروز، تحلیلی از ۴۱۹ یافته موجود در ۵۵ مطالعه نشان داد که مطالعاتی که تأثیر یک شخصیت سیاسی یا سرگرمی را بررسی کرده‌اند، ۵.۲۷ برابر بیشتر احتمال دارد که اثر تقلید را پیدا کنند نسبت به سایر مطالعات (Stack, S., 2021). این موضوع با نظریه کلاسیک تقلید گابریل تارد مطابقت دارد که پیشنهاد می‌کند افراد به طور کلی تمایل بیشتری به تقلید رفتارها و ارزش‌های بزرگان خود نسبت به افراد عادی دارند. این موضوع همچنین با تحقیقات کلاسیک نشان می‌دهد که این دو دسته خودکشی افراد مشهور بیشترین احتمال را دارند که با افزایش خودکشی در دوره ۱۹۴۸-۱۹۸۳ مرتب باشند. یک فراتحلیل اخیر از مجموعه‌ای شامل ۲۰ مطالعه (Niederkrötenenthaler et al., 2020) نشان داد که خطر خودکشی پس از گزارش رسانه‌ای خودکشی یک فرد مشهور، ۱۳٪ افزایش یافته است (بسیاری از این موارد مربوط به افراد مشهور در حوزه سرگرمی بودند). مطالعه‌ای اخیر درباره تأثیر پوشش گسترده خودکشی بازیگر بسیار

مشهور، رابین ویلیامز، نشان داد که پس از مرگ وی که به طور گسترده‌ای رسانه‌ای شد، میزان خودکشی‌ها در هفته‌های بعد ۹.۸۵٪ افزایش یافته است. (Fink et al., 2018)

بیکاری

بیکاری می‌تواند خطر خودکشی را از طریق مکانیزم‌هایی چون افزایش فشارهای مالی و از دست دادن معناها و ارتباطات انسانی در محل کار افزایش دهد. داده‌های سطح فردی به‌طور کلی نشان‌دهنده یک ارتباط معنادار بین بیکاری و خطر خودکشی است. در مطالعه ملی طولی مرگ و میر، مجموعه گسترده‌ای از شاخص‌های اجتماعی-جمعیت‌شناختی در خط پایه اندازه‌گیری شدند. پس از سه سال پیگیری، مردان بیکار ۲.۳ برابر بیشتر از هم‌تایان شاغل خود احتمال داشت با خودکشی جان خود را از دست بدهند، اما این ارتباط در پیگیری‌های پنج و نه ساله بی‌اهمیت شد. شاید وضعیت اقتصادی این گروه با گذر زمان بهبود یافته بود. برای زنان، این ارتباط در طول زمان ثابت بود و خطر نسبی در دو سال ۲۵.۱۹، در پنج سال ۳.۸۵ و هنوز در نه سال پس از اندازه‌گیری‌های پایه ۳.۰۶ برابر بیشتر از زنان شاغل بود (Stack, S., 2021). دنی و همکاران، ۲۰۱۵ دریافتند که افراد بیکار پس از اعمال تعدیلات برای عوامل اجتماعی-اقتصادی مخدوش‌کننده، ۴۵٪ خطر بیشتری برای مرگ به دلیل خودکشی نسبت به افراد شاغل دارند.

پیشگیری از خودکشی

گمان می‌رود که دین از طریق چندین مسیر، خطر خودکشی را کاهش دهد. نظریه تعهد دینی استدلال می‌کند که پایبندی به چند باور و عمل کلیدی دینی باید خطر خودکشی را کاهش دهد به عنوان مثال، باور به زندگی پس از مرگ خوشبخت می‌تواند به کاهش رنج انسانی در زمین کمک کند، از جمله رنج ناشی از فقر، مرگ عزیزان، طلاق و بیماری. علاوه بر این، مروری بر بیش از ۱۰۰۰ مقاله درباره دین و سلامت نشان داد که هرچه مذهبی بودن بیشتر باشد، عوامل خطر روانی برای خودکشی از جمله افسردگی، ناامیدی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر و اضطراب کمتر است. (Koenig et al., 2012).

استدلال شد که والدینی که فرزند دارند، نرخ نسبتاً پایینی از خودکشی خواهند داشت زیرا فرزندان به عنوان محافظی در برابر خودخواهی یا خودفرورفتگی عمل می‌کنند. به طور کلی، والدین می‌توانند خود را در نیازهای فرزندان غرق کنند، به امور آنها بیندیشند و برای جوانان کار انجام دهند و بدین ترتیب کمتر درگیر اضطراب خود باشند. به طور کلی، ثابت شده است که فرزندان عامل محافظتی در برابر خودکشی هستند (Stack, S., 2021). حضور فرزندان به عنوان یک عامل حفاظتی شناسایی شد. افراد متأهل با فرزند ۴۸٪ کمتر از افراد مجرد و افراد غیرمتأهل با فرزند ۲۲٪ کمتر از افراد مجرد احتمال داشتند در پی‌گیری به خودکشی منجر شود (Denney, 2010). شواهدی مبنی بر وجود تأثیر جنسیتی وجود دارد. در دانمارک، در یک مطالعه بر روی ۹۰۱۱ مورد خودکشی، هیچ مدرکی دال بر این که مردان دارای فرزند نرخ خودکشی کمتری نسبت به مردان بدون فرزند دارند وجود نداشت. با این حال، زنانی که فرزند داشتند نسبت به هم‌تایان خود ریسک نسبی (RR) کمتری برای مرگ به دلیل خودکشی داشتند. با داشتن یک فرزند، RR ۲۵٪ کمتر بود، با دو فرزند ۳۲٪ کمتر و با سه یا بیشتر ۴۴٪ کمتر، و بدین ترتیب یک الگوی پاسخ دوزی را دنبال می‌کرد. (Agerbo, 2011)

غربالگری خطر خودکشی در جوانان این پتانسیل را دارد که جان‌ها را نجات دهد، زمانی که به عنوان یکی از اجزای مسیر بالینی که شامل ارزیابی‌های بیشتر و ارجاع برای درمان است، اجرا شود. شواهد رو به رشدی در مورد قدرت ابزارهای موجود برای غربالگری خطر خودکشی وجود دارد (Brent DA et al, 2023) و یک اجماع وجود دارد مبنی بر اینکه غربالگری جهانی برای خطر خودکشی جوانان می‌تواند به‌طور مؤثری در بخش‌های اورژانس و سایر محیط‌های بهداشتی اجرا شود (Hamilton JG et al, 2023). غربالگری همگانی برای خطر خودکشی در بین نوجوانان در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی توصیه می‌شود. این روش، خطراتی که قبلاً شناسایی نشده‌اند را با هزینه معقول تشخیص می‌دهد. در مورد مداخلات درمانی، تحقیقات بیشتری لازم است تا زیرگروه‌هایی از نوجوانان که ممکن است از مداخلات خاص بهره‌مند شوند شناسایی شوند و این مداخلات برای افزایش اثربخشی به شکلی شخصی‌سازی شوند که در محیط‌های واقعی قابل اجرا و مقیاس‌پذیر باشد. در نهایت، تحقیقات علائم هشداردهنده حاد

یا نزدیک به اقدام به خودکشی در نوجوانان را شناسایی کرده‌اند و توصیه می‌شود که این اطلاعات به طور گسترده در دسترس قرار گیرد (King, C. A et al, 2025).

نتیجه گیری

خودکشی را نمی‌توان به یک علت واحد تقلیل داد، بلکه باید آن را به عنوان نقطه اوج نهایی یک طوفان کامل از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در نظر گرفت که در آن، فرد در مواجهه با رنجی غیرقابل تحمل، راه حل را در نابودی خویش جستجو می‌کند. از منظر جامعه‌شناختی و با بازخوانی نظریه دورکیم، نهادهای سنتی خانواده، دین و کار، که نقش "چسب اجتماعی" را ایفا می‌کنند، در دنیای مدرن تضعیف شده‌اند. مشکلات خانوادگی (به‌ویژه تعارض والد-فرزند)، طلاق و بیکاری، همگی اشکالی از "گسست و از دست دادن تعلق" هستند. این گسست‌ها فرد را به سمت انزوا، خودمحوری و از دست دادن حس معنا سوق می‌دهد. در مقابل، عوامل محافظتی قدرتمندی مانند ازدواج پایدار، فرزندآوری و باورهای مذهبی، با ایجاد دلبستگی عاطفی، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و ارائه یک چارچوب معنایی برای رنج، این پیوندها را تقویت کرده و "خود" را در مرکز یک شبکه حمایتی قرار می‌دهند. در سطح فردی و روان‌شناختی، این گسست‌های اجتماعی به درون فرد راه می‌یابند و به شکل اختلال در تنظیم هیجان و پرخاشگری ظاهر می‌شوند. پرخاشگری در اینجا تنها معطوف به بیرون نیست، بلکه وقتی فرد قادر به مدیریت خشم، ناامیدی و درد عاطفی ناشی از تعارضات بین فردی نیست، این انرژی تخریبی می‌تواند به درون ریخته شده و به صورت افکار و اقدامات خودکشی تجلی یابد. این فرآیند به وضوح در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی دیده می‌شود که در آنها تکانشگری و بی‌ثباتی هیجانی، خطر خودکشی را به شدت افزایش می‌دهد. حتی در سطح زیست‌شناختی نیز می‌توان ردپای این "گسست" را مشاهده کرد. کمبود ویتامین D، که به عنوان یک هورمون نورواستروئید عمل می‌کند، می‌تواند با اختلال در عملکرد مغز، مکانیسم‌های نوروپلاستیستی و محافظت عصبی را تضعیف کند. این امر فرد را در مواجهه با استرس‌های روانی-اجتماعی، آسیب‌پذیرتر ساخته و توانایی آن را برای مقابله سالم با رنج کاهش می‌دهد. به طور مشابه، سوءمصرف الکل با تضعیف قضاوت، افزایش تکانشگری و تشدید افسردگی، آخرین موانع بازدارنده در برابر عمل خودکشی را از بین می‌برد. در عصر حاضر، رسانه‌ها به عنوان یک نهاد اجتماعی نوظهور، می‌توانند نقش یک شمشیر دو لبه را ایفا کنند. از یک سو، با عادی‌سازی و حتی قهرمان‌سازی خودکشی (به‌ویژه در مورد افراد مشهور)، می‌توانند یک "الگوی رفتاری" برای افراد آسیب‌پذیر ارائه دهند و اثر "تقلید" یا سرایت را دامن بزنند. این امر به ویژه زمانی خطرناک است که فرد پیش‌ازاین، به دلیل عوامل دیگر، پیوندهایش با زندگی سست شده باشد. در نهایت، راه حل مقابله با این پدیده پیچیده نیز باید هم‌زمان در همه این سطوح عمل کند. غربالگری جهانی در محیط‌های بهداشتی، یک استراتژی ضروری برای شناسایی زودهنگام افرادی است که در سکوت رنج می‌کشند. با این حال، این غربالگری تنها زمانی مؤثر خواهد بود که به یک مسیر بالینی یکپارچه ختم شود که شامل مداخلات روانی برای تقویت تنظیم هیجان، خانواده‌درمانی برای ترمیم پیوندهای گسسته، مداخلات اجتماعی برای حمایت از بیکاران و افراد مطلقه، و حتی توجه به سلامت فیزیکی (مانند جبران کمبود ویتامین D) باشد. به بیان ساده‌تر، پیشگیری از خودکشی، تنها مشاوره دادن به یک فرد نیست؛ بلکه بازسازی شبکه‌های معنابخش و حمایتی در اطراف اوست. این کار مستلزم یک عزم جمعی است که از درون خانواده شروع شده و تا نظام‌های سلامت، سیاست‌های اجتماعی و رسانه‌ها گسترده می‌شود.

منابع و مراجع

- 1) Azizi H, Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaili ED, Mirzapour M. Outcomes of community-based suicide prevention program in primary health care of Iran. *Int J Ment Heal Syst*. 2021;15:1–11.
- 2) Azizi H, Esmaili ED, Khodamoradi F, Sarbazi E. Effective suicide prevention strategies in primary healthcare settings: a systematic review. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29(1):101
- 3) Pirkis J, Bantjes J, Dandona R, Knipe D, Pitman A, Robinson J, Silverman M, Hawton K. Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *Lancet Public Health*. 2024;9(10):e816–24
- 4) Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health*. 2022;25(4):148–55.
- 5) Probert-Lindström S, Berge J, Westrin Å, Öjehagen A, Pavulans KS. Long term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*. 2020;10(10): e038794.
- 6) Yu, J., Mohammad, S. N., Khachatryan, L. G., Mohammed, J. S., Menon, S. V., Kaur, M., Sapaev, I., Jabir, M. S., Hussein, B., & Azizi, H. (2025). Risk of suicide, suicide attempt, and suicidal ideation among people with vitamin D deficiency: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06613-w>
- 7) Yuan M, Li Y, Chang J, Zhang X, Wang S, Cao L, Li Y, Wang G, Su P. Vitamin D and suicidality: a Chinese early adolescent cohort and Mendelian randomization study. *Epidemiol Psychiatric Sci*. 2023;32: e52.
- 8) Lian RH, Qi PA, Yuan T, Yan PJ, Qiu WW, Wei Y, Hu YG, Yang KH, Yi B. Systematic review and meta-analysis of vitamin D deficiency in different pregnancy on preterm birth: deficiency in middle pregnancy might be at risk. *Medicine*. 2021;100(24):e26303.
- 9) Brenner LA, Streeten EA, Turecki G, Dwivedi Y. Increased brain vitamin D receptor expression and decreased expression of cathelicidin anti microbial peptide in individuals who died by suicide. *J Psychiatr Res*. 2020;125:75–84.
- 10) Kim SY, Jeon SW, Lim WJ, Oh KS, Shin DW, Cho SJ, Park JH, Kim YH, Shin YC. Vitamin D deficiency and suicidal ideation: a cross-sectional study of 157,211 healthy adults. *J Psychosom Res*. 2020;134:110125.
- 11) Lavigne JE, Gibbons JB. The association between vitamin D serum levels, supplementation, and suicide attempts and intentional self-harm. *PLoS ONE*. 2023;18(2):e0279166.
- 12) Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide ideation and attempts in a pediatric emergency department before and during COVID-19. *Pediatrics*. 2021;147:e2020029280.
- 13) Wray-Lake L, Syvertsen AK, Flanagan CA. Developmental change in social responsibility during adolescence: an ecological perspective. *Dev Psychol*. 2016;52:130.
- 14) Kirshenbaum, J. S., Pagliaccio, D., Bitran, A., Xu, E., & Auerbach, R. P. (2024). Why do adolescents attempt suicide? Insights from leading ideation-to-action suicide theories: A systematic review. *Translational Psychiatry*, 14, 266. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-02914-y>
- 15) Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117:575.
- 16) O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, editors. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2011, p. 181–98.
- 17) Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8:114–29.
- 18) Brent DA, et al. Prediction of suicide attempts and suicide-related events among adolescents seen in emergency departments. *JAMA Netw Open*. 2023;6(2):e2255986–2255986.
- 19) Hamilton JG, et al. Developing the blueprint for youth suicide prevention. *J Public Health Manage Pract*. 2023;29(5):E214–22.
- 20) King, C. A., Harness, J., Arango, A., & Czyz, E. (2025). Suicide Prevention in Youth. *Current Psychiatry Reports*, 27, 500–508. <https://doi.org/10.1007/s11920-025-01620-w>

- 21) Narishige, R., Otaka, Y., & Tateno, A. (2024). Characteristics of Japanese teenage suicide attempters: A retrospective study comparing suicide attempters with young adults. *BMC Psychiatry*, 24, 774. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06234-9>
- 22) Lee YJ, Kweon YS, Kang YH, Yoon KH, Lee MS, Bhang SY, Hong HJ. Suicide warning signs that are challenging to recognize: a psychological autopsy study of Korean adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2024;18(1):41.
- 23) Ma S, Su Z. Current status of nonsuicidal injuries and associated factors among junior high school students in Hainan Province, China: a cross-sectional study. *BMC Psychol*. 2023;11(1):199.
- 24) Doihara, C., Kawanishi, C., Yamada, T., Sato, R., Hasegawa, H., Furuno, T., ..., & Hirayasu, Y. (2008). Trait aggression in suicide attempters: A pilot study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(3), 352–354. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01804.x>
- 25) Drachman, R., Colic, L., Sankar, A., Spencer, L., Goldman, D. A., Villa, L. M., ..., & Blumberg, H. P. (2022). Rethinking “aggression” and impulsivity in bipolar disorder: Risk, clinical and brain circuitry features. *Journal of Affective Disorders*, 303, 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.047>
- 26) Long, K., Felton, J. W., Lilienfeld, S. O., & Lejuez, C. W. (2014). The role of emotion regulation in the relations between psychopathy factors and impulsive and premeditated aggression. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 390–396.
- 27) Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 313–322.
- 28) Xu Y, Geldsetzer P, Manne-Goehler J, et al. The socioeconomic gradient of alcohol use: an analysis of nationally representative survey data from 55 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2022; 10: e1268–80.
- 29) Pompili M, Serafini G, Innamorati M, et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7: 1392–431.
- 30) Fink, D.S., Santaella-Tenorio, J., Keyes, K.M., 2018. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the U.S. *PLoS One* 13 (2) e0191405.
- 31) Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., et al., 2020. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and Meta-analysis. *Br. Med. J.* 368, m575.
- 32) Stack, S., 2017. Explaining the gender paradox: The utility of social factors. In: Paper Presented at the Annual Meetings of the American Association of Suicidology, April 28. Phoenix, Arizona.
- 33) Stack, S., 2020. Media guidelines and suicide: A critical review. *Soc. Sci. Med.* 262, 112690.
- 34) Koenig, H.G., King, D.E., Carson, V.B., 2012. *Handbook of Religion and Health*, Second ed. Oxford University Press, Oxford.
- 35) Denney, J.T., 2010. Family and household formations and suicide in the U.S. *J. Marriage Fam.* 72 (2), 202–213.
- 36) Agerbo, E., Stack, S., Petersen, L., 2011. Social integration and suicide: Denmark, 1906- 2006. *Soc. Sci. J.* 48, 630–640.
- 37) Kyung-Sook, W., Sang Soo, S., Sangjin, S., Young-Jeon, S., 2018. Marital status integration and suicide: a meta-analysis and meta-regression. *Soc. Sci. Med.* 197, 116–126.
- 38) Koenig, H.G., King, D.E., Carson, V.B., 2012. *Handbook of Religion and Health*, Second ed. Oxford University Press, Oxford.
- 39) Denney, J.T., Wadsworth, T., Rogers, R., Pampel, F., 2015. Suicide in the city: do characteristics of place really influence risk? *Soc. Sci. Q.* 26 (2), 313–329.
- 40) Stack, S. (2021). Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*, 152, 10649. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.10649>