

به نام خدا

گزارش مراسم بزرگداشت روز جهانی بهداشت روان

برگزار کنندگان :

مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا

و

مؤسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان

۱۸ مهر ماه ۱۳۸۵

مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا کارگاهی با عنوان "**زنان و خودکشی**" برگزار کرد.

برای بزرگداشت روز جهانی بهداشت روان (۱۰ اکتبر) ، مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا در هجدهم مهر ماه ۱۳۸۵ ، کارگاهی تحت عنوان "**زنان و خودکشی**" برگزار کرد. این کارگاه نیم روزه در محل مؤسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان برگزار شد.

مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا در جهت حصول به اهداف ذیل ، این کارگاه را برگزار نمود :

• اهداف کلی :

- ترویج برنامه های آموزشی و افزایش آگاهی عموم در تأکید بر نقش بیماریهای روانی در بروز خودکشی زنان .
- شناسایی عوامل فرهنگی ، اجتماعی مؤثر بر خودکشی و بررسی شیوه های مؤثر در پیشگیری از آن .

• اهداف اختصاصی :

افزایش آگاهی شرکت کنندگان در کارگاه درباره :

- وضعیت خودکشی زنان در ایران ، دلایل و نشانه های بیمارگون خودکشی و شیوه کنترل آن ،
- تأثیر عوامل اجتماعی - فرهنگی و خانوادگی مؤثر بر خودکشی زنان ،
- تأثیر بیماری های روانی بر خودکشی زنان و شیوه های جلوگیری و درمان .

در این کارگاه بالغ بر هشتاد نفر از سازمانهای غیردولتی ، صاحب نظران ، اساتید دانشگاه ها، خبرنگاران ، کارشناسان و علاقمندان حضور یافتند تا در راستای اهداف کارگاه ، به بحث و گفتگو پردازند و در جهت پیشگیری از خودکشی زنان چاره جویی کنند .

در این کارگاه خانم دکتر ضیایی (رئیس مؤسسه و مرکز) ، آقایان ؛ دکتر حسن زاده (روانپزشک) ، دکتر یوسفی (روانپزشک) و دکتر بوالهروی (روانپزشک) و دکتر خوشرو (جامعه شناس) پیرامون ابعاد مختلف مؤثر بر خودکشی زنان (فرهنگی ، اجتماعی ، خانوادگی ، روانی ، مذهبی و معنوی) مطالبی را ایراد نمودند .

خانم دکتر ضیایی پس از خیرمقدم و خوش آمدگویی به حاضرین ، به ارائه سرفصلها و آمار مهم مرتبط با خودکشی زنان در سطح ملی و بین المللی پرداختند و اظهار داشتند : سازمان بهداشت جهان ، توجه خود را بر بزرگترین مشکل بهداشت عمومی

یعنی خودکشی و نقش عوامل مختلف مؤثر در بروز آن متمرکز ساخته است. بیماری های روانی صرفاً به خودکشی ختم نمی شوند. بنابراین، شناسایی عوامل تأثیر گذار دیگری چون مسائل مذهبی، اقتصادی، اجتماعی و بیولوژیکی علاوه بر عوامل شخصیتی و روانی در بروز خودکشی مهم هستند. بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، سالانه بیش از یک میلیون نفر در نتیجه خودکشی جان می بازند، یعنی در هر ۴۰ ثانیه یک خودکشی. خودکشی مختص به سن خاصی نیست و طبق برآورد سازمان پزشکی قانونی بیشتر جوانان دست به خودکشی می زنند. چنانچه علائم خودکشی شناخته شود، قابل پیشگیری است. علائم کلامی، از شایع ترین علائم است، خصوصاً اگر با انزوا، طرد، افسردگی، عدم موفقیت در زندگی، اعتیاد، شرب خمر و فقر روبه رو باشند. خودکشی مبین یک درد غیر قابل درمان نیست. خودکشی فریادی است برای کمک خواهی. هدف از برگزاری این کارگاه نگاهی چند سویه (مسائل مذهبی، روانپزشکی، اقتصادی و اجتماعی) به پدیده خودکشی در میان زنان است.

خانم دکتر ضیایی؛ در پایان سخنرانی کوتاه خود به بیان سرفصلهای مهم هریک از سخنرانان پرداختند. ایشان تأکید نمودند که بخشی از زمان هر یک از سخنرانان به پرسش و پاسخ اختصاص دارد و در پایان وقت را به آقای دکتر حسن زاده واگذار کردند.

آقای دکتر حسن زاده پس از تبریک روز جهانی بهداشت روان به همگان، به بررسی وضعیت خودکشی در میان زنان و علائم و نشانه های بیمارگون آن پرداختند:

آقای کوفی عنان گفتند که آمار خودکشی بیش از آمار قتل در جنگ است. خودکشی پدیده ای فراگیر از زمان پیدایش انسان بوده، همانگونه که قتل از زمان هابیل و قابیل وجود داشته است. خودکشی مسئله ای فراگیر ولی مغفول بوده است، چراکه سالانه یک میلیون نفر خودکشی می کنند. لازم است تا به تعریف دو واژه خودکشی و اقدام به خودکشی پردازم. در گذشته، موارد منجر به مرگ اقدام به خودکشی را، خودکشی موفق می نامیدند. در حالیکه امروزه واژه خودکشی مؤفق دیگر مطرود شده است (هرچند هم چنان از این اصطلاح غلط استفاده می شود). کسی که خودکشی می کند، انسان موفق نبوده است. کسانی که دست به خودکشی می زنند، در واقع اقدام به خودکشی کرده اند و کسانی که در نتیجه این پدیده فوت می کنند، خودکشی کرده اند. در سراسر دنیا، اقدام به خودکشی، ۱۰ تا ۲۰ برابر خودکشی است.

ایشان در پاسخ به این پرسش که **"چرا خانواده ها از بیان خودکشی یکی از اعضای خود عاجزند؟"** شرم را به عنوان یکی از عوامل اصلی مطرح نمودند. در کشور ما، بعضاً، کسانی که فوت می کنند جوانانی هستند که خودکشی می کنند و خودکشی دومین علت مرگ محسوب می شود. در برابر هر مرد، سه زن فوت می کند و زنان بیشتر در نتیجه خودکشی فوت می کنند. کشور ما، پس از چین و هندوستان، سومین کشوری است که در آن زنان به خودکشی روی می آورند. آمار خودسوزی در غرب کشور بیشتر است و به طور کلی ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد خودسوزی ها در بین زنان گزارش شده است. اگر چه بین ایدز و خودکشی رابطه ای وجود دارد ولی آنقدر که درباره ایدز تبلیغات گسترده ای وجود دارد، در جهت پیشگیری از خودکشی تبلیغی صورت نمی گیرد. درج خبری چون؛ **"جوانی خود را به علت شکست در عشق، کشت"** می تواند موجی از خودکشی را در پیش داشته باشد {نکته برای کارکنان رسانه های خبری و خبرنگاران: **از درج و بزرگ نمایی خبر خودکشی افراد، شدیداً، پرهیز کنید!** ثابت شده است که خبر خودکشی در روزنامه ها و مجلات، ممکن است باعث افزایش موارد آن در جامعه گردد}.

خودکشی قابل پیشگیری است و می توان با مخارج اندک و حتی مشاوره نمودن از بروز آن جلوگیری کرد.

ایشان در ادامه به عوامل مؤثر بر خودکشی اشاره کردند :

- **عوامل اجتماعی - فرهنگی** : آمار خودکشی در جوامعی که شاهد تغییرات سریعی می باشند ، بالا می رود . چنین نیز همانند کشور ما با تغییرات سریعی روبه رو است . خودکشی در بین جوانان اسکیمویی نیز بسیار رایج است . از بین رفتن باورهای گذشته ، نسل جدید اسکیموها را با احساس گم گشتگی و بی هویتی روبه رو کرده است . در هندوستان ، مراسمی با عنوان suttee مرسوم است که بر اساس آن اگر مردی بمیرد ، همسرش نیز باید خود را با او دفن کند . در غیر اینصورت ، جامعه او را سرزنش و متهم به بی وفایی می کند . گاهی خودکشی جنبه سیاسی پیدا می کند . در ویتنام ، در جریان جنگ جهانی ، گروه هایی به عنوان اعتراض ، اقدام به خودکشی می کردند . **فرهنگ مردسالاری** در غرب ایران ، زنان را با این احساس روبه رو می سازد که از حقوقی برخوردار نیستند . در چنین جوامعی ، برادر شوهر یا سایر مردان خانواده ، اجازه دارند زن را کتک بزنند و اساساً برای زنان ارزش و اعتبار انسانی ، قایل نیستند .

- **عوامل بیولوژیکی** : به عنوان یکی از عوامل بیولوژیکی مهم ، می توان به واسطه ی شیمیایی **سروتونین** اشاره کرد که در مغز ترشح می شود . یافته ها نشان می دهد که ترشح سروتونین در افرادی که خودکشی می کنند ، کمتر است . خودکشی می تواند جنبه ژنتیک داشته باشد . ژن مرتبط با خودکشی ممکن است مستقلاً عمل کند . در روانپزشکی نمی توان گفت ژنی غالب است یا مغلوب . عوامل ژنتیک به محیط فردبستگی دارند ، به عبارت دیگر عوامل روانی و اجتماعی ، در کنار عوامل زیستی ، می توانند زمینه ساز خودکشی در افراد گردد . یافته های دیگری که هنوز به اثبات نرسیده است ، نشان می دهد کاهش سطح کلسترول خون ، ممکن است با افزایش خطر خودکشی همراه باشد .

- **عوامل روانی** : باید به این مسئله توجه کرد که تمام کسانی که دست به خودکشی می زنند ، قصد مردن ندارند . در واقع ، اقدام به خودکشی ، معلولی است که علل زیادی می تواند داشته باشد . عده ای به علت جلب توجه ، قدرت نمایی یا انتقام گیری اقدام به خودکشی می کنند . به هر حال ، هدف هرچه باشد ، ممکن است منجر به مرگ شود . یکی از عوامل مؤثر روانی ، شیوه های انتشار خبر خودکشی است . یکبار یکی از روزنامه ها نوشت : " فردی با این تعداد قرص خودکشی کرد " . هر چیزی نباید نوشته شود . پرهیز از انگ زنی و توجه به سابقه خانوادگی در خودکشی از عوامل بسیار مهم در روند پیشگیری از خودکشی است .

آقای دکتر حسن زاده در ادامه سخنان خود به **راه های مؤثر در پیشگیری و کنترل خودکشی** اشاره نمودند :

ماباید در ارتباط با خودکشی ، شرم زدایی کنیم و رسانه ها در این مورد مسئولیتی مهم بر دوش دارند . گاه گفته می شود که افراد بی عرضه یا بی اعتقاد اقدام به خودکشی می کنند . در واقع بین خودکشی و این صفات رابطه ای وجود ندارد . کسی که به خودکشی دست می زند ، احساس می کند که در یک تله افتاده است و هیچ را گریزی ندارد . بنابراین تنها راه گریز را مرگ می داند . این شخص ، به نزدیک بینی روانی (دید تونلی) مبتلاء شده است . دایره دید چنین فردی بسیار کوچک و تنگ است و لذا تنها به مرگ می اندیشد . در پیشگیری از خودکشی ، همگان باید کمک کنند . برای انگ زدایی می توان از افرادی که با خودکشی دست و پنجه نرم می کنند ، دعوت کرد تا در اینگونه مجالس شرکت کرده و صحبت کنند . هنگامی که آقای

احمدی نژاد با یک فرد مبتلاء به ایدز دست دادند در واقع انگک زدایی کردند. به این افراد به چشم افرادی دردمند نگاه کنیم. پس وقت آن رسیده است که **یک سازمان غیردولتی** در پیشگیری از خودکشی تشکیل دهیم، چرا که عبادت به جز خدمت خلق نیست و نجات یک انسان، خدمت بزرگی است.

اما خودکشی چگونه قابل پیشگیری است؟

باید علائم هشدار دهنده آن را شناخت. **اگر کسی گفت که می خواهد خودش را بکشد، باید آن را جدی گرفت.** اگر احساس کنیم که رفتار فردی دچار تغییر در رفتار است همانند کم حرفی، گوشه گیری، افت تحصیلی یا شغلی، یا حرفهای مأیوس کننده را مرتباً تکرار می کند همچون، "آخرش کی چی؟ دیگه به آخر رسیده ام، کاش می مردم!، روزی صد بار آرزوی مرگ می کنم!"، باید بلافاصله وی را به افراد متخصص معرفی کنیم. نیازی به نصیحت نیست. اگر چنین فردی را نصیحت کنیم در حقیقت "شریک در قتل" محسوب می شویم. به اعتقاد روانشناسان، ۹۰ درصد این افراد به هنگام خودکشی، اختلالی شدید در حد جنون دارند.

ایشان با پرداختن به ضرورت نقش رسانه ها در پیشگیری یا بروز خودکشی تأکید نمودند که:

در رسانه ها نباید قهرمان سازی کرد. رسانه ها نباید برای فروش بالا، فریب دهنده باشند و با آب و تاب به مسئله خودکشی بپردازد. تحقیقات نشان داده است که پس از درج خبر خودکشی فردی که از وجهه معروف و محبوبی برخوردار است، آمار خودکشی به شدت بالا رفته است. بنابراین، **جزئیات مرتبط با خودکشی نباید در رسانه ها درج شود** و از پخش آن، به ویژه به صورت مستقیم در تلویزیون باید جلوگیری شود. گاه رسانه ها فقط به بعد سیاسی مسئله توجه دارند و پیامدهای روانی و غیره را نادیده می گیرند.

ایشان در پایان وقت سخنرانی خود از **عوامل محافظت کننده در برابر خودکشی** به: ۱- ایمان به خدا، ۲- وجود امید در زندگی (مانند کودک در منزل) و ۳- حمایت های اجتماعی، اشاره کردند و در جمع بندی کلی مطالب خود گفتند که:

بازماندگان خودکشی فراموش شده اند. تحقیقات، بیشتر معطوف به فردی است که خودکشی کرده، در حالی که **بازماندگان خودکشی با "داغ دوبله" روبه رو هستند.** داغ دوبله بدین معنا است که این بازماندگان از سوایی با غم از دست دادن عزیزان خود روبه رو هستند و از سوی دیگر قادر نیستند تا به خاطر شرم، علت مرگ عزیزان خود را به دیگران توضیح دهند. پس باید شرم زدایی کرد. آنها با خطر اقدام به خودکشی در کودک دوم و سوم نیز به دلیل وجود ژن خودکشی روبه رو هستند و بنابراین **آموزش مهارت های زندگی** همانند آموزش حل مساله، حل تعارض، رویارویی با استرس و... بسیار مهم است و باید در دروس تحصیلی گنجانده شود.

کودکستان و مدرسه، مکان بسیار مهمی برای آموزش مهارت های زندگی است.

در پایان سخنرانی دکتر حسن زاده، خانم دکتر ضیایی در پاسخ به این پرسش: "زنان به تنهایی در بروز خودکشی سهیم نیستند و عواملی چون خشونت علیه زنان و نفی حقوق آنان بسیار مهم است، پس چه باید کرد؟"، تصریح نمودند که:

پرداختن به معضل خودکشی یک امر همه جانبه است. خودکشی بیش از سایر نقاط ایران در کهگیلویه و بویر احمد، کردستان و لرستان رخ می دهد و سپس بیشترین آمار خودکشی، با توجه به پژوهشی بر یک جمعیت دوازده هزار نفری در سال ۱۳۸۳، به بوشهر و خوزستان باز می گردد. میزان بهداشت و سواد شاخصی برای سنجش توسعه یافتگی نیروی انسانی است و توسعه یافتگی کشورها نیز با توسعه یافتگی نیروی انسانی سنجیده می شود. بنابراین به علت پائین بودن شاخص بهداشت و سواد در

مناطق غرب ایران، خودکشی در مناطق بومی نشین، قبیله ای و عشایری بیشتر است. **باورهای غلط و میزان حمایت‌های اجتماعی در بروز خودکشی زنان، سهمی به سزا دارند.** شایسته است در زمینه بهداشت و آموزش در مناطق کمتر توسعه یافته تلاش مضاعف به عمل آید.

سپس آقای دکتر یوسفی پیرامون رابطه خودکشی و بیماری‌های روانی سخنرانی کرد. ایشان با اشاره به مفهومی از قرآن کریم که می‌گوید: **"اگر جانی را نجات دهید، ملتی را نجات داده اید"**، تأکید کردند که خودکشی، امری اورژانسی است. کمتر انسانی است که راجع به مرگ و زندگی فکر نکرده باشد. بنابراین خودکشی مسئله ای غریب و مختص به افراد خاصی نیست. خودکشی دارای یک پیوستار (طیف) است. این پیوستار از افکار خودکشی گذرا، شروع شده و با خودکشی به پایان می‌رسد. این افکار بسیار شایع هستند و به خودکشی می‌توانند ختم شوند. میزان افکار خودکشی بسیار بیشتر از اقدام به خودکشی و خودکشی است.

ایشان در ادامه، به بیماری‌های روانی به عنوان عوامل خطر روانپزشکی اشاره کردند و پس از دسته بندی هر کدام، علائم و نشانه های هر یک را با مختصر توضیحی نام بردند:

علائم و نشانه های افسردگی: ۱- خلق افسرده ۲- لذت نبردن از زندگی یا فعالیتهای زندگی بخش ۳- عدم تمرکز و

حواس پرتی ۴- ناتوانی در تفکر و تصمیم گیری ۵- بی انگیزه بودن ۶- اختلالات خواب و اشتها ۷- احساس گناه و ناتوانی ۸- خستگی و ضعف شدید و ۹- ناامیدی ۱۰- افکار مرگ و خودکشی

یکی از شکایات شایع در زنان ایرانی، شکایت از خستگی و ضعف شدید یا دردهای پراکنده ی جسمانی است. این زنان، یا افسردگی و نشانه های آن را نمی‌شناسند یا نمی‌دانند که به احساسات درونی خود چه نامی دهند. از این رو، ناخودآگاه، با دردهای متعدد در بدن مراجعه می‌کنند که علت فیزیکی مشخصی برای آنها کشف نمی‌شود. در حالی‌که علت اصلی چنین دردهایی می‌تواند افسردگی باشد. افسردگی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است به طوری که از آن به عنوان **"سرماخوردگی روانی"** نام می‌برند. شیوع افسردگی در زنان، دو برابر مردان است و از شایعترین اختلالات در موارد خودکشی محسوب می‌شود. دوره درمان به دفعات تکرار بیماری بستگی دارد.

اختلالات وابسته به مواد: ۱- در مردان شایعتر است، ۲- از معضلات اساسی جامعه ماست، ۳- ابتلاء به اعتیاد، عامل

خطر برای خودکشی است. در تعریف اعتیاد می‌توان گفت **که اعتیاد یک بیماری مزمن شدیداً عود کننده است.** دکتر یوسفی با طرح این سؤال که: آیا اعتیاد قابل درمان است؟ گفتند که اعتیاد درمان پذیر است اما این درمان فوق العاده دشوار و چند جانبه است.

اختلالات اضطرابی: گاه افراد با علائمی چون؛ تنگی نفس، احساس خفگی و درد قفسه سینه روبه رو می‌شوند و به

پزشک متخصص قلب نیز رجوع می‌کنند. در حقیقت علت واقعی این مشکلات، استرس و اضطراب شدید است.

اختلال اسکیزوفرنیا: در این اختلال، مرز خیال و واقعیت به هم می‌خورد. افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، دچار توهم و

هذیان می‌شوند و افکار و خیالات آنها، به نظرشان واقعی می‌آید. توهم به معنای ادراکاتی است که محرکی ندارند.

هذیان هم یعنی افکار غلط که تطابق با فرهنگ فرد ندارند و با استدلال برطرف نمی‌شوند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

، درست زمانی که متوجه می شوند ، بیمار هستند ، یعنی در دوران بهبود ، خودکشی می کنند چون در نتیجه ادراک این واقعیت که دچار اسکیزوفرنیا شده اند ، افسردگی پیدا می کنند . ۱۵ درصد این بیماران در اثر خودکشی جان می سپارند .

اختلالات شخصیت : ۱- این اختلال به معنای اختلال شدید در اندیشه ، احساس و رفتار است که باعث آزار رسانی به خود یا دیگران می شود . **۲-** اختلال شخصیت مرزی و ضد اجتماعی در خودکشی شایع است . **۳-** این افراد جزء مراجعین دشوار محسوب می شوند .

بسیاری از کسانی که خودکشی می کنند ، قبل از مرگ درباره این مسئله با پزشک یا مراقب خود صحبت کرده اند.

بنابراین به عوامل خطر اشاره می کنم .

عوامل خطر به معنای این نیست که هر کسی این عوامل را داشته باشد ، خودش را می کشد بلکه خطر خودکشی را افزایش میدهد . عوامل خطر عبارتند از : **۱-** بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می کنند (غیر کشنده) زنان هستند ، هم در آمار جهانی و هم در آمار مرتبط با کشورمان ، **۲-** اما مردان بیش از زنان خودکشی می کنند . یکی از توجیحات این است که معمولاً روش مردان در مقایسه با زنان برای خودکشی ، خشن تر است همانند استفاده از اسلحه و دارزدن ، **۳-** مهم ترین پیش بینی کننده خودکشی ، **سابقه اقدام قبلی** است . زنان **۲ تا ۳ برابر** ، بیشتر از مردان به خودکشی اقدام می کنند در حالیکه مردان **۲ تا ۳ برابر** بیشتر از زنان خودکشی می کنند . لذا اگر درباره خودکشی (به ویژه با اقدام قبلی) چاره اندیشی نشود ، احتمال تکرار آن بیشتر می شود .

دکتر یوسفی در ادامه سخنان خود ، به عوامل مؤثر در بروز خودکشی اشاره کردند :

• عوامل خطر روانی :

ناتوانی در حل مسائل بین فردی : تعارضات و اختلالات در روابط با دیگران ، در افراد ایجاد ناتوانی ، حقارت و ضعف می کند و زمینه را برای ابتلاء به افسردگی و نهایتاً خودکشی مستعد می سازد .

ضعف مهارتهای سازگاری : مهارتهای سازگاری به ما کمک می کنند تا بدانیم که با استرسهای زندگی همچون تعویض مدرسه یا مهاجرت و ایجاد تغییرات در شرایط زندگی ، چگونه روبه رو شویم . جای آموزش مهارتهای زندگی خالی است . به کودکان باید آموزش داد هیچ انسانی نیست که استرس نداشته باشد و تعارض را تجربه نکرده باشد . انسانهای موفق کسانی نیستند که حتماً از طبقه اجتماعی بالا و ثروت برخوردار باشند . بلکه کسانی موفق اند که از چالش ها و مشکلات روزمره ، می گذرند و تسلیم نمی شوند .

جالب است بدانید حتی در مرفه ترین کشورها ، همانند کشورهای اسکانندیناویا (سوئد ، اسکاتلند ، دانمارک ...) خودکشی به طور شایع رخ می دهد . بیشترین آمار خودکشی در اروپا ، متعلق به کشورهای اسکانندیناویا ، آلمان ، سوئیس و اتریش است به طوریکه این منطقه ، کمربند خودکشی نام گرفته است .

رفتارهای انفجاری یا تکانشگری : خیلی از افراد پس از نجات از خودکشی ، به شدت پشیمان می شوند . در واقع آنها تحت رفتارهای انفجاری خود اقدام به خودکشی کرده اند .

سابقه سوء رفتار روانی، جسمی یا جنسی: سوء رفتار به خصوص در سنین کودکی رایج تر است که می تواند زمینه ساز اختلالات و خودکشی شود.

سابقه خانوادگی خودکشی: که همانند الگوهای خانوادگی می تواند زمینه ساز خودکشی محسوب شود.

• عوامل محیطی - اجتماعی:

- ۱- از دست دادن شخص یا رابطه عاطفی، ۲- بیکاری، مشکلات اقتصادی و فقر، ۳- مشکلات در محل کار یا تحصیل،
- ۴- خودکشی در اطرافیان یا دوستان، ۵- نبود حمایت‌های اجتماعی (خودکشی فریادی است برای کمک خواهی)،
- ۶- تنهایی و انزوا، ۷- عدم دسترسی به مشاوره و درمان، ۸- تأثیر رسانه ها (که منجر به سرایت خودکشی می شود. چرا که خودکشی بسیار مسری است).

باورهای نادرستی درباره خودکشی وجود دارد

که عبارتند از:

۱- افراد ناگهان و بدون مقدمه اقدام به خودکشی می کنند (باور غلط)
اصطلاح "اتوپسی" در روانپزشکی بدان معناست که با همکاران، دوستان و خانواده فردی که خودکشی کرده، صحبت می کنند تا به علل خودکشی او پی ببرند. در بسیاری از این افراد، سابقه ی اظهاراتی مبنی بر تمایل به انجام خودکشی وجود داشته است.

۲- کسانی که درباره خودکشی حرف می زنند، خود را نمی کشند. (باور غلط)

لازم است تهدید به خودکشی را جدی بگیریم.

۳- گاه یک شکست یا اتفاق کوچک می تواند به خودکشی منجر شود (باور غلط).

۴- به کسانی که می خواهند خودکشی کنند، نمی توان کمک کرد (باور غلط).

۵- خودکشی در برخی خانواده های خاص رخ می دهد و خطری متوجه سایر خانواده ها نیست (باور غلط).

۶- از افراد افسرده و نا امید نباید درباره خودکشی، چیزی پرسید، چون باعث تشویق آنها به این کار می شود (باور غلط).

ایشان در پاسخ به سؤال یکی از شرکت کنندگان که پرسیده بود "به هنگام رو به رو شدن با فردی که اقدام به خودکشی کرده است چه باید کرد؟"، گفتند: قدم اول، آرام سازی محیط و مداخله در بحران و عدم سرزنش فرد اقدام کننده است. قدم دوم، شناسایی تعارضات و حل آنهاست. می توان به فرد کمک کرد تا راههای دیگری را به غیر از خودکشی برای حل مشکل خود بیابد.

در ادامه مباحث دکتر بوالهروی تحت عنوان " نقش مذهب، معنویت و روانپزشکی: کاربردهای درمانی و پژوهشی " سخنرانی کردند و ضرورت و اهمیت موضوع را اینگونه تشریح نمودند:

معنویت و مذهب، موضوع جدیدی در ۳۰ سال گذشته در جهان است که به پیشگیری از افکار، رفتار و اقدام به خودکشی نظر دارد. چندین هزار گزارش و مقاله درباره نقش معنویت، عرفان و مذهب در خودکشی وجود دارد. هدف از بحث امروز نیز بررسی نقش مذهب و معنویت بر خودکشی است. این بحث بیشتر از طریق روانشناسان و روانپزشکان در ۱۰ الی ۱۵ سال اخیر به شدت مطرح شده است. می‌خواهم از هر می صحبت کنم که کوه یخ یا هرم خودکشی نام دارد. قسمتی از این هرم در بالای آب وجود دارد که از ۴ بخش: خودکشی، اقدام به خودکشی، نقشه یا طرح خودکشی و افکار خودکشی تشکیل شده است. افکار خودکشی حجم بیشتری از این قسمت را به خود اختصاص داده است. زیرا آب قسمتی وجود دارد که شامل عواملی چون افسردگی، امید یا ناامیدی، انگیزش، آرامش، معنویت، حمایت و انسانیت می‌باشد. شیوع افسردگی در زنان، ۲ تا ۳ برابر بیش از مردان است. توجه کنید این است که هر افسرده‌ای را با خطر خودکشی مصادف بدانیم. هنگامی که فردی به افسردگی دچار می‌شود، احتمالاً مشکلی در امید، انگیزش و غیره در وی پیش آمده است. با فرو ریختن هویت، چیزی جز افسردگی گریبانگیر فرد نمی‌شود. تحقیقاتی که در حیطه معنویت و مذهب شده است، نقش آن را در پیشگیری از افسردگی و خودکشی نشان می‌دهد. ما فقط قله این کوه یخی را می‌بینیم که خودکشی است و عوامل زیر ساز و زمینه‌ای آن را نمی‌بینیم. کونینگ (Koenig) کسی است که در حیطه مذهب و معنویت و نقش آن در پیشگیری از خودکشی مطالعات بسیار کرده و کتب بیشماری را به چاپ رسانده است. دکتر بوالهروی سپس به تعریف دو واژه مذهب و معنویت پرداختند:

انسانیت و گرایش‌های انسانی انسانها، بعدی از معنویت و معنویت نیز بعدی از مذهب است. فرد می‌تواند معنوی باشد اما مذهبی نباشد. مذهب، باور رفتارهای اعتقادی، مراسم، گرایش و رویکردهای مذهبی را شامل می‌شود که توسط یک نهاد یا رهبر مذهبی هدایت می‌شود. کونینگ با بررسی بعد مذهبی و معنوی افراد مسن بستری در بیمارستانی، این آمار را ارائه داده است: ۸۸٪ افراد دارای بعد مذهبی و معنوی، ۷٪ دارای بعد معنوی و نه مذهبی، ۳٪ دارای بعد مذهبی و نه معنوی و ۳٪ هیچگونه تعلق خاطری به این دو بعد نداشتند. کونینگ برای اولین بار متوجه شد که افراد مسن در اواخر عمر خود دارای گرایش‌های افکارهای مذهبی و معنوی بیشتری می‌شوند. کونینگ معتقد است که نمی‌توان ابعاد انسانگرایی، معنویت و مذهب را از هم جدا کرد. مشابه با این تحقیق را در چین، ایران و کشورهای دیگر نیز انجام داده‌اند. حتی در لایک‌ترین کشورها همانند چین و آمریکا، گرایش‌های معنوی بالاتر از ۸۰٪ است. بنابراین آقای کونینگ نتیجه می‌گیرد که انسانها به دلایل بسیار زیادی همچون دلایل مذهبی با تغییرات ناشی از استرس‌ها و مشکلات و معضلات سازگار می‌شوند. در پاسخ به این سؤال که: "مذهب چگونه بر سازگاری افراد اثربخش است؟" می‌توان گفت که مذهب به دلیل اعطای این عوامل در سازگاری افراد مؤثر است:

۱- دیدگاه مثبت و احساس خوش بینی

۲- معنا و هدف

۳- یکپارچگی و انسجام روانی

۴- امید و نگرش

۵- قدرتمندی شخصی

۶- احساس کنترل (مثلاً از طریق دعا . منظور از احساس کنترل این است که آیا فرد اراده ای برای حل مشکلات دارد یا خیر ؟
احساس کنترل بحث وسیعی در زندگی است . آنهایی که از درون احساس کنترل دارند ، توانمند هستند و افرادی که دارای منبع
کنترل برونی هستند ، به خودکشی روی می آورند) ،

۷- الگویی برای تحمل ،

۸- قدرت تصمیم گیری برای کاهش استرس ،

۹- پاسخ به پرسشهای غایی و اساسی ،

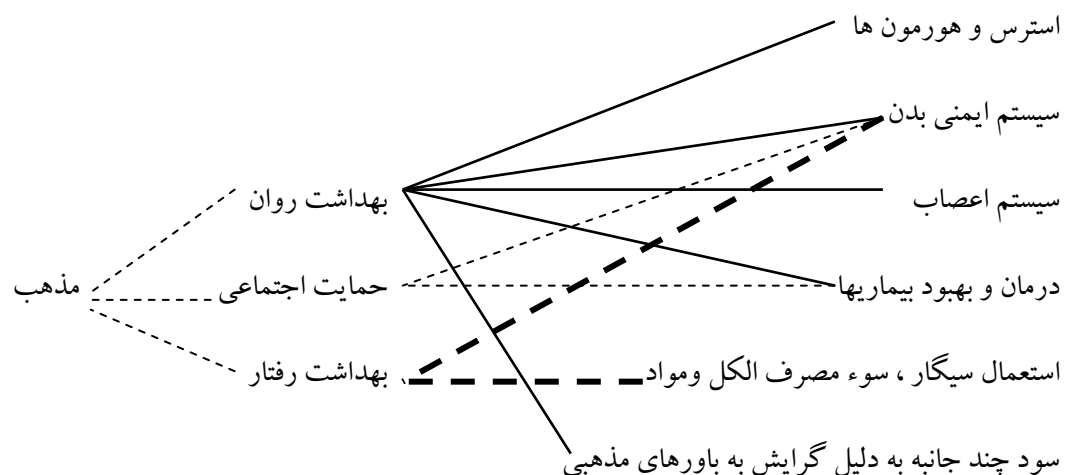
۱۰- حمایت اجتماعی (هم انسانی و هم الهی) .

دکتر خوشرو در ادامه گفتند که تمام این مباحث با آن کوه یخی یا هرم در ارتباط است . مذهب ، فلسفه درست زندگی کردن
و بهره مندی درست از زندگی را به انسانها نشان می دهد . گاه افراد احساس می کنند که مؤفق هستند ، اما خودکشی می کنند ،
چون با دنیایی از پوچی روبه رو شده اند .

سپس دکتر بوالهری به سخنان خود ادامه دادند :

تمام تحقیقات این مطالب را تأیید نکرده اند و عکس آن گاه تأیید شده است . برخی از افراد علیرغم باورهای مذهبی خود ، رفتار
می کنند . آلپروت به ۲ مذهب اشاره کرده است : ۱- مذهب درونی ، ۲- مذهب برونی . مذهب درونی برای اعتلای فرد از یک
وضع به وضع دیگری جهت حصول به آرامش است . چنین فردی در جستجوی رشد و رستگاری است . مذهب برونی آن است
که یک نفع برونی در پی دارد ، یعنی رفتاری است در پی کسب تأیید دیگران . تحقیقات نشان داده اند که افرادی که از مذهب
درونی برخوردارند به هنگام مرگ مضطرب نیستند . همچنین تحقیقات دیگری نشان داده است که دینی می تواند برای سلامت
روان مؤثر و کارآمد باشد که از ویژگی های مذهب درونی برخوردار باشد . کونینگ با تحقیقات خود نشان داد که رشد عناوین
مذهبی در مجلات روبه افزایش است . بعد از انقلاب اسلامی و حادثه یازده سپتامبر ، چاپ و انتشار مقالات مرتبط با مذهب در
مجلات و مقالات آمریکا ممنوع شده بود . تنها در سالهای ۲۰۰۲-۲۰۰۰ ، ۱۱۰۸ مقاله (۸۲۱ مقاله معنوی و ۴۱۰ مقاله مذهبی)
به چاپ رسید .

سپس ایشان به الگوی تأثیر گذار مذهب بر بهداشت افراد اشاره کردند که مورد قبول محافل علمی است :



تحقیقات مختلف نشان داده اند که زنان در سنین مختلف در مقایسه با مردان، مذهبی و معنوی گرا تر هستند. از پیامدهای گرایش به مذهب می توان به این عوامل اشاره نمود؛ کاهش فشار خون، سکتة قلبی و کلسترول، مرگ روحانی تر، ابتلاء به بیماری های کمتر، استعمال سیگار و الکل کمتر و گرایش بیشتر به ورزش.

در پایان این جلسه در مورد نقش عوامل اجتماعی مؤثر در خودکشی، آقای دکتر خوشرو اظهار کردند:

خودکشی با وجود اینکه در تنهایی و اوج خلوت به وقوع می پیوندد، اما بیش از هر مرگ دیگری اطرافیان را تحت تأثیر قرار داده و آنها را با پرسشهای پر رمز و رازی مواجه می کند. بازماندگان با تجربه ای از بهت، شرم و رنج مواجه می شوند. اثری که خودکشی بر روی بازماندگان و محیط پیرامون دارد، بسیار تلخ و مخرب است و جامعه را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. بنابراین، این امر به ظاهر فردی دارای عواقب هولناک اجتماعی است.

از سوی دیگر، از دیدگاه جامعه شناسان، خودکشی گرچه در فضای تنهایی فرد اتفاق می افتد، اما دارای علل پیچیده اجتماعی است. عواملی نظیر زندگی خانوادگی، میزان درآمد، سطح تحصیلات، میزان تعلقات دینی، میزان مشارکت در فعالیتهای داوطلبانه اجتماعی، همگی در بروز خودکشی نقش ایفا می کنند. به طور کلی، می توان گفت که عواملی که منجر به افزایش همبستگی در بین افراد جامعه می شود در جلوگیری از خودکشی نقش مؤثری ایفا می کنند. مذهب به عنوان یکی از بنیادی ترین نهادهای اجتماعی، همواره نقش افزایش همبستگی درون جامعه را بر عهده داشته است. یک فرد مذهبی از یک سو رشته ای او را از زمین به آسمان وصل کرده است و حسی معنوی وجود او را هدفمند و زندگی او را جهت دار می کند و از سوی دیگر او خود را در میان هم کیشان و معتقدان، عضوی از جمع می یابد و حس همبستگی اجتماعی وجود او را سرشار از نشاط می کند و مانع انزواگرایی و عزلت طلبی او می شود. بنابراین مذهب در آفرینش و معنای زندگی و در ایجاد همبستگی اجتماعی نقش بسیار مؤثری ایفا می نماید.

از سوی دیگر، طبق مطالعات انجام شده در ایران، زنان تعلق بیشتری به مذهب داشته و آداب دینی را بیشتر به جا می آورند. در عین حال می بینیم که میزان خودکشی زنان در ایران به مراتب از مردان بیشتر بوده و نیز در مقایسه با آمار جهانی، میزان خودکشی زنان در ایران در رتبه سوم جهان قرار گرفته است. این پرسش برای جامعه شناسان مطرح می شود که " چگونه زنان علیرغم گرایشات دینی بیشتر، به نحو فزاینده ای دست به خودکشی زده اند؟ " این مسئله ما را به مشکلات و چالشهای اجتماعی - فرهنگی - ساختاری پیش روی زنان رهنمون می سازد. پرسش اصلی این است که " چه عوامل سنتی، معیشتی، قبیله ای و فرهنگی باعث چنان فشار طاقت فرسایی بر زنان شده است که آنها را به سمت خودکشی سوق می دهد؟ " به این دلیل است که ضرورت دارد مؤسسه تحقیقات بهبود زندگی زنان و مرکز تحقیقات سلامت زنان فردا، توجه ویژه ای به این مسئله مبذول دارند و تحقیقات و آموزش های خود را به سمتی هدایت کند تا به کاهش خودکشی در زنان ایران منجر شود. در پایان پرسش های حاضران مطرح شد و شرکت کنندگان با بیان تجارب و نیز موارد عینی اقدام به خودکشی به اظهار نظر پرداختند.

بررسی آماری سطح کیفی کارگاه آموزشی " زنان و خودکشی "

جهت ارزیابی کیفیت و اثرگذاری آموزشی کارگاه ، پیش آزمون ها و پس آزمون هایی در قبل و پس از برگزاری کارگاه ، ارائه و تکمیل گردید . تعداد ۲۰ نفر به طور تصادفی در این بررسی شرکت کردند . در زیر، نمونه اطلاعات جمع آوری شده و آزمون های انجام گرفته، مشاهده می شود:

سن : جنس : تحصیلات : رشته تحصیلی : شغل :

تأهل : کد :

غلط	صحیح	موضوع
		۱- سالیانه در جهان یک میلیون نفر در اثر خودکشی می میرند .
		۲- اقدام به خودکشی تنها به قصد مردن است .
		۳- پرسش درباره خودکشی سبب القای آن به فرد می شود .
		۴- حاملگی و وجود کودک در خانه خطر خودکشی را در مادر کاهش می دهد .
		۵- شایع ترین اختلالات روانی در اقدام به خودکشی ، اختلالات شخصیتی است .
		۶- معمولاً افراد به طور ناگهانی و بدون هشدار قبلی خودکشی می کنند .
		۷- شیوع اختلالات افسردگی عمده و شخصیت مرزی در زنان بیشتر است .
		۸- معمولاً کسانی که از خودکشی حرف می زنند ، به خودکشی دست نمی زنند (عمل نمی کنند) .
		۹- مذهب و معنویت موجب کاهش افکار خودکشی می شود .
		۱۰- معتقدم اگر ایمان مردم کامل شود ، خودکشی ریشه کن می گردد .
		۱۱- معنویت و مذهب بدون اثر بر شیمی مغز است که موجب کاهش افسردگی می گردد .
		۱۲- نذر و نیاز کردن نوعی مقابله مذهبی با استرس است .
		۱۳- عوامل اجتماعی و فرهنگی در ترغیب به خودکشی مؤثر است .

□ بررسی نتایج آزمون:

- ۱- محدوده سنی شرکت کنندگان در آزمون از ۲۳ تا ۶۰ سال بود، غالب پاسخ دهندگان (۶۰٪) کمتر از ۴۰ سال سن داشتند.
- ۲- غالب شرکت کنندگان (۵۵٪) دارای تحصیلات کارشناسی (لیسانس) بودند.
- ۳- از نظر شغلی، غالب شرکت کنندگان (۶۰٪) کارمند بودند.
- ۴- نتایج پاسخ گویی به سوالات آزمون نشان گر آن بود که در اکثر قریب به اتفاق (۱۲ سوال از ۱۳ سوال)، تمام آزمودنی ها در میزان آگاهی از پاسخ صحیح، رشد مثبت نشان می دادند - میزان این رشد از ۵ تا ۳۰ درصد متغیر بود
- ۵- پاسخ صحیح به گزینه شماره ۱۳، ۵ درصد رشد منفی را نشان می داد.

□ جمع بندی

بررسی توصیفی از نتایج آماری، نشان دهنده تأثیر آموزش در افزایش آگاهی در اکثریت قریب به اتفاق سوالات آزمون (۱۲ سوال از ۱۳ سوال) را نشان می دهد.

متأسفانه با توجه به تعداد کم آزمودنی ها، تفاوت پیش و پس آزمون در هیچ یک از موارد از نظر آماری، معنا دار نبوده است.

□ تشکر و قدردانی

بررسی آماری کارگاه، حاصل تلاش سرکار خانم مریم محمد نبی، کارشناس ارشد جامعه شناسی است که جای سپاس و قدردانی دارد.

گزارش و تدوین: پریسا شفیعی

کارشناس و پژوهشگر حوزه روانشناسی