

ویژه‌نامه اولین همایش بهداشت در آموزه‌های پیامبر اعظم (ص)

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره ششم، زمستان ۱۳۸۶، ۲۲-۱۵

خودکشی در دین اسلام

دکتر محسن رضائیان^۱، دکتر رضا وزیری نژاد^۲، سید ضیا طباطبایی^۳، زینت سالم^۴، دکتر عباس اسماعیلی^۵،
دکتر آرزو منشوری^۶

دریافت مقاله: ۸۶/۳/۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۶/۷/۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۶/۷/۸ پذیرش مقاله: ۸۶/۸/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: بررسی علمی تأثیر مذهب بر میزان خودکشی‌ها، از اواخر قرن نوزدهم میلادی آغاز گردید، اما این مطالعات، بیشتر بر روی مقایسه فراوانی خودکشی مابین مسیحیان فرقه‌های پروتستان و کاتولیک متمرکز بوده است. با توجه به تأثیر شگرف دین مبین اسلام بر کاهش میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی، سابقه مطالعات علمی در این زمینه طولانی نبوده و تنها به چند دهه اخیر باز می‌گردد. بنابراین، در مقاله مروری حاضر، سعی گردیده که تصویر دقیقی از تأثیر اسلام بر پدیده خودکشی، ارائه گردد. بر اساس یافته‌های این مطالعه، از آن جایی که دین اسلام، رسماً خودکشی را تحریم نموده است، بالطبع فراوانی خودکشی در جوامع اسلامی، پایین می‌باشد با این وجود، بالا بودن نسبی میزان‌های خودکشی در زنان جوان کشورهای اسلامی در مقایسه با سایر گروه‌های سنی - جنسی و استفاده نسبتاً شایع آن‌ها از روش‌های خشنی نظیر دار زدن و خودسوزی، انجام مطالعات گسترده‌تری را ضروری می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: اسلام، خودکشی

مقدمه

در جهان به عنوان یک مشکل روزافزون، اهمیت ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization (WHO) نزدیک به هشت صد و پنجاه هزار مرگ ناشی از خودکشی، در سال ۲۰۰۰ میلادی در سرتاسر کره خاکی رخ داده است [۳]. این در حالی است که تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰

خودکشی (Suicide) را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود، که به مرگ منتهی می‌گردد، تعریف نمود [۱]. واژه خودکشی در زبان انگلیسی برای اولین بار در سال ۱۶۴۲ میلادی و بر پایه کلمات لاتین SUI و CADER به ترتیب به معنای "خود" و "کشتن" ابداع گردید [۲]. پدیده خودکشی

۱- (نویسنده مسئول) دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۳۴۰۰۳، فاکس: ۰۳۹۱-۵۲۲۵۲۰۹، پست الکترونیکی: moeygmr2@yahoo.co.uk

۲- استادیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۳- مربی و عضو هیأت علمی گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۴- دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۵- استادیار گروه آموزشی زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر، خودکشی خواهند کرد [۴]. نکته فوق به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط، یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه اتفاق می‌افتد [۴].

پدیده خودکشی در کشورهای اسلامی نیز از اهمیت روز افزونی، برخوردار گردیده است. اگرچه میزان‌های خودکشی در این کشورها، نسبتاً پایین می‌باشد، با این وجود به علت ارتکاب خودکشی در سنین نوجوانی و جوانی، بررسی نسبت سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی (Years of Potential Life Lost (YPLL) نشان می‌دهد که سال‌های بالقوه زیادی در کشورهای اسلامی در اثر خودکشی، تلف می‌شوند. برای نمونه، بررسی نسبت سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی، در نتیجه علل مختلف مرگ در ۱۰ استان کشور ایران (بوشهر، سمنان، آذربایجان شرقی، چهارمحال بختیاری، کرمانشاه، کرمان، ایلام، یزد، مرکزی و فارس) در سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد که خودکشی در فاصله سنی ۱۵ تا ۲۴ سالگی، نزدیک به ۴۰٪ این سال‌ها را به خود اختصاص داده است [۵]. لازم به توضیح است که مفهوم سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی، به تعداد سال‌های بالقوه زندگی اطلاق می‌گردد که در اثر مرگ از بین می‌روند [۶] و رقم فوق نه تنها برای برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی، بلکه برای تصمیم‌گیران سیاسی کشور نیز در خورتامل بسیار زیادی می‌باشد [۷]. از همین رو به وضوح، بررسی علمی خودکشی در جهان و کشورهای اسلامی به عنوان یک الویت پژوهشی مطرح می‌باشد. یکی از جنبه‌های بسیار مهم در بررسی این پدیده، شناخت متغیرهای موثر در آن، از جمله متغیرهای مربوط به شخص (سن، جنس، شغل، نژاد، مذهب و ...) همراه با متغیرهای مربوط به زمان و مکان می‌باشد [۷]. مطالعات موجود، به خوبی نشان می‌دهند که افراد در گروه‌های سنی، جنسی و مذهبی گوناگون، الگوهای متفاوتی از خودکشی را از خود بروز می‌دهند. برای نمونه در سالیان اخیر، بررسی میزان‌های خودکشی در مذاهب رایج، تفاوت آشکاری را بین کشورهای اسلامی و مذاهب توحیدی غیراسلامی از یکطرف و کشورهای غیر مذهبی و لائیک، از طرف دیگر نمایان می‌سازد

[۷].

در اغلب کشورهای اسلامی میزان‌های خودکشی، پایین است. برای مثال در کویت، میزان خودکشی نزدیک به ۰/۱ در یک صد هزار نفر [۴] و در ایران ۴/۴ در یک صد هزار نفر [۸] می‌باشد. این در حالی است که در جوامع هندو مانند هند، این میزان ۹/۶ در یک صد هزار و در کشورهای کاتولیک مانند ایتالیا ۱۱/۲ در یک صد هزار نفر، در کشورهای بودایی مانند ژاپن، میزان خودکشی ۱۷/۹ در یک صد هزار نفر و در کشورهای لائیک مانند چین، میزان خودکشی ۲۵/۶ در یک صد هزار نفر می‌باشد [۴].

اگرچه بررسی علمی تأثیر مذهب بر روی میزان‌های خودکشی از اواخر قرن نوزدهم میلادی و توسط جامعه شناس شهیر فرانسوی دورکهمیم Dorkhim [۹] آغاز گردید، اما این مطالعات، بیشتر بر روی مقایسه میزان‌های خودکشی در مسیحیان فرقه‌های پروتستان با کاتولیک متمرکز گردیده بود. با توجه به تأثیر شگرف دین مبین اسلام بر روی میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی، سابقه مطالعات علمی در این زمینه طولانی نبوده و تنها به دو تا سه دهه اخیر باز می‌گردد [۱۰]. بنابراین، در مقاله حاضر سعی خواهد شد که با مرور متون علمی در این زمینه تصویر دقیقی از تأثیر اسلام، بر روی پدیده خودکشی ارائه گردد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری، ابتدا پایگاه داده‌ای Pubmed با استفاده از کلید واژه‌های Islam و Suicide مورد جستجو قرار گرفت که منجر به یافتن تعداد انگشت شماری از مقالات مرتبط گردید. سپس، دامنه جستجو مقالات انگلیسی، با بررسی دستی مجلات منتخب و هم‌چنین فهرست منابع مقالات برگزیده افزایش یافت. هم‌چنین، با جستجو دستی مجلات منتخب، مقالات مرتبط به زبان فارسی نیز به مجموعه فوق اضافه گردید. در خاتمه نیز با استفاده از کتب مرجع به بررسی نظرات دین مبین اسلام در خصوص خودکشی، همت گماشته شد.

بحث

آن دسته از مطالعاتی را که با هدف بررسی میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی به مرحله اجرا در آمده‌اند را می‌توان در دو طبقه اصلی به شرح زیر جای داد:

الف. بررسی میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی در سطح بین‌المللی: سازمان جهانی بهداشت یا WHO کشورهای مختلف دنیا را بر اساس موقعیت جغرافیایی و هم‌چنین مشترکات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آنها به شش منطقه تقسیم می‌نماید. یکی از مناطق شش‌گانه این سازمان، را می‌توان منطقه مدیترانه شرقی (EMRO) Eastern Mediterranean Region نام برد که در سال ۲۰۰۰ میلادی، مشتمل بر ۲۲ کشور از جمله ایران بوده است [۱۱]. لازم به توضیح است که بیش از ۹۰٪ مردم این منطقه، مسلمان می‌باشند [۱۲]. از همین رو، بررسی میزان‌های خودکشی در این منطقه و مقایسه آن با سایر مناطق، می‌تواند نکات جالبی را از تأثیر دین مبین اسلام بر روی میزان‌های خودکشی در سطح بین‌المللی و منطقه‌ای، آشکار نماید.

متأسفانه هیچ کدام از کشورهای فوق از سال ۱۹۸۹ میلادی به بعد، آمار خودکشی خود را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نمی‌نمایند [۱۰]. از همین رو مقایسه آمارهای واقعی، عملاً غیرممکن می‌گردد. با این وجود، داده‌های نسبتاً دقیق یا تخمینی مربوط به فراوانی خودکشی، که در نسخه اول برنامه جهانی بار بیماری‌ها برای سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان جهانی بهداشت محاسبه گردیده [۱۳]، و در گزارش سازمان جهانی بهداشت [۳] به چاپ رسیده، در این خصوص می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس تخمین‌های به عمل آمده در گزارش فوق در سال ۲۰۰۰ میلادی، مرگ‌های ناشی از خودکشی، سیزدهمین عامل مرگ در بین کل کشورهای دنیا و بیست و پنجمین عامل مرگ در منطقه مدیترانه شرقی، برآورد گردیده، این در حالی است که مرگ‌های ناشی از خودکشی به عنوان هفتمین عامل مرگ در منطقه اروپایی، هشتمین عامل مرگ در منطقه غرب پاسفیک، شانزدهمین عامل مرگ در آسیای جنوب شرقی، بیست و یکمین عامل مرگ در منطقه آمریکایی و بالاخره چهل و

دومین عامل مرگ در منطقه آفریقایی سازمان جهانی بهداشت قلمداد گردیده است [۳]. بنابراین، به غیر از منطقه آفریقایی، درصد مرگ‌های ناشی از خودکشی در منطقه مسلمان‌نشین مدیترانه شرقی از سایر مناطق کمتر می‌باشد. با این وجود، بررسی دقیق‌تر آمار فوق، بر حسب گروه‌های سنی و جنسی، نشان می‌دهد که در منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، زنان در گروه سنی ۱۵-۲۹ سال با میزان برآورد شده ۸/۶ در یک صد هزار، و مردان در گروه سنی ۶۰ سال به بالا با میزان برآورد شده ۱۰/۸ در یک صد هزار، از جمله پرخطرترین گروه‌های سنی از نظر مرگ ناشی از خودکشی، بوده که توجه ویژه‌ای را نسبت به خود می‌طلبند [۱۴].

ب. بررسی میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی در سطح ملی: تاکنون مطالعات گوناگونی پیرامون خودکشی در اغلب کشورهای اسلامی، به عمل آمده است. از آن جایی که در اغلب این مطالعات، میزان خودکشی‌ها کمتر از سایر کشورهای غیر اسلامی گزارش گردیده [۱۰] بنابراین، در این قسمت از مقاله تنها به نتایج تعداد معدودی از این بررسی‌های به عمل آمده در کشورهای اسلامی با عطف توجه ویژه به ایران، پرداخته خواهد شد. برای نمونه، در یک مطالعه به عمل آمده در کشور مصر، مشخص گردید که زنان در فاصله سنی ۳۰ تا ۳۹ سال در معرض خطر بیشتری از ارتکاب به خودکشی قرار دارند [۱۵]. در مطالعه دیگر در روستاهای کشور بنگلادش، مشخص شد که زنان روستایی در معرض خطر بیشتری از ارتکاب به خودکشی، قرار دارند [۱۶]. هم‌چنین، در دو مطالعه به عمل آمده در مناطق گوناگون ترکیه، نیز مشخص گردید که خودکشی در سنین ما بین ۱۵ تا ۲۴ سال، در بین مردان و زنان جوان و با استفاده از روش‌های خشنی نظیر دارزدن و یا استفاده از سلاح گرم به میزان بیشتری رخ می‌دهد [۱۷ و ۱۸]. از آن جایی که در بخش‌های بعدی مقاله به نتایج سایر مطالعات به عمل آمده در کشورهای اسلامی اشاره خواهد شد، بهتر است نظری هم به برخی از مطالعات به عمل آمده در کشور ایران، بیندازیم. همان‌طور که قبلاً نیز به آن اشاره گردید، مطالعه به عمل

اسلامی، میزان‌های خودکشی به طور کلی، پایین می‌باشد که در این قسمت مقاله، به بحث پیرامون این نکته مهم خواهیم پرداخت. لازم به توضیح است که چگونگی تأثیر دین مبین اسلام بر روی کاهش ارتکاب به خودکشی را می‌توان از دو دیدگاه تأثیر مستقیم و تأثیر غیر مستقیم به شرح زیر مورد بررسی قرار داد:

الف) سازوکار تأثیر مستقیم دین مبین اسلام بر روی کاهش ارتکاب به خودکشی: دیدگاه نخست، تأثیر مستقیمی است که دین مبین اسلام با تحریم علنی خودکشی در بخشی از آیه ۲۹ سوره نورانی "نساء" بر روی کاهش ارتکاب به خودکشی در میان پیروان این آئین الهی، ایجاد کرده است: ... "وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا" ... و خودتان را نکشید، چرا که خداوند با شما مهربان است [۲۲]. بدون شک چنین فرمانی از طرف خالق جهان، تأثیر به سزایی در خصوص مذمت خودکشی در جوامع مسلمان ایفاء نموده است [۲۳]. بررسی دقیق‌تر آیه فوق، بیانگر نکات بسیار مهمی می‌باشد. به طور کلی و بر اساس تفاسیر نمونه و المیزان [۲۴-۲۵]، اولاً روایات وارده از طریق اهل بیت علیهم السلام، جملگی بر دلالت آیه فوق در مذمت انتحار، بوده ثانیاً این که قبل از این دستور مبارک و در ابتدای آیه آمده است که: "ای مومنان اموال همدیگر را به ناروا مخورید، مگر آن که داد و ستدی به توافق خودتان باشد" [۲۲] و در انتهای آیه، دستور عدم خودکشی صادر شده است. در تفسیر نمونه، بحث جالبی پیرامون ارتباط مابین صدر آیه، یعنی تصرف باطل و ناحق در اموال مردم و ذیل آیه، یعنی خودکشی آمده است و آن این که اگر روابط مالی مابین مردم بر اساس عدالت، استوار نباشد جامعه دچار فساد اقتصادی گردیده و این نکته نه تنها سبب می‌گردد که جامعه دچار نوع انتحار شود، بلکه افزایش خودکشی‌های شخصی را به دنبال خواهد داشت [۲۴]. این آیه مبارکه، موضوع بسیار مهمی را در چهارده قرن پیش، اعلام نموده که مطالعات علمی به عمل آمده در چند سال اخیر، تازه موفق به کشف آن گردیده‌اند، بر اساس این مطالعات، رابطه معنی‌داری مابین فقر با افزایش میزان‌های خودکشی، هم در سطح فردی و هم در سطح اجتماعی وجود دارد [۲۶-۳۰]. از همین رو، بنا

آمده در کشور ایران، میزان کلی خودکشی را در سال ۱۳۸۰ برابر با ۴/۴ در یک صد هزار نفر تعیین کرده است [۸]. این در حالی است که بررسی علل مختلف مرگ در ۱۰ استان کشور ایران (بوشهر، سمنان، آذربایجان شرقی، چهارمحال بختیاری، کرمانشاه، کرمان، ایلام، یزد، مرکزی و فارس) در سال ۱۳۷۹ میزان کلی خودکشی را در این ۱۰ استان، برابر با ۶/۲ در یک صد هزار نفر (۶ در یک صد هزار نفر در مردان و ۶/۴ در یک صد هزار نفر در زنان) برآورد نموده است [۵] که نتایج هر دو مطالعه، بیانگر پایین بودن نسبی میزان‌های خودکشی در ایران می‌باشد. با این وجود، مطالعات به عمل آمده در سطح استان‌های کشور، الگوهای گوناگونی از خودکشی را به نمایش گذاشته‌اند. برای نمونه، مطالعه به عمل آمده در استان ایلام، نشان می‌دهد که این استان به ویژه در سال‌های اخیر (سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲) از میزان‌های بالای خودکشی در زنان، به ویژه در سنین ۲۹-۲۰ سال برخوردار بوده و میزان‌های خودکشی در این استان برای زنان ۲۶/۴ و برای مردان ۱۰ به ازاء هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر گزارش گردیده است [۱۹]. نتایج یک مطالعه تکمیلی نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های مورد نظر، ۱۷۴ نفر (۲۸/۳٪) مرد و ۴۴۰ نفر (۷۱/۵٪) زن، خودکشی نموده‌اند که در هر دو جنس، خودسوزی با ۷۱٪ شایع‌ترین روش مورد استفاده، بوده و متأسفانه، زنان ایلامی تقریباً دو برابر مردان خود، از این روش استفاده کرده‌اند (۸۲/۴٪ در مقابل ۴۱/۹٪) [۲۰]. نتایج مطالعه دیگری در تهران، نشان داد که ۷۰۳ مورد مرگ ناشی از خودکشی، در افراد بالای ۱۰ سال در فاصله سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ در اداره آمار متوفیات سازمان بهشت زهرا (س) ثبت شده است که از این تعداد، ۶۳۲ نفر مرد (۸۹/۹٪) و ۷۱ نفر زن (۱۰/۱٪) می‌باشند. هم‌چنین از میان مردان، ۵۱۱ نفر (۸۰/۹٪) و از میان زنان، ۶۱ نفر (۸۵/۹٪) از روش حلق آویز برای خودکشی استفاده نموده‌اند که نشان می‌دهد این روش، در هر دو جنس و به ویژه در زنان، بیش از سایر روش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است [۲۱].

در مجموع، بر اساس آمار و ارقام ارائه شده، این گونه می‌توان نتیجه گرفت که در اکثر قریب به اتفاق کشورهای

بسیاری از پژوهش‌های انجام شده، افراد با عقاید و التزام مذهبی و معنوی، دارای شیوع کمتر، علایم سبک‌تر و سیر و پیش‌آگهی بهتری در افسردگی بوده‌اند. زیرا به نظر می‌رسد عقاید معنوی و باورهای مذهبی در هضم و جذب و برخورد‌های سازشی و صبر در مقابل حوادث ناخوشایند و داشتن نگرش مثبت توأم با عزت نفس و امیدوارانه به خود و آینده زندگی و پرهیز از نومییدی، نقش با اهمیتی در کم رنگ نمودن عوامل روانی - اجتماعی افسردگی، داشته باشد [۴۱].

از همین رو، عقاید معنوی و باورهای مذهبی و التزام به احکام دینی در فضای فرهنگی جامعه و خانواده‌ها، نقش اساسی در پیشگیری از افسردگی و به دنبال آن، تأمین سلامت روانی و کاهش ارتکاب به خودکشی داشته و به طور قطع، یکی از سازوکارهای این پدیده را می‌توان جمله روح‌افزای آیه شریفه "أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ" قلمداد نمود [۴۱].

افق‌های پژوهشی جدید در زمینه مطالعه رابطه اسلام و خودکشی: همان طور که ذکر گردید، اگر چه به طور کلی میزان‌های خودکشی در جوامع اسلامی، پایین می‌باشد، با این وجود در برخی از جوامع اسلامی، میزان‌های خودکشی در بعضی از گروه‌های سنی جنسی، به ویژه در زنان جوان، بیشتر از سایر گروه‌های سنی جنسی دیگر بوده و هم‌چنین ارتکاب خودکشی با استفاده از روش‌های بسیار خشن، نظیر خودسوزی و دارزدن نیز نسبتاً شایع می‌باشد که این خود، ضرورت انجام مطالعات بیشتر را ایجاب می‌کند. بنابراین در انتهای مقاله ضمن بررسی ریشه‌های فرهنگی این دو مشکل، ضرورت انجام مطالعات علمی بیشتر در زمینه‌های فوق مطرح خواهد گردید.

بالا بودن نسبی میزان‌های خودکشی در زنان جوامع اسلامی، به نظر می‌رسد ریشه در فرهنگ‌های قومی این جوامع، داشته، که البته تا اندازه زیادی نیز مرتبط با استفاده از روش‌های خشن توسط این افراد نیز می‌باشد. برای مثال، مطالعات به عمل آمده، نشان می‌دهد که ازدواج در بسیاری از کشورها، باعث کاهش ارتکاب به خودکشی گردیده [۴۲-۴۳]. این نکته، از یک طرف می‌تواند بیانگر دریافت حمایت‌های عاطفی و روانی از طرف همسر در برخورد با شرایط ناگوار،

بر اتفاق نظر اکثر متخصصین، کاهش فقر و برقراری عدالت اقتصادی یکی از راه‌های اساسی در مقابله با پدیده خودکشی، می‌باشد. در همین زمینه، مطالعه به عمل آمده در کشور سنگاپور، نشان می‌دهد که مسلمانان سنگاپور در مقایسه با چینی‌ها و هندی‌های ساکن این کشور، از میزان‌های خودکشی پایین‌تری برخوردار هستند. نویسندگان این مقاله یکی از علل این امر را به رفتارهای اقتصادی مسلمانان، ربط می‌دهد. بنابر نظر وی، از آن جایی که مسلمانان از یک طرف از جمع‌آوری به رویه مال و ثروت اندوزی بی‌مورد، نهی گردیده و از طرف دیگر در مقابل هرگونه مساله و مشکلی اعم از اقتصادی و غیر آن، از استواری بیشتری برخوردار هستند، کمتر دچار سرخوردگی و در نتیجه خودکشی ناشی از آن می‌گردند [۳۱].

ب) سازوکار تاثیر غیر مستقیم دین مبین اسلام بر روی کاهش ارتکاب به خودکشی: مطالعات مختلف، نشان داده که رابطه معنی‌داری مابین ابتلا به بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی [۳۲-۳۴]، سابقه اقدام به خودکشی [۳۵]، اعتیاد به الکل و مواد مخدر [۳۶]، سابقه خودکشی در بستگان [۳۷]، بیماری‌های جسمی ناتوان کننده توأم با بیماری‌های روانی [۳۸] تنهایی و انزوای اجتماعی [۳۹] با افزایش احتمال ارتکاب به خودکشی، وجود دارد. جمع‌بندی نتایج برخی از این مطالعات، نشان می‌دهد که بیماران روانی (فعلی یا با سابقه قبلی) تا ۱۰ برابر، بیماران روانی که طی ۴ هفته گذشته مرخص شده‌اند تا ۲۰۰ برابر، افراد با سابقه اقدام به خودکشی تا ۳۰ برابر، معتادان به الکل، مواد مخدر تا ۲۰ برابر و بالاخره زندانیان تا ۵ برابر، بیش از افراد عادی، ممکن است در معرض خطر خودکشی قرار گیرند [۴۰]، از آن جایی که دین مبین اسلام برای مقابله با تمامی مشکلات فوق چاره‌اندیشی نموده است، بنابراین به طور غیر مستقیم نیز با برخورد صحیح با مشکلات فوق، در کاهش ارتکاب به خودکشی نیز تأثیر به سزایی را ایفا نموده است. در این بخش از مقاله و به منظور روشن شدن اثرات غیر مستقیم دین مبین اسلام بر روی کاهش میزان‌های خودکشی فقط به نقش دین مبین اسلام در پیشگیری از ابتلا به بیماری افسردگی می‌پردازیم. طبق

ندرت صورت می‌پذیرد، اما در بخش‌هایی از آفریقا و آسیا و به ویژه در زنان مسلمان این مناطق [۵۰] و به خصوص شمال غربی و غرب کشور ایران، استفاده روز افزون از روش فوق گزارش گردیده است [۵۱، ۲۰]. شناخت ریشه‌های فرهنگی و اجتماعی چنین مشکل ناگواری در جوامع اسلامی، نیازمند انجام بررسی‌های علمی است که نباید اهمیت انجام آن‌ها را نادیده گرفت. ذکر این نکته ضروری است که انجام مطالعات فوق و همچنین انجام مطالعات بیشتر در زمینه خودکشی در جوامع اسلامی، زمانی امکان پذیر است که حاکمان این جوامع به این اعتقاد دست یابند که فلسفه تحریم خودکشی در اسلام، قابل تعمیم به مطالعات به عمل آمده پیرامون موضوع خودکشی نبوده، بلکه بر عکس، با انجام بررسی‌های بیشتر در این زمینه، مشخص خواهد شد که ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ... این پدیده در کجا قرار داشته؟ تا با برخورد مناسب با این ریشه‌ها، بتوان به کاهش میزان‌های خودکشی در این جوامع، همت گذاشت. بدیهی است که انجام چنین کاری موجبات رضای خالق و رسول اکرم وی (ص) را فراهم خواهد آورد.

نتیجه‌گیری

الگوی منحصر به فرد خودکشی در کشورهای اسلامی، انجام مطالعات بیشتری را در این خصوص ضروری می‌سازد. از همین رو پیشنهاد می‌شود که در کشورهای اسلامی و به منظور شفاف شدن سیمای پدیده خودکشی، ثبت دقیق و جامع اطلاعات مرگ‌های ناشی از خودکشی، در دستور کار قرار گیرد. این اطلاعات باید به روز بوده و برای انجام تجزیه و تحلیل‌های اپیدمیولوژیکی، به آسانی در اختیار محققین قرار داده شوند. نتایج حاصل از چنین مطالعاتی نیز می‌باید توسط ارگان‌های ذیربط برای پیشگیری از خودکشی، مورد استفاده قرار گیرد.

بوده و در عین حال از طرف دیگر، می‌تواند نشانگر آن باشد افرادی که مجرد بوده و یا ترجیح می‌دهند که مجرد باقی بمانند، بیشتر در معرض ارتکاب به خودکشی قرار دارند [۴۳]. اما متأسفانه در بعضی از کشورهای اسلامی نظیر افغانستان و پاکستان، ازدواج برای زنان جوان نه تنها عامل محافظت کننده در مقابل خودکشی نیست، بلکه بر عکس موجبات ارتکاب به خودکشی را در بین آنها، فراهم می‌آورد [۴۵-۴۴]. این نکته می‌تواند به دلیل تبعیضات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی باشد که با ازدواج برای زنان این جوامع، پدید می‌آید. چنین تبعیضاتی به ویژه در خصوص ازدواج‌های از پیش تعیین شده، به چشم می‌خورد [۴۵]. به هر حال مطالعات بیشتر، در خصوص علت و یا علل بالا بودن نسبی میزان‌های خودکشی در زنان جوامع اسلامی ضروری است. نکته دوم که انجام مطالعات بیشتری را ایجاب می‌کند، استفاده از روش‌های خشن برای خودکشی نظیر خودسوزی و دار زدن در میان جوامع اسلامی است. این که چرا در جوامع اسلامی از روش دارزدن، استفاده زیادی می‌گردد، ممکن است به دلایل مختلف و از جمله بالا بودن میزان کشندگی هفتاد و پنج درصدی آن [۴۶] و دسترسی راحت تر به ابزارهای این روش، باشد [۴۷-۴۸]. نکته مهم دیگری نیز که در این زمینه، باید به آن توجه نمود، این است که معمولاً خودکشی‌هایی که با استفاده از روش حلق‌آویز، صورت می‌پذیرند در مقایسه با سایر روش‌ها (مصرف دارو، سقوط و ...)، به احتمال بیشتری تحت عنوان خودکشی ثبت می‌گردند [۲۱]. اما در خصوص استفاده از روش خودسوزی، ذکر این نکته ضروری است که از میان تمامی روش‌های مورد استفاده در انجام خودکشی، این روش به عنوان خشن‌ترین و زجرآورترین روش، قلمداد شده است که هنوز به درستی مورد شناخت قرار نگرفته است [۴۹]. اگر چه استفاده از این روش در کشورهای پیشرفته، به

منابع

[1] Amos T, Appleby L. Suicide and deliberate self-harm In Appleby I, Forshaw DM, Amos T, Barker H. *Postgraduate psychiatry: clinical and scientific foundations*, pp 347-357.

London: Arnold, 2001.

[2] Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press,

- 1999.
- [3] World Health Organisation. (2002). *World health report on violence and health*. Geneva: WHO.
- [4] Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi* 2002; 7: 2.
- [۵] نقوی م، اکبری م الف. همه گیری شناسی آسیبهای ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. انتشارات فکرت. چاپ اول. اسفند ۱۳۸۱.
- [6] Gordis L. *Epidemiology*. USA: W.B. Saunders Company, 2004.
- [۷] رضائیان، م. اپیدمیولوژی خودکشی. در حاتمی، ح و همکاران. کتاب جامع بهداشت عمومی. تهران: انتشارات ارجمند. ۱۳۸۵. جلد سوم. ص ص ۱۹۹۳-۱۹۶۸.
- [۸] مرادی س، خادمی ع. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخهای جهانی. مجله علمی پزشکی قانونی. سال هشتم، شماره ۲۷. ۱۳۸۱. ص ص ۲۱-۱۶.
- [9] Durkheim E. *Suicide: a study in sociology* (translated by Spaulding, J and Simpson G.) London: Routledge, 1952.
- [10] Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research*. 2006; 10 : 77-97.
- [11] World Health Organisation. (2001). *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO.
- [12] Mohit, A. Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view of the future trends. *Eastern Mediterranean Region Health Services Journal*, 2001, 7 : 353-362.
- [13] Murray CJL. *et al.* (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva: WHO (GPE Discussion Paper, No. 36).
- [14] Rezaeian, M. The Age and Sex Suicide Pattern in the Eastern Mediterranean Region Based on the Global Burden of Disease estimates for 2000. *East Mediterr Health J* 2007 (in press).
- [15] Okasha, A. & Lotaif, F. (1983). Egypt. In L. A. Headley (Ed.), *Suicide in Asia and the Near East*. (pp. 333-349). Berkeley, CA: University of California Press.
- [16] Hadi, A. Risk factors of violent death in Rural Bangladesh, 1990-1999. *Death Studies*, 2005; 29: 559-572.
- [17] Bilici, M., Bekaroglu, M., Hocaoglu, C. *et al.* Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. *Crisis*, 2002; 23: 3-10.
- [18] Goren, S., Gurkan, F., Tirasci, Y. *et al.* Suicide in children and adolescents at a province in Turkey. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*, 2002; 24: 214-217.
- [19] Janghorbani M, Sharifirad G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factors. *Arch Iranian Med* 2005; 8: 119-126.
- [۲۰] رضائیان، م. شریفی راد، غ. خودسوزی مهمترین روش خودکشی در استان ایلام. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران. سال دوازدهم، شماره ۲، پائیز ۱۳۸۵. ص ص ۲۹۰-۲۸۹.
- [۲۱] رضائیان، م و همکاران. الگوی خودکشی در موارد ثبت شده پنج ساله سازمان بهشت زهراي تهران. علوم رفتاری. (زیر چاپ).
- [۲۲] قرآن کریم. ترجمه، توضیحات و واژه نامه از بهاء‌الدین خرمشاهی. تهران: انتشارات نیلوفر - انتشارات جامی. ۱۳۷۴. ص ۸۳.
- [23] Baasher, TA. Islam and mental health. *Eastern Mediterranean Region Health Services Journal*, 2001, 7 : 372-376.
- [۲۴] مکارم شیرازی ن. تفسیر نمونه. دارالکتب اسلامیة. جلد سوم. ص ص ۳۵۷-۳۵۴.
- [۲۵] طباطبایی م ح. تفسیر المیزان. ترجمه موسوی همدانی م ب. دفتر انتشارات اسلامی. جلد چهارم. ص ص ۵۱۰-۴۹۹.
- [26] Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ* 1998; 317 : 1283-1286.
- [27] Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D, Wehner H, Southall H, Frankel S. Suicide and unemployment in young people: analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. *Br J Psychiatry* 1999; 175 : 263-270.
- [28] Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. *Psychol Med* 2001; 31(5) : 827-836.
- [29] Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. The ecological association between suicide rates and indices of deprivation in English local authorities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40 : 785-791.
- [30] Rezaeian, M. Dunn, G. St. Leger, S. Appleby L. The ecological association between suicide rates and income and employment indices of deprivation in the North West region of England - the importance of the size of the administrative unit. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60 : 956-961.
- [31] Peng, K. L. (1992). Suicidal behavior in Singapore. In K. L.

- Peng & W. S. Tseng (Eds.), *Suicidal behavior in the Asia-Pacific region*. (pp. 176-198). Singapore: Singapore University Press.
- [32] Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* 1999; 318 : 1235-1239.
- [33] Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175 : 322-326.
- [34] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. *Br J Psychiatry* 1997; 170 : 205-228.
- [35] Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. In: Silverman MM, Maris RW, eds. *Suicide prevention: toward the year 2000*. New York, NY, Guilford, 1985:22-35.
- [36] Murphy GE, Wetzel RD. The life-time risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47 : 383-392.
- [37] Schulsinger F et al. A family study of suicide. In: Schou M, Stromgren E, eds. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London, Academic Press, 1979:227-287.
- [38] Chi I, Yip PSF, Yu KK. *Elderly suicide in Hong Kong*. Hong Kong SAR, China, Befrienders International, 1998.
- [39] Heikkinen HM, Aro H, Lonnqvist J. Life events and social support in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 23 : 343-358.
- [40] Gunnell DJ. The epidemiology of suicide. *Int Rev Psychiatry*. 2000; 12 : 21-26.
- [41] نوریبالا، احمدعلی : افسردگی، در : عزیزی، فریدون. حاتمی، حسین. جانقربانی، محسن : کتاب اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران، نشر اشتیاق، سال ۱۳۷۷، صفحات ۲۶۵-۲۹.
- [42] Charlton J. Trends and patterns in suicide in England and Wales. *International Journal of Epidemiology* 1995; 24 : S45-52.
- [43] Charlton J, Kelly S, Dunnell K, Evans B, Jenkins R, Wallis R. Trends in suicide deaths in England and Wales. *Population Trends* 1993; 69 : 10-6.
- [44] Khan MM, Reza H. Gender differences in nonfatal suicidal behaviour in Pakistan: significance of sociocultural factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1998; 28 : 62-68.
- [45] Khan MM, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. *Crisis* 2000; 21 : 31-35.
- [46] Simounet, C. & Bourgeois, M. Suicides and attempted suicides by hanging. *Ann Med Psychol*, 1992; 150: 481-85.
- [47] Kelly, S. & Bunting, J. Trends in suicide in England and Wales, 1982-96. *Popul Trends*, 1998; 92: 29-41.
- [48] Department of Health. (2005). *National Suicide Prevention Strategy for England. Annual Report on progress 2004*. Stationery Office, London:
- [49] Cave Bondi G, Cipolloni L, Parroni E, Cecchi R. A review of suicides by burning in Rome between 1947-1997 examined by the Pathology Department of the Institute of Forensic Medicine, University of Rome 'La Sapienza'. *Burns* 2001; 27 :227-31
- [50] Campbell EA, Guiao IZ. Muslim culture and female self-immolation: implications for global women's health research and practice. *Health Care Women Int*. 2004; 25 :782-793.
- [51] Dastgiri S, Kalankesh LR, Pourafkary N. Epidemiology of self-immolation in the North-West of Iran. *Eur J Gen Med* 2005; 2 :14-19.