

خودکشی

محمدعلی محمدی*، جلوه جواهری**، کاوه مظفری***، سعید مدنی قهفرخی****

مقدمه

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی در جهان یک میلیون نفر در سال و تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر است (احمدی و حاجی احمدی، ۱۳۷۹). در رتبه بندی علل مرگ در جهان، خودکشی رتبه سیزدهم را دارد. در سال ۲۰۰۰، تعداد ۸۵۰ هزار مورد خودکشی در جهان ثبت شد. نرخ جهانی خودکشی ۱۶ نفر در هر صد هزار نفر است که طی ۴۵ سال گذشته، ۶۰ درصد افزایش داشته است. در مردان و زنان سنین ۱۵ تا ۴۴ سال، خودکشی سومین عامل مرگ به حساب می آید. فارغ از رتبه خودکشی در میان علل مرگ، آنچه بر اهمیت آن می افزاید و ضرورت توجه ویژه به آن را با هر نرخ و رتبه ای آشکار می کند،

انتخاب مرگ بر اثر استیصال، درماندگی و عوامل و آسیب های اجتماعی و فرهنگی است. به این معنا که عده ای زندگی کردن را دوست دارند اما شرایط زندگی آنان را مجبور به انتخاب مرگ می کند، شرایطی که مهار آن بر عهده مسئولان جامعه است.

به دلیل اینکه خودکشی در ادیان حرام شمرده شده و ارتکاب به این عمل از طرف پیروان هر دین به معنای نافرمانی تلقی می شود و اقتدار دین را مخدوش می کند، متولیان امور دینی،

به خصوص در کشورهایی که حکومت ها هم با وجهه دینی شناخته می شوند، به منظور رعایت چنین مصلحتی، نرخ واقعی خودکشی در کشور خود را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نمی کنند و چه بسا همین عامل باعث تشدید بحران های مربوط به خودکشی در این کشورها به دلیل عدم مطالعه و بررسی های ضروری شود. نتایج تحقیق سرفراز و کاستل در مورد خودکشی مسلمانان نیز حاکی از همین امر است (Sarfaraz and Castel, 2004).

نرخ خودکشی در ایران از اغلب کشورهای غربی پایین تر ولی از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه بالاتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱) و با حدود ۵۰۰ مورد موفق در سال، یکی از آسیب های اجتماعی رو به رشد در ایران محسوب می شود. در برخی از استان ها از جمله ایلام، اقداماتی در جهت مطالعه و بررسی این آسیب انجام گرفته است (فرماندهی انتظامی استان ایلام، ۱۳۸۹). با توجه به افزایش نابسامانی های اقتصادی و اجتماعی در کشور، انتظار می رود خودکشی های نوع آنومیک (بی هنجارانه) افزایش یابد.

از آنجا که این پدیده برای جامعه ما بسیار پرهزینه است، تحقیقات بیشتر در این زمینه می تواند مسئولان را نسبت به آن حساس تر و کارشناسان را به حل این معضل راغب تر سازد. در مقاله حاضر، چگونگی وضعیت خودکشی در ایران و عواملی که منجر به خودکشی یا گسترش آن می شود بررسی شده است.

۱. تعاریف

۱.۱. خودکشی

* دکترای جامعه شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** کارشناسی ارشد جامعه شناسی

*** کارشناسی ارشد جامعه شناسی

**** دکترای جرم شناسی

در جوامع غربی، خودکشی را نه یک کنش تصادفی تعبیر می‌کنند و نه عملی بی‌معنا بلکه، برعکس، راهی برای بیرون آمدن از یک مشکل یا بحران تلقی می‌شود که متناسب با عمل، باعث رنج فراوان می‌شود. براساس نظر ادوین اشنایدمن^۴ خودکشی همواره با نیازهای اشباع‌شده، احساس درماندگی و ناامیدی، کشاکش دائم بین ادامه زندگی و فشارهای روحی و روانی غیرقابل تحمل، تنگ شدن حلقه محاصره مشکلات، و باریک شدن راه‌های چاره و نیاز به فرار همراه است (Kaplan and Sadock, 2003).

براساس این تعاریف، خودکشی عملی است آگاهانه و کاملاً ارادی که فرد برای پایان دادن به زندگی خویش انجام می‌دهد. فردی که اقدام به خودکشی می‌کند از نتیجه عمل خود آگاهی دارد و این مهم‌ترین مسئله در تشریح و تبیین پدیده خودکشی است. خودکشی، به لحاظ شدت، تعاریف مختلفی دارد و به دو دسته اقدام به خودکشی^۵ و خودکشی منجر به مرگ (انجام یافته)^۶ تقسیم می‌شود. اقدام به خودکشی شامل آن دسته اعمالی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد اما به مرگ منجر نمی‌شود. این نوع خودکشی با عناوین دیگری مانند خودکشی ناموفق و ژست خودکشی نیز نامیده می‌شود. در خودکشی منجر به مرگ، شخص با یک عمل انهدامی و تخریبی صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. این نوع خودکشی را خودکشی موفق یا انجام‌یافته نیز می‌نامند (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱).

۲.۱. انواع خودکشی

نظریه‌پردازان تقسیم‌بندی‌های مختلفی از انواع خودکشی ارائه داده‌اند که مشهورترین آنها تقسیم‌بندی دورکیم است. دورکیم، در تبیین خودکشی در کشورهای صنعتی غرب، تضعیف هنجارهای نظم‌دهنده به رفتارها — آنومی^۷ — را در شکل‌گیری انواع خودکشی مؤثر می‌داند. وی خودکشی را به چهار دسته خودخواهانه^۸، دگرخواهانه^۹، بی‌هنجارانه^{۱۰} و تقدیرگرایانه^۱ تقسیم کرده است و هر

واژه خودکشی از ریشه فرانسوی و لاتین sui به معنی «خود» و caedere به معنای «کشتن» مشتق شده است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱: ۷۶). فرد خودکشی بر این باور است که در زندگی به اهداف و امیال خود نرسیده و زندگی مفهوم خود را از دست داده است. در نظر وی، مرگ بهتر از زندگی قلمداد می‌شود (قائمی، ۱۳۶۴: ۱۱۳-۱۱۲). خودکشی سابقه‌ای به درازای تاریخ بشر دارد و متناسب با زمان وقوع و فرهنگ زمانه، با تلقی‌های متفاوتی، از محکومیت تا مدارا، مواجه بوده است. انگیزه‌های خودکشی هم به نسبت همین تنوع تاریخی و معنایی، متنوع بوده است.

در تعاریف جامعه‌شناختی خودکشی، بر عوامل اجتماعی تأکید می‌شود. اولین نظریه جامعه‌شناختی درباره خودکشی را امیل دورکیم^۱ در سال ۱۸۹۷ ارائه داد. براساس تعریف دورکیم، خودکشی به حالتی از مرگ اطلاق می‌شود که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار مثبت یا منفی قربانی‌ای است که شخصاً از نتیجه عملش آگاه است (Durkheim, 1951: 44). کردار مثبت در نظر قربانی مانند این است که انسان یک گلوله در شقیقه خود خالی کند. کردار منفی مثل این است که انسان خانه‌ای را که در آتش شعله‌ور است ترک نکند، یا آنقدر از خوردن غذا خودداری کند (اعتصاب غذا) که بمیرد (آرون، ۱۳۸۱: ۳۷۶).

مطالعات روان‌شناختی معمولاً بر نقش فرد در تصمیم به خودکشی تأکید دارند. برای نمونه، زیگموند فروید^۲ از دیدگاه روانکاوی معتقد است خودکشی حاصل کشمکش‌های روانی است که در فرد به وجود می‌آید. طبق نظریه فروید، خودکشی ناشی از افسردگی شدیدی است که به واسطه از دست دادن روابط لیبیدویی، مرگ، امتناع یا ناامیدی ایجاد می‌شود (Staal, 2002). از دیدگاه کارل گوستاو یونگ^۳، معنای زندگی تابعی است از کل «خود» نه فقط «من». هنگامی که خود به من تقلیل یابد، ناخشنودی آغاز می‌شود که اگر به یأس کامل منتهی شود، خودکشی صورت می‌گیرد. خودکشی ممکن است راهی برای به دست آوردن معنا از طریق تجدید حیات باشد، یعنی تولدی دیگر (شعاع کاظمی، ۱۳۸۷).

4. Edwin Shneidman

5. suicide attempt

6. completed suicide

7. anomie

8. egoistic

9. altruistic

10. anomic

1. Emile Durkheim

2. Sigmund Freud

3. Karl Gustav Jung

قالب جنگ‌ها و حوادث و چه در قالب خودکشی، بیشتر از مرگ‌های دوران قدیم است. بر مبنای تقسیم‌بندی‌های دورکیمی می‌توان گفت که انواع آنومیک و خودخواهانه خودکشی، که اغلب محصول زندگی در دنیای جدید با فشارهای عصبی و روانی و محرومیت و استیصال است و از رهاوردهای مدرنیته و برنامه‌های توسعه مربوط به آن محسوب می‌شود، بسیار بیشتر از انواع دگرخواهانه و تقدیرگرایانه است که غالباً متعلق به دوران غلبه سنت است. آثار و تبعات خودکشی در دوران جدید در کشورهای عقب‌مانده، که ناشی از تعجیل در نوسازی و بی‌توجهی به نتایج و آثار سوء توسعه است، توجه بیشتری می‌طلبد. به قول کریشنا کومار، کشورهای در حال توسعه برای جبران عقب‌ماندگی اقدام به نوسازی شتابان^۴ می‌کنند (Kumar, 1995).

اصطلاح «توسعه»^۵ به لحاظ لغوی به معنی «خروج از لفافه» است. «لفافه» از دیدگاه صاحب‌نظران نسل اول توسعه به معنی خروج از جامعه سنتی و ارزش‌های مربوط به آن است (از کیا، ۱۳۸۱: ۷). برخی هم توسعه را مترادف با انحراف^۶ آورده‌اند که منظور از آن، منحرف شدن از ارزش‌های وضعیت موجود و انحراف از معیارهای پذیرفته‌شده (سنتی) جامعه است (Haralambus, 1992). توسعه به هر دو معنا، به‌خصوص در دوره مدرنیسم، هم برای غربی‌ها تبعات سوئی مثل خودکشی‌های خودخواهانه و آنومیک در پی داشته و هم برای سنتی‌ها، که توسعه و مدرنیته را انحراف می‌دانستند، عامل خودکشی‌های دسته‌جمعی و تقدیرگرایانه بوده است. خاطره خودکشی عقیدتی سال ۱۹۹۳ در امریکا که به صورت دسته‌جمعی و در اعتراض به وضعیت مدرن انجام شد هنوز از یادها محو نشده است. اما شاید برای جهان در حال توسعه، به دلیل بی‌ملاحظه‌گی‌های فراوان در پیشبرد برنامه‌های توسعه دولتها، عوارض سوء توسعه از بهره‌های آن بیشتر بوده است. آمار ارائه‌شده در این گزارش در مورد خودکشی کودکان بسیار تأسفانگیز و نیازمند مطالعه‌ای مستقل و جدی است.

امروزه در کشورهای صاحب سبک در توسعه، اقدامات وسیع و هزینه‌های فراوانی می‌کنند تا با کاهش و کنترل افسردگی‌ها، آمار

هر دسته را به درجه‌ای از ادغام و یکپارچگی^۲ جامعه از سویی و نحوه اجرای قواعد و قوانین از سوی دیگر پیوند می‌زند. خودکشی خودخواهانه به دلیل سستی پیوند فرد با جامعه و خودکشی دگرخواهانه بر اثر پیوستگی قوی فرد با جامعه رخ می‌دهد. خودکشی بی‌هنجارانه یا آنومیک از قواعد و قوانین ضعیف و سست نشئت می‌گیرد. در این مورد، جامعه نیروی تنظیمی خود را بر اثر فشارهای اقتصادی به منظور پیشرفت بیشتر از دست داده است. وقتی جامعه با بحران‌های دردناک یا گذار اقتصادی مواجه می‌شود، نمی‌تواند در زمان مناسب این تغییرات یکباره را هضم کند که در این وضعیت، نرخ خودکشی افزایش پیدا می‌کند. برای مثال، هنگام بروز بحران‌های اقتصادی، بعضی افراد شأن طبقاتی یا اجتماعی خود را از دست می‌دهند و نفوذ اجتماعی آنان به شدت کاهش می‌یابد. در چنین شرایطی افراد باید انتظارات خود را کاهش دهند، نیازهایشان را محدود سازند، و کنترل بیشتری بر خود اعمال کنند. اگرچه در این وضعیت بر تربیت اخلاقی افراد تأکید می‌شود، اما چنین تربیتی در کوتاه‌مدت برای انطباق با شرایط جدید مؤثر نخواهد بود. بنابراین، وضعیت غیرقابل تحملی به وجود می‌آید که آنومی از نتایج آن است. خودکشی تقدیرگرایانه از اعمال مقرر و قوانین سختگیرانه ناشی می‌شود. این نوع خودکشی ناشی از ناامیدی در زندگی و احساس اسارت در چنگال سرنوشت است که تغییر وضعیت را ناممکن می‌سازد (شیخاوندی، ۱۳۸۳: ۲۳-۲۴؛ شیان و محمدی، ۱۳۸۶: ۱۵).

موریس آلبواکس^۳ خودکشی را ناشی از سه عامل می‌داند: جدا شدن فرد از گروه اجتماعی (فردگرایی افراطی)؛ وابستگی بیش از حد فرد به گروه اجتماعی (کمبود فردگرایی)؛ و انهدام توأم با هرج و مرج گروه اجتماعی (کمبود انسجام اجتماعی). به نظر آلبواکس، عامل ایجادکننده خودکشی خلأ اجتماعی است که فرد را احاطه می‌کند (عقیلی، ۱۳۸۴: ۱۲).

۲. رویکرد نظری: توسعه، مرگ و مدرنیته

چنانکه از انواع خودکشی برمی‌آید، مرگ‌های دوران جدید، چه در

4. accelerated modernization

5. development

6. deviance

1. fatalistic

2. integration

3. Maurice Halbwachs

مبحث توسعه انسانی از آن جهت در بررسی خودکشی مطرح است که براساس یافته‌ها و تحلیل ما در بخش پایانی این گزارش، در ایران رابطه معناداری بین رتبه توسعه انسانی استان‌های مختلف کشور و نرخ خودکشی در آنها وجود دارد.

۳. وضعیت دیگر کشورها

آمار خودکشی در مناطق مختلف جهان نوسان قابل ملاحظه‌ای دارد. در آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت، بالاترین نرخ خودکشی به کشورهای اروپای شرقی از جمله بلاروس (۳۵/۱) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۳، لیتونی (۳۰/۴) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷ و فدراسیون روسیه (۳۰/۱) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶ و پایین‌ترین میزان خودکشی به کشور مالدیو (۰/۳) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ (در آسیای جنوب شرقی تعلق دارد. نرخ خودکشی در برخی کشورهای آمریکای لاتین به‌ویژه باربادوس (۰/۷) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۱ و باهاما (۱/۰) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۲ و همچنین برخی کشورهای منطقه از جمله جمهوری آذربایجان (۰/۶) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷) و کویت (۲/۰) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۲ هم بسیار پایین است (WHO, 2009). البته، در کشورهای آفریقایی و منطقه خاورمیانه، اطلاعات بسیار اندکی درباره آمار خودکشی وجود دارد.

در شناسایی همه‌گیری خودکشی، جنسیت، فرهنگ، نژاد و قوم از عوامل بسیار مهم هستند. آمار خودکشی زنان الگوهای متفاوتی را برحسب سن و منطقه نشان می‌دهد. در برخی موارد، آمار خودکشی زنان به طور یکنواخت با افزایش سن بالا می‌رود و در موارد دیگری، در میانسالی به اوج می‌رسد. در موارد خاص، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و در جوامع اقلیت، نرخ خودکشی زنان در سن بلوغ بسیار بالاست. نرخ خودکشی مردان بالاتر از زنان است. نسبت آمار خودکشی مردان به زنان از ۱/۰ به ۱۳/۰ به ۱ متغیر است. میزان تفاوت نرخ خودکشی مردان و زنان در برخی از مناطق آسیا مانند فیلیپین و سنگاپور بسیار پایین و در برخی کشورهای شوروی سابق از جمله بلاروس و لیتونی و همچنین کشورهای آمریکای لاتین از جمله شیلی و پورتوریکو بسیار بالاست. در کل، مردان تقریباً ۳ برابر زنان خودکشی می‌کنند. می‌توان گفت که این نسبت به طور یکنواخت در تمام گروه‌های سنی بجز گروه سنی بسیار مسن که نسبت خودکشی مردان در آن

خودکشی را پایین نگه دارند. از همین رو، طرح‌ها و برنامه‌های متعددی برای ایجاد شادی و نشاط در جامعه و پر کردن اوقات فراغت جوانان و قشرهای محروم جامعه اجرا شده است. در سال‌های اخیر، پژوهشگران به طور روزافزون به بررسی شادی^۱ و آرامش ذهنی^۲ علاقه‌مند شده‌اند به طوری که می‌توان گفت یکی از چالش‌های فراروی مدیران جامعه در دنیای امروز ایجاد احساس رضایت خاطر و شادکامی در افراد جامعه است. با این رویکرد، عوامل اجتماعی مربوط به توسعه و نوسازی شامل بیکاری، فقر، نابرابری و نداشتن امید به آینده بیشترین تأثیر را در افزایش نرخ خودکشی دارند که ضرورت اولویت‌بخشی به بحث توسعه انسانی را در سیاست‌گذاری‌های کلان ملی مطرح می‌کند.

توسعه انسانی روندی است که طی آن، امکانات افراد بشر افزایش می‌یابد. تعریف امکانات ممکن است به مرور زمان اساساً تغییر کند، اما در کلیه سطوح توسعه، مسئله اصلی برای مردم عبارت است از برخورداری از زندگی طولانی همراه با تندرستی، و دستیابی به دانش و توانایی دسترسی به منابعی که برای پدید آوردن سطح مناسب زندگی لازم است (ازکیا، ۱۳۸۱: ۲۲).

بر همین اساس، در اولین گزارش جهانی توسعه انسانی (UNRHD)^۳، شاخص توسعه انسانی (HDI) به عنوان مقیاس اندازه‌گیری توسعه معرفی شد (UNRHD, 1990). در شاخص توسعه انسانی، سه ظرفیت اساسی «دسترسی به امکانات مادی لازم برای زندگی»، «کسب دانش» و «برخورداری از عمر طولانی توأم با سلامت» اندازه‌گیری می‌شود. برای اندازه‌گیری هریک از این ابعاد، شاخص‌هایی معرفی شده است که «برخورداری از عمر طولانی توأم با سلامت» با معیار «امید به زندگی در بدو تولد» اندازه‌گیری می‌شود (صادقی و دیگران، ۱۳۸۶) و معرف متوسط سال‌هایی است که هر نوزاد زنده به دنیا آمده عمر خواهد کرد، به شرط آنکه احتمال مرگ او در سال‌های آینده زندگی مانند انسان‌های زمان حال باشد. امید به زندگی برای کشورهای توسعه‌یافته حدود ۸۰ تا ۸۵ سال برآورد شده است (فلاح‌زاده و هادیان، ۱۳۸۵: ۵۶ - ۵۵).

1. happiness

2. subject well-being

3. United Nations Report: Human Development

افرادى كه اقدام به خودكشى كرده‌اند براى مراقبت‌هاى پزشكى به مراکز درمانى مراجعه مى‌كنند. به علاوه، در بسيارى از كشورهاي در حال توسعه، اقدام به خودكشى يك جرم قابل مجازات است و به همين دليل بيمارستان‌ها از ثبت موارد آن خوددارى مى‌كنند. شواهدى وجود دارد كه نشان مى‌دهد به طور متوسط تنها ۲۵ درصد افرادى كه اقدام به خودكشى مى‌كنند به بيمارستان‌هاى عمومى، كه بهترين مكان جمع‌آورى اطلاعات خودكشى هستند، مراجعه مى‌كنند كه به طور قطع وضعيت وخيم‌ترى دارند. آمارها نشان مى‌دهد كه ميزان خودكشى ناموفق در ميان افراد جوان بيش از سالمندان است به طوري كه نسبت خودكشى موفق به ناموفق در افراد بالای ۶۵ سال به طور تقريبي يك به دو تا سه است يعنى از هر ۲ يا ۳ اقدام به خودكشى، يك خودكشى به مرگ منجر مى‌شود، در حالى كه در افراد جوان زير ۲۵ سال ممكن است اين نسبت به يك به صد تا دويست برسد به اين معنا كه از هر ۱۰۰ يا ۲۰۰ اقدام به خودكشى، تنها يك خودكشى به مرگ منجر مى‌شود. از سوي ديگر، به طور كلي، نرخ خودكشى ناموفق در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است مگر در فنلاند كه تفاوت قابل توجهي بين زنان و مردان از نظر نرخ خودكشى ناموفق مشاهده نشده است.

۱.۳. كشورهاي امريكايي

طبق آخرين گزارش سازمان جهاني بهداشت، نرخ متوسط خودكشى منجر به مرگ در كشورهاي امريكايي ۶/۳ در هر صدهزار نفر و از ۱/۰ در هر صدهزار نفر در باهاما (۲۰۰۲) تا ۲۲/۹ در هر صدهزار نفر در گويان (۲۰۰۵) متغير است. همچنين، بالاترين ميزان خودكشى زنان با نرخ ۱۱/۶ در هر صدهزار نفر و مردان با نرخ ۳۳/۸ در هر صدهزار نفر به گويان در امريكاي لاتين تعلق دارد. در اين ميان، كانادا، امريكا، آرژانتين، برزيل و مكزيك داراي نرخ خودكشى متوسطى هستند. نرخ خودكشى در كانادا، براساس آمار سال ۲۰۰۴، ۱۱/۳ در هر صدهزار نفر و نسبت نرخ خودكشى منجر به مرگ مرد به زن ۳/۲ به ۱؛ در ايالات متحده، طبق آمار ۲۰۰۵، ۱۱/۰ در هر صدهزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۹ به ۱؛ در آرژانتين، طبق آمار ۲۰۰۵، ۷/۹ در هر صدهزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۶ به ۱؛ در برزيل، در سال ۲۰۰۶، ۴/۶ در هر صدهزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۸ به ۱؛ و در مكزيك، در سال ۲۰۰۶، ۴/۰ در هر صدهزار نفر و نسبت مرد به زن ۴/۸ به ۱

بسيار بالاتر است ديده مى‌شود. تفاوت آمار خودكشى در كشورهاي آسيائي بسيار كمتر از ديگر نقاط جهان است. طبق آماری كه برخى كشورها از سال ۲۰۰۵ به بعد به سازمان جهاني بهداشت ارائه داده‌اند، نرخ خودكشى در ميان زنان كشورهاي غرب اقيانوس آرام به‌ويژه جمهورى كره (۱۴/۱ در هر صدهزار نفر در سال ۲۰۰۶) و ژاپن (۱۳/۹ در هر صدهزار نفر در سال ۲۰۰۷) بيش از كشورهاي ديگر است. در سال ۲۰۰۶، پايين‌ترين نرخ خودكشى در ميان زنان به ارمنستان (۱/۰ در هر صدهزار نفر)، گواتمالا (۱/۱ در هر صدهزار نفر)، يونان (۱/۲ در هر صدهزار نفر) و مكزيك (۱/۳ در هر صدهزار نفر) تعلق داشته است (ibid.).

نرخ خودكشى در جهان به طور معمول با افزايش سن بالا مى‌رود به طوري كه آمار خودكشى در افراد بالای ۷۵ سال تقريباً سه برابر افراد جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. اين رويه در هر دو جنس مشاهده مى‌شود، اما در مردان بارزتر است. براساس آمار جهاني ۲۰۰۹، نرخ خودكشى از ميزان ۰/۱ در هر صدهزار نفر در گروه سنى ۵ تا ۱۴ سال (يونان و ايتاليا طبق آمار ۲۰۰۶) تا ۶۵/۴ در هر صدهزار نفر در افراد بالای ۷۵ سال (سيبری در سال ۲۰۰۶) متغير است. در برخى از كشورها نسبت ديگرى ميان نرخ خودكشى و سن وجود دارد كه در ميان آنها، در برخى كشورهاي توسعه‌نيافته از جمله گويان و كاستاريكا و قزاقستان، بيشترين نرخ خودكشى به سنين جوانى (۱۵ تا ۲۴ سال) و در برخى كشورهاي اروپايي از جمله استوني و فنلاند به سنين ميانسالى (۴۵ تا ۵۴ سال) تعلق دارد (ibid.). امروزه در بيش از يك‌سوم كشورهاي جهان، نرخ خودكشى در ميان افراد زير ۴۵ سال بالاتر از افراد بالای ۴۵ سال است و اين پديده در تمام قاره‌ها به چشم مى‌خورد. كشورها و مناطقي كه آمار خودكشى در آنها هم‌اكنون در افراد زير ۴۵ سال بيشتر است شامل استراليا، بحرين، كانادا، كلمبيا، اكوادور، گويان، كويت، موريس، زلاندنو، سربلانكا و انگلستان است. نرخ خودكشى جوانان در برخى از جزاير اقيانوسيه مانند فيجى (در بين سرخپوستان بومي) و سامواچا در ميان زنان و مردان به ميزان قابل توجهي بالاست.

در مورد تفاوت نرخ خودكشى موفق و ناموفق در سطح جهان نمى‌توان آمار دقيقى ارائه داد. تنها برخى از كشورها داراي آمار قابل اطميناني از رفتارهاي خودكشى ناموفق هستند. علت اصلى اين امر دشواري جمع‌آورى اطلاعات است چرا كه تنها تعداد اندكى از

گزارش شده است (WHO, 2009).

۲.۳. کشورهای اروپایی

طبق آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، متوسط نرخ خودکشی منجر به مرگ در کشورهای اروپایی ۱۳/۲ در هر صد هزار نفر است که تقریباً دو برابر آمار کشورهای آمریکایی است. بالاترین آمار خودکشی در جهان نیز به کشورهای اروپای شرقی تعلق دارد که در میان آنها، بالاترین میزان خودکشی متعلق به بلاروس با نرخ ۳۵/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۳، لیتونی با نرخ ۳۰/۴ در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷، و فدراسیون روسیه با نرخ ۳۰/۱ در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ است. کمترین میزان خودکشی نیز به گرجستان با نرخ ۲/۲ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۱، ارمنستان با نرخ ۲/۴ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶، و قبرس با نرخ ۲/۹ در هر صد هزار نفر در همان سال تعلق دارد. براساس این گزارش، نرخ خودکشی در فنلاند (۱۸/۸) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷، فرانسه (۱۷/۰) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ و اتریش (۱۵/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷ نسبتاً بالا؛ در سوئد (۱۳/۲) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، دانمارک و آلمان (۱۱/۹) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، نروژ (۱۱/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ و هلند (۸/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷ نزدیک به متوسط؛ و در اسپانیا (۷/۸) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۵، پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی (۶/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷ و ایتالیا (۶/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ پایین نسبت به اروپاست (ibid.).

۳.۳. آسیا

آمار مربوط به خودکشی در آسیای جنوب شرقی نسبتاً قدیمی است و بسیاری از کشورهای این منطقه تاکنون آمار خود را به سازمان جهانی بهداشت اعلام نکرده‌اند. با وجود این، در میان کشورهایی که اعلام آمار کرده‌اند، بالاترین آمار خودکشی منجر به مرگ متعلق به سریلانکا با نرخ ۲۱/۶ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۹۶ و پایین‌ترین میزان خودکشی مربوط به مالدیو با نرخ ۰/۳ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ است. بین این دو کشور، هند و تایلند قرار دارند. طبق آمار سال ۲۰۰۲، نرخ خودکشی در تایلند ۷/۸ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۲ به ۱ و در هند ۱۰/۵ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۶ به ۱ است (ibid.).

در منطقه آسیا-اقیانوسیه (کشورهای آسیای شرقی و اطراف اقیانوس آرام)، بالاترین نرخ خودکشی متعلق به ژاپن است که در سال ۲۰۰۷، ۲۴/۴ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۲/۶ به ۱ بوده و پایین‌ترین نرخ خودکشی در همان سال متعلق به فیلیپین است که ۲/۱ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۵ به ۱ بوده است. در میان این دو، کشورهای جمهوری کره (۲۱/۹) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶، چین شامل هنگ کنگ (۱۵/۲) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، زلاندنو (۱۲/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۵، استرالیا (۱۰/۵) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۴ و سنگاپور (۱۰/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ قرار دارند (ibid.).

۴.۳. آسیای میانه

در آسیای میانه علل متفاوتی برای خودکشی ذکر شده، از عاق والدین و گرفتار شدن به عذاب الهی تا ازدواج‌های اجباری و سوءاستفاده‌ها که در گزارش سال ۱۹۹۹ چرخ‌گردون، روزنامه مخالف دولت تاجیکستان، از شهر دوشنبه آمده است (Harris, 2004:43). زمانی که انقلاب بلشویکی در روسیه به پیروزی رسید و برنامه بی‌حجابی اجباری در دستور کار قرار گرفت، گزارش شد که ۲۰۳ زن تاجیک به واسطه سوءرفتار خودکشی کردند (Khushkadamova, 1993). نرخ خودکشی در این منطقه از آسیا تا سال ۲۰۰۳ داده‌های متعددی را در اختیار ما قرار می‌دهد. به غیر از قزاقستان، نرخ خودکشی در بقیه کشورهای استقلال یافته از اتحاد شوروی کاهش یافته است. جالب اینکه در قزاقستان، نرخ خودکشی زنان نسبت به مردان در تمام این سال‌ها و در میان همه این کشورها به طور معناداری پایین‌تر بوده است که بررسی مستقلی را می‌طلبد. علل اصلی خودکشی زنان در این مناطق، مسائل عشقی، غیرممکن بودن رهایی از سوءاستفاده خانواده‌ها، حاملگی خارج از عقد و ازدواج، تجاوز، اختلافات خانوادگی، منع دختران از ادامه تحصیل از طرف والدین، ترس از شایعات شرم‌آور، افسردگی، بی‌پناهی، و اخیراً هم ناتوانی در نان‌آوری و تأمین معیشت خانواده ذکر شده است. مورد اخیر در قزاقستان و شمال تاجیکستان در میان مردان شایع‌تر است و مردانی که توانایی نان‌آوری نداشته باشند، از طرف زنان خود رها می‌شوند و بر اثر بی‌خانمانی و اعتیاد به الکل و مواد مخدر اقدام به خودکشی می‌کنند (Nazpary, 2002).

خودکشی و انتحار) و در نتیجه، همه فقها بر آن حکم اتفاق نظر پیدا می‌کنند و به اصطلاح «اجماع» تحقق پیدا می‌کند. ولی گاهی چنین نیست و دلیلی برای اثبات حکم مسئله وجود ندارد و با این حال «اجماع» به وجود می‌آید. اجماع نوع دوم ارزش اثباتی بیشتری دارد و در این صورت به درستی می‌توان آن را در شمار ادله دیگر استنباط احکام ذکر کرد. اما اجماع نوع اول را، که «اجماع مدرکی» می‌نامند، نمی‌توان دلیلی مستقل از ادله دیگر استنباط احکام دانست زیرا فرض بر این است که مستند حکم مسئله، کتاب یا سنت است (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۹۱). اجماعی که بین فقها در مورد حرمت خودکشی وجود دارد نیز از نوع «اجماع مدرکی» است زیرا اصل حکم حرمت انتحار در کتاب و سنت اثبات شده است (شریفی خضارتی، ۱۳۸۷).

در نظام حقوقی اسلام، ضمانت اجرای ممنوعیت خودکشی بر پایه اصول و مبانی عقیدتی و اخلاقی استوار است و امری اخلاقی و درونی و دینی است (ولیدی، ۱۳۸۰: ۱۴۱). با این حال، احکام فقهی در مورد خودکشی وجود دارد. به طور کلی، از دیدگاه فقهی «جنایت بر خود» به دو نوع تقسیم می‌شود: جنایت بر خود به صورت عمد، جنایت بر خود به صورت غیرعمد. هرگاه کسی عمداً مرتکب قتل خود شود و به اصطلاح خودکشی و انتحار کند، نه دیه به وی تعلق می‌گیرد و نه کفاره و این مسئله مورد اتفاق همه فقه‌های شیعه است. اما در میان اهل سنت برخی معتقدند که کفاره تعلق می‌گیرد و آن را از میراث (ترکه) فردی که خودکشی کرده می‌دهند. چنانچه جنایت شخص بر خود به خطا انجام پذیرد، خونش به هدر رفته و بستگان ذکور نسبی پدری یا پدری و مادری (عاقله) مسئول دیه او نیستند. اما کسانی هم گفته‌اند که در این مورد، دیه برعهده عاقله است (گرچی و دیگران، ۱۳۸۲: ۷۹-۷۸).

در بررسی خودکشی از دیدگاه حقوق کیفری، با وجود آنکه در اسلام خودکشی یا خودزنی گناهی بزرگ محسوب می‌شود، چون در قوانین کیفری ایران جرم شناخته نشده، قابل طرح و رسیدگی در محاکم نیست (اردبیلی، ۱۳۷۹: ۱۴۳). در قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴ شمسی و اصلاحات آن در سال ۱۳۵۲، خودکشی جرم نبود و اساساً برای خودکشی، شروع به خودکشی، و معاونت و مشارکت در خودکشی مجازاتی پیش‌بینی نشده بود. در حال حاضر نیز خودکشی یا شروع به آن در قوانین جزایی ایران جرم نیست و مجازاتی ندارد زیرا اعمال کیفر نسبت به خودکشی‌کننده دارای

۵.۳. کشورهای خاورمیانه

آمار دقیقی از نرخ خودکشی در این کشورها وجود ندارد. در آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، آمار مربوط به خاورمیانه بسیار محدود و کهنه است. بالاترین نرخ خودکشی مربوط به بحرین (۳/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۸۸) و پایین‌ترین نرخ خودکشی متعلق به سوریه (۰/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۸۵) است. بین این دو، نرخ خودکشی کویت قرار دارد که در سال ۲۰۰۲، ۲/۰ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۸ به ۱ بوده است (WHO, 2009).

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها و قوانین

پدیده «خودکشی» از دیدگاه علوم مختلفی همچون روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، پزشکی، جرم‌شناسی و حقوق جزا (کیفری) قابل تحلیل و بررسی است. از لحاظ حقوق کیفری، خودکشی ذیل مبحث قتل مطرح می‌شود، از این جهت که خودکشی یا انتحار عبارت است از قتلی که فاعل جرم (قاتل) همان مفعول جرم (مقتول) است (پر فیت، ۱۳۷۸: ۷۳-۷۲).

خودکشی از دیدگاه فقهی و حقوقی و در شرع اسلام و قوانین جزایی دارای احکام خاصی است. در بررسی فقهی خودکشی باید آن را از منظر کتاب، سنت و اجماع مورد توجه قرار داد. برای بررسی خودکشی از دیدگاه حقوق کیفری نیز ابتدا باید این عمل را از منظر تاریخ حقوق کیفری و سپس حقوق جزای تطبیقی مورد مطالعه قرار داد و نهایتاً به تحلیل آن در حقوق جزای داخلی (ایران) پرداخت.

در قرآن آیاتی وجود دارد که در آنها بر حرمت خودکشی تأکید شده است، از جمله آیات ۲۹ سوره نساء، ۳۳ سوره اسراء و ۶۸ سوره فرقان. طبق تفاسیر غالب از این آیات، خودکشی حرام است (طباطبایی، ۱۳۶۳: ۵۰۶-۵۰۵؛ مکارم شیرازی و دیگران، ۱۳۷۵: ۳۵۶؛ هاشمی رفسنجانی و دیگران، ۱۳۷۳: ۳۵۳-۳۵۱؛ آقای، ۱۳۸۱: ۱۳۵). از دیدگاه «سنت»، در مورد خودکشی روایات و احادیث متعددی وجود دارد که طبق آنها خودکشی جایز نیست (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۶۷؛ مظاهری، ۱۳۸۲: ۱۰۳-۱۰۲). گاه نیز در کتاب یا سنت دلیلی برای اثبات حکم مسئله‌ای وجود دارد (همچون

جنبه پیشگیری نیست و هر نوع عکس العمل قانونی موجب لطمه مادی و معنوی فامیل و بستگان فرد خودکشی کننده خواهد شد. در واقع، با فقدان نص خاصی در مورد خودکشی یا شروع به آن، این عمل قابل مجازات نیست (اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها). در مورد شرکت در خودکشی، در حقوق جزای ایران، اولیای مقتول می‌توانند نصف دیه قاتل را به وی پرداخت و او را قصاص کنند، به این معنا که اگر کسی به خودکشی فرد دیگری کمک کند، محکوم به قصاص است (گلدوزیان، ۱۳۸۴: ۵۴، ۵۶، ۵۷). اما معاونت در خودکشی، مثلاً زمانی که دو نفر با هم تصمیم به خودکشی می‌گیرند اما یک نفر از آنها زنده می‌ماند، از آنجایی که قانونگذار معاونت در جرم را به عنوان جرم مستقل نمی‌شناسد، فاقد کیفر است (ولیدی، ۱۳۸۰: ۱۴۲-۱۴۱). اما اگر کسی بدون علم و آگاهی مجنی‌علیه، عمداً موجبات مرگ او را به دست خود او فراهم آورده باشد یا اینکه مجنون یا فرد نابالغی را با سوءنیت خاص از طریق تحریک و ترغیب وادار به خودکشی کرده باشد، چنین اعمالی از مصادیق قتل عمدی خواهند بود (گلدوزیان، ۱۳۸۴: ۶۱).

مطابق قانون اخیر مجازات جرایم رایانه‌ای، معاونت در خودکشی به وسیله سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی جرم و مشمول مجازات است. طبق ماده ۱۶ قانون مذکور و بند ج آن، «هرکس از طریق سیستم رایانه‌ای یا مخابراتی به منظور ارتکاب جرایم و انحرافات جنسی یا سایر جرایم یا خودکشی یا استعمال مواد روان گردان، اشخاص زیر ۱۸ سال تمام را آموزش داده یا تبلیغ یا تحریک یا تهدید یا تشویق یا دعوت نموده یا فریب دهد یا طریق ارتکاب یا استعمال آنها را تسهیل نماید یا آموزش دهد، به حبس از ۹۱ روز تا یک سال یا جزای نقدی از دو میلیون و پانصد هزار تا ده میلیون ریال یا به هر دو مجازات محکوم خواهد شد.» در قانون مدنی ایران، تنها ماده‌ای که به نوعی با خودکشی ارتباط دارد ماده ۸۳۶ است که طبق آن، وصیت کسی که خود را به قصد خودکشی مجروح یا مسموم کرده باطل تلقی می‌شود (امامی، ۱۳۸۳: ۸۶-۸۴).

در قانون برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، هیچ تمهیدی در مورد خودکشی و برای پیشگیری از خودکشی به طور خاص اندیشیده نشده است. تنها در ماده ۹۷ از فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه، در زمینه ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی عنوان شده است که دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و

کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اقدام کند. همچنین در ماده ۴۱ از فصل سوم برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور، بخش سلامت، عنوان شده است که برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز برای سلامت، که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌هایی انجام شود. از جمله این اقدامات بند الف است که معین می‌کند: «فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاهای ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی تعیین و ابلاغ می‌شود.» در بند ج نیز آمده است: «تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند الف تعیین و اعلام می‌شود، از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.» در تبصره این ماده، در مورد تعیین مجازات برای مرتکبین بند ج آمده است: «عدم رعایت مفاد بند ج این ماده مستوجب جزای نقدی از صد میلیون ریال تا یک میلیارد ریال خواهد بود. در صورت تکرار، برای هر دفعه، بیست درصد به نصاب حداقل و حداکثر مذکور و قبلی حسب مورد اضافه می‌شود.»^۱ در این دو بند می‌توان به مورد خودکشی پرداخت، و از آنجا که دسترسی به ابزار خودکشی از جمله عوامل افزایش خودکشی با آن ابزار است، و مسمومیت با دارو بالاترین میزان را در میان روش‌های خودکشی به خود اختصاص داده، با محدود کردن دسترسی به دارو و مواد مخدر شاید بتوان از این نوع خودکشی پیشگیری کرد. در بند ج نیز می‌توان فعالیت‌هایی را که به نوعی به تبلیغ خودکشی می‌پردازند ممنوع کرد که مجازات آن نیز در تبصره پس از آن آمده است. اما در هیچ یک از این مواد، به طور مستقیم نامی از خودکشی به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی یا عوامل خطر ساز برای سلامت برده نشده و بنابراین تمهیدی نیز برای پیشگیری در این زمینه خاص اندیشیده نشده است.

از جمله اقدامات دولت در مورد خودکشی می‌توان به طرح

۱. رک. سایت وزارت امور اقتصادی و دارایی: www.mefa.gov.ir

پس از آن، برای گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی شامل بهورز، رابط، کاردان، کارشناس، پزشک عمومی، کادر اورژانس بیمارستان‌ها، و پرستاران بخش‌های مرتبط، متون آموزشی پیشگیری از خودکشی با تأکید بر درمان افسردگی تهیه و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آنان، امکان ارائه خدمات به افراد نیازمند فراهم شد. این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به اجرا گذاشته شد و با توجه به موفقیت‌آمیز بودن آن، از سال ۱۳۸۳ در چهار دانشگاه علوم پزشکی فارس، مازندران، چهارمحال و بختیاری و کرمان نیز به اجرا درآمد. اهداف خاص این برنامه عبارت‌اند از: ۱. افزایش آگاهی‌های لازم در گروه‌های هدف؛ ۲. شناسایی به‌هنگام افراد در معرض خطر؛ ۳. کاهش ضررهای ناشی از اقدام موفق در خانواده‌ها؛ و ۴. پایین آوردن نرخ بروز خودکشی در مناطقی که میزان بروز بالایی دارند (ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲۱).

از جمله فعالیت‌هایی که در ادامه اجرای این برنامه در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ صورت گرفته، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی در ۸ استان کشور؛
- پایش برنامه و دریافت آمار ماهانه موارد خودکشی؛
- ادامه طرح بررسی تأثیر ارتقای توان شبکه بهداشتی در شناسایی اختلال افسردگی و درمان بیماران افسرده طبق پروتکل وزارت بهداشت و درمان در پیشگیری از اقدام به خودکشی و خودکشی در شهرستان خرم‌آباد لرستان؛
- تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به خودکشی دانشگاه‌های سراسر کشور؛
- تدوین برنامه جامع پیشگیری از خودکشی؛
- تدوین و ورود مراقبت‌های مربوط به پیشگیری از خودکشی در بسته خدمتی پزشک خانواده؛
- برگزاری کارگاه تدوین برنامه جامع پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در برنامه بیمه روستایی و شبکه بهداشتی کشور، و ارائه برنامه نهایی تدوین شده در کارگاه با نظر استادان متخصص؛
- هماهنگی با رؤسای دانشگاه‌ها، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و سایر مراکز جمع‌آوری و ثبت آمار خودکشی برای اجرای یک نظام هماهنگ ثبت و گزارش آمار

«اورژانس اجتماعی» سازمان بهزیستی اشاره کرد. یکی از اهداف این طرح «شناسایی آسیب‌های اجتماعی شایع و در حال شیوع به صورت کشوری و منطقه‌ای و محلی» است. یکی از گروه‌های هدف مورد نظر در این زمینه افرادی است که قصد خودکشی دارند یا اقدام به خودکشی کرده‌اند.^۱

در «سند ملی جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور» که در بهمن ۱۳۸۷ از سوی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری به سازمان بهزیستی ابلاغ شد و دبیرخانه اجرایی آن در سطح ملی و استانی سازمان بهزیستی کشور است، به کاهش خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی اشاره شده است (ایسنا، ۱۳۸۸/۱/۲۴). در طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی تصریح شده که دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط مکلف‌اند، در جهت ارائه خدمات و مداخلات به‌موقع و تخصصی به منظور کمک به افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی، اقداماتی را در طی سال‌های برنامه چهارم توسعه انجام دهند. یکی از اقدامات پیش‌بینی شده عبارت است از توسعه و تقویت مراکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی (اورژانس اجتماعی) با هدف حمایت و ارائه خدمات تخصصی به‌موقع به افراد دچار مشکلاتی از قبیل کودک‌آزاری، همسرآزاری، اقدام به خودکشی، فرار از منزل، انحرافات اخلاقی، زنان آسیب‌دیده اجتماعی، زوجین متقاضی طلاق، افراد دارای اختلال هویت جنسی و...^۲ این سند تاکنون در ۲۰ استان کشور تهیه و تدوین شده و در برخی استان‌ها از جمله ایلام بر کنترل خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی تأکید ویژه دارد. از دیگر اقدامات صورت‌گرفته، برگزاری «همایش ملی خودکشی، علل، پیامدها و راهکارها» در آذر ۱۳۸۸ در استان ایلام است.

همچنین اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ اقدام به تدوین برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با تأکید بر درمان افسردگی کرد. این برنامه با اهداف کلی «فراهم آوردن خدمات بهداشت روان قابل دستیابی برای بیماران افسرده و افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته یا اقدام نموده‌اند» و «کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن» تدوین شد.

۱. رک. سایت اورژانس اجتماعی: www.123.ir

۲. <http://www.dolat.ir/Nsite/fullstory/?Id=w6122>

خودکشی.

در گزارش عملکردی که منتشر شد، نهایی کردن برنامه جامع پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در برنامه بیمه روستایی و شبکه بهداشتی کشور و شروع آزمایشی آن در دو دانشگاه، تدوین پروتکل های پیشگیری و مراقبت خودکشی، چاپ و تکثیر مواد آموزشی پیشگیری از خودکشی، و دستیابی به نظام هماهنگ ثبت و جمع آوری کلیه آمار مربوط به خودکشی از جمله دستاوردهای برنامه مذکور تا پایان سال ۱۳۸۷ عنوان شد (همان).

۲.۴. همه گیری شناسی

روند عمومی

براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، روزانه به طور متوسط ۱۳ مورد اقدام به خودکشی با میانگین سنی ۲۹ سال در کشور اتفاق می افتد. طبق این آمار، نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به ۱ و گاه ۴/۵ به ۱ است. هرچند آمار خودکشی در ایران از بسیاری از کشورها پایین تر است، مقایسه این آمار با آمار ثبت شده سال های گذشته در ایران رشد قابل توجهی را نشان می دهد به طوری که میزان اقدام به خودکشی از ۱/۳ در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶ در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۸۳ رسیده است. میزان اقدام به خودکشی طی سال های ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ به ترتیب ۵/۸، ۵/۶۵ و ۵/۶ در صدهزار نفر جمعیت بوده است (ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲).

همچنین، براساس آخرین آمار معاونت طرح و برنامه و بودجه نیروی انتظامی، تعداد مطلق خودکشی موفق در کل کشور در سال های ۱۳۸۷-۱۳۸۴ عبارت بوده است از ۴۱۸۶ مورد در سال ۱۳۸۴، ۳۵۹۴ مورد در ۱۳۸۵، ۳۰۸۳ مورد در ۱۳۸۶ و ۳۱۶۷ مورد در ۱۳۸۷. شایان ذکر است که نرخ محاسبه شده در صدهزار نفر و اطلاعات تفکیک شده براساس سن و جنس، تنها تا سال ۱۳۸۳ قابل دسترس است که در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. تعداد موارد خودکشی برحسب جنس و سن

جنس	سال	جمع	۱۷ ساله و کمتر	۱۸-۲۴ ساله	۲۵-۳۴ ساله	۳۵ ساله و بیشتر
کل	۱۳۷۵	۲۸۱۸	۳۷۳	۱۰۴۸	۷۱۰	۶۸۷
	۱۳۷۹	۲۷۴۹	۳۷۱	۱۰۴۹	۷۸۲	۵۴۷
	۱۳۸۰	۳۳۷۵	۳۳۹	۱۲۴۸	۸۹۵	۷۹۳
	۱۳۸۱	۳۴۳۶	۳۱۸	۱۳۶۸	۱۰۲۴	۶۹۶
	۱۳۸۲	۳۷۴۵	۳۲۹	۱۵۶۳	۱۱۳۰	۷۲۳
	۱۳۸۳	۳۷۴۳	۳۳۵	۱۴۸۴	۱۲۵۲	۶۷۲
مرد	۱۳۷۵	۱۵۳۹	۱۵۷	۵۱۳	۴۰۳	۴۶۶
	۱۳۷۹	۱۵۹۷	۱۸۹	۵۵۷	۴۷۷	۳۷۴
	۱۳۸۰	۲۰۴۵	۱۸۸	۷۴۶	۶۰۷	۵۰۴
	۱۳۸۱	۲۲۴۴	۱۸۵	۸۹۷	۶۷۰	۴۹۲
	۱۳۸۲	۲۴۷۱	۱۸۷	۹۴۷	۸۳۶	۵۰۱
	۱۳۸۳	۲۳۳۸	۱۷۸	۸۸۲	۸۴۵	۴۲۳
زن	۱۳۷۵	۱۲۷۹	۲۱۶	۵۳۵	۳۰۷	۲۲۱
	۱۳۷۹	۱۱۵۲	۱۸۲	۴۹۲	۳۰۵	۱۷۳
	۱۳۸۰	۱۲۳۰	۱۵۱	۵۰۲	۲۸۸	۲۸۹
	۱۳۸۱	۱۱۹۲	۱۳۳	۵۰۱	۳۵۴	۲۰۴
	۱۳۸۲	۱۲۴۷	۱۴۲	۶۱۶	۲۹۴	۲۲۲
	۱۳۸۳	۱۴۱۵	۱۵۷	۶۰۲	۴۰۷	۲۴۹

منبع: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

آمار خودکشی در استان های کشور نشان می دهد که شرایط در بعضی مناطق ایران بحرانی است. برای نمونه، طبق آخرین گزارشی که نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۳ منتشر کرده است، نرخ اقدام به خودکشی در ایلام ۷۰/۱ در هر صدهزار نفر و میزان خودکشی موفق در هر صدهزار نفر ۲۸/۹ و نسبت خودکشی موفق زنان به مردان ۱/۴ به ۱ است. پس از ایلام، لرستان (۱۱/۴) در هر صدهزار نفر، کرمانشاه (۹/۶) در هر صدهزار نفر، گلستان (۹/۵) در هر صدهزار نفر، و کهگیلویه و بویراحمد (۹/۲) در هر صدهزار نفر بالاترین میزان اقدام به خودکشی را در بین استان های کشور در سال ۱۳۸۳ دارند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). در جدول ۱، تعداد موارد خودکشی برحسب سن و جنس آمده است. طبق این اطلاعات، بیشترین میزان افزایش تعداد خودکشی از ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، در جمعیت ۲۵ تا ۳۴ سال با تفاوت ۵۴۲ نفر و سپس در جمعیت ۱۸ تا ۲۴ سال با تفاوت ۴۳۶ نفر مشاهده می شود. اما در جمعیت زیر ۱۷ سال و بالای ۳۵ سال، تعداد

خودکشی کاهش یافته است. در میان زنان و مردان نیز بالاترین افزایش تعداد خودکشی ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ و سپس در سنین ۱۸ تا ۲۴ سال دیده می‌شود. در این سال‌ها، تعداد موارد اقدام به خودکشی در زنان سنین ۳۵ سال به بالا افزایش یافته، اما در مردان با کاهش مواجه بوده است.

به لحاظ روش خودکشی در ایران، نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که حلق‌آویز کردن شایع‌ترین روش خودکشی مردان (۵۶ درصد) به‌ویژه در استان‌های همدان، لرستان و ایلام، و خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی زنان (۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). طبق آمار مرکز پزشکی قانونی تهران، روش‌های شایع خودکشی در مردان، به ترتیب، دارآویختگی، خوردن دارو و سموم و استفاده از اسلحه گرم، و در زنان خوردن دارو و سموم و خودسوزی بوده است (امانی، ۱۳۸۱).

وضعیت کودکان

خودکشی در کودکان یک مشغله فکری یا اقدامی است که به عمد با هدف ایجاد آسیب یا مرگ فرد انجام می‌شود. در این تعریف لازم است که اقدام عمدی برای ایجاد آسیب یا مرگ خود وجود داشته باشد، اما لازم نیست که نظر کودک نسبت به مرگ مانند شخص بالغ باشد. در کشور ما آمار معتبر علمی از خودکشی کودکان منتشر نشده است، اما مطالعات نشان داده است که ۲۸۳ دانش‌آموز در سال ۱۳۸۱ در شهر تهران اقدام به خودکشی کرده‌اند که علت آن چندان مشخص نبوده است.^۱ سازمان ملی جوانان در سال ۱۳۸۲ علت خودکشی نوجوانان و جوانان را اختلالات خانوادگی ذکر کرده است. به طور کلی، خودکشی کودکان نابالغ با تهدید والدین و پرخاشگری همراه بوده و کمتر منجر به مرگ شده است.^۲ در نگاهی به آمار خودکشی در ایران که نیروی انتظامی منتشر کرده، درمی‌یابیم که ۸/۹ درصد موارد (۳۳۵ نفر) از کل تعداد خودکشی در سال ۱۳۸۳ به کودکان زیر ۱۷ سال مربوط بوده که ۴۶/۹ درصد موارد (۱۵۷ نفر) را دختران و ۵۳/۱ درصد باقی‌مانده (۱۷۸ نفر) را پسران

تشکیل داده‌اند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). با توجه به اینکه آمار خودکشی کودکان در کشور در سال‌های اخیر نگران‌کننده بوده، برخی از پژوهشگران به مطالعات و تحقیقاتی در این زمینه روی آورده‌اند. طبق نتایج تحقیقی درباره موارد اقدام به خودکشی در کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان لقمان حکیم، درمیان ۱۷۶ کودک ۸ تا ۱۳ سال که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ به علت مسمومیت در بیمارستان لقمان حکیم بستری شده بودند، ۱۱۱ مورد اقدام به خودکشی تأیید شد که ۵۹ مورد پسر و باقی موارد دختر بودند. بیشترین موارد خودکشی مربوط به گروه سنی ۱۲ تا ۱۳ سال (۴۹/۶ درصد) بود و اکثراً ساکن مناطق جنوب و اطراف تهران (۵۷/۴ درصد) بودند. بیماران از داروهایی استفاده کرده بودند که در دسترسشان بود (۹۲/۸ درصد). سابقه خودکشی در ۱۳ نفر وجود داشت و در ۴۷ درصد موارد، بیماران زمینه اختلال روانی داشتند. طبق نتایج این مطالعه، اقدام به خودکشی شایع‌ترین علت مسمومیت در کودکان ۸ تا ۱۳ ساله بود و عوامل اقتصادی، مشکلات روانی، و دسترسی به داروهای خطرناک در بروز آن اثر داشت (مهدی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۵: ۳۳۷). به این ترتیب، می‌توان گفت که بیش از ۵۰ درصد کودکان مورد بررسی به دلیل آسیب‌های اجتماعی و نبود امنیت اجتماعی و روانی اقدام به خودکشی کرده‌اند که پیگیری و توجه مسئولان و دست‌اندرکاران را می‌طلبد.

تحقیق دیگری نیز با عنوان «بررسی مواردی از خودکشی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم» که طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۸ صورت گرفته، نتایج مشابهی را نشان می‌دهد. این بررسی در مورد ۶۰ کودک در سنین ۶ تا ۱۳ سال انجام شده که ۶۲ درصد آنها پسر و ۳۸ درصد دختر بودند. نتایج تحقیق مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای این کودکان را خانواده گسسته و مشکلات تحصیلی و بیشترین بیماری زمینه‌ای را در آنان افسردگی نشان داد، ۴۰ درصد کودکان رفتار خودکشی را از تلویزیون و در مراتب بعدی از مادر و افراد خانواده یاد گرفته بودند (ثقة الاسلام و رضایی، ۱۳۸۴: ۱۲۳).

نتایج تحقیق دیگری که در لرستان صورت گرفته نشان می‌دهد که خودکشی کودکان به وسیله گنج‌خوری در این استان شایع است. براساس یافته‌های این تحقیق، ۴۵ درصد موارد اقدام به خودکشی با گنج مربوط به گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال بوده، و اکثریت بیماران

۱. گزارش عضو کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس، روزنامه شرق، ش ۳۵۹، ۱۳۸۲/۹/۱۶.

۲. گزارش سازمان ملی جوانان، روزنامه آفتاب یزد، ش ۱۳۵۸، ۱۳۸۲/۸/۵.

را دانش‌آموزان تشکیل می‌دادند (یگانه و دیگران، ۱۳۸۲: ۸۵).

وضعیت جوانان

با مرور آمار خودکشی در ایران می‌توان دریافت که گروه پرخطر در این زمینه جوانان هستند. طبق جدول ۱، بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۳، در هر سه گروه زنان و مردان و کل جمعیت، در میان سنین ۱۸ تا ۳۴ صورت گرفته است. تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده نیز مؤید این امر است.

برای نمونه، براساس نتایج تحقیقی که به «بررسی شیوع رفتارهای خودکشی در جمعیت شهری کرج در سال ۱۳۸۴» پرداخته، از میان ۲۳۰۰ نفر که مورد بررسی قرار گرفته‌اند، بیشترین میزان خودکشی مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (۲۰/۷۵ درصد) و پس از آن متعلق به گروه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال (۱۸/۳ درصد) بوده است (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷: ۷). طبق نتایج تحقیق دیگری که در مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مرکز اورژانس کرج از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ صورت گرفته، ۶۰ درصد اقدام‌کنندگان در سنین بین ۱۴ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (بوالهروی و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی دیگری که در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، نوجوانان یکی از جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در این تحقیق، فکر خودکشی در طول عمر در دانش‌آموزان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر بوده است. در این بررسی، ۲۲/۴ درصد از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در همدان نیز نتایج یک بررسی در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱ در بیمارستان سینا بستری شده‌اند، بیشترین فراوانی را در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال (۶۳/۷ درصد) نشان داده است (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵: ۵۸). در یک بررسی در جیرفت، ۴۳ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی ۱۹ یا ۲۰ ساله و ۵۲ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال بوده‌اند (ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱). نتایج تحقیقی که به «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان» در سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱ پرداخته نشان می‌دهد که میانگین سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی ۲۴/۶ سال و سن ۷۸/۲ درصد افراد زیر ۳۰ سال بوده است (صابری زفرقندی و دیگران، ۱۳۸۴).

نتایج تحقیقی در مورد کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی

ساکن شهر اراک نشان داد که بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال قرار دارند (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین در بررسی انجام‌شده در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی بستری در بخش اورژانس و سوختگی بیمارستان امام خمینی کرمانشاه در شش ماه اول ۱۳۸۰، محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، با ۶۱/۶ درصد و ۳۹۵ مورد از ۶۴۱ نمونه، گروه سنی پرخطر شناخته شد (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). نتایج بررسی دیگری در یزد درباره بیماران که طی سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ با دارو اقدام به خودکشی کرده‌اند بیانگر آن است که بیشترین فراوانی اقدام در بین افراد سنین ۲۰ تا ۲۴ سال (۳۶/۶ درصد) است (حسینی، ۱۳۸۳).

به این ترتیب، طبق یافته‌های تحقیقاتی که در استان‌های مختلف ایران در زمینه خودکشی صورت گرفته و براساس آمار نیروی انتظامی، مشاهده می‌شود که دهه سوم پرخطرترین دهه عمر در زمینه خودکشی در ایران است.

وضعیت زنان

طبق آمار نیروی انتظامی (جدول ۱)، تعداد خودکشی زنان از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، ۱۳۶ نفر افزایش یافته اما نرخ اقدام به خودکشی در همین سال‌ها رقم نسبتاً ثابتی (۴/۳ در هر صد هزار نفر) را نشان می‌دهد. نرخ خودکشی موفق زنان (۲/۱ در هر صد هزار نفر) نیز در طول این سال‌ها ثابت بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

براساس جدول ۱، بیشترین میزان افزایش تعداد خودکشی در میان زنان از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ و سپس در سنین ۱۸ تا ۲۴ سال مشاهده می‌شود. در طول این سال‌ها، تعداد موارد اقدام به خودکشی در زنان ۳۵ سال به بالا نیز افزایش یافته است. در برخی استان‌ها، خودکشی زنان بیشتر در سنین پایین‌تر رخ می‌دهد. برای نمونه، یک سال بررسی موارد اقدام به خودکشی در بین مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که ۶۹/۶ درصد اقدام‌کنندگان زن هستند و اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال (۴۱/۳۶ درصد) شایع‌تر از گروه‌های دیگر است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

چنانکه گفته شد، آمار منتشرشده از خودکشی در سال‌های اخیر نشان‌دهنده آن است که طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، تعداد موارد

خودکشی زنان ۱۸/۷ برابر نرخ اقدام به خودکشی کل زنان ایران و ۱۴/۶ برابر نرخ اقدام به خودکشی در کل ایران است. در این استان، نسبت خودکشی زنان به مردان ۱/۳ به ۱ است و از میان ۸۰/۴ در هر صد هزار نفر زن که اقدام به خودکشی می‌کنند، ۴۲ درصد آنها (۳۳/۸ در هر صد هزار نفر) منجر به مرگ می‌شود. همچنین، نرخ خودکشی موفق (منجر به مرگ) زنان در این استان ۱۶ برابر نرخ خودکشی موفق در کل زنان ایران و ۹ برابر نرخ خودکشی موفق در کل ایران است.

خودسوزی یکی از روش‌های کمتر شایع در کشورهای پیشرفته است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران یکی از روش‌های شایع محسوب می‌شود. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که ۲۷ درصد از کل خودکشی‌ها در ایران از طریق خودسوزی صورت می‌گیرد و ۷۱ درصد از این افراد را زنان تشکیل می‌دهند (احمدی و دیگران، ۱۳۸۳). نتایج برخی تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهند که خودسوزی روش مرسوم‌تر خودکشی در زنان (با شیوع ۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). همچنین خودسوزی در مناطق روستایی، استان‌های مرزی، استان‌های جنگ‌زده و مناطق کردنشین شیوع بیشتری داشته است (فیض‌اللهی، ۱۳۸۹). طبق نتایج تحقیقی که به فراتحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام پرداخته، در دو دهه اخیر، بالاترین نرخ خودکشی در این استان به زنان اختصاص داشته (۶۹/۵ درصد) و شایع‌ترین روش خودسوزی (۷۱/۱ درصد) بوده است. همچنین، خودکشی در بین افراد مجرد (۵۳/۶۵ درصد) و زنان خانه‌دار (۴۶ درصد) شیوع بیشتری داشته است. اقدام‌کنندگان به خودکشی مهم‌ترین علل اقدام خود را اختلافات خانوادگی (۳۰ درصد)، شرایط نامناسب زندگی (۲۷ درصد)، اختلال روانی (۱۸ درصد)، و فشار بیش از حد عوامل محیطی (۱۰ درصد) عنوان کرده‌اند (همان).

اقدام به خودکشی در زنان ۱۳۶ نفر افزایش یافته اما موارد خودکشی موفق ۷۹ نفر بوده است. در مردان، از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳، تعداد موارد اقدام به خودکشی ۷۳۱ نفر افزایش یافته و موارد خودکشی موفق ۵۸۴ نفر بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). به این ترتیب، با توجه به بازه زمانی متفاوت، می‌توان استدلال کرد که ۵۸ درصد موارد اقدام به خودکشی زنان به مرگ منجر شده در حالی که این نسبت در مردان ۷۹ درصد بوده است.

نرخ خودکشی زنان در ایران در سال‌های اخیر، به‌ویژه در برخی استان‌ها، نگران‌کننده است. برای نمونه، آمار خودکشی‌های موفق که به کلانتری‌های استان ایلام گزارش شده، طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷، ۲۰۹ نفر بوده که ۱۲۴ نفر آنها زن و در بین زنان ۶۹ نفر خانه‌دار بوده‌اند (فرماندهی انتظامی استان ایلام، ۱۳۸۹).

طبق نتایج مطالعه‌ای که در استان کرمانشاه صورت گرفته، میزان اقدام به خودکشی زنان در طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷ که در مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستان‌های شهرستان‌های تابعه استان به ثبت رسیده همیشه بالاتر از مردان بوده است به طوری که در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ در زنان به ترتیب برابر با ۱۳۷، ۱۶ و ۱۱۴ در هر صد هزار نفر، و در مردان به ترتیب برابر با ۹۳، ۸۷ و ۶۳ در هر صد هزار نفر بوده است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۳).

با توجه به جدول ۲ که اطلاعات مربوط به نرخ خودکشی به تفکیک جنس و استان را در سال ۱۳۸۳ نشان می‌دهد، می‌توان دریافت که این میزان اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ زنان در برخی از استان‌ها بسیار نگران‌کننده است، از جمله نرخ اقدام به خودکشی زنان در استان‌های ایلام (۸۰/۴ در هر صد هزار نفر)، مازندران (۱۱/۰ در هر صد هزار نفر)، لرستان (۱۰/۸ در هر صد هزار نفر)، کهگیلویه و بویراحمد (۹/۶ در هر صد هزار نفر)، گلستان (۸/۱ در هر صد هزار نفر) و کرمانشاه (۶/۴ در هر صد هزار نفر). در استان ایلام که رتبه اول را در خودکشی دارد، نرخ اقدام به

جدول ۲. نرخ خودکشی در سال ۱۳۸۳ به تفکیک استان و جنس (در هر ۱۰۰ هزار نفر)

استان	اقدام به خودکشی			فوت شدگان		
	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن
کل کشور	۵/۵	۶/۸	۴/۳	۳/۷	۵/۲	۲/۱
آذربایجان شرقی	۴/۴	۵/۸	۲/۸	۳/۴	۴	۱/۶
آذربایجان غربی	۴/۷	۵/۵	۳/۹	۳/۸	۵/۴	۲/۲
اردبیل	۸/۲	۱۲/۷	۳/۶	۴/۴	۵/۹	۲/۹

اصفهان	۱/۸	۳	۰/۶	۱/۷	۲/۹	۰/۹
ایلام	۷۰/۱	۶۱/۴	۸۰/۴	۲۸/۹	۲۴/۳	۳۳/۸
بوشهر	۴/۶	۵/۴	۳/۸	۴/۱	۵/۴	۲/۸
تهران	۳/۴	۴/۴	۲/۳	۳/۳	۴/۳	۲/۲
چهارمحال و بختیاری	۶/۶	۸/۱	۵/۱	۴/۱	۵/۷	۲/۴
خراسان	۳/۷	۴/۹	۲/۵	۲/۴	۴	۰/۹
خوزستان	۴/۱	۵/۱	۳/۱	۳/۶	۴/۹	۲/۱
زنجان	۵	۷/۶	۲/۳	۴/۴	۶/۶	۲/۱
سمنان	۴/۸	۶/۴	۳/۲	۲/۸	۴/۷	۰/۷
سیستان و بلوچستان	۱/۱	۱/۷	۰/۵	۰/۹	۱/۴	۰/۳
فارس	۵/۶	۷	۴/۱	۲/۹	۳/۹	۱/۸
قزوین	۲/۴	۳/۵	۱/۲	۱/۸	۳	۰/۷
قم	۳	۵/۱	۰/۸	۲/۳	۳/۸	۰/۸
کردستان	۵/۶	۶	۵/۳	۳/۴	۴/۶	۲/۱
کرمان	۴/۷	۶/۹	۲/۵	۲/۹	۴/۸	۰/۹
کرمانشاه	۹/۶	۱۲/۶	۶/۴	۸	۱۱/۱	۴/۷
کهگیلویه و بویراحمد	۹/۲	۸/۸	۹/۶	۴/۹	۶/۷	۳
گلستان	۹/۵	۱۰/۹	۸/۱	۳/۵	۵/۲	۱/۸
گیلان	۵	۷/۳	۲/۶	۴/۳	۷	۱/۶
لرستان	۱۱/۴	۱۲/۱	۱۰/۸	۹/۳	۱	۸/۲
مازندران	۸/۴	۵/۷	۱۱	۱/۸	۲/۱	۱/۶
مرکزی	۶/۲	۷	۵/۴	۳/۹	۶/۷	۱/۲
هرمزگان	۹/۶	۱۰/۷	۲/۴	۵/۵	۸/۹	۱/۹
همدان	۶/۳	۱۷/۸	۳/۹	۸/۲	۱۵/۳	۰/۹
یزد	۳/۹	۴/۱	۳/۷	۱/۸	۲/۹	۰/۷

منبع: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

نتایج تحقیق دیگری که به بررسی علل خودکشی زنان متأهل خانه‌دار در ایلام پرداخته نشان می‌دهد که در استان ایلام، با میزان طلاق کم، شرایطی برای این گروه از زنان ایجاد می‌شود که آخرین راه‌حل را خودکشی می‌بینند. این تحقیق فراهم ساختن شرایط آسان برای طلاق را عامل کاهش میزان خودکشی در این استان می‌داند (صالح‌آبادی، ۱۳۸۹).

طبق نتایج یکی از مقالات ارائه‌شده به همایش ملی خودکشی که نیروی انتظامی استان ایلام برگزار کرد، عواملی همچون خشونت علیه زنان، تبعیض جنسیتی، ازدواج موقت و تعدد زوجات، مسائل اخلاقی و ناموسی، طلاق، بن‌بست‌های قانونی، ازدواج اجباری، و افسردگی از جمله عوامل فردی و روانی و خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر خودکشی زنان در ایلام است که این عوامل خود معلول عامل مهم و گسترده‌تر فرهنگ ایدئولوژیک و پدرسالار

یافته‌های تحقیق دیگری که روند خودکشی در استان ایلام را از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار داده حاکی از آن است که میزان خودکشی در میان روستاییان و میزان اقدام به خودکشی در میان شهرنشینان استان ایلام بیشتر بوده است. همچنین، میزان خودکشی و اقدام به آن در دو گروه شغلی بیکار و خانه‌دار، گروه سنی ۱۵ الی ۱۹ سال، و نیز در افراد بی‌سواد بیشتر از گروه‌های دیگر است. خودکشی شایع‌ترین روش خودکشی و خوردن قرص و سم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. بیشترین میزان خودکشی در شهرستان‌های دره‌شهر و آبدانان و کمترین آن در شهرستان‌های دهلران و ایلام به وقوع پیوسته است. بیشترین میزان اقدام به خودکشی نیز در شهرستان‌های ایوان و دره‌شهر و کمترین آن در شهرستان‌های دهلران و مهران بوده است (جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳: ۳۲۹).

حاکم بر جامعه ایران و ایلام به شمار می‌روند (فلاحی، ۱۳۸۹).

۳.۴. علل و عوامل مؤثر

در بررسی‌هایی که در زمینه خودکشی در جهان صورت گرفته، مسن یا نوجوان بودن، وضعیت نامطلوب اقتصادی-اجتماعی، مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی، زن بودن، زندگی در مناطق روستایی، و مجاز بودن خودکشی از نظر مذهبی در برخی کشورهای رو به رشد از عوامل خطر بروز خودکشی دانسته شده است. در این کشورها، مجرد بودن یا داشتن اختلال روانی کمتر با اقدام به خودکشی مرتبط است. رویدادهای استرس‌آور و در دسترس بودن وسایل اقدام نیز در بسیاری از بررسی‌های انجام‌شده مهم شمرده شده‌اند (Vijayakumar et al., 2005).

سن

در برخی تحقیقات، سن یکی از عوامل زمینه‌ای مرتبط با خودکشی دانسته شده و نوجوانان و جوانان جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در تحقیقی که در مورد ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم‌الانبیای زاهدان صورت گرفته، یافته‌ها نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در سنین کمتر از ۱۹ سال بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). در یک بررسی در جیرفت، ۴۳ درصد اقدام‌کنندگان ۱۹ یا ۲۰ ساله، و ۵۲ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال بوده‌اند (ظه‌ور و افلاطونیان، ۱۳۸۱). در تحقیقی که درباره روش‌های مختلف خودکشی منجر به مرگ در مرکز پزشکی قانونی تهران صورت گرفت، محدوده سنی افراد خودکشی‌کننده ۱۳ تا ۷۸ سال، با میانگین سنی ۳۴ سال، و بیشترین میزان خودکشی در سن ۲۰ سال و در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال نشان داده شد (امانی، ۱۳۸۱). در بررسی دیگری که در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، نوجوانان یکی از جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در این تحقیق، فکر خودکشی در طول عمر در دانش‌آموزان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر بوده است. همچنین، ۲۲/۴ درصد از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی دیگری که در بیمارستان سینای همدان صورت گرفته، میزان اقدام به خودکشی در گروه جوانان قابل توجه بوده است (قلعه‌ایها و

بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵). در بررسی انجام‌شده در کرمانشاه، افراد واقع در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال گروه‌های پرخطر در زمینه خودکشی شناخته شدند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). تحقیق دیگری در یزد در مورد بیمارانی که با دارو اقدام به خودکشی کرده‌اند بیانگر آن است که بیشترین فراوانی اقدام در بین افراد ۲۰ تا ۲۴ سال است (حسینی، ۱۳۸۳). نتایج بررسی انجام‌شده در بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین نیز نشان می‌دهد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در زنان در گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و در مردان در سنین ۲۱ تا ۲۵ سال است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

جنسیت

جنس یکی از عوامل زمینه‌ای خودکشی محسوب می‌شود. در بررسی انجام گرفته در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی، زنان از جمله جمعیت‌های پرخطر تشخیص داده شده‌اند. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده در کشور گویای فراوانی بیشتر اقدام به خودکشی در زنان است، ولی مرگ ناشی از خودکشی در زنان و مردان برحسب منطقه متفاوت است (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). بررسی خودکشی بر مبنای آمار مرکز پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۹ نشان داد که بیشترین خودکشی‌های موفق (۶۲/۴ درصد) را مردان انجام می‌دهند (امانی، ۱۳۸۱). در تحلیل ثانویه ۱۹ بررسی در زمینه اقدام به خودکشی، جنسیت یکی از عوامل مداخله‌گر در بروز خطر خودکشی نشان داده شده است. طبق نتایج این تحقیق، زنان در ایران دو برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در برخی از ارزیابی‌های موجود، نسبت شیوع خودکشی در مردان دو برابر زنان، اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان، و میانگین سن خودکشی در زنان بالاتر از مردان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). همچنین، سوءمصرف مواد در مردانی که اقدام به خودکشی می‌کنند بیشتر از زنان و اختلالات عاطفی در زنان بیش از مردان تشخیص داده شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷).

تحصیلات

اغلب بررسی‌ها بیانگر آن است که گروه‌های دارای سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. برای نمونه، در بررسی شیوع اقدام به خودکشی در کرج، بیشتر زنان اقدام‌کننده محصل تمام‌وقت بودند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین، در

اقدام کنندگان به خودکشی در کرمانشاه صورت گرفته، زنان خانه‌دار و افراد بیکار از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). در بررسی ۱۹ مطالعه در زمینه خودکشی، در سه مورد، متغیر خانه‌دار بودن یکی از عوامل افزایش خطر خودکشی ذکر شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در پژوهش انجام‌شده در استان ایلام، بیشترین میزان خودکشی در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۷ در میان افراد خانه‌دار و سپس بیکار و در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۰ در میان افراد بیکار و سپس خانه‌دار گزارش شده است؛ در واقع، افراد بیکار و خانه‌دار بالاترین میزان خودکشی را داشته‌اند (جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳).

درآمد

درآمد یکی دیگر از عوامل مؤثر در خودکشی عنوان شده است. این عامل در اغلب بررسی‌ها چندین مورد توجه قرار نگرفته، در صورتی که به نظر می‌رسد، از یک جهت، نوع فعالیت و میزان تحصیلات به دلیل تأثیری که در سطح درآمد دارند بر وقوع خودکشی اثرگذار هستند. در تحلیل ثانویه ۱۹ بررسی انجام‌شده، در چهار بررسی به تأثیر درآمد پایین در افزایش خطر خودکشی اشاره شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). یافته‌های بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در افرادی که هیچ درآمدی ندارند بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰).

تأهل

نتایج بسیاری از تحقیقات بیانگر آن است که مجردان بیش از متأهلان مستعد خودکشی هستند. برای مثال، در پژوهش‌هایی که درباره اقدام کنندگان به خودکشی در کرمانشاه و یزد انجام شده، افراد مجرد از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰؛ حسینی، ۱۳۸۳). همچنین، بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰؛ ۷). اما در برخی تحقیقات، میان زنان و مردان در این زمینه تفاوت‌هایی دیده می‌شود به طوری که مردان مجرد و زنان متأهل گروه‌های پرخطر را در خودکشی تشکیل می‌دهند. برای نمونه، در بررسی شیوع اقدام به خودکشی در کرج، مردان مجرد گروه پرخطر در خودکشی عنوان شده‌اند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین،

پژوهشی که در مورد اقدام کنندگان به خودکشی در کرمانشاه صورت گرفته، افراد با سطح تحصیلات پایین از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). در مرور ۱۹ بررسی در زمینه خودکشی، در چهار مورد سطح تحصیلات پایین، و در یک مورد سطح تحصیلات متوسط عوامل مؤثر در افزایش خطر خودکشی ذکر شده‌اند (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در مطالعه‌ای که در یزد انجام شده، بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در گروه راهنمایی-متوسطه بوده است (حسینی، ۱۳۸۳). در بررسی آمار مرکز پزشکی قانونی تهران در ۱۳۷۹، اغلب افراد اقدام‌کننده به خودکشی تحصیلات متوسطه و راهنمایی و سپس تحصیلات ابتدایی داشته‌اند و تعداد کمتری بی‌سواد یا دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند (امانی، ۱۳۸۱). در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان، یافته‌ها نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد با سطح تحصیلات پایین بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). همچنین، یافته‌های تحقیقی که به بررسی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی پرداخته نشان می‌دهد که سطح تحصیلات ۴۱/۵ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی در حد متوسطه، و ۳۸/۴ درصد در حد راهنمایی و ابتدایی بوده است (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷: ۶۱).

نوع فعالیت

اغلب بررسی‌ها بیانگر آن است که گروه‌های پرخطری که بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند زنان خانه‌دار و مردان بیکار هستند. برای نمونه، مردان مجرد گروه پرخطر در خودکشی معرفی شده‌اند. نتایج یک بررسی در مورد شیوع اقدام به خودکشی در کرج نشان می‌دهد که بیشتر زنان اقدام‌کننده خانه‌دار و اغلب مردان اقدام‌کننده بیکار یا دارای کار موقت بوده‌اند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). در بررسی دیگری که در بیمارستان سینای همدان صورت گرفته، اقدام به خودکشی در زنان خانه‌دار قابل توجه بوده است (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵). نتایج بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان تأیید می‌کند که فراوانی اقدام به خودکشی در زنان خانه‌دار بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰). یافته‌های بررسی انجام شده در قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که بیشتر زنان اقدام‌کننده به خودکشی خانه‌دار و بیشتر مردان بیکار بوده‌اند (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴). همچنین، در پژوهشی که در مورد

سابقه بیماری روانی، به خصوص افراد دچار افسردگی شدید، تشخیص داده شده است (ایدی زاده و یوسفزاده، ۱۳۸۰). در بررسی عوامل روان‌پویایی در خودکشی در کرمان، از میان عوامل سایکودینامیک، ناامیدی در بیش از ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه وجود داشته و در بین زنان بیشتر بوده است (بهرامی، ۱۳۸۲).

عوامل خانوادگی

در بررسی‌های مربوط به خودکشی، بر نقش عوامل خانوادگی نیز تأکید می‌شود. طبق نتایج تحقیقی با عنوان «برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی» که در اراک صورت گرفته، آزمون‌های آماری رابطه معناداری بین «طلاق والدین، خشونت در خانواده، درجه ارتباط کلامی در خانواده، اختلاف والدین، اذیت و آزار جسمانی، کلامی یا جنسی در دوران کودکی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده یا آشنایان، سابقه مصرف مواد در خانواده، و مراجعه به روان‌پزشک در خانواده» و اقدام به خودکشی نشان داده‌اند (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷). در پژوهشی که به شیوه شبه آزمایش صورت گرفته، از بین رخدادهای منفی زندگی، در پیش‌بینی اقدام به خودکشی، درگیری شدید با خانواده و سرزنش و تحقیر دارای بیشترین تأثیر شناخته شده‌اند (اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸). همان‌طور که اشاره شد، یکی از عوامل خانوادگی مرتبط با خودکشی خشونت خانوادگی و همسرآزاری است. یافته‌های تحقیقی در مورد رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در تهران نشان داده است که بین خشونت دیدن زنان از همسرشان و تمایل آنان به افکار خودکشی همبستگی وجود دارد. طبق یافته‌های این پژوهش، از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی دارد. در این میان، زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، با وجود برخورداری از حمایت‌های خانوادگی، باز هم تمایل به افکار خودکشی داشتند. این تمایلات در زنان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم کمتر از زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده است (خسروی و خاقانی‌فرد، ۱۳۸۳).

یافته‌های تحقیق دیگری که به بررسی علل اقدام به خودکشی به روش خودسوزی در خرم‌آباد پرداخته حاکی از آن است که مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خودسوزی ناشی از مشکلات فردی اختلافات خانوادگی، و مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خودسوزی

یافته‌های بررسی انجام‌شده در قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که مردان مجرد دو برابر متأهلان دست به خودکشی می‌زنند (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

سابقه بیماری روانی

در تحقیقات به‌عمل‌آمده در ایران، بیماری روانی و افسردگی از مهم‌ترین علل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی عنوان شده‌اند. نتایج یک تحقیق مقطعی در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در رشت نشان می‌دهد که مراجعه به پزشک (روان‌پزشک و غیرروان‌پزشک) قبل از اقدام به خودکشی فراوانی قابل توجهی دارد. طبق نتایج این تحقیق، بعد از پزشکان عمومی، روان‌پزشکان بیشترین تعداد مراجعه‌کننده را دارند (خلخالی و دیگران، ۱۳۸۵). یافته‌های بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در میان کسانی که سابقه مشکل روانی دارند بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰). در بررسی آمار مرکز پزشکی قانونی، ۳۸/۷ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی داشته‌اند (امانی، ۱۳۸۱). در پژوهش دیگری که به شیوه شبه آزمایش صورت گرفته، از میان اختلالات روانی، اختلالات شخصیتی اضطرابی، خودشیفته و ضد اجتماعی در بین گروه اقدام‌کرده به خودکشی بیش از گروه اقدام‌نکرده مشاهده شده است (اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸). در بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج، افراد دچار بیماری روانی مستعد خودکشی شناخته شده‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). همچنین، در تحلیل ثانویه ۱۹ تحقیق انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران، یافته‌های بازبینی‌شده نشان‌دهنده ارتباط میان اختلال‌های روانی و خودکشی است. در این بازبینی، در پنج بررسی به سابقه بیماری روان‌پزشکی اشاره شده (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷) و در پنج بررسی نیز افسردگی عامل مؤثر در اقدام به خودکشی شناخته شده است (حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵). در بررسی موارد اقدام به خودکشی در بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین، بیشترین آمار مربوط به افسردگی وخیم بوده است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴). در بررسی دیگری در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه، بیشترین انگیزه خودکشی در افراد دارای

سوء مصرف مواد

در یک بررسی که در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، مصرف‌کنندگان دخانیات و الکل جمعیت‌های پرخطر عنوان شده‌اند. این بررسی نشان داده است که فکر و برنامه یا سابقه اقدام به خودکشی در ۱۲/۷، ۶/۲، و ۳/۳ درصد آزمودنی‌ها وجود داشته است (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی روش‌های مختلف خودکشی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی تهران، خطر خودکشی در افراد دارای سابقه اعتیاد (الکل، دارو، مواد مخدر) قابل توجه بوده است (امانی، ۱۳۸۱).

سابقه اقدام به خودکشی

در بررسی‌هایی که در زمینه خودکشی صورت گرفته، سابقه اقدام به خودکشی تأثیر بسیاری در دست زدن به خودکشی دارد. در دو گزارش، سابقه اقدام به خودکشی عامل افزایش خطر خودکشی شناخته شد (اشکانی و دیگران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹). نتایج تحقیقی که در مرکز پزشکی قانونی تهران صورت گرفت نشان می‌دهد که حدود ۹/۵ درصد سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند که رقم قابل توجهی است (امانی، ۱۳۸۱).

مذهب

در برخی تحقیقات، مذهب و باورهای عقیدتی عامل مرتبط با خودکشی شناخته شده است. در تحقیقی با عنوان «اندیشه‌پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی» نشان داده شده که میزان اندیشه‌پردازی خودکشی و ناامیدی در گروه افسرده‌ای که به مناسک دینی پایبندی بیشتری دارند به طور معنی‌داری کمتر از گروه دیگر است (دل‌آذر و فرهی، ۱۳۸۸).

در مورد ارتباط گرایش‌های مذهبی متفاوت با میزان خودکشی تحقیق مشخصی مشاهده نشد. تنها در یک بررسی که به ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در بیمارستان خاتم‌الانبیای شهر زاهدان پرداخته، یافته‌های پژوهش نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد دارای مذهب تشیع بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷).

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش، نخست به تحلیل و جمع‌بندی یافته‌های مربوط به

ناشی از مشکلات عاطفی مورد تحقیر و تمسخر قرار گرفتن، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، و ضرب و شتم از جانب همسر و دیگران است. در پاسخ به دلیل اصلی خودسوزی که براساس سؤال باز مطرح شد، اکثر واحدهای مورد پژوهش به ترتیب ضرب و شتم از جانب همسر، اختلاف با خانواده همسر، فحاشی و تهمت‌های ناروا، عدم تحمل جدایی و دوری از فرزندان، و طلاق را مطرح کرده‌اند (شمس خرم‌آبادی، ۱۳۸۳). در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان، یافته‌ها نشان داده که انگیزه اقدام به خودکشی در میان کسانی که اختلافات خانوادگی دارند و سابقه اقدام به خودکشی در خانواده آنها وجود دارد بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷).

در دسترس بودن وسایل خودکشی

محققان معتقدند که در دسترس بودن وسایل اقدام به خودکشی در میزان خودکشی تأثیر دارد. طبق تحقیقی که درباره خودکشی با سلاح گرم در ایران براساس آمار سال ۱۳۸۱ پزشکی قانونی صورت گرفته، قاچاق سلاح در مناطق غربی (استان‌های آذربایجان غربی، کرمانشاه، ایلام، لرستان و خوزستان) و شرقی کشور (استان‌های خراسان و سیستان و بلوچستان) و دسترسی آسان‌تر مردم این مناطق به اسلحه باعث افزایش خودکشی با اسلحه گرم در این نواحی شده است. نتیجه دیگری که از این تحقیق به دست آمده این است که بخش عمده خودکشی با سلاح گرم را سربازان وظیفه انجام می‌دهند. در تحقیق مذکور، والدین متوفیان عمده‌ترین عوامل خودکشی فرزندان خود را در مصاحبه چنین برشمردند: مشکلات عصبی و روانی، اختلافات خانوادگی، اعتیاد، شکست در عشق، و مشکلات مالی (خادمی و دیگران، ۱۳۸۳: ۸۷-۸۰). نتایج تحقیق دیگری درباره افراد مسموم بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳ حاکی از آن بوده که میزان اقدام به خودکشی با سموم و داروها در تهران ۱۸۰ در صدهزار نفر جمعیت است. طبق این یافته‌ها، روند خود مسموم‌سازی در جامعه رشد بسیار بیشتری از میزان افزایش جمعیت داشته که یکی از دلایل آن در دسترس بودن داروها و مواد شیمیایی در ایران است. در واقع، شیوع بالای مصرف مواد مخدر در بین افراد جامعه سبب اقدام به خودکشی بیشتر در بین آنان یا خانواده می‌شود (مقدم و دیگران، ۱۳۸۶).

ایران می‌پردازیم، سپس یافته‌های ایران با دیگر کشورها، به‌ویژه کشورهای منطقه، مقایسه می‌شود.

۱.۵. مقایسه یافته‌ها در ایران و جمع‌بندی

براساس آخرین آمار منتشرشده در ایران و تحقیقات انجام‌یافته، نرخ خودکشی در سال‌های اخیر افزایش یافته است به طوری که میزان اقدام به خودکشی از ۰/۳ در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۷۰ به ۵/۵ در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۳ رسیده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

در بررسی سن، گرچه آمارهای نهادهای مرتبط با خودکشی متناقض هستند، اما براساس این آمار می‌توان گفت که میانگین سنی اقدام به خودکشی در کشور ۲۹ سال است و خودکشی بیش از همه در دهه سوم عمر اتفاق می‌افتد. همچنین، میانگین سنی زنان اقدام‌کننده به خودکشی در ایران بالاتر از میانگین سنی مردان است.^۱ در ایران، آمار خودکشی کودکان قابل توجه است. طبق آمار نیروی انتظامی، ۸/۹ درصد موارد از کل تعداد خودکشی‌ها در سال ۱۳۸۳ به کودکان زیر ۱۷ سال تعلق داشته است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

در بررسی جنسیت، آخرین آمار نیروی انتظامی نشان می‌دهد که مردان بیشتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند و در این کار نیز موفق‌تر از زنان هستند. در این آمار، نسبت جنسی اقدام به خودکشی در طول سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳ از ۱/۲ به ۱/۶ افزایش یافته است. در برخی از استان‌ها مانند ایلام، نرخ اقدام به خودکشی زنان بیشتر از مردان است و این نسبت به صورت معکوس کاهش یافته است. روش خودکشی در ایران نیز به نسبت جنس متفاوت است. براساس نتایج برخی تحقیقات، روش حلق‌آویز کردن شایع‌ترین روش خودکشی مردان (با شیوع ۵۶ درصد) به‌ویژه در استان‌های همدان، لرستان و ایلام، و روش خودسوزی روش شایع‌تر خودکشی زنان (با شیوع ۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵).

آمار خودکشی در استان‌های کشور نشان می‌دهد که شرایط در بعضی مناطق ایران بحرانی است. برای نمونه، طبق آخرین گزارشی که نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۳ منتشر کرده است، نرخ اقدام به خودکشی در استان ایلام بسیار بالاست (۷۰/۱ در صد هزار نفر) و پس از آن استان‌های لرستان، کرمانشاه، گلستان و کهگیلویه و بویراحمد با نرخ اقدام به خودکشی بین ۹/۲ تا ۱۱/۴ در صد هزار نفر قرار دارند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

در بررسی عوامل خطرآفرین برای اقدام به خودکشی، اغلب تحقیقات به عوامل چندگانه‌ای که بر هم تأثیرگذارند اشاره کرده‌اند. از جمله عوامل مهمی که در بسیاری از تحقیقات به آنها اشاره شده است، عوامل زمینه‌ای مانند سن (حقانی‌پور و پیری، ۱۳۸۹؛ باپیری، ۱۳۸۹؛ قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵)، جنس (صالح‌آبادی، ۱۳۸۹؛ قلی‌پور و قلی‌پور، ۱۳۸۹؛ قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷؛ موسی‌نژاد، ۱۳۸۹)، وضعیت تأهل (پیری و ایدی، ۱۳۸۹؛ ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷)، وضعیت فعالیت (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴؛ ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰؛ جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳)، سطح تحصیلات (بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۹؛ حسینی، ۱۳۸۳)، درآمد (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷؛ دادی‌پور، ۱۳۸۰) و محل سکونت (زارعی و ساکی‌پور، ۱۳۸۹) هستند. به علاوه، در تحقیقات، به عوامل خانوادگی (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷؛ اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸؛ خسروی و خاقانی‌فرد، ۱۳۸۳؛ شمس خرم‌آبادی، ۱۳۸۳)، سابقه بیماری روانی و افسردگی (خلخالی و دیگران، ۱۳۸۵؛ امیری و دیگران، ۱۳۸۹؛ حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸)، سابقه اقدام به خودکشی (اشکانی و دیگران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹)، در دسترس بودن وسایل اقدام به خودکشی (خادمی و دیگران، ۱۳۸۳؛ مقدم و دیگران، ۱۳۸۶) و سوءمصرف مواد (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶؛ امانی، ۱۳۸۱) نیز به عنوان عواملی خطرآفرین که بر نرخ خودکشی تأثیر می‌گذارند اشاره شده است.

عامل دیگری که می‌توان آن را با خودکشی در ارتباط دانست، شاخص توسعه انسانی است. شاخص توسعه انسانی از محاسبه میزان امید به زندگی، سطح آموزش و میزان درآمد به دست می‌آید که ارتباط هریک از این موارد با نرخ خودکشی به صورت مجزا در تحقیقات دیگر ارزیابی شده است. در جدول ۳، اطلاعات مربوط به شاخص توسعه انسانی برخی استان‌ها (استان‌هایی با شاخص توسعه انسانی بالا و پایین در کشور) در سال ۱۳۸۵ و نرخ اقدام به

۱. مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نقل از ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲.

خودکشی در سال ۱۳۸۳ آمده است.

جدول ۳. مقایسه شاخص توسعه انسانی (۱۳۸۵) با نرخ اقدام به خودکشی (۱۳۸۳) به تفکیک استان‌ها

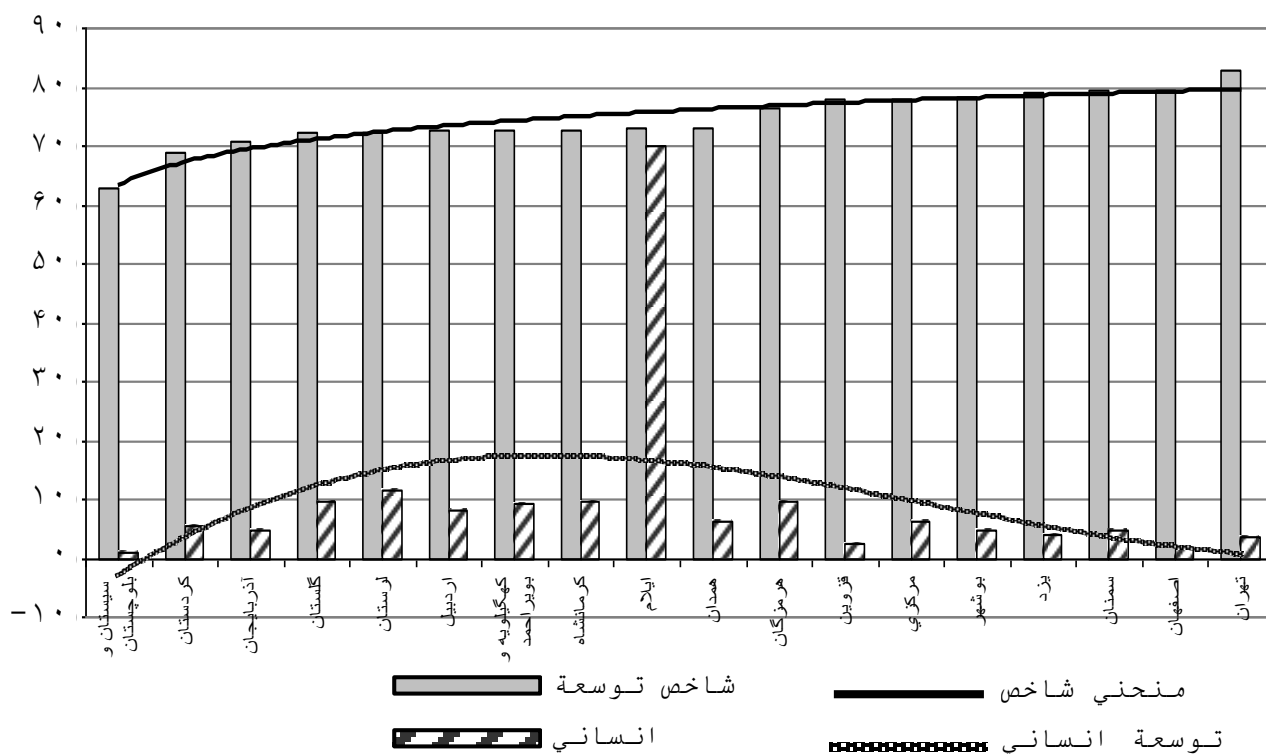
نام استان	شاخص امید به زندگی	شاخص آموزش	شاخص درآمدی	شاخص توسعه انسانی	نرخ اقدام به خودکشی
آذربایجان غربی	۰/۷۱۴	۰/۷۴۵	۰/۶۵۸	۰/۷۰۶	۴/۷
اردبیل	۰/۷۲۶	۰/۷۷۵	۰/۶۷۳	۰/۷۲۵	۸/۲
اصفهان	۰/۷۷۲	۰/۸۴۹	۰/۷۶۶	۰/۷۹۶	۱/۸
ایلام	۰/۷۰۱	۰/۸۰۷	۰/۶۸۵	۰/۷۳۱	۷۰/۱
بوشهر	۰/۷۳۳	۰/۸۵۰	۰/۷۶۹	۰/۷۸۴	۴/۶
تهران	۰/۷۷۶	۰/۸۹۳	۰/۸۱۸	۰/۸۲۹	۳/۴
سمنان	۰/۷۵۴	۰/۸۶۴	۰/۷۶۳	۰/۷۹۴	۴/۸
سمنان	۰/۷۵۴	۰/۸۶۴	۰/۷۶۳	۰/۷۹۴	۴/۸
سیستان و بلوچستان	۰/۶۶۲	۰/۶۵۷	۰/۵۷۱	۰/۶۳۰	۱/۱
قزوین	۰/۷۵۷	۰/۸۲۰	۰/۷۶۴	۰/۷۸۱	۲/۴
کردستان	۰/۶۷۰	۰/۷۴۱	۰/۶۵۱	۰/۶۸۷	۵/۶
کرمانشاه	۰/۷۱۴	۰/۷۱۴	۰/۶۷۵	۰/۷۲۸	۹/۶
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۶۹۲	۰/۸۲۱	۰/۶۶۱	۰/۷۲۵	۹/۲
گلستان	۰/۷۳۳	۰/۷۷۶	۰/۶۷۳	۰/۷۲۴	۹/۵
لرستان	۰/۷۱۱	۰/۷۹۹	۰/۶۶۱	۰/۷۲۴	۱۱/۴
مرکزی	۰/۷۳۸	۰/۸۱۲	۰/۷۹۲	۰/۷۸۱	۶/۲
هرمزگان	۰/۷۳۰	۰/۸۰۸	۰/۷۵۳	۰/۷۶۴	۹/۶
همدان	۰/۷۳۳	۰/۷۸۶	۰/۶۸۳	۰/۷۳۱	۶/۳
یزد	۰/۷۶۶	۰/۸۵۴	۰/۷۵۱	۰/۷۹۰	۳/۹

منبع: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری، ۱۳۸۵؛ نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

توسعه انسانی بالایی برخوردار هستند.

در این میان، برخی استان‌ها مانند آذربایجان غربی، هرمزگان و به‌ویژه سیستان و بلوچستان وضعیت متفاوتی دارند. سیستان و بلوچستان پایین‌ترین نرخ خودکشی را در ایران دارد اما شاخص توسعه انسانی آن نیز بسیار پایین است و محروم‌ترین استان ایران به شمار می‌رود. این استثنا می‌تواند ناشی از عدم ارائه آمار صحیحی از خودکشی در این استان باشد یا، همان‌طور که در یکی از تحقیقات قید شده، شیوع خودکشی در جوامع سنی مذهب نسبت به جوامع شیعی پایین‌تر باشد (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). به هر ترتیب، اگر از مورد استثنای استان سیستان و بلوچستان چشم‌پوشی کنیم، می‌توان گفت که با افزایش توسعه انسانی از نرخ خودکشی کاسته می‌شود. بنابراین، برای کاهش نرخ خودکشی در استان‌ها باید به ارتقای توسعه انسانی در آنها توجه داشت.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، شاخص توسعه انسانی در استان‌های تهران، اصفهان، سمنان و یزد از سایر استان‌ها بالاتر است که علت آن بالا بودن شاخص‌های درآمدی، سطح آموزش و وضعیت بهتر امید به زندگی در این استان‌هاست. شاخص توسعه انسانی در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی از دیگر استان‌ها پایین‌تر است که ناشی از سطح پایین درآمد سرانه، آموزش، شاخص‌های بهداشتی و امید به زندگی است. با مقایسه نرخ خودکشی و شاخص توسعه انسانی در این جدول درمی‌یابیم که عموماً استان‌هایی که دارای نرخ خودکشی بالایی هستند، شاخص توسعه انسانی پایینی دارند. برای نمونه، ایلام، لرستان، گلستان، کرمانشاه، اردبیل و کهگیلویه و بویراحمد دارای نرخ خودکشی بالایی هستند و شاخص توسعه انسانی آنها نسبت به سایر استان‌ها پایین است. برعکس، استان‌هایی همچون اصفهان، قزوین، یزد و تهران که نرخ خودکشی پایینی دارند، از شاخص



نمودار ۱. مقایسه شخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی در برخی استان‌ها

۲.۵. مقایسه یافته‌های ایران و دیگر کشورها

برای مقایسه یافته‌های مربوط به ایران و دیگر کشورها در زمینه خودکشی، لازم است مروری بر نرخ خودکشی در ایران و برخی نقاط جهان صورت گیرد. در جدول ۴ نرخ خودکشی در ایران و بیشترین و کمترین نرخ‌های خودکشی در جهان و نیز نرخ خودکشی در منطقه مدیترانه شرقی که ایران در آن واقع است ذکر شده است. براساس اطلاعات این جدول، نرخ اقدام به خودکشی در ایران در سال ۱۳۸۳ (۲۰۰۴) برابر با ۵/۵ در هر صد هزار نفر و نسبت خودکشی مردان به زنان ۱/۶ به ۱ بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). در مقایسه با بالاترین نرخ‌های خودکشی در جهان که به بلاروس، روسیه و لیتونی تعلق دارد، می‌توان گفت که نرخ خودکشی در ایران پایین است. بالاترین نرخ خودکشی در جهان که متعلق به بلاروس است (۳۵/۱) در هر صد هزار نفر (۶/۴ برابر ایران است و نسبت جنسی خودکشی (مردان به زنان) در بلاروس (۶/۱ به ۱) برابر نسبت جنسی خودکشی در ایران است.

برای مقایسه نرخ خودکشی ایران با کشورهای منطقه، آمار

درستی از میزان خودکشی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی وجود ندارد و برخی از این کشورها هیچ آماری در دهه گذشته به سازمان جهانی بهداشت منعکس نکرده‌اند. مقایسه آمارهای موجود نشان می‌دهد که نرخ اقدام به خودکشی در ایران (۵/۵) در هر صد هزار نفر در سال (۲۰۰۴) از نرخ خودکشی در بحرین (۳/۱) در هر صد هزار نفر در سال (۱۹۸۸)، که بالاترین نرخ خودکشی را در منطقه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت داراست، بالاتر است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳؛ WHO, 2009).

جدول ۴. نرخ اقدام به خودکشی و نسبت جنسی خودکشی در

کشورهای مختلف

کشور	سال انتشار آمار	مردان	زنان	کل
نروژ	۲۰۰۶	۱۶/۸	۶/۰	۱۱/۴
استرالیا	۲۰۰۴	۱۶/۷	۴/۴	۱۰/۵
ایسلند	۲۰۰۸	۱۸/۹	۴/۶	۱۱/۹
کانادا	۲۰۰۴	۱۷/۳	۵/۴	۱۱/۳
ایرلند	۲۰۰۷	۱۷/۴	۳/۸	۱۰/۶
هلند	۲۰۰۷	۱۱/۶	۵/۰	۸/۳

که آمار خودکشی در آنها در افراد زیر ۴۵ سال بیشتر است، شباهت دارد. به این ترتیب، نه تنها نرخ خودکشی در ایران، در مقایسه با کشورهای منطقه، تاحدودی رقم بالایی دارد و نگران کننده است، بلکه زنان و جوانان نسبت به سایر کشورها از جمله گروه های پرخطر در زمینه خودکشی هستند.

منابع

آرون، ریمون. (۱۳۸۱)، *مراحل اساسی اندیشه در جامعه شناسی*، ترجمه باقر پرهام، تهران، علمی و فرهنگی.

آقایی، محمدعلی. (۱۳۸۱)، *آیات الاحکام حقوقی مدنی- کیفری*، تهران، خط سوم، چ ۲.

احمدی، امیرمسعود و محمود حاجی احمدی. (۱۳۷۹)، «گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال های ۷۱-۷۰»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۲۸، ص ۸-۱۲.

احمدی، علیرضا، شهریار جانباز و زهرا لقایی. (۱۳۸۳)، «مطالعه اپیدمیولوژی موارد خودسوزی موفق پذیرش شده در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه»، *بهداشت روانی*، ش ۲۹، ص ۳۵-۳۳.

اردبیلی، محمدعلی. (۱۳۷۹)، *حقوق جزای عمومی*، ج ۱، تهران، نشر میزان.

ازکیا، مصطفی. (۱۳۸۱)، *جامعه شناسی توسعه*، تهران، کلمه، چ ۴.

اسلامی نسب بجنوردی، علی. (۱۳۷۱)، *بحران خودکشی*، تهران، فردوس.

اشکانی، حمید، غلامرضا ده بزرگی و نادر امامقلی پور. (۱۳۸۱)، «بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روان پزشکی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ش ۵۶، ص ۲۱-۱۶.

اکبری زردخانه، سعید، سالار جعفری، بهروز دولت شاهی و مریم ممقانی. (۱۳۸۸)، «رابطه خودکشی با ویژگی های شخصیتی و رویدادهای زندگی»، *علوم رفتاری*، دوره ۳، ش ۲، ص ۱۵۷-۱۵۱.

امامی، سید حسن. (۱۳۸۳)، *حقوق مدنی*، ج ۳، تهران، اسلامی، چ ۱۷.

امانی، محمدهادی. (۱۳۸۱)، *بررسی شیوع روش های مختلف خودکشی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۹*، پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران.

امیری، محسن، رضا رستمی، محمد زرگر، رضا قربان جهرمی و مرید کریمی. (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب آوری و استرس های روزانه، و سلامت روانی در دانشجویان»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۳۱۲-۳۰۳.

ایدی زاده، مجتبی و محسن یوسف زاده. (۱۳۸۰)، *بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی در بخش اورژانس و سوختگی*

سوئد	۲۰۰۶	۱۸/۱	۸/۳	۱۳/۲
فرانسه	۲۰۰۶	۲۵/۵	۹/۰	۱۷/۰
سوئیس	۲۰۰۶	۳۵/۵	۱۱/۷	۱۷/۵
ژاپن	۲۰۰۷	۳۵/۸	۱۳/۷	۲۴/۴
کویت	۲۰۰۲	۲/۵	۱/۴	۲/۰
بحرین	۱۹۸۸	۴/۹	۰/۵	۳/۱
لیتونی	۲۰۰۷	۵۳/۹	۹/۸	۳۰/۴
بلاروس	۲۰۰۳	۶۳/۳	۱۰/۳	۳۵/۱
روسیه	۲۰۰۶	۵۳/۹	۹/۵	۳۰/۱
آذربایجان	۲۰۰۷	۱/۰	۰/۳	۰/۶
ایران	۲۰۰۴	۶/۸	۴/۳	۵/۵
مالدیو	۲۰۰۵	۰/۷	-	۰/۳
سوریه	۱۹۸۵	۰/۲	۰	۰/۱

منبع: WHO, 2009

درمقایسه نسبت جنسی خودکشی در ایران و جهان، طبق گزارش جهانی خشونت و سلامت، نسبت آمار خودکشی مردان به زنان از ۱/۰ به ۱ تا ۱۰/۴ به ۱ متغیر است. به نظر می رسد که این نسبت در برخی از مناطق آسیا همچون چین و سنگاپور (۱/۷ به ۱) بسیار پایین و در برخی جمهوری های استقلال یافته شوروی سابق مانند بلاروس (۶/۱ به ۱) و لیتونی (۵/۵ به ۱) بسیار بالاست (WHO, 2002). در ایران نسبت آمار خودکشی مردان به زنان ۱/۶ به ۱ است که در مقایسه با سایر کشورها در کنار کشورهای آسیایی همچون چین و سنگاپور که فاصله خودکشی مردان و زنان در آنها بسیار پایین است قرار می گیرد. در مقایسه با کشورهای منطقه، براساس جدول ۴، پایین ترین فاصله نسبت خودکشی مردان به زنان، با رقم ۱/۸ به ۱، به کویت تعلق دارد که این رقم باز هم از ایران بالاتر است.

از طرف دیگر، براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، نرخ خودکشی در جهان به طور معمول با افزایش سن بالا می رود به طوری که آمار خودکشی در افراد بالای ۷۵ سال به طور تقریبی سه برابر افراد جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. این روند در هر دو جنس مشاهده می شود، اما در مردان بارزتر است. این در حالی است که در ایران خودکشی در میان جوانان شایع تر است چنانکه بیشترین میزان خودکشی ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ سال و سپس ۱۵ تا ۲۴ سال مشاهده شده و متوسط سن خودکشی ۲۹ سال است. ایران از این نظر به کشورهایی همچون بحرین، کویت، سریلانکا و استرالیا،

بیمارستان امام خمینی، پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

بایبری، امیدعلی. (۱۳۸۹)، «مهارت‌های مقابله‌ای، ناامیدی و افسردگی در نوجوانان»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۳۳۶-۳۲۵.

بذرافشان، محمدرفعی، فریدون جهانگیر، امیر منصوری نجف‌آبادی و علی جلیلیان. (۱۳۸۹)، «روش‌های مقابله‌ای به‌کاررفته در افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان شهید فقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۵۳۸-۵۳۱.

بواله‌ری، جعفر، سید کاظم ملکوتی، میترا حکیم‌شوستری، مرضیه نجومی، مرجان پشت‌مشهدی، صفیه اصغرزاده‌امین، علی‌اصغر اصغرنژاد و ناصر حاجیان‌مطلق. (۱۳۸۶)، «شیوع اقدام به خودکشی برحسب میزان ارجاع به مراکز اورژانس شهر کرج»، پزشکی - پیراپزشکی، س ۱۰، ۱ (پیاپی ۳۷)، ص ۵۵-۵۰.

بهرامی، مهدیه. (۱۳۸۲)، بررسی عوامل روان‌پویایی در خودکشی، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان.

پرفیت، آلن. (۱۳۷۸)، پاسخ‌هایی به خشونت، ترجمه مرتضی محسنی، تهران، گنج دانش.

پورمند، دیبا و لئون داویدیان. (۱۳۷۵)، «اقدام به خودکشی در بیماران بخش روان‌پزشکی»، نظام پزشکی، س ۱۴، ۱ و ۲، ص ۲۰-۱۵.

پیری، ولی و صالح ایدی. (۱۳۸۹)، «بررسی مقایسه‌ای رضایت‌مندی زناشویی در افراد خودکشی و غیرخودکشی در شهرستان دره‌شهر - استان ایلام»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۳۳۷-۳۴۸.

ثقه‌الاسلام، طاهره و امیدوار رضایی. (۱۳۸۴)، «بررسی مواردی از خودکشی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم»، پزشکی قانونی، دوره ۱۱، ۳، ص ۱۲۷-۱۳۳.

جمشیدزاده، فرخ‌لقا، حسن رفیعی، محمدتقی یاسمی، سید علی‌سینا رحیمی و کمال اعظم. (۱۳۸۳)، «روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام، ۱۳۸۰-۱۳۷۳»، رفاه اجتماعی، ش ۱۲، ص ۳۴۸-۳۲۵.

حسینی، حسین. (۱۳۸۳)، بررسی شیوع انواع اختلالات روانی در بیمارانی که با دارو اقدام به خودکشی می‌کنند، شهر یزد نیمسال ۸۳-۸۲، پایان‌نامه دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

حقانی‌پور، فرنوش و ولی پیری. (۱۳۸۹)، «اپیدمیولوژی توصیفی خودکشی»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها،

تهران، جامعه‌شناسان، ص ۵۵۲-۵۳۹.

حیدری پهلویان، احمد و حسین ملکی. (۱۳۷۸)، «بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز آموزشی-درمانی شهر همدان در سال ۷۴-۷۳»، مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان، س ۶، ش ۴، ص ۳۰-۲۴.

خادمی، علی، سعداله مرادی و قاسم سلیمانی. (۱۳۸۳)، «بررسی تحلیل خودکشی با سلاح گرم در ایران»، پزشکی قانونی، ش ۳۴، ص ۸۷-۸۰.

خسروی، زهره و میترا خاقانی‌فرد. (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران»، مطالعات زنان، س ۲، ش ۶، ص ۲۹۳-۲۷۵.

خلخالی، سید محمدرسل، کیومرث نجفی، جمیله جهان‌بخش و لیلا حسنی. (۱۳۸۵)، «ملاقات با پزشکان قبل از اقدام به خودکشی»، حکیم، دوره ۹، ش ۴، ص ۲۳-۱۷.

دادی‌پور، اعظم. (۱۳۸۰)، بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص) طی چهار ماه در سال ۱۳۸۰، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

دل‌آذر، ربابه و حسن فرهی. (۱۳۸۸)، «اندیشه‌پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره ۹، ش ۳ (پیاپی ۳۳)، ص ۲۳۴-۲۲۴.

زارعی، جواد و سارا ساکی‌پور. (۱۳۸۹)، «تعیین ویژگی‌های فردی-اجتماعی خطرناک در خودسوزی‌ها»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۵۸۰-۵۶۱.

شریفی خضارتی، امیر. (۱۳۸۷)، «نگرشی بر مسئله خودکشی از دیدگاه فقه جزایی و حقوق کیفری»، روزنامه اطلاعات، برگرفته از:

www.tebyan-zn.ir/papers.aspx?id=1488&category=SA

شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر مشاوره و روان‌درمانی به سبک مراجع محوری در تغییر نگرش اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهر تهران»، آرامش، ش ۲۵.

شمس خرم‌آبادی، منوچهر. (۱۳۸۳)، «بررسی انگیزه‌های خودسوزی در میان مراجعان بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان»، خودکشی (مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران)، ۴، تهران، آگه.

شیانی، ملیحه و محمدعلی محمدی. (۱۳۸۶)، «تحلیل جامعه‌شناختی احساس انومی اقتصادی در میان جوانان»، رفاه اجتماعی، ش ۲۵، ص ۳۸-۱۱.

شیخ‌الاسلامی، همایون و محمد فلاح‌زاده. (۱۳۷۶)، «بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی-درمانی بوعلی‌سینای قزوین (سال‌های ۷۲-۷۱)»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، س ۱، ش ۳، ص ۳۰-۲۳.

بررسی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۴، ش ۲، ص ۱۱۵-۱۲۱.

قلعه‌ایها، علی و فاطمه بهروزی‌فرد. (۱۳۸۵)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کنندگان به خودکشی بستری در بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی همدان*، دوره ۱۳، ش ۴ (پیاپی ۴۲)، ص ۵۸-۶۳.

قلی‌پور، سیاوش و سهراب قلی‌پور. (۱۳۸۹)، «تغییرات فرهنگی و خودکشی زنان و دختران لک»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۳۲-۲۱۵. گرجی، ابوالقاسم، روشنعلی شکاری، حسین فریار و محسن صفری. (۱۳۸۲)، *دیات*، تهران، دانشگاه تهران، ج ۲.

گلدوزیان، ایرج. (۱۳۸۴)، *حقوق جزای اختصاصی: جرایم علیه تمامیت جسمانی، شخصیت معنوی، اموال و مالکیت، امنیت و آسایش عمومی*، تهران، دانشگاه تهران، ج ۱۱. محمدی، ابوالحسن. (۱۳۸۲)، *مبانی استنباط حقوق اسلامی یا اصول فقه*، تهران، دانشگاه تهران، ج ۱۶.

مرادی، سعداله و علی خادمی. (۱۳۸۱)، «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، *پزشکی قانونی*، ش ۲۷، ص ۲۱-۱۶.

مرکز آمار ایران. (۱۳۷۰-۸۶)، *سالنامه آماری کشور*، تهران. مظاهری، حسین. (۱۳۸۲)، *اخلاق در خانه «فضائل و رذائل اخلاقی»*، قم، نشر اخلاق، ج ۹.

معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری. (۱۳۸۵)، *شاخص توسعه انسانی به تفکیک استان‌های کشور*، تهران.

مقدم، حسین، عبدالکریم پژمند و سعید سرجمی. (۱۳۸۶)، «بررسی یک‌ساله مسمومین بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳»، *پزشکی قانونی*، ش ۴۸، ص ۲۴۰-۲۳۵.

مکارم شیرازی، ناصر و جمعی از محققان. (۱۳۷۵)، *تفسیر نمونه*، ج ۳، قم، دارالکتب الاسلامیه، ج ۲۴.

ملکوتی، سید کاظم، مرضیه نجومی، مرجان پشت‌مشهدی، میترا حکیم شوشتری، صفیه اصغرزاده‌امین، جعفر بوالهروی، علی اسدی و شیرین مشیرپور. (۱۳۸۷)، «بررسی شیوع رفتارهای خودکشی در جمعیت شهری کرج در سال ۱۳۸۴»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان*، دوره ۱۵، ش ۱ (پیاپی ۴۷)، ص ۱۰-۵.

ملیکی، زهرا و ساناز گودرزی. (۱۳۸۴)، *بررسی یک‌ساله موارد اقدام به خودکشی و ارتباط آن با سلامت عمومی در بین مراجعه‌کنندگان به اورژانس*

شیخاوندی، داور. (۱۳۸۳)، «چکیده مباحث مطرح‌شده در محور خودکشی»، *خودکشی (مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران)*، ج ۴، تهران، آگه.

صابری زفرقندی، محمدباقر، راهب قربانی و شاهرخ موسوی. (۱۳۸۴)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ج ۶، ش ۴.

صادقی، حسین، سولماز عبدالهی حقی و لیلا عبدالله‌زاده. (۱۳۸۶)، «توسعه انسانی در ایران»، *راه/اجتماعی*، ش ۲۴، ص ۲۸۳-۳۰۴.

صالح‌آبادی، ابراهیم. (۱۳۸۹)، «بررسی علل خودکشی زنان متأهل خانه‌دار در ایلام»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۱۶۸-۱۵۵.

صولتی، سید کمال. (۱۳۷۹)، «بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، س ۲، ش ۱، ص ۶۰-۵۲.

طباطبایی، محمدحسین. (۱۳۶۳)، *المیزان فی تفسیر القرآن*، ترجمه محمدباقر موسوی، ج ۴، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.

ظهور، علیرضا و محمدرضا افلاطونیان. (۱۳۸۱)، «همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت (کرمان ۱۳۸۰)»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۱۳ و ۱۴، ص ۳۸-۳۱.

عطاران، حمید و مهدی شریعت. (۱۳۷۵)، «مرگ‌های ناشی از مسمومیت حاد، بررسی اپیدمیولوژیک سال ۱۳۷۴ شهرستان مشهد»، *پزشکی قانونی*، ش ۱۰، ص ۵۰-۳۴.

عقیلی، فریده. (۱۳۸۴)، *خودکشی جوانان*، تهران، سازمان ملی جوانان. فرماندهی انتظامی استان ایلام. (۱۳۸۹)، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان.

فلاح‌زاده، حسین و الهام هادیان. (۱۳۸۵)، «مقایسه امید به زندگی در مردان و زنان استان یزد در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد*، دوره ۱۴، ش ۴، ص ۵۸-۵۵.

فلاحی، سارا. (۱۳۸۹)، «گفتن‌ان ایدئولوژیک و پدرسالاری و خودکشی زنان»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۱۹۲-۱۶۹.

فیض‌اللهی، علی. (۱۳۸۹)، «فرا تحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۱۴-۱۹۳.

قائم، علی. (۱۳۶۴)، *آسیب‌ها و عوارض اجتماعی: ریشه‌یابی، پیشگیری، درمان*، تهران، امیری.

قریشی، ابوالفضل و نورالدین موسوی‌نسب. (۱۳۸۷)، «مرور سیستماتیک

- Kaplan and Sadock. (2003), *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 9th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Khushkadamova, Kh.O. (1993), *Reflections of Women's Social Position in the Tajik Press* [in Russian], Kandidaat diss., Russian Academi of Science, sotsiologichesky, Moscow.
- Kumar, Krishna. (1995), "Modernization and Industrialization", *Encyclopaedia Britannica*, vol. 24, 15thed.
- Nazpary, J. (2002), *Post-Soviet Chaos: Violence and Dispossession in Kazakhstan*, London.
- Sarfaraz, M.A. and D. Castel. (2004), "A Muslim Suicide", *Australian Psychiatry* 10/1.
- Staal, M.A. (2002), "The Assessment and Prevention of Suicide for the 21st Century, The Air Forces Community Awareness Training Model", *Mil. Med.* 166.
- UNDP. (2009), Human Development Report: HDI rankings, EU Times on Oct. 13th, <http://www.eutimes.net/2009/10/human-development-report-2009-hdi-rankings>.
- Vijayakumar, L., S. John, J. Pirkis and H. Whiteford. (2005), "Suicide in Developing Countries (2): Risk Factors", *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 26:112-119.
- World Health Organization. (2002), *World Report on Violence and Health*, Geneva.
- _____. (2009), Country Reports and Charts Available about Suicide Statistics, Mental Health, Suicide Prevention and Special Programmes, available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en
- بیمارستان بوعلی سینای قزوین در سال ۱۳۸۲، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین. موسوی، فریبا، حمیرا سجادی، حسن رفیعی و آوات فیضی. (۱۳۸۷)، «برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی»، *رفاه/جتماعی*، ش ۲۷، ص ۵۳-۷۲.
- موسی نژاد، علی. (۱۳۸۹)، «زنان و خودکشی: به سوی مدلی جهت تبیین خودکشی زنان در استان ایلام»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۶۶-۲۳۳.
- مولوی نجومی، مرضیه، سید کاظم ملکوتی، جعفر بوالهیری، مرجان پشت‌مشهدی و صفیه اصغرزاده امین. (۱۳۸۶)، «عوامل پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۳، ش ۳ (پیاپی ۵۰)، ص ۲۳۶-۲۱۹.
- مهدی‌زاده، مهشید، غلامرضا زمانی و مطهره کبیری. (۱۳۸۵)، «بررسی موارد اقدام به خودکشی در کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان لقمان حکیم»، *بیماری‌های کودکان ایران*، دوره ۱۶، ش ۳، ص ۳۴۲-۲۳۷.
- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۳)، *معاونت طرح و برنامه و بودجه، اداره آمار*.
- ولیدی، محمد صالح. (۱۳۸۰)، *حقوق جزای اختصاصی: جرایم علیه اشخاص*، تهران، امیرکبیر، ج ۶.
- هاشمی رفسنجانی، اکبر و جمعی از محققان. (۱۳۷۳)، *تفسیر راهنما*، ج ۳، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- یگانه، روح‌الله، ناهید رفیعی، امیرهومن کاظمی، فرنوش درتاج و مینا احمدی. (۱۳۸۲)، «بررسی موارد گنج‌خوری به عنوان یک روش جدید و عجیب اقدام به خودکشی در استان لرستان»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۰، ص ۸۹-۸۵.
- Durkheim, Emile. (1951), *Suicide: A Study in Sociology*, translated by George Simpson and John A. Spaulding, New York, The Free Press.
- Harris, C. (2004), *Control and Subversion: Gender Relations in Tajikistan*, London.