

## بررسی عوامل خودکشی و اقدام به خودکشی در استان کرمانشاه

(تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۰۸ ، تاریخ تصویب ۱۳۹۶/۰۹/۱۵)

میلاذ میوه یان

کارشناس ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی

### چکیده

در گذشته عوامل طبیعی و بیماری‌ها علت اصلی مرگ و میر بوده است در حالی که امروزه عوامل قابل پیشگیری جایگزین آنها شده است. در دهه های اخیر علل مرگ و میر تغییرات زیادی داشته است. آمارها بیانگر این است که سالانه نزدیک به یک میلیون نفر از جمعیت جهان جان خود را به دلیل خودکشی از دست می دهند. در این باره گفته اند: گاهی خودکشی صورت خود دوستی دارد. بدین معنا که آدمی خود را آن چنان دوست دارد که بدین معنا که آدمی خود را آن چنان دوست دارد که حتی حاضر نیست گردی به دامنش بنشیند یا غباری بر چهره او قرار گیرد. انتظار دارد که همگان وجود او را آن چنان که مورد نظر اوست دوست بدارند.

عشق به خود و علاقه به خود سبب آن می شود که اگر احساس کرد برای او قرار است تلخ کامی پیش آید دل به مرگ دهد. گاهی خودکشی برای جلب نظر و کسب معروفیت است. آن کس که دچار احساس کمتری است و گمان دارد که در آسمان بدین وسعت ستاره ای نیست که برای او بدرخشد حتی ممکن است تن به خودکشی دهد، تا از این راه جلب نظر و کسب معروفیت کند. گاهی به خاطر دیگری است. مثل غم مرگ و از دست دادن عزیزی که گمان دارد در آن صورت برای او غیر قابل تحمل است یا میل به مجازات دیگران که از طریق مرگ خود دل آنان را بسوزاند و اشک آنان را جاری سازد.

۹۹



## بخش اول: کلیات

خودکشی در لغت عبارت است از اینکه کسی خود را به وسیله ای بکشد و در اصطلاح نیز عبارت است از اقدام به امری که موجب مرگ خود انسان باشد خودکشی در یک تعریف ساده به معنای قصد جان گرفتن از خود و یا وسیله ای خود را کشتن است. و در تعریف دقیق به معنای پرخاش و عصبان فرد به ضد خود که به طور معمول با وارد کردن ضرر و زیان مادی و معنوی به دیگران (از خویشان و نزدیکان گرفته تا همه افراد جامعه) همراه است به تعبیری دیگر فردی که از بهداشت از بهداشت روانی محرم است احساس می کند که برای رسیدن به سعادت و خوشبختی ضعیف و ناتوان است و نیز احساس می کند که نمی تواند برای زیستن خود هدف و معنای معقول و مورد قبولی بیابد او زندگی را پوچ و بی هدف می داند و از این نداشتن هدف و نرسیدن به خوشبختی به قدری رنج می برد که خود را در زندانی اغم و اندوه محصور می بیند، او می کوشد تا به زندگی خود پایان دهد و خود را از میان بردارد به این امید که از این احساس رنج رهایی یا بد به این پدیده خودکشی می گوئیم. خودکشی از آسیب های مهم فردی و اجتماعی است که به طور متوسط در میان معتادان و بیماران روانی بیشتر است. فرد خودکش بر این باور است که در زندگی به اهداف و امیال خود نرسیده است و زندگی مفهوم خود را از دست داده است و مرگ بهتر از آن قلمداد می شود.<sup>۱</sup> خودکشی در لغت نامه ی دهخدا به معنای خود را به وسیله ای کشتن، انتحار، کار زیاد کردن، کوشش بسیار آمده است.<sup>۲</sup> امیل دورکیم در اثر معروف خود به نام خودکشی آن را پدیده ای اجتماعی به شمار آورده و چنین تعریف می کند خودکشی عبارت است از هر نوع مرگی که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار منفی یا مثبت خود قربانی است که می بایست چنان نتیجه ای به بار آورد.<sup>۳</sup> هم چنین می توان به تعریف دشه اشاره کرد که می گوید: اقدامی معمولاً از روی آگاهی برای سر به نیست کردن خود به آن ترتیب که مرگ هدف یا وسیله باشد<sup>۴</sup> آشیل دلماس نیز خودکشی را عبارت می داند از عملی که به وسیله ی شخص برای معدوم ساختن خود انجام می دهد، در حالی که اختیار مرگ و زندگی در حیطه قدرت اوست و از لحاظ اخلاقی موظف به انجام این عمل نمی باشد.<sup>۵</sup> مین جر روانشناس، میل به مرگ را نزد فرد



<sup>۱</sup> قائمی، علی. آسیب ها و عوارض اجتماعی: ریشه یابی، پیشگیری، درمان. ص ۱۱۳-۱۱۲

<sup>۲</sup> دهخدا، علی اکبر، لغت نامه، (زیر نظر محمد معین)، ص ۸۴۸، سال ۱۳۴۷

<sup>۳</sup> دورکیم، امیل، خودکشی، ص ۶، سال ۱۳۷۸

<sup>۴</sup> ریش دانا، فرییز، بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران، ص ۱۷۲، سال ۱۳۸۰

<sup>۵</sup> اسلامی نسب، بجنوردی. ۱۳۷۱. بحران خودکشی. ص ۷۴-۷۳

خودکشی آرامشی می داند که در اثر تنشهای جامعه محدودیت های اجتماعی و اخلاق، که توانسته مانع از رهاشدن انرژی پرخاشگری و جنسی فرد شود و در نهایت فشار داخلی پدید می آورد به آن دست پیدا کرده است.<sup>۱</sup>

### بند اول: بررسی موضوعی بحث

معمولاً به ازاء هریک مورد خودکشی ۱۰ تا ۲۰ مورد نیز اقدام به خودکشی رخ می دهد با در نظر گرفتن این ارقام پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی خودکشی دهمین علت شایع مرگ در جهان خواهد بود. واژه خودکشی در زبان انگلیسی برای اولین بار در سال ۱۶۴۲ میلادی و از کلمات لاتین *sui*، *cader* به ترتیب به معنای خود و کشتن ابداع گردید.

خودکشی (*suicide*) را می توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود که به مرگ منتهی می گردد تعریف کرد. خودکشی بعلاوه پی آمدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل می کند. اقدام به خودکشی عمل عمدی فرد برای خاتمه دادن به زندگی خویش است. اقدام به خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی و شایعترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مراکز فوریت های پزشکی می باشد. سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می نمایند برآورد می گردد هر بار اقدام به خودکشی خطر خودکشی موفق را سی و دو درصد افزایش می دهد. فراوانی خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت بوده به طوری که در کشورهای اروپای شرقی مانند لیتوانی، استونی، بیلا روس و فدراسیون روسیه بالاترین میزان خودکشی ۴۵ دریک صدهزار نفر را به خود اختصاص داده اند. در مناطق روستایی هندوستان میزان خودکشی را بین ۸/۱ و ۵/۳ به ازاء یک صدهزار نفر اعلام کرده است.

این در حالی است که کشورهای اسلامی و از جمله ایران از پائین ترین میزان های خودکشی ۴/۴ دریک صدهزار نفر برخوردارند. آمار ارائه شده از سوی سازمان پزشکی قانونی در سال ۸۰ میزان ۵/۷ و ۳/۱ مورد اقدام به خودکشی دریک صدهزار نفر را به ترتیب برای مردان و زنان اعلام نموده است. اگرچه در نقاط مختلف ایران نیز مطالعاتی در زمینه خودکشی انجام و فراوانی آن در مناطق گوناگون گزارش شده است، در استان کرمانشاه با جمعیتی حدود یک میلیون و هشتصد و نود و یک هزار و شصت و دو نفر در غرب ایران با تنوع قومیتی و دارای اقلیم های مختلف و مناطق مرزی و جنگزده مطالعات چندانی صورت نگرفته است. این

<sup>۱</sup> رییس دانا، فرییز، بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران. ص ۱۷۸، سال ۱۳۸۰



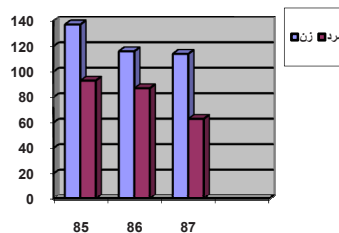
مطالعه به منظور تعیین فراوانی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با سن، جنس، تحصیلات، شغل، منطقه، وسیله و علت خودکشی در این استان انجام شد. در این مطالعه متغیرهای مختلف از جمله سن، جنس، تاهل، شغل، سطح تحصیلات، وسیله، علت و نتیجه اقدام به خودکشی مورد مطالعه قرار گرفت. طبق نتایج این مطالعه در استان کرمانشاه میزان فراوانی اقدام به خودکشی در طی سالهای (۹۴الی ۹۵) ۵۷۹۲ مورد که در آغاز دوره تحت بررسی در سال ۹۴ (۱۱۵ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۱۰۹ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۸۸ در یکصد هزار نفر) در مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستانهای شهرستانهای تابعه استان به ثبت رسیده است که نشان دهنده روندی کاهشی از سال ۹۴ تا ۹۵ بوده است. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان در سال های ۹۴-۹۵

سال/جنس	زن	مرد	جمع
۹۴	۱۲۷۱ ٪۵۸/۵	۹۰۲ ٪۴۱/۵	۲۱۷۳ ٪۱۰۰
۹۵	۱۰۷۸ ٪۵۶/۳	۸۳۷ ٪۴۳/۷	۱۹۱۵ ٪۱۰۰
۹۵	۱۰۹۷ ٪۶۴/۴	۶۰۷ ٪۳۵/۶	۱۷۰۴ ٪۱۰۰
جمع	۳۴۴۶ ٪۵۹/۵	۲۳۴۶ ٪۴۰/۵	۵۷۹۲ ٪۱۰۰

میزان اقدام به خودکشی در زنان همیشه بیشتر از مردان بوده است در بین زنان در سال ۹۴ (۱۳۷ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۱۱۶ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۱۱۴ در یکصد هزار نفر) و در بین مردان در سال ۹۴ (۹۳ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۹۵ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۶۳ در یکصد هزار نفر) رخ داده است که تفاوت معناداری را نشان می دهد. (نمودار شماره ۱)

نمودار شماره ۱: توزیع اقدام به خودکشی به نسبت صد هزار نفر جمعیت زنان و مردان



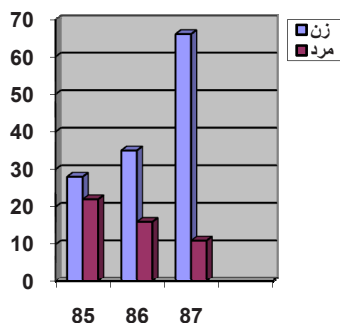
میزان خودکشی موفق در طی سالهای مورد مطالعه (۹۴الی ۹۵) ۱۷۸ مورد گزارش شده که در آغاز دوره تحت بررسی در سال ۹۴ (۲/۶ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۲/۷ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۴/۱ در صد هزار نفر) بوده است که سیری افزایشی داشته است. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: توزیع خودکشی موفق در زنان و مردان در سال های ۹۴-۹۵

سال // جنس	زن	مرد	جمع
۹۴	۲۸	۲۲	۵۰
	%۵۶	%۴۴	%۱۰۰
۹۵	۳۵	۱۶	۵۱
	%۶۹	%۳۱	%۱۰۰
۹۵	۶۶	۱۱	۷۷
	%۹۵	%۱۴	%۱۰۰
جمع	۱۲۹	۴۹	۱۷۸
	%۷۲	%۲۸	%۱۰۰

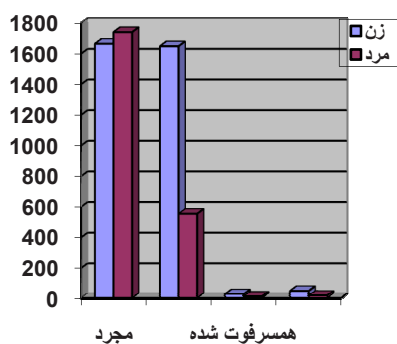
میزان خودکشی موفق در زنان بیشتر از مردان بوده است. در بین زنان در سال ۹۴ (۳ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۳/۷ در یکصد هزار) و در سال ۹۵ (۷/۱ در یکصد هزار نفر) بوده است که در هر سه سال خصوصا در سال آخر مطالعه رشد فزاینده داشته است. میزان خودکشی موفق در بین مردان در سال ۹۴ (۲/۳ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۱/۷ در یکصد هزار نفر) و در سال ۹۵ (۱/۲ در یکصد هزار نفر) گزارش شده است که در طی سالهای مطالعه سیر سی کاهشی داشته است. (نمودار شماره ۲)

نمودار شماره ۲: توزیع خودکشی موفق به نسبت یکصد هزار نفر جمعیت زنان و مردان



از نظر وضعیت تاهل ۵۹/۴ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مجرد و ۳۸/۷ درصد متاهل و ۱/۸ درصد مطلقه و همسر فوت شده بودند که در بین مجردها ۵۱/۴ درصد مرد و ۴۸/۶ درصد زن بودند و در بین متاهلها ۲۶ درصد مرد و ۷۴ درصد زن ثبت شده است. (نمودار شماره ۳)

نمودار شماره ۳: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به ویژگی تاهل



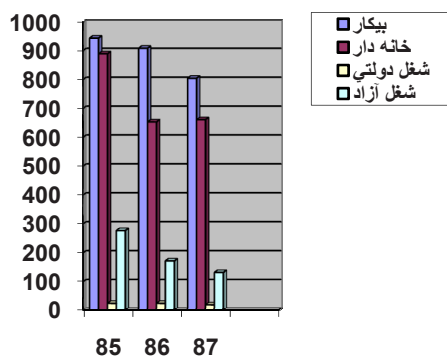
از نظر سطح تحصیلات در سال ۹۴ میزان اقدام به خودکشی ۷۳/۹ درصد زیر دیپلم و ۲۲/۵ درصد دیپلم و ۳/۵ درصد نیز تحصیلات دانشگاهی داشته اند که این درصدها به ترتیب در سال ۹۰ به ۷۱/۴ درصد و ۲۲/۷ درصد و ۵/۹ درصد و در سال ۹۵ این میزان به ۷۱/۴ درصد زیر دیپلم و ۲۲/۵ درصد دیپلم و ۷/۳ درصد در تحصیلات دانشگاهی که تفاوت معناداری در سال های متفاوت به چشم نمی خورد به ثبت رسیده است. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳: توزیع اقدام به خودکشی و سطح تحصیلات در سال های ۹۴-۹۵

تحصیلات/سال	۹۴	۹۵	۹۵
زیردیپلم	۱۵۶۷ ٪۷۳/۹	۱۱۰۲ ٪۷۴/۴	۱۱۳۸ ٪۷۱/۴
دیپلم	۴۷۷ ٪۲۲/۵	۳۵۰ ٪۲۲/۷	۳۵۳ ٪۲۲/۲
فوق دیپلم و لیسانس	۷۴ ٪۳/۵	۹۱ ٪۵/۹	۱۰۱ ٪۶/۳
فوق لیسانس و بالاتر	۱ ٪۰/۱	۰	۱ ٪۰/۱
جمع	۲۱۱۹ ٪۱۰۰	۱۵۴۳ ٪۱۰۰	۱۵۹۳ ٪۱۰۰

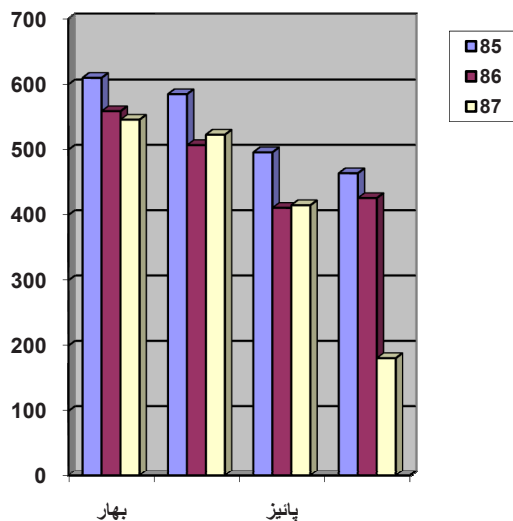
از نظر سطح تحصیلات والدین ۸۸/۹٪ اقدام کنندگان به خودکشی پدر آنها تحصیلات زیر دیپلم و ۹۳/۳٪ آنان مادرشان تحصیلات زیر دیپلم داشته اند. میزان خودکشی به ترتیب در دو گروه افراد بیکار و خانه دار بیشتر از سایر گروه های شغلی در طی سال های مطالعه بوده است.

(نمودار شماره ۴)



براساس یافته های پژوهش در فصل بهار بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی (۳۰ درصد) و در فصل زمستان کمترین اقدام (۱۸/۷ درصد) به ثبت رسیده است. فصل های تابستان و پاییز به ترتیب ۲۸/۲ و ۲۳/۱ درصد به خوداختصاص داده اند. (نمودار شماره ۵)

نمودار شماره ۵: فراوانی اقدام به خودکشی در فصل های سال های مورد مطالعه



میزان فراوانی اقدام به خودکشی در افراد ۲۰ تا ۲۴ ساله بیشتر از سایر سنین بوده است و کمترین در افراد ۴۵ تا ۴۹ ساله می باشد. به نسبت جمعیت در بین زنان و مردان میزان اقدام به خودکشی در طی سال های مورد مطالعه در سنین زیر ۲۰ سال بیشترین و در سنین بالای ۴۵ سال کمترین موارد به ثبت رسیده است. این میزان در خودکشی های موفق در بین زنان در محدوده سنی بین ۲۹-۲۵ ساله بیشترین و در بین مردان دررده سنی ۲۴-۲۰ ساله بیشترین را به خود اختصاص داده است. (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵: اقدام به خودکشی و خودکشی موفق در طی سه سال بر حسب سن

گروه سنی	جنسیت	موفق	ناموفق	جمع
کمتر از ۱۵	زن	۷	۹۹	۱۰۶
	درصد	۶/۶	۹۳/۴	۱۰۰
	مرد	۰	۱۹	۱۹
	درصد	۰	۱۰۰	۱۰۰



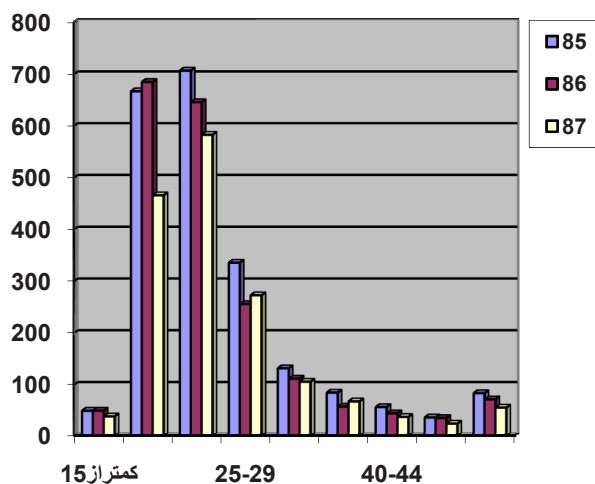
۱۰۲۹	۱۰۰۳	۲۶	زن	۱۵-۱۹
۱۰۰	۹۷/۵	۲/۵	درصد	
۵۵۲	۵۴۵	۷	مرد	۱۵-۱۹
۱۰۰	۹۸/۷	۱/۳	درصد	
۹۱۱	۸۸۳	۲۸	زن	۲۰-۲۴
۱۰۰	۹۶/۹	۳/۱	درصد	
۸۸۹	۹۵۰	۱۹	مرد	۲۰-۲۴
۱۰۰	۹۷/۹	۲/۱	درصد	
۴۴۲	۴۲۰	۲۲	زن	۲۵-۲۹
۱۰۰	۹۵	۵	درصد	
۳۵۱	۳۴۳	۸	مرد	۲۵-۲۹
۱۰۰	۹۷/۷	۲/۳	درصد	
۲۰۸	۱۹۷	۱۱	زن	۳۰-۳۴
۱۰۰	۹۴/۷	۵/۳	درصد	
۱۲۴	۱۲۲	۲	مرد	۳۰-۳۴
۱۰۰	۹۸/۴	۱/۶	درصد	
۱۲۱	۱۱۴	۷	زن	۳۵-۳۹
۱۰۰	۹۴/۲	۵/۸	درصد	
۶۷	۶۵	۲	مرد	۳۵-۳۹
۱۰۰	۹۷	۳	درصد	
۸۳	۷۷	۶	زن	۴۰-۴۴
۱۰۰	۹۲/۸	۷/۲	درصد	
۴۳	۳۸	۵	مرد	۴۰-۴۴
۱۰۰	۸۷/۴	۱۱/۶	درصد	
۶۵	۶۰	۵	زن	۴۵-۴۹

۱۰۷



۱۰۰	۹۲/۳	۷/۷	درصد	۵۰ بالاتر
۲۴	۲۳	۱	مرد	
۱۰۰	۹۵/۸	۴/۲	درصد	
۱۱۰	۹۳	۱۷	زن	
۱۰۰	۸۴/۵	۱۵/۵	درصد	
۷۹	۷۴	۵	مرد	
۱۰۰	۹۳/۷	۶/۳	درصد	

نمودار شماره ۵: فراوانی توزیع سنی اقدام به خودکشی در طی سال های ۹۵-۹۴



شایع ترین روش اقدام به خودکشی در بین افراد خوردن دارو ۷۴/۷ درصد و پس از آن خوردن سم ۱۴/۹ درصد، خودسوزی ۴/۱ درصد، خوردن مواد مخدر ۱/۷ درصد، خوردن گچ ۱/۲ درصد، دارزدن ۱ درصد، خودزنی با چاقو ۰/۸ درصد و سایر روش ها ۱/۶ درصد اعلام گردیده است. تعارض با والدین و اقوام ۵۸/۶ درصد و بیماری روحی، اعتیاد و شرایط بد اقتصادی و فقر به ترتیب ۲۷/۱ درصد و ۴/۸ درصد و ۴/۱ درصد شایع ترین علل اظهار شده اقدام به خودکشی می باشد. (جدول شماره ۶)

جدول شماره ۶: توزیع درصدی علت اقدام به خودکشی در طی سال های مطالعه

علت/سال	۹۴	۹۵	۹۵	میانگین
تعارض باوالدین واقوام	۶۲/۴	۵۴/۸	۵۷/۵	۵۸/۶
مشکل ازدواج	۱/۶	۱/۷	۳/۹	۲/۳
اعتیادخودواقوام	۳/۵	۴/۸	۶/۷	۴/۸
مشکلات مالی	۴/۲	۵/۴	۲/۹	۴/۱
فوت اقوام	۰/۳	۰/۵	۰/۷	۰/۵
بیماری روحی	۲۵/۴	۳۰/۳	۲۶	۲۷/۱
بیماری جسمی	۲/۷	۲/۷	۲/۳	۲/۵

۹۳/۶ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی در منزل و ۶/۴ درصد در سایر محل ها (محل کار، جاده، صحرا و...) اقدام نموده بودند که ۹۱/۱ در تنهایی صورت گرفته است. ۷۰/۷ درصد از افراد ساکن شهر و ۲۹/۳ درصد ساکن روستا بودند. میزان بروز و مرگ ناشی از خودکشی در شهرها به ترتیب ۱۰۷ و در روستاها ۸۹ در یکصد هزار نفر جمعیت بود.

۶/۲ درصد از افراد خودکشی کننده دارای سابقه قبلی خودکشی و ۴/۶ درصد دارای سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی داشتند. میزان شیوع اقدام به خودکشی در شهرستان های تابعه استان (۱۴ شهرستان) دارای تفاوت معناداری می باشد. در طی سالهای مورد مطالعه بیشترین آمار به نسبت جمعیت مربوط به شهرستان قصر شیرین با میانگین ۲۹۷ در یکصد هزار نفر جمعیت و کمترین مربوط به شهرستان ثلاث باباجانی با میانگین ۱۱ در یکصد هزار نفر جمعیت به ثبت رسیده است (جدول شماره ۷)

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی اقدام به خودکشی در شهرستان های تابعه استان

در سال های ۹۴-۹۵ و میانگین آن به نسبت یکصد هزار نفر جمعیت

شهرستان/سال	تعداد	تعداد	تعداد	یکصد هزار نفر
قصر شیرین	۸۱	۷۴	۶۳	۲۹۷
اسلام آباد غرب	۴۶۹	۳۶۰	۲۹۴	۲۴۳
هرسین	۱۷۸	۲۵۰	۲۱۹	۲۳۵

۱۰۹



۲۳۰	۱۵۸	۱۹۹	۲۰۱	کنگاور
۲۰۱	۱۲۷	۱۴۶	۱۰۸	گیلانغرب
۱۹۵	۱۴۳	۱۶۶	۱۸۹	سرپل ذهاب
۱۷۸	۱۷۶	۱۶۴	۱۷۹	سنقر
۹۱	۴۳	۴۷	۱۱۹	صحنه
۷۳	۳۵	۳۶	۴۵	پاوه
۶۸	۴۹	۱۶	۲۲	دالاهو
۴۹	۲۳	۱۷	۲۷	روانسر
۴۳	۳۲۶	۴۱۹	۵۰۲	کرمانشاه
۲۶	۱۳	۴	۳۳	جوانرود
۱۱	۵	۶	۲	ثلاث باباجانی
۱۰۱	۱۶۶۵	۱۹۰۴	۲۱۵۵	کل استان

### بخش دوم: واکاوی خودکشی در ایران

در ایران مطالعه ی دقیقی در مورد خودکشی صورت نگرفته است زیرا آمار پزشکی قانونی گویا نیست و بسیاری از افراد خودکشی افراد خانواده ی خود را ننگ و بی آبرویی تلقی کرده و از افشای آن خودکشی می کنند. در کشور آمارهایی وجود دارد که حاکی از آنکه سالیانه ۵ تا ۷ هزار نفر از طریق خودکشی جان خود را می گیرند که نیمی از آن ها در شهرهای بزرگ، یک چهارم در شهرها کوچک و متوسط و بقیه در روستاها اتفاق می افتد. دکتر قرایی مقدم معتقد است که نگاه سنتی خانواده ها به مسأله خودکشی که در کشور ما وجود دارد موجب گردیده است تا به آمار دقیق و صحیح دسترسی نداشته باشیم زیرا در بسیاری از شهرها خودکشی هر یک از افراد خانواده موجب بی حیثی و بی آبرویی خانواده میشود همین دلیل به مخفی کردن نوع مرگ می انجامد.<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> رئیس دانا، فرییز، .، بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران، ص ۱۸۷

### بند اول: نگاهی به مطالعات میدانی در این رابطه

طی تحقیقاتی که در کشورهای مختلف صورت گرفته نتایج به دست آمده حاکی از آن است که مردها بیش از زنان خودکشی می کنند و اغلب آنان در گروه سنی ۶۵-۴۵ ساله قرار دارند. اوج اقدام به خودکشی در میان زنان و مردان ایرانی در گروه سنی ۲۴-۱۸ ساله می باشد. در ایران نوجوانان و جوانان از یک طرف و زنان از طرف دیگر دو قشری هستند که بیشتر از سایرین دست به خودکشی می زنند. تحقیقات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور در سال ۱۳۸۲ خودکشی ۲۴۸۶ زن و ۱۴۸۱ مرد را نشان می دهد و آمار وزارت بهداشت از انجام حداقل ۱۳ خودکشی در روز با میانگین سنی ۲۹ سال خبر می دهد. طبق این آمار نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به یک و گاه ۴/۵ به یک است. در یک طرح پژوهشی که در سال ۱۳۵۲ در کشور، مشخص گردید که خودکشی در میان مردان و زنان جوان متأهل به دلیل درهم ریختگی ارزش های اجتماعی و فرهنگی و در نتیجه نا به سامانی نهاد خانواده افزایش یافته است.<sup>۱</sup> در تحقیقی که در سال های ۴۷-۱۳۴۵ بر روی افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند صورت گرفت، جامعه مورد مطالعه شامل ۸۳۹ مرد و ۶۲۳ زن بوده و نتایج زیر حاصل پژوهش فوق است: خودکشی زنان در گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله بیشتر است، اما بیشتر خودکشی های مردان مربوط به فاصله سنی ۳۴-۱۵ سال می باشد. این بررسی اختلاف های خانوادگی را مهم ترین انگیزه خودکشی عنوان می کند (۲۶٪) و بعد از آن مسایل اقتصادی را دومین دلیل انجام انتحار معرفی می کند. در سال ۱۳۴۹ نیز بررسی ای بر روی ۳۶۲۷ مورد انجام می گیرد که در بین آنها ۱۴۱۵ نفر مرد و ۲۲۱۲ نفر زن بوده اند. که باز حکایت از غلبه زنان خودکش بر مردان خودکشی کننده دارد. دکتر امان الله قرانی مقدم با اشاره به تغییرات به وجود آمده در روند خودکشی ایرانیان طی سه دهه اخیر معتقد است که نسبت خودکشی زنان و مردان نسبت به ده سال گذشته تغییر کرده است، قبل از سال ۱۳۷۰ نسبت خودکشی زنان به مردان ۵ به ۲ بود اما در ۱۰ سال گذشته نسبت خودکشی مردان به زنان ۳ به ۲ افزایش یافته است. وی همچنین عامل خودکشی مردم ایران در سطح کلان را وجود آتومی یا نوعی بی هنجاری می خواند و پریشانی فکر، نابودی نظم منطقی فکری و دچار تشمت آرا بودن را که منجر به خودکشی افراد می شود از نتایج این بی هنجاری می داند. دکتر عباس محمد اصل خودکشی را عملی تعمدی برای نابودی فرد می داند و آن را در سه سطح کلان، میانه و خرد بررسی می کند تراکم جمعیت در محلات نیز از عوامل بزه شمرده شده است. محلات شلوغ به محلاتی پر جمعیت اطلاق می شود که با سیستم خانه سازی غیر بهداشتی و ناقص شکل گرفته و از وسایل آرامش و آسایش و رفاه کافی برخوردار نیست. این محلات که در بدترین وضعیت اجتماعی و اقتصادی قرار دارد محل و ماوای بسیاری از

<sup>۱</sup> رشید یاسمی، هوشنگ، پزشکی قانونی و طب کار، ص ۱۰۰، سال ۱۳۴۵



مشکلات اجتماعی است. از عوامل دیگر بزه کاری می توان ضعف بنیه اخلاقی، اقتصادی، وسایل ارتباط جمعی و ... را نام برد. دیدگاه بی سازمانی اجتماعی به اتکاء آراء جامعه شناسانی از قبیل کولی، آگبرن، توماس و زنانیکی در بررسی مسائل اجتماعی بیش از آنکه به مطالعه اشخاص پردازد؛ به تامل و اندیشه در قواعد اجتماعی پرداخته است. در این میان نظریه بی سازمانی اجتماعی خود به دو دیدگاه قدیم و جدید تقسیم گردید، چنانکه دیدگاه قدیم آن بی سازمانی را با انگارشی محافظه کارانه به اجتماع افراد و محیط بلافصل ایشان ارجاع می داد و دیدگاه جدید بی سازمانی با انگارشی رادیکال تر، بی سازمانی را به جامعه منتسب می ساخت و تاکید می کرد مجرم و قربانی و فرد محتاج بازپروری همگی در همین جامعه روزگار می گذرانند. از دیدگاه بی سازمانی اجتماعی جامعه یک نظام پیچیده و پویاست که بخش های مختلف آن از قواعد و مقررات اجتماعی با یکدیگر هماهنگ و منظم می شوند و هنگامی که مسئله ایی یک بخش از نظام را تغییر می دهد؛ سایر بخش های آن می بایست خود را با بخش های دیگر آن هماهنگ و سازگار نمایند. بی سازمانی اجتماعی نهایتاً به ناسازگاری یا سازگاری ضعیف بین قسمت های مختلف اشاره می کند (رایینگن، وینبرگ، ۱۳۷۷، ۴۹). از اینرو این چشم انداز خودزنی نوجوانان را چونان برآیند بی سازمانی اجتماعی در نظر گرفته که ناتوانی قواعد اجتماعی را نیز منعکس می سازد. در این حال از جمله علل بروز خودزنی نوجوانان می توان از تغییرات اجتماعی نام برد که مسبب ناهماهنگی قسمت های گوناگون و با مناسب سازی قوانین موجود از انتظام روابط و رفتارهای افراد خصوصاً نوجوانان جلوگیری می کند. تراکم جمعیت در محلات نیز از عوامل بزه شمرده شده است. محلات شلوغ به محلاتی پر جمعیت اطلاق می شود که با سیستم خانه سازی غیر بهداشتی و ناقص شکل گرفته و از وسایل آرامش و آسایش و رفاه کافی برخوردار نیست. این محلات که در بدترین وضعیت اجتماعی و اقتصادی قرار دارد محل و ماورای بسیاری از مشکلات اجتماعی است. از عوامل دیگر بزه همکاری می توان ضعف بنیه اخلاقی، اقتصادی، وسایل ارتباط جمعی و ... را نام برد. تبیین های نظریه ی یادگیری اجتماعی در مورد داشتن رابطه با همسالان آسیب رسان و خودزن، نشان می دهد که همسالان آسیب رسان و خودزن، یکدیگر را از طریق اصول یادگیری شرطی تحت تأثیر قرار می دهند. همسالان آسیب رسان و خودزن الگوهای رفتاری ای را برای یکدیگر به منظور تقلید فراهم کرده و با پاداش دادن و عدم تنبیه این رفتارها آنها را تقویت می کنند. به علاوه، افراد موضوعات ارزشی رفتاری خوب یا بد را (هنجارها، نگرش ها، سوگیری ها و جهت گیری ها) از طریق ارتباط با گروه یاد می گیرند. هرچه افراد رفتاری را بیشتر به عنوان رفتار خوب یا لااقل رفتار معقول، منطقی و موجه تعریف کنند، احتمال بیشتری وجود دارد که به آن رفتار عمل کنند. اغلب افراد آسیب رسان و خودزن در گذشته مورد بی مهری همسالان خود واقع شده اند. به درستی معلوم نیست که آیا طردشدن از طرف

همسالان منجر به خودزنی می‌شود یا اینکه خودزنی منجر به طردشدن از سوی همسالان می‌گردد. با این حال، برخی شواهد نشان می‌دهند که جوانان آسیب‌رسان و خودزن خود را با نشان‌دادن رفتارها و شخصیت پرخاشگرانه در گروه دوستان جای می‌دهند. برخی صاحب‌نظران اعتقاد دارند که طردشدن از گروه‌های یکپارچه‌ی اجتماعی ممکن است موجب محروم‌شدن کودکان طردشده از فرصت‌های مناسب برای یادگیری و برقراری تعاملات اجتماعی مثبت با همسالانی که رفتارهای سازش‌یافته و سالمی دارند، شود. از این رو کودکان طردشده از طرف همسالان که در مهارت اجتماعی کاستی‌هایی دارند، ممکن است رفتارهای سازش‌نیافته‌ی بیشتری را با برقراری ارتباط با کودکان طردشده‌ی دیگر بیاموزند و این رفتارهای سازش‌نیافته ممکن است با برقراری ارتباط با سایر کودکان پرخاشگر تقویت شوند (کوپراسمیت، کوی و داج ۱۹۹۰). وایسنر و سیلبرینسن (۲۰۰۳)، طی مطالعه‌ای طولی که بر روی ۳۱۸ نوجوان آلمانی ۱۴ ساله انجام دادند، دریافتند که دارابودن دوستان با انحرافات و تخلفات زیاد، همدمی ضعیف بین والدین و نوجوانان، پیشرفت تحصیلی ضعیف و کنترل و نظارت کم والدین، از جمله عوامل مهمی‌اند که با خودزنی این نوجوانان رابطه‌ی تنگاتنگی دارند. تجارب مرتبط با همسالان شامل طردشدن از طرف همسالان، مواجهه و ارتباط با همسالان آسیب‌رسان و خودزن و عوامل فردی شامل رفتارهای مشکل‌آفرین اخیر، تکانشی بودن یا سطوح پایین کنترل خود، نگرش‌های طغیان‌گرایانه، باورداشتن به مطلوبیت تخلف از قانون و سطوح پایینی از مهارت‌ها و توانش‌های اجتماعی مانند مدنظر قرار ندادن پیامدهای احتمالی اعمال و عدم ارائه‌ی راه‌حل‌های جان‌نشین برای مشکلات، ناتوانی در مدنظر قراردادن دیدگاه دیگران و عدم تعبیر و تفسیر نشانه‌های اجتماعی به طور صحیح و درست است. دعادت به معاشرت با رفتارهای بد، اطفال رابه محیط ناسالم می‌کشاند و این عادت ناپسند تا آنجا مؤثر است که حتی افرادی که در اثر این عامل به زندان افتاده‌اند پس از خاتمه دوران محکومیت دوباره به جستجوی رفقای سابق خویش رفته‌اند. مطالعه در مورد مرتکبین تکرار جرم این نظر را ثابت نموده است یکی از عوامل مؤثر در دوران اولیه رشد، روابط خانوادگی سالم می‌باشد که در آن باید اولیاء یکدیگر را دوست بدانند و نسبت به هم و فرزندانشان محبت و مهربانی بنمایند. والدین بایستی به کودکانشان بفهمانند که هر کدام از افراد را به اندازه‌ی دیگری و هر کدام را به خاطر شخصیتش دوست دارند اگر وسایل کافی برای ارضاء احتیاجات جسمی - روانی کودکان فراهم باشد در نتیجه تجارب مفید و رضایت بخشی از خانواده دارند که امکان ناسازگاری و انحرافشان کمتر است. چون به عنوان یک مقلد، کودکان، رفتار بزرگترها و نزدیکان خانواده را الگوی کاملی برای خود قرار می‌دهند و از او پیروی می‌نمایند پس باید کودک احساس کند که اشخاص او را دوست دارند و به او احترام می‌گذارند و خود را متکی به بزرگسالان ببیند در نتیجه باعث می‌شود که به ارضاء عاطفی و احساس



ایمنی که بایستی قبل از مدرسه در خانه تأمین شود برسد والدین بایستی محیطی پر از گرمی، مهربانی و صمیمیت ایجاد نمایند چون اولین بنای تربیتی در اخلاق و عادات و رفتار آینده طفل در خانه شکل می گیرد و باید والدین در سلامت روح، نفس، تربیت صحیح کودک کوشا باشند. به دلیل اینکه اکثر خودزنان جوان از خانواده های متلاشی شده می باشند و متلاشی شدن خانواده نیز اکثراً بر اثر جدایی یا جنایات دیگری است که رشته ازدواج بریده شده و اطفال در جامعه به حال خود رها می گردند. علاوه بر پایبند نبودن خانواده ها به اصول و ظوایب صحیح اخلاقی و اقتصادی را نیز می توان عامل مؤثر در گسترش خودزنی دانست از آنجا که کودکان مفاهیم اخلاقی و صحیح و غلط را بر اساس اعتقادات و ارزشهای والدین در طفولیت از آنان می آموزند بنابراین هر نوع سهل انگاری در آموزش یا بی توجهی به کودک به احتمال زیاد به رفتار آسیب رسان به خود در نوجوانی منجر می شود خلاصه آنکه نحوه ارتباط و طرز برخورد افراد یک خانواده بایستی مناسب باشد و جو عاطفی خانواده ممکن است به صورت های متفاوتی وجود داشته باشد.

یافته های مطالعه نشان می دهد میزان اقدام به خودکشی در بین افراد با تحصیلات زیر دیپلم و همچنین افرادی که والدین با تحصیلات زیر دیپلم دارند بسیار بیشتر است از افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر. این مطالعه با مطالعه تازیکی و همکاران که گزارش شده میزان خودکشی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم کاهش می یابد و نیز با نتایج اعلام شده در شیراز مطابقت دارد.

نتایج در خصوص وضعیت شغلی افراد اقدام کننده نشان می دهد که ۴۸/۲ درصد اقدام کنندگان بیکار، ۴۰ درصد زنان خانه دار، ۱۰/۵ در شغل آزاد و ۱/۳ درصد دارای شغل دولتی بوده اند. مطالعه انجام شده توسط یاسمی و صانعی و اختر فسدوز نیز بیش تر بودن خودکشی در بین افراد بیکار را نشان می دهد در حالی که مطالعات صورت گرفته توسط موسوی، احمدی و تازیکی و همکاران میزان خودکشی در زنان خانه دار را بیشتر از سایر گروه ها اعلام نموده اند. نحوه اقدام به خودکشی در جوامع و فرهنگ های مختلف متفاوت است. در این مطالعه ۷۴/۴ درصد با استفاده از دارو، ۱۴/۹ درصد با استفاده از سم، ۴/۱ درصد با خودسوزی و ۶/۶ درصد با سایر وسائل اقدام به خودکشی نموده بودند. در سمنان ۸۸/۵ درصد با دارو و ۷ درصد توسط سموم (۱۶) و در ایلام ۴۴ درصد افراد با دارو. در کرمان شایعترین روش اقدام به خودکشی استفاده از سموم ۳۷/۱ درصد، دار آویختگی ۲۴/۲ درصد، خودسوزی ۲۱/۵ درصد، استفاده از دارو ۹/۷ درصد بوده است. در مطالعه موسوی و همکاران ۳۵/۳ درصد به وسیله خودسوزی، ۲۳/۵ درصد دار زدن، ۱۷/۶ درصد مصرف سم، ۵/۹ درصد دارو، ۵/۹ درصد اسلحه گرم، ۵/۹ درصد سقوط از بلندی و ۵/۹ درصد غرق شدن در آب را به عنوان روش اقدام به خودکشی انتخاب کرده بودند.





در مطالعه سالاری لک و همکاران ۶۵/۷ درصد افراد از خوردن دارو، ۱۹/۶ درصد مصرف سم، ۷/۹ درصد خودسوزی و ۶/۷ درصد از سایر روش ها برای اقدام به خودکشی استفاده کرده اند. در این مطالعه ۵۸/۶ درصد افراد تعارض با والدین واقوام، ۲۷/۱ درصد بیماری روحی، ۴/۸ درصد اعتیاد، ۴/۱ درصد فقر و مشکلات مالی، ۲/۵ درصد بیماری جسمی ۲/۳ درصد مشکلات ازدواج و شکست عاطفی، ۰/۵ درصد فوت اقوام و ۰/۱ درصد سایر موارد را دلایل اصلی اقدام به خودکشی اعلام نموده اند. در ایلام ۳۲/۸ درصد خودکشی کنندگان مشکلات خانوادگی ۲۲/۶ درصد ناراحتی روحی و روانی و ۴/۱ درصد بیکاری و مشکلات اقتصادی و درجیرفت اختلاف با والدین ۲۹/۵ درصد، بیماری فرد ۲۵ درصد، اختلاف با همسر ۱۸/۲ درصد دلایل اقدام به خودکشی بوده است. در مطالعه سالاری لک در استان آذربایجان غربی دلایل اقدام به خودکشی ۱/۹ درصد بیماری جسمی، ۹ درصد بیماری روانی، ۸/۶ درصد شکست عاطفی، ۶/۴ درصد مشکلات مالی و ۱/۵ درصد مشکلات با اطرافیان و ۳/۵ درصد عدم موفقیت شغلی و ۴/۷ درصد عدم موفقیت تحصیلی را اعلام و ۶۵/۴ درصد علتی را برای اقدام خود بیان نکردند. خزاعی و همکاران مهمترین عوامل موثر در اقدام به خودکشی را ۵۸/۵ درصد مشاخره و درگیری خانوادگی، ۳۶/۴ درصد تعارضات زناشویی، ۱۶/۲۸ درصد شکست عاطفی، بیکاری و مشکلات مالی و ۱۵/۹۵ درصد مشکلات تحصیلی را دلایل اقدام به خودکشی اعلام نموده است.

### نتیجه گیری:

باتوجه به یافته های مطالعه ضروری است مسئولین امنیتی و بهداشتی استان ترتیبی اتخاذ نمایند تا اطلاعات مربوط به موارد اقدام به خودکشی و خودکشی موفق بطور متمرکز در مرکز تخصصی احصاء و ثبت گردد. پژوهش موجود محدود به اطلاعات موجود بیمارستانی در موارد خودکشی و اقدام به خودکشی است که در عمل صرفاً اطلاعات بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی به تنهایی برای پژوهش جامع کافی نیست و همکاری مراکز پزشکی قانونی و سایر مراجع قانونی ذی ربط استان را می طلبد. نتایج مطالعه و نیز منابع علمی نشان می دهد اقدام به خودکشی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی جوامع در تمام کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می باشد و در خداد خودکشی در استان بعنوان یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی محسوب می گردد. با توجه به اینکه بیشترین موارد اقدام به خودکشی در گروه سنی زیر ۲۰ سال و نیز در زن ها و افراد مجرد و افرادی کارگزارش شده است توصیه می شود ضمن آموزش کافی به خانواده ها و گروه های آسیب پذیر و تشکیل مراکز مشاوره برای سنین و گروه های پرخطر، سیاست گذاران استان در این راستا اهتمام جدی داشته باشند.



## منابع و مآخذ:

۱. موسوی، شاه محمدی، بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. فصلنامه علمی اندیشه و رفتار. ۱۳۹۳
۲. مرادی خادم، بررسی وضعیت خودکشی های منجر به مرگ ایران و مقایسه آن با نرخ های جهانی. مجله پزشکی قانونی. ۱۳۹۰
۳. یاسمی، صباحی، میرهاشمی، سیفی، طاهری، همه گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان، مجله اندیشه رفتار. سال هفتم شماره ۴. ۱۳۹۰
۴. خزاعی، پرویزی فر. بررسی جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام کنندگان به خودکشی تبریز ۱۳۹۰- مجله بهبود. ۱۳۹۲ سال هفتم
۵. خلخالی، رهبر، فرد مسعود، جمادی. بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۹۰ سال دهم
۶. کیخاونی، بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۱۳۹۲ سال هشتم
۷. سالاری لک، انتظارمهدی، افشانی، عباسی، بررسی میزان و عوامل موثر بر رخداد خودکشی در استان آذربایجان غربی. مجله پزشکی ارومیه
۸. تازیکی و همکاران، همه گیری شناسی خودکشی در استان گلستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۹۴ دوره شانزدهم شماره ۵۵
۹. صابری زفرقندی، قربانی، بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۱۰. اسماعیل نیا، فرامرز، موسوی، شمسی. بررسی اقدام به خودکشی در زنان شهرستان بابل، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۹۴ سال هفتم شماره ۲
۱۱. عارفی محمد، بررسی میزان خودکشی در استان آذربایجان غربی بین سال های ۷۷- ۷۸ و دستیابی به برخی از متغیرهای اثرگذار بر آن. مجله روان شناسی و علوم تربیتی
۱۲. ضرغامی، خلیلیان، خودسوزی در استان مازندران، فصلنامه اندیشه رفتار. ۱۳۹۱ سال هفتم



۱۳. ظهور، افلاطونیان. اپیدمیولوژی خودکشی درمراجعه کنندگان به اورژانس شهر جیرفت در سال ۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۹۲ سال دهم شماره ۲۸
۱۴. جمشیدزاده، رفیعی، یاسمی، رحیمی، اعظم. روند خودکشی و اقدام به خودکشی در ایلام. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال سوم شماره ۱۲
۱۵. یاسمی، صانعی، بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان. خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روان شناسی در ایران
۱۶. فرجی هرسینی، بررسی و مصاحبه با صد مورد اقدام به خودکشی و تعیین اپیدمیولوژی مربوط در بخش های سوختگی و مسمومیت بیمارستان امام خمینی (ره) و بخش اورژانس بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. دانشکده پزشکی ۸۸-۱۳۸۶
۱۷. حیدری پهلوان، وضعیت روانی اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در استان همدان، مجله اندیشه و رفتار ۱۳۹۴ سال سوم.
۱۸. اشکانی، معینی، توحیدی، بررسی خودکشی با داروها و مواد سمی در بخش اتفاقات و مرکز مراقبت های ویژه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز

