

بررسی جمعیت شناختی خودسوزی زنان بستری در بیمارستان قطب‌الدین شیراز طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۱

علیرضافیلی*

مقدمه

اگرچه اقدام به خودکشی با روشهای مختلف، در هر دو جنس دیده می‌شود، متخصصین معتقدند که بعضی روشهای خاص را مردان و بعضی دیگر را زنان بیشتر به کار می‌برند. مردها معمولاً با اسلحه گرم، حلق‌آویز کردن خود یا پرش از بلندی خود را می‌کشند. درحالی‌که زنها بیشتر با دارو یا سموم و یا به شیوه خودسوزی اقدام به خودکشی می‌کنند (دیبایی، ۱۳۸۰: ۶۰). براساس آمارها و اطلاعات موجود، خودکشی یکی از علل مهم مرگ و میر در جهان است.

اهمیت مسئله

زنان و وضعیت آنان در هر جامعه‌ای اهمیت ویژه‌ای دارد. چرا که از طرفی، تقریباً نیمی از جمعیت را تشکیل می‌دهند و نیروی کار آنان می‌تواند تأثیر

* عضو هیئت علمی دانشگاه پیام‌نور- مرکز فیروزآباد.

1. retrospective

چکیده: این پژوهش، اقدام به خودسوزی طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ در بیمارستان قطب‌الدین شیراز را با استفاده از روش گذشته‌نگر و با بکارگیری روشهای آمار توصیفی فراوانی «درصد» میانه و میانگین و آمار استنباطی ضریب خی ۲ بررسی کرده است. طی پنج سال یادشده ۳۴۲ نفر، به طور متوسط در هر سال ۶۸ نفر، به دلیل خودسوزی در این بیمارستان بستری شده‌اند. کمترین اقدام ۴۷ نفر در سال ۱۳۷۹ و بیشترین اقدام ۹۰ نفر در سال ۱۳۸۱ بوده است. میانگین سنی مصدومین ۲۷/۱۱ سال به دست آمده است. ۵۷/۹٪ از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی ۱۶-۲۵ سالگی و ۲۰/۲٪ آنان در دامنه سنی ۳۵-۲۶ سالگی بوده‌اند. از نظر اشتغال، ۷۶/۶٪ زنان خانه‌دار، ۱۵/۸٪ نامعلوم، ۴/۱ درصد محصل، ۱/۲٪ دانشجو، ۰/۹٪ کارگر، ۱/۲٪ سایر و ۰/۳٪ بیکار بوده‌اند. ۶۷/۵٪ افراد متأهل و ۳۲/۵٪ مجرد بوده‌اند. محاسبات، ارتباطی بین خودسوزی و فصول سال را نشان نداد. خودسوزی در زنان شهری، به طور معناداری، بیشتر از زنان روستایی بود. همچنین، خودسوزی و خودسوزی منجر به مرگ در زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد بوده و در نهایت، بررسی انجام شده افزایش خودسوزی طی پنج سال اخیر را با اطمینان بیش از ۹۵٪ تأیید کرده است.

کلیدواژه: خودسوزی، خودکشی، گذشته‌نگر.^۱

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

هیچ دوره‌ای از تاریخ را نمی‌توان یافت که مواردی از خودکشی در آن ثبت نشده باشد. اما برخورد علمی با این پدیده به نسبت تاریخ زندگی بشری، پیشینه‌ای ندارد. اولین نگرش علمی به خودکشی در سال ۱۷۳۷، به همت دی فانتن^۲ بوده است. وی برای اولین بار کلمه Suicide را در فرانسه بکار برد و در سال ۱۷۶۲ آکادمی علوم فرانسه آن را پذیرفت (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱). پس از آن متخصصین علوم رفتاری، بر حسب دیدگاه علمی خویش، تفاسیر مختلفی از این پدیده و علل آن ارائه دادند. جامعه‌شناسان به علل اجتماعی خودکشی پرداخته و روانشناسان انگیزه‌های شخصی و روانی آن را تحلیل کردند. در زمینه خودکشی، نخستین بار در اواخر قرن نوزدهم، جامعه‌شناس فرانسوی امیل دورکیم^۳ به مطالعه و تحقیق پرداخت (کاپلان سادوک، ۲۰۰۳: ۶۸۲). وی خودکشی را به چهار دسته تقسیم می‌کند که عبارت‌اند از: ۱. خودکشی خودخواهانه^۴، که به دلیل سست شدن پیوند فرد با گروه‌های اجتماعی و ارزشهای جامعه خویش اتفاق می‌افتد؛ در این حالت، فردگرایی در انسان افزایش افراطی می‌یابد و لذا، به فکر خودکشی می‌افتد؛ ۲. خودکشی دگرخواهانه، که این نوع خودکشی دقیقاً در مقابل نوع اول قرار دارد، یعنی ناشی از افراط در تعلق به گروه است؛ ۳. خودکشی آنومی^۵، در این وضعیت که بدترین حالت برای فرد محسوب می‌شود، هنجارهای اجتماعی مشروعیت خود را از دست می‌دهند و فرد دچار بحران مشروعیت و مقبولیت می‌شود؛ به عبارت دیگر، در نظر فرد حالت بی‌هنجاری در جامعه حکمفرما می‌شود و او را به سمت اقدام به خودکشی می‌کشاند. ۴. خودکشی تقدیرگرایانه^۶، که

و... داشته باشد؛ از طرف دیگر، نقش غیرقابل انکاری در ثبات خانواده و حفظ بهداشت روانی افراد جامعه دارند.

در میان آسیب‌های فردی و اجتماعی، مانند طلاق، بیکاری، اعتیاد، بزهکاری و ...، که ممکن است تهدیدی جدی برای گروه زنان فراهم آورد، خودکشی اهمیت ویژه‌ای دارد. از این جهت، که هم نشان‌دهنده وجود مسائل و مشکلات متعدد و پیچیده فردی و اجتماعی است و هم آثار بلندمدت و کوتاه‌مدت عاطفی، روانی و اجتماعی برجای می‌گذارد. تحقیقات و آمار و ارقام موجود حاکی از رشد سالانه تعداد اقدام‌کنندگان به خودکشی از یک سو، و کاهش سن اقدام‌کنندگان از سوی دیگر است (فولادی، ۱۳۸۱، ساراسون، ۱۳۸۲). این افزایش به گونه‌ای است که تنها طی سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ تعداد خودکشی‌های کشور به دو برابر افزایش یافته است (شیری، به نقل از عسکری، ۱۳۷۹: ۴). بنابراین، با توجه به افزایش روزافزون این معضل فردی و اجتماعی، ضرورت تهیه آمار و ارقام در این زمینه و شناسایی علل و عوامل مؤثر بر تشدیدچنین اقداماتی، بیش از پیش، ضروری به نظر می‌رسد. دستیابی به آمار و ارقام موجود و مقایسه آن با گذشته می‌تواند مسئولین را در جهت رفع این معضل، که ساختار خانواده و جامعه را تهدید می‌کند، هدایت نماید. عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فردی و گروهی (یا روانی و اجتماعی) می‌توانند توجیه‌کننده اقدام به خودکشی باشند؛ لیکن چنانچه قبل از پرداختن به علل و عوامل بدانیم که چه کسانی با چه ویژگی‌هایی بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند بهتر خواهیم دانست که بیشتر دنبال کدام دسته از عوامل باشیم. مثلاً اگر مشخص شود که دانش‌آموزان بیش از کارگران، و زنان خانه‌دار بیش از زنان مجرد و شاغل دست به این رفتار می‌زنند، پیش از هر اقدام دیگری، به دنبال مشکلات این اقشار از جامعه و عوامل هدایت‌کننده آنها به سوی خودکشی خواهیم بود. تحقیق حاضر در پی آن است تا بدانند کدام گروه از زنان بیشتر اقدام به خودسوزی می‌کنند؟

2. De. Funten

3. Emile Durkeim

4. egoistic suicide

5. anomic suicide

6. fatalistic suicide

دیدگاه شناختی خودکشی نوعی حل مسئله است. احتمال دارد یک سلسله از حوادث منفی فراسوی کنترل شخص طی سالهای پیش از اقدام به خودکشی رخ داده باشد. برطبق این دیدگاه خودکشی ممکن است از ارزیابی شناختی فرد از موقعیت، به عنوان ناامیدی، و از مرگ، به عنوان راهی برای خلاص شدن از مشکلات منتج شود (کواکز و همکاران، به نقل از ساراسون، ۱۳۸۲: ۶۲۷/۱). معمولاً در خودکشیهای ناموفق آثاری از نوعی دوگانگی روانی قابل ره‌گیری است. اگرچه این دوگانگی تقریباً در تمامی افراد بشر وجود دارد و هرکس ممکن است در مرحله‌ای از زندگی مانند شغل، انتخاب همسر، رشته تحصیلی و.. دچار این نوع دوگانگی بشود، اما در هنگام انتخاب بین مرگ و زندگی دوگانگی روانی بیشتر از حد معمول است. چنین احساسی باعث می‌شود تا فرد از روشهای نیمه خطرناک برای خودکشی استفاده کند و درضمن جایی برای کمک به خود و رهایی از مرگ برای خویش باقی بگذارد (فرجاد، ۱۳۸۳).

تحقیقات پیشین

آمارهای قدیمی موجود در زمینه خودکشی در ایران، یعنی از سال ۱۳۴۶ و قبل از آن، بیانگر این است که، به ترتیب، حلق آویز کردن، خودکشی با چاقو و خودسوزی بیشترین کاربرد را داشته است (دواچی ۱۳۵۱: ۵۲). در تحقیقی که طی سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۵ در تهران انجام شده است مجموع خودکشیها ۱۴۶۲ مورد اعلام شده است که از این تعداد ۸۳۹ مورد مربوط به مردان و بقیه مربوط به زنان بوده است. براساس این تحقیق، مجردها بیشتر از متأهلین خودکشی کرده بودند (ستوده، ۱۳۷۱: ۷۴، ۷۳). در تحقیقی که طی یکسال از خرداد ۱۳۷۲ تا مرداد ۱۳۷۳ روی بیماران خودسوزی‌کننده در بیمارستان سوانح و سوختگی شهیدمطهری انجام شد مجموعاً ۸۵ زن و ۱۵ مرد بررسی شدند. براساس نتایج اعلام‌شده در این گزارش،

نقطه مقابل خودکشی آنومی است و در اثر افراط در نظم فردی ایجاد می‌شود (استیوتیلور، ۱۳۷۹؛ کارکنان نصرآبادی، ۱۳۸۱: ۵۳؛ شیخاوندی، ۱۳۸۳: ۷-۱۵). به نظر هالبوکس عامل ایجادکننده خودکشی خلأ اجتماعی است که فرد را احاطه می‌کند (محسنی، ۱۳۶۶: ۳۲). اسکیرول در سال ۱۸۳۸ میلادی خودکشی را یکی از علائم اختلالات روانی معرفی کرد. وی اولین روانپزشکی بود که خودکشی را از دیدگاه روانشناختی بررسی کرد. فروید در کتاب *داغداری و ملاتکولی* خودکشی را خشم معطوف به درون توصیف کرد؛ بدین معنا که تکانه‌های پرخاشگری و خصومت، به جای هدف قرار دادن دیگران، به طرف خود شخص برمی‌گردد (محمدخانی، ۱۳۸۱). نظریه فروید بر دخالت غریزه مرگ مبتنی است؛ وی عقیده دارد کسانی که به خودکشی مبادرت می‌کنند احتمالاً آن گروه از بیماران روانی‌اند که در آنها غریزه عشق خشی شده و غریزه مرگ، با آزادی عمل زیاد، وارد صحنه می‌شود (محسنی، ۱۳۶۶). کارل مینگر خودکشی را قتل وارونه یا دیگرکشی معکوس ناشی از خشم شخص به فردی دیگر معرفی می‌کند. اما نظریه‌های جدید علت شخصیتی خاصی را با خودکشی مرتبط نمی‌دانند. به نظر این روانشناسان، با مطالعه تخیلات اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌توان اطلاعات زیادی در زمینه روان‌پویایی خودکشی به دست آورد. این تخیلات معمولاً شامل آرزوی انتقام، قدرت کنترل، تنبیه، آرزوی جبران، فداکاری یا کفاره دادن، آرزوی فرار و یا آرزوی نجات یافتن، تولد دوباره، اتحاد دوباره با یک شخص از دست رفته یا آرزوی همسری تازه است (کاپلان سادوک، همان: ۶۸۳).

آلفرد آدلر معتقد است که گرایش به خودکشی معمولاً در بخشهایی از جمعیت وجود دارد که حقارت، خودشیفتگی و کم شدن احترام و پرخاشگری پنهان رایج باشد (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۱۱۹). از دیدگاه رفتارگرایی، رفتار خودکشی در گنجینه رفتاری فرد وجود دارد. در واقع، بعضی تفکرات تقویت‌کننده از جمله انتقام، پیوستن به فرد از دست رفته و ... ممکن است این رفتار را ایجاد کند. در

درافراد بیسواد دیده شد. در افراد بالای دیپلم هیچگونه موردی از خودسوزی ثبت نگردید. از لحاظ شغل، اکثریت زنان (۱۲۳ مورد) خانه‌دار بودند. افراد شاغل با ۹/۳ درصد، محصلین با ۸/۷ درصد، و افراد بیکار با ۱/۱۹ درصد در رده‌های بعدی قرار گرفتند. از نظر شهرستان محل اقامت، بیشترین تعداد ساکن اهواز بودند، که به ۶۰ مورد می‌رسید. در تحقیق دیگری، که در استان کرمان انجام شده است، ۶۲ مورد خودکشی ارجاع داده شده به پزشکی قانونی استان کرمان بررسی شد و نتایج نشان داد که از این تعداد ۴۳ مورد (۶۹/۴٪) مرد و ۱۹ مورد (۳۰/۶٪) زن بودند. خودکشی در گروه سنی زیر ۲۵ سال بیشتر بوده و نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۲۶ محاسبه شد. از نظر تأهل تفاوتی بین دو جنس مشاهده نشده است. از ۲۵ مورد خودکشی ثبت شده در شهر کرمان، ۸۰ درصد ساکن شهر و ۲۰ درصد ساکن بخشها و روستاهای شهرستان بوده‌اند. از نظر روش اقدام به خودکشی، از ۶۲ مورد خودکشی ثبت شده در استان مسمومیت، حلق آویز کردن و خودسوزی، به ترتیب، بیشترین شیوع را داشته‌اند. از نظر فصول سال و ارتباط آن با میزان خودکشی در تحقیق فوق مشخص شد که تعداد موارد خودکشی در بهار ۲۳ مورد (۳۷ درصد) در تابستان ۱۹ مورد (۳۱ درصد) پاییز ۹ مورد (۱۴ درصد) و زمستان ۱۱ مورد (۱۸ درصد) بوده است، که نشان می‌دهد بیشترین موارد خودکشی در فصول گرمتر سال رخ داده است و در اسفندماه هیچ خودکشی ثبت نشده است. بعد از آن درمهر و آبان کمترین موارد خودکشی ثبت شده است (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱: ۷، ۶).

مطالعات دیگر نقاط جهان

در گذشته خودسوزی در کشورهای غربی چندان معمول نبوده است. لیکن در سالهای اخیر بویژه از سال ۱۹۶۳، به عنوان روشی برای اعتراضهای سیاسی رایج شده است (بارکلو و همکاران، ۱۹۹۷: کروز بی، دی، و هلند ۱۹۸۵؛ استوارد و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از ضرغامی، ۱۳۸۱). شکران و جانسون (۱۹۹۲: ۶۱۲-۶۰۷) طی سالهای ۱۹۸۸-

۸۲ درصد افراد در رده سنی ۱۵-۳۰ سال قرار داشته‌اند؛ ۴۰ درصد در گروه سنی ۱۱-۲۰ سال؛ ۴۷ درصد در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال و تنها ۷ درصد بیماران بیش از ۴۰ سال سن داشته‌اند. ۶۵ زن و ۵ مرد متأهل، دو نفر از زنان مطلقه، و ۲۸ نفر نیز مجرد بودند. از نظر اشتغال نیز ۷۲ نفر از زنان خانه‌دار، ۲۱ نفر محصل یا دانشجو و ۷ نفر کارگر بوده‌اند (کلانتری و همکاران، ۱۳۷۶: ۵، ۶). در بررسی که بر موارد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش سوانح بیمارستانهای افشار و شهید رهنمون یزد انجام شده مشخص شده است که تعداد زنان متأهل که اقدام به خودکشی کرده‌اند دو برابر زنان مجرد بوده است. در صورتی که تعداد مردان مجرد اقدام‌کننده ۵/۱ برابر مردان متأهل بوده است (غنی‌زاده، ۱۳۷۵). در تحقیقی که مرضیه عارفی در زمینه میزان خودکشیهای سطح استان آذربایجان غربی در سالهای ۷۷ و ۷۸ انجام داد، ۲۷۹۳ مورد خودکشی در فاصله زمانی اول فروردین ۱۳۷۷ تا پایان اسفند ۱۳۷۸ بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که از مجموع خودکشیهای ثبت شده ۱۷۰۶ مورد (۶۱/۱ درصد) زن و ۱۰۸۶ مورد (۳۸/۹ درصد) مرد بوده‌اند. بیشترین خودکشی در رده سنی ۲۶-۱۸ سال بوده است. همچنین، شایعترین روش اقدام به خودکشی در استان آذربایجان غربی، به ترتیب، روش مسمومیت دارویی، مسمومیت با سموم کشاورزی، و خودسوزی بوده است. در تحقیقی که امیر دیبایی (۱۳۸۰: ۶۱). در مرکز پزشکی قانونی اهواز انجام داد تمامی موارد خودسوزیهای منجر به فوت (کلاً ۱۷۸ نفر) در فاصله زمانی یک سال بررسی شدند. از نظر I-Ambivalence ترکیب جنسیتی ۱۵۱ مورد (۸۴ درصد) زن بودند و فقط ۲۷ مورد (۱۶ درصد) مرد در بین متوفیان وجود داشت. این مطلب بیانگر این است که شیوع خودسوزی در میان زنان بیش از ۵/۵ برابر مردان بود. بیشترین خودسوزی که حدود ۵۰ درصد از موارد راتشکیل می‌داد در گروه سنی ۱۱-۲۰ سال رخ داده بود. حدود ۵۷ درصد (۱۰۲ مورد) از افراد خودسوزی‌کننده متأهل و ۴۲ درصد (۷۵ مورد) مجرد بودند و در میان آنها فقط یک نفر زن بیوه به چشم می‌خورد. از نظر سطح تحصیلات بیشترین موارد خودسوزی که ۶۶ مورد بود

سالهای ۱۹۸۲-۱۹۹۶، در انگلند و ولس بررسی شده است. طبق دستاورد این پژوهش در دامنه سنی ۳۹-۲۰ سال، در دو جنس افراد مجرد بیوه و مطلقه، به نسبت افراد متأهل، اقدام به خودکشی بیشتری داشته‌اند. میزان خودکشی در افراد مطلقه مانند افراد مجرد بوده است. در عین حال، طی سالهای یادشده، برای هر دو جنس میزان خودکشی کاهش داشته است (thurburn, 2004:401-407). بر اساس نتایج تحقیقی که طی سالهای ۱۹۹۶-۱۹۷۶ در ژاپن انجام شد، در ماه آوریل (نیمه فروردین تا اردیبهشت) نرخ خودکشی برای هر دو جنس بالاتر بوده است. همچنین بین سالهای ۱۹۹۰-۱۹۸۳ میزان خودکشی مردان با افزایش ناگهانی مواجه شده است. به علاوه، بین نرخ بیکاری با خودکشی برای هر دو جنس، همبستگی مثبت معنادار به دست آمده است (Yamosaki & Morgen thaler & Koneko, 2004:607-612). چین، با بیش از یک میلیارد جمعیت، از کشورهایی است که آمار خودکشی در آن بالاست. براساس گزارش مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها^۷ CDC خودکشی پنجمین علت مرگ و میر در چین و عمده‌ترین علت مرگ و میر در افراد ۱۵ تا ۳۴ سال است. طی سالهای ۱۹۹۵-۱۹۹۹ تقریباً ۲۸۷ هزار نفر سالیانه، به سبب خودکشی، در چین جان باخته‌اند، که براساس آمار ملی ۲۳ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت می‌باشد. به علاوه، به طور تخمین، سالیانه ۲ میلیون اقدام به خودکشی در چین اتفاق می‌افتد (481-484: 2004 و CDC). در سال ۲۰۰۱، به طور تخمین، ۹۷۰۰ مورد خودکشی و حدود ۶۱۵۰۰ مورد کوشش برای خودکشی انجام شد. بخش اعظم مرگ و میر، با ازدیاد سن، افزایش می‌یافت (Lepont &., 2004: 2-4).

فرضیه ۵

در این پژوهش شش فرضیه مطرح شده است که عبارت‌اند از:

۱۹۸۶ مطالعه‌ای بر ۳۲ مورد مرگ ناشی از خودسوزی انجام دادند. در این تحقیق، مردان اکثریت قربانیان را تشکیل می‌دادند. ۲۶ مرد در مقابل ۶ زن میانگین سنی افراد ۳۸ سال بود. اقدام به خودکشی اغلب در محل زندگی روی داده بود و تعداد محدودی محل‌های دورافتاده را برای اقدام به خودکشی انتخاب کرده بودند. در مطالعه دیگری که در هندوستان انجام شد ۱۸۰ نفر، طی یک سال بررسی شدند. در این تحقیق، اکثریت قربانیان زنان هندی خانه‌دار بودند که حداکثر پنج سال از ازدواجشان می‌گذشت. نیمی از این افراد به طور تصادفی، سوخته بودند؛ اما در مواردی که خودسوزی علت حادثه بود مشکلاتی چون جهیزیه، نزاعهای خانوادگی، ازدواجهای ناهماهنگ، بیسوادی، ازدواج کودکان، ازدواجهای از قبل تعیین شده، برتری طلبی مادر شوهر، بیکاری و وابستگی اقتصادی شوهر به والدین و عدم تأمین اجتماعی، عوامل مستعد کننده خودکشی محسوب شده است (کلاتری، ۱۳۷۶: ۵). بررسیها در باب خودکشی نشان‌دهنده عوامل متعدد مداخله‌گر در اقدام به شبه خودکشی و خودکشی است. در یک بررسی، در جنوب غربی ایرلند، در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی (خودکشیهایی که منجر به مرگ نشده‌اند) طی سالهای ۱۹۹۵-۱۹۹۷ مشخص شد که سالانه حدود ۱۲۹ نفر از زنان و ۱۵۴ نفر از مردان و، به طور متوسط، ۱۴۲ نفر از زنان و مردان در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت اقدام به خودکشی می‌کنند. همچنین، حدود ۲۳ نفر از مردان و ۶ نفر از زنان و، به طور متوسط، ۱۴ نفر از هر دو جنس در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت خودکشی کرده‌اند. همچنین، بین اقدام به خودکشی و خودکشی با متغیرهای سن، جنس، منطقه جغرافیایی و وضعیت تأهل به طور برجسته‌ای، ارتباط وجود داشت. همینطور بین شهرنشینی و اقدام به خودکشی در جوانان هر دو جنس ارتباط وجود داشته است (Corcoran & Keeley & Sullivan, 2003:107-111). در تحقیق دیگری وضعیت خودکشی در ارتباط با سن، جنس، وضعیت تأهل، طی

7. Centers for Disease Control and Prevention.

تحلیل توصیفی نتایج

۱. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد

مطالعه به تفکیک سن اقدام

در این پژوهش افراد مورد مطالعه به پنج گروه سنی تقسیم شدند. فراوانی و درصد اقدام‌کنندگان هر گروه در جدول شماره یک آمده است. بر این اساس، از ۳۴۲ نفر اقدام‌کننده به خودسوزی ۱۵ نفر (۴/۴ درصد) در گروه سنی ۱۵-۶ ساله، ۱۹۸ نفر (۵۷/۹ درصد) در گروه سنی ۱۶-۲۵ ساله، ۶۹ نفر (۲۰/۲ درصد) در گروه سنی ۲۶-۳۵ ساله و ۲۷ نفر (۷/۹ درصد) در گروه سنی ۳۶-۴۵ ساله و در نهایت، ۳۳ نفر (۹/۶ درصد) در گروه سنی ۴۶ سال به بالا قرار داشته‌اند. میانگین سنی اقدام‌کنندگان ۲۷/۱۱ سال به دست آمده است. چنانچه مشاهده می‌شود، بیشترین اقدام با ۵۷/۹٪ در دامنه سنی ۱۶-۲۵ سال، و کمترین اقدام در گروه سنی ۱۵-۶ سال رخ داده است. با افزایش سن فراوانی اقدام به خودسوزی کاهش یافته؛ اما از ۴۶ سالگی به بعد مجدداً افزایش نشان می‌دهد.

۱. خودسوزی در زنان شهری بیشتر از زنان روستایی است.

۲. خودسوزی در پنج سال اخیر افزایش داشته است.

۳. زنان خانه‌دار بیشتر از زنان دیگر اقدام به خودسوزی می‌کنند.

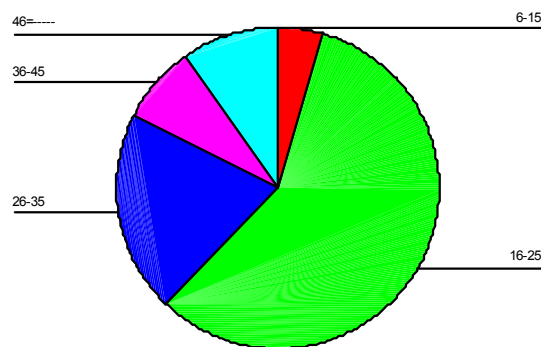
۴. زنان مجرد بیش از زنان متأهل اقدام به خودسوزی می‌کنند.

۵. خودسوزی موفق در زنان متأهل بیش از زنان دیگر است.

۶. میزان خودسوزی در فصول گرم سال بیش از فصول دیگر است.

تعاریف عملیاتی

کلمه suicide از ترکیب دو کلمه با ریشه لاتین sui به معنی خود و caedere، به معنی کشتن، حاصل شده است (برونو، ۱۳۷۰: ۱۱۲). در این تحقیق، خودکشی به مواردی اطلاق شده که رفتار فرد منجر به مرگ شده است؛ نیز اقدام به خودکشی برای مواردی به کار برده شده که رفتار فرد منتهی به مرگ نشده است.



نمودار شماره ۱: سن اقدام‌کنندگان به خودسوزی

جدول ۱: فراوانی اقدام‌کنندگان به خودسوزی بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
۱۵ - ۶	۱۵	۴/۴	۴/۴
۲۵ - ۱۶	۱۹۸	۵۷/۹	۶/۳
۳۵ - ۲۶	۶۹	۲۰/۲	۸۲/۵
۴۵ - ۳۶	۲۷	۷/۹	۹۰/۴
بالا تر - ۴۶	۳۳	۹/۶	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	M= 27/11

۳. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد مطالعه به تفکیک فصل
طبق جدول شماره ۳، از تعداد ۳۴۲ نفر که طی پنج سال گذشته در بیمارستان بستری شده‌اند، به ترتیب، در فصل بهار، ۹۷ نفر؛ در فصل تابستان، ۸۴ نفر؛ در فصل پاییز، ۷۵ نفر؛ و در فصل زمستان ۸۶ نفر اقدام به خودسوزی کرده‌اند. میانه در طبقه دوم، یعنی تابستان قرار دارد. اما نظم خاصی در کاهش یا افزایش اقدام‌کنندگان در فصول مختلف دیده نمی‌شود.

جدول ۳. توزیع فراوانی برحسب متغیر فصل خودسوزی

فصل	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
بهار	۹۷	۲۸/۴	۲۸/۴
تابستان	۸۴	۲۴/۶	۵۲/۹
پاییز	۷۵	۲۱/۹	۷۴/۹
زمستان	۸۶	۲۵/۱	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	

به تفکیک ماه، طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ را ارائه کرده است. براین اساس، از تعداد کل ۳۴۲ نفر در فروردین ۳۷ نفر؛ اردیبهشت، ۳۳ نفر؛ خرداد، ۲۷ نفر؛

۲. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی بر حسب سال اقدام در این پژوهش، فراوانی خودسوزی طی پنج سال، یعنی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ بررسی شده است. جمعاً ۳۴۲ مورد خودکشی، با توسل به خودسوزی، اتفاق افتاده است که توزیع آن در سالهای مورد تحقیق، در جدول شماره ۲ آمده است. به طوری که مشاهده می‌شود، در سال ۱۳۷۷، ۶۶ نفر (۱۹/۳ درصد)؛ در سال ۱۳۷۸، ۶۶ نفر (۱۹/۳ درصد)؛ در سال ۱۳۷۹، ۴۷ نفر (۱۳/۷ درصد)؛ در سال ۱۳۸۰، ۷۳ نفر (۲۱/۳ درصد)؛ و در سال ۱۳۸۱، ۹۰ نفر (۲۶/۳ درصد) اقدام به خودسوزی داشته‌اند. میانه نیز در سال ۷۹ قرار گرفته است. بدین معنا که ۵۰ درصد افراد تا سال ۵۹ اقدام به خودسوزی کرده‌اند.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی بر حسب سال خودسوزی

سال خودکشی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
۷۷	۶۶	۱۹/۳	۱۹/۳
۷۸	۶۶	۱۹/۳	۳۸/۶
۷۹	۴۷	۱۳/۷	۵۳/۳
۸۰	۷۳	۲۱/۳	۷۴/۹
۸۱	۹۰	۲۶/۳	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	

۴. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد مطالعه به تفکیک ماه
جدول شماره ۴ فراوانی و درصد اقدام به خودسوزی

تیر، ۲۸ نفر؛ مرداد، ۲۴ نفر؛ شهریور، ۳۲ نفر؛ مهر، ۲۸ نفر؛ و در اسفند، ۳۱ نفر اقدام به ۲۶ نفر؛ آبان، ۳۱ نفر؛ آذر، ۱۸ نفر؛ دی، ۲۷ نفر؛ خودسوزی کرده‌اند.

جدول شماره ۴. جدول فراوانی اقدام به خودسوزی برحسب ماه طی سالهای ۸۱-۱۳۷۲

ماه	فراوانی	درصد	تجمعی	ماه	فراوانی	درصد	تجمعی
فروردین	۳۷	۱۰/۸	۱۰/۸	مهر	۲۶	۷/۶	۶۰/۵
اردیبهشت	۳۳	۹/۶	۲۰/۵	آبان	۳۱	۹/۱	۶۹/۶
خرداد	۲۷	۷/۹	۲۸/۴	آذر	۱۸	۵/۳	۷۴/۹
تیر	۲۸	۸/۲	۳۶/۵	دی	۲۷	۷/۹	۸۲/۷
مرداد	۲۴	۷/۰	۴۳/۶	بهمن	۲۸	۸/۲	۹۰/۹
شهریور	۳۲	۹/۴	۵۲/۹	اسفند	۳۱	۹/۱	۱۰۰
				کل	۳۴۲	۱۰۰	

بوده‌اند. چنانچه در این جدول ملاحظه می‌شود، بیشترین تعداد اقدام‌کنندگان، به ترتیب، زنان خانه‌دار و محصلین بوده‌اند. براساس اطلاعات به دست آمده در این پژوهش، زنان خانه‌دار و محصل دو گروه در معرض خطرند، که لزوم توجه بیشتر، علت‌یابی و برنامه‌ریزی برای جلوگیری یا کاهش اقدام به خودسوزی در آنان را گوشزد می‌کند. جدول شماره ۵ مقایسه وضعیت اشتغال در اقدام‌کنندگان به خودسوزی طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ را نشان می‌دهد.

۵. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد مطالعه به تفکیک شغل

این واقعیت که شغل افراد، به طور مستقیم، با میزان درآمد اقتصادی و پایگاه اجتماعی آنها و در نتیجه، با میزان رضامندی ایشان از شرایط خویش ارتباط دارد می‌تواند بسیار مهم باشد. در تحقیق حاضر، از تعداد کل ۳۴۲ نفر ۲۶۲ نفر خانه‌دار، ۱۴ نفر محصل، ۵۴ نفر نامعلوم، ۳ نفر کارگر، ۴ نفر دانشجو، ۱ نفر بیکار و ۴ نفر از مشاغل دیگر

جدول ۵: توزیع فراوانی برحسب متغیر شغل افراد اقدام‌کننده به خودسوزی

نوع خودکشی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
خانه‌دار	۲۶۲	۷۶/۶	۷۶/۶
محصل	۱۴	۴/۱	۸۰/۷
نامعلوم	۵۴	۱۵/۸	۹۶/۵
کارگر	۳	۹	۹۷/۴
دانشجو	۴	۱/۲	۹۸/۵
بیکار	۱	۳	۹۹/۸
سایر	۴	۱/۲	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	

را شامل می‌شود، نتایج تحقیقات گذشته را تأیید می‌کند و این ضرورت را گوشزد می‌نماید که محققین دیگر، برنامه‌ریزان و مسئولین کشوری باید در پی علت‌یابی و برنامه‌ریزی برای کاهش عوامل سوق‌دهنده شهرنشینان به سوی خودسوزی برآیند.

۶. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد مطالعه به تفکیک محل سکونت طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ از تعداد ۳۴۲ نفر اقدام‌کننده به خودسوزی تعداد ۲۰۳ نفر یعنی ۵۹/۴ درصد ساکن شهر و ۱۳۹ نفر یعنی ۴۰/۶ درصد ساکن روستا بوده‌اند. درصد بالای شهرنشینان در این تحقیق، که بیشترین افراد خودسوزی‌کننده

جدول ۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی محل سکونت اقدام‌کنندگان به خودسوزی

محل سکونت	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
شهر	۲۰۳	۵۹/۴	۵۹/۴
روستا	۱۳۹	۴۰/۶	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	

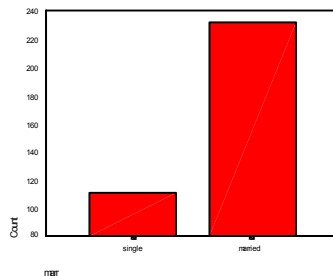
پژوهش اقدام به خودسوزی کرده بودند ۲۳۱ نفر متأهل و ۱۱۱ نفر مجرد بوده‌اند. جدول زیر اطلاعات به دست آمده را به نمایش گذاشته است.

۷. توزیع فراوانی اقدام به خودسوزی در سالهای مورد مطالعه به تفکیک تأهل

از تعداد ۳۴۲ نفر که طی سالهای مورد نظر در

جدول ۷: توزیع فراوانی اقدام‌کنندگان به خودسوزی برحسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
مجرد	۱۱۱۲	۳۲/۵	۳۲/۵
متأهل	۲۳۱	۶۷/۵	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	



نمودار شماره ۲. وضعیت تأهل اقدام‌کنندگان به خودسوزی

دفعات تکرار اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. چنانچه ملاحظه می‌شود، از کل ۳۴۲ نفر اقدام‌کننده ۳۰۰ نفر

۸. سابقه اقدام به خودسوزی جدول ۸ فراوانی اقدام‌کنندگان به خودسوزی، برحسب

کرده است روشن نشده بود. در مجموع ۳/۱۲٪ افراد بیش از یک بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. از تعداد ۳۴۲ نفر اقدام‌کنندگان به خودسوزی، اقدام ۷۷ نفر (۲۲/۵٪) منجر به مرگ شده است و ۲۵۶ نفر (۷۷/۵٪) از مرگ نجات یافته‌اند.

جدول ۸: توزیع فراوانی اقدام‌کنندگان به خودسوزی برحسب سابقه اقدام

دفعات اقدام	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
اول	۳۰۰	۸۷/۷	۹۶/۲
دوم	۲۹	۸/۵	۹۶/۲
سوم	۷	۲/	۹۸/۲
بیشتر	۶	۱/۸	۱۰۰
کل	۳۴۲	۱۰۰	

برای اولین بار، ۲۹ نفر برای دومین بار، ۷ نفر برای سومین بار و ۶ نفر بیش از سه بار اقدام به خودکشی کرده بودند. در بررسی پرونده‌ها تنها سابقه بستری قبلی ذکر شده بود و این موضوع که آیا اقدامات قبلی نیز خودسوزی بوده است یا فرد از روش دیگری استفاده

تحلیل استنباطی نتایج

در این پژوهش شش فرضیه مورد آزمون قرار گرفته است که نتایج به شرح زیر است:
فرضیه اول: خودسوزی در زنان شهری بیشتر از زنان روستایی است.

برای بررسی این فرضیه از روش آماری ضریب خی ۲ استفاده شد. فراوانی مورد انتظار ۱۷۱ نفر بوده است؛ اما نتایج نشان دادند که ۲۰۳ نفر از افراد شهری و ۱۳۹ نفر روستایی بوده‌اند. ضریب خی ۲ با درجه آزادی یک برابر با ۱۱/۹۷۷ به دست آمد و فرضیه در سطح معناداری ۰/۱ مورد تأیید قرار گرفت. این بدان معناست که با اطمینان بیش از ۹۹٪ می‌توان گفت که اقدام به خودسوزی در میان زنان شهری بیشتر از زنان روستایی است.

فرضیه دوم: خودسوزی در پنج سال اخیر افزایش داشته است.

در این فرضیه، فراوانی اقدام به خودسوزی طی هر یک از سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۱ مقایسه شد. بررسی فراوانیها نشان داد که در سالهای ۱۳۷۷ و ۷۸ هر کدام

۶۶ نفر؛ و، پس از آن در سال ۷۹، ۴۷ نفر؛ در سال ۸۰، ۷۳ نفر؛ در سال ۸۱، ۹۰ نفر اقدام به خودسوزی کرده بودند. برای مقایسه دقیقتر از ضریب خی ۲ استفاده شد. فراوانی مورد انتظار ۶۷/۴ نفر برای هر سال بود. درجه آزادی در این فرضیه برابر با ۴ و ضریب خی ۲ به دست آمده برابر با ۱۳/۹۹۴ بود. بنابراین، فرضیه یادشده با اطمینان بیش از ۹۵ درصد مورد تأیید قرار گرفت. این بدان معناست که با اطمینان بیش از ۹۵ درصد می‌توان گفت که اقدام به خودسوزی طی پنج سال مورد مطالعه افزایش یافته است.

فرضیه سوم: زنان خانه‌دار بیشتر از زنان دیگر اقدام به خودسوزی می‌کنند.

برای آزمون فرضیه سوم، زنان، از نظر شغلی در هفت گروه دسته‌بندی شدند و فراوانی مشاهده شده برای هر گروه مشخص شد؛ که به ترتیب عبارت‌اند از: خانه‌دار، ۲۶۲ نفر؛ محصل، ۱۴ نفر؛ نامعلوم، ۵۴ نفر؛ دانشجو، ۴ نفر؛ کارگر، ۳ نفر؛ بیکار، ۱ نفر؛ و سایر مشاغل، ۴ نفر و کل افراد، ۳۴۲ نفر. فراوانی مورد انتظار برای هر گروه در این پژوهش ۴۹/۹ نفر و

به دست آمده با اطمینان بالای ۹۹٪ تأیید شد. لذا، می‌توان گفت که زنان متأهل برای اقدام به خودسوزی از روشهای مرگبارتری استفاده می‌کنند و اقدام این گروه بیش از گروه دیگر منجر به مرگ می‌شود.

فرضیه ششم: خودسوزی در فصول گرم سال بیش از فصول دیگر است.

فرضیه آخر در این پژوهش، مقایسه فراوانی اقدام به خودسوزی در فصول مختلف سال است. روش آماری به کار برده شده خی ۲ است. فراوانی مورد انتظار برای همه فصول ۸۵/۵ بوده است؛ اما، فراوانی مشاهده شده برای بهار، ۹۷ نفر؛ تابستان، ۸۴ نفر؛ پاییز، ۷۵ نفر؛ زمستان ۸۶ نفر به دست آمده است. ضریب خی ۲ به دست آمده با درجه آزادی ۳ برابر شد با ۲/۸۶۵ و سطح معناداری به دست آمده ۴۱۳٪ بود. بنابراین، در فراوانی اقدام به خودسوزی در فصول مختلف تفاوتی مشاهده نشد و فرضیه پژوهشی تأیید نشد.

نتیجه‌گیری

تمایل به حفظ بقاء از ویژگیهایی است که می‌توان در تمامی جانداران مشاهده کرد. اهمیت بقاء تا حدی است که خداوند متعال تقریباً تمامی جانداران را به ابزارهای گوناگون برای دفاع از حیات خود مسلح ساخته است. اما انسان، این اشرف مخلوقات، گاه به جایی می‌رسد که آگاهانه و با به کارگیری انواع روشهای خشن و غیرخشن خود را به ورطه نیستی می‌کشاند. در این میان، عده‌ای با استفاده از روش زجرآوری چون سوزاندن خویش اقدام به این رفتار می‌کنند. اگرچه این شیوه خودکشی در دو جنس مشاهده شده است، به طور مشخص، این روش در زنان شیوع بیشتری دارد (کلانتری و همکاران، ۱۳۷۶: ۴). شاید اولین سؤالی که به ذهن انسان بیاید آن باشد که چرا زنان بیش از مردان از این شیوه خطرناک و خشن

درجه آزادی برابر با ۶ بوده است. پس از انجام محاسبات، آزمون خی ۲ برابر شد با ۱۱۲۷/۵۵۰؛ در نتیجه، فرضیه فوق با اطمینان بالای ۹۹٪ مورد تأیید قرار گرفت. این بدان معناست که با اطمینان بیش از ۹۹ درصد می‌توان گفت که اقدام به خودسوزی در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل است.

فرضیه چهارم: زنان مجرد بیش از زنان متأهل اقدام به خودسوزی می‌کنند.

برای آزمون این فرضیه نیز از روش آماری خی ۲ استفاده شد. کل افراد خودسوزی کننده ۳۴۲ نفر بوده‌اند، که به دو دسته مجرد و متأهل تقسیم شدند. فراوانی مورد انتظار برای هر گروه، ۱۷۱ نفر بود. لیکن فراوانی مشاهده شده برای افراد مجرد، ۱۱۱ نفر و برای افراد متأهل ۲۳۱ نفر به دست آمد. هرچند خی ۲ به دست آمده با درجه آزادی ۱ برابر با ۴۲/۱۰۵ است و تفاوت به دست آمده با اطمینان بالای ۹۹٪ مورد تأیید قرار گرفته است؛ فرضیه پژوهش رد شده است. در واقع، عکس فرضیه مورد تأیید قرار گرفته است؛ یعنی زنان متأهل بیش از زنان مجرد اقدام به خودسوزی کرده‌اند.

فرضیه پنجم: خودسوزی منتهی به مرگ در زنان متأهل بیش از زنان مجرد است.

با توجه به اینکه در این فرضیه تنها خودسوزی منتهی به مرگ مورد نظر بوده است، ابتدا خودسوزیهایی که منجر به مرگ نشده بودند از کل داده‌ها حذف شدند. پس از این اقدام، تعداد ۷۷ نفر باقی ماندند. برای آزمون فرض روش آماری خی ۲ در نظر گرفته شد. فراوانی مورد انتظار برای هر گروه ۳۸/۵ بوده است؛ اما فراوانی مشاهده شده برای مجردها ۲۳ نفر و برای متأهلین ۵۴ نفر به دست آمد. خی ۲ به دست آمده با درجه آزادی ۱ برابر بود با ۱۲/۴۸۱؛ بنابراین، تفاوت

مشکلات فردی و اجتماعی دارد و این مهم مسئولیت آنان را در کنار محققین گوشزد می‌کند.

منابع

- اسلامی‌نسب، علی (۱۳۷۱)، بحران خودکشی، فروردین، تهران؛
 براهنی، محمد نقی و دیگران (۱۳۶۸)، *واژه‌نامه روانشناسی و زمینه‌های وابسته*، فرهنگ معاصر، تهران؛
 برونو، فرانکو (۱۳۷۰)، *فرهنگ توصیفی اصطلاحات روانشناسی*، ترجمه مهشید یاسایی و فرزانه طاهری، طرح نو، تهران؛
 دیبایی، امیر (اردیبهشت ۱۳۸۰)، «تراژدی دردناک مرگ، خودسوزی در اهواز»، نشریه درد؛
 — (۱۳۸۰)، «مرگ پایان‌گوتر نیست»، نشریه درد، ۸۵-۸۴؛
 ستوده، هدایت‌الله (۱۳۷۱)، خودکشی، ماهنامه علمی تحقیقی و اجتماعی *کهکشان*، دوره سوم، شماره ۲۲؛
 ساراسون، ایرون جی، ساراسون، باربارا آر (۱۳۸۲)، *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن بخاریان، رشد، تهران؛
 شایگان، فریبا (۱۳۸۱)، «خودکشی زنان جرمی خاموش علیه زنان»، فصلنامه کتاب *زنان*، شماره ۱۹؛
 شیخاوندی، داور (۱۳۸۳)، *چکیده مباحث مطرح شده در محور خودکشی*، مجموعه مقالات اولین همایش ملی آسیبهای اجتماعی در ایران، انجمن جامعه‌شناسی ایران، نشر آگه، تهران؛
 غنی‌زاده، محمدجواد و دیگران (۱۳۷۵)، *بررسی اقدام به خودکشی*، مراجعه‌کننده به بخش سوانح بیمارستانهای افشار و شهید رهنمون بزد طی آذر ۷۵ تا اردیبهشت ۷۶، پایان‌نامه دکترا؛
 فرجاد، محمدحسین (۱۳۸۳)، *آسیب‌شناسی کجروی اجتماعی*، چاپ مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضائیه؛
 کلاتری، امیرحسین و همکاران (۱۳۷۶)، «بررسی فراوانی خودسوزی در مرکز شهید مطهری»، *مجله نبض*، سال هفتم، شماره دوم، ۷-۳؛
 کارکنان نصرآبادی، محمد، «خودکشی از دیدگاه جامعه‌شناسی»، *مجله اصلاح و تربیت*، سال دوم، شماره ۱۷؛
 محمدی، زهرا (۱۳۸۳)، *بررسی آسیبهای اجتماعی زنان در دهه ۸۰-۱۳۷۰*، روابط عمومی شورای فرهنگی زنان؛
 محمدخانی، شهرام (۱۳۸۱)، *پیشگیری از خودکشی نوجوانان و جوانان*، طلوع دانش؛
 محسنی منوچهر (۱۳۶۶)، «خودکشی مسئله قرن ما»، *مهر خانواده*، سال اول شماره یک؛
 مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و خداحیمی، سیامک (پاییز و زمستان ۱۳۷۶)، *بررسی ویژگیهای جمعیت‌شناختی موارد ثبت‌شده خودکشی از*

استفاده می‌کنند. پاسخ دقیق و علمی به این پرسش نیاز به تحقیق بیشتری دارد؛ اما به نظر می‌رسد در دسترس بودن مواد سوختنی دلیل عمده بالا بودن اقدام به خودسوزی در زنان باشد. اگر چه یادگیری و ویژگیهای فرهنگی را نیز نباید نادیده گرفت. چنانچه در بحث تحقیقات پیشین اشاره شد، زنان متأهل بیش از مجردها و زنان خانه‌دار بیش از دیگران اقدام به خودسوزی می‌کنند. این یافته با نتایج تحقیقات دیگر همسویی دارد (کلاتری، ۱۳۷۶؛ غنی‌زاده، ۱۳۷۶؛ دیبایی ۱۳۸۰). در عین حال، اینکه زنان متأهل و خانه‌دار بیش از دیگران اقدام به خودسوزی کرده‌اند، این سؤال را به ذهن متبادر می‌کند که زنان خانه‌دار چه مشکلاتی دارند که آنان را به انتخاب مرگ، آن هم از این نوع، هدایت می‌کند؟ چرا زنان متأهل بیش از زنان مجرد اقدام به خودسوزی کرده‌اند و چرا اقدام آنان بیشتر منجر به مرگ شده است؟ به علاوه، آیا ارتباطی بین بودن در خانه، عدم اشتغال و وابستگی اقتصادی به همسر با خودسوزی وجود دارد؟ چه دلیلی دارد که زنان شاغل (شهری) کمتر از زنان خانه‌دار و زنان روستایی خودسوزی می‌کنند؟ همچنین تحقیقات دیگر حاکی از آن است که دختران محصل، پس از زنان خانه‌دار، در جایگاه دوم قرار گرفته‌اند (کلاتری، ۱۳۷۶). در این پژوهش نیز دختران محصل دومین گروهی بوده‌اند که، بیش از دیگران، اقدام به خودسوزی کرده‌اند. چنانچه ملاحظه شد، ۴۰/۶ درصد زنانی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته‌اند روستایی بوده‌اند. این یافته اهمیت رسیدگی به مشکلات زنان روستایی را بیشتر جلوه‌گر می‌کند. موضوع دیگری که در این تحقیق درخور توجه است، عدم ارتباط فصول سال با فراوانی اقدام به خودسوزی است، که با تعدادی از گزارشهای دیگر متفاوت است (از جمله، یاسمی، ۱۳۸۱: ۱۱-۴). در پایان باید این هشدار را به مسئولین فرهنگی و سیاسی جامعه داد که افزایش خودکشی حکایت از افزایش

107-11, discussion;

Le-Pont, F. & Letriliart, L. & Massari, V. & Dorleans, Y. & Tomas, G. & Flahault, A. (2004), "Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999-2001", *Br J-Gen pract* Apr 54 (501);

Shkrum, Mj. & Johnson, KA. (1992), Fire and suicide a three years study of self immolation, *J-Foresic- sci* Jan 37(1);

Yamosaki, A. & Morgenthaler, s. Kaneko, Y. Shirakawa, T. (2004), "Trends and monthly variations in the historical record of suicide in Japan from 1976 to 1994 *psychol Rep*". Apr 94(2);
<http://www.iranwomen.Org>. ■

فروردین ۷۲ تا پایان خردادماه ۷۹ در بیمارستانهای رازی و آیت اله طالقانی اهواز، *مجله علوم تربیتی و روانشناختی*: ۱۳۴-۱۱۸؛
 یاسمی، محمدتقی و صباحی، عبدالرضا و دیگران (۱۳۸۱)، «همه گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان»، *اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره چهار، بهار: ۱۱-۴؛

CDC (2004), Methods of suicide among persons aged 10-19 years united states 1992-2001 *MMWR - Mord-Mortal-wkly-rep-Iun* 11,53(22);

— (2004), "suicide and attempted suicide-china 1990-2002" *MMWR-Morb-Mortal-WKLY-REP*, un 11,53(22);

Corcoran, P & Keeley, H.S.O & Sullivan, M. & Perry, I. J. (2003), "Parasuicide and Suicide in the South-West of Ireland" *Ir-j-Med sci Iui -sep*: 172(3):