

تاریخ وصول: ۸۵/۸/۳۰

تاریخ تأیید: ۸۶/۲/۹

## بررسی میزان خودسوزی در شهرستان گیلان غرب بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴

اله‌داد شبابی\* / کوروش پرویز\*\*

هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۸۴ رسیده‌است. درحالی‌که خودسوزی به‌عنوان یکی از مصادیق آن به نسبت جمعیت، رو به کاهش نهاده‌است؛ یعنی از هر ۲۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ۶/۸ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر کاهش یافته‌است.

کلیدواژه: خودکشی<sup>۱</sup>، خودسوزی<sup>۲</sup>، عوامل درونی<sup>۳</sup>، عوامل محیطی<sup>۴</sup>.

\* کارشناس ارشد و سرپرست پیام‌نور مرکز گیلان‌غرب.

نشانی اینترنتی: Shababi\_358@yahoo.com

\*\* دستیار آموزشی مرکز گیلان‌غرب.

نشانی اینترنتی: P.koorosh@gmail.com

1. suicide
2. self-burnig
3. internal factor
4. external factor

**چکیده:** تحقیق حاضر به بررسی میزان خودسوزی در شهرستان گیلان‌غرب بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ می‌پردازد. این تحقیق از نوع توصیفی است. جامعه آماری آن شامل تمام کسانی است که بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ در شهرستان گیلان‌غرب اقدام به خودکشی کرده‌اند. در این تحقیق به علت محدود بودن افراد جامعه، تمامی اعضای آن را مورد مطالعه قرار دادیم که با احتساب ریزش‌ها، لاجرم تعداد آنها ۴۱۰ مورد خودکشی منجر به مرگ بود که ۴۹ مورد آنها خودسوزی کرده بودند. ابزار تحقیق پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصی و دموگرافیک بود که به تمامی خانواده‌های قربانیان ارائه شد.

فنون آماری استفاده‌شده توزیع فراوانی و درصد آن برحسب متغیرهای مورد نظر تحقیق بود. این تحقیق نشان می‌دهد که آمار خودکشی در شهرستان گیلان‌غرب، بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ به نسبت جمعیت، به شدت رو به افزایش بوده‌است؛ یعنی از ۵۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۷۹ به ۱۰۰ نفر در

## مقدمه

عینی یا خیالی و واقعیت وجود دارد یا محتمل است، گذار به مرحله عمل رخ نمی‌دهد.

هنگامی که این انتخاب با بن‌بست مواجه شود، خواه به این علت که ارزش‌های خارجی از هم پاشیده‌اند و خواه به این دلیل که واقعیت در نزد بیمار روانی به تدریج تغییر شکل داده‌است، فرد می‌تواند تا آنجا واپس‌روی کند که خود را با موضوع خارجی‌ای که از طریق همانندسازی کامل با آن یکی شده‌است از بین ببرد. به این طریق انسان با انتخاب خودکشی قادر می‌شود کینه شدید خود را نسبت به دنیای خارج، هم‌زمان با نابود کردن خود فرونشاند (مورون، ۱۳۶۶: ۹۴-۱۰۰).

از نظر یونگ جدایی و افتراق بین من و خود واقعی عاملی است که شخص را به سوی خودکشی می‌کشاند. سالیوان خودکشی را ناشی از کنش‌های متقابلی می‌داند که مبتنی بر نفرت و انزجار است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱: ۱۱۰). کارل مینگر در کتاب *انسان علیه خود*، خودکشی را قتل وارونه و نوعی دیگرگوشی معکوس ناشی از خشم شخص به فردی دیگر معرفی می‌کند (کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸: ۳۱۴). از نظر آرنکو تجربیات زندگی، استرس حاد و عوامل فیزیولوژیک هر سه در خودکشی نقش دارند. آرانکو و جان مان تلاش‌هایی را آغاز کرده‌اند تا آسیب‌شناسی عصبی خودکشی را مشخص سازند (ازل، ۱۳۸۲: ۴۲).

در یک مطالعه جهانی که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳ صورت گرفت نشان داده شد که از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۱/۷۶ نفر آنان خودکشی می‌کنند و خودکشی بین مردان و زنان برابر است. همچنین بر اساس این مطالعه بیشتر قربانیان خودکشی بین سنین ۲۱-۳۰ سال، متأهل، روستایی و از اقشار کم‌درآمد و سطح پایین جامعه هستند (Mohanty et.al. 2006).

بر اساس گزارش مرکز ملی اطلاعات سلامت

هرساله در جوامع مختلف شاهد مرگ هزاران نفر بر اثر خودکشی هستیم و هزاران نفر دیگر هم هستند که از خودکشی جان سالم به‌در می‌برند و بار دیگر این فرصت را به‌دست می‌آورند که چند صبحی دیگر به زندگی خویش ادامه دهند.

در آمریکا خودکشی یازدهمین علت مرگ و میر است که ۱/۲ درصد کل مرگ‌ها را در این کشور به خود اختصاص می‌دهد. بر طبق آمار منتشرشده، در هر دقیقه یک نفر در آمریکا خودکشی می‌کند و هر ۱۸ دقیقه یک نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهد. از نظر جنسیت مردان چهار برابر زنان قربانی خودکشی می‌شوند، ولی اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان است.

این آمارها نشان‌دهنده میزان بالای خودکشی است و به‌وضوح نیاز به انجام تحقیقاتی گسترده در این زمینه و شناسایی افرادی که در خطر بالایی برای اقدام به خودکشی هستند و در نهایت، انجام مراقبت‌های لازم به‌منظور پیشگیری از اقدام آنها احساس می‌شود (ازل، ۱۳۸۲: ۴۲).

خودکشی را می‌توان نوعی عکس‌العمل دانست که در نتیجه نابسامانی‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. نابسامانی‌های اجتماعی عواملی هستند که می‌توانند سلامت شخص و به تبع آن، سلامت جامعه را تحت تأثیر مخرب خود قرار دهند (کاپلان و سادوک، ۱۳۶۸: ۴۳۱). از دیدگاه روان‌کاوی فروید، آنچه فردی که خودکشی می‌کند، در مرگ به دنبال آن می‌گردد، قبل از هر چیز آرامش است.

برطبق مشاهدات روان‌کاوانه، در مورد هر انسانی که در تنگنای اضطراب‌انگیز به فکر خودکشی می‌افتد تا هنگامی که موضوعی خارجی از طریق نارسیستی، یعنی امکان جایگزین کردن خود در موضوع‌های

زناشویی گزارش شده است.

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد در افرادی که بر اثر خودکشی می‌میرند، تغییرات شیمیایی و آناتومیکی در دو ناحیه مغز اتفاق می‌افتد. یکی قشر پیشانی چشمی و دیگری هسته‌های رافه خلفی است. این تغییرات نشان‌دهنده کاهش توانایی مغز در جذب و مصرف سروتونین است (ازل، ۱۳۸۲: ۴۳).

سعادت و همکاران (Saadat et.al, 2005) در مطالعه‌ای تأثیر گاز طبیعی سوراخ‌های سولفور<sup>۶</sup> (H<sub>2</sub>S) را بر میزان خودسوزی در مسجد سلیمان بررسی کردند. H<sub>2</sub>S ماده‌ای است که در مغز افرادی که اقدام به خودسوزی می‌کنند در سطح بالایی یافت می‌شود. در این پژوهش ۱۲۸ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. از این تعداد ۶۴ نفر (۳۶ مرد، ۲۵ زن) در معرض H<sub>2</sub>S بودند.

آنان به این نتیجه رسیدند که میزان خودسوزی در گروهی که در معرض H<sub>2</sub>S بودند، به صورت معناداری بیشتر است. به نظر می‌رسد که خودکشی یک زمینه ارثی داشته باشد. در یک بررسی گزارش شده است بین ۸۱ دوقلوی یک‌تخمکی ۹ مورد خودکشی دیده شده است؛ در حالی که در دوقلوهای دوتخمکی اصلاً خودکشی گزارش نشده است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱: ۱۳۵). کالمن در مطالعات خود نتیجه گرفت که عوامل ژنتیک می‌توانند نقش عمده‌ای در تشکیل برخی انواع شخصیت یا آسیب‌پذیری برای خودکشی تحت استرس بازی کند (همان‌جا: ۱۳۵).

یکی از انواع خودکشی، خودسوزی است. خودسوزی در بین زنان شایع‌ترین شیوه خودکشی محسوب می‌شود (همان‌جا: ۷۹).

نوجوانان<sup>۵</sup> (2006) خودکشی با رقم ۱۱/۲ درصد کل مرگ‌ومیرهای نوجوانان آمریکا در سال ۲۰۰۳، سومین عامل مرگ‌ومیر نوجوانان بین سنین ۱۰-۲۴ سال شناخته شده است؛ یعنی از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۶/۸ آنان خودکشی می‌کنند.

بر اساس گزارش فوق خودکشی در نوجوانان و جوانان بین سنین ۱۰-۲۴ سال به شدت در حال افزایش است، اما در دهه‌های اخیر (1981-2003) خودکشی در مردان جوان و بزرگسالان کاهش قابل توجهی نشان داده است.

در پژوهشی بر روی ۴۱۲ مورد خودسوزی که به مرکز سوختگی آذربایجان شرقی منتقل شده بودند گزارش شد ۹۹ درصد آنان زن بوده‌اند و متوسط سن آنان ۲۵/۵ سال بوده است. بیشتر قربانیان متأهل، خانه‌دار، بیمار یا از نظر اقتصادی تهی‌دست بوده‌اند. انگیزه اصلی خودکشی آنان تعارضات زناشویی بوده است (Maghsodi, 2004).

سعادت (Saadat, 2005) در تحقیقی که در کهگیلویه و بویراحمد انجام داد، چنین گزارش کرد: از میان ۲۳۵ نفر که دچار سوختگی شده بودند، ۱۴۹ نفر آنان (۶۳/۴٪) دچار حادثه شده بودند و ۸۶ نفر (۳۶٪) اقدام به خودسوزی کرده بودند. در این تحقیق نشان داده شد که زنان بیش از مردان اقدام به خودسوزی می‌کنند. میانگین سن گروه حادثه‌دیده ۱۹/۴ سال و میانگین گروهی که اقدام به خودسوزی کرده بودند ۲۹/۹ سال بود.

ضرغامی و خلیلیان، (Zarghami & Khalilian, 2002) در مازندران ۳۱۸ مورد خودسوزی را در طول سه سال مورد بررسی قرار دادند. از این عده ۸۳ درصد زن و میانگین سن قربانیان ۲۷ سال بود.

اغلب قربانیان متأهل، خانه‌دار و با تحصیلات بالا بودند. در این تحقیق انگیزه اصلی خودسوزی تعارضات

5. National Adolescent Health Information Center (NAHIC)

6. natural sour gas containing sulfur

به‌طور کلی داده‌های این پژوهش به شیوه میدانی غیرآزمایشی جمع‌آوری شده‌است. بدین منظور ابتدا آمار کسانی را که بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ اقدام به خودکشی کرده بودند از مرکز بهداشت شهرستان گیلان‌غرب به دست آوردیم.

سپس از میان آنها کسانی را که اقدام به خودسوزی کرده بودند مشخص کردیم. آن‌گاه بین خانواده قربانیان پرسش‌نامه مزبور را توزیع نمودیم.

برای هر خانواده یک پرسش‌نامه در نظر گرفته شده بود. در این پرسش‌نامه علاوه بر متغیرهای سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات و شغل، تعداد موارد شکست‌های زندگی مد نظر محقق نیز گنجانیده شده بود.

#### یافته‌های پژوهش

داده‌های جدول ۱ حاکی از آن است که خودکشی در شهرستان گیلان‌غرب بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ دارای رشد صعودی است؛ یعنی از ۵۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر رسیده است و به‌عبارت‌دیگر، خودکشی بین سال‌های مذکور حدود ۲ برابر افزایش نشان می‌دهد.

در این پژوهش، خودکشی، به‌ویژه از نوع خودسوزی و چگونگی توزیع آن در میان جامعه کسانی که در گیلان‌غرب قربانی خودکشی شده‌اند، با توجه به متغیرهای سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات، شکست‌های زندگی و شغل، بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفته‌است.

#### روش پژوهش

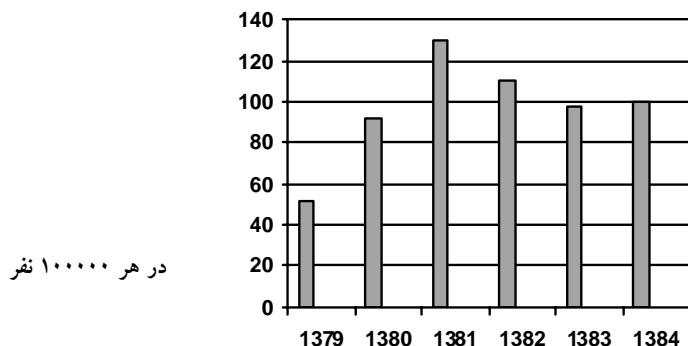
این پژوهش از نوع توصیفی و کاربردی است. جامعه پژوهش شامل تمام کسانی است که بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ در شهرستان گیلان‌غرب قربانی خودکشی شده‌اند.

در این پژوهش به علت محدود بودن جامعه آماری، تمامی اعضای جامعه مورد مطالعه قرار گرفتند که برابر ۴۱۰ نفر بودند و به‌این‌ترتیب در این پژوهش هیچ‌گونه نمونه‌گیری‌ای صورت نگرفته‌است. در این بین کسانی را که دست به خودسوزی زده بودند در یک گروه و سایرین را در گروه دیگر قرار دادیم. در این پژوهش گروه اصلی و مد نظر ما همان گروهی بودند که به خودسوزی اقدام کرده بودند. ابزار تحقیق عبارت است از پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصی و دموگرافیک که به خانواده قربانیان ارائه شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی قربانیان خودکشی و نسبت آن به جمعیت برحسب سال وقوع

سال خودکشی	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴
کل جمعیت شهرستان	۶۵	۶۶/۶۹۰	۶۷/۶۲۶	۷۰/۲۰۲	۷۲/۰۱۸	۷۳/۹۰۰
آمار خودکشی	۳۴	۶۲	۸۹	۸۱	۷۱	۷۳
در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	۵۲	۹۲	۱۳۰	۱۱۰	۹۸	۱۰۰

نمودار ۱: توزیع فراوانی قربانیان خودکشی برحسب سال وقوع

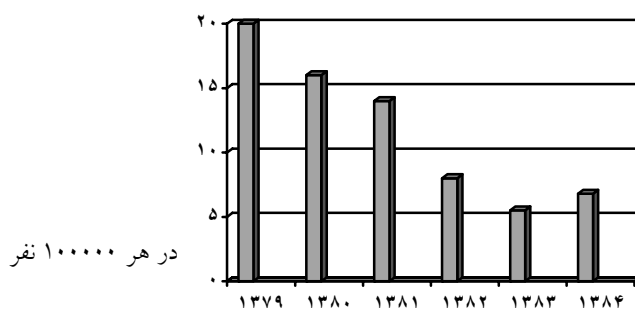


به‌رغم رشد زیاد خودکشی به‌طور کلی، خودکشی از نوع خودسوزی به شکل محسوسی رو به کاهش است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین کاهش مربوط به سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ است.

جدول ۲: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی و نسبت آن به جمعیت برحسب سال وقوع

سال خودکشی	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴
کل جمعیت شهرستان	۶۵	۶۶/۶۹۰	۶۷/۶۲۶	۷۰/۲۰۲	۷۲/۰۱۸	۷۳/۹۰۰
آمار خودسوزی	۱۳	۱۱	۱۰	۶	۴	۵
در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر	۲۰	۱۶	۱۴	۸	۵/۵	۶/۸

نمودار ۲: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی و نسبت آن به جمعیت برحسب سال وقوع



توزیع (جدول ۳) نشانگر این است که زنان بیش از مردان قربانی خودسوزی می‌شوند.

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد قربانیان خودسوزی بر حسب جنسیت

جنس	فراوانی	درصد
زن	۳۴	۶۹/۳۸
مرد	۱۵	۳۰/۶۳
کل	۴۹	۱۰۰

توزیع (جدول ۴) نشانگر این نکته است که بیشترین فراوانی خودسوزی مربوط به محدوده سنی ۱۵ تا ۲۹ سال است که برابر ۲۹ مورد (۵۹/۱۷٪) از ۴۹ مورد برابر ۲۰/۸۰ سال است. میانگین سن قربانیان خودسوزی در این پژوهش خودسوزی است.

جدول ۴: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد
۱۰-۱۴	۳	۶/۱۲
۱۵-۱۹	۹	۱۸/۳۸
۲۰-۲۴	۱۰	۲۰/۴۰
۲۵-۲۹	۱۰	۲۰/۴۰
۳۰-۳۴	۶	۱۲/۲۴
۳۵-۳۹	۴	۸/۱۷
۴۰-۴۴	۴	۸/۱۷
۴۵-۴۹	۳	۶/۱۲
کل	۴۹	۱۰۰

(جدول ۵) نشانگر این است که خودسوزی در روستاها بیشتر از شهرهاست.  
جدول ۵: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی برحسب محل سکونت

محل سکونت	فراوانی	درصد
شهر	۲۰	۴۰/۸۱
روستا	۲۹	۵۹/۱۹
کل	۴۹	۱۰۰

(جدول ۶) نشان می‌دهد خودسوزی در میان افراد و در بین افراد با تحصیلات دانشگاهی دارای کمترین بی‌سواد دارای بیشترین فراوانی، برابر ۱۳ نفر (۲۶/۵۳٪) فراوانی، برابر ۳ نفر (۶/۱۲٪) است.

جدول ۶: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی برحسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
بی‌سواد	۱۳	۲۶/۵۳
دبستان	۹	۱۸/۳۷
راهنمایی	۸	۱۶/۳۲
دبیرستان	۷	۱۴/۲۹
دیپلم	۹	۱۸/۳۷
دانشگاه	۳	۶/۱۲
جمع کل	۴۹	۱۰۰

(جدول ۷) نشانگر این است که بیشترین فراوانی خودسوزی به ترتیب مربوط به شکست در کنکور، برابر با ۱۱ نفر (۲۲/۴۴٪) است و شکست در مدرسه، برابر با ۱۳ نفر (۲۶/۵۳٪) است.

جدول ۷: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی برحسب شکست‌های زندگی

وضعیت	فراوانی	درصد
شکست در ازدواج	۹	۱۸/۳۷
شکست در کنکور	۱۱	۲۲/۴۴
شکست در تحصیلات مدرسه	۱۳	۲۶/۵۳
شکست در مسائل اقتصادی	۸	۱۶/۳۲
شکست در سایر مسائل	۸	۱۶/۳۲
جمع کل	۴۹	۱۰۰

جدول ۸ بیانگر این است که بیشترین فراوانی (۴۲/۸۶٪) و دوم در بین زنان خانه‌دار برابر ۱۵ نفر خودسوزی، اول بین افراد بیکار، برابر با ۲۱ نفر (۳۰/۶۱٪) است.

جدول ۸: توزیع فراوانی قربانیان خودسوزی برحسب شغل

نوع شغل	فراوانی	درصد
کارمند	۱	۲/۰۴
نظامی	۲	۴/۰۸
مغازه‌دار	۱	۲/۰۴
راننده	۱	۲/۰۴
دانشجو	۱	۲/۰۴
دانش‌آموز	۸	۱۶/۳۲
خانه‌دار	۱۵	۳۰/۶۱
بیکار	۲۱	۴۲/۸۶
جمع کل	۴۹	۱۰۰



### بحث و نتیجه گیری

مسائل ارتباط با جنس مخالف، ازدواج و ناتوانی در پذیرش مسئولیت، مرتبط است. (جدول ۵) نشان می‌دهد بیشتر افرادی که در شهرستان گیلان غرب اقدام به خودکشی می‌کنند روستایی هستند. این نتیجه با آنچه موهاتی و همکاران گزارش کرده‌اند همخوانی دارد.

نقصان‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی می‌توانند از جمله عوامل توجیه‌کننده این موضوع باشند. (جدول ۶) نشان می‌دهد که خودسوزی بین افراد بی‌سواد بیشتر شایع است تا افراد تحصیل‌کرده. این مطلب بیانگر تأثیر افزایش سطح تحصیلات در ارتقای سطح سلامت روانی و حتی به تبع آن سلامت جسمانی افراد است. این تأثیر می‌تواند از طریق تأثیر بر دیدگاه و نگرش افراد نسبت به زندگی خود و دیگران و جهان هستی اعمال شود.

(جدول ۷) نشان می‌دهد شکست در تحصیلات مدرسه و کنکور مؤثرترین رخداد موجود در زندگی نسل حاضر ماست که تا اندازه‌ای آنها را در تنگنا قرار می‌دهد که مرگ را بر زندگی ترجیح می‌دهند و با قلبی مضطرب زندگی را وداع می‌گویند.

چه چیزی این شکست‌ها را این‌قدر سهمگین جلوه می‌دهد؟ آیا فشار و سرزنش والدین؟ آیا تحصیل تنها راه ادامه زندگی و یا آخرین راه ادامه زندگی است؟ برنامه‌های دولت برای گسترش دوره‌های فنی و حرفه‌ای و کار و دانش می‌تواند یکی از راه‌های کاهش بار روانی شکست در کنکور و نهایتاً کاهش خودکشی در سال‌های آتی باشد. (جدول ۸) نشان می‌دهد بیش از ۷۲٪ از قربانیان خودسوزی افراد بیکار و زنان خانه‌دار هستند. این نتیجه با آنچه ضرغامی و خلیلیان و مقصودی ذکر کرده‌اند همخوانی دارد.

به‌طور کلی چنین استنباط می‌شود که اکثریت متغیرهای مد نظر تحقیق حاضر، عوامل تشدیدکننده

همان‌طور که در (جدول ۱) نشان داده شده آمار خودکشی در شهرستان گیلان غرب بین سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۴ برابر با ۴۱۰ نفر بوده‌است. این رقم کاملاً صعودی و بحرانی محسوب می‌شود؛ به‌طوری‌که از ۵۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۴ افزایش یافته‌است؛ یعنی حدوداً به میزان ۲ برابر افزایش نشان می‌دهد. این در حالی است که در جهان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۳، از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۱۱/۸۶ نفر آنان خودکشی کرده‌اند. همچنین، بر اساس گزارش مرکز اطلاعات ملی سلامت آمریکا (۲۰۰۶) در آمریکا در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۶/۸ نفر خودکشی می‌کنند.

به‌رغم این، بر طبق (جدول ۲) میزان خودسوزی رو به کاهش است. این بدان معناست که اکنون مردم به‌جای پرهیز از خودکشی در فکر انتخاب شیوه‌های مناسب‌تر آن هستند. بر طبق (جدول ۳) از ۴۹ نفر قربانیان خودسوزی، ۳۲ نفر یعنی ۶۹/۳۸٪ آنها زن بوده‌اند که بیانگر شیوع بیشتر خودسوزی در بین زنان است. این مسئله ممکن است با نگرش سنتی و متعصبانه نسبت به زنان در غرب کشور در ارتباط باشد.

این نتیجه با نتایجی که مقصودی سعادت، ضرغامی و خلیلیان به دست آورده‌اند، همخوانی دارد. برحسب جدول ۴ افراد جوان (سنین ۱۵ تا ۳۰ سال) بیشتر از مقاطع سنی دیگر در معرض خودسوزی قرار دارند. میانگین قربانیان خودسوزی در این پژوهش ۲۰/۸۰ سال است. این نتیجه با گزارش موهاتی و همکاران، مرکز اطلاعات ملی سلامت آمریکا (۲۰۰۶) و مقصودی همخوانی دارد.

این موضوع احتمالاً با ورود نوجوانان به دنیای جوانی و بزرگ‌سالی و مسائل توأم با آن، از جمله

منجر می‌شود. تا زمانی که عوامل درونی و محیطی با هم تلاقی پیدا نکنند، احتمال گذار به عمل و خودکشی اندک است؛ زیرا هیچ‌یک از این عوامل به تنهایی منجر به خودکشی نمی‌شوند.

پرهوده، جواد (۱۳۷۶)، *علل خودکشی در گیلان غرب*، نشر امور اجتماعی فرمانداری گیلان غرب؛  
کاپلان و سادوک (۱۳۶۹)، *خلاصه روان‌پزشکی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، مؤسسه تحقیقات و انتشارات ذوقی؛  
مورون، پیر (۱۳۶۶)، *خودکشی، علل، درمان*، ترجمه مازیار سهند، رسام؛

**Maghsodi, H. et.al.** (2004), "women victims of self-inflicted burns in Tabriz", *Burns*, vol.30, Issue 3 : 217 – 220;  
**Mohanty, S. et.al.** (2006), *Journal of clinical forensic medicine*, Article in press, corrected proof;  
National Adolescent Health information center (NAHIC) (2006), *fact sheet on suicide : Adolescents & young Adults*. San Francisco, CA: Author, University of California, San Francisco.  
**Saadat , M.** (2005), "Epidemiology and mortality of

محیطی محسوب می‌شوند.

این عوامل هرگاه با مؤلفه‌های درونی همراه شوند، سازمان روانی آسیب‌پذیر شخص و سازوکارهای دفاعی آن را در هم می‌ریزند که نهایتاً به خودکشی

#### منابع

ازل، کارول (۱۳۸۲)، «خودکشی، چرا؟»، ترجمه شفقی خالکی و حدیدی، مجله اطلاعات علمی، س ۱۷، ش ۸؛  
اسلامی‌نسب، بجنوردی (۱۳۷۱)، *بحران خودکشی*، فردوس، تهران؛  
اشنایدمن، ادوین (۱۳۷۸)، *ذهن خودکشی‌گرا*، ترجمه مهرداد فیروزبخت، انتشارات شناخت؛

hospitalized burn patients in Kohkiluyeh va Boyer-Ahmad province (Iran), *Burns*, vol.31, Issue 3 : 306 – 309;  
**Saadat, M. et.al.** (2006), "Environmental exposure to natural sour gas containing sulfur compounds results in elevated depression and hopelessness scores", *Ecotoxicology and Environmental Safety* 65 : 288 – 291;  
**Zarghami, M. & A. Khalilian** (2002), "Deliberate self-burning in Mazandran, Iran", *Burns*, vol.28, Issue 2 : 115 – 119. ■