



Islamic Azad University, Lahijan Branch

Jurisprudence and Criminal Law Doctrines

آموزه‌های فقه و حقوق جزاء

Homepage: <http://jcl.d.liau.ac.ir>

Vol.2, No.3, Issue 7, autumn 2023, P: 1-18

Receive Date: 2023/06/25**Revise Date:** 2023/08/29**Accept Date:** 2023/09/10**Article type:** Original Research**Online ISSN:** 2821-2339**DOI:** 10.30495/jcl.d.2023.1997160.1082

COVID-19 and the Significant Increase in Suicide Rate in Iran

Mohaddeseh Asgharian¹Hasan hajitabar firozjaee²Mehdi Esmaeeli³

Abstract

The main aim of this research is the recognition of effective causes and factors in increase of suicide and offering approaches in prevention of suicide in period of covid-19 and post covid-19 in Iran. In this research, the cases of dead people were surveyed in Alborz province in 1400 and information related to suicides was extracted from the forensic medicine files. Researches then contacted with the families to survey the causes of suicide and complete questionnaires to collect the required information. Data was analyzed using descriptive analysis statistics to determine the frequency of causes, risk factors and suicide methods. This results showed that 180 cases out of 260 successful suicides were male and 80 cases were female. The most common suicide age was the third decade of life and most statistics of suicides were among individuals with elementary education. In 38 percent of cases, the cause of suicide was unknown; but where the cause was identified, the most common cause was mental disorders. Overall, hanging with 45.5 percent was the most common method of suicide. The most common method among male was hanging and among female was poison consumption that there was significant relationship between method of suicide and gender. Self-immolation was in high rate in both gender and involved 35 percent of female. The covid-19 pandemic has been significantly associated with increasing suicide rates in Iran, especially between young men and people with lower education. Emphasizes on providing psychological and economic protective programs focused on societies at-risk is necessary in confronting with this worried increase.

Keywords: suicide factors, suicide and covid-19, suicide and post-covid-19.

¹.Ph.D student of criminal law and criminology, Ayatollah Amoly branch, Islamic Azad University, Amoly, Iran. asgharian.mohaddeseh@gmail.com

². Associate Professor. Department of Law, Qaimshahr Branch, Islamic Azad University, Qaimshahr, Iran (corresponding author). hajitabar@yahoo.com

³. Assistant Professor, Department of Law, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. dresmaeli@yahoo.com



دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان

Jurisprudence and Criminal Law Doctrines

آموزه‌های فقه و حقوق جزاء

Homepage: <http://jcl.d.liiau.ac.ir>

سال دوم - شماره ۳ - شماره پیاپی ۷ - پاییز ۱۴۰۲، ص ۱۸۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۴

DOI: 10.30495/jcl.d.2023.1997160.1082

شاپا الکترونیکی: ۲۳۳۹-۲۸۲۱

نوع مقاله: پژوهشی

کرونا و افزایش معنی‌دار خودکشی در ایران

محدثه اصغریان^۱

حسن حاجی تبار فیروزجائی^۲

مهدی اسماعیلی^۳

چکیده

هدف اصلی از انجام این پژوهش، شناسایی علل و عوامل مؤثر در افزایش خودکشی در دوران کرونا و پساکرونا در ایران و ارائه راهکارهایی جهت پیشگیری از خودکشی می‌باشد. برای انجام این مطالعه، پرونده‌های وفات یافتگان در استان البرز در سال ۱۴۰۰ مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات مربوط به خودکشی‌ها از پرونده‌های پزشکی قانونی استخراج شد. پژوهشگران با تماس با خانواده‌ها برای بررسی علت خودکشی و تکمیل پرسشنامه، اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری کردند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شد تا فراوانی علل، عوامل خطر و روش‌های خودکشی مشخص گردد. نتایج نشان داد که از ۲۶۰ مورد خودکشی موفق، ۱۸۰ مورد مرد و ۸۰ مورد زن بودند. شایع‌ترین سن خودکشی مربوط به دهه سوم زندگی بود و بیشترین آمار خودکشی مربوط به افراد با تحصیلات ابتدایی بود. در ۳۸ درصد موارد علت خودکشی مشخص نبود؛ اما در مواردی که علت مشخص بود، شایع‌ترین آن اختلالات روانی بود. در کل جمعیت مورد ارزیابی، حلق آویزی با ۴۵/۴ درصد شایع‌ترین روش خودکشی بود. در مردان شایع‌ترین روش حلق آویزی و در زنان مصرف سم بود که بین روش خودکشی و جنسیت ارتباط معنی‌داری وجود داشت. خودسوزی نیز در هر دو جنس بالا بود و در زنان ۳۵ درصد موارد را در برمی‌گرفت. شیوع کووید ۱۹ با افزایش معنادار موارد خودکشی در ایران، به‌ویژه بین مردان جوان و افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، همراه بوده است. تأکید بر تدوین برنامه‌های حمایتی روانی و اقتصادی متمرکز بر جوامع در معرض خطر، برای مقابله با این افزایش نگران‌کننده ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: عوامل خودکشی، خودکشی و کرونا، خودکشی و پساکرونا.

۱. دانشجوی دکتری حقوق جزاء و جرم‌شناسی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران. asgharian.mohaddeseh@gmail.com

۲. دانشیار گروه حقوق، واحد قائمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، قائمشهر، ایران (نویسنده مسئول). hajitabar@yahoo.com

۳. استادیار گروه حقوق، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. dresmaeli@yahoo.com

مقدمه

خودکشی پدیده‌ای نیست که مختص دوران مدرن باشد، بلکه ریشه در آغاز تاریخ بشر دارد. با این حال، نگرش به خودکشی در طول تاریخ بسته به زمان، فرهنگ، محیط جغرافیایی و شرایط زندگی متفاوت بوده است. در جوامع امروزی، خودکشی می‌تواند ناشی از علل گوناگون یا عامل خاصی باشد، اما هرگز نباید آن را بی‌معنا تلقی کرد. خودکشی راهی است برای فرار از مشکل یا بحرانی که فرد را در عذاب و رنج شدید فرو برده است. ادوین شنایدمن که به خاطر مطالعات گسترده‌اش درباره خودکشی پدرش، پدر خودکشی‌شناسی خوانده می‌شود، در این باره می‌گوید: خودکشی با نیازهای برآورده نشده، ناکامی، احساس ناامیدی و درماندگی، تعارض بین ماندن و تحمل درد غیرقابل تحمل و نیاز به فرار ارتباط دارد (Solano, et al, 2018, 12؛ آقا بیگلویی، پژومند و توفیقی، ۱۳۸۹، ۷).

خودکشی عبارت است از حمله فرد به جان خود که در صورت موفقیت منجر به مرگ او می‌شود و نشان‌دهنده میل شخص به مردن است. با این حال، مطالعات نشان می‌دهند که طیفی از صرف فکر کردن به خودکشی تا اقدام به آن وجود دارد (Deshpande, 2020, 6). بعضی‌ها روزها یا حتی سال‌ها قبل از اقدام به خودکشی برنامه‌ریزی می‌کنند و برخی به طور تکانشی و بدون قصد قبلی اقدام می‌کنند. در دوران شیوع کووید ۱۹، مطالعات نشان می‌دهند که به موازات گسترش این بیماری در جهان، خودکشی در جوامع نیز رو به افزایش بوده است. اما همین مطالعات حاکی از آن است که روند صعودی تمایل به خودکشی و خودکشی‌های موفق در ایران در این بازه زمانی نسبت به سایر کشورها به ویژه کشورهای توسعه یافته بیشتر بوده است (Wang, et al, 2021, 8).

بنا بر آمار سازمان پزشکی قانونی ایران، آمار قربانیان خودکشی طی ۸ ماه اول سال ۱۳۹۹، نسبت به مدت مشابه در سال قبل، بیش از ۴ درصد افزایش یافته است. بر پایه این آمار، روزانه حداقل ۱۵ نفر در ایران بر اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند. کارشناسان، بحران‌های اجتماعی و اقتصادی، افزایش فقر و نرخ تورم را عاملی مستقیم در افزایش آمار خودکشی‌ها می‌دانند. با در نظر گرفتن اطلاعات فوق و همچنین نظر به وضعیت نا‌بهنجار خودکشی در کشور به ویژه در دوره پساکرونا، این مطالعه به بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر افزایش خودکشی در دوران پساکرونا در ایران پرداخته است.

۱. خودکشی از منظر جامعه‌شناسی

امیل دورکیم، جامعه‌شناس مشهور، در تعریف خودکشی می‌نویسد: خودکشی به مرگ‌هایی اطلاق می‌شود که به طور مستقیم یا غیرمستقیم ناشی از عمل مثبت یا منفی فردی است که می‌داند انجام این عمل منجر به مرگ وی می‌شود. دورکیم، این تعریف را به منظور تفکیک خودکشی از مرگ‌های حادثه‌ای به کار برده است. دورکیم، معتقد است که خودکشی فقط همراه تمدن پیدا می‌شود. او خودکشی در اعصار گذشته و

جوامع فروتر را دارای خصلت‌های بسیار خاصی دانسته که ارزش نمادین آن با شکل امروزی به کلی متفاوت است. دورکیم می‌نویسد: این نوع خودکشی، کرداری از سرنویدی نیست بلکه کرداری به نشانه‌ی خودگذشتگی است. اگر بیوه‌ی هندی پس از مرگ شوهرش ادامه‌ی زندگی را روا نمی‌داند یا گولوآیی پس از مرگ رئیس طایفه‌ی خود، به حیات خویش پایان می‌دهد، یا پیرو آیین بودا، خود را زیر چرخ ارابه‌ی صنم خود می‌افکند، همه‌ی این‌ها دلیل پیروی از دستورهای اخلاقی و مذهبی است و با خودکشی به معنای امروزی کلمه فرق دارد. در تمامی این موارد، آدمی از آن رو خودکشی نمی‌کند که زندگی را بد می‌شمرد بلکه از آن رو به حیات خود پایان می‌دهد که آرمان وی چنین کرداری را از او می‌خواهد. درست مانند مرگ سرباز یا پزشکی که آگاهانه در معرض خطر مرگ قرار می‌گیرند تا وظیفه‌ی خویش را انجام دهند. در حالی که خودکشی حقیقی، خودکشی غم‌انگیز، از پدیده‌های ریشه‌دار در بین اقوام متمدن است و هر قدر پیشرفت بیشتر می‌شود، از ایمنی بشر نیز کاسته می‌شود (ستوده، ۱۳۹۵، ۵).

۱-۱. خودکشی دگر خواهانه

در خودکشی دگر خواهانه، فرد به دنبال فداکاری و فدا شدن برای دیگران است. وقتی فردی به احساس همبستگی و انسجام قومی به یک گروه متحد مقید می‌شود، ارزشها و هنجارهای گروه را به خود ارجح می‌داند و منافع شخصی را در برابر منافع گروه قرار نمی‌دهد. در این شرایط، فرد، آرزو می‌کند زندگی خود را به خاطر هدف‌های گروه فدا کند. برای مثال، خلبانان ژاپنی در جنگ جهانی دوم که از جان خود گذشتند از این نوع فداکاری بودند (خلیلی، ۱۳۹۲، ۲).

باید توجه داشت که خودکشی دگرخواهانه که همراه با یک نوع همبستگی ملی و میهنی است، با عملیات انتحاری تفاوت دارد. در حمله انتحاری، فرد خودکشی را به عنوان یک ابزار برای آسیب زدن به دشمنان خود استفاده می‌کند. حمله انتحاری با سایر اشکال خودکشی بسیار متفاوت است. در حالی که خودکشی اغلب به دلیل ناامیدی، اختلالات روانی و عوامل اجتماعی دیگر رخ می‌دهد، حمله انتحاری هدف خاصی را در پی دارد که در نهایت منجر به مرگ خود و دیگران می‌شود (خلیلی، ۱۳۹۲، ۲).

حملات انتحاری در طول تاریخ به طور گسترده رخ نداده است، اما امروزه، بسیار شایع شده است. بزرگترین نمونه اخیر حملات انتحاری، حملات یازدهم سپتامبر ۲۰۰۱ در آمریکا است که طی آن ۱۹ حمله‌کننده انتحاری کنترل چهار هواپیمای مسافربری را به دست گرفته و آن‌ها را به برج‌های مرکز تجارت جهانی نیویورک و ساختمان وزارت دفاع آمریکا (پنتاگون) هدایت کردند و جان ۲۹۷۳ نفر را گرفتند. همچنین حمله انتحاری متروی لندن و حملات طالبان در افغانستان، نمونه‌هایی از خودکشی دگرخواهانه محسوب می‌شوند (Orbell & Morikawa, 2011, 6).

۲-۱. خودکشی خودخواهانه

خودکشی خودخواهانه زمانی رخ می‌دهد که فرد ارتباط چندانی با هیچ گروه اجتماعی نداشته باشد. این نوع خودکشی حاصل احساس تنهایی، درون‌گرایی، انزوا و یا اختلال روانی است. معمولاً در خودکشی خودخواهانه، پیوند فرد با خانواده ضعیف است؛ زیرا هرچه اعضای خانواده به هم نزدیک‌تر باشند، فرد در برابر خودکشی مصون‌تر است. فقدان پیوند خانوادگی دلیلی است برای آسیب‌پذیری بیشتر افراد مجرد نسبت به متأهلین و نیز آسیب‌پذیری نسبی زوج‌های بدون فرزند، برابر زوج‌های دارای فرزند. مطالعات نشان می‌دهد به دلیل پیوندهای اجتماعی و قبیله‌ای قوی‌تر، نرخ خودکشی در مناطق روستایی کمتر از شهری است (ربانی، ۱۳۸۹، ۶).

۳-۱. خودکشی ناشی از بی‌هنجاری

این نوع از خودکشی که توأم با بحران‌های بزرگ اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است زمانی ایجاد می‌شود که نظارت جامعه بر رفتارها و هنجارها ضعیف شده یا حذف می‌شود. اصطلاحاً گفته می‌شود که جامعه دچار فروپاشی هنجاری یا نابه‌سامانی هنجاری شده است. بی‌هنجاری از تضعیف وجدان اخلاقی ناشی می‌شود. خودکشی ناشی از بی‌هنجاری را کسانی مرتکب می‌شوند که وابستگی آن‌ها با جامعه دچار آشفتگی شده است و در نتیجه از معیارهای رفتاری مرسوم محروم شده‌اند. این نوع خودکشی توضیحی است برای عیار بالاتر این رفتار در بین افراد طلاق گرفته در مقایسه با افراد متأهل و آسیب‌پذیری بیشتر کسانی که وضع اقتصادی آن‌ها تغییر ناگهانی و شدید پیدا کرده است. این نوع خودکشی به بی‌ثباتی اجتماعی همراه با گسیختگی معیارها و ارزش‌های اجتماعی نیز اطلاق می‌شود. خودکشی ناشی از بی‌هنجاری درست در برابر خودکشی‌های سنتی که از نوع خودخواهانه است، قرار می‌گیرد (تقوی، ۱۳۳۹، ۲).

۴-۱. خودکشی ناشی از تقدیر

امیل دورکیم، خودکشی ناشی از تقدیر را به عنوان چهارمین نوع خودکشی معرفی کرده است. این نوع خودکشی افرادی را در برمی‌گیرد که دارای محدودیت‌های سنگین و همیشگی در سیستم‌های بسته‌ی سیاسی هستند و یا زندگی بی‌ثمری دارند؛ همانند زندانی که دیگر تحمل ماندن در زندان را ندارد. تعریف دیگری که از خودکشی ناشی از تقدیر ارائه شده این است که این نوع از خودکشی نوعی عکس‌العمل به کنترل و تنظیم افراطی اجتماعی جامعه است، زمانی که جامعه به حد مفرط و شدیدی دست به ایجاد نظمی دستوری می‌زند و فرد به شدت تحت تسلط قواعد و قوانین خشک اجتماعی قرار دارد و هر چیزی تحدید شده، کنترل شده، منظم، خشک و بی‌روح است. در این مواقع حق‌گزینش از افراد سلب شده و فرد تحت شرایط اجباری، نمی‌تواند اهداف و راه‌های رسیدن به آن‌ها را فراهم کند (ستوده، ۱۳۹۵، ۱).

۵-۱. خودکشی آئینی

اعتقادات و باورهای مذهبی یکی از مؤلفه‌های اصلی شکل‌دهنده شخصیت انسان‌هاست و این باورها نقش مهمی در زندگی فردی و اجتماعی افراد جامعه دارند. در پدیده خودکشی نیز یکی از عوامل تأثیرگذار نوع و میزان اعتقادات مذهبی است؛ چون در بسیاری از ادیان خودکشی عملی حرام و گناه‌آلود است؛ همین موضوع برای کسانی که اعتقادات مذهبی محکمی دارند، یک دلیل بازدارنده است. از سوی دیگر، آیین‌هایی هستند که طبق اعتقاداتشان دست به خودکشی‌های گروهی می‌زنند؛ نمونه‌ی بارز آن خودکشی شکم‌دری سامورایی‌ها است. آنها بر این باور هستند که خودکشی، وقتی، گناهی مرتکب شده باشند، راهی شرافتمندانه برای پایان بخشیدن به زندگی است (Gearing & Lizardi, 2013, 7).

۶-۱. خودکشی ترحمی

در برخی مواقع خودکشی امری اعتراضی نسبت به وضعیت موجود است، اما در مواردی مانند بحران‌های عاطفی، اقدام به خودکشی بیشتر امری تظاهری است تا واقعی و فرد بیشتر در صدد جلب توجه و ترحم دیگران به وضعیت خود است. نمونه‌ای از این رفتار تظاهری، افرادی هستند که برای نشان دادن اعتراض، لبه‌ی یک بلندی در سطح شهر را گرفته و با هربار تهدید برای پرت شدن پایین آدم‌ها را دور خود می‌گردانند. جدیدترین نمونه‌ها از این دست خودکشی‌ها، فیلم‌هایی است که از اقدام به خودکشی افراد در ملاء عام در شبکه‌های اجتماعی دیده می‌شود. با این حال از لحاظ علمی خودکشی با روش‌هایی مانند: خفه‌کردن خود با پارچه غیرممکن است؛ چراکه مغز واکنش‌های غیرارادی نشان می‌دهد تا عملکرد بدن را متوقف کند (Post, et al, 2009, 6).

۷-۱. خودکشی اتانازی

اتانازی یا هومرگی که در زبان یونانی به معنی مرگ خوب است. در اصطلاح، شرایطی است که در آن بیمار بنا به درخواست خودش به صورت طبیعی و آرام بمیرد. افرادی که در شرایط این نوع از مرگ قرار دارند، بیشتر بیماران لا علاج هستند یا افرادی که از یک بیماری سخت روانی (اختلال افسردگی اساسی و...) رنج می‌برند و با رضایت خود، از افرادی مثل پزشکان معالج یا پرستاران یا اعضای خانواده خود می‌خواهند که به آن‌ها در مردن کمک کنند. در زبان فارسی به آن، مرگ شیرین، مرگ باوقار، مرگ خودخواسته، مرگ موقرانه یا مرگ بدون بی‌حرمتی نیز گفته شده است. اتانازی در کشورهای مثل: هلند و کانادا در مواردی که احتمال درمان بیمار غیرممکن است به شکلی غیرمستقیم وجهه‌ای قانونی دارد. در نیوزیلند هم به تازگی اتانازی قانونی شده است (Emanuel, 2016, 2).

اندیشمند دیگری علل اقدام به خودکشی را در سه حیطه بیماری روانی، مسائل اجتماعی و مسائل

ارگانیک و جسمی مورد بررسی قرار می‌دهد:

۱. اختلالات روانپزشکی، شامل: افسردگی، الکلیسم، اعتیاد دارویی، اسکیزوفرنی و اختلالات شخصیتی، از علل عمده در این حوزه هستند (Brådvik, 2018, 6).

۲. مسائل اجتماعی، همانند: انزوا، از دست دادن عزیز، فقدان فرد مهم در زندگی، محدودیت، جدایی و نداشتن شغل یا کار می‌تواند از عوامل مهم ایجاد ایده و اقدام به خودکشی باشد.

۳. ابعاد فیزیکی یا فیزیولوژی: بیماری‌های جسمی، تومور بدخیم، اختلالات عصبی، کاهش فعالیت سروتین مغزی (Hawton & van Heeringen, 2009, 9).

جدول انواع خودکشی از نظر دورکیم

موضوع	خودکشی خودخواهانه	خودکشی دیگر خواهانه	خودکشی جبری	خودکشی نابهنجارانه
توصیف	فرد احساس تعلق به جامعه نمی‌کند	فرد منافع گروه را بر منافع خود ترجیح می‌دهد	فرد احساس ناتوانی در تنظیم امور زندگی خود می‌کند	فرد احساس می‌کند نظمی در جامعه وجود ندارد
مثال	معتادان	اسکیموهای سالخورده	زندانیها	ورشکستگان
نشانه‌های روان‌شناختی	افسردگی و مالیخولیا	احساس وظیفه، شرمندگی و گناه	ترس از کنار گذاشته شدن	عدم امنیت و سرخوردگی

۲. رابطه بین سلامت و خودکشی

مطالعات مختلفی تأیید می‌کنند که رابطه بین سلامت با بیماری جسمی و خودکشی قابل ملاحظه است (Cavanagh et al, 2003, 12). به نظر می‌رسد سابقه مراقبت‌های پزشکی قبلی رابطه مثبت با خودکشی دارد (Qin, 2005, 3).

بیماری‌های سلسله اعصاب مرکزی شامل: صرع، مولتیپل اسکلروز، صدمات ناشی از ضربه و حوادث عروقی مغز، کره هانتینگتون و دمانس که وجود جزء خلقی در آن‌ها شناخته شده است، موجب بالا رفتن خطر خودکشی است (Alejos, et al, 2023, 8).

برخی از بیماری‌های غدد درون‌ریز نظیر: کوسینگ، سندرم کلاین، فلتر و پورفیری که با اختلالات خلقی نیز همراه هستند، با افزایش خطر خودکشی رابطه دارند (Qin, 2005, 9). علاوه بر آثار مستقیم بیماری، مشاهده شده است که آثار ثانویه بیماری، مانند: گسستگی روابط و از دست دادن موقعیت شغلی، می‌تواند شانس خودکشی را افزایش دهد (Cavanagh et al, 2003, 2).

زاویه دید اندیشمندان مختلف به خودکشی متفاوت است و این مهم نشانگر این است که گوناگونی و دسته‌بندی‌های مختلف علت خودکشی، حاکی از مجهول بودن علت واقعی خودکشی است (Hjelmeland & Knizek, 2017, 5). با این حال، مذهب، وضعیت تأهل، شغل، نژاد، شرایط اقلیمی، شرایط جسمی و روانی و اقتصادی را از عوامل مؤثر در بروز و شیوع خودکشی ذکر کرده‌اند. اخیراً، برخی از محققان بین خودکشی و اقدام از روی دو دلی و اقدام به خودکشی تفاوت قائل شده‌اند (Silverman et al, 2007, 4).

شیدمن، اقدام به خودکشی را بر اساس بیان فرد در مورد نیت و قصد از خودکشی به چهار دسته تقسیم می‌کند. چنانچه ملاحظه می‌شود، شید من طبقه بندی انواع خودکشی را به سطوح روان شناختی فرد تقلیل می‌دهد و از آن، ابزاری مفهومی می‌سازد (حسینی، ۱۳۷۸: ۲۳)؛ اما این تقلیل و ساده سازی از دلایل مختلف خودکشی راهگشا در درک پدیده خودکشی و پیشگیری از آن نیست. خودکشی جنبه‌های مختلف اجتماعی فرهنگی و جرم شناختی دارد که تأمل در این جنبه‌ها و تلاش برای فهم هر یک از این مؤلفه‌ها می‌تواند در فرآیند پیشگیری از خودکشی راهگشا باشد (Mann et al, 2005, 6).

۳. پیشینه‌ی داخلی خودکشی

اردشیر بهرامی، جامعه‌شناس و پژوهشگر و رئیس سازمان بهزیستی قرچک هشدار داده که کرونا، مشکلات معیشتی، فساد و ناکارآمدی حکومت در مهار این بیماری، شمار خودکشی به ویژه در جمعیت جوانان نا امید ایران را افزایش و آن را از طبقات فقیر به طبقات مرفه و متوسط نیز تسری داده است (Rothman & Sher, 2021, 2).

اردشیر بهرامی که پیش از این، کتاب فرهنگ، توسعه و خودکشی در غرب ایران را منتشر کرده است، درباره‌ی روند جریان خودکشی در جغرافیای زیستی ایران می‌گوید: کانون خودکشی از غرب ایران به مرکز و سایر مناطق کشور به سرعت رو به توسعه است و از کاهش تاب آوری و سطح تحمل و مدارای اجتماعی افراد خبر می‌دهد.

بهرامی می‌افزاید: مردم ایران می‌دانند که کرونا بیماری است جهانی است. آنان با مشاهده‌ی مقابله‌ی دیگر دولت‌ها و کشورها با این بیماری و مقایسه‌ی آن با مدیریت ناکارآمد کرونا در ایران به خشونت و نارضایتی روی می‌آورند. بهرامی با استناد به آخرین بررسی‌ها گفته است که کانون خودکشی از غرب ایران به مرکز و سایر مناطق کشور سرایت کرده و ۷۱ درصد قربانیان خودکشی در بین زنان ایران کمتر از ۴۰ سال دارند. همین آمار در بین مردان به گفته‌ی او به ۸۰ درصد می‌رسد. این ارقام به گفته‌ی پژوهشگر ایرانی نشان می‌دهند که خودکشی خاص قشر جوان در جامعه ما است و شامل گروه سنی ۱۵ تا ۴۰ سال می‌شود.

او سپس، چنین اظهار نظر می‌کند: در کل، آمار خودکشی در ایران، روند رو به رشدی دارد و در سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ رشد بیشتری از سال‌های قبل داشته است. وی، تصریح می‌کند: ۷۵ درصد خودکشی‌ها در خانواده‌های فقیر و متوسط روی می‌دهد که دچار مشکلات اقتصادی و اختلالات روانی هستند.

با این حال، به گفته‌ی اردشیر بهرامی، اکنون خودکشی از طبقات پایین جامعه به طبقات بالاتر سرایت کرده است که نشان از یک بحران در جامعه دارد. او فساد در نظام مالی و اداری ایران را در تشدید ناامیدی و افزایش خودکشی دخیل می‌داند و می‌گوید: فساد در سیستم‌های مالی و اداری نقش زیادی در ناامیدی و در نهایت افکار خودکشی دارند.

۲-۳. تحولات خودکشی در ایران

خودکشی یا انتحار، عمل آگاهانه شخص، در پایان دادن به زندگی، به دست خود است. در بیشتر مکاتب اخلاقی و حقوقی و همچنین ادیان الهی، خودکشی امری ناپسند به شمار رفته و اقدام به خودکشی را جرم و گناه می‌دانند و برای آن عذابی سخت در روز قیامت وعده داده شده است. فقیهان شیعه و اهل سنت خودکشی را از گناهان کبیره و خودکشی‌کننده (مُتَّحِر) را فاسق دانسته‌اند. برای حرمت خودکشی به آیات، روایات، اجماع فقیهان و عقل و سیره عقلا استناد شده است. البته خودکشی به سبب اضطرار یا وجود مصلحتی مهم‌تر مانند حفظ جان مسلمانان جایز دانسته شده است؛ اگرچه در مواردی مانند: آسان‌مرگی (اتانازی)، اغلب فقهای معاصر به جایز نبودن همه راه‌های آن حکم داده‌اند.

از دیدگاه حقوق کیفری ایران، مادام که فعل یا ترک فعلی را قانونگذار جرم شناخته و برای آن مجازات تعیین نکرده است؛ ولو این افعال یا ترک افعال زشت و ناپسند باشند، قابل تعقیب و مجازات نیستند. از این رو، افعالی مانند: خودکشی یا خودزنی که در اسلام گناهانی بزرگ محسوب می‌شوند، به جهت آنکه در قوانین کیفری، جرم شناخته نشده‌اند، قابل طرح و رسیدگی در محاکم نخواهند بود (اردبیلی، ۱۳۸۶، ۱).

۴. روش کار

۱-۴. روش مطالعه

این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی است و هدف آن تعیین فراوانی علل و عوامل خطر در موارد خودکشی منجر به وفات و تعیین فراوانی انواع روش‌های خودکشی‌های منجر به وفات می‌باشد. خودکشی یکی از معضلات جدی بهداشت عمومی در سراسر جهان است و سالانه تعداد زیادی از افراد جان خود را بر اثر خودکشی از دست می‌دهند. خودکشی عواقب و پیامدهای منفی فراوانی برای خانواده‌ها، جوامع و سیستم‌های بهداشتی درمانی به همراه دارد؛ بنابراین، شناسایی علل و عوامل خطر ساز

خودکشی و همچنین روش‌های رایج خودکشی در جوامع مختلف، نقش مهمی در پیشگیری و کاهش بروز خودکشی خواهد داشت.

در این مطالعه، خودکشی‌های منجر به وفات، در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۹ در استان البرز مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. اطلاعات مربوط به خودکشی‌ها از پرونده‌های پزشکی قانونی استان البرز استخراج شد. سپس با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، فراوانی علل و عوامل خطر ساز خودکشی و همچنین فراوانی انواع روش‌های خودکشی تعیین گردید. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در جهت پیشگیری از خودکشی و ارائه مداخلات مؤثر به افراد در معرض خطر خودکشی کمک نماید.

۲-۴. جمع آوری اطلاعات

در این مطالعه، به شکل گذشته نگر، ابتداء، تمامی پرونده‌های وفاتی که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۹ به سازمان پزشکی قانونی کشور ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. پس از آن، مواردی که بر اساس اظهارات خانواده متوفی یا بررسی‌های اولیه پزشکی قانونی، احتمال خودکشی در آن‌ها وجود داشت، تفکیک شدند. سپس، پژوهشگران با خانواده‌های این افراد تماس گرفته و در صورت تأیید خبر خودکشی توسط خانواده، پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات دموگرافیک، سابقه بیماری‌ها و مشکلات زندگی فرد متوفی را تکمیل نمودند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک نیز، محقق ساخته بود و بر اساس اهداف مطالعه تنظیم شد و بر اساس سؤالات موجود در این پرسشنامه، سؤالات لازم از خانواده متوفی پرسیده شد. این سؤالات شامل، سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، طلاق، وضعیت اقتصادی، وجود بیماری روحی روانی و جسمی و نیز مشخص کردن روش خودکشی و دلیل احتمالی خودکشی بود.

۳-۴. تحلیل داده‌ها

داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری و ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای کمی و از آمار استنباطی شامل آزمون کای اسکور برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها کمتر از ۰,۰۵ در نظر گرفته شد. به طور خلاصه، داده‌ها، پس از جمع‌آوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

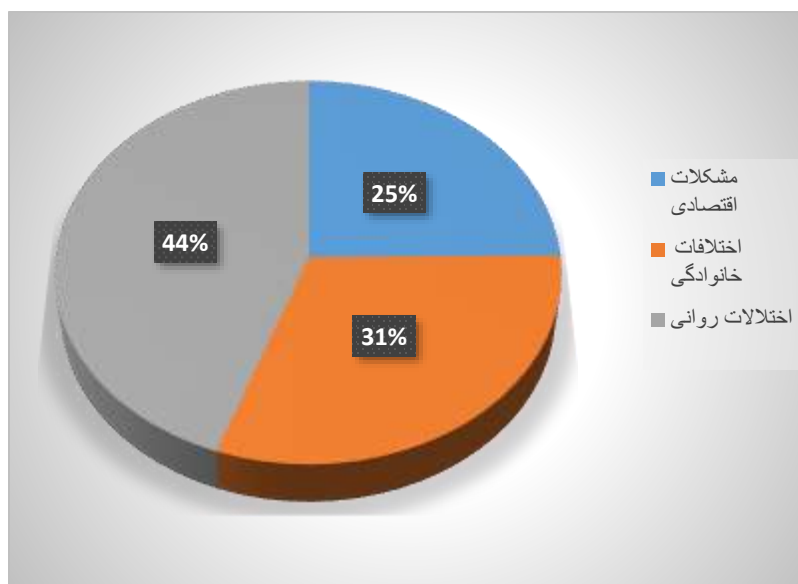
۵. نتایج

۵-۱. ویژگی‌های جمعیت مورد بررسی

از ۲۶۰ مورد خودکشی موفق، ۱۸۰ مورد مربوط به مردان و ۸۰ مورد مربوط به زنان بود. از نظر وضعیت تأهل، ۱۴۲ نفر متأهل، ۱۰۸ نفر مجرد، ۳ نفر در دوران نامزدی، ۵ نفر مطلقه و ۲ نفر بیوه بودند. تعداد مردانی که خودکشی کرده بودند نسبت به زنان تفاوت معنی داری داشت ($p < 0.05$). همچنین از ۲۶۰ مورد خودکشی، ۵۰ نفر سابقه مصرف مواد مخدر داشتند که تنها ۱ نفر زن و بقیه مرد بودند. شایع‌ترین سن خودکشی مربوط به دهه سوم زندگی بود که این دهه در هر دو جنس بیشترین میزان خودکشی را به خود اختصاص داده بود. از نظر میزان تحصیلات، بیشترین آمار خودکشی موفق مربوط به افراد با سطح سواد ابتدایی بود و با افزایش میزان تحصیلات، از آمار خودکشی کاسته شد.

۵-۲. عوامل و علل خودکشی در جمعیت مورد بررسی

متأسفانه، در حدود ۳۸٪ (۹۹ نفر) موارد، علت خودکشی نامشخص بود و خانواده‌ها از دلیل این عمل اطلاع نداشتند. در بین ۱۶۱ نفر باقی مانده، در ۶۱ نفر (۳۷/۸٪) علت خودکشی، اختلالات روانی بود، در ۴۲ نفر علت خودکشی اختلاف خانوادگی (۲۶٪) و در ۳۴ نفر (۲۱/۱٪) علت خودکشی مشکلات اقتصادی بود. در واقع، در مواردی که علت خودکشی مشخص بود، شایع‌ترین علت خودکشی در بین ۲۶۰ مورد، اختلالات روانی بود (شکل ۱).



شکل ۱. عوامل اصلی خودکشی در ۱۶۱ نفر از جمعیت مورد ارزیابی در مطالعه

همچنین در ۶۰ مورد سابقه قبلی اقدام به خودکشی (حتی چند باره) وجود داشت، در حالی که در ۲۰۰ مورد دیگر، اولین اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده بود. از نظر سابقه بیماری، در ۷۱٪ موارد

هیچگونه سابقه بیماری جسمانی یا روانی وجود نداشت. در ۵/۲۳٪ موارد سابقه بیماری روانی (حتی مواردی بستری در بیمارستان و تحت مراقبت روانپزشک) و در ۵۴٪ موارد سابقه بیماری جسمانی وجود داشت.

شایع‌ترین روش خودکشی در مجموع هر دو جنس، حلق‌آویزی بود که در ۱۱۸ مورد از این روش استفاده شده بود. دومین روش شایع استفاده از سم (اعم از دارو و سموم مختلف) بود که در ۶۱ مورد دیده شد (جدول ۱).

جدول ۱. انواع روش‌های مورد استفاده برای خودکشی در جمعیت مورد ارزیابی در مطالعه حاضر

روش خودکشی	تعداد	درصد
حلق‌آویزی	۱۱۸	۴۵,۴
دارو	۴۲	۱۶,۲
خودسوزی	۴۱	۱۵,۸
سقوط	۱۸	۶,۹
سموم کشاورزی	۷	۲,۷
سلاح سرد	۶	۲,۳
سلاح گرم	۵	۱,۹
قرص برنج	۵	۱,۹
تزریق هروئین	۲	۰,۸
منواکسید کربن	۲	۰,۸
مواد سوزاننده	۲	۰,۸
داروی نظافت	۲	۰,۸
خفگی با نایلون	۲	۰,۸
سم سیانور	۲	۰,۸
برخورد با قطار	۱	۰,۴
غرق شدگی	۱	۰,۴
جمع	۲۶۰	۱۰۰

به تفکیک جنسیت، در مردان شایع‌ترین روش خودکشی حلق‌آویزی و در زنان شایع‌ترین روش خودکشی موفق مصرف سم بوده است. میان شیوه خودکشی و جنسیت از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نکته قابل توجه بالا بودن خودسوزی در هر دو جنس بوده است، به ویژه در زنان که ۳۵٪ موارد را شامل می‌شد.

۶. بحث

در این مطالعه و چندین مطالعه دیگر، عوامل موثر بر انجام خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، که در این میان، عواملی همچون: جنسیت، سن و وضعیت تأهل بیشتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. مسأله‌ی دیگری که در آمار مربوط به خودکشی ابهام می‌آفریند، نسبت آمار اقدام به خودکشی به خودکشی موفق است (Nock et al, 2008, 5). تفاوت این دو رقم در سطح کشورهای جهان بسیار متفاوت است. تحقیقات لمبروز نشان داده است که رقم اقدام به خودکشی دو تا سه برابر خودکشی های موفق است. مطابق تحقیق دیگر، نسبت خودکشی های ناموفق به خودکشی های موفق ۵ به ۸ است. از بین ۳۶۰ مورد خودکشی منجر به وفات (خودکشی موفق) ۱۸۰ مورد مرد و ۸۰ مورد زن بودند. که این مطلب به طور نسبی با آمار ارائه شده در منابع مختلف مبنی بر اینکه زنان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، ولی خودکشی در مردان ۲ تا ۳ برابر نسبت به زنان موفق‌تر است، هماهنگ می‌باشد (Maris et al, 2000, 3). در مطالعات قبلی که در ایران انجام شده، تعداد جنس زن بیشتر از جنس مرد گزارش شده است. علت این موضوع ممکن است این باشد که در مطالعات قبلی مجموع اقدام به خودکشی و خودکشی موفق را با هم در نظر گرفته‌اند؛ در حالی که در این مطالعه فقط به خودکشی موفق پرداخته شده است (زانی و احمدی، ۲۰۲۱، ۳). در مطالعات قبلی که در ایران انجام شده، تعداد جنس زن بیشتر از جنس مرد گزارش شده است. علت این موضوع ممکن است این باشد که در مطالعات قبلی مجموع اقدام به خودکشی و خودکشی موفق را با هم در نظر گرفته‌اند، در حالی که در این مطالعه فقط به خودکشی موفق پرداخته شده است (زانی و احمدی، ۲۰۲۱، ۳).

میزان خودکشی در سنین بالا قابل توجه است. سالمندان کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند؛ اما در خودکشی موفق‌تر از جوانان هستند. سالمندان ۲۵ درصد موارد خودکشی را به وجود می‌آورند، در حالی که فقط ۱۰ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند (De Leo, 2022, 7). از طرفی میزان خودکشی در بین جوانان به سرعت رو به افزایش است. بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ میزان خودکشی در مردان ۱۵ تا ۲۴ ساله، ۴۰ درصد افزایش یافته و هنوز هم در حال افزایش است. پس از تصادفات و دیگر عوامل، بین سنین ۱۵ تا ۲۴ سالگی، خودکشی سومین علت مرگ و میر است (Jamison, 1999, 2).

یکی از مواردی که مانع از خودکشی می‌شود داشتن شغل ثابت است. شغل ثابت با درآمد مشخص می‌تواند سبب کاهش خودکشی منجر به مرگ شود و در مجموع می‌توان گفت کار کردن محافظی در مقابل خودکشی است.

در تحقیق به عمل آمده، عمده کسانی که خودکشی موفق داشتند، فاقد شغل ثابت یا بیکار بودند. در جنس مؤنث نیز عمده افراد، خانه‌دار بودند که عملاً شغل و منبع درآمد ثابتی نداشتند. در این تحقیق، وقتی از اولیای متوفی در مورد وضعیت اقتصادی متوفیان سؤال شد، در ۵۱ درصد موارد وضعیت اقتصادی

متوسط، ۳۱ درصد موارد خوب و در ۱۸ درصد موارد بد ذکر شد (Blakely et al, 2003, 5)؛ اما پرسش این است که تاثیر این بحران‌ها به چه چیزی وابسته است؟ آیا به خاطر آن است که بحران‌ها موجب بی‌ثباتی ثروت شده و فقر را افزایش می‌دهند؟ آیا به خاطر آن است که زندگی به حدی سخت می‌شود که انسان‌ها به آسانی از هستی خود چشم می‌پوشند؟ این گونه تبیین‌ها به دلیل سادگی اغواکننده است. به علاوه، این توضیحات با مفهوم جاری خودکشی‌ها نیز منطبق است؛ اما با واقعیت تناقض دارد. در واقع اگر خودکشی به این دلیل افزایش پیدا می‌کند که زندگی سخت‌تر می‌شود؛ پس، هنگامی که رفاه زیادت‌ر می‌شود، باید مرگ‌ها به طور محسوسی کاهش یابد (Daigle, 2005, 2).

تحقیقات نشان می‌دهد درصد خودکشی در برخی مناطق کم درآمد بالا نیست. به نظر می‌رسد فقر می‌تواند تا حدی از خودکشی جلوگیری کند. آمارها حاکی است درصد خودکشی در میان افراد ثروتمندتر بیشتر است؛ اگرچه بحران‌های اقتصادی و شغلی خودکشی را افزایش می‌دهند، اما عامل اصلی افزایش آن فقر ناشی از این بحران‌ها به نظر می‌رسد.

جنس مذکر با حلق‌آویز کردن خود، اسلحه گرم و یا پرش از بلندی خود را می‌کشند. در صورتی که جنس مونث بیشتر با دارو یا سموم خودکشی می‌کنند؛ همان‌طور که در مطالعه‌ای توسط جانکا و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده شد، مردان معمولاً از روش‌های خشونت‌آمیزتری برای خودکشی استفاده می‌کنند، در حالی که زنان بیشتر از روش‌های غیرخشونت‌آمیز مانند: مسمومیت با دارو استفاده می‌کنند. از نظر علت اقدام به خودکشی، به دلیل اینکه تنها منبع اعلام کننده دلایل انگیزشی، اولیای متوفی بوده‌اند، متأسفانه دلیل خودکشی در ۹۹ مورد از ۲۶۰ مورد مطالعه نامعلوم بوده است. اولیای این افراد یا ابراز بی‌اطلاعی کرده‌اند یا تمایلی به ارائه اطلاعات مربوط به دلایل انگیزه‌ای خودکشی آنان نداشته‌اند و از پاسخ‌گویی خودداری کرده‌اند.

در جنس مذکر در ۳۹ درصد موارد علت خودکشی نامعلوم بود و در ۶۱ درصد مواردی که انگیزه خودکشی از طرف والدین ذکر شد، شایع‌ترین علل شامل اختلالات روحی (۴۱ درصد)، مشکلات اقتصادی (۳۱ درصد) و اختلافات خانوادگی (۱۳ درصد) بودند. بین هر دو جنس، شایع‌ترین اختلال روحی افسردگی بود و حتی در ۲۷ درصد موارد سابقه بستری‌های متعدد در بیمارستان روانی وجود داشت که سابقه بستری شدن به هر دلیلی خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. عوامل بسیار مهم خودکشی شامل: الکلیسم، سوء‌مصرف دارو، افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر بیماری‌های روانی می‌شود.

یکی از مهم‌ترین عوامل خودکشی، بیماری‌های روانی است و تقریباً در ۹۵ درصد موارد خودکشی، نوعی بیماری روانی تشخیص داده می‌شود. اختلالات افسردگی در ۸۰ درصد، اسکیزوفرنی در ۱۰ درصد و دمانس در ۵ درصد موارد دیده می‌شوند. طبق پژوهش حاضر نیز، شایع‌ترین بیماری روانی افسردگی

بوده است. خطر خودکشی در بیماران روانی ۳ تا ۱۲ برابر افراد سالم است و این میزان بستگی به جنس، سن و سابقه بستری دارد.

بالا بودن خطر خودکشی در بیماران روانی بستری بازتاب این واقعیت است که بیماران مبتلا به اختلالات روانی شدید بیشتر بستری می‌گردند. مطالعات در کشورهای مختلف نشان داده است که خطر خودکشی، بین سوء مصرف کنندگان دارو و الکل بالا است (Iozzino, Ferrari, Large, Nielsens, & De Girolamo, 2015, 7).

سابقه‌ی اقدام به خودکشی، احتمالاً بهترین شاخص افزایش خطر خودکشی در یک بیمار است. مطالعات نشان می‌دهد که در ۴۰٪ بیماران افسرده سابقه قبلی اقدام به خودکشی وجود داشته است. بالاترین میزان خطر اقدام دوباره در سه ماهه اول پس از اقدام اول است. افسردگی نه تنها با خودکشی موفق بلکه با اقدام‌های جدی برای خودکشی نیز رابطه دارد. در این تحقیق از بین ۲۶۰ نفری که اقدام به خودکشی کردند، ۲۳٪ سابقه اقدام به خودکشی داشتند. این در حالی است که از بین ۶۱ نفری که دارای بیماری روحی بودند، ۷۲٪ سابقه‌ی اقدام به خودکشی قبلی را داشتند و حتی در مواردی، اولیای متوفی، سابقه‌ی چندین بار اقدام به خودکشی را بیان داشته بودند.

رابطه‌ی بین سلامت و بیماری جسمی در خودکشی قابل ملاحظه است. بررسی‌های کالبد شکافی نشان می‌دهد که در ۲۵ تا ۷۵ درصد قربانیان خودکشی بیماری جسمی وجود دارد، در ۱۱ تا ۵۹ درصد خودکشی‌ها، بیماری جسمی عامل مهمی شناخته شده است. در تمام این موارد، ارقام، با بالا رفتن سن افزایش می‌یابند. در این تحقیق، تنها، در ۵ درصد موارد، افراد، دارای بیماری جسمانی بودند که نسبت به آمار ارایه شده‌ی در بالا، به مراتب کمتر بوده است (Krysinska et al, 2019, 2).

از آنجایی که یکی از علل شایع خودکشی، اختلافات خانوادگی است، لذا ایجاب می‌کند که توجه بیشتری به حاکم شدن بهداشت روانی مناسب، میان اعضای خانواده صورت پذیرد. با توجه به یافته‌های این تحقیق و نتایج حاصل از پژوهش‌های اجتماعی در مورد خودکشی در کشور ما می‌توان به راحتی متوجه این نکته شد که در شکل‌گیری خودکشی عوامل متعددی مانند: سن، وضعیت تأهل، درآمد، سواد و غیره مؤثر هستند. با این حال، تنها نکته‌ای که هیچگاه نمی‌توان درک یا تعیین کرد، اهمیت هر یک از این پارامترها نسبت به دیگر پارامترها است. هنگامی که از دلایل تأثیر متغیرها بر خودکشی می‌پرسند، پاسخ‌ها معمولاً سطحی است. برای مثال، وجود این نکته که میزان خودکشی در میان افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیشتر است، نمی‌تواند نشان دهنده‌ی رابطه‌ی ضروری میان افزایش سطح سواد و کاهش نرخ خودکشی باشد. بی‌گمان، این رابطه، تنها، در شرایطی قابل درک است که با بالا رفتن سطح سواد، احتمال جذب کار و فعالیت‌های اقتصادی برای افراد جامعه افزایش یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه، مؤید افزایش قابل توجهی در میزان خودکشی‌ها در ایران طی دوران پس از شیوع کووید ۱۹ است. با تأمل در داده‌های به دست آمده از پزشکی قانونی و مصاحبه‌های صورت گرفته با بازماندگان، تصویر روشن‌تری از دموگرافی قربانیان و الگوهای خودکشی ارائه شده است. اساس این الگوی به دست آمده، افزایش در میان مردان، به ویژه در سنین سومین دهه‌ی زندگی و در میان افراد با سطح تحصیلات ابتدایی است. علاوه بر این مطالعه نقش معناداری برای تفاوت‌های جنسیتی در روش‌های خودکشی مشخص کرده است که این موضوع نشانگر نیاز به راهکارهای پیشگیرانه متمایز بر اساس جنسیت است. این یافته‌ها پشتیبان‌های علمی برای توسعه و اجرای برنامه‌های حمایتی روانی و اقتصادی انتقالی و هدفمند ارائه می‌دهد که می‌بایست برای کاهش این معضل به کار گرفته شوند. به منظور کاهش وقوع حوادث خودکشی، می‌توان تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی و بهبود دسترسی به خدمات بهداشت روانی را اقداماتی اولویت‌دار تلقی کرد.

کتابشناسی

۱. آقا بیگلویی، م؛ پژومند، م و توفیقی، ح (۱۳۸۹)، خودکشی در ایران، فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۲ (۳)، ۱۴۹-۱۵۸.
۲. اردبیلی، محمد علی (۱۳۸۶)، حقوق جزای عمومی، تهران، انتشارات میزان.
۳. تقوی، م (۱۳۳۹)، خودکشی، مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران، ۳ (۱)، ۱-۱۵.
۴. خلیلی، زهره (۱۳۹۲)، نظریه‌های روانشناسی اجتماعی، تهران، انتشارات آوای نور.
۵. ربانی، خ (۱۳۸۹)، جامعه‌شناسی انحرافات، تهران، آن.
۶. ستوده، ه (۱۳۹۵)، جامعه‌شناسی خودکشی، تهران، انتشارات آگه.
7. Alejos, M, Vázquez-Bourgon, J, Santurtún, M, Riancho, J, & Santurtún, A (2023), Do patients diagnosed with a neurological disease present increased risk of suicide? *Neurología (English Edition)*, 38(1), 41-46.
8. Borowsky, I. W, Resnick, M. D, Ireland, M, & Blum, R. W (1999), Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth: Risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(6), 573-580.
9. Brådvik, L (2018), Suicide risk and mental disorders. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 2028.
10. Dargahi, H & Shaham, G (2020), The neglected health of Iranian physicians during COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 20(1), 1-3.
11. Deshpande, C. G (2020), Suicide And Attempted Suicide. *Geerwanjyoti Prakashan*.
12. Daigle, M. S (2005), Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution: a critical review and synthesis. *Accident Analysis & Prevention*, 37(4), 625-632.
13. De Leo, D (2022), Late-life suicide in an aging world. *Nature aging*, 2(1), 7-12.
14. Emanuel, E.J (2016), Euthanasia and physician-assisted suicide: focus on the data. *Medical care research and review*, 73(1), 20-22.
15. Gearing, R. E & Lizardi, D (2009), Religion and suicide. *Journal of religion and health*, 48, 332-341.

16. Hjelmeland, H & Knizek, B. L (2017), Time to change direction in suicide research. *Suicidology Online*, 8.
17. Iozzino, L, Ferrari, C, Large, M, Nielssen, O & De Girolamo, G (2015), Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(6), e0128536.
18. Janca, E, Keen, C, Willoughby, M, Borschmann, R, Sutherland, G, Kwon, S & Kinner, S. A (2023), Sex differences in suicide, suicidal ideation, and self-harm after release from incarceration: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 58(3), 355-371.
19. Krysinska, K, Lester, D, De Leo, D, Korczak, D & Walter, G (2019), Gun laws and sudden death: Did the Australian firearms legislation of 1996 reduce firearm related deaths?. *World psychiatry*, 18(1), 35-39.
20. Mann, J. J, Apter, A, Bertolote, J, Beautrais, A, Currier, D., Haas, A & Mehlum, L (2005), Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.
21. Maris et al (2000), *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press: New York, NY.
22. Mehrdad, R (2009), Health system in Iran. *American Journal of Public Health*, 99(1), 15-20.
23. Mehrdad, R (2020), Health system in Iran. *The Lancet*, 395(10225), 737.
24. Nock et al (2008), Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
25. Nock, M. K, Borges, G, Bromet, E. J, Cha, C. B, Kessler, R. C & Lee, S (2008), Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133.
26. Orbell, J & Morikawa, T (2011), An evolutionary account of suicide attacks: The kamikaze case. *Political Psychology*, 32(2), 297-322.
27. Rothman, S & Sher, L (2021), Suicide prevention in the covid-19 era. *Preventive medicine*, 152, 106547.
28. Solano, P, Pizzorno, E, Pompili, M, Serafini, G & Amore, M (2018), Conceptualizations of suicide through time and socio-economic factors: A historical mini-review. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 75-86.
29. Wang, C, Tee, M, Roy, A. E, Fardin, M. A, Srichokchatchawan, W, Habib, H. A & Kuruchittham, V (2021), The impact of COVID-19 pandemic on physical and mental health of Asians: A study of seven middle-income countries in Asia. *PloS one*, 16(2), e0246824.
30. WHO, (2022) WHO coronavirus (COVID-19) dashboard for Iran. (<https://covid19.who.int/region/emro/country/ir>).

