رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

خودکشی در فرهنگ ایرانی : یک مطالعه ی مروری نظام مند

Suicide in Iranian culture: A systematic review study

دکتر فریبا زرانی
استادیار، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
زینب احمدی (نویسنده مسئول)
کاندیدای دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی،تهران، ایران.

چکیده

در حال حاضر یکی از اولویت‌های اصلی در روانشناسی، مفهوم‌سازی شیوه های اثرگذاری فرهنگ بر آسیب شناسی روانی است. این پژوهش با هدف بررسی خودکشی در جامعه‌ی ایرانی انجام گرفته و یک مطالعه‌ی مروری نظام‌مند است. نتایج این مطالعه براساس مقالات چاپ شده در فاصله‌ی زمانی ۱۳۸۲تا ۱۳۹۵، طی جست و جو در بانک‌های اطلاعاتی ایرانی و خارجی از جمله SID، Noormags، Springer، Google scholar و Science Direct و با استفاده از کلید واژه‌های خودکشی در ایران، شیوه و علل خودکشی میان خرده فرهنگ های ایرانی استخراج گردیدند. در نهایت ۲۵ مقاله مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که برخلاف آمارهای جهانی، اقدام به خودکشی در مردان ایرانی بیشتر است. هم‌چنین میزان شیوع، روش‌ها و علل خودکشی در خرده فرهنگ های ایرانی متفاوت است. به طور کلی می‌توان گفت که مطالعات محدودی در خصوص فرهنگ و آسیب شناسی روانی در کشور ما صورت گرفته است. با توجه به این‌که درک بافت فرهنگی برای ارزیابی، تشخیص و مدیریت بالینی موثر اختلالات ضروری است، امید است مقاله‌ی حاضر بتواند نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی را برجسته ساخته و زمینه‌ای برای مطالعات جامع فراهم سازد.

واژه های کلیدی: *فرهنگ، آسیب شناسی روانی، خودکشی.*

Fariba Zarani
Assistant professor, Department of Clinical and Health Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
Zeynab Ahmadi*
PhD Candidate of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
aylarakrami@yahoo.com

Abstract

Currently, one of the main priorities in psychology is to conceptualize the ways in which culture affects psychopathology. The aim of this study was to investigate a suicide in Iranian society and is a systematic review. The results of this study were based on articles published between 2003 and 2016, during a search in databases such as SID, Noormags, Springer, Google Scholar, Science Direct, and using the keywords suicide in Iran, the method and causes of suicide among Iranian subcultures. Finally, 25 articles were analyzed. The findings showed that, contrary to global statistics, suicide attempts are higher among Iranian men. Also, the prevalence, methods, and causes of suicide in Iranian subcultures are different. In general, it can be said that limited studies have been done on culture and psychopathology in our country. Given that understanding the cultural context is essential for effective evaluation, diagnosis, and clinical management of the disorders, it is hoped that this article can highlight the role of culture in psychopathology and provide a basis for comprehensive studies.

Keywords*: culture, psychopathology, suicide.*

نوع مقاله : مروری نظام مند | **دریافت : مهر ۱۳۹۹** | **پذیرش: آبان ۱۳۹۹** | **ویرایش نهایی : آذر ۱۴۰۰**

مقدمه

فرهنگ[1]به شیوه‌های مختلفی روی فرآیندهای روانشناختی اثرگذار است. به رغم تلاش‌های مکاتب اثبات‌گرایی[2]برای ترویج نگاه طبیعت‌گرایانه[3]در روانشناسی، در حال حاضر بیش از هر عصر دیگری به تفاوت های فرهنگی توجه شده و یکی از اولویت های اساسی در

1 .culture
2 .Positivism
3 .Naturalism

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

روانشناسی، مفهوم‌سازی شیوه‌های اثرگذاری فرهنگ بر ویژگی‌های روانشناختی است (فراهانی و خانی پور، ۱۳۹۷). کلینمن[۱] در سال ۱۹۷۷، سرآغاز دوران روانپزشکی میان فرهنگی نوین[۲] را به عنوان یک رویکرد تحقیقاتی میان رشته‌ای اعلام کرد که روش‌های انسان شناختی[۳] و مفهوم سازی[۴] را با رویکردهای سنتی روانشناسی و روانپزشکی تلفیق می‌کرد. چنین دیدگاهی، اهمیت مطالعه‌ی فرهنگ و آسیب شناسی[۵] را در ادراک دقیق نقش جهان اجتماعی در اختلالات روانی منعکس می‌کرد. از سوی دیگر تلاش‌های تحقیقاتی موازی در روانشناسی بین فرهنگی، شیوه‌هایی را که فرهنگ از طریق آن اختلالات و آشفتگی‌های روانشناختی را شکل می‌دهد، شناسایی و تبیین می‌نمود. در واقع به نظر می‌رسد که روانپزشکی فرهنگی برای پیشبرد درک کامل از آسیب‌شناسی روانی و مدیریت بیماران و خانواده‌ها توسط متخصصان و جامعه در طیف وسیع‌تر به وجود آمده است (کلینمن، اینزنبرگ و گود،[۶] ۱۹۷۸).

فرهنگ، مجموعه‌ای از روابط نمادین، باورها و معانی ناگفته‌هاست که بر گروهی از افراد حکم فرماست، رشته‌ای از جنبه‌های هیجانی و تصوری است که شیوه ی ارتباط افراد با یکدیگر و با محیط پیرامونی را تعیین می‌کند و نیز شامل عناصر مختلفی از جمله دین، باورها، شیوه‌های تعاملات روزمره، آداب، هنر و سبک های معماری می‌باشد (به نقل از فراهانی و خانی پور، ۱۳۹۷). نیروهای فرهنگی- اجتماعی نقش مهمی در سبب شناسی، ساختار و درمان اختلالات روانی ایفا می کنند. از لحاظ نظری، فرهنگ یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین-کننده‌ی تمامی رفتارها، چه بهنجار و چه نابهنجار است. در واقع فرهنگ بر مرز بین سلامت و ناهنجاری، تحمل علائم و رفتارهای خاص، آسیب‌پذیری و پای بندی به درمان اثرگذار است(جاکوب،[۷] ۲۰۱۴). فرهنگ بر این که چگونه افراد علائم خود را نشان می‌دهند، با مشکلات روانشناختی خود مقابله[۸] می‌کنند و حتی تمایل آن‌ها برای جستجوی درمان اثر می‌گذارد (سام و موریرا،[۹] ۲۰۰۲؛ به نقل از زرانی، بهزادپور و بابایی، ۱۳۹۶). در هر صورت با توجه به مطالب فوق، یک طبقه بندی جهان شمول از آسیب شناسی روانی نامحتمل به نظر می رسد. همان گونه که واترز[۱۰] (۲۰۱۰) نیز بیان کرده است که اختلالات روانی به شدت تحت نفوذ عناصر فرهنگی هستند و همگانی کردن تعاریف غربی از اختلالات روانی بیش از آن که سودمند باشد، غیرمفید و ناکارآمد بوده و منجر به ایجاد تعارض[۱۱] و چالش‌های فرهنگی در کشورهای در حال توسعه می‌شود.

با این حال رابطه‌ی فرهنگ و آسیب شناسی روانی ساده نبوده و اغلب غیرمستقیم و چندوجهی است (استرلزر،[۱۲] ۲۰۱۷). دانش ما به خاطر مطالعات اندکی که صورت گرفته است، محدود بوده و این مورد هم یکی از عوامل مخل در نظر گرفته می‌شود که مسئله را پیچیده می‌سازد. حتی مطالعات توصیفی و همه‌گیرشناسی[۱۳] نیز نسبتاً کمیاب هستند و در گذر زمان و در سایه‌ی تغییرات فرهنگی، به سرعت منسوخ می‌شوند. این مطالعات تنها موجب درک کلی و گسترده در این حیطه شده و ما را ترغیب می‌کنند که پایه‌ی علمی و حساسیت فرهنگی خود را افزایش دهیم. در این راستا مطالعه‌ی حاضر به بررسی خودکشی[۱۴] در فرهنگ ایرانی پرداخته است.

خودکشی در جوامع بشری از گذشته‌های دور تا دوران کنونی جزء مسائل سؤال‌برانگیز، پیچیده و متناقض نمای انسان‌ها بوده است. شواهد و قرائن بسیاری وجود دارد که حاکی از آن هستند مهم‌ترین و پایه‌ای‌ترین نیاز انسان، حفظ حیات و بقای آن است و این نیاز، اساس بسیاری از نظریات علمی را شکل می‌دهد (مانند نظریه ی داروین)[۱۵]. با وجود این، انسان آمادگی دارد تا حیات خویش را با دست خود به پایان برساند. عمل خودکشی با نیاز دوست داشتن خود تضاد آشکاری دارد (گلاسر و برگین،[۱۶] ۲۰۰۰) ، اعتقادات افراد و توصیه‌های مذهب را به چالش می‌کشد و ارزش‌های جامعه‌ی انسانی را در مورد معنای زندگی هم به صورت فردی و هم در بستر اجتماعی نقض می‌کند (به

1 .Kleinman
2 .new cross-cultural psychiatry
3 .anthropological
4 .conceptualization
5 .pathology
6. Eisenberg & Good
7 .Jacob
8 .cope
9 .Sam & Moreira
10 .Watters
11 .conflict
12 .Streltzer
13 .epidemiology
14 .sucide
15 .Darwin
16 .Glasser & Breggin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

نقل از ریاضی و نجفیان‌پور،۱۳۹۴). خودکشی، عملی آگاهانه و مرگبار است که توسط فرد و با آگاهی از چنین سرانجامی صورت می‌گیرد (سازمان جهانی بهداشت،[1] ۱۹۹۳). اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق نیز به این اشاره دارد که اقدام به خودکشی انجام گیرد ولی منجر به مرگ نشود و معمولاً افراد در پی جلب توجه دیگران به سمت خود هستند (به نقل از عزیزی و رحمتی،۱۳۹۳). اغلب اقدام کنندگان، زنان، جوانان (۲۴ ـ۴۴ ساله) و از طبقات پایین اجتماعی ـ اقتصادی‌اند، در مقابل کسانی که واقعاً خود را می‌کشند، اغلب مردان، مسن‌ترها (۵۵ ـ ۶۶ ساله) و از طبقات بالاتر اجتماعی ـ اقتصادی‌اند (به نقل از نورعلی وند و رمضانی،۱۳۹۴). خودکشی هفتمین عامل مرگ در مردان و چهاردهمین عامل مرگ در زنان محسوب شده و شایع‌ترین روش‌های خودکشی در مردان و زنان به ترتیب استفاده از اسلحه و مسمومیت است (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها،[2] ۲۰۱۳).

بروز خودکشی طی سال‌های اخیر روند فزاینده‌ای را به خود گرفته است که نه تنها موجب افزایش تنش و نگرانی در بین جوامع گردیده است، بلکه کل جهان را تحت تاثیر خود قرار داده است. این افزایش در آغاز هزاره‌ی سوم به حدی نگران کننده بوده که سازمان جهانی بهداشت و انجمن بین‌المللی پیشگیری از خودکشی،[3] روز دهم سپتامبر را به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام‌گذاری کرده است (معماری، رمیم، امیرمرادی، خسروی و گودرزی، ۱۳۸۵). میزان بروز خودکشی در کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد. آمار سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که در اکثر کشورهای اسکاندیناوی، اروپای غربی و شرقی، ژاپن، چین و استرالیا میزان خودکشی بیش از ۱۳ نفر در صدهزار نفر است. در آمریکای شمالی، نروژ، انگلستان، اسپانیا، ایتالیا و هند این میزان ۶/۵ تا ۱۳ نفر در هر صدهزار نفر است و در آمریکای لاتین، پرتغال، یونان، ایران، آذربایجان، ارمنستان، مصر و سوریه میزان خودکشی کمتر از ۶/۵ نفر در هر صدهزار نفر است (سازمان جهانی بهداشت،۲۰۱۴؛ به نقل از گنجی،۱۳۹۴). طبق فراتحلیل[4] انجام شده بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳، میزان بروز خودکشی در ایران ۸ درصد هزار نفر برآورد گردید (در مردان ۱۱/۱ درصدهزار مرد و در زنان ۷/۴ درصدهزار زن) (دلیری، بازیار، سایه میری، دل پیشه و سایه میری، ۱۳۹۵).

حاجبی، احمدزاده ـ اصل، داوودی و قیومی (۲۰۱۶) به مطالعه‌ی خودکشی‌های سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ در ایران پرداختند. نتایج نشان داد که میزان مرگ خودکشی در افراد مسن، بیوه، مطلقه و بیکار به مراتب بیشتر بوده است. به ترتیب حلق آویزی، مسمومیت داروئی و خودسوزی از شایع‌ترین روش‌های خودکشی بودند. هرچند روش غالب خودکشی در استان‌های کرمانشاه، لرستان و ایلام، خودسوزی بوده است (نورعلی وند و رمضانی، ۱۳۹۴). علاوه بر این، نتایج فراتحلیل مطالعات بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ نشان داده که بین بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق با مناطق اقلیمی کشور ارتباط معنی‌داری وجود دارد (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵).

مطالعات اندکی روی خودکشی کودکان در فرهنگ ایرانی انجام گرفته است، هر چند گزارش‌هایی مبنی بر خودکشی در کودکان زیر ۱۴ سال ایرانی در سال‌های اخیر وجود دارد (به نقل از حاجبی و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهشی که در سال ۲۰۰۵ میلادی با تهیه‌ی پرسش نامه هایی از ۱۵۶ دانش‌آموز ایرانی با میانگین سنی ۱۶/۵و ۱۶۷ دانش‌آموز سوئدی با میانگین سنی ۱۷ صورت گرفته است، حاکی از آن است که دانش‌آموزان سوئدی در مقایسه با دانش‌آموزان ایرانی، نگرش آزادی‌خواهانه‌تری نسبت به خودکشی داشته‌اند. با این وجود، هر دو گروه دانش آموزان ایرانی و سوئدی به این که افراد خودکشی کننده، بیمارروانی هستند و خودکشی می‌تواند راه‌حلی برای برخی مشکلات باشد، اعتقادی نداشتند (صدرالسعادت و شمس اسفندآباد، ۲۰۰۵).

در کل به نظر می رسد که شیوع، روش، عوامل خطر و به تبع آن مواجهه، کنترل و اداره‌ی خودکشی درنقاط مختلف، متفاوت است؛ چرا که این پدیده بازتاب تاریخچه‌ی فرهنگی، روانی و اقلیمی جامعه‌ای است که خودکشی در آن رخ می‌دهد (ناک، بورگز، برومت، چا، کسلر[5] و همکاران، ۲۰۰۸). هم‌چنین با توجه به نقش بافت فرهنگی در ارزیابی، تشخیص و مدیریت بالینی موثر اختلالات (انجمن روانپزشکی آمریکا،[6] ۲۰۱۳) و محدود بودن مطالعات فرهنگی در جامعه‌ی ایرانی، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی شیوع خودکشی، روش، علل و ارتباط آن با شرایط اقلیمی گوناگون کشور ایران انجام شده تا بتوان با مشخص کردن مناطق در معرض خطر بالاتر، پیش زمینه‌ای

1 .World Health Organization (WHO)
2 .Centers for Disease Control and Prevention (CDS)
3 .International Association Suicide Prevention
4 .meta- analysis
5.Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee
6 .American psychiatric Association (APA)

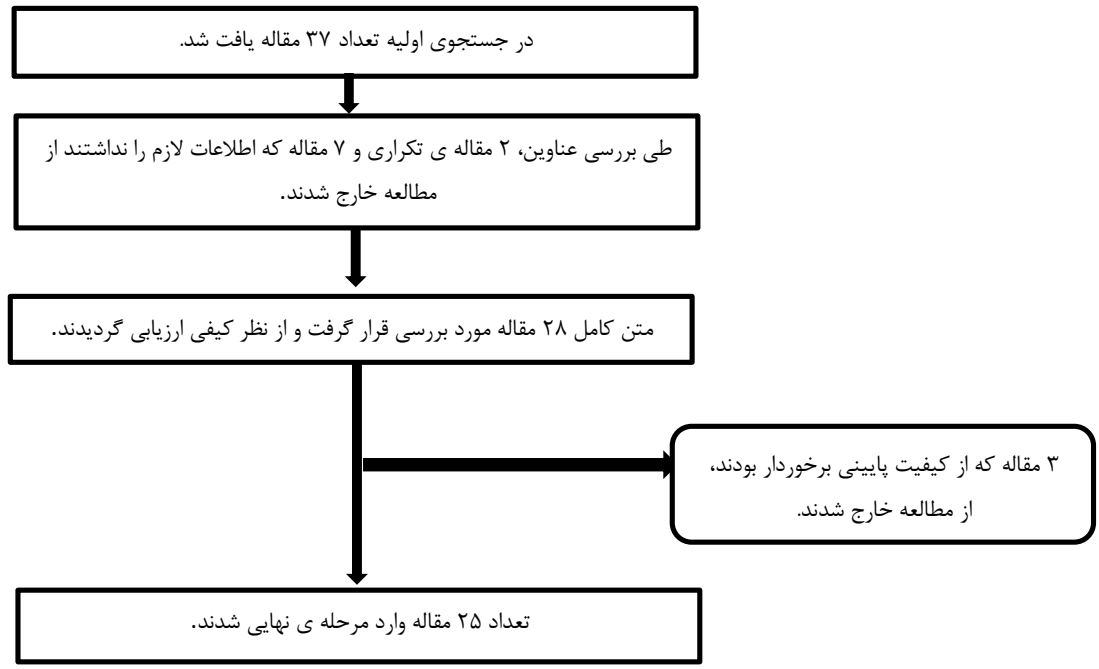
[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

برای انجام مطالعات جامع در سطح فرهنگی جهت بررسی ارتباط عوامل خطر با این اقدام فراهم نموده و در صورت امکان با انجام اقدامات مداخله‌ای مناسب از میزان بروز آن کاست.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی مروری نظام‌مند در خصوص خودکشی در فرهنگ ایرانی می باشد. نتایج این مطالعه براساس مقالات چاپ شده در مجلات کسب گردید. در این پژوهش کلیه‌ی مقالات انتشار یافته در فاصله‌ی زمانی ابتدای فروردین ۱۳۸۲ تا پایان اسفند ۱۳۹۵ طی جست‌وجو در بانک‌های اطلاعاتی ایرانی و خارجی از جمله SID، Noormags، Springer، Google Scholar و Science Direct انتخاب گردیدند. برای جست‌وجوی مقالات از کلید واژه‌های خودکشی و فرهنگ، خودکشی در ایران، خودکشی در اقوام ایرانی و شیوه و علل خودکشی میان خرده فرهنگ‌های ایرانی استفاده شد.

جست‌وجوی مقالات با یک استراتژی مشخص انجام شد. به این صورت که ابتدا تمام مقالاتی که در عنوان یا چکیده‌ی آن ها کلید واژه‌های ذکر شده یا مشابه یا مرتبط با موضوع موجود بودند، استخراج و وارد لیست اولیه گردیدند. در گام دوم، مطالعات تکراری و غیر مرتبط حذف گردیدند. در مرحله‌ی آخر نیز متن کامل مقالات بررسی و آن هایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، تفکیک و چک لیستی از اطلاعات مورد نیاز مطالعه تهیه شد.لازم به ذکر است تنها مقالاتی انتخاب شدند که مخصوصا از لحاظ روش شناسی، شرایط مناسبی را داشته اند. در نهایت تمامی یافته ها مورد تحلیل قرار گرفتند.



شکل ۱ نمودار چرخشی پریزما (جزئیات مراحل ورود و انتخاب مطالعات برای تحلیل)

یافته ها

نتایج حاکی از آن است که نرخ خودکشی در ایران نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتراست (عیسایی چشمه ماهی، ۱۳۸۹). بررسی روند خطی بروز خودکشی در کشور طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۳ نشان داد که در مجموع روند بروز خودکشی طی دهه‌ی قبل در کشور سیر نزولی داشته و میزان بروز آن طی سال‌های مذکور، ۸ درصد هزار نفر برآورد گردیده است

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

(دلیری و همکاران، ۱۳۹۵). بیشترین درصد از مجموع خودکشی‌های دهه‌ی ۸۰ در سطح کشور نیز به گروه سنی ۱۸ ـ ۲۴ و ۲۵ ـ ۳۴ سال تعلق داشته است (نورعلی وند و رمضانی، ۱۳۹۴).

در آمار کشور ما در سال‌های بین ۱۳۶۳تا ۱۳۷۲، سالانه حدود ۱۵۰۰ـ۲۷۰۰ مورد مرگ مشکوک به خودکشی در کودکان و نوجوانان ثبت شده که بیشترین میزان شیوع بین ۱۳تا ۱۷ سالگی بوده است. بین سال‌های ۱۳۷۱ـ ۱۳۸۰، کل موارد خودکشی کودکان و نوجوانان به حدود ۳۲۲۵ مورد رسیده است و شیوع جنسیتی آن به نسبت ۳/۷ پسر به یک دختر بوده و شایع‌ترین روش‌های خودکشی به ترتیب مسموم ساختن خود با داروها و سپس به دار آویختن، پریدن از ارتفاعات و به ندرت استفاده از اسلحه‌ی گرم بوده است (جلیلی،۱۳۸۲).

هم‌چنین نتایج حاکی از آن است که بین بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق با مناطق اقلیمی کشور رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشته که می‌تواند با عوامل جغرافیایی، تغییرات جوی مانند دما و رطوبت (لی، لین، تسای، لی، چن[1] و همکاران، ۲۰۰۶) و نیز عوامل فرهنگی، اقتصادی، روانی و اجتماعی در ارتباط باشد، به این صورت که منطقه‌ی اقلیمی۱ در معرض بالاتر خودکشی موفق قرار دارد، بالعکس منطقه‌ی اقلیمی۵ دارای کمترین میزان خودکشی موفق است. بیشترین میزان بروز اقدام به خودکشی مربوط به منطقه‌ی ۵ و کمترین میزان به منطقه‌ی۶ تعلق داشته است. به نظر می رسد که علاوه بر عوامل اقلیمی، ممکن است عوامل دیگری از جمله روش اقدام به خودکشی، دسترسی به خدمات درمانی و عوامل اقتصادی و اجتماعی نیز نقش داشته باشند (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵).

جدول ۱. میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق درمناطق اقلیمی کشور طی سال های ۱۳۹۳-۱۳۸۰

مناطق اقلیمی	میزان بروز اقدام به خودکشی	میزان بروز خودکشی موفق
منطقه‌ی۱ (ایلام،کرمانشاه، همدان، سنندج و لرستان)	۱۰۹/۲	۱۲/۹
منطقه‌ی۲ (آذربایجان غربی و شرقی، اردبیل، مرکزی، زنجان، قزوین و تهران)	۸۹/۳	۴
منطقه‌ی۳ (گیلان، مازندران و گلستان)	۷۱/۷	۵/۷
منطقه‌ی۴ (خراسان شمالی، رضوی و جنوبی، کرمان و سیستان و بلوچستان)	۵۹	۳/۶
منطقه‌ی۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم)	۱۱۴/۷	۲/۸
منطقه‌ی۶ (چهارمحال و بختیاری، کهکیلویه و بویر احمد و خوزستان)	۳۷	۴/۸
منطقه‌ی۷ (فارس، بوشهر و هرمزگان)	۵۳/۷	۴/۴

مطالعات در ایران نشان می‌دهند که میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی در زنان کمتر از مردان است (حاجبی و همکاران،۲۰۱۶؛ حاجبی، عباسی – قهرمانلو، هاشمیان، خطیبی، قاسم زاده و همکاران، ۲۰۱۷)، در صورتی که آمارهای جهانی حاکی از نرخ بالای اقدام به خودکشی و نرخ پایین مرگ ناشی از خودکشی در زنان است. البته نسبت جنسیتی در استان‌های کردستان و بوشهر معکوس بوده، به طوری که زنان ۲ برابر مردان خودکشی موفق می‌نمایند (دلیری و همکاران، ۱۳۹۵؛ شمس علیزاده، افخم زاده، محسن پور و صالحیان ، ۱۳۸۹). هم‌چنین آمارها حاکی از آن است که نسبت خودکشی زنان در استان ایلام و شیراز بیشتر از مردان است (نورعلی وند و رمضانی، ۱۳۹۴؛ میراحمدی‌زاده، رضایی، مختاری، غلام زاده و باصری، ۲۰۱۹). علاوه بر این، نتایج مطالعات حاکی از آن بود که شایع‌ترین روش خودکشی در آقایان به ترتیب حلق آویزی و مصرف سم و خودسوزی و سقوط بود؛ در صورتی که در جنس مونث شایع‌ترین روش‌های خودکشی، مصرف مواد شیمیایی (اعم از دارو و یا سموم صنعتی و کشاورزی) و خودسوزی بوده است (نورعلی وند و رمضانی، ۱۳۹۴).

1 .Lee, Lin, Tsai, Li, Chen & Huang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

نحوه‌ی اقدام به مسمومیت عمدی، با عوامل فرهنگی و بومی هر منطقه و نیز امکانات در دسترس از جمله سموم و داروهای موجود وابستگی زیادی دارد (ویلکینسون، تیلور و تمپلتون،[1] ۲۰۰۲). مطالعه‌ی روش‌های مسمومیت زای مورد استفاده در خودکشی ایرانیان تا سال ۱۳۹۱ نشان داد که بیشترین شیوع مسمومیت با دارو به ترتیب منتسب به استان‌های گلستان، اراک، خراسان رضوی و هرمزگان بوده است. شیوع روش مسمومیت با سم بسیار کم‌تر از مسمویت با داروها برآورد شده است. بیش‌ترین شیوع مسمومیت با سموم (آفت‌کش‌های کشاورزی و انواع حشره‌کش‌های خانگی) نیز به ترتیب در استان‌های ایلام، بوشهر و آذربایجان شرقی گزارش شده است. یکی از مهم‌ترین دلایل بالا بودن مسمومیت با سم در استان ایلام، در دسترس بودن سموم دفع آفات نباتی است (به نقل از بیدل، نظرزاده، ایوبی و سایه میری، ۱۳۹۲). حدود یک چهارم از افراد مرتکب مسمومیت عمدی به نحوی پیش از اقدام، دیگران را از تصمیم خود مطلع کرده بودند. این اطلاع رسانی از طریق ارتباط کلامی، گذاشتن یادداشت و در معرض نمایش قرار دادن بسته‌های مواد و دارو بوده است. برخی مطالعات خارجی، گذاشتن یادداشت را یکی از نشانه‌های جدی برای قصد خودکشی معرفی می‌کنند، ولی به نظر می‌رسد در ایران این کار بیشتر به منظور تحت تأثیر قرار دادن نزدیکان انجام می شود و تقریباً همه‌ی موارد با بهبودی کامل و بدون عارضه از بیمارستان مرخص شده بودند (آذین، شهیدزاده‌ی ماهانی، امیدواری، عبادی و منتظری ۱۳۸۷).

در ایران از ۳۹/۱ تا ۴۰ درصد از اقدام به خودکشی‌ها از طریق خودسوزی گزارش شده است (به نقل از بازیار، دل پیشه، سایه میری و اسماعیلی نسب، ۱۳۹۵). نتایج مطالعات بیانگر آن است که خودسوزی از روش‌های رایج در میان زنان استان ایلام به شمار می‌رود (نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۱). در ایران در سال ۱۳۸۱، هشت درصد خودکشی‌های منجر به مرگ با سلاح گرم انجام شده که خودکشی با اسلحه، ۱۸٪ مرگ‌های ناشی از سلاح گرم را به خود اختصاص داده است. بیشترین تعداد خودکشی‌ها با سلاح گرم در استان‌های کرمانشاه، تهران و لرستان و خراسان و سیستان و بلوچستان و کمترین تعداد در استان‌های زنجان و قم (صفر نفر) گزارش شده است (خادمی، مرادی و سلیمانی، ۱۳۸۳). در بیشتر کشورهای دنیا، خودکشی‌های ناشی از رانندگی گزارش شده که این روش درصد کمی از خودکشی‌ها را به خود اختصاص داده است. در ایران هر چند ممکن است خودکشی‌های ناشی از رانندگی رخ دهد ولی تاکنون موردی گزارش نشده است (پریدمور، وربانو، سیل[2] و احمدی، ۲۰۱۶).

در نهایت مهم‌ترین علل اجتماعی اقدام به خودکشی طی دو دهه ی اخیر به ترتیب مشکلات خانوادگی و زناشویی در افراد متاهل و نیز مشکلات اقتصادی و تحصیلی بیان شده اند. تحلیل زیرگروه مشکلات خانوادگی بر اساس نوع اقلیم نشان داد که در استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، لرستان و گیلان، فراوانی مشکلات خانوادگی به عنوان علت خودکشی بیش از سایر اقلیم‌های موجود در کشور بوده است. بالاترین فراوانی گزارش شده از مشکلات اقتصادی نیز از استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۸۱ و کمترین فراوانی از استان ایلام در سال ۱۳۷۶ بوده است. فراوانی مشکلات تحصیلی نیز در استان‌های البرز و خراسان جنوبی بیشتر از سایر استان‌ها بوده است (نظرزاده، بیدل، ایوبی، سوری و سایه میری، ۱۳۹۱). در مطالعه‌ای دیگر شایع‌ترین عوامل زمینه ساز خودکشی در ایران اختلالات روانی، مشکلات خانوادگی، سابقه‌ی اقدام به خودکشی، ناسازگاری با محیط، اعتیاد و مشکلات جسمانی ذکر شده است (عزیزی و رحمتی، ۱۳۹۳). هم چنین محققان دیگر به سه عامل مهم خودکشی در جامعه‌ی ایرانی اشاره کرده‌اند : ۱ـ خودسوزی زنان، نشانگر اعتراض آن‌ها به جامعه‌ی بسته و محدود است. ۲ـ خودکشی، نوعی واکنش به مسئله‌ی بحران هویت است. ۳ـ دوگانه‌ی والدین (مسئله‌ی اعتیاد و طلاق) از فاکتورهای تاثیرگذار است (حیدری، حق دوست و خانجانی، ۲۰۱۹).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی خودکشی میان فرهنگ ایرانی و دیگر فرهنگ ها و نیز بررسی شیوع، روش ها و علل خودکشی میان قومیت‌های مختلف ایرانی بود. در این راستا نتایج نشان داد که نرخ خودکشی در ایران نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتراست (عیسایی چشمه ماهی،۱۳۸۹). داستالینسکی[3](۲۰۰۰) نرخ‌های دیگرکشی و خودکشی ۸۶ کشور جهان را براساس اطلاعات کتاب سال جمعیت ملل مورد مطالعه قرار داده است. او معتقد بود که دقت ارقام ارائه شده متفاوت است، زیرا ممکن

1 . Wilkinson, Taylor & Templeton
2 .Pridmore, Varbanov & Sale
3.Stolincky

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

است در برخی کشورها، خانواده‌ها خودکشی را گزارش نکنند. هم چنین باید توجه داشت که در جامعه‌ی ایرانی، بررسی آمار خودکشی تحت تاثیر عواملی قرار دارد و لذا موجب سوگیری[1] در برآوردها می‌گردد. برای مثال اکثر مطالعات در خصوص اقدام به خودکشی، مبتنی بر داده‌های خودگزارش‌دهی هستند. هم‌چنین با توجه به عدم پوشش هزینه‌های مرتبط با مراقبت پزشکی در خودکشی توسط شرکت‌های بیمه، برچسب‌های اجتماعی و فرهنگی در خصوص خودکشی و نهایتاً محدودیت‌های داده‌های خودکشی در نواحی دور افتاده‌ی روستایی، باید در برآورد دقیق آمار خودکشی با احتیاط عمل نمود (کرموزیان و رستمی، ۲۰۱۸).

علاوه بر این مطالعات یافته ها حاکی از آن هستند که میزان اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از خودکشی در زنان کمتر از مردان است (حاجبی و همکاران،۲۰۱۶؛ حاجبی، عباسی – قهرمانلو، هاشمیان، خطیبی، قاسم زاده و همکاران ، ۲۰۱۷)، در صورتی که آمارهای جهانی حاکی از نرخ بالای اقدام به خودکشی و نرخ پایین مرگ ناشی از خودکشی در زنان است. در خصوص نرخ بالای اقدام به خودکشی در مردان ایرانی می توان به رویکرد جامعه شناسی هیجان[2] استناد کرد. این نظریه، احساس را امری فرهنگی و اجتماعی در نظر می‌گیرد، به این صورت که الگوهای فرهنگی بر مردم یک جامعه اثر گذاشته و افراد، آن دسته از احساسات را در خود می‌پرورانند که تصور می‌کنند باید در جامعه بروز دهند. لذا به نظر می‌رسد که ایدئولوژی های فرهنگی ایرانی مربوط به نقش جنسیتی مرد از جمله قوی بودن و تصورات قالبی جنسیتی در خصوص عاطفی بودن زنان، بر تجارب مردان تاثیر گذاشته و آن‌ها کمتر به ابراز مشکلات و هیجانات خود می‌پردازند. بنابراین در شرایط تنش زا، احتمال خودکشی در مردان افزایش می‌یابد (به نقل از اسماعیل ریاحی و محمودآبادی، ۱۳۹۷).

بررسی‌ها نشان داده است که یکی از علل خودکشی در کشورهای در حال توسعه، رویدادهای استرس آور اجتماعی است (ویجایاکومار، جان، پیرکیس و وایتفورد،[3] ۲۰۰۵). این رویدادهای اجتماعی با توجه به تنوع فرهنگی، می‌توانند از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشند (ویجایاکومار، ناگاراج،[4] پیرکیس و وایت فورد، ۲۰۰۵). مهم‌ترین علل اجتماعی اقدام به خودکشی در ایران مشکلات خانوادگی و زناشویی در افراد متاهل و نیز مشکلات اقتصادی و تحصیلی بودند (نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۱). در خصوص مشکل تحصیلی می‌توان گفت مسئله‌ی کنکور در ایران بسیار مهم قلمداد شده و استرس زیادی را به جوانان (۱۵ـ۲۴ساله) القا می‌کند و میزان بالای اقدام به خودکشی در ماه‌های خرداد و تیر را می‌توان به این پدیده نسبت داد (میراحمدی زاده و همکاران، ۲۰۱۹).

شواهد حاکی از آن است که مسمومیت، از روش‌های شایع خودکشی در فرهنگ ایرانی (به ویژه زنان) به شمار می‌رود و در این خصوص می توان به انبار داروها و در دسترس بودن آن‌ها اشاره کرد. در مطالعه‌ای در ترکیه طی سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹، نشان داده شده است که شایع ترین و معمول ترین روش خودکشی، مسمومیت با دارو بوده است (تورهان، اینانده‌ی، اصلان و زرن،[5] ۲۰۱۱). در سریلانکا قبل از ۱۹۶۰، حلق آویزکردن معمول ترین روش مورد استفاده برای خودکشی بوده ولی بعد از سال ۱۹۶۰، هفتاد درصد از خودکشی‌ها به علت مسمومیت بوده که این روند افزایشی، هم زمان با واردات روز افزون آفت کش‌ها و با به کارگیری سیاست‌های باز اقتصادی آن کشور همراه بوده است (ده سیلوا، سنانایبک، دیاس و هانولا،[6] ۲۰۱۲). در بریتانیا مسمومیت با دارو به عنوان شایع‌ترین روش خودکشی اعلام شده است. درآمریکا نیز شایع ترین روش خودکشی در زنان مصرف عمدی داروهای پزشکی است (به نقل از بیدل و همکاران، ۱۳۹۲).

عدم انبار داروها در خانه که در خانواده‌های ایرانی معمول است و نیز آموزش فرهنگ ارجاع داروهای اضافی و مصرف نشده به داروخانه یا مراکز مسئول ممکن است در کاهش مسمومیت عمدی و غیرعمدی موثر واقع شود. از طرف دیگر وضع قوانین سخت گیرانه برای تجویز دارو توسط پزشکان (خصوصا پزشکان عمومی) و هم‌چنین قانون گذاری‌هایی برای اعمال محدودیت‌های سنی برای دریافت داروهای پرخطر توسط نوجوانان ممکن است در کاهش دسترسی افراد به داروها موثر باشد. البته به نظر می‌رسد مسمومیت و به ویژه مسمومیت عمدی در کشور بیشتر یک معضل زندگی شهر نشینی باشد، البته این یافته نباید این گونه تفسیر شود که مسئله‌ی خودکشی در جوامع روستایی مشکل شایعی نیست و لذا احتمال عدم مراجعه‌ی برخی موارد مسمومیت در روستاها به مراکز درمانی شهری نیز باید مدنظر باشد (همان).

1 .bias
2 .sociology of emotion
3. Vijayakumar, John, Pirkis & Whiteford
4.Nagaraj
5. Torhan, Inandi , Aslan & Zeren
6 .de Silva, Senanayake, Dias & Hanwella

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

استفاده از آتش برای خودکشی نیز یکی از خشن‌ترین و مرگبارترین روش‌های مورد استفاده است که دارای اهمیت فرهنگی قوی در کشورهای مختلف است (به نقل از عزیزی و رحمتی، ۱۳۹۳). در ایران از ۳۹/۱ تا ۴۰ درصد از اقدام به خودکشی‌ها از طریق خودسوزی گزارش شده است (به نقل از بازیار و همکاران، ۱۳۹۵). نتایج مطالعات بیانگر آن است که خودسوزی از روش‌های رایج در میان زنان بی سواد و کم سواد استان ایلام به شمار می‌رود (نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۱). اکثر جامعه‌شناسان معتقدند یکی از دلایل خودسوزی، عدم آگاهی ازخطرات و رنج و سختی درمان‌های بعد از بهبودی بوده و افراد به دلیل عدم توانایی در حل مسئله، سعی در پاک کردن آن با استفاده از خودسوزی می‌کنند. طبق آمار رسمی جهانی، خودسوزی در جوامع غربی، آمریکا و کشورهای اروپایی جزء روش‌های غیرمعمول خودکشی محسوب می‌شود (بازیار و همکاران، ۱۳۹۵). دیگر مطالعات همه‌گیرشناختی نشان داده‌اند که خودسوزی در برخی از فرهنگ‌های خاورمیانه و آسیا و آفریقا بیشترین شیوع را دارد، به طوری که ۲۰ تا ۴۰ درصد خودکشی‌ها در هند و خانم‌های مهاجر هندی از طریق خودسوزی است (مباروک، محمود عمر، مسعود[1] و همکاران، ۱۹۹۹؛ ضرغامی و خلیلیان، ۱۳۸۱). در مطالعه‌ای در ایتالیا نیز نشان داده شد که اختلاف جنسی در اقدام کنندگان به خودسوزی وجود ندارد (کاستلانی، بجینی، باریسونی و ماریگو،[2] ۱۹۹۵). در مطالعات دیگری در برلین و هونک کونگ خودسوزی در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. در حقیقت به نظر می‌رسد که در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته، خودسوزی در زنان بیشتر است (راتشیلد، راتشن و اشنایدر،[3] ۲۰۰۱؛ هو و ییننگ،[4] ۲۰۰۱).

در ایران درصد کمی از خودکشی‌های منجر به مرگ با سلاح گرم انجام شده است (خادمی و همکاران، ۱۳۸۳). مطالعه‌ی جامعی توسط کروگ، پاول و دوهلبرگ[5](۱۹۹۸) به منظور بررسی مرگ‌های ناشی از سلاح گرم در ۳۶ کشور انجام شده است. نتایج نشان داد که بالاترین نرخ خودکشی‌ها به کشورهای آمریکا، فنلاند، سوئیس و فرانسه و پایین‌ترین نرخ به کشورهای کره‌ی جنوبی، ژاپن، کویت و هنگ کنگ تعلق داشت. با توجه به این نتایج گمان می‌رود محدودیت‌های قانونی در استفاده از اسلحه در کشورهای مختلف اثر معنی داری برروی استفاده از سلاح گرم برای خودکشی دارد. هم‌چنین بسیاری از محققین معتقدند که با در دسترس بودن اسلحه، دیگرکشی و خودکشی با آن نیز افزایش می‌یابد. استان‌های خراسان و سیستان و بلوچستان تا حد زیادی تحت تاثیر وضعیت نابسامان قاچاق اسلحه از کشورهای افغانستان و پاکستان قرار گرفته‌اند. از طرف دیگر استان‌های آذربایجان غربی، کرمانشاه، ایلام، لرستان و خوزستان نیز تحت تاثیر اوضاع نابسامان عراق و اثرات به جامانده از جنگ تحمیلی هستند و با مشکل اسلحه‌های موجود در بین مردم مواجه‌اند. لذا تاثیر این مسائل بر افزایش خودکشی‌های ناشی از سلاح گرم انکار ناپذیر است.

نکته‌ی قابل توجه دیگر این است که بخش عمده‌ی خودکشی‌های با اسلحه در کشور مربوط به سربازان وظیفه است. به نظر می‌رسد وجود اسلحه و دسترسی به آن در اماکن نظامی، اقدام به خودکشی را برای این افراد تسهیل کرده است و لذا نیروهای مسلح کشور باید درخصوص در دسترس قرار دادن اسلحه به سربازان وظیفه در زمان صلح، با دقت و نظارت بیشتری عمل کنند. هم‌چنین توجه به مسائلی از قبیل قرار ندادن افراد دارای مشکلات حاد روانشناختی، خانوادگی و هیجانی در پست‌های نگهبانی، توزیع سربازان از لحاظ ساختار شخصیتی، آستانه‌ی مقاومت و سطح تحمل‌پذیری در هر یک از نیروها و محل‌های خدمت و نیز آموزش‌های لازم در خصوص نحوه‌ی به کارگیری اسلحه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (خادمی، مرادی و سلیمانی، ۱۳۸۳).

در بیشتر کشورهای دنیا، خودکشی‌های ناشی از رانندگی گزارش شده که این روش درصد کمی از خودکشی‌ها را به خود اختصاص داده است. در ایران هر چند ممکن است خودکشی‌های ناشی از رانندگی رخ دهد ولی تاکنون موردی گزارش نشده است. با توجه به این که ایران بالاترین نرخ مرگ جاده‌ای (ناشی از تصادفات جاده‌ای) را در دنیا دارد، به نظر می‌رسد جنبه‌ی انگ[6]داشتن خودکشی در ایران نقش مهمی را ایفا می‌کند (پریدمور و همکاران، ۲۰۱۶).

در نهایت نتایج مطالعات گوناگون حاکی از نرخ بالای خودکشی زنان و جوانان در دهه‌های گذشته در غرب کشور بوده است. گونه‌ی غالب خودکشی در لرستان و مناطق لک نشین (کرمانشاه و ایلام و همدان) به نوع قدرگرایی[7]دورکیم[8]نزدیک‌تر است. به نظر می‌رسد

1 .Mobaruk, Mahmod Omar & Massoud
2.Castellani, Beghini, Barisoni & Migo
3 .Rothschild, Raatschen & Schneider
4 .Ho & Ying
5.Kruge, Powell & Dohlberg
6 .stigma
7.Fatalistic
8.Durkheim

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

همزیستی ارزش‌ها و هنجارهای[1] سنتی و مدرن در کنار هم، خانواده‌های روستایی را به کانونی از اختلاف، درگیری و خشونت تبدیل کرده است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۸). در تبیین خودکشی‌های مناطق مذکور باید به مسئله‌ی ضعف و بی قدرتی فرد منتحر در برابر هنجارهای مسلط و پایین بودن سطوح توسعه یافتگی (اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و بهداشتی) جامعه اشاره کرد. به این صورت که وضعیت پایین زنان متاهل در موقعیت نابرابر قدرت نسبت به مردان ـ همانند گروه بردگانی که دورکیم بدان اشاره می‌کند ـ زنان را برای تغییر شرایط متمایل به خودکشی کرده است. هم چنین موقعیت جوانان در ارتباط با شرایط زندگی نامناسب و فقر اقتصادی ـ فرهنگی و بی توجهی پدر برای تامین نیازهای زندگی، سرنوشت آنان را به گروه بردگان پیوند می‌دهد. به عبارتی واقعیات اجتماعی جوامع مورد نظر، نشان دهنده‌ی احساس بی قدرتی اجتماعی جوانان نسبت به گروه پدران، در زمینه‌ی دستیابی به امکانات و شرایط زندگی مناسب و دلخواه خود است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۹). لذا خودکشی در این گروه‌ها عملی است برای رهایی و اعتراض به باورهای سنتی (از جمله ازدواج‌های تحمیلی و خشونت‌های مرتبط با مسائل ناموسی) که مولد انگ‌های اجتماعی بوده و قربانیان خودکشی (زنان و جوانان) به دلیل پوچی و احساس بی قدرتی و ضعف در برابر شرایط تحمیل شده‌ی اجتماع (ارزش‌ها و هنجارهای سنتی)، به این رفتار پرخطر متوسل شده‌اند (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۸). هم‌چنین خودکشی انعکاسی از مسائل بیرونی جامعه از قبیل فقر، پایین بودن سطوح توسعه یافتگی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که بیکاری، نابرابری و اعتیاد را برای این مناطق به ارمغان آورده است (جمشیدی‌ها و قلی پور، ۱۳۸۹؛ عنبری و بهرامی، ۱۳۸۹). علاوه بر این، در جوامع مذکور زنان و جوانان در مقام آماج اصلی خودکشی، بیش از هر عاملی متاثر از خشونت‌های خانگی بوده‌اند. در حقیقت وقوع جنگ تحمیلی موجب خشونت و افسردگی در نسل کنونی شده که نتیجه‌ی آن خشونت‌های خانگی علیه زنان و خودسوزی زنان بوده است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۹).

نهایتا یک عامل تاثیرگذار دیگر در این فرهنگ ها، انگ‌ها و برچسب‌های اجتماعی است. در فرهنگ عامیانه‌ی لرستان، مفهوم خاصی معادل عیب جویی از دیگران به نام «Nam O Nasagh[2]» وجود دارد. این واژه معادل «نام و نقص» فارسی است اما در زبان عامیانه، جای حروف جابه جا شده و به معنی برچسب زنی است (برچسب نقص و عیب به افراد). برای مثال انگ‌های اجتماعی از قبیل خانواده‌ی نابهنجار (منظور خانواده ای است که دارای برخی ویژگی ها از جمله وجود اختلاف و درگیری، دزدی، بزهکاری و ... است)، کمیته‌ای (کمیته ای کنایه از کمیته ی امداد است)، شیره‌ای (انگ شیره ای به افراد معتاد زده می شود و بار منفی بسیارزیادی برای افراد دارد) و خانواده‌ی لچر (لچر در فرهنگ منطقه به معنی لجبازی، دعوا و خشونت زیاد در خانواده است) سبب افزایش اختلافات و خشونت‌ها در این افراد و گروه‌ها و طرد شدن آن‌ها از صفحه‌ی اجتماع گردیده است (عنبری و بهرامی، ۱۳۸۸).

در این مطالعه به بررسی خودکشی در جمعیت ایرانی پرداخته شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر چند میزان خودکشی در ایران نسبت به جوامع غربی کمتر است ولی بررسی آمار خودکشی تحت تاثیر عوامل فرهنگی قرار دارد و بهتر است در برآورد دقیق آمار خودکشی با احتیاط عمل نمود. یک یافته‌ی قابل توجه دیگر این بود که برخلاف آمارهای جهانی، اقدام به خودکشی در مردان ایرانی بیشتر است. در واقع به نظر می‌رسد که باورهای خاص فرهنگی مرتبط با قوی بودن مردان و عاطفی بودن زنان، بر تجارب مردان تاثیر گذاشته و آن‌ها را سوق می‌دهد که کمتر به ابراز مشکلات و هیجانات خود بپردازند. بنابراین در شرایط تنش زا و با توجه به عدم برخورداری از خدمات مناسب روانشناختی، احتمال اقدام به خودکشی در مردان ایرانی افزایش می‌یابد. هم‌چنین یکی از مهم‌ترین علل اجتماعی اقدام به خودکشی در ایران، مسئله‌ی کنکور است و در این خصوص می‌توان به اهمیت بالای کنکور در میان خانواده‌های ایرانی اشاره کرد. این دانش آموزان با بحران نوجوانی روبه‌رو بوده و فاقد مهارت‌های حل مسئله هستند. از طرف دیگر در خصوص تحصیل نیز فشار مضاعفی را از سوی خانواده و جامعه درک کرده و در صورت ناکامی به استفاده از روش‌های خشونت آمیز علیه خود از جمله خودکشی روی می‌آورند.

استفاده از آتش برای خودکشی یکی از خشن‌ترین روش‌های مورد استفاده در میان زنان ایرانی (ایلام) بوده که دارای اهمیت فرهنگی قوی است. از طرفی نیز محدودیت‌های قانونی در استفاده از اسلحه، اثر معنی داری برروی کاهش استفاده از سلاح گرم برای خودکشی در فرهنگ ایرانی دارد. یافته‌ی قابل توجه دیگر این است که خودکشی زنان و جوانان در دهه‌های گذشته در غرب کشور افزایش یافته است. به نظر می‌رسد که همزیستی ارزش‌ها و هنجارهای سنتی و مدرن در کنار هم، خانواده‌های روستایی را به کانونی از اختلاف، درگیری و

1.norms

۲ . اصطلاح محلی «نام نقص» به معنی برچسب ها و فحش های عیب جویانه ای است که در محیط خانواده و یا حتی بین اقوام نزدیک به کار گرفته می شود و فرد با شنیدن این گونه القاب و صفت های زشت، درصدد انتقال از طرف مقابل یا کشتن خود برمی آید.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

خشونت تبدیل کرده است. در نهایت یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان شیوع، روش‌ها و علل خودکشی در خرده فرهنگ های ایرانی متفاوت است.

به طور کلی می‌توان گفت که مطالعات محدودی در خصوص فرهنگ و آسیب شناسی روانی در کشور ما صورت گرفته است. با توجه به این‌که درک بافت فرهنگی برای ارزیابی، تشخیص و مدیریت بالینی موثر مسائل و مشکلات ضروری است، امید است این مقاله بتواند نقش فرهنگ را برجسته ساخته و پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات جامعی در خصوص فرهنگ و آسیب شناسی روانی صورت گیرد. هم‌چنین توصیه می‌شود که در مطالعات آینده از روش های کیفی نیز استفاده شود تا بهتر بتوان به شناسایی همبسته های فرهنگی پرداخت.

منابع

آذین، س.ع.؛ شهیدزاده ماهانی، ع.؛ امیدواری، س.؛ عبادی،م. و منتظری، ع. (۱۳۸۷). سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین: قسمت اول. *فصلنامه‌ی پایش*، ۷ (۲) ، ۱۰۶ ـ ۹۷.

اسماعیل ریاحی،م. و محمودآبادی، ز. (۱۳۹۷). تبیین جامعه شناختی اثر نقش های جنسیتی بر افسردگی با تاکید بر مفهوم خودخاموشی. *جامعه شناسی کاربردی*، ۲۹(۱)، ۱۲۹-۱۴۶.

بازیار، ج.؛ دل پیشه، ع.؛ سایه میری، ک. و اسماعیل نسب، ن. (۱۳۹۵). اپیدمیولوژی خودسوزی در استان ایلام در سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۴(۵) ، ۱۱۷ ـ ۱۰۹.

بیدل، ز.؛ نظرزاده، م.؛ ایوبی، ع. و سایه میری،ک. (۱۳۹۲). برآورد شیوع مهم ترین روش‌های مسمویت زای مورد استفاده در خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز. *کومش*، ۳ (۴۷)، ۲۶۵ ـ ۲۵۷.

جلیلی، ب. (۱۳۸۲). خودکشی اورژانس ترین، اورژانس روانپزشکی اطفال. *فصلنامه‌ی علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲(۷) ، ۱۲۹ ـ ۱۱۹.

جمشیدی‌ها، غ. و قلی پور، س. (۱۳۸۹). مدرنیته و خودکشی زنان و دخترانِ لک. *مجله‌ی بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۱).

خادمی، ع.؛ مرادی، س. و سلیمانی، ق. (۱۳۸۳). بررسی تحلیلی خودکشی با سلاح گرم در ایران. *مجله‌ی علمی پزشکی قانونی*، ۱(۳۴) ، ۸۷ ـ ۸۰.

دلیری، س.؛ بازیار، ج.؛ سایه میری، ک.؛ دل پیشه، ع. و سایه میری، ف. (۱۳۹۵). بررسی میزان بروز اقدام به خودکشی و خودکشی موفق بر حسب اقلیمهای هفت‌گانه ایران طی سال‌های ۱۳۹۳ـ۱۳۸۰: یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۱، ۱۵ ـ ۱.

دلیری، س. ؛ بازیار، ج. ؛ سایه میری، ک. ؛ دل پیشه، ع. و سایه میری، ف. (۱۳۹۵). میزان بروز خودکشی در ایران طی سال‌های۱۳۹۳ ـ ۱۳۸۰ یک مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد* ،۲۴(۹)، ۷۶۸ ـ ۷۵۷.

ریاضی، س. ا. ؛ بانودخت نجفیان پور، ب. (۱۳۹۴). مقایسهٔ عوامل مؤثر فرهنگی ـ اجتماعی و روانشناختی در خودکشی زنان ایران و تاجیکستان. *فصلنامه‌ی تحقیقات فرهنگی ایران*، ۸ (۴) ، ۱۶۷ـ ۱۴۳.

زرانی، ف.، بهزادپور، س. و بابایی، ز. (۱۳۹۶). تحلیلی بر نقش فرهنگ در آسیب شناسی روانی. *رویش روانشناسی*، ۱(۶)، ۱۹۱-۲۲۴.

شمس علیزاده، ن.؛ افخم زاده، ع.؛ محسن پور ، ب. و صالحیان، ب. (۱۳۸۹). اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط به آن در استان کردستان. *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۵، ۸۶ ـ ۷۹.

ضرغامی، م. و خلیلیان،ع. (۱۳۸۱). اختلالات جسمی و روانی در خودسوزی‌های استان مازندران. *مجله‌ی پژوهشی حکیم*، ۵(۴) ،۲۷۲ ـ ۲۶۳.

عزیزی، م. و رحمتی، ر. (۱۳۹۳). مروری بر خودکشی و علل آن. *مجله‌ی دانشکده‌ی پیراپزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۹(۲)، ۴۰ ـ ۳۷.

عنبری، م. و بهرامی، ا. (۱۳۸۹). بررسی آثار فقر و خشونت بر میزان خودکشی در ایران مورد مطالعه: روستاهای شهرستان پلدختر. *مجله‌ی بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲) ، ۲۹ ـ ۱.

عنبری، م. و بهرامی، ا. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط باورهای فرهنگی با خودکشی(مورد مطالعه: شهرستان‌های کوهدشت و پلدختر). *فصلنامه‌ی مطالعات امنیت اجتماعی*، ۱۵۴ ـ ۱۲۱.

عیسایی چشمه ماهی، م. (۱۳۸۹). بررسی دیدگاه‌ها و عوامل موثر بر خودکشی. *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، ۴۱۹ ـ ۴۰۹.

فراهانی، م. ن. و خانی پور، ح. (۱۳۹۷). تأثیر فرهنگ بر تجربه ی عواطف، استرس، صفات شخصیت و سلامت روان: یافته های حاصل از مطالعات بین فرهنگی. *فصلنامه‌ی پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۲(۳)، ص ۱۸-۱.

گنجی، م. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی،۵- DSM (جلد اول)*. تهران: ساوالان.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

معماری، ا. ؛ رمیم، ط. ؛ امیر مرادی، ف. ؛ خسروی، خ. و گودرزی، ز. (۱۳۸۵). علل اقدام به خودکشی در زنان متاهل. *مجله‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۲(۱) ، ۵۳ ـ ۴۷.

نظرزاده، م.؛ بیدل، ز.؛ ایوبی، ع.؛ سوری، ح. و سایه میری،ک. (۱۳۹۱). تعیین عوامل مرتبط با انگیزه اقدام به خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز. *مجله‌ی پژوهشی حکیم*، ۱۵(۴) ، ۳۶۳ ـ ۳۵۲.

نورعلی وند، ع. و رمضانی، ا. (۱۳۹۴). بررسی مطالعات خودکشی در ایران و مقایسه ی آن ها با خودکشی در شهرستان دره شهر. *فرهنگ ایلام*، ۱۶(۴۹-۴۸)، ۱۳۱ ـ ۱۰۴.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), fifth ed* . Washington, DC and London: American Psychiatric.

Castellani , G., Beghini, D., Barisoni, D. & Marigo, M. (1995). Suicide attempted by burning: a 10 - year study of self - immolation deats. *Burns*, 21, 607 - 9.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *Web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS)* [Online]. (2013, 2011) National Center for Injury Prevention and Control: CDC (producer). http://www.cdc.gov/injury/wisqars/ index.html. Accessed 11 Oct 2017.

de Silva, V.A., Senanayake, S.M., Dias, P. & Hanwella, R. (2012). From pesticides to medicinal drugs: time series analyses of methods of self-harm in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*, 90, 40-46.

Glasser, W. & Breggin, P. (2000). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: Harpar Collins.

Hajebi, A., Abbasi - Ghahramanloo, A., Hashemian, S.S., Khatibi, S.R., Ghasemzade, M. & khodadost, M. (2017). Risk - Taking Behaviors and Subgrouping of Suicide in Iran: A Latent Class Analysis of National Registries Data. *Psychiatry Research*.

Hajebi, A., Ahmadzad - Asl, M., Davoudi, F., & Ghayyomi.R. (2016). Trend of Suicide in Iran During 2009 to 2012: Epidemiological Evidences from National Suicide Registration. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 10(4), 1 - 9.

Heidari, M., Haghdoost, A. & Khanjani, N. (2019). Call for new stories: Exploring the etiology of suicide in Iran (Causal layered analysis). *Med J Islam Repub Iran*, 33(138), 1 - 8.

Ho, W.S. & Ying, S.Y. (2001).Suicidal burns in Hong Kong Chinese. *Burns*, 27, 125-7.

Jacob, K.S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient–physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 89-91.

Karamouzian, M. & Rostami, M. (2018). Suicide Statistics in Iran: Let's Get Specific. *American Journal of Men's Health*, 13(1), 1– 2.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann. Intern. Med*, 88, 251-58.

Kruge , E.G., Powell ,K.E. & Dohlberg, L.L. (1998). Firearm – related deaths in the United States and 35 other high - and upper middle income countries. *International Journal of Epidemiology*, 27, 214 - 21.

Lee, H.C., Lin, H.C., Tsai , S.Y., Li, C .Y., Chen, C.C. & Huang , C.C. (2006). Suicide rates and the association with climate: A population - based study. *Journal of Affective Disorders*, 92, 221 - 6.

Mirahmadizadeh, A., Rezaei, F., Mokhtari, A. M., Gholamzadeh, S. & Baseri, A. (2019). Epidemiology of suicide attempts and deaths: a populationbased study in Fars, Iran (2011–16). *Journal of Public Health*, 42(1), 1 -11.

Mobaruk, A.R., Mahmod Omar, A.N., Massoud, K. et al. (1999).Suicide by burns a tragic end. *Burns*, 25(4), 337-9.

Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavio. *Epidemiol Rev*, 30, 133 - 54.

Pridmore, S., Varbanov, S., Sale, I. & Ahmadi, J. (2016). Does Driver Suicide Occur in Iran?. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, In Press, 1 - 3.

Rothschild, M.A., Raatschen, H.J. & Schneider, V. (2001). Suicide by self-immolation in Berline from 1990 to 2000. *Forensic Sci Int*, 124, 163-6.

Sadr Alsadat, S.J. & Shams Esfandabad, H. (2005). A COMPARATIVE STUDY OF THE ATTITUDES TOWARDS SUICIDE AMONG SWEDISH AND PERSIAN HIGH SCHOOL STUDENTS .*Psychological Research*, 8(1 - 2), 84 - 94.

Stolincky, D.C. (2000). American: the most violent nation? .*Medical Sentinel*, 5(6), 199- 201.

Streltzer, G. (2017). *Culture and Psychopathology: A Guide to Clinical Assessment (second edition)*: Routledge.

Turhan, E., Inandi ,T., Aslan, M. & Zeren ,C. (2011). Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences*, 16, 347 - 52.

Vijayakumar, L., John, S., Pirkis , J. & Whiteford ,H. (2005). Suicide in developing countries (2): risk factors. *Crisis*, 26(3), 112 - 9.

Vijayakumar, L., Nagaraj, K., Pirkis, J. & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries (1): frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*, 26(3), 104 - 11.

Waters, E. (2010). Die. Amerikanisierung von psychischen Erkrankungen. *Familiendynamik*, 35(3), 230- 238.

Wilkinson, S., Taylor, G. & Templeton, L. (2002). Admissions to hospital for deliberate self-harm in England 1995- 2000: an analysis of Hospital Episode Statiscs. *Journal of Public Health Medicine*, 24, 179-83.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]

World Health Organization. (193). *Guideline for the primary of mental, neurological and psychological disorders*. Geneva: World Health Organization, 37-56.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.1.7]