روند خودكشي و اقدام به خودكشي در استان ايلام:

فرخلقا جمشيدزاده*، دكتر حسن رفيعي**، دكتر تقي ياسمي***،
سيدعليسينا رحيمي****، دكتر كمال اعظم*****

در سال هاي پس از جنگ، خودكشي از مهم ترين مشكلات بهداشتي منطقة ايلام بوده كه توجه محققان و مسئولان بهداشتي منطقه و كشور را به خود جلب كرده است . اين پژوهش به منظور بررسي روند تغييرات اين مشكل در يك دورة هشت سال ه انجام گرفته است . جامعة آماري تحقيق، كلّية موارد ثبت شدة خودكشي و اقدام به خودكشي در سال هاي 1373 تا 1380 در استان ايلام بوده است . براي تشخيص روند و تشكيل معادلة خط پيش‌بيني از تحليل سري هاي زماني استفاده شده است . نتايج تحقيق حاكي از وجود دو روند افزايش ي متفاوت براي خودكشي

* كارشناس ارشد پيشگيري از آسيب‌هاي اجتماعي
** روان‌پزشك، عضو هيات علمي دانشگاه علوم بهزيستي و توان‌بخشي <rafieyah@yahoo.com>
*** روان‌پزشك، عضو هيات علمي دانشگاه علوم پزشكي شهيدبهشتي
**** كارشناس روان‌شناسي باليني
***** متخصص متدولوژي و آمارشناس، عضو هيات علمي دانشگاه علوم پزشكي تهران

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

و اقدام به خودكشي در سال هاي مزبور در ايلام است. ميزان اقدام به خودكشي همواره بيش از ميزان خودكشي بوده است . گرچه ميزان‌هاي خودكشي و اقدام به آن در زنان بيشتر از مردان بوده، ولي خودكشي مردان نيز روندي افزايشي داشته است . ميزان خودكشي در روستائيان و ميزان اقدام به خودكشي در شهرنشينان بيش تر بوده است . ميزان خودكشي و اقدام به آن در اكثر سال‌هاي دورة مزبور در افراد مجرد بيش‌تر از متأهل بوده است. همچنين ميزان‌هاي مزبور در دو گروه شغلي بيكار و خانه‌دار، گروه سني 15 تا 19 ساله و نيز در افراد بي‌سواد، بيشتر از گروه هاي ديگر است. ميانگين سني خودكشي 26/67 و ميانگين سني اقدام به خودكشي 24/22 سال بوده است . بيشترين ميزان خودكشي به ترتيب در ماه هاي ارديبهشت، شهريور و مرداد و بيشترين ميزان اقدام به خودكشي به ترتيب در ماه هاي مرداد، تير و خرداد بوده است. خودسوزي شايع‌ترين روش خودكشي، و خوردن قرص و سم شايع ترين روش اقدام به خودكشي بوده است. بيشترين ميزان خودكشي در شهرستان هاي درّه‌شهر و آب دانان و كم ترين آن ها در شهرستان‌هاي دهلران و ايلام بوده است . همچنين بيشترين ميزان اقدام به خودكشي در شهرستان‌هاي ايوان و دره شهر و كم ترين آن ها در شهرستان‌هاي دهلران و مهران بوده است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

کلید واژه ها: اقدام به خودکشي، ایلام، خودکشي

مقدمه

خودکشي یکي از معضلات مهم در بهداشت رواني عمومي است. خودکشي پدیده اي راکد نیست و ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد.

اصطلاح خودکشي (suicide) اول بار ظاهراً در نیمة اول قرن 17 به کار رفته است . در اواخر قرن 19 مطالعة نوین خودکشي را امیل دورکیم در جامعه‌شناسي و زیگموندفروید در روان شناسي شروع کرده اند. براساس گزارش هاي رسمي سازمان جهاني بهداشت در سال 1996، هر ساله حداقل 500 هزار نفر در جهان از طریق خودکشي به زندگي خود پایان مي‌دهند. این در حالي است که برآورد واقعي خودکشي 1/2 میلیون نفر است (Roy, 2000). همچنین تخمین زده مي‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشي 8 تا 10 برابر خودکشي‌هاي موفق است و احتمالاً هیچ کشوري وجود ندارد که آمارها ي داخلي قابل اعتمادي دربارة تعداد موارد اقدام به خودکشي داشته باشد (مورون، 1365).

مقایسة بین المللي خودکشي از آن رو مشکل است که در فرهنگ هاي مختلف معاني و تعاریف متفاوتي براي خودکشي وجود دارد و نحوة ثبت مرگ نیز

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

بسيار متفاوت است (Kolmos & Bach, 1987). طبق گزارش‌هاي رسيده به سازمان ملل متحد، ميزان خودكشي در جهان از مقادير بيش تر از 25 در صدهزار در كشورهاي اسكانديناوي، سوئيس، آلمان، استراليا، اروپاي شرقي (اصطلاحاً كمربند خودكشي) و ژاپن، تا مقادير كم تر از 10 در صد هزار در اسپانيا، ايتاليا، ايرلند، مصر، و هلند، فرق مي كند (سادوك و سادوك، 1382: 74).

باتوجه به اين كه آمارهاي منتشر شدة خودكشي دلالت بر شيوع بالا در برخي از مناطق غربي كشور دارد، به نظر مي رسد اساساً دو الگوي خودكشي در ايران وجود داشته باشد : الگوي زمينه كه ميزان بروز كم‌تري دارد؛ و الگوي همه گير (اپيدميك) كه ميزان بروز آن بالا است . در الگوي زمينه اي بيشتر، مردان و در الگوي همه‌گير بيشتر، زنان كه عمدتاً از طريق خودسوزي خودكشي مي كنند، قرار دارند (ياسمي و همكاران، 1381). در اين باره الگوي مشابهي در كشور كانادا گزارش شده است. به اين صورت كه در جمعيت عموم ي ميزان بروز 14 تا 77 در صدهزار ولي در ميان بوميان و گروه هاي خاص 241 تا 267 در صدهزار بوده است (راس و ديويس، 1986 به نقل از ياسمي، 1381).

در سال 1370، 73 مورد و در 1371، 93 مورد خودكشي در استان مازندران ثبت شده است . شيوع

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

خودكشي در سال 70 حدود 1/9 و در سال 71 به ميزان 2/3 در صدهزار نفر جمعيت بوده است . در 1370 ميانگين سن مردان خودكشي كننده، 33/2 سال و ميانگين سن زنان خودكشي‌كننده 26/8 سال و در سال 1371 به ترتيب 36/5 سال در مردان و 28/5 سال در زنان بوده است. نسبت شهري به روستايي در 1370، 1 به 1/4 و در سال 71، 1 به 2/11 بوده است . بيشترين روش خودكشي در هر دو سال خودسوزي، و خوردن سم، ترياك و دارو بوده است (احمدي، 1373).

خودكشي در شهر كرمان در مقايسه با جمعيت عمومي، بيشتر در افراد جوان اتفاق افتاده است و در زنان 1/5 برابر مردان بوده است ($p<0/0001$). بيكاري و سطح پايين تحصيلات از عوامل مرتبط با اين قضيه به شمار مي رود. شايع‌ترين روش خودكشي مسموميت به خصوص با دارو، از جمله با ديازپام است. بيشترين موارد اقدام به خودكشي در اسفندماه (12/3 درصد) و كم‌ترين آن‌ها در آذرماه (3/2 درصد) رخ داده است. تحليل آماري نشان داد كه تفاوت معني داري بين موارد اقدام به خودكشي در فصل‌هاي مختلف وجود دارد و كم‌ترين موارد و در عين حال مرگ آورترين موارد در پاييز رخ داده است. از مجموع 561 مورد اقدام به خودكشي، 518 مورد (92/3 درصد) بهبود كامل يافتند، 30 نفر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

(5/3 درصد) فوت شده اند، و در 13 مورد (2/3 درصد) نيز اقدام به اين عمل باعث به جا ماندن عارضه در بيمار شده است (ياسمي و صانعي، 1372).

در پژوهش ديگري در شهر كرمان بيش ترين موارد خودكشي در گروه سني جوانان بوده است كه با پژوهش قبلي نيز همخواني دارد. در اين تحقيق از تعداد 62 مورد خودكشي، 43 مورد (69/4 درصد) مرد و 19 مورد (30/6 درصد) زن بودند. ميانگين سني براي مرد و زن 3±26/7 بوده است: ميانگين سني براي مردان 14±27/4 با حداقل سني 12 و حداكثر 85 سال، و ميانگين سني براي زنان 11±25/1 با حداقل سني 14 و حداكثر 55 سال بوده است. نزديك به نيمي از خودكشي كنندگان شغل دائم داشته اند (46/38 درصد) و 25 درصد نيز بي كار بوده اند؛ كه در مقايسه با وضعيت بي كاري سال 1370، يعني 6/52 درصد در جمعيت عمومي اين ميزان در افراد خودكشي‌كننده بالاتر بوده است. در 25 خودكشي در شهرستان كرمان 7 نفر آن ها (28 درصد) اعتياد داشته اند كه همه مرد بوده اند. از نظر روش اقدام نيز، در 62 مورد خودكشي انجام شده در اين استان، مسموميت، حلق آويز كردن و خودسوزي به ترتيب بالاترين شيوع را داشته اند. بيشترين موارد خودكشي در فصول گرم سال بوده است. تحليل محتواي نظرات بستگان افراد خودكشي‌كننده در باب علل اين

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

رفتار چنين است: در 15 مورد (60 درصد)، مشکلات زندگي اعم از خانوادگي، اجتماعي، و تحصيلي، در 3 مورد (12 درصد) به طور خاص فقر، در 2 مورد (8 درصد) بي‌کاري و در 8 مورد (32 درصد) نيز ابتلاء به بيماري اعصاب (ياسمي و همکاران، 1381).

در فاصلة سال هاي 1352 تا 1363 جمعاً 122 نفر در استان اصفهان بر اثر خودکشي فوت شدند. بررسي آمارها نشان داد که 78 درصد کل افراد، مرد و 22 درصد آنان زن بوده اند. بيشترين ميزان خودکشي زنان در گروه سني 11ـ19 سال و در مردان در گروه سني 20ـ28 سال اتفاق افتاده است. شايع‌ترين روش خودکشي در اصفهان حلق آويز کردن و روش هاي بعدي خوردن سموم نباتي، خوردن ترياک، کاربرد اسلحة گرم، خوردن مواد شيميايي، و سقوط از ارتفاع است (حسن‌زاده، 1363).

بررسي 200 مورد اقدام به خودکشي در اصفهان نشان داد که 66 درصد آن ها زن و 34 درصد مرد بوده‌اند. تمام اين 200 نفر از راه مسموميت (با قرص، سموم، ترياک و ...) دست به خودکشي زدند. بيشترين سنّ اقدام به خودکشي در هر دو جنس 15ـ24 سال، در زنان 17ـ18 سال، و در مردان 23ـ24 سال بوده است. بالاترين درصد علت خودکشي در اصفهان به ترتيب ازدواج تحميلي (40 درصد)، اختلاف با خانوادة همسر (15/5 درصد)، افسردگي (15/5 درصد)،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

تحصيل (1/5 درصد)، بي كاري (3/5 درصد) مشكلات مالي (2/5 درصد)، جلب توجه (2 درصد) و ساير علل 4/5 درصد بوده است (حسن‌زاده، 1363).

خودكشي از معضلات اساسي عصر حاضر شناخته شده و به‌عنوان يك مشكل عمدة بهداشتي مطرح است (Roy, 2000). تغيير ساختاري و جوان تر شدن افرادي كه اقدام به خودكشي مي‌كنند نيز بر مشكلات افزوده است. در اين شرايط نه تنها جامعه نيروهاي مولّد خود را از دست مي دهد، بلكه بايد به دليل بيماري‌ها، معلوليت‌ها، و آسيب‌هاي رواني ـ اجتماعي ناشي از اين معضل، هزينه هاي نگه‌داري و ارائة مراقبت‌هاي خاص را براي سال‌هاي طولاني بپذيرد. از سوي ديگر خودكشي به سلامت روان اعضاي خانوادة قربانيان آسيب مي زند، تأثيرات منفي بر زندگي اجتماعي به جاي مي گذارد، و احتمال وقوع آن را در محيط خانواده و اجتماع افزايش مي‌دهد (سازمان ملل؛ 1996 به نقل از سازمان بهزيستي كشور 1375). با وجود اين، خودكشي يك معضل رواني و اجتماعي پيش‌گيري‌شونده است. به‌نظر مي‌رسد كه اولين گام در برنامه‌ريزي اجتماعي براي پيش گيري از آن، شناسايي كامل پديده از جمله از طريق مطالعة روند تغييرات آن در طي زمان است . با چنين مطالعه‌اي مي‌توان فرضيه هايي دربارة عوامل مرتبط با تغييرات مزبور مطرح كرد و آزمود.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

در استان ايلام، تحقيقاتي در زمينة سبب شناسي اجتماعي خودكشي، (محسني، 1372)، نگرش مردم ايلام به خودكشي (احمديزاده، 1373)، درمان و شيوه هاي مقابله در افراد اقدامكننده به خودكشي (باپيري، 1376؛ كيخاوني، 1375)، و بررسي رابطة بين ويژگيهاي شخصيتي، رويدادهاي فشارزاي زندگي و شيوه هاي مقابله در افراد اقدام كننده به خودكشي (محمديان، 1378) صورت گرفته است كه تمامي آن ها در يك مقطع زماني به بررسي اين پديده پرداخته و فرضيه هايي را به محك گذاشته اند. در حال حاضر به دليل نبود يك روند محسوس رو به كاهش در خودكشي، اهميت پرداختن به آن و بررسي هاي بيشتر به اميد تدوين برنامه هاي پيش گيري و مداخله اي كاملاً محسوس است. در اين مقاله ضمن توصيف ويژگي هاي حاكم بر پديدة خودكشي در استان ايلام، سعي ميشود كه پاره اي نارسايي ها و نواقص احتمالي آمارهاي قبلي رفع يا حداقل تعديل شود . علاوه بر اين، آمارهاي فعلي به طور كلي به مقايسة ارقام خام خودكشي در بين گروه هاي مختلف مثلاً افراد بي كار، شاغل، زن، مرد، روستايي و شهري و ... پرداخته اند؛ در حالي كه مي بايست يك شا خص استاندارد مانند نسبت خودكشي در صدهزار نفر، به طور جداگانه براي هريك از آن ها محاسبه و مقايسه شود. اطلاعاتي كه از طريق سالنامة آماري كشور

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

انتشار يافته حاكي از آن است كه در سال 1360 جمعاً در مناطق شهري 156 مورد فوت به علت خودكشي روي داده است و از سال 1361 تا پايان سال 1370 تعداد موارد خودكشي به طور نسبي افزايش ناگهاني و چشم گيري داشته است، به طوري كه از 200 مورد به 641 مورد رسيده است و بالاترين ميزان خودكشي در سال هاي 61 تا 63 مربوط به گروه سني 15ـ24 سال بوده است (محسني، 1372).

شيوع روزافزون اين معضل در ا كثر نقاط ايران مشاهده مي‌شود. در استان ايلام نيز شيوع خودكشي روند فزاينده اي دارد؛ به طوري كه از ميزان 2 مورد در 100 هزار نفر در سال 1368، به 63 مورد در 100 هزار نفر در سال 1373، و به 69 مورد در 100 هزار در 1379 رسيده است (بهزيستي استان ايلام، منتشر نشده). روند رو به رشد اين آمار، روشهاي خشن استفاده شده براي خودكشي، و افزايش ميزان خودكشي در بين زنان اين مشكل را بغرنج تر كرده است.

1) روش مطالعه

اين پژوهش از نوع بررسي هاي توصيفي ـ تحليلي است. جامعة آماري اين تحقيق تمامي موارد ثبت شده خودكشي و اقدام به خودكشي طي سال هاي 1373 تا1380 در استان ايلام است و نمونه گيري صورت

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

نگرفته است. داده‌ها از طريق ثبت وقايع جاري جمع‌آوري شده اند و مجموع كل افراد بررسي شده 2518 نفر بوده اند.

جمع‌آوري داده هاي پژوهش براساس مطالعة پرونده‌هاي خودكشي و اقدام به خودكشي صورت گرفته است. هنگام ارجاع فرد اقدام‌كننده به خودكشي به بيمارستان، يك پرسش نامة اطلاعات فردي براي او تكميل و بر اساس آن پرونده اي تشكيل مي‌شود. در صورت عدم ارجاع فرد به بيمارستان و اعلام خودكشي فرد از طرف بستگان و ساير افراد، مشخصات او را دستگاه قضايي يا پزشكي قانوني ثبت مي‌كند. از آن‌جا كه اقدام به خودكشي معمولاً نياز به درمان، اجازة دفن و ... دارد، احتمال اين كه براي افرادي پرونده تشكيل نشده باشد، خيلي كم است.

درتحليلِ داده هاي تحقيق براي فراهم سازي امكان مقايسه، فراواني خودكشي و اقدام به خودكشي به نسبت «خودكشي در صد هزار نفر» تبديل شده و مقايسه‌ها براساس آن به عمل آمده است . براي تشخيص روند حاكم بر ميزان خودكشي در استان ايلام و همچنين معادلة خط پيش‌بيني تحليل سري‌هاي زماني استفاده شده است. براي تعيين ميزان صحت (accuracy) پيش‌بيني‌هاي مدل سري هاي زماني و مقايسه $MAD = \frac{1}{n}\sum_{t=1}^{n}\left|X_t - \hat{X}_t\right|$ ميانگين قدر مطلق انحرافات (MAD) و ميانگين قدر

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

مطلق درصد خطا (MAPE) استفاده شده كه از طريق فرمول‌هاي زير محاسبه مي‌شوند:

$$MAPE = \frac{1}{n}\sum_{t=1}^{n}\left|\frac{X_t - \hat{X}_t}{X_t}\right| \times 100$$

در اين فرمول ها اندازة پيش‌بيني شده براي هر زمان $\hat{X}_t$ و اندازة واقعي براي آن زمان X_t است. براي مجموعة داده ها بهترين معادلة پيش بيني كه داراي كم‌ترين MAD و MAPE و بيش‌ترين همبستگي بين نمرات واقعي X_t و پيش‌بيني شدة $\hat{X}_t$ است، انتخاب و منحني آن رسم شد.

2) يافته‌ها

ميزان خودكشي در آغاز دورة تحت بررسي بسيار بالا است (20/49 نفر در صدهزار نفر) ولي پس از آن به مدت دو سال كاهش مي‌يابد. در سال 75 به 8/81 نفر در صدهزار نفر رسيده است كه كم‌ترين ميزان در كل دورة مذكور است. اين روند تا سال 78 دو بار افزايش و مجدداً در سال 78 به نطقة اوج خود يعني

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

19/28 در صدهزار نفر مي رسد. سپس شاه د کاهش تدريجي ميزان خودکشي هستيم.

اقدام به خودکشي، روندي متفاوت را طي کرده است: در سال‌هاي 74 تا 76 و نيز 78 تا 80 روندي فزاينده دارد که در نقطة اوج خود يعني سال 79 به 56/66 نفر در صدهزار نفر مي رسد. در کل دورة تحت بررسي ميزان اقدام به خودکشي بيش تر از خودکشي بوده است.

ميزان خودکشي در زنان هميشه بيش تر از مردان بوده است، ولي اين اختلاف در اواخر دوره کم تر شده است که نشان دهندة افزايش ميزان خودکشي در بين مردان است . بيش‌ترين ميزان خودکشي در بين زنان، در سال 1374 (32/40 نفر در صدهزار نفر) و در بين مردان، در سا ل 78 (14/40 نفر در صدهزار نفر) رخ داده است. همچنين زنان بيش‌تر از مردان اقدام به خودکشي کرده‌اند.

نمودار 1

با توجه به معادلة خط پيش بيني و نمودار آن، براي پيش‌بيني ميزان خودکشي در هر سال مي توان تفاضل آن از 72 (سال صفر روند) را به جاي X در معادله قرار داد و ميزان احتمالي خودکشي را برآورد کرد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

روند اقدام به خودكشي در هر دو گروه در حال افزايش است كه در بين مردان از 23/75 نفر در صدهزار نفر در آغاز دوره به 49/26 نفر در صدهزار نفر در انتهاي دوره رسيده است و در بين زنان نيز از 37/21 نفر در صدهزار نفر به 62/01 نفر در صدهزار نفر افزايش داشته است . به جز سال‌هاي 75 و 79 در بقية دوره تحت بررسي ميزان خودكشي روستائيان بيشتر از افراد شهري است؛

در مقابل، ميزان اقدام به خودكشي در همة سال‌ها به جز 77 و 78 در افراد شهري بيش تر از افراد روستائي است . كم‌ترين ميزان در افرا د روستائي، 5/7 نفر در صدهزار نفر (سال 76) و در افراد شهري 15/89 نفر در صدهزار نفر (سال 76) بوده است . همچنين بيش ترين ميزان در بين روستائيان 50/14 نفر در صدهزار نفر (سال 78) و در افراد شهري 71/46 نفر در صدهزار نفر (سال 79) بوده است.

جدول 1:توزيع پراكنش ميزان خودكشي در استان ايلام طي سال‌هاي 73ـ80
به تفكيك محل سكونت براساس نتيجة خودكشي

نتيجه	سال / سكونت	73	74	75	76	77	78	79	80	مجموع
موفق	روستا	59	27	19	6	47	47	35	47	287
	شهر	35	25	24	5	33	53	52	36	263

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

	مجموع	94	52	43	11	80	100	87	83	550
نامـوفـق	روستا	54	56	75	13	114	114	81	103	610
	شهر	88	64	117	43	140	125	219	196	992
	مجموع	142	120	192	56	254	239	300	299	1602

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

نمودار 2

رابطه محل سكونت و سال خودكشي و اقدام به خودكشي

500

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

ميزان خودکشي در افراد مجرد بيش تر از افراد متأهل است. هر دو گروه در سال 1373 بيشترين و در سال 1375 کم‌ترين ميزان خودکشي را داشته اند. ميزان اقدام به خودکشي نيز در افراد مجرد همواره بيشتر از افراد متأهل مي باشد و بيش‌ترين آن با 82/29 نفر در صدهزار نفر در سال 79 و کم‌ترين آن با 46/08 نفر در صدهزار در سال 74 نفر بوده است. افراد متأهل نيز در س ال 76 بيشترين ميزان اقدام به خودکشي (68/87 نفر در صدهزار نفر) و در سال 74 کم‌ترين آن (25/26 نفر در صدهزار نفر) را داشته‌اند.

ميزان خودکشي در دو گروه افراد خانه دار و بي‌کار نشان مي دهد در نيمة اول دورة تحت بررسي يعني سال هاي 73 تا 77 افراد خانه دار و در سال‌هاي 78 تا 80 افراد بي‌کار بيشترين خودکشي را داشته‌اند. به عبارت ديگر در سال 77 روند خودکشي در زنان خانه دار به تدريج کاهش و در افراد بي‌کار به ناگاه افزايش چشم‌گيري يافته است.

ميزان اقدام به خودکشي نيز مثل ميزان خودکشي در افراد بي کار و خانه دار بيش تر از ساير گروه‌هاي شغلي بوده است . روند اقدام به خودکشي در افراد بي کار در حال افزايش است و شدت اين افزايش طي سال هاي 78 تا 79 بسيار زياد بوده است، ولي در زنان خانه دار طي سال هاي 77 تا 79

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

كاهش تدريجي داشته است . نكتة مهم نزديك بودن اقدام به خودكشي در سال هاي آغازين اين دوره و سپس فاصله گرفتن گروه هاي بي‌كار و خانه دار از ساير گروه هاست.

ميزان خودكشي در افراد بي‌سواد از سال 74 تا سال 79 در حال افزايش بوده و پس از آن كاهش تدريجي داشته است و از سال 75 به بعد هميشه بيشتر از افراد باسواد بوده است. بيشترين ميزان خودكشي در افراد بي‌سواد مربوط به سال 79 با رقم 31/94 نفر در صدهزار نفر و در افراد باسواد مربوط به سال 78 با رقم 20/50 نفر در صدهزار نفر است.

در افراد بي سواد، سال 74 با 3/22 نفر در صدهزار نفر و در افراد باسواد سال 75 با 11/4 نفر در صدهزار نفر كم ترين ميزا ن خودكشي را دربرداشته است. برخلاف خودكشي، اقدام به خودكشي در افراد باسواد بيشتر است.

نمودار 3 و 4

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

جدول 2:توزيع پراكنش ميزان خودكشي در استان ايلام طي سال‌هاي 73ـ 80 به تفكيك وضعيت اشتغال، براساس نتيجة خودكشي

نتيجه	سال / اشتغال	73	74	75	76	77	78	79	80	مجموع
موفق	محصّل	18	14	7	17	11	24	14	17	122
	خانه‌دار	47	30	24	34	51	30	30	26	272
	شاغل	10	4	3	8	8	13	10	9	65
	بي‌كار	9	3	3	4	6	18	27	24	94
	مجموع	84	51	37	63	76	85	81	76	553
ناموفق	محصّل	43	44	43	72	63	59	82	83	489
	خانه‌دار	50	31	71	103	113	87	77	86	618
	شاغل	18	19	31	31	31	23	36	19	208
	بي‌كار	11	6	14	31	30	38	80	88	298
	مجموع	122	100	159	237	237	207	275	276	1613

اقدام به خودكشي در افراد بي سواد از سال 78 رو به كاهش بوده، در حالي كه در همين دوره در افراد باسواد افزايش محسوسي را نشان مي‌دهد.

ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در افراد 15 تا 29 ساله بيشتر از ساير سنين است. ميانگين سن خودكشي 26/67 سال و ميانگين سن اقدام به خودكشي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

24/22 سال است. ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در افراد 15 تا 29 ساله بيشتر از ساير سنين است. ميانگين سن خودكشي 26/67 سال و ميانگين سن اقدام به خودكشي 24/22 سال است. ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در افراد 15 تا 29 ساله بيشتر از ساير سنين است. ميانگين سن خودكشي 26/67 سال و ميانگين سن اقدام به خودكشي24/22 سال است.

جدول 3: توزيع پراكنش ميزان خودكشي در استان ايلام طي سال‌هاي 73ـ80 به تفكيك وضعيت سواد، بر اساس نتيجة خودكشي

نتيجه	سال / وضع سواد	73	74	75	76	77	78	79	80	مجموع
موفق	بي‌سواد	16	3	8	24	27	28	28	21	155
	باسواد	61	37	29	42	42	65	59	61	396
	مجموع	77	40	37	66	69	93	87	82	551
ناموفق	بي‌سواد	17	14	22	52	44	48	38	24	259
	باسواد	111	98	164	191	200	179	261	273	1477
	مجموع	128	112	186	243	244	227	299	297	1736

رابطه سواد و سال خودكشي و اقدام به خودكشي

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

همچنين در فاصله سال هاي 77ـ80 در شهرستان هاي آبدانان، دهلران، مهران، و ايلام با كاهش ميزان خودكشي روبه‌رو هستيم، ولي در شهرستان‌هاي دره‌شهر و ايوان شاهد افزايش ميزان خودكشي بوده‌ايم.

شايع‌ترين روش خودكشي در بين افراد، خودسوزي با نفت است و پس از آن خوردن سم، دار زدن خود، خوردن قرص، استفاده از ساير روش ها، و استفاده از گلوله قرار دارند. خوردن قرص و سم بيش ترين روش اقدام به خودكشي است و پس از آن خودسوزي با نفت، ساير روش‌ها، دار زدن، و استفاده از گلوله و چاقو قرار دارد.

شرايط نامناسب زندگي و بيماري رواني به ترتيب با 37/1 درصد و 21/3 درصد شايع‌ترين علل اظهارشدة خودكشي هستند. فقر و شرايط بد اقتصادي، و تهمت ناموسي نيز با 4/3 درصد شيوع، علل اظهار شدة بعدي خودكشي اند. تهمت ناموسي و اختلاف زناشويي به عنوان علت اظهارشده روند كاهشي داشته اند، ولي فقر و شرايط بد اقتصادي و اعتياد روند افزايشي داشته اند.

درخصوص اقدام به خودكشي نيز شرايط نامناسب زندگي با 38/6 درصد و بيماري رواني با 26 درصد بيشترين علت اظهار شده بوده اند. پس از آن فقر و شرايط بد اقتصادي و شكست تحصيلي قرار دارند. در ماه‌هاي ارديبهشت، شهريور، مرداد، و مهر به

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

ترتيب شاهد بيشترين وقوع خودكشي هستيم. همين‌طور بيشترين موارد اقدام به خودكشي به ترتيب در ماه‌هاي مرداد، تير، خرداد، و ارديبهشت رخ داده‌اند. روند خودكشي در ارديبهشت ماه، افزايشي، و در تيرماه و دي ماه كاهشي است. درخصوص اقدام به خودكشي نيز روند اقدام در فروردين و خرداد، افزايشي و در مردادماه، كاهشي بوده است.

3) بحث

خودكشي در همة سال‌ها به جز سال 75 روند افزايشي تدريجي داشته است. اقدام به خودكشي نيز داراي روند افزايشي است و همواره ميزان اقدام به خودكشي بيشتر از خودكشي است. به نظر مي‌رسد بخشي از دلايل روند افزايشي خودكشي در سال 75 و پس از آن نسبت به سال 74 و قبل از آن، ايجاد نظام نسبتاً قابل قبولي براي گردآوري اطلاعات پس از اجراي طرح پيشگيري از خودكشي در استان باشد.

درصد خودكشي در زنان همواره بيش تر از مردان بوده است. با اين حال روند خودكشي مردان نيز افزايشي است. اين در حالي است كه اكثر مطالعات مشابه، خودكشي در مردان را بيش از زنان و اقدام به خودكشي را در زنان بيش از مردان گزارش

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

كرده اند (روي، 2000؛ خان و همكاران، 1996؛ نيك قوام، 1376؛ ياسمي، 1372).

بيشتر بودن ميزان خودكشي در بين افراد روستايي در مقايسه با افراد ساكن شهر، برخلاف نتايج مطالعات كولموس و باخ (1987) است. به نظر مي‌رسد الگوي خودكشي در مناطق شهري و روستايي ايران با كشورهاي ديگر تفاوت دارد. در كشورهاي صنعتي، مردمِ جوامع روستايي، كم‌تر از مردم جوامع شهري خودكشي مي‌كنند. نتايج مطالعة احمدي (1373) در مازندران نيز همسو با مطالعة حاضر است.

ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در بين افراد مجرد بيشتر از افراد متأهل است. ياسمي و صانعي (1372) و فرجي هرسيني (1377) نيز در مطالعة خويش بيشتر بودن ميزان اقدام به خودكشي را بين افراد مجرد نسبت به افراد متأهل گزارش كرده اند. ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در بين افراد خانه دار و افراد بي‌كار در مقايسه با ساير گروه هاي شغلي بيشتر است. مطالعة نيك قوام (1376) بيشتر بودن خودكشي در بين زنان خانه دار و مطالعة ياسمي و صانعي (1372)، و اختري فسدوز (1376) نيز بيش‌تر بودن خودكشي در بين افراد بي كار را نشان داده اند.

يافته‌هاي مطالعه نشان مي دهد ميزان خودكشي در بين افراد بي سواد بيشتر از اف راد باسواد است.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

در بررسي اختري فروز (1376) و نيز ياسمي و همكاران (1381) نيز بيشتر بودن خودكشي در بين افراد بي‌سواد يا داراي تحصيلات پايين نشان داده شده است. اين در حالي است كه اقدام به خودكشي برخلاف خودكشي در باسوادان بيشتر است، يعني باسوادان احتمالاً بيش از بي سوادان، اقدام به خودكشي براي حل مشكلات خود به كار مي‌گيرند.

ميزان خودكشي و اقدام به خودكشي در بين دو گروه سني 15 تا 19 سال و 20 تا 24 سال بيشترين ميزان را به خود اختصاص داده است . باتوجه به ميانگين سن خودكشي 26/27 سال و ميانگين اقدام به خودكشي 42/22 سال در اين مطالعه مي توان رابطه معني‌داري ميان متغير خودكشي و اقدام به خودكشي با سن تصور كرد . مطالعات ياسمي و همكاران نيز بيانگر شيوع بيشتر اقدام به خودكشي و خودكشي در گروه نوجوان و جوان نسبت به افراد مسن‌تر مي‌باشد (ياسمي و همكاران، 1381 و 1377)

رخساره (1374) نيز اكثر اقدام كنندگان به خودكشي را در سنين جواني گزارش نموده است و حيدري پهلوان (1375) نيز نشان داده كه بيشترين اقدام به خودكشي در افراد زير 30 سال صورت مي‌گيرد.

خودكشي بيشتر در ارديبهشت، خرداد و شهريور رخ داده است و اقدام به خودكشي در ماه هاي خرداد،

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

تير و مرداد بيشتر از ساير ماه هاي سال بوده است. آقاجاني (1352) هم بيشترين ميزان خودكشي را در ماه هاي تير، مرداد، شهريور و ارديبهشت گزارش نموده است. هم بيشترين ميزان خودكشي را در ماه هاي تير، مرداد، شهريور و ارديبهشت گزارش نموده است. ياسمي و همكاران (1377 و 1381) نيز خودكشي در فصل هاي گرم سال را بيشتر از فصل هاي سرد سال گزارش كردند.

در نتيجة يافته هاي پژوهش، شرايط نامناسب زندگي و بيماري رواني علل اظهار شدة بيش تر خودكشي‌ها و اقدام به خودكشي ها است. بررسي فرجي‌هرسيني (1377) نشان داده كه تقريباً 95 درصد از بي‌ماراني كه اقدام به خودكشي مي كنند نوعي بيماري رواني مشخص دارند و اختلالات افسردگي 80 درصد اين موارد را شامل مي‌شود.

در مطالعات بسياري، مصرف دارو اولين روش خودكشي دانسته شده است (روي، 2000؛ خان و همكاران، 1996؛ ياسمي و صانعي، 1372). براساس اين پژوهش، خودسوز ي شايع ترين روش خودكشي و استفاده از قرص و سم شايع ترين روش اقدام به خودكشي بوده است. با توجه به اين كه اكثر خودسوزي‌ها در پژوهش حاضر منجر به مرگ شده اند فراهم‌سازي امكانات درماني در اين زمينه پيشنهاد مي‌شود. همچنين روند سريع افزايش خودكشي در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

استان ايلام به خصوص به تفکيک شهرستان ها، پيش‌بيني و ارزيابي خطر خودکشي و اهميت موضوع را مي‌رساند که لزوم توجه بيش‌تر به اين معضل را محسوس‌تر مي‌کند.

از آن‌جا که به دست آوردن آمار دقيق از خودکشي مشکل است، تشکيل بانک اطلاعات خودکشي و ثبت کامل‌تر اطلاعات افراد خودکشي کننده ضروري به نظر مي‌رسد.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

1ـ احمدي، اميرمسعود . (1373). **بررسي اپيدميولوژي خودكشي موفق در سال هاي 70 و 71 در استان مازندران** . مقالة ارائه شده در دومين كنگرة روانپزشكي و روانشناسي باليني، تهران 3ـ5 خرداد .1373

2ـ احمدي‌زاده، شاكر . (1373). **بررسي مقدماتي برداشتها و آگاهي‌هاي مردم شهر ايلام نسبت به خودكشي** . پايان‌نامه براي دريافت درجة كارشناسي ارشد در رشتة روان شناسي باليني، انستيتو روانپزشكي تهران.

3ـ اختري فسدوز، عبدالله . (1376). **بررسي عوامل اجتماعي مؤثر بر خودكشي در شهرستان نقده** 1370ـ1374. پايان‌نامه براي ا خذ كارشناسي ارشد در رشتة جامعه شناسي . دانشگاه علوم طباطبايي.

4ـ باپيري، اميدعلي. (1376). **بررسي اثربخشي روش آموزش گروهي مهارت حل مسئله در درمان نوجوانان اقدام‌كننده به خودكشي در شهر ايلام.** پايان‌نامه براي دريافت درجة كارشناسي ارشد در رشتة روان شناسي باليني . انستيتو روانپزشكي تهران.

5ـ بهزيستي استان ايلام (منتشر نشده)، **اطلاعات خودكشي سال‌هاي 1368 تا كنون.**

6ـ حسن‌زاده، مهدي. (1363). **بررسي علل خودكشي**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

در اصفهان، تازه‌هاي تحقيق در پزشكي. تهران: مركز اطلاعات و مدارك علمي ايران.

7ـ سادوك، بي.جي؛ سادوك، دي. اِ. (1382). **خلاصة روان‌پزشكي كاپلان و سادوك**، جلد سوّم. ترجمة حسن رفيعي و خسرو سبحانيان. تهران: ارجمند.

8ـ سازمان بهزيستي كشور. (1375). **طرح پيش‌گيري از خودكشي در استان ايلام**.

9ـ فرجي هرسيني، مسعود. (1377). **بررسي و مصاحبه با صد مورد اقدام به خودكشي و تعيين اپيدم يولوژي مربوطه در بخش هاي سوختگي و مسموميت بيمارستان امام خميني و بخش اورژانس بيمارستان فارابي**. دانشگاه علوم پزشكي كرمانشاه دانشكدة پزشكي. 1376ـ77.

10ـ كيخاوني، ستار. (1375). **بررسي مهارت هاي مقابله با استرس و ميزان استفاده از حمايت اجتماعي در افراد 15ـ25 سالة اقدام‌كننده به خودكشي شهر ايلام**. پايان‌نامه براي دورة كارشناسي ارشد. تهران: دانشگاه علوم بهزيستي و توان‌بخشي.

11ـ محسني، منوچهر. (1372). **بررسي علل و عوامل مؤثر بر افزايش نرخ خودكشي در استان ايلام**. استانداري ايلام، دانشگاه تهران.

12ـ مُحبيان، فتح الله. (1378). **بررسي رابطة بين ويژگي‌هاي شخصيتي، استرس و شيوه‌هاي مقابله با**

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

خودكشي در افراد اقدام كننده به خودكشي در شهر ايلام . پايان‌نامه براي كارشناسي ارشد . انستيتو روان پزشكي تهران : دانشگاه علوم پزشكي ايران.

13ـ مورون، پير . (1365) . **خودكشي، پيدايش، علل و درمان** . ترجمة مازيار سهند . چاپ اول . تهران: شركت انتشاراتي رسام.

14ـ نيك قوام، معصومه . (1376) . **بررسي مسموميت هاي حادّ دارويي در بيمارستان آيت الله طالقاني ارومیه بين سال هاي 1372 تا 1374.** براي اخذ دكتري در رشتة داروسازي . دانشگاه علوم پزشكي تبريز.

15ـ ياسمي، محمّتقي و صانعي، نسرين . (1372) . **بررسي اپيد مولوژيك موارد اقدام به خودكشي در شهرستان كرمان** . خلاصة مقالات چهارمين كنگره پژوهش هاي روان پزشكي و روان شناسي در ايران: دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي.

16ـ ياسمي، محمّتقي؛ صباحي، عبدالرضا؛ ميرهاشمي، سيدمجتبي؛ سيفي، شراره؛ آذر كيوان، پرينوش؛ طاهري، محمّحسين . (1381) . **بررسي همه گيرشناسي خودكشي از طريق پزشكي قانوني در استان كرمان.** فصلنامة انديشه و رفتار، سال هفتم، شمارة 4.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

17- Kolmos, L., & Bach, F. (1987). **Sources of Error in Registering Suicide**. Acta psychiatrica Scandinavia, 76, 22-43.

18- Lester, D., & Rank, M. L. (1988). **Sex Differences in the Seasonal Distribution of Suicide**. British Journal of Psychiatry, 153, 115-117.

19- Roy, A. (2000). **Suicide in H. L. Kaplan & B. J. Sadock (Eds) Comperhensive Textbook of Psychiatry (7th Ed.)**. Baltimore: Williams & Wilkins.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]

منابع
References

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-28]