

روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام:

فرخ‌لقا جمشیدزاده*، دکتر حسن رفیعی**، دکتر ثقی
یاسمی***،
سیدعلی‌سینا رحیمی****، دکتر کمال اعظم****

در سال‌های پس از جنگ، خودکشی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی منطقه ایلام بوده که توجه محققان و مسئولان بهداشتی منطقه و کشور را به خود جلب کرده است. این پژوهش به منظور بررسی روند تغییرات این مشکل در یک دوره هشت ساله انجام گرفته است. جامعه آماری تحقیق، کلیه موارد ثبت‌شده خودکشی و اقدام به خودکشی در سال‌های 1373 تا 1380 در استان ایلام بوده است. برای تشخیص روند و تشکیل معادله خط پیش‌بینی از تحلیل سری‌های زمانی استفاده شده است. نتایج تحقیق حاکی از وجود دو روند افزایشی متفاوت برای خودکشی

* کارشناس ارشد پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
** روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و توان‌بخشی <rafieyah@yahoo.com>
*** روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
**** کارشناس روان‌شناسی بالینی
***** متخصص متدولوژی و آمارشناس، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

و اقدام به خودکشی در سال های مزبور در ایلام است. میزان اقدام به خودکشی همواره بیش از میزان خودکشی بوده است. گرچه میزان های خودکشی و اقدام به آن در زنان بیشتر از مردان بوده، ولی خودکشی مردان نیز روندی افزایشی داشته است. میزان خودکشی در روستائیان و میزان اقدام به خودکشی در شهرنشینان بیش تر بوده است. میزان خودکشی و اقدام به آن در اکثر سال های دوره مزبور در افراد مجرد بیشتر از متأهل بوده است. همچنین میزان های مزبور در دو گروه شغلی بی کار و خانه دار، گروه سنی 15 تا 19 ساله و نیز در افراد ب ی سواد، بیشتر از گروه های دیگر است. میانگین سنی خودکشی 26/67 و میانگین سنی اقدام به خودکشی 24/22 سال بوده است. بیشترین میزان خودکشی به ترتیب در ماه های اردیبهشت، شهریور و مرداد و بیشترین میزان اقدام به خودکشی به ترتیب در ماه های مرداد، تیر و خرداد بوده است. خودسوزی شایع ترین روش خودکشی، و خوردن قرص و سم شایع ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. بیشترین میزان خودکشی در شهرستان های دره شهر و آب دانان و کم ترین آن ها در شهرستان های دهلران و ایلام بوده است. همچنین بیشترین میزان اقدام به خودکشی در شهرستان های ایوان و دره شهر و کم ترین آن ها در شهرستان های دهلران و مهران بوده است.

کلید واژه‌ها: اقدام به خودکشی، ایلام، خودکشی

مقدمه

خودکشی یکی از معضلات مهم در بهداشت روانی عمومی است. خودکشی پدیده‌ای راکد نیست و ممکن است با گذشت زمان کاهش یا افزایش یابد. اصطلاح خودکشی (suicide) اول بار ظاهراً در نیمه اول قرن 17 به کار رفته است. در اواخر قرن 19 مطالعه نوین خودکشی را امیل دورکیم در جامعه‌شناسی و زیگموند فروید در روان‌شناسی شروع کرده‌اند. براساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال 1996، هر ساله حداقل 500 هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی خودکشی 1/2 میلیون نفر است (Roy, 2000). همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی 8 تا 10 برابر خودکشی‌های موفق است و احتمالاً هیچ کشوری وجود ندارد که آمارها ی داخلی قابل اعتمادی درباره تعداد موارد اقدام به خودکشی داشته باشد (مورون، 1365).

مقایسه بین‌المللی خودکشی از آن رو مشکل است که در فرهنگ‌های مختلف معانی و تعاریف متفاوتی برای خودکشی وجود دارد و نحوه ثبت مرگ نیز

بسیار متفاوت است (Kolmos & Bach, 1987). طبق گزارش‌های رسیده به سازمان ملل متحد، میزان خودکشی در جهان از مقادیر بیش تر از 25 در صدهزار در کشورهای اسکاندیناوی، سوئیس، آلمان، استرالیا، اروپای شرقی (اصطلاحاً کمربند خودکشی) و ژاپن، تا مقادیر کم تر از 10 در صدهزار در اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، مصر، و هلند، فرق می‌کند (سادوک و سادوک، 1382: 74).

باتوجه به این که آمارهای منتشر شده خودکشی دلالت بر شیوع بالا در برخی از مناطق غربی کشور دارد، به نظر می‌رسد اساساً دو الگوی خودکشی در ایران وجود داشته باشد: الگوی زمینه که میزان بروز کم‌تری دارد؛ و الگوی همه‌گیر (اپیدمیک) که میزان بروز آن بالا است. در الگوی زمینه ای بیشتر، مردان و در الگوی همه‌گیر بیشتر، زنان که عمدتاً از طریق خودسوزی خودکشی می‌کنند، قرار دارند (یاسمی و همکاران، 1381). در این باره الگوی مشابهی در کشور کانادا گزارش شده است. به این صورت که در جمعیت عموم ی میزان بروز 14 تا 77 در صدهزار ولی در میان بومیان و گروه‌های خاص 241 تا 267 در صدهزار بوده است (راس و دیویس، 1986 به نقل از یاسمی، 1381).

در سال 1370، 73 مورد و در 1371، 93 مورد خودکشی در استان مازندران ثبت شده است. شیوع

خودکشی در سال 70 حدود $1/9$ و در سال 71 به میزان $2/3$ در صدهزار نفر جمعیت بوده است. در 1370 میانگین سن مردان خودکشی کننده، $33/2$ سال و میانگین سن زنان خودکشی کننده $26/8$ سال و در سال 1371 به ترتیب $36/5$ سال در مردان و $28/5$ سال در زنان بوده است. نسبت شهری به روستایی در 1370، 1 به $1/4$ و در سال 71، 1 به $2/11$ بوده است. بیشترین روش خودکشی در هر دو سال خودسوزی، و خوردن سم، تریاک و دارو بوده است (احمدی، 1373).

خودکشی در شهر کرمان در مقایسه با جمعیت عمومی، بیشتر در افراد جوان اتفاق افتاده است و در زنان $1/5$ برابر مردان بوده است ($p < 0/0001$). بی‌کاری و سطح پایین تحصیلات از عوامل مرتبط با این قضیه به شمار می‌رود. شایع‌ترین روش خودکشی مسمومیت به خصوص با دارو، از جمله با دیازپام است. بیشترین موارد اقدام به خودکشی در اسفندماه ($12/3$ درصد) و کم‌ترین آن‌ها در آذرماه ($3/2$ درصد) رخ داده است. تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین موارد اقدام به خودکشی در فصل‌های مختلف وجود دارد و کم‌ترین موارد و در عین حال مرگ‌آورترین موارد در پاییز رخ داده است. از مجموع 561 مورد اقدام به خودکشی، 518 مورد ($92/3$ درصد) بهبود کامل یافتند، 30 نفر

(5/3 درصد) فوت شده اند، و در 13 مورد (2/3 درصد) نیز اقدام به این عمل باعث به جا ماندن عارضه در بیمار شده است (یاسمی و صانعی، 1372). در پژوهش دیگری در شهر کرمان بیشترین موارد خودکشی در گروه سنی جوانان بوده است که با پژوهش قبلی نیز همخوانی دارد. در این تحقیق از تعداد 62 مورد خودکشی، 43 مورد (69/4 درصد) مرد و 19 مورد (30/6 درصد) زن بودند. میانگین سنی برای مرد و زن $26/7 \pm 3$ بوده است: میانگین سنی برای مردان $27/4 \pm 14$ با حداقل سنی 12 و حداکثر 85 سال، و میانگین سنی برای زنان $25/1 \pm 11$ با حداقل سنی 14 و حداکثر 55 سال بوده است. نزدیک به نیمی از خودکشی کنندگان شغل دائم داشته اند (46/38 درصد) و 25 درصد نیز بی کار بوده اند؛ که در مقایسه با وضعیت بی کاری سال 1370، یعنی 6/52 درصد در جمعیت عمومی این میزان در افراد خودکشی کننده بالاتر بوده است. در 25 خودکشی در شهرستان کرمان 7 نفر آن ها (28 درصد) اعتیاد داشته اند که همه مرد بوده اند. از نظر روش اقدام نیز، در 62 مورد خودکشی انجام شده در این استان، مسمومیت، حلق آویز کردن و خودسوزی به ترتیب بالاترین شیوع را داشته اند. بیشترین موارد خودکشی در فصول گرم سال بوده است. تحلیل محتوای نظرات بستگان افراد خودکشی کننده در باب علل این

رفتار چنین است: در 15 مورد (60 درصد)، مشکلات زندگی اعم از خانوادگی، اجتماعی، و تحصیلی، در 3 مورد (12 درصد) به طور خاص فقر، در 2 مورد (8 درصد) بیکاری و در 8 مورد (32 درصد) نیز ابتلاء به بیماری اعصاب (یاسمی و همکاران، 1381). در فاصله سال‌های 1352 تا 1363 جمعاً 122 نفر در استان اصفهان بر اثر خودکشی فوت شدند. بررسی آمارها نشان داد که 78 درصد کل افراد، مرد و 22 درصد آنان زن بوده اند. بیشترین میزان خودکشی زنان در گروه سنی 11-19 سال و در مردان در گروه سنی 20-28 سال اتفاق افتاده است. شایع‌ترین روش خودکشی در اصفهان حلق آویز کردن و روش‌های بعدی خوردن سموم نباتی، خوردن تریاک، کاربرد اسلحه گرم، خوردن مواد شیمیایی، و سقوط از ارتفاع است (حسن‌زاده، 1363).

بررسی 200 مورد اقدام به خودکشی در اصفهان نشان داد که 66 درصد آن‌ها زن و 34 درصد مرد بوده‌اند. تمام این 200 نفر از راه مسمومیت (با قرص، سموم، تریاک و ...) دست به خودکشی زدند. بیشترین سن اقدام به خودکشی در هر دو جنس 15-24 سال، در زنان 17-18 سال، و در مردان 23-24 سال بوده است. بالاترین درصد علت خودکشی در اصفهان به ترتیب ازدواج تحمیلی (40 درصد)، اختلاف با خانواده همسر (5/15 درصد)، افسردگی (5/15 درصد)،

تحصیل (1/5 درصد)، بی‌کاری (3/5 درصد) مشکلات مالی (2/5 درصد)، جلب توجه (2 درصد) و سایر علل 4/5 درصد بوده است (حسن‌زاده، 1363).

خودکشی از معضلات اساسی عصر حاضر شناخته شده و به‌عنوان یک مشکل عمده بهداشتی مطرح است (Roy, 2000). تغییر ساختاری و جوان تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیز بر مشکلات افزوده است. در این شرایط نه تنها جامعه نیروهای مولد خود را از دست می‌دهد، بلکه باید به دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها، و آسیب‌های روانی - اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه‌های نگهداری و ارائه مراقبت‌های خاص را برای سال‌های طولانی بپذیرد. از سوی دیگر خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده قربانیان آسیب می‌زند، تأثیرات منفی بر زندگی اجتماعی به‌جای می‌گذارد، و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می‌دهد (سازمان ملل؛ 1996 به نقل از سازمان بهداشتی کشور 1375). با وجود این، خودکشی یک معضل روانی و اجتماعی پیش‌گیری‌شونده است. به‌نظر می‌رسد که اولین گام در برنامه‌ریزی اجتماعی برای پیش‌گیری از آن، شناسایی کامل پدیده از جمله از طریق مطالعه روند تغییرات آن در طی زمان است. با چنین مطالعه‌ای می‌توان فرضیه‌هایی درباره عوامل مرتبط با تغییرات مزبور مطرح کرد و آزمود.

در استان ایلام، تحقیقاتی در زمینه سبب شناسی اجتماعی خودکشی، (محسنی، 1372)، نگرش مردم ایلام به خودکشی (احمدی زاده، 1373)، درمان و شیوه های مقابله در افراد اقدام کننده به خودکشی (باپیری، 1376؛ کیخاونی، 1375)، و بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی، رویدادهای فشارزای زندگی و شیوه های مقابله در افراد اقدام کننده به خودکشی (مُجیبان، 1378) صورت گرفته است که تمامی آن ها در یک مقطع زمانی به بررسی این پدیده پرداخته و فرضیه هایی را به محک گذاشته اند. در حال حاضر به دلیل نبود یک روند محسوس رو به کاهش در خودکشی، اهمیت پرداختن به آن و بررسی های بیشتر به امید تدوین برنامه های پیش گیری و مداخله ای کاملاً محسوس است. در این مقاله ضمن توصیف ویژگی های حاکم بر پدیده خودکشی در استان ایلام، سعی می شود که پاره ای نارسایی ها و نواقص احتمالی آمارهای قبلی رفع یا حداقل تعدیل شود. علاوه بر این، آمارهای فعلی به طور کلی به مقایسه ارقام خام خودکشی در بین گروه های مختلف مثلاً افراد بی کار، شاغل، زن، مرد، روستایی و شهری و ... پرداخته اند؛ در حالی که می بایست یک شاخص استاندارد مانند نسبت خودکشی در صدهزار نفر، به طور جداگانه برای هر یک از آن ها محاسبه و مقایسه شود. اطلاعاتی که از طریق سالنامه آماری کشور

انتشار یافته حاکی از آن است که در سال 1360 جمعاً در مناطق شهری 156 مورد فوت به علت خودکشی روی داده است و از سال 1361 تا پایان سال 1370 تعداد موارد خودکشی به طور نسبی افزایش ناگهانی و چشم‌گیری داشته است، به طوری که از 200 مورد به 641 مورد رسیده است و بالاترین میزان خودکشی در سال‌های 61 تا 63 مربوط به گروه سنی 15-24 سال بوده است (محسنی، 1372).

شیوع روزافزون این معضل در اکثر نقاط ایران مشاهده می‌شود. در استان ایلام نیز شیوع خودکشی روند فزاینده‌ای دارد؛ به طوری که از میزان 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 رسیده است (بهبیستی استان ایلام، منتشر نشده). روند رو به رشد این آمار، روش‌های خشن استفاده شده برای خودکشی، و افزایش میزان خودکشی در بین زنان این مشکل را بغرنج‌تر کرده است.

1) روش مطالعه

این پژوهش از نوع بررسی‌های توصیفی - تحلیلی است. جامعه آماری این تحقیق تمامی موارد ثبت شده خودکشی و اقدام به خودکشی طی سال‌های 1373 تا 1380 در استان ایلام است و نمونه‌گیری صورت

نگرفته است. داده‌ها از طریق ثبت وقایع جاری جمع‌آوری شده‌اند و مجموع کل افراد بررسی شده 2518 نفر بوده‌اند.

جمع‌آوری داده‌های پژوهش براساس مطالعه پرونده‌های خودکشی و اقدام به خودکشی صورت گرفته است. هنگام ارجاع فرد اقدام‌کننده به خودکشی به بیمارستان، یک پرسش‌نامه اطلاعات فردی برای او تکمیل و بر اساس آن پرونده‌ای تشکیل می‌شود. در صورت عدم ارجاع فرد به بیمارستان و اعلام خودکشی فرد از طرف بستگان و سایر افراد، مشخصات او را دستگاه قضایی یا پزشکی قانونی ثبت می‌کند. از آنجا که اقدام به خودکشی معمولاً نیاز به درمان، اجازه دفن و ... دارد، احتمال این که برای افرادی پرونده تشکیل نشده باشد، خیلی کم است. در تحلیل داده‌های تحقیق برای فراهم‌سازی امکان مقایسه، فراوانی خودکشی و اقدام به خودکشی به نسبت «خودکشی در صد هزار نفر» تبدیل شده و مقایسه‌ها براساس آن به عمل آمده است. برای تشخیص روند حاکم بر میزان خودکشی در استان ایلام و همچنین معادله خط پیش‌بینی تحلیل سری‌های زمانی استفاده شده است. برای تعیین میزان صحت (accuracy) پیش‌بینی‌های مدل سری‌های زمانی X_t و \hat{X}_t از معادله $MAD = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n |X_t - \hat{X}_t|$ میانگین قدر مطلق انحرافات (MAD) و میانگین قدر

مطلق درصد خطا (MAPE) استفاده شده که از طریق فرمول‌های زیر محاسبه می‌شوند:

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

در این فرمول‌ها اندازه پیش‌بینی شده برای هر زمان \hat{X}_t و اندازه واقعی برای آن زمان X_t است. برای مجموعه داده‌ها بهترین معادله پیش‌بینی که دارای کم‌ترین MAD و MAPE و بیش‌ترین همبستگی بین نمرات واقعی X_t و پیش‌بینی شده \hat{X}_t است، انتخاب و منحنی آن رسم شد.

(2) یافته‌ها

میزان خودکشی در آغاز دوره تحت بررسی بسیار بالا است (20/49 نفر در صدهزار نفر) ولی پس از آن به مدت دو سال کاهش می‌یابد. در سال 75 به 8/81 نفر در صدهزار نفر رسیده است که کم‌ترین میزان در کل دوره مذکور است. این روند تا سال 78 دو بار افزایش و مجدداً در سال 78 به نقطه اوج خود یعنی

19/28 در صدهزار نفر می رسد. سپس شاه د کاهش تدریجی میزان خودکشی هستیم.

اقدام به خودکشی، روندی متفاوت را طی کرده است: در سال های 74 تا 76 و نیز 78 تا 80 روندی فزاینده دارد که در نقطه اوج خود یعنی سال 79 به 56/66 نفر در صدهزار نفر می رسد. در کل دوره تحت بررسی میزان اقدام به خودکشی بیش تر از خودکشی بوده است.

میزان خودکشی در زنان همیشه بیش تر از مردان بوده است، ولی این اختلاف در اواخر دوره کم تر شده است که نشان دهنده افزایش میزان خودکشی در بین مردان است. بیشترین میزان خودکشی در بین زنان، در سال 1374 (32/40 نفر در صدهزار نفر) و در بین مردان، در سال 78 (14/40 نفر در صدهزار نفر) رخ داده است. همچنین زنان بیش تر از مردان اقدام به خودکشی کرده اند.

نمودار 1

با توجه به معادله خط پیش بینی و نمودار آن، برای پیش بینی میزان خودکشی در هر سال می توان تفاضل آن از 72 (سال صفر روند) را به جای X در معادله قرار داد و میزان احتمالی خودکشی را برآورد کرد.

روند اقدام به خودکشی در هر دو گروه در حال افزایش است که در بین مردان از 23/75 نفر در صدهزار نفر در آغاز دوره به 49/26 نفر در صدهزار نفر در انتهای دوره رسیده است و در بین زنان نیز از 37/21 نفر در صدهزار نفر به 62/01 نفر در صدهزار نفر افزایش داشته است. به جز سالهای 75 و 79 در بقیه دوره تحت بررسی میزان خودکشی روستائیان بیشتر از افراد شهری است؛ در مقابل، میزان اقدام به خودکشی در همه سالها به جز 77 و 78 در افراد شهری بیش تر از افراد روستایی است. کمترین میزان در افراد روستایی، 5/7 نفر در صدهزار نفر (سال 76) و در افراد شهری 15/89 نفر در صدهزار نفر (سال 76) بوده است. همچنین بیش ترین میزان در بین روستائیان 50/14 نفر در صدهزار نفر (سال 78) و در افراد شهری 71/46 نفر در صدهزار نفر (سال 79) بوده است.

جدول 1: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سالهای 73-80

به تفکیک محل سکونت براساس نتیجه خودکشی

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

روند خودکشی و اقدام به خودکشی...

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

نمودار 2

رابطه محل سکونت و سال خودکشی و اقدام به خودکشی

میزان خودکشی در افراد مجرد بیش تر از افراد متأهل است. هر دو گروه در سال 1373 بیشترین و در سال 1375 کمترین میزان خودکشی را داشته اند. میزان اقدام به خودکشی نیز در افراد مجرد همواره بیشتر از افراد متأهل می باشد و بیشترین آن با 82/29 نفر در صد هزار نفر در سال 79 و کمترین آن با 46/08 نفر در صد هزار در سال 74 نفر بوده است. افراد متأهل نیز در سال 76 بیشترین میزان اقدام به خودکشی (68/87 نفر در صد هزار نفر) و در سال 74 کمترین آن (25/26 نفر در صد هزار نفر) را داشته اند.

میزان خودکشی در دو گروه افراد خانه دار و بی کار نشان می دهد در نیمه اول دوره تحت بررسی یعنی سال های 73 تا 77 افراد خانه دار و در سال های 78 تا 80 افراد بی کار بیشترین خودکشی را داشته اند. به عبارت دیگر در سال 77 روند خودکشی در زنان خانه دار به تدریج کاهش و در افراد بی کار به ناگاه افزایش چشم گیری یافته است. میزان اقدام به خودکشی نیز مثل میزان خودکشی در افراد بی کار و خانه دار بیش تر از سایر گروه های شغلی بوده است. روند اقدام به خودکشی در افراد بی کار در حال افزایش است و شدت این افزایش طی سال های 78 تا 79 بسیار زیاد بوده است، ولی در زنان خانه دار طی سال های 77 تا 79

کاهش تدریجی داشته است. نکته مهم نزدیک بودن اقدام به خودکشی در سال های آغازین این دوره و سپس فاصله گرفتن گروه های بی کار و خانه دار از سایر گروه هاست.

میزان خودکشی در افراد بی سواد از سال 74 تا سال 79 در حال افزایش بوده و پس از آن کاهش تدریجی داشته است و از سال 75 به بعد همیشه بیشتر از افراد باسواد بوده است. بیشترین میزان خودکشی در افراد بی سواد مربوط به سال 79 با رقم 31/94 نفر در صد هزار نفر و در افراد باسواد مربوط به سال 78 با رقم 20/50 نفر در صد هزار نفر است.

در افراد بی سواد، سال 74 با 3/22 نفر در صد هزار نفر و در افراد باسواد سال 75 با 11/4 نفر در صد هزار نفر کم ترین میزان خودکشی را دربرداشته است. برخلاف خودکشی، اقدام به خودکشی در افراد باسواد بیشتر است.

نمودار 3 و 4

جدول 2: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سالهای 73-80 به تفکیک وضعیت اشتغال، براساس نتیجه خودکشی

نتیجه	سال									
	اشتغال	73	74	75	76	77	78	79	80	مجموع
موفق	محصل	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
	بی‌کار	9	3	3	4	6	18	27	24	94
	مجموع	84	51	37	63	76	85	81	76	553
ناموفق	محصل	43	44	43	72	63	59	82	83	489
	خانه‌دار	50	31	71	10	11	87	77	86	618
	شاغل	18	19	31	31	31	23	36	19	208
	بی‌کار	11	6	14	31	30	38	80	88	298
	مجموع	12	10	15	23	23	20	27	27	1613

اقدام به خودکشی در افراد بی سواد از سال 78 رو به کاهش بوده، در حالی که در همین دوره در افراد باسواد افزایش محسوس را نشان می‌دهد. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد 15 تا 29 ساله بیشتر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی 26/67 سال و میانگین سن اقدام به خودکشی

24/22 سال است. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد 15 تا 29 ساله بیشتر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی 26/67 سال و میانگین سن اقدام به خودکشی 24/22 سال است. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد 15 تا 29 ساله بیشتر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی 26/67 سال و میانگین سن اقدام به خودکشی 24/22 سال است.

جدول 3: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سالهای 73-80 به تفکیک وضعیت سواد، بر اساس نتیجه خودکشی

نتیجه	سال									
	وضع سواد	73	74	75	76	77	78	79	80	مجموع
موفق	بی سواد	16	3	8	24	27	28	28	21	155
	با سواد	61	37	29	42	42	65	59	61	396
	مجموع	77	40	37	66	69	93	87	82	551
ناموفق	بی سواد	17	14	22	52	44	48	38	24	259
	با سواد	11	98	16	19	20	17	26	27	1477
	مجموع	12	11	18	24	24	22	29	29	1736

رابطه سواد و سال خودکشی و اقدام به خودکشی

همچنین در فاصله سال های 77-80 در شهرستان های آبدانان، دهلران، مهران، و ایلام با کاهش میزان خودکشی روبه رو هستیم، ولی در شهرستان های دره شهر و ایوان شاهد افزایش میزان خودکشی بوده ایم. شایع ترین روش خودکشی در بین افراد، خودسوزی با نفت است و پس از آن خوردن سم، دار زدن خود، خوردن قرص، استفاده از سایر روش ها، و استفاده از گلوله قرار دارند. خوردن قرص و سم بیش ترین روش اقدام به خودکشی است و پس از آن خودسوزی با نفت، سایر روش ها، دار زدن، و استفاده از گلوله و چاقو قرار دارد.

شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی به ترتیب با 37/1 درصد و 21/3 درصد شایع ترین علل اظهار شده خودکشی هستند. فقر و شرایط بد اقتصادی، و تهمت ناموسی نیز با 4/3 درصد شیوع، علل اظهار شده بعدی خودکشی اند. تهمت ناموسی و اختلاف زناشویی به عنوان علت اظهار شده روند کاهشی داشته اند، ولی فقر و شرایط بد اقتصادی و اعتیاد روند افزایشی داشته اند.

درخصوص اقدام به خودکشی نیز شرایط نامناسب زندگی با 38/6 درصد و بیماری روانی با 26 درصد بیشترین علت اظهار شده بوده اند. پس از آن فقر و شرایط بد اقتصادی و شکست تحصیلی قرار دارند. در ماه های اردیبهشت، شهریور، مرداد، و مهر به

ترتیب شاهد بیشترین وقوع خودکشی هستیم. همین‌طور بیشترین موارد اقدام به خودکشی به ترتیب در ماه‌های مرداد، تیر، خرداد، و اردیبهشت رخ داده‌اند. روند خودکشی در اردیبهشت ماه، افزایشی، و در تیرماه و دی ماه کاهش است. درخصوص اقدام به خودکشی نیز روند اقدام در فروردین و خرداد، افزایشی و در مردادماه، کاهش بوده است.

3) بحث

خودکشی در همه سال‌ها به جز سال 75 روند افزایشی تدریجی داشته است. اقدام به خودکشی نیز دارای روند افزایشی است و همواره میزان اقدام به خودکشی بیشتر از خودکشی است. به نظر می‌رسد بخشی از دلایل روند افزایشی خودکشی در سال 75 و پس از آن نسبت به سال 74 و قبل از آن، ایجاد نظام نسبتاً قابل قبولی برای گردآوری اطلاعات پس از اجرای طرح پیشگیری از خودکشی در استان باشد. درصد خودکشی در زنان همواره بیش‌تر از مردان بوده است. با این حال روند خودکشی مردان نیز افزایشی است. این در حالی است که اکثر مطالعات مشابه، خودکشی در مردان را بیش از زنان و اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش

کرده اند (روی، 2000؛ خان و همکاران، 1996؛ نیک قوام، 1376؛ یاسمی، 1372).

بیشتر بودن میزان خودکشی در بین افراد روستایی در مقایسه با افراد ساکن شهر، برخلاف نتایج مطالعات کولموس و باخ (1987) است. به نظر می‌رسد الگوی خودکشی در مناطق شهری و روستایی ایران با کشورهای دیگر تفاوت دارد. در کشورهای صنعتی، مردم جوامع روستایی، کم‌تر از مردم جوامع شهری خودکشی می‌کنند. نتایج مطالعه احمدی (1373) در مازندران نیز همسو با مطالعه حاضر است. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل است. یاسمی و صانعی (1372) و فرجی‌هرسینی (1377) نیز در مطالعه خویش بیشتر بودن میزان اقدام به خودکشی را بین افراد مجرد نسبت به افراد متأهل گزارش کرده‌اند. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد خانه‌دار و افراد بی‌کار در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی بیشتر است. مطالعه نیک قوام (1376) بیشتر بودن خودکشی در بین زنان خانه‌دار و مطالعه یاسمی و صانعی (1372)، و اختری فسدوز (1376) نیز بیشتر بودن خودکشی در بین افراد بی‌کار را نشان داده‌اند.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد میزان خودکشی در بین افراد بی‌سواد بیشتر از افراد باسواد است.

در بررسی اختري فروز (1376) و نیز یاسمی و همکاران (1381) نیز بیشتر بودن خودکشی در بین افراد بی‌سواد یا دارای تحصیلات پایین نشان داده شده است. این در حالی است که اقدام به خودکشی برخلاف خودکشی در باسوادان بیشتر است، یعنی باسوادان احتمالاً بیش از بی‌سوادان، اقدام به خودکشی برای حل مشکلات خود به کار می‌گیرند. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در بین دو گروه سنی 15 تا 19 سال و 20 تا 24 سال بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. با توجه به میانگین سن خودکشی 26/27 سال و میانگین اقدام به خودکشی 42/22 سال در این مطالعه می‌توان رابطه معنی‌داری میان متغیر خودکشی و اقدام به خودکشی با سن تصور کرد. مطالعات یاسمی و همکاران نیز بیانگر شیوع بیشتر اقدام به خودکشی و خودکشی در گروه نوجوان و جوان نسبت به افراد مسن‌تر می‌باشد (یاسمی و همکاران، 1381 و 1377) رخساره (1374) نیز اکثر اقدام کنندگان به خودکشی را در سنین جوانی گزارش نموده است و حیدری پهلوان (1375) نیز نشان داده که بیشترین اقدام به خودکشی در افراد زیر 30 سال صورت می‌گیرد. خودکشی بیشتر در اردیبهشت، خرداد و شهریور رخ داده است و اقدام به خودکشی در ماه های خرداد،

تیر و مرداد بیشتر از سایر ماه های سال بوده است. آقاجانی (1352) هم بیشترین میزان خودکشی را در ماه های تیر، مرداد، شهریور و اردیبهشت گزارش نموده است. هم بیشترین میزان خودکشی را در ماه های تیر، مرداد، شهریور و اردیبهشت گزارش نموده است. یاسمی و همکاران (1377 و 1381) نیز خودکشی در فصل های گرم سال را بیشتر از فصل های سرد سال گزارش کردند.

در نتیجه یافته های پژوهش، شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی علل اظهار شده بیش تر خودکشی ها و اقدام به خودکشی ها است. بررسی فرجی‌هرسینی (1377) نشان داده که تقریباً 95 درصد از بی‌مارانی که اقدام به خودکشی می کنند نوعی بیماری روانی مشخص دارند و اختلالات افسردگی 80 درصد این موارد را شامل می‌شود.

در مطالعات بسیاری، مصرف دارو اولین روش خودکشی دانسته شده است (روی، 2000؛ خان و همکاران، 1996؛ یاسمی و صانعی، 1372). براساس این پژوهش، خودسوزی شایع ترین روش خودکشی و استفاده از قرص و سم شایع ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. با توجه به این که اکثر خودسوزی‌ها در پژوهش حاضر منجر به مرگ شده اند فراهم سازی امکانات درمانی در این زمینه پیشنهاد می‌شود. همچنین روند سریع افزایش خودکشی در

استان ایلام به خصوص به تفکیک شهرستان ها، پیش‌بینی و ارزیابی خطر خودکشی و اهمیت موضوع را می‌رساند که لزوم توجه بیشتر به این معضل را محسوس‌تر می‌کند. از آنجا که به دست آوردن آمار دقیق از خودکشی مشکل است، تشکیل بانک اطلاعات خودکشی و ثبت کامل‌تر اطلاعات افراد خودکشی‌کننده ضروری به نظر می‌رسد.

- 1- احمدی، امیرمسعود . (1373). بررسی اپیدمیولوژی خودکشی موفق در سال های 70 و 71 در استان مازندران . مقاله ارائه شده در دومین کنگره روان پزشکی و روان شناسی بالینی، تهران 3-5 خرداد . 1373
- 2- احمدی زاده، شاکر . (1373). بررسی مقدماتی برداشتها و آگاهی های مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی . پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- 3- اختری فسدوز، عبدالله . (1376). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی در شهرستان نقده 1370-1374. پایان نامه برای اخذ کارشناسی ارشد در رشته جامعه شناسی . دانشگاه علوم طباطبایی.
- 4- باپیری، امیدعلی . (1376). بررسی اثربخشی روش آموزش گروهی مهارت حل مسئله در درمان نوجوانان اقدام کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالینی . انستیتو روان پزشکی تهران.
- 5- بهزیستی استان ایلام (منتشر نشده) ، اطلاعات خودکشی سال های 1368 تا کنون.
- 6- حسن زاده، مهدی . (1363). بررسی علل خودکشی

- در اصفهان، تازه های تحقیق در پزشکی. تهران: مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران.
- 7- سادوک، بی.جی؛ سادوک، دی. ا. (1382). خلاصه روان پزشکی کاپلان و سادوک، جلد سوم. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: ارجمند.
- 8- سازمان بهزیستی کشور. (1375). طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام.
- 9- فرجی هرسینی، مسعود. (1377). بررسی و مصاحبه با صد مورد اقدام به خودکشی و تعیین اپیدمیولوژی مربوطه در بخش های سوختگی و مسمومیت بیمارستان امام خمینی و بخش اورژانس بیمارستان فارابی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه دانشکده پزشکی. 1376-77.
- 10- کیخاونی، ستار. (1375). بررسی مهارت های مقابله با استرس و میزان استفاده از حمایت اجتماعی در افراد 15-25 ساله اقدام کننده به خودکشی شهر ایلام. پایان نامه برای دوره کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- 11- محسنی، منوچهر. (1372). بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام. استانداری ایلام، دانشگاه تهران.
- 12- نجیبان، فتح الله. (1378). بررسی رابطه بین ویژگی های شخصیتی، استرس و شیوه های مقابله با

- خودکشی در افراد اقدام کننده به خودکشی در شهر ایلام . پایان‌نامه برای کارشناسی ارشد . انستیتو روان پزشکی تهران : دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- 13- مورو، پیر . (1365) . خودکشی، پیدایش، علل و درمان . ترجمه مازیار سهند . چاپ اول . تهران: شرکت انتشاراتی رسام .
- 14- نیک قوام، معصومه . (1376) . بررسی مسمومیت‌های حاد دارویی در بیمارستان آیت الله طالقانی ارومیه بین سال های 1372 تا 1374 . برای اخذ دکتری در رشته داروسازی . دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- 15- یاسمی، نجف‌تقی و صانعی، نسرین . (1372) . بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان . خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش‌های روان پزشکی و روان‌شناسی در ایران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- 16- یاسمی، نجف‌تقی؛ صباحی، عبدالرضا؛ میرهاشمی، سیدمجتبی؛ سیفی، شراره؛ آذر کیوان، پرینوش؛ طاهری، نجف‌حسین . (1381) . بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان . فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره 4.

- 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.

منابع
References

[Empty reference list box]

منابع
References

[Empty reference box]

منابع
References

[Empty reference box]