

روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام: ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰

فرخ لقا جمشیدزاده*، دکتر حسن رفیعی**، دکتر محمدتقی یاسمی***،
سیدعلی سینا 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 ثبت شده خودکشی و اقدام به خودکشی در سال‌های ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰ 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 و اقدام به خودکشی در سال‌های مزبور در ایلام است. میزان اقدام به خودکشی همواره بیش از میزان خودکشی بوده است. گرچه میزان‌های 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 بیش‌تر بوده است. میزان خودکشی و اقدام به آن در اکثر سال‌های دوره مزبور در افراد مجرد بیش‌تر از متأهل بوده است. همچنین میزان‌های مزبور در دو گروه شغلی بی‌کار و خانه‌دار، گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ ساله و نیز در افراد بی‌سواد، بیش‌تر از گروه‌های دیگر است. میانگین سنی خودکشی ۲۶/۶۷ و میانگین سنی اقدام به خودکشی ۲۴/۲۲ سال بوده است. بیش‌ترین میزان خودکشی به ترتیب در ماه‌های

* کارشناس ارشد پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی
** روان‌پزشک، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی 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

اردیبهشت، شهریور و مرداد و بیشترین میزان اقدام به خودکشی به ترتیب در ماه‌های مرداد، تیر و خرداد بوده است. خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی، و خوردن قرص و سم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. بیشترین میزان خودکشی در شهرستان‌های دره‌شهر و آب‌دانان و کم‌ترین آن‌ها در شهرستان‌های دهلران و ایلام بوده است. همچنین بیشترین میزان اقدام به خودکشی در شهرستان‌های ایوان و دره‌شهر و کم‌ترین آن‌ها در شهرستان‌های 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 ۱۷ به کار رفته است. در اواخر قرن ۱۹ مطالعه نوین خودکشی را امیل دورکیم در جامعه‌شناسی و زیگموند فروید در روان‌شناسی شروع کرده‌اند. براساس گزارش‌های رسمی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶، هر ساله حداقل ۵۰۰ هزار نفر در جهان از طریق خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهند. این در حالی است که برآورد واقعی خودکشی ۱/۲ میلیون نفر است (Roy, 2000). همچنین تخمین زده می‌شود که تعداد موارد اقدام به خودکشی ۸ تا ۱۰ برابر خودکشی‌های موفق است و احتمالاً هیچ کشوری وجود ندارد که آمارهای داخلی قابل اعتمادی درباره تعداد موارد اقدام به خودکشی داشته باشد (مورون، ۱۳۶۵).

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 بیشتر از ۲۵ در صدهزار در کشورهای اسکانداوی، سوئیس، آلمان،

استرالیا، اروپای شرقی (اصطلاحاً کمربند خودکشی) و ژاپن، تا مقادیر کم‌تر از ۱۰ در صد هزار در اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، مصر، و هلند، فرق می‌کند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲: ۷۴).
 باتوجه به این‌که 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 زمینه‌ای بیش‌تر، مردان و در الگوی همه‌گیر بیش‌تر، زنان که عمدتاً از طریق خودسوزی خودکشی می‌کنند، قرار دارند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱). در این باره الگوی مشابهی در کشور کانادا گزارش شده است. به این صورت که در جمعیت عمومی میزان بروز ۱۴ تا ۷۷ در صد هزار ولی در میان بومیان و گروه‌های خاص ۲۴۱ تا ۲۶۷ در صد هزار بوده است (راس و دیویس، ۱۹۸۶ به نقل از یاسمی، ۱۳۸۱).

در سال ۱۳۷۰، ۷۳ مورد و در ۱۳۷۱، ۹۳ مورد خودکشی در استان مازندران ثبت شده است. شیوع خودکشی در سال ۷۰ حدود ۱/۹ و در سال ۷۱ به میزان ۲/۳ در صد هزار نفر جمعیت بوده است. در ۱۳۷۰ میانگین سن مردان خودکشی‌کننده، ۳۳/۲ سال و میانگین سن زنان خودکشی‌کننده ۲۶/۸ سال و در سال ۱۳۷۱ به ترتیب ۳۶/۵ سال در مردان و ۲۸/۵ سال در زنان بوده است. نسبت شهری به روستایی در ۱۳۷۰، ۱ به ۱/۴ و در سال ۷۱، ۱ به ۲/۱۱ بوده است. بیش‌ترین روش خودکشی در هر دو سال خودسوزی، و خوردن سم، تریاک و دارو بوده است (احمدی، ۱۳۷۳).

خودکشی در شهر کرمان در مقایسه با جمعیت عمومی، بیش‌تر در افراد جوان اتفاق افتاده است و در زنان ۱/۵ برابر مردان بوده است ($p < 0.001$). 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 (۱۲/۳ درصد) و کم‌ترین آن‌ها در آذرماه (۳/۲ 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 ۵۶۱ مورد اقدام به خودکشی، ۵۱۸ مورد (۹۲/۳ درصد) بهبود کامل یافتند، ۳۰ نفر (۵/۳ درصد) فوت شده‌اند، و در ۱۳ مورد (۲/۳ درصد) نیز اقدام به این عمل باعث به جا ماندن عارضه در بیمار شده است (یاسمی و صانعی، ۱۳۷۲).

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 ۶۲ مورد خودکشی، ۴۳ مورد (۶۹/۴ درصد) مرد و ۱۹ مورد (۳۰/۶ 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 ۱۲ و حداکثر ۸۵ سال، و میانگین سنی برای زنان $25/1 \pm 11$ با حداقل سنی ۱۴ و حداکثر ۵۵ سال بوده است. نزدیک به نیمی از خودکشی‌کنندگان شغل دائم داشته‌اند (۴۶/۳۸ درصد) و ۲۵ درصد نیز بی‌کار بوده‌اند؛ که در مقایسه با وضعیت بی‌کاری سال ۱۳۷۰، یعنی ۶/۵۲ درصد در جمعیت عمومی این میزان در افراد خودکشی‌کننده بالاتر بوده است. در ۲۵ خودکشی در شهرستان کرمان ۷ نفر آن‌ها (۲۸ درصد) اعتیاد داشته‌اند که همه مرد بوده‌اند. از نظر روش اقدام نیز، در ۶۲ مورد خودکشی انجام شده در این استان، مسمومیت، حلق‌آویز کردن و خودسوزی به ترتیب بالاترین شیوع را داشته‌اند. بیش‌ترین موارد خودکشی در فصول گرم سال بوده است. تحلیل محتوای نظرات بستگان افراد خودکشی‌کننده در باب علل این رفتار چنین است: در ۱۵ مورد (۶۰ درصد)، مشکلات زندگی اعم از خانوادگی، اجتماعی، و تحصیلی، در ۳ مورد (۱۲ درصد) به طور خاص فقر، در ۲ مورد (۸ درصد) بی‌کاری و در ۸ مورد (۳۲ درصد) نیز ابتلاء به بیماری اعصاب (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۱).

در فاصله سال‌های ۱۳۵۲ تا ۱۳۶۳ جمعاً ۱۲۲ نفر در استان اصفهان بر اثر خودکشی فوت شدند. بررسی آمارها نشان داد که ۷۸ درصد کل افراد، مرد و ۲۲ درصد آنان زن بوده‌اند. بیش‌ترین میزان خودکشی زنان در گروه سنی ۱۹-۱۱ سال و در مردان در گروه سنی ۲۸-۲۰ سال اتفاق افتاده است. شایع‌ترین روش خودکشی در اصفهان حلق‌آویز کردن

و روش‌های بعدی خوردن سموم نباتی، خوردن تریاک، کاربرد اسلحه گرم، خوردن مواد شیمیایی، و سقوط از ارتفاع است (حسن‌زاده، ۱۳۶۳).

بررسی ۲۰۰ مورد اقدام به خودکشی در اصفهان نشان داد که ۶۶ درصد آن‌ها زن و ۳۴ درصد مرد بوده‌اند. تمام این ۲۰۰ نفر از راه مسمومیت (با قرص، سموم، تریاک و...) دست به خودکشی زدند. بیش‌ترین سن اقدام به خودکشی در هر دو جنس ۱۵-۲۴ سال، در زنان ۱۷-۱۸ سال، و در مردان ۲۳-۲۴ سال بوده است. بالاترین درصد علت خودکشی در اصفهان به ترتیب ازدواج تحمیلی (۴۰ درصد)، اختلاف با خانواده همسر (۱۵/۵ درصد)، افسردگی (۱۵/۵ درصد)، تحصیل (۱/۵ درصد)، بی‌کاری (۳/۵ درصد) مشکلات مالی (۲/۵ درصد)، جلب توجه (۲ درصد) و سایر علل ۴/۵ درصد بوده است (حسن‌زاده، ۱۳۶۳).

خودکشی از معضلات اساسی عصر حاضر شناخته شده و به‌عنوان یک مشکل عمده بهداشتی مطرح است (Roy, 2000). تغییر ساختاری و جوان‌تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیز بر مشکلات افزوده است. در این شرایط نه‌تنها جامعه نیروهای مولد خود را از دست می‌دهد، بلکه باید به‌دلیل 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 به جای می‌گذارد، و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می‌دهد (سازمان ملل؛ ۱۹۹۶ به نقل از سازمان بهزیستی کشور ۱۳۷۵). 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 سبب‌شناسی اجتماعی خودکشی، (محسنی، ۱۳۷۲)، نگرش مردم ایلام به خودکشی (احمدی‌زاده، ۱۳۷۳)، درمان و شیوه‌های مقابله در افراد اقدام‌کننده به خودکشی (بابیری، ۱۳۷۶؛ کیخاونی، ۱۳۷۵)، و بررسی رابطه بین ویژگی‌های

شخصیتی، رویدادهای فشارزای زندگی و شیوه‌های مقابله در افراد اقدام‌کننده به خودکشی (محمدیان، ۱۳۷۸) صورت گرفته است که تمامی آن‌ها در یک مقطع زمانی به بررسی این پدیده پرداخته و فرضیه‌هایی را به محک گذاشته‌اند. در حال حاضر به دلیل نبود یک روند محسوس رو به کاهش در خودکشی، اهمیت پرداختن به آن و بررسی‌های بیش‌تر به امید تدوین برنامه‌های پیش‌گیری و مداخله‌ای کاملاً محسوس است. در این مقاله ضمن توصیف ویژگی‌های حاکم بر پدیده خودکشی در استان ایلام، سعی می‌شود که پاره‌ای نارسایی‌ها 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 گروه‌های مختلف مثلاً افراد بی‌کار، شاغل، زن، مرد، روستایی و شهری و... پرداخته‌اند؛ در حالی که می‌بایست یک شاخص استاندارد مانند نسبت خودکشی در صد هزار نفر، به طور جداگانه برای هر یک از آن‌ها محاسبه و مقایسه شود. اطلاعاتی که از طریق سالنامه آماری کشور انتشار یافته حاکی از آن است که در سال ۱۳۶۰ جمعاً در مناطق شهری ۱۵۶ مورد فوت به علت خودکشی روی داده است و از سال ۱۳۶۱ تا پایان سال ۱۳۷۰ تعداد موارد خودکشی به طور نسبی افزایش ناگهانی و چشم‌گیری داشته است، به طوری که از ۲۰۰ مورد به ۶۴۱ مورد رسیده است و بالاترین میزان خودکشی در سال‌های ۶۱ تا ۶۳ مربوط به گروه سنی ۱۵-۲۴ سال بوده است (محسنی، ۱۳۷۲).

شیوع روزافزون این معضل در اکثر نقاط ایران مشاهده می‌شود. در استان ایلام نیز شیوع خودکشی روند فزاینده‌ای دارد؛ به طوری که از میزان ۲ مورد در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۸، به ۶۳ مورد در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۷۳، و به ۶۹ مورد در ۱۰۰ هزار در ۱۳۷۹ رسیده است (بهزیستی 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.

(۱) 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 ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰ در استان ایلام است و نمونه‌گیری صورت نگرفته است. داده‌ها از طریق ثبت وقایع جاری جمع‌آوری شده‌اند و مجموع کل افراد بررسی شده ۲۵۱۸ 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 از دو شاخص میانگین قدر مطلق انحرافات (MAD) و میانگین قدر مطلق درصد خطا (MAPE) استفاده شده که از طریق فرمول‌های زیر محاسبه می‌شوند:

$$MAD = \frac{1}{n} \sum_{t=1}^n |X_t - \hat{X}_t|$$

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

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

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.

(۲) یافته‌ها

میزان خودکشی در آغاز دوره تحت بررسی بسیار بالا است (۲۰/۴۹ نفر در صد هزار نفر) ولی پس از آن به مدت دو سال کاهش می‌یابد. در سال ۷۵ به ۸/۸۱ نفر در صد هزار نفر رسیده است که کم‌ترین میزان در کل دوره مذکور است. این روند تا سال ۷۸ دو بار افزایش و مجدداً در سال ۷۸ به نقطه اوج خود یعنی ۱۹/۲۸ در صد هزار نفر می‌رسد. سپس شاهد کاهش تدریجی میزان خودکشی هستیم.

اقدام به خودکشی، روندی متفاوت را طی کرده است: در سال‌های ۷۴ تا ۷۶ و نیز ۷۸ تا ۸۰ روندی فزاینده دارد که در نقطه اوج خود یعنی سال ۷۹ به ۵۶/۶۶ نفر در صد هزار نفر می‌رسد. در کل دوره تحت بررسی میزان اقدام به خودکشی بیش‌تر از خودکشی بوده است.

میزان خودکشی در زنان همیشه بیش‌تر از مردان بوده است، ولی این اختلاف در اواخر دوره کم‌تر شده است که نشان‌دهنده افزایش میزان خودکشی در بین مردان است. بیش‌ترین میزان خودکشی در بین زنان، در سال ۱۳۷۴ (۳۲/۴۰ نفر در صد هزار نفر) و در بین مردان، در سال ۷۸ (۱۴/۴۰ نفر در صد هزار نفر) رخ داده است. همچنین زنان بیش‌تر از مردان اقدام به خودکشی کرده‌اند.

نمودار ۱

با توجه به معادله خط پیش‌بینی و نمودار آن، برای پیش‌بینی میزان خودکشی در هر سال می‌توان تفاضل آن از ۷۲ (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 ۲۳/۷۵ نفر در صدهزار نفر در آغاز دوره به ۴۹/۲۶ نفر در صدهزار نفر در انتهای دوره رسیده است و در بین زنان نیز از ۳۷/۲۱ نفر در صدهزار نفر به ۶۲/۰۱ نفر در صدهزار نفر افزایش داشته است. به جز سال‌های ۷۵ و ۷۹ در بقیه دوره تحت بررسی میزان خودکشی روستائیان بیش‌تر از افراد شهری است؛

در مقابل، میزان اقدام به خودکشی در همه سال‌ها به جز ۷۷ و ۷۸ در افراد شهری بیش‌تر از افراد روستائی است. کم‌ترین میزان در افراد روستائی، ۵/۷ نفر در صدهزار نفر (سال ۷۶) و در افراد شهری ۱۵/۸۹ نفر در صدهزار نفر (سال ۷۶) بوده است. همچنین بیش‌ترین میزان در بین روستائیان ۵۰/۱۴ نفر در صدهزار نفر (سال ۷۸) و در افراد شهری ۷۱/۴۶ نفر در صدهزار نفر (سال ۷۹) بوده است.

جدول ۱: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۷۳-۸۰

به تفکیک محل سکونت براساس نتیجه خودکشی

نتیجه	سال									
	سکونت	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	مجموع
موفق	روستا	۵۹	۲۷	۱۹	۶	۴۷	۴۷	۳۵	۴۷	۲۸۷
	شهر	۳۵	۲۵	۲۴	۵	۳۳	۵۳	۵۲	۳۶	۲۶۳
	مجموع	۹۴	۵۲	۴۳	۱۱	۸۰	۱۰۰	۸۷	۸۳	۵۵۰
ناموفق	روستا	۵۴	۵۶	۷۵	۱۳	۱۱۴	۱۱۴	۸۱	۱۰۳	۶۱۰
	شهر	۸۸	۶۴	۱۱۷	۴۳	۱۴۰	۱۲۵	۲۱۹	۱۹۶	۹۹۲
	مجموع	۱۴۲	۱۲۰	۱۹۲	۵۶	۲۵۴	۲۳۹	۳۰۰	۲۹۹	۱۶۰۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

میزان خودکشی در افراد مجرد بیش‌تر از افراد متأهل است. هر دو گروه در سال ۱۳۷۳ بیش‌ترین و در سال ۱۳۷۵ کم‌ترین میزان خودکشی را داشته‌اند. میزان اقدام به خودکشی نیز در افراد مجرد همواره بیش‌تر از افراد متأهل می‌باشد و بیش‌ترین آن با ۸۲/۲۹ نفر در صد هزار نفر در سال ۷۹ و کم‌ترین آن با ۴۶/۰۸ نفر در صد هزار در سال ۷۴ نفر بوده است. افراد متأهل نیز در سال ۷۶ بیش‌ترین میزان اقدام به خودکشی (۶۸/۸۷ نفر در صد هزار نفر) و در سال ۷۴ کم‌ترین آن (۲۵/۲۶ نفر در صد هزار نفر) را داشته‌اند.

میزان خودکشی در دو گروه افراد خانه‌دار و بی‌کار نشان می‌دهد در نیمه اول دوره تحت بررسی یعنی سال‌های ۷۳ تا ۷۷ افراد خانه‌دار و در سال‌های ۷۸ تا ۸۰ افراد بی‌کار بیش‌ترین خودکشی را داشته‌اند. به عبارت دیگر در سال ۷۷ روند خودکشی در زنان خانه‌دار به تدریج کاهش و در افراد بی‌کار به ناگاه افزایش چشم‌گیری یافته است.

میزان اقدام به خودکشی نیز مثل میزان خودکشی در افراد بی‌کار و خانه‌دار بیش‌تر از سایر گروه‌های شغلی بوده است. روند اقدام به خودکشی در افراد بی‌کار در حال افزایش است و شدت این افزایش طی سال‌های ۷۸ تا ۷۹ بسیار زیاد بوده است، ولی در زنان خانه‌دار طی سال‌های ۷۷ تا ۷۹ کاهش تدریجی داشته است. نکته مهم نزدیک بودن اقدام به خودکشی در سال‌های آغازین این دوره و سپس فاصله گرفتن گروه‌های بی‌کار و خانه‌دار از سایر گروه‌هاست.

میزان خودکشی در افراد بی‌سواد از سال ۷۴ تا سال ۷۹ در حال افزایش بوده و پس از آن کاهش تدریجی داشته است و از سال ۷۵ به بعد همیشه بیش‌تر از افراد باسواد بوده است. بیش‌ترین میزان خودکشی در افراد بی‌سواد مربوط به سال ۷۹ با رقم ۳۱/۹۴ نفر در صد هزار نفر و در افراد باسواد مربوط به سال ۷۸ با رقم ۲۰/۵۰ نفر در صد هزار نفر است. در افراد بی‌سواد، سال ۷۴ با ۳/۲۲ نفر در صد هزار نفر و در افراد باسواد سال ۷۵ با ۱۱/۴ نفر در صد هزار نفر کم‌ترین میزان خودکشی را در برداشته است. برخلاف خودکشی، اقدام به خودکشی در افراد باسواد بیش‌تر است.

جدول ۲: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۷۳-۸۰ به تفکیک وضعیت اشتغال، براساس نتیجه خودکشی

نتیجه	سال اشتغال	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	مجموع
موفق	محصل	۱۸	۱۴	۷	۱۷	۱۱	۲۴	۱۴	۱۷	۱۲۲
	خانه‌دار	۴۷	۳۰	۲۴	۳۴	۵۱	۳۰	۳۰	۲۶	۲۷۲
	شاغل	۱۰	۴	۳	۸	۸	۱۳	۱۰	۹	۶۵
	بی‌کار	۹	۳	۳	۴	۶	۱۸	۲۷	۲۴	۹۴
	مجموع	۸۴	۵۱	۳۷	۶۳	۷۶	۸۵	۸۱	۷۶	۵۵۳
ناموفق	محصل	۴۳	۴۴	۴۳	۷۲	۶۳	۵۹	۸۲	۸۳	۴۸۹
	خانه‌دار	۵۰	۳۱	۷۱	۱۰۳	۱۱۳	۸۷	۷۷	۸۶	۶۱۸
	شاغل	۱۸	۱۹	۳۱	۳۱	۳۱	۲۳	۳۶	۱۹	۲۰۸
	بی‌کار	۱۱	۶	۱۴	۳۱	۳۰	۳۸	۸۰	۸۸	۲۹۸
	مجموع	۱۲۲	۱۰۰	۱۵۹	۲۳۷	۲۳۷	۲۰۷	۲۷۵	۲۷۶	۱۶۱۳

اقدام به خودکشی در افراد بی‌سواد از سال ۷۸ رو به کاهش بوده، در حالی که در همین دوره در افراد باسواد افزایش محسوسی را نشان می‌دهد. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله بیش‌تر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی ۲۶/۶۷ سال و میانگین سن اقدام به خودکشی ۲۴/۲۲ سال است. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله بیش‌تر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی ۲۶/۶۷ سال و میانگین سن اقدام به خودکشی ۲۴/۲۲ سال است. میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله بیش‌تر از سایر سنین است. میانگین سن خودکشی ۲۶/۶۷ سال و میانگین سن اقدام به خودکشی ۲۴/۲۲ سال است.

جدول ۳: توزیع پراکنش میزان خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۷۳-۸۰ به تفکیک

وضعیت سواد، بر اساس نتیجه خودکشی

نتیجه	سال وضع سواد	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	مجموع
موفق	بی سواد	۱۶	۳	۸	۲۴	۲۷	۲۸	۲۸	۲۱	۱۵۵
	باسواد	۶۱	۳۷	۲۹	۴۲	۴۲	۶۵	۵۹	۶۱	۳۹۶
	مجموع	۷۷	۴۰	۳۷	۶۶	۶۹	۹۳	۸۷	۸۲	۵۵۱
ناموفق	بی سواد	۱۷	۱۴	۲۲	۵۲	۴۴	۴۸	۳۸	۲۴	۲۵۹
	باسواد	۱۱۱	۹۸	۱۶۴	۱۹۱	۲۰۰	۱۷۹	۲۶۱	۲۷۳	۱۴۷۷
	مجموع	۱۲۸	۱۱۲	۱۸۶	۲۴۳	۲۴۴	۲۲۷	۲۹۹	۲۹۷	۱۷۳۶

رابطه سواد و سال خودکشی و اقدام به خودکشی

همچنین در فاصله سال‌های ۷۷-۸۰ در شهرستان‌های آب‌دانان، دهلران، مهران، و ایلام با کاهش میزان خودکشی روبه‌رو هستیم، ولی در شهرستان‌های دره‌شهر و ایوان شاهد افزایش میزان خودکشی بوده‌ایم.

شایع‌ترین روش خودکشی در بین افراد، خودسوزی با نفت است و پس از آن خوردن سم، دار زدن خود، خوردن قرص، استفاده از سایر روش‌ها، و استفاده از گلوله قرار دارند. خوردن قرص و سم بیش‌ترین روش اقدام به خودکشی است و پس از آن خودسوزی با نفت، سایر روش‌ها، دار زدن، و استفاده از گلوله و چاقو قرار دارد.

شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی به ترتیب با ۳۷/۱ درصد و ۲۱/۳ درصد شایع‌ترین علل اظهارشده خودکشی هستند. فقر و شرایط بد اقتصادی، و تهمت ناموسی نیز با ۴/۳ درصد شیوع، علل اظهار شده بعدی خودکشی‌اند. تهمت ناموسی و اختلاف زناشویی به عنوان علت اظهارشده روند کاهشی داشته‌اند، ولی فقر و شرایط بد اقتصادی و اعتیاد روند افزایشی داشته‌اند.

درخصوص اقدام به خودکشی نیز شرایط نامناسب زندگی با ۳۸/۶ درصد و بیماری روانی با ۲۶ درصد بیشترین علت اظهار شده بوده‌اند. پس از آن فقر و شرایط بد اقتصادی و شکست تحصیلی قرار دارند. در ماه‌های 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 دی‌ماه کاهش یافته است. درخصوص اقدام به خودکشی نیز روند اقدام در فروردین و خرداد، افزایشی و در مردادماه، کاهش یافته است.

۳) بحث

خودکشی در همه سال‌ها به جز سال ۷۵ 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 ۷۵ و پس از آن نسبت به سال ۷۴ 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 کرده‌اند (روی، ۲۰۰۰؛ خان و همکاران، ۱۹۹۶؛ نیک قوام، ۱۳۷۶؛ یاسمی، ۱۳۷۲).

بیشتر بودن میزان خودکشی در بین افراد روستایی در مقایسه با افراد ساکن شهر، برخلاف نتایج مطالعات کولموس و باخ (۱۹۸۷) 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 (۱۳۷۳) 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 (۱۳۷۲) و فرجی‌هرسینی (۱۳۷۷) 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 (۱۳۷۶) بیش‌تر بودن خودکشی در بین زنان خانه‌دار و مطالعه یاسمی و صانعی (۱۳۷۲)، و اختری‌فسدوز (۱۳۷۶) 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 اختری‌فروز (۱۳۷۶) و نیز یاسمی و همکاران (۱۳۸۱) 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 ۱۵ تا ۱۹ سال و ۲۰ تا ۲۴ سال بیش‌ترین میزان را به خود اختصاص داده است. باتوجه به میانگین سن خودکشی ۲۶/۲۷ سال و میانگین اقدام به خودکشی ۴۲/۲۲ 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، ۱۳۸۱ و ۱۳۷۷).

رخساره (۱۳۷۴) نیز اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی را در سنین جوانی گزارش نموده است و حیدری پهلوان (۱۳۷۵) نیز نشان داده که بیش‌ترین اقدام به خودکشی در افراد زیر ۳۰ سال صورت می‌گیرد.

خودکشی بیش‌تر در اردیبهشت، خرداد و شهریور رخ داده است و اقدام به خودکشی در ماه‌های خرداد، تیر و مرداد بیش‌تر از سایر ماه‌های سال بوده است. آقاجانی (۱۳۵۲) هم

بیشترین میزان خودکشی را در ماه‌های تیر، مرداد، شهریور و اردیبهشت گزارش نموده است. هم بیشترین میزان خودکشی را در ماه‌های تیر، مرداد، شهریور و اردیبهشت گزارش نموده است. یاسمی و همکاران (۱۳۷۷ و ۱۳۸۱) نیز خودکشی در فصل‌های گرم سال را بیشتر از فصل‌های سرد سال گزارش کردند.

در نتیجه یافته‌های پژوهش، شرایط نامناسب زندگی و بیماری روانی علل اظهار شده بیش‌تر خودکشی‌ها و اقدام به خودکشی‌ها است. بررسی فرجی‌هرسینی (۱۳۷۷) نشان داده که تقریباً ۹۵ درصد از بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند نوعی بیماری روانی مشخص دارند و اختلالات افسردگی ۸۰ درصد این موارد را شامل می‌شود.

در مطالعات بسیاری، مصرف دارو اولین روش خودکشی دانسته شده است (روی، ۲۰۰۰؛ خان و همکاران، ۱۹۹۶؛ یاسمی و صانعی، ۱۳۷۲). براساس این پژوهش، خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی و استفاده از قرص و سم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. با توجه به این‌که اکثر خودسوزی‌ها در پژوهش حاضر منجر به مرگ شده‌اند فراهم‌سازی امکانات درمانی در این زمینه پیشنهاد می‌شود. همچنین روند سریع افزایش خودکشی در استان ایلام به خصوص به تفکیک شهرستان‌ها، 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.

- ۱- احمدی، امیرمسعود. (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی خودکشی موفق در سال‌های ۷۰ و ۷۱ در استان مازندران. مقاله ارائه شده در دومین کنگره روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، تهران ۳-۵ خرداد ۱۳۷۳.
- ۲- احمدی‌زاده، شاکر. (۱۳۷۳). بررسی مقدماتی برداشت‌ها و آگاهی‌های مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ۳- اختری فسدوز، عبدالله. (۱۳۷۶). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی در شهرستان نقده ۱۳۷۰-۱۳۷۴. پایان‌نامه برای اخذ کارشناسی ارشد در رشته جامعه‌شناسی. دانشگاه علوم طباطبایی.
- ۴- باپیری، امیدعلی. (۱۳۷۶). بررسی اثربخشی روش آموزش گروهی مهارت حل مسئله در درمان نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ۵- بهزیستی استان ایلام (منتشر نشده). اطلاعات خودکشی سال‌های ۱۳۶۸ تا کنون.
- ۶- حسن‌زاده، مهدی. (۱۳۶۳). بررسی علل خودکشی در اصفهان، تازه‌های تحقیق در پزشکی. تهران: مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران.
- ۷- سادوک، بی.جی؛ سادوک، دی. ا. (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک، جلد سوم. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: ارجمند.
- ۸- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۵). طرح پیش‌گیری از خودکشی در استان ایلام.
- ۹- فرجی هرسینی، مسعود. (۱۳۷۷). بررسی و مصاحبه با صد مورد اقدام به خودکشی و تعیین اپیدمیولوژی مربوطه در بخش‌های سوختگی و مسمومیت بیمارستان امام خمینی و بخش اورژانس بیمارستان فارابی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه دانشکده پزشکی. ۱۳۷۶-۷۷.
- ۱۰- کیخاونی، ستار. (۱۳۷۵). بررسی مهارت‌های مقابله با استرس و میزان استفاده از حمایت اجتماعی در افراد ۱۵-۲۵ ساله اقدام‌کننده به خودکشی شهر ایلام.

- پایان نامه برای دوره کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ۱۱- محسنی، منوچهر. (۱۳۷۲). *بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان ایلام*. استانداری ایلام، دانشگاه تهران.
- ۱۲- محمدیان، فتح‌الله. (۱۳۷۸). *بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، استرس و شیوه‌های مقابله با خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام*. پایان‌نامه برای کارشناسی ارشد. انستیتو روان‌پزشکی تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۱۳- مورون، پیر. (۱۳۶۵). *خودکشی، پیدایش، علل و درمان*. ترجمه مازیار سهنند. چاپ اول. تهران: شرکت انتشاراتی رسام.
- ۱۴- نیک قوام، معصومه. (۱۳۷۶). *بررسی مسمومیت‌های حاد دارویی در بیمارستان آیت‌الله طالقانی ارومیه بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۴*. برای اخذ دکتری در رشته داروسازی. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۱۵- یاسمی، محمدتقی و صانعی، نسرين. (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در شهرستان کرمان*. خلاصه مقالات چهارمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی در ایران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- ۱۶- یاسمی، محمدتقی؛ صباحی، عبدالرضا؛ میرهاشمی، سیدمجتبی؛ سیفی، شراره؛ آذرکیوان، پرینوش؛ طاهری، محمدحسین. (۱۳۸۱). *بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان*. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴.
- 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) Comprehensive Textbook of Psychiatry (7th Ed.)**. Baltimore: Williams & Wilkins.