

## بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی با تأکید بر اشتغال در استان ایلام از بعد از انقلاب

رضا پریزاد<sup>۱</sup>، رضا اسماعیلی کاخ<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار و عضو هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی - توسعه، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

### چکیده

خودکشی یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی محسوب می‌شود که از سویی موجب نگرانی متولیان سلامت و امنیت اجتماعی و از جانب دیگر زمینه نگرانی عامه مردم را فراهم نموده است. خودکشی به اقدام مستقیم یا غیرمستقیم در جهت پایان دادن به حیات خود است. خودکشی کنشی عمدی به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم است که نشان از کاهش ارزش حیات انسانی است؛ اما با توجه به آمار بالای خودکشی در استان ایلام و با توجه به عدم پرداختن مطالعات پیشین به تأثیر اشتغال به خودکشی پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی با تأکید بر اشتغال در استان ایلام بعد از انقلاب انجام شد تا این خلأ را پوشش دهد. پژوهش حاضر با توجه به محدودیت‌های خاص این موضوع به روش مروری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که خودکشی در زنان بیشتر از مردان و بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بود. میزان خودکشی برحسب تحصیلات در بین افراد با تحصیلات دیپلم و میزان اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه‌دار بیشتر بود. روند طولانی‌مدت خودکشی در استان ایلام بعد از انقلاب، افزایشی بوده و از نزدیک به ۱ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۸، به ۵/۲۰ در سال ۱۳۷۳ و به ۲۴/۲ در سال ۱۳۸۹ رسیده است که معادل رشد حدود ۲۰ برابری بوده است. البته خوشبختانه از سال ۱۳۹۳ روند کاهشی مشهود بوده و در سال ۱۳۹۵ به ۱۱/۱ در ۱۰۰ هزار نفر رسیده است، اگرچه هنوز با میانگین کشوری در همان سال (۳/۶ در ۱۰۰ هزار نفر) فاصله دارد. اما از دلایل عمده خودکشی در استان ایلام مسئله فقر و بیکاری (۴ مورد از هر ۱۰۰ هزار نفر) بوده به این دلیل که استان ایلام یکی از محروم‌ترین استان‌های کشور است.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، خودکشی، اشتغال، استان ایلام

## مقدمه:

قرن حاضر علیرغم تمام پیشرفت‌هایی که در زمینه‌ی رفتاری برای انسان ایجاد کرده با بحران‌های اجتماعی مختلفی همراه بوده، زیرا با پیشرفت‌های صنعتی به تدریج پیوندهای سنتی میان انسان‌ها و در نتیجه روابط بین فردی را تا حدود زیادی دچار کاستی نموده، به نحوی که نتیجه آن بحران در روابط اجتماعی یا گرایش افراطی به فردگرایی<sup>۱</sup> بوده است (نیازی، ۱۳۹۷). این پدیده به نوبه خود اثرات اجتماعی و عاطفی بر زندگی انسان امروزی گذاشته است (مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۶).

از جمله اثرات این معضل خودکشی بوده است، خودکشی<sup>۲</sup> را می‌توان به عنوان یکی از مهم‌ترین پدیده‌های نامطلوب اجتماعی قرن حاضر که روندی روبه رشد دارد قلمداد نمود. نتایج پژوهش‌ها در این زمینه حکایت از افزایش بیش از ۶۰ درصدی اقدام به خودکشی طی ۵۰ سال گذشته دارد که بیشترین این میزان به ژاپن و آمریکا تعلق دارد (جان قربانی بخشی، ۱۳۹۴). خودکشی تلاشی آگاهانه به منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی توسط خودش می‌باشد که ممکن است این تلاش به اقدام تبدیل گردد یا فقط به شکل احساسی در فرد باشد (ترابی، ۱۳۸۸).

خودکشی یک رفتار مرگی است که به دست خود شخص انجام می‌گیرد (نیازی، ۱۳۹۷). آمارهای سازمان جهانی بهداشت، نشان می‌دهد که سالانه حدود ۴۰۰ هزار نفر به دلیل خودکشی موفق جان خود را از دست می‌دهند (روی،<sup>۳</sup> ۲۰۰۰). خودکشی در ردیف دهمین علت مرگ‌ومیر برای تمام سنین در بیشتر کشورهای جهان است در حالی که آمار مرگ میر بیماران خودکشی کرده در بین مردان سه برابر بیشتر زنان است ولی زن‌ها چهار برابر بیشتر از مردها اقدام به خودکشی می‌کنند (گریف،<sup>۴</sup> ۲۰۱۴).

مرگ ناشی از خودکشی عمدی، توسط خود شخص رخ می‌دهد و اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می‌باشد (خورشیدی و همکاران، ۱۳۸۳) که معمولاً بدون اعلام قبلی از سوی فرد اقدام کننده رخ نمی‌دهد. این افراد اغلب افکار خودکشی خود را با خانواده، دوستان و پزشک خود در میان می‌گذارند (بگ و همکاران،<sup>۵</sup> ۲۰۰۰). وجود افکار یا اقدام به خودکشی از علامت‌های اختلالات افسردگی اساسی است (چمن آزاد شهری و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، خودکشی اقدامی است آگاهانه و با سرانجام مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می‌دهد. مطابق اطلاعات منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت که تقریباً تنها منبع اصلی از نظر مقایسه بین‌المللی است، نرخ رسمی خودکشی در بین کشورهای جهان به طور آشکاری متغیر است، به طوری که تا سال ۲۰۰۰ میلادی میزان خودکشی از ۱ درصد هزار نفر تا ۴۵ درصد هزار نفر در نوسان بوده است (روی،<sup>۶</sup> ۲۰۰۰).

خودکشی به معنای عملی برای آسیب رساندن به خود با قصد انهدام نفس، قدمتی به اندازه‌ی تاریخ حیات انسان دارد (لینفورد، ۱۳۶۳). این پدیده یکی از آسیب‌های اجتماعی است که از دوران روابط عشیره‌ای و سنتی تا دوران روابط پیچیده و مدرن امروزی، همواره گریبان بشر را گرفته و در حال حاضر یکی از دلایل مرگ و میر افراد است که خود مقدمه و موجب بسیاری از آفت‌ها و آسیب‌های دیگر بوده و نه تنها بر فرد کنشگر، بلکه بر خانواده، نزدیکان و جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند نیز تأثیرگذار است (ریاضی و نجفیان پور، ۱۳۹۴). هزینه‌های مادی و اقتصادی بعد دیگری از خسارات این عمل است

<sup>1</sup> Individualism

<sup>2</sup> Suicide

<sup>3</sup> Roy

<sup>4</sup> Greiph

<sup>5</sup> Begg et al

<sup>6</sup> Roy

و بخش زیادی از سرمایه های جامعه صرف معالجات درمانی و مداوای افراد اقدام کننده به خودکشی میشود. از طرفی، چون اکثر قربانیان خودکشی افراد جوان هستند، سالانه عمر مفید زیادی به واسطه ی خودکشی تلف می شود که از این منظر نمیتوان خودکشی را صرفاً یک اقدام شخصی به حساب آورد.

مطالعه در مورد اقدام به خودکشی و روند روبه رشد این پدیده نامطلوب اجتماعی در کشورهای جهان و ایران منجر به آن گردیده تا هر یک از علوم با توجه به حوزه خود و نگاهی که به پدیده خودکشی دارند به بررسی و شناسایی عوامل مؤثر بر این پدیده پرداخته و راهکارهایی را برای کاهش یا مقابله با آن ارائه نمایند. با توجه به نبودن مطالعه‌ی نسبتاً جامع اقتصادی این مطالعه در پی آن است که تأثیر برخی متغیرهای اقتصادی و اشتغال را بر روی پدیده خودکشی بررسی نمایند.

اهمیت بررسی موضوع خودکشی از آن جهت است که یکی از پدیده های تاسف بار در حال گسترش در جهان است که دارای ابعاد مختلف روانی، اجتماعی، فرهنگی، بیولوژی و پیامدهای اقتصادی، انسانی و ... می باشد (حاتمی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). این موضوع نه تنها به خاطر گسترش و شیوع جهانی آن بلکه به علت وجود زمینه های مساعد کننده برای وقوع این پدیده واجد اهمیت است. این پدیده غیر عادی در تمام جوامع اعم از ابتدای ترین تا پیشرفته ترین آنها وجود داشته است و توجه محققین علوم مختلف را به خود جلب نموده است. گسترش روزافزون خودکشی در سالهای اخیر باعث شد تا سازمان جهانی بهداشتی روز ۱۰ سپتامبر را به عنوان "روز جهانی پیشگیری از خودکشی" معرفی کند و در این روز برای برخی از کشورها برنامه های خاصی در نظر بگیرد. بر اساس مطالعات انجام شده سازمان بهداشت جهانی سالانه یک میلیون نفر در جهان به دلیل خودکشی جان خود را از دست می دهند و حداقل ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم اقدام به خودکشی می کنند (نوری و همکاران، ۱۳۹۰؛ نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۲). بر همین اساس است که خودکشی موضوع بسیاری از تحقیقات علمی جهان را همچنان به خود اختصاص می دهد و دانشمندان با به کارگیری تازه ترین روش های موجود درصدد پیشگیری از آمار خودکشی در جهان هستند. با توجه به اهمیت پدیده خودکشی و تبعات فراوان آن محققان بر شناسایی عوامل مؤثر بر وقوع خودکشی و نیز عوامل بازدارنده آن تأکید فراوان دارند. لذا دستیابی به این عوامل نیازمند بررسی جامع و همه جانبه نگر پژوهشگران است که متاسفانه در این زمینه به خصوص در جامعه آماری مورد مطالعه آنچنان که شایسته بوده است تحقیق جامعی صورت نگرفته است.

اما استان ایلام از جمله مناطقی است که طی سالهای اخیر شاهد افزایش روزافزون این پدیده بوده است. در حال حاضر خودکشی با افزایش ۵/۷ درصد از کل مرگها پس از بیماری قلبی و سوانح و حوادث غیرعمدی، سومین علت مرگ در استان است (محمد زاده و همکاران، ۱۳۹۶). روند رو به رشد این معضل، روشهای خشن استفاده شده و به خصوص موفقیت آن در بین زنان، این مسئله را بغرنج نموده است. در این استان تحقیقاتی در زمینه سببشناسی اجتماعی خودکشی (محسنی، ۱۳۷۱) نگرش مردم ایلام به خودکشی (احمدی، زاده، ۱۳۸۳)، درمان و شیوههای مقابله در افراد اقدام کننده به خودکشی (باپیری، ۱۳۷۶)، روند خودکشی و اقدام به خودکشی (اعظم، ۱۳۸۳)، بار ناشی از رفتارهای خودکشی (خورشیدی، ۱۳۸۳)، الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی (رضائیان و شریفی، ۱۳۸۷) صورت گرفته است که تمامی آنها در یک مقطع زمانی به بررسی این پدیده پرداخته و فرضیههایی را به محک گذاشته‌اند؛ اما این پژوهش باهدف بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی به خصوص با تأکید بر اشتغال در استان ایلام طی سال ۱۳۹۹ انجام شده است تا ضمن بیان تأثیر این معضل بر

<sup>7</sup> Hatami

جامعه، توجه مسئولین محلی و ملی را به آن معطوف داشته و در نهایت منجر به اتخاذ تصمیمات صحیح و منطقی برای تخفیف این مشکل در استان گردد.

### تاریخچه خودکشی

خودکشی در تاریخ رواج داشته است. مردم در طول تاریخ دلایل و روش های گوناگونی برای ارتکاب خودکشی داشته اند. از آنجا که گرفتن جان خود از نظر علم اخلاق بسیار بحث برانگیز است، دیدگاه های متفاوتی نیز در این زمینه ارائه شده است. با آنکه ممکن است بسیاری از این دیدگاه ها نوین به نظر آیند، اما منشاء و نحوه شکل گیری آن ها نهفته در تاریخ است (خورشیدی و همکاران، ۱۳۸۳).

همانگونه که گفته شد برپایه فرهنگ انگلیسی آکسفورد واژه انگلیسی خودکشی (Suicide) نخستین بار در سال ۱۶۵۱ ثبت شده است. با این حال از آنجا که این عمل تقبیح می شده، بیش تر فرهنگ ها نامی از واژه آن نمی آوردند. به جای آن از ترکیب هایی چون کشتن خود<sup>۸</sup>، قتل نفس<sup>۹</sup>، سلاخی خود<sup>۱۰</sup> به جای واژه مستقیم خودکشی استفاده می کرده اند. در واقع با این کار به گونه ای نشان می دادند که خودکشی عملی چون قتل عمد است (نوئل<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). از همین رو بسیاری در آن دوران برای بقای روح، فرد خودکشی اظهار نگرانی می کردند. این موضوع سبب شد که مسئله خودکشی در ادیان گوناگون مورد توجه قرار گیرد.

در نهایت بسیاری از پزشکان و دانشمندان خودکشی را در زمره بیماری ها قلمداد کردند، با این تفسیر که تنها، فردی که دیوانه باشد خود را می کشد. این کار منافی نیز در برداشت، چراکه دیگر خودکشی تقبیح نمی شد و مردم با بازماندگان فرد خودکش همدردی می کردند. در دوران مدرن خودکشی جرم زدایی شد. اکنون دیگر جسد فرد خودکش در گورستان مردم عادی دفن شده و اموالش به خانواده اش به ارث خواهد رسید و همچنین در صورت ناموفق بودن خودکشی، فرد دیگر اعدام نمی شود (نوئل، ۱۹۹۹).

با این حال باید اشاره کرد که این پیشرفت ها، مضراتی نیز در پی داشت. آلاوارز<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۲) در کتابش به نام «خدای وحشی» می نویسد: «خودکشی حتی برای دانشمندان و جامعه شناسان هم به اندازه روحانیون مسیحی قباحات دارد» هرچه بیش تر خودکشی به مثابه یک مرض پذیرفته می شد، بیش تر باعث می شد که مردم از نظر فلسفی و دینی بدان ننگرند (همتی، ۱۳۹۶).

به گفته افلاطون در آتن باستان کسی که بر اثر خودکشی جان می باخت، افتخار یک کفن و دفن معمولی را از دست می داد. آن شخص را تنها و در جایی دورافتاده از شهر و بدون سنگ قبر دفن می کردند (نوئل، ۱۹۹۹). در انگلستان طی قانونی به سال ۱۸۲۳، مقرر شد که دیگر نمی بایست جسد افرادی که خودکشی کرده اند را در چهارراه ها دفن کنند (فیتزجیمز استفان<sup>۱۳</sup>، ۱۸۹۲).

<sup>8</sup> self-killing

<sup>9</sup> self-murder

<sup>10</sup> slaughter-self

<sup>11</sup> Noel

<sup>12</sup> Alvarez

<sup>13</sup> Fitzjames Stephen

در اروپای قرن ۱۹ عمل خودکشی از عملی ناشی از گناه به اقدامی ناشی، از جنون تغییر ماهیت داد. (ماریس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۰). داده های برگرفته از تاریخ نشان می دهند که نرخ خودکشی در زمان جنگ همواره بسیار پایین است (توماس و گانال<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۰). خودکشی اغلب به علت یأس صورت می گیرد که علت آن به اختلال روانی، شکست عشقی، اعتیاد، یا سوء مصرف دارو نسبت داده می شود (هاوتون و هرنینگ<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۹). اغلب، عوامل استرس زا مانند مشکلات مالی یا مشکلات ارتباط بین فردی در این میان نقش دارند. تلاش برای جلوگیری از خودکشی شامل موارد زیر است:

محدود کردن دسترسی به سلاح گرم، درمان بیماری های روانی و سوء مصرف دارو و بهبود وضعیت اقتصادی. رایج ترین روش انجام خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است و تا حدی به روش های قابل دسترس بستگی دارد. روش های معمول عبارتند از: حلق آویز کردن، مسمومیت با قرص برنج، و سلاح گرم و کشیدن تیغ روی رگ سالانه حدود ۸۰۰۰۰۰ تا یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می میرند، و این امر دهمین علت اصلی مرگ در سراسر جهان است (وارنیک، ۲۰۱۲). میزان این کار در مردان، بالاتر از زنان بوده و احتمال خودکشی مردان سه تا چهار برابر بیشتر از زنان است (مییر و کلینارد<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۸). تخمین زده می شود که هر سال ۱۰ تا ۲۰ میلیون اقدام به خودکشی غیرکشنده رخ می دهد (برتولوت و فلیشمن<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۲).

اقدام به خودکشی ناموفق در جوانان و زنان شایع تر، است. دیدگاه های مربوط به خودکشی تحت تأثیر درون مایه های زیستی متنوعی نظیر مذهب، افتخار و معنای زندگی قرار دارد. ادیان ابراهیمی سنتاً خودکشی را وهن خداوند تلقی می کنند که دلیل این مسئله اعتقاد به تقدس زندگی است.

در طول دوران سامورایی در ژاپن، سیوکو به عنوان جبران شکست یا نوعی اعتراض شمرده می شد. رسم ساتی، که در حال حاضر عملی غیرقانونی در مراسم تشییع جنازه هندو است، این انتظار را مطرح می کرد که بیوه دست به قربانی کردن خود بزند و برای این کار خود را خواسته یا ناخواسته و تحت فشار خانواده و جامعه، بر روی تل هیزم مراسم تشییع جنازه شوهرش بیندازد.

### پیشینه پژوهش:

همتی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ی علل اقتصادی و خودکشی انجام داد که نشان داد عوامل اقتصادی از جمله عواملی تلقی می شود که تأثیر آن بر خودکشی در اکثر مطالعات بررسی شده است. در این مطالعه با استفاده از داده های تلفیقی برای دوره زمانی ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ و به تفکیک استان های کشور و بررسی تأثیر عوامل نرخ بیکاری، میزان نابرابری درآمدی، صنعتی شدن و رشد جمعیت بر اقدام خودکشی در کشور پرداخته است. نتایج حاکی از آن است که میان نرخ بیکاری و میزان نابرابری درآمدی و صنعتی شدن با اقدام به خودکشی در کشور رابطه ی مثبت و معناداری برقرار می باشد. اما اثر رشد جمعیت بر متغیر اقدام به خودکشی با معنی بوده است. از این رو تلاش در جهت کاهش بیکاری و نابرابری درآمد می تواند نقش بسزایی در کاهش خودکشی داشته باشد.

<sup>14</sup> Maris

<sup>15</sup> Gunnell & Gunnell

<sup>16</sup> Hawton, Heeringen

<sup>17</sup> Meier, Clinard

<sup>18</sup> Bertolote, Fleischmann

در پژوهشی که محمدزاده و همکاران (۱۳۹۶) با عنوان بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در جامعه شهری ایلام انجام دادند، جامعه آماری این پژوهش کل موارد ثبت شده خودکشی و اقدام به خودکشی طی سال ۱۳۹۵ در بیمارستان شهید مصطفی خمینی شهرستان ایلام بود. مجموع کل افراد بررسی شده از طریق ثبت وقایع جاری ۵۸۲ نفر بود. نتایج پژوهش حاکی از این بود که خودکشی در زنان بیشتر از مردان و بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال بود. میزان خودکشی برحسب تحصیلات در بین افراد با تحصیلات دیپلم و میزان اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه‌دار بیشتر بود. این میزان برحسب محل اقدام به خودکشی بیشتر در منزل و بیشترین آمار وسیله خودکشی به وسیله قرص بود که علت اقدام به خودکشی بیشتر افراد مشخص نبود. همچنین بیشترین آمار اقدام به خودکشی برحسب سابقه بیماری در افراد بدون سابقه بیماری و برحسب سابقه خودکشی در بین افراد بدون سابقه خودکشی بود.

السادات زیوری طباطبایی، در سال (۱۳۹۰) با موضوع بررسی عوامل موثر بر اقدام به خودکشی با تاکید بر حمایت اجتماعی نتیجه این پایان نامه پژوهشی است در زمینه بررسی عوامل موثر بر اقدام به خودکشی با تاکید بر حمایت اجتماعی که با روش توصیفی از نوع مقایسه علی انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق را دو گروه از افراد تشکیل می دهند: گروه اول افرادی هستند که اقدام به خودکشی کرده اند و واحدهای تحلیل از نظر این ویژگی مشترکند که خودکشی ناموفق صورت گرفته و این افراد برای نجات به بیمارستان آورده شده اند. گروه دوم افرادی هستند که با لحاظ همگن بودن متغیرهایی همچون تحصیلات، پایگاه اجتماعی و... با گروه اول، به روش تصادفی انتخاب شده اند. هدف اصلی این پژوهش بررسی و شناخت عوامل اثرگذار بر پدیده اقدام به خودکشی و نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از بروز این پدیده می باشد و در نهایت ارائه راهبردهای مناسب در جهت پیشگیری از اقدام به خودکشی در میان افراد می باشد.

معیدفر، سعید در سال (۱۳۹۰) با موضوع عوامل اجتماعی موثر بر خودکشی جوانان استان کردستان نتیجه این مقاله در این پژوهش از روش پیمایشی و پرسشنامه برای گرد آوری اطلاعات استفاده شده است. در این تحقیق با ۱۲۸ نفر از افراد زیر ۲۵ سال که در فاصله بین سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ اقدام به خودکشی کرده اما موفق به آن نبوده‌اند، مصاحبه شده است. نتایج بدست آمده حاصل از تحلیل نتایج نشان میدهد که احساس انتظام اجتماعی شدید در بین زنان و احساس نابسامانی اجتماعی در بین مردان عامل اصلی خودکشی جوانان در کردستان بوده اند.

یوسفی، اسدی نوقایی، سبحانی در سال (۱۳۸۸) با موضوع تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس نتیجه این مقاله امروزه خودکشی در همه جوامع بشری به عنوان یک معضل عمده بهداشت عمومی بشمار می آید و به نظر میرسد روابط اجتماعی در ایجاد آن نقش مهمی دارند. مطالعه کنونی با هدف تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی انجام شد. در این مطالعه ۳۹۰ نفر از مددجویانی که از اول مهرماه تا آخر اسفندماه ۱۳۸۵ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و پرسشنامه‌هایی حاوی عوامل موثر در خودکشی با انجام مصاحبه از خود بیمار و یا اطرفیانش تکمیل گردید. نتایج به دست آمده نشان میدهد که میانگین سن نمونه های پژوهش ۲۳/۸ با انحراف معیار ۶/۳۵ بود و بیشترین درصد آنان در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد زنان خانه‌دار، متأهل با تحصیلات متوسطه، ساکن شهر و با وضعیت اقتصادی متوسط بودند همچنین بیشترین زمان اقدام به خودکشی هنگام عصر و زمان مراجعه هنگام شب بود.

ترابی (۱۳۸۸) به بررسی عوامل موثر در خودکشی در شهرستان بویر احمد در سالهای ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ پرداخته و نتایج بدست آمده حاکی از آن است که رابطه معناداری بین مشکل اقتصادی، اختلافات خانوادگی و مسائل عشقی و خودکشی وجود دارد.

صفی زاده (۱۳۹۲) به بررسی انگیزه ها، سبب ها و درمان خودکشی پرداخته است. نویسنده ضمن ارائه آماری از خودکشی در جهان، علل و عوامل آن، از جمله گوشه گیری اجتماعی، وابستگی مذهبی، اختلالات روانی و... را بیان کرده و به خصوصیات مشترک افراد خودکشی کننده اشاره نموده است. وی در بخشی از دیدگاه روان شناختی، مسئله خودکشی را بررسی کرده و معنی خودکشی و نظرات جامعه درباره خودکشی را شرح داده است. وی همچنین اقدامات پیشگیرانه و شناسایی سرخ های رفتاری و کلامی و نقش جامعه را در جلوگیری از این اقدام برشمرده است.

کریمی (۱۳۹۲) با بررسی ۲۴۰ نفر نمونه جامعه آماری در استان کهگیلویه و بویر احمد که در طول یک دوره یک ساله اقدام به خودکشی کرده اند و بررسی عوامل موثر بر خودکشی و ارتباط آن را با سرمایه اجتماعی، دینداری، حمایت اجتماعی خانواده و دوستان و متغیرهای زمینه ای (سن، وضع تأهل، وضع اشتغال، میزان درآمد خانواده، میزان تحصیلات، قومیت) بررسی نموده است و به این نتایج دست یافت که به غیر از تأهل و قومیت، همه متغیرهای مستقل با میزان اقدام به خودکشی رابطه معناداری برقرار کرده بودند.

کوشینن و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه ای که در بررسی ۱۳۵۹ مورد خودکشی در استان اوولو فنلاند طی سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۹ درباره عوامل تاثیرگذار بر خودکشی انجام داده اند به این نتیجه رسیده اند که آمار خودکشی در فصل بهار بیشتر است و در تابستان به اوج می رسد.

واجیاکامار (۲۰۱۰) در مطالعه ی موردی خود به خودکشی در کشور هندوستان در سه دهه اخیر پرداخته و از زوایای مختلف من جمله از نظر سن به این نتیجه رسیده که ۷۱ درصد خودکشی ها در افراد زیر ۴۴ سال انجام می گیرد.

سونو زونگ (۲۰۱۵) به مطالعه در مورد خودکشی نوجوانان در کره جنوبی پرداخته و به بررسی علل و عوامل و انگیزه های نوجوانان در اقدام به خودکشی پرداخته و بیشترین دلیل را مشکلات خانوادگی دانسته است.

### روش تحقیق:

پژوهش حاضر با توجه به محدودیت های خاص این موضوع به روش مروری انجام شد. مقاله مروری در واقع نوعی مقاله است که در یک موضوع علمی، پیشینه را چک می کند و به بررسی اکثر مقالاتی که در آن زمینه کار شده اند می پردازد. هدف این مقالات فراهم کردن یک دیدگاه به خوبی سازماندهی شده و کامل از کارهای انجام شده در یک موضوع تحقیقی به شیوه خلاصه شده است. در پژوهش حاضر نیز به دلیل در دسترس نبودن آمار دقیق خودکشی به دلیل تابو بودن و محرمانه بودن اطلاعات از سایر مقالات مشابه در این زمینه استفاده شده است.

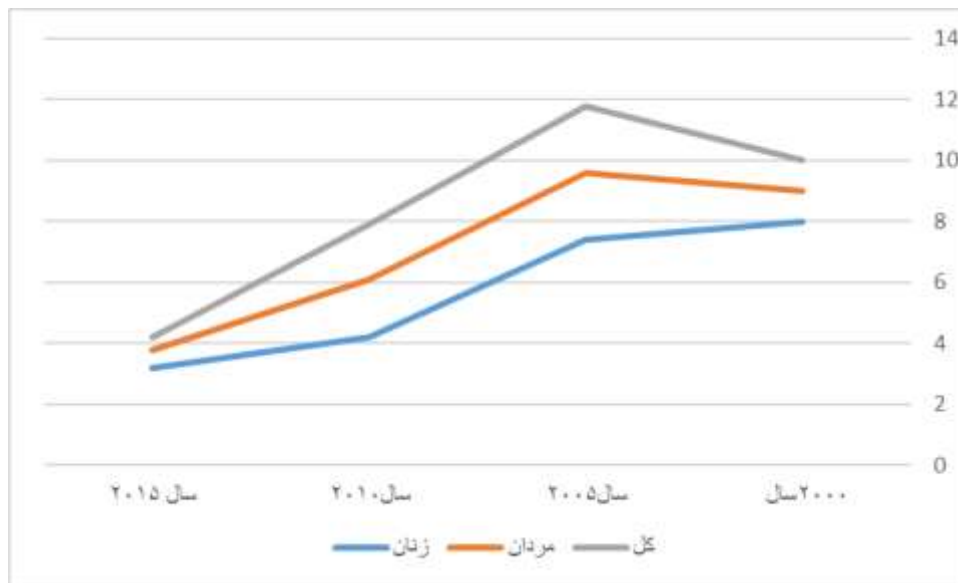
### اپیدمیولوژی خودکشی در ایران

البته در کشور ما به دلایلی از جمله موضوعات و سیاسی و نبود سیستم ثبت دقیق موارد خودکشی و اقدام به خودکشی آمار دقیق خودکشی در دست نیست، هر چند در سال های اخیر به علت افزایش تعاملات بین بخشی، آمارهای دقیق تری از خودکشی نسبت به گذشته ثبت شده است. این مسئله باعث شده که ما در این قسمت به برخی پژوهش ها که در اقصی نقاط کشور در زمینه همه گیر شناسی خودکشی و اقدام به خودکشی انجام شده استناد کنیم. در نتیجه، ممکن است در بعضی از موارد تناقض هائی مشاهده شود.

در گزارش وزارت بهداشت درباره برنامه ملی مبارزه با خودکشی در سال ۲۰۱۶، آمار خودکشی در هر ۱۰۰ هزار نفر را در فاصله سالهای ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۰ گزارش شده است.

آمار خودکشی در استان‌های مختلف کشور تفاوت محسوسی داشته است. بیشترین میزان بروز خودکشی در استان ایلام به میزان ۱۹/۵۳ در ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت و کمترین میزان خودکشی در استان هرمزگان با ۲/۲۱ در ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت گزارش شده که تقریباً تفاوتی نزدیک به ۱۰ برابر دارند (ویسانی، دل‌پیشه و همکاران، ۱۳۹۶).

روند گزارش آمار ۱۵ ساله خودکشی در ایران در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ میلادی در نمودار ۱ نشان داده شده است. بر اساس این نمودار روند کاهشی میزان بروز در ۱۰۰ هزار نفر خودکشی در ایران از سال ۲۰۰۵ شروع شده است. میزان مرگ ناشی از خودکشی در تمام سالها در مردان بیشتر از زنان بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷).



نمودار ۱: روند گزارش آمار خودکشی در ایران برای هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت در فاصله سال های ۲۰۱۵-۲۰۰۰

(منبع WHO)

همچنین خودکشی در ایران مانند آمار جهانی خودکشی شبیه یک کمر بند بوده، به این صورت که بالاترین نرخ خودکشی در مناطق غرب و جنوب غربی سپس با نرخ متوسط در برخی مناطق جنوبی و شمال غرب کشور و بانرخ پایین تر از میانگین کشوری در نواحی مرکزی و بویژه مناطق شرقی کشور بوده است. علاوه بر این، در این گزارش، میانگین خودکشی در ایران طی دوره پنج ساله، ۵/۱ در ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت گزارش شده است (ویسانی و همکاران، ۱۳۹۵). در شکل ۷ نیز میزان بروز ۴۰ ساله خودکشی در ایران نشان میدهد که نتایج آن در واقع تکرار نتایج سال های قبل از آن است و خطر خودکشی در استان های با بروز بالا، مثل ایلام کاهش پیدا نکرده است. با توجه به این که در طی ۱۰ سال اخیر، استان ایلام دارای بیشترین میزان بروز خودکشی در بین تمامی استان های کشور بوده است، لذا بررسی عوامل مؤثر بر این مسئله ضروری به نظر می رسد که در ادامه ی بررسی اپیدمیولوژی خودکشی در استان ایلام می پردازیم.

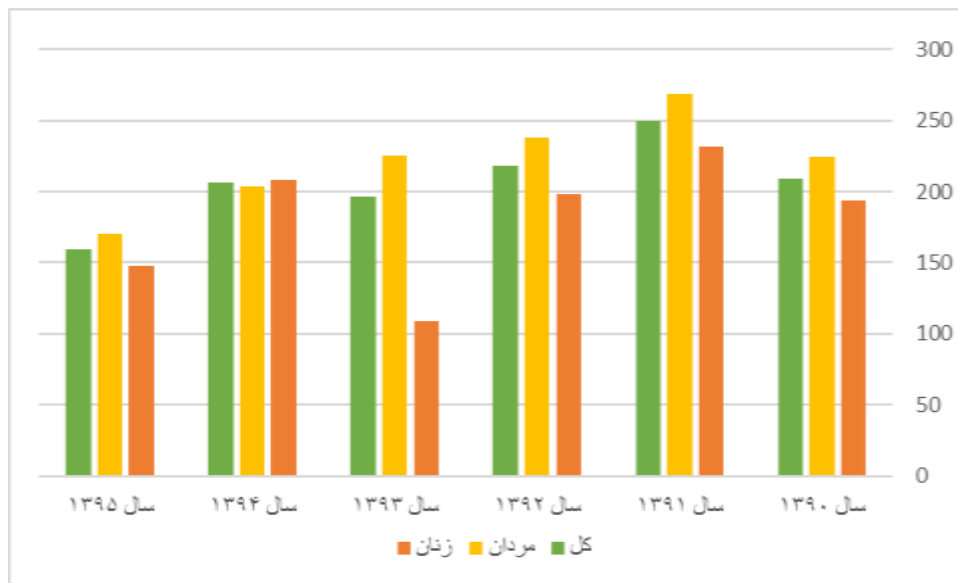


## اپیدمیولوژی خودکشی در استان ایلام

## میزان بروز خودکشی

بر اساس مطالعه های اپیدمیولوژیک انجام شده در استان ایلام، در یک دوره ۱۰ ساله ( ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۹) تعداد ۵۸۱ مورد خودکشی منجر به مرگ در استان ایلام رخ داده که ۲۸۲ (۴۸/۵٪) مورد در زنان و ۲۹۹ (۵۱/۵٪) مورد در مردان بوده اند (آسترکی، کیخاونی و همکاران، ۱۳۹۳). در دیگر مطالعه در فاصله سالهای ۱۳۸۹-۱۳۹۳، نیز روند مشابهی را نشان میدهد بر اساس نتایج این مطالعه که بر روی ۶۶۱۸ مورد اقدام به خودکشی و ۵۴۶ مورد مرگ انجام شده است، در مجموع نسبت مرگ در بین اقدام کنندگان ۸٪ بوده است. همچنین، نسبت مرگ در اقدام کنندگان در روستاها ۱۰٪ و در شهرها ۷٪ گزارش شده است (ویسانی و همکاران، ۱۳۹۵). در یک مطالعه بر اساس داده های کشوری، میزان بروز خودکشی در استان ایلام در فاصله سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲، ۱۹/۹۳ در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده است (کیادلیری و همکاران، ۱۳۹۳). نتایج مطالعه های اخیر درباره بروز خودکشی در استان ایلام (استانی، کشوری) نشان میدهد که میزان بروز در ۱۰ سال اخیر بین ۱۷ تا ۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت استان بوده است.

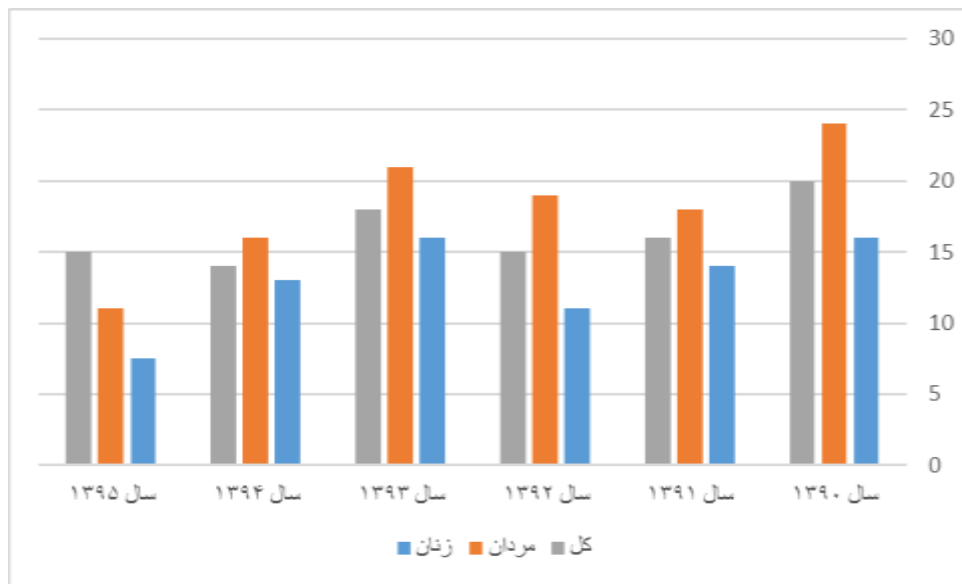
نمودار ۲، نتایج داده های اقدام به خودکشی خودکشی در یک روند ۶ ساله است ( ۱۳۹۰ - ۱۳۹۵). بر اساس نتایج تحلیل داده ها، میزان اقدام به خودکشی در تمام سالها غیر از سال ۱۳۹۴، در مردان بیشتر از زنان بوده است. همچنین، میزان اقدام به خودکشی از سال ۱۳۹۱ به بعد روند نزولی داشته است.



نمودار ۲: روند اقدام به خودکشی در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت در استان ایلام در فاصله سال های ۱۳۹۰ - ۱۳۹۵

## بر حسب جنسیت

به علاوه، به منظور مقایسه موارد مرگ با موارد اقدام به خودکشی در نمودار ۳، موارد مرگ در فاصله زمانی مشابه نشان داده شده است. بر اساس نتایج نمودار، همانند اقدام ها در تمام سال ها میزان مرگ در مردان بیشتر از زنان بوده است. روند کاهشی در مرگ دو سال دیرتر یعنی از سال ۱۳۹۳ به بعد شروع شده است.



نمودار ۳: روند خودکشی در هر ۱۰۰ هزار نفر از جمعیت در استان ایلام در فاصله سال های ۱۳۹۰ - ۱۳۹۵ بر حسب

#### جنسیت

۱- روند طولانی مدت خودکشی در استان ایلام، افزایشی بوده و از نزدیک به ۱ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۸، به ۲۰/۵ در سال ۱۳۷۳ و به ۲۴/۲ در سال ۱۳۸۹ به رسیده است که معادل رشد حدود ۲۰ برابری بوده است. البته خوشبختانه از سال ۱۳۹۳ روند کاهشی مشهود بوده و در سال ۱۳۹۵ به ۱۱/۱ در ۱۰۰ هزار نفر رسیده است، اگرچه هنوز با میانگین کشوری در همان سال (۳/۶ در ۱۰۰ هزار نفر) فاصله دارد.

۲- بررسی روند نشان می دهد در فاصله ۶ ماه بعد از پایان جنگ تحمیلی، مسئله خودکشی شروع شده و با یک شیب بسیار تند در سال ۱۳۷۰، به حدود ۱۷ برابر سال پایانی جنگ (۱۳۶۷) رسیده است. هر چند گزارش آماری مستندی از وضعیت خودکشی در سالهای قبل از ۱۳۶۷ در استان وجود ندارد، اما بنا به گفته ساکنین استان، آمار خودکشی در حد بسیار پایین و یا حتی نادر بوده است. در این مورد باید عنوان کرد که مشکلات رفتاری و هیجانی ناشی از جنگ، معمولاً بعد از اتمام جنگ شروع می شود.

در اینجا لازم می دانیم به نمونه های از مطالعه های صورت گرفته در طی سالیان اخیر درباره وضعیت سلامت روان مردم استان انجام شده اند اشاره کنیم. در یکی از این مطالعه ها که توسط ساکی و همکاران (۱۳۹۲) شیوع اختلال استرس پس از حادثه<sup>۱۹</sup> ناشی از جنگ تحمیلی در افرادی که در زمان جنگ تحمیلی بیش از ۸ سال سن داشته اند، ۲۶٪ گزارش شده است که این میزان در زنان بیشتر از مردان بوده است (ساکی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، در سالهای اخیر نیز مطالعه هایی به منظور بررسی وضعیت سلامت روان افراد بالغ در شهرهای استان صورت گرفته که بر اساس آن ۲۶٪ از افراد در غربالگری اولیه مشکوک به اختلال های روانی بوده اند. شایع ترین اختلال روان شناختی در این افراد اختلال افسردگی اساسی به میزان ۲۲٪ بوده است. نتیجه مهم دیگر این مطالعه برآورد میزان افکار خودکشی بوده است که بر اساس آن ۸/۱٪ از شرکت کنندگان دارای افکار خودکشی بوده اند (ویسانی، محمدیان و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه دیگری که میزان شادکامی بین جوانان در

<sup>19</sup> PTSD

ایلام (۱۳۹۴) پرداخته است که نشان میدهد میزان شادکامی با افزایش میزان تحصیلات، زندگی در شهر، انجام ورزش منظم، داشتن شغل دائمی و افزایش سن ارتباط مثبت داشته است (مهردادی و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعاتی نیز به منظور برآورد افسردگی در بین دانش آموزان انجام شده است که بر اساس یکی از مطالعه ها، ۷/۲۵٪ از دانش آموزان در غربالگری اولیه دچار اختلال روان شناختی بوده اند (محمدیان و همکاران، ۱۳۹۵).

اگر به نتیجه این مطالعه ها توجه شود، می توان گفت که خودکشی در استان ایلام حداقل در دهه اول پس از جنگ مرتبط با عوارض جنگ بوده ولی در سالهای بعد به عنوان یک روش شایع واکنش در مقابل مسائل و مشکلات زندگی و سایر عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی تداوم پیدا کرده است.

۳- بافت سنتی استان ایلام که منتج از فرهنگ طایفه ای و قبیله ای بوده و در طول تاریخ به عنوان نماد همبستگی و جزئی از هویت مردمان این سرزمین بوده در تقابل با آمارهای خودکشی قرار می گیرد که خود نکته ای قابل توجه و تحلیل است. آیا می توان گفت که فرهنگ سنتی خود یک عامل خطرناک برای خودکشی بوده است و یا کارکرد خود را به دلایلی همچون تشدید مشکلات اقتصادی، بیکاری، ناهمخوانی بین افکار جوانان و نوجوانان با فرهنگ رفتاری والدین و افراد بزرگتر از دست داده است.

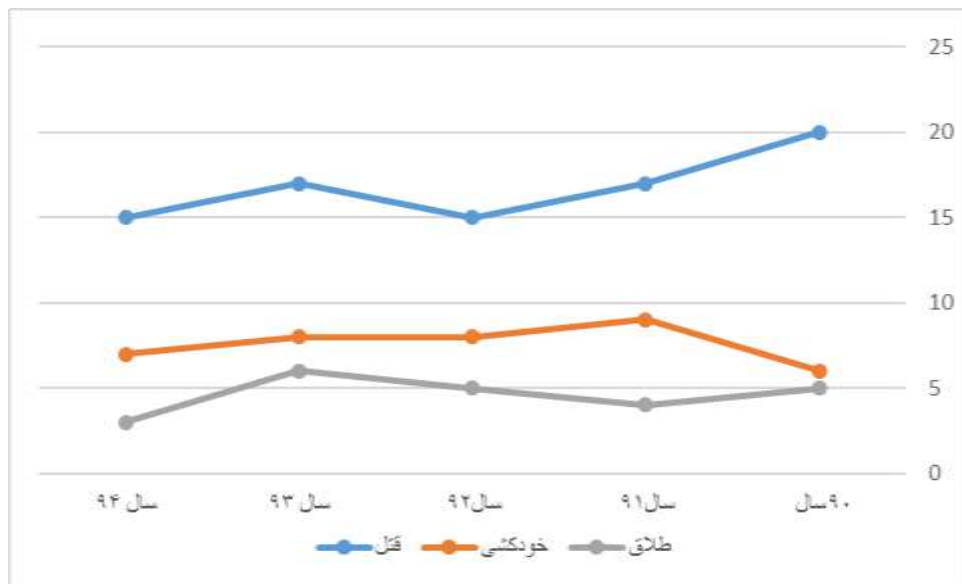
۴- در تحلیل روند ۲۹ ساله ی خودکشی بر حسب جنسیت می توان به سه دوره متفاوت اشاره کرد:

دوره اول: در این دوره که در برگیرنده دهه اول خودکشی (۱۳۷۸-۱۳۶۸) است خودکشی در زنان حدود ۵/۲ بیشتر از مردان گزارش شده و میزان آن در زنان، ۷۰٪ و در مردان ۳۰٪ بوده است (محمدیان، ۱۳۷۴).

دوره دوم: در این دوره طبق آمارهای موجود در علی سالی دعای ۱۳۸۸-۱۳۸۳، در مردان، ۵۱/۵٪ و در زنان، ۴۸/۵٪ کل آمار موارد خودکشی منجر به مرگ را تشکیل داده اند (آسترکی و همکاران، ۱۳۹۳).

دوره سوم: در این دوره یعنی بین سال های ۱۳۹۵-۱۳۹۰، خودکشی در زنان کمتر از مردان بوده است، ۴۱/۱٪ در برابر ۹/۵۸٪ (۳۹) به علاوه، در سال ۱۳۹۱ خودکشی در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است (کیخاونی و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین می توان گفت که در دهه اول، خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده در دهه دوم، میزان خودکشی در زنان و مردان نزدیک به هم بوده و در نیمه اول دهه ۱۳۹۰، خودکشی در مردان نسبت به زنان پیشی گرفته است.

هر چند علت این تغییر روند نیاز به بررسی بیشتر دارد، اما می توان به دلایلی چون افزایش مشکلات اقتصادی-اجتماعی مانند بیکاری، نداشتن در آمد که فشار ی بیشتری برای مردان بدنبال داشته است. به عنوان نمونه، در مطالعه ی ویسانی و همکاران (۱۳۹۶) تأثیر نابرابری اقتصادی- اجتماعی بر روی خودکشی منجر به مرگ در استان ایلام نشان داده شده است. از دیگر دلایلی می توان به راحت تر شدن طلاق برای زنان اشاره کرد. نتایج یک مطالعه نشان داده است که طی یک دوره پنج ساله (۱۳۹۰-۱۳۹۴) میزان طلاق ۲ برابر شده است همچنین، بر اساس نتایج این مطالعه در مجموع ۴۲۳۶۳ مورد ازدواج، ۳۴۲۵ مورد طلاق به ثبت رسیده است که معادل ۸٪/۲ از کل ازدواج ها بوده است (کیخاونی و همکاران، ۱۳۹۶). هر چند که طلاق خود یک آسیب اجتماعی است ولی انگار خانواده ها و خود زنان متاهل، بطور هوشمندانه، بین گزینه بد (طلاق) و بدتر (خودکشی) گزینه بد را انتخاب کرده اند که این تحلیل می تواند به عنوان یک فرضیه مد نظر باشد. نمودار ۷، روند فراوانی سه میزان طلاق، قتل و خودکشی را در استان ایلام در سال دوره ۵ ساله نشان می دهد.



نمودار ۴: روند ۵ ساله میزان طلاق، خودکشی و قتل در استان ایلام سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵

#### برخی از عوامل اقتصادی موثر در خودکشی:

۱- فقر: یکی از عوامل بسیار مهم در تبیین خودکشی فقر می باشد در شرایط جامعه نوگرایی امروزی فقر مولد تضادهای اجتماعی است. در ادبیات اقتصادی دوتنوع فقر وجود دارد:

اول - فقر مطلق: که از طریق خط فقری که به عنوان تامین حداقل هزینه های لازم در زندگی برای کسب رضایت در تامین سلامت و بهداشت تعریف می شود قابل اندازه گیری است.

دوم: فقر نسبی: که در این حالت فرد حداقل ها را داشته لیکن نسبت به سایر گروه های درآمدی جامعه فقیر محسوب می شود. تلاش برای تبیین ارتباط فقر خودکشی براساس ارتباط بین عواملی چون سوء تغذیه، خانه مسکونی غیر بهداشتی، ازدحام و شلوغی محل زندگی و ناامیدی در کنار ناتوانی برای غلبه بر این شرایط بررسی می شود (ویلیکینسون<sup>۲۰</sup>، ۱۹۷۶).

مهم ترین علت برای خودکشی نیز فقر می باشد. فقر می توان موجب احساس نابرابری نسبت به دیگران، روحیه ضعیف، منزوی شدن افراد و قطع رابطه با گروه دوستان و مردم در نهایت خودکشی باشد (همرمش<sup>۲۱</sup>، ۱۹۷۶).

۲- بیکاری: بیکاری یکی از متغیرهای مهم کلان اقتصادی است که همواره مورد توجه سیاست گذاران اقتصادی بوده است. این متغیر به لحاظ تبعات و اثرات منفی اقتصادی - اجتماعی آن حائز اهمیت می باشد. بیکاری یکی از مهم ترین و اثر گذارترین عوامل بر اقدام به خودکشی در مناطق کشور به شمار می رود. چرا که بیکاری سبب فقر، نابرابری درآمد، مهاجرت، اختلاف خانوادگی و..... می باشد. در برخی از مطالعات نیز عامل بیکاری به عنوان مهم ترین عامل افزایش روحیه انزوا و افسردگی در نهایت خودکشی شناخته شده است (پلات و هاوتون<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۰).

۳- نابرابری اقتصادی: یکی دیگر از عوامل تأثیر گذار بر خودکشی، نابرابری اقتصادی است. نابرابری اقتصادی عمدتاً از طریق نابرابری درآمدی مورد ارزیابی قرار می گیرد. نابرابری درآمدی بر اساس شاخص هایی چون ضریب جینی، نسبت دهک دهم درآمدی به دهک اول درآمدی و نسبت دو دهک پایانی به دو دهک اول درآمدی تعریف می شود. نکته قابل توجه در تفکیک

<sup>20</sup> Wilkinson

<sup>21</sup> Hamermesh

<sup>22</sup> Platt & Hawton

نابرابری درآمدی (اقتصادی) از فقر نسبی آن است که نابرابری درآمدی مربوط به روش توزیع ثروت در جامعه است. در حالیکه فقر جامعه با توزیع نابرابر درآمد، شکاف های درآمدی موجب ایجاد انگیزه برای افرادی که در دهک پایین درآمدی هستند می شوند تا فکر اقدام به خودکشی در آن شکل گیرد (جونز و همکاران<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۱).

۴- صنعتی شدن: صنعتی شدن و تغییرات بخش صنعت از دیگر عوامل موثر بر خودکشی می باشد. صنعتی شدن به عنوان بخشی از فرایند رشد اقتصادی در سطح کلان مطرح است. اگر چه فرآیند صنعتی شدن دارای مزایای متعددی بوده و علاوه بر آن تأثیر رشد صنعتی بر رشد اقتصادی و در نهایت توسعه اقتصادی بر همگان روشن است. لیکن رشد صنعتی می تواند زمینه ی بروز برخی از مشکلات و پدیده نامطلوب اجتماعی را نیز فراهم نماید. توسعه ناهمگون صنعتی و افزایش مهاجرت نیروی کار غیر ماهر و نیمه ماهر از روستاها و شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ و صنعتی به منظور جستجو کار موجب شده برخی از افراد فاقد مهارت کافی همچنان بیکار باقی بمانند. علاوه بر آن پیشرفت روز افزون تکنولوژی و سرمایه بر شدن تکنولوژی موجبات بیکاری برخی دیگر از کارکنان را فراهم نموده است (رودریگز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۶).

از این رو بیکاری می تواند زمینه فشار روانی برای افراد بیکار را فراهم نموده و زمینه ساز اقدام به خودکشی باشد.

### نتیجه گیری:

خودکشی یکی از فوریت های روانپزشکی و یکی از مشکلات روانی -اجتماعی و از معضلات مهم در بهداشت روانی عمومی به شمار می رود. مرگ ناشی از خودکشی عمدی، توسط خود شخص رخ می دهد و اقدامی آگاهانه در جهت نابودسازی خود می باشد، که معمولاً بدون اعلام قبلی از سوی فرد اقدام کننده رخ نمی دهد. این افراد اغلب افکار خودکشی خود را با خانواده، دوستان و پزشک خود در میان می گذارند. وجود افکار یا اقدام به خودکشی از علامت های اختلالات افسردگی اساسی است. خودکشی در زنان بیشتر از مردان و بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی برحسب شغل در بین افراد خانه دار بیشتر بود. این میزان برحسب محل اقدام به خودکشی بیشتر در منزل و علت اقدام به خودکشی بیشتر افراد مشخص نبود. روند طولانی مدت خودکشی در استان ایلام بعد از انقلاب، افزایشی بوده و از نزدیک به ۱ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۶۸، به ۲۰ /۵ در سال ۱۳۷۳ و به ۲۴ /۲ در سال ۱۳۸۹، به رسیده است که معادل رشد حدود ۲۰ برابری بوده است. البته خوشبختانه از سال ۱۳۹۳ روند کاهشی مشهود بوده و در سال ۱۳۹۵ به ۱۱ /۱ در ۱۰۰ هزار نفر رسیده است، اگرچه هنوز با میانگین کشوری در همان سال (۳ /۶ در ۱۰۰ هزار نفر) فاصله دارد. اما از دلایل عمده خودکشی در استان ایلام مسئله فقر و بیکاری ( ۴ مورد از هر ۱۰۰ هزار نفر) بوده به این دلیل که استان ایلام یکی از محروم ترین استان های کشور است.

روند سریع روبه افزایش خودکشی در استان ایلام پیش بینی و ارزیابی خطر خودکشی و اهمیت موضوع را می رساند که لزوم توجه بیشتر به این معضل را محسوس تر می کند. نتایج مطالعات پیشین نشان دهنده رابطه مستقیم میان بیکاری و اقدام به خودکشی در استان ایلام است. بدین معنی که هر چقدر میزان بیکاری افزایش یابد، میزان اقدام به خودکشی نیز افزایش می یابد. از سوی دیگر، متغیر نابرابری درآمدی نیز رابطه مستقیم با اقدام به خودکشی در استان دارد. به عبارت دیگر، هرچه توزیع

<sup>23</sup> Jones et al

<sup>24</sup> -Rodríguez

درآمد بدتر و نابرابری درآمدی در استان افزایش یابد، به تبع آن میزان اقدام به خودکشی نیز افزایش می یابد. علاوه بر آن، افزایش در صنعتی شدن مناطق کشور، به صورت نامتوازن، اقدام به خودکشی را افزایش می دهد.

### پیشنهادات:

با توجه به نتایج مطالعه ملاحظه شد که بیکاری، نابرابری درآمدی، صنعتی شدن تأثیر قابل توجهی در اقدام به خودکشی در استان ایلام را دارند. بنابراین، می توان ادعا کرد که تلاش در جهت کاهش میزان بیکاری در استان و بهبود توزیع درآمد و کاهش نابرابری درآمدی در میان مناطق استان و به تبع آن خانوار نقش بسزایی در کاهش خودکشی در استان را خواهد داشت. در دوران تحصیل، در کنار دروس اصلی دانش آموزان یک کار فنی مدرن به دانش آموزان آموزش داده شود و از آنها خواسته شود تا با شرکت در این کلاس ها مهارت فنی در یک رشته را کسب کنند تا پس از پایان تحصیل بیکار نباشند و یک حرفه را به درستی یادگیرند و در آن حرفه مشغول کار شوند.

همچنین تلاش در محدود کردن دسترسی افراد مستعد به وسایل کشنده همچون دارو گام مثبتی در جهت پیشگیری از خودکشی برداشت. آموزش مهارت های زندگی، شناسایی موارد خشونت خانوادگی، ارایه راه کارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاههای حمایتی به مددجو و ارجاع و پیشگیری از جمله اقداماتی است که می توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی موثر باشند.

### منابع

- احمدی زاده، شاکر. (۱۳۸۳) بررسی مقدماتی برداشت ها و آگاهی های مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان پزشکی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- اعظم، کمال. (۱۳۸۳). روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰. رفاه اجتماعی؛ ۳ (۱۲): ۳۴۵-۳۲۵.
- آسترکی، پ؛ کیخاونی، س؛ بشری، ی؛ منصوریان، م؛ قربانب، م؛ (۱۳۹۳) مطالعه تطبیقی دلایل و روشهای خودکشی منجر به مرگ در مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی ایلام در سالهای ۱۳۸۳ - ۱۳۸۸. IJFM. 20 (1): 385-92.
- باپیری، امیدعلی. (۱۳۷۶). 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 پزشکی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.
- ترابی، علی (۱۳۸۸)، بررسی عوامل موثر بر خودکشی در شهرستان بویر احمد، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق جزا و جرم شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز.
- لینفورد، ریس (۱۳۸۳). خلاصه روان پزشکی، ترجمه گروهی از مترجمان، چ ۱، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
- ساکی، ک؛ زکائی، س؛ محمدیان، ف.ا (۱۳۹۲). بررسی اضطراب ناشی از اختلال استرس پس از سانحه در شهر ایلام. فصلنامه مجری قانون ایلام؛ ۷ (۲): ۷۸-۹۶.
- خورشیدی، علی؛ یاسمی، محمدتقی؛ اساسی، نازیلا؛ زمانی، قاسم. (۱۳۸۳). تعیین بار ناشی از رفتارهای خودکشی در استان ایلام. نشریه پیش. (۴) ۳: ۲۶۴-۲۵۷.

- رضائیان، محسن؛ شریفی، غلامرضا (۱۳۸۷). الگوی فصلی خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۲ مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام.
- جانقربانی، محسن؛ بخشی، سیف اله (۱۳۹۴). شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد؛ ۱۷ (۵) ۱-۱۲.
- ریاضی، سید ابوالحسن؛ نجفیان پور، بانودخت (۱۳۹۴)، مقایسه عوامل مؤثر فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در خودکشی زنان ایران و تاجیکستان، تحقیقات فرهنگی ایران ( پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی)، ش ۴، زمستان ۱۳۹۴.
- نرخ خودکشی، داده های خام توسط WHO منطقه ای [اینترنت]. سازمان بهداشت جهانی. ۲۰۱۷-17-Oct]. در دسترس از؟ lang = en  
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEREgv>
- کیادلیری، آ؛ سعادت، س.، شهنازی، ح؛ حق پرست بیدگلی ح. (۱۳۹۳) تأثیر نابرابری های جنسیتی و اجتماعی در مرگ و میر ناشی از خودکشی در ایران، ۱۳۸۵-۱۳۸۹: مطالعه موردی در سطح استان ایلام در یک مقطع زمان باز؛ ۴ (۸): e005227
- کیخاونی، س؛ محمدیان، ف؛ غلامیان پیرزاد، ی؛ دل پیشه، ع؛ دایرکوند مقدم، ع. (۱۳۹۶)، طلاق پدیده رو به رشد در ایران: خصوصاً در میان نوجوانان ایرانی. *Der Pharmacia Lettre*. 18-21 (4): 9.
- کیخاونی، س؛ عبدالهی، و؛ محمدزاده، ج؛ هواسی، م؛ شریفی، ف؛ یگانه، ز. (۱۳۹۴) مقایسه ۹۱ عامل خطر برای خودکشی در استان ایلام در مقایسه با روند ۵ سال گذشته. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام؛ ۲۳ (۳): ۱۹۶-۲۰۱.
- مهردادی، ا؛ صادقیان، س؛ دایرکوند مقدم، ع، هاشمیان، ع (۱۳۹۵) عوامل مؤثر در خوشبختی: یک مطالعه مقطعی در جوانان ایرانی. مجله تحقیقات بالینی و تشخیصی: *JCDR*. 2016؛ ۱۰ (۳): VC01-VC3.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۱). انحراف اجتماعی؛ علل و انگیزه های خودکشی، چ ۱، تهران، انتشارات مروی.
- محمدیان ف؛ شیرینی، ف؛ دایرکوند-مقدم، آ، هاشمیان ع. (۱۳۹۵) شیوع افسردگی و ارتباط آن با کاهش عملکرد تحصیلی دانش آموزان در دبیرستان های ایران؛ یک مطالعه همبستگی. *Der Pharmacia Lettre*؛ ۸ (۲): ۹۸-۱۰۲.
- محمدیان، فتح الله (۱۳۸۰) آسیب اجتماعی خودکشی در فرهنگ ایلام. ۵-۶ (۰): ۱۰۲-۹۴.
- محمدیان، فتح الله (۱۳۹۳) خودکشی در ایلام. مجله تحقیقات زاهدان در علوم پزشکی؛ ۶ (۱): ۱-۱.
- نظرزاده، میلاد؛ بیدل، زینب؛ سایه مردی، کوروش (۱۳۹۲)، تعیین شیوع روش های فیزیکی مورد استفاده برای خودکشی در ایران، یک مرور ساختارمند و متاآنالیز، ارتقای ایمنی و پیشگیری از. مصدومیت ها (مگ ایران)، ش ۱، بهار ۱۳۹۲.
- نوری، علیرضا؛ سلیمی، سیدحسین؛ اسماعیلی، علی اکبر (۱۳۹۰)، بررسی بعضی از ویژگی های شخصیتی، سلامت عمومی و روانی سربازان اقدام کننده به خودکشی در یک واحد نظامی، فصلنامه روان شناسی نظامی، شماره ۵، بهار ۱۳۹۰.
- ویسانی، ی، دلپیشه، ع؛ سایه میری، ع؛ مرادی، ج؛ حسن زاده، ج (۱۳۹۶)، اقدام به خودکشی در استان ایلام، غرب ایران، ۱۳۸۹-۱۳۹۳: مطالعه روند زمانی. مجله پژوهشی *SCI*؛ ۱۶ (۲): ۶۴-۷.
- ویسانی، ی، دلپیشه، ع؛ سایه میری، ع؛ حسن زاده، ج. (۲۰۱۷) تحلیل عوامل نابرابری اقتصادی در مرگ و میر خودکشی در ایران: یک رویکرد شاخص تمرکز. مجله پزشکی خانواده کره ای.؛ ۳۸ (۳): ۱۳۵-۴۰.

- ویسانی، ی، دلپیشه، ک؛ محمدیان، ف (۱۳۹۶)، شیوع اختلالات روانی شایع و و همزمانی این بیماری ها در ارتباط با افکار خودکشی در جمعیت بزرگسال. همه گیرشناسی بهداشت؛ ۰ (۰): 36. e2017031-0.
- ویسانی، ی، دلپیشه، یایه میری، ک؛ مرادی، ج؛ حسن زاده، ج (۱۳۹۵)، اقدام به خودکشی در استان ایلام، غرب ایران، ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۴: یک مطالعه زمان زمانی؛ ۱۶ (۲): ۶۴-۶۷.
- ویسانی، ی، دلپیشه، محمدیان، فتح الله؛ علی؛ باقری، محمد؛ خزایی (۱۳۹۶)، نابرابری در توسعه انسانی و مرگ ناشی از خودکشی در ایران. مطالعه مبتنی بر ثبت نام. تحقیقات زیست پزشکی و درمان (۰۷): ۱۴۳۵-۱۴۴۰.
- Anderson RN ( 2002). Deaths: leading causes for 2000. Natl Vital Stat Rep.;50 (16):1-85.
- Begg S, Tomijima N, Vos T, Mathers CD. (200) Global burden of injury in the year 2000: an overview of methods.
- Hamermesh, D. (2004). The economy of black suicide, Southern Economic Journal, 41, pp 188-199.
- Jones S, Forster D, Hassanyeh F. ( 2001) The Role of Unemployment in Para Suicide. Psychol Med; Volume. 21, pp 169-76.
- Platt S.D. Hawton, Keith, (2000), Sex and suicide Gender differences in suicidal behavior, British journal of Psychiatry, No.177, pp 484-485.
- Rodríguez, Antonio, (2006) , Inequality and Suicide Rates: A Cross-Country Study, Institute for Advanced Development Studies, Development Research Working Paper Series, pp 32-41.
- Roy A. ( 2000 ) Suicide in Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed. Philadelphia: Williams and wilkins.
- Wilkinson, R, (1976), Unhealthy Societies: The afflictions of Inequality, London, Rutledge, pp 401-412.