

بررسی ویژگیهای جمعیت‌شناختی موارد ثبت شده خودکشی از فروردین ۷۲ تا پایان خرداد ۷۶ در بیمارستانهای رازی و آیت... طالقانی اهواز

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند*
سیامک خدارحیمی**

چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی گذشته‌نگر وضعیت خودکشی بر اساس اطلاعات موجود از موارد خودکشی در بیمارستانهای رازی و آیت... طالقانی اهواز صورت گرفته است. در این بررسی محقق تلاش کرده است ابهاماتی را که در مورد سن خودکشی در زنان و مردان و میزان خودکشی در افراد مجرد و متأهل، روش خودکشی در هر دو جنس، و میزان خودکشی در مناطق شهری و روستایی وجود دارد روشن سازد. جمعیت مورد مطالعه شامل ۹۲۷ مورد خودکشی (۶۷۷ زن و ۲۵۰ مرد) بوده است که کل جمعیت یعنی کل تعداد موارد ثبت شده خودکشی در فاصله زمانی مذکور در بیمارستانهای رازی و آیت... طالقانی اهواز را در بر می‌گیرد. برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز، با توجه به هدف و طرح مبنای پژوهش پرسشنامه‌ای تنظیم شد. نتایج این پژوهش نشان داد که: ۱- میانگین سنی خودکشی حدود ۲۵ الی ۲۶ سالگی است و از این لحاظ تفاوتی بین دو جنس وجود ندارد ولی میانگین سن خودکشی در افراد مجرد به طور معنی‌داری پائین‌تر از سن خودکشی در افراد متأهل است. ۲- میزان خودکشی در بی‌سوادان در مقایسه با افراد باسواد در سطوح تحصیلی مختلف معنی‌دارتر است. ۳- شایع‌ترین روش خودکشی در استان خوزستان به ترتیب اهمیت شامل خودسوزی و خود مسموم‌سازی است و از این لحاظ تفاوتی بین دو جنس وجود ندارد. ۴- میزان خودکشی در شهر بیش از روستا است.

* عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران (اهواز)
** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه

قرن بیستم، علی‌رغم تمام پیشرفت‌هائی که در زمینه رفتار برای انسان ایجاد کرده، با بحرانهای اجتماعی گوناگون همراه بوده است، زیرا پیشرفت صنعتی به تدریج پیوندهای سنتی میان انسانها و در نتیجه روابط بین فردی را تا حد.ود زیادی دچار کاستی کرده، به طوری که نتیجه آن بحران در روابط اجتماعی یا گرایش افراطی به فردیت‌گرایی^۱ بوده است. این پدیده به نوبه خود اثرات اجتماعی و عاطفی مختلفی بر زندگی بشر امروزی گذاشته است، که از خودبیگانگی^۲، نابهنجاری اجتماعی^۳، خودکشی^۴ و ... نمونه‌هایی از این اثرات هستند.

موضوع خودکشی به دلیل پیامد آن برای خود فرد و بازماندگان او مورد پژوهش فراوان قرار گرفته است. با این وجود، نه علوم پزشکی و نه علوم رفتاری و اجتماعی به این پرسش که چرا برخی از مردم خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌کنند، پاسخ روشنی نداده‌اند. تأثیرات خودکشی به قدری دردناک است که بسیاری از مذاهب آن را یک گناه اخلاقی به شمار آورده‌اند (دویسون^۵ و نیل^۶، ۱۹۹۴).

در حال حاضر، خودکشی به عنوان یکی از مشکلات اساسی بهداشت عمومی در جهان مطرح است. به طوری که خودکشی علت ۴٪

تا ۹٪ تمام موارد مرگ در جهان است. میزان خودکشی در سالهای اخیر روبه افزایش بوده است و در بین جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله افزایش یافته است. به همین دلیل، پژوهشگران برای فهم علل خودکشی از روشهای گوناگون استفاده کرده‌اند.

زمینه تحقیق

در مجموع سه رویکرد عمده روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و زیست‌شناختی کوشیده‌اند تا به تبیین رفتار خودکشی در افراد بپردازند. طبیعی است که هر کدام از این سه رویکرد برای درمان و پیش‌گیری از خودکشی نظرات ارزشمندی دارند.

بایستی خاطر نشان کرد که رویکرد روان‌شناختی در مورد پدیده خودکشی دارای دیدگاههای متفاوتی است. زیرا روان‌شناسی بالینی معاصر در تبیین پدیده‌های روان‌شناختی به مکاتب مختلف روانکاوی، رفتارگرایی، شناخت‌گرایی و انسان‌گرایی و ... توجه دارد. بنابراین، نظریه پردازان هر یک از این مکاتب به گونه‌ای به تبیین این پدیده پرداخته‌اند که با مبانی نظری و پژوهشی یا

- | | |
|------------------|---------------|
| 1- Individualism | 2- Alienation |
| 3- Social anomie | 4- Suicide |
| 5- Davison | 6- Neale |

این دیدگاه نظری سه مؤلفه از خصومت را در پدیده خودکشی توصیف کرده‌اند که عبارتند از: میل به کشتن، میل به کشته شدن و میل به مردن (کاپلان^۵ و سادوک^۶، ۱۹۸۹).

روان شناسی علمی معاصر علاوه بر شناسایی متغیرهای مرتبط با رفتار خودکشی، دیدگاههای نظری تازه تری را در مورد این پدیده مطرح کرده است. از آنجا که نظریه های روان شناختی مرتبط با این موضوع طیف گسترده‌ای را تشکیل می‌دهند، به دو نمونه از این نظریه‌ها در دهه ۱۹۹۰ نظر می‌افکنیم. یکی از این نظریات توسط دی‌سوسا^۷ (۱۹۹۶) مطرح شده است. وی معتقد است که پژوهشهای انجام شده در پرتغال و اروپا نشان می‌دهد که عوامل زیست شناختی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی و نشانه‌ای^۸ هر کدام نقش خطرزایی ویژه‌ای در بروز خودکشی دارند. به اعتقاد وی پیش بینی و پیشگیری از خودکشی بایستی با توجه به تمام این عوامل باشد. زیرا این پدیده بر دوره های زندگی، وضعیت‌های روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی افراد و همین طور بر جوامع و فرهنگ ها تأثیر می‌گذارد. وی در نهایت به رویکرد

بالینی نظریه خودشان، همخوانی داشته باشد. اولین مکتب روان شناختی که در این حیطه به نظریه پردازی پرداخت روانکاوی بوده است. روانکاوی سنتی با مطرح کردن غریزه مرگ^۱ سعی در تبیین خودکشی داشته است. زیرا براساس نظریه روانکاوی، خودکشی خشم معطوف شده به درون یا خویشتن است، یا آنکه ممکن است نتیجه سرمایه‌گذاری عاطفی دو سوگرا^۲ نسبت به شیئی محبوب^۳ باشد (فروید، ۱۹۴۰).

میتنز^۴ (۱۹۶۸) با بازنگری نوشته‌های مربوط به انگیزه خودکشی، علل آن را بدین شرح معرفی می‌کند: خشم معطوف شده به درون، انتقام جویی از طریق ایجاد احساس گناه در دیگران، کوشش برای مجبور کردن دیگران به ارائه عشق و محبت، تلاش برای معذرت خواستن و پوزش از اشتباهات گذشته، فرار کردن از احساسات غیرقابل قبول خود، تلاش برای پیوستن دوباره به شخص محبوب متوفی، نیاز یا میل به گریختن از درد و فشار روانی یا خلاء عاطفی. هر چند که علل مطرح شده به عنوان انگیزه خودکشی در مطالعه میتنز تا حدود زیادی تحت تأثیر نظریه روانکاوی سنتی بوده است، ولی روانکاوان پس از فروید سعی در گسترش مفاهیم او در مورد این پدیده داشته‌اند. در نهایت، مطالعات انجام شده با

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1- Death instinct | 2- Ambivalent |
| 3- Love object | 4- Mintz |
| 5- Kaplan | 6- Sadock |
| 7- DeSusa | 8- Symptomatic |

یکپارچه‌نگری برای بررسی پدیده خودکشی، توجه خاصی مبذول می‌کند.

نظریه جدید دیگری که در مورد خودکشی در روان‌شناسی معاصر مطرح است، نظریه راهبردی^۱ بچلر^۲ (۱۹۹۶) می‌باشد. طبق این نظریه، هرگونه اقدام به خودکشی، یافتن یک راه حل برای مشکلی است که فرد با آن مواجه است. طبق این نظریه، پرسش اساسی در بررسی خودکشی این است: چه کسی چه راه حلی را برای چه مشکلی از طریق کشتن خود انتخاب می‌کند؟ براساس این نظریه فرد با خودکشی می‌خواهد نخست از یک موقعیت غیرقابل‌گریز فرار کند. او با این چاره می‌کوشد تا بیان‌کننده برای زیستن نیاز به کمک دارد. دوم اینکه براساس شرایط می‌توان مشخص کرد که چه کسی خودکشی خواهد کرد. براساس این نظریه، تأثیر موقعیت در خودکشی را می‌توان بر حسب مجموعه‌ای از شاخصها مانند دلیل خودکشی، سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سایر شاخصهای مربوط به خودکشی و اقدام به خودکشی نشان داد، به طوری که می‌توان اغلب پژوهشهای آماری و جمعیت‌شناختی در مورد خودکشی را با این دیدگاه تبیین کرد. سوم اینکه این نظریه معتقد است که پاره‌ای از عوامل مانند جنگ، بحرانهای اقتصادی، اختلال روانی، از هم‌پاشیدگی هنجارها،

فروپاشی بنیادهای اخلاقی و فرایند فرودیت‌گرایی امروزی، خودکشی‌زا هستند. چهارم اینکه این نظریه به دنبال آن است که پاسخ سه بخش فوق را برای هدف درمان و پیشگیری مورد استفاده قرار دهد.

مهمترین نظریه پرداز جامعه‌شناختی در مورد خودکشی، دورکیم^۳ (۱۸۹۷) بوده است. او با مطالعه و بررسی گزارشات خودکشی در کشورهای مختلف و در طی دوره‌های تاریخی متفاوت سه نوع خودکشی را معرفی کرد که عبارتند از: خودکشی خودخواهانه^۴، خودکشی نوسعدوستانه^۵ و خودکشی ناشی از بی‌هنجاری^۶. به نظر دورکیم خودکشی خودخواهانه هنگامی اتفاق می‌افتد که شخص با جامعه و اجتماع خودش پیوندهای بسیار محدودی دارد. در حالی که علت خودکشی نوسعدوستانه درست برعکس خودکشی خودخواهانه است. به نظر دورکیم در این خودکشی شخص به خواسته‌ها و نیازهای جامعه پاسخ می‌دهد. به اعتقاد وی این افراد خود را بخش بسیار نزدیکی از گروه و جامعه تلقی می‌کنند و برای خیر و مصالح جامعه خودشان را فدا می‌سازند. خودکشی

1- Strategic

2- Baechler

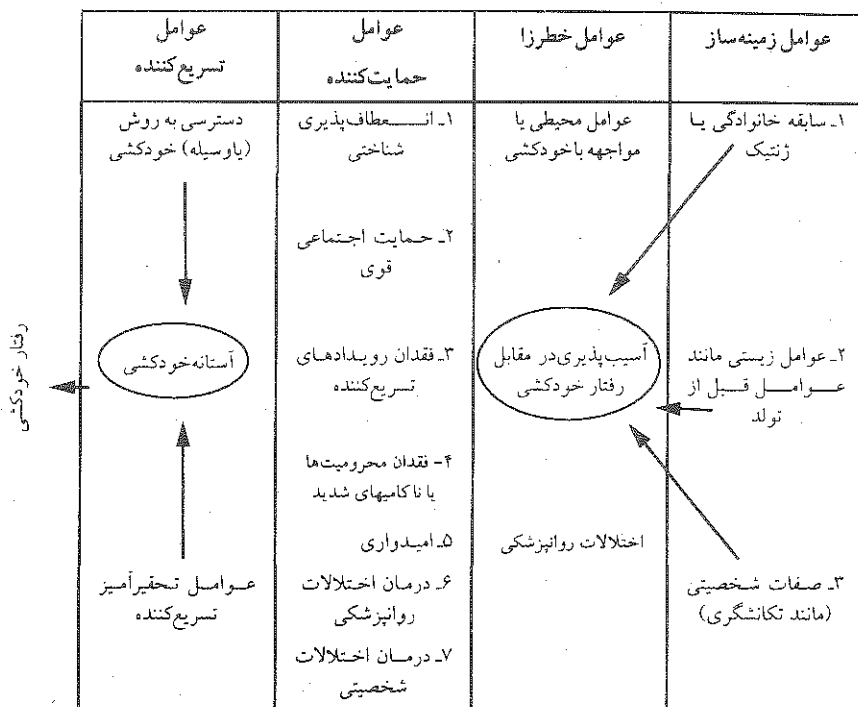
3- Durkheim

4- Egoistic suicide

5- Altruistic suicide

6- Anomic suicide

شکل ۱. الگوی آستانه رفتار خودکشی (اقتباس شده از بلومنتال و کاپفر، ۱۹۹۰)



در مجموع، با توجه به پژوهشهای معاصر، بهترین الگو برای پیشگیری از خودکشی، الگوی آستانه‌ای^۱ رفتار خودکشی است که توسط بلومنتال^۲ و کاپفر^۳ (۱۹۹۰) مطرح شده است و آخرین یافته‌های پژوهشی توسط دوراند^۴ و بارلو^۵ (۱۹۹۷) از این الگو در پیشگیری از خودکشی حمایت می‌کند. این الگو در شکل ۱ ارائه شده است.

بی‌هنجاری ناشی از یک تغییر ناگهانی در روابط شخص با جامعه است (دویسون و نیل، ۱۹۹۴).

پژوهشهای جامعه شناختی جدید در مورد خودکشی تا حدود زیادی به نظریه سنتی دورکیم وفادار مانده‌اند و رویکرد جامعه شناختی با توجه به اینکه بر نقش عوامل اجتماعی در خودکشی تاکید دارد، در پیشگیری از این پدیده اطلاعات ارزشمندی در اختیار علوم رفتاری معاصر گذاشته است.

1- Threshold
2- Blumental
3- Kupfer
4- Durand
5- Barlow

پیشینه تحقیق

بر اساس پژوهشهای موجود میزان قربانیان خودکشی در بین افراد جوان بیشتر است. علی رغم شیوع فراوان این پدیده، پژوهشهای جاری نتوانسته اند آن را فقط با استناد به دلایل روان شناختی و روانپزشکی تبیین کنند، به همین دلیل نیز خودکشی غالباً یک پدیده اجتماعی به شمار می آید. به طوری که اغلب متخصصان این موضوع برای پیشگیری از آن، به یک رویکرد اجتماعی فراگیر اعتقاد دارند (دیکاسترا^۱، ۱۹۹۶).

میزان خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است. یکی از عوامل مورد توجه برای تبیین تفاوت بین المللی میزان خودکشی، تأکید بر اهمیت عقاید و گرایشات مذهبی بوده است (اشنایدمن^۲، ۱۹۸۷). برخی از شواهد نشان می دهد که افراد مذهبی کمتر مبادرت به خودکشی می کنند. همچنین به نظر می رسد کسانی که تعهد بیشتری در قبال زندگی دارند کمتر مبادرت به رفتار تخریبی و خودکشی می کنند (لی^۳، ۱۹۸۵؛ کومر، ۱۹۹۵).

افزون بر این، میزان اقدام به خودکشی در زنان سه برابر مردان است، در حالی که مردان سه برابر زنان در انجام خودکشی موفق می گردند. به طور کلی پژوهش نشان داده است که در بین ۳۰ تا ۷۰ درصد کسانی که خودکشی

همکاران^۴، ۱۹۹۳). مهمترین اختلالات روانی مرتبط با خودکشی شامل: اختلالات خلقی (افسردگی یک قطبی و دوقطبی)، اسکیزوفرنی و اختلالات مرتبط با مصرف مواد است. پژوهش نشان می دهد که تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد مبتلا به هر کدام از این اختلالات سعی در کشتن خودشان می نمایند. به علاوه، اختلال هراس نیز با خودکشی مرتبط است، لیکن در اغلب موارد این اختلال همراه با یکی از اختلالات دیگر اتفاق می افتد (نورتن^۵ و همکاران، ۱۹۹۳).

بر اساس بررسیهای به عمل آمده روشهای مورد استفاده مردان و زنان برای خودکشی متفاوت است. مردان از روشهای خشن تری مانند استفاده از اسلحه، رگ زنی یا خنجر زدن یا حلق آویز کردن استفاده می کنند، در حالی که زنان برای خودکشی از روشهای ملایمتر، مانند مصرف بیش از حد داروها، استفاده می کنند (کومر، ۱۹۹۵). مطالعات انجام شده در مورد روش خودکشی در استان خوزستان نشان داده اند که خودسوزی شایع ترین روش خودکشی در این استان است و روشهای خودکشی با داروها و سموم مقامهای دوم و سوم را به خود اختصاص داده اند (پاک سرشت

1- Diekstra

2- Shneidman

3- Lee

4- Brent, et al

۵- نورتن، اختلالات روانی و خودکشی، (۱۹۹۳)

- و شکرکن، (۱۳۷۳).
- ۱۱- مشکلات زناشویی، آسیب شناسی خانوادگی.
- ۱۲- فشار روانی و رویدادهای فشارزای روانی.
- ۱۳- خشم، پرخاشگری و تحریک پذیری.
- ۱۴- بیماری جسمانی (شدید یا مزمن).
- ۱۵- ترکیب عوامل چهارده گانه فوق.
- بسنابر آن چه که تاکنون مطرح کردیم، خودکشی یکی از مشکلات کنونی جوامع است و به خاطر گسترش این پدیده در کشورهای مختلف، بررسی آن از جنبه های مختلف ضروری است. به طوری که در دو دهه گذشته، پژوهشگران اطلاعات زیادی را در مورد انگیزه ها، وضعیت روان شناختی، محرک های اجتماعی و شرایط محیطی مرتبط با خودکشی به دست آورده اند. پژوهش حاضر با تدوین فرضیه های زیر در همین راستا انجام گرفته است:
- ۱- میانگین سن خودکشی در زنان و مردان متفاوت است.
- ۲- میانگین سن خودکشی در افراد متأهل و مجرد متفاوت است.
- ۳- میزان خودکشی در افراد متأهل و مجرد متفاوت است.
- ۴- میانگین سن خودکشی در افراد دارای و شکرکن، (۱۳۷۳).
- براساس پژوهش پاک سرشت و شکرکن، میزان خودکشی در بین نوجوانان ۱۹-۱۵ ساله در استان خوزستان بیش از سایر گروه های سنی است و میزان خودکشی گروه های سنی ۲۴-۲۰ ساله و ۲۹-۲۵ ساله دومین و سومین رتبه از نظر میزان خودکشی در استان داراست.
- براساس یافته های پژوهشی موجود (کومر، ۱۹۹۵) رایجترین متغیرهای پیش بین خودکشی عبارتند از:
- ۱- اختلال افسردگی و اختلالات روانی خاص دیگر.
- ۲- الکلیسم و سایر اشکال سوء استفاده از مواد و داروها.
- ۳- اندیشیدن و صحبت کردن درباره خودکشی.
- ۴- اقدامات قبلی برای خودکشی.
- ۵- اندیشیدن به روشهای کشنده و مرگبار.
- ۶- انزوا، تنها زیستن و فقدان حمایت اجتماعی.
- ۷- احساس بی یابوری و ناامیدی و جزمی گرایی شناختی^۱.
- ۸- تعلق داشتن به گروه های نژادی خاص.
- ۹- سرمشوقی، وقوع خودکشی قبلی در اعضای خانواده، سوابق ژنتیک.
- ۱۰- مشکلات اقتصادی یا شغلی، برخی از مشاغل خاص.

به خودکشی با کمک خدمات موجود در بیمارستانها نجات یافته و به زندگی بازگشته‌اند.

جامعه و نمونه

جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمام موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی در فاصله زمانی آغاز فروردین ماه ۱۳۷۲ تا پایان خرداد ماه ۱۳۷۶ در بیمارستانهای آیت ... طالقانی و رازی شهرستان اهواز بوده است. نمونه این پژوهش با کل جمعیت هدف برابر بوده است. در مجموع، در این پژوهش اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به خودکشی و اقدام به خودکشی درباره ۹۲۷ مورد ثبت شده در این دو بیمارستان در فاصله زمانی مورد نظر گردآوری شده است. بنابراین، نمونه مورد مطالعه با جمعیت هدف برابر بوده است.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات مورد نیاز برای آزمون فرضیه های پژوهش، با توجه به هدف و طرح مبنای پژوهش

سطوح تحصیلی مختلف متفاوت است.

۵- میزان خودکشی در زنان و مردان دارای سطوح تحصیلی مختلف متفاوت است.

۶- روش خودکشی در زنان و مردان متفاوت است.

۷- میزان خودکشی در زنان و مردان شهری و روستایی متفاوت است.

روش

طرح پژوهش

پژوهشگران موضوع خودکشی همیشه با یک مشکل عمده روبرو بوده‌اند، و آن این است که افراد هدف^۱ پژوهش در قید حیات نیستند. بنابراین تصمیم‌گیری و اظهار نظر در مورد قصد، احساس و موفقیت فردی که خودکشی کرده است و اکنون برای پاسخگویی به این پرسش وجود ندارد، امری بسیار دشوار و گاهی محال است. برای مقابله با این مشکلات، دو راهبرد در پژوهشهای مربوط به خودکشی ابداع شده است (کومر، ۱۹۹۵). این دو راهبرد عبارتند از: (۱) تحلیل گذشته‌نگر^۲ و (۲) مطالعه افرادی که پس از اقدام به خودکشی زنده مانده‌اند.

طرح مبنای این پژوهش راهبرد گذشته‌نگر است، زیرا جمعیت هدف این طرح یا به دلیل خودکشی جان باخته‌اند و یا اینکه پس از اقدام

1- Target

2- Retrospective analysis

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی موارد ثبت شده خودکشی در فاصله زمانی فروردین ۱۳۷۲ تا پایان

خرداد ۱۳۷۶ در بیمارستانهای رازی و آیت... طالقانی

سال	فراوانی	درصد فراوانی
۱۳۷۲	۱۶۲	۱۷/۵
۱۳۷۳	۲۳۹	۲۵/۸
۱۳۷۴	۲۶۶	۲۸/۷
۱۳۷۵	۲۲۱	۲۳/۸
۱۳۷۶	۳۹	۴/۲
جمع کل	۹۲۷	۱۰۰

مورد نظر در دو بیمارستان می پردازیم (جدول شماره ۱).

طبق نتایج این مطالعه تعداد کل ۹۲۷ مورد خودکشی در بیمارستانهای رازی و طالقانی اهواز ثبت شده است. از این تعداد، ۶۷۷ مورد زن (۷۳٪) و ۲۵۰ مورد مرد (۲۷٪) بوده‌اند. افزون بر این، از این تعداد ۳۳۵ مورد مجرد (۳۶/۱٪) و ۴۷۲ مورد متأهل (۵۰/۹٪) متاهل بوده‌اند و وضعیت تأهل ۱۲۰ مورد (۱۲/۹٪) نیز نامشخص بوده است. از تعداد ۹۲۷ مورد ثبت شده در این فاصله زمانی، ۸۵۴ مورد (۹۲/۱٪) خوزستانی و ۵۰ مورد (۴/۵٪) از سایر استانهای کشور بوده و استان محل اقامت ۲۳ مورد (۲/۵٪) نیز نامشخص بوده است. افزون بر این، محل سکونت ۷۰۸ نفر از افراد مورد مطالعه (۷۶/۴٪) در شهر و محل سکونت ۱۰۶ مورد آنان (۱۱/۱٪) در روستا

پرسشنامه‌ای تنظیم شد که در مورد هر کدام از موارد ثبت شده خودکشی یا اقدام به خودکشی در بیمارستانهای آیت... طالقانی و رازی شهرستان اهواز در فاصله زمانی فروردین ۱۳۷۲ تا پایان خرداد ۱۳۷۶ تکمیل گردید. اطلاعات گردآوری شده در این پرسشنامه شامل این موارد بودند: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، شیوه خودکشی، نتیجه خودکشی (موفق و ناموفق)، محل سکونت (شهر و روستا)، سابقه بیماری (جسمانی یا روانی) و تاریخ خودکشی (سال، فصل و ماه).

نتایج

قبل از بیان نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه‌های پژوهش، به آمار توصیفی موارد ثبت شده خودکشی در فاصله زمانی

جدول ۲. مقایسه میانگین سن خودکشی در زنان و مردان و افراد متأهل و مجرد.

گروهها	تعداد	میانگین سن	انحراف معیار	T	df	P
زنان	۶۱۷	۲۵	۱۱	۱/۲۹	۳۲۶	۰/۱۹۷
مردان	۱۹۸	۲۶	۱۱			
متأهل	۴۷۱	۳۰	۱۲	۱۶/۸۹	۷۱۷	۰/۰۰۰۱
مجرد	۳۳۴	۱۹	۵			

بوده و محل سکونت ۲۳ مورد (۲/۵٪) از این لحاظ نامشخص بوده است.

در مجموع از ۹۲۷ نفر مورد مطالعه، ۷۹۶ مورد (۸۵/۹٪) در بیمارستان آیت الله طالقانی و ۱۳۱ مورد (۱۴/۱٪) در بیمارستان رازی ثبت شده است. لیکن از تعداد کل موارد ثبت شده، ۶۵۷ مورد خودکشی موفق (۷۰/۹٪) و ۲۶۸ مورد خودکشی ناموفق (۲۸/۹٪) داشته‌اند. و دو مورد نیز از این لحاظ وضعیت نامشخص داشته‌اند. اکنون، با توجه به آن چه که بیان شد، به نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها اشاره می‌شود.

جدول شماره ۲ نتایج حاصل از تحلیل فرضیه‌های ۱ و ۲ را نشان می‌دهد.

بر اساس این جدول، میانگین سن خودکشی در زنان و مردان مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری ندارد و بنابراین فرضیه ۱ این پژوهش تأیید نشد ولی میانگین سن خودکشی افراد متأهل و مجرد متفاوت است.

این تفاوت در سطح آماری کمتر از ۰/۰۰۰۱ معنی دار است. براساس این یافته فرضیه ۲ تأیید می‌شود، یعنی افراد مجرد در مقایسه با افراد متأهل در سن پایین‌تری خودکشی می‌کنند.

برای آزمون فرضیه ۳، تفاوت بین میزان خودکشی در افراد متأهل و مجرد از آزمون مجذور خی استفاده شد. یافته مربوط به این فرضیه، در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد مجذور خی بدست آمده برابر ۳۶/۳۴ و در سطح ($P < ۰/۰۰۱$) معنی دار است. در نتیجه فرضیه ۳ این پژوهش تأیید می‌گردد.

بر اساس یافته‌های این جدول میزان خودکشی در زنان (اعم از مجرد یا متأهل) بیش از مردان و در زنان متأهل بیش از زنان مجرد است، در حالی که میزان خودکشی در مردان مجرد بیش از مردان متأهل است.

جدول ۳. مقایسه میزان خودکشی در زنان و مردان مجرد و متأهل

χ^2_{ob}	df	f_e	f_o	شاخصهای آماری	
				جنسیت	وضعیت تأهل
۳۶/۳۴	۱	۱۱۶/۴	۸۰	مرد	متأهل
		۳۵۵/۷	۳۹۲	زن	
		۸۲/۶	۱۱۹	مرد	مجرد
		۲۵۲/۳	۲۱۶	زن	

برای آزمون فرضیه ۴، تفاوت سن خودکشی در افراد دارای سطوح تحصیلی مختلف، ابتداء افراد براساس مدرک تحصیلی به پنج گروه بی سواد، تحصیلات ابتدایی، تحصیلات راهنمایی، تحصیلات دبیرستان و تحصیلات دیپلم و بالاتر تقسیم شدند و آنگاه میانگین سن خودکشی آنان با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه مورد سنجش قرار گرفت. نتایج آزمون این فرضیه در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس یک راهه سن خودکشی در گروههای تحصیلی

منبع تغییر	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	نسبت F	ارزش احتمال
بین گروهی	۴	۲۱۰۴۶/۲۵	۵۲۶۱/۵۶	۵۰/۱۳	۰/۰۰۰۱
درون گروهی	۷۸۷	۸۲۶۰۲/۱۱	۱۰۴/۹۶		
کل	۷۹۱	۱۰۳۶۴۸/۳۶			

همان طور که این جدول نشان می دهد میانگین سن خودکشی در افراد دارای سطوح تحصیلی مختلف متفاوت است ($P < ۰/۰۰۰۱$). برای پیگیری تفاوتها از روش توکی استفاده شد و نتایج حاصل در جدول شماره ۵ درج شده است. مقایسه میانگینها با روش پیگیری توکی نشان داد که میانگین سن خودکشی در افراد بی سواد از میانگین سن خودکشی در افراد دارای تحصیلات ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان

جدول ۵. مقایسه میانگینهای سن خودکشی افراد دارای سطوح تحصیلی مختلف، باروشن پیگیری توکی

سطوح تحصیلی	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستانی	دیپلم و بالاتر
میانگین	۳۱	۲۱	۱۹	۲۱	۲۸
بی سواد	-	۱۰*	۱۲*	۱۰*	۳
ابتدایی	-	-	۲	۰	۷*
راهنمای	-	-	-	-	۹* ^۲
دبیرستانی	-	-	-	-	۷*
دیپلم و بالاتر	-	-	-	-	-

*P < ۰.۰۵

به طور معنی داری بالاتر است. همچنین میانگین سن خودکشی در افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از میانگین سن خودکشی در افراد دارای تحصیلات دبیرستانی، راهنمایی و ابتدایی به طور معنی داری بالاتر است. براساس این تحلیل، به طور کلی افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و افراد بی سواد نسبت به سایر گروهها در سن بالاتری خودکشی می کنند. برای آزمون فرضیه ۵، تفاوت میزان خودکشی در زنان و مردان دارای سطوح تحصیلی مختلف، از مجذور خی استفاده شد. داده های مربوط به این فرضیه در جدول شماره ۶

جدول ۶. مقایسه میزان خودکشی در زنان و مردان دارای سطوح تحصیلی مختلف

χ^2_{ob}	df	f_e	f_o	شاخصهای آماری	
				جنسیت	سطح تحصیلات
۳۳/۷۶	۴	۲۵۸/۶	۲۸۳	زن	بی سواد
		۷۹/۴	۵۵	مرد	
		۱۸۰/۶	۱۸۲	زن	ابتدایی
		۵۵/۴	۵۴	مرد	
		۹۷/۲	۸۸	زن	راهنمایی
		۲۹/۸	۳۹	مرد	
		۳۹/۸	۳۴	زن	دبیرستانی
		۱۲/۲	۱۸	مرد	
		۲۹/۸	۱۹	زن	دیپلم و بالاتر
		۹/۲	۲۰	مرد	

آمده است. نتایج حاصل از آزمون فرضیه ۶، تفاوت بین روش خودکشی در زنان و مردان در جدول شماره ۷ نشان داده شده است. براساس یافته‌های ارائه شده در جدول شماره ۷ مجذور خی برابر ۲۰/۵، درجه آزادی ۲ و در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار است، در نتیجه فرضیه ۶ تأیید می‌گردد. بنابراین خودسوزی مهمترین روش خودکشی در مردان و زنان مورد مطالعه است. البته دومین روش مورد استفاده برای خودکشی در زنان و مردان خود مسموم‌سازی است و سایر روشها جایگاه چندان بارزی نداشته‌اند.

در این تحلیل مقدار مجذور خی برابر با ۳۳/۷۶، درجه آزادی ۴ و در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار است. بنابراین میزان خودکشی در گروه زنان و مردان بی‌سواد بیشترین و در گروه دیپلم و بالاتر کمترین بوده است. اما در مجموع هر چند میزان خودکشی در زنان دارای سطوح تحصیلات ابتدایی بالاتر بوده است ولی در راستای افزایش تحصیلات کاهش یافته است. برای مردان نیز پس از ابتدایی همین سیر مشاهده شده است. بنابراین فرضیه فوق نیز تأیید می‌شود.

جدول ۷. مقایسه روش خودکشی در زنان و مردان

χ^2_{ob}	df	f_e	f_o	شاخصهای آماری	
				جنسیت	روش خودکشی
۲۰.۵۵	۲	۴۲/۵	۴۴۵	زن	خودسوزی
		۲۰۷/۵	۱۹۰	مرد	
		۸۱/۵	۶۹	زن	خود مسموم‌سازی
		۳۹۰/۵	۵۲	مرد	
		۶	۱	زن	روشهای خشن‌تر (برق گرفتگی، خودزنی و حلق آویز)
		۳	۸	مرد	

جدول ۸. مقایسه میزان خودکشی زنان و مردان روستایی و شهری

χ^2_{ob}	df	f_e	f_o	شاخصهای آماری	
				جنسیت	محل سکونت
۱۶/۸۷	۱	۱۴۴/۶	۱۶۷	زن	شهر
		۵۱/۴	۲۹	مرد	
	۱	۵۲۲/۳	۵۰۰	زن	روستا
		۱۸۵/۶	۲۰۸	مرد	

خوزستان تفاوت معنی‌داری ندارد و این یافته نشان‌دهنده این است که صرف جنسیت تبیین‌کننده سن خودکشی نیست. براساس نظر بچلر (۱۹۹۶)، شاید مواردی مانند میزان حمایت اجتماعی، طبقه اقتصادی-اجتماعی، شغل، میزان تحصیلات و جایگاه تأهل در تبیین آن اهمیت بیشتری دارند.

پژوهش حاضر نشان داد که میانگین سن خودکشی در افراد مجرد به طور معناداری پایین‌تر از میانگین سن خودکشی در افراد متأهل است. یکی از تبیین‌های مهم این است که بسیاری از پژوهشگران روانشناسی ازدواج را نوعی حمایت اجتماعی قلمداد می‌کنند که می‌تواند در برابر حوادث فشارزای زندگی نقش حائل داشته باشد. نتایج حاصل از این پژوهش با بررسی کاستلو و کاستلو^۱ (۱۹۹۲)، و کاپلان و

برای تحلیل فرضیه ۷، تفاوت میزان خودکشی در زنان و مردان شهری و روستایی، از مجذور خی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۸ آمده است.

در این تحلیل مقدار مجذور خی برابر ۱۶/۸۷ و درجه آزادی یک بوده است. این تحلیل در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. به عبارت دیگر، این فرضیه تأیید شده است. براساس این تحلیل، خودکشی هم در زنان و هم در مردان در شهر بیشتر از روستا است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر میانگین سن خودکشی در کل نمونه مورد مطالعه ۲۵/۵ (در زنان ۲۵ و در مردان ۲۶) بوده است. البته این میانگین‌ها تفاوت آماری معنی‌داری با یکدیگر نداشته‌اند. در واقع پژوهش حاضر نشان داده است که سن خودکشی در زنان و مردان

1- Costello

سادوک (۱۹۸۹) همخوانی دارد.

افزون بر این، پژوهش حاضر نشان داده است که میزان خودکشی در زنان و مردان مجرد و متأهل به طور معنی داری متفاوت است. بدین معنا که میزان خودکشی در زنان اعم از مجرد یا متأهل بیش از میزان خودکشی در مردان است البته این یافته با نتایج کومر (۱۹۹۵) همخوانی دارد. لیکن از سوی دیگر، نشان داده شده است که میزان خودکشی در زنان متأهل بیش از زنان مجرد یا مردان متأهل بوده است، در حالی که در مردان مجرد، میزان خودکشی بیش از مردان متأهل بوده است. شاید این موضوع انعکاس سازگاری افراد با شرایط زندگی زوجی باشد. خودکشی می تواند نشان دهنده ناخشنودی در زندگی زوجی باشد و آنچنان که خداریحیمی و حق شناس (۱۳۷۱) نشان داده اند ناخشنودی زوجی در زنان بیش از مردان است. شاید این یافته بتواند بالاتر بودن میزان خودکشی در زنان متأهل را توجیه نماید.

براساس یافته های این پژوهش میانگین سن خودکشی در افراد دارای سطوح تحصیلی مختلف تفاوت معنی داری دارد. همچنین میزان خودکشی (صرف نظر از جنسیت) با افزایش تحصیلات کاهش می یابد (اشنایدمن، ۱۹۸۷). به نظر می رسد که می توان برای این یافته دو الگوی سبب شناسی متفاوت در نظر گرفت. اول اینکه اعتقاد بر این است که

تحصیلات به عنوان یک ابزار فرهنگی-اجتماعی می تواند به فرد در مقابله با مشکلات مختلف کمک کند. زیرا تحصیلات به شخص کمک می نماید تا در الگوی مشکل گشایی راه حل های مختلفی را در نظر بگیرد و بهترین را انتخاب کند. درم اینکه افراد تحصیل کرده از نظر وضعیت اقتصادی و مالی در شرایط بهتری از افراد بی سواد قرار دارند، لذا افزایش امکانات روان شناختی و اقتصادی افراد تحصیل کرده ممکن است به عنوان سپری در برابر خودکشی عمل نماید.

پژوهش حاضر نشان داده است که شایع ترین روش خودکشی در استان خوزستان به ترتیب اهمیت خودسوزی و مسموم سازی بوده است، و در این میان جنسیت نقشی ندارد. نتایج حاصل از این پژوهش با یافته های پاک سرشت و شکرکن (۱۳۷۳) همخوانی دارد. در رابطه با تبیین این یافته، شاید دو روش خودسوزی و خودمسموم سازی ساده ترین و قابل دسترس ترین وسیله برای انجام خودکشی هستند.

پژوهش حاضر نشان داده است که میزان خودکشی در روستا کمتر از شهر است. این یافته با نظر بچلر (۱۹۹۶) همخوانی دارد. براساس نظر بچلر عوامل مختلفی مانند جنگ و بقاء یابی آن، تحولات اقتصادی یا دگرگونی های فرهنگی در افزایش میزان خودکشی نقش دارند. طبیعی است که میزان

اساسی پژوهشی در زمینه خودکشی نبودن اطلاعات کافی است. به علاوه، با توجه به میزان بالای خودکشی در زنان متأهل و در افراد مجرد ضروری است که مسئولین مربوطه در جهت ایجاد مراکز مشاوره خانوادگی و فراهم نمودن امکانات برای ازدواج جوانان و تشویق آنان به این امر اقدامات جدی به عمل آورند.

پژوهش حاضر محدود به اطلاعات موجود بیمارستانی در موارد خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌باشد. اما اطلاعات بیمارستانی در پاره‌ای از موارد برای اهداف پژوهش کافی نیستند، به طوری که ما نیز در پژوهش حاضر با این محدودیت روبرو بوده‌ایم.

این عوامل در جامعه شهری بیش از جامعه روستایی است چون نهایتاً جامعه شهری به سوی فردیت‌گرایی پیش می‌رود و با ایجاد از خودبیگانگی برخی از افراد را به بی‌هویتی و در نهایت به خودکشی سوق می‌دهد.

پیشنهادها

با توجه به یافته‌های این پژوهش، در مرحله اول لازم است مسئولین بهداشتی و امنیتی هر شهرستان ترتیبی اتخاذ نمایند تا اطلاعات مربوط به موارد خودکشی در هر شهرستان در یک مرکز بخصوص ثبت گردد. بدیهی است که این اقدام هم به شناسایی علل خودکشی و هم به برنامه ریزی برای پیشگیری از آن کمک خواهد کرد، زیرا یکی از مشکلات

منابع

فارسی

- پاک‌سرشت، محمدجعفر و شکرکن، حسین. (۱۳۷۳). بررسی مقدماتی خودکشی در استان خوزستان. خلاصه مقالات دومین سمینار ارائه یافته‌های علوم تربیتی و روانشناسی در استان خوزستان. ۱۶ و ۱۷ اسفندماه، اهواز: دانشگاه شهید چمران.
- خدارجمی، سیامک و حق‌شناس، حسن. (۱۳۷۱). بررسی مقایسه‌ای سازگاری زوجی ازدواج مجدد همسران شاهد. شیراز: مرکز پژوهش و ارائه خدمات روان‌شناسی شاهد فارس.

خارجی

- Baechler, J. (1996). A strategic theory of suicide. *Encephale*, 4, 4-9.

- Blumenthal, S.J. & Kupfer, D.J. (1990). *Suicide Over the Life cycle: Risk Factors, Assessment and Treatment of Suicidal Patients*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Allman, C. , Friend, A., Roth, C., Schweers, J, Balach, L.& Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescents suicide: A case-control study. *Jornal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (3), 521-529.
- Comer, J.R. (1995). *Abnormal Psychology*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Costello, T.W. & Costello, J.T. (1992). *Abnormal Psychology*. London: Harpercollin College Outline.
- Davison, G.C. & Neale, Y.M. (1994). *Abnormal Psychology*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons.
- DeSusa, M.P.(1996). Le suicide au Portugal. *Encephale*, 4, 28-34.
- Diekstra, R.F. (1996). Epidemiology of suicide. *Encephale*, 4, 15-28.
- Durand, W.M. & Barlow, D.H. (1997). *Abnormal Psychology: An Introduction*. New York: Brooks Cole Publishing Company.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide*. (2 nd ed, 1930, in French). English translation by J.A. Spaulding and G. Simpson. New York: The Free Press.
- Freud, S. (1940). *An Outline of Psychoanalysis*. London : Hogarth Press.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1989). Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 77 (2), 71-9.
- Lee, D.E. (1985). Alternative self destruction. *Percept and Motor Skills*. 61, 1065-1066.
- Mintz, R.S. (1968). Psychotherapy of the suicidal patient. In H.L.P. Resnik (Ed), *Suicidal Behaviours*. Boston : Little Brown.
- Norton, G.R., Rockman, G.E., Lusy, B. & Marion, T. (1993). Suicide, chemical abuse, and panic attack : a preliminary report. *Behavior Research and Therapy*, 31 (1), 37-40.
- Shniedman, E.S. (1987). *Voices of Death*. New York: Harper & Row.