

אורון – מחקר פסיכולוגי עצמאי

ostoris@gmail.com

ד"ר ישראל אורון, פסיכולוג

דו"ח מחקר בענין:

**האפידמיולוגיה של ההתאבדות במדינת ישראל ובעת המנדט הבריטי,
1919-2019**

ד"ר ישראל אורון (אוֹסְטֵרִי), פסיכולוג

ינואר 2021

התוכן

עמוד

3	תמצית הדו"ח
4	א. פתח דבר
6	ב. ההתאבדות על פני 100 שנים
8	ההתאבדות במהלך 1919-1947
12	ההתאבדות במדינת ישראל
15	ג. ההתאבדות במדינת ישראל על פי גיל
16	ד. נסיון התאבדות ופציעה-עצמית בזדון
18	ה. סיכום: הכלל והפרט
21	מקורות
	איורים
6	1 – שיעור ההתאבדות הלאומי באוכלוסיה העברית, 1919-2019
7	2 – שיעורי ההתאבדות במדינת ישראל על פי מגדר, 1949-2019
16	3 – שיעורי ההתאבדויות על פי גיל ומגדר, 2005-2014
	לוחות
26	שיעור ההתאבדות הלאומי בישראל ובעת המנדט הבריטי, 1919-2019
27	שיעורי ההתאבדות במדינת ישראל על פי מגדר, 1949-2019
27	שיעורי ההתאבדויות על פי גיל ומגדר, 2005-2014

תמצית הדו"ח

תמונת ההתאבדויות באוכלוסיה העברית/היהודית נפרשת כאן לראשונה על פני מאה שנים, החל מהשנה העוקבת את סיום מלחמת העולם הראשונה ועד לשנת 2018 (כולל). את הצגת הנתונים אשלב בהסבר דמוגרפי, שיתמקד בארצות המוצא השונות שמהן העולים הגיעו לכאן. לנתוני ההתאבדות שבארצות אלה השלכה לרמת ההתאבדות עד להקמת המדינה, ולאחריה. בתוך כך אתן מקום לתהפוכות פוליטיות ומלחמות, שנמצא להן קשר לשינויים במגמת ההתאבדות בתקופות הזמן השונות.

כן אפרוש את תמונת ההתאבדויות במדינת ישראל החל משנת 1949, השנה הקלנדרית הראשונה לעצמאות, ועד לשנת 2018 (כולל), תוך ניתוח התנודות בשיעוריה של התנהגות זו בנשים ובגברים. אף אתן את הדעת לניתוח הנתונים בקבוצות-גיל שונות, והמשמעות שיש לכך לשם מיקוד תשומת לב מקצועית נבדלת.

לבסוף אתייחס לחובה המקצועית להבדיל בין נסיון לשים קץ לחיים לבין פציעה-עצמית של הגוף, שאין בצידה כוונה למוות. הבדל, המחייב לנקוט בצעדי התערבות מקצועיים נפרדים.

פרק הסיכום מפרט את ההשלכה המעשית מן המחקר האפידמיולוגי להערכת-סיכון אובדני ביחיד. בהקשר להערכה זו אני מדגיש את הצורך להסתייע במתודה פרטנית שיש בה כדי לתרום לצמצום ההתאבדויות, והיא ניתוח תכן של מכתבי פרידה שהותירו אלה ששמו קץ לחייהם, ושל מסרים שהעבירו ברשתות החברתיות. הנסיון מלמד, כי השימוש בשיטה זו תורם להבהיר את דרך החשיבה האובדנית ואת הרגשות הסוערים שביסוד ההחלטה האובדנית. אגב כך אני מדגיש את חשיבותו של המחקר המתמקד באיתור סמנים ביולוגיים, שיהיה בכוחם לאתר מראש את האדם הספציפי שבכוונתו לשים קץ לחייו.

א. פתח דבר

מותו של אדם הוא לעולם מאורע פסיכולוגי, בודאי כאשר כליונו בא לו מידידיו שלו. אך מותו של אדם הוא גם מאורע חברתי, ומדינות רבות מתעדות את ממדיה של ההתאבדות באוכלוסיה כדי לאמוד אותה כיאות ולעשות לצמצומה. במדינת ישראל נערך מחקר חלוץ אפידמיולוגי עבור כל שנותיה הראשונות, 1949-1958 (Davies and Kaplan-Dinur, 1961), ומחקר אחר, שהקיף אף הוא את כל שנות המדינה, סיכם את ההתאבדויות על פני יובל שנים (אורון, 2002). כן נבדקה אפידמיולוגית ההתאבדות בכל המלחמות שתכפו כאן (Oron, 2011. Oron, 2012).
מהי אפידמיולוגיה?

The study of the distribution and determinants of health-related states or events in specified populations, and the application of this study to the prevention and control of health problems (Last, 2001).

במהלך הזמן התפתח תחום "האפידמיולוגיה החברתית", שבמסגרתו דנים בהשלכות החברתיות של בעיה רפואית מסויימת (Kaplan, 2004). בדברים שכאן אציג את תמונת ההתאבדויות על פני 100 שנים; החל משנת 1919, העוקבת את השנה שבה הסתיימה מלחמת העולם הראשונה, ועד (כולל) 2018. מטרתי לשרטט את היקף ההתאבדויות במהלך מאה השנים, ולפיכך המחקר הוא אפידמיולוגי-תיאורי:

A simple description of the health status of a community, based on routinely available data... based on mortality statistics and may examine patterns of death by age, sex or ethnicity during specified time periods or in various countries (Bonita et al., 2006).

ככלל, זהו הצעד הראשון והבסיסי כדי להבין תופעה כלשהי הדורשת תיקון, שעליו ניתן לבסס מחקרים ספציפיים שיביאו לשיפור בבריאות הציבור וברוחותו. בצעד ראשוני זה ניתן לעמוד ממבט היסטורי על התנודות שהתרחשו בתופעה שבמיקוד על פני השנים. תנודות, שמקורן עשוי להיות שינויים מפליגים בקבוצת גיל זו או אחרת, או בהגירה. מתוך התמונה הראשונית המצטיירת אף ניתן ללמוד על היקף התופעה על פי מגדר,

כמו גם על פיזור באיזורים גיאוגרפיים ספציפיים ובתת-אוכלוסיות נבדלות. התמונה האפידמיולוגית עשויה לבסס החלטות בשאלות כגון: היכן לפרוש את השירות המתאים (סוציאלי, רפואי, נפשי), היכן להשקיע משאבים אנושיים וכספיים וכן להעריך באיזו מידה מצליחות תוכניות התערבות (Bonita et al., 2006. Dicker et al., 2011). מושג ראשוני על היקף תופעת ההתאבדות במדינה כלשהי מתקבל, כמובן, מסיכום ספירתם של כל המקרים. אולם, להבנה ראויה של האפידמיולוגיה של ההתאבדות נהוג לבטא את מספר המקרים ביחס לכל מאה אלף תושבים מגיל 15 ואילך (נדירה התאבדות מתחת לגיל זה), והנתון המתקבל נקרא: שיעור (rate). שיעור ההתאבדויות בכל מדינה נחלק לשלושה מדדים. הלאומי, המתאר את מספרם של כל המתאבדים והמתאבדות ביחס לכל מאה אלף בני-אדם באוכלוסיה מגיל 15, מדד הגברים המתאר את מספר הזכרים המתאבדים ביחס לכל מאה אלף גברים מגיל 15, ובדומה לכך מדד הנשים. בדרך זו נבנית יחידת מדידה, שעל פיה ניתן להשוות בין אוכלוסיות ותת-אוכלוסיות במדינות שונות בדרך שאינה תלויה בגודל האוכלוסיה, כמו גם לעקוב אחרי שינויים המתחוללים על פני הזמן בתוך מדינה ובאיזור גיאוגרפי מסוים.

לחישוב השיעורים משנת 1949 ואילך הסתייעתי בפרסומים השנתיים של משרד הבריאות ושל הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. המנדט הבריטי, שבשנת 1920 קיבל את השלטון מידי הצבא הבריטי, פרסם הֶחָל משנת 1936 ירחונים סטטיסטיים, ונתוני התאבדות משנת 1938. הירחון האחרון סיכם את חודשי ינואר ופברואר 1948, ועל כן הנתון לשנה זו הוא אומדן שחישבו אנשי משרד הבריאות דאז. גם הנתון עבור השנים 1919-1937 מבוסס על אומדן, שאני חישבתי ויתואר בהמשך. (למיטב ידיעתי בתקופת השלטון העות'מני לא ניהלו סטטיסטיקה של נתוני התאבדות, ועל כן אין בסיס נתונים לקבוע את שיעוריה של ההתאבדות קודם לשלטון הבריטי).

לסיום דברי ההקדמה אציין, כי הנתונים שאציג אינם מתייחסים לכל תושבי המדינה, כי אם בלעדית לאוכלוסית הרוב (העברית/היהודית). זאת מאחר שהמחקר מתמקד באוכלוסיה העברית כאוכלוסיה של מהגרים, אשר יצרו את תמונת ההתאבדות טרם הקמת המדינה ולאחריה. (לפיכך, השימוש במונח *אוכלוסיה* בדברים שכאן יוגבל לעברית/יהודית).

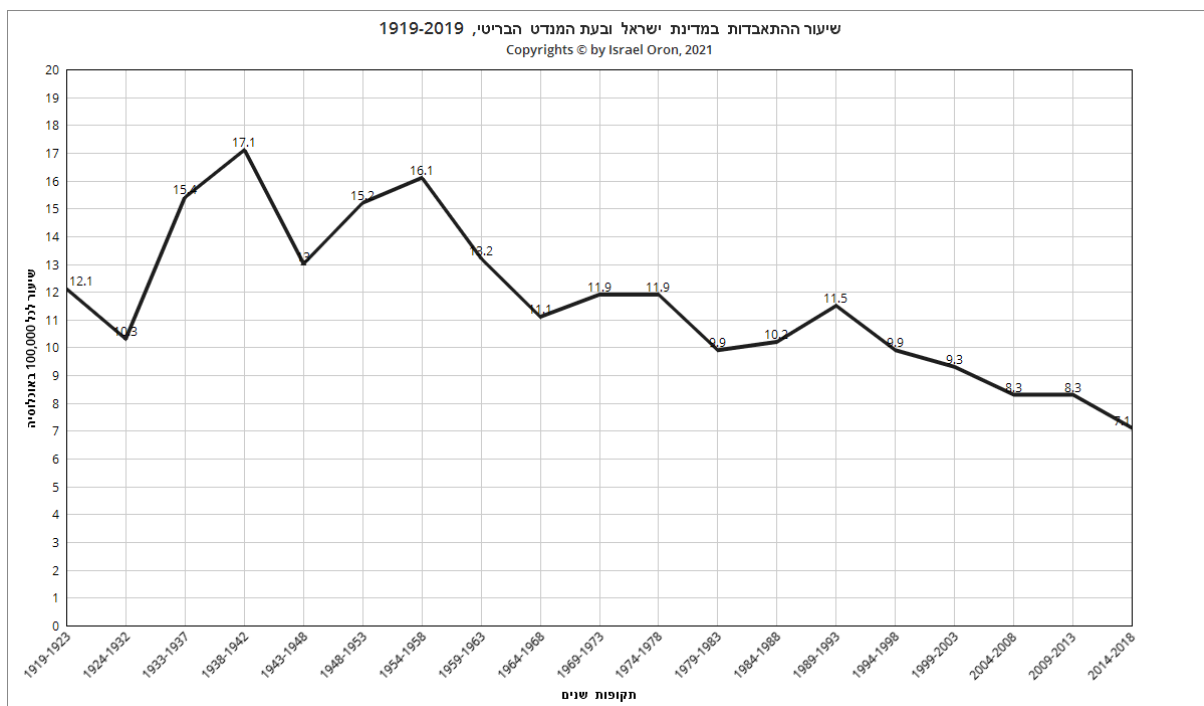
במאמר מוסגר ראוי להעיר, כי שכיחות ההתאבדויות בקבוצות המיעוטים במדינה (ערבים ודרוזים), שהם ילידי האיזור, נמוכה ביחס לכלל ההתאבדויות. לדוגמה, בשנת

2015 שמו קץ לחייהן 323 נפשות, מתוכן 19 מהמיעוטים. נתון זה מצביע על שיעור מזערי ביחס לשיעור ההתאבדות הכולל, ועל כן, כאשר מתבוננים בשיעורים של כלל התושבים במדינה שיעורי המיעוטים מצמצמים באופן מלאכותי את השיעורים הגבוהים יותר באוכלוסיה העברית. לסיום פרק זה אציין, שבמהלך 70 שנים, 1948-2019, התאבדו באוכלוסית המדינה 18509 גברים ונשים.

ב. ההתאבדות על פני 100 שנים

לצורך המחקר קיבצתי את מאה השנים ל-19 תקופות זמן. 16 מהן מקיפות חמש שנים כל אחת, ושאר השלוש הן: 1923-1932, 1943-1948, 1948-1953. שנת 1948, שבה הוכרזה המדינה ביום 14.5, נחלקת בין שתי תקופות זמן.

איור 1: שיעור ההתאבדות הלאומי באוכלוסיה העברית, 1919-2019

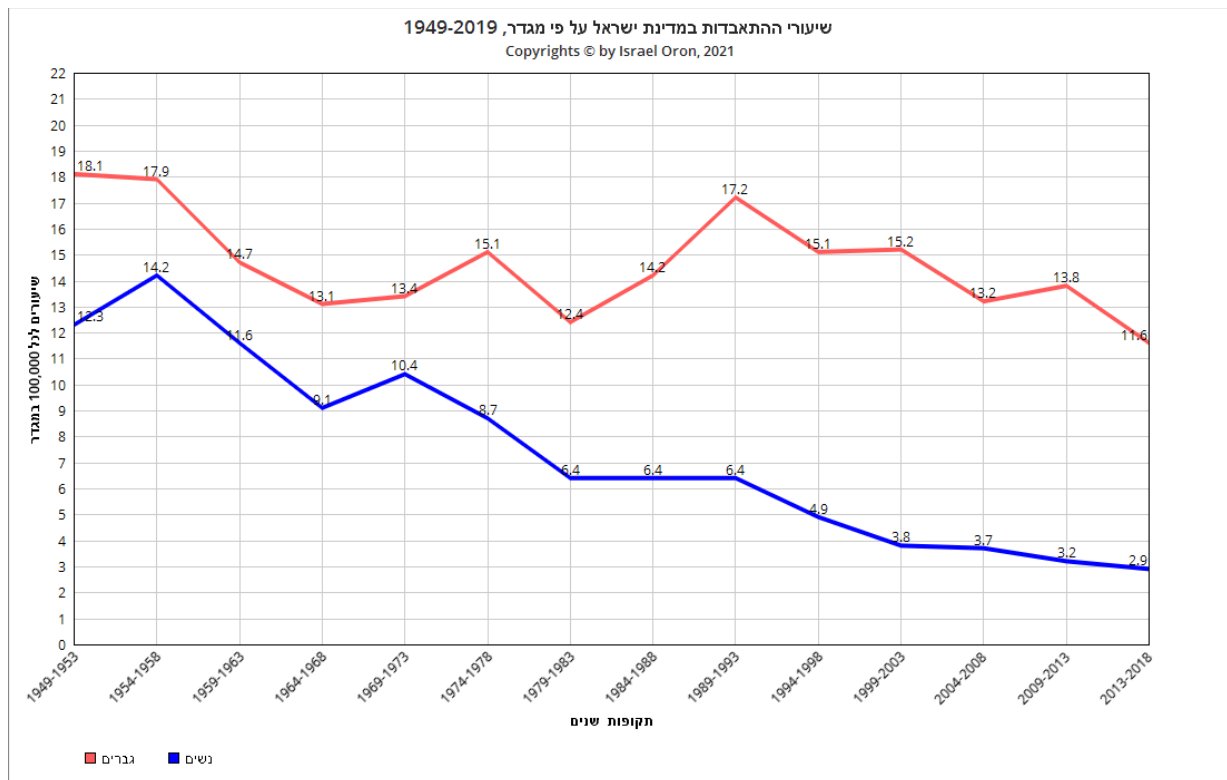


האיור הוא סיכום-גרפי כפול של נתוני שיעור ההתאבדות הלאומי באוכלוסיה לפני הכרזת המדינה ולאחריה (לוח 1, עמ' 26). 19 תקופות הזמן פרושות על פני הציר האופקי בסדר כרונולוגי. היקף השיעורים נמדד על פני הציר האנכי, כאשר כל נקודת-

ערך מתואמת (coordinated point-value) הממוקמת מעל כל תקופת זמן מציינת את ההיקף. בדרך זו האיור מתאר את התפלגות שיעורי ההתאבדות על פני כל אחת מתקופות הזמן הַבְּדִידוֹת (discrete). אספקט הסיכום הנוסף שבאיור מיוצג ע"י העקומה (curve), המחברת את כל 19 נקודות המפגש המתואמות לכדי קו רציף (continuous) ובכך משקפת את המגמות המשתנות בשיעורים על פני השנים.

איור מס' 2 מסכם בדרך דומה את נתוני ההתאבדות באוכלוסית המדינה על פי מגדר (לוח מס' 2, עמ' 27), אך מציין שתי נקודות-ערך מתואמות לכל תקופה ושתי עקומות.

איור מס' 2 – שיעורי ההתאבדות במדינת ישראל על פי מגדר, 1949-2019



בנתונים אלה אדון עתה בשני פלחי זמן, לפני הקמת המדינה ולאחריה. שנת 1948 תידון בפלח הזמן השני.

ההתאבדות במהלך 1919-1947

1919-1923

במלחמת העולם הראשונה האיזור הגיאוגרפי שנקרא *פלשתינה* נכבש במהלך השנים 1917-1918 בידי חיל המשלוח המצרי, שבפיקודו של הגנרל הבריטי אדמונד אלנבי. בשנת 1920 הוקמה ועידה בינלאומית שעסקה בגורל השטחים שעליהם שלטה האימפריה העות'מנית. הועידה ניהלה את דיוניה בסן-רמו שבאיטליה, והעניקה לבריטניה מנדט לניהולן של פלשתינה ושל עבר-הירדן. ממשל אזרחי החליף את זה הצבאי, ובשנת 1922 ערכה ממשלת המנדט מפקד אוכלוסין (Barron, 1923), שתוצאותיו נותחו בידי הסוכנות היהודית לא"י (גורביץ' ואח', 1944). נמצא, שחלק הארי מכלל 83694 התושבים שהרכיבו את האוכלוסיה היגר מפולין (שהיתה הקהילה היהודית הגדולה בעולם עד למלחמת העולם השניה), ומרוסיה (בריה"מ משנת 1917). העליה מתימן ומעירק עמדה אז על 6% לערך (שם). כאמור, לתקופת זמן זו (ולשתיים הבאות) מעולם לא קובצו נתוני התאבדות, ומטרת היתה לאמוד את השיעורים לתקופות אלה בקירוב הטוב ביותר שניתן להגיע אליו. לשם כך אמדתי את השיעורים באוכלוסיה בפלשתינה בדרך האנלוגיה לשיעורים ששררו באותן מדינות שמהן הגיעו העולים. ההגיון המדריך דרך זו של אומדן מתבסס על מחקרים המצביעים על כך, שמהגרים שמים קץ לחייהם בשיעור הדומה לזה שבארץ לידתם ולא בארץ הקולטת (Voracek et al., 2008; Ratkowska and De Leo, 2013). בעיקר כך, כאשר האוכלוסיה המצומצמת שבפלשתינה היתה אז בשלבי התגבשותה הראשונים. כלומר, נטייתם של מהגרים לאנדוגמיה עדיין שלטה, כפי שנמצא במדינות קולטות מהגרים (Ratkowska and De Leo, 2013), ועל כן באוכלוסיית המהגרים בפלשתינה נשמרה רמת ההתאבדות שבארצות המוצא. זאת ועוד. בשלב זה של התגבשותה של האוכלוסיה בפלשתינה עדיין לא חלף פרק הזמן הממושך הנדרש להתלכדותם (convergence) של שיעורי ההתאבדות ה"מיובאים" מהמדינות השונות, לְכָלֵל שיעור לאומי (Kleiewer and Ward, 1988). לפיכך, כבסיס לאומדן התמקדתי בשיעורי ההתאבדות ששררו במחצית השניה של המאה ה-19 ובשנים המוקדמות של המאה ה-20.

שיעורי ההתאבדות שברוסיה תחת משטר הצאר פורסמו בשנת 1910, והם מתייחסים

לאיזורים האירופאים (Makinen, 2006), שבעיקר מהם הגיעו העולים. ממוצע השיעורים באיזורים אלה הגיע לכדי שמונה התאבדויות לכל 100000 תושבים. החישוב בפולין היה מורכב יותר, מאחר ומהמאה ה-18 הטריטוריה שלה נחלקה בין מספר מדינות, והיא שבה להיות מדינה עצמאית בסיום מלחמת העולם הראשונה. אוסטריה ופרוסיה אחזו כל אחת ב-20% משטחה של פולין, ורוסיה ב-60%. כדי לאתר את השיעורים בחלקים אלה נעזרתי בעבודות של (Morselli (1879/1871), Durkheim (1897/1966) ושל (Makinen (2006). השיעור המתקבל ממיצוע השיעורים בכל אחת מהטריטוריות הרלוונטיות הוא 5.1 לכל 100000. (אציין, כי בחישוב השיעורים ברוסיה לא נכללו שטחיה של פולין). חישוב השיעורים במדינות מוצא אחרות נעשה בדרך דומה. בחישוב הכולל של שיעורי ההתאבדות באוכלוסיה בפלשתינה חובה היה להתחשב בהיקף היחסי של כל אחת ממדינות המוצא של העולים, והשיעור המשוקלל (weighted rate) הוא 12.1 לכל 100000.

1924-1932

תקופת זמן זו מקיפה את תשע השנים שחלפו מפרסומן של תוצאות המפקד הראשון, לזה שנערך בשנת 1931 (Mills, 1932). לעת זו האוכלוסיה מנתה 174660 תושבים. מסתבר, כי השיעורים פחתו עתה ב: 15%- בהשוואה לתקופה הקודמת. מניתוח הנתונים בידי הסוכנות היהודית (גורביץ' ואח', 1944) נמצא, שמחצית העולים בתקופה זו עלו מפולין ו-20% מבריה"מ. ניתוח הפחתת השיעורים מלמד, שזו נבעה מצמצום בן 50% בקירוב בהיקף העליה מבריה"מ, אשר בה שיעור התאבדות גבוה ביחס לזה שבפולין, בעוד היקף העולים מפולין הוכפל.

1933-1937

בהשוואה לתקופת הזמן הקודמת השיעור עלה בכמעט 50%, והוא נבע מהגירה משמעותית מגרמניה כפועל יוצא ממינויו של היטלר לקנצלר בינואר 1933 (גורביץ' ואח', 1944). תמריץ נוסף להגירה היה חקיקת חוקי נירנברג בספטמבר 1935, שהוציאו את היהודים מהמשרות הציבוריות, ביטלו את אזרחותם ולמעשה הדירו אותם מהחברה הגרמנית. בנוסף על כך, במהלך הזמן נשמעו קולות להכללתה של אוסטריה

במדינה גרמנית אחת, שעוררו את יהודי אוסטריה להגר. זרם העליה המתגבר משתי ארצות אלה גרם להרחבתו של שיעור ההתאבדות באוכלוסיה שבפלשתינה, מכיון שהשיעור בגרמניה בעשורים הראשונים של המאה ה-20 עמד על 29 לכל 100000, וזה שבאוסטריה על 40 (Goeschel, 2015). אכן, שיעורים גבוהים במידה ניכרת מאילו שבפולין ובבריה"מ. ודוק, במהלך השנים 1933-1941 ממוצע המהגרים מגרמניה ומאוסטריה עמד על שלישי מכלל העולים, לעומת 2.1% קודם לכן (גורביץ' ואח', 1944).

1938-1942

שיעורי ההתאבדות בתקופה זו המשיכו לעלות, עתה ב-11%. מידתה של ההתאבדות עלתה בעקבות הגירה רחבת היקף מאוסטריה עם סיפוחה ע"י גרמניה במרץ 1938, ופירוקה של צ'כוסלובקיה חודשים ספורים אחר כך (גורביץ' ואח', 1944). העליה משלוש מדינות אלה הגיעה לכדי 65% מכלל העולים בשנת 1939, ו-56% בשנה שאחריה.

להשלמת הניתוח לתקופה זו יש להעיר, שהעליה בשיעורים עשויה היתה להיות גבוהה יותר אילו לא התרחשה הפחתה בת למעלה מ: 24%- בין השנים 1939 ל-1940. צמצום זה בשיעורים נבע מפרוץ מלחמת העולם השנייה בספטמבר 1939. הכיצד? מאז מחקריהם של Morselli (1879/1881) ושל Durkheim (1897/1966) ידוע, שהיקף ההתאבדויות פוחת בעיתות של מלחמה בהשוואה לעיתות שלום, ועם סיום המלחמה ההיקף חוזר לזה שהיה קודם לפריצתה. ההנחה היא, שמלחמה מביאה את האנשים לשלב כוחות במטרה להתעמת באיום החיצוני, וגם אנשים אובדניים מוטרדים מגורל ארצם ולא ממצבם הנפשי, ועל כן אינם מתאבדים. מהיבט סוציולוגי מצב זה משקף אינטגרציה חברתית. הפחתת שיעורים התרחשה, לדוגמה, במהלך שתי מלחמות העולם (Lester, 1994), וכן במספר מלחמות שהתרחשו בישראל (Oron, 2012). אמנם המלחמה התנהלה הרחק מפלשתינה, אך כיבושה של פולין בידי גרמניה עוררה דאגה עמוקה בקרב רוב האוכלוסיה, שבא מפולין ובה הותיר אחריו משפחה וחברים, ועל כן היה טרוד בשאלה מה עלה בגורלם ובגורל הארץ שממנה בא. יתרה מכך. לא נקפו ימים רבים ופלשתינה היתה תחת איום של מדינות הציר, כאשר איטליה ניצלה את הקרבה הגיאוגרפית ושלחה מטוסים שיפצו מטרות אסטרטגיות. ביולי 1940

הופצו בתי הזיקוק בחיפה והנמל, במטרה למנוע מהצבא הבריטי להשתמש בהם. בהפצצה נהרגו ונפצעו מספר אנשים. חודש אחר כך חיל האויר האיטלקי הפציץ את חיפה ואת תל-אביב, וגרם למותם של 200 תושבים ולמאות פצועים. בנוסף על כך כיבושה של צרפת ע"י גרמניה העמיד את צפון פלשתינה תחת איום של גייסות צרפתיים הנאמנים למשטר וישי, מאחר שסוריה ולבנון היו נתונים תחת מנדט צרפתי מתום מלחמת העולם הראשונה, על פי החלטת חבר-הלאומים.

1943-1947

עתי פחתו שיעורי ההתאבדות במידה ניכרת. ניתוח ההפחתה מלמד, שמקורה בצמצום בן 11% - בין שנת 1943 לשנה הקודמת לה, ובצמצום נוסף, בן 33%, בשנת 1944 בהשוואה לשנת 1943. נסיבותיהם של שני הצמצומים לא היו איום צבאי על האוכלוסיה בפלשתינה, כי אם הידיעות בדבר השמדת יהודי אירופה. צמצום השיעורים בשנת 1943 נשען על מידע שהתקבל באפריל 1942, שאישר ידיעות שהגיעו עד כה לסירוגין וטיפין טיפין, שהגרמנים מוציאים לפועל השמדה שיטתית של יהודי אירופה (פורת, 1986). עתה השמועות אומתו ובחודשים הראשונים של 1943 ניתן לכך כיסוי עיתונאי בעולם ובפלשתינה. בד בבד הגיעו ידיעות בדבר ההתקוממות בגטו ורשה, שהחלה ביום 19.4, והריסתו כחודש לאחר מכן. הקהילה היהודית הגדולה בעולם נמחקה מעל פני האדמה, מה שהוליד בפלשתינה ובעולם היהודי כולו חששות עמוקים באשר לגורל יהודי אירופה שעדיין נותרו. רוב רובה של האוכלוסיה בפלשתינה עלה מאירופה בכלל ומפולין בפרט, והתאבל עתה על מות קרוביו וידידיו. מאבל משותף זה צמחה סולידריות חברתית שתרמה להפחתת שיעורי ההתאבדות בשנת 1943, ולאחריה (אורון, 2008. נספח).

בשנת 1944 ברחו שני אסירים יהודים ממחנה ההשמדה אושוץ-בירקנאו, שם הועסקו במשרד הרישום, ובחודש אפריל מסרו מידע מפורט לענין תהליך ההשמדה במחנה וזהותם של אנשי ה-SS. מידע נוסף הגיע באותה שנה משני אסירים יהודים נוספים, שברחו מאותו מחנה בחודש מאי. עדויותיהם של ארבעת הבורחים פורסמו בעיתונות העברית בפלשתינה, והן היכו בתדהמה את האוכלוסיה. תקופת זמן זו, אם כן, תרמה לאינטגרציה חברתית נכבדה, ומכאן להפחתה בשיעורי ההתאבדות (2008).

ההתאבדות במדינת ישראל

שיעור ההתאבדות הלאומי בישראל כלול באיור מס' 1 ובלוח מס' 1, בעוד איור מס' 2 ולוח מס' 2 מציגים את שיעורי המגדרים על פני 70 שנים קלנדריות לקיומה של ישראל, 1949-2019.

מאפיין הבולט לעין בנתונים הינו הפער בין שיעורי הגברים לאילו של הנשים, שהוא לחובת הגברים. הבדל מגדרי זה נמצא בישראל מיום הקמתה, וגם במדינות אחרות. הוא אותר כבר במאה ה-19 במחקר המקיף הראשון בנושא התאבדות, שנערך ע"י הרופא האיטלקי אנריקו מורסללי (Morselli, 1879/1881), ואף נמצא בנתוני ההתאבדות של שבדיה מן המאה ה-18 (שם). הסוציולוג דורקהיים, שפרסם את מחקרו בנושא התאבדויות קרוב לשני עשורים לאחר מורסללי, שב ומצא הבדל מגדרי זה (Durkheim, 1897/1951).

בישראל ניכר הבדל קל בשיעורים בין שני המינים בשנים הראשונות, 1.3:1, גברים ב"ת (Davis and Kaplan-Dinur, 1961). הפער הלך והתרחב במהלך שנות ה-80 וה-90, והתיצב בשנים האחרונות לכדי 3.9 גברים שהתאבדו לעומת אשה אחת. הדיון בשיעורי ההתאבדות בשנות קיומה של המדינה יתמקד אך ורק בתקופות זמן שבהן התחוללו שינויים משמעותיים בשיעורי ההתאבדות באוכלוסיה, בשילוב תשומת לב תואמת לשינויים המגדריים.

1949-1953

איור מס' 1 מלמד, שתקופת זמן זו מאופיינת בהרחבת שיעור ההתאבדות הלאומי בהשוואה לתקופה הקודמת, 1943-1947, והיא נעוצה במלחמת העצמאות שפרצה ביום הכרזת המדינה, 14.5.48. היתה זו המלחמה הקטלנית ביותר מכל המלחמות שניהלה ישראל, שגבתה אחוז מאוכלוסית המדינה (6000 קורבנות). במהלך 1948 פחתו השיעורים בשני המינים במידה דומה. בשנת 1949 נחתמו הסכמי שביתת הנשק עם מדינות ערב, ואז עלה השיעור הלאומי ב-26% בהשוואה לשנת המלחמה (Oron, 2012). הדבר נבע מעלייה חדה, בת 68% בקירוב, בשיעורי הגברים, שפחתו במידת מה בשנים שאחר כך (אורון, 2008. Oron, 2012).

ראוי להדגיש, שהרחבת שיעורים זו מקיפה הן את אילו שחוו את המלחמה והן את אילו שלא חוו אותה, מאחר שעלו ארצה במסגרת העלייה הנרחבת בשנת 1949.

1954-1958

השיעור הלאומי עלה עתה ב- 6% בקירוב, וזאת עקב צמיחה משמעותית בהתאבדויות נשים. בכל שנות קיומה של המדינה התאבדויות הגברים עלו על אילו של הנשים לבד משנת 1955, שבה 56% ממעשי ההתאבדות נעשו בידי נשים, למרות שלא חל שינוי בהתפלגות האוכלוסיה כאשר הן היוו 49.2% ממנה (אורון, 2002). כתוצאה מכך שיעור התאבדות הנשים בשנה זו היה הגבוה ביותר משאר השנים (17.2), שפחת במעט בשנה העוקבת, 1956 (16.9).

1959-1968

שני האיורים מצביעים על הפחתת שיעורים רציפה ונמשכת במהלך עשר שנים אלה. בטווח השנים 1959-1963 השיעור הלאומי פחת ב: 18% - בהשוואה לתקופה הקודמת, ובטווח השנים 1964-1968 הוא פחת ב: 16% - בהשוואה לתקופת הזמן 1959-1963. ההפחתה המצטברת המרשימה נבעה משינוי דמוגרפי דרמטי שהתחולל בהדרגה מאז יולי 1949, והגיע עתה לשיא הביטוי. בעוד 85% מכל העולים בשנת 1948 הגיעו מארצות אירופה, מספרם פחת בשנת 1949 לכדי 52%, ובסיומה של 1953 הם היוו 20% בלבד. במקביל, גבר מספר העולים מארצות מוסלמיות במזרח-התיכון ובצפון אפריקה (סיקרין, 1957), כתוצאה מכך, עם תחילתן של שנות הששים השתווה מספרם של יוצאי אירופה לזה של יוצאי ארצות האיסלאם. מאחר והעולים מארצות האיסלם שמו קץ לחייהם פי ששה פחות מאילו שמאירופה (אורון, 2002), נמצא, כי שיעור ההתאבדות הכולל פחת. ולכך נוספה עוד השפעה דמוגרפית. במהלך השנים 1949-1953 הכפילה עצמה מידת הילודה בעולים שהגיעו מארצות האיסלם, ובתקופת הזמן העוקבת אותה אף שילשה עצמה (סיקרין, 1957). כתוצאה מכך, כאשר ילדיהם של אותם עולים הגיעו עתה לבגרות הם הוסיפו ותרמו להפחתה בשיעורים, בעיקר בתקופות הזמן הבאות. (מאחר ובארץ, כבשאר העולם, שיעורי ההתאבדות עולים בד בבד עם הגיל הכרונולוגי, תוספת של מבוגרים שאינם מתאבדים מפחיתה את סך כל מספר ההתאבדויות בקבוצות הגיל המבוגרות).

1969-1973

עלה השיעור הלאומי בהשוואה לשנים 1964-1968, וזאת עקב הרחבה בת 14.3% בשיעורי הנשים. ניתוח ההבדל מלמד שהוא נעוץ במלחמת ההתשה, אשר פרצה ביום 8.3.69 והסתיימה ביום 7.8.70. במהלך 17 חודשי הלוחמה שיעורי הגברים והנשים פחתו במידה דומה, אך בסיומה שיעורי הגברים גברו בשנת 1971 ב-8% בעוד אילו של הנשים פי שלושה, בקירוב, מהגברים (Oron, 2012). שיעורי שני המינים המשיכו לעלות בשנת 1972 אך במידה צנועה, כאשר הנשים ביותר.

1974-1978

איור מס' 2 מלמד, כי שיעורי הגברים עלו בתקופה זו, וזאת בעקבות מלחמת יום הכיפורים (6.10.73-11.11.73). במהלך המלחמה ניכרת הפחתת שיעורים חדה בשני המינים, אך בשנת 1974 שיעורי הגברים הרקיעו ב-33% לעומת שנת 1973, ואילו של הנשים עלו ב-8% בקירוב בלבד (Oron, 2012). יתר על כן, שיעור הגברים המשיך לעלות בשנת 1975 ב-17%. לעומת הגברים, שיעורי הנשים פחתו בתקופה זו ב: 16.3% - בהשוואה לתקופת הזמן הקודמת, ועל כן השיעור הלאומי נותר כפי שהיה בחמש השנים 1969-1973.

1984-1993

נסיקה של ממש בשיעורי הגברים מאפיינת תקופה זו, שמקורה בעליה הנכבדה מבריה"מ (לשעבר) שהחלה באמצע שנות ה-80 ונמשכה לתוככי שנות ה-2000. עליה, שהרחיבה בכמעט רבע את היקף האוכלוסיה העברית. הממצא, שמהגרים מתאבדים בשיעור דומה לזה שבארצות מוצאם ולא לזה שבארץ הקולטת, חל גם על העליה מבריה"מ (Mirsky et al., 2011). ממוצע שיעור ההתאבדות בגברים בבריה"מ בשנות ה-80 עמד על 50 למאה אלף גברים (Varnik, 1998), פי ארבעה מהשיעור בגברים בישראל. כתוצאה מכך, עליה זו תרמה 35% משיעורי התאבדות גברים בישראל. במהלך הזמן שיעור זה נרגע במידה מסוימת והתיצב, אך נותר ברמה גבוהה בהשוואה לשיעור ששרר בישראל קודם לעליה זו. שיעור התאבדות הנשים בבריה"מ לעת זו עמד על 12 לכל מאה אלף נשים, כפול מזה של הנשים בישראל, ועל כן השפעת שיעורן לא ניכרה קָזו של הגברים.

ג. ההתאבדות במדינת ישראל על פי גיל

היבט אפידמיולוגי נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא התפלגות ההתאבדויות באוכלוסיה על פי קבוצות גיל. כלומר, מהו חלקה היחסי של כל קבוצת גיל במלוא היקפן של ההתאבדויות באוכלוסיה.

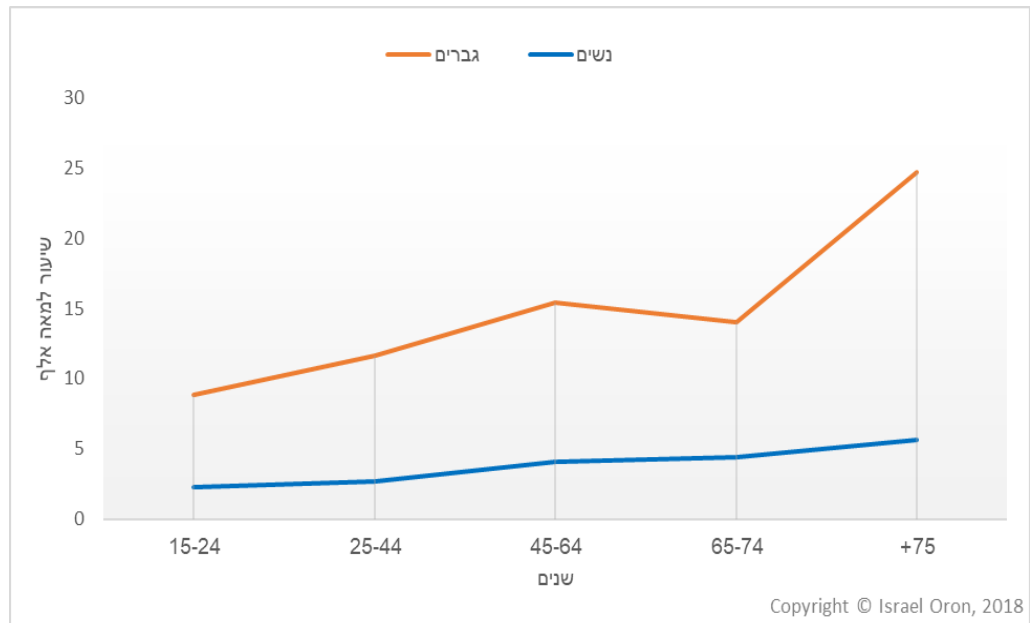
בשנים האחרונות, השכיחות הממוצעת של ההתאבדויות הנבדלת על פי גיל היא: 10% לקבוצת הגיל 15-24, לגילאי 25-44 33%, 34% לטווח הגילים 45-64 ולבני 65 ואילך 23%. הנתונים מלמדים, שבקבוצת הגיל הצעירה מתאבדים בשכיחות הנמוכה ביותר מכל קבוצות הגיל. בכל אחת משתי קבוצות הגיל שלאחריה מתאבדים בשכיחות רבה יותר הן מן הצעירים והן מהמבוגרים ביותר. בני ה-65 ואילך שמים קץ לחייהם פי שניים ויותר מהצעירים.

כדי להשלים את תמונת השכיחות ומשמעותה יש לברר מהו משקלן של קבוצות גיל אלה באוכלוסיה מגיל 15, ולהשוות אותו למשקלן בכמות הכוללת של המתאבדים. מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מסתבר, שבני ובנות הקבוצה הצעירה מהווים כ-19% מהאוכלוסיה, והחברים בקבוצת מאריכי-החיים 18%. במלים אחרות, הצעירים שמים קץ לחייהם ב-9% פחות ממשקלם באוכלוסיה, ואילו מהעשור השביעי לחייהם מתאבדים ב-5% יותר ממשקלם באוכלוסיה. לשתי קבוצות הגיל האחרות משקל ההתאבדות דומה למשקלן באוכלוסיה. המגמה הכללית של הנתונים שהיצגתי מאפיינת את המדינה מאז שנותיה הראשונות (אורון, 2002. Davies and Kaplan-Dinur, 1961).

עתה יש לבחון מהם שיעורי ההתאבדויות בכל אחת מהקבוצות, המוצגים באיור שבעמוד הבא, ובלוח מס' 3 (עמ' 27).

תמונת השיעורים מדגישה את חומרת ההתאבדויות באוכלוסיה המבוגרת, בעיקר בגברים מגיל 75. ככלל, בעולם הסתבר זה מכבר כי שיעורי ההתאבדות אינם מתפלגים באופן שווה על פני קבוצות הגיל השונות באוכלוסיה, וכי בגיל המבוגר השיעורים הם הגבוהים ביותר (Morselli, 1879/1881). על פי הנתונים, זוהי גם התמונה האופיינית בישראל.

איור מס' 3 – שיעור ההתאבדויות על פי גיל ומגדר, 2005-2014



המסקנה המתבקשת מפירוט הנתונים שהבאתי היא, שבחלוקת הקשב המקצועי (והתקציבי) על תשומת הלב להתמקד יותר בגילאי 25 ומעלה, ובפרט בגברים בעשור השביעי לחייהם ואילך. זאת בהתאמה למידת הסיכון להתאבד, הגוברת ככל שעולה הגיל הכרונולוגי. (מתאם חיובי, בלשון מתודולוגית).

ד. נסיון התאבדות ופציעה-עצמית בזדון

דיון בסוגיית ההתאבדות מחייב דיון משלים בנסיונות התאבדות, אך הנתונים המתפרסמים מגבילים דיון זה. הכיצד?
אפתח בשאלה מה זו התאבדות. בהתאבדות אדם מואס בחייו ועל כן הוא מבקש את מותו במפורש ובמודע. כדי להוציא אל הפעל את שאיפתו הוא מתכנן כיצד להרוג את עצמו, ולבסוף מוצא את הכח הנפשי לבצע זאת (אורון, 2008). הדגש הוא על הכוונה למות, הנמצאת ביסוד ההתאבדות, ואותה סובבים שאר המרכיבים הנפשיים המייחדים את זה השואף אל מותו (Maris, et al, 2000). מאליו נובע, שבנסיון להתאבד אדם נכשל במימוש כוונתו למות.

נתוני האובדנות שמפרסם משרד הבריאות מתכנסים בשתי קטגוריות: "התאבדות", "נסיונות התאבדות". עיון בקטגוריה השניה עשוי ללמד כי בשנים האחרונות מעל 6000 בני אדם, בממוצע שנתי, מאסו בחייהם וניסו לשים להם קץ (לעומת ממוצע שנתי של 350 בני אדם שהוציאו לפועל את תוכניתם הלטאלית). אולם, הכותרת של קטגוריה זו מטעה. מדוע? כי המציאות מלמדת שאין אנו צפויים לנחשול מתאבדים, מאחר שפער רחב וקבוע בין הרבים המכונסים בקטגוריה זו לבין המספר הצנוע, יחסית, של המכונסים בקטגורית המתאבדים נמצא במדינה מדי שנה בשנה מאז הקמתה, ומעולם לא הצטמצם במידה של ממש. (פער הקיים גם במדינות אחרות. ראו אתר WHO). די בפער שתיארתי כדי לרמוז, שבלתי סביר להניח כי בכל שנה אלפים אינם מצליחים לשים קץ לחייהם, ועל כן המסקנה המתבקשת היא, שבשתי קטגוריות האובדנות מכונסים אנשים שמניעיהם נבדלים.

מה עולה מן המחקר בשאלה זו?

זה מכבר התמקדו אנשי מקצוע בבחינת השאלה האם אדם שפגע בעצמו ושרד, אכן רצה להמית את עצמו. אחת הדרכים לבדוק זאת היא לעקוב אחריו ולראות האם ימשיך לפגוע בעצמו עד שבסופו של דבר ישים קץ לחייו (כמובן, מחקר בדיעבד!). לדוגמה, בבריטניה התמקדה קבוצת חוקרים באלה המוגדרים "מנסים" בטווח השנים 1978-1997, ועקבה אחריהם עד לשנת 2000. נמצא, שרק 2.6% המשיכו לנסות עד שהצליחו לממש את כוונתם (Hawton et al, 2003). (Maris (1992) סיכם מספר מחקרים בעולם ומצא, שבכל שנתון רק אחוז אחד, בממוצע, מהמוגדרים "מנסים" יתאבד בחלוף השנים. גם בשנים שחלפו ממחקרו, ממצא זה משקף את המציאות (Stefansson et al, 2010. Suominen et al, 2004).

מהמסונגים בקטגורית ה"מנסים" בישראל, באוכלוסיה העברית, בממוצע 0.9-1.2% יתאבדו במהלך השנים שלאחר הנסיון הראשון (כץ-שיבאן, 1992. אורון, 2012). במלים אחרות, מתוך אלפי הנפשות הכלולות בקטגורית "נסיון התאבדות" עשרות בודדות ישימו קץ לחייהן בסופו של דבר, ואילו חלק הארי אינו נושא עימו כוונה למות. מה שמניע את החלק הזה הוא הרצון לפצוע את הגוף. בפציעה זו אדם פוצע בכוונה תחילה את גופו וגורם נזק לרקמות, אך מטרתו אינה להמית עצמו כי אם להזיק לגופו ולגרום לכאב פיזי. נראה, שהסבה לכך נעוצה ברצון להפיג את הלחץ המצטבר בעטיית מצוקה נפשית (אורון, 2008. אורון, 2012. Klonsky, 2007).

אם כן, הנתונים מצביעים על כך שהמרת הכותרת "נסיונות התאבדות" בכותרת "פגיעה עצמית בזדון" (שממילא כוללת גם נסיון להתאבד) תשקף כהלכה את המציאות.

ככלל מסתבר, שבכל שנה חלק הארי מהאוכלוסיה האובדנית כולה (המקיפה מעשי התאבדות, נסיונות התאבדות ופגיעה-עצמית בזדון) איננו נמצא בסיכון לשים קץ לחייו. בד בבד מלמדים הנתונים, שכמעט כל המחפשים את מותם מממשים את כוונתם כבר בפעולתם הלטאלית הראשונה.

המסקנה המקצועית המתבקשת היא, שעם אישפוזם של הפוגעים בעצמם בבית-חולים לשם טיפול בפציעה, יש ראשית לברר מי מהם אכן ניסה לשלוח יד בנפשו. מראש, עם אישפוזם של הפוגעים את עצמם, לא ידוע דבר על מניעיהם, ואחת הדרכים לאתר את אלה שאכן ניסו לשים קץ לחייהם היא בזיהוי אותם מאושפזים שהשתמשו באמצעי מסכן חיים. זאת מאחר והנסיון מלמד, שככל שלאמצעי פוטנציאל קטלני רב יותר (כשימוש בנשק), כך עולה ההסתברות שלמשתמש כוונה לשים קץ לחייו (Runeson et al., 2010). לאחר שמאתרים קבוצה מצומצמת זו ומבררים מספר שאלות נפשיות רלוונטיות, יש למקד בה תוכנית מניעה ספציפית.

בד בבד ראוי יהיה לתקן עבור האלפים שאין רצונם למות תוכניות מניעה ספציפיות שאינן תלויות בתוכניות המתמקדות בהתאבדות (Remaschi et al., 2015), ואותן יש לישים בדרך נבדלת בהתאמה לקבוצות הגיל ולמגדר. בישראל, לדוגמה, כשליש ממקרי הפגיעה העצמית מתבצעים עד גיל 21, ולפיכך יש לבנות תוכנית התערבות רלוונטית לתלמידי בתי הספר התיכונים, ואחרת הרלוונטית לחיילי שירות החובה בצבא.

ה. סיכום: הכלל והפרט

במחקר נפרשת במלואה תמונת ההתאבדות באוכלוסיה העברית על פני מאה שנים. המבט ההיסטורי בנתונים מאפשר מעקב אחר התנודות שעברה התנהגות זו ברמה הלאומית וברמה המגדרית, וחושף צמצום הדרגתי בשיעורי ההתאבדות. כן פורש המחקר מסד נתונים המאפשר השוואה בין תקופות זמן שונות, כמו גם השוואה למדינות אחרות הקולטות מהגרים.

ככל מחקר אפידמיולוגי גם המחקר שכאן עשוי לתרום לשיפורה של ההיערכות המקצועית:

* הנתונים מלמדים, שלמדינת המוצא של מהגרים יש משקל במידת הסיכון להתאבד. כך, עולים (וצאצאיהם) מארצות אירופה מאופיינים בשיעור התאבדות גבוה במידה משמעותית מאילו שעלו מארצות מוסלמיות במזה"ת ובצפון אפריקה. את המרכיב האתני, אם כן, יש לשלב בכל הערכת-סיכון מקצועית של אדם זה או אחר.

* מיקוד נבדל בקבוצות גיל מצביע על חשיבותו של מיקוד דומה בתת-קבוצות שונות באוכלוסיה, כחיילי צה"ל (אורון, 2013), או מקצועות ספציפיים, במטרה לעמוד על נסיבות סביבתיות יחודיות שבהן התרחשה ההתאבדות, או הפגיעה העצמית.

* יש להדגיש את משקלן של נסיבות ההתאבדות במחקר ובהתערבות מקצועית פרטנית, במיוחד בתקופות של מלחמה וסערות חברתיות.

* הפער המשמעותי בשיעורי ההתאבדות, שנמצא בין נשים לגברים על פני כל תקופות הזמן, מצביע על הצורך להבין אותו מזוויות מחקר שונות ומגוונות.

* הדיון בנסיבות התאבדות מדגיש את החשיבות שבזיהוי מרכיביו של המניע לפגיעה העצמית הן במחקר והן לשם בחירת ההתערבות המקצועית המתאימה לפוגעים בעצמם; רצון להמית עצמם, או לפצוע בלבד? (אגב כך אעיר, כי יש בזיהוי מרכיביו של המניע להתאבד כדי לערער את ההנחה, שטרוריסטים המפוצצים עצמם עם קורבנותיהם רוצים לאבד עצמם לדעת (אורון, 2006), ומכאן שמטרתם שונה).

למעלה מן הצורך הוא להדגיש, שאת האפידמיולוגיה עושים אנשים בשר ודם אשר ביקשו להקל מעוצמתו של כאב נפשי כבד מנשוא שאחז בהם, וזאת בדרך שאין ממנה חזרה. ברי, שכדי להשיג את המטרה של צמצום ההתאבדויות יש להתמקד ביחיד ולנסות להבין את מהלך מחשבתו ואת הרגשות שסערו בו. נסיון, שלא תמיד עולה יפה מאחר שהתהום הפעורה בין המציאות האובייקטיבית הסובבת את זה השואף אל אובדנו לבין המתחולל בעולמו הפנימי, מקשה על רבים להבין את הגיונו הסובייקטיבי של מעשה ההתאבדות. קושי שביטא בפשטות מדהימה אחד ההורים שבתו התאבדה, אשר השתתף בקבוצת תמיכה להורים שילדיהם התאבדו (שאותה יזמתי בשנת 1995 יחד עם המרכז לעזרה עצמית בת"א - אורון, 2000). הבת הותירה פתק שבו כתבה כי

איננה מאושרת, ועל כן החליטה לשים קץ לחייה. כשהאב סיפר על כך הוא קרא מנהמת לבו: "היא לא היתה מאושרת? היתה לה עבודה קבועה, משכורת טובה, היתה לה מכונית, נסעה לחו"ל. ואני, כשהייתי במחנות השמדה הייתי מאושר כשמצאתי בזבל קליפות תפוחי-אדמה לאכול, והיא זו שלא היתה מאושרת??".

דברים חודרי לב אלה מחדדים את הצורך לבסס כדבעי את ההבנה המקצועית. כך, ראוי להעשיר את ההבנה בניתוח מהלך חייהם של אילו שאיבדו עצמם לדעת (Shneidman, 1977. Isometsa, 2001), בניתוח תוכן נושאי (ובלשני) של מכתבי-פרידה שחלק מהם הותר אחריו (אורון, 2008, 2017, 2019. Shneidman et al, 1984) ואף בניתוח מאפיינים טכניים של מכתבים אלה (Oron, 2021). המאפיינים המתקבלים מניתוחים אלה שבדיעבד, כולל של מסרים העוברים ברשתות החברתיות, תורמים תרומה של ממש להערכת סיכון עתידי באילו השוקלים לקפד את חייהם.

אף יש מקום להדגיש את חשיבותו של המחקר המתמקד באיתור סמנים ביולוגיים (biomarkers), שיהיה בכוחם לזהות מראש את האדם הספציפי שבכוונתו לשים קץ לחייו. איתור, שאיננו אפשרי כיום גם בהפעלה דקדקנית של תוכניות המניעה השונות. סמן, שלא ימיר את שאר גורמי הסיכון הקיימים כי אם יהיה למקור מידע נוסף, אשר ישפר את בסיס הניבוי לסיכון אובדני (Ghanshyam et al, 2012. Blasco-Fontecilla and Oquendo, 2016). במחקרים שנערכו בישראל נמצאה אינדיקציה לסמן ביולוגי בפציעה-עצמית (Oron, 2016), וכן אינדיקציה עקיפה להתאבדות (Oron, 2019).

לסיום אטעים, שהמחקר הפסיכולוגי מלמד כי ההחלטה להתאבד מבשילה בתוך קונפליקט עז בין הרצון לחיות לבין הרצון למחוק את הסבל הנפשי ואת הסובל גם יחד. לפיכך, על אנשי מקצוע מוטלת המשימה הכבדה לחפור לרצון החיים של הסובל. ויפים לכאן דברים שכתבה ביומנה חלוצת העלייה השנייה שושנה בוגן, שחמש שנים לאחר עלייתה ארצה שמה קץ לחייה (אורון, 2008):

*עוקרת אני לפני מעין המפכה בחולקה, וצר לי עליו. וחושבת אני: מי יודע מתי יחדל לצרוק? צר לי, אך לא עליו בלבד. כי בהפיטי אל מימיו את עצמי ראיתי! ועוד יותר קנאה בוצרת בי. מי יודע, אולי תמיד הוא יצרוק כה?
ואני, האט יציאני כוחותי, או במהרה אחדל מצרוק?*

מקורות

- אורון (אוסטריי) י. (2000), קבוצת תמיכה להורים שילדיהם התאבדו - מהנחיה מקצועית לעזרה עצמית, *חברה ורווחה*, כ(3), עמ' 361-383
- אורון (אוסטריי) י (2002), ההתאבדות על פני יובל שנים למדינה: מבט אפידמיולוגי, האוניברסיטה העברית בירושלים. (דו"ח מחקר)
- אורון (אוסטריי) י (2006), "האם 'המחבלים המתאבדים' אכן מתאבדים?". בתוך: גולן ח' ושי ש' (עורכים), פצצה מתקתקת. מערכות, משרד הבטחון/ההוצאה לאור. עמ' 95-114
- אורון (אוסטריי) י (2008), שלום לחיים! בחרתי במוות: מכתבי פרידה מאת ישראלים שהתאבדו, הוצאת "אח"
- אורון (אוסטריי) י (2012), כמה נפשות מתאבדות לאחר ששרדו נסיון התאבדות?, *פסיכואקטואליה – רבעון הסתדרות הפסיכולוגים*, גליון אוקטובר, עמ' 46-49
- אורון (אוסטריי) י (2013), התאבדויות בצה"ל – מה מלמדים הנתונים? אתר "פסיכולוגיה עברית", <https://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2915>
- אורון (אוסטריי) י (2017), על השינוי המתחולל בשגרת הכתיבה של המותירים מכתב-התאבדות, אתר "פסיכולוגיה עברית" <https://hebpsy.net/articles.asp?id=3623>
- גורביץ ד, גרץ א, בקי ר (תש"ה, 1944), העליה, הישוב והתנועה הטבעית של האוכלוסיה בא"י, הוצאת הסוכנות היהודית לא"י, ירושלים, פלשתינה (א"י)
- כץ-שיבאן ב (1992), המנסה להתאבד החוזר והמערכת הרפואית: נסיונות חוזרים להתאבדות בישראל, עבודת דוקטוראט, האוניברסיטה העברית בירושלים
- סיקרון מ (1957), העליה לישראל 1948-1953. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (פרסום מיוחד מס' 60). פרקים ב'-ה', נספח
- פורת ד (1986), הנהגה במילכוד: הישוב נוכח השואה, 1942-1945. ספרית אופקים/עם עובד, חלק ראשון, פרק א'

Barron, J.B. (1923). Palestine: Report and General Abstracts of the Census of 1922. Government of Palestine, Greek Convent Press, Jerusalem, Palestine

Blasco-Fontecilla H, Oquendo MA (2016), Biomarkers of suicide: Predicting the predictable? In: Courtet P, Understanding Suicide: From diagnosis to personalized treatment, Springer, pp. 77-83

Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T (2006), Basic epidemiology, 2nd Ed., World Health Organization, Geneva. Ch. 3, 10

British Mandate of Palestine/ Department of Statistics (1938-1948). General monthly bulletin of current statistics of Palestine. Jerusalem, Palestine

Davies AM, Kaplan-Dinur A (1961), Suicide in Israel: An epidemiological study, *The International Journal of Social Psychiatry*, 8(1), 32-41

Dicker R et al (2011), Principles of epidemiology in public health practice, CDC U.S. Ch. 1, 6

Durkheim E ([1897] 1951), Suicide. The Free Press; New York, NY, USA. Book III, ch. 2

Ghanshyam N. Pandey GN, Dwivedi Y (2012), Peripheral biomarkers for suicide. In: Dwivedi Y (Ed), *The Neurobiological Basis of Suicide*, CRC Press/Taylor & Francis. Ch. 20

Goeschel C (2015), Suicide in Nazi Germany, Oxford University Press, NY, Statistical Appendix

Hawton K, Zahl D, Weatherall R (2003), Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital, *British Journal of Psychiatry*, 182, 537- 542

Isometsa ET (2001), Psychological-Autopsy studies: A review, *European Psychiatry*, 16(7), 379-385

Kaplan GA (2004), What's wrong with social epidemiology, and how can we make It better?, *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 124-135

Kliwer, E.V., Ward, R.H. (1988). Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country. *American Journal of Epidemiology*, 127(3), 640-653

Klonsky ED (2007), The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence, *Clinical Psychology Review*, 27(2):226-39

Last JM (2001), A dictionary of epidemiology, 4th ed. Oxford, Oxford University Press

Lester, D (1994), Suicide rates before, during, and after the World Wars. *European Psychiatry*, 9, 262–264

Makinen, I.H. (2006). Suicide mortality of Eastern European regions before and after the Communist period. *Social Sciences and Medicine*, 63(2), pp. 307-319

Maris RW (1992). The relation of nonfatal suicide attempts to completed suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, editors. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Press,. p. 362–80

Maris RW. Berman AL, Silverman MM (2000), *Comprehensive textbook of suicidology*, New York Guilford Press Publications, Ch. 2

Mills E (1932), *Census of Palestine*, The Greek convent & Goldberg Presses, Jerusalem, Palestine

Mirsky J, Kohn R, Dolberg P, Levav I (2011), Suicidal behavior among immigrants, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, pp. 1133-1141

Morselli EA ([1879] 1881), *Suicide*. Kegan Paul & Co.; London, UK. Chaps. V (*1, *2), Appendix

Oron (Ostre) I (2011), *The epidemiology of suicide in Israel, 1948-2006*. *ORON- Independent Research Practice* (Research Report)

Oron (Ostre) I (2012), Wars and suicides in Israel, 1948–2006, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(5), 1927-1938
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3386596/>

Oron (Ostre) I (2016), Possible biomarkers for assessing deliberate self-injury risk, *Suicidology Online*, 7-9
<http://suicidology-online.com/pdf/SOL-2016-7-9.pdf>

Oron (Ostre) I (2019), Dermatoglyphic biomarkers in mothers whose offspring completed suicide - A clue for screening out families at risk? *Suicidology Online*, 10-4
<http://suicidology-online.com/pdf/SOL-2019-10-4.pdf>

Oron (Ostre) I (2021), Geometrical characteristics of handwritten suicide notes: An exploratory case study, *PsyArXiv*, Preprint DOI: [10.31234/osf.io/jcymp](https://doi.org/10.31234/osf.io/jcymp)

Ratkowska, K.A., De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 2, 124-133

Remaschi L, Cecchini C, Meringolo P (2015), Community-Based strategy to prevent deliberate self-harm in adolescence: An inquiry to find risk factors at school, *International Journal of High Risk Behaviors Addiction*, 4(1), 1-6

Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langstrom N (2010), Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study, *British Medical Journal*, 341:c3222

Shneidman ES (1977), The psychological autopsy. In: Gottschalk L, Mcguire F, Dinovo E, Birch H, Heiser J (Eds.), Guide to the investigation and reporting of drug abuse deaths, Washington, D.C.: USDHEW, U.S. Government Printing Office. pp. 42-57

Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE (1984), The Psychology of Suicide, Jason Aronson Inc. Ch. 4

Stefansson J, Nordstrom P, Jokinen J (2010), Suicide Intent Scale in the prediction of suicide, *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), pp.167-71

Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J (2004), Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study, *BMC Psychiatry*, 4:11

Varnik, A. (1998). Suicide in the former Soviet Union (USSR). *Psychiatria Fennica*, 29, pp. 150-162

Voracek, M., Loibi, L.M., Dervic, K., Kapusta, N.D., Niederkrotenthaler, T., Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: a role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research*, 170(2-3), pp. 286-289

נספחים

לוחות

<p align="center">שיעור ההתאבדות במדינת ישראל ובעת המנדט הבריטי, 1919-2019</p> <p align="center"><i>Copyrights © by Israel Oron, 2021</i></p>	
שיעור לאומי	תקופה
12.1	1919-1923
10.3	1924-1932
15.4	1933-1937
17.1	1938-1942
13.0	1943-1948
15.2	1948-1953
16.1	1954-1958
13.2	1959-1963
11.1	1964-1968
11.9	1969-1973
11.9	1974-1978
9.9	1979-1983
10.2	1984-1988
11.5	1989-1993
9.9	1994-1998
9.3	1999-2003
8.3	2004-2008
8.3	2009-2013
7.1	2014-2018

לוח מס' 2

שיעורי ההתאבדות במדינת ישראל על פי מגדר, 1949-2019

Copyrights © by Israel Oron, 2021

תקופה	גברים	נשים
1949-1953	18.1	12.3
1954-1958	17.9	14.2
1959-1963	14.7	11.6
1964-1968	13.1	9.1
1969-1973	13.4	10.4
1974-1978	15.1	8.7
1979-1983	12.4	6.4
1984-1988	14.2	6.4
1989-1993	17.2	6.4
1994-1998	15.1	4.9
1999-2003	15.2	3.8
2004-2008	13.2	3.7
2009-2013	13.8	3.2
2013-2018	11.6	2.9

לוח מס' 3 - שיעור ההתאבדויות על פי גיל ומגדר, 2005-2014

	15-24	25-44	45-64	65-74	75+
גברים	8.8	11.6	15.4	14.0	24.7
נשים	2.3	2.7	4.1	4.4	5.6