

بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی و عوامل زمینه‌ساز خودکشی در شهرستان کهگیلویه

الهه پیرای^۱، زهرا شه‌کلاهی^۲، حمید صالحی‌نیا^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکشی یک مشکل اساسی و پیشگیری از آن یک اولویت جهانی است. هدف این پژوهش، تعیین میزان بروز اقدام به خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در شهرستان کهگیلویه در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۰ بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، شهرستان کهگیلویه با جمعیت حدود ۲۰۰ هزار نفر به عنوان محیط پژوهش انتخاب گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش ۱۸۵ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی بودند که از اول مهرماه ۱۳۹۰ تا آخر اسفند ۱۳۹۰ اقدام به خودکشی نمودند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استفاده شده در بررسی SUPRE-MISS (SUPRE-MISS questionnaires) سازمان جهانی بهداشت جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: میزان بروز اقدام به خودکشی در شهرستان کهگیلویه، ۹۲/۵ در یکصد هزار نفر جمعیت در شش ماهه‌ی دوم، با توزیع جنسی ۴۲/۲ درصد در مردان و ۵۷/۸ در زنان بود. بیشترین میزان اقدام به خودکشی با ۵۰/۵ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۱ سال مشاهده شد. ۶۹/۷ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی مجرد بودند و محل سکونت ۶۹/۲ درصد در شهر بود. شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی، استفاده از قرص ۶۹/۷ درصد بود.

نتیجه‌گیری: اقدام به خودکشی در شهرستان کهگیلویه شایع است و با توجه به این که ۸۸/۱ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی در سنین کمتر از ۳۰ سال بودند که توجه جدی به نیازهای این گروه را طلب می‌کند.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، عوامل خطر، شهرستان کهگیلویه، خودکشی

ارجاع: پیرای الهه، شه‌کلاهی زهرا، صالحی‌نیا حمید. بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی و عوامل زمینه‌ساز خودکشی در

شهرستان کهگیلویه. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۳۰۵): ۱۷۱۷-۱۷۰۶

منجر به مرگ در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال است. این پدیده، افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی، یک زیان اجتماعی نیز حساب می‌شود (۳) و هزینه‌های سنگینی را به جوامع تحمیل می‌کند (۴). خودکشی با روش‌های مختلفی از قبیل پریدن از بلندی، حلقه آویز کردن، شلیک به خود، خوردن مواد سمی و سایر مواد

مقدمه

خودکشی را می‌توان به عنوان اقدام آگاهانه در آزار خود که به مرگ منتهی می‌شود، تعریف نمود (۱). خودکشی از مشکلات بهداشتی جامعه است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان (۲) و سومین علت

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری اطفال، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پژوهشگر، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: حمید صالحی‌نیا

Email: alesaleh70@yahoo.com

میزان خودکشی سالمندان در سطح بین‌المللی ۱۱/۷ و در امریکا ۱۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ تخمین زده می‌شود. حدود ۲۶-۳۶ درصد سالمندانی که خودکشی کرده‌اند نیز تلاشی برای خودکشی داشته‌اند (۱۴). در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر، اما بالاتر از سایر کشورهای منطقه‌ی خاورمیانه است (۱۵).

در کشور ما آمار دقیقی موجود نیست، اما بر اساس آخرین مطالعه‌ی انجام شده در شهر همدان، میزان اقدام به خودکشی ۱۸۵ نفر در ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است (۱۶). طبق آمار ارایه شده توسط سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۰، ۵/۷ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد و ۳/۱ خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ زن در کشور به وقوع پیوسته است و درصد عمر از دست رفته به کل عمر در سال ۱۳۷۹ نشان می‌دهد که خودکشی در سنین ۸۰-۱۰ سال بیش از خشونت، در سنین ۲۹-۱۵ سال بیش از سرطان و در سنین ۴۰-۱۰ سال بیش از بیماری‌های عفونی و در سنین ۲۴-۱۵ سال بیش از بیماری‌های قلبی-عروقی منجر به مرگ شده است و این نشان می‌دهد که این مسأله، یک مشکل جدی سلامت است (۱۷).

در استان‌های ایلام، بوشهر، کهگیلویه و بویراحمد، فارس و کرمان نرخ خودکشی زنان بالاتر از مردان است (۱۰). آمار استان‌های کشور، از نظر خودکشی نشان می‌دهند که استان‌های همدان با ۱۳/۵ مورد، لرستان با ۱۱/۴ مورد و ایلام با ۱۱/۳ مورد خودکشی به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ مرد، بالاترین نرخ خودکشی مردان را در کشور دارا هستند. همچنین استان‌های ایلام با ۱۵/۵ مورد و لرستان با ۱۱/۷ مورد خودکشی

صورت می‌گیرد و دارای تفاوت‌هایی از نظر انتخاب روش در گروه‌های سنی مختلف می‌باشد (۵-۶).

خودکشی از جهت موفقیت در عمل یا خودکشی موفق (Completed suicid): شخص اقدام کننده موفق می‌شود که از این راه به زندگی خود پایان دهد. اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق (Suicide attempt): تفاوت این پدیده با خودکشی در آن است که در اقدام به خودکشی فرد خواهان مرگ نیست؛ بلکه به این وسیله می‌خواهد احساسات خود را بیان دارد و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد (۷). بنابراین از نظر اتیولوژی، اقدام به خودکشی با خودکشی متفاوت است (۸). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، هر ساله حدود یک میلیون نفر در جهان در اثر خودکشی می‌میرند (۹) و تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر آن می‌باشد (۱۰). بر اساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی (WHO یا World Health Organization)، نزدیک به ۸۵۰۰۰۰ مرگ ناشی از خودکشی، در سال ۲۰۰۰ میلادی در سرتاسر کره‌ی خاکی رخ داده است (۱۱). این در حالی است که تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، به طور تقریبی ۱۵۳۰۰۰۰ نفر، خودکشی خواهند کرد. این نکته به این معنی است که در سال ۲۰۲۰ به طور متوسط، یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر ۲۰ ثانیه اتفاق می‌افتد (۱۲). کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی تا استرالیا و ژاپن موسوم به کمربند خودکشی نیز ۲۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر و اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر به عنوان یک کشور افریقای مسلمان، ۱۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر خودکشی را به خود اختصاص می‌دهند (۱۳). میزان خودکشی در سالمندان نیز افزایش یافته است و

سنین ۲۵-۱۵ سالگی بوده است که ۵۲ درصد از آن‌ها در مردان بوده است (۲۱).

در بررسی رابطه‌ی زمان (اعم از فصل، ماه، سال، روز و ساعت) بر میزان خودکشی مطالعات زیادی انجام گرفته است که حاصل این تحقیقات، یک سری اطلاعات ناهمگون است. خودکشی از مهم‌ترین اورژانس‌های روان‌پزشکی محسوب می‌شود. بنابراین با توجه به افزایش شیوع روزافزون این معضل در اکثر نقاط ایران و از آن جایی که اقدام به خودکشی متأثر از عوامل فرهنگی و منطقه‌ای است (۲۰)، این پژوهش به منظور تعیین میزان اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با خودکشی به منظور ارائه‌ی راهکار جهت پیشگیری از خودکشی در شهرستان کهگیلویه انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی Cross-sectional انجام شد. محیط پژوهش، شهرستان کهگیلویه بود. این شهرستان دارای ۹ مرکز شهری و ۱۹ مرکز روستایی با جمعیت حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر بود که تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان کهگیلویه فعالیت می‌کردند. پرسشگرها که دارای مدرک پرستاری بودند، هر روز جهت انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند، به بخش اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کردند و با استفاده از فنون مشاوره و پس از برقراری ارتباط اولیه و جلب اعتماد و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، مصاحبه انجام می‌شد. جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی افراد اقدام کننده به خودکشی بودند که در فاصله‌ی زمانی اول مهرماه ۱۳۹۰ تا پایان اسفند ۱۳۹۰ برای اقدام درمانی به اورژانس مراجعه

به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ زن، بالاترین نرخ خودکشی زنان را به خود اختصاص داده‌اند. این نتایج بیانگر نرخ بالای خودکشی در منطقه‌ی غرب کشور نسبت به سایر استان‌ها می‌باشد (۱۵).

روانشناسان در مطالعات متعدد نشان داده‌اند که عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت می‌باشد. ابتلا به بیماری‌های روانی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، جدایی والدین، افسردگی، صرع، احساس بی‌کسی، وجود بیماری‌های ناتوان کننده، شرایط نامطلوب اجتماعی و اقتصادی، از دست دادن همسر و بیماری‌های روانی به خصوص اسکیزوفرنی از عوامل مهم اقدام به خودکشی می‌باشند. از عوامل مؤثر دیگر در اقدام به خودکشی، بیماری‌های جسمی مثل صرع، دیابت، ایدز، سرطان‌ها، فشار خون بالا، بیماری‌های ریوی، صدمات نخاعی، سندرم قبل از قاعدگی و آرتريت روماتوئیدها هستند (۱۸). پژوهشگران نشان داده‌اند که رخداد‌های ناگوار اجتماعی در افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، حدود ۴ برابر جمعیت عادی می‌باشد (۱۹).

حیدری پهلویان در بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی مرتبط با اقدام کنندگان به خودکشی گزارش کرد که ۸۲/۷ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی، مبتلا به درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید بودند و مهم‌ترین دلایل اقدام به خودکشی مسایل و درگیری‌های خانوادگی، ناراحتی‌های روانی، بی‌کاری و مشکلات اقتصادی بوده است (۲۰). نتایج مطالعه‌ی قلعه‌ای‌ها و همکاران با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی نشان داد که بالاترین موارد اقدام به خودکشی در

بر اساس مشاهده و بیان همراه بیمار بود و از تشخیص روان پزشکی استفاده نشد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، تحلیل شدند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی

در طی مدت ۶ ماه جمع‌آوری اطلاعات، تعداد ۱۸۵ بیمار به دنبال اقدام به خودکشی در بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) دهدشت پذیرش شده بودند. از این تعداد، ۱۰۷ نفر (۵۷/۸ درصد) را زنان و ۷۸ نفر (۴۲/۲ درصد) را مردان، تشکیل می‌دادند. نتایج بررسی بیانگر آن بود که محل سکونت اغلب افراد مورد پژوهش (۱۲۸ نفر و ۶۹/۲ درصد)، شهر بود؛ در حالی که ۲۹/۷ درصد ساکن روستا بودند. میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی، $41 \pm 22/64$ سال بود که ۵۰/۵ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۱ سال قرار داشتند. در حالی که کمترین میزان اقدام به خودکشی در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال (۱/۱ درصد) واقع شده بود.

جدول ۱ اقدام به خودکشی را بر اساس گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، سطح سواد، محل زندگی و وضعیت شغلی نشان می‌دهد.

جدول ۲ اقدام به خودکشی را بر اساس دفعات، نحوه، ساعات، روزها، ماه‌ها و فصل‌های اقدام به خودکشی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از شایع‌ترین عوامل مستعد کننده برای اقدام به خودکشی، مشکلات خانوادگی (۶۲/۷ درصد)، کتک و شکنجه توسط شوهر بود. ۴/۹ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی، سابقه‌ی بیماری جسمی و ۱۸/۴ درصد سابقه‌ی بیماری روحی را گزارش کردند.

کرده بودند و خدمات فوری برای آن‌ها انجام شده بود و به روش سرشماری وارد مطالعه گردیدند. افرادی به عنوان اقدام کننده به خودکشی در نظر گرفته شدند که بنا بر گفته‌ی خود یا والدین، قصد از بین بردن خود را داشتند و برای همه‌ی افراد اقدام کننده به خودکشی، پرسش‌نامه تکمیل می‌شد.

روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، مصاحبه و مشاهده و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه‌های این تحقیق، فرم تعدیل شده‌ی پرسش‌نامه‌ی سازمان بهداشت جهانی بود که در تحقیق SUPRE-MISS به کار گرفته شده است و در آن جا روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است. این ابزار در مطالعات داخلی نیز استفاده شده است. این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در خصوص جمعیت‌شناسی، سابقه‌ی فردی رفتار خودکشی، سابقه‌ی خانوادگی وجود رفتار خودکشی، روش اقدام به خودکشی، سابقه‌ی مصرف مواد مخدر و سابقه‌ی وجود بیماری جسمانی و روانی بود. تمام قسمت‌های پرسش‌نامه از طریق مصاحبه، تکمیل گردید. کار تکمیل این پرسش‌نامه‌ها از ۱ مهرماه تا ۲۹ اسفندماه ۱۳۹۰ به مدت ۶ ماه ادامه یافت. پرسش‌نامه در دو بخش تنظیم شده بود: بخش اول شامل مشخصات دموگرافیک و بخش دوم شامل سؤالات مربوط به متغیرهای فرضیات تحقیق بود. در این مطالعه، جهت حفظ حقوق انسان‌ها و آزادی در انتخاب، پس از برقراری ارتباط اولیه، هدف از تحقیق برای شرکت کنندگان بیان می‌شد و در صورت رضایت آن‌ها به همکاری، مصاحبه آغاز می‌شد و اگر بنا بر دلایلی بیماران اقدام به خودکشی را تأیید نمی‌کردند یا همراهان آن‌ها اجازه‌ی صحبت با بیمار را نمی‌دادند، از مطالعه خارج می‌شدند. در واقع تأیید تشخیص اقدام به خودکشی به صورت خود اظهاری و

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی نمونه‌های پژوهش بر حسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد	کارمند دولتی	۷۸ (۴۲/۲)
	زن	کارمند بخش غیر دولتی	۱۰۷ (۵۷/۸)
وضعیت تأهل	مجرد	شغل آزاد	۱۲۹ (۶۹/۷)
	متأهل	کار بدون مزد	۵۱ (۲۷/۶)
	همسر مرده	دانش آموز / دانشجو	۱ (۰/۵)
	نامعلوم	سرباز	۲ (۱/۱)
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد	خانه‌دار	۴۸ (۲۵/۹)
	ابتدایی / نهضت	بازنشسته	۲ (۱/۱)
محل زندگی	راهنمایی	بی‌کار (قادر به کار کردن است)	۳۴ (۱۸/۴)
	دبیرستان	بی‌کار (ناتوان است و نمی‌تواند کار کند)	۱ (۰/۵)
	دیپلم / پیش‌دانشگاهی	سایر	۲۱ (۱۱/۳۵)
	دانشگاهی	۱۱-۲۰	۹۲ (۵۰/۵)
	نامعلوم	۲۱-۳۰	۷۱ (۳۹/۰)
	شهر	۳۱-۴۰	۱۱ (۶/۰)
سن (سال)	روستا	۴۱-۵۰	۲ (۱/۱)
		۵۱-۶۰	۶ (۳/۳)

جدول ۲. متغیرهای مربوط به اقدام به خودکشی

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
دفعات اقدام به خودکشی	یک بار	شنبه	۲۹ (۱۵/۷)
	دو بار	یک‌شنبه	۲۸ (۱۵/۱)
	سه بار	دوشنبه	۲۱ (۱۱/۴)
	چهار بار و بیشتر	سه‌شنبه	۲۴ (۱۳/۰)
	نامعلوم	چهارشنبه	۲۵ (۱۳/۵)
	دارو	پنج‌شنبه	۲۵ (۱۳/۵)
	سم	جمعه	۲۲ (۱۱/۹)
نحوه اقدام به خودکشی	حلق آویز	مهر	۲۹ (۱۵/۷)
	بریدن	آبان	۲۰ (۱۰/۸)
	خودسوزی	آذر	۴۱ (۲۲/۲)
	اسلحه‌ی گرم	دی	۳۱ (۳۱/۸)
ساعت اقدام به خودکشی	تصادف عمدی	بهمن	۲۶ (۱۴/۱)
	۰-۶	اسفند	۳۸ (۲۰/۵)
	۷-۱۲	پاییز	۹۰ (۴۸/۶)
	۱۳-۱۸	زمستان	۹۵ (۵۱/۴)
	۱۹-۲۴		

کشورهای توسعه یافته، خودکشی در سنین بالاتر یک معضل است (۲۴).

جدول ۴. داروی استفاده شده برای خودکشی

تعداد (درصد)	داروی استفاده شده
۶ (۳/۲)	بروفن
۴۶ (۲۴/۹)	کلونازپام
۲۱ (۱۱/۴)	استامینوفن
۹ (۴/۹)	دیازپام
۸ (۳/۴)	الپرازولام
۸ (۳/۴)	ترامادول

از دلایل شیوع بیشتر خودکشی در جوانان، می‌توان به اختلال در ارتباط اجتماعی آن‌ها (بیشتر با هم سن و سالان خود، همسر و پدر و مادر)، گرایش به استفاده از مواد مخدر و داروها و نیش بی‌کاری اشاره کرد. در مطالعه‌ای، کمترین فراوانی خودکشی (۱/۱ درصد) در سن ۵۰-۴۱ سال بود (۲۵). در مطالعه‌ی حاضر، چنان که در بخش یافته‌ها نشان داده شد، بروز بالای خودکشی در نواحی شهری بیشتر گزارش شده است. در بسیاری از کشورها میزان خودکشی در مناطق شهری بیشتر از روستایی گزارش شده است که به تنهایی اجتماعی و شهرنشینی نسبت داده شده است. این میزان، با توجه به سن و جنس در مردم کشورهای مختلف متفاوت است.

در مطالعه‌ای که در ویتنام انجام شد، نسبت موارد اقدام به خودکشی در مردان به زنان، در مناطق شهری ۲/۱:۱ و در مناطق روستایی ۱/۲:۱ گزارش شد (۲۶). بر اساس نتایج این مطالعه، افراد مجرد بیشتر اقدام به خودکشی کرده بودند. مطالعه‌ی جمشیدزاده (۲۷) نیز بیانگر این مطلب می‌باشد. Hassan بیان داشت که ازدواج، ایمنی قابل توجهی در برابر خودکشی فراهم

جدول ۳. عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی

تعداد (درصد)	عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی
۲ (۱/۱)	مرگ والدین
۲ (۱/۱)	شکست اقتصادی
۵ (۲/۷)	رانده شدن از خانه
۱۳ (۷/۰)	اعتیاد
۲ (۱/۱)	وجود نامادری
۱۵ (۱۰/۸۱)	کنک و شکنجه توسط شوهر
۳ (۱/۶)	ازدواج مجدد شوهر
۱۱۶ (۶۲/۷)	مشکلات خانوادگی
۹ (۴/۹)	وجود بیماری جسمی
۱۳ (۷/۰)	سایر
۱۶۳ (۸۸/۱)	دارد
۸ (۴/۳)	ندارد
۹ (۴/۹)	دارد
۱۷۱ (۹۲/۴)	ندارد
۳۴ (۱۸/۴)	دارد
۱۴۵ (۷۸/۴)	ندارد

اقدام به خودکشی طبق بررسی، ۷/۶ درصد منجر به فوت گردید و ۶/۵ درصد به خاطر شرایط بد جسمی به استان‌های اطراف اعزام شدند و ۶۵/۴ درصد بهبود و ۱۹/۵ درصد بستری بودند (آمار ۶ ماهه‌ی دوم سال).

با توجه به جدول ۴ بیشترین داروی مصرف شده کلونازپام (۲۴/۹ درصد) و استامینوفن (۱۱/۴ درصد) بود.

بحث

بر اساس این مطالعه، همانند اکثر مطالعات صورت گرفته در ایران، اقدام به خودکشی در سال‌های اخیر در سنین جوانی (۳۰-۱۱ سال) شیوع بیشتری دارد (۲۳-۲۲)؛ در حالی که در بعضی از

می‌کند و به طور متوسط طلاق و بیوه‌گری کمترین حفاظت را فراهم می‌کند (۲۸). نتایج یافته‌های این تحقیق، تئوری Durkheim را حمایت می‌کند. Durkheim بر این باور است که احتمال ارتکاب به خودکشی در افراد ازدواج کرده‌ی بالای ۲۰ سال از هر دو جنس، که پیوستگی اجتماعی بالایی دارند، بسیار کمتر است (۲۹).

در مطالعه‌ی WHO/Euro و سایر مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته، افراد مجرد بیشترین میزان اقدام به خودکشی را داشتند. در واقع، ارتباط بین وضعیت تأهل و اقدام به خودکشی پیچیده است و برای بررسی علل و مکانیزم‌های زمینه‌ای این مسأله، تحقیقات بیشتری لازم است (۳۰).

یکی از عوامل اجتماعی که بر عملکرد روان‌پزشکی افراد تأثیرگذار می‌باشد، شغل است که احساس سربار بودن را در فرد از بین می‌برد (۱۴). بر اساس مطالعه‌ی حاضر، بیشترین میزان اقدام به خودکشی در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۰ مربوط به دانش‌آموزان و سپس زنان خانه‌دار بوده است. در مطالعات دیگر نیز بیشترین اقدام کنندگان به خودکشی را افراد خانه‌دار تشکیل می‌دادند و تفاوت در شیوع خودکشی در افراد خانه‌دار در شهرهای مختلف، قابل توجه می‌باشد. در این مطالعه نشان داده شد که بالغین جوانی که اقدام به خودکشی کرده بودند شغلی نداشتند.

مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که خودکشی در استرالیا با میزان بی‌کاری ارتباط نزدیکی دارد (۳۱). در مطالعه‌ی دیگری در آفریقای جنوبی، محرومیت اقتصادی - اجتماعی، عامل مستعد کننده در ۷ درصد موارد اقدام به خودکشی عنوان شد. مشکلات

خانوادگی و اجتماعی در مطالعه‌ی حاضر، حادثه‌ی تسریع کننده در اقدام به خودکشی، مشکلات بین فردی با خانواده در زنان و مشکلات زناشویی و بیماری‌های روان‌پزشکی در مردان گزارش شد (۳۲). این بررسی نشان داد که زن‌ها بیشتر از مردها اقدام به خودکشی کرده بودند که مشابه مطالعات دیگر می‌باشد. مولوی و همکاران نیز درصد اقدام به خودکشی در اردبیل در نیمسال اول ۱۳۸۲ را در زنان بیشتر از مردان گزارش نمودند. سایر مطالعات انجام گرفته در ایران نیز میزان اقدام به خودکشی را در زنان بالاتر از مردان گزارش نمود (۳۳) و البته مطالعاتی نیز در سطح دنیا وجود دارد که خودکشی را در مردان بالاتر گزارش می‌کند (۳۴).

علت بالاتر بودن خودکشی در زنان، شاید مربوط به روحیه‌ی حساس و آسیب پذیر بودن آنان نسبت به مردان و کمتر بودن سامانه‌های پشتیبانی و اجتماعی در دفاع از حقوق زنان نسبت به مردان و علل احتمالی دیگر باشد (۲۳).

میزان سواد افراد اقدام کننده به خودکشی بیشتر در مقطع دبیرستان بود و مطالعات دیگران نیز نشان داد که میزان اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بیشتر است (۲۷).

به طور کلی در این مطالعه، ۷۶/۲ درصد موارد اقدام به خودکشی ناشی از مسمومیت بود. بیشترین روش اقدام به خودکشی استفاده از دارو بود. انتخاب دارو توسط افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، بیشتر از آن که به مهلک بودنش ارتباط داشته باشد، به قابل دسترس بودن آن مرتبط است. در ایران خیلی از داروها، به صورت غیر قانونی و بدون نسخه از داروخانه‌ها قابل تهیه هستند و نظارت قانونی بر این

معضل بسیار کم‌رنگ است (۳۵).

Pearson و همکاران (۳۶)، Roy و همکاران (۳۷) و جمشیدزاده (۲۷) نیز در مطالعات خود دارو را به عنوان اولین روش اقدام به خودکشی نشان داده‌اند. شایع بودن خودکشی با دارو می‌تواند به علت در دسترس بودن داروها، آشنا بودن با داروهای گوناگون و بی‌درد بودن این روش باشد. استفاده از دارو در کسانی که هدف اصلی آنان از اقدام به خودکشی روشی برای حل مشکلات خود است نه مرگ، می‌تواند از علل دیگر شیوع بالای این روش باشد (۳۸).

در این بررسی، موارد اقدام به خودکشی در فصول یا ماه‌های مختلف، تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشت. در مطالعه‌ی حاضر، بیشتر مراجعات از ساعت ۱۹ تا ۲۴ شب (حدود ۳۱/۹ درصد) و از ساعت ۷ صبح تا ۱۲ (حدود ۲۸/۱ درصد) اتفاق افتاد. در مطالعه‌ی شیخ‌الاسلامی و همکاران نیز بیشتر مراجعات بین عصر و نیمه شب اتفاق افتاد که شاید به این علت بود که بیماران در این ساعات خارج از محل کار یا تحصیل بودند و تحت نظارت مستقیم قرار نداشتند (۳۵).

در گروه اقدام کننده به خودکشی، بیشتر افراد برای اولین بار اقدام به خودکشی کرده بودند. در مطالعه‌ی احمدی (۳۹) نیز بیشتر افراد مورد بررسی، برای بار اول اقدام به خودکشی کرده بودند. در مطالعه‌ی حاضر از مجموع ۱۸۵ نفر اقدام کننده به خودکشی در ۶ ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۰، ۲۵ نفر (۱۳/۵ درصد) سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشته‌اند و در مطالعه‌ی انجام شده توسط شیخ‌الاسلامی و همکاران در قزوین، ۲۴ درصد بیماران سابقه‌ی قبلی اقدام به خودکشی داشته‌اند (۳۵). در مطالعه‌ی

اشکانی و همکاران در شیراز در سال‌های ۸۰-۱۳۷۹ نیز میزان موفقیت در خودکشی ۱ درصد بیان شده است (۴۰) و این میزان در گلستان ۹ درصد (۴۱)، در اراک ۲/۳ درصد (۴۲) و در مناطق روستای کرج و ساوجبلاغ ۰/۸ درصد می‌باشد (۴۳).

خشونت والدین به هر شکل بر اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارد. یزدانی و شاه‌محمدی، نیز در مطالعه‌ی خود درگیری و تشنج در خانواده را از عوامل تأثیرگذار بر اعتماد به نفس، ناامیدی و سوق دادن آزمودنی‌ها به سمت رفتار خودکشی دانستند (۴۴-۴۵). Durkheim افرادی را که از رفتاری مرسوم محروم گردیده‌اند، افراد بی‌هنجار قلمداد می‌کند. فرزند در این خانواده می‌تواند مشمول چنین تعریفی باشد؛ چرا که او می‌گوید خودکشی خشم معطوف به درون است (۲۹).

در تحقیقات Pearson و همکاران نیز اختلافات و مشاجرات و تهدید همراه با زد و خورد، از عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ذکر شده‌اند (۳۷). در این مطالعه، سوء مصرف مواد در ۲۹ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی گزارش شده است. در نهایت، بر اساس این مطالعه طی یک دوره‌ی ۶ ماهه، ۱۸۵ نفر اقدام کننده به خودکشی در شهرستان کهگیلویه با جمعیت ۲۰۰۰۰۰ نفری و میزان متوسط اقدام به خودکشی برابر ۱۸۵ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال به دست آمد. این میزان در مطالعه‌ی انجام شده در گلستان، ۱۱۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد، اما به نسبت آمار کشوری ارایه شده در ایران که برآوردی برابر ۵/۷ در ۱۰۰۰۰۰ دارد، بالاتر است. برخی دیگر از مطالعات صورت گرفته در ایران و جهان، نتایج متفاوت و میزان کمتری از خودکشی را بیان نموده‌اند (۴۶).

است که این بیماران از نظر بالینی تحت معاینه و درمان و پیگیری قرار گیرند.

توصیه می‌شود که کلیه‌ی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی به دلیل اقدام به خودکشی به صورت کامل بررسی و مورد معاینه‌ی روان‌پزشکی و پیگیری قرار گیرند. اقدامات حفاظتی می‌تواند شامل بررسی مشکلات این گروه‌ها، آموزش کافی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر و تشکیل مراکز مشاوره، برای سنین و گروه‌های در معرض خطر باشد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی در جوانان و افراد مجرد قابل توجه است و بیشترین موارد اقدام به خودکشی در شهرنشین‌ها دیده می‌شود. با توجه به این که خصوصیات افرادی که خودکشی می‌کنند و افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، متفاوت می‌باشد و یک چهارم از افرادی که به خودشان صدمه می‌زنند، آن را در طی یک سال آینده تکرار می‌کنند و خطر خودکشی در آنان ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی است (۴۷)؛ از این رو لازم

References

- Murphy SL. Deaths: final data for 1998. Natl Vital Stat Rep 2000; 48(11): 1-105.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- Khodaie Gh, Hejazi A, Abrishami M, Taghavi A, Zarrin Ghalam L, Malekpour S. Study of suicide in the Cities of Khorasan University of Medical Sciences. The Secret to a Better Life 2006; 11(26): 46-3. [In Persian].
- Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. Chronic Dis Can 1999; 20(2): 89-95.
- Khalkhali SMR, Najafi K, Jahanbakhsh J, Hasani H. Contact with physicians prior to suicide attempt. Hakim Res J 2006; 9(4): 17-23. [In Persian].
- Ray A. Suicide; psychiatric emergencies. In: Sadock B, Sadock VA, editors. Comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. p. 2031-40.
- Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lonnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol 2008; 167(10): 1155-63.
- Rezaeian M. Epidemiology of suicide. Arak, Iran: Nevisandeh Publications, 2009. [In Persian].
- World Health Organization. The world health report 2003-shaping the future. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
- State Welfare Organization of Iran. Iran suicide category 58 degrees [Online]. [cited 2014 Aug 2]; Available from: URL: www.hadeseh.com/b/archives/003239.php
- World Health Organization. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.
- Betolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidologi 2002; 7(2): 6-8.
- Ahmadi AM, Haji Ahmadi M. An epidemiological report on successful suicide in Mazandaran province in 1990-91. J Mazandaran Univ Med Sci 2000; 10(28): 8-12. [In Persian].
- Suicide and Americans [Online]. [cited 2004 Nov]; Available from: URL: [http:// Youth www.YouthTeenageSuicide.com](http://www.YouthTeenageSuicide.com).
- Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world pates. Sci J Forensic Med 2002; 8(7): 16-21.
- Kaplan HL, Soderstrom BJ. Textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Saunders; 1995.
- Naqvi M, Ismail M. Epidemiology damage caused by external causes (accidents) in the Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: Fekrat Publications; 2002. [In Persian].
- Hunter E, Harvey D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada, and the United States. Emerg Med (Fremantle) 2002; 14(1): 14-23.
- Zohoor AR, Aflatoonian MR. Epidemiological study of attempted suicide in Jiroft, Kerman (autumn 2001). Razi J Med Sci 2004; 10(38): 913-9. [In Persian].
- Heidari Pahlavian A. The study of psychosocial factors and epidemiological characteristics of the people who attempted suicide in Hamadan. Iran J Psychiatry Clin Psychol 1997; 3(9-10): 19-31. [In Persian].

21. Ghaleiha A, Khazae M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An annual survey of successful suicide incidence in hamadan, Western iran. *J Res Health Sci* 2009; 9(1): 13-6.
22. Ahmadi AR. Frequency of self-immolation in the attempted suicide patients in Islamabad Gharb (1997-2003). *Behbood J* 2005; 9(24): 26-36. [In Persian].
23. Saberi-Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi Sh. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan university of medical sciences. *Koomesh* 2005; 6(4): 311-8. [In Persian].
24. Shkrum MJ, Johnston KA. Fire and suicide: a three-year study of self-immolation deaths. *J Forensic Sci* 1992; 37(1): 208-21.
25. Carter GL, Whyte IM, Ball K, Carter NT, Dawson AH, Carr VJ, et al. Repetition of deliberate self-poisoning in an Australian hospital-treated population. *Med J Aust* 1999; 170(7): 307-11.
26. Thanh HT, Jiang GX, Van TN, Minh DP, Rosling H, Wasserman D. Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(1): 64-71.
27. Jamshidzadeh F. Study of trend of change the characteristics of suicide and attempted suicide in Ilam Province 1991-2001 [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2004. [In Persian].
28. Hassan R. Marital status and suicide in the national longitudinal mortality. The Australian Experience. Melbourne, Australia: Melbourne University Press; 1995.
29. Durkheim E. Suicide: a study in sociology. New York, NY: The Free Press; 1897.
30. Kinyanda E1, Hjelmeland H, Musisi S. Deliberate self-harm as seen in Kampala, Uganda - a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(4): 318-25.
31. Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis* 2000; 21(1): 16-25.
32. Mhlongo T, Peltzer K. Parasuicide among youth in a general hospital in South Africa. *Curationis* 1999; 22(2): 72-6.
33. Molavi P, Abbasi Ranjbar V, Mohammadnia H. Evaluation of attempted suicide risk factors in Ardabil city in the first half of 2003. *J Rehab* 2007; 8(1): 67-71. [In Persian].
34. Styka AN, White DS, Zumwalt RE, Lathrop SL. Trends in adult suicides in New Mexico: utilizing data from the New Mexico violent death reporting system. *J Forensic Sci* 2010; 55(1): 93-9.
35. Sheikholeslami H, Kani K, Ziaee A. Survey of precipitating factors of suicide attempts in persons who referred to emergency department. *J Guilan Univ Med Sci* 2008; 17(65): 77-87. [In Persian].
36. Pearson V, Phillips MR, He F, Ji H. Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32(4): 359-69.
37. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette CD. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(1): 29-32.
38. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ. Prevalence of suicidal behaviours in two Australian general population surveys: methodological considerations when comparing across studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(4): 515-22.
39. Ahmadi B. Epidemiology of attempted suicide and psychiatric disorders associated with suicide attempters admitted to Valiasr hospital in the August 1999 to February 1999 [PhD Thesis]. Arak, Iran: Arak University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
40. Ashkani H, Dehbozorgi GHR, Emamgholipour N. Assessment of the epidemiological factors associated with suicide among the patients admitted in the psychiatric emergency ward. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2003; (56): 16-21. [In Persian].
41. Taziki MH, Semnani Sh, Golalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajae S, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the north of Iran (2003). *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 16(55): 72-7. [In Persian].
42. Rafiei M, Seyfi A. The Epidemiologic Study of Suicide Attempt Referred to Hospitals of University of Medical Sciences in Markazi-Province from 2002 to 2006. *Iran J Epidemiol* 2009, 4(3-4): 59-69. [In Persian].
43. Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in rural areas. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2000, 5(4): 4-11. [In Persian].
44. Yazdani Gh. Study some of the psychological characteristics of adolescent suicide attempters and comparison with adolescents with mental disorders and normal [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
45. Shahmohamadi D. A comprehensive report of the research project was the integration of mental health into primary care in rural Shahrkord 1989-1990. Tehran, Iran: Department of Disease Control, Ministry of Health and Medical Education; 1993. [In Persian].

46. Moravveji SA, Saberi H, Akasheh G, Ahmadvand A, Kiani-Pour S. Epidemiology of attempted suicide in Kashan during 2003-8. *Feyz* 2011, 15(4): 374-81. [In Persian].
47. Mousavi SA, Khosravi A, Hasani MH, Jahani Z. The epidemiologic study of deliberate self-harm (poisoning) in Shahroud. *Knowledge Health* 2007; 2(2): 38-44. [In Persian].

Epidemiological Study of Suicide and Attempted Suicide and Related Factors in Kohgiluyeh, Iran

Elahe Pirae¹, Zahra Shahkolahi², Hamid Salehiniya MSc³

Original Article

Abstract

Background: Suicide is a major problem and preventing it a global priority. This study aimed to determine the incidence and risk factors of suicide attempts in the second half of 2012 in Kohgiluyeh city, Iran.

Methods: In this cross-sectional study, Kohgiluyeh city with a population of about 200 thousand persons were conducted. The study sample included 185 cases of suicide attempters from October 2012 until the end of year. Data were collected using questionnaires used in SUPRE-MISS, the World Health Organization (WHO) multisite intervention study on suicidal behavior.

Findings: The incidence of suicide attempts in the Kohgiluyeh was 92.5 per a hundred thousand in the second half the year 2012; the gender distribution was 42.2% for men and 57.8% for women. The highest rates of suicide attempts observed in age of 11-20 years with the prevalence of 50.5%. 69.2% of suicides were single and the location of suicide was in city area in 69.2% of cases. The most common method of committing suicide was using pills (69.7%).

Conclusion: Results showed that suicide attempts are common in the city of Kohgiluyeh; according that 88.1 percent of suicide attempters were aged less than 30 years, serious attention should be demanded to the needs of this group.

Keywords: Suicide attempts, Risk factors, Iran, Suicide

Citation: Pirae E, Shahkolahi Z, Salehiniya H. **Epidemiological Study of Suicide and Attempted Suicide and Related Factors in Kohgiluyeh, Iran.** J Isfahan Med Sch 2014; 32(305): 1706-17

1- MSc Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- MSc Student, Department of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Researcher, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences AND PhD Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Hamid Salehiniya MSc, Email: alesaleh70@yahoo.com