

Evaluating the Predictors of Suicide Deaths

Nahid Havassi¹,
Ali Khorshidi²,
Amir Khorshidi³,
Ali Jafari⁴,
Fereshteh Havassi⁵

¹ Instructor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ilam Branch, Ilam, Iran

² Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

³ Msc in Educational Technology, Education Department of Eyvan district, Ilam, Iran

⁴ Msc in Psychology, Education Department of Alborz Province, Karaj, Iran

⁵ Msc in Psychology, Education Department of Ilam Province, Ilam, Iran

(Received August 7, 2016; Accepted December 13, 2016)

Abstract

Background and purpose: Suicide is one of the most important social issues and a major cause of mortality in Iran. This study was conducted to evaluate the factors associated with suicide deaths in Eyvan, Iran.

Materials and methods: Data of all registered suicide cases during 2005-2011 in Eyvan was obtained from the suicide registry in Ilam province. Chi-square test was used to evaluate the relationship between qualitative variables, and logistic regression multivariate analysis was performed to assess the association between potential risk factors and suicide.

Results: In this cross-sectional study, a total of 820 cases (mean age: 24.9±9.7 years), including 395 (48.2%) males and 425 (51.8%) females, had attempted suicide. Suicide resulted in death in 56 (7.1%) cases. The majority of the study population were single (64%) and about 50% were unemployed. The most common methods of suicide were drug poisoning and self-immolation. There was a significant relationship between marital status, educational level, method of suicide, age ($P<0.01$), and time of the event ($P<0.05$) and the suicide outcome. Risk of death due to suicide was four times higher in married individuals, compared to single ones. Moreover, illiterate individuals were 80% more likely to die after suicide, compared to literate ones. Suicide through self-immolation caused death 12 times more than that of agricultural pesticides.

Conclusion: According to this study, suicide is a serious problem in Eyvan district. Risk of death due to suicide was found to be higher in married and illiterate individuals, as well as those who committed suicide through self-immolation. These results could be of great use for taking preventive measures.

Keywords: eyvan, self-immolation, suicide

بررسی عوامل پیش‌بینی کننده خودکشی منجر به مرگ

ناهید هواسی^۱
 علی خورشیدی^۲
 امیر خورشیدی^۳
 علی جعفری^۴
 فرشته هواسی^۵

چکیده

سابقه و هدف: خودکشی از جمله مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی و از علت‌های اصلی مرگ در کشور است. این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با خودکشی منجر به مرگ، در شهرستان ایوان انجام شد.

مواد و روش‌ها: اطلاعات موارد خودکشی در طی یک دوره ۷ ساله (۱۳۹۰-۱۳۸۴) تجزیه و تحلیل شدند. داده‌ها نیز از نظام جامع اطلاعات خودکشی به دست آمد. برای بررسی ارتباط متغیرهای کیفی، از آزمون کای دو و به منظور تعیین اندازه اثر عوامل مرتبط با مرگ ناشی از خودکشی، از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) بود. در مجموع، ۸۲۰ نفر که ۴۲۵ نفر آن‌ها (۵۱/۸ درصد) زن و ۳۹۵ نفر (۴۸/۲ درصد) مرد بودند، اقدام به خودکشی کرده بودند. میانگین سنی اقدام‌کنندگان $24/9 \pm 9/7$ سال بود. نتیجه خودکشی در ۵۶ نفر (۷/۱ درصد) مرگ بوده است. نزدیک به نیمی از آن‌ها بیکار و بیش از ۶۴ درصد مجرد بودند. شایع‌ترین روش خودکشی، مسمومیت با دارو و خودسوزی مشاهده شد. بین متغیرهای تأهل، تحصیلات، سن، روش اقدام ($P < 0/01$) و زمان خودکشی ($P < 0/05$) با نتیجه خودکشی، رابطه معنی‌دار وجود داشت. شانس مرگ در افراد متأهل ۴ برابر مجردها و در افراد بی‌سواد، ۸۰ درصد بیشتر از افراد باسواد بود. همچنین، شانس مرگ در اقدام‌کنندگان به روش خودسوزی، ۱۲ برابر مسمومیت با سموم کشاورزی مشاهده شد.

استنتاج: خودکشی از تهدیدات مهم سلامت عمومی در شهرستان ایوان است. این مطالعه نشان داد که شانس مرگ ناشی از خودکشی در افراد متأهل، بی‌سواد و اقدام‌کنندگان به روش خودسوزی، بیشتر بود. نتایج این مطالعه در اتخاذ تصمیم‌های پیشگیرانه در گروه‌های آسیب‌پذیر، کمک‌کننده است.

واژه‌های کلیدی: ایوان، خودسوزی، خودکشی

مقدمه

بار ناشی از آن، به کشورهای با سطح درآمد کم و متوسط اختصاص دارد. میزان مرگ ناشی از خودکشی در سال

در حال حاضر، خودکشی به‌عنوان تهدیدی جدی برای سلامت عمومی در جهان مطرح است و سهم عمده

Email: ali_482002@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی خورشیدی - ایلام: دانشگاه علوم پزشکی ایلام، گروه اپیدمیولوژی

۱. مربی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۲. استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۳. کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، آموزش و پرورش شهرستان ایوان، ایلام، ایران
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی، آموزش و پرورش استان البرز، البرز، ایران
۵. کارشناس ارشد روان‌شناسی، آموزش و پرورش استان ایلام، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۵/۷/۱۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۵/۹/۲۳

۲۰۱۲ در جهان، ۱۱/۴ در صد هزار نفر (۱۵ در مردان و ۸ در زنان) و در ایران، ۵/۲ در صد هزار نفر (۶/۷ در مردان و ۳/۶ در زنان) برآورد شده است (۲،۱). در طی سال‌های اخیر، مرگ ناشی از خودکشی روندی صعودی داشته است. پیش‌بینی می‌شود نسبت مرگ ناشی از خودکشی از ۱/۸ درصد در سال ۱۹۹۸ به ۲/۴ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد (۳).

رفتارهای خودکشی تحت تأثیر عوامل گوناگون زیستی، ژنتیکی، روانی، اجتماعی، محیطی و محلی قرار دارند (۴). ابتلا یا سابقه بیماری‌های روحی- روانی، سوء مصرف مواد و الکل، بیماری‌های مزمن، مشکلات عاطفی، خشونت، تغییرات ناگهانی بزرگ در زندگی فردی مانند از دست دادن شغل یا جدایی از همسر، مجرد بودن، بیکاری، درآمد پایین و سابقه اقدام به خودکشی در فرد و خانواده، مهم‌ترین عوامل خطر خودکشی هستند (۵-۸) که با تعدد این عوامل در فرد، شانس خودکشی موفق نیز به نوبه خود بالا می‌رود.

خودکشی یکی از سه علت اصلی مرگ در فعال‌ترین گروه مولد جامعه (۴۴-۱۵ سال) و دومین عامل مرگ در گروه ۱۹-۱۵ سال است (۹، ۱۰). از طرفی، یافته‌های برخی مطالعات نشان داده است که سالمندان از گروه‌های جمعیتی در معرض خطر بالای خودکشی هستند و اختلالات عاطفی و روانی، از قوی‌ترین عوامل خطر خودکشی در این گروه به‌شمار می‌روند (۱۱، ۱۲). نتیجه اقدام به خودکشی و الگوی عوامل مرتبط با آن در گروه‌های سنی و جنسی، متفاوت است. قربانیان جوان‌تر، کمتر در اقدام به خودکشی مصمم‌اند و استفاده از روش‌های برگشت‌ناپذیر در بین مردان، بیشتر از زنان دیده می‌شود (۱۳). اختلالات روان‌پزشکی و زندگی در شهر، با افزایش خطر خودکشی در زنان رابطه معنی‌دار نشان داده است. در مقابل، اثر مجرد بودن، بیکاری و درآمد پایین، بر رخداد خودکشی در مردان بیشتر می‌باشد (۱۴).

طی سال‌های اخیر، میزان بالای خودکشی و مرگ ناشی از آن در استان ایلام به‌عنوان یکی از موضوع‌های مهم اجتماعی و سلامت عمومی مطرح شده است. در مطالعه جان‌قربانی و همکاران، میزان‌های کلی اقدام به خودکشی و همچنین مرگ ناشی از آن در زنان و مردان استان ایلام، به‌ترتیب ۶۴/۵ و ۴۱/۸ در صد هزار نفر و ۲۶/۴ و ۱۰ در صد هزار نفر برآورد شده است (۱۵). نتایج مطالعه علاقه‌بندان و همکاران، میزان کلی خودکشی با روش خودسوزی در جمعیت ۱۵ سال به بالای استان را ۱۲/۵ در صد هزار نفر نشان داد که در زنان به‌صورت قابل‌توجهی بیشتر از مردان بود (۱۸ در صد هزار در برابر ۷/۲ در صد هزار نفر) (۱۶). بروز خودکشی در مناطق استان متفاوت و در برخی نقاط نظیر شهرستان ایوان بیش از مناطق دیگر است. نظر به اینکه دسترسی به اطلاعات کافی و شناخت ابعاد گوناگون پدیده خودکشی به‌منظور به‌کارگیری مداخلات کنترلی و پیشگیرانه از اقدامات اساسی و مهم است، این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با افزایش خطر مرگ ناشی از خودکشی در شهرستان ایوان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی- تحلیلی) بود که در آن، اطلاعات همه موارد خودکشی ثبت‌شده در شهرستان ایوان طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۰ بررسی شد. داده‌های خودکشی از نظام جامع ثبت اطلاعات خودکشی در استان ایلام به‌دست آمد. در این سیستم، جمع‌آوری اطلاعات توسط نمایندگان از مرکز بهداشت، بهزیستی، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و ثبت احوال، نظارت و کنترل شده و موارد مشکوک به خودکشی به‌وسیله مراجع مربوطه (بیمارستان، مراکز درمانی، پزشکی قانونی و غیره) توسط کارشناسان آموزش‌دیده پیگیری می‌شود. در صورت اثبات به‌عنوان خودکشی، ویژگی‌های

جمعیت‌شناختی و اطلاعات دیگر از جمله زمان، نتیجه، روش اقدام و علت خودکشی، با استفاده از پرسشنامه طراحی شده ثبت می‌شود.

در مطالعه حاضر، ارتباط بین این متغیرها با نتیجه خودکشی (موفق یا ناموفق) بررسی شد. به منظور سنجش رابطه بین متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و برای تعیین اندازه اثر هر یک از عوامل بر مرگ ناشی از خودکشی با کنترل اثر دیگر متغیرها، از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید. مقادیر نسبت شانس خام و تطبیق داده شده و حدود اطمینان ۹۵ درصد آن‌ها برآورد و گزارش شد و مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Stata 13.1 انجام شد.

یافته‌ها

در طول دوره مطالعه، ۸۲۰ مورد خودکشی ثبت شد. میانگین سن افراد اقدام‌کننده ۲۴/۹±۹/۷ سال بود و جوان‌ترین و مسن‌ترین آن‌ها به ترتیب ۱۰ و ۷۹ سال سن

داشتند. از این تعداد، ۴۲۵ نفر (۵۱/۸ درصد) زن و ۵۲۳ نفر (۶۴/۳ درصد) نیز مجرد بودند. سطح تحصیلات ۴۸۴ نفر (۶۵ درصد) از اقدام‌کنندگان، دیپلم و ۴۸ نفر (۶ درصد) بی‌سواد و همچنین، حدود نیمی (۴۸ درصد) از آنان بیکار و کمتر از ۲ درصد دارای مشاغل رسمی بودند. در هر دو جنس، بالاترین فراوانی به گروه سنی ۲۹-۲۰ سال مربوط بود. نتیجه اقدام به خودکشی برای ۵۶ نفر، یعنی ۷/۱ درصد از کل موارد، مرگ بود. جدول شماره ۱ نتیجه خودکشی را برحسب عوامل مورد بررسی نشان می‌دهد. بیشترین فراوانی مرگ در بین افراد بیکار (۱۰ درصد) و پس از آن، زنان خانه‌دار (۷/۳ درصد) دیده شد. نسبت مرگ ناشی از خودکشی برای هر دو جنس در افراد متأهل بیشتر بود (P<۰/۰۵). مسمومیت با دارو و خودسوزی، از شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی مشاهده شد. از نظر الگوی فصلی، ۲۱۲ نفر (۲۶/۸ درصد) در فصل بهار، ۲۳۰ نفر (۲۸/۱ درصد) در فصل تابستان، ۱۸۷ نفر (۲۲/۸ درصد) در فصل پاییز و ۱۹۱ نفر (۲۳/۳ درصد) در فصل زمستان اقدام به خودکشی کرده بودند. بیشترین و کمترین نسبت

جدول شماره ۱: نتیجه اقدام به خودکشی برحسب متغیرهای مورد بررسی

مقدار P	نتیجه خودکشی				متغیر
	ناموفق		موفق		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
>۰/۰۵	۳۷۴	۹۲/۳	۳۱	۷/۷	زن
	۳۵۷	۹۳/۵	۲۵	۶/۵	مرد
<۰/۰۱	۲۴۴	۸۸/۱	۲۳	۱۱/۹	متأهل
	۴۸۰	۹۵/۴	۲۳	۴/۶	مجرد
<۰/۰۱	۳۴	۷۳/۹	۱۲	۲۶/۱	بی‌سواد
	۶۱۵	۹۴/۳	۳۷	۵/۷	باسواد
<۰/۰۱	۲۱۴	۹۴/۳	۱۳	۵/۷	زیر ۲۰ سال
	۳۸۷	۹۵/۱	۲۰	۴/۹	۲۰-۲۹
	۹۶	۸۹/۷	۱۱	۱۰/۳	۳۰-۴۵
	۳۴	۷۳/۹	۱۲	۲۶/۱	>۴۵
<۰/۰۱	۱۷	۸۵/۰	۳	۱۵/۰	خودزنی
	۴۵	۵۰/۶	۴۴	۴۹/۴	خودسوزی
	۶۶۳	۹۹/۳	۵	۰/۸	سم یا دارو
	۵	۵۵/۶	۴	۴۴/۴	سایر
>۰/۰۵	۱۹۲	۹۱/۰	۱۹	۹/۰	بهار
	۲۰۴	۹۱/۱	۲۰	۸/۹	تابستان
	۱۷۹	۹۶/۲	۷	۳/۸	پاییز
	۱۵۶	۹۶/۰	۱۰	۶/۰	زمستان

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی روش اقدام به خودکشی در زنان و مردان

جنسیت	تعداد (درصد)			
	خودزنی	خودسوزی	سم دارو	سایر
زن	۹ (۴۵/۰)	۶۷ (۶۳/۲)	۳۴۱ (۴۹/۹)	۸ (۸۸/۹)
مرد	۱۱ (۵۵/۰)	۳۹ (۳۶/۸)	۳۳۳ (۵۰/۱)	۱ (۱۱/۱)
کل	۲۰ (۱۰۰/۰)	۱۰۶ (۱۰۰/۰)	۶۸۴ (۱۰۰/۰)	۹ (۱۰۰/۰)

جدول شماره ۳ نتایج مدل‌های رگرسیون لجستیک را برای بررسی اثر متغیرها، به صورت تک‌متغیره و چندمتغیره نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، اثر برخی از آن‌ها در حضور دیگر عوامل معنی‌دار نبوده و یا اندازه اثر آن‌ها تغییر پیدا کرده است. بر این اساس، شانس مرگ ناشی از خودکشی در افراد متأهل (۱۲/۶-۱/۱: حدود اطمینان ۹۵ درصد) برابر افراد مجرد مشاهده شد. روش خودسوزی، شانس مرگ در اقدام‌کنندگان را بیش از حدود ۱۲ برابر نسبت به روش استفاده از سموم کشاورزی افزایش داده بود. شانس مرگ در افراد بی‌سواد (۵/۱-۱/۱: حدود اطمینان ۹۵ درصد) برابر افراد باسواد، در دانش‌آموزان و دانشجویان (۱۳/۴-۱/۳: حدود اطمینان ۹۵ درصد)، ۶/۳ در افراد خانه‌دار (۹/۲-۱/۲: حدود اطمینان ۹۵ درصد) و در بیکاران (۱۱/۲-۲/۲: حدود اطمینان ۹۵ درصد) برابر افراد دارای شغل آزاد مشاهده شد.

موارد خودکشی منجر به مرگ به ترتیب به فصل‌های بهار، ۱۹ نفر (۹ درصد) و پاییز ۷ نفر (۳/۸ درصد) مربوط بود. مهم‌ترین علت‌های اقدام به خودکشی، مشکلات خانوادگی (۶۲ درصد) و پس از آن، ناراحتی‌های روحی - روانی (۳۲/۱ درصد) و بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی ۲۳۶ نفر (۵۱/۲ درصد) بود. همچنین، موارد منجر به مرگ ۱۷ نفر (۷/۴ درصد) هنگام بعدازظهر رخ داد. بین زنان و مردان در استفاده از روش‌های اقدام به خودکشی، تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). استفاده از روش خودسوزی در زنان بیشتر (۶۳ درصد) و در مقابل، نسبت روش خودزنی (۵۵ درصد) در مردان بیشتر بود (جدول شماره ۲). براساس نتایج آزمون کای دو، بین متغیرهای تأهل، سطح تحصیلات، سن و روش اقدام با نتیجه خودکشی ارتباط معنی‌دار وجود داشت؛ اما بین جنسیت و فصل با نتیجه خودکشی، ارتباط معنی‌دار دیده نشد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۳: اثر خام و تطبیق داده‌شده برای عوامل تحت بررسی بر مرگ ناشی از خودکشی

متغیر	نسبت شانس خام	نسبت شانس تطبیق داده‌شده
تأهل	۲/۸ (۱/۶-۴/۹)	۴/۴ (۱/۱-۱۲/۶)
سن	۰/۸ (۰/۴-۱/۶)	۰/۴ (۰/۱-۱/۳)
	۳/۹ (۱/۶-۹/۸)	۲/۹ (۰/۴-۱۲/۵)
	۵/۸ (۲/۴-۱۳/۷)	۱/۶ (۰/۲-۱۱/۴)
تحصیلات	۵/۹ (۲/۸-۱۲/۳)	۱/۸ (۱/۱-۵/۱)
شغل	۰/۹ (۰/۳-۳/۴)	۶/۳ (۱/۳-۱۳/۴)
	۳/۳ (۱/۲-۹/۲)	۲/۱ (۱/۲-۹/۲)
	۲/۰ (۰/۷-۵/۲)	۶/۵ (۲/۲-۱۱/۲)
روش خودکشی	۲/۵ (۰/۴-۶/۳)	۶/۱ (۰/۵-۱۵/۸)
	۸/۵ (۳/۶-۲۱/۹)	۱۲/۵ (۴/۳-۲۴/۴)
	۰/۰۹ (۰/۰۱-۰/۵)	۰/۲ (۰/۰۹-۱/۹)

بحث

مجردها تشکیل داده‌اند (۲۷، ۲۶، ۲۱). نتایج مطالعات در ارتباط با نتیجه‌ی خودکشی در افراد متأهل و مجرد، متفاوت است. براساس یافته‌های مطالعه علی‌زاده و همکاران، مرگ در پی اقدام به خودکشی در افراد متأهل بیشتر بود (۲۳). در مطالعه جباری فرد و همکاران، خودکشی منجر به مرگ در زنان متأهل بیشتر و در مردان متأهل کمتر گزارش شده است (۲۱). در مطالعه نجومی و همکاران، تنها در گروه مردان، بین مجردبودن و اقدام به خودکشی رابطه معنی‌دار وجود داشت (۲۸). در مطالعه Koldi و Garavand نیز، خودکشی در بین زنان متأهل و مجرد در مقایسه با مردان بیشتر بود (۲۹). به نظر می‌رسد تفاوت موجود در مطالعات گوناگون، ناشی از شرایط متفاوت فرهنگی، اقتصادی-اجتماعی، اعتقادات و سبک زندگی در مناطق مختلف است. نبود تعمیم‌پذیری نمونه‌ها به جامعه مطالعه به دلیل تورش در انتخاب افراد یا جمع‌آوری اطلاعات و نیز نبود کفایت حجم نمونه در تعیین ارتباط متغیرها، از علت‌های احتمالی تفاوت در نتایج مطالعات موجود می‌باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که تقریباً نیمی از افراد بیکار بودند. بالاترین نسبت موارد مرگ نیز در این گروه و در زنان خانه‌دار دیده شد. شانس مرگ در اثر خودکشی در افراد بیکار ۶/۵ برابر و در زنان خانه‌دار ۲ برابر افراد دارای شغل آزاد بود. این یافته با نتایج دیگر مطالعات کشور که بیشترین موارد خودکشی را در افراد بیکار و خانه‌دار نشان داده‌اند، همخوانی دارد (۲۸-۳۱). در نتایج مطالعه عزیزپور و همکاران بر اهمیت توجه به وضعیت اشتغال به‌ویژه در جوانان، به‌منظور کاهش بروز خودکشی تأکید شده است (۳۲). در مطالعه‌های گوناگون، وجود رابطه مثبت بین بیکاری و اقدام به خودکشی نشان داده شده است (۳۳، ۳۱). به‌هرحال، نداشتن شغل و درآمد

یافته‌های مطالعه نشان داد که به‌طور کلی، فراوانی اقدام به خودکشی در بین زنان بیش از مردان بود. مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که رخداد خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (۲۲-۱۷). از طرفی، در اغلب این مطالعات، موفقیت در خودکشی در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است. در برخی مطالعه‌ها از جمله مطالعه علی‌زاده و همکاران در استان کردستان (۲۳) و احمدی و همکاران در استان کرمانشاه (۲۴)، نسبت مرگ در زنان بیشتر بود. از دلایل مطرح برای بالا بودن میزان خودکشی در زنان، شیوع بیشتر اختلالات خلقی، عاطفی و همچنین تفاوت‌های زیستی و روانی در مقایسه با مردان است (۲۵). تحقیر اجتماعی، وابستگی اقتصادی، خجالت و نداشتن اعتمادبه‌نفس کافی، ناامنی خانوادگی و نبود نظام‌های حمایت اجتماعی، از علت‌های بالا بودن خودکشی در زنان ایرانی می‌باشد. همچنین، به نظر می‌رسد بالا بودن نسبت مرگ در زنان به دلیل تفاوت در الگوی روش اقدام به خودکشی با مردان و استفاده از روش‌های خشن است؛ به‌طوری‌که بیش از ۶۳ درصد موارد خودسوزی در زنان رخ داده بود. در مطالعات احمدی و همکاران و علی‌زاده و همکاران نیز، استفاده از روش خودسوزی در زنان بیشتر مشاهده شد. هرچند که در مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری در نتیجه‌ی خودکشی بین دو گروه جنسی دیده نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که اقدام‌کنندگان به خودکشی بیشتر مجرد بودند؛ اما نسبت مرگ افراد متأهل برای هر دو جنس، بیشتر بود. به‌طور کلی، شانس مرگ به دلیل خودکشی در افراد متأهل، چهار برابر مجردها بود. نتایج مطالعات انجام‌شده در کشور نیز نشان داد که نسبت غالب افراد اقدام‌کننده به خودکشی را

خودکشی و نیز خودکشی موفق، در بعد از ظهر رخ داده بود؛ همچنین، از نظر فصلی، بیشترین و کمترین موارد اقدام به خودکشی به ترتیب در فصل‌های تابستان و پاییز مشاهده شد. در مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران نیز، بیشترین موارد خودکشی در هنگام عصر و بیشترین بروز فصلی خودکشی در بهار و کمترین آن در زمستان گزارش گردید (۲۰). در این مطالعه، مشکلات خانوادگی و پس از آن ناراحتی‌های روحی-روانی مهم‌ترین علت خودکشی بود. این یافته با نتایج دیگر مطالعات مشابه همخوانی دارد. در مطالعه شیخ‌الاسلامی و همکاران، اختلافات خانوادگی و مشکلات روحی مهم‌ترین عوامل مساعدکننده برای اقدام به خودکشی بود (۲۰). همچنین، مطالعه مولوی و همکاران نشان دادند که مشکلات خانوادگی و بیماری‌های روحی-روانی از جمله افسردگی، از عوامل خطر مهم اقدام به خودکشی می‌باشد (۱۹). با توجه به نتایج مطالعه خواجه و همکاران، سابقه ابتلا به بیماری‌های روحی-روانی، از جمله عوامل خطر اقدام به خودکشی است (۲۷). درگیری و اختلاف با همسر و مسائل خانوادگی، از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا هستند که شیوع بیشتر آن‌ها با افزایش احتمال خودکشی در ارتباط است (۳۸).

این مطالعه نشان داد که شایع‌ترین روش خودکشی، مسمومیت با دارو و استفاده از سموم کشاورزی می‌باشد. مطالعات گوناگون نشان داده است که مسمومیت با سموم کشاورزی در آمریکای لاتین و بیشتر کشورهای آسیایی، نخستین روش و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی پس از دارزدن، دومین روش اقدام به خودکشی است (۳۹، ۴۰). در کشور ایران نیز، نتایج یک مطالعه متاآنالیز نشان داده که در بین روش‌های خودکشی، مسمومیت با دارو بالاترین فراوانی را داشته است (۴۱). همچنین، در مطالعه خواجه و همکاران، شایع‌ترین شیوه خودکشی

مناسب بر آسیب‌پذیری جوانان که بخش عمده‌ای از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند، تأثیر مهمی دارد. مطالعه حاضر نشان داد که هرچند تنها حدود ۷ درصد از اقدام‌کنندگان بی‌سواد بودند؛ ولی بالاترین میزان خودکشی موفق در این گروه وجود داشت. شانس مرگ در این گروه، ۸۰ درصد بیشتر از افراد باسواد بود. پژوهش‌های انجام‌شده توسط دیگر محققان نشان داده است که سطح تحصیلات پایین و بی‌سوادی، عاملی خطرناک برای خودکشی می‌باشد (۳۴-۳۶). در مطالعه پورالعجل و همکاران، خطر خودکشی منجر به مرگ در افراد بی‌سواد بیش از سه برابر افراد با تحصیلات دانشگاهی بود (۳۷).

در این مطالعه، بیشترین موارد اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی ۲۹-۲۰ و زیر ۲۰ سال دیده شد. در بیشتر مطالعات انجام‌شده، بالا بودن فراوانی خودکشی در بین جوانان و نوجوان دیده شده است (۲۰-۱۸). وجود نسبت بالای جمعیت جوان در کشور، اهمیت این یافته را بسیار زیاد می‌کند. شرایط خاص این گروه سنی به لحاظ مسائل مربوط به دوران بلوغ، بحران هویت و ویژگی‌های خلقی و عاطفی، احتمالاً در شیوع خودکشی مؤثر است. یافته‌های این مطالعه نشان داد که موفقیت در خودکشی در میان افراد ۴۵ سال و بالاتر، بیشتر بود. در مطالعه امیری و همکاران و پورالعجل و همکاران نیز، خطر مرگ به سبب خودکشی، در مردان میان‌سال و سالمند بیشتر گزارش شده است (۳۷، ۶). نتایج مطالعات نشان داده است که افراد در سنین بالاتر و به ویژه مردان، در اقدام به خودکشی مصمم و جدی‌تر هستند (۱۳). با این حال، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با انجام آنالیز چندمتغیره و پس از کنترل اثر دیگر متغیرها، تفاوت معنی‌داری برای نتیجه خودکشی در گروه‌های سنی دیده نشد.

این مطالعه نشان داد که بیشترین موارد اقدام به

بیان شده توسط دیگر افراد خانواده و اطرافیان بود. درمقابل، برآورد مقادیر خام و تطبیق داده شده شانس مرگ در موارد اقدام به خودکشی، از نقاط قوت این مطالعه به‌شمار می‌آید.

این مطالعه نشان داد که خودکشی یکی از مشکلات مهم سلامت و از آسیب‌های جدی اجتماعی در شهرستان ایوان می‌باشد. اتخاذ تصمیم‌های درست و علمی به‌منظور کاهش و کنترل این معضل، از اهمیت خاصی برخوردار است. توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر و کاهش عوامل خطر مرتبط با این مشکل، در پیشگیری از خودکشی در این شهرستان نقش مهمی دارد. همچنین، انجام مطالعات دقیق پیرامون ریشه‌های اصلی خودکشی در زیرگروه‌های گوناگون جمعیتی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از مدیریت و کارکنان مرکز بهداشت شهرستان ایوان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، صمیمانه تشکر می‌شود.

استفاده از دارو و سم بود (۲۷). در مطالعات مولوی و همکاران و موسوی و همکاران، به ترتیب ۹۰ درصد و ۸۴ درصد افراد با روش دارو و سم اقدام به خودکشی کرده بودند (۱۹، ۱۸). احتمالاً یکی از علت‌های شایع بودن استفاده از داروها برای خودکشی، دسترسی آسان می‌باشد. در کشور ایران، تهیه داروها از داروخانه به‌سادگی و بدون نسخه امکان‌پذیر است. نبود نظارت و اقدامات کنترلی کافی در این زمینه، بر شدت موضوع افزوده است. باین‌حال، کشندگی این روش کمتر از ۱ درصد بوده است. درمقابل، حدود نیمی از موارد منجر به مرگ با روش خودسوزی اقدام کرده بودند. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نیز نشان داد که شانس مرگ در روش خودسوزی، به‌طور قابل توجهی بیشتر از دیگر روش‌ها است.

این پژوهش بر موارد خودکشی ارجاعی به مراکز درمانی و پزشکی قانونی مبتنی بود. احتمالاً همه موارد خودکشی، به‌ویژه خودکشی ناموفق، شناسایی نشده یا اینکه موارد خودکشی به‌عنوان علت‌های دیگری غیر از آن معرفی شده‌اند. همچنین، تجزیه و تحلیل انجام شده محدود به اطلاعات

References

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Global Health Observatory resources. Data query API examples. World Health Organization. Available at: URL: <http://apps.who.int/gho/data/node.resources.examples?lang=en>; 2014.
3. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. New York: Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention; 2009. P. 91-9.
4. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J, et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. BMC Public Health 2010; 10(1):1.
5. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009; 373(9672):1372-81.
6. Amiri B, Pourreza A, Rahimi Froushani A, Hosseini SM, Poorolajal J. Suicide and associated risk factors in Hamadan Province, West of Iran, in 2008 and 2009. J Res Health

- Sci 2012; 12(2):88-92.
7. Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V. Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24(3):197-202.
 8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192(2):98-105.
 9. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts: evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics* 1999; 40(1):18-27.
 10. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374(9693):881-92.
 11. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3):193-204.
 12. Babanejad M, Delpisheh A, Asadollahi K, Khorshidi A, Sayehmiri K. Attribution of mental disorders in suicide occurrence. *Omega* 2014; 69(3):311-21.
 13. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12):1497-505.
 14. Qin P, Aerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-72.
 15. Janghorbani M, Sharifirad GH. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): incidence and associated factors. *Arch Iran Med* 2005; 8(2):119-26.
 16. Alaghebandan R, Lari AR, Joghataei MT, Islami A, Motavalian A. A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. *Burns* 2011; 37(1):164-9.
 17. Zohoor AR, Torabi M, Pasande H. Epidemiology of suicide in referred patients to emergency department in Jiroft-Kerman. *Horizon Med Sci* 2001; 7(1):49-58.
 18. Moosavi F, Sajadi H, Rafiei H, Feizi A. Familial factors related to attempted suicide. *Soc Welfare* 2008; 7(27):53-72 (Persian).
 19. Mowlavi P, Abbasi-Ranjbar V, Mohammad-Nia H. Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within first half of 2003. *J Rehabil* 2007; 8(1):67-71 (Persian).
 20. 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 (Persian).
 21. Qari A, Yazdekhesti FF, Masudi S. The epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001 to 2011. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2013; 15(6):75-86 (Persian).
 22. Khodabande F, Noorbala A, Kahani S, Bagheri A. A study on factors that associated with attempting suicide in middle and old age patients referring to poison center loghman hospital in year-2009. *Quart J Health Psychol* 2012; 1(1):81-96 (Persian).
 23. Shams Alizadeh N, Afkhamzadeh A, Mohsenpour B, Salehian B. Suicide attempt

- and related factors in Kurdistan province. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2010; 15(1):79-86 (Persian).
24. Ahmadi A, Janbazi S, Laghii Z. Epidemiology of complete suicide by self-burning in kermashah university 2004. *Quart J Fundam Mental Health* 2006; 8(29):23-35 (Persian).
25. Heshusius L. Female self-injury and suicide attempts: culturally reinforced techniques in human relations. *Sex Roles* 1980; 6(6):843-57.
26. Shakeri A, Jafarizadeh F. The reasons for successful suicides in Fars province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 22(97):271-5 (Persian).
27. Khajeh E, Hosseinpour M, Sedigh B, Rezvani Y. Image of suicide in Hormozgan province, 2012. *Bim J Hormozgan Univ Med Sci* 2014; 17(1):61-7 (Persian).
28. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh Amin S. Predicting factors of suicide attempts in Karaj general population. *Iran J Psych Clin Pshchol* 2007; 13(3):219-26.
29. Koldi A, Garavand A. Investigating the causes of suicide in Kohdasht. *Soc Welfare* 2002; 2(6):275-93 (Persian).
30. Heidari Pahlavian A. The study of psychosocial factors and epidemiological characteristics of the people who attempted suicide in Hamadan. *Iran J Psych Clin Psychol* 1997; 3(9-10):19-31 (Persian).
31. 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.
32. Azizpour Y, Asadollahi K, Sayehmiri K, Kaikhavani S, Abangah G. Epidemiological survey of intentional poisoning suicide during 1993-2013 in Ilam Province, Iran. *BMC Public Health* 2016; 16(1):902.
33. 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 (Persian).
34. Nock KM, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-54.
35. Lorant V, Kunit AE, Huisman M, Costa G, Machenbach J. Socio-economic inequality in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry* 2005; 187(1):49-54.
36. Beutrais AL. A suicide and serious suicide attempt in youth: a multiple group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6):1093-9.
37. Poorolajal J, Rostami M, Mahjub H, Esmailnasab N. Completed suicide and associated risk factors: a six-year population based survey. *Arch Iran Med* 2015; 18(1):39-43.
38. Groohi B, Rossignol AM, Barrero SP, Alaghebandan R. Suicidal behavior by burns among adolescents in Kurdistan, Iran: a social tragedy. *Crisis* 2006; 27(1):16-21.
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* 2008; 86(9):726-32.
40. Morovatdar N, Moradi Lakeh M, Malakouti SK, Nojomi M. Frequency of methods of suicide in eastern mediterranean region (EMRO) of WHO: a systematic review. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2013; 18(4):253-60.
41. Shirazi HR, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian

K, et al. Suicide in the Islamic Republic of
Iran: an integrated analysis from 1981 to

2007. East Mediterr Health J 2012;
18(6):607-13.