مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۹، خرداد ۱۳۹۹، ۲۵۰-۲۳۵

بررسی اپیدمیولوژی خودکشی در شهرستان اسدآباد طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰: یک مطالعه توصیفی

زیبا محمدی[۱]، مائده ارغوانی[۲]، نبی سلیمانی[۳]، فاطمه دارابی[۴]، محبوبه اخلاقی[۵]، زهرا موسوی[۶]

دریافت مقاله: ۹۸/۸/۱۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۸/۹/۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۹/۱/۳۱ پذیرش مقاله: ۹۹/۲/۲

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از بزرگ‌ترین مشکلات پزشکی و اجتماعی جهان است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژیکی خودکشی در شهرستان اسدآباد طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۵ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، اطلاعات دموگرافیک و اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی و خودکشی کامل طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۵ با استفاده از فرم‌های مخصوص خودکشی بایگانی شده در شبکه بهداشتی-درمانی شهرستان اسدآباد استخراج شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میزان شیوع کلی خودکشی ۷۹۷ در هر صد هزار نفر (۸۰۴ مورد)، میزان شیوع خودکشی فرجام یافته ۲۱ در هر صد هزار نفر (۲۱ نفر) و ناموفق ۷۷۶ در هر صد هزار نفر (۷۸۳ نفر) بود. زنان (۹۳۴ در هر صد هزار نفر) (۴۶۶ نفر)، افراد مجرد (۱۵۴۸ در هر صد هزار نفر) (۳۷۴ نفر)، افراد دارای مدرک متوسطه (۳۸۸۹ در هر صد هزار نفر) (۲۵۸ نفر)، افراد غیر شاغل (۷۹۰ در هر صد هزار نفر) (۵۷۷ نفر)، افراد ساکن در شهر (۷۹۲ در هر صد هزار نفر) (۲۸۹ نفر) و فصل پاییز (۲۴۰ در هر صد هزار نفر) (۲۴۳ نفر) بیش‌ترین میزان شیوع خودکشی را به خود اختصاص دادند. مهم‌ترین دلیل اقدام به خودکشی، دعوا و مشاجره‌های خانوادگی (۴۳۲، ۵۳/۷ درصد) و شایع‌ترین روش، مصرف قرص (۵۸۲، ۷۲/۴ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: مهم‌ترین علت خودکشی مشاجرات خانوادگی و رایجترین شیوه خودکشی، استفاده از قرص می‌باشد؛ می‌توان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای متناسب مانند تأسیس مراکز مشاوره خانواده و آموزش کافی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب‌پذیر و هم‌چنین با کاهش دسترسی به وسایل خودکشی در جهت کاهش میزان شیوع خودکشی گام برداشت.

واژه‌های کلیدی: اپیدمیولوژی، اقدام به خودکشی، شهرستان اسدآباد

۱- (نویسنده مسئول) مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. دانشکده علوم پزشکی اسداباد، اسداباد، ایران
تلفن: ۳۳۱۳۲۰۱۵-۰۸۱، دورنگار: ۳۳۱۳۲۰۱۵-۰۸۱، پست الکترونیکی: ziba.mohammadi14@yahoo.com
۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسداباد، اسداباد، ایران
۵- دانشجوی دکترای آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۶- مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین مشکلات پزشکی و اجتماعی جهان و اورژانس اصلی در مباحث روانپزشکی، معضل خودکشی است [۲-۱]. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (Word Health Organization) اقدام به خودکشی عبارت از عملی است که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی مثل خود آسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیش‌تر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است [۳]. ایده خودکشی معمولاً محدوده ای از ایده‌های نسبتاً منفعل (مثلاً میل داشتن به مردن) تا ایده‌های فعال (از جمله تمایل برای کشتن خود یا تفکر به یک روش خاص درباره این‌که چطور آن را انجام دهد) را شامل می شود [۴]. خودکشی دهمین علت مرگ در دنیا و هشتمین علت مرگ و میر در ایالت متحده آمریکا است [۵، ۱-۳]. بر اساس جدیدترین آمار سازمان بهداشت جهانی، هر سال حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی در سراسر جهان می‌میرند [۶]. طبق گزارش این سازمان آمار خودکشی در جهان رو به افزایش است؛ به‌طوری که میانگین سالانه جهانی خودکشی ۱۱/۴ در ۱۰۰ هزار نفر (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان) است؛ و مطابق تخمین این سازمان در سال ۲۰۲۰ میلادی تقریباً ۱۵۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی خواهند مرد [۹-۷]. هم‌چنین به ازاء هر مورد مرگ، ۲۵ مورد اقدام به خودکشی و میلیون‌ها فردی که افکار خودکشی را تجربه کرده‌اند، وجود دارد [۱۰]؛ به‌طوری که در جهان هر سه ثانیه یک اقدام به خودکشی رخ می‌دهد [۲-۱]. فراوانی خودکشی بسته به وضعیت جغرافیایی در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می‌باشد؛ به‌طوری که ۷۹ درصد خودکشی‌های جهان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می‌دهد [۶].

میزان خودکشی طی سال‌های اخیر در ایران افزایش یافته است و به رقم ۹/۴ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است [۱]. از نظر رتبه جهانی خودکشی، ایران در رتبه ۵۸ ام قرار دارد که در این میان سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند [۳]. Daliri و همکاران طی مطالعه‌ای بیان داشتند که میزان بروز خودکشی طی سال‌های اخیر در ایران روند کاهشی داشته است؛ در حالی که استان‌های غربی کشور بروز نسبتا بالایی داشتند. بیش‌ترین میزان بروز خودکشی فرجام یافته در کشور مربوط به منطقه اقلیمی یک (ایلام، لرستان، همدان، کردستان و کرمانشاه) بود. هم‌چنین منطقه اقلیمی ۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم) دارای بیش‌ترین میزان برز اقدام به خودکشی و کم‌ترین میزان بروز خودکشی فرجام یافته بود [۱۱]. از عوامل مهم زمینه‌ساز خودکشی می‌توان به بیماری‌های جسمی مستعد کننده (صرع، ایدز، سرطان و ...)، اختلالات روانی (افسردگی، اختلال شخصیت، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، سوء استفاده جنسی)، عوامل دموگرافیک (وضعیت تأهل، سن، جنسیت، مذهب، نژاد)، عوامل اقتصادی (فقر، بیکاری، ورشکستگی و ...)، عوامل محیطی (زمان، مکان یا در دسترس بودن وسیله خودکشی)، پناهندگی و مهاجرت، مشکلات عاطفی ـ ارتباطی (انزوای اجتماعی، خشونت)، زندان و مشکلات خانوادگی اشاره کرد [۶، ۱۲-۱۷]. خودکشی دومین دلیل منجر به مرگ در افراد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

۲۹-۱۵ سال و سومین دلیل منجر به مرگ در افراد ۳۴-۲۶ سال در جهان است [۱۴، ۹، ۶]. سازمان بهداشت جهانی نیز ارتکاب قبلی خودکشی را به عنوان مهم‌ترین عامل خطر برای خودکشی در عموم جمعیت بیان کرده است [۶].

تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰ درصد از خودکشی‌های جهان به علت مسمومیت با آفت کش‌هاست که اکثر آنها در مناطق کشاورزی روستایی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رخ می‌دهد [۶]. در ایران قدیم خودکشی با خوردن تریاک دیده شده است و امروزه مردان بیش‌تر از شیوه‌های خوردن قرص، حلق آویز کردن، سلاح گرم و زنان بیش‌تر از خودسوزی استفاده می‌کنند [۱۹-۱۸]. عمده‌ترین تأثیراتی که خودکشی در یک جامعه بر جای می‌گذارد عبارتند از آسیب زدن به بهداشت روانی خانواده و جامعه، از بین بردن نیروی فعال و مولد جامعه، به جای گذاشتن تأثیرات سوء بر فضای اجتماعی، کاهش امنیت و اعتماد اجتماعی، افزایش احتمال و وقوع خودکشی در سایر افراد جامعه و ایجاد نوعی فضای یأس و ناامیدی در جامعه می‌باشند [۲۰]. بنابراین با در نظر گرفتن موارد بروز و شیوع بالای خودکشی و با توجه به این مسئله که به ازای هر مورد خودکشی یا اقدام به خودکشی، حداقل پنج نفر از دوستان، آشنایان و اقوام فرد به طور جدی تحت تأثیر این حادثه قرار می‌گیرند [۲۱]، بررسی و شناخت علل و عوامل مرتبط با این آسیب اجتماعی جهت پیشگیری و کنترل آن ضروری به نظر می‌رسد. لذا در این راستا و با عنایت به این‌که استان همدان یکی از استان‌هایی است که بالاترین آمار خودکشی را دارد [۱۱]، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اپیدمیولوژی خودکشی در شهرستان اسداباد همدان طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها

شهرستان اسد آباد در گستره‌ای به مساحت ۱۱۹۵ کیلومتر مربع و با ۱۰۰۹۰۱ نفر جمعیت، آخرین شهرستان غربی همدان است. این شهرستان براساس تقسیمات کشوری، دارای دو نقطه شهری به نام‌های اسدآباد و آجین و ۹۹ روستای دارای سکنه است. کل جمعیت آن بر اساس آخرین سرشماری مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، ۱۰۰۹۰۱ نفر بوده است (جدول ۱) [۲۲].

در مطالعه توصیفی حاضر، تمام موارد خودکشی و اقدام به آن در شهرستان اسدآباد طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰ که به واحدهای بهداشتی درمانی (اورژانس بیمارستان‌های قائم (عج) و امیرالمؤمنین (ع)) ارجاع شده بودند، به صورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه، اطلاعات از پرونده های بیماران به دست آمده است. جهت پیشگیری از کم‌برآوردی شیوع کلی، فرم‌های ناقص نیز در مطالعه وارد شدند. لذا عدم اطلاع از دقت و صحت جمع آوری داده‌ها و ثبت آن‌ها در فرم‌های مخصوص خودکشی و عدم دسترسی به کل نمونه‌ها به دلیل ثبت نشدن یا مراجعه نکردن فرد به این مراکز درمانی از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌باشد.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از فرم مخصوص خودکشی (فرم گزارش موارد اقدام به خودکشی و موارد مرگ و میر ناشی از آن) که توسط معاونت بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان در اختیار مراکز بهداشتی درمانی قرار گرفته بود و پس

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

از تکمیل مجدداً به معاونت فوق ارجاع داده می‌شد، استفاده شد. هم‌چنین یک نسخه از هر فرم تکمیل شده در واحد حراست شبکه بهداشت شهرستان اسدآباد بایگانی می‌شد. اطلاعات این فرم در دو بخش کلی اطلاعات دموگرافیک (جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت) و اطلاعات مربوط به خودکشی و اقدام به آن (سابقه اقدام به خودکشی، سابقه بیماری روانی، تاریخ اقدام به خودکشی، روش و شیوه خودکشی، علل و انگیزه خودکشی و نتیجه اقدام) تنظیم شده بود.

پس از اخذ مجوز و اخذ کد اخلاق به شماره IR.UMSHA.REC.1396.3 از دانشگاه علوم پزشکی همدان و کسب مجوز از معاونت پژوهشی به شبکه بهداشتی ـ درمانی شهرستان اسدآباد ضمن کسب اجازه از مسئولین و رعایت اصل راز داری و محرمانه ماندن اطلاعات بیماران، فرم‌های خودکشی بایگانی شده طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۰ توسط پژوهش‌گر مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به جدول ۱، میزان شیوع خودکشی در هر زیر گروه برابر با تعداد خودکشی در آن زیرگروه تقسیم بر جمعیت آن زیرگروه ضرب در ۱۰۰۰۰۰ محاسبه شد. به عنوان مثال میزان شیوع خودکشی در مردان برابر با تعداد مردانی که در یک ناحیه خودکشی کرده‌اند، تقسیم بر تعداد کل مردان آن ناحیه و سپس ضرب آن در عدد ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از آماره‌های توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، نمودارها و جداول آماری، آزمون‌های کای دو و آزمون دقیق فیشر، توصیف شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

نتایج

بر اساس اطلاعات استخراج شده از پرونده‌ها در شهرستان اسدآباد طی سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵، ۸۰۴ مورد خودکشی صورت گرفته بود و این نشان دهنده میزان شیوع کلی خودکشی۷۹۷ در هر صد هزار نفر در این شهرستان می باشد. هم‌چنین میزان شیوع خودکشی فرجام یافته (منجر به مرگ) ۲۱ در هر صد هزار نفر (۲۱ نفر) و ناموفق ۷۷۶ در هر صد هزار نفر (۷۸۳ نفر) بود. هر چند زنان (۴۶۶ نفر، ۵۸ درصد)، متأهل‌ها (۴۲۱ نفر، ۵۲/۴ درصد)، افراد با سطح تحصیلات متوسطه (۲۵۸ نفر، ۳۲/۱ درصد)، افراد غیرشاغل (۵۷۷ نفر، ۷۱/۷ درصد) و افراد شهرنشین (۴۶۳ نفر، ۵۷/۶ درصد) اکثریت افراد اقدام کننده به خودکشی را تشکیل دادند، اما میزان شیوع خودکشی در زنان (۹۳۴ در صد هزار نفر)، افراد مجرد (۱۵۴۸ در هر صد هزار نفر)، افراد دارای مدرک متوسطه (۳۸۸۹ در هر صد هزار نفر)، افراد غیر شاغل (۷۹۰ در هر صد هزار نفر) و افراد ساکن در شهر (۷۹۲ در هر صد هزار نفر) بیش‌تر بود (جدول ۱).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

جدول ۱- توزیع فراوانی و میزان شیوع خودکشی اقدام کنندگان به خودکشی برحسب عوامل دموگرافیک (n=۸۰۴)

متغیر		فراوانی		اطلاعات جمعیتی	میزان شیوع (در هر صد هزار نفر)
		تعداد (۸۰۴)	درصد (۱۰۰)	شهرستان	۱۰۰۰۰۰ × (تعداد جمعیت/ تعداد موردها)
جنسیت	زن	۴۶۶	۵۸	۴۹۹۱۰	۹۳۴
	مرد	۳۳۷	۴۱/۹	۵۰۹۹۱	۶۶۱
	نامعلوم	۱	۰/۱	-	-
وضعیت تأهل	متأهل	۴۲۱	۵۲/۴	۵۴۲۴۰	۷۷۶
	مجرد	۳۷۴	۴۶/۵	۲۴۱۶۵	۱۵۴۸
	بیوه یا مطلقه	۴	۰/۵	۵۰۹۹	۷۸
	نامعلوم	۵	۰/۶	۱۳	-
سطح تحصیلات	بی سواد	۶۰	۷/۵	۱۶۶۳۲	۳۶۱
	ابتدایی	۸۸	۱۰/۹	۲۷۹۰۵	۳۱۵
	راهنمایی	۱۶۸	۲۰/۹	۱۶۷۹۵	۱۰۰۰
	متوسطه	۲۵۸	۳۲/۱	۶۶۳۴	۳۸۸۹
	دیپلم	۱۳۲	۱۶/۴	۱۲۲۲۴	۱۰۸۰
	دانشگاهی	۴۶	۵/۷	۹۸۲۰	۶۵۰
	نامعلوم	۵۲	۶/۵	۱۳۴	-
شغل	شاغل	۱۶۳	۲۰/۳	۲۷۸۱۸	۵۸۶
	غیرشاغل	۵۷۷	۷۱/۷	۷۳۰۸۳	۷۹۰
	نامعلوم	۶۴	۸		-
محل سکونت	شهر	۴۶۳	۵۷/۶	۵۸۴۴۱	۷۹۲
	روستا	۲۸۹	۳۵/۹	۴۲۱۵۸	۶۸۵
	نامعلوم	۵۲	۶/۵	۳۰۲	-

نتایج نشان داد که بیش از نیمی از افراد (۶۰۷ نفر، ۷۵/۵ درصد) اولین تجربه اقدام به خودکشی را داشتند. هم‌چنین در ارتباط با سابقه اختلال روان پزشکی در اقدام کنندگان به خودکشی، درصد کمی از افراد (۴۷ نفر، ۵/۸ درصد) به این سؤال پاسخ داده بودند که از این تعداد نیز تنها ۵ نفر (۰/۶ درصد) سابقه اختلال روان‌پزشکی داشتند. بر اساس یافته‌ها، اکثر افراد در فصل پاییز (۲۴۳ نفر، ۳۰/۲ درصد) اقدام به خودکشی کرده بودند (جدول ۲). میزان شیوع خودکشی در فصل بهار ۲۲۰ در صد هزار نفر، در فصل تابستان ۱۹۰ در هر صد هزار نفر، در فصل پاییز ۲۴۰ در هر صد هزار نفر و در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

فصل زمستان نیز ۱۴۰ در هر صد هزار نفر بود. با توجه به اطلاعات ثبت شده در فرم‌های مخصوص خودکشی، بیش‌ترین انگیزه اقدام به خودکشی به ترتیب دعوا و مشاجره (۴۳۲ نفر، ۵۳/۷ درصد)، مشکلات اقتصادی (۴۷ نفر، ۵/۸ درصد) و کم‌ترین انگیزه مربوط به اعتیاد (۲۵ نفر، ۳/۱ درصد) بود. هم چنین بیش‌ترین و کم‌ترین روش‌های مورد استفاده جهت خودکشی در افراد، به ترتیب استفاده از قرص (۵۸۲ نفر، ۷۲/۴ درصد) و خودزنی با اشیاء (۱۴ نفر، ۱/۷ درصد) بودند (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی متغیرهای خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی برحسب جنس (n=۸۰۴)

متغیر		مرد تعداد (درصد)	زن تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)	نتایج آزمون
فصل	بهار	۱۰۶ (۳۱/۶)	۱۱۸(۲۵/۴)	۲۲۴ (۲۷/۹)	χ^2=* ۱۲/۷۲۴ **df = ۳ p=۰/۰۰۵
	تابستان	۶۲ (۱۸/۵)	۱۲۸ (۲۷/۵)	۱۹۰ (۲۳/۶)	
	پاییز	۹۷ (۲۹)	۱۴۶ (۳۱/۴)	۲۴۳ (۳۰/۲)	
	زمستان	۷۰ (۲۰/۹)	۷۳ (۱۵/۷)	۱۴۳ (۱۷/۷۸)	
	بدون پاسخ	---	----	۴(۰/۵۲)	
علت و انگیزه	دعوا و مشاجره(خانوادگی، با همسر و..)	۱۴۲ (۴۲/۱)	۲۹۰ (۶۲/۲)	۴۳۲ (۵۳/۷)	χ^2= ۶۵/۵۹۶ df = ۵ p<۰/۰۰۱
	مسائل عاطفی(جدایی از همسر، مخالفت با ازدواج و ...)	۱۰ (۳)	۳۳ (۷/۱)	۴۳ (۵/۳)	
	مشکل روانی (افسردگی و ..)	۲۰ (۵/۹)	۲۱ (۴/۵)	۴۱ (۵/۱)	
	اعتیاد	۲۰ (۵/۹)	۵ (۱/۱)	۲۵ (۳/۱)	
	مشکل اقتصادی	۳۶ (۱۰/۴)	۱۱ (۲/۴)	۴۷ (۵/۸)	
	سایر موارد (افت تحصیلی و ...)	۱۱۰ (۳۲/۶)	۱۰۶ (۲۲/۷)	۲۱۶ (۲۶/۹)	
روش‌های مورد استفاده	قرص	۲۱۶ (۶۵/۴)	۳۶۶ (۷۹/۶)	۵۸۲ (۷۲/۴)	χ^2= ۳۷/۱۸۲ df = ۴ p<۰/۰۰۱
	حلق آویز کردن	۳۴ (۱۰/۳)	۹ (۲)	۴۳ (۵/۳)	
	سم	۴۳ (۱۳/۱)	۵۴ (۱۱/۸)	۹۷ (۱۲/۱)	
	خود زنی با اشیاء	۱۰ (۳)	۴ (۰/۹)	۱۴ (۱/۷)	
	سایر موارد	۲۷ (۸/۲)	۲۶ (۵/۷)	۵۳ (۶/۶)	
	بدون پاسخ	----	----	۱۵ (۱/۹)	

**** آزمون مجذور کای برای روند، p<۰/۰۵۰ اختلاف از نظر آماری معنی‌دار***

*****درجه آزادی جهت تعداد رده‌های متغیر مورد بررسی***

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

تحلیل نتایج مطالعه حاضر براساس جنسیت نشان داد که هرچند در دو گروه جنسی، بیش‌تر افراد اقدام کننده به خودکشی بین ۱۹ تا ۳۵ سال سن داشتند؛ اما درصد بیش‌تری از مردان (۲۱۹، ۶۵/۶ درصد) نسبت به زنان (۲۷۴، ۵۹/۳ درصد) در این گروه قرار گرفتند. از طرف دیگر گروه سنی ۱۸-۱۱ سال نسبت بیش‌تری از زنان (۱۲۴، ۲۶/۸ درصد) را در مقایسه با مردان (۵۹، ۱۷/۷ درصد) به خود اختصاص دادند و بر اساس آزمون کای- دو این تفاوت‌ها معنی‌دار بود (P=۰/۰۱۶). نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که وضعیت تأهل در دو گروه مردان و زنان اقدام کننده به خودکشی اختلاف آماری معنی‌داری داشت (p<۰/۰۰۱). به‌طوری که در گروه مردان بیش‌تر افراد مجرد (۲۰۲، ۶۰/۷ درصد) و در گروه زنان بیش‌تر افراد متأهل (۲۹۱، ۶۲/۶ درصد) اقدام به خودکشی کرده بودند. مردان دارای شغل آزاد (۱۰۲، ۳۴ درصد) و زنان خانه‌دار (۳۰۷، ۶۹/۹ درصد) بیش‌تر افراد اقدام کننده به خودکشی را تشکیل دادند. بر اساس آزمون دقیق فیشر این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری بود (P=۰/۰۱۲). در مطالعه حاضر مقایسه متغیرهای سطح تحصیلات، محل سکونت، سابقه اختلال روانی و سابقه قبلی اقدام به خودکشی بر اساس دو جنس، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد (P>۰/۰۵).

یافته‌ها بیان‌گر آن بود که در گروه مردان بیش‌تر افراد (۱۰۶، ۳۱/۶درصد) در فصل بهار و در گروه زنان بیش‌تر افراد (۱۴۶، ۳۱/۴ درصد) در فصل پاییز اقدام به خودکشی نموده‌اند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (P =۰/۰۰۵). شایع‌ترین علت و انگیزه اقدام به خودکشی در دو گروه جنسی، دعوا و مشاجره بود. اما این نسبت در زنان (۲۹۰، ۶۲/۲ درصد) به طور معنی‌داری بیش‌تر از مردان (۱۴۲، ۴۲/۱ درصد) بود (P <۰/۰۰۱). هم‌چنین شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در هر دو جنس، استفاده از قرص بود و روش مورد استفاده در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری با یکدیگر داشت (p<۰/۰۰۱) (جدول۲).

بحث

نتایج پژوهش حاضر بیان‌گر آن بود که میزان شیوع کلی خودکشی در این شهرستان ۷۹۷ در هر صد هزار نفر می باشد. هم چنین میزان شیوع خودکشی فرجام یافته (منجر به مرگ) ۲۱ در هر صد هزار نفر و ناموفق (اقدام به خودکشی) ۷۷۶ در هر صد هزار نفر بود. در همین راستا میزان بروز خودکشی و اقدام به آن در شهرستان لارستان، گراش، بهار و استان خراسان رضوی به ترتیب ۲/۳۵، ۵۹/۹۳، ۸۷/۵ و ۹۷/۲ در یک صد هزار نفر جمعیت گزارش شد [۱۸، ۸، ۳]. هم‌چنین بر اساس مطالعات Daliri و همکاران میزان بروز خودکشی در ایران طی سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۸۰، ۸ در صد هزار نفر بود. بیش‌ترین میزان بروز اقدام به خودکشی مربوط به منطقه ۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم) ۱۱۴/۷ در صد هزار نفر و کم‌ترین میزان مربوط به منطقه ۶ (چهار محال-بختیاری، کهگیلویه و بویر احمد، خوزستان) ۳۷ در صد هزار نفر بود. بیش‌ترین میزان بروز خودکشی فرجام یافته در کشور نیز مربوط به منطقه اقلیمی ۱ (ایلام، لرستان، همدان، کردستان، کرمانشاه)

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

۱۲/۹ در صد هزار نفر و کم‌ترین میزان مربوط به منطقه اقلیمی ۵ (اصفهان، یزد، سمنان و قم) ۲/۸ در صد هزار نفر بود [۲۳، ۱۱]. Faridpak و همکاران نیز نشان دادند که از ۵۳۵۴ مورد اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در سال‌های ۱۳۹۰-۹۱ در شهرستان‌های مشهد، ۲/۲ درصد منجر به فوت شده بود [۲۴]. بالاتر بودن میزان شیوع خودکشی در مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل عوامل اقلیمی، فرهنگی، اقتصادی و شرایط خاص شهرستان باشد. هم‌چنین در مناطق مختلف کشور عوامل جغرافیایی و جوی می‌توانند بر میزان بروز خودکشی مؤثر باشند.

در مطالعه حاضر زنان اکثریت افراد اقدام کننده به خودکشی را تشکیل دادند. هم‌چنین میزان شیوع خودکشی در زنان بیش‌تر از مردان بود. به طور مشابه این یافته توسط تعدادی از مطالعات مورد تأیید قرار گرفت [۸۲۶-۲۵، ۸].

هم‌چنین Faridpak و همکاران نشان دادند که ۷۲/۱ درصد از کل موارد اقدام به خودکشی مربوط به زنان بود؛ در حالی که بیش از ۷۰ درصد موارد خودکشی کامل در بین مردان روی داده بود [۲۴] برخلاف یافته ما، در سایر مطالعات اکثریت افراد اقدام کننده به خودکشی مردان بودند [۲۷-۲۹، ۱۵]. به نظر می‌رسد که زنان به دلایل مختلف مثل مسائل عاطفی، حساسیت و آسیب‌پذیری بیش‌تری در مواجهه با سختی‌ها و مشکلات و جلب توجه دیگران به خود، استرس و بحران‌های بعد از ازدواج، خانه‌دار بودن و در نتیجه فقدان استقلال مالی و اجتماعی بیش از مردان در معرض خطر خودکشی قرار دارند.

یافته‌های مطالعه بیان‌گر آن بود که اکثر افراد (به طور کلی و نیز در دو جنس) در گروه سنی ۳۵ – ۱۹ سال و در رتبه بعدی در گروه سنی ۱۸-۱۱ سال قرار داشتند. اما زنان در مقایسه با مردان، در سن پایین‌تری اقدام به خودکشی می کردند. در مطالعه Faridpak و همکاران در مشهد گروه سنی ۳۴-۱۵، Shaker و همکاران در تهران گروه سنی زیر ۳۰ سال و Vahdati و همکاران در تبریز گروه سنی ۳۰-۲۱ سال، اکثریت افراد را به خود اختصاص دادند [۲۸، ۲۶، ۲۴]. Khadem Rezaiyan و همکاران نشان دادند که اکثر افراد اقدام کننده به خودکشی در رده سنی ۲۴-۱۵ سال و سپس ۳۴-۲۵ سال قرار داشتند و به طور مشابه با یافته ما زنان در سن پایین‌تر و مردان در سن بالاتر اقدام به خودکشی کرده بودند [۸]. وقوع بیش‌تر خودکشی در این دامنه سنی می‌تواند با بحران‌های روحی و روانی دوره جوانی، مسائل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و خانوداگی (ازدواج و مشکلات زناشویی) مرتبط باشد. از طرف دیگر سن پایین‌تر خودکشی برای خانم‌ها و سن بالاتر برای آقایان، می‌تواند نشان دهنده حساسیت هرکدام از این دو جنس در دامنه سنی خاص باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع خودکشی در افراد مجرد بیش‌تر است. اما در مقایسه بین دو جنس، مردان مجرد و زنان متأهل بیش‌ترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص دادند. همسو با یافته ما تعدادی از مطالعات نیز بیش‌ترین فراوانی موارد خودکشی را در افراد مجرد ذکر کردند [۲۹-۲۸، ۱۵]. در پژوهش Khadem Rezaiyan و همکاران، زنان متأهل با درصد بیش‌تری نسبت به مردان متأهل اقدام

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

به خودکشی کرده بودند [۸]. برخلاف یافته ما، Khadem Rezaiyan و همکاران و Yaraghi و همکاران در مطالعات خود نشان دادند که خودکشی در افراد متأهل بیش‌تر بود [۸، ۱]. علت یافته ما می‌تواند مربوط به داشتن آرامش روانی، حمایت عاطفی و مالی و متعاقباً کاهش خودکشی به واسطه تأهل باشد.

یافته‌ها بیان‌گر آن بود که میزان شیوع خودکشی در افراد دارای مدرک متوسطه بیش‌تر از بقیه گروه‌های تحصیلی است. در همین راستا نتایج برخی از مطالعات تأیید کننده موارد بیش‌تر خودکشی در افراد با تحصیلات راهنمایی/ متوسطه بود [۱۸، ۸]. در تضاد با یافته ما، برخی از پژوهش‌ها تحصیلات پایین و بی سوادی را به عنوان عامل خطر مرتبط با اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن معرفی کردند [۳۲-۳۰]. به نظر می‌رسد که تحصیلات بالاتر می‌تواند بهره‌گیری فرد از شیوه های مقابله‌ای را ارتقاء داده و در بحران‌های روزمره به کمک فرد آید.

در مطالعه حاضر میزان شیوع خودکشی در افراد غیر شاغل بیش‌تر از افراد شاغل بود. اما در دو جنس، مردان دارای شغل آزاد و زنان خانه‌دار بیش‌تر افراد اقدام کننده به خودکشی را تشکیل دادند. در همین راستا تعدادی از مطالعات داخلی و خارجی در نتایج خود، عدم استخدام و بیکاری و خانه‌دار بودن را به عنوان عوامل خطر مرتبط با مرگ ناشی از خودکشی ذکر کردند [۳۰-۳۱، ۲۸، ۳]. هم‌چنین Rezaiyan و همکاران، زنان خانه‌دار و مردان دارای مشاغل آزاد را به عنوان اکثر افراد اقدام کننده به خودکشی معرفی کردند [۸]. اما در نتایج تعدادی دیگر از مطالعات، افراد دارای مشاغل آزاد اکثر موارد خودکشی را به خود اختصاص دادند [۲۸، ۱۸]. هم‌چنین Yaraghi و همکاران بین ساعت کاری خانم‌های شاغل و اقدام به خودکشی به ارتباط مثبتی دست یافتند [۱]. دلیل احتمالی برای این یافته می‌تواند مربوط به فقر اقتصادی و اجتماعی ناشی از فقدان اشتغال و متعاقباً افزایش خطر خودکشی باشد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، میزان شیوع خودکشی در افراد ساکن در شهر بیش‌تر بود. به طور مشابه در نتایج برخی از مطالعات، اکثراً افراد اقدام کننده به خودکشی شهرنشین بودند [۲۶-۲۵، ۱۸، ۳]. برعکس در پژوهش Jabari Fard و همکاران اکثراً افراد اقدام کننده به خودکشی در شهرستان لردگان را افراد ساکنین روستاها تشکیل دادند [۳۳].

نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت افراد (دو سوم) اولین تجربه اقدام به خودکشی را داشتند. Gorgi و همکاران به‌طور مشابهی بیش‌ترین موارد خودکشی و اقدام به آن را در افراد بدون سابقه خودکشی در فرد و خانواده گزارش کردند [۱۸]. اما در مطالعه Yaraghi و همکاران سابقه مثبت خودکشی قبلی در خانم‌های شاغل و خانه‌دار مشاهده شد [۱]. همچنین Torkashvand و همکاران نشان دادند که مسمومیت عمدی در افراد با سابقه مسمومیت قبلی به طور معنی‌داری بیش‌تر بود [۲۵]. مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی سابقه قبلی خودکشی، عامل خطر مهمی برای بروز مجدد خودکشی می باشد [۶]. بنابراین می توان با ارجاع افرادی که برای اولین بار مرتکب خودکشی شده‌اند به مراکز روانشناسی و مشاوره‌ای و حمایت از آنان، خطر خودکشی مجدد را کاهش داد. یافته‌ها

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

بیان‌گر آن بود که کمتر از یک درصد افراد اقدام کننده به خودکشی، سابقه اختلال روان‌پزشکی داشتند. در همین راستا در پژوهش Gorgi و همکاران بیش‌ترین موارد اقدام به خودکشی در افراد فاقد سابقه بیماری جسمی و روانی مشاهده شد [۱۸]. اما در برخی دیگر از مطالعات داخلی، خودکشی با سابقه ابتلاء به بیماری روانی مرتبط بود [۱،۱۷،۲۵].

در مطالعه حاضر فصل پاییز به عنوان فصل دارای بیش‌ترین میزان شیوع خودکشی شناخته شد. در دو جنس نیز، زنان بیش‌تر در فصل پاییز و مردان در فصل بهار اقدام به خودکشی کرده بودند. به طور مشابه این یافته توسط برخی مطالعات تأیید شد [۱۸ ،۳۳]. اما برخلاف یافته ما، Babanejad و همکاران فروردین ماه و فصل بهار را در مقایسه با متغیرهای مشابه خود، دارای بیش‌ترین فراوانی موارد خودکشی ناشی از اختلالات روانی معرفی کردند [۳۲]. در مطالعات Shaker و همکاران و Rezayian و همکاران، در فصل زمستان بیش‌ترین موارد اقدام به خودکشی صورت گرفته بود [۲۸، ۸]. به نظر می‌رسد عامل‌های مرتبط با این یافته، تفاوت‌های جغرافیایی و ساعات تماس با نور خورشید باشند. اما بررسی و تحقیقات بیش‌تری در این زمینه لازم است.

نتایج پژوهش بیان‌گر آن بود که به طور کلی و در دو جنس، دعوا و مشاجره خانوادگی بیش‌ترین و اعتیاد کم‌ترین انگیزه افراد برای اقدام به خودکشی بود. اما این نسبت در زنان بیش‌تر از مردان بود. در همین راستا تعدادی از مطالعات شایع‌ترین علت خودکشی و اقدام به آن را مشکلات و اختلافات خانوادگی ذکر کردند [۳۳، ۲۸، ۱۸، ۸]. هم‌چنین Armitage و همکاران و Jayanathi و همکاران در نتایج خود، به مشکلات بین فردی مانند مشاجره‌های زناشویی و سایر اختلافات خانوادگی به عنوان رایج‌ترین دلایل گزارش شده برای خودکشی و اقدام به آن و خودزنی اشاره داشتند [۳۴، ۲۷]. اما برخلاف یافته‌های ما برخی مطالعات، بیماری‌های روانی را مهم‌ترین دلیل اقدام به خودکشی معرفی کردند [۳۲، ۲۸-۳۰، ۱۸، ۱۵]. از آن جایی که مشاجره‌های خانوادگی به عنوان یک عامل خطرزای مهم قلمداد شده است، آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر آموزش حل مشکل، شناسایی و مداخله علمی برای حل مشکلات خانوادگی می‌تواند کارگشا باشد.

بررسی روش‌های مورد استفاده برای اقدام به خودکشی در مطالعه حاضر نشان داد که به طور کلی و در دو جنس، استفاده از قرص بیش‌ترین و خودزنی با اشیاء کم‌ترین روش‌های مورد استفاده بودند. اما این نسبت در زنان بیش‌تر از مردان بود. همسو با یافته ما، تعدادی از مطالعات شایع‌ترین روش خودکشی و اقدام به آن را مصرف دارو بیان کردند [۲۳،۲۴،۸]. برعکس، در مطالعه Yaraghi و همکاران شایعترین روش خودکشی در هر دو گروه خانم‌های خانه‌دار و شاغل، مسمومیت عمدی بود [۱]. هم‌چنین Armitage و همکاران نشان دادند که مسمومیت (خوردن سم) رایج‌ترین روش برای خودکشی بود [۳۴]. به نظر می‌رسد که دسترسی راحت به دارو و تهیه داروی بدون نسخه از داروخانه‌ها، وسیله لازم برای خودکشی در افراد مستعد را فراهم کرده و متعاقباً خطر خودکشی را افزایش داده است. محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل عدم اطلاع از دقت و صحت جمع آوری داده‌ها و ثبت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

آن‌ها در فرم‌های مخصوص خودکشی و عدم دسترسی به کل نمونه‌ها به دلیل ثبت نشدن یا مراجعه نکردن فرد به مراکز درمانی بود. این دو عامل سبب می‌شوند که آمار دقیقی از میزان شیوع خودکشی و عوامل مرتبط با آن به ثبت نرسد. بنابراین جهت برطرف شدن تأثیر این عوامل، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی به صورت آینده‌نگر و تحلیلی تکمیلی (طولی) برای شناسایی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در سطح شهرستان انجام گیرند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشاجرات خانوادگی مهم‌ترین علت خودکشی و استفاده از قرص رایج‌ترین شیوه خودکشی در افراد بود. بنابراین می‌توان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای متناسب مانند تأسیس مراکز مشاوره خانواده و آموزش کافی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب پذیر، کاهش دسترسی به وسایل خودکشی و آموزش کارکنان بهداشتی در ارزیابی و مدیریت رفتارهای خودکشی در جهت پیشگیری از خودکشی گام برداشت

تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد ۹۶۰۱۱۵۱۶۲ می‌باشد. به این وسیله بر خود لازم می‌دانیم از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به دلیل حمایت مالی، مسئولان محترم شبکه بهداشتی-درمانی شهرستان اسدآباد که جهت جمع‌آوری داده‌ها ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی نماییم.

References

[1] Yaraghi A, Eizadi Mood N, Akoochekian S, Naderolasli M, Ahmadloo H, Dorooshi G. Comparison of Factors Associated with Suicide Among Employed Women and Housewives. *J Forensic Med* 2014; 20(2): 47 -53. [Farsi]

[2] Azizi M, Rahmati R. A Review of suicide and its causes. *Paramedical Sciences and Military Health*. Fall and winter 2014; 9(2). [Farsi]

[3] Moradi AR, Moradi R, Mostafavi E. A survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar. *JBS* 2012; 10(1): 50-8. [Farsi]

[4] Cha CB, Franz PJ, Guzman EM, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Annual Research Review: Suicide among youth -epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2018; 59(4): 460-82.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

[5] Vojoudi B, Hashemi T, Abdolpour G, Mashinchi Abbasi N. Predicting suicide ideation based on identity styles and coping strategies. *Contemporary psychology* 2015; 10(1): 47-56. [Farsi]

[6] https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide .2 September 2019.

[7] Mirhashemi S, Kalantar Motamedi MH, Mirhashemi AH, Taghipour H, Danial Z. Suicide in Iran. *Wwwthelancetcom* 2016; 387: 29. [Farsi]

[8] Khadem Rezaiyan M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, et al. Epidemiology of suicide attempts in Khorasan razavi province, 2014-2015. *IJ E* summer 2017; 13(2): 128-35. [Farsi]

[9] Simbar M, Golezar S, Alizadeh S, Hajifoghaha M. Suicide Risk Factors in Adolescents Worldwide: A Narrative Review. *JRUMS* 2017; 16(12): 1153-68. [Farsi]

[10] Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine* 2016; 46: 225-36.

[11] Daliri S, Bazyar J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. The incidence rates of suicide attempts and successful suicides in seven climatic conditions in Iran from 2001 to 2014: a systematic review and meta-analysis. Scientific *SJKU* Jan-Feb 2017; 21: 1-15. [Farsi]

[12] Khani Pour H, Mouhammad Khani P, Jafari F, Mobarram A. Predictors of suicide in male prisoners with substance abuse and dependence : protective factors and risk factors. *Journal of forensic medicine* fall 2012 and spring 2013; 19(4,1): 205–14. [Farsi]

[13] Naghibi SA, Azizpoor M, Ashari S, Hosseini Sh, Alizadeh A. The study of the relation between suicidal thoughts and religious belief in patients under methadone maintenance treatment (MMT) of Sari in 2013. *Religion & Health* 2014; 2(1): 1-8. [Farsi]

[14] Thompson MP, Swartout K. Epidemiology of Suicide Attempts among Youth Transitioning to

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

Adulthood. *J Youth Adolescence* 2018; 47: 807-17.

[15] Bakhtar M, Rezaeian M. The Prevalence of Suicide Thoughts and Attempted Suicide Plus Their Risk Factors Among Iranian Students: A Systematic Review Study. *JRUMS* 2017; 15(10): 1061-76. [Farsi]

[16] Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Soori H, Sayehmiri K. Factors Related to Suicide Attempt in Iran:A systematic Review and Meta-Analysis. *Hakim Research Journal* 2013; 15(4): 352- 63. [Farsi]

[17] Shakeri A, Jafari zadeh F. Study-related causes Suicides in Fars Province. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(97): 271-5. [Farsi]

[18] Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Askarizadeh MK, Rezaeian M. Epidemiology of Suicide and Attempted Suicide in Larestan and Gerash During 2008 to 2012. *JRUMS* 2014; 13(5): 597-608. [Farsi]

[19] Monsef Kasmaei V, Asadi P, Maleki Ziabari M. A Demographic study of suicide methods in the patients aided by emergency Paramedics Guilan. *J of Guilan university of medical sciences* 2013; 22(87): 31-7. [Farsi]

[20] Fadaiian A, Khoram abady Y, http://www.civilica.com/Paper-ICCRT01-ICCRT01_0378.html:1-8. Study the relationship between religiosity with a desire to thoughts of suicide in Ilam city. *The international congress of culture and religious thought* 2014. [Farsi]

[21] Hadavand Mirzaei H. The effect of texting to people who have committed suicide in their continued treatment in the city of Bandar Abbas in 2012-2013. *University of Medical Sciences, Bandar Abbas* 2013. [Farsi]

[22] Iran: Statistical center of Iran; 2019 [cited 2019]. Available from: https://www.amar.org.ir/english/Population-and-Housing-Censuses.

[23] Daliri S, Bazyar J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. Investigation of the Incidence rate of suicide in Iran During Years 2001-2014 A Systematic Review and Meta-analysis study. *JSSU* 2016; 24(9): 757- 68. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

[24] Faridpak A, Nikakhtar Z, Mosa Farkhani E. An Epidemiologic Study of Suicide in Cities under Mashhad University of Medical Sciences Supervision. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences Beyhagh* 2016; 21(36): 21-9. [Farsi]

[25] Torkashvand F, Sheikh Fathollahi M, Shamsi S, Kamali M, Rezaeian M. Evaluating the Pattern of Acute Poisoning in Cases Referred to the Emergency Department of Ali-ebn Abi Taleb Hospital of Rafsanjan from October 2013 to September 2014. *JRUMS* 2015; 14(4): 311-24. [Farsi]

[26] Vahdati SS, Moradi N, Ghadim Jh, Tajoddini S. Evaluation of suicide attempts with drug poisoning in north –west of Iran. *Journal of Emergency practice and trauma* 2015; 1(1): 1-2.

[27] Jayanthi R, Muralidharan RS, Gauthaman CS, Arun Kumar PP. An observational study on orally ingested poison cases in attempted suicide at toxicology unit of IMCU,Stanley medical college. *SMJ* 2015; 2(3): 12-3.

[28] Shaker SH, Hossieni Kasnaviyyeh MH, Basir ghafouri H, Tavakoli N, Yasinzadeh, M., Masoumi G, et al. Epidemiological survey of attempted suicide among patients admitted to hazrat rasoul hospital in Tehran 2007-2011. *Ir J Forensic Med* 2017; 23(1): 7-15. [Farsi]

[29] Zarenezhad M, Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Gholamzadeh S, Ghadipasha M, Rezaeian M. A Survey of Epidemiology of Suicide in Fars Province in the south of Iran during 2003 to 2011. *JRUMS* 2015; 13(11): 1129-40. [Farsi]

[30]Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine* 2014; 44: 279-89.

[31] Pires M, Silva T, Pires dos Passos M, Sougey E, Filho O. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. *Trends Psychiatry Psychother* 2014; 36(2): 63-74.

[32] Babanejad M, Pourkaramkhan T, Delpisheh A, Khorshidi A, Asadollahi K, K. S. Epidemiological Investigation of Suicide due to

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

Sciences *J Shahrekord Univ Med Sci* 2014;15(6): 75-86. [Farsi]

[34] Armitage CJ, Panagioti M, Abdul Rahim W, Rowe R, O'Connor RC. Completed suicides and self-harm in Malaysia: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2015; 37: 153-65..

Mental Disorders in Ilam Province during 1993-2009. *SJIMU* 2014; 22(5):104-13. [Farsi]

[33] Jabari Fard F, Ghari A, Yazd Khasti F, Masoudi S. The Epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001-2011. Journal of Shahrekord University of Medical

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]

Epidemiological Study of Suicide in Asadabad City in 2011-2017: A Descriptive Study

Z. Mohammadi[1], M. Arghavani[2], N. Solimani[3], F. Darabi[4], M. Akhlaghi[5], Z. Mousavi[6]

Received: 09/11/2019 Sent for Revision: 25/11/2019 Received Revised Manuscript: 19/04/2020 Accepted: 21/04/2020

Background and Objectives: Suicide is one of the biggest medical and social problems of the world. The present study was conducted with the aim of investigating the epidemiology of suicide in Asadabad city during 2011-2017.

Materials and Methods: In this descriptive study, demographic and epidemiologic data of suicide attempts and complete suicide were extracted using special forms of suicide archived in the Asadabad Health Network during the years of 2011-2017. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: The overall prevalence of suicide was 797/100000 people (804 cases), the prevalence of successful suicide (death) 21/100000 people (21 cases) and unsuccessful 776/100000 people (n783). Women (934/100000 people, n=466), single people (1548/100000 people, n=374), persons with secondary degree (3889/100000 people, n=258), unemployeds (790100000 people, n=577), residents of the city (792/100000 people, n=289) and season fall (240/100000 people, n=243) had the highest prevalence of suicide. The most important reason for committing suicide was, family fights and disputes (53.7%, n=432) and the most common method was pill consumption (72.4%, n=582).

Conclusion: Considering that the main cause of suicide is family disputes and the most common form of suicide is the use of pills; Suicide outbreaks can be reduced by implementing appropriate interventions, such as establishing family counseling centers and adequate education for vulnerable families and gro ups, as well as reducing access to suicide devices.

Key words: Epidemiology, Suicide attempt, Asadabad city

Funding: This study was funded by Hamadan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Hamadan University of Medical Sciences approved the study (IR.UMSHA.REC.1396.3).

How to cite this article: Mohammadi Z, Arghavani M, Solimani N, Darabi F, Akhlaghi M, Mousavi Z. Epidemiological Study of Suicide in Asadabad City in 2011-2017: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19 (3): 233-48. [Farsi]

1- Instructor, Dept. of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran, ORCID: 0000-0001-5210-2760

(Corresponding Author): Tel (081) 33132015, Fax: (081) 33132015, E-mail: ziba.mohammadi14@yahoo.com

2- Undergraduate Student of Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, ORCID:0000-0002-3704-9989

3- Undergraduate Student of Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran ORCID: 0000-0002-1496-8464

4- Assistant Prof. of Health Education and Health Promotion, Dept. of Public Health, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran, ORCID: 0000-0002-4399-1460

5- PhD Student of Biostatistics, Faculty of Biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, ORCID:0000-0003-3371-4301

6- Instructor, Dept. of Nursing, Boroujerd School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Lorestan, Iran, ORCID: 0000-0002-1267-9837

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-14]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1399.19.3.3.0]
[DOI: 10.29252/jrums.19.3.235]