Original Article

Epidemiology of attempted suicide in Kashan during 2003-8

Moravveji AR[1], Saberi H[1*], Akasheh G[2], Ahmadvand A[2], Kiani-Pour S[3]

1- Trauma Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received November 21, 2010; Accepted September 18, 2011

Abstract:

Background: Suicide is a major public health problem in developing countries which depending on geographical area, several factors have been associated with its prevalence and incidence. This study was conducted to evaluate the prevalence of attempted suicide and its related factors in Kashan during 2003-8.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on all suicide attempters referred to Kashan health centers during 2003-8. Patient's demographic information, manner, outcome and a previous history of suicide attempts were recorded on a questionnaire by interviewing patients or their families.

Results: There were 2867 suicide cases during the study period. Most of them were in age range of 25-35 years. Fifty-nine percent of patients were female and 56% married. Drug abuse was the most common method of suicide (79%). So, an overall attempted suicide rate was 119 per 100000 people in Kashan during 2003-8 and there were only 29 cases (1.1%) of successful suicide.

Conclusion: Although the rate of attempted suicide are high in this city, the rate for successful suicide is very low. Therefore, this problem and its related factors need to be considered by health managers.

Keywords: Attempted suicide, Suicide, Drug abuse

* **Corresponding Author.**
Email: hamisa2002@yahoo.com
Tel: 0098 913 361 4699
Fax: 0098 361 555 0111

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Winter, 2012; Vol. 15, No 4, Pages 374-381

Please cite this article as: Moravveji AR, Saberi H, Akasheh G, Ahmadvand A, Kiani-Pour S. Epidemiology of attempted suicide in Kashan during 2003-8. ***Feyz*** 2011; 15(4): 374-81.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان کاشان در سال‌های ۸۷-۱۳۸۲

سید علیرضا مروجی [۱]، حمیدرضا صابری [۱*]، گودرز عکاشه [۲]، افشین احمدوند [۲]، سیما کیانی‌پور [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: خودکشی یکی از مشکلات بهداشتی اساسی در کشورهای در حال توسعه بوده و عوامل مختلفی در بروز و شیوع آن تاثیر دارند، که بر اساس منطقه جغرافیایی می‌تواند متفاوت باشد. این مطالعه به‌منظور بررسی شیوع اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان در طی یک دوره ٦ ساله انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت مقطعی بر روی تمام موارد اقدام به خودکشی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر کاشان از ابتدای سال ۱۳۸۲ تا انتهای سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. مشخصات فردی، نتیجه، نحوه اقدام و سابقه قبلی خودکشی بر اساس پرسش‌نامه و از طریق مصاحبه از بیماران یا همراهان وی ثبت گردید.

نتایج: در طول این دوره ۲۸٦۷ نفر اقدام به خودکشی کرده که بیشتر آنها (۳٤/۲ درصد) در گروه سنی ۳۵-۲۵ سال بودند. زنان (۵۹/۷ درصد) و متاهلین (٥٦ درصد) بیشرین افراد درگیر را به‌خود اختصاص می دادند. سوءمصرف دارو (۷۹ درصد) شایع‌ترین روش اقدام بود. به‌طور کلی متوسط میزان اقدام به خودکشی در جمعیت کاشان ۱۱۹ به ازاء صد هزار نفر در سال به‌دست آمد و میزان خودکشی موفق در بین موارد اقدام فقط ۱/۱ درصد (۲۹ نفر) بود.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم بسیار پایین بودن میزان خودکشی موفق، موارد اقدام به خودکشی در کاشان زیاد می‌باشد که به‌همراه علل آن باید مورد توجه مدیران سلامت قرار گیرد.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، خودکشی، سوء مصرف دارو

فصلنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره پانزدهم، شماره ٤، زمستان ۱۳۹۰، صفحات ۳۸۱-۳۷٤

مقدمه

اقدام به خودکشی یک عمل عمدی فرد برای خاتمه دادن به زندگی خویش بوده و یک مسئله مهم سلامت عمومی محسوب می‌شود؛ به‌طوری که در برخی کشورها هشتمین علت مرگ در افراد بزرگ‌سال می‌باشد و حتی در برخی موارد مرگ و میر ناشی از آن بیشتر از تصادفات گزارش شده است [۳-۱]. در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند [٤]. از ٤۵ سال گذشته تا به حال میزان اقدام به خودکشی در جهان ٦۰ درصد افزایش داشته و طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، این میزان ۱۰-٤۰ بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است. هم‌چنین، طی نیم قرن اخیر میزان اقدام به خودکشی در جوانان رو به افزایش است [۳]. خودکشی ریشه در مسائل پیچیده رفتاری، بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی و اثرات متقابل آنها داشته و اطلاعات موجود در این زمینه محدود است [۵].

اقدام به خودکشی به‌علت پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل می‌کند [٦]. خودکشی در بین همه طبقات مختلف جمعیتی رخ می‌دهد، ولی زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌نمایند و این در حالی است که مردان بیش از زنان در خودکشی موفق می‌شوند [۸،۷]. بررسی متغیرهای جمعیتی و اجتماعی نشان داده است که سن بالای ٤۵ سال، جنس مذکر، بی‌کاری، اختلالات روانی و جسمی مزمن و مجرد، مطلقه یا بیوه بودن به‌عنوان عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی مطرح هستند [۹]. فراوانی خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است؛ به‌طوری که در منطقه موسوم به کمربند خودکشی شامل کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن با ۲۵ در صدهزار نفر در سال بیشترین و در اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ در صدهزار نفر در سال، رتبه‌های پایین را به‌خود اختصاص داده است [۱۰]. بررسی‌های دو دهه اخیر در ایران نشان داده است که خودکشی و اقدام به آن به‌ویژه در میان نوجونان و جوانان در بیشتر مناطق کشور مانند کرمان [۲]، تبریز [۷]، قزوین [۱۱]، کرج [٦]، شیراز [۱۲]، کردکوی [۱۳]، همدان [۱٤]، گیلان [۱۵]، مسجدسلیمان و دزفول [۱٦]، اهواز [۱۷]، اسلام-آباد غرب [۱۸] و مازندران [۱۹] رو به افزایش بوده است. در صورتی‌که در اکثر کشورهای پیشرفته از جمله انگلیس و استرالیا رو به کاهش نهاده است [۲۱،۲۰]. با توجه به نقش عوامل منطقه‌ای

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

*نشانی نویسنده مسوول:

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات تروما

تلفن: ۰۹۱۳۳٦۱٤٦۹۹ دورنویس: ۰۳٦۱ ۵۵۵۰۱۱۱

پست الکترونیک: hamisa2002@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۰/٦/۲۷

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

و فرهنگی بر اقدام به خودکشی و لزوم داشتن اطلاعات دقیق درباره اقدام به خودکشی و به‌منظور پیشگیری و کنترل آن، مطالعه‌ای در راستای تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی و برخی عوامل مؤثر بر آن در کاشان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت تا به‌عنوان گام نخست در جهت شناسایی وضعیت موجود بتوان به بهبود سلامت روان منطقه کمک نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی به‌روش سرشماری بر اساس اطلاعات فرم‌های تکمیل شده در طی ٦ سال (۸۷-۱۳۸۲) که از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت در اختیار دانشگاه‌ها قرار گرفته است، انجام شد. اطلاعات موجود در فرم‌ها شامل اطلاعات شخصی فرد اقدام کننده به خودکشی و متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، روش اقدام و محل سکونت، نتیجه اقدام وسابقه قبلی بوده است. پزشکان شاغل در مراکز درمانی شهر کاشان و یا مسئولین مربوطه پس از اثبات اقدام به خودکشی و ثبت اطلاعات مربوطه، فرد را به روانپزشک ارجاع داده و در نهایت نتیجه اقدامات به معاونت بهداشتی اطلاع داده شده بود. پژوهش‌گر با مراجعه به معاونت بهداشتی اطلاعات لازم را از طریق فرم‌های تکمیل شده به‌دست آورده و مورد مقایسه قرار داده است. لازم به‌ذکر است اطلاعات مربوط به سن ، جنس، وضعیت تاهل، روش و نتیجه اقدام در طی ٦ سال مورد نظر موجود بود، ولی اطلاعات مربوط به محل اقامت فقط در سال‌های ۸۷-۱۳۸۵ و در مورد شغل و سابقه قبلی خود کشی نیز فقط اطلاعات ۲ سال (۸٦-۱۳۸۵) قابل تجزیه و تحلیل بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی به‌صورت فراوانی مطلق و نسبی در مورد متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار در رابطه با متغیرهای کمی با استفاده از جداول و نمودارها توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در صورت لزوم برای مقایسه از آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی‌داری آماری در حد ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج

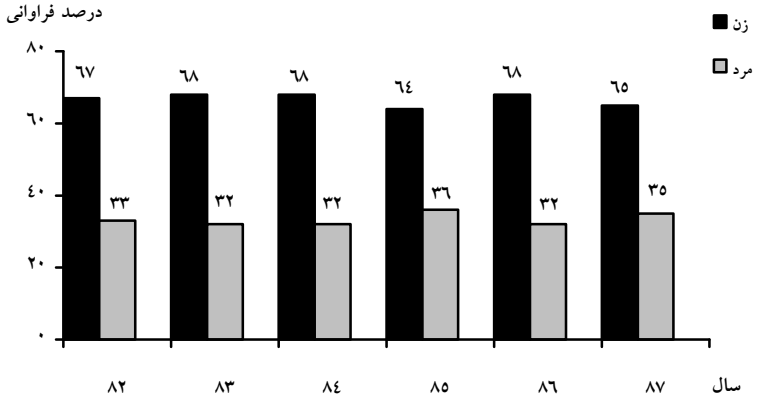
درمجموع طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۲ تعداد ۲۸٦۷ مورد خودکشی در شهرستان کاشان و حومه ثبت شده که بیشترین آن مربوط به سال ۱۳۸٦ (٦۱٤ مورد) بوده و کمترین مقدار در سال ۱۳۸۳ (۳۸۰ مورد) اتفاق افتاده است. با توجه به جمعیت ٤۰۰۰۰۰ نفری شهرستان کاشان و حومه، میزان خود کشی به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۷ به‌ترتیب ۹۸/۷، ۹۵، ۹٦، ۱۲٤، ۱۵۳، ۱٤۸ و به‌طور متوسط میزان اقدام به خودکشی برابر ۱۱۹ نفر به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال و میزان خودکشی موفق در بین موارد اقدام ۱/۱ درصد (۲۹ نفر) به‌دست آمد. گروه سنی ۳۵-۲۵ سال شایع‌ترین سن (به جز سال ۸٦) و گروه ۵۵ سال به بالا (به جز سال ۸٤) کمترین موارد اقدام به خودکشی را شامل می‌شد (جدول شماره ۱) و نتیجه آزمون آماری حاکی از اختلاف معنادار موارد اقدام در گروه‌های مختلف سنی طی سال‌های مورد بررسی می‌باشد (P=۰/۰۰۱). در تمام سال‌های مورد مطالعه موارد اقدام به خودکشی در زنان شایع‌تر از مردان بوده است (نمودار ۱) و آزمون آماری نشان داد که توزیع موارد خودکشی در سال‌های مختلف مستقل از جنسیت بوده و رابطه معناداری بین دو متغیر جنس و سال اقدام به دست نیامد (P=۰/۵٦). درمجموع سال‌های مورد بررسی در افراد بی‌سواد کمترین میزان خودکشی (۲۱۹ نفر یا ۷/٦ درصد) و بیشترین مقدار در دوره راهنمایی (۸٦۵ نفر یا ۳۰/۱ درصد) دیده شد، اما در سال‌های مختلف کمترین و بیشترین میزان در گروه‌های مختلف تحصیلی دیده شد؛ به‌طوری‌که افراد با تحصیلات دوره ابتدایی در سال ۱۳۸۳، دوره راهنمایی در سال‌های ۸۲ و ۸٤ و دبیرستان در سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۵ بیشترین موارد خودکشی را به‌خود اختصاص داده بودند. هم‌چنین، کمترین موارد اقدام به خودکشی در سال‌های ۸۲ تا۱۳۸٤ به تحصیلات دانشگاهی و در سال ۸۵ تا ۸۷ به افراد بی‌سواد تعلق دارد. در ضمن اختلاف سال‌های مختلف از نظر توزیع موارد خودکشی در گروه‌های سنی معنادار بود (P=۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲). در تمام سال‌ها اقدام به خودکشی در متأهلین به‌طور معناداری بیشتر از مجردها بود (P=۰/۰۰۱). مصرف دارو شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی طی سال‌های متوالی بود و اختلاف فراوانی روش‌ها در سال‌های مطالعه معنی‌دار به‌دست آمد (P=۰/۰۰۱). در سال‌های ۸٤-۱۳۸۲ مصرف مواد مخدر دومین روش شایع اقدام کنندگان بوده است ولی در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸٦ استفاده از مواد شیمیایی و سموم و در سال ۱۳۸۷ سایر موارد (برق گرفتگی، سقوط از ارتفاع و ...) دومین علت شایع بود. کمترین موارد در سال ۸۷-۱۳۸۵ مربوط به مصرف مواد مخدر بوده است (جدول شماره ۳). بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سال‌های ۸٦ و ۱۳۸۵ مربوط به زنان خانه‌دار بوده و دانش آموزان مقام دوم را شامل می‌شده‌اند. کمترین میزان خودکشی در طی این دو سال مربوط به کارمندان بوده و اختلاف توزیع موارد اقدام در مشاغل مختلف طی این دو سال معنادار می‌باشد (P=۰/۰۱۵). براساس جدول شماره ٤ به‌طورکلی موارد موفقیت (منجر به فوت) در طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۲، ۲۹ مورد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

(۱/۱ درصد) بوده است. کمترین میزان موفقیت نسبت به جمعیت اقدام کننده مربوط به سال ۱۳۸٦، ۲ نفر از ٦۱٤ نفر (۰/۳ درصد) و بیشترین موفقیت مربوط به سال ۱۳۸٤، ۸ نفر از ۳۸۵ نفر (۲/۱ درصد) بوده و آزمون آماری حاکی از معناداری تفاوت‌های میزان موفقیت در سال‌های متوالی می‌باشد (P=۰/۰٤). براساس جدول شماره۵ در سال ۱۳۸۵، ۹ نفر از ٤۹۷ نفر و در سال ۱۳۸٦، ۳٦ نفر (۵/۷ درصد) از ٦۱٤ نفر سابقه قبلی اقدام به خودکشی را ذکر کرده‌اند (P=۰/۰۰٦). شایع‌ترین محل اقامت اقدام کنندگان در مجموع سال‌های ۸۷-۱۳۸۵ در منزل پدری، (٦٦۹ نفر یا ۳۹/۱ درصد) بوده است (جدول شماره ٦).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های۸۷-۱۳۸۲ برحسب گروه سنی

سال	گروه سنی							
	زیر ۱۵ سال	۱۵-۲۵	۲۵-۳۵	۳۵-٤۵	٤۵-۵۵	>۵۵	جمع	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱۳۸۲	(۱/۸)۷	(۲۲/۸)۹۰	(۵۰/٦)۲۰۰	(۱۹)۷۵	(٤/۵)۱۸	(۱/۳)۵	(۱۰۰)۳۹۵	
۱۳۸۳	(۸/٦)۳۳	(۱۷/۹)٦۸	(۲۷/۳)۱۰٤	(۲۵/۲)۹٦	(۱۲/٦)٤۸	(۸/٤)۳۱	(۱۰۰)۳۸۰	
۱۳۸٤	(۳/٦)۱٤	(۲۵/۷)۹۹	(۳۵)۱۳۵	(۲۱)۸۱	(۸/۳)۳۲	(٦/۳)۲٤	(۱۰۰)۳۸۵	
۱۳۸۵	(٦/٦)۳۳	(۱٦/۷)۸۳	(۳٦)۱۷۹	(۲۳/۹)۱۱۹	(۱۰/۸)۵٤	(٦)۲۹	(۱۰۰)٤۹۷	
۱۳۸٦	(٤)۲۵	(٦٤/٦)۳۹۷	(۱۹/۵)۱۲۰	(٦/۸)٤۲	(۳/۷)۲۳	(۱/۰٤)۷	(۱۰۰)٦۱٤	
۱۳۸۷	(۲/۱)۱۳	(٤۰/٤)۲٤۱	(٤۰/۹)۲٤٤	(۱۱/۲)٦۷	(٤/۵)۲۷	(۰/۰۹)٤	(۱۰۰)۵۹٦	
۸۷-۱۳۸۲	(٤/۵)۱۲۵	(۳٤/۱)۹۷۸	(۳٤/۲)۹۸۲	(۱٦/۷)٤۸۰	(۷)۲۰۲	(۳/۵)۱۰۰	(۱۰۰)۲۸٦۷	



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۲ برحسب جنس

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۲ برحسب تحصیلات

سال	تحصیلات					
	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان	تحصیلات دانشگاهی	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸۲	(۱۰/٦)٤۲	(۲٤/۵)۹۷	(٤۲/۲)۱٦۷	(۱۵/٦)٦۲	(۷/۱)۲۷	(۱۰۰)۳۹۵
۱۳۸۳	(۱۵)۵۷	(۳٦/۵)۱۳۹	(۲۵/۲)۹٦	(۱۵)۵۷	(۸/۳)۳۱	(۱۰۰)۳۸۵
۱۳۸٤	(۱۲/۲)٤۷	(۲٤/۹)۹٦	(۳٦/۸)۱٤۲	(۱۵/۳)۵۹	(۱۰/۸)٤۱	(۱۰۰)۳۸۵
۱۳۸۵	(۵)۲۵	(۲۰/۵)۱۰۲	(۲٦/۵)۱۳۲	(۳٤/۸)۱۷۳	(۱۳/۲)٦۵	(۱۰۰)٤۹۷
۱۳۸٦	(۳/۹)۲٤	(۲۱/۸)۱۳٤	(۲۳/٤)۱٤٤	(٤۱/۵)۲۵۵	(۹/٤)۵۷	(۱۰۰)٦۱٤
۱۳۸۷	(٤/۸)۲٤	(۱۸/۱)۱۰۸	(۳۰/۸)۱۸٤	(۳۱/۳)۱۸۷	(۱۵/٦)۹۳	(۱۰۰)۵۹٦
۸۷-۱۳۸۲	(۷/٦)۲۱۹	(۲۳/۵)٦۷٦	(۳۰/۱)۸٦۵	(۲۷/٦)۷۹۳	(۱۱/۲)۳۱٤	(۱۰۰)۲۸٦۷

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های۸۷-۱۳۸۲ برحسب روش اقدام

سال	روش اقدام					
	دارو	مواد شیمیایی و سموم	مواد مخدر	خوردنی	سایر موارد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸۲	(۵٦/٤)۲۲۳	(۱۳/۷)٥٤	(۱۸)۷۱	(۹/٤)۳۷	(۲/٥)۱۰	(۱۰۰)۳۹٥
۱۳۸۳	(٥۲/۱)۱۹۸	(۱۳/۹)٥۳	(۲۲/۱)۸٤	(۷/٤)۲۸	(٤/٥)۱۷	(۱۰۰)۳۸۰
۱۳۸٤	(٦۸/٦)۲٦٤	(۸/۳)۳۲	(۱٤)٥٤	(٦/٥)۲٥	(۲/٦)۱۰	(۱۰۰)۳۸٥
۱۳۸٥	(۹۲/۳)٤٥۹	(٤/٦)۲۳	(۰/٦)۳	(۱/٤)۷	(۱)٥	(۱۰۰)٤۹۷
۱۳۸٦	(۹۲)٥٦٥	(٤/۹)۳۰	–	(۱/۳)۸	(۲)۱۱	(۱۰۰)٦۱٤
۱۳۸۷	(۹٦/٥)٥۷٥	(۱/۳)۸	(۰/۲)۱	(۰/۳)۲	(۱/۷)۱۰	(۱۰۰)٥۹٦
۱۳۸۲-۸۷	(۷۹/٦)۲۲۸٤	(٦/۹)۲۰۰	(۷/٤)۲۱۳	(۳/۷)۱۰۷	(۲/۳)٦۳	(۱۰۰)۲۸٦۷

جدول شماره ٤- توزیع فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های۸۷-۱۳۸۲ برحسب نتیجه اقدام

سال	نتیجه اقدام		
	موفق	ناموفق	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸۲	(۱/۸)۷	(۹۸/۲)۳۸۸	(۱۰۰)۳۹٥
۱۳۸۳	(۱/۳)٥	(۹۸/۷)۳۷٥	(۱۰۰)۳۸۰
۱۳۸٤	(۲/۱)۸	(۹۷/۹)۳۷۷	(۱۰۰)۳۸٥
۱۳۸٥	(۰/۸)٤	(۹۹/۲)٤۹۳	(۱۰۰)٤۹۷
۱۳۸٦	(۰/۳)۲	(۹۹/۷)٦۱۲	(۱۰۰)٦۱٤
۱۳۸۷	(۰/٥)۳	(۹۹/٥)٥۹۳	(۱۰۰)٥۹٦
۱۳۸۲-۸۷	(۱/۱)۲۹	(۹۸/۹)۲۸۳۸	(۱۰۰)۲۸٦۷

جدول شماره ٥- توزیع فراوانی موارد خودکشی برحسب سابقه قبلی

سال	سابقه قبلی		
	دارد	ندارد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸٥	(۱/۸)۹	(۹۸/۲)٤۸۸	(۱۰۰)٤۹۷
۱۳۸٦	(٥/۷)۳٦	(۹٤/۳)٥۷۸	(۱۰۰)٦۱٤
جمع	(٤)٤٥	(۹٦)۱۰٦٦	(۱۰۰)۱۱۱۱

جدول شماره ٦- توزیع فراوانی موارد خودکشی طی سال‌های ۸۷-۱۳۸٥ برحسب محل اقامت

سال	محل اقامت						
	پادگان	خوابگاه	منزل اجاره	منزل شخصی	منزل پدری	زندان	سایر موارد	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳۸٥	(۲/۲)۱۱	(۲/٤)۱۲	(۲۱/۳)۱۰٦	(۳۰/۱)۱٥۰	(٤۲/٦)۲۱۲	(۰/۸)٤	(۰/٤)۲	(۱۰۰)٤۹۷
۱۳۸٦	(۱/۷)۱۱	(۲/٤)۱٥	(۱٤/٦)۹۰	(۲۸)۱۷۲	(٤۹/٦)۳۰٥	(۰/٤)۳	(۲/۹)۱۸	(۱۰۰)٦۱٤
۱۳۸۷	(۱/٦)۱۰	(۲/۱)۱۳	(۲۷/٥)۱٦٤	(۳۷/۹)۲۲٦	(۲٥/٦)۱٥۳	(۰/۳)۲	(٤/٦)۲۸	(۱۰۰)٥۹٦
جمع	(۱/۸)۳۲	(۲/۳)٤۰	(۲۱)۳٦۰	(۳۲/۱)٥٤۸	(۳۹/۱)٦٦۹	(۰/۳٥)۹	(۳/۲)٤۸	(۱۰۰)۱۷۰۷

بحث

براساس این مطالعه همانند اکثر مطالعات صورت گرفته در ایران، اقدام به خودکشی در سال‌های اخیر در سنین جوانی (۲٥-۳٥ سال) شیوع بیشتری دارد [۲۳،۲۲،۱۸] ، در حالی‌که در بعضی از کشورهای توسعه یافته خودکشی در سنین بالاتر یک معضل است [۲٥،۲٤]. از دلایل شیوع بیشتر خودکشی در جوانان می‌توان به اختلال در ارتباط اجتماعی آن‌ها (بیشتر با هم‌سن و سالان خود، همسر و پدر و مادر) همچنین، گرایش به استفاده از مواد مخدر و داروها و بیکاری اشاره کرد. در مطالعه ما کمترین فراوانی خودکشی در سن بالای ٥٥ سال می‌باشد (۳/٥ درصد) که با مطالعه انجام شده در استرالیا مشابه است [۲٦]. در بررسی ما تفاوت معنی‌داری در اقدام خودکشی در زنان با مردان دیده نشد، هرچند که در اکثر مطالعات انجام شده در ایران و دنیا شیوع اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد [۲۹،۱۰-۲۷] و البته مطالعاتی نیز در سطح دنیا وجود دارد که خودکشی را در مردان بالاتر گزارش می‌کند [۳۱،۳۰،۲۰].

علت بالاتر بودن خودکشی در زنان شاید مربوط به روحیه حساس و آسیب‌پذیر آنان نسبت به مردان و کمتر بودن سامانه‌های پشتیبانی و اجتماعی در دفاع از حقوق زنان نسبت به مردان و علل احتمالی دیگر باشد. براساس مطالعه ما کمترین میزان اقدام به خودکشی در افراد بی‌سواد و بعداز آن مربوط به تحصیلات دانشگاهی بوده و بیشترین گروه اقدام کنندگان به خودکشی در طی این سال‌ها

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

مربوط بـه دوره راهنمـایی (۳۰/۱ درصـد) مـی‌باشـد. در برخـی مطالعات مشابه دیگر در ایران افراد دارای مدرک دیـپلم بـالاترین میزان اقدام به خودکشی را داشته‌اند [۲۳]. به‌نظر مـی‌رسـد علـت عمده این یافته ما به‌علت مشکلات بیشتر این گروه در جامعه و یـا بیشتر بودن افراد با این مدرک در جامعه کاشان و حومه باشد. در مطالعه ما شایع‌ترین روش اقدام به خودکـشی اسـتفاده از داروهـا (۷۹/٦ درصد) می‌باشد و به‌طور معنی‌دار بیشتر از سـایر روش‌هـا مورد استفاده واقع گردیده است. هم‌چنین، این روش روند افزایشی را در سال‌های اخیر نسبت به دیگر روش‌ها داشته است، به‌طوری‌که از ٥٦/٤ درصد در سال ۸۲ به ۹٦/٥ درصد در سال ۸۷ رسـیده است. البته مطالعاتی در ایران و دنیـا وجـود دارد کـه روش‌هـای دیگری در صدر علل قرار می‌گیرد [۳٤،٦-۳۱] که می‌تواند به‌علت شرایط متفاوت فرهنگی، اجتماعی، اعتقادی و قومی قبیله‌ای باشد. مطالعاتی نیز هستند که در آن‌ها دارو شایع‌ترین روش بـوده اسـت [۳۷،۱۰-۳۵]. شایع بودن خودکشی با دارو می‌توانـد بـه‌علـت در دسترس بودن داروها، آشنا بودن با داروهـای گونـاگون و بـی‌درد بودن این روش باشد. استفاده از دارو در کسانی که هدف اصـلی آنان از اقدام به خودکشی روشی برای حل مشکلات خود اسـت و نه مرگ می‌تواند از علل دیگر شیوع بالای این روش باشـد. افـراد متاهل نسبت به افراد مجـرد در مـوارد خودکـشی بیـشتر بودنـد. مطالعات مشابه یافته مـا [۳۹،۳۸،۲۱] و مخـالف (بـالاتر بـودن در مجردین) [۳۷،۳۳،۷،۲] وجود دارد. علت بالاتر بودن خودکشی در متاهلین می‌تواند ناشی از مشکلات عدیده اقتـصادی، اجتمـاعی و اختلافات خانوادگی و فرهنگی در این منطقه باشد. میزان موفقیت در خودکشی در افراد مورد مطالعـه ۲۹ نفـر (۱/۱ درصـد) بـوده است. در مطالعه اشکانی و همکاران در شیراز در سـال‌هـای ۸۰-۱۳۷۹ نیز میزان موفقیت در خودکشی۱ درصـد بیـان شـده اسـت [۱۲]. این میزان در گلـستان ۹ درصـد [۱۰]، در اراک ۲/۳ درصـد [۳۷]، و در مناطق روستای کرج و ساوجبلاغ ۰/۸ درصد [٦] مـی‌باشد. در مطالعه ما از مجموع ۱۱۱۱ نفر اقدام کننده به خودکـشی در سال ۱۳۸۲ و ۱۳۸۵، فقط ٤٥ نفر(٤ درصد) سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشته‌اند و در مطالعه انجام شده توسط شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده در قـزوین ۲٤ درصـد بیمـاران سـابقه قبلـی اقـدام بـه خودکشی داشته‌اند [۱۱]. در مطالعه مهران و همکـاران در بیرجنـد این فراوانـی ۱۷ نفـر(۳٤ درصـد) بـوده اسـت [۳۵]. در مطالعـه Heketh در چین در سال ۲۰۰۲ این میزان ۹ درصد بـوده [۳۹] و این در حالی‌است که در آمار ارائه شده توسط WHO این میـزان ۳۰-۲۰ درصد است [۳]. کمتر بودن فراوانی و سابقه قبلی اقدام به خودکشی در مطالعه ما شاید ناشی از تفاوت فرهنگی و حمایت و توجه بیشتر خانواده‌ها و اطرافیان بیمار در جهت رفع مـشکلات و یا کتمان و پنهان کاری فرد و یا اطرافیان فرد باشد. باتوجه به اینکه عمل اقدام به خودکشی اعلام خطری برای انجام خودکشی منجـر به فوت در آینده است، لازم است در مواجهه با این بیماران تنها به فکر نجات آنها نبوده و تمام بیماران مشاوره اورژانس روانپزشـکی گردند. براساس مطالعه ما بیشترین میزان اقـدام بـه خودکـشی در سال‌های ۸٦-۱۳۸۵ مربوط به زنان خانه‌دار و سپس دانـش‌آمـوزان بوده است. در مطالعات دیگر [۳۳،۱۱] نیز بیشترین اقدام کننـدگان به خودکشی را افراد خانه‌دار تشکیل می‌دادند و تفاوت در شـیوع افراد خانه‌دار در شهرهای مختلف قابل توجه می‌باشد. در نهایت بر اساس این مطالعه طی یک دوره ٦ ساله، ۲۸٦۷ نفر اقدام کننده بـه خودکشی در شهرستان کاشان و حومه با جمعیت ٤۰۰۰۰۰ نفری و میزان متوسط اقدام به خودکشی برابر ۱۱۹ نفر به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال به‌دست آمد که شبیه برخی مطالعات انجام شده در ایـران مانند مطالعه گلـستان (۱۱۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفـر) [۱۰] و یـا مطالعـه کردکوی [۱۳] می باشد، ولی به نسبت آمار کشوری ارائه شـده در ایران که برآوردی برابر ۵/۷ در صد هزار داشته، بالاتر است. برخی دیگر از مطالعات صورت گرفته در ایران و جهان نتایج متفـاوت و میزان کمتری از خودکشی را بیان نموده‌اند [۱،٤۱-۳۷]؛ هرچند که در منابع فوق، اشاره‌ای به اقدام به خود کشی یا میـزان خودکـشی موفق نشده و نمی‌توان با قاطعیت به مقایسه و اظهار نظر پرداخت. یکی از دلایل روند افزایشی اقدام به خودکشی می‌توانـد بـه‌دلیـل ثبت بهتر و دقیق‌تر اطلاعات در سیستم آمار نظام سلامت و مراکـز درمانی باشد، ولی باید به دلایل و عوامل موثر دیگر مانند مـسایل فرهنگی و بیماری‌های روحی روانی نیز توجه شود. در این مطالعه بررسی علل و ریشه‌های اقدام به خودکشی مد نظر نبود و به‌عنوان گام اول در بررسی وضع موجود انجـام شـد. توصـیه مـی‌گـردد جستجوی ریشه‌های ایجادکننده بیماری‌هـای روحـی روانـی بـه‌خصوص افسردگی برای پیشگیری از وقـوع خودکـشی و کـاهش عوارض نامطلوب آن در مطالعات بعدی انجام شود.

نتیجه گیری

علی‌رغم بسیار پایین بودن میزان خودکشی موفق، مـوارد اقدام به خودکشی در منطقه کاشان و حومه بالا بوده و از آنجا که خودکشی عـوارض نـامطلوب خـانوادگی و اجتمـاعی بـر جـای می‌گذارد، شناخت و بررسی عوامل خطر مرتبط با آن و هـم‌چنـین اقدامات پیشگیری کننده در این منطقه اهمیت دارد. در مطالعه مـا اقدام‌کنندگان به خودکشی در جوانان سنین ۳۵-۲۵ سـال، زنـان و متاهلین شایع‌تر بوده و شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در آنها

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

مصرف دارو بوده است. توجه خاص به این عوامل به‌خصوص سلامت روان گروه‌های فوق می‌تواند ما را در پیشگیری از وقوع خودکشی و کاهش عوارض نامطلوب آن یاری نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر اساس پایان نامه دانشجوی پزشکی سرکار خانم سیما کیانی‌پور می‌باشد. از واحد سلامت روانی اجتماعی معاونت بهداشتی دانشگاه بالاخص سرکار خانم مریم میرزایی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر می‌گردد.

References:

[1] Oner S, Yenilmez C, Ayranci U, Gunay Y, Ozdamar K. Sexual differences in the completed suicides in Turkey. ***Eur Psychiatry*** 2007; 22(4): 223-8.

[2] Yasami MT, Sabahi AR, Mir Hashemi SM, Seifi Sh, Azar Keyvan P, Taheri MH. Epidemiological survey of suicide through the Forensic Medical Center in the province of Kerman. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2002; 28: 4-12. [in Persian]

[3] World Health Organization (WHO). Suicide Statistics.
Avaiable at: 1999-2000. Accessed on 22 Oct 2003.

[4] Roy A. Suicide. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1987-2022.

[5] Guaiana G, D'Avanzo B, Barbui C. Update of suicide trends in Italy from 1986 to 1996. ***Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*** 2002; 37(6): 267-70.

[6] Mousavi F, Shah Mohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in rural areas. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2000; 20: 10-4. [in Persian]

[7] Khazaei H, Parvizi Fard AA. Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in Tabriz in 2001. ***Behbood*** 2003; 18: 42- 51. [in Persian]

[8] Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh AS. Predicting Factors of Suicide Attempts in Karaj General Population. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2007; 3: 219-26. [in Persian]

[9] Kaplan H, Sadock B. Poket hand books of clinical psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Willams and Wilkins; 2001. p. 262.

[10] Taziki MH, Semnani SH, Golalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajaee S, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2006; 55: 72-7. [in Persian]

[11] Shaykholeslmi H, Fallahzade M. Suicide's referrals to the emergency clinic of Qazvin. ***J Qazvin Univ Med Sci*** 1997; 3: 24-30. [in Persian]

[12] Ashkani H, Dehbozorgi Gh.R, Emamgholi Poor 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]

[13] Zarghami M, Khalilian AR. Epidemiology of committing suicide in Kordkouy. ***Pejouhandeh*** 2003; 35: 361-70. [in Persian]

[14] 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; 10-9: 11-31. [in Persian]

[15] Khalkhali SMR, Rahbar M, Farde Masood R, Jamadi A. Survey of life events prior to suicide attempt. ***J Guilan Univ Med Sci*** 2001; 40-39: 96-104. [in Persian]

[16] Najarian B, Asghari Moghadam MA, Barati F. Relationship between psychological characteristics and suicide rate in Masjid Suleyman and Dezful. ***Sci Med J Ahwaz Univ Med Sci*** 1993; 16: 16-29. [in Persian]

[17] Hossein Pour M, Ghaffari SM, Mehrabi Zadeh M. A study on the incentives of suicide attempts among adolescents referred to Golestan Hospital of Ahwaz in 2001-2002. ***Sci Med J Ahwaz Univ Med Sci*** 2004; 41: 24-30. [in Persian]

[18] Ahmadi AR. Frequency of self-immolation in the attempted suicide patients in Islam Abad Gharb, 1997-2003. ***Behbood*** 2005; 24: 26-36. [in Persian]

[19] Ahmadi AM, Haji Ahmadi M. An epidemiological report on successful suicide in Mazandaran province in 1990-91. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2000; 28: 8-12. [in Persian]

[20] Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. ***Int J Epidemiol***. 2010 Jun 2. [Epub ahead of print]

[21] 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*** 2011 Mar 29. [Epub ahead of print]

[22] Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates. ***Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran*** 2002; 27: 16-21.

[23] Saberi Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi SH. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of Medical Sciences. ***Koomesh*** 2005; 4: 311-7. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]

[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] Castellani G, Beghini D, Barisoni D, Marigo M. Suicide attempted by burning: a 10- year study of self-immolation deaths. ***Burns*** 1995; 21(8): 607-9.
[26] 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.
[27] Esfandiyari Gh. Suicide risk factors: A review in pervious studies. ***J Nurs Midwifery Shaheed Beheshti Univ Med Sci*** 2002; 37: 24-29. [in Persian]
[28] Goodarzi MA. The new evolution in understanding and treatment of the suicide. ***J Recent Psychometric*** 19; 20: 35-54.
[29] Hawton K, Heeringen KV. The international Handbook of suicide attempted suicide. USA. New York: John Wiley sons LTD; 2000.
[30] 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.
[31] Santic Z, Ostojic L, Hrabac B, Prlic J, Beslic J. Suicide frequency in West-Herzegovina Canton for the period 1984-2008. ***Med Arh*** 2010; 64(3): 168-70.
[32] Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics:analyses of Canterbury Suicide Project data. ***J Stud Alcohol*** 2003; 64: 551-4.
[33] Lalwani S, Sharma GA, Kabra SK, Girdhar S, Dogra TD. Suicide among children and adolescents in South Delhi (1991-2000). ***Indian J Pediatr*** 2004; 71: 701-3.
[34] Janghorbani M, Sharififard G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and Associated factors. ***Arch Iran Med*** 2005; 8: 119-26.
[35] Mehran N, Bolhari J, Asghar Nejad Farid AA, Miri MR. Social and psychological characteristics of suicide attempters in comparison with normal individuals in Birjand. ***J Birjand Univ Med Sci*** 2004; 20: 22-8. [in Persian]
[36] Carlsten A, Waern M, Allebeck P. Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. ***Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*** 1999: 34: 609-14.
[37] Rafiei M, Seyfi A. The Epidemiologic Study of Suicide Attempt Referred to Hospitals of University of Medical Sciences in Markazi- Province from 1384 to 1386. ***Iran J Epidemiol*** 2009; 4(3-4): 59-69.
[38] Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. ***BMC Psychiatry*** 2010; 10: 41.
[39] Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 2008; 14: 115-21.
[40] Gory E, Simon MD. Suicide Risk during Anti depressant Treatment. ***Am J Psychiatry*** 2006; 163-166: 41-7.
[41] Rezauean M. The most common method of suicide in Tehran 2000-2004: Implication for prevention. ***Crisis*** 2008; 29(30): 164-6.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-25]