

اپیدمیولوژی خودکشی در استان بوشهر سال ۱۳۸۸

عبداله حاجی‌وندی^۱، فاطمه اکبری‌زاده^۲، محسن جانقربانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از مصائب و مشکلات بهداشتی جوامع انسانی می‌باشد که آگاهی از میزان‌ها و اپیدمیولوژی آن در هر منطقه می‌تواند به برنامه‌های کنترل و پیشگیری از آن کمک کند. مطالعه طولی ثبت موارد مرگ سالانه در اجرای این تحقیق به کار گرفته شده است.

روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۸، فرم‌های از پیش تنظیم شده ثبت موارد خودکشی بر اساس میزان‌های شیوع و کشندگی اختصاصی سنی، جنسی، روش به کار گرفته شده در خودکشی و دیگر متغیرهای دموگرافیک در یک دوره یک‌ساله تکمیل و با استفاده از شاخص خطر نسبی و آزمون‌های همبستگی بررسی شدند.

یافته‌ها: شیوع خودکشی در جمعیت زنان استان ۵/۷۶ و در جمعیت مردان استان ۲/۸۸ در هر صد هزار نفر برآورد گردید. خطر نسبی مرگ از خودکشی زنان نسبت به مردان در جمعیت مورد بررسی برابر ۲ با فاصله اطمینان (۱/۸۹-۲/۶) و اقدام به خودکشی ۲/۲۵ با فاصله اطمینان (۳/۸-۱/۰۳) می‌گردد. در مجموع میزان کشندگی خودکشی‌ها در جامعه مورد مطالعه ۶/۶٪ بود که در دو جنس اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. در ۸۷٪ موارد روش به کار گرفته شده، مصرف دارو می‌باشد اما فقط ۸٪ از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. دازدن با ۱۰۰٪ کشندگی مرگبارترین روش بوده و پس از آن خودسوزی با میزان کشندگی ۶۹٪ در رتبه دوم قرار داشت. روش خودسوزی تنها ۶٪ از کل موارد را شامل می‌شد اما ۷۱٪ مرگ‌ها راباعث گردیده است. بالاترین میزان کشندگی در مردان بیکار ۹/۳٪ و سپس در زنان خانه‌دار ۷/۲٪ مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: شیوع خودکشی در زنان استان از متوسط کشوری بالاتر و در مردان استان از متوسط کشوری کمتر بود که مشابه مناطق محروم‌تر کشور می‌باشد. پرخطرترین گروه‌ها برای خودکشی‌های موفق زنان متاهل خانه‌دار کم سواد و مردان بیکار با سواد پایین، تشخیص داده شدند و بیشترین خودکشی‌های ناموفق در سنین کمتر از ۲۵ سال بیشتر در زنان باسواد اعم از مجرد و متاهل و سپس پسران باسواد مجرد مشاهده گردید.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، اقدام به خودکشی، اپیدمیولوژی

ارجاع: حاجی‌وندی عبدالله، اکبری‌زاده فاطمه، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی خودکشی در استان بوشهر سال ۱۳۸۸. مجله تحقیقات

نظام سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۱(۹): ۱۲۶۱-۱۲۵۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

۱. دکترای آمار حیاتی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران (نویسنده مسؤول) Email: fakbari1@yahoo.com

۳. استاد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

خودکشی نه تنها باعث نابودی فرد می‌شود بلکه می‌تواند آسیب‌های جدی به اعضای خانواده فرد و متعاقباً جامعه وارد کند و یکی از مصائب و مشکلات بهداشتی جوامع انسانی می‌باشد. خودکشی یکی از ده علت عمده مرگ در بیشتر کشورهای دنیا است (۱). بر طبق آخرین آمارها هر ساله حدود یک میلیون نفر بر اثر خودکشی در جهان می‌میرند (۲). میزان خودکشی‌ها در طی نیم قرن اخیر سیر صعودی داشته و پیش‌بینی شده است که به ۱/۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ افزایش پیدا کند (۳) این در حالی است که آمار واقعی خودکشی‌ها بیش از تعداد موارد ثبت شده می‌باشد. عواملی مانند عدم اظهار فرد یا اطرافیان به خودکشی و یا ثبت مرگ به علل دیگر باعث کم‌شماری در تعداد خودکشی‌ها می‌گردد. مطالعات در مورد خودکشی در کشورهای توسعه یافته صنعتی مورد توجه بیشتری نسبت به دیگر نقاط جهان قرار گرفته است. خودکشی هشتمین علت عمده مرگ در ایالات متحد آمریکا است و سالانه باعث مرگ سی هزار نفر می‌شود (۴) همچنین خودکشی و قتل از لحاظ شاخص سال‌های از دست رفته عمر در کشور آمریکا در مکان سوم (۵) و در کانادا در مکان اول قرار دارد (۶). شیوع خودکشی در ایران نسبت به آمار جهانی پایین‌تر می‌باشد. اما میزان آن در نواحی مختلف کشور یکسان نمی‌باشد (۷).

در حالی که در برخی استان‌ها میزان خودکشی مردان بالاتر از زنان است در برخی از استان‌ها به ویژه استان‌های غرب کشور میزان خودکشی زنان بیش از مردان می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای که در سال ۸۱ برای کل جمعیت ایران انجام گرفت میزان خودکشی در مردان ۷/۵ نفر و میزان خودکشی در زنان ۳/۱ نفر در هر صد هزار نفر برآورد گردیده است. در حالی که بیشترین میزان خودکشی در زنان از استان ایلام برابر ۲۶/۴ نفر در هر صد هزار نفر گزارش شده است (۹). بر طبق آخرین آمارها میزان خودکشی در ایران ۶/۲ در هر صد هزار نفر تخمین زده می‌شود که در بین کشورهای دنیا در رده ۵۸ قرار دارد (۱۰). اگرچه برخی منابع میزان خودکشی در ایران را تا

۹ نفر درصد هزار نفر نیز عنوان کرده‌اند (۱۱). شیوع و الگوی خودکشی در نقاط مختلف جهان نیز یکسان نبوده و تفاوت‌هایی بین کشورهای جهان مشاهده می‌شود. کمترین میزان خودکشی در کشور نیجریه و بیشترین میزان خودکشی از شهر ژنو در کشور سوئیس گزارش شده است (۱۲). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که میزان خودکشی‌ها با عواملی مانند جنس، سن، وضعیت اقتصادی و وضعیت تأهل در ارتباط می‌باشد (۱۳، ۱۴).

در اغلب کشورهای پیشرفته صنعتی میزان خودکشی در مردان بیش از زنان می‌باشد. اما در کشورهای در حال توسعه اختلاف میزان‌های خودکشی مردان و زنان کمتر بوده و در برخی از کشورها خودکشی در زنان بیش از مردان می‌باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک همچنین نشانگر ارتباط سن با میزان‌های خودکشی می‌باشد. در اکثر جوامع با افزایش سن موارد خودکشی افزایش پیدا می‌کنند. هدف از این مطالعه برآورد میزان خودکشی و اقدام به خودکشی در استان و بررسی مقایسه‌ای آن در زیر گروه‌های مختلف جامعه از لحاظ سنی، جنسی، تأهل، سواد، اشتغال و دیگر عوامل می‌باشد تا بتوان گروه‌هایی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند شناسایی گردند به ویژه آنکه مطالعات اولیه حاکی از آن است که ترکیب جنسی در خودکشی‌ها در استان متفاوت با کل کشور می‌باشد و زنان بیش از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند. شناخت روش‌های متداول در اقدام به خودکشی‌ها و میزان کشندگی آن‌ها در زیرگروه‌های مختلف از دیگر اهداف این مطالعه می‌باشد.

روش‌ها

مطالعه حاضر در استان بوشهر در سال ۱۳۸۸ با جمعیت حدود ۴۵۰۳۸۳ نفر مرد و ۴۳۳۶۶۴ زن انجام گرفته است. داده‌ها حاصل سیستم ثبت موارد مرگ از خودکشی در طول سال می‌باشد. جمعیت هدف از افراد بالاتر از ۱۰ سال ساکن استان در همان سال می‌باشند زیرا آمار خودکشی در جمعیت پایین از ۱۰ سال مشاهده و یا ثبت نشده است. عوامل مرتبط با خودکشی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند محدود به عواملی است که در هنگام خودکشی افراد ثبت می‌گردند. داده‌ها شامل اطلاعات مربوط به

متغیرهای مورد بررسی در این تحقیق عبارتند از سن، جنس، شغل، سواد، وضعیت تاهل و روش بکار رفته در خودکشی که به هفت گروه تقسیم‌بندی شده‌اند. میزان‌های خودکشی در هر صد هزار نفر در این تحقیق جداگانه برای موارد اقدام به خودکشی و خودکشی کامل در هر دو جنس و گروه‌های سنی محاسبه گردیده‌اند. آزمون‌های آماری برای مقایسه میزان‌های خودکشی و همچنین میزان‌های کشندگی اقدام به خودکشی در زیر گروه‌های مختلف در سطح معنی داری ۰/۰۵ محاسبه گردیده است.

همچنین در موارد لزوم از برآوردهای فاصله ای برای اختلاف بین زیر گروه‌ها استفاده گردیده و برای نشان دادن چند برابر شدن شانس اقدام به خودکشی و مرگ از خودکشی در موارد لازم از شاخص خطر نسبی RR استفاده گردیده است.

یافته‌ها

شیوع خودکشی در جمعیت زنان استان ۵/۷۶ و در جمعیت مردان استان ۲/۸۸ در هر صد هزار نفر برآورد گردید در نتیجه خطر نسبی مرگ از خودکشی زنان نسبت به مردان در جمعیت مورد بررسی برابر ۲/۲۵ با فاصله اطمینان (۳/۸۶-۱/۰۳) می‌گردد. همچنین اقدام به خودکشی نیز در زنان بیش از مردان بوده است یعنی تعداد ۳۹۲ مورد اقدام به خودکشی در زنان در برابر ۱۸۱ مورد اقدام به خودکشی در مردان، که نشان می‌دهد زنان بیش از دو برابر مردان اقدام به خودکشی نموده‌اند خطر نسبی برابر ۲/۲۵ با فاصله اطمینان (۲/۶۸-۱/۸۹) می‌باشد.

از مجموع ۶۱۱ مورد خودکشی ثبت شده توسط مرکز بهداشت استان ۳۸ مورد منجر به مرگ شده و ۵۷۳ مورد منجر به مرگ نشده است. بنابراین میزان کشندگی خودکشی‌ها در جامعه مورد مطالعه در سال مورد بررسی ۶/۶٪ می‌باشد. از ۳۸ مورد خودکشی ۲۵ نفر زن و ۱۳ نفر بقیه مرد بوده‌اند، بنابراین تعداد زنانی که خودکشی آنها به مرگ منجر شده تقریباً دو برابر تعداد مردان در جامعه مورد بررسی بوده است در حالی که جمعیت زنان در سال مورد بررسی کمتر از مردان استان بوده است. در جدول (۱) میزان خودکشی و اقدام به خودکشی با توجه به کل جمعیت استان در سال مورد بررسی در سه گروه سنی به تفکیک جنس آورده شده است.

افرادی است که خودکشی کامل داشته‌اند و همچنین مربوط به افرادی است که اقدام به خودکشی نموده‌اند و اصطلاحاً خودکشی ناموفق داشته‌اند. جمعیت کل استان در سال مورد بررسی نیز از میانگین جمعیت اول سال و آخر سال که توسط سرشماری‌های سالانه محاسبه می‌گردد به دست آمده است. این داده‌ها توسط مرکز آمار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در اختیار محققین قرار گرفته است. تکمیل فرم‌های از پیش تنظیم شده برای تمام کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند توسط مرکز بهداشت روان معاونت بهداشتی انجام می‌پذیرد. متغیرهایی که در این فرم‌ها ثبت می‌گردند، عبارتند از شهرستان، سال و ماه زمان اقدام به خودکشی، جنس، سن، شغل، وضعیت تاهل و تحصیلات. سابقه بیماری روانی، سابقه اقدام به خودکشی، روش خودکشی و محل سکونت فرد براساس تقسیم‌بندی شهری و روستایی.

انجام عمل خودکشی در این مطالعه در صورتی که به مرگ منجر شود "خودکشی" و در صورتی که فرد زنده بماند "اقدام به خودکشی" نامیده می‌شود. تعریف "خودکشی" در این تحقیق معادل همه موارد کدهای X60 تا X80 در لیست طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) می‌باشد (۱۵).

لازم به ذکر است برای تکمیل پرسشنامه در موارد منجر به فوت (خودکشی موفق) به جز گواهی پزشک قانونی از بستگان درجه یک متوفی کمک گرفته شده است. معیار ورود به تحقیق برای موارد اقدام به خودکشی اعتراف صریح مراجعه‌کننده و یا اطرافیان به خودکشی و یا مشکوک شدن پرسنل و معیار خروج، سایر سوانح و حوادث و یا نظریه پزشکی قانونی در موارد فوت به علتی غیر از خودکشی در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ها بعد از تکمیل به صورت ماهانه به مرکز بهداشت استان جهت ورود داده‌ها و تجزیه و تحلیل ارسال شده در نرم افزار Excel وارد کامپیوتر و سپس برای آنالیز اطلاعات به نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ منتقل گردیدند. سه نوع میزان در این مطالعه مورد توجه می‌باشد که در کل افراد و همچنین در زیر گروه‌های اختصاصی متغیرهای تحقیق محاسبه گردیده است.

- ۱- میزان کشندگی: که از تقسیم تعداد خودکشی‌ها در طول سال بر تعداد اقدام به خودکشی‌ها در طول سال به دست می‌آید.
- ۲- میزان خودکشی در هر صد هزار نفر از جمعیت
- ۳- میزان خودکشی ناموفق (اقدام به خودکشی) در هر صد هزار نفر از جمعیت.

جدول ۱: میزان‌های خودکشی در گروه‌های سنی مختلف زنان و مردان در هر صد هزار نفر. (RR محاسبه شده خطر نسبی خودکشی در زنان نسبت به مردان می‌باشد)

سن	میزان خودکشی		RR	p.valu
	مردان	زنان		
۱۰-۲۴	۳/۳۵	۸/۱	۲/۴۲ (۰/۹۵-۶/۱۳)	۰/۰۶
۲۵-۴۴	۳/۳۴	۵/۶	۱/۶۸ (۰/۵۵-۵/۱۷)	۰/۳۶
۴۵+	۲/۵۸	۴	۱/۵۵ (۰/۲۶-۹/۱۴)	۰/۶۳
کل	۲/۸۸	۵/۷۶	۲(۱/۰۳-۳/۸۶)	۰/۰۴

بیشتر است به طوری که در زنان از مقدار ۱۴۸ نفر در هر صد هزار نفر در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال به ۱۴ نفر در گروه سنی بالای ۴۵ سال کاهش یافته است. در مردان نیز وضعیتی مشابه را شاهد هستیم.

با افزایش سن شاهد کاهش نسبی میزان‌های خودکشی در هر دو جنس می‌باشیم. میزان‌های اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی مختلف زنان و مردان را در جدول (۲) شاهد هستیم. میزان اقدام به خودکشی نیز مانند میزان خودکشی‌ها با افزایش سن در هر دو جنس رو به کاهش گذاشته است اما شدت کاهش در مقایسه

جدول ۲: میزان‌های اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی مختلف زنان و مردان در هر صد هزار نفر. (RR محاسبه شده همراه با برآورد فاصله‌ای ۹۵٪، خطر نسبی اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان می‌باشد)

سن	میزان اقدام به خودکشی		RR	p.valu
	مردان	زنان		
۱۰-۲۴	۶۶/۶	۱۴۸	۲/۲۲ (۱/۸۰-۲/۷۴)	۰/۰۰۰
۲۵-۴۴	۳۶/۷	۸۶/۹	۲/۳۷ (۱/۷۵-۳/۲۲)	۰/۰۰۰
۴۵+	۹/۰۳	۱۴/۶	۱/۶۲ (۰/۶۴-۴/۱۲)	۰/۲۰۵
کل	۴۰/۲	۹۰/۳	۲/۲۵ (۱/۸۹-۲/۶۱)	۰/۰۰۰

معنی‌داری معلوم گردیده است. با توجه به جدول بیشترین خودکشی‌های ناموفق در سنین کمتر از ۲۵ سال بیشتر در زنان باسواد اعم از مجرد و متأهل و سپس پسران باسواد مجرد مشاهده می‌گردد. اگرچه در خودکشی‌های موفق نیز سهم زنان و مردان باسواد قابل توجه است.

توزیع فراوانی روش‌های مورد استفاده در خودکشی‌ها و میزان کشندگی هر روش را در جدول (۵) آورده‌ایم. خودسوزی در صدر روش‌های مورد استفاده در خودکشی‌های منجر به مرگ هم در زنان و هم در مردان می‌باشد. در زنان این روش ۸۰٪ و در مردان ۵۴٪ موارد را به خود اختصاص می‌دهد. دار زدن دومین روش مورد استفاده در هر جنس بوده است که در مردان ۱۵٪ و در زنان ۱۲٪ محاسبه گردید. مسمومیت با دارو در صدر روش‌های مورد استفاده در اقدام به خودکشی‌هایی

میزان کشندگی که معادل احتمال مرگ در اقدام به خودکشی می‌باشد را در گروه‌های سنی مختلف در جدول ۳ مشاهده می‌کنیم. در هر دو جنس با افزایش سن احتمال مرگ در خودکشی‌ها افزایش می‌یابد. اما در مردان اختلاف‌های مشاهده شده معنی‌دار نشده که از لحاظ آماری به دلیل تعداد کم مرگ‌ها قابل توجه است. اما در زنان اختلاف بین گروه‌های سنی معنی‌دار گردیده است.

در جدول (۴) میزان کشندگی یا احتمال مرگ در اقدام به خودکشی‌ها را برای طبقه‌بندی‌های متغیرهای سواد، تاهل و اشتغال مشاهده می‌کنیم. میزان کشندگی در بی‌سوادان بیش از باسوادان در متأهلین بیش از مجردین و در مردان بیکار و زنان خانه‌دار بیش از گروه‌های دیگر دیده می‌شود. معنی‌دار بودن اختلاف‌ها در زیرگروه‌های مختلف به کمک مقادیر

۲۵ سال ۰.۵٪ بوده است، با افزایش سن این میزان نیز افزایش پیدا کرده است به طوری که در گروه سنی بالای ۴۵ سال به ۲۱/۷٪ رسیده است. همچنین میزان کشندگی در کل زنان ۰.۶٪ و در کل مردان ۰.۶/۷٪ بوده است.

است که منجر به مرگ نگردیده است. در زنان این روش ۰.۹۴٪ و در مردان ۰.۸۹٪ از کل روش‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. دار زدن بالاترین میزان کشندگی و مصرف دارو کمترین میزان کشندگی را در هر دو جنس دارا بوده‌اند. نتایج همچنان نشان داد که میزان کشندگی در گروه سنی کمتر از

جدول ۳: فراوانی و فراوانی نسبی خودکشی و اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی مختلف در دو جنس

سن	مرد تعداد (درصد)			زن تعداد (درصد)		
	میزان کشندگی٪	اقدام به خودکشی	خودکشی کامل	میزان کشندگی٪	اقدام به خودکشی	خودکشی کامل
۱۰-۲۴	۰.۰۶	۱۱۹ (۰.۶۶)	۱۴ (۰.۰۵۶)	۰.۰۵	۲۵۶ (۰.۰۶۵)	۲ (۰.۰۵)
۲۵-۴۴	۰.۰۵	۵۵ (۰.۳۰)	۸ (۰.۰۳۲)	۰.۰۶	۱۲۵ (۰.۰۳۲)	۶ (۰.۰۶)
۴۵+	۰.۰۲	۷ (۰.۰۴)	۳ (۰.۰۱۲)	۰.۰۳	۱۱ (۰.۰۳)	۴ (۰.۰۲۱)
کل	۰.۰۱۳	۱۸۱ (۰.۰۱۰)	۲۵ (۰.۰۰۶)	۰.۰۲۱	۳۹۲ (۰.۰۱۰)	۶

جدول ۴: فراوانی و فراوانی نسبی خودکشی و اقدام به خودکشی در گروه‌های مختلف سواد، تاهل و شغل در دو جنس

زیرگروه‌ها	مرد تعداد (درصد)			زن تعداد (درصد)		
	میزان کشندگی	اقدام به خودکشی	خودکشی کامل	میزان کشندگی	اقدام به خودکشی	خودکشی کامل
با سواد	۰.۰۸	۱۶۲ (۰.۸۹)	۱۵ (۰.۰۶۰)	۰.۰۷	۳۴۵ (۰.۰۸۸)	۲ (۰.۰۴)
بی سواد	۰.۰۵	۱۹ (۰.۱۱)	۱۰ (۰.۰۴۰)	۰.۰۵	۴۷ (۰.۱۲)	۵ (۰.۱۷)
متاهل	۰.۰۷	۵۵ (۰.۳۰)	۱۵ (۰.۰۶۰)	۰.۰۹	۲۰۱ (۰.۰۵۱)	۹ (۰.۰۵)
مجرد	۰.۰۶	۱۲۶ (۰.۷۰)	۱۰ (۰.۰۴۰)	۰.۰۳	۱۹۱ (۰.۰۴۹)	۹ (۰.۰۳)
شاغل	۰.۰۸	۱۰۵ (۰.۵۸)	۱ (۰.۰۷)	۰.۰۸	۲۸ (۰.۰۷)	۴ (۰.۰۳)
بیکار (خانه دار)	۰.۰۴	۳۹ (۰.۲۲)	۲۳ (۰.۰۹۲)	۰.۰۲	۲۷۰ (۰.۰۶۹)	۲ (۰.۰۷)
در حال تحصیل	۰.۰۱	۳۷ (۰.۲۰)	۱ (۰.۰۲)	۰.۰۱	۹۴ (۰.۰۲۴)	۱ (۰.۰۱)

جدول ۵: فراوانی و فراوانی نسبی نوع خودکشی و اقدام به خودکشی و میزان کشندگی در دو جنس

روش خودکشی	مردان			زنان		
	تعداد (٪)	تعداد (٪) اقدام به خودکشی	میزان کشندگی (٪)	تعداد (٪) اقدام به خودکشی	تعداد (٪) خودکشی	میزان کشندگی (٪)
خودسوزی	۰.۰۷	۱۲ (۰.۰۱)	۰.۰۷	۱۰	۲۰ (۰.۰۸)	۰.۰۷
دار زدن	۰.۰۲	۰	۰.۰۲	۰	۳ (۰.۰۱۲)	۰.۰۲
سلاح سرد	۰	۹ (۰.۰۵)	۰	۲	۰	۰
سلاح گرم	۰.۰۱	۰	۰.۰۱	۰	۰	۰
مسمومیت با دارو	۰.۰۱	۱۶۳ (۰.۰۹)	۰.۰۱	۳۷۴	۲ (۰.۰۰۸)	۰.۰۵
مسمومیت با سم	۰	۵ (۰.۰۳)	۰	۹	۰	۰

بحث

در رابطه با روش مورد استفاده در خودکشی‌های موفق در این مطالعه می‌توان به روش خودسوزی اشاره کرد که دارای میزان کشندگی بسیار بالایی است و البته در مطالعات متعددی در ایران به آن اشاره شده است (۲۳، ۲۲، ۲۱). اما در کشورهای غربی مانند آمریکا این روش سهم ناچیزی را به خود اختصاص می‌دهد و استفاده از سلاح گرم در مرحله اول و دار زدن در مرحله بعدی قرار داشته است (۱۷). تفاوت دیگر ارتباط میزان کشندگی خودکشی‌ها با جنس می‌باشد در مطالعه حاضر اختلاف کمی در بین زنان و مردان مشاهده گردید (کمتر از یک درصد) اما در مطالعه‌ای در آمریکا ۵٪ خودکشی‌ها در زنان منجر به مرگ گردید و در حالی که میزان کشندگی در مردان ۲۳٪ گزارش شده است (۲۴). میزان خودکشی با سن ارتباط دارد. یافته‌ها نشان داد که در زنان در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال شیوع خودکشی بیش از گروه‌های سنی دیگر بوده است اما در مردان در گروه سنی کمتر از ۴۵ سال شیوع خودکشی بیش از گروه سنی ۴۵ سال و بالاتر بوده است.

میزان کشندگی در این مطالعه با افزایش سن ارتباط مستقیم نشان داد به طوری که در گروه سنی بالای ۴۵ سال چندین برابر گروه‌های سنی پایین‌تر گردید که با برخی مطالعات مشابهت دارد (۲۵، ۲۶) اما بر خلاف نتایج مطالعه اردبیل می‌باشد که بیشترین میزان کشندگی در گروه کمتر از ۲۵ سال مشاهده گردید (۲۷).

آمار اقدام به خودکشی همیشه بیش از تعداد خودکشی‌های موفق در جوامع می‌باشد و اگر چه به مرگ منتهی نگردیده بایستی مورد توجه قرار گیرد زیرا نشانگر وجود مشکلات روحی روانی در بین افراد جامعه می‌باشد که خود می‌تواند از مشکلات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی منتج شده باشد ضمن اینکه برخی روش‌ها مانند خودسوزی حتی اگر به مرگ منجر نشود ضایعات جبران‌ناپذیری را در سلامت افراد ایجاد می‌کند. شیوع اقدام به خودکشی نیز در این مطالعه در هر دو جنس در گروه‌های سنی پایین‌تر بیشتر دیده شد و مانند شیوع خودکشی، در زنان بیش از دو برابر مردان بوده است در

نتایج مطالعات سال‌های اخیر میزان خودکشی سالیانه در ایران را از ۴/۵ تا بیش از ۹ نفر در هر صد هزار نفر عنوان کرده‌اند که بالاترین آمار اعلام شده نیز از متوسط جهانی پایین‌تر است (۱۶، ۷) در مقایسه با نتایج مطالعه مرادی و همکارانش (۱۶) که میزان خودکشی در مردان و زنان در ایران را به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ در هر صد هزار نفر برآورد نموده، یافته‌های ما در استان نشانگر پایین‌تر بودن میزان خودکشی مردان به متوسط کشوری و بالاتر بودن میزان خودکشی زنان نسبت به متوسط کشوری است به طوری که نسبت جنسی خودکشی (زنان به مردان) در استان بوشهر بیش از سه برابر نسبت جنسی خودکشی‌ها در کشور است. در مقایسه با کشورهای اروپایی و آمریکا این اختلاف باز هم بیشتر می‌شود. در حالی که در این مطالعه زنان دو برابر بیش از مردان خودکشی کرده‌اند در مطالعه‌ای در هشت ایالت آمریکا این نسبت برابر ۱/۴ بوده است یعنی ۴ مرد در مقابل یک زن (۱۷) در مطالعه دیگری در فرانسه این نسبت ۱/۳ برآورد گردیده است (۱۸)، بنابراین نسبت مرگ زنان به مردان از خودکشی در این مطالعه ۶ تا ۸ برابر همین نسبت در کشورهای غربی می‌باشد. به طور کلی در اکثر کشورهای دنیا موارد خودکشی مردان بیش از زنان می‌باشد و تنها در چند کشور دنیا مانند چین، هندوستان و سریلانکا زنان بیش از مردان خودکشی می‌کنند. در مطالعه استان کردستان نیز مشابه این مطالعه زنان دو برابر بیش از مردان خودکشی کرده‌اند (۱۹). در مطالعه ایلام نیز از کل ۷۱ مورد خودکشی منجر به مرگ در سال مورد مطالعه، ۶۴٪ زن و ۳۶٪ مرد بودند (۲۰) در مطالعه مسجد سلیمان نیز تعداد زنان متوفی از خودکشی با ۳۲ مورد بیش از تعداد مردان با ۱۹ مورد در سال مورد بررسی بوده است (۲۱). اما در مناطقی از کشور موارد خودکشی مردان بیش از زنان بوده است به عنوان مثال در مطالعه‌ای در کرمان مردان ۲/۲۶ برابر زنان خودکشی موفق داشته‌اند (۲۲). به نظر می‌رسد در مناطق محروم‌تر، افزایش موارد خودکشی زنان نسبت به مردان را شاهد هستیم که می‌توان با مطالعه‌ای جامع‌تر این موضوع را بررسی نمود.

شاهد بودیم به این صورت که در اقدام به خودکشی‌ها نسبت بیشتری از باسوادی را در مقایسه با گروه خودکشی‌های موفق می‌توان مشاهده نمود. به این مفهوم که باسوادها بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند در حالی که بی‌سوادان بیشتر خودکشی موفق داشته‌اند. شبیه این نتایج را در چند مطالعه دیگر نیز می‌توان مشاهده نمود (۳۲، ۲۵، ۲۶). وضعیت اقتصادی نیز با خودکشی در ارتباط می‌باشد البته محدودیتی که در این مورد وجود داشت این بود که اطلاعات در رابطه با وضعیت اقتصادی تنها به شاغل یا بیکار بودن افراد محدود می‌شد با این حال در این تقسیم‌بندی نیز تفاوت‌هایی مشاهده گردید. به طوری که ۳۱٪ متوفیان از خودکشی در مردان، بیکار بوده‌اند و همچنین در زنان تنها ۸٪ فوت شدگان از خودکشی شاغل و یا در حال تحصیل بوده‌اند و ۹۲٪ بقیه را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دهند. همچنین میزان کشندگی اقدام به خودکشی‌ها در این دو گروه بیش از گروه‌های دیگر بوده است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان گفت یافته‌های این مطالعه نشان داد که خودکشی در زنان بیش از مردان در گروه‌های سنی پایین‌تر، بی‌سوادان و متاهلین مخصوصاً زنان خانه‌دار بیش از گروه‌های دیگر مشابه اتفاق می‌افتد و روش غالب در خودکشی‌ها خودسوزی و سپس دار زدن می‌باشد و مصرف دارو روش غالب در اقدام به خودکشی‌ها در هر دو جنس بوده است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت بیشترین خودکشی‌های ناموفق در سنین کمتر از ۲۵ سال بیشتر در زنان باسواد اعم از مجرد و متاهل و سپس پسران باسواد مجرد اتفاق می‌افتد و بیشترین گروه‌های پرخطر در انجام خودکشی‌های موفق مردان بیکار با سواد پایین و زنان خانه‌دار متاهل با سواد نسبتاً پایین می‌باشند و از آنجا که بار نگهداری و تربیت کودکان بیشتر بر دوش این گروه قرار دارد مرگ آن هم به دلیل خودکشی، مشکلات فراوانی را برای دیگر اعضا خانواده در پی خواهد داشت.

مطالعه استان گلستان (۲۶) نیز اقدام به خودکشی در زنان بیش از مردان مشاهده شد اما اختلاف در دو جنس کمتر از مطالعه حاضر بوده است در مطالعه دیگری در سمنان ۶۱٪ بستری شدگان به دلیل اقدام به خودکشی را زنان تشکیل می‌دهند (۲۸). اما نتایج مطالعه مشابه‌ای که در همدان انجام گرفت (۲۹) نشان داد که بستری شدگان زن از خودکشی در بیمارستان‌های مورد مطالعه اندکی از مردان کمتر بوده‌اند (۴۸٪ در مقابل ۵۲٪).

در رابطه با بحث خودکشی و تاهل وضعیت در دو جنس متفاوت بود به همین دلیل جداگانه مورد بحث قرار می‌دهیم. در زنان در خودکشی‌های موفق، اکثریت با زنان متاهل بود اما در اقدام به خودکشی‌ها سهم زنان متاهل و مجرد تقریباً یکسان بود. افزونی زنان متاهل در خودکشی‌های موفق نسبت به زنان مجرد متاسفانه در اکثر مناطق ایران مشاهده می‌شود، آیا تاهل احتمال اقدام به خودکشی زنان را در ایران افزایش می‌دهد. انجام مطالعه‌ای برای یافتن جواب این پرسش ضروری به نظر می‌رسد. اما در مردان در حالی که در خودکشی‌های موفق تعداد متاهلین و مجردها اختلاف زیادی نشان نمی‌دهد، در خودکشی‌های ناموفق مجردها بیش از دو برابر متاهلین بودند. در مطالعه سمنان در بین افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند زنان متاهل با ۶۱٪ بیش از مجردها گزارش شده است اما در مردان ۳۴٪ متاهل و مردان مجرد ۶۶٪ گزارش شده است که تقریباً مشابه با نتایج مطالعه ما می‌باشد (۲۸). در مطالعه‌ای که در کردکوی انجام شد نیز از زنان اقدام کننده به خودکشی ۶۰٪ متاهل بوده‌اند و از مردان اقدام کننده به خودکشی تنها ۱۹٪ متاهل بوده‌اند (۳۰). در مطالعه شهر اردبیل نیز ۵۷/۸٪ افراد متوفی از خودکشی متاهل بوده‌اند (۲۷). در مطالعه‌ای که در شهر تهران برای متوفیان از خودکشی بروش خودسوزی در طول یک دوره پنج ساله انجام گرفت ۶۱٪ متاهل بوده‌اند که ۲۶٪ آنان بی‌سواد گزارش شده است (۳۱). همچنان که از لحاظ وضعیت تاهل تفاوت‌هایی در دو گروه خودکشی‌های موفق و ناموفق شاهد بودیم در رابطه با سطح سواد نیز وضعیتی تقریباً مشابه را

References

1. Barstad A. Explaining Changing Suicide Rates in Norway 1948–2004: The Role of Social Integration. *Soc Indic Res* 2008; 87 (1): 47-64.
2. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. Suicide problems-epidemiology, factors, motives and prevention. *Pol Merkur Lekarski* 2010; 28(164):174-6.
3. Murad Khan M. Suicide prevention and developing countries. *JR Soc Med* 2005; 98: 459-63.
4. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 2002 19; 136(4):302-11
5. Centers for Disease Control and Prevention. Years of potential life lost before age 65- United States, 1990 and 1991. *Morb Mort Weekly Rep.* 1993; 42: 251 – 253
6. Clayton D, Barcel A. The cost of suicide mortality in New Brunswick, 1996. *Chronic Dis Can.* 1999;20(2):89-95.
7. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14: 115-21.
8. Zarghami M, Khlilian A. Deliberate selfburning in Mazandaran, Iran. *Burns* 2002; 28 (2): 115-119.
9. Rezaeian M, Sharifirad Gh. Seasonal pattern of suicide in ilam province. *J of Ilam Univ. of Med. Sciences* 2008;16(2) :51-7.
10. Khajeh MN, Behroziyan F, Ganavati F. Investigation of the relationship between hopelessness and suicide in patients with mood disorders. *J Iran Univ Med Sci* 2010; 4: 407-13 .
11. Rezaeian M. Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran. *J Health Syst Res* 2013; 8(7): 1190-6.
12. La Harpe R. Suicide in the Geneva canton (1971 – 1990). An analysis of forensic medicine autopsy sample. *Arch Kriminol* 1995; 195(3-4):65-74.
13. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26(3):237-52
14. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20(3):499-517.
15. International Classification of Diseases (ICD), World Health Organization: Classifications, (Accessed February 22, 2014, at <http://www.who.int/classifications/icd/en/>)
16. Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates. *Sci J of Forensic Med* 2002; 8(27):16-21
17. Spicer R S, Miller T. Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and methods. *Am J Public Health* 2000; 90(12): 1885–91.
18. Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, et al. Suicide and attempted suicide in France: results of a general practice sentinel network, 1999–2001. *Br J Gen Pract* 2004;54(501):282-4.
19. Shams Alizadeh N, Afkhamzadeh A, Mohsenpour B, et al. Attempted suicides and related factors in province of kordestan. *Journal of kordestan univ. of med. Sciences* 2010; 15:79-86. [In Persian]
20. Keykhavani S. Prevalence of successful and unsuccessful suicides in ilam(1997). : *J of Ilam Univ of Med Sci* 2000; 8(28):7-12. [In Persian]
21. Saadat M, Baha Aladini A, Noemani K. High incidence of suicide by burning in masjid-sulaiman(southwest of Iran):a polluted area with natural sour gas leakage. *Burns.* 2004 Dec;30(8):829-32.
22. Yasami M.T, Sabahi A, Mirhashemi S.M, Seifi Sh, et all. Epidemiological survey of suicide of suicide through the forensic medical center in the province of kerman. *Iranian J of Psychiatry and Clinical Psychology* 2002;7(28): 4-12.
23. Janghorbani M, Sharifirad G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and associated factots. *Arch Iranian Med* 2005; 8:119–26.[In Persian]

24. Miller M, Azrael D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast. *Ann Emerg Med* 2004 Jun;43(6):723-30
25. Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in rural areas. *IJPCP* 2000, 5(4): 4-11.
26. Taziki MH, Taziki SA, Semnani SH, et al. Epidemiological survey of suicide in golestan province in the north of Iran (2003); *J of Mazandaran Univ of Med Sci* 2006-07;16(55): 72-77
27. Sayadrezai I, Farzaneh E, Azamy A, et al. The epidemiologic study of suicide in Ardabil province from 2003 to 2009. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services* 2010; 9(4): 299-306
28. Saberi Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi SH. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of Med. Sci. *Koomesh* 2005; 6(4):311-317
29. Ghomghaleh A, Behroozi Fard F. Epidemiologic Survey of suicide attempters hospitalized in Hamadan Sina hospital 2001-2002. *J of Hamadan Univ of Med Sci and Health Services* 2007 ; 13(4 (42)):58-63
30. Zarghami M, Khalilian AR. Epidemiology of committing suicide in kordkouy. *Pejouhandeh* 2003;8(35): 361-70. [In Persian]
31. Taghadosinezhad FA, Sheykh Azadi A, Behnoush B, et al. A survey of suicide by burning in Tehran, Iran. *Acta Med Iran.* 2010;48(4):266-72
32. Shirzad J, Gharahdaghi J. Study of methods and causes of suicides resulting in death referred to legal medicine organization of Iran in first six month of 2004. *Sci J of Forensic Med* 2007;13(47): 163-70.

Epidemiology of suicide in province of Bushehr in 2009

Abdollah Hajivandi¹, Fatemeh Akbarizadeh², Mohsen janghorbani³

Original Article

Abstract

Background: suicide is one of the most important health problems in communities and knowledge of rates and epidemiology of it in any region could help in control and preventing programs. Longitudinal registration of annual death data has been employed in this study.

Methods: In an analytical and cross sectional study pre conducted forms of suicide was engaged to register data, crude and specific attempted and completed suicides rates was computed along with other demographic variables. Statistical analysis includes estimation of relative risks and also correlation analysis between variables. Data were released from health province center of Bushehr University of medical sciences. Only suicide acts that resulted in hospitalization or death were included in the study.

Findings: annual incidence of suicide in women was 5.7 and 2.88 in men per 100000 people in the province. Overall, 6.6 % of all suicide acts proved lethal (no significant difference between males and females), but number of attempt suicides and completed suicides in females were twice more comparing to males (RR=2.3 & 1.98 respectively). Fatality rate of suicide acts in the whole was 6/6 percent and no significant difference observed between males and females. Poisoning with drugs accounted for 87% of acts but only 8% of fatalities. Self immolation accounted for only 6% of suicide acts but 71% of fatalities. hanging was the most fatal method (fatality rate 100%) followed by self immolation (fatality rate 69%). highest fatality rate was observed in unemployed men (9/3%) followed by housewife (7/2%).

Conclusion: incidence of suicide in the province for men is lower and for women was higher than that was observed in the country, such as other deprived regions of the country. The most high risk groups for complete suicide were illiterate housewife and then unemployed men with low education. incomplete suicides almost happens under age 25 years in educated women single or married and in educated almost single men.

Keywords: Attempted suicide, completed suicide, epidemiology

Citation: Hajivandi A, Akbarizadeh F, janghorbani M. **Epidemiology of suicide in province of Bushehr in 2009.** J Health Syst Res 2013; 9(11):1252-1261

Received date: 13/02/2013

Accept date: 25/08/2013

1. PhD in biostatistics, Associate professor, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, Iran

2. MSc Clinical Psychology, Provincial Health Center, Bushehr university of medical sciences, Bushehr, Iran (Corresponding Author) Email: fakbari1@yahoo.com

3. Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran