

اپیدمیولوژی خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان لردگان در طی سال های ۱۳۸۰-۱۳۹۰

فریبرز جباری فرد^۱، دکتر عباس قاری^{۲*}، دکتر فریبا یزدخواستی^۳، سهیلا مسعودی^۴

^۱گروه بهداشت و روان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۲پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ ^۳گروه علوم

تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۴مددکار اجتماعی بهزیستی لردگان، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۷ اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲۶

چکیده:

زمینه و هدف: خودکشی یکی از مشکلات بهداشتی و آسیب های اجتماعی است که عوامل خطر ساز متعددی در وقوع آن نقش دارند. این مطالعه با هدف شناسایی این عوامل برای مداخله و پیشگیری موثر در جامعه مورد پژوهش اجرا شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۲۳۳ مورد اقدام به خودکشی که در محدوده سال های ۱۳۸۰-۱۳۹۰ در شهرستان لردگان اتفاق افتاده بود مورد مطالعه قرار گرفت. اطلاعات لازم با استفاده از فرم هایی که به همین منظور تهیه شده بود جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از آزمون های آماری مجذور کای، ضریب همبستگی فی و دقیق فیشر در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: از ۲۳۳ مورد اقدام به خودکشی، ۷۷/۶٪ در گروه سنی ۳۴-۱۵ سال، ۶۴/۸٪ در زنان، ۵۴/۵٪ در مجردها، ۳۶/۲٪ در افراد دارای تحصیلات ابتدایی، ۷۵/۵٪ در ساکنین روستاها و ۳۴/۸٪ خودکشی منجر به فوت گزارش شد. بیشترین روش استفاده شده جهت اقدام به خودکشی، مصرف دارو با ۴۷/۶٪، بیشترین علت اقدام به خودکشی (۶۲/۲٪) اختلافات خانوادگی و بیشترین میزان خودکشی موفق (۲۸/۸٪)، در فصل پائیز بوده است. بین نتیجه خودکشی با طریقه عمل (P=۰/۰۰۱)، با فصل های سال (P=۰/۰۰۲) و اقدام به خودکشی با جنس (P=۰/۰۰۱) ارتباط معنی داری وجود داشت؛ ولی بین نتیجه خودکشی با سایر عوامل ارتباط معنی داری یافت نشد (P<۰/۰۵).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه اقدام به خودکشی در گروه جوانان، زنان متأهل، مردان مجرد، روستائیان و افراد با سطح تحصیلات ابتدایی، بیشتر از سایر گروه ها اتفاق می افتد لازم است در الویت اول، اقدامات پیشگیری کننده توسط متخصصین در مورد این گروه ها پیش بینی و اجرا شود.

واژه های کلیدی: خودکشی، همه گیرشناسی، متغیرهای جمعیت شناختی، مواد مخدر.

مقدمه:

موفق و منجر به مرگ در مردان بیشتر است (۲). خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آنها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ است. مهمترین عوامل زمینه ساز اقدام به خودکشی، اختلالات روان پزشکی شامل اختلالات خلقی، ناامیدی، افسردگی و سابقه سوء استفاده جنسی و فیزیکی در کودکی و وجود سابقه مثبت فامیلی می باشد (۳). در یک مطالعه که به منظور بررسی اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن انجام شده است؛ اقدام به خودکشی در مردان بیکار،

خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل می شود و یکی از معضلات روانی-اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده تر شدن تعاملات و ارتباط در بیشتر جوامع رو به افزایش است. طبق گزارش انجمن بین المللی سلامت روان به طور میانگین روزانه بیش از ۱۰۰۰ نفر خودکشی می کنند (۱)؛ اگر چه زنان بیشتر اقدام به خودکشی می نمایند، اما اکثر آنها خودکشی ناموفق دارند که منجر به بستری شدن در بیمارستان می شود. در حالیکه میزان خودکشی

زنان خانه دار، گروه سنی ۲۵-۱۶ سال و ساکنین شهر بیشتر از سایرین بوده است و معتادان در معرض خطر بالاتری برای خودکشی نسبت به جمعیت عادی بوده اند (۴).
مهمترین عوامل خطر ساز در خودکشی را جنس مونث، گروه سنی نوجوانان و جوانان، تاریخچه خانوادگی مصرف الکل و موادمخدر، داشتن زندگی خانوادگی نامتعادل، بیکاری، فقدان اعتقادات مذهبی، سابقه رفتارهای ضد اجتماعی، فوت عزیزان، سابقه بیماری روانی، سابقه اقدام به خودکشی و عزت نفس پایین ذکر نموده اند (۵).
البته عوامل خطر و به تبع آن برخورد و اداره خودکشی در نقاط مختلف متفاوت است؛ چرا که این پدیده بازتاب تاریخچه فرهنگی-روانی جامعه ای است که در آن رخ می دهد و داشتن اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی رفتار خودکشی برای تصمیم گیری مهم است (۶).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، اقدام به خودکشی طی ۵۰ سال گذشته به میزان ۶۰ درصد افزایش داشته است (۷). میزان خودکشی از کمتر از ۱۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال (مصر و ایرلند) تا بیشتر از ۳۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال (حوضه بالتیک) گسترش دارد (۸). همچنین خودکشی یازدهمین علت مرگ در کل جمعیت و سومین عامل مرگ در جمعیت ۱۵-۲۴ ساله گزارش شده است (۹).
در مطالعه‌ای در ایران، ۳۳/۹ درصد اقدام کنندگان را زنان مجرد و ۶۴/۹ درصد اقدام کنندگان را مردان مجرد تشکیل می دادند. از نظر تحصیلات، ۴۳/۴ درصد تحصیلات در حد متوسط گزارش شده است و انگیزه خودکشی ۴۸/۲ درصد زنان و ۱۹/۸ درصد مردان اختلافات زناشویی بوده است و نحوه اقدام به خودکشی ۸۸/۵ درصد اقدام کنندگان با دارو بوده است که آرام بخش‌ها در هر دو جنس شایع‌ترین بوده اند (۱۰). ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است.
که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیش گرفتن از آمار خودکشی مردان است (۱۱). بر اساس آخرین اطلاعات به دست آمده از نظام ثبت مرگ، در کشور روزانه ۱۱ نفر به علت

خودکشی فوت می‌کنند که ۴ نفر از آنها با روش خودسوزی به زندگی خود خاتمه می‌دهند (۱۲). در در یک مطالعه در استان چهارمحال و بختیاری در سال ۱۳۸۷، از کل موارد اقدام به خودکشی ۱۰/۹ درصد موارد، خودکشی موفق داشته اند که ۲۹/۸ درصد موارد را مردان و ۷۰/۲ درصد موارد را زنان تشکیل می دادند و ۸۵/۲ درصد موارد در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال قرار داشتند (۱۳). همچنین در آمارهای ثبت شده مرگ ناشی از خودکشی با حلق آویز، در بین ۲۹ استان کشور، استان چهارمحال و بختیاری رتبه اول را به خود اختصاص داده است (۱۴).

از آنجایی که شهرستان لردگان به عنوان یکی از شهرستان‌های استان چهارمحال و بختیاری از نظر موارد اقدام به خودکشی رتبه اول را در بین سایر شهرستان‌های این استان به خود اختصاص داده است (آمارها و شاخص‌های واحد سلامت روانی اجتماعی مرکز بهداشت استان منتشر نشده است)؛ بدین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی خودکشی بر حسب متغیرهایی همچون جنس، گروه سنی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه اقدام به خودکشی در خویشاوندان و همسایگان محل سکونت و ارتباط خودکشی با فصول سال، مصرف مواد، روش‌های مورد استفاده، پیامد خودکشی و سابقه بیماری روانی انجام شد تا توجه مسئولین به این امر معطوف شود و در نهایت به اخذ تصمیمات لازم برای انجام مداخلات ضروری برای رفع این مشکل در شهرستان منجر گردد.

روش بررسی:

مطالعه حاضر توصیفی و از نوع طولی است و از آنجایی که پژوهشگر قصد دخل و تصرف در متغیرها را ندارد از نوع تحقیقات رابطه‌ای به حساب می‌آید. در این مطالعه محیط پژوهش، مناطق شهری و روستایی شهرستان لردگان بودند که ۳ شهر و ۳۵۰ روستا را در بر می‌گیرد و گروه نمونه شامل ۲۳۳ مورد اقدام کننده به خودکشی و فوت شدگان از خودکشی در طی سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۸۰

یافته ها:

در طی ۱۰ سال میزان کل موارد خودکشی ۲۳۳ نفر بوده است که ۸۳ نفر (۳۵/۲٪) را مردان و ۱۵۰ نفر (۶۴/۸٪) را زنان تشکیل می‌دادند. ۲۴/۵ درصد ساکن شهر و ۷۵/۵ درصد ساکن روستا بوده‌اند. ۵/۲ درصد سابقه مصرف مواد مخدر را داشتند. ۵۴/۵ درصد افراد مجرد بودند. ۲۸/۸ درصد موارد خودکشی در فصل پائیز اتفاق افتاده است و ۷۷/۶ درصد در گروه سنی ۱۵-۳۴ سال قرار داشتند. برای ۸۱ نفر (۳۴/۸٪) خودکشی موفق ثبت شده که بیشترین طریقه عمل مصرف دارو (۴۷/۶٪) بوده است. در بین افراد دارای خودکشی موفق ۴۴ نفر (۵۴/۳٪) را زنان و ۳۷ نفر (۴۵/۷٪) را مردان تشکیل می‌دادند و در بین افراد گروه با خودکشی ناموفق ۱۰۶ نفر (۶۹/۷٪) را زنان و ۴۶ نفر (۳۰/۳٪) را مردان تشکیل می‌دادند در واقع تقریباً از هر ۳ نفر زن یک نفر خودکشی موفق داشته است و از هر ۲ نفر مرد اقدام کننده به خودکشی تقریباً یک مورد خودکشی موفق ثبت شده است. به نظر می‌رسد که زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، ولی میزان خودکشی موفق در مردان بیشتر از زنان بوده است.

در بررسی درصد و فراوانی میزان تحصیلات ملاحظه گردید که بیشترین میزان خودکشی منجر به فوت در افراد دارای تحصیلات در سطح ابتدایی (۲۵/۸٪) گزارش شد. میزان اقدام به خودکشی در بین زنان نیز بیشتر در افراد دارای تحصیلات در سطح ابتدایی (۴۰٪) اتفاق افتاده است. در خصوص بررسی درصد و فراوانی وضعیت و سابقه بیماری روانی در افراد نمونه مشخص گردید که ۱۳/۷ درصد افراد نمونه مبتلا به یکی از اختلالات روانی بوده‌اند. ۵/۲ درصد از کل افراد نمونه، سابقه مصرف مواد مخدر را داشته‌اند. فقط در ۹ درصد از افراد سابقه خودکشی در بین خویشاوندان گزارش شده است که این میزان ۱۰ درصد خانم‌ها و ۶ درصد آقایان را شامل می‌شود. ۶/۲ درصد از افراد خودکشی منجر به فوت و ۱۰/۵ درصد خودکشی ناموفق را شامل شدند.

در شهرستان می‌باشد. این شهرستان در مجموع دارای ۱۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۴ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۱۰ خانه بهداشت است که تحت پوشش شبکه بهداشت و درمان شهرستان فعالیت می‌کنند.

در مطالعه حاضر که به منظور جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کلیه موارد اقدام به خودکشی و موارد منجر به فوت ناشی از آن و تعیین عوامل موثر بر آن انجام شده است؛ ابزار جمع‌آوری داده‌ها از طریق فرم‌های آماری بوده که توسط مرکز بهداشت استان طراحی شده است و در آن اطلاعات مربوط به خودکشی و عوامل مرتبط با آن به تفکیک سن، جنسیت فصل اقدام به خودکشی، علت خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی در همسایگان و خویشاوندان، سابقه ابتلاء به بیماری روانی، طریقه عمل، نتیجه عمل، آدرس محل سکونت و میزان تحصیلات ثبت می‌شود و این اطلاعات به صورت ماهیانه از طرف بهورزان و کاردان‌های بهداشتی پس از انجام موردیابی فعال تکمیل و به شبکه بهداشت شهرستان ارسال و در بایگانی نگهداری می‌شود که بر حسب ضرورت و وجود نواقص در فرم به صورت حضوری و مصاحبه با اطرافیان و نزدیکان اطلاعات کامل می‌گردد. همچنین سابقه مصرف مواد مخدر که در فرم‌های اولیه گنجانده نشده بود با مراجعه به سوابق بایگانی شده و شناسایی آدرس محل سکونت گروه نمونه و مراجعه حضوری اطلاعات از خود افراد اقدام کننده و یا خانواده و نزدیکان فوت شدگان جمع‌آوری گردید. روایی محتوایی ابزار پژوهش توسط سه تن از اساتید گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان مورد تایید قرار گرفت. در پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و فرم اطلاعات آرشویی که در این پژوهش به کار رفته است، متغیرها عینی و واقعی بوده و احتمال خطای اندازه‌گیری در آن وجود ندارد، لذا محاسبه پایایی لزومی نداشت.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون مجذور کای، ضریب همبستگی فی و آزمون دقیق فیشر در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

فرزندان)، ۶/۸ درصد شکست عشقی، ۹/۱ درصد بیماری روانی، ۵/۱ درصد داغ دیدگی، ۱/۷ درصد شکست تحصیلی، ۱۴/۱ درصد نامعلوم و ۱ درصد به دلیل سایر عوامل بوده است.

آزمون مجذور کای نشان داد که زنان به طور معنی داری بیش از مردان دست به خودکشی زده اند. بیشترین خودکشی در طیف سنی ۱۵ تا ۳۴ رخ داده است و وضعیت تأهل نیز با اقدام به خودکشی رابطه معنادار داشته و افراد مجرد و متأهل بیشترین میزان خودکشی را داشته اند. محل سکونت با اقدام به خودکشی رابطه داشته و خودکشی به طور معنی داری در روستاها بیشتر رخ داده است. همچنین بر اساس نتایج، نسبت خودکشی در افراد با سطح تحصیلات ابتدایی بیشتر از سایر افراد بوده است (جدول شماره ۱).

در بررسی وضعیت سابقه خودکشی در همسایگان، در ۵/۶ درصد موارد سابقه خودکشی در همسایگان گزارش گردیده است که مردان ۴/۹ درصد و زنان ۶ درصد سابقه خودکشی را در همسایگان گزارش داده اند.

۴۷/۶ درصد با مصرف دارو، ۲۱/۹ درصد از طریق دار زدن، ۱۸/۵ درصد از طریق خودسوزی، ۳ درصد از اسلحه، ۱/۷ درصد از طریق خودزنی و ۷/۳ درصد از سایر روش ها برای خودکشی اقدام نموده اند؛ که آقایان بیشتر از روش های مصرف دارو (۴۳/۹٪) و دار زدن (۴۱/۵٪) و خانم ها بیشتر از روش مصرف دارو (۴۹/۳٪) و خودسوزی (۲۶/۷٪) استفاده کرده اند.

در بررسی علل محرک خودکشی، ۶۲/۲ درصد موارد اقدام به علت اختلافات خانوادگی (در راس آنها اختلاف بین زن و شوهر و اختلاف والدین و

جدول شماره ۱: مقایسه متغیرهای مختلف در افراد اقدام کننده به خودکشی در شهرستان لردگان

| متغیر | گروه | فراوانی مشاهده شده | فراوانی مورد انتظار | χ^2 | p | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------|-------|----------|------------|----|------|------|-------|-----------|-----|------|-----------|----|------|----------------|---|------|------------|------|-----|------|------|-------|-------|-----|------|-------|---|------|-------------|-----|----|-------|-------|-------|-------|-----|-------|--------|----|------|-------------|---------|----|------|------|-------|----------|----|------|
| جنسیت | زن | ۱۵۰ | ۱۱۶/۵ | ۱۹/۹۳ | ۰/۰۰۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مرد | ۸۳ | ۱۱۶/۵ | | | گروه سنی | زیر ۱۵ سال | ۱۱ | ۵۸/۲ | ۳/۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۱۵-۳۴ سال | ۱۸۱ | ۵۸/۲ | ۳۵-۵۴ سال | ۳۳ | ۵۸/۲ | ۵۵ سال به بالا | ۳ | ۵۸/۲ | وضعیت تأهل | مجرد | ۱۲۶ | ۵۸/۲ | ۲/۲۱ | ۰/۰۰۱ | متاهل | ۱۰۳ | ۵۸/۲ | مطلقه | ۲ | ۵۸/۲ | منطقه سکونت | شهر | ۵۷ | ۱۱۶/۵ | ۷۴/۶۲ | ۰/۰۰۱ | روستا | ۱۷۶ | ۱۱۶/۵ | بیسواد | ۴۴ | ۵۸/۲ | سطح تحصیلات | ابتدایی | ۸۴ | ۵۸/۲ | ۹/۴۶ | ۰/۰۰۲ | راهنمایی | ۵۳ | ۵۸/۲ |
| گروه سنی | زیر ۱۵ سال | ۱۱ | ۵۸/۲ | ۳/۶۳ | ۰/۰۰۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ۱۵-۳۴ سال | ۱۸۱ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ۳۵-۵۴ سال | ۳۳ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ۵۵ سال به بالا | ۳ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۱۲۶ | ۵۸/۲ | ۲/۲۱ | ۰/۰۰۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | متاهل | ۱۰۳ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مطلقه | ۲ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| منطقه سکونت | شهر | ۵۷ | ۱۱۶/۵ | ۷۴/۶۲ | ۰/۰۰۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | روستا | ۱۷۶ | ۱۱۶/۵ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | بیسواد | ۴۴ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سطح تحصیلات | ابتدایی | ۸۴ | ۵۸/۲ | ۹/۴۶ | ۰/۰۰۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | راهنمایی | ۵۳ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | دبیرستان و بالاتر | ۵۲ | ۵۸/۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

جدول شماره ۲: مقایسه رابطه‌ی نتیجه خودکشی (موفق و نا موفق) با جنسیت، فصل و طریقه‌ی عمل

| متغیرها | گروه | نتیجه خودکشی | | | | P | χ ² | ضریب همبستگی فی |
|---------|---------|--------------|------------|-------------|------------|-------|----------------|-----------------|
| | | ناموفق | | موفق | | | | |
| | | مورد انتظار | مشاهده شده | مورد انتظار | مشاهده شده | | | |
| جنسیت | زن | ۹۷/۶ | ۱۰۶ | ۵۲/۴ | ۴۴ | ۰/۰۲ | ۰/۸۲ | -۰/۱۶ |
| | مرد | ۵۳/۴ | ۴۶ | ۲۸/۶ | ۳۷ | | | |
| فصل | بهار | ۱۸/۶ | ۳۴ | ۳۴/۴ | ۲۵ | ۰/۰۰۲ | ۱۴/۳۶ | ۰/۲۵ |
| | تابستان | ۳۳/۸ | ۴۲ | ۱۸/۲ | ۹ | | | |
| | پاییز | ۴۳/۵ | ۳۶ | ۲۳/۵ | ۳۱ | | | |
| | زمستان | ۳۶/۴ | ۴۰ | ۱۹/۶ | ۱۶ | | | |
| | | | | | | | | |

بر اساس نتیجه آزمون مجذور کای، بین نتیجه‌ی خودکشی با متغیرهای سطح تحصیلات ($X^2=۴/۲۱$)، محل سکونت ($P=۰/۲۴$)، بیماری روانی ($P=۰/۲۱$) و سابقه خودکشی در اقوام ($P=۰/۲۷$) رابطه معنی داری وجود نداشت.

برای بررسی رابطه‌ی نتیجه‌ی خودکشی با سن ($P=۰/۵۸$)، وضعیت تاهل ($P=۰/۵۱$)، مصرف مواد ($P=۰/۱۲$) و سابقه خودکشی در همسایگان ($P=۰/۳۸$) از آزمون دقیق فیشر استفاده شد که رابطه‌ی معنی داری بین این متغیرها نشان نداده نشد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای و ضریب همبستگی فی نشان داد که بین جنسیت و نتیجه خودکشی در سطح $۰/۰۵$ رابطه‌ی معنی دار وجود داشته است. به عبارت دیگر زنان خودکشی ناموفق بیشتری داشته‌اند. از طرف دیگر بیشترین خودکشی ناموفق در فصل تابستان و بیشترین خودکشی موفق در فصل پاییز انجام شده است.

بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، بیشترین خودکشی موفق مربوط به روش دار زدن و بیشترین خودکشی ناموفق مربوط به روش مصرف دارو بوده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: رابطه‌ی نتیجه خودکشی (موفق و نا موفق) با طریقه‌ی عمل

| متغیر | گروه | نتیجه خودکشی | | | | P | آزمون دقیق فیشر | ضریب همبستگی فی |
|-----------|-----------|--------------|------------|-------------|------------|-------|-----------------|-----------------|
| | | ناموفق | | موفق | | | | |
| | | مورد انتظار | مشاهده شده | مورد انتظار | مشاهده شده | | | |
| طریقه عمل | خودسوزی | ۲۸/۱ | ۱۵ | ۱۴/۹ | ۲۸ | ۰/۰۰۱ | ۸۸/۴۷ | ۰/۶۱ |
| | دار زدن | ۳۳/۳ | ۱۴ | ۱۷/۷ | ۳۷ | | | |
| | مصرف دارو | ۷۲/۴ | ۹۹ | ۳۸/۶ | ۱۲ | | | |
| | اسلحه | ۴/۶ | ۴ | ۲/۴ | ۳ | | | |
| | خودزنی | ۲/۶ | ۴ | ۱/۴ | ۰ | | | |
| | سایر | ۱۱/۱ | ۱۶ | ۱۵/۹ | ۱ | | | |

بحث:

مطالعه حاضر در زمینه بررسی همه گیرشناسی خودکشی و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی در شهرستان لردگان انجام شده است. در مطالعه حاضر بین نتیجه خودکشی (موفق/ ناموفق) و جنسیت افراد همبستگی وجود داشت. بدین ترتیب که میزان اقدام به خودکشی در زنان تقریباً دو برابر مردان بود که این یافته‌ها با نتایج اغلب مطالعات داخلی مطابقت دارند (۱۷-۱۵) و همچنین برخی مطالعات خارجی مطابق با این یافته‌ها هستند (۱۸). با این حال میزان خودکشی منجر به فوت در مردان بیشتر از زنان گزارش شد که این یافته‌ها با یافته‌های یک تحقیق در آمریکا مشابه است (۱۹). درصد بالای خودکشی موفق در مردان بستگی به روش‌های مورد استفاده توسط آنها دارد که از روش‌های خشن تری نسبت به زنان استفاده می‌کنند از جمله شلیک گلوله و دار آویختن که این مسئله می‌تواند مبین آن نکته باشد که افرادی که از روش‌های کشنده تر استفاده می‌کنند از قاطعیت بیشتری برای مردن برخوردارند (۲۰). برخی مطالعات داخلی نیز نتایج عکس این مطالعه را گزارش داده‌اند یعنی اینکه بین زنان و مردان از لحاظ اقدام به خودکشی تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد (۲۱)؛ که این اختلاف می‌تواند بعثت مسائل فرهنگی و اقتصادی در مناطق مختلف کشور باشد.

در این مطالعه بین نتیجه خودکشی و فصول سال ارتباط آماری معنی‌داری گزارش گردید و بیشترین میزان خودکشی موفق در فصل پائیز و سپس بهار گزارش گردیده است و بیشترین میزان خودکشی ناموفق در فصل تابستان و سپس زمستان گزارش شده است. در مطالعه‌ای در خارج از کشور مشخص شده است که تفاوت چرخه‌های فصلی وابستگی‌های زیادی با روش و نتایج خودکشی دارند (۲۲). این یافته‌ها در برخی مطالعات داخلی نیز به اثبات رسیده است که بین فصل و فراوانی و نتیجه خودکشی ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۲۳) و نیز الگوی فصلی خودکشی با اوج خودکشی در بهار و

تابستان و در یک افت واضح در زمستان گزارش شده است (۲۴) که شاید از دلایل این امر وضعیت آب و هوایی و شغلی افراد در فصول مختلف سال باشد (۲۵)؛ با این حال سادات در یاسوج بین خودکشی و فصل هیچ ارتباطی را مشاهده نکرده است (۲۶). محققین به منظور توجیه علمی تاثیر فصل بر روی خودکشی به دو فرضیه اسناد می‌کنند. فرضیه اجتماعی جمعیت‌شناختی، که بر اساس این فرضیه با شروع فصل گرم سال به ارتباطات اجتماعی افراد افزوده می‌شود چنین ارتباطاتی برای افرادی که تحمل برقراری این ارتباطات را ندارند باعث افزایش فشار روانی و در نهایت اقدام به خودکشی در آنها می‌شود و فرضیه زیستی آب و هوایی که بیان می‌کند با شروع فصل بهار هم به درجه حرارت محیط و هم به طول ساعات روشنایی در روز اضافه می‌شود چنین تغییرات مهمی که در محیط زیست رخ می‌دهد باعث افزایش ملاتونین و کلسترول به ویژه تغییر در مسیر سروتونین می‌گردد که خود موجب افزایش دسترسی سلول‌های مغز به تریپتوفان سرم و در نتیجه به آمادگی بیشتر فرد برای خودکشی می‌انجامد (۲۷).

یافته‌های این پژوهش همچنین بین طریقه عمل اقدام به خودکشی و نتیجه خودکشی ارتباط معنی‌داری نشان داد به طوری که افرادی که از روش‌های دارزدن و خودسوزی استفاده کرده‌اند بیشترین تعداد خودکشی منجر به فوت را داشته‌اند و افرادی که از روش‌های مصرف دارو و خودزنی استفاده نموده‌اند بیشترین درصد خودکشی ناموفق را شامل می‌شوند. میزان کشندگی هر روش تا اندازه زیادی تحت تاثیر زمان سپری شده بین استفاده از روش مورد استفاده تا فرا رسیدن زمان مرگ می‌باشد که این امر در استفاده از دار آویختن بیشتر از خودسوزی است. از همین رو نجات این افراد امکان کمتری دارد. در تحقیق پناهی و همکاران در مراکز پزشکی قانونی سراسر کشور، روش‌دار زدن بالاترین و خودزنی پایین‌ترین فراوانی را

در بررسی رابطه بین خودکشی و وضعیت تأهل بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افراد مجرد گزارش گردید (۴۵/۵) و همچنین بیشترین میزان خودکشی منجر به فوت نیز در افراد مجرد گزارش شده است (۵۴/۴٪). در بین زنان نیز بیشتر زنان متأهل اقدام به خودکشی نموده‌اند (۵۴/۷). زنان با ازدواج متحمل استرس‌های روحی بیشتری می‌شوند و به نظر می‌رسد بخش عمده‌ای از این استرس‌ها به رفتار غلط همسران آنها بستگی دارد. شغل یک‌سده خوب در مقابل خودکشی است و عملاً آنها که فاقد شغل و منبع درآمد هستند بیشتر خودکشی می‌کنند. با این حال در بین مردان، بیشتر مردان مجرد اقدام به خودکشی نموده‌اند (۷۵/۶٪). در بررسی پناهنده و همکاران نسبت مجردین به متأهلین در اقدام به خودکشی بیشتر گزارش شده است (۳۵). همچنین دواساز و همکاران در یک بررسی مشاهده نمودند که میزان خودکشی در زنان متأهل و مردان مجرد بیشترین فراوانی را داشته است (۳۶) که نتایج آن‌ها با مطالعه حاضر همخوانی دارد. زندگی مجردی همراه با ناکامی‌هایی است که ممکن است فرد را به سمت خودکشی بکشاند. با توجه به بالا بودن میزان خودکشی در زنان متأهل ارزش پرداختن به مشکلات زنان خانه‌دار دوچندان می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین میزان اقدام به خودکشی در افراد بیسواد رخ داده است. پژوهشگران داخلی نیز در پژوهش‌های خود به نتایج مشابه‌ای دست یافته‌اند (۳۷).

در خصوص رابطه خودکشی و محل سکونت در این مطالعه ۷۵/۵ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی ساکن روستاها بوده‌اند این در حالیست که یوسفی در مطالعه خود به نتایج عکس رسیده و بیشترین میزان خودکشی را در شهرنشینان گزارش نموده است (۳۸) که نتایج این تحقیق با وضعیت اقتصادی ضعیف روستاییان و نداشتن شغل مناسب قابل توجیه است. در زمینه علل اقدام به خودکشی در این مطالعه

دارا بوده است (۲۸) و بر اساس گزارش سال ۱۳۸۰ پزشکی قانونی کشور مهمترین روش بکار رفته در مردان حلق آویز کردن و در زنان خودسوزی بوده است که با نتایج این تحقیق همخوانی دارد (۲۹).

در این مطالعه مشابه اغلب مطالعات داخلی، بیشترین روش بکار رفته جهت خودکشی استفاده از داروها و سموم بوده است (۴۷/۶٪) و در سایر موارد از دیگر روش‌ها استفاده نموده‌اند که تائیدی بر این یافته است که روش مورد استفاده براساس مسایل فرهنگی و میزان دسترسی به روش‌های مختلف متفاوت می‌باشند (۳۰). در تایلند شایع‌ترین روش، دار آویختگی و استفاده از سموم کشاورزی گزارش شده است (۳۱). در این مطالعه مشخص گردید که زنان بیشتر از روش‌های کم‌خطرتر استفاده می‌نمایند از طرفی داروهای آرام‌بخش بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است که یکی از ضروریات مهم و اقدام عملی در کاهش اقدام به خودکشی، آموزش و تأکید به پزشکان به خصوص پزشکان عمومی می‌باشد که تجویز داروها به تعدادی باشد که در صورت سوء مصرف مسمومیت و مرگ ایجاد نکند. مطالعات دیگر نیز به نقش آموزش پزشکان عمومی برای درمان درست و به موقع بیماران روانی و کنترل مواردی که در معرض خطر خودکشی هستند تأکید داشته است (۳۲).

در این مطالعه بیشترین میزان اقدام به خودکشی در سنین ۱۵-۳۴ سال (۷۷/۳٪) گزارش گردیده است که مشابه مطالعات دیگر در کشورمان است (۳۳) و همچنین یک مطالعه در گرینلند نتایج مشابه این تحقیق را گزارش می‌دهد (۳۴). شاید علت افزایش خودکشی در سنین ۱۵-۳۴ سال به این دلیل باشد که مسئولیت‌های جدیدی از سوی اجتماع بر عهده فرد گذاشته می‌شود و فرد راه استقلال اقتصادی را پیش می‌گیرد و تمایل قوی برای ایجاد روابط صمیمی با جنس مخالف و تمایل به تشکیل خانواده پیدا می‌کند و فاکتورهای مهمی مانند بلوغ و مسئولیت پذیری که در این سنین اتفاق می‌افتد، مسائل روان‌شناختی بسیار جدی را برای فرد به همراه دارد که میزان خطر اقدام به خودکشی را در این سنین بالا می‌برد.

خودکشی در همسایگان گزارش گردید. یکی از عواملی که باعث افزایش خودکشی می‌شود پخش خبر خودکشی در جامعه است که اگر موردی از خودکشی در جامعه (خویشاوندان و همسایگان) اتفاق بیفتد و خبر آن در جامعه پخش شود باعث افزایش خودکشی می‌گردد (۴۳).

نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اقدام به خودکشی در گروه جوانان، زنان متأهل، مردان مجرد، روستائیان، در فصول بهار و پاییز، در افراد با سطح تحصیلات ابتدایی، بیشتر از سایرین اتفاق افتاده است که اقدامات حفاظتی می‌تواند در الویت اول شامل بررسی مشکلات این گروه‌ها باشد. همچنین اصلی‌ترین علت اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی گزارش گردید که می‌توان با دایر نمودن مراکز مشاوره جهت حل اختلافات زناشویی و اختلافات خانوادگی در خصوص رفع مشکل مذکور اقدام نمود و با توجه به اینکه اصلی‌ترین روش اقدام به خودکشی استفاده از داروها گزارش شده است می‌توان هشدارهای لازم را در خصوص داروها، تجویز نامناسب و انبار نمودن آنها در منزل ارائه نمود. در نهایت پیشنهاد می‌گردد با تلاش همه جانبه برای ارتقاء و ایجاد ثبات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه در برنامه‌ریزی دستگاه‌های مختلف صورت گیرد تا بتوان با شناسایی افراد و گروه‌های در معرض خطر خودکشی، با مداخله به موقع از بروز موارد جدید خودکشی جلوگیری بعمل آورد.

تشکر قدردانی:

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد که تامین هزینه طرح را به عهده داشتند و از ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان و کلیه پرسنل زحمتکش مراکز بهداشتی درمانی شهرستان لردگان تشکر می‌نمایم.

بیشترین علت احتمالی اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی با ۶۲/۲ درصد گزارش شده است که این نتایج با برخی نتایج تحقیقات داخلی مشابه است؛ طارم‌سری و همکاران نیز در مطالعه خود ۵۴/۶ درصد علت خودکشی را اختلافات خانوادگی گزارش نموده‌اند (۳۳). همچنین تحقیق گلچین نیز نشان داده است که ۴۶/۸ درصد علت خودکشی اختلافات خانوادگی می‌باشد (۳۹). در برخی مطالعات در خارج از کشور نیز مهمترین علت خودکشی در زنان مهاجر، اختلافات خانوادگی و بیماری‌های روانی مطرح شده است (۴۰). در میان علت زمینه‌ساز خودکشی اختلافات خانوادگی و بین فردی در خانواده با فاصله‌ای زیاد درصد بالایی از موارد را به خود اختصاص می‌دهند که ایجاب می‌نماید سرمایه‌گذاری بیشتری در جهت حاکم شدن بهداشت روانی مناسب در میان اعضای خانواده و روش‌هایی برای کسب مهارت‌های زندگی و تقویت مکانیزم‌های مداخله در بحران صورت گیرد.

در بررسی رابطه بین خودکشی و سابقه بیماری روانی فقط ۱۳/۷ درصد از افراد گروه نمونه دارای سابقه بیماری روانی بوده‌اند که یافته‌های این پژوهش بر خلاف یافته‌های پژوهش مولوی و همکاران می‌باشد که بین سابقه بیماری روانی و اقدام به خودکشی رابطه معنی‌دار آماری را گزارش نموده‌اند (۴۱).

در این مطالعه ۵/۲ درصد از افراد نمونه سابقه سوء استفاده و مصرف انواع مواد را داشته‌اند که بیشترین مواد استفاده شده تریاک گزارش گردیده است. این در حالی است که در برخی مطالعات ارتباط معنی‌داری بین سابقه سوء مصرف مواد و خودکشی گزارش شده است (۴۲، ۱۰) که به نظر می‌رسد مصرف مواد مخدر می‌تواند به عنوان یک عامل خطر در اقدام به خودکشی باشد.

در زمینه بررسی وضعیت سابقه خودکشی در خویشاوندان نزدیکان و همسایگان، در ۹ درصد موارد سابقه خودکشی در خویشاوندان و ۵/۶ درصد موارد سابقه

منابع:

1. Lancaster Stunhope L. Community & public health nursing. 2001: 8-10.
2. Lyon D. Using an interview guide to assess suicidal identification. Nurse Practitionore, 2002; 22(8): 26-9.
3. Alaghehbandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador. Can J Psychiatry. 2005; 50(12): 762-8.
4. Moradi A, Moradi R, Mostafavi E. Evaluation of the degree and factors associated with suicide in the city of Bahar. Behav Sci Res J. 2012; 10(1): 50-8.
5. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. Suicide Life Threat Behav. 2013; 43(1): 97-108.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev. 2008; 30(1): 133-54.
7. WHO Programmes and projects, Suicide prevention day. Geneva: World Health Organization. 2008.
8. WHO. Suicide Rates (per 100,000) by Country, Year and Gender. Geneva: World Health Organization. 2004.
9. Smith AR, Witte TK, Teale NE, King SL, Bender TW, Joiner TE. Joiner revisiting impulsivity in suicide: implications for civil liability of third parties. Behav Sci Law. 2008; 26(6): 779-97.
10. Saberi Zafarghandi M, Ghorbani R, Mousavi Sh. Epidemiological investigation of suicidal attempt of dependent provinces of Semnan University of Medical Sciences. J Semnan Univ Med Sci. 2005: 311-17.
11. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. Bull World Health Organ. 2008 Sep; 86(9): 726-32.
12. Naghavi M. Mortality profile in 18 provinces of Iran, 2001. Tehran: Iranian Ministry of Health and Medical Education. Deputy of Health; 2003.
13. Shojayee M, Shakeri M, Pour-Heydar B. The epidemiological study of 275 cases of attempted suicide in ChaharMahal and Bakhtiari province in 2007. Proceedings of the second national conference on injury prevention and safety promotion in accidents. 2008; 165.
14. Taghavi M, Nahid J. Mortality profile in 29 provinces of Iran. 2004. Tehran: Avij Publ. 2007.
15. Barkhordar N, Jahangiri K, Barkhordar N. Study of the process of the incidence of suicide and effective factors on it in rural areas of Kermanshah Province (2000-2006). J Med Coun Islamic Repub Iran. 2008; 2: 219-25.
16. Kageyama T. Views on suicide among middle-aged and elderly populations in Japan: their association with demographic variables and feeling shame in seeking help. Psychiatry Clin Neurosci. 2012 Mar; 66(2): 105.
17. Sayad Rezaei I, Farzaneh E, Azami A, Enteshari Moghadam A, Shahbaz Zadegan S. Epidemiological investigation of suicidal attempt of Ardabil province from 2003-2008. Ardabil Univ Med Sci. 2009; 9(4): 229-306.
18. Alaghehbandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. Can J Psychiatry. 2005; 50(12): 762-8.
19. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med. 2002; 136(4): 302-11.

20. Gunnell D, Bennewith O, Hawton K, Simkin S, Kapur N. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2005 Apr; 34(2): 433-42.
21. Sheikholeslami H, Kani K, Ziayee A. Study of the predisposing factors of suicide attempt in Emergency department referred patients. *J Guilan Univ Med Sci*. 2008; 17(65): 77-87.
22. Ajdacic-Gross V, Bopp M, Ring M, Gutzwiller F, Rossler W. Seasonality in suicide—A review and search of new concepts for explaining the heterogeneous phenomena. *Soc Sci Med*. 2010; 71(4): 657-66.
23. Ghalei Ha A, Behrouzi Fard F. Epidemiologic survey of suicide attempters hospitalized in Hamadan Sina Hospital in 2001-2002. *J Hamadan Univ Med Sci*. 2007; 13(4): 58-63.
24. Bjorksten KS, Bjerragard M, Kripke DF. Suicide in midnight Sun, a study of seasonality *Psychiatry Res*. 2005 Feb; 133(2-3): 205-13.
25. Yip PS, Yang KC. A comparison of seasonal variation between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR. *J Affect Disord*. 2004; 81(3): 251-7.
26. Saadat M. High incidence of suicide by burning in Masjid -E – Sulaiman (south west of Iran) apolluted area with natural source gas leakage. *Burns*. 2004; 30(8): 829-32.
27. Maes M, Scharpe S, Verkerk R. Seasonal variation in plasma L-tryptophan availability in healthy volunteers; relationships to violent suicide occurrence. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Nov; 52(11): 937-46.
28. Panahi L, Peiravi H, Abolmaasoumi FZ, Sohrabi F. Study of students' suicide frequency and its relationship to features between 2004-2006 in Forensic Medicine Centers of Iran. *Proceedings of the fourth national seminar on students' mental health*. Tehran, Iran; 2007.
29. Moradi Sad A, Khademi- A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates. *Sci J Forensic Med Fall*. 2002; 8(27): 16-21.
30. Ghafarinezhad A, Pouya F. failed suicide attempt in psychiatric patients in Kerman. *J Kerman Univ Med Sci*. 1999; 5(2): 17-22.
31. Lotrakol M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(7): 944-8.
32. Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, Van Der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Fam Pract*. 2005 Nov; 6: 45.
33. Rahbar Taramsari M, Orangpour R, Mousavian Roushan Zamir SA, Davam F. Survey of suicidal epidemiologic factors in emergency ward patients of Razi Hospital, Rasht. *Sci J Forensic Med*. 2004; 10(34): 91-5.
34. Leineweber M, Bjerregaard P, Baerveldt C, Voestermans P. Suicide in a society in transition. *Int J Crim Pol Health*. 2001 Apr; 60 (2): 280-7.
35. Panahandeh Z, Doustdar Sanaye M. Study of the predisposing factors in Rasht. *Proceedings of the 3rd Congress of Epidemiology*. Rasht, Iran; 2006.
36. Davasaz Irani R, Keikhani B, Hossein Nezhad S, Kazemi F. Epidemiology of suicide resulted in death in Andimeshk and defining some of its underlying variables. *Proceedings of the 3rd Congress of Epidemiology Kerman, Iran*; 2006.
37. Mohammadi GH, Saadati A. Epidemiology survey and etiology of suicide attempt and its relationship with demographic variables of 22-Bahman hospital emergency department referred patients in Nishabour, 2003. *J Principles Mental Health*. 2004; 6(23, 24): 117-25.
38. Yousefi. Defining effective factors of suicidal attempt possibility in emergency department referred patients of Shahid Mohammadi hospital of Bandar Abbas. *Med J Hormozgan*. 2002; 6(2): 79-84.

39. Golchin M. Study of the spread and causes of suicide in Emergency department referred patients of Bou Ali Sina hospital of Qazvin (Apr-Sep 2002). Proceedings of a national conference of internal emergency services of Khoram Abbad, Khoram Abbad; Iran. 2003.
40. Patel SJPG. Suicide Among immigrants from the Indian subcontinent. Psychiatr Serv. 1996 May; 47(5): 517-21.
41. Molavi Nojourni M, Malakouti K, Bolhari J, Posht Mashhadi M, Asgharzadeh Amin. Predicting factors of suicide attempt in general Population of Karaj. Tehran Univ Med J. 2007; 65(4): 72-76.
42. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N, Adida M, Hantouche E, Lancrenon S, et al. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: Characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord. 2010 Jun; 123(1-3): 87-94.
43. Yasemi M, Jamshid zade F, Rafiei H, Rahimi AS, Azam K. Doing preliminary prevention of suicide in primary health care system. Soc Welfare Q. 2001; 3(12): 329-49.

Archive of SID

The epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001 to 2011

Jabari Fard F (MSc)¹, Ghar A (MPH)², Yazdekhasti F (PhD)³, Masoudi S (MSc)⁴
Mental health expert of Lordegan Healthcare network, Shahrekord University of Medical Sciences; Shahrekord, I.R. Iran; ²General practitioner and MPH, ShahreKord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ³Psychology and Eeducational Sciences, Isfahan University, Isfahan, I.R. Iran; ⁴Social worker of Lordegan welfare office, Shahrekord, I.R. Iran
Received: 25/Feb/2013 Revised: 5/Aug/2013 Accepted: 17/Aug/2013

Background and aims: Suicide is a health related problem and is a social pathology that .there are a lots of risk factors in which .This study was done for investigation of these factors for effective prevention and intervention in the under study population.

Methods: In this descriptive analytical study, 233 cases of suicide attempts in Lordegan city during 2001-2011 were studied. The required data were collected through forms which were designed for this purpose and then data were analyzed through Pearson correlation coefficient and chi-square test, using SPSS software and Krummer and exact Fisher tests.

Results: This study indicated that 77.6% of 223 cases were in the ages of 15-34 years old, 64.8% of them were women, 36.2% of them had primary educations, 75.5% of them inhabited in villages, 34.8% of these cases leded to death, 54.5% of them were single, and the most prevalent way used to suicide was consuming drugs (approximately 47.6%). The most reason of committing suicide was family problems (approximately 62.2%), the maximum rate of committing suicide resulting in death was mostly reported in fall season.(28.8) the statistical tests indicated that there are a significant relationship between the result of suicide with the way of committing that (P=0.001), outcome of suicide with seasons (P= 0.002) and attempt to suicide with gender (P=0.001). but no significant relationship was found between committing suicide and other factors (P<0.05).

Conclusion: Considering the fact that suicide attempt occur among youth, married women, single men, villagers, and individuals with elementary education more than other people,it is necessary that preventive measures be anticipated for these groups by the researchers.

Keywords: Demographic variables, Drugs, Epidemiology, Suicide.

Cite this article as: Jabari Fard F, Ghar A, Yazdekhasti F, Masoudi S. The epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001 to 2011. J Shahrekord Univ Med Sci. 2014 Feb, March; 15(6): 75-86.

***Corresponding author:**

General practitioner and MPH, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R.
Iran. Tel: 00989133853616, E-mail: f.jabbari14@yahoo.com