

فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز درمانی استان گلستان (۸۷-۱۳۸۳)

فوزیه بخشا^۱، ناصر بهنام پور*^۲، عبدالرحمان چرکزی^۳

۱- کارشناس ارشد هوشبری، عضو هیأت علمی گروه هوشبری دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۲- دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، عضو هیأت علمی گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

۳- دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، عضو گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از علل مهم مرگ در گروه سنی ۴۴-۱۵ سال در سراسر جهان است. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اقدام به خودکشی در استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۸۳ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۴۹۷۷ نفر از مراجعین به مراکز اورژانس بیمارستان‌های استان گلستان با اقدام به خودکشی طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۳ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم ثبت اطلاعات در مراجعین با تشخیص اقدام به خودکشی بود که از طرف دانشگاه علوم پزشکی گلستان در اختیار مراکز درمانی قرار گرفته بود. داده‌ها از طریق نرم افزار آماری SPSS-18 و از طریق آمار توصیفی و آزمون کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی افراد $22/91 \pm 7/09$ سال بود. نسبت جنسی زن به مرد $1/62$ تعیین شد. $55/6$ درصد مجرد و $45/2$ درصد متأهل بودند. 62 درصد در شهر، $37/8$ درصد در روستا و $0/2$ درصد در زندان ساکن بودند. سطح تحصیلات اکثر مراجعین زیردیپلم ($61/4$ درصد) و دیپلم ($27/1$ درصد) بود. 44 درصد موارد خودکشی در زنان خانه‌دار مشاهده شد. ابزار خودکشی در $90/1$ درصد استفاده از داروها بود. اقدام به خودکشی در 2 درصد به فوت منجر شد. همچنین $0/9$ درصد برای ادامه درمان به مراکز تخصصی‌تر ارجاع شدند. بین وضعیت تأهل ($P < 0/036$) و سطح تحصیلات ($P < 0/001$) در افراد اقدام کننده به خودکشی، رابطه آماری معنی‌داری یافت شد. به طوری که میزان موارد خودکشی در افراد مجرد و در افراد با تحصیلات پایین بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که اقدام به خودکشی در بین افراد جوان، مجرد، با جنسیت زن و دارای سطح تحصیلات پایین فراوانی بیشتری دارد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، اپیدمیولوژی، فراوانی، گلستان

* نویسنده مسئول: ناصر بهنام پور، پست الکترونیکی behnampour@yahoo.com

نشانی: گرگان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد فلسفی)، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی، تلفن ۴۴۲۱۶۶۳-۰۱۷۱، نمابر ۴۴۳۰۶۳۰

وصول مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۱۱، اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۱۱/۲۱، پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۲۴

مقدمه

خودکشی عمل آگاهانه آسیب رساندن به خود است که به عنوان یکی از معضلات اجتماعی در بیشتر جوامع رو به افزایش است (۱). بالا رفتن میزان خودکشی نگرانی فزاینده‌ای را برای جوامع امروزی به وجود آورده است (۲). اهمیت روزافزون خودکشی باعث شده است که روز دهم سپتامبر توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام گرفته شود (۳). Durkheim در مطالعات خود به شرح چهار نوع خودکشی پرداخته است. بر این اساس عدم توازن در همبستگی اجتماعی (Social Integration) منجر به دو نوع خودکشی خودخواهانه (ناشی از فقدان همبستگی فرد خودکشی کننده با دیگر اعضای جامعه‌اش) (Egoistic) و خودکشی دگرخواهانه (Altruistic) (ناشی از همبستگی بیش از اندازه فرد با جامعه‌اش) می‌شود. همچنین عدم توازن در وجدان اخلاقی یا انتظام اجتماعی (Social Regulation) نیز منجر به دو نوع خودکشی آنومی (Anomy) (زمانی افزایش می‌یابد که نظارت و کنترل جامعه، به علل بحران‌های سیاسی و اقتصادی بر رفتارها و هنجارها تضعیف یا حذف شود) و خودکشی ناشی از تقدیر (Fatalistic) (همانند زنان نابارور) می‌گردد (۴). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان اقدام به خودکشی بین ۴۰-۱۰ بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است (۵). اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است در صورتی که خودکشی موفق در مردان بیش از زنان است (۶). سن بالای ۴۵ سال، جنس مؤنث، وضعیت تأهل (مجرد، مطلقه و بیوه)، بیکاری، روابط بین فردی متعارض، سابقه خانوادگی آشفته یا متعارض و اختلالات روانی و جسمی مزمن به عنوان عوامل خطر در اقدام به خودکشی مطرح هستند (۷). نرخ خودکشی مردان و زنان در ایران از اکثر کشورهای دنیا به‌ویژه جوامع غربی پایین‌تر است؛ ولی در منطقه خاورمیانه در رده بالایی قرار دارد و باید توجه داشت که ایران وارد مرحله‌ای از گذر اجتماعی شده که با اغتشاش ارزش‌ها یا آنومی همراه خواهد بود (۸). میزان خودکشی موفق در ایران ۵/۷ به ازای هر یک‌صد هزار نفر مرد و ۳/۱ به ازای هر یک‌صد هزار نفر زن در سال ۱۳۸۰ بوده است (۸). نتایج حاصل از ۱۹ تحقیق صورت گرفته در ایران نشان می‌دهد که

میزان خودکشی در کشور ۹/۴ در یک‌صد هزار نفر جمعیت بوده و همچنین اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان است (۹). از لحاظ آماری مردان و زنان در به‌کار بردن شیوه‌های خودکشی با یکدیگر متفاوت عمل می‌کنند. مردان بیشتر از شیوه حلق‌آویز (۵۶ درصد) و زنان بیشتر از شیوه خودسوزی (۶۳/۴ درصد) استفاده کرده‌اند. در بین مردان استان‌های همدان، لرستان و ایلام و در بین زنان استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان بالاترین نرخ خودکشی را دارا می‌باشند (۸). در مطالعه تازیکی و همکاران در استان گلستان طی سال ۱۳۸۲ فراوانی خودکشی ۱۱۷/۸ در یک‌صد هزار نفر بوده است (۱۰). در مطالعه ضرغامی و خلیلیان در شهرستان کردکوی از ۷۷ مورد خودکشی ۱۰/۲ درصد به مرگ منجر شده بود و همه آنان مذکر بودند (۱۱). با توجه به این که استان گلستان با جمعیت یک میلیون و ششصد و هفده هزار نفر در شمال ایران از تنوع جمعیتی، قومی، مذهبی و اقلیمی ویژه‌ای برخوردار است و مطالعات صورت گرفته دارای محدودیت زمانی یا جغرافیایی بودند؛ مطالعه حاضر با هدف دستیابی به میزان خودکشی و عوامل زمینه‌ای مؤثر بر آن طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۷ انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی همه افرادی که با تشخیص اقدام به خودکشی به مراکز اورژانس استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۳ مراجعه نمودند؛ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم ثبت اطلاعات در مراجعین با تشخیص اقدام به خودکشی بود که از طرف دانشگاه علوم پزشکی گلستان در اختیار مراکز درمانی قرار گرفته بود. این فرم ماهانه پس از تکمیل توسط کارشناسان پرستاری مستقر در اورژانس با پرسش از بیمار و همراهان تکمیل و از طریق مراکز درمانی به مسئولین و دست‌اندرکاران ارسال می‌شود و شامل اطلاعاتی در زمینه سن، جنس، محل سکونت، شغل، میزان تحصیلات، قومیت، ابزار خودکشی، انگیزه خودکشی، تعداد دفعات و نتیجه خودکشی است. برای محاسبه میزان بروز از فرمول تعداد موارد اقدام به خودکشی در زمان، مکان، و قومیت معین تقسیم بر کلیه واجدین شرایط در همان زمان، مکان، و قومیت استفاده شد. اطلاعات مربوط به جمعیت واجدین شرایط از

سالنامه‌های آماری مرکز بهداشت استان گلستان در سال‌های ۸۷-۱۳۸۶ استفاده شد (۱۲). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-18 استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار و جداول توزیع فراوانی و برای انجام مقایسه‌های مورد نظر از آزمون آماری کای اسکوتر استفاده گردید. سطح معنی‌داری برای آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۴۹۷۷ فرد به خودکشی اقدام نموده بودند. دامنه سنی مراجعین بین ۱۳ الی ۸۱ سال با میانگین و انحراف معیار $22/91 \pm 7/59$ سال بود. میزان بروز سالیانه اقدام به خودکشی در ده هزار نفر محاسبه گردید (جدول یک).

جدول ۱: توزیع فراوانی و میزان بروز سالیانه اقدام به خودکشی در استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۸۳ به تفکیک سن

گروه سنی (سال)	تعداد (درصد)	میزان بروز سالیانه در ده هزار نفر
۱۵-۱۹	۱۲۸۰ (۳۶/۶)	۱۴
۲۰-۳۵	۱۹۸۲ (۵۶/۷)	۸
۳۶-۶۰	۲۱۶ (۶/۲)	۳
۶۱-۷۹	۱۸ (۰/۵)	۰/۵
جمع	۳۴۹۶ (۱۰۰)	۶

جدول ۲: توزیع فراوانی و میزان بروز سالیانه اقدام به خودکشی در استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۳ بر حسب قومیت

قومیت	تعداد (درصد)	میزان بروز سالیانه در ده هزار نفر
فارس	۳۵۰۴ (۷۰/۴)	۱۰
ترکمن	۹۹۵ (۲۰)	۴
سیستانی	۴۰۸ (۸/۲)	۳
بلوچ	۴۵ (۰/۹)	۱
کرد	۱۰ (۰/۲)	۲
قزاق	۱۰ (۰/۲)	۴
ترک	۵ (۰/۱)	۰/۲
جمع	۴۹۷۷ (۱۰۰)	۶

جدول ۳: توزیع فراوانی دفعات اقدام به خودکشی در بین اقدام کنندگان به خودکشی در استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۳

تعداد (درصد)	اقدام به خودکشی (دفعه)
۴۶۴۴ (۹۳/۳)	اول
۲۱۸ (۴/۴)	دوم
۵۵ (۱/۱)	سوم
۱۰ (۰/۲)	چهارم
۵ (۰/۱)	ششم
۴۵ (۰/۹)	نامشخص
۴۹۷۷ (۱۰۰)	جمع

جدول ۴: توزیع فراوانی ابزار خودکشی در بین اقدام کنندگان به خودکشی در استان گلستان طی سال‌های ۸۷-۱۳۸۳

تعداد (درصد)	ابزار خودکشی
۴۴۸۴ (۹۰/۱)	دارو
۲۶۴ (۵/۳)	سموم شیمیایی
۵۵ (۱/۱)	مرگ موش
۵۰ (۱)	مواد مخدر و مشروب
۲۹ (۰/۶)	مواد شوینده
۲۵ (۰/۵)	چاقو
۲۵ (۰/۵)	خودسوزی
۲۰ (۰/۴)	حلق آویزی
۵ (۰/۱)	اسحله گرم
۲۰ (۰/۴)	سایر
۴۹۷۷ (۱۰۰)	جمع

بیشترین ابزار مورد استفاده در خودکشی داروها (۹۰/۱ درصد) و کمترین اسلحه گرم (۰/۱ درصد) بود (جدول ۴).

اقدام به خودکشی در ۲ درصد (۱۰۰ نفر) به فوت و در ۹۷/۱ درصد (۴۸۳۲ نفر) به نجات فرد منجر شد. همچنین ۰/۹ درصد (۴۵ نفر) برای ادامه درمان به مراکز تخصصی‌تر ارجاع شدند. متوسط سن نجات و فوت در زنان به ترتیب $22 \pm 7/18$ سال و $25 \pm 12/99$ سال و در مردان به ترتیب برابر با $23/06 \pm 7/90$ سال و $23/02 \pm 9/63$ سال تعیین گردید.

Archiving of SID

برای حل مسأله در بحران‌های حاد را ندارند؛ اقدام به رفتارهای تکانه‌ی نظیر خودکشی می‌کنند. مهارت‌های مقابله‌ای نقش مهمی در سلامت روان افراد به خصوص نوجوانان دارد. نتایج مقایسه‌ای میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان در مناطق مختلف ایران در جدول ۵ آمده است که نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی نسبی دارد.

جدول ۵: نتایج مقایسه‌ای نسبت زن به مرد در اقدام به خودکشی در مناطق مختلف ایران

منطقه مورد بررسی	سال مطالعه	میزان بروز در صد هزار نفر	نسبت زن به مرد
مطالعه حاضر	۱۳۸۷	۶۰	۱/۶۲
گلستان (۱۰)	۱۳۸۲	۱۴۷/۴	۱/۶۶
رشت (۳۰)	۱۳۸۳	-	۱/۴۵
تبریز (۱۷)	۱۳۸۰	-	۱/۲۹
کردکوی (۱۱)	۱۳۷۲	-	۱/۸۰
سمنان (۲۸)	۱۳۸۰	-	۱/۶۸
آذربایجان غربی (۲۹)	۱۳۸۰	۱۴۶	۱/۷۷
دشتستان (۲۷)	۱۳۸۳	۶۳	۲/۴۳

در مطالعه مرور سیستماتیک انجام شده روی ۱۹ مطالعه در کشور برابر با ۱/۵۶ بوده است (۸) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند. اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان در مطالعه احمدی در کرمانشاه برابر با ۳/۴ (۳۱) و در مطالعه قائدی در دشتستان ۲/۴ (۲۷) تعیین شد که با مطالعه ما هم‌خوانی نداشت. این تفاوت می‌تواند به دلیل بررسی نوع خاصی از موارد اقدام به خودکشی و تفاوت ساختار فرهنگی و قومی این جوامع باشد. زیرا در مطالعه احمدی (۲۵) فقط موارد خودسوزی مورد بررسی قرار گرفته بودند. آمارهای اقدام به خودکشی و خودکشی موفق دو مقوله جدا از هم هستند و در آمارهای مربوط به خودکشی باعث ابهام می‌شوند. تفاوت این رقم در کشورهای مختلف متفاوت است. در دو مطالعه مجزای کشور نسبت خودکشی موفق در مردان به زنان به ترتیب ۲/۲۵ و ۲/۲۶ گزارش شده است (۳۲ و ۳۳). در مطالعه Lotrakul در تایلند نسبت جنسی مردان به زنان برابر با ۳/۶ بود (۳۴). همچنین در مطالعه Platt در اسکاتلند میزان خودکشی در مردان در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۸۸ نسبت به زنان سه برابر بیشتر بود و این نسبت در گروه سنی ۳۴-۱۵ سال چهار برابر بوده است (۳۵). این یافته‌ها با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد.

در مطالعه حاضر فراوانی اقدام به خودکشی در بین افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بود. این یافته با مطالعات انجام شده

بین وضعیت تأهل ($P=0/036$) و سطح تحصیلات ($P=0/01$) در افراد اقدام کننده به خودکشی، رابطه آماری معنی داری یافت شد. به طوری که میزان موارد خودکشی در افراد مجرد و در افراد با تحصیلات پایین بیشتر بود.

بحث

خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی بوده و در برخی کشورها هشتمین علت مرگ در افراد بزرگسال است (۱۳). در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند (۴). از ۴۵ سال گذشته نرخ اقدام به خودکشی در جهان ۶۰ درصد افزایش یافته است (۱۳). نرخ خودکشی در مناطق و کشورهای مختلف متفاوت بوده و این تفاوت در کشورهای مسلمان و غیرمسلمان محسوس است (۱۴ و ۱۵). در ایران نیز نرخ خودکشی در مناطق مختلف متفاوت بوده و نتایج مطالعات نشان‌دهنده افزایش نرخ رشد طی دو دهه اخیر است (۱۰ و ۱۱ و ۱۶-۲۶). البته مقایسه نتایج این مطالعه با تحقیق تازیکی و همکاران (۱۰) نشان‌دهنده کاهش قابل ملاحظه نرخ خودکشی در استان گلستان می‌باشد. هرچند این کاهش ذاتاً مثبت ارزیابی می‌گردد؛ ولی بخشی از آن می‌تواند ناشی از تفاوت در ثبت دقیق موارد اقدام به خودکشی در سال‌های گذشته باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۲/۹۱ سال می‌باشد. در مطالعه قائدی و همکاران (۲۷) میانگین سنی افراد ۲۲ سال و در مطالعه صابری ظفرقندی و همکاران (۲۸) ۲۴/۸ سال بود که با مطالعه ما هم‌خوانی دارد. در مطالعه تازیکی و همکاران (۱۰) طی سال ۱۳۸۲ در استان گلستان بالاترین میزان خودکشی در سنین ۲۰-۲۴ سال و در آذربایجان غربی (۲۹) در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (۶۲/۱ درصد) تعیین شد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی نسبی دارد. پایین بودن میانگین سنی در مطالعات انجام گرفته در کشور می‌تواند به دلیل جوانی نسبی جمعیت کشور و تغییرات اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن باشد که باعث ایجاد مشکلاتی در این گروه سنی شده است. همچنین تعداد بالای اقدام به خودکشی در سنین زیر ۲۰ سال می‌تواند ناشی از ایجاد فاصله و عدم رابطه مناسب بین والدین و فرزندان باشد. نوجوانان به دلیل شرایط و بحران‌های خاص این دوره از زندگی، در معرض انواع استرس‌ها قرار دارند و به دلیل این که مکانیسم‌های انطباقی آنان کامل نشده است و مهارت‌های لازم

بهداشت می‌باشد. این تفاوت می‌تواند ناشی از ناکافی بودن گزارش‌دهی اطلاعات خودکشی به ستاد وزارت بهداشت باشد. با توجه به ماهیت خودکشی که عملی ناپسند در باور فرهنگی جامعه ایران است و اطلاعات آن محرمانه محسوب می‌شود؛ از محدودیت‌های این مطالعه استفاده از داده‌هایی بود که درصد قابل ملاحظه‌ای از آنها به طور کامل و مرتب تکمیل نشده بودند. همچنین در اکثر داده‌های موجود علل و انگیزه خودکشی، تاریخ و زمان آن قید نشده بود تا استخراج دقیق‌تری به عمل آید. شایسته است ترتیبی اتخاذ شود که تکمیل پرسشنامه‌ها با دقت بیشتر و با روال یکسان در همه مراکز اورژانس انجام شود و آموزش و هماهنگی‌های لازم در این مورد به پرسشگران مربوطه داده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که اقدام به خودکشی در بین افراد جوان، مجرد، با جنسیت زن و دارای سطح تحصیلات پایین شیوع بیشتری دارد. لذا ضروری است تا رخداد خودکشی به عنوان یکی از مسایل و مشکلات مهم بهداشت عمومی استان گلستان در نظر گرفته شده و اقدامات لازم برای کاهش آن به عمل آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب (شماره ۲۲۵۸) معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. نویسندگان مقاله نهایت تشکر خود را از حراست محترم دانشگاه علوم پزشکی گلستان و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان به خاطر حمایت مالی و معنوی طرح اعلام می‌نمایند.

References

1. Spirito A, Overholser J, Hart K. Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 Jul;30(4):604-8.
2. Murray BL, Wright K. Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Apr;13(2):157-64.
3. Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi Kh, Godarzi Z. [Causes of suicide in married women]. *Hayat*. 2006;12(1):47-53. [Article in Persian]
4. Durkheim E. *Suicide, a Study in Sociology*. 1st. New York: Free Press. 1952. pp: 14-17.
5. World Health Organization. *Suicide rates*. May 2003.

در رشت، تبریز، دشتستان و آذربایجان غربی نیز هم‌خوانی دارد (۱۷ و ۲۷ و ۲۹ و ۳۰). در مطالعه احمدی بین وضعیت تأهل و اقدام به خودکشی تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید (۳۱). این مورد می‌تواند به این دلیل باشد که فقط خودکشی‌های ناشی از خودسوزی بررسی شده بود. در مطالعات انجام شده در ایتالیا و کانادا نیز نتایج مشابه مشاهده گردید (۳۶ و ۳۷). پایین بودن خودکشی در افراد متأهل می‌تواند به دلیل برخورداری آنان از حمایت اجتماعی مناسب‌تر نسبت به افراد مجرد باشد (۴).

در مطالعه ما بیشترین موارد (۹۰/۱ درصد) اقدام به خودکشی توسط داروها صورت گرفته بود. این مورد در مطالعات دیگر از ۴۴ درصد تا ۸۵/۵ درصد در نوسان بوده است (۱۰ و ۳۱ و ۳۳). در مطالعه تازیکی و همکاران در استان گلستان نیز ۷۶ درصد از موارد خودکشی با استفاده از داروهای شیمیایی و مواد مخدر صورت گرفته بود (۱۰) که این میزان در مطالعه حاضر افزایش یافته است. بالا بودن میزان استفاده از داروها و مواد مخدر به عنوان ابزار خودکشی می‌تواند به دلیل سهولت دسترسی به آن باشد. همچنین به دلیل وجود صنعت کشاورزی در استان، دسترسی به سموم کشاورزی نیز سهل‌تر است. در بریتانیا، مسمومیت با دارو شایع‌ترین راه برای خودکشی بوده است (۳۷). در خودکشی‌های موفق از روش‌های خشن‌تری استفاده می‌شود. در کرمان شایع‌ترین روش خودکشی استفاده از سموم و حلق‌آویزی (۳۲) و در تایلند حلق‌آویزی و استفاده از سموم شیمیایی بوده است (۳۴). نتایج مقایسه‌ای میزان بروز خودکشی در جدول ۵ نشان‌دهنده تفاوت چشمگیری در مقادیر حاصل از تحقیقات مستقل دانشگاهی با آمار و ارقام ارائه شده از طرف وزارت

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/

6. Rafiei M, Seyfi A. [The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of University of Medical Sciences in Markazi-Province from 2002 to 2006]. *Iran J Public Health*. 2009; 4,(3-4): 59-69. [Article in Persian]
7. Kaplan H, Sadock B. *Pocket hand books of clinical psychiatry*. 3rd. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. 2001;p:262.
8. Moradi S, Khademi A. [Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates]. *Sci J Forensic Med*. 2002; 8(27):16-21. [Article in Persian]
9. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. [Systematic Review of

Researches on Suicide and Suicide Attempt in Iran]. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2008;2(14): 115-21. [Article in Persian]

10. Taziki MH, Taziki SA, Semnani SH, Rajaei S, Golalipour MJ, Ezad KH, et al. [Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003)]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2007Jan;16(55):72-7. [Article in Persian]

11. Zarghami M, Khalilian AR. [Epidemiology of committing suicide in Kordkouy]. Pejouhandeh. 2003-2004;8(5):361-70. [Article in Persian]

12. Zanganeh MA, Haji Ebrahimi MH, Malvandy A. [Statistical Yearbook of Golestan province health center 86 years]. Health Center of Golestan Province. 1st. Gorgan: Reyhani Publisher. 2008; pp: 40-56. [Persian]

13. World Health Organization (WHO). Suicide Statistics 1999-2000. http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf

14. Roy A. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers. 2000. pp: 2031-40.

15. Coşar B, Koçak N, Arıkan Z, Işık E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. Can J Psychiatry. 1997 Dec; 42(10):1072-5.

16. Wang D, Wang YT, Wang XY. Suicide in three ethnic groups in Huhhot, Inner Mongolia. Crisis. 1997;18(3):112-4.

17. Khazaie H, Parvizifard A. [Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in tabriz in 2001]. Behbood J. 2003;7(3):42-51. [Article in Persian]

18. Shaykholesmi H, Fallahzade M. [Suicides referrals to the emergency clinic of Qazvin]. J Qazvin Univ Med Sci. 1997;1(3):24-30. [Article in Persian]

19. Mousavi F, Shah Mohammadi D, Kaffashi A. [Epidemiological survey of suicide in rural areas]. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2000; 5(1):4-10. [Article in Persian]

20. 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;36(4): 16-21. [Article in Persian]

21. 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;3(9-10): 19-31. [Article in Persian]

22. Khalkhali SMR, Rahbar M, Farde Masood R, Jamadi A. [Survey of life events prior to suicide attempt]. J Guilan Uni Med Sci. 2001;10(2): 96-106. [Article in Persian]

23. Najarian B, Asghari Moghadam MA, Barati F. [Relationship between psychological characteristics and suicide rate in Masjid Suleyman and Dezful]. Sci Med J Ahwaz Jundishapur Univ Med Sci. 1993; 8(2):19-29. [Article in Persian]

24. 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 2000-01]. Sci Med J Ahwaz

Jundishapur Univ Med Sci. 2004; 19(2): 24-30. [Article in Persian]

25. Ahmadi AR. [Frequency of self-immolation in the attempted suicide patients in Islam Abad Gharb, 1997-2003]. behbood J. 2005;9(1): 26-36. [Article in Persian]

26. Ahmadi AM, Haji Ahmadi M. [An epidemiological report on successful suicide in Mazandaran province in 1990-91]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2000;10(3):8-12. [Article in Persian]

27. Ghaedi H, Mohammadi Baghmollaei M, Hashemi SM, Saniei F, Hoseini Y, Jabbarnejad A. [Epidemiological Study of Suicide Attempt in Dashtestan Region in 2004]. Dena, Quarterly J of Yasuj Faculty of Nursing And Midwifery. 2007;3(1):53-60. [Article in Persian]

28. Saberi-Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi Sh. [Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of medical sciences]. Koomesh. 2005, 6(4): 311-18. [Article in Persian]

29. Salarilak SH, Entezarmahdi MR, Afshani MT, Abbasi H. [A survey of rate and effective factors on occurrence of suicide during one year in west –azarbaijan]. Urmia Med J. 2006;17(2):93-100. [Article in Persian]

30. Rahbar Taramsari M, Orang Pour R, Mousavian Roshan 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. [Article in Persian]

31. Ahmadi A, Janbazi Sh, Laghaei Z, Ahmadi A, Davarnejad O, Haidari MB. [Epidemiological study of committed self-inflicted burns admitted to the Hospitals of Kermanshah, University of Medical Sciences, Iran]. J Fundam Ment Health. 2006;29-30(8): 23-35. [Article in Persian]

32. Shirzad J, Gharedaghi J. [Study of methods and causes of Suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of IRAN in first six month of 2004]. SJFM. 2007; 13(3):163-70. [Article in Persian]

33. 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;7(1): 4-12. [Article in Persian]

34. Lotrakul M. Suicide in the north of Thailand. J Med Assoc Thai. 2005 Jul;88(7):944-8.

35. Platt S, Boyle P, Crombie I, Feng Zh, Exeter D. The epidemiology of suicide in Scotland 1989-2004: an examination of temporal trends and risk factors at national and local levels. 2007. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2007/03/01145422/0>

36. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders--World Mental Health study. Compr Psychiatry. 2008 Jan-Feb;49(1):13-21.

37. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. [Deliberate self-poisonings treated in hospitals]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jun; 125(13):1798-800. [Article in Norwegian]

The prevalency of attempted suicide in Golestan province, North of Iran during 2003-07

Bakhsha F (MSc)¹, Behnampour N (MSc)*², Charkazi A (MSc)³

¹Academic Insrtuctor, Department of Anesthesiology, School of Paramedic, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ²Academic Insrtuctor, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. ³Academic Insrtuctor, Department of Public Health, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Suicide is one of the important causes of death worldwide particularly among 44-15 years. The aim of this study was to survey the prevalency of attempted suicide in Golestan province, North of Iran during 2003-07.

Materials and Methods: This descriptive study conducted on 4977 suicide attempted subjects in Golestan province, North of Iran during 2003-07. Data were gathered through a filed questioners. Data was analyzed by SPSS-18 and Chi-Square test.

Results: Mean±SD of the subjects was 22.91±7.59 years. The female to male ratio was 1.62. 55.6% of subjects were single. The subjects resided in urban and rural area were 62% and 37.8%, respectively. 61.4% and 27.1% of subjects have finished and un-finished high-school studies. 2% and 0.9% from those attempted suicide were died and referred to specific centers, respectively for further medical follow-up. There was a positive correlation between suicide single status and low educated subjects with P=0.036 and P=0.001 respectively.

Conclusion: The findings indicated that the prevalancy of suicide were higher among single, female and those with lower education.

Keywords: Suicide, Epidemiology, Prevalence, Golestan

* Corresponding Author: Behnampour N (MSc), E-mail: behnampour@yahoo.com

Received 2 March 2010

Revised 10 April 2010

Accepted 14 May 2010