

## بررسی میزان و عوامل مرتبط با خودکشی در شهرستان بهار

علیرضا مرادی<sup>۱</sup>، رحیم مرادی<sup>۲</sup>، احسان مصطفوی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** خودکشی یکی از معضلات روانی-اجتماعی است. استان همدان یکی از سه استان با بروز بالای این پدیده در کشور می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان بهار، یکی از شهرستان‌های این استان، بوده است.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی مقطعی، جامعه آماری پژوهش ۱۰۷ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی شهرستان بهار در استان همدان بودند که از اول تیرماه ۱۳۸۶ تا آخر مهرماه ۱۳۸۷ اقدام به خودکشی نموده بودند. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه جمع‌آوری و نتایج با استفاده از آزمون  $\chi^2$  و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میزان بروز اقدام به خودکشی در شهرستان بهار، ۸۷/۵ در یکصد هزار نفر جمعیت، با توزیع جنسی ۵۳/۳ درصد در مردان و ۴۶/۷ درصد در زنان بود. بیشترین میزان اقدام به خودکشی با ۵۶/۱ درصد در گروه سنی ۱۶-۲۵ سال مشاهده شد و میانگین سن نمونه‌های پژوهش ۲۶/۸ با انحراف معیار ۱/۱۳ سال بود. ۵۲/۳ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی مجرد بودند و محل سکونت ۵۹/۸ درصد شهر بود. بیشتر اقدام‌کنندگان در گروه مردان، بیکار (۴۸ درصد) و در گروه زنان، خانه‌دار (۹۴/۷ درصد) بودند. شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی استفاده از قرص (۵۰/۵ درصد) بود و شایع‌ترین علت خودکشی اختلاف با والدین و یا با همسر بود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که ۸۲ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی در سنین کمتر از ۳۰ سال بودند که توجه جدی به این گروه سنی را طلب می‌کند و لازم است نیازهای آن‌ها شناسایی گردد.

**واژه‌های کلیدی:** خودکشی، اقدام به خودکشی، شهرستان بهار، همدان.

### نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۲/۱۸

پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۴

### مقدمه

آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحور، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط‌های اجتماعی انجام می‌شود (۲، ۱). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی مثل خود آسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام

خودکشی و اقدام به آن در اجلاس سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۱۹۹۶ یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی اعلام شد. این پدیده افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می‌شود. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به طور

۱- کارشناس ارشد، مرکز بهداشت شهرستان بهار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲- کارشناس روان‌شناسی بالینی، مرکز بهداشت شهرستان بهار، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۳- استادیار، گروه اپیدمیولوژی، انستیتو پاستور ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: mostafavi@pasteur.ac.ir

مثال در مناطق جنوبی کشور ۱۶/۸ و در کرج و ساوجبلاغ ۱۶/۴ در صدهزار گزارش شده است، اما میزان اقدام به خودکشی بسیار بالاتر است و این مقدار به طور مثال در استان گلستان ۱۱۷/۸ در صدهزار نفر گزارش شده است، با این وجود از این مطالعات نمی‌توان تخمین دقیقی را از وضعیت خودکشی در کشور به دست آورد (۱۰-۱۲).

حیدری پهلویان در بررسی متغیرهای روانی اجتماعی مرتبط با اقدام‌کنندگان به خودکشی گزارش کرد که ۸۲/۷ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی مبتلا به درجاتی از افسردگی خفیف تا شدید بودند و مهم‌ترین دلایل اقدام به خودکشی مسایل و درگیری‌های خانوادگی، ناراحتی روانی، بیکاری و مشکلات اقتصادی بوده است (۱۳). مطالعه مولوی و همکاران نیز نشان داد که اختلاف با همسر (۳۳/۹ درصد) و اختلاف با والدین (۱۷/۴ درصد) از شایع‌ترین علل اقدام به خودکشی می‌باشند (۱۴). نتایج مطالعه قلعه‌ایها و همکاران با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کنندگان به خودکشی نشان داد که بالاترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۱۵-۲۵ سالگی بوده است که ۵۲ درصد از آن‌ها در مردان بوده است (۱۵). در مطالعه‌ای دیگری به منظور بررسی یک ساله مرگ و میر ناشی از مسمومیت‌ها، نشان داده شد که ۶۸/۱ درصد از بیماران فوت شده، به طور عمدی اقدام به خودکشی کرده بودند (۱۶).

بنابراین با توجه به افزایش شیوع روز افزون این معضل در اکثر نقاط ایران و از آن جایی که اقدام به خودکشی متأثر از عوامل فرهنگی و منطقه‌ای است (۱۳)، این پژوهش به منظور تعیین میزان اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با خودکشی به منظور آرایه راه‌کار جهت پیش‌گیری از خودکشی در شهرستان بهار انجام گرفت.

#### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی گذشته‌نگر به روش مقطعی بوده است. جامعه آماری، افراد اقدام‌کننده به خودکشی منجر به مرگ و خودکشی ناموفق در شهرستان

می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است. بر اساس گزارش همین سازمان، خودکشی سیزدهمین علت مرگ و میر در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی ۱۰-۴۰ بار بیشتر از خودکشی منجر به مرگ می‌باشد و با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در همه جوامع بشری میزان اقدام به خودکشی رو به افزایش است (۱-۴).

خودکشی در بین همه طبقات جمعیتی رخ می‌دهد، ولی زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌نمایند؛ در صورتی که خودکشی در مردان بیش از زنان منجر به مرگ می‌شود (۵). فراوانی خودکشی بسته به وضعیت جغرافیای در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می‌باشد؛ به طوری که کشورهای اسکانندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ در صدهزار نفر در سال بیشترین و کشورهای اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ در صدهزار نفر در سال رتبه‌های پایین خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (۴).

در ایالات متحده آمریکا، خودکشی هشتمین علت مرگ و میر و سومین علت مرگ در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۵ سال می‌باشد (۶). اختلالات روانی، اختلافات خانوادگی، تاریخچه‌ای از آزار و اذیت، دسترسی به سلاح گرم (اسلحه) و سابقه اقدام به خودکشی در گذشته مهم‌ترین عوامل خطر در اقدام به خودکشی در بین جامعه آمریکایی است (۷).

خودکشی در اغلب کشورهای مسلمان پایین می‌باشد، برای مثال در کویت میزان خودکشی نزدیک به ۰/۱ در صدهزار نفر و در ترکیه و پاکستان نیز کمتر از ۵ در یک‌صدهزار نفر جمعیت گزارش شده است (۷، ۴).

در ایران خودکشی از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر، ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است (۸). ایران از نظر رتبه جهانی خودکشی در رتبه ۵۸ام قرار دارد که در این میان سه استان ایلام، کرمانشاه و همدان بالاترین آمار خودکشی را دارند (۹). اگرچه در نقاط مختلف ایران مطالعاتی در زمینه خودکشی انجام و فراوانی آن به طور

اقدام کننده به خودکشی و اطلاعات ۱۴ نفر از خودکشی‌های منجر به مرگ با مصاحبه با نزدیک‌ترین خویشاوند درجه اول جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات ۱۰۷ نفر اقدام کننده به خودکشی نشان داد که ۵۳ نفر (۵۳/۳ درصد) از افراد مورد پژوهش زن و ۵۰ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد بودند. ۵۶ نفر (۵۲/۳ درصد) از افراد اقدام کننده مجرد و ۵۱ نفر (۴۷/۷ درصد) متأهل بودند. همچنین ۶۴ نفر (۵۹/۸ درصد) از افراد مورد پژوهش ساکن شهر و ۴۳ نفر (۴۰/۲ درصد) در روستا سکونت داشتند.

میانگین سنی افراد مورد پژوهش ۲۶/۸ سال با انحراف معیار ۱/۱۳ سال بود. اکثریت افراد اقدام کننده به خودکشی در محدوده سنی ۱۶-۲۵ سال (۵۶/۱ درصد) و ۲۶-۳۵ سال (۲۳/۴ درصد) قرار داشتند. از نظر آماری ارتباط معنی داری بین سن و اقدام به خودکشی در این پژوهش مشاهده شد؛ به طوری که در دو جنس مرد و زن با افزایش سن، اقدام به خودکشی کمتر می‌شود ( $P < 0/05$ ). از نظر تحصیلات، بیش از ۷۰ درصد از این افراد دارای مدرک مقطع راهنمایی یا پایین‌تر بودند (جدول ۱). از نظر آماری رابطه معنی دار بین وضعیت تأهل، جنس و سطح سواد با اقدام به خودکشی مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در افراد اقدام کننده به خودکشی از اول تیرماه ۱۳۸۶ تا آخر مهرماه ۱۳۸۷ در شهرستان بهار استان همدان

درصد	فراوانی	سن (سال)
۲/۸	۳	کمتر از ۱۵
۵۶/۱	۶۰	۱۶-۲۵
۲۳/۴	۲۵	۲۶-۳۵
۸/۴	۹	۳۶-۴۵
۶/۵	۷	۴۶-۵۵
۲/۸	۳	۵۶ به بالا
		تحصیلات
۳۱/۷	۳۴	ابتدایی
۴۰/۲	۴۳	راهنمایی
۱۵	۱۶	دبیرستان
۱۳/۱	۱۴	دیپلم و بالاتر

بهار بودند که به واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان (مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، خانه‌های بهداشت، اورژانس بیمارستان و پزشکی قانونی) مراجعه نموده بودند. جمعیت شهرستان بهار بر اساس آخرین سرشماری سراسری سال ۱۳۸۵، ۱۲۲۲۵۴ نفر بود که ۶۲۰۴۵ نفر از آن‌ها مرد و ۶۰۲۰۹ نفر زن می‌باشند. کلیه داده‌های موجود در فاصله زمانی تیرماه ۱۳۸۶ تا مهرماه ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد متغیرهای مورد مطالعه، از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد که با استفاده از کتب و مقالات معتبر علمی و نظرات محققین علوم روان‌شناسی و بهداشت تدوین شده بود. روایی یا اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از روش بررسی دقیق کتاب‌ها، مقالات مرتبط و قضاوت متخصصان مورد سنجش قرار گرفته است و برای تعیین اعتبار و پایایی پرسش‌نامه از روش آزمون مجدد استفاده شد ( $r = 0/87$ ).

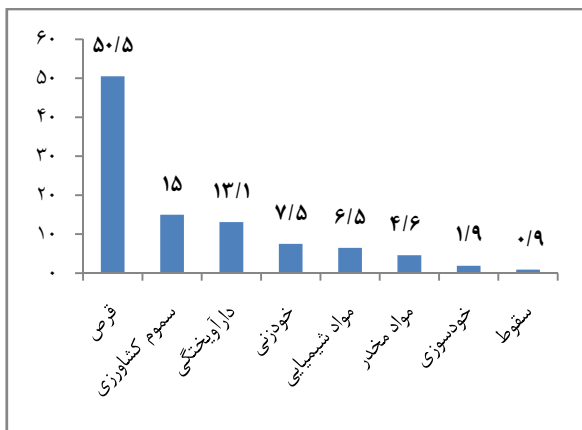
پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در مورد خصوصیات دموگرافیک و عمومی افراد، روش و نحوه اقدام به خودکشی، علل اقدام به خودکشی و نتیجه اقدام به خودکشی بود که برای تکمیل آن از روش مصاحبه با افراد اقدام کننده به خودکشی ناموفق و همچنین وابستگان نزدیک و درجه اول افراد اقدام کننده به خودکشی منجر به مرگ توسط کارشناس روان‌شناسی با مراجعه به آدرس آن‌ها در منازل یا محل کار استفاده شد. مجرد بودن افراد در مطالعه یعنی در زمان اقدام به خودکشی فرد فاقد همسر بوده باشد، که ممکن است مجرد واقعی یا مطلقه و بیوه و ... باشد.

بنابر تعریف، میزان درآمد ماهیانه کمتر از ۲۰۰ هزار تومان به عنوان درآمد پایین، درآمد ماهیانه در حد ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان، متوسط و درآمد ماهیانه بالاتر از ۴۰۰ هزار تومان، خوب لحاظ شد. سپس نتایج پرسش‌نامه‌ها با ورود اطلاعات به رایانه (برنامه SPSS) با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری  $\chi^2$  و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

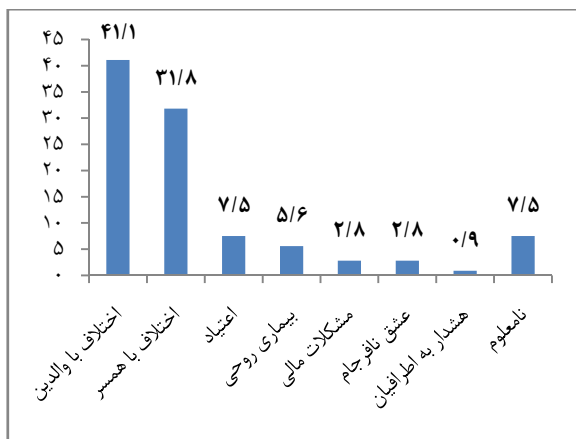
## یافته‌ها

در این مطالعه اطلاعات ۹۳ نفر به روش مصاحبه با خود افراد

از افراد مورد پژوهش اختلاف با والدین و اختلاف با همسر بیان گردیده است (نمودار ۲). در زنان اختلاف با همسر دو برابر مردان به عنوان دلیل اصلی مطرح شده اقدام به خودکشی اظهار شده است. همچنین علت مطرح شده اقدام به خودکشی در ۱۶ درصد از مردان، اعتیاد و در ۵/۳ درصد از زنان، عشق نافرجام بوده است.



نمودار ۱. توزیع فراوانی (درصد) وسیله اقدام به خودکشی در شهرستان بهار استان همدان از اول تیرماه ۱۳۸۶ تا آخر مهرماه ۱۳۸۷



نمودار ۲. توزیع فراوانی (درصد) علت مطرح شده اقدام به خودکشی در شهرستان بهار استان همدان از اول تیرماه ۱۳۸۶ تا آخر مهرماه ۱۳۸۷

بروز سالیانه اقدام به خودکشی در شهرستان بهار در دوره مورد بررسی، ۸۷/۵ در یکصد هزار نفر جمعیت به دست آمد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثر مردان اقدام‌کننده به خودکشی بیکار (۴۸ درصد) و کارگر (۲۰ درصد) بودند؛ در حالی که ۹۴/۷ درصد از زنان، خانه‌دار بوده‌اند. کلیه زنان اقدام‌کننده به خودکشی فاقد درآمد خاصی بودند و در بین مردان نیز ۸۰ درصد از آنان فاقد درآمد یا دارای درآمد ضعیف بودند. از نظر وضعیت درآمد ماهیانه خانواده نیز ۷۴ درصد از مردان و ۷۸/۹ درصد از زنان اقدام‌کننده به خودکشی دارای خانواده با درآمد ضعیف بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی شغل و میزان درآمد در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به تفکیک جنس از اول تیرماه ۱۳۸۶ تا آخر مهرماه ۱۳۸۷ در شهرستان بهار استان همدان

شغل	مرد	زن
کشاورز	۴ (۸٪)	۰
کارگر	۱۰ (۲۰٪)	۰
خانه دار	۰ (۰٪)	۵۴ (۹۴/۷٪)
سرباز	۱ (۲٪)	۰
محصل	۱ (۲٪)	۳ (۵/۳٪)
بیکار	۲۴ (۴۸٪)	۰
آزاد	۷ (۱۴٪)	۰
سایر	۳ (۶٪)	۰
درآمد فرد		
فاقد درآمد	۲۱ (۴۲٪)	۵۷ (۱۰۰٪)
ضعیف	۱۹ (۳۸٪)	۰
متوسط	۸ (۱۶٪)	۰
خوب	۲ (۴٪)	۰
درآمد		
فاقد درآمد	۰	۰
ضعیف	۳۷ (۷۴٪)	۴۵ (۷۸/۹٪)
متوسط	۱۳ (۲۶٪)	۱۱ (۱۹/۳٪)
خوب	۰	۱ (۱/۸٪)

بیشتر افراد مورد پژوهش روش استفاده از قرص (۵۰/۵ درصد)، مصرف سموم کشاورزی (۱۵ درصد) و روش حلق‌آویز نمودن (۱۳/۱ درصد) را برای اقدام به خودکشی انتخاب نموده‌اند (نمودار ۱). دلایل مطرح شده اقدام به خودکشی در بیش از ۷۰ درصد

این میزان برای مردان ۸۰/۵ و برای زنان ۸۸/۰۲ در یکصد هزار نفر جمعیت می‌باشد. ۱۴ نفر (۱۳/۱ درصد) از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند، خودکشی آن‌ها به مرگ منتهی شده بود. خودکشی منجر به مرگ در مردان (۲۴ درصد) به طور معنی‌داری بیشتر از زنان (۳/۵ درصد) بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه میزان بروز اقدام به خودکشی در سال در شهرستان بهار ۸۷/۵ در یکصد هزار نفر جمعیت به دست آمد. این میزان در مطالعه صبری زفرقندی و همکاران در استان سمنان برای شهرستان‌های سمنان، دامغان و گرمسار به ترتیب ۱۱۶، ۱۱۴ و ۱۱۶ در صد هزار نفر (۱۷) و در مطالعات تازیکی و همکاران در گلستان (۱۲) و سالاری لک و همکاران در آذربایجان غربی (۱۸) به ترتیب ۱۱۷ و ۱۴۶ در صد هزار نفر گزارش شده است. البته این مطالعه مواردی را شامل شده است که به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بهار دلیل اقدام به خودکشی مراجعه کرده‌اند و نظیر سایر مطالعات ممکن است افرادی نیز به دلایل مختلف به مراکز یاد شده مراجعه نکرده باشند و حتی به علت خودکشی فوت شده باشند، ولی علت فوت را دلیل دیگری ذکر کرده باشند.

در مطالعه حاضر ۱۳ درصد از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند، خودکشی آن‌ها به مرگ منتهی شده بود. مطالعات انجام شده نیز مؤید این مطلب است که ۱۰ تا ۴۰ درصد از خودکشی‌ها به مرگ منتهی می‌شود (۲۰، ۱۹). این در حالی است که اطلاعات درباره موارد اقدام به خودکشی نسبت به موارد خودکشی منجر به مرگ به علت ثبت ناکافی و نامناسب اطلاعات و یکسان نبودن طبقه‌بندی‌ها در سطح ملی، مبهم‌تر و کمتر قابل اعتماد می‌باشد. بر اساس تخمین‌های به عمل آمده در گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ میلادی، مرگ‌های ناشی از خودکشی در منطقه مدیترانه شرقی بیست و پنجمین عامل مرگ می‌باشد. میزان مرگ ناشی از خودکشی در منطقه مسلمان‌نشین منطقه افریقای و مدیترانه شرقی از سایر

مناطق سازمان جهانی بهداشت کمتر است (۴).

در مطالعه حاضر زنان نسبت به مردان بیشتر اقدام به خودکشی کرده بودند؛ در حالی که خودکشی منجر به مرگ در مردان بیشتر از زنان بود. نتایج مطالعات جهانی نیز بیان‌گر بالاتر بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است؛ به طوری که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است و در کشور آمریکا نیز مردان ۴ برابر بیشتر از زنان بر اثر خودکشی می‌میرند؛ در حالی که تعداد تلاش زنان برای خودکشی بیشتر از مردان است (۲۱، ۴). نتایج مطالعات کشور نیز در راستای مطالعه حاضر بیان‌گر بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است؛ به طوری که در مطالعات انجام شده در کرج (۵)، اردبیل (۱۴)، سمنان (۱۷) و آذربایجان غربی (۱۸)، نسبت جنسی افراد اقدام‌کننده به خودکشی برای زنان ۶۳-۶۱ درصد و برای مردان ۳۹-۳۷ درصد گزارش شده است. در این مطالعه نیز نظیر مطالعات انجام شده توسط قلعه‌ایها و همکاران (۱۵)، سالاری لک و همکاران (۱۸)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۹) میزان خودکشی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بوده است. ازدواج، ایمنی قابل توجهی در برابر خودکشی فراهم می‌کند و به اعتقاد Durkheim افراد متأهل بالای ۲۰ سال کمتر مرتکب خودکشی می‌شوند (۲۲). به نظر می‌رسد که ویژگی تأهل در مردان و زنان به گونه‌ای متفاوت در اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارد؛ به طوری که متأهل بودن برای زنان و مجرد بودن برای مردان، ارتباط بیشتری با اقدام به خودکشی دارد که نتایج این مطالعه و مطالعه حیدری پهلویان در همدان این مسأله را تأیید نمود (۱۳).

گروه‌های سنی ۲۵-۱۶ سال بیشترین میزان اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده بودند. این نتیجه با مطالعات انجام شده توسط نجومی و همکاران (۵)، حیدری پهلویان و همکاران (۱۳)، قلعه‌ایها و همکاران (۱۵)، صبری زفرقندی و همکاران (۱۷) و سالاری لک و همکاران (۱۸) مشابه می‌باشد. بالا بودن میزان خودکشی در جوانان معضلی

صبری زفرقندی و همکاران در سمنان (۱۷)، سالاری لک و همکاران در آذربایجان غربی (۱۸)، شیخ الاسلامی و همکاران در قزوین (۱۹) و محمدی و همکاران در نیشابور (۲۳) بیشترین روش اقدام به خودکشی بوده است و نشان دهنده این است که افرادی که قصد خودکشی دارند، از راحت‌ترین وسیله‌ای که در دسترس باشد، استفاده می‌نمایند. در ضمن در این مطالعه به مانند مطالعات مشابه ذکر شده حلق‌آویز نمودن نیز به عنوان یک روش شایع برای اقدام به خودکشی به دست آمد.

نتایج این مطالعه نشان داد که مشابه مطالعات مولوی و همکاران در اردبیل (۱۴)، صبری زفرقندی و همکاران در سمنان (۱۷) و شیخ الاسلامی و همکاران در قزوین (۱۹) بیشترین علل اقدام به خودکشی اختلاف با والدین و یا اختلاف با همسر بوده است. در مطالعه انجام شده توسط حیدری پهلویان و همکاران در همدان نیز مهم‌ترین دلایل اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی، وجود مشکلات روحی و درگیری با همسر گزارش شده است (۱۳). آن چه از نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه دیده می‌شود، این است که اختلاف زناشویی و خانوادگی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی به عنوان استرس‌ورهای مهم قلمداد شده، بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند و مؤید این موضوع است که هر چقدر نابسامانی خانوادگی بیشتر باشد، احتمال خودکشی بالاتر است و از این رو آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر آموزش حل مشکل، شناسایی و مداخله علمی برای حل مشکلات زناشویی و خانوادگی می‌تواند کارگشا باشد.

نتیجه این مطالعه نشان داد که اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی سن کمتر از ۳۰ سال داشته‌اند و اختلافات خانوادگی مانند درگیری و اختلاف با همسر و همچنین اختلاف نوجوانان و جوانان با والدین از جمله شایع‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خودکشی بوده است. همچنین مصرف قرص و سموم کشاورزی از شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی بوده است. بنابراین خانواده‌ها بایستی توجه ویژه‌ای به مسایل و تعارضات خانوادگی داشته باشند تا از بروز چنین رخدادی

است که می‌تواند ناشی از ناهنجاری‌های اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی باشد. همچنین احتمال دخیل بودن عواملی مانند یأس و ناامیدی، اختلال در عزت نفس، سرخوردگی، عدم درک و یا رفتار نامناسب از سوی والدین و اطرافیان، بیکاری و بسیاری از موارد دیگر همه می‌توانند منشأ تنش‌های روحی و روانی در بین جوانان باشد که در نهایت یکی از پیامدهای آن اقدام به خودکشی است.

اکثر اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهر ساکن بودند که با نتایج مطالعه قلعه ایها و همکاران (۱۵)، سالاری لک و همکاران (۱۸) و محمدی و همکاران (۲۳) مشابه بود. بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در مناطق شهری با توجه به مشکلات اجتماعی، عدم روابط صمیمانه اجتماعی، مشکلات اقتصادی زندگی ماشینی و استرس موجود در فضای پر هیاهوی زندگی شهرنشینی می‌تواند قابل توجه باشد.

اکثر مردان اقدام‌کننده به خودکشی در گروه کارگران با کار موقت یا افراد بیکار و زنان در گروه زنان خانه‌دار قرار داشتند. این یافته با نتایج سایر مطالعات کشور که گزارش کرده‌اند که افراد بیکار، کارگران و خانه‌دارها بیشترین اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌باشند، هماهنگ است (۱۵، ۱۳، ۵). در بسیاری از پژوهش‌ها وجود همبستگی مثبت بین بیکاری و اقدام به خودکشی اثبات گردیده است (۲۴). نقش بیکاری در افزایش آسیب‌پذیری افراد به ویژه جوانان که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی را شامل می‌شوند، بسیار حایز اهمیت است و این موضوع از این جهت که کشور ما دارای جمعیت جوانی می‌باشد، اهمیت می‌یابد.

بیشترین افراد اقدام‌کننده به خودکشی دارای تحصیلات در سطح ابتدایی و راهنمایی بودند. این یافته که با نتایج سایر مطالعات انجام شده در ایران همسو می‌باشد، می‌تواند بیان‌گر این مسأله باشد که افراد با تحصیلات بالا بهتر می‌توانند از شیوه‌های تطابقی و حل مشکل بهره‌جسته، قادر به گذراندن بحران‌ها با موفقیت بیشتر باشند.

بر اساس یافته‌های این پژوهش مصرف قرص و سموم کشاورزی نظیر مطالعات تازیکی و همکاران در گلستان (۱۲)،

تا مسؤولان بهداشتی و نهادهای اجتماعی جامعه بتوانند با برنامه‌ریزی و تدوین راه‌کارهای جلوگیری از این عمل مهلک نظیر تعدیل نمودن محیط‌های پر استرس افراد و بیماران با جلب کمک اطرافیان، بهبود و توسعه خدمات مشاوره‌ای، آموزشی، بهزیستی و اجتماعی، اعتلای سطح تربیت خانوادگی و اجتماعی و تقویت نیروی ایمان در جامعه و ... اقدامات لازم را در راستای نهادینه کردن روش‌های پیش‌گیری از خودکشی به عمل آورند.

### سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات و مساعدت کارکنان معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان بهار در تأمین هزینه‌ها و اجرای این طرح صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

جلوگیری نمایند، چرا که خانواده به عنوان یک کانون فرهنگی نقش مهمی در جهت پیش‌گیری از مسایل آسیب‌زای افراد در آینده دارد. خانواده‌ها و مربیان باید به نحو دقیق و محبت‌آمیز رفتار کودکان و نوجوانان را تحت نظر گیرند و نباید روحیه انزواگرایی و بی‌قیدی فرزندان را امری ناچیز بشمارند، بلکه باید در مواردی این چنین از مراکز مشاوره برای چاره‌جویی استمداد نمایند. در ضمن با توجه به بافت کشاورزی منطقه لازم است که برنامه‌ریزی‌های آموزشی در خصوص کاهش دسترسی یا دسترسی آسان به سموم کشاورزی و همچنین قرص‌ها به صورت دوره‌ای جهت خانواده‌ها به خصوص والدین انجام گردد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که جهت ریشه‌یابی دقیق علمی عوامل مرتبط با گرایش مردم به خودکشی پژوهش‌های بیشتر، به روز و مورد نیاز هر جامعه‌ای تدوین و اجرایی شود

### References

1. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *IJPCP* 2008; 14(2): 115-21. [In Persian].
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. 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. *Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar* 2002; 7(28): 4-12. [In Persian].
4. World Health Organization. Suicide Preven on (SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: [http://www.WHO.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprvent/en/](http://www.WHO.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprvent/en/)
5. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh AS. Predicting Factors of Suicide Attempts in Karaj General Population. *Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar* 2007; 50(3): 219-26. [In Persian].
6. McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 469-74.
7. Cosar B, Kocal N, Arikan Z, Isik E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1997; 42(a0): 1072-5.
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.
9. Shamsi khani, Rahgoo A, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Effects of problem solving training on coping skills of suicidal clients. *IJNR* 2007; 1(3): 31-9. [In Persian].
10. Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological Survey of Suicide In Rural Areas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar)* 2000; 5(20): 4-10. [In Persian].
11. Hashemi Mohammad Abad N, London M. Psychiatric practice in Iran and the UK. *The Psychiatrist* 2003; 27: 190-1.
12. Taziki MH, Semnani Sh, Golalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajae S, et al. Epidemiological survey of suicide in golestan province in the north of iran (2003). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012; 16(55): 72-7. [In Persian].

13. Heidari Pahlavian A. The Study of Psychosocial Factors And Epidemiological Characteristics Of The People Who Attempted Suicide In Hamadan. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raftar) 1997; 3(9-10): 19-31. [In Persian].
14. Molavi P, Abasi Ranjbar V, Mohammad nia H. Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within first half of 1382 .J Rehab 2007; 8(28): 67-71. [In Persian].
15. Ghaleiha A, Khazae M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An Annual Survey of Successful Suicide Incidence in Hamadan, western Iran. Res Health Sci 2009; 9(1): 13-6.
16. Afzali S, Rashidi P. A one-year study of mortality due to drug and chemical poisoning in sina hospital of hamadan. Scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences and Health Services 2002; 10(3): 62-6. [In Persian].
17. Saberi-Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi Sh. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of semnan university of medical sciences. Koomesh 2002; 6(4): 311-8. [In Persian].
18. Salari lak Sh, Entezar mahdi R, Afshani M.T, Abbasi H. A survey of rate and effective factors on occurrence of suicide during one year in west –azarbaijan. Urima Medical Journal 2006; 17(2): 93-100. [In Persian].
19. Sheikholeslam H, Kani C, iaee A. Sarvey of precipitating factors of suicide attempets in persons who rreferred to emergency department. Journal Of Guilan University Of Medical Sciences 2008; 17(65): 77-87. [In Persian].
20. Janghorbani M, Sharifirad Gh. Completed and attempted suicide in ilam, iran (1995 – 2002): incidence and associated factors. Arch Iranian Med 2005; 8(2): 119-26.
21. Bill-Brahe U. Sociology and suicide behavior. In: Hawton K, Heeringen K, editors. The international handbook of suicide and attempted suicide. Philadelphia: Wiley; 2000. p. 193-206.
22. Durkheim E. Suicide; a study in sociology. New York: Free Press; 1966.
23. Mohammadi Gh, Saadati A. Survey Of Epidemiology And Ethiology of Suicidal Attemt And Relation To Sociodemographic Factors In The Adminstrated Emergency Unit Central Hospital Of Neishabur In 2003. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2004; 6(23-24): 117-25. [In Persian].
24. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. Suicide Life Threat Behav 1999; 29(1): 37-47.



## A survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar

Ali Reza Moradi<sup>1</sup>, Rahim Moradi<sup>2</sup>, Ehsan Mostafavi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim and Background:** Suicide is one of the social and psychological problems. Hamadan province is one of the three provinces with high rate of suicide in Iran. The aim of this study was to determine the rate of attempting suicide and the major effective factors in Bahar, Hamadan province.

**Methods and Materials:** This cross-sectional study was conducted on 107 cases attempted to suicide from Jun 2007 to Oct 2008. The data were collected by questionnaire and analysed using Chi squared and Logistic regression tests.

**Findings:** The rate of attempting suicide was 67 per 100000 in Bahar; of these 53.3% were males and 46.7 females. The highest rate of suicide was observed among 15-24 years old persons and the mean age for suicide was  $26.8 \pm 1.13$  years. About 52.3% of the subjects were single and 59.8% of them were resided in urban area. Most of the suicide attempters were unemployed (29.8%) and housewife (67.5%) in the male and female group respectively. The most common method of suicide attempts was taking drugs (50.5%). Family problem with spouse and parents has been founded as the most common cause of suicide.

**Conclusions:** Findings showed that 82% of the suicide actors were under the age of 30 and so special attention should be paid to them and their needs ought to be identified.

**Keywords:** Suicide, Suicide attempted, Bahar, Hamadan.

**Type of article:** Original

*Received: 08.05.2011*

*Accepted: 05.11.2011*

---

1. MSc Student, Health Center of Bahar, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2. Department of Epidemiology, Pasteur Institute of Iran, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Epidemiology, Pasteur institute of Iran, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: mostafavi@pasteur.ac.ir