

اپیدمیولوژی خودکشی و اقدام به آن در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۱

زینب گرگی^۱، محسن رضائیان^۲، فریبا رضایی^۳، محمود شیخ‌فتح‌اللهی^۴

چکیده

مقدمه: خودکشی از جمله مشکلات مهم بهداشت عمومی به شمار می‌رود که متأثر از مجموعه‌ای از عوامل فردی و محیطی می‌باشد. مطالعه حاضر به منظور بررسی اپیدمیولوژی خودکشی و اقدام به آن و برخی از عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر آن در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ طراحی گردید.

روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۱۷۳۴۲ مورد خودکشی و اقدام به آن در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست گزارش ماهانه برنامه پیشگیری از خودکشی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای و آزمون مجذور کای برای روند) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: به طور متوسط میزان خودکشی در شهرستان‌های مذکور ۳/۸۵ در صد هزار نفر در سال بود. اغلب موارد خودکشی در مردان (۵۰/۸٪) رخ داد. بیشترین موارد خودکشی را مجردها (۴۹/۷٪)، گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (۴۲/۹٪) و زنان خانه‌دار (۳۴/۱٪) به خود اختصاص داده بودند. در مقابل به طور متوسط میزان اقدام به خودکشی ۹۹/۵۳ در صد هزار نفر در سال بود. اکثریت موارد اقدام در زنان (۶۰/۵٪)، مجردین (۵۶/۷٪) و گروه سنی ۲۴-۱۵ سال (۵۷/۳٪) مشاهده گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: علی‌رغم پایین بودن میزان خودکشی در شهرستان‌های استان فارس، رفتارهای مرتبط با خودکشی از جمله اقدام به خودکشی و خودکشی با برخی از عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط بوده است. لذا تدوین برنامه‌ریزی‌های جدی جهت کاهش این مشکل ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: خودکشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، اقدام به خودکشی

مقدمه

سنی ۴۴-۱۵ سال محسوب می‌گردد (۴). مطالعه ملی بار بیماری‌ها نشان داد که تعداد سال‌های از دست رفته زندگی به علت مرگ و ناتوانی DALY (Disability Adjusted Life Years) برای رفتارهایی همچون خودکشی و آزار به خود ۲۰۶/۲ در صد هزار نفر جمعیت بوده است (۵). این مطالعه همچنین نشان داد که خودکشی و آسیب به خود رتبه

امروزه خودکشی (Suicide) به عنوان اساسی‌ترین مشکل سلامت عمومی در سراسر جهان شناخته شده است (۱)، به طوری که هر ساله حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی به زندگی خود خاتمه می‌دهند (۲). بنابراین این پدیده به عنوان سیزدهمین علت مرگ در دنیا (۳) و سومین علت مرگ و میر در گروه

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲- استاد، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴- استادیار، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

Email: mamooosh502002@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: محمود شیخ‌فتح‌اللهی

فکس: ۰۳۴-۳۴۲۵۵۲۰۹

آدرس: رفسنجان، بلوار خلیج فارس، بلوار پسته، پردیس دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دانشکده پزشکی تلفن: ۰۳۴-۳۴۲۶۴۰۰۳

که آمار و ارقام خودکشی منتشر شده توسط وزارت بهداشت با آمارهای خودکشی منتشر شده توسط مرکز آمار ایران تفاوت‌هایی دارد (۱۳)، بنابراین مطالعه حاضر با دیدگاهی وسیع‌تر با هدف بررسی اپیدمیولوژی خودکشی و اقدام به آن در سطح ۲۷ شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۸ طراحی گردیده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که با هدف بررسی اپیدمیولوژی خودکشی و اقدام به آن و برخی از عوامل دموگرافیک مؤثر بر آن در سطح شهرستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری انجام گرفت. جامعه مورد پژوهش شامل تمامی موارد خودکشی و اقدام به آن در سطوح ۲۷ گانه شهرستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز که از ابتدای سال ۱۳۸۸ تا پایان سال ۱۳۹۱ به واحدهای بهداشتی-درمانی (اورژانس بیمارستان‌ها و پزشکی قانونی شهرستان‌ها) ارجاع شده بودند، می‌باشد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه چک لیست گزارش ماهانه برنامه پیشگیری از خودکشی بود که در اختیار مراکز بهداشتی-درمانی قرار گرفته است. این چک لیست به طور کلی دارای دو بخش می‌باشد: قسمت اول چک لیست، اطلاعات جمعیت‌شناختی افراد شامل سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تأهل و محل سکونت می‌باشد. بخش دوم اطلاعات مربوط به سایر متغیرهای مربوط به خودکشی و اقدام به آن که شامل سابقه اقدام به خودکشی در فرد، سابقه بیماری جسمی و روانی در فرد، روش خودکشی، فصل، سال، منبع آمار و نتیجه اقدام به خودکشی می‌باشد.

ششم DALY را از کل علل تصادفی در هر دو جنس به خود اختصاص داده است (۵). روند فعلی میزان‌های خودکشی نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۲۰ میلادی خودکشی دو درصد از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد (۶).

مطالعات نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از خودکشی‌ها در سه کشور پهناور هند، چین و ژاپن رخ می‌دهد (۷). در ایران تقریباً روزانه ده مورد خودکشی اتفاق می‌افتد که استان‌های غربی کشور بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند (۸). در این میان استان ایلام افزایش قابل توجهی در پدیده خودکشی تجربه کرده و دارای بالاترین میزان خودکشی در کشور می‌باشد (۹).

این پدیده چند بُعدی تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی متفاوتی قرار می‌گیرد. از جمله این عوامل می‌توان به سن، جنس، وضعیت تأهل، زمان، مکان و غیره اشاره نمود (۱۰). خودکشی و رفتارهای مرتبط با آن بار عاطفی و اقتصادی قابل ملاحظه‌ای بر روی خانواده و اجتماع و همچنین پیامدهای نامطلوبی برای بخش خدمات عمومی و دیگر سیستم‌های حمایت اجتماعی دارد (۱).

با توجه به افزایش میزان رفتارهای مرتبط با خودکشی طی سال‌های اخیر در کشور، بررسی و شناخت الگوهای مرتبط با آن می‌تواند به پیشگیری و کنترل این مشکل بهداشتی کمک ویژه‌ای نماید. شواهد موجود نشان می‌دهد که مطالعات قبلی صورت گرفته در استان فارس تنها به موارد خودکشی ارجاع شده به پزشکی قانونی استان پرداخته است (۱۱-۱۰). همچنین طی مطالعه‌ای تنها در یکی از شهرستان‌های استان به پدیده خودکشی و اقدام به آن اشاره شده است (۱۲) و از آنجایی که نتایج مطالعه‌ای نشان داد

جهت حفظ محرمانه بودن اطلاعات، داده‌ها بدون نام ثبت شدند.

برنامه کشوری پیشگیری از خودکشی از سال ۱۳۸۸ در واحد بهداشت روان معاونت بهداشتی کشور اجرا می‌گردد. این برنامه در حال حاضر توسط پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی، پرسنل بهداشتی و بهورزان در سراسر کشور انجام می‌شود. برنامه مذکور در قالب چک لیست گزارش ماهانه برنامه پیشگیری از خودکشی در اختیار بیمارستان‌های کشور اعم از دولتی و خصوصی و پزشکی قانونی برخی از شهرستان‌ها قرار گرفته است. کارشناسان پرستاری، مدارک پزشکی و دیگر پرسنل مستقر در اورژانس بیمارستان‌ها با پرسش از بیمار و همراهان وی، موظف به ثبت تمامی موارد اقدام به خودکشی و خودکشی‌های منجر به فوت ارجاع شده به بیمارستان‌ها می‌باشند. در پایان هر ماه، فردی به عنوان رابط بین بیمارستان و مرکز بهداشت، تمامی اطلاعات مربوط به خودکشی منجر به فوت و اقدام به خودکشی را استخراج و وارد چک لیست مربوطه نموده و به کارشناس مسئول بهداشت روان شبکه بهداشت شهرستان ارسال می‌کند. کارشناس مسئول پس از بررسی اطلاعات، داده‌ها را وارد نرم‌افزار ثبت اطلاعات خودکشی نموده و سپس وارد پورتال وزارتخانه شده و ثبت کشوری می‌گردد.

اطلاعات پس از جمع‌آوری و کدگذاری به ترتیب وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شده و مورد تحلیل قرار گرفتند. داده‌های کیفی به صورت تعداد (درصد) و متغیرهای کمی به صورت انحراف معیار \pm

میانگین گزارش گردید. جهت بررسی ارتباط خودکشی و اقدام به آن با متغیرهای کیفی رتبه‌ای (گروه‌های سنی، سال، فصل و تحصیلات) از آزمون مجذور کای برای روند (chi-square test for trend) و همچنین به منظور بررسی ارتباط اقدام به خودکشی و خودکشی با متغیرهای کیفی اسمی (جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت، شغل و سابقه بیماری جسمی و روانی) از آزمون مجذور کای (chi-square test) استفاده گردید. سطح معنی داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

طی سال‌های مورد بررسی، ۶۴۶ مورد خودکشی و ۱۶۶۹۶ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز رخ داده است. از این تعداد ۱۲۲۱۷ نفر (۹۹/۳٪) از بیمارستان‌ها، ۵۹ نفر (۰/۳٪) از پزشکی قانونی، ۳۹ نفر (۰/۲٪) از خانه‌های بهداشت و ۲۷ نفر (۰/۲٪) از سایر ارگان‌ها گزارش شده بودند.

به طور متوسط میزان خودکشی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۳/۸۵ در صدهزار نفر در سال به دست آمد. توزیع فراوانی بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد که بیشترین موارد خودکشی را مجردها، گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و زنان خانه‌دار به خود اختصاص داده‌اند. اکثریت آزمودنی‌ها را افراد ساکن در شهر و با سطح تحصیلات دبیرستان تشکیل داده بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در افراد اقدام کننده به خودکشی و خودکشی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۱

P-value*	جمع تعداد (درصد)	اقدام به خودکشی تعداد (درصد)	خودکشی تعداد (درصد)	متغیر	
<۰/۰۰۱	۱۰۴۱۶ (۶۰/۱)	۱۰۰۹۸ (۶۰/۵)	۳۱۸ (۴۹/۲)	زن	جنسیت
	۶۹۲۶ (۳۹/۹)	۶۵۹۸ (۳۹/۵)	۳۲۸ (۵۰/۸)	مرد	
<۰/۰۰۱	۴۵۰ (۲/۶)	۴۳۹ (۲/۶)	۱۱ (۱/۷)	۵-۱۴	گروه های سنی (سال)**
	۹۸۴۲ (۵۶/۸)	۹۵۶۵ (۵۷/۳)	۲۷۷ (۴۲/۹)	۱۵-۲۴	
	۴۹۱۵ (۲۸/۳)	۴۶۹۳ (۲۸/۱)	۲۲۲ (۳۴/۴)	۲۵-۳۴	
	۱۲۱۳ (۷/۰)	۱۱۴۷ (۶/۹)	۶۶ (۱۰/۲)	۳۵-۴۴	
	۵۵۲ (۳/۲)	۵۱۳ (۳/۱)	۳۹ (۶/۰)	۴۵-۵۴	
	۲۲۱ (۱/۳)	۱۹۵ (۱/۲)	۲۶ (۴/۰)	۵۵-۶۴	
	۱۲۰ (۰/۷)	۱۱۵ (۰/۷)	۵ (۰/۸)	≥۶۵	
	۲۹ (۰/۲)	۲۹ (۰/۲)	۰	نامشخص	
۰/۰۱۰	۳۴۴ (۲/۰)	۳۰۵ (۱/۸)	۳۹ (۶/۰)	بی سواد	تحصیلات**
	۱۰۵۰ (۶/۱)	۹۶۱ (۵/۸)	۸۹ (۱۳/۸)	ابتدایی	
	۳۹۲۱ (۲۲/۶)	۳۷۲۹ (۲۲/۳)	۱۹۲ (۲۹/۷)	راهنمایی	
	۸۰۷۱ (۴۶/۵)	۷۸۸۸ (۴۷/۲)	۱۸۳ (۲۸/۳)	دبیرستان	
	۱۲۱۹ (۷/۰)	۱۲۰۱ (۷/۲)	۱۸ (۲/۸)	دانشگاهی	
	۲۷۳۷ (۱۵/۸)	۲۶۱۲ (۱۵/۶)	۱۲۵ (۱۹/۳)	نامشخص	
۰/۰۰۶	۹۷۹۰ (۵۶/۵)	۹۴۶۹ (۵۶/۷)	۳۲۱ (۴۹/۷)	مجرد	وضعیت تأهل
	۶۷۸۷ (۳۹/۱)	۶۴۹۵ (۳۸/۹)	۲۹۲ (۴۵/۲)	متأهل	
	۱۸۹ (۱/۱)	۱۸۱ (۱/۱)	۸ (۱/۲)	مطلقه	
	۵۷۶ (۳/۳)	۵۵۱ (۳/۳)	۲۵ (۳/۹)	نامشخص	
<۰/۰۰۱	۲۷۶۵ (۱۵/۹)	۲۶۳۶ (۱۵/۸)	۱۲۹ (۲۰/۰)	آزاد	شغل
	۲۴۷۹ (۱۴/۳)	۲۳۸۱ (۱۴/۳)	۹۸ (۱۵/۲)	بیکار	
	۵۸۸۴ (۳۳/۹)	۵۶۶۴ (۳۳/۹)	۲۲۰ (۳۴/۱)	خانه دار	
	۲۸۱۲ (۱۶/۲)	۲۷۶۰ (۱۶/۵)	۵۲ (۸/۰)	دانش آموز	
	۸۸۹ (۵/۱)	۸۸۱ (۵/۳)	۸ (۱/۲)	دانشجو	
	۳۷۵ (۲/۲)	۳۴۱ (۲/۰)	۳۴ (۵/۳)	کارگر	
	۲۲۲ (۱/۳)	۲۱۷ (۱/۳)	۵ (۰/۸)	کارمند	
	۲۰۴ (۱/۲)	۱۸۵ (۱/۱)	۱۹ (۲/۹)	کشاورز-دامدار	
	۱۲۹۶ (۷/۵)	۱۲۳۳ (۷/۴)	۶۳ (۹/۸)	سایر	
	۴۱۶ (۲/۴)	۳۹۸ (۲/۴)	۱۸ (۲/۸)	نامشخص	
	<۰/۰۰۱	۵۱۲۹ (۲۹/۶)	۴۸۱۸ (۲۸/۹)	۳۱۱ (۴۸/۱)	
۱۲۰۴۱ (۶۹/۴)		۱۱۷۲۳ (۷۰/۲)	۳۱۸ (۴۹/۲)	شهر	
۱۷۲(۱)		۱۵۵ (۰/۹)	۱۷ (۲/۶)	نامشخص	
	۱۷۳۴۲	۱۶۶۹۶	۶۴۶	تعداد کل	

*آزمون مجذور کای، $P < 0/05$ اختلاف از نظر آماری معنی دار**آزمون مجذور کای برای روند، $P < 0/05$ اختلاف از نظر آماری معنی دار

بودند، در ۳۸/۷٪ منجر به مرگ شده بود، در حالی که روش های دیگر خودکشی همچون مصرف دارو و حلق آویز به ترتیب ۲۹/۷٪ و ۱۳/۶٪ منجر به مرگ

نتایج مطالعه نشان داد شایع ترین روش خودکشی، خودسوزی می باشد. همچنین در افرادی که خودسوزی را به عنوان روش خودکشی انتخاب کرده

شده بود. بر اساس نتایج به دست آمده ۵/۹٪ از افرادی که خودکشی کرده بودند، سابقه پیشین اقدام به خودکشی را داشتند. بیشترین موارد خودکشی در افراد فاقد سابقه بیماری جسمی و روانی دیده شد. همچنین الگوی فصلی خودکشی نشان داد که فصل بهار و به دنبال آن فصل زمستان موارد خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۲).

در ادامه آزمون مجذور کای برای روند (χ^2 -square test for trend) نشان داد که بین

سال‌های مورد بررسی و درصد موارد خودکشی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)، به طوری که از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱، کاهش معنی‌داری در درصد موارد خودکشی مشاهده گردید (در صورت محاسبه درصدها نسبت به جمع سطر، این موضوع کاملاً مشهود است). بیشترین درصد خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۰ و کمترین آن در سال ۱۳۸۹ گزارش شد (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی سایر متغیرهای تحت بررسی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و خودکشی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۱

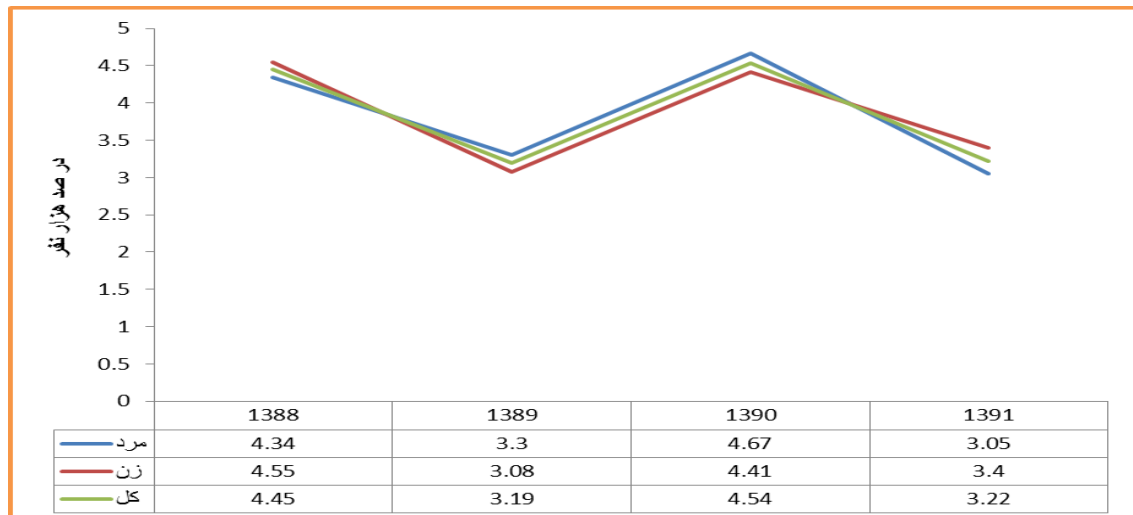
P-value*	جمع		خودکشی		متغیر	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)		
<0/001	۱۵۵	(۰/۹)	۶۷	(۰/۴)	حلق آویز	روش اقدام به خودکشی
	۴۳۱	(۲/۵)	۱۸۱	(۱/۱)	خودسوزی	
	۱۴۹۴۰	(۸۶/۱)	۱۴۷۴۸	(۸۸/۳)	مصرف دارو	
	۳۰	(۰/۲)	۲۵	(۰/۱)	سقوط آزاد	
	۴۰۵	(۲/۳)	۳۹۷	(۲/۴)	جسم برنده	
	۴۲	(۰/۲)	۱۹	(۰/۱)	شلیک گلوله	
	۱۰۶۵	(۶/۱)	۱۰۰۷	(۶/۰)	مصرف مواد شیمیایی و سموم	
	۹۵	(۰/۵)	۹۳	(۰/۶)	مصرف مواد مخدر	
	۱۷۹	(۱/۰)	۱۵۹	(۱/۰)	سایر	
0/740	۹۶۹	(۵/۶)	۹۳۱	(۵/۶)	دارد	سابقه خودکشی در فرد
	۱۶۳۷۳	(۹۴/۴)	۱۵۷۶۵	(۹۴/۴)	ندارد	
0/002	۸۳۷	(۴/۸)	۷۸۹	(۴/۷)	دارد	سابقه بیماری جسمی
	۱۶۵۰۵	(۹۵/۲)	۱۵۹۰۷	(۹۵/۳)	ندارد	
<0/001	۲۰۳۳	(۱۱/۷)	۱۹۰۲	(۱۱/۴)	دارد	سابقه بیماری روانی
	۱۵۳۰۹	(۸۸/۳)	۱۴۷۹۴	(۸۸/۶)	ندارد	
0/084	۵۰۸۱	(۲۹/۳)	۴۸۷۴	(۲۹/۲)	بهار	فصل**
	۳۸۵۰	(۲۲/۲)	۳۷۰۴	(۲۲/۲)	تابستان	
	۳۵۵۸	(۲۰/۵)	۳۴۳۳	(۲۰/۶)	پاییز	
	۴۸۵۳	(۲۸/۰)	۴۶۸۵	(۲۸/۱)	زمستان	
<0/001	۲۸۸۱	(۱۶/۶)	۲۶۹۶	(۱۶/۱)	۱۳۸۸	سال**
	۳۶۳۷	(۲۱/۰)	۳۵۰۴	(۲۱/۰)	۱۳۸۹	
	۵۹۰۵	(۳۴/۱)	۵۷۱۴	(۳۴/۲)	۱۳۹۰	
	۴۹۱۹	(۲۸/۴)	۴۷۸۲	(۲۸/۶)	۱۳۹۱	
	۱۷۳۴۲		۱۶۶۹۶		۶۴۶	

*آزمون مجذور کای، $P < 0/050$ اختلاف از نظر آماری معنی‌دار

**آزمون مجذور کای برای روند، $P < 0/050$ اختلاف از نظر آماری معنی‌دار

۱۳۹۰ با میزان ۴/۶۷ در صد هزار نفر در سال و کمترین آن در سال ۱۳۹۱ با میزان ۳/۰۵ در صد هزار نفر در سال بوده است. به طور کلی بیشترین و کمترین میزان خودکشی در هر دو جنس به ترتیب در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۸۹ رخ داده است.

همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده، بالاترین میزان خودکشی در زنان در سال ۱۳۸۸ با میزان ۴/۵۵ در صد هزار نفر در سال و کمترین آن در سال ۱۳۸۹ با میزان ۳/۰۸ در صد هزار نفر در سال می‌باشد. در مقابل، در مردان بالاترین میزان خودکشی در سال

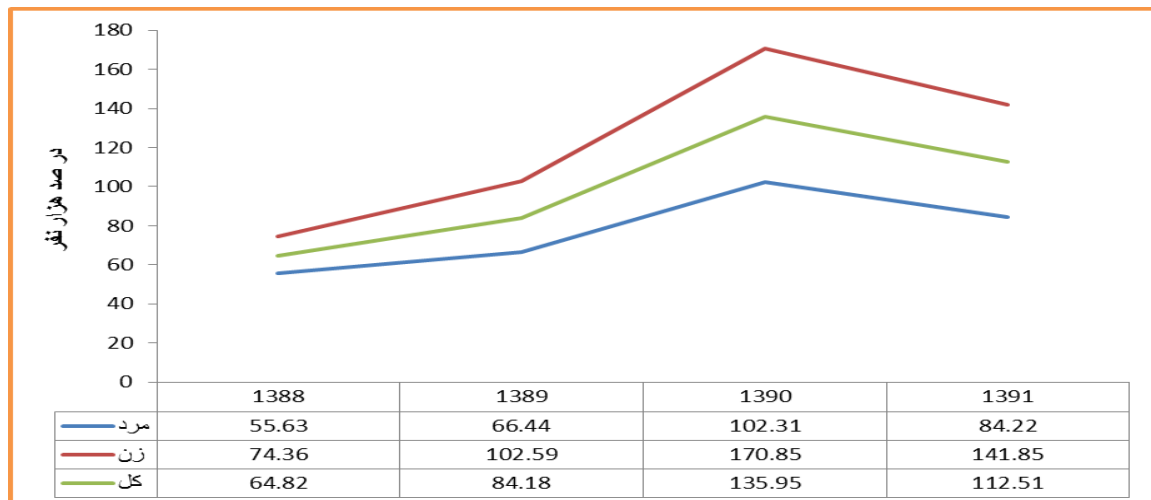


نمودار ۱: میزان خودکشی (تعداد در صد هزار نفر) به تفکیک جنسیت در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۱

سابقه قبلی خودکشی رخ داده است. نمودار ۲، نتایج میزان اقدام به خودکشی (در صد هزار نفر) به تفکیک جنسیت در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز را نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار ۲ نشان داده شده، بالاترین میزان اقدام به خودکشی در زنان در سال ۱۳۹۰ با میزان ۱۷۰/۸۵ در صد هزار نفر و کمترین آن در سال ۱۳۸۸ با میزان ۷۴/۳۶ در صد هزار نفر بوده است. از طرف دیگر، در مردان بالاترین میزان اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۰ با میزان ۱۰۲/۳۱ درصد هزار نفر و کمترین آن در سال ۱۳۸۸ با میزان ۵۵/۶۳ در صد هزار نفر بوده است. به طور کلی بیشترین و کمترین میزان اقدام به خودکشی در زنان و مردان به ترتیب در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۸۸ بوده است.

از طرف دیگر، تعداد ۱۶۶۹۶ مورد اقدام به خودکشی مشتمل بر ۱۰۰۹۸ نفر زن و ۶۵۹۸ نفر مرد ثبت گردید. به طور متوسط میزان اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۹۹/۵۳ در صد هزار نفر در سال به دست آمد. اکثریت افراد اقدام‌کننده مجردین و در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال بودند. اکثر اقدام‌کنندگان دارای تحصیلات راهنمایی، خانه‌دار و ساکن شهر بودند. ویژگی‌های دموگرافیک افراد در جدول ۱ ارایه شده است.

با توجه به جدول ۲، شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی به ترتیب مصرف بیش از حد دارو و مسمومیت با سموم شیمیایی می‌باشد. بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل بهار و زمستان، افراد فاقد سابقه بیماری جسمی و بیماری روانی و بدون



نمودار ۲: میزان اقدام به خودکشی (در صد هزار) به تفکیک جنسیت در شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۱

گزارش نمود.

همانند پژوهش‌های انجام شده در ایران و جهان (۲۷-۲۴، ۱۴) جنس مذکر بودن به طور معنی‌داری بر مرگ‌های ناشی از خودکشی مؤثر می‌باشد. در تبیین این رابطه می‌توان چنین بیان نمود که مردان در تصمیم‌گیری جهت از بین بردن خود از قاطعیت و جدیت بسیار بالایی برخوردار بوده و از روش‌هایی با افزایش میزان کشندگی جهت پایان دادن به زندگی خود استفاده می‌نمایند (۲۷).

نتایج مطالعه‌ای نشان داد افرادی که سابقه پیشین اقدام به خودکشی را داشتند در تصمیم به مرگ جدی‌تر بودند (۲۸). در حالی که نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۵/۹ درصد از افرادی که خودکشی کردند، سابقه قبلی اقدام به خودکشی را در پرونده خود ذکر نموده بودند.

نتایج این پژوهش نشان داد که رایج‌ترین روش خودکشی در هر دو جنس خودسوزی بوده است. در افزایش خودکشی از طریق خودسوزی می‌توان به عوامل مختلفی از قبیل: زمینه‌های فرهنگی، مسائل مادی و روانی اشاره نمود که نقش بسزایی در رخ دادن این پدیده چند بُعدی ایفا می‌نمایند (۲۹).

بحث

در طی سال‌های مورد بررسی ۱۷۳۴۲ مورد خودکشی و اقدام به آن در سطوح ۲۷ گانه شهرستان‌های استان فارس مشاهده گردید. به طور متوسط میزان خودکشی در شهرستان‌های این استان ۳/۸۵ در صد هزار نفر در سال به دست آمد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که با افزایش سن درصد موارد خودکشی افزایش می‌یابد. به این ترتیب که بیشترین موارد در گروه سنی ۶۴-۵۵ سال مشاهده گردید (در صورت محاسبه درصدها نسبت به جمع سطری، این موضوع کاملاً مشهود است). در حالی که پژوهش‌های انجام شده در سطح ملی (۱۶-۱۴) حاکی از کاهش سن گرایش به خودکشی و افزایش میزان خودکشی در بین نوجوانان و جوانان می‌باشد.

وضعیت تأهل ممکن است به طرز چشمگیری خطر رفتارهای مرتبط با خودکشی را تحت تأثیر قرار دهد. بر خلاف برخی از مطالعات که خودکشی بیشتر در بین افراد متأهل رخ می‌دهد (۱۹-۱۶)، مطالعه حاضر همسو با مطالعات صورت گرفته در سطح ملی (۲۳-۲۰)، بیشترین موارد خودکشی را در افراد مجرد

و ۲۴-۱۵ سال و کمترین آن در گروه سنی حداقل ۶۵ سال مشاهده شد. این توزیع سنی تا حدودی شبیه به برخی از گزارش‌ها از دیگر کشورها بود (۳۳-۳۵). در حالی که نتایج مطالعه‌ای در کره جنوبی نشان داد که بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۶۵ سال و بیشتر رخ داده است (۳۶).

یافته‌های این مطالعه بیانگر افزایش موارد اقدام به خودکشی در میان مجردین می‌باشد. ممکن است این کاهش در میان متأهلین به دلیل اثر محافظتی ازدواج باشد (۳۷). البته ممکن است این نقش محافظتی در همه اقوام و ملل مشاهده نگردد (۳۸، ۳۴). به طوری که برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیشترین موارد اقدام به خودکشی در متأهلین رخ داده است (۳۹، ۳۳).

بر خلاف برخی از مطالعات صورت گرفته در حیطه خودکشی (۲۷، ۳۶-۲۵) که اکثریت موارد اقدام به خودکشی به دلایل رویارویی بیشتر مردان با مشکلات اقتصادی و مالی و همچنین پدیده شوم بیکاری در جامعه، در مردان صورت می‌گیرد (۲۷)، مطالعه حاضر همسو با مطالعات صورت گرفته در سطح ملی و بین‌المللی (۴۴-۴۰) حاکی از افزایش موارد اقدام به خودکشی در میان زنان بود. این افزایش در میان زنان نسبت به مردان ممکن است با دلایل عدیده‌ای از جمله مواجه شدن زنان با رفتاری‌ها و مشکلات، آسیب پذیری و شکننده بودن بیشتر آنان در رویارویی با مشکلات باشد (۴۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات به طور معنی‌داری درصد اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد (در صورت محاسبه درصدها نسبت به جمع سطری، این موضوع کاملاً مشهود است). به طوری که کمترین درصد اقدام به

الگوی فصلی خودکشی در طی چهار سال مورد بررسی همانند مطالعه Christodoulou و همکاران (۳۰) و Sun و همکاران (۳۱) بیانگر افزایش موارد خودکشی در فصل بهار و به دنبال آن در فصل زمستان می‌باشد. براساس بسیاری از مطالعات صورت گرفته در حیطه روند فصلی خودکشی چنین تفاوت‌هایی در وقوع خودکشی به ارتباط فصلی بودن این پدیده با عرض جغرافیایی مناطق بر می‌گردد (۳۲).

بر اساس پژوهش حاضر، بین سال‌های مورد بررسی و درصد موارد خودکشی ارتباط معکوس و معنی‌داری مشاهده شد، به طوری که از سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱، کاهش معنی‌داری در درصد موارد خودکشی مشاهده گردید (در صورت محاسبه درصدها نسبت به جمع سطری، این موضوع کاملاً مشهود است). بیشترین درصد خودکشی مربوط به سال ۱۳۹۰ و کمترین آن در سال ۱۳۸۹ گزارش شد. در تبیین این رابطه مهم می‌توان به پیشرفت برنامه پیشگیری از خودکشی اشاره نمود که سهم به‌سزایی در پیشگیری و کنترل رفتارهای مرتبط با پدیده خودکشی ایفا نموده است.

از طرف دیگر در این مطالعه به طور متوسط میزان اقدام به خودکشی در شهرستان‌های مذکور ۹۹/۵۳ در صد هزار نفر در سال به دست آمد.

سن عامل مهمی است که می‌تواند میزان‌های رفتار خودکشی در جمعیت عمومی را تحت تأثیر قرار دهد (۳۳).

در مطالعه حاضر تجزیه و تحلیل گروه‌های سنی نشان داد که با افزایش سن درصد موارد اقدام به خودکشی کاهش می‌یابد، به طوری که بیشترین موارد اقدام در میان افراد نوجوان و جوان دبیرستانی

خودکشی در افراد بی‌سواد و بیشترین آن در افراد با سطح تحصیلات دبیرستانی مشاهده گردید. این در حالی است که نتایج مطالعه‌ای نشان داد که خودکشی و رفتارهای مربوط به آن کمتر تحت تأثیر آموزش و تحصیلات قرار می‌گیرد (۳۳). همچنین نتایج مطالعات صورت گرفته در ساوجبلاغ (۳۳) و تویسرکان (۲۷) بیشترین موارد اقدام به خودکشی را در مقطع تحصیلی متوسطه گزارش نمودند.

نتایج این مطالعه بر اساس تقسیم‌بندی مشاغل، گویای افزایش موارد اقدام به خودکشی در میان زنان خانه‌دار می‌باشد که این یافته با نتایج مطالعه اسکندریه و همکاران در ساوجبلاغ (۳۳) و خزائی و همکاران در تویسرکان (۲۷) مطابقت دارد.

مسمومیت دارویی و مصرف بیش از حد داروها به دلیل دسترسی آسان یا عدم تصمیم‌گیری‌های قاطع و جدی جهت خودکشی، عمده‌ترین شیوه اقدام به خودکشی در ایران به شمار می‌رود (۴۶). در این مطالعه بیشترین موارد اقدام به خودکشی توسط داروها (۸۸/۳ درصد) صورت گرفته بود. در حالی که این میزان در گلستان ۴۴٪ و در تویسرکان ۷۸٪ در نوسان بوده است (۲۷، ۴۴).

در این مطالعه ۱۱/۴٪ از افراد اقدام‌کننده سابقه ابتلاء به بیماری‌های اعصاب و روان داشتند. در مطالعات متعددی گزارش شده که بیماری‌ها و اختلالات روانی، مخصوصاً افسردگی به عنوان مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده جهت رفتارهای مرتبط با خودکشی در نظر گرفته شده است (۴۷-۵۰). به نظر می‌رسد که عوامل اجتماعی و موقعیتی سهم عظیمی در ایجاد بیماری روانی مسبب خودآزاری و خودکشی در کشورهای آسیایی نسبت به کشورهای اروپایی و شمال آمریکا ایفا کنند (۵۱).

براساس نتایج این پژوهش، فراوانی موارد اقدام به خودکشی در ساکنین مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی بوده که با نتایج مطالعه قلعه‌ایها و همکاران (۲۲) و خزائی و همکاران (۲۷) مطابقت داشته و همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین محل سکونت افراد با اقدام به خودکشی وجود داشت. در تبیین این رابطه می‌توان به این نکته اشاره نمود که زندگی در فضای پرهیاهوی شهری می‌تواند مشکلات اجتماعی و مالی، استرس‌های شغلی و اجتماعی (۵۲)، عدم حمایت‌های اجتماعی از سوی اطرافیان، برآورده نشدن نیازهای عاطفی و در نهایت گوشه نشینی افراد که پیش‌زمینه بروز انواع بیماری‌ها و اختلالات جسمی و روانی بوده، را به همراه داشته باشد (۲۷).

از نکات قوت این مطالعه می‌توان به بررسی موارد خودکشی و اقدام به آن در یک دوره ۴ ساله (۱۳۹۱-۱۳۸۸) در تمامی شهرستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز، حجم نمونه بزرگ (۱۷۳۴۲ مورد خودکشی و اقدام به آن) و بررسی متغیرهای دموگرافیکی که در مطالعات قبلی کمتر به آن توجه شده بود، اشاره نمود.

به طور کلی، آمار و ارقام گزارش شده از پدیده خودکشی در اکثر کشورهای جهان از جمله ایران کمتر از مقادیر واقعی برآورد (under-estimation) و گزارش (under-reporting) می‌شود (۸). بنابراین از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به کم گزارش‌دهی موارد خودکشی و اقدام به آن، عدم ثبت علت و انگیزه فرد برای خودکشی و اقدام به آن و داده‌های نامشخص و از دست رفته (missing) در طی سال‌های مورد بررسی اشاره نمود. انجام مطالعات بیشتر و همچنین بهبود سازی سیستم ثبت

این پدیده در جامعه داشته باشد. تدوین برنامه‌ریزی های جدی از سوی مراکز بهداشتی - درمانی جهت کاهش این مشکل در جامعه ضروری می‌باشد.

جامع اطلاعات خودکشی را به منظور پیدا نمودن علل و ریشه‌های این پدیده می‌توان پیشنهاد نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که علی‌رغم پایین بودن میزان خودکشی در شهرستان‌های استان فارس، بیشترین موارد خودکشی را مجردها، گروه سنی ۲۴-۱۵ سال و زنان خانه‌دار به خود اختصاص داده بودند. در مقابل، بالاترین مقادیر اقدام به خودکشی در مجردین، گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، با تحصیلات دبیرستانی و ساکن در شهر مشاهده گردید. لذا توجه بیشتر به این افراد می‌تواند نقش بسزایی در کاهش

تشکر و قدردانی

بدین وسیله برخود لازم می‌دانیم از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در اجرای این طرح حمایت‌های لازم را به عمل آورده و همچنین از تلاش تمامی پرسنل بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشته‌اند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل بیاوریم.

References

- Gvion Y, Apter A. Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*. 2012;34(2):1-20.
- World Health Organization (WHO). Suicide Prevention (SUPRE); 2007. [cited 23 Aug 2012] Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization (WHO). Suicide Prevention (SUPRE). [cited 27 May 2012] Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. Suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention. Part II. *Pol Merkur Lekarski*. 2010 Feb;28(164):174-6.
- Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Jafari N, Moradi Lakeh M, Eshrate B, et al. The burden of disease and injury in Iran in the year 2003. *Iran J Epidemiol*. 2008; 4(1):1-19. Persian.
- World Health Organization (WHO). Shaping the Future; 2003. [cited 23 Aug 2014] Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Bailey RK, Patel TC, Avenido J, Patel M, Jaleel M, Barker NC, et al. Suicide: current trends. *J Natl Med Assoc*. 2011 Jul;103(7):614-7.
- Rezaeian M. *Epidemiology of Suicide*. 1th ed. Arak: Nevisandeh Publications; 2009. Persian
- Jonghorbani M, Sharifirad G. Completed and Attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): incidence and associated factors. *Arch Iran Med*. 2005;8(2):119-26.
- Zarenezhad M, Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Gholamzadeh S, Ghadipasha M, Rezaeian M. A survey of epidemiology of suicide in Fars province in the South of Iran during 2003 to 2011. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015; 13(11): 1129-40. Persian.
- Shakeri A, Jafarizadeh F, Zarenezhad M. Epidemiology of suicide deaths in Fars province, 2007 – 2011. *Iran J Epidemiol*. 2014; 10 (1):56-64.
- Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Askarizadeh M, Rezaeian M. Epidemiology of suicide and attempted suicide in the Larestan and Gerash during 2008 to 2012. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014; 13 (7):597-608. Persian.
- 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. Persian.
- Shakeri A, Jafarizadeh F. The reasons for successful suicides in Fars province. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013; 22 (97): 271-5. Persian.
- Taziki M, Semnani S, Golalipour M, Behnampour N, Taziki A, Rajaei S, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2006; 16(55):72-7. Persian.
- Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(2):115-21. Persian.
- Moravveji SA, Saberi H, Akasheh G, Ahmadvand A, Kiani-Pour S. Epidemiology of

- attempted suicide in Kashan during 2003-8. *Feyz*. 2011; 15(4):374-81. Persian.
18. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ. Prevalence of suicidal behaviours in two Australian general population surveys: methodological considerations when comparing across studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012 Apr;47(4):515-22.
19. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focusing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry*. 2010;10:41.
20. Sheikholeslami H, Kani K, Ziaee A. Survey of precipitating factors of suicide attempts in persons who referred to emergency department. *J Guilan Univ Med Sci*. 2008;17(65):77-87. Persian.
21. Rafiei M, Seyfi A, 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 Epidemiol*. 2009; 4 (3 - 4):59-69. Persian.
22. Ghaleiha A, Khazaei M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An annual survey of successful suicide incidence in Hamadan, Western Iran. *J Res Health Sci*. 2009;9(1):13-6.
23. Salari lak S, Entezar Mahdi R, Afshani Naghdeh 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. Persian.
24. Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. *Int J Epidemiol*. 2008; 17(65): 77-87.
25. Styka AN, White DS, Zumwalt RE, Lathrop SL. Trends in adult suicides in New Mexico: utilizing data from the New Mexico violent death reporting system. *J Forensic Sci*. 2010 Jan;55(1):93-9.
26. Santic Z, Ostojic L, Hrabac B, Prlic J, Beslic J. Suicide frequency in West-Herzegovina Canton for the period 1984-2008. *Med Arh*. 2010;64(3):168-70.
27. Khazaei S, Karami M, Soheylizad M, Sohrabnejad A. Determinants of completed suicide: a cross-sectional study. *J Ilam Univ Med Sci*. 2013;21(6):240-47. Persian.
28. Shams Alizadeh N, Afkhamzadeh A, Mohsenpour B, Salehian B, Shamsalizadeh N. Intention to die in suicide attempters by poisoning in Kurdistan province. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2011; 21 (81):62-7. Persian.
29. Safari R, Khanjani N, Najafi F. Self-immolation causes and preventive strategies from the viewpoint of healthcare providers: A qualitative study. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2015; 12 (3):37-51. Persian.
30. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulou FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, et al. Suicide and seasonality. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Feb;125(2):127-46.
31. Sun J, Guo X, Ma J, Zhang J, Jia C, Xu A. Seasonality of suicide in Shandong China, 1991-2009: associations with gender, age, area and methods of suicide. *J Affect Disord*. 2011 Dec;135(1-3):258-66.
32. Rocchi MB, Sisti D, Miotto P, Preti A. Seasonality of suicide: relationship with the reason for suicide. *Neuropsychobiology*. 2007;56(2-3):86-92.
33. Eskandarieh S, Hajebi A, Saberi-Zafarghandi MB, Vares-Vazirian M, Asadi A. Demographic risk factors of suicide in Savojbolagh City of Tehran Province: 2007-2009. *Ethno Med* 2013;7(3):143-8.
34. Al Ansari A, Ali MK. Psychiatric and socioenvironmental characteristics of Bahraini suicide cases. *East Mediterr Health J*. 2009 Sep-Oct;15(5):1235-41.
35. Eaton D, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2008;57(4):1-131.
36. Cheong KS, Choi MH, Cho BM, Yoon TH, Kim CH, Kim YM, et al. Suicide rate differences by sex, age, and urbanicity, and related regional factors in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2012 Mar;45(2):70-7.
37. Cutright P, Stack S, Fernquist R. Marital status integration, suicide disapproval, and societal integration as explanations of marital status differences in female age-specific suicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6):715-24.
38. Watzka C. Social conditions of suicides in Austria. An overview on risk and protective factors. *Neuropsychiatr*. 2012;26(3):95-102.
39. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the United States: Marital Status, family size, socioeconomic Status, and differences by sex. *Social Soc Sci Q*. 2009;90(5):1167-85.
40. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Hakimshoostari M, Fleischmann A, Bertolote JM. Epidemiology of suicide attempters resorting to emergency departments in Karaj, Iran, 2003. *Eur J Emerg Med*. 2008 Aug;15(4):221-3.
41. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
42. Kaplan HJ, Sadock BJ, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009.

43. Gelder M, Andreason NC, Lopez-Ibor J, Geddes J. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. 2th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
44. Taziki M, Semnani S, Golalipour M, Behnampour N, Taziki A, Rajaei S, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2006; 16 (55):72-7. Persian.
45. Momeninejad M, Sharifi B, Ghaffarian Shirazi HR, Hashemi N, Ghafarian Shirazi Y, Gohargani M, et al. Epidemiological study of attempting suicide and the associating factors in Boyer-Ahmad County, I. R. IRAN, (2008-2009). *Life Science Journal*. 2013;10(7):1097-101.
46. Lester D. Suicide and Islam. *Arch Suicide Res*. 2006;10(1):77-97.
47. 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.
48. Kyaga S, Landen M, Boman M, Hultman CM, Langstrom N, Lichtenstein P. Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study. *J Psychiatr Res*. 2013 Jan;47(1):83-90.
49. Schenner M, Kohlbauer D, Gunther V. Communicate instead of stigmatizing - does social contact with a depressed person change attitudes of medical students towards psychiatric disorders? a study of attitudes of medical students to psychiatric patients. *Neuropsychiatr*. 2011;25(4):199-207.
50. Windfuhr K. Suicide: rates, risk factors and future directions for prevention. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2011 Jul;72(7):364-5.
51. Parkar SR, Dawani V, Weiss MG. Gender, suicide, and the sociocultural context of deliberate self-harm in an urban general hospital in Mumbai, India. *Cult Med Psychiatry*. 2008 Dec;32(4):492-515.
52. Moradi AR, Moradi R, Mostafavi E. A survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar. *J Res Behav Sci*. 2012;10(1):56-9. Persian.

Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts in Counties under the Supervision of Shiraz University of Medical Sciences from 2009 to 2012

Zeinab Gorgi¹, Mohsen Rezaeian², Fariba Rezaei³, Mahmood Sheikh Fathollahi⁴

Abstract

Background: Suicide is an important public health problem which is affected by individual and environmental factors. The purpose of the present study was to investigate the epidemiology of suicide and suicide attempts and the related demographic factors in the counties under the supervision of Shiraz University of Medical Sciences (SUMS) from 2009 to 2012.

Methods: This cross-sectional study was carried out on 17,342 cases of suicide and suicide attempts in counties under the supervision of SUMS. Data were collected using the monthly report checklist of the suicide prevention program. Data were analyzed using descriptive methods and using the chi-square test and chi-square test for trend.

Results: The average rate of suicide in the mentioned counties was 3.85 per 100,000 in year. Suicide cases were mostly among men (50.8%), in singles (49.7%), in age group 15-24 years (42.9%), and in housewives (34.1%). The average rate of suicide attempts was 99.53 per 100,000 in year. The most frequent cases of suicide attempts were observed in females (60.5%), in singles (56.7%), and in the age group of 15-24 years (57.3%).

Conclusions: Despite the low rate of suicide in the counties of Fars province, suicidal behavior including suicide attempt and suicide have been associated with some demographic factors. In consequence, developing serious plans to reduce this problem is essential.

Keywords: Suicide, Shiraz University of Medical Sciences (SUMS), Suicide attempt

1-MSc Student, Department of Social Medicine, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
2- Professor, Department of Social Medicine, Occupational Environment Research Center, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3- MSc, Deputy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4- Assistant Professor, Department of Social Medicine, Occupational Environment Research Center, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Corresponding Author: Mahmood Sheikh Fathollahi **Email:** mamoosh502002@yahoo.com

Address: Department of Social Medicine, Occupational Environment Research Center, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Tel: 034- 34264003 **Fax:** 034- 34255209