

# بررسی نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی ارجاعی به مراکز پزشکی قانونی کشور از زمستان ۸۸ تا پاییز ۸۹ (سال ۲۰۱۰ میلادی) و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی

دکتر احمدشجاعی\* - دکتر حسین شمسیانی\*\* - سعداله مرادی\*\*\* - دکتر فرشید علاءالدینی\*\*\*\* - علی خادمی\*\*\*\*\*

\* متخصص چشم پزشکی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)  
\*\* متخصص پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور  
\*\*\* کارشناس ارشد آمار اقتصادی-اجتماعی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور  
\*\*\*\* اپیدمیولوژیست  
\*\*\*\*\* کارشناس ارشد آمار حیاتی، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور

## چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از مشکلات مهم اجتماعی و بهداشت روانی بسیاری از کشورها به حساب می‌آید و منابع قابل توجهی را در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و ثانویه به خود اختصاص داده است. هدف اصلی انجام این مطالعه، تعیین موارد مرگ مشکوک به خودکشی از بین موارد ارجاعی به مراکز پزشکی قانونی کشور بوده است.

روش انجام: با استفاده از پرسشنامه‌ای از قبل طراحی شده، مشخصات و اطلاعات موارد مشکوک به خودکشی با همکاری خانواده و یا همراهان متوفایی که خودکشی منجر به مرگ داشته‌اند، در مراکز پزشکی قانونی سطح کشور جمع‌آوری و سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل آماری قرار گرفته است.

نتایج: با توجه به ۳۵۱۳ مورد مرگ مشکوک به خودکشی در سال ۲۰۱۰، نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی ایران، ۴/۷ مورد به ازای هر صد هزار نفر جمعیت تعیین شد که این نرخ در بین مردان ۶/۶ و در بین زنان ۲/۷ مورد بوده است. استان‌های ایلام، کرمانشاه، لرستان و همدان بالاترین نرخ را داشتند. ۷۰/۵٪ خودکشی‌ها در مردان بود. همچنین، نرخ خودکشی مردان و زنان ایران از نرخ خودکشی مشابه در اکثر کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی، آسیای شرقی و اقیانوسیه پایین‌تر بوده است.

نتیجه‌گیری: نرخ مرگ مشکوک به خودکشی در برخی استان‌های غربی کشور همانند استان‌های ایلام، همدان، لرستان و کرمانشاه بسیار بالاتر از سایر استان‌های کشور است. به نظر می‌رسد، لزوم نگاه منطقه‌ای به این موضوع برای شناسایی دلایل وقوع خودکشی و تربیت متخصصین روانشناسی و روانپزشکی و اعزام آن‌ها به این مناطق برای شناسایی افراد در معرض خطر ضروری باشد.

کلمات کلیدی: خودکشی، نرخ مرگ، ایران

تأیید مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۹

وصول مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۹

نویسنده پاسخگو: shahrokh77@yahoo.com

## مقدمه

ثانویه در برمی‌گیرد (۱). افراد مختلف تعاریف و تقسیم‌بندی‌های متفاوتی از خودکشی ارائه نموده‌اند. Durkheim چهار نوع خودکشی را براساس درجات عدم توازن در دو نیروی اجتماعی، همبستگی اجتماعی (خودکشی خودخواهانه و دیگرخواهانه) و وجدان اخلاقی (خودکشی آنومی و خودکشی ناشی از تقدیر) ارائه کرده است (۲). Lyttle خودکشی را به معنی آسیب مرگ بار به خویشتن دانسته

در بسیاری از کشورها، به ویژه در کشورهای غربی، خودکشی یک مشکل اجتماعی و بهداشت روانی به حساب می‌آید و یکی از مسائلی است که توجه ویژه‌ای را در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و

یا همراه جسد متوفی اقدام به خودکشی توسط او را تایید کرده و یا در بررسی اولیه علت فوت فرد، خودکشی به نظر رسیده بود، وارد این مطالعه شدند؛ ضمن آن که، در صورتی که پس از انجام کالبدگشایی و بررسی‌های لازم توسط پزشک سازمان علت فوت فرد متوفی، موردی مغایر با خودکشی تشخیص داده شد، این فرد از مطالعه حذف گردید. در بخش پذیرش مراکز پزشکی قانونی، از خانواده یا همراهان افرادی که به دلیل خودکشی فوت کردند از طریق پرسشنامه، سوالات مورد نظر پرسیده شد. پرسشنامه‌ها به مراکز استان ارسال و در آنجا ورود اطلاعات انجام شد. فایل‌ها به ستاد مرکزی ارسال گردید و در صورت وجود تردید و ناقصی در برخی سوالات پرسیده شده از استان مورد نظر خواسته شد که به بررسی مجدد آن مورد بپردازد و در مواردی ضمن تماس با خانواده متوفی نقص مورد نظر برطرف شد. در مواردی ممکن بود که خانواده یا همراه متوفی از اعلام خودکشی فرد متوفی استنکاف کرده باشد که البته با جلب اعتماد آن‌ها تا حد زیادی از این موضوع جلوگیری شد. اطلاعات توسط نرم افزار SPSS 18 به صورت توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## نتایج

براساس آمار جمع‌آوری شده در سال ۲۰۱۰ میلادی، ۳۵۱۳ مورد مشکوک به خودکشی در مراکز پزشکی قانونی ثبت شده است. بیشترین موارد در استان‌های تهران (۴۳۴ نفر)، کرمانشاه (۲۴۷ نفر) و لرستان (۲۲۸ نفر) و کمترین موارد در استان‌های سمنان (۲۰ نفر)، خراسان جنوبی (۲۸ نفر) و یزد (۳۰ نفر) ثبت شده‌اند (جدول ۱).

اگر آمار فوتی‌های مشکوک به خودکشی را بر حسب صد هزار نفر جمعیت کشور در نظر بگیریم، ۴/۷ نفر به ازای هر صد هزار نفر از جمعیت کشور به عنوان مشکوک به خودکشی در سال ۲۰۱۰ فوت کرده‌اند. بالاترین نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی متعلق به استان‌های ایلام (۲۶ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت)، لرستان و کرمانشاه (هر کدام ۱۳ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت) و همدان (۹/۹ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت) و پایین‌ترین نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی، به استان‌های هرمزگان (۲/۲ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت)، سیستان و بلوچستان (۲/۵ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت) و یزد (۲/۸ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت) اختصاص داشته است (جدول ۱ و نمودار ۱).

براساس بررسی به عمل آمده ۷۰/۵٪ افراد مرد و ۲۹/۵٪ زن بوده‌اند؛ یعنی، می‌توان گفت که تعداد مرگ‌های مشکوک به خودکشی در مردان ۲/۴ برابر زنان است. بالاترین نسبت خودکشی مردان به زنان به استان‌های همدان (۵/۵ برابر)، اصفهان (برابر ۵) و گیلان (۴/۴ برابر) تعلق داشته و پایین‌ترین نسبت در استان‌های ایلام (۱/۱ برابر)،

که به صورت آگاهانه انجام می‌شود و با رفتار آسیب‌زایی که هدف هوشیارانه در آن بارز نباشد (مانند جنون سرعت، راندن وسیله نقلیه بعد از نوشیدن الکل، استعمال دخانیات، بی‌اشتهایی عصبی و ...) تفاوت دارد (۳).

گونگونی و دسته‌بندی‌های مختلف علت خودکشی، حاکی از مجهول بودن علت واحد خودکشی است. با این حال، بیشتر محققین عواملی چون جنس، سن، مذهب، وضعیت تاهل، شغل، نژاد، شرایط اقلیمی و شرایط جسمی و روانی را به عنوان عوامل موثر در بروز و شیوع خودکشی ذکر کرده‌اند (۴). به طور کلی می‌توان گفت که خودکشی، اقدامی پرخاشگرانه است که ناشی از ناکامی می‌باشد. به عبارت دیگر، خودکشی به عنوان نتیجه نهایی پرخاشگری است که از درون، بر ضد خود، جهت‌گیری شده است (۵).

براساس گزارش‌های ارائه شده سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶، سالانه نزدیک به یک میلیون نفر جان خود را بر اثر خودکشی از دست داده‌اند که این رقم بیش از تعداد قتل‌های جنایی و کشته‌های جنگ می‌باشد (۶). طبق آمار همین سازمان در هر ۴۰ ثانیه فردی در گوشه‌ای از جهان با خودکشی به زندگی خود پایان می‌دهد (۷). امروزه در بسیاری از کشورها خودکشی به صورت قابل توجهی بالاتر از تعداد مرگ‌های ناشی از تصادفات است و در برخی دیگر، به ویژه در گروه‌های سنی جوان‌تر، خودکشی بعد از تصادفات یکی از دلایل منجر به مرگ رتبه‌بندی شده است (۸). اقدام به خودکشی ۴۰ برابر خودکشی‌های منجر به مرگ است (۹، ۱۰). کشورهای حوزه بالتیک اروپا، با نرخ ۴۰ مورد به ازای هر صد هزار نفر در سال دارای بالاترین نرخ خودکشی منجر به مرگ هستند و پس از آن‌ها، مناطق پایینی صحرای آفریقا با ۳۲ مورد به ازای هر صد هزار نفر در سال، قرار دارند. به طور کلی، پایین‌ترین نرخ‌های خودکشی در کشورهای آمریکای لاتین و برخی کشورهای آسیایی دیده شده است (۷). سازمان بهداشت جهانی، خودکشی را یک علت مرگ قابل پیشگیری می‌داند. در تحقیقاتی که در دو کشور درباره خودکشی شده است، موثر بودن برخی مداخلات در این مساله ثابت شده است (۱۲).

هدف اصلی تعیین میزان خودکشی‌های موفق ارجاعی به مراکز پزشکی قانونی کشور با توجه به جنسیت افراد، مقایسه شیوع موارد خودکشی در استان‌های مختلف کشور و مقایسه نرخ خودکشی ایران با برخی کشورهای دیگر بوده است.

## روش اجرا

براساس بانک اطلاعات پزشکی قانونی، طی پاییز ۸۸ تا اول زمستان ۸۹ (سال ۲۰۱۰ میلادی) افرادی که علت فوت آن‌ها مشکوک به خودکشی بوده و جسد آن‌ها جهت بررسی به مراکز پزشکی قانونی کشور ارجاع داده شد، مورد بررسی قرار گرفتند. در مواردی که خانواده

جدول ۱- آمار مرگ‌های مشکوک به خودکشی ایران در سال ۲۰۱۰ به تفکیک استان و بر حسب صد هزار نفر جمعیت

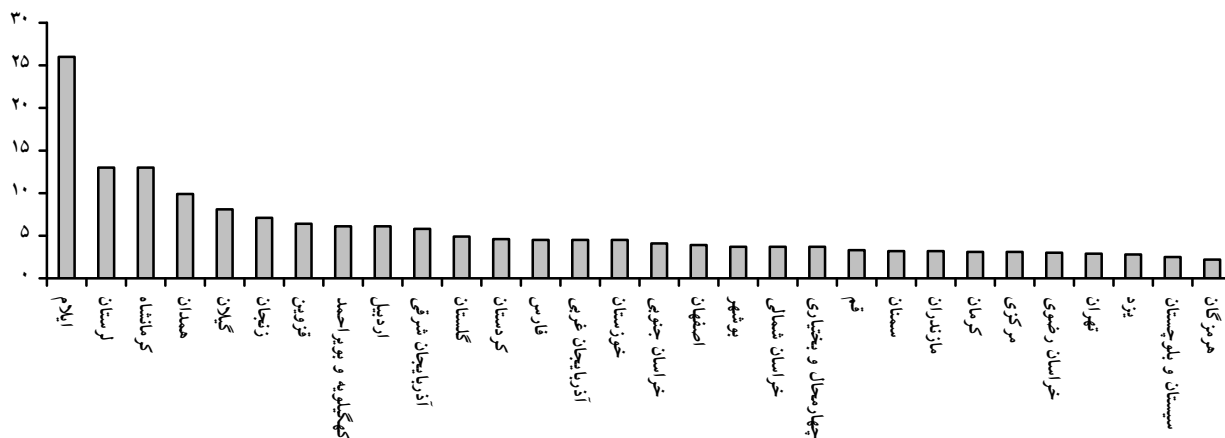
استان	فراوانی	تعداد بر حسب صد هزار نفر جمعیت
آذربایجان شرقی	۲۱۳	۵/۸
آذربایجان غربی	۱۳۷	۴/۵
اردبیل	۷۶	۶/۱
اصفهان	۱۸۶	۳/۹
ایلام	۱۴۷	۲۶/۰
بوشهر	۳۵	۳/۷
تهران	۴۳۴	۲/۹
چهارمحال و بختیاری	۳۳	۳/۷
خراسان جنوبی	۲۸	۴/۱
خراسان رضوی	۱۸۱	۳/۰
خراسان شمالی	۳۱	۳/۷
خوزستان	۲۰۲	۴/۵
زنجان	۷۰	۷/۱
سمنان	۲۰	۳/۲
سیستان و بلوچستان	۶۸	۲/۵
فارس	۲۰۶	۴/۵
قزوین	۷۸	۶/۴
قم	۳۷	۳/۳
کردستان	۶۸	۴/۶
کرمان	۹۲	۳/۱
کرمانشاه	۲۴۷	۱۳/۰
کهگیلویه و بویراحمد	۴۱	۶/۱
گلستان	۸۳	۴/۹
گیلان	۱۹۹	۸/۱
لرستان	۲۲۸	۱۳/۰
مازندران	۹۶	۳/۲
مرکزی	۴۳	۳/۱
هرمزگان	۳۵	۲/۲
همدان	۱۶۹	۹/۹
یزد	۳۰	۲/۸
جمع	۳۵۱۳	۴/۷

لرستان (۱/۱ برابر) و بوشهر (۱/۲ برابر) بوده است. استان‌های همدان (۸۴/۶٪)، اصفهان (۸۳/۳٪) و گیلان (۸۱/۴٪) بالاترین نسبت مردان و استان‌های ایلام (۴۷/۶٪)، لرستان (۴۶/۹٪) و بوشهر (۴۵/۷٪) بالاترین نسبت زنان را دارا هستند.

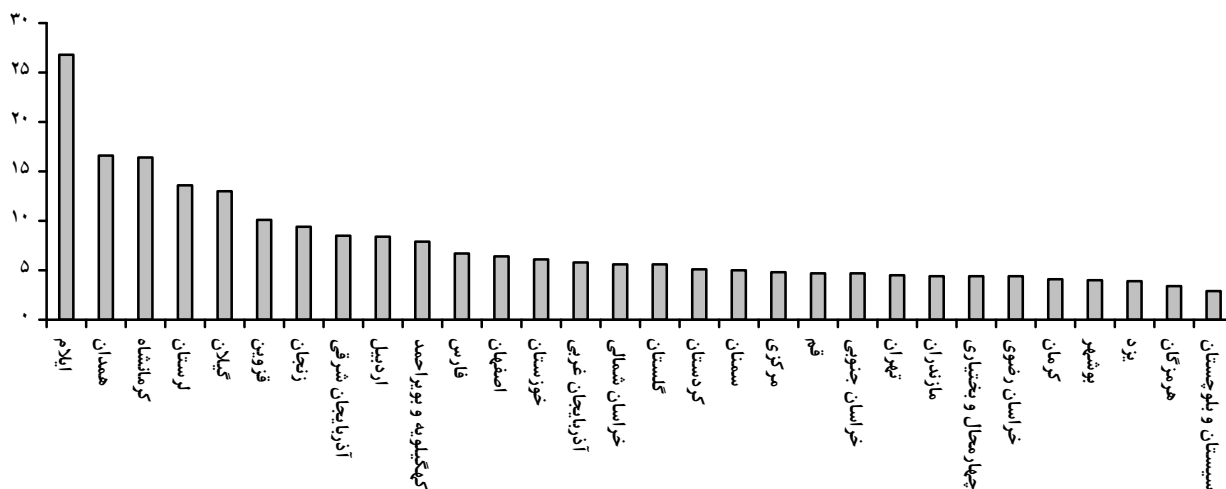
اگر تعداد موارد مشکوک به خودکشی را برحسب جمعیت در نظر بگیریم، در سال ۲۰۱۰، ۶/۶ مرگ مشکوک به خودکشی به ازای هر صد هزار مرد و ۲/۷ مرگ مشکوک به خودکشی به ازای هر صد هزار زن در کشور انجام شده است. بالاترین نرخ در بین مردان در استان‌های ایلام (۲۶/۸ نفر به ازای هر صد هزار مرد)، همدان (۱۶/۶ نفر به ازای هر صد هزار مرد) و کرمانشاه (۱۶/۴ نفر به ازای هر صد هزار مرد) و پایین‌ترین نرخ به استان‌های سیستان و بلوچستان (۲/۹ مورد به ازای هر صد هزار مرد) و هرمزگان (۳/۴ مورد به ازای هر صد هزار مرد) اختصاص داشته است (نمودار ۲). همچنین استان‌های ایلام (۲۵/۱ مورد به ازای هر صد هزار زن)، لرستان (۱۲/۴ مورد به ازای هر صد هزار زن) و کرمانشاه (۹/۴ مورد به ازای هر صد هزار زن) بالاترین نرخ و استان‌های هرمزگان (یک مورد به ازای هر صد هزار زن) و تهران (۱/۳ مورد به ازای هر صد هزار زن) پایین نرخ مرگ‌های خودکشی را در بین زنان داشته‌اند (نمودار ۳).

در جدول ۲، آخرین نرخ خودکشی زنان و مردان ۹۰ کشور که در سایت سازمان بهداشت جهانی وجود دارد و از سال ۲۰۰۰ به بعد اعلام شده، ارایه گشته است. بر اساس نرخ‌های ارایه شده کشورهای لیتوانی (۶۱/۳ مورد)، روسیه (۵۳/۹ مورد)، بلاروس (۴۸/۷ مورد) و قزاقستان (۴۳ مورد) بالاترین نرخ خودکشی مردان (به ازای هر صد هزار مرد) را داشته‌اند. بنابراین کشورهای استقلال یافته از شوروی سابق، بالاترین نرخ‌های خودکشی مردان را دارا هستند. نرخ خودکشی مردان ایران (۶/۶ مورد) در بین این نود کشور در رتبه هفتم و یکم بوده و نزدیک به کشورهای مکزیک، ازبکستان، بلیز، یونان، مالت و گواتمالا بوده است. همچنین کشورهای کره شمالی (۲۲/۱ مورد)، گویان (۱۳/۴ مورد)، ژاپن (۱۳/۲ مورد)، سوئیس (۱۱/۴ مورد) و هنگ کنگ (۱۰/۷ مورد)، بالاترین نرخ خودکشی زنان (به ازای هر صد هزار زن) را دارا هستند. نرخ خودکشی زنان ایران (۲/۷ مورد) در بین نود کشور در رتبه پنجاه و یکم بوده و نزدیک به کشورهای آرژانتین، بریتانیا، ایتالیا، نیکاراگوآ، ازبکستان و تاجیکستان بوده است.

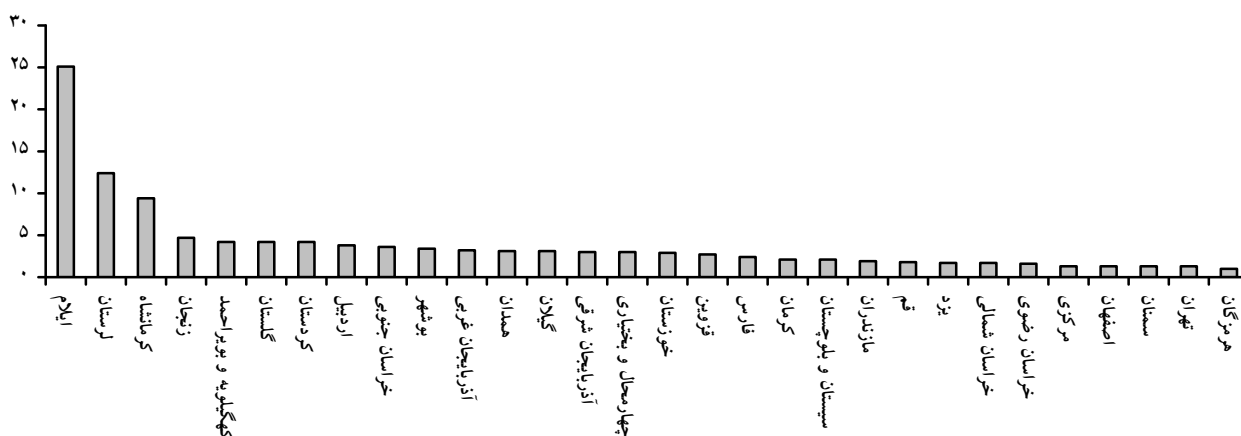
براساس نتایج به دست آمده نرخ خودکشی مردان و زنان ایران از نرخ خودکشی مشابه در اکثر کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی، آسیای شرقی و اقیانوسیه پایین‌تر است ولی در بین کشورهای خاورمیانه که نرخ خودکشی آن‌ها ارایه شده، در رتبه بالایی قرار دارد. همچنین نرخ خودکشی زنان ایران از نرخ خودکشی زنان اکثر کشورهای آمریکای لاتین بالاتر بوده است که چنین وضعیتی در مورد نرخ خودکشی مردان وجود ندارد.



نمودار ۱- ترتیب مرگ‌های مشکوک به خودکشی استان‌ها بر حسب صد هزار نفر جمعیت در سال ۲۰۱۰



نمودار ۲- ترتیب استانی مرگ‌های مشکوک به خودکشی مردان بر حسب جمعیت (به ازای هر صد هزار مرد) در سال ۲۰۱۰



نمودار ۳- ترتیب استانی مرگ‌های مشکوک به خودکشی زنان بر حسب جمعیت (به ازای هر صد هزار زن) در سال ۲۰۱۰

جدول ۲- آخرین نرخ خودکشی مردان و زنان کشورهای مختلف در سایت سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>

کشور	مرد	زن	کشور	مرد	زن	کشور	مرد	زن
آذربایجان (۲۰۰۷)	۱	۰/۳	پاراگوئه (۲۰۰۸)	۵/۱	۲	کره شمالی (۲۰۰۹)	۳۹/۹	۲۲/۱
آرژانتین (۲۰۰۸)	۱۲/۶	۳	پاناما (۲۰۰۸)	۹	۱/۹	کلمبیا (۲۰۰۷)	۷/۹	۲
آفریقای جنوبی (۲۰۰۷)	۱/۴	۰/۴	پرتغال (۲۰۰۹)	۱۵/۶	۴	کوبا (۲۰۰۸)	۱۹	۵/۵
آلبانی (۲۰۰۳)	۴/۷	۳/۳	پرو (۲۰۰۷)	۱/۹	۱	کویت (۲۰۰۹)	۱/۹	۱/۷
آلمان (۲۰۰۶)	۱۷/۹	۶	پورتوریکو (۲۰۰۵)	۱۳/۲	۲	گرجستان (۲۰۰۹)	۷/۱	۱/۷
آمریکا (۲۰۰۵)	۱۷/۷	۴/۵	تاجیکستان (۲۰۰۱)	۲/۹	۲/۳	گواتمالا (۲۰۰۸)	۵/۶	۱/۷
اتریش (۲۰۰۹)	۲۳/۸	۷/۱	تایلند (۲۰۰۲)	۱۲	۳/۸	گویان (۲۰۰۶)	۳۹	۱۳/۴
اردن (۲۰۰۸)	۰/۲	۰	ترینیداد و توباگو (۲۰۰۶)	۱۷/۹	۳/۸	لتونی (۲۰۰۹)	۴۰	۸/۲
ارمنستان (۲۰۰۸)	۱۲/۸	۱/۱	جزایر شیشل (۲۰۰۸)	۸/۹	۰	لوکزامبورگ (۲۰۰۸)	۱۶/۱	۳/۲
ازبکستان (۲۰۰۵)	۷	۲/۳	جمهوری چک (۲۰۰۹)	۲۳/۹	۴/۴	لهستان (۲۰۰۸)	۲۶/۴	۴/۱
اسپانیا (۲۰۰۸)	۱۱/۹	۳/۴	جمهوری دومینیکن (۲۰۰۵)	۳/۹	۰/۷	لیتوانی (۲۰۰۹)	۶۱/۳	۱۰/۴
استرالیا (۲۰۰۶)	۱۲/۸	۳/۶	دانمارک (۲۰۰۶)	۱۷/۵	۶/۴	مالت (۲۰۰۸)	۵/۹	۱
استونی (۲۰۰۸)	۳۰/۶	۷/۳	رژیم صهیونیستی (۲۰۰۷)	۷	۱/۵	مالدیو (۲۰۰۵)	۰/۷	۰
اسلواکی (۲۰۰۵)	۲۲/۳	۳/۴	روسیه (۲۰۰۶)	۵۳/۹	۹/۵	مجارستان (۲۰۰۹)	۴۰	۱۰/۶
اسلونی (۲۰۰۹)	۳۴/۶	۹/۴	رومانی (۲۰۰۹)	۲۱	۳/۵	مصر (۲۰۰۹)	۰/۱	۰
اکراین (۲۰۰۹)	۳۷/۸	۷	ژاپن (۲۰۰۹)	۳۶/۲	۱۳/۲	مقدونیه (۲۰۰۳)	۹/۵	۴
اکوادور (۲۰۰۹)	۱۰/۵	۳/۶	سنت لوئیس (۲۰۰۵)	۴/۹	۰	مکزیک (۲۰۰۸)	۷	۱/۵
السالوادور (۲۰۰۸)	۱۲/۹	۳/۶	سنگاپور (۲۰۰۶)	۱۲/۹	۷/۷	موریتانی (۲۰۰۸)	۱۱/۸	۱/۹
اوروگوئه (۲۰۰۴)	۲۶	۶/۳	سوئد (۲۰۰۸)	۱۸/۷	۶/۸	مولداوی (۲۰۰۸)	۳۰/۱	۵/۶
ایتالیا (۲۰۰۷)	۱۰	۲/۸	سوئیس (۲۰۰۷)	۲۴/۸	۱۱/۴	نروژ (۲۰۰۹)	۱۷/۳	۶/۵
ایرلند (۲۰۰۹)	۱۹	۴/۷	سورینام (۲۰۰۵)	۲۳/۹	۴/۸	نیکاراگوآ (۲۰۰۶)	۹	۲/۶
ایسلند (۲۰۰۸)	۱۶/۵	۷	شیلی (۲۰۰۷)	۱۸/۲	۴/۲	نیوزلند (۲۰۰۷)	۱۸/۱	۵/۵
باربادوس (۲۰۰۶)	۷/۳	۰	صربستان (۲۰۰۹)	۲۸/۱	۱۰	ونزوئلا (۲۰۰۷)	۵/۳	۱/۲
باهاما (۲۰۰۵)	۱/۹	۰/۶	فرانسه (۲۰۰۷)	۲۴/۷	۸/۵	هلند (۲۰۰۹)	۱۳/۱	۵/۵
بحرین (۲۰۰۶)	۴	۳/۵	فنلاند (۲۰۰۹)	۲۹	۱۰	هند (۲۰۰۹)	۱۳	۷/۸
برزیل (۲۰۰۸)	۷/۷	۲	قبرس (۲۰۰۸)	۷/۴	۱/۷	هنگ کنگ (۲۰۰۹)	۱۹	۱۰/۷
بریتانیا (۲۰۰۹)	۱۰/۹	۳	قرقیزستان (۲۰۰۹)	۱۴/۱	۳/۶	یونان (۲۰۰۹)	۶	۱
بلاروس (۲۰۰۷)	۴۸/۷	۸/۸	قزاقستان (۲۰۰۸)	۴۳	۹/۴			
بلژیک (۲۰۰۵)	۲۸/۸	۱۰/۳	کاستاریکا (۲۰۰۹)	۱۰/۲	۱/۹			
بلغارستان (۲۰۰۸)	۱۸/۸	۶/۲	کانادا (۲۰۰۴)	۱۷/۳	۵/۴			
بلیز (۲۰۰۸)	۶/۶	۰/۷	کرواسی (۲۰۰۹)	۲۸/۹	۷/۵			

## بحث

است. در ایران نیز که دارای فرهنگ ها و آداب و رسوم متنوعی می باشد، آمار خودکشی و نحوه اقدام به آن در استان ها متفاوت است. در مطالعه ما، در سال ۲۰۱۰ نرخ مرگ های مشکوک به خودکشی ۴/۷ نفر به ازای هر صد هزار نفر در کشور بود که در استان های مختلف از ۲/۲ تا ۲۶/۰ به ازای هر صد هزار نفر جمعیت تفاوت داشت. کشورهای حوزه بالتیک اروپا با نرخ ۴۰ مورد به ازای هر صد هزار نفر در سال دارای

در ایران و بسیاری از کشورهای جهان، خودکشی اقدامی ناپسند بوده و مورد نکوهش قرار می گیرد؛ با این وجود، آمار افرادی که سالیانه در جهان از این طریق به زندگی خود پایان می دهند، رو به افزایش

1- [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en)

داشته‌اند. در مطالعه مرادی و خادمی، درباره خودکشی‌های موفق سال ۱۳۸۰ نیز تقریباً همین استان‌ها بالاترین و پایین‌ترین نرخ را داشته‌اند. در آن مطالعه، مردان استان‌های همدان، لرستان و ایلام و در بین زنان، استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان بالاترین نرخ خودکشی را داشته‌اند (۱۲). در مطالعه Pavia و همکارانش که با هدف توصیف مرگ‌های ناشی از خودکشی در سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۸ در نواحی جنوب ایتالیا انجام شده است، نرخ خودکشی استاندارد شده در مردان از ۵/۴ (سال ۱۹۹۹) تا ۷/۷ (سال ۱۹۹۸) در صد هزار نفر و در زنان از ۱/۴ (سال ۲۰۰۱) تا ۲/۴ (سال ۱۹۹۸) در صد هزار نفر بوده است. این مطالعه، نشان داد که نرخ خودکشی در جنوب ایتالیا پایین‌ترین از نرخ ملی این کشور بوده است (۱۷).

در مطالعه ما، ۷۰/۵٪ موارد مرگ‌های مشکوک به خودکشی مرد و ۲۹/۵٪ زن بوده‌اند، در مطالعه شیرزاد و قره‌داغی که درباره خودکشی‌های منجر به فوت در نیمه اول سال ۱۳۸۳ بوده، ۱۸۰ مورد مرد (۶۹/۲٪) و ۶۰ مورد زن (۲۹/۱٪) بوده‌اند (۱۸) که این درصدها به نتایج این مطالعه بسیار نزدیک است. رهبر طارمسری و همکارانش در مراجعین روزانه به اورژانس بیمارستان نشان دادند که از مجموع ۲۴۰ نفر که اقدام به خودکشی کرده بودند، ۹۸ نفر (۴۰/۸٪) مرد و ۱۴۲ نفر (۵۹/۲٪) زن بودند (۱۹). صفا و همکارانش در مطالعه‌ای، همه بیمارانی که از تاریخ تیرماه ۸۳ لغایت دی‌ماه ۸۳ اقدام به خودکشی نموده و در بیمارستان شهدای عشایر بستری گردیده بودند، مورد بررسی قرار دادند. از ۶۷ بیمار اقدام‌کننده به خودکشی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، ۵۵/۲٪ مرد و ۴۴/۸٪ زن بودند (۲۰). نجومی و همکارانش با هدف تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج را مطالعه‌ای انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی، مونث (۶۲/۵٪) و مجرد (۶۳/۵٪) بودند (۲۱). کوشان و همکارانش، مطالعه‌ای بر روی ۱۰۶ نفر از کسانی که به دلیل اقدام به خودکشی در اورژانس بیمارستان واسعی سبزوار بستری بودند، انجام دادند. در این مطالعه ۴۹/۱٪ مرد و ۵۰/۹٪ زن بودند (۲۲). رفیعی و سیفی مطالعه‌ای در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی، از ابتدای سال ۱۳۸۴ تا انتهای سال ۱۳۸۶، انجام دادند. تعداد ۴۲۲۶ نفر در جامعه مورد بررسی طی ۳ سال فوق اقدام به خودکشی نمودند. ۶۰٪ از اقدام‌کنندگان به خودکشی مونث بوده‌اند (۲۳). همان‌طور که دیده شد، نتایج مطالعه ما با دیگر مطالعاتی که در ایران انجام شده و بیشتر آن‌ها بر روی موارد اقدام به خودکشی به جای خودکشی‌های منجر به مرگ تمرکز داشته‌اند، تفاوت‌های زیادی را نشان می‌دهد. در مطالعاتی که بر روی موارد اقدام به خودکشی‌ها انجام شده، بر خلاف مطالعه ما، درصد زنان بالاتر بود. شاید بتوان گفت که بیشتر زنان از روش‌هایی جهت خودکشی استفاده می‌کنند که احتمال زنده ماندن فرد بیشتر باشد.

بالاترین نرخ خودکشی منجر به مرگ هستند و پس از آن‌ها، مناطق پایینی صحرای آفریقا با ۳۲ مورد به ازای هر صد هزار نفر در سال قرار دارند. به طور کلی، پایین‌ترین نرخ‌های خودکشی در کشورهای آمریکای لاتین و برخی کشورهای آسیایی دیده شده است (۷).

در مطالعه ما نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی مردان، ۶/۶ مورد به ازای هر صد هزار مرد و ۲/۷ مورد به ازای هر صد هزار زن بوده است. در مطالعه سعداله مرادی و همکارش که به بررسی موارد مرگ‌های ناشی از خودکشی ایران در سال ۱۳۸۰ شمسی پرداخته‌اند، ۵/۷ خودکشی به ازای هر صد هزار مرد و ۳/۱ خودکشی به ازای هر صد هزار زن به ثبت رسیده است (۱۴). این بدان معناست که در این سال‌ها نرخ خودکشی مردان افزایش و نرخ خودکشی زنان کاهش یافته است. در مطالعه شرقی و همکارانش، به بررسی خودکشی‌های ثبت شده در پزشکی قانونی شهرستان اردبیل پرداخته شده است. در این سال‌ها، ۱۷۵ مورد خودکشی ثبت شده بود که میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی ۴/۲ مورد به ازای هر صد هزار نفر بوده است. نسبت مرگ و میر مردان به زنان ۲/۶ بوده است (۱۵).

در مطالعه Asirdizer و همکارانش، که به بررسی خودکشی‌های موفق رخ داده در کشور ترکیه در سال‌های ۱۹۹۶ الی ۲۰۰۵ پرداخته‌اند، نرخ خودکشی در پایان این دوره ۳/۸ در صد هزار نفر بوده و نسبت خودکشی مردان به زنان ۱/۵۸ برابر بوده است (۱۶). در مطالعه LOVISI و همکارانش، که با هدف تجزیه و تحلیل خودکشی‌های روی داده در نواحی مختلف برزیل و پایتخت این کشور بین سال‌های ۱۹۸۰ الی ۲۰۰۶ انجام شده است، از ۱۵۸۹۵۲ خودکشی ثبت شده در این سال‌ها، محققین افراد کمتر از ۱۰ سال ( $n=68$ ) را از مطالعه خارج کرده‌اند. در این دوره تحت مطالعه، نرخ خودکشی از ۴/۴ به ۵/۷ نفر در صد هزار جمعیت ساکن رسیده است (۲۹/۵٪). متوسط نرخ خودکشی در نواحی جنوبی (۹/۳ در صد هزار نفر) و مرکز غربی (۶/۱ در صد هزار نفر) برزیل بالاتر بوده است. محققین این مطالعه نتیجه گرفته‌اند که متوسط نرخ خودکشی برزیل در این سال‌ها (۴/۷) مورد به ازای هر صد هزار نفر، پایین‌تر از نرخ جهانی است. نرخ‌های خودکشی در نواحی مختلف برزیل از ۲/۷ تا ۹/۳ متفاوت بوده است (۱۷). بنابراین می‌توان گفت که نرخ کلی خودکشی ایران و برزیل به یکدیگر نزدیک است، اما تفاوت نرخ‌های خودکشی در نواحی مختلف ایران بسیار بیشتر از نواحی مختلف برزیل بوده است. در مطالعه ما در سال ۲۰۱۰، ۶/۶ مرد و ۲/۷ زن فوت مشکوک به خودکشی به ازای هر صد هزار در کشور انجام شده است. بالاترین نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی در بین مردان در استان‌های ایلام (۲۶/۸ نفر به ازای هر صد هزار مرد)، همدان (۱۶/۶ نفر به ازای هر صد هزار مرد) و کرمانشاه (۱۶/۴ نفر به ازای هر صد هزار مرد) و استان‌های ایلام (۲۵/۱ مورد به ازای هر صد هزار زن)، لرستان (۱۲/۴ مورد به ازای هر صد هزار زن) و کرمانشاه (۹/۴ مورد به ازای هر صد هزار زن)، بالاترین نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی در زنان را

## نتیجه گیری

استان‌های کشور است. به نظر می‌رسد لزوم نگاه منطقه‌ای به این موضوع برای شناسایی دلایل وقوع خودکشی و تربیت متخصصین روانشناسی و روانپزشکی و اعزام آن‌ها به این مناطق برای شناسایی افراد در معرض خطر ضروری باشد.

نرخ خودکشی در برخی از استان‌های غربی کشور همانند استان‌های ایلام، همدان، لرستان و کرمانشاه بسیار بالاتر از سایر

## References

- 1-Schmidtke A. Perspective: Suicide in Europe. *Suicide Life Threat Behav.* 1997; 27(1): 127-36.
- 2-Thompson A, Kenneth A. Emile Durkheim. London: Tavistock Publications; 1982.
- 3-Lyttle J. *Mental Disorder: It's care & treatment.* 1st ed. London: Bailliera Tindall; 1988: 341-43.
- 4- Eslaminasab A. *Suicide crisis.* Tehran, Ferdos Publication; 1371. [Persian]
- 5-Gubliant W. The epidemiology of suicide in old age. *Archives of suicide Research.* 1996; 2: 31-42.
- 6- "Suicide prevention". WHO Sites: Mental Health. World Health Organization.  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). Retrieved 2006-04-11.
- 7- Staff (2002). "Self-directed violence". World Health Organization. [http://www.who.int/entity/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf](http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf). Retrieved 2006-04-11.
- 8-Leenaars A. Suicide IN Wass H & Neimeyer RA (eds.). *Dying :Facing the facts.* 3rd ed. Philadelphia: Taylor & Francis; 1995.
- 9- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al., et al. Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1996; 93: 327-38.
- 10- Hultén A, Wasserman D, Hawton K, Jiang GX, Salander-Renberg E, Schmidtke A, et al. Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 9: 100-8.
- 11- Alexandra Fleischmann, José M Bertolote, Danuta Wasserman, Diego De Leo, Jafar Bolhari, Neury J Botega, Damani De Silva, Michael Phillips, Lakshmi Vijayakumar, Airi Värnik , Lourens Schlebusch, Huong Tran Thi Thanh. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries, *Bulletin of the World Health Organization.* 2008; 86(9): 647-736.
- 12-Gelder M, mayou R, Geddes J. *Oxford core texts psychiatry 1999, second edition.* Translated by M Kianard, H khajoie Kermani, B Maleki . Tehran: Noor-e-Danesh; 185-191.[Persian]
- 13-Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicide resulting in death in Iran, comparing with the world rates. *Scientific Journal of forensic Medicine.* 2002; 27: 16-21. [Persian]
- 14-Sharghi A, Mashooft M, Valizadeh B, Ziapoor SH. Study of demographic and suicide methods in suicide victims and suicide incidence in Ardabil city based on suicide death registries in legal medicine center from 1997 to 2006. *Scientific Journal of Forensic Medicine.* 2009; 15(2): 108-114. [Persian]
- 15- Asirdizer M, Yavuz MS, Aydin SD, Dizdar MG. Suicides in Turkey between 1996 and 2005: General perspective. *Am J Forensic Med Pathol.* 2010; (2): 138-45.
- 16-Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; Suppl: 86-94.
- 17- Pavia M, Nicotera G, Scaramuzza G, Angelillo IF. Suicide mortality in Southern Italy: 1998-2002. *Psychiatry Research.* 2005; 134(3): 275-9.
- 18-Shirzad J, Gharedaghi J. Study of methods and causes of suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of Iran in firth six month of 2004. *Scientific Journal of forensic Medicine.* 2007; 47: 163-70. [Persian]
- 19-Rahbar taromsari M, Orangpour R , Mousavian roshanzamir S. A, Davarn F. Survey of suicidal

- epidemiologic factors in emergency ward patients of Razi hospital, Rasht. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2004; 10(34): 91-5. [Persian]
- 20-Safa M, Mahmoudi GH.A, Soultanifar M, Saki m, Farhadi A. Suicide intention in Shohadaye Ashayer in 1383. Yafte. 2007; 9 (32): 31-7. [Persian]
- 21-Nojomi M, Bolhatri J, Malakouti SK, Shooshtari MH, Amin SA, Poshtmashhadi M. The study of demographic characteristics of suicide attempters attending emergency rooms of Karaj hospitals in 2003-2004. Journal of Iran University of Medical Sciences. 2006; 52: 225-34. [Persian]
- 22-Koushan M, Shagarf Nakhaei M.R, Rabanizadeh A, Heydari A, Toufighian T, Maskani K. Study of the risk factors in suicide cases admitted to vase'ee emergency clinic in Sabzevar Iran. Journal of Sabzevar School of Medical Sciences. 2008; 15 (48): 123-8. [Persian]
- 23-Rafiei M, Seyfi A. The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of university of medical sciences in Markazi-province from 1384 to 1386. Iranian Journal of Epidemiology. 2008-2009; 4(3-4): 59-69. [Persian]