

بررسی شیوع و عوامل مرتبط با افکار خودکشی در جمعیت عمومی شیراز در سال ۱۳۹۶

رامین شیرالی^{۱*}، الیاس کوکی^۱

(۱) گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۱۸

چکیده

مقدمه: خودکشی یک چالش مهم برای سلامت عمومی محسوب می شود. دو درصد از جمعیت عمومی در طول زندگی خود به طور جدی تصمیم به خودکشی می گیرند. هدف از انجام این مطالعه، تعیین شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط در نمونه ای از جمعیت شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بوده است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی بوده که بر روی ۲۴۰۰ نفر از جمعیت عمومی شهرستان شیراز انجام شده است. نمونه گیری با روش تصادفی خوشه ای و بر اساس مناطق شهرداری صورت پذیرفته است. در این مطالعه از پرسش نامه معیار افکار خودکشی «بک» و هم چنین فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. علاوه بر آمار توصیفی از آزمون های کای مربع و t مستقل و هم چنین آنالیز رگرسیون استفاده گردید.

یافته های پژوهش: در مجموع ۸۸/۸ درصد از جمعیت تحت مطالعه از نظر افکار خودکشی، کم خطر بوده، ۹ درصد دارای خطر متوسط و ۲/۲ درصد پرخطر محسوب می شوند. میانگین نمره افکار خودکشی بک در کل افراد شرکت کننده $2/13 \pm 6/30$ بود. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون، سطح افکار خودکشی در جمعیت تحت بررسی با جنس مونث، گروه سنی جوان، وضعیت غیرمتاهل، بیکاری، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه بیماری مزمن، سابقه اختلال روان و سوء مصرف مواد مخدر و الکل ($P < 0.01$) ارتباط داشت.

بحث و نتیجه گیری: قوی ترین عامل پیش بینی کننده وجود افکار خودکشی در جامعه سابقه اقدام به خودکشی است و پس از آن طلاق و سوء مصرف مواد و الکل موثر می باشند. پیشنهاد می شود افراد با سابقه اقدام به خودکشی به طور منظم تحت پایش و ارزیابی سطح افکار خودکشی قرار گیرند.

واژه های کلیدی: خودکشی، افکار خودکشی، شیوع، عوامل خطر

* نویسنده مسئول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Email: shiralyr@sums.ac.ir

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

مقدمه

خودکشی یک چالش مهم سلامت عمومی و سومین علت مرگ نوجوانان و بزرگسالان جوان در دنیا می باشد (۱). بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت ۲ درصد از جمعیت در طول زندگی خود به طور جدی تصمیم به خودکشی گرفته و ۵/۹-۰/۷ درصد در نهایت اقدام به خودکشی می کنند و سالیانه حدود یک میلیون نفر در دنیا به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند (۲).

عوامل متعدد بیولوژیک، اجتماعی و روانی با خودکشی در ارتباط بوده که بعضی از مهم ترین آن ها شامل افسردگی، سوء مصرف مواد مخدر، وقایع ناگوار زندگی، سابقه خانوادگی خودکشی، مشکلات روابط بین فردی و مشکلات هویت جنسی می باشند (۱،۳). فرآیند خودکشی شامل فکر، برنامه ریزی، اقدام و در نهایت کامل نمودن خودکشی است (۴). افکار خودکشی پیش درآمد مهمی برای خودکشی بوده و در ۶۰ درصد موارد، گذار از مرحله فکر خودکشی تا اقدام به آن ظرف یک سال به وقوع می پیوندد (۵). متوسط شیوع افکار، طراحی و اقدام به خودکشی در دنیا به ترتیب ۹/۲، ۳/۱ و ۲/۷ درصد گزارش شده است (۶).

با توجه به این که اغلب موارد خودکشی منجر به مرگ در افرادی مشاهده می شود که برای اولین بار دست به خودکشی زده اند، تشخیص زودهنگام افکار خودکشی بسیار حائز اهمیت است، لذا بررسی وضعیت و عوامل مرتبط با افکار خودکشی در جامعه ضروری به نظر می رسد (۶،۷).

در ایران میزان خودکشی ۵ به ازاء صد هزار نفر و متوسط سن خودکشی ۳۲ سال گزارش شده است (۸،۹). هم چنین در ۱۶/۲ درصد از موارد خودکشی در کشور، سابقه ابتلاء به بیماری مزمن ناتوان کننده و در ۴۲ درصد موارد، سابقه اختلال روان وجود داشته است و ۴۰ درصد از افرادی که خودکشی می کنند طی یک سال قبل، میل به خودکشی را ابراز کرده اند (۱۰،۱۱). بر خلاف اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ که در مطالعات مختلفی بررسی شده اند، افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن کمتر بررسی شده اند. در ایران تنها در دو مطالعه افکار خودکشی مورد بررسی

قرار گرفته اند. در مطالعه ای بر روی ۴۷۰ دانشجوی اصفهان، ۷/۶ درصد از آن ها دارای افکار خودکشی بودند (۱۲). در مطالعه دیگری بر روی ۱۳۳۹ سرباز، حدود ۷ درصد آن ها افکار خودکشی داشتند (۱۳). در مطالعه اخیر، وجود افکار خودکشی با عواملی هم چون سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، حضور در مناطق مرزی، سابقه مصرف دخانیات و مواد مخدر و سابقه فامیلی اقدام به خودکشی ارتباط داشت (۱۳).

با توجه به این که تاکنون هیچ مطالعه مبتنی بر جمعیتی در کشور در مورد افکار خودکشی و عوامل مرتبط انجام نشده است، تصمیم گرفتیم شیوع افکار خودکشی را در جمعیت عمومی شیراز بررسی نماییم.

مواد و روش ها

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی مبتنی بر جامعه است که در سال ۱۳۹۶ در شهرستان شیراز انجام شده است. حجم نمونه با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵، شیوع افکار خودکشی ۷ درصد و دقت ۰/۰۲ معادل ۱۶۰۰ نفر محاسبه گردید و با در نظر گرفتن اثر طراحی مبتنی بر جمعیت در ضریب ۱/۵ ضرب گردید و حجم نمونه نهایی ۲۴۰۰ نفر برآورد شد. روش نمونه گیری به صورت تصادفی چند مرحله ای انجام شد. چارچوب نمونه گیری، جمعیت شهری شیراز بوده و این مطالعه شامل مناطق روستایی نمی گردد. شهر شیراز دارای ۱۰ منطقه شهرداری است که متناسب با جمعیت هر منطقه، ۵-۳ خوشه (جمعاً ۳۶ خوشه) در نظر گرفته شدند. سپس خوشه ها شماره گذاری شده و به صورت تصادفی، ۱۲ خوشه انتخاب گردیدند. در این مطالعه خیابان اصلی به عنوان مبنای نمونه گیری در خوشه ها در نظر گرفته شده است. در هر خوشه انتخاب نمونه ها با روش تصادفی سیستماتیک از منازل صورت گرفت، بدین نحو که بر اساس شماره فرعی ها، متناسب با تعداد مورد نیاز و بر اساس فاصله انتخاب مشخص، کوچه ها و سپس منازل انتخاب شدند. با در نظر گرفتن هرم سنی جمعیت، انتخاب گروه های سنی در هر خوشه، متناسب با نسبت فراوانی آن ها در جامعه صورت گرفت. در این مطالعه از پنج پرسشگر با تجربه استفاده گردید. ابتدا پرسشگرها توسط یک نفر هماهنگ کننده توجیه شده و در مورد نحوه تکمیل

پرسش نامه ها آموزش دیدند. سپس پرسشگرها به درب منازل مراجعه نموده و پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه و جلب موافقت افراد و کسب رضایت آگاهانه، فرم های پژوهشی را در اختیار شرکت کنندگان قرار دادند. به منظور جلوگیری از اثر تجمعی بیماری ها در خانواده ها، تنها با یک نفر از اعضای هر خانواده مصاحبه به عمل آمد. با توجه به این که این مطالعه مبتنی بر جمعیت بوده و نیاز به مراجعه به درب منازل وجود داشت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه و مراجع قانونی کسب گردید.

معیار ورود به مطالعه، هر فرد غیرکودک (سن بالای ۱۲ سال) ساکن شیراز بوده است. معیار خروج از مطالعه دلایلی هم چون عقب ماندگی ذهنی یا نقص عضو جدی که مانع از پاسخ گویی فرد به سوالات بوده یا این که افراد همکاری لازم برای تکمیل پرسش نامه را نداشتند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل دو بخش بود:

۱- فرم جمع آوری اطلاعات که حاوی ۱۳ سوال بوده و شامل اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، سابقه خودکشی و سابقه بیماری روان در فرد و خانواده، سابقه ابتلاء به بیماری مزمن، مصرف مواد مخدر غیرقانونی و الکل می باشد. گروه های سنی شامل نوجوان (۱۹-۱۳ سال)، جوان (۳۹-۲۰ سال)، میانسال (۵۹-۴۰ سال) و سالمند (۶۰ سال و بیشتر) در نظر گرفته شد. وضعیت تاهل شامل متاهل، مجرد، مطلقه و بیوه بوده و وضعیت شغلی شامل محصل، شاغل، بازنشسته، بیکار و خانه دار می باشند. حداکثر سطح تحصیلات در سه مقطع شامل ابتدایی، متوسطه و دانشگاهی در نظر گرفته شد. هم چنین سابقه ابتلاء به بیماری های مزمن و اختلال روان در فرد یا اعضای درجه یک خانواده، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه سوء مصرف مواد و الکل مورد پرسش قرار گرفت. منظور از بیماری مزمن، بیماری است که به طور خود به خود بهبود نیافته و نیازمند مصرف مستمر دارو و یا سایر اقدامات درمانی می باشد. اختلال روان به صورت بیماری روانی که نیازمند مراجعه به روان پزشک و دریافت داروی اعصاب و روان تعریف شد. سابقه سوء مصرف مواد مخدر به صورت مصرف روزانه حداقل یکی از مواد

مخدر غیر قانونی شامل مواد اپیوئید، مشتقات کانابیس، مواد محرک و توهم زا طی یک ماه گذشته تعریف گردید. هم چنین سابقه سوء مصرف الکل به صورت مصرف روزانه مشروبات الکلی طی یک ماه گذشته تعریف شد. فرم جمع آوری اطلاعات ابتدا در یک مطالعه پایلوت (گروه ۳۰ نفره) تکمیل گردید و به تایید دو نفر از اساتید صاحب نظر رسید.

۲- پرسش نامه استاندارد افکار خودکشی «بک»: این پرسش نامه دارای ۱۹ سوال است و به صورت خود ایفاء تکمیل می گردد و افکار خودکشی در طی یک هفته گذشته را می سنجد. نمره کلی از ۰-۳۸- متغیر بوده و هرچه نمره اکتسابی بالاتر باشد، خطر اقدام به خودکشی در آینده بیشتر خواهد بود. هم چنین نمره ۲۵ به بالا، با خطر قابل توجه خودکشی همراه است (۱۴). اعتبار این پرسش نامه در جمعیت ایرانی توسط انیسی و همکاران بررسی شده و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تایید شده است (۱۳).

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS vol.20 انجام شد و شامل آمار توصیفی و تحلیلی می باشد. برای توصیف متغیرهای عددی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای اسمی و رتبه ای از توزیع فراوانی استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط متغیرهای مستقل با پیامد مورد نظر از آزمون های کای مربع مستقل استفاده گردید. هم چنین از تست تی مستقل و آنالیز واریانس برای مقایسه میانگین نمره افکار خودکشی در زیر گروه های مختلف استفاده شد. پس از ارزیابی تک متغیره و به منظور برآورد اثر متغیرها بر پیامد مورد نظر و در ارتباط با یکدیگر از روش آنالیز رگرسیون گام به گام (Stepwise regression analysis) استفاده گردید. بدین منظور متغیر عددی افکار خودکشی به یک متغیر دو وجهی تبدیل گردید، بدین صورت که نمره افکار خودکشی از صفر تا ۴ به عنوان کم خطر و از ۵ به بالا به عنوان خطر متوسط تا زیاد در نظر گرفته شد. سطح معنی داری برای تمام آزمون ها ۰/۰۵ می باشد.

یافته های پژوهش

میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۳۵/۷±۱۴/۳ سال و حداقل و حداکثر سن شرکت

کنندگان به ترتیب ۱۴ و ۹۰ سال بود. بیش از نیمی (۵۶ درصد) از شرکت کنندگان متأهل بوده و در گروه سنی جوان قرار داشتند و ۵۱/۴ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه مرد بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۴۳ درصد شاغل، ۳۰ درصد بیکار، ۱۵ درصد محصل، ۶ درصد بازنشسته و ۵ درصد خانه دار بودند. از نظر سطح تحصیلات ۳۳/۵ درصد تحصیلات ابتدایی، ۴۰ درصد متوسطه تا دیپلم و ۲۶/۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

سابقه بیماری مزمن در ۹ درصد از موارد، سابقه اختلال روان در ۵/۸ درصد و سابقه اقدام به خودکشی در ۳/۵ درصد از شرکت کنندگان وجود داشت. هم چنین در ۸/۵ درصد موارد، سابقه اختلال روان در اعضای درجه یک خانواده گزارش شده بود. ۱۵/۳ درصد سابقه سوء مصرف مواد مخدر و ۱۲/۴ درصد درصد سابقه سوء مصرف الکل داشتند (جدول شماره ۱). میانگین نمره معیار خودکشی بک در کل افراد شرکت کننده $2/13 \pm 6/30$ بود. میانگین نمره افکار خودکشی بین دوجنس ($P=0.99$) تفاوت معنی داری نداشت ولی در گروه سنی جوان بیش از سایر گروه های سنی بود ($P=0.034$). بر اساس وضعیت شغلی بیشترین میانگین نمره افکار خودکشی مربوط به گروه بیکار ($3/56 \pm 7/98$) و کمترین مربوط به زنان خانه دار ($0/27 \pm 1/39$) بود ($P<0.001$). از نظر وضعیت تاهل، بیشترین میانگین نمره افکار خودکشی مربوط به افراد مطلقه ($8/44 \pm 10/94$) و بعد از آن افراد بیوه ($5/41 \pm 9/18$) است و کمترین نمره مربوط به افراد متأهل ($1/02 \pm 4/26$) می باشد ($P<0.001$). با در نظر گرفتن سطح تحصیلات، بیشترین نمره افکار خودکشی مربوط به گروه سواد ابتدایی ($2/92 \pm 7/35$) و کمترین نمره مربوط به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی است ($1/03 \pm 4/24$) ($P<0.001$).

در افرادی که سابقه بیماری جسمی ($7/17 \pm 10/04$) و یا اختلال روان ($12/19 \pm 11/55$) دارند، میانگین نمره افکار خودکشی به میزان قابل توجهی بیشتر است ($P<0.001$).

هم چنین میانگین نمره افکار خودکشی در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند ($16/54 \pm 10/28$)

بسیار بیشتر از سایر افراد جمعیت بود ($P<0.001$). در افرادی که سابقه فامیلی اختلال روان ($5/49 \pm 10/03$)، سوء مصرف مواد ($6/67 \pm 10/04$) یا الکل ($5/81 \pm 9/64$) داشتند نیز میانگین نمره افکار خودکشی بیش از سایرین بود ($P<0.001$) (جدول شماره ۲).

با در نظر گرفتن نمره کسب شده، می توان جمعیت را در سه گروه کم خطر (نمره کل کمتر از ۵)، خطر متوسط (۵-۲۴) و پرخطر (۲۵ و بیشتر) قرار داد که بر این اساس ۸۸/۸ درصد جمعیت، از نظر افکار خودکشی، کم خطر محسوب شده، ۹ درصد دارای خطر متوسط بوده و ۲/۲ درصد پرخطر می باشند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۴ تحلیل رگرسیون متغیرهای موثر بر وجود افکار خودکشی در جمعیت تحت مطالعه را نشان می دهد. این مدل رگرسیونی معنی دار بوده ($\text{Chi-Square}=643.9$, $P<0.001$) و دارای ضریب تبیین ($\text{PseudoR}^2=0.466$) می باشد و ۹۲/۹ درصد از موارد افکار خودکشی را به درستی پیش بینی می کند. با تجزیه و تحلیل متغیرهای مورد بررسی در مدل رگرسیون با روش گام به گام مشخص گردید، افکار خودکشی در جمعیت تحت بررسی با جنس مونث ($\text{OR}:1.70$, $\text{CI}:1.15-2.52$, $P=0.007$)، گروه سنی جوان ($\text{OR}:2.98$, $\text{CI}:1.35-6.56$, $P=0.006$)، وضعیت غیرمتاهل ($\text{OR}:7.91$, $\text{CI}:4.99-12.52$, $P=0.001$)، بیکاری ($\text{OR}:2.00$, $\text{CI}:1.26-3.17$, $P=0.003$)، سابقه اقدام به خودکشی ($\text{OR}:23.10$, $\text{CI}:11.61-45.93$, $P=0.001$)، سابقه بیماری مزمن ($\text{OR}:2.34$, $\text{CI}:1.43-3.82$, $P=0.001$)، سابقه اختلال روان ($\text{OR}:3.6$, $\text{CI}:2.12-6.28$, $P=0.001$)، سوء مصرف مواد مخدر ($\text{OR}:4.48$, $\text{CI}:2.97-6.77$, $P=0.001$) و الکل ($\text{OR}:3.33$, $\text{CI}:2.22-4.99$, $P=0.001$) ارتباط دارد (جدول شماره ۴). بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون و شاخص نسبت شانس سازگار شده، بالاترین افزایش احتمال افکار خودکشی در جمعیت تحت مطالعه به ترتیب مربوط به سابقه اقدام به خودکشی، وضعیت مطلقه، سوء مصرف مواد مخدر و الکل، سابقه اختلال روان و گروه سنی جوان و سابقه بیماری مزمن و بیکاری می باشد.

جدول شماره ۱. اطلاعات پایه جمعیت تحت مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)	متغیر	فراوانی (درصد)
جنسیت		سابقه بیماری مزمن*	
مرد	۱۳۳۳ (۵۱/۴٪)	بلی	۲۱۲ (۸/۸٪)
زن	۱۱۶۷ (۴۸/۶٪)	خیر	۲۱۸۸ (۹۱/۲٪)
گروه سنی			
نوجوان	۲۰۳ (۸/۵٪)	سابقه اختلال روان**	
جوان	۱۳۵۴ (۵۶/۴٪)	بلی	۱۳۹ (۵/۸٪)
میانسال	۶۵۷ (۲۷/۴٪)	خیر	۲۲۶۱ (۹۴/۲٪)
سالمند	۱۸۶ (۷/۷٪)		
وضعیت تاهل		سابقه اقدام به خودکشی	
متاهل	۱۳۴۹ (۵۶/۲٪)	بلی	۸۴ (۳/۵٪)
مجرد	۷۰۵ (۲۹/۴٪)	خیر	۲۳۱۶ (۹۶/۵٪)
مطلقه	۱۸۳ (۷/۶٪)		
بیوه	۱۶۳ (۶/۸٪)	سابقه خانوادگی اختلال روان	
وضعیت شغلی		بلی	۲۰۵ (۸/۵٪)
شاغل	۱۰۳۶ (۴۳/۲٪)	خیر	۲۱۹۵ (۹۱/۵٪)
بیکار	۷۲۱ (۳۰/۰٪)		
در حال تحصیل	۳۶۱ (۱۵/۰٪)	سابقه سوء مصرف مواد مخدر#	
بازنشسته	۱۵۴ (۶/۴٪)	بلی	۳۶۶ (۱۵/۳٪)
خانه دار	۱۲۸ (۵/۳٪)	خیر	۲۰۳۴ (۸۴/۷٪)
مدرک تحصیلی		سابقه سوء مصرف الکلΔ	
ابتدایی	۸۰۳ (۳۳/۵٪)	بلی	۲۹۷ (۱۲/۴٪)
متوسطه	۹۶۱ (۴۰/۰٪)	خیر	۲۱۰۳ (۸۷/۶٪)
دانشگاه	۶۳۶ (۲۶/۵٪)		

* بیماری که به طور خود به خود بهبود نیافته و نیازمند مصرف مستمر دارو باشد. ** اختلالی که نیازمند مراجعه به روان پزشک و مصرف داروی اعصاب و روان باشد. # مصرف روزانه حداقل یکی از مواد اعتیادآور غیرقانونی شامل مشتقات تریاک، هروئین، حشیش، مواد محرک و توهم زا طی یک ماه گذشته. Δ مصرف روزانه مشروبات الکلی طی یک ماه گذشته

جدول شماره ۲. مقایسه نمره معیار افکار خودکشی یک در زیرگروه های جمعیت تحت مطالعه

زیرگروه	نمره افکار خودکشی (میانگین±انحراف معیار)	P	زیرگروه	نمره افکار خودکشی (میانگین±انحراف معیار)	P
جنسیت			سابقه بیماری مزمن		
مرد	۶/۲۹ ± ۲/۱۱		بلی	۱۰/۰۴ ± ۷/۱۴	*۰/۰۰۱ >
زن	۶/۳۱ ± ۲/۱۲	۰/۹۸۹	خیر	۵/۵۹ ± ۱/۶۴	
گروه سنی			سابقه اختلال روان		
نوجوان	۵/۷۱ ± ۱/۶۱		بلی	۱۱/۵۵ ± ۱۲/۱۹	*۰/۰۰۱ >
جوان	۶/۸۰ ± ۲/۴۲	۰/۰۳۴	خیر	۵/۲۴ ± ۱/۵۱	
میانسال	۵/۷۰ ± ۱/۸۵				
سالمند	۴/۹۰ ± ۱/۵۲		سابقه اقدام به خودکشی		
وضعیت تاهل			بلی	۱۰/۲۸ ± ۱۶/۵۴	*۰/۰۰۱ >
متاهل	۴/۲۶ ± ۱/۰۲		خیر	۵/۴۴ ± ۱/۶۰	
مجرد	۵/۹۲ ± ۱/۸۴	*۰/۰۰۱ >			
مطلقه	۱۰/۹۴ ± ۸/۴۴		سابقه سوء مصرف مواد مخدر		
بیوه	۹/۱۸ ± ۵/۴۱		بلی	۱۰/۰۴ ± ۶/۶۷	*۰/۰۰۱ >
وضعیت شغلی			خیر	۴۵/۹۴ ± ۱/۳۱	
محصل/ بازنشسته/ خانه دار	۴/۷۰ ± ۱/۰۳	*۰/۰۰۱ >			
شاغل	۵/۶۷ ± ۱/۷۰		سابقه سوء مصرف الکل		
بیکار	۷/۹۸ ± ۳/۵۶		بلی	۹/۶۴ ± ۵/۸۱	*۰/۰۰۱ >
مدرک تحصیلی			خیر	۵/۴۹ ± ۱/۶۱	
ابتدایی	۷/۳۵ ± ۲/۹۲	*۰/۰۰۱ >			
متوسطه	۶/۳۹ ± ۲/۱۹				
دانشگاهی	۴/۲۴ ± ۱/۰۳				

* از نظر آماری معنی دار است.

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی افراد کم خطر، دارای خطر متوسط و پرخطر بر اساس برآورد سطح افکار خودکشی در جمعیت عمومی شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۶

برآورد سطح خطر خودکشی بر اساس معیار یک	فراوانی(درصد)
کم خطر(نمره ۰ تا ۴)	۲۱۳۰ (۸۸/۸)
خطر متوسط(نمره ۵ تا ۲۴)	۲۱۷ (۹)
پرخطر(نمره ۲۵ و بیشتر)	۵۳ (۲/۲)

جدول شماره ۴. تحلیل رگرسیون لجستیک فاکتورهای مرتبط با وجود افکار خودکشی در جمعیت عمومی شهرستان شیراز

متغیر	نسبت شانس سازگار شده# (سطح اطمینان ۹۵ درصد)	P	متغیر	نسبت شانس سازگار شده# (سطح اطمینان ۹۵ درصد)	P
جنسیت			سابقه بیماری مزمن		
مرد	۱ (مینا)		بلی	۲/۳۴ (۳/۸۲ - ۱/۴۳)	*۰/۰۰۱
زن	۱/۷۰ (۲/۵۲ - ۱/۱۵)	*۰/۰۰۷	خیر	۱ (مینا)	
گروه سنی			سابقه اختلال روان		
نوجوان	۲/۶۱ (۵/۶۷ - ۱/۲۰)	*۰/۰۱۵	بلی	۳/۶۵ (۶/۲۸ - ۲/۱۲)	*۰/۰۰۱ >
جوان	۲/۹۸ (۶/۵۶ - ۱/۳۵)	*۰/۰۰۶	خیر	۱ (مینا)	
میانسال	۲/۸۱ (۸/۱۵ - ۰/۹۷)	۰/۰۵۶			
سالمند	۱ (مینا)		سابقه اقدام به خودکشی		
وضعیت تاهل			بلی	۱ (مینا)	
متاهل	۲/۰۰ (۳/۱۴ - ۱/۲۸)	*۰/۰۰۲	خیر	۲۳/۱۰ (۴۵/۹۳ - ۱۱/۶۱)	*۰/۰۰۱ >
مجرد	۷/۹۱ (۱۲/۵۲ - ۴/۹۹)	*۰/۰۰۱ >			
مطلقه	۵/۷۹ (۱۰/۰۰ - ۳/۳۶)	*۰/۰۰۱ >	سابقه سوء مصرف مواد مخدر		
بیوه			بلی	۴/۴۸ (۶/۷۷ - ۲/۹۷)	*۰/۰۰۱ >
وضعیت شغلی			خیر	۱ (مینا)	
محصل / بازنشسته / خانه دار	۱ (مینا)				
شاغل	۱/۰۷ (۱/۷۴ - ۰/۶۶)	۰/۷۵۵	سابقه سوء مصرف الکل		
بیکار	۲/۰۰ (۳/۱۷ - ۱/۲۶)	*۰/۰۰۳	بلی	۳/۳۳ (۴/۹۹ - ۲/۲۲)	*۰/۰۰۱ >
مدرک تحصیلی			خیر	۱ (مینا)	
ابتدایی	۱/۱۵ (۱/۹۸ - ۰/۶۷)	۰/۵۹۷			
متوسطه	۱/۰۹ (۱/۷۵ - ۰/۶۷)	۰/۷۲۰			
دانشگاهی	۱ (مینا)				

* از نظر آماری معنی دار است. # Adjusted Odds Ratio(95% confidence interval)

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، توزیع افکار خودکشی در جمعیت عمومی شیراز ناهمگن بوده و با عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت خانوادگی و اجتماعی افراد ارتباط دارد. در مجموع ۱۱/۲ درصد از جمعیت تحت بررسی دارای درجاتی از افکار خودکشی بوده و ۲/۲ درصد در وضعیت پرخطر قرار دارند. شیوع به دست آمده کمی بیش از متوسط شیوع گزارش شده از مطالعات بین المللی(۹/۲ درصد) است، ولی باید توجه نمود که شیوع عمری افکار خودکشی گزارش شده از سایر کشورها از ۳ درصد در ایتالیا تا ۸ درصد در آلمان و ۱۵/۶ درصد در ایالات متحده آمریکا متفاوت

می باشد(۶،۱۵). با توجه به این که اصولاً در مطالعات مختلف از شاخص های یکسانی استفاده نمی شود، ولی بر اساس نتایج حاصل از مطالعات بین المللی، به نظر می رسد شیوع افکار خودکشی در نمونه جامعه ایرانی در شیراز در حد متوسط باشد. در مطالعه حاضر، میانگین نمره افکار خودکشی در جوانان و نوجوانان به طور معنی داری بیشتر از افراد میانسال و سالمند بود. در مطالعه بین المللی بر روی نمونه ۸۵ هزار نفری از ۱۷ کشور دنیا، شیوع افکار خودکشی با سن ارتباط معکوسی داشت به گونه ای که بیشترین فراوانی افکار خودکشی مربوط به گروه سنی ۱۸-۳۴ بوده است و با افزایش سن فراوانی افکار خودکشی کاهش می یابد(۶). طبق گزارش سازمان

جهانی بهداشت که از دهه ۵۰ میلادی قرن گذشته، پدیده خودکشی را رصد می کند، بین سن و خودکشی ارتباط وجود دارد. ولی ارتباط سن با خودکشی در کشورهای مختلف از الگوی یکسانی تبعیت نمی کند. به عنوان مثال در کشور کانادا میزان خودکشی در میانسالی به اوج رسیده و پس از آن به تدریج کاهش می یابد. در کشور ایالات متحده بیشترین میزان خودکشی مربوط به سالمندان است (۱۶). در گروه سنی کودکان تا قبل از بلوغ خودکشی شایع نیست، ولی بعد از بلوغ فراوانی خودکشی افزایش می یابد (۱۷). در خصوص افکار خودکشی نیز الگوی کشورهای مختلف یکسان نیست. مثلاً در مطالعه ای که در مورد افکار خودکشی در کشور کره جنوبی انجام شده، شیوع افکار خودکشی در نوجوانان و جوانان ۴/۴ درصد و در افراد میانسال ۵/۶ درصد بوده است که با الگوی مطالعه بین المللی و یافته های مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. لازم به ذکر است که کشور کره جنوبی یکی از بالاترین میزان های بروز خودکشی را در دنیا دارد به طوری که شایع ترین علت مرگ در نوجوانی و دهه ۳۰-۲۰ سال در این کشور، خودکشی می باشد (۱۸).

هم چنین در مطالعه حاضر، افکار خودکشی با جنس مونث ارتباط معنی داری داشت. در جوامع غربی، فراوانی افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان گزارش شده است (۱۹). در مطالعات بین المللی نیز، شیوع افکار خودکشی و طراحی و اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است، ولی موارد مرگ ناشی از خودکشی در مردان، ۲/۵ برابر زنان گزارش شده است (۲۰، ۲۱). با توجه به این که یکی از مهم ترین و با ثبات ترین عوامل خطر ابتلاء به اختلال افسردگی، جنس مونث می باشد (۲۲، ۲۳). به نظر می رسد بالاتر بودن سطح افکار خودکشی در زنان با ابتلای بیشتر آن ها به افسردگی ارتباط داشته باشد.

بر اساس نتایج این مطالعه، شیوع افکار خودکشی در افراد مطلقه و مجرد و بیوه به مراتب بیشتر از افراد متاهل است. این یافته مشابه چندین مطالعه دیگر است که در آن ها افکار خودکشی در جمعیت عمومی بررسی شده اند. به عنوان مثال در مطالعه نمونه ای از جمعیت کشور آلمان، افکار خودکشی در افراد مجرد و مطلقه و

افرادی که فاقد فرزند ۱۳-۶ ساله بودند، بیشتر از سایرین بود (۱۵). با توجه به فراوانی بیشتر اختلال افسردگی در افراد مطلقه، بیوه و مجرد نسبت به افراد متاهل (۲۴)، به نظر می رسد اختلال افسردگی زمینه ساز سطح بالاتر افکار خودکشی در گروه های مطلقه، مجرد و بیوه می باشد.

مطالعه حاضر نشان می دهد بیکاری یک فاکتور موثر بر افکار خودکشی است به طوری که احتمال وجود افکار خودکشی در افراد بیکار دو برابر افراد شاغل هست. این موضوع از این نظر حائز اهمیت است که وضعیت اشتغال یکی از عوامل قابل تغییر بوده و بنا بر این ایجاد اشتغال می تواند به عنوان یک راهکار مهم برای پیشگیری از خودکشی در جامعه مطرح باشد. ارتباط بین بیکاری و افکار خودکشی در تعدادی از مطالعات دیگر بررسی شده است، از جمله در مطالعه ای در کشور کره جنوبی که مشخص کرد از دست دادن شغل یک فاکتور مهم در به وجود آمدن افکار خودکشی می باشد (۲۵، ۲۶).

یافته های مطالعه حاضر از آن نظر حائز اهمیت است که تاکنون در هیچ مطالعه مبتنی بر جمعیت در کشور، فراوانی افکار خودکشی مورد بررسی قرار نگرفته است. این یافته ها نشان می دهند بعد از سابقه اقدام به خودکشی، قوی ترین فاکتور پیش بینی کننده وجود افکار خودکشی در جمعیت مطالعه شده، به ترتیب طلاق و سوء مصرف مواد مخدر و الکل هستند. این موضوع بر اهمیت توجه و مراقبت بیشتر از افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی تاکید می نماید. ممکن است پایش افکار خودکشی در این بیماران با فواصل زمانی مشخص، به جلوگیری از اقدام به خودکشی در این بیماران کمک نماید.

بدیهی است مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی نیز بوده است، از جمله این که معیار اندازه گیری بعضی از متغیرها مانند سوء مصرف مواد و الکل بر اساس گزارش فردی بوده و طبیعتاً ممکن است به علت نگرش منفی جامعه به این مقوله، از صحت کافی برخوردار نباشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در تصویب و تامین هزینه اجرای این پایان نامه مساعدت نمودند تشکر و

قدردانی می گردد. این مقاله حاصل پایان نامه دکترای حرفه ای پزشکی با کد اخلاق IR .sums.med.rec.1395.s194 می باشد.

References

1. Mackenzie S, Wiegel JR, Mundt M, Brown D, Saewyc E, Heiligenstein E, et al. Depression and suicidal ideation among students accessing campus healthcare. *Am J Orthopsychiatr* 2011;81:101-7. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01077.x.
2. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: A systematic review article. *Health Prom Pers* 2015;5:156-168. doi: 10.15171/hpp.2015.019. eCollection 2015.
3. Bae SM, Lee YJ, Heecho I, Kim SJ, Im JS, Cho SJ. Risk factors for suicidal ideation of the general population. *J Korean Med Sci* 2013;28:602-7. doi: 10.3346/jkms.2013.28.4.602
4. WU CY, Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Chen HC, et al. Predictive validity of a five item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. *J Form Med Ass* 2016;115:395-403. doi: 10.1016/j.jfma.2015.05.004.
5. Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL. The prevalence of suicidal ideation in the general population results from the outcome of depression international network study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2008;43:299-304. doi: 10.1007/s00127-008-0313-5.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *Br J Psychiatr* 2008;192: 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler R, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002.
8. Nazari Kangavari H, Shojaei A, Hashemi Nazari SS. Suicide mortality trends in four provinces of Iran with the highest mortality from 2006-2016. *J Res Health Sci* 2017;17:382.
9. Shojaei A, Moradi S, Alaeddini F, Khodadoost M, Abdizadeh A, Khademi A. Evaluating the temporal trend of completed suicides referred to the Iranian forensic medicine organization during 2006-2010. *J Forensic Leg Med* 2016;39:104-8. doi: 10.1016/j.jflm.2015.09.022.
10. Shirazi HR, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K, et al. Suicide in the islamic republic of Iran an integrated analysis from 1981 to 2007. *East Medite Health J* 2012;18:607-13.
11. Heisel M, Duberstein PR, Lyness JM. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *J Am Board Fam Med* 2010;23: 260-9. doi: 10.3122/jabfm.2010.02.080163.
12. Mousavi SG, Keramatian K, Maracy MR, Fouladi M. Suicidal ideation depression and aggression among students of three universities of Isfahan Iran in 2008. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2012; 6:47-53
13. Anisi J, Majdian M, Mirzamani M. The factors associated with suicide ideation in Iranian soldiers. *Iran J Psychiatr* 2010; 5:97-101.
14. Kliem S, Lohmann A, Moble T, Brahler E. German beck scale for suicide ideation psychometric properties from a representative population survey. *BMC Psychiatr* 2017; 17: 389. doi: 10.1186/s12888-017-1559-9.
15. Forkmann T, Brahler E, Gauggel S, Glaesmer H. Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:401-5. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825322cf.
16. Conwell Y, Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am* 2011;34:451-468. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002.
17. Chakravarthy B, Frumin E, Lotfipour S. Increasing suicide rates among middle aged persons and interventions to manage patients with psychiatric complaints. *West J*

- Emerg Med 2014;15:11-03. doi: 10.5811/westjem.2013.12.19513.
18. Noh JW, Park H, Kwon YD. Gender Differences in Suicidal Ideation and Related Factors among North Korean Refugees in South Korea. *Psychiatr Invest* 2017;14: 762-9. doi: 10.4306/pi.2017.14.6.762.
19. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med* 2002;14:35-42.
20. Wasserman D, Cheng QI, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatr* 2005;4: 114-20.
21. Oh H, Jeon BM, Jo A. Age differentiated risk factors of suicidal ideation among young and middle aged Korean adults. *Osong Publ Health Res Pers* 2017;8: 201-10. doi: 10.24171/j.phrp.2017.8.3.07
22. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression a study of opposite sex twin Pairs. *Am J Psychiatr* 2014;171: 426-35. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13101375.
23. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatr Neurosci* 2015; 40: 219-21. doi: 10.1503/jpn.150205.
24. Bulloch AG, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Dep Anx* 2009;26:1172-7. doi: 10.1002/da.20618.
25. Yoon S, Kim JY, Park J, Kim SS. Loss of permanent employment and its association with suicidal ideation: a cohort study in South Korea. *Scand J Work Environ Health* 2017;43:457-64. doi: 10.5271/sjweh.3646.
26. Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, Morenokustner B, Bellon JA, Svab I, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder evidence from an international prospective study the predict cohort. *Soc Sci Med* 2011;73(11):1627-34. doi: 10.1016/j.socscimed.



Prevalence and Factors Associated with Suicidal Ideation in General population of Shiraz, 2017

Shiraly R^{1*}, Kokabi E¹

(Received: December 31, 2018

Accepted: June 8, 2019)

Abstract

Introduction: Suicide is an important public health challenge. It is estimated that 2 percent of general population seriously contemplate killing themselves during their lifetime. This study aimed to determine the prevalence of suicidal ideation and its related issues in a sample taken from the general population of Shiraz in 2017.

Materials & Methods: This project was a cross-sectional analytic study carried out on 2400 people of Shiraz. Participants were selected by randomized cluster sampling according to municipal divisions of Shiraz. The main tool of the research was Beck Suicidal Ideation Scale (BSIS) questionnaire and a demographic form. In addition to the descriptive statistics, Chi-square and independent t-test, as well as regression analysis were used.

Findings: According to the results, 88.8% of participants had low-risk, 9% had

moderate risk, and 2.2% had high risk for suicidal ideation. Mean suicidal ideation score of participants was 2.13 ± 6.30 . According to the regression analysis, suicidal ideation was associated with female gender, young age group, single marital status, unemployment, history of suicidal attempt, chronic disease, mental disorder, and drug and alcohol abuse ($P < 0.01$). *Ethics code:* IR.sums.med.rec.1395.s194

Discussion & Conclusions: This study revealed that the strongest predictor of suicidal ideation in society was the history of suicidal attempts, divorce, and drug and alcohol abuse. It is recommended that people with the history of suicidal attempts be monitored and assessed regularly concerning their levels of suicidal thoughts.

Keywords: Suicidal ideation, suicide, Prevalence, Risk factors

1. Dept of Community Medicine, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* Corresponding author Email: shiralyr@sums.ac.ir