بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام طی سال های ۸۸-۱۳۷۲

مهران بابانژاد[۲،۱]، طیبه پورکرمخان[۲]، علی دلپیشه[۴،۳،۱]، علی خورشیدی[۴،۳]، خیراله اسدالهی[۴،۳]، کوروش سایه میری[۴،۳] *

۱) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

۲) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

۳) گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

۴) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۱/۱٤ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۷

چکیده

مقدمه: اختلالات روانی نقش مهمی در وقوع خودکشی دارند به طوری که بیش از ۹۰ درصد از قربانیان خودکشی، در زمان مرگ خود حداقل از یک اختلال روانی رنج می برند. مطالعه حاضر با هدف تعیین جنبه های اپیدمیولوژیک خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام انجام شده است.

مواد و روش ها: از طریق یک مطالعه مقطعی تمامی موارد خودکشی موفق و ناموفق(۵۱۸۸ مورد) در استان ایلام در فاصله سال های ۸۸-۱۳۷۲ و با استفاده از یک چک لیست جمع آوری شد. آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک برای برآورد خطر نقش عوامل خطر مرتبط با خودکشی ناشی از اختلالات روانی به کار رفت.

یافته های پژوهش: به طور کلی ۲۷/۵ درصد موارد خودکشی ناشی از اختلالات روانی بود. فراوانی خودکشی ناشی از اختلالات روانی به طور معنی داری در مردان(۲۹/۳ درصد)، افراد ۳۰ سال و بالاتر(۳۳/۲ درصد)، خودکشی ناموفق(۲۸/۳ درصد)، سال ۱۳۷۵(۴۴ درصد)، و دهه ۷۰ شمسی(۳۰/۳ درصد) بیشتر بود. خطر خودکشی ناشی از اختلالات روانی برای زنان(CI=۰/۷۴ –۰/۹۷ و OR=۰/۸۵)، سال ۱۳۷۳(CI=۱/۲۷–۶/۲۴ و OR=۲/۸۲)، خودکشی موفق(CI=۰/۶۸–۰/۹۷ و OR=۰/۸۱) و گروه سنی ۲۹-۲۵ سال(CI=۰/۶۶–۱/۰۱ و OR=۰/۸۲) برآورد گردید.

بحث و نتیجه گیری: آموزش افراد در معرض خطر از جمله موارد ناموفق خودکشی به خصوص در قشر مردان، ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: اپیدمیولوژی، خودکشی، اختلالات روانی

***نویسنده مسئول:** گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام. مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

Email: *kourosh_sayehmiri@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

مقدمه

وقوع پدیده خودکشی با عوامل مختلفی مانند عوامل محیطی و اجتماعی،(۱)، و ابتلا به عفونت های مختلف،(۲)، در ارتباط است اما در این میان، مسائل روانی به عنوان یکی از عوامل خطر مستقل و تاثیرگذار در وقوع خودکشی مطرح هستند،(۳،۴)، به طوری که حدود ۹۰ درصد از قربانیان خودکشی در زمان مرگ حداقل از یک اختلال روانی رنج می برند.(۵)

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، سالانه ۱۶/۷ نفر از هر صد هزار نفر اقدام به خودکشی می کنند،(۶). اولویت دادن به فعالیت های مداخله ای در کاهش خودکشی ناشی از اختلالات روانی(از جمله اختلالات عاطفی، سوء مصرف مواد و رفتارهای ضداجتماعی) نقش مهمی ایفا می کند. این گونه مداخلات بایستی در جهت بهبود اقدامات تشخیصی و درمانی مرتبط با مسائل روانی به اجرا در آید تا بدین وسیله بتوان مشکلات ناشی از خودکشی و پیامدهای مرتبط با آن را کاهش داد.(۷)

وقوع خودکشی ناشی از اختلالات روانی از نظر جنس افراد اقدام کننده متفاوت از یکدیگر است که بایستی بیش از پیش مدنظر قرار گیرد،(۴). شخصیت زنان در هر سن و موقعیت اقتصادی اجتماعی در مقایسه با مردان به گونه ایست که در تبادل احساسات و در میان گذاشتن مشکلات خویش با اطرافیان کمتر با مشکل مواجه هستند. از طرف دیگر گرایش به مشاوره و درمان در مردان کمتر از زنان دیده می شود و همین مسائل باعث افزایش شمار خودکشی هایی می شود که به نوعی با مسائل روانی جنس مرد در ارتباط هستند،(۸). هم چنین اختلالات روانی تاثیر مهمی بر میزان موارد اقدام به خودکشی داشته است،(۹)، بنا بر این افزایش دسترسی گروه های در معرض خطر اقدام به خودکشی به خدمات بهداشت روانی مسئله ای است که در جریان برنامه ریزی ها و سیاست گذاری های بهداشتی نباید مورد چشم پوشی قرار گیرد.(۵)

با توجه به این که مطالعات اندکی در ایران و به خصوص استان ایلام، ارتباط خودکشی و مسائل روانی را بررسی کرده اند؛ نخستین هدف مطالعه حاضر، اطلاع از فراوانی متغیرهای اپیدمیولوژیک خودکشی ناشی از اختلالات روانی می باشد. هم چنین دومین هدف از این مطالعه را می توان برآورد مقدار خطر خودکشی ناشی از مسائل روانی در استان ایلام عنوان کرد.

مواد و روش ها

روش مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی(مبتنی بر رویداد) بود و حجم نمونه شامل تمامی داده های مربوط به خودکشی های موفق و ناموفق در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۸ به جز سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۱(به دلیل عدم دسترسی به داده های کامل خودکشی) می باشد که از طریق نظام جاری ثبت موارد خودکشی با روش سرشماری موارد موجود خودکشی، در استان ایلام جمع آوری شد.

به منظور ایجاد این نظام جامع، ابتدا ستادی تحت عنوان ستاد پیشگیری از آسیب های اجتماعی در استانداری ایلام تشکیل گردید. در این ستاد ارگان های دیگری مانند استانداری، نمایندگان مراکز بهداشت استان، بهزیستی، پزشکی قانونی، ثبت احوال و نیروهای انتظامی نیز در امر جمع آوری و ثبت داده ها مشارکت داشتند. بـــر اساس تصمیمات این ستاد تمامی موارد مشکوک خودکشی و یا اقدام به خودکشی از طریق مراجع ذیربط(بیمارستان های سراسر استان، پزشکی قانونی و سایر مراکز مربوطه) ابتدا به ستاد گزارش می شد و سپس کارشناسان آموزش دیده ستاد، تک تک موارد گزارش شده را مورد پیگیری قرار داده و در صورتی که رخـداد خودکشی و یا اقـدام به خودکشی ثابت می شد، مشخصات فرد مورد نظر را ثبت می نمودند. هم چنین به منظور دستیابی کامل به داده های خودکشی از اطلاعات موجود در نظام ثبت مرگ نیز استفاده گردید.

ابزار جمع آوری داده ها شامل یک چک لیست بود که در برگیرنده متغیرهای جمعیت شناختی(سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات)، زمان وقوع خودکشی(برحسب سال، فصل و ماه)، علت و پیامد خودکشی(موفق یا ناموفق) بود. پس از کسب رضایت افراد شرکت کننده در پژوهش، از طریق مصاحبه چهره به چهره توسط متخصصین بهداشتی با فردی که خودکشی ناموفق داشته و یا نزدیک ترین اقوام موارد موفق خودکشی، دلیل اصلی خودکشی به ثبت می رسید. با توجه به چک لیست به کار رفته، دلایل اصلی خودکشی شامل موارد زیر بود: اعتیاد(الکل یا سوء مصرف مواد و موارد مشابه)، ورشکستگی، اختلافات خانوادگی، نقایص جسمی، شکست تحصیلی، مسائل ناموسی، بیکاری، اختلالات روانی و سایر دلایل که در نهایت با توجه به هدف مطالعه، جهت برآورد مقدار خطر خودکشی ناشی از اختلالات روانی، تمامی دلایل خودکشی به غیر از اختلالات روانی با یکدیگر ادغام شده و به صورت دوحالتی(ناشی از اختلالات روانی و سایر علل) در نظر گرفته شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

سن افراد مورد بررسی به شکل زیر ۱۵ سال، ۱۹-۱۵ سال، ۲۴-۲۰ سال، ۲۹-۲۵ سال و ۳۰ سال و بالاتر گروه بندی شد. هم چنین وضعیت تأهل در زمان خودکشی به صورت متأهل و مجرد، تحصیلات به صورت بی سواد، ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دیپلم و دانشگاهی دسته بندی شد. پس از تطبیق و تکمیل لیست نهایی موارد خودکشی و همسان سازی تعریف متغیرها در سال های مختلف، داده ها به صورت کدگذاری شده وارد نرم افزار SPSS Vol.16 گردید.

در مطالعات اپیدمیولوژیک آزمون های کای دو و رگرسیون لجستیک چندمتغیره از جمله رایج ترین آزمون هایی هستند که در تجزیه تحلیل موارد خودکشی خصوصاً ناشی از مسائل روانی به کار می روند،(۱۴-۱۰). جهت رسیدن به مقدار تفاوت معنی دار در فراوانی متغیرهای اپیدمیولوژیک مرتبط با خودکشی روانی آزمون کای دو به کار گرفته شد. هم چنین جهت برآورد مقدار خطر خودکشی ناشی از اختلالات روانی برحسب متغیرهای معنی دار(گروه سنی، جنس، سال وقوع خودکشی ناشی از اختلالات روانی و پیامد آن(موفق یا ناموفق)) مدل رگرسیون لجستیک چند متغیره به کار گرفته شد. در این مدل گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر، جنس مونث، سال ۱۳۸۸ و موارد خودکشی موفق از نظر پیامد خودکشی به عنوان متغیرهای پیش بین گروه های خود در نظر گرفته شدند. معیار مورد استفاده در مقایسه خطر خودکشی برای فصول و ماه های مختلف نیز شاخص نسبت شانس(OR) بود. در آزمون فرضیات، مقدار($P<0.05$) به عنوان سطح معنی داری انتخاب گردید.

یافته های پژوهش

به طور کلی از تعداد ۵۱۸۸ مورد ثبت شده خودکشی در فاصله ۱۵ سال، ۱۴۲۷ مورد(۲۷/۵ درصد) به دلیل اختلالات روانی خودکشی کرده بودند. فراوانی خودکشی ناشی از اختلالات روانی در افراد گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر به نسبت سایر گروه های سنی بیشتر دیده شد.($P<0.0001$ و ۳۳/۲ درصد) هم چنین مردانی که خودکشی کرده بودند بیش از زنان وجود اختلال روانی را در خود نشان داده بودند.($P<0.01$ و ۲۹/۳ درصد) اقدام به خودکشی یا خودکشی های ناموفق نیز بیشترین فراوانی را از نظر اختلالات روانی داشت.($P<0.01$ و ۲۸/۳درصد) در نهایت از نظر زمان وقوع خودکشی، سال ۱۳۷۵($P<0.0001$ و ۴۴ درصد) و از بین دو دهه در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۸، دهه ۷۰ شمسی به طور معنی داری دارای بیشترین فراوانی خودکشی ناشی از اختلالات روانی بود.($P<0.008$ و ۳۰/۳ درصد) علی رغم این که افراد بی سواد(۳۰/۳ درصد)، مجرد(۲۷/۹ درصد)، فروردین ماه(۳۱/۷ درصد) و فصل بهار(۲۸/۸ درصد) در مقایسه با متغیرهای مشابه خود، دارای بیشترین فراوانی موارد خودکشی ناشی از اختلالات روانی بودند ولی این تفاوت معنی دار نبود.($P>0.05$)(جداول شماره ۱،۲،۳)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

جدول شماره ۱. مشخصات خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام در طی سال های ۸۸-۱۳۷۲

متغیرها	اختلال روانی		معنی داری
	دارد، تعداد(٪)	ندارد، تعداد(٪)	
گروه سنی(سال)			
زیر ۱۵	۹ (۱۸/۴)	۴۰ (۸۱/۶)	<۰/۰۰۰۱
۱۹-۱۵	۳۶۸ (۲۳)	۱۲۳۰ (۷۷)	
۲۴-۲۰	۴۳۵ (۲۶/۹)	۱۱۸۳ (۷۳/۱)	
۲۹-۲۵	۲۶۹ (۳۰/۵)	۶۱۳ (۶۹/۵)	
۳۰ و بالاتر	۳۴۶ (۳۳/۲)	۶۹۵ (۶۶/۸)	
جنس			
مرد	۶۴۱ (۲۹/۳)	۱۵۴۳ (۷۰/۷)	۰/۰۱
زن	۷۸۶ (۲۶/۲)	۲۲۱۸ (۷۳/۸)	
وضعیت تأهل			
مجرد	۸۲۹ (۲۷/۹)	۲۳۰۳ (۷۲/۱)	۰/۳
متأهل	۵۲۲ (۲۶/۶)	۱۴۴۱ (۷۳/۴)	
سطح تحصیلات			
بی سواد	۱۸۱ (۳۰/۳)	۴۱۶ (۶۹/۷)	۰/۵
ابتدایی	۱۸۵ (۲۷)	۵۰۰ (۷۳)	
راهنمایی	۲۸۵ (۲۹/۷)	۶۷۶ (۷۰/۳)	
دبیرستان	۲۲۸ (۲۸/۱)	۵۸۴ (۷۱/۹)	
دیپلم	۳۳۹ (۲۶/۷)	۹۳۰ (۷۳/۳)	
دانشگاهی	۱۰۱ (۲۸/۹)	۲۴۸ (۷۱/۱)	
نتیجه خودکشی			
موفق	۲۴۲ (۲۴/۳)	۷۵۳ (۷۵/۷)	۰/۰۱
ناموفق	۱۱۷۸ (۲۸/۳)	۲۹۸۸ (۷۱/۷)	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

جدول شماره ۲ . خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام در طی سال های ۸۸-۱۳۷۲ بر حسب سال و فصل خودکشی

متغیرها	اختلال روانی		معنی داری
	دارد، تعداد(٪)	ندارد، تعداد(٪)	
سال خودکشی			
۱۳۷۲	۲۲ (۱۷/۷)	۱۰۲ (۸۲/۳)	
۱۳۷۳	۱۵ (۴۱/۷)	۲۱ (۵۸/۳)	
۱۳۷۴	۶۱ (۳۳/۳)	۱۳۴ (۶۸/۷)	
۱۳۷۵	۱۰۳ (۴۴)	۱۳۱ (۵۶)	
۱۳۷۶	۹۳ (۳۴/۳)	۱۷۸ (۶۵/۷)	
۱۳۷۷	۵۱ (۲۷/۷)	۱۳۳ (۷۲/۳)	
۱۳۷۸	۵۴ (۱۹/۹)	۲۱۷ (۸۰/۱)	
۱۳۸۰	۹۷ (۳۰/۲)	۲۲۴ (۶۹/۸)	
۱۳۸۲	۶۷ (۲۵/۶)	۱۹۵ (۷۴/۴)	<۰/۰۰۰۱
۱۳۸۳	۷۷ (۲۳/۲)	۲۵۵ (۷۶/۸)	
۱۳۸۴	۹۰ (۲۶/۷)	۲۴۷ (۷۳/۳)	
۱۳۸۵	۹۳ (۲۶/۱)	۲۶۴ (۷۳/۹)	
۱۳۸۶	۲۸ (۲۰/۷)	۱۰۷ (۷۹/۳)	
۱۳۸۷	۳۱۸ (۲۷/۷)	۸۳۰ (۷۲/۳)	
۱۳۸۸	۲۵۸ (۲۶/۳)	۷۲۳ (۷۳/۷)	
فصل خودکشی			
بهار	۳۴۷ (۲۸/۸)	۸۵۸ (۷۱/۲)	۰/۲
تابستان	۴۰۷ (۲۵/۶)	۱۱۸۰ (۷۴/۴)	
پاییز	۳۵۵ (۲۸/۷)	۸۸۴ (۷۱/۳)	
زمستان	۳۱۸ (۲۷/۵)	۸۳۹ (۷۲/۵)	

جدول شماره ۳ . خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام در طی سال های ۸۸-۱۳۷۲ بر حسب ماه و دهه خودکشی

متغیرها	اختلال روانی		معنی داری
	دارد، تعداد(٪)	ندارد، تعداد(٪)	
ماه خودکشی			
فروردین	۹۹ (۳۱/۷)	۲۱۳ (۶۸/۳)	
اردیبهشت	۱۲۴ (۲۸/۴)	۳۱۳ (۷۱/۶)	
خرداد	۱۲۴ (۲۷/۲)	۳۳۲ (۷۲/۸)	
تیر	۱۰۶ (۲۴/۴)	۳۲۸ (۷۵/۶)	
مرداد	۱۳۲ (۲۷/۸)	۳۴۳ (۷۲/۲)	
شهریور	۱۶۹ (۲۴/۹)	۵۰۹ (۷۵/۱)	
مهر	۱۳۱ (۲۶/۸)	۷۵۷ (۷۳/۲)	۰/۴۸
آبان	۱۱۰ (۲۸/۴)	۲۷۷ (۷۱/۶)	
آذر	۱۱۴ (۳۱/۳)	۲۵۰ (۶۸/۷)	
دی	۹۷ (۲۶/۸)	۲۶۵ (۷۳/۲)	
بهمن	۱۱۲ (۲۸/۳)	۲۸۴ (۷۱/۷)	
اسفند	۱۰۹ (۲۷/۳)	۲۹۰ (۷۲/۷)	
دهه خودکشی			
اول (۷۰)	۳۹۹ (۳۰/۳)	۹۱۶ (۶۹/۷)	۰/۰۰۸
دوم (۸۰)	۱۰۲۸ (۲۶/۵)	۲۸۴۵ (۷۳/۵)	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

پس از حذف اثر مخدوش کنندگی متغیرها با یکدیگر جهت بررسی احتمال گروهی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک، با در نظر گرفتن بیشترین خطر خودکشی ناشی از اختلالات روانی در گروه سنی(۳۰ سال و بالاتر)، خطر وقوع خودکشی در افراد گروه سنی ۲۹-۲۵ سال بیشتر به دست آمد. خطر وقوع این نوع خودکشی در زنان کمتر از مردان به دست آمد. به علاوه، افرادی که خودکشی موفق نیز داشته بودند به نسبت موارد ناموفق، خطر کمتری را دارا بودند یا به عبارت دیگر خطر روانی بودن خودکشی های ناموفق بیشتر به دست آمد. هم چنین، از بین سال های وقوع خودکشی، خطر این رخداد به دلیل اختلالات روانی در سال ۱۳۷۳ بیش از ۲/۵ برابر سال رفرنس بود.(جدول شماره ۴،۵)

جدول شماره ٤ . نتایج رگرسیون لجستیک در بررسی خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام طی سال های ۸۸-۱۳۷۲

متغیرها	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵ درصد
گروه سنی (سال)		
زیر ۱۵	۰/۳۶	۰/۱۶ - ۰/۷۸
۱۹-۱۵	۰/۵۵	۰/۴۶ - ۰/۶۷
۲۴-۲۰	۰/۷۰	۰/۵۸ - ۰/۸۴
۲۹-۲۵	۰/۸۲	۰/۶۶ - ۱/۰۱
۳۰ و بالاتر	رفرنس	
جنس		
زن	۰/۸۵	۰/۷۴ - ۰/۹۷
مرد	رفرنس	
نتیجه خودکشی		
موفق	۰/۸۱	۰/۶۸ - ۰/۹۷
ناموفق	رفرنس	

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

جدول شماره ۵ . نتایج رگرسیون لجستیک در بررسی خودکشی ناشی از اختلالات روانی در استان ایلام طی سال های ۸۸-۱۳۷۲

متغیرها	نسبت شانس	حدود اطمینان ۹۵ درصد
سال خودکشی		
۱۳۷۲	۰/۹۱	۰/۵۲ – ۱/۵۹
۱۳۷۳	۲/۸۲	۱/۲۷ – ۶/۲۴
۱۳۷۴	۱/۵۹	۱/۱۱ – ۲/۲۸
۱۳۷۵	۲/۴۷	۱/۸۱ – ۳/۳۶
۱۳۷۶	۱/۵۹	۱/۱۷ – ۲/۱۷
۱۳۷۷	۱/۱۴	۰/۷۹ – ۱/۶۴
۱۳۷۸	۰/۸۰	۰/۵۶ – ۱/۱۳
۱۳۸۰	۱/۲۱	۰/۹۰ – ۱/۶۲
۱۳۸۲	۱/۰۱	۰/۷۳ – ۱/۴۱
۱۳۸۳	۰/۸۲	۰/۶۰ – ۱/۱۱
۱۳۸۴	۱/۱۱	۰/۸۲ – ۱/۴۹
۱۳۸۵	۱/۰۵	۰/۷۹ – ۱/۴۰
۱۳۸۶	۰/۷۰	۰/۴۳ – ۱/۱۴
۱۳۸۷	۱/۱۱	۰/۹۱ – ۱/۳۶
۱۳۸۸	رفرنس	

بحث و نتیجه گیری

انجام مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی خودکشی و عوامل مرتبط آن از ارزش زیادی برخوردار است،(۱۵). مطالعه حاضر با هدف بررسی متغیرهای اپیدمیولوژیک مرتبط با خودکشی ناشی از اختلالات روانی انجام شده است که از بین ۵۱۸۸ خودکشی ثبت شده در فاصله سال های ۸۸-۱۳۷۲، ۱۴۲۷ مورد آن ناشی از اختلالات روانی بوده است. وقوع این میزان خودکشی به نسبت جمعیت ۵۴۰ هزار نفری استان ایلام را نمی توان چندان مطلوب دانست و بایستی در جهت شناخت عوامل دخیل وقوع خودکشی و عوامل مرتبط آن بیش از این کاوش کرد.

در مطالعه حاضر ۲۷/۵ درصد از کل موارد ثبت شده خودکشی ناشی از وجود حداقل یک نوع اختلال روانی بود. این عدد تا حد زیادی مشابه مطالعه انجام شده در کردهای غرب ایران است که ۲۷ درصد از افراد مورد مطالعه آن ها به دلیل مسائل روانی خودکشی کرده بودند،(۱۶). اما مطالعه انجام شده در تبریز بیش از ۸۰ درصد موارد خودکشی انجام شده را ناشی از مسائل روانی نشان می دهد،(۱۷). سایر مطالعات انجام گرفته در ژاپن،(۱۸)، و چین،(۱۴)، نیز به ترتیب ۶۵ درصد و ۴۸ درصد از موارد خودکشی را با وجود اختلالات روانی مرتبط دانسته اند. به علاوه در بعضی از کشورهای غربی نیز بیش از ۹۰ درصد خودکشی ها را حداقل به ابتلا به یک اختلال روانی ربط داده اند،(۵،۱۹). در نتیجه می توان گفت یافته های این مطالعه بیانگر این است که میزان خودکشی ناشی از اختلالات روانی نسبت به سایر نقاط دنیا مقدار کمتری را به خود اخصاص داده است.

مردان بیش از زنان به دلیل وجود اختلالات روانی دست به خودکشی زده بودند. مشابه با این یافته، لاورنس و همکاران،(۲۰)، ژانگ و همکاران،(۱۴)، نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که احتمال ابتلا به بیماری های روانی در مردانی که خودکشی کرده بودند در مقایسه با زنان بیشتر بوده است. سایر مطالعات زنانی که خودکشی کرده بودند را بیش از مردان مستعد ابتلا به اختلال روانی معرفی کرده اند،(۲۱). وجود این گونه تفاوت های جنسیتی در وقوع خودکشی بسیار مورد توجه است به طوری که اذعان می

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

شود مرگ ناشی از خودکشی در مردان بیش از سه برابر زنان رخ می دهد. مردان در مقایسه با زنان بیشتر در معرض عوامل خطر خودکشی هستند به گونه ای که این عوامل با تعاملی که با یکدیگر دارند به شکل فزاینده ای منجر به انجام خودکشی در آن ها می شود. شخصیت مرد به گونه ای است که شغل، روابط اجتماعی و هویت خویش را جدای از هم می دانند. هم چنین میل به تنهایی در مردان حتی در مواقعی که در جامعه منزوی نشده اند باز هم بیشتر از زنان است و در ایجاد روابط دوستانه و اجتماعی با مشکل مواجه می شوند.(۸)

یافته های این مطالعه نشان داد که موارد ناموفق خودکشی بیشتر از موارد موفق با اختلالات روانی در ارتباط بودند که مطالعات مشابه نیز این یافته را تأیید می نمایند،(۲۲). در این گونه موارد نیاز به افزایش مراقبت های بهداشتی بر روی اقدام کنندگان به خودکشی بیش از پیش دیده می شود و در این راستا بایستی اقدامات مهمی جهت پیشگیری از رخداد مجدد خودکشی در این افراد به اجرا درآید. علی رغم آگاهی از این امر که افراد ناموفق در خودکشی بیشتر از سایرین در معرض خطر هستند اما هنوز راهبردهای اقتصادی-اجتماعی موفقی در جهت پیشگیری از آن ها صورت نمی پذیرد.(۲۳)

به طورکلی بیشترین فراوانی خودکشی ناشی از اختلالات روانی برای دهه ۷۰ شمسی به دست آمد. با توجه به این که طی هشت سال دفاع مقدس در برابر کشور عراق که در سال ۱۳۶۸ به پایان رسید، مردم استان ایلام مشکلات روحی و جسمی فراوانی را تحمل کرده اند، می توان گفت پس از پایان جنگ نیز هنوز مردم استان ایلام از بعضی اختلالات روحی مرتبط با آن رنج می برند و از همین رو یکی از دلایل بالا بودن موارد خودکشی ناشی از مسائل روانی در دهه ۷۰ را می توان عوارض و مشکلات پس از جنگ دانست. مطالعات مختلفی نیز بین میل به خودکشی، تجربه جنگ و کشتار ارتباط خاصی را نشان می دهند.(۲۷-۲۴)

برای مطالعه حاضر می توان چند محدودیت در نظر گرفت: نخست این که به دلیل در دسترس نبودن داده های خودکشی مربوط به سال های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۱، داده های مربوط به آن در تجزیه و تحلیل مطالعه وارد نگردید. دومین محدودیت این مطالعه را می توان مقطعی بودن مطالعه خواند که در تبیین علت و معلول چندان قوی نیستند. در این رابطه می توان با پیگیری موارد ناموفق خودکشی خصوصاً موارد مرتبط با عوامل روانی، در جهت شناخت عوامل مرتبط بیشتر تلاش کرد.

به طور کلی با توجه به این که موارد خودکشی ناشی از اختلالات روانی در مردان بیش از زنان بود و میزان آن در هر دو جنس با بالا رفتن سن رو به افزایش نهاد و نیز موارد ناموفق خودکشی با روانی بودن علت خودکشی ارتباط محکمی را نشان داد، می توان گفت آموزش افراد در معرض خطر از جمله موارد ناموفق خودکشی برای جلوگیری از تکرار آن به خصوص در مردان، ضروری به نظر می رسد. با توجه به افزایش مواد خودکشی مرتبط با علل روانی در سنین بالا، کنترل عوامل روانی در سنین جوانی و حتی قبل از آن می تواند نقش مهمی در کاهش این گونه خودکشی ها داشته باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از افراد شرکت کننده در این مطالعه و نیز از حمایت های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایلام که در انجام این پژوهش مساعدت های لازم را به عمل آوردند، تشکر و قدردانی می گردد.

Reference:

1.Timo-Partonena JH, Heikki N, Jouko L. Analysis of the seasonal pattern in suicide. J Affect Disord 2004; 81:133-9.

2.Fabregas BC, Moura AS, Marciano RC, Carmo RA, Teixeira AL. Clinical management of a patient with drug dependence who attempted suicide while receiving peg-interferon therapy for chronic hepatitis C. Braz J Infect Dis 2009;13:387-90.

3.King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. BMC Psychiatry. 2008;-8:70-8.

4.Lin C, Yen T-H, Juang Y-Y, Leong WC, Hung H-M, Ku C-H, et al. Comorbid psychiatric diagnoses in suicide attempt by charcoal burning: a 10-yearstudy in a general hospital in Taiwan. Gen Hospital Psychiatry 2012; 34:552-6.

5.Jenkins R, Singh B. General population

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

strategies of suicide prevention. The international handbook of suicide and attempted suicide; 2008.P.597-615.
6.World Health Organization. Suicide preve-ntion (SUPRE). Geneva: WHO; 2007.
7.Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust New Zealand J Psychiatry 2001;34:420-36.
8.Kennelly B, Connolly S. Men, suicide and society: an economic perspective. Men Suicide Society 2012;73:141-8.
9.Currier D, Oquendo MA. Epidemiology of Suicide and Attempted Suicide. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Third ed. 2011.P.517-33.
10.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;135:258-66.
11.Altamura C, VanGastel A, Pioli R, Mannu P, Maes M. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. J Affect Disor 1999;53:77-85.
12.Tsai JF. Socioeconomic factors outweigh climate in the regional difference of suicide death rate in Taiwan. Psychiatry Res 2010;179:212-6.
13.Zhang J, Gao Q, Jia C. Seasonality of Chinese rural young suicide and its correlates. J Affect Disord 2011;134:356-64.
14.Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mentaldisorders and suicide among young rural Chinese: a case-control psychological autopsy study. Am J Psychiatry 2010;167:773-8.
15.Cantor CH. Suicide in the western world. The international handbook of suicide and attempted suicide; 2008.P.9-28.
16.Mofidi N, Ghazinour M, Araste M, Jacobsson L, Richter J. General mental health, quality of life and suicide-related attitudes among Kurdish people in Iran. Int J SocPsychiatry 2008;54:457-68.
17.Parvizifard AA. [Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in tabriz in 2001]. J Kermanshah Uni Med Sci 2003;7:327-32.(Persian)
18.Hirokawa S, Kawakami N, Matsumoto T, Inagaki A, Eguchi N, Tsuchiya M, et al. Mental disorders and suicide in Japan: A nation-wide psychological autopsy case-control study. J Affect Disord 2012;10:168-75.
19.Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies. J Am Med Assoc 2005;294:2064-74.
20.Lawrence DM, Holman CDAJ, Jablensky AV, Fuller SA. Suicide rates in psychiatric in-patients: an application of record linkage to mental health research. Aust New Zealand J Pub Health 2008;23:468-70.
21.Rocchi MBL, Sisti D, Cascio MT, Preti A. Seasonality and suicide in Italy: amplitude is positively related to suicide rates. J Affect Disor 2007;100:129-36.
22.Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. Person Individual Differ 2010; 48:83-7.
23.Kerkhof AM. Attempted suicide: patterns and trends. The international handbook of suicide and attempted suicide; 2008. P.49-64.
24.Cersovsky SB. Fighting the war within: suicide as an individual and public health challenge in the u.s. Army. Psychiatry 2011;74:110-4.
25.Frueh BC, Smith JA. Suicide, alcoholism, and psychiatric illness among union forces during the U.S. Civil War. J Anxiety Disord 2012;26:769-75.
26.Griffith J. Suicide and war: the mediating effects of negative mood, posttraumatic stress disorder symptoms, and social support among army National Guard soldiers. Suicide Life Threat Behav 2012;42:453-69.
27.Omalu B, Hammers JL, Bailes J, Hamilton RL, Kamboh MI, Webster G, et al. Chronic traumatic encephalopathy in an Iraqi war veteran with posttraumatic stress disorder who committed suicide. Neurosurg Focus 2011;31:E3.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]

Epidemiological Investigation of Suicide due to Mental Disorders in Ilam Province during 1993-2009

Babanejad M[1,2], Pourkaramkhan T[2], Delpisheh A[1,3,4], Khorshidi A[1,3], Asadollahi Kh[3,4], Sayehmiri K[3,4]

(Recived: 3 February, 2014 Accepted: 17 June, 2014)

Abstract

Introduction: Mental disorders play an important role in suicide occurrenceso that more than 90 percent of suicide victims are suffering from a mental disorder at the time of death. The present study aimed to determine the epidemiological aspects of suicide due tomentaldisordersin Ilam province.

Material &Methods: Through a cross-sectional study, all records of suicide events either completed or attempts (n=5188) were investigated in Ilam province during 1993 to 2009. A Chi-square and multiple logistic regressions analysis was adopted to estimate the role of risk factors associated with suicide events due to mental disorders.

Findings: In overall, 27.5% of suicides occurred due to mental disorders. The highest frequency of suicides due to mental disorders belonged to males (29.3%), individuals with and over 30 years old (33.2%), attempted suicide (28.3%), the year 1996(44%) and the decade of 1990s (30.3%). The risk of suicide due to mental disorders was estimated to be (OR=0.85, CI=0.74-0.97) for females, (OR=2.42, CI= 1.79-3.26) for the year 1996, (OR=0.79, CI= 0.67-0.93) for completed suicide and (OR=0.82, 0.66-1.01) for the age group of 25 to 29 years old.

Discussion &Conclusion: It is required to train people at risk including attempted suicides among males.

Key words: Epidemiology, suicide, mental disorders

1.Dept of Epidemiology, Faculty of Public Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2.Students Researches Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3.Dept of Community Medicine, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4.Researches Center for Prevention of Psychosocial Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** Corresponding author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-06]