Volume 24, Issue 3 (May- June 2025)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Epidemiological investigation of factors influencing suicide in Zahedan

Hossein Izadirad[1], Mehdi Zanganeh Baygi[2], Fereshteh Narouei[3*], Parisa Mohammadi[3]

1. Department of Health Education and Promotion, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan ،Iran
2. Department of Health Care Management, Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Received: 19 April 2024
Accepted for publication: 7 June 2025
[EPub a head of print-14 July 2025]
Payesh: 2025; 24(3): 399- 407

Abstract

Objective(s): Suicide and attempted suicide are an important issue of public health and antisocial behavior. In addition to personal and family losses, the phenomenon is also considered a social loss. According to the cultural context of Sistan and Baluchistan province, the present study was conducted with the aim of epidemiological investigation of factors influencing suicide in Zahedan.

Methods: The present was a cross-sectional study that conducted on all suicide cases from March 21,2019 to March 20, 2023 in Zahedan covered by hospitals affiliated with Zahedan University of Medical Sciences. The data was collected by census and using the Ministry of Health registry. Data analysis was done using SPSS-v22 and descriptive and analytical tests.

Results: According to the results, 3304 people (94.6%) attempted suicide and 187 people (5.3%) had complete suicide. The highest number of complete suicides was 67 people (35.8 percent) and 1370 suicide attempts (41.5 percent) related to the age group of 10 to 20 years. According to the chi-square test, a significant relationship was observed between sex, age group, marital status, education level and place of residence with suicide ($P<0.05$). So that the highest number of suicides was in the age group of 10 to 20 years 1437 people (41.1%), women 2212 people (63.3%), single status 1413 people (40.4%), high school education level 1131 people (32.4%) and 2775 people (79.5%) with urban residence. The most common method of suicide was drug use in 2845 cases (81.4%) and substance use in 193 cases (5.5%).

Conclusion: In general, various demographic and environmental factors such as gender, age group, education level, place of residence, marital status and access to drugs and drugs might increase the risk of suicide. Considering the cultural context of the region, it is necessary to take more serious decisions to prevent suicide in vulnerable groups of teenagers, women and never married individuals. Also, the necessary planning to reduce access to some drugs and narcotics should be considered by the officials.

Keywords: Attempted suicide, Epidemiology, Suicide, Suicide risk factors

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

* Corresponding author: Zahedan University of Medical Sciences ،Zahedan ،Iran
E-mail: f.narouei70@gmail.com

سال بیست و چهارم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۴۰۴

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

بررسی اپیدمیولوژیک عوامل موثر در خودکشی در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان سال ۱۴۰۲

حسین ایزدی راد[۱]، مهدی زنگنه بایگی[۲]، فرشته نارویی[۳*]، پریسا محمدی[۳]

۱. گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۳۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۳ تیر۱۴۰۴]
نشریه پایش: ۴۰۷- ۳۹۹ :(۳)۲۴؛ ۱۴۰۴

چکیده

مقدمه: خودکشی و اقدام به خودکشی یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی به شمار می رود. این پدیده افزون بر زیان هـای شخصـی و خانوادگی یک آسیب اجتماعی نیز شمرده می شود. با توجه به بافت فرهنگی استان سیستان و بلوچستان مطالعه حاضر با هدف بررسی اپیدمیولوژیک عوامل موثر در خودکشی در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر به صورت مقطعی بر روی تمام پرونده های خودکشی از ابتدای سال ۱۳۹۸ تا انتهای سال ۱۴۰۱ در دانشگاه علوم پزشـکی زاهدان، انجام شده است. داده‌ها به روش سرشماری و با استفاده از نرم افزار ثبت موارد خودکشی وزارت بهداشت، جمع آوری شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-v22 و آزمون‌های توصیفی و تحلیلی انجام گرفت.

یافته ها: براساس نتایج، تعداد ۳۳۰۴ نفر (۹۴/۶ درصد) اقدام به خودکشی و ۱۸۷ نفر (۵/۳ درصد) نیز خودکشی کامل کرده بودند. بیشترین آمار خودکشی کامل ۶۷ نفر (۳۵/۸ درصد) و همچنین اقدام به خودکشی ۱۳۷۰ (۴۱/۵ درصد) مربوط به گروه سنی ۱۰ تا ۲۰ سال بود. با توجه به نتـایج آزمـون مجـذور کای بین جنسیت،گروه سنی، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و محل سکونت با خودکشی ارتباط معنی دار مشاهده شد ($P<۰/۰۵$). به طوری که بیشترین موارد خودکشی در گروه سنی ۱۰ تا ۲۰ سال۱۴۳۷ نفر(۴۱/۱٪)، در جنسـیت زن ۲۲۱۲نفـر(۶۳/۳٪)، بـا وضـعیت مجـرد ۱۴۱۳ نفـر (۴۰/۴٪)، بـا سـطح تحصیلات دبیرستان ۱۱۳۱ نفر (۳۲/۴٪) و با محل سکونت شهری ۲۷۷۵ نفر (۷۹/۵٪) گزارش شده است. شایعترین روش خودکشی به ترتیب مصـرف دارو ۲۸۴۵ مورد (۸۱/۴٪) و مصرف مواد مخدر ۱۹۳ مورد (۵/۵٪) بوده است.

نتیجه گیری: بطور کلی عوامل مختلف دموگرافیک و محیطی مانند جنسیت، گروه سنی، سطح تحصیلات، محل زندگی، عدم تاهـل و دسترسـی بـه دارو و مواد مخدر می توانند خطر انجام خودکشی را بیشتر کنند. با توجه به بافت فرهنگی منطقه لازم است برای پیشگیری از خودکشی در گروه های آسیب پذیر نوجوانان، زنان و مجردها، تصمیمات جدی تری گرفته شود. همچنین برنامه ریزی لازم جهت کاهش دسترسی بـه برخـی دارو هـا و مـواد مخـدر مـد نظـر مسئولان قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خودکشی، اقدام به خودکشی، بررسی اپیدمیولوژی، عوامل خطر خودکشی
کد اخلاق: IR.ZAUMC.REC.1402.157

* نویسنده پاسخگو: زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
E-mail: f.narouei70@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

مقدمه

خودکشی (Suicide) و اقدام به خودکشی یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی به شمار می رود [۱]. این پدیده افزون بر زیان های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می شود[۲]. اقدام به خودکشی با هدف آسیب رساندن به خود به طور آگاهانه و بیشتر در افراد خود محور، مضطرب پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط های اجتماعی انجام می شود [۳]. بررسی ها نشان می دهد بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می کنند یک مشکل روانی قابل تشخیص دارند [۴]. خودکشی یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی در سراسر جهان به شمار می رود. بر اساس تعریف سازمان سلامت جهان، خودکشی، اقدامی است آگاهانه و سرانجام مرگبار که به وسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می دهد[۵]. سالانه تقریبا یک میلیون نفر در اثر خودکشی می میرند که ۲۰-۱۰ برابر آن اقدام به خودکشی است و هر بار اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق را ۳۲٪ افزایش می دهد [۶]. اقدام به خودکشی به علت پیامدهای اجتماعی-اقتصادی و روانی خسارات فراوانی را به جوامع و هزینه های هنگفتی را بر نظام بهداشتی-درمانی کشورها تحمیل می کند [۷]. اقدام به خودکشی به منزله عملی خود ویرانگر تعریف می شود که به صورت آگاهانه و هدفمند گاهی با قصد کشتن خود انجام می گیرد ولی منجر به مرگ نمی شود [۹-۸]. اقدام به خودکشی قبلی یکی از قوی ترین پیش بینی های خودکشی کامل است [۱۰]. در یک پژوهش نشان داده شد که یک سوم کسانی که با خودکشی می میرند قبلا یک بار سابقه اقدام به خودکشی داشته اند [۱۱]. با اینکه در ایران آمار مدون و دقیقی از میزان شیوع خودکشی وجود ندارد بر اساس پژوهش های صورت گرفته آمار خودکشی در ایران وضعیت مشابهی با سایر کشور ها دارد [۱۲]. این پدیده فرآیند مستمری است که از افکار خودکشی و اقدام به خودکشی آغاز می شود و به یک خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی پیش بینی کننده قوی خودکشی موفق در آینده محسوب می شود [۱۳].

بر اساس برآورد سازمان سلامت جهان دو درصد از جمعیت در طول زندگی خود به طور جدی تصمیم به خودکشی گرفته اند و در نهایت یک درصد اقدام به خودکشی می کنند و سالیانه حدود یک میلیون نفر در دنیا به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند [۱۴]. نتایج پژوهش هنری و همکاران نشان داده است که افکار خودکشی و به تبع آن اقدام به خودکشی در افراد به دلیل تاثیر حوادث زندگی بر روی آنها و شکنندگی شان در مقابل مشکلات بیشتر است [۱۵]. رفتار های خودکشی دارای فرآیند پیچیده ای هستند و تحت تاثیر عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، روانی، اجتماعی، محیطی و موقعیتی قرار دارند. از آنجا که این پدیده برای نظام بهداشتی کشور پر هزینه بوده و از طرفی با معیار های ارزشی و فرهنگی کشور سازگار نیست بررسی دقیق تر موضوع ضروری به نظر می رسد [۱۶]. در بسیاری از فرهنگ ها خودکشی عملی ننگین، گناه آلود، شرم آور و نشانه رفتار های خود خواهانه یا فریبکارانه تلقی می شود [۱۷]. با فهم بهتر علائم هشدار دهنده رفتار خودکشی و افزایش احتمال آن در قشر جامعه بهتر می توان ارزیابی از فرد مستعد خودکشی را آغاز کرد و به دنبال آن برنامه درمانی مناسبی برای افراد در معرض خطر خودکشی طراحی کرد [۱۸]. در ایران بیشترین فراوانی مربوط به آمار خودکشی است و از آنجایی که تاکنون مطالعات پراکنده ای در نقاط مختلف بر روی گروه های مختلف انجام شده است و نتایج متفاوتی نیز گزارش کرده اند بررسی دقیق تر موضوع جمع بندی نهایی در این زمینه ضرورت می یابد[۲]. اطلاعات در مورد فراوانی اقدام به خودکشی با روش های مختلف در جمعیت بسیار اندک است لذا با توجه به موارد ذکر شده و اهمیت موضوع، هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک عوامل موثر در اقدام به خودکشی در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۱بود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود که در سال ۱۴۰۲ به روش سرشماری انجام شد. جامعه مورد مطالعه: شامل کلیه مراجعانی بودند که از ابتدای سال ۱۳۹۸ تا پایان سال ۱۴۰۱ خودکشی (کامل و اقدام) کرده و به واحدهای بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان (مراکز خدمات جامعه سلامت و اورژانس بیمارستان) در شهرستان های تحت پوشش دانشگاه (زاهدان، میرجاوه، خاش، سراوان، سیب و سوران) مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیار ورود شامل: مراجعه در بازه زمانی سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۱، کامل بودن پرونده، تشخیص خودکشی (اقدام و کامل) بود. همچنین پرونده های دارای اطلاعات ناقص از مطالعه خارج شدند.

ابزار جمع آوری داده ها: داده های جمعیت شناختی در چک لیست گزارش ماهیانه برنامه پیشگیری از خودکشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که شامل سوالاتی نظیر سن، جنسیت، محل سکونت، وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات، سابقه بیماری جسمی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

سابقه بیماری روانی، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه اعتیاد، زمان خودکشی، روش خودکشی، نوع داروی مصرفی بود، مورد بررسی و مطالعه قرار گرفت. جمع آوری اطلاعات از طریق دسترسی به پرونده بیماران انجام شد.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تصویب و دارای کد اخلاق به شماره ثبتی IR.ZAUMC.REC.1402.157 بود. پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق دانشگاه و کسب سایر مجوز های لازم، پژوهشگران با مراجعه حضوری به مراکز بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، اطلاعات بیماران را دریافت نمودند. شایان بذکر است با توجه به اینکه دسترسی ما به داده های ثانویه بود باز هم تمام موازین اخلاقی شامل بی نام بودن داده ها و استفاده آنها برای کارهای تحقیقاتی رعایت شد. پس از کنترل اولیه داده ها از نظر صحت و کامل بودن، اطلاعات کدگذاری و با استفاده از نرم افزار SPSS-v22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی(مطلق و نسبی) و شاخصهای مرکزی و پراکندگی و جهت آزمون فرضیات از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد. نرمالیتی داده ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. سطح معنی داری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در طی سالهای ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۱ با توجه به معیار های ورود به مطالعه تعداد ۳۴۹۱ نفر دست به خودکشی (کامل و اقدام به خودکشی) زده بودند که جهت درمان به واحد های تابعه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مراجعه کرده بودند. که اطلاعات آنها به تفضیل در جدول ۱ و ۲ ذکر شده است. بر اساس نتایج جدول شماره ۱، تعداد نفر ۳۳۰۴ (۹۴/۶ درصد) اقدام به خودکشی و ۱۸۷ نفر (۵/۳ درصد) نیز خوکشی کامل کرده بودند. بیشترین گروه سنی در خودکشی کامل گروه۱۰ تا ۲۰ سال ۶۷ نفر (۳۵/۸ درصد) بودند. همچنین اقدام به خودکشی نیز در همین گروه سنی ۱۳۷۰ (۴۱/۵ درصد) انجام شده است. ۱۱۳۱ نفر (۳۲/۴ درصد) از تعداد افرادی که خودکشی کامل و اقدام کرده بودند، دارای سطح تحصیلات دبیرستان بودند. با توجه به آزمون مجذور کای اختلاف معنی داری از لحاظ سطح تحصیلات بین دو گروه مشاهده شد (P <۰/۰۳).

با توجه به جدول ۲، در بررسی توزیع فصلی خودکشی (کامل و اقدام) بیشترین تعداد خودکشی کامل در فصل زمستان ۵۴ نفر (۲۸/۹ درصد) رخ داده بود. همچنین بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در فصل بهار ۹۶۹ نفر (۲۹/۳ درصد) گزارش شده بود. در بررسی سالیانه خودکشی (کامل و اقدام) بیشترین توزیع فراوانی مربوط به سال ۱۳۹۹ تعداد ۵۸ نفر (۳۱ درصد) و کمترین سال ۱۳۹۸ با ۳۱ نفر (۴۶/۶ درصد) گزارش شده بود ولی در مجموع اختلاف معنی داری بین سالها از لحاظ خودکشی مشاهده نشد (P <۰/۰۶). با توجه به نمودار شماره ۱، تحلیل نتایج بر اساس جنسیت و سال گزارش خودکشی (اقدام و کامل) نشان دهنده آن بود که در تمام سال ها همواره خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است. در سال ۱۴۰۰ مردان و زنان بیش تر از سایر سال ها دیگر خودکشی کرده بودند.

با توجه به نمودار شماره ۲: در طی سالهای ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۱ بیشترین گزارش خودکشی کامل در سال ۱۳۹۹ بوده است. همچنین در سال ۱۴۰۰ بیشتر اقدام خودکشی روی داده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در خودکشی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان طی سال های ۱۳۹۸-۱۴۰۱

متغیر		خودکشی کامل (n=۱۸۷) (درصد)تعداد	اقدام به خودکشی (n=۳۳۰۴) (درصد)تعداد	مجموع (n=۳۴۹۱) (درصد)تعداد	مقدار P
جنسیت	زن	۷۷ (۴۱/۲)	۲۱۳۵ (۶۴/۶)	۲۲۱۲ (۶۳/۳)	<۰/۰۴
	مرد	۱۱۰ (۵۸/۸)	۱۱۶۹ (۳۵/۴)	۱۲۷۹ (۳۶/۷)	
گروه سنی	۲۰-۱۰	۶۷ (۳۵/۸)	۱۳۷۰ (۴۱/۵)	۱۴۳۷ (۴۱/۱)	<۰/۰۲
	۳۰-۲۱	۶۴ (۳۴/۲)	۱۲۷۴ (۳۸/۶)	۱۳۳۸ (۳۸/۳)	
	۴۰-۳۱	۴۳ (۲۳/۰)	۵۲۳ (۱۵/۸)	۵۶۶ (۱۶/۲)	
	۵۰-۴۱	۱۳ (۷/۰)	۱۲۷ (۳/۸)	۱۴۰ (۴/۰۱)	
	بالای ۵۰ سال	۰۰ (۰۰)	۱۰ (۰/۳)	۱۰ (۰/۳)	
وضعیت تاهل	مجرد	۵۸ (۳۱/۰)	۱۳۵۵ (۴۱/۰)	۱۴۱۳ (۴۰/۴)	<۰/۰۱
	متاهل	۶۴ (۳۴/۲)	۱۲۷۶ (۳۸/۶)	۱۳۴۰ (۳۸/۳)	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

	جداشده	۶ (۳/۲)	۲۱۱ (۶/۴)	۲۱۷ (۶/۴)	
	نامشخص	۵۹ (۳۱/۶)	۴۶۲ (۱۴/۰)	۵۲۱ (۱۴/۹)	
تحصیلات	ابتدایی	۲۳ (۱۲/۳)	۱۰۶ (۳/۲)	۱۲۹ (۳/۷)	<۰/۰۳
	دبیرستان	۵۶ (۲۹/۹)	۱۰۷۵ (۳۲/۵)	۱۱۳۱ (۳۲/۴)	
	دیپلم	۱۸ (۹/۶)	۶۶۷ (۲۰/۲)	۶۸۵ (۱۹/۷)	
	دانشگاه	۳ (۱/۶)	۲۰۶ (۶/۲)	۲۰۹ (۵/۹)	
	نا مشخص	۸۷ (۴۶/۵)	۱۲۵۰ (۳۷/۸)	۱۳۳۷ (۳۸/۳)	
محل زندگی	شهر	۱۰۴ (۵۵/۶)	۲۶۷۱ (۸۰/۸)	۲۷۷۵ (۷۹/۵)	<۰/۰۲
	روستا	۱۵ (۸/۰)	۳۳۲ (۱۰/۰)	۳۴۷ (۹/۹)	
	نا مشخص	۶۸ (۳۶/۴)	۳۰۱ (۹/۱)	۳۶۹ (۱۰/۶)	

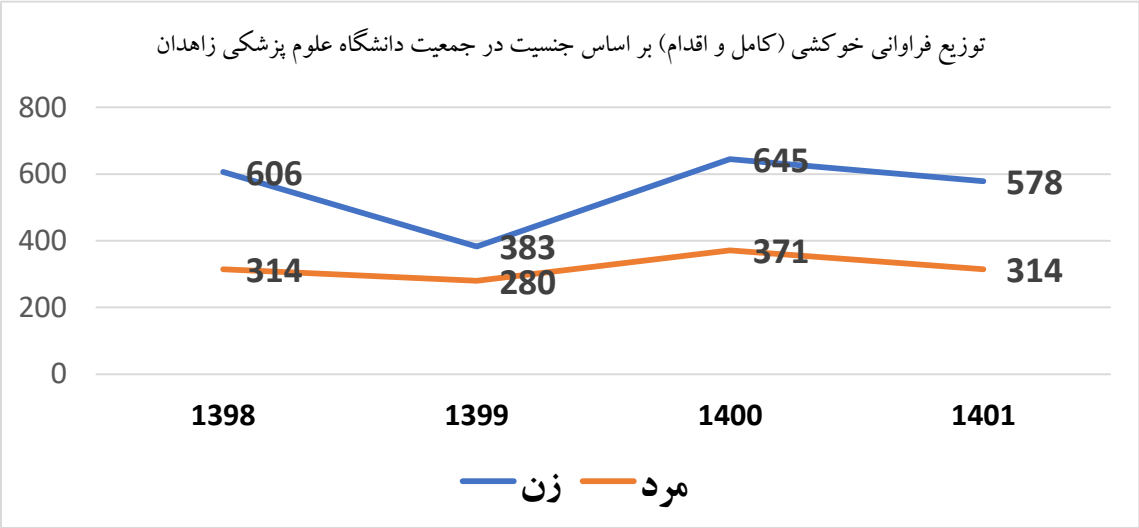
جدول ۲: توزیع فراوانی متغیرهای خودکشی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان طی سال های ۱۳۹۸-۱۴۰۱

متغیر		**خودکشی کامل (n=۱۸۷) (درصد)تعداد**	**اقدام به خودکشی (n=۳۳۰۴) (درصد)تعداد**	**مجموع (n=۳۴۹۱) (درصد)تعداد**	**مقدار P**
فصل	بهار	۴۴ (۲۳/۵)	۹۶۹ (۲۹/۳)	۱۰۱۳ (۲۹/۲)	<۰/۰۶
	تابستان	۴۲ (۲۲/۵)	۸۵۸ (۲۶/۰)	۹۰۰ (۲۵/۷)	
	پاییز	۴۷ (۲۵/۱)	۸۳۶ (۲۵/۳)	۸۸۳ (۲۵/۲)	
	زمستان	۵۴ (۲۸/۹)	۶۴۱ (۱۹/۴)	۶۹۵ (۱۹/۹)	
روش خودکشی	دارو	۳۸ (۲۰/۳)	۲۸۰۷ (۸۵/۰)	۲۸۴۵ (۸۱/۴)	<۰/۰۲
	مواد مخدر	۴ (۲/۱)	۱۸۹ (۵/۷)	۱۹۳ (۵/۵)	
	سم	۳ (۱/۶)	۷۰ (۲/۱)	۷۳ (۲/۰۹)	
	حلق آویز	۶۰ (۳۲/۱)	۲۸ (۰/۸)	۸۸ (۲/۵)	
	اسلحه	۱۰ (۵/۳)	۶ (۰/۲)	۱۶ (۰/۴)	
	سوختن	۴۰ (۲۱/۴)	۱۹ (۰/۶)	۵۹ (۱/۶)	
	سقوط	۹ (۴/۸)	۱ (۰/۰۱)	۱۰ (۰/۲)	
	رگ زدن	۲ (۱/۱)	۹ (۰/۳)	۱۱ (۰/۲)	
	سایر*	۲۱ (۲/۱۱)	۱۷۵ (۵/۳)	۱۹۶ (۵/۶)	
سال	۱۳۹۸	۳۱ (۴۶/۶)	۸۸۹ (۲۶/۹)	۹۲۰ (۲۶/۴)	<۰/۰۶
	۱۳۹۹	۵۸ (۳۱/۰)	۶۰۵ (۱۸/۳)	۶۶۳ (۱۸/۹)	
	۱۴۰۰	۴۶ (۲۴/۶)	۹۷۰ (۲۹/۴)	۱۰۱۶ (۲۹/۲)	
	۱۴۰۱	۵۲ (۲۷/۸)	۸۴۰ (۲۵/۴)	۸۹۲ (۲۵/۵)	
سابقه خودکشی قبلی	دارد	۳ (۳/۲)	۳۲ (۱/۰)	۳۵ (۱/۲)	<۰/۰۱
	ندارد	۱۱۵ (۶۱/۵)	۲۶۴۱ (۷۹/۹)	۲۷۵۶ (۷۸/۹)	
	نا مشخص	۶۶ (۳۵/۳)	۶۳۱ (۱۹/۱)	۶۹۷ (۱۹/۹)	

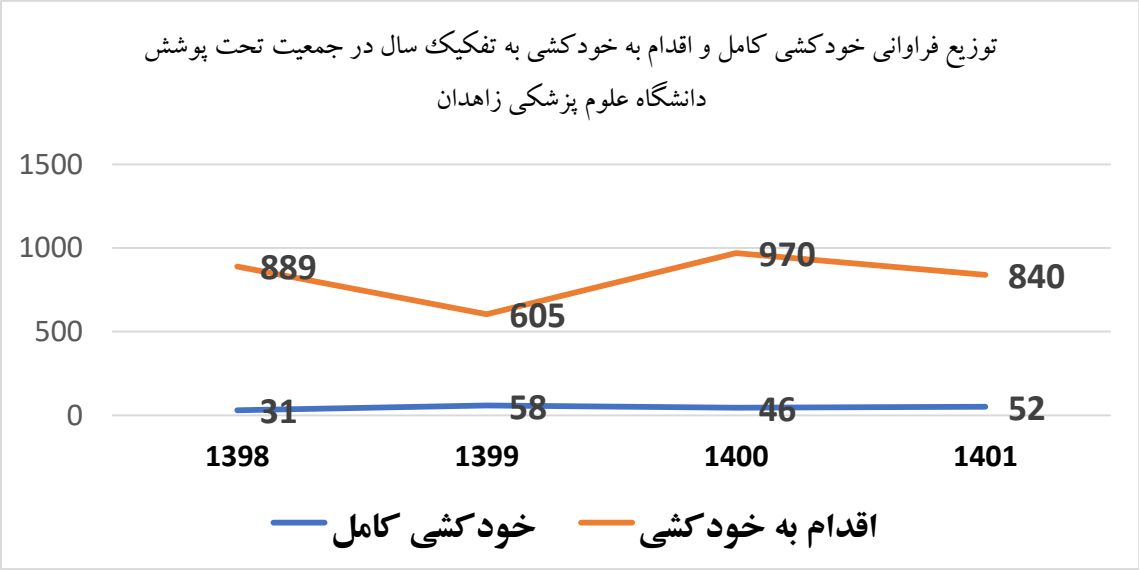
*سایر: برق گرفتگی، عمدی تصادف، دسترسی راحت به داروها، آشنایی با داروها شیوه مصرف آسان دارو و...

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]



نمودار ۱: توزیع فراوانی خودکشی (کامل و اقدام) بر اساس جنسیت در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان



نمودار ۲: توزیع فراوانی خودکشی و اقدام به خودکشی به تفکیک سال در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل خطر خودکشی در سال ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. در مطالعه حاضر بیشترین موارد اقدام به خودکشی در زنان بوده است. نتایج جهانی نیز بیانگر بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است. به طوری که طبق گزارش سازمان سلامت جهان در یک مرور نظام مند در منطقه آسیای جنوب شرقی اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است و در کشور آمریکا مردان ۴ برابر بیشتر از زنان بر اثر خودکشی می میرند در حالی که تعداد تلاش زنان برای خودکشی بیشتر از مردان است [۱۹]. میراحمدی زاده و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که اگرچه افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در دختران نوجوان بیشتر از پسران است. اما مرگ در اثر خودکشی در پسران بیشتر از دختران است چون پسران تمایل به استفاده از وسایل کشنده تر برای خودکشی مانند سلاح گرم دارند در حالی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

که دختران روش هایی را انتخاب می کنند که بیشتر به مداخلات پزشکی پاسخگو است. مانند مصرف بیش از حد دارو یا مسمومیت است[۲۰]. در راستای این یافته طالبی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تغییرات هورمونی در طول سیکل ماهیانه به خصوص استروژن در افزایش رفتار های پرخاشگرانه و آسیب به خود موثر شناخته شده است. با توجه به تغییرات بارز استروژن در طی عادت ماهیانه، دوره های مختلف سیکل ماهیانه می تواند یک عامل خطر خودکشی محسوب شود[۲۱]. می توان چنین ذکر کرد که افزایش خودکشی در میان جامعه زنان به احتمال بیشتر مربوط به سرکوب شدن فرد در موقعیت های اجتماعی، هورمون های زنانه، ساختار مرد سالار گونه جامعه است.

در این مطالعه بیشترین گروه سنی افراد ۱۰ تا ۳۰ ساله بودند. رستمی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که عوامل دموگرافیک موثر بر خودکشی مطالعات مبین افزایش شیوع خودکشی در اواخر دوران نوجوانی هستند [۲۲]. بینتون و همکاران در کشور آمریکا در مطالعه خود ذکر کردند که دلایل افزایش خودکشی در اواسط دوره نوجوانی مربوط به افزایش شیوع آسیب شناسی روانی مانند افسردگی و سوء مصرف مواد و تمایل بیشتر برای اقدام به خودکشی در میان گروه گروهای سنی بزرگتر است [۲۳]. عواملی مانند: یاس، ناامیدی، اختلال در عزت نفس، سر خوردگی، عدم درک و یا رفتار نا مناسب از سوی والدین و اطرافیان، بیکاری و بسیاری از موارد دیگر همه می توانند منشا تنش های روحی و روانی در بین جوانان باشد. در این پژوهش اقدام به خودکشی ارتباط معنی دار با وضعیت تاهل دارد و یا به عبارت دیگر در افراد مجرد بیشتر از افراد متاهل است. اسدیان و همکاران در مطالعه خود نیز به این نتیجه رسیدند که افراد مجرد بیشتر از افراد متاهل اقدام به خودکشی می کنند[۲۴].

می توان اینطور نتیجه گرفت که تجرد و تنهایی باعث افزایش تعداد عوامل استرس زا است و در نهایت عوامل زیادی باعث بروز رفتار های منجر به خودکشی در افراد جوان می شود که برخی از این دلایل مشکلات خانوادگی و دوران کودکی پر تنش مشکلات اجتماعی و آموزشی و قرار گرفتن در دوره های افسردگی است.

بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی دارای تحصیلات دبیرستان بودند که با مطالعه ملکوتی و همکاران مطابقت داشت[۲۵]. به نظر می رسد این موضوع بیانگر این مساله باشد که افراد با تحصیلات بالا بهتر می توانند از شیوه های تطابقی و حل مساله و مشکل بهره جسته و قادر به گذراندن بحران ها با موفقیت بیشتر باشند. اکثر اقدام کنندگان به خودکشی در شهر ساکن بودند. یافته با سایر مطالعات که گزارش کردند که افراد بیکار، کارگر و خانه دارها بیشترین اقدام به خودکشی را داشتند مطابقت دارد [۲۶]. از نظر فصل های مختلف بیشترین موارد در زمستان رخ داده است. مختاری و همکاران در مطالعه خود نیز به این نتیجه رسیدند که در فصول سرد سال خودکشی بیشتر از سایر ایام سال است. میزان خودکشی‌ها در فصل بهار و به میزان کمتری در فصل زمستان افزایش می‌یابند [۲۷]. به نظر می رسد که در این فصل نرخ بالای بیکاری از یک طرف و در کنار هم بودن افراد و وجود مشاجره بین آنها باعث افزایش این آمار شده باشد. نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می دهد که رایج ترین روش خودکشی مصرف دارو بوده است که شاید دلیل آن، دسترسی راحت تر به داروها، آشنایی با داروها و نیز آسان بودن شیوه مصرف آن باشد. در راستای این یافته، نتایج مطالعه رخشانی و همکاران نیز همخوانی دارد [۲۸]. براساس نتایج بسیاری از پژوهش ها می توان نتیجه گرفت که اقدام به خودکشی در سراسر دنیا با استفاده از داروها و مواد شیمیایی ابعاد نگران کننده به خود گرفته است به طوری که خودکشی با قرص ها و مواد شیمیایی به عنوان شایع ترین روش اقدام به خودکشی شناخته شده است. با توجه به بافت فرهنگی منطقه لازم است که برنامه ریزی آموزشی جهت کاهش دسترسی به برخی داروها و روش ها را به خصوص برای والدین انجام گردد. با توجه به آمار قابل ملاحظه شیوع خودکشی، نیاز به انجام شناسایی دقیق تر گروههای در معرض خطر، تعیین عوامل خطر و برنامه ریزی گام به گام برای کاهش عوامل خطر، ضروری به نظر می رسد. خانواده ها و مربیان باید به نحو دقیق و محبت آمیز رفتار نوجوانان و جوانان را تحت نظر گیرند و نباید روحیه انزوای و بی قیدی فرزندان را امری ناچیز بشمارند. همچنین پیشنهاد می شود که جهت ریشه یابی دقیق علمی، عوامل مرتبط با گرایش مردم به خودکشی پژوهش های بیشتر، جدید و مورد نیاز هر جامع تدوین و اجرایی شود تا مسئولان بهداشتی و نهاد های اجتماعی جامعه بتوانند با برنامه ریزی و تدوین راهکارهای جلوگیری از این عمل مهلک نظیر تعدیل نمودن محیط پر استرس افراد، بهبود و توسعه خدمات مشاوره ای، تقویت نیروی ایمان در جامعه و اقدامات لازم را در راستای نهادینه کردن روش های پیشگیری از خودکشی به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

عمل آورد. بنابراین دسترسی بـه مراکـز بهداشـت روان بـرای هـر جامعه ای با رعایت تمام استاندارد ها به ویژه برای نوجوانان ماننـد مراکز دوستار نوجوانی حیاتی است. از آنجـایی‌کـه مطالعـه حاضـر تمام موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در طول دوره ۴ ساله را تحت بررسی قرار داده است می تواند از نقاط قوت مطالعه حاضـر باشد. همچنین نتایج به دسـت آمـده از مطالعـه مـی‌توانـد جهـت کمک به برنامه‌ریزان بهداشتی در حیطه کنتـرل خودکشـی مـورد استفاده قرار گیرد. از محدودیت های این مطالعه می‌توان به کامل نبـودن اطلاعـات برخـی از پرونـده‌هـا اشـاره کـرد از دیگـر محدودیت‌های این مطالعه عدم اطمینان از تضـمین کیفیـت داده ها بود که بر اساس داده‌های ثبتی در سامانه حاصل شد. همچنین با توجه به محدودیت های زمانی و جغرافیایی این مطالعه به یـک منطقه جغرافیایی خاص محدود شـده اسـت، بنـابراین در تعمـیم پذیری یافته‌ها باید جوانب احتیـاط را رعایـت نمـود. نتیجـه ایـن مطالعه نشان داد که توزیع خودکشـی در جنسـیت، گـروه سـنی، سطح تحصیلات، سـطح درآمـد شـغل، محـل زنـدگی و وضـعیت ازدواج متفاوت است. افراد با درآمد پایین و بیکار و مناطق شـهری بیشترین میزان خودکشی را داشتند. روند صـعودی خودکشـی در برخی سال‌ها در استان سیسـتان و بلوچسـتان مـی توانـد دلایـل مختلفی داشته باشد از جمله ثبت دقیق‌تر، تغییرات جمعیتی و یا حتی ناشی از عوامل اجتماعی- اقتصادی در طی چهار سال مـورد مطالعه و یا سایر دلایل باشد که مناسب است مطالعه‌ای بـا هـدف بررسی علل افزایش بروز بیماری انجام شود تـا دلایـل اصـلی ایـن افزایش مشخص شود. همچنین پیشنهاد می‌شود شیوع خودکشی در در سطح وسیعتر در استان‌های مختلف بررسی و ارائه گردد تـا بتوان با مقایسه نتایج به دست آمده مناطق با بروز و شیوع بـالا را دقیقا شناسایی کرد و اقدامات لازم را در ایـن منـاطق بـا دقـت و جدیت بیشتری انجام داد. پیشنهاد دیگر انجام یک مطالعه کیفـی و مصاحبه با افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند یا خانواده‌های آن‌ها می باشد، که می‌تواند درک عمیق‌تری از زمینه این اقـدام را فراهم کند.

تضاد منافع: مؤلف اظهار می دارد که هیچ گونه تضاد منافع از تالیف و یا انتشار این مقاله ندارد.

حمایت مالی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهـدان حمایـت های مالی را این مطالعه را بر عهده داشته است.

سهم نویسندگان

حسین ایزدی راد: طراحی، اجرای مطالعه و تدوین مقاله

مهدی زنگنه بایگی: همکاری در طراحی و تدوین مقاله

فرشته نارویی: همکاری در گرد آوری، تحلیل داده ها و نگارش مقاله

پریسا محمدی: بازبینی کلی و نهایی و ویرایش مقاله

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کارکنان واحـد سـلامت روان معاونـت بهداشـتی و بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که در جمع آوری داده ها همکاری نمودنـد تشـکر و قـدردانی بـه عمـل می آید.

منابع

1. Langmann C. Suicide, firearms, and legislation: A review of the Canadian evidence. Preventive Medicine 2021; 152:50-70

2. Khan Amiri D, Madsen T, Norredam M, Brande S, Mittendorfer-Rutz, E, Nordentoft M, et al. Suicide and Suicide Attempts Among Asylum-Seekers in Denmark. Archives of Suicide Research 2021;3:1-11

3.Mills PD, Watts BV, Hemphill RR. Suicide and Suicide Attempts on Hospital Grounds and Clinic Areas. Patient Safety 2021;17: 423-428

4.Wiglesworth A, Abate JP, Klimes-Dougan B. Suicide Prevention Public Service Announcements. Crisis 2021; 42:448-454

5. de Mendonça Lima CA, De Leo D, Ivbijaro G, Svab I. Suicide prevention in older adults. Asia-Pacific Psychiatry 2021; 13:124-34

6. Corpuz JCG. COVID-19 and suicide: when crises collide. Public Health 2021; 43: 747-748

7.Gowda GS, Shadakshari D, Vajawat B, Reddi VSK, Math SB, Murthy P. Suicide in Indian prisons. Lancet Psychiatry 2021;8: 19-34

8.Moraes SMAB, Barbosa VFB, Alexandre ACS, Santos SCD, Guimarães FJ, Veras JLA. Risk of suicide among nursing students. Revista Brasileira de Enfermagem 2021;74: 214-220

9.Pontiggia M, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. Sopravvivere al suicidio di una persona cara: impatto e interventi di supporto per i sopravvissuti (postvention) Surviving the suicide of a loved one: impact and postvention. Recenti Progressi in Medicina 2021; 112:728-741

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]

10.Bell J, Westoby C. Suicide Exposure in a Polymediated Age. Frontiers in Psychology 2021; 12:694-702
11.Davies R. The impact of patient suicide on the psychiatrist. Australas Psychiatry 2021; 29:705-706
12. Bornovski, Y, Jackson-Shaheed, E, Argraves, S, Hitchins, A, Tolchin, B, Galluzzo, D, et al. Suicide and Seizures: A National Cohort Study in Veterans. Neurology. Clinical Practice 2021; 11:372-376
13.Silva DAD, Marcolan JF. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. Florence Nightingale 2021; 29:294-302
14.Asarnow JR, Chung B. Editorial: COVID-19: lessons learned for suicide prevention. Child psychology and psychiatry, andA Disciplines 2021;62:919-921
15.Henry M. Suicide prevention: A multisectorial public health concern. Preventive Medicine 2021; 152:106-117
16.Colon-Rivera H, Rolin AI, Dixon LB. Adolescent Suicide: Identifying Risk and Implementing Interventions. American Psychiatric Association 2021; 72:1240-1241
17.Albright RH, Tower DE. Editorial: Suicide Prevention in Podiatry.published online ahead of print, 2021 Sep 8. American Podiatric Medical Association 2021; 21:183-194
18.Schuman DL, Buchanan S, Boehler J, Flaherty C. The suicide of Private Danny Chen: An interpersonal theory perspective. Ahead, 2021;5:1-10
19.Ahmed HU, Hossain MD, Aftab A, et al. Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia Region: A systematic review. Public Health 2017; 6:60-66
20.Mirahmadizadeh A, Rezaei F, Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Baseri A. Epidemiology of suicide attempts and deaths: a population-based study in Fars, Iran. Public Health 2020; 42: 1-11
21.Talebi M, Afshari R, Talebi Deloui R, Amaemi E, Tosali S. Investigating the relationship between suicide attempts and different periods of the menstrual cycle in women. Iranian Journal of Women, Obstetrics and Infertility 2013; 15: 1-6
22.Rostami M, Jalilian A, Mahdavi SA, Bagheri N. Spatial heterogeneity in gender and age of fatal suicide in Iran. Research in health sciences 2021;22: 541-553
23.Benton TD. Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. Child and adolescent psychiatric clinics of North America 2022; 31:211-221
24.Asadiyun M, Daliri S. Suicide Attempt and Suicide Death in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis Study. Psychiatry 2023; 18:191-212
25.Malakouti SK, Nojomi M, Ghanbari B, Rasouli N, Khaleghparast S, Farahani IG. Aftercare and Suicide Reattempt Prevention in Tehran, Iran. Crisis 2022; 43:18-27
26. Abbasi-Ghahramanloo A, Jafarzadeh M, Pourfarzi F, et al. Characteristics of suicide attempts in Northwestern Iran: a five-year population-based survey. BMC Psychiatry Journal 2024; 24:15-23
27.Moftakhar L, Azarbakhsh H, Piraee E, Rezaei F, Mirahmadizadeh A. Suicide attempts and deaths by self-immolation: A population-based study in Fars (Iran), 2011-2019. Medicine, science, and the law2023; 63:22-30
28. Rakhshani T, Abbasi T, Kamyab A, Jeihooni AK. Suicide attempts and related factors in patients referred to Gachsaran Hospital, Iran. Journal of Heliyon 2022; 8: 23-31

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/payesh.24.3.399]