

# بررسی ارتباط بین استرس‌های یک‌ساله اخیر و اقدام به خودکشی در شهرستان فلاورجان سال‌های ۹۱-۱۳۹۰

شمیلا مشرف<sup>۱</sup>، غفور موسوی<sup>۲</sup>، حمید رضا روح افزا<sup>۳</sup>، میترا ریحانی<sup>۴</sup>، شهناز شوشتری زاده<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**زمینه و هدف:** خودکشی در بین همه طبقات مختلف جمعیتی رخ می‌دهد. برخی متغیرهای روانی، اجتماعی و بهداشتی نقش مؤثرتری در اقدام به خودکشی دارند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین استرس‌های یک‌ساله اخیر با اقدام به خودکشی است.

**مواد و روش‌ها:** در یک بررسی توصیفی-تحلیلی، و گذشته‌نگر همه افراد اقدام‌کننده به خودکشی که طی سال‌های ۹۰ و ۹۱ نمونه‌گیری به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) فلاورجان مراجعه کرده بودند از نظر استرس‌های مختلف اقتصادی، ارتباطی و احساسی، شغلی، تحصیلی، جنسی و ازدواج، فقدان و فوت، و بیماری به وسیله پرسش‌نامه مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج از طریق نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ارتباط بین سن ( $P = 0/026$ )، سطح تحصیلات ( $P = 0$ )، جنس ( $P < 0/05$ )، تأهل ( $P = 0/037$ )، استرس‌های اقتصادی ( $P = 0/001$ )، استرس‌های شغلی ( $P = 0$ )، استرس‌های جنسی و ازدواج ( $P = 0$ ) و اقدام به خودکشی معنی‌دار بود. حداکثر فراوانی در زیر ۲۴ ساله‌ها، زنان خانه‌دار، افراد در حال تحصیل، و روستاییان بود. در غالب موارد انگیزه‌های ارتباطی به عنوان انگیزه اقدام مطرح گردید.

**نتیجه‌گیری:** اقدام به خودکشی در هر منطقه ویژگی‌های خاص خود را دارد. مداخلات پیشگیرانه در سه گروه فوق‌الذکر به‌خصوص در زمینه مهارت‌های ارتباطی در منطقه مورد مطالعه ما از اولویت زیادی برخوردار است.

**واژه‌های کلیدی:** خودکشی، اقدام به خودکشی، استرس، همه‌گیرشناسی

**ارجاع:** مشرف شمیلا، موسوی غفور، روح افزا حمید رضا، ریحانی میترا، شهناز شوشتری زاده. بررسی ارتباط بین استرس‌های یک‌ساله اخیر و اقدام به خودکشی در شهرستان فلاورجان سال‌های ۹۱-۱۳۹۰. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۴۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۰۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۸/۰۹

Email:mousavi@med.mui.ac.ir

- ۱- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
- ۳- استادیار، مرکز تحقیقات قلب و عروق، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران
- ۵- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران

## مقدمه

انسان در طول زندگی دچار بحران‌ها و مشکلات زیادی می‌شود و گاه به دلیل فشارهای مختلف از خودکشی برای رهایی و نجات خود استفاده می‌کند. خودکشی با احساس یأس و درماندگی، استرس زیاد و غیرقابل تحمل، باریک‌تر شدن راه چاره از دیدگاه شخص و نیاز برای فرار از شرایط موجود معمولاً همراه می‌باشد.

خودکشی (Suicide) عمل خاتمه دادن حیات فرد به دست خویش تعریف شده است (۱). اقدام به خودکشی (Suicidal Attempt) یا رفتار شبه‌خودکشی (Parasuicidal Behavior) یک عمل آسیب رساندن به خود به قصد پایان بخشیدن به زندگی است گرچه این قصد ممکن است نامشخص و مبهم باشد (۲). اقدام به خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی و شایع‌ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مرکز فوریت‌های پزشکی می‌باشد. حدود ۲۰-۱۰ درصد مردم اعلام می‌کنند که دست کم یک‌بار در زندگی فکر خودکشی داشته‌اند و ۳-۵ درصد مردم دست کم یک‌بار اقدام به خودکشی کرده‌اند (۳). آمارهای موجود نشان می‌دهد که بالاترین میزان خودکشی در دنیا مربوط به کشورهای آمریکا و ژاپن و برخی کشورهای اروپای شرقی ذکر می‌کنند. خودکشی هشتمین علت مرگ و در سنین ۲۴-۱۵ ساله سومین عامل مرگ می‌باشد. پدیده خودکشی حاکی از یک ناهنجاری اجتماعی نیز می‌باشد. در هر سال در آمریکا بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند و آمار در مورد اقدام به خودکشی حدود ۶۵۰۰۰۰ نفر می‌باشد (۴). در ایران کارشناسان سازمان بهزیستی کشور رتبه ایران را در خودکشی ۵۸ اعلام کرده‌اند (۵). موسوی‌نسب در مطالعه خود با بررسی اطلاعات موجود در سیستم اینترنتی و پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت و مقالات منتشر شده (سال‌های قبل از ۱۳۷۰ و بعد از ۱۳۷۰) شیوع خودکشی در ایران را ۹/۴ درصد هزار اعلام کرده است (۶).

در یک مطالعه انجام شده در استان اصفهان بیش از نیمی از موارد اقدام به خودکشی مربوط به شهرستان‌های استان اصفهان بوده که کمترین میزان مربوط به شهرستان سمیرم و بیشترین میزان به ترتیب مربوط به اصفهان، خمینی‌شهر،

برخوار و میمه و لنجان بوده که احتمالاً به دلیل مهاجرپذیری، تغییرات جمعیتی ناشی از صنعت یا شیوع اختلالات خلقی در این شهرستان‌ها بوده است (۷).

در شهرستان فلاورجان نیز در بررسی که توسط بخش آمار و مدارک پزشکی بیمارستان امام خمینی (ره) صورت گرفته در طی سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴، ۵۸۰ مورد اقدام به خودکشی وجود داشته که ۳۳۲ مورد (۵۷/۲ درصد) مربوط به زنان و ۲۴۸ مورد (۴۲/۸ درصد) مربوط به مردان بوده است. این پدیده از فروردین ۱۳۸۷ تا دی‌ماه ۱۳۸۸ حدود ۲۵۳ نفر بوده است.

از نظر متغیرهای جمعیتی و اجتماعی، به ترتیب سن بالای ۴۵ سال، جنس (مذکر)، وضعیت تأهل (مجرد، مطلقه، بیوه)، اشتغال (بیکاری)، روابط بین فردی (متعارض)، سابقه خانوادگی (آشفته یا متعارض)، اختلالات روانی و جسمی مزمن به عنوان عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی مطرح شده‌اند (۸-۱۱).

برخی تحقیقات نیز نشان داده افرادی که دست به خودکشی می‌زنند دارای پنج مشخصه عمده می‌باشند: مشکلات عمده با همسر، وجود فردی متعارض در زندگی (مثل همسر دوم)، وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده، وجود بیماری جسمی شدید در فرد و شکست عاطفی. همچنین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند دارای سابقه مشکلات مزمن در ارتباط با ازدواج، فرزندان، شغل، مسایل مالی، بهداشتی و اعتیاد هستند و دو سوم از افراد متأهل دارای مشکلات زناشویی می‌باشند (۱۲). از آنجایی که عوامل روانی- اجتماعی مؤثر در اقدام به خودکشی در همه جوامع یکسان نیستند، بررسی این عوامل در هر جامعه دارای ضرورتی جدی می‌باشد. در این مطالعه با توجه به آمار رو به رشد اقدام به خودکشی اعلام شده توسط بخش آمار و مدارک پزشکی بیمارستان امام خمینی (ره) فلاورجان، و عدم انجام پژوهشی در این زمینه به بررسی استرس‌های مختلف یک‌ساله اخیر و ارتباط آن با اقدام به خودکشی در این شهرستان پرداخته‌ایم.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، همبستگی مقطعی و گذشته‌نگراست و در آن اضافه بر سن، جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات، استرس‌های تحصیلی، خانوادگی، شغلی، اقتصادی، جنسی و ازدواج، روزانه، فوت و فقدان، بیماری‌های جسمی، حمایت اجتماعی، ابتلا به بیماری روانی و انجام تکالیف مذهبی، و ارتباط آن‌ها با اقدام به خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

محیط پژوهش شهرستان فلاورجان و جامعه پژوهش را افراد اقدام‌کننده به خودکشی که به بخش اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) فلاورجان مراجعه کرده بودند تشکیل می‌دادند. در بعضی موارد که اعزام اقدام‌کننده به خودکشی به دلیل وخامت حال عمومی به صورت فوری صورت گرفته بود با مراجعه به بیمارستان‌های محل اعزام -که غالباً بیمارستان‌های نور و حضرت علی اصغر(ع) شهرستان اصفهان بودند، دسترسی به بیمار امکان‌پذیر گردید.

روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری و حجم نمونه در برگرفته تمامی افرادی که در شهرستان فلاورجان از (۹۰/۱/۲۵) تا (۹۱/۱/۲۵) اقدام به خودکشی داشته و به اورژانس بیمارستان امام خمینی (ره) فلاورجان مراجعه کرده بودند می‌گردید. لذا حجم نمونه شامل ۴۶۶ نفر بود.

روش جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه بود که از طریق مصاحبه و مشاهده تکمیل گردید. پرسش‌نامه شامل هفت قسمت بود: مشخصات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری‌های قبلی (جسمی و روانی)، اطلاعات مربوط به تکالیف مذهبی، و پرسش‌نامه سنجش سلامت روان (PHQ-9)، اطلاعاتی در مورد اقدام به خودکشی، و نیز اطلاعات مربوط به عوامل استرس‌زا، و نیز پرسش‌نامه حمایت اجتماعی. پرسش‌نامه سلامت روان دارای ۹ سؤال و مشتمل بر ضوابط تشخیصی افسردگی عمده بر اساس DSM می‌باشد (۱۳). نمره هر سؤال بین صفر (هیچ‌گاه) و ۳ (هر روز) متغیر می‌باشد. در پرسش‌نامه مذکور افراد به پنج دسته غیر افسرده (نمره ۰-۴)، افسردگی خفیف (نمره ۵-۹)، افسردگی نسبتاً شدید (نمره ۱۵-۱۹) و افسردگی شدید (نمره ۲۰) تقسیم می‌شوند. نقطه برش ۱۰ برای بیماران

افسرده تعیین شده است. روایی و پایایی آن (با حساسیت ۸۷ درصد و ویژگی ۸۹ درصد) مورد تأیید قرار گرفته است (۱۴).

بخش ششم پرسش‌نامه شامل بررسی موارد استرس‌زا بود که در این قسمت از پرسش‌نامه عوامل تنش‌زای مزمن که شامل بررسی ۴۶ عامل تنش‌زای مطرح می‌باشد استفاده گردید. عوامل تنش‌زای پرسش‌نامه مذکور در ۱۰ حیطه: خانوادگی (درگیری و ناسازگاری با فرزند یا والدین، ناسازگاری با همسر، طلاق و جدایی از همسر، مورد تهمت و افترا قرار گرفتن، درگیری حقوقی و قضایی، اعتیاد به مواد مخدر یا دارو و نگرانی از معتاد شدن یکی از اعضا خانواده)، اقتصادی (بالا رفتن هزینه‌های زندگی، درآمد ناکافی، بدهکاری کم یا متوسط، گرفتن وام سنگین از بانک و مشکلات مالی سنگین)، اجتماعی (نگرانی و احساس ناامیدی نسبت به آینده، تحولات عمده اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، احساس تبعیض در جامعه و نداشتن حمایت اجتماعی)، فردی (عدم امنیت در جامعه، احساس غربت و تنهایی، احساس عقب افتادن در زندگی نسبت به دوستان و آشنایان، احساس ناهماهنگی در محل زندگی با سایر افراد و نداشتن دوست صمیمی)، شغلی و امنیت (دستمزد کم، کار پرمشقت و یا با مسؤولیت سنگین، نگران نسبت به آینده شغلی، بیکاری موقت یا طولانی، سر و کله‌زدن با ارباب رجوع، درگیری با رئیس و همکاران، فضای فیزیکی نامناسب محیط کار، افزایش ساعات کاری)، تحصیلی (مشکلات تحصیلی، شرکت در یک امتحان مهم مثل کنکور، شکست در یک امتحان مهم مثل کنکور، هزینه سنگین تحصیلی)، فوت و فقدان (مرگ یکی از اقوام درجه ۲، بیماری شدید جسمی سایر اعضا خانواده، مرگ یکی از والدین، برادر، خواهر یا همسر، دور شدن فرزند از خانواده)، جنسی و ازدواج (مشکل جنسی، حاملگی خواسته یا ناخواسته و تولد فرزند)، روزانه (تغییر در عادات زندگی مثل خواب، خوراک و زمان غذا خوردن، آلودگی هوا و ترافیک)، سلامتی (بیماری خفیف و بیماری شدید که منجر به بستری شدن گردد) طبقه‌بندی می‌شوند.

روایی و پایایی آن توسط روح‌افزا و همکاران مورد مطالعه قرار گرفته به صورتی که آلفای کرونباخ آن ۹۲ درصد می‌باشد (۱۵). لازم به توضیح می‌باشد در این پرسش‌نامه ابتدا داشتن یا

## یافته‌ها

میانگین سنی اقدام‌کنندگان  $10/05 \pm 24/97$  (پایین‌ترین سن ۱۰ و بالاترین سن ۸۰ سال) بود و ۲۷ درصد آن‌ها در گروه سنی ۱۵-۱۹ سال و ۲۶/۴ درصد در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال قرار داشتند. ۶۴/۴ درصد اقدام‌کنندگان زن، ۶۲/۷ درصد ساکن مناطق روستایی، ۳۹/۱ درصد خانه‌دار و ۳۰/۱ درصد در حال تحصیل (دانشجو یا محصل) بودند. ۵۱/۷ درصد افراد مجرد و ۴۸/۹ درصد دارای سطح تحصیلات دبیرستان بودند. ۴۷/۳ درصد زنان متأهل و ۵۸/۴ درصد مردان مجرد بودند (جدول ۱)

۷۰/۶ درصد افراد وضعیت اقتصادی خود را متوسط بیان نمودند. ۴۱/۲ درصد افراد میزان تعهد خود به انجام تکالیف مذهبی را متوسط بیان نمودند. تنها ۱۲ درصد نمونه‌های پژوهش افسردگی شدید و ۱۴/۸ درصد افسردگی نسبتاً شدید را نشان دادند که این میزان به تفکیک جنس در ۱۳/۲ درصد مردان و ۱۲/۱ درصد زنان افسردگی شدید و ۱۴/۵ درصد مردان و ۱۳/۴ درصد زنان افسردگی نسبتاً شدید گزارش گردید.

۵۸/۶ درصد افراد وجود افکار مکرر راجع به خودکشی را انکار و اقدام خود را به شکل ناگهانی ذکر نمودند. ۸۷/۸ درصد افراد بدون نقشه قبلی اقدام به خودکشی کرده بودند. ۸۷/۱ درصد سابقه اقدام به خودکشی نداشتند. ۲/۱ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی مکرر تعداد دفعات اقدام به خودکشی ۳ بار گزارش نمودند. در ۹۵/۳ درصد موارد سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی وجود نداشت.

در ارتباط با انگیزه اصلی اقدام به خودکشی، مسایل ارتباطی با ۴۱/۲ درصد بیشترین انگیزه اقدام به خودکشی بود. از جمله مسایل ارتباطی می‌توان به درگیری با والدین یا فرزندان، ناسازگاری با همسر، طلاق، ناسازگاری با خانواده همسر و جلب توجه اشاره نمود که در بین آن‌ها ناسازگاری با خانواده همسر (۸۷/۵ درصد)، ناسازگاری با همسر (۸۰/۶ درصد) و جلب توجه (۷۵ درصد) بیش‌تر از بقیه موارد بود. مسایل احساسی نیز ۳۱/۸ درصد موارد انگیزه اقدام به خودکشی را به خود اختصاص دادند که شامل: احساس ناامیدی و تنهایی،

نداشتن استرس مشخص گردید (فراوانی) سپس در مورد هر استرس بر اساس معیار لیکرت نمرات ۵-۱ داده شد (شدت استرس) که هر چه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر استرس می‌باشد. سپس در هر زیر گروه مقایسه‌ها به تفکیک جنس نیز انجام شد.

بخش هفتم پرسش‌نامه شامل پرسش‌نامه حمایت اجتماعی Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Support) بود که شامل ۱۲ آیتم است که در سه زیرگروه: حمایت خانواده، حمایت دوستان و دیگران قابل طبقه‌بندی و بررسی می‌باشد. روایی پرسش‌نامه مذکور با آلفای کرونباخ ۹۵ درصد مورد تأیید قرار گرفته است (۱۶).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش از آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و جداول توزیع فراوانی استفاده شد. داده‌های خام از طریق نرم افزار spss وارد کامپیوتر شد و از روش‌های آماری آزمون تی (T test)، مجذور کای و رگرسیون لجستیک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. جهت بررسی میزان ارتباط بین عوامل استرس‌زای مختلف و اقدام به خودکشی در هر زیر گروه مقایسه‌ها بر اساس فراوانی و به تفکیک جنس صورت گرفت و مقادیر میانگین، میانه و انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقدار برای هر استرس مشخص گردید. همچنین میانگین فراوانی و شدت استرس‌ها و مقایسه آن‌ها در دو جنس انجام شد.

در انتها برای بررسی اثر هر یک از استرس‌ها (خانوادگی، اقتصادی، شغلی، تحصیلی، بیماری جسمی، فوت و فقدان، اجتماعی و فردی) به همراه متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و میزان افسردگی)، بر خطر بروز اقدام به خودکشی ناگهانی (تکانشی) از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد. به این منظور کلیه متغیرهای فوق در قالب متغیر مستقل وارد یک مدل رگرسیون لجستیک گردید. متغیر پاسخ در این مدل نوع خودکشی (ناگهانی و با افکار قبلی) بود. سپس با استفاده از رویکرد عقب‌گرد متغیرها، عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی ناگهانی مشخص گردیدند.

پژوهش مثل منابع محدود حل مسأله، محدود شدن منابع عاطفی، ارتباطات کمتر توسعه یافته و این که بعضی مناطق روستایی به تازگی به شهر تبدیل شده‌اند و عملاً تفاوت زیادی از نظر امکانات و شرایط اقتصادی - اجتماعی بین مناطق شهری و روستایی این شهرستان وجود ندارد و تنها تفاوت آن‌ها در رابطه با تعداد جمعیت این مناطق باشد، بنابراین در این پژوهش تفکیک مناطق شهری و روستایی نمی‌تواند کاملاً بیانگر تفاوت میزان شیوع خودکشی در مناطق شهری و یا روستایی باشد. ممکن است توسعه ارتباطات از طریق ماهواره‌ها و آموزش‌های نامناسب برخی از آن‌ها، به همراه توانایی‌های ضعیف حل مسأله را هم جزء عوامل مؤثر در این پدیده ذکر نمود. خودکشی در تمام فرهنگ‌ها روی می‌دهد حتی در فرهنگ‌های بدوی، ولی در فرهنگ‌های صنعتی رایج‌تر به نظر می‌رسد. میزان خودکشی در مناطقی که خانواده‌ها و اعتقادات مذهبی مستحکم‌تر هستند پایین می‌باشد (۲۳).

- از ۴۶۶ نفر اقدام‌کننده ۳۰۰ اقدام به خودکشی مربوط به زنان (۶۴/۴ درصد) و ۱۶۶ مورد (۳۵/۶ درصد) مربوط به مردان بوده است ( $p = ۰/۰۵$ ). تقریباً در اکثر این مطالعات میزان اقدام به خودکشی در زنان بالاتر گزارش شده است (۱۹،۲۰،۲۵). جنگ نسبت خودکشی مردان به زنان را در هند ۱/۳ به ۱ گزارش نمود (۲۵). خطر خودکشی منجر به مرگ در زنان نسبت به مردان کمتر می‌باشد (۲۶). با این حال زنان ۴ بار بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند. شاید علت این باشد که زنان در ابراز احساسات خود آزادتر هستند و نیز روش‌های مورد استفاده توسط آن‌ها جهت اقدام به خودکشی ملایم‌تر می‌باشد. (۴،۲۲،۲۷).

- ۳۹/۱ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی خانه‌دار و ۳۰ درصد دانشجو یا محصل و ۱۰/۳ درصد افراد بیکار بودند. برخی مطالعات دیگر میزان خودکشی در افراد بیکار بیشتر نشان می‌باشد (۲۸). در مطالعه نجومی نیز ۲۹/۸ درصد در گروه مردان افراد بیکار و در گروه زنان ۶۷/۵ درصد خانه‌دار بودند (۲۴). حداکثر فراوانی اقدام به خودکشی در خانه‌داران

تهدمت و افترا و درگیری عاطفی بودند. در ۱۰/۱ درصد موارد نیز مسایل اقتصادی به عنوان انگیزه اقدام به خودکشی ذکر گردید که شامل: بیکاری موقت یا طولانی مدت، مشکلات مالی و بدهکاری، کار پرمشقت و سنگین، و نگرانی نسبت به آینده شغلی بود. به تفکیک جنس ۷۰/۲ درصد مردان مشکلات اقتصادی و ۷۱/۴ درصد زنان مشکلات ارتباطی را انگیزه اصلی اقدام به خودکشی بیان نمودند. روش به کار رفته جهت اقدام به خودکشی در ۹۸/۱ درصد موارد استفاده از انواع مواد شیمیایی (قرص و سموم علف‌کش و آفت‌کش‌ها) و در ۱/۹ درصد موارد حلق آویز نمودن بوده است. هیچ موردی از خودسوزی گزارش نشد.

در ارتباط با تأثیر موارد استرس‌زا در اقدام به خودکشی، در هر زیر گروه مقایسه‌ها بر اساس فراوانی و به تفکیک جنس صورت گرفت و نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است. بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در گروه‌های سنی ۲۴-۱۵ سال صورت گرفته است ( $p = ۰/۰۲۶$ ).

نتایج مطالعات قاسمی، صفاء، کوشان، مولوی و هم‌چنین مطالعات انجام شده در کبک شمالی نیز نشان می‌دهد که بیشترین افراد اقدام‌کننده به خودکشی نوجوانان و جوانان می‌باشند (۲۱-۱۷) افراد مسن کمتر از جوانان اقدام به خودکشی می‌کنند اما در صورت اقدام خودکشی آن‌ها موفق‌تر می‌باشد. (۴،۲۲) سیدمحمدی معتقد است خودکشی در بین افراد جوان رو به افزایش است و این میزان بین سنین ۲۰ و ۲۵ سالگی بالاتر می‌باشد، به طوری که میزان خودکشی در آن‌ها تقریباً ۲۸ درصد هزار نفر می‌باشد (۲۳). این پدیده می‌تواند به دلیل تغییرات عمده دوران نوجوانی مثل تغییرات جسمی، روانی مربوط به بلوغ، احساس نگرانی نسبت به آینده، ضعف قدرت حل مسأله، مسایل مربوط به هویت در شرایط ارتباطات گسترده کنونی و بدون حمایت کافی خانوادگی باشد. - ۶۲/۷ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی در مناطق روستایی سکونت داشته‌اند ( $p = ۰/۷۳$ ). اما در بررسی صفا ۷۹/۱ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی ساکن مناطق شهری بودند (۱۸). با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی حاکم بر محیط این

جریان رکود اقتصادی افزایش می‌یابد (۲۲)، ولی از طرف دیگر افزایش فاحش تولید ملی بر حسب سرمایه و صرفاً بالا بودن سطح اقتصادی زندگی، با استرس‌های مرتبط در رفتار خودکشی سهیم هستند (۱). لذا به نظر می‌رسد نقش عوامل دیگر در این رابطه برجسته‌تر باشد.

- ۸/۶ درصد افراد سابقه بیماری روانی مزمن را ذکر نمودند ( $p = ۰/۶۲$ ) که در غالب موارد افسردگی (۸۶/۴ درصد) بود. ولی تنها ۱۲ درصد آن‌ها افسردگی شدید و ۱۴/۸ درصد افسردگی نسبتاً شدید داشتند. رابطه بین ابتلا به انواع اختلالات روانی به خصوص افسردگی با اقدام به خودکشی در مطالعات متعددی تأیید گردیده است (۳۳، ۳۱، ۲۸، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷). علت فراوانی نسبتاً کمتر گزارش سابقه بیماری‌های روانی مزمن در نتایج مطالعه ما ممکن است به علت جوان بودن اکثر افراد اقدام کننده در این مطالعه ما باشد.

- در غالب موارد اقدام به خودکشی به طور ناگهانی (۵۸/۶ درصد) و بدون طرح و نقشه قبلی (بیش از ۸۰ درصد) انجام شده است و نیز غالباً سابقه اقدام قبلی (۸۷/۱ درصد) و یا سابقه خانوادگی اقدام (۹۵/۳ درصد) را مطرح ننموده‌اند. این یافته‌ها تاحدودی به مطالعه قاسمی مبنی بر این که یک سوم افراد اقدام کننده دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی بودند (۷) نزدیک‌تر است، ولی با نتایج جنگ مبنی بر این که میزان خودکشی در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی و رفتار خودکشی (اقدام به خودکشی یا خودکشی منجر به مرگ) در فامیل درجه یک داشته‌اند بیشتر از گروه کنترل بوده است و این که وجود رفتار خودکشی در وابستگان درجه ۱ را به عنوان عوامل خطر عمده اقدام به خودکشی بیان نموده است (۲۸) در تعارض می‌باشد. ممکن است پدیده خودکشی‌های تقلیدی و نقش رسانه‌های اینترنتی و ماهواره‌ها، مسایل مربوط به هویت، و نیز ضعف مهارت‌های حل مسأله (حدود ۵۹ درصد زیر ۲۴ ساله و ۳۲ درصد زیر ۱۹ ساله) در بروز این پدیده مؤثر بوده باشند (۳۵، ۳۴).

- انگیزه اصلی از اقدام به خودکشی در بیشتر موارد مسایل

ممکن است به علت پراسترس بودن و برخورداری کمتر این شغل از امکانات، و حقوق و یا احترام کافی باشد. هرچند خانواده محیط مقدس و بسیار پر اهمیتی به خصوص از نظر تربیت فرزندان و سلامت جامعه می‌باشد ولی لازم است - همان طوری که در اسلام هم به این حقوق تأکید شده - حقوق، تسهیلات، اختیارات و حرمت بیشتری برای زنان خانه‌دار در نظر گرفته و پیاده گردد.

- فراوانی بیشتر اقدام به خودکشی در افراد مجرد (۵۱/۷ درصد) با نتایج مطالعات کوشان و اشکانی (۱۹، ۲۹) مشابهت، ولی با نتایج پورمند و مولوی (۲۰، ۳۰) مبتنی بر فراوانی بیشتر در افراد متأهل، مغایرت دارد. ممکن است این تفاوت به علت تفاوت محیط پژوهش باشد. لازم به یادآوری است که مطالعه حاضر دربرگیرنده تقریباً تمامی افرادی بوده است که در یک شهرستان اقدام نموده‌اند و فقط یک نمونه بیمارستانی نبوده است. لذا احتمال نزدیک‌تر بودن آن به واقعیت بیشتر است.

- حداکثر فراوانی اقدام در افراد با تحصیلات دبیرستانی (۴۸/۹ درصد) و معنی دار بودن تفاوت آن با سایر سطوح تحصیلی ( $p = ۰$ )، مشابه نتایج سایر مطالعات در این مورد می‌باشد (۳۲، ۳۱، ۲۴، ۱۸، ۷). ممکن است این پدیده به علت مشکلات کاریابی با این سطح تحصیلات باشد، ولی مشکلات دیگری از قبیل بلوغ، کسب هویت، و شروع بیشتر برخی اختلالات روانی در این سنین از عوامل دیگر قابل تصور در این رابطه می‌باشد. گزارش فراوانی ترک تحصیل و شکست در امتحانات به عنوان بیشترین موارد استرس تحصیلی در افراد مورد مطالعه، از نکات مؤید این احتمال می‌باشند.

- ۷۰/۶ درصد افراد وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش نمودند ( $p=۰/۱۲$ ). یافته‌های مطالعات مختلف در این رابطه متفاوت است. به عنوان مثال مولوی (۱۱) و مانور انجیتام (۳۳) سطح اجتماعی - اقتصادی پایین، و مولوی سطح اجتماعی - اقتصادی متوسط (۲۰) را با اقدام به خودکشی مرتبط ذکر کرده‌اند. مطالعات دیگری نشان داده که فقر و بیکاری با میزان بالای خودکشی مرتبط هستند و میزان خودکشی در

ارتباطی (۴۱/۲ درصد) و احساسی (۳۱/۸ درصد) و در درجه بعد مسایل اقتصادی (۱۰/۱ درصد) ذکر شده است. این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات قبلی داخل کشور که مشاجره خانوادگی (۳۲) و یا مسایل ارتباطی و احساسی (۱۲،۳۷،۳۸)، و یا ناسازگاری زناشویی (۱۹) را با اقدام به خودکشی مرتبط یافته‌اند همخوانی دارد، و بر ضرورت کار روی مهارت‌های ارتباطی، بین‌فردی، و خانوادگی تأکید دارد.

- بیشترین روش به‌کار رفته جهت اقدام به خودکشی (۹۸/۱ درصد) استفاده از انواع داروها و مواد شیمیایی (سموم علف‌کش و آفت‌کش‌ها)، که با نتایج بسیاری از نتایج مطالعات قبلی در این زمینه همسو می‌باشد (۳۰،۲۰).

- میانگین فراوانی موارد استرس‌زا ۱۳/۷۵ مورد در طی یک‌سال قبل از اقدام بود، ولی این فراوانی در مردان اقدام‌کننده به خودکشی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بوده است ( $P = ۰/۰۱$ ). همچنین میانگین شدت استرس‌ها نیز در مردان بیشتر از زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود ( $P = ۰/۰۱۱$ ). در مردان استرس‌های اقتصادی ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و شغلی ( $P = ۰/۰۰$ ) بیشتر از زنان، و در زنان استرس‌های جنسی و ازدواج ( $P = ۰/۰۰$ ) بیشتر از مردان بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد مردان احساس مسؤلیت بیشتری برای حمایت اقتصادی خانواده در مقایسه با زنان دارند ولی زنان نقش پررنگ‌تری در حمایت عاطفی و روحی- روانی خانواده بازی می‌کنند و مشکلات مربوط به ایفای این نقش‌ها در خانواده می‌تواند در اقدام به خودکشی مؤثر باشند. در مطالعات قبلی نیز مشکلات اقتصادی و خانوادگی، درگیری با همسر، تعارضات زناشویی و اختلاف بین والدین در مطالعات مختلف به‌عنوان علل اقدام به خودکشی ذکر شده‌اند (۳۹، ۳۸، ۲۴، ۲۰، ۱۸، ۱۱)، ولی یافته‌های مطالعه ما این موارد را به‌طور اختصاصی‌تری به تفکیک در مردان و زنان نشان داده است.

- آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای سن، جنس، افسردگی، استرس‌های خانوادگی، استرس‌های فوت و فقدان، و نیز استرس‌های شغلی در خطر بروز خودکشی ناگهانی (Impulsive) مؤثر می‌باشند (جدول ۳).

با ثابت بودن سایر عوامل: با یک‌سال افزایش سن، شانس خودکشی ناگهانی (در مقابل شانس خودکشی با برنامه قبلی) تقریباً ۳۳ درصد افزایش می‌یابد. شانس خودکشی ناگهانی در زنان تقریباً نصف مردان می‌باشد. با یک درجه افزایش در شدت افسردگی، شانس خودکشی ناگهانی ۳۰ درصد کاهش، ولی شانس خودکشی با افکار قبلی افزایش می‌یابد همچنین با یک واحد افزایش در شدت استرس‌های خانوادگی شانس خودکشی ناگهانی تقریباً ۱۰ درصد کاهش ولی شانس خودکشی با افکار قبلی افزایش می‌یابد. با یک واحد افزایش در شدت استرس فوت و فقدان، شانس خودکشی ناگهانی تقریباً ۲۰ درصد کاهش و شانس خودکشی با افکار قبلی افزایش می‌یابد و با یک واحد افزایش در شدت استرس شغلی، شانس خودکشی ناگهانی تقریباً ۱۰ درصد کاهش و شانس خودکشی با افکار قبلی افزایش می‌یابد.

به‌طور خلاصه یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از این است که بین هر یک از متغیرهای: سن، میزان تحصیلات، جنس، تأهل، استرس‌های اقتصادی، استرس‌های شغلی، استرس‌های جنسی و ازدواج از یک‌طرف، و اقدام به خودکشی از طرف دیگر رابطه معنی‌داری وجود دارد. ولی متغیرهای محل سکونت، وضعیت اقتصادی، ابتلا به بیماری جسمی، ابتلا به بیماری روانی، داشتن افکار مکرر خودکشی، حمایت اجتماعی، استرس‌های خانوادگی، استرس‌های تحصیلی، استرس‌های فوت و فقدان، افسردگی اساسی، این ارتباط معنی‌دار را با اقدام به خودکشی را نشان نداده‌اند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اتکا به اظهارات خود بیماران در برخی موارد اشاره نمود (مانند وضعیت اقتصادی، و انگیزه‌ها)، که امید است در مطالعات تکمیلی بعدی به‌صورت عینی‌تری در آید. محدودیت دیگر مطالعه می‌تواند تمرکز بر روی موارد ارجاع شده به بیمارستان امام خمینی باشد. هرچند که این بیمارستان تنها بیمارستان شهر است و مرکزلیه ارجاعات می‌باشد اما ممکن است که تعداد کمی از اقدام‌کنندگان فقط به مطب‌های خصوصی مراجعه نموده و یا این‌که بدون درمان‌جویی بهبود یافته باشند، ولی بهر صورت به‌عنوان یک محدودیت قابل ذکر است.

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک افراد اقدام کننده به خودکشی

متغیر	فراوانی	درصد
سن	۱۰-۱۴	۵/۴
	۱۵-۱۹	۲۷
	۲۰-۲۴	۲۶/۴
	۲۵-۲۹	۱۹/۱
	۳۰-۳۴	۸/۲
	۳۵-۳۹	۶/۲
	>۴۰	۷/۷
جنس	زن	۶۴/۴
	مرد	۳۵/۶
محل سکونت	شهر	۳۷/۳
	روستا	۶۲/۷
تاهل	مجرد	۵۱/۷
	متاهل	۴۳/۸
	بیوه	۲/۴
	طلاق گرفته	۱/۲
	بی سواد و ابتدایی	۱۳/۷
تحصیلات	راهنمایی	۲۸/۸
	دبیرستان	۴۸/۹
	دانشجو	۵/۶
	فارغ التحصیل	۳
	دانشگاه	۱۴
	کارمند و کارگر	۸/۲
شغل	خانه دار	۳۹/۱
	دانشجو یا محصل	۳۰/۱
	آزاد	۱۰/۸
	بازنشسته	۱/۵
	بیکار	۱۰/۳



جدول شماره ۲. مقایسه فراوانی موارد استرس‌زا در زنان و مردان اقدام کننده به خودکشی

نوع استرس	کل ۴۶۶ نفر	مرد ۱۶۶ نفر	زن ۳۰۰ نفر	سطح معنی داری
تحصیلی	۰/۷۱	۰/۶۸	۰/۷۲	۰/۷۲۲
خانوادگی	۱/۷۹	۱/۷	۱/۸۴	۰/۳۲۲
شغلی و امنیت شغلی	۲/۱۱	۳/۳	۱/۴۶	۰/۰۰
اقتصادی	۲/۳۹	۲/۷۸	۲/۱۷	۰/۰۰۱
فردی	۲/۵۵	۲/۴۱	۲/۶۲	۰/۱۷۵
جنسی و ازدواج	۰/۳	۰/۲۲	۰/۳۴	۰/۰۰
روزانه	۰/۶۷	۰/۷	۰/۶۵	۰/۴۸۴
فوت و فقدان	۰/۶۴	۰/۶۶	۰/۶۳	۰/۷۸۳
بیماری جسمی	۰/۳۴	۰/۳۵	۰/۳۳	۰/۶۲۰
اجتماعی	۲/۲۵	۲/۲۴	۲/۲۵	۰/۹۳۳

جدول شماره ۳. ضرایب رگرسیون لجستیک و نسبت شانس ها برای اقدام به خودکشی

متغیر	ضریب	خطای معیار	سطح معنا داری	نسبت شانس
سن	۰/۰۲۶	۰/۱۳	۰/۰۴۵	۱/۰۲۶
جنس	-۰/۶	۰/۲۵۲	۰/۰۱۷	۰/۵۴۹
افسردگی	-۰/۳	۰/۱۰۹	۰/۰۰۶	۰/۷۴۱
استرس خانوادگی	-۰/۰۸۶	۰/۰۱۹	۰/۰۰	۰/۹۱۸
استرس فوت و فقدان	-۰/۲۱۲	۰/۰۴۸	۰/۰۰	۰/۸۰۹
استرس شغلی	-۰/۰۶۵	۰/۰۱۴	۰/۰۰	۰/۹۳۸
مقدار ثابت	۲/۶۰۰	۰/۶۰۸	۰/۰۰	۱۳/۴۷

به مداخله در مورد آن‌ها راهگشای ما به سمت افق‌های بهتری باشد.

#### تشکر و قدردانی

مجری و همکاران طرح مراتب تشکر و قدردانی خود را از: ریاست و معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان (جهت کمک مالی در اجرای طرح)، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ریاست مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (جهت کمک مالی در اجرای طرح)، ریاست و مدیریت بیمارستان امام خمینی (ره) فلاورجان، مسؤولین محترم مرکز بهداشت، فرماندار و مسؤولین فرمانداری شهرستان فلاورجان و کسانی که در تدوین و اجرای طرح کمک نمودند اعلام می‌دارند.

#### بحث و نتیجه‌گیری

در یک نگاه کوتاه و کلی می‌توان ویژگی‌های بارزتر و قابل توجه نتایج این مطالعه را در ابعاد زیر مورد اشاره قرار داد: حداکثر فراوانی اقدام به خودکشی در سنین زیر ۲۴ سالگی (۵۹ درصد) و به‌ویژه زیر ۱۹ سالگی، در روستاییان (۶۲ درصد)، در افراد در حال تحصیل (۳۰ درصد)، در زنان خانه‌دار (۳۹ درصد، شبیه به مطالعات قبلی)، غالب بودن انگیزه ارتباطی در اقدام به خودکشی (۴۱ درصد) و فراوانی کمتر سابقه بیماری‌های روانی مزمن (۸/۶ درصد). این موارد ضرورت تمرکز کار بهداشت روانی و سایر دستگاه‌ها را برای پرداختن به امور نوجوانان و جوانان، دانش‌آموزان و دانشجویان، و زنان خانه‌دار به‌خصوص در زمینه مهارت‌های ارتباطی مورد تأکید قرار می‌دهد. ادامه کار با مطالعه بر روی ویژگی‌های عمیق‌تر این سه گروه، و نیز مطالعات مربوط

#### References

1. Ashuri E, Pahlevanzadeh S, Gasavi Z, Mehrabi T, Yazdani M. Psychiatric disorders and the nursing managements. Isfahan: Adinehbook; 2009.[In Persian].
2. Kushan M, Vaghei S. Psychiatric nursings, Tehran: Andishe-e-Rafia; 2004 .[In Persian].
3. Shamsi Pour H. Abnormal Psychopathology, Tehran: Arjmand; 2009 .[In Persian].
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. Trans. Rezaei F. Tehran: Arjmand; 2009. [In Persian].
5. Hefazi M. Suicid rate in Iran. Tehran: Etamad Melli Newspaper; 2008. [In Persian]
6. Mousavi Nasab N, Ghoreishi A. Systematic review of researches on suicide attempt in Iran. Iranian J psychiatry and clinical Psychology 2008; 14 : 115-21. [In Persian].
7. Ghasemi Gh, Asadolahi Gh, Mirzaei H. Comparative study of the social support, family atomosphere, and the stressful events between suicidal attempters and the control group Isfahan university of medical sciences, Behavioral sciences research center; 1999 Report No: 77050 [In Persian]
8. Zivotofsky Az, koslowsky M. Short Communication: Gender differences in coping with the major external stress of the Washington, D.C. sniper. Stress and Health . chichester 2005; 21(1): 27-31
9. Sadock B, Sadock VA . Kaplan and sadock synopsis of psychiatry and behavioral science. 10<sup>th</sup> ed . Philadelphia: Lippincott William & wilkins; 2007.
10. Moss RH. The mystery of human context and coping. Am J of community psycho 2002; 30 (1): 67-78
11. Heidari P, Faraj khoda T, Khavari Z, Bokaie M, Naseri N. Experiences of stress in rescued women from suicide. Iranian Journal of Nursing Research 2011;6(21): 68-78 [In Persian]
12. Memari A, Godarzi k, khosravi F, Amirmoradi T. The Cause of suicide in married women. Hayat 2006; 12(1): 47-53 .[In Persian].
13. Kroenke k, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16(9): 606-13
14. Pezeshki M. Screening of major depression among Iranian female teachers using a sort but valid questionnarie. Am J Epidemiology 2006; 163 (suppl) : 221
15. Roohafza HR, Ramezani MA, Sadeghi M, Shahn timer M, Zolfagari B, Sarafzadegan N. Development and validation of the streesful life event questionnaire. J public health 2011; 56(4): 441-8.
16. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley Gk. The multidimensional scale of perceived social support. J. Personality Assessment. 1988; 52(1): 30-41

17. 17. Ghasemi Gh, Koleini MM. The relationship between suicidal attempt and the last six month stresses in Noor and Emam Mosa Kazem(pbuh) [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan university of medical sciences, 1999.
18. Safa M, Mahmoudi G, Soultanifar M, Farhadi A. The study of personal, familial and psychological characteristics and drug abuse among hospitalized suicidal attempted patients in Shohadaye Ashayer. *Yafte J* 2007; 9(2): 31-7. [In Persian].
19. Koushan M, Rabbanizadeh A, Shegerfe nakhaie MR, Heidari A, Tofighian T, Maskani K. Study of the risk factor in suicide cases admitted to vaseee emergency clinic in Sabzevar. *Medical Journal of Sabzevar University of Medical Science* 2007; 15(2): 123-38.[In Persian].
20. Molavi P, Karimollahi M, Abbasi Ranjbar V, Mohammadnia H. Assessment of suicide risk factor among attempted suicide in Ardebil. *J Rehabilitation* 2008; 8(1): 67-71
21. Boothroyd LJ, Kirmayer LJ, Spreng S, Malus M, Hodgins S. Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: A case-control study. *CMAJ* 2001; 165(6):749-55
22. Keighobadi S, Asadi noghaie A. *Psychiatric nursing*. Tehran: Boshra, 2005. [In Persian].
23. Seyed mohammadi Y. *Abnormal psychology 2*. Tehran: Ravan, 2008. [In Persian].
24. Nojomi M, Malakaouti SK, Boulhari J, Poshtmashhadi M. A predictor model for suicide attempt: Evidence from a population-Based study. *Arch of Iran Med* 2007; 10(4): 452-8.
25. Cheng A, Lee C. Suicide in Asia and Far East. In: Hawton K, Vanheeringen K, Editors. *International handbook of suicide and attempted suicide*: John willey and sons; 2000: 29-48.
26. Hawton K, Van heeringen K, editors. *International handbook of suicide and attempted suicide*, Chichester: Willey; 2000: 209-21.
27. Poorafkari N. *Essential of Psychiatry*. Tabriz, Iran : Islamic Azad university; 2002.[ In Persian].
28. Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J psychiatry* 2000 ; 177: 360-5
29. Ashkani H, Dehbozorgi GHR, Emamgholipoor N. Assessment of the epidemiological factors associated with suicide among the Patients admitted in the psychiatric emergency ward. *Medical J Tabriz University of Medical Science* 2002; 56: 16-21 .[In Persian].
30. Pourmand D, Davidian L. Attempted suicide in patients with psychiatric disorders. *J Nezampezeshki* 2006; 14(1): 20-5.
31. Akouchekian Sh, Naderolasli M, Izadi N. Comparison of suicide related factors between the homeworkers and the outdoor workers suicidal attempted patients referred to Noor and Emam Mosa Kazem hospitals.[Thesis]. Isfahan, Iran Isfahan universitynof medical sciences, 2004.
32. Zhang J, Conwell Y, Zhou L, Jiang C. Culture, risk factors and suicid in rural china: A psychological autopsy case control study. *Acta Pyschiatr Scand*. 2004; 110 (6): 430-7
33. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadural P, Prasad J, Jayakaran R, Jacob KS. Risk factor for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry* 2010;196(1): 26-30.
34. Atay IM, Eren I, Gundogar D. The prevalence of death ideation and attempted suicide and the associated risk factors in Isparta, Turkey. *Turk Psikiyatri Derg* 2012; 23(2):89-98.
35. Wei S, Liu L,Bi B, Li H, Hou J, Chen w,et al. Comparison of impulsive and nonimpulsive suicide attempt patients treated in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(2): 186-91.
36. Hosein Pour M, Ghafari M, Mehrbizadeh M. Investigating cause of suicide attempt in adolescents referring to Ahwaz Golestan hospital during 2000-2001. *Jundishapour scientific Medical Journal* 2004; 41: 24-30.
37. Shirazi HR, Hosseini M, Zoladi M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian k, et al. Suicide in the Islamic Republic of Iran: An integrated analysis from 1981-2007. *East Mediterr Health J* 2012; 18(6): 607-13.
38. Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in Rural Areas. *Iranian J Psychiatry clinical psychology* 2000; 5(20): 103-103. [In Persian].
39. Heidari Pahlavian A, Maleki H. The study of Psychosocial factor of 1029 individual persons who attempted suicide in Hamedan 1994-95. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical Psychology* 2008; 3(1).[In Persian].

## Suicide Attempt and The Last Year Stresses (Falavarjan 2012-2013)

Shamila. Mosharraf<sup>1</sup>, Ghafor.Mousavi<sup>2</sup>, Hamid Reza. Roohafza<sup>3</sup>, Mitra.Reyhani<sup>4</sup>, Shahnaz Shoshtarizadeh<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** Suicide occurs in all classes of the community. Some of the demographic and social variables play more important roles in suicidal attempt. The aim of this study was to find the relationship between the suicidal attempt and the past year stresses.

**Methods and Materials:** In a retrospective descriptive-analytic survey all of the attempted suicide persons who were referred to the emergency unit of the central hospital of the falavarjan, Iran, during 13 months of the 2012-2013 were studied about different economic, educational, marital, occupational, loss, and relational stresses. The data were analyzed by T student and logistic regression under SPSS.

**Findings:** There was a significant relationship between the following factors: age ( $P = 0.26$ ), education ( $p = 0$ , educ), sex ( $p < 0.05$ ), marital status ( $p = 0.037$ ), economic stress ( $p = 0.001$ ), job stress ( $p = 0$ ), marital and sexual stress ( $p = 0$ ), and the suicidal attempt. The most frequent motivation was the relational problems.

**Conclusions:** The suicidal attempters have the unique properties in each community and culture. We suggest the most preventive programs for fewer than 24 years old, students, and the home workers, and with more attention to relational skills, in the studied population.

**Keywords:** Suicide, Suicide Attempt, Stress, Epidemiology

**Citation:** Mosharraf Sh, Mousavi Gh, Roohafza HR, Reyhani M, Shoshtarizadeh Sh. **Suicide Attempt and The Last Year Stresses (Falavarjan 2012-2013) with Multiple Sclerosis.** J Res Behave Sci 2014; 11(5):??

Received: 15.01.2013

Accepted: 23.07.2013

1-MSc of midwifery, Department of Midwifery and Nursing, Islamic Azad University, Falavarjan Branch, Isfahan, Iran

2-Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mousavi@med.mui.ac.ir

3-Assistant Professor, Department of Psychiatry, Cardiovascular Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4-MSc of nursing, Department of midwifery and nursing, Islamic Azad University Falavarjan Branch, Isfahan, Iran

5-MSc of nursing, Department of midwifery and nursing, Islamic Azad University Falavarjan Branch, Isfahan, Iran