مقایسه آمار وزارت بهداشت با آمار مرکز آمار ایران پیرامون موارد خودکشی ثبت شده در ایران

محسن رضائیان[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سازمان‌های معدودی به انتشار آمار خودکشی در سطح کشور می‌پردازند. از آن جایی که انجام یک مطالعه کشوری مقایسه‌ای روی موارد خودکشی منتشر شده ضرورتی انکارناپذیر است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه آمارهای خودکشی وزارت بهداشت با آمار خودکشی مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۳ انجام شد.

روش‌ها: در این بررسی مقطعی، کلیه آمار ارایه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به همراه آمار ارایه شده توسط مرکز آمار ایران، به تفکیک استان وارد نرم‌افزار افزار آماری STATA گردید. در مرحله بعد، تعداد جمعیت هر استان نیز به مجموعه فوق اضافه شد. سپس با استفاده از مدل آماری Poisson میزان‌های خودکشی محاسبه گردید.

یافته‌ها: در مجموع ۳۱۷۰ مورد خودکشی توسط وزارت بهداشت و ۲۴۸۶ مورد خودکشی توسط مرکز آمار ایران ثبت شده بود. در تمامی استان‌ها به جز ایلام، زنجان، قم، مرکزی، همدان و یزد تعداد موارد خودکشی ثبت شده توسط وزارت بهداشت بیشتر از آمار گزارش شده توسط مرکز آمار ایران بود. استان ایلام دارای بالاترین میزان خودکشی بر اساس آمار مرکز آمار ایران بود؛ در حالی که بر اساس آمار وزارت بهداشت، استان لرستان داری بالاترین میزان خودکشی بود.

نتیجه‌گیری: بالا بودن میزان‌های خودکشی در استان‌های غربی کشور با سایر مطالعه‌های موجود در این زمینه همخوانی داشت. همچنین بخشی از عدم همخوانی مابین آمار ارایه شده توسط وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران را می‌توان به شیوه جمع‌آوری اطلاعات توسط هر یک از این ارگان‌ها نسبت داد. تمامی این نکات نه تنها توجه خاص برای انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح در جهت پیشگیری از خودکشی را مطالبه می‌نماید، بلکه ضرورت تدوین یک نظام جامع اطلاعات برای ثبت دقیق موارد خودکشی در ایران را نیز مطرح می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: اپیدمیولوژی، خودکشی، ایران

ارجاع: رضائیان محسن. **مقایسه آمار وزارت بهداشت با آمار مرکز آمار ایران پیرامون موارد خودکشی ثبت شده در ایران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۱؛ ۸ (۷): ۱۱۹۶-۱۱۹۰.

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۴/۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۱۴

مقدمه

هر گونه اقدام ارادی و خودانگیخته که به وسیله فرد صورت گیرد و منجر به مرگ وی گردد، خودکشی محسوب می‌شود (۱). مطالعه‌ها نشان دادند که عواملی همچون مشخصات فردی، روابط اجتماعی، مشکلات مالی و قانونی، از دست دادن یکی از نزدیکان، مذهب، نژاد و حتی شرایط اقلیمی هر کدام به نحوی در بروز خودکشی مؤثر هستند (۲). مطابق با تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک

۱- اپیدمیولوژیست، استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: moeygmr2@yahoo.co.uk

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

میلیون و پانصد هزار نفر از خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد. به عبارت دیگر در سال مورد نظر به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک اقدام به خودکشی در فاصله یک تا دو ثانیه اتفاق می‌افتد (۳).

پدیده خودکشی در ایران نیز از اهمیت روز افزونی برخوردار گردیده است. اگرچه میزان‌های خودکشی در کشور ایران به نسبت پایین است، اما ارتکاب خودکشی در سنین نوجوانی و جوانی صورت می‌گیرد. بنابراین با بررسی نسبت سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی (YPLL یا Years of potential life lost)، در اثر خودکشی سال‌های بالقوه زیادی از بین می‌رود (۴). برای نمونه بررسی نسبت سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی در نتیجه علل مختلف مرگ در ۱۰ استان کشور (بوشهر، سمنان، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری، کرمانشاه، کرمان، ایلام، یزد، مرکزی و فارس) در سال ۱۳۷۹ نشان داد که خودکشی در فاصله سنی ۱۵ تا ۲۴ سالگی نزدیک به چهل درصد این سال‌ها را به خود اختصاص داده است (۵). ذکر این نکته ضروری است که مفهوم سال‌های بالقوه از دست رفته زندگی به تعداد سال‌های بالقوه زندگی اطلاق می‌گردد که در اثر مرگ از بین می‌رود (۶). رقم فوق نه تنها برای برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی، بلکه برای تصمیم‌گیران سیاسی کشور نیز در خور تأمل بسیار زیاد است (۴).

میزان خودکشی در سال ۱۳۸۰ در کل کشور ۴/۴ نفر در یکصد هزار نفر (به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ در یکصد هزار نفر از مردان و زنان کل کشور) برآورد گردید (۷). این در حالی است که همین میزان در ده استان پیش گفته از کشور ایران در سال ۱۳۷۹ برابر با ۶/۲ در یکصد هزار نفر (۶ در یکصد هزار نفر در مردان و ۶/۴ در یکصد هزار نفر در زنان) تخمین زده شد (۵). با وجود پایین بودن نسبی میزان‌های خودکشی در ایران، گروه‌های سنی و جنسی در بخش‌های مختلف کشور، الگوهای گوناگونی از خودکشی را به نمایش گذاشتند (۱۲-۸). به عنوان نمونه می‌توان به بالا بودن میزان‌های خودکشی در زنان جوان ایلامی و با بهره‌گیری از روش بسیار خشن خودسوزی اشاره نمود (۱۳).

شناخت دقیق الگوی رخداد خودکشی در سطح کشور می‌تواند به پیشگیری از این پدیده کمک‌های شایان توجهی نماید. به علاوه بررسی مقایسه‌ای مابین آمار خودکشی در سطح کشور که توسط تعداد معدودی از سازمان‌های مختلف منتشر می‌گردد، به درک میزان همخوانی، صحت و سقم این آمار منجر می‌گردد. متأسفانه شواهد موجود نشان داد که تاکنون نظیر چنین مطالعه‌ای در سطح کشور به عمل نیامده است و انجام یک مطالعه کشوری مقایسه‌ای روی موارد خودکشی منتشر شده توسط سازمان‌های مختلف در فاصله سال‌های اخیر ضرورتی انکار ناپذیر است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف مقایسه آمارهای خودکشی منتشر شده توسط وزارت بهداشت با آمارهای خودکشی منتشر شده توسط مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۳ طراحی گردید.

روش‌ها

در این بررسی مقطعی از اطلاعات ارایه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی همراه با اطلاعات ارایه شده توسط مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۳ استفاده شد. استفاده از آمار این دو ارگان نه تنها باعث شد که تصویر دقیق‌تری از سیمای خودکشی در ایران به دست آید، بلکه امکان مقایسه مابین داده‌های موجود نیز پدید آمد.

لازم به توضیح است که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای نخستین بار آمار به نسبت جامع مربوط به خودکشی در سال ۱۳۸۳ در ایران را در سال ۱۳۸۶ منتشر نمود و در دسترس عموم قرار داد (۱۴). در این آمار منتشر شده، تعداد موارد خودکشی در هر استان به تفکیک جنس و وسیله مورد استفاده درج شد. نقطه ضعف این اطلاعات عدم در نظر گرفتن متغیر سن بود. همچنین آمار استان تهران نیز ارایه نشد. در همین جا توجه به این نکته ضروری است که در سال‌های اخیر، تنها در سال ۱۳۸۳ است که با انتشار داده‌های به نسبت جامع وزارت بهداشت، امکان انجام چنین تحقیق مقایسه‌ای فراهم شد.

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

منبع آمار خودکشی سال ۱۳۸۳ مربوط به مرکز آمار ایران نیز گزارش‌های نیروهای انتظامی است. ذکر این نکته ضروری است که اطلاعات این سازمان در سال ۱۳۸۴ بر روی سایت آن جهت استفاده عمومی منتشر گردید. این آمار به تفکیک جنس و استان گزارش گردید و متغیر سن و وسیله مورد استفاده در آن لحاظ نشد. همچنین آمار سه استان خراسان جنوبی، رضوی و شمالی تحت عنوان خراسان منتشر شد.

کلیه داده‌های منتشر شده وارد نرم‌افزار آماری STATA گردید. در مرحله بعد با دسترسی به آمار جمعیتی کل کشور و تک تک استان‌ها در سال ۱۳۸۳ (جمعیت در معرض خطر) از مرکز آمار ایران و ورود آن به نرم‌افزار آماری STATA، میزان‌های خودکشی در کل کشور و به تفکیک استان‌ها با استفاده از مدل آماری Poisson محاسبه گردید. برای نمایش داده‌ها از رسم جدول بهره گرفته شد.

یافته‌ها

همان طور که در بخش قبل ذکر شد، در آمار وزارت بهداشت داده‌های مربوط به استان تهران ثبت نشده بود. بر این اساس در مجموع ۳۱۷۰ مورد خودکشی توسط وزارت بهداشت و ۲۴۸۶ مورد خودکشی توسط مرکز آمار ایران گزارش شده بود. توجه به این نکته حایز اهمیت است که ۳۹۱ مورد از آمار خودکشی مرکز آمار ایران مربوط به استان تهران بود. بنابراین با حذف خودکشی‌های صورت گرفته در استان تهران از آمار مرکز آمار ایران، این گونه می‌توان نتیجه گرفت که آمار وزارت بهداشت، ۱۰۷۵ مورد خودکشی بیشتری را در سایر استان‌های ایران گزارش کرده است.

جدول ۱ نام استان، جمعیت استان، تعداد موارد خودکشی بر اساس آمار وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران، اختلاف آمار وزارت بهداشت با مرکز آمار ایران و میزان‌های محاسبه شده در هر استان (به جز استان تهران) را برای سال ۱۳۸۳ نشان می‌دهد. بر اساس ارقام ستون پنجم جدول ۱ در تمامی استان‌ها به جز ایلام، زنجان، قم، مرکزی، همدان و یزد، تعداد موارد خودکشی ثبت شده توسط وزارت بهداشت بیشتر از آمار گزارش شده توسط پلیس می‌باشد.

بر اساس آمار مرکز آمار ایران، بالاترین میزان خودکشی با ۲۹ در ۱۰۰۰۰۰ نفر مربوط به استان ایلام و کمترین میزان خودکشی با ۰/۸ در ۱۰۰۰۰۰ نفر مربوط به استان سیستان و بلوچستان بود. علاوه بر ایلام، دو استان لرستان (۹/۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) و همدان (۸/۲ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) جملگی در غرب کشور از بالاترین میزان‌های خودکشی در سطح کشور برخوردار بودند.

این در حالی است که بر اساس آمار وزارت بهداشت، بالاترین میزان خودکشی با ۲۳ در ۱۰۰۰۰۰ نفر مربوط به استان لرستان و کمترین میزان خودکشی با ۰/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر مربوط به استان قم بود. علاوه بر لرستان دو استان ایلام (۱۸/۴ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) و کرمانشاه (۱۳/۹ در ۱۰۰۰۰۰ نفر) جملگی در غرب کشور از بالاترین میزان‌های خودکشی در سطح کشور برخوردار بودند. همچنین بر اساس ارقام مندرج در جدول ۱، آمار وزارت بهداشت ۲۳۸ مورد خودکشی بیشتر از آمار مرکز آمار ایران برای استان لرستان ثبت نموده بود که این رقم بالاترین اختلاف ثبت شده در میان تمامی استان‌های کشور بود.

بحث

نتایج مطالعه مقایسه‌ای حاضر بیانگر حداقل دو نکته بسیار مهم پیرامون اپیدمیولوژی خودکشی در ایران بود. نکته اول بالا بودن میزان‌های خودکشی در برخی از استان‌های غربی کشور بود. بالاترین میزان خودکشی بر اساس آمار مرکز آمار ایران به ترتیب در استان‌های ایلام، لرستان و همدان بود؛ در حالی که بر اساس آمار وزارت بهداشت به ترتیب در استان‌های لرستان، ایلام و کرمانشاه بود.

این یافته‌ها با یافته‌های سایر مطالعه‌های انجام شده در سطح کشور همخوانی داشت. برای نمونه، مطالعه‌های متعددی در سطح کشور نشان دادند که میزان خودکشی در استان‌های غربی به ویژه در جوانان به خصوص زنان جوان و با استفاده از روش‌های خشن و بسیار کشنده‌ای نظیر خودسوزی بالا است (۱۷-۱۵). این نکته نه تنها برانگیختن توجه خاص مسؤولین کشور برای انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح در جهت پیشگیری

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

جدول ۱: نام استان، جمعیت استان، تعداد موارد خودکشی بر اساس آمار وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران، اختلاف آمار وزارت بهداشت با مرکز آمار ایران و میزان‌های محاسبه شده خودکشی در هر استان برای سال ۱۳۸۳

نام استان	جمعیت در سال ۱۳۸۳	خودکشی وزارت بهداشت	خودکشی مرکز آمار	اختلاف آمار وزارت بهداشت با مرکز آمار	میزان وزارت بهداشت	میزان مرکز آمار
آذربایجان شرقی	۳۴۸۲۶۷۲	۱۸۸	۱۱۷	۷۱	۵/۴	۳/۳
آذربایجان غربی	۲۸۹۶۶۵۷	۲۰۲	۱۱۱	۹۱	۷/۰	۳/۸
اردبیل	۱۲۴۷۲۰۲	۸۲	۵۵	۲۷	۶/۶	۴/۴
اصفهان	۴۳۹۵۶۴۵	۱۲۲	۷۷	۴۵	۲/۸	۱/۸
ایلام	۵۳۸۸۷۷	۹۹	۱۵۶	-۵۷	۱۸/۴	۲۹
بوشهر	۸۰۸۴۸۲	۵۲	۳۳	۱۹	۶/۴	۴/۱
چهارمحال و بختیاری	۸۳۲۹۴۵	۶۷	۳۴	۳۳	۸/۰	۴/۱
خراسان	۶۴۴۴۳۲۰	۲۵۳	۱۵۶	۹۷	۳/۹	۲/۴
خوزستان	۴۲۷۷۹۹۸	۱۷۸	۱۵۳	۲۵	۴/۲	۳/۶
زنجان	۹۶۳۴۳۴	۴۰	۴۲	-۲	۴/۲	۴/۴
سمنان	۵۷۸۹۱۰	۲۳	۱۶	۷	۴/۰	۲/۸
سیستان و بلوچستان	۲۲۱۹۳۹۳	۳۷	۱۹	۱۸	۱/۷	۰/۹
فارس	۴۳۲۳۶۲۶	۲۴۳	۱۲۴	۱۱۹	۵/۶	۲/۹
قزوین	۱۱۳۳۵۴۷	۳۰	۲۱	۹	۲/۶	۱/۸
قم	۱۰۳۸۴۲۴	۴	۲۴	-۲۰	۰/۴	۲/۳
کردستان	۱۵۴۶۲۵۶	۸۳	۵۲	۳۱	۵/۴	۳/۴
کرمان	۲۳۸۰۶۸۲	۱۳۷	۶۹	۶۸	۵/۸	۲/۹
کرمانشاه	۱۹۲۱۲۸۴	۲۶۷	۱۵۴	۱۱۳	۱۳/۹	۸/۰
کهکیلویه و بویراحمد	۶۷۴۱۱۳	۴۹	۳۳	۱۶	۷/۳	۴/۹
گلستان	۱۶۱۳۶۹۱	۱۰۱	۸۴	۱۷	۶/۳	۵/۲
گیلان	۲۳۸۹۱۹۵	۱۷۳	۶۹	۱۰۴	۷/۲	۲/۹
لرستان	۱۷۳۹۶۴۴	۴۰۰	۱۶۲	۲۳۸	۲۳/۰	۹/۳
مازندران	۲۷۹۶۱۲۰	۶۴	۵۱	۱۳	۲/۳	۱/۸
مرکزی	۱۳۴۴۹۲۰	۳۲	۵۳	-۲۱	۲/۴	۳/۹
هرمزگان	۱۲۸۴۹۲۵	۹۸	۷۱	۲۷	۷/۶	۵/۵
همدان	۱۷۳۲۰۸۰	۱۳۰	۱۴۲	-۱۲	۷/۵	۸/۲
یزد	۹۴۰۸۰۲	۱۶	۱۷	-۱	۱/۷	۱/۸

از خودکشی در استان‌های فوق را ضروری می‌سازد، بلکه انجام مطالعه‌های دامنه‌داری برای شناخت ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی خودکشی در مناطق غرب کشور را طلب می‌نماید.

نکته مهم دوم حاصل از نتایج این پژوهش نیز به عدم همخوانی مابین آمار ارایه شده توسط وزارت بهداشت و مرکزآمار ایران برمی‌گردد. این نکته بسیار حایز اهمیت می‌باشد که انجام مطالعه‌های دقیق‌تری را مطالبه می‌نماید. بر اساس اطلاعات موجود، بخشی از این تفاوت را می‌توان مربوط به شیوه جمع‌آوری اطلاعات توسط هر یک از این ارگان‌ها دانست. منشأ آمار مرکز آمار ایران منتسب به نیروهای انتظامی است که به بررسی کلیه مرگ‌های مشکوک به خودکشی با کمک سازمان پزشکی قانونی می‌پردازد و برای ثبت خودکشی، حتماً تأییدیه سازمان پزشکی قانونی را ملاک

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

عمل قرار می‌دهد. این در حالی است که برای داده‌های منتشر شده توسط وزارت بهداشت، ممکن است که فقط گواهی یک پزشک معتمد برای تأیید یک مورد خودکشی کافی باشد.

بنابراین این توقع همواره وجود دارد که تعداد موارد خودکشی ثبت شده توسط وزارت بهداشت بیشتر از تعداد موارد خودکشی ثبت شده توسط مرکز آمار ایران باشد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر اغلب استان‌ها از این الگو تبعیت می‌نمایند. با این وجود در استان‌های ایلام، زنجان، قم، مرکزی، همدان و یزد تعداد موارد خودکشی ثبت شده توسط مرکز آمار ایران بیشتر از آمار گزارش شده توسط وزارت بهداشت است. علت به دست آمدن چنین الگویی نیاز به انجام مطالعه‌های بیشتر را ضروری می‌سازد.

مواردی از این بررسی‌ها می‌تواند شامل انجام مقایسه‌های بیشتر مابین آمارهایی باشد که توسط معدود منابع موجود منتشر می‌گردند. چنین مقایسه‌هایی به ویژه در استان‌های پر خطر غرب کشور می‌تواند نتایج مفیدی را در بر داشته باشد. همچنین نشان داده شد که استفاده از روش نمونه‌گیری Capture-Recapture نیز می‌تواند تخمین‌های دقیق‌تری از میزان‌های خودکشی را ارایه دهد (۱۸).

یکی از مسایلی که امکان بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، تعریف یک مورد خودکشی، شیوه جمع‌آوری و گزارش داده‌های خودکشی در هر کشور است. شواهد موجود نشان داد که تقریباً تمامی روش‌های جمع‌آوری اطلاعات خودکشی در هر کشوری به علت عدم پذیرش فرهنگی این واقعه، با کم شماری روبه‌رو است.

متأسفانه هر چقدر که جامعه دارای فرهنگ سنتی و یا مذهبی بیشتری باشد، مشکل کم شماری بزرگتر خواهد بود. در چنین جوامعی، همه تمهیدات به خصوص از طرف بستگان متوفا به کار خواهد رفت تا مرگ وی به صورت حادثه و نه به صورت خودکشی ثبت گردد (۴). از همین رو ضرورت تدوین یک نظام جامع ثبت اطلاعات برای موارد خودکشی در تمامی کشورها و به ویژه در ایران توصیه می‌گردد.

تدوین و اجرای چنین نظام جامع ثبتی نه تنها می‌تواند توجیه‌کننده اختلافات موجود مابین آمار منتشر شده توسط ارگان‌های گوناگون باشد، بلکه به شناخت سیمای دقیق خودکشی در استان‌ها و شهرستان‌های کشور کمک خواهد نمود. همچنین اقدامات پیشگیری از خودکشی در سطح استان‌ها و شهرستان‌های کشور از مبنایی علمی‌تر برخوردار خواهد شد.

نتیجه‌گیری

بالا بودن میزان‌های خودکشی در استان‌های غربی کشور با سایر مطالعه‌های موجود در این زمینه همخوانی داشت. همچنین بخشی از عدم همخوانی مابین آمار ارایه شده توسط وزارت بهداشت و مرکز آمار ایران را می‌توان به شیوه جمع‌آوری اطلاعات توسط هر یک از این ارگان‌ها نسبت داد. تمامی این نکات نه تنها توجه خاص مسؤولین کشور برای انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح در جهت پیشگیری از خودکشی را مطالبه می‌نماید، بلکه ضرورت تدوین یک نظام جامع ثبت اطلاعات برای موارد خودکشی در ایران را نیز مطرح می‌سازد.

تشکر و قدردانی

نویسنده از نظرات ارزشمند داوران فرهیخته مجله تحقیقات نظام سلامت سپاسگزاری می‌نماید.

References

1. Amos T, Appleby L. Suicide and deliberate self-harm . In: Appleby L, Forshaw DM, Amos T, Editors. Postgraduate Psychiatry, 2nd ed: Clinical and Scientific Foundations. London, UK: Arnold; 2001. p. 347-57.
2. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadocks Synopsis of psichiatry 9 Ed: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th ed. New York, UK: Williams & Wilkins; 2003. p. 913-7.
3. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidologi 2002; 7: 2.
4. Rezaeian M. Epidemiology of Suicide. Arak, Iran: Nevisandeh Publications; 2009. [In Persian].

www.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

5. Nagavi M, Akbari MA. Epidemiology of injuries due to external causes in Iran. Tehran, Iran: Fekrat Publications; 2002. [In Persian].
6. Gordis PL. Epidemiology. Philadelphia, PA: Elsevier Limited, 2009.
7. Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world pates. Sci J Forensic Med 2002; 8(3): 16-21.
8. Razaeian M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. The most common method of suicide in Tehran 2000-2004: implications for prevention. Crisis 2008; 29(3): 164-6.
9. Mohammadi AA, Danesh N, Sabet B, Amini M, Jalaeian H. Self-inflicted burn injuries in southwest Iran. J Burn Care Res 2008; 29(5): 778-83.
10. Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. Burns 2002; 28(2): 115-9.
11. Rastegar LA, Alaghehbandan R. Epidemiological study of self-inflicted burns in Tehran, Iran. J Burn Care Rehabil 2003; 24(1): 15-20.
12. Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinos D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. J Burn Care Res 2008; 29(3): 451-60.
13. Janghorbani M, Sharifirad GR. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995 -2002): incidence and associated factors. Arch Iranian Med 2005; 8(2): 119-26. [In Persian].
14. Nagavi M. The picture of mortality in 29 provinces of Iran. Tehran, Iran: Arvij Publications; 2007.
15. Ahmadi A. Suicide by self-immolation: comprehensive overview, experiences and suggestions. J Burn Care Res 2007; 28(1): 30-41.
16. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. Burns 2012. (In Press).
17. Rezaeian M, Sharifirad G. Case fatality rates of different suicide methods within Ilam Province of Iran. J Educ Health Promot 2012. [In press].
18. Capture-recapture and multiple-record systems estimation II: Applications in human diseases. International Working Group for Disease Monitoring and Forecasting. Am J Epidemiol 1995; 142(10): 1059-68.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]

Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran

Mohsen Rezaeian[1]

Original Article

Abstract

Background: A very few organizations publish suicide data in Iran. Since a national comparative study on the published suicide data is an important issue, the present study aimed to compare Iranian Ministry of Health (IMoH) data with Iranian Statistical Center (ISC) data in 2004.

Methods: In this cross-sectional study, all the suicide data for the Iranian provinces that originated from IMoH and ISC were entered into STATA software. In the next step, the population number of each province was also added to the database and then the rate of suicide was calculated by applying the Poisson model.

Findings: A total of 3170 and 2486 cases of suicide were recorded by IMoH and ISC, respectively. In all the provinces except Ilam, Zanjan, Qom, Markazi, Hamadan and Yazd, the recorded suicides by IMoH were higher than those by ISC. Based on IMoH data, Ilam province had the highest rate of suicide whilst based on ISC data, Lorestan province had the highest rate of suicide.

Conclusion: The higher suicide rate in western provinces of Iran is in accordance with the results of other studies in Iran. Furthermore, the differences between IMoH with ISC data can be attributed to the methods each organization used for collecting the suicide data. These findings not only are important for implementing the suicide prevention plan, but also urge to design and implement a comprehensive surveillance system for suicide data in Iran.

Key words: Epidemiology, Suicide, Iran

Citation: Rezaeian M. **Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran.** J Health Syst Res 2013; 8(7): 1190-6.

Received date: 27/06/2012 Accept date: 04/11/2012

1- Professor, Department of Social Medicine, Rafsanjan Medical School, Occupational Environmental Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran (Corresponding Author) Email: moeygmr2@yahoo.co.uk

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-25]