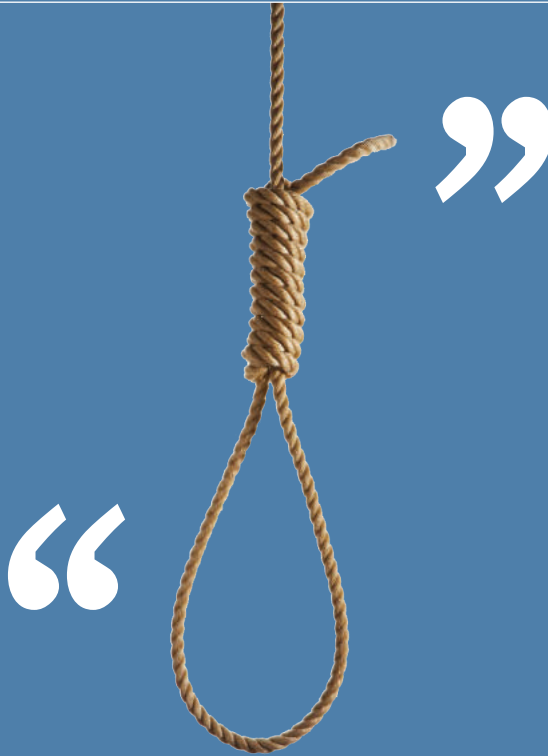


# الدراسة الوطنية الأولى للانتخابات العراق لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٦

د. محمد جمعة عباس - د. نصيف الحميري - د. عماد عبد الرزاق  
شاكِر نعوش - البروفيسور لويس أبلبي



## عن المركز

مركزُ البيان للدراسات والتخطيط مركز مستقلّ، غيرُ ربحيّ، مقرّه الرئيس في بغداد، مهمته الرئيسة -فضلاً عن قضايا أخرى- تقديم وجهة نظر ذات مصداقية حول قضايا السياسات العامة والخارجية التي تخصّ العراق بنحو خاصٍ ومنطقة الشرق الأوسط بنحو عام. ويسعى المركز إلى إجراء تحليل مستقلّ، وإيجاد حلول عمليّة جليّة لقضايا معقدة تمّم الحقلين السياسي والأكاديمي.

حقوق النشر محفوظة © 2018

[www.bayancenter.org](http://www.bayancenter.org)

[info@bayancenter.org](mailto:info@bayancenter.org)

# الدراسة الوطنية الأولى للانتحار في العراق لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٦

د. محمد جمعة عباس<sup>١\*</sup> - د. نصيف الحميري<sup>٢\*</sup> - د. عماد عبد  
الرزاق<sup>٣\*</sup> شاكر نعوش<sup>٤\*</sup> - البروفيسور لويس أبلبي<sup>٥\*</sup>

نشرت مجلة الاضطرابات العاطفية Journal of Affective Disorders في كانون الأول ٢٠١٧  
دراسة عن الانتحار في العراق حيث تم تقديم وتحليل بيانات الانتحار لعامي ٢٠١٥ و٢٠١٦.

## نبذة مختصرة عن الدراسة

مقدمة: تختلف معدلات الانتحار بلد آخر، وتعدُّ جودة البيانات إحدى أسباب هذا الاختلاف، ولا توجد بيانات وطنية عن الانتحار في العراق، فالدراسة الوطنية العراقية الأولى عن هذا الموضوع هي المبادرة الحكومية التي تديرها وزارة الصحة العراقية، والتي تعد الخطوة الأولى لتطوير سجل وطني للانتحار تستخدم بياناته في الاستراتيجية الوطنية لمنع هذه الظاهرة.

المنهجية: شملت الدراسة ١٣ محافظة (من أصل ١٨) في العراق، ولم تُضمَّن المحافظات الثلاث التابعة لحكومة إقليم كردستان، فضلاً عن أن الوضع الأمني في محافظتي الأنبار ونينوى قد

\*١. د. محمد ج. عباس، بكالوريوس في الطب والجراحة، ماجستير في العلوم الطبية، استشاري الطب النفسي والمحاضر الفخري، شركة ليسسترشير Leicestershire Partnership NHS Trust.

\*٢. د. نصيف الحميري، بكالوريوس في الطب والجراحة، عضو في إدارة معهد العلوم الطبية الحيوية، وأستاذ مساعد واستشاري الطب النفسي، كلية الطب، جامعة بغداد.

\*٣. د. عماد عبد الرزاق، بكالوريوس في الطب والجراحة، عضو في إدارة معهد العلوم الطبية الحيوية، واستشاري الطب النفسي ومستشار الصحة النفسية في وزارة الصحة العراقية.

\*٤. شاكر نعوش، بكالوريوس في علم الاجتماع، وناشط في مجال الخدمة الاجتماعية، ومستشفى بغداد التعليمي، بغداد، العراق.

\*٥. البروفيسور لويس أبلبي، أستاذ الطب النفسي جامعة مانشستر، قائد الاستراتيجية الوطنية لمنع الانتحار في إنجلترا.

حال دون جمع البيانات من هاتين المحافظتين. وقد أرسلت استمارة جمع البيانات إلى جميع مراكز الشرطة في المحافظات الـ ١٣ حيث مُلئت فيما كان لكل الحالات التي اعتمدت في الدراسة حكم بالانتحار أصدره قاضي بعد دراسة تحقيقات الشرطة وتقارير ما بعد الوفاة، أي إن الدراسة حصرت جميع حالات الانتحار حصراً شاملاً على وفق المعايير المذكورة آنفاً خلال عامي ٢٠١٥-٢٠١٦.

**النتائج:** كانت هناك نحو ٢٩٠ حالة انتحار في عام ٢٠١٥ (نسبة الذكور إلى الإناث (١,٢٦) و ٣٥٧ حالة في عام ٢٠١٦ (نسبة الذكور إلى الإناث ١,٤٦). وبلغ معدل الانتحار لكل ١٠٠ ألف نسمة (١,٠٩) في عام ٢٠١٥، و(١,٣١) في عام ٢٠١٦. وكانت حالات الانتحار بعمر ٢٩ سنة أو أقل تمثل نسبة (٦٧,٩٪) من جميع الحالات. وكانت الطريقة الأكثر شيوعاً للانتحار هي الشنق (٤١٪)، تليها الأسلحة النارية (٣١,٤٪)، والحرق (١٩,٢٪). وفي حوالي (٢٤,١٪) من الحالات تم الإبلاغ عن وجود اضطرابات نفسية للمنتحرين، وكان التشخيص الأكثر شيوعاً هو الاكتئاب (٥٣,٩٪)، وفي معظم الحالات (٨٢,١٪) لم تكن هناك محاولات سابقة. وأفادت التقارير بأن أقلية صغيرة فقط قد أصيبت بصدمة نفسية (١٥,٥٪)، أو مشكلات مالية (١٢,٤٪)، أو إساءة معاملة للأطفال (٢,٢٪).

**الخلاصة:** إن معدل الانتحار في العراق أقل من المعدل العالمي، وإن نسبة كبيرة من المنتحرين كانت بأعمار الشباب وكان التوزيع بين الجنسين متساوياً تقريباً في هذه الفئة العمرية. وربما كانت العوامل الاجتماعية والثقافية قد أدت دوراً في هذه الأنماط، وجاءت معدلات الاضطراب النفسي وتعاطي المخدرات أقل من تلك التي أبلغ عنها على الصعيد العالمي؛ ويمكن لهذه النتائج أن تفيد الاستراتيجية الوطنية العراقية لمنع الانتحار.

وأكدت الدراسة في تمهيدها أن الانتحار هو التحدي الرئيس الذي يواجه دوائر الصحة النفسية في جميع أنحاء العالم، إذ قدرت منظمة الصحة العالمية وجود ٨٠٠ ألف حالة انتحار في

عام ٢٠١٢ بمعدل (١١,٤) لكل ١٠٠ ألف نسمة، وأن نسبة الذكور إلى الإناث تبلغ ١,٩ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤). وتختلف معدلات الانتحار في مختلف البلدان، بحسب نوع الجنس والفئات العمرية. وبصفة عامة، فإن معدلات الانتحار المقدره هي أعلى في البلدان ذات الدخل المرتفع (١٢,٧) لكل ١٠٠ ألف من السكان ونسبة الذكور إلى الإناث تبلغ (٣,٥) مقارنة بالدول المنخفضة الدخل (١١,٢) لكل مليون نسمة ونسبة الذكور إلى الإناث تبلغ (١,٦) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤). ومعدل الانتحار لعام ٢٠١٢ أقل بكثير في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل في شرق المتوسط بما في ذلك العراق (٦,٤) لكل ١٠٠ ألف من السكان مع نسبة الذكور إلى الإناث (١,٤) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤). وأحد الأسباب المحتملة لهذا الاختلاف هو أن نوعية بيانات الانتحار تختلف من بلد لآخر تبعاً لعدم الإبلاغ أو سوء التصنيف، ولاسيما في البلدان التي يكون فيها الانتحار غير قانوني أو موسوماً بالعار (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤)؛ ومع ذلك هناك بعض الأدلة على وجود فروق حقيقية في البلدان ذات البيانات الجيدة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤).

وتصف الدراسة وضع العراق الحديث بأنه مرّ بأربعة عقود من الحروب والعقوبات والصراعات الأهلية، إذ عانى نصف عدد السكان الذين شملتهم الدراسة الاستقصائية للصحة النفسية في العراق التابعة لمنظمة الصحة العالمية (Alhasnawi et al., 2009) من حادثة صادمة واحدة على الأقل، ووجد الاستطلاع نفسه أن معدل انتشار أي اضطراب لمدى الحياة - باستثناء الاضطرابات الذهانية - هو ١٨,٨٪. والجدير بالذكر أنه يوجد في العراق ٢٠٦ أطباء نفسيين، و٣ مستشفيات نفسية، و٢٣ وحدة نفسية (Al-Uzri et al., 2012).

ووضحت الدراسة أن منظمة الصحة العالمية تصنف بيانات الوفيات إلى أربع فئات من ١ (سجل وفاة شامل) إلى ٤ (عدم وجود سجل وفاة)، ويحصل العراق على درجة ٢ (سجل وفاة مع تغطية منخفضة، نسبة عالية من الأسباب غير محددة ولا الحديثة).

### المنهجية

يوجد في العراق ١٨ محافظة، ثلاث منها -أربيل، دهوك، والسليمانية- وهي جزء من حكومة إقليم كردستان، ولم تدرج هذه المحافظات في هذه الدراسة، فيما لم تكن البيانات متوفرة من محافظتين أخريين هما: (الأنبار، ونينوى)؛ إذ كانت هاتان المحافظتان تحت سيطرة تنظيم (داعش) وقت إجراء الدراسة. وعلى وفق البيانات التي تم الحصول عليها من مكتب الإحصاء المركزي في وزارة التخطيط العراقية، فقد بلغ إجمالي عدد السكان في المحافظات الـ ١٣ المتبقية في عام ٢٠١٥ ما مجموعه ٢٦،٤٦٠،٣٢٤ فرداً، منهم (١٣،٣٤٩،٦٢١ ذكوراً، و١٣،١١٠،٧٠٣ إناثاً)، وفي عام ٢٠١٦ كان العدد ٢٧،١٤٠،٨٩٥ فرداً، منهم (١٣،٦٩٢،٩٨٥ ذكوراً، و١٣،٤٤٧،٩١٠ إناثاً).

وقد صُمّمت أداة جمع البيانات من قبل الباحثين، وعُدّلت بعض بنودها بإذن من استمارة الانتحار (٢٠١٤/٠٣) المستخدمة في التحقيق السري الوطني البريطاني عن الانتحار والقتل من قبل الأشخاص الذين يعانون من مرض عقلي.

وتحتوي الاستمارة على ٣٦ بنداً تغطي التفاصيل الديموغرافية، والعوامل السريرية: تفاصيل الانتحار، ومحاولات سابقة، والتاريخ الطبي والنفسي، والأسباب التي أدت إلى الانتحار. وقد أُرسِلت استمارة جمع البيانات عن طريق منظمة الصحة العالمية إلى وزارة الداخلية، ووزعت بعد ذلك على جميع مراكز الشرطة في المحافظات الـ ١٣ المذكورة آنفاً. وقد استخدم هذا النهج لضمان إدراج جميع حالات الانتحار؛ لأن الشرطة تحقق في جميع حالات الانتحار في العراق، ويشمل هذا التحقيق فحص المشهد، وإجراء المقابلات مع الأشخاص المعنيين، بما في ذلك الأسرة. وتُفحصُ

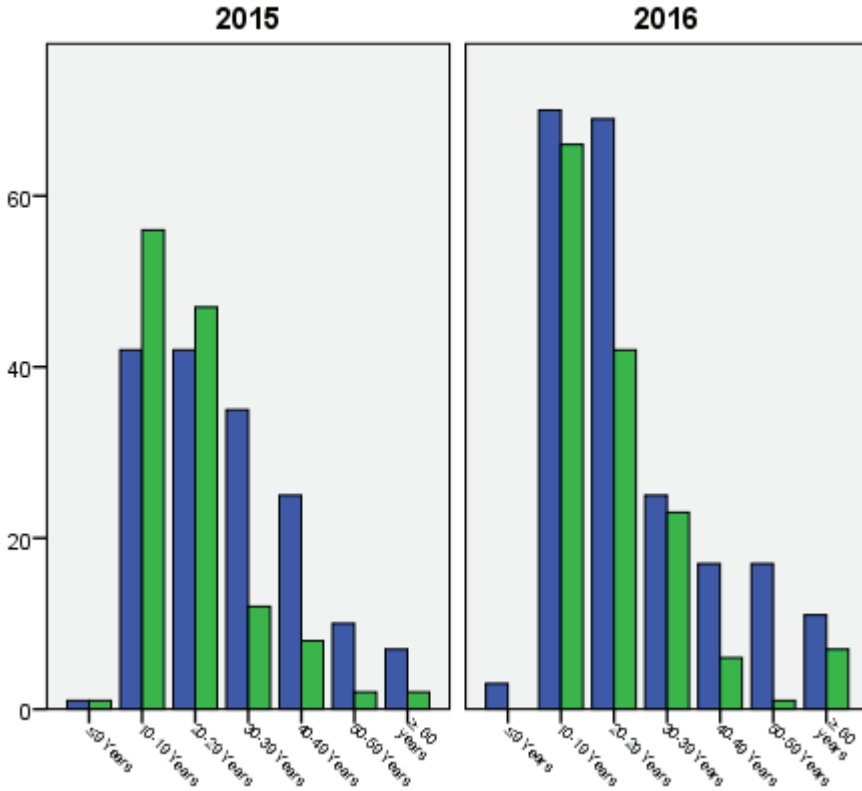
نتائج التحقيق وتقرير ما بعد الوفاة من قبل القاضي الذي يقدم الحكم النهائي بالانتحار. وكانت جميع الحالات الواردة في هذا التقرير ضمن الحالات التي صدر حكم الانتحار بحقها من القاضي المختص، وقد استكمل ضباط الشرطة استمارة جمع البيانات استناداً إلى تحقيقهم، فضلاً عن الحصول على البيانات المفقودة من خلال الاتصال بالعائلة؛ ولذلك، فإن المتغيرات السريرية -مثل وجود اضطراب نفسي- كانت تستند إلى تقارير الأسرة.

## النتائج

### التركيبة السكانية

بلغ مجموع حالات الانتحار ٦٤٧ حالة، منها ٢٩٠ حالة في عام ٢٠١٥، و ٣٥٧ حالة في عام ٢٠١٦. وفي عام ٢٠١٥، كان هناك عدد قليل من الذكور (١٦٢، ٥٥,٩٪) مقارنة بالإناث (١٢٨، ٤٤,١٪) وبلغت نسبة الذكور إلى الإناث (١,٢٦). ووجد نمط مماثل في عام ٢٠١٦، حيث كان هناك ٢١٢ (٥٩٪) من الذكور و ١٤٥ (٤٠٪) من الإناث، وكانت نسبة الذكور إلى الإناث أعلى قليلاً، عند (١,٤٦). وبلغت نسبة الذكور إلى الإناث في مجموع الحالات (١,٣٦). وإن نحو نصف حالات الانتحار الكلية في العراق قد حدثت في بغداد والبصرة، ويبيّن الشكل (١) توزيع الحالات حسب العمر والجنس.

## الشكل ١



وفي كلا العامين، كان عمر غالبية الحالات أقل من ٢٩ عاماً، ٦٥,٢٪ من الحالات في عام ٢٠١٥، و٧٠٪ من الحالات في عام ٢٠١٦ - الجدول ١-، وترد تفاصيل أخرى عن الحالات الديموغرافية في الجدول ١. وتجدر الإشارة إلى أن ٥٥,٨٪ من الحالات كانوا عزباً (جمع أعزب)، ٢٨,٣٪ من الحالات كان لديهم أطفال، و٥٦,٧٪ من الحالات لم يكن لها عمل منتظم (٢١,٨٪ من العاطلين عن العمل، و٣٤,٩٪ من ربات البيوت).



الجدول ١ التفاصيل الديمغرافية

المجموع		٢٠١٦		٢٠١٥			
النسبة	الرقم	النسبة	الرقم	النسبة	الرقم		
%٥٧,٨٠	٣٧٤	%٥٩,٤٠	٢١٢	%٥٥,٩٠	١٦٢	ذكر	الجنس
						أنثى	
%٦٧,٩٠	٤٣٩	%٧٠,٠٠	٢٥٠	%٦٥,٢٠	١٨٩	≥ ٢٩	الفئة العمرية
						≤ ٣٠	
%٠,٨٠	٥	%٠,٨٠	٣	%٠,٧٠	٢	≥ ٩ سنوات	الفئة العمرية
						١٠-١٩ سنوات	
%٣٦,٢٠	٢٣٤	%٣٨,١٠	١٣٦	%٣٣,٨٠	٩٨	٢٠-٢٩ سنة	
%٣٠,٩٠	٢٠٠	%٣١,١٠	١١١	%٣٠,٧٠	٨٩	٣٠-٣٩ سنة	
%١٤,٧٠	٩٥	%١٣,٤٠	٤٨	%١٦,٢٠	٤٧	٤٠-٤٩ سنة	
%٨,٧٠	٥٦	%٦,٤٠	٢٣	%١١,٤٠	٣٣	٥٠-٥٩ سنوات	
%٤,٦٠	٣٠	%٥,٠٠	١٨	%٤,١٠	١٢	≤ ٦٠ عاماً	
%٥٥,٨٠	٣٦١	%٥٦,٠٠	٢٠٠	%٥٥,٥٠	١٦١	أعزب	الحالة الاجتماعية
						متزوج	
						مطلق / منفصل	
						أرمل	
%٣٩,٦٠	٢٥٦	%٣٨,٧٠	١٣٨	%٤٠,٧٠	١١٨	نعم	وجود اطفال
%٣,٢٠	٢١	%٣,٦٠	١٣	%٢,٨٠	٨	مسلم	الدين
%١,٤٠	٩	%١,٧٠	٦	%١,٠٠	٣	دين آخر	
%٢٨,٣٠	١٨٣	%٢٦,٦٠	٩٥	%٣٠,٣٠	٨٨	أمي	المستوى العلمي
%٩٩,٤٠	٦٤٣	%٩٩,٤٠	٣٥٥	%٩٩,٣٠	٢٨٨	المدرسة الابتدائية/ الثانوية	
%٤,٩٠	٣٢	%٤,٨٠	١٧	%٥,٢٠	١٥	جامعة/دراسات عليا	
%٢١,٨٠	١٤١	%٢١,٣٠	٧٦	%٢٢,٤٠	٦٥	عاطل عن العمل	المهنة
						عامل / طالب	
						ربة منزل	

## طرق وتفصيل أخرى للانتحار

يبين الجدول (٢) أن تفاصيل العمل الانتحاري كانت متشابهة في كلا العامين من دون وجود فروق إحصائية كبيرة. وكانت الطريقة الأكثر شيوعاً للانتحار الشنق (٤١٪)، تليها الأسلحة النارية (٣١,٤٪)، والحرق الذاتي (١٩,٢٪). وكانت خمس حالات فقط (٣,٢٪) من المرضى النزلاء، و٦ حالات أخرى (٣,٩٪) خرجت من مستشفيات الأمراض النفسية خلال الأشهر الثلاثة الماضية. وأفادت التقارير بأن أقلية صغيرة جداً كانت تحت تأثير الكحول (٢,٢٪)، أو غيرها من المواد غير القانونية (٢,٨٪) في أثناء العمل الانتحاري.

### الجدول ٢ تفاصيل الانتحار

المجموع		٢٠١٦		٢٠١٥			
النسبة	الرقم	النسبة	الرقم	النسبة	الرقم		
٪١٩,٢٠	١٢٤	٪٢٢,٤٠	٨٠	٪١٥,٢٠	٤٤	حرق الذاتي	طريقة الانتحار
٪٤١,٠٠	٢٦٥	٪٣٨,٩٠	١٣٩	٪٤٣,٤٠	١٢٦	الشنق	
٪٣١,٤٠	٢٠٣	٪٢٩,٧٠	١٠٦	٪٣٣,٤٠	٩٧	الأسلحة النارية	
٪٠,٥٠	٣	٪٠,٣٠	١	٪٠,٧٠	٢	القفز	
٪٤,٣٠	٢٨	٪٤,٢٠	١٥	٪٤,٥٠	١٣	جرعة زائدة / مادة كيميائية	
٪١,٢٠	٨	٪١,٧٠	٦	٪٠,٧٠	٢	غرق	
٪٢,٥٠	١٦	٪٢,٨٠	١٠	٪٢,١٠	٦	مختلف	
٪٣,٢٠	٥	٪٣,٧٠	٣	٪٢,٧٠	٢	نعم	انتحار المرضى الداخليين (النزلاء)
٪٣,٩٠	٦	٪٤,٩٠	٤	٪٢,٧٠	٢	نعم	الانتحار في غضون ٣ دقائق بعد التسريح من المشفى
٪٢,٢٠	١٤	٪٢,٨٠	١٠	٪١,٤٠	٤	نعم	الانتحار تحت تأثير الكحول
٪٢,٨٠	١٨	٪٣,٦٠	١٣	٪١,٧٠	٥	نعم	الانتحار تحت تأثير المواد غير المشروعة

### الخصائص الطبية والاجتماعية

تظهر الخصائص الطبية والاجتماعية للحالات في الجدول ٣ أن أقلية من الحالات (٩,٣٪) كانت تعاني من أمراض جسدية، وحوالي ربع (٢٤,١٪) عانت من الاضطرابات النفسية. وكان التشخيص الأكثر شيوعاً هو الاكتئاب الذي شكّل حوالي نصف حالات الاضطرابات النفسية (٥٣,٩٪). وكانت نسبة ١٣,٧٪ فقط من الحالات لها ماضٍ سابق في الدخول إلى مستشفيات الأمراض النفسية، وفي معظم الحالات (٨٢,١٪)، لم تكن هناك محاولات انتحار سابقة، لم يكن هناك سوى عدد قليل من الحالات التي أصيبت بصدمة نفسية (١٥,٥٪)، أو عانت من مشكلات مالية (١٢,٤٪)، أو سوء معاملة في أثناء الطفولة (٢,٢٪).

### الجدول ٣ الخصائص الطبية والاجتماعية

Total		٢٠١٦		٢٠١٥		المتغير
النسبة	الرقم	النسبة	الرقم	النسبة	الرقم	
٩,٣٠٪	٦٠	٨,٤٠٪	٣٠	١٠,٣٠٪	٣٠	مرض جسدي
٢٤,١٠٪	١٥٦	٢٢,٧٠٪	٨١	٢٥,٩٠٪	٧٥	اضطراب نفسي
٥٠,٣٠٪	٧٨	٤٩,٤٠٪	٤٠	٥١,٤٠٪	٣٨	أقل من ١ سنة
٢٠,٠٠٪	٣١	٢٢,٢٠٪	١٨	١٧,٦٠٪	١٣	٢-٥ سنوات
٢٩,٧٠٪	٤٦	٢٨,٤٠٪	٢٣	٣١,١٠٪	٢٣	أكثر من ٥ سنوات
٥٣,٩٠٪	٨٢	٥٥,٦٠٪	٤٥	٥٢,١٠٪	٣٧	كتابة
٧,٩٠٪	١٢	١٢,٣٠٪	١٠	٢,٨٠٪	٢	ذهان
٣,٣٠٪	٥	٦,٢٠٪	٥	٠٪	٠	اضطراب العاطفة النائي القطب
٣٤,٩٠٪	٥٣	٢٥,٩٠٪	٢١	٤٥,١٠٪	٣٢	مختلف

%٨٦,٣٠	١٣٢	%٨٢,٧٠	٦٧	%٩٠,٣٠	٦٥	لا دخول	عدد حالات الدخول الى المشفى
%٦,٥٠	١٠	%٧,٤٠	٦	%٥,٦٠	٤	دخول واحد	
%٧,٢٠	١١	%٩,٩٠	٨	%٤,٢٠	٣	دخولين أو أكثر	
%٣,٩٠	٦	%٣,٧٠	٣	%٤,٢٠	٣	نعم	علاج سابق بالخدمات الكهربائية
%٨٢,١٠	٥٣١	%٨١,٢٠	٢٩٠	%٨٣,١٠	٢٤١	لا توجد محاولة سابقة	عدد محاولات الانتحار السابقة
%١٥,٠٠	٩٧	%١٥,٤٠	٥٥	%١٤,٥٠	٤٢	محاولة واحدة سابقة	
%٢,٩٠	١٩	%٣,٤٠	١٢	%٢,٤٠	٧	محاولتان أو أكثر	
%٣,٤٠	٢٢	%٣,٩٠	١٤	%٢,٧٠	٨	نعم	ماضٍ في تناول الكحول
%٣,٤٠	٢٢	%٤,٥٠	١٦	%٢,١٠	٦	نعم	ماضٍ في تعاطي المخدرات
%١٥,٥٠	١٠٠	%١٨,٥٠	٦٦	%١١,٧٠	٣٤	نعم	ماضٍ في الصدمات النفسية
%١٢,٤٠	٨٠	%١١,٢٠	٤٠	%١٣,٨٠	٤٠	نعم	مشكلات مالية
%٩٧,٨٠	٦٣٣	%٩٩,٢٠	٣٥٤	%٩٦,٢٠	٢٧٩	لا إساءة	سوء المعاملة في أثناء الطفولة
%٢,٢٠	١٤	%٠,٨٠	٣	%٣,٨٠	١١	سوء معاملة نفسية	
%٠	٠	%٠	٠	%٠	٠	سوء معاملة جسدية	
%٠	٠	%٠	٠	%٠	٠	سوء معاملة جنسية	
%٠,٩٠	٦	%٠,٦٠	٢	%١,٤٠	٤	نعم	ماضٍ عائلي في الاضطراب النفسي
%١,٦٠	١٠	%١,٩٠	٧	%١	٣	نعم	ماضٍ عائلي في محاولات الانتحار
%٠,٦٠	٤	%٠,٦٠	٢	%٠,٧٠	٢	نعم	ماضٍ عائلي في الانتحار

أظهرت المقارنة بين العامين أن الحالات متشابهة جداً، مع عدم وجود فروق إحصائية كبيرة بين المتغيرات إلا في ثلاث حالات، ففي عام ٢٠١٦، وكان هناك مزيد من حالات الذهان (الاختلال العقلي) (١٢,٣% مقابل ٢,٨%)، واضطراب ثنائي القطب (٦,٢% مقابل ٠,%) = P =

٠,٠٠٥)، وحالات أكثر عن الصدمة النفسية (١٨,٥٪ مقابل ١١,٧٪،  $P = ٠,٠٢$ )، وهناك مؤشرات قليلة عن سوء معاملة الأطفال (٩,٨٪ مقابل ٣,٨٪،  $P = ٠,٠١$ ).

### المقارنات عبر الفئات العمرية والجنس

وبما أن حوالي ثلثي الحالات (٦٧,٩٪) تقل أعمارهم عن ٢٩ سنة، فقد أجري تحليل منفصل لمقارنة هذه الفئة العمرية الأصغر سناً ( $\geq ٢٩$  سنة) مع بقية الحالات ( $\leq ٣٠$  سنة). وترد في الجدول ٤ فروقات ذات دلالة إحصائية كبيرة بين المجموعتين، وكانت نسبة الذكور إلى الإناث من الفئة العمرية الأصغر سناً أقل (١,٠٧) من الفئة العمرية الأكبر سناً (٢,٤). وكانت حالات الانتحار عند الأصغر سناً مقارنة بحالات الانتحار عند الأكبر سناً أكثر عزوية (٧٠,٦٪ مقابل ٢٤,٥٪،  $P > ٠,٠٠١$ )، وكانت أقل احتمالاً لإنجاب الأطفال (١٥٪ مقابل ٥٦,٣٪،  $P > ٠,٠٠١$ ). وبقيت هذه الفروقات كبيرة حتى بعد استبعاد أولئك الذين تقل أعمارهم عن ١٩ عاماً؛ لأنه من غير المحتمل أن يكونوا متزوجين. وكان لدى المجموعة الأصغر سناً تقارير أقل فيما يخص الأمراض الجسدية (٥,٩٪ مقابل ١٦,٣٪،  $P > ٠,٠٠١$ ) والاضطرابات النفسية (١٩,١٪ مقابل ٣٤,٦٪،  $P > ٠,٠٠١$ )؛ وتعاطي المخدرات (١,٨٪ مقابل ٦,٧٪،  $P > ٠,٠٠١$ ) وحتى المشكلات المالية (٧,٣٪ مقابل ٢٣,١٪،  $P > ٠,٠٠١$ ).

الجدول ٤ فروق مهمة بين الذين يبلغ عمرهم  $\geq ٢٩$  سنة و  $\leq ٣٠$  سنة

إحصاءات		$\leq ٣٠$		$\geq ٢٩$			
P	Chi Square	%	No	%	No		
$> ٠,٠٠١$	٢٠,٨١١	٧٠,٧٠٪	١٤٧	٥١,٧٠٪	٢٢٧	ذكر	الجنس
		٢٩,٣٠٪	٦١	٤٨,٣٠٪	٢١٢	أنثى	

٠,٠٠١ >	١٢٠,١٧٢	%٢٤,٥٠	٥١	%٧٠,٦٠	٣١٠	أعزب	الحالة الاجتماعية
		%٦٨,٣٠	١٤٢	%٢٦,٠٠	١١٤	متزوج	
		%٣,٨٠	٨	%٣,٠٠	١٣	مطلق / منفصل	
		%٣,٤٠	٧	%٠,٥٠	٢	أرمل	
٠,٠٠١ >	١٢٦,٥٠٢	%٥٦,٣٠	١١٧	%١٥,٠٠	٦٦	يوجد أطفال	وجود أولاد
٠,٠٠٤	١١,١٠٧	%٢٧,٩٠	٥٨	%١٨,٩٠	٨٣	عاطل عن العمل	المهنة
		%٤٥,٢٠	٩٤	%٤٢,٤٠	١٨٦	عامل / طالب	
		%٢٦,٩٠	٥٦	%٣٨,٧٠	١٧٠	ربة منزل	
٠,٠٠١ >	٢٨,٦٢٦	%٢٤,٠٠	٥٠	%١٦,٩٠	٧٤	حرق ذاتي	طريقة الانتحار
		%٢٨,٤٠	٥٩	%٤٦,٩٠	٢٠٦	الشنق	
		%٣٨,٥٠	٨٠	%٢٨,٠٠	١٢٣	الأسلحة النارية	
		%٠,٥٠	١	%٠,٥٠	٢	القفز	
		%٢,٤٠	٥	%٥,٢٠	٢٣	جرعة زائدة / مادة كيميائية	
		%١,٩٠	٤	%٠,٩٠	٤	غرق	
		%٤,٣٠	٩	%١,٦٠	٧	مختلف	
٠,٠٠١	١٠,١١٤	%٥,٨٠	١٢	%١,٤٠	٦	نعم	تحت تأثير تعاطي المخدرات في أثناء المحاولة
٠,٠٠١ >	١٨,٢٢٥	%١٦,٣٠	٣٤	%٥,٩٠	٢٦	نعم	مرض جسدي
٠,٠٠١ >	١٨,٤٨٥	%٣٤,٦٠	٧٢	%١٩,١٠	٨٤	نعم	اضطراب نفسي
٠,٠٠١	١٠,٣٥٢	%٦,٧٠	١٤	%١,٨٠	٨	نعم	ماضي في تعاطي المخدرات
٠,٠٠١ >	٣٢,٤٦٣	%٢٣,١٠	٤٨	%٧,٣٠	٣٢	نعم	مشكلات مالية

وأظهرت المقارنة بين الذكور والإناث أن الإناث أصغر سناً (متوسط العمر = ٢٤، الانحراف المعياري = ١١,٦) من الذكور (متوسط العمر = ٢٩,٤، الانحراف المعياري = ١٤,٧)، وكان هذا الاختلاف ذا دلالة إحصائية كبيرة:  $t = ٤,٧٢٣$ ،  $P > ٠,٠٠١$ . أما في الإناث، فإن أغلبية النساء (٨١,٣٪) كن ربات بيوت، واستخدمن الحرق كوسيلة للانتحار أكثر من الذكور (٢٨,٢٪ مقابل ١٢,٦٪). وترد في الجدول ٥ فروقات ذات دلالة إحصائية.

### الجدول ٥ فروقات مهمة بين الذكور والإناث

إحصائيات		أنثى		ذكر			
P	Chi Square	%	No	%	No		
> ٠,٠٠١	٣١,٦٦٦	٤٩,٥٠٪	١٣٥	٦٠,٤٠٪	٢٢٦	أعزب	الحالة الاجتماعية
		٤٠,٧٠٪	١١١	٣٨,٨٠٪	١٤٥	متزوج	
		٧,٠٠٪	١٩	٠,٥٠٪	٢	مطلق / منفصل	
		٢,٩٠٪	٨	٠,٣٠٪	١	أرمل	
> ٠,٠٠١	٤٥٣,٥٠٦	١,٨٠٪	٥	٣٦,٤٠٪	١٣٦	عاطل عن العمل	المهنة
		١٦,٨٠٪	٤٦	٦٢,٦٠٪	٢٣٤	عامل / طالب	
		٨١,٣٠٪	٢٢٢	١,١٠٪	٤	ربة منزل	
٠,٠٠٥	١٠,٦٤	١٨,٣٠٪	٥٠	٩,٩٠٪	٣٧	أمي	المستوى العلمي
		٧٨,٠٠٪	٢١٣	٨٤,٢٠٪	٣١٥	المدرسة الابتدائية / الثانوية	
		٣,٧٠٪	١٠	٥,٩٠٪	٢٢	جامعة (دراسات عليا)	
> ٠,٠٠١	٤١,٦٢٦	٢٨,٢٠٪	٧٧	١٢,٦٠٪	٤٧	حرق ذاتي	طريقة الانتحار
		٣٩,٢٠٪	١٠٧	٤٢,٢٠٪	١٥٨	الشنق	
		٢٢,٠٠٪	٦٠	٣٨,٢٠٪	١٤٣	سلاح ناري	
		٠,٤٠٪	١	٠,٥٠٪	٢	القفز	
		٦,٦٠٪	١٨	٢,٧٠٪	١٠	جرعة زائدة / مادة كيميائية	
		١,٨٠٪	٥	٠,٨٠٪	٣	غرق	
		١,٨٠٪	٥	٢,٩٠٪	١١	مختلف	

٠,٠٠١	١٠,١٩	%٠,٤٠	١	%٤,٥٠	١٧	نعم	تحت تأثير مادة غير مشروعة
٠,٠٠١>	١٣,٢٣٥	%٠,٤٠	١	%٥,٦٠	٢١	نعم	ماضٍ في تناول الكحول
٠,٠٠١>	١٣,٢٣٥	%٠,٤٠	١	%٥,٦٠	٢١	نعم	ماضٍ في تعاطي المخدرات
٠,٠٠١	١١,٠٦٦	%٧,٣٠	٢٠	%١٦,٠٠	٦٠	نعم	مشكلات مالية

### تحليل النتائج الرئيسية

هناك أربع نتائج رئيسية في هذه الدراسة، هي: انخفاض معدل الانتحار مقارنة مع الأرقام الدولية والإقليمية، وارتفاع المعدلات بين الشباب، وانخفاض نسبة الذكور إلى الإناث -ولاسيما في حالات الانتحار عند الشباب-، وانخفاض معدلات الاضطرابات النفسية وتعاطي المخدرات.

### معدل انتحار منخفض

أكدت الدراسة أنه بناءً على ما توافر لديها من بيانات فقد بلغ معدل الانتحار لكل ١٠٠ ألف من السكان في العراق ١,٠٩ في عام ٢٠١٥ و ١,٣١ في عام ٢٠١٦؛ وهذه المعدلات أقل من المعدل العالمي للانتحار (١١,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان) وأقل من معدل مؤشر البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط في شرق المتوسط (٦,٤ لكل ١٠٠ ألف نسمة) (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤). ومن الجدير بالذكر أن أرقام منظمة الصحة العالمية لهذه المنطقة تمت مراجعتها (Shah, 2009). وما زال الانتحار في العراق موسوماً بالعار، وما يزال عدم الإبلاغ عنه ممكناً؛ ومع ذلك، فإن التشابه في النتائج بين العامين يعطي بيانات الدراسة بعض الموثوقية؛ لذا حتى مع التفسير الحذر تُعطي النتائج بعض الأدلة المعقولة على انخفاض معدل الانتحار في العراق مقارنة بالمعدلات العالمية وحتى الإقليمية.

وأسباب هذا المعدل المنخفض ليست واضحة، فقد تؤدي العوامل الثقافية والاجتماعية دوراً، حيث يستند المجتمع العراقي إلى هيكل الأسرة الممتدة؛ وقد يوحي ذلك بوجود درجة قوية



من الارتباط الاجتماعي والانتماء بالمقارنة بالمجتمعات القائمة على مفهوم الأسرة النوواة. وقد وُجِدَ أن مشاعر عدم الانتماء ترتبط بالأفكار الانتحارية (Van Orden et al., 2008b, Van Orden et al., 2008a)، ومحاولات الانتحار (Conner et al., 2007). وقد اقترح الانتماء المنخفض كعنصر أساس للانتحار في أ نموذج حديث للانتحار (Joiner, 2005)، وقد يكون للدين أيضاً دور في هذا المعدل المنخفض؛ إذ إن جميع الحالات في هذه الدراسة -تقريباً- هي من خلفية إسلامية؛ والإسلام يحرم الانتحار. وإن الأشخاص الأكثر تديناً لديهم مواقف سلبية تجاه الانتحار وتقلّ لديهم بالنتيجة معدلات الانتحار (Koenig and Larson, 2001)، وإن الدور الوقائي للدين يمكن أن يكون من خلال حظره للانتحار، وكذلك من خلال توفير المغزى والراحة والدعم المجتمعي (Koenig, 2009).

### توزيع العمر والجنس

تقل أعمار ثلثي حالات الانتحار تقريباً عن ٢٩ عاماً، وقد لاحظت منظمة الصحة العالمية أن معدلات الانتحار في بعض البلدان تبلغ ذروتها لدى الشباب، ثم تنخفض في منتصف العمر (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤). وقد لوحظ هذا النمط في هذه الدراسة (انظر الشكل ١)، فأسباب ارتفاع معدل الشباب ليست واضحة، ولا يبدو أن الاضطرابات النفسية واستعمال المخدرات يفسران هذا النمط؛ لأن معدلات هذه الاضطرابات كانت في الواقع أقل في الفئة العمرية الأصغر سناً. ومع ذلك، فإن عدم التعرف على هذه الاضطرابات ما يزال احتمالاً. أما البطالة فهي عامل خطر معروف للانتحار (Blakely et al., 2003) فضلاً عن الأفكار الانتحارية (Gunnell et al., 2004). أما العزوبية فهي الأخرى ساعدت في رفع معدل الانتحار -جزئياً على الأقل-؛ لأن هناك عدداً أكبر من الإناث في الفئة العمرية الأصغر سناً منه في الفئة العمرية الأكبر سناً.

## معدلات الاضطرابات النفسية وتعاطي مخدرات منخفضة

في الوقت الذي أدت فيه العوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في الفئة العمرية الأصغر سناً، فإن دور العوامل الخطرة الأخرى مثل المرض البدني، والاضطرابات النفسية، وإدمان المخدرات يبدو أنها أكثر أهمية عند أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ عاماً أو أكثر؛ ومع ذلك ما تزال معدلات هذه الاضطرابات منخفضة. ووجدت الدراسة أن نسبة الحالات التي كان لديها اضطراب نفسي هي ٢٤,١٪؛ وهذه النسبة أعلى قليلاً من نسبة وجود اضطراب نفسي (باستثناء الاضطرابات الذهنية) ١٨,٨٪ التي أثبتتها مسح منظمة الصحة العالمية للصحة العقلية في العراق (Alhasnawi et al., 2009). غير أن هذا المعدل (٢٤,١٪) ما يزال منخفضاً جداً مقارنة بالبلدان الأخرى؛ حيث تراوحت معدلات الاضطرابات النفسية في حالات الانتحار من ٦٠٪ في بعض البلدان الآسيوية (Phillips et al., 2002, Radhakrishnan and Andrade, 2012) إلى ٩٠٪ في البلدان ذات الدخل المرتفع (Cavanagh et al., 2003)، ومن الممكن أن بعض حالات الاضطرابات النفسية لم يبلغ عنها؛ لأن المرضى لم يطلبوا المساعدة من الرعاية النفسية (Al-Hasnawi et al., 2009). هذا فضلاً عن حقيقة أن عدداً قليلاً فقط من المرضى الذين يعانون من اضطراب عقلي يمكن تشخيصه في العراق يتلقون العلاج (Alhasnawi et al., 2009) قد يفسر أن عدد انتحار المرضى الراقدين في المستشفيات هو نادر جداً، وفي الحالات التي أُبلغ فيها عن اضطراب نفسي، كان الاكتئاب هو التشخيص الأكثر شيوعاً (Conwell et al., 1996, Henriksson et al., 1993, Mann, 2003, Rich et al., 1986)، وكانت معدلات تعاطي الكحول والمخدرات (حوالي ٢٪) وهذا أقل بكثير من تلك المبلغ عنها في حالات الانتحار في أماكن أخرى، حيث تراوحت معدلاتها بين ١٩٪ و ٦٣٪ (Schneider, 2009). وتبيّن أن المسح الوطني العراقي للحالة المعيشية للأسر عن تعاطي الكحول والمخدرات قد وجد معدلات منخفضة مماثلة على الرغم من عدم الإبلاغ لبعض الحالات (Al-Hemiery et al., 2017).

## نتائج أخرى

إن الطريقة الأكثر شيوعاً للانتحار التي توصلت إليها الدراسة هو الشنق، يليه استخدام الأسلحة النارية؛ وهاتان الطريقتان هما أكثر الطرق شيوعاً في البلدان ذات الدخل المرتفع. ويمثل الشنق ٥٠٪ واستخدام الأسلحة النارية ١٨٪ من حالات الانتحار (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤)، والجدير بالذكر أن الحصول على السلاح في العراق أمر سهل؛ بسبب الوضع الأمني المتردي منذ عام ٢٠٠٣.

أما الحرق فهو أمر نادر جداً في البلدان الغربية، إلا أنها كانت ثالث أكثر الطرق شيوعاً، إذ استخدم من قبل الإناث أكثر من الذكور، وقد سُلِّط الضوء على استخدام هذه الطريقة في إيذاء النفس والانتحار -ولاسيما في الإناث- في البحوث السابقة في العراق (Amin et al., 2012, Othman, 2011). وهناك ١٧٪ فقط من الحالات كان لها محاولة سابقة للانتحار أو محاولة لإيذاء النفس، وأحد التفسيرات المحتملة هو استخدام أساليب مميّنة للغاية؛ مما يؤدي إلى نتيجة قاتلة؛ وقد يخلق ذلك صعوبة في تحديد الفئات المعرضة للخطر؛ نظراً لأن محاولة الانتحار السابقة أو إيذاء النفس هما أقوى مؤشر على الانتحار في المستقبل (Yoshimasu et al., 2008).

## نقاط القوة والضعف

واجهت هذه الدراسة بعض القيود limitations، إذ لم تتمكن من حساب معدلات موحدة للسن، وما يزال من الممكن وجود نقص في البلاغات، ويمكن أن تكون المعدلات الفعلية أعلى مما وجدته الدراسة. واستندت البيانات إلى تحقيقات الشرطة وتقارير الأسرة التي كان من الممكن أن تكون ناقصة أو جاهلة بعدد من العوامل، بما في ذلك الاضطراب النفسي وإدمان تعاطي المخدرات، والتجارب النفسية المؤلمة، ولم يكن غالبية المرضى تحت رعاية الخدمات الصحية النفسية؛

ولذلك كان من الصعب إثبات صحة البيانات النفسية. ولم تُضمَّن عدد من العوامل الاجتماعية أو الضغوطات في نموذج جمع البيانات (على سبيل المثال مشكلات العلاقة أو الزواج القسري) أو تم تضمينها، ولكن هناك حاجة لمزيد من التفاصيل (نوع الصدمة النفسية، على سبيل المثال)، ولم تُضمَّن المحافظات التابعة لحكومة إقليم كردستان في هذه الدراسة، ولا يمكن تعميم النتائج على هذه المحافظات، ولا سيما أن لها خصائصها العرقية والثقافية الفريدة.

### البحث والتوجيه المستقبلي

تتطلب البيانات التي جُمعت في هذه الدراسة تحسيناً؛ ويكون ذلك من خلال تحسين الإمكانيات، ودمج مصادر أخرى للمعلومات، وبمشاركة مباشرة من المهنيين في مجال الصحة العقلية في جمع البيانات. وهناك حاجة إلى مزيد من التفصي لدراسة بعض النتائج في البحث؛ فعلى سبيل المثال: إن المعدلات المرتفعة لدى الشباب مع انخفاض نسبة الذكور إلى الإناث، ودور العوامل الاجتماعية الثقافية في هذه الفئة العمرية تحتاج إلى مزيد من التحقيق. فضلاً عن أن دور الاضطرابات النفسية، وإدمان تعاطي المواد المخدرة، والحصول على رعاية الخدمات الصحية مجالات أخرى من مجالات البحث. ومن أهم التدابير الفعالة للحد من معدلات الانتحار الوطنية هو تقييد الوصول إلى وسائل الانتحار (Hawton, 2002, Hawton et al., 2009, Mann et al., 2005). وتحتاج السياسات إلى تقييد الوصول إلى الأسلحة النارية والكيروسين، فضلاً عن المتابعة - وإن كانت صعبة في الوقت الحالي-. وستساعد هذه الدراسة في تطوير مجموعة الوقاية من الانتحار التي تضم ممثلين من مختلف الإدارات الحكومية؛ ويتمثل دور هذه المجموعة في وضع الأهداف، واقتراح السياسات، ورصد التوجهات.

## المراجع

AHUJA, R. B. & BHATTACHARYA, S. 2002. An analysis of 11,196 burn admissions and evaluation of conservative management techniques. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 28, 555-61.

AL-HEMIERY, N., DABBAGH, R., HASHIM, M. T., AL-HASNAWI, S., ABUTIHEEN, A., ABDULGHANI, E. A., AL-DIWAN, J. K., KAK, N., AL MOSSAWI, H., MAXWELL, J. C., BRECHT, M. L., ANTONINI, V., HASSON, A. & RAWSON, R. A. 2017. Self-reported substance use in Iraq: findings from the Iraqi National Household Survey of Alcohol and Drug Use, 2014. *Addiction*.

AL-UZRI, M., ABED, R. & ABBAS, M. 2012. Mental health and conflict in the Middle East, Rebuilding mental health services in Iraq. *International Psychiatry*, 9, 58-60.

ALHASNAWI, S., SADIK, S., RASHEED, M., BABAN, A., AL-ALAK, M. M., OTHMAN, A. Y., OTHMAN, Y., ISMET, N., SHAWANI, O., MURTHY, S., ALJADIRY, M., CHATTERJI, S., AL-GASSEER, N., STREEL, E., NAIDOO, N., MAHOMOUD ALI, M., GRUBER, M. J., PETUKHOVA, M., SAMPSON, N. A. & KESSLER, R. C. 2009. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*, 8, 97-109.

AMIN, N., AMEEN, N., ABED, R. & ABBAS, M. 2012. Self-burning in Iraqi Kurdistan: proportion and risk factors in a burns unit. *International Psychiatry*, 9, 72-74.

BLAKELY, T. A., COLLINGS, S. C. & ATKINSON, J. 2003. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*, 57, 594-600.

BOSNAR, A., STEMBERGA, V., COKLO, M., KONCAR, G. Z., DEFINIS-GOJANOVIC, M., SENDULA-JENGIC, V. & KATIC, P. 2005. Suicide and the war in Croatia. *Forensic Sci Int*, 147 Suppl, S13-6.

CAVANAGH, J. T., CARSON, A. J., SHARPE, M. & LAWRIE, S. M. 2003. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33, 395-405.

CONNER, K. R., BRITTON, P. C., SWORTS, L. M. & JOINER, T. E., JR. 2007. Suicide attempts among individuals with opiate dependence: the critical role of belonging. *Addict Behav*, 32, 1395-404.

CONWELL, Y., DUBERSTEIN, P. R., COX, C., HERRMANN, J. H., FORBES, N. T. & CAINE, E. D. 1996. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153, 1001-8.

DUBERSTEIN, P. R., CONWELL, Y., CONNER, K. R., EBERLY, S., EVINGER, J. S. & CAINE, E. D. 2004. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med*, 34, 1331-7.

GUNNELL, D., HARBORD, R., SINGLETON, N., JENKINS, R. & LEWIS, G. 2004. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry*, 185, 385-93.

HAWTON, K. 2002. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide Life Threat Behav*, 32, 223-9.

HAWTON, K., BERGEN, H., SIMKIN, S., BROCK, A., GRIFFITHS, C., ROMERI, E., SMITH, K. L., KAPUR, N. & GUNNELL, D. 2009. Effect of withdrawal of co-proxamol on prescribing and deaths from drug poisoning in England and Wales: time series analysis. *BMJ*, 338, b2270.

HENDERSON, R., STARK, C., HUMPHRY, R. W. & SELVARAJ, S. 2006. Changes in Scottish suicide rates during the Second World War. *BMC Public Health*, 6, 167.

HENRIKSSON, M. M., ARO, H. M., MARTTUNEN, M. J., HEIKKINEN, M. E., ISOMETSA, E. T., KUOPPASALMI, K. I. & LONNQVIST, J. K. 1993. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150, 935-40.

IRAQI MINISTRY OF PLANNING 2013. Survey of the poverty map and maternal mortality. Iraqi Ministry of Planning.

JOINER, T. E. 2005. *Why people die by suicide*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

KOENIG, H. & LARSON, D. B. 2001. Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67-78.

KOENIG, H. G. 2009. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*, 54, 283-91.

MABROUK, A. R., MAHMUD OMAR, A. N., MASSOUD, K., MAGDY SHERIF, M. & EL SAYED, N. 1999. Suicide by burns: a tragic end. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 25, 337-9.

MALAKOUTI, S. K., DAVOUDI, F., KHALID, S., AHMADZAD ASL, M., MOOSA KHAN, M., ALIREZAEI, N., MIRABZADEH, A. & DELEO, D. 2015. The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: a Systematic Review. *Acta Med Iran*, 53, 257-65.

MANN, J. J. 2003. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 4, 819-28.

MANN, J. J., APTER, A., BERTOLOTE, J., BEAUTRAIS, A., CURRIER, D., HAAS, A., HEGERL, U., LONNQVIST, J., MALONE, K., MARUSIC, A., MEHLUM, L., PATTON, G., PHILLIPS, M., RUTZ, W., RIHMER, Z., SCHMIDTKE, A., SHAFFER, D., SILVERMAN, M., TAKAHASHI, Y., VARNIK, A., WASSERMAN, D., YIP, P. & HENDIN, H. 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294, 2064-74.



OTHMAN, N. 2011. Suicide by self-burning in Iraqi Kurdistan: description and risk factors. *Arch Suicide Res*, 15, 238-49.

PANJESHAHIN, M. R., LARI, A. R., TALEI, A., SHAMSNIA, J. & ALAGHEHBANDAN, R. 2001. Epidemiology and mortality of burns in the South West of Iran. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 27, 219-26.

PHILLIPS, M. R., YANG, G., ZHANG, Y., WANG, L., JI, H. & ZHOU, M. 2002. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360, 1728-36.

RADHAKRISHNAN, R. & ANDRADE, C. 2012. Suicide: An Indian perspective. *Indian J Psychiatry*, 54, 304-19.

REZAEIAN, M. 2010. Suicide among young Middle Eastern Muslim females. *Crisis*, 31, 36-42.

RICH, C. L., YOUNG, D. & FOWLER, R. C. 1986. San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 577-82.

SCHNEIDER, B. 2009. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*, 13, 303-16.

SHAH, A. 2009. Some critical methodological issues in secondary analysis of world health organization data on elderly suicide rates. *Journal of Injury and Violence Research*, 1, 7-13.

THOMAS, K. & GUNNELL, D. 2010. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. *Int J Epidemiol*, 39, 1464-75.

VAN ORDEN, K. A., WITTE, T. K., GORDON, K. H., BENDER, T. W. & JOINER, T. E., JR. 2008a. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *J Consult Clin Psychol*, 76, 72-83.

VAN ORDEN, K. A., WITTE, T. K., JAMES, L. M., CASTRO, Y., GORDON, K. H., BRAITHWAITE, S. R., HOLLAR, D. L. & JOINER, T. E., JR. 2008b. Suicidal ideation in college students varies across semesters: the mediating role of belongingness. *Suicide Life Threat Behav*, 38, 427-35.

WHO 2014. Preventing Suicide: A Global Imperative World Health Organization.

YOSHIMASU, K., KIYOHARA, C. & MIYASHITA, K. 2008. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*, 13, 243-56.

ZARGHAMI, M. & KHALILIAN, A. 2002. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 28, 115-9.