

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ۱۲۱۷ مورد اقدام به خودکشی در استان سمنان

محسن پورعزیزی^۱ (M.D)، راهب قربانی^۲ (Ph.D)، شیدا ذوالفقاری^{۳*} (M.D)، حمید شاهین فر^۱ (M.D)، روناز نیکخواه^۱ (M.D)

۱ - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، کمیته تحقیقات دانشجویی

۲ - دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی و مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

چکیده

سابقه و هدف: خودکشی یکی از مشکلات مهم اجتماعی و بهداشت روانی بسیاری از کشورها به حساب می‌آید و منابع قابل توجهی را در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی به خود اختصاص داده است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیش از هزار مورد اقدام به خودکشی در استان سمنان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، اطلاعات کلیه موارد اقدام به خودکشی ارجاع داده شده به بیمارستان‌های دولتی و پزشکی قانونی استان سمنان در سال ۸۸-۱۳۸۷ با استفاده از فرم‌های آماری خودکشی و بر اساس اطلاعات دموگرافیک و عوامل مرتبط با خودکشی (روش‌های خودکشی، بیماری‌های جسمی و روانی زمینه‌ای) مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۱۲۱۷ مورد اقدام به خودکشی، ۷۶۸ مورد (۶۳/۱٪) مونث و مابقی مذکر و با میانگین سنی $\pm ۸/۴۸$ (۲۴/۶۳) بوده است. ۵۹۹ مورد (۴۹/۲۲٪) مجرد و مابقی متاهل بوده‌اند. غالب افراد مذکر، مجرد (۶۰/۸٪) و غالب افراد مونث، متاهل (۵۶/۱۲٪) بوده‌اند ($p < ۰/۰۰۱$). شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی، مسمومیت دارویی (۸۳/۹۸٪) و مسمومیت با سم و مواد مخدر (۷/۱۵٪) بوده است. در مجموع ۱/۶٪ از موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده که به صورت معنی‌داری در مردان بیش‌تر از زنان بوده است ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شایع‌ترین شیوه اقدام به خودکشی، باید ترتیبی اتخاذ شود که داروها فقط بر اساس نسخه ارائه شود و از تجویز بیش از حد داروها نیز خودداری گردد. تلاش در راستای شناسایی دقیق‌تر گروه‌های در معرض خطر، فراهم آوردن شرایط تحصیل، برنامه‌ریزی برای اشتغال‌زایی و کاهش مشکلات اقتصادی در گروه سنی جوان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، اپیدمیولوژی، سمنان، ایران

مقدمه

کشورهای [۲]. طبق گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکشی در کشورهایی که اطلاعات آن‌ها در دسترس است در زمره ۱۰ علت اصلی مرگ می‌باشد [۳]. در حال حاضر خودکشی عامل ۱۲٪ مرگ و میر نوجوانان [۱] و هم‌چنین دومین عامل مرگ در افراد ۲۵ تا ۳۷ سال به حساب می‌آید [۳]. هر ساله بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در آمریکا در اثر خودکشی

خودکشی عمل آگاهانه نابودسازی به دست خود است که در بهترین مفهوم می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسأله‌ای مشخص، خودکشی را بهترین راه حل می‌داند [۱]. خودکشی یک مشکل مهم سلامت عمومی در بسیاری از

خرداد مهدی‌شهر و پزشکی قانونی مراجعه نمودند، وارد مطالعه شدند.

داده‌ها از طریق چک‌لیست‌های از قبل آماده شده شامل اطلاعات دموگرافیک بیمار از قبیل جنسیت، سن، محل زندگی شهری یا روستایی، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل هم‌چنین سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی و سابقه اقدام به خودکشی و وسیله خودکشی از طریق مصاحبه پرسشگران با بیماران یا خانواده آن‌ها به دست آمد.

افراد مورد بررسی با استفاده از نمونه‌گیری آسان انتخاب و مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. به‌طوری‌که پس از مراجعه بیمار به اورژانس‌های مراکز ذکر شده، مشخصات اولیه آنان توسط پرسشگر در چک‌لیست ثبت شده و در ادامه با مناسب شدن اوضاع جسمی بیماران و امکان برقراری رابطه کلامی سایر سوالات چک‌لیست به‌صورت مصاحبه با بیمار تکمیل شد.

به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تنها برای موارد پژوهشی و اهداف کاربردی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

اطلاعات مربوط به موارد منجر به مرگ پس از تایید قطعی بودن خودکشی توسط پزشکی قانونی، در مطالعه وارد گردید و تمامی موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ در بیمارستان‌ها با سازمان پزشکی قانونی تطبیق داده شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی، کای اسکوئر و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه از ۱۲۱۷ اقدام به خودکشی مورد بررسی، ۶۴۱ مورد در سال ۸۷ و ۵۷۶ مورد در سال ۸۸ رخ داده که ۶۳/۱٪ از اقدام‌کنندگان (۷۶۸ نفر) جنسیت مونث داشتند. میانگین \pm انحراف معیار سن کل افراد $24/63 \pm 8/48$ سال بود. در خانم‌ها میانگین \pm انحراف معیار سن $23/92 \pm 7/98$ و در آقایان $25/84 \pm 9/16$ بوده است که تفاوت معنی‌دار بوده است ($p < 0/01$). ۷۲۴ نفر از اقدام‌کنندگان در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال ($59/7\%$) و بعد از آن ۳۳۷ نفر ($27/8\%$) در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند. جوان‌ترین و مسن‌ترین اقدام‌کنندگان ۱۱ و ۷۹ ساله بودند. هم‌چنین ۸۹/۲٪ ساکن مناطق شهری و مابقی ساکن مناطق روستایی بودند. ۵۹۹ مورد ($49/22\%$) از اقدام‌کنندگان مجرد، ۵۸۸ مورد ($48/23\%$) متاهل و مابقی ($2/55\%$) بیوه یا مطلقه بودند. بین جنسیت و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری وجود داشته است

فوت می‌کنند (بیش از ۸۰ مورد در هر روز) و ۸ تا ۱۰ برابر این تعداد نیز اقدام به خودکشی در این کشور گزارش شده است [۴]. آمار خودکشی ارائه‌شده توسط سازمان پزشکی قانونی ایران در سال ۱۳۸۰، ۵/۷ خودکشی منجر به فوت در هر صد هزار مرد و ۳/۱ خودکشی در هر صد هزار زن بوده است [۵]. در مطالعه‌ای در ایران بر روی ۲۵۱۸۰ بیمار اقدام‌کننده به خودکشی، شیوع خودکشی در طول زندگی یک فرد ۱/۴٪ تخمین زده شده است [۶]. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۰-۸۱ شیوع اقدام به خودکشی در استان سمنان ۱۱۵/۸ در صد هزار نفر در سال بوده است [۷].

برای خودکشی علل مختلفی ذکر گردیده و علل روانی (شامل افسردگی، اعتیاد، پسیکوز، اختلال دوقطبی، سوء مصرف الکل و مواد، تمایلات پرخاشگرانه یا تکانه‌ای، سابقه فردی یا خانوادگی اقدام به خودکشی)، علل جسمی (شامل بیماری‌های جسمی مزمن از جمله سرطان، صرع، ایدز، بیماران دیالیزی) و علل اجتماعی (مثل تنها زندگی کردن و احساس جدایی از بقیه مردم، فقدان حمایت خانوادگی و اجتماعی، ناامیدی، هم‌چنین عوامل فشارزا مانند طلاق، بیکاری، فقر، از دست دادن نزدیکان، شکست مالی، شغلی، تحصیلی، ازدواج تحمیلی، دسترسی به وسایل کشنده و باورهای نادرست فرهنگی) را در اقدام به آن مؤثر دانسته‌اند [۸-۱۰].

اطلاع از این عوامل خطر برای شناسایی افراد در معرض خطر در جهت برنامه‌های پیش‌گیری از خودکشی کمک‌کننده است. هم‌چنین تنوع و تعدد این علل نشان می‌دهد که پیش‌گیری از خودکشی نیاز به یک رویکرد چندمحوری با توجه خاص به بهداشت روان دارد.

با توجه به سیر رو به افزایش موارد اقدام به خودکشی و هم‌راهی آن با بعضی عوامل زمینه‌ای [۱]، این مطالعه با بررسی اپیدمیولوژیک این پدیده در استان سمنان صورت گرفته تا در جهت شناسایی گروه‌های در معرض خطر و برنامه‌ریزی‌های مناسب، مورد استفاده دست‌اندرکاران بهداشت روان و سلامت عمومی قرار گیرد. این مطالعه ضمن مقایسه علل مربوطه در سالیان گذشته با علل سال‌های اخیر در برنامه‌ریزی‌های آینده پیرامون کنترل و ارائه راه‌کارهای جدید راه‌گشا به نظر می‌رسد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، کلیه بیمارانی که در سال‌های ۸۷ و ۸۸ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان‌های فاطمیه (س)، امیرالمومنین (ع)، تأمین اجتماعی سمنان، امام گرمسار، برادران رضایی دامغان، ۱۵

اقدام‌کنندگان ۱۳/۸٪ سابقه بیماری روانی را ذکر می‌کردند که بیش‌ترین بیماری ذکر شده افسردگی بوده است. ۲/۴٪ از اقدام‌کنندگان سابقه بیماری جسمی و ۱۸/۱٪ نیز سابقه خودکشی قبلی را ذکر می‌کردند.

شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی، مسمومیت دارویی (۸۳/۹۸٪)، مسمومیت با سم و مواد مخدر (۷/۱۵٪) و اسلحه گرم یا سرد (۶/۲۴٪) بوده است. توزیع روش‌های اقدام به خودکشی بر اساس زنده ماندن و مرگ در جدول ۲ نشان داده شده است (جدول ۲).

در مجموع ۱/۶٪ از موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده است که در این بین ۰/۵٪ مربوط به خانم‌ها و ۳/۳٪ مربوط به آقایان بوده است. ارتباط معنی‌داری بین نتیجه خودکشی با جنس مشاهده شد ($p < 0/001$). هم‌چنین بین نتیجه خودکشی و روش آن ($p < 0/001$) و نتیجه خودکشی با داشتن سابقه اختلال جسمی ($p = 0/001$) ارتباط معناداری مشاهده شد و مواردی که از روش غیر دارویی و با سابقه قبلی اختلال جسمی اقدام به خودکشی کرده بودند، بیش‌تر منجر به فوت شده‌اند (جدول ۳).

($p < 0/001$)؛ به طوری که غالب افراد مذکر، مجرد و غالب افراد مونث، متاهل بوده‌اند (جدول ۱).

بیش‌ترین تعداد اقدام به خودکشی در فصل تابستان (۳۳۵ نفر، معادل ۲۷/۵٪) و در ماه اردیبهشت (۱۴۱ نفر معادل ۱۱/۶٪) و کم‌ترین تعداد در فصل زمستان (۲۶۰ نفر معادل ۲۱/۴٪) و ماه دی (۸۱ نفر معادل ۶/۷٪) بوده است (جدول ۱). بین جنسیت و فصل اقدام به خودکشی ($p = 0/059$) و هم‌چنین جنسیت و ماه اقدام به خودکشی ($p = 0/4$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

میزان تحصیلات اقدام‌کنندگان به ترتیب دبیرستان و دیپلم (۴۲/۰۶٪) و سپس راهنمایی و سیکل (۲۷/۱۴٪) بوده است که به تفکیک جنسیت در جدول آورده شده است (جدول ۱). به عبارتی تنها ۱۹/۹۸٪ افراد تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم و بالاتر) داشته‌اند. ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و تحصیلات اقدام‌کنندگان مشاهده نشد ($p = 0/3$). از نظر وضعیت شغلی، غالب اقدام‌کنندگان خانم خانه‌دار (۶۰/۴۸٪)، و بیش‌تر مردان اقدام‌کننده (۲۵/۹۳٪)، شغل آزاد داشته‌اند. که این ارتباط معنی‌دار بوده است (جدول ۱). از میان

جدول ۱. توزیع موارد اقدام به خودکشی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای و ارتباط آن با جنسیت در استان سمنان

P	جمع		مونث		مذکر		متغیرهای زمینه‌ای	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
<0/001	۴۹/۲۲	۵۹۹	۴۲/۴۵	۳۲۶	۶۰/۸۰	۲۷۳	مجرد	وضعیت تاهل
	۴۸/۲۳	۵۸۷	۵۶/۱۲	۴۳۱	۳۴/۷۴	۱۵۶	متاهل	
	۲/۵۵	۳۱	۱/۴۳	۱۱	۴/۴۵	۲۰	سایر	
	۱۰۰	۱۲۱۷	۱۰۰	۷۶۸	۱۰۰	۴۴۹	جمع	
0/31	۳/۵۸	۴۱	۴/۳۷	۳۲	۲/۱۷	۹	بی سواد	سطح تحصیلات
	۷/۲۴	۸۳	۷/۳۸	۵۴	۷/۰۰	۲۹	ابتدایی	
	۲۷/۱۴	۳۱۱	۲۶/۳۷	۱۹۳	۲۸/۵۰	۱۱۸	راهنمایی و سیکل	
	۴۲/۰۶	۴۸۲	۴۲/۶۲	۳۱۲	۴۱/۰۶	۱۷۰	دبیرستان و دیپلم	
	۱۹/۹۸	۲۲۹	۱۹/۲۶	۱۴۱	۲۱/۲۶	۸۸	دانشگاهی	
	۱۰۰	۱۱۴۶	۱۰۰	۷۳۲	۱۰۰	۴۱۴	جمع	
<0/001	۴۵/۹۷	۵۱۳	۶۰/۴۸	۴۳۰	۲۰/۴۹	۸۳	بیکار/خانه‌دار	وضعیت شغلی
	۱۰/۶۶	۱۱۹	۱/۹۷	۱۴	۲۵/۹۳	۱۰۵	شغل آزاد	
	۲۷/۵۱	۳۰۷	۳۰/۹۴	۲۲۰	۲۱/۴۸	۸۷	محصل	
	۱/۷۰	۱۹	۰/۷۰	۵	۳/۴۶	۱۴	کارمند	
	۵/۳۸	۶۰	۱/۶۹	۱۲	۱۱/۸۵	۴۸	کارگر	
	۸/۷۸	۹۸	۴/۲۲	۳۰	۱۶/۷۹	۶۸	سایر	
	۱۰۰	۱۱۱۶	۱۰۰	۷۱۱	۱۰۰	۴۰۵	جمع	
0/059	۲۶/۷	۳۲۵	۲۷/۵	۲۱۱	۲۵/۴	۱۱۴	بهار	فصل سال
	۲۷/۵	۳۳۵	۲۹/۴	۱۹۱	۳۲/۱	۱۴۴	تابستان	
	۲۴/۴	۲۹۷	۲۵/۵	۱۹۶	۲۲/۵	۱۰۱	پاییز	
	۲۱/۴	۲۶۰	۲۲/۱	۱۷۰	۲۰	۹۰	زمستان	
	۱۰۰	۱۲۱۷	۱۰۰	۷۶۸	۱۰۰	۴۴۹	جمع	

جدول ۲. توزیع روش های اقدام به خودکشی و نتیجه نهایی آن در استان سمنان

روش اقدام به خودکشی	زنده ماندن		مرگ ناشی از خودکشی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مسمومیت دارویی	۱۰۲۱	۹۹/۹	۱	۰/۱
مسمومیت با سم و مواد مخدر	۷۵	۹۲/۶	۶	۷/۴
سقوط از ارتفاع	۱	۵۰	۱	۵۰
دار زدن	۱	۱۴/۳	۶	۸۵/۷
خود سوزی	۵	۱۰۰	۰	۰
سلاح گرم	۱	۲۵	۳	۷۵
سلاح سرد	۷۱	۹۸/۶	۱	۱/۴
سایر	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷

جدول ۳. ارتباط متغیرهای زمینه ای با نتیجه نهایی اقدام به خودکشی در استان سمنان

p	مرگ ناشی از خودکشی		زنده ماندن		ویژگی های زمینه ای	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
<۰/۰۰۱	۳/۳	۱۵	۹۶/۷	۴۳۴	مرد	جنس
	۰/۵	۴	۹۹/۵	۷۶۴	زن	
۰/۶۴	۱/۴	۸	۹۸/۶	۵۷۹	متاهل	وضعیت تاهل
	۱/۷	۱۱	۹۸/۳	۶۱۹	مجرد	
<۰/۰۰۱	۰/۱	۱	۹۹/۹	۱۰۲۱	دارویی	روش خودکشی
	۹/۲	۱۸	۹۰/۸	۱۷۷	غیر دارویی	
۰/۳۱	۱/۴	۱۵	۹۸/۶	۱۰۳۴	خیر	سابقه اختلال روانی
	۲/۴	۴	۹۷/۶	۱۶۴	بلی	
۰/۰۰۱	۱/۳	۱۵	۹۸/۷	۱۱۷۳	خیر	سابقه اختلال جسمی
	۱۳/۸	۴	۸۶/۲	۲۵	بلی	

جنسی در موارد اقدام به خودکشی را می توان در ماهیت جنس مونث در مواجهه با دشواری های زندگی و تمایل بیش تر وی به جلب توجه سایرین مربوط دانست [۱۲].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد غالب اقدام کنندگان در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال و بعد از آن در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند و میانگین سنی افراد حدود ۲۵ سال بود. این نتایج در سایر مطالعات در سمنان سال ۱۳۸۱، همدان، آذربایجان غربی نیز وجود داشته است [۱۴، ۱۳، ۷] و همه این مطالعات بر غالب بودن بروز خودکشی در جمعیت جوان تاکید داشتند. یکی از دلایل بالاتر بودن بروز خودکشی در گروه سنی نوجوانان و جوانان، به بیش تر بودن جمعیت این گروه در کشور مربوط می باشد. به علاوه سایر فشارهای زندگی از جمله بیکاری، مشکلات اقتصادی، مشکلات ازدواج نیز مربوط به این گروه سنی است که می تواند زمینه ساز خودکشی باشد [۱۵]. در دوره جوانی، جوانان به دلیل رسیدن به بلوغ و تمایل به استقلال با مشکلات متعددی از جمله گرایش به مواد

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که در بین اقدام کنندگان به خودکشی غالب افراد مذکر، مجرد و غالب افراد مونث، متاهل بوده اند. خانم ها بیش تر از روش مسمومیت دارویی استفاده می کردند، در حالی که مسمومیت با سم و مواد مخدر و همچنین استفاده از اسلحه گرم یا سرد در آقایان نسبت به خانم ها بیش تر بوده است. اکثر اقدام کنندگان به خودکشی نیز از مرگ نجات یافته اند.

در این مطالعه بیش از ۶۰٪ اقدام کنندگان استان سمنان مونث بوده اند که این درصد با میزانی که در مطالعه مشابه در سمنان در سال ۸۱-۱۳۸۰ به دست آمده (۶۱/۳٪ زن و ۳۸/۷٪ مرد) هم خوانی دارد [۷]. در مطالعه مروری سیستماتیک خودکشی از ۱۰ مطالعه اصیل با جمعیت ۳۰۷۷ نفر نیز ۶۶/۹٪ زن بودند [۱۱]. سایر مطالعات اپیدمیولوژیک در استان های مرکزی و آذربایجان غربی نیز از نظر توزیع جنسی با نتایج این مطالعه هم خوانی دارند. علت این توزیع

است که دارای تطابق با فرضیه زیست-آب و هوایی (Bio-climatic hypothesis) است [۲۷] این فرضیه بیانگر آن است که با شروع فصول بهار و تابستان هم درجه حرارت محیط و هم طول ساعات روشنایی در روز افزایش می‌یابد و چنین تغییرات مهمی که در محیط زیست رخ می‌دهد منجر به ایجاد تغییرات مهم دیگری در بدن انسان می‌گردد که به آمادگی فرد برای ارتکاب خودکشی می‌افزاید [۲۸]. هر چند این فرضیات نیاز به مطالعات تکمیلی بیشتر می‌باشد و مطالعه حاضر به تنهایی پاسخگوی حل فرضیه‌ای نخواهد بود، لیکن می‌توان عامل آب و هوا را نیز به عنوان یکی از عوامل تاثیرگذار بر خودکشی در نظر داشت.

در مطالعه حاضر بیش‌تر اقدام‌کنندگان خانم به خودکشی خانه‌دار، و بیش‌تر مردان اقدام‌کننده، شغل آزاد داشته‌اند. این در حالی است که در مطالعات سایر نقاط کشور از جمله ایلام، تبریز و مرکزی مردان بیکار را به عنوان گروه غالب در اقدام به خودکشی ذکر می‌کنند [۳۰، ۲۹، ۹]. شکست و عقب‌افتادگی شغلی هم‌راه با ازدیاد اقدام به خودکشی است که به خصوص در افرادی که در تامین هزینه‌های روزمره زندگی خود و خانواده با مشکل روبرو هستند، بیش‌تر مشاهده می‌شود [۳۰]. بررسی اختلاف موجود در نتایج مطالعه نیاز به بررسی‌های بیشتر جامعه‌شناختی استان سمنان دارد. پایین بودن جمعیت بیکاران استان سمنان نسبت به سایر مناطق یکی از موارد احتمالی برای این یافته‌هاست.

شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در این مطالعه مسمومیت دارویی (۸۴٪)، بوده است که مطالعات خودکشی مشابه در سمنان (۸۸/۵٪)، بیرجند (۷۲٪)، مرکزی (۸۲/۵٪)، تبریز (۷۱/۱٪) و بسیاری مطالعات دیگر آن را تایید می‌کنند [۳۰، ۲۹، ۸، ۷]. نحوه اقدام به مسمومیت عمدی بسته به سموم و داروهای در دسترس افراد و عوامل فرهنگی اجتماعی هر منطقه متفاوت است. در ایران به دلیل فراوانی و در دسترس بودن داروها و مواد شیمیایی سمی مانند سموم گیاهی و جانوری و هم‌چنین سوء مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر، هم موارد مسمومیت‌های تصادفی و هم عمدی، شایع‌تر هستند [۳۱].

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که اغلب خودکشی‌های منجر به فوت، به طور معنی‌داری در آقایان رخ داده است که نتایج مطالعه صابری زفرقندی و همکاران، رفیعی و سیفی آن را تایید می‌کند [۳۰، ۷]. در مقابل نتایج دو مطالعه انجام شده در اردبیل و بیرجند آمار خودکشی‌های منجر به مرگ در خانم‌ها را بیش‌تر از آقایان ارزیابی کرده‌اند [۳۲، ۸]. در بررسی اختلاف این نتایج روش اقدام به خودکشی نشان

مخدر، ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران و عدم انجام وظایف محوله به نحو مناسب، مواجه هستند [۱۶]. آمارها نشان می‌دهند که نزدیک به یک چهارم از اقدام به خودکشی‌ها و ۲۳٪ مرگ‌های ناشی از خودکشی در سال ۲۰۰۲ در جهان، مربوط به جوانان بوده است. هم‌چنین میزان خودکشی در جوانان نسبت به سایر گروه‌های سنی با رشد بیش‌تری در حال افزایش است [۱۷].

از نظر وضعیت تاهل، نتایج مطالعه حاضر نشان داد اقدام به خودکشی در مجردها و متاهلین با درصد تقریباً یکسانی وجود دارد که با مطالعات انجام شده در همدان [۱۳] و آذربایجان غربی [۱۴] مشابه است. در این مطالعه به صورت معنی‌داری در اقدام‌کنندگان به خودکشی، غالب افراد مذکر، مجرد و غالب افراد مونت، متاهل بوده‌اند. در مطالعه‌ای در کرج نیز ارتباط معنی‌داری بین مجرد بودن و جنس مذکر مشاهده شده بود که با این مطالعه هم‌خوانی دارد [۱۸]. در بررسی‌های صورت گرفته پیرامون بالاتر بودن موارد اقدام به خودکشی در زنان متاهل در ایران، مشکلات زناشویی هم‌چون خشونت و اعتیاد شوهر، چند همسری، تفاوت سنی زوجین، عدم تفاهم با شوهر، ازدواج اجباری و حساسیت شدید در مقابل طلاق، مهم‌ترین علت خودکشی زنان عنوان شدند [۱۹-۲۳].

در بررسی الگوی فصلی اقدام به خودکشی در این مطالعه، از نظر فصل‌های سال بیش‌ترین تعداد اقدام به خودکشی در فصل تابستان و کم‌ترین تعداد در فصل زمستان بوده است. از نظر پراکندگی ماه‌های فصول مختلف نیز بیش‌ترین موارد اقدام به خودکشی در اردیبهشت ماه و کم‌ترین آن‌ها در دی ماه بوده است. از میان عوامل محیطی تاثیرگذار بر خودکشی، نشان داده شده است که شرایط آب و هوایی مرتبط با تغییر فصول می‌تواند بر روی خودکشی مؤثر واقع شود. این نکته برای اولین بار در سال ۱۸۸۱ میلادی توسط دانشمند ایتالیایی به نام مورسلی Morselli عنوان گردید. پس از وی نیز Dorkhim جامعه‌شناس مشهور فرانسوی نشان داد که در اغلب کشورهای غربی وقوع خودکشی در فصل بهار به حد بالای خود و در فصل زمستان به پایین‌ترین حد می‌رسد [۲۴]. در ایران مطالعاتی که الگوی فصلی را لحاظ کرده‌اند، نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد. بیش‌ترین فراوانی اقدام به خودکشی در رفسنجان ماه‌های تیر و اردیبهشت [۲۵]، در همدان ماه‌های شهریور و اسفند [۱۳]، و در ایلام [۲۶] فصل بهار و تابستان بوده است. در مطالعه حاضر نیز یافته‌ها حاکی از آن است که تعداد موارد اقدام به خودکشی در فصل تابستان بیش‌ترین، و در فصل زمستان از کم‌ترین میزان برخوردار بوده

خودکشی شود احتمالاً باعث کاهش مصرف مواد مخدر و دخانیات نیز خواهد شد. مسمومیت‌های ایجاد شده، علی‌رغم آگاهانه بودن، از شدت کمی برخوردار می‌باشند و اغلب اقدام‌کنندگان در مرتبه نخست، بهبود می‌یابند. با این حال، نظر به احتمال خودکشی مجدد در این گروه‌ها، توصیه می‌شود با توجه به سن بیماران و آسیب‌پذیری آن‌ها برنامه‌های آموزشی و حمایتی از این قشر و خانواده آن‌ها انجام شود.

آموزش مهارت‌های زندگی، شناسایی موارد خشونت خانگی، ارائه راه‌کارهای مناسب در حل مشکلات خانوادگی، معرفی دستگاه‌های حمایتی به مددجو، ارجاع و پیگیری از جمله اقداماتی است که مجموعه نظام سلامت می‌توانند در جهت کاهش موارد اقدام به خودکشی انجام دهند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در حیطه شناسایی فاکتورهای خطر در استان سمنان، به صورت مورد شاهدهی یا کوهورت ارزیابی گردند تا با داشتن گروه کنترل، به دقت کار افزوده شود. به علاوه می‌توان با برگزاری دوره‌های درمانی برای بیماران و یا برگزاری دوره‌های آموزشی برای والدین تاثیر این مداخلات بر شیوع خودکشی را سنجید.

تشکر و قدردانی

این تحقیق با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی سمنان (طرح تحقیقاتی شماره ۳۳۰) انجام گردید. نویسندگان مقاله از همکاری شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی، مساعدت کلیه پرستارانی که در جمع‌آوری داده‌ها ما را یاری نمودند، و همچنین از بیماران و همراهان آن‌ها که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، قدردانی و تشکر می‌نماییم.

منابع

- [1] Shirazi HR, Hosseini M, Zoladi M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K, Mansorian MA. Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *East Mediterr Health J* 2012; 18: 607-613
- [2] Henry CS, Stephenson AL, Hanson MF, Hargett W. Adolescent suicide and families: an ecological approach. *Adolescence* 1993; 28: 291-308.
- [3] Anderson PL, Tiro JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 131-138.
- [4] Wadsworth T, Kubrin C, Herting J. Investigating the rise (and Fall) of young black male suicide in the united states, 1982-2001. *J Afr Am St* 2014; 18: 72-91.
- [5] Moradi SD, Khademi A. Evaluation of suicides leading to death in Iran compared with international rates. *J Forensic Leg Med* 2002; 8: 16-21. (Persian).
- [6] Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozart M, Noorbala AA, Malekafzali H, Davidian H, et al. Suicidal attempt and psychiatric disorders in Iran. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35: 309-316.
- [7] Saberi-Zafarghandi MB, Ghorbani R, Mousavi S. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of

می‌دهد که در خانم‌ها خودسوزی عامل مرگ بوده است. خودسوزی روشی است که از یک سو جنبه نمایشی داشته و باعث جلب توجه اطرافیان می‌گردد و از سوی دیگر حس ترحم آن‌ها را تحریک می‌کند. این روش خودکشی باعث ایجاد سوختگی‌های عمیق و با درصدهای بالا می‌شود و پس از زجر فراوان مددجو و خانواده‌اش غالباً به مرگ منجر می‌گردد [۱۰]. تحقیقات خودسوزی در ایران نشان می‌دهد که ۸۱/۵٪ از اقدام‌کنندگان به این روش زن‌ها بوده‌اند، که درصد قابل توجهی از آن‌ها برای جلب توجه و در زمینه کمبودها و رفع نیازهای خود اقدام به این کار نموده‌اند و هم‌چنین اکثر زنان خودسوخته تحت تأثیر هیجانات آنی اقدام به این کار کرده‌اند [۳۳].

در این مطالعه ۱۳/۸٪ افراد مبتلا به حداقل یک بیماری روانی و ۲/۴٪ افراد مبتلا به حداقل یک بیماری جسمی بودند که این یافته مؤید مطالعات مشابه داخل و خارج از کشور می‌باشد [۳۴، ۲۹]. مطالعات نشان می‌دهد بین اختلال‌های روان‌پزشکی، افسردگی بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است [۳۴] که در مطالعه حاضر نیز افسردگی شایع‌ترین یافته بوده است.

با توجه به علائم هشداردهنده مربوط به خودکشی، به کارگیری تدابیر پیش‌گیرانه می‌تواند موثر باشد. بالا بودن نرخ اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال در مطالعه حاضر و مطالعات مشابه در کشور با توجه به جوان بودن جمعیت کشور، معضل خودکشی را به عنوان یک پدیده بسیار مهم بهداشتی اجتماعی مطرح می‌کند و اقدامات پیش‌گیرانه و نیز تشخیص زودرس نشانه‌های هشداردهنده برای آن ضرورت می‌یابد. در این زمینه می‌توان به نقش مدارس و خانواده‌ها به عنوان مهم‌ترین نهادهای آموزشی و تربیتی در کاهش اقدام به خودکشی پی برد. ضروری است جوانان و نوجوانانی که از مدارس انصراف داده و یا با مشکلات خانوادگی دست و پنجه نرم می‌کنند، به عنوان گروه‌های در معرض خطر بالا مد نظر قرار داده شوند و برای این گروه‌ها، برنامه‌های مراقبتی ویژه در نظر گرفته شود.

مسمومیت دارویی و سوء مصرف مواد مخدر به عنوان شایع‌ترین شیوه‌های اقدام به خودکشی که از یافته‌های این مطالعه است، در دسترس بودن آسان داروها و مواد مخدر را مطرح می‌سازد. در این زمینه آموزش‌های لازم و اقدامات پیش‌گیرانه، جهت جلوگیری از گرایش به مصرف مواد مخدر ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین لازم است که این افراد را به عنوان جامعه در معرض خطر بالا برای گرایش به مصرف مواد مخدر در نظر گرفت. هر برنامه‌ای که باعث کاهش اقدام به

- [21] Saadat M. Epidemiology and mortality of hospitalized burn patients in Kohkiluyeh va Boyer-Ahmad province (Iran): 2002-2004. *Burns* 2005; 31: 306-309.
- [22] Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns* 2002; 28: 115-119.
- [23] Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Kh K, Godarzi Z. Causes of suicide in married women. *Hayat* 2006; 12: 47-53. (Persian).
- [24] Deisenhammer E. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 402-409.
- [25] Zare H, Nazer M, Sayyadi AR. Frequency of mental disorders and factors related to suicide in patients referring to emergency ward of Ali ebne abitaleb hospital of rafsanjan in 2007. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2010; 9: 221-232.
- [26] Rezaeian M, Sharifirad GR. Seasonal pattern of suicide and attempted suicide in Ilam province during 1995-2002. *J Ilam Univ Med Sci* 2008; 16: 51-57.
- [27] Maes M, Meyer F, Thompson P, Peeters D, Cosyns P. Synchronized annual rhythms in violent suicide rate, ambient temperature and the light-dark span. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 391-396.
- [28] Maes M, Scharpé S, Verkerk R, D'Hondt P, Peeters D, Cosyns P, et al. Seasonal variation in plasma L-tryptophan availability in healthy volunteers: relationships to violent suicide occurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 937-946.
- [29] Khazaie H, Parvizifard A. Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in Tabriz in 2001. *J Kermanshah Uni Med Sci* 2003; 7: 42-51.
- [30] Rafiei M, Seyfi A. The Epidemiologic Study of Suicide Attempt Referred to Hospitals of University of Medical Sciences in Markazi- Province from 2002 to 2006. *Iran J Epidemiol* 2009; 4: 59-69.
- [31] Afshari R, Majdzadeh R, Balali-Mood M. Pattern of acute poisonings in Mashhad, Iran 1993-2000. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004; 42: 965-975.
- [32] Sayadrezai I, Farzaneh E, Azamy A, Enteshari Mogaddam A, Shahbazzadegan S, Mehrgany R. The epidemiologic study of suicide in Ardabil province from 2003 to 2009. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9: 299-306.
- [33] Amirmoradi F, Memari A, Ramim T, Mehran A, Khosravi K. [Investigating causes of self-burning in married women]. *Hayat* 2005; 11: 51-62. (Persian).
- [34] Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 45.
- Semnan University of medical sciences. *Koomesh* 2005; 6: 311-318.
- [8] Mehran N, Bolhari J, Asgharnejad Farid A, Miri MR. Psychosocial characteristics of suicide attempters compared with normal subjects in Birjand. *J Birjand Univ Med Sci* 2004; 11: 22-28. (Persian).
- [9] Akbari Zardkhaneh S, Jafari S, Dowlatshahi B, Mamaghanieh M. Relationship of suicide with personality characteristics and life events. *J Behav Sci* 2009; 3: 19-20. (Persian).
- [10] Rezaei L, Hosseini SA, Rassafiani M, Najafi F, Shakeri J, Khankeh HR. Why self-immolation? A qualitative exploration of the motives for attempting suicide by self-immolation. *Burns* 2013; 40: 319-327.
- [11] Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14: 115-121. (Persian).
- [12] Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78: 259-266.
- [13] Ghaleiha A, Behroozi Fard F. Epidemiologic survey of suicide attempters hospitalized in Hamadan Sina hospital in 2001-2002. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2006; 13: 58-63.
- [14] Salari-Lak S, Entezar Mahdi R, Afshani Naghdeh MT, Abbasi H. Evaluation of influencing factors and the incidence of suicide within a year in West Azerbaijan Province. *Urmia Med J* 2006; 17: 9-15.
- [15] Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 420-436.
- [16] Silvers JA, McRae K, Gabrieli JD, Gross JJ, Remy KA, Ochsner KN. Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion* 2012; 12: 1235-1247.
- [17] Wood A. Self-harm in adolescents. *Adv Psychiatr Treat* 2009; 15: 434-441.
- [18] Malakouti SK, Nojomi M, PoshtMashhadi M, Shoshtari MH, Amin SA, Bolhari J. The study of suicidal behaviors rates in the community sample of Karaj city in 2005. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2008; 1: 5-10.
- [19] Groohi B, Alaghebandan R, Lari AR. Analysis of 1089 burn patients in province of Kurdistan, Iran. *Burns* 2002; 28: 569-574.
- [20] Maghsoudi H, Garadagi A, Jafary GA, Azarmir G, Aali N, Karimian B, Tabrizi M. Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. *Burns* 2004; 30: 217-220.

Epidemiologic study of 1217 suicide attempts in Semnan province

Mohsen Pourazizi (M.D)¹, Raheb Ghorbani (Ph.D)², Sheida Zolfaghari (M.D)^{*1}, Hamid Shahinfar (M.D)¹, Ronaz Nikkhah (M.D)¹

1 - Student Research Committee, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

2 - Research Center of Physiology, and Research Center for Social Determinants of Health, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

(Received: 11 Jun 2013; Accepted: 30 Aug 2014)

Introduction: Suicide is one of the important social and mental health problems in many countries and considerable resources are devoted to health care. The purpose of this study was to investigate the demographic features of more than thousand cases of attempted suicide in Semnan province

Materials and Methods: In this cross sectional study in 2008-2009, we collected data from cases referred to public hospitals and forensic medicine offices of Semnan province, using researcher made checklists, included demographic data and factors associated with suicide.

Results: Among 1217 cases of suicide attempts occurred in Semnan province, 768 cases (63.1%) were female and the rest were male. The mean age \pm SD of participants was 24.6 \pm 8.4. 599 cases (49.2%) were single. There was a significant relationship between gender and marital status ($p<0.001$) in a way that most of the male cases were single (60.8%) and most females were married (56.1%). The most common methods of suicide was drug toxicity (83.98%) and poison or opium overdose (7.1%). Totally, 1.6% of suicide attempts led to death which was significantly higher in men than in women ($p<0.001$).

Conclusion: Since drug poisoning is the most common method of suicide, officials should ensure that drugs are offered only on prescriptions and physicians should avoid prescribing excessive drugs. Trying to identify high risk groups, providing education requirements, planning for employment and reducing the economic problems in young age group, is suggested.

Keywords: Suicide attempt, Epidemiology, Semnan, Iran

* Corresponding author. Fax: +98 23 33354359; Tel +98 23 33354359

sh_zolfaghary@yahoo.com

How to cite this article:

Pourazizi M, Ghorbani R, Zolfaghari S, Shahinfar H, Nikkhah R. Epidemiologic study of 1217 suicide attempts in Semnan province. koomesh. 2014; 16 (1) :29-35

URL http://koomeshjournal.semums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-2482-1&slc_lang=en&sid=1