

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج در سال ۱۳۸۲

چکیده

زمینه و هدف: افزایش نگران‌کننده میزان خودکشی و پیامدهای آن در دهه‌های اخیر، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت که در برنامه بهداشت همگانی تا سال ۲۰۰۰، کاهش میزان خودکشی را در کشورهای جهان به عنوان یکی از اهداف خود معرفی کند. هدف از انجام این مطالعه، تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج در قالب یک طرح پژوهشی چند کشوری در سال ۱۳۸۲ بود. روش بررسی: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه افراد اقدام‌کننده به خودکشی بود که به اورژانس‌های شهر کرج مراجعه کرده بودند. ۶۳۲ نفر از مراجعان و اقدام‌کنندگان که مایل به شرکت در پژوهش بودند، برگزیده شدند و اطلاعات مربوط به آنها شامل متغیرهای دموگرافیک، روش اقدام، زمان و مکان اقدام، دفعات اقدام و خدمات پزشکی انجام شده برای بیماران، از طریق پرونده موجود در اورژانس و توسط مصاحبه با همراهان بیمار و خود بیمار، جمع‌آوری گردید. این بررسی یک مطالعه مقطعی به صورت بخشی از پروژه چند کشوری طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت بود که طی تیرماه ۱۳۸۱ لغایت فروردین ۱۳۸۲ انجام شد. از آزمون‌های T-test، و Chi-square برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها: اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی، مؤنث (۶۲/۵٪)، مجرد (۵۳/۶٪) و با تحصیلات دبیرستانی (۵۲/۸٪) بودند. میانگین سنی موارد مورد بررسی، (۴۹+۲۴/۵) سال بود. بیش‌تر اقدام‌کنندگان در گروه مردان، بیکار (۲۹/۸٪) و در گروه زنان، خانه‌دار (۶۷/۵٪) بودند. در ۱۵/۴٪ (۹۷ نفر) اقدام‌کنندگان، سابقه خودکشی در بستگان وجود داشت و ۲۸٪ سابقه خودکشی قبلی داشتند. ۲۳/۷٪ وضعیت جسمانی خود را در ۳ ماه قبل از اقدام، ضعیف گزارش کردند. نتیجه‌گیری: افراد بیکار، مؤنث، مجرد، مؤنثین متأهل و زنان خانه‌دار، بیش از دیگران در معرض اقدام به خودکشی هستند.

کلیدواژه‌ها: ۱- خودکشی ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی ۳- بخش اورژانس ۴- مشکلات روانی - اجتماعی

- *دکتر مرضیه نجومی I
- دکتر جعفر بوالهیری II
- دکتر سید کاظم ملکوتی III
- دکتر میترا حکیم شوشتری IV
- صفیه اصغرزاده امین V
- مرجان پشت‌مشهدی VI

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۲۸، تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۰/۲۵

مقدمه

مروری بر تاریخ جوامع مختلف نشان می‌دهد که در اغلب دوره‌های تاریخی، انسان‌ها به گونه‌ای خواسته‌اند حق زنده ماندن یا مردن را برای خود محفوظ نگه‌دارند. بعلاوه، با

مروری بر وضعیت اجتماعی - فرهنگی و شرایط زندگی آنها، می‌توان عواملی را که در جامعه‌ای مشخص و در عصری معین انسان‌ها را به سوی انتحار سوق داده، تشخیص داد.^(۱)

- (I) استادیار و متخصص پزشکی اجتماعی، فلوشیپ اپیدمیولوژی بالینی، عضو مرکز تحقیقات بهداشت روان، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، بزرگراه همت، تقاطع شیخ فضل‌الله نوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران (* مؤلف مسؤول).
- (II) دانشیار و متخصص روانپزشکی، رئیس مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
- (III) دانشیار و متخصص روانپزشکی، عضو مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
- (IV) استادیار و متخصص روانپزشکی، عضو مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.
- (V) کارشناس روانشناسی، دفتر همکاری‌های سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روان.
- (VI) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، استیتو روانپزشکی تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش.

طبق داده‌های این جدول میزان اقدامات موفق طی ۱۲ سال، حدود ۶ برابر افزایش داشته است. این میزان بدون در نظر گرفتن میزان رشد جمعیت طی این سالها می‌باشد.^(۱)

مطالعات متعدد در نقاط مختلف ایران بیانگر وجود مشکلات و اختلالات روانی در اقدام‌کنندگان به خودکشی است. نتایج مطالعه مهرازان در سال ۱۳۸۲ نشان داد، افراد اقدام‌کننده، مشکلات روانی بیش‌تری نسبت به افراد عادی داشتند و درصد بالایی از آنها سابقه سوء مصرف مواد و درگیری با قانون داشتند.^(۲)

در مطالعه‌ای بر روی اقدام‌کنندگان در شهر ایلام، مشخص شد افراد اقدام‌کننده از لحاظ شیوع اختلالات روانی، تفاوت معنی‌داری با گروه گواه داشتند؛ بطوری که، ۶۷٪ اقدام‌کنندگان سابقه ابتلا به اختلالات روانی را گزارش کردند.^(۳)

مطالعه‌ای بر روی نوجوانان اقدام‌کننده در شهر تهران نیز نشان داد که میزان علایم مرضی گزارش شده در اقدام‌کنندگان، بیش‌تر از گروه کنترل است.^(۴) نتایج مطالعه دیگری روی جمعیت عمومی شهر ایلام (۴۲۴ نفر) نشان داد که ۱۴/۳٪ اقدام‌کنندگان، سابقه سوء مصرف مواد یا دارو و ۲۵/۷٪، سابقه درمان روانپزشکی داشتند.^(۵)

در پژوهش حاضر، به عنوان قسمتی از یک طرح چند کشوری مشترک طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت، سعی بر این است که با تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج، گامی در جهت شناسایی نگرش، عقاید و متغیرهای مهم از جمله دموگرافیک در منطقه که باعث پیشگیری یا تسریع اقدام به خودکشی می‌شود، برداشته شود تا به این وسیله بتوان اقدامات مناسب بعدی را برای کاهش اقدام به خودکشی انجام داد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مقطعی، در شهر

در سالهای اخیر، آگاهی و درک گروهی مردم از رفتار خودکشی تغییر یافته است و حتی برخی، به آن به عنوان یک روش منطقی و معقول در واکنش به مشکلات می‌نگرند.^(۱) در بسیاری از کشورها، بویژه کشورهای پیشرفته، خودکشی یک مشکل اجتماعی و بهداشت روانی به حساب می‌آید و یکی از مسایلی است که توجه ویژه‌ای را در مجموعه مراقبت‌های بهداشتی سطح اول و دوم به خود جلب کرده است.^(۲) افزایش نگران‌کننده میزان خودکشی در دهه‌های اخیر و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن، سازمان بهداشت جهانی را بر آن داشت که در برنامه بهداشت همگانی تا سال ۲۰۰۰، کاهش میزان خودکشی را در کشورهای جهان به عنوان یکی از اهداف خود معرفی کند.^(۳)

طبق یک گزارش، در طی ۴۵ سال، مرگ ناشی از اقدام به خودکشی ۶۰٪ افزایش داشته است. نرخ خودکشی بین نوجوانان طی ۵۰ سال تقریباً ۳ برابر شده است. خودکشی، سومین علت مرگ و میر نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله و ششمین علت مرگ کودکان ۵ تا ۱۹ ساله است.^(۴)

بطور کلی، مطالعات انجام شده در جوامع غربی، نرخ بالای اختلال روانپزشکی را قبل از خودکشی نسبتی بین ۸۲٪ تا ۱۰۰٪ گزارش نموده‌اند.^(۵) در کشور ما، نرخ خودکشی از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۶ روندی رو به افزایش داشته است. جدول زیر این روند را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱- میزان خودکشی طی ۱۲ سال در ایران

سال	تعداد موارد در کل کشور
۱۳۶۵	۴۸۴
۱۳۷۰	۱۴۳۷
۱۳۷۲	۲۸۰۹
۱۳۷۳	۲۴۰۹
۱۳۷۴	۲۹۷۶
۱۳۷۵	۲۸۱۸
۱۳۷۶	۲۸۶۸

سال ۲۰۰۰، طی یک مطالعه بزرگ چند مرکزی (Suicide Prevention Multisite Intervention Study) بر رفتار خودکشی آغاز کرد.

کد تشخیصی تمام اقدام‌کنندگانی که تشخیص روانپزشکی داشتند، با استفاده از ICD-10 (۱۰-International classification of disease)، مشخص می‌شد و وارد پرسشنامه می‌گردید.

طول مدت جمع‌آوری داده‌ها در طی تیر ۱۳۸۱ تا فروردین سال ۱۳۸۲ طی یک مطالعه مقطعی بود. تمام قسمتهای پرسشنامه از طریق مصاحبه با بیمار و همراهان تکمیل گردید.

از آزمون‌های T-test، و Chi-square برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده (version 11.5) SPSS بود. جهت رعایت نکات اخلاقی موارد زیر اجرا شد: - کسب مجوز کمیته اخلاق از حوزه معاونت پژوهشی وزارت بهداشت

- اخذ موافقت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان در پژوهش (فرم ضمیمه ارسالی از WHO)
- منظور کردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه و تکمیل پرسشنامه بدون نام
- صدور کارت شناسایی رسمی برای تمام پرسشگران و محرمانه ماندن اطلاعات

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی، مؤنث (۶۲/۵٪)، مجرد (۵۳/۶٪) و با تحصیلات دبیرستانی (۵۲/۸٪) بودند. محصلین (۱۷/۶٪) و زنان خانه‌دار (۴۲/۳٪) بیش‌ترین موارد را به خود اختصاص می‌دادند. بعلاوه در گروه مردان، بیش‌تر اقدام‌کنندگان، بیکار (۲۹/۸٪) و دارای کار موقت (۲۴/۳٪) و در گروه زنان، خانه‌دار (۶۷/۵٪) و محصل (۲۰/۱٪) بودند (جدول شماره ۳). میانگین سن اقدام‌کنندگان، ۲۴/۵ سال با انحراف معیار ۹ سال بود. بیش‌ترین سن، ۶۹ و کمترین، ۱۲ سال بود.

کرج، که در ۳۵ کیلومتری غرب تهران قرار دارد، انجام شد. طراحی پروژه و انتخاب شهر کرج به عنوان محل اجرای طرح، براساس ملاک سازمان جهانی بهداشت بود که محل اجرای طرح بایستی حداقل ۲۵۰۰۰۰ نفر جمعیت می‌داشت. به دلیل بزرگ بودن کلان شهر تهران، تصمیم گرفته شد یکی از شهرهای تابعه تهران انتخاب شود. از آنجا که کرج به تهران نزدیک بود و امکان نظارت بر اجرای طرح در حد مطلوب وجود داشت، آمار ماهانه بیمارستان‌های کرج اخذ شد که به طور متوسط ۸۰-۹۰ نفر بود. بنابراین، با هماهنگی طراحان پروژه در سازمان جهانی بهداشت، شهر کرج به عنوان محل اجرای طرح انتخاب شد.

از بین جمعیت ۱/۳۰۰/۰۰۰ نفری کرج، ۳۳/۴٪ زیر ۱۵ سال دارند. نرخ رشد جمعیت، ۱/۲ و نرخ مرگ و میر، ۴/۴۷ در ۱۰۰۰ نفر است. ساکنان غیربومی دو دهه گذشته این شهر عمدتاً مهاجرانی هستند که طی جنگ ایران و عراق به این منطقه نقل مکان کرده‌اند. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر کرج است. در مرحله اول، مراکز اورژانس فعال ۵ بیمارستان که مسئول رسیدگی به مصدومان خودکشی هستند، انتخاب شدند. در طول مدت مطالعه به طور کلی ۹۴۵ نفر با اقدام به خودکشی به مراکز نامبرده، مراجعه داشتند که از بین آنها، ۶۳۲ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، برگزیده شدند و اطلاعات مربوط به آنها شامل متغیرهای دموگرافیک، روش اقدام، زمان و مکان اقدام، دفعات اقدام و خدمات پزشکی انجام شده برای بیماران، از طریق پرونده موجود در اورژانس، همراهان بیمار و خود بیمار، جمع‌آوری گردید. اطلاعات کامل مربوط به کل مراجعین، شامل وضعیت سلامت جسمانی، تاریخچه رفتار خودکشی، سابقه مشاوره به مرکز مشاوره، سابقه سوء مصرف مواد و... در مقاله دیگری آورده شده است. این مطالعه قسمتی از پروژه مشترک انستیتو روانپزشکی تهران و سازمان جهانی بهداشت می‌باشد که این سازمان در

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در افراد اقدام‌کننده به خودکشی

متغیر	فراوانی	درصد
سن		
۱۰-۱۹	۱۹۹	۳۱/۵
۲۰-۲۹	۳۰۸	۴۸/۷
۳۰-۳۹	۷۵	۱۱/۹
۴۰-۴۹	۲۹	۴/۶
۵۰-۵۹	۱۲	۱/۹
۶۰ به بالا	۹	۱/۴
جنس		
زن	۳۹۵	۶۲/۵
مرد	۲۳۷	۳۷/۵
وضعیت تأهل		
مجرد	۳۳۸	۵۳/۶
متأهل	۲۷۴	۴۳/۴
بیوه	۳	۰/۵
طلاق گرفته	۱۶	۲/۵
نامشخص	۱	۰/۲
وضعیت تحصیلی		
بی‌سواد و ابتدایی	۷۱	۱۱/۲
راهنمایی	۱۷۰	۲۶/۹
دبیرستانی	۳۳۴	۵۲/۸
تحصیلات دانشگاهی	۵۷	۹/۰
کل	۶۳۲	۱۰۰

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی طبقات شغلی در افراد اقدام‌کننده به

وضعیت شغلی	خودکشی برحسب جنس	
	مرد	زن
	فراوانی	درصد
محصل تمام وقت	۳۲	۱۳/۶
استخدام تمام وقت	۴۰	۱۷
کار موقت	۵۷	۲۴/۳
بیکار	۷۰	۲۹/۸
خانه‌دار	-	-
استخدام نیمه وقت	۹	۳/۸
سایر	۲۹	۱۲/۲
کل	۲۳۷	۳۷/۵

از بین افراد دارای فرزند که اقدام به خودکشی کرده بودند، ۳۸/۷٪، ۲۸/۲٪ و ۱۵/۳٪ به ترتیب دارای یک تا ۳ فرزند بودند. ۳/۶٪ از آنها بیش از ۶ فرزند داشتند.

۵۶/۵٪ افراد اقدام‌کننده به خودکشی، با والدین و ۲۴٪ آنها، با همسر و فرزند خود زندگی می‌کردند. ۱۲/۲٪ با همسر و بدون فرزند و بقیه، تنها و یا فقط با فرزند خود، با بستگان، در موسسات روانپزشکی و ... زندگی می‌کردند.

بیش‌ترین شغل پدر اقدام‌کنندگان به خودکشی، کارگر خدمات (۲۵/۷٪)، سپس کارمند (۱۸/۳٪) و کارگر فنی (۱۷/۵٪) بود. کارگر ماهر کشاورزی، کارمندان نیروهای مسلح، افراد دارای مشاغل ساده و کارگران ماهر، بیش‌ترین موارد بعدی را به خود اختصاص می‌دادند (در حدود ۲۵٪).

همه ۶۳۲ نفر مراجعه کننده، مسلمان بودند. از لحاظ تمایلات مذهبی، ۷۱/۴٪ افراد خود را فردی مذهبی می‌دانستند و از آن میان، ۲۳/۹٪ سالی ۳-۲ بار به اماکن مذهبی می‌رفتند و اکثریت افراد (۳۱/۵٪) اصلاً به مسجد نمی‌رفتند.

احساسات شایع یک هفته پس از اقدام به خودکشی قبلی عبارت بود از: احساس رهایی (۵۱/۸٪)، خوب (۴۴/۶٪)، ترحم به خود (۴۶/۴٪)، عصبانیت از خود (۱۸٪) و غرور (۳۶/۹٪). ۲۸٪ (۱۷۷ نفر) اقدام‌کنندگان، سابقه خودکشی قبلی داشته‌اند.

در ۱۵/۴٪ (۹۷ نفر) اقدام‌کنندگان، سابقه خودکشی در بستگان وجود داشت. بیش‌ترین گروه در معرض اقدام به خودکشی و فوت ناشی از خودکشی، در بین بستگان، والدین، برادر یا خواهر افراد اقدام‌کننده به خودکشی بود.

۲۵/۵٪ اقدام‌کنندگان، وجود بیماری جسمی یا معلولیت را در طی یک سال قبل از اقدام گزارش کردند و ۲۳/۷٪ اقدام‌کنندگان، وضعیت سلامت جسمانی خود را در طی ۳ ماه قبل از اقدام به خودکشی ضعیف گزارش نمودند. ۸/۶٪ آنها، ۲ هفته قبل از اقدام به علت شدت بیماری جسمانی، کار خود را رها کرده بودند.

اکثریت اقدام‌کنندگان (۷۱/۱٪) گزارش کردند که در طی یک سال قبل از اقدام به خودکشی، بیش از ۲ بار به پزشک عمومی مراجعه داشته‌اند. از آن میان ۸۴/۵٪ به علت بیماری جسمانی و ۸/۵٪ به علت بیماری عصبی - روانی به پزشک

خانوادگی را ذکر کردند که بیشترین موارد را به خود اختصاص می‌داد.

در بین مردان اقدام‌کننده، ۷۳٪ مجرد و در حدود ۲۵٪ متأهل بودند، این نسبتها در گروه زنان به ترتیب ۴۱/۷٪ و ۵۴/۴٪ بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/005$). ۵۹/۵٪ از مردان و ۷۸/۵٪ از زنان با اختلاف معنی‌دار آماری ($p=0/005$) خود را فردی مذهبی می‌دانستند. در بین مردان، ۸/۴٪ و در زنان، ۱۴/۴٪ در مورد اینکه آیا در واقع مایل به مردن بودند، اعلام کردند که نمی‌خواستند بمیرند و این اختلاف اگر چه نسبتاً کوچک نیست ولی دارای p .value در حدود ۰/۰۶ بود. میانگین سن مردان و زنان اقدام‌کننده، ۲۴ سال بود.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی، مؤنث، مجرد با تحصیلات در حد دبیرستان و محصلین و زنان خانه‌دار بودند. اکثریت مردان اقدام‌کننده به خودکشی دارای کار موقت و یا بیکار و زنان اقدام‌کننده عمدتاً خانه‌دار بودند.

برخی نتایج مطالعات جهانی نیز بیانگر بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است. بطوری که کشور چین ۵۵/۸٪ از کل موارد خودکشی زنان را در جهان شامل می‌شود.^(۱۱)

مقایسه نرخ خودکشی زنان در ایران با سایر کشورها نشان می‌دهد که این نرخ از کشورهای امریکای لاتین، مرکزی و جنوبی بالاتر است. ایران و گرجستان بالاترین نرخ خودکشی زنان را در آسیای غربی دارند.^(۱۲) نتایج مطالعات داخلی^(۷-۱۰) در راستای مطالعه حاضر بیانگر بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر این است که بیشترین اقدام‌کنندگان به خودکشی را افراد مجرد و با میانگین سنی ۲۴/۵ سال تشکیل می‌دادند که این یافته با نتایج پژوهشی کبک شمالی که نشان داد اکثر خودکشی‌ها در مجردین در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال صورت می‌گیرد^(۱۳)، هماهنگ است.

عمومی مراجعه داشتند، که برای بیشتر آنها (۹۴/۱٪) دارو تجویز شده و ۱۷/۱٪ این افراد، از داروهای تجویز شده، برای اقدام به خودکشی استفاده کردند.

۲/۲٪ (۱۴ نفر) اقدام‌کنندگان، سابقه بستری روانپزشکی و ۲۳/۶٪ آنها، سابقه دریافت خدمات تخصصی روانپزشکی و روانشناسی به شکل سرپایی داشتند که این تعداد، بیشترین خدمات تخصصی را از روانپزشک یا روانشناس بخش خصوصی (۱۶/۵٪) دریافت کرده بودند.

عمده‌ترین مشکلات روانی - اجتماعی در اقدام‌کنندگان به خودکشی در طی یک سال گذشته به ترتیب شامل مشکل با همسر (۲۴/۹٪)، مشکل با خانواده (۲۷/۲٪)، مشکل مالی (۱۵/۸٪) و مشکلات شغلی یا تحصیلی (۱۴/۸٪) بود. حاملگی ناخواسته و مشکلات قانونی، از جمله دیگر مشکلات در طی سال گذشته بود.

بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی (۶۳/۴٪)، زمانی را برای خودکشی انتخاب کرده بودند که هیچ‌کس نزدیک آنها نبود و برای ۴۲/۲٪ آنها، امکان اینکه کسی جلوی اقدام به خودکشی آنها را بگیرد تقریباً وجود نداشته است.

۱۰٪ از آنها برای جلوگیری از مخالفت دیگران، اقدام جدی انجام داده بودند (مثل قفل کردن درب) و ۵۸٪ آزمودنی‌ها، حول و حوش زمان خودکشی به هیچ‌کس در مورد اقدام خود اطلاع نداده بودند. ۷۳٪ از آنان، زمان معین خاصی برای خودکشی در نظر نگرفته بودند. ۱۴/۷٪ نامه وداع نوشته بودند. اکثر اقدام‌کنندگان (۶۴/۱٪) مرگ را هدف اصلی خود می‌دانستند و هدف بیشتر آنها از اقدام به خودکشی نیز مردن بود (۶۵/۳٪) و احتمال مردن از دید آنها قطعی بود (۵۱/۲٪). در مورد مصرف الکل/دارو، نتایج نشان داد که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی (۵۶٪) اظهار کردند مصرف عمدی الکل/دارو برای تسهیل اقدام به خودکشی داشتند.

۶۱٪ از افرادی که خودکشی قبلی داشتند، سابقه یک بار اقدام قبلی به خودکشی، ۱۳/۶٪ سابقه ۲ بار و ۲۵/۴٪ بیش از ۲ بار سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشتند. در پاسخ به این سوال که به نظر خودتان دلیل اصلی خودکشی شما چه بود؟ در حدود ۴۴٪، مشکلات در رابطه با همسر و ۲۹٪، مشکلات

با توجه به پایین بودن نرخ خودکشی در کشورهای اسلامی^(۱۷) به نظر می‌رسد گزارش اقدام‌کنندگان از مذهبی بودن خود، بیانگر وابستگی صرف آنها به یک دین باشد، تا نشان دهنده ایمان و اعتقاد مذهبی واقعی آنها. مطالعه فعلی درجات ایمان واقعی و سایر متغیرهای دینی و معنوی شناخته شده در سلامت روان و اعتقاد واقعی افراد اقدام‌کننده را مورد مطالعه قرار نداده است.

۲۸٪ اقدام‌کنندگان به خودکشی در مطالعه حاضر سابقه اقدام به خودکشی قبلی داشتند. دوستان، خواهران، برادران و والدین افراد اقدام‌کننده، بیشترین افراد در معرض اقدام و فوت ناشی از خودکشی بودند.

در مطالعه ایدی سابقه اقدام قبلی در اقدام‌کنندگان، ۴/۱٪ بود.^(۱۴) مقایسه نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات قبلی بیانگر سابقه قبلی خودکشی بیشتر در مطالعه فعلی می‌باشد. نظر به این که این مطالعه در منطقه شهری کرج صورت گرفته است و در دهه‌های اخیر این شهرستان با مهاجرت‌پذیری به علت جنگ ۸ ساله در استان‌های جنوبی و غربی و نیز خشکسالی چند ساله مواجه بوده است، این بحران‌ها ممکن است در افزایش فشارهای روانی و خانوادگی و افزایش میزان اقدام به خودکشی مؤثر باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین موارد اقدام به خودکشی در روز تعطیلی یعنی جمعه رخ داده است. از دیگر نتایج مطالعه حاضر این بود که بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی زمانی را برای خودکشی انتخاب کرده بودند که هیچ‌کس در نزدیکی آنها نبود و اکثریت آنها حول و حوش زمان خودکشی به هیچ‌کس در مورد اقدام خود اطلاع نداده بودند (۵۸٪).

در مطالعه یاسی بیشتر اقدام‌ها در ساعات روشن روز که احتمال حضور و مداخله افراد دیگر در اقدام آنها کمتر بود، رخ داده است و فقط ۳۹٪ اقدام‌کنندگان با اطرافیان خود در مورد خودکشی صحبت کرده بودند.^(۱۸) این رقم در مطالعه همه‌گیرشناسی کرمان، ۱۷/۶٪ بود^(۱۹) و حدود ۳۱/۲٪ اقدام‌کنندگان در مورد اقدام خود، به اطرافیان اطلاع نداده بودند، در حالی که ۵۸٪ اقدام‌کنندگان مطالعه

برخی مطالعات دیگر بیانگر افزایش موارد خودکشی در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال در طی سالهای اخیر می‌باشند.^(۱۴) به نظر می‌رسد ویژگی تأهل در مردان و زنان به گونه‌ای متفاوت در اقدام به خودکشی تأثیر می‌گذارد، بطوری که متأهل بودن برای زنان و مجرد بودن برای مردان، ارتباط بیشتری با اقدام به خودکشی دارد. این الگو در موارد خودکشی متفاوت است به طوری که در مطالعه همدان بیشتر زنان اقدام‌کننده، متأهل و بیشتر مردان اقدام‌کننده، مجرد بودند.^(۱۵) از لحاظ وضعیت شغلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اکثریت مردان اقدام‌کننده به خودکشی، در گروه کارگران با کار موقت و افراد بیکار و زنان اقدام‌کننده، در گروه خانه‌دار قرار داشتند. محصلان تمام وقت اقدام‌کننده نیز درصد بالایی را به خود اختصاص داده بودند. این یافته با نتایج مطالعات دیگر^(۲۰، ۲۱، ۱۵) که نشان دادند افراد بیکار، خانه‌دار و محصلان بیشترین اقدام‌کنندگان به خودکشی را شامل می‌شوند، هماهنگ است.

از طرف دیگر، بسیاری از پژوهش‌ها وجود همبستگی مثبت بین بیکاری و اقدام به خودکشی را اثبات کرده‌اند.^(۱۶) در همین راستا نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اقدام‌کنندگان بیکار و خانه‌دار، بیشترین دفعات اقدام به خودکشی را نسبت به سایر گروه‌های شغلی داشتند. نقش بیکاری در افزایش آسیب‌پذیری افراد بویژه جوانان که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی را شامل می‌شوند و نرخ جمعیت جوان ما حائز اهمیت است.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اکثریت اقدام‌کنندگان به خودکشی را افراد با تحصیلات دبیرستانی و راهنمایی تشکیل می‌دادند و درصد کمی از افراد اقدام‌کننده، تحصیلات دانشگاهی داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اگر چه طبق گزارش خود افراد، اکثریت اقدام‌کنندگان خود را مذهبی می‌دانستند اما شرکت در آیین و مراسم مذهبی و رفتارهای مذهبی از قبیل رفتن به اماکن مذهبی در تعداد کمی از آنها وجود داشت. در پژوهش‌ها، احساس مذهبی بودن با رفتار مذهبی داشتن در پیشگیری از خودکشی تأثیرات متفاوت دارند.

زنشویی، اختلاف بین والدین و اختلاف با همسر، بارزترین دلیل اقدام به خودکشی در اقدام‌کنندگان بوده است و مشکلات مالی و تحصیلی اهمیت کمتری در خودکشی داشته است.^(۱۱ و ۱۲)

با توجه به این که برخی مطالعات بیانگر این است که اغلب اقدام‌کنندگان در دوره زمانی ۲ تا ۶ ماه قبل از اقدام، با تعداد زیادی از رویدادهای فشارزای زندگی درگیر بوده‌اند، احتمال دارد اقدام خودکشی آنها، واکنش کم خواهانه برای نشان دادن میزان فشارهای خارج از تحملشان باشد.^(۱۳) ۲۵/۵٪ اقدام‌کنندگان مطالعه حاضر سابقه بیماری جسمی یا معلولیت را طی یک سال قبل از اقدام به خودکشی گزارش کردند در ۹/۶٪ آنها شدت بیماری جسمی به حدی بود که در طی ۲ هفته قبل از اقدام، کار خود را رها کرده بودند.

بعلاوه ۲۳/۷٪ اقدام‌کنندگان، وضعیت سلامت جسمانی خود را در طی ۳ ماه قبل از اقدام، بد و نامطلوب گزارش کرده بودند و ۷۱٪ اقدام‌کننده‌ها در طول یک سال قبل از اقدام، بیش از ۲ بار مراجعه به پزشک عمومی داشته‌اند که اکثریت آنها علت مراجعه‌شان را بیماری جسمانی و ۸/۵٪، بیماری عصبی - روانی عنوان کردند که برای بیشتر اقدام‌کنندگان مراجعه‌کننده به پزشک عمومی (۹۴٪) دارو تجویز شده بود و ۱۷٪ این افراد از داروهای تجویز شده برای اقدام به خودکشی استفاده کرده بودند. این یافته بر ضرورت آموزش بیشتر به پزشکان عمومی بویژه در مورد نحوه تجویز دارو در بیماران و پرسش از وضعیت روانی و افکار یا اقدام به خودکشی تأکید دارد.

نتیجه‌گیری

بنابراین در این مطالعه دیده شد که افراد بیکار، مونث، مجرد، مونثین متأهل و زنان خانه‌دار، بیش از دیگران در معرض اقدام به خودکشی هستند. در حدود ۲۸٪، سابقه اقدام قبلی به خودکشی وجود داشت. عمده‌ترین مشکل در طی یک سال قبل از اقدام، مشکل با همسر و خانواده بود.

حاضر در مورد اقدام خودکشی خود هیچ اطلاعی نداده بودند، بعلاوه در مورد ۴۲٪ اقدام‌کنندگان مطالعه فعلی در زمان اقدام، امکان این که کسی مانع اقدام آنها شود، تقریباً وجود نداشت و ۱۰٪ آنها برای جلوگیری از مخالفت دیگران، حتی اقدامات جدی مثل قفل کردن در و ... انجام داده بودند و اکثریت اقدام‌کنندگان در مورد قصد خود به دوستان و اعضاء خانواده چیزی نگفته بودند (۱۸/۳٪). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در تعداد زیادی از اقدام‌کنندگان (۷۳٪)، اقدام به خودکشی بدون طرح و نقشه قبلی رخ داده و اکثریت آنها اقداماتی از قبیل پرداخت بدهی، سفارش، نامه خداحافظی یا وصیت‌نامه قبل از اقدام به خودکشی انجام نداده بودند، که این امر می‌تواند یا وابسته به فرهنگ باشد و یا احتمال خودکشی تکانشی و بدون قصد و برنامه قبلی را در اقدام‌کنندگان مطرح سازد. بعلاوه نتایج بیانگر این است که بیشتر اقدام‌کنندگان اظهار نمودند که قصد جدی مردن داشتند (۶۴٪) و هدف اقدام خود را مرگ گزارش کردند (۶۵/۳٪) و از دید بسیاری از آنها، احتمال مرگ با اقدام به خودکشی قطعی بود (۵۱/۲٪). هر چند در این مطالعه میل به مردن بیشتر از موارد مشابه داخلی بود، ولی میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی، کمتر بود. شاید تکمیل پرسشنامه در اورژانس و بلافاصله پس از اقدام، و وجود جو هیجان و یا ویژگی فرهنگی دیگر، در نتیجه پاسخگویی به این سوالات اثر داشته باشد.

نتایج مطالعه فعلی نشان داد که اقدام‌کنندگان به خودکشی، مشکلات روانی - اجتماعی زیادی را در طی یک سال قبل از اقدام به خودکشی تجربه کرده بودند که عمده‌ترین مشکلات آنها به ترتیب عبارت بودند از: مشکل با همسر، با خانواده، مشکلات مالی، شغلی، تحصیلی و قانونی. نتایج مطالعات مختلف، هماهنگ با مطالعه فعلی، بیانگر وجود مشکلات روانی - اجتماعی مشابه در اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌باشد.^(۸) نتایج مطالعه موسوی و همکاران و Pearson و همکاران در راستای مطالعه فعلی نشان داد که مشکلات و تعارضات

تشکر و قدردانی

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی سازمان جهانی بهداشت و مراکز شرکت کننده در فیلدهای منطقه‌ای تحقیق انجام گردیده است. یافته‌های این مقاله براساس مشارکت محققین در مطالعه SUPRE-MISS سازمان جهانی بهداشت بدست آمده است. محققین همکار در این پروژه در Geneva به ترتیب حروف الفبا عبارتند از:

Prof N. Botega, Capinas; Dr D. De Silva, Colombo; Prof V.T Nguyen, Hanoi; Dr M. Philips, Beijing; Pfor L. Schlebusch, Durban; Dr A Varnik, Tallinn; Dr. L. Vijayakumar, Chennai; Dr J. M. Bertolote and Dr. A. Fleischmann.

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مشاوران علمی این پروژه stockholm، آقایان سیدمهدی حسن‌زاده، اسدی، دکتر ژامک مدرس، دکتر ارم، دکتر میرزاییگی، دستیاران روانپزشکی، خانم پهلوان و مشیرپور که در انجام این پروژه همکاری نزدیک داشتند، ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

1- Bill-Brahe U. Sociology and suicide behavior. In: Hawton K, Heeringen KV. The international handbook of suicide and attempted suicide. 3rd ed. UK: Wiley publisher; 2000. p. 193-206.

۲- مرادی سعدا...، خادمی علی، بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخهای جهانی، مجله پزشکی قانونی، ۱۳۸۱؛ (۲۷): ۲۲-۱۶.

۳- موسوی فاطمه، شاه‌محمدی داود، کفاشی احمد، بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹؛ (۳): ۱۰-۴.

4- Centers for disease control and prevention leads from morbidity and mortality weekly report, Atlanta, CA.. Self-reported frequent mental distress among adults-united States, 1993-96. JAMA 1998; 22: 1772-3.

5- Cheng ATA, Lee CS. Suicide in Asia and the far east. In: Hawton K, Heeringen KV. The international handbook of suicide and attempted suicide. 3rd ed. UK: Wiley publisher; 2000. p. 29-48.

۶- سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، نتایج تفصیلی، چاپ دوم، تهران، ۱۳۷۵: ۷۵.

۷- مهران ناهید، توصیف ویژگی‌های روانی - اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۸۲.

۸- محمدیان فتح‌ا...، بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، استرس و شیوه‌های مقابله با خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۷۸.

۹- یزدانی قیچاق سعید، بررسی تعدادی از ویژگی‌های روانشناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و مقایسه آن با نوجوانان مبتلا به اختلالات روانی و عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۷۵.

۱۰- احمدی‌زاده شاکر، بررسی مقدماتی برداشت‌ها و آگاهی‌های مردم شهر ایلام نسبت به خودکشی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۷۳.

11- Pearson V, Phillips MR, Ji H. Attempted suicide among young rural women in the people's republic of China: Possibilities for prevention. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 2002; 32: 359-69.

12- Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *The American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1312-15.

13- Boothroyd KJ, Kirmayer LJ, Spreng S, Malus M, Hodgins S. Completed suicides among the Inuit Quebec, 1989-1996: A case-control study. *Canadian Association Journal* 2001; 165: 749-55.

۱۴- ایدی صالح، ترسیم نیمرخ شخصیتی افراد خودکشی در آزمون میلون در استان ایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۸۰.

۱۵- حیدری پهلویان احمد، وضعیت روانی - اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۶؛ (۱ و ۲): ۱۹-۳۱.

16- Beautrais A, Joyce PR, Mulder RT. Personality and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide & Life-threatening Behavior* 1999; 29: 37-48.

17- Williams G, Pollock LR, Mark J. The psychology of suicide behavior. In: Hawton K, Heeringa KV. *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 3rd ed. UK: Wiley publisher; 2000. p. 210-20.

۱۸- یاسمی محمدتقی، صباحی عبدالرضا، میرهاشمی سیدمجتبی، سیفی شراره، آذرکیوان پرنوش، طاهری محمدحسین، همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۱؛ (۴): ۱۳-۴.

۱۹- یاسمی محمدتقی، صانعی نسرین، ملکپور افشار رضا، هنرمند علیرضا، میرشکار رضا، بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷؛ (۴): ۱۵-۴.

20- Andrews JA, Lewinson PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 655-62.

The Study of Demographic Characteristics of Suicide Attempters Attending Emergency Rooms of Karaj Hospitals in 2003-2004

^I *M. Nojomi, M.D. ^{II} J. Bolhari, M.D. ^{III} S.K. Malakouti, M.D.
^{IV} M. Hakim Shoostari, M.D. ^V S. Asgharzadeh Amin, BSc
^{VI} M. Posht Mashhadi, MSc

Abstract

Background & Aim: Following the increasing rate of suicide and its outcomes in recent decades, WHO introduced its attempt to decrease suicide rate as one of its aims in world health program by 2000. As a part of multinational project of World Health Organization, this study was undertaken to determine demographic characteristics of suicide attempters attending emergency ward of Karaj Hospitals in 2003-2004.

Patients & Methods: Statistical population of this study was all suicide attempters attending emergency department of Karaj hospitals, out of whom 632 attendants ready to participate in the study were selected. Demographic variables, method of suicide, time and place of doing suicide, frequency of attempts and use of health services were all collected by hospital records, as well as interview with accompanies and patients. This cross-sectional study was conducted as a part of multinational projects of WHO between 2003-2004. T-test and chi-square test were used for data analysis.

Results: Most of suicide attempters were female(62.5%), single(53.6%), with high school education(52.8%). The mean age was 24.5(±9) years. Suicide attempters were unemployed(29.8%) and housewife(67.5%) in male and female group respectively. There was a positive history of suicide in relatives in 15.4% of attempters(97 subjects). 28% of subjects had previous attempt and 23.7% of them reported a poor physical health in the past 3 months before attempt.

Conclusion: Unemployed, female, single individuals, married females, and housewives are at risk of suicide more than others.

Key Words: 1) Suicide 2) Demographic Characteristics 3) Emergency Ward

4) Psychosocial Problems

I) Assistant Professor of Community Medicine. Fellowship of Clinical Epidemiology. Mental Health Research Center. Department of Community Medicine. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

II) Associate Professor of Psychiatics. Head of Mental Health Research Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Associate Professor of Psychiatics. Member of Mental Health Research Center. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

IV) Assistant Professor of Psychiatics. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

V) BSc in Psychology.

VI) MSc in Clinical Psychology. Tehran Institute of Psychiatics.