

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی

در شهر بجنورد؛ ۱۳۹۳

سید کاوه حجت^۱، سید اسماعیل حاتمی^۲، مینا نوروزی خلیلی^{۳*}، سرور کاظمی^۴، مهسا دانش^۵،
آرزو صمدی بیله سوار^۶، جواهر نقدی پور^۷، مریم کامکار خوبوشان^۸، همتا انصاری^۹

^۱استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
^۲کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
^۳متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
^۴کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران.
^۵دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.
^۶دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۷دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.
^۸کارشناس پرستاری بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
^۹نویسنده مسئول: گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
پست الکترونیک: mina.norози@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان است و به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی برای بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های دموگرافیک اقدام کنندگان به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان می باشد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی می باشد. نمونه مورد بررسی کلیه مراجعین به مرکز اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۳ را شامل می شود که به تشخیص روانپزشک اقدام به خودکشی کرده بودند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت برای تحلیل داده ها از آزمون مجذور کای استفاده گردید.

یافته ها: در این مطالعه ۲۸۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۵/۲٪ این افراد مرد و ۶۴/۸٪ زن بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۲۴±۹/۰۷ سال بود بین متغیرهای جنسیت، تأهل و گروههای سنی با علت اقدام به خودکشی از نظر آماری رابطه معنی دار مشاهده شد بیشترین روش مورد استفاده برای اقدام به خودکشی خوردن قرص بود و شایع ترین داروهای مورد استفاده بنزودیاپین ها می باشد مشاخره با همسر یا خانواده به عنوان شایع ترین دلیل ذکر شده توسط بیماران برای اقدام به خودکشی بود.

نتیجه گیری: لازم است در سیاست گذاری های کشور به موضوع دسترسی بالای افراد جامعه به داروهای مختلف توجه بیشتری شود، همچنین از طریق رسانه ها و رابطین بهداشت در مورد مدیریت و کنترل میزان داروها در هر منزل اطلاع رسانی و آموزش داده شود تا دسترسی افراد پرخطر به داروهای خطرناک و کشنده کمتر اتفاق بیافتد.

واژه های کلیدی: اقدام به خودکشی، داروها، روش اقدام به خودکشی

وصول: ۹۴/۳/۲۶

اصلاح: ۹۴/۷/۱۸

پذیرش: ۹۴/۸/۲۶

مقدمه

خودکشی در کشورهای نظیر اسکانداوی، سوئیس، آلمان، ژاپن، اتریش و اروپای شرقی که کمربند خودکشی نامیده می‌شوند، ۲۵-۱۰ درصد در سال است که این رقم در برخی کشورهای همجوار نظیر ترکیه و پاکستان پایین می‌باشد. خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است [۸،۷].

بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی دارند و کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، ممکن است بعدها خودکشی کنند. روشهای اقدام به خودکشی نیز در همه جا یکسان نیست و افراد در کشورها، شهرها و مناطق مختلف روشهای متفاوتی را برای خودکشی انتخاب می‌کنند به عنوان مثال در جوامع شهری اغلب از دارو برای ایجاد مسمومیت استفاده می‌شود و در جوامع روستایی استفاده از سموم و آفت کش ها بسیار متداول تر است. مطالعات انجام شده در سریلانکا یا اطلاعات پزشکی قانونی در هندوستان نشان می‌دهد که اکثر مسمومیت های کشنده اتفاق افتاده در جوامع روستایی عمدی بوده و اغلب با استفاده از آفت کش های کشاورزی صورت پذیرفته است. از عوامل موثر دیگر در انتخاب روش مسمومیت عمدی، رواج و میزان دسترسی افراد به روان گردان است. نتایج یک بررسی در استرالیا نشان داد که افراد مصرف کننده هرئین ۱۴ برابر همسن و سالان خود با مرگ ناشی از خودکشی موفق از پای در می‌آیند. در مطالعه انجام شده در استان کرمان نیز ۱۳ درصد از کل مسمومیت های مرتبط با خودکشی ناشی از تریاک بوده است، در حالی که این میزان در تهران و اصفهان به ترتیب ۸ و ۳ درصد گزارش شده است [۹].

مردان و زنان نیز در به کار بردن شیوه های خودکشی با یکدیگر متفاوتند مثلاً خودکشی به شیوه حلق آویز کردن و استفاده از سلاح گرم در مردان بیشتر از زنان است و از طرفی خودکشی به شیوه خودسوزی در زنان به مراتب بیشتر از مردان است ولی در خودکشی به شیوه مسمومیت بین مردان و زنان تفاوت زیادی وجود ندارد [۱۰،۷].

عوامل متعددی از جمله سن، جنس، نژاد، مذهب، تأهل، شغل، بیماریهای روانپزشکی، بیماریهای جسمی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی به عنوان ریسک

خودکشی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان است [۱] و به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی برای بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است [۲،۳] که تحمیل بار مالی قابل توجهی را به دنبال دارد [۴]. اولین نگرش علمی نسبت به خودکشی در سال ۱۳۷۳ به وسیله دی فانتن صورت گرفته است. وی کلمه Suicide را برای اولین بار به کار برد، این کلمه ترکیبی از دو کلمه لاتین «Sui» به معنی «خود» و «Cide» به معنی «کشتن» است.

امیل دورکیم در سال ۱۸۹۷ اولین مطالعه نظام دار را درباره خودکشی انجام داد. به عقیده دورکیم شرایط اجتماعی در عصر جوامع صنعتی تا حدود زیادی منشاء ناهنجاری های اقتصادی است که عامل اساسی و مهمی در بروز خودکشی است.

اصطلاحاتی که در مبحث خودکشی رایج می‌باشد عبارتند از: الف) اقدام به خودکشی (Suicide Attempt Or Act): در این رفتار اقدام به خودکشی انجام می‌گیرد ولی منجر به مرگ نمی‌شود. تحقیقات بیانگر آن است که در مقابل یک جوانی که خود را می‌کشد تقریباً ۱۰۰ تا ۲۰۰ جوان اقدام به خودکشی می‌کنند. ب) خودکشی کامل یا موفق (Completed Suicide): عمل کشتن خویش و پایان دادن به زندگی خود به شکل موفق از اصطلاحات دیگری که در خودکشی مطرح می‌باشند [۵].

مطابق با گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ هر ساله نزدیک به یک میلیون نفر با خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند [۶]. در گزارش دیگری از سازمان بهداشت جهانی (WHO) اینطور پیش بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳ نفر از خودکشی خواهند مرد و میزان خودکشی در جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر خواهد شد و به طور میانگین هر ۲۰ ثانیه یک مرگ و هر ۱ تا ۲ ثانیه یک اقدام به خودکشی خواهیم داشت. در ایالات متحده در هر سال ۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند و تقریباً ۸۵ مورد خودکشی در هر روز رخ می‌دهد یعنی در هر ۲۰ دقیقه یک نفر در آمریکا خودکشی می‌کند. شیوع

1-World Health Organization

اضطراب آور زندگی، اختلال خانوادگی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و یا اختلال روانی، حمایت ناکافی اجتماعی، آسیب های اجتماعی و اقتصادی، مشکلات مدرسه، رفتار های پرخطر، اختلالات خلقی، ناامیدی، بدبینی و کاهش عزت نفس از عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهند [۲۹]. در مطالعه کلوس و همکاران در سال ۲۰۱۰ دیده شد افراد با حمایت اجتماعی پایین، (مخصوصا در ارتباط با همسر) سلامت روانی کمتری داشتند و بیشتر اقدام به خودکشی می کردند [۳۰].

هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در استان خراسان شمالی می باشد. از این نتایج می توان در سیاست گذاری های بهداشتی و درمانی این استان برای پیشگیری از خودکشی استفاده نمود.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده و نمونه مورد بررسی شامل کلیه مراجعینی است که از تاریخ شروع مطالعه به مدت یک سال به مرکز اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده اند و به تشخیص روانپزشک اقدام به خودکشی کرده بودند می باشد. اطلاعات مورد نیاز به وسیله چک لیست خود ساخته که شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران نظیر سن، جنس، تحصیلات، شغل، روش اقدام به خودکشی، نوع داروی مصرفی برای خودکشی، زمان اقدام، وجود یا عدم وجود تصمیم قبلی برای خودکشی، سابقه قبلی خودکشی و غیره جمع آوری گردید. همچنین کلیه بیماران تحت مصاحبه روانپزشکی قرار گرفته و تشخیص روانپزشکی آنها توسط روانپزشک در چک لیست ثبت می شد. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه چهره به چهره با بیماران و شرح حال از خانواده بیماران و توسط سه نفر روانشناس بالینی صورت گرفت. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و برای تحلیل داده های کیفی از

فاکتورهای اقدام به خودکشی مورد توجه قرار گرفته اند [۱۱]. محیط خانواده مختل که با شاخصهایی مانند جدایی، طلاق، بیوه گی، درگیری های خانوادگی، استرس و یا مشکلات قانونی پدر و مادر توصیف می شود نیز باخودکشی مرتبط است [۱۲،۱۳]. یافته های حاصل از مطالعات کالبد شکافی روحی و روانی از ایالات متحده و اروپا به طور مداوم نشان می دهد که بیش از ۹۰٪ از خودکشی های کامل در میان بزرگسالان با اختلالات روانی و یا اعتیاد همراه است [۱۴،۲۰]. عوامل اقتصادی، بیکاری، درآمد پایین، وضعیت زناشویی و وجود تاریخچه خانوادگی توأم با خودکشی و نیز اختلالات روانپزشکی مختلف همچون افسردگی، اختلالات سلوک، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و اسکیزو فرنی از جمله مواردی هستند که نمی توان تاثیر گذاری آنها را بر میزان خودکشی افراد نادیده گرفت [۲۱،۲۲].

خودکشی دومین علت مرگ در بین جوانان است [۲۳]. چندین مطالعه آمار بالای اقدام به خودکشی را در بین جوانان در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال در بین مردان (۴۲۷ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) و در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال در بین زنان (۶۲۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) گزارش کرده اند [۲۴،۲۶].

تحقیقات نشان می دهد افرادی که دست به خودکشی می زنند دارای مشکلات عمده با همسر، وجود یک فرد جدید در زندگی (همسر دوم)، وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده، وجود یک بیماری شدید جسمی در فرد و شکست عاطفی می باشند. دو سوم از افراد متاهل دارای مشکلات زناشویی می باشند. به طور کلی مشکلات مزمن اجتماعی همچون اختلافات زناشویی، طلاق، بیکاری و خانواده های پرجمعیت در میان افرادی که دست به خودکشی می زنند شایع است [۲۷].

البته عوامل خطر و به تبع آن برخورد و اداره خودکشی در نقاط مختلف متفاوت است، چرا که پدیده بازتاب تاریخچه روانی-فرهنگی جامعه ای است که در آن رخ می دهد و داشتن اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی رفتار خودکشی برای تصمیم گیری و پیشگیری مهم است [۲۸]. استوارد^۱ و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسید که حوادث

علت اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری با وضعیت تاهل داشت ($p < 0/001$) به صورتی که بین افراد متأهل $58/18\%$ علت خودکشی شان مشاجره با همسر، در افراد مجرد $44/6\%$ مشاجره با خانواده و $32/6\%$ شکست عاطفی و در افراد بیوه یا طلاق گرفته 50% به علت شکست عاطفی و $16/7\%$ مشاجره با خانواده از علل اقدام به خودکشی شان ذکر کرده اند از نظر وضعیت اشتغال، ۸ نفر (3%) کارمند، ۳۵ نفر ($14/9\%$) شغل آزاد، ۵۱ نفر ($21/7\%$) محصل، ۳۹ نفر ($16/6\%$) کارگر و ۱۰۳ نفر ($43/8\%$) خانه دار بودند.

بین وضعیت اشتغال و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p = 0/693$). از افراد مورد بررسی فقط ۲۳ نفر ($8/6\%$) تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۱۶۴ نفر ($61/2\%$) زیر دیپلم و ۱۵ نفر ($5/6\%$) بیسواد بودند. بین سطوح تحصیلی و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p = 0/553$). ۲۰۷ نفر ($73/6\%$) ساکن شهر و ۷۴ نفر ($26/3\%$) ساکن روستا بودند بین محل سکونت و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p = 0/763$). از این افراد $21/3\%$ اعتیاد داشتند. از افراد مورد بررسی $15/7\%$ افراد از بیماری‌های مثل فشار خون، میگرن و آلزایمر، تیروئید و غیره رنج می‌بردند و $13/2\%$ این افراد سابقه بیماری‌های روانپزشکی (افسردگی، اختلال شخصیت، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوماتوفوم) داشتند. در بررسی افراد مورد مطالعه $79/1\%$ افراد در منزل و $20/9\%$ در خارج از منزل اقدام به خودکشی نموده بودند.

بیش از یک سوم ($36/3\%$)، ۱۰۱ نفر) افراد سابقه خودکشی قبلی داشتند. 66% این افراد در اقدام به خودکشی قبلی خود از طریق مصرف قرص اقدام کرده بودند و 20% آنها از طریق حداقل دو روش اقدام به خودکشی کرده بودند.

در بررسی روش خودکشی فعلی این افراد بیشترین روش مورد استفاده برای اقدام به خودکشی خوردن قرص ($61/2\%$) بود و $16/7\%$ از طریق خوردن سم، $13/5\%$ از طریق خوردن مواد مخدر و $8/5\%$ از طریق ترکیب خوردن قرص و یک روش دیگر اقدام به خودکشی کرده بودند روش اقدام به خودکشی به تفکیک جنسیت و محل سکونت در جدول ۱ آورده شده است.

آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی داری در این مطالعه $0/05$ در نظر گرفته شد کلیه شرکت‌کنندگان و بستگان درجه اول (همراه بیمار در بیمارستان) فرم رضایت شرکت در تحقیق را تکمیل نمودند و به آنها توضیح داده شد که اطلاعات بدون ذکر نام بیمار و صرفاً جهت ارزیابی کلیه بیماران مراجعه کننده می باشد و محرمانه بودن اطلاعات شخصی و هویتی بیماران و خانواده آنها توسط روانشناسان و روانپزشک تیم پژوهش حفظ خواهد شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۸۱ نفر که اقدام به خودکشی نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ۹۹ نفر ($35/2\%$) این افراد مرد و ۱۸۲ نفر ($64/8\%$) زن بودند ارتباط بین جنسیت با علت اقدام به خودکشی (بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده) از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/034$). میانگین سنی افراد مورد بررسی $24 \pm 9/07$ سال بود و دامنه سنی افراد مورد بررسی از ۹ تا ۸۹ سال بود. میانگین سنی مردان $23/24 \pm 9/05$ و زنان $24/42 \pm 8/99$ بود، میانگین سنی زنان و مردان از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ($p = 0/055$).

بیشتر افرادی که به خودکشی اقدام نموده بودند در رده سنی جوانان و نوجوانان بودند. ۵۶ نفر ($20/1\%$) افراد زیر ۱۸ سال و ۹۶ نفر ($34/4\%$) افراد در گروه سنی ۱۸-۲۲ سال سن قرار داشتند، ۵۹ نفر ($21/1\%$) افراد در گروه سنی ۲۳-۲۷ سال و ۶۸ نفر ($24/4\%$) افراد ۲۸ ساله و بالاتر بودند ارتباط بین رده‌های سنی با علت اقدام به خودکشی (بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده) از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/008$). مقایسه جنسیتی رده‌های سنی در افراد مورد بررسی نشان داد که 26% از زنان و $9/2\%$ مردان در رده سنی زیر ۱۸ سال بودند و همینطور در رده سنی بالای ۲۸ سال 21% زنان و $30/6\%$ مردان قرار داشتند.

از نظر وضعیت تاهل ۱۴۵ نفر ($52/3\%$) افراد مورد بررسی مجرد، ۱۱۵ نفر ($41/5\%$) متأهل و ۱۷ نفر ($6/1\%$) مطلقه یا بیوه بودند. به طوری که در مردان ۵۱ نفر مجرد، ۲۸ نفر متأهل و ۲۰ نفر مطلقه و بیوه بوده و در زنان ۹۳ نفر مجرد و ۷۰ نفر متأهل و ۱۹ نفر مطلقه و بیوه بوده است.

جدول ۱: مقایسه روش های اقدام به خودکشی در بیماران تحت مطالعه

کل	محل سکونت		جنسیت		روش اقدام به خودکشی
	روستایی	شهری	زن	مرد	
۱۷۲ (۱۰۰)	۳۱ (%/۱۸/۱)	۱۴۱ (%/۸۱/۹)	۱۲۰ (%/۶۹/۸)	۵۲ (%/۳۰/۲)	قرص (شامل ترامادول و غیره)
۴۷ (۱۰۰)	۱۴ (%/۲۹/۷)	۳۳ (%/۷۲/۲)	۳۱ (%/۶۵/۹)	۱۶ (%/۳۴)	سم
۳۸ (۱۰۰)	۹ (%/۲۳/۶)	۲۹ (%/۷۶/۳)	۲۰ (%/۵۲/۶)	۱۸ (%/۴۷/۳)	مواد مخدر (بجز ترامادول)
۲۴ (۱۰۰)	۲۰ (%/۸۳/۳)	۴ (%/۱۶/۶)	۱۵ (%/۶۲/۵)	۹ (%/۳۷/۵)	ترکیب حداقل دو روش
۸ (۱۰۰)	۶ (%/۷۵)	۲ (%/۲۵)	۳ (%/۳۷/۵)	۵ (%/۶۲/۵)	مصرف قرص وزدن رگ
۵ (۱۰۰)	۴ (%/۸۰)	۱ (%/۲۰)	۱ (%/۲۰)	۴ (%/۸۰)	مصرف قرص وحلق آویز نمودن
۲ (۱۰۰)	۱ (%/۵۰)	۱ (%/۵۰)	۱ (%/۵۰)	۱ (%/۵۰)	مصرف قرص و خودسوزی
۹ (۱۰۰)	۹ (۱۰۰)	-	۳ (%/۳۳/۳)	۶ (%/۶۶/۶)	سایر روش ها

جدول ۲: انواع داروهای مورد استفاده برای خودکشی (۱۲۱ بیمار از ۱۷۲ نفر مصرف بیشتر از یک دسته دارویی داشتند)

کل	زن	مرد	دسته داروها
۱۴۳ (۳۰/۵)	۱۰۷ (۳۶/۴)	۳۶ (۲۰/۷)	بنزودیازپین ها
۹۴ (۲۰/۱)	۵۳ (۱۸)	۴۱ (۲۳/۶)	مسکن ها (شامل ترامادول)
۴۷ (۱۰)	۳۲ (۱۰/۹)	۱۵ (۸/۶)	داروهای ضد افسردگی
۱۹ (۴/۱)	۱۱ (۳/۷)	۸ (۴/۶)	داروهای آنتی سایکوتیک
۱۷ (۳/۶)	۱۰ (۳/۴)	۷ (۴)	داروهای ضد فشار خون
۱۵ (۳/۲)	۸ (۲/۸)	۷ (۴)	داروهای قلبی
۱۲ (۲/۶)	۶ (۲)	۶ (۳/۵)	سایر داروها
۱۲۱ (۲۵/۹)	۶۷ (۲۲/۸)	۵۴ (۳۱)	مصرف بیشتر از یک دسته دارو
۴۶۸ (۱۰۰)	۲۹۴ (۱۰۰)	۱۷۴ (۱۰۰)	جمع کل

جدول ۳: دلایل ذکر شده توسط بیماران برای اقدام به خودکشی

P value	جمع	سایر	مشاخره با			تعداد	جنسیت
			شکست عاطفی	خانواده یا همسر همراه	مشاخره با همسر		
۰/۱۳۵	۷۲	۱۳	۱۴	۸	۱۶	۲۱	مرد
	۱۰۰	۱۸/۱	۱۹/۴	۱۱/۱	۲۲/۲	۲۹/۲	درصد
	۱۵۳	۱۵	۲۶	۲۰	۵۴	۳۸	تعداد
	۱۰۰	۹/۸	۱۷	۱۳/۱	۳۵/۳	۲۴/۸	درصد
	۲۲۵	۲۸	۴۰	۲۸	۷۰	۵۹	تعداد
	۱۰۰	۱۲/۴	۱۷/۸	۱۲/۴	۳۱/۱	۲۶/۲	درصد
							زن
							کل

قابل ملاحظه ای را به خود اختصاص داده بود و همچنین ۸/۲٪ از این بیماران دو قطبی تشخیص داده شدند. از نظر بیماری روانی با تشخیص بر مبنای معیار DSM-IV، ۳۸/۴٪ زنان و ۱۶/۵٪ مردان افسردگی اساسی تشخیص داده شدند و همین طور در ۸٪ زنان و ۱۵/۲٪ مردان افسردگی همراه یک بیماری دیگر تشخیص داده شد، دو گروه جنسیتی از نظر بیماری روانی تشخیص داده شده تفاوت معنی داری داشتند ($p=0/002$). ارتباط بین اعتیاد و بیماری روانی تشخیص داده شده از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/014$). به صورتی که در افراد معتاد، ۴۶/۸٪ اختلال شخصیت داشتند و این نسبت در افراد غیرمعتاد ۲۶/۲٪ بود، نسبت افسردگی در افراد معتاد ۱۷٪ و در افراد غیر معتاد ۳۴/۴٪ بود.

بین شغل افراد اقدام کننده به خودکشی و وضعیت بیماری آنها ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/011$), به صورتی که ۴۳/۹٪ افراد خانه دار از بیماری افسردگی رنج می بردند، در حالی این نسبت در افراد بازنشسته ۵۰٪، در افراد شاغل ۲۹/۸٪ و در افراد بیکار ۲۰/۵٪ بود، ۳۸/۳٪ افراد شاغل، ۳۰/۷٪ افراد بیکار، ۲۴/۲٪ افراد خانه دار از بیماری اختلال شخصیت رنج می بردند.

شایع ترین داروهای مورد استفاده به ترتیب بنزودیازپین ها ۳۰/۵٪ و در درجه بعدی داروهای از دسته مسکن ها (مسکن های غیر استروئیدی (NSAIDs) و ترامادول) و سپس سایر داروها نظیر داروهای ضد افسردگی های سه حلقه ای، آنتی سایکوتیک ها و داروهای قلبی و ضد فشارخون قرار داشتند. در بین داروهای گروه بنزودیازپین ها بیشترین داروی استفاده برای خودکشی آلپرازولام (۶۱/۴٪ از کل بنزودیازپین ها) و سپس سایر بنزودیازپین ها قرار داشت در اینجا لازم است به این نکته نیز اشاره شود که در بسیاری از موارد، افراد بیشتر از یک دسته دارو برای اقدام به خودکشی استفاده کرده اند، به بیان دیگر ۱۲۱ نفر از ۱۷۲ نفری که قرص خورده اند یعنی ۷۰/۳٪ بیشتر از یک نوع قرص مصرف کرده اند و به همین دلیل مجموع درصدهای بیان شده از ۱۰۰٪ بیشتر می شود (جدول ۲).

با تشخیص روانپزشک بر اساس معیار DSM-IV، ۲۳/۵٪ افسردگی اساسی داشتند، ۸/۲٪ افسردگی به همراه یک بیماری روانی دیگر داشتند (یعنی ۴۱ نفر دارای بیماری افسردگی یا افسردگی با یک بیماری روانی دیگر بوده است) در این میان اختلال شخصیت با ۲۳/۵٪ نیز نسبت

در یک مطالعه ی انجام گرفته در اصفهان نیز این نتیجه به دست آمده است که عوامل اجتماعی و فرهنگی زیادی باعث ایجاد رفتارهای منجر به خودکشی در بین زنان می شود که برخی از این عوامل درگیری های خانوادگی، ازدواج و مشکلات با همسر، تعصبات اجتماعی و انتظارات بالا از زنان می باشد [۳۶].

خودکشی در بین جوانان و نوجوانان یعنی گروه سنی زیر ۳۰ سال از فراوانی بیشتری برخوردار است و نتایج پژوهش های دیگر نیز این مطلب را تایید می کند [۳۷، ۴۰]. همانطور که نتایج این تحقیق نشان می دهد بالاترین نرخ خودکشی در بین گروه سنی ۱۸ الی ۲۲ سال (۳۴/۴٪) می باشد که این یافته با نتایج پژوهش های انجام شده توسط محمدی و همکاران در نیشابور و ظهور و همکاران در جیرفت کرمان [۴۱، ۴۳] و همچنین با پژوهش های انجام شده توسط آلواردو اسکویول^۳ و همکاران در مکزیک و کیم^۴ و همکاران در ویتنام [۴۴، ۴۵] همخوانی دارد.

به طور کلی بر طبق مطالعات انجام گرفته دومین علت اصلی مرگ و میر در بین جوانان خودکشی می باشد. تحقیقات انجام شده در مورد خودکشی بین سال های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۶ در ایران نشان می دهد متوسط سن اقدام به خودکشی در بین جوانان ۲۵ سال می باشد [۴۶]. مطالعه دیگری که در مرکز اورژانس شهر جیرفت (کرمان) انجام شد متوسط سن اقدام به خودکشی در زنان ۱۹ سال و در مردان ۲۴ سال بدست آمد [۴۳].

در این پژوهش بین علت اقدام به خودکشی و سطوح تحصیلی ارتباط معنی داری یافت نشد ($p=0/553$). این نتیجه با برخی از پژوهش ها همخوانی دارد و برخی دیگر از پژوهش ها این یافته را تایید نمی کنند به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک از خودکشی در ایران ارتباط بین سطح تحصیلات و اقدام به خودکشی ۵٪ گزارش شده است که درصد ناچیزی می باشد [۴۷]. در پژوهشی که توسط ظهور و همکاران در مرکز اورژانس شهر جیرفت انجام شده است. نشان می دهد که بین خودکشی و سطوح مختلف تحصیلی اختلاف معناداری وجود ندارد [۴۳] که این یافته ها با نتایج پژوهش ما همخوانی داشت.

بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده بود ۲۶/۲٪ مشاخره با خانواده، ۳۱/۱٪ مشاخره با همسر و ۱۲/۴٪ افراد مشاخره با خانواده یا همسر به همراه یک عمل دیگر را به عنوان علت های اصلی خودکشی ذکر کرده اند، (به عبارتی در ۶۹/۷٪ افراد مشاخره با همسر یا خانواده به عنوان علل خودکشی نقش داشته اند) در ۱۷/۸٪ افراد شکست عاطفی و ۱۲/۴٪ علل دیگر را به عنوان علت خودکشی ذکر کرده اند رابطه معنی داری بین جنسیت افراد و علت خودکشی مشاهده نشد ($p=0/135$) (جدول ۳).

۱۷/۹٪ اقدام به خودکشی ها در روز تعطیل اتفاق افتاده بود (کمی بیش از یک هفتم). در حدود ۱۳/۱٪ از خودکشی ها در حضور دیگران رخ داده است.

بحث

نتیجه تحقیق گویای آن است که میزان اقدام به خودکشی در بین زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان است و از نمونه ی ۲۸۱ نفری که اقدام به خودکشی کرده و به اورژانس بیمارستان امام رضای شهر بجنورد منتقل شده بودند ۳۵/۲٪ این افراد مرد و ۶۴/۸٪ زن بودند و در میان زنان نیز اقدام به خودکشی در بین زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد می باشد که این یافته ها با نتایج مطالعات علاقه بندان و همکاران در ایلام و صفایی و همکاران در کرمانشاه مطابقت دارد ولی با نتایج مطالعات ردی^۱ و همکاران در هند گرزبوا^۲ و همکاران در لهستان مغایرت دارد [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴].

در گزارشی که از سازمان بهداشت جهانی (WHO) پس از مطالعات انجام شده در چند کشور در مورد سلامتی زنان ارائه شده است این موضوع ثابت شده است که اقدام به خودکشی در بین زنان بیشتر از مردان است و همچنین از دلایل عمده ی ایجاد رفتارهای منجر به خودکشی در بین زنان می توان خشونت های اعمال شده از جانب همسر، خشونت های فیزیکی از غیر شریک زندگی، طلاق گرفتن، بیوه شدن و سوء استفاده های جنسی در دوران کودکی را نام برد [۳۵].

3 -Alvarado-Esquivel

4 -kim

1 -Reddy

2 -Grzywa

عوامل استرس زا می شود و در نهایت عوامل استرس زا ارتباط معنی داری با تشدید مشکلات روحی و روانی و اختلافات خانوادگی دارد. عوامل زیادی باعث بروز رفتارهای منجر به خودکشی در افراد جوان می شوند که برخی از این دلایل مشکلات خانوادگی و دوران کودکی پرتنش، مشکلات اجتماعی و آموزشی، قرار گرفتن در معرض حوادث استرس زا، آسیب پذیری های شخصی و اختلالات روانی نظیر افسردگی می باشند [۵۱].

در این پژوهش نیز سهم اختلالات روانی و به خصوص افسردگی در خودکشی کاملاً مشخص است و همانطور که بیان شد از نظر بیماری روانی با تشخیص بر مبنای معیار DSM-IV، ۳۸/۴٪ از زنان و ۱۶/۵٪ از مردان افسردگی اساسی تشخیص داده شده اند و همین طور در ۸٪ از زنان و ۱۵/۲٪ از مردان افسردگی همراه با یک بیماری روانی دیگر تشخیص داده شد و همچنین دو گروه جنسیتی از نظر بیماری روانی تشخیص داده شده تفاوت معنی داری داشتند. دکتر موسوی و همکاران نیز در مطالعه خود تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک خود آزاری عمدی (مسمومیت)، این موضوع را تایید می کنند. بر طبق یافته های آنان از میان افرادی که در اثر اقدام به خودآزاری عمدی از نوع مسمومیت بستری شده اند، ۱۳۳ نفر مشاوره روانپزشکی شده اند که بر اساس بررسی های بالینی ۲۲/۶٪ تشخیص اختلالات افسردگی عمده، ۱۰/۵٪ سایر سندرم های افسردگی، ۲۴/۸٪ اختلال انطباقی و ۱۰/۵٪ اختلال شخصیت مرزی را گزارش می کنند که به صورت کلی ۴۱/۴٪ افراد ذکر شده به نوعی اختلالی از افسردگی را داشته اند [۸].

در مطالعه ی ما بیشترین علت اقدام به خودکشی مربوط به درگیری های خانوادگی و مشاجره با همسر می باشد. به طوری که نتایج نشان می دهد ۲۶/۲٪ علت خودکشی را مشاجره با خانواده، ۳۱/۱٪ مشاجره با همسر و ۱۲/۴٪ افراد مشاجره با خانواده یا همسر به همراه یک عامل دیگر را به عنوان علت خودکشی ذکر کرده اند و به عبارتی در ۶۹/۷٪ افراد مشاجره با همسر یا خانواده در علل اقدام به خودکشی نقش داشته‌اند و نتایجی که از مطالعات انجام شده توسط جعفری فرد و همکاران در لردگان، رهبر و همکاران در رشت، انصاری و همکاران در رفسنجان و نظر

از طرف دیگر در مطالعات بهمنش پور و همکاران در زاهدان و کیوان آرا و همکاران در اصفهان نشان داده شده است اکثر مواردی که اقدام به خودکشی کرده اند دارای تحصیلات ابتدایی می باشند [۴۹،۴۸] و در مطالعه ی دیگری که در سال ۱۳۹۰ توسط بخشا و همکاران در گلستان انجام گرفته است نیز اکثر افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند از نظر تحصیلات در سطح پایینی قرار داشتند [۳۸] و نتایج مطالعه ما در ارتباط بین افزایش خودکشی در سطح تحصیلات ابتدایی با مطالعات انجام شده در زاهدان و گلستان و اصفهان همخوانی نداشت. البته باید توجه داشت که این تفاوت ها می تواند مرتبط با گروه های شرکت کننده در مطالعات نیز باشد و این امکان وجود دارد که افراد با تحصیلات بالاتر کمتر به اورژانسهای بیمارستانهای دولتی مراجعه نموده باشند و در این مطالعات وارد نشده باشند.

در این پژوهش، اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری با وضعیت تأهل دارد و یا به عبارت دیگر در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل می باشد. به طوری که طبق یافته های این مطالعه اقدام به خودکشی در بین افراد متأهل ۴۱/۵٪ و در بین افراد مجرد ۵۲/۳٪ بوده است که این یافته با یافته های پژوهش های دیگر همخوانی دارد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۰ توسط بخشا و همکاران در گلستان انجام گرفته است، تعداد افراد مجردی که اقدام به خودکشی کرده اند ۵۵/۶٪ گزارش شده است [۳۸]. در مطالعه ی دیگر که توسط فریبرز جباری فرد و همکاران تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژی خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان لردگان در بین سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ انجام گرفته است نیز بیشترین موارد خودکشی منجر به فوت در بین افراد مجرد می باشد [۳۷] اما در مطالعه چنگ جین ژائو^۱ و همکاران در کشور چین موارد اقدام به خودکشی در افراد متأهل (۶۳٪) بیشتر از افراد مجرد می باشد که با نتیجه مطالعه ما همخوانی ندارد [۵۰]. می توان اینطور نتیجه گرفت که پایین بودن خودکشی در افراد متأهل می تواند به دلیل برخورداری آنان از حمایت اجتماعی مناسب تر نسبت به افراد مجرد باشد و از سوی دیگر تجرد و تنهایی باعث افزایش تعداد

نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می دهد که رایجترین روش خودکشی خوردن قرص بوده است و در میان قرص ها نیز استفاده از داروهای روانپزشکی از جمله بنزودیازپین ها با ۸۳/۴٪ در رتبه نخست قرار دارند که این موضوع از چند بعد دارای اهمیت است:

الف) بسیاری از افراد از اختلالات روانشناختی رنج می برند و برخی از آنها به همین علت تحت درمان دارویی هستند، این مساله استفاده از داروهای روانپزشکی بخصوص بنزودیازپین ها را برای اقدام به خودکشی توجیه پذیر می سازد.

ب) در بسیاری از منازل مقادیر زیادی از داروهای خواب آور و آرامبخش وجود دارد که این موضوع باعث دسترسی آسان نوجوانان به این داروها برای سوء مصرف یا خودکشی می شود.

ج) پزشکان به فراوانی اقدام به تجویز این دسته از داروها می نمایند و این خود باعث دسترسی هرچه بیشتر مردم به این دسته از داروهاست.

د) و متأسفانه بسیاری از داروخانه ها اقدام به فروش داروهای روانپزشکی بخصوص خواب آور ها، بدون نسخه پزشک می نمایند و این موضوع باعث دسترسی هر چه بیشتر افراد جامعه به این گروه از داروها می شود. باید توجه داشت که بسیاری از افرادی که اقدام به خرید این داروها از داروخانه می کنند مبتلا به افسردگی های شدید می باشند و اختلال خواب به عنوان علامتی از مجموعه علائم افسردگی در آنها می باشد که بیماران سعی در خود درمانی و بهبود آن دارند. متأسفانه یکی از عوارض نسبتاً شایع داروهای بنزودیازپین نظیر دیازپام و الپرازولام، مهارگسیختگی رفتاری می باشد که این بیماران افسرده را در خطر بالاتری برای خودکشی قرار می دهد.

در یک مطالعه یکساله در مرکز اطلاعات دارویی و سموم در تهران، ۶۰۰۰ مورد مسمومیت را گزارش کردند که اقدام به خودکشی ۳۵٪ از کل مسمومیت ها را شامل می شد که در این میان داروهای موثر بر CNS مانند بنزودیازپین ها، ضدافسردگی ها، NSAIDs و داروهای آرام بخش، بخش عمده ای را تشکیل می داد [۵۶] که این یافته ها با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت. در بررسی اپیدمیولوژیک موارد خود کشی عمدی (مسمومیت) در

زاده و همکاران در ایران (مطالعه مروری) به دست آمده است نیز این مطلب را تایید می کند [۳۷، ۳۹، ۴۰، ۴۷] البته باید توجه داشت که علت اقدام به خودکشی بر اساس علت ذکر شده توسط خود بیمار گزارش شده است و این احتمال وجود دارد که دلایل دیگری در پس پرده خودکشی بیمار وجود داشته باشد که شخص تمایلی به عنوان نمودن آن نداشته باشد و یا از فاش شدن آن نزد خانواده ترس داشته باشد و به دلایل ذکر شده توسط خود بیمار به پرسشگر نمی توان اطمینان بالایی داشت. پیشنهاد می شود تا از پرسشنامه های دیگر با موضوع افکار خودکشی استفاده شود تا تمامی علل اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار بگیرد.

محیط های خانوادگی مختل شده و درگیری های بین والدین و نوجوانان نیز از دلایل عمده ی خودکشی در بین نوجوانان می باشد [۵۲]. شواهد زیادی حاکی از آن است که روابط منفی بین یکی از والدین یا هر دوی آنها با فرزندان باعث افزایش خطر خودکشی و یا افسردگی در بین جوانان و نوجوانان می شود [۵۳]. در پژوهش دیگری که توسط نظرزاده و همکاران در ایران به منظور بررسی سیستماتیک عوامل اجتماعی منجر به خودکشی انجام شده است، درگیری های خانوادگی را با ۳۲٪ به عنوان شایع ترین علت اقدام به خودکشی ارزیابی کرده اند که این میزان در استان گیلان ۵۵٪ گزارش شده است. در مطالعه ذکر شده بعد از درگیری های خانوادگی، دومین دلیل اقدام به خودکشی مشکلات زناشویی به میزان ۲۶٪ گزارش شده است [۴۷]. در مطالعه دیگری که در همدان انجام شده است دلیل اکثر خودکشی های انجام شده نتیجه تضاد با خانواده گزارش شده است [۵۴]. بالا بودن این میزان هم در این پژوهش و هم در پژوهش های مشابه ایجاب می نماید که سیستم خانواده پررنگ تر شود و سرمایه گذاری بیشتری در جهت حاکم شدن بهداشت روانی مناسب در میان اعضاء خانواده و روشهایی برای کسب مهارتهای زندگی و تقویت مکانیزم های مداخله در بحران صورت گیرد [۵۵]. با توجه به اینکه خانواده نقش مهمی در اقدام به خودکشی یا پیشگیری از آن دارد بایستی برنامه های آموزش خانواده در اولویت روش های پیشگیری از خودکشی قرار بگیرد.

منجر به مرگ) در این مطالعه وارد نشده است و این موضوع تعمیم دادن نتایج را با محدودیت مواجهه می‌سازد. همچنین بسیاری از بیماران به دلیل انگ اجتماعی خودکشی بلافاصله بعد از بستری اقدام به رضایت شخصی نموده‌اند و به مرحله ویزیت روانپزشک نرسیده‌اند. به همین دلیل وارد مطالعه نشده‌اند. بنابراین تعمیم یافتن نتایج به کلیه بیماران می‌بایست با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

لازم است در سیاست‌گذاری‌های کشور به موضوع دسترسی بالای افراد جامعه به داروهای مختلف توجه بیشتری شود، همچنین لازم است که از طریق رسانه‌ها و رابطین بهداشت در مورد مدیریت و کنترل میزان داروها در هر منزل اطلاع‌رسانی و آموزش داده شود تا دسترسی افراد پرخطر به داروهای خطرناک و کشنده کمتر اتفاق بیافتد.

تشکر و قدردانی

این طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی به شماره نامه ۴۹۸/پ/۹۱ و دارای تاییدیه شورای اخلاق می‌باشد. از همکاران اورژانس بیمارستان امام رضاع) شهرستان بجنورد که در این طرح همکاری داشتند تقدیر و تشکر می‌گردد.

شهرستان شاهرود که توسط دکتر موسوی و همکاران انجام شد، اکثر بیماران جهت اقدام به خودکشی از دارو (۸/۸۸٪) استفاده کرده بودند که شاید دلیل آن در دسترس بودن و تهیه راحت آن، آشنایی با داروها و نیز آسان بودن شیوه مصرف آن باشد. از نظر داروهای مصرفی، داروهای موثر بر روان (ضد اضطراب‌ها، ضد افسردگی‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها) حدود ۵۳/۲٪ را تشکیل می‌داد که در این میان بنزودیازپین‌ها با ۲۶٪ در راس قرار داشتند [۸] و این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت. در مطالعه دیگری که به منظور بررسی عوامل مسمومیت در مسمومیت‌های عمدی و مقایسه آن با مسمومیت‌های غیرعمدی توسط سید علی‌آذین و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که ۷۶٪ از مسمومیت‌های پذیرش شده در بخش‌های مسمومین بیمارستانهای مرجع در کشور در سال ۱۳۸۳ مربوط به موارد اقدام به خودکشی می‌باشد و از میان داروهایی که به قصد آسیب به خود مصرف گردیده است، بنزودیازپین‌ها بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند [۹]. در پژوهش دیگری که توسط حقیقی و همکاران در بیمارستان شهید محمدی شهر بندرعباس و مطالعه چنگ جین ژائو و همکاران در کشور چین که بر روی افراد اقدام‌کننده به خودکشی انجام شده است، نیز این نتیجه به دست آمده است که رایجترین شیوه اقدام به خودکشی استفاده از قرص‌ها می‌باشد [۵۰، ۵۵]. نتایج تمام پژوهش‌هایی که مورد بحث قرار گرفت با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. اقدام به خودکشی در سرتاسر جهان با استفاده از داروها و مواد شیمیایی ابعاد نگران‌کننده‌ای به خود گرفته است، به طوری که خودکشی با قرص‌ها و مواد شیمیایی به عنوان شایعترین روش اقدام به خودکشی شناخته شده است.

این مطالعه دارای محدودیت‌های قابل توجهی می‌باشد. یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه این است که تنها موارد خودکشی از طریق مسمومیت با دارو و سموم وارد مطالعه شده‌اند و اقدام به خودکشی به روش‌های دیگر نظیر حلق‌آویز کردن، خودسوزی، زدن رگ و پرتاب از بلندی به اورژانس‌های بیمارستان‌های دیگر ارجاع داده می‌شود و در این مطالعه وارد نشده‌اند. دومین محدودیت این مطالعه این است که موارد خودکشی موفق (خودکشی

References

1. Murphy sl, Deaths: final data for 1998, Natl vital stat rep. 2000; 13(11):1-105.
2. Li y, li y, cao j, Factors associated with suicidal behaviors in mainland china: a meta-analysis, *Bmc public health* 2012;12(1):524.
3. Rozanov va, mid'ko aa. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in ukraine, *The spanish journal of psychology* 2011;14(02):693-700.
4. Clayton d, barcel a, The cost of suicide mortality in new Brunswick 1996, *Chronic dis can.* 1999; 13(2):89-95.
5. Hojjat s. k., Hamidi M, *Addiction And Social Harms: Arvij Publications, North Khorasan University of Medical Science Deputy of Research* 2013 [persian].
6. World health organization, *Suicide prevention (supre) 2003*, [last accessed on 2012 aug 31; cited 2012 sep 9] Available from: [Http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en).
7. Ghoraishi s.a., mousavinasab s.n., Systematic review studies on suicide and attempted suicide in iran ,*iranian journal of psychiatry and clinical psychology(thought and behavior)* 2008;14(2): 121-115.
8. Mousavi s.a. , khosravi a. , hasani m.h., jahani z ,epidemiologic study ofdeliberateself-injury(poisoning) in the sahroud city, *Journal of science and health* 2007; 2(2):38-44.
9. Azin s.a., shahidzadeh mahani a., &ebadi m., omidvari s., &montazeri a,The deliberatepoisoning of poisoning incomparison withunintentionalpoisoningandrelatedvariables , *Journal of epidemiologyiran*, 2008;4(2):7-17.
10. Moradi s., khademi a, Study of suicides resulting indeathin iranin comparison withthe globalrates, *Journal offorensic medicine* 2002;27(8):16-21.
11. Sadock bj, Sadock va kaplan and sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinicalpsychiatry, 10 th ed. Philadelphia: lippincott williams and wilkins 2007, P. 897-906.
12. Smith jc, mercy ja, conn jm, Marital status and the risk of suicide, *American journal of public health*, 1988;78(1):78-80.
13. Luoma jb, pearson jl, Suicide and marital status in the united states, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *American journal of public health* 2002;92(9):1518-22.
14. Brent da, perper ja, allman cj, Alcohol, firearms, and suicide among youth, *j am med assoc*, 1987; 257: 3369 – 3372.
15. Lesage ad, boyer r, grunberg f, vanier c, morissette r, menard-buteau c, “et al”, Suicide and mental disorders: a case-control study of young men, *Am j psychiatry*, 1994; 151: 1063 – 1068.
16. Rich cl, runeson bs, Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in sweden and the united states,*actapsychiatr scand*, 1992; 86: 335 – 339.
17. Shaffer d, gould ms, fisher p, trautman p, moreau d, kleinman m, “et al”, Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide,*Arch gen psychiatry*,1996; 53: 339 –348..
18. Marttunen mj, aro hm, henriksson mm, lonnqvist jk, Mental disorders in adolescent suicide, Dsm-iii-r axes i and ii diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in finland, *Arch gen psychiatry*,1991; 48:834 – 839.
19. Rich cl, young d, fowler rc, San diego suicide study: i. Young vs old subjects, *Arch gen psychiatry* 1986; 43: 577 – 582.
20. Runeson bs, Mental disorder in youth suicide: dsm-iii-r axes i and ii, *Actapsychiatr scand* 1989; 79: 490 – 497.
21. Gilchrist h, howarth g, sullivan g, The cultural context of youth suicide: unemployment, identity and gender in australia.*soc pol soc.* 2007; 6:151-63.
22. Zare h, sayadi a, Prevalence of mental disorders and associated factors of suicidein patients referred to hospital emergency departments of imam ali ibnabitalib(as), *J rafsanzanuni medsci* 2009;3:222-38.
23. Hawton k, saunders ke, o'connor rc, Self-harm and suicide in adolescents, *Lancet* 2012;14(9834):2373-2382, Doi: 10.1016/s0140-6736(12)60322-5
24. Perry ij, corcoran p, fitzgerald ap, keeley hs, reulbach u, arensman e, The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry, *Plos one*.2012; 14(2):e31663.doi:10.1371/journal.pone.0031663.[pmc free article][pubmed][cross ref]

25. Beck fr, du roscoat e, saias t, Tentatives de suicide etpenséesuicidaires en france en 2010 françois beck 88. Bhe.2011;14:488–492
26. Heron m, Deaths: leading causes for 2007, Natl vital stat rep,2011;59:1–95.
27. Sadock bj, sadock va.kaplan and sadock’s comprehensive textbook of psychiatry, London:lippincott co; 2004.
28. Trivedi j., &varma s. (2010). *Suicidal behaviour assessment of people at-risks* sage publications, Pp. 42-65.
29. Stewart m. E., donaghey c., &ebmeier k. P. (2008), Suicidal thoughts in youngpeople: their frequency and relationships with personality factors, *Personalityand individual differences*, 44: 809-820.
30. Kolves k, ide n, de leo d, Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: gender differences, *Journal of affective disorders* 2010;120(1-3):48-53.
31. Alaghebandan r, lari ar, joghataei m-t, islami a, motavalian a, A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of ilam, iran. *Burns*. 2011;37(1):164-9.
32. Grzywa a, kucmin a, kucmin t, [suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention, Part ii], *Polski merkuriusz lekarski: organ polskiego towarzystwa lekarskiego* 2010;28(164):174-6.
33. Reddy M, Suicide incidence and epidemiology, *Indian journal of psychological medicine*, 2010;32(2):77.
34. Safaie p, jahangiri k, barkhordar n, editors, Trend and factors influencing suicides in rural areas of kermanshah (in iran) during 7 years (2000-2006), *Bioinformatics and biomedical engineering* 2009 icbbe 2009 3rd international conference on; 2009: ieee[Persian].
35. Devries k, watts c, yoshihama m, kiss l, schraiber lb, deyessa n, “et al”, Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the who multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Social science & medicine* 2011;73(1):79-86.
36. Keyvanara m, haghshenas a, The sociocultural contexts of attempting suicide among women in iran, *Health care for women international* 2010;31(9):771-83.
37. Jabari fard f., &ghari olvije a., &yazd khasti f., &masoudi s, The epidemiology ofsuicide andits risk factors,lordegan,iran,in 2011 – 2001, *Journal ofmedicalsciences of shahre kord*.2013;15(6):75-86.
38. Bakhsha f, behnampour n, charkazi a, The prevalency of attempted suicide in golestan province, north of iran during 2003-07, *Journal of gorgan university of medical sciences* 2011;13(2):79-85.
39. Rahbar tm, orangpour r, mousavian rzs, davam f, Survey of suicidal epidemiologic fators in emergency ward patients of razi hospital, rasht. 2004.
40. Ansari a., khodadadi zade a., sayadi a., negahban t., tavakoli m, Casesof suicideandits risk factorsinali ibn abi talibhospital,rafsanjan,iran in 2007-2006 , *Journal ofnursing, midwiferyandalliedhealth inmedical sciences of rafsanjan university* 2010;5(1):38-44.
41. Mohammadi gh, saadaty a, Survey of epidemiology and etiology of suicidal attempt and relation to socio demographic factors in the administrated emergency unit central hospital of neishabur in 2003, *Quarterly journal of fundamentals of mental health*, 2004:23-4.
42. Ghaleiha a, afzali s, bazyar m, khorsand f, torabian s, Characteristics of hospitalized patients following suicide attempt in hamadan district, iran, *Oman med j*, 2012;27(4):304-9.
43. Zohor a, torabi m, pasandeh h, Epidemiology of suicide in reffering to emergency center of center of jiroft of kerman, 2001.
44. Alvarado-esquivel c, sánchez-anguiano lf, arnaud-gil ca, hernández-tinoco j, molina-espinoza lf, rábago-sánchez e, Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients: a case control study in a northern mexican city, *International journal of biomedical science: ijbs*. 2014;10(1):61.
45. Kim dr, ali m, thiem vd, wierzba tf, Socio-ecological risk factors for prime-age adult death in two coastal areas of vietnam, *Plos one*, 2014;9(2).
46. Shirazi h, hosseini m, zoladl m, malekzadeh m, momeninejad m, noorian k, “et al”, Suicide in the islamic republic of iran: an integrated analysis from 1981 to 2007, 2012.

47. Nazarzadeh m, bidel z, ayubi e, asadollahi k, carson kv, sayehmiri k, Determination of the social related factors of suicide in iran: a systematic review and meta-analysis, *Bmc public health*, 2013;13(1):4.
48. Poor fb, tabatabaei sm, bakhshani n-m, Epidemiology of suicide and its associated socio-demographic factors in patients admitted to emergency department of zahedan khatam-al-anbia hospital, *International journal of high risk behaviors & addiction* 2014;3(4).
49. Keyvanara m, mousavi sg, karami z, Social class status and suicide characteristics: a survey among patients who attempted suicide in isfahan, *Materia socio-medica* 2013;25(1):56.
50. Cheng-jin zhao, xing-bo dang, xiao-li su, jia bai, long-yang ma, Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in northwestern china, *Med sci monit.* 2015; 21: 2743–2749.
51. Beautrais al, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, *Australian and new zealand journal of psychiatry*, 2000;34(3):420-36.
52. Peña jb, kuhlberg ja, zayas lh, baumann aa, gulbas l, hausmann-stabile c, “et al”, Familism, family environment, and suicide attempts among latina youth, *Suicide and life-threatening behavior* 2011;41(3):330-41.
53. Consoli a, peyre h, speranza m, hassler c, falissard b, touchette e, “et al”, Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family, *Child adolesc psychiatry ment health* 2013;7(1):8.
54. Amiri b, pourreza a, rahimi foroushani a, hosseini sm, poorolajal j, Suicide and associated risk factors in hamadan province, west of iran, in 2008 and 2009, *Journal of research in health sciences*, 2012;12(2):88-92.
55. Haghghi h, golmirzaee j, mohammadi k, moradabadi as, dadipoor s, hesam aa, Investigating the relationship between the demographic variables associated with suicide in different seasons among suicidal people in the shahid mohammadi hospital, bandar abass, iran, *Journal of education and health promotion.* 2015;4[Persian].
56. Karami m., ebrahim zade m., yousefi p., khani k, Investigatethe causes ofdrug poisoningin boali and nime shaban hospital,sari,iran,in 2002- 2000, *Razijournal of medical sciences* 2004;11(42)629-35.

Archive of SID

Demographic characteristics of patients with suicide attempt in Bojnurd;2014

Hojjat SK¹, Hatami SE², Norozi Khalili M^{3*}, Kazemi S⁴, Danesh M⁵,
Samadi bilehsavar A⁶, Naghdi Pour J⁷, Kamkar khabushan M⁸, Ansari H⁸

¹Assistant professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

²MSc of epidemiology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

³Department of community medicine and ethic, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.

⁴M.As of clinical psychology. Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran.

⁵PHD student of counseling, Islamic Azad University, Bojnurd branch, Bojnurd, Iran.

⁶Resident of psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁷MA student of psychology, Islamic Azad University, Bojnurd branch, Bojnurd, Iran.

⁸B.S nursing, Imam Reza Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences . Bojnurd, Iran.

***Corresponding Author:** Norozi Khalili Mina, Department of community medicine, school of medicine, North Khorasan University of Medical Sciences. shahriar street, Bojnurd, Iran
Email: mina.norozi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *suicide is one of the main reasons of mortality in the world and many countries involve with this major health issue. Pattern of suicide attempt is different in countries. Aim of this study was to assess the pattern of suicide attempt for suicide in patients who admitted in hospital.*

Material & Methods: *this research was a descriptive analytical study. Participants include all patients who admitted along one year (2013-2014) in Imam Reza hospital in Bojnurd city with suicide attempt (based on psychiatric interview). Require data such as pattern of suicide and kind of drug used collected by researcher designed checklist. Data were analyzed by SPSS. Chi-square test was used to analyze the data.*

Result: *281 patients with suicide attempt included in this study. 35.2% of samples were women and 64.8% was men. Mean age of samples was 24±9.07 year. We found a significant relation between variables such as age, gender and marital status and reason of suicide attempt. Drug poisoning was the most pattern of suicide attempt. Benzodiazepines were the most prevalence drugs used by patients for suicide. Argument with family or spouse was the most reason for suicide attempt based on patients self report.*

Conclusions: *The policy of the country is necessary to pay more attention to the issue of access of individuals to various drugs, as well as through the media and volunteers to manage and control the amount of medication in each house to inform and educate access to the people at high risk of unsafe drugs, less fatal to happen.*

Key words: *suicide attempt, drugs, pattern of suicide attempt*