

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام کنندگان

به خودکشی (تبریز، ۱۳۸۰)

دکتر حبیب الله خزایی*؛ علی اکبر پرویزی فرد**

چکیده :

سابقه و هدف: خودکشی همگام با تاریخ بشری اتفاق افتاده است و یکی از مهم‌ترین اورژانس‌های روانپزشکی می‌باشد. همه‌گیرشناسی خودکشی نقش مهمی در مشخص کردن سلامت روان افراد جامعه دارد. مطالعه حاضر به منظور تعیین خصوصیات جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی افراد اقدام کننده به خودکشی در تبریز در سال ۱۳۸۰ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک طرح توصیفی-مقطعی است که در اجرای آن ۳۰۱ بیمار (۱۷۰ زن و ۱۳۱ مرد) که به مراکز بیمارستانی عمومی (سینا و امام خمینی^(۹)) تبریز به دلیل اقدام به خودکشی ارجاع شده بودند، به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، مصاحبه بالینی ساختار یافته و قضاوت روانپزشکی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دهنده این است که بالاترین میزان اقدام به خودکشی در هر دو جنس در سنین ۲۶-۱۷ سال بوده است. ۸۰/۴ درصد افراد اختلالات روانپزشکی داشتند. شایع‌ترین اختلالات شامل اختلال افسردگی و اختلال انطباق با تابلوی افسردگی بود. شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی در هر دو جنس مصرف بیش از حد دارو (۷۱/۱٪) و مسمومیت با مواد سمی (۲۰/۶۰٪) بود. بالاترین میزان اقدام به خودکشی در افراد مجرد، زنان خانه دار، افراد بیکار و افراد با تحصیلات مقطع تحصیلی راهنمایی بوده است.

بحث: به نظر می‌رسد وجود اختلالات روانی و یا سابقه آن‌ها شاخص‌های خطر با همبستگی مثبت برای خودکشی باشند و افراد اقدام کننده به خودکشی نسبتاً جوان هستند.

کلید واژه: اقدام به خودکشی، خصوصیات جمعیت شناختی، وضعیت روانی، تبریز

* روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه.

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، کرمانشاه، مرکز آموزشی درمانی فارابی، گروه روان‌شناسی.

* **عهده‌دار مکاتبات:** کرمانشاه، باغ ابریشم، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۸۳۱-۴۲۲۹۴۰۹-۱۴.

مقدمه:

خودکشی در ایران سومین علت مرگ است، در حالی که در آمریکا با حدود ۳۰ هزار خودکشی موفق سالانه، مقام هشتم را داراست (۶). طبق آخرین آمارها سن خودکشی در ایران به زیر ۱۹ سال رسیده و فراگیری قابل توجهی که بین نوجوانان و جوانان داشته، بیانگر این واقعیت است که باید به خودکشی فارغ از جنبه‌های سیاسی به عنوان یک بحران اجتماعی و یک مسأله پزشکی حاد و اورژانسی توجه جدی نماییم (۶). بررسی‌های دو دهه اخیر در ایران نشان داده‌اند که خودکشی و اقدام به آن به‌ویژه در میان نوجوانان و جوانان در بیشتر استان‌های کشور رو به افزایش بوده است. به عنوان نمونه در استان ایلام، خودکشی شیوع روز افزونی داشته، به گونه‌ای که از میزان ۲ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۶۸ به میزان ۶۳ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۷۳ رسیده است. آنچه این مسأله را بغرنج‌تر می‌کند استفاده از روش‌های خشن (خودسوزی) و میزان بالای خودکشی موفق در بین خانم‌ها می‌باشد (۷).

باتوجه به این که اقدام به خودکشی متأثر از عوامل فرهنگی و منطقه‌ای می‌باشد (۱) در پژوهش‌های انجام‌شده، اقدام کنندگان به خودکشی مشخصات ویژه‌ای داشته‌اند و برخی عوامل پیش‌بینی خطر در آن‌ها مطرح شده است، لذا پژوهش حاضر به منظور تعیین ویژگی‌های همه‌گیرشناسی، جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی اقدام کنندگان به خودکشی در استان آذربایجان شرقی انجام گرفت.

اقدام به خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی و شایع‌ترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان (پس از حمله قلبی) به مراکز فوریت‌های پزشکی است (۲۱). با این حال بررسی‌ها نشان می‌دهد که تنها گروه اندکی از این افراد قصد از بین‌بردن خود را داشته‌اند و اغلب انگیزه‌های دیگری برای عمل خود عنوان نموده‌اند. همچنین برخی از این افراد دچار اختلال روانی بوده و یا با مسائل اجتماعی پیچیده‌ای مواجه بوده‌اند (۱).

خودکشی در بین همه طبقات و بخش‌های مختلف جمعیتی رخ می‌دهد. زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می‌کنند، ولی مردان بیش از زنان در خودکشی موفق می‌شوند. خودکشی با اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی مرتبط است و بین ۷۰-۵۰ درصد قربانیان خودکشی از افسردگی اساسی در رنج بوده‌اند. به عبارتی دیگر، اختلالات خلقی مهم‌ترین عاملی است که در خودکشی هر دو جنس نقش قابل ملاحظه‌ای دارد (۳ و ۴).

از لحاظ متغیرهای جمعیتی و اجتماعی تحقیقات نشان داده است که به ترتیب سن (بالای ۴۵ سال)، جنس (مذکر)، وضعیت تأهل (مجرد، مطلقه، بیوه)، اشتغال (بیکاری)، روابط بین فردی (متعارض)، سابقه خانوادگی (آشفته یا متعارض)، اختلالات روانی و جسمی مزمن به عنوان عامل خطر جهت اقدام به خودکشی عمل می‌کند، بدین معنا که میزان خودکشی در افراد برحسب متغیرهای جمعیتی و اجتماعی مذکور به‌طور معناداری بیشتر است (۵).

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع پژوهش‌های توصیفی، مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش ساکنین شهرستان تبریز بوده‌اند که به دلیل اقدام به خودکشی به مراکز آموزشی درمانی سینا و امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سه ماهه دوم و سوم سال ۱۳۸۰ ارجاع گردیده بودند. افراد مورد بررسی با استفاده از نمونه‌گیری آسان انتخاب و سپس طی دو مرحله مورد بررسی و ارزیابی تشخیصی قرار گرفتند. در مرحله نخست پس از ارجاع بیماران به بخش اورژانس بیمارستان، مشخصات اولیه آنان ثبت می‌گردید و پس از آن یک مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط روانپزشک با بیمار و یا بستگان وی انجام می‌گرفت که ضمن آن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها ثبت می‌گردید. برای بیماران که به دلیل شرایط بدنی ناشی از اقدام به خودکشی در همان روز قادر به مصاحبه بالینی و یا تکمیل پرسشنامه‌ها نبودند، زمان دیگری در نظر گرفته می‌شد. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، برای پاسخ‌دهندگان هدف از اجرای پژوهش توضیح داده می‌شد و به آن‌ها گفته می‌شد الزامی برای نوشتن نام خود در روی پرسشنامه‌ها ندارند و اطلاعات محرمانه تلقی می‌شود. در مرحله دوم پژوهش، تمامی اقدام‌کنندگان به خودکشی توسط دو روانپزشک به فاصله کمتر از ۲۴ ساعت (بدون اطلاع از تشخیص مطرح‌شده توسط همکار) با استفاده از فهرست واریسی علائم و نشانه‌ها بر

پایه معیارهای DSM-IV مورد مصاحبه بالینی و ارزیابی تشخیصی قرار می‌گرفتند. این مصاحبه تشخیصی شامل اطلاعات بالینی و درمانی می‌شد که روانپزشک برای جمع‌بندی تشخیص‌های اساسی محورهای پنج‌گانه DSM-IV در نظر می‌گرفت. برای هر یک از بیماران تشخیص‌ها بر پایه توافق بین دو روانپزشک عنوان می‌گردید. میزان توافق تشخیصی بین ارزیابان (دو روانپزشک) بالا بود (۹۵٪).

برای گردآوری داده‌ها به ترتیب از پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته، فهرست واریسی علائم و نشانه‌ها بر پایه ضوابط DSM-IV تشخیص نهایی روانپزشک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک شیوه‌های آمار توصیفی و آزمون Z انجام گردید.

یافته‌ها:

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود اقدام به خودکشی در زنان گروه سنی ۱۶-۱۲ سال تقریباً سه برابر مردان در همین گروه سنی است. بالاترین موارد اقدام به خودکشی در هر دو جنس گروه سنی ۲۱-۱۷ سال (۳۲/۲۳ درصد نمونه مورد بررسی) بوده‌است و در هر دو جنس تقریباً به یک اندازه دیده شد، اما در گروه سنی ۲۶-۲۲ سال موارد اقدام به خودکشی در مردان به طور معناداری بیش از زنان در همین گروه سنی است. ($Z=۲/۹۹$ ، $P<۰/۰۱$). میانگین سنی کل افراد مورد بررسی ۲۷/۳۶ سال (زنان، ۲۶/۱۱ سال و مردان ۲۹/۲۷ سال) بوده‌است. توزیع فراوانی و

۱ (۰/۳۳)	۱ (۰/۷۶)	۰ (۰)	۸۲-۸۶
۳۰۱ (۱۰۰)	۱۳۱ (۱۰۰)	۱۷۰ (۱۰۰)	جمع کل

جدول ۲ نشان می‌دهد، در مجموع ۲۴۲ نفر (۱۱۶ زن و ۱۲۶ مرد) از اقدام‌کنندگان به خودکشی واجد ملاک‌های تشخیصی اختلالات روانپزشکی بودند و تنها ۵۹ نفر (۱۹/۶۰ درصد) آنان اختلال روانی با رزی نداشتند. انجام آزمون Z بر روی نسبت‌های مذکور تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان داد ($P < 0.05$, $Z = 2.11$).

از سوی دیگر نتایج جدول یادشده نشان می‌دهد که در میان اختلالات روانپزشکی، اختلالات خلقی و اختلالات انطباقی با تابلوی افسردگی به ترتیب از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در میان هر جنس است. همچنین میزان فراوانی اختلالات روانی در مردان (۹۶/۱۸٪) بیش از زنان (۶۸/۲۴٪) بود که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.01$, $Z = 3$). همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، ۲۱۴ نفر (۱۲۴ زن، ۹۰ مرد) از کل اقدام‌کنندگان در هر دو جنس از مصرف بیش از حد مواد دارویی برای اقدام به خودکشی استفاده کرده‌اند. هرچند که میزان مصرف مواد دارویی جهت اقدام به خودکشی در زنان (۷۲/۹۴٪) بیش از مردان (۶۸/۷۰٪) بود، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست ($Z = 0.52$), خوردن موادمسمی و مواد افیونی به ترتیب در ردیف دوم و سوم قرار دارند.

درخصوص فراوانی عوامل استرس‌زای روانی-اجتماعی گزارش‌شده از سوی افراد موردبررسی قبل از اقدام به خودکشی، نتایج نشان

درصدی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در نمونه مورد بررسی در جدول ۲ آمده است. همان‌گونه که جدول ۱- توزیع فراوانی افراد اقدام‌کننده به خودکشی برحسب گروه‌های سنی و جنسی در مراجعین اورژانس‌های سینا و امام خمینی (ره) تبریز (سال ۱۳۸۰).

جمع	نرد	زن	جنس / گروه‌های سنی
۳۶ (۱۱/۹۶)	۷ (۵/۳۴)	۲۹ (۱۷/۶۰)	۱۲-۱۶
۹۷ (۳۲/۲۳)	۴۰ (۳۰/۵۳)	۵۷ (۳۳/۵۳)	۱۷-۲۱
۶۰ (۱۹/۹۳)	۳۱ (۲۳/۶۶)	۲۹ (۱۷/۶۰)	۲۲-۲۶
۳۹ (۱۲/۹۶)	۱۹ (۱۴/۵۰)	۲۰ (۱۱/۷۶)	۲۷-۳۱
۱۷ (۵/۶۵)	۸ (۶/۱۱)	۹ (۵/۲۹)	۳۲-۳۶
۱۱ (۳/۶۵)	۳ (۲/۲۹)	۸ (۴/۷۱)	۳۷-۴۱
۱۰ (۳/۳۲)	۶ (۴/۵۸)	۴ (۲/۳۵)	۴۲-۴۶
۷ (۲/۳۳)	۴ (۳/۵۰)	۳ (۱/۷۶)	۴۷-۵۱
۱۱ (۳/۶۵)	۸ (۶/۱۱)	۳ (۱/۷۶)	۵۲-۵۶
۴ (۱/۳۳)	۲ (۱/۵۳)	۲ (۱/۱۸)	۵۷-۶۱
۱ (۰/۳۳)	۰ (۰)	۱ (۰/۵۹)	۶۲-۶۶
۵ (۱/۶۶)	۲ (۱/۵۳)	۳ (۱/۷۶)	۶۷-۷۱
۱ (۰/۳۳)	۰ (۰)	۱ (۰/۵۹)	۷۲-۷۶
۱ (۰/۳۳)	۰ (۰)	۱ (۰/۵۹)	۷۷-۸۱

داد به ترتیب مشاخره و درگیری با خانواده(۳۶/۴)، که ۵۸/۸۰ درصد از کل اقدام کنندگان در هر دو جنس تعارضات زناشویی(۱۵/۹۵) و مشکلات جدول ۲- توزیع فراوانی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس‌های تبریز (سال ۱۳۸۰).

تشخیص بر پایه DSM-IV	جنس		کل
	مردان	زنان	
کلیه اختلالات روانپزشکی	۱۲۶ (۹۶/۱۸)	۱۱۶ (۶۸/۲۴)	۲۴۲ (۸۰/۴۰)
اختلال افسردگی اساسی	۲۹ (۲۲/۱۴)	۵۷ (۳۳/۵۳)	۶۱ (۲۰/۲۷)
اختلال انطباقی	۱۵ (۱۱/۴۵)	۲۰ (۱۱/۷۶)	۳۵ (۱۱/۶۳)
اختلال دیس تایمیا	۱۰ (۷/۶۳)	۲۵ (۱۴/۷۱)	۳۵ (۱۱/۶۳)
اختلالات شخصیت	۲۷ (۲۰/۶۱)	۶ (۳/۵۳)	۳۳ (۱۰/۹۶)
اختلال ارتباطی	۱۰ (۷/۶۳)	۲۱ (۱۲/۳۵)	۳۱ (۱۰/۳۰)
اختلالات وابسته به مواد	۲۱ (۱۶/۰۳)	۰ (۰)	۲۱ (۶/۹۸)
اختلالات اضطرابی	۳ (۲/۲۹)	۳ (۱/۷۶)	۶ (۱/۹۹)
اختلال دو قطبی	۲ (۱/۵۳)	۲ (۱/۱۸)	۴ (۱/۳۳)
اختلال سلوک	۱ (۰/۷۶)	۳ (۱/۷۶)	۴ (۱/۳۳)
اختلال افسردگی مضاعف	۰ (۰)	۴ (۲/۳۵)	۴ (۱/۳۳)
اختلال اسکیزوفرنی	۳ (۲/۲۹)	۰ (۰)	۳ (۱)
اختلال دمانس	۲ (۱/۵۳)	۰ (۰)	۲ (۰/۶۶)
اختلال سیکلو تایمیا	۲ (۱/۵۳)	۰ (۰)	۲ (۰/۶۶)
اختلال هذیانی	۱ (۰/۷۶)	۰ (۰)	۱ (۰/۳۳)
بدون تشخیص	۵	۵۴	۵۹

(۱۹/۶۰)	(۳/۸۲)	(۳۱/۷۶)	
۳۰۱	۱۳۱	۱۷۰	جمع کل
(۱۰۰)	(۱۰۰)	(۱۰۰)	

جدول ۴- توزیع فراوانی وسیله اقدام به خودکشی در افراد مراجعه کننده به اورژانس های مسمومیت تبریز (سال ۱۳۸۰).

جنس	زنان	مردان	کل
وسيله اقدام به خودکشی			
مصرف بیش از حد مواد دارویی	۱۲۴ (۷۲/۹۴)	۹۰ (۶۸/۷۰)	۲۱۴ (۷۱/۱۰)
خوردن مواد سمی	۳۹ (۲۲/۹۴)	۲۳ (۱۷/۵۶)	۶۲ (۲۰/۶۰)
خوردن نفت و مشتقات آن	۲ (۱/۱۸)	۴ (۳/۰۵)	۶ (۱/۹۹)
خوردن مواد افیونی	۰ (۰)	۱۰ (۷/۶۳)	۱۰ (۳/۳۲)
خوردن سنجاق و میخ	۰ (۰)	۱ (۰/۷۶)	۱ (۰/۳۳)
خودسوزی	۲ (۱/۱۸)	۰ (۰)	۲ (۰/۶۶)
برق گرفتگی	۱ (۰/۵۹)	۱ (۰/۷۶)	۲ (۰/۶۶)
سقوط از ارتفاع	۰ (۰)	۱ (۰/۷۶)	۱ (۰/۳۳)
حلق آویز کردن	۲ (۱/۱۸)	۰ (۰)	۲ (۰/۶۶)
غرق کردن	۰ (۰)	۱ (۰/۷۶)	۱ (۰/۳۳)
جمع کل	۱۷۰ (۱۰۰)	۱۳۱ (۱۰۰)	۳۰۱ (۱۰۰)

مرگ بستگان، سربازی، زندانی شدن، اعتیاد و طلاق را عنوان کرده بودند. انجام آزمون Z در روی نسبت های عوامل استرس زای مذکور در هر دو جنس نشان می دهد که زنان به طور معناداری بیشتر از مردان این عوامل را تجربه کرده اند ($Z=5/21$ ، $P<0/01$).

تحصیلی و عدم موفقیت در کنکور (۶/۳۱٪) را به عنوان انگیزه اقدام به خودکشی خود ذکر کرده اند. همچنین انگیزه اقدام به خودکشی ۲۴/۹۲ درصد از کل اقدام کنندگان در هر دو جنس نامشخص و ۱۶/۲۸ درصد آن ها مسائل و مشکلاتی از قبیل شکست عاطفی، بیکاری، مشکلات اقتصادی،

توزیع جنسی از نظر آماری تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان نداد ($Z = 0.60$, $P > 0.05$). به این معنا که سابقه اقدام قبلی خودکشی در هر دو جنس یکسان بوده است. افرادی که سابقه قبلی خودکشی گزارش کرده بودند، ۵۳ مورد (یک‌بار)، ۲۰ مورد (سه‌بار و بیشتر) اقدام به خودکشی داشتند. همچنین نتایج نشان داد که از لحاظ وضعیت شغلی، در زنان بالاترین موارد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه‌دار (۶۲/۳۵٪) بوده است و پس از آن دانش‌آموزان با رقم ۲۱/۷۶ درصد بیشترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است در مردان بالاترین موارد اقدام به خودکشی به ترتیب در میان افراد بیکار (۳۶/۶۴٪) و مشاغل آزاد (۳۱/۳۰٪) بوده است.

از نظر میزان تحصیلات افراد خودکشی کننده، نتایج پژوهش نشان داد که بالاترین موارد اقدام به خودکشی در هر دو جنس مربوط به مقطع تحصیلی راهنمایی (۲۷/۹۱٪) بوده است. افراد دارای تحصیلات دیپلم و مقطع متوسطه (به ترتیب با ۲۱/۹۳٪ و ۱۴/۲۹٪) در ردیف‌های دوم و سوم در این زمینه قرار داشتند. کمترین موارد اقدام به خودکشی (۲/۳۳٪) در افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم دیده شده است.

بحث:

یافته‌های پژوهش حاضر، همانند سایر پژوهش‌های انجام شده در دیگر استان‌های کشور نشان داد که بیشترین موارد اقدام به خودکشی در نمونه مورد بررسی در گروه

از لحاظ وضعیت تأهل نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ۱۵۶ نفر (۸۴ زن و ۷۲ مرد) از کل اقدام کنندگان در هر دو جنس مجرد بودند. همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نسبت موارد اقدام به خودکشی در میان افراد مجرد (۵۱/۸۳٪) بیش از افراد متأهل (۴۵/۸۵٪) است جدول ۴- توزیع فراوانی وضعیت تأهل افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس‌های مسمومیت تبریز (سال ۱۳۸۰).

وضعیت تأهل	جنس		کل
	مردان	زنان	
مجرد	۷۲ (۵۴/۹۶)	۸۴ (۴۹/۴۱)	۱۵۶ (۵۱/۸۳)
متأهل	۵۶ (۴۲/۷۵)	۸۲ (۴۸/۲۴)	۱۳۸ (۴۵/۸۵)
مطلقه	۲ (۱/۵۳)	۳ (۱/۷۶)	۵ (۱/۶۶)
نامشخص	۱ (۰/۷۶)	۱ (۰/۵۹)	۲ (۰/۶۶)
جمع کل	۱۳۱ (۱۰۰)	۱۷۰ (۱۰۰)	۳۰۱ (۱۰۰)

که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است ($Z = 3.33$, $P < 0.01$). هر چند که از لحاظ آماری موارد اقدام به خودکشی در میان زنان بر حسب وضعیت تأهل (مجرد-متأهل) یکسان است ($Z = 0.50$, $P < 0.5$)، اما در مردان اقدام به خودکشی در افراد مجرد (۵۴/۹۶٪) بیش از افراد متأهل (۴۲/۷۵٪) بوده است که از لحاظ آماری این تفاوت معنادار است ($Z = 2.80$, $P < 0.1$). همچنین ۷۳ نفر (۳۹ زن و ۳۴ مرد) از کل اقدام کنندگان از هر دو جنس سابقه اقدام قبلی خودکشی داشتند.

افسردگی به ترتیب از شایع ترین اختلالات روانی در میان هر دو جنس بوده است. این یافته پژوهش با نتایج بررسی های برخی از پژوهشگران مبنی بر اینکه «نوجوانانی که اقدام به خودکشی می کنند همواره یک اختلال روانی نهفته دارند» همخوانی دارد (۱۰).

یافته های تحقیقات اخیر نشان داده است که مهم ترین عامل خطر برای خودکشی در میان نوجوانان وجود اختلالات روانی (بویژه اختلالات خلقی، مصرف مواد مخدر و رفتارهای ضد اجتماعی) و نیز تاریخچه آسیب شناسی روانی در میان آنان است (۱۱).

بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در میان اقدام کنندگان مورد بررسی در این پژوهش ضرورت شناسایی و درمان نوجوانان در معرض خطر و نیز افزایش آگاهی عمومی نسبت به تأثیر علل روانپزشکی خودکشی را مورد تأکید قرار می دهد. در رابطه با روش خودکشی، در این بررسی مصرف داروی زیاد به عنوان روش خودکشی با سایر بررسی های انجام شده همخوانی دارد (۲). بر خلاف نتایج تحقیقات انجام شده در استان های غربی و جنوبی کشور مبنی بر اینکه خودسوزی به عنوان شایع ترین وسیله اقدام به خودکشی در میان زنان گزارش گردیده است (۷)، اما در پژوهش حاضر فقط ۲ نفر (۱/۱۸٪) از زنان اقدام به خودسوزی کرده بودند. این ناهمخوانی از دیدگاه جامعه شناسی قابل تبیین است. چه از دیدگاه جامعه شناسی پدیده خودکشی یک امر اجتماعی است و بین شیوه خودکشی با مکان و نظام فرهنگی، سنتی و اجتماعی آن جامعه رابطه وجود دارد. یکی از

سنی نوجوانان و جوانان بوده است (۲، ۸، ۹). ۷۷/۰۸ درصد از کل اقدام کنندگان به خودکشی در این پژوهش در دامنه سنی ۱۲-۳۱ سال بوده اند که همراه با افزایش سن افراد (۳۲ سال به بالا) از میزان فراوانی اقدام به خودکشی در هر دو جنس کاسته شده است. حال آنکه طبق آمارهای بین المللی میزان اقدام به خودکشی در دامنه سنی فوق، ۵۰٪ گزارش گردیده است. و بالا رفتن سن بعنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح شده است (۵). این موضوع حاکی از افزایش اقدام به خودکشی در میان قشر نوجوان و جوان کشور است که می تواند بازتابی از مشکلات جامعه شناختی و روان شناختی قابل ملاحظه و افسردگی بسیاری از اقدام کنندگان باشد.

آمار اقدام به خودکشی در دختران نوجوان (۱۶-۱۲ ساله) تقریباً سه برابر پسران در همین گروه سنی بوده است که از نظر آماری این تفاوت معنادار است. این رقم نسبتاً بالا در دختران و زنان نوجوان احتمالاً حاکی از زندگی پراسترس گروهی از دختران در جامعه آماری پژوهش حاضر است. همان طور که سایر پژوهشگران اظهار داشته اند، کسانی که دارای زندگی پراسترس و فاقد سیستم های حمایتی و نیز شیوه های مقابله کارآمد می باشند بیش از جمعیت عادی اقدام به خودکشی می کنند (۱).

در پژوهش حاضر، ۸۰/۴۰ درصد از کل اقدام کنندگان به خودکشی واجد ملاک های تشخیصی اختلالات روانپزشکی بودند که اختلالات خلقی و اختلال انطباقی با تابلوی

لحاظ آماری این تفاوت معنادار است و در تبیین یافته آن، به نظر می‌رسد که علاوه بر تفاوت توزیع فراوانی تأهل در دو جنس در جامعه آماری، احتمالاً در جمعیت مورد بررسی تأهل برای زنان در مقایسه با مردان جنبه حمایتی کمتری داشته و برای بسیاری از آنان ازدواج و مناسبات زناشویی بویژه در سنین پایین رویدادی فشارزا به شمار می‌آید. نتایج این پژوهش نشان داد که جوانان، بویژه زنان جوان و احتمالاً کسانی که مشکلات زناشویی یا خانوادگی و تحصیلی بیشتری دارند گروه آسیب‌پذیرتری هستند. اطلاعات این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند راهگشای اقدام‌های بهداشتی پیش‌گیرانه باشد.

در مجموع با توجه به پایین بودن حجم نمونه و روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و نیز انجام آن در شهر تبریز، باید تعمیم‌پذیری نتایج به کل استان احتیاط شود و در مورد ترکیب سنی اقدام کنندگان به خودکشی باید به یک مسئله روش شناختی اشاره نمود. اطلاعات آماری نشان می‌دهد که جمعیت ایران یک جمعیت جوان است، جوان بودن ترکیب جمعیتی یک منطقه می‌تواند نوعی سوگیری سنی در نمونه مورد بررسی ایجاد کند که باید در تفسیر داده‌ها مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

از آقای دکتر فیروزبخش حبیبی (روانپزشک) که در انجام پژوهش فوق صمیمانه همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تبیین‌های احتمالی در خصوص بالا بودن شیوه خودسوزی در میان زنان استان‌های غربی و جنوبی به بافت سنتی، پیامدهای جنگ تحمیلی و نیز فرهنگ مرد سالاری در این مناطق بر می‌گردد. به‌گونه‌ای که برخی از زنان این مناطق با انتخاب شیوه خودسوزی می‌خواهند رنج و اندوه و عذاب خود را به تصویر بکشند. تبیین احتمالی دیگر این‌که موارد خودسوزی بیشتر بوده ولی به این مرکز ارجاع داده نشده و در مراکز دیگر مورد توجه طبی قرار گرفته اند.

در پژوهش حاضر، مشاجره و درگیری با خانواده، تعارضات زناشویی و نیز مشکلات تحصیلی و عدم موفقیت در کنکور به عنوان عامل زمینه‌ساز بیش از سایر عوامل استرسور روانی - اجتماعی در میان افراد خودکشی کننده نقش داشته است. چه در نوجوانان آسیب‌پذیر و از نظر روانی آشفته، اقدام به خودکشی معمولاً با عوامل استرس‌زای اخیر رابطه دارد (۵). با توجه به عوامل استرسورهای روانی - اجتماعی افراد مورد بررسی و ناتوانی آنان در یافتن راه حل برای مسائل و فقدان راهبردهای مقابله‌ای برای مدارا با عوامل استرس‌زای زندگی، نقش آموزش بهداشت روانی در محیط خانه، مدرسه و دانشگاه‌ها بیش از پیش دارای اهمیت است.

از لحاظ وضعیت تأهل نتایج این بررسی نشان داد که نسبت موارد اقدام به خودکشی در میان زنان بر حسب وضعیت تأهل (مجرد-متأهل) یکسان است، اما در مردان نسبت موارد اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیش از افراد متأهل بوده است که از

منابع:

- ۱- حیدری پهلویان الف. وضعیت روانی اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۲۰۱، سال ۱۳۷۶، ص ۳۱ - ۱۱.
- ۲- یاسمی م، صانعی ن، ملک‌پورافشار ر. بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴، ۱۳۷۷، ص ۲۷ - ۱۵.
- ۳- گودرزی م.ع. تحولات جدید در فهم و درمان خودکشی. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، شماره ۱۹ و ۲۰، سال ۱۳۸۰، ص ۵۴ - ۳۵.
4. Qin , Ping, Esben A, Niels W. Gender differences in risk factor for suicide in Denmark. Br J Psychiatry 2000; 177:546-550.
5. Kaplan H, Sadock B. Pocket hand books of clinical psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Willams and Wilkins ; 2001, P. 262.
- ۶- طاهری ح. خودکشی، معضلی فراتر از مصلحت‌اندیش‌ها. روزنامه نوز، ۲۴ شهریور ۱۳۸۰، ص ۱۳.
- ۷- سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۵). طرح پیشگیری از خودکشی در استان ایلام.
- ۸- یاسمی م، صباحی ع، میرهاشمی م. همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴، سال ۱۳۸۱، صفحات: ۱۲-۴.
- ۹- ضرغامی م، جلیلیان ع. خودسوزی در استان مازندران. فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴، سال ۱۳۸۱، صفحات: ۲۴ - ۱۳.
10. Alan J, Mariss R, Tamar Y. Suicide in teenagers . JAMA 2001; 286: 3120-25.
11. Beautrais AL. Risk factor for suicide and attempted suicide among people. Aust IV Z J Psychiatry 2000 ; 34(3): 420.