

همه گیری شناسی خودکشی در استان گلستان (سال ۱۳۸۲)

محمد حسین تازیکی (M.D.)⁺ شهریار سمناهی (M.D.)^{**} محمد جعفر گلعلی پور (Ph.D.)^{***}
ناصر بهنام پور (M.Sc.)^{****} صادق علی تازیکی (M.D.)^{*****} سیامک رجائی (M.D.)^{*****}
خداداد ایزد (B.S.)^{****} تقی گرزین (B.S.)^{****}

چکیده

سابقه و هدف: خودکشی از علل مهم مرگ و میر در جهان است. فراوانی خودکشی در مناطق مختلف ایران و جهان متفاوت است. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی خودکشی و ارتباط آن با جنس، سن، سطح تحصیلات، نوع خودکشی و ابزار خودکشی در استان گلستان در سال ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۱۸۵۷ بیمار اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان‌های استان گلستان در طی سال ۱۳۸۲ انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های طراحی شده و انجام مصاحبه با بیمار و بستگان، گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: فراوانی خودکشی در کل جمعیت، مرد و زن به ترتیب ۱۱۷/۸ و ۸۸/۵ و ۱۴۷/۴ درصد هزار نفر تعیین گردید. میزان خودکشی در گروه سنی ۲۰-۲۴ سال ۲۸۵/۵ در صد هزار نفر بود. بیشترین میزان خودکشی در فصل بهار بود و ۳۱ درصد از جمعیت مورد مطالعه، سطح تحصیلات متوسطه داشتند و ۴۸ درصد از موارد اقدام به خودکشی با استفاده از داروهای شیمیایی و مواد مخدر انجام گرفت. براساس قومیت، میزان خودکشی در قومیت فارس بومی، ترکمن و سیستانی به ترتیب ۱۷۷ و ۷۹/۶ و ۲۷۰ در صد هزار نفر تعیین شد.

استنتاج: این مطالعه نشان داد که میزان خودکشی در این منطقه در مقایسه با سایر مناطق ایران و کشورهای دیگر بالا می‌باشد و مطالعات تکمیلی به منظور سبب‌شناسی آن ضروری می‌باشد.

واژه های کلیدی: خودکشی، قومیت، جنس، همه گیری شناسی

مقدمه

خودکشی یکی از مشکلات عمده سلامت در تمام جهان است که ۹ درصد کل مرگ در اثر آن اتفاق می‌افتد. خودکشی معمولاً بدون اخطار اولیه رخ نمی‌دهد (۱-۳)، بلکه شخصی که تصمیم به خودکشی دارد، اغلب اوقات

* متخصص گوش و حلق و بینی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی گلستان- مرکز تحقیقات سلامت
+ گرگان: بیمارستان ۵ آذر- بخش گوش و حلق و بینی
Email: hoseinta@yahoo.com

** فوق تخصص گوش، عضو هیأت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی گلستان- مرکز تحقیقات سلامت
*** متخصص آناتومی، عضو هیأت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی گلستان- مرکز تحقیقات سلامت
**** کارشناس ارشد آمار حیاتی- مرکز تحقیقات سلامت
***** متخصص روان پزشکی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی گلستان
***** متخصص جراحی عمومی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی گلستان
***** کارشناس دانشگاه علوم پزشکی گلستان

تاریخ دریافت: ۸۴/۵/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۴/۷/۲۴ تاریخ تصویب: ۸۵/۴/۱۴

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی و به صورت سرشماری در سال ۱۳۸۲ در کلیه مراکز درمانی استان انجام گرفت. در این مطالعه، جمعیت استان در سال ۱۳۸۲ براساس اطلاعات جمعیتی مراکز بهداشتی- درمانی استان محاسبه شده است. کلیه افراد مراجعه کننده و ارجاع شده به مراکز درمانی که به صورت عمدی اقدام به خودکشی کرده بودند، سرشماری و به تعداد ۱۸۵۷ نفر وارد مطالعه شدند. پرسشنامه تهیه شده برای هر یک از این افراد توسط کارکنان درمانی آموزش دیده تکمیل گردید. سایر اطلاعات موردنیاز نیز از همراهان بیمار پرسش و در تکمیل پرسشنامه از آن استفاده شد.

افرادی که به صورت تصادفی دچار مسمومیت (از جمله مسمومیت غذایی و مسمومیت با مواد ارگانوفسفره) یا مصدوم شده بودند از مطالعه حذف شدند. در این مطالعه متغیرهای مختلف از جمله سن، جنس، قومیت، فصل، سطح تحصیلات، شغل، انگیزه، ابزار و نتیجه خودکشی مورد مطالعه قرار گرفت. بعد از جمع آوری پرسشنامهها اطلاعات وارد کامپیوتر شده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میزان فراوانی اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۲ در کل جمعیت ۱۱۷/۸ درصد هزار نفر تعیین گردید که این میزان در مردان ۸۸/۵ در صد هزار و در زنان ۱۴۷/۴ نفر در صد هزار بوده است.

میزان فراوانی خودکشی در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، ۲۸۵/۸ در صد هزار بود که بالاترین میزان خودکشی در این گروه سنی بوده است. فراوانی خودکشی در گروه سنی زیر ۲۰ سال، ۹۴/۳ در صد هزار بوده است و در

تلاش می کند که فکر خودکشی را به خانواده، پزشک و اطرافیان خود اطلاع دهد (۳،۲). خودکشی یک علت شایع بستری شدن در بیمارستان است.

بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ خودکشی از جمله ده علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان در همه گروه های سنی بوده است (۴).

خودکشی به علت پی آمدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل می کند (۴) در ایالات متحده آمریکا، خودکشی هشتمین علت مرگ و میر شناخته شده است و تقریباً ۷۵ مورد در هر روز رخ می دهد (۵) در بریتانیا میزان خودکشی ۹/۷ در صد هزار نفر بوده که حدود ۱ درصد کل موارد مرگ را در سال شامل می شود.

فراوانی خودکشی در کشورهای مختلف، متفاوت بوده؛ به طوری که در کشورهای اسکانندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن (مرسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ درصد هزار نفر در سال بیشترین و اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ درصد هزار نفر در سال رتبه های پایین رابه خود اختصاص داده است (۶). این رقم در بعضی کشورهای مسلمان و هم جوار نظیر ترکیه (۷) و پاکستان (۸) پایین می باشد. اگرچه در نقاط مختلف ایران نیز مطالعاتی در زمینه خودکشی انجام و فراوانی آن در مناطق جنوبی ۱۶/۸ درصد هزار (۴) و در کرج و ساوجبلاغ ۱۶/۴۴ درصد هزار (۹) گزارش شده است، در استان گلستان با جمعیتی در حدود یک میلیون و پانصد هزار نفر در شمال ایران با تنوع قومیتی و جمعیتی و دارای اقلیم های مختلف، مطالعه مستندی صورت نگرفته است.

این مطالعه به منظور تعیین فراوانی خودکشی و ارتباط آن با سن، قومیت، جنس، انگیزه و ابزار خودکشی در این منطقه انجام شد.

توزیع فراوانی موارد خودکشی به تفکیک سطح تحصیلات و جنس در جدول شماره ۱ ارائه شده است. نتایج، بیان کننده بیشترین درصد موارد خودکشی در سطح تحصیلات متوسطه برای زنان و در سطح تحصیلات راهنمایی برای مردان می باشد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی موارد خودکشی استان گلستان به

تفکیک سطح تحصیلات و جنس در سال ۱۳۸۲

سطح تحصیلات	جنس	
	مرد (تعداد (درصد))	زن (تعداد (درصد))
بیسواد	۷۲ (۳/۹)	۸۶ (۴/۶۵)
ابتدایی	۱۳۸ (۷/۴)	۲۹۶ (۱۵/۹)
راهنمایی	۲۵۶ (۱۳/۸)	۳۱۸ (۱۷/۱)
متوسطه	۲۱۲ (۱۱/۴)	۳۹۹ (۲۱/۵)
فوق دیپلم	۱۲ (۰/۶)	۴۲ (۲/۲)
لیسانس و بالاتر	۸ (۰/۴۵)	۱۸ (۰/۹۷)

از میان ۱۸۵۷ مورد اقدام به خودکشی، ۱۷۱ مورد (۹/۲۱ درصد) منجر به فوت شده است؛ به طوری که نسبت خودکشی منجر به فوت در مردان ۲۶ برابر زنان بوده است.

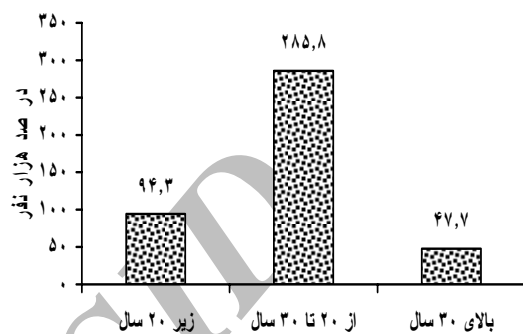
بحث

در این مطالعه میزان خودکشی ۱۱۷/۸ درصد هزار نفر جمعیت در طول سال تعیین گردید. این میزان در مقایسه با کشورهای اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن با ۲۵ درصد هزار نفر، همچنین در مقایسه با کشورهای اسپانیا، ایتالیا، هلند، مصر با ۱۰ درصد هزار نفر (۱۰) بسیار بالاتر می باشد.

همچنین میزان اقدام به خودکشی در مطالعه زاهد باقری که در سال ۱۹۹۶ در مناطق جنوب ایران انجام شد، ۱۶/۸ درصد هزار نفر (۹) و در مطالعه انجام شده در منطقه کرج و ساوجبلاغ ۱۶/۴۴ درصد هزار نفر تعیین گردید (۴).

علت بالابودن میزان خودکشی در این منطقه می تواند

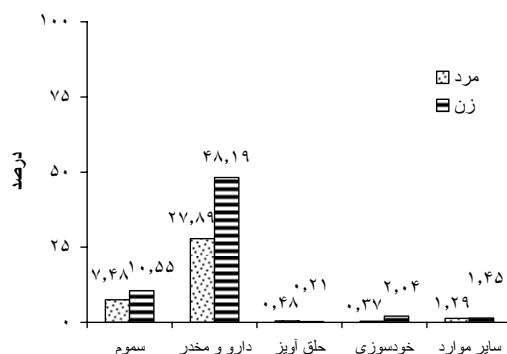
گروه های سنی بالای ۳۰ سال، ۴۷/۷ نفر در صد هزار تعیین گردید میزان اقدام به خودکشی به تفکیک جنس در نمودار شماره ۱ ارائه شده است.



نمودار شماره ۱: میزان شیوع خودکشی در استان گلستان به تفکیک گروه های سنی در سال ۱۳۸۲

بر اساس قومیت، میزان فراوانی خودکشی در گروه فارس بومی، ترکمن و سیستانی به ترتیب ۱۷۷، ۷۹/۶ و ۲۷۰ درصد هزار نفر بوده است که بیان کننده تفاوت قابل ملاحظه در میزان اقدام به خودکشی در قومیت های مختلف استان گلستان می باشد. بیشترین موارد خودکشی در فصل بهار با ۵۴۱ مورد (۲۹ درصد) بوده است.

ابزار خودکشی در اغلب افراد، استفاده از دارو و مواد مخدر بوده است (۷۶ درصد). این در حالی است که تنها ۰/۷ درصد افراد به وسیله حلق آویز کردن خود، اقدام به خودکشی نموده اند (نمودار شماره ۲).



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی خودکشی استان گلستان به تفکیک ابزار خودکشی در سال ۱۳۸۲

بیشترین موارد خودکشی در زنان خانه‌دار بوده است. افزایش میزان خودکشی در فصل بهار و در زنان خانه‌دار نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

در این مطالعه، میزان خودکشی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم کاهش می‌یابد که با نتایج اعلام شده در شیراز (۱۶) مطابقت دارد، ولی با مطالعه کاپلان که عنوان شده هر قدر مقام احتمالی و سطح تحصیلات بالاتر رود، خطر خودکشی افزایش می‌یابد، مغایرت دارد (۱۰).

در این مطالعه بیشترین ابزار مورد استفاده برای خودکشی، دارو و مواد مخدر بوده است. در مطالعه انجام شده در فنلاند، الکل و داروها ابزار ۹۶/۵ درصد کل خودکشی‌ها بوده است (۱۸). در سودان داروها یکی از وسایل خودکشی در افراد سالمند بوده‌اند و بنزودپازین‌ها بیشترین مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۱۹). در مطالعه انجام شده در ساوجبلاغ (۴) و ایلام (۱۲) خودسوزی و در هند (۱۴) حلق آویز کردن به عنوان شایع‌ترین ابزار خودکشی مطرح شده است. در مطالعه کاپلان (۲۰۰۳) در مورد زنان، داروهای روان‌گردان و سموم و در مردان اسلحه به عنوان ابزار خودکشی عنوان شده است (۱۰). علت استفاده از مواد مخدر به عنوان مهم‌ترین ابزار خودکشی احتمالاً به خاطر قابل دسترس بودن مواد مخدر در این استان می‌باشد.

در مطالعه حاضر میزان خودکشی موفق، شامل ۹ درصد از کل موارد خودکشی بوده است، در حالی که در مطالعه انجام شده در شیراز میزان خودکشی موفق ۱ درصد عنوان شده است (۱۶).

همچنین مطالعه انجام شده در مناطق روستایی شهرستان کرج، میزان مرگ و میر موفق را ۰/۶ درصد و در مناطق روستایی شهرستان کرج و ساوجبلاغ ۰/۸ درصد اعلام نموده است (۴).

همچنین این مطالعه نشان داد که میزان خودکشی

ثابت دقیق موارد در تمامی مراکز و بیمارستان‌های استان باشد. البته مهاجرپذیر بودن، تنوع جمعیتی و درصد بالای بی‌کاری نیز می‌تواند از دلایل قوی‌تر بالا بودن میزان خودکشی در این منطقه بوده باشد.

در این مطالعه میزان اقدام به خودکشی در زنان بیش‌تر از مردان بوده است که نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده در ساوجبلاغ (۴) جنوب ایران (۹)، همدان (۱۱) و ایلام (۱۲) مشابهت دارد. همچنین نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده توسط برازیدوش و همکاران (۱۳)، مطالعه کاپلان (۲۰۰۳) و مطالعه هند (۱۴) مطابقت دارد (۱۰).

در این مطالعه بیش‌ترین شیوع خودکشی در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال بوده است که با نتایج مطالعه انجام شده توسط جانقربانی و همکاران در ایلام (۲۰۰۵) مطابقت دارد، اما در مطالعه انجام شده در ساوجبلاغ (۴) و مطالعه یاسمی (۱۳۷۷) و موسوی (۱۳۷۹) شیوع خودکشی در سنین زیر ۱۹ سال بیش‌تر بوده است (۱۵،۴).

همچنین نتایج این مطالعه از نظر گروه سنی با مطالعه شیراز هم‌خوانی دارد (۱۶). در این مطالعه میزان خودکشی در قومیت‌های مختلف متفاوت بود. سایر مطالعات انجام شده نشان‌دهنده نقش نژاد و قومیت در خودکشی می‌باشد (۱۰). به نظر می‌رسد عقاید و سنت‌های متفاوت قومیت‌ها می‌تواند در این زمینه دخیل باشد.

در این مطالعه، شیوع خودکشی به ترتیب در فصول بهار، تابستان، پاییز و زمستان بود. مطالعه کاپلان (۱۰) نیز میزان خودکشی را در بهار و پاییز مختصری بالا گزارش کرده است. در مطالعه انجام شده در هندوستان بیش‌تر خودکشی‌ها در ماه‌های مارس تا جولای اتفاق افتاده است (۱۴).

مطالعه انجام شده توسط موسوی (۱۳۷۹) و احمدی (۱۳۷۱) میزان خودکشی را در زنان خانه‌دار بیش‌تر از سایر گروه‌ها اعلام کرده است (۱۷،۴). در مطالعه حاضر نیز

و گروه‌های آسیب‌پذیر و تشکیل مراکز مشاوره برای سنین و گروه‌های پرخطر، سیاست‌گذاران استان در این خصوص اهتمام جدی داشته باشند.

سیاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه مسئولین و مدیران و کارکنان بخش اورژانس بیمارستان‌های استان اعلام می‌دارند.

موفق در زنان بیش‌تر از مردان بوده است که با نتایج به دست آمده توسط یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) و کاپلان و سادوک (۲۰۰۳) مطابقت ندارد (۱۵،۱۰). اما با نتایج به دست آمده در مطالعه ساوجبلاغ مطابقت دارد (۴). با توجه به این‌که از نظر علمی خودکشی به‌عنوان یک مساله مهم بهداشتی محسوب می‌شود و آگاهی داشتن از علل و عوامل موثر در این امر می‌تواند در سیاست‌گذاری به منظور کاهش این حوادث موثر باشد و با توجه به آمار بالای به دست آمده در این استان در مقایسه با سایر مطالعات، توصیه می‌شود ضمن آموزش کافی به خانواده‌ها

فهرست منابع

1. Ohberg A, Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 98(3): 214-8.
2. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry.* 1974; 125(0): 355-73.
3. Beck AT, Lester D. Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. *J Psychol.* 1976; 92(1st Half): 35-8.
4. موسوی ف، شاه محمدی د، کفاشی الف. بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. *فصلنامه اندیشه و رفتار.* ۱۳۷۹. دوره ۵. شماره ۲۰ صفحات ۴ تا ۱۰.
5. Werth JL Jr. Rational suicide and the role of values. *Focus.* 2000; 15(5): 5-6.
6. Syed Arshod H, Trisk V. *Suicide in children and adloescents.* 1st ed. New York. Medicol and Scientific books. 1984; 5-6.
7. Cosar B, Kocal N, Arikan Z, Isik E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry.* 1997; 42(10): 1072-5.
8. Wang D, Wang YT, Wang XY. Suicide in three ethnic groups in Huhhot, Inner Mongolia. *Crisis.* 1997; 18(3): 112-4.
9. Nazir Hashemi M, Mervyn L. Psychiatric practice in Iran and U.K. *Psychiatric Bulletin.* 2003; 27: 190-191.
10. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry.* Ninth edtion. Lippincott. Willaims & Wilkins. 2003; PP: 913-914.
11. حیدری پهلویان، ا. وضعیت روانی- اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. *فصلنامه اندیشه و رفتار.* ۱۳۷۶. دوره ۳. شماره ۱۰-۹. صفحات ۱۹ تا ۳۱.
12. Janghorbani M, Sharifirad G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and Associated

- Factors. *Arch Iranin Med.* 2005; 8(2): 119-126.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry.* Eighth edition. Baltimore. Willaims & Wilkins. 1998; PP: 864-884.
14. Lalwani S, Sharma GA, Kabra SK, Girdhar S, Dogra TD. Suicide among children and adolescents in South Delhi (1991-2000). *Indian J Pediatr.* 2004; 71(8): 701-3.
- یاسمی م ت، صانعی ن، ملک پور افشار ر. بررسی همه گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۷، سال سوم، شماره ۴، صفحات ۱۵ تا ۲۷.
- اشکانی ح، معینی ع، توحیدی م. بررسی خودکشی با داروها و مواد سمی در بخش اتفاقات و مراکز مراقبت های ویژه بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. *مجله تحقیقات پزشکی.* ۱۳۸۱. جلد ۱. شماره ۱. صفحات ۴۸ تا ۵۴.
- احمدی م، حاجی احمدی م. گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال ۷۱-۷۰. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران.* ۱۳۷۹. سال دهم. شماره ۲۸. صفحات ۸ تا ۱۲.
18. Carlsten A, Waern M, Allebeck P. Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999; 34(11): 609-14.
19. Caron J, Levesque M. Suicide in Abitibi-Temiscamingue region: epidemiological data for the period of 1992-96. *Can J Commun Ment Health.* 2000; 19(1): 175-200.