

بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی مراجعه کنندگان بیمارستان حضرت رسول (ص) تهران در سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰

سید حسین شاکر*، سید محمد حسینی کسنویه**، حامد بصیر غفوری**، نادر توکلی***، محمدرضا یاسین زاده**، غلامرضا معصومی**، مجتبی چهاردولی**، حسن امیری***

* استادیار، متخصص داخلی، فلوشیپ طب اورژانس، مرکز تحقیقات مدیریت طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
** استادیار، بوردا تخصصی طب اورژانس، مرکز تحقیقات مدیریت طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
*** دانشیار، بوردا تخصصی طب اورژانس، مرکز تحقیقات مدیریت طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از معضلات مهم دنیای امروز است که نیازمند بررسی در برهه‌های زمانی مختلف است. مطالعه حاضر به منظور بررسی اپیدمیولوژیک مراجعین اقدام کننده به خودکشی در یک دوره ۵ ساله در بیمارستان حضرت رسول صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه مقطعی - توصیفی، اطلاعات مربوط به ۴۸۳ خودکشی در بازه زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ از پرونده‌های موجود در بیمارستان حضرت رسول استخراج گردید. اطلاعات با استفاده از چک لیست ساختار یافته جمع آوری، و توسط SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که مردان (۵۱/۳٪)، افراد مجرد (۶۴/۸٪)، افراد فاقد تحصیلات دانشگاهی (۷۸/۳٪)، خانه دار (۳۲/۹٪) و گروه سنی زیر ۳۰ سال (۷۲ درصد) بیشترین اقدام به خودکشی را داشتند. ۴۰/۷٪ افراد دارای سابقه بیماری‌های روانی بودند که افسردگی شدید و اسکیزوفرنی دارای بیشترین فراوانی بودند. بیشترین خودکشی‌ها در شب (۳۱/۳٪)، روزهای آغازین هفته (۶۹٪) و فصل زمستان (۳۳/۴٪) رخ داده بود. مشاغل خانوادگی (۴۸/۹٪) و بیماری‌های روانی (۲۴/۸٪) مهم‌ترین دلیل اقدام به خودکشی بود. رایج‌ترین شیوه‌ها نیز مصرف قرص (۵۷/۸٪) و خودزنی (۲۹/۴٪) بود. تنها در ۳٪ موارد خودکشی‌ها منجر به مرگ افراد شده بود.

نتیجه گیری: افراد جوان، مجرد، مردان، افراد با سابقه بیماری‌های روانی و اقدام به خودکشی بیشتر در معرض اقدام به خودکشی هستند و در برنامه‌های پیشگیرانه می‌بایست بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

کلمات کلیدی: اقدام به خودکشی، بیمارستان حضرت رسول، بیماری‌های روانی، خودکشی ناموفق

تایید مقاله: ۹۵/۲/۲۸

وصول مقاله: ۹۴/۶/۸

نویسنده پاسخگو: سید محمد حسینی کسنویه، استادیار، متخصص طب اورژانس، مرکز تحقیقات مدیریت طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

شماره تماس: ۵۵۲۲۸۵۷۹ - ۰۲۱

Email: Hosseinikasnavieh.sm@iums.ac.ir

در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت است (۱۵ برای مردان و ۸ برای زنان)
(۱).

خودکشی یک پدیده چند عاملی است که الگوهای آن حتی در سطوح محلی یک کشور می‌تواند متفاوت باشد. حداقل ۹۰ درصد این نوسانات، مربوط به تفاوت بین کشورهاست (۲). این پدیده تابع فاکتورهای مختلفی از قبیل فرهنگ، سیاست، اقتصاد، اعتقادات و باورهای دینی، ویژگی‌های دموگرافیک، ویژگی‌های جغرافیایی، وضعیت سلامت روان

خودکشی یکی از معضلات مشترک و قابل پیشگیری در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت محسوب می‌شود و به عنوان یک معضل بهداشتی مهم و مانعی در برابر توسعه جوامع به حساب می‌آید. بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، ۸۰۴۰۰۰ مرگ در اثر خودکشی رخ داده است که بروز استاندارد شده آن ۱۱/۴

مقدمه

می‌تواند با توجه به چند فاکتوری بودن این پدیده، روند مناسبی از چون و چرای خودکشی به ما ارائه دهد. لذا، مطالعه حاضر به منظور بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی مراجعه کنندگان بیمارستان حضرت رسول تهران در سال‌های بین ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ صورت گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی - توصیفی است که به منظور بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان حضرت رسول در بازه زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ انتخاب صورت گرفت. بدین منظور، تمامی پرونده‌ها در این بازه زمانی مورد بررسی اولیه قرار گرفته و پرونده‌هایی که بیشتر اطلاعات آن‌ها مخدوش یا ناقص بود، از مطالعه کنار گذاشته شدند. منظور از مخدوش بودن، عدم درج اطلاعات کامل، عدم ثبت صحیح بسیاری از اطلاعات بود. تنها پرونده‌هایی وارد مطالعه شدند که اطلاعات ذکر شده در آن‌ها تکمیل و سازگار با طراحی مطالعه بودند. از مجموع ۶۰۰ پرونده مورد بررسی، پس از بررسی‌های اولیه ۴۸۳ پرونده به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند.

به منظور جمع آوری اطلاعات از یک چک لیست خود ساخته استفاده گردید که شامل قسمت‌های زیر بود:

- اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل
 - اطلاعات مربوط به خودکشی شامل علت، سابقه بیماری‌های روانی، زمان خودکشی شامل ماه و روز و ساعت خودکشی، روش خودکشی، نتیجه خودکشی، سوابق قبلی
- هر پرونده به دقت بررسی و اطلاعات مورد نظر وارد چک لیست شدند. اطلاعات توسط محقق که دانشجوی پزشکی بود، ثبت و جمع آوری گردید. پس از جمع آوری روزانه اطلاعات، جمع بندی آن‌ها توسط مشاورین تحقیق صورت می‌گرفت تا نقایص احتمالی موجود برطرف و داده‌ها به صورت مناسب جمع آوری شوند. در نهایت این اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی با توجه به نوع داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. بر این اساس، از مجموع ۴۸۳ پرونده مورد بررسی، ۲۴۸ نفر یا ۵۱/۳٪ از افراد خودکشی کننده را مردان، از نظر تاهل افراد مجرد (۶۴/۸٪)، از نظر تحصیلات اغلب افراد داری تحصیلات پایین‌تر از دیپلم (۴۳/۳٪) و دیپلم (۳۵٪) تشکیل داده بودند. میزان خودکشی در افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۲۱/۷٪ بود. از نظر شغلی، به ترتیب افراد خانه دار

و غیره می‌باشد (۲-۶). بنابراین الگوی علت شناختی آن در کشورهای مختلف متفاوت از یکدیگر است (۷). به عنوان مثال، در کشورهای ثروتمند، مردان سه برابر بیشتر از زنان در اثر خودکشی می‌میرند، در حالی که در کشورهای با درآمد کم تا متوسط، نسبت مرگ مردان به ازای هر زن، ۱/۵ است (۱). یا این که در کشورهای مسلمان نرخ بروز این پدیده کمتر ولی رو به افزایش است (۶).

با وجود این که برخی از خودکشی‌ها به صورت ناگهانی رخ می‌دهند، اما غالب آن‌ها دارای نشانه‌های پیشرونده کلامی و رفتاری در طول زمان هستند. بنابراین برای پیشگیری لازم است به این نشانه‌ها توجه و در پی یافتن راه حل‌های پیشگیرانه در قبال آن‌ها بود (۱). در ایران نرخ خودکشی در سال ۲۰۱۲، ۵/۳ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش شده است که این نرخ در مردان ۷ و در زنان ۳/۶ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت است که مشکل و نگرانی‌های جدی ایجاد کرده است (۱). تمامی خودکشی‌ها منجر به فوت فرد نمی‌شوند ولی لازم است دلایل تاثیرگذار بر آن‌ها شناسایی و تحلیل شود. مطالعه نشان می‌دهد که ۴۰ تا ۶۰ درصد کسانی که خودکشی کرده بودند، پیش‌تر نیز سابقه خودکشی داشته اند که از این افراد ۱۰ تا ۱۴ درصد موارد منجر به فوت افراد شده است (۸). در یک مطالعه این میزان در نوجوانان اروپایی ۲۴ درصد گزارش شده است (۹). در یک مطالعه مروری که بر روی اقدام به خودکشی بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۰ انجام شده بود، مهم‌ترین عوامل موثر را سن پایین‌تر، جنسیت مونث، بی‌کاری گزارش کرده است (۱۰).

تاکنون مطالعات مختلفی در ارتباط با ابعاد مختلف خودکشی در ایران صورت گرفته است (۷، ۱۱-۲۱)، اما تعیین یک روند کلی و دقیق بسیار مشکل است. معمولاً شیوه اقدام به خودکشی، زمان رساندن فرد به بیمارستان، وضعیت سلامتی فرد و غیره از عواملی هستند که می‌توانند بر پیامد یک خودکشی تاثیر گذار باشند (۷-۱۰). لذا ضرورت طراحی مطالعاتی احساس می‌شود که به یافتن عوامل علت شناختی موثر در اقدام به خودکشی پرداخته شود. به دلیل چند عامل بودن خودکشی، تغییر در هر یک از عوامل ممکن است منجر به تغییر روند و بروز خودکشی در مقاطع زمانی و مکانی مختلف شود. لازم به ذکر است که شیوه‌های خودکشی نیز در طول سالیان مختلف تغییر کرده است. به عنوان مثال مصرف قرص برنج که سالیان پیش به عنوان یک روش خودکشی مورد استفاده چندانی قرار نمی‌گرفته است.

یکی از ضرورت‌های اساسی در برنامه‌های پیشگیرانه در مورد خودکشی، اطلاع از شرایط موجود و عوامل موثر در آن است. از طرفی دیگر بیمارستان‌هایی که در مناطق مختلف هستند می‌توانند با استفاده از چنین اطلاعاتی، تمهیدات لازم برای درمان این افراد را فراهم نمایند. به علاوه می‌توانند با مقایسه اطلاعات در گذر زمان، کارایی خود را در درمان این افراد ارتقا دهند. لذا به مطالعات مختلف مقطعی در برهه‌های مختلف نیاز است تا روند تغییرات و عوامل موثر بر آن، به صورت مناسب‌تری رصد شود. بررسی اپیدمیولوژیک داده‌های موجود

۱۹۷ نفر یا ۴۰/۷٪ از این افراد دارای سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی، ۱۱۰ نفر یا ۲۲/۷٪ آنان دارای سابقه خودکشی قبلی، ۷۷ نفر یا ۱۵/۹٪ دارای سابقه مصرف مواد مخدر و ۵۸ یا ۱۲٪ آنان نیز دارای بیماری‌های جسمی بودند.

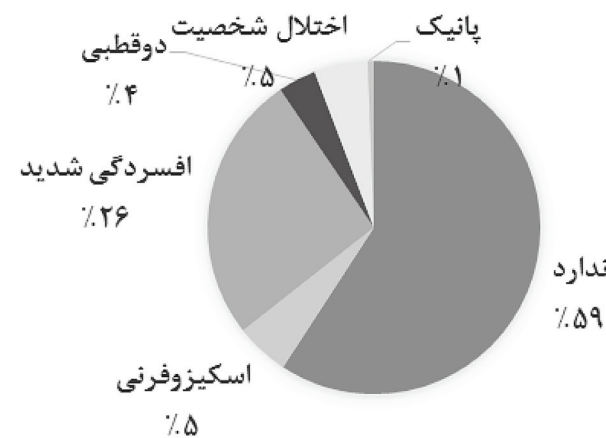
نمودار ۱ توزیع بیماری‌های روان‌پزشکی در اقدام کنندگان به خودکشی را نشان می‌دهد. در مجموع ۵۹٪ افراد سابقه بیماری‌های روانی نبودند. از میان مبتلایان به بیماری‌های روانی، به ترتیب افسردگی شدید، اسکیزوفرنی، اختلال شخصیت دارای بیشترین فراوانی بودند.

از نظر توزیع زمانی، بیشترین میزان خودکشی‌ها به ترتیب در شب (۳۱/۳٪) و صبح (۳۰/۸٪) و کمترین میزان خودکشی‌ها نیز در عصرها صورت گرفته است. بیشترین موارد خودکشی (حدود ۶۱٪) در سه روز آغازین هفته و کمترین میزان خودکشی نیز در روز پنج‌شنبه رخ داده بود (جدول ۲).

از نظر توزیع ماهیانه، بیشترین خودکشی‌ها به ترتیب در بهمن ماه (۱۹٪)، دی (۹/۳۲٪) و شهریور ماه (۹٪) رخ داده بود. اسفند و آذر ماه دارای کمترین فراوانی خودکشی بودند. بنابراین از لحاظ فصلی، اقدام کنندگان به خودکشی به ترتیب در زمستان (۳۳/۴٪)، تابستان (۲۳/۲٪)، بهار (۲۲/۱٪) و پاییز (۲۱/۳٪) بیشترین اقدام به خودکشی را انجام داده بودند (نمودار ۲).

علت‌های خودکشی با استناد به شرح حال و گزارش نزدیکان به ترتیب مشاخره خانوادگی (۴۸/۹٪)، بیماری‌های روان‌پزشکی (۲۴/۸٪) و مشکلات اقتصادی (۹/۵٪) بودند. کمترین موارد نیز مربوط به خودکشی جهت رها شدن از زندان بود (۱٪) (نمودار ۳).

روش خودکشی در بیماران متنوع بود به طوری که در ۵۷/۸٪ از موارد خودکشی‌ها با مصرف قرص صورت گرفته بود. پس از آن خودزنی و زدن رگ دست (۲۹/۴٪)، دار زدن و سقوط از ارتفاع هر کدام با ۳/۵٪ در رده‌های بعدی قرار داشتند (نمودار ۴). در میان قرص‌ها، در ۴۱ درصد موارد خودکشی با خوردن بنزودیازپین‌ها و در ۳۶٪ موارد با



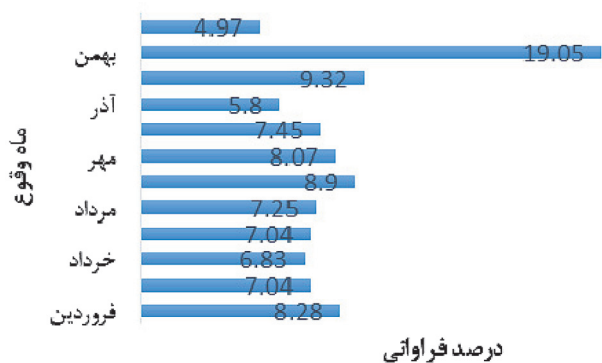
نمودار ۱- سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی اقدام کنندگان به خودکشی

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک اقدام کنندگان به خودکشی بیمارستان حضرت رسول از ۸۶ تا ۹۰

متغیر	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۲۴۸	۵۱/۳
	زن	۲۳۵	۴۸/۷
وضع تاهل	مجرد	۳۱۳	۶۴/۸
	متاهل	۱۵۲	۳۱/۵
	مطلقه	۱۶	۳/۳
	بیوه	۲	۰/۴
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۲۰۹	۴۳/۳
	دیپلم	۱۶۹	۳۵
	فوق دیپلم	۲۶	۵/۴
	لیسانس	۷۷	۱۵/۹
وضعیت شغلی	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۰/۴
	بی‌کار	۱۱۰	۲۲/۸
	خانه دار	۱۵۹	۳۲/۹
	محصل و دانشجو	۱۰۱	۲۱/۹
سن	سایر مشاغل	۱۱۳	۲۳/۴
	۲۰ سال و کمتر	۱۰۱	۲۰/۹
	۲۱ تا ۳۰ سال	۲۴۶	۵۰/۹
	۳۱ تا ۴۰ سال	۷۹	۱۶/۴
سن (سال)	۴۱ تا ۵۰ سال	۴۳	۸/۹
	بالاتر از ۵۰ سال	۱۴	۲/۹
	انحراف معیار ± میانگین	۲۸ ± ۹/۷	محدوده ۸۳-۱۳
	سوابق زمینه‌ای	سابقه بیماری‌های جسمی	۵۸
سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی	سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی	۱۹۷	۴۰/۷
	سابقه خودکشی قبلی	۱۱۰	۲۲/۷
	سابقه مصرف مواد مخدر	۷۷	۱۵/۹

(۳۲/۹٪) و بی‌کار (۲۲/۸٪) دارای بیشترین میزان اقدام به خودکشی را داشتند.

میانگین و انحراف معیار سن افراد 28 ± 9.7 سال بود که محدوده آن از ۱۳ تا ۸۳ سال بود. گروه سنی بین ۲۱ تا ۳۰ سال با ۵۰/۹٪ و گروه سنی ۲۰ سال و کمتر با ۲۰/۹٪ بیشترین اقدام به خودکشی را داشتند. کمترین آمار خودکشی نیز مربوط به گروه بالای ۵۰ سال بود.



جدول ۲- توزیع زمانی شبانه روزی و ماهیانه اقدام به خودکشی

متغیر	درصد فراوانی
صبح	۳۰/۸۵
ظهر	۲۲/۵۷
عصر	۱۵/۳۲
شب	۳۱/۲۶
شنبه	۲۰/۰۸
یک شنبه	۱۷/۶
دو شنبه	۲۲/۹۸
سه شنبه	۱۵/۵۳
چهارشنبه	۸/۷
پنج شنبه	۶/۶۳
جمعه	۸/۴۹

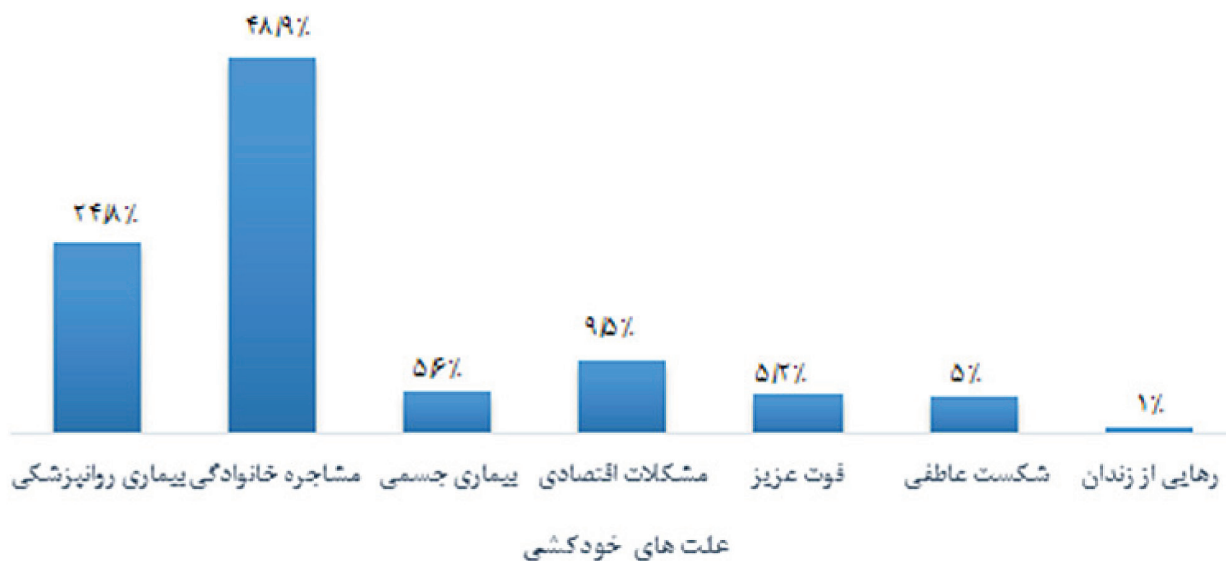
نمودار ۲- توزیع ماهیانه اقدام به خودکشی در فاصله زمانی ۸۶ تا ۹۰

بیمارستان حضرت رسول در بازه زمانی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ صورت گرفت. در این مطالعه پرونده‌هایی که اطلاعات آن‌ها دارای نقص بود از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت ۴۸۳ پرونده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مردان (اختلاف اندک نسبت به زنان)، افراد مجرد، خانه دارها و افراد بی‌کار بیشترین میزان اقدام به خودکشی را داشتند. از نظر تحصیلات افراد دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم و دیپلم بیشترین میزان خودکشی را داشتند (جدول ۱). به طور کلی مردان از لحاظ تامین نیازهای زندگی بیشتر تحت فشار قرار دارند و انتظارات و توقعات از آن‌ها نیز بالاست. با وجود برخی تناقضات، در اغلب مطالعات انجام شده در کشور مردان بیشترین اقدام به خودکشی را داشته‌اند. در مطالعه صورت گرفته در سمنان نیز بروز خودکشی در خانه دارها بیشتر بوده است (۲۰). نقش بی‌کاری نیز در بسیاری از مطالعات پیشین مورد تایید قرار گرفته است (۱۸). نتایج مطالعه‌ای

خوردن استامینوفن صورت گرفته است. از میان ۴۸۳ مورد اقدام به خودکشی، تنها ۱۴ مورد یا ۲/۹٪ از آن‌ها منجر به مرگ شده است و در ۹۷/۱٪ موارد خودکشی ناموفق بوده و منجر به مرگ اقدام کننده نشده است (نمودار ۵).

بحث

مطالعه حاضر به منظور اپیدمیولوژیکی خودکشی‌های مراجعہ کننده به

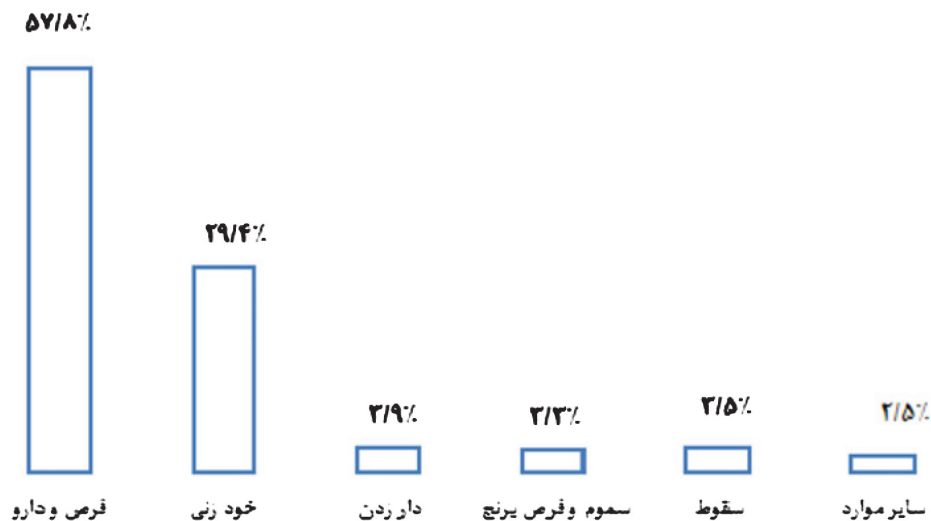


نمودار ۳- علت‌های خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی مراجعہ کننده به بیمارستان حضرت رسول از ۸۶ تا ۹۰

زیر ۳۰ سال بیشترین اقدام به خودکشی را داشته اند (۷۲ درصد) (جدول ۱). کمترین سن اقدام به خودکشی ۱۳ و بیشترین سن ۸۳ سال بود. به طور کلی می‌توان گفت از آن جا که در سن زیر ۳۰ سال افراد در معرض هیجانات کنترل نشده هستند، بیشتر انتخاب‌های اصلی افراد از قبیل تحصیلات، شغل، ازدواج و غیره در این مقطع سنی رخ می‌دهند، افراد تجربه کافی در مدیریت خود در برخورد با شرایط بحرانی را ندارند، بنابراین این گروه همواره در معرض ریسک اقدام به خودکشی قرار دارند.

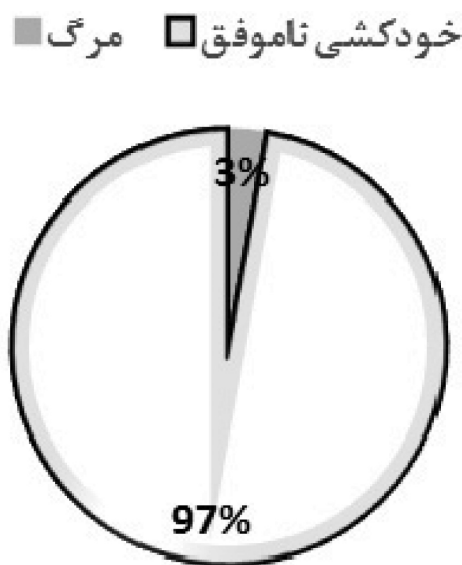
البته نمی‌توان از نقش مشکلات زمینه‌ای، خانوادگی، محیط تربیتی و آموزشی نیز غافل بود. مطالعات انجام شده در استان فارس (۲۱)، همدان (۱۱)، اصفهان (۱۹) الگوی سنی مشابهی را در گروه سنی زیر ۳۰ سال نشان می‌دهند و موبد نتایج مطالعه حاضر هستند. در مطالعات انجام شده در کشورهای چین، دانمارک، نیز سنین کمتر از ۳۰ سال دارای نرخ بالایی از خودکشی بوده اند (۲۴، ۲۵). در بررسی صورت گرفته از ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۴ نیز بیشترین آمار خودکشی در بازه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال در سطح جهان گزارش شده است (۲). حدود ۱۶٪ افراد سابقه یک بار خودکشی قبلی و ۷٪ نیز سابقه خودکشی بیش از یک بار داشتند. رد پای مصرف مواد مخدر نیز در ۱۶٪ موارد دیده می‌شد. در مطالعه انجام شده بر روی افراد جوان در کشور دانمارک و هم چنین کشور ما از سوابق اقدام به خودکشی به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای خودکشی نام برده شده است (۲۵). در مطالعه خلخالی و همکاران نیز حدود ۲۰ درصد از افراد سابقه خودکشی‌های پیشین داشتند. به طور کلی در مطالعه آن‌ها این نکته مهم بیان شد که هر بار اقدام به خودکشی به طور متوسط می‌تواند تا ۳۳ درصد خطر خودکشی موفق را افزایش دهد (۱۵). بنابراین نیاز است که افراد در صورت اقدام به خودکشی‌های ناموفق بیشتر تحت مشاوره و مراقبت قرار گیرند تا با رفع مشکلات از اقدام مجدد آن‌ها پیشگیری شود.

از نظر علت‌های خودکشی، به ترتیب مشاخره خانوادگی، بیماری‌های روان‌پزشکی و مشکلات اقتصادی مهم‌ترین عوامل خودکشی بوده اند. از نظر ابتلا، ۴۱ درصد اقدام کنندگان دارای بیماری‌های روان‌پزشکی بودند که در صدر آن افسردگی شدید و اسکیزوفرنی قرار داشتند. بیماری‌های روانی یکی از مهم‌ترین عواملی است که در بروز پدیده



نمودار ۴- رایج‌ترین شیوه‌های اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان

نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه سن بالا یا پایین، وضعیت روانی - اجتماعی، مصرف مواد و سابقه خودکشی‌های قبلی از مهم‌ترین ریسک فاکتورها می‌باشد (۲۲). مطالعه فرهنگ دوست نیز نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن، جنس، تحصیلات و شغل در اقدام به خودکشی نقش مهمی دارند (۲۳). در اروپای غربی نیز بیشترین میزان آمار خودکشی مردان رخ داده است، در حالی که کم‌ترین نرخ خودکشی نسبت مردان به زنان در آسیای غربی گزارش شده است (۲). میانگین و انحراف معیار سن افراد $28 \pm 9/7$ سال بود و گروه سنی



نمودار ۵- فرجام خودکشی اقدام کنندگان به خودکشی

به دلیل استفاده از مطالعات مختلف با تنوع در نقاط مختلف کشور در مرور سیستماتیک است (۱۳). با وجود تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر، می‌توان گفت که شرایط آب و هوایی می‌تواند بر خلق و خوی افراد و خودکشی تاثیرگذار باشد. در این مطالعه بیشترین خودکشی‌ها در فصل زمستان به ثبت رسیده است که به نظر می‌رسد تغییرات خلق و خوی افراد با توجه به نحوه تابش خورشید در فصل زمستان، (در کنار سایر علت‌ها) علت شیوع بیشتر خودکشی در بهمن ماه باشد.

یکی از مشکلات موجود این است که در بسیاری از بیمارستان‌ها به دلایل متعددی امکان ثبت دقیق اطلاعات خودکشی‌ها وجود ندارد زیرا در برخی موارد شرایط روحی و روانی بیماران مناسب نیست و در برخی موارد افراد مسئول چندان اهمیتی به ثبت این اطلاعات می‌دهد. در مطالعه حاضر نیز پرونده‌های زیادی در اثر این مشکل از مطالعه خارج و مورد بررسی قرار نگرفتند. از آن جا که متولیان مختلفی در حیطه پیشگیری از خودکشی فعال است، لازم است که از همان بدو ورود فرد به بیمارستان پایش‌های لازم صورت گیرد تا ضمن ارائه خدمات درمانی و مشاوره ای از رخداد مجدد آن‌ها پیشگیری نمایند. به عنوان مثال؛ حضور روان‌پزشک بر بالین فرد می‌تواند در تشخیص اختلالاتی از قبیل عدم انطباق و کمک به روند بهبود موثرتر بیمار، راه‌کار مفیدتری باشد. به دلیل از دست رفتن داده‌ها، تنها اطلاعات توصیفی این مطالعه ذکر شد که می‌تواند بزرگ‌ترین و مهم‌ترین ضعف این مطالعه باشد. هم‌چنین با توجه به ناقص بودن برخی پرونده‌ها، امکان بررسی اختلال انطباقی، بررسی مصرف مواد و غیره میسر نشد. با این حال این مطالعه قصد تعمیم خودکشی به کل کشور را ندارد ولی می‌تواند در کمک به فراهم نمودن تهمیدات لازم برای درمان این بیماران در بیمارستان حضرت رسول، نظارت بیشتر بر روند ثبت اطلاعات موجود، ایجاد زمینه ای برای پایش عملکرد درمانی بیمارستان در این زمینه مفید باشد.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که مردان، افراد مجرد، گروه سنی زیر ۳۰ سال، افراد با تحصیلات پایین، افراد با سابقه اختلالات روان‌پزشکی و مشاغل خانوادگی بیشتر اقدام به خودکشی کرده‌اند. برای اقدام به خودکشی نیز از قرص‌های مختلف استفاده کرده‌اند که بیشترین خودکشی‌ها در فصل بهار و تابستان رخ داده و در ۳ درصد موارد منجر به مرگ شده است. بنابراین لازم است در هنگام اقدامات پیشگیرانه، آگاهی‌های لازم جهت مشاوره افراد سنین پایین صورت گیرد، مشاوره و درمان افرادی که دارای اختلالات روان‌پزشکی و سابقه خودکشی در دستور کار قرار گیرد. به طور کلی هر گونه برنامه‌های پیشگیرانه می‌بایست تابع جمعیت هدف و ویژگی‌های آن و استفاده از نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک باشد.

خودکشی نقش دارد و مطالعات مختلف نیز نقش آن‌ها را مورد تاکید قرار داده‌اند (۲۶). در مطالعه دادپور و همکاران نیز اغلب اقدام کنندگان مبتلا به افسردگی شدید بوده‌اند. از دید این مطالعه مهم‌ترین ریسک فاکتورها عبارت بودند از اختلالات شخصیتی، سابقه قبلی اقدام به خودکشی، افسردگی، داروهای روان‌گردان و عدم حمایت اجتماعی (۲۷). در مطالعه انجام شده بر روی ۵۴۱۴ مورد خودکشی در همدان، مشکلات خانوادگی و اختلالات روان‌پزشکی عامل اصلی خودکشی‌ها بیان شده‌اند (۲۸، ۱۱). در یک متاآنالیز که بر روی ۱۰۲۵۸ نفر صورت گرفت، نیز نقش مشکلات خانوادگی، اقتصادی، مشارکت اجتماعی و مشکلات روانی در اقدام به خودکشی به اثبات رسیده است (۲۸). در مطالعه محمدی و همکاران نیز ۴۵٪ اقدام کنندگان سابقه حداقل یک اختلال روان‌پزشکی را گزارش کرده بودند (۱۷). به طور کلی علت‌های اصلی در ایران مشکلات خانوادگی، بیماری‌های روانی و مشکلات اقتصادی هستند.

از نظر شیوه‌های خودکشی، بیشترین موارد مربوط به مصرف قرص، خودزنی و زدن رگ دست، دار زدن و پرت کردن از ارتفاع بوده است (نمودار ۴). در میان قرص‌ها، در ۴۱ درصد موارد خودکشی با خوردن بنزودیازپین‌ها و در ۳۶٪ موارد با خوردن استامینوفن صورت گرفته است. هم‌چنین در ۳ درصد موارد خودکشی‌ها منجر به مرگ شده است. شاید مهم‌ترین دلیل خودکشی با قرص، در دسترس بودن آن برای افرادی است که سابقه مصرف آن را دارند. به طور کلی در مطالعات مختلف در کشور، شیوه‌های خودکشی متنوعی را بیان کرده‌اند. به عنوان مثال، در غرب و برخی استان‌های کشور بیشتر خودکشی‌ها به شیوه خود سوزی و بیشتر در بین زنان رایج بوده است (۱۴، ۱۶). آن چه به عنوان روش‌های رایج در کشور ما می‌باشد مصرف قرص که اغلب شامل بنزودیازپین‌هاست (۱۱، ۲۰، ۲۳)، حلق آویز کردن و خودزنی است (۲۹). البته نکته جالب در این مطالعه استفاده از قرص استامینوفن برای خودکشی است که کشندگی کمی دارد. این امر نشان می‌دهد که فشارهای مختلف که منجر به خودکشی افراد می‌شوند گاه آن چنان شدید است که قدرت تصمیم‌گیری را از افراد سلب و از هر وسیله ای برای خودکشی استفاده می‌کنند. بنابراین لازم است از قرار دادن داروهای خطرناک در دسترس افراد مستعد به خودکشی اجتناب گردد. خوشبختانه میزان خودکشی‌های موفق که منجر به مرگ می‌شود، در اغلب مطالعات پایین گزارش شده است (۳۰).

از نظر الگوی زمانی، بیشترین اقدام به خودکشی در سه روز اول هفته، در ساعات شب و صبح و در فصول زمستان و تابستان صورت گرفته بود. تغییرات روانی و اجتماعی می‌تواند در کنار تغییرات فصلی از قبیل آب و هوا بر روی خلق و روابط اجتماعی افراد تاثیرگذار بوده و بر روی اقدام به خودکشی افراد تاثیرگذار باشند. در مرور سیستماتیک مطالعه جعفری و همکاران، الگوی فصلی پرخطر در ایران را بهار و تابستان و ساعات مرتبط را ۱۳ تا ۱۸ ظهر بیان کرده‌اند. دلیل تفاوت

References

- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.
- Liu K. Suicide rates in the world: 1950–2004. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(2):204-13.
- Parker R, Ben-Tovim DI. A study of factors affecting suicide in aboriginal and 'other' populations in the top end of the northern territory through an audit of coronial records. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2002;36(3):404-10.
- Runyan CW, Moracco KE, Dulli L, Butts J. Suicide among north Carolina women, 1989–93: information from two data sources. *Injury Prevention*. 2003;9(1):67-72.
- Vijayakumar L, Pirkis J, Huong TT, Yip P, Seneviratne RDA, Hendin H. Socio-economic, cultural and religious factors affecting suicide prevention in Asia. *Suicide and Suicide Prevention in Asia* Geneva: World Health Organization. 2008:19-30.
- Wu KC-C, Chen Y-Y, Yip PS. Suicide methods in Asia: Implications in suicide prevention. *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(4):1135-58.
- Sheikholeslami H, Kani C, Ziaee A. Attempted suicide among Iranian population. *Suicide and life-threatening behavior*. 2008;38(4):456-66.
- Tejedor M, Diaz A, Castillon J, Pericay J. Attempted suicide: repetition and survival findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100(3):205-11.
- Hultén A, Jiang G-X, Wasserman D, Hawton K, Hjelmeland H, De Leo D, et al. Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;10(3):161-9.
- Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*. 2001;52(3):368-75.
- 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.
- Ghazinour M, Emami H, Richter J, Abdollahi M, Pazhumand A. Age and gender differences in the use of various poisoning methods for deliberate parasuicide cases admitted to loghman hospital in Tehran (2000–2004). *Suicide and life-threatening behavior*. 2009;39(2):231-9.
- Jafari F, Ahmadi A, Moosazadeh M. Seasonality pattern of suicide in Iran: A systematic review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2015;12(3):23-35.
- Janghorbani M, Shrifirad Gr. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995–2002): incidence and associated factors. 2005.
- Khalkhali S, Najafi K, Jahanbakhsh J, Hasani H. Contact with physicians prior to suicide attempt. *Hakim Research Journal*. 2007;4:17-23.
- Lari Ar, Joghataei Mt, Adli Yr, Zadeh Ya, Alaghebandan R. Epidemiology of Suicide by Burns in the Province of Isfahan, Iran. *Journal of Burn Care & Research*. 2007;28(2):307-11.
- Mohammadi M-R, Ghanizadeh A, Rahgozart M, Noorbala AA, Malekafzali H, Davidian H, et al. Suicidal Attempt and Psychiatric Disorders in Iran. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(3):309-16.
- 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.
- Roohafza H, Mosharraf S, Mousavi G, Khani A, Andalib E, Reihani M, et al. The prevalence and determinants of suicidal behaviors in the central region of Iran. *International journal of body, mind and culture*. 2014;1(2).
- Saberi Zm, Ghorbani R, Mousavi S. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of Medical Sciences. 2005.
- Zarenezhad M, Gorgi Z, Sheikh Fathollahi M, Gholamzadeh S, Ghadipasha M, Rezaeian M. Epidemiological Survey of Suicide in Fars Province in the south of Iran during 2003 to 2011. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;13(12):1129-40.
- Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (2) Risk Factors. *Crisis*. 2005;26(3):112-9.
- Farhangdoost Y. Determining Risk Factors and Demographic Patterns of Suicide in Tehran. *Polish Psychological Bulletin*. 2010;41(2):52-7.

24. Pearson V, Phillips MR, He F, Ji H. Attempted suicide among young rural women in the People's Republic of China: possibilities for prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(4):359-69.
25. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*. 2002;325(7355):74.
26. Dumais A, Lesage A, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*. 2005.
27. Dadpour B, Madani Sani F, Rahimi Doab M, Gerami A, Rajaei P, Talebi M. Factors Related in Suicide Attempts in Admitted Poisoned Patients. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*. 2015;3(3):247-51.
28. Mihandoost Z. A Meta-Analysis of Suicide Rates in Male and in Female Suicide in Iran. *Education Sciences & Psychology*. 2013;26(4).
29. Shirzad J, Gharedaghi J. Study of methods and causes of Suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of Iran in first six month of 2004. *SJFM*. 2007;13(3):163-70.
30. Pajoumand A. A One-Year Epidemiological Study of Acute Poisoning among Adults and Adolescents Admitted to Loghman Hospital, Tehran between 2005 and 2006. *Pajoohandeh Journal*. 2007;12(3):169-76.

Epidemiological survey of attempted suicide among patients admitted to Hazrat Rasoul Hospital in Tehran 2007-2011

Seyyed Hossein Shaker*, Seyyed Mohammad Hosseini Kasnaviyyeh**†, Hamed Basir Ghafouri**, Nader Tavakkoli***, Mohammadreza Yasinzadeh**, Gholamreza Masoumi**, Mojtaba Chahardovali**, Hassan Amiri***

*Assistant Professor, Internal Medicine, Fellowship in Emergency Medicine, Emergency Management Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

**Assistant Professor, Special Board in Emergency Medicine, Emergency Management Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

***Associate Professor, Internal Medicine, Fellowship in Emergency Medicine, Emergency Management Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: Suicide is one of the major problems in the modern world that calls for investigation in different periods. This study was an epidemiological survey of the patients who had attempt suicide admitted to Hazrat Rasoul Hospital in a five-year period in Tehran.

Methods: In this cross-sectional study, the data on the 483 attempted suicide cases from 2007 to 2011 were collected from Hazrat Rasoul Hospital Patients' records. The data were gathered with a structured checklist and analyzed with SPSS 16.

Results: The results showed that among attempted suicide cases 78.3% were those who had no academic education, 72% were below the age of 30 years, 64.8% were unmarried, 51.3% were men and 32.9% were housewives. Moreover, 40.7% of the cases reported the history of mental illnesses with depression and schizophrenia at the highest rate of occurrence. Thirty-three percent of the suicides were attempted at nighttime, 69% on early weekdays, and 33.4% in winter. Family struggles with the rate of 48.9% and psychological disorders with the rate of 24.8% were the main causes of suicide attempt, respectively. Fifty-seven percent of the cases abused tablets and 29.4% cut their hand veins as the most common methods of suicide. Only 3% of the cases had led to death.

Conclusion: Young, unmarried people, those with a history of psychological disorders and unsuccessful suicide attempts are at the higher risk of attempting suicide and should be more closely observed in preventive programs.

Keyword: attempted suicide, Hazrat Rasoul hospital, mental disorders, unsuccessful Suicide

Received: 30 Aug 2015

Accepted: 17 May 2016

†Correspondence: Assistant Professor, Special Board in Emergency Medicine, Emergency Management Research Center, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Tel: 55228579

Email: Hosseinikasnavieh.sm@iums.ac.ir