

# تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس

هادی یوسفی - مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری، مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
قاسم سبحانی - مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان  
فریبا اسدی نوقابی - لیسانس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

## چکیده

امروزه خودکشی در همه جوامع بشری به عنوان یک معضل عمده بهداشت عمومی بشمار می آید و به نظر می رسد روابط اجتماعی در ایجاد آن نقش مهمی دارند. مطالعه کنونی با هدف تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی انجام شد. در این مطالعه ۳۹۰ نفر از مددجویانی که از اول مهرماه تا آخر اسفندماه ۱۳۸۰ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و پرسشنامه‌ای حاوی عوامل مؤثر در خودکشی با انجام مصاحبه از خود بیمار و یا اطرافیان تکمیل گردید.

نتایج به دست آمده نشان می دهد که میانگین سن نمونه‌های پژوهش ۲۳/۸۵ با انحراف معیار ۶/۳۵ بود و بیشترین درصد آنان در گروه سنی ۳۰ - ۲۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد زنان خانه دار، متأهل با تحصیلات متوسطه، ساکن شهر و با وضعیت اقتصادی متوسط بودند همچنین بیشترین زمان اقدام به خودکشی هنگام عصر و زمان مراجعه هنگام شب بود. از نظر درگیری عاطفی و خانوادگی قبل از اقدام، بیشترین تعداد، ۳۲۴ نفر (۸۳/۱ درصد) پاسخ مثبت دادند و بیشترین روش اقدام به خودکشی قرص خوراکی دارویی بود و بالاترین آمار مراجعه در اسفند ماه بود. از نظر ارتباط جنس با روش اقدام به خودکشی با درگیری عاطفی و خانوادگی، از نظر ارتباط محل سکونت با علت مراجعه و ارتباط علت مراجعه با ماه مراجعه ارتباط معنی داری مشاهده گردید ( $p < 0/05$ ).

از آنجائیکه اقدام کنندگان به خودکشی مشخصات ویژه‌ای داشته و برخی عوامل به عنوان پیش بینی خطر در آنها مطرح می باشد، نتایج این پژوهش می تواند به شناخت بهتر این عوامل و راه حل هایی برای پیشگیری اولیه از اقدام به خودکشی برای برنامه ریزان اجتماعی و بهداشتی فراهم آورد و به مسئولین درمانی کمک کند تا در پیشگیری ثانویه نیز نقش موثری داشته باشند.

**کلید واژه ها:** تلاش برای خودکشی - خطر - عوامل خطرزا - بندرعباس

## مقدمه:

رفتاری مردود و حرام شمرده‌اند. امروزه این اقدام، در همه جوامع بشری به عنوان یک مشکل عمده بهداشت عمومی بشمار می آید به طوری که ۰/۴-۰/۹ درصد مرگ خام را تشکیل داده و بین ۵ تا ۱۰ علت عمده مرگ و میر تغییر می کند (۱۰، ۱۳، ۱۴).

اقدام به خودکشی عبارتست از عملی که شخص برای معدوم ساختن خود انجام می دهد و واژه خودکشی (suicide) نخستین بار در سال ۱۹۷۳ از طرف کشیشی به نام Desfontaine بکار برده شد. تمام مذاهب آسمانی خودکشی را به عنوان

مطالعات مختلف در مورد مشخصات فردی، اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی نشانگر تفاوت‌هایی در برخی زمینه‌هاست. پژوهشی تحت عنوان بررسی مشخصات دموگرافیک وضعیت اجتماعی و روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مهاباد سال ۱۳۷۸ انجام شد نتایج نشان داد زنان (۸۲/۸۷ درصد) بیشتر از مردان اقدام به خودکشی داشته و اکثریت اقدام‌کنندگان (۴۵/۶۱ درصد) در محدوده سنی ۱۹ - ۱۵ سال بودند. در گروه مردان افراد مجرد و در گروه زنان متأهلین بیشترین اقدام‌کنندگان به خودکشی بودند از نظر شغلی زنان خانه‌دار و عمده‌ترین روش اقدام به خودکشی خوردن دارو یا مواد شیمیایی و مخدر بود. آمار اقدام در فصل زمستان افزایش و در فصل بهار کاهش نسبی داشت و ۰/۸۷ درصد موارد منجر به مرگ شده بود (۸).

مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۳۷۹ در تبریز با عنوان مدرسه و خودکشی در نوجوانان و توسط ولی زاده انجام گرفت. نتایج نشان داد ۶۴/۸ درصد نوجوانان مونث و بیشترین سن ۱۸ سالگی بود و ۲/۳ درصد موارد منجر به فوت شده بود (۹).

مطالعه‌ای توسط تنومند با عنوان بررسی موارد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه در سال ۱۳۷۸ انجام شد و نتایج نشان داد که میانگین سنی ۲۲ سال بود و خودکشی در زنان ۱/۷ برابر مردان بود بیشترین موارد اقدام به خودکشی در گروه سنی ۲۰ - ۱۶ سال قرار داشتند و اقدام به خودکشی در خانواده‌های پر جمعیت، افراد کم سواد و در فرزندان اول و شهرنشینان بیشتر بود. مهم‌ترین علت اقدام مشکلات خانوادگی و زناشویی بود و بیشترین موارد اقدام در ساعات بعد از ظهر و شب انجام شده بود و ۱/۷ درصد موارد منجر به فوت شده بود که همه موارد مرد بودند (۱).

مطالعه‌ای با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی طی سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ توسط عطاری و همکاران انجام شد. نتایج نشان داد که بروز خودکشی در مناطق شهری با ۷۰/۱ درصد هزار سه برابر میزان آن در مناطق روستایی بود و در جنس مرد ۴۱ درصد هزار بیش از جنس زن بود و از نظر توزیع سنی بیشترین درصد در گروه سنی فعال جامعه یعنی ۲۹ - ۲۰ سال دیده

هر چند به نظر می‌آید خودکشی یک عمل شخصی است اما روابط اجتماعی در ایجاد آن نقش مهمی دارند و خودکشی نیز اثرات عمیقی به دنبال دارد (۲، ۷).

اقدام به خودکشی شایعترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان (پس از حمله قلبی) به مراکز فوریت‌های پزشکی بوده است و بر اساس پژوهش‌های بین‌المللی حدود ۱۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در آینده موفق به خودکشی خواهند شد و اقدام به خودکشی یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم خطرناک ناشی از خودکشی در آینده است (۵، ۱۶، ۱۷).

آمار جهانی مربوط به خودکشی و اقدام به آن ارقام بالایی را نشان می‌دهد و سالانه در آمریکا ۳۰ هزار مرگ را به خودکشی نسبت می‌دهند و این در حالی است که آمار مربوط به اقدام به خودکشی در بعد جهانی در حدود ۳۰۰ - ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در سال متغیر است (۱۵، ۱۴). در کشور ما آمار دقیقی موجود نیست اما بر اساس آخرین مطالعه انجام شده در شهر همدان میزان اقدام به خودکشی ۱۸۵ نفر در ۱۰۰ هزار گزارش شده است (۳، ۸).

بخش عمده‌ای از اقدام کنندگان به خودکشی به مراکز بیمارستانی مراجعه می‌کنند و متعاقباً تعداد قابل توجهی از آنان بستری می‌شوند آمار بالای مربوط به بستری شدن این افراد علاوه بر تلفات مالی و جانی که متوجه بیماران می‌کند متقابلاً وقت و هزینه زیادی را نیز از جامعه و مراکز درمانی صرف می‌کند. اقدام‌کنندگان به خودکشی مشخصات ویژه‌ای داشته و برخی عوامل فردی و اجتماعی، مادی و خانوادگی و ... به عنوان پیش‌بینی خطر در آنها مطرح شده است (۴، ۵، ۱۲). شناخت این عوامل می‌تواند راه‌های برای پیشگیری اولیه از اقدام به خودکشی برای برنامه‌ریزان اجتماعی و بهداشتی فراهم آورد. از این گذشته چنین داده‌هایی می‌تواند به مسئولین درمانی کمک کند تا در پیشگیری ثانویه نیز نقش مؤثری داشته باشند. مشخص کردن خصوصیات فردی و شخصیت اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی از جهات مختلف حائز اهمیت است، هم گروه هدف و در معرض خطر را مشخص می‌کند و هم از طرفی عوامل متعددی که در تعامل با پدیده اقدام به خودکشی هستند را مشخص می‌کند.

مراجعه داشتند مورد مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و فاکتورهای مؤثر اجتماعی در اقدام به خودکشی تکمیل گردید. در مواردی که بیمار توانایی مصاحبه را نداشت مصاحبه و تکمیل ابتدایی توسط اطرافیان نزدیک وی انجام شد. به این ترتیب از اول مهرماه ۱۳۸۰ لغایت ۲۹ اسفند ماه ۱۳۸۰ تعداد ۳۹۰ نفر بیمار مورد مصاحبه قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده پس از استخراج از پرسشنامه بوسیله برنامه کامپیوتری SPSS تجزیه و تحلیل آماری شد و نتایج به صورت توصیفی و تحلیلی طبقه‌بندی گردید. ( $p < 0/05$ ) بعنوان سطح تفاوت معنی‌دار تلقی گردید.

### نتایج:

میانگین سن نمونه‌های پژوهش ۲۳/۸۵ با انحراف معیار ۶/۳۴ بود و بیشترین درصد آنان ۲۰۰ نفر (۵۱/۳ درصد) در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال قرار داشتند. توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهشی نشان داد که بیشترین تعداد مراجعه‌کنندگان را زنان ۲۰۴ نفر (۵۲/۳ درصد)، متأهل ۲۰۴ نفر (۵۲/۳ درصد)، ساکن شهر ۳۵۰ نفر (۸۹/۷ درصد)، تحصیلات در حد متوسطه ۱۵۵ نفر (۳۹/۷ درصد)، شغل خانه‌دار ۱۴۳ نفر (۳۶/۷ درصد)، وضعیت اقتصادی متوسط ۳۲۸ نفر (۸۴/۳ درصد) تشکیل می‌دادند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش از نظر

متغیرهای دموگرافیک

فراوانی		متغیر	
۸۹/۷	۳۵۰	شهر	سکونت
۱۰/۳	۴۰	روستا	
۴۷/۷	۱۸۶	مرد	جنس
۵۲/۳	۲۰۴	زن	
۴۳/۱	۱۶۸	مجرد	تاهل
۵۲/۳	۲۰۴	متاهل	
۴/۶	۱۸	مطلقه و بیوه	
۱۲/۱	۴۷	ضعیف	وضعیت اقتصادی
۸۴/۳	۳۲۸	متوسط	
۳/۶	۱۴	خوب	
۳۳/۶	۱۳۱	کمتر از ۲۰ سال	سن
۵۱/۳	۲۰۰	۲۰ - ۳۰ سال	
۱۵/۱	۵۹	بیشتر از ۲۰ سال	

شد. ۵۳ درصد موارد خودکشی در شب انجام شده بود و از نظر فصلی بیشترین موارد با بیش از ۳۰ درصد مربوط به فصل بهار بود و کمترین نسبت خودکشی با ۴/۸ درصد در دارندگان تحصیلات دانشگاهی بود. حلق‌آویز کردن در ۴۹/۶ درصد کل موارد و بیشتر در نقاط شهری و مورد انتخاب آقایان بود. در مناطق روستایی بیشترین درصد روش خود سوزی (۷۸/۲ درصد) بود و بیشترین درصد در خانم‌ها اتفاق افتاده بود. بیشترین درصد موارد در این گروه سابقه اختلالات روانی، اعتیاد، اقدام قبلی به خودکشی داشتند و بیشترین دلایل و علل خودکشی‌ها هم مشکلات روانی با ۱۵/۹ درصد، مسائل خانوادگی با ۸/۳ درصد و مسائل زناشویی با ۷/۵ درصد گزارش گردید (۱۰). با توجه به نتایج ذکر شده فوق چنین به نظر می‌رسد که اختلالات روانی و عوامل اجتماعی از مهم‌ترین عوامل خطر خودکشی محسوب می‌شوند و برای شناخت ابعاد علل و عواقب خودکشی به منظور پاسخ دادن به جنبه‌های پیشگیری، کنترل و درمان خودکشی و همچنین ارتقاء سطح بهداشت روان باید با رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی به مقوله خودکشی پرداخته شود تا موجباتی فراهم گردد که انسانها به جای خاتمه دادن به بزرگترین موهبت الهی یعنی حیات خویش با آگاهی و بینش به بلوغ فهم معنای زندگی و فلسفه خلقت خویش برسند. در این ارتباط است که شناخت وضعیت موجود خودکشی ضرورت پیدا می‌کند و مطالعه حاضر گامی کوچک در این راستا می‌باشد. امید است انجام این پژوهش و نتایج حاصل از آن مورد استفاده برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران قرار گیرد و همچنین زمینه‌ساز پژوهش‌های کامل‌تری در آینده در زمینه خودکشی باشد.

### مواد و روش‌ها:

این مطالعه به شکل مقطعی (Cross sectional) طی ۶ ماه انجام گرفت. ابتدا بر اساس نتایج تحقیقات قبلی و منابع معتبر و با در نظر گرفتن فاکتورهای مؤثر احتمالی در اقدام به خودکشی و همچنین مشاوره با اساتید مجرب پرسشنامه‌ای طراحی و تنظیم گردید. پس با حضور در محیط پژوهشی، مددجویانی که به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندرعباس

اقدام به خودکشی کرده بودند (میانگین ۳۲/۷۵ سال با انحراف معیار ۱۳/۷۳ سال). آزمون مقایسه دو میانگین تفاوت معنی داری را نشان می‌دهد ( $p < 0/05$ ). (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳ - مقایسه میانگین سن نمونه‌های پژوهش از نظر

علت مراجعه

علت مراجعه	فراوانی		
	میانگین	انحراف معیار	تعداد
خوردن سم	۲۳	۷/۴۵۴	۲۹
خودزنی	۲۲/۵	۳/۱۸	۱۴
سقوط از بلندی	۲۴	—	۱
خوردن قرص	۲۳/۹۴۴	۶/۰۸۲	۳۴۲
دار زدن	۳۲/۷۵۰	۱۳/۰۷۳	۴

از نظر ارتباط محل سکونت با علت مراجعه، بیشتر نمونه‌های شهری (۳۲۱ نفر، ۸۹/۷ درصد) و نمونه‌های روستایی (۲۱ نفر، ۵۲/۵ درصد) به علت مصرف قرص خوراکی دارویی مراجعه داشتند و آزمون آماری از این نظر معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ).

از نظر ارتباط محل سکونت نمونه‌های پژوهش با فرجام اقدام به خودکشی، بیشترین تعداد نمونه‌های شهری (۱۵۷ نفر، ۵۴/۶ درصد) به شکل سرپایی مرخص و در نمونه‌های روستایی (۲۱ نفر، ۵۲/۵ درصد) بستری شده بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ).

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که از نظر ارتباط روش اقدام به خودکشی با فرجام اقدام به خودکشی، بیشترین تعداد نمونه‌های پژوهش سرپایی (۱۹۰ نفر، ۹۱/۸ درصد)، بستری (۱۶۸ نفر، ۹۴/۴ درصد) و فوت شده (۳ نفر، ۶۰ درصد) با روش خوردن سم با دارو اقدام نموده بودند که آزمون آماری از این نظر معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ).

از نظر ارتباط علت مراجعه با ماه مراجعه، بیشترین تعداد نمونه‌های پژوهش به علت خوردن سم (۱۱ نفر، ۳۷/۹ درصد) در بهمن ماه و به علت خودزنی (۴ نفر، ۲۸/۶ درصد) در اسفند ماه بوده است.

بیشترین تعداد نمونه‌های پژوهشی از نظر زمان اقدام به خودکشی (۱۸۸ نفر، ۴۸/۲ درصد) هنگام عصر و از نظر زمان مراجعه (۱۷۴ نفر، ۴۴/۶ درصد) هنگام شب و بیشترین آمار مراجعه ۷۹ نفر (۲۰/۳ درصد) در اسفند ماه بودند. بیشترین تعداد نمونه‌های پژوهش (۳۴۲ نفر، ۸۷/۷ درصد) با روش قرص خوراکی دارویی اقدام نموده بودند.

از نظر استرس قبل از خودکشی ۳۳۶ نفر (۸۶/۲ درصد) پاسخ مثبت و از نظر درگیری عاطفی و خانوادگی قبل از اقدام ۳۲۴ نفر (۸۳/۱ درصد) پاسخ مثبت داده بودند همچنین از نظر سابقه خودکشی قبلی ۳۴۵ نفر (۸۸/۵ درصد) پاسخ منفی و از نظر سابقه مصرف مواد مخدر ۳۱ نفر (۸۰ درصد) پاسخ منفی دادند. از نظر متغیرهای مذهبی بودن بیشترین درصد نمونه‌های پژوهش ۲۵۷ نفر (۶۵/۹ درصد) نماز نمی‌خواندند و ۲۵۷ نفر (۶۵/۹ درصد) روزه نمی‌گرفتند و ۲۱۱ نفر (۶۹/۵ درصد) در مراسم مذهبی شرکت نمی‌کردند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش از نظر پاسخ به

متغیرهای قبل اقدام

متغیر	فراوانی پاسخ بلی		فراوانی پاسخ خیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سابقه خودکشی قبلی	۴۵	۱۱/۵	۳۴۵	۸۸/۵
سابقه مصرف مواد مخدر	۷۸	۲۰	۳۱۲	۸۰
سابقه خودکشی در فامیل	۹۳	۲۳/۸	۲۹۷	۷۶/۲
اطلاع به دیگران قبل از اقدام	۲۰۰	۵۱/۴	۱۸۹	۴۸/۶
استرس قبل خودکشی	۳۳۶	۸۶/۲	۴۸	۱۳/۸
درگیری خانوادگی قبل اقدام	۳۲۴	۸۳/۱	۶۶	۱۶/۹

مقایسه سن نمونه‌های پژوهشی از نظر علت مراجعه نتایج نشان می‌دهد. حداقل میانگین مربوط به کسانی بود که اقدام به خودزنی کرده بودند (میانگین ۲۲/۵ سال با انحراف معیار ۳/۱۸ سال) و حداکثر میانگین سن مربوط به کسانی بود که با روش دار زدن

جدول شماره ۴ - ارتباط فرجام نمونه‌های پژوهش با روش اقدام به خودکشی

روش اقدام						فرجام
خوردن سم یا دارو		حلق آویز		خودزنی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۹۱/۸	۱۹۰	۲/۹	۶	۵/۳	۱۱	سرپایی
۹۴/۴	۱۶۸	۲/۲	۴	۳/۴	۶	بستری
۶۰	۳	۴۰	۲	—	—	فوت

$$\chi^2 = ۲۴/۲۷۳, \quad DF = ۴/۳, \quad P = ۰/۰۰۰۱۷$$

جدول شماره ۵ - ارتباط روش اقدام فعلی نمونه‌های پژوهش با درگیری عاطفی و خانوادگی

جمع		درگیری خانوادگی				روش اقدام
		خیر		بلی		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۷	۴۷/۱	۸	۵۲/۹	۹	خودزنی
۱۰۰	۱۲	۳۳/۳	۴	۶۶/۷	۸	حلق آویز
۱۰۰	۳۶۱	۱۵	۵۴	۸۵	۳۰۷	خوردن دارو یا سم

### بحث و نتیجه‌گیری:

خصوصیت مشترک ما بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند داشتن این باور است که خودکشی تنها راه حل غلبه بر احساسات قابل تحمل است. بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که اکثریت موارد اقدام به خودکشی در محدوده سنی ۱۵-۳۰ سال رخ می‌دهد. در این پژوهش نیز بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۲۰-۳۰ سال بود جوانان در پی برخی از تغییرات در دوران زندگی دچار بحران‌های روحی می‌شوند که به بحران رشد معروف هستند این بحرانها در کنار شخصیت ناپخته، عدم تکامل مکانیسم‌های دفاعی روحی و وابستگی بیشتر جوانان و نوجوانان، می‌تواند زمینه برای سوق دادن این گروه سنی به سمت اقدام به خودکشی باشد همچنین با توجه به اینکه جمعیت ایران یک جمعیت جوان است لذا بالا بودن میزان اقدام به خودکشی در این گروه سنی را باید به عنوان یک مسئله مهم و جدی بهداشتی -

اجتماعی تلقی نمود. مطالعات انجام شده خودکشی موفق را در مردان بیشتر از زنان و اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند (۸، ۱). این موضوع در مطالعه حاضر تأیید شد و در موارد بررسی شده در این مطالعه نسبت اقدام به خودکشی در زنان ۱/۷ برابر مردان بود. در کشورهای اروپایی و آمریکایی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی در بین طبقه زنان (مجرد) حائز اکثریت است (۶، ۷، ۳، ۱۲) که می‌تواند ناشی از تأثیر تاهل در پیشگیری از این عمل شود. نتایج نشان داد که تعداد افراد متأهل اقدام‌کننده بیش از تعداد افراد مجرد بود که با تحقیق تنومند و جلالی و حیدری در این زمینه همخوانی دارد (۴، ۳، ۱). شاید بتوان اظهار نمود در کشور ما زنان با ازدواج کردن متحمل استرس‌های روحی بیشتری می‌شوند و بنظر می‌رسد بخش عمده‌ای از این استرس‌ها به رفتارهای غلط همسران آنها مربوط می‌گردد همچنین در گروه

فرهنگ عمومی خانواده می‌توان از دسترس قرار داشتن این عوامل تا حد زیادی جلوگیری نمود.

از نظر سابقه قبلی اقدام به خودکشی آمار خارجی رقم ۴۰ درصد را اعلام می‌کند (۸) و در مطالعه حاضر ۱۱/۵ درصد نمونه‌های پژوهشی سابقه اقدام به خودکشی داشتند که این تفاوت شاید به دلیل این باشد که در منطقه کنونی اقدام‌کنندگان به خودکشی به دنبال اقدام به خودکشی به پاسخ مطلوب و مورد نظر خود دست می‌یابند و لذا انگیزه اقدام بعدی را از دست می‌دهند یا در هنگام مصاحبه و گرفتن شرح حال در ارائه این قسمت از خود مقاومت نشان می‌دهند. طبق آمار مطالعات قبلی انجام شده خودمسمومی عمدی از عمده‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است (۸، ۹).

در مطالعه حاضر نیز نتایج پژوهش نشان داد استفاده از دارو در اولویت روش‌های مورد استفاده بود که می‌تواند دلالت بر این موضوع داشته باشد که اقدام‌کنندگان سعی می‌کنند از روش‌های کم‌خطر و آن هم با تأثیر ضعیف و کند استفاده کنند لذا به نظر می‌رسد داروها مناسب‌ترین وسیله بوده و علت دیگر آن می‌تواند در دسترس بودن و سهولت دستیابی به سموم باشد.

خودکشی در نوجوانان و جوانان با توجه به نتایج این پژوهش و سایر مطالعات (۹، ۱، ۸) به علت حساسیت آنها و اینکه نوجوانان در برخورد با مسائلی از قبیل اختلافات خانوادگی، طلاق، جدایی، ترک کردن و مرگ عزیزان خود را در یک چارچوب بسته حس می‌کنند که از آن گریزی ندارند به علت دارا بودن منطق ضعیف و اغلب قابل تغییر می‌توان با مذاکره مختصر و مشاوره با ایجاد دگرگونی و تغییر در روش زندگی و محیط او به وی کمک لازم را رساند.

زنان، افراد خانه‌دار در راس گروه‌های شغلی قرار دارند و در مقابل زنان شاغل حداقل موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند که این موضوع می‌تواند از علل مختلفی منشاء گرفته باشد از جمله اینکه زنان خانه‌دار وابستگی بیشتری نسبت به خانواده دارند. تعداد قابل توجه قشر تحصیل‌کرده در میان آمار اقدام به خودکشی در مطالعه کنونی می‌تواند نشانگر اوضاع بسیار بد فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در خصوص جوانان باشد. نابسامانی‌های شدید در مدارس، روابط خانوادگی، خلاءها و تضادهای فرهنگی موجود در جامعه از علل سوق بهترین گروه سنی جامعه به سمت افکار خودکشی باشد. در مطالعه حاضر از نظر متغیر مذهبی بودن میزان اقدام به خودکشی در افرادی که عملکرد مذهبی ضعیفی داشتند بیشتر از نمونه‌های پژوهشی دیگر بود که در این زمینه می‌توان به نقش بازدارندگی و محافظتی و پیشگیری‌کننده اعتقادات و باورهای مذهبی استناد نمود. طی آمارهای بدست آمده میزان خودکشی و اقدام در روستائیان به مراتب کمتر از شهر نشینان بوده است (۱، ۳، ۵، ۸). این موضوع در مطالعه ما نیز تأیید شد و اقدام‌کنندگان زندگی شهری از اقدام‌کنندگان زندگی روستایی خیلی بیشتر بودند که این تفاوت می‌تواند حاکی از وابستگی اجتماعی بیشتر در زندگی روستایی و نقش آن در کاهش اقدام وجود فرایند نوگرایی، صنعتی شدن در زندگی شهری و نقش آن در افزایش اقدام باشد.

در این مطالعه بیشتر افراد مورد بررسی با روش خوراکی اقدام به خودکشی نموده بودند و اکثریت آنها قرص‌های دارویی و سپس ترکیبات ارگانوفسفره را مورد استفاده قرار دادند که شاید به علت راحت در دسترس بودن این داروها در محیط خانواده و بی‌توجهی والدین به نگهداری این مواد در منزل و همچنین تجمع زاید داروهای مصرف نشده در منازل باشد که با بالا بردن

روانپزشکی به تعداد کافی و با شرایطی که دسترسی به آنها به سهولت و برای همگان میسر باشد تأسیس گردد از اداره کشاورزی درخواست شود در مورد سموم شیمیایی و خطرات مربوط به آن از طریق رسانه‌های گروهی هشدارهای لازم به افراد داده شود. در زمینه دارو و محدودیت‌های دولتی و خانوادگی، عدم انبار دارو در منزل آموزش مصرف مناسب، اطلاع‌رسانی در مورد عواقب نگهداری دارو، کنترل و نظارت بیشتر داروخانه‌ها، نوشتن ارقام و تعداد داروهای کمتر، همچنین لازم است تحقیقات کامل و همزمان در سطح انجام پذیرد تا پس از تعیین مشخصات دموگرافیک و وضعیت اجتماعی و روانی در سطح کشور برنامه‌ریزی مناسب جهت پیشگیری از اقدام به خودکشی افراد جامعه به عمل آید.

### تشکر و قدر دانی:

بدینوسیله از راهنمایی آقای دکتر محمد موسوی استادیار دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که در انجام پژوهش اینجانب را یاری نمودند و همچنین پرسنل درمانگاه اورژانس شهید محمدی بخصوص سرکار خانم کیانی تشکر و قدردانی می‌نمایم.

در مطالعات قبلی نشان داده شده است که تفاوت معنی‌داری بین موارد اقدام به خودکشی در فصل‌های مختلف سال وجود ندارد (۱۰، ۸). اما در مطالعه کنونی این ارتباط فقط با ماه اسفند معنی‌دار بود و در بقیه ماه‌ها ارتباط معنی‌دار نبود و این مطلب مورد تأیید قرار گرفت. درصد بالایی از اقدامات به خودکشی در ساعات بعدازظهر (۴۸/۲ درصد) بود که با مطالعات قبلی نتایج مطالعه حاضر از این نظر همخوانی دارد (۱۰، ۷، ۵). عوامل زمینه‌ساز عمده خودکشی عبارتند از: زمینه خانوادگی آشفته، اختلال روانی، بیماری جسمی و سابقه اقدام قبلی و همچنین رفتار خودکشی اغلب همراه با افسردگی است (۹). در مطالعه حاضر داشتن استرس قبل از خودکشی با ۸۶/۲ درصد و درگیری خانوادگی قبل از اقدام با ۸۳/۱ درصد بیشترین درصد را به خود اختصاص دادند لذا باید اقدامات مؤثری در پیشگیری از خودکشی صورت پذیرد در زمینه پیشگیری باید نیازهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی به خصوص جوانان شناسایی گردد و اقدامات اساسی و عملی در تأمین آنها انجام گیرد همچنین برنامه‌ریزی دقیق و کافی برای ایام تعطیل دانش‌آموزان از طرف ارگان‌های ذیربط انجام شود. مراکز مشاوره

### References

### منابع و مآخذ

۱. تنومند، اصغر. اوجاق، نسرین. بررسی ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه. دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه در همایش اختلالات خلقی از پیشگیری تا ناتوانی ۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹.
۲. حسینی، سید ابراهیم. فصلنامه اصول بهداشت روانی. ۱۳۷۸، شماره سوم.
۳. حیدری پهلوانان، احمد. وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۶، سال سوم، شماره ۱ و ۲ تابستان و پاییز.
۴. جلالی، مهدی. ترابی، نیره. بررسی علل روانی و اجتماعی موارد اقدام به خودکشی مواد دارویی رسمی. دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ارائه در دومین کنگره روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران ۱۳۷۳.
۵. صاعقی، یاسمن. افشار، هنرمند. بررسی همه‌گیری اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال سوم. شماره ۴ بهار.
۶. کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. پوراشکانی، نصرالله. جلد سوم، چاپ دوم، ۱۳۷۶.

۷. کرخوف، خودکشی و اقدام به آن. فاتحی، مهناز. بهداشت جهان. ۱۳۷۴. سال نهم. شماره ۳.
۸. مشیری، زهرا. بررسی مشخصات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی و روانی اقدام کنندگان به خودکشی بستری شده در مهاباد سال ۱۳۷۸. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. دانشکده پرستاری و مامایی.
۹. ولی زاده، سوسن. مدرسه و خودکشی نوجوانان. دانشگاه علوم پزشکی تبریز. معاونت پژوهشی. پ ۳۷۹.
۱۰. عطاری، محمدرضا. حیدرلو، فریده. بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی در استان آذربایجان شرقی طی سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸. ارائه در اولین کنگره ملی بهداشت عمومی و طب پیشگیری ۳-۱ آذر ماه. کرمانشاه ۱۳۷۹.
11. Apter AE. Correlation of suicidal and violent behavior in different diagnostic categories in hospitalized adolescent patient. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34:7-11.
12. Black, D.W. Suicide and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 1992;149:41-44.
13. Brent, D.A. et al: Long term impact of exposure to suicide, a three - year controlled follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:5-13.
14. Kaplan HL, Sodock BJ. Textbook of psychiatry. Philadelphia:WB Saunders; 1995
15. Khan MMI, Kundi AK. Suicide in Pakistan: experience at a university hospital. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:264-267.
16. Murphy G.E. Suicide and attempted suicide. Psychiatry. Philadelphia; Lippincott Raven; 1995.
17. Watkins C. suicidal and the school: recognition and intervention for suicidal students in the school. *Am J Psychiatry*. 2000;29:1-8. <http://www.Nc.pamd.Com>. Accessed May 2, 2002.

Archive of SID