

بررسی میزان و عوامل موثر بر رخداد خودکشی طی یک سال در استان آذربایجان غربی

دکتر شاکر سالاری^۱، دکتر رسول انتظارمهدی^۲، دکتر محمدتقی افشانی^۳، هدایت عباسی^۴

تاریخ دریافت 84/08/21، تاریخ پذیرش 84/12/17

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اقدام به خودکشی عمل عمدی فرد، برای خاتمه دادن به زندگی خویش است که به روشهای گوناگون انجام می‌گردد. اجلاسیه سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ خشونت و خودکشی را یک مسئله مهم بهداشت عمومی اعلام کرد. در حال حاضر خودکشی یکی از ده علت مهم مرگ در جهان محسوب می‌گردد.

این مطالعه با هدف تعیین میزان اقدام به خودکشی و توزیع خودکشی با توجه به ویژگیهای افراد، مکان و زمان و نیز تعیین عوامل موثر و نحوه اقدام به خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی طراحی و اجرا گردیده است.

مواد و روشها: مطالعه به روش مقطعی و با اهداف توصیفی و تحلیلی در طول یک سال برای کلیه موارد اقدام به خودکشی انجام گردید. جهت دسترسی به دادههای رخداد خودکشی، پزشکان، پرستاران، کارشناسان، کاردانان و بهورزان مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت و نیز مراکز پزشکی قانونی مشارکت کردند. تیم آموزش دیده پرسشگری به همراه روانشناسان جهت جمع‌آوری دادهها اقدام نمودند. در این مطالعه از پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۷۱ سؤال استفاده گردید. داده‌ها وارد برنامه نرم افزار SPSS شده با توجه به اهداف مطالعه فراوانی‌های مطلق، نسبی، میانگین و انحراف معیار محاسبه و جهت سنجش ارتباط بین عوامل موثر و رخداد خودکشی، از آزمون کای زوج استفاده و از سطح معنی دار ۰/۰۵ جهت تصمیم‌گیری استفاده شد.

یافته‌ها: میزان بروز اقدام به خودکشی در استان، ۱۴۶ در یکصد هزار نفر، با توزیع جنسی ۳۵/۷ درصد مردان و ۶۳/۳ درصد زنان، بیشترین میزان اقدام به خودکشی با ۶۲/۱ درصد در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و کمترین با مقدار ۱/۴ درصد در افراد بالاتر از ۶۴ سال مشاهده گردید.

۵۰/۴ درصد افراد خودکشی کننده مجرد، ۱۵ درصد بی سواد، ۱۹/۴ درصد ابتدائی، ۲۵/۹ درصد راهنمائی، ۳۵/۵ درصد دبیرستان و ۴/۲ درصد سواد دانشگاهی داشتند. ۷۵/۵ درصد اقدام کنندگان شهرنشین و ۲۴/۵ درصد روستائی بودند.

بین میزان اقدام به خودکشی با توجه به ویژگیهای سنی، جنسی، محل زندگی، اشتغال، وضعیت، تاهل و نوع روش اقدام، ارتباط معنی دار مشاهده گردید. بحث و نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان می‌دهد اقدام به خودکشی به عنوان یک مشکل مهم بهداشت عمومی جامعه محسوب شده و توزیع آن با ویژگیهای مختلف از جمله گروه سنی، جنسی، شغلی، تاهل، محل زندگی و عوامل ایجادی تفاوت می‌نماید.

لزم توجه ویژه به این مشکل مهم بهداشت عمومی از جهت تحلیل عوامل و طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری توصیه می‌گردد.

کلواژه‌گان: اقدام به خودکشی، عوامل موثر، همه‌گیرشناسی، آذربایجان غربی

مجله پزشکی ارومیه، سال هفدهم، شماره دوم، ص ۱۰۰-۹۳، بهار ۱۳۸۵

آدرس مکاتبه: ارومیه - دانشگاه علوم پزشکی، معاونت پژوهشی، دکتر سالاری‌لک

^۱ دانشیار اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی ارومیه

^۲ پزشک عمومی و MPH

^۳ پزشک عمومی و MPH

^۴ کارشناس روانشناسی بالینی

مقدمه

میزان ۵/۷ و ۳/۱ مورد اقدام به خودکشی در یکصد هزار نفر را به ترتیب برای مردان و زنان اعلام نموده (۹) و آمارهای ارائه شده از سوی محققان مختلف با توجه به نوع جامعه مورد مطالعه، روش و نحوه دسترسی به منابع داده‌ها متفاوت می‌باشد.

بررسیها نشان می‌دهد علل اقدام به خودکشی می‌تواند متفاوت بوده و در سه حیطه بیماریهای روانی، مسائل اجتماعی و جسمی مورد توجه قرار گیرد. در حیطه اختلالات روانی: افسردگی، الکلیسم، اعتیاد دارویی، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیتی از علل عمده می‌باشند. در حیطه مسائل اجتماعی: انزوا، فقدان عزیزان، محرومیت، جدائی و بی‌کاری از عمده‌ترین عوامل به شمار می‌آیند. در حیطه فیزیکی و جسمی: بیماریهای جسمی، تومورهای بدخیم، اختلالات عصبی و کاهش فعالیت سرتونین مغزی عوامل مهم محسوب می‌گردند (۲).

با این حال بیشتر محققان عواملی چون جنس، سن، مذهب، وضعیت تاهل، شغل، نژاد، شرایط اقلیمی و شرایط جسمی و روانی را به عنوان عوامل موثر بر بروز و پیامد خودکشی ذکر کرده‌اند (۹).

هیکنین و همکاران در بررسیهای حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی، طلاق و جدائی، بحثهای شدید خانوادگی، مشکلات مالی، مشکلات شغلی و بی‌کاری در گروههای سنی جوان و بیماریهای جسمی و مسائل دوران بازنشستگی را در سالمندان به عنوان عوامل موثر اعلام نموده‌اند (۶).

مطالعات انجام شده در ایران، مشکلات خانوادگی و اقتصادی و بی‌کاری را عوامل استرس‌زای عمده قبل از اقدام به خودکشی ذکر کرده‌اند. همچنین پژوهشهایی که موضوع اقدام به خودکشی را در موقعیتهای زمانی مختلف بررسی کرده‌اند، به تفاوتی بین رخداد خودکشی و متغیرهای سن، جنس، تاهل، شغل و ... اشاره نموده‌اند.

علی‌رغم تحقیقات گسترده در اکثر کشورها و مناطق مختلف کشور به دلیل تغییرات عمده در رخداد، تاثیر عوامل متعدد در رخداد و پیامد ناشی از خودکشی و همچنین اثرات ناشی از اجرای برنامه‌های پیشگیری در سیستمهای بهداشت و اجتماعی کشورها، هنوز تحقیقات در این مورد از ارزش علمی و اجرایی قابل اهمیتی برخوردار است. این مطالعه به منظور روشن نمودن سیمای واقعی رخداد و عوامل موثر در اقدام به خودکشی در سطح استان آذربایجان غربی طراحی و اجرا گردید.

اقدام به خودکشی عمل عمدی فرد برای خاتمه دادن به زندگی خویش است و با روشهایی مانند مسمومیت عمدی، دارزدن، پریدن از بلندی، شلیک کردن به خود و ... انجام می‌گیرد (۱). اقدام به خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی و شایعترین علت مراجعه زنان و دومین علت مراجعه مردان به مراکز فوریتهای پزشکی می‌باشد (۲،۳). بررسیها نشان می‌دهد که تنها گروه اندکی از اقدام کنندگان قصد از بین بردن خود را داشته‌اند. خودکشی در بین همه گروههای جامعه رخ می‌دهد؛ زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی نموده ولی میزان خودکشی موفق در مردان بیشتر از زنان می‌باشد (۴).

اجلاسیه سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ خشونت و خودکشی را یک مسئله مهم بهداشت عمومی اعلام نموده (۳). در حال حاضر خودکشی یکی از ده علت مهم مرگ در جهان بشمار می‌رود.

سالانه حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌نمایند. برآورد می‌گردد هر بار اقدام به خودکشی خطر خودکشی موفق را سی و دو درصد افزایش می‌دهد (۵). میزان اقدام به خودکشی در جهان بسیار متغیر بوده. به عنوان مثال در کشورهای اروپای جنوبی کمتر از اروپای غربی و اسکاندیناوی می‌باشد و خودکشی در کشورهای شرق آسیا رو به افزایش بوده. لیکن در کشورهای اسلامی موارد اقدام به خودکشی کمتر گزارش گردیده است (۱).

گزارش رسمی ارائه شده توسط دولت چین در سال ۱۹۹۹ خودکشی را یکی از اولویتهای مهم برنامه بهداشت روانی اعلام نموده. این گزارش همچنین خودکشی را چهارمین مسئله مهم بهداشت عمومی و به عنوان پنجمین عامل مرگ در این کشور اعلام کرده است (۶). در کشور چین میزان خودکشی در روستاها سه برابر شهرها و مرگ از خودکشی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد. که با الگوهای جهانی تفاوت می‌کند (۴).

مطالعه انجام شده در سالهای ۹۴-۱۹۵۵ در بیست کشور جهان موید اختلاف اقدام و مرگ از خودکشی در گروههای مختلف سنی و جنسی می‌باشد (۷).

مطالعه انجام شده در مناطق روستائی هندوستان میزان خودکشی را بین ۸/۱ و ۵۸/۳ به ازای یکصد هزار نفر اعلام کرده است (۸). در ایران آمار ارائه شده از سوی سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۸۰

مواد و روشها

این مطالعه به روش مقطعی با هدف توصیف و تحلیل وقوع خودکشی در جمعیت استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۰ انجام گردید. جامعه مورد مطالعه همه موارد اقدام کننده به خودکشی بودند که به واحدهای پزشکی قانونی، مراکز اورژانس بیمارستانها، مراکز درمانی شبانه روزی، مراکز بهداشتی و درمانی اعم از شهری و روستائی و یا پایگاههای بهداشت شهری و یا خانههای بهداشت روستائی مراجعه و یا کارکنان این مراکز از رخداد واقعه اطلاع حاصل نموده بودند.

برای دسترسی به همه موارد رخداد خودکشی در هر شهرستان تیم تحقیق متشکل از سرپرست، ناظرین فنی و پرسشگران انتخاب و در جریان کامل هدفهای مطالعه، نحوه تکمیل پرسشنامه، نحوه نظارت و رفع مشکلات اهمیت کیفیت جمع آوری دادهها قرار گرفتند. توسط این تیم و گروه تحقیق کلیه مسئولان اورژانس، مسئولان پرستاری بیمارستانها، پزشکان و مسئولان مراکز پزشکی قانونی، پزشکان و مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی، کاردانها و بهورزان پایگاهها و خانههای بهداشت، مورد آموزش قرار گرفتند. افراد آموزش دیده موظف شده بودند. به فوریت، موارد اقدام به خودکشی را به مسئولان و همکاران تیم شهرستان اطلاع و شرایط را برای تکمیل پرسشنامه آماده نمایند. در مواردی که بیمار یا اطرافیان آماده همکاری نبودند، جهت تسهیل جریان کار از روانشناسان همکار برای جلب اعتماد و تقویت همکاری افراد با تیم تحقیق استفاده گردید.

در تمام مراحل کار از فرد یا اطرافیان برای جمع آوری دادهها رضایت، جلب شد و یادآوری گردید کلیه دادههای جمع آوری شده بدون اسم منتشر شده و محرمانه خواهند ماند. پرسشنامه مورد استفاده برای جمع آوری دادهها شامل هفتاد و یک سؤال در موارد اطلاعات دموگرافیک و عمومی، سوابق و نحوه اقدام، در دسترس بودن وسیله، محل اقدام، علل اقدام رفتارهای فردی اقدام کننده، سوابق ابتلاء به بیماریها، هدف از اقدام به خودکشی و همچنین در صورت مراجعه به بیمارستان روزهای بستری و هزینه درمانی بود.

روش نمونه گیری به صورت سرشماری بوده و برای کلیه افراد اقدام کننده در طول سال پرسشنامه تکمیل گردید. لازم به یادآوری است که دادههای مطالعه برای افراد فوت شده از نزدیک ترین فرد نسبت به اقدام کننده به خودکشی جمع آوری گردید. پس از کنترل

کیفیت دادههای جمع آوری شده در پرسشنامه، توسط پرسشگران و ناظرین شهرستانها، دادهها در برنامه آماری SPSS وارد و تجزیه و تحلیل گردید. برای سنجش اهداف توصیفی مطالعه با توجه به ماهیت متغیرها از فراوانیهای مطلق، نسبی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. جهت تعیین ارتباط بین عوامل موثر در اقدام و پیامد ناشی از خودکشی از آزمون χ^2 استفاده شد. جهت تصمیم گیری سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

در مدت مطالعه، ۴۰۱۵ مورد اقدام به خودکشی توسط تیم تحقیق ثبت و مورد مطالعه قرار گرفتند. میزان بروز اقدام به خودکشی در استان ۱۴۶ در یکصد هزار نفر، توزیع جنسی آن ۳۵/۷ درصد برای مردان و ۶۳/۳ درصد در مورد زنان بود. ۴/۲ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی در گروه سنی ۱۴-۵ سال، ۶۲/۱ درصد ۲۴-۱۵ سال، ۲۰/۵ درصد ۳۴-۲۵ سال، ۲/۷ درصد ۵۴-۴۵ سال، ۲ درصد ۶۴-۵۵ سال و ۱/۴ درصد بیش از ۶۴ سال بودند.

در تمام گروههای سنی میزان اقدام به خودکشی به جز گروه سنی ۶۴ سال به بالا، در زنان بیشتر از مردان بود. ۵۰/۴ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی مجرد، ۴۶/۸ درصد متأهل، ۰/۴ درصد ازدواج مجدد، ۰/۶ درصد همسر فوت کرده و ۱/۲ درصد جدا شده بودند.

۱۵ درصد از افراد خودکشی کننده بی سواد، ۱۹/۴ درصد سواد ابتدائی، ۲۵/۹ درصد سواد راهنمائی، ۳۵/۵ درصد سواد دبیرستانی و ۴/۲ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند.

۷۵/۵ درصد از افراد خودکشی کننده ساکن شهر و ۲۴/۵ درصد ساکن روستا بودند. میزان بروز و مرگ از خودکشی در شهرها به ترتیب ۱۹۹/۹ و در روستاها ۷۸/۴ در یکصد هزار نفر جمعیت بود. ۱۲/۴ درصد از افراد خودکشی کننده سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشتند.

۸۹/۴ درصد افراد خودکشی کننده در منزل، ۳/۱ درصد در محل کار، ۲/۶ درصد در صحرا و ۵ درصد در سایر محلها اقدام به خودکشی نموده بودند.

۳۷ درصد از افراد خودکشی کننده در شب اقدام به خودکشی کرده بودند.

۷۲/۵ درصد از افراد خودکشی کننده در تنهایی، ۲۵/۵ درصد در محیط خانواده و ۲ درصد در انتظار عمومی اقدام به خودکشی کرده

بودند.

درصد از روشهای استفاده از دارو، سم، حلق آویز، خودسوزی و رگزنی برای اقدام به خودکشی استفاده شده بود. ارزیابی میزان اقدام به خودکشی با توجه به متغیرهای گروه سنی و جنس افراد، ارتباط معنی داری را نشان نداد ($p=0/071$). مقایسه داده‌های رخداد خودکشی در گروههای سنی مختلف در شهر و روستا ارتباط معنی داری نشان داد ($p=0/034$) (جدول ۲).

۶۵/۷ درصد از افراد خودکشی کننده از دارو، ۱۹/۶ درصد از سم، ۲/۵ درصد از روش حلقه آویز، ۷/۹ درصد خودسوزی، ۱/۲ درصد رگزنی و ۳ درصد نیز از سایر روشها از جمله اسلحه، سقوط از بلندی و جریان برق به عنوان وسیله خودکشی استفاده کرده بودند (جدول ۱).

جدول شماره ۲: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به

جدول شماره ۱: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به

ویژگی محل زندگی

محل زندگی	شهر	روستا	جمع
مرد	۱۱۱۰ %۷۸/۲	۳۱۰ %۲۱/۸	۱۴۲۰ %۱۰۰
زن	۱۸۷۸ %۷۳/۹	۶۴۴ %۲۶/۱	۲۵۴۲ %۱۰۰
جمع	۲۹۸۸ %۷۵/۴	۹۷۴ %۲۴/۶	۳۹۶۲ %۱۰۰

$$X^2 \quad df=1 \quad p=0/001$$

میزان رخداد خودکشی در زنان و مردان در شهر و روستا متفاوت بود ($p=0/003$). نسبت اقدام به خودکشی با توجه به وضعیت اشتغال در زنان بیشتر از مردان و اختلاف موجود با $p=0/001$ معنی دار بود (جدول ۳).

روش اقدام به خودکشی

روش اقدام	دارو	سم	حلق آویز	اسلحه سرد	خود سوزی	رگزنی	روشهای دیگر*	جمع
مرد	۹۲۳ %۳۳/۵	۲۵۶ %۹/۵	۷۰ %۱/۸	۱۱ %۰/۳	۶۸ %۱/۷	۳۵ %۰/۹	۵۲ %۱/۳	۱۴۱۵ %۳۶
زن	۱۶۶۰ %۴۲/۲	۵۱۸ %۱۳/۲	۲۶ %۰/۷	۲ %۰/۱	۲۴۲ %۶/۲	۱۴ %۰/۴	۵۷ %۱/۲	۲۵۱۹ %۶۴
جمع	۲۵۸۳ %۶۵/۷	۷۷۴ %۱۹/۷	۹۶ %۲/۴	۱۳ %۰/۳	۳۱۰ %۷/۹	۴۹ %۱/۲	۱۰۹ %۳/۴	۳۹۳۴ %۱۰۰

$$X^2 \quad df=1 \quad p=0/001$$

* روشهای دیگر شامل عدم مصرف داروی درمانی، برق، تصادف عمدی، اسلحه گرم و سقوط از بلندی است.

۱/۹ درصد افراد مبتلا به بیماریهای جسمی، ۹ درصد ابتلاء به بیماریهای روانی، ۸/۶ درصد شکست عشقی، ۴/۷ درصد عدم موفقیت در تحصیل، ۶/۴ درصد مشکلات مالی، ۳/۵ درصد عدم موفقیت شغلی و ۱/۵ درصد مشکلات با اطرافیان را به عنوان دلیل اقدام به خودکشی ذکر کرده و ۶۵/۴ درصد علتی را برای اقدام خود بیان نکردند.

۲۱/۴ درصد از افراد سابقه بستری شدن در بیمارستان را داشتند که سابقه ۸/۲ درصد از آنان مربوط به بیمارستانهای روانپزشکی بود. ۴۴/۱ درصد از افراد هدف از اقدام خود را مردن اعلام نمودند. افراد اقدام کننده به خودکشی ۵۷۰۰ روز در بیمارستان بستری شده و متوسط روزهای بستری برای آنان ۲ روز بود.

برای اقدامات درمانی افراد بستری در بیمارستان در مجموع ۹۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال هزینه شد. متوسط و انحراف معیار هزینه بیمارستانی در نمونه مورد مطالعه ۸۵۵۰۱۱ ± ۲۵۹۴۰۷ ریال بود.

سابقه اقدام قبلی به خودکشی ۶۲/۹ درصد در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و ۲۱/۶ درصد در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال بود، این میزان با افزایش گروه سنی به سرعت کاهش داشت.

در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال به میزان ۶۶/۳، ۴۵/۱، ۶۰/۱ و ۵۵/۶

جدول شماره ۳: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به

ویژگی اشتغال

شرایط اشتغال	شاغل	بیکار	بازنشسته	جمع
مرد	۵۶۸ %۶۵/۵	۲۹۲ %۳۳/۷	۷ %۰/۸	۸۶۷ %۱۰۰
زن	۶۵۳ %۵۲/۵	۵۷۹ %۴۶/۶	۱۱ %۰/۹	۱۲۴۳ %۱۰۰
جمع	۱۲۲۱ %۵۷/۹	۸۷۱ %۴۱/۳	۱۸ %۰/۹	۲۱۱۰ %۱۰۰

$$X^2 \quad df=2 \quad p=0/001$$

ارزیابی وضعیت اقدام به خودکشی در شهر و روستا با توجه به سطح سواد اقدام به خودکشی با توجه به وضعیت تاهل در زنان و مردان تفاوت داشته و این اختلاف با $p=0/001$ معنی دار بود. همچنین نسبت اقدام به خودکشی در ساکنان شهر و روستا با توجه

به وضعیت تاهل افراد متفاوت بود ($p=0/021$) (جدول ۴).

خودکشی با سم ۶۰ درصد، و خودسوزی با ۵۹ درصد بیشتر بوده، اختلاف نسبتها با $p=0/001$ معنی دار بود.

جدول شماره ۴: توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به ویژه گی

تاهل

وضعیت تاهل	جنس		جمع
	مرد	زن	
متاهل	۹۱۷ %۴۶	۱۰۷۸ %۵۴	۱۹۹۵ %۱۰۰
متاهل	۴۷۷ %۲۵/۷	۱۳۷۵ %۷۴/۳	۱۸۵۲ %۱۰۰
همسر فوت کرده	۱ %۴	۲۴ %۹۶	۲۵ %۱۰۰
جدا شده	۱۵ %۳۷/۶	۳۱ %۶۷/۴	۴۶ %۱۰۰
غیره	۲ %۲۰	۸ %۸۰	۱۰ %۱۰۰
جمع	۱۴۱۲ %۳۵/۹	۲۵۱۶ %۶۴/۱	۳۹۲۸ %۱۰۰

$$X^2 \quad df=2 \quad p=0/001$$

بحث و نتیجه گیری

نتیجه مطالعه نشان داد میزان اقدام به خودکشی در استان ۱۴۶ در یکصد هزار نفر بوده. مطالعات انجام شده توسط فاطمه موسوی و همکاران در جمعیت روستائی کرج میزان اقدام به خودکشی ۱۱/۲۸ و ساوجبلاغ ۱۸/۲۲ در یکصد هزار نفر بوده است (۱۲).

نتیجه مطالعه یاسمی و همکاران میزان اقدام به خودکشی را در استان کرمان ۳/۱ در یکصد هزار جمعیت اعلام نمود (۳).

سازمان بهداشت جهانی میزان اقدام به خودکشی را در سال ۱۹۹۸ براساس گزارش کشورها برای فدراسیون روسیه ۳۸، لیتوانی ۴۵، ژاپن ۲۵، استونی ۳۴، فنلاند ۲۵، اتریش ۲۰ در یکصد هزار نفر اعلام نمود (۱۱).

مطالعه انجام شده در چین رخداد خودکشی را ۲۲/۲ در یکصد هزار نفر گزارش نمود (۶).

براساس این مطالعه توزیع اقدام به خودکشی در گروههای مختلف سنی تفاوت داشته بیشترین مقدار در گروه سنی ۲۴-۱۵ ساله به میزان ۶۲/۱ درصد و کمترین به میزان ۱/۴ درصد در گروه سنی بیشتر از ۶۴ سال رخ داده بود. که در مطالعه حیدری و همکاران میزان اقدام به خودکشی ۳۷ درصد برای گروه سنی ۲۰-۱۶ سال (۱۳)، موسوی و همکاران ۱۷/۷ برای گروه سنی ۲۴-۲۰ سال (۱۲)، خلخالی و همکاران ۵۳/۷ درصد برای گروه سنی ۲۴-۱۸ سال بوده است (۹).

در مطالعه سازمان بهداشت جهانی میزان اقدام به خودکشی ۱۳ درصد برای گروه سنی ۲۴-۱۵ ساله و ۳۸ درصد برای گروه سنی بیشتر از ۶۴ سال می باشد (۱۱).

مطالعه گروهی و همکاران رخداد خودکشی را در کردستان ۱۱/۳ درصد برای گروه سنی ۲۰-۱۶ سال و ۸/۵ درصد برای گروه سنی ۲۵-۲۱ سال اعلام نمود (۲۲).

مطالعه انجام شده در چین رخداد خودکشی برای گروه سنی ۲۹-۲۰ ساله را ۲۴ و ۳۰-۴۴ ساله را ۲۲ درصد اعلام نموده است (۶).

ریتا آرون و همکاران در مطالعه اقدام به خودکشی در روستاهای هند میزان خودکشی را بین ۸/۱ تا ۵۸/۳ در یکصد هزار نفر جمعیت اعلام نمودند (۱۹).

پترویچ و همکاران در مطالعه خود بر روی ۴۵۳ مورد خودکشی

توزیع اقدام به خودکشی در زنان و مردان با توجه به روش اقدام متفاوت بوده زنان به نسبت بیشتری از دارو، سم، خودسوزی، سقوط از بلندی و تصادف عمدی برای خودکشی استفاده نموده و مردان از روشهای حلق آویز، اسلحه گرم، رگزنی و برق برای خودکشی استفاده کرده بودند ($p=0/001$) (جدول ۴).

نسبت سابقه ترک تحصیل در اقدام کنندگان به خودکشی در مردان بیشتر از زنان بوده و اختلاف فوق با $p=0/001$ معنی دار بود.

نسبت سابقه ترک تحصیل در اقدام کنندگان به خودکشی در روستائیان بیشتر از ساکنان شهر بوده و اختلاف موجود با $p=0/001$ معنی دار بود.

توزیع بی کاری در اقدام کنندگان شهری و روستائی به ترتیب ۷۵ درصد و ۷۸ درصد بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/81$).

در مناطق شهری برای اقدام به خودکشی نسبت بیشتری از دارو ۸۴ درصد، حلق آویزی ۶۰ درصد، اسلحه ۸۴ درصد و رگزنی ۸۵/۷ درصد استفاده شده بود و در مناطق روستائی نسبت اقدام به

ثابت شده، میزان ۶۵/۱ درصد خودکشی ها را در گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال گزارش نمودند (۱۴).

در مطالعه فوق میزان خودکشی به ترتیب ۳۵/۷ درصد برای مردان و ۶۳/۳ برای زنان اعلام گردید (۱۳). این رخداد در مطالعه حیدری و همکاران در همدان ۶۳/۴ درصد در مردان و ۳۶/۴ درصد برای زنان گزارش گردید. کیخاونی در مطالعه ایلام رخداد خودکشی را برای زنان ۶۳/۹ و در مردان ۳۶/۱ درصد اعلام نمود (۱۱).

ظهرالدین و همکاران در مطالعه بروی جامعه کودکان میزان اقدام به خودکشی را ۶۱/۷ درصد در پسران و ۳۸/۳ درصد گزارش نمودند (۱۰).

نتایج مطالعه انجام شده توسط خلخالی و همکاران نسبت جنسی افراد خودکشی کننده را ۶۷/۸ درصد برای زنان و ۳۲/۲ درصد برای مردان اعلام نمود (۹). این نتیجه در مطالعه یاسمی و همکاران ۶۹/۴ درصد برای مردان و ۳۰/۶ درصد برای زنان گزارش گردید (۳). خزائی و همکاران میزان اقدام به خودکشی را در زنان ۵۶/۵ و در مردان ۴۳/۵ درصد اعلام نمود (۵).

پترویچ و همکاران میزان رخداد خودکشی را در مردان ۴۲/۵ و در زنان ۵۸/۵ درصد اعلام نمودند (۱۴). براساس مطالعه سازمان بهداشت جهانی نسبت رخداد خودکشی در مردان بلاروس ۶۱/۱، اتریش ۶۱/۱، استونی ۵۶، فنلاند ۳۷/۹، در مجارستان ۵۱/۵ در یکصد هزار نفر و برای زنان در کشورهای فوق ۱۰، ۱۰، ۱۲، ۹/۶، ۱۵ در یکصد هزار نفر اعلام گردیده است (۱).

در این مطالعه ۶۵/۷ درصد از افراد خوردن دارو، ۱۹/۶ درصد مصرف سم، ۲/۵ درصد روش حلق آویز، ۷/۹ درصد خودسوزی، ۱/۲ درصد رگ زنی و ۳ درصد از سایر روشها مانند استفاده از اسلحه گرم، سقوط از بلندی برای اقدام به خودکشی استفاده کردند.

در مطالعه موسوی و همکاران ۳۵/۳۰ درصد به وسیله خودسوزی، ۲۳/۵ درصد داذدن، ۱۷/۶ درصد مصرف سم، ۵/۹ درصد دارو، ۵/۹ درصد اسلحه گرم، ۵/۹ درصد سقوط از بلندی و ۵/۹ درصد غرق شدن در آب را به عنوان روش اقدام به خودکشی انتخاب کرده بودند (۱۲).

ظهرالدین و همکاران در مطالعه خود در ۹۳/۴ درصد از افراد استفاده از دارو، ۳/۳ درصد مصرف سم و ۳/۳ درصد روش حلق آویز را به عنوان روشهای اقدام به خودکشی ذکر کردند (۱۰).

در مطالعه مرادی بروی اطلاعات پزشکی قانونی ۴۲/۵ درصد حلق آویزی، ۲۹/۴ درصد خودسوزی، ۱۳/۳ درصد مسمومیت با دارو و سم، ۹/۷ درصد صلاح گرم و بقیه سایر روشها را به عنوان وسیله اقدام به خودکشی استفاده کرده بودند (۲).

در مطالعه یاسمی و همکاران ۲۷/۱ درصد از سم، ۲۴/۲ درصد از دارو آویختن، ۲۱/۵ درصد خودسوزی، ۹/۷ درصد مصرف دارو، ۸/۷ درصد سلاح گرم، ۱/۶ درصد رگ زنی و ۱/۶ درصد سقوط از

در مطالعه فوق میزان خودکشی به ترتیب ۳۵/۷ درصد برای مردان و ۶۳/۳ برای زنان اعلام گردید (۱۳). این رخداد در مطالعه حیدری و همکاران در همدان ۶۳/۴ درصد در مردان و ۳۶/۴ درصد برای زنان گزارش گردید. کیخاونی در مطالعه ایلام رخداد خودکشی را برای زنان ۶۳/۹ و در مردان ۳۶/۱ درصد اعلام نمود (۱۱).

ظهرالدین و همکاران در مطالعه بروی جامعه کودکان میزان اقدام به خودکشی را ۶۱/۷ درصد در پسران و ۳۸/۳ درصد گزارش نمودند (۱۰).

نتایج مطالعه انجام شده توسط خلخالی و همکاران نسبت جنسی افراد خودکشی کننده را ۶۷/۸ درصد برای زنان و ۳۲/۲ درصد برای مردان اعلام نمود (۹). این نتیجه در مطالعه یاسمی و همکاران ۶۹/۴ درصد برای مردان و ۳۰/۶ درصد برای زنان گزارش گردید (۳). خزائی و همکاران میزان اقدام به خودکشی را در زنان ۵۶/۵ و در مردان ۴۳/۵ درصد اعلام نمود (۵).

پترویچ و همکاران میزان رخداد خودکشی را در مردان ۴۲/۵ و در زنان ۵۸/۵ درصد اعلام نمودند (۱۴). براساس مطالعه سازمان بهداشت جهانی نسبت رخداد خودکشی در مردان بلاروس ۶۱/۱، اتریش ۶۱/۱، استونی ۵۶، فنلاند ۳۷/۹، در مجارستان ۵۱/۵ در یکصد هزار نفر و برای زنان در کشورهای فوق ۱۰، ۱۰، ۱۲، ۹/۶، ۱۵ در یکصد هزار نفر اعلام گردیده است (۱).

در این مطالعه، دلایل اقدام به خودکشی در ۱/۹ درصد افراد، بیماری جسمی، ۹ درصد بیماری روانی، ۸/۶ درصد شکست عشقی، ۴/۷ درصد عدم موفقیت در تحصیل، ۶/۴ درصد مشکلات مالی، ۳/۵ درصد عدم موفقیت شغلی و ۱/۵ درصد مشکلات با اطرافیان برآورد گردید.

۶۵/۴ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی دلیلی برای اقدام اعلام نمودند.

در مطالعه حیدری و همکاران وجود مشکلات روحی ۲۰/۵ درصد، درگیری با همسر ۱۷/۴ درصد، درگیری با بستگان ۳۰/۹ درصد، از دست دادن فرد مورد علاقه ۳/۱ درصد، شکست تحصیلی ۸/۴ درصد و بیماری جسمی به مقدار ۱/۸ درصد از عوامل موثر اقدام به خودکشی اعلام گردید (۱۳).

کیخاونی و همکاران در مطالعه خود وجود ناراحتی روحی را با ۲۲/۶ درصد، مشکلات خانوادگی ۳۲/۸ درصد، بی کاری و مشکل

نمونه‌های منظور شده به عنوان مطالعه کمتر از واقعیت اعلام می‌گردد. توزیع جنسی و سنی در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه فرق نموده و همچنین عوامل موثر و روشهای مورد استفاده برای اقدام به خودکشی نیز تفاوت می‌نماید.

نتیجه‌گیری نهایی اینکه، می‌باید رخداد خودکشی را به عنوان یکی از مسایل مهم بهداشت عمومی استان محسوب نموده و جهت تحلیل عوامل موثر و طراحی برنامه‌ای مداخله به منظور کاستن از بار مشکل اقدام جدی، موثر و مستمر از سوی خانواده‌ها، برنامه ریزان توسعه همگانی و مسئولان و کارکنان خدماتی بهداشتی و درمانی انجام گیرد.

تقدیر و تشکر

گروه تحقیق صمیمانه‌ترین سپاس خود را به بهروزان، کاردانه‌ها، کارشناسان، پزشکان مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی، مراکز بهداشت شهرستان، پرستاران و پزشکان مراکز بیمارستانی و پزشکان و کارکنان مراکز پزشکی قانونی استان تقدیم می‌دارد.

References:

01. World Health Organization. Denied citizens. Mental Health and human rights. [serial online] 2005; [3 screen]. Available from URL: http://www5.who.int/mental_health/en/main.html
02. مرادی ا، خادمی ع: بررسی وضعیت خودکشیهای منجر به مرگ ایران و مقایسه آن با نرخهای جهانی. مجله پزشکی قانونی شماره 24 سال 1380 صص 21-16.
03. یاسمی م، صباحی ع ر، میرهاشمی م، سیفی ش، آذرکیوان پ، طاهری م. همه‌گیر شناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. مجله اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره 4، بهار سال 1381، صص 12-4.
04. Mishel RP, Gongjuan Y, Yamping Z, Lijun W, Huiyu Ji, Maigeng Z. Risk factors for suicide in china a national case control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360: 1728-36.
05. خزاعی ح، پرویزی فر ع: بررسی ویژگیهای جمعیت شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام کنندگان به

بلندی به عنوان روش اقدام استفاده کرده بودند(3).

شینن و همکاران در مطالعه‌ای در کشور کره، مسمومیت با دارو و سموم را رایجترین وسیله اقدام به خودکشی اعلام کردند. مطالعه انجام شده در هندوستان مسمومیت با دارو و سم را رایجترین وسیله اقدام به خودکشی اعلام نمود.

شوجی و همکاران مهمترین وسیله مورد استفاده در اقدام به خودکشی را در مطالعه خود استفاده از سموم ارگانوفسفره ذکر نمودند(16). در مطالعه لکتومه و همکاران، مصرف سم، سقوط از بلندی، اسلحه گرم، حلق آویزی، داروهای آرام بخش و تصادف عمدی جز روشهای مورد استفاده برای خودکشی اعلام گردید(17).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه و نیز منابع علمی بازبینی شده نشان می‌دهد اقدام به خودکشی یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی جوامع در تمام کشورها اعم از توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. حجم اصلی مشکل به دلیل کم گزارش دهی موارد اقدام به خودکشی از طریق سیستم بهداشتی و جامعه به دلایل متعدد از جمله مسائل فرهنگی اجتماعی، آماده نبودن سیستم ثبت و گزارش دهی مناسب و نیز

- خودکشی تبریز سال 1380. مجله بهبود سال هفتم، شماره سوم، پاییز 1382 صص 51-42.
06. Phillips MR, Lixy Z. Suicide rate in China 1995-99. *YP Lancet* 2002; 359: 835-40.
07. Adolescent and young adult mortality by cause, age, gender, and country 1955 to 1994 – Patrich Heuveline and Gail B. *Slap Journal of Adolescent Health* 2002; 30:29-34.
08. Joseph A, Abraham S, Muliyl JP, Gerge K, prasod J, Minis S, Abraham VJ, KS Jakob. Evaluation of suicide rates in rural India using verbal autopsies (1994-9). *BMJ* 2003; 326 (24): 1121-2.
09. خلخالی م، رهبر م، فردمسعود ر، جمادی آ: بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال دهم، شماره 40 و 39، پاییز و زمستان 1380 صص 96-106.

۱۰. ظهرالدین ع، ثقه الاسلام ط: بررسی خصوصیات فردی و روانی خودکشی کودکان مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم سال ۱۳۷۷-۱۳۸۸، فصل نامه پژوهنده شماره ۲۰ زمستان ۱۳۷۹ صص ۳۵۸-۳۵۳.
۱۱. کیخاونی س: بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام در سال ۱۳۷۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام سال هشتم، شماره ۲۸، پاییز ۱۳۷۹ صص ۷-۱۲.
۱۲. موسوی ف، شاه محمدی د، کفاشی ا: بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مناطق روستائی کرج. مجله اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۴ بهار سال ۱۳۷۹، صص ۴-۱۰.
۱۳. حیدری پهلویان ا: وضعیت روانی اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۲ و تابستان و پاییز ۱۳۷۶ صص ۱۹-۳۱.
14. Petrovic B, Hocić B. Suicide in elderly 60 years of age and over in south east part of Serbia, Basic. S Cent Eur J Public Health 2004; 12(1):21-5.
15. Do Shin S, Joon Suh G, Eui Rhee J, Joong S, Kim J. Epidemiologic characteristics of death by poisoning in 1991-2001 in Korea. J Korean Med Sci 2004; 19: 186-194.
16. Akiko A, Shunichi A, Ryoji S, Kazuhito Y, A. Scott V. Effects of urbanization, economic development, and migration of workers and suicide mortality in Japan. Social Sciences and Medicine 2004; 58: 1137-1148.
17. Leconte D, Fornes P, Forensic J. Suicide among youth and young adults, 15 through 24 years of age, a regard of 392 cases from Paris. Sci 1992; 43(5): 964-968.
18. Skogaman K, Alsen M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide: A follow up study of 1052 suicide attempters. Soc Psychiatry Epidemiology 2004; 39: 113-120.
19. Suicide in young people in rural southern India Rita Aran, et al. Lancet 363, 3, 2004: 1117-1118.
20. Shew Jj, wang JD, Wuyk. Determinants of Lethality from suicide pesticide poisoning in metropolitan Hsinchu. Vet Hum Toxicol 1998 Dec; 40(6): 332-336.
21. Reza A, Mercy J.A, Krug E. Epidemiology of violent deaths in the world. Injury Prevention 2001; 7:140-111.
22. Groohi B, Alaghbandan R, Rastgar Lari A. Analysis of 1089 burn patients in province of kordestan, Iran: Burns 28 (2002): 565-576.