

## بررسی همه گیرشناسی و علت شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور در سال ۱۳۸۲

غلامرضا محمدی<sup>۱</sup>، اقدس سعادت<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری نیشابور

### خلاصه

**مقدمه:** خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل می شود. آمار سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که سالانه یک میلیون نفر در سراسر جهان به علت خودکشی فوت و ۱۰ تا ۲۰ برابر نیز اقدام به خودکشی می کنند. سازمان بهداشتی کشور اعلام کرد: رتبه جهانی ایران در خودکشی ۵۸ بوده و نرخ خودکشی ۹ نفر در هر صد هزار نفر می باشد و ۱٪ کل مرگ میرها را شامل شده است.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بوده که با هدف مشخص نمودن میزان، علل و روش های اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، محل سکونت، شغل و غیره) در بین مراجعین بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور صورت گرفت. در فاصله زمانی ۶ ماه کلیه موارد اقدام به خودکشی در نیشابور که به بیمارستان ۲۲ بهمن مراجعه نمودند و نمونه پژوهش می باشند با استفاده از یک پرسش نامه مورد مصاحبه قرار گرفتند. سپس داده ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** پژوهش نشان داد که از ۲۰۷ مورد اقدام به خودکشی ۶۹٪ زن، ۶۲٪ شهری، ۵۴٪ متأهل بوده و بیشترین میزان خودکشی در محدوده سنی ۱۶-۲۵ سال (۶۶٪) می باشد. از نظر میزان تحصیلات ۵۲٪ در گروه ابتدائی و ۲۵٪ با تحصیلات دیپلم بودند. از نظر شغل بیشترین مورد، در زنان خانه دار ۳۱٪ و سپس در افراد بیکار ۲۵٪ بود. بیشترین روش خودکشی استفاده از دارو (۷۷٪) و بعد سموم (۱۳٪) بوده و بیشترین علت اقدام به خودکشی، اختلاف با همسر و خانواده همسر (۲۷٪) سپس هشدار به اطرافیان ۱۷٪ و کمترین علت شکست تحصیلی ۵٪ و آزار جسمی ۱٪ بوده است. همچنین بیشترین زمان حادثه ساعت ۱۲-۶ بعد از ظهر بوده است. آزمون های آماری نشان داد که بین متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، علت و روش خودکشی با اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری وجود دارد.

**بحث:** اقدام به خودکشی با استفاده از روش های مختلف از مسائل مهمی است که امروزه جامعه ما رادرگیر نموده است، لذا مسئولین بایستی تاکید و توجه بیشتری را به آن معطوف داشته و برنامه هایی رادر جهت شناسایی عوامل خطر ساز و راه های پیشگیری طرح و اجراء نمایند.

**واژه گان کلیدی:** خودکشی، علت شناسی، همه گیرشناسی، متغیرهای جمعیت شناختی

### مقدمه

خودکشی مرگی است که عمداً به دست خود شخص حاصل می شود. ادوین شنایدمن خودکشی را چنین تعریف می کند: عمل آگاهانه نبود سازی به دست خود

غلامرضا محمدی

کارشناس ارشد آموزش پرستاری،

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری نیشابور

آدرس: نیشابور، خیابان امام خمینی، امام خمینی ۲۷، دانشکده پرستاری نیشابور

تلفاکس: ۰۵۵۱-۳۳۳۹۱۲۲

پست الکترونیک: remohammady@yahoo.com

مرگ یا ازدست دادن دوستان و عزیزان ، اختلافات خانوادگی ، الکل ، مورد اذیت و آزار دیگران قرار گرفتن ، تجاوز جنسی ، سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی ، افسردگی ، فقدان ارتباط صحیح با دیگران ، یأس و ناامیدی ذکر شده است (۷). مطالعات نشان داده اند که ۹۸٪ از کل قربانیان خودکشی به طور بالینی بیمار بوده اند و ۹۴٪ اختلال روان پزشکی داشته اند (۱).

### اهمیت پژوهش

برطبق گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان خودکشی درجهان یک میلیون نفر در سال بوده و تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر آن می باشد (۸).

خودکشی دومین علت مرگ در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۵ سال در آمریکاست و بیشتر از ۳۰/۰۰۰ آمریکائی در سال اقدام به خودکشی می کنند که بیشتر آنها جوانان بوده ، به طوری که در هر ۴۵ دقیقه یک جوان در آمریکا اقدام به خودکشی می کند و در لس آنجلس نیز سالانه ۳۰۰ تا ۴۰۰ نوجوان خودکشی نموده که به ازای هر خودکشی ۵۰ تا ۱۰۰ اقدام به خودکشی گزارش شده است (۹). در انگلستان با وجود اینکه آمار خودکشی اخیرا کاهش یافته ، اما همچنان میزان آنان در جوانان بالا است (۱۰).

میانگین نرخ خودکشی رادرجهان ۱۴/۵ در صد هزار نفر برآورد کرده اند. لیتوانی با ۴۶ درصد هزار نفر ، روسیه ۴۱ درصد هزار و کشورهای استقلال یافته شوروی سابق ، سریلانکا ، مجارستان رتبه های اول و آذربایجان ، کویت و ارمنستان نرخ کمی را درآمار خودکشی جهان به خود اختصاص داده اند (۸).

کشورهای اسکانديناوی ، آلمان ، اروپای شرقی تا استرالیا و ژاپن موسوم به کمربند خودکشی نیز ۲۵ درصد هزار نفر در سال واسپانیا ، ایتالیا ، ایرلند ، هلند مصر به عنوان یک کشور آفریقایی مسلمان ۱۰ درصد هزار نفر خود کشی را به خود اختصاص می دهند (۱۱).

که در بهترین مفهوم آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی می توان دانست که برای مسئله تعیین شده او ، این عمل بهترین راه حل تصور می شود. خودکشی یک عمل اتفاقی و بی معنی نیست. برعکس راهی برای رهایی از یک مسئله یا بحران است که بدون استثناء شدیداً شخص را رنج می دهد (۱).

خودکشی را از نظر شدت می توان به صورت یک پیوستار در نظر گرفت که از رفتارهای بی خطر و قابل پیشگیری شروع و به رفتارهای شدید و غیر قابل پیشگیری ختم می شود. در یک طرف این پیوستار افکار خودکشی بدون اقدام به خودکشی مشاهده می شود ، مانند افرادی که نقشه هایی برای خودکشی دارند اما هیچگونه اقدامی برای کشتن خود ندارند. در طرف دیگر این پیوستار افرادی هستند که اقدام جلدی برای کشتن خود انجام داده اند (۲).

اما خودکشی چیست؟ آیا به غیر از مردن چیز دیگری است؟ فکر مردن چیزی است که کم و بیش از فکر ما خطور می کند و گاهی ممکن است در لابلای این افکار ، افکار خود تخریبی به ذهن شخص بیاید (۳).

طبق گزارش انجمن بین المللی سلامت روان ، بیش از ۶۰۰۰ بزرگسال در هر سال خودکشی می نمایند. به طور میانگین هر ۹۰ دقیقه یک شخص بزرگسال تصمیم به خودکشی می گیرد و روزانه بیش از ۱۰۰۰ نفر خودکشی می کنند (۴). اگر چه زنان بیشتر اقدام به خودکشی می نمایند ، اما اکثر آنها خودکشی ناموفق دارند که منجر به بستری شدن در بیمارستان می شود. در حالی که میزان خودکشی موفق (انجام شده) و منجر به مرگ در مردان بیشتر است (۵).

برخی تئوری های روان شناسی فرآیندهای روان پویایی را به عنوان عامل تعیین کننده در خودکشی می دانند (۶). مهمترین عوامل خطر در خودکشی نوجوانان ، سابقه قبلی اقدام به خودکشی ، اختلالات شخصیتی ،

میزان خودکشی در سالمندان نیز افزایش یافته و هم اکنون میزان خودکشی سالمندان در سطح بین المللی ۱۱/۷ و در امریکا ۱۶ نفر در هر صد هزار نفر تخمین زده می شود (۱۲). حدود ۲۶ تا ۳۲٪ سالمندانی که خودکشی کرده اند، قبلاً نیز تلاشی برای خودکشی داشته اند (۹).

پدیده خودکشی یک ناهنجاری اجتماعی است که در ایران نیز شیوع دارد (۱۳). کارشناسان سازمان بهزیستی کشور، رتبه جهانی ایران را در خودکشی ۵۸ اعلام نموده اند، و همچنین بر اساس گزارشات آماری شایع ترین روش های اقدام به خودکشی در ایران به ترتیب: ۴۲/۵ درصد از طریق حلق آویز کردن، ۳۰ درصد از طریق خودسوزی و ۱۳/۵ درصد مسمومیت با مصرف قرص و سموم بوده است.

آمارهای بین المللی نیز نشان می دهد میزان خودکشی در ایران ۹ درصد هزار نفر بوده است. که در این میان ۶۵٪ مردان و ۳۵٪ از زنان خودکشی موفق داشته اند و ۱٪ کل مرگ و میرها را شامل شده است.

در استانهای ایلام، بوشهر، خوزستان، کهگیلویه و بویر احمد، فارس و کرمان نرخ خودکشی زنان بالاتر از مردان است، پایین ترین میزان خودکشی در ایلام و کرمانشاه بوده است (۸).

در تهران نیز تعداد موارد خودکشی ثبت شده در آن نسبت به سایر استانها بیشتر است به طوری که آمارها نشان می دهد میل به خودکشی در تهران روزانه ۲۰ نفر است که حدود ۸ مورد از آنها منجر به فوت می گردد (۸).

با توجه به اهمیت موضوع به عنوان یک مشکل سلامتی به خصوص در بزرگسالان، لازم است که پرستاران بهداشت جامعه نقش فعالی در پیش گیری اولیه و ثانویه ایفا نمایند که از طریق شناخت و بررسی عوامل و فاکتورهای خطرزا میسر می گردد (۱۴).

در تأیید این مسئله مقدم نیا می نویسد: از آنجا که یافته های همه گیر شناسی نشان می دهند که خودکشی دارای علل و عوامل خطرزای چند گانه و پیوسته ای می باشند که اغلب همزمان اتفاق می افتد، نظیر اختلالات روانی، اختلالات شخصیتی، اختلافات خانوادگی و غیره، بهترین مدل برای پیشگیری از خودکشی مستلزم یک رویکرد بلند مدت می باشد که در آن عوامل خطرزا شناسایی شده و پیشگیری شود (۱۵).

### روش پژوهش

در راستای اهداف طرح پژوهشی، مشخص کردن میزان (موارد)، علت و روش های اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی در بین مراجعین به اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور بعد از تهیه و تدوین پرسش نامه ای شامل ۱۵ سؤال و تعیین و تایید روایی و پایایی آن، مصاحبه با افراد مراجعه کننده به مرکز اورژانس به علت اقدام به خودکشی و یا همراهیان آنها در شیفت های مختلف توسط مجریان طرح و پرسنل آموزش دیده در این خصوص، صورت گرفت و اطلاعات جمع آوری گردید.

جهت تعیین روایی یا اعتبار<sup>۱</sup> پرسش نامه از روش اعتبار محتوی استفاده شد. پس از مطالعه کتب و نشریات در این زمینه، پرسش نامه ای تهیه گردید. سپس نظرخواهی و تایید از سوی چند تن از اساتید و اعضاء هیأت علمی دانشکده های پرستاری انجام شد. همچنین جهت تعیین اعتماد علمی یا پایایی<sup>۲</sup> ابزار گردآوری داده ها از آزمون مقدماتی و روش آزمایش مجدد استفاده شد. به طوری که آزمون های آماری با ضریب بالای ۸۵٪ اعتبار و اعتماد علمی آن را تایید نمودند.

کلید مراجعین به اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور جامعه پژوهش را شامل می شد. و از میان آنها

1. Validity

2. Reliability

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی نمونه های پژوهش بر حسب برخی از متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	توضیحات	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۶۴	۳۰/۹٪
	مونث	۱۴۳	۶۹/۱٪
محل سکونت	شهر	۱۳۰	۶۳/۸٪
	روستا	۷۷	۳۷/۲٪
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۳	۱۵/۵٪
	ابتدائی	۱۰۸	۵۲/۱٪
	دیپلم	۵۳	۲۵/۶٪
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۴	۶/۸٪
سطح درآمد خانواده	ضعیف	۱۶۱	۷۷/۸٪
	متوسط	۳۹	۱۸/۸٪
	مطلوب	۷	۳/۴٪
وضعیت تاهل	مجرد	۸۸	۴۲/۵٪
	متاهل	۱۱۳	۵۴/۶٪
	بیوه و یا مطلقه	۶	۲/۹٪
سن (سال)	۰-۱۵	۱۶	۷/۷٪
	۱۶-۲۵	۱۳۷	۶۶/۲٪
	۲۶-۳۵	۳۸	۱۸/۴٪
	۳۶-۴۵	۱۰	۴/۸٪
	۴۶-۵۵	۴	۱/۹٪
	۵۵ به بالا	۲	۱٪
زمان حادثه در طی ۲۴ ساعت شبانه روز	۰-۶	۲۵	۱۲/۱٪
	۷-۱۲	۳۹	۱۸/۸٪
	۱۳-۱۸	۸۷	۴۲٪
	۱۹-۲۴	۵۶	۲۷/۱٪

در مورد روش اقدام به خودکشی، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که در اکثریت موارد (۷۷/۸٪) واحدهای مورد پژوهش با استفاده از قرص اقدام به خودکشی نموده بودند. در حالی که کمترین روش اقدام به خودکشی (۱٪) استفاده از اسلحه و دار زدن بود که از نظر آماری نیز معنی دار بود ( $p < 0/05$ ) (نمودار شماره ۱).

موارد اقدام به خودکشی، واحد های پژوهش را تشکیل می دادند. طول مدت جمع آوری اطلاعات مدت زمان ۶ ماه تمام بود.

بعد از گردآوری داده ها در فاصله زمانی مورد نظر تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و آزمون های آماری مجذور کای تحلیل واریانس و نرم افزار SPSS، تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت.

### نتایج

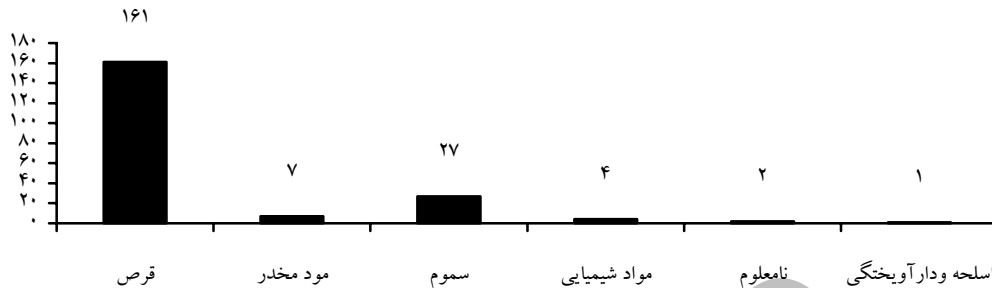
نتایج استخراج شده از این تحقیق به شرح زیر بود: در طی مدت ۶ ماه جمع آوری اطلاعات، تعداد ۲۰۷ بیمار به دنبال اقدام به خودکشی در بخش اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور پذیرش شده بودند.

از این تعداد ۱۴۳ نفر (۶۹/۱٪) را زنان و ۶۴ نفر (۳۰/۹٪) دیگر را مردان، تشکیل می دادند که از نظر آماری ارتباط معنی داری بین جنس و اقدام به خودکشی در این پژوهش مشاهده شد ( $p < 0/0001$ ).

نتایج پژوهش همچنین بیانگر آن بود که: محل سکونت اکثریت واحدهای مورد پژوهش شهر بود (۶۲/۸٪)، در حالی که ۳۷/۲٪ واحدهای مورد پژوهش ساکن روستا بودند. از نظر آماری ارتباط معنی داری بین محل سکونت و اقدام به خودکشی وجود نداشت.

از نظر سن یافته های پژوهش نشان داد که: اکثریت واحدهای پژوهش ۶۶/۲٪ در محدوده سنی ۱۶-۲۵ سال قرار داشته، در حالیکه کمترین میزان اقدام به خودکشی (۱٪) در گروه سنی بالای ۵۵ سال قرار داشت. از نظر آماری نیز بین سن و اقدام به خودکشی ارتباط معنی دار نبود ( $p < 0/0001$ ). از نظر درآمد، اکثریت واحدهای پژوهش (۷۷/۸٪) در خانواده های با سطح درآمد کم زندگی می کنند. اطلاعات همه گیر شناسی افراد در جدول ۱ آمده است.

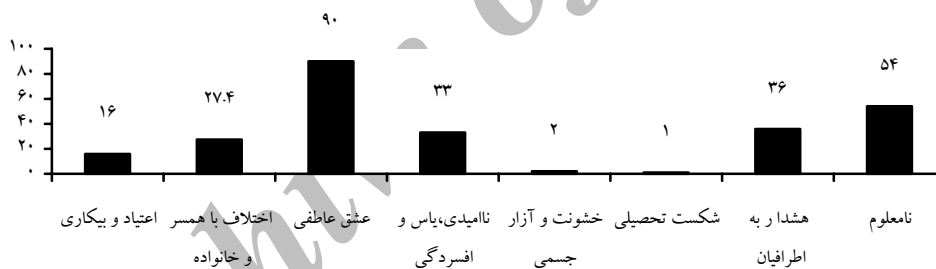
نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب روش اقدام به خودکشی



علت مشخصی را برای اقدام به خودکشی ذکر ننموده بودند. در حالیکه کمترین (۰/۰۵٪) علت اقدام به خودکشی، شکست تحصیلی بیان شده بود که از نظر آماری نیز معنی دار بود ( $p < 0/05$ ) (نمودار شماره ۲).

از نظر علت اقدام به خودکشی یافته های پژوهش نشان داد که: اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۲۷/۱٪) علت اقدام به خودکشی را اختلاف با همسر و خانواده همسر بیان نموده بودند و همچنین ۲۶/۱٪ دیگر افراد نیز

نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب علت اقدام به خودکشی



۶۹/۵ درصد موارد مسمومیت های ناشی از اقدام به خودکشی در بین زنان بوده است (۱۶). پژوهش های متعدد دیگر در اروپا نیز نشان داده اند که اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است آندرسون واسمیت (۲۰۰۳) اعلام کردند که در جامعه آمریکائی اقدام به خودکشی در زنان سه برابر مردان است ، اما مرگ در اثر اقدام به خودکشی در مردان ۴ برابر زنان است (۱۷).

۹۰/۳٪ واحدهای پژوهش اولین بار بود که اقدام به خودکشی نموده بودند و اکثریت واحدهای پژوهش ۷۳/۴٪ به صورت سرپائی تحت درمان قرار گرفته و مرخص شده بودند.

### بحث

نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان داد که اکثریت (۶۹/۱٪) موارد اقدام به خودکشی در مراجعین اورژانس ۲۲ بهمن نیشابور را زنان شامل می شدند که از نظر آماری نیز ارتباط معنی دار بین جنس و اقدام به خودکشی وجود داشت ( $p < 0/0001$ ). این یافته با نتیجه ای که در بررسی دیگر در نیشابور انجام شده همخوانی دارد، در آن تحقیق نیز مشاهده شده بود که

یافته های پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در بین افراد ساکن شهر بوده است این نتایج با نتایج تحقیقات مشابه دیگر در ایران همخوانی دارد. عبداللهیان و دیگران در تحقیق خود

خانوادگی و اقتصادی باشد. همچنین احتمال دخیل بودن عواملی مانند یأس و ناامیدی، اختلال در عزت نفس، سرخوردگی، عدم درک و یا رفتار مناسب از سوی والدین و اطرافیان و بیکاری و بسیاری موارد دیگر همه می توانند منشأ تنش های روحی روانی در بین جوانان باشد که در نهایت یکی از پیامدهای آن سر خوردگی و اقدام به خودکشی است.

در ارتباط با وضعیت تأهل نتایج نشان داد که اکثریت اقدام کنندگان به خودکشی متأهل بوده که بیشترین آنان را نیز زنان تشکیل می دادند. این یافته ها با نتایج تحقیق فرهادی تحت عنوان بررسی متغیرهای جامعه شناختی و روان شناختی مؤثر بر خودکشی در استان لرستان نیز که ۶۰٪ موارد خودکشی را در بین افراد متأهل نشان می دهد، همخوانی دارد (۳). نتایج تحقیقات تنومند و اوجاق در مراغه نشان داد، ۶۳٪ موارد اقدام به خودکشی را زنان تشکیل می دهد (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی دارای تحصیلاتی در سطح ابتدایی بودند، در حالی که تنها ۶/۸٪ آنها از سطح تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر برخوردار بودند. این یافته می تواند بیانگر این مسئله باشد که افراد با تحصیلات بالا بهتر می توانند از شیوه های تطابقی و حل مشکل بهره جسته و قادر به گذراندن بحران ها با موفقیت بیشتر می باشند.

یکی از عوامل اجتماعی که بر عملکرد روان پزشکی افراد تأثیر گذار می باشد، شغل است که احساس سر بار بودن را در فرد از بین می برد. یافته های پژوهش نشان داد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی به ترتیب در بین زنان خانه دار و افراد بیکار بود. در مقابل کمترین میزان در افراد کارمند مشاهده شد. در گروه زنان، افراد خانه دار در راس گروه های شغلی قرار دارند و در مقابل

مشاهده نمودند که ۵۷٪ قربانیان ناشی از اقدام به خودکشی در بین افراد شهری بوده است (۱۸).

همچنین یوسفی و دیگران نیز در تحقیق خود مشاهده نمودند که اکثریت (۷۲/۸٪) واحدهای پژوهشی ساکن شهر بوده اند (۱۹).

نتیجه حاضر با توجه به مشکلات اجتماعی، عدم روابط صمیمانه اجتماعی، مشکلات اقتصادی زندگی ماشینی و استرس موجود در فضای پرهیاهوی زندگی شهر نشینی می تواند قابل توجه باشد.

بررسی محدوده سنی در اقدام کنندگان به خودکشی در مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور نشان داد که اکثریت افراد در محدوده سنی ۱۶-۲۵ سال قرار داشتند. که این نتایج با آنچه گلچین و مقدم نیا در پژوهش خود به دست آوردند همخوانی دارد (۱۵ و ۲۰). در پژوهش گلچین اکثریت (۸۲/۸٪) واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال قرار داشتند.

در آمریکا دومین علت مرگ و میر بین نوجوانان خودکشی می باشد، و تقریباً هر روز یک نوجوان اقدام به خودکشی می کند. به طور کلی ۶۴ درصد از قربانیان خودکشی را در گروه سنی ۱۰-۲۴ ساله ذکر کرده اند (۹). تحقیق لطفی (۱۳۸۲) نیز نشان داد که در گروه سنی ۱۵-۲۵ سال با ۵۵/۱ درصد بیشترین آمار خودسوزی وجود دارد (۲۱).

در تحقیق تنومند و اوجاق (۱۳۷۹) بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۶-۲۰ سال قرار داشت (۲۲). در بین مهاجرین آمریکائی، ملیت های هندی و آلاسکائی در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال، بیشترین میزان خودکشی را داشته اند (۱۷).

بالا بودن میزان خودکشی در جوانان معضلی است که مسئولین باید آن را ریشه یابی نمایند این مشکل می تواند ناشی از ناهنجاری های اجتماعی، فرهنگی،

گلچین نیز نتایج نشان داد، ۷۹/۲ درصد افراد با استفاده از قرص اقدام به خودکشی کرده اند (۲۰).

رفتارهای غلط همسران وعدم درک متقابل آنها از یکدیگر وهمچنین دخالت خانواده ها زمینه ساز اختلاف بین زن وشوهر هاست.در پژوهش حاضر یافته ها نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش علت اقدام به خودکشی را اختلاف با همسر و خانواده همسر بیان نموده بودند.

با توجه به اینکه از نظر جنس اکثر اقدام کنندگان به خودکشی زنان بودند این موضوع می تواند بیانگر این باشد که زنان در خانواده ها بیشتر تحت فشار واسترس قرار دارند.تحقیق گلچین نیز نشان داد که ۴۶/۸ درصد علت خودکشی را اختلافات خانوادگی ذکر کرده اند (۲۰). همانطور که لطفی وآقازاده نیز در تحقیق خود نشان دادند، مهمترین علت خودسوزی زنان در شهرستان تبریز در ۶۸ درصد موارد نزاع خانوادگی و ۴۱/۳ درصد موارد مشکلات مالی بوده است (۲۱).

نتایج تحقیقات مکلور (۲۰۰۴) در انگلستان نیز نشان می دهد که افزایش استرس های روانی مهمترین علت خودکشی در گروه سنی ۱۹-۱۵ سال بوده است (۱۰). پاتل نیز در مطالعه خود بر روی جمعیت مهاجرین آمریکا مهمترین علت خودکشی در زنان هندی مهاجر به آمریکا را اختلافات خانوادگی، بیماری های روانی، افسردگی واضطراب مطرح کرده است (۲۵).

همچنین تحقیق دیوید برنت (۱۹۹۹) نیز نشان داد، اختلافات روانی، اختلافات خانوادگی، تاریخچه ای از آزار واذیت، دسترسی به سلاح گرم (اسلحه) وسابقه اقدام به خودکشی در گذشته، مهمترین عوامل خطر در اقدام به خودکشی در بین جامعه آمریکائی است. به طوری که در مردان ۵۹/۱ درصد سابقه مثبت خانوادگی، ۶۹/۲ درصد

زنان شاغل حداقل موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده بودند. که این مسئله می تواند ناشی از وابستگی بیشتر به خانواده باشد (۹).

لطفی (۱۳۸۲) نیز در تحقیق خود نتیجه گرفت که از زنانی که خود سوزی کرده بودند ۴۸/۱ درصد بی سواد و کم سواد و ۷۹ درصد خانه دار بودند (۲۱).

در تحقیق فرهادی (۱۳۷۹) نیز بیشترین فراوانی در گروه زیر دیپلم با ۶۸/۵ درصد و از نظر شغل بیشترین فراوانی مربوط به گروه خانه دار با ۶۳ درصد بوده است (۳).

یافته های پژوهش همچنین بیانگر این مسئله می باشد که اقدام به خودکشی در بین اشخاصی که پدر ۴۱/۵٪ و یا مادر ۶۰/۹٪ آنها بیسواد هستند به طور معنی داری از نظر آماری بیشتر است. در مقابل در خانواده هایی که سطح تحصیلات والدین در حد تحصیلات دانشگاهی می باشد، به مراتب میزان اقدام به خودکشی کاهش می یابد.

مطالعات نشان می دهد افرادی که قصد خودکشی دارند، از راحت ترین وسیله ای که در دسترس داشته باشند، استفاده می نمایند. یافته ها نشان داد که در اکثریت موارد اقدام به خودکشی روش مورد استفاده قرص (خوراکی) بوده است، که این می تواند به علت دسترسی آسان دارو در محیط خانواده و بی توجهی خانواده در نگه داری آن در منزل باشد.

طبق تحقیق رایبیز (۲۰۰۴) روش های خودکشی در مردان وزنان متفاوت می باشد، مردان بیشتر از اسلحه وسلاح گرم استفاده کرده وزنان از قرص استفاده می کنند (۲۳). گله دار (۱۳۷۹) نیز در پژوهش خود پی برد که از ۱۲۲ نفر اقدام کننده به خودکشی در خرم آباد ۳۰/۱ درصد قرص و سم را استفاده کرده اند (۲۴). و در تحقیق

خودکشی از رفتارهای ناهنجار جوامع امروزی است که متأسفانه توجه مسئولان و برنامه ریزان به آن و علل دخالت کننده در ایجاد آن، کمتری باشد. اصولاً اقدامات در این مورد باید با هدف پیشگیری انجام شود. در این راستا نیازهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی گروه های مختلف اجتماع باید بررسی شده و عوامل زمینه ساز آن حذف گردد. مراکز مشاوره و راهنمایی تأسیس گردد و هشدارهای لازم در مورد داروها، تجویز نامناسب و انبار نمودن در منزل ارائه گردد. و در نهایت تلاش همه جانبه ای برای ارتقاء و ایجاد ثبات فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه در برنامه ریزی های دستگاه های مختلف به کار رود.

وجود سلاح گرم در منزل و در زنان ۶۴/۵ درصد اختلافات خانوادگی و ۵۹ درصد سلاح دستی و سابقه اقدام به خودکشی را ذکر کرده است (۱۲). پژوهش قیداری (۱۳۷۹) نیز نشان داد که ناراحتی روانی، مشاجرات خانوادگی و مشاجره با همسر مهمترین عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی در شهرستان زنجان بوده است (۲۶). خوشبختانه در اکثر موارد ۷۳/۴٪ اقدامات درمانی مؤثر بوده و قربانیان اقدام به خودکشی به صورت سر پاییی تحت درمان قرار گرفته و مرخص شده بودند و تنها در ۳ مورد (۱/۴٪) منجر به فوت شده بود. همچنین اکثریت موارد ۹۰/۳٪ برای اولین بار دست به خودکشی زده بودند. نتایج تحقیق گلچین نشان داد که ۶/۱٪ نمونه های بستری فوت نمودند (۲۰). نتیجه گیری اقدام به

#### منابع

\*\*\*\*\*

- ۱- آندریویان، و: بررسی فراوانی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با عوامل خطرزای عمده در بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان گلستان سال ۱۳۷۸. خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری حوادث دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، مهر ۱۳۷۹، ص ۲.
- ۲- اسفندیاری، غ: عوامل خطرزای خودکشی، مروری بر مطالعات گذشته. فصلنامه دانشکده پرستاری مامائی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تابستان ۱۳۸۰، سال دوازدهم و شماره سی و هفتم، ص ۲۴ تا ۲۹.
- ۳- فرهادی، ع: بررسی متغیرهای جامعه شناختی و روان شناختی مؤثر بر خودکشی در استان لرستان. خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری حوادث دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی لرستان، مهر ۱۳۷۹، ص ۶۱.

- 4- Lancaster Stunhope L.: Community & public health nursing, 2001: 8-10.
5. Lyon D.: Using an Interview Guide to Assess Suicidal Identification. nurse practitioner, 2002, 22(8):26-29.
6. Suicide among youth. CDC, Entertainment Education Resources, <http://2004.www.cdc.gov/ncipc>.
7. Suicide is forever, cool nurse, <http://www.womensforum.com>. 2002.
8. Hadeseh (persian). آمار خودکشی در ایران رده ۵۸ در جهان. <http://www.hadeseh.com>. Aug, 2, 2004.
9. Suicide And Americas: <http://www.YouthTeenageSuicide.com>. november 2004.
10. McClure G.: Suicide in children and adolescents in England And wales, The British Journal of Psychiatry, 2001, (178):467-474.

۱۱ - احمدی: گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پاییز ۱۳۷۹، سال دهم، شماره ۲۷، ص: ۱۲-۸.



12. Bernet D.: Age and Sex Related Risk factors for Adolescents Suicide, Journal of the American Academy, dec, 2000: 46-47.

۱۳ - تراژدی دردناک مرگ. مجله درد، سال دوم شماره هشتم، آبان ۱۳۸۰، ص ۲۴.

14. Clemn S.: Figest comprehensive community health nursing ,2002:345

۱۵-مقدم نیا، ع: مطالعه مسمومیت های ناشی از اقدام به خودکشی در منطقه غرب استان مازندران. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۷۸، سال نهم، شماره ۲۳-۲۲.

۱۶- محمدی، غ و سعادت، ا: بررسی میزان مسمومیت های ناشی از اقدام به خودکشی در مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور. مجله دانش پرستاری، سال ۱۳۸۲، شماره ۳۱-۳۰، ص ۴۳-۵۰.

17. Anderson R.: Death: Suicide Fact Sheet, <http://www.CDC.gov/nc/pc/wisc/ars/htm>, June, 2004.

۱۸- عبداللهیان، آ و همکاران: بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی منجر به فوت در شهر مشهد (ساکنین و ارجاع شدگان). مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، پائیز ۱۳۷۸، شماره ۶۵، سال چهل و دوم، ص ۴۰-۳۴.

۱۹- یوسفی، ه: تعیین عوامل موثر احتمالی اقدام به خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان شهید محمدی بندر عباس مجله پزشکی هرمزگان. تابستان ۱۳۸۱، سال ششم، شماره دوم.

۲۰- گلچین، م: بررسی شیوع و علل خودکشی در مراجعه کنندگان به اورژانس بیمارستان بوعلی سینا قزوین در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۱. خلاصه مقالات همایش سراسری اورژانس های داخلی، خرم آباد، اردیبهشت ۱۳۸۲ ص ۸۷.

۲۱- لطفی، م: خودسوزی تهدیدی برای سلامت زنان، بررسی شیوع و علل خودسوزی زنان بستری در بخش سوختگی. خلاصه مقالات سراسری ارتقاء سلامت زنان، مشهد، سال ۱۳۸۳، ص: ۱۲۷.

۲۲- تنومند، ا: بررسی ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی در شهرستان مراغه. خلاصه مقالات اولین سمینار سراسری حوادث خرم آباد، سال ۱۳۷۹، ص ۴۵.

23. Robbins M.: The Desperation point: Suicide of Teens a Young Adults, <http://www.Suite.101.com>, November, 6, 2004.

۲۴- گله دار، ن: بررسی میزان مسمومین مراجعه کننده به اورژانس داخلی بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد. خلاصه مقالات همایش سراسری اورژانس های داخلی دانشکده پرستاری مامانی خرم آباد، سال ۱۳۸۲ ص ۸۹.

25. Patel SJPG.: Suicide Among immigrants from the indian subcontinent, psychiatric services, 2004, may, 44(5): 517-521.

۲۶- شیری قیداری، پ: بررسی عوامل مؤثر بر اقدام به خودکشی در مراجعین به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان. همایش سراسری اورژانس های داخلی خرم آباد، سال ۱۳۷۹، ص ۲۴.