

بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در استان چهارمحال و بختیاری در طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۱

محمود مباشری*^۱، رضا ایمانی^۲، معصومه علیدوستی^۳، ناصر خسروی^۴

۱. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲. گروه عفونی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۳. دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بهبهان، بهبهان، ایران

۴. مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

* عهده دار مکاتبات : شهرکرد، دانشگاه علوم پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری

Email : mobasheri@skums.ac.ir

چکیده

مقدمه: اقدام به خودکشی، مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی است. به دلیل لزوم داشتن اطلاعات دقیق به منظور پیشگیری از آن، به بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در استان چهارمحال و بختیاری در یک دوره ۱۰ ساله پرداختیم.

روش ها: در این مطالعه ی توصیفی- تحلیلی از نوع بررسی داده های موجود، تمام پرونده های اقدام به خودکشی در استان چهار محال و بختیاری از سال ۱۳۸۲ تا پایان ۱۳۹۱ بررسی شد. چک لیست با ۱۳ آیتم (سن، جنس، تحصیلات، تأهل، محل سکونت، بیماری روانی، بیماری جسمی، منبع گزارش، روش، سال، فصل، سابقه و نتیجه خودکشی) تکمیل و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آزمون های آماری کای دو و تی مستقل تجزیه تحلیل شد.

یافته: در دوره ۱۰ ساله در این استان، ۳۲۰۶ مورد اقدام به خودکشی گزارش شده بود که درصد کمتری (۸/۷٪) خودکشی موفق (منجر به مرگ) بود. میانگین سن اقدام به خودکشی $25/25 \pm 9/65$ سال بود. توزیع فراوانی اقدام به خودکشی در زنان، جوانان، تحصیلات متوسطه و در مناطق شهری بیشتر بود. درصد بیشتری (۷۸/۹٪) از افراد با مصرف دارو و درصد کمتری با تزریق هوا (۰/۱٪) اقدام به خودکشی کرده بودند. بیشترین میزان خودکشی موفق در روش اسلحه (۹۳/۳٪) و کمترین میزان (۰/۰٪) در روش خودزنی و تزریق هوا بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که توزیع خودکشی برحسب اطلاعات دموگرافیک متفاوت است. همچنین شایع بودن خودکشی با دارو که سبب خودکشی ناموفق می شود شاید به دلیل جلب توجه دیگران باشد و این مطلب لزوم افزایش ارتباطات عاطفی با این افراد را می رساند.

کلید واژه ها: اپیدمیولوژی، اقدام به خودکشی، خودکشی موفق، چهارمحال و بختیاری

مقدمه:

در تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عملی است که در آن شخص بدون مداخله دیگران رفتاری غیر عادی مثل خود آسیب زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می دهد (۱). این عمل در اجلاس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی اعلام شد که علاوه بر زیان های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می شود (۲). پدیده خودکشی را می توان در طول پیوستاری از فکر کردن به خودکشی تا اقدام عملی برای ارتکاب آن در نظر گرفت (۳).

این پدیده یکی از پیچیده ترین جنبه های زندگی انسان می باشد که تمامی ابعاد و زوایای آن به درستی شناخته نشده است (۴). برای این اقدام یک سری ریسک فاکتورهایی مطرح است که شامل اختلالات روانپزشکی، عوامل اجتماعی، عوامل روانشناختی، عوامل بیولوژیک و بیماری های جسمی می باشد. سن، جنسیت، وضعیت تاهل و شغل از عوامل اجتماعی مهم و موثر در خودکشی هستند. بطوری که گفته می شود میزان خودکشی در بین افراد مجرد ۲ برابر افراد متأهل و در بین افراد مطلقه یا بیوه ۴ تا ۵ برابر بیشتر است (۶و۵). و در برخی کشورها هشتمین علت مرگ در افراد بزرگسال می باشد و حتی در برخی موارد مرگ و میر ناشی از آن بیشتر از تصادفات گزارش شده است (۷) و حدود ۹٪ از تمام مرگ ها ناشی از خودکشی می باشد و بطور تخمینی حدود هزار خودکشی در روز در تمام دنیا اتفاق می افتد (۸). در همین رابطه سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است در هر سال بیش از یک میلیون نفر از افرادی که اقدام به خودکشی می کنند می میرند و این بدان معناست که به طور متوسط در هر دقیقه ۱/۴ نفر در جهان بر اثر خودکشی از دنیا می روند (۹).

بر اساس آمارهای گزارش شده جهانی، بالاترین میزان خودکشی مربوط به کشورهای مجارستان، سریلانکا و فنلاند به ترتیب با ۳۸/۶، ۳۵/۸ و ۲۵/۸ مورد در هزار نفر جمعیت و کمترین آن مربوط به کشور مکزیک با ۲/۳ مورد در هزار نفر بوده است (۱۰) در حالی که پیش از این گفته می شد میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر و در مقایسه با کشورهای خاورمیانه بالاتر است (۱۱) اما بررسی های دو دهه اخیر در ایران نشان داده است که خودکشی و اقدام به آن به ویژه در میان نوجوانان و جوانان در بیشتر مناطق کشور مانند کرمان، تبریز، قزوین، کرج، شیراز، کردکوی، همدان، گیلان، مسجدسلیمان و دزفول، اهواز، اسلام آباد غرب و مازندران رو به افزایش بوده است (۶). در صورتی که در اکثر کشورهای پیشرفته از جمله انگلیس و استرالیا رو به کاهش نهاده است (۱۲ و ۱۳).

عمل آگاهانه و هدفمند خودکشی غالباً در افراد خود محور، مضطرب، متخصص و ناتوان در برقراری ارتباط (۱۴) برای نابودسازی خود صورت می گیرد که به اصطلاح خودکشی موفق نامیده می شود. در صورتی که عمل اقدام به خودکشی انجام گیرد، ولی منجر به مرگ نشود، آن را اقدام به خودکشی یا خودکشی ناموفق می نامند که معمولاً توصیف کننده کسانی است که گاهی زمینه را طوری فراهم می سازند که نجات پیدا کنند، هرچند در پاره ای از موارد ممکن است فریادرسی وجود نداشته باشد (۱۵) جهت ریشه یابی دقیق دلایل گرایش افراد به خودکشی، تدوین پژوهش در هر جامعه ای احساس می شود تا مسؤولان بهداشتی و نهادهای اجتماعی جامعه بتوانند با برنامه ریزی و ارائه راهکارهای نظیر توسعه ی خدمات مشاوره ای، آموزشی، بهزیستی و اجتماعی از این عمل که متأسفانه پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی برای خانواده دارد و

آدرس دقیق محل سکونت افراد در پرونده ها، محققین اطمینان یافتند که هیچ مورد تکراری در بین اطلاعات ثبت شده از بیمارستان و مرکز بهداشت وجود ندارد. چک لیست تهیه شده توسط محققین با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده ها تکمیل شد. از محدودیت های مطالعه می توان به ناقص بودن بعضی از اطلاعات در پرونده ها مانند عدم ثبت فصل اقدام به خودکشی در تعدادی از پرونده ها اشاره کرد.

ابزار گردآوری داده ها که همان چک لیست بود دارای ۱۳ سؤال شامل: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه ابتلا به بیماری روانی، سابقه ابتلا به بیماری جسمی، سابقه اقدام به خودکشی، محل سکونت (شهر- روستا)، منبع گزارش، روش خودکشی، سال اقدام به خودکشی، فصل انجام خودکشی و نتیجه خودکشی بود.

داده ها پس از کد گذاری در نرم افزار SPSS16 وارد و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. بر اساس اطلاعات جمع آوری شده در هر مورد فراوانی و میانگین بدست آمد. جهت تعیین ارتباط بین نتیجه خودکشی با وضعیت تاهل و روش خودکشی از تست دقیق فیشر، برای تعیین ارتباط بین نتایج خودکشی با جنسیت، سکونت، تحصیلات، سابقه اقدام به خودکشی، بیماری جسمی و روانی از آزمون آماری کای دو و جهت مقایسه میانگین سن در دو گروه خودکشی موفق و ناموفق از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین با استفاده از رگرسیون لجستیک و آنالیز چند متغیر عوامل و متغیر های موثر بر خودکشی موفق تعیین گردید. در تمامی موارد $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

خسازات فراوانی را به جامعه تحمیل می کند پیشگیری نمایند حال با توجه به نقش عوامل منطقه ای و فرهنگی بر اقدام به خودکشی و لزوم داشتن اطلاعات دقیق در این باره، به منظور پیشگیری و کنترل آن و از آنجا که در استان چهارمحال و بختیاری با اقلیم های مختلف آب و هوایی تاکنون مطالعه جامع و مستندی صورت نگرفته بود به بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در استان چهارمحال و بختیاری در طی سال های ۱۳۸۲ تا ۱۳۹۱ پرداختیم.

مواد و روش ها :

این مطالعه ی توصیفی- تحلیلی از نوع بررسی داده های موجود، در ابتدای سال ۱۳۹۲ انجام شد. محیط پژوهش استان چهارمحال و بختیاری بود که ۶ شهرستان؛ شهرکرد و کیار، بروجن، کوهرنگ، اردل، لردگان و فارسان را در بر می گیرد. پس از تصویب طرح و دریافت معرفی نامه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه، جهت جمع آوری اطلاعات مورد نظر به مرکز بهداشت استان چهارمحال و بختیاری مراجعه نمودیم و اهداف پژوهش را به مسئولان توضیح دادیم. پس از هماهنگی های لازم، پرونده های موجود که از زمان آغاز طرح جمع آوری اطلاعات خودکشی و مربوط به سال های ۱۳۸۲ تا پایان سال ۱۳۹۱ بود بررسی شد. اطلاعات در بیمارستان های استان و در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستای، توسط کارشناسان واحد بهداشت و روان ثبت و به مرکز بهداشت استان ارسال شده بود. معیار ورود؛ کلیه ی پرونده های اقدام به خودکشی و موارد منجر به مرگ و معیار خروج مواردی که ساکن در این استان نبودند ولی به علت اقدام به خودکشی در این استان، پرونده آنها در این مکان ثبت شده بود همچنین به دلیل ذکر نام و

یافته :

یافته ها حاکی از آن بود که در محدوده زمانی ۱۰ سال (از سال ۸۲ تا پایان ۹۱) در مجموع ۳۲۰۶ مورد اقدام به خودکشی در این استان گزارش شده بود. که ۳۲۸ مورد (۸/۷٪) خودکشی موفق (منجر به مرگ) بوده است. منبع گزارش ۲۳۶۰ مورد (۷۳/۶٪) از بیمارستان های استان و ۸۴۶ (۲۶/۴٪) از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی بود. طیف سنی اقدام به خودکشی ۶ تا ۹۵ سال و میانگین سن ۲۵/۲۵±۹/۶۵ سال بود. میانگین سن در موارد خودکشی موفقیت آمیز ۲۸/۸۴±۱۲/۸۹ و در خودکشی ناموفق ۲۴/۸۴±۹/۱۲ سال و اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (P<۰/۰۰۱). درصد خودکشی در گروه سنی جوان بالاتر از سایر گروه های سنی بود (جدول ۱) آمار اقدام به خودکشی در ۳ سال اخیر بالاتر بود اما نسبت خودکشی های موفق در ۳ سال اول (۸۲-۸۴) بطور معنی دار بالاتر بوده است (جدول ۱) و نمودار ۱ نشان می دهد موارد اقدام به خودکشی موفق و ناموفق در فصل بهار بیشتر می باشد.

همچنین جدول ۱ نشان می دهد که فراوانی اقدام به خودکشی در زنان بیشتر بود اما میزان خودکشی های موفق در مردان بطور معنی داری بیشتر گزارش شده بود (P<۰/۰۰۱). در حالی که فراوانی اقدام به خودکشی در شهر بیشتر است اما میزان خودکشی های موفق در روستا بطور معنی داری بالاتر می باشد (P<۰/۰۰۱). فراوانی اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات متوسطه بیشتر بود اما درصد خودکشی موفق در افراد کم سواد بطور معنی داری

بالاتر بود (P<۰/۰۰۱). بین بیماری روانی با نتیجه خودکشی نیز رابطه معنی داری مشاهده شد بطوری که درصد خودکشی موفق در افراد با سابقه بیماری روانی بیشتر بود (P<۰/۰۰۱). رابطه معنی داری بین نتیجه خودکشی با بیماری جسمی (P=۰/۰۸)، وضعیت تاهل (P=۰/۳۱) و سابقه اقدام به خودکشی (P=۰/۱۴) وجود نداشت (جدول ۱). همچنین بین روش خودکشی با نتیجه خودکشی رابطه معنی داری یافت شد و در حالی که درصد بیشتری (۷۸/۹٪) از روش مصرف دارو استفاده کرده بودند، اما میزان خودکشی موفق، به ترتیب در روش اسلحه، غرق شدگی، حلق آویز و خودسوزی بطور معنی داری بیشتر از سایر روش ها بود (P<۰/۰۰۱). (جدول ۲)

احتمال خودکشی موفق در این پژوهش، بر اساس مدل رگرسیون، ۰/۱۱۴ برآورد شد. نتایج این مدل در تبیین عوامل موثر بر خودکشی موفق در جدول شماره ۳ آمده است و عواملی چون سال، فصل، محل سکونت، جنس، سابقه اقدام به خودکشی تاثیر معنی داری در موفقیت خودکشی داشتند بطوری که در سال های اول احتمال خودکشی موفق بیشتر بود. همچنین احتمال و شانس خودکشی موفق در فصول بهار، در ساکنین مناطق روستایی، مردان و در کسانی که سابقه خودکشی نداشتند بیشتر بود (جدول ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای مورد بررسی و رابطه آنها با نتیجه خودکشی

P-value	نتیجه خودکشی		متغیر	
	موفق تعداد(درصد)	ناموفق تعداد(درصد)		جمع تعداد(درصد)
p<۰/۰۰۱	۴(٪۱۸/۱)	۱۸(٪۸۱/۹)	۲۲(٪۱۰۰)	کودک(زیر ۱۲ سال)
	۴۴(٪۱۷)	۵۸۶(٪۹۳)	۶۳۰	نوجوان(۱۲-۱۸)
	۲۰۵(٪۹/۴)	۱۹۸۳(٪۹۰/۶)	۲۱۸۸	جوان(۱۹-۳۵)
	۶۵(٪۲۰)	۲۶۱(٪۸۰)	۳۲۶	میانسال(۳۶-۵۹)
	۱۰(٪۲۵)	۳۰(٪۷۵)	۴۰	سالمند(بالتر از ۵۹)
p<۰/۰۰۱	۱۰۰(٪۱۹/۸)	۴۰۶(٪۸۰/۲)	۵۰۶	۳سال اول(۸۲-۸۴)
	۱۲۸(٪۱۱)	۱۰۳۸(٪۸۹)	۱۱۶۶	۸۵-۸۸
	۱۰۰(٪۶/۵)	۱۴۳۴(٪۹۳/۵)	۱۵۳۴	۳سال آخر(۸۹-۹۱)
p<۰/۰۰۱	۲۰۰(٪۱۹/۹)	۸۰۷(٪۸۰/۱)	۱۰۰۷	مذکر
	۱۲۸(٪۵/۸)	۲۰۷۱(٪۹۴/۲)	۲۱۹۹	مونث
p<۰/۰۰۱	۱۲۷(٪۶/۱)	۱۹۶۷(٪۹۳/۹)	۲۰۹۴	شهر
	۲۰۱(٪۱۸/۱)	۹۱۱(٪۸۱/۹)	۱۱۱۲	روستا
p<۰/۰۰۱	۴۶(٪۱۹)	۱۹۶(٪۸۱)	۲۴۲	بی سواد
	۶۹(٪۱۶/۳)	۳۵۳(٪۸۳/۷)	۴۲۲	ابتدایی
	۹۰(٪۹/۷)	۸۳۶(٪۹۰/۳)	۹۲۶	راهنمایی
	۱۰۸(٪۸/۱)	۱۲۲۷(٪۹۱/۹)	۱۳۳۵	دیپلم
	۸(٪۴/۲)	۱۸۳(٪۹۵/۸)	۱۹۱	فوق دیپلم
	۷(٪۷/۸)	۸۳(٪۹۲/۲)	۹۰	لیسانس و بالاتر
	۲۷(٪۹/۳)	۲۶۲۳(٪۹۰/۷)	۲۸۹۳	خیر
p<۰/۰۰۱	۵۸(٪۱۸/۵)	۲۵۵(٪۸۱/۵)	۳۱۳	بلی
	۳۲۰(٪۱۰/۱)	۲۸۴۱(٪۸۹/۹)	۳۱۶۱	خیر
P=۰/۰۸	۸(٪۱۷/۸)	۳۷(٪۸۲/۲)	۴۵	بلی
P=۰/۳۱	۱۵۹(٪۲۲/۷)	۱۵۴۰(٪۷۷/۳)	۱۶۹۹	مجرد
	۱۶۵(٪۱۱/۲)	۱۳۰۷(٪۸۸/۸)	۱۴۷۲	متاهل
	۲(٪۱۶/۷)	۱۰(٪۸۳/۳)	۱۲	بیوه
	۲(٪۸/۷)	۲۱(٪۹۱/۳)	۲۳	مطلقه
	۳۱۵(٪۱۰/۴)	۲۷۰۷(٪۸۹/۶)	۳۰۲۲	خیر
P=۰/۱۴	۱۳(٪۷/۱)	۱۷۱(٪۹۲/۹)	۱۸۴	بلی
				سابقه اقدام به خودکشی

جدول ۲: توزیع فراوانی روش های خودکشی و رابطه آن با نتیجه خودکشی

P-value	نتیجه خودکشی		متغیر
	موفق تعداد (درصد)	ناموفق تعداد (درصد)	
P<۰/۰۰۱	۱۵ (۱۰۰٪)	۱ (۶۷٪)	اسلحه
	۷ (۱۰۰٪)	۱ (۱۴/۳٪)	غرق شدگی
	۲۶۴ (۱۰۰٪)	۶۶ (۲۵٪)	حلق آویز
	۱۳۷ (۱۰۰٪)	۵۶ (۴۰/۹٪)	خودسوزی
	۱۰ (۱۰۰٪)	۷ (۷۰٪)	برق گرفتگی
	۲۱ (۱۰۰٪)	۱۷ (۸۱٪)	رگ زدن
	۳۶ (۱۰۰٪)	۳۴ (۹۴/۵٪)	مواد مخدر
	۱۶۱ (۱۰۰٪)	۱۵۸ (۹۸/۱٪)	سم
	۲۵۳۰ (۱۰۰٪)	۲۵۱۳ (۹۹/۵٪)	دارو
	۲۳ (۱۰۰٪)	۲۳ (۱۰۰٪)	خودزنی با چاقو
۲ (۱۰۰٪)	۲ (۱۰۰٪)	تزریق هوا	

جدول ۳: عوامل موثر بر خودکشی موفق بر اساس مدل رگرسیون لجستیک

p-value	OR	متغیر
p<۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	سال
p<۰/۰۵	۰/۹۶۰	فصل
p<۰/۰۰۱	۲/۹۶۶	محل سکونت
p<۰/۰۰۱	۰/۴۰۸	جنس
p<۰/۰۰۱	۰/۲۸۰	سابقه اقدام به خودکشی

بحث:

در مطالعه حاضر ۸/۷٪ از موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده بود. در مطالعه ی تازیکی و همکاران هم یافته ها نشان داد ۹/۲٪ موارد خودکشی موفق بود (۱۶) در مطالعه ای در استان کردستان نیز ۷/۲٪ از موارد اقدام به خودکشی منجر به فوت شده بود (۱۷). این نتایج نزدیک به مطالعه ی

حاضر می باشد اما در مطالعات دیگر درصد خودکشی موفق، کمتر از مطالعه حاضر بود منجمله در مطالعه ای در استان هرمزگان نتایج نشان داد که ۵/۱٪ از موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده است (۱۸). در مطالعه ی دیگری نیز در استان گلستان که در یک دوره ۵ ساله انجام شد اقدام به خودکشی در ۲٪ به فوت منجر شده بود (۱۹). و در بررسی در استان مرکزی یافته ها نشان داد خودکشی

در دهه دوم و سوم زندگی اتفاق می افتد که به نظر می رسد چون فاکتورهای مهمی مانند بلوغ، ازدواج، روابط عاطفی، مسؤلیت پذیری و یافتن جایگاه اجتماعی در این محدوده سنی بوقوع می پیوندد لذا استرسهای وارده به شخص در این محدوده سنی بیشتر و شدیدتر می باشد و سبب بالا رفتن آمار اقدام به خودکشی می شود (۲۲).

در این مطالعه موارد اقدام به خودکشی موفق و ناموفق در فصل بهار بیشتر بود و مطالعات دیگر هم نتیجه ای مشابهی داشتند (۱۶ و ۱۸). در مطالعه ی حاضر آمار اقدام به خودکشی در ۳ سال اخیر بالاتر بوده است که دو احتمال برای این مورد می توان مطرح کرد: یکی افزایش مشکلات زندگی برای بعضی از اقشار جامعه و دیگری ثبت دقیق تر آمار خودکشی در مراکز بهداشتی و بیمارستان ها می باشد.

در مطالعات گفته شده خودکشی در بین همه طبقات جمعیتی رخ می دهد، ولی زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می نمایند در صورتی که خودکشی در مردان بیش از زنان منجر به مرگ می شود (۲۳). در این مطالعه نیز میزان اقدام به خودکشی در زنان بیش تر است اما میزان خودکشی های موفق در مردان بطور معنی داری بیشتر از زنان بود که بامطالعات دیگر (۱۸، ۲۴، ۲۵) همخوانی دارد. در گزارش های جهانی نیز گفته شده که احتمال مرگ مردان در اثر خودکشی ۴ برابر بیشتر از زنان است اما زنان ۳ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند (۱۰). اما در دو مطالعه ی دیگر برخلاف مطالعه حاضر نتایج نشان داده است که هم میزان خودکشی موفق و هم ناموفق در زنان بالاتر است (۱۶ و ۱۴) در بعضی از مطالعات بیان شده که ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که

موفق ۳/۲٪ خودکشی کنندگان بوده است (۲۰). شاید دلیل تفاوت در این یافته ها کمتر بودن حجم نمونه نسبت به مطالعه حاضر و تفاوت در جامعه آماری باشد.

درصد بیشتر (۷۳/۶٪) موارد اقدام به خودکشی از بیمارستان های استان گزارش شده بود و احتمالاً دلیل آن شیوع بالای استفاده از دارو برای خودکشی می باشد که خانواده را مجبور می کند برای نجات جان فرد او را به بیمارستان انتقال دهند در همین رابطه چنین بیان شده است که اکثر کسانی که گرایش به خودکشی دارند، در اصل نمی خواهند بمیرند، آنها صرفاً می خواهند به درد و رنجشان پایان دهند و به عبارتی، نیازمند کمک هستند (۲۱) و این عمل را معمولاً بدون اخطار اولیه انجام نمی دهد بلکه شخصی که تصمیم به خودکشی دارد، اغلب اوقات تلاش می کند که فکر خودکشی را به خانواده، پزشک و اطرافیان خود اطلاع دهد (۱۶) و شاید بتوان گفت موارد استفاده از دارو اخطاری برای اطرافیان فرد می باشد تا قدمی در جهت رفع مشکلش بردارند.

در حالی که در مطالعه حاضر طیف سنی اقدام به خودکشی ۶ تا ۹۵ سال بود اما میانگین سن حدود ۲۵ سال بود. و این مطلب نشان دهنده بالاتر بودن آمار خودکشی در گروه سنی جوانان می باشد در همین رابطه در مطالعه ی صیاد رضایی و همکاران طیف سنی ۱۳ تا ۸۰ سال و میانگین حدود ۳۰ سال گزارش شد (۱۴) در مطالعه ی دیگری نیز گزارش شده بود که بیشترین موارد خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال می باشد (۱۸) همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین سن در موارد خودکشی موفقیت آمیز حدود ۲۸ سال و بطور معنی داری بالاتر از خودکشی ناموفق است در همین رابطه بیان شده است که بیشتر اقدام به خودکشی ها

مطلقه ها، بیوه ها و افراد مجرد بیشتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند و تنها زندگی کردن، خطر خودکشی را افزایش می دهد (۱۰). در این مطالعه بین نتیجه خودکشی و وضعیت تاهل افراد رابطه معنی داری یافت نشد اما در مطالعه ی صیاد رضایی درصد بیشتری از خودکشی های موفق در افراد متاهل بود (۱۴). همچنین نتیجه دو مطالعه ی دیگر (۲۸ و ۲) نیز متفاوت بود و آمار خودکشی را در متاهل ها بیشتر نشان داد لذا به نظر می رسد بررسی های بیشتری در زمینه تاثیر وضعیت تاهل بر آمار خودکشی لازم باشد.

در این مطالعه درصد خودکشی موفق در افراد با سابقه بیماری روانی بیشتر بود. اما بین بیماری جسمی با نتیجه خودکشی رابطه معنی داری وجود نداشت. در همین رابطه در مطالعه ی اردبیل وجود بیماری های مزمن روانی و جسمانی بعنوان عوامل هشدار دهنده مهم در اقدام به خودکشی محسوب شده بودند (۱۴). در مطالعه ی ایلام درصد کمتری از اقدام کنندگان به خودکشی سابقه ی بیماری روانی داشتند اما درصد خودکشی موفق در این گروه از افراد بیشتر بود (۱۰). این موارد لزوم مشاوره روانپزشکی در این گروه از افراد را نشان می دهد.

در این مطالعه درصد کمی از افراد (نزدیک به ۶٪) سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشتند این مورد مشابه مطالعه ی گلستان بود و در آن مطالعه نیز فقط ۴٪ افراد سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشته اند و این در حالی است که در آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی این میزان ۲۰ تا ۳۰٪ بیان شده است (۶). و محققین چنین استنباط کردند که کمتر بودن فراوانی سابقه قبلی اقدام به خودکشی در ایران شاید ناشی از تفاوت فرهنگی و حمایت و توجه بیش تر

در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است (۲۶). این مطلب شاید به دلیل تحمل کمتر زنان در مقابل مشکلات و زیر سیطره بودن آنها در بعضی از مناطق به دلیل شرایط فرهنگی خواص باشد.

همچنین نتایج نشان داد موارد اقدام به خودکشی در شهر بیشتر است که تاکید بر یافته های داخلی و خارجی مبنی بر شیوع بیشتر خودکشی در جامعه شهری می باشد در بررسی همه گیر شناسی خودکشی در استان اردبیل، فراوانی خودکشی موفق در جامعه شهری ۲ برابر جامعه روستایی بود و چنین گفته شد که شاید تفاوت در روش زندگی و بالا بودن میزان و شدت استرسها در جامعه شهری سبب افزایش آمار خودکشی در جوامع شهری شده است (۱۴ و ۸). در این مطالعه بیشترین درصد اقدام به خودکشی مربوط به سطح تحصیلات متوسطه بود که با مطالعه ی استان گلستان (۱۶) و ایلام (۱۰) همخوانی داشت به نظر می رسد علت عمده این یافته ها مشکلات بیشتر این گروه از افراد جامعه باشد. اما در بررسی کاشان تحصیلات درصد بیشتری از اقدام کنندگان به خودکشی، مقطع راهنمایی بود (۶) که شاید علت آن بیشتر بودن افراد با این مدرک تحصیلی در جامعه مورد پژوهش بوده است.

در مطالعه حاضر آمار خودکشی در مجرد ها بیشتر بود که مشابه بررسی در استان مرکزی است (۲۰). در مطالعات سایر کشور ها نیز تاهل را عاملی در کاهش میزان خودکشی و مرگ و میر دانسته اند (۲۷ و ۲۵). رضائیان نیز در مطالعه خود بیان کرده است که به نظر می رسد که ازدواج برای مردان یک عامل محافظت کننده به شمار می رود، اما برای زنان از تأثیر کمتری برخوردار است اما به طور کلی

خانواده ها و اطرافیان بیمار در جهت رفع مشکلات و یا کتمان و پنهان کاری فرد و یا اطرافیان فرد باشد و باتوجه به اینکه عمل اقدام به خودکشی اعلام خطری برای انجام خودکشی منجر به فوت در آینده است، لازم است در مواجهه با این بیماران تنها به فکر نجات آنها نبوده و تمام بیماران مشاوره روانپزشکی دریافت نمایند (۶). در همین رابطه چنین بیان شده که انگیزه های خودکشی و تکرار آن متفاوتند و در جوامع امروزی بخصوص کشورهای غربی، خودکشی یک مسأله تصادفی و بی اهمیت نیست بلکه راهی برای فرار از مشکلات و یا بحرانی است که باعث رنج و فشار شدید روی فرد می شود و طبق گفته ادوین اشنایدمن خودکشی با یک نیاز برآورده نشده، احساس ناامیدی و درماندگی، کشمکش بین زندگی و استرس غیرقابل تحمل، محدودیت در درک نظرات، اعتقادات و احساس نیاز به فرار همراه می باشد (۱۴).

در مطالعه حاضر میزان خودکشی موفق، به ترتیب در روش اسلحه، غرق شدگی، حلق آویز و خودسوزی بطور معنی داری بیشتر از سایر روش ها بود. نتایج بررسی وزارت بهداشت در ۱۸ استان کشور نشان داد که بیشترین روش های مورد استفاده شامل خودسوزی، حلق آویز، دارو، مواد مخدر و اسلحه گرم می باشد (۲۹). درکل تفاوت های در روش خودکشی بین کشورهای مختلف وجود دارد. در سوئد چهار روش مسمومیت، حلق آویز، اسلحه گرم و غرق شدگی متداولتر است. در آمریکا اسلحه گرم، حلق آویز، سموم و استفاده از اسلحه سرد نظیر چاقو، در استرالیا دوز بالای دارو، مسمومیت منواکسید کربن وسایل نقلیه، اسلحه گرم و حلق آویز، در هند سموم، حلق آویز، خودسوزی، غرق شدگی و در چین حلق آویز کردن، غرق شدگی،

سموم و پرتاب از بلندی بیشترین روش های مورد استفاده را تشکیل می دهند (۱۰). در مطالعه ی حاضر درصد بیشتری از افراد (۷۹٪) مصرف دارو و مسمومیت دارویی را برای اقدام به خودکشی انتخاب کرده بودند. در مطالعات دیگر نیز شایعترین روش اقدام به خودکشی، مصرف دارو با دوز بالا بود (۶،۱۶،۳۰). البته در برخی مطالعات روش های دیگری در صدر قرار دارند (۳۱ و ۲۵). مروجی و همکاران در مطالعه خود بیان می کنند که شایع بودن خودکشی با دارو در ایران می تواند به علت در دسترس بودن داروها، آشنا بودن با داروهای گوناگون و بی درد بودن این روش باشد (۶). استفاده از دارو در کسانی که هدف اصلی آنان از اقدام به خودکشی روشی برای حل مشکلات خود است و نه مرگ می تواند از علل دیگر شیوع بالای این روش باشد که شاید به نوعی می خواهند توجه دیگران را به مشکل خود جلب نمایند و این مطلب لزوم افزایش ارتباطات عاطفی در این گروه از افراد را می رساند.

نتیجه گیری؛

نتایج نشان داد که توزیع خودکشی برحسب ویژگی های مختلف مانند سن، جنس، تاهل، تحصیلات و... متفاوت است و اقدام به خودکشی مشکل مهم بهداشت عمومی محسوب می شود و آگاهی داشتن از علل و عوامل موثر در آن می تواند در سیاست گذاری به منظور کاهش این معضل موثر باشد تا با ایجاد و توسعه مراکز مشاوره روانی، اقداماتی در جهت پیشگیری از خودکشی انجام شود. همچنین با افزایش دانش و نگرش افراد در مقابله با مشکلات زندگی با بیان مطالب کاربردی در محیط های آموزشی می توان سطح بهداشت روان جامعه را ارتقاء داد و توصیه می شود

طرح با کد ۱۷۷۲ را تامین نمودند، کارکنان واحد بهداشت و روان مراکز بهداشت شهرستان ها و مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری که در انجام این طرح با ما همکاری کردند تقدیر و تشکر نمائیم.

در پژوهش های بعدی، افراد با سابقه خودکشی ناموفق، وارد مطالعه ی مداخله ای و آموزشی شوند.

تشکر و قدردانی:

در پایان بر خود لازم می دانیم از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد که هزینه های مالی

References:

1. Moradi AR, Moradi R, Mostafavi E .The study of factors related to suicide Bahar Town. Journal of Research in Behavioral Saiences 2012; 10(1):50-58 [Persian].
2. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(2): 115-121 [Persian].
3. Delazar R, farahi H. Processing of suicidal thoughts and acts of religious ritual in patients with depression. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2009; 9(3):224-34 [Persian].
4. Rezaeian M. A Review on Different Types of Suicide from Health Perspective. Journal of Health System Research 2012; 8(1): 18-25 [Persian].
5. Sadock B, Psychiatric Emergencies in Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 2; 9thed; Lippincott Williams & Wilkins. 2009:2717-2745.
6. Moravveji AR, Saberi H, Akasheh G, Ahmadvand A, Kiani-Pour S. Epidemiology of attempted suicide in Kashan during 2003-2008. Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences 2012; 15(4): 374-381[Persian].
7. Oner S, Yenilmez C, Ayranci U, Gunay Y, Ozdamar K. Sexual differences in the completed suicides in Turkey. Eur Psychiatry 2007; 22(4): 223-8.
8. Levin A. The startling increase in the number of suicides by members of the U.S. Army in the Last few years prompts a major collaborative study of risk and protective factors. Psychiatric News. Aug 2009, 44(16):1.
9. Chestnov O. Public health action for the prevention of suicide. Geneva, Switzerland. Publications: WHO Document Production Services. 2012: 1-26.
10. Rezaeian M, Daneshkohan A, Sharifirad Gh , Jahani B, Bahmani R, Fathollahi E, Havasi L. Suicide Epidemiological Pattern within Ilam Province, Iran. Journal of Health System Research 2012; 7(6): 819-828[Persian].
11. Pnaghy L, Ahmadabady Z, Piruzi H, Abulmasoomi F. The process of student suicides in the years 2003 to 2008. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2010; 16(2): 87-98 [Persian].
12. Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis. Int J Epidemiol. 2010; 39(6): 1464-1475.
13. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ. Prevalence of suicidal behaviours in two Australian general population surveys: methodological considerations when comparing across studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2012; 47(4): 515-522.

14. Sayadrezai I, Farzaneh E, Azamy A, Enteshari Mogaddam A, Shahbazzadegan S, Mehrgany R. The Epidemiologic Study of Suicide in Ardabil Province from 2003 to 2009. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2010; 9(4): 299-306 [Persian].
15. Nouri R, Fathi-Ashtiani A, Salimi S H, Soltani Nejad A. Effective factors of suicide in soldiers of a military force. *Journal of Military Medicine* 2012; 14(2): 99-103.
16. Taziki MH, Semnani SH, Golalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajaei S, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2006; 16(55): 72-77 [Persian].
17. Shams Alizadeh N, Afkhamzadeh A, Mohsenpour B, Salehian B. Suicide attempt and related factors in Kurdistan province. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2010; 15(1): 79-86 [Persian].
18. Khajeh E, Hosseinpoor M, Sedigh B, Rezvani Y. Image of Suicide in Hormozgan Province, 2012. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2013; 17(1): 61-67 [Persian].
19. Bakhsha F, Behnampour N, Charkazi A. The prevalency of attempted suicide in Golestan province, North of Iran during 2003-2007. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2011; 13(2): 79-85 [Persian].
20. Rafiei M, Seyfi A. The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of University of Medical Sciences in Markazi -Province from 2002 to 2006. *Iran J Public Health*. 2009; 4(3-4): 59-69 [Persian].
21. Hajebi A, Ahmadzadeh-Asl M, Zaman M, Naserbakht M, Mohammad N, Davwidi F, et al. Suicides recorded in the system design. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 17(2): 106-109 [Persian].
22. Contor C, Neulinger K. The Epidemiology of Suicide and Attempted Suicide among Young Australian. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000; 34: 370-387.
23. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh AS. Predicting Factors of Suicide Attempts in Karaj General Population. *Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar* 2007; 50(3): 219-26 [Persian].
24. Barkhordar N, Jahangiri K, Barkhordar N. Trend and factors influencing suicides in rural areas of Kermanshah during 7 years (2000-2006) *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2009; 27(2): 219-225 [Persian].
25. Lalwani S, Sharma GA, Kabra SK, Girdhar S, Dogra TD. Suicide among children and adolescents in South Delhi (1991-2000). *Indian J Pediatr*. 2004; 71(8): 701-3.
26. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W, Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database, *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86: 726-732.
27. Mann JJ. A Current perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med*. 2002; 136(4): 302-311.
28. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 41.
29. Mohsen Rezaeian. Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran. *Health System Research* 2012; 8(7): 1190-1196 [Persian].
30. Janghorbani M, Sharifirad GR. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): incidence and associated factors. *Arch Iranian Med* 2005; 8(2): 119-26.
31. Santic Z, Ostojic L, Hrabac B, Prlic J, Beslic J. Suicide frequency in West-Herzegovina Canton for the period 1984-2008 *Med Arh* 2010; 64(3): 168-70.

Epidemiologic study of suicide attempt cases in Chaharamahal and Bakhtiari province in 2003-2012

*Mahmoud Mobasheri^{*1}, Reza Imani², Masoome Alidosti³, Naser Khosravi⁴*

1. Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
2. Department of Infectious Diseases, Faculty of Medicine, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
3. Faculty of Health, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.
4. Province Health Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

* Corresponding Author: Shahrekord, Faculty of Health, Department of Epidemiology and Biostatistics
E-mail: mobasheri@skums.ac.ir

Abstract

Introduction: Suicide is an important issue in public health and an anti-social behavior. To prevent, there was a need to gather precise information about the issue. Therefore, this study was aimed to conduct an epidemiologic study of suicide rate in Chaharamahal & Bakhtiari province in a 10-year period.

Method and Materials: In this descriptive-analytical study with reviewing the existing data, all the cases of attempted suicide in Chaharamahal & Bakhtiari from 2003 to 2012 were examined. Data was gathered by using a checklist including items including age, sex, education, marital status, place of live, past mental and physical disease, report source, the method of suicide, time (season and year of committing suicide) and the outcome of suicide. The data was analyzed by SPSS₁₆ through χ^2 and independent t-test.

Results: In a 10-year period, 3206 cases of suicide in this province were reported among which only 8.7% were successful (result in death). The suicide mean age was 25.25±9.65 years. The suicide attempts were more common in women, youth and in people with high school education and in urban areas. The most commonly used method of suicide was related to poisoning using drugs (78.9%) and less commonly used method was using air injection (0.1%). The highest and lowest percentage of successful suicide was due to weapon (93.3%) and self-mutilation/ air injection respectively (0.0%).

Conclusion: The findings indicated that the suicide distribution varied based on the demographic variables. Besides, the prevalence of committing suicide by medication which was mainly unsuccessful is likely as a way of drawing attention to other people. This can show the importance of establishing an emotional relationship with these people.

Key terms: epidemiology, committing suicide, successful suicide, Chaharamahal & Bakhtiari