

## بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان

محمدباقر صابری زفرقندی<sup>۱\*</sup> (M.D)، راهب قربانی<sup>۲</sup> (Ph.D)، شاهرخ موسوی<sup>۱،۲</sup> (M.D)

۱- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، مرکز آموزشی - درمانی فاطمیه (س)

۲- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، مرکز تحقیقات گوارش و کبد

### چکیده

سابقه و هدف: خودکشی یکی از معضلات روانی - اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیش‌تر جوامع، رو به افزایش است. هدف این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن به منظور تشخیص به‌موقع نشانه‌های هشدار دهنده این پدیده و اقدام مؤثر و به‌موقع جهت پیش‌گیری از آن می‌باشد.

مواد و روش‌ها: ۳۸۳ بیماری که در محدوده زمانی ۸۰/۹/۲۱ لغایت ۸۱/۹/۲۰ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان‌های فاطمیه (س) و تأمین اجتماعی سمنان، امام گرمسار، شهید رضایی دامغان و ۱۵ خرداد مهدی‌شهر و پزشکی قانونی ارجاع گردیدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات فردی، نحوه و انگیزه خودکشی، سابقه قبلی خودکشی، وجود بیماری‌های مزمن جسمی، بیماری‌های روانی و استرس‌های اخیر زندگی توسط پزشکان و پرستاران آموزش‌دیده با مصاحبه با بیمار و یا همراهان وی ثبت گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی ۲۴/۶ با انحراف معیار ۸/۹ سال بوده است. ۷۸/۰٪ افراد، زیر ۳۰ سال و مابقی ۳۰ سال و به بالا سن داشتند. ۶۱/۳٪ اقدام‌کنندگان به خودکشی زن بوده‌اند. از نظر شغلی ۳۹/۰٪ افراد مورد بررسی خانه‌دار و ۲۴/۲٪ آنان محصل یا دانشجو بوده‌اند. ۳۳/۹٪ اقدام‌کنندگان زن و ۶۴/۹٪ اقدام‌کنندگان مرد، مجرد بودند. در حالی که ۶۱/۴٪ اقدام‌کنندگان زن و ۳۴/۵٪ اقدام‌کنندگان مرد، متأهل بودند. ۶۸/۵٪ متأهلین، حداکثر ۲ فرزند داشتند. از نظر تحصیلات، ۴۳/۴٪ تحصیلات در حد متوسطه داشتند. انگیزه خودکشی ۴۸/۲٪ زنان و ۱۹/۸٪ مردان اختلاف زناشویی، ۲۶/۴٪ زنان و ۳۱/۹٪ مردان، مشکلات خانوادگی بوده است. نحوه اقدام ۸۸/۵٪ (۹۳/۰٪ زنان و ۸۱/۰٪ مردان) با دارو بوده است که آرام‌بخش‌ها در هر دو جنس شایع‌ترین بوده است. خودکشی موفق در این مدت در ۱٪ خودکشی‌کنندگان اتفاق افتاده است که همگی مرد و از روش‌های خشن استفاده نموده‌اند و همه مرگ‌ها قبل از رسیدن به بخش اورژانس بیمارستان‌ها اتفاق افتاده بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که ۷۸/۰٪ اقدام‌کنندگان در سنین کم‌تر از ۳۰ سال بودند که توجه جدی به این گروه سنی را طلب می‌کند و لازم است نیازهای آن‌ها شناسایی گردد، لذا بهره‌گیری از پزشکان عمومی (خانواده) و افزایش مراکز مشاوره و اطلاع‌رسانی مناسب برای مراجعه افراد به این مراکز در مواقع خطر می‌تواند راه‌کار مناسبی جهت پیش‌گیری از این پدیده باشد. خوشبختانه ۹۹٪ افرادی که اقدام به خودکشی کردند از مرگ نجات یافتند. این نشان‌دهنده دقت و سرعت عمل مراکز اورژانس می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: استرس، اقدام به خودکشی، خودکشی موفق، اختلال روانی، اختلال طبی

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۳۱-۴۴۴۳۸۵۰، نمابر: ۰۲۳۱-۴۴۴۳۸۵۰، E-mail: saberiza4@yahoo.com

## مقدمه

خودکشی یکی از معضلات روانی - اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیش تر جوامع رو به افزایش است [۵]. خودکشی عمل آگاهانه نابودسازی به دست خود است که در بهترین مفهوم می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسان نیازمندی دانست که برای مسأله‌ای مشخص، خودکشی را بهترین راه حل می‌داند [۱۳].

در دنیای امروز که سرشار از استرس‌های روحی و روانی است، صحبت درباره اختلالات روانی به‌عنوان یکی از نتایج این استرس‌ها، فراوان می‌باشد. در حال حاضر خودکشی به عنوان نهمین علت مرگ در ایالات متحده و سومین علت در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال است [۱۳].

مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی، اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات خلقی، ناامیدی، افسردگی و سابقه سوء استفاده جنسی و فیزیکی در کودکی و وجود سابقه مثبت فامیلی می‌باشد [۷]. میزان بروز این اختلال، بسته به وضعیت جغرافیایی، در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال در آمریکا ۱۲ در صد هزار [۱۳] و در ایران در منطقه مسجدسلیمان در زنان بالای ۱۵ سال، ۳۴/۸ در صد هزار و در مردان بالای ۱۵ سال ۱۹/۹ در صد هزار نفر [۲۱] بوده است.

استرس‌های روحی از عوامل افزایش شیوع خودکشی و حوادث ناگوار زندگی، عوامل اثبات شده‌ای برای خودکشی هستند [۱۲] و لذا بر لزوم بهبود بخشیدن به خدمات حمایت اجتماعی در مورد بیماران روانی پرخطر و نیز اقدامات لازم برای تشخیص افراد در معرض خطر خودکشی تأکید شده است [۱۴]. بر اساس مطالعه‌ای بر روی تعدادی از مبتلایان به اسکیزوفرنیا، ۲/۷٪ آن‌ها افکار خودکشی داشته و ۵٪ آن‌ها نقشه ویژه‌ای برای اجرای این افکار داشته‌اند؛ که ۴۰٪ بیمارانی که افکار خودکشی داشتند، دچار افسردگی بوده یا احساس دردناکی از وضعیت بیماری خود داشته‌اند [۱۷].

در پژوهشی به منظور بررسی افکار خودکشی در افرادی که اخیراً از روسیه به اسرائیل مهاجرت کرده بودند، شیوع

خودکشی در افراد مهاجر ۱/۱۵٪، اما در گروه کنترل روسی ۶/۶٪ بوده است [۲۰].

در یک مطالعه مقطعی که به منظور بررسی اقدام به خودکشی در تمام طول عمر افراد انجام شده است، نتایج نشان داد که ۳/۲٪ افراد، اقدام به خودکشی در طول عمر خود داشته‌اند، که از این تعداد ۶۳٪ زن بوده‌اند. شایع‌ترین سن ۱۵ تا ۲۴ سالگی و شایع‌ترین علل این اقدامات، مشکلات زناشویی و خانوادگی بوده است. اقدام به خودکشی در طول عمر، در ۳/۹٪ مسیحیان و ۲/۹٪ مسلمانان وجود داشت. این اقدام در افرادی که استرس‌های روحی دائمی داشتند و از مشروبات الکلی استفاده می‌کردند بیش تر از سایرین بوده است و معتادان در خطر بالاتری برای خودکشی نسبت به جمعیت عادی بودند و داروهای تجویز شده به ویژه ضدافسردگی‌ها و متادون در بالا بردن این خطر دخالت داشت [۱۸،۸].

در یک بررسی نشان داده شد که بیش تر جوانانی که خودکشی نموده‌اند، بی‌کار بودند و از طبقات پایین اجتماعی به شمار می‌رفتند. ۸۰٪، سابقه اقدام قبلی را داشتند و تنها ۲۲/۴٪ آن‌ها تحت مراقبت روان‌پزشکی بودند [۱۱].

اختلال شخصیت، حداقل یک واقعه تهدید کننده حیات (به‌ویژه یک مشکل جدی با دوستان نزدیک، همسایگان یا خویشاوندان)، بی‌کاری اخیر، سابقه قبلی آسیب به خود، از عوامل خطر خودکشی گزارش شده است [۱۰].

ارتباط معنی‌داری بین سلامت جسمی و خودکشی دیده شده است. در ۲۵ تا ۷۵٪ قربانیان خودکشی، یک بیماری جسمی وجود داشته است. از دیگر عوامل مربوط به بیماری که در خودکشی و اقدام به آن نقش دارد، عدم تحرک و بدریختی بدن (به ویژه در زنان) و درد مزمن مقاوم می‌باشد [۱۳].

با توجه به سیر رو به افزایش خودکشی و هم‌راهی آن با بعضی عوامل زمینه‌ای [۱۸،۱۳،۸]، بررسی اپیدمیولوژیک این پدیده در شهرهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان انجام شد. در این مطالعه خصوصیات گروه‌های در معرض خطر

جدول ۱. توزیع جنسی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان برحسب سن، شغل، وضعیت تأهل و سطح تحصیل (سال ۱۳۸۱)

متغیرها	تعداد نمونه	جنس		جمع (%)
		زن (%)	مرد (%)	
سن (سال)				
کم‌تر از ۱۵	۹	۱/۷	۳/۵	۲/۴
۱۵-۱۹	۹۵	۲۸/۸	۱۹/۴	۲۵/۲
۲۰-۲۴	۱۴۰	۳۵/۲	۴۰/۳	۳۷/۱
۲۵-۲۹	۵۰	۱۲/۰	۱۵/۳	۱۳/۳
۳۰-۳۴	۳۸	۹/۴	۱۱/۱	۱۰/۱
۳۵-۳۹	۱۴۰	۴/۷	۲/۱	۳/۷
۴۰ و بالاتر	۳۱	۸/۲	۸/۳	۸/۲
نامعلوم	۶	-	-	-
شغل				
خانه‌دار	۱۴۲	۶۲/۸	۰/۰	۳۹/۰
کارگر	۳۲	۳/۱	۱۸/۲	۸/۸
سرباز	۱۷	۰/۰	۱۲/۴	۴/۷
بی‌کار	۴۲	۴/۰	۲۴/۱	۱۱/۵
محصل یا دانشجوی	۸۸	۲۵/۷	۲۱/۲	۲۴/۲
کارمند	۱۱	۳/۵	۲/۲	۳/۰
سایر	۳۲	۰/۹	۲۱/۹	۸/۸
نامعلوم	۱۹	-	-	-
تأهل				
مجرد	۱۷۵	۳۳/۹	۶۴/۹	۴۵/۸
متأهل	۱۹۵	۶۱/۴	۳۴/۵	۵۱/۰
مطلقه یا بیوه	۷	۲/۶	۰/۷	۱/۸
نامزد	۵	۲/۱	۰/۰	۱/۳
نامعلوم	۱	-	-	-
سطح تحصیل				
بی‌سواد	۱۹	۴/۹	۵/۷	۵/۲
ابتدایی	۵۱	۱۳/۹	۱۴/۳	۱۴/۰
راهنمایی	۹۹	۲۳/۸	۳۲/۹	۲۷/۲
متوسطه	۱۵۸	۴۶/۶	۳۷/۹	۴۳/۴
دانشگاهی	۳۷	۱۰/۸	۹/۳	۱۰/۲
نامعلوم	۱۹	-	-	-

## مواد و روش‌ها

۳۸۳ بیماری که در محدوده زمانی ۸۰/۹/۲۱ لغایت ۸۱/۹/۲۰ به دلیل اقدام به خودکشی به بخش اورژانس بیمارستان‌های فاطمیه (س) و تأمین اجتماعی سمنان، امام گرمسار، شهید رضایی دامغان و ۱۵ خرداد مهدی شهر و پزشکی قانونی ارجاع گردیدند، مورد مطالعه قرار گرفتند. مشخصات فردی، نحوه و انگیزه خودکشی، سابقه قلبی خودکشی، وجود بیماری‌های مزمن جسمی، بیماری‌های روانی و استرس‌های اخیر زندگی، توسط پزشکان و پرستاران آموزش‌دیده با مصاحبه با بیمار و یا همراهان وی ثبت گردید. از آزمون کای اسکوئر، t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی‌داری ۵٪ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

## نتایج

در طول یک سال، ۳۸۳ نفر در شهرستان‌های سمنان، دامغان و گرمسار اقدام به خودکشی کردند. براساس برآورد جمعیت در استان سمنان [۱]، اقدام به خودکشی در کل سه شهرستان، ۱۱۵/۸ در صدهزار نفر در سال بوده است که به تفکیک در شهرستان سمنان ۱۱۶، در دامغان ۱۱۴/۸ و در گرمسار ۱۱۶/۲ در صدهزار نفر بوده است. با توجه به این که کلیه اقدام‌کنندگان، ده ساله و بالاتر بودند؛ اقدام به خودکشی در جمعیت ده ساله و بالاتر سه شهرستان، ۱۳۴/۶ در صدهزار نفر برآورد شد.

میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سن اقدام‌کنندگان به خودکشی  $۸/۹ \pm ۲۴/۶$  بوده است. میانگین سنی در سه شهرستان، اختلاف معنی‌داری نداشت. کم‌ترین سن، ۱۲ سال و بالاترین سن ۷۴ سال بوده است. ۷۵/۶٪ اقدام‌کنندگان به خودکشی (۷۵/۳٪ در سمنان، ۷۷/۱٪ در دامغان و ۷۵/۹٪ در گرمسار) در محدوده سنی ۱۵-۲۹ سال بودند (جدول ۱).

جدول ۲. توزیع جنسی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان برحسب نحوه اقدام به خودکشی، انگیزه خودکشی و داروهای مورد استفاده (سال ۱۳۸۱)

متغیرها	تعداد نمونه	جنس		جمع (%)
		زن (%)	مرد (%)	
نحوه اقدام				
با دارو	۳۳۰	۹۳	۸۱/۰	۸۸/۵
سموم	۲۶	۴/۸	۱۰/۶	۷/۰
خودزنی	۶	۰/۴	۳/۵	۱/۶
مواد مخدر	۷	۰/۹	۳/۵	۱/۹
غیره	۴	۱/۴	۰/۹	۱/۱
نامعلوم	۱۰	-	-	-
انگیزه خودکشی				
اختلاف زناشویی	۱۱۸	۴۸/۲	۱۹/۸	۳۷/۷
اعصاب و روان	۳۰	۹/۶	۹/۵	۹/۶
مشکلات خانوادگی	۸۸	۲۶/۴	۳۱/۹	۲۸/۱
معتاد بودن همسر	۲	۰/۵	۰/۹	۰/۶
بی‌کاری	۱۳	۱/۰	۹/۵	۴/۲
از دست دادن	۳۲	۹/۶	۱۰/۳	۱۰/۲
اعتیاد	۴	۰/۰	۳/۴	۱/۳
مشکلات شغلی	۱	۰/۰	۰/۹	۰/۳
طلاق	۳	۰/۵	۱/۷	۱/۰
مشکلات سربازی	۹	۰/۰	۷/۸	۲/۹
زندانی بودن	۳	۰/۰	۲/۶	۱/۰
بیماری جسمی مزمن	۳	۱/۵	۰/۰	۱/۰
تعارض به خودکشی	۷	۲/۵	۱/۷	۲/۲
نامعلوم	-	-	۲/۲	-
داروهای مورد استفاده				
ضداسفردگی	۳۳	۱۴/۸	۱۰/۰	۱۲/۹
آرام بخش	۱۰۸	۴۰/۰	۴۶/۰	۴۲/۲
ضدسایکوز	۴	۱/۳	۲/۰	۱/۶
قلبی - عروقی	۱۲	۵/۲	۳/۰	۴/۷
آنتی‌بیوتیک	۳	۱/۳	۱/۰	۱/۲
سموم و مواد	۲۵	۷/۱	۱۴/۰	۹/۸
داروهای ترکیبی	۷	۳/۹	۱/۰	۲/۷
ضدتشنج	۹	۳/۹	۳/۰	۳/۵
بدون نسخه	۴۳	۱۸/۷	۱۴/۰	۱۶/۸
سایر	۱۲	۳/۹	۰/۰	۴/۷
نامعلوم	۷۴	-	۶/۰	-

۶۱/۳٪ اقدام‌کنندگان، زن و ۳۸/۷٪ مرد بودند. میانگین (± انحراف معیار) سن زنان، ۲۴/۲±۸/۲ و مردان ۲۵/۲±۹/۹ بوده است که از نظر آماری، اختلاف معنی‌دار نبود.

۲۷/۲٪ اقدام‌کنندگان، غیربومی و بیش‌ترین موارد از استان تهران (۱۳/۲٪)، بودند. در سمنان ۳۸٪، دامغان ۲۷/۸٪ و در گرمسار ۱۸/۴٪ غیربومی بودند. از نظر شغلی ۳۹/۰٪ خانه‌دار، ۲۴/۲٪ محصل یا دانشجو و ۱۱/۵٪ بی‌کار بوده‌اند (جدول ۱). ۶۲/۸٪ زنان اقدام‌کننده، خانه‌دار، ۲۵/۷٪ محصل یا دانشجو و ۴/۰٪ بی‌کار بودند. در مقابل، ۲۱/۲٪ مردان محصل یا دانشجو و ۲۴/۱٪ بی‌کار بودند.

۶۴/۹٪ مردان و ۳۳/۹٪ زنان اقدام‌کننده، مجرد بودند. ۳۴/۵٪ مردان و ۶۱/۴٪ زنان متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵/۲٪ اقدام‌کنندگان، بی‌سواد، ۱۴٪ ابتدایی، ۲۷/۲٪ تحصیلات راهنمایی، ۴۳/۴٪ متوسطه و ۱۰/۲٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). سطح سواد اقدام‌کنندگان به خودکشی در سه شهرستان تفاوت معنی‌دار نداشت.

۱۱/۵٪ اقدام‌کنندگان سابقه بیماری طی، ۱۶/۴٪ بیماری روان‌پزشکی، ۱۰/۲٪ سابقه مصرف مواد، ۱/۳٪ سابقه خودکشی در خانواده، ۱۸/۳٪ سابقه خودکشی قبلی داشتند.

نحوه اقدام به خودکشی ۸۸/۵٪ افراد از طریق دارو و ۷٪ اقدام، استفاده از دارو بوده است (جدول ۲). ارتباط معنی‌داری بین نحوه اقدام و جنس دیده شده است (P = ۰/۰۰۲).

انگیزه خودکشی ۴۸/۲٪ زنان و ۱۹/۸٪ مردان، اختلاف زناشویی و ۲۶/۴٪ زنان و ۳۱/۹٪ مردان مشکلات خانوادگی بوده است (جدول ۲). بین جنس و انگیزه خودکشی ارتباط معنی‌دار دیده شده است (P = ۰/۰۰۰).

شایع‌ترین داروی مورد استفاده در سه شهرستان و هم‌چنین در زنان و مردان، آرام‌بخش‌ها بوده است. به‌طوری‌که ۴۰٪ زنان و ۴۶٪ مردان از آرام‌بخش‌ها استفاده کرده بودند. بعد از آرام‌بخش‌ها، داروهای بدون نسخه شیوع بیش‌تری

داشتند (جدول ۲). ارتباط معنی داری بین نوع دارو و جنس دیده نشد.

تنها ۵۸/۳٪ اقدامکنندگان، از وضعیت زندگی خود رضایت نداشتند.

## بحث و نتیجه گیری

یافته‌ها نشان داد که ۲/۴٪ افراد اقدامکننده، زیر ۱۵ سال، ۷۵/۶٪ در دامنه سنی ۱۵ - ۲۹ سال و مابقی ۳۰ سال به بالا سن داشتند. لذا بیشترین تعداد اقدامکنندگان در گروه سنی جوان (۱۵ - ۲۹ سال) قرار گرفته که پیک سنی آن ۲۴ - ۲۰ سال (۳۷/۱٪) بوده است (جدول ۱).

از نظر جنسی نتایج حاکی است که ۶۱/۳٪ موارد زن بوده‌اند. به عبارتی در بین اقدامکنندگان به خودکشی، زنان ۱/۵۸ برابر مردان بوده‌اند. این نسبت در سمنان ۱/۶۸، در دامغان ۱/۷۴ و در گرمسار ۱/۲۵ بوده است. این یافته مشابه مطالعات انجام شده در مازندران [۲]، جیرفت [۳] و در ناحیه‌ای در کشور کانادا [۷] می‌باشد، اما با مطالعه‌ای در تایلند [۱۵] که در آن نسبت جنسی مرد به زن ۳/۶ بوده است، هم خوانی ندارد.

نتایج در خصوص وضعیت شغلی افراد اقدامکننده نشان می‌دهد که ۳۹٪ اقدامکنندگان خانه‌دار، ۲۴/۲٪ محصل یا دانشجو، ۱۱/۵٪ بی‌کار و ۸/۸٪ کارگر بوده‌اند. در سمنان ۶۷/۵٪ زنان خانه‌دار و ۲۲/۲٪ محصل یا دانشجو، در دامغان ۴۷/۴٪ زنان خانه‌دار و ۴۲/۱٪ محصل یا دانشجو و در گرمسار ۶۸/۰٪ زنان خانه‌دار و ۱۶/۰٪ محصل یا دانشجو بوده‌اند. در مطالعه مشابه که در بیمارستان لقمان حکیم تهران در سال ۷۷-۷۸ صورت گرفت، مهم‌ترین عامل استرس‌زا، مشکلات تحصیلی (۲۰٪) و مشکلات اقتصادی مانند بی‌کاری (۱۷٪) بوده است [۴]. می‌توان نتیجه گرفت که نداشتن شغل و درآمد مناسب و همچنین نبودن تضمین شغلی به ویژه در قشر دانشجو می‌تواند عاملی مؤثر در اقدام به خودکشی باشد.

یافته‌ها نشان داد که ۲۷/۲٪ اقدامکنندگان به خودکشی بومی نبودند. بالا بودن درصد اقدامکنندگان غیربومی احتمالاً

به دلیل مهاجرت تعداد زیادی از جوانان جویای کار سایر استان‌ها جهت اشتغال یا تحصیل می‌باشد. این جوانان در محیط جدید با مشکلاتی مواجه می‌شوند که منجر به چنین اقدامی شده است. مطالعات مشابه میزان بروز اقدام به خودکشی در مهاجرین را بالاتر گزارش می‌کند [۲۰].

از نظر تأهل، ۶۴/۹٪ مردان و ۳۳/۹٪ زنان مجرد بودند. هم‌چنین ۶۱/۴٪ زنان و ۳۴/۵٪ مردان متأهل بودند. در این مطالعه، مردان مجرد و زنان متأهل بیش‌تر اقدام به خودکشی داشته‌اند. این موضوع با نتایج مطالعات مشابه مغایرت دارد که مجرد بودن را یکی از عوامل خطر خودکشی دانسته‌اند [۷]. این یافته توجه به کانون خانواده و پرداختن به مشکلات زنان خانه‌دار را دو چندان می‌کند.

از نظر بیماری‌های اعصاب و روان، ۱۶/۴٪ افراد، مبتلا به حداقل یک بیماری روانی بودند، که شایع‌ترین آن افسردگی بوده است. این یافته مؤید مطالعات مشابه داخل و خارج از کشور [۱۶، ۴] می‌باشد.

در ۱۱/۵٪ اقدامکنندگان، ابتلا به بیماری طبی گزارش شده است که شایع‌ترین آن میگرن، مشکلات گوارشی و تشنج بوده است.

بررسی در مورد سابقه مصرف مواد مخدر در افراد اقدامکننده، نشان داد که ۱۰/۲٪ افراد سابقه مصرف مواد داشتند، که تریاک شایع‌ترین آن‌ها بوده است. به نظر می‌رسد مصرف مواد مخدر می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر در اقدام به خودکشی باشد.

از عوامل عمده خطر اقدام به خودکشی، سابقه قبلی می‌باشد [۹]. در این مطالعه نیز ۱۸/۳٪ اقدامکنندگان، سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشتند. در مطالعه‌ای مشابه در تهران نیز ۴۱/۶٪ افراد حداقل یک بار سابقه قبلی اقدام به خودکشی را داشتند [۴]. این یافته اهمیت مراقبت از این‌گونه افراد را نشان می‌دهد.

انگیزه خودکشی ۴۸/۲٪ زنان و ۱۹/۸٪ مردان اختلاف زناشویی و ۲۶/۴٪ زنان و ۳۱/۹٪ مردان مشکلات خانوادگی بوده است. بعد از آن، فقدان (Loss) و بیماری اعصاب در هر

کرده بودند. در مازندران ۷۹/۲٪ خودسوزی‌ها [۲] و در ایلام نیز ۲۷٪ خودکشی‌ها منجر به مرگ شد که در مطالعه ایلام ۷۵٪ آن‌هایی که خودسوزی کرده بودند فوت نمودند [۵]. در مسجد سلیمان ۷/۴٪ خودکشی‌ها با خودسوزی بوده که در ۷۸٪ آن‌ها موفق بوده است و خودکشی موفق در زن‌ها بیش‌تر بوده است [۲۱]. در مطالعه دیگری میزان خودکشی موفق در زن‌ها ۳۸٪ و بیش‌تر از ساکنین شهرها بوده‌اند [۱۹].

در این مطالعه مشخص شد که زنان بیش‌تر از روش‌های کم‌خطرتر استفاده می‌نمایند. از طرفی داروهای آرام‌بخش و ضدافسردگی و داروهای بدون نسخه (به‌دلیل در دسترس بودن) بیش‌تر مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از ضرورت‌های مهم و اقدام عملی در کاهش اقدام به خودکشی، آموزش و تأکید به پزشکان، به‌خصوص پزشکان عمومی، می‌باشد که در مواجهه با افرادی که در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی می‌باشند، تجویز داروها به تعدادی باشد که در صورت سوء‌مصرف، مسمومیت و مرگ ایجاد نکند. مطالعه‌ای دیگر نیز به نقش آموزش پزشکان عمومی برای درمان درست و به موقع بیماران روانی و کنترل مواردی که در معرض خودکشی هستند، تأکید داشته است [۱۶]. ضرورت دوم این که داروخانه‌ها ملزم به رعایت عدم تحویل داروهای بدون نسخه پزشک باشند. به‌خصوص اگر فردی اصرار به تهیه داروهای متعدد و روان‌گردان داشته باشد که خطر مرگ پس از مصرف بالا خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

لازم می‌دانیم از معاونت محترم پژوهشی و اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه که از این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی حمایت مالی نمودند و هم‌چنین از همکاران گرامی در بخش اورژانس بیمارستان‌های فاطمیه (س) و تأمین اجتماعی سمنان، امام گرمسار، رضایی دامغان و ۱۵ خرداد مهدی‌شهر و هم‌چنین از آقایان دکتر حسین مؤمنی، دکتر حجت بسطامی و خانم دکتر زهرا صفایی که در مراحل اجرایی

دو جنس در مرتبه بعدی قرار داشت. در ایلام ۳۲/۸٪ خودکشی‌کنندگان مشکلات خانوادگی و ۲۲/۶٪ ناراحتی روحی و روانی و ۴/۱٪ بی‌کاری و مشکلات اقتصادی داشتند [۵]. در مازندران، علل اقدام به خودکشی در ۲۸/۹٪ موارد کشمکش زناشویی، ۱۱/۹٪ مشکلات خانوادگی و ۹/۴٪ شکست عشقی بوده است [۲]. در جیرفت دلایل اقدام به خودکشی، اختلاف والدین (۲۹/۵٪)، بیماری فرد (۲۵٪)، اختلاف با همسر (۱۸/۲٪) بوده است [۳]. آنچه از نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه دیده می‌شود این است که اختلاف زناشویی و خانوادگی از مسائلی است که خانواده‌ها باید توجه ویژه‌ای به آن داشته باشند تا از بروز چنین مسائلی جلوگیری نمایند. آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر آموزش حل مشکل، شناسایی و مداخله علمی برای حل مشکلات زناشویی می‌تواند کارگشا باشد. این شناسایی می‌تواند توسط کارشناسان مراکز بهداشتی درمانی و رابطین بهداشت آموزش‌دیده صورت گرفته و با ارجاع به متخصصین مربوطه مداخله علمی و به موقع انجام گیرد.

نحوه اقدام به خودکشی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در این مطالعه ۸۸/۵٪ افراد (۹۳٪ زنان و ۸۱٪ مردان) با استفاده از دارو اقدام کرده‌اند و استفاده از سموم فقط توسط ۷٪ افراد صورت گرفته است. شایع‌ترین داروی مورد استفاده آرام‌بخش‌ها (۴۰٪ زنان و ۴۶٪ مردان) و پس از آن داروهای بدون نسخه (۱۸/۷٪ زنان و ۱۴٪ مردان) بوده است، که این امر عزم جدی داروخانه‌ها در عدم تحویل دارو بدون نسخه پزشک را می‌طلبد. در مطالعات مشابه، در ایلام ۴۴٪ افراد با دارو [۵]، در کرمان شایع‌ترین روش، استفاده از سموم (۳۷/۱٪)، داروآویختگی (۲۴/۲٪)، خودسوزی (۲۱/۵٪)، استفاده از قرص (۹/۷٪) و اسلحه گرم (۸/۱٪) [۶]، در جیرفت ۷۵٪ اقدام‌کنندگان با دارو [۳] و در تایلند شایع‌ترین روش داروآویختگی و استفاده از سموم کشاورزی [۱۵] بوده است.

خودکشی موفق در ۱٪ اقدام‌کنندگان، رخ داد که همگی مرد و از روش‌های دارزنی، خودزنی و اسلحه گرم استفاده

طرح مساعدت و همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی  
نماییم.

## منابع

- [1] سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان سمنان (معاونت آمار و اطلاعات). سال‌نامه آماری استان سمنان در سال ۱۳۸۱، چاپ اول، ۱۳۸۲، صفحات ۹۴-۹۳.
- [2] زرغامی مهران، خلیلیان علی‌رضا. خودسوزی در استان مازندران. فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۱؛ سال هفتم، شماره ۴: صفحات ۲۴-۱۳.
- [3] ظهور علی‌رضا، افلاطونیان محمدرضا. اپیدمیولوژی خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۲؛ سال دهم، شماره ۲۸، فوق‌العاده دو: صفحات ۹۱۹-۹۱۳.
- [4] ظهیرالدین علی‌رضا، تقه‌الاسلام طاهره. بررسی خصوصیات فردی و روانی خودکشی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم در سال‌های ۷۸-۷۷. مجله پژوهنده، زمستان ۱۳۷۹؛ شماره ۲۰: صفحات ۳۵۸-۳۵۳.
- [5] کیخاونی ستار. بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام ۱۳۷۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۳۷۹؛ سال هشتم، شماره ۲۸: صفحات ۱۲-۷.
- [6] یاسمی محمدتقی، صباحی عبدالرضا، میرهاشمی مجتبی، سیفی شراره، آذرکیوان پری‌نوش، طاهری محمدحسین. همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان. فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۱؛ سال هفتم، شماره ۴: صفحات ۱۲-۴.
- [7] Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*, 2005; 50(12):762-8.
- [8] Alem A, Kebede D, Jacobsson L, Kilgore G. Suicide attempts among adults in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand*, 1999; 397(Suppl):70-6.
- [9] Delvenne V. Suicidal attempts in adolescents. *Rev Med Brux*, 2005; 26(4):S229-32.
- [10] Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 1999; 175:175-9.
- [11] Hawton K, Houston K, Shepperd R. Suicide in young people. Study of 174 cases, aged under 25 years, based on coroners' and medical records. *Br J Psychiatry*, 1999; 175:271-6.
- [12] Heila H, Heikkinen ME, Isometsa ET, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Life events and completed suicide in schizophrenia: a comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophrenic Bull*, 1999; 25(3):519-31.
- [13] Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 8<sup>th</sup> ed. New York: Williams & Wilkins, 1997.
- [14] Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV, Fuller SA. Suicide rates in psychiatric in-patients: an application of record linkage to mental health research. *Oust N Z J Public Health*, 1999; 23(5):468-70.
- [15] Lotrakol M. Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai*, 2005; 88(7):944-8.
- [16] Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, Van Der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Fam Pract*, 2005; 6:45.
- [17] Moussaoui D, el Kadiri M, Ague M, Tazi I, Kadri N. Depression, suicidal ideation and schizophrenia. *Encephale*, 1999; 25(3):9-11.
- [18] Oyefeso A, Geodes H, Clancy C, Corker JM. Suicide among drug addicts in the UK. *Br J Psychiatry*, 1999; 175:277-82.
- [19] Polewka A, Bolechala F, Kolodziej J, Chrostek Maj J, Groszek B, Trela F, et al. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Krakow in the years 2002-2003. *Przegl Lek*, 2005; 62(6):422-6.
- [20] Ponizovsky AM, Ritzier MS. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide Life Threat Behave*, 1999; 29(4):376-92.
- [21] Saadat M, Bahaoddini A, Mohabaatkar H, Noemani K. High incidence of suicide by burning in Masjid-i-Sulaiman (southwest of Iran), a polluted area with natural sour gas leakage. *Burns*, 2004; 30(8):829-32.