همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در افراد مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان در سال ۱۳۹۱

سکینه بیگم کاظمی[۱]، فرهاد کرد[۲]، شیما رحیمیان[۳]، سهیلا کلانتری[۴]، رسول محمدی[۵] ، سامیه غنا پک[۶] ، ابوالفضل مقدم[۷]

۱- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران ۲- کارشناس ارشد مدیریت آموزش، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران ۳- کارشناسی ارشد مامایی، واحد اقتصاد معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران ۴- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه تکنولوژی اتاق عمل، عضو هیئت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. نویسنده مسئول ۵- دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، تهران، ایران ۶- دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. ۷- کارشناسی ارشد مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۱۳۹۴/۱۰/۳
پذیرش :۱۳۹۴/۱۱/۳۰

کلید واژگان
خودکشی، استان گلستان، ایران، بخش اورژانس

نویسنده مسئول
Email:
sa.kalantary@gmail.com

چکیده

مقدمه: مرگ ناشی از خودکشی در زمره مسائل پیچیده جهان بشری به حساب می آید و با وجود نهی آن در تمام ادیان و فرهنگ های مختلف، امروزه بیش از پیش شاهد آن هستیم. این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی جمعیت خودکشی کرده در شش ماه اول سال۱۳۹۱درافراد مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه بصورت توصیفی همبستگی با رویکرد گذشته نگر انجام شد. محیط پژوهش تمامی مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. جهت جمع آوری داده ها از فرم اطلاعاتی استفاده شد. کلیه موارد اقدام به خودکشی و موارد منجر به مرگ ناشی از آن طی ۶ ماه اول سال ۱۳۹۱ ثبت شد. بروز شش ماهه اقدام به خودکشی و روند رخداد خودکشی در این مرکز درمانی مورد بررسی قرار گرفت. فرم اطلاعاتی شامل: جنس، سن، قومیت، مذهب، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، ابزار خودکشی، انگیزه خودکشی، دفعات خودکشی، نتیجه خودکشی، ماه خودکشی و شیفت مراجعه فرد به اورژانس بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارspss16 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته ها: از ۲۰۰۱ مورد اقدام به خودکشی در طول مدت پژوهش، ۱۳۱۲ نفر(۵۶/۶ درصد) زن و ۶۸۹ نفر(۳۴/۴ درصد) مرد بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۸/۴۶± ۲۴/۴۴ سال بود. اختلاف معناداری بین دو جنس از نظر توزیع سنی در افراد اقدام کننده به خودکشی وجود داشت($P<۰/۰۰۱$). شایع ترین روش خودکشی در افراد تحت مطالعه(۹۱/۴درصد) مسمومیت بود که بیشترین موارد مسمومیت(۹۵/۱ درصد) استفاده از مواد دارویی بود. مشکلات خانوادگی شایع ترین علت خودکشی در هر دو جنس عنوان شده بود.

نتیجه گیری: خودکشی به عنوان یک اولویت بهداشتی در سلامت روان در جامعه می باشد و می توان با ایجاد مراکز مشاوره در مناطق کم دسترس و مناطق مدرن که دارای افرادی با سطح سواد بالاتر هستند در بررسی و آموزش پیشگیری از خودکشی و ادغام این برنامه در سایر برنامه های جاری نظام سلامت با این معضل مقابله نمود.

مقدمه

مرگ ناشی از خودکشی در دنیای معاصر در زمره مسائل پیچیده جهان بشری به حساب می آید و با وجود نهی آن در تمام ادیان و فرهنگ های مختلف، امروزه بیش از پیش شاهد آن هستیم(۱). آمارها بیانگر آن است که میزان مرگ و میر جهانی سالانه تخمین زده توسط کمیته خودکشی ۱۴/۵ مرگ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر است، که این آمار برابر ۱ مرگ در ۴۰ ثانیه می باشد. همچنین میزان مرگ ناشی از خودکشی، ۱/۵٪ همه ی مرگ ها را به خود اختصاص می دهد به طوری که دهمین علت مرگ در جهان می باشد(۲). پیش بینی ها نشان می دهد که با رشد روز افزون آمارهای خودکشی، در سال ۲۰۲۰ میلادی، جهان شاهد یک میلیون و پانصد و سی هزار

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

مورد خودکشی خواهد بود. این رقم بیانگر آن است که در سال ۲۰۲۰ میلادی به ازای گذشت هر ۲۰ ثانیه، یک مورد خودکشی در دنیا رخ می دهد. باید به این نکته مهم نیز توجه داشت که همواره به دلایل دشواری در ثبت و گزارش آمار خودکشی، ارقام واقعی ممکن است تا ده برابر بیشتر از ارقامی باشد که به طور رسمی از کشورهای مختلف گزارش می گردد (۳). از نظر جغرافیایی نیز، تفاوت های عمده ای در میزان های خودکشی در کشورهای مختلف دنیا وجود دارد. برای نمونه، کشورهای اروپایی شرقی مانند لیتوانی، استونی، بیلاروس و فدرسین روسیه بالاترین میزان خودکشی(۴۵ در ۱۰۰/۰۰۰) را به خود اختصاص داده اند. این در حالی است که کشورهای اسلامی و از جمله ایران، از پایین ترین میزان خودکشی(۴/۴ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر) برخوردارند(۳). دل آزر و فرهی در تحقیقی، نشان دادند که از مجموع ۶۸ مطالعه ای که تا سال ۲۰۰۰ درباره رابطه خودکشی و مذهبی بودن انجام شده است. ۵۷ بررسی میزان کمتر خودکشی یا نگرش منفی تر نسبت به آن را در افراد با رویکرد مذهبی قوی تر نشان داده اند(۴). این نکته حائز اهمیت است که دین اسلام این عمل ناپسند را منع کرده و در ایران هم به عنوان کشوری اسلامی و دارای جامعه مسلمان، عرفاً نیز خودکشی به صورت واضع منع شده است(۱). با این وجود میزان خودکشی در ایران به عنوان یک کشور اسلامی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه می باشد(۵).در کشور ایران میزان کلی خودکشی را در سال ۱۳۸۰ برابر با ۴/۴ درصد هزار نفر(به ترتیب ۵/۷ و ۳/۱ در یک صد هزار نفر از مردان و زنان کل کشور) تعیین شده است(۶ و۳).

استان گلستان نیز یکی از استان ها با تنوع قومیتی و مذهبی در کشور ایران است. تازیکی و همکارانش در مطالعه خود میزان خودکشی را در استان گلستان در سال ۱۳۸۲، ۱۱۷/۸ درصد هزار نفر جمعیت تعیین کرده است. علاوه بر آن علت بالا بودن میزان خودکشی در این منطقه را مهاجر پذیر بودن، تنوع قومیتی و جمعیتی اشاره کرده اند(۷). مطالعات مختلف نشان داده اند که موارد بسیاری می تواند در بروز خودکشی و بررسی این پدیده تاثیر گذارد(۸ و۱) از جمله این جنبه های موثر، متغیرهای مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نظیر: سن، جنس، شغل ، نژاد، مذهب و... می باشد. علاوه بر آن افراد در گروه های سنی، جنسی و مذهبی گوناگون، الگوهای متفاوتی از خودکشی را از خود بروز می دهند(۳). سازمان بهداشت جهانی اعلام داشته است که افراد جوان در مقابل رفتارهای خودکشی بسیار آسیب پذیرند و خودکشی را در سراسر جهان یکی از سه علت اصلی مرگ در میان افرادی دانسته است که از لحاظ اقتصادی در سن کاری اجتماع(۴۴-۱۵سالگی) هستند و همچنین دومین علت اصلی مرگ در افراد گروه سنی ۱۵ الی ۱۹ می باشد. این در حالی است که در سوی دیگر طیف افراد مسن نیز در خطر بالای خودکشی در کشورهای مختلف قرار دارند(۹). انتخاب روش خودکشی نیز می تواند علل متفاوتی داشته باشد از جمله: مقبولیت اجتماعی آن روش در فرهنگ و سنن خاص و در دسترس بودن آن روش اشاره کرد. بر پایه یافته ای درWHO دارزدن شایع ترین روش خودکشی در بیشتر کشورهاست و بیشترین میزان کاربرد آن ۹۰درصد در مردان و ۸۰ درصد در زنان در کشورهای اروپای شرقی گزارش شده است. در آمریکا دو سوم خودکشی ها با سلاح گرم و در چین شایع ترین روش مسمومیت با آفت کش ها می باشد. افزون بر تفاوت میان کشورهای گوناگون در انتخاب روش خودکشی، در داخل یک کشور نیز تفاوت های منطقه ای دیده می شود؛ برای مثال در ایران روش دار زدن در ایلام ۷ درصد و در تهران ۸۶ درصد گزارش شده است(۱۰). به همین دلیل خودکشی نه تنها یک اورژانس عمده برای سلامت ذهنی افراد حرفه ای است، بلکه یک مشکل بزرگ اجتماعی در جهان است و پیامدهای اقتصادی، اجتماعی و روانی متعددی دارد و خسارت های فراوانی را به جامعه تحمیل می کند(۱۰). در استان گلستان در شمال ایران با تنوع قومیتی و جمعیتی و دارای اقلیم های مختلف، طبق بررسی های پژوهشگر اخیرا مطالعه مستندی انجام نشده است. آخرین مطالعه مربوط به همه گیر شناسی خودکشی در سال ۱۳۸۲بوده است. لذا این مطالعه به منظور تعیین فراوانی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی جمعیت خودکشی کرده در شش ماه اول سال ۱۳۹۱ در افراد مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد.

روش کار

این مطالعه به صورت توصیفی- همبستگی با رویکرد گذشته نگر انجام شد. محیط پژوهش تمامی مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان بود. جهت جمع آوری داده ها از فرم اطلاعاتی استفاده شد. کلیه موارد اقدام به خودکشی و موارد منجر به مرگ ناشی از آن طی ۶ ماه اول سال ۱۳۹۱ ثبت شد. بروز شش ماهه اقدام به خودکشی و روند رخداد خودکشی در این مرکز درمانی مورد بررسی قرار گرفت. فرم اطلاعاتی مورد استفاده در این پژوهش شامل: جنس، سن، قومیت، مذهب، محل سکونت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، ابزار خودکشی، انگیزه خودکشی، دفعات خودکشی، نتیجه خودکشی، ماه خودکشی و شیفت مراجعه فرد به اورژانس بوده است. این فرم اطلاعاتی از طرف معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی گلستان تهیه و کارکنان پذیرش اورژانس و یا تریاژ مراکز درمانی ملزم به پر کردن آن در هر شیفت کار خود(صبح، عصر و شب) بودند.

بعد از کسب مجوز از حراست دانشگاه علوم پزشکی گلستان، و

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

پس تایید نهایی پژوهش توسط معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق، جمع آوری فرم اطلاعاتی های مورد نظر از مرکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پرشکی گلستان که شامل:مراکز آموزشی درمانی۵ آذر و صیاد شیرازی و همچنین بیمارستان های امیرالمومنین کردکوی(ع)، آل جلیل آق قلا، امام خمینی بندر ترکمن، شهدای بندر گز، فاطمه الزهرا(س) مینودشت، مطهری گنبد، حضرت رسول اکرم(ص) کلاله از طریق دفتر پرستاری معاونت درمان به عمل آمد. کلیه اطلاعات مندرج در فرم ها نزد محققین محرمانه و محفوظ ماند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارspss16 و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته ها

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داده اشت که در طول مدت ۶ ماه اول سال ۱۳۹۱جمعاً ۲۰۰۱ مورد اقدام به خودکشی در استان گلستان ثبت شده بود که ۱۳۱۲ نفر(۵۶/۶ درصد) زن و ۶۸۹ نفر(۳۴/۴ درصد) مرد بودند. میانگین سن افراد شرکت کننده در مطالعه ۸/۴۶± ۲۴/۴۴ سال بود. بیشترین و کمترین افراد اقدام کننده به خودکشی به ترتیب در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال و بیش از ۵۰ سال بودند. اختلاف معناداری بین دو جنس از نظر توزیع سنی در افراد اقدام کننده به خودکشی وجود داشت (P< ۰/۰۰۱). علاوه بر آن ۹۹۴نفر(۴۹/۷ درصد) از افراد تحت مطالعه متاهل و ۹۹۹ نفر(۴۹/۹ درصد) مجردو نفر(۰/۴ درصد) نیز مطلقه یا بیوه بودند.

از نظر سطح تحصیلات و اقدام به خودکشی بر اساس نتایج نشان داده شد که در هر دو جنس، افراد با تحصیلات دبیرستان دارای بیشترین و افراد بی سواد کمترین فراوانی را دارا بودند. بیشتر افراد اقدام کننده به خودکشی در گروه شغلی خانه دار قرار داشتند. همچنین در افراد مذکر شغل آزاد با ۳۵/۴ درصد و در افراد مونث گروه شغلی خانه دار دارای بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود(۶۷/۲ درصد).

از نظر منطقه بروز خودکشی تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که ۶۵/۶درصد موارد اقدام به خودکشی در شهر و ۳۴/۴ درصد در روستا اتفاق افتاده بود. علاوه بر آن ۶/۷ درصد افراد تحت مطالعه دارای سابقه خودکشی بودند. توزیع جنسی، افراد اقدام کننده به خودکشی بر اساس برخی از متغیرهای مورد بررسی نظیر وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و شغل و محل سکونت در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

شایع ترین روش خودکشی در افراد تحت مطالعه مسمومیت بود (۹۱/۴ درصد)، که بیشترین موارد مسمومیت استفاده از مواد دارویی(۹۵/۱ درصد) بود. و پس از آن خودزنی جز شایع ترین روش استفاده در افراد اقدام به خودکشی با تعداد و درصد ۱۰۹ نفر(۵/۴ درصد) می باشد. در مطالعه حاضر مشکلات خانوادگی شایع ترین علت خودکشی در هر دو جنس عنوان شده بود. به طوری که ۴۰/۵ درصد مردان و ۴۶/۶ درصد زنان تحت مطالعه به علت مشکلات خانوادگی دست به خودکشی زده بودند. از نظر ماه اقدام به خودکشی در طول مدت ۶ ماه مطالعه بیشترین و کمترین موارد خودکشی به ترتیب در ماه خرداد(۱۹/۹درصد) و شهریور(۱۳/۱درصد) روی داده بود. اختلاف معناداری از نظر توزیع فصلی موارد خودکشی در دو جنس وجود داشت. به طوری که شایع ترین فصل رویداد خودکشی در زنان ماه خرداد و در مردان تیر ماه بود(P=۰/۰۰۲)(جدول شماره ۲). از نظر پیامد خودکشی ۱/۳درصد از موارد خودکشی در مردان و ۰/۳ درصد در زنان به فوت انجامیده بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود(P= ۰/۰۱۵). همچنین اختلاف معناداری بین دو جنس از نظر سابقه اقدام به خودکشی مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر میزان اقدام به خودکشی از نظر جنسیت در زنان نسبت به مردان بیشتر بود، که با نتایج گزارش سازمان جهانی بهداشت(WHO)[1](۹) و نتایج مطالعات انجام گرفته در ایران مانند کرج(۱۳۸۴)(۱۱)، اردبیل(۱۳۸۲)(۱۲)، آذربایجان غربی(۱۳۸۳)(۱۳) و همدان(۱۳۹۱)(۱۴) و بسیاری از مطالعات خارجی(۱۵و۱۶)، همخوانی و با برخی مطالعات دیگر همخوانی نداشت(۱۷ و۱۸و۱۹). علت بالاتر بودن خودکشی در زنان شاید مربوط به روحیه حساس و آسیب پذیر آنان نسبت به مردان(۲۰) و بالاتر بودن میزان اختلالات خلقی، عاطفی و سایر متغیر های بیولوژیک و سایکولوژیک(۲۱) و کمتر بودن سامانه های پشتیبانی و اجتماعی در دفاع از حقوق زنان نسبت به مردان و علل احتمالی دیگر باشد(۲۰). در مطالعه ای که توسط کاجیاما در سال ۲۰۱۲ در ژاپن انجام شد نیز خودکشی در زنان بیشتر از مردان گزارش گردید(۲۲). در مطالعه حاضر اگر چه اقدام به خودکشی در زنان تقریباً دو برابر مردان بود ولی مرگ ناشی از خودکشی در مردان بیشتر بود. این یافته همخوان با تحقیقات جباری فرد در سال۱۳۹۲می باشد(۲۳). مردان اگر چه اقدام به خودکشی کمتری دارند ولی از روش خشن تری برای خودکشی استفاده می کنند که منجر به مرگ آن ها می شود و قاطعیت بیشتری برای مردن دارند. علیرغم این موضوع، یافته های حاصل از مطالعه صیاد رضایی و همکاران ۱۳۸۸ مرگ ناشی از خودکشی در زنان را بیشتر گزارش کرد(۲۴). همچنین بر اساس یافته های یک مطالعه در چین نیز مرگ ناشی خودکشی در زنان بیشتر بود(۲۵). همچنین بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت نسبت خودکشی در زنان به نسبت مردان از (۲ به ۱) تا (۴ به ۱) در کشورهای در حال توسعه متغیر می باشد و به نظر می رسد این

۱- World Health Organization

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

جدول ۱: توزیع جنسی افراد اقدام کننده به خودکشی بر اساس سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، محل سکونت و تعداد دفعات خودکشی

متغیر		مرد		زن		کل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۱۰-۲۰	۲۱۴	۳۱/۳	۵۲۷	۴۰/۲	۷۴۱	۳۷
	۲۰-۳۰	۳۶۲	۵۲/۵	۵۶۰	۴۲/۷	۹۲۲	۴۶/۱
	۳۰-۴۰	۷۸	۱۱/۳	۱۶۵	۱۲/۶	۲۴۳	۱۲/۱
	۴۰-۵۰	۲۰	۲/۹	۴۱	۳/۱	۶۱	۳
	>۵۰	۱۵	۲/۲	۱۹	۱/۵	۳۴	۱/۶
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۱	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰
سطح تحصیلات	بیسواد	۳۳	۴/۸	۷۸	۵/۹	۱۱۱	۵/۵
	ابتدایی	۶۷	۹/۷	۲۰۰	۱۵/۲	۲۶۷	۱۳/۳
	راهنمایی	۲۳۸	۳۴/۵	۳۷۴	۲۸/۵	۶۱۲	۳۰/۶
	دبیرستان	۳۰۰	۴۳/۵	۵۴۰	۴۱/۲	۸۴۰	۴۲
	دانشگاهی	۵۱	۷/۴	۱۲۰	۹/۱	۱۷۰	۸/۵
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰
شغل	دانش آموز	۷۳	۱۰/۶	۲۰۴	۱۵/۵	۲۷۷	۱۳/۸
	دانشجو	۲۱	۳	۵۸	۴/۴	۷۹	۳/۹
	خانه دار	۵۸	۸/۴	۸۸۲	۶۷/۲	۹۴۰	۴۷
	بیکار	۲۲۷	۳۲/۹	۹۸	۷/۵	۳۲۵	۱۶/۲
	کارگر	۴۸	۷	۹	۰/۷	۵۷	۲/۸
	کارمند	۱۸	۲/۶	۱۶	۱/۲	۳۴	۱/۷
	شغل آزاد	۲۴۴	۳۵/۴	۴۵	۳/۴	۲۸۹	۱۴/۴
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰
وضعیت تاهل	مجرد	۴۱۱	۵۹/۷	۵۸۸	۴۴/۸	۹۹۹	۴۹/۹
	متاهل	۲۷۷	۴۰/۲	۷۱۷	۵۴/۶	۹۹۴	۴۹/۷
	بیوه	۰	۰	۱	۰/۱	۱	۰/۱
	مطلقه	۱	۰/۱	۶	۰/۵	۷	۰/۳
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰
محل سکونت	شهر	۴۶۹	۶۸/۱	۸۴۳	۶۴/۳	۱۳۱۲	۶۵/۶
	روستا	۲۲۰	۳۱/۹	۴۶۹	۳۵/۷	۶۸۹	۳۴/۴
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰
تعداد دفعات خودکشی	بار اول	۶۴۳	۹۳/۳	۱۲۲۳	۹۳/۲	۱۸۶۶	۹۳/۳
	بیش از یک بار	۴۶	۶/۷	۸۹	۶/۸	۱۳۵	۶/۷
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰

نسبت در حال افزایش می باشد(۲۶). اگر چه نسبت خودکشی زن به مرد در کشورهای آسیایی به طور معمول بسیار پایین تر می باشد، اما این نسبت در حال افزایش می باشد(۲۷). بر اساس نتایج مطالعه لی و همکاران و کانر و همکاران، بیشترین اقدام کنند گان به خودکشی را زنان تشکیل داده بودند(۱۵و ۲۸). در مطالعه حاضر نیز بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی زنان بودند که این نتایج با یافته های مطالعه ای که توسط سیفی و رفیعی با عنوان بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

خودکشی ارجاع شده به بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی از سال ۱۳۸۴ الی ۱۳۸۶ انجام شد، هم خوانی دارد(۲۹). با توجه به همخوانی آمارهای خودکشی در زنان در مطالعات مختلف و هم سویی آن با گزارشات سازمان جهانی بهداشت توجه به مشکلاتی که زمینه ساز اقدام به خودکشی در زنان می شود ضروری به نظر می رسد. بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت، خودکشی درسراسر جهان یکی از سه علت اصلی مرگ در میان افرادی است که از لحاظ اقتصادی در سن کاری اجتماع هستند(۴۴-۱۵سالگی)(۳۰).

در مطالعه حاضر بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی سن بین ۳۰-۲۰ سال داشتند این یافته با گزارش سازمان جهانی بهداشت همسویی دارد و در محدوده گزارش شده می باشد. در مطالعه ای توسط Lee و همکاران در سال ۲۰۱۲ در کره انجام شد بیشترین درصد سن خودکشی بین ۳۹-۳۰ سال بود(۱۵). که یک دهه با نتایج مطالعه حاضر تفاوت دارد. دلیل تفاوت الگوهای سنی خودکشی در نقاط مختلف را می توان به فرهنگ منطقه و سطح انطباق پذیری و ارزش های گروه مورد مطالعه ارتباط داد. از آنجایی که فرهنگ ها و انطباق در کشورهای

جدول ۲: توزیع جنسی افراد اقدام کننده به خودکشی بر اساس روش، انگیزه، فصل و پیامد خودکشی

متغیر		مرد		زن		کل		P value
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نحوه اقدام به خودکشی	مسمومیت با دارو	۵۵۵	۸۰/۶	۱۱۸۳	۹۰/۲	۱۷۳۸	۸۶/۹	P<۰/۰۰۱
	مسمومیت با سم	۳۶	۵/۲	۵۴	۴/۱	۹۰	۴/۵	
	حلق آویز	۸	۱/۲	۳	۰/۲	۱۱	۰/۵	
	خودسوزی	۹	۱/۳	۹	۰/۷	۱۸	۰/۹	
	خودزنی	۶۵	۹/۴	۴۴	۳/۴	۱۰۹	۵/۴	
	سایر	۱۵	۲/۲	۲۰	۱/۴	۳۵	۱/۷	
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰	
انگیزه خودکشی	مشکلات خانوادگی	۲۷۹	۴۰/۵	۶۱۱	۴۶/۶	۸۹۰	۴۴/۵	P=۰/۰۷۳
	مشکلات روانی و عصبی	۲۲۶	۳۲/۸	۴۱۱	۳۱/۳	۶۳۷	۳۱/۸	
	ازدواج تحمیلی	۱۹	۲/۸	۲۵	۱/۹	۴۴	۲/۲	
	عشق نافرجام	۸	۱/۲	۱۲	۰/۹	۲۰	۱	
	نامعلوم	۱۳۴	۱۹/۴	۲۲۸	۱۷/۴	۳۶۲	۱۸/۱	
	سایر	۲۲	۳/۲	۲۵	۱/۹	۴۷	۲/۳	
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰	
ماه اقدام به خودکشی	فروردین	۱۲۵	۱۸/۱	۲۰۲	۱۵/۴	۳۲۷	۱۶/۳	P= ۰/۰۰۲
	اردیبهشت	۱۱۱	۱۶/۱	۲۴۴	۱۸/۶	۳۵۵	۱۷/۷	
	خرداد	۱۱۱	۱۶/۱	۲۸۸	۲۲	۳۹۹	۱۹/۹	
	تیر	۱۲۶	۱۸/۳	۲۴۰	۱۸/۳	۳۶۶	۱۸/۳	
	مرداد	۱۰۶	۱۵/۴	۱۸۶	۱۴/۲	۲۹۲	۱۴/۶	
	شهریور	۱۱۰	۱۶	۱۵۲	۱۱/۶	۲۶۲	۱۳/۱	
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰	
پیامد خودکشی	موفق	۹	۱/۳	۴	۰/۳	۱۳	۰/۶	
	ناموفق	۶۸۰	۹۸/۷	۱۳۰۸	۹۹/۷	۱۹۸۸	۹۹/۴	
	جمع	۶۸۹	۱۰۰	۱۳۱۲	۱۰۰	۲۰۰۱	۱۰۰	

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

مختلف متفاوت است اختلاف در سنین انجام خودکشی می تواند توجیه شود. در مطالعه ای که توسط لی انجام شد گروه بیشتری از افراد ۲۰ الی ۲۹ سال رفتارهای واقعی خودکشی را از خود نشان داده بودند(۱۵). همچنین در مطالعه ای که توسط سیفی(۱۳۸۷) انجام شد میانگین و انحراف معیار افراد اقدام کننده به خودکشی ۹/۷۲± ۲۴/۹۵ و افرادی که خوکشی موفق داشته اند(۱۳/۷۲± ۲۹/۷۹) بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد(۲۹). در مطالعه محمدنژاد و همکاران نیز که با عنوان بررسی عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در استان بویراحمد انجام شد، اقدام به خودکشی در افراد ۱۹ الی ۲۵ بیشترین آمار را داشت(۳۱) و به نظر می رسد خانواده به عنوان یک کانون فرهنگی نقش مهمی در جهت پیشگیری از مسایل آسیب زای افراد در آینده دارد. خانواده ها و مربیان باید به نحو دقیق و محبت آمیز رفتار کودکان و نوجوانان را تحت نظر گیرند و نباید روحیه انزواگرایی و بی قیدی فرزندان را امری ناچیز شمارند، بلکه باید در مواردی این چنین از مراکز مشاوره برای چاره جویی استمداد نمایند.

در مطالعه حاضر بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی سطح تحصیلات دبیرستان داشتند و کمترین افراد خودکشی کننده افراد بی سواد بودند. در مطالعه ای که توسط جباری فرد و همکاران(۱۳۹۲) روی یک دهه خودکشی شهرستان لردکان انجام شد بیشترین میزان خودکشی منجر به فوت در تحصیلات سطح ابتدایی وجود داشت این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت(۲۳). تعداد دفعات خودکشی در طول مدت ۶ ماه اول سال ۱۳۹۰ جمعاً ۲۰۰۱ مورد اقدام به خودکشی در استان گلستان ثبت شده بود که ۱۳۱۲ نفر(۵۶/۶ درصد) زن و ۶۸۹ نفر(۳۴/۴درصد) مرد بودند. اقدام به خودکشی یکی از شناخته شده ترین پیشگویی کننده های خودکشی منجر به مرگ است. در مطالعه ای که به صورت آینده نگر در افراد اقدام کننده به خودکشی با سم انجام شد تلاش برای خودکشی موفق ۴ دهه ادامه داشت و بعد از یک پیگیری ۳۷ ساله از تعداد افرادی که زنده مانده بودند۱۳درصد به دنبال خودکشی مجدد جان خود را از دست دادند(۳۲). در مطالعه حاضر اقدام به خودکشی با سم در مرتبه دوم قرار داشت و به نظر می رسد این گروه از افراد نیازمند توجه و حمایت های جدی برای پیشگیری از خودکشی مجدد می باشند. با توجه به بافت کشاورزی منطقه لازم است که برنامه ریزی های آموزشی در خصوص کاهش دسترسی یا دسترسی ایمن به سموم کشاورزی و همچنین قرص ها به صورت دوره ای جهت خانواده ها به خصوص والدین انجام گردد. در مطالعه حاضر شایع ترین روش خودکشی در افراد تحت مطالعه مسمومیت با دارو بود(۹۱/۴درصد) که بیشترین موارد مسمومیت استفاده از مواد دارویی(۹۵/۱ درصد) بود. در مشکلات خانوادگی شایع ترین علت خودکشی در هر دو جنس عنوان شده بود. به طوری که ۴۰/۵ درصد مردان و ۴۶/۶ درصد زنان تحت مطالعه به علت مشکلات خانوادگی دست به خودکشی زده بودند. در مطالعه ای که توسط جباری فرد و همکاران انجام شد نیز بیشترین علت اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی بود(۳۲). در مطالعه حاضر مشکلات روانی دومین علت خودکشی را در افراد تشکیل می داد. در مطالعه ای که به صورت آینده نگر روی بیماران با تشخیص اولیه اسکیزوفرنی انجام شد خطر خودکشی در این بیماران به مدت هفت سال ادامه داشت و این خطر در افرادی که سابقه قبلی آسیب به خود را داشتند بیشتر بود(۳۳). با توجه به رتبه دوم اقدام به خودکشی در بین بیماران مبتلا به مشکلات روانی توجه به این گروه از مددجویان ضروری به نظر می رسد. که می تواند موید این موضوع باشد که هر چقدر نابسامانی و مشکلات خانوادگی بیشتر باشد، احتمال خودکشی بالاتر است و از این رو آموزش مهارت های زندگی با تأکید بر آموزش حل مشکل، شناسایی و مداخله علمی برای حل مشکلات زناشویی و خانوادگی می تواند کارگشا باشد. در طول مدت ۶ ماه مطالعه بیشترین و کمترین موارد خودکشی به ترتیب در ماه خرداد(۱۹/۹٪) و شهریور(۱۳/۱٪) روی داده بود.اختلاف معناداری از نظر توزیع فصلی موارد خودکشی در دو جنس وجود داشت. به طوری که شایع ترین فصل رویداد خودکشی در زنان ماه خرداد و در مردان تیر ماه بود(P= ۰/۰۰۲) (جدول ۲). از نظر پیامد خودکشی ۱/۳ درصد از موارد خودکشی در مردان و ۰/۳ درصد در زنان به فوت انجامیده بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود(P= ۰/۰۱۵).

در نهایت می توان نتیجه گرفت خودکشی به عنوان یک اولویت بهداشتی در سلامت روان در جامعه می باشد و می توان با ایجاد مراکز مشاوره در مناطق کم دسترس و حتی در مناطقی که به عنوان مناطق مدرن در نظر گرفته می شود و دارای افرادی با سطح سواد بالاتر هستند در بررسی و آموزش پیشگیری از خودکشی و ادغام این برنامه در سایر برنامه های جاری نظام سلامت با این معضل مقابله نمود.

تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه کارکنان بخش های اورژانس و تریاژ بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان که در پیشبرد اهداف تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می آید. همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فناوری نیز به سبب حمایت های مالی و معنوی در انجام این طرح سپاسگزاری می گردد. این طرح مصوبه معاونت تحقیقات و فناوری بود.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

References

1- Anbari M, Bahrami A. The Relationship between Cultural Beliefs and Suicide. Societal security studies. 2010; 12 (21): 121-54

2- Ying Li, Yafaei Li, Jia Cao. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. BMC Public Health 2012; 12(1): 524.

3- Rezaeian M, Vazirinejad R, Tabatabie S, Salem Z, Esmaili A. Suicide in Islamic Faith. J Rafsanjan Uni Med Sci. 2007; 6 (4):15-30 [Persian].

4- Farahi H, Del Azar R. Suicide Ideation and Performing Religious Rites in Patients with Depression. J Ardabil Uni Med Sci. 2009; 9 (3):224-34 [Persian].

5- Ghoreishi S A, & Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Iranian J Psychiatr Clin Psychol. 2008, 14 (2): 115-21 [Persian].

6- Rezaian M. Suicide Eidemiologic. Persian Textbook of Public Health. Tehran. Arjomand publication. 2012.

7- Taziki M, Semnani S, Golalipour M, Behnampour N, Taziki A, Rajaee S, et al . Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). J Mazandaran Univ Med Sci. 2006; 16 (55):72-77 [Persian].

8- Rezaeian M. Comparing the Statistics of Iranian Ministry of Health with Data of Iranian Statistical Center Regarding Recorded Suicidal Cases in Iran. Health Sys Res. 2012; 8(7): 1190-6 [Persian].

9- World Health Organization. (2003). World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

10- Morovatdar N, Moradi Lakeh M, Malakouti S K, Nojomi M. Frequency of Methods of Suicide in Eastern Mediterranean Region (EMRO) of WHO: A Systematic Review. Iranian J Psychiatr Clin Psychol. 2013; 18 (4): 253-60 [Persian].

11- Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh AS. Predicting Factors of Suicide Attempts in Karaj General Population. Thought Behav Clin Psychol. 2007; 50 (3): 219-26 [Persian]

12- Molavi P, Abasi Ranjbar V, Mohammad nia H. Assessment of suicide risk factors among attempted suicide in Ardebil within first half of 2004. J Rehab. 2007; 8(28): 67-71 [Persian].

13- Salari Lak Sh, Entezar Mahdi R, Afshani M.T, Abbasi H. A survey of rate and effective factors on occurrence of suicide during one year in west –azarbaijan. Urima Med J. 2006; 17(2): 93-100 [Persian].

14- Moradi AR, Moradi R; Mosrafavi E. The Study Of Factors Related Suicide Bahar Town. J Res Behav Sci.2012; 10 (1):50-8 [Persian].

15- Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, Cho JP. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. J Korean Med Sci. 2012; 27(3):307-12.

16- Swahn MH, Ali B, Bossarte RM, Van Dulmen M, Crosby A, Jones AC, Schinka KC. Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the US: shared and unique risk and protective factors. Int J Envir Res Public Health. 2012; 9(1):178-91.

17- Brugnoli R, Novick D, Haro JM, Rossi A, Bortolomasi M, Frediani S, Borgherini G. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study. BMC Psychiatr. 2012; 12(1):83.

18- Kassiri h, Feiz- Haddad MH, Ghasemi F, Rezaei M, Ghanavati F. An Epidemiologic and Demographic Survey of Poisoning in Southwest of Iran. Middle-East J Sci Res. 2012;12 (7): 990-96 [Persian].

19- Ghaleiha A, Behroozi Fard F. Epidemiologic Survey of Suicide Attempters Hospitalized in Hamadan Sina Hospital in 2001-2002. Sci J Hamadan Univ Med Sci. 2007; 13 (4) :58 -63 [Persian].

20- Moravveji SA, Saberi H, Akasheh G, Ahmadvand A, Kiani-Pour S. Epidemiology of attempted suicide in Kashan during 2003-8. Feyz. 2011; 15 (4): 374-81 [Persian].

21- Sheikholeslami H, Kani K, Ziaee A. Survey of Precipitating Factors of Suicide Attempts in Persons Who Referred to Emergency Department. 2008; 17 (65):77-87 [Persian].

22- Kageyama T. Views on suicide among middle-aged and elderly populations in Japan: Their association with demographic variables and feeling shame in seeking help. Psychiatr Clin neurosci. 2012; 66(2):105-12.

23- Jabbari fard F, Qari A, Yazdekhasti F, Masudi S. The epidemiology of suicide and related factors in the city of Lordegan from 2001 to 2011. J Shahrekord Univ Med Sci. 2013; 15 (6) :75-86 [Persian].

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

24-Sayad Rezaei I, Farzaneh E, Azami A, Enteshari Moghadam A, Shahbaz Zadegan S. Epidological investigation of suicidal attempt of Ardabil province from 2003-2008. Ardabil Univ Med Sci. 2009; 9(4): 229-306 [Persian].
25-Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995–99. Lancet 2002; 359 (9325):2274-5.
26-Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The lancet. 2002 Oct 5; 360(9339):1083-8.
27-Paul SF, editor. Suicide in Asia: causes and prevention. Hong Kong University Press; 2008 Sep 1.
28-Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2004; 28: 6S-17S.
29-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. Iranian J Epidemiol. 2009; 4 (3 and 4): 59-69 [Persian].
30-World Health Organization. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization
31-Momeninejad M, Sharifi B, Shirazi HR, Rezanejadi MT, Shirazi YG, Saniee F, Shirazi NG. Epidemiological study of attempting suicide and the associating factors in Boyer-Ahmad County, IR IRAN,(2008-2009). Life Sci J. 2013; 10(7s).
32-Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatr. 2004; 161(3), 562-3.
33-Robinson J, Harris MG, Harrigan SM., Henry, LP, Farrelly, S, Prosser, A & McGorry, PD. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. Schizophrenia Res. 2010:116(1); 1-8.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]

Epidemiology of suicide in patients referred to hospitals affiliated to Golestan University of Medical Sciences in 2013

Kazemi SB (MSc), Farhad said(MSc), Rahimian S (MSc), kalantari S*(MSc), Mohammadi R(MSc)
Ghana S, Moghadam A(MSc)

Abstract

Introduction :deaths from suicide in the complex global issues of human Zmrh¬Y into account in all religions and cultures it comes and despite its prohibition different, we are witnessing today than ever.

Methods :A retrospective study was descriptive correlational approach. Environment research covered all medical centers in Golestan University of Medical Sciences. The questionnaire was used to collect data. All cases of suicide and causes of death were recorded during the first 6 months of 1391. Six-month incidence of suicide and trends (trend) the occurrence of suicide within the medical center were studied. Information forms, including: gender, age, ethnicity, religion, location, education level, marital status, employment, tools suicide, suicidal urges, the number of suicide, the result of suicide, suicide months and refer the person to the emergency shift. Analyses of data using software and using descriptive and inferential statistics were spss16.

Results :Out of 2001 cases of attempted suicide during the study period, 1312 patients (6/56%) women and 689 cases (4/34%) were male.The mean age of participants 46/8 ± 44/24 years.Significant differences between the sexes in terms of age distribution among suicide attempters there (001/0 P <). The most common method of suicide in the subjects (4/91 percent) was that most poisoning cases (1/95 percent) were using drugs.Family problems as the most common cause of suicide in both sexes.

Other ongoing programs the health system to deal with this problem.

Keywords :Suicide, Golestan province, Iran, emergency department

---

*Corresponding Author: Instructor of Nursing, faculty Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail address: sa.kalantary@gmail.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-12-15]