

بررسی فراوانی خودکشی و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت شناختی درسال های ۹۲-۹۵ در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهرستان قوچان

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱/۱۷

کد مقاله: ۸۶۳۹۴

منیره قربان صباغ^۱، عزت عطاری قوچانی^۲، فرحناز
بهارستان*^۳، فائزه دلال مقدم^۴

چکیده

خودکشی عامل مرگ بسیاری از افراد جامعه و بر هم زنده سلامت روانی خانواده هاست و اقدام به آن، یک مسأله مهم بهداشت عمومی محسوب میشود. در سالهای اخیر شاهد روند رو به رشد نرخ خودکشی، در هردو جنس هستیم، براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد (۱) بدان معنی است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به آن، در هر یک تا دو ثانیه اتفاق می افتد (۲). مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اقدام به خودکشی و عوامل موثر بر آن در مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهرستان قوچان انجام شد. این مطالعه توصیفی و تحلیلی پرونده افرادی که در سال های ۹۲ تا ۹۵ اقدام به خودکشی کرده و به مراکز درمانی شهرستان قوچان مراجعه نمودند، بررسی شد. بررسی های انجام شده، نشان داد که، خودکشی موفق از ۳/۶ به ۲/۶ در صد هزار کاهش و اقدام به خودکشی از ۲۹۷/۹ به ۲۰۸ در صد هزار کاهش یافته است. اقدام به خودکشی در جمعیت شهری بیش از روستایی، در زنان بیش از مردان و در متأهلین بیش از مجردین می باشد. از نظر تحصیلات بیش از ۹۸ درصد اقدام کنندگان به خودکشی تحصیلات دیپلم و کمتر از آن را داشتند میانگین سنی بیشتر افراد ۲۵-۳۵ سال بود و در این خصوص تفاوت معنی داری بین جمعیت شهری و روستائی، زنان و مردان مشاهده نشد. بیشترین درصد اقدام به خودکشی مربوط به زنان خانه دار، متأهل با تحصیلات متوسطه و ساکن شهر بود. پیشگیری از افکار و رفتار خودکشی و کنترل عوامل مستعد کننده آن علاوه بر آن که نیاز به آگاه سازی جامعه و مدیریت مسائل روحی روانی دارد، نیاز به برنامه ای جامع و چند بخشی در سطح جامعه داشته و تنها محدود به مداخله در بخش پزشکی یا روان پزشکی نیست.

واژگان کلیدی: فراوانی، خودکشی موفق و نا موفق، مراکز درمانی

- ۱- ارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شبکه بهداشت و درمان و مجتمع آموزش عالی سلامت قوچان
- ۲- کارشناس بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شبکه بهداشت و درمان و مجتمع آموزش عالی سلامت قوچان
- ۳- کارشناس مسئول بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شبکه بهداشت و درمان و مجتمع آموزش عالی سلامت قوچان؛
baharestanf1@mums.ac.ir
- ۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شبکه بهداشت و درمان و مجتمع آموزش عالی سلامت قوچان

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و 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 و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خوداست. براساس گزارش همین سازمان، خودکشی سیزدهمین علت مرگ و میر در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۳۴-۱۵ سال است (۱) اقدام به خودکشی نیز اصطلاحی است برای اشاره به تمامی اقدامات غیرکشنده که در آنها شخص ماهرانه به خود آسیب می رساند یا دارویی را بیش از اندازه می خورد، تفاوت آن با خودکشی در آن است که در اقدام به خودکشی، فرد خواهان مرگ نبوده بلکه به این وسیله می خواهد احساسات خود را بیان کند و رفتار دیگران را نسبت به خود تغییر دهد (۲) براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد و بیش از ده تا بیست برابر آن در سطح جهان اقدام به خودکشی خواهند کرد (۱) و این به آن معنی است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی به طور متوسط یک مورد مرگ ناشی از خودکشی در هر بیست ثانیه و یک مورد اقدام به آن، در هر یک تا دو ثانیه اتفاق می افتد (۱). فراوانی خودکشی بسته به وضعیت جغرافیایی در کشورها و مناطق مختلف متفاوت می باشد، به طوری که کشورهایی اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ درصد هزار نفر در سال بیشترین و کشورهای اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر به عنوان یک کشور آفریقایی مسلمان با ۱۱ درصد هزار نفر در سال رتبه های پایین تر آمار خودکشی را به خود اختصاص داده اند (۳). این در حالی است که آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در مورد خودکشی برگرفته از گزارش کشورهای مختلف جهان است که تحت تأثیر نگرشها و بستریهای فرهنگی اقوام و ملل گوناگون و متأثر از رویکردهای مذهبی و اخلاقی رایج در بسیاری از جوامع میباشد و سبب میشود بسیاری از اقدامها گزارش نشود یا مرگ غیر عمدی وانمود گردد. (۴) میزان خودکشی در ایران، بسیار کمتر از کشورهای صنعتی غرب می باشد، اما با این حال در طی دو دهه اخیر افزایش نشان داده است (۵) طبق آمار معاونت اجتماعی وزارت کشور در سال ۱۳۸۱ از هر صد هزار نفر ۳۶/۶ نفر اقدام خودکشی کرده اند که این رقم در سال ۱۳۷۹ معادل ۳۱/۵ در هر صد هزار نفر بوده است که این نشانگر افزایش آمار خودکشی در کشور می باشد. همچنین با استناد به آمار سال ۱۳۸۲ وزارت بهداشت و درمان، میزان اقدام به خودکشی در کشور روزانه حداقل ۱۱ نفر با میانگین سنی ۲۹ سال بوده است. در مطالعات ملی ایران میزان خودکشی ۶ تا ۸ درصد هزار نفر برآورد شده است (۶). آمارهای کشوری میزان متفاوت آن را در استان های مختلف نشان می دهند، به نحوی که استان همدان با ۱۳/۵ مورد، استان لرستان با ۱۱/۴ مورد و استان ایلام با ۱۱/۳ مورد به ازای صد هزار مرد بالاترین نرخ خودکشی در مردان و ایلام با ۱۵/۵ مورد و لرستان با ۱۱/۷ مورد به ازای صد هزار زن بالاترین نرخ خودکشی در زنان را داشته اند (۷) بررسی متغیرهای جمعیتی و اجتماعی نشان داده است سن بالای ۴۵ سال، جنس مذکر، بیکاری، اختلالات روانی و جسمی مزمن وضعیت تاهل (مجرد، طلاق گرفته یا بیوه بودن) به عنوان عوامل خطر جهت اقدام به خودکشی مطرح هستند (۸) و از دیگر فاکتورهای موثر بر خودکشی یا اقدام به خودکشی می توان به مواردی مانند تحصیلات (عمدتاً در افرادی که تحصیلات ابتدایی دارند و نه بی سواد)، سابقه خودکشی قبلی، سن (عمدتاً در فاصله سنی ۲۹-۲۱)، بیماری های جسمی مزمن (به خصوص کانسر، ... محل سکونت (شهر یا روستا)، جنس مونث، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، مشکلات خانوادگی، رفتارهای پرخطرانه در خانه یا محیط اجتماعی، مشکلات اقتصادی، ... اشاره نمود. (۹-۱۱) خودکشی عامل مرگ تعداد قابل ملاحظه ای از افراد جامعه و بر هم زنده سلامت روانی بسیاری از خانواده هاست (۱). خودکشی و اقدام به خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی به شمار می رود. این پدیده علاوه بر زیان های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز محسوب می شود. اقدام به خودکشی با هدف ضرر رساندن به خود به طور آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحور، مضطرب، پرخطر و ناتوان در برقراری ارتباط های اجتماعی صورت می گیرد. بررسی ها نشان می دهند بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، یک مشکل روانی قابل تشخیص دارند. بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت سالیانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی و ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می کنند. خودکشی و تفکر خودکشی بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده شده است، به طوری که خودکشی سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال پس از گروه بیماری ها، حوادث و آدم کشی می باشد (۲). خودکشی یکی از ده علت مهم مرگ و میر است شیوع خودکشی در کشورهای موسوم به کمربند خودکشی ۱۰ تا ۲۵ درصد هزار نفر در سال است (۳). پژوهش نشان می دهد که از هم پاشیدگی شبکه خانوادگی ارتباط نزدیکی با خطر خودکشی جمعیت زنان دارد (۴). پژوهش هایی نیز در ایران نشان داده اند که نوجوان بودن، زن بودن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بیکار بودن از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می توانند پیش بینی کننده اقدام به خودکشی باشند (۵). محققین معتقدند که دوره جوانی، زمانی خاص برای نگرانی ها و ناامیدی هاست که می تواند انگیزه هایی برای خودکشی ایجاد نماید (۶). برخی نیز بر این عقیده اند که بحران های عاطفی و فشارهای روانی در دوران جوانی هنجاری نیستند بلکه در دنیای امروز، رقابت برای بهینه شدن و احراز درجات اجتماعی مطلوب، نداشتن زندگی خوب، فشار زیادی را بر جمعیت جوان تحمیل می کند (۷). هر ساله یک میلیون نفر بر اثر

خودکشی می‌میرند، میزان آن در طی ۵۰ سال اخیر سیر صعودی داشته است و پیش‌بینی می‌شود که به ۱/۵۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد (۸). برآورد می‌شود هر بار اقدام به خودکشی، خطر خودکشی موفق را ۳۲ درصد افزایش می‌دهد (۹). خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است (۱۰). بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی دارند و کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است بعد از خودکشی کنند (۱۱). از آن‌جا که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی کشور پر هزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور و شهر ما سازگار نیست، بررسی این موضوع ضروری به نظر می‌رسید. این مطالعه در راستای جمع‌آوری اطلاعات موجود، انجام شد.

۲- مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع تحلیلی - توصیفی است که به صورت مقطعی بر روی تمام موارد اقدام‌کننده به خودکشی که به بیمارستان موسی ابن‌جعفر (ع) شهرستان قوچان مراجعه کرده بودند، از ابتدای سال ۱۳۹۲ الی سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفته شد. حجم نمونه، شامل همه این افراد اقدام‌کننده به خودکشی که در این مقطع زمانی ۴ ساله به بیمارستان مراجعه کرده بودند (۱۷۸۳ نفر) شد. با توجه به این که مطالعه در یک دوره زمانی انجام شده است، داده‌ها از اطلاعات مندرج در فرم ثبت موارد اقدام به خودکشی که در بیمارستان شهرستان تکمیل شده بود، جمع‌آوری گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات از چک لیست حاوی متغیرهای جنس، محل زندگی، سن، وضعیت ازدواج، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، سال خودکشی، نتیجه خودکشی، بوده است، استفاده شد.

۳- یافته‌ها

از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا پایان سال ۱۳۹۵، ۱۷۸۳ نفر به دلیل اقدام به خودکشی، به بیمارستان موسی ابن‌جعفر (ع) قوچان، ارجاع شده‌اند که از این تعداد خودکشی ۶۵/۲۸٪ (۱۱۶۴) آن‌ها گروه زنان بودند، در حالی که مردان درصد کمتری و در حدود ۳۴/۷۱٪ (۶۱۹) از افراد مورد مطالعه را شامل می‌شدند. ۵۴/۵٪ (۹۶۱) از اقدام‌کنندگان به خودکشی متاهل و ۴۵/۴۹٪ (۸۰۲) افراد مورد مطالعه مجرد بودند. وضعیت تاهل ۱/۸٪ (۲۰) از افراد در دسترس نبود. در سال‌های مورد بررسی همواره زنان متاهل اقدام‌کننده به خودکشی بیش از زنان مجرد بوده و مردان مجرد اقدام‌کننده بیش از مردان متاهل بوده‌اند (به جز سال ۹۲ که مردان متاهل بیش از مردان مجرد اقدام به خودکشی نموده بودند). همچنین بررسی‌های انجام شده نشان داد که، طی سال‌های مورد مطالعه، خودکشی موفق از ۳/۶ به ۱/۶ در صد هزار و اقدام به خودکشی از ۲۹۵/۲۷ به ۱۸۰/۲ در صد هزار کاهش یافته است. در جدول شماره ۱ آمده است. در سال‌های ۹۳ و ۹۴ و ۹۵ از مجموع ۷۰۶ نفر بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی ۵۱/۷۶ درصد در سنین ۱۲ تا ۲۵ سال بودند ولی در سال ۹۲ بیشترین فراوانی اقدام‌کنندگان مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بوده است و در حقیقت در سال‌های بعد نشان داد که، سن اقدام به خودکشی کاهش یافته است. از میان اقدام‌کنندگان به خودکشی ۶۹/۳۷٪ (۱۲۳۷) از آن‌ها ساکن شهر بودند و ۳۰/۶۲٪ (۵۴۶) از آن‌ها نیز ساکن روستا بودند و در این مطالعه مشخص شد میزان تحصیلات عمده اقدام‌کنندگان به خودکشی دیپلم یا کمتر از آن می‌باشد. به طوریکه میزان تحصیلات ۵۴/۹٪ (۹۷۹) از نمونه‌ها دیپلم بود. اطلاعات ۰/۳٪ (۵) افراد در دسترس نبود و ۲۳/۳٪ (۴۱۶) از افراد تا میزان راهنمایی تحصیل کرده بودند. بی‌سواد و ابتدایی ۲/۵٪ (۴۵) و دانشگاهی ۰/۷۲٪ (۱۳) و ۰/۳٪ (۵) نفر آن‌ها نامشخص بودند. در میان اقدام‌کنندگان به خودکشی زنان خانه‌دار (۴۲۰) ۳۴/۵٪ (بیشترین گروه مورد مطالعه را شامل می‌شدند، در رتبه دوم اقدام‌کنندگان به خودکشی ۲۵/۵٪ (۳۱۰)، شغل آزاد داشتند، و در گروه سوم نیز دانش‌آموزان ۲۳٪ (۲۷۹) بودند. در مجموع نتایج نشان داد که ۷۴/۴٪ از افراد اقدام‌کننده به خودکشی دارای شغل با درآمد نبوده‌اند. در جدول شماره ۷ آمده است.

جدول شماره ۱: فراوانی اقدام به خودکشی موفق، ناموفق وکل اقدامات در فاصله سالهای ۹۲ تا ۹۵ شهرستان قوچان

سال	اقدام موفق		اقدام ناموفق		کل اقدامات	
	تعداد	درصد	میزان در صد هزار	درصد	تعداد	میزان در صد هزار
۹۲	۷	۱/۲۳	۳/۶۹	۹۸/۷	۵۶۰	۲۹۷/۹
۹۳	۵	۱/۰۳	۲/۶۹	۹۸/۹	۴۷۷	۲۵۹/۴۲
۹۴	۵	۱/۲۵	۲/۶۳	۹۸/۷	۳۹۴	۲۰۶/۹۶
۹۵	۳	۰/۸۹	۱/۶۲	۹۹/۱	۳۳۲	۱۸۱/۱۳
تعداد	۲۰	۱/۰۱		۹۸/۹	۱۷۶۳	۱۷۸۳

جدول شماره ۲: فراوانی موارد اقدام به خودکشی بر حسب سن شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

جمع کل	۲۵-۱۲		۲۵-۳۵		بالاتر از ۳۵	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۹۲	۲۱۶	۳۸	۲۸۲	۴۹/۷	۶۹	۱۲/۱۶
۹۳	۲۹۰	۶۰	۱۴۰	۲۹	۵۲	۱۰/۷
۹۴	۲۲۶	۵۶/۶	۱۲۱	۳۰/۳	۵۲	۱۳
۹۵	۱۹۰	۵۶/۷	۸۷	۲۵/۹	۵۸	۱۷/۳
تعداد	۹۲۲	۵۱/۷۶	۶۲۸	۳۵/۲	۲۳۱	۱۲/۹۷

جدول شماره ۳: فراوانی اقدام به خودکشی بر حسب جنس شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

خودکشی	سال ۹۲		سال ۹۳		سال ۹۴		جمع سال ۹۲ تا ۹۵	
	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق
جنس	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زن	۳	۴۲/۸	۳۸۲	۷۱	۱	۲۰	۳۰۷	۶۴/۳
مرد	۴	۵۷/۱	۱۷۸	۲۹	۲	۳	۲۵/۶	۱۷۰
جمع	۷	۱۰۰	۵۶۰	۱۰۰	۳	۱۰۰	۳۳۲	۱۰۰

جدول ۴: فراوانی اقدام به خودکشی ناموفق بر حسب تاهل و جنس شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

تاهل	سال ۹۲		سال ۹۳		سال ۹۴		سال ۹۵	
	متاهل	مجرد	متاهل	مجرد	متاهل	مجرد	متاهل	مجرد
جنس	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
زن	۱۳۱	۳۴/۳	۲۵۱	۶۵/۷	۱۳۱	۴۲/۶	۱۱۶	۳۴/۳
مرد	۵۸	۳۳/۵	۱۲۰	۳۲/۵	۱۱۷	۳۳/۵	۴۷	۱۳/۶
جمع	۱۸۹	۳۳/۷	۳۷۱	۶۶/۲	۲۴۸	۷۳/۶	۱۶۳	۴۹

جدول شماره ۵: فراوانی اقدام به خودکشی موفق و نا موفق بر حسب محل سکونت شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

سال	۹۲		۹۳		۹۴		۹۵		کل	
	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق	موفق	ناموفق
شهر	۳	۳۵۶	۳	۳۵۴	۸۰	۲۸۳	۱	۳۳۳	۵۵	۱۳۲۶
سکونت	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
روستا	۴	۵۷/۱	۲	۱۲۳	۲۰	۱۱۱	۲	۶۶/۶	۴۵	۵۳۷
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
	۳	۳۶	۲	۲۵/۸	۱	۲۸/۲	۲	۲۹/۸	۴۵	۵۳۷
	۳	۳۶	۲	۲۵/۸	۱	۲۸/۲	۲	۲۹/۸	۴۵	۵۳۷

جدول شماره ۶: فراوانی اقدام به خودکشی موفق و نا موفق بر حسب تحصیلات شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

سال	بی سواد و ابتدایی		راهنمایی		دبیرستان		دیپلم		دانشگاهی		نامشخص		تعداد کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۹۲	۹	۱/۵	۱۱۹	۲۱	۱۳۵	۲۳/۸	۲۹۷	۲۵/۳	۷	۱/۲	۰	۰	۵۶۷
۹۳	۱۹	۳/۹	۱۱۲	۲۳/۳	۸۳	۱۷/۲	۲۶۳	۵۴/۶	۵	۱	۰	۰	۴۸۲
۹۴	۱۰	۲/۵	۹۷	۲۴/۳	۱۰۷	۲۶/۸	۱۸۲	۴۵/۶	۱	۰/۲۵	۲	۰/۵	۳۹۹
۹۵	۷	۲	۸۸	۲۶/۲	۰	۰	۲۳۷	۷۰/۷	۰	۰	۳	۱/۲	۳۳۵
تعداد	۴۵	۲/۵	۴۱۶	۲۳/۳	۳۲۵	۱۸/۲	۹۷۹	۵۴/۹	۱۳	۰/۷۲	۵	۰/۳	۱۷۸۳

جدول ۷: فراوانی اقدام به خودکشی بر حسب شغل شهرستان قوچان (۹۲-۹۵)

سال	آزاد		دانشجو		دانش آموز		خانه دار		بیکار		سایر (سربازوظیفه و زندانی)		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۹۲	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	گزارش نشد	-----
۹۳	۱۲۹	۲۶/۷	۱	۰/۲	۱۰۴	۲۱/۵	۱۷۷	۳۶/۷	۵۷	۱۱/۸	۱۴	۲/۹	۴۸۲
۹۴	۱۰۵	۲۶/۳	۳	۰/۷	۹۸	۲۴/۵	۱۲۹	۳۲/۳	۵۳	۱۳/۲	۱۱	۲/۷	۳۹۹
۹۵	۷۶	۲۲/۷	۰	۰	۷۷	۲۲/۹	۱۱۴	۳۴	۵۸	۱۷/۳	۱۰	۲/۹	۳۳۵
تعداد	۳۱۰	۲۵/۵	۴	۰/۳	۲۷۹	۲۳	۴۲۰	۳۴/۵	۱۶۸	۱۳/۸	۳۵	۲/۸	۱۲۱۶

در شهرستان قوچان همانند سایر مناطق کشور، خودکشی، یک معضل مهم بهداشت عمومی است. نتایج مطالعه حاکی از روند کاهشی اقدام به خودکشی در شهر قوچان می باشد که می تواند به دلیل اجرای طرح پایلوت استقرار سلامت روان در شهرستان قوچان به عنوان یکی از سه شهر منتخب در کل کشور از زمستان سال ۹۴ مرتبط باشد. نتایج نشان می دهد که ۶۵/۲۸ درصد اقدام کنندگان به خودکشی زن بوده است. بطور مشابه در مطالعه رفیعی و سیفی ۶۰ درصد و نیز در مطالعه محمدی و همکاران اقدام کنندگان به خودکشی ۶۹ درصد زن بودند (۱۲، ۱۳) بر طبق آمار جهانی زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند. آسیب پذیری زنان که آن ها را بیشتر در برابر مشکلات ضعیف کرده و خشونت مردان نسبت به زنان و تجاوزهای جنسی که ممکن است به بعضی از آنان بشود و در مواردی هم عدم آگاهی زنان نسبت به حقوق خود، در موقع برخورد با مشکلات اقدام به خودکشی می کنند. گاهی اوقات نیز زنان از خودکشی به عنوان وسیله ای برای اعتراض به مشکلاتشان استفاده می کنند. اما هدف مردان از اقدام به خودکشی، پایان دادن به زندگی خود می باشد. میانگین سنی افراد اقدام کننده در این بررسی، نشان دهنده جوان بودن این افراد بود و با اکثر مطالعات انجام شده در کشور همسو می باشد (۱۲-۱۵). به عبارتی بیشترین شیوع این پدیده در کشور ما در دهه های سوم و چهارم زندگی رخ می دهد، در حالی که آمار جهانی خودکشی نشان دهنده فراوانی بیشتر این پدیده در دهه پنجم زندگی در مردان و دهه ششم در زنان بوده است این مشکل می تواند به دلیل ناهنجاری های اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی باشد، که این نتایج با مطالعه رفیعی و سیفی هماهنگی دارد (۱۲). طبق نتایج مطالعه پدیده اقدام به خودکشی در بین متاهلین بیشتر از مجردین (ازدواج نکرده، متارکه و مطلقه) بوده است که این نتیجه با مطالعات قائدی (۱۶) و بخشا (۱۵) و مطالعات انجام شده در ایتالیا و کانادا (۱۷، ۱۸) مغایرت دارد به طوری که این مطالعات نشان دادند اقدام به خودکشی در مجردها بیشتر می باشد. که می تواند به دلیل بدتر شدن شرایط اقتصادی و اعتقادی خانواده ها در طول این سال ها باشد. در این مطالعه نشان داد که ۷۴/۴ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی دارای شغل با درآمد نبوده اند که نظیر مطالعات انجام شده توسط قلعه ای ها و همکاران (۱۹) بود و گلدر میسائیل در مطالعه خود نشان داد که افراد بیکار بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی می باشند (۲۰) و همچنین یاماساکی رابطه مثبت و مشخص بین بیکاری و میزان خودکشی را در بررسی های خود مشاهده نمود (۲۱). همچنین نتایج مطالعه نشان داد که اقدام به خودکشی در ساکنین شهر نسبت به روستاها بیشتر است که با مطالعات ظهور و قلعه ای ها و همکاران (۱۴، ۱۹) همسو است. که با توجه به مشکلات اجتماعی، عدم روابط اجتماعی مناسب و سست بودن بنیان خانواده ها، مشکلات اقتصادی، زندگی ماشینی و فضای استرس زا و پر هیاهوی زندگی شهری می تواند قابل توجه باشد. این مطالعه نشان داد که میزان تحصیلات بیشترین افراد اقدام کننده به خودکشی دیپلم بود و در پژوهشی که در کرمان انجام شد نشان داد که ۸۳ درصد افراد باسواد بودند (۲۲). در مطالعه انجام شده در شهر کرج نیز ۵۶/۶ درصد اقدام کنندگان به خودکشی تحصیلات را در سطح دبیرستان گزارش کردند (۲۳). برای این مساله بطور عینی نمی شود دلیلی ذکر نمود بلکه نیاز به مطالعات بیشتری در مورد شیوع بیشتر این پدیده در بین باسوادان می باشد.

نتیجه گیری

در طی این مطالعه جوانان، بیکاران، ساکنین شهر، زنان متاهل و با سوادان، از جمله افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی می باشند و با توجه به اجرای طرح پایلوت استقرار سلامت روان در شهرستان قوچان به عنوان یکی از سه شهر منتخب در کل کشور از زمستان سال ۹۴، کاهش چشمگیر موارد خودکشی موفق و ناموفق، طی سال های مورد مطالعه دیده شد که می توان این مساله را با ارائه خدمات بهداشت روان به صورت سازمان یافته و جامع، در غالب گروه های سنی و به کارگیری روانشناسان بالینی در همه مراکز خدمات جامع سلامت شهری و تعدادی از مراکز روستایی به عنوان بخش پایه ارائه خدمات و سپس ارائه خدمات تخصصی سلامت روان در مرکز خدمات جامع سلامت روان، مرتبط دانست. بنابراین توجه بیشتر مسئولین و کارشناسان مراکز بهداشتی و درمانی به مباحث خودکشی در قالب بخش بهداشت روان را می طلبد.

- Organization WH. World report on violence and health. 2002.
- Stark C, Smith H, Hall D. Increase in parasuicide in Scotland. *BMJ: British Medical Journal*. 1994;308(6943):1569.
- World Health Organization. Suicide Prevention (SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. 2008 Oct 25; Available from: http://www.WHO.Int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Amirdivani A. Youth suicide and its motivations. *Journal of Mental Health*. 2004;7:24-7.
- کیانی ا، زاده مف، قاسمی نا. بررسی کیفی عوامل خانوادگی دخیل در اقدام به خودکشی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۱(۴):۳۴۵-۵۱.
- Ministry of Health and Medical Science. Manual of Adult Psychiatric Disease Care. Kerman: Medical Science University:2008.
- Moradi S, Khademi A. Assessment of suicide deaths in comparison with the rate of global. *J Forensic Med*. 2003;8:8-12.
- Kaplan H, Sadock B. Pocket hand books of clinical psychiatry. 3rd. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2001.
- Brugnoli R, Novick D, Haro JM, Rossi A, Bortolomasi M, Frediani S, et al. Risk factors for suicide behaviors in the observational schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):83.
- PACHECO B, LIZANA P, CELHAY I. Diferencias clínicas entre adolescentes hospitalizados por intento suicida y adolescentes hospitalizados por otra causa psiquiátrica. *Revista médica de Chile*. 2010;138(2):160-7.
- میلاد ن، زینب ب، عرفان ا، حمید س، کورش سم. تعیین عوامل مرتبط با انگیزه اقدام به خودکشی در ایران: مطالعه مرور منظم و متاآنالیز.
- 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 Journal of Epidemiology*. 2009;4(3):59-69.
- Mohammadi G, Saadati A. Survey Of Epidemiology And Ethiology Of Suicidal Attempt And Relation To Sociodemographic Factors In The Adminstrated Emergency Unit Central Hospital Of Neishabur In 2003. 2004.
- Zohor A, Torabi M, Pasandeh H. Epidemiology Of Suicide In Referring To Emergency Center Of Center Of Jiroft Of Kerman. 2001.
- Bakhsha F, Behnampour N, Charkazi A. The prevalency of attempted suicide in Golestan province, North of Iran during 2003-07. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011;13(2):79-85.
- Ghaedi H, Mohammadi Baghmollaei M, Hashemi S, Saniei F, Hoseini Y, Jabbarnejad A. Epidemiological study of suicide attempt in dashtestan region in 2004. *Dena, Quarterly J of Yasuj Faculty of Nursing And Midwifery*. 2007;3(1):53-60.
- Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy:: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(1):13-21.
- Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Deliberate self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2005;125(13):1798-800.
- Ghaleiha A, Khazae M, Afzali S, Matinnia N, Karimi B. An annual survey of successful suicide incidence in Hamadan, western Iran. *Journal of research in health sciences*. 2009;9(1):13-6.

- Gelder Michael G, Lopez Ibor J, Andreasen N. Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University press; 2001.
- Yamasaki A, Kaneko Y, Morgenthaler S, Shirakawa T. Trends and monthly variations in the historical record of suicide in Japan from 1976 to 1994. Psychological reports. 2004;94(2):607-12.
- Yasamy M, Sabahi A, Mirhashemi M, Seifi S, Azar Keyvan P, Taheri M. Epidemiological survey of suicide through the Forensic Medical Center in the province of Kerman. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2002;7(4):4-12.
- Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh Amin S. Predicting factors of suicide attempts in Karaj general population. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2007;13(3):219-26.

