

بررسی اپیدمیولوژی موارد اقدام به خودکشی در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳

مجید خادم رضاییان^۱، لیدا جراحی^۲، فاطمه محرری^۳، رضا افشاری^۴، سید محمد معتمدالشریعتی^۵، ندا اخروی^۶، محمد خواجه دلویی^۸

^۱متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳دانشیار روان پزشکی کودک و نوجوان، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴استاد سم شناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۵استاد سم شناسی بالینی، مرکز کنترل بیماری‌ها، ونکوور، کانادا

^۶دانشیار جراحی پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۷پزشک عمومی، مدیریت سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۸استاد پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده رابط: محمد خواجه دلویی، نشانی: مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت عمومی، تلفن: ۳۸۸۲۹۲۶۲

آدرس الکترونیک: KhajedaluaeM@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۸؛ پذیرش: ۹۵/۹/۶

مقدمه و اهداف: اقدام به خودکشی یک از چالش‌های بهداشت عمومی بوده که فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه اپیدمیولوژی خودکشی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اقدامات در برنامه ادغام و پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تعیین شده است. مطالعه حاضر به بررسی موارد اقدام به خودکشی در استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ می‌پردازد.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به واحدهای بهداشتی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد در بازه زمانی ۱۳۹۳/۵/۱ لغایت ۱۳۹۴/۴/۳۱ انجام شد. ۱۷ پرسشگر آموزش دیده از ۱۴ شهرستان و سه مرکز مرجع مراجعات موارد اقدام به خودکشی در شهر مشهد داده‌های جمعیت شناختی، زمان، دلیل و روش اقدام به خودکشی را جمع‌آوری کردند.

یافته‌ها: ۴۰۸۲ مورد اقدام به خودکشی رخ داده بود که معادل بروز سالانه ۹۷/۲ در صد هزار نفر جمعیت است. اکثر موارد اقدام به خودکشی در زنان (۶۷۵، ۷۶٪) و در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال (۴۹۶، ۵۷٪) قرار داشت. در هر دو جنس افراد متأهل (۵۴۳، ۶۱٪)، تحصیلات راهنمایی/متوسطه (۵۴۸، ۶۳٪) و درآمد ماهانه زیر نیم میلیون تومان (۴۳۸، ۸۰٪) بیشترین موارد را به خود اختصاص داده بود. شایع‌ترین دلیل اقدام به خودکشی اختلاف خانوادگی (۳۸۰، ۴۷٪) و شایع‌ترین روش مسمومیت دارویی (۶۳۲، ۸۱٪) بود.

نتیجه‌گیری: غالباً به دلیل انگ اجتماعی، با مسئله خودکشی به‌صورت محافظه‌کارانه برخورد می‌شود. به نظر می‌رسد طراحی مداخلات پیشگیری برای گروه‌های پرخطر بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌تواند به بهبود وضع موجود کمک شایانی نماید.

واژگان کلیدی: اقدام به خودکشی، اپیدمیولوژی، خراسان رضوی

مقدمه

صدمات را به خود اختصاص خواهد داد (۲،۳). تخمین زده شده است که به ازای هر مورد خودکشی، ۱۰-۲۰ مورد اقدام به خودکشی رخ می‌دهد (۴).

با توجه به تاریخچه طولانی‌مدت خودکشی، برای ارتقای سلامت عمومی جامعه، بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی و اقدام به آن، از اجزای ضروری سلامت روان جامعه است (۵). از آنجاکه نشان داده‌شده است که عوامل خطر خودکشی ممکن است به‌طور

اقدام به خودکشی یک از چالش‌های بهداشت عمومی بوده که فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). خودکشی سیزدهمین علت مرگومیر در جهان بوده و آمار سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که در سال ۲۰۰۰ حدود یک‌میلیون نفر بر اثر خودکشی فوت شده‌اند. پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۲۰ به بیش از یک و نیم میلیون نفر برسد. به‌بیان‌دیگر خودکشی در سال ۲۰۲۰، ۲ درصد از موارد بیماری و

می‌باشند. این مطالعه مقطعی بر روی افراد اقدام کننده به خودکشی که در بازه زمانی اول مرداد ۱۳۹۳ لغایت ۳۱ تیر ۱۳۹۴ به واحدهای بهداشتی درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد (خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی و اورژانس بیمارستان در شهرستان‌های تحت پوشش) و سه مرکز اصلی پذیرش موارد اقدام به خودکشی در شهر مشهد شامل بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع)، بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان روان‌پزشکی ابن سینا مراجعه نموده و رضایت به شرکت در مطالعه را داشتند، انجام شد.

داده‌های جمعیت شناختی، زمان، دلیل و روش اقدام به خودکشی به وسیله چکلیستی که توسط ۱۷ پرسشگر آموزش دیده (پرسشگران از بین کارشناسان بهداشت روان مراکز بهداشتی-درمانی انتخاب شدند) جمع‌آوری گردید. پس از کنترل اولیه از نظر صحت و کامل بودن اطلاعات، داده‌های وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ شده و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد فراوانی) و آمار تحلیلی (آزمون مجذور کای، آزمون من‌ویتنی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

این طرح پژوهشی با توجه به نیاز برنامه ریزان بهداشتی ارائه گردید و پس از تصویب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد اجرا شد.

یافته‌ها

در طی بررسی ۴۰۸۲ نفر با اقدام به خودکشی به مراکز تحت پوشش مراجعه نمودند که ۸۹۳ نفر رضایت به شرکت در مطالعه را داشتند. بر اساس تعداد موارد مراجعه‌کننده، برآورد میزان بروز یک‌ساله در جمعیت تحت پوشش دانشگاه معادل ۹۷/۲ در صد هزار نفر است. ۵۷ درصد افراد مورد بررسی (۴۹۶ نفر) در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و پس‌از آن گروه سنی ۲۵-۳۴ سال با ۲۷ درصد موارد (۲۳۶ نفر) قرار داشت. همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، ۷۶ درصد موارد (۶۷۵ نفر) را زنان تشکیل می‌دادند. همچنین اغلب موارد اقدام کننده به خودکشی متأهل (۶۱/۴٪، ۵۴۳ مورد)، خانه‌دار (۴۵٪، ۳۸۸) و با تحصیلات راهنمایی/متوسطه (۶۳٪، ۵۴۸ نفر) بودند. نزدیک به ۸۰ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی (۴۳۹ نفر) درآمد ماهانه‌ای زیر ۵۰۰ هزار تومان داشتند.

هرچند در هر دو جنس، گروه سنی ۱۵-۲۴ سال فراوان‌ترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده بود، اما درصد

همزمان در افراد، خانواده‌ها و جامعه وجود داشته و همزمانی این عوامل منجر به افزایش خطر خودکشی گردد، بر همین اساس اداره سلامت وزارت بهداشت نیز مطالعه اپیدمیولوژیک خودکشی را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهکارهای خود در برنامه ادغام و پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه تعیین کرده است (۶،۷). موضوع خودکشی زمانی بیشتری خودنمایی می‌کند که بر اساس گزارش‌ها، اقدام به خودکشی در گروه‌های نوجوان و جوان بیشتر از سایر گروه‌های سنی است. انجمن روانپزشکان آمریکا گزارش نموده است که خودکشی، دومین علت مرگ در میان دانشجویان و دانش‌آموزان، سومین علت مرگ‌ومیر در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله و ششمین علت مرگ‌ومیر در بین افراد کمتر از ۱۵ سال است (۸).

هرچند میزان‌های خودکشی در ایران پایین‌تر از اغلب کشورهای غربی است اما از بقیه کشورهای منطقه خاورمیانه بالاتر است (۷). رتبه جهانی ایران در این زمینه ۵۸ بوده و در درون کشور نیز میزان وقوع خودکشی بسیار متفاوت است (از ۱۶/۸ در جنوب کشور تا ۱۱۷/۸ در صد هزار نفر در شمال کشور) (۱۱، ۱۰، ۹). این مسئله عمدتاً تحت تأثیر عوامل فرهنگی و منطقه‌ای است (۱۲). با توجه به اینکه نتایج مطالعات بیانگر نرخ بالای خودکشی در مناطق غرب کشور است (۱۳)، ولی استان خراسان رضوی با توجه به جمعیت بالا و همچنین نسبت قابل توجه جمعیت حاشیه نشین در شهر مشهد (جمعیت شهر مشهد بیش از ۳۲۵۸۰۰۰ نفر است که ۱۲۸۲۰۰۰ آن در حاشیه شهر زندگی می‌کنند، به‌بیان‌دیگر حدود ۴۰٪ جمعیت این شهر حاشیه نشین می‌باشند) که مشکلات اجتماعی خاص خود را دارند، و همچنین نیاز به دسترسی به اطلاعات بیشتر و تفصیلی از اقدام به خودکشی در سطح استان از طرف برنامه‌ریزان بهداشتی استان، اطلاعات دقیقی وجود نداشت و از طرفی با توجه به تفاوت الگوهای اقدام به خودکشی در مناطق مختلف، مطالعه حاضر با هدف بررسی اپیدمیولوژیک موارد اقدام به خودکشی در استان خراسان رضوی انجام شد تا بتوان تصویری واقعی از وضعیت موجود برای طرح‌ریزی مداخلات مناسب بهداشتی-درمانی ترسیم نمود.

روش کار

استان خراسان رضوی مشتمل بر ۲۸ شهرستان با جمعیت تقریبی سه و نیم میلیون نفر در شمال شرق کشور واقع شده است که ۱۶ شهرستان آن تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دلیل شایع اقدام به خودکشی در مردان مشکل اقتصادی (۱۱٪) و در زنان عشق نافرجام (۹٪) بود. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). (جدول شماره ۲)

شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در هر دو جنس (۶۸ درصد مردان و ۸۵ درصد زنان) مسمومیت دارویی بود. باین‌حال رتبه دوم روش انتخابی در زنان مربوط به مسمومیت با سم (۷ درصد) و در مردان (۱۶ درصد) خودزنی بود. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). (نمودار شماره ۱)

بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل زمستان (۳۳/۵٪، ۲۶۳) و در ماه دی (۱۴/۷٪، ۱۱۴) رخ داده بود. باین‌حال تحلیل نتایج بر اساس جنسیت نشان‌دهنده آن بود که مردان بیشتر در تابستان و زنان بیشتر در زمستان اقدام به خودکشی نموده بودند ($P = 0/01$). (جدول شماره ۳)

از دیدگاه سابقه خودکشی، نیمی از افراد (۵۰٪، ۳۴۱) سابقه اقدام به خودکشی قبلی را داشتند و تفاوت معنی‌داری بین دو جنس یافت نشد ($P = 0/47$) همچنین در ۸/۹٪ موارد (۷۰) سابقه اقدام به خودکشی در خانواده وجود داشت. تفاوت معنی‌داری بین دو جنس یافت نشد ($P = 0/30$).

بیشتری از زنان (۳۹۵، ۶۱٪) نسبت به مردان (۹۸، ۴۷٪) در این گروه قرار داشتند. از طرف دیگر، گروه سنی ۲۵-۳۴ سال نسبت به بیشتری از مردان (۷۲، ۳۵٪) را در مقایسه با زنان (۱۶۴، ۲۵٪) به خود اختصاص داده بود که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$).

مشابه با سن، هرچند در هر دو جنس افراد متأهل با نسبت بیشتری اقدام به خودکشی می‌نمودند اما این نسبت در زنان (۴۳۳، ۶۵٪) بیشتر از مردان (۱۰۷، ۵۱٪) بود ($P < 0/001$). همچنین زنان با مدرک فوق‌دیپلم و بالاتر، با نسبت بیشتری اقدام به خودکشی نموده بودند (۱۶٪ در مقابل ۱۰٪) ($P = 0/02$).

در بین زنانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، ۳۸۲ نفر (۵۸/۴ درصد) خانه‌دار و ۱۳۳ نفر (۲۰/۳ درصد) محصل بودند. در میان مردان نیز ۶۷ نفر (۳۲/۷ درصد) شغل آزاد و ۵۹ نفر (۲۸/۸ درصد) کارگر بودند. این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). درحالی‌که بیش از ۸۷ درصد زنان اقدام کننده به خودکشی درآمدی زیر ۵۰۰ هزار تومان داشتند اما این شاخص در مردان ۵۹ درصد بود ($P < 0/001$).

شایع‌ترین دلیل اقدام به خودکشی در هر دو جنس (۲۲ درصد مردان و ۵۴ درصد زنان) اختلاف خانوادگی بود. باین‌حال دومین

جدول شماره ۱- مشخصات پایه موارد اقدام به خودکشی در استان خراسان رضوی

| ویژگی | مرد (n=۲۱۱) | زن (n=۶۷۵) | کل | P value |
|------------|----------------|---------------|-----|-----------------|
| گروه سنی | | | | |
| ۱۴-۵ | ۱۰(۵)* | ۳۱(۴/۷) | ۳۲ | |
| ۲۴-۱۵ | ۹۸(۴۷/۳) | ۳۹۵(۶۰/۵) | ۴۹۳ | |
| ۳۴-۲۵ | ۷۲(۳۴/۸) | ۱۶۴(۲۵/۱) | ۲۳۶ | |
| ۴۴-۳۵ | ۲۱(۱۰/۱) | ۵۰(۷/۷) | ۷۱ | $< 0/001^{**}$ |
| ۵۴-۴۵ | ۱۱(۵/۳) | ۹(۱/۴) | ۲۰ | |
| ۶۴-۵۵ | ۴(۱/۹) | ۳(۰/۵) | ۷ | |
| ۶۵< | ۰(۰) | ۱(۰/۲) | ۱ | |
| وضعیت تأهل | | | | |
| مجرد | ۹۴(۴۴/۸) | ۱۸۷(۲۷/۹) | ۲۸۱ | |
| متأهل | ۱۰۷(۵۱/۰) | ۴۳۳(۶۴/۵) | ۵۴۰ | $< 0/001^{***}$ |
| بیوه | ۰(۰) | ۱۳(۱/۹) | ۱۳ | |
| مطلقه | ۹(۴/۳) | ۳۸(۵/۷) | ۴۷ | |
| بی‌سواد | ۱۴(۶/۷) | ۱۸(۲/۷) | ۳۲ | |
| نهضت | ۵(۲/۴) | ۶(۰/۹) | ۱۱ | |
| ابتدایی | ۳۱(۱۴/۸) | ۱۲۷(۱۹/۲) | ۱۵۸ | |
| سطح سواد | | | | |
| راهنمایی | ۶۲(۲۹/۵) | ۱۶۹(۲۵/۶) | ۲۳۱ | $0/01^{***}$ |
| متوسطه | ۷۶(۳۶/۲) | ۲۳۸(۳۶/۰) | ۳۱۴ | |
| دانشگاهی | ۲۰(۹/۵) | ۹۰(۱۳/۶) | ۱۱۰ | |
| سایر | ۲(۱/۰) | ۱۳(۲/۰) | ۱۵ | |

| | | | | | |
|-----------|-----|-----------|----------|------------------------------|------------------|
| | ۹۶ | ۵۱(۷/۸) | ۴۹(۲۴/۰) | بیکار | |
| | ۲۶ | ۲۰(۳/۱) | ۶(۲/۹) | کارمند | |
| <۰/۰۰۱*** | ۸۱ | ۲۲(۳/۴) | ۵۹(۲۸/۸) | کارگر | شغل |
| | ۱۱۳ | ۴۶(۷/۰) | ۶۷(۳۲/۷) | آزاد | |
| | ۱۵۷ | ۱۳۳(۲۰/۳) | ۲۴(۱۱/۷) | محصل | |
| | ۳۸۶ | ۳۸۶(۵۸/۴) | ۰(۰) | خانه‌دار | |
| | ۴۳۸ | ۳۴۷(۸۷/۴) | ۹۱(۵۸/۷) | > ۵۰۰,۰۰۰ تومان | |
| <۰/۰۰۱** | ۸۴ | ۳۳(۸/۳) | ۵۱(۳۲/۹) | ۵۰۰,۰۰۰ تا ۱,۰۰۰,۰۰۰ تومان | درآمد ماهانه فرد |
| | ۱۴ | ۱۰(۲/۵) | ۴(۲/۶) | ۱,۵۰۰,۰۰۰ تا ۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان | |
| | ۸ | ۴(۱/۰) | ۴(۲/۶) | ۲,۰۰۰,۰۰۰ تا ۲,۵۰۰,۰۰۰ تومان | |
| | ۸ | ۳(۰/۸) | ۵(۳/۲) | < ۲,۰۰۰,۰۰۰ تومان | |

* فراوانی (درصد)
 ** آزمون من ویتنی
 *** آزمون مجذور کای

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی دلایل اقدام به خودکشی در دو جنس

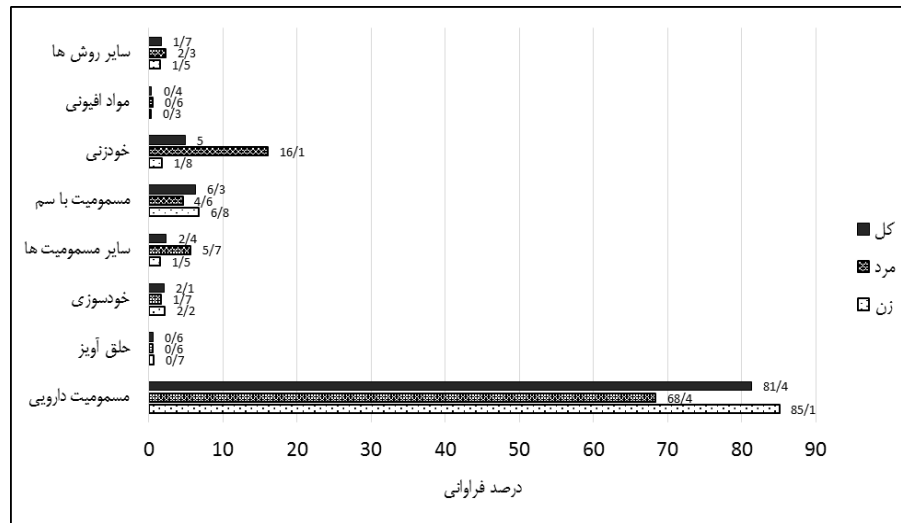
| P value | کل | زن | مرد | دلیل اقدام به خودکشی |
|---------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| | ۵۱۳(۶۵/۷) | ۴۲۸(۶۳/۴) | ۸۵(۴۰/۳)* | اختلاف خانوادگی |
| | ۱۲۹(۱۶/۵) | ۱۰۵(۱۵/۵) | ۲۴(۱۱/۳) | عشق نافرجام |
| | ۹۷(۱۲/۴) | ۷۷(۱۱/۴) | ۲۰(۹/۵) | جلب توجه خانواده |
| | ۹۵(۱۲/۱) | ۵۸(۸/۶) | ۳۷(۱۱/۵) | مشکلات اقتصادی |
| <۰/۰۰۱ | ۴۸(۶/۱) | ۲۵(۳/۷) | ۲۳(۱۰/۹) | بیکاری |
| | ۴۵(۵/۷) | ۲۰(۳/۹) | ۲۵(۱۱/۸) | بیماری روانی |
| | ۲۳(۲/۹) | ۲۰(۲/۹) | ۳(۱/۴) | شکست تحصیلی |
| | ۳۳(۴/۲) | ۶(۰/۹) | ۱۷(۸) | اعتیاد |
| | ۱۶(۲) | ۱۰(۱/۵) | ۶(۲/۸) | بیماری جسمی |
| | ۳۰(۳/۸) | ۲۰(۲/۹) | ۱۰(۴/۷) | سایر |

* فراوانی (درصد)، جمع ستون‌ها بیشتر از ۱۰۰٪ است زیرا برخی افراد بیش از یک دلیل را ذکر نموده‌اند.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی موارد اقدام به خودکشی در دو جنس به تفکیک فصل

| P value | کل | زن | مرد | فصل اقدام به خودکشی |
|---------|-----------|-----------|-----------|---------------------|
| | ۱۷۴(۲۲/۳) | ۱۳۷(۲۲/۹) | ۳۷(۲۰/۳)* | بهار |
| ۰/۰۱ | ۱۸۴(۲۳/۶) | ۱۲۶(۲۱) | ۵۸(۳۱/۹) | تابستان |
| | ۱۶۱(۲۰/۶) | ۱۱۹(۱۹/۹) | ۴۲(۲۳/۱) | پاییز |
| | ۲۶۲(۳۳/۵) | ۲۱۷(۳۶/۲) | ۴۵(۲۴/۷) | زمستان |

* فراوانی (درصد)



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

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از نیمی از افراد مورد بررسی در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و در رتبه بعدی گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار داشت. در مطالعه یوسفی در بندرعباس، اکثریت افراد در دامنه سنی ۲۰-۳۰ سال و در مطالعه خواجه و همکاران در هرمزگان نیز در دامنه سنی ۱۵-۳۴ سال و در مطالعه رفیعی و همکاران در استان مرکزی در دامنه ۲۰-۲۴ سال قرار داشتند (۱۴،۱۵،۱۶). وقوع خودکشی در این دامنه سنی می تواند با بحران های روحی و روانی که جوانان با آن مواجه می شوند مربوط باشد. هرچند ناهنجاری های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در این امر بی تأثیر نیست اما شخصیت تکامل نیافته و ناتوانی در استفاده از مکانیسم های دفاعی سهم به سزایی دارد. از طرف دیگر وجود درصد بیشتری از خانمها نسبت به آقایان در این گروه سنی ۱۵-۲۴ سال و برتری آقایان به خانمها گروه سنی ۲۵-۳۴ سال می تواند نشان دهنده حساسیت هرکدام از این دو جنس در دامنه سنی خاص باشد. نکته قابل توجه این است که هرچند بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت میزان اقدام به خودکشی در جوانان رو به افزایش است اما سن بالا به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح است (۳،۱۷،۱۸،۱۹).

در این مطالعه، فراوانی اقدام به خودکشی به طور معنی داری در زنان بیشتر بود. این یافته با اکثر مطالعات انجام شده در کشور همسو است (۱۵،۱۶،۱۹،۲۰). سازمان جهانی بهداشت نیز اقدام به خودکشی در زنان را نسبت به مردان بیشتر گزارش کرده است (۳). نتایج اغلب مطالعات انجام شده در کشور حاکی از آن است که

اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیشتر است (۱۵،۱۶). با این حال در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در افراد متأهل مشاهده شد. مطالعه یوسفی و همکاران نیز یافته مشابهی را گزارش نموده بود (۱۴). هرچند که نتیجه گیری بر اساس فراوانی مشاهده شده در مطالعه است اما این مسئله می تواند به دلیل عوامل استرسزا و بحران هایی باشد که زوجها به ویژه زنان بعد از ازدواج تجربه می کنند. فراوانی بیشتر خودکشی زنان متأهل نسبت به مردان متأهل می تواند تأییدی دیگری بر این مدعا باشد. همچنین در بین زنان، بیشترین موارد اقدام به خودکشی در افراد خانه دار رخ داده بود. این مسئله می تواند به این دلیل باشد که زنان خانه دار وابستگی بیشتری نسبت به خانواده داشته و استقلال کمتری از نظر اقتصادی، اجتماعی و رفتاری دارند.

برخلاف مطالعه ای در استان مرکزی که نشان دهنده نسبت بیشتر خودکشی در سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده است (۱۶)، در این مطالعه اکثر موارد اقدام کننده به خودکشی تحصیلات راهنمایی / متوسطه داشتند. در سایر مطالعات انجام شده در بندرعباس و هرمزگان نیز یافته های مشابهی گزارش شده است (۱۴،۱۵). هرچند که این نتیجه گیری بر اساس فراوانی مشاهده شده است اما به نظر می رسد تحصیلات بالاتر می تواند بهره گیری فرد از شیوه های مقابله ای را ارتقا داده و در بحران های روزمره به کمک وی آید. با این حال احتمالاً این توانایی ها در دو جنس به صورت متفاوتی نقش بازی می کند زیرا یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که خانم های با مدرک فوق دیپلم و بالاتر، با فراوانی بیشتری اقدام به خودکشی نموده بودند.

مطالعات اندکی به بررسی میزان درآمد در افراد اقدام کننده به

موضوع هنوز محلی برای بررسی و مطالعات بیشتر است.

میزان بروز برآورد شده در این مطالعه کمتر از این شاخص در مطالعاتی است که در مرور نظام‌مند ملکوتی و همکاران (مطالعاتی از ایران و منطقه مدیترانه شرقی) مورد بررسی قرار گرفته است (۱۱،۱۶،۲۴). فارغ از تفاوت‌های منطقه‌ای در میزان بروز اقدام به خودکشی، نحوه جمع‌آوری اطلاعات نیز بر این تفاوت‌ها تأثیرگذار است. همچنین باید توجه ویژه‌ای به زمان مطالعات نیز داشت. مثلاً جدیدترین مطالعه ایرانی در مورد موارد اقدام کننده به خودکشی که در مرور ساختارمند مذکور وارد شده است، مربوط به سال ۲۰۱۲ است.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت. این مطالعه به صورت مقطعی و در زمان یک سال انجام شد، به همین دلیل امکان ارزیابی روند تغییرات و بررسی روابط علیتی بین عوامل تأثیرگذار وجود نداشت. از طرفی به دلیل انگ اجتماعی مربوط به خودکشی، امکان گردآوری اطلاعات از برخی اقدام کنندگان به خودکشی و نیز برخی مسائل از جمله محل سکونت فرد نیز وجود نداشت که این موضوع به دلیل لزوم رعایت موازین اخلاقی اجتناب‌ناپذیر بود. همچنین در برخی موارد، به‌ویژه موارد خفیف که خطرات جانی کمتری برای اقدام کننده متصور باشد، احتمالاً برخی اقدام کنندگان به مراکز درمانی مراجعه نمی‌نمایند، هرچند که بایستی در نظر داشت در اکثر موارد افراد اقدام کننده به خودکشی با توجه به نگرانی از پیامدهای جسمی توسط خانواده به مراکز درمانی آورده می‌شوند و موارد عدم مراجعه اغلب موارد خفیف آن است. باین حال طبق مستندات در دسترس، این مطالعه برای اولین بار در این سطح در استان خراسان رضوی (جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد) انجام شد. با توجه به کلاس‌های آموزشی و توجیهی پرسشگران و پایش نحوه گردآوری داده‌ها در طول مطالعه سعی در جمع‌آوری دقیق، کامل و صحیح اطلاعات شده است تا نتایج تا حد ممکن قابل اعتماد باشد.

با توجه به یافته‌های مطالعه، مطالعات تحلیلی تکمیلی از نوع مطالعات طولی برای شناسایی کامل‌تر عوامل زمینه‌ساز و مرتبط با اقدام به خودکشی در سطح استان پیشنهاد می‌شود. همچنین با توجه به اهمیت مسئله حاشیه‌نشینی، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با در نظر گرفتن پرسش در خصوص محل دقیق سکونت فرد طراحی گردند. نتایج به‌دست‌آمده می‌تواند در طراحی و اجرای مداخلات پیشگیرانه در سطح جامعه برای پیشگیری از این مشکل کمک کننده باشد.

خودکشی پرداخته‌اند. باین‌وجود به نظر می‌رسد این عامل نقش واسطه‌ای در سوق دادن فرد به سمت اقدام به خودکشی بازی می‌کند. به‌طور مثال در این مطالعه بیش از نیمی از مردان اقدام کننده درآمدی زیر ۵۰۰ هزار تومان داشتند، این در حالی است که شغل آزاد فراوان‌ترین رده را به خود اختصاص داده بود. باین‌حال مسئله پایین بودن درآمد در زنان به بزرگی مردان نبوده و با توجه به اینکه اکثریت آنان خانه‌دار می‌باشند و از نظر مالی استقلال ندارند، قابل توجیه است.

اختلافات خانوادگی مهم‌ترین دلیل اقدام به خودکشی در مردان و زنان بود که مؤید گزارش‌های قبلی است (۳،۱۲،۱۶). از آنجا که مشکلات زناشویی (مانند خشونت و اعتیاد شوهر، چندهمسری، تفاوت سنی زوجین، عدم تفاهم با شوهر و حساسیت شدید در مقابل طلاق) و مشکلات خانوادگی در بین اقدام کنندگان به خودکشی به‌عنوان عوامل استرس‌زای مهمی قلمداد شده است، آموزش مهارت‌های زندگی با تأکید بر آموزش حل مشکل، شناسایی و مداخله علمی برای حل مشکلات زناشویی و خانوادگی می‌تواند کارگشا باشد.

شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در هر دو جنس مسمومیت دارویی بود. باین‌حال رتبه دوم روش انتخابی در زنان مربوط به مسمومیت با سم و در مردان خودزنی بود. در مطالعه رفیعی و همکاران نیز مسمومیت با دارو در هر دو جنس شایع‌ترین روش انتخاب‌شده برای اقدام به خودکشی بود. هرچند روش انتخابی دوم در هر دو جنس مسمومیت با سم بود (۱۶).

بیشترین موارد اقدام به خودکشی در فصل زمستان و در ماه دی رخ داده بود. باین‌حال تحلیل نتایج بر اساس جنسیت نشان‌دهنده آن بود که مردان بیشتر در تابستان و زنان بیشتر در زمستان اقدام به خودکشی نموده بودند. در مطالعه یوسفی اغلب موارد اقدام به خودکشی در زمستان رخ داده بود (۱۴). در مطالعه قلعه ایها و همکاران و مطالعه خورشیدی و همکاران، اکثر موارد اقدام به خودکشی در تابستان بود (۶،۲۰). مطالعه رفیعی و همکاران نیز نشان داد که اغلب موارد اقدام به خودکشی در تابستان رخ داده بود و در رتبه بعدی با اختلاف بسیار اندکی فصل بهار قرار داشت (۱۶). در مطالعات خارجی نیز یافته‌های متفاوتی به‌دست‌آمده است. به‌طور مثال کریستودولو و همکاران عمده موارد خودکشی را در بهار و پس‌از آن در زمستان، و سان و همکاران نیز بیشترین فراوانی خودکشی را در بهار و سپس تابستان گزارش نمودند (۲۲،۲۳). هرچند ممکن است عرض جغرافیایی و ساعات تماس با نور خورشید در آن تأثیر داشته باشند اما به نظر می‌رسد این

تشکر و قدردانی

محترم پژوهشی و معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و نیز از زحمات تمام پرسشگران در عرصه‌های موردبررسی تشکر و قدردانی نمایند.

این مقاله حاوی بخشی از نتایج پایان‌نامه دوره تخصص نویسنده اول است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از حمایت‌های معاونت

منابع

- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002; 7: 6-8.
- Khajeh E, Hosseinpour M, Sedigh B, Rezvani Y. Image of suicide in Hormozgan province, 2012. *Medical Journal of Hormozgan University* 2013; 1: 61-7.
- World Health Organization. Suicide Prevention and special programmes (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supresuicideprevent/en/ Accessed Oct 1 2016.
- World Health Organization: World Report on violence and health. Geneva: World Health organization; 2002, 5.
- Lester D. Suicide and Islam. *Archives of suicide research*. 2006; 10: 77-97.
- Khorshidi A, Sayehmiri K, Babanejad M. Seasonality of Suicide Occurrence in Ilam. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2013; 3: 17-23.
- Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the World rates. *Forensic science, medicine, and pathology*. 2002; 27: 16-21.
- Knox K, Conwell Y, Caine E. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health Research*. 2004; 94: 37-45.
- Shamsi Khani S, Rahgoo A, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Effects of problem solving training on coping skills of suicidal clients. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2007; 3: 31-9.
- Mousavi F, Shahmohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological Survey of Suicide In Rural Areas. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh Va Raffar)* 2000; 20: 4-10.
- Taziki MH, Semnani Sh, Gotalipour 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* 2012; 55: 72-7.
- Moradi AR, Moradi R, Mostafavi E. A Survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar. *Research in Behavioral Sciences*. 2011; 1: 50-8.
- Janghorbani M, Sharifirad GH: Completed and attempted suicide in Ilam, Iran(1995-2002): incidence and associated factors. *Archives of Iranian medicine*. 2005; 2: 119-26.
- Yousefi H, Sobhani GH, Asadinoghabi F. Suicide Risk Factors Between Those Who Committed Suicide Bandar Abbas, Iran. *Medical Journal Of Hormozgan University*. 2002; 6: 13-20.
- Khajeh E, Hosseinpour M, Sedigh B, Rezvani Y. Image of suicide in Hormozgan province. *Medical Journal of Hormozgan University*. 2014; 1: 61-7
- 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: 59-69.
- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2004; 140: 822-35.
- Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 101: 27-34.
- Shakeri A, Jafarizadeh F, Zarenezhad M. Epidemiology of Suicide Deaths in Fars Province, 2007-2011. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2014; 1: 56-64.
- Ghaleiha A, Behroozi Fard F. Epidemiologic Survey of Suicide Attempters Hospitalized in Hamadan Sina Hospital in 2001-2002. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*. 2007; 4: 58-63.
- Kheirabadi G, Hashemi S, Akbaripour S, Salehi M, Maracy M. Risk Factors of Suicide Reattempt in Patients Admitted to Khorshid Hospital, Isfahan, Iran, 2009. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2012; 3: 39-46.
- Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopolou A, Bouras G, Gournellis R, Lykouras L. Suicide and seasonality. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2011; 125: 127-46.
- Sun J, Guo X, Ma J, Zhang J, Jia C, Xu A. Seasonality of suicide in Shandong China, 1991 2009: Associations with gender, age, area and methods of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2011; 135: 258-66.
- Malakouti SK, Davoudi F, Khalid S, Ahmadzad Asl M, Moosa Khan M, Alirezai N, et al. The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: A Systematic Review. *Acta Medica Iranica*. 2015; 5: 257-65.

Epidemiology of Suicide Attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015

Khadem Rezaiyan M¹, Jarahi L², Moharreri F³, Afshari R^{4,5}, Motamedalshariati SM⁶, Okhravi N⁷, Khajedaluae M⁸

1- Community Medicine Specialist, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor of Community Medicine, Department of Community Medicine and Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- Associate Professor of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

4- Professor of Clinical Toxicology, Addiction Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

5- BC Centre for Disease Control, Vancouver, Canada

6- Associate Professor of Plastic Surgery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

7- MD-MPH, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

8- Professor of Community Medicine and Public Health, Department of Community Medicine and Public Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Corresponding author: Khajedaluae M, Khajedaluae M@mums.ac.ir

(Received 28 June 2016; Accepted 26 November 2016)

Background and Objectives: Suicide is one of the public health challenges. It involves the individual, family, and even society. Epidemiological study of suicide is one of the most important measures in primary prevention and integration program for suicide in primary health care system. This study evaluated cases who attempted suicide in Khorasan Razavi Province in 2014-2015.

Methods: This cross-sectional study was performed on individuals who were visited at health care centers of Mashhad University of Medical Sciences from August 2014 to July 2015. Seventeen trained interviewers from 14 countries and three major referral centers collected demographic data, time, reason, and method of suicide. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and Mann-Whitney test. P-value<0.05 was considered significant.

Results: Totally, 893 individuals were evaluated which was equals to an annual incidence rate of 21.2 per 100000. Seventy-six percent (675) were female and 57% (496) were in the age group 15-24 years. In both genders, married individuals (61%, 543), high school degree (63%, 548) and a monthly income below 160\$ were dominant (80%, 438). The most frequent reason and method for committing suicide was family dispute (47%, 380) and drug poisoning (81%, 632), respectively.

Conclusion: Suicide is mostly being dealt with caution. However, the very first step is to know the current situation completely, so epidemiological studies can elucidate different dimensions of this public health problem.

Keywords: Suicide attempt, Epidemiology, Khorasan Razavi province