سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین: قسمت اول

دکتر سید علی آذین: استادیار پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر علی شهیدزاده ماهانی: استادیار پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر سپیده امیدواری: استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر مهدی عبادی: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر علی منتظری: *استاد پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره دوم بهار ۱۳۸۷ صص ۱۰۶-۹۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

چکیده

مسمومیت توسط خود فرد (Self Poisoning) یکی از شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی و از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران به‌ویژه جوانان در اورژانس‌های بیمارستانی است. با توجه به فقدان اطلاعات کافی، پژوهش درخصوص اپیدمیولوژی خودکشی، برنامه‌ریزی بهتر برای انجام مداخلات مؤثر را امکان پذیر می‌سازد. بررسی حاضر به شکل مقطعی و در نیمه دوم سال ۸۳ اجرا گردیده است.

در مجموع، ۷۲۳ نفر با توزیع متناسب با جمعیت از شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز و کرمانشاه وارد مطالعه شدند. از میان مسمومین بررسی شده، ۵۵۰ نفر (۷۶ درصد) به طور عمدی و به قصد خودکشی و ۱۷۳ نفر (۲۴ درصد) به طور غیر عمدی دچار مسمومیت شده بودند. این مقاله قسمت اول یافته‌های پژوهش حاضر را ارایه می‌دهد. در این مقاله تجزیه و تحلیل داده‌ها محدود به افرادی است که مسمومیت عمدی را به عنوان راهی برای خودکشی انتخاب کرده بودند.

میانگین سنی افرادی که از مسمومیت عمدی برای خودکشی استفاده کرده بودند (۱۰/۲±)۲۵/۴ سال بود که در نهایت ۱۰ نفر از آنها فوت نمودند. ۶۰ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی مؤنث بودند. ۸۰ درصد برای این کار از دارو استفاده کرده بودند و سموم شیمیایی، مواد روان گردان و سایر مواد شیمیایی به ترتیب در رده‌های بعدی قرار داشتند. ۳۱ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی قبلاً نیز سابقه این کار را داشته‌اند (میانگین ۲/۲۸±۲/۰۸ و میانه ۲ مرتبه).

در مجموع با توجه به نتایج و فراوانی بالای اقدام به خودکشی در میان مراجعین به بخش‌های مسمومین و پایین بودن میانگین سنی آنها، توجه جدی‌تر به موضوع سلامت روان و همچنین تجهیز بیمارستان‌های مرجع جهت درمان مسمومین به لحاظ امکانات درمانی و نیروی انسانی متخصص (روانپزشک، روانشناس، متخصص سم شناسی و ...) ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، اقدام به خودکشی، مسمومین، بخش مسمومین

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: تلفن: ۹-۶۶۹۵۱۸۷۷ نمابر: ۶۶۸۸۰۸۰۵
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

مقدمه

تنها در سال ۲۰۰۰ میلادی حدود یک میلیون نفر در جهان به واسطه مسأله خودکشی، جان خود را از دست داده‌اند و حداقل ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم اقدام به خودکشی کرده‌اند. از طرفی هر رفتار مرتبط با خودکشی بین ۵ تا ۶ نفر را درگیر این اقدام می‌کند و لذا هر ساله در جهان حدود ۱۰۰ میلیون نفر با یک مورد رفتار مرتبط با خودکشی (Suicidal behavior) مواجه می‌شوند[۱]. پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، خودکشی، دهمین علت شایع مرگ در جهان خواهد بود[۲].

در این میان، مسمومیت توسط خود فرد (Self poisoning) یکی از شایع‌ترین روش‌های آسیب به خود (Self harm) و خودکشی (Suicide) و یکی از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران به ویژه جوانان در بخش‌های اورژانس بیمارستانی است.

نکته مهم دیگر آن است که تکرار این رفتارها امری بسیار رایج بوده و با توجه به فقدان اطلاعات کافی درخصوص اپیدمیولوژی موضوع، برنامه‌ریزی برای مداخله و ارزیابی تأثیر مداخلات، مشکل خواهد بود. به عنوان مثال طی مطالعه‌ای بر روی موارد مسمومیت عمدی از سال ۱۹۹۵-۱۹۸۵ در بریتانیا مشخص گردید که میزان این مسمومیت‌ها تنها در جمعیت زیر ۲۰ سال، ۲۸ درصد افزایش نشان می‌دهد و به طور متوسط برای هر مورد ۵۲۴ پوند هزینه شده است. ضمن آن که آسیب به خود و به ویژه تکرار آن، عامل خطر مهمی برای خودکشی موفق در آینده شناخته شده است[۳]. از سویی دیگر شواهد نشان می‌دهند که نحوه اقدام به مسمومیت عمدی با عوامل فرهنگی و بومی هر منطقه و همچنین امکانات در دسترس از جمله سموم و داروهای موجود وابستگی شدید دارد[۴]. لذا شناسایی عوامل و متغیرهای اپیدمیولوژیک اقدام به مسمومیت توسط خود فرد نه تنها در حوزه جغرافیایی، بلکه با توجه به مقطع زمانی نیز بسیار حائز اهمیت است. به‌طور مثال در بسیاری از کشورهای جهان با رایج شدن مصرف داروهای مهار کننده باز جذب سروتونین (SSRIs) در درمان افسردگی به جای ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، بروز اقدام به خودکشی با استفاده از داروهای ضد افسردگی کاهش چشمگیری نشان می‌دهد[۴]. در مجموع برای هر گونه برنامه‌ریزی و مداخله مؤثر به منظور کاهش هزینه‌های مادی و معنوی این مشکل مرتبط با سلامت مردم، داشتن اطلاعات مناسب و معتبر و بالأخره شناسایی عوامل خطر مربوطه، یک نیاز جدی محسوب می‌شود. فقدان یک نظام ثبت فراگیر علت مرگ و یا مراجعه و بستری (Registry) نیز از جمله مشکلات پیش رو است.

پژوهش حاضر سعی داشت به گوشه‌ای از سؤالات مطرح در این حیطه پاسخ گوید.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود که بر روی بیماران پذیرفته شده (سرپایی یا بستری) در اورژانس بیمارستان‌های واجد بخش ویژه مسمومین در کشور انجام پذیرفت.

جمع‌آوری داده‌ها طی ۶ ماهه دوم سال ۸۳ انجام گرفت. تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد ارزیابی قرار گرفتند و در نهایت مشخص گردید که تنها بیمارستان‌های تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز، کرمانشاه، سنندج، ایلام و شهرکرد واجد بخش ویژه رسیدگی به مسمومین هستند. در سایر مناطق، موارد مسمومیت (عمدی و یا اتفاقی) به بیمارستان خاصی ارجاع نشده و در مراکز متعددی به شکل پراکنده پذیرش می‌شدند. بررسی متون نشان داد که به طور متوسط ۸۰ درصد از موارد اعزامی به بیمارستان‌های مرجع رسیدگی به مسمومین، به طور عمدی و به علت اقدام به خودکشی دچار مسمومیت شده‌اند. به این ترتیب با دقتی معادل ۰/۰۳ و خطای α مساوی ۰/۰۵، حجم نمونه برآورد شده ۶۸۳ نفر بود که در عمل پس از اخذ ۷۲۷ نمونه و حذف ۴ مورد (به علت عدم کیفیت مناسب داده‌های این موارد)، در نهایت ۷۲۴ نفر وارد مطالعه شدند. همکاران طرح با شروع نمونه‌گیری در هر شهر، تمامی موارد پذیرش شده در اورژانس مسمومین را در طول تمام ساعات شبانه روز تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر وارد مطالعه می‌نمودند. حجم نمونه مورد نظر بر حسب تراکم جمعیتی شهرهای ذکر شده توزیع گردید و در نهایت به ترتیب از تهران ۳۶۸ نفر، مشهد ۱۰۰ نفر، اصفهان ۸۹ نفر، تبریز ۶۷ نفر، شیراز ۵۴ نفر و کرمانشاه ۴۵ نفر وارد مطالعه گردیدند. به جز شهر شیراز که در آن موارد مسمومیت به دو مرکز ارجاعی یعنی بیمارستان‌های نمازی و سعدی منتقل می‌شوند، در سایر شهرها نمونه از تنها مرکز تخصصی شهر اخذ می‌گردید که برای شهرهای تهران، مشهد، اصفهان، تبریز و کرمانشاه به ترتیب عبارت بودند از بیمارستان‌های لقمان حکیم، بیمارستان حضرت امام رضا (ع)، بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، بیمارستان سینا و بیمارستان امام خمینی (ره).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

پس از ارزیابی و تحلیل بیش از ۷۰ مقاله، گزارش، تحقیق و کتاب که بر روی موضوع خودکشی متمرکز بوده است، لیستی از متغیرهای مرتبط با این مشکل تهیه گردید و جهت اولویت‌بندی آنها و تطبیق متغیرها با اهداف پژوهش و شرایط فرهنگی اجتماعی موجود در کشور، در اختیار کارشناسان امر قرار داده شد. حاصل این کار تهیه پرسشنامه اولیه‌ای بود که به دنبال توزیع مجدد میان خبرگان و کسب نظرات اصلاحی آنها در بیمارستان لقمان تهران مورد پیش آزمون قرار گرفت.

طی مرحله پیش آزمون علاوه بر تمرکز بر روی اعتبار پرسشنامه، مشکلات اجرایی و نحوه برقراری ارتباط میان مصاحبه کننده و بیمار و یا همراهان وی توجه ویژه‌ای شد. در نهایت علاوه بر آموزش‌های لازم، دستورالعمل به شکل کتبی تدوین گردید که می‌توانست به صورت یک راهنمای سریعاً در دسترس، در کنار پرسشگر موارد ابهام وی را برطرف نماید.

در خصوص موارد منجر به فوت و یا بیمارانی که طی زمان نمونه‌گیری از هوشیاری کافی برای پاسخ‌گویی برخوردار نبودند، مقرر بود که داده‌ها از طریق نزدیک‌ترین شخص ممکن گرفته شود.

پیش از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، نحوه و اهداف اجرای تحقیق به طور کامل برای مصاحبه شونده شرح داده می‌شد و به بیمار و نزدیکان وی تفهیم می‌گردید که انجام و یا عدم انجام مصاحبه هیچ تأثیری (مثبت یا منفی) بر روند اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده برای این بیمار خاص نخواهد داشت. خوشبختانه مطالعه در عمل با میزان پاسخ‌دهی بیش از ۹۵ درصد (Response Rate) اجرا گردید. در هیچ یک از پرسشنامه‌ها هیچ‌گونه مشخصات فردی قابل شناسایی درج نشده بود و داده‌های موجود در آن در پرونده‌های بیمارستانی منعکس نمی‌گردید.

تمامی پرسشنامه‌ها به جهت رعایت مفاد دستورالعمل ارایه شده مورد بازبینی قرار گرفت و به جز ۴ مورد، سایر آنها از کیفیت لازم برای ورود به تحلیل داده‌ها برخوردار بودند. داده‌ها کدگذاری شده و در بانک اطلاعاتی نرم افزار SPSS11.5 وارد گردید. برای ارزیابی داده‌ها از روش‌های مناسب آمار توصیفی و تحلیلی و در نهایت تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

از ۷۲۳ نفر مورد مطالعه، ۱۷۳ نفر به صورت اتفاقی و غیر عمدی مسموم شده بودند و مابقی (n=۵۵۰) از مسمومیت عمدی به عنوان راهی برای خودکشی استفاده کرده بودند. در این مقاله تجزیه و تحلیل داده‌ها محدود به افرادی است که مسمومیت عمدی را به عنوان راهی برای خودکشی انتخاب کرده بودند.

- مشخصات جمعیتی

مشخصات جمعیتی نمونه در جدول شماره ۱ درج شده است. ۶۰ درصد از افراد (n=۳۳۰) مؤنث و ۴۰ درصد باقی مانده (n=۲۲۰) مذکر بودند. میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی (۱۰/۲۶±)۲۵/۴۲ و دامنه آن از ۱۲ تا ۸۵ سال بود.

- سابقه سوء مصرف مواد

۱۶۷ نفر (۳۰/۴ درصد) سابقه سوء مصرف مواد روان گردان و یا الکل (حداقل یک ماده و به مدت بیش از ۶ ماه) و یا مصرف فعلی را گزارش نمودند. فراوانی نوع سوء مصرف در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

- سابقه خودکشی

۱۷۲ نفر از این افراد (۳۱ درصد) سابقه اقدام به خودکشی را ذکر می‌کنند که دامنه آن از یک بار سابقه تا ۲۰ بار متغیر بود. میانگین دفعات این اقدام (۲/۲±)۲/۰۸ و میانه آن ۲ بود. متوسط فاصله آخرین اقدام پیش از اقدام فعلی ۲۴/۴ ماه با میانه ۶ ماه گزارش شد.

- محل خودکشی

درخصوص محل اقدام به خودکشی نتایج به شرح زیر بود:

منزل ۴۶۶ نفر (۸۵ درصد)، محل کار ۲۰ نفر (۳/۵ درصد)، فضای باز ۳۸ نفر (۷ درصد)، مکان‌های عمومی ۱۷ نفر (۳ درصد) و سایر موارد ۹ نفر (۱/۵ درصد).

- ماده، راه و نحوه دسترسی به مواد مورد مصرف برای خودکشی

ماده استفاده شده برای ایجاد مسمومیت به این قرار بوده است: دارو ۴۴۵ مورد (۸۱/۴ درصد)، مواد روان گردان ۲۸ مورد (۵/۱ درصد)، سموم شیمیایی ۵۹ مورد (۱۰/۸ درصد) و سایر مواد شیمیایی ۱۵مورد (۲/۷ درصد).

نحوه دسترسی به دارو در افرادی که برای خودکشی از دارو استفاده کرده بودند در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. جدول شماره ۴ فراوانی و نحوه مراجعه موارد مسمومیت عمدی به مراکز درمانی دیگر قبل از رسیدن به بیمارستان مرجع را نشان می‌دهد.

- سابقه بیماری‌های مزمن و روانی افراد

۱۳۳ مورد (۲۴/۴ درصد) از افراد، حداقل طی یک سال گذشته با یک بیماری مزمن، لاعلاج و یا ناتوان‌کننده درگیر بوده‌اند. ملاک،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

تأثیرگذاری بیماری و ایجاد ناتوانی و اختلال در زندگی و کار روزمره بوده است. انواع این بیماری‌ها به تفکیک شهرستان‌ها در جدول شماره ۵ درج گردیده است.

تعداد ۲۰۳ نفر(۳۷ درصد) از اقدام کنندگان به خودکشی، طی یک سال اخیر جهت بررسی و یا درمان‌های روانپزشکی به مراکز درمانی مراجعه نموده بودند که از این میان ۴۳ نفر (۲۱/۲ درصد) به پزشک عمومی و ۱۲۰ نفر (۵۹/۱ درصد) به متخصصین روانپزشک یا روانشناس مراجعه کرده بودند. ۳۷ نفر نیز به بیمارستان‌های تخصصی روانپزشکی مراجعه نموده بودند که از این میان ۱۲ نفر (۶ درصد) سابقه بستری در بیمارستان روانی طی یک سال اخیر داشتند و ۲۵ نفر (۱۲/۳ درصد) به صورت سرپایی درمان را تحت نظر کلینیک بیمارستان ادامه می‌دادند. ۳ مورد (۱/۵ درصد) تنها به درمانگرانی غیر از موارد ذکر شده مراجعه کرده بودند.

- سابقه خودکشی در خانواده

از میان ۵۵۰ اقدام کننده به مسمومیت عمدی، ۱۰۷ نفر (۱۹/۵ درصد) سابقه اقدام به خودکشی در خویشان و نزدیکان خود را ذکر می‌کردند. ۵۳ مورد دارای سابقه خودکشی موفق در اطرافیان بوده‌اند (۴۹ مورد یک خودکشی موفق و ۴ مورد دو خودکشی موفق). در مجموع این تعداد به طور متوسط دارای (۰/۵۷ ±) ۰/۵۴ مورد خودکشی موفق و (۰/۵۵±) ۰/۵۵ مورد خودکشی ناموفق در اطرافیان خود بوده‌اند.

- مشکلات، فشار روانی و وجود حوادث ناگوار زندگی

۴۴۲ نفر (۸۱/۳ درصد) از اقدام کنندگان به خودکشی سابقه حداقل یک اتفاق و یا یک تجربه با فشار روانی را طی یک سال پیش از اقدام ذکر می‌نمایند. ۳۳۱ نفر (۷۴/۹ درصد) دارای مشکلات عمده در روابط بین فردی بودند. از این میان ۱۵۶ نفر (۳۵/۳ درصد) با والدین خود مشکل داشتند. ۱۲۰ نفر (۲۷/۱ درصد) در روابط خانوادگی با همسر خود دچار مشکل بودند. ۲۰ نفر (۴/۵ درصد) درگیری با دوستان هم جنس داشتند و ۳۲ نفر (۷/۲ درصد) در روابط با دوستان غیرهم جنس خود دچار مشکل بودند. ۸۱ نفر (۱۸/۳ درصد) با یک یا چند نفر از افراد فامیل دچار اختلاف جدی بودند و تنها ۹ نفر (۲ درصد) در محیط کار با همکاران خود مشکل داشتند.

۱۷۴ نفر (۳۹/۴ درصد) طی یک سال گذشته با محدودیت‌های عمده مالی مواجه بوده‌اند و ۷۹ نفر (۱۷/۹ درصد) طی همین مدت، دارای درگیری‌های قضایی و قانونی بوده‌اند و نکته قابل توجه آن که ۶۱ مورد از این ۷۹ نفر مربوط به شهر تهران بوده است که به‌ویژه مسأله طلاق (۲۳ مورد)، دعوا یا نزاع های دو نفره یا دسته جمعی (۱۰ مورد)، مواد روان گردان (۸ مورد)، مشکلات مالی و چک و مسایل اخلاقی و منکرات هر کدام با ۵ مورد شایع‌ترین موارد قابل ذکر بوده است.

۲۳ مورد (۵/۲ درصد) در ارتباط با مسایل شغلی مشکل داشته‌اند که به‌ویژه عدم یافتن کار مناسب و یا اخراج از محل کار، عمده مشکل آنها ذکر شده است. ۴۶ نفر (۱۰/۴ درصد) از افراد اقدام‌کننده به خودکشی طی یک سال اخیر با فقدان حداقل یک فرد مورد علاقه شدید مواجه بوده‌اند. از این میان ۵ نفر با فقدان همسر (اغلب شوهر) مواجه شده بودند و ۷ نفر خانواده درجه ۱ (پدر، مادر، خواهر و برادر)، ۱۸ نفر خانواده درجه ۲ (عمو، دایی، عمه، خاله یا پدر و مادر بزرگ)، ۶ نفر دوست صمیمی و تنها ۲ مورد فرزند و بالاخره ۸ مورد سایر اعضاء فامیل خود را از دست داده بودند.

از میان ۴۴۲ نفر اقدام کننده به خودکشی که سابقه حوادث پر تنش حاد در یک سال گذشته داشتند ۴۹ مورد (۱۱/۱ درصد) قربانی خشونت بوده‌اند که اغلب آنها زنانی بودند که توسط شوهران مورد خشونت فیزیکی واقع می‌شدند و تعداد قابل توجهی از آنها نیز دخترانی بودند که توسط برادر مورد ضرب و شتم قرار گرفته بودند. حتی در مواردی زنان شوهردار از برادران خود کتک خورده بودند.

- اطلاع به سایرین در موارد اقدام به خودکشی

بسیاری از افراد اقدام‌کننده به خودکشی پیش از اقدام یا در آستانه آن به نوعی سایرین را در جریان این تصمیم یا توضیحاتی پیرامون آن قرار می‌دهند. در مطالعه حاضر نیز ۱۳۳ نفر (۲۴/۴ درصد) به نوعی در خصوص قصد خود اطلاع‌رسانی کرده بودند که نحوه آن به ترتیب عبارت بود از: گذاشتن یادداشت (۲/۸ درصد)، در معرض نمایش قرار دادن جعبه یا بسته‌های داروها و مواد استفاده شده (۰/۹ درصد)، ارتباط کلامی و مطرح کردن موضوع با سایرین (۱۹/۸ درصد) و سایر روش‌ها (مثلاً اطلاع از طریق E-mail).

- احساس پشیمانی پس از اقدام به خودکشی

احساس پشیمانی از اقدام به خصوص در موارد اقدام به خودکشی بدون قصد واقعی از بین بردن خود، امر شایعی است. از میان ۵۵۰ نفری که عامدانه اقدام به مسموم نمودن خود کرده بودند ۲۰۴ نفر (۳۷/۱ درصد) از این اقدام خود هیچ احساس پشیمانی نمی‌کردند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

۲۱۳ نفر (۳۸/۷ درصد) از کار خود پشیمان بودند و بالأخره ۱۳۳ نفر (۲۴/۲ درصد) به هنگام مطالعه در مورد اقدام خود قضاوتی نداشتند.

- نیت واقعی برای از بین بردن خود در مرتکبین خودکشی

همه افراد اقدام کننده به خودکشی، الزاماً نیت از بین بردن خود را ندارند (بعضاً حتی به طور ناخودآگاه). از ۵۵۰ مورد مسمومیت عمدی ایجاد شده ۲۴۸ نفر (۴۵/۱ درصد) اظهار نمودند که واقعاً قصد از بین بردن خود را داشته‌اند و ۱۸۹ نفر (۳۴/۴ درصد) اذعان نموده‌اند که این اقدام را واقعاً به قصد پی‌آمد مرگ انجام نداده‌اند. ۱۱۳ نفر (۲۰/۶ درصد) نیز در مقطع نمونه گیری، قضاوت مشخصی در این خصوص نداشتند. در خصوص این که آیا افراد پیش از اقدام به خودکشی برای این کار برنامه و یا قصدی داشته‌اند (قبل از ۲۴ ساعت از اقدام به خودکشی) ۳۷۶ نفر (۷۱ درصد) پاسخ منفی داده‌اند و ۱۵۴ نفر (۲۹ درصد) عنوان نموده‌اند که از قبل قصد خودکشی داشته و یا برای این منظور تدابیری را پیش بینی کرده بودند (مثل تهیه دارو و سم و ...).

- پیامد خودکشی

از ۵۵۰ نفر اقدام کننده به خودکشی ۱۰ نفر فوت نمودند. به این ترتیب Case Fatality Rate در جمعیت مورد بررسی ۱/۸ درصد بوده است. ولی همین شاخص به تفکیک شهرهای مختلف برای تهران ۰/۳۲ درصد، تبریز ۱۰ درصد، مشهد ۲/۳۸ درصد و اصفهان ۳/۷۵ درصد بود که این تفاوت مرگ و میر در شهرهای مختلف به لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<0.001$, Fisher Exact Test).

مشخصات این افراد در مقایسه با سایر افراد اقدام کننده به خودکشی در جدول شماره ۶ ذکر شده است. اگر چه تفاوت آماری معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

مقاله حاضر تصویری از برخی متغیرهای قابل توجه در ۵۵۰ فرد اقدام کننده به خودکشی را که برای این کار از مسمومیت عمدی استفاده کرده بودند، نشان می‌دهد. اگر چه برخی خصوصیات مشاهده شده، شباهت‌های قابل توجهی با مطالعات کشورهای غربی دارند [۵] ولی ویژگی‌های خاصی نیز مشاهده می‌شود. تکرار اقدام به خودکشی در ۳۱ درصد از موارد با میانگین ۲/۲۸ ± ۲/۰۸ مرتبه اقدام به خودکشی مشاهده شده است. میانه فاصله آخرین اقدام به خودکشی تا مراجعه حاضر ۶ ماه بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که مشکلات این افراد کنترل نشده است. لذا اقدام به خودکشی و هزینه‌های روحی و روانی و اجتماعی آن تکرار شده و چه بسا منجر به موفقیت شده و دیگر به هیچ عنوان قابل جبران نباشد.

به نظر می‌رسد مسمومیت و به‌ویژه مسمومیت عمدی در کشور بیشتر یک معضل زندگی شهرنشینی باشد، کما این که در مجموع نمونه‌های بررسی شده تنها ۳۲ نفر (۵/۸ درصد) در روستا زندگی می‌کرده‌اند. البته این یافته نباید این گونه تفسیر شود که مسأله خودکشی در جوامع روستایی مشکل شایعی نیست. به علاوه احتمال عدم مراجعه برخی موارد مسمومیت در روستاها به مراکز درمانی شهری نیز باید مدنظر باشد. متأسفانه در برخی استان‌ها خودکشی در میان روستاییان و به خصوص زنان روستایی یک معضل مهم محسوب می‌شود و لیکن اغلب، روش‌های خشن‌تر و خطرناک‌تری همچون خودسوزی مورد استفاده قرار می‌گیرد که خود به بررسی‌های بیشتری نیازمند است. این افزایش خودکشی در زنان روستایی حتی در کشورهای پیشرفته نظیر انگلستان نیز دیده شده است [۱]. اغلب مطالعات انجام شده در ایران از جمله در ایلام و نقده نیز کماکان نرخ خودکشی ناموفق را در جوامع شهری بیش از روستایی برآورد کرده‌اند[۶، ۷].

حداقل حدود ۴۰ درصد از بیماران، پیش از رسیدن به بیمارستان مرجع دارای امکانات رسیدگی به مسمومین، به سایر مراکز درمانی فاقد توانایی‌های لازم مراجعه نموده بودند و طبعاً در این میان مقادیر قابل توجهی زمان (که در فوریت‌ها یک عامل حیاتی است) تلف شده و هزینه‌های اضافی به بیمار، اطرافیان وی و نظام بهداشتی تحمیل گردیده است.

در مطالعه حاضر یک چهارم از افراد اقدام کننده به خودکشی حداقل طی یک سال اخیر درگیر نوعی بیماری جسمی ناتوان‌کننده بوده‌اند. پدیده گذار اپیدمیولوژیک موجب شده است تا بیماری های مزمن، نقش پررنگ‌تری در مشکلات سلامت مردم داشته باشند. در این میان برخی از بیماری‌ها مستلزم درد مزمن، ناتوانی فیزیکی یا لاعلاجی هستند.

از طرفی یکی از عوامل مساعد کننده برای اقدام به خودکشی، احساس درماندگی یا «Helplessness» شناخته شده است و این احساس به فراوانی با بیماری‌های مزمن در ارتباط است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی افراد اقدام کننده به خودکشی (n=۵۵۰)

	تعداد	درصد
سن		
میانگین (انحراف معیار)	۲۵/۴۲(۱۰/۲۶)	
دامنه	۱۲-۸۵	
جنس		
مؤنث	۳۳۰	۶۰
مذکر	۲۲۰	۴۰
وضعیت تأهل		
مجرد	۳۰۱	۵۴/۸
متأهل	۲۱۹	۳۹/۹
مطلقه	۲۲	۴
بیوه	۷	۱/۳
وضعیت تحصیلی		
بی‌سواد	۳۵	۶/۴
زیر دیپلم	۳۰۴	۵۵/۴
دیپلم متوسطه	۱۳۲	۲۴
تحصیلات دانشگاهی	۷۸	۱۴/۲
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۱۸۵	۳۳/۶
بی‌کار	۱۰۳	۱۸/۸
بازنشسته	۵	۰/۹
از کار افتاده	۱	۰/۲
کارمند	۳۴	۶/۲
کارگر	۱۲	۲/۲
شغل آزاد فنی یا تجاری	۱۰۱	۱۸/۴
دانش آموز / دانشجو	۹۶	۱۷/۵
در حال انجام خدمت وظیفه	۱۲	۲/۲
شهر محل ارجاع		
تهران	۳۰۵	۵۵/۵
شیراز	۳۵	۶/۴
تبریز	۵۰	۹/۱
کرمانشاه	۳۸	۶/۹
مشهد	۴۲	۷/۶
اصفهان	۸۰	۱۴/۵
محل سکونت		
مرکز استان	۴۰۲	۷۳/۴
شهرستان	۱۱۴	۲۰/۸
روستا	۳۲	۵/۸

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

جدول شماره ۲- فراوانی وابستگی* و یا سوء مصرف مواد در افراد اقدام کننده به خودکشی (n=۵۵۰)

	خیر		بلی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
هرگونه وابستگی و یا سابقه آن	۳۸۳	۶۹/۶	۱۶۷	۳۰/۴
وابستگی به سیگار	۴۰۳	۷۳/۳	۱۴۷	۲۶/۷
وابستگی به الکل	۴۹۸	۹۰/۵	۵۲	۹/۵
سوء مصرف مواد روان گردان	۴۹۱	۸۹/۳	۵۹	۱۰/۷

* برخی از افراد به‌طور همزمان درگیر چند نوع وابستگی بوده‌اند.

جدول شماره ۳- نحوه دسترسی به دارو در افرادی که برای اقدام به خودکشی از دارو استفاده کرده بودند (n=۴۴۵)

نحوه تهیه یا دسترسی به دارو	تعداد	درصد
نسخه تجویز شده برای خود فرد	۱۳۲	۲۹/۷
نسخه تجویز شده برای دیگران	۴۹	۱۱
تهیه بدون نسخه پزشک	۸۲	۱۸/۵
داروهای از قبل موجود در منزل	۱۷۴	۳۹
سایر موارد	۸	۱/۸

جدول شماره۴- فراوانی و نحوه مراجعه به سایر مراکز درمانی پیش از رسیدن به بیمارستان مرجع (n=۵۵۰)

نحوه تهیه یا دسترسی به دارو	تعداد	درصد
بدون مراجعه به مراکز درمانی دیگر	۲۵۰	۴۵/۵
استفاده از سرویس تلفنی اورژانس	۱۵	۲/۷
مراجعه به مطب پزشک	۱۰	۱/۸
مراجعه به درمانگاه	۶۲	۱۱/۳

جدول شماره ۵- فراوانی انواع مشکلات جسمی شدید طی یک سال گذشته بر حسب شهرستان در افراد اقدام کننده به خودکشی (n=۱۳۳)

	تهران (n=۷۷)		شیراز (n=۴)		تبریز (n=۳)		کرمانشاه (n=۱۵)		مشهد (n=۵)		اصفهان (n=۲۹)		جمع (n=۱۳۳)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلالات نوروتیک یا سایکوتیک	۳۷	۴۸/۶	۱	۲۵	۲	۶۶/۶	۴	۲۶/۷	۱	۲۰	۱۳	۴۴/۸	۵۸	۴۳/۶
صرع	۱۲	۱۵/۷	۱	۲۵	۰	۰	۱	۶/۷	۱	۲۰	۳	۱۰/۳	۱۸	۱۳/۵
میگرن یا سردردهای شدید	۹	۱۱/۸	۰	۰	۰	۰	۶	۴۰	۱	۲۰	۳	۱۰/۳	۱۹	۱۴/۳
معلولیت جسمی ـ عملکردی	۵	۶/۵	۰	۰	۰	۰	۲	۱۳/۳	۱	۰	۵	۱۷/۳	۱۲	۹
معلولیت جسمی ـ ظاهری	۲	۲/۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۲۰	۰	۰	۳	۲/۳
بیماری قلبی	۲	۲/۶	۱	۲۵	۰	۰	۱	۶/۶	۱	۲۰	۰	۰	۵	۳/۸
اختلالات نوروتیک یا سایکوتیک	۳۷	۴۸/۶	۱	۲۵	۲	۶۶/۶	۴	۲۶/۷	۱	۲۰	۱۳	۴۴/۸	۵۸	۴۳/۶
سایر موارد	۱۰	۱۲/۲	۱	۲۵	۱	۳۳/۴	۱	۶/۷	۰	۰	۵	۱۷/۳	۱۸	۱۳/۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

جدول شماره ۶- مقایسه میان مشخصات جمعیت شناختی افراد فوت شده با سایر افراد اقدام کننده به مسمومیت عمدی

	افراد فوت شده (n=۱۰)		افراد فوت نشده اقدام کننده به خودکشی (n=۵۴۰)		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن					۰/۱۶
میانگین (انحراف معیار)	۳۵/۱(±۲۰/۵)		۲۵/۲(±۹/۹)		
جنس					۰/۱۶
مؤنث	۴	۴۰	۳۲۶	۶۰/۴	
مذکر	۶	۶۰	۲۱۴	۳۹/۶	
وضعیت تأهل					۰/۳۶
مجرد	۵	۵۰	۲۱۴	۳۹/۶	
متأهل	۵	۵۰	۳۲۶	۶۰/۴	
وضعیت اشتغال					۰/۳۵
شاغل	۱	۱۰	۲۲	۴/۱	
غیر شاغل	۹	۹۰	۵۱۸	۹۵/۹	
سابقه حوادث پرتنش طی سال گذشته	(n=۸)		(n=۵۳۶)		۰/۵۴
وجود حادثه پرتنش	۷	۸۷/۵	۴۳۵	۸۱/۲	
عدم وجود حوادث پر تنش	۱	۱۲/۵	۱۰۱	۱۸/۸	
سابقه بیماری روانی طی سال گذشته	(n=۹)		(n=۵۳۸)		۰/۲۸
مثبت	۲	۲۲/۲	۲۰۱	۳۷/۴	
منفی	۷	۷۷/۸	۳۳۷	۶۲/۶	

مراجعه ۳۷ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی جهت دریافت خدمات روانپزشکی طی یک سال قبل از اقدام، تأییدی است بر یافته‌های مطالعات متعددی که نقش بیماری‌ها و سلامت روانی را بر پدیده خودکشی مورد تأکید قرار می‌دهند. مطالعه‌ای در Yorkshire انگلستان طی سال ۲۰۰۳ نشان داد که ۲۵ درصد یا به عبارتی یک چهارم از افرادی که مرتکب خودکشی شده بودند، طی سال قبل از اقدام به مراکز بهداشت روانی مراجعه نموده بودند[۸]. امکان پیش بینی اقدام به خودکشی در بیماران دارای مشکلات روان‌شناختی و لزوم پیگیری بیماران اقدام کننده به خودکشی از نظر اختلالات روانی، موضوعاتی هستند که امروزه با شواهدی متقن به اثبات رسیده‌اند.

حدود ۲۰ درصد از مرتکبین مسمومیت عمدی، واجد سابقه اقدام به خودکشی در خویشاوندان و نزدیکان خود بوده‌اند. اثر Familial clustering در مطالعات دیگری نیز مشاهده شده است و این مسأله نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی موفق علاوه بر عوارض مستقیم آن برای فرد و اطرافیان، ممکن است به‌شکل یک عامل محرک در بین اطرافیان مردد برای اقدام مشابه عمل نموده و یا این ایده را در ابتدا به عنوان یک راه حل در ذهن آنها شکل دهد. نزدیک به ۷۵ درصد از ۴۴۲ نفری که طی یک سال اخیر مشکلات و فشار روانی جدی در زندگی را تجربه کرده بودند، دارای مشکلات عمده در روابط بین فردی بودند. نزدیک به ۶۲ درصد از این مسایل در ارتباط بین فرزند با والدین و ارتباط با همسر (به ترتیب ۳۵/۳ و ۲۷/۱ درصد) بوده است. نداشتن مهارت‌های ارتباطی مشکلی است که عوارض خود را در ابعاد مختلف اجتماعی نشان می‌دهد. کافی است نگاهی کارشناسانه به پرونده‌های موجود در خصوص موضوعاتی همچون طلاق، بزهکاری و حتی جرایم جنایی انداخته شود. حدود ۴۰ درصد از افراد دارای حوادث پر تنش، طی یک سال اخیر دچار مشکلات عمده مالی بوده‌اند. اگر چه فقر ممکن است به خودی خود یک عامل علّی در اقدام به خودکشی نباشد و لیکن تأثیر محرومیت‌های اجتماعی حاصل از آن بر افزایش خطر آسیب به خود تا حد زیادی مستند شده است. در حالی که دورکیم معتقد بود خودکشی در طبقات بالای اجتماعی رایج‌تر است، مطالعات دهه‌های اخیر اغلب خلاف این مسأله را نشان می‌دهند. محرومیت اجتماعی و عدم انسجام اجتماعی هر کدام می‌توانند سهم مستقلی در افزایش خطر آسیب به خود به‌ویژه در مردان داشته باشند[۹]. در سال ۱۹۹۵، Gunnell و همکاران رابطه‌ای قوی بین آسیب عمدی به خود و محرومیت اجتماعی را نشان دادند[۱۰]. Ferrada و همکاران نیز در سوئد مشخص ساختند که میزان خودکشی در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

مناطق محروم کشور به مراتب بیش از نواحی ثروتمند آن است، در حالی‌که پیش از آن گزارش‌های متضادی منتشر شده بود[۱۱]. بیکاری، که خود با محرومیت مالی رابطه تنگاتنگ دارد، شانس اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. مطالعه انجام پذیرفته در نیوزلند نشان داد که مردان بی‌کار با خطر نسبی ۲ تا ۳ برابر شاغلین در معرض خطر رفتارهای آسیب زننده به خود قرار دارند[۱۲]. حداقل ۱۱ درصد از افراد دارای مشکلات پر تنش، طی یک سال اخیر مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند و همان‌گونه که قبلاً ذکر شد اغلب، زنانی بودند که توسط شوهران خود مورد ضرب و شتم واقع شده بودند. این مسأله در رابطه با خشونت‌ها و تعرضات جنسی علی‌رغم شیوع کمتر، اهمیت بسیار بیشتری می‌یابد. ۳/۶ درصد از موارد (۱۶ نفر)، سابقه حداقل یک بار تعرض جنسی در طول زندگی را گزارش می‌نمایند که البته شامل خشونت‌های جنسی در چهارچوب زندگی زناشویی نمی‌شود. به هر شکل مطالعات متعدد نشان داده‌اند که خشونت، چه از نوع فیزیکی و چه جنسی به شدت شانس رفتارهای آسیب زننده به خود را افزایش می‌دهد [۹] و به‌ویژه سابقه آن در دوران کودکی یک پیش بینی کننده قوی برای رفتارهای مربوط به خودکشی در آینده است[۱۰].

حدود یک چهارم از افراد مرتکب مسمومیت عمدی به نحوی پیش از اقدام، سایرین را از این تصمیم خود مطلع کرده بودند. اغلب موارد نیز این اطلاع‌رسانی از طریق ارتباط کلامی انجام شده بود. گذاشتن یادداشت (۲/۸ درصد موارد) شیوه دوم اعلام قصد خودکشی بوده است و اگر چه برخی مطالعات خارجی گذاشتن یادداشت را یکی از نشانه‌های جدی برای قصد از بین بردن خود معرفی می‌کنند، ولی به نظر می‌رسد در ایران این کار بیشتر به قصد تحت تأثیر قرار دادن نزدیکان انجام می‌شود و در مطالعه حاضر و همچنین مطالعه انجام پذیرفته توسط دکتر یاسمی و همکاران در کرمان تقریباً همه موارد آنها با بهبودی کامل و بدون عارضه از بیمارستان مرخص شده‌اند[۱۳].

حدود ۴۵ درصد از مرتکبین اقدام به خودکشی حداقل در مقطع زمانی نمونه‌گیری (۲۴ تا ۴۸ ساعت اول مراجعه) ادعا نموده‌اند که حقیقتاً قصد نابودی خود را داشته‌اند. ارزیابی قصد واقعی فرد برای از بین بردن خود در موارد اقدام به خودکشی امروزه به عنوان یک متغیر پیشگویی کننده برای اقدامات آسیب‌زننده به خود در آینده مطرح شده است. سعی بر آن است تا به این منظور، ابزاری مثل یک پرسشنامه کوتاه ولی به لحاظ روش‌شناختی معتبر طراحی شود. نمونه اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۷۴ توسط Beck و همکاران ارایه شده و البته در طول زمان دستخوش تغییراتی شده است[۱۴]. ۷۱ درصد از اقدام کنندگان به خودکشی به‌طور ناگهانی و در واقع اغلب تکانه‌ای به این امر تصمیم گرفته و اقدام کرده‌اند. اگر چه خصوصیات شخصیتی تکانه‌ای و تهاجمی (Impulsive-aggressive) کاملاً با رفتارهای وابسته به خودکشی مرتبط شناخته شده است، باید توجه نمود که رفتارهای تکانه‌ای و پرخاشگرانه همیشه تنها معطوف به خود شخص نمی‌شود و گاه با تغییر جهت به سمت دیگران زمینه‌ساز آسیب‌های اجتماعی گسترده‌تری می‌گردد. بیشتر بودن افراد مجرد و بیوه در بیماران با مسمومیت عمدی در این مطالعه با اغلب نتایج منتشر شده همخوانی دارد. گزارش‌های منتشر شده از برخی تحقیقات نشان می‌دهند که در مواردی، بروز خودکشی در زنان متأهل در مقایسه با سایر افراد بیشتر بوده است، از جمله بررسی انجام گرفته در مهاباد و ایلام [۱۵، ۹]. به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی ـ اجتماعی منطقه‌ای باعث این تفاوت باشد که نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه «آقای دکتر پژومند»، «سرکار خانم دکتر فریده خدابنده»، سرکار خانم «آرزو اسدی» و همکاران جهاد دانشگاهی که اجرای طرح بدون تلاش آنها میسر نبود، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

1- Goldney RD. A global view of suicidal behavior. Emergency Medicine 2002; 14: 24-34
2- Carlsten A, Waern M, Allebeck P. Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999; 34: 609-14
3- Reith DM, whyte I, Carter G. Repetition risk for adolescent self-poisoning: a multiple event survival analysis. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2003; 37: 212-18
4- Wilkinson S, Taylor G, Templeton L. Admissions to hospital for deliberate self-harm in England 1995-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]

2000: an analysis of Hospital Episode Statiscs. Journal of Public Health Medicine 2002; 24: 179-83

5- Mohammadi MR, Ghanizadeh A. Suicidal Attempt and psychiatric disorders in Iran. Suicide and Life Threatening Behavior 2005; 35: 309-16

۶- اختری فروز عبداله، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر خودکشی در شهرستان نقده (۷۴-۱۳۷۰)، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی

۷- محمدیان، فتح الله، جوانان، آسیب‌های اجتماعی (خودکشی)، فرهنگ ایلام، ۱۳۸۰، ۵، ۶

8- Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. British Journal of Psychiatry 2003; 183: 28-33

9- Horrocks J, House A.. Self - Poisoning and self - injury in adults. Clinical Medicine 2002; 2: 509-12

10- Gunnell DJ, Peterr TJ, Kamerling RM. Relation between Para suicide, suicide, psychiatric admissions and socio-economic deprivation. British Medical Journal 1995; 311: 226-30

11- Ferrada - Noli M. Social psychological vs socioeconomic hypotheses on the epidemiology of suicide: an empirical study. Psychological Reports 1996; 79: 707-10

12- Blakely TA, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57: 594-600

۱۳- یاسمی محمدتقی، صباحی عبدالرضا، میر هاشمی سید مجتبی، سیفی شراره، آذرکیوان پری‌نوش، طاهری محمد حسین، بررسی همه گیری شناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان، اندیشه و رفتار، ۸۱، ۳، ۲۷-۱۵

14- Harriss L, Hawton K, Zahl D. Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self injury. British Journal of Psychiatry 2005; 186: 60-66

۱۵- موسوی فاطمه، شاه محمدی داوود، کفاشی احمد، بررسی همه‌گیری شناسی خودکشی در مناطق روستایی، اندیشه و رفتار، ۷۹، ۵، ۹-۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.1.7]