سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین: قسمت دوم

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 ۱۱۴-۱۰۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۲

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 برای انجام مداخلات مؤثر را امکان پذیر می‌سازد.

بررسی حاضر به شکل مقطعی و در نیمه دوم سال ۸۳ اجرا گردید و در مجموع، ۷۲۳ نفر با توزیع متناسب جمعیت از شهرهای تهران، مشهد، تبریز، اصفهان شیراز و کرمانشاه وارد مطالعه شدند. این مقاله قسمت دوم یافته‌های پژوهش را گزارش می‌کند. در این مقاله علاوه بر تجزیه و تحلیل برخی از داده‌ها، به مقایسه‌هایی بین افرادی که به‌طور عمدی و به قصد خودکشی اقدام به مسموم نمودن خود کرده بودند و موارد مسمومیت اتفاقی پرداخته شده است.

در افراد اقدام کننده به خودکشی، فراوانی بیماری‌های جسمی شدید و مستلزم ناتوانی در میان زنان بیش از مردان بود (P<۰/۰۰۲). همچنین سن گروهی که از اقدام به خودکشی احساس پشیمانی می‌کردند به‌طور معنی‌داری پایین‌تر بود (P<۰/۰۰۳). اما گروهی که به گفته خودشان قصد واقعی برای پیامد مرگ داشتند میانگین سنی بالاتری داشتند (P=۰/۰۱).

رگرسیون لجستیک نشان داد که از میان کل مسمومیت‌ها، داشتن سن بالاتر و جنسیت مذکر و همچنین اقامت در شهر تهران با احتمال بیشتری منجر به مسمومیت عمدی شده است (P<۰/۰۰۱ ، برای هر سه مورد). به‌علاوه داشتن برنامه از پیش طراحی شده و سابقه اقدام به خودکشی نیز به طور معنی‌داری با قصد واقعی برای پیامد مرگ مرتبط بوده است (نسبت شانس به ترتیب ۲/۵۲ و ۱/۸۷).

در مجموع نشان داده شد که مسمومیت‌های عمدی یا اقدام به خودکشی، قسمت اعظم (بیش از ۷۴ درصد) موارد بستری در بخش‌های مسمومین را تشکیل می‌دهند و لذا توجه به اپیدمیولوژی مسأله در مناطق مختلف و اتخاذ تدابیر مناسب برای پیشگیری در هر سه سطح از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

مقدمه

مطابق گزارش اخیر مطالعه بار جهانی بیماری‌ها پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، خودکشی، دهمین علت شایع مرگ در جهان باشد[۱].

در قرن بیستم مطالعه برروی این موضوع به شدت گسترش یافت به‌حدی که تا ۲۰ سال پیش شاید بر روی هیچ رفتار انسانی به اندازه «خودکشی» مطالعه و تحقیق صورت نگرفته بود. به نظر می‌رسد با توجه به این که خودکشی کماکان یک مشکل عمده سلامت عمومی در سطح جهان است، این موضوع هنوز هم تداوم یابد [۲].

کیفیت داده‌های مرتبط با خودکشی در کشورهای مختلف تفاوت های بارزی با یکدیگر دارند و لذا مقایسه میان آنها مستلزم رعایت ملاحظات خاصی است. کشورهای حوزه بالتیک و روسیه و همچنین سریلانکا، نرخ‌های بالایی از میزان‌های خودکشی را نشان می‌دهند و این در حالی است که برخی کشورهای اطراف مدیترانه میزان‌های بسیار پائین را گزارش نموده‌اند که البته بسیاری از این آمار و اطلاعات چندان قابل اعتماد نیستند[۲].

در این میان مسمومیت توسط خود فرد (Self-poisoning) یکی از شایع‌ترین روش‌های آسیب به خود (Self-harm) و یکی از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران، به ویژه جوانان در بخش فوریت پزشکی بیمارستان‌ها است، به‌نحوی که در مطالعه حاضر بیش از ۷۶ درصد از مسمومیت‌های پذیرش شده، مسمومیت عمدی بوده است[۳].

در قسمت نخست این مقاله به توصیف مشخصات جمعیت اقدام‌کننده به خودکشی پرداخته شد. در این قسمت برخی خصوصیات این گروه با مسمومینی که به‌طور اتفاقی دچار مسمومیت شده بودند مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

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 پذیرفت. تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد ارزیابی قرار گرفتند و در نهایت مشخص گردید 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 برابر ۰/۰۵، حجم نمونه برآورد شده ۶۸۳ نفر بود که در عمل پس از اخذ ۷۲۷ نمونه و حذف ۴ مورد 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).

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 ـ 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، به مشکلات اجرایی و نحوه برقراری ارتباط میان مصاحبه‌کننده 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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

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 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 SPSS 11.5 وارد گردید. برای ارزیابی داده‌ها از روش‌های مناسب آمار توصیفی و تحلیلی و در نهایت تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

در مقاله نخست خصوصیات جمعیتی نمونه مورد بررسی و برخی متغیرهای مرتبط با خودکشی ارایه گردید. در اینجا علاوه بر تکمیل اطلاعات قبلی در نهایت به مقایسه میان دو گروه مسمومین غیر عمدی و اقدام‌کنندگان به خودکشی خواهیم پرداخت.

برای یادآوری اشاره می‌شود توزیع نمونه‌ها به لحاظ شهر محل مراجعه به قرار زیر بود:

تهران ۳۶۸ نفر (۵۰/۹ درصد)، شیراز ۵۴ نفر (۷/۵ درصد)، تبریز ۶۷ نفر (۹/۳ درصد)، کرمانشاه ۴۵ نفر (۶/۲ درصد)، مشهد ۱۰۰ نفر (۱۳/۸ درصد) و اصفهان ۸۹ نفر (۱۲/۳ درصد).

- جنسیت و سابقه اقدام به خودکشی

آزمون غیر پارامتریک Mann-whiteny نشان داد که اگر چه تعداد افراد با سابقه اقدام به خودکشی در میان افراد مؤنث بیشتر بود، ولی دفعات تکرار این اقدام در میان دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشت (P=۰/۴۸).

در بررسی همبستگی میان سن افراد، وضعیت تحصیلی و دفعات اقدام به خودکشی نیز رابطه‌ای مشاهده نشد.

- بیماری‌های جسمی و روانی

فراوانی بیماری‌های جسمی شدید و مستلزم ناتوانی در زنان اقدام کننده به خودکشی به طور معنی‌داری بیش از مردان بود (۲۷/۷ درصد از زنان در مقابل ۱۹/۴ درصد در مردان؛ $\chi^2=4.77, df=1, P<0.002$).

در مجموع ۳۷/۷ درصد از زنان و ۳۶/۹ درصد از مردان اقدام‌کننده به خودکشی به‌شکلی، دارای سابقه مثبت از نظر مشکلات روانپزشکی و مراجعه جهت بررسی و درمان طی یک سال اخیر بودند.

- احساس پشیمانی

در مقایسه با دو گروهی که احساس پشیمانی از اقدام انجام شده نداشتند و یا در مورد احساس خود قضاوت نامشخصی داشتند، گروهی که احساس پشیمانی می‌کردند، به‌طور معناداری سن کمتری داشتند (آزمون Kruskal -wellis ,P<0.003).

فراوانی کسانی که احساس پشیمانی می‌کردند در زنان (۴۱/۹ درصد) بیش از مردان (۳۵/۳ درصد) بود (P=۰/۰۰۵). احساس پشیمانی با وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی ارتباطی نداشت.

- قصد واقعی برای مرگ

آزمون Kruskal - Wallis نشان داد که افرادی که واقعاً قصد از بین بردن خود را نداشته‌اند در مقایسه با گروهی که واقعاً قصد مرگ داشته‌اند و یا در این مورد قضاوت درستی ندارند، به طور معنی‌داری میانگین سنی کمتری داشته‌اند (P=۰/۰۱).

جدول شماره ۱، وضعیت نیت واقعی افراد در ارتباط با از بین بردن خود و جنسیت آنها را نشان می‌دهد. زنان کمتر از مردان به طور جدی قصد از بین بردن خود را داشته‌اند ($\chi^2=7.39, df=2, P<0.002$). بین وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و قصد جدی برای از بین بردن خود رابطه‌ای مشاهده نشد.

- عوامل مؤثر بر قصد انجام خودکشی در میان مسمومین

در بررسی عوامل مؤثر بر قصد انجام خودکشی (نیت واقعی برای از بین بردن خود) از یک مدل آماری رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد:

عواملی که قصد انجام خودکشی را به نحو معنی‌داری تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارتند از:

۱- با بالا رفتن سن، احتمال مسمومیت به قصد خودکشی کاهش می یابد (P<۰/۰۰۱).

۲- جنسیت مذکر احتمال ایجاد مسمومیت به قصدخودکشی را افزایش می‌دهد (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

۳- اقامت در شهر تهران در مقایسه با اقامت در سایر شهرستان‌ها با احتمال بیشتری با مسمومیت به قصد خودکشی همراه است (P<۰/۰۰۱).

سایر موارد یعنی بعد خانوار، مصرف سیگار، داشتن فرزند، تأهل، داشتن شغل و اقامت در شهر در مقابل زندگی در روستا هیچ کدام ارتباط معنی‌داری با احتمال مسمومیت با قصد خودکشی نداشته‌اند. جزئیات نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

- عوامل مؤثر بر نیت مرگ در موارد اقدام به خودکشی

از طرفی همه کسانی که اقدام به مسمومیت عمدی کرده‌اند، الزاماً نیت واقعی برای از بین بردن خود نداشتند. در مطالعه حاضر نیز ۴۵ درصد از افراد حداقل در ۲۴ ساعت اول آرزوی مرگ و نابودی داشته‌اند، حدود ۳۴ درصد اقدام را به قصد پی‌آمد مرگ انجام نداده‌اند و بالأخره حدود ۲۰ درصد نیز در همین مقطع و فاصله از اقدام، قضاوت مشخصی در این مورد نداشته‌اند. به منظور بررسی عوامل مؤثر بر نیت مرگ در مسمومیت عمدی نیز از یک مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید که حاوی نتایجی به شرح زیر بود:

- داشتن نقشه از پیش طرح شده برای اقدام به مسمومیت با افزایش قصد مرگ همراه بوده است

(Odds Ratio=2.53, CI%95=1.64-3.89)

- داشتن سابقه اقدام به خودکشی نیز صرف نظر از تعداد آن احتمال وجود نیت مرگ را بالا می‌برد

(Odds Ratio=1.87, CI%96=1.20-2.89)

همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود سایر متغیرها ارتباط معنی‌داری با قصد واقعی برای پی‌آمد مرگ نداشته‌اند.

در مقایسه برخی متغیرها بین دو گروه با مسمومیت عمدی و غیر عمدی نتایج زیر به دست آمد. فراوانی مسمومیت عمدی در افراد بدون فرزند در مقایسه با افراد صاحب فرزند به طور معنی‌داری بالاتر بود یعنی به ترتیب ۳۹۵ نفر (۸۱/۱ درصد) در مقابل ۱۵۵ نفر (۶۵/۷ درصد) (χ 2=20.79, df=1, P<0.001). در میان افراد دارای فرزند نیز با افزایش تعداد فرزندان به طور معنی‌دار از فراوانی اقدام به خودکشی در برابر مسمومیت اتفاقی کاسته می‌شود (P<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۴ به مقایسه برخی خصوصیات بین دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و موارد مسمومیت غیر عمدی می‌پردازد.

در بررسی رابطه بین جنسیت و مسمومیت عمدی مشخص گردید که از میان ۳۸۰ مورد مسمومیت در جنس مؤنث، ۳۳۰ مورد از آن (۸۶/۸ درصد) به طور عمدی بوده، در حالی که این رقم در خصوص افراد مذکر، ۲۲۰ نفر از ۳۴۳ مورد بررسی شده بود (۶۴/۱ درصد) و این اختلاف بین دو جنس به لحاظ آماری کاملاً معنی‌دار بود (χ 2=51.4, df=1, P<0.001). با توجه به نرمال نبودن توزیع سنی افراد بررسی شده با استفاده از آزمون Mann-Whitney مشخص گردید که سن مسمومین در گروه با مسمومیت عمدی (خودکشی) از سن مسمومین با مسمومیت اتفاقی به طور معنی‌داری پایین‌تر بوده است (P<۰/۰۰۱).

اختلاف مشاهده شده درخصوص وضعیت تأهل نیز به لحاظ آماری معنی‌دار است (χ 2=15.25, df=3, P<0.002) و به ویژه نسبت عمدی بودن مسمومیت در بین افراد مجرد و همچنین افراد بیوه بسیار بالاتر است.

همانگونه که مشاهده می‌شود به استثنای گروه افراد بی‌سواد که به دلیل امکان کسب آگاهی کمتر و توجه به علایم هشدار و ملاحظات و برچسب‌های ایمنی، بیشتر در معرض مسمومیت‌های اتفاقی قرار دارند، در سایر گروه‌ها و به ویژه افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، میزان عمدی بودن مسمومیت به طور محسوس و معنی‌دار بالاتر است (χ 2=33.64, df=3, P<0.001).

زندگی در مرکز استان به طور معنی‌داری نسبت به زندگی در سایر شهرها و همچنین زندگی روستایی با افزایش فراوانی اقدام به خودکشی همراه بوده است (χ 2=16.2, df=2, P<0.001).

فراوانی مسمومیت عمدی در افراد بدون فرزند در مقایسه با افراد صاحب فرزند به طور معنی‌داری بالاتر بود یعنی به ترتیب ۳۹۵ نفر (۸۱/۱ درصد) در مقابل ۱۵۵ نفر(۶۵/۷ درصد) (χ 2=20.79, df=1, P<0.001).

در میان افراد دارای فرزند نیز با افزایش تعداد فرزندان به طور معنی‌دار از فراوانی اقدام به خودکشی در برابر مسمومیت اتفاقی کاسته می‌شود (P<۰/۰۰۱).

۱۶۷ نفر (۳۰/۴ درصد) از ۵۵۰ مورد با مسمومیت عمدی سابقه نوعی وابستگی به سیگار، الکل و یا مواد روان‌گردان را گزارش نموده بودند، در حالی که این فراوانی در گروه با مسمومیت غیر عمدی (۱۷۳ نفر)، ۸۷ نفر (۵۰/۳ درصد) بود. این بالاتر بودن نسبی، به لحاظ آماری معنی‌دار بود (χ 2=22.92, df=1, P<0.001). در واقع بسیاری از موارد مسمومیت‌های غیر عمدی حاصل Overdose همین موارد مورد سوء استفاده بوده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

جدول شماره ۱- قصد واقعی افراد برای از بین بردن خود بر حسب جنسیت (n=۵۵۰)

جنسیت	قصد واقعی برای از بین بردن خود					
	خیر (n=۱۹۱)		بلی (n=۲۵۱)		نامشخص (n=۱۰۸)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مؤنث	۱۲۶	۶۶	۱۵۱	۶۰/۱	۵۴	۵۰
مذکر	۶۵	۳۴	۱۰۰	۳۹/۹	۵۴	۵۰

جدول شماره۲- ارزیابی تأثیر عوامل مختلف بر قصد انجام خودکشی (عمدی بودن مسمومیت) بر حسب مدل رگرسیون لجستیک

متغیر	Odds Ratio	دامنه اطمینان ٪۹۵	P
افزایش سن	۰/۹۵۴	۰/۹۳۵-۹۷۳	<۰/۰۰۱
افزایش بعد خانوار	۰/۹۸۹	۰/۹۰۱-۱/۰۸۶	۰/۸۱
افزایش رتبه تولد	۰/۹۲۴	۰/۸۳۶-۱/۰۲۱	۰/۱۲
جنسیت			
مؤنث	۱(ref)		
مذکر	۲/۷۷	۱/۷۶-۴/۳۶	<۰/۰۰۱
سیگار			
عدم مصرف سیگار	۱(ref)		
مصرف سیگار	۰/۷۱	۰/۴۵-۱/۱۲	۰/۱۵
داشتن فرزند			
خیر	۱(ref)		
بلی	۱/۲۸	۰/۶۸-۲/۴	۰/۴۳
وضعیت تأهل			
متأهل	۱(ref)		
مجرد	۱/۵۲	۰/۸۹-۲/۶۲	۰/۱۲
اشتغال			
شاغل	۱(ref)		
بی‌کار	۱/۲۵	۰/۷۵-۲/۰۶	۰/۳۸
محل سکونت			
شهرستان	۱(ref)		
تهران	۲/۴۱	۱/۶۱-۳/۶۲	<۰۰۱

جدول شماره ۳- تأثیر عوامل مختلف بر قصد واقعی برای پی‌آمد مرگ به دنبال مسمومیت عمدی بر حسب مدل رگرسیون لجستیک*

متغیر	Odds Ratio	دامنه اطمینان ٪۹۵	P
برنامه ریزی قبلی			
نداشتن طرح قبلی	۱(ref)		
داشتن طرح قبلی	۲/۵۳	۱/۶۴-۳/۸۹	<۰/۰۰۱
خودکشی در خانواده			
عدم وجود سابقه خودکشی در خانواده	۱(ref)		
وجود سابقه خودکشی در خانواده	۰/۹۶	۰/۶۰-۱/۵۴	۰/۸۹
بیماری‌های روانپزشکی			
عدم وجود سابقه بیماری	۱(ref)		
وجود سابقه بیماری	۱/۰۲	۰/۶۵-۱/۶۱	۰/۹۰
بیماری‌های جسمانی			
عدم وجود سابقه بیماری	۱(ref)		
وجود سابقه بیماری	۰/۷۳	۰/۴۳-۱/۲۱	۰/۲۲
اطلاع به سایرین			
عدم اعلام قصد خودکشی	۱(ref)		
اطلاع قصد خودکشی به دیگران	۰/۸۹	۰/۵۷-۱/۴۰	۰/۶۲
حوادث پر تنش یک سال اخیر*			
عدم وجود سابقه حوادث پر استرس	۱(ref)		
وجود سابقه حوادث پر استرس	۰/۹۱	۰/۴۴-۱/۸۹	۰/۸۱
سابقه اقدام به خودکشی			
عدم سابقه اقدام به خودکشی	۱(ref)		
وجود سابقه اقدام به خودکشی	۱/۸۷	۱/۲۰-۲/۸۹	۰/۰۰۵

*با وارد کردن اجزا مختلف حوادث پر تنش طی یک سال گذشته همچون مشکلات اقتصادی، مرگ نزدیکان، مشکلات قضایی، سابقه خشونت و یا تعارض جنسی به مدل نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

جدول شماره ۴- مقایسه میان برخی متغیرها در گروه اقدام‌کننده به خودکشی و موارد مسمومیت غیر عمدی

	اقدام به خودکشی (n=۵۵۰)		مسمومیت غیر عمدی (n=۱۷۳)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت تأهل				
مجرد	۳۰۲	۸۱/۹	۶۷	۱۸/۱
متأهل	۲۱۹	۶۹/۳	۹۷	۳۰/۷
مطلقه	۲۲	۷۳/۳	۸	۲۶/۷
بیوه	۷	۸۷/۵	۱	۱۲/۵
سطح تحصیلات				
بیسواد	۳۵	۵۰	۳۵	۵۰
زیردیپلم	۳۰۴	۷۹	۸۱	۲۱
دیپلم متوسطه	۱۳۳	۷۴/۸	۴۵	۲۵/۲
تحصیلات دانشگاهی	۷۸	۸۶/۷	۱۲	۱۳/۳
محل زندگی				
مرکز استان	۴۰۳	۸۰/۱	۱۰۰	۱۹/۹
شهرستان	۱۱۵	۶۸/۵	۵۳	۳۱/۵
روستا	۳۲	۶۱/۵	۲۰	۳۸/۵
محل خودکشی				
منزل مسکونی	۴۶۶	۷۹/۵	۱۲۰	۲۰/۵
محل کار	۲۰	۴۵/۵	۲۴	۵۴/۵
فضای باز	۳۸	۷۷/۶	۱۱	۲۲/۴
مکان‌های عمومی	۱۷	۶۳	۱۰	۳۷
سایر موارد	۹	۵۳	۸	۴۷
عامل ایجاد مسمومیت				
تریاک	۲۱	۳۵	۳۹	۶۵
هروئین	۵	۳۸/۵	۹	۶۱/۵
الکل	۲	۹/۱	۲۰	۹۰/۹
دارو	۴۴۵	۹۱/۶	۴۱	۸/۴
سموم شیمیایی	۳۹	۶۰	۲۶	۴۰
سایر مواد شیمیایی	۴۴	۵۷	۲۶	۴۳
نامشخص	۴	۲۵	۱۲	۷۵

بحث و نتیجه گیری

در مجموع، ۶ شهر (تهران، اصفهان، مشهد، شیراز، کرمانشاه، تبریز) که واجد بخش‌های ویژه مسمومین بوده‌اند،۷۶/۱ درصد از موارد ارجاع جهت مسمومیت، ناشی از مسمومیت عمدی و به عبارتی اقدام به خودکشی بوده است. این میزان در شهرهای اصفهان، کرمانشاه و تهران به ترتیب ۸۹/۹، ۸۴/۴ و ۸۲/۹ درصد بوده است و تنها شهری که در آن میزان مسمومیت‌های غیر عمدی تا حدی بیش از موارد عمدی بوده است (۵۸ درصد در مقابل ۴۲ درصد) شهر مشهد می‌باشد. مطالعه حاضر نشان داد که «حداقل» ۷۶ درصد از مراجعین به بخش‌های مسمومین را اقدام کنندگان به خودکشی تشکیل می‌داده‌اند و تأکید بر «حداقل» به این دلیل است که طی نمونه‌گیری، به ویژه در شهرستان‌ها احساس می‌گردید که با توجه به ملاحظات فرهنگی و اجتماعی حاکم، برخی از بیماران نسبت به علت مسمومیت، به طور احتیاط آمیزی اظهار نظر می‌کردند و بسیار محتمل است که تعدادی از آنها عمدی بودن مسمومیت و قصد آسیب به خود را به علل مختلف (از جمله برخورد نزدیکان و حتی امکان برخوردهای خانوادگی و ... با آنها) پنهان داشته باشند (به ویژه در مسمومیت‌های غیر دارویی). اما به هرحال حتی در شهر مشهد (کمترین فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی) حدود نیمی از موارد مسمومیت را موارد اقدام به خودکشی تشکیل می‌دهد. مجدزاده و همکاران نیز در بررسی پرونده‌های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) در شهر مشهد طی سال‌های ۷۲ تا ۷۹ دریافتند که ۵۴/۴ درصد از مسمومیت‌ها موارد مسمومیت عمدی بوده است[۴].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

پایین‌تر بودن معنی‌دار سن افراد اقدام کننده به خودکشی در مقابل مسمومین اتفاقی، تأییدکننده یافته‌های دیگر در کشور است که خودکشی را مشکلی برای نسل جوان می‌دانند. در حالی که در برخی کشورهای اسکاندیناوی، خودکشی در سالمندان کماکان یک مشکل بهداشتی محسوب می‌شود [۱]، اغلب مطالعات انجام پذیرفته در کشورهای در حال توسعه و ایران بار اصلی این مسأله مرتبط با سلامتی را متوجه نسل‌های جوان‌تر جامعه می‌داند. همین مسأله نشان می‌دهد که مداخلات مؤثر در این زمینه تا چه حد می‌توانند بر روی میزان سال‌های از دست رفته و یا سال‌های توأم با ناتوانی تأثیر گذار باشند. این توزیع سنی را می‌توان با دو عامل مرتبط دانست. نخست آن که اغلب موقعیت‌های اتفاقی، ناشی از سوء مصرف مواد روان‌گردان بوده است که به جز مصرف قرص‌های محرک، استفاده کنندگان از سایر مواد معمولاً نسبت به نوجوانان میانگین سنی بالاتری دارند. در موارد مسمومیت‌های ناشی از مواجهه‌های شغلی نیز همین مسأله صادق است. دوم آن که نوجوانان و افراد کم سن و سال‌تر در مواجهه با مشکلات، تجربه و مهارت‌های انطباقی کمتری نسبت به افراد مسن‌تر دارند و لذا با فراوانی بیشتری به اقدامات آسیب‌زننده به خود دست می‌زنند. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش سن، شانس مسمومیت عمدی اگر چه مختصر ولی به طور معنی‌دار کاهش می‌یابد.

اغلب مطالعات نیز نشان می‌دهند که در چند دهه اخیر برخلاف گذشته، خودکشی به یک مسأله تهدید کننده سلامتی برای نوجوانان و جوانان تبدیل شده است. در جنس مؤنث بیش از ۸۶ درصد از موارد مسمومیت، مربوط به اقدام به خودکشی بوده است و این رقم در افراد مذکر ۶۴ درصد بود. اغلب مطالعات انجام گرفته در جهان نیز نشان داده‌اند که اگرچه میزان خودکشی موفق در آقایان بیشتر است، ولی اقدام به خودکشی در زنان حتی گاه ۲ تا ۳ برابر مردان است[۵]. البته نباید فراموش کرد که نوع اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفته یعنی استفاده از سم از جمله طرق با خشونت کمتر محسوب می‌شود که این مورد خود در جنس مؤنث با شیوع بیشتر دیده می‌شود[۶]. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که جنسیت مؤنث نیز احتمال عمدی بودن مسمومیت را افزایش می‌دهد، به خصوص از آنجایی که اغلب موارد بررسی شده موارد «اقدام» به خودکشی بوده است (نه خودکشی موفق). این نتیجه در مطالعات متعدد دیگری نیز نشان داده شده است[۷-۴].

اقامت در شهر تهران نیز در مقایسه با سایر مراکز استان شانس مسمومیت عمدی را تا حدود ۶۰ درصد بالا می‌برد که شاید با توجه به شرایط و فرآیندهای پیچیده زندگی شهرنشینی در تهران و تنش مضاعف برای شهروندان، این موضوع قابل توجیه باشد. جالب اینجاست که در همین حال شانس مسمومیت عمدی از نظر اقامت در شهر یا روستا تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. این در حالی است که مطالعات متعددی بروز خودکشی در شهرها را بیش از روستاها گزارش کرده‌اند[۸]. از طرفی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک نشان داده شد کسانی که از پیش برای اقدام به خودکشی تدابیری اندیشیده‌بودند (حداقل ۲۴ ساعت پیش از اقدام به خودکشی)، ۲/۵۳ بار بیشتر قصد نابودی خود را داشته‌اند و به علاوه ۱/۸۶ بار بیشتر سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. هر دوی این موارد نشانگر آن است که تصمیم و یا افکار خودکشی به صورت یک رفتار تکانه‌ای بوجود نیامده است و یا حداقل قبلاً نیز شواهدی از آن در ذهن فرد وجود داشته است. در مقابل اقدامات تکانه‌ای اغلب در واکنش به یک مشکل حاد بوده و در اغلب آنها نیت واقعی برای معدوم نمودن خود وجود ندارد. همین مسأله یک بار دیگر اهمیت توجه به سابقه اقدام به خودکشی را در پی‌گیری و رسیدگی به بیمار اقدام‌کننده به خودکشی نشان می‌دهد. چرا که در صورت قصد واقعی برای مرگ (که در این موارد بیشتر است)، خطر اقدامی که بالأخره باعث خودکشی موفق در فرد شود بسیار بالاست.

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.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]

منابع

1- 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

2- Robert D Goldney. A global view of suicidal behavior. Emergency Medicine 2002; 14: 24-34

۳- آذین سید علی، شهیدزاده علی، امیدواری سپیده، عبادی مهدی، منتظری علی، سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین: قسمت اول، پایش، ۱۳۸۷، ۷.

4- Afshari R, Majdzadeh R. Pattern of acute poisoning in Mashhad: Iran, 1993-2000. Journal of Clinical Toxicology 2004; 42: 965-75

5- Darke S, Ros J. Suicide among heroin users, risk factors and methods.Society for Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs; 97: 1383-94

6- Annette. L. Beautrais, suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple group comparison study. American Journal of Psychiatry 2003; 160: 1093-99

۷- علیشیری بهروز، بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر قصد خودکشی در تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۰

۸- موسوی فاطمه، شاه محمدی داوود، کفاشی احمد، بررسی همه‌گیری شناسی خودکشی در مناطق روستایی، اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، ۵، ۹-۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.2.2.8]