Journal *of North Khorasan University of Medical Sciences*
Winter 2012;4(4): 543-551

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۹۱؛۴(۴): ۵۴۳-۵۵۱

مقاله پژوهشی

روند اقدام به خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان بجنورد از سال ۱۳۸۵تا۱۳۹۰

سید حمید حسینی[۱]، مهدی طرسکی[۲] ، رحمان اسعدی[۳]. رضوان رجب زاده[۴]، سید محمد علوی نیا[۵]،علی خاکشور[۶]*

[۱]کارشناس ارشد آموزش بهداشت، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران.
[۲] کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت،کارشناس EDC، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران.
[۳] کارشناس اتاق عمل ، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران.
[۴] کارشناس بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران.
[۵] دکتری اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران.
[۶]متخصص اطفال، مرکز تحیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ، بجنورد،ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** بجنورد، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
پست الکترونیک: dr.khakshour@yahoo.com

وصول: ۱۳۹۱/۱۰/۱۶ اصلاح: ۱۳۹۱/۱۲/۱ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۲/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: *خودکشی یکی از موضوعات مهم و دارای اولویت در بخش سلامت به شمار می آید و معلول فاکتورهای متعددی است که در جوامع مختلف متفاوت می باشد. سازمان جهانی بهداشت خود کشی را اقدامی آگاهانه و ارادی تعریف کرده است که در طی آن فرد با انجام اقداماتی مرگبار به دست خویش زندگیش را پایان می بخشد. از آنجا که خودکشی از مهمترین اورژانس های روانپزشکی محسوب می گردد و اهمیت آن روز به روز بیشتر می گردد. مطالعه حاضر با بررسی روند خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان بجنورد صورت گرفت.*

مواد و روش کار: *مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی بوده که در سال۱۳۹۰ انجام شد و کلیه موارد اقدام به خودکشی طی سال های ۹۰-۸۵ مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد به عنوان نمونه (۲۷۴۸نفر) در نظر گرفته شدند. داده ها بوسیله چک لیست و از طریق پرونده های موجود در بیمارستان تکمیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS16 و آمار توصیفی و کای دو استفاده شد.*

یافته ها: *یافته های این مطالعه نشان داد که میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی۸/۶۶±۲۳/۴۴ بود. میزان اقدام به خودکشی در زنان (۶۱/۷درصد) و در مردان (۳۸/۳درصد) بود. بیشترین اقدام به خودکشی بوسیله قرص (۸۷/۵درصد) و سپس سم (۷/۴درصد) بوده است. بیشترین و کمترین اقدام به خودکشی به ترتیب در بیکاران(۵۰/۴درصد) و کارمندان(۲/۰درصد) بود کمترین میزان خودکشی در فصل پاییز و بیشترین در فصل بهار بود. بین جنس، وضعیت تاهل، محل سکونت، تحصیلات با اقدام به خودکشی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد (p< ۰/۰۵).*

نتیجه گیری: *با توجه به میزان بالای اقدام به خودکشی در سنین جوانی وخصوصا زنان پیشنهاد میگردد با برنامه ریزی دقیق توسط مسولین وخانواده ها وآموزش های لازم در این زمینه، گامی موثر در جهت رفع مشکلات این قشر آینده ساز برداشته شود.*

واژه های کلیدی: *اپیدمیولوژی، اقدام به خودکشی، عوامل مرتبط*

مقدمه

برآورد می شود که خودکشی تا سال ۲۰۲۰ ، دو درصد از بار بیماری ها را به خود اختصاص دهد[۱]. امروزه در جوامع غربی ،خودکشی یک عامل اتفاقی و سهوی تلقی نمی شود بلکه راهی برای خروج از مساله یا بحران است و اگر با موفقیت همراه باشد عمل مهلکی است که نشان

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

دهنده میل شخص برای مردن است[۲]. خودکشی مرگی است غیر اتفاقی که عمدتاً به دست خود شخص با هدف از بین بردن آگاهانه یا نیمه آگاهانه حاصل می شود. و این عمل سهوی وبی معنی نیست، بلکه می تواند با نیازهای برآورده نشده و احساس یاس و ناامیدی ارتباط داشته باشد[۳]. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمداً و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی (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 خود است [۴]. خودکشی ریشه در مسائل پیچیده رفتاری، بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی و اثرات متقابل آنها داشته و اطلاعات موجود در این زمینه محدود است[۵]. اقدام به خودکشی به علت پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن خسارات فراوانی را به جامعه تحمیل می کند[۶] .اهمیت روز افزون خودکشی باعث شده است که روز دهم سپتامبر توسط سازمان جهانی بهداشت به عنوان روز جهانی پیشگیری از خودکشی نام گرفته شود[۷]. از مهم ترین عوامل زمینه ساز اقدام به خودکشی می توان به بیماریهای جسمی مستعد کننده مانند کوشینگ، بیماری هانتینگتون، صرع، دمانس، ایدز، سرطانها، سندرم کلاین فیلتر، پورفیری، زخمهای پپتیک و سیروز، دیالیز و نارسایی مزمن کلیه، اختلالات روان پزشکی شامل اختلالات خلقی، ناامیدی، افسردگی و سابقه سوءاستفاده جنسی و فیزیکی، مذهب، استرس های روحی و مهاجرت، سن (بالای ۴۵ سال)، جنس (مذکر)، وضعیت تأهل(مجرد، مطلقه، بیوه)، شرایط جغرافیایی و زمانی و اقلیمی، وضعیت اشتغال و سابقه خانوادگی (آشفته یا متعارض) اشاره کرد، بطوریکه میزان خودکشی در بین افراد مجرد ۲ برابر افراد متاهل و در بین افراد مطلقه یا بیوه ۴ تا ۵ برابر بیشتر است. در بین شغلهای مختلف، شغلهای حرفه ای و پزشکان متخصص به نظر می رسد که خطر بالایی برای خودکشی دارند به طوریکه میزان خودکشی در پزشکان مونث بیشتر از سایر زنان می باشد و میزان خودکشی در زنان پزشک مجرد۲/۵ برابر زنان مجرد در جمعیت عادی می باشد. تعصب مذهبی نیز می تواند به عنوان یک عامل بازدارنده در اقدام به خودکشی مطرح گردد[۱۴-۸].

میانگین نرخ خودکشی را درجهان ۱۴/۵در صد هزار نفر برآورد کرده اند. لیتوانی با ۴۶ درصدهزارنفر، روسیه ۴۱ درصد هزار و کشورهای استقلال یافته شوروی سابق، سریلانکا، مجارستان رتبه های اول و آذربایجان، کویت و ارمنستان نرخ کمی را در آمار خودکشی جهان به خود اختصاص داده‌اندکارشناسان سازمان بهزیستی کشور، رتبه جهانی ایران را درخودکشی ۵۸ اعلام نموده اند، آمارهای بین المللی نیز نشان می دهد میزان خود کشی در ایران ۹درصد هزار نفر بوده است. که دراین میان ۶۵٪ و مردان ۳۵ ٪ از زنان خودکشی موفق داشته اند و ۱٪ کل مرگ و میرها را شامل شده است و همچنین بر اساس گزارشات آماری شایع ترین روش های اقدام به خودکشی در ایران به ترتیب ۴۲/۵ درصد ازطریق حلق آویزکردن، ۳۰ درصد از طریق خود سوزی، ۱۳درصد مسمومیت با مصرف قرص و سموم بوده است. در استان های ایلام، بوشهر، خوزستان، کهگیلویه و بویر احمد، فارس و کرمان نرخ خودکشی زنان بالاتر از مردان است، پایین ترین میزان خودکشی در کرمانشاه بوده است درتهران نیز تعداد موارد خودکشی ثبت شده درآن نسبت به سایر استانها بیشتر است به طوری که آمارها نشان می دهد میل به خودکشی درتهران روزانه ۲۰ نفر است که حدود ۸ مورد ازآنها منجر به فوت می گردد[۱۵] .خودکشی در بین همه طبقات مختلف جمعیتی رخ می دهد ولی زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می نمایند؛ اما اکثر آنها خودکشی ناموفق دارند که منجر به بستری شدن در بیمارستان می شود. درحالی که میزان خودکشی موفق انجام شده و منجر به مرگ در مردان بیشتر است[۱۶] . در صورتی که مردان بیش از زنان در خودکشی موفق می شوند[۱۸ ، ۱۷]. .در بین مردان استان های همدان، لرستان و ایلام و در بین زنان استان های ایلام،کرمانشاه و لرستان بالاتر ین نرخ خودکشی را دارا می باشند [۱۹] . از لحاظ آماری مردان و زنان در به کار بردن شیوه ها ی خودکشی با یکدیگر متفاوت عمل می کنند. مردان بیشتر ازشیوه حلق آویز (۵۶درصد) و زنان بیشتر از شیوه خودسوزی (۶۳/۴ درصد) استفاده کرده اند. [۱۹]. در مطالعه انجام شده در استان مرکزی میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی ۲۴/۹۵بوده و ۶۰٪ از اقدام کنندگان به خودکشی مونث بوده اند[۲۰] در مطالعه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

محمدی و همکاران نیز ۶۹/۱ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مونث و بیشترین میزان خودکشی در محدوده سنی ۲۵-۱۶ سال بوده است[۲۱]. در مطالعه انجام شده در استان ایلام، خودکشی شیوع روز افزونی داشته است به طوری که از میزان ۲ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۶ به میزان ۶۳ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۷۳ رسیده است[۲۲]. در مطالعه جیرفت نیز۴۳درصد از اقدام کنندگان به خودکشی ۱۹ یا ۲۰ ساله بوده اند و ۵۲ درصد در گروه سنی ۳۹-۲۰ سال قرارداشته اند([۲۳] بنابر این از آنجائی که اقدام به خودکشی متأثر از عوامل مختلفی از جمله اجتماعی، محیطی، فرهنگی و منطقه ای است [۲۴] و با توجه به اینکه گردآوری اطلاعات دقیق در باره نرخ اقدام به خودکشی ضروری به نظر می رسد لذا این مطالعه به منظور تعیین ویژگیهای اپیدمیولوژیک و جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی و بررسی برخی عوامل مؤثر بر آن و ارائه راهکارهای مناسب برای سیستم بهداشتی و درمانی در جهت پیشگیری و درمان بهتر این افراد انجام شده است انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه یک بررسی توصیفی – تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی تمام موارد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده به بیمارستان های امام رضا (ع) بجنورد از ابتدای سال۱۳۸۵ الی سال ۱۳۹۰ انجام شده است. حجم نمونه شامل تمام افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده به بیمارستان های فوق در فاصله زمانی ۵ ساله بوده است (۲۷۴۸نفر) با توجه به اینکه مطالعه در یک دوره زمانی انجام شده است، نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد و داده ها از طریق ثبت وقایع جاری جمع آوری شدند. جهت جمع آوری اطلاعات از چک لیست حاوی متغیرهای جنس، محل زندگی، سن، وضعیت ازدواج، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، سال خودکشی، فصل خودکشی، نتیجه خودکشی، نحوه اقدام به خودکشی، بوده است، استفاده شد. چک لیست ها بر اساس مطالعه پرونده های خودکشی و اقدام به خودکشی موجود در بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد تکمیل گردید. به منظور رفع مشکل ناقص بودن اطلاعات برخی از پرونده های مورد بررسی، کارشناسان آموزش دیده ای تا جای امکان با صاحب یا خانواده این پروندها تماس تلفنی برقرار می نمودند و از این طریق اطلاعات مورد نیاز ثبت می گردید. اطلاعات جمع آوری شده پس از ورود به کامپیوتر توسط نرم افزار SPSS16 و با استفاده از جداول توزیع فراو انی، آمار توصیفی و آزمون آماری کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی دار بودن آزمون های آماری ۵ درصد در نظر گرفته شده است.

یافته ها

از ابتدای سال۱۳۸۵ تا پایان سال۱۳۹۰ ، ۲۷۴۸ نفر به دلیل اقدام به خودکشی، به بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد ارجاع شده اند که از این تعداد (۳۸/۳)۱۰۵۲نفر مذکر و(۶۱/۷)۱۶۹۶نفر مونث بودند. میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی۸/۶۶±۲۳/۴۴ سال،کمترین سن اقدام به خودکشی ۱۰ و بیشترین سن ۸۵ سال بود.۴۷/۹ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مجرد و فقط ۰/۲ درصد افراد مطلقه بودند. ۱۸/۸ درصد نمونه های مورد مطالعه بیسواد و ۱۱/۷ درصد در مدرک تحصیلی دانشگاهی بودند.۵۰/۴ درصد افراد بیکار،۱۸/۶ درصد دارای شغل آزاد، ۲درصد کارمند،۲/۲درصدکارگر و ۲۶/۸ درصد دارای سایر شغل ها بودند بیشترین اقدام به خودکشی در فصل بهار و کمترین در فصل پاییز بود.۶۵/۶ درصد نمونه ها در شهر و ۳۴/۴ درصد در روستا سکونت داشتند. بیشتر افراد اقدام به خودکشی از روش های قرص (۸۷/۵درصد) و سم (۷/۴درصد) جهت وسیله اقدام به خودکشی استفاده نموده اند.۹۸/۷ درصد موارد اقدام به خودکشی ناموفق بوده اند. ۶/۸ درصد موارد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۵، ۱۲/۷ درصد در سال ۱۳۸۶،۸/۹ درصد در سال ۱۳۸۷، ۲۱/۸درصد در سال ۱۳۸۸، ۱۸/۳درصد در سال ۱۳۸۹ و ۳۱/۶ درصد در سال ۱۳۹۰ اتفاق افتاده بود. بیشترین میزان اقدام به خودکشی افراد متاهل مورد بررسی در سال۱۳۹۰ (۳۱درصد) و افراد غیر متاهل (۲۸/۴ درصد) در سال ۱۳۸۸ رخ داده است. ۳۰/۹ درصد افراد متاهل مورد بررسی در تابستان و ۱۷/۸ درصد در پاییز اقدام به خودکشی نموده بودند. ۳۱/۹ افراد غیر متاهل مورد بررسی در بهار و ۱۸درصد در پاییز اقدام به خودکشی نموده اند و در کل ۳۰/۴ درصد کل اقدام کنندگان به خودکشی در بهار و ۱۷/۹ در پاییز رخ داده بود.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد اقدام کننده به خودکشی بر اساس متغیرهای جنس، تاهل، تحصیلات، محل سکونت، فصل خودکشی، نتیجه خودکشی و وسیله خودکشی

متغییرها		تعداد (درصد)	کل
جنس	مرد	۱۰۵۲(۳۸/۳)	۲۷۴۸
	زن	۱۶۹۶(۶۱/۷)	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۴۲۳(۵۱/۸)	۲۷۴۸
	مجرد	۱۳۱۶(۴۷/۹)	
	مطلقه	۶(./۲)	
	متارکه	۳(./۱)	
تحصیلات	بیسواد	۵۱۶(۱۸/۸)	۲۷۴۸
	راهنمایی	۹۰۱(۳۲/۸)	
	متوسطه	۱۰۱۰(۳۶/۸)	
	عالی	۳۲۱(۱۱/۷)	
محل سکونت	شهر	۱۷۶۹(۶۵/۶)	۲۶۹۸
	روستا	۹۲۹(۳۴/۴)	
فصل خودکشی	بهار	۸۰۹(۲۹/۴)	۲۷۴۸
	تابستان	۷۴۴(۲۷/۱)	
	پاییز	۵۲۰(۱۸/۹)	
	زمستان	۶۷۵(۲۴/۶)	
نتیجه خودکشی	موفق	۳۷(۱/۳)	۲۷۴۸
	ناموفق	۲۷۱۱(۹۸/۷)	
وسیله خودکشی	قرص	۲۴۱۵(۸۷/۵)	۲۷۶۱
	سم	۲۰۵(۷/۴)	
	مواد مخدر	۶۴(۲/۳)	
	خودزنی	۲۸(۱/.)	
	گاز گرفتگی	۲۶(./۹)	
	حلق آویز	۹(./۳)	
	الکل	۷(./۳)	
	مواد شوینده	۵(./۲)	
	سقوط	۲(./۱)	

۱/۹ درصد افراد اقدام به خودکشی جنس مذکر خودکشی موفق و۹۸/۱ درصد خودکشی ناموفق داشته اند درصورتی که در جنس مونث ۱ درصد خودکشی ها موفق و۹۹درصد ناموفق بود و این نتایج نشان می دهد رابطه آماری معنی داری بین جنس و نتیجه خودکشی وجود دارد(۰/۰۴۷= P). ۸۵/۲ درصد نمونه های مورد مطالعه جنس مذکر از قرص و۸/۱ درصد از سم ودر جنس مونث ۸۸/۷ درصد از قرص و ۷/۱ درصد از روش سم به عنوان روش اقدام به

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۲: رابطه بین جنس اقدام کنندگان به خودکشی با نتیجه خودکشی

متغییرها		نتیجه خودکشی			
		موفق	ناموفق	جمع	p-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	مرد	۲۰ (۱/۹)	۱۰۳۲ (۹۸/۱)	۱۰۵۲ (۱۰۰)	Df= ۱
	زن	۱۷ (۱/۰)	۱۶۷۹ (۹۹/۰)	۱۶۹۶ (۱۰۰)	P= ۰/۱۴۷
	جمع	۳۷ (۱/۳)	۲۷۰۸ (۹۸/۷)	۲۷۴۸ (۱۰۰)	

جدول ۳: رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و جنسیت با روش اقدام به خودکشی

متغیرها		روش اقدام به خودکشی				
		قرص	سم	سایر روشها	جمع	p-value
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
محل سکونت	شهر	۱۵۷۳ (۸۸/۹)	۱۰۲ (۵/۸)	۹۴ (۵/۳)	۱۷۶۹ (۱۰۰)	Df= ۲
	روستا	۷۸۷ (۸۴/۷)	۱۰۱ (۱۰/۹)	۴۱ (۴/۴)	۹۲۹ (۱۰۰)	P<۰/۰۰۱
	جمع	۲۳۶۰ (۸۷/۵)	۲۰۳ (۷/۵)	۱۳۵ (۵/۰)	۲۶۹۸ (۱۰۰)	
تحصیلات	بیسواد	۲۲۹ (۸۲/۴)	۳۵ (۱۲/۶)	۱۴ (۵/۰)	۲۷۸ (۱۰۰)	Df= ۶
	راهنمایی	۴۴۲ (۹۱/۱)	۳۶ (۷/۴)	۷ (۱/۴)	۴۸۵ (۱۰۰)	P=۰/۰۰۹
	متوسطه	۴۸۴ (۸۹/۱)	۴۲ (۷/۷)	۱۷ (۳/۱)	۵۴۳ (۱۰۰)	
	عالی	۱۵۶ (۹۰/۷)	۱۲ (۷/۰)	۴ (۲/۳)	۱۷۲ (۱۰۰)	
	جمع	۱۳۱۱ (۸۸/۷)	۱۲۵ (۸/۵)	۴۲ (۲.۸)	۱۴۷۸ (۱۰۰)	
جنسیت	مرد	۸۶۵ (۸۵/۲)	۸۵ (۸/۱)	۷۰ (۶/۷)	۱۰۵۲ (۱۰۰)	P=۰/۰۰۹
	زن	۱۵۰۱ (۸۸/۷)	۱۲۰ (۷/۱)	۷۱ (۴/۲)	۱۶۹۶(۱۰۰)	Df=۲
	جمع	۲۳۹۶ (۸۷/۴)	۲۰۵ (۷/۵)	۱۴۱ (۵/۱)	۲۷۴۸(۱۰۰)	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

خودکشی استفاده نمودند. اختلاف آماری معنی داری بین جنس و روش اقدام به خودکشی دیده می شود (۰/۰۰۹ =p)(جدول ۲). ۸۸/۹ درصد نمونه های مورد مطالعه که در سطح شهر سکونت داشتند از قرص و ۵/۸ درصد از سم جهت اقدام به خودکشی استفاده نمودند در حالیکه ۸۴/۷ درصد نمونه هایی که در سطح روستا سکونت داشتند از قرص و۱۰/۹ درصد از سم جهت روش اقدام به خودکشی استفاده نموده اند. رابطه آماری معنی داری بین محل سکونت و روش اقدام به خودکشی دیده می شود. (P<۰/۰۰۱). ۸۲/۴ درصد نمونه ها که بیسواد بودند از قرص و ۱۲/۶ درصد از سم جهت وسیله اقدام به خودکشی استفاده نمودند درحالیکه ۹۰/۷ افرادی که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند از قرص و ۷ درصد از سم استفاده نمودند. رابطه آماری معنی داری بین تحصیلات و روش اقدام به خودکشی وجود دارد (P=۰/۰۰۹) (جدول ۳). بیشترین میزان اقدام به خودکشی در افراد بیسواد و با تحصیلات عالی مورد بررسی در سال ۱۳۸۸ به ترتیب ۲۸/۸ و ۲۷/۹ درصد و افراد با تحصیلات راهنمایی و دبیرستانی مورد بررسی در سال ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۸/۷ و ۳۹/۵ درصد بوده است اختلاف آماری معنی داری بین سال اقدام به خودکشی، محل سکونت، تحصیلات و جنسیت و اقدام به خودکشی وجود دارد(جدول ۴ و ۵).

جدول ۴: رابطه بین محل سکونت، تحصیلات و جنسیت با اقدام به خودکشی

متغیرها		اقدام به خودکشی تعداد(درصد)	p-value
محل سکونت	شهر	(۶۵/۵۷)۱۷۶۹	Df= ۲
	روستا	(۳۴/۴۳) ۹۲۹	P =۰/۰۰۷
تحصیلات	بیسواد	(۱۹/۸)۲۷۸	Df= ۶
	باسواد	(۸۱/۲)۱۲۰۱	P =۰/۰۰۳
وضعیت تاهل	متاهل	۱۰۲۳(۵۰/۸)	Df= ۴
	مجرد، مطلقه و متارکه	۹۵۲(۴۹/۲)	P<۰/۰۰۱

جدول ۵: رابطه بین اقدام به خودکشی و سال اقدام به خودکشی

متغیر	سال اقدام به خودکشی						p-value
	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	
اقدام به خودکشی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	Df= ۶ P<۰/۰۰۱
	۱۰۰ (۶/۸)	۱۸۸ (۱۲/۷)	۱۳۱ (۸/۹)	۳۲۲ (۲۱/۸)	۲۷۰ (۱۸/۳)	۴۶۸ (۳۱/۶)	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

بحث

در شهرستان بجنورد همانند سایر مناطق کشور خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی می باشد نتایج مطالعه حاکی از روند افزایشی غیر یکنواخت اقدام به خودکشی و جوان بودن اقدام کنندگان به خودکشی در شهر بجنورد می باشد. نتایج نشان می دهد که میزان اقدام به خودکشی در زنها ۱/۶۱برابر اقدام به خودکشی در مردان بوده است. بین اقدام به خودکشی در مرد ها و مرگ رابطه معناداری آماری مشاهده گردید (p=۰/۰۴۷). بطور مشابه در مطالعه رفیعی و سیفی ۶۰ درصد و نیز در مطالعه محمدی و همکاران ۶۹/۱ درصد اقدام کنندگان به خودکشی مونث بودند[۲۱,۲۰]. بر طبق آمار جهانی زنان سه برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند. زنان با توجه به مشکلات زیادی که دارند و آسیب پذیری زنان که آنها را بیش ازپیش در برابر مشکلات ضعیف کرده و همچنین خشونت مردان نسبت به زنان و تجاوزهای جنسی که ممکن است به بعضی از زنان بشود و در مواردی هم آگاهی نداشتن زنان نسبت به حقوق خود، در موقع برخورد با مشکلات اقدام به خودکشی می کنند. در برخی موارد آنها از خودکشی به عنوان یک وسیله برای اعتراض علیه مشکلاتی استفاده می کنند. اما هدف مردان ازاقدام به خودکشی، پایان دادن به زندگی خود می باشد و به خودکشی به عنوان وسیله ی برای اعتراض به وضع موجود نمی نگرند. میانگین سنی افراد اقدام کننده در مطالعه نشاندهنده جوان بودن این افراد می باشد و با اکثر مطالعات انجام شده در کشور هماهنگی دارد [۲۶-۲۰]. به عبارتی بیشترین شیوع این پدیده در کشور ما در دهه های سوم و چهارم زندگی رخ می دهد، در حالی که آمار جهانی خود کشی بیانگر وفور بیشتر این پدیده در دهه پنجم زندگی در مردان و دهه ششم در زنان بوده است این مشکل می تواند ناشی از ناهنجاری های اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی باشد. یافته ها گویای این موضوع است که۸۷/۴ درصد از افراد مورد مطالعه با استفاده از قرص اقدام به خودکشی نموده اند که مشابه نتایج مطالعه قائدی و همکاران [۲۶] و مطالعه رفیعی و سیفی[۲۱,۲۰] می باشد. از لحاظ آماری مردان و زنان در به کار بردن شیوه ها ی خودکشی با یکدیگر متفاوت عمل می کنند. بطور کلی شایع ترین شیوه خودکشی در کشور داروها و مسمومیت دارویی می باشد. شایع بودن خودکشی با دارو می تواند به علت دردسترس بودن داروها، آشنا بودن با داروهای گوناگون و بی درد بودن این روش باشد هرچند در گذشته روش حلق آویز کردن شایع بوده است. همچنین نتایج مطالعه نشاندهنده ی رابطه معنا دار آماری بین جنسیت، تحصیلات و محل سکونت با روش اقدام به خودکشی می باشد بطوری که اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان، تحصیل کرده ها در مقایسه با بیسوادان و شهری ها در مقایسه با روستاییان بیشتر از قرص استفاده نموده اند. سهولت در دسترسی به قرص ها برای این افراد می تواند از دلایل این رابطه باشد با عین حال بدلیل اینکه در مطالعات دردسترس انجام شده توسط سایر محقیقن، به این موضوع پرداخته نشده است لذا لازم است مطالعات بیشتری در جهت معنادار بودن واقعی این روابط و چرایی آن پرداخته شود. در مورد شیوع بیشتر اقدام به خودکشی در بین ساکنین شهر و معنادار بودن رابطه آماری طبق نتایج این مطالعه می توان به محیط پراسترس زای زندگی در شهر نسبت به روستا اشاره نمود. البته اختلاف فراوانی نسبی این متغیر در این مطالعه خیلی زیاد نیست. مطالعات مشابه جمشید زاده و ظهور به ترتیب نشان دادند که اقدام به خودکشی در ساکنین شهرها و محصلین بیشتر می باشد[۲۳,۲۲] همچنین در مطالعه انجام شده در کرمان ۸۳٪ افراد باسواد بودند[۲۷]. برای این موضوع بطور عینی نمی شود دلیلی ذکر نمود بلکه نیاز به مطالعات جداگانه در مورد چرایی شیوع بیشتر این پدیده در بین باسوادان می باشد. طبق نتایج مطالعه پدیده اقدام به خودکشی در بین متاهلین بیشتر از مجردین (ازدواج نکرده، متارکه و مطلقه) بوده است همچنین بین متاهل بودن و اقدام به خودکشی در طول سال های مورد مطالعه رابطه معنادار مثبت آماری پیدا شد که این نتیجه با مطالعات قائدی [۲۶] و بخشا[۲۵] و مطالعات انجام شده در ایتالیا و کانادا[۲۹,۲۸] مغایرت دارد بطوری که این مطالعات نشان دادند میزان خود کشی در مجردها بیشتر و معنادار می باشد. این می تواند به دلیل بد تر شدن شرایط اقتصادی و اعتقادی خانواده ها در طول این سال ها باشد. در اکثر مطالعات مشابه انجام شده در بخش های مختلف کشور ، بیکاری یکی از ریسک فاکتورهای خودکشی معرفی شده

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد بطوری که سالاری و همکاران در مطالعه ای که به بررسی میزان و عوامل موثر بر رخداد خودکشی در استان آذربایجان غربی پرداختند نشان دادند رابطه بین وضعیت اشتغال و اقدام به خودکشی معنا دار می باشد[۳۰] همچنین در دو مطالعه مشابه قلعه ایها و محمدی به ترتیب در همدان و نیشابور پی به وجود این رابطه ی آماری معنادار بین این دو متغیر بردند[۳۱ و۲۱]. گلدر میشائیل۱ در مطالعه خود نشان داد که افراد بیکار در معرض خطر اقدام به خودکشی می باشند[۳۲] همچنین یاماساکی۲ رابطه مثبت و مشخص بین بیکاری و میزان خودکشی را در بررسی های خود مشاهده نمود[۳۳]. در این مطالعه بیشترین و کمترین اقدام به خودکشی به ترتیب در بیکاران (۵۰/۴درصد) و کارمندان(۲/۰درصد) بود. نتایج مطالعه حاکی از روند افزایشی و معنادار آماری خودکشی در طول سالهای اخیر در شهر بجنورد می باشد که این روند همسو با نتایج مطالعات انجام شده در سایر مناطق کشور طی دو ده اخیر است [۳۵،۳۴] .

نتیجه گیری

طبق این مطالعه جوانان، بیکاران، شهری ها، زنان و محصلین از جمله افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی می باشند بنابراین برای کاهش این امر توجه بیشتر مسئولین و کارشناسان مراکز بهداشتی و درمانی به مباحث خودکشی در قالب بخش بهداشت روان، کاهش نرخ بیکاری و ایجاد موقعیت کاری خصوصاً برای جوانان، تبلیغات اسلامی و مذهبی خصوصاً احداث مساجد بیشتر در سطح شهر، توجه بیشتر به مشاوره های تحصیلی و شیوه های زندگی برای دانشجویان و دانش آموزان در دانشگاه ها و مدارس و برگزاری جلسات بهداشت روان و شیوه های زندگی برای خانواده ها را می طلبد.

تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل انجام طرحی تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی است که با حمایت مالی آن معاونت انجام شده است.بدین وسیله از همکاری و مساعدت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مسئولین و کارکنان بیمارستان امام رضا(ع) که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند تقدیر و تشکر می گردد.

References

1. L`iv Com Srl,Villars-sous-yens .Public health action for the prevention of suicide, a framework, WHO:2012
2. Kaplan HI , Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995
3. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Vol 2. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
4. ner S, Yenilmez C, Ayranci U, Gunay Y, Ozdamar K. Sexual differences in the completed suicides in Turkey. European Psychiatry 2007; 22:223-228.
5. Guaiana G, D'Avanzo B, Barbui C. Update of suicide trends in Italy from 1986 to 1996. Soc Psychiatry sychiatr Epidemiol 2002; 37(6): 267-70.
6. Mousavi F, Shah Mohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in rural areas. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2000; 20: 10-4. [Article in Persian]
7. Memari A, Ramim T, Amirmoradi F, Khosravi Kh, Godarzi Z. [Causes of suicide in married women]. Hayat. 2006;12(1):47-53. [Article in Persian]
8. Kaplan H, Sadock B. Poket hand books of clinical psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Willams and Wilkins; 2001, P.262
9. laghehbandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 19998- 2000. Can J Psychiatry 2005; 50: 762-8.
10. Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y . Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. J Stud Alcohol 2003; 64: 551-4.
11. Helia H, Heikkinen ME, Isometsa ET, Henriksson MM, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Life events and completed suicide in chizophrenia: a comparison of suicide victims with and without schizophrenia. Schizophrenic Bull 1999; 25: 519- 31.
12. Ponizovsky AM, Ritzer MS. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. Suicide Life Threat Behave 1999; 29: 376-92.
13. Sadock B, Psychiatric Emergencies in Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadocks

[1] - Gelder Michael
[2] - Yamasaki

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

25. 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;13(2), 2011.[Article in Persian]
26. Ghaedi H, Mohammadi Baghmollaei M, Hashemi SM, Saniei F, Hoseini Y, Jabbarnejad A , Epidemiological Study of Suicide Attempt in Dashtestan Region in 2004, Dena Quarterly; 1(3), 2007.[Article in Persian]
27. Yasami MT, Sabahi AR, Mir Hashemi SM, Seifi Sh, Azar Keyvan P, Taheri MH , Epidemiological survey of suicide through the Forensic Medical Center in the province of Kerman, Thought and Behavior in Clinical Psychology; 7(4), 2002.[Article in Persian]
28. Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence ofsuicide ideation, plans, and attempts and related risk factors inItaly: results from the European Study on the Epidemiology ofMental Disorders--World Mental Health study. Compr Psychiatry.2008 Jan-Feb;49(1):13-21.
29. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. [Deliberate self-poisonings treated in hospitals]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Jun;125(13):1798-800. [Article in Norwegian]
30. Salary lak Sh, Entezar Mahdi R, Survey of influencing factors and the incidence of suicide within a year in West Azerbaijan Province . Journal of Urmia University of Medical Sciences; 17(2), 2006.
31. A. Ghaleiha, F. Behroozi Fard, Epidemiologic Survey of Suicide Attempters Hospitalized in Hamadan Sina Hospital in 2001-2002, Journal of Hamadan University of Medical Sciences; 13(4), 2007.[Article in Persian]
32. Gelder Michael G, Lopez Ibor J, Andreasen N. Oxford textbook of psychiatry. Oxford: Oxford University press, 2001
33. Yamasaki A, Morgenthaler A, Kaneko Y,Shirakawa T. Trends and monthly Variationsin the historical record ofsuicide inJapan 1976-1994. Psychol Rep 2004 Apr;94(2):607-12
34. Taziki MH, Taziki SA, Semnani SH, Rajaei S, Golalipour MJ,Ezad KH, et al. [Epidemiological survey of suicide in Golestanprovince in the North of Iran (2003)]. J Mazandaran Univ Med Sci.2007Jan;16(55):72-7. [Article in Persian]
35. Zarghami M, Khalilian AR. [Epidemiology of committingsuicide in Kordkouy]. Pejouhandeh. 2003-2004;8(5):361-70.[Article in Persian]
Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol 2; 9thed; Lippincott Williams & Wilkins. 2009:2717-2745.
14. Spirito A, Boerger J, Donaldson D. Adolescent Suicide Attempters: Post-Attempt Course and Implications for Treatment, Clin Psychology and Psychotherapy 17thed.2001: 161- 173
15.. Rezaeian M, Comparing theStatistics of Iranian Ministry of Health withData of Iranian Statistical Center Regarding RecordedSuicidal Cases in Iran, Journal of Health System Research; 8(7), 2012.[Article in Persian]
16. Lyon D.:Using an Interview Guide to Assess Suicidal Identification. nursepractitionore, 2002 ,22(8):26-29.
17. Khazaei H, Parvizi Fard AA. Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in Tabriz in 2001. Behbood, the Scientific Quarterly 2003; 18: 42-51.
18. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Asghar Zadeh AS. Predicting Factors of Suicide Attempts in KarajGeneral Population. Quarterly Journal of Andeesheh VaRaftar 2007; 3: 219-26
19. Moradi S, Khademi A. [Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates]. Sci J Forensic Med. 2002; 8(27):16-21. [Article in Persian]
20. Rafiei M, Seyfi A,The Epidemiologic Study of Suicide Attempt Referred to Hospitals of University of Medical Sciences in Markazi-Province from 1384 to 2007, Iranian Journal of Epidemiology; 4(3), 2008. [Article in Persian]
21. Gh.Mohammady, A.Saadaty, Survey of Epidemiology and Ethiology of Suicidal Attemt and Relation to Sociodemographic Factors in the Adminstrated Emergency Unit Central Hospital of Neishabur in 2003, Journal of Mental Health; 6(24-25), 2004. [Article in Persian]
22. Jamshidzade FL, Rafie H,Yasami MT,Rahimi SAS,Azam k, Suicide trend in Ilam province: 1995-2002, social welfare Quarterly;3(12),2004.[Article in Persian]
23. Zohour AR, Torabi M, Pasandeh H, Epidemiology of suicide in referring to emergency center of Jiroft of Kerman, Journal of Kerman University of Medical Sciences; 7(1), 2001. [Article in Persian]
24. Wang D, Wang YT, Wang XY. Suicide in three ethnic group in Huhhot, Lnner Mongolia. Crisis 1997; 18: 112-14.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

Trend of attempted suicide and its related factors in Bojnurd city 2006 -2011

*Hossini SH[1], Toroski M[2], Asadi R[3], Rajabzadeh R[4], Alavinia SM[5], Khakshor A[6]**

[1] M.Sc of Health Science, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2] M.Sc of Health Economics , North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[3] B.Sc of Operating Room, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[4] B.Sc of Health Science, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[5] PhD Epidemiology , North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
[6] Assistant Professor of Pediatrics, Addiction and Behivoral Science Research Center North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

Corresponding Author:
North Khorasan University of Medical Sciences, Addiction and Behivoral Science Research Center
Email:
Dr.khakshour@yahoo.com

Abstract

Background & Objective: *Suicide as a major health problem is a priority in health system, caused by different risk factors that differ in each society. Base on definition of world health organization suicide is a conscious act that the person try to end his/her life with lethal action. Since suicide is the most important psychological emergency, this study aimed to assess the suicide trend and its related factor in Bojnurd.*

Material & Methods: *study population consisted of all attempted suicide who admitted to the Emam reza hospital (2748-person) from 2006 until 2011. We used data from the hospital records and a check list was filled for each case. Descriptive statistics and chi square test were calculated using SPSS version 16.*

Results: *mean age of the study population was 23.44 ± 8.66. Suicide rate were 67.1 and 38.3 percent in women and men respectively. Most suicide was done by pills (87.5%) and after that by poison (7.4%). Most suicide was occurred in unemployed people (50.4%) and fewer rates were observed in civil servants (2%). In regard to season, the lowest has occurred in spring and the highest in autumn. Sex, marital status, and education were significantly correlated with suicide (P-value<0.05).*

Conclusion: since the suicide was high among youth and women the precise training program should be designed for families by health policy makers to solve the problem of this group of people.

Key words: *Epidemiology, Attempted suicide, related factors*

Submitted:*5 Jan 2013*
Revised:*19 Feb 2013*
Accepted:*11 Mar 2013*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]