مقاله
پژوهشی

بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی در شهر بجنورد؛۱۳۹۳

سید کاوه حجت[۱]، سید اسماعیل حاتمی[۲]، مینا نوروزی خلیلی[۳*]، سرور کاظمی[۴]، مهسا دانش[۵]، آرزو صمدی بیله سوار[۶]، جواهر نقدی پور[۷]، مریم کامکار خبوشان[۸]، همتا انصاری[۸]

[۱]استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۲]کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۳]متخصص پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[۴] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران.
[۵]دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه ازاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.
[۶] دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
[۷]دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بجنورد، بجنورد، ایران.
[۸]کارشناس پرستاری بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** گروه پزشکی اجتماعی و اخلاق، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
پست الکترونیک: mina.norozi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *خودکشی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان است و به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی برای بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است. هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های دموگرافیک اقدام کنندگان به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان می باشد.*

مواد و روش کار: *پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی می باشد. نمونه مورد بررسی کلیه مراجعین به مرکز اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۳ را شامل می شود که به تشخیص روانپزشک اقدام به خودکشی کرده بودند. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت برای تحلیل داده ها از آزمون مجذور کای استفاده گردید.*

یافته ها: *در این مطالعه ۲۸۱ نفر مورد بررسی قرارگرفتند. ۳۵/۲٪ این افراد مرد و ۶۴/۸٪ زن بودند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۹/۰۷ ±۲۴ سال بود بین متغیرهای جنسیت، تأهل و گروههای سنی با علت اقدام به خودکشی از نظر آماری رابطه معنی دار مشاهده شد بیشترین روش مورد استفاده برای اقدام به خودکشی خوردن قرص بود و شایع ترین داروهای مورد استفاده بنزودیازپین ها می باشد مشاجره با همسر یا خانواده به عنوان شایع ترین دلیل ذکر شده توسط بیماران برای اقدام به خودکشی بود.*

نتیجه گیری: *لازم است در سیاست گذاری های کشور به موضوع دسترسی بالای افراد جامعه به داروهای مختلف توجه بیشتری شود، همچنین از طریق رسانه ها و رابطین بهداشت در مورد مدیریت و کنترل میزان داروها در هر منزل اطلاع رسانی و آموزش داده شود تا دسترسی افراد پرخطر به داروهای خطرناک وکشنده کمتر اتفاق بیافتد.*

واژه های کلیدی: *اقدام به خودکشی، داروها، روش اقدام به خودکشی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۳): ۵۳۷-۵۵۰
Journal of North Khorasan University 2015;7(3):537-550

وصول: ۹۴/۳/۲۶
اصلاح: ۹۴/۷/۱۸
پذیرش: ۹۴/۸/۲۶

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

خودکشی یکی از عوامل مهم مرگ و میر در جهان است [۱] و به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی برای بسیاری از کشورها در نظر گرفته شده است [۳،۲] که تحمیل بار مالی قابل توجهی را به دنبال دارد [۴]. اولین نگرش علمی نسبت به خودکشی در سال ۱۳۷۳ به وسیله دی فانتن صورت گرفته است. وی کلمه Suicide را برای اولین بار به کار برد، این کلمه ترکیبی از دو کلمه لاتین «Sui» به معنی «خود» و «Cide» به معنی «کشتن» است.

امیل دورکیم در سال ۱۸۹۷ اولین مطالعه نظام دار را درباره خودکشی انجام داد. به عقیده دورکیم شرایط اجتماعی در عصر جوامع صنعتی تا حدود زیادی منشاء ناهنجاری های اقتصادی است که عامل اساسی و مهمی در بروز خودکشی است.

اصطلاحاتی که در مبحث خودکشی رایج می باشد عبارتند از: الف) اقدام به خودکشی (Suicide Attempt Or Act): در این رفتار اقدام به خودکشی انجام می گیرد ولی منجر به مرگ نمی شود. تحقیقات بیانگر آن است که در مقابل یک جوانی که خود را می کشد تقریباً ۱۰۰ تا ۲۰۰ جوان اقدام به خودکشی می کنند. ب) خودکشی کامل یا موفق (Completed Suicide): عمل کشتن خویش و پایان دادن به زندگی خود به شکل موفق از اصطلاحات دیگری که در خودکشی مطرح می باشند [۵].

مطابق با گزارش سازمان بهداشت جهانی[1] هر ساله نزدیک به یک میلیون نفر با خودکشی جان خود را از دست می دهند و بیست میلیون نفر اقدام به خودکشی می کنند [۶]. در گزارش دیگری از سازمان بهداشت جهانی (WHO) اینطور پیش بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳ نفر از خودکشی خواهند مرد و میزان خودکشی در جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر خواهد شد و به طور میانگین هر ۲۰ ثانیه یک مرگ و هر ۱ تا ۲ ثانیه یک اقدام به خودکشی خواهیم داشت. در ایالات متحده در هر سال ۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می میرند و تقریباً ۸۵ مورد خودکشی در هر روز رخ می دهد یعنی در هر ۲۰ دقیقه یک نفر در آمریکا خودکشی می کند. شیوع خودکشی در کشورهایی نظیر اسکاندیناوی، سوئیس، آلمان، ژاپن، اتریش و اروپای شرقی که کمربند خودکشی نامیده می شوند، ۲۵-۱۰ درصد در سال است که این رقم در برخی کشورهای همجوار نظیر ترکیه و پاکستان پایین می باشد. خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین تر ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است [۸،۷].

بیشتر افرادی که خودکشی می کنند، سابقه اقدام به خودکشی دارند و کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، ممکن است بعدها خودکشی کنند. روشهای اقدام به خودکشی نیز در همه جا یکسان نیست و افراد در کشورها، شهرها و مناطق مختلف روشهای متفاوتی را برای خودکشی انتخاب می کنند به عنوان مثال در جوامع شهری اغلب از دارو برای ایجاد مسمومیت استفاده می شود و در جوامع روستایی استفاده از سموم و آفت کش ها بسیار متداول تر است. مطالعات انجام شده در سریلانکا یا اطلاعات پزشکی قانونی در هندوستان نشان می دهد که اکثر مسمومیت های کشنده اتفاق افتاده در جوامع روستایی عمدی بوده و اغلب با استفاده از آفت کش های کشاورزی صورت پذیرفته است. از عوامل موثر دیگر در انتخاب روش مسمومیت عمدی، رواج و میزان دسترسی افراد به روان گردان است. نتایج یک بررسی در استرالیا نشان داد که افراد مصرف کننده هروئین ۱۴ برابر همسن و سالان خود با مرگ ناشی از خودکشی موفق از پای در می آیند. در مطالعه انجام شده در استان کرمان نیز ۱۳ درصد از کل مسمومیت های مرتبط با خودکشی ناشی از تریاک بوده است، در حالی که این میزان در تهران و اصفهان به ترتیب ۸ و ۳ درصد گزارش شده است [۹].

مردان و زنان نیز در به کار بردن شیوه های خودکشی با یکدیگر متفاوتند مثلاً خودکشی به شیوه حلق آویز کردن و استفاده از سلاح گرم در مردان بیشتر از زنان است و از طرفی خودکشی به شیوه خودسوزی در زنان به مراتب بیشتر از مردان است ولی در خودکشی به شیوه مسمومیت بین مردان و زنان تفاوت زیادی وجود ندارد [۱۰،۷].

عوامل متعددی از جمله سن، جنس، نژاد، مذهب، تأهل، شغل، بیماریهای روانپزشکی، بیماریهای جسمی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیتی به عنوان ریسک

1-World Health Organization

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

فاکتورهای اقدام به خودکشی مورد توجه قرار گرفته اند [۱۱]. محیط خانواده مختل که با شاخصهایی مانند جدایی، طلاق، بیوه گی، درگیری های خانوادگی، استرس و یا مشکلات قانونی پدر و مادر توصیف می شود نیز باخودکشی مرتبط است [۱۲،۱۳]. یافته های حاصل از مطالعات کالبد شکافی روحی و روانی از ایالات متحده و اروپا به طور مداوم نشان می دهد که بیش از ۹۰٪ از خودکشی های کامل در میان بزرگسالان با اختلالات روانی و یا اعتیاد همراه است [۱۴،۲۰]. عوامل اقتصادی، بیکاری، درآمد پایین، وضعیت زناشویی و وجود تاریخچه خانوادگی توام با خودکشی و نیز اختلالات روانپزشکی مختلف همچون افسردگی، اختلالات سلوک، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلال شخصیت مرزی و اسکیزو فرنی از جمله مواردی هستند که نمی توان تاثیر گذاری آنها را بر میزان خودکشی افراد نادیده گرفت [۲۲،۲۱].

خودکشی دومین علت مرگ در بین جوانان است [۲۳]. چندین مطالعه آمار بالای اقدام به خودکشی را در بین جوانان در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال در بین مردان (۴۲۷ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) و در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال در بین زنان (۶۲۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) گزارش کرده اند [۲۶،۲۴].

تحقیقات نشان می دهد افرادی که دست به خودکشی می زنند دارای مشکلات عمده با همسر، وجود یک فرد جدید در زندگی (همسر دوم)، وجود بیماری در یکی از اعضای خانواده، وجود یک بیماری شدید جسمی در فرد و شکست عاطفی می باشند. دو سوم از افراد متاهل دارای مشکلات زناشویی می باشند. به طور کلی مشکلات مزمن اجتماعی همچون اختلافات زناشویی، طلاق، بیکاری و خانواده های پرجمعیت در میان افرادی که دست به خودکشی می زنند شایع است [۲۷].

البته عوامل خطر و به تبع آن برخورد و اداره خودکشی در نقاط مختلف متفاوت است، چرا که پدیده بازتاب تاریخچه روانی-فرهنگی جامعه ای است که در آن رخ می دهد و داشتن اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی رفتار خودکشی برای تصمیم گیری و پیشگیری مهم است [۲۸]. استوارد[1] و همکاران (۲۰۰۸) به این نتیجه رسید که حوادث اضطراب آور زندگی، اختلال خانوادگی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و یا اختلال روانی، حمایت ناکافی اجتماعی، آسیب های اجتماعی و اقتصادی، مشکلات مدرسه، رفتار های پرخطر، اختلالات خلقی، ناامیدی، بدبینی و کاهش عزت نفس از عواملی هستند که خطر اقدام به خودکشی را افزایش می دهند [۲۹]. در مطالعه کلوس و همکاران در سال ۲۰۱۰ دیده شد افراد با حمایت اجتماعی پایین، (مخصوصا در ارتباط با همسر) سلامت روانی کمتری داشتند و بیشتر اقدام به خودکشی می کردند [۳۰].

هدف از این مطالعه بررسی ویژگی های جمعیت شناختی اقدام کنندگان به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در استان خراسان شمالی می باشد. از این نتایج می توان در سیاست گذاری های بهداشتی و درمانی این استان برای پیشگیری از خودکشی استفاده نمود.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی بوده و نمونه مورد بررسی شامل کلیه مراجعینی است که از تاریخ شروع مطالعه به مدت یک سال به مرکز اورژانس بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده اند و به تشخیص روانپزشک اقدام به خودکشی کرده بودند می باشد. اطلاعات مورد نیاز به وسیله چک لیست خود ساخته که شامل اطلاعات دموگرافیک بیماران نظیر سن، جنس، تحصیلات، شغل، روش اقدام به خودکشی، نوع داروی مصرفی برای خودکشی، زمان اقدام، وجود یا عدم وجود تصمیم قبلی برای خودکشی، سابقه قبلی خودکشی و غیره جمع آوری گردید. همچنین کلیه بیماران تحت مصاحبه روانپزشکی قرار گرفته و تشخیص روانپزشکی آنها توسط روانپزشک در چک لیست ثبت می شد. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه چهره به چهره با بیماران و شرح حال از خانواده بیماران و توسط سه نفر روانشناس بالینی صورت گرفت. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی، شاخص های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و برای تحلیل داده های کیفی از

1 -Stewart

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد کلیه شرکت کنندگان و بستگان درجه اول (همراه بیمار در بیمارستان) فرم رضایت شرکت در تحقیق را تکمیل نمودند و به آنها توضیح داده شد که اطلاعات بدون ذکر نام بیمار و صرفاً جهت ارزیابی کلیه بیماران مراجعه کننده می باشد و محرمانه بودن اطلاعات شخصی و هویتی بیماران و خانواده آنها توسط روانشناسان و روانپزشک تیم پژوهش حفظ خواهد شد.

یافته ها

دراین مطالعه ۲۸۱ نفرکه اقدام به خودکشی نموده بودند مورد بررسی قرارگرفتند. ۹۹ نفر (۳۵/۲٪) این افراد مرد و ۱۸۲ نفر (۶۴/۸٪) زن بودند ارتباط بین جنسیت با علت اقدام به خودکشی (بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده) از نظر آماری معنی دار بود (p=۰/۰۳۴). میانگین سنی افراد مورد بررسی ۹/۰۷±۲۴ سال بود و دامنه سنی افراد مورد بررسی از ۹ تا ۸۹ سال بود. میانگین سنی مردان ۹/۰۵±۲۳/۲۴ و زنان ۸/۹۹±۲۴/۴۲ بود، میانگین سنی زنان و مردان از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت (p= ۰/۰۵۵).

بیشتر افرادی که به خودکشی اقدام نموده بودند در رده سنی جوانان و نوجوانان بودند. ۵۶ نفر (۲۰/۱٪) افراد زیر ۱۸ سال و ۹۶ نفر (۳۴/۴٪) افراد در گروه سنی ۱۸-۲۲ سال سن قرار داشتند، ۵۹ نفر (۲۱/۱٪) افراد در گروه سنی ۲۳ – ۲۷ سال و ۶۸ نفر (۲۴/۴٪) افراد ۲۸ ساله و بالاتر بودند ارتباط بین رده های سنی با علت اقدام به خودکشی (بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده) از نظر آماری معنی دار بود(p=۰/۰۰۸). مقایسه جنسیتی رده های سنی در افراد مورد بررسی نشان داد که ۲۶٪ از زنان و ۹/۲٪ مردان در رده سنی زیر ۱۸ سال بودند و همینطور در رده سنی بالای ۲۸ سال ۲۱٪ زنان و ۳۰/۶٪ مردان قرار داشتند.

از نظر وضعیت تاهل ۱۴۵ نفر (۵۲/۳٪) افراد مورد بررسی مجرد، ۱۱۵ نفر (۴۱/۵٪) متاهل و ۱۷ نفر (۶/۱٪) مطلقه یا بیوه بودند. به طوری که در مردان ۵۱ نفر مجرد، ۲۸ نفر متأهل و ۲۰ نفر مطلقه و بیوه بوده و در زنان ۹۳ نفر مجرد و ۷۰ نفر متأهل و ۱۹ نفر مطلقه و بیوه بوده است.

علت اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری با وضعیت تاهل داشت (p<۰/۰۰۱) به صورتی که بین افراد متاهل ۵۸/۸٪ علت خودکشی شان مشاجره با همسر، در افراد مجرد ۴۴/۶٪ مشاجره با خانواده و ۳۲/۶٪ شکست عاطفی و درافراد بیوه یا طلاق گرفته ۵۰٪ به علت شکست عاطفی و ۱۶/۷٪ مشاجره با خانواده از علل اقدام به خودکشی شان ذکر کرده اند از نظر وضعیت اشتغال، ۸ نفر (۳٪) کارمند، ۳۵ نفر (۱۴/۹٪) شغل آزاد، ۵۱ نفر (۲۱/۷٪) محصل، ۳۹ نفر (۱۶/۶٪) کارگر و ۱۰۳ نفر (۴۳/۸٪) خانه دار بودند. بین وضعیت اشتغال و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد (p=۰/۶۹۳). از افراد مورد بررسی فقط ۲۳ نفر (۸/۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۱۶۴ نفر (۶۱/۲٪) زیر دیپلم و ۱۵ نفر (۵/۶٪) بیسواد بودند. بین سطوح تحصیلی و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد (p=۰/۵۵۳). ۲۰۷ نفر (۷۳/۶٪) ساکن شهر و ۷۴ نفر (۲۶/۳٪) ساکن روستا بودند بین محل سکونت و علت اقدام به خودکشی از نظر آماری ارتباط معنی داری مشاهده نشد (p=۰/۷۶۳). از این افراد ۲۱/۳٪ اعتیاد داشتند. از افراد مورد بررسی ۱۵/۷٪ افراد از بیماری های مثل فشار خون، میگرن و آلزایمر، تیرویید و غیره رنج می برند و ۱۳/۲٪ این افراد سابقه بیماری های روانپزشکی (افسردگی، اختلال شخصیت، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوماتوفوم) داشتند. در بررسی افراد مورد مطالعه ۷۹/۱٪ افراد در منزل و ۲۰/۹٪ در خارج از منزل اقدام به خودکشی نموده بودند.

بیش از یک سوم (۳۶/۳٪، ۱۰۱ نفر) افراد سابقه خودکشی قبلی داشتند. ۶۶٪ این افراد در اقدام به خودکشی قبلی خود از طریق مصرف قرص اقدام کرده بودند و ۲۰٪ آنها از طریق حداقل دو روش اقدام به خودکشی کرده بودند.

در بررسی روش خودکشی فعلی این افرد بیشترین روش مورد استفاده برای اقدام به خودکشی خوردن قرص (۶۱/۲٪) بود و ۱۶/۷٪ از طریق خوردن سم، ۱۳/۵٪ از طریق خوردن مواد مخدر و ۸/۵٪ از طریق ترکیب خوردن قرص و یک روش دیگر اقدام به خودکشی کرده بودند روش اقدام به خودکشی به تفکیک جنسیت و محل سکونت در جدول ۱ آورده شده است.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۱: مقایسه روش های اقدام به خودکشی در بیماران تحت مطالعه

روش اقدام به خودکشی	جنسیت		محل سکونت		کل
	مرد	زن	شهری	روستایی	
قرص(شامل ترامادول و غیره)	۵۲ (٪۳۰/۲)	۱۲۰ (٪۶۹/۸)	۱۴۱(٪۸۱/۹)	۳۱(٪۱۸/۱)	۱۷۲ (۱۰۰)
سم	۱۶ (٪۳۴)	۳۱ (٪۶۵/۹)	۳۳(٪۷۲/۲)	۱۴(٪۲۹/۷)	۴۷ (۱۰۰)
مواد مخدر (بجز ترامادول)	۱۸ (٪۴۷/۳)	۲۰ (٪۵۲/۶)	۲۹(٪۷۶/۳)	۹(٪۲۳/۶)	۳۸ (۱۰۰)
ترکیب حداقل دو روش	۹ (٪۳۷/۵)	۱۵ (٪۶۲/۵)	۴(٪۱۶/۶)	۲۰(٪۸۳/۳)	۲۴(۱۰۰)
مصرف قرص وزدن رگ	۵ (٪۶۲/۵)	۳ (٪۳۷/۵)	۲(٪۲۵)	۶(٪۷۵)	۸ (۱۰۰)
مصرف قرص وحلق آویز نمودن	۴ (٪۸۰)	۱ (٪۲۰)	۱ (٪۲۰)	۴(٪۸۰)	۵ (۱۰۰)
مصرف قرص وخودسوزی	۱ (٪۵۰)	۱ (٪۵۰)	۱ (٪۵۰)	۱ (٪۵۰)	۲ (۱۰۰)
سایر روش ها	۶ (٪۶۶/۶)	۳ (٪۳۳/۳)	-	۹ (۱۰۰)	۹ (۱۰۰)

جدول ۲: انواع داروهای مورد استفاده برای خودکشی (۱۲۱ بیمار از ۱۷۲ نفر مصرف بیشتر از یک دسته دارویی داشتند)

دسته داروها	مرد	زن	کل
بنزودیازپین ها	۳۶(۲۰/۷)	۱۰۷ (۳۶/۴)	۱۴۳ (۳۰/۵)
مسکن ها (شامل ترامادول)	۴۱(۲۳/۶)	۵۳ (۱۸)	۹۴ (۲۰/۱)
داروهای ضد افسردگی	۱۵ (۸/۶)	۳۲ (۱۰/۹)	۴۷ (۱۰)
داروهای آنتی سایکوتیک	۸ (۴/۶)	۱۱ (۳/۷)	۱۹ (۴/۱)
داروهای ضد فشار خون	۷ (۴)	۱۰ (۳/۴)	۱۷ (۳/۶)
داروهای قلبی	۷ (۴)	۸ (۲/۸)	۱۵ (۳/۲)
سایر داروها	۶ (۳/۵)	۶ (۲)	۱۲ (۲/۶)
مصرف بیشتر از یک دسته دارو	۵۴ (۳۱)	۶۷ (۲۲/۸)	۱۲۱ (۲۵/۹)
جمع کل	۱۷۴ (۱۰۰)	۲۹۴ (۱۰۰)	۴۶۸ (۱۰۰)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۳: دلایل ذکر شده توسط بیماران برای اقدام به خودکشی

دلایل اقدام به خودکشی (بر اساس اظهار نظر بیمار)			مشاجره با خانواده	مشاجره با همسر	مشاجره با خانواده یا همسر همراه یک عامل دیگر	شکست عاطفی	سایر	جمع	P value
جنسیت	مرد	تعداد	۲۱	۱۶	۸	۱۴	۱۳	۷۲	۰/۱۳۵
		درصد	۲۹/۲	۲۲/۲	۱۱/۱	۱۹/۴	۱۸/۱	۱۰۰	
	زن	تعداد	۳۸	۵۴	۲۰	۲۶	۱۵	۱۵۳	
		درصد	۲۴/۸	۳۵/۳	۱۳/۱	۱۷	۹/۸	۱۰۰	
کل		تعداد	۵۹	۷۰	۲۸	۴۰	۲۸	۲۲۵	
		درصد	۲۶/۲	۳۱/۱	۱۲/۴	۱۷/۸	۱۲/۴	۱۰۰	

شایع ترین داروهای مورد استفاده به ترتیب بنزودیازپین ها ۳۰/۵٪ و در درجه بعدی داروهای از دسته مسکن ها (مسکن های غیر استروییدی (NSAIDS) و ترامادول) و سپس سایر داروها نظیر داروهای ضد افسردگی های سه حلقه ای، آنتی سایکوتیک ها و داروهای قلبی و ضد فشارخون قرار داشتند. در بین داروهای گروه بنزودیازپین ها بیشترین داروی استفاده برای خودکشی آلپرازولام (۶۱/۴٪ از کل بنزودیازپین ها) و سپس سایر بنزودیازپین ها قرار داشت در اینجا لازم است به این نکته نیز اشاره شود که در بسیاری از موارد، افراد بیشتر از یک دسته دارو برای اقدام به خودکشی استفاده کرده اند، به بیان دیگر ۱۲۱ نفر از ۱۷۲ نفری که قرص خورده اند یعنی ۷۰/۳٪ بیشتر از یک نوع قرص مصرف کرده اند و به همین دلیل مجموع درصدهای بیان شده از ۱۰۰٪ بیشتر می شود (جدول ۲).

با تشخیص روانپزشک بر اساس معیار DSM-IV، ۲۳/۵٪ افسردگی اساسی داشتند، ۸/۲٪ افسردگی به همراه یک بیماری روانی دیگر داشتند (یعنی ۴۱ نفر دارای بیماری افسردگی یا افسردگی با یک بیماری روانی دیگر بوده است) در این میان اختلال شخصیت با ۲۳/۵٪ نیز نسبت قابل ملاحظه ای را به خود اختصاص داده بود و همچنین ۸/۲٪ از این بیماران دو قطبی تشخیص داده شدند. از نظر بیماری روانی با تشخیص بر مبنای معیار DSM-IV، ۳۸/۴٪ زنان و ۱۶/۵٪ مردان افسردگی اساسی تشخیص داده شدند و همین طور در ۸٪ زنان و ۱۵/۲٪ مردان افسردگی همراه یک بیماری دیگر تشخیص داده شد، دو گروه جنسیتی از نظر بیماری روانی تشخیص داده شده تفاوت معنی داری داشتند (p=۰/۰۰۲). ارتباط بین اعتیاد و بیماری روانی تشخیص داده شده از نظر آماری معنی دار بود (p=۰/۰۱۴). به صورتی که در افراد معتاد، ۴۶/۸٪ اختلال شخیصت داشتند و این نسبت در افراد غیرمعتاد ۲۶/۲٪ بود، نسبت افسردگی در افراد معتاد ۱۷٪ و در افراد غیر معتاد ۳۴/۴٪ بود.

بین شغل افراد اقدام کننده به خودکشی و وضعیت بیماری آنها ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۱۱)، به صورتی که ۴۳/۹٪ افراد خانه دار از بیماری افسردگی رنج می برند، در حالی این نسبت در افراد بازنشسته ۵۰٪، در افراد شاغل ۲۹/۸٪ و در افراد بیکار ۲۰/۵٪ بود، ۳۸/۳٪ افراد شاغل، ۳۰/۷٪ افراد بیکار، ۲۴/۲٪ افراد خانه دار از بیماری اختلال شخصیت رنج می برند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

بر اساس آنچه خود بیمار به عنوان علت خودکشی ذکر کرده بود ۲۶/۲٪ مشاجره با خانواده، ۳۱/۱٪ مشاجره با همسر و ۱۲/۴٪ افراد مشاجره با خانواده یا همسر به همراه یک عمل دیگر را به عنوان علت های اصلی خودکشی ذکر کرده اند، (به عبارتی در ۶۹/۷٪ افراد مشاجره با همسر یا خانواده به عنوان علل خودکشی نقش داشته‌اند) در ۱۷/۸٪ افراد شکست عاطفی و ۱۲/۴٪ علل دیگر را به عنوان علت خودکشی ذکر کرده اند رابطه معنی داری بین جنسیت افراد و علت خودکشی مشاهده نشد (p= ۰/۱۳۵) (جدول ۳).

۱۷/۹٪ اقدام به خودکشی ها در روز تعطیل اتفاق افتاده بود (کمی بیش از یک هفتم). در حدود ۱۳/۱٪ از خودکشی ها در حضور دیگران رخ داده است.

بحث

نتیجه تحقیق گویای آن است که میزان اقدام به خودکشی در بین زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان است و از نمونه ی ۲۸۱ نفری که اقدام به خودکشی کرده و به اورژانس بیمارستان امام رضای شهر بجنورد منتقل شده بودند ۳۵/۲٪ این افراد مرد و ۶۴/۸٪ زن بودند و در میان زنان نیز اقدام به خودکشی در بین زنان متاهل بیشتر از زنان مجرد می باشد که این یافته ها با نتایج مطالعات علاقه بندان و همکاران در ایلام و صفایی و همکاران در کرمانشاه مطابقت دارد ولی با نتایج مطالعات ردی[1] و همکاران در هند گرزیوا[2] و همکاران در لهستان مغایرت دارد [۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴].

در گزارشی که از سازمان بهداشت جهانی (WHO) پس از مطالعات انجام شده در چند کشور در مورد سلامتی زنان ارائه شده است این موضوع ثابت شده است که اقدام به خودکشی در بین زنان بیشتر از مردان است و همچنین از دلایل عمده ی ایجاد رفتارهای منجر به خودکشی در بین زنان می توان خشونت های اعمال شده از جانب همسر، خشونت های فیزیکی از غیر شریک زندگی، طلاق گرفتن، بیوه شدن و سوء استفاده های جنسی در دوران کودکی را نام برد [۳۵].

در یک مطالعه ی انجام گرفته در اصفهان نیز این نتیجه به دست آمده است که عوامل اجتماعی و فرهنگی زیادی باعث ایجاد رفتارهای منجر به خودکشی در بین زنان می شود که برخی از این عوامل درگیری های خانوادگی، ازدواج و مشکلات با همسر، تعصبات اجتماعی و انتظارات بالا از زنان می باشد [۳۶].

خودکشی در بین جوانان و نوجوانان یعنی گروه سنی زیر ۳۰ سال از فراوانی بیشتری برخوردار است و نتایج پژوهش های دیگر نیز این مطلب را تایید می کند [۴۰،۳۷].

همانطور که نتایج این تحقیق نشان می دهد بالاترین نرخ خودکشی در بین گروه سنی ۱۸ الی ۲۲ سال (۳۴/۴٪) می باشد که این یافته با نتایج پژوهش های انجام شده توسط محمدی و همکاران در نیشابور و ظهور و همکاران در جیرفت کرمان [۴۳،۴۱] و همچنین با پژوهش های انجام شده توسط آلواردو اسکویول[3] و همکاران در مکزیک و کیم[4] و همکاران در ویتنام [۴۵،۴۴] همخوانی دارد.

به طورکلی بر طبق مطالعات انجام گرفته دومین علت اصلی مرگ و میر در بین جوانان خودکشی می باشد. تحقیقات انجام شده در مورد خودکشی بین سال های ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۶ در ایران نشان می دهد متوسط سن اقدام به خودکشی در بین جوانان ۲۵ سال می باشد [۴۶].

مطالعه دیگری که در مرکز اورژانس شهر جیرفت (کرمان) انجام شد متوسط سن اقدام به خودکشی در زنان ۱۹ سال و در مردان ۲۴ سال بدست آمد [۴۳].

در این پژوهش بین علت اقدام به خودکشی و سطوح تحصیلی ارتباط معنی داری یافت نشد (p=۰/۵۵۳). این نتیجه با برخی از پژوهش ها همخوانی دارد و برخی دیگر از پژوهش ها این یافته را تایید نمی کنند به عنوان مثال در یک بررسی سیستماتیک از خودکشی در ایران ارتباط بین سطح تحصیلات و اقدام به خودکشی ۵٪ گزارش شده است که درصد ناچیزی می باشد [۴۷]. در پژوهشی که توسط ظهور و همکاران در مرکز اورژانس شهر جیرفت انجام شده است. نشان می دهد که بین خودکشی و سطوح مختلف تحصیلی اختلاف معناداری وجود ندارد [۴۳] که این یافته ها با نتایج پژوهش ما همخوانی داشت.

1 -Reddy
2 -Grzywa
3 -Alvarado-Esquivel
4 -kim

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

از طرف دیگر در مطالعات بهمنش پور و همکاران در زاهدان و کیوان آرا و همکاران در اصفهان نشان داده شده است اکثر مواردی که اقدام به خودکشی کرده اند دارای تحصیلات ابتدایی می باشند [۴۹،۴۸] و در مطالعه ی دیگری که در سال ۱۳۹۰ توسط بخشا و همکاران در گلستان انجام گرفته است نیز اکثر افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند از نظر تحصیلات در سطح پایینی قرار داشتند [۳۸] و نتایج مطالعه ما در ارتباط بین افزایش خودکشی در سطح تحصیلات ابتدایی با مطالعات انجام شده در زاهدان و گلستان و اصفهان همخوانی نداشت. البته باید توجه داشت که این تفاوت ها می تواند مرتبط با گروه های شرکت کننده در مطالعات نیز باشد و این امکان وجود دارد که افراد با تحصیلات بالاتر کمتر به اورژانسهای بیمارستانهای دولتی مراجعه نموده باشند ودر این مطالعات وارد نشده باشند.

در این پژوهش، اقدام به خودکشی ارتباط معنی داری با وضعیت تأهل دارد و یا به عبارت دیگر در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل می باشد. به طوری که طبق یافته های این مطالعه اقدام به خودکشی در بین افراد متاهل ۴۱/۵٪ و در بین افراد مجرد ۵۲/۳٪ بوده است که این یافته با یافته های پژوهش های دیگر همخوانی دارد. در مطالعه ای که در سال ۱۳۹۰ توسط بخشا و همکاران در گلستان انجام گرفته است، تعداد افراد مجردی که اقدام به خودکشی کرده اند ۵۵/۶٪ گزارش شده است [۳۸]. در مطالعه ی دیگر که توسط فریبرز جباری فرد و همکاران تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژی خودکشی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان لردگان در بین سالهای ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ انجام گرفته است نیز بیشترین موارد خودکشی منجر به فوت در بین افراد مجرد می باشد [۳۷] اما در مطالعه چنگ جین ژائو[1] و همکاران در کشور چین موارد اقدام به خودکشی در افراد متأهل (۶۳٪) بیشتر از افراد مجرد می باشد که با نتیجه مطالعه ما همخوانی ندارد [۵۰]. می توان اینطور نتیجه گرفت که پایین بودن خودکشی در افراد متأهل می تواند به دلیل برخورداری آنان از حمایت اجتماعی مناسب تر نسبت به افراد مجرد باشد و از سوی دیگر تجرد و تنهایی باعث افزایش تعداد عوامل استرس زا می شود و در نهایت عوامل استرس زا ارتباط معنی داری با تشدید مشکلات روحی و روانی و اختلافات خانوادگی دارد. عوامل زیادی باعث بروز رفتارهای منجر به خودکشی در افراد جوان می شوند که برخی از این دلایل مشکلات خانوادگی و دوران کودکی پرتنش، مشکلات اجتماعی و آموزشی، قرار گرفتن در معرض حوادث استرس زا، آسیب پذیری های شخصی و اختلالات روانی نظیر افسردگی می باشند [۵۱].

در این پژوهش نیز سهم اختلالات روانی و به خصوص افسردگی در خودکشی کاملاً مشخص است و همانطور که بیان شد از نظر بیماری روانی با تشخیص بر مبنای معیار DSM-IV، ۳۸/۴٪ از زنان و ۱۶/۵٪ از مردان افسردگی اساسی تشخیص داده شده اند و همین طور در ۸٪ از زنان و ۱۵/۲٪ از مردان افسردگی همراه با یک بیماری روانی دیگر تشخیص داده شد و همچنین دو گروه جنسیتی از نظر بیماری روانی تشخیص داده شده تفاوت معنی داری داشتند. دکتر موسوی و همکاران نیز در مطالعه خود تحت عنوان بررسی اپیدمیولوژیک خود آزاری عمدی (مسمومیت)، این موضوع را تایید می کنند. بر طبق یافته های آنان از میان افرادی که در اثر اقدام به خودآزاری عمدی از نوع مسمومیت بستری شده اند، ۱۳۳ نفر مشاوره روانپزشکی شده اند که بر اساس بررسی های بالینی ۲۲/۶٪ تشخیص اختلالات افسردگی عمده، ۱۰/۵٪ سایر سندرم های افسردگی، ۲۴/۸٪ اختلال انطباقی و ۱۰/۵٪ اختلال شخصیت مرزی را گزارش می کنند که به صورت کلی ۴۱/۴٪ افراد ذکر شده به نوعی اختلالی از افسردگی را داشته اند [۸].

در مطالعه ی ما بیشترین علت اقدام به خودکشی مربوط به درگیری های خانوادگی و مشاجره با همسر می باشد. به طوری که نتایج نشان می دهد ۲۶/۲٪ علت خودکشی را مشاجره با خانواده، ۳۱/۱٪ مشاجره با همسر و ۱۲/۴٪ افراد مشاجره با خانواده یا همسر به همراه یک عامل دیگر را به عنوان علت خودکشی ذکر کرده اند و به عبارتی در ۶۹/۷٪ افراد مشاجره با همسر یا خانواده در علل اقدام به خودکشی نقش داشته‌اند و نتایجی که از مطالعات انجام شده توسط جعفری فرد و همکاران در لردگان ، رهبر و همکاران در رشت، انصاری و همکاران در رفسنجان و نظر

1-Cheng-jin Zhao

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

زاده و همکاران در ایران (مطالعه مروری) به دست آمده است نیز این مطلب را تایید می کند [۳۷، ۳۹، ۴۰، ۴۷] البته باید توجه داشت که علت اقدام به خودکشی بر اساس علت ذکر شده توسط خود بیمار گزارش شده است و این احتمال وجود دارد که دلایل دیگری در پس پرده خودکشی بیمار وجود داشته باشد که شخص تمایلی به عنوان نمودن آن نداشته باشد و یا از فاش شدن آن نزد خانواده ترس داشته باشد و به دلایل ذکر شده توسط خود بیمار به پرسشگر نمی توان اطمینان بالایی داشت. پیشنهاد می شود تا از پرسشنامه های دیگر با موضوع افکار خودکشی استفاده شود تا تمامی علل اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار بگیرد.

محیط های خانوادگی مختل شده و درگیری های بین والدین و نوجوانان نیز از دلایل عمده ی خودکشی در بین نوجوانان می باشد [۵۲]. شواهد زیادی حاکی از آن است که روابط منفی بین یکی از والدین یا هر دوی آنها با فرزندان باعث افزایش خطر خودکشی و یا افسردگی در بین جوانان و نوجوانان می شود [۵۳]. در پژوهش دیگری که توسط نظرزاده و همکاران در ایران به منظور بررسی سیستماتیک عوامل اجتماعی منجر به خودکشی انجام شده است، درگیری های خانوادگی را با ۳۲٪ به عنوان شایع ترین علت اقدام به خودکشی ارزیابی کرده اند که این میزان در استان گیلان ۵۵٪ گزارش شده است. در مطالعه ذکر شده بعد از درگیری های خانوادگی، دومین دلیل اقدام به خودکشی مشکلات زناشویی به میزان ۲۶٪ گزارش شده است [۴۷]. در مطالعه دیگری که در همدان انجام شده است دلیل اکثر خودکشی های انجام شده نتیجه تضاد با خانواده گزارش شده است [۵۴]. بالا بودن این میزان هم در این پژوهش و هم در پژوهش های مشابه ایجاب می نماید که سیستم خانواده پررنگ تر شود و سرمایه گذاری بیشتری در جهت حاکم شدن بهداشت روانی مناسب در میان اعضاء خانواده و روشهایی برای کسب مهارتهای زندگی و تقویت مکانیزم های مداخله در بحران صورت گیرد [۵۵]. با توجه به اینکه خانواده نقش مهمی در اقدام به خودکشی یا پیشگیری از آن دارد بایستی برنامه های آموزش خانواده در اولویت روش های پیشگیری از خودکشی قرار بگیرد.

نتایج به دست آمده از این تحقیق نشان می دهد که رایجترین روش خودکشی خوردن قرص بوده است و در میان قرص ها نیز استفاده از داروهای روانپزشکی از جمله بنزودیازپین ها با ۸۳/۴٪ در رتبه نخست قرار دارند که این موضوع از چند بعد دارای اهمیت است:

الف) بسیاری از افراد از اختلالات روانشناختی رنج می برند و برخی از آنها به همین علت تحت درمان دارویی هستند، این مساله استفاده از داروهای روانپزشکی بخصوص بنزودیازپین ها را برای اقدام به خودکشی توجیه پذیر می سازد.

ب) در بسیاری از منازل مقادیر زیادی از داروهای خواب آور و آرامبخش وجود دارد که این موضوع باعث دسترسی آسان نوجوانان به این داروها برای سوء مصرف یا خودکشی می شود.

ج) پزشکان به فراوانی اقدام به تجویز این دسته از داروها می نمایند و این خود باعث دسترسی هرچه بیشتر مردم به این دسته از داروهاست.

د) و متاسفانه بسیاری از داروخانه ها اقدام به فروش داروهای روانپزشکی بخصوص خواب آور ها، بدون نسخه پزشک می نمایند و این موضوع باعث دسترسی هر چه بیشتر افراد جامعه به این گروه از داروها می شود. باید توجه داشت که بسیاری از افرادی که اقدام به خرید این داروها از داروخانه می کنند مبتلا به افسردگی های شدید می باشند و اختلال خواب به عنوان علامتی از مجموعه علائم افسردگی در آنها می باشد که بیماران سعی در خود درمانی و بهبود آن دارند. متاسفانه یکی از عوارض نسبتا" شایع داروهای بنزودیازپین نظیر دیازپام و الپرازولام، مهارگسیختگی رفتاری می باشد که این بیماران افسرده را در خطر بالاتری برای خودکشی قرار می دهد.

در یک مطالعه یکساله در مرکز اطلاعات دارویی و سموم در تهران، ۶۰۰۰ مورد مسمومیت را گزارش کردند که اقدام به خودکشی ۳۵٪ از کل مسمومیت ها را شامل می شد که در این میان داروهای موثر بر CNC مانند بنزودیاپین ها، ضدافسردگی ها، NSAIDs و داروهای آرام بخش، بخش عمده ای را تشکیل می داد [۵۶] که این یافته ها با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت. در بررسی اپیدمیولوژیک موارد خود کشی عمدی (مسمومیت) در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

شهرستان شاهرود که توسط دکتر موسوی و همکاران انجام شد، اکثر بیماران جهت اقدام به خودکشی از دارو (۸۸/۸٪) استفاده کرده بودند که شاید دلیل آن در دسترس بودن و تهیه راحت آن، آشنایی با داروها و نیز آسان بودن شیوه مصرف آن باشد. از نظر داروهای مصرفی، داروهای موثر بر روان (ضد اضطراب ها، ضد افسردگی ها و آنتی سایکوتیک ها) حدود ۵۳/۲٪ را تشکیل می داد که در این میان بنزودیازپین ها با ۲۶٪ در راس قرار داشتند [۸] و این یافته ها با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت. در مطالعه دیگری که به منظور بررسی عوامل مسمومیت در مسمومیت های عمدی و مقایسه آن با مسمومیت های غیرعمدی توسط سید علی آذین و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که ۷۶٪ از مسمومیتهای پذیرش شده دربخش های مسمومین بیمارستانهای مرجع درکشور در سال ۱۳۸۳ مربوط به موارد اقدام به خودکشی می باشد و از میان داروهایی که به قصد آسیب به خود مصرف گردیده است، بنزودیازپین ها بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند [۹]. در پژوهش دیگری که توسط حقیقی و همکاران در بیمارستان شهید محمدی شهر بندرعباس و مطالعه چنگ جین ژائو و همکاران در کشور چین که بر روی افراد اقدام کننده به خودکشی انجام شده است، نیز این نتیجه به دست آمده است که رایجترین شیوه ی اقدام به خودکشی استفاده از قرص ها می باشد [۵۰،۵۵]. نتایج تمام پژوهش هایی که مورد بحث قرار گرفت با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. اقدام به خودکشی در سرتاسر جهان با استفاده از داروها و مواد شیمیایی ابعاد نگران کننده ای به خود گرفته است، به طوری که خودکشی با قرص ها و مواد شیمیایی به عنوان شایعترین روش اقدام به خودکشی شناخته شده است.

این مطالعه دارای محدودیت های قابل توجهی می باشد. یکی از محدودیت های اصلی این مطالعه این است که تنها موارد خودکشی از طریق مسمومیت با دارو و سموم وارد مطالعه شده اند و اقدام به خودکشی به روش های دیگر نظیر حلق آویز کردن، خودسوزی، زدن رگ و پرتاب از بلندی به اورژانس های بیمارستان های دیگر ارجاع داده می شود و در این مطالعه وارد نشده اند. دومین محدویت این مطالعه این است که موارد خودکشی موفق (خودکشی منجر به مرگ) در این مطالعه وارد نشده است و این موضوع تعمیم دادن نتایج را با محدودیت مواجهه می سازد. همچنین بسیاری از بیماران به دلیل انگ اجتماعی خودکشی بلافاصله بعد از بستری اقدام به رضایت شخصی نموده اند و به مرحله ویزیت روانپزشک نرسیده اند. به همین دلیل وارد مطالعه نشده اند. بنابراین تعمیم یافتن نتایج به کلیه بیماران می بایست با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری

لازم است در سیاست گذاری های کشور به موضوع دسترسی بالای افراد جامعه به داروهای مختلف توجه بیشتری شود، همچنین لازم است که از طریق رسانه ها و رابطین بهداشت در مورد مدیریت و کنترل میزان داروها در هر منزل اطلاع رسانی و آموزش داده شود تا دسترسی افراد پرخطر به داروهای خطرناک وکشنده کمتر اتفاق بیافتد.

تشکر و قدردانی

این طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی به شماره نامه ۴۹۸/پ /۹۱ و دارای تاییدیه شورای اخلاق می باشد. از همکاران اورژانس بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان بجنورد که در این طرح همکاری داشتند تقدیر و تشکر می گردد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Murphy sl, Deaths: final data for 1998, Natl vital stat rep. 2000; 13(11):1–105.
2. Li y, li y, cao j, Factors associated with suicidal behaviors in mainland china: a meta-analysis, Bmc public health 2012;12(1):524.
3. Rozanov va, mid'ko aa. Personality patterns of suicide attempters: gender differences in ukraine, The spanish journal of psychology 2011;14(02):693-700.
4. Clayton d, barcel a, The cost of suicide mortality in new Brunswick 1996, Chronic dis can. 1999; 13(2):89–95.
5. Hojjat s. k., Hamidi M, Addiction And Social Harms: Arvij Publications, North Khorasan University of Medical Science Deputy of Research 2013 [persian].
6. World health organization, Suicide prevention (supre) 2003, [last accessed on 2012 aug 31; cited 2012 sep 9] Available from: Http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.
7. Ghoraishi s.a., mousavinasab s.n.,Systematic review studies on suicide and attempted suicide in iran ,iranian journal of psychiatry and clinical psychology(thought and behavior) 2008;14(2): 121-115.
8. Mousavi s.a. , khosravi a. , hasani m.h., jahani z ,epidemiologic study ofdeliberateself-injury(poisoning) in the sahroud city, Journal of science and health 2007; 2(2):38-44.
9. Azin s.a., shahidzadeh mahani a., &ebadi m., omidvari s., &montazeri a,The deliberatepoisoning of poisoning incomparison withunintentionalpoisoningandrelatedvariables , Journal of epidemiologyiran, 2008;4(2):7-17.
10. Moradi s., khademi a, Study of suicides resulting indeathin iranin comparison withthe globalrates, Journal offorensic medicine 2002;27(8):16-21.
11. Sadock bj, Sadock va kaplan and sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinicalpsychiatry, 10 th ed. Philadelphia: lippincott willwiams and wilkins 2007, P. 897-906.
12. Smith jc, mercy ja, conn jm, Marital status and the risk of suicide, American journal of public health, 1988;78(1):78-80.
13. Luoma jb, pearson jl, Suicide and marital status in the united states, 1991-1996: is widowhood a risk factor? American journal of public health 2002;92(9):1518-22.
14. Brent da, perper ja, allman cj, Alcohol, firearms, and suicide among youth, *j am med assoc*, 1987; 257: 3369 – 3372.
15. Lesage ad, boyer r, grunberg f, vanier c, morissette r, menard-buteau c, “et al”, Suicide and mental disorders: a case-control study of young men, *Am j psychiatry*, 1994; 151: 1063 – 1068.
16. Rich cl, runeson bs, Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in sweden and the united states,*actapsychiatr scand*, 1992; 86: 335 – 339.
17. Shaffer d, gould ms, fisher p, trautman p, moreau d, kleinman m, “et al”, Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide,*Arch gen psychiatry*,1996; 53: 339 –348..
18. Marttunen mj, aro hm, henriksson mm, lonnqvist jk, Mental disorders in adolescent suicide, Dsm-iii-r axes i and ii diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in finland, *Arch gen psychiatry*,1991; 48:834 – 839.
19. Rich cl, young d, fowler rc, San diego suicide study: i. Young vs old subjects, *Arch gen psychiatry* 1986; 43: 577 – 582.
20. Runeson bs, Mental disorder in youth suicide: dsm-iiir axes i and ii, *Actapsychiatr scand* 1989; 79: 490 – 497.
21. Gilchrist h, howarth g, sullivan g, The cultural context of youth suicide: unemployment, identity and gender in australia.soc pol soc. 2007; 6:151-63.
22. Zare h, sayadi a, Prevalence of mental disorders and associated factors of suicidein patients referred to hospital emergency departments of imam ali ibnabitalib(as), J rafsanjanuni medsci 2009;3:222-38.
23. Hawton k, saunders ke, o’connor rc, Self-harm and suicide in adolescents, Lancet 2012;14(9834):2373–2382, Doi: 10.1016/s0140-6736(12)60322-5
24. Perry ij, corcoran p, fitzgerald ap, keeley hs, reulbach u, arensman e, The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world’s first national registry, Plos one.2012; 14(2):e31663.doi:10.1371/journal.pone.0031663.[pmc free article][pubmed][cross ref]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

25.Beck fg r, du roscoat e, saias t, Tentatives de suicide etpenséessuicidaires en france en 2010 françois beck 88. Bhe.2011;14:488–492
26.Heron m, Deaths: leading causes for 2007, Natl vital stat rep,2011;59:1–95.
27.Sadock bj, sadock va.kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry, London:lippincott co; 2004.
28.Trivedi j., &varma s. (2010). *Suicidal behaviour assessment of people at-risk*sage publications, Pp. 42-65.
29.Stewart m. E., donaghey c., &ebmeier k. P. (2008), Suicidal thoughts in youngpeople: their frequency and relationships with personality factors, *Personalityand individual differences*, 44: 809-820.
30.Kolves k, ide n, de leo d, Suicidal ideation and behaviour in the aftermath of marital separation: gender differences, Journal of affective disorders 2010;120(1-3):48-53.
31.Alaghehbandan r, lari ar, joghataei m-t, islami a, motavalian a, A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of ilam, iran. Burns. 2011;37(1):164-9.
32.Grzywa a, kucmin a, kucmin t, [suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention, Part ii], Polski merkuriusz lekarski: organ polskiego towarzystwa lekarskiego 2010;28(164):174-6.
33.Reddy M, Suicide incidence and epidemiology, Indian journal of psychological medicine, 2010;32(2):77.
34.Safaie p, jahangiri k, barkhordar n, editors, Trend and factors influencing suicides in rural areas of kermanshah (in iran) during 7 years (2000-2006), Bioinformatics and biomedical engineering 2009 icbbe 2009 3rd international conference on; 2009: ieee[Persian].
35.Devries k, watts c, yoshihama m, kiss l, schraiber lb, deyessa n, "et al", Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the who multi-country study on women's health and domestic violence against women. Social science & medicine 2011;73(1):79-86.
36.Keyvanara m, haghshenas a, The sociocultural contexts of attempting suicide among women in iran, Health care for women international 2010;31(9):771-83.
37.Jabari fard f., &ghari olvije a., &yazd khasti f., &masoudi s, The epidemiology ofsuicide andits risk factors,lordegan,iran,in 2011 – 2001, Journal ofmedicalsciences of shahre kord.2013;15(6):75-86.
38.Bakhsha f, behnampour n, charkazi a, The prevalency of attempted suicide in golestan province, north of iran during 2003-07, Journal of gorgan university of medical sciences 2011;13(2):79-85.
39.Rahbar tm, orangpour r, mousavian rzs, davam f, Survey of suicidal epidemiologic fators in emergency ward patients of razi hospital, rasht. 2004.
40.Ansari a., khodadadi zade a., sayadi a., negahban t., tavakoli m, Casesof suicideandits risk factorsinali ibn abi talibhospital,rafsanjan,iran in 2007-2006 , Journal ofnursing, midwiferyandalliedhealth inmedical sciences of rafsanjan university 2010;5(1):38-44.
41.Mohammadi gh, saadaty a, Survey of epidemiology and etiology of suicidal attempt and relation to socio demographic factors in the administrated emergency unit central hospital of neishabur in 2003, Quarterly journal of fundamentals of mental health, 2004:23-4.
42.Ghaleiha a, afzali s, bazyar m, khorsand f, torabian s, Characteristics of hospitalized patients following suicide attempt in hamadan district, iran, Oman med j, 2012;27(4):304-9.
43.Zohor a, torabi m, pasandeh h, Epidemiology of suicide in reffering to emergency center of center of jiroft of kerman, 2001.
44.Alvarado-esquivel c, sánchez-anguiano lf, arnaud-gil ca, hernández-tinoco j, molina-espinoza lf, rábago-sánchez e, Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients: a case control study in a northern mexican city, International journal of biomedical science: ijbs. 2014;10(1):61.
45.Kim dr, ali m, thiem vd, wierzba tf, Socio-ecological risk factors for prime-age adult death in two coastal areas of vietnam, Plos one, 2014;9(2).
46.Shirazi h, hosseini m, zoladl m, malekzadeh m, momeninejad m, noorian k, "et al", Suicide in the islamic republic of iran: an integrated analysis from 1981 to 2007, 2012.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

47.Nazarzadeh m, bidel z, ayubi e, asadollahi k, carson kv, sayehmiri k, Determination of the social related factors of suicide in iran: a systematic review and meta-analysis, Bmc public health, 2013;13(1):4.
48.Poor fb, tabatabaei sm, bakhshani n-m, Epidemiology of suicide and its associated socio-demographic factors in patients admitted to emergency department of zahedan khatam-al-anbia hospital, International journal of high risk behaviors & addiction 2014;3(4).
49.Keyvanara m, mousavi sg, karami z, Social class status and suicide characteristics: a survey among patients who attempted suicide in isfahan, Materia socio-medica 2013;25(1):56.
50. Cheng-jin zhao, xing-bo dang, xiao-li su, jia bai, long-yang ma, Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in northwestern china, Med sci monit. 2015; 21: 2743–2749.
51.Beautrais al, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australian and new zealand journal of psychiatry,2000;34(3):420-36.
52.Peña jb, kuhlberg ja, zayas lh, baumann aa, gulbas l, hausmann-stabile c, "et al", Familism, family environment, and suicide attempts among latina youth, Suicide and life-threatening behavior 2011;41(3):330-41.
53.Consoli a, peyre h, speranza m, hassler c, falissard b, touchette e, "et al", Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family, Child adolesc psychiatry ment health 2013;7(1):8.
54.Amiri b, pourreza a, rahimi foroushani a, hosseini sm, poorolajal j, Suicide and associated risk factors in hamadan province, west of iran, in 2008 and 2009, Journal of research in health sciences, 2012;12(2):88-92.
55.Haghighi h, golmirzaee j, mohammadi k, moradabadi as, dadipoor s, hesam aa, Investigating the relationship between the demographic variables associated with suicide in different seasons among suicidal people in the shahid mohammadi hospital, bandar abass, iran, Journal of education and health promotion. 2015;4[Persian].
56.Karami m., ebrahim zade m., yousefi p., khani k, Investigatethe causes ofdrug poisoningin boali and nime shaban hospital,sari,iran,in 2002- 2000, Razijournal of medical sciences 2004;11(42)629-35.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Original Article

Demographic characteristics of patients with suicide attempt in Bojnurd;2014

Hojjat SK[1], Hatami SE[2], Norozi Khalili M[3],Kazemi S[4], Danesh M[5], Samadi bilehsavar A[6], Naghdi Pour J[7], Kamkar khabushan M[8], Ansari H[8]*

[1]Assistant professor, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2]MSc of epidemiology, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3]Department of community medicine and ethic, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[4]M.As of clinical psychology. Esfarayen Faculty of Medical Sciences, Esfarayen, Iran.
[5]PHD student of counseling, Islamic Azad University, Bojnurd branch, Bojnurd, Iran.
[6]Resident of psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[7]MA student of psychology, Islamic Azad University, Bojnurd branch, Bojnurd, Iran.
[8]B.S nursing, Imam Reza Hospital, North Khorasan University of Medical Sciences . Bojnurd, Iran.
***Corresponding Author:** Norozi Khalili Mina, Department of community medicine, school of medicine, North Khorasan University of Medical Sciences. shahriar street, Bojnurd, Iran
Email: mina.norozi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *suicide is one of the main reasons of mortality in the world and many countries involve with this major health issue. Pattern of suicide attempt is different in countries. Aim of this study was to assess the pattern of suicide attempt for suicide in patients who admitted in hospital.*

Material & Methods: *this research was a descriptive analytical study. Participants include all patients who admitted along one year (2013-2014) in Imam Reza hospital in Bojnurd city with suicide attempt (based on psychiatric interview). Require data such as pattern of suicide and kind of drug used collected by researcher designed checklist. Data were analyzed by SPSS. Chi-square test was used to analyze the data.*

Result: *281 patients with suicide attempt included in this study. 35.2% of samples were women and 64.8% was men. Mean age of samples was 24±9.07 year. We found a significant relation between variables such as age, gender and marital status and reason of suicide attempt. Drug poisoning was the most pattern of suicide attempt. Benzodiazepines were the most prevalence drugs used by patients for suicide. Argument with family or spouse was the most reason for suicide attempt based on patients self report.*

Conclusions: *The policy of the country is necessary to pay more attention to the issue of access of individuals to various drugs, as well as through the media and volunteers to manage and control the amount of medication in each house to inform and educate access to the people at high risk of unsafe drugs, less fatal to happen.*

Key words: *suicide attempt, drugs, pattern of suicide attempt*

Journal of North Khorasan University 2015;7(3): 537-550

Recivied: 16 Jun 2015
Revised:10 Oct 2015
Accepted:17 Nov 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]