ویژگیهای روانی-اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی در بیرجند

ناهید مهران[1]- دکترجعفر بوالهری[2]- دکترعلی اصغر اصغرنژاد فرید[3]- دکتر محمدرضا میری[4]

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی در جهان مطرح است و شناخت و بررسی آن در ایران ضروری است. مطالعه حاضر با هدف توصیف ویژگیهای روانشناختی و اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مقایسه با افراد عادی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مورد- شاهدی، ۵۰ نفر (۳۵ زن و ۱۵ مرد) از مراجعه‌کنندگان به دو مرکز اورژانس در شهرستان بیرجند (به علت اقدام به خودکشی) از طریق نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند و با ۵۰ فرد عادی (۳۵ زن و ۱۵ مرد) از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (بیمارستان امام رضا«ع») که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند، مقایسه شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مربوط به طرح پیشگیری از خودکشی سازمان بهداشت جهانی که شامل اطلاعات فردی و اجتماعی، آزمونهای سلامت روان، افسردگی بک، یأس، خشم و حمایت اجتماعی می‌باشد، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی مانند Chi-Square، محاسبه میانگین و آزمون t مستقل و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از نظر روش اقدام به خودکشی، به کار گرفتن مواد دارویی (۳۶ نفر، ۷۲٪)، مواد سمی و مسموم‌کننده (۶ نفر، ۱۲٪) و خودسوزی (۵ نفر، ۱۰٪) به ترتیب از بالاترین فراوانی برخوردار بودند. بیشتر زنان، مسائل خانوادگی و درگیری با همسر، اختلافات فامیلی و دوستان و ناراحتی روانی را علت اقدام به خودکشی ذکر کردند (۳۱نفر، ۶۲٪) و مهمترین دلیل در مردان مشکلات مربوط به سربازی و ناراحتی روانی بود (۸ نفر، ۱۶٪). در گروه اقدام‌کننده به خودکشی، میزان افسردگی، یأس، خشم به طور معنی‌داری بیشتر از افراد عادی بود (P<۰/۰۵). علاوه بر آن، گروه اقدام‌کننده از سلامت روان کمتری نیز برخوردار بودند. در زمینه میزان حمایت اجتماعی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: اقدام به خودکشی در گروه سنی زیر ۳۰ سال و در زنان بویژه زنان متأهل بیشتر است؛ همچنین افسردگی به عنوان یک اختلال روانی سبب بروز اقدام به خودکشی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ویژگیهای روانی- اجتماعی؛ اقدام به خودکشی؛ بیرجند

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۱، شماره ۳، سال ۱۳۸۳)

[1] نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

آدرس: بیرجند- بیمارستان امام رضا (ع) تلفن: ۹-۲۲۲۶۷۷۶-۰۵۶۱ نمابر: ۲۲۲۶۸۹۸-۰۵۶۱ پست الکترونیکی:mehran680@yahoo.com

[2] روانپزشک؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ عضو انستیتو روانپزشکی تهران

[3] دکترای روانشناسی عمومی؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ عضو انستیتو روانپزشکی تهران

[4] دکترای آموزش بهداشت؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی بهداشت، آموزشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مقدمه

اصطلاح اقدام به خودکشی شماری از رفتارهای مختلف را در برمی‌گیرد که وجه مشترک همه این رفتارها، ایجاد ضربات حادی به وسیله سم یا جراحت در خود است؛ این عمل با نتایج کشنده همراه نیست؛ به عبارتی دیگر به مرگ آنان منجر نمی‌شود. وجه مشترک دیگر این رفتارها بروز این اتفاقها در شرایط آشفتگی هیجانی اتفاق است (۱).

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده، تقریباً یک میلیون مرگ رخ داده در سال ۲۰۰۰، به علت خودکشی بوده است ولی داده‌های معتبری در ارتباط با ابعاد مختلف خودکشی بر اساس یک مطالعه جهانی در دسترس نمی‌باشد.

طبق گزارش WHO میزان اقدام به خودکشی بین ۱۰-۴۰ بار بیشتر از خودکشی موفق بوده است. در طول ۴۵ سال گذشته میزان اقدام به خودکشی به جای افراد مسن، در جوانان شایع شده است؛ بنابراین گزارش، خودکشی یکی از پنج علل اصلی مرگ‌ومیر در زنان و مردان محسوب می‌شود (۲).

گزارشات منتشره سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸-۱۹۸۷) در مورد میزان خودکشی در برخی کشورها در دهه ۹۰-۱۹۸۰ نشان می‌دهد که این میزان از زیر یک در صد هزار نفر در کشورهایی مانند ایران، سوریه، کویت، فیلیپین به رقم بالایی چون ۴۷/۳ در هر صد هزار نفر در سری لانکا در سال ۱۹۹۵ رسیده است (۳).

اگر چه میزان خودکشی در ایران، در مقایسه با سایر کشورهای پیشرفته صنعتی بسیار کم است ولی بررسیهای انجام‌شده در دو دهه اخیر در ایران نشان داد که خودکشی و اقدام به آن بخصوص در استانهای همدان، لرستان، ایلام و کرمانشاه رو به افزایش است (۴).

از طرفی نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که خودکشی در جوانان بیشتر از سایر گروهها است؛ در این بررسیها مسائلی همچون اختلافات زناشویی، درگیری با فامیل و اطرافیان، اختلالات روانی و بیکاری از دلایل عمده اقدام به خودکشی بوده است (۵-۹).

در سال ۱۹۹۹ سازمان جهانی بهداشت با هدف کاهش مرگ و میر ناشی از رفتارهای خودکشی در زمینه طرح پیشگیری از خودکشی پیشقدم شده است. این طرح برای اولین بار در ایران از سوی انستیتو روانپزشکی تهران به صورت آزمایشی در استان تهران (شهرستان کرج) اجرا و نتایج آن هنوز گزارش نشده است (۲). جهت اجرای قسمتی از این طرح که به بررسی عوامل جمعیت شناختی، اجتماعی و ارزیابی روانشناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی می‌پردازد، پژوهش حاضر با هدف شناسایی ویژگیهای جمعیت شناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی و مقایسه وضعیت روانشناختی و حمایت اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی با افراد عادی (شاهد) در شهر بیرجند انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مورد- شاهدی پس رویدادی، ۵۰ نفر (۳۵ زن و ۱۵ مرد) از افرادی که به دلیل اقدام به خودکشی، به دو مرکز آموزشی،درمانی بیرجند مراجعه کردند،طی نه ماه (از فروردین تا آذرماه ۱۳۸۱) از طریق نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند (گروه مورد) و با ۵۰ فرد عادی (۳۵ زن، ۱۵ مرد) از کارکنان دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند (بیمارستان امام رضا«ع») (گروه شاهد) مقایسه شدند.

پس از مراجعه بیماران به بخش اورژانس، داخلی یا سوختگی، مشخصات اولیه آنان توسط مسئول مربوطه در دفتری ثبت می‌گردید و با مناسب‌شدن اوضاع جسمی آنان و امکان برقراری ارتباط کلامی، محقق مصاحبه را شروع می‌نمود. هدف از اجرای پژوهش برای تک‌تک آنان توضیح داده می‌شد و در صورت اعلام همکاری جهت شرکت در طرح و رضایت کتبی، پرسشنامه توسط بیمار تکمیل می‌شد.

برای افرادی که به دلیل شرایط بدنی ناشی از اقدام به خودکشی در همان روز، قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند، زمان دیگری در نظر گرفته می‌شد و یا این که با گرفتن آدرس جهت تکمیل پرسشنامه و جلب موافقت آنان، حداکثر طی یک هفته به منزل آنها مراجعه می‌شد. پس از تکمیل نمونه‌های اقدام کننده به خودکشی، پرسشنامه مربوط به طرح در مورد ۵۰ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند و از نظر سن و جنس با گروه مورد در شرایط یکسانی قرار داشتند، اجرا شد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزار زیر استفاده شد:

– پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی (پرسشنامه پیشگیری از خودکشی سازمان جهانی بهداشت)؛ این پرسشنامه به صورت مصاحبه ساختاریافته با بیمار اقدام‌کننده به خودکشی اجرا می‌شود و توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (ژنو) تهیه شده است؛ در این تحقیق پس از ترجمه و اعتباریابی صوری و محتوایی آن توسط پژوهشگران انستیتو روانپزشکی تهران مورد استفاده قرار گرفت (۲). این پرسشنامه شامل اطلاعات فردی، اقتصادی، وضعیت اجتماعی، وسیله خودکشی، علت خودکشی، روز، ساعت و سابقه اقدام به خودکشی و ... می‌باشد.

– آزمون سلامت روان (اندکس سلامت سازمان جهانی بهداشت)؛ این آزمون شامل پنج عبارت و هر عبارت دارای نمره‌های ۰–۵ متناسب با گزینه مورد نظر می‌باشد و فرد یک گزینه را در هر عبارت (متناسب با وضعیت و احساس روحی و جسمی خود در طی دو هفته اخیر) علامت می‌زند. نمره بزرگتر نشان‌دهنده سلامت بیشتر است و مجموع نمره‌های فرد در پنج عبارت، ضریب سلامتی WHO می‌باشد. پایایی این آزمون، ۰/۷۶ گزارش شده است (۱۰).

– آزمون افسردگی بک (شامل ۲۱ سؤال)، میزان افسردگی و شدت آن را در افراد می‌سنجد؛ هر سؤال شامل چهار گزینه که نمره‌ای بین ۰–۳ را دارا می‌باشد، است. فرد گزینه‌ای را که بیان‌کننده احساس وی در طول هفته گذشته و آن روز بوده، انتخاب می‌نماید. انتخاب گزینه با نمره بالاتر حاکی از افسردگی بیشتر است. پایایی این آزمون ۰/۸۱ گزارش شده است (۱۱).

– مقیاس یأس که شامل یک جمله است و نگرش فرد به آینده را نشان می‌دهد. فرد باید گزینه‌ای (درست یا غلط) را که به بهترین شکل احساس وی را نسبت به آینده نشان می‌دهد، مشخص سازد. پاسخ درست فرد به این جمله نشان‌دهنده احساس یأس و نومیدی و پاسخ غلط نشانگر حس امیدواری به آینده است.

– مقیاس صفت خشم اسپیلبرگر که شامل ۱۰ عبارت و هر عبارت شامل چهار گزینه و دارای نمره‌ای بین ۱–۴ می‌باشد. انتخاب گزینه با نمره بالاتر نشان‌دهنده خشم بیشتر در فرد است. پایایی این آزمون در یک بررسی مقدماتی ۰/۷۴ گزارش شد (۱۰).

– مقیاس حمایت اجتماعی بیل براهه که شامل ۸ سؤال و هر سؤال شامل ۳ گزینه و دارای نمره‌ای بین ۰–۲ می‌باشد و محتوای پرسشنامه مربوط به ارائه یا دریافت کمکهای عاطفی و عملی از جانب خانواده و دوستان است. انتخاب گزینه با نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت بیشتر از سوی خانواده و دوستان است. میزان پایایی این آزمون در ایران ۰/۵۲ گزارش شد (۱۰).

پرسشنامه‌ها پس از تکمیل، نمره‌گذاری و کدبندی شدند. بخشی از داده‌ها از طریق آمار توصیفی و جهت آزمون سؤالهای پژوهش و مقایسه افراد اقدام‌کننده و عادی، از آزمون Chi-Square، محاسبه میانگین و آزمون t گروههای مستقل استفاده شد. P<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این بررسی ۵۰ نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی

انتخاب و با ۵۰ فرد عادی مقایسه شدند. در گروه مورد، بیشتر افراد در رده سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند (۴۲ نفر، ۸۴٪) که شامل ۳۰ زن (۶۰٪) و ۱۲ مرد (۲۴٪) بودند. زنان بیشترین درصد را در این تحقیق به خود اختصاص دادند (۳۵ نفر، ۷۰٪). در زنان بالاترین موارد اقدام به خودکشی به ترتیب مربوط به افراد متأهل (۲۱ نفر، ۴۲٪)، خانه‌دار (۱۶ نفر، ۳۲٪) و پس از آن دانشجویان و زنان قالیباف (هرکدام با رقم ۱۲٪) بود؛ در مردان افراد مجرد (۹ نفر، ۱۸٪) و سرباز بالاترین موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص دادند.

از نظر میزان تحصیلات، بالاترین موارد اقدام به خودکشی در کل افراد (۵۲٪) مربوط به مقطع دیپلم و بالاتر از دیپلم و کمترین موارد (۶٪) در افراد با تحصیلات متوسطه بود؛ از کل این افراد ۷۸٪ در شهر و ۲۲٪ در روستا زندگی می‌کردند.

در لحظه اقدام، ۲۷ نفر (۵۴٪) از افراد گزارش کردند که اعضای خانواده نیز در منزل حضور داشتند. ۲۵ نفر (۵۰٪) از افراد هنگام اقدام هشدار انفعالی داده بودند و در ۵۴٪ از موارد پس از اقدام به فرد مؤثر در کمک اطلاع نداده بودند.

۱۷نفر (۳۴٪) از اقدام‌کنندگان به خودکشی، سابقه‌ای از اقدامات قبلی خودکشی را گزارش کردند. ۶ نفر (۱۲٪) اقدام به نوشتن وصیت‌نامه کرده بودند؛ ۴۲ نفر (۸۴٪) از آنان بدون برنامه‌ریزی قبلی دست به خودکشی زده بودند و ۲۶ نفر (۵۲٪) از آنان قبلاً به کسی اطلاع نداده بودند که قصد انجام خودکشی دارند؛ ۳۱ نفر (۶۲٪) از آنان هدف از این اقدام را تمایل جدی برای مردن اظهار کرده بودند. در ۵۲٪ از موارد واکنش اطرافیان بعد از اقدام، توأم با ترحم و دلسوزی بوده و بیشترین احساسی که خود فرد بعد از اقدام داشته، عصبانیت نسبت به خود بود (۴۰٪).

از نظر عامل زمانی، اقدام به خودکشی به ترتیب در فصل تابستان (۵۴٪)، بهار (۲۶٪) و پاییز (۲۰٪) بود. بیشترین (۲۸٪) و کمترین (۲٪) موارد خودکشی به ترتیب در شهریور و آذرماه اتفاق افتاده بود. از نظر روزهای هفته و تعطیل، بیشتر موارد در روزهای چهارشنبه (۲۰٪) و جمعه (۲٪) و کمترین در روزهای یکشنبه (۸٪) و پنج‌شنبه (۸٪) اتفاق افتاده بود. از نظر ساعت اقدام به خودکشی بیشتر موارد در ساعت ۶ عصر تا ۱۲ شب (۴۴٪) و کمترین موارد در ساعت ۱۲ ظهر تا ۶ عصر (۱۸٪) رخ داده بود. در ساعات ۱۲ شب تا ۶ صبح موردی گزارش نگردید. شایعترین مکان خودکشی نیز در منزل بود (۷۴٪).

از نظر روش اقدام به خودکشی، استفاده از مواد دارویی (۳۶ نفر، ۷۲٪)، مواد سمی و مسموم‌کننده (۶ نفر، ۱۲٪) و خودسوزی (۵ نفر،۱۰٪) به ترتیب بالاترین شیوع را داشتند (جدول ۱).

جدول ۱-توزیع فراوانی نسبی اقدام‌کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و روش اقدام

جنس / روش اقدام	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
قرصهای آرام‌بخش، ضد صرع، سایکوتروپ و سایر داروهای اعصاب	۱۴	۴۰	۱۰	۶۶/۶	۲۴	۴۸
داروهای تب‌بر و مسکن و سایر مواد بیولوژیک	۱۰	۲۸/۵	۲	۱۳/۳	۱۲	۲۴
سم (آفت‌کش‌ها)	۶	۱۷/۱	–	–	۶	۱۲
خودسوزی (نفت)	۴	۱۱/۴	۱	۶/۶	۵	۱۰
سایر داروهای شیمیایی (داروی نظافت)	–	–	۲	۱۳/۳	۲	۴
سایر روشها (تزریق نفت داخل ورید)	۱	۲/۸	–	–	۱	۲
جمع کل	۳۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

در پژوهش حاضر بیشتر زنان، مسائل خانوادگی و درگیری با همسر (۳۸٪)، اختلافات فامیلی و دوستان(۱۲٪) و ناراحتی روانی (۱۲٪) را علت اقدام خود بیان کردند و مهمترین دلیل در مردان مشکلات مربوط به سربازی (۱۰٪) و ناراحتی روانی (۶٪) تعیین شد. در بین کل افراد، دلایل دیگری نیز برای اقدام به خودکشی ذکر شد؛ همچون بیکاری (۴٪)، شکست عشقی (۴٪)، مشکل مالی (۴٪) و فوت بستگان نزدیک (۴٪) که دارای فراوانی کمتری بود (جدول ۲). میانگین سنی در گروه مورد ۵/۳±۲۳/۱ و در گروه شاهد ۵/۲۸±۲۳/۰ بود.

گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد، در اندکس سلامت روان نمره پایینی و در آزمون افسردگی بک و مقیاس خشم نمره بالاتری را به دست آوردند؛ این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۵). بین دو گروه مورد و شاهد در مقیاس حمایت اجتماعی (مقوله خانواده و دوستان) اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳). درصد بیشتری از گروه مورد (۶۸٪) در مقایسه با گروه شاهد (۱۴٪) به سؤال یأس (آینده به نظرم تاریک می‌رسد) پاسخ درست دادند و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۵).

در گروه مورد ۴ نفر (۸٪) شامل ۳ زن (۶٪) و ۱ مرد (۲٪) از روش خودسوزی (به وسیله نفت) جهت اقدام به خودکشی استفاده کرده بودند که منجر به فوت آنها شد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف اصلی پژوهش حاضر یعنی شناسایی ویژگیهای جمعیت‌شناختی و مقایسه وضعیت روان‌شناختی و حمایت اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی با افراد عادی، ۵۰ مورد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی، درمانی شهر بیرجند و ۵۰ مورد از افراد عادی شناسایی و پرسشنامه مربوط به پژوهش را تکمیل کردند.

در این پژوهش ۸۴٪ از موارد اقدام به خودکشی زیر ۳۰ سال بود و نتایج تحقیقات در خارج و داخل کشور نیز بیشترین میزان اقدام به خودکشی را در جوانان و نوجوانان و سن اقدام را در برخی مناطق ۱۵-۲۴ سال نشان می‌دهد (۱۲،۹،۸،۵،۲،۱). این مسأله می‌بایست به عنوان یکی از معضلات این قشر مطرح شود و این که جوانان و نوجوانان با چه مسائل و رویدادهایی و یا احتمالاً وضعیت روحی آشفته‌ای روبه‌رو هستند.

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی اقدام‌کنندگان به خودکشی بر حسب جنس و علت اقدام به خودکشی

جنس / علت خودکشی	زن		مرد		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلافات زناشویی	۱۰	۲۸/۵	–	–	۱۰	۲۰
اختلافات خانوادگی	۹	۲۵/۷	۱	۶/۶	۱۰	۲۰
بیکاری	–	–	۲	۱۳/۳	۲	۴
شکست عشقی	۱	۲/۸	۱	۶/۶	۲	۴
مشکل مالی	۱	۲/۸	۱	۶/۶	۲	۴
بیماری جسمانی	–	–	۱	۶/۶	۱	۲
ناراحتی روحی	۶	۱۷/۱	۳	۲۰	۹	۱۸
اختلافات فامیلی و دوستان	۶	۱۷/۱	–	–	۶	۱۲
فوت بستگان نزدیک	۲	۵/۷	–	–	۲	۴
اعتیاد به مواد	–	–	۱	۶/۶	۱	۲
مشکلات مربوط به سربازی	–	–	۵	۳۳/۳	۵	۱۰
جمع کل	۳۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

جدول ۳- مقایسه میانگین ویژگیهای فردی و اجتماعی در دو گروه مورد و شاهد

گروه / متغیرها	میانگین		سطح معنی‌داری
	مورد	شاهد	
سلامت روان (WHO)	۵/۰۴	۱۴/۸۰	۰/۰۰۱
افسردگی	۲۷/۵۴	۱۱/۶۰	۰/۰۰۱
خشم	۲۵/۳۰	۱۹/۷۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی (خانواده)	۱۰/۴۴	۹/۹۸	۰/۴۵
حمایت اجتماعی (دوستان)	۷/۰۰	۷/۸۰	۰/۳۰

نتیجه تحقیق گویای آن است که میزان اقدام به خودکشی زنان بیشتر از مردان است و خودکشی در بین زنان متأهل و مردان مجرد در این تحقیق از فراوانی بالایی برخوردار بود؛ این یافته با نتایج تحقیقات پژوهشگران دیگر نیز همخوانی دارد (۱۳،۷،۶،۲)؛ این امر احتمالاً حاکی از زندگی پر تنش گروهی از دختران و زنان در نمونه پژوهشی حاضر است.

یافته پژوهش نشان داد که اقدام به خودکشی در همه مقاطع تحصیلی و حتی بالاتر از دیپلم وجود دارد؛ این یافته با نتایج حاصل از برخی تحقیقات دیگر مغایرت دارد (۱۳،۱۲،۲).

شایعترین روش خودکشی در این تحقیق استفاده از مواد دارویی بود که با مطالعات دیگر هماهنگی دارد (۶،۵،۱).

مهمترین دلایل و انگیزه خودکشی در این تحقیق (مشکلات زناشویی، اختلافات خانوادگی و فامیلی) با سایر مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۵،۱۴،۱۲،۹،۸،۷،۳،۱).

مشکلات مربوط به سربازی در مردان از مهمترین دلایل خودکشی بود که با مطالعه و تحقیق مشابه انجام‌شده در استان مازندران همخوانی دارد (۱۴).

این موضوع نشان می‌دهد که احتمالاً دختران در روابط درون خانواده بخصوص با والدین و زنان در مناسبات زناشویی درگیر مشاجرات می‌باشند که می‌تواند یکی از دلایل اقدام به خودکشی در آنان باشد؛ مسائل دیگری همچون فشار ناشی از کار قالیبافی و رضایت نداشتن از درآمد ناشی از کار سنگین در زنان قالیباف از طرفی و مشکلاتی که دانشجویان با دور شدن از خانواده در این منطقه تجربه می‌کنند، در خور توجه است. احتمالاًموضوع سربازی و شرایط حاکم بر پادگان نیز می‌تواند به عنوان یک عامل تنش‌آور در مردان تلقی شود.

در مطالعه حاضر افسردگی به عنوان یک اختلال روانشناختی در اقدام‌کنندگان به خودکشی شناخته شد که با نتایج برخی مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۶،۷،۵،۳،۱). در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که عواملی همچون مشکلات بین فردی، مشکل سربازی، مرگ عزیزان، مشکل مالی، بیکاری، شکست عشقی، ارزیابی منفی از خود و ناامیدی زمینه ساز اختلال افسردگی و به دنبال آن اقدام به خودکشی بوده است. ارتباط افسردگی با افزایش اقدام به خودکشی مورد تأیید پژوهشگران بسیاری قرار گرفته و در پژوهشهای بین فرهنگی از ۳۵-۷۹٪ موارد اقدام به خودکشی وجود علایم افسردگی گزارش شده است (۱۷).

به هر حال تحقیقات انجام شده بیشتر درباره عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی، نیمرخ شخصیتی، افسردگی، رویدادهای فشار زا، شیوه‌های مقابله و رویکرد حل مسأله در افراد اقدام‌کننده به خودکشی بوده است؛ اما به مطالعاتی در زمینه متغیرهای یأس، خشم، حمایت اجتماعی و سلامت روان بر اساس پرسشنامه طرح پیشگیری از خودکشی WHO دست نیافتیم.

در مقاله حاضر توصیفی از یک نمونه کوچک اقدام‌کننده به خودکشی در شهر بیرجند ارائه شد و از آنجا که برآورد آماری موارد اقدام به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس، فراتر از نمونه تصادفی شناسایی در این تحقیق می‌باشد، نمی‌توان میزان اقدام به خودکشی را با توجه به برآورد جمعیت در معرض خطر منطقه تخمین زد. یکی از موارد کاربرد نتایج پژوهش حاضر تهیه برنامه جامعی جهت پیشگیری از این معضل (خودکشی) است و این امر جز با آموزش و توجیه مسؤولین دست‌اندرکار، امکان‌پذیر نمی‌باشد. گام مهمتر مداخله در امر درمان بخصوص درمانهای روانشناختی و مددکاری اجتماعی علاوه بر درمان پزشکی می‌باشد. از آنجا که تعدادی از افراد اقدام‌کننده به خودکشی در اثر استفاده از روشهایی همچون خودسوزی و یا حلق آویز کردن جان خود را از دست می‌دهند، لازم است چنین مواردی توسط محققین، از طریق مصاحبه با خانواده‌ها و یا نزدیکان افراد خودکش بررسی شود و هماهنگی و همکاری با پزشکی قانونی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

از مدیریت محترم امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، کارکنان زحمتکش دانشگاه، بخصوص همکاران بخش اورژانس، داخلی و سوختگی که در اجرای تحقیق هماهنگی و همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1- Kerkhof AJ. Attempted Suicide: Patterns and Trends. Howton K, van Heeringen K.The International Handbook of suicide and Attempeted Suicide. Canada: John Wiley; 2000. Chapt. 3: 49-61.

۲- بوالهری جعفر، اصغرنژاد علی‌اصغر، شاه‌محمدی داوود، لایقی هوشمند. بررسی مقدماتی مطالعاتی در زمینه خودکشی.۱۳۸۰. (گزارش منتشر نشده).

3- Cheng Adrew T, Lee Chau Shoun A. Suieide in Asia and the Far East. In: Howton K, van Heeringen K. International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Canada: John Wiley; 2000. Chapt. 2: 29-48.

۴- مرادی سعدالله، خادمی علی. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی. مجله علمی پزشکی قانونی. ۱۳۸۱؛ دوره ۸ (شماره ۲۷): صفحات ۱۶-۲۱.

۵-حیدری پهلویان احمد. وضعیت روانی- اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۷۶؛ سال سوم، شماره ۱ و ۲: صفحات ۳۱-۱۹.

۶- یاسمی محمدتقی، صباحی عبدالرضا، میرهاشمی سید مجتبی، سیفی‌نژاد آذر، کیوان پرینوش، طاهری محمدحسین. همه‌گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی دراستان کرمان. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۸۱؛ سال هفتم (شماره ۴): صفحات ۴-۱۲.

۷-حسن‌زاده مهدی، رجالی علی. بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۶۶؛ سال۶ (شماره ۲۲): صفحات ۴۷-۵۹.

۸- محسنی منوچهر. انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات مروی؛ ۱۳۶۶.

۹- اداره بهزیستی استان ایلام. راهکار مقابله با خودکشی. ۱۳۷۴.

۱۰- اصغرنژاد علی‌اصغر، بوالهری جعفر، شاه‌محمدی داوود، لایقی هوشمند. بررسی پایایی با روش بازآزمایی و هنجاریابی آزمونهای سلامت روان، خشم و حمایت اجتماعی. ۱۳۸۰. (گزارش منتشر نشده).

۱۱- غرایی بنفشه. بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۱۲- موسوی فاطمه، شاه‌محمدی داوود، کفاشی احمد. بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۹؛ سال پنجم (شماره ۴): صفحات ۴-۱۰.

۱۳- یاسمی محمدتقی، صانعی نسرین، ملک‌پور افشار، رضا، هنرمند علیرضا، میرشکاری رضا. بررسی همه‌گیرشناسی موارد اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار . ۱۳۷۷؛ سال سوم (شماره ۴): صفحات ۱۵-۲۷.

۱۴- ضرغامی مهران، خلیلیان علیرضا. خودسوزی در استان مازندران. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۸۱؛ سال هفتم (شماره ۴): صفحات ۱۳-۲۴.

۱۵- خلخالی محمدرسول، رهبر مرتضی، فرد مسعود رسول، جمادی آسیه. بررسی حوادث زندگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۳۸۰؛ دوره ۱۰۰ (پاییز و زمستان): صفحات ۹۶-۱۰۶.

۱۶-کاویانی حسین، رحیمی پریسا. مسأله‌گشایی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۸۱؛ سال هفتم (شماره ۴): صفحات ۲۵-۳۰.

17- Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.

Social and psychological characteristics of suicide attempters in comparison with normal individuals in Birjand

N. Mehran[*], G. Bolhari[**], AA. Asgharnejad Farid [***], MR. Miri[****]

*MSc. in Clinical Psychology, Imam Reza Hospital, Birjand, Iran
** Psychiatrist, Faculty of Psychology, Iran University of Medical Sciences; Member of Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran
*** PhD in General Psychology, Faculty of Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences; Member of Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran
**** PhD in Health Education, Faculty of Paramedical Sciences. Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran

Abstract

Background and Aim: Suicide is one of the major health problems in the world and it is necessary to study and define it in Iran. The purpose of this study was to describe social and psychological characteristics of suicide attempters in comparison with normal individuals.
Materials and Methods: In this case- control study, 50 individuals (35 females, 15 males) who had referred, because of a suicide, attempt to two emergency centers in Birjand city and 50 normal individuals (35 females, 15males) of the personnel of Birjand University of Medical Science (personnel of Imam Reza hospital) as the case and control groups respectively. In order to collect data the questionnaire of WHO concerning prevention plan of suicide, including demographic information, social/individual characteristics, mental health test, Beck depression inventory, hopelessness, anger, and social support was used. The data were analyzed through descriptive and inferential statistics such as Chi-Square, average computing, independent t-test using SPSS software. $P<0.05$ was defined as significant.
Results: With respect to an attempt to suicide, we can mention the followings as the most common type: using drugs (39 People, 72%) using poisonous substances (6 People, 12%), and self burning (5 people, 10%). According to the present research, most of women cited family problems, conflict with husband, family and friend's vicissitudes, mental problems as reasons for suicide attempting (31persons, 62%). The most important reasons in males' suicide attempt was related to problems of military service and mental disorders (8 individuals, 16%).The level of depression, hopelessness, and anger was significantly more than that of normal individuals among suicide attempting group ($P<0.05$). Besides suicide attempting group enjoyed less mental health. With respect to social support there was not a significant difference between the two groups.
Conclusion: Suicide attempt is higher among people under 30, and it is even higher among married women. Besides, depression, as a psychological disorder, brings about attempting to suicide.

Key Words: Social and psychological characteristics; Suicide attempt; Birjand