● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی ۲۶)، صفحه ۵۸ الی ۶۲، بهار ۱۳۸۴
دریافت: ۸۲/۱۱/۶، پذیرش: ۸۳/۳/۱۳

بررسی اقدام به خودکشی در زنان شهرستان بابل (۸۰-۱۳۷۹)

دکتر طاهره اسماعیل نیا[1]*، محبوبه فرامرزی[2]، دکتر شکوفه موسوی[3]، دکتر گلفام شمسی[4]

۱- استادیار گروه اطفال دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- عضو هیأت علمی گروه پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۴- پزشک عمومی

سابقه و هدف: خودکشی زنان یک شاخص مهم پیشرفت فرهنگی، اجتماعی و قانونی زنان در جوامع مختلف است. شیوع خودکشی در جوامعی که در آن زنان از حقوق شخصی، اجتماعی و خانوادگی مناسب برخوردار هستند، پائین است. این مطالعه شیوع و علل خودکشی در زنانی که اقدام به خودکشی کرده اند را تعیین می کند.

مواد و روشها: این مطالعه بر روی ۱۲۶ نفر از زنانی که طی یکسال با اقدام به خودکشی به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و مرکز سوختگی استان مازندران از دی ماه ۱۳۷۹ به مدت یکسال مراجعه کرده اند، انجام شده است. اطلاعات توسط پرسنل آموزش دیده جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS آنالیز شد. تست X^2 جهت آنالیز آماری بکار گرفته شد.

یافته ها: شیوع اقدام به خودکشی زنان ۶۰ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان در طول یکسال برآورده شد. میزان خودکشی در سنین زیر ۲۰ سال از سایر گروههای سنی بیشتر بود (۱۵/۵٪). خودکشی در فصول پائیز و زمستان بیشتر بود. میزان خودکشی در مجردین مشابه متأهلین بود. بحران حاد و مشکلات خانوادگی دو عامل اصلی خودکشی زنان را تشکیل می دهند. خودکشی در عصر و شب بیشتر بود. روش خودکشی زنان ۸۷/۵٪ با دارو، ۶/۶٪ مسموم و ۵/۹٪ خودسوزی بوده است.

نتیجه گیری: شیوع بالای خودکشی زنان و نوجوانان، تساوی میزان خودکشی مجردین و متأهلین و بحران حاد و مشکلات خانوادگی بعنوان علل اصلی خودکشی دلالت براین دارد که در برنامه های پیشگیری باید جوانان گروه هدف باشند. نقش ازدواج نیز بعنوان اثر محافظت از خودکشی کاهش یافته است.

واژه های کلیدی: *اقدام به خودکشی، شیوع، زنان، خطر.*

مقدمه

در چند دهه اخیر شیوع و علل مرگ و میر تغییرات زیادی داشته است. در گذشته عوامل طبیعی و بیماریها علت اصلی مرگ و میر بوده است در حالیکه امروزه عوامل قابل پیشگیری جایگزین آنها شده است. قسمتی از این تغییرات به افزایش جهانی تعداد خودکشی بخصوص در دوره جوانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه ارتباط دارد. خودکشی مرگی است که عمدتاً بدست خود شخص حاصل می شود و هشتمین علت شایع مرگ و میر در ایالت متحده است(۱). خودکشی علت ۱۲٪ مرگ ومیر در سنین نوجوانی است(۲). میزان خودکشی موفق در پسران جوان پنج برابر دختران است اما اقدام به خودکشی در دختران سه برابر پسران است. میزان خودکشی در سوئیس، آلمان، ژاپن ۲۵ درصد هزار و در اسپانیا، ایتالیا، مصر و هلند ۱۰ درصد هزار است(۳). از خصوصیات افرادی که خودکشی

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۷۹۱۹ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.10.9]

می کنند ناتوانی آنان در یافتن راه حل مسائل و فقدان راهبردهای مدارا برای کنار آمدن با عوامل استرس زای اضطراری است. بسیاری از رفتارهای انتحاری بخصوص در نوجوانان به عوامل اجتماعی ارتباط دارد و این موارد در افرادیکه زندگی خانوادگی آنان بمدت طولانی استرس آمیز بوده بیشتر دیده می شود(۲). میزان خودکشی در بین افراد متأهل ۱۱درصدهزار است و در مجردین ۲ برابر افراد متأهل است. میزان خودکشی مردان طلاق گرفته ۶۹ در صدهزار و زنان مطلقه ۱۸ درصدهزار نفر است. میزان خودکشی با شغل ارتباط دارد و در میان بیکاران افزایش می یابد. هرچه وضعیت اقتصادی اجتماعی شخص بالاتر باشد خطر خودکشی بیشتر است اما نزول وضعیت اجتماعی نیز خطر را بالاتر می برد(۱).

خودکشی با بیماری جسمی یا روانی افراد ارتباط دارد. کالبدشکافی خودکشی کننده ها براین دلالت دارد که ۷۵-۲۵٪ قربانیان بیماری جسمی داشته اند. بیماریهای عصبی از قبیل اپی لپسی، مولتیپل اسکلروزیس، ترومای جمجمه و بیماری غدد درون ریز مثل کوشینگ، بی اشتهائی عصبی، سندروم کلاین فلتر ارتباط بیشتری با خودکشی داشته است(۱). زخم پپتیک، سیروز، اختلال اروژنیتال مثل هیپرتروفی پروستات و بیماریهای کلیوی تحت درمان با همودیالیز از بیماریهای دیگر همراه با قربانیان خودکشی است. از عوامل بسیار مهم خودکشی الکلیسم، سؤ مصرف دارو، افسردگی، اسکیزوفرنی و سایر بیماریهای روانی است. تقریباً ۹۵٪ بیمارانی که اقدام به خودکشی می کنند نوعی بیماری روانی مشخص شامل اختلالات افسردگی ۸۰٪، اسکیزوفرنی ۱۰٪ و دمانس ۵٪ دارند(۱). در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده اکثریت موارد اقدام به خودکشی در زنان بوده که بیشترین موارد آن نیز در سن زیر ۲۰ سال و شایعترین روش خودکشی در آنها استفاده از داروها بوده است(۹-۴و۱). لذا با توجه به اهمیت موضوع برآن شدیم که شیوع و علل اقدام به خودکشی زنان در منطقه خود را مورد بررسی قرار دهیم تا نتایج آن در پایه‌ریزی حل مسائل و مشکلات زنان مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روشها

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زنان شهرستان بابل اعم از شهری و روستائی اقدام کننده به خودکشی است که به بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی بابل (شهید یحیی نژاد و شهید بهشتی) و نیز به بیمارستان شهید زارع ساری (مرکز سوختگی استان مازندران) در طول یکسال از تاریخ دی ماه ۷۹ مراجعه کرده اند. پرسشنامه ای شامل مشخصات فردی و علل و عوامل خودکشی تنظیم شد که توسط پرسنل آموزش دیده در مراکز مختلف تکمیل گردید. در مورد زنانی که اقدام به خودسوزی نمودند و قادر به همکاری نبودند تکمیل پرسشنامه از نزدیکان فرد صورت گرفت.افراد غیربابلی که اقدام به خودکشی نمودندو به بیمارستانهای فوق مراجعه کرده اند، از مطالعه خارج شده اند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری x^2 انجام و$p<۰/۰۵$ معنیدار تلقی شد.

یافته ها

با توجه به جمعیت شهرستان بابل شیوع اقدام به خودکشی زنان ۶۰ در ۱۰۰ هزار جمعیت زن برآورد شده است. در طی یک سال بررسی ۱۳۶ زن بعلت اقدام به خودکشی در بیمارستانهای مورد مطالعه بستری شدند. ۵۱/۵٪ زیر۲۰ سال، ۲۹/۴٪ سن۳۰-۲۱ سال، ۱۱/۸٪ سن۴۰-۳۱سال و ۷/۳٪ سن بالای ۴۰سال داشتند. ۴۷/۸٪ مجرد، ۳/۷٪ مطلقه و بقیه موارد متأهل بودند. ۶۰/۳٪ در شهر زندگی می کردند. ۸/۸٪ بیسواد، ۴۷/۵٪ زیر دیپلم، ۳۵/۳٪ دیپلم و ۸/۱٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند. تنها ۸/۱٪ زنانی که اقدام به خودکشی کردند شاغل بودند. ۱۴/۸٪ مسکن استیجاری و ۲۲/۹٪ متأهلین با خانواده همسر زندگی می کردند. وضعیت خودکشی زنان از نظر فصل ۲۶/۵٪ در بهار، ۱۴/۷٪ در تابستان، ۳۳/۸٪ در پاییز و ۲۵٪ در زمستان بود. در تمام سنین میزان خودکشی در فصول پائیز و زمستان بیشتر بود بجز در سنین ۳۰-۲۱ سال که در فصل بهار خودکشی بیشتر صورت گرفته بود(P=۰/۰۳).

براساس یافته های ما زنان خانه دار در فصل پائیز بیشتر اقدام به خودکشی نموده اند، در حالیکه در زنان شاغل خودکشی در بهار و تابستان بیشتر بوده است(P=۰/۰۲). علت خودکشی زنان ۳۳/۸٪ بحران حاد (مانند دعوا و مشاجره با اطرافیان، از دست دادن نزدیکان، جدائی، بحران اقتصادی اخیر و شکست در آزمونهای مختلف مثل کنکور)، ۴۴/۱٪ مشکلات خانوادگی، ۸/۸٪ اختلافات

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.10.9]

با والدین، ۵/۱٪ ارتباطات عاشقـانه بوده اسـت. ۲/۲٪ سابقه بیماری جسمی و ۲۷/۲٪ سابقه بیماریهای روحی را ذکر کرده اند. ۲۳/۵٪ زنان سابقه قبلی اقدام به خودکشی داشتند. روش خودکشی زنان ۸۷/۵٪ دارو، ۶/۶٪ سموم و ۵/۹٪ خودسوزی بود. حداکثر میزان خودسوزی در فصل بهار، دارو در فصل پائیز و مصرف سموم در فصل زمستان بوده است(p=۰/۰۳). زمان اقدام به خودکشی در ۳/۶٪ زنان بین ساعتهای ۶-۱صبح، ۴/۴٪ در ساعت۱۲-۷/۹٪۴۴ در ساعت ۱۸-۱۳ و ۴۷/۱٪ در ساعت ۲۴-۱۹ شب بوده است. در تمامی روشها، خودکشی در بعد از ظهر و شب بیشتر بود(p=۰/۰۴).

بحث

در این بررسی اقدام به خودکشی در زنان ۱۳۶ مورد در طی یکسال بوده است که شیوع آن ۶۰ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت زن شهرستان بابل برآورد شده است. با توجه به اینکه بیمارستانهای خصوصی این شهر جزو مراکز مورد مطالعه نبوده است این میزان از موارد واقعی کمتر می باشد. در مطالعات دیگر در کشور ما موارد اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان بوده است(۱۰-۸و۶و۴). و نیز بیشترین آمار اقدام به خودکشی در زنان ایران در استان های کهگیلویه و بویراحمد و استان مازندران بوده است(۵).

در مطالعات جهانـی شیوع اقدام به خودکشی در ایرلند، مریلند، ۸ ایالت آمریکا بیشتر از مطالعه ما بوده (۱۳-۱۱) و در برخی کشورها مثل عربستان ، ممالک اسکاندینـاوی و ژاپن شیوع کمتری داشته است(۱۵و۱۴و۱). در این مطالعه بیشترین موارد اقدام به خودکشی در زنان زیر ۲۰ سال بوده است(۵۱/۵٪). در مطالعه‌ای در چین بیشترین میزان خودکشی زنان در سن ۲۴-۱۵ سال (۱۶) و در بررسی دیگر در ایرلند پیک سنی خودکشی زنان ۲۴-۲۰ سال بوده است(۱۱).

در مطالعه ای در قزوین نیز حداکثر شیوع خودکشی در زنان در گروه سنی زیر ۲۰ سال و در مردان ۳۰-۲۰ سال بوده است(۸). در حالیکه در مطالعه Elfawal در عربستان سن شایع خودکشی ۳۹-۳۰ سال بوده است(۱۴). تعداد بالای اقدام به خودکشی در سنین زیر ۲۰ سال ناشی از این مسئله است که این گروه مهارت های لازم برای حل مسئله در بحران های حاد را ندارند. در این بررسی اقدام به خودکشی در زنان متأهل و مجرد تقریبا یکسان است. در مطالعه ای در برلین نیز همین نتیجه وجود داشته است(۱۷). در کانادا ازدواج در مردان بیشتر از زنان باعث کاهش خطر خودکشی شده (۱۸) در حالیکه در مطالعه دیگری در شهرستان بابل اقدام به خودکشی در مجردین حدود دو برابر متأهلین بوده است که اعم از زن و مرد می باشد(۴). بالا بودن میزان خودکشی در زنان متأهل میتواند ناشی از مشکلات عدیده اقتصادی، اجتماعی و سؤ رفتار همسر در جامعه باشد که ازدواج و صاحب فرزند بودن نتوانسته است نقش مهمی در محافظت از اقدام به خودکشی باشد.

در این مطالعه بیشترین میزان اقدام به خودکشی در فصول پائیز و زمستان صورت گرفته است. در یک مطالعه بیشترین میزان خودکشی در نمیکره شمالی در ماه ژوئن (خرداد) و در نیمکره جنوبی در دسامبر(آذر) بوده است(۱۹) و نیز در بررسی دیگر در ایتالیا بیشترین میزان خودکشی در فوریه و بعد ژوئن و جولای و کمترین میزان آن نوامبر و سپتامبر بوده است(۲۰). در مطالعه دیگر اقدام به خودکشی در مردان بیشتر از زنان با تغییرات فصلی و آب و هوائی و نور خورشید در ارتباط بوده است(۲۱). بیشترین ساعت اقدام به خودکشی در این بررسی در تمام سنین در بعدازظهرها و اوایل شب بوده است که این یافته با مطالعه دیگر در شهرستان بابل (۴) و نیز در مطالعه ای در ایتالیا مطابقت دارد(۲۲) که بیانگر تاثیر عوامل بیولوژیکی مانند درجه حرارت، سیکل روشنائی، تاریکی و متابولیسم سروتونرژیک و سطح کلسترول، ملاتونین و تریپتوفان با تأثیر بر خلق و خوی فرد در اقدام به خودکشی است(۲۴و۲۳).

شایعترین علت خودکشی در بررسی ما بحران حاد بوده است. درمطالعه ای در انگلیس حادثه حاد در سه ماه قبل از خودکشی بخصوص در هفته قبل در افراد جوان وجود داشته است(۲۵) در مطالعه رابرت نیز استرس اخیر خطر خودکشی را ۲/۶ برابر افزایش داده است(۲۶). بیماری جسمی در ۲/۲٪ و روحی در ۲۷/۲٪ در زنان مورد مطالعه ما وجود داشته است. در مطالعات دیگر نیز سابقه بیماری جسمی و روانی بخصوص افسردگی و اسکیزوفرنی عوامل مساعدکننده در بروز خودکشی بوده است(۲۷و۲۶و۱۷). شایعترین روش اقدام به خودکشی زنان در این مطالعه مصرف دارو با دز بالا بوده است. در اکثر مطالعات انجام شده شایعترین روش خودکشی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.10.9]

بخصوص در زنان در ایران و جهان استفاده از دارو بوده است(۲۹و۲۸ و۱۳و۸و۶و۴) در حالیکه در عربستان شایعترین روش خودکشی حلق آویز کردن و بعد پریدن از ارتفاع و استفاده از اسلحه بوده است(۱۴). علت استفاده از دارو در زنان این است که هدف عمده آنان از اقدام به خودکشی مرگ نیست بلکه قصد دارند از این اقدام بعنوان روشی برای حل مشکلات خود استفاده کنند.

سابقه افکار و اقدام به خودکشی در ۲۳/۵٪ افراد مورد مطالعه ما وجود داشته است. در مطالعه‌ای در چین ۱۶٪ موارد افکار خودکشی و ۹٪ سابقه خودکشی داشتند(۱۶). در مطالعات دیگر نیز افکار و اقدام به خودکشی وجود داشته است(۳۰و۱۷و۸). سرانجام اقدام به خودکشی در زنان مورد بررسی ما (۱۳۶ نفر) در ۴ نفر منجر به مرگ شده که بیشتر ناشی از خودسوزی بوده است و سه نفر دچار عارضه جسمی شده اند. در نتیجه با اینکه اقدام به خودکشی در زنان در ایران بیشتر است اما خوشبختانه خودکشی موفق در زنان بسیار کم است. به توجه به مطالب فوق پیشنهاد می شود:

۱. همه پزشکان در طول دوره پزشکی باید در مورد علائم ابتدائی مشکلات فیزیکی – هیجانی و اجتماعی بخصوص در دوره بلوغ آموزش ببینند.

۲. با توجه به اینکه اکثر موارد اقدام به خودکشی در سن زیر ۲۰ سال می باشد همکاری روانشناسان ، روان پزشکان ، کارشناسان امور تربیتی با آموزش و پرورش و ارتباط صمیمی تر با دانش آموزان ضروری بنظر می رسد.

۳. با توجه به میزان شیوع بالای اقدام به خودکشی در متأهلین و اینکه ازدواج و داشتن فرزند نقش محافظتی لازم در پیشگیری از این اقدام را نداشته است، پیشنهاد می شود درخصوص مشکلات زنان متأهل بررسی های جامع تر صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از آقایان دکتر علی اکبر مقدم نیا معاونت محترم پژوهشی، میرکاظمی و خانمها خاتمی و بناری کمال تشکر را داریم.

****

References

1. Roy A. Psychiatric emergencies, 7th ed, Textbook of psychiatry, Lippincott 1999; PP: 2031-40.

2. Kaplan HI. Psychiatric emergences. Synopsis of psychiatry. Lippincott 1997; PP: 864-72.

3. Dalton R. Suicide and attempted suicide. Nelson textbook of pediatrics, 16th ed, Saunders 2000; PP: 80-2.

۴. خیرخواه ف ، ابراهیمی ه. پایان نامه بررسی فراوانی پارامترهای اپیدمیولوژی خودکشی در مراجعه به بیمارستان یحیی نژاد بابل ۱۳۸۱.

5. Askari S. Women, Main victims of suicide in Iran. Farhang-e Tose's 1998; pp: 37-42.

۶. یاسمی م، صانعی ن و همکاران. بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان، فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۷؛ (۲) ۴: ۲۷-۱۵.

۷. خلخالی سید م ، رهبر م و همکاران. بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۸۰؛ ۱۰: ۴۰-۳۹ ، ۱۰۶-۹۶.

۸. شیخ الاسلامی ه ، فلاح زاده م. بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی – درمانی بوعلی سینا قزوین، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۷۶؛ ۳: ۳۰-۲۴.

۹. ضرغامی م ، خلیلیان ع. خودسوزی در استان مازندران . فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۱؛ (۷)۴: ۲۴-۱۳.

۱۰. احمدی ا، حاجی احمدی م . گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سالهای ۷۱-۷۰ ، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۷۹؛ (۱۰)۲۸: ۱۲-۸.

11. Corcoran P, Keeley HS. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. Eur J Public Health 2004; 14(1): 19-23.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.10.9]

12. Kuo WH, Gallo JJ. Incidence of suicide ideation and attempted in adults. Psychol Med 2001; 31(7): 1181-91.

13. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. Am J Public Health 2000; 90(12): 1885-91.

14. Elfawal MA. Cultural influence on the incidence and choice of method of suicide in Saudi Arabia. Am J Forensic Med Pathol 1999; 20(2): 163-8.

15. Nishimura A, Shioiri T, Nushida H, et al. Changes in choice of method and lethality between last attem and completed suicide. Leg Med, Tokyo 1999; 1(3): 150-8.

16. Hesketh T, Ding QJ. Suicide Ideation in Chinese adolescents. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002 ;37(5): 230-5.

17. Schmeling A, Strauch H. Female suicides in Berlin with the use of firearms. Forensic Science Luternational 2001; 124: 178-81.

18. Trovato F. Sex, Mantal status and suicide in conada. Social Persppect 1991; 34(4): 427-45.

19. Petridou E, Padadopoulos FC, Frangakis CE, et al. A role of sunshine in the triggering of suicide. Epidemiology 2002; 13(1): 106-9.

20. Altamura C, Van Gaste A, et al. Seasonal and cicadian rhythms in suicide in Cagliari , Italy. Journal of Affective Disorders 1999; 53: 77-85.

21. Preti A, Miotto P. Seasonality in suicides. Psychiatry Res 1998; 81(2): 219-31.

22. Maldonado G, Kraus JF. Variations in suicide occurrence by time of day. Suicide life Threat 1991; 21: 174-87.

23. Maes M, Scharpe S, et al. Biochemical , metabolic and immune correlates of seasonal variation in violent suicide. Eur Psychiaty 1996; 11: 21-3.

24. Maes M, Weeckx S, et al. Biological variability in serum Vit E concentration. Clin Chem 1996 ; 42: 1824-31.

25. Cooper J, Appleby L. Life events preecding suicide by young people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002 ; 37(6): 271-5.

26. Roberts RE, Roberts CR. Suicidal thinking among adolescents with, history of altempted suicide. J Am Acad Child Adolesc Pcychiatry 1998; 37(12): 1294-300.

27. Spiessl H, Hubner B. Suicidal behavior of psychiatric in patients. Acta Psychiatr Scand 2002; 106(2): 134-8.

28. Canetto SS, Lester D. Love and achievement motives in women's and men's suicide notes. J Psychol 2002; 136(5): 573-6.

29. Sellier K. Death: accident or suidice by use of firearms. Forensic SC: Progr 1986; 1: 91-115.

30. Lewinsohn PM, Rohde P. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attemp. J Consult Clin Psychol 1994; 62(2): 297-305.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان کودکان امیرکلا، تلفن: ۵-۳۲۴۲۱۵۱-۰۱۱۱.

drshirvany@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.10.9]