

بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی

دکتر سید محمد رسول خلخالی* - دکتر مرتضی رهبر** - دکتر رسول فرد مسعود*** - دکتر آسیه جمادی***

*استادیار گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

**متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها - مرکز آموزشی درمانی رازی رشت

***پزشک عمومی - مرکز آموزشی درمانی رازی رشت

چکیده

حوادث استرس‌زای زندگی با فراوانی قابل توجهی در افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، قبل از اقدام به خودکشی دیده می‌شود. مطالعه حاضر به منظور بررسی حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی، در بخش فوریت‌های بیمارستان رازی رشت در تابستان ۱۳۸۰، بر روی بیمارانی که بعثت اقدام به خودکشی به این مرکز آورده شده بودند انجام شد. برای رسیدن به این هدف ۱۷۳ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی توسط دو نفر از پزشکان عمومی آموزش دیده مرد و زن، مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. روش گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که شایع‌ترین حادثه زندگی قبل از اقدام به خودکشی مشکلات خانوادگی (۷۶/۱٪) و بعد از آن به ترتیب مشکل در روابط بین فردی (۲۵٪) بالاخص شکست در روابط عاشقانه، مشکلات اقتصادی (۱۹/۱٪)، مشکلات شغلی (۱۲/۱٪)، مرگ عزیزان (۴٪) و بیماری (۳/۴٪)، شکست تحصیلی (۲/۳٪) و درگیریهای قانونی (۱/۱٪) می‌باشد. ارتباط معنی‌دار آماری بین حوادث مرگ عزیزان ($p=0/02$)، مشکلات اقتصادی ($p=0/04$)، مشکل در روابط بین فردی ($p<0/01$) با گروه سنی و مشکلات اقتصادی ($p<0/001$)، مشکلات شغلی ($p<0/0001$)، مشکلات در روابط بین فردی ($p<0/02$) با جنس و مرگ عزیزان ($p<0/01$) با میزان تحصیلات و مشکلات شغلی ($p<0/02$)، مشکل در روابط بین فردی ($p<0/01$)، مشکلات خانوادگی ($p<0/01$)، مشکلات تحصیلی ($p<0/03$) با وضعیت تاهل و مشکلات اقتصادی ($p<0/01$) با محل زندگی بدست آمد.

نتیجه نهائی اینکه حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی در دو جنس، گروههای سنی و افراد دارای میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و محل زندگی مختلف متفاوت است و ارتباط معنی‌داری بین آنها دیده می‌شود. شناخت و بررسی بیشتر این ارتباطات و بررسی الگوهای مختلف آن شاید بتواند در شناسایی گروههای پرخطر در مقابل حوادث زندگی و ارائه راهکارهای مناسب کاهش اقدام به خودکشی موثر باشد.

کلید واژه‌ها: حوادث/ خودکشی

مقدمه

خودکشی در برنامه‌های پیش‌گیری سازمان بهداشت جهانی، با افزایش ششصد هزار نفری خودکشی موفق از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۰۰ روبرو بوده ایم (۱ و ۷). این در حالی است که به علت بسیاری از ملاحظات فرهنگی و قومی در برخی کشورها آمار واقعی خودکشی اعلام نشده و مرگ طبیعی قلمداد می‌گردد (۱). میزان بالای خودکشی و اقدام به آن سبب گردیده تا پژوهشگران عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را مورد بررسی و مطالعه قرار دهند. یکی از این عوامل مورد بحث واکنش به مسائل و حوادث استرس‌آمیز زندگی است.

اقدام به خودکشی، عمل عمدی یک فرد برای خاتمه دادن به زندگی خویش است و با روشهایی مثل مسمومیت عمدی، دارزدن، پریدن از بلندی، شلیک کردن به خود و ... انجام می‌گیرد (۵). خودکشی در حال حاضر یکی از ده علت اصلی مرگ و میر در جهان بشمار می‌رود (۶). سالانه در حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و بیست میلیون نفر در سرتاسر جهان اقدام به خودکشی می‌کنند (۷). هربار اقدام به خودکشی ۳۲ درصد خطر خودکشی موفق را افزایش می‌دهد (۸). علیرغم قرار گرفتن

چندین پژوهش گزارش کرده اند که حوادث استرس زای زندگی با فراوانی بیشتری در اقدام کنندگان به خودکشی قبل از اقدام به خودکشی دیده می شود (۱۴ و ۱۰ و ۹). به نظر می رسد موقعیت های استرس زای زندگی با درهم ریختن ساختار روانشناسی فرد وی را مستعد این اقدام می کنند (۵ و ۵). هیکینن و همکاران در بررسی حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی، طلاق و جدایی، بحث های شدید خانوادگی، مشکلات مالی، مشکلات شغلی و بیکاری را در گروه سنی جوانترها و بیماریهای جسمی و باز نشستگی را در گروه سنی سالمندان به عنوان حوادث استرس زای عمده شناسایی کردند (۹). لونک و سیت در مطالعه خود درباره حوادث زندگی در سه ماهه قبل از اقدام به خودکشی، ناهماهنگی های خانوادگی، بیماریهای جسمی، مشکلات اقتصادی و سابقه مرگ و بیماری را در خانواده شایعترین حوادث عنوان کرده اند (۱۰). بیوترایز و همکاران نیز در مطالعه خود شکست در روابط بین فردی و مشکلات اقتصادی را عمده ترین حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی یافتند (۱۱). در مطالعاتی که در ایران و با روشهای مختلف انجام گرفته است مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی و بیکاری حوادث استرس زای عمده قبل از اقدام به خودکشی عنوان شده اند. این پژوهشها که موضوع اقدام به خودکشی را در موقعیت های زمانی مختلف بررسی کرده اند به تفاوت هایی بین این حوادث با متغیرهای سن - جنس - تاهل و ... اشاره کرده اند (۴ و ۳ و ۱). با توجه به اینکه هر جامعه ای دارای مختصات خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و ... است که در بستر زمان متحول می گردد و زندگی انسانهای آن جامعه و فضای روانشناختی آنها را

متاثر می سازد این پژوهش را با هدف بررسی حوادث زندگی و متغیرهای مرتبط با آن قبل از اقدام به خودکشی در مراجعین بخش فوریت های مرکز آموزشی - درمانی رازی رشت که مرکز ارجاع مسمومیت های این شهرستان می باشد، انجام دادیم، امیدواریم نتایج این مطالعه بتواند ما را در شناخت این عوامل و ارائه برنامه های مناسب برای کاهش اقدام به خودکشی یاری کند.

مواد و روش ها

این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی و در بخش فوریت های مرکز آموزشی درمانی رازی رشت که مرکز ارجاع بیماران مبتلا به مسمومیت این شهرستان است انجام گردید. جامعه نمونه پژوهش را افرادی تشکیل می دادند که به علت اقدام به خودکشی از اول تیرماه ۱۳۸۰ (شروع طرح) به این مرکز مراجعه کرده یا ارجاع شده بودند. حجم نمونه پژوهش ۱۷۳ نفر ($P=0.33$) بود. $d=0.1$ و $Z=1.96$ بدست آمد.

روش نمونه گیری آسان و ملاک گزینش افراد برای پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش و اجازه پزشک مسئول وضعیت بالینی وی در بخش مسمومیت ها برای انجام مصاحبه بود.

داده های پژوهش از طریق مصاحبه بالینی با بیماران بدست آمد. منبع اطلاعات در مورد حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی صرفا خود بیمار بود. با توجه به این که معنای استرس آمیز شناخته شدن یک حادثه زندگی کاملا وابستگی به مفهوم روانشناختی آن رویداد برای آن فرد دارد، بهترین روش برای کسب این مفهوم مصاحبه رودررو با بیمار در شرایطی که فضای مصاحبه اجازه مصاحبه ای روان و با حفظ رازداری را می داد، بود. برقراری چنین شرایطی که برای فرد اقدام کننده به خودکشی همدلی و

حمایت رادر محیطی غیر قضاوتی نیز فراهم می‌کرد
 ما را در رسیدن به اهداف پژوهش که صحت آن
 مبتنی بر ارائه اطلاعات مناسب و واقعی از سوی
 مصاحبه شونده بود، یاری کرد. مدت هر
 مصاحبه بیست الی سی دقیقه بود و مصاحبه گران
 دوتن از پزشکان عمومی زن و مرد بودند که قبل از
 انجام پژوهش به شکل تئوری و بالینی با شیوه‌های
 ارتباط و انجام مصاحبه با بیمار آموزش دیده بودند
 با توجه به این که افراد اقدام کننده به خودکشی
 ممکن بود که در ساعات مختلف شبانه روز و با
 شرایط و حالات بالینی گوناگون وارد بخش
 فوریت‌ها شوند گردش کار به این شکل طراحی
 شد: قبل از انجام طرح پرسنل بخش فوریت‌ها
 در نوبت‌های کاری مختلف در مورد همکاری با
 طرح توجیه گردیدند. نام بیماران بعد از ورود به
 بخش فوریت‌ها و انجام مراحل اولیه پذیرش در
 یک دفتر مخصوص ثبت می‌گردید که این دفتر
 طی انجام طرح بین همکاران نوبت‌های کاری
 مختلف منتقل و تحویل داده می‌شد. بعد از انجام
 پذیرش اولیه بیمار تحت نظر متخصص پزشکی
 قانونی و مسمومیت‌ها (همکار طرح) قرار می
 گرفت. از نظر شرایط بالینی بیماران در چند
 حالت وارد بخش فوریت‌ها می‌شدند: (۱)
 بیمارانی که به علت شرایط وخیم جسمی مثل
 کوما یا بروز عوارض دیگری مثل دلیريوم و ...
 قادر به برقراری ارتباط موثر و مصاحبه نبودند که
 این گونه بیماران تا کنترل شرایط بالینی و آمادگی
 برای مصاحبه با اجازه پزشک معالج در لیست
 مصاحبه قرار می‌گرفتند و در صورت فوت از
 پژوهش حذف می‌شدند. (۲) بیمارانی که بدلیل
 ناتوانی جسمی (شنوایی یا ...) یا ناتوانی ذهنی
 مثل عقب‌مادگی ذهنی و ... قادر به همکاری
 موثر نبودند از پژوهش حذف می‌شدند. (۳) سایر

بیمارانی که قادر به مصاحبه بودند با نظر پزشک
 معالج هر روز بعد از ساعت ۱۱ صبح با معرفی
 پزشک مسئول بخش مسمومیت‌ها (همکار طرح)
 در اختیار تیم مصاحبه گر قرار گرفتند. (۴) برخی از
 بیماران بودند که در ابتدا مسمومیت تصادفی
 عنوان شدند ولی در بررسیهای بعدی مشخص
 گردید که مسمومیت عمدی بوده که در پژوهش
 قرار گرفتند.

بیمارانی که به هر دلیل تمایل به شرکت در
 پژوهش نداشتند از پژوهش حذف گردیدند، در
 نهایت ۱۳ نفر از مطالعه حذف شدند. مصاحبه
 گران بعد از مراجعه به بیماران با ذکر اهداف
 پژوهش از شرکت کنندگان در پژوهش اجازه لازم
 را برای استفاده از اطلاعات پژوهش در راستای
 اهداف مزبور کسب کردند.

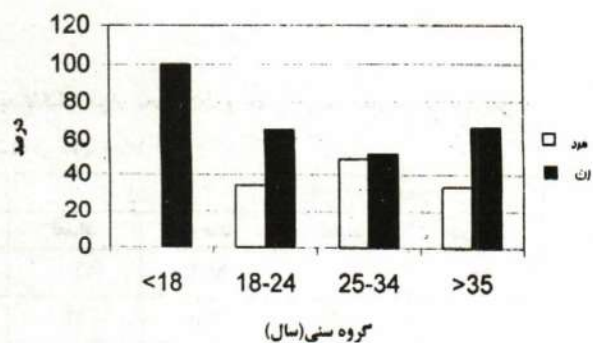
ابزار جمع‌آوری اطلاعات پژوهش، پرسش
 نامه محقق ساخته ای بود که از دو بخش تشکیل
 می‌شد، بخش اول آن مربوط به اطلاعات زمینه‌ای
 و بخش دوم آن مربوط به حوادث زندگی بیماران
 قبل از اقدام به خودکشی بود. این حوادث در ۸
 محور عمده مرگ عزیزان، بیماری، مشکلات
 اقتصادی، مشکلات شغلی، مشکلات روابط بین
 فردی، درگیری با مسائل قانونی، مشکلات درون
 خانوادگی و مشکلات تحصیلی مورد بررسی قرار
 گرفتند و در ۲ مقطع زمانی شروع بیش از ۳ ماه تا
 اقدام به خودکشی و یا کمتر از ۳ ماه تا اقدام به
 خودکشی طبقه بندی شدند. داده‌های پژوهش
 تحت نرم‌افزار Epi-2000 وارد رایانه شد و برای بررسی
 ارتباطات از آزمون آماری chi-square استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۷۳ مورد اقدام به خودکشی، ۱۱۷ نفر زن
 (۶۷/۸ درصد) و ۵۶ نفر مرد (۳۲/۲ درصد) بودند
 بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در گروه سنی

درگیری با اعضای خانواده درجه اول (والدین، خواهر برادر) بود. درگیری با همسر و درگیری با فرزند از فراوانی کمتری برخوردار بودند. مشکلات در روابط بین فردی و عمدتاً شکست در روابط عاشقانه، مشکلات اقتصادی و مشکلات شغلی و بیکاری، مرگ عزیزان، بیماری و مشکلات تحصیلی و در نهایت درگیری با قانون به ترتیب از فراوانی کمتری برخوردار بودند (جدول ۳). در ۸۸٪ از موارد مشکلات اقتصادی و ۶۳/۶ درصد از موارد مشکلات شغلی، مدت زمانی بیش از ۳ ماه از شروع حادثه می گذشت ولی ارتباط معنی دار آماری بین مدت زمان شروع حادثه زندگی و اقدام به خودکشی یافت نشد. در افراد متاهل در ۵۷/۶ درصد از موارد درگیری با همسر و در ۲۴/۲ درصد از موارد درگیری با خانواده همسر وجود داشت. درگیری با خانواده درجه اول با ۱۵/۲ درصد و درگیری با فرزند با ۳ درصد از فراوانی کمتری برخوردار بودند. مشکلات خانوادگی در ۸۹/۲ درصد از افراد متاهل و ۶۸ درصد از افراد مجرد اقدام کننده به خودکشی قبل از این اقدام وجود داشت. در افراد بیسواد درگیری با همسر در ۵۰ درصد موارد و درگیری با خانواده درجه اول در ۳۷/۵ درصد موارد دیده می شد. در افراد دارای تحصیلات ابتدائی در ۵۳ درصد، سیکل ۶۴ درصد و متوسطه در ۷۰ درصد از موارد درگیری با خانواده درجه اول وجود داشت و در افراد دارای تحصیلات عالی درگیری با همسر ۵۷/۱ درصد و صد و سپس درگیری با خانواده درجه اول در ۴۲/۹ درصد موارد دیده می شد. ارتباطات معنی دار آماری بین حوادث مورد بررسی و متغیرهای پژوهش دیده می شد که در جدول ۳ آورده شده است.

۲۴-۱۸ سال (۵۳/۷ درصد) و کمترین آن در گروه سنی کمتر از ۱۸ سال (۱۳/۳ درصد) دیده می شد. میانگین سن اقدام به خودکشی $24/3 \pm 9/1$ سال بود. میانگین سنی اقدام به خودکشی در مردان $26/3 \pm 9/7$ و در زنان $23/3 \pm 8/6$ سال بود. با بالا رفتن سن فراوانی اقدام به خودکشی در گروههای سنی بتدریج کاهش می یافت (نمودار ۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی اقدام کنندگان به خودکشی به تفکیک گروههای سنی در مراجعین مرکز آموزشی درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۰

از نظر وضعیت تاهل زنان مجرد حائز بالاترین فراوانی و بعد از آن زنان متاهل، مردان مجرد، مردان متاهل قرار داشتند (جدول ۱).

دارندگان مدرک تحصیلی متوسطه دارای بالاترین فراوانی و دارندگان مدرک تحصیلی عالی حائز کمترین فراوانی در بین افراد اقدام کننده به خودکشی بودند (جدول ۲).

۵۳/۸ درصد افراد مراجعه کننده ساکنین مناطق شهری و ۴۲/۲ درصد آنها ساکنین مناطق روستایی بودند. فراوانی زنان روستایی بیش از زنان شهری ولی فراوانی مردان شهری بیش از مردان روستایی بود.

شایعترین حادثه زندگی قبل از اقدام به خودکشی مشکلات خانوادگی (۷۶/۱٪ موارد) و در این میان

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی اقدام کنندگان به خودکشی به تفکیک جنس و وضعیت تاهل در مراجعین مرکز آموزشی

درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۰

وضعیت تاهل	جنس	مرد		زن		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد		۳۲	۳۴/۸	۶۰	۶۵/۲	۹۲	۱۰۰
متاهل		۲۰	۲۷/۴	۵۳	۷۲/۶	۷۳	۱۰۰
مطلقه و بیوه		۴	۵۰	۴	۵۰	۸	۱۰۰
جمع		۵۶	۳۲/۴	۱۱۷	۶۷/۶	۱۷۳	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی اقدام کنندگان به خودکشی به تفکیک میزان تحصیلات و جنس در مراجعین مرکز آموزشی

درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۰

میزان تحصیلات	جنس	مرد		زن		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بی سواد		۳۲	۳۴/۸	۶۰	۶۵/۲	۹۲	۱۰۰
ابتدائی		۲۰	۲۷/۴	۵۳	۷۲/۶	۷۳	۱۰۰
سیکل		۴	۵۰	۴	۵۰	۸	۱۰۰
متوسطه		۴۱	۶۹/۵	۱۸	۳۰/۵	۵۹	۱۰۰
عالی		۸	۵۰	۸	۵۰	۱۶	۱۰۰
جمع		۵۶	۳۲/۴	۱۱۷	۶۷/۶	۱۷۳	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

کشورهای جهان نیز بین موارد اقدام به خودکشی فراوانی زنان بیشتر از مردان است (۵). افراد مجرد در هردو جنس حائز فراوانی بیشتری بودند که با اکثر مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور هماهنگ است، که اشاره ای ضمنی بر نقش حفاظتی ازدواج در مقابل خودکشی دارد (۳ و ۵). در مطالعات غربی، افرادی که جدای از همسرانشان زندگی می کنند یا افراد بیوه و مطلقه فراوانی بیشتری نسبت به افراد متاهل بین موارد اقدام به خودکشی دارند (۵ و ۶)، ولی در مطالعه ما وسایر مطالعات انجام شده در کشور ایران که ما بدانها دسترسی داشتیم تفاوت قابل ملاحظه ای مشاهده نمی شود، که این امر شاید متاثر از ساختار

در این پژوهش گروه سنی ۱۸-۲۴ ساله بیشترین فراوانی را بین افراد اقدام کننده به خودکشی داشتند. این یافته ها با یافته های مطالعات دکتر خرابی و همکاران در گیلان و دکتر ملکی و همکاران در همدان مشابه می باشد (۳ و ۴). در مطالعه ما فراوانی مردان کمتر از ۱۸ سال بطور قابل ملاحظه ای کمتر از مطالعه ملکی و همکاران در این گروه سنی بود ولی در هردو مطالعه در بین تمام گروههای سنی فراوانی زنان بیشتر از مردان بود ولی این یافته ها با مطالعه خرابی و همکاران که در آن بین موارد اقدام به خودکشی فراوانی مردان اندکی بیش از زنان است، متفاوت است. در اکثر مطالعات در دسترس انجام شده در سایر

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی حوادث زندگی در بیماران اقدام کننده به خودکشی قبل از اقدام به خودکشی در مراجعین بخش فوریت های مرکز آموزشی- درمانی رازی رشت در سال ۱۳۸۰ به تفکیک متغیرهای پژوهشی

متغیرها	حوادث زندگی							
	مرگ عزیزان	بیماری	مشکلات اقتصادی	مشکلات شغلی	مشکلات روابط بین فردی	درگیری با قانون	مشکلات خانوادگی	مشکلات تحصیلی
	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد	تعداد درصد
جنس	مرد	۸/۹ ۵	۳/۶ ۲	۳۳/۹ ۱۹	۲۸/۵ ۱۶	۳۵/۷ ۲۰	۱/۱ ۲	۷۳/۲ ۴۱
	زن	۱/۷ ۲	۳/۴ ۴	۱۱/۹ ۱۴	۴/۲ ۵	۲۰ ۲۳	.	۷۷/۷ ۹۱
	P	*NS	NS	<./..۱	<./...۱	<./..۲	NS	NS
گروه سنی	کمتر از ۱۸ سال	.	.	.	.	۵۸/۳ ۱۴	.	۷۵ ۱۸
	۱۸-۲۴ سال	۲/۱ ۲	۴/۳ ۴	۲۰/۴ ۱۹	۱۴ ۱۳	۲۳/۴ ۲۱	.	۷۶/۶ ۷۱
	۲۵-۳۴	.	.	۲۳/۵ ۸	۱۷/۶ ۶	۱۷/۶ ۶	۳ ۱	۸۲/۴ ۲۷
	۳۵ سال و بالاتر	۲۰/۸ ۵	۸/۳ ۲	۲۵ ۶	۸/۳ ۲	۸/۳ ۲	۱/۴ ۱	۶۶/۷ ۱۶
	P	./..۲	NS	./..۴	NS	<./..۱	NS	NS
میزان تحصیلات	بی سواد	۲۳/۸ ۵	.	۳۰ ۶	۱۸/۲ ۴	۹/۱ ۲	.	۷۲/۷ ۱۶
	ابتدائی	۵/۶ ۲	۲/۷ ۱	۱۱/۱ ۴	۵/۶ ۲	۲۲/۲ ۸	.	۸۳/۳ ۲۹
	سیکل	.	.	۱۹ ۸	۴/۸ ۲	۴۲/۹ ۱۷	۲/۵ ۱	۸۱ ۳۳
	متوسطه	.	۵/۴ ۵	۲۲ ۱۳	۱۶/۷ ۱۰	۲۳/۳ ۱۴	۱/۶ ۱	۶۶/۷ ۴۰
	عالی	.	.	۱۲/۵ ۲	۱۸/۷ ۳	۱۲/۵ ۲	.	۸۷/۵ ۱۴
	P	<./..۱	NS	NS	NS	NS	NS	NS
	وضعیت تاهل	مجرد	۲/۲ ۲	۲/۱ ۲	۱۶/۳ ۱۵	۱۴/۹ ۱۴	.	۶۸/۱ ۶۳
وضعیت تاهل	متاهل و بیوه	۲۵ ۲	.	۵۰ ۴	۲۵ ۲	۱۲/۵ ۱	.	۵۰ ۴
	متاهل	۴/۱ ۳	۵/۴ ۴	۱۹/۴ ۱۴	۶/۸ ۵	۲/۷ ۲	۲/۷ ۲	۸۹/۲ ۶۵
	P	NS	NS	NS	./..۲	<./..۱	NS	./..۰۳
	شهر	۳/۲ ۳	۴/۳ ۴	۲۶/۸ ۲۵	۱۴/۶ ۱۴	۲۵ ۲۳	۲/۱ ۲	۷۷/۱ ۷۲
محل زندگی	روستا	۵ ۴	۲/۵ ۲	۱۰ ۸	۸/۷ ۷	۲۵ ۲۰	.	۷۵ ۵۹
	P	NS	NS	<./..۱	NS	NS	NS	NS

* NS : Non Significant (P > 0.05)

خانوادگی جامعه ایرانی و حمایت خانواده از فرد بعد از مرگ همسر یا جدایی است. در مطالعه ما فراوانی دارندگان مدارک تحصیلی بالاتر، نسبت به سایر مطالعات انجام شده قبلی در کشور از جمله مطالعات گیلان و همدان بیشتر است. شاید این موضوع مربوط به افزایش سطح تحصیلات در جامعه، ایجاد انتظارات شغلی بعد از تحصیل در کسب درآمد و یافتن شغل مناسب با سطح تحصیل و ناکامیهای موجود در این امر و محدودیت های ناشی از عدم تناسب نیاز و تقاضا در بازار کار باشد. مطالعات انجام شده در سالهای اخیر که توسط سازمانهای دست اندرکار در رسانه های عمومی منتشر گردیده حاکی از افزایش تعداد بیکاران در قشر تحصیلکرده جامعه است. در سایر مطالعات انجام شده و قابل دسترس در سایر کشورهای جهان خودکشی در تمام موقعیت های تحصیلی مشاهده می شود ولی در افراد کم سواد تر جامعه با فراوانی بیشتری مشاهده می شود (۵، ۶ و ۷). در مطالعه خرابی و همکاران در سال ۷۳ در گیلان ساکنین شهری فراوانی بیشتری از ساکنین روستایی داشتند ولی این یافته با مطالعه ما و مطالعه ملکی متفاوت است (۳ و ۴). بررسی دقیقتر این موضوعات نیازمند پژوهشهای بیشتر در زمینه تغییرات بوجود آمده در زندگی ساکنین شهر و روستا و تاثیر این تغییرات بر زندگی آنهاست. فراوانی افراد سالمند در مطالعات انجام شده در کشورهای غربی نسبت به مطالعه ما بالاتر بوده که می تواند ناشی جوانتر بودن جامعه ما و سالمند تر بودن جوامع غربی باشد (۶، ۷، ۹ و ۱۰). اقدام به خودکشی در مطالعه ما عمدتاً در واکنش به تشدید علائم و بدتر شدن بیماری موجود و ناتوانی ناشی از آن در ۳ ماهه اخیر پدید آمده بود. این تفاوت قابل ملاحظه در جوامع غربی

و جامعه ما می تواند ناشی از حمایت بیشتر از سالمندان و همبستگی قوی تر بین افراد خانواده، در جامعه ایرانی باشد. رده سنی ۱۸-۲۴ سال محدوده ای است که تغییرات روانشناختی و مسئولیت های تازه اجتماعی برای فرد پدید می آید و حرکتی است از سوی وابستگی اقتصادی به خانواده به سوی استقلال اقتصادی و نیز زمانی است که تمایل قوی برای ایجاد یک رابطه صمیمی با جنس مخالف و تمایل به تشکیل خانواده در فرد شکل می گیرد. موفقیت فرد در طی تکالیف رشدی خود در این دوره حرکتی است برای تشکیل زندگی پایدار و بروز مشکلات عمده در این دوره، مسائل روانشناختی جدی را برای فرد به همراه خواهد آورد. دانستن این که چرا یک فرد ایرانی در چنین دوره ای بیشترین آسیب پذیری را نسبت به اقدام به خودکشی از خود نشان می دهد زمینه مناسبی است برای پژوهش های بعدی که بی شک رفع نکات مبهم آن و پاسخ به چرهای موجود در این زمینه میتواند نقش بسزایی در استراتژیهای کشوری و منطقه ای پیش گیری از خودکشی داشته باشد. شایعترین حادثه زندگی قبل از اقدام به خودکشی در تمام گروههای سنی مشکلات خانوادگی بود که این یافته مشابه یافته های مطالعات در دسترس داخلی و خارجی بود (۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳). به نظر می رسد که یک الگوی وابسته به سن در اتفاقات زندگی قبل از اقدام به خودکشی وجود داشته باشد. توزیع سنی حوادث زندگی نشان می داد که بیماری جسمی و مرگ عزیزان در سنین بالاتر و مشکلات اقتصادی و مشکلات روابط بین فردی در سنین پایین تر بیشتر مشاهده می شود که مشابه یافته های مطالعه هیکنین و همکاران است (۹ و ۱۰). تنوع وابسته به

سن این حوادث مشابه آنچه در جمعیت عادی دیده می شود می تواند در بستری از چرخه طبیعی زندگی در نظر گرفته شود، به عنوان مثال انتهای نوجوانی و اوایل بزرگسالی با افزایش تمایل به برقراری ارتباط پایدار و صمیمانه تر با جنس مخالف و افزایش مسئولیت پذیری اجتماعی است و یا استرس های ویژه خود همراه است و سالمندی با افزایش وابستگی مجدد به دیگران و ناتوانی و بیماری همراه است. این یافته ها با مطالعات اریک و همکاران که اعلام کردند الگوهای وابسته به سن در حوادث زندگی قبل از اقدام به خودکشی مشاهده می شود هماهنگ است (۱۴). مشکلات تحصیلی در مطالعه ما دارای کمترین فراوانی بود. به نظر می رسید انجام این پژوهش در مقطعی از زمان که با حادثه تحصیلی خاصی مصادف نبود در کاهش این فراوانی تاثیر گذار باشد و نمونه ای است از تاثیر مسائل اجتماعی و زمانی خاص بر اقدام بر خودکشی و نیز اشاره می کند به یکی از محدودیت های این طرح بعلت اجرای آن در یک محدوده زمانی خاص. با توجه به متغیر جنس می توان مشاهده کرد که ارتباط معنی دار قابل توجهی بین مشکلات اقتصادی ($P < 0/001$)، مشکلات شغلی ($P < 0/0001$) و مشکل روابط بین فردی ($P = 0/02$) با جنس فرد اقدام کننده با خودکشی وجود دارد. زنان بیشتر در ارتباط با مشکلات بین فردی و مردان بیشتر در ارتباط با مشکلات شغلی و اقتصادی دست به خودکشی می زنند که این یافته با مطالعه ملکی و هیکنین همخوانی دارد (۳، ۹ و ۱۰). در زنان بالاخص شکست در روابط عاشقانه از مهم ترین حوادث قبل از اقدام به خودکشی است. این تنوع جنسی می تواند ناشی از شرایط فرهنگی و ساختار اقتصادی، مسئولیت کسب درآمد در جنس مرد

و نگرش جامعه به روابط عاشقانه و تفاوت این نگرش در بین دو جنس و نیز مسائل متفاوت روانشناختی هر دو جنس در بستر فرهنگی و اجتماعی جامعه ماباشد. بررسی های دقیق تر و جامع تر از این آسیب پذیری با تمرکز بر جنس فرد اقدام کننده، پاسخگوی بسیاری از این سئوالات خواهد بود. هم چنین توجه به ارتباط معنی دار مرگ عزیزان با سن ($P < 0/02$) و مشکل در روابط بین فردی با سن ($P < 0/01$) نشان می دهد که حادثه مرگ عزیزان در سنین بالاتر و مشکل در روابط بین فردی در سنین پایین تر دارای بار روانشناختی منفی بیشتری است. توجه به حمایت های لازم در دوران پس از مرگ عزیزان و برقراری حمایت های لازم خانوادگی و اجتماعی در سنین بالاتر و توجه به آموزش مهارت های مقابله ای در جوانترها شاید بتواند در پیشگیری از اقدام به خودکشی موثر باشد. ارتباط معنی دار حادثه مشکل در روابط بین فردی و وضعیت تاهل ($P < 0/01$) و هم چنین جنس ($P < 0/02$) نشان دهنده استرس آمیز بودن شکست در روابط بین فردی در دختران مجرد، بالاخص شکست در روابط عاشقانه می باشد. مطالعات نشان داده است که دختران براساس زمینه روانشناختی خود از ابتدای آشنایی به ازدواج بیشتر فکر می کنند و از آنجایی که معمولاً طرف مقابل دارای عدم توانایی کافی و یا انگیزه کافی برای تشکیل خانواده و ازدواج می باشد به شکست زودرس این روابط می انجامد که در صورت گسترش مشکل و بروز مشکلات خانوادگی همراه، شدیداً فضای عاطفی و روانشناختی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. ترس از بدنامی و واکنش های تند خانواده و ساختار روانشناختی عاطفی دخترانه وی را مستعد اقدام به خودکشی در برابر این حوادث می کند. آموزش مناسب خانواده و نوجوانان

وجوانان برای برخورد با این مشکلات شاید بتوانند در پیش گیری از اقدام به خودکشی در مقابل این حوادث تاثیر گذار باشد.

در نهایت می توان گفت که حوادث استرس زای زندگی با فراوانی قابل توجهی در اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه کننده به مرکز مسمومیت های مرکز آموزشی درمانی رازی رشت وجود دارد که ارتباط متنوعی با جنس، گروه سنی، تحصیلات، وضعیت تاهل و محل زندگی مراجعه کنندگان دارد. به نظر می رسد شناخت بیشتر این حوادث و براساس آن ارائه راهکارهای مناسب در اولین مکان برخورد با اقدام به خودکشی در بیمارستانهای عمومی و بکارگیری روشهای برای کسب مهارت های زندگی و تقویت مکانیزم های

مداخله در بحران وازسوی دیگر آموزش خانواده ها مقابله ای در برابر حوادث استرس زای زندگی بتواند در پیش گیری از اقدام یا اقدام مجدد به خودکشی موثر باشد.

تشکر و قدردانی

از اساتید گروه روانپزشکی دانشگاه، آقای دکتر مدبرنیا، خانم دکتر ضرابی، آقای دکتر نجفی و آقای دکتر فرزند بخاطر راهنماییهای ارزنده ایشان، پرسنل محترم بخش فوریت های بیمارستان رازی بخاطر همکاری در اجرای این طرح و واحد پژوهشی مرکز روانپزشکی شفا آقای دکتر علی نی و خانم جنگلی و خانم تقابنی بخاطر آنالیز اطلاعات و سایر همکاری ها تشکر و قدردانی میکنیم.

منابع

7. Goldeney RD. The Privilege and Responsibility of Suicide Prevention. *Crisis* 2000;21(2):8-15.
8. Malone KM, Szanto K, Corbit EM. Clinical Assessment Versus Research Methods in the Assessment of Suicide Behavior. *Am J Psychiatry* 1995;152(11): 1601-1607.
9. Heikkinen ME, Isometsa ET, Aro HM, Sarna SJ, Lonnqvist JK. Age-Related Variation in Recent Life Events Preceding Suicide. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(5):325-31.
10. Heikkinen M, Aro HM, Lonnqvist J. Recent Life Events, Social Support and Suicide. *Acta psychiatry Scand* 1994 Suppl 1: 377:65-72.
11. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Precipitating Factors and Life Events in Serious Suicide Attempts Youths Aged 13 Through 24 Years. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(11):1543-51.
12. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide Attempts and Recent Life Events: A Controlled Comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1975: 327-33.
13. Chastang F, Rioun P, Dupont I, Baranger E, Kavess V, Zarifian E. Risk Factors 1998 Associated with Suicide Attempt in Young French People. *Acta Psychiatry Scand* 1998; 98(6):474-9.
14. Erik W, Kinhorst I, Diekstra R. The Relationship Between Adolescent Suicidal Behavior and Life Events in Childhood and Adolescence. *Am J Psychiatry* 1992;149:45-51.
15. Vilhjalmsdottir R, Kristgansdottir G, Sveinbgarnardottir E. Factors Associated with Suicide Ideation in Adults. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1998; 33(3):97-103.
۱. موسوی، فاطمه؛ شاه محمدی، داود؛ کفاشی، احمد: بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹. سال پنجم شماره ۴، صص: ۱۰-۴.
۲. حسن زاده، مهدی؛ رجالی، علی: بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۳۶۳، شماره ۲۲، صص: ۴۲-۳۶.
۳. ملکی، حسین؛ حیدری پهلویان، احمد: بررسی متغیرهای روانی- اجتماعی موثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مرکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۷۴-۱۳۷۳. مجله دانشکده پزشکی همدان، ۱۳۷۸، سال ششم شماره ۴، صص: ۳۰-۲۴.
۴. خرابی، فاروق؛ صالحی، سیروس: بررسی علل و عوامل موثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان گیلان ۱۳۷۳-۱۳۷۱. رشت: حوزه معاونت سیاسی- امنیتی دفتر امور اجتماعی استانداری گیلان، ۱۳۷۴.
5. Suicide RA. Psychiatric Emergencies. In: Sadock B, Sadock VA (eds). *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippencott williams and wilkins, 2000: 2031-2040.
6. Cournous F, Cabaniss DL. Clinical Evaluation and Treatment Planing :A Multimodal Approach. In :Tasman A, kay g, Liberman GA(eds). *Psychiatry*. 1 st ed . Philadelphia: WB Saunders, 1997: 493.