

Image of suicide in Hormozgan province, 2012

E. Khajeh, MD¹ M. Hosseinpoor, MD² B. Sedigh, MD³ Y. Rezvani, BSc⁴

General Practitioner¹, BSc of Mental Health², Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

(Received 16 Sep, 2012 Accepted 10 Dec, 2012)

ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the most important social and public health issues which affect not only the persons who attempted but also their families and community. World Health Organization estimated in 2000 about one million people has died by suicide. In many countries suicide is among main 10 reasons for mortality and one out of three causes of death for 15-35 year old age group.

Methods: This study was based on data which collected from surveillance system running all around the province in 2012. By using SPSS software version 19, demographic variables, method and result of suicide were analyzed and demonstrated.

Results: 712 suicide attempts happened in Hormozgan province in 2012. 451 cases (63.3%) were female and 261 cases (36.7%) were male. Most suicide attempts were in 15-34 year old age group which consist 89.2% of all cases. Incidence of suicide was higher in summer. Drug poisoning was the main method of suicide (77.7%), afterward hanging (8.8%) and poisoning (8.3%) had high incidence. 9.6% of men and 2.4% of women who attempted suicide had died.

Conclusion: According to these findings, suicide is an important problem especially for young people in Hormozgan province. Strengthening the surveillance system and planning to reduce the risk factors in society is necessary to control this problem.

Key words: Suicide - Hormozgan - Surveillance System

Correspondence:
E. Khajeh, MD.
Department of Health,
Hormozgan University of
Medical Sciences.
Bandar Abbas, Iran
Tel: +98 761 5560470
Email:
Ebrahim.khajeh@gmail.com

سیمای خودکشی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰

دکتر ابراهیم خواجه^۱، دکتر محمود حسین پور^۱، دکتر بیتا صدیق^۱، یوسف رضوانی^۲

^۱ پزشکی عمومی، ^۲ کارشناس بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال هفدهم شماره اول فروردین و اردیبهشت ۹۲ صفحات ۶۲-۵۶

چکیده

مقدمه: خودکشی و اقدام به آن یکی از مسایل و چالش های مهم بهداشتی و اجتماعی به شمار می رود که نه تنها خود فرد، بلکه خانواده وی و حتی اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ حدود یک میلیون نفر بر اثر خودکشی فوت شدند. خودکشی در بسیاری از کشورها جزء ۱۰ علت مرگ و در گروه سنی ۱۵-۳۵ ساله یکی از ۳ علت اصلی مرگ است.

روش کار: این بررسی بر اساس آمارهای جمع آوری شده از سطح استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. داده های جمع آوری شده شامل مشخصات دموگرافیک، روش خودکشی و نتیجه آن بود که با استفاده از نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: حدود ۷۱۲ مورد خودکشی در سال ۱۳۹۰ در استان هرمزگان ثبت شده است. از این میان ۴۵۱ نفر (۶۳/۳٪) مؤنث و ۲۶۱ نفر (۳۶/۷٪) مذکر بوده اند. بیشترین موارد در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ ساله بوده که ۸۹/۲٪ کل خودکشی ها را شامل می شدند. در فصل تابستان و ماه شهریور بالاترین اقدام به خودکشی صورت گرفته است. شایع ترین روش های خودکشی به ترتیب خوردن قرص (۷۷/۷٪)، حلق آویز کردن (۸/۸٪) و خوردن سم (۸/۳٪) بود. ۹/۶٪ مردان و ۲/۴٪ زنان خودکشی منجر به فوت داشته اند.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد که توجه بیشتر به قشر نوجوان و جوان که بیشترین موارد خودکشی در آنها صورت می گیرد و همچنین اجرای برنامه های جامع و منسجم برای ارتقاء شاخص های بهداشت روان جامعه برای کاهش موارد خودکشی ضروری می باشد.

کلیدواژه ها: خودکشی - هرمزگان - نظام مراقبت

نویسنده مسئول:

دکتر ابراهیم خواجه
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم
پزشکی هرمزگان
بندرعباس- ایران
تلفن: ۰۷۰-۵۵۶۰۷۶۱+۹۸
پست الکترونیکی:
Ebrahim.khajeh@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۱/۶/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۱/۹/۱۰ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۲۰

مقدمه:

موضوع خودکشی می افزاید این است که اقدام به خودکشی در قشر نوجوان و جوان جامعه نسبتاً شایع تر از گروه های دیگر می باشد. بنابر گزارش انجمن روانپزشکان آمریکا خودکشی دومین علت مرگ در میان دانشجویان و دانش آموزان، سومین علت مرگ و میر در افراد جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله و ششمین علت مرگ و میر در بین افراد کمتر از ۱۵ سال می باشد. به طور کلی در میان گروه های سنی جوان جامعه پس از تصادفات و سوانح و حوادث اصلی ترین عامل مرگ و میر بوده است (۱۰-۸).

شیوه های اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف تفاوت هایی را نشان می دهد که ممکن است ناشی از تفاوت های فرهنگی، مذهبی آنها باشد (۱).

هدف از این مطالعه بررسی اپیدمیولوژیک موارد ثبت شده خودکشی در استان هرمزگان بود تا بتوان تصویری از وضعیت موجود برای اقدامات و مداخلات بعدی ترسیم نمود.

خودکشی و اقدام به آن یکی از مسایل و چالش های مهم و در حال گسترش بهداشتی و اجتماعی به شمار می رود که نه تنها خود فرد، بلکه خانواده وی و حتی اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می دهد (۱،۲). طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، حدود یک میلیون نفر بر اثر خودکشی فوت شدند (۳). خودکشی در بسیاری از کشورها جزء ۱۰ علت مرگ و در گروه سنی ۱۵-۳۵ ساله یکی از ۳ علت اصلی مرگ است. همچنین پیش بینی می شود در سال ۲۰۲۰ حدود ۱۵۳۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی خواهند کرد (۳،۴).

در طول تاریخ موضوع خودکشی و اقدام به آن همواره وجود داشته و در مطالعات روانشناسی بررسی اپیدمیولوژیک خودکشی جزو لاینفک ارزیابی وضعیت بهداشتی و بخصوص سلامت روان جوامع محسوب می شده است (۷). آنچه بر اهمیت

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی به منظور بررسی وضعیت موجود خودکشی در استان هرمزگان می باشد. این بررسی بر اساس آمارهای جمع آوری شده از سطح استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰ صورت گرفته است. داده های جمع آوری شده شامل مشخصات دموگرافیک، روش خودکشی و نتیجه آن از کلیه شهرستانهای استان هرمزگان بوده که توسط کارشناسان فعال در سیستم بهداشت ارسال شده بودند. منابع جمع آوری داده ها نیز شامل بیمارستانها، پزشکی قانونی و مراکز بهداشتی درمانی روستایی بودند. پس از ارزیابی اولیه از نظر صحت و کامل بودن اطلاعات ارسالی، کلیه داده ها وارد بانک اطلاعاتی نرم افزاری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بیان یافته ها از آمار توصیفی و شاخص های پراکندگی استفاده شد.

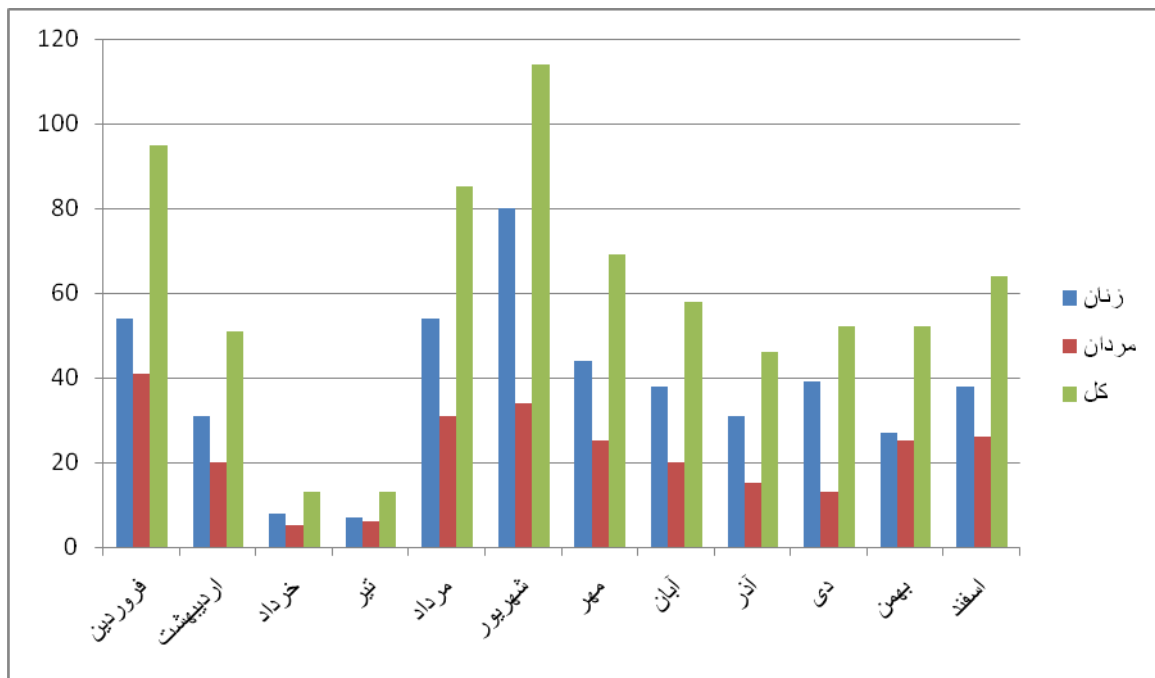
نتایج:

حدود ۷۱۲ مورد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۹۰ در استان هرمزگان ثبت شده است. در جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک موارد اقدام به خودکشی نشان داده شده است. همانطور که مشخص شده است از کل موارد، ۴۵۱ نفر (۶۳/۳٪) مؤنث و ۲۶۱ نفر (۳۶/۷٪) مذکر بوده اند. از نظر سن بیشترین موارد در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ ساله بوده که ۸۹/۲٪ کل خودکشی ها را شامل می شدند. در فصل تابستان و ماه شهریور بالاترین اقدام به خودکشی صورت گرفته است.

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک موارد اقدام به خودکشی

در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰		
ویژگی	فراوانی	درصد
جنس	مذکر	۲۶۱
	مؤنث	۴۵۱
گروه سنی	۱۴ تا ۱۵ سال	۲۷
	۲۵ تا ۳۴ سال	۱۵۴
	۳۵ تا ۴۴ سال	۳۲
	۴۵ تا ۵۴ سال	۱۴
	۵۵ تا ۶۴ سال	۳
	۶۵ سال و بالاتر	۱
وضعیت تأهل	مجرد	۴۰۶
	متأهل	۲۹۸
	مطلقه / بیوه	۸
محل سکونت	شهر	۳۱۳
	روستا	۳۹۹
شغل	بیکار	۹۹
	کارمند	۱۸
	محصل / دانشجو	۱۳۹
	خانه دار	۲۹۰
	شغل آزاد	۹۱
	کارگر	۴۱
سطح سواد	سایر	۳۴
	بیسواد	۲۸
	ابتدایی	۷۸
	راهنمایی	۲۵۸
	دبیرستان	۲۹۰
	دانشگاه	۴۰

در میان خانمهایی که اقدام به خودکشی کرده بودند ۲۸۱ نفر (۶۲/۳ درصد) خانه دار بوده اند. به همین ترتیب در گروه مردان ۸۱ نفر (۳۱ درصد) شغل آزاد داشته و ۶۵ نفر (۲۴/۹ درصد) بیکار بوده اند.



نمودار شماره ۱- فراوانی موارد اقدام به خودکشی در ماههای مختلف سال ۱۳۹۰ در استان هرمزگان

جدول شماره ۲- روشهای اقدام به خودکشی در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰

روش خودکشی	جنس		کل فراوانی (%)
	مؤنث فراوانی (%)	مذکر فراوانی (%)	
خودسوزی	۱۵ (۱/۱)	۲ (۰/۸)	۱۷ (۱/۷)
خوردن قرص	۳۷۸ (۸۳/۸)	۱۷۵ (۶۷/۰)	۵۵۳ (۷۷/۸)
خوردن سم	۳۶ (۸/۰)	۲۳ (۵/۸)	۵۹ (۸/۳)
حلق آویز کردن	۱۴ (۳/۱)	۴۹ (۱۸/۸)	۶۳ (۸/۸)
سقوط از بلندی	۱ (۰/۲)	۰ (۰/۰)	۱ (۰/۱)
سلاح سرد	۳ (۰/۷)	۱ (۰/۴)	۴ (۰/۶)
سلاح گرم	۲ (۰/۴)	۱ (۰/۴)	۳ (۰/۴)
سایر روش ها	۱۲ (۳/۷)	۱۰ (۲/۸)	۲۲ (۳/۱)
جمع	۴۵۱ (۶۳/۳)	۲۶۱ (۳۶/۷)	۷۱۲ (۱۰۰/۰)

در رابطه با سوابق پزشکی و روانشناسی، از ۷۱۲ نفر مورد اقدام به خودکشی ۹۵ نفر (۱۳/۳ درصد) سابقه بیماری و اختلالات روحی و روانی داشتند که عمده ترین آن افسردگی بوده است. ۵۲ نفر (۷/۳ درصد) سابقه بیماریهای جسمانی نظیر بیماریهای قلبی عروقی، دیابت و غیره را ذکر می کردند. در نهایت ۶۶ نفر (۹/۳ درصد) حداقل یک بار در گذشته اقدام به خودکشی کرده بودند.

از نظر روشهای خودکشی، شایع ترین روشهای خودکشی به ترتیب خوردن قرص (۷۷/۷٪)، حلق آویز کردن (۸/۸٪) و خوردن سم (۸/۳٪) بود که به تفکیک جنس در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

از ۲۹ زنی که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و اقدام به خودکشی نموده بودند تنها ۴ نفر (۱۳/۸ درصد) ساکن روستا بودند. به علاوه از میان گروه ۲۹ نفری زنان مذکور ۱۵ نفر (۵۱/۷ درصد) متأهل بوده و بقیه مجرد بودند. در حالی که در مقابل از ۱۱ مردی که با تحصیلات دانشگاهی اقدام به خودکشی نموده بودند، ۴ نفر (۳۶/۳ درصد) ساکن روستا بودند و از یازده مرد فوق تنها ۲ نفر (۱۸/۱ درصد) متأهل بوده و بقیه مجرد بودند.

در استان هرمزگان در سال ۱۳۹۰ بیشترین موارد خودکشی در فصل تابستان رخ داده است. در نمودار شماره ۱ موارد به تفکیک ماه نمایش داده شده است.

از کل موارد اقدام به خودکشی ۳۶ مورد (۱/۵ درصد) منجر به فوت شده بود. ۹/۶٪ مردان و ۲/۴٪ زنان خودکشی منجر به فوت داشته‌اند. علاوه بر این از ۳۶ مورد فوتی، ۵ نفر (۱۳/۹٪) سابقه مثبت از خودکشی قبلی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی در بین زنان استان هرمزگان ۱/۷ برابر مردان می‌باشد که تقریباً مشابه با نتایج بررسی‌های انجام شده در سایر مناطق دنیا می‌باشد. به طور مثال در یک مطالعه در اروپا اقدام به خودکشی در زنان ۱/۵ برابر مردان گزارش شده بود (۹). اما خودکشی‌های منجر به فوت در مردان بیش از زنان می‌باشد. همچنان که در استان هرمزگان نسبت مردانی که خودکشی منجر به فوت داشته‌اند، در مقایسه با زنان ۴ برابر بوده است (۹/۶ درصد در مقابل ۲/۴ درصد).

یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد افراد متأهلی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، کمتر از افراد مجرد می‌باشند (۴۱/۹ درصد در مقابل ۵۷ درصد). آنچنان که در مطالعات مختلف نیز از تأهل به عنوان عاملی که نقش پیشگیرانه و محافظتی در اقدام به خودکشی دارد، یاد شده است (۵-۱، ۹، ۱۰).

همچنان که در اغلب مطالعات و گزارش‌ها به شیوع بالاتر خودکشی در سنین نوجوانی و جوانی اشاره شده است (۱۲-۱). در مطالعه حاضر نیز عمده موارد اقدام به خودکشی (۸۹/۲ درصد) در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند. این امر زمانی اهمیت خود را نشان می‌دهد که به این واقعیت توجه نمایم که هرم سنی در کشور ما ساختاری جوان دارد و این گروه به عنوان قشری مولد و پرانرژی نقش مؤثری در رشد و پیشرفت جامعه خواهند داشت.

این بررسی نشان داد که در استان هرمزگان سطح تحصیلی افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند بیشتر در محدوده سیکل و دیپلم می‌باشد که حدود ۷۶ درصد موارد را شامل می‌شد. این امر با پراکندگی سنی نمونه‌ها تناسب دارد. از نظر شغل نیز در گروه مردان کسانی که شغل آزاد داشتند و دسته‌ای که بیکار بودند، بیشترین آمار را به خود اختصاص داده بودند و در گروه زنان، خانه‌داری و پس از آن محصل بودن بیشترین فراوانی را نشان می‌دهند. بدون شک بیکاری به عنوان یک پدیده مخرب اجتماعی با فقر و بسیاری از معضلات و مشکلات دیگر مرتبط می‌باشد و فرد بیکار در معرض انواع مختلف از ناهنجاریها و

مسائل روحی روانی و جسمی می‌باشد. در همین راستا مطالعات مختلف نشان داده‌اند که شیوع خودکشی در افراد بیکار بالاتر از افراد دیگر می‌باشد (۱۳، ۱۴). اما برخی از مطالعات هم نشان داده‌اند که خطر خودکشی در مورد افراد مرفه نسبت به افراد فقیر جامعه قابل توجه می‌باشد (۴، ۲). در این بررسی دارا بودن شغل آزاد و بیکاری هر کدام به ترتیب بالاترین آمار را به خود اختصاص داده‌اند که شاید نشان‌دهنده وضعیت خاص جامعه فعلی ما باشد که هم افراد رده پایین جامعه و هم افراد نسبتاً مرفه در معرض تهدید خودکشی می‌باشند.

برخی مطالعات نشان داده‌اند که برخلاف شهرنشینی، زندگی در روستا شانس اقدام به خودکشی را کاهش می‌دهد (۱۸) اما در یافته‌های بررسی حاضر موارد اقدام به خودکشی در روستاهای استان بیش از شهرهای آن بوده است (۵۶ درصد در مقابل ۴۴ درصد). دلیل این امر ممکن است به خاطر ثبت دقیق‌تر موارد خودکشی در روستاها توسط بهورزان باشد و از طرفی مواردی از اقدام به خودکشی در شهرها با مراجعه به مطب‌ها و درمانگاههای خصوصی درمان شده و آمار و اطلاعات آنها هرگز ثبت نمی‌شود.

بنابر یافته‌های این مطالعه، اقدام به خودکشی در استان هرمزگان در فصل تابستان بیش از فصول دیگر سال بوده است. این امر مشابه وضعیت کشور ایران می‌باشد (۱۵). اما در برخی کشورهای دیگر از فصل‌های سرد و گاهی بهار به عنوان زمان شیوع خودکشی نام برده می‌شود (۱۴، ۱۰).

از نظر شیوه و روش اقدام به خودکشی، مصرف قرص شایع‌ترین روش مورد استفاده بدین منظور بوده است (۷/۷ درصد) که مشابه یافته‌های مطالعات دیگر می‌باشد. این امر شاید به دلیل سهولت استفاده و در دسترس بودن داروهای مختلف می‌باشد. اما خودسوزی شیوه‌ای است که به خصوص در بین زنان استان مشاهده می‌شود به طوری که از ۷ مورد خودسوزی در سال ۱۳۹۰ پنج مورد آن (۷۱/۴ درصد) زن بوده‌اند. خودسوزی روشی خطرناک با شانس مرگ و میری بالا است که در کشورهای پیشرفته به ندرت مشاهده می‌شود (۷، ۸، ۲).

اقدام به خودکشی به عنوان اقدام خودخواسته در جهت پایان دادن به زندگی تعریف می‌شود. فردی که به هر دلیل به بن بست و استیصال رسیده است و هیچ راه دیگری در برابر خود نمی‌بیند، مرتکب این عمل می‌شود. البته بایستی به این نکته توجه داشت که خودکشی در جامعه یک علت نیست بلکه به عنوان یک

شود. آموزش و توانمندسازی کلیه پزشکان عمومی شهری و روستایی جهت ارائه خدمات و حمایت‌های مورد نیاز بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند. تسهیل دسترسی به خدمات تخصصی روانشناسی و روانپزشکی و در صورت نیاز خدمات بستری بیمارستانی در سطح استان مورد توجه قرار گیرد.

سیاسگذاری:

بدینوسیله از حمایت‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و همکاری کلیه کارشناسان سلامت روان در شهرستانهای استان هرمزگان تقدیر و تشکر می‌شود.

نشانه است و می‌تواند شاخصی جهت نشان دادن بهره‌مندی جامعه از سلامت روانی و اجتماعی باشد. لذا بر عهده سیاستگذاران و مسئولین است که اهتمام جدی به امر بهداشت و سلامت روان جامعه داشته و در جهت پایش و ارزیابی و ارتقاء شاخصه‌های آن برنامه‌ریزی دقیق داشته باشند. توجه بیشتر به زنان، قشر نوجوان و جوان که بیشترین موارد خودکشی در آنها صورت می‌گیرد، در سرلوحه برنامه‌های مقابله و پیشگیری از خودکشی قرار گیرد.

محققین پیشنهاد می‌کنند با توجه به اهمیت فراوان آمار و اطلاعات جامع و کامل در امر برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای، تقویت نظام مراقبت و ثبت اطلاعات خودکشی در استان هرمزگان به طور جدی دنبال شود و در این راستا همکاری مطب‌ها و مراکز بخش خصوصی نیز به عنوان منابع جمع‌آوری اطلاعات جلب

References

منابع

1. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7:6-8.
2. Gelder M. Oxford textbook of psychiatry. 4th ed. London: Oxford University Press; 1996: 14-17.
3. Suicide prevention (SUPRE). World Health Organization (cited 2012 Feb 28). Available: URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/, accessed 28 February 2012.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide and attempted suicide. New York: Wiley Press; 1998:49-64.
5. Sayil I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EMRO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Crisis*. 2002;23:11-16.
6. Pritchard C, Amanullah S. An analysis of suicide and undetermined deaths in 17 predominantly Islamic countries contrasted with the UK. *Psychol Med*. 2007;37:421-430.
7. Lester D. Suicide and Islam. *Arch Suicide Res*. 2006;10:77-97.
8. Knox K, Conwell Y, Caine E. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health*. 2004;94:37-45.
9. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:1155-1162.
10. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet*. 359:835-840.
11. Huang GH. Integrated analysis of incidence, progression, regression and disappearance probabilities. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8:40.
12. Solati K. Comparison of irrational beliefs in suicide attempted (self-burning) and normal individuals. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2000;2:52-60. [Persian]
13. Mościcki EK. Epidemiology of suicide. *Int Psychogeriatr*. 1995;7:137-148.
14. Partonen T, Haukka J, Nevanlinna H, Lönnqvist J. Analysis of the seasonal pattern in suicide. *J Affect Disord*. 2004;81:133-139.
15. Shirazi HR, M. Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad K, et al. Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. *East Mediterr Health J*. 2012;18:607-613.