Archive of SID

گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال های ۷۰-۷۱

امیرمسعود احمدی (M.D.) * محمود حاجی احمدی (Ph.D.) **

چکیده

سابقه و هدف : خودکشی در زمره ده علت عمده مرگ و میر قرار دارد. شیوع خودکشی در کشورهای موسوم به کمربند خودکشی ۱۰-۲۵ درصدهزار نفر در سال است. بنابراین، با توجه به فقدان آمار مناسب، کلیه موارد مرگ به علت خودکشی از طریق دفاتر ویژه پزشکی قانونی و دادگستری مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش ها : از ۲۶ مرکز پزشکی قانونی و مراکز وابسته به دادگستری استان با یک روش توصیفی و گذشته نگر اطلاعات لازم کسب گردید و با کمک روش های آماری (Chi-square) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج : شیوع خودکشی در سال ۷۰ ، ۱/۹ درصدهزار و در سال ۷۱، ۲/۳ درصدهزار بوده است. در این میان مبتلایان به بیماری های روانی و به خصوص گروه های سنی جوان و نوجوان، زنان و متأهلین، در خطر بیشتری قرار داشته اند. انتخاب روش های خطرناکی مثل خودسوزی و دارآویختگی و مسمومیت، بالاترین درصد مرگ و میر را به دنبال داشته اند.

استنتاج : خطر خودکشی در کشور جوانی مثل ایران با توجه به افزایش روزافزون جمعیت و وفور بحران هویتی در این گروه سنی از یک سو و مشکلات خاص جامعه رقابتی از سوی دیگر بایستی مدّ نظر قرار گیرد.

دادن اولویت به اطلاع رسانی مناسب به جامعه، بیماریابی همه جانبه و تأسیس و تجهیز مراکز درمانی مناسب از دیگر توصیه های این گزارش است.

واژه های کلیدی : خودکشی ، مازندران، اپیدمیولوژی

مقدمه

خودکشی یکی از پنج علت عمده مرگ و میر از میان علل ده گانه مرگ ومیر در کشورهای جهان به شمار می رود. در ایالات متحده، خودکشی نهمین علت و در میان گروه جوان و نوجوان، دومین وسومین علت مرگ ومیرمحسوب می شود(۱)، به خصوص از آنجا که بیش از ۵۰درصد موارد آن حادثه و سانحه محسوب می گردد(۲). شیوع خودکشی در کشورها و در میان اقوام و مذاهب مختلف ارقام متفاوتی دارد. در این میان، کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی تا استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ در صدهزار نفر در سال بیشترین، و اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر، به عنوان یک کشور آفریقایی مسلمان، با ۱۰ در صدهزار نفر درسال، درصد پایینی را به خود اختصاص می دهند(۲). به طورکلی درکشورهایی با مبنای فرهنگی

* متخصص روانپزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بابل
** دکترای آمار حیاتی عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
✉ بابل- خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

وابسته به مذاهب سامی عموماً و در کشورهای اسلامی علی‌الخصوص باتوجه به تحریم عمل خودکشی(۳)شیوع آن کمتر است. این رقم دربعضی کشورهای مسلمان و هم جوار مثل ترکیه(٤)، پاکستان و نیزمسلمانان مغولستان (٥) نیز پایین بوده است. ازآنجا که در کشور ایران آمار دقیق و مشروح کمتر وجود دارد (حداقل در سال های انجام این تحقیق)، تصمیم گرفته شد تا این بررسی درسال های ۷۰و۷۱ انجام شود.

مواد و روش ها

ازطریق ۲٦ مرکز پزشکی قانونی ومراکز وابسته به دادگستری استان و بابررسی سرشمارانه کلیه پرونده های موجود که تحت عنوان مرگ به دلیل خودکشی ثبت گردیده بود، اطلاعات لازم استخراج شد.

این مطالعه گذشته نگر و توصیفی بوده است. بررسی و تحلیل آماری با Chi-square انجام شد.

به جزهدف اصلی که تعیین میزان شیوع خودکشی بود، موارد فرعی و مکمل دیگری نیز در نظر گرفته شد که شامل موارد ذیل می گردید: جنس، سن، وضع تأهل، مذهب، شغل، محل زندگی، سابقه کسالت جسمی و روانی، و زمان و نحوه اجرای خودکشی. مرگ های مشکوک و غیر مشخص، لحاظ نگردید.

نتایج

۱- شیوع: در سال ۱۳۷۰، ۷۳ مورد و در سال ۱۳۷۱، ۹۱ مورد مرگ به دلیل خودکشی موفق رخ داده است. بر این اساس، شیوع خودکشی در سال ۱۳۷۰، ۱/۹ در صد هزار نفر است. کمترین رقم خودکشی در سال های ۷۰ و۷۱، مربوط به شهرستان های نور و بهشهر به ترتیب با صفر و ۰/٤ و بالاترین رقم خودکشی در سال های ۷۰ و۷۱، مربوط به بندرترکمن ۷/٦ و علی آباد با ٦/۹ در صدهزار نفر بود. بدین ترتیب آشکار است که نسبت خودکشی در نواحی شرقی استان بیش از نواحی مرکزی و غربی آن است. این نسبت در سال ۷۰ حدود سه برابر و در سال ۷۱، ۲ برابر بوده است.

۲- جنس: در سال ۷۰، از مجموع خودکشی های موفق ٤٤ نفر مرد و ۲۹ نفر زن و در سال ۷۱، ۵۳ نفر زن و ۳۸ نفر مرد بودند. نسبت مرد به زن در سال ۷۰، ۱/۵ و در سال ۷۱، ۰/۷ بوده است.

۳- سن: میانگین سن مردان در سال ۷۰ و ۷۱، به ترتیب ۳۳/۲ و ۳٦/۵ سال و میانگین سن زنان در این دو سال به ترتیب ۲٦/۸ و ۲۸/۵ سال بود. جوان ترین فرد یک پسر ده ساله و مسن ترین آن یک پیرمرد ۸۰ ساله بود.

٤- وضعیت تأهل: در سال های ۷۰ و ۷۱ به ترتیب ٤۸ و ٤۹ درصد افراد متأهل بوده اند.

۵- شغل: ۳۳درصد در سال ۷۰ و ۳۰/۱ درصد در سال ۷۱ خانه دار و بقیه کشاورز، شغل آزاد، کارمند و نیز حدود ۱۱ درصد مشغول به تحصیل بوده اند.

رقم بیکاران که تحت این‌عنوان طبقه بندی شده اند درسال های ۷۰و۷۱ به ترتیب فقط۳ و٤ درصدبوده است.

متأسفانه، شغل ۲۸/۵درصد افراد در سال ۷۰ و شغل ۲۷/۳درصد آنها در سال ۷۱، غیرمشخص اعلام گردیده بود.

۶- محل زندگی: درسال ۷۰، ۵۷درصد و در سال ۷۱، ٦۰درصد جمعیت خودکشی موفق، روستایی بوده اند.

۷- سابقه کسالت: شایع ترین کسالت وعامل زمینه‌ای در سال ۷۰ و۷۱ به ترتیب ۳۱ و٤۰درصد ابتلا به بیماری های روانی اعلام شده است. البته اعتیاد در سال های ۷۰ و ۷۱ به ترتیب ۱۰ و ۳/۲درصد، رقمی مجزا به خود اختصاص داده است. در حالی که این کار فقط دستیابی به عوامل مجزاست و در حقیقت رقم واقعی با افزودن عامل اعتیاد به بیماری های روانی به دست خواهد آمد.

مشکلات اقتصادی اجتماعی که تحت عناوین مشکلات مالی، بیکاری و شکست تحصیلی در پرونده

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

افراد قید شده بود در سال ۷۰، ۱۸درصد و در سال ۷۱، ۲۰درصد است.

۸- روش خودکشی: شایع ترین روش در میان زنان اقدام به خودسوزی و در میان مردان دارآویختگی است. ۵۸درصد زنان در سال ۷۰ و ۵۰درصد در سال ۷۱ خودسوزی کرده اند. ۳۱درصد مردان در سال ۷۰ و ۲٤درصد درسال ۷۱ خود را دار زده اند. روش های دیگری مثل مسمومیت با دارو، سموم و تریاک، غرق شدگی، سقوط از بلندی، برق گرفتگی و شلیک با سلاح گرم، در مراتب بعدی قرار دارند.

۹- زمان اقدام: ساعات ۱۲-۱۸ شایع ترین زمان اقدام به خودکشی بوده است. بیست و شش نفر از زنان در سال ۷۰ و ۱۳ نفر در سال ۷۱ و در میان مردان نیز ۱٤ نفر درسال ۷۰ دراین برهه زمانی اقدام به خودکشی کرده اند. این یافته در گروه زنان از نظر آماری معنی دار بوده است ($P<۰/۰۵$).

در مورد مذهب این افراد، اطلاعات قابل قبولی ثبت نگردیده است.

بحث

با مقایسه ارقام شیوع خودکشی، مازندران در مکان پایین قرار دارد (متوسط ۱۰-۱۲ در صدهزار نفر در سال در کشورهای صنعتی و ۳-۵ در صدهزار نفر در سال در بعضی کشورهای عربی مسلمان). آنچه که در یافته های این گزارش قابل اهمیت است تفاوت نواحی شرقی استان با نقاط مرکزی و غربی آن است. این نواحی عمدتاً شامل گرگان، گنبد، بندرگز، کلاله، رامیان، و مینودشت بوده است. از یافته ها چنین بر می آید که خودکشی در این نواحی در سال ۷۰ و ۷۱ به ترتیب ۳برابر و بیش از ۲برابر شایع تر از نواحی مرکزی و غربی استان بوده است. عواملی مثل تراکم جمعیت، مشکلات اقتصادی اجتماعی، تحصیلات پایین و فقدان اطلاعات و امکانات لازم جهت دسترسی به درمان های خاص، شاید از جمله عوامل زمینه ای این تفاوت باشند(٦).

در اغلب کتب به این یافته اشاره شده که زن ها تا سه‌برابر مبادرت به خودکشی و مردان سه‌برابر خودکشی موفق دارند. این رقم و تفاوت در دو سال مورد بررسی معنی دار نبوده است. از سوی دیگر، جمعیت زنانی که دست به خودکشی موفق زده‌اند نه تنها کم نیست بلکه درسال ۷۱ بیش ازمردان بوده است. این یافته ها به دونکته بسیار مهم اشاره دارد: هیچ گاه نباید خطر خودکشی در زنان را دست کم گرفت. دیگر آن که این خطر در زنان کشور ما بیش از معمول است و شباهت آن با الگوی خودکشی زنان هندی بسیار جالب توجه است. سن خودکشی اصولاً درسال های میانی قرن حاضر بالاتر از سنین دهه ٤ و ٥ بوده است. حال آن که به تدریج این سن روبه کاهش نهاده است.گزارش سازمان ملی بهداشت روانی آمریکا (NIMH)[1] نشان می دهد که در فاصله سال های ۱۹۵۵ به بعد تا دهه ۸۰، خودکشی تا ۳ برابر در جوانان زیر ۲۰ سال (۱۳-۲۰) افزایش یافته است (۲). یافته های مقاله حاضر این نتایج را تأیید می کند. در سال٤٤، ۷۰ درصد و درسال ۷۱، ۳٤درصدافراد خودکشی درگروه سنی ۱۰-۲۰ سال قرار داشته اند و حدود ۲۰درصد و۲۳/۲درصد از جمعیت ۲۱-۳۰ سال درسال های ۷۰ و ۷۱ خودکشی کرده اند. با افزودن این دو معلوم می گردد که ٦٤درصد از کل جمعیت خودکشی در سال ۷۰ و ۵۷/۲درصد در سال ۷۱ مربوط به مجموع این دو گروه سنی یعنی از ۱۰-۳۰ سالگی است. لازم به توضیح است که این یافته ها در مطالعه یاسمی و همکاران در سال ۷۱ و ۷۰ نیز تأیید گردید(۷).

فراوانی جمعیت خودکشی در مازندران شاید به ویژگی های خاص و بافت روستایی آن انتساب یابد ولی

1. National Institute of Mental Health

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

نباید فراموش شود که به هر حال خودکشی در جمعیت روستایی در آمارهای جهانی همواره کمتر از جمعیت شهری است. پس وقوع خودکشی بیشتر در جمعیت روستایی قابل توجه است، زیرا استرس های ویژه ای که با زندگی شهری تعریف شده اند در روستا کمتر دیده می شوند، بنابراین بایستی به صورت کارشناسانه تری به این تفاوت توجه شود و شاید ضرورت دارد که استرس های خاص جامعه روستایی نیز مورد بررسی قرار گیرند. انتخاب الگوی خودسوزی و آن هم عمدتاً در ساعات عصر شاید خبر از همین مشکلات می دهد. در میان مسایلی که به نظر می رسد، شاید اختلافات خانوادگی نقش داشته باشد. از سوی دیگر، این مسأله به نکته بسیار مهم دیگری نیز اشاره می کند که بسیاری از موارد اقدام به خودکشی الزاماً برای کشتن خود نبوده و فقط نوعی فریاد کمک خواهی و شاید صرفاً دستی است که برای کمک خواهی دراز می شود. متأسفانه انتخاب روش خودسوزی به دلیل خطرناک و بد عاقبت بودن آن شاید در این موارد منجر به مرگ شده است(۸). در اغلب مطالعات این یافته مورد تأکید بوده است که مهمترین عامل خودکشی ابتلا به بیماری های روانی است. در این گزارش نیز به این نکته مجدداً تأکید می گردد. وجود رقمی در حدود ۳۰-٤۰ درصد در دو سال ۷۰ و ۷۱ نشان می دهد که باید اعتیاد و ابتلا به بیماری های روانی را هرچه بیشترجدّی درنظرگرفت (۹).

نتیجه

۱- خودکشی در مازندران بیشتر الگویی مشابه دیگر کشورهای عربی و مسلمان دارد که خود یادآور اثر فرهنگ خاص مذهبی آن است.

۲- خودکشی در میان جوانان و به خصوص زنان و متأهلین در این استان شایع است، بنابراین باید خطر مشکلات نوجوانی و دوره بلوغ و مسایل تحصیلی و بحران جامعه رقابتی در دستورکار مدارس قرارگیرد(۱۰).

۳- مشکلات همسران جوان باید بسیار جدّی تلقی گردد و برای پیشگیری از بروز این مشکلات مسایل زندگی زوج های جوان و به خصوص زنان جوان در کنار خانواده های سنتی مورد دقت و ارزیابی قرار گیرد.

٤- با توجه به وفور بیماری های روانی و اعتیاد در میان افراد جمعیت خودکشی، لازم است اطلاع رسانی به جامعه، بیماریابی و تشکیل و تجهیز واحدهای درمانی در اولویت بهداشت کشور (عموماً) و بهداشت روانی (خصوصاً) قرار گیرد. از آن جمله است فقدان مراکز ویژه برای بستری کوتاه مدت و ارزیابی مراحل بحرانی.

۵- اغلب پرونده ها فاقد اطلاعات جامع و کامل است. چنانچه در سال ۷۰، ٤۱درصد و در سال ۷۱، ٤۰درصد موارد مرگ به دلیل خودکشی هیچ زمینه‌ای ذکر نشده است و نیز در حدود ۲۸درصد موارد در هر دو سال مشکل افراد نیز نامشخص اعلام شده است. این دو مورد به عنوان نمونه ذکر شد تا روش کسب و درج و اعلام نتایج با دقت بیشتری انجام شود. در خاتمه بایستی به این نکته اشاره شود که در زمان اجرای این تحقیق هنوز استان مازندران و گلستان تفکیک نشده بودند، بنابراین نتایج به همان صورت قبل گزارش شده است.

سپاسگزاري

از کلیه دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل و مسؤولان اداری و اجرایی استان خصوصاً دادگستری‌محترم استان مازندران که‌درانجام این پژوهش نهایت همکاری را مبذول داشتند، تشکر می نماییم.

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

Archive of SID

فهرست منابع

1. Kaplan HI, Sadock BJ. ***Comprehensive textbook of psychiatry.***5th. ed. Williams & Wilkins 1989: 1416.
2. Syed Arshad Hossain, Trisk Vandiver. ***Suicide in children and adolescents.*** 1 st. ed.Medical and scientific books. 1984: 5-6.
3. Khan MM, Islam S, Kundi AK. Parasuicide in Pakistan. ***Acta. Psychi. Scand.*** 1996; 93 (4):264- 7.
4. Cosar B, Kocal N, Arikan Z, Isik E. Suicide attempt among Turkish psychiatric patients. ***Can. J. Psychiatry.*** 1997; 42 (10): 1072- 75.
5. Wang D, Wang YT, Wang XY. Suicide in three ethnic group in Huhhot, Inner Mongolia. ***Crisis.*** 1997; 18(3): 112-114.
6. Statham DJ, Heath AC, Madden PA. Suicidal behavior, an epidemiological and genetic study. ***Psych. Med.*** 1998; (4): 839- 855.

۷. یاسمی محمدتقی و همکاران. بررسی همه گیر شناسی اقدام به خودکشی درشهر کرمان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال سوم، شماره ٤، بهار ۷۷، ص ۱۵-۲۷.

8. Tousignant M, Sashari S, Raja A. Gender and Suicide in India. ***Suicide- Life- Threat-Beha.*** 1998; 28(1) 50- 61.
9. Stengel E. ***Suicide and attempted Suicide.*** 1 st. ed. Aronson. New York. 1974: 137-151.
10. Gould MS, Fisher P, Parides M, et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent. Division of child psychiatry, Columbia University. ***Arch. Gen. Psychi.*** 1996; 53 (12): 115- 162.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir