



## همه گیرشناسی خودکشی از طریق پزشکی قانونی در استان کرمان

دکتر محمد تقی یاسمی\*، دکتر عبدالرضا صباحی\*\*، دکتر سید مجتبی میرهاشمی\*\*\*  
دکتر شراره سیفی\*\*\*، دکتر پرینوش آذر کیوان\*\*\*، دکتر محمد حسین طاهری\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** بررسی همه گیرشناسی خودکشی می تواند زمینه را برای اقدامات مؤثر پیشگیرانه فراهم آورد. این پژوهش در این راستا و با هدف بررسی همه گیر شناسی خودکشی در استان کرمان اجرا شده است. روش: در این پژوهش مقطعی که طی یک سال شمسی در استان کرمان انجام گرفت با مراجعه به پزشکی قانونی به کمک روش سرشماری و یا بکارگیری پرسشنامه، تمامی موارد بررسی و در شهر کرمان با بستگان آنها مصاحبه انجام شد. یافته‌ها: ۶۳ مورد خودکشی در یکسال در استان کرمان (۲۶ نفر در شهرستان کرمان) ثبت گردید. میزان بروز خودکشی در استان ۳/۱ درصد هزار نفر و در شهرستانهای استان از صفر در رفسنجان و شهر بابک، تا ۷/۳ درصد هزار نفر در شهرستان زرنند متغیر بود. نسبت مرد به زن ۲/۲۶ برابر بود. با در نظر گرفتن توزیع سنی جمعیت استان، خودکشی در گروه نوجوان و جوان شایعتر از افراد مسن تر بود ( $P < 0.05$ ). خودکشی در فصول گرم سال بیشتر رخ داده بود و شایعترین روش خودکشی استفاده از سموم و پس از آن حلق آویز کردن بود. در این پژوهش، بستگان فرد در گذشته تنها در ۳۲ درصد موارد بیماری روانی را علت خودکشی می‌دانستند و فقط ۴ درصد افراد سابقه مراجعه به روانپزشک داشتند. به نظر می‌رسد در استان کرمان الگوی زمینه‌ای با میزان متوسط و پایین وجود دارد که اخیراً با یک اپیدمی در شهر کرمان و جنوب استان روبرو هستیم. در این مقاله الگویی برای توجیه تفاوت‌های منطقه‌ای بروز خودکشی، پیشنهادهایی برای کاهش میزان بروز آن و ادامه پژوهشهای بعدی ارائه شده است.

### کلید واژه: خودکشی، همه گیرشناسی، کرمان

\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین(ع)، مجموعه روانپزشکی (نویسنده مسئول).

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

\*\*\* پزشک عمومی

\*\*\*\* پزشک عمومی، رئیس سابق سازمان پزشکی قانونی کرمان.

خطر در افرادی که خودکشی می‌کنند زمینه ساز برنامه‌ریزی برای اقدامات بهداشتی پیشگیرانه خواهد بود.

### روش

این پژوهش به روش مقطعی<sup>۱</sup> انجام گردید و با توجه به دسترسی به کلیه موارد خودکشی که به پزشکی قانونی کرمان و شهرستانهای استان ارجاع داده شده بودند، از روش سرشماری<sup>۲</sup> استفاده شد. زمان مطالعه از نیمه بهمن ۷۲ تا نیمه بهمن ۷۳ بود. در مورد جمع آوری اطلاعات در کرمان و شهرستانها به دو گونه عمل شد:

الف- در شهر کرمان: با مراجعه روزانه به پزشکی قانونی، داده‌ها از طریق مصاحبه افراد آموزش دیده با اطرافیان فرد خودکشی کننده در پرسشنامه‌های نیمه ساختاری<sup>۳</sup> که توسط پژوهشگران تهیه شده بود ثبت می‌شد. قبل از شروع پژوهش آموزشهای لازم در مورد اجرای این پرسشنامه از جمله مصاحبه نمایشی<sup>۴</sup> برای افزایش پایایی بین مصاحبه کنندگان به آنها آموزش داده شد. در صورتی که اطرافیان آمادگی انجام مصاحبه را نداشتند و یا مصاحبه در محل پزشکی قانونی میسر نمی‌شد، آدرس آنها اخذ شده و پس از کسب اجازه در فرصت مناسب با آنها مصاحبه می‌شد.

ب- در شهرستانهای استان، به دلیل عدم امکان دسترسی به اطرافیان فرد خودکشی کننده و نیز عدم امکان هماهنگی و جلب همکاری پزشکان قانونی مراکز شهرستانها، اطلاعات

خودکشی<sup>۱</sup> اقدامی است آگاهانه و با سرانجام مرگبار که بوسیله خود فرد و با آگاهی از این سرانجام رخ می‌دهد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳).

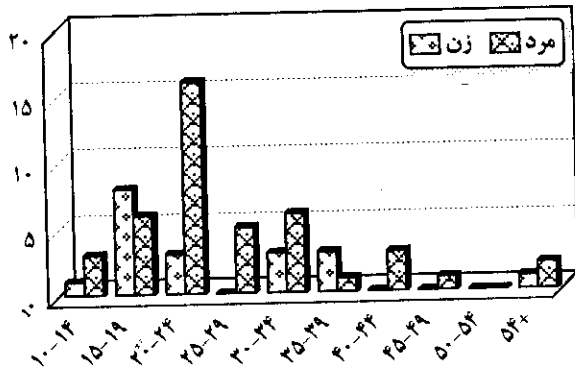
خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی است و در برخی کشورها هشتمین علت مرگ در افراد بزرگسال است. در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند (روی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰) و اقدام به خودکشی<sup>۳</sup> یا شبه خودکشی<sup>۴</sup> ۱۰-۸ برابر شایعتر از موارد خودکشی است. میزان بروز خودکشی در جهان بسیار متغیر است، برای نمونه در جنوب اروپا این میزان پایین و در اروپای غربی و اسکاندیناوی بالاست (کانتور<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). خودکشی در شرق آسیا روند افزایشی داشته است، ولی در کشورهای اسلامی پایین گزارش شده است (چنگ<sup>۶</sup> و لی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰).

در کشور ما، تعداد پژوهشهای منتشر شده در مورد خودکشی محدود است. در یک مطالعه قبلی (یاسمی، صانعی، ملک پور، هنرمند و میرشکاری، ۱۳۷۷)، بررسی اپیدمیولوژیک کلیه موارد اقدام به خودکشی یا شبه خودکشی در مراجعین به مراکز درمانی شهر کرمان طی یک سال شمسی بررسی شدند. گرچه در آن بررسی ۳/۵٪ از اقدام کنندگان فوت نمودند ولی میزان بروز خودکشی، به علت عدم شمول بر موارد ارجاع مستقیم به پزشکی قانونی، از آن داده‌ها قابل استخراج نبود.

در بررسی کنونی اپیدمیولوژی خودکشی مورد نظر بود و به همین دلیل از آمار پزشکی قانونی استفاده شد. زیرا کلیه مرگهای ناشی از خودکشی اعم از مراجعین بیمارستانی یا مرگ در خارج از بیمارستان را شامل می‌شود. با توجه به تفاوتهای جغرافیایی، اقلیمی، فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و اقتصادی کشور ما با سایر کشورها اینگونه مطالعات لازم و دارای ارزش کاربردی است. از

- 1- suicide
- 2- Roy
- 3- attempted suicide
- 4- parasuicide
- 5- Cantor
- 6- Chen
- 7- Lee
- 8- cross-sectional
- 9- census
- 10- semi-structured
- 11- mock interview

حداکثر ۵۵ سال بود. توزیع سنی و جنسی در نمودار ۱ آمده است.



پس از تقسیم موارد به دو گروه زیر ۲۵ سال و بالای ۲۵ سال و در نظر گرفتن جمعیت استان در هر گروه و محاسبه میزان بروز برای هر گروه، مشخص شد نسبت خودکشی در افراد زیر ۲۵ سال بیش از افراد بالای ۲۵ سال است ( $p < 0/05$ ),  $(x^2 = 3/95, df = 1)$ . نسبت مرد به زن ۲/۲۶ است، در شهرستانهای بزم و جیرفت تفاوت جنسی برعکس بوده و خودکشی در زنها اندکی بیشتر بود.

میزان با سواد در موارد خودکشی ۸۳٪ و مشابه نسبت با سواد در استان (۸۵/۵٪) بود. تفاوتی نیز بین متأهلین و مجردها در هر دو جنس وجود نداشت.

نزدیک به نیمی از موارد خودکشی شغل دائمی داشته‌اند (۴۶/۳۸٪) و ۲۵٪ موارد بیکار بوده‌اند که در مقایسه با وضعیت بیکاری سال ۱۳۷۰ یعنی ۶/۵۲٪ در جمعیت عمومی، این میزان در افراد خودکشی کننده بالاتر بوده است. اکثر افراد خودکشی کننده با خانواده زندگی می‌کرده‌اند (۸۴٪)، ۸٪ به تنهایی و ۸٪ با دوستان زندگی می‌کرده‌اند.

از ۲۵ مورد خودکشی در شهرستان کرمان ۲۰ مورد (۸۰٪) که ۱۷ نفر مرد و ۳ نفر زن بوده‌اند ساکن شهر و ۵ مورد (۲۰٪) که ۲ نفر مرد و ۳ نفر زن بوده‌اند ساکن بخشها و روستاهای

گردید و حاوی اطلاعاتی شامل تعداد، سن، جنس و سواد بود جمع آوری شد (توضیح آنکه در آن زمان سیستم ثبت منظم موارد خودکشی در پزشکی قانونی مرسوم نشده بود).

برای امکان پذیر شدن محاسبه میزان بروز و مقایسه یافته‌های پژوهش با جمعیت عمومی از اطلاعات مربوط به سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۶۵ و نشریه تکمیلی مربوط به سال ۱۳۷۰ که برای زمان پژوهش تصحیح شده بودند استفاده شد. با توجه به اینکه این مطالعه از نوع سرشماری بوده است از آمار توصیفی برای تعیین داده‌ها استفاده شد و نیازی به تجزیه و تحلیل معنی‌داری نبود. در موردی که با فرض معرف بودن موارد کرمان برای کشور، تعمیم خارجی نتایج مفید بود از آزمون آماری "خی‌دو" استفاده شد.

### یافته‌ها

طی یک سال شمسی تعداد ۶۳ مورد خودکشی در استان کرمان ثبت شد. برای یک مورد به دلیل عدم همکاری اطرافیان پرسشنامه‌ای پر نشد و فقط در میزان بروز دخالت داده شد و ۲۶ مورد در مرکز استان و ۳۷ مورد از طریق پرسشنامه مخصوص شهرستانها جمع آوری شدند. با توجه به اطلاعات آماری سال ۱۳۷۰ استان کرمان و تصحیح آن برای زمان پژوهش میزان بروز خودکشی در استان ۳/۱ درصد هزار نفر جمعیت بود و به تفکیک در شهرستانها میزان بروز خودکشی از صفر در رفسنجان و شهرابک تا ۷/۳ درصد هزار در زرنند متغیر بود. از تعداد ۶۲ مورد خودکشی، ۴۳ مورد (۶۹/۴٪) مرد و ۱۹ مورد (۳۰/۶٪) زن بودند، میانگین سنی مرتکبین  $26.7 \pm 13$  است. میانگین سنی برای مردان  $27.4 \pm 14$  با حداقل سنی ۱۲ و حداکثر ۸۵ سال

شهرستان کرمان بوده‌اند که افزایش تمایل به خودکشی در مردان شهری و زنان روستایی را نشان می‌دهد.

از نظر روش در ۶۲ مورد خودکشی انجام شده در استان، مسمومیت، حلق آویز کردن و خودسوزی به ترتیب بالاترین میزان شیوع را داشته‌اند (جدول ۱).

تعداد موارد خودکشی در بهار ۲۳ (۳۷٪)، تابستان ۱۹ (۳۱٪) و پائیز ۹ (۱۴٪) و زمستان ۱۱ (۱۸٪) بود که نشان می‌دهد بیشترین موارد خودکشی در فصول گرمتر سال بوده است. در اسفند ماه هیچ مورد خودکشی ثبت نشده و بعد از

جدول ۱- توزیع فراوانی خودکشی بر حسب روش خودکشی در استان کرمان

روش	مرد (درصد)	زن (درصد)	کل (درصد)
سم	۱۰ (۲۲/۳)	۱۳ (۶۸)	۲۳ (۳۷/۱)
دارآویختگی	۱۵ (۳۳/۴)	۰	۱۵ (۲۴/۲)
خودسوزی	۹ (۲۰)	۴ (۲۱)	۱۳ (۲۱/۵)
قرص	۶ (۱۳/۳)	۰	۶ (۹/۷)
اسلحه گرم	۴ (۸/۸)	۱ (۵)	۵ (۸/۱)
بریدن	۱ (۲/۲)	۰	۱ (۱/۶)
سقوط	۰	۱ (۵)	۱ (۱/۶)
جمع	۴۵ (۱۰۰٪)	۱۹ (۱۰۰٪)	۶۴ (۱۰۰٪)

آن در مهر و آبان کمترین موارد خودکشی ثبت شده بود. توزیع خودکشی بر اساس روزهای ماه شمسی تفاوت واضحی نداشت. بر اساس روزهای ماه قمری، کمترین تعداد در دهه اول ماه (۱۹/۴٪) و بیشترین موارد در دهه دوم ماه (۴۱/۹٪) بود و دهه سوم از این نظر متوسط (۳۷/۷٪) بوده است. از نظر روزهای هفته و روزهای تعطیل نیز تفاوت محسوسی وجود نداشت. از نظر ساعت خودکشی در ۲۱ مورد که ساعت خودکشی مشخصی وجود داشت، کمترین موارد در ساعات اولیه بامداد بود. شایعترین مکان خودکشی منزل (۷۶٪) بوده است و بیشترین موارد فوت (۵۲٪) در بیمارستان بوده است.

از نظر سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی، تنها یک مورد مثبت بود و ۲ مورد سابقه مراجعه سرپایی به روانپزشک داشتند ولی در یک ماه قبل از خودکشی هیچ موردی از مراجعه به روانپزشک وجود نداشت. همچنین سابقه فامیلی بستری در بیمارستان روانپزشکی برای یک مورد و مراجعه سرپایی برای ۲ مورد وجود داشت. سابقه اقدام به خودکشی در دو مورد و بیماری مزمن جسمی تنها در یک مورد گزارش شده است.

در ۲۵ مورد خودکشی در شهرستان کرمان ۷ نفر (۲۸٪) اعتیاد داشته‌اند که همه مرد بوده‌اند.

در اکثر موارد اطلاع اولین نفر، اتفاقی بوده است (۶۸٪). میانگین فاصله تقریبی زمان اطلاع اولین نفر از خودکشی فرد ۶ ساعت و ۲۰ دقیقه بود که حداقل زمان صفر و حداکثر زمان ۷۲ ساعت بوده است. از ۲۵ مورد خودکشی در شهرستان کرمان، در ۱۰ مورد (۴۰٪)، اطلاع اطرافیان قبل از مرگ بوده و فرد اقدام کننده هنگام اطلاع هوشیار بوده است و در حدود نیمی از موارد اطلاع اطرافیان بعد از مرگ بوده است. از ۲۵ مورد خودکشی در شهرستان کرمان تنها ۴

نفر (۱۶٪) تهدید به خودکشی داشته اند و تنها یک مورد یادداشت و یک مورد وصیت نامه داشته است. در تحلیل محتوای<sup>۱</sup> نظرات بستگان افراد خودکشی کننده، در پاسخ به یک سؤال باز در مورد برداشت آنها از علت خودکشی، در ۱۵ مورد (۶۰٪)، مشکلات زندگی اعم از خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی بیان شده و در ۳ مورد (۱۲٪) بطور خاص فقر و در ۲ مورد (۸٪) بیکاری ذکر شده و در ۸ مورد (۳۲٪) ابتلاء به بیماری اعصاب و روان ذکر شده است.

### بحث

در این پژوهش ۶۳ مورد خودکشی موفق ثبت شد که میزان بروز برای استان کرمان، ۳/۱ در صد هزار نفر می باشد و در شهرستانهای استان از ۷/۳ در صد هزار، در زرنند تا صفر در رفسنجان و شهر بابک متغیر است.

در شهرستان کرمان حجم نمونه ۲۶ مورد بود (که برای ۲۵ مورد پرسشنامه کامل پر شده است) و این در حالی است که در پژوهش قبلی (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷) تنها در مراجعین به مراکز درمانی ۳۰ مورد از موارد اقدام به خودکشی منجر به مرگ شده بود. این مسئله به دو علت می تواند باشد:

کاهش واقعی میزان بروز خودکشی نسبت به ۲ سال قبل؛ و این احتمال که روش استفاده از اطلاعات پزشکی قانونی، روش حساسی نبوده است. احتمالاً "کلیه موارد خودکشی به پزشکی قانونی ارجاع نمی شده است و این مسئله ای قابل اهمیت در پژوهشهای بعدی است. با توجه به اینکه در سالهای بعد از این پژوهش ثبت موارد خودکشی در پزشکی قانونی نظامساز شده است، امید می رود بتوان در آینده پژوهشهای بهتری انجام داد. ولی اساساً "ممکن است یک نوع سوگیری در گزینش<sup>۲</sup> در موارد ارجاعی به پزشکی قانونی مطرح باشد.

گرچه بخشی از تفاوت میزانهای دو سر طیف

می تواند به حساسیت سیستم پزشکی قانونی در مراکز مختلف مربوط باشد ولی ضرورت انجام یک پژوهش جداگانه در همه شهرستانها توصیه می شود. میزان صفر در شهر بابک واقعی بنظر می رسد. زیرا پس از مقابله با اپیدمی خودکشی در آن شهر که در سال ۱۳۷۲ پایان یافت (یاسمی، فرج پور و سردار پور گودرزی، ۱۳۷۵) کنترل دقیق و فعال تیم تحقیقاتی نیز میزان بروز صفر را تأیید نمود.

در مقایسه با مطالعه مشابه انجام شده در مازندران که در سال ۱۳۷۰، حدود ۱/۹ و در سال ۱۳۷۱، ۲/۳ درصد هزار نفر گزارش شده است، خودکشی در استان کرمان از میزان بالاتری برخوردار است. اخیراً گزارش مرگ و میر استان کرمان منتشر شد که حاکی از افزایش میزان بروز به حد ۷/۹ در صد هزار در سال ۱۳۷۹ است (نقوی، ۱۳۸۰). این افزایش عمدتاً مربوط به زنان روستایی است که در کهنوج خودسوزی کرده اند و میزان بروز را به بالاترین حد رسانده اند. ۱۳/۲ درصد هزار پس از آن شهر کرمان با میزان ۱۱/۴ درصد هزار قرار دارد. شهر بابک و رفسنجان همچنان میزان پایینی داشته اند (۲/۹ و ۴/۳ در صد هزار) و در زرنند کاهش مشاهده می شود (۵/۹ در صد هزار).

با توجه به اینکه آمارهای منتشر شده دلالت بر شیوع بالا در برخی از مناطق غربی کشور دارد، بنظر می رسد اساساً "دو الگوی خودکشی در ایران وجود داشته باشد. الگوی زمینه که میزان بروز پایین دارد: مانند مازندران (احمدی، ۱۳۷۳) و الگوی اپیدمیک که میزان بروز بالا دارد. در الگوی زمینه ای بیشتر مردان و در الگوی اپیدمیک بیشتر زنان و عمدتاً از طریق خودسوزی خودکشی می کنند. الگوی مشابهی در کشور کانادا گزارش شده است. به این صورت که در جمعیت عمومی میزان بروز ۱۴ تا ۷۷ در صد هزار ولی در بومیان و گروههای خاص ۲۴۱ تا ۲۶۷ در صد هزار بوده است (راس<sup>۳</sup> و دیویس<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶).

1- content analysis  
3- Ross

2- selection-bias  
4- Davis

به نظر می‌رسد در استان پهناور کرمان در برخی از شهرستانها الگوی زمینه‌ای با میزان پایین و متوسط وجود دارد ولی اخیراً با یک اپیدمی در نواحی جنوبی استان و شهر کرمان روبرو هستیم.

در آمارهای گزارش شده از کشورهای اسلامی میزانها عموماً پایین بوده است ولی تعداد این گزارشها محدود و کیفیت آنها مشخص نیست. مثلاً در مصر میزان حدود صفر گزارش شده است (چنگ و لی، ۲۰۰۰). گرچه با توجه به اینکه اساساً در فرهنگ‌های مذهبی میزان خودکشی پایین است و انتظار میزانهای پایین‌تری از کشورهای اسلامی می‌رود؛ ولی ضرورت ارتقاء کیفیت گزارشهای انجام شده احساس می‌شود.

در پژوهش کنونی، بیشترین موارد خودکشی در گروه سنی جوانان بوده که با پژوهش قبلی در کرمان (یاسمی، ۱۳۷۷) همخوانی دارد. در آمارهای خارجی حداکثر موارد اقدام به خودکشی در جوانان است در حالیکه خودکشی موفق در آنها دارای یک افزایش بزرگ در افراد مسن و افزایش کوچکتر در جوانان است (کاپفر<sup>۱</sup> و بلومنتال<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ کوتیلا<sup>۳</sup> و لانکویست<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷) خودکشی در ایران مسئله‌ای مربوط به جوانان است. با در نظر گرفتن هرم سنی جوان جمعیت ما، اهمیت این یافته دو چندان می‌شود.

نسبت مرد به زن در این مطالعه ۲/۲۶ بوده است که در سال ۱۳۷۹ به ۰/۶ رسیده است (نقوی، ۱۳۸۰). در مطالعه انجام شده در مازندران (احمدی، ۱۳۷۳) در سال ۱۳۷۰، این نسبت ۱/۵ و در سال بعد از آن ۰/۷ بوده است. در مطالعات خارجی میزان خودکشی در مردان بطور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از زنان گزارش شده است (سیوموپولوس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰؛ لوی<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰؛ خان<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ روی، ۲۰۰۰). در این مطالعه ارتباطی بین سواد و خودکشی به دست نیامد که در مطالعات خارجی نیز نتیجه واحدی در این مورد وجود ندارد.

در پژوهشهای گوناگون میزان خودکشی در روستائیان به مراتب کمتر از شهرنشینان بوده است (کولموس<sup>۸</sup> و بیچ<sup>۹</sup>، ۱۹۸۷؛ کپ<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۸۷).

در این پژوهش تمایل مردان شهری و زنان روستایی به خودکشی بیشتر بوده است. افزایش در مردان شهری با آمارهای بین‌المللی قابل انطباق است ولی افزایش در زنان روستایی ایران احتمالاً مربوط به استرسهای بیشتر آنهاست که نیازمند پژوهشهای بیشتر است.

میزان بیکاری در این مطالعه بیشتر از آمار بیکاری در استان است اما با این پژوهش مقطعی نمی‌توان گفت که آیا بیکاری یک عامل خطر است یا اختلال روانی منجر به بیکاری آنان شده است. قبلاً نیز رابطه‌ای بین بیکاری و اقدام به خودکشی ذکر شده است (دیکسترا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۵).

شایعترین روش خودکشی در این مطالعه مسمومیت بوده است که این روش در زنان بطور معنی‌داری نسبت به مردان بیشتر است. شاید این موضوع حکایت از دسترسی آسان به سموم کشاورزی که در استان کرمان بطور وسیعی در باغات استفاده می‌شوند دارد. لذا اقدامات ایمنی مؤثرتری برای نگهداری سموم توصیه می‌شود. پس از مسمومیت، حلق آویز کردن و سوختگی در رتبه‌های بعدی قرار دارند و حتی یک مورد حلق آویز کردن در زنان مشاهده نشد. خودسوزی اندکی در مردان بیشتر بوده است؛ در مطالعه انجام شده در مازندران (احمدی، ۱۳۷۳) خودسوزی شایعترین روش بود که بیشترین موارد آن در زنان بوده است؛ در حالیکه حلق آویز کردن به نسبت بیشتری در مردها مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش قبلی یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) نیز اقدام به خودسوزی در مردان نسبت به زنان ۱/۷ برابر بوده است. با وجود اینکه در اکثر گزارشات داخلی زنان بیشتر خودسوزی کرده‌اند (حیدری، ۱۳۶۷) اینگونه نیست که خودسوزی در همه مناطق و مقاطع زمانی عملی "زنانه" باشد. در

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1- Kupfer     | 2- Blumenthal |
| 3- Kotila     | 4- Lanquist   |
| 5- Simopoulos | 6- Levey      |
| 7- Khan       | 8- Kolmos     |
| 9- Bach       | 10- Kopp      |
| 11- Diekstra  |               |

کشورهای مختلف روشهای متفاوتی جهت خودکشی بکار برده می‌شود که می‌تواند با عامل در دسترس بودن روش خاص ارتباط داشته باشد، مردان بیشتر بوسیله اسلحه، حلق آویز کردن، پریدن از بلندی و زنها بیشتر بوسیله مسمومیت دارویی یا سموم خودکشی می‌کنند.

در این مطالعه بیشترین شیوع خودکشی در فصول گرم سال (بهار و تابستان) بوده است که با آمارهای بین‌المللی مطابقت دارد (لستر<sup>۱</sup> و رنک<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). در مطالعه انجام شده در مازندران بیشترین میزان خودکشی در بهار و اوایل پاییز بوده است. از نظر ماه، بیشترین موارد خودکشی در فروردین و خرداد بوده و در اسفند ماه هیچ موردی ثبت نشد. کمترین میزان خودکشی در بامداد و بیشترین میزان آن در ساعات عصر و شب است که با مطالعه انجام شده در مازندران، اصفهان (حسن زاده و رجالی، ۱۳۶۷)، پژوهش قبلی در کرمان (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷) و نیز کشورهای خارجی تا حدود زیادی همخوانی دارد. در حالیکه در موارد غیر اپیدمی، بیش از ۹۰٪ موارد خودکشی به علت بیماری روانی می‌باشد (میشل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). در این مطالعه نشان داده شده است که تنها دو نفر از افراد خودکشی کننده به روانپزشک مراجعه داشته‌اند و فقط در ۸ مورد از ۲۵ مورد نگرش اطرافیان در مورد خودکشی، دخالت عوامل روانی بوده است. این مسئله ضرورت افزایش آگاهی عمومی نسبت به تأثیر علل روانپزشکی خودکشی را مورد تأکید قرار می‌دهد.

با توجه به مطالعه قبلی در کرمان (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷)، اعتیاد به عنوان یک عامل خطر برای خودکشی مطرح می‌شود و کشندگی روش خودکشی در معتادان بیشتر است (ولک و اسرمن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۷). چون در جمعیت عمومی درصد معتادان نامشخص است، لذا در مطالعه کنونی در رابطه با نسبت معتادان نمی‌توان مقایسه دقیقی انجام داد. درصد معتادان در مطالعه مازندران کمتر بوده (احمدی، ۱۳۷۳) که شاید به علت

شیوع کمتر اعتیاد در آنجا و یا گزارش کمتر خانواده‌ها در این رابطه باشد. در این مطالعه تنها ۲ مورد وصیت نامه و یادداشت خودکشی موجود بود که نشان می‌دهد در فرهنگ ما وصیت نامه و یادداشت خودکشی علیرغم با سواد بودن، امری معمول نیست، لذا عدم وجود وصیت نامه رد کننده مهمی برای خودکشی نیست که مطلبی قابل توجه برای پزشکی قانونی است. اینکه در مورد حدود نیمی از خودکشی‌ها افراد در اولین ملاقات بعد از اقدام، زنده و حتی هوشیار بوده‌اند، ضرورت ارتقاء کیفیت خدمات درمانی را برای اقدام کنندگان به خودکشی مشخص می‌کند.

از محدودیت‌های این مطالعه کوچک بودن حجم نمونه است که برای تفسیر روابط بین متغیرها برای تعمیم خارجی ایجاد محدودیت می‌کند. لذا احتیاج به مطالعات چند ساله یا چند کانونی می‌باشد که البته از محدودیتهای آن تغییر رفتار مردم در زمان و مکانهای مختلف و وجود الگوهای متفاوت منطقه‌ای خودکشی می‌باشد که محدودیتی اجتناب ناپذیر است.

### سپاسگزاری

انجام این پژوهش بدون همکاری همه‌جانبه سازمان پزشکی قانونی کرمان امکان‌پذیر نبود. این پژوهش با حمایت مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد که بدینوسیله مراتب سپاس خود را اعلام می‌داریم.

### منابع

احمدی، امیر مسعود (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی خودکشی موفق در سالهای ۷۰ و ۷۱ در استان مازندران. مقاله ارائه شده در دومین کنگره روانپزشکی و روانشناسی بالینی، تهران ۳-۵ خرداد ۱۳۷۳.

1- Lester  
3- Michel

2- Rank  
4- Wolk – Wasserman

حسن زاده، سید مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۷) بررسی  
دویست مورد خودکشی. *مجله دانشکده پزشکی*  
*اصفهان*. سال ششم، شماره ۲۲، ۵۹-۴۷.

حیدری، صنوبر (۱۳۶۷). *خودکشی و بررسی آن در*  
*ایران*. پایان نامه برای دریافت درجه دکترای حرفه‌ای  
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

نقوی، محسن (۱۳۸۰). *سیمای مرگ در ده استان کشور*  
*در سال ۱۳۷۹*، معاونت سلامت وزارت بهداشت،  
درمان و آموزش پزشکی و دفتر سازمان جهانی بهداشت  
در جمهوری اسلامی ایران.

یاسمی، محمد تقی؛ صانعی، نسرين؛ ملک پور افشار، رضا؛  
هنرمند، علیرضا؛ میرشکاری، رضا (۱۳۷۷). *بررسی*  
*همه‌گیر شناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان*.  
*فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴،  
ص ۲۷-۱۵.

یاسمی، محمد تقی؛ فرج پور، محمد؛ سردار پورگودرزی،  
شاهرخ (۱۳۷۵). *نتایج اقدامات فوری تیم بهداشت*  
*روانی در جهت کنترل موارد خودکشی در*  
*شهرستان شهربابک در سال ۱۳۷۲*. مقاله ارائه شده  
در سومین کنگره روانپزشکی و روانشناسی بالینی،  
اردیبهشت ۱۳۷۵.

Cantor, C.H. (2000). Suicide in the Western World.  
In K. Hawton, K. V. Heeringen (Eds.). *The*  
*international handbook of suicide and para-*  
*suicide*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cheng, A. T., & Lee, C. S. (2000) Suicide in Asia  
and the Far East. In K. Hawton, K. V.  
Heeringen (Eds.). *The international handbook*  
*of suicide and parasuicide*. Chichester. John  
Wiley & Sons.

Dijkstra, R. F. (1985). Suicide & suicide attempts  
in the European economic community, analysis  
of trends with special emphasis upon trends  
among the young. *Suicide & Life Threatening*  
*Behavior*, 15: 27-42.

Khan, M. M., Islam, S., & Kundi, A. K. (1996).  
Parasuicide in Pakistan. Experience at a  
university hospital. *Acta Psychiatrica Scan-*  
*dinavica*, 93, 264-267.

Kolmos, L., & Bach, E. (1987). Sources of error in  
registering suicide. *Acta Psychiatrica Scan-*  
*dinavica*, 76, 22-43.

Kopp, M. S., Skrabski, A., & Magyar, L. (1987).  
Neurotics at risk and suicidal behavior in the  
Hungarian population. *Acta Psychiatrica Scan-*  
*dinavica*, 76, 406-413.

Kotila, L., & Lonquist, J. (1987). Adolescents who  
make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychi-*  
*atrica Scandinavica*, 79, 386-393.

Kupfer, D., & Blumenthal, S. K. (1990). *Suicide*  
*over the life cycle*: Washington: American Psy-  
chiatric Press.

Lester, D., & Rank, M. L. (1988). Sex differences in  
the seasonal distribution of suicide. *British*  
*Journal of Psychiatry*, 153, 115-117.

Levey, S. (1990). Suicide, In R. Bluglass & P.  
Bowden (Eds.). *Principles & practice of foren-*  
*sic psychiatry*. Edinburg: Churchill Livingstone.

Michel, K. (2000). *Suicide prevention and primary*  
*care*. In K. Hawton & K. V. Heeringen (Eds.).  
Chichester, John Wiley & Sons.

Ross, C. A., & Davis, B. (1986). Suicide and  
parasuicide in a northern Canadian native  
community. *Canadian Journal of Psychiatry*,  
31, 331-334.

Roy, A. (2000). Suicide. In H. I. Kaplan & B. J.  
Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psy-*  
*chiatry* (7<sup>th</sup> ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Simopoulos, V. (1990). When patients consider  
suicide, risk factors to watch for. *Postgraduate*



World Health Organization (1993). *Guideline for the primary prevention of mental, neurological and psychological disorders*. Geneva: World Health Organization.

Wolk Wasserman, D. (1987). Contact of suicidal

alcohol & drug abuse patients & their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 76: 394-405.

فرآیند نام و ثبت نام مقاله

بسمه علمی

### کنگره سراسری درمانهای غیر دارویی در روانپزشکی ۳-۵ اسفند ماه سال ۱۳۸۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران



به یاری خداوند متعال کنگره سراسری درمانهای غیر دارویی در روانپزشکی از تاریخ ۳ لغایت ۵ اسفند ماه سال جاری در مرکز همایش های محمد بن زکریای رازی توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران و سایر مراکز علمی و دانشگاهی داخل کشور برگزار خواهد شد

#### موضوعات مورد بحث در کنگره جهت تهیه خلاصه مقالات

- ۱۳- درمانهای گروهی
- ۱۴- گروه درمانی
- ۱۵- هنر درمانی
- ۱۶- موسیقی درمانی
- ۱۷- خانواده درمانی
- ۱۸- درمانهای غیر اختصاصی
- ۱۹- تئاتر درمانی
- ۲۰- درمانهای مذهبی
- ۲۱- مدیتیشن
- ۲۲- یوگا
- ۲۳- درمانهای غیر دارویی توأم با دارو

- ۱- تاریخچه درمانهای غیر دارویی
- ۲- تقسیم بندی درمانهای غیر دارویی
- ۳- روانکاوی
- ۴- روان درمانیها
- ۵- مشاوره ها
- ۶- هیپنوزیس
- ۷- توانبخشی
- ۸- سکس تراپی
- ۹- شناخت درمانی
- ۱۰- رفتار درمانی
- ۱۱- زوج درمانی
- ۱۲- کار درمانی

#### نحوه تهیه و تنظیم خلاصه مقالات

- از همکاران گرامی که علاقمند به ارائه مقاله می باشند تقاضا می شود با توجه به عناوین مورد بحث خلاصه مقالات را بر روی کاغذ A4 (حدود ۲۰۰ الی ۲۵۰ کلمه) بصورت تایپ شده به نحوی تهیه فرمائید که در قسمت بالای آن عنوان مقاله، نام نویسنده و آدرس درج شده باشد.
- زمان ارسال مقالات تا پایان آذرماه سال ۱۳۸۱ خواهد بود.
- در تنظیم خلاصه مقالات بخشهای اصلی شامل عنوان، مقدمه، اهداف، روش تحقیق و یافته های پژوهش و نتیجه گیری مشخصاً بیان گردد.
- **راهنمای ثبت نام و شرکت در کنگره**
- هزینه ثبت نام برای روانپزشکان ۱۰۰/۰۰۰ ریال، برای روانپزشکان و روانشناسان ۸۰/۰۰۰ ریال و برای دانشجویان (با ارائه معرفی نامه) ۵۰/۰۰۰ ریال می باشد.
- ساعت برگزاری کنگره همه روزه از ساعت ۸ صبح الی ۱۳:۳۰ می باشد.
- از علاقمندان به شرکت در کنگره درخواست می شود مبلغ فوق را به حساب شماره ۵۵۰۱۴ بانک رفاه کارگران شعبه دانشگاه علوم پزشکی ایران واریز (فابل پرداخت در کلیه شعب بانک رفاه) و اصل فیش بانکی را همراه با فرم تکمیل شده ثبت نام حداکثر تا پانزدهم بهمن ماه به دبیرخانه کنگره ارسال فرمائید.
- افرادی که مقاله آنان جهت ارائه در کنگره پذیرفته شود از پرداخت هزینه ثبت نام معاف خواهند بود.

#### فرم ثبت نام متقاضیان شرکت و ارائه مقاله در کنگره سراسری درمانهای غیر دارویی در روانپزشکی ۳-۵ اسفند ماه ۱۳۸۱

نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام: \_\_\_\_\_  
 شماره نظام پزشکی: \_\_\_\_\_  
 عنوان مقاله پیشنهادی: \_\_\_\_\_  
 نام همکاران: ۱- \_\_\_\_\_  
 آدرس دقیق پستی: \_\_\_\_\_  
 نام: \_\_\_\_\_  
 نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 زن  مرد  \_\_\_\_\_  
 رشته تخصصی: \_\_\_\_\_  
 بدون ارائه مقاله  با ارائه مقاله  \_\_\_\_\_  
 نام همکاران: ۱- \_\_\_\_\_  
 آدرس دقیق پستی: \_\_\_\_\_  
 نام: \_\_\_\_\_  
 نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 زن  مرد  \_\_\_\_\_  
 رشته تخصصی: \_\_\_\_\_  
 بدون ارائه مقاله  با ارائه مقاله  \_\_\_\_\_

Secretariat: Tehran Psychiatry Institute  
P.O.Box: 15745-344  
Tel: 763541-7537842-3 Fax: 7533847

دبیرخانه کنگره: تهران - انستیتو روانپزشکی تهران بخش درمانهای غیر دارویی  
تهران - صندوق پستی ۳۴۴-۱۵۷۴۵  
تهلفن: ۷۶۳۵۴۱-۳-۷۵۳۷۸۴۷ فاکس: ۷۵۳۳۸۴۷

Andeesheh  
Va  
Raftar  
الذیبه و رفتار

۱۲