



بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و روانشناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان (۱۴۰۲)

نویسندگان:

مریم ضیایی^۱، امیر رضا ابراهیمی^۲، زهرا قیاسی^{۳*}

۱- استادیار گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۳- استادیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

چکیده:

مقدمه: اقدام به خودکشی، به اقداماتی گفته می‌شود که قصد دارند، باعث مرگ خود فرد شوند؛ اما ناموفق هستند. خودکشی در طول عمر اتفاق می‌افتد و عوامل خطر آن مانند: عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در یک تعامل پیچیده است.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-تحلیلی بود. جامعه مورد مطالعه را تمام اقدام‌کنندگان به خودکشی که مراجعه‌کننده به اورژانس‌های شهر زاهدان بودند، تشکیل دادند. ۲۵۰ نفر در این مطالعه، به روش آسان و در دسترس، همکاری کردند. ابزار پژوهش حاضر شامل: اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پنج عامل شخصیت و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DAAS-21) بود که به روش مصاحبه و خودگزارشی جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: جنسیت افراد شامل ۱۵۳ (۶۱/۲۰٪) زن و ۹۷ (۳۸/۸۰٪) مرد بود. بیشترین فراوانی (۱۲۱ نفر ۴۸/۴۰٪) را گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و کمترین فراوانی (۱۷ نفر ۶/۸۰٪) را گروه سنی بیشتر از ۴۰ سال تشکیل دادند. شغل آزاد و سایر، بیشترین فراوانی (۵۹ نفر ۲۳/۶۰٪) و بازنشسته، کمترین فراوانی (۱۰ نفر ۴/۰۰٪) را داشت. ۶ (۲/۴۰٪) نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی، سابقه خانوادگی مثبت داشتند. بیشترین فراوانی را تعداد اعضای خانواده پنج نفر (۱۱۹ نفر ۴۷/۶۰٪) و کمترین فراوانی را تعداد اعضای خانواده سه نفر (۳ نفر ۱/۲۰٪) تشکیل دادند. سطح افسردگی، بیشترین فراوانی را محدوده متوسط با ۱۱۴ (۴۵/۶۰٪) نفر داشتند. بیشتر افراد، نزدیک به ۱۵۹ (۶۳/۶۰٪) نفر، در سطح اضطراب بسیار شدید قرار گرفتند؛ درحالی‌که سطح استرس متوسط، بیشترین فراوانی آن در محدوده ۱۱۹ (۴۷/۶۰٪) نفر تشکیل دادند. ۱۵۵ (۶۲٪) نفر برون‌گرا و ۹۵ (۳۸٪) نفر، درون‌گرا بودند. وابستگی به الکل در ۲ (۰/۸٪) نفر، وابستگی دارویی در ۱۲ (۴/۸٪) نفر، سابقه خودکشی قبلی در ۵۶ (۲۲/۴٪) نفر و سابقه بیماری اعصاب و روان، در ۹۳ (۳۷/۲٪) نفر دیده شد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر، نشان داد که زنان، حدود دو برابر مردان، اقدام به خودکشی داشتند؛ درحالی‌که بیش از نیمی از افراد، مجرد بودند. سن ۲۰ تا ۳۰ سال، پرخطرترین گروه سنی را تشکیل دادند. بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی، سطح تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و شغل اکثر افراد، آزاد یا خانه‌دار/بیکار بود. پیشنهاد می‌شود، با در نظر گرفتن گروه‌های پرخطر، اقداماتی یکپارچه‌ای برای آن‌ها در نظر گرفته شود. تمام اقدام‌کنندگان به خودکشی، باید تحت مشاوره‌های روانپزشکی قرار گرفته و از نظر بیماری‌های اعصاب و روان مازور، غربالگری شوند.

Health Promotion Special Issue, Vol.1:61-70

واژگان کلیدی: خودکشی، روانشناختی، اورژانس، زاهدان.

مقدمه

خودکشی، یک چالش مهم سلامت عمومی و سومین علت مرگ و میر نوجوانان و بزرگسالان جوان، در دنیا می‌باشد (۱). خودکشی و اقدام به آن یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری

خودکشی، یک چالش مهم سلامت عمومی و سومین علت مرگ و میر نوجوانان و بزرگسالان جوان، در دنیا می‌باشد (۱). خودکشی و اقدام به آن یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری

* نویسنده مسئول، نشانی: استادیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

پست الکترونیک: linooshghiasi@gmail.com

تلفن تماس: ۰۵۴-۳۱۱۲۵۰۰۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲

است (۱۵). رفتار خودکشی در برخی کشورها، جرم جنایی محسوب می‌شود و برای فعالیتهای پیشگیرانه از خودکشی، چالش‌های دیگری را ایجاد می‌کند (۱۶). باید توجه داشت که این موضوع، برای نظام بهداشتی - درمانی کشور، پر هزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور، سازگار نیست و نیازمند بررسی دقیق آن ضروری می‌باشد (۱۷). روانشناسان معتقدند که عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد (۱۸)؛ بنابراین با توجه به این موضوع که فاکتورهای تأثیرگذار در اقدام به خودکشی ممکن است در شهرهای مختلف، با توجه به فرهنگ‌ها و شرایط اجتماعی خاص مربوط به آن منطقه متفاوت باشد و همچنین، نگرش در تعداد مطالعات کمی در سال‌های اخیر که در کشور، در زمینه بررسی عوامل مؤثر در خودکشی انجام شده است؛ محققان سعی کردند تا پژوهشی با هدف تعیین ویژگی‌های دموگرافیک و روانشناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی، در مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان خاتم الانبیا و امام علی زاهدان انجام گردد.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی - تحلیلی بود که بر روی مراجعه‌کنندگان، به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا و امام علی شهر زاهدان (۱۴۰۲) که اقدام به خودکشی کردند، انجام شد. حجم نمونه، با توجه به مطالعه قبلی (۱۹) و شیوع ۸۰٪ اختلالات روانپزشکی در اقدام‌کنندگان به خودکشی و $d = 0.05$ و آلفای 0.05 حداقل حجم نمونه لازم حدود ۲۴۵ نفر بود. بعد از ورود بیمار به بخش اورژانس بیمارستان‌های علی ابن ابیطالب (ع) و خاتم الانبیا (ص) (از ابتدای سال ۱۴۰۲ تا آذرماه ۱۴۰۲) تمام اقدام‌کنندگان به خودکشی ($n = 302$) مورد بررسی قرار گرفتند که در این میان، تعدادی معیارهای ورود به مطالعه حاضر را نداشتند ($n = 38$) و تعدادی رضایت و تمایلی جهت همکاری را نشان ندادند ($n = 12$) و از این تعداد حدود دو نفر، پرسشنامه را ناقص تکمیل کرده بودند که در پایان، ۲۵۰ نفر وارد پژوهش شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: افراد ساکن در زاهدان، رضایت کامل برای ورود به مطالعه، پایدار بودن علایم حیاتی بیمار، حداقل سواد کلاس پنجم ابتدایی و سطح هوشیاری بالا بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز حاوی عدم تمایل شرکت در پژوهش و فوت بیمار را تشکیل داد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل: پرسشنامه‌ای استاندارد پنج عامل بزرگ شخصیت و مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و سایر اطلاعات توسط محقق طی یک ساعت و پس از پایدار و آرام شدن بیمار

بیشتر در افراد خودمحمور، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط‌های اجتماعی انجام می‌گردد (۳). بررسی‌ها نشان دادند، بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند؛ یک مشکل روانی قابل تشخیص دارند (۴). براساس ارزیابی سازمان جهانی بهداشت، ۲٪ از جمعیت، در طول زندگی خود به طور جدی تصمیم به خودکشی کرده‌اند که سرانجام، تعداد قابل توجهی اقدام به خودکشی می‌کنند و سالیانه حدود یک میلیون نفر در دنیا به علت خودکشی، جان خود را از دست می‌دهند (۵). اوایل دهه ۱۹۹۰، در بسیاری از کشورها نگرانی‌های فزاینده‌ای در مورد افزایش مرگ و میر ناشی از خودکشی و اقدام به آن ایجاد شد (۶). طبق نتایج تحقیقات، میزان خودکشی در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه، ۶۰٪ افزایش یافته است. تعداد خودکشی منجر به مرگ در جهان، ۱۶ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر و هر سال بین ۸۰۰ هزار تا ۱ میلیون نفر به خاطر خودکشی، جان خود را از دست داده‌اند (۷). در ایران نیز میزان خودکشی اگر چه نسبت به کشورهای غربی پایین‌تر است؛ اما از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است (۸)؛ همچنین در این راستا استان ایلام، تعداد بالاتری نسبت به میانگین کشوری دارد (۹). اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی، یکی از دلایل مهم خودکشی می‌باشد که در بین اختلالات روانشناختی، از بیشترین شیوع برخوردار است (۱۰). عوامل متعدد بیولوژیک اجتماعی و روانی با خودکشی، در ارتباط بوده که بعضی از مهم‌ترین آن‌ها شامل: افسردگی، سوء مصرف مواد و قایع ناگوار، زندگی سابقه خانوادگی خودکشی، مشکلات روابط بین فردی و هویت جنسی می‌باشد. فرایند خودکشی عواملی مانند: فکر، برنامه‌ریزی، اقدام و در پایان کامل کردن خودکشی است (۱۱). افکار خودکشی، پیش درآمدی برای اقدام به آن عمل می‌باشد و در ۶۰٪ موارد، گذار از مرحله فکر خودکشی تا اقدام به آن در مدت یک‌سال، به وقوع می‌پیوندد (۱۲). عواملی همچون: مذهب و فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی از جمله عوامل خطر و تأثیرگذار، در اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف بوده است (۱۳). عوامل مؤثر بر خودکشی شامل: ۱. وجود اختلاف‌های روانی مانند: افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و مصرف مواد، ویژگی‌های فردی، ناامیدی، تنهایی و انزوای اجتماعی؛ ۲. چرخه زندگی نامطلوب مانند: نداشتن رابطه مشکلات تحصیلی و مالی؛ ۳. عوامل اجتماعی همچون: دسترسی محدود به حمایت‌های اجتماعی و ناکامی در کسب مراقبت‌ها می‌باشد (۱۴)؛ همچنین مشکلات خانوادگی می‌تواند، از دیگر عوامل تأثیرگذار در اقدام به خودکشی باشد. در یک مطالعه که مورد اقدام به خودکشی در زنان متأهل مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و مسمومیت بیمارستان انجام شد، مشکلات خانوادگی از جمله فاکتورهای مؤثر و مهم، در اقدام به خودکشی ذکر شده

۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری شد. از آنجا که DASS-21، فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤال) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود (۲۱). داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی شامل: جدول‌ها، نمودارهای آماری، فراوانی‌ها، درصد‌ها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی، توصیف و ارائه شدند. در آمار استنباطی، از آزمون کای دو استفاده گردید و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵، در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جنسیت افراد شامل ۱۵۳ (۶۱/۲۰٪) زن و ۹۷ (۳۸/۸۰٪) مرد بود. براساس نتایج آزمون کای دو، فراوانی جنسیت اقدام‌کنندگان به خودکشی، بر اساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. ($p=0/695$) براساس نتایج حاصل، ۱۴۷ (۵۸/۸۰٪) نفر مجرد، ۷۷ (۳۰/۸۰٪) نفر متأهل، ۱۶ (۶/۴۰٪) نفر مطلقه و ۱۰ (۴/۰۰٪) نفر، همسر از دست داده بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، فراوانی وضعیت تأهل اقدام‌کنندگان به خودکشی، بر مبنای بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت ($p=0/831$) (جدول ۱).

تکمیل و در پایان، جهت تعیین نوع شخصیت بیماران با روانپزشک مشورت شد؛ همچنین محققان، به بیماران و همراهان او در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، اطمینان کافی دادند. پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت، توسط گلدبرگ (۱۹۹۹) به منظور سنجش شخصیت افراد، طراحی و تدوین شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال و شامل ۵ عامل: روان‌زندگی، توافق-پذیری، وظیفه‌گرایی، برون‌گرایی و گشودگی در تجربه بود و بر اساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت، با سؤالاتی مانند: فهم مفاهیم ذهنی و انتزاعی برایم دشوار است، به سنجش شخصیت افراد پرداخت (۲۰).

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS)، لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵)، مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس را تشکیل دادند. کاربرد این مقیاس اندازه‌گیری، شدت نشانه‌های اصلی افسردگی، اضطراب و استرس را بیان کردند.

هر یک از خرده مقیاس‌های DASS، شامل ۷ سؤال بود که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن کسب و هر سؤال، از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا

جدول ۱. تعیین توزیع فراوانی وضعیت تأهل اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان، بر اساس بیمارستان

وضعیت تأهل	مجرد	متأهل	مطلقه	همسر از دست داده	کل
علی بن ابیطالب	۶۳ (۵۸/۳)	۳۵ (۳۲/۴)	۷ (۶/۵)	۳ (۲/۸)	۱۰۸ (۱۰۰)
خاتم الانبیا	۸۴ (۵۹/۲)	۴۲ (۲۹/۶)	۹ (۶/۳)	۷ (۴/۹)	۱۴۲ (۱۰۰)
کل	۱۴۷ (۵۸/۸)	۷۷ (۳۰/۸)	۱۶ (۶/۴)	۱۰ (۴/۰)	۲۵۰ (۱۰۰)

میانگین سن اقدام‌کنندگان به خودکشی، $28/07 \pm 10/00$ سال بود. بیشترین فراوانی (۱۲۱ نفر ۴۸/۴۰٪) را گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و کم‌ترین فراوانی (۱۷ نفر ۶/۸۰٪) را گروه سنی بیشتر از ۴۰ سال تشکیل دادند (جدول ۲).

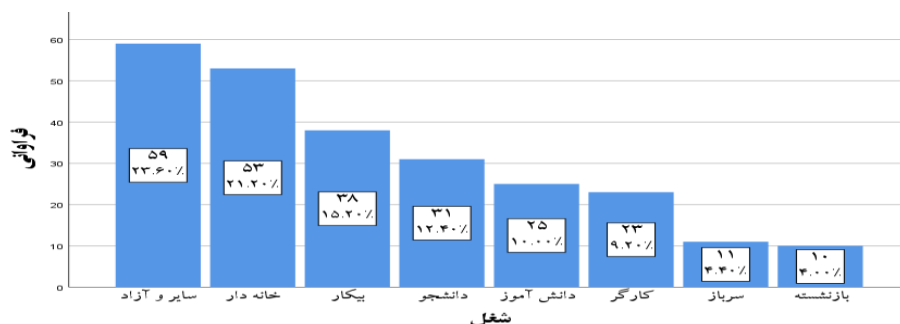
جدول ۲. تعیین توزیع فراوانی گروه سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان، براساس بیمارستان

گروه سنی (سال)	<20	20-30	31-40	>40	کل
علی بن ابیطالب	۲۲ (۲۰/۴)	۵۱ (۴۷/۲)	۲۹ (۲۶/۹)	۶ (۵/۶)	۱۰۸ (۱۰۰)
خاتم الانبیا	۲۶ (۱۸/۳)	۷۰ (۴۹/۳)	۳۵ (۲۴/۶)	۱۱ (۷/۷)	۱۴۲ (۱۰۰)
کل	۴۸ (۱۹/۲)	۱۲۱ (۴۸/۴)	۶۴ (۲۵/۶)	۱۷ (۶/۸)	۲۵۰ (۱۰۰)

فراوانی (۶۴ نفر ۲۵/۶۰٪) و مقطع لیسانس و بالاتر (۵ نفر ۲/۰۰٪) کم‌ترین فراوانی را نشان داد. بر مبنای نتایج آزمون کای دو، فراوانی گروه سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی، براساس

فراوانی گروه سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی، براساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. ($p=0/864$) مقطع تحصیلی راهنمایی (سیکل)، بیشترین

بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. و بازنشسته، کم‌ترین فراوانی (۱۰ نفر ۴/۰۰٪) را تشکیل داد(نمودار ۱). (۲۳/۶۰٪) (۵۹ نفر ۰/۱۲۰٪) شغل آزاد و سایر، بیشترین فراوانی



نمودار ۱. توزیع فراوانی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان، بر اساس شغل

بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. (۳۰/۰۰٪) ۷۵ نفر (۳۰/۸۰٪) ۷۷ نفر (۰/۶۵۷٪) با پدر و مادر خود زندگی می‌کردند؛ درحالی‌که ۶۶ نفر (۲۶/۴۰٪) به تنهایی و ۳۲ نفر (۱۲/۸۰٪) با یکی از والدین زندگی می‌کردند. بر مبنای نتایج آزمون کای دو، فراوانی تعداد اعضای خانواده خودکشی اقدام‌کنندگان به آن براساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. (۰/۳۸۵٪) تنها یک نفر (۰/۴٪) شدت افسردگی او در حد عادی بود و بیشترین فراوانی را محدوده متوسط با ۱۱۴ نفر (۴۵/۶۰٪) تشکیل داد(جدول ۳).

براساس نتایج آزمون کای دو، فراوانی شغل اقدام‌کنندگان به خودکشی، بر اساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری نداشت. (۰/۹۷۳٪) ۶ نفر (۲/۴۰٪) از اقدام‌کنندگان به خودکشی، سابقه خانوادگی مثبت داشتند. براساس نتایج آزمون کای دو، فراوانی سابقه خانوادگی خودکشی اقدام‌کنندگان به آن براساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معناداری تشکیل نداد. (۰/۶۲۱٪) بیشترین فراوانی، مربوط به تعداد اعضای خانواده پنج نفر (۱۱۹ نفر ۴۷/۶۰٪) و کم‌ترین آن در خانواده سه نفر (۳ نفر ۱/۲۰٪) بود. طبق نتایج آزمون کای دو، فراوانی تعداد اعضای خانواده خودکشی اقدام‌کنندگان به آن بر اساس

جدول ۳. تعیین توزیع فراوانی سطوح افسردگی اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان، بر اساس بیمارستان

بیمارستان						
افسردگی	عادی	خفیف	متوسط	شدید	بسیار شدید	کل
علی بن ابیطالب	-	۳ (۲/۸)	۵۲ (۴۸/۱)	۳۷ (۳۴/۳)	۱۶ (۱۴/۸)	۱۰۸ (۱۰۰)
خاتم الانبیاء	۱ (۰/۷)	۱۱ (۷/۷)	۶۲ (۴۳/۷)	۵۳ (۳۷/۳)	۱۵ (۱۰/۶)	۱۴۲ (۱۰۰)
کل	۱ (۰/۴)	۱۴ (۵/۶)	۱۱۴ (۴۵/۶)	۹۰ (۳۶/۰)	۳۱ (۱۲/۴)	۲۵۰ (۱۰۰)

بیشتر افراد (۱۵۹ نفر ۶۳/۶۰٪) سطح اضطراب بسیار شدید را داشتند؛ درحالی‌که سطح استرس متوسط، بیشترین فراوانی (۱۱۹ نفر ۴۷/۶۰٪) را تشکیل دادند(جدول ۴).

جدول ۴. تعیین توزیع فراوانی اضطراب اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی‌بن‌ابطالب (ع) شهر زاهدان، بر اساس بیمارستان

بیمارستان	اضطراب			
	متوسط	شدید	بسیار شدید	کل
علی بن ابیطالب	۷ (۶/۵)	۳۳ (۲۱/۳)	۷۸ (۷۲/۲)	۱۰۸ (۱۰۰)
خاتم الانبیاء	۲۰ (۱۴/۱)	۴۱ (۲۸/۹)	۸۱ (۵۷/۰)	۱۴۲ (۱۰۰)
کل	۲۷ (۱۰/۸)	۶۴ (۲۵/۶)	۱۵۹ (۶۳/۶)	۲۵۰ (۱۰۰)

مساوی ۱۵، برون‌گرا در نظر گرفته شدند. ۱۵۵ (۶۲٪) نفر برون‌گرا و ۹۵ (۳۸٪) نفر، درون‌گرا بودند. برحسب نتایج آزمون کای دو، فراوانی برون‌گرایی اقدام‌کنندگان به خودکشی، بر اساس بیمارستانی که به آن مراجعه کردند، تفاوت معنی‌داری نداشت. $(p=0/424)$ مطابق نتایج، وابستگی به الکل در ۲ (۰/۸٪) نفر، وابستگی دارویی در ۱۲ (۴/۸٪) نفر، سابقه خودکشی قبلی در ۵۶ (۲۲/۴٪) نفر و سابقه بیماری اعصاب و روان در ۹۳ (۳۷/۲٪) نفر دیده شد (جدول ۵).

جدول ۵. توزیع فراوانی وابستگی به الکل، وابستگی دارویی، سابقه خودکشی قبلی و سابقه بیماری اعصاب و روان در اقدام‌کنندگان به خودکشی

متغیر	حالت متغیر	علی‌بن‌ایطالب فراوانی (%)	خاتم‌الانبیاء فراوانی (%)	کل (%)	P-value	OR (CI95%)
وابستگی به الکل	دارد	۱۰۸ (۱۰۰)	۲ (۱/۴)	۲ (۰/۸)	۰/۵۰۷	۱/۷۷ (۱/۹۷ تا ۱/۵۸)
	ندارد	۱۰۸ (۱۰۰)	۱۴۰ (۹۸/۶)	۲۴۸ (۹۹/۲)		
وابستگی دارویی	دارد	۵ (۴/۶)	۷ (۴/۹)	۱۲ (۴/۸)	۰/۹۱۲	۰/۹۳ (۳/۰۳ تا ۰/۲۸)
	ندارد	۱۰۳ (۹۵/۴)	۱۳۵ (۹۵/۱)	۲۳۸ (۹۵/۲)		
سابقه خودکشی قبلی	دارد	۲۹ (۲۶/۹)	۲۷ (۱۹/۰)	۵۶ (۲۲/۴)	۰/۱۴۱	۱/۵۶ (۲/۸۴ تا ۰/۸۶)
	ندارد	۷۹ (۷۳/۱)	۱۱۵ (۸۱/۰)	۱۹۴ (۷۷/۶)		
سابقه بیماری اعصاب و روان	دارد	۴۳ (۳۹/۸)	۵۰ (۳۵/۲)	۹۳ (۳۷/۲)	۰/۴۵۶	۱/۲۱ (۲/۰۴ تا ۰/۷۲)
	ندارد	۶۵ (۶۰/۲)	۹۲ (۶۴/۸)	۱۵۷ (۶۲/۸)		
کل		۱۰۸ (۱۰۰)	۱۴۲ (۱۰۰)	۲۵۰ (۱۰۰)		

بحث

هدف کلی پژوهش حاضر، تعیین ویژگی‌های دموگرافیک و روانشناختی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مراجعه‌کنندگان، به اورژانس بیمارستان خاتم‌الانبیاء (ص) و علی‌بن‌ایطالب (ع) شهر زاهدان بود. اقدام به خودکشی، به اقداماتی گفته می‌شود که قصد دارند، باعث مرگ خود فرد شوند؛ اما ناموفق هستند (۲۲). خودکشی، یکی از دلایل اصلی مرگ و میر است و سالانه حدود ۱ میلیون مرگ در سراسر جهان را شامل می‌شود (۲۳). خودکشی، سیزدهمین علت مرگ در سراسر جهان (۲۴) و سومین دلیل مرگ، در سنین ۱۱ تا ۴۴ سال (۲۵) است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، شیوع خودکشی در سال ۲۰۱۸، ۸۰۴۰۰۰ نفر بوده و پیش‌بینی می‌شود، این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۱۵۳۰۰۰۰ نفر برسد (۲۶-۲۷). برخی از محققان، گزارش کردند که اقدام به خودکشی، در طول پنج دهه گذشته، ۶۰٪ افزایش یافته است. ژاپن، ایالات متحده آمریکا و شمال اروپا، بالاترین میزان اقدام به خودکشی را نشان دادند. شیوع خودکشی، از ۶/۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در آمریکای لاتین تا ۳۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر در فنلاند، لیتوانی، نیوزیلند، روسیه و اسلوونی بوده است. در کشورهای اسلامی مانند: بحرین، پاکستان و ترکیه، مقدار خودکشی کمتر از ۶/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر نشان داده که عمدتاً

به دلیل انگ خودکشی در اسلام می‌باشد (۲۸-۲۹)؛ همچنین در ایران، میزان خودکشی کمتر از بیشتر کشورهای غربی بوده؛ اما نسبت به سایر کشورهای خاورمیانه، این اقدام بیشتر نشان داده شده است. میزان خودکشی با عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مرتبط هستند (۳۰).

در پژوهش حاضر، ۲۵۰ اقدام‌کننده به خودکشی که به بخش اورژانس دو بیمارستان خاتم‌الانبیاء و علی‌بن‌ایطالب شهر زاهدان مراجعه کردند، وارد مطالعه شدند و مشخصات جمعیت‌شناختی و مقدار افسردگی، اضطراب و استرس آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

جنسیت افراد شامل ۱۵۳ (۶۱/۲۰٪) زن و ۹۷ (۳۸/۸۰٪) مرد بود. به عبارتی جمعیت زنان اقدام‌کننده به خودکشی، نزدیک دو برابر مردان بود. Zengin (۲۰۱۵) در ترکیه نشان داد که ۶۸/۲٪ از افراد مسن، اقدام به خودکشی زن و ۳۱/۸٪ مرد بودند که با مطالعه حاضر، همسو بود (۳۱). در تحقیق SU (۲۰۱۲) در استان شان‌دونگ جنوب غربی چین، نسبت جنسیتی افراد اقدام به خودکشی، ۲/۸۷٪ (زن در مقابل مرد) بود که با پژوهش حاضر همخوانی داشت (۳۲). در مطالعه Ramdrug (۲۰۱۱) که در هند انجام شده، نسبت مرد به زن مشابه بود؛ یعنی بیشتر افراد متأهل، تحصیل کرده و شاغل بودند و رایج‌ترین روش، استفاده از مواد خورنده بود که با نتایج این مطالعه هماهنگی نداشت (۳۳). به نظر می‌رسد،

اقدام‌کنندگان به خودکشی را برای توسعه مداخلات هدفمند و استراتژی‌های حمایتی نشان داده است.

در مطالعه حاضر، مقطع تحصیلی راهنمایی (۲۵/۶۰٪) و دبیرستان (۲۳/۶۰٪) بیشترین فراوانی و مقطع لیسانس و بالاتر (۲/۰۰٪) کم‌ترین فراوانی را داشت. توزیع سطوح تحصیلی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، عامل مهمی است که باید در درک و پرداختن به خودکشی در نظر گرفته شود. تحقیقات نشان دادند که افراد با سطح تحصیلات پایین، در معرض خطر بیشتری برای اقدام به خودکشی هستند؛ به عنوان مثال: همسو با نتایج پژوهش حاضر، Masaro (۲۰۱۹) در برزیل نشان داد که بیشترین شیوع اقدام به خودکشی، در میان افرادی با سطح تحصیلات پایین، متمرکز بوده است (۳۸٪). به طور مشابه و هماهنگ با نتایج Roy (۲۰۱۴) بروز بالایی از خودکشی را در میان افراد جوامع روستائین در کشورهایی با درآمد پایین و متوسط گزارش کرده؛ به طوری که تعداد قابل توجهی از قربانیان خودکشی، دارای سطح تحصیلات پایین هستند (۳۹٪). این یافته‌ها، نیاز به مداخلات هدفمند و حمایت از افراد با سطوح تحصیلات پایین‌تر را برای جلوگیری از اقدام به خودکشی، برجسته خواهد کرد.

در پژوهش حاضر، شغل آزاد (۲۳/۶۰٪)، سایر و خانه‌داری (۲۱/۲۰٪) بیشترین فراوانی و بازنشسته کم‌ترین فراوانی (۴/۰۰٪) را داشت. مطالعه‌ای در مکزیک، توسط Fresan (۲۰۱۵) گزارش داد که بیشتر گروه مردان بیکار و زنان، خانه دار بودند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت. (۲۵) بررسی گذشته‌نگر انجام شده در عمان توسط Al Khatri (۲۰۲۳) نشان داد که ۳۰٪ از نمونه‌ها دانش‌آموز و ۴۲٪، بیکار بودند که با نتایج مطالعه حاضر، همپوشانی نداشت (۳۴٪). به نظر می‌رسد، شغل افرادی که در مطالعات، اقدام به خودکشی کرده‌اند و جمعیت‌های مختلف، متفاوت باشد؛ چنانچه از طرفی، همسو با نتایج یک مطالعه در اصفهان توسط قاسمی (۱۳۹۵) وضعیت شغلی را به عنوان یک عامل خطر جمعیت‌شناختی برای تکرار اقدام به خودکشی شناسایی کرد (۴۰٪). این یافته‌ها نشان داد که بیکاری و موقعیت‌های شغلی خاص، ممکن است با خطر بالاتر اقدام به خودکشی در برخی از جمعیت‌ها مرتبط باشد.

در مطالعه حاضر، ۶ (۲/۴۰٪) نفر از اقدام‌کنندگان به خودکشی، سابقه خانوادگی مثبت داشتند. مقدار دقیق اقدام به خودکشی، با سابقه خانوادگی خودکشی در آن‌ها ارائه نشده؛ بنابراین لازم است که برای به دست آوردن اطلاعات مورد نظر، تحقیقات یا مطالعات خاص دیگری در مورد این موضوع، مورد نیاز باشد؛ اما آنچه که در تحقیقات ذکر شده، بیان‌گر فرزندان افرادی است که اقدام به خودکشی با اختلالات خلقی می‌کنند و در معرض خطر بیشتری برای اقدام به آن قرار دارند؛ به ویژه اگر افراد مستعد، سابقه سوء

نسبت زن به مرد در اقدام به خودکشی می‌تواند، بسته به جمعیت و مکان متفاوت باشد و در همه مطالعات ثابت نیست.

در پژوهش حاضر، بیش از نیمی از جمعیت مجرد، یک سوم آن‌ها متأهل و یک دهم مطلقه یا همسر از دست داده بودند. همسو با مطالعه حاضر، در بررسی Al Khatri (۲۰۲۳) که در عمان انجام داده، مشخص گردید که وضعیت تأهل غالب بر اساس جنسیت، با شیوع بیشتر زنان متأهل و مردان مجرد، در میان اقدام به خودکشی متفاوت بوده است (۳۴٪). پژوهش Fresan در مکزیک نیز تفاوت‌هایی را در وضعیت تأهل غالب بین زن و مرد اقدام به خودکشی گزارش کرد؛ به طوری که گروه مرد، بیشتر مجرد و گروه زن، غالباً متأهل بودند (۳۵٪). این یافته‌ها نشان دادند که ممکن است تفاوت‌های جنسیتی در وضعیت تأهل افرادی که اقدام به خودکشی کردند، وجود داشته باشد. Ramdrug (۲۰۱۱) در یک تحقیق چندمرکزی در هند، نشان داد که بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی، متأهل بودند که با نتایج این مطالعه همخوانی نداشت (۳۳٪). به نظر می‌رسد، وضعیت تأهل در اقدام‌کنندگان به خودکشی در زمان و مکان مختلف، متفاوت باشد؛ اما آنچه در پژوهش حاضر به دست آمد، بیان کرد که نیمی از جمعیت، مجرد بودند و ممکن است، تأهل یک عامل حفاظت-کننده از اقدام به خودکشی در مطالعه حاضر باشد؛ اما شواهد پژوهش حاضر، برای تأیید این موضوع کافی نبوده و به مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است.

در پژوهش حاضر، بیشترین فراوانی (۴۸/۴۰٪) را گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و کم‌ترین فراوانی (۶/۸۰٪) را گروه سنی بیشتر از ۴۰ سال تشکیل دادند. بررسی Rozanov (۲۰۲۲) در روسیه همسو با نتایج این مطالعه، بیشترین فراوانی را گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال داشته که تقریباً نیمی از جمعیت اقدام‌کنندگان به خودکشی را تشکیل داده که با نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ بود (۳۶٪). همسو با نتایج این مطالعه، یک تحقیق، توسط Bille-Bruhe (۲۰۱۳) بر روی میزان خودکشی و اقدام به آن در دانمارک، نشان داد که طی سال‌ها، تغییری در توزیع بر اساس جنسیت و سن خودکشی‌ها و اقدام‌کنندگان به آن صورت گرفته است. اشاره شد که نسبتاً زنان بیشتری در حال حاضر، جان خود را از دست می‌دهند و گروه پرخطر، شامل گروه‌های سنی جوان‌تر نیز می‌شود. در مقابل، به طور نسبی مردان بیشتری اقدام به خودکشی می‌کنند و اقدام‌کنندگان به آن پیرتر می‌شوند (۳۷٪). به طور خلاصه، توزیع سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی در مطالعات و جمعیت‌های مختلف، متفاوت است. برخی از تحقیقات بر گروه‌های سنی خاص مانند اقدام به خودکشی در اواخر عمر یا بزرگسالان جوان متمرکز شده است. یافته‌ها اهمیت درک ویژگی‌های جمعیت شناختی

عوامل مؤثر در اقدام به خودکشی پیچیده هستند و می‌توانند، ترکیبی از مسائل مربوط به سلامت روان، استرس‌های زندگی و سایر عوامل زمینه‌ای را شامل شوند.

در پژوهش حاضر، ۶۲٪ برون‌گرا و ۳۸٪ درون‌گرا بودند. Rajalin (۲۰۲۰) در سوئد، بر روی بیمارانی که اخیراً اقدام به خودکشی کرده بودند، بیان‌کننده افرادی است که با سطوح بالایی از ناملایمات اولیه زندگی روبه‌رو بودند که رفتارهای درون‌گرا، از خود بروز دادند؛ مانند: منزوی کردن خود و داشتن مشکل در ارتباط برقرار کردن و اعتماد به دیگران که با نتایج مطالعه حاضر همپوشانی ندارد (۴۷٪)؛ در حالی که برخی تحقیقات نشان دادند که افراد درون‌گرا ممکن است، در معرض خطر بیشتری برای برخی از مسائل مربوط به سلامت روان باشند؛ بنابراین لازم است، توجه گردد که خطر خودکشی فقط به درون‌گرایی یا برون‌گرایی مرتبط نیست.

در مطالعه حاضر، وابستگی به الکل در ۲ (۰/۸٪) نفر، وابستگی دارویی در ۱۲ (۴/۸٪) نفر، سابقه خودکشی قبلی در ۵۶ (۲۲/۴٪) نفر و سابقه بیماری اعصاب و روان در ۹۳ (۳۷/۲٪) نفر دیده شد. رابطه بین سوء مصرف الکل و مواد مخدر و مسائل روانشناختی گذشته در اقدام‌کنندگان به خودکشی، یک حیطه مطالعاتی پیچیده و مستند بوده است. تحقیقات نشان دادند که سوء مصرف الکل و مواد مخدر، عوامل خطر مهمی برای افکار و اقدام به خودکشی، مخصوصاً در میان بزرگسالان جوان هستند. تحقیقی نشان داد که اختلال مصرف الکل، پریشانی روانی و ناامیدی، عوامل خطر مهمی برای افکار خودکشی در میان بزرگسالان جوان بوده که نیاز به مداخلاتی برای پرداختن به مصرف هم‌زمان الکل و پریشانی روانی را برجسته کرده است. علاوه بر این، یک مطالعه مقایسه‌ای نشان داد، نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در مقایسه با نوجوانانی که مواد مخدر مصرف نمی‌کنند، سطوح بالاتری از افسردگی، اضطراب، استرس و افکار خودکشی دارند؛ همچنین سوء مصرف مواد مخدر و الکل، با پیامدهای اجتماعی و بهداشتی مختلفی همراه بوده و افراد، خانواده‌ها و جامعه را به طور کلی تحت تأثیر قرار داده است. شناخت عوامل زمینه‌ای که به افکار خودکشی در میان افراد دارای سابقه سوء مصرف الکل و مواد مخدر کمک‌کننده هستند و ارائه مداخلات و درمان‌هایی که به این مسائل هم‌زمان پرداخته، بسیار مهم تلقی شده است.

نتایج جستجو، بینش‌هایی را در مورد رابطه بین سوء مصرف الکل و مواد مخدر و همچنین مسائل روانی در اقدام به خودکشی نشان دادند و نیاز به مداخلات و درمان‌های جامع برای رسیدگی به این عوامل پیچیده و مرتبط را برجسته کردند.

استفاده جنسی داشته باشند و فرزندان، دارای اختلال خلقی و سوء مصرف مواد، اختلال و افزایش پرخاشگری تکانشی باشند و رفتار خودکشی خانوادگی است و بین سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی و عملکرد عصبی شناختی در جوانان، ارتباط معناداری وجود دارد (۴۱-۴۳).

در پژوهش حاضر، بیشترین فراوانی را تعداد اعضای خانواده پنج نفر (۴۷/۶۰٪) و کم‌ترین فراوانی را تعداد اعضای خانواده سه نفر (۱/۲۰٪) داشتند که حدود یک سوم افراد، با همسرشان زندگی می‌کردند و ۴۲٪ افراد، با هر دو، یعنی پدر و مادر یا یکی از آن‌ها زندگی می‌کردند و بقیه آن‌ها (۲۶٪) تنها به حیات خود ادامه می‌دادند. Victor (۲۰۱۳) در هند بیان کرد که احتمال اقدام به خودکشی در خانواده‌هایی که اصرار به زندگی والدین در کنار فرزندان در تمام طول عمر دارند (Nuclear family) بیشتر است که با نتایج این بررسی همخوانی دارد (۴۴). در مطالعات گذشته، آشکارا به فراوانی جمعیت خانواده و وضعیت زندگی با والدین، در اقدام‌کنندگان به خودکشی پرداخته نشده؛ اما آنچه که در تحقیقات تأکید کردند؛ اهمیت پویایی خانواده و حمایت را در زمینه اقدام به خودکشی نشان داده است.

سطح افسردگی اقدام‌کنندگان به خودکشی در ۴۵/۶۰٪ افراد، در محدوده متوسط و در ۳۶٪ افراد، در محدوده شدید قرار داشت. تحقیق Memis (۲۰۲۰) در ترکیه بیان‌گر آن بود که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری اجباری با عواملی مانند: سوء استفاده در دوران کودکی، خلق و خوی افسردگی و سطوح تحصیلات پایین، به طور قابل توجهی با اقدام به خودکشی در طول زندگی مرتبط است که با نتایج مطالعه حاضر، هماهنگی دارد (۴۵). در پژوهش حاضر، شواهد کافی برای ارتباط میزان افسردگی فرد، با اقدام به خودکشی وجود ندارد. به نظر می‌رسد، سطح افسردگی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی می‌تواند، متفاوت باشد و همیشه مستقیماً با اقدام به خودکشی مرتبط نیست؛ ولی آنچه قابل ملاحظه است، حدود ۸۰٪ افراد سطح افسردگی متوسط یا بالایی داشتند که نیاز به بررسی‌های بیشتر و اقداماتی در راستای درمان و پیشگیری افسردگی این افراد بوده است.

در مطالعه حاضر، بیشتر افراد (۶۳/۶۰٪) سطح اضطراب بسیار شدید داشتند و سطح استرس متوسط، بیشترین فراوانی (۴۷/۶۰٪) را داشت. خرم‌زاده (۱۳۹۲) در اهواز، به مقایسه شناخت خودکشی، افسردگی، اضطراب و استرس، در بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند و افرادی که اقدام به خودکشی نمی‌کنند، تفاوت معناداری در افسردگی، اضطراب و استرس بین دو گروه نشان داد که با نتایج بررسی حاضر، همسو بود (۴۶). امکان دارد که اقدام‌کنندگان به خودکشی، اغلب سطوح بالایی از اضطراب و استرس را تجربه کرده باشند. توجه به این نکته مهم است که

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، نشان داد که زنان، حدود دو برابر مردان، اقدام به خودکشی داشتند؛ درحالی‌که بیش از نیمی از افراد، مجرد بودند. سن ۲۰ تا ۳۰ سال، پرخطرترین گروه سنی را تشکیل دادند. بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی، سطح تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و شغل اکثر افراد، آزاد یا خانه‌دار/ بیکار بود. تعداد محدودی سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی مثبت داشتند. بیشتر آن‌ها در خانواده‌های پنج نفره بودند و حدود دو سوم افراد یا حداقل با یکی از والدین زندگی می‌کردند. نزدیک نیمی از افراد، افسردگی شدید و بسیار شدید و حدود دو سوم افراد، اضطراب بسیار شدید داشتند و نزدیک نیمی از آن‌ها استرس در سطح متوسط را تشکیل دادند. حدود دو سوم افراد، برونگرا و یک سوم آن‌ها درونگرا بودند؛

همچنین سابقه خودکشی قبلی و بیماری اعصاب و روان، در مقدار قابل توجهی از اقدام‌کنندگان دیده شد.

پیشنهادهات

پیشنهاد می‌شود، با در نظر گرفتن گروه‌های پرخطر، اقداماتی یکپارچه برای آن‌ها در نظر گرفته شود. تمام اقدام‌کنندگان به خودکشی، باید تحت مشاوره‌های روانپزشکی قرار گرفته و از نظر بیماری‌های اعصاب و روان ماژور، غربالگری شوند؛ همچنین توصیه می‌شود، گروه‌های حمایت‌کننده اجتماعی و انجمن‌های مقابله با خودکشی تشکیل و این افراد را به همکاری در این اجتماع‌ها ترغیب و پشتیبانی کنند. توصیه می‌شود تا در آینده به بررسی تأثیر مداخلات اجتماعی در اقدام‌کنندگان به خودکشی پرداخته شود.

References

- Nematollahi A, Farnam F, Gharibzadeh S, Khoda-Khah P. Discrimination, violence, and suicide in transgender women in Iran. *Health Care Women Int*. 2022;43(7-8):861-872.
- Moftakhar L, Azarbaksh H, Piraei E, Rezaei F, Mirahmadizadeh A. Suicide attempts and deaths by self-immolation: A population-based study in Fars (Iran), 2011-2019 [published online ahead of print, 2022 May 23]. *Med Sci Law*. 2022;258024221099351.
- Mills PD, Watts BV, Hemphill RR. Suicide and Suicide Attempts on Hospital Grounds and Clinic Areas. *J Patient Saf*. 2021;17(5):e423-e428.
- Wiglesworth A, Abate JP, Klimes-Dougan B. Suicide Prevention Public Service Announcements. *Crisis*. 2021;42(6):448-454.
- de Mendonça Lima CA, De Leo D, Ivbijaro G, Svab I. Suicide prevention in older adults. *Asia Pac Psychiatry*. 2021;13(3):e12473.
- Corpuz JCG. COVID-19 and suicide: when crises collide. *J Public Health (Oxf)*. 2021;43(4):e747-e748.
- Gowda GS, Shadakshari D, Vajawat B, Reddi VSK, Math SB, Murthy P. Suicide in Indian prisons. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(8):e19.
- Emamgholipour S, Arab M, Shirani R. Socioeconomic Determinants of Suicide in Iran: Panel Data Study. *Iran J Public Health*. 2021;50(11):2309-2316.
- Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Azizi H. A longitudinal study of suicide and suicide attempt in northwest of Iran: incidence, predictors, and socioeconomic status and the role of sociocultural status. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1486. Published 2021 Jul 30.
- Mojahedi M, Esmaeili A, Mahdizadeh K, Nakhaei MH, Salehiniya H, Sahranavard S. Trends of suicide attempts and factors related to completed suicide during the years 2014-2019 in South Khorasan province, Iran. *Asian J Psychiatr*. 2021;65:102825.
- Davies R. The impact of patient suicide on the psychiatrist. *Australas Psychiatry*. 2021;29(6):705-706.
- Bornovski Y, Jackson-Shaheed E, Argraves S, et al. Suicide and Seizures: A National Cohort Study in Veterans. *Neurol Clin Pract*. 2021;11(5):372-376.
- Silva DAD, Marcolan JF. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. *Florence Nightingale J Nurs*. 2021;29(3):294-302.
- Asarnow JR, Chung B. Editorial: COVID-19: lessons learned for suicide prevention. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;62(8):919-921.
- Henry M. Suicide prevention: A multisectorial public health concern. *Prev Med*. 2021;152(Pt 1):106772.
- Colon-Rivera H, Rolin AI, Dixon LB. Adolescent Suicide: Identifying Risk and Implementing Interventions. *Psychiatr Serv*. 2021;72(10):1240-1241.
- Albright RH, Tower DE. Editorial: Suicide Prevention in Podiatry [published online ahead of print, 2021 Sep 8]. *J Am Podiatr Med Assoc*. 2021;21-194.
- Schuman DL, Buchanan S, Boehler J, Flaherty C. The suicide of Private Danny Chen: An interpersonal theory perspective [published online ahead of print, 2021 Sep 6]. *Death Stud*. 2021;1-10.
- World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- Khormaei F, Farmani A. Psychometric Properties of the Short Form of Goldberg's 50- Item Personality Scale. *Psychological Models and Methods*, 2014; 4(16): 29-39.
- Aazami Y, Khanjani M, Sader M M. Confirmatory Factor Structure of Depression, Anxiety and Stress Scale in Students. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2017; 27 (154):94-106
- Janota O. [Remarks on the delineation of the

- definition of suicide attempt]. *Ceskoslovenska psychiatrie*. 1968;64(2):137-8.
23. Sinyor M, Tse R, Pirkis J. Global trends in suicide epidemiology. *Current opinion in psychiatry*. 2017;30(1):1-6.
 24. Khadem Rezaiyan M, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshariati SM, Okhravi N, et al. [Epidemiology of suicide attempts in Khorasan Razavi province, 2014-2015]. *Iran J Epidemiol*. 2017;13(2):128-35. Persian.
 25. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. [Suicide problems--epidemiology, factors, motives and prevention. Part II]. *Pol Merkur Lekarski*. 2009;28(164):174-6. Polish.
 26. Hosseini SH, Yazdanpanah F, Ghannadzadegan HA, Fazli M. Evaluation of self-immolation suicide attempt in Sari City (north of Iran) between 2011 to 2014. *Int J Med Invest*. 2016;5(2):65-8.
 27. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization; 2014. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
 28. Khan MM, Asad N, Syed E. Suicide in Asia. In: O'Connor R, Pirkis J, editors. *Epidemiology, risk factors, and prevention*. Wiley; 2016. p. 524-40.
 29. Khan MM, Naqvi H, Thaver D, Prince M. Epidemiology of suicide in Pakistan: determining rates in six cities. *Arch Suicide Res*. 2008;12(2):155-60.
 30. Balvardi M, Imani-Goghary Z, Babaee K, Izadabadi Z. Suicide and attempted suicide epidemiology in sirjan in 2018. *International journal of high risk behaviors and addiction*. 2021;10(2).
 31. ZENGİN Y, GÜNDÜZ E, İÇER M, DURGUN R, GÜRBÜZ H, DEMİR S, KUYUMCU M. Socio-demographic and clinical factors related to mortality among the geriatric suicide attempters admitted to the emergency department. *diclemedj*. 2015;42(3):279-83. .
 32. SU Z, LI X, Gao H, LI J, Zhang X, Liu Q, et al. Characteristics and mental disorder diagnosis of suicide attempters. *Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science*. 2012;47-9.
 33. Ramdurg S, Goyal S, Goyal P, Sagar R, Sharan P. Sociodemographic profile, clinical factors, and mode of attempt in suicide attempters in consultation liaison psychiatry in a tertiary care center. *Industrial psychiatry journal*. 2011;20(1):11-6.
 34. Al Khatri M, Al Huseini S, Almaqbali M, Cucchi A, Al Saadi AK, Al Farsi A, et al. Sociodemographic Characteristics and Clinical Profile of Suicide Attempters Attending the Emergency Department at a Tertiary Care Hospital in Oman: A Retrospective Study. *Journal of psychiatric practice*. 2023;29(5):390-402.
 35. Fresán A, González-Castro TB, Peralta-Jiménez Y, Juárez-Rojop I, Pool-García S, Velázquez-Sánchez MP, et al. Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/of suicide attempters in a Mexican population. *Acta neuropsychiatrica*. 2015;27(3):182-8.
 36. Rozanov VA. Psychosocial and psychiatric factors associated with expected fatality during suicide attempt in men and women. *Consortium Psychiatricum*. 2022;3(2):48-59.
 37. Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behavior. *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2013;371:21-7.
 38. Massaro LTdS, Adesse L, Laranjeira R, Caetano R, Madruga CS. Rape in Brazil and relationships with alcohol consumption: estimates based on confidential self-reports. *Cadernos de Saude Publica*. 2019;35.
 39. Roy DD. Agro-Psychological Counselling: Concept and Process. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*. 2014;40(1):20.
 40. Toudehskchuie GR, Fereidoon M. What Can Influence Iranian Suicide Attempters to Go Through the Process of Non-Fatal Suicide Act Once Again? A Preliminary Report. *Community mental health journal*. 2016;52(5):597-608.
 41. Jones JD, Boyd RC, Calkins ME, Moore TM, Ahmed A, Barzilay R, et al. Association between family history of suicide attempt and neurocognitive functioning in community youth. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2021;62(1):58-65.
 42. Bridge JA, Reynolds B, McBee-Strayer SM, Sheftall AH, Ackerman J, Stevens J, et al. Impulsive aggression, delay discounting, and adolescent suicide attempts: effects of current psychotropic medication use and family history of suicidal behavior. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2015;25(2):114-23.
 43. Lizardi D, Sher L, Sullivan GM, Stanley B, Burke A, Oquendo MA. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2009;119(5):406-10.
 44. Victor R, Sengupta C, Naskar S, Boro B, Saxena K. Suicide menace in North-Eastern India: a hospital-based study on the clinical aspects of suicide attempters. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*. 2018;9(1):26-32.
 45. Memis CO, Dogan B, Sevincok D, Tunagur T, Memis SD, Sevincok L. Which factors may differentiate lifetime suicide attempters from ideators in obsessive-compulsive disorder patients? *Indian journal of psychiatry*. 2020;62(4):392-9.
 46. Khoramzadee E, Mahmoodi N, Noee Q, Rahmani A, editors. *Comparison of Cognitions of Suicide, Depression, Anxiety and Stress among Suicide-Attempters and Attempters in Ahvaz City* 2013.
 47. Rajalin M, Hirvikoski T, Renberg ES, Åsberg M, Jokinen J. Exposure to Early Life Adversity and Interpersonal Functioning in Attempted Suicide. *Front Psychiatry*. 2020;11:552514.



Original Article

A Survey of the demographic and psychological factors related to suicide attempts among referees to Khatam Al-Anbia and Ali Ibn Abi Talib hospitals in Zahedan 2023

Maryam Ziaei¹, Amir Reza Ebrahimi², Zahra Ghiasi^{3*}

Received: 2024.06.01

Accepted: 2024. 09.16

1. Assistant Professor of Emergency Medicine, Khatam-Al-Anbia Hospital, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2. Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
3. Assistant Professor of Psychiatry, Khatam-Al-Anbia Hospital, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

Health Promotion Special Issue, Vol.1:61-70

Abstract:

Introduction: Suicide attempts are actions that intend to cause the person's own death, but are unsuccessful. Suicide is one of the leading causes of death and accounts for approximately 1 million deaths worldwide each year. Suicide occurs throughout life and risk factors include biological, genetic, psychological, social and environmental factors in a complex interaction. The general purpose of this study was to investigate the demographic and psychological characteristics of suicide attempters in the emergency department of Khatam Al-Anbia and Ali Ibn Abi Talib (AS) hospitals in Zahedan city in 2023.

Methods & Materials: The present study was descriptive-analytical (cross-sectional). The study population was all suicide attempters who referred to emergency rooms in Zahedan. 250 people participated in this study in an easy and accessible way. The tools of this study included demographic information, five personality factor questionnaire and depression, anxiety and stress scale (DAAS-21) which was collected by interview and self-report method. The collected information was entered into SPSS software version 26 and analyzed with chi-square test.

Results: The gender of the subjects included 153 (61.20%) women and 97 (38.80%) men. 147 (58.80%) were single, 77 (30.80%) were married, 16 (6.40%) were divorced, and 10 (4.00%) had lost their spouses. The highest frequency (121 people, 48.40%) was in the age group of 20 to 30 years, and the lowest frequency (17 people, 6.80%) was in the age group over 40 years. Middle school level (cycle) had the highest frequency (25.60% of 64 people) and bachelor's level and above (5 people 2.00%) had the lowest frequency. Freelance and other jobs had the highest frequency (23.60% of 59 people) and retired had the lowest frequency (10 people, 4.00%). 6 (2.40%) of the suicide attempters had a positive family history. The most frequent number of family members was five people (47.60% of 119 people) and the least frequent was the number of family members three people (1.20% 3 people). 77 (30.80%) were married, 75 (30.00%) lived with both parents, 66 (26.40%) lived alone, and 32 (12.80%) lived with One of the parents was living. The level of depression was the most frequent in the medium range with 114 (45.60%) people. Most of the people (63.60% of 159 people) had a very severe level of anxiety, and the average stress level was the most common (47.60% of 119 people). 155 (62%) people were extroverts and 95 (38%) were introverts. Alcohol dependence in 2 (0.8%) people, drug dependence in 12 (4.8%) people, history of previous suicide in 56 (22.4%) people, and history of neurological and mental illness in 93 (37.2%) person was seen.

Conclusion: In this study, it was shown that women committed suicide twice as much as men, and more than half of the people were single, and 20-30 years old was the most risky age group. Most of the suicide attempters had an education level lower than a diploma, and most people's jobs were freelancers or housewives/unemployed. It is suggested to consider high-risk groups and take integrated measures for them. All suicide attempters should undergo psychiatric counseling and be screened for major neurological and mental illnesses.

Keywords: Suicide, Psychological, Emergency, Zahedan.

* Corresponding author Email: linooshghiasi@gmail.com