

بررسی دموگرافیک و روش‌های موفق خودکشی اجساد معاینه شده در پزشکی قانونی ساری طی سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹

دکتر مسعود پورحسین*، سید محسن میر محمدی**، احد علیزاده***

* متخصص پزشکی قانونی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی مازندران، ساری، ایران
** کارشناس ارشد آموزش، اداره کل پزشکی قانونی مازندران، ساری، ایران
*** دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی در حال حاضر یکی از ده علت اول مرگ در جهان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی دموگرافیک و روش‌های خودکشی موفق در اجساد معاینه شده، در تالار تشریح پزشکی قانونی ساری طی سال‌های ۸۸-۸۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی، گذشته نگر است. متغیرهای پژوهش شامل گروه‌های سنی و جنسی، محل خودکشی، وضعیت اشتغال و تحصیلات، سابقه بیماری، نحوه خودکشی، انگیزه و غیره با استفاده از ابزار پرسشنامه از میان فرمهای ارجاع اجساد به پزشکی قانونی، پرونده‌های بیمارستانی و فرم اظهارات اولیای متوفی جمع‌آوری و با استفاده از ابزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از مجموع ۱۵۳۷ جسد معاینه شده در طی سال‌های ۸۸-۸۹ تعداد ۴۶ مورد با تابلوی خودکشی معاینه گردید. که از نظر جنسیت ۵۹/۶٪ آن‌ها را زنان و ۶۳/۹٪ آن‌ها متاهل و ۸۵/۱٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم و تادیلم می‌باشند. از نظر وضعیت اشتغال، ۵۳/۱٪ آنان زنان خانه دار و محل وقوع ۹۲/۵٪ از موارد خودکشی در منزل رخ داده است. تعداد ۱۴/۳٪ آنان سابقه بیماری روانی را ذکر می‌کنند. این بررسی هم چنین نشان می‌دهد ۱۲/۳٪ آن‌ها با استفاده از روش حلق آویز، ۵۸/۲٪ درصد به وسیله خودسوزی، ۲/۷٪ مسمومیت دارویی، ۵/۵٪ مسمومیت با سموم علف کش و ارگانو فسفره و ۱۹/۹٪ با استفاده از قرص برنج اقدام به خودکشی نمودند. این بررسی هم چنین نشان داد زنان در ۷۸/۲٪ موارد با استفاده از روش خود سوزی، خودکشی نموده در صورتی که مردان در ۴۳/۸٪ موارد از طریق خوردن سموم و دارو، خودکشی نموده اند. از نظر علت و انگیزه اقدام به خودکشی بیشترین آن به تعداد ۷۰ نفر (۴۷/۹٪) نامعلوم و پس از آن ۴۲ نفر (۲۸/۷٪) اختلافات خانوادگی، ۲۰ نفر (۱۳/۷٪) بیماری روانی، ۱۰ نفر (۸/۲٪) اعتیاد و تعداد ۴ نفر (۲/۸٪) بیکاری را به عنوان علت خودکشی ذکر کردند. آزمون آماری از نظر جنسیت و انگیزه خود کشی معنی دار است ($p=0/018$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد خودکشی تحت تاثیر فاکتورهای متعددی مانند؛ سن، جنس، میزان تحصیلات و حتی عوامل جغرافیایی و اجتماعی قرار دارد. هم چنین خودسوزی در بین زنان جوان و متاهل شیوع قابل ملاحظه‌ای دارد. لذا انجام مطالعات اجتماعی در مناطق با شیوع بیشتر در زمینه علل خودکشی و روش‌های مورد استفاده (خصوصاً خودسوزی) و هم چنین ایجاد سیستم ثبت کشوری رفتارهای خودکشی برای تدوین برنامه ملی پیشگیری از آن ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، خودسوزی، مازندران

تایید مقاله: ۹۳/۱۰/۱۷

وصول مقاله: ۹۲/۵/۱۰

نویسنده پاسخگو: کارشناس ارشد آموزش - ساری اداره کل پزشکی قانونی مازندران Mohsen_mir_45@yahoo شماره تماس: ۰۱۱۳۳۳۹۶۶۱۴

مقدمه

برقراری ارتباط صورت می‌گیرد (۲).
تنوع زیادی از نظر بین المللی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای در میزان شیوع خودکشی مشاهده می‌شود، که این نمایانگر تاثیر عوامل اجتماعی در این زمینه می‌باشد. این عوامل در تاثیر متقابل عوامل فردی، طبی و روان پزشکی می‌باشند (۳).
روش‌های رایج خودکشی موفق در جوامع مختلف متفاوت است.

خودکشی به عنوان یکی از معضلات مهم بهداشت عمومی در حال حاضر یکی از ده علت اول مرگ در جهان است (۱). خودکشی عملی است به قصد خاتمه دادن عمدی به زندگی خود به طور آگاهانه و هدفمند که غالباً در افراد خود محور، مضطرب، متخاصم و ناتوان در

روش بررسی

این مطالعه به شیوه مقطعی گذشته نگر با استفاده از اطلاعات فرم‌های آماری پرونده‌های متوفیان مشکوک به خودکشی موجود در بایگانی تشریح پزشکی قانونی شهرستان ساری پس از اخذ مجوز لازم جمع آوری گردید. جمعیت مورد مطالعه متوفیانی می‌باشند که در سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ در مرکز پزشکی قانونی شهرستان ساری مورد معاینه قرار گرفته و علت فوت آن‌ها از طرف پزشکی قانونی، یا حسب اظهارات مکتوب و ابستگان نزدیک متوفی (در فرم مخصوص ارجاع اجساد به پزشکی قانونی) و یا در مواردی بر اساس مندرجات پرونده‌های بیمارستانی خودکشی اعلام شد. نمونه‌گیری به روش سرشماری و تعداد کل نمونه‌ها برابر ۱۴۶ مورد بود. داده‌های لازم از فرم پرسش‌نامه جمع آوری اطلاعات مشخصات اجساد ارجاعی به پزشکی قانونی استخراج، و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع ۱۵۳۷ مورد جسد معاینه شده در پزشکی قانونی ساری در طی سال‌های ۱۳۸۸ لغایت ۱۳۸۹ تعداد ۱۴۶ مورد مشکوک به خودکشی بوده است. میانگین سنی قربانیان ۳۰/۵۵ با انحراف معیار ۱۲/۶۵ سال، که ۸۷ نفر (۵۹/۶٪) آن‌ها زنان و ۵۹ نفر (۴۰/۴٪) آن‌ها مردان می‌باشند. توزیع فراوانی نمونه‌ها نشان داد بیشترین تعداد متوفیان ناشی از خودکشی به تعداد ۶۲ نفر (۴۲/۵٪) متعلق به گروه سنی ۲۱-۳۰ می‌باشد، در کل تعداد ۹۴ نفر (۶۴/۴٪) آن‌ها متاهل که زنان به تعداد ۶۸ نفر (۴۶/۶٪) در مقابل تعداد ۲۶ نفر (۱۷/۸٪) از مردان متاهل نسبت تقریباً ۲/۵ برابری را تشکیل می‌دادند. از نظر محل سکونت تعداد ۱۱۲ نفر (۸۳/۶٪) ساکن شهر، ۱۴ نفر (۹/۶٪) ساکن روستا و ۱۰ نفر نیز محل سکونت آن‌ها نامعلوم ذکر گردید. از نظر سطح تحصیلات ۵۱ نفر (۳۴/۹٪) آن‌ها تحصیلات دبیرستانی، ۱۵ نفر (۱۰/۳٪) بی سواد، ۱۷ نفر (۱۱/۶٪) تحصیلات ابتدایی، ۴۰ نفر (۲۷/۴٪) تحصیلات راهنمایی، در مجموع ۲۳ نفر (۱۵/۷٪) دارای تحصیلات دیپلم یا بالاتر می‌باشند. از نظر گروه شغلی بیشترین آن‌ها با تعداد ۷۵ نفر (۵۴/۷٪) خانه دار، ۲۸ نفر (۲۰/۴٪) دارای مشاغل آزاد، ۱۱ نفر (۸٪) دانش آموز، ۳ نفر (۲/۲٪) دانشجوی، ۸ نفر (۵/۸٪) بیکار، ۵ نفر (۵/۱٪) کارگر، ۱۶ نفر (۱۱٪) در سایر مشاغل طبقه‌بندی شدند (جدول شماره ۱).

یافته‌ها حاکی از این است که به ترتیب؛ ۸۵ نفر (۵۸/۲٪) با خودسوزی، ۲۹ نفر (۱۹/۹٪) با استفاده از قرص برنج، ۱۷ نفر (۱۲/۳٪) با حلق آویزی، ۸ نفر (۵/۵٪) مسمومیت با سموم ارگانوفسفره، ۴ نفر (۲/۷٪) با مسمومیت دارویی و یک نفر (۰/۷٪) از سلاح گرم و یک نفر هم به وسیله جسم برنده و نوک تیز اقدام به خودکشی نمودند. روش‌های

استفاده از سلاح گرم، حلق آویزی، خوردن مواد سمی و گاز منواکسید کربن به عنوان روش‌های شایع خودکشی در آمریکا می‌باشد (۳). تحقیقات نشان می‌دهد زنان ۴ برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند اما میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در مردان ۴ برابر است. هم چنین میزان خودکشی با افزایش سن بالا می‌رود و این میزان در مردان پس از ۴۵ سالگی به اوج می‌رسد و در زنان بیشترین تعداد خودکشی موفق پس از ۵۵ سالگی روی می‌دهد. اما در دهه‌های اخیر میزان خودکشی در سنین جوانی (۲۵ الی ۳۴) تقریباً ۳۰٪ افزایش یافته و خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله پس از حوادث و دیگر کشی قرار دارد (۴).

برای خودکشی یک سری ریسک فاکتورهایی مطرح است که شامل وضعیت اشتغال (بیکاری)، روابط بین فردی (متعارض)، سابقه آشفته یا متعارض خانوادگی، اختلالات روانی (اسکیزوفرنی، اختلالات خلقی به خصوص افسردگی، اختلالات شخصیت) و جسمی مزمن که مستعد کننده خودکشی می‌باشند (۲۴).

فراوانی خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت بوده، به طوری که در کشورهای معروف به کمربند خودکشی (اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن) با ۲۵ در صد هزار نفر در سال بیشترین و در اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ در صد هزار نفر در سال، رتبه‌های پائین را به خود اختصاص داده است (۵). ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار خودکشی مردان است (۶). بر اساس آخرین بررسی انجام شده از سوی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی کشور (در سال ۲۰۱۰)، نرخ خودکشی در ایران ۴/۷ در ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد که ۷۰٪ خودکشی‌ها توسط مردان و ۳۰٪ آن توسط زنان بوده است. در این تحقیق بالاترین نرخ مشکوک به خودکشی مربوط به استان ایلام با ۲۶ نفر در ۱۰۰ هزار نفر و پایین‌ترین نرخ مرگ‌های مشکوک به خودکشی مربوط به استان هرمزگان ۲/۲ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت است (۷).

تاهل به میزان قابل توجهی خطر خودکشی را کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان می‌دهد میزان خودکشی در افراد متاهل ۱۱ در صد هزار است. در حالی که این میزان در افراد مجرد تقریباً ۲ برابر و در افراد بیوه و مطلقه به ترتیب ۲۴ در صد هزار و ۴۰ در صد هزار می‌باشد (۵).

مطالعات نشان می‌دهد خودکشی در افراد بیکار، خانه دار، کارگران موقت، بازنشسته‌ها، بازرگانان ورشکسته خیلی بیشتر از سایر گروه‌ها می‌باشد (۸).

این مطالعه با هدف بررسی دموگرافیک و روش‌های موفق خودکشی منجر به فوت ثبت شده در طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۸۹ انجام گرفته است. تا توجه مسئولین ملی و محلی به این امر معطوف شده و در نهایت به اخذ تصمیمات لازم برای انجام مداخلات ضروری برای رفع این مشکل منجر گردد.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های دموگرافیک در افراد شناسایی شده (n= ۱۴۶)

متغیرها		فراوانی	
جنسی	مرد	۵۹	۴۰/۴٪
	زن	۸۷	۵۹/۶٪
تاهل	متاهل	۹۳	۶۳/۷٪
	مجرد	۴۷	۳۲/۲٪
	سایر موارد	۶	۴/۱٪
گروه سنی	زیر ۲۰ سال	۲۸	۱۹/۲٪
	۲۱-۳۰	۶۲	۴۲/۵٪
	۳۱-۴۰	۲۷	۱۸/۵٪
	۴۱-۵۰	۲۱	۱۴/۴٪
	۵۱-۶۰	۴	۲/۷٪
تحصیلات	بالاتر از ۶۰	۴	۲/۷٪
	بی سواد	۱۵	۱۰/۳٪
	ابتدایی	۱۷	۱۱/۷٪
	راهنمایی	۴۰	۲۷/۴٪
	دبیرستان	۵۱	۳۴/۹٪
	دیپلم	۱۷	۱۱/۶٪
	فوق دیپلم	۵	۳/۴٪
سکونت	لیسانس و بالاتر	۱	۰/۷٪
	شهر	۱۲۲	۸۳/۶٪
	روستا	۱۴	۹/۶٪
اشتغال	نامعلوم	۱۰	۶/۸٪
	دانش آموز	۱۱	۷/۵٪
	دانشجو	۳	۲٪
	خانه دار	۷۵	۵۱/۳٪
	شغل آزاد	۲۸	۱۹/۲٪
	بیکار	۸	۵/۵٪
	کارگر	۵	۳/۵٪
	سایر	۱۶	۱۱٪

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی الگوی مورد استفاده برای خودکشی در اجساد معاینه شده در سال‌های ۱۳۸۸ لغایت ۱۳۸۹ به تفکیک جنس

الگوی مورد استفاده	مردان		زنان		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
حلق آویز	۱۴	۲۳/۷٪	۴	۴/۶٪	۱۸	۱۲/۳٪
خودسوزی	۱۷	۲۸/۸٪	۶۸	۷۸/۲٪	۸۵	۵۸/۲٪
مسمومیت دارویی	۲	۳/۴٪	۲	۲/۳٪	۴	۲/۷٪
مسمومیت با سموم	۷	۱۱/۹٪	۱	۱/۱٪	۸	۵/۵٪
سلاح گرم	۱	۱/۷٪	۰	۰٪	۱	۰/۷٪
جسم برنده و نوک تیز	۱	۱/۷٪	۰	۰٪	۱	۰/۷٪
قرص برنج	۱۷	۲۸/۸٪	۱۲	۱۳/۸٪	۲۹	۱۹/۹٪

زمستان خودکشی نمودند (جدول شماره ۳). از نظر قومیت، فارس‌ها به تعداد ۷۲ نفر (۵۲/۶٪) با بیشترین موارد و پس از آن قوم ترکمن به تعداد ۵۶ نفر (۴۰/۹٪) و در ۱۸ مورد (۶٪)، قومیت آنان نامشخص بوده است. از نظر سابقه بیماری، در ۸۴ نفر (۵۷٪) سابقه‌ای ذکر نشد و ۳۴ نفر (۲۳/۱٪) بدون بیماری، ۲۱ نفر (۱۴/۳٪) دارای سابقه بیماری روانی و ۷ نفر (۴/۸٪) دارای بیماری جسمی بودند. از میان گزینه‌های علت و انگیزه اقدام به خودکشی بیشترین آن به تعداد ۷۰ نفر (۴۷/۹٪) نامعلوم و پس از آن ۴۲ نفر (۲۸/۷٪) اختلافات خانوادگی، ۲۰ نفر (۱۳/۷٪) بیماری روانی، ۱۰ نفر (۸/۲٪) اعتیاد و تعداد ۴ نفر (۲/۸٪) بیکاری را به عنوان علت خودکشی ذکر کردند. آزمون آماری از نظر جنسیت و انگیزه خودکشی معنی دار است (p= ۰/۰۱۸).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی فصول خودکشی در اجساد معاینه شده در سال‌های ۱۳۸۸ لغایت ۱۳۸۹ به تفکیک جنس

فصول	مردان		زنان		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بهار	۲۲	۳۷/۳٪	۳۲	۳۶/۸٪	۵۴	۳۷٪
تابستان	۱۱	۱۸/۶٪	۲۱	۲۴/۱٪	۳۲	۲۱/۹٪
پائیز	۱۵	۲۵/۴٪	۱۷	۱۹/۵٪	۳۲	۲۱/۹٪
زمستان	۱۱	۱۸/۶٪	۱۷	۱۹/۵٪	۲۸	۱۹/۲٪

خودکشی در زنان به ترتیب ۷۸/۲٪ خودسوزی، ۱۳/۸٪ با استفاده از قرص برنج، ۴/۶٪ حلق آویزی، ۲/۳٪ مسمومیت دارویی و ۱/۱٪ مسمومیت با سموم ارگانوفسفره بوده است. در مردان به ترتیب و به طور مساوی ۲۸/۸٪ با استفاده از قرص برنج و خودسوزی، ۲۳/۷٪ حلق آویزی، ۱۱/۹٪ مسمومیت با سموم ارگانوفسفره، ۳/۴٪ مسمومیت دارویی و استفاده از سلاح گرم و جسم برنده نوک تیز، هر یک به طور مساوی در ۱/۷٪ از موارد برای خودکشی مورد استفاده قرار گرفتند. هم چنین از نظر محل خودکشی، ۹۲/۵٪ حادثه در منزل رخ داده است (جدول شماره ۲).

از نظر الگوی فصلی، توزیع نمونه‌ها نشان داد بیشترین موارد فوتی‌های ثبت شده با فراوانی ۵۴ نفر (۳۷٪) در فصل بهار، ۶۴ نفر (۴۳/۸٪) به طور مساوی در فصول تابستان و پائیز و ۲۷ نفر (۲/۱۹٪) در فصل

بحث

در این مطالعه مرگ‌های مشکوک به خودکشی مورد بررسی قرار گرفته اند. لذا آنچه به عنوان داده‌های این پژوهش جمع آوری و مورد بررسی و آنالیز قرار گرفته است، قطعاً همه اطلاعات لازم در این زمینه را به دست نخواهد داد. محقق تنها براساس شواهد و مدارک مستند موجود در پرونده‌ها اقدام به تکمیل پرسش‌نامه نموده است، اما تعدادی از پرونده‌ها با توجه به محرز بودن خودکشی (برای محقق) به دلیل نقص اطلاعات از مطالعه کنار گذاشته شدند. بررسی افراد از نظر سن خودکشی همانند یافته‌های سایر محققین حاکی از این واقعیت است که متأسفانه جوانان بیشتر در معرض این آسیب بهداشتی و اجتماعی قرار دارند. در پژوهش برخوردار و جهانگیری در سال ۸۸ بیشترین گروه سنی اقدام به خودکشی در گروه ۲۹-۲۰ سال بوده است (۹). در این پژوهش نیز بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۳۰-۲۰ سال بوده اند. اقدام به خودکشی در سنین جوانی می‌تواند حاصل تغییرات این برهه از زندگی که به بحران رشد معروف هستند در کنار شخصیت ناپخته، عدم تکامل مکانیسم‌های دفاعی روحی و روانی مرتبط دانست. مضافاً این که جمعیت کشور یک جمعیت جوان محسوب شده لذا بالا بودن میزان خودکشی در این گروه سنی را باید به عنوان یک مسئله جدی بهداشتی و اجتماعی تلقی نمود.

مطالعات انجام شده توسط سایر محققین نشان می‌دهد اقدام به خودکشی در زنان چهار برابر مردان است اما خودکشی موفق در مردان بیشتر است (۴). در مطالعه حاضر برخلاف مطالعات پیشین میزان مرگ ناشی از خودکشی در میان زنان بیشتر از مردان بود. به نظر می‌رسد افزایش مرگ زنان در این مطالعه به دلیل استفاده از خود سوزی برای خودکشی است که در اکثر موارد به دلیل وسعت و عمق سوختگی به درمان پاسخ نداده و باعث مرگ آن‌ها شده است.

در مطالعه دیگری که توسط شیرزاد و قره‌داغی در ۱۳۸۳ انجام گرفت، شایع‌ترین سن اقدام به خودکشی دهه سوم عمر و تعداد موارد خودکشی منجر به فوت در مردان بیش از دو برابر زنان گزارش شده است (۱۰)، که به لحاظ سن با مطالعه حاضر (۳۰-۲۰ سال) هم خوانی دارد اما از نظر جنسیت متفاوت است. در پژوهشی که به منظور بررسی میزان خودکشی در سال‌های ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ در استان آذربایجان غربی انجام شد، نشان می‌دهد که میزان بروز خودکشی در زنان این استان بیش از مردان است (۱۱). در این مطالعه نیز میزان مرگ ناشی از خودکشی در زنان جوان متأهل روند افزایشی را نشان می‌دهد که شاید بتوان اظهار نمود زنان با ازدواج کردن استرس‌های روحی بیشتری را متحمل می‌شوند که بخشی از این استرس‌ها به رفتارهای غلط همسران آن‌ها و عدم آموزش مهارت‌های زندگی قبل از زناشویی برمی‌گردد. در انگلستان مرگ و میر خودکشی در دو گروه سنی ۳۴-۲۵ و بالای ۶۰ سال بیشترین است (۱۲). در آمریکا بیشترین میزان مرگ و میر در هر دو جنس مربوط به گروه سنی ۴۵-۱۵ بوده در

حالی که کمترین میزان مربوط به گروه سنی ۶۵ سال است (۱۳)، که با این مطالعه هم‌خوانی دارد. در این مطالعه هم چنین با افزایش سن از میزان خودکشی کاسته شده است که با نتایج تحقیق فرزانه و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۴).

در مطالعه مشعوفی و همکاران، خودکشی موفق در کل مربوط به بهار و برای زنان و مردان به ترتیب مربوط به فصل تابستان و بهار بود (۱۵)، که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در یک مطالعه میزان خودکشی در نیم‌کره‌ی شمالی در ماه ژوئن (خرداد) و در نیم‌کره‌ی جنوبی در دسامبر (آذر) بوده است (۱۶). و در بررسی دیگری در ایتالیا بیشترین میزان خودکشی در فوریه و کمترین آن در نوامبر گزارش شده است (۱۷). این مطالعه با یافته‌های اسماعیل‌نیا که بیشترین مورد خودکشی در مطالعه خود را در فصل پائیز و زمستان گزارش نموده است، هم‌خوانی ندارد (۱۸). مطالعات دیگر نشان می‌دهد تغییرات فصلی، آب و هوایی و حتی شدت روشنایی و نور با اقدام به خودکشی در مردان ارتباط است (۲۵).

هم چنین طبق آمارهای به دست آمده در این مطالعه، خودکشی در میان شهرنشینان بیشتر از روستائیان بوده است که این تفاوت می‌تواند حاکی از وجود وابستگی اجتماعی بیشتر در میان جامعه روستایی و تاثیر کمتر زندگی صنعتی و شهری بر روابط اجتماعی آن باشد.

در خصوص نحوه اقدام به خودکشی در مطالعه حاضر، خودسوزی با فراوانی (۵۸/۲٪) در کل بیشترین روش خودکشی را به خود اختصاص داده است. در زنان نیز بیشتر از مردان از این روش برای خودکشی استفاده نمودند، پس از آن در ۲۸/۱٪ موارد از مسمومیت با قرص برنج (فسفید آلومینیم)، دارو و سموم کشاورزی برای خودکشی استفاده شده است.

در مطالعه انجام گرفته در ایلام (۱۹) و ساوجبلاغ (۲۰)، خودسوزی به عنوان شایع‌ترین روش خودکشی گزارش شده است. در مطالعه فرزانه که در استان اردبیل انجام شد شایع‌ترین روش اقدام کنندگان به خودکشی منجر به فوت با داروها و سموم بود (۹۰/۶٪) که بین فوت شدگان ناشی از مسمومیت ۲۵٪ در اثر مسمومیت ارگانوفسفره و ۱۸/۸٪ در اثر داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و ۱۵/۶٪ در اثر فسفید آلومینیم (قرص برنج) فوت نموده‌اند (۱۴). در مطالعه دیگری روش خودکشی در زنان ۸۷/۵٪ با دارو، ۶/۶٪ مسمومیت با سم و ۵/۹٪ خودسوزی بوده است (۱۷). در مطالعه دکتر نقوی که در سال ۱۳۸۰ در ۱۸ استان کشور انجام شد شایع‌ترین روش خودکشی به ترتیب خود سوزی و حلق آویز گزارش شده است (۲۱).

نتایج تحقیقات در سایر کشورها مانند سریلانکا و هند بدون تفکیک جنسیتی روش شایع خودکشی سموم ارگانوفسفره بوده (۲۲) و در کشورهای آمریکا و اروپا شایع‌ترین علت مرگ و میر ناشی از خودکشی در زنان، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای و سموم و در مردان اسلحه گرم اعلام شده است (۲۳).

در مورد علت و انگیزه اقدام به خودکشی با توجه به شرایط مطالعه

با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان دریافت‌در شکل‌گیری خودکشی عوامل بسیاری از قبیل سن، جنس وضعیت تاهل، نوع شغل، سطح سواد و نظایر آن نقش دارد که به منظور کاهش آن باید ضمن توجه به مسائل آموزشی و تربیتی آحاد جامعه، به خودکشی در زنان جوان و سلامت روان این گروه از جمعیت توجه ویژه ای نمود. استفاده از روش خودسوزی در میان زنان متاهل خصوصاً زنان ترکمن به عنوان یک مسئله جدی و رو به فزونی است. این مهم نیاز به مطالعه جامعه شناسی و بررسی‌های اختصاصی تری دارد. در ضمن با توجه به بافت کشاورزی منطقه برای جلوگیری از سوء استفاده سموم کشاورزی خصوصاً قرص برنج (فسفید آلومینیم) بهتر است اولاً با ایجاد تغییراتی در فرم بسته بندی و توزیع این گونه سموم آن‌ها را به شکلی تولید و یا توزیع کرد که قابلیت سوء مصرف نداشته باشد. ثانیاً با برنامه ریزی‌های آموزش دوره ای برای کشاورزان و خانواده‌ها آموزش‌های لازم در خصوص کاهش دسترسی و نحوه استفاده از سموم در اختیار آنان گذاشته شود. هم چنین با توجه به روند افزایشی خودکشی‌های موفق در زنان، انجام مطالعات اجتماعی در مناطق با شیوع بیشتر در زمینه علل خودکشی و روش‌های مورد استفاده (خصوصاً خودکشی با روش خودسوزی) و ایجاد سیستم ثبت کشوری رفتارهای خودکشی برای تدوین برنامه ملی پیشگیری از آن ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

این طرح پژوهشی با حمایت مرکز تحقیقات پزشکی قانونی کشور و با مساعدت مدیر کل محترم پزشکی قانونی مازندران اجرا گردید، لذا بدینوسیله ضمن تشکر از مدیر کل محترم پزشکی قانونی مازندران و همکاران محترم دفتر تشریح خصوصاً جناب آقای علی کنعانی، از جناب آقای دکتر شکرزاده عضو محترم کمیته پژوهشی پزشکی قانونی مازندران، برای راهنمای‌های ارزنده در اجرای این طرح پژوهشی صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1- WHO Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychological disorders. World Health Organization: Geneva, 1999
- 2-Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadocks Pocket Hand Book of Clinical Psychiatry, Vol 1; 4 thed; Lippincott Willams and Wilkins; 2005: 289-304.
- 3- Michael Gelder, Richard Mayou, John Geddes, Psychiatry Oxford. Translated by Arjmand M. Sadeghi M. Third edition, Taran, Arjmand, 2005; 204-210. (Persian)
- 4-Arjmand M. In translation of; Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. Sadock BJ, 4th ed. Tehran: Arjmand. 2005; 73-87, 426-28,

اطلاعات صرفاً از داده‌های درج شده در پرونده‌ها استخراج گردید، تقریباً ۴۸٪ موارد علتی را ذکر نکردند و در ۲۸/۷٪ موارد علت خودکشی را اختلافات خانوادگی ذکر نمودند که به نظر می‌رسد با توجه به سن جوان اکثر نمونه‌ها و عدم مهارت‌های لازم زندگی زناشویی بروز رفتارهای تکانشی و عدم تصمیم‌گیری منطقی در زمان بروز اختلافات را از علت‌های زمینه‌ای اقدام به خودکشی تلقی نمود. البته مواردی مانند بیماری روانی و اعتیاد و حتی مواردی مانند بی‌کاری نیز به عنوان دلایل خودکشی در این مطالعه ذکر گردید که به دلیل نقص اطلاعات نمی‌تواند نوع بیماری، شدت و حدت آن هم چنین در مورد مصرف مواد مخدر آیا شخص برای خودکشی اقدام به مصرف آوردوز کرده یا اصطلاحاً به آخر خط رسیده و برای رهایی از دست مواد اقدام به خود کشی نموده است اظهار نظر نمود.

نتایج مطالعات جهانی نیز بیانگر بالاتر بودن میزان اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان است، به طوری که طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت اقدام به خودکشی در زنان نسبت به مردان بیشتر است و در کشور آمریکا نیز مردان ۴ برابر بیشتر از زنان بر اثر خودکشی می‌میرند در حالی که تلاش زنان برای خودکشی بیشتر مردان است (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر برخلاف مطالعات مشابه، این یافته را که در اغلب موارد زنان از روش‌هایی برای خودکشی استفاده می‌کنند که با احتمال کمتری منجر به فوت گردد و مردان تمایل به استفاده از روش‌های خشن با احتمال بالای مرگ و میر دارند را، تایید نکرد و نشان داد اولاً میزان خودکشی موفق در زنان بیش از مردان بوده، ثانیاً استفاده از روش خشن و زجرآور، خودسوزی در آنان شایع‌تر بوده است.

این نکته نیز قابل ذکر است؛ ۵۶ نفر (۴۰/۹٪) اجساد معاینه شده با توجه به محل سکونت آنان (سوابق ثبت شده در پرونده‌ها) از استان گلستان و مربوط به قومیت ترکمن بوده است که ۸۵/۷٪ آنان به علت خودسوزی جهت مداوا به تنها بیمارستان تخصصی سوختگی در شمال کشور منتقل شده که پس از فوت در مرکز پزشکی قانونی ساری مورد معاینه قرار گرفته اند.

473.(Persian)

- 5-Taziki MH, Semnani SH, Gotalipour MJ, Behnampour N, Taziki SA, Rajae S, Iezad KH, Gorzin T. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2006; 55: 72-77. (Persian)
- 6-Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, HeppU, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W, Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database, Bulletin of the World
- 7-Shojaei A, Shmsiani H, Moradi S, Alaeddini F, Khademi A, editors. Natinal congress of suicide

- and Related Behaviors . Zanjan, Iran, February 29-March 2, 2012. (Persian)
- 8-Jamshidzade FL. The survey of suicide trend changes and its attempt in Ilam province in 1995-2002. Theses in MS of clinical Psychology, 2003, University of Social welfare and Rehabilitation sciences. (Persian)
- 9- BarkhordarN,jahangiri K, Trend and factors influencing suicides in rural areas of Kermanshah during 7 years (2000-2006) Journal of Medical Council of Islamic Republic IRAN, Volume27, Namber2, Sammer 2009:219-22 (Persian).
- 10-Shirzad J, Gharedaghi J, Study of methods and causes of Suicides resulting in death referred to Legal Medicine Organization of IRAN in first sixmonth of 2004, forensic medicine, 2007, 3: 170-163(in Persian).
- 11-Arefi M, prevalence of suicide and effective variables in West Azerbaijan province between the years 1988 and 1989, Journal of Psychology and Educational Sciences, 2002, 32 (1):162-141(Persian).
- 12-Pavia M,NicoteraG,ScaramuzzaG,Angelilloi. Suicide mortality in southern Italy: 1998-2002. Psychiatry Research .2005; 134: 75-79
- 13-Spicer R, Miller T. Suicide Acts in 8 states: Incidence and case fatality Rates by Demographics and method. American Journal of public Health .2000 December; 90(12), 1885-91
- 14-Farzaneh E, et al. Epidemiologic assessment of suicide in province (2003-2008).Scientific of medical sciences Ardebil university winter 2010; 4(9) 299-306. (Persian)
- 15-Masoofi M, SharghiA, ValizadehB, SiapourSh, Demographic evolution methods of, suicide lead to death in Ardebil. Legal forensic medicine (1997-2006).Scientific journal of forensic medicine summer 2009; 2(15):108-114(Persian)
- 16-Petridou E, padadopoulos FC, Frangakis CE, et al. A role of sunshine in the triggering of suicide. Epidemiology 2002; 13(1): 106-9
- 17.Altamura C, Van Gaste A, et al. Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy .Journal of Affective disorders 1999;53:77-85
- 18.Esmaeleneia T, FaramarziM, MoosaviSH, goolfam SH , evaluation of suicide attempt in women in Babol during 2000-2001. Jorنال of Babol University of Medical Sciences spring 2005;2(26):58-64
- 19-Mousavi F, Shah Mohammadi D, Kaffashi A. Epidemiological survey of suicide in rural areas. Quarterly Journal of AndeeshehVaRaftar 2000; 20: 10-4.(Persian)
20. Anghorbani M, Sharififard G. Completed and attempted suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and Associated factors. Arch Iranian Med. 2005; 8: 119-26. . (Persian)
- 21-Naghavi M.D death rates in 18 states of Iran in 1380 .Tehran: Tandis; 375-78.(Persian).
- 22- Micheal W, Stephen W, Micheal J. Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose, 4 th ed. Philadelphia Saunders, Elsevier, 2007: 1171-1185.
- 23- Robert S, Lewis R, Mary A, Neal A, Neal E. Manual of Toxicology Emergencies, 1sted McGraw-Hill Company, 2007: 608-614
- 24-Kaplan H, Sadock B. Pocket hand books of clinical psychiatry. 3rd ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2001, P.262
- 25-perti A, Miotto p. Seasonality in suicides. Psychiatry Res 1998; 81(2):219-31
- 26-World Health Organization. Suicide Proven on (SUPRE). [Cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: http://www.WHO.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en .

Evaluation of Demography & Methods of Successful Suicide in Corpses Referred to Sari Legal Medicine Center during 2009-2010

Masoud Pourhossein* - Seyyed Mohsen Mir Mohammadi**† - Ahad Alizadeh***

*MD, Forensic Medicine Specialist, Legal Medicine Center of Mazandaran, Sari, Iran

**MS in Management Education, Legal Medicine Center of Mazandaran, Sari, Iran

***PhD student in Biostatistics, Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background: Suicide is one of the top ten causes of death in the world. The aim of this study is evaluation of demography and successful methods of suicidal death referred to Sari Legal Medicine Center during 2009 and 2010.

Methods: This study is cross-sectional and retrospective. Demographic data including age group, sex, place of suicide, employment, education, marital status, and so on are extracted from legal medicine files and analyses by SPSS version 18.

Findings: Among 1537 corpses referred to Sari legal medicine center during 2009 and 2010, the manner of death in 146 cases was suicide. Among suicidal death 59/6% were female, 63.9% were married, 85/1% were under diploma, 53.1% were housewives and place of suicide in 92.5% was at home. 14.3% had a history of psychiatric disorders. This study showed that the routes of successful suicide were by hanging in 12.3%, self burning in 58.2%, drug poisoning in 2.7%. Herbicide and organophosphate pesticide poisoning in 5.5% and aluminum phosphate poisoning in 19.9%. The most common route of successful suicide was self burning in female sex (78/2%) and drug and pesticide poisoning in male sex (43/2%). Motive of suicide in 47.9% (70 cases) was unknown, in 28.7% (42 cases) family conflict, 13.7% (20 cases) psychiatric disorders, 8.2% (10 cases) addiction and in 2.8% (4 case) was unemployment. On the basis statistical evaluation P value of sex and motive was 0/018

Conclusion: this study showed suicide deaths, influence by some parameters such as sex, age, education, social and geographical causes. Also self burning in young married females is prevalent. Study about cause and routes of suicide, especially, in young female and universal records of data about suicide behaviors for determination of preventive measures appears to be necessary

Keywords: Suicide, Burning, Mazandaran.

Received: 1 Aug 2013

Accepted: 7 Jan 2015

†Correspondence: Legal Medicine Center of Mazandaran.

Tel: 01133396614

E.mail: mohsen_mir_45@yahoo.com