

اقدام به خودکشی و ارتباط آن با استرس‌ها و سیستم حمایتی: مطالعه‌ای در شهر کرج

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات روانی اجتماعی و وجود سیستم‌های حمایتی در اقدام به خودکشی حایز اهمیت‌اند. این مقاله به بررسی عوامل استرس‌زا و وضعیت حمایت عملی در اقدام‌کنندگان کرجی می‌پردازد. **روش بررسی:** این مطالعه قسمتی از بخش ایرانی مطالعه چند مکانی پیشگیری از خودکشی (SUPREMISS) است که توسط سازمان جهانی بهداشت در هشت کشور انجام گرفته است. در این مقاله داده‌های مربوط به ۶۳۲ اقدام‌کننده کرجی طی ۱۰ ماه ارائه شده است. **یافته‌ها:** از نظر فاصله زمانی با اقدام برخی عوامل مستعدکننده یا دیستال (مشکلات مالی، تحصیلی، شغلی و وجود بیماری جسمی طولانی)، و برخی دیگر تسهیل‌کننده یا پروکزیمال (اختلاف با خانواده و همسر) می‌باشد. اختلاف با خانواده (۲۵٪) و با همسر (۳۵٪) شایع‌ترین مشکلات اقدام‌کنندگان از یک ماه پیش تا زمان اقدام بود. اختلاف با همسر در افرادی که کمتر از هفت سال از ازدواج آنها می‌گذشت، بیشتر بود. در افراد کمتر از ۲۵ سال اختلاف با والدین شایع‌ترین مشکل بود و سیستم حمایتی برای زنان اهمیت بیشتری داشت. **نتیجه‌گیری:** نقش عوامل استرس‌زا در اقدام به خودکشی متفاوت است. اختلاف با خانواده و با همسر در اقدام به خودکشی هم عوامل زمینه ساز و هم آشکار سازند، شبکه‌های حمایتی در پیشگیری از اقدام به خودکشی، بخصوص در زنان، نقش موثری دارد.

کلمات کلیدی: مشکلات روانی اجتماعی، حمایت، اقدام به خودکشی

مرجان پشت مشهدی^۱، مرضیه مولوی
نجومی^۲، سید کاظم ملکوتی^۳، جعفر
بوالهری^۳، صفیه اصغر زاده امین^۴، علی
اصغر اصغر نژاد فرید^۵

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی
۲- گروه پزشکی اجتماعی
۳- گروه روانپزشکی
۴- گروه دفتر همکاریهای WHO
۵- گروه روانشناسی بالینی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نویسنده مسئول، نشانی: تهران بلوار دانشجو، خیابان
کودکبار، دپارتمان روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی
و توانبخشی
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۴۵

email: mp.mashhadi@gmail.com

مقدمه

خودکشی بیش از گروه کنترل طی سه ماه قبل وقایع استرس‌آور زندگی، از جمله جدایی، مشکل جسمی، و مشکل مالی، را تجربه کرده بودند.^۱ در نوجوانان چینی طی یک سال گذشته، ارتباطات خانوادگی ضعیف و ارتباط ضعیف با والدین^۲ و در نوجوانان نیکاراگوه مشکل ارتباطی با والدین و دعوی والدین از جمله ریسک فاکتورهای افکار و اقدام به خودکشی بودند.^۳ اضطراب، افسردگی، داشتن دوستان معدود^۴ و توانایی ضعیف حل مساله^۵ که موجب بکارگیری مقابله‌های منفی مانند اجتناب و ناامیدی می‌شود^۶ در اقدام نقش دارند. فقدان فرصت مناسب برای یادگیری مقابله‌های کارآمد، بخصوص در خانواده‌های فاقد روابط حمایت‌کننده، می‌تواند فرد را در صورت رویارویی با استرس‌ها با خطر بالاتر خودکشی مواجه کند.^۷ با توجه به اهمیت شناسایی عوامل دخیل در اقدام به خودکشی

درصد عمر از دست رفته به کل عمر در سال ۷۹ در کشورمان نشان می‌دهد خودکشی در سنین ۱۵ تا ۲۹ سال بیش از سرطان، در سنین ۱۰ تا ۴۰ سال بیش از بیماریهای عفونی و در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بیش از بیماریهای قلبی عروقی منجر به مرگ شده است.^۱ در کوهدشت در سالهای ۷۸-۷۶ اختلافات خانوادگی^۲ در جیرفت، ابتدا اختلاف بین والدین و سپس اختلاف با همسر^۳ و در اصفهان ازدواج تحمیلی و اختلاف با خانواده و همسر^۴ مهم‌ترین عوامل مرتبط با اقدام بودند. در استان مازندران ۳۹٪ اقدام‌کنندگان متاهل تعارضات زناشویی داشتند.^۵ در ایلام درگیری با اعضای خانواده و همسر سومین مشکل اقدام‌کنندگان بود.^۶ در آلمان و استونی قربانیان

انجام شد. داده‌های مقاله حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۱/۵ و آزمون‌های χ^2 ، آنالیز واریانس یک طرفه، و آزمون تعقیبی گیمز-هاول تحلیل شده است.

یافته‌ها

اکثر آزمودنی‌ها، زن (۶۲/۵٪)، مجرد (۵۳/۶٪) و با تحصیلات دبیرستانی بودند. جدول ۱ مشکلات روانی-اجتماعی اقدام‌کنندگان را نشان می‌دهد. اختلاف با خانواده و همسر شایع‌ترین مشکل، یک ماه پیش از اقدام بود. مشکلات مالی و تحصیلی یک سال قبل از اقدام شایع‌تر از یک ماه پیش از اقدام بود. اختلاف با همسر، تفاوتی بین اقدام‌کنندگان زن و مرد نداشت. برای بررسی اینکه محدوده سنی یا مدت ازدواج ارتباطی با میزان مشکلات با خانواده و همسر، به عنوان عوامل مرتبط با اقدام، دارد یا خیر، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی گیمز-هاول انجام شد که نشان داد، شدت این مشکل فقط در آزمودنی‌های با میانگین سنی ۲۷/۳ سال و میانگین مدت ازدواج حدود ۷/۶ سال یک ماه قبل به حداکثر میزان خود طی یک سال اخیر رسیده بود ($p=0/028$, $MD=4/15$). اختلاف با اعضای خانواده بین دو جنس تفاوتی نداشت. میانگین سنی گروهی که با خانواده اختلاف نداشتند ۲۷ سال و گروه واجد آن ۲۵-۲۰ سال بود ($F=13/26$, $p=0/000$, $df=3$). جدول ۲ اطلاعات سیستم حمایتی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج اقدام‌کنندگان کمتر از نیاز خود حمایت عملی از خانواده و دوستان دریافت کرده بودند (نتایج آماری زیر جدول ۲ آمده است). نیاز به حمایت عملی خانواده ($p=0/008$, $\chi^2=9/549$) و دوستان ($p=0/017$, $\chi^2=8/131$) در زنان حدود دو برابر مردان بود.

به عنوان راه‌گشای مداخلات پیشگیرانه، هدف مقاله حاضر بررسی استرس‌های روانی-اجتماعی و حمایت عملی اقدام‌کنندگان است. منظور از حمایت عملی انجام کاری از سوی خانواده یا دوستان برای فرد اقدام‌کننده است. این مطالعه قسمتی از پروژه پیشگیری از خودکشی چند مکانی (Suicide Prevention Multisite Intervention Study (SUPREMISS) است که به پیشنهاد و هدایت سازمان بهداشت جهانی و با هدف افزایش دانش مربوط به خودکشی در فرهنگ‌های مختلف، در سال ۲۰۰۰ در هشت کشور، از جمله ایران، آغاز شد. مطالعه حاضر مربوط به ۶۳۲ آزمودنی ایرانی است که طی ده ماه بدنبال اقدام به خودکشی به مراکز اورژانس بیمارستان‌های کرج مراجعه کردند و برای شرکت در پژوهش حاضر رضایت داشتند.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی کاربردی است. شهر کرج، با جمعیت حدود یک میلیون نفر، به عنوان محل اجرای پروژه انتخاب شد.^۶ با استقرار ۹ پرسشگر آموزش دیده (شامل تعدادی روانشناس، دستیار روانپزشکی و یک پرستار) در بیمارستان‌های امام خمینی، شهیدمدنی، شهید رجایی، و قایم کرج کلیه موارد اقدام به خودکشی از اول تیر ۸۱ تا انتهای فروردین ۸۲ ثبت گردید. ملاک‌های ورود به مطالعه سکونت در کرج، اقدام به خودکشی، مراجعه به یکی از مراکز اورژانس شهر، امضای رضایت‌نامه کتبی و تکمیل کل پرسشنامه بود. ملاک‌های خروج عدم رضایت برای شرکت در طرح، یا عدم تکمیل کل پرسشنامه بود. بر این اساس ۶۳۲ اقدام‌کننده وارد طرح شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌های ارسالی از ژنو بود، که اعتباریابی صورتی و محتوایی آن

جدول ۱: توزیع فراوانی مشکلات روانی-اجتماعی در گروه مورد مطالعه (شدت هر مشکل در هر مقطع زمانی، جدا از شدت همان مورد در سایر مقاطع درجه بندی شده).

انواع مشکلات روانی-اجتماعی	یک ماه پیش از خودکشی		شش ماه پیش از خودکشی		یک سال پیش از خودکشی		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
مشکل با همسر	۱۰۶	۳۴/۹	۳۵	۱۱/۵	۸۱	۲۶/۶	۷۳
مشکل با خانواده	۱۷۲	۲۷/۲	۶۶	۱۰/۴	۱۱۹	۱۸/۸	۳۵۷
مشکل شغلی یا تحصیلی	۶۷	۱۰/۷	۳۰	۴/۸	۹۳	۱۴/۸	۳۰۳
مشکلات مالی	۶۵	۱۰/۳	۳۴	۵/۴	۱۰۰	۱۵/۸	۳۱۵
نا توانی یا بیماری جسمی جدی	۳۳	۵/۲	۱۰	۱/۶	۷۵	۱۱/۹	۱۱۸
جمع موارد	۴۳۳	۸۸/۳	۱۷۵	۳۳/۷	۴۶۸	۸۷/۹	

جدول- ۲: فراوانی اقدام کنندگان برحسب میزان نیاز به حمایت عملی خانواده و دوستان و میزان دریافت این حمایت‌ها^۱

حمایت	نیاز به حمایت عملی خانواده		برخورداری از حمایت عملی خانواده		نیاز به حمایت عملی دوستان		برخورداری از حمایت عملی دوستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اصلاً	۳۳	۵/۲	۲۳۸	۳۷/۵	۱۵۹	۲۵/۲	۲۵۹	۴۱
تا حدی	۲۵۱	۳۹/۷	۳۲۷	۵۱/۷	۲۵۲	۳۹/۹	۳۲۰	۵۰/۶
خیلی زیاد	۳۴۸	۵۵/۱	۶۶	۱۰/۴	۲۱۹	۳۴/۷	۵۲	۸/۲
بی جواب	-	-	۱	۰/۲	۲	۰/۳	۱	۰/۲
جمع	۶۳۲	۱۰۰	۶۳۲	۱۰۰	۶۳۲	۱۰۰	۶۳۲	۱۰۰

• مقایسه نیاز به حمایت خانواده و دریافت آن: $x^2=39.5, p=0.000$

• مقایسه نیاز به حمایت دوستان و دریافت آن: $x^2=194.150, p=0.000$

۱- نتایج مربوط به حمایت روانی نیز موجود است. علاقمندان می توانند جهت کسب اطلاعات بیشتر در این زمینه با نویسنده مسوول تماس بگیرند.

بحث

در اقدام نوجوانان و جوانان که در کشور ما گروه در معرض خطرند اهمیت دارد.^{۱۵} این که اقدام کنندگان حمایت‌های مورد نیاز خود را دریافت نکرده بودند می‌تواند ناشی از تعامل این عوامل باشد: ۱- بدلیل اختلافات خانوادگی و زناشویی، بین اعضای خانواده یا همسران ارتباطات عاطفی حمایت‌کننده، به حد کافی وجود نداشته باشد، بخصوص در افرادی که مدت کمتری از ازدواج آنها می‌گذرد. ۲- اختلافات خانوادگی فرصت یادگیری روش‌های مقابله‌ای مناسب را به اقدام کنندگان ندهد. ۳- به دلیل مهارت‌های ارتباطی ضعیف، اقدام کنندگان قادر به جلب حمایت‌های مورد نیاز خود در خارج خانواده نیز نباشند. ۴- وجود سبک مقابله‌ای اجتنابی به کاهش تعاملات اجتماعی و احتمال یادگیری روش‌های مقابله‌ای مناسب، منجر شده باشد. زنان با وجودی که بیش از مردان از حمایت برخوردار بودند، بیشتر از کمبود آن شکایت داشتند، که نشان‌دهنده اهمیت بیشتر سیستم حمایتی برای آنهاست، ظاهراً با وجود یکسان بودن میزان مشکلات، منابع زنان برای مقابله کمتر از مردان بوده که می‌تواند یکی از دلایل بیشتر بودن اقدام به خودکشی در زنان باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جمع‌آوری اطلاعات تنها از خود اقدام کنندگان است که می‌تواند تحت تاثیر سوگیری‌های حافظه قرار گیرد. از سوی دیگر، زمان تکمیل پرسشنامه، پیش از ترخیص اقدام کنندگان از مرکز پزشکی بوده که می‌تواند تحت تاثیر شرایط روانی و محیطی اقدام قرار گرفته باشد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود مشکلات خانوادگی و زناشویی در اقدام کنندگان به صورت مقوله‌بندی شده و با در نظر گرفتن سن و جنسیت اقدام کنندگان مورد بررسی قرار گیرد. اقدام کنندگان به خودکشی از سوی مراکز اورژانس

کلیه مشکلات طی یک سال و یک ماه پیش از اقدام بیشتر از شش ماه قبل از اقدام بود که ممکن است به دلیل سوگیری حافظه آزمودنیها باشد. همچنین ممکن است اولین مواجهه با استرسور به یاد آزمودنی‌ها مانده است، ولی با گذشت شش ماه به وضع موجود عادت کرده‌اند. سپس بروز مشکلات جدیدتر مجدداً باعث افزایش بار روانی استرسورهای قدیمی شده و در نهایت آزمودنی‌ها تسلیم افکار خودکشی شده‌اند. این یافته با نتایج پژوهش ایلام^۶ و آلمان و استونی هماهنگ است.^۷ مشکلات مالی و تحصیلی یکسال قبل از اقدام، شایع‌تر از یک ماه قبل از اقدام بود، هر چند همیشه استمرار داشت. شاید این دسته از مشکلات عوامل مستعدکننده (دور) می‌باشند، در حالیکه اختلاف با خانواده و همسر که یک ماه قبل از اقدام شایع‌تر بوده، عوامل تسهیل‌کننده (نزدیک) هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کوهدهشت،^۲ جیرفت^۳ و اصفهان^۴ هماهنگ است. اما با مطالعه ایلام^۵ که اولین رتبه مشکلات به بالا رفتن هزینه زندگی اختصاص داشت، ناهماهنگ است. این تفاوت ممکن است به دلیل محرومیت استان ایلام باشد که در آن احتمالاً مسایل مالی از اهمیت زیادتری نسبت به کرج، بعنوان محدوده پایتخت با امکانات و سطح اقتصادی بالاتر، برخوردار است. فراوانی بالاتر مشکل اختلاف با همسر در افرادی که مدت کمتری از ازدواج آنها می‌گذشت، نشان‌دهنده اهمیت اختلاف بین همسران در اوایل ازدواج است. فراوانی بیشتر اختلاف با خانواده در سنین ۲۵-۱۵ سالگی، که هماهنگ با نتایج چین^۸ و نیکاراگوئه^۹ است، نشان می‌دهد این عامل

مورد مطالعه بر اساس الفبا به قرار زیرند: دکتر بوالهیری از تهران، پروفیسور بوتگا از کمپیناس، دکتر دسیلوا از کولومبو، پروفیسور نگون از هانوی، دکتر فیلیپس از بیجینگ، پروفیسور اشلبوچ از دوران، دکتر وارنیک از تالین، و دکتر ویجاواکومار از چنای. دکتر برتولوتی و دکتر فلیشمن تحت نظارت WHO هدایت‌گر پروژه و پروفیسور دلیو از بریسن، و پروفیسور واسرمن از استکهلم مشاوران علمی بوده‌اند. لیست کامل همکاران پروژه در سازمان بهداشت جهانی، ژنو، موجود است. از همکاران ایرانی پروژه صمیمانه تشکر می‌گردد. همچنین از مرکز مطالعات بهداشت روان و قطب آموزشی و پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور که بخش دیگری از هزینه این تحقیق را فراهم نمودند، قدردانی می‌گردد.

جهت پیگیری درمان و پیشگیری از اقدامات محتمل بعدی به متخصصان بهداشت روان ارجاع شوند. از ایجاد انجمن‌هایی مانند انجمن حمایت از اقدام‌کنندگان به خودکشی حمایت شود. آموزش مهارت‌های ارتباط با همسر و حل اختلاف به عنوان راهبردهای پیشگیرانه برای زوج‌های جوان انجام شود و بالاخره این که در جمعیت نوجوان و جوان مداخلات پیشگیرانه و درمانی با هدف آموزش و حمایت از خانواده‌ها به عنوان سیستم حمایتی مهم، انجام شود. در پژوهش‌های آتی اطلاعات از خانواده‌ها نیز اخذ شود.

سپاسگزاری: این تحقیق با همکاری گروه مطالعه مداخله‌ای چند مکانی رفتارهای خودکشی (SUPREMISS)، سازمان بهداشت جهانی، انجام شده است. محققان شرکت‌کننده در این تحقیق در کشورهای

References

1. نقوی محسن، اکبری محمد اسماعیل. همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، انتشارات فکرت، ۱۳۸۱.
2. کلدی علیرضا، گراوند اردشیر. بررسی علل خودکشی در شهرستان کوهدشت. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۸۱؛ سال ۲، شماره ۶، صفحات ۲۷۵ تا ۲۹۱.
3. ظهور علیرضا، افلاطونیان محمدرضا. فراوانی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به بخش اورژانس شهر جیرفت در سال ۱۳۸۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۲ شماره ۳۸، صفحات ۱۹ تا ۹۱۳.
4. حسن‌زاده مهدی، رجالی علی. بررسی دویست مورد خودکشی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۶۳؛ سال ۶، شماره ۲۲، صفحات ۴۷ تا ۵۹.
5. Zarghami M, Khalilian A. Deliberate self-burning in Mazandaran, Iran. *Burns* 2002; 28: 115-9.
6. محمدیان فتح ا... بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی، استرس و شیوه‌های مقابله با خودکشی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۸.
7. Kolves K, Varnik A, Schneider B, Fritze J, Allik J. Recent life events and suicide: a case-control study in Tallinn and Frankfurt. *Soc Sci Med* 2006; 62: 2887-96.
8. Liu X, Tein JY, Zhao Z, Sandler IN. Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *J Adolesc Health* 2005; 37: 443-51.
9. Herrera A, Dahlblom K, Dahlgren L, Kullgren G. Pathways to suicidal behaviour among adolescent girls in Nicaragua. *Soc Sci Med* 2006; 62: 805-14.
10. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 367-85.
11. کاویانی حسین، رحیمی پریسا. مسأله‌گشایی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۸۱، سال ۷، شماره ۴، صفحات ۲۵ تا ۳۰.
12. Spirito A, Overholser J, Stark LJ. Common problems and coping strategies. II: Findings with adolescent suicide attempters. *J Abnorm Child Psychol* 1989; 17: 213-21.
13. Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP. The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides. A case-control study. *JAMA* 1991; 266: 2989-95.
14. حیدری پهلویان احمد. وضعیت روانی- اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۶؛ شماره ۱-۲، سال ۳، صفحات ۱۹ تا ۳۲.
15. یاسمی محمد تقی، صانعی نسرن، ملک پور افشار رضا، هنرمند علیرضا، میرشکار رضا. بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۷، شماره ۴، سال ۳.

Suicide attempt and its relation to stressors and support system: a study in Karaj City

Poshtmashhadi M^{1*}
Molavi Nojomi M.²
Malakout S.K.³
Bolhar J.³
Asgharzadeh Amin S.⁴
Asgharnejad Farid AA.⁵

1- Department of Clinical
Psychology

2- Department of Social
Medicine

3-Department of Psychiatry

4-WHO Collaborative
Center, Tehran Psychiatry
Institute

5- Department of Clinical
Psychology Iran University of
Medical Sciences.

*Corresponding author University
of Rehabilitation & Social
Welfare, Koudakyar St,
Daneshjoo Blvd., Evin Sq,
Tehran.
Tel: +98-21-22180045
email: mp.mashhadi@gmail.com

Abstract

Background: Psychosocial stressors and the quality of the support system are important factors in attempted suicide. This research has studied these stressors and the condition of the support system in suicide attempt cases in Karaj, Iran.

Methods: This is a part of the Iranian section of the widest multisite study on suicide prevention (SUPRE-MISS) proposed and directed by the WHO in eight countries, including Iran. Here we present data obtained from 632 suicide attempters presenting in emergency centers over a period of ten months.

Results: According to the time lapse from the stressor to the suicide attempt, proximal stressors are considered to be precipitating while distal stressors are considered to be perpetuating factors. Although, family conflicts were found to increase the risk of suicide one year after the conflict, conflicts with family (25%) and spouse (35%) were the most frequent stressors one month before the attempt, acting as proximal factors. Conflict with spouse was more prominent for people who had been married less than seven years. Conflict with family was the most important stressors for 15-25 year-old attempters. Though it is not clear which areas of conflict are more crucial in a suicide attempt, especially considering gender differences, educational and financial problems were more prominent one year before the suicide attempt. The support system was more crucial for female attempters: Although they received more practical support than males, females complained more of deficiencies in support.

Conclusions: The roles of different psychological stressors in attempted suicide vary according to the time lapse from the stressor until the suicide. Family and marital conflicts can be precipitating and perpetuating factors, while educational and financial problems appear to be perpetuating factors. Family is considered to be an important support system for a great number of attempted suicide cases, especially since it offers practical support. Support systems are crucial in preventive programs for suicide, especially among women.

Keywords: Psychosocial stresses, support, suicide attempt