

بررسی افکار و برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی در دانشجویان پزشکی ورودی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

نیوشه صوفی افشار^۱، مرضیه باختر^۲، پروین آقامحمدحسینی^۳، محسن رضائیان^{۴،۵}

چکیده

مقدمه: خودکشی اقدامی آگاهانه در آزار خود است که به مرگ منتهی می‌گردد و شیوع بالایی در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال دارد. این مطالعه به منظور بررسی فراوانی افکار و برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی و اجرا شد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی انجام گردید و جمعیت مورد پژوهش تمامی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان از ورودی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ به تعداد ۳۰۰ نفر بودند که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند اما فقط ۲۶۵ نفر (۸۸٪) آن‌ها حاضر به شرکت در مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد خودکشی Beck استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی نظیر کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: شرکت کنندگان شامل ۱۲۶ پسر و ۱۳۹ دختر بودند. از بین آن‌ها، ۷۵/۸۴٪ فاقد افکار خودکشی، ۱۸/۱۱٪ دارای افکار خودکشی، ۴/۱۵٪ آمادگی برای خودکشی و ۱/۸۸٪ قصد اقدام به خودکشی داشتند. بین افکار خودکشی و جنسیت ($P=0/017$)، محل سکونت ($P=0/026$)، سابقه بیماری مزمن ($P=0/042$)، سابقه اختلال روانی در فرد ($P=0/002$)، عادت به مصرف سیگار ($P=0/049$)، ارتباط معنی‌داری دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد خطر خودکشی در دانشجویان پزشکی شیوع بالایی دارد. بنابراین برنامه‌ریزی‌های لازم برای پیشگیری از بروز افکار و اقدام به خودکشی بایستی صورت بگیرد.

واژگان کلیدی: خودکشی، دانشجویان پزشکی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، رفسنجان

مقدمه

نشان داد (مانند افزایش میزان آن در نوجوانان و کاهش در سالمندان) اما میزان این پدیده نسبتاً ثابت مانده و در تمام طول قرن بیستم و سال‌های سپری شده از قرن حاضر میزان کلی خودکشی به طور متوسط ۱۲/۵ مورد در هر صد هزار نفر بوده است، در حالی که این میزان در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله ۲ تا ۳

خودکشی یک فوریت عمده در حرفه بهداشت روان محسوب می‌شود (۱). در ایالات متحده سالانه ۳۰،۰۰۰ نفر به علت خودکشی می‌میرند. هرچند در طول قرن گذشته میزان مرگ ناشی از خودکشی در برخی گروه‌های جمعیتی تفاوت‌های چشمگیری را

۱- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۲- کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۴- استاد، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

۵- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران

Email: moeygmr2@yahoo.co.uk

نویسنده‌ی مسئول: محسن رضائیان

آدرس: رفسنجان، بلوار خلیج فارس، خیابان شرکت پسته، پردیس دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۱۵۱۲۳ فاکس: ۰۳۴-۳۱۳۱۵۰۰۳

برابر شد (۱). در سال‌های اخیر رفتار خودکشی گرا علت مرگ و میر ۸ الی ۱۵ درصد از نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله و گروه سنی ۱۸ تا ۴۰ ساله در جهان بوده است (۲). بر طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، خودکشی پانزدهمین علت مرگ عنوان گردیده و دومین علت مرگ افراد ۱۵ تا ۲۹ سال بوده است (۳). هر چند مقوله خودکشی در کشورهای توسعه یافته مورد توجه بیشتری واقع شده است، ولی در کشورهای در حال توسعه مورد بی‌توجهی قرار گرفته و در مورد وضعیت خودکشی در بیش از نیمی از کشورهای جهان آماری وجود ندارد (۴). میزان خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به ویژه جوامع غربی پایین‌تر، اما در مقایسه با کشورهای خاورمیانه بالاتر است (۵). بر اساس تحقیقات انجام گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی زنان افزایش یافته است (۶). با این حال بیشترین میزان اقدام به خودکشی در ایران مربوط به گروه سنی جوانان است (۵).

اولین مرحله در شکل‌گیری رفتار خودکشی‌گرایانه، به وجود آمدن افکار خودکشی در فرد است. افکار خودکشی بر وقوع هر گونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. تفاوت اقدام آگاهانه صدمه به خود و خودکشی در این است که در مورد اقدام آگاهانه، شخص خواهان مرگ نبوده و بدین وسیله می‌خواهد توجه دیگران را به خود جلب کند و احساسات خویش را بیان دارد (۷). خودکشی اغلب در حضور اختلالات خلقی به وقوع می‌پیوندد (۸). فشارهای روانی باعث افزایش شمار خودکشی در جوانان می‌شود. با بالا بردن مهارت کنترل استرس و از بین بردن افکار خودکشی در جوانان می‌توان کیفیت

زندگی آنان را ارتقاء داد (۹، ۱۰). خودکشی که سالانه ۱۴ درصد از بار جهانی بیماری را تشکیل می‌دهد، از موضوعات دارای اولویت بهداشت روان برای سازمان بهداشت جهانی است (۱۱، ۱۲). این اولویت در گروه‌های خاص جامعه به دلیل شرایط ویژه‌ای که دارند بیشتر احساس می‌شود. از مهم‌ترین این گروه‌ها می‌توان به دانشجویان اشاره کرد که به دلیل شرایط سنی خاص، دوری از خانواده، زندگی خوابگاهی، رویارویی با مشکلات اقتصادی، آینده کاری و غیره گروه در معرض خطر ابتلاء به اختلالات روانی چون افسردگی و حتی افکار خودکشی به حساب می‌آیند (۱۱). آمارها نیز نشان داده‌اند که خودکشی در دانشجویان دومین علت مرگ و میر پس از تصادف می‌باشد (۱۱، ۱۲). این موضوع در دانشجویان علوم پزشکی از حساسیت بیشتری برخوردار است؛ هم به علت محیط پر استرسی که همواره با آن در تماس‌اند و هم آشنایی و دسترسی سریع‌تر آن‌ها به داروها (۱۱). با توجه به این‌که دانشجویان پزشکی به عنوان پزشکان آینده و نیروی ارزشمند انسانی هستند، نیاز به حفاظت از آن‌ها در برابر علل قابل پیشگیری از نظر مرگ و میر و عوارض وجود دارد. شناخت این عوامل و یافتن پارامترهای اپیدمیولوژیک در جهت رفع این مشکل و طرح‌ریزی استراتژی‌هایی بر اساس آن نیازی است که احساس می‌شود (۱۴) و از آن جا که اطلاعات مدونی در این خصوص در شهرستان رفسنجان یافت نشد، این مطالعه جهت تعیین فراوانی افکار و برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان طراحی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پرسشنامه امتیاز صفر به معنی فاقد افکار خودکشی، ۱ تا ۵ دارای افکار خودکشی، ۶ تا ۱۹ آمادگی جهت خودکشی، ۲۰ تا ۳۸ برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی می‌باشد (۱۶).

روایی پرسشنامه معادل ۰/۷۶ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ تعیین گردیده است (۱۷). این پرسشنامه به صورت استاندارد در ایران موجود می‌باشد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی نظیر کای اسکور و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، در کلیه آزمون‌ها سطح معنی‌داری برابر و یا کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۲۶۵ دانشجوی شرکت کننده در این مطالعه ۱۳۹ نفر دختر (۵۲/۵٪) و ۱۲۶ نفر پسر (۴۷/۵٪) بودند. ۲۱۷ نفر (۸۱/۸۸٪) از شرکت کنندگان مجرد و ۴۸ نفر (۱۸/۱۲٪) متأهل بودند. ۵۴/۳۴ درصد از دانشجویان غیربومی بودند. شرکت کنندگان در مقطع کارورزی بیشترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند (۳۴/۳۴٪). سابقه مراجعه به روان‌پزشک در ۶/۰۴ درصد از شرکت کنندگان وجود داشت. تنها ۸/۶۷ درصد از دانشجویان سابقه مصرف سیگار داشتند. سابقه بیماری مزمن (از جمله بیماری دیابت، صرع، مولتیپل اسکلروزیس و...) در ۸ نفر (۳/۰۲٪) ثبت شد (جدول ۱).

از بین شرکت کنندگان در این مطالعه، ۲۰۱ نفر (۷۵/۸۴٪) فاقد افکار خودکشی، ۴۸ نفر (۱۸/۱۱٪) دارای افکار خودکشی، ۱۱ نفر (۴/۱۵٪) آمادگی برای خودکشی، ۵ نفر (۱/۸۸٪) قصد اقدام به خودکشی داشتند.

این مطالعه به صورت مقطعی طراحی شده است و جمعیت مورد پژوهش تمامی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳ از ورودی ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۲ به تعداد ۳۰۰ نفر را شامل می‌شد که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند؛ از این تعداد ۲۶۵ نفر (۸۸٪) به صورت آزادانه در این پژوهش مشارکت داشتند؛ این مطالعه در دانشکده پزشکی، زایشگاه نیک‌نفس و بیمارستان‌های علی بن ابیطالب و مرادی شهرستان رفسنجان انجام گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد Beck بوده است (۱۵) که ۱۶ سؤال مربوط به اطلاعات دموگرافیک به آن اضافه گردید، که با ارائه توضیحات لازم و کسب رضایت‌نامه شفاهی بین دانشجویان توزیع و پس از تکمیل آن که نیازمند صرف حدود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه زمان بود، جمع‌آوری شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سؤالاتی مثل سن، جنس، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت و اطلاعاتی از این قبیل بوده است. مقیاس افکار خودکشی Beck، پرسشنامه‌ای جهت آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی است. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال بوده و مقیاس آن بر اساس سه درجه ۰، ۱ و ۲ است، بنابراین نمره کلی هر فرد از ۰ تا ۳۸ محاسبه می‌شود. سؤالات آن شامل مواردی مانند آرزوی مرگ، تمایلات خودکشی، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده و میزان آمادگی فرد برای اقدام به خودکشی است. چنانچه پاسخ فرد به پنج سؤال اول نشان دهنده تمایل وی به خودکشی فعال یا غیر فعال باشد، می‌بایست بقیه سؤالات نیز تکمیل گردد. در

بر اساس مطالعه حاضر خودکشی با جنسیت و محل سکونت رابطه معنادار آماری داشته است، شیوع افکار خودکشی در دختران بیشتر از پسران و در دانشجویان بومی (ساکن استان کرمان) بیشتر از دانشجویان غیر بومی بود؛ ولیکن شیوع آمادگی و برنامه‌ریزی برای خودکشی در دانشجویان غیربومی بیشتر از دانشجویان بومی بود. بیشترین میزان افکار خودکشی

مربوط به دانشجویان مقطع کارآموزی با ۶۲/۵٪ بوده است. اما از لحاظ آماری بین مقطع تحصیلی و افکار خودکشی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس یافته‌های به دست آمده بین افکار خودکشی و سابقه اختلال روانی در فرد، بیماری مزمن و مصرف سیگار رابطه معنی‌داری به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۱: فراوانی و درصد متغیرهای کیفی در جمعیت دانشجویان مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۵۲/۵
	مرد	۴۷/۵
تاهل	مجرد	۸۱/۹
	متاهل	۱۸/۱
سکونت	بومی	۴۵/۷
	غیربومی	۵۴/۳
مقطع تحصیلی	علوم پایه	۲۶/۸
	فیزیوپاتولوژی	۱۳/۲
	کارآموزی	۲۵/۷
سابقه اختلال روانی در فرد	کارورزی	۳۴/۳
	دارد	۱۶/۶
سابقه اختلال روانی در خانواده	ندارد	۸۳/۴
	دارد	۱۲/۸
وابستگی اقتصادی	ندارد	۸۷/۲
	دارد	۹۴
رضایت از رشته تحصیلی	ندارد	۶
	دارد	۹۳
مصرف سیگار	ندارد	۶/۷۹
	دارد	۸/۷
سابقه نیاوردن نمره قبولی در واحد درسی	ندارد	۹۱/۳
	دارد	۴۳
سابقه مشروط شدن	ندارد	۵۷
	دارد	۷/۵
سابقه شکست عشقی	ندارد	۹۲/۵
	دارد	۳/۸
سابقه بیماری مزمن	ندارد	۹۶/۲
	دارد	۲/۳
	ندارد	۹۷/۷

جدول ۲: فراوانی افکار خودکشی در دانشجویان پزشکی بر اساس متغیرها

نتیجه آزمون آماری	جمع	افکار خودکشی				خصوصیت دموگرافیک		
		(۲۰-۳۸) برنامه‌ریزی برای خودکشی	(۶-۱۹) آمادگی برای خودکشی	(۱-۵) دارای افکار خودکشی	(۰) بدون افکار خودکشی	مذکر	مؤنث	جنسیت
P=۰/۰۱۷	۱۲۶	۴	۵	۱۷	۱۰۰	تعداد		جنسیت
	۴۷/۵	۸۰	۴۵/۵	۳۵/۴	۴۹/۸	درصد		
	۱۳۹	۱	۶	۳۱	۱۰۱	تعداد	مؤنث	
P=۰/۰۲۶۷	۵۲/۵	۲۰	۵۴/۵	۶۴/۶	۵۰/۲	درصد		
	۲۱۹	۲	۱۱	۲۵	۱۸۱	تعداد	مجرد	وضعیت تأهل
	۸۲/۶	۴۰	۱۰۰	۵۲/۱	۹۰	درصد		
P=۰/۰۰۲۶	۴۶	۳	۰	۲۳	۲۰	تعداد	متاهل	
	۱۷/۴	۶۰	۰	۴۷/۹	۱۰	درصد		
	۱۱۹	۰	۰	۳۶	۸۳	تعداد	بومی	سکونت
P=۰/۰۲۶	۴۴/۹	۰	۰	۷۵	۴۱/۳	درصد		
	۱۴۶	۵	۱۱	۱۲	۱۱۸	تعداد	غیربومی	
	۵۵/۱	۱۰۰	۱۰۰	۲۵	۵۸/۷	درصد		
P=۰/۰۰۲	۷۱	۱	۳	۱	۶۶	تعداد	علوم پایه	مقطع تحصیلی
	۲۶/۸	۲۰	۲۷/۳	۲/۱	۳۲/۸	درصد		
	۳۳	۰	۰	۱	۳۲	تعداد	فیزیوتراپی	
	۱۲/۵	۰	۰	۲/۱	۱۵/۹	درصد		
	۶۹	۰	۴	۱۶	۴۸	تعداد	کارآموزی	
	۲۶	۰	۴۵/۵	۳۳/۳	۲۳/۹	درصد		
P=۰/۰۰۲	۹۲	۴	۳	۳۰	۵۵	تعداد	کارورزی	
	۳۴/۷	۸۰	۲۷/۳	۶۲/۵	۲۷/۴	درصد		
	۴۴	۱	۰	۱۱	۳۲	تعداد	بله	سابقه اختلال روانی در فرد
	۱۶/۶	۲۰	۰	۲۲/۹	۱۵/۹	درصد		
	۲۲۱	۴	۱۱	۳۷	۱۶۹	تعداد	خیر	
	۸۳/۴	۸۰	۱۰۰	۷۷/۱	۸۴/۱	درصد		
P=۰/۰۰۴	۳۴	۰	۰	۵	۲۹	تعداد	بله	سابقه اختلال روانی در خانواده
	۱۲/۸	۰	۰	۱۰/۷	۱۴/۴	درصد		
	۳۳۱	۵	۱۱	۴۳	۱۷۲	تعداد	خیر	
	۸۷/۲	۱۰۰	۱۰۰	۸۹/۶	۸۵/۶	درصد		
P=۰/۰۴۰	۲۵۱	۴	۱۱	۴۵	۱۹۱	تعداد	بله	وابستگی اقتصادی
	۹۴/۷	۸۰	۱۰۰	۹۳/۸	۹۵	درصد		
	۱۴	۱	۰	۳	۱۰	تعداد	خیر	
	۵/۳	۲۰	۰	۶/۲	۵	درصد		
P=۰/۰۷۱	۲۴۹	۴	۱۱	۴۳	۱۹۱	تعداد	بله	رضایت تحصیلی
	۹۳/۹	۸۰	۱۰۰	۸۹/۶	۹۵	درصد		
	۱۶	۱	۰	۵	۱۰	تعداد	خیر	
	۶/۱	۲۰	۰	۱۰/۴	۵	درصد		
P=۰/۰۴۹	۲۱	۱	۰	۶	۱۴	تعداد	بله	عادت به مصرف سیگار
	۷/۹	۲۰	۰	۱۲/۵	۷	درصد		
	۲۴۴	۴	۱۱	۴۲	۱۸۷	تعداد	خیر	
	۹۲/۱	۸۰	۱۰۰	۸۷/۵	۹۳	درصد		
P=۰/۰۴۳	۱۱۴	۰	۰	۰	۱۱۴	تعداد	بله	تیاوردن نمره قبولی
	۴۳	۰	۰	۰	۵۶/۷	درصد		
	۱۵۱	۵	۱۱	۴۸	۸۷	تعداد	خیر	
	۵۷	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۴۳/۳	درصد		
P=۰/۰۴۲	۲۰	۰	۰	۰	۲۰	تعداد	بله	سابقه مشروط شدن
	۷/۵	۰	۰	۰	۱۰	درصد		
	۲۴۵	۵	۱۱	۴۸	۱۸۱	تعداد	خیر	
	۹۲/۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۰	درصد		
P=۰/۰۴۵	۱۰	۱	۰	۲	۷	تعداد	بله	شکست عشقی
	۳/۸	۲۰	۰	۴/۲	۳/۵	درصد		
	۲۵۵	۴	۱۱	۴۶	۱۹۴	تعداد	خیر	
	۹۶/۲	۸۰	۱۰۰	۹۵/۸	۹۶/۵	درصد		
P=۰/۰۴۲	۶	۱	۰	۰	۵	تعداد	بله	داشتن بیماری مزمن
	۲/۳	۲۰	۰	۰	۲/۵	درصد		
	۲۵۹	۴	۱۱	۴۸	۱۹۶	تعداد	خیر	
	۹۷/۷	۸۰	۱۰۰	۱۰۰	۹۷/۵	درصد		

بحث

در مطالعه حاضر میزان افکار خودکشی در بین دانشجویان پزشکی ۱۱/۱۸٪ برآورد گردید. در مطالعه موسوی و همکاران میزان افکار خودکشی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۵۴/۸٪ (۱۸) و در مطالعه محمدی‌نیا و همکاران که بر روی ۲۸۸ نفر دانشجوی پرستاری مامایی و مرکز فوریت‌های پزشکی ایرانشهر انجام داده بودند، میزان افکار خودکشی ۴/۲۶٪ به دست آمد که ۱۷٪ فکر خودکشی و ۴/۹٪ آمادگی برای خودکشی داشتند (۱۱). میرزایی و شمس‌علیزاده میزان افکار خودکشی را در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان ۷/۳۲٪ برآورد کردند که شامل درجات خودکشی کم تا شدید می‌شد و در دانشجویان پزشکی به میزان ۷/۴۲٪ به دست آمد (۱۶). در مطالعات خارجی نیز این میزان‌ها بسیار متفاوت است به گونه‌ای که در پژوهش صورت گرفته توسط Sanchez و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاهی در کلمبیا شیوع افکار خودکشی ۴/۴٪ (۱۹) و در مطالعه Lee و همکاران بر روی دانشجویان ۵ دانشگاه مختلف در سطح کشور کره جنوبی ۸/۹٪ بود (۲۰). Eskin و همکاران این میزان را در دانشجویان پزشکی اتریشی ۸/۳۷٪ و در دانشجویان پزشکی ترکی ۸/۲۷٪ برآورد کردند (۲۱) و در پژوهشی که توسط Garlow و همکاران بر روی دانشجویان (پزشکی، پرستاری و بهداشت) دانشگاه ایمری انجام گردید، این میزان ۱/۱۱٪ به دست آمد (۸).

همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت‌ها در سطح کشورها بسیار زیاد می‌باشد. دنیا دارای فرهنگ‌ها و مذاهب بسیار متعددی می‌باشند و این گوناگونی‌ها امری بسیار طبیعی است؛ به طوری که به عنوان مثال

درصد مرگ‌های ناشی از خودکشی در منطقه مسلمان‌نشین مدیترانه شرقی از سایر مناطق کمتر است (۷).

بر طبق این مطالعه میزان افکار خودکشی دختران بیشتر از پسران بوده است. در مطالعه Sanchez و همکاران بر روی دانشجویان دانشگاهی در کلمبیا افکار خودکشی در دختران شایع‌تر از پسران برآورد گردید (۱۹). در حالی که Gmitrowicz و همکاران در مطالعه خود بر روی جوانان ۱۴ الی ۲۱ ساله مدرسه‌ای در شهر لودز لهستان (۲۲) و همین‌طور van der Heijden و همکاران در مطالعه خود بر روی تمام دانشجویان دوره دستپاری در هلند (۲۳)، جنسیت را در بروز تفکرات خودکشی بی‌تأثیر دانستند. اما موسوی و همکاران (۱۸) در بررسی خود بر روی دانشجویان سه دانشگاه (علوم پزشکی، دانشگاه اصفهان، دانشگاه صنعتی) در اصفهان نشان دادند که افکار خودکشی در دانشجویان پسر به طور معناداری بیشتر از دختران است. علی‌وردی‌نیا و همکاران (۲۴) نیز در مطالعه خود بر روی دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه، گرایش به خودکشی در پسران را بالاتر مشاهده کردند و این نتیجه در مطالعه Lee و همکاران در کره جنوبی (۲۰) نیز دیده شد.

در مطالعه حاضر افکار خودکشی در دانشجویان مجرد بیشتر از متأهل بود، ولی رابطه معنی‌دار نبود. در زمینه وضعیت تأهل آمارها بر طبق مطالعات داخل و خارج از کشور، نشان‌دهنده میزان بالای خودکشی در مجردین نسبت به متأهلین است (۲۵، ۶)، اما Gmitrowicz و همکاران (۲۲) وضعیت تأهل را در بروز تفکرات خودکشی در جمعیت مذکور بی‌تأثیر دانسته‌اند.

دور بودن از خانواده عامل مهمی در ایجاد افسردگی

علاقه نداشتند بیشتر از دانشجویان علاقه‌مند بود، که نشان دهنده تأثیر عدم علاقه به رشته تحصیلی بر میزان افسردگی می‌باشد (۲۸).

در مطالعه حاضر بین مصرف سیگار و افکار خودکشی رابطه معنی‌داری به دست آمد. شریفی و همکاران نیز در مطالعه خود سطح اضطراب در دانشجویان پزشکی دانشگاه هرمزگان را با موارد متعدد، از جمله سیگار کشیدن مرتبط دانسته‌اند (۲۹).

Wilcox و همکاران عواملی مانند مصرف تنباکو، الکل، مواد اعتیادآور صنعتی و همچنین اتفاقاتی که در زندگی باعث ایجاد ناامیدی و افسردگی می‌گردد را در ایجاد افکار خودکشی جوانان مؤثر دانستند (۱۲).

بر اساس مطالعه حاضر ۲۰٪ از افرادی که برنامه‌ریزی برای خودکشی داشته‌اند به بیماری مزمن مبتلا بودند؛ چنان که در مطالعه مرادی و همکاران، ۱۴٪ از افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند اذعان نمودند که به بیماری مزمن مبتلا هستند (۳۰).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری ۱۲٪ از دانشجویان اشاره کرد؛ که می‌تواند یافته‌های مطالعه را تا حدودی تحت تأثیر قرار دهد؛ لذا در تعمیم نتایج به تمام جمعیت دانشجویی باید احتیاط شود. همچنین محدودیت‌هایی چون تأثیر تفاوت‌های فردی، خصوصیات روانی، ویژگی‌های شخصیتی و خانوادگی وجود داشته که همگی در پاسخ به سؤالات تأثیرگذار بوده‌اند. از آن جمله می‌توان به مشکلات مربوط به میزان صداقت نمونه مورد مطالعه در تکمیل پرسشنامه‌ها اشاره کرد که اندازه‌گیری آن تقریباً دشوار است.

با توجه به میزان بالای ۲۵ درصدی افکار، آمادگی و قصد اقدام به خودکشی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، بایستی تلاش‌ها در این باره

و افکار خودکشی است (۲۰). در مطالعه حاضر میزان افکار خودکشی در افراد بومی بیشتر از افراد غیربومی بود، ولیکن آمادگی و برنامه‌ریزی برای خودکشی در دانشجویان غیربومی بیشتر از دانشجویان بومی بود. طبق نتایج مطالعه موسوی و همکاران (۱۸) همچنین مطالعه میرزایی و شمس علیزاده (۱۶)، افکار خودکشی در افراد غیربومی بیشتر از افراد بومی بود.

افکار خودکشی در مقطع کارورزی بیشتر از سایر مقاطع بود و دانشجویان دوره علوم پایه و فیزیوتولوژی کمترین آمار را به خود اختصاص دادند که البته در این مورد رابطه معنی‌دار دیده نشد. طلایی و همکاران (۲۶) در مطالعه‌ای که بر روی دانشجویان رشته پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام دادند به این یافته رسیدند که دانشجویان مقاطع ابتدایی پزشکی نسبت به مقاطع بالاتر در معرض خطر بیشتری از لحاظ مشکلات روان‌شناختی قرار دارند. Fan و همکاران (۲۷) همچنین Tyssen و همکاران (۲۵)، در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که با بالا رفتن سال‌های تحصیلی میزان افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد. محمدی‌نیا و همکاران در مطالعه خود وجود افکار خودکشی در دانشجویان کارشناسی را بیشتر از کاردانی دانسته‌اند (۱۱). شاید این مطلب با ایجاد استرس و ترس از آینده در مورد بازار کار و مسائل فراوان پیش‌رو، توجیه‌پذیر باشد.

در این مطالعه میزان افکار خودکشی در دانشجویانی که از رشته خود راضی بودند بیشتر به دست آمد، اما رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر پیدا نشد؛ ولی بر اساس مطالعه ایلدرآبادی و همکاران بر روی ۱۷۵ نفر از دانشجویان دانشکده علوم پزشکی زابل، میزان افسردگی در دانشجویانی که به رشته تحصیلی خود

وجود دارد. بنابراین برنامه‌ریزی‌های لازم برای پیشگیری از بروز افکار و اقدام به خودکشی در گروه‌های خاص بایستی صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی با عنوان «بررسی فراوانی وجود افکار و برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال ۱۳۹۳» و همچنین طرح تحقیقاتی تصویب شده در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان با شماره مصوب ۹/۱۳۱۴ در تاریخ ۱۳۹۳/۵/۱۵ می‌باشد.

بدین‌وسیله از همکاران ارجمند خانم دکتر سیده آیسا پاک‌نژاد، خانم دکتر سمیه کارگر، آقای دکتر محمدحسین محمودی میمند، آقای دکتر احمد پور رشیدی و خانم زینب گرگی به دلیل مساعدت‌های صمیمانه‌شان و کلیه دانشجویانی که در این مطالعه حاضر به همکاری شدند، کمال تشکر به عمل می‌آید.

گسترش یابد؛ به عنوان مثال، خانواده‌ها در زمینه افسردگی فرزندان‌شان احساس مسئولیت بیشتری داشته باشند و مسئولین دانشگاه با شناسایی و مشاوره به این دانشجویان زمینه افکار خودکشی در آن‌ها را به حداقل برسانند.

در مطالعه حاضر، سوءاستفاده از مواد مخدر در فرد یا خانواده و همچنین سابقه خودکشی در خانواده فرد مورد بررسی قرار نگرفت. توصیه می‌شود در مطالعات آینده، ویژگی‌های شخصیتی و خانوادگی شرکت‌کنندگان، سوءمصرف مواد و سابقه خودکشی در خانواده افراد لحاظ گردد. همچنین شایسته است چنین مطالعاتی در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سایر شهرستان‌ها صورت بگیرد.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج مطالعه حاضر احتمالاً بین افکار خودکشی و جنسیت، سکونت، عادت به مصرف سیگار، داشتن بیماری مزمن و سابقه اختلال روانی در فرد ارتباط

References

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry: 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Hubner-Liebermann B, Neuner T, Hegerl U, Hajak G, Spiessl H. Reducing suicides through an alliance against depression? Gen Hosp Psychiatry. 2010 Sep-Oct;32(5):514-8.
3. World Health Organization (WHO) Preventing suicide: A global imperative; 2014 [cited 2015 Mar 20]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
4. Khan MM. Suicide prevention and developing countries. J R Soc Med. 2005 Oct; 98(10): 459-463.
5. Schwartz AJ. College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. J Am Coll Health. 2006 May-Jun;54(6):341-52.
6. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F,

- Sayed Nozadi M, Parizadeh SM. Textbook of Public Health. 1th ed. Tehran: Arjmand; 2004.
7. Rezaeian M. Epidemiology of suicide. 1th ed. Arak: Nevisandeh; 2009
8. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. Depress Anxiety. 2008;25(6):482-8.
9. de Anda D, Javidi M, Jefford S, Komorowski R, Yanez R. Stress and coping in adolescence: a comparative study of pregnant adolescents and substance abusing adolescents. Children and Youth Services Review. 1991;13(3):171-82.
10. Faul LA, Jim HS, Williams C, Loftus L, Jacobsen PB. Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. Psychooncology. 2010

Jan;19(1):102-9.

11. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadehtooosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in Medical students. *Nursing Vision*. 2012;1(1):83-91.

12. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord*. 2010 Dec;127(1-3):287-94.

13. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2009;13(3):230-46.

14. Menezes RG, Subba SH, Sathian B, Kharoshah MA, Senthilkumaran S, Pant S, et al. Suicidal ideation among students of a medical college in Western Nepal: a cross-sectional study. *Leg Med (Tokyo)*. 2012 Jul;14(4):183-7.

15. Brown GK. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. 1th ed. Philadelphia: University of Pennsylvania; 2000.

16. Mirzaie SN, Shamsalizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013;18(1):18-26.

17. Anisi J, Fathiashteiani A, Salimi H, Ahmadinoodeh K. Assessment of Beck scale of suicide thoughts in soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2005; 7(1):33-7. Persian.

18. Mousavi S, Malekian A, Keykhaei N, Keykhaei F, Mahmoudi M. Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan Universities in 2005. *Hakim*. 2008;11(3):55-9. Persian.

19. Sánchez R, Cáceres H, Gómez D. Suicidal ideation among university adolescents: prevalence and associated factors. *Biomedica: Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2002;22:407-16.

20. Lee HS, Kim S, Choi I, Lee KU. Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. *Psychiatry Investig*. 2008 Jun;5(2):86-93.

21. Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altinyazar V.

A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Sep;46(9):813-23.

22. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kotlicka-Antczak M, Rabe-Jablonska J. Suicidal ideation and suicide attempt in Polish adolescents: is it a suicidal process? *Int J Adolesc Med Health*. 2003 Apr-Jun;15(2):113-24.

23. van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344-6.

24. Aliverdinia A, Rezaie A, Peiro F. A sociological analysis of University students attitude's toward suicide. *Journal of Applied Sociology*. 2012;44(4):1-18.

25. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord*. 2001 Apr;64(1):69-79.

26. Talaei A, Toufani H, Hojat S, Jamialahmadi Z. Effect of familiarizing the patient with the personnel and operating room on the day before surgery for preoperative anxiety. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2004; 6(21-22):57-61. Persian.

27. Fan AP, Kosik RO, Mandell GA, Tran DT, Cheng HM, Chen CH, et al. Suicidal ideation in medical students: who is at risk? *Ann Acad Med Singapore*. 2012 Sep;41(9):377-82.

28. Ildarabady E, Firouzkouhi MR, Mazloom S, Navinean A. Prevalence of depression among students of Zabol Medical School, 2002. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2004; 6(2):15-21. Persian.

29. Sharifi M, Golmirzaei J, Bushehri E, Paskhandi S, Paskhandi S, Namazi SS, et al. The prevalence of anxiety among students of Hormozgan University of Medical Sciences in 2007. *International Electronic Journal of Medicine*. 2012;1(2):24-9.

30. Moradi A, Akbari ZardKhaneh S, Cheraghi F, Foadvand K. An Investigation on the role of family and social factors on suicide of University Students. *Journal of Family Research*. 2009;5(4):487- 502.

Suicidal Thoughts and Planning for Suicide among the 2007-2013 Entrance Medical Students of Rafsanjan University of Medical Sciences

Niusheh Soofi Afshar¹, Marziye Bakhtar², Parvin Aghamohammadhasani³,
Mohsen Rezaeian^{4,5}

Abstract

Background: Suicide is an intentional self-harm behavior leading to death that is more common in young people aged 15-24 years. The aim of this study was to evaluate the frequency of suicidal thoughts and planning for suicide among medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences.

Methods: In this cross-sectional study, all 300 Entrance 2007-2013 medical students of Rafsanjan University of Medical Sciences were included by census sampling. Among them, only 265 students (88%) agreed to participate in this study. Data were collected by using Beck standard suicide questionnaire. Data analysis was performed by using descriptive and analytical statistics like Chi-square and Fisher's exact tests.

Results: The participants included 126 male and 139 female medical students. Among them, 75.84% had no suicidal thoughts, 18.11% had suicidal thoughts, 4.15% were susceptible for committing suicide and 1.88% had a plan for suicide attempt. There was a significant relationship between suicidal thoughts and gender ($P=0.017$), living area ($P=0.026$), history of chronic disease ($P=0.042$), history of mental disorder ($P=0.002$), and smoking ($P=0.049$).

Conclusion: The results show that the risk of suicide is high in medical students. Therefore, preventive strategies should be performed for preventing suicidal thoughts and committing suicide.

Keywords: Suicide, Medical Students, Suicidal Thoughts, Committing Suicide, Rafsanjan

1- MD, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

2- BSc, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychiatry, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

4- Professor, Occupational Environmental Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

5- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Corresponding Author: Mohsen Rezaeian **Email:** moeygmr2@yahoo.co.uk

Address: Rafsanjan University of Medical Sciences, Pistachios Company Avenue, Persian Gulf Blvd, Rafsanjan, Iran

Tel: 034-31315123 **Fax:** 034-31315003