

بررسی رابطه ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال های خلقی

ناهید خواجه موگهی^{*}، فروزان بهروزیان^{**}، فروغ قنواتی^{***}

چکیده

زمینه و هدف: در برخی مردم انگیزه اقدام به خودکشی انتقال احساس یاس و ناامیدی خویش و تلاش به تغییر رفتار دیگران است. ارزیابی میزان ناامیدی فرد می تواند در پیش بینی اقدام به خودکشی افراد کمک کننده باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط ناامیدی با خودکشی در بیماران با اختلال های خلقی انجام یافته است. **روش بررسی:** این مطالعه از نوع تحلیلی - مقطعی است. جمعیت مورد مطالعه شامل بیماران با اختلال های خلقی (۳۰ نفر با اقدام به خودکشی و ۳۳ نفر بدون اقدام به خودکشی) در بخش روانپزشکی (بستری - سرپایی) بیمارستان گلستان اهواز در مدت ۶ ماه می باشد. پرسش نامه ناامیدی بک (BHS) با نقطه برش ۸ جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت و سپس داده ها با شیوه آماری رگرسیون لجستیک و t تست با استفاده از نرم افزار SPSS تحلیل شد. **یافته ها:** در بررسی یافته ها در مقایسه بین دو گروه بیماران بر اساس ناامیدی از نظر آماری تفاوت معناداری به دست آمد ($p < 0/025$). با استفاده از تحلیل چند متغیره و مدل رگرسیون لجستیک مشاهده گردید ناامیدی می تواند شانس اقدام به خودکشی را با نسبت خطر ۱/۱۹ در فاصله اطمینان (۱/۳۷-۱/۰۲) ۹۵ درصد افزایش دهد. همچنین جنسیت مرد هم می تواند شانس اقدام به خودکشی را با نسبت خطر ۱/۱۷ در فاصله اطمینان (۶/۰۲-۰/۲۲۷) ۹۵ درصد افزایش دهد. **نتیجه گیری:** نتایج نشان می دهد ناامیدی و جنسیت مرد عوامل مهمی در پیش بینی اقدام به خودکشی می باشند. از آنجایی که گویاترین عامل پیش بینی خودکشی، وجود اقدام قبلی است بنابراین همه اقدام به خودکشی ها را باید جدی گرفت. نتایج جهت پیشگیری از خودکشی موفقیت آمیز، ارزیابی ناامیدی را در بیماران خلقی پیشنهاد می نماید.

م ع پ ۱۳۸۸؛ ۱(۴): ۱۳-۴۰۷

کلید واژگان: خودکشی، ناامیدی، اختلال های خلقی، پرسش نامه BHS

مقدمه

را در افراد افزایش می دهد و این افزایش به خصوص در میان افراد جوان بیشتر مشهود است. فشارهای روانی و بیماری های روانی می توانند گاهی منتج به ایده خودکشی شوند (۱).

در سالهای اخیر شاهد روند رو به رشد نرخ خودکشی نسبت به سالهای گذشته هم در مردان و هم در زنان هستیم. معمولاً توضیحی که برای این پدیده ارائه می شود این است که شرایط و استرس های زندگی، فشارهای روحی

*مربی، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

**استادیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

***کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل : Email: khajeh_n@yahoo.com

مطالعه های فراوانی در رابطه با شناخت رابطه بین ناامیدی با خودکشی به خصوص در بیماران روانپزشکی صورت گرفته است. اگر چه در یک مطالعه انجام شده پرسش نامه ناامیدی بک (Beck Hopelessness Scale) ابزار مناسبی جهت پیش بینی خطر خودکشی آینده در بیماران شناخته نشد (۴) اما مطالعه های متعدد دیگر (۸-۵) این پرسش نامه را یک نشانگر حساس برای پیشگویی خطر خودکشی عنوان نمودند. این مطالعه های نشان دادند افراد با نقطه برش ۸ و بالاتر در پرسش نامه BHS، بیشتر از ۹۰ درصد شانس خودکشی داشتند (۷-۵). یک مطالعه نشان داد افراد با ریسک بالا (نمره بالای BHS) یازده بار بیشتر از گروه کنترل خودکشی کردند که نشانگر حساسیت بالای این تست جهت بررسی شانس خودکشی بود (۶). مطالعه دیگری بر روی بیماران بستری با اختلال روانی نیز نشان داد در افراد با افکار خودکشی با نمره BHS ۶ و بالاتر، ۹۰ درصد اقدام به خودکشی نشان داد. همچنین این مطالعه نشان داد پرسش نامه ناامیدی بک در بیماران بستری نیز همچون بیماران سرپایی، پیشگویی کننده خطر خودکشی است (۷). مطالعه انجام شده بر روی بیماران با افسردگی اولیه نشان داد بدبینی در میان بیماران افسرده شیوع دارد و بالاترین میزان ناامیدی در بیماران افسرده در ارتباط با آرزوی خودکشی و دید منفی نسبت به مشکلات واقعی زندگی است (۸). اقدام به خودکشی مهمترین ریسک فاکتور برای خودکشی مجدد است که با سطح بالا و پایدار ناامیدی بعد از درمان افسردگی در بیماران در سنین بالا ارتباط دارد. این یافته پیشنهاد نمود چنانچه درمان به طور بارزی جهت کاهش

در امریکا سالانه ۳۰ هزار نفر در اثر خودکشی می میرند. تخمین زده می شود میزان اقدام به خودکشی ۱۰-۸ برابر میزان خودکشی موفق باشد. میزان خودکشی در جهان بسیار متغیر است و از مقادیر بالاتر از ۲۵ درصد هزار در اسکانندیناوی، سوئیس، آلمان، استرالیا و اروپای شرقی (کمربند خودکشی) تا مقادیر کمتر از ۱۰ درصد هزار در اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، مصر و هلند متفاوت است (۲). میزان بروز خودکشی در ایران ۶/۲ در یک صد هزار نفر است. طبق آمارها ایران پنجاه و هشتمین کشور جهان از نظر خودکشی است (۳).

امروزه مطالعه های روان شناختی اثبات کرده است وجود اختلال روان پزشکی ممکن است قوی ترین عامل خطر ساز خودکشی باشد (۲). تقریباً ۹۵ درصد بیمارانی که اقدام به خودکشی یا خودکشی می نمایند نوعی بیماری روانی دارند: اختلال های افسردگی ۸۰ درصد، اسکیزوفرنی ۱۰ درصد و دمانس ۵ درصد موارد را شامل می شوند. خطر خودکشی در بیماران روانی ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر از افراد غیر بیمار است. این درجه خطر به سن، جنس، تشخیص، وضعیت سرپایی و یا بستری بودن بیمار نیز بستگی دارد (۲).

ناامیدی به عنوان یکی از عوامل خطر خودکشی شناخته شده است. طبق نظر بک، ناامیدی یک خصوصیت افسردگی است و در واقع اتصالی بین افسردگی و خودکشی می باشد. بسیاری از بیماران خودکشی را وسیله ای برای مبارزه با افسردگی تحمل ناپذیر و احساسات ناامیدی قرار می دهند. در واقع مطالعه آرون بک نشان داد که نومیدی یکی از دقیق ترین نشانگرهای خطر خودکشی در دراز مدت است (۲).

نداشته اند می باشند. تمامی بیماران بدون در نظر گرفتن سن، جنسیت، شغل و تحصیلات انتخاب شدند. نمونه گیری به شیوه غیر تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شده است. به بیماران هدف از مطالعه و عدم مداخله در مراحل درمان توضیح داده می شد. حجم نمونه برای بیماران خلقی با اقدام به خودکشی در مدت شش ماه به ۳۰ نفر و بیماران خلقی بدون اقدام به خودکشی به ۳۳ نفر رسید. از آنان خواسته شد پرسش نامه نا امیدي بک را تکمیل نمایند. افرادی که بیسواد و یا کم سواد بودند سواها برایشان خوانده می شد و سپس گزینه مورد نظر آنها علامت زده می شد. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها تحلیل گردید. در مطالعه حاضر از پرسش نامه نا امیدي بک (BHS) استفاده گردید است. BHS یکی از پر استفاده ترین ابزارهای مورد استفاده در روانپزشکی در سراسر دنیا است. این آزمون شامل ۲۰ جمله است که آزمودنی باید هر یک از جمله ها را به دقت خوانده و با توجه به سازگاری یا عدم سازگاری، دیدگاه مطرح شده در جمله با نگرش آزمودنی در طی هفته اخیر درستی یا نادرستی جمله را ارزیابی کند و به آن پاسخ دهد. بک و همکارانش در سال ۱۹۶۳ این آزمون را معرفی کردند. در ایران ترجمه و تطبیق این آزمون و بررسی روایی و اعتبار آن در مرکز مطالعه های شناخت و رفتار بیمارستان روزبه تهران انجام شده است. مطالعه های مقدماتی حاکی از روایی محتوا و اعتبار این آزمون است. مجموعه نمرات این مقیاس در محدوده ۲۰-۰ قرار دارد که امتیاز بالاتر نشانه شدت بیشتر ناامیدی است (۱۱). در این مطالعه نقطه برش ۸ جهت تحلیل داده ها در نظر گرفته شد.

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی بیماران خلقی با و بدون اقدام به خودکشی در جدول ۱ نشان داده شده است. در تحلیل نتایج با استفاده از آزمون t بین دو گروه از نظر میزان ناامیدی ($P=0/025$) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نمره ناامیدی ۸۳/۳ درصد گروه با اقدام به

ناامیدی طراحی شود می تواند به طور موثری خطر خودکشی را کاهش دهد (۹). همچنین ناامیدی می تواند افکار خودکشی جاری و اقدام در آینده را پیش بینی کند (۱۰). از آنجایی که خودکشی معمولاً قابل پیشگیری است. مهم ترین مسأله پیش بینی بهتر و مداخله به موقع است (۳). از سوی دیگر با توجه به خطر بالای خودکشی در بیماران روانپزشکی به خصوص بیماران با اختلال های خلقی در مقایسه با دیگر افراد، شناسایی عوامل خطر و متغیرهای پیش بینی کننده خطر خودکشی می توانند تشخیص و پیش آگهی را برای متخصصان بهداشت روانی محتمل نمایند و زمینه ساز برنامه ریزی برای اقدام های بهداشتی و پیشگیرانه باشد. از آنجایی که نا امیدي می تواند ریسک اقدام به خودکشی را بالا ببرد و با توجه به یافته های متفاوت مطالعه های ذکر شده، ضرورت پژوهش پیش رو روشن می گردد. در نتیجه پژوهش اخیر را متوجه بررسی ارتباط ناامیدی و خودکشی در بیماران با اختلال های خلقی کردیم تا شاید با یافتن میزان ارتباط یکی از عوامل خطر خودکشی در بیماران خلقی راهی برای پیش بینی خودکشی در بیماران خلقی یافته باشیم.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع تحلیلی-مقطعی می باشد. جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه بیماران حاضر به همکاری مبتلا به اختلال های خلقی در بخش روانپزشکی بیمارستان گلستان اهواز (بستری - سرپایی) بدون تفکیک نوع آن که تشخیص اختلال خلقی آنها بر اساس DSMIV-TR و توسط روانپزشک ثبت در پرونده می باشد و اقدام به خودکشی داشته اند، می باشند. گروه کنترل بیماران با اختلال های خلقی که اقدام به خودکشی

خودکشی برابر و بالاتر از نقطه برش ۸ در مقیاس ناامیدی بک (BHS) بوده است. و نمره ناامیدی ۵۱/۵ درصد گروه بدون اقدام به خودکشی برابر و بالاتر از نقطه برش ۸ بوده است. با استفاده از تحلیل چند متغیره و مدل رگرسیون لجستیک مشاهده گردید ناامیدی می تواند با (Confidence Interval)(CI=۱/۰۲-۱/۳۷)۹۵درصد،

OR=۱/۱۹۰ (Odd Ratio) شانس اقدام به خودکشی را افزایش دهد. همچنین جنسیت مرد هم با (۶/۰۲)- OR=۱/۱۷۰، CI=۰/۲۲۷۹۵درصد، می تواند شانس اقدام به خودکشی را افزایش دهد. اما در آزمون دیگر متغیرهای پژوهش مانند شغل، تحصیلات و سن، رابطه معناداری با خودکشی به دست نیامد.

جدول ۱: توزیع مشخصات جمعیتی بیماران خلقی با و بدون اقدام به خودکشی

گروه مورد	گروه کنترل	گروه مورد	گروه کنترل	جنسیت
درصد	درصد	درصد	درصد	
۴۶/۷	۴۸/۵	۲۰ و کمتر	سن	مرد
۵۳/۳	۵۱/۵	۲۱-۳۰	۶/۷	زن
۲۶/۷	۶/۱	۳۱-۴۰	۳۰/۳	شغل
۳۶/۷	۴۵/۵	۴۱ و بیشتر	۲۳/۳	بیکار
۱۳/۳	۹/۱	تحصیلات	۰	خانه دار
۶/۷	۹/۱	بیسواد	۳	کارگر
۱۶/۷	۹/۱	خواندن و نوشتن	۶/۷	کارمند
۰	۱۲	زیر دیپلم	۳۰/۳	آزاد
۰	۳	دیپلم	۴۶/۷	دانش آموز
۰	۱۵/۲	بالاتر از دیپلم	۱۵/۲	تکنیسین
			۶/۱	

بحث

نتایج پژوهش حاضر، همخوان با مطالعه های قبلی نشان داد اگر چه در هر ۲ گروه اختلال خلقی با و بدون اقدام به خودکشی میانگین نمره ناامیدی بالاتر از نقطه برش به دست آمد (۴-۸)، اما اختلاف بین دو گروه از نظر آماری تفاوت معنادار (P=۰/۰۲۵) بود. یعنی بیماران خلقی با اقدام به خودکشی به طور معناداری متوسط نمره ناامیدی بالاتری نسبت به گروه بدون اقدام به خودکشی داشتند که این نتیجه نیز با مطالعه های قبلی (۴-۷) همخوان می باشد. لازم به ذکر است اگر چه در یک مطالعه همانند پژوهش حاضر نقطه برش ۸ برای ناامیدی در نظر گرفته شده بود (۵) اما در مطالعه های دیگر نقطه

برش های ۶ (۶) و ۹ (۷) در نظر گرفته شده بود. با این وجود نتایج مشابه با نتایج، پژوهش حاضر بدست آمد. از سوی دیگر بر اساس نتایج مطالعه های قبلی، درجه ناامیدی به طرز مشخصی بین فازهای مختلف در بیماران با اختلال دو قطبی متفاوت است به نحوی که بیشترین میزان ناامیدی در فازهای مختلط و افسرده و کمترین میزان در فازهای مانیک، هیپومانیک و یا یوتایمیک دیده می شود (۱۲). این در حالی است که در پژوهش حاضر تفکیک نمونه ها براساس نوع اختلال خلقی شان به دلیل محدودیت نمونه انجام نشد و در نتیجه میانگین نمره ناامیدی بدست آمده متعلق به تمام بیماران خلقی اعم از

نتایج مطالعه همچنین نشان داد جنسیت مرد شانس خودکشی را ۱/۱۷ برابر افزایش می دهد. اگر چه نتیجه بدست آمده در این پژوهش همخوان با منابعی است که جنسیت مرد را از عوامل خطر ساز خودکشی عنوان می کنند (۲) اما این نتیجه با برخی مطالعه های دیگر ناهمخوان است (۱۷ و ۲۴). در این رابطه توجه به این نکته ضروریست که اگر چه اقدام به خودکشی موفق در مردها بیشتر است اما اقدام به خودکشی در خانمها ۴ برابر بیشتر از مردها می باشد (۲). از آنجایی که با توجه به شرایط فرهنگی و بومی جمعیت مورد پژوهش، تمایل کمتری جهت بستری خانم هایی که اقدام به خودکشی داشته اند وجود دارد و از سوی دیگر بیمارانی بستری شده اند که در فاز شدید تری از بیماری قرار داشته اند که در این شرایط احتمال قصد جدی تر اقدام به خودکشی بیشتر می باشد و با توجه به بالاتر بودن اقدام به خودکشی در آقایان (۲)، نتایج پژوهش حاضر مبنی بر بیشتر بودن تعداد مردها با اقدام به خودکشی قابل پیش بینی می باشد. در هر حال لزوم توجه ویژه به جنسیت در بیماران خلقی و بررسی های بیشتر در این مورد در پژوهشهای آینده می تواند ارزیابی دقیق تری از موضوع بدست دهد.

نتایج نشان می دهد ناامیدی عامل مهمی در پیش بینی اقدام به خودکشی در بیماران با اختلال خلقی می باشد. از آنجایی که گویاترین عامل پیش بینی خودکشی، وجود اقدام قبلی است، بنابراین همه اقدام به خودکشی ها را باید جدی گرفت. نتایج جهت پیشگیری از خودکشی موفقیت آمیز، ارزیابی ناامیدی را پیشنهاد می نماید.

افسردگی عمده و اختلال دو قطبی بوده است. به این لحاظ پیشنهاد می شود در مطالعه های آینده این تفکیک با استفاده از حجم نمونه بالاتر صورت پذیرد که در این صورت ممکن است میانگین نمره ناامیدی بدست آمده در گروه های مختلف، متفاوت به دست آید. نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد ناامیدی، شانس خودکشی را با $OR=1/190$ ، $CI=1/02-1/37$ ، $OR=1/19$ برابر افزایش می دهد. همخوان با مطالعه حاضر، مطالعه های قبلی، ناامیدی را از جمله ریسک فاکتورهای خودکشی مطرح می کنند (۱۵-۱۳). همچنین مطالعه بر روی بیماران افسرده نشان داد افزایش ناامیدی با بالا بودن افسردگی و نیز افکار خودکشی ارتباط دارد (۱۶)، از سوی دیگر در بیماران افسرده یکی از قوی ترین متغیرهایی که ارزش پیش بینی کنندگی افکار خودکشی را دارد ناامیدی می باشد (۱۷). مطالعه انجام شده بر روی جمعیت چینی، حدود ۴۰ درصد افکار خودکشی قابل استناد به افسردگی و حدود ۲۰ درصد آن قابل استناد به ناامیدی بدست آمده است (۱۸). از سوی دیگر برخی مطالعه های قدرت پیش بینی کنندگی ناامیدی برای رفتارهای خودکشی را در بیماران دوقطبی نشان داده اند (۲۱-۱۹) و در مطالعه های دیگر (۲۲-۲۳) ناامیدی نتوانسته قدرت پیش بینی زیادی برای خودکشی داشته باشد، در حالی که در مطالعه حاضر شانس خطر بالایی به دست آمده که ممکن است یکی از علل این تفاوت مطالعه حاضر در تفکیک نبودن نمونه ها از نظر نوع اختلال باشد که در آن صورت پیشنهاد می گردد مطالعه ی آینده نگری جهت بررسی قدرت پیش بینی کنندگی ناامیدی با خودکشی به تفکیک تشخیص انواع اختلال های خلقی انجام یابد.

منابع

- 1-Arefi M. Investigation suicide on western Azarbayejan in 1998-1999. Journal of psychology and educational sciences Tehran University. 2002; 32(1): 141-61.
- 2-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan, Sadock's. Synopsis of Psychiatry, Translator: Hosein Rafiei & Khosro Sobhanian published: Arjmand 9th ed. 2003; 3th: 73-83.
- 3-Azar M, Nohi S, Shafiei Kondjani AR. Suicide. First Ed:Arjmand, 2006; 201-7.
- 4-Nimeus A, Transkman BL, Alsen M, Hopelessness and suicide behavior. J Affect Disord 1997; 42(2-3):137-44.

- 5-Keller F, Wolfersdorf M. Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorder. *Crisis* 1993; 14(4):173-7.
- 6-Beck TA, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990; 147(2):190-5.
- 7-Beck AT, Brown G, Steer RA. Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *J Consult Clin Psychol.* 1989; 57(2):309-10.
- 8-Nekanda, Trepka CJ, Bishop S, Blackburn IM. Hopelessness and depression. *Br J Clin Psychol*, 1983; 22:49-60.
- 9-Szanto K, Reynolds CF, Conwell Y, Begley AE, Houck P. High level of hopelessness persists in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(11):1401-6.
- 10-Linehan MM, Nielsen SL. Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49(5):773-5.
- 11-Kaviani H, Mousavi A, Mohit A. Interview and Psychological Tests. First Ed:Sana, 2001; p.171.
- 12-Valtonen HM, Suominen K, Jari Haukka J, Mantere O, Arvilommi P, Leppämäki S, et al. Hopelessness across phases of bipolar I or II disorder: A prospective study. *J. Affect. Disord.* 2009; 115(1-2):7-11.
- 13-Mendonca JD, Holden RR. Are all suicidal ideas closely linked to hopelessness? *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93(4):246-51.
- 14-Liu KY, Chen EY, Chan CL, Lee DT, Law YW, Conwell Y, et al. Socio-economic and psychological correlates of suicidality among Hong Kong working-age adults: results from a population-based survey. *Psychol Med* 2000; 36(12):1759-67.
- 15-Schlebusch L, Wessels WH. Hopelessness and low-intent in parasuicide. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; 10(3):209-13.
- 16-Snyder CR. Hope and Hopelessness. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49(5):773-5.
- 17-Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(4):254-9.
- 18-Nakano H, Terao T, Shinkai T, Iwata N, Nakamura J. Risk factors for suicide: a questionnaire survey by psychiatrists in Fukuoka Prefecture. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2006; 108(1):24-30. Article in Japanese.
- 19-Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1189-94.
- 20-Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 2006; 8:566-75.
- 21-Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006; 8:576-85.
- 22-Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1433-41.
- 23-Galfalvy H, Oquendo MA, Carballo JJ, Sher L, Grunebaum MF, Burke A, et al. Clinical predictors of suicidal acts after major depression in bipolar disorder: a prospective study. *Bipolar Disord* 2006; 8:586-95.
- 24-Cheung YB, Law CK, Chan B, Liu KY, Yip PS. Suicidal ideation and suicidal attempts in a population-based study of Chinese people: risk attributable to hopelessness, depression, and social factors. *J Affect Disord* 2006; 90(2-3):193-9.

The investigation of relationship between hopelessness and suicide among mood disorders patients

Khajehmougahi N*, Behrouzian F, Ghanavati F

Department of Psychiatry, Golestan Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvza, Iran

Abstract

Background and Objective For some people, the motive for attempting suicide is the transition (transfer) of their hopelessness feelings to others and also a try to change the other people's behavior. Rating hopelessness level can be helpful in predicting the possibility suicide. The purpose of the present study was investigation the relationship between hopelessness and suicide in patients with mood disorders.

Subjects and Methods: This is an analytical-cross sectional study. The subjects were mood disorder patients who referred to the Golestan hospital psychiatry department (out/in-patient), with (n=30) and without (n=33) suicidal attempt, during 6 months. Patients completed Beck Hopelessness Scale (BHS). Then data was analyzed by SPSS software using logistic regression model and t test.

Results: Comparison between two groups based on level of hopelessness by t-test showed there was a significant relationship between two groups ($P < 0.025$). Investigation of data by logistic regression statistical model distinct, hopelessness with $OR = 1.190$; 95% (CI=1.02-1.37) and male gender with $OR = 1.170$; 95% (CI=0.227-6.02), can increase the risk chance of attempting suicide.

Conclusion: The finding of this study suggest that hopelessness and male gender are important factors in predicting suicide attempting, and the most significant factor is the previous attempted suicides. Therefore, must be taken seriously. In order to prevent successful suicides, the hopelessness assessment in mood disorders patients is essential.

Sci Med J 2010;8(4):407-13

Keywords: Suicide, Hopelessness, Mood disorders, BHS

Received: Dec 29, 2009

Revised: May 17, 2009

Accepted: July 7, 2009

*Corresponding author email: khajeh_n@yahoo.com