

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۶ (۱۳۸۱)، صفحه ۱۶

بررسی همه گیر شناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روانپزشکی

دکتر حمید اشکانی^۱، غلامرضا ده بزرگی^۲، دکتر نادرامامقلی پور^۳

خلاصه

زمینه و اهداف: هدف از این پژوهش بررسی همه گیرشناسی خودکشی در مراجعان به اتفاقات روانپزشکی بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود.

روش بررسی: این روش یک بررسی توصیفی - مقطعی می باشد که در طی یک سال (از اول شهریور ۷۶ تا پایان مرداد ۷۷) آن دسته از مراجعانی که به دلیل داشتن افکار انتحاری یا اقدام جدی به خودکشی به عنوان مشکل اصلی بستری گردیدند، از طریق مصاحبه بالینی و تکمیل پرسشنامه مورد مطالعه قرار گرفتند.

یافته ها: پس از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که از میان بیمارانی که بستری گردیدند، ۸۰ نفر (۵٪) به خاطر افکار یا اقدام به خودکشی بستری گردیدند. که ۴۸ نفر (۶۰٪) از آنها مرد و ۳۲ نفر (۴۰٪) زن بودند. میانگین سنی ۲۸/۸ بود. ۴۳ نفر (۵۳/۸٪) مجرد، ۳۴ نفر (۴۲/۵٪) متأهل و ۳ نفر (۲/۷٪) مطلقه یا بیوه بودند.

نتیجه گیری: اکثر این افراد سطح تحصیلات پایین داشته و با درآمد اقتصادی کم در مناطق شهری زندگی می کردند. اغلب این افراد سابقه اقدام به خودکشی (۷۵٪) و بیماری روانی (۶۰٪) داشته و تعداد قابل ملاحظه ای از آنها سابقه بیماری جسمی نیز داشتند. بیشترین علت خودکشی احساس ناامیدی (۴۵٪) و بیشترین وسیله خودکشی داروها (۴۱/۳٪) بود. شایعترین اختلال روانی در گروه مورد مطالعه افسردگی (۶۳/۸٪) بود.

کلید واژه ها: خودکشی، اقدام به خودکشی، افکار خودکشی

- ۱- دانشجویان بخش روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شیراز - نویسنده رابط
- ۲- مربی روانشناسی بالینی - بخش روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۳- روانپزشک

مقدمه

منظور نشده اند. بیمارانی در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند که از نظر اقدام به خودکشی و یا وجود افکار خودکشی به عنوان بیماران پرخطر (high risk) محسوب می گردیدند.

اطلاعات مربوط به هر بیمار در پرسشنامه ای که شامل دو قسمت معرفی بیمار و سؤالات بود، ثبت شد. در بخش اول پرسشنامه (معرفی بیمار)، اطلاعات جمعیت شناسی بیمار شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، محل زندگی، وضع تأهل، شغل، میزان تحصیلات و وضع اقتصادی بیمار مشخص گردید.

سپس از بیمار سؤالیهای راجع به علت مراجعه، چگونگی اقدام به خودکشی، سابقه خودکشی، سابقه بیماری روانی و جسمی، پرسیده شد. پاسخها بیشتر به صورت بلی یا خیر در پرسشنامه ثبت گردید.

بدین طریق داده های مربوط به جمعیت شناسی گردآوری شد و پس از تحلیل، نتایج آنها در سطح آمار توصیفی ارائه گردید.

یافته ها

تعداد کل مراجعه کنندگان به اتفاقات بیمارستان ابن سینا در طول یک سال انجام این پژوهش ۱۶۱۶ نفر بوده است. از این تعداد ۶۹۷ (۴۳٪) بستری شده و ۹۱۹ نفر (۵۷٪) بطور سرپایی معالجه شده اند. از میان تمام مراجعه کنندگان، ۸۰ مورد بیمارانی بوده اند که شکایت اصلی آنها افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی بود که بستری شدن را ایجاب می کرد.

بین کسانی که به علت خودکشی بستری شدند، ۳۳ نفر (۴۱/۳٪) افکار خودکشی داشتند و ۴۷ نفر (۵۸/۷٪) اقدام به خودکشی کرده بودند. یافته های جمعیت شناسی و تشخیص نهایی گروه فوق (بیمارانی که به دلیل اقدام یا افکار خودکشی مراجعه کردند) به شرح زیر بود:

سن: میانگین سنی بیماران مورد مطالعه (۲۸/۰۸) با انحراف معیار ۱۱/۰۲ بود و همچنین حداقل و حداکثر میزان سنی گروه به ترتیب ۱۴ و ۶۵ سال بود.

جنس: ۴۸ نفر (۶۰٪) مرد و ۳۲ نفر (۴۰٪) زن بودند. البته توزیع فراوانی خودکشی بین دو جنس از نظر آماری تفاوت معنی داری نشان نداد (۰/۰۷۳ < P).

وضعیت تأهل: ۴۳ نفر (۵۲/۸٪) مجرد، ۳۴ نفر (۴۲/۵٪) متأهل و ۳ نفر (۲/۷٪) مطلقه یا بیوه بودند. اختلاف بین سه گروه معنی دار بود (۰/۰۰۱ < P).

خودکشی عامل مرگ تعداد قابل ملاحظه ای از افراد جامعه و برهم زنده سلامت روانی بسیاری از خانواده هاست (۱) و اقدام به خودکشی نیز یک مسأله مهم بهداشت عمومی محسوب می گردد (۲).

بر اساس آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۶، روزانه حدود ۱۵۰۰ نفر به دلیل خودکشی از بین می روند (۳) و ۲۰ درصد مراجعان به مراکز فوریت روانپزشکی را بیماران انتحاری تشکیل می دهند (۵ و ۴).

میزان اقدام به خودکشی ۱۰ - ۸ برابر خودکشی موفق است و در بین کسانی که اقدام به خودکشی می کنند، عیار خودکشی در یک سال بعد از اقدام صد بار بیشتر از رقم خودکشی در جمعیت کلی است (۶). همچنین حدود دو سوم افراد قبل از مرگ، افکار خودکشی را از خود بروز می دهند (۷).

بر اساس بررسیهای انجام شده در دو دهه اخیر در ایران اگر چه میزان خودکشی در ایران در مقایسه با سایر کشورهای پیشرفته صنعتی بسیار کم است، اما خودکشی و اقدام به آن رو به افزایش است. مروری بر یافته های پژوهشی در ایران نشان می دهد، پژوهشهایی که پدیده اقدام به خودکشی را در تعامل با ابعاد گوناگون آن مورد بررسی قرار دهند، نادرند (۲). تفاوتی فرهنگی نیز در اقدام به خودکشی تأثیر زیادی دارد، زیرا در فرهنگهای مختلف خودکشی به صورتهای متفاوتی تعبیر و تفسیر می گردد (۸). اهمیت مسأله و قابل پیشگیری بودن خودکشی (۹ و ۱) موجب شد که مطالعه حاضر انجام گیرد. به امید آنکه اطلاعات حاصل برای پیشگیری و درمان بهتر بیماران مفید واقع شود.

مواد و روش تحقیق

این پژوهش یک بررسی توصیفی - مقطعی است که در بخش اتفاقات روانپزشکی بیمارستان ابن سینای شیراز (یکی از بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز) به مدت یک سال، از اول شهریور ۷۶ تا آخر مرداد ۷۷ به شرح زیر انجام گرفت:

تمام بیمارانی که به دلیل افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی به عنوان مشکل اصلی به بیمارستان ابن سینا مراجعه کردند و یا توسط همکاران پزشک معرفی شدند، پس از بستری شدن و تعیین تشخیص نهایی با معیار DSM IV توسط دو روانپزشک، مورد بررسی قرار گرفتند. آن دسته از بیمارانی که پس از ارزیابی بالینی افکار یا اقدام به خودکشی آنها جدی تلقی نشده و بستری نگردیدند، در این مطالعه

وسيله خودکشی : بررسی نوع وسيله ای که بیماران اقدام به خودکشی با آن را داشتند، نشان داد که در اکثر موارد از انواع داروها و سمها استفاده شده است (جدول ۲).

جدول ۲، توزیع فراوانی وسيله یا روش خودکشی در بیمارانی که به دلیل داشتن افکار یا اقدام به خودکشی به اتفاقات بیمارستان ابن سینا در طی یک سال از اول شهریور ۷۶ تا آخر مرداد ۷۷ مراجعه کردند.

وسيله یا روش خودکشی	تعداد	درصد
قرص	۳۳	۴۱/۳
سم	۱۰	۱۲/۵
اسلحه گرم	۹	۱۱/۳
طناب	۸	۱۰
بریدن رگ دست	۷	۸/۸
سقوط از بلندی	۵	۶/۳
برق	۳	۳/۸
سایر موارد*	۵	۶/۳
جمع	۸۰	۱۰۰

* سایر موارد شامل: سرنگ هوا (دو مورد)، خودسوزی (دو مورد)، با هر وسيله ممکن (یک مورد).

علت خودکشی : احساس ناامیدی بیشترین علت خودکشی را تشکیل می داد. مشکلات و درگیری خانوادگی دومین علت مطرح شده برای خودکشی بود (جدول ۳).

جدول ۳ : علت خودکشی در بیمارانی که به دلیل داشتن افکار یا اقدام به خودکشی به اتفاقات بیمارستان ابن سینا در طی یک سال از اول شهریور ۷۶ تا آخر مرداد ۷۷ مراجعه کردند..

علت خودکشی	تعداد	درصد
ناامیدی	۳۶	۴۵
مشکلات و درگیری خانوادگی	۲۴	۳۰
توهمات شنوایی	۷	۸/۸
درگیری در محیط کار	۳	۳/۸
نامعلوم*	۱۰	۱۲/۵
جمع	۸۰	۱۰۰

* این افراد علت خاصی را بیان نکردند

شغل : بررسی وضعیت شغلی بیماران در نمونه مورد مطالعه، بیشترین میزان شیوع را در زنان خانه دار و افراد بیکار نشان داد (جدول ۱).

جدول ۱، توزیع فراوانی وضعیتهای مختلف شغلی در بیمارانی که به دلیل داشتن افکار یا اقدام به خودکشی به اتفاقات بیمارستان ابن سینا در طی یک سال از اول شهریور ۷۶ تا آخر مرداد ۷۷ مراجعه کردند.

شغل	تعداد	درصد
خانه دار	۲۲	۲۷/۵
بیکار	۲۰	۲۵
محصل	۱۱	۱۳/۸
کاسب	۹	۱۱/۳
کارمند	۷	۸/۸
دانشجو	۶	۷/۵
نظامی	۲	۳/۸
کشاورز	۱	۱/۳
بازنشسته	۱	۱/۳
جمع	۸۰	۱۰۰

تحصیلات: تفاوت بین گروهها بر حسب سطح تحصیلات معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). اکثر افراد (۴۳/۸٪) دارای سطح تحصیلات در حد ابتدایی و راهنمایی بودند و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۱۳/۸ درصد را تشکیل می دادند، افراد بی سواد ۱۰ درصد موارد را به خود اختصاص می دادند.

وضعیت اقتصادی : بیماران از لحاظ وضعیت اقتصادی با توجه به درآمد ماهیانه به سه گروه کم درآمد (درآمد ماهیانه کمتر از ۸۰۰۰۰ تومان)، متوسط درآمد ماهیانه (۱۵۰۰۰۰ - ۸۰۰۰۰ تومان) و خوب (درآمد ماهیانه بیشتر از ۱۵۰۰۰۰ تومان) تقسیم شدند. تفاوت بین سه گروه معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۱$). اکثر افراد دارای درآمد پایین بودند (۷۵٪)، افراد با درآمد خوب حداقل موارد (۳/۷٪) را تشکیل می دادند. افراد با درآمد متوسط ۲۱/۳٪ موارد را به خود اختصاص دادند.

محل سکونت : از ۸۰ بیمار مورد بررسی در این پژوهش ۷۴ نفر (۹۲/۵٪) در مناطق شهری و ۶ نفر (۷/۵٪) در مناطق روستایی سکونت داشتند. در ضمن از مجموع ۸۰ بیمار، ۷۹ نفر با خانواده زندگی می کردند و یک نفر به تنهایی زندگی می کرد.

داشتند که این یافته مشابه با میزان ذکر شده در منابع غربی است. به عنوان مثال در آمریکا حدود ۴۰ درصد از افرادی که به اتفاقات روانپزشکی مراجعه می کنند، بستری می گردند(۵).

هشتاد نفر از مراجعه کنندگان به دلیل خودکشی (اقدام به خودکشی یا داشتن افکار خودکشی به عنوان مشکل اصلی) بستری گردیدند که ۵ درصد کل مراجعه کنندگان و ۱۱/۵ درصد از بیماران بستری شده را شامل می شد. در کشور آمریکا ۲۰ درصد افراد به دلیل افکار یا اقدام به خودکشی به اتفاقات روانپزشکی مراجعه می کنند (۵).

این تفاوت از چند جهت قابل بررسی است :

الف - پایین تر بودن میزان اقدام به خودکشی در ایران نسبت به کشورهای غربی (۲).

ب - عدم سیستم ارجاعی مناسب از بیمارستانهای عمومی به مراکز روانپزشکی.

ج - عدم مراجعه افراد، به دلیل اینکه بیماری روانی بخصوص خودکشی در جامعه ما امری پذیرفته شده نیست و افراد از مراجعه به مراکز روانپزشکی اجراه دارند.

د - از آنجا که احتمالاً درصد بالایی از بیماران که خودکشی می کنند در آخرین جلسه مراجعه به پزشک، تمایل خود را به خودکشی بیان نمی کنند(۱۰). بنابراین ممکن است تعدادی از افراد در مطالعه ما مد نظر قرار نگرفته باشند.

در ادامه ویژگیهای جمعیت شناسی گروه فوق را به ترتیب مورد بررسی قرار می دهیم.

سن : پایین بودن میانگین سنی (۲۸/۰۸) در نمونه مورد مطالعه، با توجه به پایین بودن میانگین سنی جمعیت جامعه ما از یک طرف و شایع بودن اقدام به خودکشی در افراد با سن پایین (۵ و ۴ و ۹ و ۸)، یافته ای مورد انتظار می باشد. حداقل سن اقدام به خودکشی ۱۴ سال بود که این موضوع با کم بودن خودکشی در بچه ها و افزایش تصاعدی از زمان بلوغ مطابقت دارد (۴ و ۷ و ۳). حداکثر سن اقدام به خودکشی ۶۵ سال بود که شاید جدی بودن اقدام را نشان دهد.

جنس : هر چند توزیع فراوانی خودکشی بین دو جنس از نظر آماری تفاوت معنی داری نشان نمی دهد اما با توجه به جدی بودن اقدام به خودکشی در مردان و اجراه احتمالی مردم جامعه ما برای مراجعه به مراکز روانپزشکی، کثرت مردان در این مطالعه شاید نشان دهنده جدی بودن اقدام یا افکار خودکشی و در نتیجه مراجعه اجباری باشد. در مطالعه اشکانی و همکارش در سال ۱۹۸۶، نیز موارد اقدام به خودکشی در مردان بالاتر از زنان بود که آنها جدی بودن موارد اقدام به خودکشی را علت اساسی دانستند(۱۱).

سابقه اقدام به خودکشی : از ۸۰ بیمار مورد مطالعه، فقط ۲۰ نفر (۲۵٪) سابقه اقدام به خودکشی قبلی نداشتند و ۶۰ نفر (۷۵٪) سابقه خودکشی قبلی داشتند. کمترین تعداد دفعات اقدام به خودکشی یک بار و بیشترین سابقه اقدام به خودکشی ۱۰ بار بود. همچنین میانگین تعداد دفعات اقدام به خودکشی ۱/۶۶ با انحراف معیار ۱/۷۴ بوده است.

سابقه بیماری روانی : در نمونه مورد مطالعه ۴۸ نفر (۶۰٪) دارای سابقه بیماری روانی و ۳۲ نفر (۴۰٪) بدون سابقه بیماری روانی بودند. ۲۰ نفر از ۴۸ نفری که دارای سابقه بیماری روانی بودند، سابقه بستری شدن در بخش روانی را نیز داشتند.

سابقه بیماری جسمی : ۲۱ نفر (۲۶/۳٪) از ۸۰ نفر نمونه تحت مطالعه دارای سابقه بیماری جسمی بودند و ۵۹ نفر (۷۳/۷٪) دیگر سابقه ای از ناراحتی جسمی نداشتند.

بیماریهای جسمی آنها عبارت بودند از : صرع، میگرن، ناراحتیهای کلیوی و مجاری ادراری، هیپاتیت و نارسایی کبدی، زخم معده، کم کاری تیروئید، سرطان پستان، فشار خون بالا و نقص عضو.

تشخیص نهایی : بر اساس معیار تشخیصی DSM IV ، اختلال افسردگی عمده با ۶۳/۸ درصد بیشترین گروه را در بیماران تحت مطالعه تشکیل می داد. اسکیزوفرنیا (۱۶/۳٪) و اختلال شخصیت مرزی (۱۰٪) در رده های بعدی قرار داشتند. کمترین موارد به اختلال دو قطبی (۶/۳٪) و اختلال انطباقی (۳٪) اختصاص داشت (جدول ۴).

جدول ۴ : توزیع فراوانی تشخیص نهایی در بیمارانی که به دلیل داشتن افکار یا اقدام به خودکشی به اتفاقات بیمارستان ابن سینا در طی یک سال از اول شهریور ۷۶ تا آخر مرداد ۷۷ مراجعه کردند.

تشخیص	تعداد	درصد
اختلال افسردگی عمده	۵۱	۶۳/۸
اسکیزوفرنیا	۱۳	۱۶/۳
اختلال شخصیت مرزی	۸	۱۰
اختلال دو قطبی (مرحله افسردگی)	۵	۶/۳
اختلال انطباقی	۳	۳/۸

بحث

مطالعه حاضر نشان می دهد که ۴۳ درصد از مراجعه کنندگان به اتفاقات روانپزشکی بیمارستان ابن سینا نیاز به بستری شدن

هم قید گردیده که اکثر افراد فقط افکار خودکشی با آن روشهای خطرناک را داشته و یا به طریقی اقدام کردند که افراد دیگر مانع از نتیجه نهایی (مرگ) شدند. اما روشهای فوق به طور خواسته یا ناخواسته می توانند عواقب جبران ناپذیری داشته باشند. بنابراین اطلاعات جدول ۲ در امر پیشگیری کمک کننده است.

علت خودکشی : در پژوهش ما ناامیدی به عنوان شایعترین عامل اقدام به خودکشی مطرح گردید و در واقع ناامیدی به عنوان یکی از نشانه های خودکشی (۱۴ و ۱۳) مورد تأکید قرار گرفت. مشکلات و درگیری خانوادگی به عنوان دومین عامل خودکشی در این مطالعه شاید خود معلول ناراحتی روانی بیماران باشد و احتمالاً نشان دهنده ارتباط بین عوامل تشدید کننده حاد و بخصوص استرس بین فردی و مشکلات مزمن با افزایش اقدام به خودکشی است (۴). سومین علت خودکشی در مطالعه ما نامعلوم بود و احتمالاً علت خاصی بجز جلب توجه وجود نداشت. توهمات شنوایی به عنوان چهارمین علت افکار یا اقدام به خودکشی شاید مؤید این نکته باشد که وجود توهمات آمرانه با افزایش خطر خودکشی همراه است (۹). درگیری در محیط کار به عنوان آخرین علت خودکشی در این تحقیق شاید ارتباط بین استرس اخیر زندگی و اقدام به خودکشی (۱۵) را نشان دهد.

سابقه اقدام به خودکشی : نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که ۶۰ نفر (۷۵٪) دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. با توجه به این که شاید افراد رفتارهای خودکشی گذشته خود را عنوان ننمایند، آمار فوق بسیار قابل توجه است.

سابقه بیماری روانی : وجود سابقه بیماری روانی در ۴۸ نفر (۶۰٪) به مانند بسیاری از مطالعات دیگر نشان دهنده ارتباط سابقه بیماری روانی و افزایش خطر خودکشی است.

سابقه بیماری جسمی : وجود سابقه بیماری جسمی در ۲۱ نفر، بخصوص بیماریهایی که اغلب آنها برای خودکشی پرخطر محسوب می شوند، اهمیت ارتباط بیماریهای جسمی و خودکشی را مجدداً یادآوری می نماید.

تشخیص نهایی : نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که اغلب افرادی که به دلیل افکار یا اقدام به خودکشی مراجعه کرده بودند مبتلا به اختلال روانی بودند که این نتیجه احتمالاً به دلیل ویژگی محل مطالعه باشد (محل مطالعه یک مرکز روانپزشکی بود). قبلاً گفته شد از بین ۸۰ مورد مطالعه که به دلیل افکار یا اقدام به خودکشی مراجعه کردند، ۶۰ درصد دارای سابقه اختلال روانی بودند و نباید با آمار فوق که وضعیت افراد مراجعه کننده را در هنگام مراجعه به اتفاقات نشان می دهد، اشتباه گردد. بیشترین

وضعیت تأهل: بالاتر بودن تعداد مجردین در مقابل متأهلین با نتایج پژوهشهای انجام شده در تبریز (۶) و شیراز (۱۱) و بسیاری از مطالعات دیگر (۵ و ۴ و ۷) مطابقت دارد اما کمتر بودن تعداد مطلقه ها و بیوه ها در مطالعه با کمتر بودن طلاق در جامعه ما و نبودن سیستم حمایتی قوی خانوادگی برای ارجاع در دو گروه مطلقه ها و بیوه ها قابل توجیه می باشد.

شغل : از آنجا که شغل غالب زنان در جامعه ما خانه داری است، این موضوع احتمالاً بر روی نتیجه به دست آمده، مؤثر بوده است. بالا بودن میزان بیکاری در بیماران مورد مطالعه با نتایج اکثر بررسیها در این زمینه مطابقت دارد. به علاوه دیگر شغلهای عنوان شده در جدول ۱ از طبقات بالای شغلی محسوب نمی گردند. احتمالاً بیکاری و طبقات پایین شغلی به عنوان عامل استرس اقتصادی در بروز افکار یا اقدام به خودکشی مؤثر می باشند.

تحصیلات : نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که اکثر افراد از تحصیلات بالایی برخوردار نبوده اند و این شاید به دلیل پایین بودن سطح تحصیلات در جامعه باشد. بالا بودن میزان افکار یا اقدام به خودکشی در افراد با تحصیلات کم شاید به دلیل عدم توانایی برخورد با مشکلات زندگی باشد. در مطالعه پورافکاری و همکارانش، بیشتر بودن اقدام به خودکشی در دانش آموزان با سطح تحصیلات راهنمایی و متوسطه، نقش احتمالی عامل سنی مطرح گردیده است (۶).

وضعیت اقتصادی : با توجه به بالا بودن میزان شیوع خودکشی در افراد کم درآمد احتمالاً درآمد پایین به عنوان یک استرس مزمن می تواند در بروز درگیری خانوادگی، ناامیدی، افکار خودکشی و در نهایت اقدام به خودکشی نقش داشته باشد.

محل سکونت : در مطالعه ما ۷۵ نفر (۹۲/۵٪) در مناطق شهری و بقیه در روستاها سکونت داشتند؛ این تفاوت شاید به دلیل بیشتر بودن خودکشی در مناطق شهری (۵) باشد. البته اثبات این موضوع در ایران به دلیل محدودیت اطلاعات از روستاهای کشور (۱) نیاز به بررسی بیشتر دارد.

همچنین بر اساس نتایج این مطالعه فقط یک نفر تنها زندگی می کرد و ۷۹ نفر دیگر با خانواده زندگی می کردند. این تفاوت عمده با توجه به گستردگی خانواده در جامعه ما قابل توضیح می باشد.

وسيله خودکشی : همانند اکثر مطالعات دیگر (۴ - ۶ و ۱۴ - ۱۲) انواع داروها و سمها بیشترین ابزار اقدام به خودکشی می باشند که احتمالاً به دلیل قابل دسترس بودن یا جدی نبودن اقدام به خودکشی می باشد. البته در جدول ۲ روشهای خطرناک

برای پیشگیری باید تحقیقات گسترده تر در این زمینه در کشورمان صورت گیرد تا اطلاعات همه گیری شناسی خودکشی در مناطق مختلف کشور تعیین گردد و راهکارهای هر منطقه مشخص گردد.

بازنگری سیستم بهداشت روانی با آموزش بهورزان در سطوح پایین و پزشکان عمومی و متخصصان در سطوح بالاتر از جمله اقدامات اولیه و ضروری است. در نهایت وجود سیستم ارجاعی مناسب از مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای عمومی به مراکز روانپزشکی، شرط لازم برای مداخله مناسب و به موقع می باشد.

تقدیر نامه

بدین وسیله از پرسنل محترم اتفاقات روانپزشکی بیمارستان ابن سینا بخصوص سرکار خانم حسن نژاد، نجاتی و حبیبی که با ما همکاری لازم را داشتند تشکر می شود. از جناب آقای حاجی احمدی که در تحلیل آماری به ما کمک کردند نیز سپاسگزاری می نمایم.

تشخیص نهایی در مطالعه ما به اختلال افسردگی عمده با ۶۳/۸ درصد اختصاص دارد که به مانند مطالعات دیگر (۵ و ۴ و ۷ و ۱۴) نشان دهنده همراهی زیاد این اختلال با خودکشی است.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر عوامل پرخطر برای خودکشی عبارتند از: جنسیت مذکر، مجرد بودن، جوان بودن، تحصیلات کم، وضعیت اقتصادی نامطلوب، ساکن بودن در شهر، اختلال افسردگی عمده، ناامیدی، داشتن سابقه اقدام به خودکشی، بیماری روانی و جسمی. اگر چه با دانش امروزی حتی در گروه بیماران پرخطر نمی توان خودکشی را پیش بینی کرد (۱۶) اما در هنگام مراجعه افراد پرخطر فوق به اتفاقات روانپزشکی باید راجع به خودکشی سؤال شود و در تجویز دارو به این گروه از بیماران دقت لازم به عمل آید.

پیشنهادها: خودکشی به عنوان یک مشکل سلامت عمومی نیاز به پیشگیری دارد (۱۷).

References:

- عباسی ع، کامکار ع. بررسی عوامل مؤثر در خودکشی در استان کهگیلویه و بویر احمد سالهای ۷۱ - ۱۳۷۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، سال اول، شماره ۴ و ۳، صفحات ۱۵ تا ۱۹، ۱۳۷۵.
- حیدری پهلویان ا. وضعیت روانی، اجتماعی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۲ و ۱، صفحات ۱۹ تا ۲۱، ۱۳۷۶.
- رازی ا، سهرابی ا. بررسی خودکشی در پزشکی قانونی تبریز در سالهای ۶۸-۱۳۶۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره دهم، صفحات ۱۳ تا ۳۰، ۱۳۶۵.
- Kaplan HL, Sadock BJ. Comprehensive Text Book of Psychiatry, 6th ed., Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1995; P: 1739-1752
- Kaplan HL, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, 8th ed., Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1998; P: 864-884
- مالک ا، پورافکاری ن، دستگیری س. بررسی ۱۰۰ مورد خودکشی به طریقه مسمومیت دارویی در تبریز، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۳۷۶، سال سی و یکم، شماره ۳۳، صفحات ۱۰۳ تا ۱۱۴.
- Gelder M, Gath D, Magou R and Cowen PH. Oxford's Text Book of Psychiatry, 3th ed. London, Oxford Co., 1996; P: 414-437
- آزاد ح، انصاری مقدم ا، تحقیقی درباره خودکشی. مجله دارو و درمان، ۱۳۷۲، سال دهم، شماره ۱۱۵، صفحات ۲۱ تا ۲۸.
- Hyman SE. Manual of Psychiatry Emergencies 2th ed., Boston, Little, Brown Co., 1988; P: 16-22
- Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen M. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 1995; 152: 919-922
- Ashkani H, Mojdehi H. Suicide among psychiatric patients in Iran. Iran J Med Sci 1986; 13: 14-18
- Beck AT, Beck R, Kovacs M. Classification of suicidal behaviors: Quantifying intent and medical lethality. Am J Psychiatry 1975; 132: 285-287
- Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorders. Am J Psychiatry 1990; 147, P: 1189-1194
- Paykel E and Rassaby E. Classification of attempted suicide by cluster analysis. Br J Psychiatry 1978; 133: 45-52
- Paykel ES, Prusoff BA, Mygers JK. Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiatry 1975; 32: 327-333
- Goldstein RB, Black DW, Nasrollah A, et al. The prediction of suicide. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 418-422
- Weissman MM, Coun NH. The epidemiology of suicide attempts from 1960 to 1971. Arch Gen Psychiat 1974; 30: 737-746

