

بررسی عوامل خطر اقدام به خودکشی در شهرستان اردبیل در نیمه اول سال ۱۳۸۲

* دکتر پرویز مولوی، دکتر ویدا عباسی رنجبر، دکتر حسین محمدنیا^۲

چکیده

هدف: خودکشی از نظر مفهومی عمل خاتمه دادن عمدی به زندگی خود است به شرط اینکه به میل خود شخص و به دست خود او انجام پذیرد. خودکشی یک معضل عمده در بهداشت و سلامت اجتماعی می باشد و میزان آن در بین افراد ۲۴-۱۵ ساله در حال افزایش است. این مطالعه با هدف شناسایی عوامل خطر و زمینه ساز عمده و اساسی در خودکشی انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش انجام شده یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. واحد آماری در مطالعه حاضر افرادی بوده اند که در نیمسال اول ۱۳۸۲ اقدام به خودکشی کرده و در بیمارستانهای فاطمی و بوعلی شهرستان اردبیل بستری شده اند. حجم نمونه ۲۱۸ مورد بوده و در هر رده سنی و از هر دو جنس بوده است که با روش تمام شماری همگی در مطالعه شرکت داده شدند. مصاحبه بالینی بوسیله پرسشنامه محقق ساخته با بیماران و بستگان درجه اول آنان و آزمون اجرا شده MMPI ابزار تحقیق بوده است. سپس داده های مطالعه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

یافته ها: در پژوهش انجام شده بالاترین موارد اقدام به خودکشی (۶/۶۵ درصد) در رده سنی ۲۴-۱۵ ساله، در جنس مؤنث (۶۱ درصد)، در افراد متأهل (۲۲/۵۳ درصد)، با تحصیلات در حد دبیرستان تادپلم (۷۸/۳۵ درصد) و در طبقه اقتصادی - اجتماعی متوسط (۳۴/۵۷ درصد) بوده است. ۶۱/۴۷ درصد این افراد دچار اختلالات روانپزشکی و ۵۸/۷۲ درصد دچار اختلالات شخصیتی بوده اند. ۴۷/۷۷ درصد این افراد از حمایت اجتماعی مؤثر برخوردار نبوده اند. بیشترین روش به کار رفته جهت اقدام به خودکشی استفاده از داروها و سموم بوده است (۸۳/۹۰ درصد) و بیشترین علت خودکشی اختلاف با همسر (۹۴/۳۳ درصد) گزارش شده است.

نتیجه گیری: این بررسی نشان دهنده فراوانی و ارتباط عوامل خطر مختلفی است که به نحوی در اقدام به خودکشی نقش دارند و شامل شرایط اجتماعی - اقتصادی متوسط، تحصیلات پایین، اواخر نوجوانی و ابتدای جوانی، زن بودن، متأهل بودن، اختلافات خانوادگی بویژه بین زوجین تازه ازدواج کرده و اختلالات روانپزشکی و شخصیتی و دستیابی آسان به داروها و سموم می باشد و با توجه به نیمرخ روانشناختی، این افراد از نظر تفکر دارای سوء ظن و بدبینی، سوء تعبیر محرکها، اشتغال فکری زیاد و میل به گوشه گیری هستند.

کلید واژه ها: خودکشی / اقدام به خودکشی / عوامل خطر / سلامت روانی

- ۱- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- ۲- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- ۳- انترن دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۸/۱۵

* آدرس نویسنده مسئول:

اردبیل، خ امام خمینی (ره)، خ هلال احمر، بیمارستان فاطمی، درمانگاه اعصاب و روان، تلفن: ۰۴۵۱-۲۲۳۹۰۳۳

* E-mail: p.molavi@yahoo.com



مقدمه

خودکشی از زمان آغاز تاریخ بشر وجود داشته است. این رفتار خاص بشر نبوده و در سایر رده‌های جانوری هم وجود دارد. انگیزه‌های خودکشی و تکرار آن متفاوتند. امروزه در جوامع غربی، خودکشی یک مسئله تصادفی و بی اهمیت نیست، بلکه راهی برای گریز از مشکلات یا بحرانی است که باعث رنج و فشار شدید روی فرد شده است. طبق گفته ادوین اشنایدمن، خودکشی با یک نیاز برآورده نشده، احساس ناامیدی و درماندگی، کشمکش بین فردی و استرس غیر قابل تحمل، محدودیت در درک نظرات و اعتقادات و احساس نیاز به فرار همراه می‌باشد و خودکشی کننده با این عمل، علائمی را که بیانگر رنج و فشار اوست به دیگران منتقل می‌کند (۱).

پژوهش‌های فراوانی برای تعیین عوامل خطر خودکشی انجام گرفته است و مدل‌های بسیاری برای تبیین سبب‌شناسی این رفتار ارائه شده است. بسیاری از مدل‌های تبیینی که از حوزه روانپزشکی به بررسی رفتار خودکشی پرداخته‌اند به فراوانی یا شیوع خودکشی، در مبتلایان به افسردگی و دیگر اختلالات روانپزشکی مثل اسکیزوفرنی و نیز اختلالات شخصیتی تأکید کرده‌اند (۴-۱). مدل‌های روانشناسانه اغلب به مشکلات شخصیتی که ریشه آن را باید در جریان رشد جستجو کرد، توجه کرده‌اند. پاره‌ای از یافته‌های تجربی، به رویدادهای تلخ زندگی، وجود سایکوپاتولوژی در خانواده، سبک‌های تربیتی معیوب والدین، بی‌ثباتی خانوادگی، محیط منفی خانوادگی، روابط منفی با همسالان، کمبود عزت نفس، نومیدی و کاستی‌های حل مسئله، به عنوان متغیرهای شناختی تأکید کرده‌اند (۴-۱). لیکن مدل جهان شمول و کلی در مورد عوامل زمینه‌ساز و یا تسریع کننده در دست نداریم. حتی با وجود حضور همه عوامل خطر در یک شخص، نمی‌توان به طور قطعی تعیین کرد که آیا شخص خودکشی خواهد کرد یا خیر؟ از طرف دیگر خرده فرهنگ‌ها به مثابه زمینه اصلی شکل‌دهی باورهای بنیادی، از عوامل تأثیرگذار مهم در رفتار، از جمله خودکشی تلقی می‌شود. همه عوامل خطر ساز در تصادم با خرده فرهنگ‌ها به معجونی تبدیل می‌شوند که هویت جدیدی می‌یابند. بنابراین در سبب‌شناسی خودکشی لازم است به درون مایه‌های فرهنگی - اجتماعی و روانشناختی هر جامعه‌ای توجه کنیم (۱). در پژوهش حاضر سعی شده با در نظر گرفتن عوامل فوق، مهمترین عوامل خطر مؤثر در خودکشی شناسایی تا بتوان راهکارهای مناسبی جهت کاهش این پدیده اجتماعی ارائه کرد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است. جامعه آماری دربرگیرنده

افراد اقدام کننده به خودکشی ناموفق زن و مرد بستری شده در بیمارستانهای فاطمی و بوعلی در شهرستان اردبیل در نیمسال اول ۱۳۸۲ می‌باشد. روش نمونه‌گیری به دلیل محدود بودن جامعه آماری سرشماری کامل بود و تمامی افراد در دسترس که تعداد آنها ۲۱۸ نفر بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون 'MMPI و مصاحبه بالینی استفاده شد. ضرایب اعتبار همزمان آزمون MMPI از ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و ضریب پایایی این آزمون به شیوه آلفای کرونباخ به طور متوسط ۰/۸۲ محاسبه شده است. به منظور جمع‌آوری اطلاعات علاوه بر آزمون MMPI از یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسشنامه از اعتبار صوری لازم برخوردار بوده و اعتبار آن به وسیله دو روانشناس مورد تأیید قرار گرفت، ضمن اینکه دقیقاً از روی پرسشنامه‌های مشابه برای جمع‌آوری اطلاعات که مشابه یک مصاحبه سازمان یافته عمل می‌کند تهیه شده است. ضریب پایایی پرسشنامه محقق ساخته به شیوه باز آزمایی برابر با ۰/۸۹ برآورد گردیده است. مجموع مصاحبه‌ها برای تکمیل پرسشنامه محقق ساخته ۱۷۰ ساعت بوده است و برای تکمیل پرسشنامه MMPI نیز در کل قریب به ۲۰۰ ساعت وقت صرف شده است.

در این پژوهش سه سطح طبقه اقتصادی اجتماعی بالا، متوسط و پایین بر اساس میزان درآمد خانواده تعیین شده است: به طوریکه میزان درآمد ماهیانه کمتر از ۱۵۰۰۰۰۰ ریال در سطح پایین و میزان ۱۵۰۰۰۰۰ تا ۳۵۰۰۰۰۰ ریال در سطح متوسط و بیشتر از ۳۵۰۰۰۰۰ ریال در سطح بالا طبقه بندی شد. حمایت اجتماعی و خانوادگی از طریق سئوالات زیر مورد تحقیق قرار گرفت: آیا از سیستم خانوادگی خود راضی هستید؟ آیا در زندگی شما کسی وجود دارد که مشکلاتتان را با او در میان بگذارد؟ جهت تحلیل داده‌های گردآوری شده، از روش‌های آماری توصیفی و آزمون مجذور خی دو استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس.پی.اس.اس صورت گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر مشخصات فردی آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل نشان می‌دهد که بیشترین رده سنی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، مربوط به افراد ۲۴-۱۵ ساله بوده، بطوریکه از ۲۱۸ فرد اقدام کننده به خودکشی ۶۵/۶۰ درصد (۱۴۳ نفر) در فاصله سنی ۲۴-۱۵ سال قرار داشتند و کمترین تعداد یعنی ۲/۲۹ درصد در رده سنی ۶۴-۵۵ سال بودند.



بنزودیازپین، ۶ نفر بوسیله ارگانوفسفره، ۸ نفر بوسیله داروهای دسته NSAID و ۳ نفر بوسیله داروهای روانگردان اقدام به خودکشی کرده‌اند. از ۲۶ نفر مبتلایان به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ۱۰ نفر بوسیله بنزودیازپین، از ۴۰ مورد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، بیشتر افراد بوسیله ارگانوفسفره و از ۴۲ نفر دارای شخصیت مرزی، بیشتر افراد (۱۲ نفر) بوسیله خودسوزی اقدام به خودکشی کرده‌اند. جدول شماره (۴) در مورد فراوانی علت خودکشی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، نشان می‌دهد که شایع‌ترین علت، اختلاف با همسر بوده و ۳۳/۹۴ درصد علت خودکشی را تشکیل می‌دهد. در این رده‌بندی اختلافات خانوادگی با میزان ۱۷/۴۳ درصد قرار دارد و تنها ۱/۳۸ درصد افراد بعلت اعتیاد اقدام به خودکشی کرده‌اند. بقیه موارد در جدول مذکور ارائه گردیده است.

جدول ۱- فراوانی وقوع خودکشی در طبقات مختلف اقتصادی - اجتماعی

| طبقة اجتماعی اقتصادی | فراوانی | درصد |
|----------------------|---------|-------|
| پایین | ۸۳ | ۳۸/۰۷ |
| متوسط | ۱۲۵ | ۵۷/۳۴ |
| بالا | ۱۰ | ۴/۵۸ |
| کل | ۲۱۸ | ۱۰۰ |

$X^2 = 92/201$ $df = 2$ $Sig./0.05 = 0/000$

جدول ۲- فراوانی اختلالات روانپزشکی در اقدام‌کنندگان به خودکشی

| اختلالات روانپزشکی | فراوانی | درصد |
|-------------------------------------|---------|------|
| افسردگی | ۵۰ | ۲۲/۹ |
| اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک | ۳۴ | ۱۵/۶ |
| اختلال کنترل تکانه | ۲۶ | ۱۱/۹ |
| اختلالات سوماتوفرم | ۲۴ | ۱۱ |
| کل | ۱۳۴ | ۱۰۰ |

$X^2 = 12/507$ $df = 3$ $Sig./0.05 = 0/006$

زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی کرده بودند، بطوریکه از ۲۱۸ مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی، ۶۱ درصد (۱۳۳ نفر) زن و ۳۹ درصد (۸۵ نفر) مرد بوده‌اند. از نظر تحصیلی، ۱۶/۵۲ درصد بیسواد، ۳۵/۷۸ درصد در حد دیپلم و ۳/۶۷ درصد آزمون‌دهندگان در حد بالاتر از دیپلم بودند. مطابق جدول شماره (۱) در مورد فراوانی وقوع خودکشی در طبقات مختلف اجتماعی - اقتصادی، با توجه به نتیجه آزمون مجذور خی مختلف می‌توان نتیجه گرفت که بین سطح اقتصادی - اجتماعی و اقدام به خودکشی رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). جدول شماره (۲) در مورد فراوانی اختلالات روانپزشکی در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، نشان می‌دهد که از بین افراد مورد مطالعه ۲۲/۹ درصد علائم افسردگی، ۱۵/۶ درصد اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانپزشکی، ۱۱/۹ درصد اختلال کنترل تکانه و ۱۱ درصد اختلالات سوماتوفرم داشته‌اند و با توجه به آزمون مجذور خی دو ($X^2 = 12/5$) ارتباط معنی‌داری بین اختلالات روانپزشکی و اقدام به خودکشی وجود داشته است ($P < 0/05$).

در مورد فراوانی وقوع خودکشی در موارد وجود یا عدم وجود حمایت اجتماعی، از بین ۲۱۸ نفر آزمودنی، ۷۴/۷۷ درصد حمایت اجتماعی مؤثری نداشته‌اند و ۲۵/۲۳ درصد حمایت اجتماعی را ذکر می‌کردند و با توجه به آزمون مجذور خی دو ($X^2 = 53/5$) رابطه معنی‌داری بین عدم حمایت اجتماعی و اقدام به خودکشی وجود داشته است ($P < 0/05$). در مورد فراوانی شیوه‌های مختلف اقدام به خودکشی، ۹۰/۸۳ درصد افراد بوسیله سموم و داروها، ۶/۴۲ درصد بوسیله خودسوزی، ۰/۹۲ درصد بوسیله اتصال به جریان برق و ۱/۸۴ درصد بوسیله دارآویختگی و خودزنی اقدام به خودکشی کرده‌اند.

جدول شماره (۳) در مورد فراوانی اختلالات شخصیتی در روش‌های مختلف بکار رفته برای خودکشی نشان می‌دهد که از ۲۰ آزمودنی که اختلال شخصیت وابسته داشته‌اند، ۲ نفر بوسیله داروهای

جدول ۳- فراوانی اختلالات شخصیتی در روش‌های به کار رفته برای خودکشی

| شیوه اقدام به خودکشی | اختلالات شخصیتی | | | | | | |
|----------------------|-----------------|-------------|-------|-----------|---------|--------------------|------------|
| | بنزودیازپین | ارگانوفسفره | NSAID | روانگردان | خودسوزی | اتصال به جریان برق | دارآویختگی |
| وابسته | ۲ | ۶ | ۸ | ۳ | ۱ | - | - |
| ضد اجتماعی | ۱۰ | ۶ | ۶ | ۴ | - | - | - |
| پارانوئید | ۱۰ | ۱۷ | ۱۰ | ۲ | ۱ | - | - |
| مرزی | - | ۱۲ | ۸ | ۸ | ۱۰ | ۲ | ۲ |
| کل | ۲۲ | ۴۱ | ۱۷ | ۳۲ | ۱۲ | ۲ | ۲ |

$X^2 = 46/358$ $df = 18$ $Sig./0.05 = 0/01$ $Phi = 0/602$



در این مطالعه ۶۱/۴۷ درصد اقدام کنندگان به خودکشی دچار اختلالات روانپزشکی بوده‌اند ($P < 0/05$) و شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بین افراد اقدام‌کننده به خودکشی افسردگی بوده است که در ۲۲/۹ درصد آزمودنیها وجود داشته است. در رده‌های بعدی اسپیکروفونی و سایر اختلالات روانپزشکی (۱۵/۶ درصد)، اختلال کنترل تکانه (۱۱/۹ درصد) و اختلالات سوماتوفرم (۱۱ درصد) قرار داشته‌اند. در مطالعه انجام شده توسط مالک و همکارانش در سال ۱۳۷۶، در ۱۷ درصد موارد افسردگی مازور و در ۶ درصد موارد روانپزشکی (سایکوزیس) از نظر بالینی تشخیص داده شده بود (۷). در مطالعه انجام شده توسط پورمند و همکارانش در سال ۱۳۷۵ نیز ۵۲ درصد از آزمودنیها اختلالات خلقی داشته‌اند (۶). در مطالعه انجام شده توسط اکواندو و همکاران نیز شایعترین عامل خودکشی افسردگی ذکر شده است که این نتایج با نتایج تحقیقات قبلی هماهنگ است (۸-۱۱).

این مسئله نشان‌دهنده این موضوع است که شایعترین اختلال روانپزشکی در بین افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، افسردگی می‌باشد. در این مطالعه بیشترین علت اقدام به خودکشی درگیری و اختلاف با همسر (۳۳/۹۴ درصد)، اختلافات خانوادگی (۱۷/۴۳ درصد) و احساس یأس و تنهایی (۱۴/۶۸ درصد) بوده است. در مطالعه انجام شده توسط مالک و همکارانش در سال ۱۳۷۶، شایعترین علت اقدام به خودکشی (۵۴ درصد) اختلافات خانوادگی بوده است (۷). در مطالعه انجام شده توسط حیدری پهلویان و همکارانش در سال ۱۳۷۶، مهمترین دلایل اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی، درگیری با همسر، ناراحتی روانی و بیکاری بوده است (۱۲). در مطالعه انجام شده توسط گروهی و همکاران نیز شایعترین عامل برای خودکشی اختلاف با همسر و تغارضات خانوادگی ذکر شده است (۱۳). درگیری و اختلاف با همسر و اختلاف خانوادگی در بین اقدام کنندگان به عنوان استرسورهای مهم قلمداد شده و بیشترین فراوانی را به ترتیب به خود اختصاص داده‌اند و مؤید این موضوع است که هر چقدر نابسامانی بیشتر باشد، احتمال خودکشی بالاتر است و تأییدکننده دیدگاه آنومیک است (۱۳).

در مطالعه انجام شده توسط طوبائی و همکارانش در سال ۱۳۷۶، شایعترین علت خودکشی در بین مردان اختلافات خانوادگی (۴۴/۱ درصد)، مشکلات عاطفی (۲۹/۴ درصد)، دلایل اقتصادی - اجتماعی (۱۷/۷ درصد) و اختلالات روانپزشکی (۸/۸ درصد) بوده است و در بین زنان اختلافات خانوادگی (۶۸/۳ درصد)، مسائل عاطفی (۱۵/۸ درصد) و اختلالات روانپزشکی (۹/۲ درصد) بوده است (۱۴).

| علل خودکشی | فراوانی | درصد |
|--------------------|---------|-------|
| اختلاف خانوادگی | ۳۸ | ۱۷/۴۳ |
| اختلاف با همسر | ۷۴ | ۳۳/۹۴ |
| مشاجره | ۱۴ | ۶/۴۳ |
| احساس یأس و تنهایی | ۳۲ | ۱۴/۶۸ |
| فقر | ۲۱ | ۹/۶۴ |
| مسائل عاطفی | ۱۳ | ۵/۹۶ |
| بیکاری | ۶ | ۲/۷۵ |
| نگرانی از آینده | ۸ | ۳/۶۷ |
| مشکلات عاطفی | ۴ | ۱/۸۳ |
| اعتیاد | ۳ | ۱/۳۸ |
| افسردگی شدید | ۵ | ۲/۲۹ |
| کل | ۲۱۸ | ۱۰۰ |

به طور کلی هریک از پروتکل‌های آزمون MMPI تجزیه و تحلیل گردید و علاوه بر تفسیر هر یک از این نتایج بصورت انفرادی که از طریق آن انواع بیماریها و اختلالات شخصیتی استخراج شد، سعی گردید تا یک نیمرخ روان شناختی نیز جهت استفاده عام بدست آید که گویای برجستگی مقیاس‌های P و D و بویژه Pa و تظاهرات شبه اختلال مرزی است.

بحث

در مطالعه حاضر زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی کرده بودند. (۶۱ درصد در مقابل ۳۹ درصد) در صورتی که در مطالعه انجام شده در شهر کرمان میزان زنان اقدام‌کننده به خودکشی ۴۶ درصد گزارش شده است (۵).

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی (۵۷/۳۴ درصد) در طبقه اجتماعی - اقتصادی متوسط قرار داشتند و با توجه به نتیجه آزمون معذور خی رابطه معنی‌داری بین اقدام به خودکشی و طبقه اجتماعی و اقتصادی وجود دارد ($P < 0/05$). در مطالعه ای که پورمند و همکارانش در سال ۱۳۷۵ انجام دادند، بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی در طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین قرار داشته‌اند (۶). بالا بودن فراوانی خودکشی در طبقه متوسط اجتماعی - اقتصادی در پژوهش انجام شده، ممکن است ناشی از مشکل در تعیین دقیق عملیاتی سطح اجتماعی - اقتصادی باشد که ناشی از عدم تعریف مشخص طبقه اجتماعی - اقتصادی در جامعه ما می‌باشد.



به طور کلی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که شایعترین عامل اقدام به خودکشی اختلافات خانوادگی می‌باشد. در پژوهش انجام شده، ۷۴/۷۷ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی هیچ حمایت خانوادگی یا اجتماعی نداشته‌اند و با توجه به آزمون مجذور خی رابطه معنی‌داری بین عدم وجود حمایت اجتماعی و اقدام به خودکشی وجود دارد.

از نظر شیوه‌های به کار رفته، ۹۰/۸۳ درصد آزمودنی‌ها در این پژوهش از مصرف مقادیر زیاد دارو یا سموم برای اقدام به خودکشی استفاده کرده‌اند. در مطالعه پورمند و همکارانش در سال ۱۳۷۵ نیز شایعترین روش به کار رفته (۴۰ درصد) استفاده از نوعی دارو بوده است (۶). این یافته‌ها با نتایج حاصل از تحقیق دوسی و همکاران نیز مطابقت دارد (۱۵).

در این پژوهش همچنین فراوانی اختلالات شخصیتی در بین آزمودنی‌ها بررسی شده و بیشترین فراوانی مربوط به اختلال شخصیت مرزی با میزان ۱۹/۲۷ درصد بوده است. اختلال شخصیت پارانویید ۱۸/۳۵ درصد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی ۱۱/۹۳ درصد را در میان آزمودنی‌ها به خود اختصاص داده‌اند. بیشتر افراد با اختلال شخصیت مرزی روش خودسوزی را برای اقدام به خودکشی انتخاب کرده‌اند. بطوریکه از ۴۲ نفر آنها ۱۰ نفر خودسوزی کرده‌اند. مبتلایان به اختلال شخصیت پارانویید بیشتر از دارو و سموم برای اقدام به خودکشی استفاده کرده‌اند و بیشترین ترکیبی که در بین اختلال شخصیتی پارانویید استفاده شده است، ارگانو فسفره بوده است. در واقع بیشترین مصرف ترکیبات ارگانو فسفره در افراد با اختلال شخصیتی پارانویید بوده است و با توجه به میزان همبستگی رابطه معنی‌داری بین اختلال شخصیتی پارانویید و اقدام به خودکشی از طریق

مصرف ارگانو فسفره وجود دارد. فراوانی مصرف انواع داروها بر اساس سطح تحصیلات آزمودنی‌ها نیز بررسی شده و مشخص گردیده است که افراد بیسواد و افراد با تحصیلات در حد ابتدائی، بیشتر از ترکیبات ارگانو فسفره استفاده کرده‌اند و با افزایش تحصیلات مصرف NSAID و داروهای دسته بنزودیازپین افزایش یافته است.

با استفاده از آزمون MMPI می‌توان احتمال خودکشی را پیش‌بینی کرد. طوریکه بالا بودن مقیاس‌های Pa و Sc احتمال خودکشی را مطرح می‌کند و بالا بودن مقیاس‌های Pt و d احتمال خودکشی را مطرح خواهد کرد. در مطالعه حاضر نیز نیمرخ روانشناختی ارائه شده توسط آزمون MMPI نشان می‌دهد که این افراد از نظر تفکر دارای سوء ظن و بدبینی، سوء تعبیر محرک‌ها، اشتغال فکری زیاد و میل به گوشه‌گیری هستند و از ویژگی‌های ناامیدی برخوردار می‌باشند و این منطبق با برافراشته شدن مقیاسه‌های pa، pt، sc، d می‌باشد.

نتیجه‌گیری

این بررسی نشان دهنده فراوانی و ارتباط عوامل خطر مختلفی است که به نحوی در اقدام به خودکشی نقش دارند و شامل شرایط اجتماعی - اقتصادی متوسط، تحصیلات پایین، اواخر نوجوانی و ابتدای جوانی، زن بودن، متأهل بودن، اختلافات خانوادگی بویژه بین زوجین تازه ازدواج کرده و اختلالات روانپزشکی و شخصیتی و دستیابی آسان به داروها و سموم می‌باشد و با توجه به نیمرخ روانشناختی، این افراد از نظر تفکر دارای سوء ظن و بدبینی، سوء تعبیر محرک‌ها، اشتغال فکری زیاد و میل به گوشه‌گیری هستند.

منابع:

- Sadock B, sadock V. Kaplan and sadock s. Synopsis of psychiatry, 2th vo, 9th ed. Lt Williams and wilkins, waschington DC, 911-9Covey. General Psyc
- Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, et al. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1990; 25:193-199
- Suominen K, Henriksson M, Suokas J, et al. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica 1996; 94: 234-240
- Neeleman J, Power MJ. Social support and depression in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29: 46-51
- غفاری، ا. پویا، ف. خودکشی ناموفق در بین بیماران روانپزشکی در کرمان. سال پنجم. ۱۳۷۸. شماره ۱-۲ مجله علوم پزشکی دانشگاه کرمان
- پورمند، د. داوودیان، ل. اقدام به خودکشی در بیماران بخش روانپزشکی. ۱۳۷۵. سال چهاردهم، شماره ۱-۲، مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- مالک، ف. پورافکاری، ن. دستگیری، س. بررسی ۱۰۰ مورد خودکشی به طریق مسمومیت دارویی در تبریز، سال سی و یکم، ۱۳۷۶. شماره ۳۳ مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۱۴-۱۰۳
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of Risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 2001; 56: 617-626
- Tsoi WF, Kua EH. Suicide following parasuicide in Singapore. British Journal of Psychiatry 1987; 151:543-545
- Wai BHK, Heok KE. Parasuicide: a Singapore perspective. Ethnicity and Health 1998; 3: 255-263
- Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1993; 32: 106-113
- حیدری پهلویان، ا. وضعیت روانی - اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان، سال سوم. ۱۳۷۶. شماره ۱-۲. فصلنامه‌اندیشه و رفتار. ۳۱-۱۹
- Groohi B, MacKay A, Barrero SP, Alaghehbandan R. Journal of Crisis Intervention & Suicide 2006; 27(1): 16-21
- طوبائی، ش. لقمائی، ا. یوسفیان، ر. علل خودکشی در بین افراد ۱۵-۳۰ ساله شیراز. سال بیست و چهارم، شماره ۱-۲، مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۹-۱۴ و ۱۳۷۶.
- Deveci a, Taskin EO, Erbay Dundar P, Demet MM, Kaya E, Ozmen E, Dinc G. Prevalence of suicide ideation and attempts in Manisa city centre. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16(3): 170-8