

بررسی سابقه‌ی میزان استفاده از خدمات سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی به روش خودسوزی ارجاع شده به مرکز بیمارستانی سوانح سوختگی شهید مطهری تهران

امیرحسین جلالی ندوشن^۱، کاوه علوی^۱، محمدرضا نجارزادگان^۲، پیام مهربانی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خودکشی، یکی از چالش‌های جدی بشر امروز است. با توجه به این که در کشور ما، مطالعه‌ای مبنی بر بررسی میزان استفاده از خدمات سلامت روان و خودکشی به روش خودسوزی انجام نشده بود، لزوم انجام مطالعه‌ای جهت تعیین سابقه‌ی استفاده از خدمات سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی به روش خودسوزی مفید و منطقی به نظر می‌رسید.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی، از آبان ۱۳۹۲ به مدت یک سال در بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری تهران انجام شد. مراجعینی که طی این مدت با اقدام به خودکشی به روش خودسوزی، به بخش سوانح سوختگی و اورژانس بیمارستان مراجعه نموده بودند، شناسایی و پس از اخذ رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، پرسش‌نامه‌ی دسترسی به خدمات سلامت روان طی یک سال گذشته برای آن‌ها تکمیل شد.

یافته‌ها: متوسط سن افراد شرکت کننده در مطالعه، ۳۱ سال بود. طی یک سال قبل از اقدام به خودسوزی، ۲۷/۵ درصد از افراد مورد بررسی به روان‌پزشک، ۲۰/۰ درصد به روان‌شناس بالینی و در مجموع، ۱۰/۰ درصد، کم به یکی از این دو گروه مراجعه داشتند. شایع‌ترین علل مراجعه‌ی افراد به روان‌پزشک به ترتیب، عبارت از مشکلات خواب، مشکلات خانوادگی، پرخاشگر، مسایل مربوط به اعتیاد، علایم افسردگی و علایم اضطراب بود. همچنین، ۱۲/۵ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه، طی یک سال پیش از اقدام اخیر برای خودسوزی، سابقه بستن روان‌پزشکی داشتند. ۵۷/۵ درصد از افراد بررسی شده، طی یک سال قبل به سایر درمانگران مراجعه کرده بودند و در کل، ۶۲/۵ درصد، دست کم یک درمانگر یا «به دراز» را در اوقات کرده بودند.

نتیجه‌گیری: به دلیل عدم آگاهی افراد اقدام کننده به خودکشی از خدمات سلامت روان و نیز وجود باورهای نادرست در مورد اختلالات روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در این افراد، توصیه می‌شود اطلاع‌رسانی بیشتر در قالب خدمات سلامت روان به صورت جامعه‌نگر انجام شود. این خدمات، در ابعاد مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و آموزشی افراد در معرض اقدام به خودکشی، می‌تواند نقش داشته باشد.

واژگان کلیدی: خودکشی، دسترسی خدمات سلامت روان، خودسوزی، روان‌پزشکی جامعه‌نگر

ارجاع: جلالی ندوشن امیرحسین، علوی کاوه، نجارزادگان محمدرضا، مهربانی پیام. بررسی سابقه‌ی میزان استفاده از خدمات سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی به روش خودسوزی ارجاع شده به مرکز بیمارستانی سوانح سوختگی شهید مطهری تهران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۳۷۴): ۲۰۳-۲۱۳

نیز، خودکشی در جوامع مختلف و در دوره‌های زمانی مختلف، متفاوت بوده است. نشان داده شده است که بیش از ۹۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، حداقل به یک اختلال روانی مبتلا هستند (۲).

بر اساس آمار منتشره در سایت رسمی سازمان بهداشت جهانی (WHO یا World Health Organization)، میزان خودکشی در مردان در کشورهای لیتوانی، بلاروس و روسیه و در میان زنان در

مقدمه

خودکشی، یکی از چالش‌های جدی بشر امروز است. خودکشی، یعنی خاتمه دادن به زندگی خود به دست خویشتن که به صورت یک عارضه با سبب‌شناسی چند عاملی ناشی از برهم‌کنش پیچیده بین مسایل روانی، زیست‌شناسی و اجتماعی است (۱). اقدام به خودکشی، با روش‌های متفاوتی صورت می‌گیرد. شیوع روش‌های مختلف اقدام به خودکشی و

۱- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- دستیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: پیام مهربانی

که در شهرستان نهند زان دو برابر مردان اقدام به خودکشی کامل داشتند (۱۱). نتایج مطالعه‌ی شاکری و همکاران بر روی زنان اقدام کننده به خودکشی، نشان داد که زنان جوان‌تر، روش‌های کشنده‌تری را برای خودکشی به کار می‌برند و اقدام به خودسوزی در زنان مطلقه و بیوه، به طور معنی‌داری بیشتر از زنان متأهل یا ازدواج نکرده است. بر اساس این مطالعه، شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در زنان اقدام کننده به خودکشی، اختلال انطباقی با شیوع ۴۰/۸ درصد بوده است (۱۲).

مقایسه‌ی نتایج مطالعات جدیدتر با مطالعات گذشته، نشان می‌دهد که با وجود کاهش میانگین سنی افراد اقدام کننده به خودکشی در سال‌های اخیر، خودسوزی همچنان در زنان شایع‌تر می‌باشد (۱۰). بنا بر این، به نظر می‌رسد روش مورد استفاده برای خودکشی و همچنین اقدام به خودکشی، به شرایط محیطی و اجتماعی، فرهنگی و جنسیت فرد مرتبط است. دسترسی به خدمات بهداشتی، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در کاهش میزان بروز خودکشی باشد. از آن جایی که در کشور ما مطالعه‌ی مبنی بر بررسی میزان استفاده از خدمات سلامت روان و خودکشی به روش خودسوزی با ابزارهای شناخته شده‌ی استاندارد در افراد اقدام کننده به خودکشی (به ویژه خودسوزی) انجام نشده بود، لزوم انجام مطالعه‌ی جهت تعیین سابقه‌ی استفاده از خدمات سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی به روش خودسوزی مفید و منطقی به نظر می‌رسید.

روش‌ها

این مطالعه بر نوع توصیفی و مقطعی بود که از آبان ماه ۱۳۹۲ به مدت یک سال در بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. در این مطالعه، تمامی مراجعین اقدام کننده به خودکشی، روش خودسوزی که طی مدت پیش‌گفته به بیمارستان شهید مطهری رجوع شده بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند، مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند.

برای هر یک از ۴۰ فرد مورد مطالعه، روش انجام طرح توضیح داده شد و در صورت موافقت و امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی، برای هر فرد پرسش‌نامه تکمیل گردید. مصاحبه با بیمار پس از پایدار شدن شرایط جسمی بیمار و برقرار شدن توان پاسخگویی به سؤالات توسط وی صورت گرفت. در صورتی که بیمار در شرایط جسمی و هوشیاری مناسبی نبود، این کار به زمان دیگری موکول می‌شد تا بیمار شرایط بهتری داشته باشد. در غیر این صورت، بیمار وارد مطالعه نمی‌شد. سپس، برای هر بیمار، جهت بررسی اختلال محور یک یا محور دو، مصاحبه‌ی بالینی توسط دستیار مسؤول اجرای طرح با استفاده از پرسش‌نامه‌ی SCID for DSM Structured Clinical Interview for the Diagnostic and)

کشورهای سریلانکا، کره‌ی جنوبی و چین بیشترین مقدار را دارد (۳). در کشور ما، بر اساس مطالعه‌های انجام شده توسط افراد و منابع منتشر کننده‌ی این آمار، میزان خودکشی در زنان و مردان متفاوت است. آمار منتشره توسط WHO تا سال ۱۹۹۱ میزان خودکشی در مردان ۰/۳ در ۱۰۰۰۰۰ و در زنان ۰/۱ گزارش شده است (۳).

بر اساس تحقیق مرادی و خادمی، میزان خودکشی در مردان ۵/۷ و در زنان ۳/۱ در ۱۰۰۰۰۰ برآورد می‌شود (۴). در مطالعه‌ی پیش‌گفته که بر اساس آمارهای سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۸۱ انجام شده است، شایع‌ترین روش خودکشی در مردان، حلق‌آویز کردن و در زنان، خودسوزی بوده است. طبق این مطالعه، بیشترین موارد خودکشی مردان در استان‌های همدان، لرستان و ایلام و بیشترین موارد خودکشی زنان در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان دیده می‌شود. در این مطالعه، مشخص شده است که ۷۵/۶ درصد خودکشی‌ها در ایلام و ۱۰/۵ درصد خودکشی‌های زنان در کرمانشاه به شیوه‌ی خودسوزی بوده است. شایع‌ترین روش خودکشی در این مطالعه انجام شده توسط همکاران در بیرجند، خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی در زنان و چوب‌خوردن و روش پس از حلق‌آویز کردن، قرص خوردن و سلاح گرم در مردان بوده است (۵). در بررسی دیگری توسط یاسمی و همکاران در کرمان، شایع‌ترین روش خودکشی خوردن سم، حلق‌آویز کردن و سپس خودسوزی مسکن‌ها بوده است (۶). احمدی و همکاران در مطالعه‌ی طی ۶ سال در شهرستان اسلام‌آباد غرب، ۲۲۸۰ مورد «اقدام به خودکشی» را بررسی و مشاهده نمودند که نزدیک به ۱۰ درصد اقدام کنندگان، از روش خودسوزی استفاده کرده بودند (۷).

نتایج پژوهش‌های انجام شده در ایران، نشان داده است که در سال‌های اخیر، افزایش بروز خودکشی در بالغین جوان در ایران وجود داشته است (۸-۹).

در مطالعه‌ی صابری ظفرقندی و همکاران، از مجموع ۵۳۱۰۰ خودکشی در طی مدت ۶ سال (اقدام به خودکشی یا خودکشی کامل) در سراسر ایران، ۵۵ درصد اقدام کنندگان، زنان بودند. میانگین سنی افراد، ۲۵/۲ سال بود و ۷۷/۱ درصد در گروه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند. بیشتر موارد خودکشی در افراد مجرد صورت گرفته بود و مصرف مواد (۷۳/۰ درصد) و مسمومیت (۱۰/۶ درصد) شایع‌ترین روش‌های خودکشی بودند. نتایج این مطالعه نشان داد که خودسوزی در زنان شایع‌تر از مردان بوده است (۵/۸ درصد) و حلق‌آویز کردن (۴/۵ درصد)، بریدن رگ (۲/۸ درصد) و استفاده از سلاح گرم (۰/۵ درصد) در مردان با شیوع بیشتری همراه بوده است (۱۰).

در مطالعه‌ی ملکوتی و همکاران در نهند زان و ساوجبلاغ، میزان خودکشی کامل به ترتیب ۱۶/۰ و ۱/۶ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر به دست آمد.

(جدول ۲). ۴ نفر در این مدت، هم به روان‌پزشک و هم به روان‌شناس مراجعه کرده بودند. به عبارت دیگر، ۱۵ نفر (۳۷ درصد) دست کم به یکی از این دو گروه رجوع کرده بودند. تنها ۴ نفر طی ۶ ماه قبل از اقدامشان، به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه داشتند.

جدول ۱. مشخصات زمینه‌ای افراد مورد بررسی

متغیر	زیر گروه	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۲۰ (۵۰/۰)
	زن	۲۰ (۵۰/۰)
محل سکونت	شهر	۳۷ (۹۲/۵)
	روستا	۳ (۷/۵)
وضعیت ازدواج	متاهل	۲۵ (۶۲/۵)
	مجرد	۱۱ (۲۷/۵)
داشتن فرزند*	طلاق گرفته	۴ (۱۰/۰)
	بله	۳۴ (۶۰/۰)
وضعیت محل سکونت	منزل شخصی	۲۱ (۵۲/۵)
	منزل استیجاری	۱۹ (۴۷/۵)
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۲ (۵۵/۰)
	خانه‌دار	۱۲ (۳۰/۰)
تحصیلات	بازنشسته یا از کار افتاده	۳ (۷/۵)
	دانشجو یا دانش آموز	۲ (۵/۰)
سایر موارد	سایر موارد	۱ (۲/۵)
	بی‌سواد	۵ (۱۲/۵)
زیر دیپلم	زیر دیپلم	۱۱ (۲۷/۵)
	دیپلم	۱۷ (۴۲/۵)
دانشگاهی	دانشگاهی	۷ (۱۷/۵)

*میانگین ۱، محاسبه شده است.

مراجعه به سایر افراد

۲۳ نفر (۵۷/۵ درصد) از افراد رسیده، طی یک سال قبل برای مشکلات روان‌پزشکی یا مسایلی مرتبط با سلامت روان یا مصرف سیگار، الکل یا سایر مواد، به طور سرپایی به سایر درمانگران مراجعه کرده بودند. از این افراد، ۱۳ نفر به روان‌پزشک و/یا روان‌شناس بالینی هم مراجعه کرده بودند. در کل، ۲۵ نفر (۶۲/۵ درصد) دست کم یک درمانگر یا شبه درمانگر را ملاقات کرده بودند. سایر درمانگرانی که توسط افراد مورد بررسی انتخاب شده بودند، عبارت از سایر متخصصان پزشکی (۱۰ مورد)، پزشک عمومی (۵ مورد)، مشاور (۵ مورد)، دکانویس (۳ مورد)، بهورز (۳ مورد)، درمانگر هومیوپاتی (۲ مورد)، عطار یا دکتر گیاهی (۲ مورد)، متخصص طب سوزنی (۱ مورد)، روحانی (۱ مورد)، انرژی‌درمانگر (۱ مورد)، درمانگر یوگا یا مدیتیشن (۱ مورد)، هیپنوتراپیست (۱ مورد)، احضار کننده‌ی ارواح (۱ مورد) و سایر موارد مشخص نشده (۱ مورد) بودند.

(Statistical Manual of Mental Disorders) صورت گرفت و اختلال محور بیمار تعیین و ثبت می‌گردید.

معیارهای ورود به مطالعه، شامل ایرانی بودن، داشتن شرایط جسمی مناسب برای پاسخ‌دهی به سؤالات و پرسش‌نامه‌ها، داشتن همراه مطلع برای تکمیل اطلاعات، رضایت فرد برای شرکت در مطالعه، داشتن سلامت روان در حدی که فرد قادر باشد سؤالات را درک کند (مانند نداشتن سایکوز یا دلیریوم) بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم امکان دسترسی به خانواده‌ی بیمار و عدم همکاری فرد برای تکمیل اطلاعات بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که پس از تأیید روایی و پایایی پرسش‌نامه، افراد مورد مطالعه با مصاحبه‌ی حضوری بررسی شدند. روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته با استفاده از نظرخواهی از ۱۰ استاد روان‌پزشکی مطلع و آمار تحلیلی با استفاده از تعیین Cronbach's alpha به دست آمد. دستیار روان‌پزشکی پرسش‌نامه‌ی Structured clinical interview for DSM-I (SCID-I) را طی مصاحبه با بیمار تکمیل نمود و با بررسی پرسش‌نامه‌ی SCID-I، تشخیص محور I اختلال روان‌پزشکی آزمودنی‌ها انجام شد. مصاحبه‌ی انجام شده به صورت مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختار یافته‌ی تشخیصی بر اساس Diagnostic and statistical manual of mental disorders-Fifth edition-Text revision (DSM-IV-TR) بود که گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به اختلالات محور I را مورد سنجش قرار می‌داد. در بسیاری از مطالعات بین‌المللی، از SCID-I استفاده و پایایی و اعتبار نسخه‌ی فارسی آن تأیید و ثبت شده است (۱۳).

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل شد. آمارهای توصیفی شامل فراوانی درصد، فراوانی میانگین، انحراف معیار، میانه و دامنه‌ی تغییرات بر حسب مورد بررسی گردید. برای مقایسه‌ی داده‌های کیفی بین گروه‌ها، از آزمون χ^2 و برای مقایسه‌ی داده‌های کمی از آزمون t یا معادل غیر پارامتریک آن استفاده شد. خطای نوع اول معادل ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این بررسی، ۴۰ فرد شرکت کردند. میانگین \pm انحراف معیار سن این افراد، $13/2 \pm 33/7$ سال با محدوده‌ی ۸۶-۱۳ سال و میانه‌ی ۳۰ سال بود. سایر مشخصات زمینه‌ای این افراد، در جدول ۱ آمده است.

مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی

از بین افراد مورد بررسی ۱۱ نفر (۲۷/۵ درصد) طی یک سال قبل از اقدام به خودسوزی به روان‌پزشک مراجعه کرده بودند (جدول ۲). همچنین، ۸ نفر (۲۰/۰ درصد) طی یک سال قبل با روان‌شناس بالینی ملاقات داشتند.

جدول ۲. نحوه و زمان مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی طی یک سال پیش از اقدام به خودسوزی

متغیر	تعداد افراد
نحوه و زمان مراجعه به روان‌پزشک (در بین ۱۱ نفر)	دفعات
	یک بار
	دو بار
	سه بار
	چهار بار
	بدون جواب
	زمان آخرین مراجعه
	طی یک ماه قبل
	۱-۶ ماه قبل
	۶-۱۲ ماه قبل
نحوه و زمان مراجعه به روان‌شناس بالینی (در بین ۷ نفر)	محل مراجعه
	مطب خصوصی
	درمانگاه دولتی
	بیمارستان خصوصی
	دفعات
	یک بار
	دو بار
	سه بار
	بیشتر از ۳ بار (۸ تا ۳۰ بار)
	زمان آخرین مراجعه
طی یک ماه قبل	
۱-۶ ماه قبل	
۶-۱۲ ماه قبل	
محل مراجعه	
«نمی‌دانم»	
مطب خصوصی	
درمانگاه خصوصی	

سوی دره گران مطرح شده است (جدول ۳). این تشخیص‌ها در ۸ ماه توسط روان‌پزشک، در ۲ مورد توسط روان‌شناس بالینی و در یک مورد توسط سایر متخصصان مطرح شده بود و در ۶ مورد تخصص‌های غیرتخصصی تشخیص‌کننده‌ی تشخیص‌های بالینی نامعلوم بود. همچنین، ۱۱ نفر (۱۰۰٪) در ۱۱ (۱۰۰٪) اظهار کرده بودند که در یک سال گذشته، از انواع داروهای روان‌پزشکی استفاده کرده بودند (جدول ۳).

سابقه‌ی خانوادگی

۱۰ نفر (۲۵ درصد) سابقه‌ی اختلالات روان‌پزشکی را در بستگان نزدیک خود ذکر کرده بودند که شامل ۱ پدر، ۶ مادر، ۵ خواهر یا برادر و ۲ عمو، عمه، خاله یا دایی بود.

سابقه‌ی خودکشی

۱۴ نفر (۳۵ درصد) از افراد بررسی شده پیش از این اقدام هم سابقه‌ی اقدام به خودکشی داشتند. از این میان، ۱ نفر یک بار، ۴ نفر دو بار و ۶ نفر بیش از دو بار (۳-۸ بار) اقدام به خودکشی کرده بودند و تعداد دفعات اقدام به خودکشی در ۲ نفر مشخص نشد. فاصله‌ی زمانی از اولین اقدام به خودکشی تا اقدام اخیر، بین ۲۳ سال تا چند ماه با میانگین ۵ سال بود. ۶ نفر ظرف ۲ سال گذشته، ۲ نفر بین ۲ تا ۵ سال گذشته و ۶ نفر پیشتر از ۵ سال گذشته اولین بار اقدام به خودکشی کرده بودند.

مشکلات روان‌پزشکی

در بین ۲۵ نفری که دست کم به یک درمانگر مراجعه کرده بودند، شایع‌ترین علل مراجعه، به ترتیب عبارت از مشکلات خواب، مشکلات خانوادگی، پرخاشگری، مسایل مرتبط با اعتیاد، علایم افسردگی و علایم اضطراب بود (جدول ۳). از سوی دیگر، جدول ۳ نشان می‌دهد این افراد از دید اطرافیانشان دچار چه مشکلات روان‌پزشکی هستند.

بستری روان‌پزشکی

۵ نفر (۱۲/۵ درصد) طی یک سال پیش از اقدام اخیر برای خودسوزی، سابقه‌ی بستری روان‌پزشکی داشتند که از میان آن‌ها، دو نفر سابقه‌ی یک بار بستری و ۳ نفر سابقه‌ی دو بار بستری روان‌پزشکی را ذکر کرده بودند.

اختلال روان‌پزشکی

۱۰ نفر (۲۵ درصد) از افراد مورد بررسی معتقد بودند که دچار اختلالات روان‌پزشکی هستند و ۶ نفر (۱۵ درصد) هم پاسخ «نمی‌دانم» را انتخاب کرده بودند. از این ۱۰ نفر، تنها ۵ نفر عنوان کرده بودند که نام بیماری خود را می‌دانند، اما ۱۷ نفر (۴۲/۵ درصد) از افراد اظهار کردند که ابتلای آن‌ها به اختلالات روان‌پزشکی از

جدول ۳. داده‌های مربوط به مشکلات زمینه‌ای روان‌پزشکی و علل مراجعه طی یک سال پیش از اقدام به خودسوزی

متغیر	زیر گروه	تعداد (درصد)
علل مراجعه به درمانگران مختلف (در بین ۲۵ نفر)	مشکلات خواب	۱۸ (۷۲/۰)
	مشکلات خانوادگی	۱۷ (۶۸/۰)
	پرخاشگری	۱۵ (۶۰/۰)
	اعتیاد یا مصرف سیگار، الکل یا سایر مواد	۱۵ (۶۰/۰)
	علایم افسردگی	۱۳ (۵۲/۰)
	علایم اضطرابی	۱۲ (۴۸/۰)
	مشکلات سایر اعضای خانواده با هم	۴ (۱۶/۰)
	وسواس	۳ (۱۲/۰)
	سر درد یا سایر دردهای بدنی منسوب به مشکلات روان‌پزشکی	۳ (۱۲/۰)
	مشکلات زناشویی	۳ (۱۲/۰)
	مشکلات اعتیاد یا مصرف الکل و مواد در اعضای خانواده	۲ (۸/۰)
	اختلالات روان‌پزشکی اعضای خانواده	۴ (۱۶/۰)
	سایر مواد (مشخص نشده)	۲ (۸/۰)
	پرخاشگری	۲۴ (۶۰/۰)
	مشکلات خانوادگی	۲۴ (۶۰/۰)
	مشکلات خواب	۲۳ (۵۷/۵)
	علایم افسردگی	۲۱ (۵۲/۵)
	اعتیاد یا مصرف سیگار، الکل یا سایر مواد	۲۱ (۵۲/۵)
	مشکلات اعتیاد یا مصرف الکل و مواد در اعضای خانواده	۲۰ (۵۰/۵)
	سر درد یا سایر دردهای بدنی منسوب به مشکلات روان‌پزشکی	۱۷ (۴۲/۵)
	مشکلات سایر اعضای خانواده با هم	۱۷ (۴۲/۵)
	علایم اضطرابی	۱۶ (۴۰/۰)
	مشکلات زناشویی	۱۵ (۳۷/۵)
	اختلالات روان‌پزشکی اعضای خانواده	۱۲ (۳۰/۰)
	وسواس	۶ (۱۵/۰)
مشکلات تنگی نفس و تنگی سینه	۵ (۱۲/۵)	
انواع اختلالات روان‌پزشکی مطرح شده توسط درمانگران (برخی افراد بیش از یک تشخیص داشتند)	افسردگی	۶ (۱۵/۰) ابتلای قطعی
	اختلالات سایکوتیک	۲ (۵/۰) ابتلای مشکوک
		-
		۳ (۷/۵) ابتلای مشکوک
	وسواس	۳ (۷/۵) ابتلای قطعی
		-
	اضطراب فراگیر	۹ (۲۲/۵) ابتلای قطعی
		۱ (۲/۵) ابتلای مشکوک
	اختلال پانیک	۱ (۲/۵) ابتلای قطعی
		۱ (۲/۵) ابتلای مشکوک
	اختلالات مصرف مواد، به جز سیگار	۷ (۱۷/۵) ابتلای قطعی
		-
۱ (۲/۵) ابتلای مشکوک		
اختلالات شخصیت	-	
	-	
	۹ (۲۲/۵) مصرف قطعی	
بنزودیازپین‌ها	۲ (۵/۰) مصرف مشکوک	
	-	
	۳ (۷/۵) مصرف قطعی	
انواع داروهای روان‌پزشکی مورد مصرف (برخی افراد بیش از یک دارو را مصرف می‌کردند)	مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) یا (Selective serotonin re-uptake inhibitors)	-
	مصرف مشکوک	-

جدول ۳. داده‌های مربوط به مشکلات زمینه‌ای روان‌پزشکی و علل مراجعه طی یک سال پیش از اقدام به خودسوزی (ادامه)

متغیر	زیر گروه	تعداد (درصد)
آنتی‌سایکوتیک‌های غیر معمولی	مصرف قطعی	۲ (۵/۰)
	مصرف مشکوک	-
مسدود کننده‌های گیرنده‌ی β	مصرف قطعی	-
	مصرف مشکوک	۲ (۵/۰)
زولپیدم	مصرف قطعی	۲ (۵/۰)
	مصرف مشکوک	-
آنتی‌سایکوتیک‌های معمولی	مصرف قطعی	۱ (۲/۵)
	مصرف مشکوک	-
لیتیم	مصرف قطعی	۱ (۲/۵)
	مصرف مشکوک	-
کاربامازپین	مصرف قطعی	۱ (۲/۵)
	مصرف مشکوک	-
سایر ضد تشنج‌ها (غیر از کاربامازپین و والپروات)	مصرف قطعی	۱ (۲/۵)
	مصرف مشکوک	-
سایر موارد	مصرف قطعی	۲ (۵/۰)
	مصرف مشکوک	-

بیمه‌ی درمانی

مسلح و یک مورد بیمه‌ی روستایی بود.

نگرش سنجی

۳۰ نفر (۷۵ درصد) از شرکت کنندگان بیمه‌ی درمانی داشتند که شامل ۱۵ مورد بیمه‌ی خدمات درمانی، ۱۲ مورد بیمه‌ی سازه‌ان تابان، یک مورد بیمه‌ی اجتماعی، یک مورد بیمه‌ی بانک‌ها، یک مورد بیمه‌ی درمانی نیرومندی و یک مورد بیمه‌ی درمانی روستایی بود.

جدول ۴. نگرش و مشکلات افراد مورد مطالعه درباره مراجعات روان‌پزشکی

متغیر	گزینه‌ها	مخالف (خیر)		بی‌نظر	موافق (بله)
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
نگرش افراد مورد بررسی درباره مراجعات روان‌پزشکی	از مراجعه به روان‌پزشک می‌ترسم.	۳۵ (۷/۵)	۲ (۵/۰)	۳ (۷/۵)	
	از مراجعه به روان‌پزشک خجالت می‌کنم.	۲۰ (۷/۰)	۶ (۱۵/۰)	۴ (۱۰/۰)	
	بیماری‌های اعصاب و روان درمان ندارند.	۱ (۶/۰)	۱۱ (۲۷/۰)	۵ (۱۲/۵)	
مشکلات منجر به عدم مراجعه‌ی موارد به مشاور یا درمانگران	داروهای اعصاب و روان برای بدن مضرند.	۱۷ (۴۲/۵)	۵ (۱۲/۵)	۱۸ (۴۵/۰)	
	مردم کسی را که داروی اعصاب می‌خورد، دیوانه یا ضعیف می‌دانند.	۷ (۱۷/۵)	۴ (۱۰/۰)	۲۹ (۷۲/۵)	
	این مشکل مرا خیلی نگران نکرد.	۶ (۱۵/۰)	۱ (۲/۵)	۳۳ (۸۲/۵)	
فکر نمی‌کردم درمان مؤثر باشد.	فکر می‌کردم مشکل من قابل حل نباشد.	۱۷ (۴۲/۵)	۲ (۵/۰)	۲۱ (۵۲/۵)	
	فکر می‌کردم مشکل من قابل حل نباشد.	۲۴ (۶۰/۰)	۱ (۲/۵)	۱۵ (۳۷/۵)	
	فکر می‌کردم مشکل خود به خود بهتر می‌شود.	۱۶ (۴۰/۰)	-	۲۴ (۶۰/۰)	
فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۲۲ (۵۵/۰)	-	۱۸ (۴۵/۰)	
	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۲۲ (۵۵/۰)	۱ (۲/۵)	۱۷ (۴۲/۵)	
	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۲۷ (۶۷/۵)	-	۱۳ (۳۲/۵)	
فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۱۹ (۴۷/۵)	-	۲۱ (۵۲/۵)	
	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۲۱ (۵۲/۵)	-	۱۹ (۴۷/۵)	
	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۲۴ (۶۰/۰)	-	۱۶ (۴۰/۰)	
فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۱۱ (۲۷/۵)	-	۲۹ (۷۲/۵)	
	فکر نمی‌کردم باید به کجا یا چه کسی مراجعه کنم.	۱۱ (۲۷/۵)	-	۲۹ (۷۲/۵)	

ارتباط خصوصیات جمعیت‌شناختی و مراجعه به کارشناسان

بهداشت روان

دو گروه روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی، به عنوان کارشناسان بهداشت روان در نظر گرفته شدند. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و مراجعه به این افراد، ادغام در زیر گروه‌ها به این صورت انجام شد؛ سن افراد به سه زیر گروه زیر ۲۰ سال، ۲۰-۴۹ سال و بالای ۴۹ سال تقسیم شد. شغل افراد به سه دسته‌ی شاغل (انواع مشاغل و نیز دانشجوی یا دانش‌آموز)، خانه‌دار و سایر موارد (بی‌کار، بازنشسته، از کار افتاده و سرباز) تقسیم شد. تحصیلات نیز در سه گروه بی‌سواد/زیر دیپلم، دیپلم و دانشگاهی قرار گرفت. وضعیت تأهل به سه دسته‌ی مجرد، طلاق گرفته و متأهل تقسیم شد. همچنین، متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی خودکشی، وضعیت شهرنشینی، وضعیت اقامت و داشتن فرزند نیز مورد توجه قرار گرفت. رگرسیون لجستیک چند اسمی، نشان داد که هیچ کدام از عوامل پیش گفته، با مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌پزشک/روان‌شناس بالینی ارتباط معناداری نداشت ($P = 0/120$).

مصاحبه‌ی بالینی

بر اساس مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختار یافته سابق (SCID) DSM-IV، اختلالات خلقی، اضطرابی و شخصیت کلاستر B، ۲۲ نفر (۵۵ درصد) دچار اختلالات روان‌پزشکی بودند. اختلالات محور ۱ شامل اختلال افسردگی شدید (۱۱ مورد، ۲۷/۵ درصد)، اختلال دو قطبی نوع ۱ (۲ مورد، ۵ درصد)، اختلال دو قطبی نوع ۲ (یک مورد، ۲/۵ درصد)، اختلال اضطراب منتشر (۲ مورد، ۲/۵ درصد)، اختلال استرس پس از سانحه (۲ مورد، ۲/۵ درصد)، اختلال وسواسی-جبری (۱ مورد، ۲/۵ درصد) و اختلال پانیک (۱ مورد، ۲/۵ درصد) بودند. اختلالات شخصیت کلاستر B هم شامل ۴ مورد اختلال شخصیت مرزی (۱۰ درصد) و ۵ مورد اختلال شخصیت نمایشی (۱۲/۵ درصد) بود.

بحث

هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، تعیین میزان استفاده از خدمات سلامت روان در اقدام کنندگان به خودکشی به روش خودسوزی که از آبان ماه ۱۳۹۲ تا آبان ماه ۱۳۹۳ به بیمارستان سوانح سوختگی شهید مطهری تهران مراجعه کرده بودند به مدت یک سال گذشته بود. خدمات سلامت روان، مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس یا مشاور در طول یک سال گذشته را شامل می‌شد که بر اساس گفته‌ی بیمار و یا تعداد برگه‌های استفاده شده از دفترچه‌ی بیمه یا مصرف داورهای روان‌پزشکی در طول یک سال گذشته بر اساس اظهارات بیمار و یا همراهان نزدیک و مطلع او مشخص می‌گردید.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که طی یک سال قبل از اقدام به خودسوزی، بیش از یک سوم افراد دست کم به یک روان‌شناس یا روان‌پزشک مراجعه کرده بودند. با این وجود، تنها ۴ نفر طی ۶ ماه قبل از اقدامشان به روان‌پزشک یا روان‌شناس مراجعه داشتند. در یک مطالعه‌ی تحلیلی منطقه‌ای که در کشور اتریش انجام شد (۱۴)، این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که «آیا در دسترس بودن حرفه‌ای ارابه‌ی خدمات سلامت روان در یک منطقه‌ی جغرافیایی خاص، می‌تواند با نرخ خودکشی در آن منطقه ارتباط داشته باشد؟». نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل اجتماعی و اقتصادی با تراکم روان‌پزشکان و روان‌شناسان ارتباط داشت؛ به طوری که در مناطقی که سطح درآمد افراد بالاتر از متوسط بود، تراکم جمعیت روان‌پزشکان و روان‌شناسان و دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان بیشتر بود. همچنین، از میان آرایه کنندگان خدمات سلامت روان، تنها نسبت تعداد روان‌شناسان به جمعیت (تعداد به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت) اثر معنی‌داری بر میزان خودکشی داشت. با این حال، وقتی این شاخص با در نظر گرفتن عوامل اقتصادی و اجتماعی (از جمله سکونت در شهر و درآمد متوسط) مورد تحلیل مجدد قرار گرفت، مشاهده شد که این شاخص نیز ارتباط معنی‌داری با میزان خودکشی در آن منطقه نخواهد داشت (۱۴).

در نهایت، در مطالعه‌ی اتریش، این نتیجه حاصل گردید که در دسترس بودن آرایه دهندگان خدمات سلامت روان تخصصی از جمله روان‌پزشکان و روان‌شناسان، ارتباط مستقیم با سطح اجتماعی و اقتصادی داشته دارد و به نظر می‌رسد این عوامل نسبت به در دسترس بودن سایر خدمات، پیش‌بینی کننده‌ی قوی‌تری از نرخ خودکشی باشد (۱۴).

نکته‌ی قابل توجه در مطالعه اتریش، توزیع یکنواخت پزشکان عمومی در مناطق مختلف شهر و روستایی به دلیل قوانین بیمه‌ای در آن کشور بود؛ به این دلیل، دسترسی به پزشکان عمومی، نقش مؤثری در نرخ خودکشی منطقه‌ای داشت. از طرف دیگر، در کشور اتریش ۷۹-۷۷ درصد از داروهای روان‌پزشکی توسط پزشکان عمومی تجویز می‌شود که این خود از نقش مهم و اساسی آن‌ها در ارابه‌ی خدمات سلامت روان حکایت دارد (۱۵).

دسترسی به خدمات سلامت روان در سایر کشورهای اروپایی نظیر ایتالیا و اسپانیا نیز از وضعیت مشابهی برخوردار می‌باشد؛ به طوری که در این کشورها، پزشکان عمومی به عنوان اصلی‌ترین آرایه کنندگان خدمات سلامت روان محسوب می‌گردند (۱۶).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که ۷۵ درصد موارد، بیمه‌ی درمانی داشتند که این در مقایسه با مطالعه‌ی اتریش (۱۴) در نگاه اول، نشان می‌دهد که وضعیت پوشش بیمه در کشور ما از وضعیت به

محدودیت توسط دیگران، عدم کارایی مناسب این مرکز در مراجعات اولیه و مددجویان و عدم حضور پرسنل آموزش دیده باشد.

از سوی دیگر، در مطالعه‌ی Kapusta و همکاران (۱۹) دو عامل از نظر رایجی خدمات سلامت روان در کاهش خودکشی مؤثر شناخته شد که یکی، افزایش فراگیر و قابل توجه تجویز داروهای ضد افسردگی به ویژه از زمان معرفی داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI یا Selective serotonin re-uptake inhibitors) و دیگری، افزایش هم‌زمان در تراکم روان‌شناسان و افزایش نسبت تعداد روان‌شناسان به کل جمعیت می‌باشد. هر دوی این موارد، کاهش کلی در میزان خودکشی و افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان را به همراه دارد.

در مطالعات قبلی صورت گرفته به منظور افزایش دسترسی عموم به خدمات سلامت روان در جهت کاهش بروز خودکشی، راه‌کارهایی پیشنهاد شده است. Pirkola و همکاران (۲۰) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که درمان سرپایی مبتنی بر روان‌پزشکی جامعه‌نگر بیش از درمان بستری از نظر پیش‌گیری از خودکشی می‌تواند سودمند واقع گردد.

در ایالات متحده‌ی آمریکا، در جهت پیش‌گیری از خودکشی از نظر رایجی خدمات سلامت روان پیشنهاد شده است که موانع اقتصادی، از پیش روی خدمات بهداشت روان برداشته شود و اقداماتی مانند افزایش بازپرداخت حق بیمه برای خدمات روان‌درمانی و نیز برتری هر چه بیشتر از روان‌پزشکان و روان‌شناسان در مناسبت‌ها صورت گیرد (۲۱).

از طرف دیگر، مراجعه‌ی بیماران به سایر درمانگران نیز نکته‌ی مهمی است که در مطالعات قبلی کمتر مورد توجه واقع شده است. نکته‌ی قابل توجه در مطالعه‌ی حاضر، مراجعه‌ی بیماران به سایر درمانگران بود؛ به طوری که ۵۷ درصد از افراد بررسی شده، طی یک سال قبل به سایر درمانگران مراجعه کرده بودند و در کل، ۶۲/۵ درصد دست کم یک درمانگر یا شبه درمانگر را ملاقات کرده بودند. از میان سایر درمانگرانی که توسط افراد مورد بررسی انتخاب شده بودند، دعانویس، درمانگر هومیوپاتی، عطار و احضارکننده‌ی ارواح را می‌توان نام برد که مراجعه به این افراد، به لحاظ فرهنگی، می‌تواند اهمیت زیادی داشته باشد. با توجه به این که در سایر مطالعات در دیگر نقاط دنیا، مراجعه به سایر درمانگران بررسی نشده است، نمی‌توان مقایسه‌ی ای در این زمینه انجام داد، اما درصد به نسبت بالای مراجعه به سایر درمانگران، حکایت از نیاز به آموزش عمومی هر چه بیشتر در جهت آگاه‌سازی افراد دارد و از سوی دیگر، عدم مراجعه به مراکز تخصصی بهداشت روان، می‌تواند ناشی از انگ

نسبت مناسبی برخوردار می‌باشد. با این وجود، ۶۰ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه‌ی حاضر، عدم کارآمدی بیمه را جزء علل عدم مراجعه‌ی خود به روان‌پزشک می‌دانستند. این امر، نشان می‌دهد که تنها قرار گرفتن در پوشش بیمه‌ی درمانی، نمی‌تواند پاسخگوی نیاز فرد به بهره‌گیری از خدمات درمانی باشد و لزوم بهتر شدن شرایط بیمه‌ای، احساس می‌شود. از طرف دیگر، در کشور ما خدمات روان‌پزشکی و به تازگی برخی از خدمات روان‌شناسی تحت پوشش بیمه‌ی درمانی قرار دارد که این امر، خود می‌تواند سبب تفاوت نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی اتریش (۱۴) شود.

در مطالعه‌ی نانبخش و همکاران، وضعیت سلامت روان زنان اقدام‌کننده به خودسوزی در ارومیه مورد بررسی قرار گرفت (۱۷). میانگین سنی نمونه‌ها، ۲۳/۰۷ سال و از میانگین سنی افراد در مطالعه‌ی حاضر (۳۳/۷) کمتر بود. این امر، می‌تواند بیانگر افزایش سن افراد اقدام‌کننده به خودسوزی در سال‌های اخیر یا در شهرهای بزرگ‌تر باشد. همچنین، نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۹/۵۲ درصد افراد، از اختلال عملکرد رنج می‌بردند (۱۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز ۵۵ درصد افراد، دچار اختلالات روان‌پزشکی بودند. نتایج مطالعه‌ی حاضر با نتایج مطالعات قبلی بخوانی رود و شایع‌ترین اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب بود.

در مطالعه‌ی توصیفی دیگری (۱۵) که بر روی مراجعین *ک* سوانح سوختگی شهید مطهری، در مدت یک سال (از آذر ماه ۱۳۸۰ تا آذر ماه ۱۳۸۱) انجام شد، نمونه‌ها شامل ۳۵ زن متأهل بستری در این مرکز در مدت زمان پیش‌گفته بودند. معیارهای ورود به مطالعه، شامل مؤنث بودن، تأهل، عدم سابقه‌ی ابتلا به بیماری جسمی، روانی و اعتراف فرد به خودسوزی بود. بر اساس این مطالعه، بیشترین علل اقدام به خودسوزی در زنان متأهل، خشونت خانوادگی و مشکلات زناشویی بودند؛ این یافته‌ها، لزوم هر چه بیشتر مداخلات روان‌پزشکی را در جهت پیش‌گیری از بروز خودسوزی و اهمیت ویژه‌ی دسترسی به این خدمات را مطرح می‌نماید.

در مطالعه‌ی نانبخش و همکاران (۱۷)، پیشنهاد شد توجه ویژه به مشاوره‌های روان‌شناسی به خصوص برای زنان جوان در معرض خطر با هدف آموزش مهارت زندگی و روش‌های مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی معطوف گردد.

در مطالعه‌ی امیرمردادی و همکاران (۱۸)، اغلب زنانی که اقدام به خودسوزی داشتند، از مراکز حمایتی در جامعه آگاهی نداشتند که این امر، لزوم اطلاع‌رسانی صحیح و مناسب را مشخص می‌کند و برخی از زنانی که آگاهی لازم را داشتند، خودسوزی را به مراجعه به این مرکز ترجیح داده بودند که این امر نیز می‌تواند به دلیل عدم دسترسی، ایجاد

خودکشی دارند. از این رو، تلاش شد جهت یافتن نیت واقعی، علاوه بر اعتراف افراد از سایر شواهد و قرائن تأیید کننده مانند گزارش نیروی انتظامی، اظهارات کارکنان بخش و ... نیز استفاده گردد. همچنین، مصاحبه‌گر با توضیح علت انجام این مطالعه و جلب اطمینان بیماران، تلاش نمود از حقیقت نیت بیماران اطلاع یابد.

از طرف دیگر، مطالعه‌ی حاضر تنها در یک بیمارستان انجام شده است که این خود می‌تواند در انتخاب جامعه‌ی آماری محدودیت ایجاد نماید. از محدودیت‌های دیگر این مطالعه، می‌توان مدت زمان آن و تعداد اندک نمونه‌ها در مقایسه با میزان واقعی موارد اقدام به خودسوزی را نام برد. اغلب مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی خودسوزی، به صورت گذشته‌نگر انجام شده است. از طرف دیگر، این بررسی دارای محدودیت زمانی است و انجام مطالعات مشابه در این زمینه در فاصله‌ی زمانی بیشتری پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری نهایی این که به دلیل عدم آگاهی افراد اقدام کننده به خودکشی از خدمات سلامت روان و نیز وجود باورهای نادرست در مورد اختلالات روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در این افراد، توصیه می‌شود اطلاع‌رسانی بیشتر در قالب خدمات سلامت روان جامعه‌نگر صورت گیرد. این خدمات، در ابعاد مختلف فردی، خانوادگی، اجتماعی و آموزشی جهت کمک به افراد در معرض اقدام به خودکشی، می‌تواند نقش داشته باشد.

اجتماعی آن یا اعتقاد افراد به این باشد که بیماری‌های روانی، ریشه در علل ماورایی دارد و با مداخلات درمانی طبی بهبود نخواهد یافت. ۴۵ درصد از افراد شرکت کننده در مطالعه‌ی حاضر، این باور را داشتند که داروهای اعصاب و روان برای بدن مضر هستند و این می‌تواند یکی از دلایل عدم مصرف دارو توسط افراد باشد. از طرف دیگر، ۷۲/۵ درصد از این افراد معتقد بودند مردم کسی را که داروی اعصاب می‌خورد، دیوانه یا ضعیف می‌دانند که این امر، خود می‌تواند به سبب نگرش اطرافیان فرد به وی القا گردد. از این رو، بر لزوم هر چه بیشتر آموزش خانواده و اطرافیان فرد در مورد بیماری روانی و درمان دارویی تأکید می‌گردد.

بدین سبب در دسترس بودن خدمات سلامت روان، به تنهایی نمی‌تواند جوابگوی نیاز درمانی افراد باشد. بنا بر این، آموزش همگانی در مورد ماهیت و درمان ماری روانی و نیز اجرای دستورالعمل‌های روان‌پزشکی جامعه‌نگر در هر منطقه، به منظور شناسایی و درمان افراد در معرض خطر، می‌تواند سودمند واقع گردد. با توجه به محدودیت دسترسی به خدمات خودکشی به روش خودسوزی و محدودیت مدت زمان، به بیان نیت گریز از سرشماری، تمامی اقدام کنندگان به خودکشی با روش خودسوزی، که از آبان ماه سال ۱۳۹۲ تا آبان ماه سال ۱۳۹۳ به بیمارستان شهید مطهری تهران مراجعه نموده بودند و شرایط ورود به مطهری داشتند، در مطالعه شرکت یافتند.

از محدودیت‌های چنین مطالعاتی، کمتر بودن استفاده از روش خودسوزی به عنوان روش خودکشی می‌باشد. ضمن این که افراد خودکشی کننده و خانواده‌هایشان، تمایل زیادی به پنهان نمودن نیت

تشکر و قدردانی

محققان را تشکر می‌نمایم که در دسترس بودن اطلاعات لازم می‌دانند از پرسنل محترم بیمارستان شهید مطهری و نیز بیماران و خانواده‌های آنان تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Bannan N. Suicidal behaviour and cognitive problem solving therapy: Theory, application and review. *Ir J Psychol Med* 2006; 23(01): 29-32.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395-405.
- Hawton K, van Heeringen K. The international handbook of suicide and attempted suicide. Hoboken, NJ: Willey; 2000. p. 29-64.
- Moradi S, Khademi A. Evaluation of suicides resulting in death in Iran, comparing with the world rates. *Sci J Forensic Med* 2002; 27: 16-21. [In Persian].
- Mehran N, Bolhari G, Asgharnejad Farid AA, Miri MR. Social and psychological characteristics of suicide attempters in comparison with normal individuals in Birjand. *J Birjand Univ Med Sci* 2004; 11(3): 22-9. [In Persian].
- Yasamy MT, Sabahi A, Mirhashemi M, Seifi Sh, Keyvan A, Taheri MH. Epidemiological survey of suicide through the Forensic Medical Center in the province of Kerman. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2002; 7(4): 4-12. [In Persian].
- Ahmadi A, Mohammadi R, Stavrinis D, Almasi A, Schwebel DC. Self-immolation in Iran. *J Burn Care Res* 2008; 29(3): 451-60.
- Keyvanara M, Mousavi SG, Karami Z. Social class status and suicide characteristics: A survey among patients who attempted suicide in Isfahan. *Mater Sociomed* 2013; 25(1): 56-9.
- Anisi J, Majdian M, Mirzamani SM. The factors associated with suicide ideation in Iranian soldiers. *Iran J Psychiatry* 2010; 5(3): 97-101.
- Saberi-Zafarghandi MB, Hajebi A, Eskandarieh S, Ahmadzad-Asl M. Epidemiology of suicide and attempted suicide derived from the health system database in the Islamic Republic of Iran: 2001-2007. *East Mediterr Health J* 2012; 18(8): 836-41.
- Malakouti SK, Nojomi M, Ahmadkhanlari HR, Hosseini M, Yekeh FM, Mirzaei KM. Integration of suicide prevention program into primary health care

- network: a field clinical trial in Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2015; 29: 208.
12. Shakeri J, Farnia V, Abdoli N, Akrami MR, Arman F, Shakeri H. The risk of repetition of attempted suicide among Iranian women with psychiatric disorders as quantified by the Suicide Behaviors Questionnaire. *Oman Med J* 2015; 30(3): 173-80.
 13. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci* 2004; 6(1-2): 10-22. [In Persian].
 14. Provision of Psychotherapy and Psychopharmacotherapy 2007. Vienna, Austrian Health Institute, 2009. [In German].
 15. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: A call for action. *Lancet* 2007; 370(9594): 1241-52.
 16. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain--an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(2): 149-59.
 17. Nanbakhsh Zh, Mohaddesi H, Mohaddesi H, Mazlomhi P. Study the psychological state of self-immolated women being hospitalized at Imam Khomeini hospital in Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2009; 7(2): 106-12. [In Persian].
 18. Amirmoradi F, Memari A, Ramim T, Mehran A, Khosravi K. Investigating causes of self-burning in married women. *Hayat* 2005; 11 (1-2): 41-50. [In Persian].
 19. Kapusta ND, Posch M, Niederkrotenthaler T, Fischer-Kern M, Etzersdorfer E, Sonneck G. Availability of mental health service providers and suicide rates in Austria: a nationwide study. *Psychiatr Serv* 2010; 61(12): 1198-203.
 20. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009; 373(9658): 147-53.
 21. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, Garrido-Cumbrera M, Seedat S, Mari JJ, et al. Mental health systems in countries: Where are we now? *Lancet* 2007; 370(9592): 1061-77.

History of Mental Health Services Use in Self-Immolation Suicide Attempters Referred to Motahari Burn Center, Tehran, Iran

Amirhossein Jalali-Nadoushan¹, Kaveh Alavi¹, Mohammad Reza Najar zadegan², Payam Mehrabani²

Original Article

Abstract

Background: Suicide is one of the serious challenges facing mankind today. Considering that in our country a study to evaluate the use of mental health services and suicide by self-immolation is not carried out, determining the history of mental health services use in self-immolation suicide attempters seems logical and useful.

Methods: The study was conducted from November 2013 for one year in Shahid Motahari hospital, Tehran, Iran. During this time, participants with burn and suicide by self-immolation were identified and after obtaining an informed consent, mental health services access questionnaire during the last year was completed for each participant.

Findings: The average age of the participants in our study was 33.7 and the results of our study showed that over a year before the suicide attempt, 27.5% of those referred to a psychiatrist, clinical psychologist and a total of 20.0% to 37.0% of the patients at least achieved one of them. The most common causes of going to a psychiatrist were: sleep problems, family problems, aggression, addiction-related problems, symptoms of depression and anxiety, respectively. Also, 12.5% of participants over the years before the recent attempt of suicide had a history of psychiatric hospitalization. 57.5% of those were referred to other therapists during last year and in general, 62.5% were at least visited by a therapist or quasi-therapist.

Conclusion: The results of our study revealed a lack of awareness of suicidal mental health services and there are also myths about mental disorders and psychiatric medications recommended in these patients need for further information in the form of community mental health services. Community-based mental health services can be involved in many aspects of individual, family, social and educational at risk of suicide.

Keywords: Suicide, Access to mental health services, Self-immolation suicide, Community psychiatry

Citation: Jalali-Nadoushan A, Alavi K, Najar zadegan MR, Mehrabani P. History of Mental Health Services Use in Self-Immolation Suicide Attempters Referred to Motahari Burn Center, Tehran, Iran. J Isfahan Med Sch 2016; 34(374): 203-13

1- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

2- Resident, Department of Psychiatry, School of Medicine, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

Corresponding Author: Payam Mehrabani, Email: payammehrabani@yahoo.com