

بررسی عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی در مراجعین به بخش اورژانس

دکتر همایون شیخ الاسلامی* - دکتر کاملیا کنی** - دکتر امیر ضیائی***

*دانشیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

** پزشک عمومی

*** استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۸۶/۶/۲۸

چکیده

مقدمه: بررسی موارد اقدام به خودکشی و عوامل مستعدکننده آن مهم است، زیرا ۳۰٪ تا ۶۰٪ از افرادی که موفق به خودکشی می‌شوند، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و ۱۰٪ تا ۴۰٪ افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در نهایت خود را می‌کشند.

هدف: عوامل مستعدکننده اقدام به خودکشی و ارتباط بین علایم عمومی روانپزشکی و اقدام مجدد به خودکشی گرفته.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، ۵۷۵ بیمار اقدام کننده به خودکشی، در سال‌های ۸۳ و ۸۴ که به بیمارستان بوعلی سینا قزوین مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. شرکت‌کنندگان، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه‌ای در رابطه با مسایل اجتماعی، خانوادگی و سایر خصوصیات عمومی و فردی در بیمارستان تکمیل کردند.

نتایج: میانگین سن بیماران ۲۳/۲±۸/۲ سال (نسبت زن به مرد ۱: ۲/۴) و محدوده سنی ۱۳ تا ۷۴ سال) بود. در هر دو جنس بیشترین میزان اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بود. شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی در هر دو جنس و در مناطق شهری و روستایی مسمومیت دارویی بوده، مسمومیت با حشره‌کش‌های کشاورزی یک روش مهم اقدام به خودکشی در مناطق روستایی بود. از شایع‌ترین عوامل مستعدکننده برای اقدام به خودکشی، اختلاف بین زوجین، اختلاف با والدین، شکست در روابط عاشقانه و بیماری‌های روانی بود. براساس پرسشنامه سلامت عمومی، بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی امتیاز کمتری در کلیه زیر مجموعه‌های پرسشنامه سلامت عمومی داشتند.

نتیجه‌گیری: خودکشی و عوامل مستعدکننده آن در کشورهای مختلف به دلیل وجود تفاوت‌های اقتصادی و فرهنگی - اجتماعی متفاوت است و پیشگیری از رفتار خودکشی و کنترل عوامل مستعدکننده آن نیاز به برنامه‌ای جامع و چند بخشی در سطح جامعه دارد و تنها محدود به مداخله در بخش‌های پزشکی یا روانپزشکی نیست.

کلید واژه‌ها: اپیدمیولوژی / ایران / خودکشی

مقدمه

موارد خودکشی موفق، مبهم‌تر و کمتر قابل اعتماد هستند. علت این امر، ثبت نامناسب و ناکافی اطلاعات و یکسان نبودن طبقه‌بندی‌ها در سطح ملی می‌باشد. نسبت موارد اقدام به خودکشی به موارد خودکشی موفق در جمعیت عمومی جهان از ۱:۶ تا ۱:۲۵ با میانگین حدود ۱:۱۸ متغیر است (۷ و ۸). در یک مطالعه اپیدمیولوژیک انجام شده در زمینه خودکشی در ایران میانگین سالانه خودکشی موفق و اقدام به خودکشی در زنان به ترتیب ۲۶/۴ و ۶۴/۵ در ۱۰۰،۰۰۰ جمعیت و در مردان به ترتیب ۱۰ و ۴۱/۸ در ۱۰۰،۰۰۰ جمعیت گزارش شده است (۴).

خودکشی تحت تأثیر چندین عامل است. عوامل داخلی

خودکشی از مشکلات بهداشتی جامعه است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) خودکشی سیزدهمین علت مرگ درجهان (۱) و سومین علت منجر به مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است (۲). بررسی موارد اقدام به خودکشی اهمیت دارد، زیرا ۳۰٪ تا ۶۰٪ از افرادی که موفق به خودکشی می‌شوند، سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند و ۱۰٪ تا ۴۰٪ افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در نهایت خود را می‌کشند (۳-۵). در یک مطالعه متاآنالیز نشان داده شده که سابقه اقدام به خودکشی، احتمال خودکشی را تا ۴۰ برابر بیشتر از افرادی عادی افزایش می‌دهد (۶). اطلاعات درباره موارد اقدام به خودکشی نسبت به

پرسشنامه سلامت عمومی، (General Health Questionnaire: GHQ) و پرسشنامه‌ای را در رابطه با مسایل اجتماعی، خانوادگی و سایر خصوصیات عمومی و فردی در بیمارستان تکمیل کردند. مدت تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۰ تا ۴۰ دقیقه به طول می‌انجامید. در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، شرکت کنندگان توسط افراد دوره دیده راهنمایی می‌شدند و دستورات لازم برای تکمیل پرسشنامه‌ها دریافت می‌کردند. نسخه فارسی و معتبر شده پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) برای ارزیابی افسردگی، اضطراب، عملکرد نامناسب اجتماعی و علائم جسمی بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، استفاده شد (برای هر یک از ۴ زیر مجموعه پرسشنامه، cut off point ۱۴ در نظر گرفته شد و امتیازبندی هر سوال بر اساس رتبه‌بندی لایکرت به صورت ۱، ۲، ۳، ۴ انجام شد). امتیاز کلی بیشتر از ۵۶ نشان دهنده الگوی غیرطبیعی کیفیت زندگی بود.

پرسشنامه سلامت عمومی با ۲۸ سوال (GHQ-28) نشان‌دهنده سلامت روانپزشکی بوده، برای شناسایی تغییرات کوتاه مدت در سلامت روانی (افسردگی، اضطراب، عملکرد نامناسب اجتماعی و علائم جسمی) به کار می‌رود (۱۱). ترکیب ۴ زیرمجموعه فوق، امکان تجزیه و تحلیل این زیرمجموعه‌ها را فراهم ساخته که مزیتی برای GHQ-28 نسبت به سایر نسخه‌های آن است (۳۰ و ۱۲، ۲۰). این پرسشنامه حاوی خصوصیات دقیق سایکومتریک بوده (۱۴-۱۲) و نسخه فارسی و معتبر شده آن مورد استفاده قرار گرفت. روش اقدام به خودکشی بر اساس نهمین بازنگری سیستم طبقه‌بندی بیماری‌ها (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification, ICD-9-CM, (1986) (۱۵) و بر اساس E-code انجام شد (E950-E959).

اطلاعات به وسیله نرم افزار SPSS تحت Windows

(predisposing factors) که در سطح فردی عمل می‌کنند (شامل صفات شخصیتی (personality traits)، اختلالات روانپزشکی و عوامل بیولوژیک و ژنتیک) و عوامل خارجی یا محیطی (precipitating factors) که ناشی از تأثیر محیط روی فرد است (از قبیل: اختلاف با همسر، مشکلات کاری یا تحقیر اجتماعی). افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نسبت به افرادی که موفق به خودکشی می‌شوند، در جنبه‌های مختلفی از قبیل جنس، سن و عوامل اجتماعی متفاوت هستند. به علاوه رفتار خودکشی در کشورهای در حال توسعه و کشورهای توسعه یافته، نیز به دلیل وجود تفاوت‌های اقتصادی و فرهنگی-اجتماعی، یکسان نیست (۹)، بنابراین هر کشور باید قبل از انجام هر گونه اقدام پیشگیرانه، ابتدا بررسی جامعی بر عوامل خطر و پیشگیری کننده رفتارهای خودکشی در جوامع مختلف کشور خود انجام داده، سپس راهبردهایی جامع‌نگر، عملی و ارزان برای کاهش میزان رفتار خودکشی، طرح‌ریزی نماید.

در این مطالعه، عوامل مستعد کننده اقدام به خودکشی در جامعه‌ای از یک کشور در حال توسعه بررسی شده و ارتباط بین علائم عمومی روانپزشکی و تکرار موارد اقدام به خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

افراد اقدام کننده به خودکشی، بین سالهای ۸۳ و ۸۴ که به بیمارستان بوعلی سینا قزوین مراجعه کرده بودند وارد مطالعه شدند. مفهوم اقدام به خودکشی، به صورت عملی آگاهانه، با نیت آسیب به خود، که در نهایت منجر به مرگ نمی‌شود مورد استناد قرار گرفت (۱۰). بیمارانی که انگیزه خودکشی در آنها مشخص نبود، یا خارج از قزوین زندگی می‌کردند یا برای شرکت در مطالعه بسیار بیمار بودند، از مطالعه حذف شدند. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی پس از توضیح تمام مراحل کار از بیماران گرفته شد. کلیه شرکت کنندگان،

و ۱/۱۸٪ از آنها سابقه اقدام قبلی داشتند. مسمومیت شایع ترین روش اقدام به خودکشی در این گروه سنی بود (تقریباً ۹۰٪). در مجموع موارد اقدام به خودکشی در منطقه شهری بیشتر از مناطق روستایی بود (به ترتیب ۸۱٪ در مقابل ۱۹٪).

۱۹۱ زن (۴۸٪) که اقدام به خودکشی کرده بودند متاهل و ۲۰۸ زن (۵۲٪) مجرد، مطلقه، جدا شده یا بیوه بودند در حالی که بیشتر مردانی که اقدام به خودکشی کرده بودند (۶۵٪)، مجرد بودند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی وضعیت تاهل در افراد اقدام کننده به خودکشی به تفکیک جنس

وضعیت تاهل	زن		مرد		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
متاهل	۱۹۱	۴۸/۰	۱۱۴	۶۵/۱	۳۰۶	۵۳/۲
مجرد	۱۹۵	۴۸/۷	۵۸	۳۳/۱	۲۵۳	۴۴/۰
مطلقه	۵	۱/۳	۱	۰/۶	۶	۱/۰
جداشده	۲	۰/۵	۱	۰/۶	۳	۰/۵
بیوه	۶	۱/۵	۱	۰/۶	۷	۱/۲

۸۳٪ از بیماران مجرد، در کانون خانواده و تنها درصد کمی به تنهایی زندگی کرده، جدا شده یا از خانواده طرد شده بودند.

بر اساس طبقه بندی گروه های کاری (NS-SEC) National Statistics Socio-economic Classification، در زنان، افراد خانه دار [۲۰۲ (۵۶/۶٪)] و دانش آموزان [۱۱۴ (۳۱/۹٪)] و در مردان، افراد بیکار [۷۷ (۴۴/۳٪)] و افرادی که برای خود کار می کردند (شغل آزاد) یا شاغلین در فعالیتهای تجربی که نیاز به توانایی های علمی ندارد [۳۸ (۲۱/۸٪)] بیشترین گروه هایی بودند، که اقدام به خودکشی کرده بودند. حدود ۶۷/۸٪ مردانی که اقدام به خودکشی کرده بودند و در گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال قرار داشتند، بیکار بودند. شایع ترین روش اقدام به خودکشی در هر دو جنس و

آنالیز شد. (version, 10.0, SPSS, Inc Chicago, IL). آزمون χ^2 ، من ویتنی (mann withney) در صورت لزوم برای بررسی متغیرهای اسمی و ترتیبی، آزمون غیروابسته برای بررسی میانگین دو متغیر و ANOVA (One-Way Analysis Of Variance) برای بررسی چند متغیر با توزیع نرمال و Bivariate Correlations، linear relationship برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی به کار برده شدند.

نتایج

از میان ۶۵۶ بیمار، ۵۷۵ بیمار (۸۸٪) در مطالعه شرکت کردند. علل عدم شرکت در مطالعه به شرح ذیل بود: (۱) استیگمای روانی یا سایر علل روانپزشکی (۵۶ بیمار)؛ (۲) ترک از بیمارستان با رضایت شخصی (۱۷ بیمار)؛ (۳) عدم اراده دلیل مشخص (۸ بیمار). کلیه موارد اقدام به خودکشی توسط پرسنل پزشکی در بخش اورژانس ویزیت شده، برای بررسی تکمیلی به روانپزشک ارجاع شدند. ۴۹۵ بیمار (۸۶٪) در بخش بستری شدند و تعداد کمی از بیماران (۴/۵٪) در واحد مراقبت های ویژه (ICU) تحت نظر قرار گرفتند.

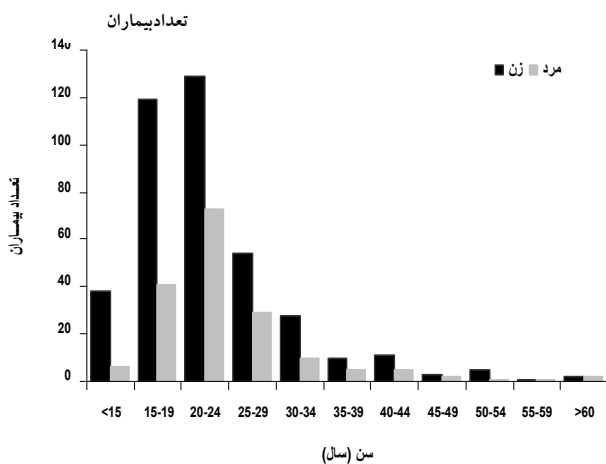
میانگین سن بیماران $23/2 \pm 8/2$ سال بود ($24 \pm 8/3$ در مردان و $22/8 \pm 8/1$ در زنان). نسبت زن و مرد ۲/۴ : ۱ (۲/۵:۱) در شهر و ۲/۴ : ۱ (در مناطق روستایی) و محدوده سنی بیماران بین ۱۳ تا ۷۴ سال بود. در هر دو جنس بیشترین میزان اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال بود. [۱۱۴ بیمار (۶۵٪) در مردان و ۲۴۸ بیمار (۶۲٪) در زنان]، که با افزایش سن کاهش می یافت. کمترین میزان اقدام به خودکشی در هر دو جنس در سنین بالاتر از ۵۵ سال بود (شکل ۱).

۴۴ بیمار (۷/۷٪) در گروه سنی ۱۰ تا ۱۴ سال قرار داشتند که بیشترین آنها زن بودند (۳۸ بیمار، ۸۶٪). ۱۱/۴٪ این گروه سابقه رفتارهای خودکشی در خانواده

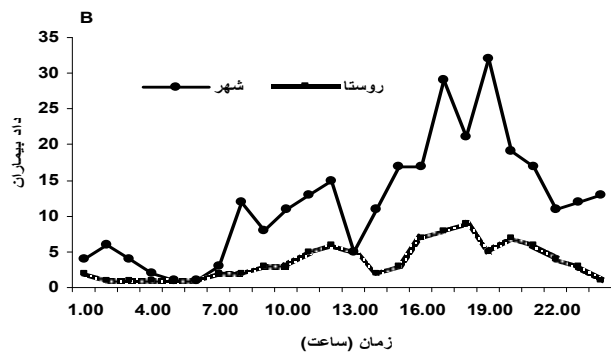
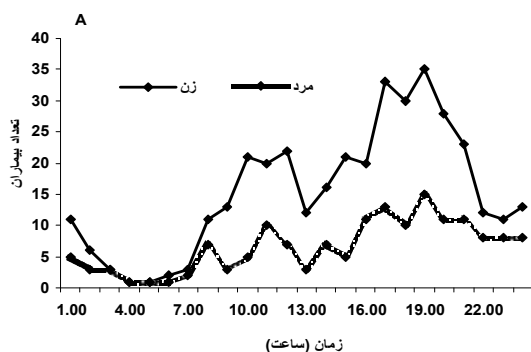
موارد اقدام به خودکشی در فصول مختلف سال تفاوت قابل ملاحظه آماری نداشت (بهار ۲۹٪، تابستان ۲۶/۸٪، پاییز ۲۶/۱٪ و زمستان ۱۸/۱٪). افزایش موارد اقدام به خودکشی در بهار و اواخر تابستان و کاهش آن در زمستان در هر دو جنس و مناطق شهری و روستایی مشاهده شد. در سایر زیرگروه‌ها نیز یافته‌های مشابهی در زمینه انتشار ماهانه و فصلی اقدام به خودکشی وجود داشت. الگوی زمانی مراجعه بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده‌بودند، مشابه سایر بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس با پیکی در اوایل عصر بود. به هر حال بیشتر مراجعات این بیماران بین ساعات ۴pm تا ۸pm بود (شکل ۲). در کل تفاوت قابل ملاحظه‌ای در الگوی زمانی بین گروه‌های جنسی یا مناطق شهری و روستایی دیده نشد.

در مناطق شهری و روستایی مسمومیت دارویی بود (۸۵٪ در مردان و ۸۸٪ در زنان). در منطقه شهری ۸۹/۶٪ و در مناطق روستایی ۷۵/۶٪ مسمومیت دارویی داشتند. مسمومیت با حشره‌کش‌های کشاورزی با قدرت کشندگی بالا یک روش مهم اقدام به خودکشی در مناطق روستایی (۲۰٪) در مقایسه با منطقه شهری بود (۶/۹٪)، ($X^2 = 13.50$, $p < 0.001$). در بین موارد مسمومیت دارویی، مسمومیت با بنزودیازپین‌ها و سایر داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور (E950.1-E950.2)، (با قدرت کشندگی پایین)، بیشترین موارد (۳۶/۴٪) را تشکیل می‌داد. سایر داروها (E950.4-E950.5)، (۱۷/۶٪)، داروهای روانگردان (E950.3)، (۱۴/۲٪)، ضدافسردگی‌ها (E950.3, E969.0)، (۱۱/۶٪) و ضد درد و ضدتب‌ها (E950.0) (۹/۲٪) به ترتیب در رده‌های بعدی قرارداشتند (جدول ۲).

بیمارانی که از سموم برای خودکشی استفاده کرده‌بودند، نسبت به افرادی که مسمومیت دارویی پیدا کرده‌بودند، سن بیشتری داشتند [$26/4 \pm 11/6$ در مقابل $22/7 \pm 7/1$ ، (95% CI = $0/4 - 0/7$, $p = 0/02$)]. در ۴۸٪ موارد، این داروها برای بیمار و در ۳۵٪ موارد برای خانواده بیماران تجویز شده بود. ۲۱/۵٪ از خودکشی در ۷۳٪ موارد، در طی یکسال اول پس از بستری قبلی بیماران با همین تشخیص رخ داده‌بود.



شکل ۱: موارد اقدام به خودکشی بر حسب سن و جنس



شکل ۲: زمان مراجعه به بخش اورژانس بر حسب جنسیت و محل سکونت

روستایی یا افراد شاغل و بیکار دیده نشد. در آنالیز زیرمجموعه‌های پرسشنامه GHQ-28، زنان در مقایسه با مردان، علایم اضطرابی و جسمی بیشتری داشتند، ولی این تفاوت از نظر آماری قابل توجه نبود. در مجموع، ۵/۴٪ بیماران، علایم جسمی، ۱۲/۵٪ اضطراب و بی‌خوابی، ۲۲/۶٪، اختلال در عملکرد اجتماعی و ۸/۹٪، افسردگی داشتند. ۸/۷٪ بیمارانی که اقدام به خودکشی کرده بودند، مجموع امتیاز کمتر از ۵۶ که نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب زندگی است، داشتند. بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی امتیاز کمتری در کلیه زیرمجموعه‌های پرسشنامه سلامت عمومی به دست آوردند (جدول ۳).

بیماران با سن بیشتر از ۲۵ سال نسبت به بیماران جوان‌تر میانگین امتیاز بالاتری در پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) داشتند (به ترتیب $39/3 \pm 14$ در مقابل $37/1 \pm 13/7$ ، $p=0/03$ ، $CI=0/2-5/4$ ، ۹۵٪).

از شایع‌ترین عوامل مستعدکننده برای اقدام به خودکشی، اختلاف بین زوجین (۲۸/۱٪) اختلاف با والدین (۲۵/۴٪)، شکست در روابط عاشقانه (۱۰/۶٪) و بیماری‌های روانی (۸/۷٪)، (از قبیل: افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوتیک، اختلالات استرس پس از سانحه) بود. حدود ۸٪ مردان، علت اقدام به خودکشی را خدمت سربازی عنوان کردند. شایع‌ترین عوامل مستعدکننده در زنان، مشکلات زناشویی (۳۴/۱٪) و خانوادگی (۲۵/۲٪) بوده، اکثریت این افراد در روابط بین شخصی خود با همسر یا والدین دچار مشکل بودند. شایع‌ترین عوامل مستعدکننده در مردان، مشکلات زناشویی یا عاشقانه (۲۶/۴٪) و بیماری‌های روانپزشکی (۲۳/۷٪) بود. در اکثریت بیماران (۷۳/۸٪) حوادث منفی زندگی از تسریع‌کننده‌های اصلی اقدام به خودکشی بودند. بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی، تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین افراد متاهل و غیرمتاهل، مردم شهری و

جدول ۲: فراوانی داروها و سموم به کار رفته در افراد اقدام کننده به خودکشی به تفکیک شهر و روستا

داروها و سموم	شهر		روستا		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آرام‌بخش‌ها و خواب‌آورها	۱۶۷	۳۷/۳	۱۵	۱۴/۳	۱۸۲	۳۳
روان‌گردان‌ها	۵۵	۱۲/۳	۱۶	۱۵/۲	۷۱	۱۲/۹
ضد افسردگی‌ها	۵۰	۱۱/۱	۸	۷/۶	۵۸	۱۰/۵
ضد التهاب، ضد درد، ضد تب‌ها	۳۹	۸/۷	۷	۶/۶	۴۶	۸/۳
سایر داروها	۶۲	۱۳/۸	۲۶	۲۴/۸	۸۸	۱۵/۹
داروهای مشخص نشده ^a	۴۳	۹/۶	۱۲	۱۱/۴	۵۵	۱۰
حشره کش‌ها ^b	۲۰	۴/۵	۱۴	۱۳/۳	۳۴	۶/۲
جونده کش‌ها ^c	۳	۰/۷	۲	۱/۹	۵	۰/۹
مواد شیمیایی ^d	۲	۰/۵	۱	۱	۳	۰/۵
اتانل / متانول	۲	۰/۵	۱	۱	۳	۰/۵
اوپیوم	۲	۰/۵	۲	۱/۹	۴	۰/۸
سایر	۲	۰/۵	۱	۱	۳	۰/۵

^a Ferrous sulphate, ranitidine, cimetidine, propranolol, clidinium, dimenhydrinate, chlorpheniramine, iodoquinol, warfarin sodium.

^b Pesticides included organophosphate, carbamates, organochlorines and aluminium phosphide.

^c Rodenticides (thallium-containing rodenticides and propanil)

^d Chemicals (household products (Kerosene oil, cleaning agents and traditional hair remover) and industrial chemicals, Petroleum).

جدول ۳: میانگین امتیاز کل و زیرمجموعه‌های پرسشنامه سلامت عمومی در بیمارانی که اقدام قبلی به خودکشی داشته‌اند

آنالیز		عدم گزارش اقدام قبلی به خودکشی			گزارش اقدام قبلی به خودکشی		زیر مجموعه‌های پرسشنامه‌های سلامت عمومی
P*	CI۹۵%	t	انحراف امتیاز	میانگین امتیاز	انحراف امتیاز	میانگین امتیاز	
<۰/۰۰۱	۰/۹-۲/۷	۴/۱	۳/۸	۷/۷	۴/۲	۹/۶	علائم جسمی
<۰/۰۰۱	۱/۲-۳/۱	۴/۵	۴/۳	۹/۲	۴/۰	۱۱/۴	اضطراب و بی‌خوابی
<۰/۰۰۱	۰/۹-۲/۴	۴/۲	۳/۴	۹/۱	۳/۷	۱۰/۷	اختلال عملکرد اجتماعی
<۰/۰۰۱	۳/۴-۵/۵	۸/۲	۴/۹	۹/۳	۴/۴	۱۳/۷	افسردگی شدید
<۰/۰۰۱	۷/۵-۱۳/۳	۶/۹	۱۳/۱	۳۵/۳	۱۳/۷	۴۵/۷	مجموع

* Student's t-test.

بحث و نتیجه‌گیری

نشان دادند که اقدام به خودکشی بیشتر در بزرگسالان جوان دیده می‌شود (۲۲ و ۲۳).

محل زندگی: در این مطالعه موارد اقدام به خودکشی در شهر ۴ برابر مناطق روستایی بود. در بسیاری از کشورها میزان خودکشی در مناطق شهری بیشتر از روستایی گزارش شده (۲۵ و ۲۶) که به تنهایی اجتماعی و شهر نشینی نسبت داده شده است (۲۷). این میزان با توجه به سن و جنس در مردم کشورهای مختلف متفاوت است. در مطالعه‌ی که در Hanoi ویتنام انجام شد، نسبت موارد اقدام به خودکشی مردان به زنان، در مناطق شهری ۱:۲ و در مناطق روستایی ۱:۱/۲ گزارش شد (۲۸). در مطالعه حاضر این نسبت در مناطق شهری و روستایی مشابه بود. به هر حال به تدریج که ساکنین روستا در حاشیه شهرها ساکن شده یا برای کار به شهرها مراجعه می‌کنند، الگوی مشخص خودکشی با سایر شرایط مرتبط با سلامت با هم آمیخته می‌شوند. وضعیت تاهل: تفکر شایعی که مجرد یا مطلقه بودن عامل خطری برای اقدام به خودکشی است، در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته متفاوت است. در این مطالعه زنان ازدواج کرده، نسبت به زنان مجرد مطلقه، جدا شده یا بیوه، بیشتر اقدام به خودکشی کرده بودند، در حالی که این مسأله در مردان برعکس بود. بنابراین ازدواج، نقشی تعیین‌کننده در مردان دارد. این نتایج با یافته‌های سایر مطالعات در کشورهای در حال

جنسیت در اغلب کشورها، زنان با احتمال بیشتری، اقدام به خودکشی می‌کنند (۵ و ۱۹-۱۶) و بیشتر از روش‌های غیرکشنده استفاده کرده، به گونه‌ای اقدام خود را طرح‌ریزی می‌کنند که امکان کشف و نجات فراهم باشد (۱۸). مطالعه چند مرکزی WHO/Euro و SUPRE-MISS (WHO Multisite intervention study on suicidal behaviors) نشان داد که میزان اقدام به خودکشی در زنان بیشتر است (۲۰ و ۲۳). موارد بیشتر اقدام به خودکشی در زنان مرتبط با میزان بالاتر اختلالات خلقی، عاطفی و سایر متغیرهای بیولوژیک و سایکولوژیک است (۲۱). شواهد نشان می‌دهند که میزان بالای اقدام به خودکشی در زنان جوان ایرانی، دلایل متعددی دارد: درگیر شدن درسیکل معیوب تحقیر اجتماعی، وابستگی اقتصادی، ناامنی خانوادگی، ترس برای زندگی خود و فرزندان، خجالت و کمبود اعتماد به نفس و فقدان سیستم‌های حمایت‌کننده اجتماعی از جمله دلایلی هستند که احتمال خودکشی را در این گروه افزایش می‌دهند.

سن: در مطالعه حاضر، موارد اقدام به خودکشی در بین نوجوانان و بالغین جوان شایع‌تر از سایر گروه‌های سنی بود. در مطالعه چند مرکزی WHO/Euro بیشترین میزان اقدام به خودکشی در زنان ۲۴-۱۵ سال و مردان ۳۴-۲۵ سال گزارش شد (۲۲). مطالعات کشورهای در حال توسعه از جمله مطالعه Kinyanda و SUPRE-MISS نیز

یافته‌اند (۲۴ و ۴۰). در کل رابطه معنی‌داری بین اقدام به خودکشی و مشکلات بین فردی وجود دارد، ولی تقابل و مکانیزم اثر آن هنوز شاخص و تعریف شده نیست. دسترسی آسان: به طور کلی در این مطالعه ۹۰٪ موارد اقدام به خودکشی ناشی از مسمومیت بود، که تنها ۳۶٪ موارد ناشی از مصرف دوز بالای بنزودیازپین‌ها بود. انتخاب دارو توسط افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، بیشتر از آنکه به مهلک بودن ارتباط داشته‌باشد به قابل دسترس بودن آن مرتبط است. از طرفی از نظر بسیاری از مردم داروهای گروه بنزودیازپین، خطرناک‌تر از ضددردها هستند. متأسفانه در ایران بسیاری از داروها، غیرقانونی و بدون نسخه از داروخانه‌ها قابل تهیه هستند و نظارت قانونی بر این معضل بسیار کم‌رنگ است. به هر حال کاهش دسترسی به داروها، نوع داروی درگیر در مسمومیت را تغییر داده ولی تاثیری در بروز کلی موارد مسمومیت ندارد. مطالعه ما نشان داد که مسمومیت با حشره‌کش‌های کشاورزی از روش‌های مهم اقدام به خودکشی در مناطق روستایی است. در سری لانکا، شایع‌ترین روش خودکشی در مناطق روستایی، استفاده از حشره‌کش‌های کشاورزی بوده است (۴۱). این مشکل با راهبردهایی که برای کاهش دسترسی یا دسترسی ایمن به چنین روش‌هایی تعبیه می‌شود قابل کنترل است. تغییرات زمانی در این مطالعه موارد اقدام به خودکشی در فصول یا ماه‌های مختلف، تفاوت قابل توجهی با یکدیگر نداشت. در مطالعه‌ای در فنلاند شمالی، تغییرات فصلی چشم‌گیری با بیشترین تعداد خودکشی در اواخر تابستان و اوایل پاییز و نیز بهار مشاهده شد (۴۲). در مطالعه چند مرکزی WHO/Euro بیشترین موارد خودکشی در ماه مه بود و افزایش موارد اقدام به خودکشی در فصل بهار نسبت به فصول دیگر سال کمتر، قابل توجه بود. در مطالعه حاضر بیشتر مراجعات بین عصر و نیمه شب اتفاق افتاد که احتمالاً به این

توسعه در رابطه با وضعیت تأهل افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌بود، مطابقت داشت (۲۹). در حالی که در مطالعه WHO/Euro و سایر مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته، افراد مجرد بیشترین میزان اقدام به خودکشی را داشتند (۲۰ و ۳۳-۳۰). در واقع ارتباط بین وضعیت تأهل و اقدام به خودکشی پیچیده است و برای بررسی علل و مکانیزم‌های زمینه‌ای این مساله، تحقیقات بیشتری لازم است. در مجموع به نظر می‌رسد که زنان در تمام مراحل زندگی، قربانی خشونت‌های خانوادگی و سوءاستفاده هستند؛ با موقعیت‌های مخاطره‌آمیز بیشتری مواجه می‌شوند که به دلیل وجود بی‌عدالتی‌های اجتماعی در جوامع در حال توسعه است.

مشکلات اقتصادی: در این مطالعه نشان داده شد که بالغین جوانی که اقدام به خودکشی کرده‌بودند اکثراً شغلی نداشته یا بیکار بودند. مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که خودکشی در مردان جوان با میزان بیکاری ارتباط نزدیک دارد (۳۴). در مطالعه دیگری در آفریقای جنوبی، محرومیت اقتصادی-اجتماعی، عامل مستعدکننده در ۷٪ موارد اقدام به خودکشی عنوان شد (۳۵). مطالعات دیگری در برزیل (۳۶)، اسیوی (۲۴)، اسلونی (۳۷)، نتایج فوق را تایید کرده‌اند. مجموعاً به نظر می‌رسد افراد بیکاری که اقدام به خودکشی می‌کنند، عوامل خطری دارند که هم اقدام به خودکشی و هم وقوع بیکاری را پیش‌گویی می‌کند. از طرفی بیکاری به طور غیرمستقیم منجر به افزایش عوامل خطر خودکشی بیماری‌های روانی، ناامیدی و مشکلات اقتصادی می‌شود.

مشکلات خانوادگی و اجتماعی در مطالعه حاضر، حادثه تسریع کننده در اقدام به خودکشی، در زنان، مشکلات بین فردی با خانواده و در مردان، مشکلات زناشویی و بیماری‌های روانپزشکی گزارش شد. مطالعات دیگر نیز به نتایجی مشابه دست

به خودکشی داشتند، امتیاز پایین‌تری در ابعاد و زیر مجموعه‌های مختلف پرسشنامه کسب کردند. شواهد نشان می‌دهد، پروسه مکرر طرح‌ریزی خودکشی از فکر تا عمل ابعاد مختلف کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد، از طرفی بیمارانی که به طور مکرر اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است از نظر خصوصیات زمینه‌ای و سایکوپاتولوژی در وضعیت بحرانی‌تری قرار داشته باشند. اگرچه رفتار خودکشی و عوامل مستعدکننده آن در کشورهای مختلف به دلیل وجود تفاوت‌های اقتصادی و فرهنگی-اجتماعی، یکسان نیست ولی در مجموع اقدام به خودکشی با احتمال بیشتری در زنان و سنین پایین‌تر اتفاق می‌افتد. مشکلات و درگیری‌های خانوادگی، خشونت‌های خانگی و بیکاری، همگی منجر به استرس و افزایش احتمال اقدام به خودکشی می‌شود. نتایج فوق بیانگر این مطلب است که پیشگیری از خودکشی نیاز به برنامه‌ای جامع و چندبخشی در سطح جامعه دارد تا این که تنها محدود به مداخله در بخش‌های پزشکی یا روانپزشکی باشد.

علت بود که بیماران در این ساعات خارج از محل کار یا تحصیل بوده‌اند و تحت نظارت مستقیم قرار نداشتند. اقدام قبلی اقدام قبلی به خودکشی از عوامل پیش‌گویی‌کننده مهم برای خودکشی بعدی است (۴۳). در مطالعه حاضر، ۲۱/۵٪ گروه مورد مطالعه، اقدام قبلی برای خودکشی داشتند. یافته‌های مشابهی با سایر مطالعات با میزان عود بین ۲۰٪ تا ۵۰٪ گزارش شده است (۱۸ و ۴۴).

امتیاز GHQ-28: اگر چه میانگین مجموع امتیازات پرسشنامه بیمارانی که سن بالای ۲۵ سال داشتند بیشتر از بیماران جوان‌تر بود ولی گروه اخیر، بیشتر اقدام به خودکشی کرده بودند. این یافته منطبق بر اتفاق نظر عمومی است که پرسشنامه GHQ-28، قادر به تشخیص بالینی نیست و نباید برای ارزیابی شرایط مزمن و طولانی مدت، مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه بر توانایی پاسخ‌دهنده در انجام عملکردهای طبیعی و وقوع یافته‌های غیرطبیعی جدید تکیه می‌کند. به هر حال در این مطالعه بیمارانی که سابقه قبلی اقدام

منابع

1. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, (eds). World Report on Violence and Health. Geneva; World Health Organization, 2002.
2. Mann JJ. A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Ann Intern Med* 2002; 136: 302-311.
3. Tejedor MC, Diaz A, Castilln JJ, Pericay JM. Attempted Suicide: Repetition and Survival Findings of a Follow up Study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:205-211.
4. Janghorbani M, Shorebird GR. Completed and Attempted Suicide in Ilam, Iran (1995-2002): Incidence and Associated Factors: *Arch Iran Med* 2005; 8(2):119-126.
5. Nordstrom P, Samuelsson M. Asberg M: Survival Analysis of Suicide Risk after Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91:336-340.
6. Hawton K, Fagg J. Suicide and Other Causes of Death Following Attempted Suicide. *Br J Psychiatry* 1988; 152:259-266.
7. Mesick EK. Epidemiology of Completed and Attempted Suicide: Toward a Framework for Prevention. *Clint Neurosis Research* 2001; 1:310-323.
8. Conwell Y, Henderson RE: Neuropsychiatry of Suicide. In: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM, eds. *Neuropsychiatry*. Baltimore; Williams & Wilkins, 1996: 485-521.
9. Phillips M Suicide Prevention in Developing Countries: Where Should we start? *World Psychiatry* 2004; 3(3):156-157.
10. World Health Organization. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide: Summary Report (ICP/PSF 017 (S) 6526 V). Copenhagen; World Health Organization, 1986.
11. Nagy ova I, Krol B, Szilasiova A, Stewart RE, Van Dijk JP, Van den Heuvel WJA: General Health Questionnaire-28: Psychometric Evaluation of the Slovak Version. *Studia Psychologica* 2000; 42(4):351-361.
12. Garcia P. Measuring Health: A Step in the Development of City Health Profiles. Copenhagen,

- World Health Organization Regional Office for Europe, 1997.
13. Malakouti SK, Fatollahi P, Mirabzadeh A, Zandi T. Reliability, Validity and Factor Structure of the GHQ-28 Used Among Elderly Iranians. *Int Psychogeriatr*. 2006; 27:1-12.
14. Ministry of Health and Medical Education, National Research Centre of Medical Sciences. National Health Survey in Iran.
15. International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification, Edwards Brothers, Ann Arbor, MI (1986).
16. Eddleston M, Sheriff MHR, Hawton K. Deliberate Self-harm in Sri Lanka: an Overlooked Tragedy in the Developing World. *BMJ* 1998; 317:133-135.
17. Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen H. Suicide and Attempted Suicide Reported by General Practitioners in Belgium. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:451-455.
18. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal Behavior in the Municipality of Baerum, Norway: a 12-year Prospective Study of Parasuicide and Suicide. *Suicide Life Treat Behav* 2000; 30:61-73.
19. Shearer SL, Peters CP, Quaytman MS, Wadman BE. Intent and Lethality of Suicide Attempts among Female Borderline Inpatients. *Am J Psychiatry* 1988; 145(11):1424-1427.
20. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillippe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S, Weinacker B, Sampaio-Faria JG. Attempted Suicide in Europe: Rates, Trends, and Socio-Demographic Characteristics of Suicide Attempters during the Period 1989-1992: Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Para suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:327-338.
21. Heshusius L. Female Self-injury and Suicide Attempts: Culturally Reinforced Techniques in Human Relations. *Sex Role* 1980; 6(6):843-857.
22. Kinyanda E, Hjelmeland H, Musisi S. Deliberate Self-harm as Seen in Kampala, Uganda- a case-Control Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39(4): 318-325.
23. Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, Malakouti K, Schlebusch L, De Silva D, Nguyen VT, Wasserman D. Characteristics of Attempted Suicides Seen in Emergency-Care Settings of General Hospitals in Eight Low- and Middle-Income Countries. *Psychological Medicine* 2005; 35: 1467-1474.
24. Alem A, Kebede D, Jacobsson L, Kullgren G. Suicide Attempts Among Adults in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 397(suppl): 70-76.
25. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and Social Change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999; 23(1): 25-50.
26. Ministry of Home Affairs: National Crime Research Bureau. Accidental Deaths and Suicide in India: Ministry of Home Affairs, 2000.
27. Johansson LM, Sundquist J, Johansson SE, Qvist J, Bergman B. The Influence of Ethnicity and Social and Demographic Factors on Swedish Suicide Rates. A four Year Follow-up Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32(3):165-70.
28. Thanh HT, Jiang GX, Van TN, Minh DP, Rosling H, Wasserman D. Attempted Suicide in Hanoi, Vietnam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40(1):64-71.
29. Latha KS, Bhat SM, D'Souza P. Suicide Attempters in a General Hospital Unit in India: Their Socio-Demographic and Clinical Profile-Emphasis on Cross-Cultural Aspects. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(1):26-30.
30. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-626.
31. Hjelmeland H. Repetition of Parasuicide: a Predictive Study. *Suicide Life Treat Behav* 1996; 26:395-404.
32. Hawton K. Sex and Suicide: Gender Differences in Suicidal Behavior. *Br J Psychiatry* 2000; 177:484-485.
33. Kjoller M, Helweg-Larsen M. Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Adult Danes. *Scand J Public Health* 2000; 28:54-61.
34. Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Australian Adults. *Crisis* 2000; 21(1):16-25.
35. Mhlongo T, Peltzer K. Parasuicide Among Youth in a General Hospital in South Africa. *Curationis* 1999; 22(2):72-76.
36. Souza ER, Minayo MC, Malaquias JV. Suicide Among Young People in Selected Brazilian State Capitals. *Cad Saude Publica* 2002; 18(3):673-683.
37. Tomori M, Zalar B. Characteristics of Suicide Attempters in a Slovenian High School Population. *Suicide Life Treat Behav* 2000; 30(3):222-238.
38. Jones S, Forster D, Hassanyeh F. The Role of Unemployment in Parasuicide. *Psychol Med* 1991; 21:169-76.

39. Beautrais A, Joyce P, Mulder R Unemployment and Serious Suicide Attempts. *Psychol Med* 1998; 28:209-18.
40. Mayer P, Ziaian T. Suicide, Gender and Age Variations in India. Are Women in Indian Society Protected from Suicide? *Crisis* 2002; 23(3):98-103.
41. Eddleston M. Patterns and Problems of Deliberate Self-Poisoning in the Developing World. *Q J Med.* 2000; 93:715-731.
42. Partonen T, Haukka J, Villo K, Hakko H, Pirkola S, Isometsä E, Lonnqvist J, Sarkioja T, Vaisanen E, Rasanen P Cyclic Time Patterns of Death from Suicide in Northern Finland. *J Affect Disord* 2004; 78:11-19.
43. Diekstra RF. The Epidemiology of Suicide and Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87:9-20.
44. Hjelmeland H, Bjerke T. Parasuicide in the County of Sor-Trondelag, Norway: General Epidemiology and Psychological Factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1996; 31:272-283.

Survey of Precipitating Factors of Suicide Attempts in Persons

Who Referred to Emergency Department

Sheikholeslami H. (MD), Kani C. (MD), Ziaee A. (MD)

Abstract

Introduction: Survey of suicide attempts and its precipitating factors is important because 30% to 60% of suicides were preceded by an attempt, and 10% to 40% of suicide attempters eventually kill themselves.

Objective: to assess the precipitating factors of suicide attempts and to evaluate relation between general psychiatric symptoms and repetition of suicidal attempts.

Materials and Methods: This is a cross sectioned study which included 575 suicide attempts patients who referred to Boali sina hospital in Qzvin between 2004 and 2005 years. All patients completed a self- report questionnaire and questionnaire about socio-demographic and family variables and other general and specific characteristics.

Results: The mean age of patients who attempted suicide were 23.2 ± 8.2 years (the ratio of female to male was 1:2.4 and range of 13 to 74 years old). The most suicide attempt was between 15 to 24 years-old in both sexes. The most common method of suicide attempts was drug-poisoning for both sexes in all areas, Self-poisoning with agricultural pesticides in rural areas. The most common precipitating problems that were reported by the patients were conflict between married couples and parents, break up of a love relationship and mental illnesses. Mean total and subscales scores on GHQ was significantly higher in patients with history of previous attempt.

Conclusion: According to Economic- cultural and social difference there are pivotal differences in suicidal behaviors and suicide precipitating factors in different countries. And prevention of suicidal behaviors and control of its precipitating factors need a comprehensive multi-sectoral approach rather than an intervention inside the health sector.

Key words: Epidemiology/ Iran/ Suicide