

بررسی اقدام به خودکشی در بیماران بستری شده در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه... الاعظم^{عج} از ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲

غلامرضا کرمی^{۱*}، ماندانا امیری^{۲*}، جواد عاملی^{۳**}، کاظم قدوسی^{۴**}، M.D.،
علیرضا سعادت^{۵**}، محمد سجادی^{۶*}، M.D. و سیما نوحی^{۷*}، M.D.

آدرس مکاتبه: *دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج} - پژوهشکده طب رزمی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری - تهران - ایران

**دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج} - دانشکده پزشکی - گروه داخلی - تهران - ایران

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۱۳۸۵/۱/۳۱

تاریخ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۴/۱۰/۲۱

تاریخ اعلام وصول: ۱۳۸۴/۵/۱۲

خلاصه

مقدمه: خودکشی یکی از معضلات اجتماعی است که امروزه با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در بیشتر جوامع رو به افزایش است. افزایش نرخ خودکشی نزد گروه‌ها، اقشار و طبقات اجتماعی مختلف نگرانی فزاینده‌ای را برای جوامع امروز به وجود آورده است. بررسی اقدام به خودکشی که به‌عنوان یک ناهنجاری فردی و معضل اجتماعی مطرح می‌باشد، با تمرکز بر برخی ویژگی‌های فردی و شغلی مهم به‌نظر می‌رسد.

مواد و روش کار: در این مطالعه هدف کلی، بررسی شیوع اقدام به خودکشی در بیمارانی بود که طی فروردین ماه ۱۳۸۰ تا پایان شهریور ماه ۱۳۸۲ در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه...^{عج} بستری شده بودند. مطالعه به‌روش گذشته‌نگر از نوع توصیفی مقطعی بود و پرونده ۸۳ بیمار اقدام کننده به خودکشی از نظر مشخصات فردی، سوابق نظامی‌گری، سوابق بستری و اطلاعات مربوط به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که از کل بیماران بستری شده (۲۰۲۷ نفر) طی این مدت، تعداد ۸۳ نفر (۴/۱ درصد) اقدام به خودکشی داشتند که شیوع آن در بین زنان و مردان بستری شده به ترتیب ۴/۷ درصد و ۳/۱ درصد بود، ولی این اختلاف معنی‌دار نبود. شایع‌ترین سن خودکشی در مردان ۲۴ و در زنان ۲۶ سالگی بود. همچنین بیمارانی که مجروحیت جنگی به‌خصوص اعصاب و روان، سابقه بستری در بخش روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی داشتند، بیشتر اقدام به خودکشی داشتند. اقدام به خودکشی در افراد جوان (۲۵-۱۵ سال)، مجرد، شاغل در امور نظامی، با سطح تحصیلات راهنمایی، عدم برخورداری از حمایت‌های خانوادگی و دارای سابقه مثبت از نظر رفتارهای ضداجتماعی به‌خصوص مصرف مواد مخدر بیشتر بود. همچنین شایع‌ترین اختلال روانپزشکی و طبی همراه، به‌ترتیب افسردگی و صرع بود.

۱- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج} - نویسنده مسئول

۳- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج}

۵- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج}

۷- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج}

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی - مرکز تحقیقات علوم رفتاری

۴- استادیار - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج}

۶- پزشک عمومی - دانشگاه علوم پزشکی بقیه...^{عج}

بحث: نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک در زمینه اقدام به خودکشی تقریباً همسان بود. بنابراین کنترل عوامل موثر بر خودکشی مطابق با آنچه که این دسته از مطالعات نشان می‌دهند همزمان با در نظر گرفتن شرایط سخت حرفه نظامی‌گری حایز اهمیت می‌باشد. بکارگیری آموزش و تدابیر خاص مراقبتی ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، ویژگی‌های دموگرافیک، نیروهای نظامی

مقدمه

خودکشی پدیده‌ای به قدمت عمر بشریت است و به دلیل منافاتی که با اصل حیات انسان دارد، حیاتی که تلاش برای بقای آن قوی‌ترین غریزه انسانی است، از دیرباز در تمام جوامع و فرهنگ‌ها امری نکوهیده تلقی شده است. اما در هیچ دوره زمانی به اندازه عصر کنونی آمار خودکشی افزایش نیافته است و همین امر خودکشی را از یک ناهنجاری فردی به یک معضل اجتماعی گسترده تبدیل کرده است. خودکشی مرگی است که عمداً و به دست خود شخص حاصل شود. ادوین شنایدمن خودکشی را چنین تعریف می‌کند: عمل آگاهانه نابودسازی به دست خود، که در بهترین مفهوم آن را می‌توان یک ناراحتی چندبعدی در انسان نیازمندی دانست که برای حل مسئله‌اش، این عمل بهترین راه حل تصور می‌شود. خودکشی یک عمل اتفاقی و بی‌معنی نیست. برعکس راهی برای رهایی از یک مساله یا بحران است که بدون استثنا شدیداً شخص را رنج می‌دهد [۱].

خودکشی یکی از موضوعات مشترک مورد توجه بین جامعه‌شناسان، روانپزشکان و روان‌شناسان است و هر کدام از نظرگاه خود به آن می‌نگرند. وجه مشترک بین این دو گروه در رابطه با خودکشی توجه به این موضوع به عنوان یک پاتولوژی یا یک ناهنجاری می‌باشد. بنابر تعریف ارایه شده خودکشی یک امر تصادفی نیست بلکه با هدف و نقشه قبلی است و لذا افراد خاصی و تحت شرایط خاصی اقدام به خودکشی می‌کنند [۲]. عوامل بسیاری از جمله: جنس، سن، نژاد، مذهب، وضعیت تأهل، شغل، شرایط اقلیمی، سلامت جسمی و سلامت روانی در میزان اقدام به خودکشی موثرند [۳]. براساس پژوهشی که حیدری پهلوان بر روی تعدادی از این افراد در شهرستان همدان انجام داد مشخص گردید که زنان به‌طور معناداری بیش از مردان اقدام به خودکشی نمودند؛ بالاترین اقدام به خودکشی در هر دو جنس گروه سنی ۳۰-۱۶ سال بوده است و در این مقطع سنی در هر دو جنس تقریباً به یک اندازه اقدام به خودکشی صورت گرفته

است. همچنین این پژوهش نشان داد که اقدام به خودکشی در زنان متأهل تقریباً دو برابر دختران مجرد و در مردان در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بوده است. در زنان و مردان به ترتیب اقدام به خودکشی در افراد خانه‌دار و شغل آزاد دیده شده و بیشترین اقدام در فصل تابستان بوده است [۴].

نتایج مطالعه دیگری که به بررسی شیوع خودکشی در برزیل پرداخته است نشان داد که آمار خودکشی در برزیل در دهه اخیر ۲۱ درصد افزایش داشته است. بالاترین تعداد خودکشی در سنین بالای ۶۵ سالگی صورت گرفته بود و آمار خودکشی در سنین ۲۴-۱۵ سالگی افزایش چشم‌گیری نشان داد. این افزایش خودکشی در جوانان قابل توجه بود [۵].

در بسیاری از کشورها افراد در حدود سن بیست سالگی به خدمت نظامی مشغول می‌شوند و در همین سن خودکشی یکی از علت‌های اصلی مرگ‌ومیر می‌باشد و مطابق نتایج یک مطالعه دوره پرخطر اقدام به خودکشی در چند روز اول خدمت نظامی و بالاترین درصد را شش ماه اول خدمت دارد [۱۸].

در مطالعه‌ای که در یک بیمارستان سوختگی طی دو سال صورت گرفت نتایج نشان داد که ۸/۹ درصد از بیمارانی که دچار سوختگی شده بودند هدفشان اقدام به خودکشی بوده است. میانگین سنی آن‌ها ۲۵ سال بود. از این بیماران ۴۸ بیمار سابقه مشکلات روانی داشتند و شایع‌ترین مشکل روانی آن‌ها افسردگی بود [۶]. در مطالعه دیگری که در مورد رفتارهای خودکشی در بیماران دچار اختلالات خلقی صورت گرفت، نتایج نشان داد که ۶۰-۷۰ درصد بیماران دارای افسردگی حاد تفکرات خودکشی را تجربه کرده بودند و شیوع خودکشی در میان آن‌ها ۱۵-۱۰ درصد بود [۷].

شک و تانگ (۲۰۰۳) در مطالعه خود درباره خودکشی در بزرگسالان هنگ‌کنگ نشان دادند که میزان خودکشی در افراد ۲۴-۱۰ سال

در پژوهش حاضر با بررسی اقدام به خودکشی در بیماران بستری در یک بیمارستان نظامی علاوه بر بررسی ارتباط خودکشی با متغیرهای مختلف فردی و اجتماعی ارتباط حرفه نظامی‌گری هم به‌عنوان یک متغیر، با اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفت تا تأثیر فعالیت‌های نظامی را بر بروز اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار دهد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی مقطعی و گذشته‌نگر می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه بیماران بود که از فروردین ماه ۱۳۸۰ تا پایان شهریور ۱۳۸۲ اقدام به خودکشی کرده و در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه... الاعظم^(ع) بستری شده بودند. تعداد بیمارانی که طی این زمان بستری شده بودند ۲۰۲۷ نفر بود. ۸۳ نفر از آن‌ها که به‌علت اقدام به خودکشی در بخش بستری شده بودند، به‌صورت سرشماری حجم نمونه این پژوهش را در بر گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش چک لیستی بود که توسط محقق تهیه گردید و شامل ۲۴ سوال بود. چک‌لیست شامل چهار قسمت بود:

(۱) مشخصات فرد (۲) سوابق نظامی‌گری

(۳) سوابق بستری و درمان (۴) خودکشی

برای هر قسمت سوالات مرتبط منظور گردید. برای واردکردن اطلاعات به چک‌لیست‌ها پرونده‌های بیماران در بایگانی بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات لازم گردآوری شد. اطلاعات با روش‌های آماری محاسبه فراوانی و درصد و روش آماری t و تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

با توجه به چک‌لیست تهیه شده از بیماران و پس از استخراج و تجزیه و تحلیل داده‌ها وضعیت بیماران از نظر ویژگی‌های مختلف دموگرافیک و میزان شیوع خودکشی و عوامل مرتبط با آن در جدول یک تا هشت ملاحظه می‌گردد.

مقدار نسبتاً ثابتی در طی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ نسبت به سنین دیگر داشته است و میزان خودکشی در این سنین نسبت به دوره‌های سنی دیگر بیشتر می‌باشد. همچنین میزان خودکشی در دوجنس در این سنین تفاوت چندانی نداشت اما در گروه‌های سنی دیگر آمار خودکشی مردان بیشتر از زنان بود [۸].

پیلکونن و مارتیونن (۲۰۰۳) در یک مطالعه اپیدمیولوژیک نشان دادند که میزان خودکشی در اوایل بزرگسالی کم می‌باشد و با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد.

در بیشتر کشورها در سرشماری خودکشی میزان خودکشی در مردان بیشتر از زنان می‌باشد و یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در بزرگسالان است. همچنین بین اقدام به خودکشی و وجود اختلالات روانی در افراد ارتباط معنادار وجود دارد. اختلالات خلقی، مصرف مواد و اقدام به خودکشی قبلی با خودکشی در جوانان ارتباط مستقیم دارد [۹].

در تحقیقی که جهت بررسی عوامل مرتبط با خودکشی در زندانیان در آمریکا صورت گرفت نتایج نشان داد که اختلالات روانی، اضطراب، عدم تعادل رفتاری، استرسورها و سوء استفاده از مواد از عوامل مهم اقدام به خودکشی محسوب می‌شوند [۱۰]. در درمان این افراد باید به جلوگیری از آسیب، درمان بیماری‌های روانی افراد، زنده کردن مجدد امیدواری و حل کردن مشکلات این بیماران توجه اساسی داشت [۱۱].

مطالعه در زمینه پیشگیری از خودکشی دلایل قابل قبول و اساسی دارد چرا که خودکشی یک مسئله مهم در سلامت عمومی جامعه می‌باشد. در سال ۱۹۹۹ در آمریکا برای پیش‌گیری از خودکشی یک استراتژی ویژه طراحی شد که سه محور اساسی آن افزایش آگاهی عمومی در زمینه بیماری‌های روانی و خودکشی، افزایش راه‌های دستیابی به درمان و پیش‌گیری از عوامل ایجاد کننده آن با توسعه مطالعات و تحقیقات بود [۱۲].

بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کنندگان به خودکشی و مقایسه آمار و فراوانی‌های خاص در طبقات مختلف شغلی و اجتماعی در شناخت بیشتر این پاتولوژی و در نتیجه برنامه‌ریزی در جهت پیشگیری از اقدام به خودکشی موثر می‌باشد.

جدول ۲: وضعیت آزمودنی‌های مرد از نظر سابقه نظامی‌گری، سابقه حضور در جبهه، سابقه مجروحیت، نوع مجروحیت و میزان جانبازی

متغیرها	طبقه بندی	فراوانی	درصد
سابقه نظامی‌گری	پرسنل نظامی	۱۱	۱۸/۶
	سرباز (درجین خدمت) سرباز (پایان خدمت) بسیجی	۳۳	۵۵/۹
	بدون سابقه	۳	۵/۱
		۱	۱/۷
سابقه حضور در جبهه	بیش از یکسال	۱	۱/۷
	ندارد	۴۹	۸۳/۱
	نامشخص	۹	۱۵/۳
سابقه مجروحیت	مجروحیت جنگی	۱۰	۱۶/۹
	مجروحیت غیرجنگی	۱	۱/۷
	بدون سابقه مجروحیت	۴۸	۸۱/۷
نوع مجروحیت	اعصاب و روان	۷	۶۳/۷
	جانباز شیمیایی	۴	۳۴/۴
	ترومای جسمی	۳	۲۷/۳
درصد جانبازی	کمتر از ۲۵٪	۱	۱/۷
	۲۵٪-۴۵٪	۳	۵/۱
	بیشتر از ۴۵٪	۳	۵/۱
	بدون درصد	۵۱	۸۶/۴

از کل بیمارانی که از فروردین ماه ۱۳۸۰ تا پایان شهریور ماه ۱۳۸۲ در بیمارستان بستری شده بودند (۲۰۲۷ نفر) تعداد ۸۳ نفر به‌عنوان افرادی که اقدام به خودکشی داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌گردد از این تعداد ۵۹ نفر مرد (۷۱,۱ درصد) و ۲۴ نفر زن (۲۸,۹ درصد) بودند که فراوانی و درصد آن‌ها به تفکیک جنس و از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل در جدول ملاحظه می‌گردد. در بین مردان تنها ۱۸/۶ درصد از افراد هیچ‌گونه سابقه نظامی‌گری نداشتند و بقیه آزمودنی‌ها به شیوه‌های مختلف شرایط نظامی‌گری را تجربه نموده‌اند (جدول ۲).

جدول ۱: وضعیت آزمودنی‌ها از نظر جنس، سن، شغل، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات

متغیرها	طبقه بندی	فراوانی		درصد	
		مرد	زن	مرد	زن
سن	۱۵-۲۵	۱۳	۵۴/۲	۴۵	۷۶/۳
	۲۵-۳۵	۷	۲۹/۲	۵	۸/۵
	۳۵-۴۵	۳	۱۲/۵	۸	۱۳/۶
سطح تحصیلات	۴۵-۵۵	۱	۴/۲	۱	۱/۷
	بیسواد	۱	۴/۲	۲	۳/۴
	ابتدایی	۰	۰	۶	۱۰/۲
	راهنمایی	۹	۳۷/۵	۱۸	۳۰/۵
	متوسطه	۷	۲۹/۲	۱۲	۲۰/۳
وضعیت تأهل	دیپلم	۶	۲۵	۱۵	۲۵/۴
	دانشگاهی	۱	۴/۲	۶	۱۰/۲
	مجرد	۱۲	۵۰	۴۵	۷۶/۳
شغل	متاهل	۱۰	۴۱/۷	۱۲	۲۰/۳
	جدا شده	۲	۸/۳	۲	۳/۴
	سرباز	۰	۰	۳۶	۶۱
شغل	خانه دار	۱۶	۶۶/۷	۰	۰
	کارمند	۰	۰	۹	۱۵/۳
	بیکار	۱	۴/۲	۸	۱۳/۶
	دانش آموز	۷	۲۹/۲	۱	۱/۷
	یازنشته	۰	۰	۵	۸/۵

جدول ۳: سابقه رفتارهای ضداجتماعی در بیماران

نوع رفتار	فراوانی	درصد
سوء استفاده از مواد	۱۱	۴۰/۷
مصرف الکل	۶	۲۲/۲
زندان رفتن	۱	۳/۷
مواد و الکل	۷	۲۵/۹
مواد و زندان	۱	۳/۷
مواد و الکل و زندان	۱	۳/۷

جدول ۴: وضعیت آزمودنی‌ها از نظر سابقه بیماری‌های طبی همراه، سابقه بستری در بیمارستان، سابقه مصرف داروهای روان پزشکی

متغیرها	طبقه بندی	فراوانی	درصد	
اختلالات پزشکی و روان پزشکی همراه	اختلالات روانی	۶۷	۸۰/۷	
	صرع	۶	۷/۲	
	میگرن	۲	۲/۴	
	دیسکوپاتی	۱	۱/۲	
	استئوآرتریت	۱	۱/۲	
	هیپرتیروئید	۱	۱/۲	
	صرع و واسکولیت	۱	۱/۲	
	هیپوتیروئید	۱	۱/۲	
	سوختگی	۱	۱/۲	
	تومور چشم	۱	۱/۲	
	کوشینگ	۱	۱/۲	
	سابقه بستری	بخش روانپزشکی	۲۳	۲۷/۷
		بخش غیرروانپزشکی	۱۰	۱۲
هر دو بخش		۲۱	۲۵/۳	
مصرف داروی روان پزشکی	بدون سابقه	۲۹	۳۴/۹	
	سابقه داشتند سابقه نداشتند	۶۸	۸۱/۹	
		۱۵	۱۸/۱	

سابقه رفتارهای ضداجتماعی در مجموع ۲۴ نفر زنان صفر درصد بود و از مجموع ۵۹ نفر مرد ۲۷ نفر (۴۵/۸ درصد) دارای سوابق رفتارهای ضداجتماعی بودند. اختلاف زنان و مردان در سطح $P < 0/001$ معنادار بود (جدول ۳).

جدول ۵: سابقه اقدام به خودکشی در بیمار و فصل اقدام به خودکشی

متغیرها	طبقه بندی	فراوانی	درصد
سابقه اقدام به خودکشی	بدون سابقه	۲۶	۳۱/۳
	یکبار	۲۳	۲۷/۷
	دوبار	۲۳	۲۷/۷
	سه بار	۷	۸/۴
چهاربار	۴	۴/۸	
فصل اقدام به خودکشی	تابستان	۳۲	۳۸/۶
	پاییز	۱۸	۲۱/۷
	زمستان	۱۷	۲۰/۵
	بهار	۱۶	۱۹/۳

با توجه به داده‌های جدول فوق ملاحظه می‌گردد که حدود ۸۱ درصد آزمودنی‌ها دارای سابقه بیماری‌های روانی بودند و حدود ۸۲ درصد آن‌ها سابقه مصرف داروهای روانپزشکی را داشتند. که بین دو گروه با سابقه مصرف و بدون سابقه از نظر میزان اقدام به خودکشی اختلاف معنادار ملاحظه گردید (جدول ۴).

همان‌طور که ملاحظه می‌گردد داده‌های به دست آمده نشان می‌دهند که از بین ۸۳ آزمودنی ۵۷ نفر آن‌ها برای حداقل یکبار سابقه اقدام به خودکشی را داشته‌اند و از این تعداد برخی سوابق بیش از یکبار و تا چهار بار را نیز داشته‌اند. از نظر فصل اقدام به خودکشی بیشترین اقدام در فصل تابستان صورت گرفت که تفاوت آن با فصول دیگر معنادار بود.

جدول ۶: روش‌های اقدام به خودکشی در بیماران با توجه به جنس، سن، شغل، تحصیلات و فصل اقدام

روش‌ها	طبقات								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
مرد	۳۲ (۵۴/۲)	۱ (۱/۷)	۵ (۸/۵)	۴ (۶/۸)	.	۱۴ (۲۳/۷)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)
زن	۱۷ (۷۰/۸)	.	۲ (۸/۳)	.	۱ (۴/۲)	۳ (۱۲/۵)	۱ (۴/۲)	.	.
۱۵-۲۵	۳۱ (۵۳/۴)	۱ (۱/۷)	۴ (۶/۹)	۴ (۶/۹)	.	۱۵ (۲۵/۹)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)	۱ (۱/۷)
۲۵-۳۵	۹ (۷/۵)	.	۳ (۲/۵)	.	.	.	.	.	.
۳۵-۴۵	۸ (۷/۷)	.	.	.	۱ (۹/۱)	۲ (۱۸/۲)	.	.	.
۴۵-۵۵	۱ (۱۰۰/۰)	.	.	.	.	.	.	.	.
> ۵۵	۱ (۱۰۰/۰)	.	.	.	.	.	۱ (۱۰۰/۰)	.	.
بیسواد	۲ (۶۶/۷)	.	.	.	۱ (۳۳/۳)	.	.	.	.
ابتدایی	.	.	.	۱ (۱۶/۷)	.	۳ (۵۰/۰)	۱ (۱۶/۷)	۱ (۱۶/۷)	.
راهنمایی	۱۷ (۶۳/۳)	.	۳ (۱۱/۱)	۱ (۳/۷)	.	۶ (۲۲/۲)	.	.	.
متوسطه	۱۱ (۵۷/۹)	.	.	۱ (۵/۳)	.	۶ (۳۱/۶)	.	.	۱ (۵/۳)
دیپلم	۱۴ (۶۶/۷)	۱ (۴/۸)	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۸)	.	۱ (۴/۸)	۱ (۴/۸)	.	.
دانشگاهی	۵ (۷۱/۴)	.	۱ (۱۴/۳)	.	.	۱ (۱۴/۳)	.	.	.
کارمند	۴ (۴۴/۴)	.	۲ (۲۲/۲)	.	.	۳ (۳۳/۳)	.	.	.
بازنشسته	۲ (۴۰/۰)	.	.	۱ (۲۰/۰)	.	۱ (۲۰/۰)	۱ (۲۰/۰)	۱ (۲۰/۰)	.
بیکار	۷ (۷۷/۸)	.	.	.	.	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	.
سرباز	۱۹ (۵۲/۸)	۱ (۲/۸)	۳ (۸/۳)	۳ (۸/۳)	.	۸ (۲۲/۲)	.	.	۱ (۲/۸)
خانه دار	۱۰ (۶۲/۵)	.	۲ (۱۲/۵)	.	۱ (۶/۳)	۳ (۱۸/۸)	.	.	.
دانش آموز	۷ (۸۷/۵)	.	.	.	.	۱ (۱۲/۵)	.	.	.
پاییز	۱۰ (۵۵/۶)	.	۲ (۱۱/۱)	۲ (۱۱/۱)	۱ (۵/۶)	۲ (۱۱/۱)	۱ (۵/۶)	۱ (۵/۶)	.
زمستان	۱۰ (۵۸/۸)	.	۲ (۱۱/۸)	.	.	۴ (۳۳/۵)	.	.	۱ (۵/۹)
بهار	۶ (۳۷/۵)	.	۲ (۱۲/۵)	۱ (۶/۳)	.	۶ (۳۷/۵)	.	۱ (۶/۳)	.
تابستان	۲۳ (۷۱/۹)	۱ (۳/۱)	۱ (۳/۱)	۱ (۳/۱)	.	۵ (۱۵/۶)	.	۱ (۳/۱)	.

A- دارو خوردن B- حلق آویز کردن C- پریدن از بلندی D- شلیک اسلحه E- خودسوزی F- رگ زنی G- برق گرفتگی H- ضربه چاقو I- تزریق آمپول

جدول ۷: روش‌های اقدام به خودکشی بیماران با توجه به نوع اختلال روان‌پزشکی همراه

متغیر	روش‌های اقدام									
	I	H	G	F	E	D	C	B	A	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
اختلال روان‌پزشکی همراه	*	۱ (٪۲)	۱ (٪۲)	۸ (٪۱۶)	۱ (٪۲)	۳ (٪۶)	۵ (٪۱۰)	۱ (٪۲)	۳۰ (٪۶۰)	افسردگی اساسی
	*	*	*	*	*	*	*	*	۳ (٪۱۰۰)	اختلال دوقطبی
	*	*	۱ (٪۲۵)	۱ (٪۲۵)	*	*	*	*	۲ (٪۵۰)	اسکیزوفرنیا
	*	*	*	۲ (٪۵۰)	*	*	*	*	۲ (٪۵۰)	اختلال شخصیت
	*	*	*	۲ (٪۵۰)	*	*	*	*	۲ (٪۵۰)	سایکوز
	*	*	*	*	*	*	*	*	۲ (٪۱۰۰)	اختلال سازگاری
	*	*	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	*	اسکیزوافکتیو
	*	*	*	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	وسواس جبری
	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	*	*	*	تمارض
	*	*	*	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	پست پارتوم سایکوز
	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	*	*	*	کنترل تکانه
	۱ (٪۲۰)	*	*	۱ (٪۲۰)	*	*	*	*	۳ (٪۶۰)	افسردگی و اختلال شخصیت
	*	*	*	*	*	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	افسردگی و PTSD
	*	*	*	*	*	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	اختلال دوقطبی و شخصیت
	*	*	*	۱ (٪۱۰۰)	*	*	*	*	*	اختلال شخصیت‌توسکیزوفرنی
*	*	*	*	*	*	*	*	۲ (٪۱۰۰)	اسکیزوفرنی و PTSD	

جدول ۸: فراوانی علل خودکشی در بیماران

متغیرهای (خودکشی)	فراوانی	درصد
خانوادگی	۳۲	۳۸/۵
اقتصادی	۱۵	۱۸/۱
توهم و هذیان	۵	۶
شغلی	۴	۴/۸
مرگ نزدیکان	۴	۴/۸
مسائل عاشقانه	۳	۳/۶
مشکلات جسمی	۲	۲/۴
علل چندگانه	۱۸	۲۱/۸

بحث

اگرچه میزان خودکشی در بین کشورهای مختلف متفاوت است به هر حال در برخی از کشورها خودکشی یکی از شایع‌ترین علل مرگ‌ومیر در بزرگسالان می‌باشد و این به‌علت بالابودن فاکتورهای خطر در این سنین می‌باشد. پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که محاسبه میزان بروز خودکشی موفق کار آسان‌تری است تا محاسبه میزان اقدام به

همان‌طور که داده‌های جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، خودکشی با دارو شایع‌ترین روش خودکشی در مردان و زنان بود. تجزیه و تحلیل آماری به‌روش تحلیل واریانس نشان داد که روش‌های خودکشی هم با میزان تحصیلات و هم با سن افراد ارتباط معنادار داشتند. بدین معنا که در سنین پایین‌تر تنوع روش‌های خودکشی بیشتر و در افراد با تحصیلات راهنمایی بیشتر از روش خودکشی با دارو استفاده کرده بودند.

داده‌های جدول شماره ۷ نشان می‌دهند از نه شیوه اقدام به خودکشی که آزمودنی‌ها به آن‌ها اشاره نمودند بیشترین و متنوع‌ترین شیوه‌های اقدام به خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی دیده می‌شود و تفاوت آن با سایر اختلالات در این زمینه معنادار می‌باشد.

بررسی نتایج نشان داد عاملی که بیشترین فراوانی را به‌عنوان علت خودکشی به خود اختصاص داده است مسائل خانوادگی (۳۸/۵ درصد) و پس از آن مشکلات اقتصادی (۱۸/۱ درصد) می‌باشد. همچنین برخی از آزمودنی‌ها (۲۱/۸ درصد) به بیش از یک عامل از عوامل فوق به‌عنوان علت خودکشی خود اشاره نمودند (جدول ۸).

خودکشی کردند. بنابراین جلوگیری از مصرف مواد مخدر و الکل باعث کاهش میزان اقدام به خودکشی خواهد شد. در بین افرادی که سابقه مجروحیت داشتند بیشترین مورد مجروحین اعصاب و روان بودند و این امر لزوم حمایت‌های روانی بیشتر از جانبازان اعصاب و روان را نشان می‌دهد.

مطالعات نشان داده‌اند که سابقه بستری در بیمارستان باعث افزایش میزان اقدام به خودکشی می‌گردد [۱]. در این تحقیق نتایج نشان داد که ۶۴/۷ درصد از افراد اقدام کننده به خودکشی سابقه بستری در بیمارستان و بیشترین تعداد (۲۷/۷ درصد) سابقه بستری در بخش اعصاب و روان را داشتند. ضمن این که ۸۱/۹ درصد بیماران سابقه مصرف داروهای روانپزشکی را نیز داشتند. این نتایج بیانگر این امر است که داشتن بیماری ای زمینه‌ای روانپزشکی از یک سو و درست استفاده نکردن دارو از سوی دیگر سبب افزایش احتمال اقدام به خودکشی می‌گردد. اقدام به خودکشی پیش از آگاهی اقدام بعدی است. در این مطالعه ۶۸/۷ درصد افراد سابقه اقدام به خودکشی قبلی داشتند که این میزان از مطالعات دیگر نیز که آن را تا یک سوم گزارش کرده‌اند بیشتر می‌باشد [۱]. این امر می‌تواند به دلیل جدی نگرفتن اقدامات قبلی باشد. در ارتباط با شیوه‌های اقدام به خودکشی نتایج این تحقیق نشان داد که مصرف دارو به‌عنوان روش شایع خودکشی بود که با نتایج تحقیقات دیگر همخوانی داشت [۱۵ و ۴]. در هر دو جنس دیازپام بیشتر از داروهای دیگر استفاده شده بود شاید به این دلیل که افراد به کشنده نبودن این دارو بیشتر اعتماد دارند. بیشترین خودکشی‌ها به ترتیب در تابستان، پائیز، زمستان و بهار بود. شیوع بالای خودکشی در تابستان در مطالعه‌ای که در جانبازان صورت گرفت نیز نشان داده شد [۱۶]. گرچه برخی مطالعات دیگر تفاوت زیادی بین فصول از لحاظ میزان اقدام به خودکشی را نشان نداده‌اند [۱۷ و ۱]. به هر حال ارتباط بین فصول با اقدام به خودکشی به مطالعات بیشتری نیاز دارد. فشارهای روانی زندگی در بسیاری از تحقیقات با اقدام به خودکشی مرتبط بوده است [۱۴، ۶ و ۱۵]. در این مطالعه مشکلات خانوادگی با ۳۸/۵ درصد شایع‌ترین علت اقدام به خودکشی و مشکلات اقتصادی و شغلی در رتبه‌های بعدی قرار دارند. این نتایج توجه بیشتر به اصلاح روابط خانوادگی و فراهم ساختن وضعیت اقتصادی بهتر را به‌عنوان راهبردهای پیشگیری از اقدام به خودکشی مطرح می‌کنند. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد

خودکشی، چرا که ثبت قانونی موارد مرگ اجتناب‌ناپذیر است [۱۳ و ۱۴]. در پژوهش حاضر که به بررسی شیوع اقدام به خودکشی در بیماران بستری شده در بخش اعصاب و روان بیمارستان بقیه ... پرداختیم ملاحظه گردید که میزان شیوع اقدام به خودکشی در مردان ۳/۱ درصد و در زنان ۴/۷ درصد بود. تقریباً همه بررسی‌ها خودکشی موفق را در مردان بیش از زنان و اقدام به خودکشی را در زنان بیش از مردان گزارش کرده‌اند [۴ و ۹]. همچنین خودکشی در هر دو جنس در افراد با تحصیلات پایین بیشتر اتفاق افتاده است. در تحقیقی مشابه که در شهر همدان صورت گرفت نیز نتایج مشابهی به‌دست آمد [۴].

در این مطالعه گروه سنی ۲۵-۱۵ سال بالاترین میزان اقدام به خودکشی را داشته است. بررسی‌های جهانی انجام شده نیز بر بالاتر بودن میزان اقدام به خودکشی در سنین جوانی تاکید دارند [۸]. میزان اقدام به خودکشی در این سنین در این مطالعه نسبت به مطالعات خارجی بیشتر و شاید به‌خاطر جوان بودن کشور می‌باشد و این را باید به‌عنوان یک مسئله جدی و بسیار مهم بهداشتی و اجتماعی تلقی کرد. در این تحقیق، نتایج نشان داد که بیشتر زنان و مردان اقدام کننده مجرد می‌باشند و این نمایانگر اثر حفاظتی تأهل برای هر دو جنس می‌باشد. از دست دادن همسر از راه طلاق یا مرگ از عوامل موثر در اقدام به خودکشی دانسته شده است [۱۵]. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که اقدام به خودکشی در مردان سرباز و کارمند که فعالیت‌های نظامی داشته‌اند نسبت به افراد غیرنظامی و در زنان خانه‌دار بالاتر می‌باشد. بنابراین می‌توان نظامی‌گری را جزء مشاغل دارای بار روانی بالا فرض نمود و کم کردن فشارهای روانی را در این گروه از جمله راه‌های پیشگیری از اقدام به خودکشی دانست. برخی مطالعات خودکشی در نیروهای نظامی را ناشی از شغل آن‌ها و شرایط خاصی از قبیل دسترسی راحت به سلاح‌های گرم دانسته و این امر به ویژه در سربازان قربانی خودکشی شایع‌تر است. البته اجرای مطالعه در یک بیمارستان نظامی نیز می‌تواند در به‌دست آمدن این نتیجه موثر باشد. سابقه رفتارهای ضداجتماعی نشان داد که در مردان بیشتر از زنان است. در این گروه مصرف مواد مخدر بالاترین آمار را داشت و عده‌ای هم به‌علت وابستگی به مواد اقدام به

تکرار این حملات به‌عنوان گامی جهت جلوگیری از اقدام به خودکشی محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاران بخش اعصاب و روان بیمارستان و پرسنل بخش بایگانی بیمارستان که در اجرای این مطالعه تسهیلات لازم را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

- 10- Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry* 2005 May-Jun;28(3):207-21.
- 11- Qelder M, Qath D. *Concise oxford textbook of psychiatry*. 1994. P. 255-61.
- 12- D'Orio B, Garlow SJ. Suicide prevention: a vital national public health issue. *J Health Hum Serv Adm* 2004;27(2):123-41.
- 13- Smpoulos V. When patients consider suicide, risk factors to watch for. *Postgraduate Medicine* 1990;88:130-205.
- 14- Murphy GE. Suicide and attempted suicide. In: Michels R. *Psychiatry*. Philadelphia: Lipincott Raven; 1995. P. 253-73.
- ۱۵- یاسمی محمدتقی. بررسی همه گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۷؛ شماره ۱۲: صفحات ۲۷-۱۴.
- ۱۶- تولائی عباس، حلی‌ساز محمدتقی. بررسی همه گیرشناسی خودکشی موفق در جانبازان. مجله پزشکی کوثر، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)؛ شماره ۵: صفحه ۴۰.
- 17- Roy A. Risk factor for suicide among adult alcoholics. *Alcohol Health Res World* 1993;17:133-8.
- 18- Mancinelli P, Tommaselli A, Comparelli S. Suicide in military circles in Italy. *Eur Psychiatry* 2001;16:432-3.

اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در این افراد بود که با میزان اقدام به خودکشی ارتباط معنادار داشت. مطالعات دیگر نیز ارتباط بین وجود اختلالات روانپزشکی و اقدام به خودکشی را نشان داده‌اند [۳، ۱ و ۷]. همچنین صرع و سردردهای میگرنی شایع‌ترین اختلال طبی همراه در این افراد بود و از آنجا که این دو اختلال سیر تکرار شونده دارند و در اثر عوامل مختلف از جمله عوامل استرسزا بروز می‌کنند. لذا، پیشگیری از این عوامل و جلوگیری از

منابع

- ۱- پورافکاری نصرت روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۷۵. صفحات ۲۰-۱.
- 2- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synapsis of psychiatry*. Suicide 31/1. 2000. P. 803-863.
- 3- Kaplan HI, and Sadock BJ. *Comperhensive texbook; of psychiatry*. 2000. P. 2031-2045.
- ۴- حیدری پهلوان احمد. بررسی همه گیرشناسی اقدام کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. رفتار ۱۳۷۵؛ ۲۱: صفحات ۶۸-۷۹.
- 5- Mello-Santos C, Bertolot JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(2):131-4.
- 6- Rastegar Lari A, Alaghebandan R. Epidemiological study of self-infected burns in Tehran. *Iran. J Burn Care Rehabil* 2003;24(1):15-20.
- 7- Moller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorder. *Acta psychiatr scand suppl* 2003;(418):73-80.
- 8- Shek DT, Tang V. Adolescent suicide in Hong Kong 1980-2000. *Int J Aadolesc Med Health* 2003;5(3):245-65.
- 9- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide paediatr. *Drugs* 2003;5(4):243-65.