

مقاله پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

دوره نهم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۹، ۲۲۱-۲۳۲

بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۶ حسین زارع^۱، محمد ناظر^۲، احمد رضا صیادی^۳

دریافت مقاله: ۸۸/۲/۱۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۸/۸/۲ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۹/۱/۱۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: خودکشی به عنوان یکی از اورژانس‌های روان‌پزشکی مورد توجه تمامی روان‌پزشکان و شبکه بهداشت است. در سال‌های اخیر، خودکشی در تمام سنین به ویژه در سنین نوجوانی افزایش داشته است. پدیده پیشگیری در خودکشی بسیار مهم‌تر از مقوله درمان می‌باشد. لذا در پژوهش حاضر فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۱۱۳ نفر که با تشخیص اقدام به خودکشی در اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) در سال ۱۳۸۶ پذیرش شده بودند، انتخاب شدند. پرسش‌نامه چندوجهی شخصیتی دانشگاه مینوسوتا و پرسش‌نامه مشخصات فردی و عوامل خطر خودکشی برای نمونه‌ها تکمیل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری رگرسیون خطی و همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: افسردگی با ۵۸٪، خود بیمار انگاری با ۵۶٪، اسکیزوفرنی ۵۴٪ و شخصیت ضداجتماعی با ۵۴٪، بالاترین فراوانی را، در گروه مورد مطالعه داشتند. بیماری‌های جسمی با ۱۷/۷٪ کمترین درصد را در بین ده عامل مرتبط با اقدام به خودکشی دارا بودند و سایر عوامل از جمله افسردگی با ۵۷/۵٪ و وضعیت تأهل با ۴۷/۸٪ به مراتب درصدهای بالاتری داشتند، برحسب مقیاس ۱۰ ماده‌ای خطر خودکشی، ۷/۱٪ اقدام‌کنندگان به خودکشی نیاز به بستری داشتند. نمره مقیاس خطر خودکشی ۷/۱۶٪ از اقدام‌کنندگان، در حدی بود که نیاز به بستری داوطلبانه را مطرح می‌کرد. ارتباط معنی‌داری بین میانگین نمره فرد در چک لیست عوامل خطر و اختلالات خود بیمار انگاری، افسردگی، ضد اجتماعی، اضطراب و اسکیزوفرنی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: اختلالات روانی، پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی هستند. همچنین حضور همزمان تعداد بیشتری از ده عامل مرتبط با خودکشی مثل وضعیت تأهل، افسردگی، سوء مصرف مواد و سنین نوجوانی، افزایش دهنده میزان جدی بودن خودکشی، در موارد اقدام به خودکشی می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: خودکشی، اختلالات روان‌پزشکی، عوامل خطر

۱- دانشیار گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران

۲- (نویسنده مسئول) دانشجو دکترای روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، عضو هیئت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

تلفن: ۰۲۵۱-۷۷۰۴۵۱۰ دورنگار: ۰۲۱-۲۲۸۰۸۴۹۴ پست الکترونیکی: nazerm47@yahoo.com

۳- مربی گروه آموزشی علوم پایه، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

در پژوهش H_0 ، درصد خودکشی در جامعه با درصد خودکشی در بیماران روانپزشکی مقایسه شد. میزان خودکشی در بیماران روانپزشکی ۱۲/۸ در ۱۰۰۰ نفر بود که این آمار ۱۰ برابر جامعه عمومی بوده است [۱۳]. خطر خودکشی برای کسانی که اخیراً تحت درمان روانپزشکی بوده‌اند، به ویژه بیماران با اختلال افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی بالا است. عواملی مانند سابقه خودکشی و ناسازگاری اجتماعی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهند. بیمارانی که در معرض استرس کاری هستند، در هفته نخست بعد از پذیرش در بیمارستان و هم‌چنین هفته نخست بعد از ترخیص از بیمارستان، بیشتر مستعد خودکشی هستند [۱۴-۱۵]. لذا خطر خودکشی و مرگ در کسانی که اخیراً از بخش روانپزشکی ترخیص می‌شوند ۱۰ برابر جمعیت عادی است [۱۶].

علاوه بر اختلالات روانپزشکی و عوامل ذکر شده، به مواردی همچون سن، جنس و تأهل به عنوان عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی نیز تأکید می‌شود. از جمله در پژوهشی با مقایسه دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و بدون اقدام به خودکشی نشان دادند که تقریباً ۱۰٪ از گروه اقدام‌کننده و فقط ۴٪ از گروه بدون اقدام، به علت خودکشی در طی یک دوره ۳/۸ ساله فوت نمودند. ۳۱٪ گروه اقدام‌کننده، سابقه تکرار خودکشی داشتند [۱۷].

پژوهشی بین سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۴ بر روی افرادی که به علت خودکشی مرده‌اند نشان داد که نسبت مرد به زن، هم‌چنین نسبت مطلقه به مجرد و متأهل ۴ به ۱ است [۱۸].

یک مطالعه مروری در زمینه شناسایی عوامل خطر خودکشی، عواملی همچون بیماری روانی، زن بودن،

رفتار خودکشی یکی از مشکلات جدی سلامت عمومی است و اقدام به خودکشی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم بهداشت روانی افراد جامعه محسوب می‌گردد [۱]. در سال‌های اخیر، خودکشی در تمام سنین به ویژه در سنین نوجوانی افزایش داشته است، لذا پدیده پیشگیری در خودکشی بسیار مهم‌تر از مقوله درمان مورد توجه روان‌پزشکان است [۲]. یکی از مسائل مهم در خودکشی، نقش حضور هم‌زمان انواع اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی است که از این میان می‌توان از افسردگی، اختلالات روان رنجوری و شخصیتی (۲۲٪)، سوءمصرف مواد و الکل (۱۶٪)، اسکیزوفرنی (۱۰٪) و سایر اختلالات روانی (۲۱٪) یاد کرد [۳-۴].

افسردگی اساسی، بالاترین خطر خودکشی را دارد. همراه شدن اختلالاتی مثل اضطراب، بی‌قراری و تغییرات سریع خلق، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. هم‌چنین در فاصله زمانی کوتاه بعد از ترخیص از بیمارستان، خطر خودکشی بیشتر است [۵]. بین افسردگی و فکر خودکشی رابطه معنی‌داری وجود دارد [۶]. افسردگی پیش‌بینی‌کننده خودکشی است [۷]. پژوهش بر روی بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی که تکرار خودکشی داشتند، نشان داد بالاترین آمار، مربوط به اختلال اسکیزوفرنی در کسانی که تنها زندگی می‌کردند بوده است [۸] به ویژه، اگر طول مدت بستری بیشتر باشد یا سابقه خودکشی قبلی وجود داشته باشد [۹].

بین اختلالات شخصیتی، به خصوص شخصیت مرزی و خودکشی، رابطه معنی‌داری وجود دارد [۱۰-۱۲].

نوجوان بودن، اسکیزوفرنی و افسردگی اساسی را به عنوان عوامل خطر خودکشی مطرح نموده است [۱۹].

پژوهش انجام شده در جهت شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رخداد خودکشی در کشور ایران، نشان دادند که نوجوان بودن، زن بودن، سابقه بیماری روانی، مصرف دخانیات و الکل در طول عمر و بیکار بودن، از متغیرهایی هستند که به صورت مستقل می‌توانند پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی باشند [۲۰]. در مرور بر پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه خودکشی در ایران، دامنه سنی مردان ۳۰-۳۹ و زنان زیر ۳۰ سال بود، ۷۱/۸٪ سابقه اختلالات خلقی و ۵۳/۵٪ اقدام به مصرف مواد به منظور خودکشی داشتند [۲۱].

عوامل دیگری نیز از جمله تفکر غیرمنطقی و عدم انعطاف‌پذیری و تکانه‌ای بودن عمل خودکشی و همچنین فکر خودکشی‌گرا، پیش‌بینی‌کننده خودکشی است اما تکانشی بودن در این افراد، خطر اقدام را به ویژه در نوجوانان بالا می‌برد [۲۲-۲۴].

بین درد مزمن و خطر خودکشی رابطه وجود دارد [۲۵]. می‌توان از دردهای مزمن جسمی مثل ایدز، هیپاتیت و سرطان به عنوان عامل خطر خودکشی یاد کرد [۲۶-۲۷].

در زمینه کودکان و نوجوانان می‌توان به عواملی نظیر مشکلات جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و خلق افسرده که مقدار آن به طور معنی‌داری در دخترها بالاتر از پسرها بوده است، اشاره کرد. همچنین خطر خودکشی به طور معنی‌داری با نامشخص بودن والدین، مرگ، طلاق یا کشمکش بین والدین، مشکلات مالی خانواده، مصرف الکل و اعتیاد در والدین ارتباط دارد [۲۸].

در یک مطالعه بین فکر خودکشی و اضطراب، افسردگی و افت تحصیلی، رابطه معنی‌داری وجود داشت [۲۹]. در پژوهش دیگری به ارتباط بین پرخاشگری، خودکشی، مصرف مواد و رفتار جنسی خطرناک با یک دیگر تأکید شد [۳۰]. Brems در کتاب خود از رابطه خودکشی در کودکان با اختلالات روانی در والدین، طلاق و کودک آزاری یاد می‌کند [۳۱]. به هر حال، بین اختلالات روان‌پزشکی، افسردگی، سوءمصرف مواد و سابقه خودکشی قبلی با خودکشی نوجوانان ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۳۲]. مصرف الکل عامل پیش‌بینی‌کننده مهم خودکشی به ویژه در دوره نوجوانی محسوب می‌شود [۳۳]. مشکلات و انحرافات جنسی، کودک آزاری و عدم حمایت اجتماعی در نوجوانان خطر خودکشی را افزایش می‌دهد [۳۴].

با توجه به مسائل فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی جامعه، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی اختلالات روانی و عوامل خطر در بیماران اقدام‌کننده به خودکشی ارجاع شده به اورژانس بیمارستان حضرت علی‌ابیطالب (ع) رفسنجان در طی یک دوره یک‌ساله طراحی شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی، از کلیه موارد ارجاع شده به اورژانس بیمارستان حضرت علی‌ابیطالب (ع) رفسنجان با تشخیص نهایی خودکشی در سال ۱۳۸۶ نمونه‌گیری صورت گرفت. افرادی که به دلیل خودکشی فوت نموده و یا خانواده آنها همکاری لازم را ننمودند، از نمونه‌ها حذف گردیدند. لذا از ۱۵۰ آزمودنی، ۱۱۳ نفر پس از مشخص شدن احتمال و تشخیص موارد اقدام به خودکشی در اورژانس، بعد از ارجاع به بخش داخلی مردان و زنان و

سایر نهادها)، اقدام قبلی به خودکشی، نقشه سازمان‌یافته (اقدام با برنامه قبلی شامل هرگونه برنامه‌ریزی جهت اقدام به خودکشی ساعت‌ها قبل از اقدام مثل تهیه دارو و سایر وسایل خودکشی یا خلوت کردن خانه و یا وجود علامت و نشانه از تعیین زمان و مکان خودکشی) را شامل می‌شدند. Paterson به نقل از Brems به وسیله ۱۰ عامل فوق، مقیاسی تحت عنوان «مقیاس ارزیابی عوامل خطر خودکشی» تهیه نمود [۳۱] که اگر بر اساس وجود یا عدم وجود هر یک از ۱۰ عامل به آنها نمره صفر یا یک داده شود، می‌توان میزان خطر (جدی بودن) را به صورت: نیازمند بستری ۱۰-۷ نمره، بستری داوطلبانه ۶-۳ نمره و نیاز به پیگیری مناسب حداقل ۲ نمره نشان داد [۳-۳۱]. پس از جمع‌آوری داده‌ها، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری رگرسیون خطی و همبستگی استفاده شد و $p < 0.05$ به عنوان اختلاف معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۳/۶٪ (۳۸ نفر) نمونه‌ها مذکر، ۶۶/۴٪ (۷۵ نفر) مؤنث، ۴۸/۷٪ (۵۵ نفر) مجرد و ۳/۵٪ (۴ نفر) نامزد، ۴۵/۱٪ (۵۱ نفر) متأهل، ۱/۸٪ (۲ نفر) متارکه کرده و ۰/۹٪ (۱ نفر) مطلقه بودند. میانگین سن خودکشی‌کنندگان $23/7 \pm 5/77$ سال و محدوده سنی ۴۰-۱۵ سال بود. رایج‌ترین روش خودکشی خوردن داروهای روان‌پزشکی با ۶۱/۱٪ (۶۹ نفر)، سموم کشاورزی با ۱۸/۶٪ (۲۱ نفر)، خوردن سم موش و غیره ۱۶/۷٪ (۱۹ نفر)، تریاک و سایر مخدرها ۱/۸٪ (۲ نفر) و ۱/۸٪ (۲ نفر) به شکل بریدن رگ بوده است. خودکشی بیشتر در ساعات ۸، ۹ و ۱۱ قبل از ظهر هر کدام با ۸/۸٪ (۱۰ نفر) بوده و

جلب رضایت بیمار و خانواده وی، در مطالعه شرکت داده شدند. تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از تثبیت وضع جسمی و رفع خطر و حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از مراجعه به بیمارستان صورت گرفت. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات که از طریق مصاحبه توسط روانشناس و مجری طرح با بیمار تکمیل گردید عبارت بودند از:

- ۱- پرسش‌نامه چند وجهی شخصیتی دانشگاه مینوسوتا Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI-II) (دومین اصلاحیه) که جهت تعیین اختلالات شخصیتی و روانی مورد استفاده قرار گرفت [۳۵].
- ۲- پرسش‌نامه (محقق ساخته) مشخصات فردی، اجتماعی و سایر اطلاعات مربوط به نحوه خودکشی.
- ۳- مقیاس ۱۰ ماده‌ای خطر خودکشی، که مجری طرح به کمک مصاحبه و نتیجه‌گیری از دو ابزار فوق، آن را به شکل مشخص نمودن وجود (صدق می‌کند) یا عدم وجود هر یک از ده عامل (صدق نمی‌کند) تأیید می‌نمود. این ده عامل خطر خودکشی بر اساس منابع موارد: تفکر غیرمنطقی (تکانه‌ای بودن خودکشی یا اقدام ناگهانی و بدون برنامه به خودکشی)، بیماری جسمی مهم (مثل سرطان، ایدز و بیماری‌های مزمن غیرقابل درمان و نقص عضو مثل فلج یا قطع دست و پا)، سن {نوجوانی (۲۴-۱۵) و کهنسالی (بعد از ۵۰ سالگی)}، مصرف نابجای مواد مخدر (الکل، تریاک، حشیش و هروئین)، جنس (زن بودن = بیشتر نمایی و مرد بودن = بیشتر واقعی)، وضعیت تأهل (مطلقه، همسر فوت کرده، مجرد)، افسردگی، نداشتن حمایت اجتماعی (حمایت عاطفی، ارزشی، اطلاعاتی، مادی و شبکه‌ای از طرف خانواده، دوستان و

بیشترین فراوانی مربوط به تیرماه با ۲۷/۴٪ (۳۱ نفر) و اردیبهشت با ۲۱/۲٪ (۲۴ نفر) می‌شد. در نمونه‌های مورد مطالعه ۷۱٪ بر حسب مقیاس نیاز به بستری و ۷۱/۶٪ نیاز به بستری داوطلبانه داشتند در حالی که ۲۱/۳٪ می‌باشد.

نیازمند به بستری نبودند. طبق جدول ۱ بالاترین میزان اختلال روان‌پزشکی، افسردگی (۵۸٪)، اسکیزوفرنی و ضد اجتماعی (۵۴٪) و کمترین مقدار هیستریک (۱۳/۲٪) می‌باشد.

جدول ۱- میزان اختلالات روان‌پزشکی بر حسب پرسش‌نامه MMPI-II در نمونه‌های مورد مطالعه

نام بیماری	گروه	بیمار	سالم	کل
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خودبیمارانگاری	۶۳ (۵۶)	۵۰ (۴۴)	۱۱۳ (۱۰۰)	
افسردگی	۶۵ (۵۸)	۴۸ (۴۲)	۱۱۳ (۱۰۰)	
هیستریک (نمایشی)	۱۵ (۱۳/۲)	۹۸ (۸۶/۸)	۱۱۳ (۱۰۰)	
ضد اجتماعی	۶۱ (۵۴)	۵۲ (۴۶)	۱۱۳ (۱۰۰)	
پارانویید	۳۳ (۲۹/۲)	۸۰ (۷۰/۸)	۱۱۳ (۱۰۰)	
اضطراب	۳۱ (۲۴/۵)	۸۲ (۷۵/۵)	۱۱۳ (۱۰۰)	
اسکیزوفرنی	۶۱ (۵۴)	۵۲ (۴۶)	۱۱۳ (۱۰۰)	

جدول ۲- نمره افراد مورد مطالعه در مقیاس ۱۰ عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی

عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی	مقیاس	صدق می‌کند	صدق نمی‌کند	کل
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
تفکر غیرمنطقی	۳۷ (۳۲/۷)	۷۶ (۶۷/۳)	۱۱۳ (۱۰۰)	
بیماری جسمی مهم	۲۰ (۱۷/۷)	۹۳ (۸۲/۳)	۱۱۳ (۱۰۰)	
نوجوان و میان سال بودن	۴۱ (۳۶/۳)	۷۲ (۶۳/۷)	۱۱۳ (۱۰۰)	
مصرف نایجای مواد مخدر	۴۰ (۳۵/۴)	۷۳ (۶۴/۶)	۱۱۳ (۱۰۰)	
جنس (مذکر بودن)	۳۹ (۳۴/۵)	۷۴ (۶۵/۵)	۱۱۳ (۱۰۰)	
وضعیت تأهل	۵۴ (۴۷/۸)	۵۹ (۵۲/۲)	۱۱۳ (۱۰۰)	
افسردگی	۶۵ (۵۷/۵)	۴۸ (۴۲/۵)	۱۱۳ (۱۰۰)	
نداشتن حمایت اجتماعی	۴۰ (۳۵/۴)	۷۳ (۶۴/۶)	۱۱۳ (۱۰۰)	
اقدام قبلی به خودکشی	۳۹ (۳۴/۵)	۷۴ (۶۵/۵)	۱۱۳ (۱۰۰)	
نقشه سازمان یافته	۳۳ (۲۹/۲)	۸۰ (۷۰/۸)	۱۱۳ (۱۰۰)	

خودبیمارانگاری، افسردگی و اضطراب که بالاتر از میزان F جدول می‌باشد و همچنین با استفاده از آزمون رگرسیون با روش ورود همزمان، ارتباط معنی‌داری بین اختلالات فوق و نمره فرد در مقیاس ۱۰ عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی مشاهده نشد.

همچنین از بین ۱۰ عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی، به ترتیب افسردگی (۰/۵۷/۵)، وضعیت تأهل (۰/۴۷/۸) و سن (۰/۳۶/۳) بیشترین مقدار، و نقشه سازمان‌یافته (۰/۲۹/۲) و بیماری جسمی مهم (۱۷/۷) کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند (جدول ۲).
با توجه به جدول ۳ و با تأکید بر میزان F به دست آمده، در اختلالات اسکیزوفرنی، ضد اجتماعی،

جدول ۳- رگرسیون جهت پیش‌بینی اختلالات روان‌پزشکی از طریق نمره فرد در مقیاس ۱۰ عامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی همراه با میزان R^2 و ضریب سازگار شده

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بینی‌کننده	R	R^2	R سازگار شده	میزان B	میزان T	میزان F	P
خودبیمارانگاری		۰/۲۳۶	۰/۵۶	۰/۰۴۷	۰/۲۱۹	۲/۵۱	۶/۳	*۰/۰۱۴
افسردگی		۰/۲۰۵	۰/۰۴۲	۰/۰۳۳	۰/۳۳۶	۲/۱۶	۴/۶۹	*۰/۰۳۲
هیستریک		۰/۱۴۴	۰/۰۲۱	۰/۰۱۲	۱۱/۰۳	۱۹	۲/۲۶	۰/۱۳۶
میانگین نمره مقیاس ۱۰ عامل خودکشی	ضد اجتماعی	۰/۲۳۸	۰/۰۵۶	۰/۰۴۸	۰/۳۴۹	۲/۵	۶/۴	*۰/۰۱۳
	پارانویید	۰/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۹	۸/۴۳	۱۷/۲	۰/۰۵۴	۰/۸۱۷
اضطراب		۰/۲۶۶	۰/۰۷۱	۰/۰۶۲	۰/۴۲۰	۲/۸۵	۸/۱۷	*۰/۰۰۵
اسکیزوفرنی		۰/۳۱۷	۰/۱۰۰	۰/۰۹۲	۰/۵۱۵	۳۳/۴۵	۱۱/۹۲	*۰/۰۰۱
مانیا		۰/۱۷۱	۰/۰۲۹	۰/۰۲۰	۶/۳۶	۱۲/۳۸	۳/۲۳	۰/۰۷۵

*: اختلاف معنی‌دار می‌باشد.

برابر مردان بود که با مطالعات انجام شده هم‌خوانی دارد [۳۶، ۲۰-۱۹]. سن ۵۵٪ نمونه‌ها بین ۱۵ تا ۲۰ سال

بحث
در این مطالعه، میزان اقدام به خودکشی در زنان دو

و مابقی بین ۲۱ تا ۴۰ سال بوده است. لذا به خودکشی به عنوان یک پدیده نوجوانی و جوانی در این منطقه باید اشاره کرد، برای تبیین این یافته دو موضوع را می‌توان مطرح نمود یکی این که در پژوهش‌های اخیر بیشتر افراد اقدام‌کننده به خودکشی، در سنین نوجوانی و جوانی بودند که علت احتمالی آن را جوان بودن جمعیت کشور ذکر می‌کنند [۳۷-۳۸]. تبیین احتمالی دیگر که بیشتر شرح حال منطقه پژوهش است را می‌توان کوچک بودن شهرستان، سنتی بودن و به طبع آن زیاد بودن روابط عاطفی، وضعیت بهتر اقتصادی سالمندان و مذهبی بودن آنان برشمرد. روش مرسوم خودکشی (داروهای روان‌پزشکی، مواد مخدر و سموم) با توجه به سن، جنس و امکانات موجود در منطقه هماهنگی دارد. در دسترس بودن مواد مخدر و سهل‌الوصول بودن سموم کشاورزی به دلیل شغل اصلی مردم منطقه که کشاورزی می‌باشد را می‌توان به عنوان دو علت احتمالی مطرح نمود.

در مورد همزمانی اختلالات روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی، بیشترین مقدار برای اختلال افسردگی و خودبیمارانگاری و به دنبال آن برای شخصیت ضداجتماعی و اسکیزوفرنی مطرح می‌باشد. نکته مهم این که این آمار به شکل گروهی است یعنی ممکن است ۱ نفر همزمان بیش از یک اختلال را داشته باشد. می‌توان این فرضیه را مطرح نمود که معمولاً خودکشی بی‌دلیل نیست و اکثر اقدام‌کنندگان دارای یکی از تشخیص‌های روان‌پزشکی هستند. این مطلب دارای پشتوانه تحقیقاتی قابل توجهی است [۳، ۱۲].

در این مطالعه، عواملی نظیر افسردگی، وضعیت تأهل، نوجوان بودن، مصرف نابجای مواد مخدر، نداشتن حمایت

اجتماعی، مذکر بودن، داشتن سابقه خودکشی قبلی، تفکر غیرمنطقی و در انتها نقشه سازمان‌یافته با خودکشی مرتبط بوده‌اند و با سایر مطالعات هماهنگ است [۲۱، ۱۷، ۱۳]. سهم بیماری‌های جسمی در اقدام به خودکشی ناچیز بوده است که با مطالعات مشابه هم هم‌خوانی دارد [۳۴]. اما نکته مهم این است که این نتایج مربوط به گروهی است که نجات یافته‌اند، یعنی به دلیل محدودیت‌های تحقیقاتی پژوهش بر روی اقدام‌کنندگان به خودکشی صورت گرفته است، لذا افرادی که فکر خودکشی دارند یا در مرحله برنامه‌ریزی برای خودکشی هستند در این مطالعه لحاظ نشده‌اند. از طرفی احتمال دارد در بین اقدام‌کنندگان افرادی باشند که در کار خود خیلی جدی نبوده‌اند، یعنی عمل آنها جنبه تمارض یا تصنعی داشته است که کنترل آنها معمولاً مشکل است و جزء خطای پژوهش محسوب می‌گردد. با این حال ۷۱٪ بیماران اقدام‌کننده به خودکشی در این پژوهش نیاز به بستری داشتند، یعنی خودکشی آنها جدی بوده و امکان رخداد مجدد وجود دارد. به عبارتی، خطر خودکشی در حدی که بعد از رفع خطر، نبایستی ترخیص شوند. ۷۱٪ درصد از اقدام‌کنندگان به خودکشی نیاز به بستری داوطلبانه داشتند، یعنی بهتر بود در صورت رضایت بستری شوند و تحت درمان دارویی قرار بگیرند و امکان بستن پرونده بعد از رفع خطر فیزیکی وجود نداشت. اما ۲۱٪ از اقدام‌کنندگان به خودکشی، احتیاج به پیگیری مناسب داشتند یعنی تصمیم‌گیری در مورد پیگیری درمان را می‌توان به خود بیمار واگذار نمود. این مطلب ارزش ۱۰ عامل را جهت پیش‌بینی خودکشی نشان می‌دهد. طبق آمار فوق، مجموعاً ۷۹٪ از افرادی که اقدام به خودکشی

می‌باشند. حضور همزمان تعداد بیشتری از ۱۰ عامل مرتبط ذکر شده، احتمال حضور اختلالات روان پزشکی را افزایش می‌دهد و حضور همزمان این دو مقوله (عوامل مرتبط با خودکشی {عوامل خطر} و اختلالات روان پزشکی) خطر یک اقدام به خودکشی را بیشتر می‌نماید و نیازمند توجه، بستری و پی‌گیری بیشتر خواهد بود. نهایتاً این که پژوهش حاضر نشان می‌دهد اقدام به خودکشی معلول عوامل چند متغیری است. با توجه به نتایج بدست آمده، اقدام به خودکشی یک اختلال قابل پیشگیری است. لذا پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی با استفاده از عوامل خطر خودکشی، به پیش‌بینی احتمال رخداد خودکشی در جمعیت عادی و سایر جمعیت‌ها اقدام گردد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از سرپرستاران محترم بخش‌های داخلی مردان و زنان و اورژانس بیمارستان حضرت علی‌ابیطالب(ع) و همکاران محترم بخش روان پزشکی شهر رفسنجان و همچنین بیماران و همراهان ایشان که در اجرای این پژوهش نهایت همکاری را داشتند. همچنین از داوران و ویراستاران محترم مجله علوم پزشکی رفسنجان تشکر و قدردانی می‌شود.

نموده‌اند، بعد از رفع خطر فیزیکی، بایستی در اورژانس یا سایر بخش‌ها به عنوان بیمار روان پزشکی به شکل بستری یا سرپایی تحت درمان قرار گیرند. فقط در ۲۱٪ از اقدام‌کنندگان می‌توان با احتیاط پرونده را مختومه اعلام نمود. پژوهش‌ها ضرورت فوق را تأیید می‌کنند [۱۶-۱۷، ۳۱]. به غیر از اختلالات مانیا، پارانوئید و هسیتریک که رابطه معنی‌داری با خودکشی جدی نداشتند، آزمون رگرسیون خطی نشان داد که سایر اختلالات روان پزشکی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی، اضطراب، ضداجتماعی بودن و خودبیمارانگاری، رابطه مثبت و معنی‌داری با نمره کل مقیاس عوامل خطر در خودکشی دارند. نتیجه فوق با اکثر منابع هماهنگ است [۵، ۱۰]. این مطلب از یک طرف اهمیت ۱۰ عامل خطر و از طرف دیگر اهمیت اختلالات روان پزشکی را نشان می‌دهد. همچنین، همزمانی این دو عامل را می‌توان به عنوان افزایش‌دهنده خطر خودکشی محسوب نمود.

نتیجه‌گیری

اختلالات روانی، پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی هستند و همچنین عوامل مرتبط با خودکشی مثل وضعیت تأهل، افسردگی، مصرف مواد و سن نوجوانی، افزایش‌دهنده خطر خودکشی (میزان جدی بودن)

References

[1] Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical

studies. *Suicide LifeThreat Behav* 2001; 31(4): 367-85.

- [2] Kaplan H, Sadocks B. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins 2004, 8th Ed, (2 Volume-set): 435-46.
- [3] Davinson G, Neale JM. Abnormal psychology. John Wiley & Sons, Inc, 7 th ed, 1998; 250-62 and 473-4.
- [4] Goldacre M, Seagroatt V, Hawton K. Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*. 1993; 342(8866): 283-6.
- [5] Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 2: 57-62; discussion 75-6, 113-6.
- [6] Stewart SM, Lam TH, Betson C, Chung SF. Suicide ideation and its relationship to depressed mood in a community sample of adolescents in Hong Kong. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(3): 227-40.
- [7] Yamada M. Depression and suicide prevention. *Nippon Rinsho* 2007; 65(9): 1675-8.
- [8] Roy A, Draper R. Suicide among psychiatric hospital in-patients. *Psychol Med* 1995; 25(1): 199-202.
- [9] Hubner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. Suicides in psychiatric in-patient treatment, *Psychiatr Prax*. 2001; 28(7): 330-4.
- [10] Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(3): 527-43.
- [11] Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abu Abdullah T, Guelfi JD, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale* 2008; 34(5): 452-8.
- [12] Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Pers Disord* 2008; 22(2): 123-34.
- [13] Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(6): 702-7.
- [14] Kan CK, Ho TP, Dong JY, Dunn EL. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2007; 42(3): 208-14. Epub 2007.
- [15] Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on

- longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(4): 427-32.
- [16] Davies S, Clarke M, Hollin C, Duggan C. Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 70-4.
- [17] Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41(3): 257-65 .
- [18] Wyder M, Ward P, De Leo D. Separation as a suicide risk factor. *J Affect Disord* 2009; 16(3): 208-13.
- [19] Troister T, Links PS, Cutcliffe J. Review of predictors of suicide within 1 year of discharge from a psychiatric hospital. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10(1): 60-5 .
- [20] Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Posht Mashadi M, Zadeh SA. Predicting factors of suicide attempts in Karaj general population. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 13(3): 71-9. [Farsi]
- [21] Ghoreishi SA, Mosavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008, 14(2): 47-53. [Farsi]
- [22] Gorlyn M. Impulsivity in the prediction of suicidal behavior in adolescent populations. *Int J Adolesc Med Health* 2005; 17(3): 205-9.
- [23] Bridge S. Suicide prevention - targeting the patient at risk. *Aust Fam Physicia* 2006; 35(5): 335-8.
- [24] Paris J. The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005; 17(4): 1091-104.
- [25] Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links *Psychol Med* 2006; 36(5): 575-86.
- [26] Graham C, Bernville PW. A study of coroner's records of suicide in young People, 1986 – 88 in Western Australia. *Aust N Psychiatry* 1992; 26(1): 30-9.
- [27] Delvenne V. Suicidal attempts in adolescents. *Rev Med Brux* 2005; 26(4): S229-S32.
- [28] Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclésiau H. Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a

- preventive health center. *Encephale* 2005; 31(3): 289-99.
- [29] Lee MT, Wong BP, Chow BW, McBride-Chang C. Predictors of suicide ideation and depression in Hong Kong adolescents: perceptions of academic and family climates. *Suicide Life Threat Behav* 2006; 36(1): 82-96.
- [30] Howard DE, Wang MQ, Yan F. Psychosocial factors associated with reports of physical dating violence victimization among U.S. adolescent males *Adolescence* 2008; 43(171): 449-60.
- [31] Brems ch. Dealing with challenges in psychotherapy and counseling. Wadsworth, Brooks / Cole. 2000; 423 -5.
- [32] Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factor, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003; 5(4): 243-65.
- [33] Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health* 2005; 17(3): 197-203.
- [34] Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatr* 2006; 58(5): 443-50.
- [35] Groth- Marnat G. Handbook of psychological assessment. (4th Ed). New York 2003; 354-5.
- [36] Jamshidi F, Rafiei H, Yasami M, Rahimi S. Trend suicide and attempt suicide in Ilam between 1995-2002. *journal of Social Well Fare* 2004; 13(12): 325-45. [Farsi]
- [37] Zojaji E, Yasami MT, Layeghi H. A Program to predict of suicide in primary health system. *The official of Preventing of Diseases, Ministry of Health* 2004; [Farsi]
- [38] Hemmati N, Daneshamoz B, Panahi L. Epidemiology of suicidal thinking in high school student in Abdanan in Ilam *J Cognitive Science* 2004; 6(1). [Farsi]

Frequency of Mental Disorders and Factors Related to Suicide in Patients Referring to Emergency Ward of Ali Ebne Abitaleb Hospital of Rafsanjan in 2007

H. Zare¹, M. Nazer², A.R. Sayyadi³

Received: 14/05/09

Sent for Revision: 24/10/09

Received Revised Manuscript: 05/04/10

Accepted: 06/05/10

Background and Objectives: Suicide as a psychiatric emergency has been regarded by all psychiatrists and health professionals. In recent years, suicide has increased in all age groups especially in the adolescence age group. Therefore, in the present research it has been tried to study the frequency of mental disorders and factors related to suicide in patients referring to Emergency Ward of Ali Ebne Abitaleb hospital of Rafsanjan.

Materials and Methods: In this descriptive study, 113 people admitted to the Emergency Ward of Ali Ebne Abitaleb hospital with diagnosis of attempted suicide were chosen. Then, the Minnesota multi-phasic personality inventory along with the questionnaire for individual characteristics and risk factors of suicide were completed for each person. Statistical tests of linear regression and correlation were used to analyze data.

Results: The most prevalent mental disorders were depression (%58), hypochondriasis (%56), schizophrenia (%54) and anti-social personality (%54). Physical diseases with %17.7 had the least score among the ten factors. Higher percentages belonged to criteria such as depression (%57.5) and marital status (%47.8). According to the ten-item criteria of suicide risk, %7.1 of respondents needed to be hospitalized. Seventy one point six percent had the score of suicide risk at a rate that indicated voluntary hospitalization is required. There was a significant relationship between the individual's scores based on the presence of the risk factors and some disorders such as hypochondriasis, depression, being anti-social, anxiety and schizophrenia.

Conclusion: Mental disorders are predictive of suicide. Also, concurrent presence of most of the 10 risky factors of suicide such as marital status, depression, drug abuse and adolescence age increase the risk of suicide.

Key words: Suicide, Psychiatric Disorders, Risk Factors

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest :None declare.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study.

1- Associate Prof, Dept. of Psychology, University of Payam noor, Tehran, Iran

2- PhD Student, Dept. of Psychology, Tehran University of Payam noor, Academic Member, Dept. of Psychiatry, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

(Corresponding Author) Tel: (0251) 7704510, Fax: (021) 22808494, E-mail: nazerm47@yahoo.com

3- Academic Member, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran