

بررسی اپیدمیولوژیک موارد خودآزاری عمدی (مسمومیت) در شهرستان

شاهرود

دکتر سید عباس موسوی^{۱*}، احمد خسروی^۲، دکتر محمد حسین حسینی^۳، دکتر زهرا جهانی^۴

۱- متخصص روانپزشکی - دانشکده علوم پزشکی شاهرود

۲- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی - دانشکده علوم پزشکی شاهرود

۳- متخصص داخلی - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود - دانشکده پزشکی

۴- دانش آموخته دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود

چکیده

مقدمه: خودکشی اصلی‌ترین اورژانس روانپزشکی و یکی از بزرگترین معضلات بشری است، لذا مطالعه حاضر به بررسی خصوصیات اقدام‌کنندگان به خودآزاری عمدی (مسمومیت‌ها)، مواد و داروهایی که مورد استفاده آن‌ها قرار گرفته و برخی عوامل همراه با آن می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۳۸۳ بیمار اقدام‌کننده به خودآزاری عمدی از نوع مسمومیت مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود از تیر ماه سال ۸۱ تا پایان خرداد سال ۸۲ انجام شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های طراحی شده و انجام مصاحبه با بیمار و بستگان او گردآوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در طول یک سال، تعداد ۳۸۳ نفر (۱۶۳ نفر مرد و ۲۲۰ نفر زن) مورد بررسی قرار گرفتند که گروه سنی ۱۵-۳۰ سال بیشترین فراوانی را (۸۰/۴٪) به خود اختصاص دادند. ۶۱/۹٪ آن‌ها مجرد و اکثریت آن‌ها (۴۸/۸٪) تحصیلات زیر دیپلم داشته و ۸۸/۵٪ موارد اقدام به خودآزاری را شهرنشین‌ها انجام داده بودند، بیشترین موارد اقدام به خودآزاری، با استفاده از داروهای شیمیایی (۳۴۱) نفر انجام شده که بنزودیازپینها (۲۶٪) شایعترین گروه دارویی مورد استفاده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اقدام به خودکشی در گروه جوانان و مجردین قابل توجه بوده و اقدامات حفاظتی می‌تواند در اولویت اول، به بررسی مشکلات این گروه‌ها اختصاص یابد. همچنین از مهم‌ترین مباحث بالینی، توجه به عوامل خطر خودکشی و درمان موارد خودآزاری عمدی جهت جلوگیری از تکرار آن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، خودآزاری عمدی، مسمومیت، شاهرود.

مقدمه

نمی باشد زیرا حدود یک چهارم این افراد اظهار می دارند که هدف آن‌ها از این اقدام، مرگ بوده است (۹). برخی منابع ترجیح می دهند به جای اقدام به خودکشی از واژه خودآزاری عمدی استفاده نمایند و در تعریف این واژه نوشته اند: اقدام عمدی غیر مهلک خواه فیزیکی، خواه مسمومیت، با علم به احتمال خطر آن، و در مسمومیت دارویی، اطلاع داشتن از این موضوع که مقدار مصرفی بیش از اندازه است (۱۰). خودآزاری عمدی معمولاً در بین ۴ گروه زیر شایع است: ۱- بالغین جوان ۲- زنان بخصوص گروه‌های ۲۰-۱۵ سال ۳- افراد با طبقات اقتصادی-اجتماعی پایین ۴- افراد مطلقه، زنان همسر دار جوان و افراد جوان مجرد (۹).

همچنین مهم‌ترین روشهای خودآزاری عمدی (۹) عبارتند از: مصرف بیش از حد داروها که بیش از ۹۰ درصد موارد را به خود اختصاص می دهد، مصرف الکل و مواد و صدمه به خود (Self-injury).

در سال‌های اخیر نسبت قابل ملاحظه‌ای از پذیرش‌های بخش داخلی را کسانی تشکیل داده‌اند که عمداً خود را به شیوه‌های گوناگون مسموم کرده‌اند. اگرچه مشخص شده است که فقط اندکی از آن‌ها قصد از بین بردن خود را داشته‌اند و بقیه انگیزه‌های دیگری برای عمل خود داشته‌اند. همچنین اندکی از این افراد دچار اختلال روانی هستند و بقیه با مسائل اجتماعی پیچیده‌ای مواجه‌اند (۹). اگرچه اکثر این افراد نجات می‌یابند اما در معرض خودکشی قرار دارند (۹ و ۱۱).

اهمیت روز افزون پرداختن به موضوع خودکشی و نیز تفاوت‌هایی که از نظر فرهنگی- اجتماعی در مورد این پدیده وجود دارد و نیز نقش شناخت دقیق این رفتار جهت پیشگیری از آن، باعث شده که در این مطالعه، خصوصیات بیماران، نوع مواد و داروهایی که مورد استفاده آن‌ها قرار گرفته و همچنین برخی از عوامل همراه با آن را مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در آن تمام بیماران اقدام کننده به خودآزاری عمدی به شکل مسمومیت، مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع)

خودکشی مرگی است غیر اتفاقی که عمدتاً به دست خود شخص با هدف از بین بردن آگاهانه یا نیمه آگاهانه حاصل می‌شود و این عمل سهوی و بی‌معنی نیست، بلکه می‌تواند با نیازهای برآورده نشده و احساس یاس و ناامیدی ارتباط داشته باشد (۱). مطابق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳ میلیون نفر از خودکشی خواهند مرد و میزان خودکشی در جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر خواهد شد و به‌طور میانگین هر ۲۰ ثانیه یک مرگ و هر ۱ تا ۲ ثانیه یک اقدام به خودکشی خواهیم داشت (۲). در ایالات متحده در هر سال ۳۰۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند و ۶۵۰۰۰۰ نفر اقدام به خودکشی می‌کنند و تقریباً ۸۵ مورد خودکشی در هر روز رخ می‌دهد یعنی در هر ۲۰ دقیقه یک نفر در آمریکا خودکشی می‌کند (۳).

هم چنین به نظر می‌رسد از نظر سنی نیز در اواخر قرن بیستم تغییراتی در میزان خودکشی رخ داده است. به‌طوریکه در سنین نوجوانی افزایش و در سنین پایانی کاهش یافته است و به صورت کلی حدود ۲۰ در صدهزار نفر در سال است (۱). در ایالات متحده آمریکا خودکشی موفقی ۱۲ در صدهزار نفر است و در کشورهای نظیر اسکاتلند، سوئیس، آلمان، ژاپن، اتریش و اروپای شرقی که کمربند خودکشی نامیده می‌شوند، حدود ۲۵ در ۱۰۰ هزار گزارش شده است (۱). این رقم در بعضی از کشورهای هم‌جوار نظیر ترکیه (۴) و پاکستان (۵) پایین می‌باشد. اگر چه در مناطق مختلف ایران نیز مطالعات متنوعی در این زمینه انجام شده، فراوانی آن در مناطق جنوبی ۱۶/۸ در صدهزار (۶) و در کرج و ساوجبلاغ ۱۶/۴ در صدهزار (۷)، در استان گلستان ۱۱۷/۸ در صد هزار (۸) گزارش شده است.

بسیاری از بیماران به صورت عمدی اقدام به مصرف بیش از حد داروها و یا به روشهای مختلف اقدام به صدمه به خود می‌کنند در این حالت تعدادی از آن‌ها می‌میرند (خودکشی) و بقیه که زنده می‌مانند را اقدام کننده به خودکشی (Attempted suicide) و یا موارد خودآزاری عمدی (Deliberate self-harm) می‌نامند (۹). در واقع خودآزاری عمدی، نوعی خودکشی غیر موفقی

تشکیل می‌دهند (جدول شماره ۲). نتایج این جدول نشان می‌دهد که ۸۸/۵ درصد بیماران در نقاط شهری سکونت داشته که در این گروه نیز درصد فراوانی بیماران زن از مرد بیشتر است (۵۰/۸٪ در مقابل ۳۸/۰ درصد). نسبت زن به مرد در شهر به روستا به ترتیب برابر ۱/۳ و ۱/۴ به یک نفر می‌باشد.

جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک بیماران اقدام کننده به خودآزاری عمدی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود در سال ۸۲-۱۳۸۱

متغیر	فراوانی	درصد
گروه سنی		
۱۰-۱۴	۱۳	۳/۴
۱۵-۱۹	۱۰۴	۲۷/۲
۲۰-۲۴	۱۴۶	۳۸/۱
۲۵-۲۹	۵۸	۲۵/۱
۳۰-۳۴	۳۳	۸/۶
۳۵-۳۹	۱۲	۳/۱
۴۰-۴۴	۷	۱/۸
۴۵-۶۰	۱۰	۲/۶
تحصیلات		
بی سواد	۶	۱/۶
زیر دیپلم	۱۸۷	۴۸/۸
دیپلم	۹۹	۲۵/۸
تحصیلات دانشگاهی	۴۵	۱۱/۷
نامشخص	۴۶	۱۲/۰
شغل		
خانه دار	۸۸	۲۳/۰
بیکار	۴۹	۱۲/۸
دانش آموز	۶۶	۱۷/۲
دانشجو	۴۱	۱۰/۷
سرباز	۱۱	۲/۹
زندانی	۶	۱/۶
شاغل	۳۶	۹/۴
نامشخص	۸۶	۲۲/۵

از تعداد کل موارد خودآزاری در طول یک سال، ۳ نفر (۰/۸٪) در اثر مسمومیت فوت نموده و ۱۷۸ نفر (۴۶/۵٪) در بخش‌های تخصصی بیمارستان جهت پیگیری و ادامه درمان بستری شده‌اند در حالی که ۲۰۲ نفر (۵۲/۷٪) به صورت سرپایی درمان شده‌اند و از سه نفر بیماران فوتی ۲ نفر زن بوده‌اند.

شاهرود (بیمارستان اصلی درمان مسمومیت در شهر) از ابتدای تیرماه ۱۳۸۱ تا پایان خردادماه ۱۳۸۲ به مدت یک سال شمسی مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسش‌نامه بود که با استفاده از اهداف مطالعه و جدول متغیرها تدوین شده و در بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) توسط افرادی که توسط پژوهش‌گران آموزش دیده بودند از طریق مصاحبه با بیماران و همراهان آن‌ها تکمیل گردید. هم چنین بیماران که بستری شدند در سیر بستری با مراجعه به پرونده آن‌ها نتایج مشاوره روانپزشکی آن‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای متغیرهای کیفی، نتایج بصورت فراوانی و درصد و برای متغیرهای کمی نتایج بصورت میانگین و انحراف معیار ارایه شده است.

نتایج

در این مطالعه در یک فاصله زمانی یک ساله تعداد ۳۸۳ نفر از بیماران اقدام کننده به خودآزاری عمدی از نوع مسمومیت در بیمارستان امام حسین (ع) مورد بررسی قرار گرفتند. از مجموع این بیماران تعداد ۲۲۰ نفر (۵۷/۴٪) مونث و ۱۶۳ نفر (۴۲/۶٪) مذکر بوده و میانگین سنی آن‌ها ۲۳/۲ سال (با انحراف معیار ۷/۳ سال) و دامنه سنی ۱۰ تا ۶۰ سال می‌باشد.

در جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک بیماران اقدام کننده به خودآزاری عمدی نمایش داده شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که ۸۰/۴ درصد از این افراد در سنین ۱۵ تا ۳۰ سال قرار دارند. گروه سنی ۱۵-۱۹ سال و گروه سنی ۲۰-۲۴ سال دارای بیشترین فراوانی موارد مسمومیت عمدی می‌باشند. از نظر تحصیلات ۱/۶ درصد افراد بی سواد و اکثریت آن‌ها (۴۸/۸٪) را افراد با تحصیلات کمتر از دیپلم تشکیل داده و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی ۴۵ نفر می‌باشند که ۴۱ نفر آن‌ها را دانشجویان تشکیل می‌دهند (جدول شماره ۱).

اکثریت اقدام‌کنندگان به خودآزاری (۶۱/۹٪) را افراد مجرد تشکیل داده که در این گروه نیز اکثریت افراد را زنان

استفاده ۵ عدد و حداکثر ۲۰۰ عدد ذکر شده است. سابقه اقدام به خودکشی در ۸/۹ درصد (۳۴ نفر) افراد گزارش شده است که ۲۳ نفر سابقه ۲ بار و ۱۱ نفر نیز سابقه بیشتر از ۲ بار را ذکر نموده‌اند.

از میان افرادی که در اثر اقدام به خودآزاری عمدی از نوع مسمومیت، بستری شده‌اند، ۱۳۳ نفر مشاوره روانپزشکی شده که بر اساس بررسی‌های بالینی، ۲۲/۶٪ تشخیص اختلالات افسردگی عمده، ۱۰/۵٪ سایر سندرم‌های افسردگی، ۲۴/۸٪ اختلال انطباقی، ۱۰/۵٪ اختلال شخصیت مرزی، ۶٪ اختلال روانپریشی (روانپریش)، ۳/۸٪ اختلال اضطرابی، ۳٪ اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ۲/۳٪ سایر اختلالات شخصیت، ۲/۳٪ سایر اختلالات خلقی، ۱/۵٪ سوء استفاده از مواد و الکل، ۰/۸٪ اختلال تجزیه‌ای، ۰/۸٪ اختلال جنسی، ۵/۳٪ اختلالات شخصیت مرزی به همراه

بررسی نوع مسمومیت در بیماران نشان می‌دهد که در اکثریت آن‌ها (۳۴۱ نفر) شیوه خودآزاری، مسمومیت با دارو بوده است که نتایج آن به تفکیک نوع مسمومیت در جدول شماره ۳ ارائه شده است. در بین ۳۴۱ نفری که از دارو استفاده کرده بودند، در ۱۶۴ نفر (۴۸/۱٪) نوع داروی مصرفی نامشخص بوده در حالی که در بین ۲۳۵ نفر باقی‌مانده، بنزودیازپین‌ها (۲۶٪)، آنتی‌دپرسانت‌ها (۱۱/۵٪)، مسکن‌های غیراستروئیدی (۱۰/۹٪)، آنتی‌هیستامین‌ها (۳/۸٪)، آنتی‌بیوتیک‌ها (۳/۵٪)، داروهای نروپتیک (۲/۷٪) و بتابلوکرها (۲/۱٪) جزء شایع‌ترین داروهای بودند که استفاده شده‌اند.

در ۵۹/۳ درصد افراد مقدار و تعداد قرص مصرفی مشخص نبوده و در بقیه افراد میانگین تعداد قرص مصرفی ۳۵/۶ عدد (با انحراف معیار ۳۲/۸) بوده است. حداقل قرص مورد

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی بیماران بر حسب وضعیت تاهل و محل سکونت در دو جنس

متغیر	مرد		زن		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل						
متاهل	۴۶	۱۲/۱	۹۴	۲۴/۶	۱۴۰	۳۶/۵
مجرد	۱۱۴	۲۹/۸	۱۲۳	۳۲/۲	۲۳۷	۶۱/۹
بیوه-مطلقه	۲	۰/۵	۳	۰/۸	۵	۱/۳
محل سکونت*						
شهر	۱۴۵	۳۸/۰	۱۹۴	۵۰/۸	۳۳۹	۸۸/۵
روستا	۱۸	۴/۷	۲۵	۶/۵	۴۳	۱۱/۲

*محل سکونت یک نفر نامشخص گزارش شده است

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی موارد مسمومیت بر حسب نوع ماده مورد استفاده جهت خودآزاری در دو جنس

نوع مسمومیت	مرد		زن		جمع	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دارو	۱۳۹	۸۵/۳	۲۰۲	۹۱/۸	۳۴۱	۸۹/۰
سموم ارگانوفسفره	۱۰	۶/۱	۷	۳/۲	۱۷	۴/۵
مواد مخدر و الکل	۴	۲/۴	۳	۱/۴	۷	۱/۸
مواد شیمیایی و صنعتی	۵	۳/۱	۶	۲/۷	۱۱	۲/۹
مواد نظافتی	۵	۳/۱	۲	۰/۹	۷	۱/۸
جمع	۱۶۳	۱۰۰/۰	۲۲۰	۱۰۰/۰	۳۸۳	۱۰۰/۰

اجتماعی و همچنین بهداشت جسمی نامناسب یا بیماری جسمی، عوامل اجتماعی تسریع کننده و مسایل پر استرس زندگی از جمله عواملی هستند که در منابع روانپزشکی ذکر می‌شوند (۹). مشاهده می‌شود که این عوامل تاثیر بسزایی در سنین نوجوانی و جوانی دارند. در این تحقیق اقدام به خودآزاری عمدی بالای ۶۰ سال دیده نمی‌شود و این شاید ناشی از عوامل فرهنگی - مذهبی در جامعه ایران و پیوندهای خانوادگی باشد.

زنان بیشتر از مردان اقدام به خودکشی داشته‌اند که تقریباً در اکثر مطالعات چنین یافته‌ای وجود دارد (۱۲، ۱۳ و ۱۵). میزان اقدام به خودکشی در افراد مجرد (۶۱/۹٪) بوده است که اکثر مطالعات نتایج یکسانی را ارائه می‌دهند (۹ و ۱۶). از نظر محل سکونت ۸۸/۵٪ شهری بودند که البته دسترسی به مرکز درمانی و نیز مراجعه روستاییان به پزشکان در دسترس و درمانگاههای محلی را می‌توان علت این تفاوت دانست (با توجه به اینکه حدود ۶۴٪ جمعیت در شهرستان مورد مطالعه جمعیت شهری می‌باشند). همچنین می‌توان بخشی از این تفاوت را به استرس‌های اجتماعی و ماشینی - شدن زندگی در شهرها مربوط دانست. در مطالعه افشار و همکاران در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد (۱۷) نتایج بررسی بر روی ۷۱۵۸۹ مورد خودکشی از طریق مسمومیت نشان داد که ۸۳/۷ درصد آن‌ها مربوط به مناطق شهری بودند. البته بدنامی ناشی از خودکشی در روستا می‌تواند عامل بازدارنده مهمی در کمتر بودن شیوع خودکشی در روستاها باشد.

از نظر تحصیلات تقریباً بیش از نیمی از جمعیت مورد مطالعه ۴۸/۸٪ تحصیلات زیر دیپلم و ۱/۶٪ بی‌سواد بوده‌اند که البته می‌باید با آمار تحصیلات در شهرستان مورد مطالعه، تطبیق داد و سپس با توجه به نسبت آن به نتیجه - گیری پرداخت. آماری که از نظر زمان با زمان تحقیق یکسان باشد، جهت مقایسه یافت نشد. کاپلان و همکاران (۳) عنوان کرده‌اند که هر قدر مقام احتمالی و سطح تحصیلات بالاتر رود، خطر خودکشی افزایش می‌یابد ولی در مطالعه انجام شده در شیراز (۱۶) و گلستان (۸) عنوان شده که میزان خودکشی در افراد با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم کاهش می‌یابد. بررسی نتایج مطالعه حاضر نشان

اختلال افسردگی عمده، ۳٪ اختلال اضطرابی به همراه اختلال افسردگی عمده و ۳٪ سایر تشخیص‌های روانپزشکی داشتند. لازم به ذکر است که به صورت کلی ۴۱/۴٪ افراد ذکر شده به نوعی، اختلالی از افسردگی را داشته‌اند.

بحث

خودآزاری عمدی، اختلالی شایع است و در طی ۳۰ سال گذشته افزایش یافته است در حال حاضر در انگلستان حدود ۱۰٪ پذیرش‌های طبی حاد را این بیماران تشکیل می‌دهند. بعلاوه تعداد کمی نیز ممکن است توسط پزشکان عمومی به علت خطر پایین مشکلات طبی ایجاد شده در اثر اقدام به خودکشی به بیمارستان ارجاع نشوند. در مطالعات اپیدمیولوژیک مشخص شده است که در مردان در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال و در زنان عمدتاً ۲۰-۱۵ ساله و افرادی که از نظر اقتصادی اجتماعی در طبقات پایین قرار دارند، و افراد طلاق گرفته و مجرد میزان اقدام به خودکشی بیشتر است (۹). در مطالعه حاضر ۶۵/۳٪ کل موارد اقدام به خودکشی در بین سنین ۱۵ تا ۲۵ سال مشاهده شده و اگر سن جوانی را تا ۳۰ سال افزایش دهیم یعنی ۱۵ تا ۳۰ سال، ۸۰/۴٪ کل موارد اقدام به خودکشی را شامل می‌شود. این به این معنی است که می‌باید مشکلات خاص این سنین مورد توجه ویژه قرار گیرد. در مطالعه تان و همکاران میانگین سن بیماران برابر ۲۸/۴ سال بدست آمده و همچنین حدود نصف آن‌ها (۴۸/۷٪) در سنین ۲۴-۱۵ سال قرار داشته‌اند (۱۲). در مطالعه کسلر سن زیر ۲۵ سال به‌عنوان عامل خطر خودکشی شناخته شده است (۱۳). در مطالعه قلعه‌ایها در همدان (۱۴) در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال (۶۳/۷٪) و در مطالعه انجام شده در گلستان (۸) بیشترین میزان خودکشی در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال گزارش شده است.

دلیل اقدام معمولاً چند عاملی است و شامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی می‌باشد. عواملی چون اختلال روانپزشکی، اختلال شخصیت، وابستگی به الکل و مواد، عوامل اجتماعی مساعد کننده شامل از دست دادن زودرس والدین به هر دلیل، بی‌توجهی والدین یا مورد سوء استفاده قرار گرفتن، مشکلات طولانی مدت خانوادگی، اقتصادی و

شده در شیراز (۱۶) همخوانی دارد. نتایج مطالعات انجام شده در ایران نشان می‌دهد که باید در تجویز این نوع داروها دقت بیشتری صورت پذیرد. مهمترین روش خودآزایی عمدی عبارت است از مصرف بیش از حد داروها که در بریتانیا بیش از ۹۰ درصد موارد را به خود اختصاص می‌دهد (۹). در مطالعه انجام شده در فنلاند، الكل و داروها ابزار ۹۶/۵ درصد کل خودکشی‌ها بوده است (۲۱). در مطالعه گورمل در انگلستان (۲۲) بیش از ۷۹٪ و در مطالعه تازیکی در گلستان (۸) در ۷۶٪ موارد مربوط به افزایش دوز داروها بوده است.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اقدام به خودکشی در جوانان و افراد مجرد قابل توجه بوده و بیشترین موارد اقدام به خودکشی در شهر نشین‌ها دیده شده است. با توجه به این که خصوصیات افرادی که خودکشی می‌کنند و آن‌هایی که اقدام به خودکشی (خودآزایی عمدی) می‌کنند، متفاوت می‌باشد، اگر چه در بعضی از موارد با هم هم پوشانی نیز دارند، و همچنین بیش از یک‌چهارم افرادی که به خودشان صدمه می‌زنند، آنرا در طی یک سال اخیر تکرار می‌کنند و خطر خودکشی در آنان تقریباً ۱۰۰ برابر جمعیت عمومی است (۹) لذا لازم است که از نظر بالینی این بیماران تحت معاینه و درمان قرار گیرند. توصیه می‌شود که کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی با این شکایت حتماً به صورت کامل بررسی شده و مورد مشاوره روانپزشکی قرار گیرند. اقدامات حفاظتی می‌تواند شامل بررسی مشکلات این گروه‌ها، آموزش کافی به خانواده‌ها و گروه‌های آسیب پذیر و تشکیل مراکز مشاوره برای سنین و گروه‌های پرخطر باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از متن پایان نامه دانشجویی رشته پزشکی استخراج شده است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کارکنان محترم اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) اعلام می‌دارند.

می‌دهد که هرچند درصد بالایی از افراد از نظر سطح تحصیلات نامشخص گزارش شده‌اند ولی اکثریت افراد اقدام کننده به خودکشی در گروه با تحصیلات دانشگاهی را جمعیت دانشجویان تشکیل می‌دهند که با توجه به شایع بودن اقدام به خودکشی در بالغین جوان و افراد مجرد (۹) قابل توجه می‌باشد. زوندا و همکاران وی در مجارستان در تحقیق خود همگام با تغییرات اجتماعی- اقتصادی و سیاسی در سال ۱۹۹۸ افت واضحی را در خودکشی بخصوص در سنین زیر ۳۰ سال مشاهده کردند که به علت تاثیرپذیری این گروه از عوامل اجتماعی می‌باشد (۱۸).

شغل افراد یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده وضعیت اقتصادی- اجتماعی می‌باشد. در این مطالعه علیرغم اینکه ۲۲/۵ درصد افراد از نظر شغلی نامشخص گزارش شده‌اند ولی بررسی شغل در این بیماران نشان می‌دهد که افراد خانه‌دار با ۲۳/۰ درصد بیشترین فراوانی را داشته و فقط ۹/۴ درصد این افراد دارای مشاغل درآمدزا بوده و بقیه افراد به نوعی افرادی هستند که جزء گروه های مصرف کننده جامعه محسوب می‌شوند. یاماساکی در بررسی‌های خود رابطه بین بیکاری و خودکشی را نشان داد و همچنین او یک افزایش اقدام به خودکشی در مردان با مرگ‌ومیر بالای سال‌های ۱۹۹۰-۱۹۸۳ را گزارش کرد که این افزایش ممکن است با عوامل اجتماعی- اقتصادی و عوامل عصبی- رفتاری مرتبط باشد (۱۹). در مطالعات انجام شده در ایران میزان خودکشی در زنان خانه‌دار بیش از سایر گروه‌ها اعلام شده است (۶، ۸، و ۲۰).

اکثر بیماران جهت اقدام به خودآزایی از دارو (۸۸/۸٪) استفاده کرده‌اند که شاید دلیل آن در دسترس بودن و تهیه راحت آن، آشنایی با داروها و نیز آسان بودن شیوه مصرف آن باشد. مورد استثناء زندانیان بوده‌اند که (۶۶/۷٪) آن‌ها از مواد نظافتی (موبرها) استفاده نموده‌اند که اهمیت در دسترس بودن را نشان می‌دهد. نسبت استفاده دارو در مردان نسبت به زنان کمتر بوده است (۸۵/۱٪ در مقابل ۹۱/۸ درصد). از نظر نوع داروهای مصرفی، داروهای موثر بر روان (ضداضطراب‌ها، ضدافسردگی‌ها و آنتی‌سایکوتیک‌ها) حدود ۵۳/۲٪ را تشکیل می‌دهند که در این میان بنزدیازپین‌ها با ۲۶٪ در راس قرار دارند که با مطالعه انجام

منابع

13. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the national co morbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
۱۴. قلعه ایها علی، بهروزی فرد فاطمه. بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی بستری در بیمارستان سینا همدان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان ۱۳۸۵؛ دوره سیزدهم، شماره ۴: صفحات ۵۸ تا ۶۳.
15. Devrimei- Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO- EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 324-329.
۱۶. اشکانی حمید، معینی سید علی، توحیدی معصومه. بررسی خودکشی با داروها و مواد سمی در بخش اتفاقات و مراکز مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. مجله تحقیقات پزشکی ۱۳۸۱؛ شماره ۱: صفحات ۴۸ تا ۵۴.
17. Afshari R, Majdzade R, Balali-Mood M. Pattern of acute poisonings in Mashhad Iran 1993-2000. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004; 42: 965-75.
18. Zonda T, Bozsonyi K, Veres F. Seasonal fluctuation of suicide in Hungary between 1970-2000. *Arch Suicide Res* 2005; 9(1): 77-85.
19. Yamasaki A, Morgenthaler A, Kaneko Y, Shirakava T. Trends and monthly variations in the historical record of suicide in Japan 1976-1994. *Psychol Rep* 2004; 94(2): 607-12.
۲۰. احمدی امیرمسعود، حاجی احمدی محمود. گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال ۷۱-۷۰. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۷۹؛ سال ۱۰، شماره ۲۸: صفحات ۸ تا ۱۲.
21. Carlsten A, Waern M, Allebeck P. Suicide by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(110): 609-14.
22. Gurmel D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health (Oxf)* 2005; 27(1): 67-73.
1. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins; 2005.
2. Suicide prevention (SUPRE) [home page on the intrnet] available from: <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/en/print.html>
3. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2003.
4. Cosar B, Kocal N, Arikan Z, Isik E. Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1997; 42(10): 1072-5.
5. Wang D, Wang YT, Wang XY. Suicide in three ethnic groups in Huhhot, Inner Mongolia. *Crisis* 1997; 18(3):112-4.
۶. موسوی فاطمه، شاه محمدی داوود، کفاشی احمد. بررسی همه گیری شناسی خودکشی در مناطق روستایی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛ دوره ۵، شماره ۲۰: صفحات ۴ تا ۱۰.
7. Nazir hashemi M, Mervyn L. Psychiatric practice in Iran and UK. *Psychiatric Bulletin* 2003; 27:190-191.
۸. تازیکی محمد حسین، سمنانی شهریار، گلعلی پور محمد جعفر، بهنام پور ناصر، تازیکی صادق علی، رجایی سیامک و همکاران. همه گیری شناسی خودکشی در استان گلستان ۱۳۸۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۸۵؛ دوره ۱۶، شماره ۵۵: صفحات ۷۲ تا ۷۶.
9. Gelder M, Mayou R, Geddes J, editors. *Psychiatry*. New York: Oxford Medical Publication; 2005.
۱۰. پورافکاری نصرت الله. فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی: انگلیسی - فارسی، جلد ۲. تهران: فرهنگ معاصر، ۱۳۷۳.
11. Werth JL JR. Rational suicide and the role of values. *Focus* 2000; 15(5): 5-6.
12. 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.