

# عوامل خطر تکرار اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به بخش مسمومین بیمارستان خورشید در اصفهان، سال ۱۳۸۷

غلامرضا خیرآبادی<sup>۱</sup>، سید جلال هاشمی<sup>۲</sup>، سحر اکبری پور<sup>۳</sup>، محمد صالحی<sup>۴</sup>، محمدرضا مراثی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> روانپزشک، استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> روانپزشک، پژوهش‌گر آزاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، ایران

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پژوهش‌گر آزاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناس دکتری آمار زیستی، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

<sup>۵</sup> اپیدمیولوژیست، دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

نویسنده مسئول: محمدرضا مراثی، نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت، تلفن و فاکس: ۰۳۱۱-۷۹۲۲۷۷۳، پست الکترونیک:

maracy@med.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۲۹؛ پذیرش: ۹۱/۲/۲

**مقدمه و اهداف:** هر ساله در جهان، حدود ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند و یک میلیون انسان در اثر خودکشی می‌میرند. اختلالات روانپزشکی و سابقه قبلی اقدام به خودکشی از عوامل خطر اصلی خودکشی به شمار می‌آیند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت اختلالات روانپزشکی و عوامل خطر تکرار اقدام به خودکشی، در اقدام‌کنندگان به خودکشی ارجاع شده به اورژانس مسمومین انجام شده است.

**روش کار:** داده‌ها در یک مطالعه مقطعی روی نمونه مورد مطالعه در سال ۱۳۸۷، با تمرکز بر متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت روانپزشکی افراد، با یک مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV و با استفاده از مدل رگرسیون دو جمله‌ای منفی متورم در صفر، تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** در این مطالعه، ۷۰۳ نفر با میانگین سنی  $25/95 \pm 9/7$  سال مشارکت داشتند که ۴۲۴ نفر از ایشان، زن و ۱۲۵ نفر از آن‌ها دارای سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی بودند. ۵۰۱ نفر برای نخستین بار، ۱۰۶ نفر برای دومین بار، ۵۸ نفر برای سومین بار و بقیه افراد برای چهارمین بار یا بیشتر اقدام به خودکشی داشتند. اختلالات طیف دوقطبی، افسردگی یک قطبی و اختلال انطباق، به ترتیب در رأس اختلالات روانپزشکی تشخیص داده شده قرار داشتند. سن، سابقه خانوادگی، نوع اختلالات روانپزشکی و روش اقدام به خودکشی رابطه‌ای معنادار با میانگین دفعات اقدام به خودکشی داشتند.

**نتیجه‌گیری:** ابتلا به اختلالات طیف دو قطبی، به ویژه تکرار مداوم فازهای افسردگی، مهم‌ترین عامل خطر اقدام به خودکشی مکرر است و وجود همزمان یک اختلال روانپزشکی دیگر نیز، خطر تکرار اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد.

**واژگان کلیدی:** خودکشی، عوامل خطر، تکرار اقدام به خودکشی، مسمومین، اختلالات روانپزشکی

## مقدمه

باعث شده است که خودکشی در شمار ده علت عمده مرگومیر انسان‌ها در همه گروه‌های سنی قرار گیرد. همچنین، برآورد شده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی، تقریباً یک میلیون و پانصد و سی هزار نفر بر اثر خودکشی خواهند مرد، خودکشی دهمین علت شایع مرگ در جهان خواهد بود و بیش از ۱۰ تا ۲۰ برابر این رقم نیز، در سطح جهان، اقدام به خودکشی صورت خواهد گرفت (۲). مطالعه‌های مختلف و برآوردها نشان می‌دهند که خودکشی یکی از دلایل عمده مرگ در همه کشورهای جهان است و آسیب رساندن به خود و رفتارهای مرتبط با خودکشی یکی از مشکلات

ادوین شنایدمن خودکشی را نابودسازی آگاهانه فرد به دست خود می‌داند که در بهترین مفهوم، می‌توان آن را یک ناراحتی چند بعدی در انسانی نیازمند دانست که خودکشی را بهترین راه حل برای مسئله پیش روی خود می‌داند. خودکشی یک عمل اتفاقی و بی معنی نیست و راهی برای رهایی از یک مسئله یا بحران است که بدون استئنا و تردید، به شدت شخص را رنج می‌دهد (۱).

در قرن گذشته، میزان خودکشی در کشورهای مختلف جهان، به طور متوسط، ۱۲/۵ مورد در صد هزار نفر بوده است و این رقم

افسردگی شدید در ارتباط است. همچنین، داشتن علایم روانی بیشتر نیز با تکرار رفتارهای مرتبط با خودکشی در ارتباط است (۲۰).

مصرف مواد مخدر و روان‌گردان هم، به عنوان یکی از مباحث مرتبط با اختلالات روانی، تکرار اقدام به خودکشی و یکی از شیوه‌های خودکشی در ادبیات پژوهشی بررسی شده است. سوء مصرف مواد، به ویژه وقتی با اختلالات خلقی و شخصیتی همراه می‌شود، از پیش آگهی دهنده‌های مهم رفتارهای مرتبط با خودکشی به شمار می‌آید (۷،۲۱).

الگوی رفتارهای مرتبط با خودکشی بسیار پیچیده است و تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل اپیدمیولوژیک و متغیرهای زمان و مکان است (۸). از این رو، آگاهی دقیق از اپیدمیولوژی خودکشی، شناخت بیشتر عوامل خطر خودکشی و نیز، میزان اهمیت عوامل شناخته شده در جوامع و زمان‌های مختلف، برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه در سطح جامعه و مراقبت از افراد در معرض خطر، ضروری است (۷،۲۱).

این مطالعه با هدف بررسی عوامل خطر تکرار اقدام به خودکشی در مراجعان به اورژانس مسمومین بیمارستان خورشید اصفهان انجام شده است و می‌تواند بستر اطلاعاتی مناسبی را برای برنامه‌ریزی بهداشتی، به منظور جهت دهی مناسب به فعالیت‌های مرتبط با برنامه‌های پیشگیری از اقدام به خودکشی، فراهم کند.

## روش کار

در یک مطالعه مقطعی بر روی جمعیت اقدام کننده به خودکشی ارجاعی به بخش مسمومین بیمارستان خورشید اصفهان، در سال ۱۳۸۷، متغیرهای جمعیت شناختی و روانشناختی متنوعی، شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، محل اقامت، سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی، میزان تحصیلات، نوع تصمیم‌گیری برای خودکشی، دفعات اقدام به خودکشی و روش اقدام به خودکشی استخراج و ثبت گردید.

داده‌های این مطالعه، طی شش ماه، از ابتدای مهر تا پایان اسفند ۱۳۸۷، با روش نمونه‌گیری در دسترس از همه ارجاع‌شدگان به بخش مسمومین بیمارستان خورشید اصفهان که با مصرف عمدی انواع سموم و داروها اقدام به خودکشی کرده بودند، انجام گرفته است. این بیمارستان تنها مرکز پزشکی دانشگاهی در استان اصفهان است که مسمومین عمدی و اتفاقی در سراسر استان و استان‌های هم جوار به آن ارجاع می‌شوند.

با هماهنگی قبلی انجام شده با بخش مسمومین، همه اقدام

مهم سلامت عمومی در تمام کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می‌شود (۳-۶).

در بیشتر مطالعه‌ها، سن به عنوان یک عامل خطر در فرآیند خودکشی شناسایی شده است (۸-۶). طی نیم قرن اخیر، اقدام به خودکشی در جوانان رو به افزایش بوده و شایع‌ترین عامل مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۲۴ و علت ۱۲ درصد از مرگ و میرها در سنین نوجوانی است (۹).

افکار خودکشی و اقدام به آن در زنان بیشتر از مردان است اما میزان موفقیت خودکشی در مردان، نسبت به زنان بالاتر است (۷،۸).

متغیرهای جمعیتی- اجتماعی، شامل جنسیت، وضعیت تأهل، مذهب، محل سکونت، قومیت و نژاد، وضعیت اشتغال و طبقه اجتماعی، اختلالات شخصیتی، از دست دادن دوستان و عزیزان، اختلاف‌های خانوادگی، الکل، مورد اذیت و آزار قرار گرفتن، تجاوز جنسی، سابقه اقدام به خودکشی، سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی، افسردگی، فقدان ارتباط صحیح با دیگران و یأس و ناامیدی، عوامل خطر دیگری برای افکار خودکشی و اقدام به آن گزارش شده است (۱۱-۴).

میزان خودکشی در ایران، در مقایسه با دیگر کشورهای پیشرفته صنعتی کمتر است، ولی بررسی‌های انجام شده در دو دهه اخیر در ایران نشان داده‌اند که خودکشی و اقدام به آن در بیشتر استان‌های کشور رو به افزایش است، اگرچه باید این نکته را نیز در نظر داشت که به دلایل فرهنگی، خودکشی در بسیاری از جوامع پنهان باقی می‌ماند و گزارش نمی‌شود (۱۳،۱۲).

اختلالات روانپزشکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای رفتارهای مرتبط با خودکشی محسوب می‌شود (۵، ۱۴-۳). افسردگی شدید از جمله اختلالاتی است که تقریباً در همه پژوهش‌های مربوط به خودکشی نقشی برجسته دارد (۹). حداقل ۳ تا ۱۵ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به علت خودکشی می‌میرند (۱۵). رفتارهای مرتبط با خودکشی در مبتلایان به اختلالات طیف دو قطبی دارای فراوانی بیشتری، نسبت به دیگر اختلالات روانپزشکی است (۱۶، ۱۷).

بیش از ۴۵ درصد از کسانی که خودکشی می‌کنند، دست‌کم، یک بار سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. هر خودکشی ناموفق ۳۲ درصد خطر خودکشی موفق را افزایش می‌دهد (۱۸).

سابقه رفتارهای مرتبط با خودکشی و اختلالات روانی، دو عامل خطر قوی برای خودکشی موفق هستند (۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تکرار رفتارهای مرتبط با خودکشی با اضطراب زیاد و

صفر برآزش مناسب‌تری به داده‌ها داشت. همچنین، برای مدل‌بندی تورم تعداد دفعات خودکشی در یک، رگرسیون دو جمله‌ای منفی متورم در صفر برآزش بهتری، نسبت به مدل رگرسیون پواسون بریده در صفر داشت. در نتیجه، از متغیر پاسخ که همان تعداد دفعات اقدام به خودکشی است، عدد ۱ کم شد و به عنوان متغیر پاسخ جدید با کمک نرم‌افزار SPSS18، تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۰۳ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی ارجاعی به بخش مسمومین بیمارستان خورشید شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷، بررسی شدند. میانگین سنی افراد  $25/95 \pm 9/7$  سال (با دامنه سنی ۱۱ تا ۷۱ سال) بود. از کل شرکت کنندگان در مطالعه، ۴۲۴ نفر (۶۰/۳٪) زن و ۱۲۵ نفر (۱۷/۸٪) نفر دارای سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی بودند. ۶۹٪ در شهر اصفهان و بقیه در شهرستان‌های تابع استان (لنجان، نجف‌آباد، شهرضا، نایین، میمه، گلپایگان، ورزنه و کاشان) ساکن بودند.

کنندگان به مسموم‌سازی عمدی خود، پس از تثبیت وضعیت بالینی در بخش مسمومین توسط متخصصان مربوط، طی یک مصاحبه رو در روی روانپزشکی، مبتنی بر سیستم طبقه‌بندی DSM-IV و مصاحبه تکمیلی از همراهان توسط یک روانپزشک، از نظر ابتلا به اختلالات روانپزشکی بررسی شدند و دیگر اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مرتبط با سوابق اقدام به خودکشی، با کمک یک پرسش‌نامه محقق ساخته گرفته شد تا ضمن جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر، در مسیر درمانی مناسب برای پیشگیری از اقدام مجدد به خودکشی هدایت شوند.

با توجه نمونه این پژوهش، یعنی افرادی که به طور عمدی و با هدف خودکشی خود را مسموم کرده بودند، طبعاً در نمونه مورد بررسی شاهد افرادی که خودکشی نکرده‌اند، نیستیم. از این رو، توزیع متغیر پاسخ در صفر بریده شده است و متغیر پاسخ مقادیر بزرگ‌تر یا مساوی یک را اختیار می‌کند. به همین دلیل، برای تحلیل عوامل مرتبط با تعداد دفعات اقدام به خودکشی، با توجه به وجود کم پراکندگی و نیز بریدگی در صفر به علت ساختار نمونه، برآزش مدل‌های داده‌های شمارشی را بررسی کردیم. نتایج اولیه نشان دادند که استفاده از مدل رگرسیون پواسون بریده در

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی (٪) و میانگین  $\pm$  انحراف معیار برخی ویژگی‌های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان خورشید، برحسب تعداد دفعات اقدام به خودکشی، سال ۱۳۸۷

مقدار احتمال	تعداد دفعات اقدام به خودکشی (درصد)				متغیرهای مورد مطالعه	
	۴≤	۳	۲	۱		
۰/۷۸۲	(۴۳/۲)۱۹	(۳۸/۶)۲۲	(۳۵/۶)۳۷	(۴۰/۴)۲۰۱	مرد	جنس
	(۵۶/۸)۲۵	(۶۱/۴)۳۵	(۶۴/۴)۶۷	(۵۹/۶)۲۹۷	زن	
۰/۰۰۱	(۴۰/۹)۱۸	(۵۴/۴)۳۱	(۴۸/۱)۵۰	(۵۱/۶)۲۵۷	مجرد	وضعیت تأهل
	(۴۷/۷)۲۱	(۳۳/۳)۱۹	(۴۷/۱)۴۹	(۴۴/۰)۲۱۹	متأهل	
	(۱۱/۴)۵	(۱۲/۳)۷	(۴/۸)۵	(۲/۲)۱۱	مطلقه	
	.	.	.	(۲/۲)۱۱	بیوه	
۰/۳۴۴	(۳۶/۴)۱۶	(۵۲/۶)۳۰	(۵۰)۵۲	(۴۹/۴)۲۴۶	زیر دیپلم	تحصیلات
	(۴۵/۵)۲۰	(۳۸/۶)۲۲	(۴۰/۴)۴۲	(۳۴/۳)۱۷۱	دیپلم	
	.	.	(۱/۹)۲	(۲/۴)۱۲	فوق دیپلم	
	(۶/۸)۳	(۵/۳)۳	(۵/۸)۶	(۹/۸)۴۹	دانشجو	
	(۱۱/۴)۵	(۳/۵)۲	(۱/۹)۲	(۴)۲۰	لیسانس و بالاتر	
۰/۱۸۹	(۷۷/۳)۳۴	(۶۶/۷)۳۸	(۷۶/۰)۷۹	(۶۷/۱)۳۳۴	اصفهان	محل سکونت
	(۲۲/۷)۱۰	(۳۳/۳)۱۹	(۲۴/۰)۲۵	(۳۲/۹)۱۶۴	دیگر شهرستان‌ها	
۰/۰۰۱	(۵۹/۱)۲۶	(۷۰/۲)۴۰	(۷۹/۸)۸۳	(۸۶/۱)۴۲۹	خیر	سابقه خانوادگی خودکشی
	(۴۰/۹)۱۸	(۲۹/۸)۱۷	(۲۰/۲)۲۱	(۱۳/۹)۶۹	بلی	

ادامه جدول شماره ۱- توزیع فراوانی (%) و میانگین انحراف معیار برخی ویژگی‌های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان خورشید، برحسب تعداد دفعات اقدام به خودکشی، سال ۱۳۸۷

مقدار احتمال	تعداد دفعات اقدام به خودکشی (درصد)				متغیرهای مورد مطالعه	
	۴≤	۳	۲	۱		
۰/۱۵۵	(۳۱/۸)۱۷	(۳۳/۳)۱۹	(۴۵/۲)۴۷	(۳۲/۱)۱۶۰	برنامه‌ریزی شده	نحوه تصمیم‌گیری برای اقدام به خودکشی
	(۶۸/۲)۳۰	(۶۴/۹)۳۷	(۵۲/۹)۵۵	(۶۴/۱)۳۱۹	ناگهانی	
	.	(۱/۸)۱	(۱/۹)۲	(۳/۸)۱۹	نمایشی	
۰/۴۰۳	(۸۶/۴)۳۸	(۸۷/۷)۵۰	(۸۱/۷)۸۵	(۸۴/۷)۴۲۲	دارو	روش اقدام به خودکشی
	(۹/۱)۴	(۷/۱)۴	(۱۵/۴)۱۶	(۱۳/۴)۶۷	سم/مواد	
	(۴/۵)۲	(۵/۳)۳	(۲/۹)۳	(۱/۸)۹	حلق آویز/ خودزنی	
۰/۰۰۱	(۱۳/۶)۶	(۱۵/۸)۹	(۱۸/۳)۱۹	(۲۵/۵)۱۲۷	افسردگی یک قطبی	اختلال روانپزشکی
	(۷۰/۵)۳۱	(۷۵/۴)۴۳	(۶۶/۳)۶۹	(۴۷/۲)۲۳۵	اختلالات دو قطبی	تشخیص داده شده
	(۲/۳)۱	.	(۴/۸)۵	(۱۶/۳)۸۱	اختلال انطباق	
	(۱۳/۶)۶	(۸/۸)۵	(۱۰/۶)۱۱	(۷۱/۴)۵۵	دیگر موارد <sup>f</sup>	
۰/۰۰۲	(۴۴)۲۶/۹±۸/۷	(۵۷) ۲۷/۵±۱۰/۵	۲۸/۷±۱۰/۹ (۱۰۴)	(۴۹۸) ۲۵/۱±۹/۳	میانگین انحراف معیار(تعداد)	سن

۹: شهرستان‌های تابع استان، از قبیل لنجان، نجف آباد، شهرضا، ناین، میمه، گلپایگان، ورزنه و کاشان  
<sup>f</sup>: اسکیزوفرنیا، سوء مصرف مواد/وابستگی به مواد، اختلالات روانپزشکی ناشی از بیماری‌های طی

جدول شماره ۲- نتایج برازش مدل رگرسیون دو جمله‌ای منفی متورم در صفر برخی ویژگی‌های مؤثر بر تعداد دفعات اقدام به خودکشی در بیماران ارجاعی به بخش مسمومین بیمارستان خورشید، ۱۳۸۷

P	فاصله اطمینان ۹۵٪	ضریب رگرسیون {b} Exp	ویژگی‌ها
۰/۰۳۷	۱/۰۰-۱/۰۳	۱/۰۲	سن:
<۰/۰۰۱	۱/۳۸-۲/۵۴	۱/۸۸	دارد سابقه خانوادگی
	-	۱	ندارد
۰/۰۷۳	۰/۲۹-۱/۰۶	۱	افسردگی یک قطبی
۰/۰۰۳	۱/۱۹-۲/۴۱	۱/۶۹	اختلال انطباق
۰/۰۰۵	۱/۲۵-۳/۵۶	۲/۱۱	اختلالات طیف دو قطبی
۰/۰۰۱	۱/۲۲-۲/۲۱	۱/۶۴	دیگر موارد <sup>f</sup>
۰/۱۵۱	۰/۲۵-۱/۲۴	۰/۵۵	اختلالات روانپزشکی (محور ۲و)
	-	۱	بیماری‌های طبی
	-	۱	ندارد
۰/۰۹۵	۰/۹۶-۱/۶۹	۱/۲۷	تحصیلات
۰/۱۳۵	۰/۰۷-۱/۴۴	۰/۳۱	زیر دیپلم
۰/۷۲۷	۰/۵۴-۱/۵۵	۰/۹۱	دیپلم
۰/۰۶۲	۰/۹۷-۳/۳۵	۱/۸۱	فوق دیپلم
	-	۱	زیر لیسانس
۰/۷۹۱	۰/۶۸-۱/۶۷	۱/۰۶	بالتر
۰/۰۰۸	۰/۰۷-۰/۶۸	۰/۲۲	دارو
۰/۰۴۱	۰/۰۳-۳/۹۶	۲/۰۲	سم
	-	۱	مواد مورد سوء مصرف
	-	۱	دار زدن/خود آزاری
۰/۲۴۶	۰/۱۸۹-۱/۵۶	۱/۱۸	با برنامه قبلی
	-	-	بدون برنامه قبلی
-	-	-۶۶۲/۲۸۵	Log likelihood
-	-	۱۳۵۶/۵۱۶	AIC
-	-	۱۴۲۹/۴۰۱	BIC

<sup>f</sup>: اسکیزوفرنیا، سوء مصرف مواد/وابستگی به مواد، اختلالات روانپزشکی ناشی از بیماری‌های طبی

نتایج بررسی متغیرها در برازش مدل رگرسیون دو جمله‌ای منفی متورم در صفر نشان داد که افزایش سن با تعداد دفعات خودکشی بیشتری همراه است. اگرچه طبق آمار WHO، نرخ اقدام به خودکشی به جای افراد مسن، در جوانان رو به افزایش است (۲۲)، ولی هنوز سن بالا نیز به عنوان یک عامل خطر خودکشی مطرح است (۵،۷). این افراد معمولاً در سال‌های قبل نیز اقدام به خودکشی داشته‌اند و احتمالاً به دلیل عدم پیگیری سیستماتیک و تداوم عوامل خطر در فرد، در سال‌های بعد نیز اقدام به خودکشی می‌کنند و در واقع، گذشت زمان و عدم رفع عوامل خطر احتمال تکرار اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. در یک مطالعه، نشان داده شد که خطر اقدام به خودکشی با بالا رفتن سن در زنان کاهش می‌یابد، ولی در زنانی که سابقه قبلی اقدام داشته‌اند، خطر اقدام مجدد همچنان بالاتر از جمعیت عمومی است. ولی در مردان، در هر دو صورت، بالا رفتن سن خطر اقدام به خودکشی و تکرار آن را زیاده‌تر می‌کند (۲۳).

بیشتر مطالعه‌ها، اقدام به خودکشی را در زنان بیشتر از مردان گزارش می‌کنند (۴،۵،۱۱). در مطالعه حاضر، اگرچه ۶۰/۳٪ افراد زن بودند، اما تفاوتی بین تعداد دفعات تکرار اقدام به خودکشی در دو جنس مشاهده نشد. مرور مطالعه‌ها درباره عوامل خطر تکرار اقدام به خودکشی نشان می‌دهد که نقش ویژگی‌های جمعیت شناختی به جز سن، در تکرار اقدام به خودکشی چندان روشن نیست (۲۴).

سابقه خودکشی در خانواده، به عنوان یک عامل خطر برای اقدام به خودکشی شناخته شده است (۱۱)، اما در مرور مطالعه‌ها، نقش آن در اقدام به خودکشی مکرر روشن نیست (۲۴).

مطالعه‌ها نشان می‌دهند که سابقه پیشین اقدام به خودکشی، به عنوان قوی‌ترین عامل خطر اقدام به خودکشی مجدد، در مطالعه‌های فراوانی گزارش شده است. این خطر در مبتلایان به اختلالات خلقی (به ویژه افسردگی) بیشتر می‌شود و وجود همزمان یک اختلال روانپزشکی دیگر (مانند اختلالات شخصیت و مصرف مواد)، باز هم به نحوی معنی‌دار، خطر تکرار اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (۲۴). مرور نتایج جدول شماره ۲ نشان دهنده همسویی یافته‌های این مطالعه با بسیاری از مطالعه‌های پیشین است. اما نکته قابل توجه در یافته‌های این پژوهش، برجسته‌تر بودن نقش ابتلا به اختلال دو قطبی، در مقایسه با دیگر مطالعه‌هاست. این تفاوت احتمالاً ناشی از آن است که در بیشتر مطالعه‌های پیشین، تفکیک بین افسردگی یک قطبی

۸۴/۴٪ با استفاده از دارو، ۹/۷٪ با سم و بقیه با دیگر روش‌ها اقدام به خودکشی کرده بودند. توزیع فراوانی (درصد) دفعات اقدام به خودکشی در جمعیت مورد مطالعه، به ترتیب، نفر ۵۰۱ (۷۰/۷٪) برای نخستین بار، ۱۰۶ (۱۵/۰٪) نفر برای دومین بار، ۵۸ (۸/۲٪) نفر برای سومین بار و بقیه برای چهارمین بار یا بیشتر اقدام به خودکشی داشتند میانگین  $\pm$  انحراف معیار تعداد دفعات اقدام کنندگان به خودکشی برابر با  $1/14 \pm 1/55$  دفعه (با دامنه ۱ تا ۱۲ دفعه) گزارش شده است.

اختلالات طیف دو قطبی، افسردگی یک قطبی و اختلال انطباق به ترتیب با فراوان نسبی ۵۳/۷٪، ۲۲/۷٪ و ۱۲/۷٪ در رأس اختلالات روانپزشکی تشخیص داده شده قرار داشتند.

توزیع فراوانی (درصد) و همچنین، میانگین  $\pm$  انحراف معیار برخی ویژگی‌های افراد مورد مطالعه، بر حسب طبقه‌بندی تعداد دفعات اقدام به خودکشی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

سن، سابقه خانوادگی، نوع اختلالات روانپزشکی و روش اقدام به خودکشی رابطه‌ای معنادار با میانگین تعداد دفعات اقدام به خودکشی داشتند ( $P < 0/05$ ). به ازای هر یکسال افزایش سن، افزایش معنی‌دار ۱/۰۲ درصدی نرخ اقدام به خودکشی دیده شد. در این مطالعه، جنسیت نقشی معنی‌دار در تعداد دفعات اقدام به خودکشی نداشت. اگرچه سطح تحصیلات رابطه آماری معناداری را، در سطح ۹۵٪ اطمینان، نشان نمی‌دهد، ولی نقش افراد با تحصیلات عالی، نسبت به افراد با تحصیلات زیر دیپلم، دارای اهمیت است (جدول شماره ۲).

در بین مبتلایان به اختلالات طیف دو قطبی اقدام کننده به خودکشی، فراوانی نسبی فاز مانیا، افسردگی، مخلوط و هیپومانیا، به ترتیب، ۱۶٪، ۳۹/۹٪، ۱۴/۸٪ و ۱۳/۵٪ بود.

در بین مبتلایان به اختلال افسردگی، ۴۱٪ نخستین حمله بیماری را داشتند و بقیه مبتلا به افسردگی تکرار شونده بودند.

## بحث

اختلالات طیف دو قطبی، افسردگی یک قطبی و اختلال انطباق شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی تشخیص داده شده در اقدام کنندگان به خودکشی در مطالعه حاضر استونتیج نشان می‌دهد که همزمانی وجود یک اختلال روانپزشکی دیگر (اعم از محور ۱ یا ۲) به شکلی معنی‌دار، خطر اقدام به خودکشی‌های مکرر را افزایش می‌دهد.

تعدادی نیز در مراکز اورژانسی اولیه درمان می‌شوند و به مراکز دانشگاهی ارجاع نمی‌شوند. بنابراین، در تعمیم نتایج این مطالعه به کل جمعیت، باید با احتیاط عمل شود.

### نتیجه‌گیری

مجموع این یافته‌ها بیان‌گر لزوم یک رویکرد سیستماتیک برای پیگیری اقدام‌کنندگان به خودکشی، به منظور کشف عوامل خطر و رفع آن‌ها برای پیشگیری از اقدام دوباره به خودکشی است که در این میان، تشخیص و درمان مؤثر مبتلایان به اختلالات طیف دو قطبی از اهمیتی ویژه برخوردار است.

و فاز افسردگی اختلال دو قطبی به خوبی مشخص نشده است و همه این افراد تحت عنوان مبتلایان به افسردگی گزارش شده‌اند، اما تفکیک دقیق مبتنی بر شرح حال و مصاحبه بالینی در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بیشتر مبتلایان به افسردگی اقدام‌کننده به خودکشی، در واقع، مبتلایان به اختلال طیف دو قطبی هستند که در فاز افسردگی اقدام به خودکشی کرده‌اند. تکرار فاز افسردگی خطر اقدام به خودکشی را در این افراد افزایش می‌دهد و با توجه به تکرارپذیری فاز افسردگی اختلالات طیف دو قطبی، خطر تکرار خودکشی نیز در مبتلایان به اختلال طیف دو قطبی بسیار برجسته‌تر می‌شود. از آنجاکه اقدام به خودکشی منحصر به استفاده از روش مسموم‌سازی خود نیست، بسیاری از اقدام‌کنندگان به مراکز پزشکی ارجاع نمی‌شوند و یا پیش از ارجاع فوت می‌کنند و

### منابع

1. Leenaars AA, Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online* 2010; 1: 5-18
2. World Health organization. World Report on violence and health. available on: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports).
3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 98-105.
4. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders* 2007; 101: 27-34.
5. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 822-35.
6. Ghorieshi S, Mousavinasab N. Systematic review of Iranian surveys on suicide and suicide attempt. *Iranian journal of clinical psychology and psychiatry* 2009; 14: 115-21.
7. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders* 2007; 101: 27-34.
8. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004; 140: 822-35.
9. Benjamin JS, Virginia AS. *Comprehensive text book of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2009; 2717-30.
10. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Ericsson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factor for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 546-50.
11. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765-72.
12. Rafiei M, Seyfi A. The Epidemiologic Study of Suicide Attempt Referred to Hospitals of University of Medical Sciences in Markazi- Province from 2002 to 2006. *Iranian Journal of Epidemiology* 2009; 3: 59-69.
13. Berekatani M, Tavakoli M, Taher Neshatdoost H. Emotional quotient in women who had attempted suicide by poisoning. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14: 169-75.
14. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf Rd, Asmundson GJG, Have Mt, et al. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-57.
15. Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry* 2007; 6.
16. Michaelis BH, Goldberg JF, Singer TM, Garino JL, Ernst CL, Davis GP. Characteristics of First Suicide Attempts in Single Versus Multiple Suicide Attempters With Bipolar Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44: 15-20.
17. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas GL, Malone KM, et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *Journal of Affective Disorders* 2000; 59: 107-17.
18. Tidemalm D, Langstro N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *Cite this as. BMJ* 2008; 337: 1-6.
19. Miller M, Barber C, Azrael D, Hemenway D, Molnar BE. Recent psychopathology, suicidal thoughts and suicide attempts in households with and without firearms: findings from the National Comorbidity Study Replication. *Inj Prev* 2009; 15: 183-7.
20. Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K, Audenaert K. Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Arch Suicide Res* 2009; 13.
21. Laget J, Plancherel B, Stéphan P, Bolognini M, Corcos M, Jeammet P, Halfon O. Personality and Repeated Suicide Attempts in Dependent Adolescents and Young Adults. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2006; 27: 164-71.

22. World Health Organization. Suicide Statistics. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicide-rates/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-rates/en)
23. Brådvik L, Berglund M. Repetition and severity of suicide attempts across the life cycle: a comparison by age group between suicide victims and controls with severe depression. *BMC Psychiatry* 2009, 9: 62-80.
24. Beghi M, Rosenbaum JF. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Current Opinion in Psychiatry* 2010; 23: 349-55.

**Original Article**

# Risk Factors of Suicide Reattempt in Patients Admitted to Khorshid Hospital, Isfahan, Iran, 2009

Kheirabadi GR<sup>1</sup>, Hashemi SJ<sup>2</sup>, Akbaripour S<sup>3</sup>, Salehi M<sup>4</sup>, Maracy MR<sup>5</sup>

1- Assistant Professor of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences

2- MD, Psychiatrist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences

3-MS, Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences

4- Phd Student of Biostatistics, Shiraz University of Medical Sciences

5-Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology & Biostatistics. Isfahan University of Medical Sciences

**Corresponding author:** Maracy M, maracy@med.mui.ac.ir

**Background & Objectives:** The rate of suicide varies amongst different parts of Iran. Since there is little knowledge about the risk factors for suicide attempts we carried out this study to determine the status of psychiatric disorders and risk factors of repeated attempted suicide in suicide attempters whom admitted to poisoning emergency in Isfahan, Iran.

**Methods:** Patients with having attempt to suicide, admitted to emergency ward in Khorshid Hospital in Isfahan and were interviewed by a trained psychiatrist during 2009 year. Interview was based on DSM-IV.

**Results:** Participants consisted of 703 individuals (424 of them were female) with mean age of  $25.9 \pm 9.7$ . One hundred twenty five (125) had positive family history of suicide attempt, 501 people were first time suicide attempters, 106 second, 58 third, and the others were forth time or more suicide attempters. Bipolar spectrum disorders, unipolar depression and adjustment disorders were the more frequents psychiatric disorders respectively. Age, family history of suicide, kind of diagnosed psychiatric disorder and method of attempted suicide were meaningfully related to mean of attempt suicide frequency.

**Conclusion:** Bipolar spectrum disorders, especially recurrent depressive episodes is the major risk of repeated suicide attempt and co-morbidity of another psychiatric disorders increase highly the risk of suicide reattempt.

**Keywords:** Suicide, Risk factors, Suicide reattempt, Poisoning, Psychiatric disorders