

شیوع اقدام به خودکشی بر حسب میزان ارجاع به مراکز اورژانس شهر کرج

دکتر جعفر بوالهری^۱، دکتر سید کاظم ملکوتی^{۱*}، میترا حکیم شوشتری^۱، دکتر مرضیه نجومی^۱، مرجان پشت مشهدی^۲، صفیه اصغر زاده امین^۳، دکتر علی اصغر اصغر نژاد^۴، دکتر ناصر حاجیان مطلق^۵

۱- مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲- گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ۳- دفتر همکاری های مشترک با WHO ۴- انستیتو روان پزشکی تهران ۵- رئیس شبکه بهداشت و درمان کرج

دریافت: ۸۵/۶/۱ پذیرش: ۸۶/۱/۲۶

Title: The prevalence of suicide attempt in proportion of referrals to emergency departments in Karaj

Authors: Bolhari J, (MD); Malakouti SK, (MD); Hakim Shooshtari M, (MD); Nojomi M, (MD); Poshtemashadi M, (PhD); Asgharzadeh Amin S, (BS); Asgharnejad AA, (PhD); Hajian Motlagh N, (MD).

Introduction: World Health Organization has recognized suicide behaviors as one of the mental health problems in developed and developing countries. In order to increase the knowledge regarding suicide behaviors, WHO has developed a multi-site study across 8 countries. This paper reports the data from Iran.

Methods: Karaj was selected as a catchment area and all its emergency departments (EDs) were covered for 24 hours. The questionnaire, which was provided by WHO consisted of comprehensive data on personal, family, social, somatic, psychiatric and descriptive features of the individuals in catchment area was used.

Results: During 10 months, 945 suicide attempters were referred to EDs (0.12% of the urban population in the same year). Age, education, marital status, employment, occupation and the method of attempt had significant relation with sex of the attempters ($P < 0.001$). 0.2% of subjects died due to suicide attempt. At the time of discharge, only 5.5% of the subjects were referred to psychiatric or consultation services.

Conclusion: Single me and, married women with high school education and in age range of 15-25 are high risk groups and require specific prevention protocols.

Keywords: suicide, suicide attempt, mental disorders, prevention.

Hakim Research Journal 2007; 10(1): 50- 55.

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان قائم مقام فراهانی، کوچه شهدا، جنب بیمارستان تهران کلینیک، پلاک ۲۵، طبقه ۳. تلفن: ۸۸۷۱۸۹۱۴ نمابر: ۸۸۷۰۶۳۰۶
پست الکترونیک: kmalakouti@iums.ac.ir

چکیده

مقدمه: سازمان جهانی بهداشت، خودکشی را یک مسأله مهم بهداشت روانی در کشورهای پیشرفته و در حال رشد شناخته است. این سازمان به منظور افزایش دانش مربوط به رفتار خودکشی و بررسی اثربخشی پیشگیری از اقدام به خودکشی، مطالعه‌ای را در ۸ کشور انجام داده است. این مقاله فقط اطلاعات مربوط به ایران را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش کار: شهر کرج به عنوان میدان پژوهشی انتخاب و تمامی مراکز اورژانس پزشکی، تحت پوشش ۲۴ ساعته قرار گرفتند. پرسش‌نامه ارسالی از سازمان جهانی بهداشت حاوی اطلاعات فردی، خانوادگی، اجتماعی، جسمانی، روانی و مشخصات جامعه مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها پس از استخراج با استفاده از روش آماری کای دو و توسط نرم‌افزار SPSS/انجام گرفت.

یافته‌ها: طی ده ماه ۹۴۵ اقدام کننده به خودکشی به مراکز اورژانس ارجاع داده شدند (۱۲٪ جمعیت شهری در سال). سن، تحصیلات، تأهل، شغل و روش اقدام، رابطه معناداری با جنس اقدام کنندگان داشت ($p < 0/001$). ۲٪ موارد اقدام به فوت منجر گردید. تنها ۵/۵٪ آزمودنی‌ها به مراکز مشاوره روان پزشکی معرفی شدند. شایع‌ترین روش اقدام، استفاده از داروهای آرام‌بخش بود.

نتیجه‌گیری: نشان داده شده است که مردان مجرد، زنان متأهل با تحصیلات متوسطه و در محدوده سنی ۲۵-۱۵ به عنوان گروه پرخطر، نیازمند تدوین پروتکل پیشگیری از اقدام به خودکشی می‌باشند.

کل‌واژگان: خودکشی، اقدام به خودکشی، بیماری روانی، پیشگیری.

مقدمه

به ترتیب ۱۰ و ۴ درصد نشان داد. اقدام به خودکشی در زنان ۵ و در مردان ۳/۳ درصد گزارش گردید (۷). در سال ۲۰۰۰، سازمان جهانی بهداشت مطالعه‌ای تحت عنوان SUPRE- MISS برای بررسی جامع رفتار خودکشی و پیشگیری از آن همزمان در چند کشور آغاز نمود (۸). هدف از این مطالعه افزایش دانش مربوط به رفتار خودکشی و نیز بررسی اثربخشی مداخله در اقدام به خودکشی در فرهنگ‌های مختلف در دنیا بود. این مطالعه در ۹ کشور برزیل، هند، سریلانکا، آفریقای جنوبی، ویتنام، ایران، استونی، چین و استرالیا انجام شد. مقاله حاضر به اطلاعات اقدام‌کنندگانی که در طول مدت تحقیق به مراکز فوریت‌های پزشکی شهر کرج ارجاع داده شدند، مربوط می‌شود و هدف آن، تعیین شیوع اقدام به خودکشی بر حسب میزان ارجاع به مراکز اورژانس شهر کرج بود.

روش کار

این بررسی بخشی از پژوهش مقطعی و مداخله‌ای چند منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت است که در ۸ کشور از جمله

مطالعات متعددی برای بررسی شیوع اقدام به خودکشی در کشورهای مختلف انجام شده است. نتایج بررسی‌های انجام شده در آمریکا، شیوع اقدام را در یک سال و در طول عمر به ترتیب ۰/۳ تا ۲/۶٪ و ۰/۷ تا ۱۰٪ گزارش نموده است (۴-۱). در سوئد در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۹۶ تمایل به مردن در یک سال ۳۴٪ تا ۲۳٪ بود این میزان در طول عمر به ۵۲٪ در هر دو مقطع بالغ گردید. فکر اقدام به خودکشی در یک سال ۱۲/۵ و ۸/۶٪ و اقدام به خودکشی در یک سال ۰/۶ و ۰/۲٪ و در طول عمر برابر ۲/۶ و ۲/۷٪ گزارش گردید (۵). در منطقه خاورمیانه، مطالعات اندکی در مورد رفتار خودکشی انجام شده است. مطالعه‌ای در ترکیه به عنوان بخشی از یک مطالعه چند مرکزی در اروپا انجام شده است. در این مطالعه تمام بیمارستان‌های محیط پژوهش تحت پوشش قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میزان اقدام به خودکشی در زنان و مردان به ترتیب ۸۵/۶ و ۳۱/۹ در صد هزار نفر و خودکشی به ترتیب ۵/۶ و ۹/۹ در افراد بالاتر از ۱۵ سال بود (۶). مطالعه انجام شده در استرالیا با ارسال پرسش‌نامه از طریق پست وجود فکر خودکشی و اقدام به خودکشی در طول عمر را

ایران به اجرا در آمد. شهر کرج با جمعیت شهری ۹۴۱۰۰۰ نفر به عنوان میدان پژوهش انتخاب گردید. (۹).

برای ثبت کلیه موارد اقدام کننده که به اورژانس ارجاع داده می شدند تمامی مراکز اورژانس شامل بیمارستان های امام خمینی، مدنی، شهید رجایی و قائم تحت پوشش ۲۴ ساعته قرار گرفتند. ۱۸ پرسشگر شامل کارشناس و کارشناس ارشد روان شناسی و مشاوره، دستیار روان پزشکی و کارشناس پرستاری انتخاب شده و تحت ۴۰ ساعت آموزش نظری و عملی برای آشنایی با نحوه تکمیل پرسش نامه ها و انجام مداخله (به صورت آموزش یک ساعته) بلافاصله پیش از ترخیص از اورژانس قرار گرفتند.

پس از ورود اقدام کنندگان به خودکشی به مرکز فوریت پزشکی، فرم تعیین تعداد اقدام کنندگان و پذیرش اولیه از بیمار، همراهان و یا از پرونده بیمار بدون ذکر نام و نشانی بیمار تکمیل می گردید. پس از انجام اقدامات درمانی و کنترل وضعیت سلامت جسمی و روانی بیمار و هنگام ترخیص، طرح تحقیقاتی و اهداف آن به بیمار توضیح داده می شد و در صورت موافقت وی برای همکاری به این تحقیق، فرم رضایت نامه ارسالی از سازمان جهانی بهداشت که به تأیید کمیته ملی اخلاق در پژوهش پزشکی وزارت بهداشت رسیده بود، به امضای بیمار می رسید و سایر فرم های پژوهشی طی انجام مصاحبه تکمیل می گردید. عمل ثبت اقدام کنندگان تا جمع آوری اطلاعات مربوط به ۳۰۰ آزمودنی در هر گروه با و بدون مداخله ادامه یافت. این عمل از تیرماه ۸۲ لغایت فروردین ۸۳ به مدت ۱۰ ماه ادامه داشت.

این مقاله به بررسی اطلاعات مربوط به فرم پذیرش اولیه^۱ پرداخته است. ابزار مطالعه، پرسش نامه ارسالی از سازمان جهانی بهداشت است که بخش های متعددی برای بررسی سابقه شخصی، خانوادگی و نیز پرسش نامه های روان شناختی دارد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری کای دو^۲ و نرم افزار SPSS 13 استفاده شد. حد معناداری ۵٪ در نظر گرفته شد.

نتایج

طی مدت ۱۰ ماه، اطلاعات اولیه (فرم پذیرش اولیه) مربوط به ۹۴۵ آزمودنی گردآوری گردید. مشخصات جمعیت شناسی اقدام کنندگان به خودکشی (n=۹۴۵) در جدول ۱ آورده شده است. ۳۹۲ نفر (۴۱/۵٪) مرد و ۵۵۳ نفر (۵۸/۵٪) زن بودند. از

این تعداد ۹۷/۵٪ (۹۲۱ نفر) از منطقه شهری و ۲/۵٪ (۲۴ نفر) از منطقه روستایی بودند. به طور متوسط ماهانه ۹۴ نفر به علت اقدام به خودکشی در مراکز فوریت های پزشکی پذیرفته شدند. همان طور که ملاحظه می شود بیشتر مراجعه کنندگان (۵۸٪) زن هستند. بیش از ۶۰٪ اقدام کنندگان در سنین بین ۱۴-۲۴ سال و حدود ۲۴٪ در سنین میان سالی قرار دارند. در مقایسه با مردان، شیوع اقدام به خودکشی در زنان در سنین پایین تر بیشتر است. میانگین سنی مردان ۲۵/۷۹ (SD=۱۰/۰۸) و در زنان ۲۴/۸۹ (SD=۹/۳۱) بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی سن، وضعیت تأهل و تحصیلات در کل افراد اقدام کننده به خودکشی بر حسب جنس

متغیر مورد بررسی	مرد (n=۳۹۲)	زن (n=۵۵۳)	کل (N=۹۴۵)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
سن*			
۱۱- ۲۰	۱۲۷ (۳۲/۴)	۲۳۳ (۴۲/۱)	۳۶۰ (۳۸)
۲۱- ۳۰	۱۸۶ (۴۷/۴)	۱۹۸ (۳۵/۸)	۳۸۴ (۴۰/۶)
۳۱- ۴۰	۴۰ (۱۰/۲)	۷۸ (۱۴/۱)	۱۱۸ (۱۲/۴)
۴۱- ۵۰	۲۱ (۵/۴)	۳۲ (۵/۸)	۵۳ (۵/۶)
+۵۰	۱۸ (۴/۶)	۱۲ (۲/۲)	۳۰ (۳/۱)
وضعیت تأهل**			
مجرد	۲۶۳ (۶۷/۱)	۲۲۶ (۴۰/۹)	۴۸۹ (۵۱/۸)
متاهل	۱۱۹ (۳۰/۴)	۳۰۷ (۵۵/۵)	۴۲۶ (۴۵/۱)
غیره	۱۰ (۲/۵)	۲۰ (۳/۶)	۳۰ (۳/۷)
وضعیت تحصیلی†			
بی سواد	۶ (۱/۵)	۱۹ (۳/۴)	۲۵ (۲/۷)
ابتدایی	۵۱ (۱۳)	۵۶ (۱۰/۱)	۱۰۷ (۱۱/۳)
راهنمایی	۱۳۰ (۳۳/۲)	۱۲۷ (۲۳)	۲۵۷ (۲۷/۲)
دیپلستان	۱۷۶ (۴۴/۹)	۳۰۵ (۵۵/۲)	۴۸۱ (۵۰/۹)
دانشگاهی	۲۹ (۷/۴)	۴۶ (۸/۳)	۷۵ (۷/۹)

$$p=۰/۰۰۰۵, \chi^2=۳۵/۹^*$$

$$p=۰/۰۰۰۵, \chi^2=۶۳/۵^{**}$$

$$p=۰/۰۰۱, \chi^2=۱۸/۵^{\dagger}$$

از نظر تأهل، بیش از ۵۰٪ اقدام کنندگان مجرد بودند اما به تفکیک جنسیت، بیشتر اقدام کنندگان متاهل، زن و بیشتر اقدام کنندگان مجرد، مرد بودند. از نظر تحصیلات، بیشتر اقدام کنندگان تحصیلات راهنمایی و دیپلستانی داشتند. در بین اقدام کنندگان، نسبت افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و یا بی سواد کمتر بوده است. از نظر شغلی بیشتر زنان اقدام کننده، خانه دار (۶۸٪) و یا محصل تمام وقت (۱۹/۶٪) بودند. مردان اقدام کننده بیشتر بی کار (۲۶/۵٪) و یا کار موقت (۲۷٪) داشتند. روزهای هفته از نظر وقوع اقدام به خودکشی، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند اما بیشترین اقدام روز جمعه (۱۶/۶٪) و کمترین آن روز پنجشنبه (۱۲/۷٪) رخ داده بود. شایع ترین روش اقدام به خودکشی استفاده از داروهای آرام بخش و در مرتبه بعدی مسکن ها و مواد مخدر بود. روش اقدام به خودکشی میان

¹ Intake form

² Chi-square

می‌تواند به‌عنوان یک عامل خطر اجتماعی برای خودکشی محسوب گردد. از سوی دیگر، سنین دوران تحصیلات متوسطه همزمان با دوران بلوغ جنسی و اجتماعی است و آغاز اختلافات میان فرزندان و والدین، از دیگر عوامل خطر جمعیت شناختی محسوب می‌شوند. داشتن مهارت لازم در نحوه مدارا با فرزندان و حل مشکلات خانوادگی می‌تواند در تدوین استراتژی پیشگیری مد نظر قرار گیرد. از این‌رو در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، انجام اقداماتی برای کاهش عوامل خطر در زنان متأهل خانه‌دار، دختران و پسران دانش‌آموز ضروری است. مشکلات تحصیلی، روابط والدین با فرزندان، رابطه زن و شوهر جوان و بحران‌های خانوادگی از جمله این موارد است.

شایع‌ترین روش اقدام، استفاده از داروهای آرام‌بخش و ضدصرع و در مرتبه بعد مواد مخدر و داروهای روان‌پزشکی بود که با تحقیقات انجام شده در سایر شهرهای ایران و مشابه خارجی هم‌خوانی دارد. میزان استفاده از سموم فسفره در تحقیق ظهور در جیرفت بالاتر از موارد مشابه در ایران است که به‌نظر می‌رسد مربوط به سوگیری نمونه در آن منطقه باشد زیرا ۵۲٪ آزمودنی‌هایی که با استفاده از سموم فسفره اقدام به خودکشی کرده بودند، ساکن مناطق روستایی جیرفت بودند. در تحقیقات انجام شده در هند، سریلانکا و چین احتمالاً به‌دلیل مشابه با تحقیق جیرفت و دسترسی راحت‌تر به سموم آفات نباتی، مسمومیت با سموم فسفره، شایع‌ترین روش اقدام بود (۱۸-۱۵). از این‌رو محدود نمودن دسترسی به مواد کشنده می‌تواند در پیشگیری از خودکشی مؤثر باشد (۱۹ و ۲۰). بدین ترتیب استفاده از روش‌های خطرناک‌تر، لزوماً تنها به‌علت شدت سایکوپاتولوژی اقدام‌کننده نمی‌تواند باشد.

در تحقیقات قبلی نشان داده شد که روش خودکشی در اقدام‌کنندگانی که منجر به فوت نشده است، کم خطرناک‌تر از کسانی است که به‌علت خودکشی فوت نموده‌اند. در این مطالعه روش خودکشی بین زن و مرد تفاوت معنادار نشان داد. مردان بیشتر از وسایل تیز و برنده مانند چاقو و زنان بیشتر از دارو استفاده کرده بودند. از نظر عوارض جسمی اقدام به خودکشی، نتایج این پژوهش نشان داد که در مردان شدت اقدام بیشتر بوده به‌طوری که ۱۵٪ آنان نیاز به درمان طبی بیشتری داشتند. این میزان نسبت به مطالعه کرمان بیشتر است (۲/۳٪). از نظر نوع مراقبت نیز تعداد بیشتری از مردان (۲۵٪) نسبت به زنان (۱۹/۵٪) تحت مراقبت بیشتری در اورژانس یا مراکز مراقبت‌های ویژه قرار گرفتند. کسانی که به خودکشی اقدام می‌کنند ممکن است پس از ترخیص از اورژانس به مراقبت‌های

زن و مرد تفاوت معنادار داشت ($p < 0.001$ ، $df=6$ و $\chi^2=28.597$). استفاده از داروهای اعصاب در زنان و از وسایل تیز و برنده در مردان بیشتر دیده شد. از کل اقدام‌کنندگان به خودکشی که به اورژانس‌های شهر کرج ارجاع داده شده بودند، ۲ نفر فوت کردند (۰/۲٪).

از نظر عواقب پس از اقدام به خودکشی، حدود ۱۳٪ از اقدام‌کنندگان نیاز به مراقبت‌های جدی درمانی داشتند. این میزان در مردها بیشتر بود ولی تفاوت معناداری با زنان نداشتند. از نظر نوع مراقبت، بیشتر آنان پس از دریافت درمان‌های اورژانسی مرخص گردیدند. نتایج نشان داد که ۴۷٪ پس از ترخیص از مرکز فوریت به هیچ مرکز درمانی و مراقبتی معرفی نشدند. از کل موارد ارجاع شده (۵۳٪)، فقط ۵/۵٪ به مراکز سرپایی مشاوره و روان‌پزشکی معرفی شدند. در میان موارد ارجاع شده، ۳۶٪ در مراجعه به مراجع تخصصی تردید داشته و یا منصرف شدند.

بحث و نتیجه‌گیری

از نظر جنسی بیشتر اقدام‌کنندگان زن هستند که با تحقیقات مشابه هم‌خوانی دارد (۱۰) این میزان از ۱/۳ تا ۱/۷ به ۱ (زن به مرد) متغیر است. نسبت مشابهی (۰/۷ تا ۲/۳ به ۱) در تحقیقات خارجی نیز دیده می‌شود (۱۲). از نظر تأهل، در کل آزمودنی‌ها تعداد مجردین بیشتر از متأهلین است اما به تفکیک جنسیت نسبت زنان متأهل به مردان متأهل افزایش می‌یابد که با تحقیقات یاسمی و پهلویان هم‌خوانی دارد (۱۱) ولی با تحقیقات مشابه خارجی از نظر تأهل مغایرت دارد (۱۳)؛ از این رو به‌نظر می‌رسد که تأهل برای زنان برخلاف مردان عامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی نمی‌باشد. شاید اختلاف با همسر، ازدواج ناخواسته، فقدان مهارت لازم برای زندگی مشترک از جمله عوامل خطر برای اقدام به خودکشی باشند (۱۱ و ۱۳).

از نظر سنی بیشتر اقدام‌کنندگان در گروه ۲۵-۱۵ سال قرار داشتند که با تحقیقات مشابه داخلی هم‌خوانی دارد و در مطالعات مشابه خارجی نیز میزان خودکشی در همین سن در حال افزایش است (۱۴).

در تحقیق حاضر، بیشتر آزمودنی‌ها از نظر شغلی در درجه اول کار موقت/بی‌کار و در مراحل بعدی کار تمام‌وقت/دانش‌آموز تمام‌وقت بودند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات انجام شده در کرمان، ایلام، همدان (۱۰ و ۱۱) و کوه‌دشت (۱۶) هم‌خوانی دارد. به این ترتیب کار به‌عنوان عاملی که می‌تواند منبع مؤثری در ایجاد هویت اجتماعی و نیز منبع درآمد تلقی گردد. فقدان آن

جسمانی یا روانی بیشتری نیاز داشته باشند. از کل موارد معرفی شده به مراکز درمانی تنها ۵/۵٪ به مراکز مشاوره‌ای یا روان‌پزشکی معرفی گردیدند. این در حالی است که بیش از ۸۰٪ اقدام‌کنندگان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی هستند (۲۳-۲۱). نتایج نشان می‌دهد از کل موارد ارجاع داده شده حدود ۴۰٪ از مراجعه به مراکز درمانی تخصصی امتناع ورزیده و تردید دارند. عدم آشنایی مردم با مسأله خودکشی، جدی نگرفتن مسأله اقدام به خودکشی، وجود استیگما در اقدام‌کنندگان و خانواده‌های آنها و نیز عدم آشنایی کارکنان مراکز فوریت‌های پزشکی با مسأله خودکشی، مانع از پیگیری و درمان به موقع بیماری و مشکلات روان‌شناختی بیماران و خانواده آنها می‌گردد.

نظر به تعداد کل اقدام‌کنندگان معرفی شده به مراکز اورژانس کرج طی ۱۰ ماه و میانگین ماهانه ارجاع به مراکز فوریت‌های پزشکی طی ۱۰ ماه انجام این تحقیق در کرج (۹۴ مورد) می‌توان تخمین زد حدود ۱۱۲۸ نفر طی یک‌سال در شهر کرج به علت اقدام به خودکشی به مراکز فوریت‌های پزشکی ارجاع داده می‌شوند. طبق آمار سرشماری سال ۱۳۷۵، ۱۵٪ جمعیت شهرستان کرج در منطقه روستایی ساکن هستند، در حالی که تنها کمی بیش از ۲٪ ارجاع داده‌شدگان به علت اقدام به خودکشی، از مناطق روستایی بودند. از این رو اگر پایه جمعیت مورد بررسی را افراد ۶۵-۱۰ سال شهر کرج در نظر بگیریم می‌توان نتیجه گرفت که ۱۲/۰٪ از جمعیت شهری این گروه سنی به علت اقدام به خودکشی به مراکز فوریت‌های پزشکی ارجاع داده شدند (۱۲۰ اقدام به خودکشی به ازای ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت). این میزان از ارقام انتشار یافته در ایلام (۱۴۰ تا ۳۰۰ مورد برای ۱۰۰/۰۰۰ نفر) (۱۰) کمتر است، با آمار خودکشی کشوری (۶ نفر به ازای ۱۰۰/۰۰۰ نفر جمعیت) (۲۴) و خودکشی در سایر استان‌ها (۱۱ تا ۱۶ به ازای صد هزار نفر جمعیت) (۲۵) و مناطق روستایی شهرستان کرج و ساوجبلاغ که (۱۸-۱۱ به ازای ۱۰۰/۰۰۰ نفر) گزارش شده (۲۶) هم‌خوانی دارد. باید در نظر داشت که در برخی از استان‌های غربی و ایلام میزان اقدام به خودکشی از میانگین کشور بالاتر است.

از کل اقدام‌کنندگان مراجعه کننده به اورژانس‌های شهر کرج، ۲ نفر که هر دو مورد مرد بودند در پی اقدام به خودکشی فوت کردند (۲/۰٪) که نسبت به مطالعه کرمان (۵٪)، هر چند مشخصات دموگرافیک نمونه در دو مطالعه شباهت بسیاری با یکدیگر دارند، کمتر است. از نکات برجسته و قابل توجه در اورژانس‌ها، رویکرد درمانی برای بیماران اقدام‌کننده به خودکشی و فقدان ثبت عنوان خودکشی بود؛ این در حالی است که حداقل ۳٪ مراجعین به اورژانس‌ها را اقدام‌کنندگان به خودکشی تشکیل می‌دهند. در این مراکز علت مراجعه، مسمومیت، بریدگی دست، یا شکستگی اندام‌ها در دفتر پذیرش یا دفتر پرستاری ثبت می‌گردد. از دیگر نواقص موجود، عدم آشنایی کارکنان مراکز اورژانس (اعم از پرستار و پزشک کشیک) با نحوه برخورد و برقراری ارتباط با فرد اقدام‌کننده به خودکشی است، فقدان آموزش لازم در پرسنل اورژانس، مشکل فوق را تشدید می‌کند و ممکن است مانع از مراجعه و ارجاع اقدام‌کنندگان به خودکشی به مرکز فوریت‌های پزشکی شود.

فقدان وجود سیستم ارجاع بیماران اقدام‌کننده به خودکشی به مراکز مشاوره و درمان روان‌پزشکی از دیگر نواقص مراکز اورژانس شهرستان کرج می‌باشد. در همین راستا ضروری است فهرست وارسی^۱ مختصر بررسی روان‌پزشکی تهیه شود و برحسب نتایج و شدت سایکوپاتولوژی ارجاع بیمار به مراکز تخصصی مشاوره و روان‌پزشکی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله با استفاده از داده‌های مطالعه SUPRE- MISS (در منطقه ایران) که با حمایت مالی WHO انجام گرفت، تدوین شده است. از مرکز قطب آموزشی و پژوهشی انسیتو روان‌پزشکی تهران و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور که بخش دیگری از هزینه این تحقیق را فراهم نمودند، قدردانی می‌شود.

¹ Checklist

References

- 1- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, et al. Suicidal feeling in the general population: a prevalence study. Br J Psychiatry 1974; 124: 460- 469.
- 2- Schwab JJ, Warheit GJ, Holzer CE. suicidal ideation and behavior in a general population. Dis Nerve Syst 1972; 33: 754-748.
- 3- Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clin Neurosci Res 2001; 1: 310-323.
- 4- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1999; 56(7): 617-626

- 5- Ostamo A, Lonnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36(7): 354-360.
- 6- Sayil I, Devrimci- Ozguren H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Crisis* 2002; 23: 11-16.
- 7- De Leo D, Cerin E, Spathonis K, et al. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: Prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord* 2005; 86: 215-224.
- 8- World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. Geneva: WHO; 2002.
- ۹- مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن، نتایج تفصیلی. چاپ دوم. تهران: مرکز آمار ایران؛ ۱۳۷۵: ۷۵.
- ۱۰- جمشیدزاده ف. بررسی روند تغییرات برخی ویژگی‌های موارد خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام طی سال‌های ۸۰-۱۳۷۳. فصلنامه رفاه اجتماعی ۱۳۸۱؛ ۳: ۳۴۵-۳۲۵.
- ۱۱- حیدری‌پهلویان ا. وضعیت روانی- اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۶؛ ۱: ۲ و ۲۱-۹.
- 12- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, et al. Suicidal behaviour in europe: Results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Göttingen: Hogrefe & Huber*; 1996: 327-338.
- 13- World Health Organization. World report 2003: shaping the future Geneva: WHO; 2003.
- 14- Langhinrichsen-rohling J, Sanders A, Crane M, et al. Gender and history of suicidality: Are these factors related to U.S. college students' correlated suicidal thoughts, feelings, and actions? *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28: 127-142.
- ۱۵- کلدی ع، گراوند ا. بررسی علل خودکشی در شهرستان کوهدشت. فصلنامه رفاه اجتماعی ۱۳۸۱؛ ۶: ۲۹۱-۲۷۵.
- 16- Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM* 2000; 93:715-731.
- 17- Eddleston M, Phillips MR. Self poisoning with pesticides. *Br Med J* 2004; 328:42-44.
- 18- Gunnell D, Eddleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides; a continuing tragedy in developing countries. *Int J Epidemiol* 2003;32:902-909.
- 19- Phillips MR, Li X. Suicide rates in China, 1995-99. *Lancet* 2002; 359:835-840.
- 20- Bowles JR. An example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, et al (eds). *Preventive strategies on suicide*. Leiden: Brill; 1995:173-206.
- 21- Roberts DM, Karunaratna A, Buckley NA, et al. Influence of pesticide regulation on acute poisoning deaths in Sri Lanka. *Bull World Health Organ* 2003; 81:1-10.
- 22- Balazs L, Lecrabier Y, Csiszler N, et al. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of depressive disorders and of bipolar to diagnosis. *J Affect Disord* 2003; 76: 113-19.
- 23- Rihmer S. Relationship between recognized depression and suicide in Hungary. *Eur Psychiatry* 1996; 11: 181-8.
- 24- Chotai J, Renberg ES. Season of birth variates in suicide methods in relation to any history of psychiatric contacts. *J Affect Disord* 2000; 62: 69-81.
- ۲۵- نقوی م، اکبری م. همه‌گیرشناسی آسیب‌های ناشی از علل خارجی (حوادث) در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: معاونت سلامت. انتشارات فکر؛ ۱۳۸۱؛ ۲۲-۱۶.
- ۲۶- مرادی س، خادمی ع. بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی. مجله پزشکی قانونی ۱۳۸۱؛ ۲۷: ۱۰-۴.
- ۲۷- موسوی ف، شاه‌محمدی د، کفاشی ا. بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مناطق روستایی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛ ۳: ۱۰-۴.