

ملاقات با پزشکان قبل از اقدام به خودکشی

دکتر سیدمحمد رسول خلخالی^{۱*}، دکتر کیومرث نجفی^۱، دکتر جمیله جهانبخش^۲، دکتر لیلا حسنی^۲

۱- گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲- واحد پژوهشی مرکز روان‌پزشکی شفا

دریافت: ۸۴/۱۰/۲۳ پذیرش: ۸۵/۱۰/۲۰

Title: *Contact with physicians prior to suicide attempt*

Authors: *Khalkhali SMR, (MD); Najafi K, (MD); Jahanbakhsh J, (MD); Hasani H, (MD).*

Introduction: *Many countries have set programs for suicide prevention. Knowledge about behavioral patterns of suicidal persons before suicide attempt are needed for suicide prevention programs. Many studies have shown that suicide attempters had contacts with physicians before suicide attempt. Thus it is suggested that general practitioners and other specialists play a key role in suicide programs. The aim of this study was to survey contact with physicians before suicide attempt in suicide attempters in Razi hospital in Rasht.*

Methods: *This cross-sectional study was performed on 206 suicide attempters. Clinical interviews with suicide attempters who were selected by convenience sampling were performed by two trained general practitioners. Chi-square test was used for analysis of data.*

Results: *94(45.7%) of suicide attempters contacted with physicians during the month prior to suicide attempt. 65(31.6%) of them contacted general practitioners or specialists (except psychiatrists). 29 (14.1 %) of them contacted psychiatrists. General practitioners (39.4%), psychiatrists (30.8 %), internists (8.5 %) and neurologists (8.5%) had the most contacts. Significant statistical relationships were found between contact with health care system and sex ($p=0.012$), educational status ($p=0.018$), type of chronic disease ($p=0.001$), and history of admission in non-psychiatric hospitals ($p=0.001$). Also, significant relationships were found between contact with mental health system and age ($p=0.017$), number of previous suicide attempts ($p<0.0001$), history of admission in psychiatric hospital ($p=0.002$) and type of chronic disease ($p=0.015$)*

Conclusion: *Among suicide attempters, contact with physicians was seen with high frequency and had significant statistical relationship with some risk factors. It is suggested that involvement of all physicians is necessary in suicide prevention programs and more works are needed to determine risk factors and persons with greater risk for suicide.*

Keywords: *Suicide attempt, suicide prevention, self-poisonings, contact with physicians.*

Hakim Research Journal 2007; 9(4): 17- 23.

چکیده

مقدمه: بسیاری از کشورها برنامه‌هایی برای پیشگیری از خودکشی طراحی کرده‌اند. برنامه‌های پیشگیری از خودکشی، نیاز به آگاهی ما از الگوهای رفتاری این افراد قبل از اقدام به خودکشی دارد. مطالعات انجام شده بیانگر آن است بسیاری از افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، قبل از اقدام با پزشکان ملاقات کرده‌اند. بنابراین به نظر می‌رسد که پزشکان عمومی و متخصصین می‌توانند نقش مهمی در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی داشته باشند. هدف این مطالعه، بررسی ملاقات با پزشکان قبل از اقدام به خودکشی در ماه قبل از اقدام به خودکشی در بیمارستان رازی رشت بود.

روش کار: این پژوهش مقطعی، بر روی ۲۰۶ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی که به روش نمونه‌گیری ساده انتخاب شده بودند، انجام شد. مصاحبه بالینی با بیماران توسط دو تن از پزشکان عمومی آموزش دیده صورت گرفت. در موارد لزوم، آزمون آماری مجذور کای برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: ۹۴ نفر (۴۵/۷٪) از اقدام کنندگان، در ماه قبل از اقدام به خودکشی با پزشکان ملاقات داشتند که ۶۵ نفر (۳۱/۶٪) با پزشکان عمومی و سایر متخصصین و ۲۹ نفر (۱۴/۱٪) با روان‌پزشکان ملاقات داشتند. پزشکان عمومی با ۳۹/۴٪، روان‌پزشکان با ۳۰/۸٪، متخصصین داخلی با ۸/۵٪ و متخصصین داخلی اعصاب با ۸/۵٪ بیشترین ملاقات را داشتند. ارتباط معنادار آماری بین ملاقات با پزشکان (غیر روان‌پزشک)، وجود بیماری مزمن ($p < ۰/۰۰۰۱$)، نوع بیماری مزمن ($p = ۰/۰۰۱$) و سابقه بستری در بیمارستان غیر روان‌پزشکی ($p = ۰/۰۰۱$) وجود داشت. همچنین ارتباط معنادار آماری بین ملاقات با روان‌پزشکان با گروه‌های سنی ($p = ۰/۰۱۷$)، زمان اقدام به خودکشی سابق ($p < ۰/۰۰۰۱$)، سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ($p = ۰/۰۰۲$) و نوع بیماری مزمن ($p = ۰/۰۱۵$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: ملاقات با پزشکان (روان‌پزشک - غیر روان‌پزشک) قبل از اقدام به خودکشی در بین افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند، با فراوانی قابل توجهی دیده می‌شود که ارتباط معناداری با برخی از متغیرهای آنها دارد. به نظر می‌رسد موقعیتی وجود دارد که مداخله تمام پزشکان را در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی ضروری می‌کند. مطالعات بیشتر برای شناسایی عوامل خطر و افراد در معرض خطر برای زمانی که این بیماران برای دریافت خدمات بالینی مراجعه می‌کنند، لازم است.

کلواژگان: اقدام به خودکشی، پیشگیری از خودکشی، خود مسموم‌سازی، مراجعه به پزشک.

مقدمه

خودکشی، اقدام عمدی انسان جهت خاتمه دادن به زندگی خویش است که با روش‌های مختلفی از قبیل پریدن از بلندی، دار زدن، شلیک به خود، خوردن مواد سمی و سایر موارد صورت می‌گیرد و دارای تفاوت‌هایی از نظر انتخاب روش در گروه‌های سنی مختلف می‌باشد (۴-۱).

اختلالات روان‌پزشکی به‌خصوص افسردگی و سوء مصرف مواد از مهم‌ترین علل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی هستند. خودکشی در موقعیت‌هایی از قبیل مشکلات خانوادگی، مرگ، بیماری‌های طبی مزمن و استرس‌های عمده مثل سوءاستفاده جنسی و ورشکستگی مادی با فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود (۷-۴).

در حال حاضر هر ساله حدود یک میلیون انسان در سراسر جهان به دست خویش به زندگی خود خاتمه می‌دهند و ۲۰

میلیون دیگر اقدام به خودکشی می‌کنند (۵). در قرن گذشته میزان خودکشی در کشورهای جهان به‌طور متوسط ۱۲/۵ نفر در صد هزار نفر بوده است و این رقم باعث شده که خودکشی در شمار ده علت عمده مرگ‌ومیر انسان‌ها در همه گروه‌های سنی قرار گیرد (۳). این در حالی است که آمار منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در مورد خودکشی برگرفته از گزارش‌های کشورهای مختلف جهان است که تحت تأثیر نگرش‌ها و باورهای فرهنگی اقوام و ملل گوناگون و متأثر از رویکردهای مذهبی و اخلاقی رایج در بسیاری از جوامع است و سبب می‌شود بسیاری از این اقدام‌ها گزارش نشود یا مرگ غیرعمدی وانمود گردد (۶). با این‌که برنامه پیشگیری از خودکشی از سال ۱۹۹۳ در دستور کار سازمان جهانی بهداشت

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی است و در محیط بیمارستانی و در بخش فوریت‌های مرکز آموزشی-درمانی رازی رشت که مرکز ارجاع بیماران مبتلا به مسمومیت این شهرستان است، انجام گردید. جامعه نمونه پژوهش را افرادی تشکیل می‌دادند که به علت اقدام به خودکشی از اول مهرماه ۱۳۸۰ به مدت سه ماه به این مرکز مراجعه کرده یا ارجاع شده بودند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که هر فرد اقدام کننده به خودکشی از زمان شروع پژوهش وارد جامعه آماری پژوهش گردید تا حجم نمونه به دست آمد ملاک گزینش افراد برای پژوهش، تمایل فرد برای شرکت در پژوهش و اجازه پزشک مسؤول بالینی وی در بخش مسمومیت‌ها برای انجام مصاحبه بود. داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه بالینی با بیماران به دست آمد و رضایت‌نامه‌ای در مورد استفاده از داده‌های پژوهش نیز از آنها در راستای اهداف پژوهش اخذ گردید.

اطلاعات صرفاً از خود بیمار و از طریق مصاحبه رو در رو با وی در شرایطی که فضای مصاحبه اجازه مصاحبه‌ای روان و با حفظ رازداری را می‌داد، جمع‌آوری شد. برقراری چنین شرایطی که برای فرد اقدام کننده به خودکشی، همدلی و حمایت را در محیطی غیرقضاتی نیز فراهم می‌کرد ما را در رسیدن به اهداف پژوهش که صحت آن مبتنی بر ارایه اطلاعات مناسب و واقعی از سوی مصاحبه‌شونده بود، یاری کرد. مدت هر مصاحبه ۲۰ تا ۳۰ دقیقه بود و مصاحبه‌گران دو تن از پزشکان عمومی بودند که قبل از انجام پژوهش به شکل تئوری و بالینی با شیوه‌های ارتباط و انجام مصاحبه با بیمار آموزش دیده بودند. با توجه به اینکه افراد اقدام کننده به خودکشی ممکن بود در ساعات مختلف شبانه‌روز و با شرایط حالات بالینی گوناگون وارد بخش فوریت‌ها شوند گزارش کار به این شکل طراحی شد: قبل از انجام طرح، پرسنل بخش فوریت‌ها در نوبت‌های کاری مختلف در مورد همکاری با طرح توجیه گردیدند. نام بیماران بعد از ورود به بخش فوریت‌ها و انجام مراحل اولیه پذیرش در یک دفتر مخصوص ثبت گردید که این دفتر طی انجام طرح، بین همکاران نوبت‌های کاری مختلف منتقل و تحویل داده شد و بعد از انجام پذیرش تحت‌نظر متخصص مسمومیت‌ها قرار گرفت.

از نظر شرایط بالینی، بیماران در چند حالت وارد بخش فوریت‌ها می‌شدند: بیمارانی که به علت شرایط وخیم جسمی مثل کما یا بروز عوارض دیگری مثل دلیريوم قادر به برقراری ارتباط مؤثر و مصاحبه نبودند که این‌گونه بیماران تا کنترل شرایط بالینی و آمادگی برای مصاحبه در لیست پیگیری قرار گرفتند، در زمستان ۸۵، دوره نهم، شماره چهارم

قرار گرفته بود، ولی شاهد افزایش رقم ۶۰۰ هزار نفری در خودکشی سالیانه از سال ۱۹۹۳ تا سال ۲۰۰۰ بوده‌ایم (۱ و ۳ و ۸). آنچه در مورد خودکشی حایز اهمیت فراوان است، پیشگیری از خودکشی است که این امر به‌جز در سایه تشخیص به‌موقع نشانه‌های هشدار دهنده این پدیده و اقدام مؤثر درباره آن امکان‌پذیر نیست (۵ و ۱۱-۹). اکثراً دیده می‌شود که این نشانه‌ها، جدی گرفته نمی‌شوند و توجه کمتری به آنها منظور می‌شود (۵).

در مطالعه آندرسون^۱ و همکاران، ۶۶٪ بیماران اقدام به خودکشی که در یک بیمارستان عمومی تحت مراقبت بودند در ماه قبل از اقدام به خودکشی، به پزشک عمومی مراجعه داشته‌اند و ۶۰٪ از آنهايي که سابقه مشکل روان‌پزشکی داشته‌اند با سرویس‌های ارایه‌دهنده خدمات روان‌پزشکی تماس برقرار کرده‌اند (۱۲). این مطالعه نشان‌دهنده میزان بالای ملاقات با پزشکان در نزدیکی اقدام به خودکشی بوده است، یعنی این افراد قبل از خودکشی به نوعی در جستجوی کمک از دست‌اندرکاران مراقبت طبی بوده‌اند. این افراد بعد از اقدام به خودکشی به‌واسطه هر روشی که انجام شده باشد، تحت مراقبت پرسنل پزشکی در مراکز مسمومیت‌ها و یا دیگر مراکز طبی قرار خواهند گرفت. به‌همین دلیل مطالعات زیادی پیشنهاد کرده‌اند که بیمارستان عمومی در سطوح اولیه ارایه خدمات بهداشتی-درمانی، محل مناسبی برای شروع اقدامات پیشگیرانه از اقدام به خودکشی یا جلوگیری از اقدام مجدد و شناسایی عوامل زمینه‌ساز آن است (۱۶-۱۳).

بیمارستان رازی رشت و بخش فوریت‌های آن همه‌روزه پذیرای تعدادی از افرادی است که به علت مسمومیت عمدی و اقدام به خودکشی تحت مراقبت‌های ویژه پزشکی قرار می‌گیرند. مطالعات «بردبار» و همکاران و «عبداللهی» و همکارانش نشان داده است که اکثر مراجعات مراکز مسمومیت‌ها در کشور ما به‌دنبال مصرف عمدی مواد سمی است (۱ و ۲). مشاوره‌های درخواست شده و کسب اطلاعات از همکاران در بخش فوریت‌ها و مراجعه اولیه به آمار موجود نشان می‌دهد که به‌نظر می‌رسد شرایط مشابهی نیز در مرکز آموزشی-درمانی رازی برقرار است. در این بررسی، ما در پی آن هستیم که ملاقات اقدام‌کنندگان به خودکشی با پزشکان را یک‌ماه قبل از اقدام به خودکشی بررسی کنیم و امیدواریم نتایج حاصل از این پژوهش بتواند ما را در ارایه برنامه‌های مناسب پیشگیری از خودکشی و راهکارهای کاربردی آن یاری دهد.

^۱ Anderson

۱۱ نفر (۵/۳٪) سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی و ۵۷ نفر (۲۷/۷٪) سابقه بستری در بیمارستان غیر روان‌پزشکی داشتند. در ۵۵/۵٪ موارد، بستری در بیمارستان روان‌پزشکی در کمتر از یک سال رخ داده بود. ۶ نفر (۱۰/۵٪) بیمارانی که سابقه بستری در بیمارستان غیر روان‌پزشکی داشتند در ماه اخیر و ۱۷ نفر (۲۹/۸٪) در سال اخیر در بخش بستری شده بودند. ۹۴ تن از بیماران (۴۵/۶٪) در ماه قبل از اقدام به خودکشی با پزشکان ملاقات کرده بودند. پزشکان عمومی بیشترین و در رتبه بعدی روان‌پزشکان، پزشکان متخصص داخلی و داخلی اعصاب بیشترین تخصص‌هایی بودند که این افراد با آنها ملاقات کرده بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی ملاقات با پزشکان در ماه قبل از اقدام به خودکشی در اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌های بیمارستان رازی در سال ۱۳۸۰ به تفکیک نوع تخصص پزشکان ملاقات شده

| نوع تخصص | تعداد | درصد |
|---------------------------|-------|------|
| پزشک عمومی | ۳۷ | ۳۹/۳ |
| روان‌پزشک | ۲۹ | ۳۰/۷ |
| متخصص داخلی | ۸ | ۸/۵ |
| متخصص داخلی اعصاب | ۸ | ۸/۵ |
| متخصص زنان و زایمان | ۵ | ۵/۳ |
| متخصص جراحی اعصاب | ۲ | ۲/۱ |
| متخصص جراحی عمومی | ۲ | ۲/۱ |
| متخصص قلب و عروق | ۱ | ۱/۰۶ |
| متخصص کلیه و مجاری ادراری | ۱ | ۱/۰۶ |
| متخصص پوست | ۱ | ۱/۰۶ |
| جمع | ۹۴ | ۱۰۰ |

۳۷ نفر (۱۸٪) مبتلا به لااقل یک نوع بیماری مزمن بودند که اختلال روان‌پزشکی (۵۰٪) دارای بیشترین فراوانی بود (جدول ۲). ۳۶ نفر (۱۷/۵٪) با سموم مختلف و ۱۷۰ نفر (۸۲/۵٪) با دارو اقدام به خودکشی کرده بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی نوع بیماری مزمن در اقدام‌کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌های بیمارستان رازی در سال ۱۳۸۰

| نوع بیماری مزمن | تعداد | درصد |
|-------------------|-------|------|
| روانی | ۱۷ | ۵۰ |
| سیستم اعصاب مرکزی | ۳ | ۸/۱ |
| گوارش | ۲ | ۵/۴ |
| ادراری- تناسلی | ۳ | ۸/۱ |
| قلب و عروق | ۵ | ۱۳/۵ |
| غدد | ۵ | ۱۳/۵ |
| اسکلتی | ۲ | ۵/۴ |

صورت فوت از پژوهش حذف گردیدند و در صورت اجازه پزشک معالج برای مصاحبه، در اختیار تیم مصاحبه‌گر قرار گرفتند. بیمارانی که به دلیل ناتوانی جسمی (شنوایی یا غیره) یا ناتوانی ذهنی مثل عقب‌ماندگی ذهنی و سایر موارد قادر به همکاری مؤثر نبودند از پژوهش حذف گردیدند. سایر بیمارانی که قادر به مصاحبه بودند، با نظر پزشک معالج هر روز بعد از ساعت ۱۱ صبح با معرفی پزشک مسؤوول بخش مسمومیت‌ها در اختیار تیم مصاحبه‌گر قرار گرفتند. برخی از بیماران که در ابتدا به‌عنوان مسمومیت تصادفی معرفی شده بودند ولی در بررسی‌های بعدی مشخص گردید مسمومیت عمدی دارند نیز در پژوهش قرار گرفتند.

در دوره زمانی که این تحقیق انجام شد، ۲۲۶ نفر اقدام‌کننده به خودکشی در بخش فوریت‌های بیمارستان رازی رشت پذیرفته شدند. تعداد ۲۰ نفر به دلایل مختلف از قبیل عدم رضایت و همکاری فرد برای شرکت در پژوهش، عدم رضایت خانواده قبل از بهبود شرایط بالینی برای انجام مصاحبه، ترخیص و در نهایت مرگ قبل از آمادگی برای مصاحبه، از پژوهش حذف گردیدند. در نهایت ۲۰۶ نفر جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند و در مصاحبه شرکت کردند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پژوهش، پرسش‌نامه‌ای بود که اطلاعات به‌دست آمده در مورد سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سابقه اقدام به خودکشی فرد، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده، سابقه اقدام به خودکشی موفق در خانواده، سابقه مراجعه به پزشک در یک‌ماه قبل از اقدام به خودکشی، سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی، سابقه بستری در بیمارستان غیر روان‌پزشکی، سابقه بیماری مزمن جسمی، روش اقدام به خودکشی اخیر، توسط مجریان طرح در آن درج می‌گردید. داده‌های پژوهش پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون مجذور کای^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از میان ۲۰۶ نفر شرکت‌کننده در این مطالعه ۱۳۳ نفر زن و ۷۳ نفر مرد بودند. ۴۲ نفر از این تعداد (۲۰/۴٪) سابقه اقدام به خودکشی داشتند که ۳ نفر آنها (۷/۱٪) در ماه اخیر، ۲۷ نفر در سال اخیر (۶۴/۳٪) و ۱۲ نفر (۲۸/۶٪) در طول عمر خویش اقدام به خودکشی کرده بودند. ۱۶۲ نفر (۷۸/۶٪) برای اولین بار و ۳۹ نفر (۱۸/۹٪) برای دومین بار اقدام به خودکشی کرده بودند.

^۱ Chi- square

نیازمند بررسی‌های بیشتر بر روی رفتار فرد و جامعه بعد از اقدام به خودکشی اول و شیوه بهره‌گیری از امکانات موجود است. بورگس^۱ و همکاران در مطالعه خود نتیجه‌گیری کردند که بهره‌مندی مناسب فرد از سیستم خدمات مؤثر بهداشت روان بعد از خودکشی اول از میزان اقدام به خودکشی مجدد (موفق یا غیرموفق) می‌کاهد (۱۸).

در جمعیت مورد مطالعه ما، زنان با فراوانی بیشتری قبل از اقدام به خودکشی با پزشکان ملاقات کرده بودند و ارتباط معنادار آماری بین جنس و ملاقات با پزشکان مشاهده می‌شود ($p=0/012$). مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان عمدتاً بیانگر این موضوع است که به‌طور کل زنان بیش از مردان از این خدمات استفاده می‌کنند (۱۹). این که آیا این یافته به همان نسبتی است که در جمعیت عمومی دیده می‌شود یا خیر به مطالعه‌ای در این مورد در استان گیلان برخورد نکردیم و این موضوع نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.

اختلاف معنادار آماری بین بستری شدن در بیمارستان غیر روان‌پزشکی و بیمارستان روان‌پزشکی ($p<0/05$) با ملاقات با پزشکان در هر دو گروه وجود داشت. شاید بتوان بر اساس این یافته، عنوان کرد در کسانی که به ملاقات هر پزشکی (روان‌پزشک- غیر روان‌پزشک) می‌روند، بستری بودن در بیمارستان روان‌پزشکی یا غیر روان‌پزشکی عامل خطر مهمی در اقدام به خودکشی محسوب می‌گردد. در بررسی اندرسون^۲ و همکاران ۴۲٪ اقدام کنندگان سابقه بستری در یک مرکز روان‌پزشکی داشتند. در یک‌ماه قبل از اقدام به خودکشی ۱۳٪ آنها از یک مرکز روان‌پزشکی و ۷٪ آنها از یک بیمارستان عمومی ترخیص شده بودند (۱۲).

زمان اقدام به خودکشی ارتباط معناداری با ملاقات روان‌پزشکان داشت ($p=0/002$) و نشان‌دهنده این موضوع بود که سال اول بعد از ترخیص به‌عنوان زمان پرخطر و مهمی برای بیمار مرخص شده از بیمارستان روان‌پزشکی برای اقدام به خودکشی است. طبق مطالعه لارنس^۳ و همکاران خطر خودکشی به‌طور قابل ملاحظه‌ای در بیماران بستری شده افزایش می‌یابد و این خطر در ۷ روز بعد از ترخیص حداکثر می‌باشد. نتایج این مطالعه و مطالعه ما اهمیت پیگیری مناسب و کافی بیماران مرخص شده از مراکز روان‌پزشکی را نشان می‌دهد (۱۹). در مطالعه‌ای که در استرالیا انجام شده است، ۲۰٪ خودکشی‌ها قابل

جمع ۳۷ ۱۰۰
ملاقات با پزشکان (غیر روان‌پزشک) قبل از اقدام به خودکشی در زنان به‌صورت معناداری بیشتر از مردان بود ($p=0/012$) همچنین ملاقات با پزشکان در اقدام کنندگان به خودکشی در افراد با سابقه بستری در بیماران غیرروان‌پزشکی ($p=0/017$) و سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی ($p=0/002$) بیشتر بود که از نظر آماری معنادار می‌باشد.
وجود بیماری مزمن ($p<0/0001$) (جدول ۳) با ملاقات با پزشکان ارتباط آماری معنادار داشت و در بیماران روانی بیشتر بود. زمان اقدام به خودکشی ارتباط معناداری با ملاقات روان‌پزشکان داشت ($p=0/002$).

جدول ۳- توزیع فراوانی ملاقات با پزشکان (غیرروان‌پزشک) در اقدام کنندگان به خودکشی مراجعه‌کننده به بخش فوریت‌های بیمارستان رازی در سال ۱۳۸۰ به تفکیک وجود بیماری مزمن

| ملاقات با پزشکان غیرروان‌پزشک وجود بیماری مزمن | دارد | | ندارد | | جمع |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-----|
| | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| دارد | ۲۵ (۶۷/۶) | ۱۲ (۳/۲۴) | ۳۷ (۱۰۰) | | |
| ندارد | ۴۰ (۲۳/۷) | ۱۲۹ (۷۶/۳) | ۱۶۹ (۱۰۰) | | |
| جمع | ۶۵ (۳۱/۶) | ۱۴۱ (۶۸/۴) | ۲۰۶ (۱۰۰) | | |

ارتباط معنادار $p<0/0001$

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش که با هدف بررسی ملاقات با پزشکان (روان‌پزشک- غیر روان‌پزشک) قبل از اقدام به خودکشی در مراجعینی که به علت اقدام به خودکشی به مرکز آموزشی- درمانی رازی رشت مراجعه کرده بودند انجام شد، گروه سنی ۱۸-۲۴ سال، زنان در تمام گروه‌های سنی و افراد مجرد در هر دو جنس حایز بیشترین فراوانی بودند که مشابه نتایج به‌دست آمده از مطالعات ملکی و همکاران در همدان و خلخالی و همکاران در گیلان است (۶ و ۱۷). ۲۰٪ مراجعین حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی کرده بودند. هر بار اقدام به خودکشی به‌طور متوسط خطر خودکشی موفق را ۳۳٪ افزایش می‌دهد (۴). یعنی ۲۰٪ از مراجعین به‌طور قابل توجهی، بیشتر از سایرین در معرض خطر خودکشی موفق قرار دارند. ۹۴/۳٪ این افراد در سال اخیر اقدام به خودکشی مجدد داشتند که می‌تواند بیانگر پرخطر بودن این فاصله زمانی (زمان کمتر از یک‌سال بعد از خودکشی اول) باشد. این موضوع با توجه به این که ساختار مناسبی از پذیرش، درمان و پیگیری موارد اقدام به خودکشی در این مرکز وجود ندارد و احتمالاً افراد بعد از اقدام به خودکشی در تماس مناسبی با روان‌پزشکان قرار نمی‌گیرند در خور توجه بیشتری است که

¹ Burgess

² Anderson

³ Lawrence

پیشگیری عنوان شده و فاکتورهای مهم در بروز خودکشی، عدم وجود ارتباط مناسب با بیماران، ارزیابی ناکافی و عدم درمان صحیح افسردگی و عدم برخورد مناسب با مسایل روانی قلمداد شده است (۱۸).

درصد قابل توجهی از اقدام کنندگان به خودکشی (۲۷/۲٪)، سابقه بستری در بیمارستان غیر روان پزشکی داشتند که ۴۰/۳٪ از موارد بستری شدن آنها، در فاصله زمانی کمتر از یک سال رخ داده بود که می‌تواند بیانگر پرخطر بودن این فاصله زمانی در فردی که از بیمارستان غیر روان پزشکی مرخص گردیده، برای اقدام به خودکشی باشد. این یافته، نتایج مطالعات دیگر مبنی بر این که سال اول بعد از ترخیص از بیمارستان، زمان پرخطرتری نسبت به اقدام به خودکشی است را تأیید می‌کند (۷ و ۲۰). در این پژوهش ۴۵/۶٪ اقدام کنندگان به خودکشی قبل از اقدام به خودکشی با پزشکان ملاقات کرده بودند. مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف جهان که بر روی ملاقات با پزشکان انجام شده، آمار متفاوتی از ملاقات در ماه قبل از اقدام به خودکشی را بین ۳۰٪ تا ۶۰٪ گزارش کرده‌اند (۱۲ و ۱۶ و ۱۸ و ۲۳-۲۱) که در مقایسه با آمار بهره‌گیری جمعیت عادی از خدمات پزشکی و روان پزشکی بالاتر است (۱۹). اکثر این مطالعات به این نتیجه‌گیری رسیده‌اند بیمارانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که ملاقات کنندگان سیستم ارایه‌دهنده خدمات پزشکی در جامعه، در فاصله نزدیک اقدام به خودکشی باشند و بیانگر تمایل بالای این افراد برای دریافت کمک به هر علت باشد.

با مراجعه به جدول ۱ می‌توان مشاهده کرد که الگوی متنوعی برای درخواست کمک طبی و ملاقات بین اقدام کنندگان به خودکشی وجود دارد. قطعاً این نوع مراجعه، یعنی مراجعه آزاد بدون محدودیت و خارج از سیستم ارجاع و صرفاً بنا به تشخیص خود بیمار یا خانواده آنها به خدمات سطوح بالاتر (تخصصی و فوق تخصصی)، مقایسه آمار کسب شده را با آمار به‌دست آمده از سایر مطالعات، دشوار یا ناممکن می‌سازد.

ولی در مطالعه ما نیز مثل سایر مطالعات انجام شده در کشورهای جهان شامل مطالعات پتری (۵۶٪)، اندرسون (۶۶٪)، مادوز (۳۴٪) و دامسبو (۶۰٪)، پزشکان عمومی بیشترین گروه پزشکان ملاقات شونده بودند (۱۲ و ۱۶ و ۲۱ و ۲۳) که می‌تواند به این دلیل باشد که پزشکان عمومی بیشترین تعداد پزشکان شاغل در هر جامعه‌ای هستند و دسترسی به این گروه آسان‌تر است.

نتایج این مطالعه توجه بیشتری به نقش پزشکان عمومی در برنامه‌های فراگیر پیشگیری از خودکشی از جمله آموزش پزشکان عمومی را گوشزد می‌کند. در متخصصین گروه‌های مختلف، رشته تخصصی طب داخلی بعد از پزشکان عمومی، درصد ملاقات بیشتری را به خود اختصاص دادند، گروه متخصصین داخلی اعصاب علی‌رغم تعداد کمتر متخصصین این رشته، درصد ملاقات برابر متخصصین داخلی و بیشتر از رشته‌های دیگر داشتند. این موضوع احتمال دارد به چند دلیل باشد: در اختلالات غیر روان پزشکی مزمن و ناتوان کننده از جمله اختلالات نورولوژیک، خطر افسردگی و خودکشی به‌طور قابل توجهی افزایش می‌یابد (۴)؛ تعدادی از بیماران روان پزشکی تحت درمان پزشکان داخلی اعصاب قرار می‌گیرند که احتمال دارد افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی عمده نیز در بین این گروه که خطر خودکشی بالاتری نیز دارند، باشند. تعبیر دقیق‌تر این یافته احتیاج به دسته‌بندی تشخیص بیماران فوق داشت که در مطالعه ما صرفاً طبقه‌بندی مراجعه بر اساس اظهار خود بیمار، در مراجعه به یک متخصص خاص بود که در اهداف این مطالعه نمی‌گنجد و نیازمند پژوهش‌های بیشتری است.

۱۸٪ این بیماران حداقل از یک نوع اختلال مزمن رنج می‌بردند که ۵۰٪ این افراد مبتلا به اختلال روان پزشکی و ۵۰٪ دیگر مبتلا به اختلال غیر روان پزشکی بودند. در این مطالعه ارتباط معنادار آماری بین وجود حداقل یک بیماری مزمن و ملاقات با پزشکان غیر روان پزشکی ($p < 0.0001$) وجود داشت (جدول ۳).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن از عوامل خطر مهم در اقدام به خودکشی محسوب می‌گردند (۴ و ۷). بیماران مبتلا به اختلالات غیر روان پزشکی دارای خطر بالایی از رفتارهای خودکشی هستند (۴). در مطالعه‌ای معلوم شد بیمارانی که از افسردگی و درد رنج می‌بردند به میزان بیشتری پزشکان عمومی را قبل از اقدام به خودکشی ملاقات می‌کردند (۲۱).

در مجموع بعد از پزشکان عمومی، روان پزشکان بیشترین تعداد بین ملاقات کنندگان را به‌خود اختصاص دادند. باید توجه داشت که روان پزشکان عمدتاً پذیرای بیمارانی هستند که از اختلالات عمده روان پزشکی رنج می‌برند و بالطبع خطر اقدام به خودکشی در این افراد بالاتر است. موفقیت‌آمیز بودن مداخلات روان پزشکی نیازمند پاسخ به این پرسش است که چه تعداد از مراجعین به روان پزشکان که افکار خودکشی داشته‌اند بهبود یافته و چه تعداد دیگر اقدام به خودکشی کرده‌اند که نیازمند

استفاده از این راهکارها مورد نیاز باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت مکانی و زمانی انجام این طرح در یک بیمارستان و بررسی مسأله مسمومیت‌ها اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

مؤلفین این مقاله از آقای دکتر مدبرنیا و خانم دکتر ضرابی اساتید گروه روان‌پزشکی به‌خاطر راهنمایی‌های ارزنده ایشان، آقای دکتر رهبر، متخصص پزشکی قانونی و پرسنل محترم بخش‌های فوریت‌های بیمارستان رازی به‌خاطر همکاری در اجرای طرح و نیز خانم دکتر فاطمه نظیفی به‌خاطر همکاری در برخی مسایل آماری طرح، خانم طاهره دهگرددحقیقی و آقای ذکی‌پور و پرسنل محترم بیمارستان شفا که در مراحل مختلف این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

- 1- Abdollahi M, Jalali N, Sabzevari O, et al. Retrospective study of poisoning in Tehran. *J Toxicol Clin Toxicol* 1997; 35(4): 387-93.
- 2- Bordbar A, Yousofi A. Acute opium poisoning: a report of two hundred cases in Iran. *Anesthesia* 1075; 30(2):223-7.
- 3- Caraiola AA, Lavender N. Suicidal behavior in chemically dependent adolescents. *Adolescence* 1999; 34(136):735-44.
- 4- Ray A. Suicide; Psychiatric emergencies. In: Sadock B, Sadock VA, eds. *Comprehensive text book of psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000: 2031-2040.
- 5- Vajda J, Steinbeck K. Factors associated with repeated suicide attempts among adolescents. *Aust NZ Psychiatry* 2000; 34(3): 437-45.
- 6- ملکی ح، حیدری‌پهلویان ا. بررسی متغیرهای روانی- اجتماعی مؤثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مرکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۷۴-۱۳۷۳. *مجله دانشکده پزشکی همدان* ۱۳۷۸؛ ۴: ۳۰-۲۴.
- 7- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. 25th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1997: 864-72.
- 8- Dikestra RF, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior. *World Health Statistic Quarterly* 1993; 46, 52, 68.
- 9- Dohssche DM, Ulsarac A, Syed W. A reterospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after begin discharged from the hospital. *Arch Intern Med* 2001; 161(7): 991-4.
- 10- MacDonald MG. Suicide- intervention trainees' perceptions of awarenees for warning signs of suicide. *Psychol Rep* 1999; 85(3pt2):1195-8.
- 11- Brown GK, Beck AT, Steer RA, et al. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20 year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3): 371-7.
- 12- Anderson UA, Anderson M, Rosholm JU, et al. Contacts to the health care system prior to suicide :a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, Contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatry Scand* 2000; 102(2): 126-34.
- 13- MC Elroy A. The assessment and management of self harming patients in an accident and emergency department: an action research project. *J Clin Nurs* 1999; 8(1): 66-72.
- 14- Hickie IB. An approach to managing depression in general practice. *Med J Aust* 2000; 137(2): 106-10.
- 15- Links PS, Balchand K, Daw, et al. Preventing recurrent Suicidal behavior. *Can Fam Physician* 1999; 45: 2656-66.
- 16- Modoz GA, Baca GE. Attempted suicide and previous contact with health system. *Actas ESP Psychiatr* 1999; (5): 329-33.
- ۱۷- خلخالی، س.م.ر. بررسی حوادث زندگی در اقدام‌کنندگان به خودکشی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان* ۱۳۸۰؛ ۳۹ و ۴۰: ۱۰۶-۹۶.
- 18- Burgess P. Lessons from a comprehensive clinical audit of user of psychiatric services wh committed suicide. *Psychiatr Serv* 2000; 51(12): 1555-60.
- 19- Lawrence D. Increasing rate of suicide in western Australian psychiatric patients. *Acta Psychiatry Scand* 2001; 104(6): 443-51.
- 20- Gelder M. *Oxford text book of psychiatry*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1996: 414-437.
- 21- Petri K. Recent general practice contacts of hospitalized suicide attempters. *NZ Med J* 1989; 102(864): 130-1.
- 22- Beautrais AL, Jayce PR, Mulder RT. Psychiatric contact among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(5): 504-11.
- 23- Damsbo N, Friberg S. Occurrence and relavence of contact with a general practitioner prior to the suicidal actions. *Ugeskr Lager* 1989; 27;151(13): 526-8.

