

مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران

دکتر سیدابوالفضل قریشی*، دکتر نورالدین موسوی‌نسب**

چکیده

هدف: این بررسی با هدف گردآوری و مقایسه پژوهش‌های انجام‌شده در سطح کشور در ارتباط با خودکشی و اقدام به خودکشی انجام شد.

روش: با بهره‌گیری از اطلاعات موجود در سیستم اینترنتی و پایگاه اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به بررسی مقاله‌های منتشرشده در زمینه اقدام به خودکشی و خودکشی، پرداخته شد.

یافته‌ها: در پژوهش‌های بازبینی‌شده ۳۴۷۷ نفر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. دامنه سنی مردان ۳۰-۳۹ و زنان زیر ۳۰ سال بود. ۷۱/۸٪ سابقه اختلال خلقی و ۵۳/۵٪ اقدام به سوء مصرف دارو به منظور خودکشی داشته‌اند. شیوع خودکشی در ایران ۹/۴ در ۱۰۰۰۰۰ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** شیوع خودکشی در ایران نسبت به آمار جهانی پایین‌تر و مهم‌ترین روش برای اقدام به خودکشی مسمومیت با داروها بوده است. زنان دو برابر مردان اقدام به خودکشی می‌کنند و روش شایع‌تر خودکشی در مردان حلق‌آویز کردن و در زنان خودسوزی است.

کلیدواژه: خودکشی، ایران، مرور سیستماتیک

مقدمه

می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهند بیشتر کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند، یک مشکل روانی قابل تشخیص دارند. بر پایه گزارش سازمان جهانی بهداشت (خدایی و همکاران، ۱۳۸۵) سالیانه یک میلیون نفر در جهان خودکشی و ۲۰ میلیون نفر اقدام به خودکشی می‌کنند. خودکشی و تفکر خودکشی بیشتر در نوجوانان و جوانان دیده شده است، به طوری که خودکشی سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۳۰-۲۱

خودکشی و اقدام به خودکشی یک مسأله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضداجتماعی به شمار می‌رود. این پدیده افزون بر زیان‌های شخصی و خانوادگی یک زیان اجتماعی نیز شمرده می‌شود. اقدام به خودکشی با هدف آسیب‌رساندن به خود به طور آگاهانه و بیشتر در افراد خودمحور، مضطرب، پرخاشگر و ناتوان در برقراری ارتباط‌های اجتماعی انجام

* متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان و مرکز تحقیقات متابولیک. زنجان، دروازه ارک، بیمارستان شهید دکتر بهشتی،

E-mail: aghorih@yahoo.com

گروه روانپزشکی. دورنگار: ۵۲۴۲۴۰۳-۰۲۴۱ (نویسنده مسئول).

** دکترای تخصصی آمار، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان.

بهره گرفته شده باشد. بررسی‌هایی کنار گذاشته شدند که در آنها گزارش خودکشی در کنار سایر تشخیص‌ها آمده باشند، اشاره به خودکشی بدون اطلاعات کافی به کار رفته باشد و در چهارچوب معیارهای ورود قسراً نگیرند. اطلاعات گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون آماری^۱، مانتل هانزل و نسبت شانس ارزیابی شدند.

یافته‌ها

از میان ۸۶ بررسی در دسترس، ۱۹ بررسی و با جمعیت ۳۴۷۷ نفر بر پایه معیارهای ورود و حذف انتخاب و بازبینی شدند. متغیرهای اصلی مورد بررسی: سن، جنس، وضعیت تأهل، منطقه جغرافیایی و ارتباط آن با خودکشی، روش اقدام به خودکشی، سابقه مشکلات روانپزشکی و سابقه اقدام به خودکشی بودند. بررسی‌های یادشده از نظر اطلاعات گردآوری شده و روش دسته‌بندی اطلاعات کم و بیش به یکدیگر نزدیک بودند (جدول ۱). در ارزیابی اولیه بررسی‌ها، ۱۴ متغیر مورد توجه قرار گرفت، ولی به دلیل ناکافی بودن اطلاعات همسان، تنها شش متغیر در ارزیابی‌ها وارد شدند. با توجه به زمان انجام پژوهش‌ها، آزمودنی‌ها در دو گروه پیش از سال ۱۳۷۰ و پس از سال ۱۳۷۰ که به ترتیب ۱۶٪ و ۸۴٪ موارد را در بر می‌گرفتند، جای داده شدند. در شش بررسی، دامنه سنی افراد و در شش بررسی میانگین سنی اقدام‌کنندگان استخراج شده بود (صولتی، ۱۳۷۹؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶؛ جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۳؛ مهربابی‌زاده هنرمند و خدارجمی، ۱۳۷۶). در ۱۰ بررسی نسبت جنسی موارد اقدام به خودکشی ذکر شده بود (صولتی، ۱۳۷۹؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵؛ جمشیدزاده و همکاران، ۱۳۸۳؛ حسن‌زاده و رجالی، ۱۳۶۶؛ ضرغامی و جلیلیان، ۱۳۸۱). در چهار بررسی وضعیت تأهل افراد ارزیابی شده بود (حیدری پهلویان و ملک، ۱۳۷۸؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵؛ صولتی، ۱۳۷۹؛ اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱). به سابقه مشکلات روانپزشکی در پنج مورد از بررسی‌های به‌دست‌آمده (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶؛ مولوی و همکاران، ۱۳۷۹؛ خزایی و پرویزی‌فرد، ۱۳۸۲) و به روش‌های اقدام به خودکشی در ۱۳ پژوهش اشاره شده بود (حسن‌زاده و رجالی،

سال پس از گروه بیماری‌ها، حوادث و آدم‌کشی می‌باشد (همان‌جا). خودکشی یکی از ده علت مهم مرگ و میر است. شیوع خودکشی در کشورهای موسوم به کمربند خودکشی ۲۵-۱۰ در صد هزار نفر در سال است (احمدی و حاجی احمدی، ۱۳۷۹). خودکشی در ایران از بیشتر کشورهای دنیا به‌ویژه جوامع غربی پایین‌تر ولی بالاتر از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). بیشتر افرادی که خودکشی می‌کنند، سابقه اقدام به خودکشی دارند و کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است بعدها خودکشی کنند (مشکینی و مشکینی، ۱۳۸۱). از آن‌جا که این پدیده برای نظام بهداشتی و درمانی کشور پرهزینه است و با معیارهای ارزشی و فرهنگی کشور ما سازگار نیست، بررسی دقیق‌تر موضوع ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش در راستای گردآوری اطلاعات موجود، ارزیابی کلی آن در جامعه ایران و با توجه به جایگاه خالی آن انجام شد.

روش

برای شناسایی بررسی‌های انجام شده و بازبینی یافته‌های گزارش شده، به اطلاعات موجود در سیستم اینترنتی و پایگاه اطلاع‌رسانی علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه شد و همه مقاله‌های ارایه شده در زمینه خودکشی در مرکز تحقیقات علوم اعصاب و روان^۱ در سال ۱۳۸۴ ثبت و بازنگری شدند. مقاله‌های یادشده در مجله‌های علمی داخلی چاپ شده و یا در چهارچوب پایان‌نامه‌های ثبت شده در مرکز یادشده بودند. معیار اولیه گزینش مقاله‌ها، ارتباط آنها با خودکشی بود.

با توجه به شمار زیاد بررسی‌های انجام شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در کشور و پراکندگی نوع بررسی‌ها و نیز همسان نبودن معیارهای به‌کار برده شده، معیارهای ورود و خروج به شرح زیر به کار برده شد:

بررسی‌ها باید اصیل باشند، در نشریه‌های معتبر چاپ شده و یا به صورت پایان‌نامه مطرح شده باشند، دارای اطلاعات بر پایه توصیف تشخیص باشند، محور اصلی بررسی، خودکشی و اقدام به خودکشی باشد و از روش‌های ارزیابی روانشناختی بهره گرفته شده باشد. بنابراین بررسی‌های بالا می‌بایست یا بر پایه اصول تشخیص روانپزشکی گردآوری شده و یا اطلاعات گردآوری شده با روش‌های معتبر از نظر تخصصی ارزیابی شده باشند و از معیارهای تشخیصی استاندارد (DSM و ICD)

به خودکشی بدون اطلاعات کافی (سه مورد) و سازگار نبودن بررسی ها با چهارچوب کلی بررسی های مورد نظر پژوهش (۴۶ مورد) سبب کنار گذاشته شدن سایر بررسی ها گردید.

از ۱۹ بررسی بازبینی شده، ۱۳ مورد (۶۸٪) از نوع توصیفی، ۲ مورد (۱۰٪) مقطعی - مقایسه ای، دو مورد مصاحبه بالینی + پرسش نامه و دو بررسی، داده های موجود را گردآوری کرده بودند. برخی ویژگی های بررسی های بازبینی شده در **جدول های ۱ و ۲** ارایه شده اند. توجه به تشخیص های بالینی روانپزشکی در ۱۶ مورد دیده شد (شیخ الاسلامی و فلاح زاده، ۱۳۷۶؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵؛ صولتی، ۱۳۷۹؛ اشکانی، ده بزرگی و امامقلی پور، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ خزایی و پرویزی فرد، ۱۳۸۲؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ موسوی، شاه محمدی و کفاشی، ۱۳۷۹). در ۱۳ بررسی به روش های اقدام به خودکشی و خودکشی اشاره شده بود. در دو بررسی به سابقه پیشین اقدام به خودکشی اشاره شده (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹) و به سابقه بیماری روانپزشکی در پنج بررسی، تأثیر درآمد پایین و نوع شغل فرد در اقدام به خودکشی در چهار مورد، سطح تحصیلات پایین در چهار مورد و تحصیلات متوسط در یک مورد از ۱۹ مورد، اشاره شده است. به متغیر خانه دار بودن به عنوان عاملی در افزایش خطر خودکشی در سه مورد از ۱۹ مورد گزارش های موجود، ارزیابی وضعیت تأهل در هفت مورد، ارزیابی میانگین سنی در ۱۶ مورد و مقایسه مردان و زنان در ۱۵ مورد از ۱۹ مورد بررسی های بازبینی شده دیده شد. ۳۴۷۷ نفر در ۱۹ بررسی بازبینی شده شرکت نموده

۱۳۶۶؛ شیخ الاسلامی و فلاح زاده، ۱۳۷۶؛ ظهیرالدین و نقه الاسلام، ۱۳۷۹؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ صولتی، ۱۳۷۹؛ مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). در پنج بررسی، افسردگی به عنوان عامل مؤثر در اقدام به خودکشی شناخته شده بود (حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ شیخ الاسلامی و فلاح زاده، ۱۳۷۶؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵). در یک بررسی گروه سنی کودکان (ظهیرالدین و نقه الاسلام، ۱۳۷۹) و در بررسی دیگری، خودسوزی به صورت اختصاصی ارزیابی شده بود (صولتی، ۱۳۷۹). در چهار بررسی خودکشی به صورت گذشته نگر و آمار گردآوری شده توسط مراجع قانونی ارزیابی شده بود (صولتی، ۱۳۷۹؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). در یکی از بررسی ها، باورهای غیرمنطقی به عنوان عامل اقدام به خودکشی شناخته شده بودند (صولتی، ۱۳۷۹). در بررسی دیگری مناطق پرخطر مشخص شده بودند (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

برای بررسی عوامل پرخطر اقدام به خودکشی و ارتباط با وضعیت سنی و جنسی اطلاعات گردآوری شده در یک جدول ثبت گردیدند (**جدول های ۱ و ۲**). سپس این اطلاعات به کمک روش ماتریل هانزل و نسبت شانس ارزیابی و تفاوت های جنسی نیز با توجه به Odds Ratio بازنمایی شدند. از میان ۸۶ بررسی شناسایی شده، ۱۹ بررسی با توجه به معیارهای ورودی پژوهش انتخاب و اطلاعات آنها بازبینی شدند. به کاربردن بررسی های آماری در مقاله (پنج مورد)، نبود نگاه اختصاصی به خودکشی و ارایه آن در کنار سایر اختلال های تشخیصی (۱۲ مورد)، اشاره

جدول ۱ - یافته های برخی بررسی های انجام شده در زمینه خودکشی در ایران بر حسب نام پژوهشگر، سال انتشار و محل پژوهش

پژوهشگر	سال	محل پژوهش	شیوع در صد هزار	میانگین گروه سنی	جنس	تعداد موارد	روش اقدام شایع
احمدی و همکاران	(۱۳۷۹)	مازندران	۹/۱ (سال ۷۰)	جوان و نوجوان	۱۰۰٪ زن	-	-
موسوی و همکاران	(۱۳۷۹)	کرج و ساوجبلاغ	۳/۲ (سال ۷۱)	۳۱/۵	۴۱٪ مرد ۵۹٪ زن	۱۹	خودسوزی در زنان دار آویختگی مردان
عطاران و همکاران	(۱۳۷۵)	مشهد	-	۳۴/۳	۶۷٪ مرد ۳۳٪ زن	۶۷	مسمومیت ۳۴/۳٪
مرادی و همکاران	(۱۳۸۱)	ایران	۷/۵ (مردان) ۳/۱ (زنان)	-	۱۰۰٪ مرد	-	حلق آویز (مردان ۵۶٪) خودسوزی (زنان ۶۳/۴٪)

جدول ۲- یافته‌های برخی بررسی‌های انجام شده در زمینه اقدام به خودکشی در ایران بر حسب نام پژوهشگر، سال انتشار و محل پژوهش

پژوهشگر	سال انتشار	محل پژوهش	شمار آزمودنی‌ها	درصد افراد مورد بررسی		میانگین سنی (سال)	تاهل		بیشترین روش مورد استفاده	سابقه افسردگی
				مردان	زنان		متاهل	مجرد		
حسن زاده و همکاران	(۱۳۶۶)	اصفهان	۲۰۰	-	-	-	-	-	دارو و سموم	-
شیخ‌الاسلامی و همکاران	(۱۳۷۶)	قزوین	۲۲۵	٪۲۴	٪۷۶	مردان ۲۰-۳۰ زنان زیر ۲۰	-	-	دارو ٪۳۶	٪۷۷
حیدری و همکاران	(۱۳۷۸)	همدان	۱۰۲۹	٪۳۶	٪۶۴	٪۷۸/۱۲ زیر ۳۰ سال	مردان	زنان	-	٪۸۳
مهرابی‌زاده و همکاران	(۱۳۷۶)	اهواز	۹۲۷	٪۲۷	٪۷۳	۲۵-۲۶	-	-	خودسوزی- مسمومیت	-
اشکانی و همکاران	(۱۳۸۱)	تبریز	۸۰	٪۶۰	٪۴۰	۲۸/۲	٪۵۳/۸	٪۴۲/۵	دارو ٪۴۱/۳	٪۶۴
صولتی و همکاران	(۱۳۷۹)	تهران	۵۰	٪۳۲	٪۶۸	زنان ۲۰-۲۹ مردان ۳۰-۳۹	٪۲۸	٪۶۲	-	-
ظهیرالدین و همکاران	(۱۳۷۹)	تهران	۶۰	٪۶۲	٪۳۸	۶-۱۳	-	-	دارو ٪۹۳	-
پورمند و همکاران	(۱۳۷۵)	تهران	۱۰۰	-	-	۱۹-۲۹	٪۴۴	٪۵۶	دارو ٪۴۰	٪۵۲
روشن‌نژاد و همکاران	(۱۳۸۱)	زنجان	۱۰۰	٪۳۹	٪۶۱	۲۸/۷	-	-	-	-
ضرغامی و همکاران	(۱۳۸۱)	مازندران	۳۱۸	٪۱۷	٪۸۳	۲۷	-	-	-	-
خزائی و همکاران	(۱۳۸۲)	تبریز	۳۰۱	٪۴۳	٪۵۷	۱۷-۲۶	-	-	دارو ٪۷۱/۱	-

سابقه اقدام به خودکشی در دو گزارش ٪۷۵ و ٪۱۶ (عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ صولتی، ۱۳۷۹) و سابقه مشکلات روانپزشکی به‌طور متوسط ٪۶۱/۵ (انحراف معیار ٪۱۶/۴) گزارش شده بود (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹؛ موسوی و همکاران، ۱۳۷۹). بیشترین روش به‌کار برده شده برای اقدام به خودکشی مسمومیت دارویی، با متوسط ٪۵۵/۸ و انحراف معیار ٪۲۳/۴ بوده است (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵؛ ظهیرالدین و ثقه‌الاسلام، ۱۳۷۹؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶؛ حسن‌زاده و رجالی، ۱۳۶۶؛ روشن‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۱). در خودکشی، روش حلق‌آویز کردن به‌عنوان شایع‌ترین روش به‌کار برده شده توسط مردان (٪۵۶) و با تأکید بر استان‌های همدان، لرستان و

بودند که میانگین افراد مورد بررسی در زمینه اقدام به خودکشی در ۱۳ بررسی ۱۰۰ مورد (از ۱۹ تا ۱۰۲۹) بوده است. در ده بررسی با جمعیت ۳۰۷۷ نفر، ۲۰۵۹ نفر (٪۶۶/۹) زن و ۱۰۱۸ (٪۳۳/۱) مرد بودند. در ۱۳ بررسی، جمعیت شهری و در یک بررسی، جمعیت روستایی ارزیابی شده بودند. میانگین درصد افسردگی در افراد اقدام‌کننده خودکشی با توجه به اطلاعات موجود در بررسی‌ها ۶۲/۳۰ (انحراف معیار ۱۸/۹، دامنه ٪۸۳-٪۳۶) بوده است (حیدری پهلویان و ملک، ۱۳۷۸؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶). در زمینه تشخیص بالینی احتمالی محور II در داده‌ها یافته‌ای گزارش نشده بود.

مک کلند (۱۹۹۷) خطر خودکشی را در همراهی با اختلال‌های محور I و محور II بالا گزارش کردند. کیم و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی مردان اقدام‌کننده به خودکشی میانگین موارد تشخیصی را ۲/۳۶ (دامنه ۴/۰۵-۱/۱۹) همراه رفتارهای تکانه‌ای - تهاجمی^۱ در آنان گزارش نمود. بنابراین به‌طور کلی می‌توان این افراد را دارای هم‌پوشی^۲ تشخیص‌های گوناگون دانست (همان‌جا).

این بررسی جنسیت را به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر برای خطر خودکشی نشان داد. سوء‌مصرف مواد در ۴۲٪ از مردان و ۲۴٪ زنان گزارش شده که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار است ($p < 0.007$)، در حالی که اختلال‌های عاطفی در ۵۹٪ زنان و ۴۷٪ مردان تشخیص داده شده است (همان‌جا). بررسی حاضر میزان اقدام به خودکشی را در ۳۹٪ مردان (۱۷٪-۶۷٪) و ۶۱٪ زنان (۳۸٪-۸۳٪) نشان داد. در ارزیابی کلی انجام شده در کشور شیوع خودکشی ۷/۵ در صد هزار در مردان و ۳/۱ در صد هزار در زنان برآورد شده است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱).

یکی از یافته‌های مهم این بررسی نبود تفاوت معنی‌دار آماری در زمینه خودکشی در بیماران زن و مرد مبتلا به اسکیزوفرنیاست. این یافته را نمی‌توان با یافته‌های بریر^۳ و آستراچان^۴ (۱۹۸۴) در تضاد دانست که شیوع خودکشی را در مردان مبتلا به اسکیزوفرنی بیش از زنان مبتلا به این بیماری گزارش نمودند، اما با یافته‌های ارسنولت^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۴) و سنودان^{۱۲} و بساوم^{۱۳} (۲۰۰۲) که اختلال‌های شخصیت، اختلال‌های دوران کودکی و سوء‌مصرف مواد را در مردان خودکشی‌کننده و خطر اختلال‌های عاطفی و اختلال‌های افسردگی را در زنان خودکشی‌کننده بالاتر گزارش نمودند، هم‌سویی دارد.

بررسی‌ها بالاترین میزان خودکشی را در مردان کشورهای لیتوانی، روسیه و بلاروس و در زنان کشورهای سریلانکا، چین و مجارستان گزارش کرده‌اند (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). اگر چه آسیب‌شناسی روانی منجر به خودکشی، گستره جهانی دارد، ولی عوامل مرتبط با اختلال‌های اختصاصی منجر به خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است. این تفاوت‌ها

ایلام و روش خودسوزی به‌عنوان روش شایع‌تر خودکشی در زنان (با شیوع ۶۳/۴٪) و با تأکید بر استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان می‌باشد (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). تفاوت میان مردان و زنان از نظر اقدام به خودکشی چشم‌گیر است. متوسط اقدام به خودکشی در مردان ۳۹٪ و زنان ۶۱٪ بوده است. نسبت شیوع خودکشی در ارزیابی‌های موجود در مردان دو برابر زنان (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱)، اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان و میانگین سن خودکشی در زنان بیشتر از مردان است. داده‌ها شیوع بالاتر خودکشی را در مردان در استان‌های همدان، لرستان و ایلام؛ و در زنان در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان نشان می‌دهند (همان‌جا).

بحث

یافته‌های به‌دست آمده از بررسی‌های بازبینی شده نشان‌دهنده ارتباط میان اختلال‌های روانی و خودکشی است. این بررسی نشان داد که ۴۵٪ از افرادی که اقدام به خودکشی نموده بودند دارای مشکلات روانی بوده‌اند. از سوی دیگر در نزدیک به ۷۰٪ از بررسی‌های بازبینی شده، ارزیابی‌های تشخیصی از اختلال‌های روانپزشکی وجود نداشت. در برخی از بررسی‌ها نیز از نظر ساختاری توجه کافی به تشخیص‌های بالینی نشده و تنها در راستای هدف معینی در زمینه مسایل پیرامونی اقدام به خودکشی بررسی شده بود.

در بررسی‌های بازبینی شده در پژوهش حاضر میزان افسردگی از ۳۶٪ تا ۸۳٪ گزارش شده است که با توجه به اطلاعات موجود در این گزارش‌ها میانگین میزان افسردگی ۶۲/۳ (انحراف معیار ۱۸/۹) به‌دست آمد (احمدی و حاجی احمدی، ۱۳۷۹؛ اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ ظهیرالدین و نقه‌الاسلام، ۱۳۷۹؛ حسن‌زاده و رجالی، ۱۳۶۶). متأسفانه در بررسی‌های یادشده در راستای شناسایی عوامل همراه مانند سوء‌مصرف مواد و اختلال‌های شخصیتی اقدامی نشده بود. در دو گزارش، میزان سابقه اقدام قبلی خودکشی، ۷۵٪ و ۱۶٪ بوده است (اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹) و در همان بررسی‌ها سابقه قبلی بیماری روانپزشکی به ترتیب ۶۰٪ و ۷۶٪ به‌دست آمد. بررسی‌ها گویای آن هستند که در افراد خودکشی‌کننده بیش از یک تشخیص از اختلال‌های روانپزشکی دیده می‌شود (فوستر^۱، گیلسپی^۲، مک کلند^۳ و پترسون^۴، ۱۹۹۹؛ کیم^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). فوستر، گیلسپی و

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 1- Foster | 2- Gillespie |
| 3- McClelland | 4- Patterson |
| 5- Kim | 6- impulsive-aggressive |
| 7- overlap | 8- Breier |
| 9- Astrachan | 10- Arsenault |
| 11- Snowdon | 12- Baume |

پورمند، دیبا؛ داویدیان، لئون (۱۳۷۵). اقدام به خودکشی در بیماران بخش روانپزشکی. *مجله نظام پزشکی*، سال چهاردهم، شماره ۱-۲، ۲۰-۱۵.

جمشیدزاده، فرخ‌لقا؛ ربیعی، حسن؛ یاسمی، محمدتقی؛ رحیمی، سیدعلی سینا؛ اعظم، کمال (۱۳۸۳). روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام، ۷۳-۱۳۸۰. *مجله رفاه اجتماعی*، سال سوم، شماره ۱۲، ۳۲۵-۳۴۸.

حسن‌زاده، مهدی؛ رجالی، علی (۱۳۶۶). بررسی دویست مورد خودکشی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال ششم، شماره ۲۲، ۵۹-۴۷.

حیدری پهلویان، احمد؛ ملکی، حسین (۱۳۷۸). بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی مؤثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز آموزش درمان شهر همدان در سال ۷۴-۷۳. *مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان*، سال ششم، شماره ۴، ۳۰-۲۴.

خدایی، غلامحسین؛ حجازی، آریا؛ ابریشمی، مریم؛ نقوی، اشرف؛ زرین‌قلم، لیدا؛ ملک‌پور، سودابه (۱۳۸۵). بررسی موارد خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی خراسان. *راز‌پهیزستن*، سال یازدهم، شماره ۲۶، ۴۴-۴۳.

خزانی، حبیب‌الله؛ پرویزی‌فرد، علی‌اکبر (۱۳۸۲). بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی (تبریز، ۱۳۸۰). *نشریه بیهود*، سال هفتم، شماره ۳، ۵۱-۴۲.

روشن‌نژاد، مهیندخت؛ شیری قیداری، پروین؛ رصدی، مریم؛ ابراهیمی، ابراهیم (۱۳۸۱). چه کسانی با چه مشخصات اقدام به خودکشی می‌کنند.

مجله پرستاری و مامایی ایران، سال پانزدهم، شماره ۳۰ و ۳۱، ۵۱-۴۷.

شیخ‌الاسلامی، همایون؛ فلاح‌زاده، محمد (۱۳۷۶). بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی-درمانی بوعلی سینای قزوین (سال‌های ۷۲-۷۱). *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، سال اول، شماره ۳، ۳۰-۲۴.

صولتی، سیدکمال (۱۳۷۹). بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، سال دوم، شماره ۱، ۶۰-۵۲.

ضرعغابی، مهران؛ جلیلیان، علیرضا (۱۳۸۱). خودسوزی در استان مازندران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۴، ۲۴-۱۳.

ظهور، علیرضا؛ افلاطونیان، محمدرضا (۱۳۸۱). همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت (کرمان ۱۳۸۰). *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال چهارم، شماره ۱۳ و ۱۴، ۳۸-۳۱.

ظهورالدین، علیرضا؛ ثقه‌الاسلام، طاهره (۱۳۷۹). بررسی خصوصیات فردی و روانی خودکشی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم. *پژوهنده*، سال پنجم، شماره ۴، ۳۵۸-۳۵۳.

عطاران، حمید؛ شریعت، مهدی (۱۳۷۵). مرگ‌های ناشی از مسمومیت حاد بررسی اپیدمیولوژیک سال ۱۳۷۴ شهرستان مشهد. *مجله پزشکی قانونی*، سال سوم، شماره ۱، ۵۱-۳۴.

مرادی، سعیده؛ خادمی، علی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی. *مجله پزشکی قانونی*، سال هشتم، شماره ۲۷، ۲۱-۱۶.

ممکن است در ارتباط با روش‌شناسی ارزیابی آسیب‌شناسی روانی در کشورها، و تفاوت در بروز اختلال‌های روانپزشکی باشد. از این رو تفاوت موجود در اقدام‌کنندگان به خودکشی که به اختلال‌های روانپزشکی مبتلا هستند در استان‌های مختلف یک موضوع مورد توجه می‌باشد که باید مورد ارزیابی بیشتر قرار گیرد. در بررسی‌های انجام‌شده در ایران بیشترین میزان خودکشی در مردان در استان‌های همدان، لرستان و ایلام و در زنان در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان دیده شده است. با توجه به میزان شیوع خودکشی در بررسی‌های بازبینی‌شده (۱۸/۲۲-۱۱/۲۶ در صد هزار) (ضرغامی و جلیلیان، ۱۳۸۱؛ مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵) میزان خودکشی در جمعیت روستایی در کرج بالاتر از جمعیت شهری به نظر می‌رسد.

مهم‌ترین محدودیت این بررسی نبود ارزیابی‌های سیستماتیک مشترک با اطلاعات گسترده است. به کارگیری روش‌های متفاوت ارزیابی، نبود معیارهای مشخص و تعریف‌شده در بررسی‌ها، کمبود اطلاعات یک‌دست و گوناگون بودن جمعیت‌های مورد بررسی (خودسوزی، خودکشی، اقدام به خودکشی و...) از دیگر محدودیت‌های این بررسی به‌شمار می‌روند. بنابراین به کارگیری معیارهای ورودی معین و در نظر گرفتن اطلاعات جامع‌تر در این زمینه در بررسی‌های آینده، می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری را به دست دهد.

سپاسگزاری

از همکاری آقای دکتر محمدرضا جعفری و سرکار خانم دکتر سعیده مظلوم‌زاده در زمینه انجام پژوهش قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۲/۱۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۶/۹/۱۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۱۰/۲۶

منابع

احمدی، امیرمسعود؛ حاجی احمدی، محمود (۱۳۷۹). گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال‌های ۷۱-۷۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دهم، شماره ۲۸، ۱۲-۸.

اشکانی، حمید؛ ده‌بزرگی، غلامرضا؛ امامقلی‌پور، نادر (۱۳۸۱). بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روانپزشکی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، شماره ۵۶، ۲۱-۱۶.

دیگری ۱۱ بیمار مانیای حاد تحت درمان کمکی با توپیرامات قرار گرفتند. دوز توپیرامات ۲۵ تا ۲۰۰ میلی گرم در روز بر حسب تحمل بود. در بررسی دیگری (سایز^{۱۳}، ۲۰۰۲)، توپیرامات به عنوان درمان کمکی به داروهای ۲۰ بیمار بزرگسال با اپیزود مانیک یا مختلط که به درمان‌های تثبیت کننده خلق پیشین مقاوم بودند، افزوده شد. دارو با دوز ۲۵ میلی گرم در روز شروع و تا ۳۰۰ میلی گرم در روز افزایش یافت. ۶۰٪ بیماران بهبود چشم گیر (۵۰٪ کاهش) در مقیاس YMRS داشتند. نمره مقیاس تأثیر کلی بالینی - اختلال دوقطبی^{۱۴} (CGI-BD) نیز تا اندازه‌ای بهبود یافت. در بررسی دیگری در ۵۶ بیمار دوقطبی سرپایی که یک تثبیت کننده خلق دیگر دریافت می کردند و پاسخ مناسب نداشتند، توپیرامات با دوز ۲۵ تا ۱۲۰۰ میلی گرم در روز به درمان افزوده شد. ارزیابی هردو هفته یک بار تا ۱۰ هفته و پس از آن ماهانه انجام شد. در پایان بررسی در بیماران فاز مانیا و هیپومانیا شاخص‌های YMRS، CGI-BD و IDS^{۱۵} بهبود یافت ولی در بیماران فاز افسردگی تغییرات چشم گیر نبود. هم چنین در بررسی دیگری (همان‌جا)، در ۲۱ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی نوع یک و دو و اختلال اسکیزوافکتیو در فاز مانیا که پاسخ ضعیف به لیتیوم، والپروات یا کاربامازپین داده بودند، توپیرامات به برنامه درمانی آنها افزوده شد. دوز روزانه برای شروع ۲۵ میلی گرم در روز بود و به متوسط دوز ۱۵۸ میلی گرم در روز رسید. پس از شش هفته، شش نفر از ۱۵ بیماری که بررسی را کامل کردند، بیش از ۵۰٪ کاهش در نمره مقیاس YMRS یا HAM-D^{۱۶} و دو نمره کاهش در مقیاس CGIS نشان دادند. در این بررسی توپیرامات به خوبی تحمل شده بود (سایز، ۲۰۰۲).

تاکنون اثر توپیرامات بر نشانه‌های مانیای نوجوانان با یک داروی استاندارد مقایسه نشده است. از این رو در بررسی حاضر اثربخشی توپیرامات با داروی والپروات سدیم به عنوان درمان کمکی در اختلال دوقطبی نوجوانان مقایسه شده است.

بررسی‌های انجام شده در زمینه اثر داروهای ضد صرع از جمله والپروات سدیم و یا دی‌والپروئکس برای درمان اختلال دوقطبی نوجوانان نشان داده‌اند که والپروات سدیم در این زمینه مؤثر است (گلر^۱ و لابی^۲، ۱۹۹۷). انجمن روانپزشکی آمریکا در راهنمای درمان اختلال دوقطبی کودکان و نوجوانان، به کارگیری والپروات سدیم را به عنوان درمان واحد و کمکی توصیه نموده است (کوواج^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). در یک بررسی دی‌والپروئکس سدیم را برای درمان پرخاشگری در ۲۴ نفر از کودکان و نوجوانان سنین ۶ تا ۱۸ سال به کار بردند. این کودکان و نوجوانان مبتلا به اپیزود مختلط اختلال دوقطبی، سیکلوتایمی، اختلال بیش فعالی - نقص توجه و اختلال رفتار مقابله‌ای و بی‌اعتنایی و والدینشان مبتلا به اختلال دوقطبی بودند که از این نظر در خطر ابتلا به اختلال دوقطبی قرار داشتند. ۷۱٪ افراد شرکت کننده به دی‌والپروئکس پاسخ دادند. در بررسی آنان ارتباط چشم گیری بین تغییرات نمرات مقیاس نمره‌دهی مانیای یانگ^۴ (YMRS) و مقیاس شدت پرخاشگری (OAS-M)^۵ گزارش شد (ساکسنا^۶، هاو^۷، سیمونووا^۸، اشتاینر^۹ و کی کی^{۱۰}، ۲۰۰۶). در بررسی دیگری ۴۲ کودک و نوجوان در سنین ۶ تا ۱۸ سال به صورت سرپایی به دلیل اختلال دوقطبی نوع یک و دو با دوره‌های مانیک، هیپومانیک و مختلط، به صورت تصادفی در سه گروه به مدت شش هفته تحت درمان با لیتیوم، والپروات و کاربامازپین قرار گرفتند. از این افراد ۳۲ نفر دست کم پنج هفته در درمان باقی ماندند. بین سه گروه تفاوت معنی داری در تغییر نمره مقیاس تأثیر کلی بالینی^{۱۱} (CGIS) و YMRS دیده نشد. گروه کاربامازپین کمترین پاسخ درمانی را در این دو مقیاس نشان داد (۴۴٪). پاسخ درمانی در گروه والپروات به ترتیب ۴۶٪، ۵۴٪ و در گروه لیتیوم ۵۰٪ و ۴۰٪ بود (کوواج و همکاران، ۲۰۰۰). در یک بررسی (واگنر و همکاران، ۲۰۰۲)، ۴۰ بیمار دوقطبی (در اپیزودهای مانیا، هیپومانیا و مختلط) در سنین هفت تا ۱۹ سال به مدت دو تا هشت هفته تحت درمان با دی‌والپروئکس قرار گرفتند. ۲۲ نفر بیش از ۵۰٪ بهبود در شاخص YMRS داشتند. ۲۳ بیمار بررسی را ترک کردند (شش نفر به دلیل عدم پاسخ، شش نفر عدم تحمل دارو، شش نفر عدم پذیرش درمان و پنج نفر به دلایل دیگر).

در یک بررسی در ۱۰ بیمار تجویز متوسط دوز ۳۱۳ میلی گرم در روز و به مدت متوسط ۱۶ روز باعث بهبود شاخص‌های YMRS، CGIS و BPRS^{۱۲} شده بود. در بررسی

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1- Geller | 2- Luby |
| 3- Kowatch | 4- Young Mania Rating Scale |
| 5- Overt Aggression Scale-Modified | |
| 6- Saxena | 7- Howe |
| 8- Simeonova | 9- Steiner |
| 10- Kiki | 11- Clinical Global Impression Scale |
| 12- Brief-Psychiatric Rating Scale | |
| 13- Suppes | |
| 14- Clinical Global Impression Scale-Bipolar Disorder | |
| 15- Inventory of Depressive Symptom | |
| 16- Hamilton Depression Scale | |