پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹، صفحات ۱۱۱ تا ۱۱۶

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی نقش عوامل موثر در اقدام به خودکشی مجدد

دکتر بابک مصطفی زاده[۱]، دکتر مهدی مصری[۲]، دکتر اسماعیل فرزانه[۳]

[۱] گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۲] دستیار پزشکی قانونی و مسمومیتها، گروه پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
[۳] گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

سابقه و هدف: *تکرار عمل خودکشی یکی از مشکلات مهم و شایع در بیماران مسمومیت‌های دارویی و شیمیایی است و متغیرهای مختلفی می‌توانند در انجام خودکشی مجدد تاثیرگذار باشند. لذا به منظور تعیین نقش عوامل موثر در اقدام به خودکشی مجدد، این مطالعه بر روی مراجعین به مراکز مسمومین بیمارستان‌های آموزشی درمانی تهران در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت.*

روش بررسی: *در این مطالعه مورد شاهدی، ۱۹ بیمار با سابقه اقدام به خودکشی و ۵۴ بیمار بدون این سابقه از بین بیمارانی که به دنبال مسمومیت با مواد دارویی در ماه‌های شهریور، مهر و آبان سال ۱۳۸۸در مراکز مسمومین بیمارستان‌های آموزشی درمانی تهران بستری بودند، انتخاب شدند. دو گروه از نظر سن، جنس و درجه سطح هوشیاری مشابه‌سازی شدند. همه آنها دارای کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت‌های دارویی بودند. وضعیت دموگرافیکی، ویژگی‌های ماده دارویی مصرف شده، سابقه بیماری‌های قبلی و سابقه مصرف مواد غیرقانونی ثبت شد. برای مقایسه دو گروه از آزمون کای‌دو استفاده شد.*

یافته‌ها: *سابقه قبلی اقدام به خودکشی با نوع ماده دارویی منجر به کاهش سطح هوشیاری، ارتباط معنی‌داری داشت($P=۰/۰۴$). سابقه بیماری روحی- روانی (۱۰۰ درصد، $P<۰/۰۱$)، متوسط تعداد قرص مصرف شده (۴۰ عدد)، فاصله زمانی بین مصرف دارو و رسیدن نیروهای اورژانس به محل (۲/۱±۴ ساعت)، شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار(Self Poisoning) (۱۰۰ درصد، $P = ۰/۰۰۱$)، اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه اورژانس (۵۱ درصد، $P = ۰/۰۲$) و نیاز به مراقبت‌های درمانی بعدی و پیشرفته (۳۷ درصد، $P = ۰/۰۱۳$) در بیماران با سابقه اقدام به خودکشی قبلی در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود.*

نتیجه‌گیری: *از این مطالعه نتیجه‌گیری می‌شود که در برخورد با بیماران مسمومیت‌های دارویی باید به سابقه قبلی اقدام به خودکشی توجه ویژه‌ای شود و آن را به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفت، چرا که در بیماران دارای خودکشی مکرر نیاز به اقدامات درمانی ویژه و پیشرفته‌ای در مقایسه سایرین است.*

واژگان کلیدی: *مسمومیت دارویی، خودکشی مجدد، عامل خطر، کاهش سطح هوشیاری، اقدامات درمانی ویژه.*

مقدمه

تکرار عمل خودکشی یکی از مشکلات مهم و شایع در بیماران مسمومیت‌های دارویی و شیمیایی است و عوامل متعددی می توانند در انجام خودکشی مجدد تاثیرگذار باشد. برطبق گزارش برخی از مطالعات بیمارانی که در بیمارستان برای درمان مسمومیت دارویی عمدی (Self- Poisoning) خود بستری می‌شوند، جمعیت در معرض خطر برای اقدامات خودکشی و خودآسیب‌رسان(Parasuicide) هستند(۴-۱). اگرچه میزان مسمومیت‌های دارویی در کشورهای مختلف تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (۵)، ولی گزارشات حاکی از

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش مسمومین، دکتر بابک مصطفی زاده (**e-mail:** mstzbmd@sbmu.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۲/۱۹

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

افـزایش قابـل تـوجهی در تعـداد بیمـاران بسـتری شـده در بیمارستان‌ها ناشی از مسمومیت‌های دارویی در سراسر جهـان طی دهه‌های اخیر می‌باشد (۸-۶).

به طور کلـی رفتارهـای خودآسـیب‌رسـان (Parasuicide) بـه صـورت رفتارهـای دارای انگیـزه نمایشـی از جملـه اقـدام بـه خودکشی و خودکشی‌های ناموفق تعریف مـی‌شـود، علـی‌رغـم اینکه این رفتارها بصورت عمد اتفاق می‌افتند (۹).در عین حال رفتار Parasuicidal، با در نظر گرفتن این واقعیت کـه ۶۰-۳۰ درصد مرگ‌های ناشی از خودکشی بـه دنبـال اقـدامات مکـرر قبلی برای خودکشی حادث می‌شود، یکی از مهم‌تـرین عوامـل خطـر بـرای مـرگ اسـت (۱۱،۱۰). بـروز سـالانه رفتـار Parasuicide در جمعیت اروپایی بالای ۱۵ سال بـین ۳۰۰ تـا ۸۰۰ مورد در ۱۰۰۰۰۰نفر با تفاوت معنی‌داری بین کشورهای مختلف برآورد می‌شود (۱۲).در حـالی کـه برخـی از محققـان بیان می‌کنند بیش از ۷۵ درصـد از اقـدام بـه خودکشـی‌هـای غیرکشنده در ارقام و آمار رسمی ذکر نمی‌شود (۱۳).

اگرچه خودکشی یک مشـکل در سراسـر جهـان اسـت (۱۴)، بیشترین اطلاعات تجربی در مورد اقدام به خودکشـی مربـوط به مطالعات کشورهای غربی اسـت و بـرای ایجـاد یـک ایـده و تئوری جامع، بررسی سایر فرهنـگ‌هـا نیـز ضـروری اسـت. از طرف دیگر، هر چند برخی از محققین عقیده دارند کـه سـابقه مبادرت به خودکشی قبلی خطر ابـتلا بـه خودکشـی موفـق را افزایش می دهد (۱،۱۵) و اقـدام‌هـای مکـرر بـرای خودکشـی عامل خطر را تقویت می‌کند(۱۶)، تلاش‌های بسیار کمی جهت طراحی و توصیف چگونگی اثر متغیرها به ویژه سابقه اقدام بـه خودکشی قبلی و ویژگی‌های خودکشی انجـام شـده اسـت. در این مطالعه مورد- شـاهدی ۱۹ بیمـار دارای سـابقه اقـدام بـه خودکشی و ۵۴ بیمار بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشـی در مـاه‌هـای شـهریور، مهـر و آبـان سـال ۱۳۸۸ کـه در مراکـز مسمومین بیمارستان‌های آموزشی درمانی تهران بستری شـده بودند، انتخاب و ویژگیهای آنها مقایسه شـد، تـا بتـوان عوامـل خطر در انجام خودکشی مجدد شناسـایی و بـه بیمـاران دارای این خصوصیات اقدامات درمانی و مشـاوره‌هـای لازم روانـی را ارائه نمود.

مواد و روشها

این مطالعه به روش مورد شاهدی انجام گرفت. تعداد ۱۹ بیمار با سابقه اقدام به خودکشی و ۵۴ بیمار بدون این سابقه از بـین بیمارانی که به دنبال مسمومیت با مواد دارویی توسط سیستم اورژانس(EMS) در وضعیت کاهش سطح هوشـیاری بـا شـرح حال مسمومیت دارویی نامعلوم به بخش اورژانـس مسـمومین مراکز آموزشی درمانی تهران در ماه‌های شهریور، مهـر و آبـان سال ۱۳۸۸ ارجاع شـده بودنـد، انتخـاب شـدند. نمونـه‌هـا بـه صورت تصادفی انتخاب و نمونه‌های انتخاب شده از نظـر سـن، جنس و درجه کاهش سـطح هوشـیاری مشـابه‌سـازی شـده و سپس به دو گروه مورد و شاهد با توجـه بـه سـابقه اقـدام بـه خودکشی قبلی تقسیم شدند. گـروه مـورد شـامل بیمـاران بـا سابقه اقدام به خودکشی قبلی (۱۹ نفر) و گروه شاهد بیمـاران بدون سابقه اقدام خودکشی قبلی (۵۴ نفر) بودند.

سن، جنس، علایم حیاتی بیمار در زمان معاینه توسط سیستم اورژانس (EMS)، فاصله زمـانی میـان مصـرف دارو و رسـیدن سیستم اورژانس (EMS)، سابقه بیماری‌های قبلـی(اخـتلالات روانی و سابقه سوء مصرف مواد)، مشخصات مسمومیت دارویی (نوع گروه دارویی، روش استفاده از دارو، تعداد و مقدار داروهـا و ماهیت عمدی یـا غیـر عمـدی بـودن مسـمومیت)، نیـاز بـه بسـتری در بخـش مراقبـت‌هـای ویـژه و پیامـد درمـان اولیـه اورژانسی (بهبود و یا عدم بهبود سطح هوشیاری) بیماران ثبت شد. مسمومیت‌های دارویی به چهار گروه طبقـه‌بنـدی شـدند: مواد غیرقانونی (عمـدتاً موادمخـدر)، داروهـای شـبه مخـدری قانونی (ترامـادول)، داروهـای مخـدری قـانونی تحـت کنتـرل (متادون) و داروهای قانونی غیرمخدری. در ایران، ترامادول بـه عنوان یک ماده شبه مخدری قانونی با کـاربرد کنتـرل درد در دسترس عموم است و مـورد سـوء اسـتفاده قـرار مـی‌گیـرد و متادون به عنوان یک ماده دارویـی قـانونی مخـدری، غالبـا در درمان نگهدارنده اعتیاد با متادون مورد استفاده قرار می گیـرد و مسمومیت با هر دو آنها شایع است. از این رو آنها بـه عنـوان دو گروه مجزا در کنار دو گروه دیگر یعنـی مـواد غیرقـانونی و داروهای قانونی غیرمخدری در نظر گرفته شدند.

تحلیل آماری توسط نرم افـزار SPSS 16 انجـام شـد. متغیرهـای کمی با استفاده از شاخص‌های انحراف معیار (محدوده و میانگین) و متغیرهای کیفی با استفاده از جداول فراوانی توصیف شدند.برای مقایسه بین دو گروه از آزمون کای‌دو استفاده شد. مقدار P کمتـر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیماران دو گروه مورد و شاهد پس از مشابه‌سازی از نظر سـن، جنس و درجه سطح هوشـیاریمورد بررسـی قـرار گرفتنـد. در گروه شاهد ۴۳ مـورد (۷۹ درصـد) مـرد و در گـروه مـورد ۱۴

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

جدول ۱- توزیع افراد مورد بررسی برحسب خصوصیات و به تفکیک داشتن و یا نداشتن سابقه قبلی اقدام به خودکشی

	با سابقه قبلی اقدام به خودکشی (n=۱۹)	بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی (n=۵۴)	p-value
جنس (مذکر)	۱۴(۷۴)*	۴۳(۷۹)	NS‡
سن (سال)	۳۳/۷±۱۰/۱†	۳۲/۷ ±۹/۱	NS
سابقه بیماری روحی روانی	۱۹(۱۰۰)	۱۱(۲۱)	<۰/۰۰۱
سابقه استفاده از مواد غیرقانونی	۸(۴۲)	۳۳(۶۱)	NS
شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار	۱۹(۱۰۰)	۳۲(۵۹)	۰/۰۰۱
نیاز به مراقبت های درمانی بعدی و پیشرفته	۷(۳۷)	۶(۱۲)	۰/۰۱۳
اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه اورژانس	۱۰(۵۳)	۱۴(۲۶)	۰/۰۲۷
متوسط فشارخون (میلیمتر جیوه)	۷۸±۱۲	۸۳±۱۲	NS
تعداد ضربان قلب در دقیقه	۷۸±۱۲	۸۲±۲۰	NS
دمای بدن(سانتیگراد)	۳۷±۰/۳	۳۷±۰/۲	NS
تعداد تنفس در دقیقه	۲۰±۸	۱۲±۳	NS
تعداد قرص مصرف شده	۳۷±۰/۳	۳۰±۱۲	۰/۰۲۰
فاصله زمانی بین مصرف دارو و زمان رسیدن نیروهای اورژانس به محل(ساعت)	۱۲±۲	۲/۸ ±۱/۹	۰/۰۲۴

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند؛ † میانگین ± انحراف معیار؛ ‡ Not significant

مورد (۷۴ درصد) مرد بودند. محدوده سنی بیماران ۷۲-۱۹ سال با میانگین سنی ۹/۴± ۳۲/۹ سال بود.

خصوصیات افراد مورد بررسی به تفکیک بیماران دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی و بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی در جدول ۱ ارائه شده است. متغیرهای سن، جنس، سابقه سوء مصرف مواد، متوسط فشارخون، تعداد ضربان قلب، دمای بدن و تعداد تنفس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نداشتند (NS). متوسط تعداد قرص مصرف شده (۴۰ عدد، P = ۰/۰۲)، فاصله زمانی بین مصرف دارو و رسیدن نیروهای اورژانس به محل (۲/۱±۴ ساعت، P =۰/۰۲۱)، سابقه بیماری روحی- روانی (۱۰۰ درصد، P< ۰/۰۱)، شرح حال مسمومیت عمدی توسط خود بیمار (Self Poisoning) (۱۰۰ درصد، P= ۰/۰۰۱)، اصلاح نشدن سطح هوشیاری بعد از اقدامات اولیه اورژانس (۵۱ درصد، P =۰/۰۲) و نیاز به مراقبت‌های درمانی بعدی و پیشرفته (۳۷ درصد، P = ۰/۰۱۳) در بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری با سابقه اقدام به خودکشی قبلی در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی‌داری بیشتر بود.

در جدول ۲ توزیع افراد مورد بررسی برحسب نوع داروی مصرفی و به تفکیک بیماران دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی و بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی ارائه شده است و نشان می‌دهد شایع‌ترین علت مسمومیت در بیماران دارای سابقه اقدام به خودکشی قبلی استفاده از داروهای قانونی غیرمخدری (۴۷ درصد) بود، در حالی که در گروه شاهد علت اصلی مسمومیت، استفاده از مواد غیرقانونی (۴۱ در صد) بود.

جدول ۲- توزیع افراد برحسب نوع داروی مصرفی و به تفکیک بیماران دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی و بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی*

	با سابقه قبلی اقدام به خودکشی (n=۱۹)	بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی (n=۵۴)
مواد غیرقانونی	۴(۲۱)†	۲۲(۴۱)
داروی شبه مخدری قانونی(ترامادول)	۳(۳۲)	۹(۱۶)
داروی مخدری قانونی(متادون)	۰	۷(۱۳)
داروی قانونی غیر مخدری	۹(۴۷)	۱۶(۳۰)

* p<۰/۰۴۱ بر اساس آزمون کای‌دو؛ † اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند.

بحث

این تحقیق نشان داد سابقه اختلالات روحی روانی و شرح حال مثبت از مسمومیت عمدی توسط خود بیمار (Self Poisoning) در بیماران گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد بطور چشم‌گیری بیشتر است. براساس نتایج مطالعات قبلی، انجام خودکشی مجدد با بیماری‌های همزمان مختلف از جمله اختلالات خلقی در ارتباط است که در تائید یافته‌های این مطالعه است (۱۷،۱۸).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

اگرچه خودکشی یک مشکل در سراسر دنیا می‌باشد (۱۴) و استفاده از ترکیبات دارویی و شیمیایی جهت خودکشی یکی از روش‌های متداول جهت خودکشی است، اما انجام خودکشی‌های مکرر به عنوان یکی از مشکلات مهم و شایع در بیماران مسمومیت‌های دارویی و شیمیایی مطرح می‌باشد و متغیرهای متعددی می‌توانند در انجام آن تاثیرگذار باشند.

ازطرف دیگر، در گروه مورد که دارای خودکشی مکرر بودند تعداد قرص مصرفی و فاصله زمانی بین مصرف دارو و مراجعه نیروهای اورژانس (EMS) به محل در مقایسه با گروه شاهد زیادتر بود، به طوری که مدت زمان لازم برای بهبودی کاهش سطح هوشیاری‌شان و نیاز به اقدامات درمانی پیشرفته‌تر در مقایسه با گروه شاهد مقدار بیشتری را نشان داد. مطالعه کارتر و همکارانش در تائید نتایج این مطالعه، تعداد قرص مصرف شده را به عنوان شاخص افزایش شدت و تعداد دفعات مسمومیت عمدی توسط خود بیمار (Self Poisoning) بیان می‌کند. به طوری که بالا بودن مقدار داروی مصرف شده در بیماران مسمومیت دارویی ارتباط قوی با پیش آگهی بد این بیماران دارد (۱۹).

در بیماران بدون سابقه قبلی اقدام به خودکشی شایع‌ترین ترکیب مورد استفاده جهت مسمومیت دارویی مواد غیرقانونی و در بیماران با سابقه قبلی اقدام به خودکشی داروهای قانونی و غیرمخدری بود. این نشان می‌دهد افراد دارای مشکلات روانی و انگیزه خودکشی مکرر با برنامه‌ریزی قبلی از داروهای قانونی رایج موجود در بازار با پتانسیل خطر بالا استفاده می‌کنند. استفاده شایع از داروهای رایج و معمول به عنوان یک ابزار اقدام به خودکشی در مطالعات قبلی نیزگزارش شده است. مطالعات گذشته نشان می‌دهد که حداقل نیمی از افراد دارای مسمومیت عمدی (Self Poisoning) این کار را با استفاده از داروهای تجویزی خود (۲۸) و با شیوع بالاتر با داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات روانی خود انجام می‌دهند (۲۵، ۲۹).

در این مطالعه، زنان کمتر از یک سوم نمونه‌های مورد مطالعه را در هر دو گروه تشکیل می‌دادند که با یافته‌های سایر مطالعات که فراوانی زنان در انجام رفتارهای خود آسیب‌رسان بالا بوده است، متناقض می باشد (۲۳-۲۰). برخی از این تفاوت‌ها در مطالعات مختلف را می‌توان به متفاوت بودن ویژگی‌های نمونه‌های مورد مطالعه و نوع رفتارهای خودکشی نسبت داد. اگرچه در اغلب مطالعات اقدام به خودکشی در همه انواع خودکشی در زنان نسبت به مردان بالاتر می باشد، درعین حال این موضوع را نباید فراموش کرد که در زنان از روشهای خود آسیب‌رسان فیزیکی کمتری استفاده می‌شود، صرف نظر از اینکه آیا این رفتارها واقعاً به معنی خودکشی هستند و یا نه (۲۵ ، ۲۴). در حالی که افراد مورد مطالعه در این تحقیق، بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری به علت مسمومیت دارویی بودند که شرایط عمومی خوبی نداشتند. براین اساس، زنان ممکن است این روش خطرناک و تهدید کننده حیات را برای اقدام به خودکشی نسبت به سایر روش‌ها کمتر انتخاب نمایند.

هر چند یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که داشتن سابقه قبلی اقدام خودکشی با بالا بودن میزان تلاش فرد برای اقدام به مسمومیت عمدی (Self Poisoning) همراه است، شواهد مطالعات قبلی ارتباط متفاوتی بین سابقه قبلی اقدام به خودکشی و انجام نمایشی خودکشی را نشان می‌دهند. مطابق با فرضیه Trait، صرف نظر از سابقه قبلی اقدام به خودکشی، خطر انجام خودکشی در تمام افراد جامعه یکسان است، درحالیکه طبق فرضیه Crescendo، خطر انجام خودکشی در آینده در افراد دارای سابقه قبلی اقدام به خودکشی بیشتر است (۲۶). با این وجود، بسیاری از محققان معتقدند که بعد از انجام خودکشی ناموفق، اقدامات پیشگیرانه برای انجام مجدد خودکشی بعلت خوگیری قبلی تاثیر کمتری دارد. همچنین، عمل انجام خودکشی ناموفق ممکن است با تاثیر منفی بر افراد و محیط اطراف آنها خطر انجام خودکشی مجدد را در آنها بیشتر کند (۲۷).

با توجه به یافته‌های این مطالعه، در برخورد با بیماران مسمومیت‌های دارویی باید به سابقه قبلی اقدام به خودکشی توجه ویژه‌ای شود و آن را به عنوان یک عامل خطر در نظر گرفت، چرا که در بیماران دارای خودکشی مکرر نیاز به اقدامات درمانی ویژه و پیشرفته‌ای در مقایسه با سایرین است.

با عنایت به اینکه بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری ناشی از مسمومیت‌های دارویی توانایی مصاحبه را ندارند، یکی از محدودیت‌ها و مشکلات در مدیریت چنین بیمارانی، ناتوانی در مصاحبه با بیمار است که جهت حل این معضل انجام مصاحبه و اخذ شرح حال دقیق از همراهان بیمار توصیه می‌شود. از محدودیتهای مطالعه حاضر، حجم نمونه کوچک آن و کمبود اطلاعات مربوط به وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیماران است.

REFERENCES

1. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. Br J Psychiatr 1988; 152: 359 - 66.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

2. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. Br J Psychiatr 2002; 181: 193 -99.

3. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour. In: Hawton K, Van Heeringen K, Edotors. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000. p.385 -404.

4. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatr 2003; 182: 537-42.

5. Voyiaki S, Efstratopoulos A. Drug intoxication aiming at suicide. Recent experience from an internal medicine clinic of a general hospital in Athens. Archives of the Hellenic Medical Society 1996; 13: 136–41.

6. Dimakopoulou A, Rontos I, Spyropoulos I, Papamichael E. Preliminary observations during the first year of running of Psychiatric Consultation Services in the Regional General Hospital of Nikea "Damon Vasiliou". Encephale 1989; 26: 168–72.

7. Rygnestad T, Hauge L. Epidemiological, social and psychiatric aspects in self-poisoned patients. A prospective, comparative study from Trondheim, Norway (1978–1987). Soc Psychiatr Epidemiol 1991; 26: 53–62.

8. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, et al. Voluntary self-poisoning as a cause of admission to a tertiary hospital internal medicine clinic in Piraeus, Greece within a year. BMC Psychiatr 2001; 1: 4.

9. Mauri MC, Cerveri G, Volonteri LS, Fiorentini A, Colasanti A, Manfré S, et al. Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan. Clin Pract Epidemol Ment Health 2005; 1: 5.

10. Hawton, K. Assessment of suicide risk. Br J Psychiatr 1987; 150: 145–53.

11. Diekstra RF. Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends, with special emphasis upon trends among the young. Suicide Life Threat Behav 1985; 15: 27–42.

12. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carrol PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. Am J Psychiatr 1992; 149: 41–44.

13. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand Suppl 1993; 371: 9–20.

14. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The first world report on violence and health. Lancet 2002; 360: 1083–88.

15. Hawton K, Harriss L, Zahl D. Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. Psychol Med 2006; 36: 397–405.

16. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. Br J Psychiatr 2004; 185: 70–75.

17. Powell J, Geddes J, Hawton K, Deeks J, Goldacre M. Suicide in psychiatric hospital in-patients: risk factors and their predictive power. Br J Psychiatr 2000; 176: 266-72.

18. Eagles JM, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Alexander DA. Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide: a perspective from north-east Scotland. Br J Psychiatr 2001; 178: 494-96.

19. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. Br J Psychiatr 2005; 186: 253-57.

20. Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand 1993; 71: 21–27.

21. Buckley NA, Dawson AH, Whyte IM, Hazell P, Meza A, Brie H. An analysis of age and gender influences on the relative risk for suicide and psychotropic drug self-poisoning. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 168–71.

22. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatr Serv 2001; 52: 368–75.

23. Batt A, Tron I, Depoivre C, Trehony A. Suicide attempts in Brittany (France). Distribution at the regional level. Encephale 1993; 19: 619–25.

24. Stone IC. Observation and statistics relating to suicide weapons. J Forensic Sci 1987; 32: 711–16.

25. Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guilford Press; 2000.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

26. Joiner TE, Conwell Y, Fitzpatrick KK, Witte TK, Schmidt NB, Berlim MT, et al. Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried. J Abnorm Psychol 2005; 114: 291-303.

27. De Leo D, Pavan L. Suicidio. In: Cassano GB, Pancheri P, Pavan L, editors. Trattato italiano di psichiatria. Milano: Masson; 1999. p.1217–39.

28. Alsen M, Ekedahl A, Lowenhielm P, Niméus A, Regnéll G, Träskman-Bendz L. Medicine self-poisoning and the sources of the drugs in Lund, Sweden. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 255–61.

29. Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. Am J Psychiatr 2001; 158: 1215–19.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]