

## قصد مرگ در اقدام کنندگان به خودکشی از طریق مسمومیت (در استان کردستان سال ۱۳۸۷)

نرگس شمس علیزاده<sup>۱</sup> عبدالرحیم افخم زاده<sup>۲</sup> بهزاد محسن پور<sup>۳</sup> بیان صالحیان<sup>۴</sup> نسیم شمس علیزاده<sup>۵</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** خودکشی یک مشکل اساسی و پیشگیری از آن یک اولویت جهانی است. اقدام قلبی به خودکشی مهمترین پیش بینی کننده مرگ در اثر خودکشی می باشد. بررسی قصد مرگ در خودکشی به عنوان یک عامل مهم در جدی بودن خودکشی می تواند در برنامه ریزی برای پیشگیری از خودکشی موثر باشد.

**مواد و روش ها:** این مطالعه به صورت توصیفی مقطعی در ۱۶۳ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی به روش مسمومیت که در سال ۱۳۸۷ به بیمارستان های شهرستان سنندج مراجعه نموده بودند، صورت گرفت. از آمار توصیفی و آمار تحلیلی شامل آزمون Chi-square و نرم افزاری SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

**یافته ها:** قصد مرگ با سن، سابقه اقدام قلبی و داشتن تحصیلات پایین و برنامه ریزی شده بودن اقدام، ارتباط معنی داری داشت. بین قصد مرگ و جنس، تاهل، اعلام قصد و روش خودکشی ارتباط معنی داری مشاهده نشد. **استنتاج:** با توجه به اینکه اکثر اقدام کنندگان به خودکشی فکر می کردند که این اقدامشان منجر به مرگ می گردد، باید خودکشی به روش مسمومیت، جدی تلقی گردد. کلیه اقدام کنندگان، بخصوص افراد با سن بالاتر، با تحصیلات پایین تر، کسانی که سابقه قلبی اقدام را داشتند و افراد با برنامه ریزی قلبی از نظر احتمال اقدامات بعدی مورد توجه قرار گیرند.

**واژه های کلیدی:** خودکشی، مسمومیت، قصد مرگ

### مقدمه

پیچیده و چند عاملی است که عاملی منفرد برای پیشگیری از آن وجود ندارد. ارزیابی موثر خطر، اقدامی اساسی در پیشگیری از خودکشی است که می تواند ما را در تصمیم گیری صحیح درباره چگونگی حمایت از افراد کمک کند. وقتی خودکشی یا اقدام به خودکشی

خودکشی یک مشکل اساسی و پیشگیری از آن یک اولویت جهانی است. هر ثانیه یک اقدام به خودکشی صورت می گیرد و در هر ۴۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی می میرد (۱). خودکشی تحت تاثیر عوامل زیستی، فردی و اجتماعی قرار دارد (۲) و پدیده ای

E-mail: behzadmohsenpour@yahoo.com

**مؤلف مسئول:** بهزاد محسن پور - سنندج: بیمارستان توحید، واحد آموزش

۱. گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳. گروه عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۴. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۸/۷ تاریخ تصویب: ۸۹/۱۲/۱۴

روی می دهد یک اقدام مثبت، مرور آنچه اتفاق افتاده به منظور یادگیری برای آینده است (۱).

اقدام قبلی به خودکشی مهمترین پیش بینی کننده مرگ در اثر خودکشی است (۱). حدود ۵ تا ۱۰ درصد این افراد در طی چند سال پس از نخستین اقدامشان به خودکشی در اثر خودکشی می میرند (۳) و احتمال اینکه فردی که اقدام به خودکشی داشته است نهایتاً در اثر خودکشی بمیرد، صد برابر جمعیت عادی است (۴). در بررسی Suominen در پی گیری ۱۲ ساله از اقدام کنندگان به خودکشی، ۲۲ درصد مرگ گزارش شد که ۸ درصد آنها به دلیل خودکشی مردند. سطح قصد مرگ و ناامیدی پس از یک اقدام به صورت معنی داری پیش بینی کننده مرگ و هم چنین خودکشی موفق بوده است (۵). در مطالعه Hawton احتمال خودکشی موفق در یک سال اول بعد از اقدام ۰/۷ یعنی ۶۶ برابر خطر در جمعیت عمومی بود و این احتمال در مردان بالاتر از زنان بود (۶).

در بررسی جدی بودن خودکشی، برخی صاحب نظران قصد مرگ و بعضی دیگر کشنده بودن روش را مهم می دانند. بسیاری معتقدند هر چند روشی که فرد برای خودکشی انتخاب می کند مهم است ولی نیت بیمار برای کشتن خود مهم تر است (۷) لذا توجه به قصد مرگ در رفتار خودکشی مهم می باشد. البته غیر معمول نیست که بیمار نیت خودکشی را کمتر جلوه داده یا انکار نماید. از طرف دیگر ممکن است بیمار نسبت به رفتارش تمایل دوگانه داشته باشد، اختلال در حافظه و به یادآوری و متغیر بودن قصد نیز می تواند مانع از ارزیابی دقیق گردد (۸،۷).

بنا به توصیه سازمان بهداشت جهانی، مطالعه روش هایی که در خودکشی مورد استفاده قرار می گیرند برای برنامه ریزی پیشگیرانه خودکشی اساسی (۹) و Hawton معتقد است که کاهش احتمال خودکشی متعاقب یک اقدام، فاکتوری ضروری در راهکارهای پیشگیری از خودکشی است (۶).

در ایران، هر چند آمار خودکشی از اکثر کشورها به ویژه جوامع غربی پایین تر است ولی از سایر کشورهای خاورمیانه بالاتر است و اخیراً نیز میزان خودکشی افزایش یافته است و هم چنین سن افرادی که در اثر خودکشی می میرند، سیر نزولی داشته است (۱۰) با توجه به اینکه در برخی موارد اقدام به خودکشی به روش مسمومیت کمتر از بقیه روش ها جدی گرفته می شود و گاهی این بیماران بدون ارزیابی از نظر احتمال تداوم افکار خودکشی و یا تمایل به مرگ، بدون ارزیابی روانپزشکی و درمان مناسب ترخیص می گردند و اینکه در ایران مطالعات اندکی در مورد میزان قصد مرگ و جدی بودن خودکشی انجام گرفته است و داشتن این اطلاعات می تواند در برنامه ریزی های پیشگیرانه خودکشی مفید باشد. این مطالعه به منظور بررسی قصد خودکشی در اقدام کنندگان به خودکشی به روش مسمومیت انجام گرفت.

## مواد و روش ها

این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. اقدام کنندگان به خودکشی به روش مسمومیت که در سال ۱۳۸۷ به بیمارستان های شهرستان سنندج مراجعه نموده بودند از نظر نحوه خودکشی و این که آیا تصور می کردند که اقدامشان منجر به مرگ می گردد یا خیر مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه مورد مطالعه توسط پزشک عمومی آموزش دیده با مراجعه مرتب روزانه به بخش های داخلی بیمارستان های مورد نظر ویزیت شده و پرسشنامه برای آنان تکمیل شد. جمع آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به قصد مرگ در اقدام به خودکشی بود. این پرسشنامه محقق ساخته و با اقتباس و تلخیص پرسشنامه قصد خودکشی بک (Beck) تهیه گردید. از نظر اعتبار محتوایی به رویت ۴ نفر از روانپزشکان رسید و نظرات اصلاحی آنها اعمال گردید. در مطالعه ابتدایی، پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی ۰/۸ برآورد شد. متغیرهای مورد بررسی شامل قصد مرگ (فکر می کردم

( $p=0/04$ )، سابقه اقدام به خودکشی ( $p=0/113$ ) و نحوه اقدام ( $p=0/005$ ) ارتباط معنی دار داشت ولی بین قصد مرگ با جنس، تاهل، اعلام قصد و نحوه خودکشی ارتباط معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: قصد مرگ در اقدام به خودکشی

تعداد (درصد)	
۱۰۲ (۶۲/۶)	فکر می کردم خواهم مرد
۳۲ (۱۹/۶)	می دانستم نمی میرم
۲۹ (۱۷/۸)	ممکن بود بمیرم
۱۶۳ (۱۰۰)	کل

جدول شماره ۲: رابطه قصد مرگ با تعدادی از متغیرها در بیماران اقدام کننده به خودکشی در شهر سنندج در سال ۱۳۸۷

متغیر	قصد مرگ	فکر می کردم خواهم مرد	می دانستم نمی میرم	ممکن بود بمیرم	سطح معنی داری
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
<b>جنسیت</b>					
زن	۷۰ (۶۱/۴)	۲۴ (۲۱/۱)	۲۰ (۱۷/۵)	۰/۷۸۴	
مرد	۳۲ (۶۵/۳)	۸ (۱۶/۳)	۹ (۱۸/۴)		
<b>تحصیلات</b>					
بیسواد و ابتدایی	۲۹ (۷۴/۴)	۴ (۱۰/۳)	۶ (۱۵/۴)	۰/۰۱	
متوسطه و دیپلم	۵۸ (۶۱/۱)	۲۳ (۲۴/۲)	۱۴ (۱۴/۷)		
دانشگاهی	۱۵ (۵۱/۷)	۵ (۱۷/۲)	۹ (۳۱)		
<b>سن</b>					
زیر ۲۰ سال	۲۳ (۴۶)	۱۶ (۳۲)	۱۱ (۲۲)	۰/۰۴	
۲۰-۴۰ سال	۶۶ (۶۶)	۱۶ (۱۶)	۱۸ (۱۸)		
بالای ۴۰ سال	۱۳ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)		
<b>تاهل</b>					
مجرد	۶۱ (۵۹/۸)	۲۰ (۶/۱۹)	۲۱ (۶/۲۰)	۰/۴۶۵	
متاهل	۴۱ (۶۷/۲)	۱۲ (۷/۱۹)	۸ (۱/۱۳)		
<b>سابقه اقدام</b>					
بله	۲۳ (۷۹/۳)	۱ (۳/۴)	۵ (۷/۲)	۰/۱۱۳	
خیر	۷۹ (۵۹)	۲۳ (۳۱)	۲۴ (۱۷/۹)		
<b>نحوه اقدام</b>					
ناگهانی	۵۲ (۵۱/۵)	۱۹ (۲۸/۸)	۲۰ (۱۹/۸)	۰/۰۰۵	
با برنامه ریزی	۵۰ (۸۰/۶)	۳ (۴/۸)	۹ (۱۴/۵)		
<b>اعلام قصد</b>					
بله	۲۵ (۶۱)	۱۱ (۲۶/۸)	۵ (۱۲/۲)	۰/۲۹۶	
خیر	۷۷ (۶۳/۱)	۲۱ (۱۷/۲)	۲۴ (۱۹/۷)		
<b>روش خودکشی</b>					
دارو	۷۷ (۲/۵۹)	۲۹ (۳/۲۲)	۲۴ (۵/۱۸)	۰/۱۶۱	
سم	۲۵ (۸/۷۵)	۳ (۱/۹)	۵ (۲/۱۵)		

## بحث

قصد مرگ به انتظار بیمار به مرگ در اثر خودکشی اطلاق می گردد. شدت قصد مرگ بازتاب باور درونی فرد به کشنده بودن روش انتخابی است که مهم تر از

خواهم مرد، می دانستم که نمی میرم و ممکن بود که بمیرم، روش خودکشی (دارو و سم)، جنسیت (زن و مرد) تحصیلات (بیسواد یا ابتدایی، متوسطه یا دیپلم و دانشگاهی) سن (زیر ۲۰ سال، ۲۰ تا ۴۰ سال و بالای ۴۰ سال) تاهل (مجرد و متاهل) سابقه اقدام به خودکشی (بله و خیر) و اعلام قصد (بله و خیر) بود.

جامعه مورد مطالعه پس از ذکر اهداف مطالعه و توضیحات لازم و کسب اجازه وارد مطالعه شدند و در صورت عدم تمایل به همکاری در پژوهش و یا عدم امکان مصاحبه از مطالعه خارج شدند. روش نمونه گیری سرشماری و حجم نمونه ۱۶۸ نفر برآورد شد. که در نهایت ۵ نفر به دلیل کامل نبودن پرسشنامه حذف شدند و اطلاعات مربوط به ۱۶۳ نفر آنالیز گردید. داده ها وارد نرم افزار آماری SPSS شد و از آمار توصیفی جهت توصیف داده ها و از آزمون آماری Chi-square برای تحلیل داده ها استفاده شد.

## یافته ها

تعداد شرکت کنندگان در مطالعه ۱۶۳ نفر بودند که ۱۱۴ نفر (۶۷ درصد) زن و ۴۹ نفر (۳۳ درصد) مرد بودند. بیشتر اقدام کنندگان به خودکشی در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (۳۱/۱ درصد) و پس از آن در گروه ۱۴ تا ۱۹ سال (۲۹/۴ درصد) قرار داشتند. ۶۲/۵ درصد مجرد و ۳۷/۵ درصد متاهل بودند. ۲۳/۹ درصد بی سواد و یا با تحصیلات کمتر از متوسطه بودند. ۵۸/۳ درصد تحصیلات متوسطه یا دیپلم داشتند و ۱۷/۸ درصد واجد تحصیلات دانشگاهی بودند. روش اقدام به خودکشی در ۱۳۰ نفر (۷۹/۷ درصد) مصرف دارو در ۳۳ نفر (۲۰/۳ درصد) مصرف سموم بود. شایعترین داروهای مورد استفاده بنزودیازپین ها و سپس ترامادول و سایر مخدرها بودند.

۶۲/۶ درصد اقدام کنندگان به خودکشی اظهار می داشتند که "فکر می کردم خواهم مرد" و ۱۹/۶ درصد اظهار داشتند که "می دانستم که نمی میرم" (جدول شماره ۱). قصد مرگ با تحصیلات ( $p=0/01$ )، سن

برخوردارند، احتمالاً از روش‌های دیگر خودکشی مثل سقوط از بلندی، دار زدن و غیره استفاده نموده و لذا در مطالعه ما وارد نشدند. البته در مطالعه Sisask و همکاران نیز قصد مرگ در دو جنس تفاوتی نداشت (۱۷) ولی در مطالعه آذین و همکاران زنان قصد مرگ پایین‌تری داشتند (۱۸).

در این مطالعه با افزایش سن قصد مرگ بالاتر می‌رفت. به نحوی که کلیه افراد بالای ۴۰ سال با این تصور که خواهند مرد، اقدام به خودکشی نموده بودند. به طور کلی هرچند افراد مسن کمتر اقدام به خودکشی می‌نمایند ولی احتمال مرگ آن‌ها بر اثر خودکشی بالاتر از جوانان است. که شاید به این دلیل باشد که سالمندان کمتر از جوانان قصد جلب توجه دارند. در مطالعه Sisask و همکاران نیز با افزایش سن، قصد مرگ بالاتر می‌رفت ولی در مطالعه Nock و آذین نتایج متفاوتی گزارش گردید. در مطالعه Nock قصد مرگ با سن مرتبط نبود و در مطالعه آذین میانگین سنی پایین‌تر با قصد مرگ بالاتری توأم بود (۱۲، ۱۷، ۱۸).

بین قصد مرگ و تحصیلات ارتباط معنی‌دار وجود داشت به نحوی که افراد بی‌سواد و با تحصیلات ابتدایی قصد مرگ جدی‌تری داشتند که شاید به این دلیل باشد که افراد تحصیل کرده ممکن است از دوز کشنده داروها و سموم و هم‌چنین روش‌های دیگر و خطرناک‌تر اقدام به خودکشی مطلع‌تر باشند و در صورت تصمیم به مرگ از روش‌های دیگر استفاده نمایند که البته با مطالعه Nock که در آن قصد مرگ در افراد با تحصیلات پایین به طور معنی‌داری پایین‌تر بود در تناقض است (۱۲) و در مطالعه آذین نیز بین این دو ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۸).

کسانی که سابقه قبلی اقدام به خودکشی را ذکر می‌کردند در تصمیم به مرگ جدی‌تر بودند. مطالعات قبلی هم نشان می‌دهد که اقدام قبلی به خودکشی مهمترین پیش‌بینی‌کننده مرگ در اثر خودکشی است. اقدام به خودکشی پیش‌بینی‌کننده ریسک بالای مرگ بر

میزان کشندگی واقعی روش انتخابی است. هر چه نیت مرگ قوی‌تر باشد احتمال خودکشی موفق بالاتر است. احتمال رهایی پایین، قصد مرگ بالا، استفاده از روش کشنده و عواقب جدی پزشکی با احتمال خطر بیشتر همراه است (۱۱). در این مطالعه، ۶۲/۸ درصد اقدام کنندگان به خودکشی اظهار می‌داشتند که "فکر می‌کردم خواهم مرد" و تنها ۱۹/۶ درصد اظهار داشتند که قصد مردن نداشته‌اند. در حالی که در مطالعه Nock ۴۲ درصد اقدام کنندگان به خودکشی اظهار کرده بودند که قصد مردن نداشته‌اند (۱۲).

هرچند که در مطالعه حاضر بیماران از روش دارو و مسمومیت استفاده کرده بودند که بنظر روش‌های کم‌خطر محسوب می‌شوند و استفاده از دارو را به دلیل اینکه بسیاری از بیماران زنده می‌مانند به عنوان یک روش غیر جدی می‌شناسند و برخی مطالعات نیز قصد مرگ در روش مسمومیت دارویی را کمتر از سایر روش‌ها گزارش کرده‌اند (۱۳) ولی آمارها نشان می‌دهد تعداد قابل توجهی از افراد با این روش می‌میرند و ممکن است دلیل استفاده از این روش در دسترس بودن آن می‌باشد (۷) و باور درونی فرد به کشنده بودن روش انتخابی می‌تواند مهم‌تر از میزان کشندگی واقعی روش انتخابی باشد (۱۱). همچنین بین افرادی که با دارو خودکشی کرده بودند با افرادی که از سم استفاده کرده بودند از نظر قصد مرگ تفاوتی مشاهده نشد. البته ممکن است در روش‌های خشن‌تر مثل دار زدن قصد مرگ بالاتر باشد که در مطالعه ما این افراد وارد نشده بودند.

طبق آنچه که در اغلب منابع ذکر می‌گردد. اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردها و مرگ بر اثر خودکشی در مردان بالاتر از زنان است (۱۶-۱۴) و لذا معمولاً بنظر می‌رسد که مردان در اقدامشان به خودکشی قصد مرگ بالاتری داشته باشند ولی در مطالعه ما بین دو جنس اختلاف معنی‌داری از نظر قصد مرگ وجود نداشت که البته این مسئله را می‌توان به این صورت توجیه نمود که مردانی که از قصد مرگ بالاتری

در نهایت می توان نتیجه گیری کرد که با توجه به این که اکثر اقدام کنندگان به خودکشی فکر می کردند که این اقدامشان منجر به مرگ می گردد. نباید خودکشی به روش مسمومیت، غیر جدی تلقی گردد و لازم است که کلیه بیماران به خصوص افراد با سن بالاتر، با تحصیلات پایین تر، کسانی که سابقه قبلی اقدام را داشته اند و افرادی که با برنامه ریزی قبلی اقدام به خودکشی کرده اند، از نظر احتمال اقدامات بعدی مورد توجه قرار گیرند.

### سپاسگزاری

هزینه این مطالعه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان تامین شده است. بدین وسیله از پرسنل زحمتکش بیمارستان توحید و کلیه بیمارانی که در تکمیل پرسشنامه ها ما را یاری کردند تشکر می گردد.

اثر خودکشی در طی شش ماه پس از اقدام می باشد و نیمی از کسانی که در اثر خودکشی می میرند سابقه اقدام به خودکشی قبلی را داشته اند و این رقم در جوانان به حدود دو سوم می رسد (۱۶، ۱۴).

کسانی که با برنامه ریزی قبلی اقدام به خودکشی کرده بودند قصد مرگ بیشتری داشتند که مطابق با یافته های قبلی است (۱۹، ۱۵، ۱۴) و نشان دهنده این است که اقدامات تکانشی بیشتر ممکن است فریادی برای دریافت کمک باشند.

میزان اعلام قصد با قصد بیمار برای مرگ ارتباط معنی داری نداشت که نشان می دهد، این باور که افرادی که قصد مردن دارند، از اقدامشان صحبتی نمی کنند و یا این که کسی که در مورد خودکشی خود صحبت کند قصد مردن ندارد، همانطور که در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفته، باوری اشتباه می باشد (۱۶-۱۴).

### References

- Duffy D, Ryan T. New approaches to preventing suicide 1<sup>st</sup> ed, London and Philadelphia: Jessica Kingsley publisher; 2004.
- Kishi Y, Kahol RG. Assessment of patient who attempt suicide Primary care companion J clin Psychiatry 2002; 4(4): 132-136.
- Van der Sande R, Buskens E, Allart E, Van der Graaf Y, Van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment I. Acta Psychiatr Scand 1997; 96(1): 43-50.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and nonfatal repetition of self harm. Br J Psychiatry 2002; 181: 193-199.
- Souminen K, Esometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-years follow-up study. BMC psychiatry 2004; 4: 11.
- 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 Psychiatry 2003; 182: 537-542.
- Mclaughin C. Suicide related behavior: understanding, caring and therapeutic responses. John Willey & Sons 2007: 42-46.
- Freedental S. Challenges in assessing intent to die: Can suicide attempters be trusted? Omega (Westport). 2007; 55(1): 55-70.
- Mahendran R. Suicide M MED (Psych) 2008; 37(9): 729-731.
- Ghoreishi SA, Mousavian N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(2(53)): 115-121.
- kutcher S. Suicide risk management. 1<sup>st</sup> ed. Musset Chaste: Blackwell, 2007.

12. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts Versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115(3): 616-623.
13. Murase S, Ochiai S, Ueyama M, Honjo S, Ohta T. Psychiatric features of seriously life-threatening suicide attempters: a clinical study from a general hospital in Japan. *J Psychosom Res* 2003; 55(4): 379-383.
14. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry behavioral science clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007.
15. Kaplan HJ, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2009.
16. Gelder MG, Andreason NC, Lopez-Ibor JJ, Geddes JR. *New oxford textbook of psychiatry*, 2<sup>nd</sup> ed, Oxford University Press; 2009. PP 951-979.
17. Sisask M, Kolves K, Varnik. A severity of attempted suicide as measured by Pierce suicidal intent scale. *Crisis* 2009; 30(3): 136-143.
18. Azin SA, Shahidzadeh A, Omidvari S, Ebadi M, Montazeri A. Self poisoning with suicidal intent-Part II. *Payesh. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2008; 2(7): 107-114 (Persian).
19. Polewka A, Mikolaszek-Boba M, Chrostek Maj J, Groszek B. The characteristics of suicide attempts based on the suicide intent scale scores. *Przegl Lek* 2005; 62(6): 415-418.

Archive of SID