

بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی، درمانی بوعلی سینا قزوین (در سال‌های ۷۲ - ۱۳۷۱)

دکتر همایون شیخ‌الاسلامی* دکتر محمد فلاح‌زاده**

چکیده :

از خرداد ۱۳۷۱ به مدت یک سال تعداد ۲۲۵ مورد اقدام به خودکشی شامل ۱۷۱ نفر زن و ۵۴ نفر مرد مورد بررسی قرار گرفت. حداکثر میزان شیوع خودکشی در زنان در گروه سنی زیر ۲۰ سال و مردان در گروه سنی ۳۰ - ۲۰ و حداقل سن این افراد ۱۳ و حداکثر ۷۵ سال بود. در روزهای تعطیل مردان نسبت به زنان بیشتر به این اقدام دست زده‌اند. ۷۰٪ جمعیت مورد مطالعه شهری و ۳۰٪ روستائی بوده و از نظر شغلی در بین این افراد ۷۳٪ زنان خانه‌دار و ۳۰٪ مردان با شغل آزاد بوده‌اند. طبق اظهار نظر افراد ۵۵٪ وضعیت مالی متوسط داشته‌اند. ۱/۴ افراد اقدام کننده قبلاً قصد خود را به نحوی گوشزد نموده و ۴۴٪ سابقه بیماری زمینه‌ای داشته و ۷۷٪ ایشان دارای سابقه افسردگی بوده‌اند. از نظر نحوه اقدام به خودکشی، بیشترین روش مورد استفاده دارویی بنزودیازپین‌ها با ۳۶٪ بیشترین داروی مورد استفاده در این مدت بوده است.

کلید واژه‌ها : اقدام به خودکشی

Keywords : Attempted Suicide

□ مقدمه :

گرچه خودکشی در نگاه نخست از علائم بیماری روانی به نظر می‌رسد ولی چیزی فزون‌تر از آن است: اندیشه‌ای است متعارف برای یک شخص که ارزش عاطفی و اخلاقی و معنایی درگیر با زندگی دارد.

اگر فیلسوفان در خودکشی تأکیدی بر آزادی انسان دارند، اگر جامعه‌شناسان آنرا عملی اجتماعی می‌دانند که محدود به اندیشه‌ای قابل تحویل به تحلیلی عملی است روانکاوان آنرا مشغله ذهنی بسیار مهم روزانه و عینی می‌دانند و بدون توجه به ملاحظات اخلاقی و دینی یا فلسفی خودکشی را بر مبنای موارد عینی درمانگاهی و با سعی در درک واقعیت خودکشی از خلال فرد خودکش مورد بررسی قرار داده‌اند.

بهر تقدیر از دیدگاهی صرفاً طبی مجبوریم میان خودکشی به معنی اخص که تعریف مرگ را بدنبال دارد و دیگر رفتارهای خودکشانه که تحت عنوان اقدام به خودکشی گرد می‌آیند و بر تعدادشان روز به روز افزوده می‌شود (تخمیناً دو الی بیست برابر خودکشی‌های موفق که غالباً هدف خودزدایی‌شان نیز مبهم است) فرق بگذاریم.

چرا نگوئیم خودکشی یک معضل بزرگ اجتماعی است در حالیکه طبق آمار خارجی هشتمین علت مرگ در جوامع بشری را تشکیل می‌دهد و پس از بیماری‌های مهلکی هم چون امراض قلبی، سرطان‌ها، CVA و ... قرار دارد و سالانه صدها هزار نفر را به هلاکت می‌رساند و ارقام کلانی را صرف هزینه‌های مربوطه می‌نماید.

به ازای هر ۲۰ دقیقه یک مرگ بر اثر خودکشی در جهان (U.S.A) طی برآوردهای سال‌های قبل حیرت‌آور است در حالیکه خوب می‌دانیم این آمار سال به سال رو به فزونی است و آمار اقدام به خودکشی به ۱۰ - ۸ برابر این میزان نیز بالغ می‌گردد. پس چرا به آن توجه کافی نشده است؟ (۵)

از برابر این مهم، به سادگی گذشته و به شستشویی توسط NG.Tube و راهی کردن شخص اقدام‌کننده به

خودکشی به سوی دنیای خودش اکتفا شده ولی نخواستیم دریابیم در دنیای درونش چه می‌گذرد و در چه غوغایی غرق است. چه بسا این اقدام وی و تلاش‌های ما برای نجاتش، او را به هدف رسانده باشد ولی چرا چنین راهی ...

اقدام به خودکشی یکی از بزرگترین مشکل سلامتی جامعه می‌باشد و به نام‌های دیگری نظیر - Self poisoning یا Pava suicide نیز نامیده می‌شود که در این عمل در اکثر موارد رسیدن به مرگ برخلاف خودکشی حقیقی هدف نیست.

براساس آماری در انگلستان خودکشی در زنان شایع‌ترین و در مردان پس از حملات قلبی دومین علت مراجعه به اورژانس است. (۴)

میزان اقدام به خودکشی در آمارهای جهانی بین ۱۰۰ تا ۳۶۰ در هزار مورد در سال می‌باشد. با توجه به اینکه این گونه بیماران در بعضی موارد توسط نزدیکان، پزشکان به صورت سرپایی و یا در مطب‌های خصوصی درمان می‌گردند هرگز نمی‌توان آمار دقیق را بدست آورد ولی به نظر می‌رسد میزان اقدام به خودکشی بیش از آمار ذکر شده باشد. (۵)

□ روش بررسی :

این تحقیق از نوع توصیفی بوده و از خرداد سال ۱۳۷۱ بر روی ۲۲۵ بیمار مرکز اورژانس بیمارستان بوعلی سینا دانشگاه علوم پزشکی قزوین به مدت یک سال انجام گردیده است در نتیجه موارد تهاجمی از قبیل خودسوزی، پریدن از بلندی، غرق کردن، حلق آویز، اسلحه گرم و سرد را شامل نمی‌شود.

در این بررسی وضعیت روانی با استناد به گفته‌های بیمار و یا همراهان وی و براساس معیارهای DSM III R، داروهای مصرفی بیمار بوده که با کمک روانپزشک تشخیص داده شده است.

یافته‌ها :

از ۲۲۵ بیمار مورد بررسی ۱۷۱ نفر زن (۷۶٪) و ۵۴ نفر مرد (۲۴٪) را شامل گردیده که در تحقیقات مشابهی در ایران (۱۰) و تحقیقات جهانی (۷) نتایج مشابهت داشته است.

در زنان گروه سنی زیر ۲۰ سال (۵۰٪) و مردان یک دهم بالاتر (۴۴٪) بیشترین گروه سنی اقدام کننده را تشکیل داده‌اند. به نظر می‌رسد سن زیر ۳۰ سال در معرض خطرترین گروه سنی در جامعه برای اقدام به خودکشی است و تحقیقات مشابه در ایران (۱۰) و انگلستان (۳ - ۷) این مورد را تأیید می‌نمایند.

حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر ۷۵ سال بوده است. (نمودار شماره ۱)

اقدام به خودکشی در روزهای تعطیل در مورد آقایان ۱۱ مورد بوده است در حالی که در مورد خانم‌ها ۱۱ مورد را شامل گردیده است و این امر می‌تواند مؤید حضور آقایان در طی روزهای تعطیل در منزل و ایجاد تنش در خانواده باشد. ۷۰٪ افراد شهری بودند که با تحقیقات انجام شده در آمریکا مشابهت دارد. (۲) زنان متأهل دو برابر افراد مجرد به این اقدام دست زده‌اند این در حالی است که در مورد مردان این دو گروه برابر بوده‌اند.

از نظر سواد فقط ۱۵٪ افراد مورد بررسی بی‌سواد بوده و ۵٪ این افراد تحصیلات دانشگاهی داشته‌اند.

۷۳٪ خانم‌ها خانه‌دار بوده در حالی که در آقایان ۳۵٪ بیشترین عده را در افراد با مشاغل آزاد تشکیل می‌دهند. (نمودار شماره ۲)

طبق اظهار نظر بیماران ۶۶٪ آنها وضعیت مالی متوسط داشته‌اند.

در مورد روابط خانوادگی ۸۳٪ افراد این روابط را خوب و یا متوسط ابراز نموده که به نظر نمی‌رسد این فاکتور در جامعه مورد بررسی نقش اساسی در اقدام به خودکشی را داشته باشد.

۳۵٪ جمعیت مورد مطالعه اقدام خود را قبلاً به نحوی به اطرافیان اعلام نموده بودند.

۸۰٪ افراد این اقدام خود را تحت شرایطی به عنوان مشکل اخیر در پیرامون خود ذکر نموده‌اند که این مشکل در زنان اغلب درگیری با همسر (۴۰٪) و در آقایان درگیری با والدین (۲۴٪) بوده است.

در ارتباط با بیماری‌های خاص و اقدام به خودکشی، ۴۴٪ افراد سابقه یک بیماری زمینه‌ای را ذکر کرده‌اند و در ۸۷٪ این بیماری از گروه بیماری‌های روانی بوده است که ۷۷٪ این بیماری‌ها افسردگی است. (نمودار شماره ۳)

در تحقیقات مشابهی در انگلستان نیز این مورد تأیید گردیده است. (۶ و ۲ و ۱)

در مورد بیماری‌های ارگانیک، اپسی لپسی شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای بوده است که در کلیه تحقیقات مشابه نیز این امر مورد تأیید قرار گرفته است. (۲ و ۱) (نمودار شماره ۴)

۲۴٪ بیماران سابقه اقدام قبلی داشته‌اند که این مورد نیز با آمار ارائه شده توسط W.H.O (۳۰٪) - ۲۰٪) مطابقت دارد. (۹ و ۸ و ۷)

لذا می‌توان نتیجه گرفت که افرادی که یک بار سابقه اقدام ناموفق دارند باید بطور کاملاً جدی پیگیری گردند.

روش مورد استفاده بیماران جهت اقدام به خودکشی دارویی ۷۰٪، سموم نباتی ۱۹٪، نفت ۳٪، گرد موش ۳٪، مواد مخدر ۳٪، الکل ۱٪ را شامل گردیده است. (نمودار شماره ۵)

در بین داروهای مورد استفاده جهت اقدام، بنزودیازپین‌ها با (۳۶٪) بالاترین درصد و در مرتبه بعد تری سیکلیک‌های حلقوی، ضد افسردگی ۱۱٪ بوده‌اند. (نمودار شماره ۶)

۲۵٪ افراد مورد بررسی سابقه مصرف دارویی را به صورت مزمن برای چندین ماه داشته که ۷۱٪ این افراد نیز با همان دارو اقدام به خودکشی نموده‌اند.

نتیجه‌گیری :

با توجه به یافته‌های این بررسی اکثریت افراد اقدام

کننده به خودکشی را نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهند از اینرو نیاز به حمایت روانپزشکی در شرایط بحرانی برای این گروه ضروری می‌باشد. لذا بر مسئولین امور واجب است تا با برنامه‌ریزی دقیق در جهت امکان دستیابی به مشاوره و راهنمایی این افراد در شرایط فوق امکانات لازم فراهم گردد.

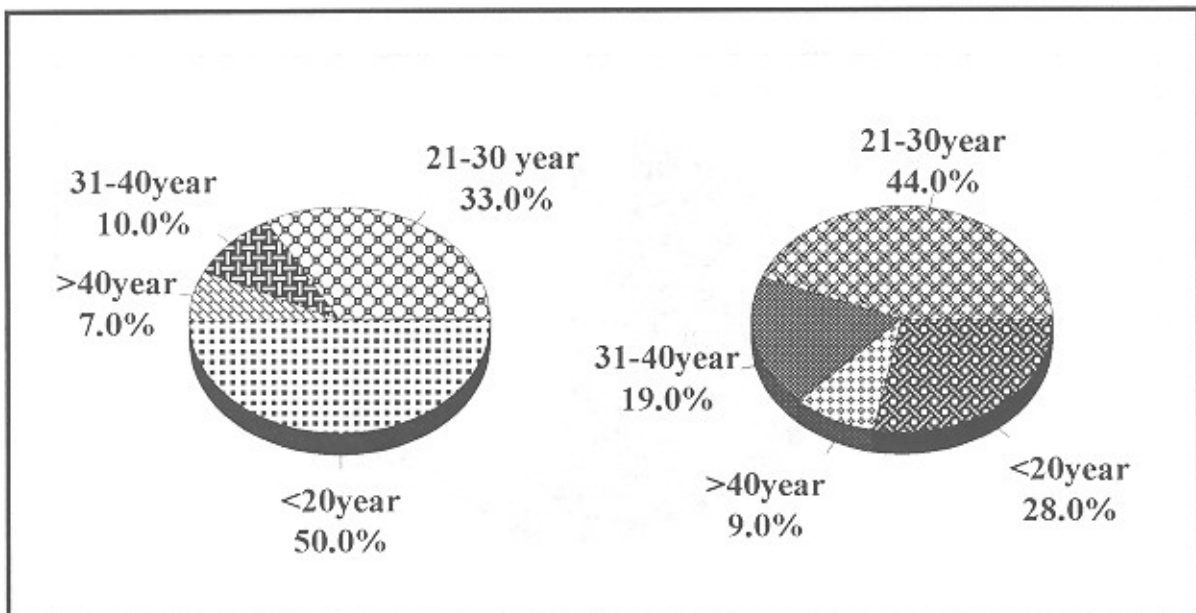
رشد جامعه شهری سبب گردیده استرس‌های فراوانی به افراد وارد گردد در این مورد نیز ایجاد واحدهای مشاوره و مراکز روانپزشکی قابل دسترس برای عموم در جهت مداخله در بحران الزامی می‌باشد. با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن فرد را در معرض یأس و ناامیدی قرار می‌دهد، لذا پزشکان باید تنها به فکر درمان صرفاً دارویی نبوده و لازم است این گونه افراد مورد حمایت‌های روانی نیز قرار گیرند و در

صورت نیاز به روانپزشک معرفی گردند. با توجه به اینکه بیماران با علائم افسردگی همیشه در معرض خطر خودکشی هستند، لازم است در مورد معرفی آنان به مراکز تخصصی؛ حداقل داروهای لازم از نظر تعداد تجویز و در اختیار نزدیکان بیماران قرار گیرد.

در انتها نظر به اینکه عمل اقدام به خودکشی اعلام خطری برای انجام خودکشی موفق در آینده در فرد می‌باشد، لازم است در صورت مواجهه این بیماران تنها به فکر درمان مسمومیت نبوده و تمام بیماران مشاوره اورژانس روانپزشکی گردند. در مراکز درمان مسمومیت‌ها واحد مشاوره روانپزشکی فعال دایر گردد تا شاید بتوان از مرگ و میر قابل پیشگیری تا حد زیادی کاست.

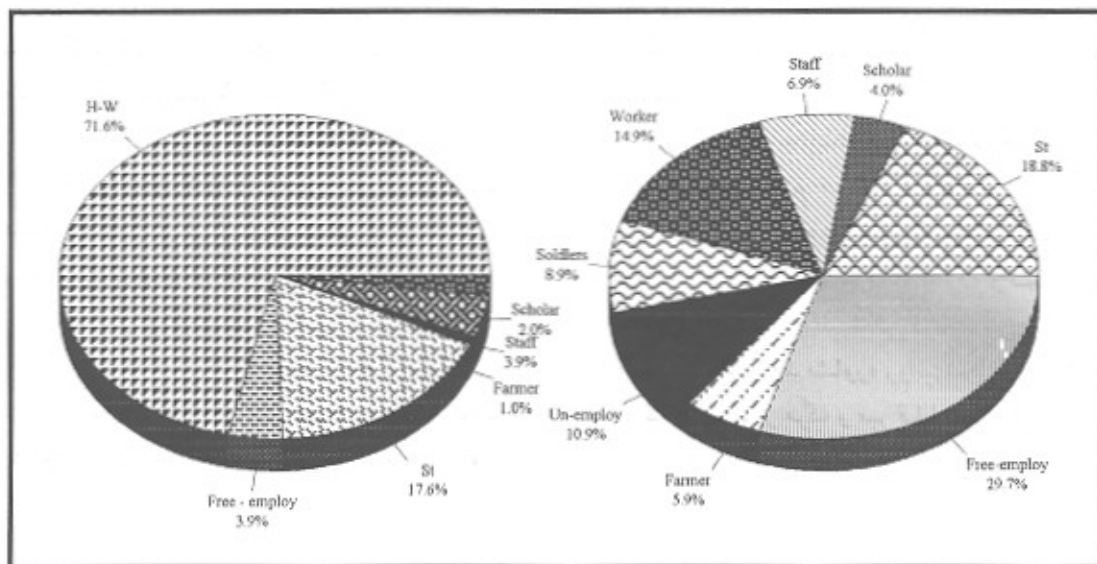
نمودار ۱:

توزیع فراوانی خودکشی برحسب سن و جنس



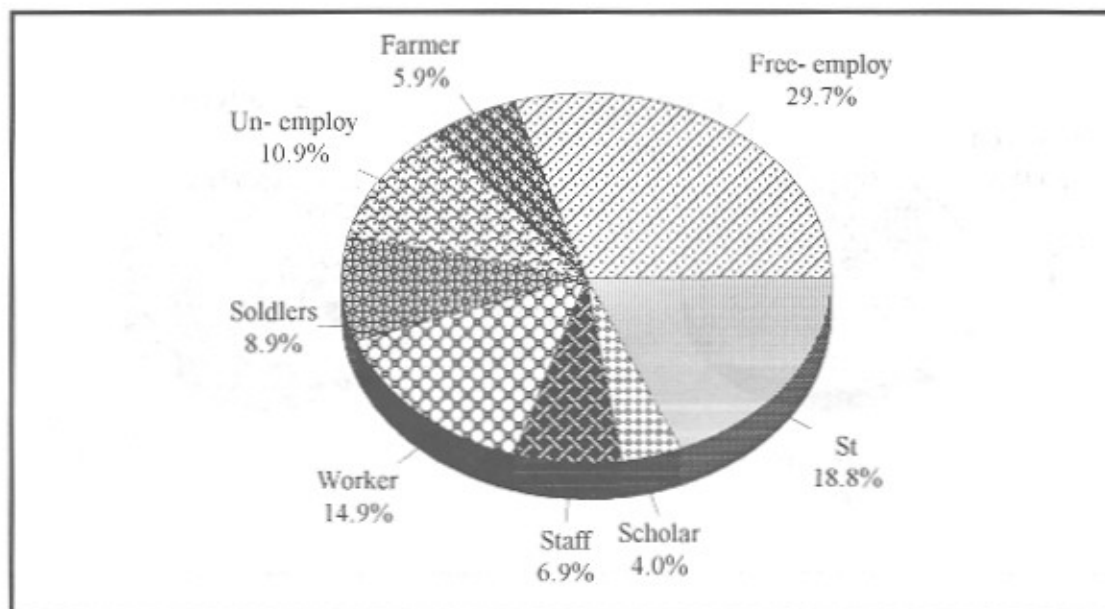
نمودار ۲:

توزیع فراوانی خودکشی برحسب وضعیت شغلی در دو جنس زن و مرد



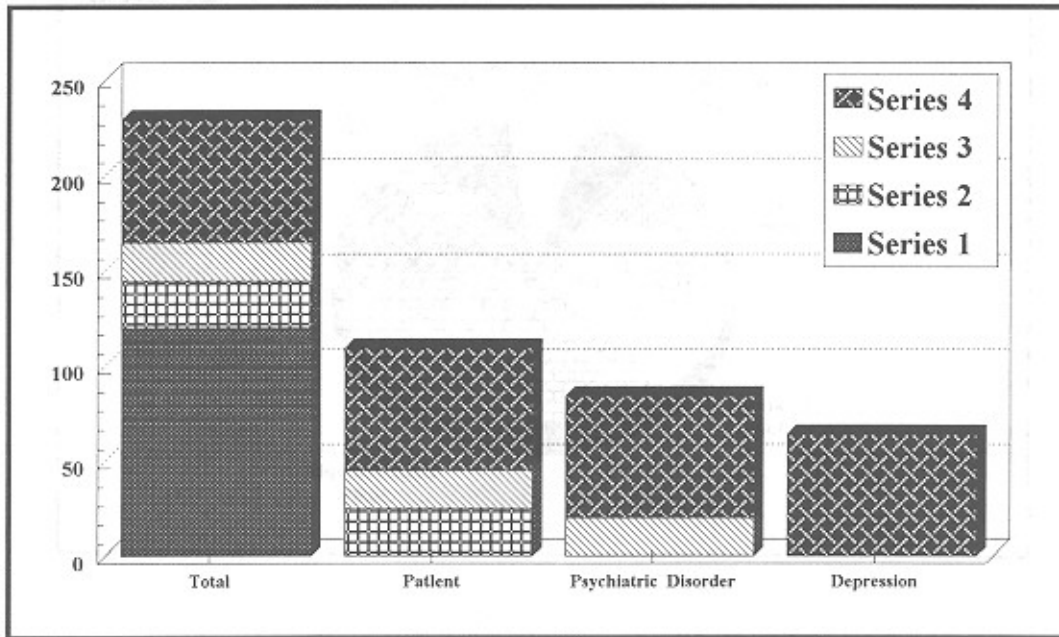
نمودار ۳:

توزیع فراوانی خودکشی برحسب درصد اتواع بیماری‌های روانی در افراد اقدام‌کننده



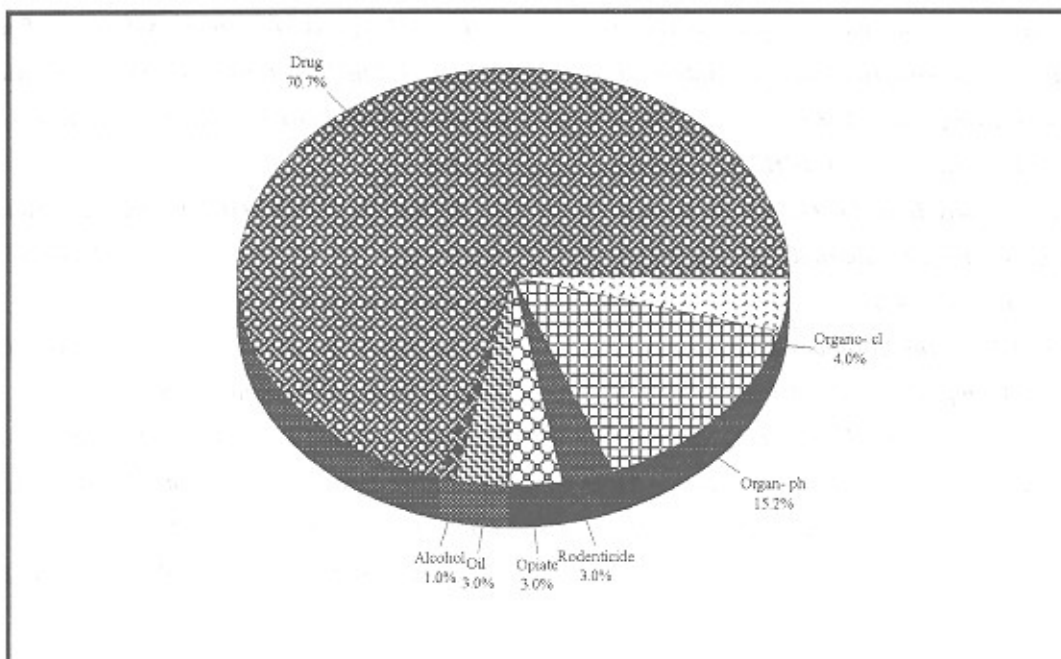
نمودار ۴:

توزیع فراوانی و نسبت افراد افسرده به کل بیماری‌های روانی در کل جمعیت مورد مطالعه



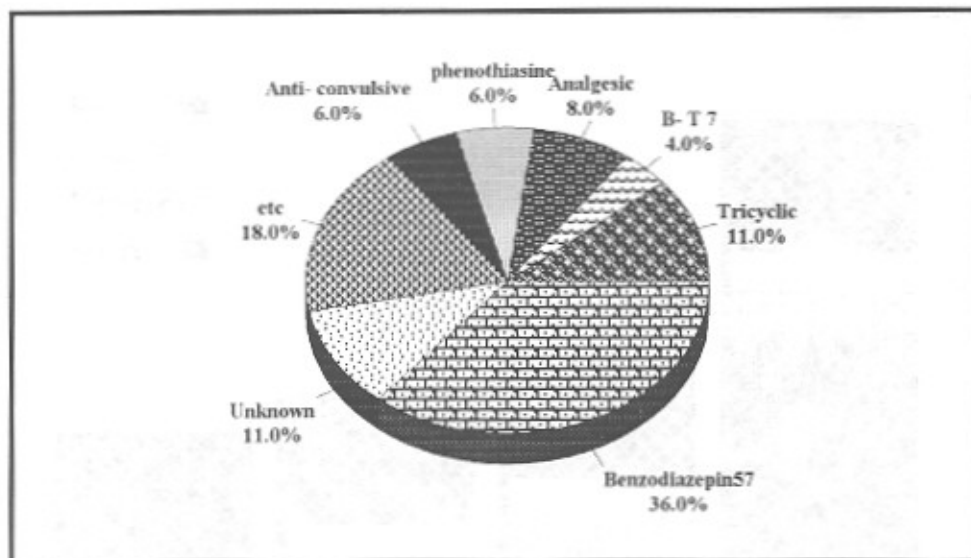
نمودار ۵:

توزیع فراوانی روش‌های بکار رفته در افراد اقدام‌کننده به خودکشی



نمودار ۶ :

توزیع فراوانی انواع داروهای مورد استفاده در افراد اقدام کننده به خودکشی



مراجع :

Influence of Antidepressants Between 1971 - 1988. British Journal of psychiatry. 1992, 161. PP : 625 - 28

7. Krietman N. *Suicide & parasuicide : Companion to psychiatric studies. Edinbrough, Churchill & living Stone, 1983*

8. MICHEL K. & VALACH L. *Suicide prevention : Spreading the Gospel to General practitioners. British Journal of psychiatry. 1992, 160. PP : 757 - 60*

9. Phillip A E. *Traits, Attitudes & Symptoms in a group of Attempted Suicide. British Journal of Psychiatry. 1970, 116, 475. P : 482*

۱۰ - پورمند، دیبا؛ داویدیان، لئون. *صد مورد اقدام به خودکشی با مواد سمی*

1. Appleby, Louis. *Suicide in psychiatric patient: Risk & prevention. British Journal of psychiatry. 1992, 161. PP : 749 - 58*

2. Barraclough B, Bunch J, Nelron B, Sains Bury P.A *hundred Cases of Suicide, Clinical aspects. British Journal of psychiatry. 1974, 125. P : 344*

3. BERATIS. STAVROULA. *Suicide Among Adolescents in Greece. British Journal of psychiatry, 1991, 159, 5/5 - 5/9*

4. *Harrison's principles of Internal Medicine. Suicide Risk, 13th Edition. 1995*

5. Kaplan, Harold I. & Sodock Benjamin J. *psychiatric Emergency : Suicide, Comprehensive Textbook of psychiatry. 5th Edition. 1989*

6. Kelleher, MJ , Daly.M , Kelleher, M.J.A. *The*