

سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین: قسمت دوم

دکتر سید علی آذین: استادیار پژوهش، گروه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

دکتر علی شهیدزاده ماهانی: استادیار پژوهش، گروه پژوهشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

دکتر سپیده امیدواری: استادیار پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

دکتر مهدی عبادی: مری پژوهش، گروه پژوهشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

دکتر علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پاپشن

سال هفتم شماره دوم بهار ۱۳۸۷ صص ۱۱۴-۱۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۲

چکیده

سمومیت توسط خود فرد (Self Poisoning) یکی از شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی و از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران بهویشه جوانان در اورژانس‌های بیمارستانی است. با توجه به فقدان اطلاعات کافی، پژوهش درخصوص اپیدمیولوژی خودکشی، برنامه‌ریزی برای انجام مداخلات مؤثر را امکان پذیر می‌سازد.

بررسی حاضر به شکل مقطعي و در نيمه دوم سال ۸۳ احرا گردید و در مجموع، ۷۲۳ نفر با توزيع مناسب جمعيت از شهرهای تهران، مشهد، تبريز، اصفهان، شيراز و گرمانشاه وارد مطالعه شدند. اين مقاله قسمت دوم يافته‌های پژوهش را گزارش می‌کند. در اين مقاله علاوه بر تجزيه و تحليل برخی از داده‌ها، به مقاييسه‌هایی بين افرادی که بهطور عمدى و به قصد خودکشی اقدام به مسموم نمودن خود كرده بودند و موارد مسمومیت اتفاقی پرداخته شده است.

در افراد اقدام کننده به خودکشی، فراوانی بیماری‌های جسمی شدید و مستلزم ناتوانی در میان زنان بیش از مردان بود ($P < 0.002$). همچنین سن گروهی که از اقدام به خودکشی احساس پشیمانی می‌کردن بهطور معنی داری پایین‌تر بود ($P < 0.003$). اما گروهی که به گفته خودشان قصد واقعی برای پیامد مرگ داشتند میانگین سنی بالاتری داشتند ($P = 0.01$).

رگرسیون لجستیک نشان داد که از میان کل مسمومیت‌ها، داشتن سن بالاتر و جنسیت مذکور و همچنین اقامت در شهر تهران با احتمال بيشتری منجر به مسمومیت عمدى شده است ($P < 0.01$ ، برای هر سه مورد). بهعلاوه داشتن برنامه از پيش طراحی شده و سابقه اقدام به خودکشی نيز به طور معنی داری با قصد واقعی برای پیامد مرگ مرتبط بوده است (نسبت شانس به ترتیب $2/52$ و $1/87$). در مجموع نشان داده شد که مسمومیت‌های عمدى يا اقدام به خودکشی، قسمت اعظم (بيش از ۷۴ درصد) موارد بستری در بخش‌های مسمومین را تشکيل مى‌دهند و لذا توجه به اپیدمیولوژی مسئله در مناطق مختلف و اتخاذ تدابير مناسب برای پيشگيری در هر سه سطح از اهميت ويزهای برخوردار است.

کليدواژه‌ها: خودکشی، اقدام به خودکشی، مسمومین، بخش مسمومین

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

نمبر: ۶۶۸۸۰۸۰۵

تلفن: ۰۶۶۹۵۱۸۷۷-۹

E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

مقدمه

مطابق گزارش اخیر مطالعه بار جهانی بیماری‌ها پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، خودکشی، دهمین علت شایع مرگ در جهان باشد [۱] .

در قرن بیستم مطالعه بروی این موضوع به شدت گسترش یافت به حدی که تا سال ۲۰۰۰ پیش شاید بر روی هیچ رفتار انسانی به اندازه «خودکشی» مطالعه و تحقیق صورت نگرفته بود. به نظر می‌رسد با توجه به این که خودکشی کماکان یک مشکل عمده سلامت عمومی در سطح جهان است، این موضوع هنوز هم تداوم یابد [۲] .

کیفیت داده‌های مرتبط با خودکشی در کشورهای مختلف تفاوت های بارزی با یکدیگر دارند و لذا مقایسه میان آنها مستلزم رعایت ملاحظات خاصی است. کشورهای حوزه بالتیک و روسیه و همچنین سریلانکا، ترخهای بالایی از میزان‌های خودکشی را نشان می‌دهند و این در حالی است که برخی کشورهای اطراف مدیترانه میزان‌های بسیار پائین را گزارش نموده‌اند که البته بسیاری از این آمار و اطلاعات چندان قابل اعتماد نیستند [۲] .

در این میان مسمومیت توسط خود فرد (Self-poisoning) یکی از شایع‌ترین روش‌های آسیب به خود (Self-harm) و یکی از عمده‌ترین دلایل ارجاع و بستری بیماران، به ویژه جوانان در بخش فوریت پزشکی بیمارستان‌ها است، بهنحوی که در مطالعه حاضر بیش از ۷۶ درصد از مسمومیت‌های پذیرش شده، مسمومیت عمدی بوده است [۳] .

در قسمت نخست این مقاله به توصیف مشخصات جمعیت اقدام‌کننده به خودکشی پرداخته شد. در این قسمت برخی خصوصیات این گروه با مسمومیتی که به‌طور اتفاقی دچار مسمومیت شده بودند مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی بود که بر روی بیماران پذیرفته شده (سرپایی یا بستری) در اورژانس بیمارستان‌های واحد بخش ویژه مسمومیت در کشور انجام پذیرفت.

جمع آوری داده‌ها طی ۶ ماهه دوم سال ۸۳ انجام پذیرفت. تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد ارزیابی قرار گرفتند و در نهایت مشخص گردید تنها بیمارستان‌های تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز، کرمانشاه، سنندج، ایلام و شهرکرد واحد بخش ویژه

رسیدگی به مسمومین هستند. در سایر مناطق، موارد مسمومیت (عمدی و یا اتفاقی) به بیمارستان خاصی ارجاع نشده و در مراکز متعددی به شکل پراکنده پذیرش می‌شند.

بررسی متون نشان داد که به طور متوسط ۸۰ درصد از موارد اعزامی به بیمارستان‌های مرجع رسیدگی به مسمومین به طور عمدی و به علت اقدام به خودکشی دچار مسمومیت شده‌اند. به این ترتیب با دقیق معادل ۳٪ و خطای $\alpha = 0.05$ ، حجم نمونه برآورد شده ۶۸۳ نفر بود که در عمل پس از اخذ ۷۲۷ نمونه و حذف ۴ مورد در نهایت ۷۲۴ نفر وارد مطالعه شدند.

همکاران طرح با شروع نمونه‌گیری در هر شهر، تمامی موارد پذیرش شده در اورژانس مسمومین را در طول تمام ساعات شبانه روز تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر وارد مطالعه می‌نمودند. حجم نمونه مورد نظر بر حسب تراکم جمعیتی شهرهای ذکر شده توزیع گردید و در نهایت به ترتیب از تهران ۳۶۸ نفر، مشهد ۱۰۰ نفر، اصفهان ۸۹ نفر، تبریز ۶۷ نفر، شیراز ۵۴ نفر و کرمانشاه ۴۵ نفر وارد مطالعه گردیدند. به جز شهر شیراز که در آن موارد مسمومیت به دو مرکز ارجاعی یعنی بیمارستان‌های نمازی و سعدی منتقل می‌شوند، در سایر شهرها نمونه از تنها مرکز تخصصی شهر اخذ می‌گردد که برای شهرهای تهران، مشهد، اصفهان، تبریز و کرمانشاه به ترتیب عبارت بودند از بیمارستان‌های لقمان حکیم، بیمارستان حضرت امام رضا (ع)، بیمارستان حضرت علی اصغر (ع)، بیمارستان سینا و بیمارستان امام خمینی (ره).

پس از ارزیابی و تحلیل بیش از ۷۰ مقاله، گزارش، تحقیق و کتاب که بر روی موضوع خودکشی متمرکز بوده است، لیستی از متغیرهای مرتبط با این مشکل تهیه گردید و جهت اولویت‌بندی آنها و تطبیق متغیرها با اهداف پژوهش و شرایط فرهنگی - اجتماعی موجود در کشور، در اختیار کارشناسان امر قرار داده شد. حاصل این کار تهیه پرسشنامه اولیه‌ای بود که به دنبال توزیع مجدد میان خبرگان و کسب نظرات اصلاحی آنها در بیمارستان لقمان تهران مورد پیش آزمون قرار گرفت.

طی مرحله پیش آزمون علاوه بر تمرکز بر روی اعتبار پرسشنامه، به مشکلات اجرایی و نحوه برقراری ارتباط میان مصاحبه‌کننده و بیمار و یا همراهان وی توجه ویژه‌ای شد. در نهایت علاوه بر آموزش‌های لازم دستورالعمل به شکل کتبی تدوین گردید که می‌توانست به صورت یک راهنمای سریعاً در دسترس، در کنار پرسشگر موارد ابهام وی را برطرف نماید.

- بیماری‌های جسمی و روانی فراوانی بیماری‌های جسمی شدید و مستلزم ناتوانی در زنان اقدام کننده به خودکشی به طور معنی‌داری بیش از مردان بود ($\chi^2=4.77$, $P<0.002$ از زنان در مقابل مردان $19/4$ درصد در میان اقدام کننده به خودکشی $=4.77$, $df=1$, $P<0.002$).

در مجموع $37/7$ درصد از زنان و $36/9$ درصد از مردان اقدام کننده به خودکشی بهشکلی، دارای سابقه مثبت از نظر مشکلات روانپزشکی و مراجعه جهت بررسی و درمان طی یک سال اخیر بودند.

- احساس پشیمانی در مقایسه با دو گروهی که احساس پشیمانی از اقدام انجام شده نداشتند یا در مورد احساس خود قضاوت نامشخصی داشتند، گروهی که احساس پشیمانی می‌کردند، به‌طور معناداری سن کمتری داشتند (آزمون Kruskal-wallis $P<0.003$).

فراوانی کسانی که احساس پشیمانی می‌کردند در زنان ($41/9$ درصد) بیش از مردان ($35/3$ درصد) بود ($P=0.005$). احساس پشیمانی با وضعیت تأهل و وضعیت تحصیلی ارتباطی نداشت.

- قصد واقعی برای مرگ آزمون Kruskal-Wallis نشان داد که افرادی که واقعاً قصد از بین بردن خود را نداشته‌اند در مقایسه با گروهی که واقعاً قصد مرگ داشته‌اند و یا در این مورد قضاوت درستی ندارند، به طور معنی‌داری میانگین سنی کمتری داشته‌اند ($P=0.01$).

جدول شماره ۱، وضعیت نیت واقعی افراد در ارتباط با از بین بردن خود و جنسیت آنها را نشان می‌دهد. زنان کمتر از مردان به طور جدی قصد از بین بردن خود را داشته‌اند ($P<0.002$, $df=2$, $\chi^2=7.39$, $P=0.02$).

بین وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و قصد جدی برای از بین بردن خود رابطه‌ای مشاهده نشد.

- عوامل مؤثر بر قصد انجام خودکشی در میان مسمومین در بررسی عوامل مؤثر بر قصد انجام خودکشی (نیت واقعی برای از بین بردن خود) از یک مدل آماری رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد:

عواملی که قصد انجام خودکشی را به نحو معنی‌داری تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارتند از:

۱- با بالا رفتن سن، احتمال مسمومیت به قصد خودکشی کاهش می‌یابد ($P<0.001$).

۲- جنسیت مذکور احتمال ایجاد مسمومیت به قصد خودکشی را افزایش می‌دهد ($P<0.001$).

در خصوص موارد منجر به فوت و یا بیمارانی که طی زمان نمونه‌گیری از هوشیاری کافی برای پاسخ‌گویی برخوردار نبودند، مقرر بود که داده‌ها از طریق نزدیک‌ترین شخص ممکن گرفته شود.

پیش از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، نحوه و اهداف اجرای تحقیق به طور کامل برای مصاحبه شونده شرح داده می‌شد و به بیمار و نزدیکان وی تفہیم می‌گردید که انجام و یا عدم انجام مصاحبه هیچ تأثیری (مثبت یا منفی) بر روند اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده برای این بیمار خاص نخواهد داشت. خوشبختانه مطالعه در عمل با میزان پاسخ‌دهی بیش از 95 درصد احرا گردید. در هیچ یک از پرسشنامه‌ها هیچ گونه مشخصات فردی قابل شناسایی درج نشده بود و داده‌های موجود در آن در پرونده‌های بیمارستانی منعکس نمی‌گردید.

تمامی پرسشنامه‌ها به جهت رعایت مفاد دستورالعمل ارایه شده مورد بازبینی قرار گرفت و به جز 4 مورد، سایر آنها از کیفیت لازم برای ورود به تحلیل داده‌ها برخوردار بودند. داده‌ها کدگذاری شده و در بانک اطلاعاتی نرم افزار SPSS 11.5 وارد گردید. برای ارزیابی داده‌ها از روش‌های مناسب آمار توصیفی و تحلیلی و در نهایت تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

در مقاله نخست خصوصیات جمعیتی نمونه مورد بررسی و برخی متغیرهای مرتبط با خودکشی ارایه گردید. در اینجا علاوه بر تکمیل اطلاعات قبلی در نهایت به مقایسه میان دو گروه مسمومین غیر عمده و اقدام کنندگان به خودکشی خواهیم پرداخت.

برای یادآوری اشاره می‌شود توزیع نمونه‌ها به لحاظ شهر محل مراجعه به قرار زیر بود:

تهران 368 نفر ($50/9$ درصد)، شیراز 54 نفر ($7/5$ درصد)، تبریز 67 نفر ($9/3$ درصد)، کرمانشاه 45 نفر ($6/2$ درصد)، مشهد 100 نفر ($13/8$ درصد) و اصفهان 89 نفر ($12/3$ درصد).

- جنسیت و سابقه اقدام به خودکشی

آزمون غیر پارامتریک Mann-whitney نشان داد که اگرچه تعداد افراد با سابقه اقدام به خودکشی در میان افراد مؤنث بیشتر بود، ولی دفعات تکرار این اقدام در میان دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0.48$).

در بررسی همبستگی میان سن افراد، وضعیت تحصیلی و دفعات اقدام به خودکشی نیز رابطه‌ای مشاهده نشد.

(۸۶/۸ درصد) به طور عمدى بوده، در حالى که اين رقم در خصوص افراد مذکور، ۲۲۰ نفر از ۳۴۳ مورد بررسى شده بود (۶۴/۱ درصد) و اين اختلاف بين دو جنس به لحاظ آمارى کاملاً معنی دار بود ($\chi^2=51.4$, $df=1$, $P<0.001$) $.$ با توجه به نرمال نبودن توزيع سنی افراد بررسی شده با استفاده از آزمون Mann-Whitney مشخص گردید که سن مسمومین در گروه با مسمومیت عمدى (خودکشی) از سن مسمومین با مسمومیت اتفاقی به طور معنی داری پایین تر بوده است ($P<0.001$) $.$

اختلاف مشاهده شده در خصوص وضعیت تأهل نیز به لحاظ آماری معنی دار است ($2=15.25$, $df=3$, $P<0.002$) χ^2 و به ویژه نسبت عمدى بودن مسمومیت در بين افراد مجرد و همچنین افراد بیو بسیار بالاتر است.

همانگونه که مشاهده می شود به استثنای گروه افراد بی سواد که به دلیل امکان کسب آگاهی کمتر و توجه به علایم هشدار و ملاحظات و برچسب های اینمی، بیشتر در معرض مسمومیت های اتفاقی قرار دارند، در سایر گروه ها و به ویژه افراد دارای تحصیلات دانشگاهی، میزان عمدى بودن مسمومیت به طور محسوس و معنی دار بالاتر است ($\chi^2=33.64$, $df=3$, $P<0.001$) $.$

زنگی در مرکز استان به طور معنی داری نسبت به زنگی در سایر شهرها و همچنین زنگی روستایی با افزایش فراوانی اقدام به خودکشی همراه بوده است ($P<0.001$) $\chi^2=16.2$, $df=2$, $P<0.001$) $.$

فراوانی مسمومیت عمدى در افراد بدون فرزند در مقایسه با افراد صاحب فرزند به طور معنی داری بالاتر بود یعنی به ترتیب ۳۹۵ نفر (۱/۱ درصد) در مقابل ۱۵۵ نفر (۷/۶ درصد) ($\chi^2=20.79$, $df=1$, $P<0.001$) $.$

در میان افراد دارای فرزند نیز با افزایش تعداد فرزندان به طور معنی دار از فراوانی اقدام به خودکشی در برابر مسمومیت اتفاقی کاسته می شود ($P<0.001$) $.$

۱۶۷ نفر (۴/۳۰ درصد) از ۵۵۰ مورد با مسمومیت عمدى سابقه نوعی وابستگی به سیگار، الكل و یا مواد روان گردان را گزارش نموده بودند، در حالى که اين فراوانی در گروه با مسمومیت غیر عمدى (۱۷۳ نفر)، ۸۷ نفر (۳/۵۰ درصد) بود. اين بالاتر بودن نسبی، به لحاظ آماری معنی دار بود ($P<0.001$) $\chi^2=22.92$, $df=1$, $P<0.001$). در واقع بسیاری از موارد مسمومیت های غیر عمدى حاصل Overdose همین موارد مورد سوء استفاده بوده است.

۳- اقامت در شهر تهران در مقایسه با اقامت در سایر شهرستانها با احتمال بیشتری با مسمومیت به قصد خودکشی همراه است ($P<0.001$) $.$

سایر موارد یعنی بعد خانوار، مصرف سیگار، داشتن فرزند، تأهل، داشتن شغل و اقامت در شهر در مقابل زندگی در روستا هیچ کدام ارتباط معنی داری با احتمال مسمومیت با قصد خودکشی نداشته اند. جزئیات نتایج در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

- عوامل مؤثر بر نیت مرگ در موارد اقدام به خودکشی از طرفی همه کسانی که اقدام به مسمومیت عمدى کرده اند، الزاماً نیت واقعی برای از بین بدن خود نداشتند. در مطالعه حاضر نیز ۴۵ درصد از افراد حداقل در ۲۴ ساعت اول آرزوی مرگ و نابودی داشته اند، حدود ۳۴ درصد اقدام را به قصد پی آمد مرگ انجام نداده اند و بالأخره حدود ۲۰ درصد نیز در همین مقطع و فاصله از اقدام، قضاوت مشخصی در این مورد نداشته اند. به منظور بررسی عوامل مؤثر بر نیت مرگ در مسمومیت عمدى نیز از یک مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید که حاوی نتایجی به شرح زیر بود:

- داشتن نقشه از پیش طرح شده برای اقدام به مسمومیت با افزایش قصد مرگ همراه بوده است

(Odds Ratio=2.53, CI%95=1.64-3.89)

- داشتن سابقه اقدام به خودکشی نیز صرف نظر از تعداد آن احتمال وجود نیت مرگ را بالا می برد

(Odds Ratio=1.87, CI%96=1.20-2.89)

همانگونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود سایر متغیرها ارتباط معنی داری با قصد واقعی برای پی آمد مرگ نداشته اند.

در مقایسه برخی متغیرها بين دو گروه با مسمومیت عمدى و غير عمدى نتایج زیر به دست آمد. فراوانی مسمومیت عمدى در افراد بدون فرزند در مقایسه با افراد صاحب فرزند به طور معنی داری بالاتر بود یعنی به ترتیب ۳۹۵ نفر (۱/۱ درصد) در مقابل ۱۵۵ نفر (۷/۶ درصد) ($\chi^2=20.79$, $df=1$, $P<0.001$) $.$ در میان افراد دارای فرزند نیز با افزایش تعداد فرزندان به طور معنی دار از فراوانی اقدام به خودکشی در برابر مسمومیت اتفاقی کاسته می شود ($P<0.001$) $.$

جدول شماره ۴ به مقایسه برخی خصوصیات بين دو گروه اقدام کننده به خودکشی و موارد مسمومیت غیر عمدى می پردازد. در بررسی رابطه بين جنسیت و مسمومیت عمدى مشخص گردید که از میان ۳۸۰ مورد مسمومیت در جنس مؤنث، ۳۳۰ مورد از آن

جدول شماره ۱- قصد واقعی افراد برای از بین بردن خود بر حسب جنسیت (n=۵۵۰)

قصد واقعی برای از بین بردن خود				جنسیت	
خیر (n=۱۹۱)		بلی (n=۲۵۱)			
نامشخص (n=۱۰۸)	تعداد	درصد	تعداد		
۵۰	۵۴	۶۰/۱	۱۵۱	۶۶	
۵۰	۵۴	۳۹/۹	۱۰۰	۲۶	
			۳۴	۶۵	
				مؤنث	
				ذکر	

جدول شماره ۲- ارزیابی تأثیر عوامل مختلف بر قصد انجام خودکشی (عمدى بودن مسمومیت)

بر حسب مدل رگرسیون لجستیک

P	%۹۵ دامنه اطمینان	Odds Ratio	متغیر
<0.001	0.935-973	0.954	افزايش سن
0.81	0.901-1.086	0.989	افزايش بعد خانوار
0.12	0.836-1.021	0.924	افزايش رتبه تولد
			جنسیت
		1(ref)	مؤنث
<0.001	1.76-4.36	2.77	ذکر
			سیگار
		1(ref)	عدم مصرف سیگار
0.15	0.45-1.12	0.71	صرف سیگار
			داشتن فرزند
		1(ref)	خبر
0.43	0.68-2.4	1.28	بلی
			وضعیت تأهل
		1(ref)	متاهل
0.12	0.89-2.62	1.52	مجرد
			اشغال
		1(ref)	شاغل
0.38	0.75-2.06	1.25	بی کار
			محل سکونت
		1(ref)	شهرستان
<0.01	1.61-3.62	2.41	تهران

جدول شماره ۳- تأثیر عوامل مختلف بر قصد واقعی برای پی آمد مرگ به دنبال مسمومیت عمدى

بر حسب مدل رگرسیون لجستیک*

P	%۹۵ دامنه اطمینان	Odds Ratio	متغیر
<0.001	1.64-3.89	1(ref) 2/53	برنامه ریزی قبلی نداشتن طرح قبلی
0.89	0.60-1.54	1(ref) 0.96	داشتن طرح قبلی خودکشی در خانواده عدم وجود سابقه خودکشی در خانواده وجود سابقه خودکشی در خانواده
0.90	0.65-1.61	1(ref) 1.02	بیماری های روانپزشکی عدم وجود سابقه بیماری وجود سابقه بیماری بیماری های جسمانی
0.22	0.43-1.21	1(ref) 0.73	عدم وجود سابقه بیماری وجود سابقه بیماری اطلاع به سایرین
0.62	0.57-1.40	1(ref) 0.89	عدم اعلام قصد خودکشی اطلاع قصد خودکشی به دیگران
0.81	0.44-1.89	1(ref) 0.91	حوادث پر تنفس یک سال اخیر* عدم وجود سابقه حوادث پر استرس وجود سابقه حوادث پر استرس
0.005	1.20-2.89	1(ref) 1.87	ساقمه اقدام به خودکشی عدم ساقمه اقدام به خودکشی وجود سابقه اقدام به خودکشی

*با وارد کردن اجزا مختلف حوادث پر تنفس طی یک سال گذشته همچون مشکلات اقتصادی، مرگ

زندیکان، مشکلات قضایی، سابقه خشونت و یا تعارض جنسی به مدل نیز ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

جدول شماره ۴- مقایسه میان برخی متغیرها در گروه اقدام کننده به خودکشی و موارد مسمومیت غیر عمدى

		مسمومیت غیر عمدى (n=۵۵۰)		وضعیت تأهل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۸/۱	۶۷	۸۱/۹	۳۰۲	مجرد
۳۰/۷	۹۷	۶۹/۳	۲۱۹	متأهل
۲۶/۷	۸	۷۳/۳	۲۲	مطلقه
۱۲/۵	۱	۸۷/۵	۷	بیوه
سطح تحصیلات				
۵۰	۳۵	۵۰	۳۵	بیسواد
۲۱	۸۱	۷۹	۳۰۴	زیردبلم
۲۵/۲	۴۵	۷۴/۸	۱۳۳	دبیلم توسطله
۱۳/۳	۱۲	۸۶/۷	۷۸	تحصیلات دانشگاهی
محل زندگی				
۱۹/۹	۱۰۰	۸۰/۱	۴۰۳	مرکز استان
۳۱/۵	۵۳	۶۸/۵	۱۱۵	شهرستان
۳۸/۵	۲۰	۶۱/۵	۳۲	روستا
محل خودکشی				
۲۰/۵	۱۲۰	۷۹/۵	۴۶۶	منزل مسکونی
۵۴/۵	۲۴	۴۵/۵	۲۰	محل کار
۲۲/۴	۱۱	۷۷/۶	۳۸	فضای باز
۳۷	۱۰	۶۳	۱۷	مکان های عمومی
۴۷	۸	۵۳	۹	سایر موارد
عامل ایجاد مسمومیت				
۶۵	۳۹	۳۵	۲۱	تربیک
۶۱/۵	۹	۳۸/۵	۵	هروئین
۹۰/۹	۲۰	۹/۱	۲	الكل
۸/۴	۴۱	۹۱/۶	۴۴۵	دارو
۴۰	۲۶	۶۰	۳۹	سموم شیمیایی
۴۳	۲۶	۵۷	۴۴	سایر مواد شیمیایی
۷۵	۱۲	۲۵	۴	نامشخص

توجه به ملاحظات فرهنگی و اجتماعی حاکم، برخی از بیماران نسبت به علت مسمومیت، به طور احتیاط آمیزی اظهار نظر می کردند و بسیار محتمل است که تعدادی از آنها عمدی بودن مسمومیت و قصد آسیب به خود را به علل مختلف (از جمله برخورد نزدیکان و حتی امکان برخوردهای خانوادگی و ... با آنها) پنهان داشته باشند (به ویژه در مسمومیتهای غیر دارویی). اما به هر حال حتی در شهر مشهد (کمترین فراوانی نسبی اقدام کنندگان به خودکشی) حدود نیمی از موارد مسمومیت را موارد اقدام به خودکشی تشکیل می دهد. مجذزاره و همکاران نیز در بررسی پرونده های بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع) در شهر مشهد طی سال های ۷۲ تا ۷۹ دریافتند که ۵۴/۴ درصد از مسمومیت ها موارد مسمومیت عمدی بوده است [۴].

بحث و نتیجه گیری

در مجموع، ۶ شهر (تهران، اصفهان، مشهد، شیراز، کرمانشاه، تبریز) که واحد بخش های ویژه مسمومین بوده اند، ۷۶/۱ درصد از موارد ارجاع جهت مسمومیت، ناشی از مسمومیت عمدی و به عبارتی اقدام به خودکشی بوده است. این میزان در شهر های اصفهان، کرمانشاه و تهران به ترتیب ۸۹/۹، ۸۴/۴ و ۸۲/۹ درصد بوده است و تنها شهری که در آن میزان مسمومیت های غیر عمدی تا حدی بیش از موارد عمدی بوده است (۵۸ درصد در مقابل ۴۲ درصد) شهر مشهد می باشد. مطالعه حاضر نشان داد که «حداقل» ۷۶ درصد از مراجعین به بخش های مسمومین را اقدام کنندگان به خودکشی تشکیل می داده اند و تأکید بر «حداقل» به این دلیل است که طی نمونه گیری، به ویژه در شهرستان ها احساس می گردید که با

نشان داد که جنسیت مؤنث نیز احتمال عمدی بودن مسمومیت را افزایش می‌دهد، به خصوص از آنجایی که اغلب موارد بررسی شده موارد «اقدام» به خودکشی بوده است (نه خودکشی موفق). این نتیجه در مطالعات متعدد دیگری نیز نشان داده شده است [۴-۷]. اقامت در شهر تهران نیز در مقایسه با سایر مراکز استان شانس مسمومیت عمدی را تا حدود ۶۰ درصد بالا می‌برد که شاید با توجه به شرایط و فرآیندهای پیچیده زندگی شهرنشینی در تهران و تنش مضاعف برای شهروندان، این موضوع قابل توجیه باشد. غالباً اینجاست که در همین حال شانس مسمومیت عمدی از نظر اقامت در شهر یا روستا تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. این در حالی است که مطالعات متعددی بروز خودکشی در شهرها را بیش از روستاهای گزارش کرده‌اند [۸]. از طرفی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک نشان داده شد کسانی که از پیش برای اقدام به خودکشی تدبیری اندیشیده بودند (حداقل ۲۴ ساعت پیش از اقدام به خودکشی)، ۲/۵۳ بار بیشتر قصد نابودی خود را داشته‌اند و به علاوه ۱/۸۶ بار بیشتر سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند. هر دوی این موارد نشان‌گر آن است که تصمیم و یا افکار خودکشی به صورت یک رفتار تکانه‌ای بوجود نیامده است و یا حداقل قبل از نیز شواهدی از آن در ذهن فرد وجود داشته است. در مقابل اقدامات تکانه‌ای اغلب در واکنش به یک مشکل حاد بوده و در اغلب آنها نیت واقعی برای معدوم نمودن خود وجود ندارد. همین مسئله یک بار دیگر اهمیت توجه به سابقه اقدام به خودکشی را در پی‌گیری و رسیدگی به بیمار اقدام‌کننده به خودکشی نشان می‌دهد. چرا که در صورت قصد واقعی برای مرگ (که در این موارد بیشتر است)، خطر اقدامی که بالأخره باعث خودکشی موفق در فرد شود بسیار بالاست.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه «آقای دکتر پژومند»، «سرکار خانم دکتر فریده خدابنده»، سرکار خانم «آزو اسدی» و همکاران جهاد دانشگاهی که اجرای طرح بدون تلاش آنها میسر نبود، تشکر و قدردانی نمایند.

پایین‌تر بودن معنی‌دار سن افراد اقدام کننده به خودکشی در مقابل مسمومیت اتفاقی، تأییدکننده یافته‌های دیگر در کشور است که خودکشی را مشکلی برای نسل جوان می‌دانند. در حالی که در برخی کشورهای اسکاندیناوی، خودکشی در سالمدنان کماکان یک مشکل بهداشتی محسوب می‌شود [۱]، اغلب مطالعات انجام پذیرفته در کشورهای در حال توسعه و ایران بار اصلی این مسئله مرتبط با سلامتی را متوجه نسل‌های جوان‌تر جامعه می‌داند. همین مسئله نشان می‌دهد که مداخلات مؤثر در این زمینه تا چه حد می‌توانند بر روی میزان سال‌های از دست رفته و یا سال‌های نوام با ناتوانی تأثیر گذار باشند. این توزیع سنی را می‌توان با دو عامل مرتب‌دانست. نخست آن که اغلب موقعیت‌های اتفاقی، ناشی از سوء مصرف مواد روان‌گردن بوده است که به جز مصرف قرص‌های محرك، استفاده کنندگان از سایر مواد معمولاً نسبت به نوجوانان میانگین سنی بالاتری دارند. در موارد مسمومیت‌های ناشی از مواجهه‌های شغلی نیز همین مسئله صادق است. دوم آن که نوجوانان و افراد کم سن و سال‌تر در مواجهه با مشکلات، تجربه و مهارت‌های انطباقی کمتری نسبت به افراد مسن‌تر دارند و لذا با فراوانی بیشتری به اقدامات آسیب‌زننده به خود دست می‌زنند. نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش سن، شانس مسمومیت عمدی اگر چه مختصر ولی به طور معنی‌دار کاهش می‌یابد.

اغلب مطالعات نیز نشان می‌دهند که در چند دهه اخیر برخلاف گذشته، خودکشی به یک مسئله تهدید کننده سلامتی برای نوجوانان و جوانان تبدیل شده است. در جنس مؤنث بیش از ۸۶ درصد از موارد مسمومیت، مربوط به اقدام به خودکشی بوده است و این رقم در افراد مذکور ۶۴ درصد بود. اغلب مطالعات انجام گرفته در جهان نیز نشان داده‌اند که اگرچه میزان خودکشی موفق در آقایان بیشتر است، ولی اقدام به خودکشی در زنان حتی گاه ۲ تا ۳ برابر مردان است [۵]. البته نباید فراموش کرد که نوع اقدام به خودکشی مورد بررسی قرار گرفته یعنی استفاده از سم از جمله طرق با خشونت کمتر محسوب می‌شود که این مورد خود در جنس مؤنث با شیوع بیشتر دیده می‌شود [۶]. نتایج مدل رگرسیون لجستیک

منابع

- ۱- Carlsten A, Waern M, Allebeck P. Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969-1996. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999; 34: 609-14
- ۲- Robert D Goldney. A global view of suicidal behavior. Emergency Medicine 2002; 14: 24-34
- ۳- آذین سید علی، شهیدزاده علی، امیدواری سپیده، عبادی مهدی، منتظری علی، سیمای خودکشی در مراجعین به بخش‌های سمومی: قسمت اول، پایش، ۷، ۱۳۸۷.
- ۴- Afshari R, Majdzadeh R. Pattern of acute poisoning in Mashhad: Iran, 1993-2000. Journal of Clinical Toxicology 2004; 42: 965-75
- ۵- Darke S, Ros J. Suicide among heroin users, risk factors and methods. Society for Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs; 97: 1383-94
- ۶- Annette L. Beautrais, suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple group comparison study. American Journal of Psychiatry 2003; 160: 1093-99
- ۷- علیشیری بهروز، بررسی عوامل اجتماعی و روانی مؤثر بر قصد خودکشی در تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۰
- ۸- موسوی فاطمه، شاه محمدی داود، کفاشی احمد، بررسی همه‌گیری شناسی خودکشی در مناطق روستایی، اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، ۵، ۴-۹