

عوامل مؤثر بر همه گیر شناسی خودکشی در مراجعین به بخش اورژانس بیمارستان رازی رشت

دکتر مرتضی رهبر طارم‌سری *

متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دکتر رضا اورنگ پور

پزشک عمومی، مرکز پزشکی قانونی استان گیلان

سید امین موسویان روشن ضمیر

دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

فروغ دوام

دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

زمینه: خودکشی به معنی آسیب مرگبار به خود است که با هدف آگاهانه انجام می‌شود و به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی در حدود ۱/۹-۴ درصد از کل مرگ‌ها را شامل می‌شود. خودکشی سومین عامل منجر به مرگ در میان بوجوانان و هفتمین عامل در جوانان است. با توجه به جوان بودن جمعیت کشور و افزایش نرخ خودکشی در مساهلای اخیر و زیان اجتماعی و صرف وقت و هزینه پزشکی دانان بیمارستان، انجام یک بررسی در خصوص تبیین علل خودکشی ضروری بود.

روشها: در این مطالعه مقطعی، پرسشنامه ای حاوی مؤالات دموگرافیک و اجتماعی و عوامل زمینه ساز خودکشی طراحی گردید و با مراجعه روزانه به اورژانس بیمارستان رازی ضمن مصاحبه بابیماران و همراهان آنها، اطلاعات لازم جمع آوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 9 و آزمون کای دو با ضریب اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از مجموع ۲۲۰ نفر که اقدام به خودکشی کرده بودند ۹۸ نفر (۴۰/۸ درصد) مرد و ۱۲۲ نفر (۵۹/۲ درصد) زن بودند. بیشترین تعداد نمونه ها در رده سنی ۱۸-۱۵ سال (۳۳/۳ درصد) و در رده تحصیلی راهنمایی (۳۰/۴ درصد) قرار داشتند. ۲۲/۹ درصد افراد قبلا اقدام به خودکشی کرده بودند. مهمترین علل زمینه ساز خودکشی در این مطالعه اختلافات خانوادگی (۵۲/۶ درصد)، مشکلات عاطفی (۱۸/۸ درصد)، مشکلات اقتصادی (۸/۳ درصد)، مشکلات جنسی و زوجهی (۷/۹ درصد) و سایر علل (۷/۹ درصد) بود و در ۲/۵ درصد موارد علت خاصی وجود نداشت. تفاوت علل زمینه ساز در متاهلین و غیر متاهلین از نظر آماری معنی دار بود (Pvalue < ۰/۰۵).

اختلاف علل زمینه ساز در گروههای سنی زیر ۲۵ سال و بالای ۲۵ سال از نظر آماری معنی دار بود (Pvalue < ۰/۰۵).

نتیجه گیری: همانند مطالعات مشابه در دنیا، اختلاف خانوادگی مهمترین عامل زمینه ساز خودکشی است که بیانگر لزوم ایجاد مراکز مشاوره برای بوجوانان جهت تسناحت نیازهایشان، پاسخ به پرسشها و ارائه راهنمایی و حمایت از آنهاست. مشکلات عاطفی نیز دومین عامل مهمی است که جوانان را تهدید می‌کند، بنابراین جوانان باید تشویق به یافتن کمکهای تخصصی شده و ضمن بیان دقیق احساساتشان به فرد متخصص، راهنمایی مناسب را دریافت نمایند.

واژگان کلیدی: خودکشی، اختلافات خانوادگی، عوامل زمینه ساز

مقدمه

خودکشی به معنی آسیب مرگبار به خویش است که به صورت آگاهانه انجام می شود و با رفتار آسیب زایی که هدف هوشیارانه در آن بارز نیست (مانند جنون سرعت، راندن وسیله نقلیه بعد از نوشیدن الکل، استعمال دخانیات، بی اشتهاهی عصبی و ...) تفاوت دارد (۱).

به بیان دیگر خودکشی راه خروج از بحران هایی است که به طور ثابتی موجب آزار شدید فرد می شوند. همچنین می توان آن را واکنشی نسبت به استرس های داخلی و خارجی و یا ناشی از حوادث زندگی دانست (۲).

خودکشی یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی جوامع مختلف است که در حدود ۰/۴ تا ۰/۹ درصد علل تمامی مرگ ها را شامل می شود. البته میزان خودکشی نا موفق بسیار بیشتر از این است.

خودکشی سومین علت مرگ و میر در نوجوانان ۱۵ - ۲۴ ساله و هفتمین علت مرگ در سنین جوانی است. در طول دو دهه گذشته میزان خودکشی در این دو گروه پیوسته افزایش یافته است. اگر چه اشخاص بالای ۶۵ سال فقط ۱۱ درصد از جمعیت را تشکیل می دهند، درصد بالایی از خودکشی کنندگان را به خود اختصاص می دهند (۳).

زنان ۳ تا ۴ برابر بیشتر از مردان اقدام به خودکشی می کنند ولی خودکشی در مردان ۲ تا ۳ برابر نسبت به زنان موفق تر است (۴).

علاوه بر سن و جنس، تأهل هم اثر قابل توجهی بر نرخ خودکشی دارد. بیشترین خطر در افراد مجردی دیده می شود که هرگز ازدواج نکرده اند و بیوه ها، مطلقه ها و متأهلین بدون فرزند و متأهلین دارای فرزند در رتبه های بعد قرار دارند (۴).

از جمله عوامل مؤثر دیگر در اقدام به خودکشی می توان به بیکاری، تراکم جمعیت در محل زندگی، رخداد مصیبتها، مذهب، سطح سواد و بیماری هایی مثل شیذوفرنی اشاره کرد. در مطالعه ای که در شیراز انجام شد مهمترین علل خودکشی در میان مردان اختلافات خانوادگی، مشکلات عاطفی، مسائل اجتماعی اقتصادی و بیماری های روانی بود. نتایج زنان کمی تفاوت داشت و بیماری های روانی قبل از مسائل اجتماعی اقتصادی علت سوم اقدام به خودکشی بود (۵).

در مطالعه دیگری که در گیلان انجام شد مشکلات خانوادگی به عنوان شایعترین حادثه استرس زای زندگی در تمام گروه های سنی اعلام شد (۸).

مواد و روش ها

در این مطالعه مقطعی پرسشنامه ای شامل سؤالات دموگرافیک و اجتماعی طراحی شد و متغیرهای جنس، سن، شغل، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل، سابقه اقدام به خودکشی، درآمد سرانه خانواده، سابقه

خانوادگی خودکشی، محل سکونت، وابستگی به مواد و سابقه کیفی مورد سؤال قرار گرفت. در انتهای پرسشنامه سه سؤال «مهمترین عامل زمینه ساز خودکشی چه بوده است؟»، «فاصله زمانی اقدام به خودکشی با بحران منجر به خودکشی چقدر بود؟» و «آیا فرد قصد واقعی اقدام به خودکشی داشته است؟» پرسیده شده بود.

طی ۴ ماه (از ۸۱/۳/۸ تا ۸۱/۷/۸) با مراجعه حداقل یک بار در روز به اورژانس بیمارستان رازی رشت ضمن مصاحبه با بیماران و همراهان آنها، اطلاعات لازم جمع آوری شد. ۲۴۸ مورد اقدام کننده به خودکشی مورد مصاحبه قرار گرفتند که ۲۴۰ مورد از آنها با پرشگران همکاری نمودند و اطلاعات لازم از آنها و یا همراهان نزدیکشان اخذ شد. داده ها با نرم افزار آماری SPSS 9 و آزمون آماری کای دو با ضریب اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۴۰ نفر بررسی شدند که از این تعداد ۱۴۲ نفر (۵۹/۲ درصد) مؤنث و ۹۸ نفر (۴۰/۸ درصد) مذکر بودند. بیشترین تعداد موارد اقدام به خودکشی در سنین ۱۹ - ۱۵ سال بود (۳۳/۳ درصد) و گروههای سنی ۲۴ - ۲۰ سال با ۲۸/۸ درصد و بالای ۴۰ سال با ۱۳/۳ درصد در رتبه های بعدی قرار داشتند. میانگین سنی ۱۲/۷ ± ۲۶/۲۳ سال بود. کمترین میزان خودکشی در گروههای سنی زیر ۱۵ سال و ۳۹ - ۳۵ سال وجود داشت.

از نظر شغلی بیشترین موارد اقدام به خودکشی در زنان خانه دار (۳۲/۹ درصد) و دانش آموزان یا دانشجویان (۲۰/۴ درصد) بود. کارکنان مشاغل آزاد (۱۳/۳ درصد)، کارگران یا کارمندان (۹/۲ درصد)، کشاورزان (۴/۲ درصد) سربازان (۳/۸ درصد) در رده های بعدی قرار داشتند و ۱۶/۳ درصد از افراد هم هیچ شغلی نداشتند.

۳۰/۴ درصد افراد تا مقطع راهنمایی تحصیل کرده بودند و ۲۰/۴ درصد مدرک دیپلم، ۱۶/۷ درصد تحصیلات ابتدایی، ۱۶/۳ درصد تحصیلات متوسطه و ۷/۹ درصد تحصیلات عالی داشتند. همچنین ۸/۳ درصد از افراد مورد بررسی بی سواد بودند.

۵۳/۳ درصد مجرد، ۴۳/۳ درصد متأهل، ۲/۱ درصد مطلقه و ۱/۳ درصد بیوه بودند.

۲۲/۹ درصد از افراد تحت مطالعه، سابقه اقدام به خودکشی داشتند. ۱۵/۴ درصد یک بار، ۴/۲ درصد دوبار، ۲/۵ درصد سه بار، ۰/۴ درصد چهار بار و ۰/۴ درصد هفت بار اقدام به خودکشی کرده بودند.

۶۱/۷ درصد از پاسخ دهندگان از نظر در آمد سرانه، کمتر از ۳۰ هزار تومان در ماه درآمد داشتند. ۱۸/۳ درصد ۳۰ تا ۶۰ هزار تومان در ماه و ۱۲/۹ درصد بیشتر از ۶۰ هزار تومان در ماه درآمد داشتند. ۷/۱ درصد نمونه ها به این سؤال پاسخ مناسبی ندادند.

۱۸۰ نفر (۷۵ درصد) از اقدام کنندگان به خودکشی تا سن ۱۸

برای از بین بردن خود داشتند و ۵۵ نفر (۲۲/۹ درصد) از آنها نیز اظهار کردند که قصد واقعی کشتن خود را نداشتند.

در سنین زیر ۲۵ سال اختلافات خانوادگی (۵۴/۴ درصد) و مشکلات عاطفی (۲۵/۶ درصد) از مهمترین علل زمینه ساز خودکشی بود اما در سنین بالای ۲۵ سال اختلافات خانوادگی (۵۲/۸ درصد) و مسائل اقتصادی (۲۵ درصد) از مهمترین علل بودند. این اختلاف از نظر آماری با $Pvalue < 0/05$ معنی دار بود (نمودار شماره ۲). در متأهلین، اختلافات خانوادگی (۶۱/۵ درصد)، مسائل اقتصادی (۱۱/۵ درصد) و مشکلات جسمی و روحی مزمن (۱۱/۵ درصد) مهمترین علل بودند. در گروه مجردین، مطلقه ها و بیوه ها، اختلافات خانوادگی (۴۹/۳ درصد) و مشکلات عاطفی (۲۸/۷ درصد) از مهمترین علل زمینه ساز بودند. این اختلاف با $Pvalue < 0/05$ از نظر آماری معنی دار بود (نمودار شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه نسبت زنان به مردان ۱/۴۵ به ۱ بود که تقریباً با نتایج مطالعات انجام شده در شیراز، رشت، همدان و ایلام مشابه است و حاکی از اقدام بیشتر زنان به خودکشی است (۱۰-۸، ۵). بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال بود (۶۲/۱ درصد) که مشابه مطالعات دیگر در ایران و گرینلند است (۷). با بالا رفتن سن این میزان کاهش می یابد و پس از ۴۰ سالگی دوباره افزایش می یابد. این سنین طیفی است که مسؤلیت های جدیدی از

سالگی با والدین خود زندگی کرده بودند (افراد زیر ۱۸ سال که با والدین خود زندگی می کردند، جز زندگی با والدین محسوب شدند).

۴۵ نفر (۱۸/۸ درصد) در خانواده خود سابقه خودکشی داشتند. ۶۹/۶ درصد از پاسخ دهندگان ساکن شهر و ۳۰/۴ درصد ساکن روستا بودند.

۴۳ نفر (۱۷/۹ درصد) وابستگی به نوعی از مواد یا الکل داشتند. الکل و تریاک شایع ترین مواد مورد سوء استفاده در ۳/۳ درصد کل نمونه ها بود.

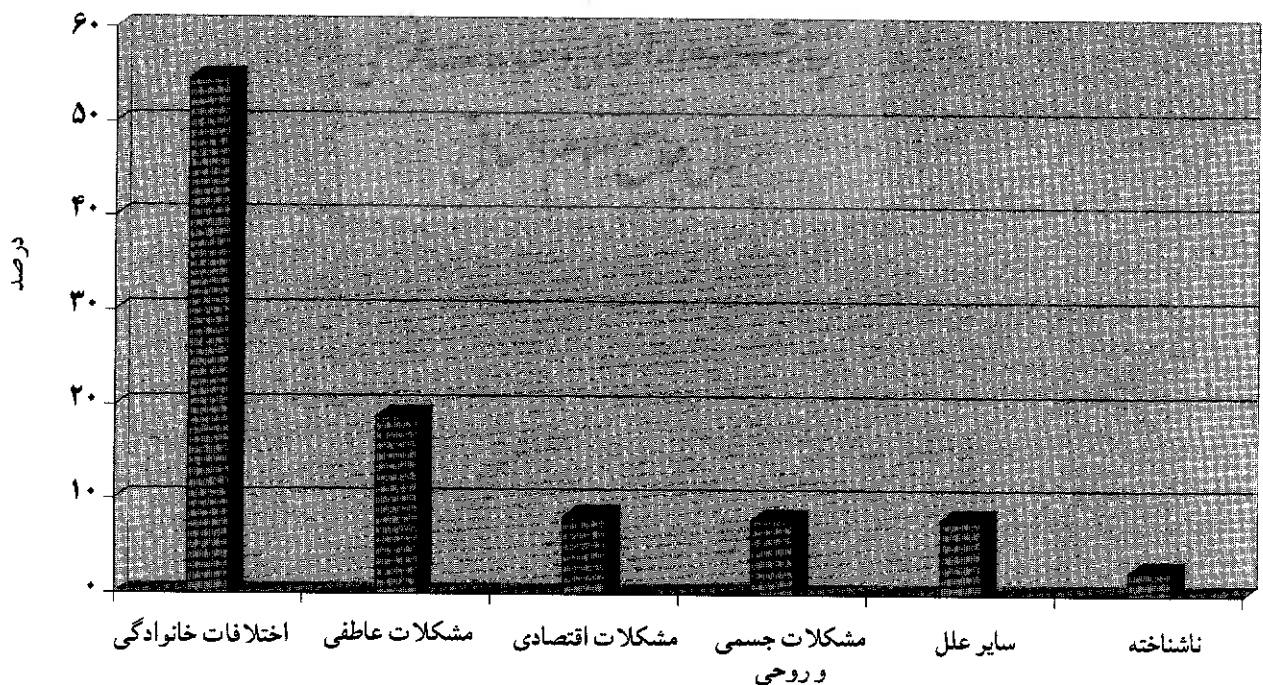
۲۶ نفر (۱۰/۸ درصد) سابقه کیفری مشخصی داشتند و به این علت به حبس یا جزای نقدی و یا شلاق محکوم شده بودند.

در این مطالعه اختلافات خانوادگی ۵۴/۶ درصد از کل عوامل زمینه ساز خودکشی را به خود اختصاص می داد و مشکلات عاطفی با ۱۸/۸ درصد دومین عامل زمینه ساز خودکشی در جمعیت مورد مطالعه بود. مشکلات اقتصادی با ۸/۳ درصد و مشکلات جسمی و یا روحی روانی مزمن با ۷/۹ درصد در رتبه های بعدی علل زمینه ساز قرار داشتند (نمودار شماره ۱).

در ۷/۹ درصد موارد سایر علل زمینه ساز خودکشی مانند اعتیاد شوهر، علاقه به تجربه مرگ و رد شدن در امتحانات مطرح بودند. در ۲/۵ درصد از موارد هیچ علت خاصی مشخص نشد.

۸۸ نفر (۳۶/۷ درصد) در همان روز وقوع بحران یا مشکل زمینه ساز اقدام به خودکشی کرده بودند.

۱۶۳ نفر (۶۷/۹ درصد) از بیماران ذکر کردند که قصد واقعی



نمودار شماره ۱- فراوانی نسبی علل زمینه ساز خودکشی در افراد مورد مطالعه در بیمارستان رازی رشت

ایلام و گیلان مدرک تحصیلی متوسطه بیشترین فراوانی را داشت (۱۰، ۸).

بیشتر افراد این مطالعه همانند مطالعه شیراز مجرد بودند که این امر اشاره ای ضمنی بر نقش حفاظتی ازدواج در مقابل خودکشی دارد.

تقریباً دو سوم افراد در آمد سرانه ای کمتر از ۳۰ هزار تومان در ماه داشتند که با توجه به وضعیت اقتصادی جامعه و نرخ تورم، درآمدی است که مشکلات زیادی را برای فرد به بار خواهد آورد.

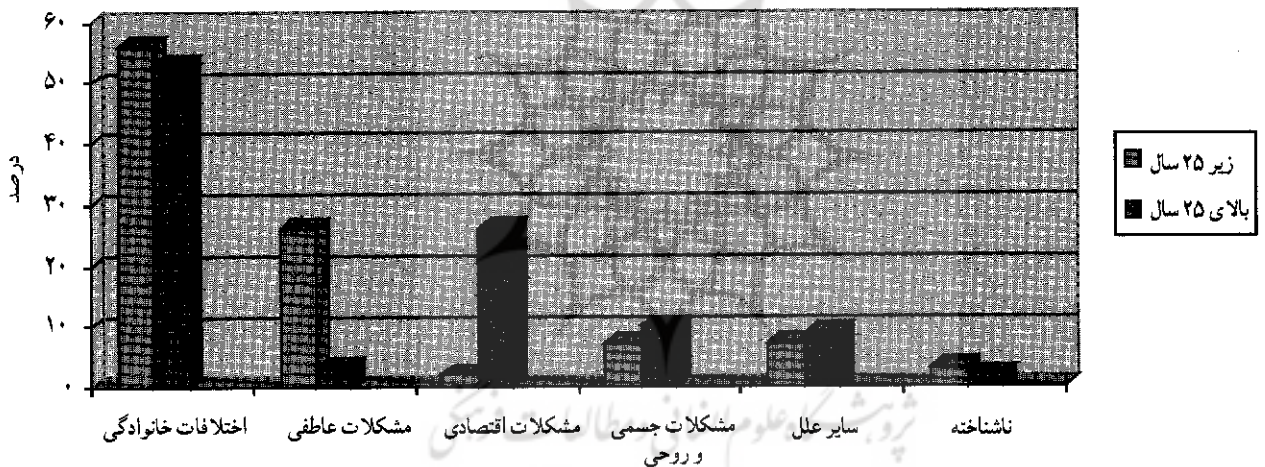
۲۲ / ۹ درصد جمعیت مورد مطالعه، سابقه قبلی خودکشی داشتند که مشابه مطالعه ای در ایالات متحده است (۶). این نسبت در شیراز ۹ / ۶ درصد بود. ۱۸ / ۸ درصد سابقه قبلی اقدام به خودکشی را در خانواده و نزدیکان خود ذکر می کردند.

بیش از دو سوم افراد تحت مطالعه ساکن شهر بودند. اگر امکان

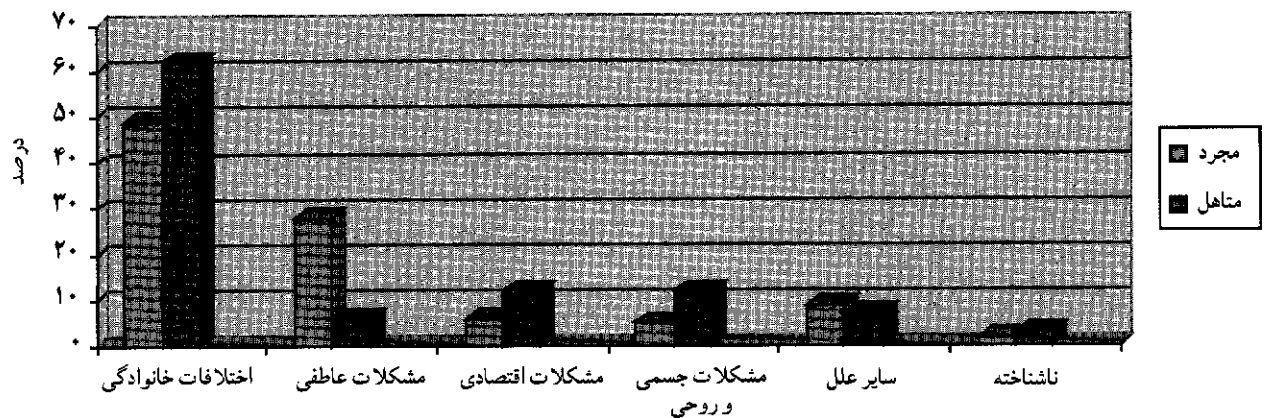
سوی اجتماع بر عهده فرد گذاشته می شود و فرد راه استقلال اقتصادی را در پیش می گیرد و تمایل قوی برای ایجاد روابط صمیمی با جنس مخالف و تمایل به تشکیل خانواده پیدا می کند و بروز مشکل در این سنین، شاید مسائل روان شناختی بسیار جدی را برای فرد به همراه داشته باشد.

در این تحقیق بیشترین گروه شغلی را زنان خانه دار (۳۲ / ۹ درصد) و دانش آموزان یا دانشجویان (۲۰ / ۴ درصد) تشکیل می دادند که نشان از آسیب پذیری بیشتر این دو گروه دارد. بیش از نیمی از زنان اقدام کننده به خودکشی خانه دار بودند (۵۵ / ۵ درصد) که می تواند بازخوردی از آمار بالای زنان خانه دار در جامعه باشد و البته بررسی بیشتر در این زمینه مفید خواهد بود.

بیشترین تعداد افراد مورد مطالعه تا سطح راهنمایی تحصیل کرده بودند که مشابه نتیجه مطالعه شیراز است (۵) در حالی که در مطالعات



نمودار شماره ۲- فراوانی نسبی علل زمینه ساز خودکشی در گروههای سنی مختلف افراد مورد مطالعه در بیمارستان رازی رشت



نمودار شماره ۳- فراوانی نسبی علل زمینه ساز خودکشی در گروههای مجرد و متأهل افراد مورد مطالعه در بیمارستان رازی رشت

تقدیر و تشکر

در پایان جا دارد از زحمات و راهنمایی‌های مرشدانه جناب آقای دکتر سید علی پیرنیا، متخصص بیماری‌های اعصاب و روان که ما را در انجام هر چه بهتر این طرح یاری نموده اند قدردانی نماییم.

مراجع

- 1- Lyttle J. Mental Disorder: it's care & treatment. 1st ed. London: Bailliera Tindall; 1988: 341-343
- 2- Richman J. A rational approach to rational suicide. Suicide Life Threat Behavior 1992; 22(1): 130-141
- 3- Talbott JA Hales RE, Yudofsky SC. Text Book of Psychiatry. 3rd ed. Am Psychiatry Press Inc; 1988: 1021-1033
- 4- Hymen SE. Manual of Psychiatric Emergencies. 2nd ed. A Little Brown Pub; 1988: 16-18
- 5- Toobaei Sh, Loghmani A, Yoosefian R. Suicidal causes among 15 to 30 year olds in Shiraz southern IRAN. Iran J Med Sci 1999; 24 (1&2): 14-19
- 6- Walrath CM, Mandell DS, Liao Q, et al. Suicide attempts in the «Comprehensive community mental health services for children & their families» program. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Oct; 40(10): 1197-1205
- 7- Leineweber M, Bjerregaard P, Baerveldt C, et al. Suicide in a society in transition. Int J Circumpolar Health 2001 Apr; 60 (2): 280 - 287
- ۸- خلخالی م، رهبر م. بررسی حوادث زندگی در اقدام کنندگان به خودکشی. مجله دانشکده پزشکی گیلان ۱۳۸۰؛ سال دهم، شماره ۳۹ و ۴۰: ۹۶-۱۰۵
- ۹- ملکی ح، حیدری پهلویان ا. بررسی متغیرهای روانی اجتماعی مؤثر بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مرکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۱۳۷۴-۱۳۷۳. مجله دانشکده پزشکی همدان ۱۳۷۸؛ سال ششم، شماره چهارم: ۳۰-۲۴
- ۱۰- کیخاوی س. بررسی شیوع خودکشی موفق و ناموفق در استان ایلام ۱۳۷۶. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام ۱۳۷۹؛ شماره ۲۸: ۱۲-۷
- ۱۱- خازابی ف، صالحی س. بررسی علل و عوامل مؤثر بر افزایش نرخ خودکشی در استان گیلان از سال ۷۱ تا ۷۳. حوزه معاونت سیاسی امنیتی دفتر امور اجتماعی استانداری گیلان؛ ۱۳۷۴

دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی را در ساکنین شهر و روستا یکسان فرض کنیم می توان تراکم جمعیت و تنش های معمول زندگی شهری را از جمله مسائلی دانست که سایه سنگین خود را بر زندگی شهری گسترده است.

تقریباً ۱۸ درصد افراد اقدام کننده به خودکشی وابستگی به یکی از مواد مخدر و یا الکل داشتند. این آمار به نسبت جمعیت عادی جامعه درصد بالایی است و حاکی از شیوع بیشتر اقدام به خودکشی در این دسته است.

در میان علل زمینه ساز خودکشی اختلافات خانوادگی و بین فردی در خانواده با فاصله ای زیاد درصد بالایی از موارد را به خود اختصاص می دهد که ایجاب می نماید سرمایه گذاری بیشتری در جهت حاکم شدن بهداشت روانی مناسب در میان اعضای خانواده و به کارگیری روش هایی برای کسب مهارت های زندگی و تقویت مکانیزم های مداخله در بحران صورت پذیرد.

اگر چه علل زمینه ساز خودکشی در دو جنس از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشت اما زنان بیش از دو برابر مردان به علت اختلافات خانوادگی دست به خودکشی زده بودند در حالی که تعداد زنان در نمونه این مطالعه کمتر از ۱/۵ برابر مردان بود.

در این مطالعه مسائل عاطفی دومین عامل اقدام به خودکشی بود که حتی بالاتر از مسائل اقتصادی قرار گرفته است و این مسأله نشان می دهند که علی رغم مشکلات اقتصادی فراوانی که در جامعه وجود دارد برای حل مشکل خودکشی در گیلان باید بر مسائل دیگری از جمله آموزش خانواده ها و جوانان و تعلیم روش های درست برخورد ها و تعاملات اجتماعی به خصوص در ارتباط با جنس مخالف تکیه کرد.

۳۶/۷ درصد از کل جمعیت مورد مطالعه در همان روز ایجاد مشکل یا بحرانی که خود آن را مؤثر در اقدام به خودکشی می دانستند دست به خودکشی زده بودند. چه بسا یک حمایت عاطفی صحیح و با مراکز سرویس دهنده مناسب در جهت حفظ بهداشت روانی بتواند در روزهای اول وقوع بحران ناجی فرد باشد.

در سنین بالای ۲۵ سال، مشکلات عاطفی جای خود را به مشکلات اقتصادی می دهد و این مسأله حاکی از آن است که با بالا رفتن سن و درگیر شدن افراد در زندگی اجتماعی، نوع تفکر و مشغولیت های ذهنی کمی تغییر می کند و احساسات تا حد زیادی جنای خود را به عقلانیت و در نتیجه نگرانی هایی در زمینه اداره زندگی می دهد. همانطوری که در متأهلین هم مسائل اقتصادی پس از اختلافات خانوادگی به عنوان دومین عامل زمینه ساز اقدام به خودکشی مطرح است.