مقاله پژوهشی

بررسی یک‌ساله مسمومین بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳

دکتر حسین حسنیان مقدم*- دکتر عبدالکریم پژومند - دکتر سعیده سرجمعی *****

* متخصص پزشکی قانونی، فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیت ها، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** متخصص پزشکی قانونی و مسمومیت ها، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*** فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

زمینه و هدف: در ایران مرکزی که اطلاعات مسمومین سراسر کشور را جمع آوری نماید وجود ندارد. سرویس مسمومین بیمارستان لقمان تهران تنها مرکز دانشگاهی تهران بزرگ است که با قدمتی بیش از شصت سال به پذیرش بیماران مسموم می‌پردازد و اکثر بیماران مسموم تهران به آن ارجاع می گردند. هدف این مطالعه نشان دادن اپیدمیولوژی مسمومیت‌ها بر اساس طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD10) در این مرکز به عنوان الگوی تهران بزرگ در سال ۱۳۸۳ است.

روش بررسی: این مطالعه به شکل مقطعی بر روی کلیه بیماران بستری نوجوان و بالغ بالای ۱۲ سال در مجموعه مسمومین لقمان در سال ۱۳۸۳ انجام شد. متغیرهای تحقیق شامل نوع مسمومیت (بر اساس ICD10)، انگیزه، سن، فصل، سابقه اقدام مشابه، سابقه بیماری روانی، سابقه اعتیاد و پیش‌آگهی بودند.

یافته‌ها: از اول فروردین سال ۱۳۸۳ تا ۲۹ اسفند همان سال و از مجموع ۲۶۰۷۸ بیمار مراجعه کننده به اورژانس مسمومین بیمارستان لقمان، ۱۱۴۶۵ نفر (۴۴٪) با مسمومیت حاد در مجموعه مسمومین بستری گردیدند. ۴۵ بیمار فوت شده به اورژانس رسیدند که در آمار محاسبه نگردیدند. این تعداد حدود نیمی از کل بستری‌های بیمارستانی همان سال بود. مسمومیت‌های عمدی بیشترین انگیزه بستری بیماران را به خود اختصاص داده (۷۴٪) و مسمومیت‌های اتفاقی که در رأس آنها سوءمصرف مواد قرار داشت علت بعدی مراجعه بیماران بود (۲۶٪). مسمومیت با داروها شایع‌ترین علت مراجعه بیماران بود که در این میان دسته T42 (۸/۲۰ ٪) و T43 (۸/۱۷ ٪) شامل داروهای ضد افسردگی و بنزودیازپین‌ها و داروهای ضد تشنج در رأس قرار داشتند. مخدرها و شبه مخدرها T40 (۷/۱۱ ٪) در رده سوم قرار داشتند. از نظر جنسی و فصل مسمومیت تفاوت عمده‌ای مشاهده نگردید. مرگ در ۲۷۲ بیمار (۱٪ مراجعین) اتفاق افتاد که شایع‌ترین علت آن مسمومیت با مواد مخدر (۴۳/۷٪) و در ادامه مسمومیت با آفت‌کش‌ها (۹/۹٪) بود. ۶۷/۶٪ فوت‌شدگان، سنی کمتر از ۴۰ سال داشتند و ۸۰/۱٪ مرد بودند.

نتیجه‌گیری: هر چند آمار خودکشی در ایران از بسیاری از کشورهای غربی پایین تر است ولی روند خود مسموم‌سازی در جامعه رشد بسیار زیادتری از رشد جمعیت داشته و مسمومیت ناشی از سوءمصرف مواد، الگوی جنسی مسمومین را دچار تغییر کرده است. به نظر می‌رسد اقدامات کشوری برای کنترل سوء مصرف مواد ناکافی بوده و مداخلات فوری برای حمایت از بیماران و گروه های پر خطر لازم باشد.

واژگان کلیدی: مسمومیت، اپیدمیولوژی، خودکشی، سوء مصرف مواد، اعتیاد

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۸/۷ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۵/۳

نویسنده پاسخگو : تهران- خیابان کارگر جنوبی- بیمارستان لقمان حکیم- بخش مسمومین - hassanian@sbmu.ac.ir

مقدمه

دسترسی به داروها و مواد شیمیایی در ایران کار چندان دشواری نیست. پس دور از انتظار نیز نخواهد بود اگر مسمومیت با آن فراوان باشد. با این وجود در مجموع معمولاً بیماران این گروه خوش عاقبت هستند. مطالعات نشان می‌دهد که شایع‌ترین راه اقدام به خودکشی در کشور ما داروها و سموم هستند. اما این گروه با اختصاص ۱۳/۳۱٪، جایگاه سوم را در علل فوت ناشی از خودکشی، بعد از حلق‌آویزی و خودسوزی به خود اختصاص داده‌اند (۲, ۱). خودکشی و سوء مصرف مواد واقعیت‌های غیر قابل انکار جامعه امروزی هستند و دولت‌ها یکی از موفقیت‌های زمامداران خود را کنترل بهداشت روانی اجتماع خود می‌دانند که نماد آن میزان خودکشی و اعتیاد در جامعه است. آمار نشان می دهد که طی ۴۵ سال گذشته خودکشی در جهان ۶۰٪ افزایش داشته است (۳). بر طبق آمار، ایران در سال ۱۹۹۱ در رتبه ۹۱ و در سال ۲۰۰۳ در رتبه ۵۸ جهان از نظر خودکشی و در سال ۱۹۹۹ در رتبه اول از نظر سوء مصرف مواد قرار داشته است (۶-۴). بر اساس تحقیقات بیش از ۷۵٪ کسانی که خودکشی موفق داشته‌اند، در روز، هفته یا چند ماه پیش از مرگ رفتارهایی داشته ونیز مطالبی

را به زبان آورده اند که حاکی از ناامیدی شـدید و احتمال خودکشـی آنها بوده است (۷).

از آن جایی که اقدام به خودکشـی با داروها و سـموم شایع‌ترین راه رایج در کشـور و دنیا اسـت بررسی این موارد در واقع مهم‌ترین راه شناسـایی نمودن افراد در معرض خطر است. شیوع اختلالات روانی در سراسـر دنیا ۲۰٪ اسـت (که میزان آن در زنان ۲ برابر مردان است) و این رقم در کشور ما به۲۱٪ کل جمعیت می رسد.

این افراد همان کسانی هستند که با سوءمصرف مواد و یا اقدام به خودکشـی به بخش‌های مسمومین و یا اورژانس‌ها مراجعه می‌نمایند و بعد از ترخیص نیاز به حمایت روانی جدی دارند اما سیسـتم دولتی در این مورد موفق نبوده و کمبود ۲۰ هزار تخت روانی در کشور نشان کم توجهی به این معضل روز افزون جهانی است (۸).

مجموعه مسمومین بیمارستان لقمان سابقه ای بیش از ۶۵ سال در پذیرش بیماران مسموم داشته و همواره آیینه‌ای از معضلات اجتماعی جامعه بوده اسـت. از آن جا که هیچ مرکزی برای ثبت دقیق اطلاعات مربوط به مسمومیت‌ها در کشـور وجود ندارد اطلاعات اپیدمیولوژیک مرکز مسمومیت لقمان در برنامه ریزی های آتی خصوصاً در مورد نسل جوان ارزشمند است.

روش بررسی

این پژوهش بر اسـاس اطلاعـات موجود در واحد کدگذاری و نیز واحد آمار بیمارسـتان لقمان و بر روی کلیه بیماران بستری بالای ۱۲ سـال در سال ۱۳۸۳ و به شکل مقطعی و گذشته‌نگر از طریق مشاهده پرونده بیماران انجام گردید. متغیرهای تحقیق شـامل نوع مسمومیت بر اسـاس (ICD10)[1]، انگیزه، سـن، فصل، سـابقه اقدام مشابه، سابقه بیماری روانی، سابقه اعتیاد و پیش آگهی بودند. داده‌ها طبقه بندی و با آمار توصیفی آنالیز گردیدند. نوع مسمومیت بیماران بر اساس ICD10 کدگذاری گردید.

یافته ها

از مجمـوع ۲۶۰۷۸ بیمار مراجعه کننده به اورژانس مسـمومین بیمارسـتان لقمـان از اول فروردین ۱۳۸۳ تا ۲۹ اسـفند همان سـال ۱۱۴۶۵ بیمار با مسمومیت حاد در مجموعه مسمومین بستری گردیدند و وارد مطالعه شـدند. این تعداد نزدیک به نیمی از کل موارد بسـتری بیمارسـتانی را تشکیل می‌داد. ۴۵ بیمار فوت شده به اورژانس رسیدند که در آمار محاسـبه نگردیدند. این تعداد شـامل ۵۸۱۸ مرد (۵۱٪) و ۵۵۸۳ زن (۴۹٪) بودند. جنسـیت ۶۴ نفر نامعلـوم بود. تفاوت بارزی در فصول مراجعه بیماران یافت نگردید. شـایع‌ترین مسـمومیت منجر به بسـتری در گروه T42 و عمدتاً شامل بنزودیازپین ها قرار داشت که علت بسـتری ۲۳۸۱ (۲۰/۸٪) نفر از بیمـاران بود که به تنهایی و یا با سایر داروها و سموم آن را مورد استفاده قرار داده بودند. گروه T43 که در رأس آنها داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه ای به چشم می‌خورد علت دوم بستری بیماران در این سال بودند که علت بستری۲۰۴۵ (۱۷/۸٪) نفر را به خود اختصاص می‌دادند. سـایر علل بستری در جدول ۱ نشان داده شده است.

انگیزه و سـابقه مسـمومیت در بـدو ورود در پرونده‌های بیماران جسـتجو و کدگذاری گردید. با توجه به نوع سؤالات از قبل معلوم بود که پاسخ‌های مربوط به سـابقه، دارای موارد منفی کاذب بالایی باشند (جدول۲).

شـایع‌ترین علت مرگ در بیمـاران مراجعه‌کننده با تفاوت زیادی نسـبت به سـایر علل مربوط به گروه T40 و شـامل مخدرها و شـبه مخدرها بود که با ۱۱۹ مورد (۴۳/۷۵٪) مرگ در رأس قرار داشت و به دنبال آن مسمومیت با الکل‌ها ۲۷ مورد (۹/۹۳٪) دومین عامل شناخته علت مرگ بود. ۶۷/۶٪ مرگ و میرها (۱۸۴ فوتی) مربوط به گروه‌های سنی زیر ۴۰ سال بود.

با توجه به آمار بالای مرگ در گروه غیر دارویی شامل مواد مخدر و الکل‌ها نوع ماده مخدر (و محرک) مورد استفاده در بیماران مورد تجزیه و تحلیـل آماری قرار گرفت (جدول ۳). آمار نشـان داد که ۱۲۷ بیمار (۳۵/۲٪) به علت مسـمومیت با الـکل اتیلیک، ۲۱۲ بیمار (۵۸/۷٪) با الکل متیلیک و ۲۲ بیمار (۶/۱٪) به علت مسمومیت با الکل ناشناخته در سال ۱۳۸۳ بستری گردیدند.

جدول۴ وضعیت نهایی بیماران سـرپایی و بسـتری را طی زمان مطالعه نشان می دهد.

بحث

مطالعه اخیر نشان داد که برخلاف سال‌های نه چندان دور گذشته کـه افراد مؤنث بیشـترین تعداد مراجعین را تشـکیل می‌دادند جنس مذکر در این مطالعه برتری نسبی داشته است که خود از دیدگاه جامعه شناختی و روانشناختی حایز اهمیت است (۹). آمار اکثر مراکز پذیرش بیماران مسـموم خلاف این موارد را نشـان می‌دهد و در اکثر کشورها عمده مراجعین را افراد مؤنث تشکیل می‌دهند (۱۵-۱۰). در حالی که از ۲۹۳۰ مورد بسـتری بیماران در سال ۱۳۷۰ در مجموعه مسمومین، ۳۷/۵٪ آنـان مرد بوده‌اند (۹). این روند از حدود ۱۰ سـال بعد عکس گردیده اسـت. در حال حاضر اکثریت نسبی مراجعین به این مجموعه را مردان تشـکیل می‌دهند. شاید عمده‌ترین علت این مسأله در درجه اول رشـد انواع اعتیادها و عوارض آن در جامعه باشـد. به نحوی که از تعداد اشـاره شده مراجعین در سال ۱۳۷۰ از ۴۸۱ مورد بستری ناشی از اپیوییدهـا، ۱۹ مورد (۱۶/۴۲٪) مرگ و میر گزارش گردید (۰/۶۵٪ بستری‌شـدگان) حال آن که در مطالعه اخیر از ۱۳۳۹ مورد بسـتری ناشی از اپیوییدها ۱۱۹ مورد (۱۱/۶۸٪) فوت نمودند (۱/۰۴٪ بستری-

1 - International Classification of Disease

جدول ۱ - انواع مسمومیت‌های بستری شده و فوت ناشی از آن در بخش مسمومین در سال ۱۳۸۳ بر اساس کد بین المللی بیماریها (ICD10)

کد		(٪) جمع بستری	(٪) جمع فوت
T20	سوختگی های سر و گردن	۲ (۰/۰۱۷)	۰ (۰)
T25	سوختگی های پا و قوزک پا		
T26	سوختگی های مربوط به چشم و متعلقات آن	۶۷(۰/۵۸۴)	۴ (۱/۴۷)
T28	سوختگی سایر ارگان‌های داخلی		
T29	سوختگی متعدد سایر اعضای بدن	۱(۰/۰۰۹)	۰ (۰)
T35	نواحی متعدد ومختلف سرما زدگی و سرمازدگی نامشخص	۱(۰/۰۰۹)	۰ (۰)
T36	مسمومیت با آنتی بیوتیک‌های سیستمیک	۸۶ (۰/۵۹۳)	۰ (۰)
T37	مسمومیت با سایر ضد عفونت زاها و ضد انگل‌ها	۲۲ (۰/۱۹۲)	۰ (۰)
T38	مسمومیت با داروهای هورمونی و سایر مشتقات وپادزهرهای آن	۲۹ (۰/۸۰۲)	۰ (۰)
T39	مسمومیت با مسکنهای غیر اوپیوییدی، تب برها و ضد روماتیسم‌ها	۷۳۱۱ (۹/۹۳)	۵(۱/۸۴)
T40	مسمومیت با مخدرها و توهم زاها	۱۳۳۹(۱۱/۶۷۹)	۱۱۹ (۴۲/۷۵)
T41	مسمومیت با داروها و گازهای بیهوشی	۱ (۰/۹۰۰)	۰ (۰)
T42	مسمومیت با ضد تشنج‌ها، آرام بخش‌های خواب آور و داروهای ضد پارکینسونیسم	۲۳۸(۲۰/۷۶۸)	۱۹(۶/۹۹)
T43	مسمومیت با داروهای روانگردانی که جای دیگری طبقه بندی نشده اند	۲۳۸(۱۷/۸۳۷)	۱۹(۶/۹۹)
T44	مسمومیت با داروهایی که عمدتاً سیستم اعصاب خودکار را تحت تاثیر قرار می دهند	۶۹۲(۶/۰۳۶)	۶(۲/۲)
T45	مسمومیت با سایرداروهای خونی سیستمیک که جای دیگری طبقه بندی نشده اند	۱۹۵(۱/۷۰۱)	۰(۰)
T46	مسمومیت با داروهایی که عمدتاً سیستم قلبی عروقی را تحت تاثیر قرار می دهند	۱۵۸(۱/۳۷۸)	۱(۰/۳۷)
T47	مسمومیت با داروهایی که عمدتاً سیستم گوارشی را تحت تاثیر قرار می دهند	۵۰(۰/۴۳۶)	۱(۰/۳۷)
T48	مسمومیت با داروهایی که عمدتاً عضلات صاف و اسکلتی و سیستم تنفسی را تحت تاثیر قرار می دهند	۳۳(۰/۲۸۸)	۰(۰)
T49	مسمومیت با عوامل موضعی که عمدتاً روی پوست و پوشش‌های مخاطی در داروهای گوش و حلق و بینی، چشمی و دندانی به کار می رود	۱۵(۰/۱۳۱)	۰(۰)
T50	مسمومیت با مدرها و سایر داروها و مواد زیستی نامعین	۱۰۸۱(۹/۴۲۹)	۱۶(۵/۸۸)
T51	اثرات سمی الکل‌ها	۳۶۱(۳/۱۴۹)	۱۹(۶/۹۹)
T52	اثرات سمی حلال‌های آلی	۴۹(۰/۴۲۷)	۱(۰/۳۷)
T53	اثرات سمی هیدروکربورهای هالوژنه خطی و معطر	۱ (۰/۰۰۹)	۰(۰)
T54	اثرات سمی مواد خورنده	۱۲۷(۱/۱۰۸)	۱(۰/۳۷)
T55	اثرات سمی صابون‌ها و پاک کننده ها	۰(۰)	۰(۰)
T56	اثرات سمی فلزات	۳۹(۰/۳۴)	۱(۰/۳۷)
T57	اثرات سمی سایر مواد غیر آلی	۶۹(۰/۶۴۵)	۳(۱/۱)
T58	اثرات سمی منوکسید کربن	۶۹(۰/۷۱۵)	۰(۰)
T59	اثرات سمی سایر گازها، بخارات و دودها	۳۱(۰/۲۷)	۱(۰/۳۷)
T60	اثرات سمی آفت کش‌ها	۶۱۶(۵/۳۷)	۲۷(۹/۹۳)
T61	اثرات سمی مواد مهلکی که به جای غذای دریایی خورده شده اند	۰(۰)	۰(۰)
T62	اثرات سمی سایر مواد مهلکی که به جای غذا خورده شده اند	۴۶(۰/۴۰۱)	۰(۰)
T63	اثرات سمی تماس با جانوران زهر آگین	۷۳(۰/۶۳۷)	۰(۰)
T64	اثرات سمی آفلاتوکسین و سایر مایکوتوکسینهای آلوده کننده مواد غذایی	۰(۰)	۰(۰)
T65	اثرات سمی مواد نامشخص و سایرین	۵۹۱(۵/۱۵۵)	۲۹(۱۰/۶۶)
	جمع	۱۱۴۶۵(۱۰۰)	۲۷۲(۱۰۰)

جدول۲ – انگیزه و سابقه بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان لقمان طی سال۱۳۸۳

	اتفاقی	عمدی	سابقه اقدام به خودکشی قبلی*	سابقه اعتیاد*	بیماری روانی شناخته شده*
تعداد	۲۹۷۹	۸۴۸۶	۵۱۵	۷۷۵	۷۲۳
درصد	۲۵ /۹۸	۷۴ /۰۲	۴ /۵	۶/ ۷۶	۶ /۳۱

* بر اساس اظهارات بیمار و یا خانواده در زمان ورود به اورژانس مسمومین

جدول ۳- انواع مواد مخدر و محرک مورد استفاده منجر به بستری مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۳

نوع ماده مخدر/ محرک	تعداد	درصد
تریاک	۹۵۵	۶۹ /۴
هرویین	۱۷۶	۱۲ /۷۹
کدیین و مرفین	۱۴	۱ /۰۳
متادون	۱۳	۰ /۹۴
پتیدین	۰	۰
کوکایین	۱	۰ /۰۷
حشیش	۳۲	۲ /۳۳
سایر موادمخدر/محرک نامشخص	۱۵۰	۱۰ /۹
کراک، اکستازی و آمفتامین ها	۳۵	۲ /۵۴
جمع	۱۳۷۶	۱۰۰

شدگان). این نمونه‌گیری نشان می‌دهد که با وجود آن که طی این ۱۳ سال تهران رشـد جمعیتی حدود ۲۱٪ داشته است (۱۷و۱۶). اما آمار رشـد بستری ناشی از اپیوییدها ۲۷۸٪ بوده که عمدتاً در مردان است. هـم چنیـن مرگ و میر در مردان به نحو قابل توجهی نسـبت به زنان بیشتر است (۴/۳ به ۱). اطلاعات موجود در سوابق مجموعه مسمومین نشان می‌دهد که این میزان تغییر در نسبت جنسیتی مرگ و میر ناشی از مسـمومیت در ایران بی سابقه می باشـد که مهم‌ترین علت آن نیز سوء مصرف مواد است. بر طبق نتایج یک تحقیق داخلی مهم‌ترین علت مرگ ناشی از مسمومیت با ترکیبات مختلف شیمیایی در سال ۱۳۷۹، مـواد مخدر با ۷۱٪ بوده که از این میان تنهـا ۳/۱٪ موارد قربانیان را زنان تشـکیل می‌داده‌اند (۱۸). مطالعه فوق با مطالعه موجود هم‌خوان می‌نماید. با این وجود چنان چه حتی فوت ناشـی از مواد و الکل را که معمولاً به علل غیر عمدی سـبب مسـمومیت می‌گردند در محاسبات نگنجانیم، مشـاهده می‌نماییم که مسمومیت در مردان جدی‌تر از زنان بوده است.

علی‌رغم رشـد انواع اعتیادها، خود مسموم‌سـازی در این مطالعه هم چنان در ۷۴٪ موارد علت بسـتری بیماران بوده است. مقایسه آمار فوق با سال ۱۳۷۰ همین مجموعه نشان می‌دهد که رشد خود مسموم-سـازی حتی بیشتر از رشد مواد مخدر بوده و ۳۹۱/۳٪ یعنی ۱۱۳/۳٪ بیشـتر از آن بوده اسـت. طبق آمار سازمان ملـل در سال ۱۹۹۹ ایران بالاتـریـن میزان معتادین به مـواد مخدر ۶۴-۱۵ سـال را در دنیا به میزان ۲/۸٪ جمعیت کشـور دارا بوده اسـت. هـم چنین ۴/۲٪ از این معتادین دچار سوءاسـتفاده از حشیش بوده‌اند (۶). می‌توان تصور کرد که خانواده، محیط کار و اجتماع اطراف این افراد نیز با مسـایل خاص مربوط به اعتیاد سـر و کار داشـته و بنابراین بخش مهمی از جمعیت کشـور عملاً مبتلا به مشـکلات این ماده خانمان سـوز است. بنابراین رشـد بیشتر اقدام به خودکشی در مقایسـه با مسمومیت‌های ناشی از مواد مخدر دور از انتظار نمی باشد. در پرسشگری اولیه از بیماران تنها ۴/۵٪ درصد سـابقه اقدام مشابه را عنوان نموده اند اما در مشاوره های روانپزشـکی و روانشناسـی این رقم به حدود ۱۵٪ افزایش یافته است (۱۹). انکار این عمل در بدو ورود با توجه به فرهنگ مردم دور از ذهن نمی‌باشد.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد ورود مواد جدید محرک در سال های اخیـر به بازار ایران نه تنها تعداد موارد سـوء مصـرف مواد را ثابت نگه نداشته است بلکه با رشد سریع خود تخت‌های بیمارستانی را به اشغال در می‌آورد (۲۰). در سـال ۱۳۸۳ حداقل ۲/۶٪ موارد سوءمصرف مواد مربوط به آمفتامین ها و خانواده کوکایین بوده است.

جدول ٤ – خصوصیات اپیدمیولوژیک وضعیت نهایی بیماران بستری در بخش مسمومین بیمارستان لقمان طی سال۱۳۸۳

وضعیت	سرپایی			بستری		
زمان	ترخیص	فوت شده	بهبودی	فوت		جمع فوتی بستری
				مرد	زن	
۶ ماهه اول۱۳۸۳	۷۷۱۹	۲۱	۵۶۴۳	۱۲۶	۲۹	۱۵۵
۶ ماهه دوم۱۳۸۳	۶۸۸۷	۲۴	۵۵۵۷	۹۲	۲۵	۱۱۷
جمع	۱۴۶۰۶	۴۵	۱۱۲۰۰	۲۱۸	۵۴	۲۷۲
درصد	۵۶	–	۴۲ /۹۵	۰/ ۸۳۶	۰ /۱۹۲	۱ /۰۴

نتیجه گیری

متأسفانه آمار جهانی مربوط به ایران و آمار کشوری نیز نشان می‌دهد که گرچه ایران در مقایسه با بسیاری کشورهای غربی از رشد خودکشی پایین‌تری برخوردار است اما رشد آن واقعاً نگران‌کننده است به نحوی که میزان مرگ و میر رسمی ناشی از خودکشی کشور از ۱۱۱ مورد در سال ۱۹۹۱ میلادی معادل ۱۳۷۰ (۰/۲ در صدهزار) به ۳۹۶۷ مورد در سال ۲۰۰۳ میلادی معادل ۱۳۸۲ (۶/۲ در صدهزار) رسیده است (۵, ۲). شاید تعصب بی‌مورد در عدم اعلام واقعی میزان خودکشی در کشور در سال ۱۹۹۱ میلادی (۱۳۷۰) اکنون سبب شده باشد که چنین به نظر برسد که میزان خودکشی در ایران در طی ۱۲ سال ۳۰ برابر افزایش یافته است. در عین حال نتایج یک تحقیق در سازمان پزشکی قانونی کشور نشان می‌دهد که خودکشی از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۰، ۱۴/۵٪ در بین مردان رشد داشته است (۱).

گرچه مطالعه ما تنها در یک مرکز انجام گرفته است و قابل تعمیم به کل کشور نیست اما دیدی کلی را حداقل در شهر تهران به دست ما می‌دهد. جمعیت تهران در سال مورد تحقیق حدود دوازده میلیون نفر بوده است و آمار مرگ و میر ما در حدود یک دوم موارد ناشی از خودکشی بوده است. بدین ترتیب و با فرض آن که ۹۰٪ بیماران مسموم به این بیمارستان اعزام شده باشند مرگ ناشی از خودکشی با داروها و سموم حداقل ۱/۳ در صدهزار جمعیت تخمین زده می‌شود. مطالعات کشوری قبلی مربوط به سال ۱۳۸۰ مرگ ناشی از خودکشی با سموم و داروها را ۱۳/۳۱٪ موارد خودکشی اعلام کرده و بدین ترتیب برآورد می‌شود که مرگ ناشی از خودکشی در تهران حداقل ۹/۹ در صدهزار جمعیت باشد. هم چنین باید دانست که سن خودکشی در ایران ۲۹ سال و نسبت به کشورهای غربی بسیار پایین‌تر است، بنابراین میزان عمر از دست رفته به دلیل این معضل به مراتب بالاتر و خودکشی از علل مهم مرگ به علت سال‌های از دست رفته عمر است (۸).

اقدام به خودکشی بر اساس این مطالعه در سه چهارم مراجعین ثبت گردید. بدین ترتیب و با فرض آن که ۹۰٪ مراجعین تهران به این مرکز مراجعه کرده باشند و بدون در نظر گرفتن آن که برخی از اقدام‌کنندگان به خودکشی با سموم و یا داروها اصلاً به مرکز درمانی مراجعه ننموده‌اند میزان اقدام به خودکشی با این روش در تهران ۱۸۰ در صدهزار جمعیت تعیین گردید که در نوع خود قابل ملاحظه است. معمولاً یک دهم تا یک بیستم موارد اقدام به خودکشی در طول سال به خودکشی موفق منجر می شود. بدین ترتیب حداقل به میزان ۹ در صدهزار جمعیت افراد تهرانی که اقدام به خود مسموم سازی نموده‌اند به هر طریق ممکن خود را از بین برده‌اند. طبیعتاً احتمال آن که فرد از طرق دیگری به منظور اقدام به خودکشی برای اولین بار استفاده کرده باشد وجود دارد که با این مطالعه قابل تخمین نمی‌باشد.

آن چه مسلم است شیوع بالای مصرف مواد مخدر در بین افراد جامعه سبب اقدام به خودکشی بیشتر در بین آنان و یا خانواده می‌گردد و سبب می‌گردد که به زودی نام ایران را حداقل در بین پنجاه کشور اول از نظر خودکشی نظاره‌گر باشیم. متأسفانه تا این لحظه هیچ ارگانی مددکاری این مراجعین را بر عهده نگرفته است. استقرار سیستم حمایت اجتماعی با امکانات و قدرت کافی به عنوان راه حل فوری پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

مؤلفین تشکر ویژه خود را از سرکار خانم حسینی مسؤول واحد کدگذاری و سرکار خانم اصفهانی مسؤول واحد آمار بیمارستان لقمان ابراز می‌نمایند. بدون شک انجام این تحقیق بدون همکاری آنان میسر نمی‌شد.

منابع

۱ – مرادی سعدا.، خادمی علی. بررسی وضعیت خودکشی های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ های جهانی.مجله علمی پزشکی قانونی سال هشتم, شماره ۲۷, پاییز ۸۱ ، صفحات ۱۶ تا ۲۱.

۲ – خبرگزاری دانشجویان ایران. رشد ۳۰۰ درصدی خودکشی در جهان. ۱۳۸۳/۵/۱۱، قابل دسترسی در:

[http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-413256]

3- WHO. Suicide prevention (SUPRE). Available from:

[http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en]

4- List of countries by suicide rate. From Wikipedia, the free encyclopedia. Availablable from:

[http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate]

5- Country reports and charts available, World Health Organization, Geneva, 2004. Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Iran, 1991. Available from:

[http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en]

6- World drug report 2004, WHO. Available from: [http://www.unodc.org/unodc/en/world-drug-report.htm1]

7- How can suicide be prevented? World Health Organization. Available from:

[http://www.who.int/features/qa/24/en/index.htm1]

۸ – خبرگزاری دانشـــجویان ایران. مصاحبه با رییس اداره سلامت روان وزارت بهداشت قابل دسترسی در:

[http://www.isna.ir/Main/NewsView.aspx?ID=News-444656]

۹ – پژومند عبدالکریم، شـــیخ الاســـلامی، تحصیلی عباس. اپیدمیولوژی مسمومیتها در مراجعان به بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی, سال ۱۸ (۱۳۷۳), شماره ۱: صفحات ۷ـ۱.

10- Alaghehbandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide Attempts and Associated Factors in New foundland and Labrador, 1998-2000. Can J Psychiatry. 2005; 50(12):762-768.

11- Phillips M, Li X, Zhang Y. Suicide rates in China, 1995–99. The Lancet. 2002;359 (9309): 835-840.

12- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and socio demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand. 1996; 93(5):327-38.

13- Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Can J Psychiatry. 2003; 48(5): 324-329.

14- Fathelrahman AI, Ab Rahman AF, Mohd Zain Z, Tengku MA. Factors associated with adult poisoning in Northern Malaysia: a case-control study. Hum Exp Toxicol. 2006; 25(4): 167-173.

15- Camidge DR, Wood R J, Bateman DN. The epidemiology of self-poisoning in the UK. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56 (6): 613–619.

۱٦ – مرکز آمار ایران. گزیده اطلاعات آماری. برآورد جمعیت بازسازی شده استان های کشور در سال ۱۳۸۳. قابل دسترسی در:

[http://www.sci.org.ir/persia/ sel/baravord/f-jadval.htm.]

۱۷ – مرکز آمار ایران. خانوار و جمعیت اســتان ها برحســب ســاکن و غیرساکن: مهر۱۳۷۰ . قابل دسترسی در:

[http://amar.sci.org.ir/Detail. aspx? Ln = F&no = 78673&S = GW]

۱۸ – نجاری فارس، پژومند عبدالکریم، نازپرور بشـــیر. اعتیاد بازتابی از مرگ و میر شـــش ماهه ۱۳۷۹ ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشـــور. مجله علمی پزشکی قانونی, سال هشـــتم, شماره ۲۷, پاییز ۸۱: صفحات ۲۷–۲۲.

۱۹ – پژومند عبدالکریم، حســـنیان‌مقدم حســـین. مطالعه و بررسی ٦٧٦ مورد خودکشـــی در بخش مســـمومین بیمارســـتان لقمان در ســـال ٧٦.خلاصه مقالات ششـــمین کنگره سم‌شناســـی و مسمومیت‌های دارویی ایران اهواز، ص ٣٤.

۲۰ – حسنیان مقدم حسین، فرنقی فریبا، سرجمعی سعیده. میزان آگاهی دانشـــجویان پزشکی مقطع کارورزی دانشـــگاه علوم پزشکی شهید بهشـــتی در مورد اکستازی. مجله علمی پزشـــکی قانونی, دوره ۱۱ شماره ۳, پاییز ٨٤: صفحات ۱۳۱–۱۲۸.