

# بررسی مواردی از خودکشی کودکان مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم

دکتر طاهره ثقه الاسلام\* - دکتر امیدوار رضایی\*\*

\* دکتری روانشناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
\*\* متخصص جراحی اعصاب، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## چکیده

**زمینه و هدف:** نظر به مخاطرات مسئله خودکشی به عنوان یکی از اورژانس‌های روانپزشکی، تنش‌ها و عوارض شناخته شده آن و اهمیت اطلاع از اپیدمیولوژی خودکشی، این تحقیق با هدف بررسی کودکانی که اقدام به خودکشی کرده و به مرکز پزشکی آموزشی لقمان حکیم مراجعه نموده بودند، انجام گرفت.

**روش بررسی:** تحقیق به روش مطالعه گذشته نگر بین سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۲ انجام و پرونده کلیه بیمارانی که با تشخیص قطعی خودکشی مراجعه نموده و ناموفق بودند از بایگانی خارج و مورد مطالعه قرار گرفت. متغیرهای سن، جنس، ساعت، روزهای هفته و ماه خودکشی، وسیله خودکشی، چگونگی اطلاع اطرافیان و منبع آگاهی از رفتار خودکشی، بررسی و در یک فرم اطلاعاتی ثبت گردید. اگر داده‌های لازم در پرونده موجود نبود از مطالعه حذف می‌شد. با استفاده از آمار توصیفی، یافته‌های بدست آمده ارائه گردید.

**یافته‌ها:** طی مدت مورد بررسی، تعداد ۶۰ نفر واجد شرایط وجود داشتند که در سنین ۶ تا ۱۳ سال بودند. از این تعداد ۶۲٪ پسر و ۳۸٪ دختر بودند. خودکشی‌ها در روزهای آخر هفته و در ساعات ۶ تا ۱۲ شب بیشتر انجام گرفته و مهم‌ترین عوامل استرس‌زا، خانواده گسسته و مشکلات تحصیلی بود. در ۹۳٪ موارد خودکشی با دارو انجام گرفته بود. از نظر بیماریهای زمینه‌ای، افسردگی بیشترین بیماری را شامل می‌شد. ۴۰٪ کودکان رفتار خودکشی را از طریق تلویزیون و در مراتب بعدی از مادر و افراد خانواده یاد گرفته بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تحقیقات برای تعیین نقش هر یک از عوامل روانی، زیستی و اجتماعی و نیز انجام یک تحقیق تجربی برای تعیین تأثیر آموزش به خانواده‌های دارای سابقه خودکشی در پیشگیری از خودکشی در کودکان آنها پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** کودکان، خودکشی، عوامل زمینه‌ای

اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۱۲/۷

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۸/۱۷

نویسنده مسئول: تهران - خیابان کمالی - مرکز پزشکی لقمان حکیم tbseghatoleslam2001@yahoo.co.uk

## مقدمه

تعریف است اما لازم نیست که نظر یک کودک نسبت به مرگ مانند یک شخص بالغ باشد (۱). تا دهه ۱۹۷۰ خودکشی در کودکان مورد قبول روان‌پزشکان و روان‌شناسان نبود. از ۱۹۷۰ به بعد مطالعات و تحقیقاتی در این زمینه صورت گرفت (۱). Shaffer میزان خودکشی را در کودکان و نوجوانان ۱۴-۱۰ ساله انگلستان در سال ۱۹۷۴ در جمعیت عادی به نسبت یک در هزار گزارش کرد (۳). در مطالعه Roecler در سال ۱۹۸۸ در مینه‌سوتا بر روی کودکان ۱۴-۵ ساله میزان سالیانه خودکشی ۰/۷٪ تعیین شد (۴). در آمریکا طبق یک گزارش بر روی گروهی از کودکان سالم که بطور اتفاقی انتخاب شدند، ۱۳٪ کودکان بعضی اوقات افکار خودکشی داشتند، میزان مرگ و میر ناشی از خودکشی در سنین زیر ۱۴ سال در سال ۱۹۸۸، با یک کاهش خفیف دو درصدی همراه بود (۵).

خودکشی از ترکیب دو واژه sui به معنی خود و cide به معنای کشتن تشکیل شده است. خودکشی عملی است که با قصد آسیب‌رساندن به خود، توسط شخصی انجام می‌شود که می‌داند چه می‌کند و پیامد احتمال عمل خود را می‌داند (۱). خودکشی طیف‌های خاصی دارد، از افکار خودکشی که شایع‌ترین است آغاز شده و به اقدام به خودکشی و به طور نهایی تمایل به مرگ ناشی از خودکشی که هدف نهایی است، منتهی می‌گردد (۱، ۲).

اما خودکشی در کودکان، یک اشتغال فکری یا اقدامی است که به صورت عمدی با هدف ایجاد آسیب یا مرگ خود فرد انجام می‌گیرد. اگرچه وجود یک هدف عمدی ایجاد آسیب یا مرگ لازمه این

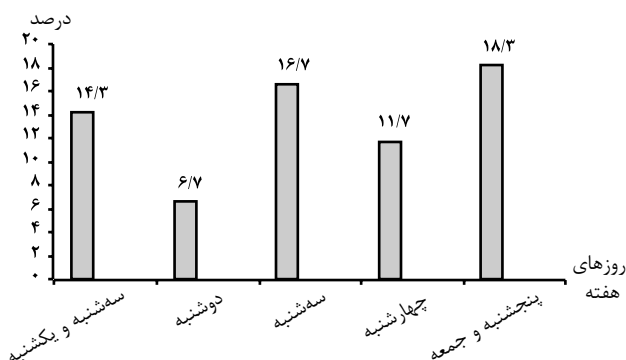
روزهای انجام خودکشی کودکان در نمودار ۱ ارایه گردیده است که نشان می‌دهد در آخر هفته یعنی روزهای پنجشنبه و جمعه، هر کدام با ۱۸/۳٪ بیشترین موارد و روز دوشنبه با ۶/۷٪ کمترین موارد خودکشی انجام گرفته است.

بررسی زمان انجام خودکشی نشان می‌دهد که اغلب موارد خودکشی بین ساعات ۶ تا ۱۲ شب و کمترین میزان خودکشی بین ۱۲ شب تا ۶ صبح بوده است و از اول صبح با گذشت زمان میزان خودکشی افزایش نشان می‌دهد.

از نظر روش اقدام به خودکشی در کودکان مورد بررسی، ۹۳/۴٪ با دارو و ۳/۳٪ با حشره کش و ۳/۳٪ حلق آویز بود. در مورد چگونگی اطلاع اطرافیان از اقدام به خودکشی کودکان در ۴۸/۳٪ از علائم جسمانی به خودکشی کودک پی‌برده شده و در ۳۰٪ موارد خودشان اطلاع داده‌اند و ۲۰٪ از طریق مدرسه آگاهی داده شده بود. عوامل استرس‌زا قبل از اقدام به خودکشی در نمودار ۲ ارایه گردیده است و نشان می‌دهد که مهمترین عامل استرس‌زا، وجود خانواده گسسته با ۱۸ مورد (۳۰٪) بوده است و مشکلات تحصیلی با ۲۰٪ و مشکلات اقتصادی مانند بیکاری طولانی مدت پدر ۱۷٪ سایر موارد را تشکیل داده است.

وجود بیماری‌های روانی و جسمانی در کودکان اقدام‌کننده به خودکشی در جدول ۱ ارایه شده است و نشان می‌دهد که حدود نیمی از کودکان مبتلا به افسردگی و ۲۱/۶٪ آنها مبتلا به صرع بودند. پروهش نشان داد، ۴۱/۶٪ از کل کودکان اقدام‌کننده به خودکشی حداقل یکبار سابقه خودکشی ناموفق داشتند و ۳۰٪ از تمام کودکان فوق یکبار به روانپزشک مراجعه کرده بودند.

در جدول ۲، منبع آگاهی از رفتار خودکشی ارایه شده است و نشان می‌دهد که ۴۰٪ از کودکان مورد بررسی رفتار خودکشی را از طریق تلویزیون و ۲۰٪ از مادر و افراد خانواده یاد گرفته بودند.



نمودار ۱: توزیع ۶۰ کودک با خودکشی ناموفق بر حسب روزهای انجام خودکشی

در کشور ما هرچند آمار معتبر علمی منتشر نشده است، اما مطالعات نشان داده اند ۲۸۳ نفر دانش آموز در شهر تهران در سال ۱۳۸۱ اقدام به خودکشی نمودند که علت آن چندان مشخص نبوده است (۶). به گزارش ایسنا استان‌های همدان، لرستان و ایلام از نظر اقدام به خودکشی در ایران دارای بالاترین ارقام می‌باشند و بیشترین نوع خودکشی خود سوزی گزارش شده است. سازمان ملی جوانان در سال ۱۳۸۲ علت خودکشی نوجوانان و جوانان را اختلافات خانوادگی ذکر کرده است (۸،۷). به طور کلی خودکشی در کودکان نابالغ با تهدید والدین و پرخاشگری همراه بوده و کمتر منجر به مرگ شده است (۸-۶). نظر به اینکه خودکشی مسئله بسیار پیچیده‌ای در ایران می‌باشد اطلاعات دقیق دیگر نیاز به مطالعات آتی دارد. لذا به منظور تعیین خصوصیات فردی و روانی، این تحقیق روی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم انجام گرفته است.

## روش بررسی

تحقیق به روش گذشته نگر بین سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۸ انجام گرفت. پرونده کودکان واجد شرایط کمتر از ۱۳ سال که به علت اقدام ناموفق به خودکشی مراجعه نموده بودند، از بایگانی خارج و مورد مطالعه قرار گرفت. پرونده‌هایی که واجد شرایط لازم بودند و تشخیص قطعی خودکشی داشتند و همه جنبه‌های فردی و روانی نمونه‌ها، در پرونده آنها منعکس بود در مطالعه وارد شدند. متغیرهای مورد بررسی شامل سن، جنس، فصل، ماه، روز و ساعت اقدام به خودکشی، روش اقدام به خودکشی، چگونگی اطلاع اطرافیان، عوامل استرس‌زای قبل از خودکشی، بیماری‌های زمینه‌ای و همراه، سابقه مراجعه به روانپزشک، سابقه خودکشی و نیز منبع یادگیری رفتار خودکشی براساس یک پرسشنامه از قبل تهیه شده که روایی و اعتبار آن قبلاً توسط روان‌شناسان و روان‌پزشکان، معتبر تشخیص داده شده بود برای هر نمونه تکمیل گردید.

بدیهی است چنانچه در پرونده‌ای یکی از داده‌های فوق وجود نداشت، نمونه از مطالعه حذف می‌گردید. داده‌های پرونده‌های واجد شرایط طبقه‌بندی و با آمار توصیفی آنالیز گردید (تشخیص افسردگی در پرونده بیماران توسط روانپزشک براساس معیارهای DSM IV بیان شده بود).

## یافته‌ها

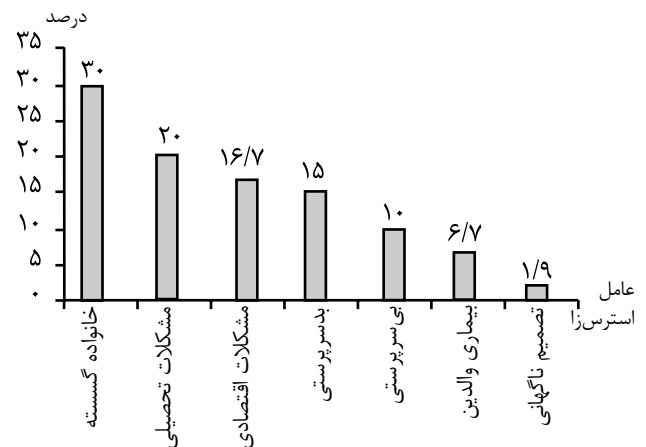
از ۶۰ مورد بررسی، ۳۷ کودک (۶۱/۷٪) پسر و ۲۳ نفر (۳۸/۳٪) دختر بودند که سن آنها بین ۱۳-۶ سال بود و سن افراد در زمان اقدام به خودکشی در ۳۱/۷٪ از کودکان پسر و ۱۶/۷٪ کودکان دختر، ۱۲ سالگی بود. در گروه کودکان پسر سن زیر ۱۰ سال وجود نداشت و در کودکان دختر تنها یک دختر ۷ ساله وجود داشت.

روزهای تعطیل کودکان بیشتر اوقات را با والدین هستند. با توجه به عوامل محیطی که بعد خواهیم دید، شرایط نامناسب خانوادگی از عوامل عمده اقدام به خودکشی در روزهای فوق بوده است. زمان (ساعت) اقدام به خودکشی در ۴۵/۵٪ موارد بین ۶ تا ۱۲ بعد از ظهر و شایع‌ترین زمان، ساعت ۶ بعد از ظهر است.

از نظر روش اقدام، ۹۳/۴٪ از طریق دارو بود و ۳/۳٪ خود را حلق آویز کرده بودند که مصرف داروهای ضد افسردگی ۳۰٪ و داروهای ضد تشنج ۲۰٪ آنها را تشکیل می‌داد. Bren گزارش کرده است روش اقدام به خودکشی در نوجوانان ۲۰-۱۳ ساله اسلحه گرم یا مصرف مشروبات الکلی است (۱۰).

در پژوهش دیگری که در مینه سوتا انجام شده است، ابزار خودکشی در زیر ۱۴ سالگی را اسلحه گرم گزارش نموده‌اند. Groholt در نروژ اعلام کرد، افراد کمتر از ۱۵ سال در هنگام خودکشی ۷۷٪ خود را حلق آویز می‌کنند (۱۱). اما در کودکان ایرانی مصرف دارو قابل دسترس‌ترین وسیله و شامل ۹۳/۴٪ می‌شد، کودکانی که خود را حلق آویز کرده بودند، سابقه اقدام به خودکشی با دارو به دفعات مکرر داشتند. مشاهده گردید که ۴۷٪ از طریق علایم جسمانی کودک اقدام کننده و ۳۰٪ خودشان اطرافیان را آگاه کردند. جدی بودن اقدام به خودکشی در نزد کودکان با توجه به سن ۱۲ سالگی و شرایط پاتولوژیک خانواده عامل هشدار دهنده‌ای جهت متخصصان، والدین و دست اندکاران مسائل کودکان می‌باشد. Groholt در نروژ خودکشی منجر به مرگ را در پسرها بیش از دختران ذکر نمود (۱۱). در بررسی ما مرگ و میر گزارش نشده است.

در آسیب‌شناسی یا علل اقدام به خودکشی در این پژوهش، ۳۰٪ خانواده گسسته، ۲۰٪ مشکلات تحصیلی و ۱۵٪ بد سرپرستی دیده شد. در خانواده گسسته والدین از یکدیگر جدا شده‌اند و دادوستد عاطفی بین افراد خانواده وجود ندارد. از طرف دیگر با توجه به رفتارهای تکانه‌ای در کودکان بر اساس نظریه‌های روان‌پزشکی (۱۳)، شروع دوران بلوغ و تمایل به جدایی از خانواده، از عوامل عمده خودکشی می‌باشد. مشکلات تحصیلی، نقش عوامل روانی اجتماعی و سیستم آموزشی



نمودار ۲: توزیع ۶۰ کودک با خودکشی ناموفق بر حسب عوامل استرس‌زای محیط زندگی آنها

## بحث

تحقیق حاضر نشان داد که در کودکان اقدام کننده به خودکشی ۶۱/۷٪ پسر و ۳۸/۳٪ دختر بودند و یا اقدام به خودکشی در پسران تقریباً دو برابر دختران بود (۹). سن کودکان در هر دو جنس ۱۲ سال بود و به نظر می‌رسد که دوران بلوغ یکی از عمده‌ترین علل گرایش به خودکشی در شرایط خاص اجتماعی روانی می‌باشد. فراوانی اقدام به خودکشی در این سن در تحقیقات متعدد بررسی شده است (۳-۵، ۱۱).

از نظر روزهای خودکشی بیشترین میزان در ایران روزهای پنج‌شنبه و جمعه بود، در حالیکه گزارش‌های کشورهای دیگر روزهای بعد از تعطیلات را ذکر می‌کنند، یعنی دوشنبه و سه‌شنبه (۵).

جدول ۱: توزیع کودکان اقدام کننده به خودکشی ناموفق، بر حسب بیماری‌های همراه

نوع بیماری‌ها	تعداد	درصد
افسردگی	۲۸	۴۶/۶
صرع	۱۳	۲۱/۶
اختلال کردار	۷	۱۱/۶
اختلال روانی	۶	۱۰
فلج‌های کودکان	۳	۵
ناشناخته	۳	۵
مجموع	۶۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع کودکان اقدام کننده به خودکشی ناموفق، بر حسب منبع یادگیری رفتار خودکشی

منبع آگاهی از رفتار خودکشی	تعداد	درصد
فیلم‌های تلویزیون	۲۴	۴۰
مادر کودک و افراد خانواده	۱۲	۲۰
دوست کودک	۱۱	۱۸/۳
فصه‌ها	۱۰	۱۶/۷
خودشان می‌دانسته‌اند	۳	۵
مجموع	۶۰	۱۰۰

تلویزیون و در مرحله بعدی، خودکشی مادر و افراد خانواده و سپس دوستان بودند. Shaffer مطالعه‌ای در ارتباط با تلویزیون انجام داد و نتیجه گرفت خودکشی کودکان و نوجوانان پس از تماشای یک برنامه تلویزیونی که موضوع آن را خودکشی تشکیل داده بود، بسیار شایع است (۱۵). یکی از کتاب‌های گوته که قهرمان اصلی آن خودکشی می‌کند، تأثیر بسیار فراوان بر خودکشی جوانان در اروپا داشت. مطالعه و چاپ این کتاب در اروپا ممنوع شد (۱۰). این نتایج همچنین حاکی از آن است که وسایل ارتباط جمعی، یادگیری و زمینه‌های ژنتیکی در اقدام کودکان به خودکشی مؤثر هستند. در یک مطالعه بر روی ۵۱ زوج دو قلو همسان، ۹ مورد خودکشی توأم مشاهده گردید. در گزارش دیگری وجود اقدام به خودکشی در بین بستگان درجه اول بیماران انتحاری، ۸ برابر بیشتر از گروه کنترل بود (۱۶). ارتباط ژنتیک و خودکشی از زمینه‌های بسیار جدید در حیطه مطالعات مربوط به عوامل خودکشی است (۱۶).

در این پژوهش عوامل دخیل در مواردی از خودکشی کودکان بررسی شد و نشان داده شد که کودکان یک واحد روانی-زیستی-اجتماعی می‌باشند لذا پژوهش گسترده‌تری در این زمینه پیشنهاد می‌شود که آموزش خانواده و پیشگیری از خودکشی در اولویت می‌باشند.

### تقدیر و تشکر

از پرسنل بایگانی بیمارستان لقمان حکیم که ما را در این پژوهش یاری کرده اند سپاسگزاریم.

در راستای نیاز کودکانی که خود در یک مجموعه پاتولوژیک زندگی می‌کنند، عاملی دور از ذهن نیست. بدسرپرستی که وجود والدین به ویژه پدران بیمار یا بیکار و معتاد را مطرح می‌سازد، در نمونه‌های مورد بررسی به کرات مشاهده شد که نیاز به پژوهش بیشتر در ساختار خانواده احساس می‌شود. در هر حال نمونه‌های پژوهش بیشتر در ساختار خانوادگی پاتولوژیک (۴۵٪) بودند. در ارتباط با بیماریهای روانی و جسمانی، افسردگی (۴۶/۶٪)، صرع (۲۱/۶٪)، اختلال کردار (۱۱/۶٪) وجود داشت. Priorm علت خودکشی کودکان قبل از ۱۲ سالگی را وجود عامل استرس‌زا در خانواده ذکر می‌کند (۱۴).

Shaffer جدایی والدین و واکنش‌های کودکان مانند افسردگی، احساس بی‌کسی، تنهایی و سرگردانی را از علل عمده اقدام به خودکشی در نوجوانان می‌داند (۱۵) و بطور کلی تحقیقات روان‌پزشکان و روان‌شناسان، افسردگی را از علل عمده اقدام به خودکشی در بین بیماران می‌دانند (۳). خطر خودکشی در بیماران افسرده ۳ تا ۱۶ بار بیشتر از افراد غیرافسرده است (۱۶).

گفتگو در مورد اعمال و رفتارهای تکانه‌ای یا خشونت‌آمیز خطر خودکشی را بالا می‌برد (۱۷). وجود بیماری‌های جسمانی مانند صرع در ۲۱/۶٪ از موارد و فلج کودکان در ۵٪ عامل خودکشی بود. Groholt گزارش نمود که وجود بیماری‌های ناتوان‌کننده در افراد زیر ۱۵ سال خطر خودکشی را ۳/۴ برابر و در افراد ۱۹-۱۵ ساله ۶/۱ برابر افزایش می‌دهد (۱۱). از طرف دیگر صرع خطر خودکشی را ۴ برابر می‌کند (۱۸).

### نتیجه گیری

این تحقیق نشان داد که مهم‌ترین منبع آگاهی از رفتار خودکشی،

## References

- 1-Hinsic LE, Cample RJ. Psychiatry Dictionary. London: Oxford University press; 1970; 18-90.
- 2-Dunner DL. Current psychiatric psychiatry. Saunder press, London. 1994; 102.
- 3-Barker Ph. Basic child psychiatry. London: Blackwell press; 1990; 11-25.
- 4-Rosler J. The Incidence of child suicide in minnesota. minn-med 1997; December, 50 (12): 45-47.
- 5-Kaplan HI, sadock BJ, Sadck VA. synopsis of psychiatry. William and wilkins press, 1998; 570-75.
- 6- نتیجه ارائه شده از طرف عضو کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس. روزنامه شرق. شماره ۳۵۹. مورخه ۱۳۸۲/۹/۱۶.
- 7- گزارش ارائه شده در روزنامه اعتماد. شماره ۶۹۶. مورخه ۱۳۸۲ / ۸ / ۲۶.
- 8- سازمان ملی جوانان، روزنامه آفتاب یزد. شماره ۱۳۵۸ مورخه ۱۳۸۲/۸/۵.
- 9- ثقه‌الاسلام طاهره، رضایی امیدوار. «بررسی عوامل عمده در خودکشی مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی لقمان حکیم». منتشر شده تهران ۱۳۶۸: ۲۸-۲۴.
- 10-Obrien JD, Pilowsky J, Lewis O. Psychotherapy with children and adolescents. NewYork: American press; 1992; 201-202.

- 11-Groholt B, wicstrom L. Suicide among children and adolescents in Norway. *J of child and adolescent psychiatry*. 1998; May 37(5): 473-481.
- 12-Jellinek M, synder J. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev*. 1998; 19(8): 255-265.
- 13-Wiener JM; Textbook of child and psychiatry. New York: American psychiatric press; 1991; 801-802.
- 14-Gelder M, Cath D, Mayou R. Oxford textbook of pstchiatry. London: Oxford University press; 1983; 287-291.
- 15-Gould M, Shaffer D, Fisher p, Garfinel R. Seperation and divorce and child completed suicide. *J of child and adolecent psychiatry*. 1998; 37(2): 155-163.
- 16-Dora, Black, David. "Child and adolescent psychiatry". London: Royal college; 1993; 202.
- 17-Mavis HE. Child psychology. forth edition Mc Graw Hill; 1990; 381.
- 18-Bluglass R, Bowden P. Principle and practice or forensic psychiatry. churchill livingston press; 1990; 221.