ORIGINAL ARTICLE

# *Epidemiological Survey of Suicide Attempt by Drug Poisoning in Gorgan, Iran, 2008 to 2015*

Mohammad Shokrzadeh[1],
Reza Hoseinpoor[2],
Amir Hajimohammadi[3],
Azam Delaram[4],
Yaghoub Shayeste[5]

[1] Associate Professor, Pharmaceutical Sciences Research Center, Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Pharmacy, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] MSc Student in Epidemiology, School of Public Health, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran
[4] BSc in Medical Records, 5 Azar Hospital, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran
[5] MSc in Toxicology, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

(Received August 27, 2015 ; Accepted November 15, 2016)

## *Abstract*

**Background and purpose:** Intentional drug poisoning is one of the most common methods of suicide attempt. The purpose of this study was to determine the demographic characteristics of suicide attempters and identifying the pattern of intentional drug poisoning.

**Materials and methods:** We conducted a descriptive-analytical study in which data was collected from the medical records of suicide attempts by drug poisoning in 5Azar Hospital in Gorgan, Iran, 2008-2015. Data was analyzed by Stata V.11 and Pearson's Chi-squared test.

**Results:** During these seven years, 442 cases of suicide attempts by drug poisoning were recorded in which there were 244 (55.2%) females and 229 individuals (51.8%) aged 20–29 years. Their mean age was 24.54 ± 8.14 and the majority (79%) lived in urban areas. Also, 224 (55.2%) patients were single and 248 (56.1%) had high school education. Poisoning occurred mostly in summer (28.7%). Among the pharmaceuticals, sedative-hypnotic drugs especially benzodiazepines were used more often (47.5%) followed by narcotic drugs (26.5%) and antidepressants (17.4%). Death occurred in three patients (0.68%) died. Family quarrel was found to be the main cause of suicide attempts (46.8%).

**Conclusion:** Sedative-hypnotic drugs especially benzodiazepines were the most common agents used in intentional drug poisoning that were seen most commonly among younger individuals, single persons and people with family quarrel.

***Keywords:*** suicide, poisoning, epidemiology, mental disorders

**J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(143): 201-210 (Persian).**

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۴۳ آذر سال ۱۳۹۵ (۲۱۰-۲۰۱)

# بررسی اپیدمیولوژیکی اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی در گرگان طی سال های ۱۳۹۳-۱۳۸۷

محمد شکرزاده[۱]
رضا حسین پور[۲]
امیر حاجی محمدی[۳]
اعظم دلارام[۴]
یعقوب شایسته[۵]

## چکیده

**سابقه و هدف:** مسمومیت‌های عمدی ناشی از داروا‌ز شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی و شناخت الگوی اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر به صورت توصیفی- تحلیلی و از طریق جمع‌آوری اطلاعات از پرونده پزشکی موارد اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی در فاصله سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳ در بیمارستان ۵ آذر گرگان صورت گرفته است. آنالیز اطلاعات از طریق نرم افزار Stata نسخه ۱۱ و آزمون پیرسون کای اسکوار انجام شده است.

**یافته‌ها:** در طی هفت سال بررسی، ۴۴۲ مورد اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی ثبت گردیده که ۲۴۴ نفر(۵۵/۲ درصد) زن و۲۲۹ نفر آن‌ها (۵۱/۸ درصد) سن بین ۲۰ تا ۲۹ سال داشتند. میانگین سنی ۸/۱۴ ±۲۴/۵۴ سال بود و اکثریت ساکن شهر بوده‌اند (۷۹ درصد). هم‌چنین ۲۲۴ نفر(۵۵/۲ درصد) مجرد و۲۴۸ نفر (۵۶/۱ درصد)دارای تحصیلات متوسطه بوده‌اند. مسمومیت‌ها غالباً در تابستان رخ داده بود (۲۸/۷ درصد). در بین داروهای مصرف شده، آرام بخش- خواب‌آورها به ویژه بنزودیازپین‌ها شایع ترین بود (۴۷/۵ درصد) و بعد از آن‌ها داروهای نارکوتیک (۲۶/۵ درصد) و ضدافسردگی ها (۱۷/۴ درصد) قرار داشتند. در نهایت ۳ بیمار فوت شده بود (۰/۶۸ درصد) واختلافات خانوادگی مهم‌ترین علت اقدام به خودکشی بوده است (۴۶/۸ درصد).

**استنتاج:** داروهای آرام بخش- خواب آور با محوریت بنزودیازپین‌ها مهم‌ترین عامل اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی بوده است که در نسل جوان، افراد مجرد و کسانی که از اختلافات خانوادگی رنج می‌برند بیش‌تر مشاهده می‌گردد.

**واژه های کلیدی:** خودکشی، مسمومیت، اپیدمیولوژی، اختلالات روانی

## مقدمه

خودکشی و اقدام به خودکشی یک مساله مهم بهداشت عمومی و رفتاری ضد اجتماعی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه به حساب می‌آید. این پدیده علاوه بر آسیب‌های فردی و خانوادگی باعث ایجاد چالش‌های اجتماعی نیز می‌گردد(۲،۱). خودکشی را می‌توان به صورت اقدامی خود آگاهانه در آزار خود قلمداد کرد

**مولف مسئول: یعقوب شایسته**- گلستان: بندرگز، مرکز بهداشت شهرستان بندرگز Email:shayeste.yaghoub@gmail.com
۱. دانشیار، مرکز تحقیقات علوم دارویی، گروه سم شناسی و فارماکولوژی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. استادیار، گروه جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۴. کارشناس مدارک پزشکی، مرکز اموزشی درمانی ۵ آذر، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۵. کارشناس ارشد سم شناسی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۵/۶/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۵/۶/۹ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۸/۲۵



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

که می‌تواند به مرگ منتهی گردد(۲). آمارها نشان می‌دهد که سالانه حدود یک میلیون مرگ در جهان به دلیل خودکشی ایجاد می‌گردد(۳). علل اقدام به خودکشی در افراد متفاوت بوده و می‌توان عواملی از قبیل ناامیدی یا داشتن شرایط روحی و روانی نامناسب، اعتیاد و سوء مصرف مواد، مشکلات مالی، چالش‌های خانوادگی، مسائل فرهنگی و غیره را در ایجاد آن دخیل دانست(۴). به طور کلی فاکتورهای مختلفی از جمله سن، جنس، نژاد، فاکتورهای روان‌شناختی، شرایط اجتماعی اقتصادی، شرایط خانوادگی، سطح دسترسی به خدمات مشاوره‌ای و سلامت روانی و غیره می‌توانند در شکل گیری اقدام به خودکشی و تکرار آن در افراد نقش مهمی را ایفا نمایند(۵،۳). روش‌های اقدام به خودکشی در جوامع مختلف متفاوت بوده و می‌توان به روش‌هایی مانند خودسوزی، حلق‌آویز نمودن، مسمومیت‌های عمدی و غیره اشاره نمود. مسمومیت‌های عمدی خود می‌تواند به شکل‌های مختلفی مانند استنشاق گازهای سمی، خوردن گیاهان سمی، استفاده از مواد شوینده پاک‌کننده، آفت‌کش‌ها من جمله قرص برنج و نیز مصرف داروها ایجاد گردد که در این میان در بسیاری از نقاط جهان داروها در صدر قرار داشته و از شایع ترین روش‌های اقدام به خودکشی به حساب می آیند(۶). به طورکلی لزوم توجه به موارد اقدام به خودکشی ناشی از مسمومیت‌ها من جمله مسمومیت دارویی به این خاطر بوده است که نسبت به سایر روش‌های اقدام به خودکشی از شیوع بالاتری برخوردار هستند(۱۲). از طرفی در سطح جهانی نیز الگوی مسمومیت‌های دارویی متفاوت بوده و در بسیاری موارد استامینوفن به همراه داروهای آرام بخش- خواب آور شامل بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها و نیز داروهای ضد افسردگی از مهم ترین ترکیبات دارویی مورد استفاده در اقدام به خودکشی‌ها محسوب می‌گردند(۸،۷).

در ایران نیزمسمومیت‌های دارویی یکی از مهم‌ترین علل خودکشی قلمداد می‌گردد که در این میان داروهای بنزودیازپین به همراه داروهای ضد افسردگی در اقدام به خودکشی‌ها به وفور مورد استفاده قرار گرفته و درصد بالایی از خودکشی‌های ناشی از مسمومیت‌های دارویی را شامل می‌گردند. از مهم‌ترین علل گرایش افراد به استفاده از داروها در مقوله خودکشی، در دسترس بودن، آشنا بودن با داروهای گوناگون و بی درد بودن این روش را می‌توان برشمرد(۷). به طورکلی پیشگیری از خودکشی فرآیندآسانی نبوده و این برنامه یکی از مهم‌ترین اولویت های سازمان جهانی بهداشت نیزبه حساب می‌آید. در واقع شناسایی علل، روش اقدام، ویژگی‌های دموگرافیکی و اپیدمیولوژیکی خودکشی‌ها می تواند در کنترل و کاهش این چالش اجتماعی نقش مهمی را ایفا نماید(۳). به عبارت دیگر در جهت داشتن برنامه موثر و مداخله جهت کاهش هزینه و بار ناشی از این مشکل بهداشتی مهم در جامعه، داشتن اطلاعات دقیق و مناسب و شناسایی عوامل خطر مرتبط با آن ضروری می‌باشد(۱۲). از طرفی با توجه به آمارهای وزارت بهداشت مبنی بر جایگاه استان گلستان در کسب رتبه سوم اقدام به خودکشی در کشور(۴)، انجام چنین بررسی‌هایی در این منطقه از کشور ضروری به نظر می‌رسد. هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های دموگرافیکی و تعیین الگوی موارد اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی بوده است.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت توصیفی- تحلیلی و در محدوده زمانی ابتدای سال ۱۳۸۷ تا پایان سال ۱۳۹۳ به صورت سرشماری و از طریق بررسی تمامی پرونده بیماران بستری در بیمارستان ۵ آذر گرگان که از طریق مصرف دارو اقدام به خودکشی نموده بودند، صورت گرفته است. ملاک تشخیص اقدام به خودکشی و مسمومیت دارویی در مطالعه حاضر گزارشات و مستندات ثبت شده در پرونده پزشکی بیماران بوده است. موارد اقدام به خودکشی ناشی از مسمومیت‌های دارویی که به

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

صورت سرپایی درمان شده بودند و نیز موارد دارای پرونده پزشکی ناقص و هم‌چنین کسانی که روش اقدام به خودکشی آن‌ها مسمومیت دارویی نبوده است، از جامعه آماری مورد نظرحذف گردیدند. کلیه مجوزهای لازمه و هم‌چنین تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان قبل ازشروع مطالعه توسط مجریان طرح اخذ گردیده است. فرآیند جمع‌آوری اطلاعات ازطریق چک لیست و به کمک پرونده های پزشکی بیماران جامعه آماری مورد نظرانجام شده است. چک لیست حاضر دارای ۲۳ سوال بوده که ۶ سوال مربوط به ویژگی‌های دموگرافیکی، ۴ سوال مربوط به شرایط ایجاد مسمومیت، ۵ سوال مربوط به شرایط اقدام به خودکشی و نیز ۸ سوال مربوط به شرایط پذیرش، درمان و پیامد بوده است. جمع‌آوری اطلاعات از پرونده‌های بیمارستانی توسط کارشناس حوزه سم شناسی و در طی مدت زمان چهار ماه انجام گردیده است. اطلاعات جمع‌آوری شده از چک لیست به برنامه اکسل و نهایتاً نرم‌افزار Stata نسخه ۱۱ منتقل و نتایج مربوطه شامل برآوردهای توصیفی ازقبیل دامنه، میانگین و انحراف معیار و هم چنین تحلیلی (وجود یا عدم وجود ارتباط آماری بین دو یا چند متغیر) با فرض P-value کم‌تر از ۰/۰۵ به عنوان شرط معنی‌داربودن روابط آماری و به کمک آزمون‌های کای اسکوار و پیرسون استخراج گردید.

## یافته ها

در فاصله زمانی ابتدای سال ۱۳۸۷ تا پایان سال ۱۳۹۳ تعداد ۵۷۳ مورد مسمومیت دارویی منجر به بستری در بیمارستان ۵ آذر گرگان پذیرش شد که در این میان تعداد ۴۴۲ نفر از آن‌ها به قصد خودکشی اقدام به مصرف دارو نموده بودند که این موضوع بیانگر این بوده است که ۷۷/۱ درصد مسمومیت‌های دارویی پذیرش شده در این مرکز درمانی به دلیل اقدام به خودکشی بوده است.

در بین ۴۴۲ مورد اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی در مطالعه حاضر۲۴۴ نفر زن (۵۵/۲ درصد) و مابقی مرد بوده‌اند (p=۰/۰۲۹). کم‌ترین سن فرد مورد بررسی ۱۲ سال، بیش‌ترین ۶۶ سال و هم‌چنین میانگین سنی جامعه آماری مورد نظر ۸/۱۴± ۲۴/۵۴ سال بوده است. از نظر توزیع سنی، گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال با ۲۲۹ مورد (۵۱/۸ درصد) بالاترین فراوانی موارد اقدام به خودکشی را به طورمعناداری به خود اختصاص داد (p<۰/۰۰۱). از نظر وضعیت تاهل، ۲۲۴ نفر مجرد (۵۵/۲ درصد) و در زمینه شغلی نیز ۱۲۸ نفر بی‌کار (۲۹ درصد) بوده‌اند. بین متغیرهای وضعیت تاهل و شغل با موارد اقدام به خودکشی در مطالعه حاضر ارتباط معنادارآماری وجود داشت (p<۰/۰۰۱). در بررسی وضعیت تحصیلی جامعه آماری مشخص گردید که به طور معناداری غالب افراد (۲۴۸ نفر، ۵۶/۱ درصد) دارای تحصیلات متوسطه بودند (p<۰/۰۰۱) و از نظر محل سکونت نیز ۳۴۹ نفر ساکن شهر (۷۹ درصد) و مابقی (۹۳ نفر،۲۱ درصد) ساکن روستا بوده‌اند (p<۰/۰۰۱). ویژگی‌های دموگرافیکی جامعه آماری مورد بررسی به صورت کامل در جدول شماره ۱ بیان گردیده است.

در مطالعه حاضر بیش‌تر موارد خودکشی در فصول تابستان (۱۲۷ نفر، ۲۸/۷ درصد) و پاییز (۱۱۴ نفر، ۲۵/۸ درصد) به وقوع پیوسته است (p=۰/۲۱۲). مصرف دارو در اکثر مواقع به صورت خوراکی (۴۴۱ نفر، ۹۹/۸ درصد)، در منزل (۳۳۸ نفر، ۷۶/۵ درصد) و بین ساعات شش عصر تا دوازده شب (۱۵۳ نفر، ۳۴/۶ درصد) و به دنبال آن دوازده ظهر تا شش عصر (۱۵۱ نفر، ۳۴/۲ درصد) اتفاق افتاده است (جدول شماره ۲).

از نظر تعداد داروهای مصرفی، در ۲۳۵ نفر (۵۳/۲ درصد) مسمومیت با یک دارو اتفاق افتاده است. هم‌چنین مسمومیت با سه دارو و بیش‌تر نیز با ۱۰۶ نفر (۲۴ درصد) در رتبه بعدی قرار داشته است. در ۶۵ نفر (۱۴/۷ درصد) مسمومیت با دو دارو رخ داده و در ۳۶ نفر (۸/۱ درصد) نیز نوع و تعداد دارو نامشخص بوده است.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

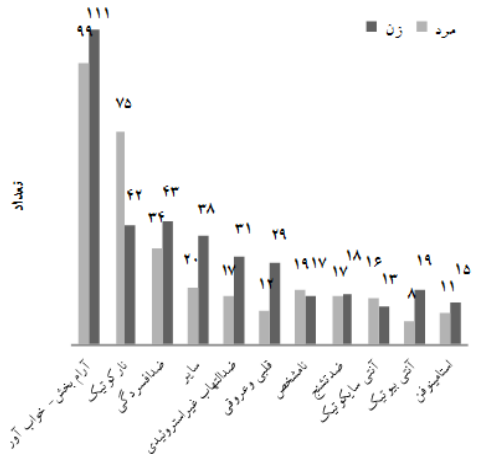
**جدول شماره ۱:** مشخصات دموگرافیکی افراد مورد بررسی

| متغیر | تعداد (درصد) |
|---|---|
| جنس | |
| مرد | ۱۹۸ (۴۴/۸) |
| زن | ۲۴۴ (۵۵/۲) |
| گروه سنی | |
| ۱۹ – ۱۰ | ۱۲۵ (۲۸/۳) |
| ۲۹ – ۲۰ | ۲۲۹ (۵۱/۸) |
| ۳۹ – ۳۰ | ۶۰ (۱۳/۶) |
| ۴۹ – ۴۰ | ۲۱ (۴/۸) |
| ۵۹ – ۵۰ | ۵ (۱/۱) |
| ۶۰ و بالاتر | ۲ (۰/۴) |
| وضعیت تاهل | |
| مجرد | ۲۴۴ (۵۵/۲) |
| متاهل | ۱۶۲ (۳۶/۶) |
| مطلقه/ همسر فوت شده | ۷ (۱/۶) |
| نامشخص | ۲۹ (۶/۶) |
| تحصیلات | |
| بی سواد | ۶ (۱/۴) |
| ابتدایی | ۲۳ (۵/۲) |
| راهنمایی | ۸۴ (۱۹) |
| دبیرستان | ۲۴۸ (۵۶/۱) |
| دانشگاهی | ۴۲ (۵/۴) |
| نامشخص | ۵۷ (۱۲/۹) |
| محل سکونت | |
| شهر | ۳۴۹ (۷۹) |
| روستا | ۹۳ (۲۱) |
| شغل | |
| بیکار | ۱۲۸ (۲۹) |
| شاغل | ۱۲۵ (۲۸/۳) |
| دانش آموز | ۱۰۱ (۲۲/۸) |
| خانه دار | ۵۷ (۱۲/۹) |
| نامشخص | ۳۱ (۷) |

**جدول شماره ۲:** فراوانی متغیرهای مرتبط با مسمومیت های دارویی در افراد مورد بررسی

| متغیر | مرد | زن | کل | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|
| محل وقوع مسمومیت | | | | |
| منزل | ۱۰۴ | ۲۳۴ | ۳۳۸ | |
| خارج از منزل | ۲۷ | ۳ | ۳۰ | p<۰/۰۰۱ |
| نامشخص | ۶۷ | ۷ | ۷۴ | |
| راه ورود دارو به بدن | | | | |
| خوراکی | ۱۹۸ | ۲۴۳ | ۴۴۱ | p=۰/۳۶۷ |
| تزریقی | ۰ | ۱ | ۱ | |
| زمان مصرف دارو | | | | |
| صبح (۶ صبح تا ۱۲ ظهر) | ۳۱ | ۱۸ | ۴۹ | |
| بعدازظهر(۱۲ظهرتا ۶ عصر) | ۶۹ | ۸۲ | ۱۵۱ | p=۰/۰۱۵ |
| عصر(۶ عصرتا ۱۲ شب) | ۶۷ | ۸۶ | ۱۵۳ | |
| شب (۱۲ شب تا ۶ صبح) | ۳۱ | ۵۸ | ۹۸ | |
| مدت زمان بستری در بیمارستان | | | | |
| کمتر از ۲۴ ساعت | ۳۷ | ۵۹ | ۹۶ | |
| بین ۲۴ تا۷۲ ساعت | ۷۷ | ۱۲۰ | ۱۹۷ | p=۰/۰۰۲ |
| بیش از۷۲ ساعت | ۸۴ | ۶۵ | ۱۴۹ | |
| بستری در بخش مراقبت های ویژه | | | | |
| بلی | ۸۳ | ۱۰۲ | ۱۸۵ | p=۰/۹۸ |
| خیر | ۱۱۵ | ۱۴۲ | ۲۵۷ | |
| پیامد | | | | |
| بهبودی | ۱۴۶ | ۱۸۸ | ۳۳۴ | |
| ترخیص با رضایت شخصی | ۵۱ | ۵۴ | ۱۰۵ | p=۰/۶۳۰ |
| مرگ | ۱ | ۲ | ۳ | |

از نظرنوع داروهای مصرفی، در ۴۷/۵ درصد موارد (۲۱۰ نفر) مسمومیت با آرام بخش– خواب‌آورها رخ داده که در این میان در ۱۹۴مورد (۹۲/۴ درصد کل گروه آرام بخش- خواب‌آورها) به دلیل مصرف بنزودیازپین‌ها بوده است. نارکوتیک‌ها نیز رتبه دوم مسمومیت‌های دارویی را به خود اختصاص داده بودند (۱۱۷، ۲۶/۵ درصد) که در این میان سهم ترامادول ۷۲ مورد (۶۱/۵ درصد کل گروه نارکوتیک‌ها) بوده است. هم‌چنین رتبه سوم مسمومیت‌های دارویی در مطالعه حاضر را داروهای ضد افسردگی به خود اختصاص داده‌اند (۷۷، ۱۷/۴ درصد) که سهم داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای در این دسته بیش‌ترین بوده است (۵۸ ، ۷۵/۳ درصد کل گروه ضدافسردگی‌ها). هم‌چنین در ادامه رتبه سایر مسمومیت‌های دارویی به تفکیک گروه آن‌ها به ترتیب عبارتند از ضدالتهاب غیر استروئیدی (۴۸، ۱۰/۹ درصد)، قلبی و عروقی (۴۱، ۹/۳ درصد)، ضد تشنج (۳۵، ۸ درصد)، آنتی سایکوتیک (۲۹، ۶/۶ درصد)، آنتی‌بیوتیک (۲۷، ۶/۱ درصد)، استامینوفن (۲۶، ۵/۹ درصد)، سایر داروها (۵۸، ۱۳/۱ درصد)، نامشخص(۳۶، ۸/۱ درصد). فراوانی مسمومیت‌های دارویی ناشی از اقدام به خودکشی بر حسب گروه دارویی و جنس در نمودار شماره ۱ نمایش داده شده است.




**نمودار شماره ۱:** فراوانی مسمومیت های دارویی ناشی از اقدام به خودکشی بر حسب گروه دارویی و جنس

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

در خصوص علل خودکشی در ۲۰۷ نفر از بیماران مورد بررسی اختلافات خانوادگی مشاهده شده است. هم‌چنین در ۱۲۸ مورد نیزاختلالات روانی عاطفی علت اقدام به خودکشی بوده است (p<۰/۰۰۱). تعداد ۶۰ نفر از افراد تحت بررسی سابقه اعتیاد به مواد مخدر داشتند و یا این که در زمان انجام مطالعه از آن‌ها استفاده می‌کردند. در ۴۸ مورد نیز سابقه اقدام به خودکشی‌های قبلی وجود داشته است. نزدیک به نیمی از بیماران (۱۹۷ نفر، ۴۴/۶ درصد) بین مدت ۲۴ تا ۷۲ ساعت در بیمارستان بستری بودند که در این بین ۱۸۵نفر از آن‌ها (۴۱/۹ درصد) نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه داشته اند. در این بررسی در نهایت ۳۳۴ نفر(۷۵/۶ درصد) بهبود یافته و تعداد ۳ نفر (۰/۶۸ درصد) به دلیل عوارض و اختلالات ناشی از مسمومیت فوت شده اند. از نظر جنسیت، فوت شدگان ۱ مرد و ۲ زن بودند که نوع دارو در جنس مذکر نامشخص بود ودریکی از دو زن مصرف بنزودیازپین به همراه داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای و در مورددیگر مصرف شربت متادون عامل مرگ بوده است.

## بحث

مسمومیت عمدی با دارو از شایع‌ترین روش‌های اقدام به خودکشی در بسیاری از نقاط جهان می‌باشد(۶). در مطالعه حاضر بیش از سه چهارم مسمومیت‌های دارویی ثبت شده به دلیل اقدام به خودکشی بوده که در بسیاری از بررسی‌های داخل کشور ازجمله در گلستان(۹)، سمنان(۱۰)،کرمانشاه(۵)، اهواز(۱۱)، گیلان(۴)، شمال غرب ایران(۱۲) و بررسی های خارج از کشور از جمله ترکیه(۱۳)، هندوستان(۱۴) و رومانی(۱۵) این روند مشاهد گردیده است. مطالعات سازمان جهانی بهداشت و دفتر مدیترانه شرقی وابسته به آن در ۱۴ کشور اروپایی نشان می‌دهد که ۷۳ درصد مردان و ۸۴ درصد از زنان از دارو جهت مسمومیت‌های عمدی استفاده کرده‌اند(۱۶) و این نتایج تایید کننده این موضوع می‌باشدکه دارو به دلیل دسترسی آسان و سهولت مصرف به عنوان یکی از ابزارهای مهم خودکشی در ایران و بسیاری از نقاط دنیا محسوب می گردد. هم چنین این مساله اهمیت آموزش در خصوص در دسترس نبودن آسان داروها در فضای خانواده و ضرورت بازنگری در خصوص عرضه دارو در داروخانه‌ها را بیش تر نمایان می‌کند(۴).

در مطالعه حاضر مانند بسیاری از مطالعات از جمله در تبریز(۱۲) و کرمانشاه(۲۲) ونیزبرخی مطالعات خارجی مانند یونان(۱۷) زنان سهم بیش تری را در مطالعه دارا بوده اند. در نقطه مقابل مطالعاتی نیز وجود دارد که نشان دهنده افزایش این مورد در مردان می باشد(۱۸، ۱۹). در بررسی علل افزایش اقدام به خودکشی درزنان می توان به عواملی مانند روحیه حساس و آسیب پذیر آن‌ها نسبت به مردان، کم بودن سامانه های پشتیبانی و اجتماعی در دفاع از حقوق زنان و غیره اشاره نمود(۱۰). برخی مطالعات نیز از شیوع بیش‌تر افسردگی در دختران حکایت دارد(۲۱،۲۰) که شانس آن‌ها را برای اقدام به خودکشی افزایش می‌دهد(۲،۱). از طرفی در برخی مطالعات به کم گزارش نمودن خودکشی پسران نیز اشاره کرده‌اند(۲۱،۲۰).

در بررسی اخیر گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال بیش ترین درصد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده و در بسیاری از مطالعات داخل و خارج کشورنیز مشاهده گردیده است که جوانان درصد بیش‌تری از موارد اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده‌اند(۲۳،۲۲). بررسی‌های صورت گرفته در این خصوص نشان می‌دهد که خودکشی سومین علت مرگ در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال می‌باشد(۱). مسائلی هم چون بلوغ و تمایل به استقلال طلبی، گرایش به مصرف مواد مخدر، ناتوانی در ایجاد ارتباط با دیگران و عدم انجام وظایف محوله به نحو مناسب به آسیب‌پذیری این گروه سنی دامن زده است(۲۴،۲۱). از نظر تحصیلات غالب افراد تحت بررسی دارای تحصیلات متوسطه بوده که در برخی مطالعات از جمله مطالعه صورت گرفته در سمنان(۱۰) این مورد

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

مشاهده گردیده و احتمالاً بیش‌تر بودن افراد دارای این سطح تحصیلات در جامعه و نیز مشکلات خاص این طیف از جامعه در این امر موثر می‌باشد. هم‌چنین Kaplan نیز اعتقاد بر این داشته که هر چقدر سطح تحصیلات بالا رود احتمال خودکشی افزایش می‌یابد(۲۵) که این نظریه با مطالعه حاضرتا مقطع متوسطه منطبق می‌باشد.

در مطالعه حاضر مجردها نسبت به متاهلین درصد بالاتری از اقدام به خودکشی را دارا بودند. در این خصوص نتایج برخی بررسی‌ها مشابه با نتایج بررسی حاضر بوده است(۲۷،۲۶) و در برخی مطالعات نیز متاهلین نسبت به مجردها غالب بوده‌اند(۲۸). در این خصوص به نظر می‌آید ازدواج ایمنی قابل توجهی را در برابر خودکشی ایجاد می نماید(۲۹) و به اعتقاد Durkheim افراد متاهل بالای ۲۰ سال، کم‌تر مرتکب خودکشی می‌شوند(۳۰). از نظر توزیع زمانی بیش‌ترین موارد اقدام به خودکشی در فصل تابستان اتفاق افتاده است که منطبق با نظریه Durkheim می‌باشد. وی اعتقاد داشت که افزایش دما در افزایش اقدام به خودکشی نقش دارد به طوری که در ماه‌های گرم سال روابط اجتماعی افراد افزایش یافته و در این بین کسانی که توانایی برخورد با دیگران را ندارند به دلیل افزایش فشارهای روانی به خودکشی روی می‌آورند(۳۰).

از نظر گروه دارویی، داروهای آرام بخش- خواب‌آور با محوریت بنزودیازپین‌ها شایع‌ترین علل مسمومیت های دارویی بوده اند. این نتایج هم سو با بسیاری از مطالعات صورت گرفته در داخل و خارج ازکشور می‌باشد(۳۱،۱۴،۱۱،۴). داروهای نارکوتیک با محوریت ترامادول وضدافسردگی‌ها با محوریت ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای نیزدرادامه مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده مسمومیت دارویی ناشی از اقدام به خودکشی در مطالعه اخیر می‌باشند. نتایج برخی مطالعات نیز با مطالعه حاضر متفاوت بوده به طوری که در دانمارک ضددردها در اولویت بوده و آرام بخش‌ها رتبه دوم را دارا بوده‌اند(۴). در یک مطالعه در اهواز داروهای ضدافسردگی(۱۱) ودرنیوزیلند استامینوفن و سپس داروهای ضدافسردگی دراولویت قرارداشته‌اند(۴). هم چنین در یک بررسی در غرب ایران مشخص شد ترامادول و متادون رتبه‌های برتر را دارا بوده‌اند(۲۲). عوامل اجتماعی، فرهنگی و سطح دسترسی به دارو ها را می‌توان در ایجاد این تفاوت‌ها دخیل دانست(۱۲). هم‌چنین در مطالعه حاضر مشخص شد در بیش‌تر موارد نسبت داروهای مصرفی از جمله آرام بخش‌ها و ضدافسردگی‌ها در زنان بیش‌تر از مردان بوده ودر بین رتبه‌های برتر ایجادکننده مسمومیت‌ها در بررسی اخیر فقط مسمومیت با داروهای نارکوتیک از جمله ترامادول و متادون در مردان نسبت به زنان برتری داشته است.این نکته می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که جنس می‌تواند تعیین‌کننده نوع ماده مصرفی در مسمومیت‌های عمدی و خودکشی‌ها باشد(۴).

مرگ ناشی از مسمومیت دارویی در مطالعه حاضر کم‌تر از ۱ درصد بوده است که نسبت به برخی بررسی‌های انجام شده در داخل(۱۲) و خارج کشور(۱۴) درصد پایین تری را دارا بوده است ولی به طور کلی داروها را می‌توان از مهم‌ترین علل مرگ ناشی از مسمومیت‌ها به خصوص مسمومیت‌های عمدی دانست. به طوری که در برخی گزارشات، داروها بیش‌تر از تصادفات رانندگی باعث مرگ و میر شده‌اند(۱۷). هم‌چنین در مطالعه حاضر مشخص شدکه در بین علل ایجادکننده اقدام به خودکشی، مهم‌ترین عامل اختلافات خانوادگی می باشد. اختلافات خانوادگی اصطلاح کلی بوده که در این مطالعه شامل اختلافات و تعارضات مابین زوجین، مابین والدین، مابین فرزندان و زوجین و نیز ما بین فرزندان بوده و در بسیاری از مطالعات نیز اولین علت اقدام به خودکشی محسوب می‌گردد(۳۲). اختلالات روانی عاطفی نیز از عوامل دیگری هستندکه تمایل به اقدام به خودکشی را تشدید نموده و برخی مطالعات موید این موضوع می‌باشند(۳۴،۳۳). در این خصوص سازمان جهانی بهداشت تقویت خدمات

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

پزشکی و مشاوره‌ای درجهت کاهش تکرار خودکشی در جامعه را موثر می‌داند(۳۵). هم‌چنین در برخی بررسی‌ها نیمی از موارد فوت شده ناشی از اقدام به خودکشی دارای مشکلات افسردگی شدید بوده‌اند(۳۷،۳۶). ازطرفی بررسی‌ها نشان می‌دهد بیش‌تر افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک مشکل روانی قابل تشخیص دارند. هم‌چنین نتایج برخی مطالعات مشابه نشان می‌دهد بیش‌تر افرادی که که خودکشی کرده‌اند، سابقه اقدام به خودکشی داشته و افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند ممکن است بعدها مجدداً خودکشی نمایند(۱). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره نمود که جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیماران مورد نظر به صورت گذشته نگر، غیر حضوری و از طریق تکمیل نمودن چک لیست از پرونده پزشکی آن‌ها بوده که احتمال ایجاد تورش در اطلاعات جمع‌آوری شده را در پی خواهد داشت.

در پایان می‌توان نتیجه گیری کرد که داروهای آرام بخش- خواب‌آور با محوریت بنزودیازپین ها بیش‌ترین سهم را در مقوله اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی در گرگان داشته اند. هم چنین در این میان زنان، افراد درگروه سنی بین ۲۰ تا ۲۹ سال، افراد مجرد و بیکار، ساکنین شهر و افرادی که از اختلافات خانوادگی رنج می‌برند بیش‌تر در معرض خطر اقدام به خودکشی با مسمومیت دارویی هستند.

## سپاسگزاری

مقاله حاضر تحت حمایت و حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد ۶۳۰۶۱۱۱۱۱ می‌باشد. نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از معاونت تحقیقات و فناوری، مرکزتحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی دانشگاه و نیز کارکنان بیمارستان ۵ آذر گرگان اعلام می‌دارند.

## References

1. Ghoreishi SA, Mousavinasab N. Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP) 2008; 14(2): 115-121.
2. Mohammadi N, Karbakhsh M, Pajoumand A. Epidemiologic aspects of deliberate self-poisoning in adolescents: a hospital-based study in Tehran. Tehran Univ Med J 2007; 65(4): 59-64 (Persian).
3. Aghakhani K, Rasouli A, Jamilian H, Memarian A. Differences in Demographic and Psychological Variables in Suicide by Self-immolation and Poisoning. Iran J Toxicol 2013; 7(22): 882-886.
4. Monsef Kasmaie V, Asadi P, Maleki Ziabari S. A Demographic Study of Suicide Methods in the Patients Aided by emergency paramedics Guilan. Guilan Univ Med Sci 2013; 22(87): 31-37 (Persian).
5. Rezaie L, Khazaie H, Soleimani A, Schwebel DC. Self-immolation a predictable method of suicide: a comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. Burns 2011; 37(8): 1419-1426.
6. Hamdan S, Melhem N, Orbach I, Farbstein I, El-Haib M, Apter A, et al. Risk factors for suicide attempt in an Arab kindred. J Affect Disord 2011; 132(1): 247-253.
7. Ashkani H, Touhidi M, Moeeni SA. A study of suicidal attempts by drugs and poisonous substances in emergency rooms and intensive care units of hospitals affiliated with Shiraz University of Medical Sciences.Journal of Medical Resaerch (JMR) 2002; 1(1): 48-54.
8. Fadum EA, Stanley B, Qin P, Diep LM, Mehlum L. Self-poisoning with medications in adolescents: a national register study of

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

hospital admissions and readmissions. Gen Hosp Psychiatry 2014; 36(6): 709-715.

9. Taziki M, Taziki S, Semnani S, Rajaei S, Gol AM, Ezad K, et al. Epidemiological survey of suicide in Golestan province in the North of Iran (2003). J Mazandaran Univ Med Sci 2006; 16 (55): 72-77 (Persian).
10. Saberi-Zafarghandi M, Ghorbani R, Mousavi S. Epidemiologic study on suicide attempt in affiliated hospitals of Semnan University of medical sciences. Koomesh 2005; 6(4): 311-318 (Persian).
11. Rahmani AH, Jafari M, Farnam M, Zafari J. Evaluation of Epidemiologic of Drug Poisoning in the Ahvaz Razi Hospital in the Years of 2004-2008. Scientific Journsl of Forensic Medicine (SJFM) 2015; 21(1): 43-46.
12. Shams Vahdati S, Moradi N, Ghadim J, Tajoddini S. Evaluation of Suicide attempts with drug poisoning in North-West of Iran. Journal of Emergency Practice and Trauma 2015; 1(1): 1-2.
13. Oguzturk H, Turtay MG, Pamukcu E, Ciftci O. Demographic features of acute drug poisoning admitted to Inonu University Hospital in Malatya, Turkey. Scientific Research and Essays 2010; 5(18): 2761-2767.
14. Kanchan T, Menezes RG. Suicidal poisoning in Southern India: gender differences. Journal of Forensic and Legal Medicine 2008; 15(1): 7-14.
15. Sorodoc V, Jaba IM, Lionte C, Mungiu OC, Sorodoc L. Epidemiology of acute drug poisoning in a tertiary center from Iasi County, Romania. Hum Exp Toxicol 2011; 30(12): 1896-1903.
16. Clark D, Murray DB, Ray D. Epidemiology and outcomes of patients admitted to critical care after self-poisoning. J Intensive Care Society 2011; 12(4): 268-273.
17. AbeerAl-Mutawa EA, Hedaya M, Koshy S. Intentional and Unintentional Drug Poisonings in Mubarak Al-Kabeer Hospital, Kuwait. J Pharma Care Health Sys 2015; 2(139): 2376-0419.1000139.
18. Styka AN, White DS, Zumwalt RE, Lathrop SL. Trends in adult suicides in New Mexico: utilizing data from the New Mexico violent death reporting system. J Forensic Sci 2010; 55(1): 93-99.
19. Thomas K, Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861–2007: a time-trends analysis. Int J Epidemiol 2010: dyq094.
20. Alaghehbandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998–2000. Can J Psychiatry 2005; 50(12): 762-768.
21. Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. Keio J Med 2009; 58(3): 144-151.
22. Najafi F, Beiki O, Ahmadijouybari T, Amini S, Moradinazar M, Hatemi M, et al. An assessment of suicide attempts by self-poisoning in the west of Iran. J Forensic Legal Med 2014; 27: 1-5.
23. Portzky G, Audenaert K, Van Heeringen K. Suicide among adolescents. Soc Psych Psych Epid 2005; 40(11): 922-930.
24. Silvers JA, McRae K, Gabrieli JD, Gross JJ, Remy KA, Ochsner KN. Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. Emotion 2012; 12(6): 1235-1247.
25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/ clinical psychiatry: Lippincott: Williams & Wilkins; 2011.
26. Khazaei H, Parvizifard AA. Demographic characteristics and mental state evaluation of attempted suicide victims in Tabriz in 2001. J

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]

Kermanshah Univ Med Sci (Behbood) 2003; 7(3): 42-51.

27. Rafiei M, Seyfi A. The epidemiologic study of suicide attempt referred to hospitals of University of Medical Sciences in Markazi-Province from 2002 to 2006. Iranian Journal of Epidemiology 2009; 4(3): 59-69.
28. Fairweather-Schmidt AK, Anstey KJ, Salim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidality at follow-up: findings focussing on age and gender from a community-based study. BMC Psychiatry 2010; 10(1): 41.
29. Moradi AR, Moradi R, Mostafavi E. A survey of the rate and effective factors on suicide in Bahar. Journal of Research in Behavioral Sciences 2012; 10(21): 50-58.
30. Durkheim E. Le suicide: étude de sociologie: Franc, Paris, Alcan; 1897.
31. Karatoprak C, Karabulut L, Kaya B, Altindal M, Ugurlukisi B, Hanifi M, et al. Demographic evaluation of attempted suicide by drug overdose in Istanmul. Acta Medica Mediterranea 2015; 31(4): 857-861.
32. Ansari A, Khodadadi A, Sayadi A, Negahban T, Allahtavakoli M. Suicide attempt and related factors among referring to Ali Ebn-e Abitaleb hospital in during Rafsanjan 2006 - 2007. Community Health Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2010; 5(1): 38-44 (Persian).
33. Konradsen F, van der hoek W, Cole DC, Hutchinson G, Daisley H, Singh S, et al. Reducing acute poisoning in developing countries-options for restricting the availability of pesticides. Toxicology 2003; 192(2): 249-261.
34. Mauri MC, Cerveri G, Volonteri LS, Fiorentini A, Colasanti A, Manfré S, et al. Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1(1): 5.
35. Wei KC, Chua H C. Suicide in Asia. Journal of International Review of Psychiatry 2008; 20(5): 434-440.
36. Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, Mann JJ. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(2): 165-172.
37. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 update: World Health Organization; 2008.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24 ]