

عامل مسمومیت در مسمومیت‌های عمدی و مقایسه آن با مسمومیت‌های غیر عمدی و متغیرهای مرتبط

سید علی آذین^۱، علی شهید زاده ماهانی^۱، مهدی عبادی^۲، سپیده امیدواری^۳، علی منتظری^۴

^۱ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران

^۲ مربی، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران

^۳ استادیار، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران

^۴ استاد، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران

نویسنده رابط: علی منتظری، نشانی: تهران، خیابان شهید وحید نظری، بین ابرویحان و فلسطین جنوبی، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۵۱۸۷۷-۶۶۹۵۱۸۷۷، نمابر:

۰۲۱-۶۶۴۸۰۸۰۵، پست الکترونیک: Montazeri@acecr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۱۱/۳۰؛ پذیرش: ۱۳۸۷/۷/۶

مقدمه و اهداف: از میان انواع اقدام به خودکشی، **Self poisoning** یا مسمومیت توسط خود فرد در کنار مسمومیت‌های تصادفی، یکی از قدیمی‌ترین و رایج‌ترین شیوه‌های آسیب به خود (**Self harm**) و ارجاع به بخش‌های مسمومین است. میزان و روند مسمومیت به‌ویژه مسمومیت عمدی به قصد خودکشی در طول زمان و در کشورهای مختلف با مواد و داروهای در دسترس کاملاً مرتبط بوده است. جهت ارزیابی اپیدمیولوژی اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت عمدی و ارزیابی سهم آن در مراجعین به بخش‌های مسمومین بیمارستان‌های مرجع در کشور در سال ۱۳۸۳ مطالعه‌ای طراحی و اجرا شد.

روش کار: بررسی حاضر یک مطالعه مقطعی (**Cross sectional**) است که بر روی بیماران پذیرفته شده (سرپایی یا بستری) در اورژانس بیمارستان‌های واجد بخش ویژه مسمومین (۷۲۳ نفر) در ۶ شهر و با مصاحبه، مطابق پرسشنامه مدون از سوی گروه تحقیق انجام پذیرفته است.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که از مجموع ۷۲۳ نمونه گرفته‌شده در بیمارستان‌های مرجع شهرهای تهران، شیراز، تبریز، کرمانشاه، مشهد و اصفهان، ۷۶٪ (۵۵۰ نفر) عامدانه و به قصد خودکشی اقدام به مسموم نمودن خود کرده بودند. در یک نگاه کلی ۴۴۵ نفر از این تعداد (۸۰/۹٪) از دارو، ۵۹ نفر (۱۰/۷٪) از انواع سموم شیمیایی، ۲۸ نفر (۵/۱٪) از مواد روان‌گردان و بلاخره ۱۸ نفر (۳/۲٪) از سایر مواد شیمیایی برای اقدام به خودکشی استفاده نموده بودند. بیش از ۳۱٪ از افراد اقدام‌کننده به خودکشی از بنزودیازپین‌ها استفاده کرده بودند. در حالی که در موارد مسمومیت تصادفی، سوء مصرف مواد روان‌گردان (به شکل **Overdose**) شایع‌ترین عامل مسمومیت بوده است (۴۴/۲٪ موارد).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع استفاده از داروها و مواد روان‌گردان در اقدام به خودکشی و همچنین نسبت قابل توجه موارد اقدام به خودکشی در مراجعین به بخش‌های مسمومین بیمارستان‌ها، توجه به تدابیر پیشگیری در هر سه سطح مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

کلمات کلیدی: خودکشی، اقدام به خودکشی، مسمومیت اتفاقی، مسمومیت عمدی

مقدمه

عمده مرگ در کلیه کشورهای جهان است. به‌خصوص در گروه جمعیتی ۱۵ تا ۳۵ سال طبق برآورد سازمان سلامت جهان (WHO) سالانه نزدیک به یک میلیون نفر دست به خودکشی

تعیین دقیق تعداد موارد خودکشی موفق و یا اقدام به خودکشی در سطح جهان بسیار مشکل است. ولی مطالعات مختلف و برآوردها نشان می‌دهند که خودکشی یکی از دلایل

می‌زنند. به‌نحوی که تخمین زده می‌شود هر ۴۰ ثانیه یک نفر در جهان به علت خودکشی از بین می‌رود و هر ۳ ثانیه یک مورد اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد. میزان بروز جهانی خودکشی از دهه ۱۹۵۰ که ۱۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر در سال بوده است به ۱۸ نفر در مقابل هر ۱۰۰ هزار نفر طی سال ۹۵ رسید و شواهد نشان می‌دهند که کماکان رو به افزایش است. اگر چه نرخ خودکشی در برخی کشورها کاهش یافته است، ولی افزایش قابل توجه آن بویژه در کشورهای در حال توسعه کماکان یک روند صعودی را در کل جهان موجب می‌شود. از دیدگاه جهانی ۶۰٪ از مرگ‌های ناشی از خودکشی در میان بالغین جوان مشاهده می‌شود، یعنی سن بازدهی حداکثر برای یک فرد. تغییر محسوسی در توزیع سنی خودکشی از سمت افراد مسن (که تا چندی پیش میزان قابل توجهی را تشکیل می‌دادند) به سمت افراد جوان‌تر مشاهده می‌شود (۱).

از میان انواع رایج اقدام به خودکشی مسئله *Self poisoning* یا مسمومیت توسط خود فرد یکی از قدیمی‌ترین و رایج‌ترین شیوه‌های آسیب به خود (*Self harm*) است. در اغلب کشورهای پیشرفته، این گونه رفتار منجر به مرگ، بطور ملی ثبت می‌شود و حتی زیر گروه‌های آن مشخص می‌گردد. به عنوان مثال در انگلستان طبق طبقه‌بندی ICD (*classification of Disease*) این گونه مسمومیت‌ها را در سه گروه خودکشی (*International Suicide*)، مرگ‌های اتفاقی (*Accidental death*) و یا آسیب عمدی به خود (*Self harm*) طبقه‌بندی می‌کنند. اما در همین کشور هم اگر چه *Self poisoning* یکی از شایع‌ترین تظاهرات حاد پزشکی است، ولی بر سر توصیف و نحوه ثبت اطلاعات مربوط به آن کماکان اختلاف نظر وجود دارد (۲).

ناشی از بلع مواد شیمیایی مرتبط با کشاورزی است (۴). تأثیر مصرف مواد روان‌گردان و به‌خصوص مواد توهم‌زایی همچون ماری‌جوانا در تفکرات و عملکرد مرتبط با خودکشی به وضوح نشان داده شده است. بررسی‌های انجام شده در ایالات متحده تأیید نمود که وابستگی به مواد روان‌گردان، شانس اقدام به خودکشی را در هر دو جنس افزایش می‌دهد (۵). جالب اینجاست که در این مطالعه اعتیاد به ماری‌جوانا، مصرف الکل و دسترسی به اسلحه گرم مهم‌ترین عوامل خطر در اقدام به رفتارهای مرتبط با خودکشی بوده است. البته مسلم است که اهمیت نسبی انواع وابستگی از کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کند. مثلاً در حالی که وابستگی به الکل در اغلب کشورهای اسلامی هنوز یک عامل خطر جدی محسوب نمی‌شود ولی همین مسئله در کشورهای اروپای شرقی یک تعیین‌کننده قوی در ارتکاب به این‌گونه اعمال است (۶).

میزان و روند مسمومیت، بویژه مسمومیت عمدی در طول زمان و در کشورهای مختلف با مواد و داروهای در دسترس و همچنین فرهنگ تجویز دارو توسط پزشکان کاملاً مرتبط است. مسمومیت‌ها به شدت متأثر از تغییر فرهنگ‌ها، مواد در دسترس و در مجموع عوامل محیطی هستند. مثلاً اگر چه طی سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۵ میلادی در بریتانیا سهم مواد مخدر در مرگ ناشی از خودکشی تنها ۷٪ بوده است (۳)، به نظر می‌رسد با گسترش استفاده از مواد روان‌گردان و ارایه مواد جدید و قرص‌های صنعتی در سال‌های اخیر این سهم روبه افزایش باشد. از طرفی سالیانه حدود یک میلیون مسمومیت اتفاقی شدید با آفت‌کش‌ها در جهان رخ می‌دهد و طی همین مدت حدود دو میلیون بستری بیمارستانی به علت خودکشی با آفت‌کش‌ها اتفاق

مسئله خودکشی و شیوع آن در کشور ما حداقل از دهه ۴۰ هجری شمسی مورد توجه پژوهشگران بوده است. مثلاً در خصوص مسمومیت‌ها برخی از همان مطالعات اولیه نشان داده است که در تهران الگوی مسمومیت عمدی برای خودکشی از سمت مصرف تریاک به سمت مصرف قرص‌های دارویی و سموم شیمیایی تغییر نموده است (۷). متأسفانه بدلیل عدم رواج متدولوژی مناسب طی آن سال‌ها و محدودیت‌های اطلاعاتی موجود که البته بسیاری از آنها هنوز نیز از سوی پژوهشگران کاملاً احساس می‌شود، تعمیم‌پذیری اطلاعات حاصل از آن مطالعات کار آسانی نیست. لذا برای رسیدن به داده‌ها و اطلاعات مناسب و از همه مهم‌تر کاربردی کردن این اطلاعات شاید بتوان گفت که هنوز در ابتدای راه به سر می‌بریم. این در حالی است که حتی در کشورهای توسعه‌یافته‌تر و دارای نظام‌های اطلاعاتی باسابقه، کماکان تأکید دارند که داده‌های ثبت شده در بیمارستان‌ها یا پایگاه‌های اطلاعاتی شاید تنها نوک کوه یخ (*Iceberg*) را برای ما نمایان سازد، چرا که موارد مسمومیت توسط خود فرد هنوز هم بدون آنکه در جایی ثبت شود به وفور در جامعه اتفاق می‌افتد (۲).

نگاهی به آمارهای ذکر شده در طرح بررسی خودکشی انجام

از مرگ‌های ناشی از خودکشی با آفت‌کش‌ها اتفاق

خودکشی Overdose ماده را روش ترجیحی خود برای خودکشی می‌دانستند. برخی از آنها نیز داروهای مورد استفاده در روانپزشکی را برای اینکار ترجیح می‌دهند. اگر چه این نوع داروها در گذر زمان دچار تغییراتی شده است. به عنوان مثال در حالی که تا چند دهه پیش باربیتورات‌ها به طور شایع برای این منظور به کار گرفته می‌شد ولی با کنترل تولید و فروش این داروها از سال ۱۹۸۵ به تدریج ضد افسردگی‌ها جای آن را گرفت و در نهایت طی دهه اخیر داروهای مورد استفاده در ترک اعتیاد مثل متادون جایگاه ویژه‌ای در این مسئله پیدا کرده است (۲). یکی از اهداف مهم مطالعه انجام شده آگاهی از الگوی مواد مورد استفاده در موارد اقدام به خودکشی و همچنین مواد ایجاد کننده مسمومیت‌های اتفاقی بود که مقاله حاضر به توصیف آنها و مقایسه ای اجمالی بین آنها می‌پردازد.

روش کار

بررسی حاضر یک مطالعه مقطعی (Cross sectional) است که بر روی بیماران پذیرفته شده (سرپایی یا بستری) در اورژانس بیمارستان‌های واجد بخش ویژه مسمومین در کشور انجام پذیرفته است.

جمع‌آوری نمونه‌های مورد مطالعه طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۳ انجام شده است. از آنجایی که جمعیت هدف مراجعین به بخش‌های مسمومین در بیمارستان‌های مرجع به لحاظ رسیدگی به مسمومین بود، کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد ارزیابی قرار گرفتند که در نهایت تنها دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، مشهد، تبریز، اصفهان، شیراز، کرمانشاه، سمنان، ایلام و شهرکرد واجد بیمارستان دارای بخش ویژه رسیدگی به مسمومین بودند. در سایر استان‌ها موارد مسمومیت (عمدی و یا اتفاقی) به بیمارستان خاصی ارجاع نمی‌شوند. اگر چه برخی از آنها واجد امکانات اولیه‌ای برای رسیدگی به مسمومین هستند؛ ولی موارد مسمومیت بصورت پراکنده به بیمارستان‌های مختلفی اعزام می‌شوند.

بررسی متون نشان داد که بطور متوسط ۸۰ درصد از موارد اعزامی به بیمارستان‌های مرجع رسیدگی به مسمومین، بطور عمدی و به علت اقدام به خودکشی دچار مسمومیت شده‌اند. به این ترتیب با احتساب دقتی معادل ۰/۰۳ با توجه به دامنه اطمینان مطالعات مشابه و خطای α مساوی ۰/۰۵، حجم نمونه برآورد شده ۶۸۳ نفر بود که در عمل پس از اخذ ۷۲۷ نمونه و حذف ۴ مورد که داده‌های مرتبط با آنها ناقص بودند، در نهایت

پذیرفته توسط سازمان ملی جوانان که امکان مقایسه آمارهای سازمان‌های مختلف ذیربط را به خواننده می‌دهد (بهشت زهرا، وزارت کشور، وزارت بهداشت، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی) و وجود اختلافات واضح و غیر قابل اغماض در این ارقام، حکایت از خلاء قابل توجه اطلاعاتی در مورد این مقوله است (۸).

قریب به اتفاق مطالعات انجام پذیرفته در اکثر کشورهای جهان (به جز برخی موارد استثنایی) نشان می‌دهند که مسمومیت عمدی در مجموع شایع‌ترین شیوه بکار رفته برای آسیب به خود است و اگر تنها موارد «اقدام به خودکشی» را مد نظر قرار دهیم سهم مسمومیت‌ها به مراتب قوی‌تر خواهد بود (۵ و ۹).

ماده مورد استفاده برای مسمومیت عمدی نیز خود با عوامل مختلفی در ارتباط است. بطوری که سن، جنس، محل زندگی و مسئله دسترسی به ماده عامل مسمومیت بر روی این گزینه در اقدام به خودکشی تأثیرات عمیق دارند که تنها به نمونه‌هایی از آن اشاره می‌شود.

به‌عنوان مثال در حالی که در جوامع شهری اغلب از دارو برای ایجاد مسمومیت استفاده می‌شود، در جوامع روستایی استفاده از سموم و آفت‌کش‌ها بسیار متداول‌تر است. مطالعات انجام شده در سریلانکا یا اطلاعات پزشکی قانونی در هند نشان می‌دهند که اکثر مسمومیت‌های کشنده اتفاق افتاده در جوامع روستایی عمدی بوده و اغلب با استفاده از آفت‌کش‌های کشاورزی صورت پذیرفته است (۴). ارتباط بین در دسترس بودن دارو با میزان مسمومیت عمدی و نوع داروی مصرفی در مطالعات انجام شده در بسیاری از کشورها نشان داده شده است (۲).

از عوامل مؤثر دیگر در انتخاب روش مسمومیت عمدی، رواج و میزان دسترسی افراد به مواد روان‌گردان است. نتایج یک بررسی در استرالیا نشان داد که افراد مصرف‌کننده هروئین ۱۴ برابر همسن و سالان خود با مرگ ناشی از خودکشی موفق از پای درمی‌آیند. این افراد در مقایسه با جمعیت عادی به میزان بیشتری از مواد روان‌گردان برای خودکشی استفاده می‌نمایند (۱۰).

در مطالعه انجام شده در استان کرمان نیز ۱۳ درصد از کل مسمومیت‌های مرتبط با خودکشی ناشی از تریاک بوده است؛ در حالی که این میزان در تهران و اصفهان به ترتیب ۸ و ۳ درصد گزارش شده است (۱۱).

در مطالعات انجام گرفته در بریتانیا مشخص گردید که ۴۵ درصد از افراد معتاد مرتکب رفتارهای مرتبط با

جدول ۱- نوع ماده بکار رفته برای اقدام به خودکشی برحسب شهرستان محل ارجاع *

ماده عامل خودکشی	تهران (n=۳۹۹)	شیراز (n=۳۹)	تبریز (n=۵۷)	کرمانشاه (n=۴۳)	اصفهان (n=۱۱۶)	جمع (n=۶۵۴)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تریاک	۱۱ (۳)	۲ (۵)	۱ (۲)	۰	۴ (۴)	۱۸ (۲/۸)
هروئین	۱ (۴)	۰	۰	۰	۰	۴ (۰/۶)
الکل	۱ (۱)	۰	۱ (۲)	۰	۰	۲ (۰/۳)
سایر مواد اعتیاد آور	۰/۵ (۳)	۰	۱ (۲)	۱ (۲)	۰	۵ (۰/۸)
بنزودیازپین ها	۹۷ (۲۴)	۱۱ (۲۸)	۱۸ (۳۱)	۱۷ (۴۰)	۲۹ (۲۴)	۱۷۲ (۲۶/۴)
ضد افسردگی	۱۳ (۵۴)	۵ (۱۳)	۸ (۱۴)	۲ (۵)	۱۸ (۱۶)	۸۷ (۱۳/۳)
داروهای آنتی سایکوتیک	۱۳ (۳)	۳ (۷)	۲ (۴)	۳ (۷)	۶ (۵)	۲۷ (۴/۲)
داروهای ضد تشنج	۱۹ (۵)	۰	۱ (۲)	۵ (۱۲)	۱۰ (۹)	۳۵ (۵/۴)
داروهای قلبی	۴۲ (۱۱)	۳ (۷)	۲ (۴)	۳ (۶)	۸ (۶)	۵۸ (۸/۹)
NSAID**	۲۱ (۵)	۱ (۳)	۰	۱ (۲)	۹ (۸)	۳۲ (۴/۹)
استامینوفن	۴۴ (۱۱)	۲ (۵)	۵ (۸)	۳ (۷)	۱۲ (۱۰)	۶۶ (۱۰/۱)
سایر داروها	۵۵ (۱۴)	۵ (۱۳)	۷ (۱۲)	۵ (۱۲)	۱۰ (۹)	۸۲ (۱۲/۶)
سموم ارگانوفسفره	۱۲ (۳)	۲ (۵)	۵ (۸)	۱ (۲)	۹ (۸)	۲۹ (۴/۵)
مواد پاک کننده	۵ (۱)	۱ (۳)	۴ (۷)	۰	۰	۱۰ (۱/۳)
داروی نظافت	۴ (۱)	۰	۰	۰	۰	۴ (۰/۶)
مرگ موش	۱۲ (۳)	۰	۰	۰	۱ (۱)	۱۳ (۲)
مواد شیمیایی	۲ (۰/۵)	۴ (۱۱)	۲ (۴)	۲ (۵)	۰	۱۰ (۱/۳)

*تعداد مواد استفاده شده از تعداد موارد اقدام به خودکشی در هر شهرستان بیشتر است، چرا که بسیاری از افراد برای اقدام به خودکشی از بیشتر از یک ماده استفاده نموده‌اند. در ضمن از آنجایی که اطلاعات مربوط به تفکیک انواع مواد دارویی مصرف شده در شهر مشهد از دقت کافی برخوردار نبود، در جدول قرار نگرفته است.

** NSAID=Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

نفر وارد مطالعه شدند.

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.

شهرهای سمنان، ایلام و شهرکرد با توجه به اینکه سهمی کمتر از ۱۰ و حتی ۵ نفر در مطالعه می‌یافتند در مطالعه منظور نشدند. همکاران طرح با شروع نمونه‌گیری در هر شهر کلیه موارد پذیرش شده در اورژانس مسمومین را در طول تمام ساعات شبانه روز تا رسیدن به حجم نمونه مورد نظر وارد مطالعه می‌نمودند.

پس از ارزیابی و تحلیل بیش از ۷۰ مقاله، تحقیق و کتاب که بر روی مسئله 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 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 موضوع و کسب نظرات اصلاحی آنها در بیمارستان لقمان تهران مورد پیش‌آزمون قرار گرفت. طی مرحله پیش‌آزمون علاوه بر تمرکز بر روی اعتبار پرسشنامه به مشکلات اجرایی و برقراری ارتباط میان مصاحبه‌کننده و بیمار و یا همراهان وی توجه ویژه‌ای شده است؛ چرا که فرد اقدام کننده به خودکشی به لحاظ روحی و روانی یقیناً در شرایط مطلوبی به سر نمی‌برد. لذا جهت نزدیک شدن به او و شروع مصاحبه، مهارت‌های ارتباطی و ملاحظات خاصی مد نظر قرار گرفت.

در خصوص موارد منجر به فوت و یا بیمارانی که طی زمان نمونه‌گیری از هوشیاری کافی برای پاسخگویی برخوردار نبودند، داده‌ها از طریق نزدیک‌ترین شخص ممکن به بیمار اخذ می‌گردید.

پیش از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه، نحوه و اهداف اجرای تحقیق بطور کامل برای مصاحبه شونده شرح داده شد. به بیمار و نزدیکان وی تفهیم می‌گردید که انجام و یا عدم انجام

جدول ۲- نوع ماده عامل مسمومیت غیرعمدی بر حسب شهر محل ارجاع

ماده عامل مسمومیت غیرعمدی	تهران (n=63)	شیراز (n=22)	تبریز* (n=21)	کرمانشاه (n=7)	مشهد (n=58)	اصفهان (n=9)	جمع (n=185)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تریاک	۱۴ (۲۲/۲)	۵ (۲۲/۷)	۳ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۱۰ (۱۷/۲)	۱ (۱۱/۱)	۳۳ (۱۸/۳)
هروئین	۶ (۹/۵۲)	۲ (۹/۱)	۰ (۰)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)	۹ (۵)
الکل	۸ (۱۲/۷)	۴ (۱۸/۲)	۱ (۴/۶)	۲ (۲۸/۵)	۳ (۵/۲)	۰ (۰)	۱۸ (۱۰)
سایر موارد سوءمصرف مواد	۷ (۱۱/۲)	۱ (۴/۵)	۲ (۹/۵)	۰ (۰)	۱۲ (۲۰/۷)	۲ (۲۲/۲)	۲۴ (۱۳/۳)
دارو	۶ (۹/۵۲)	۴ (۱۸/۲)	۷ (۳۳/۵)	۰ (۰)	۱۳ (۲۲/۴)	۵ (۵۵/۶)	۳۵ (۱۹/۵)
سموم شیمیایی	۸ (۱۲/۷)	۱ (۴/۶)	۶ (۲۸/۶)	۳ (۴۲/۹)	۸ (۱۳/۸)	۰ (۰)	۲۶ (۱۴/۵)
سایر مواد شیمیایی	۶ (۹/۵۲)	۵ (۲۲/۷)	۲ (۹/۵)	۱ (۱۴/۳)	۸ (۱۳/۸)	۱ (۱۱/۱)	۲۳ (۱۲/۸)
نامشخص	۸ (۱۲/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۴ (۶/۹)	۰ (۰)	۱۲ (۶/۶)

* تعداد مواد استفاده شده در تبریز از تعداد موارد مسمومیت غیرعمدی بیشتر است، چراکه تعدادی از افراد با بیش از یک ماده دچار مسمومیت شده بودند.

جدول ۳- مقایسه مواد استفاده شده بر حسب نوع مسمومیت

تریاک	هروئین	الکل	دارو	سموم شیمیایی	سایر مواد شیمیایی	نامشخص
تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد	تعداد
۱۹ (۳۲/۷)	۴ (۳۰/۸)	۲ (۹/۱)	۴۴۵ (۹۱/۶)	۲۴ (۴۸)	۲۴ (۴۸)	۴ (۲۵)
۳۹ (۶۷/۳)	۹ (۶۹/۲)	۲۰ (۹۰/۹)	۴۱ (۸/۴)	۲۶ (۵۲)	۲۶ (۵۲)	۱۲ (۷۵)

میانگین تعداد فرزندان $0.89 (\pm 0.16)$ و حداکثر و حداقل آن به ترتیب ۱ و ۱۳ نفر بود. میانگین رتبه تولد افراد نیز (± 1.86) ۲/۹۳ اعلام شده است.

از میان ۷۲۳ نمونه مورد بررسی ۵۵۰ نفر (۷۶٪) عامدان و به قصد خودکشی اقدام به مسموم نمودن خود کرده بودند و ۱۷۳ نفر دیگر (۲۴٪) به شکل اتفاقی دچار مسمومیت شده بودند.

نوع ماده بکار رفته برای اقدام به خودکشی به تفکیک شهرستان در جدول شماره ۱ منعکس شده است. اما در یک نگاه کلی ۴۴۵ (۸۰/۹٪) نفر از دارو، ۲۸ (۵/۱٪) نفر از مواد روان گردان، ۵۹ (۱۰/۷٪) نفر از سموم مختلف و ۱۸ (۳/۲٪) نفر از سایر مواد شیمیایی به منظور خودکشی استفاده کرده بودند.

در گروه با مسمومیت اتفاقی عامل مسمومیت به شرح زیر بود: دارو ۵۴ مورد (۳۱/۴٪)، مواد روان گردان ۷۶ مورد (۴۴/۲٪)، مشتقات نفتی ۴ مورد (۲/۳٪)، انواع مواد پاک کننده ۶ مورد (۳/۵٪) و سایر مواد شیمیایی ۳۲ مورد (۱۸/۶٪). نوع ماده عامل مسمومیت به تفکیک شهرستان در جدول شماره ۲ درج گردیده است.

مقایسه‌ای کلی در خصوص نوع مواد استفاده شده در این دو

مصاحبه هیچ تأثیری (مثبت یا منفی) بر روند اقدامات تشخیصی و درمانی انجام شده برای این بیمار خاص نخواهد داشت. مطالعه در عمل با میزان پاسخ‌دهی بیش از ۹۵٪ اجرا گردید.

اطلاعات کمی و کیفی موجود در پرسشنامه‌ها بطور جداگانه استخراج شده و متغیرها کدگذاری گردیده و در بانک اطلاعاتی نرم افزار SPSS11.5 وارد شد. برای ارزیابی داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی و در صورت شرایط ویژه از جمله نرمال نبودن توزیع داده‌ها از روش‌های غیر پارامتریک استفاده گردید.

یافته‌ها

ارزیابی در مجموع بر روی ۷۲۳ مورد که اطلاعات مربوط به آنها کامل و به لحاظ صحت، قابل قبول تشخیص داده شد (کسب اطلاعات از خود فرد و یا فردی از نزدیکان که کاملاً در جریان زندگی وی بوده است) انجام پذیرفت.

میانگین سنی افراد بررسی شده در مطالعه $27.52 (\pm 12.37)$ سال با دامنه سنی ۱۲ تا ۸۵ سال بوده است. میانگین نفرات خانوار $4.6 (\pm 2)$ و حداکثر و حداقل آن به ترتیب ۱ و ۱۷ نفر بوده است. ۲۳۶ نفر (۳۲/۵٪) از مسمومین دارای فرزند بوده و

گروه در جدول شماره ۳ ارایه گردیده است.

جدول ۴- نحوه دسترسی به دارو در افرادی که برای اقدام به خودکشی از دارو استفاده کرده بودند.

نحوه تهیه یا دسترسی به دارو	تعداد	درصد
نسخه تجویز شده برای خود فرد	۱۳۲	۲۹/۷
نسخه تجویز شده برای دیگران	۴۹	۱۱
تهیه دارو بدون نسخه پزشک	۸۲	۱۸/۵
داروهای از قبل موجود در منزل	۱۷۴	۳۹
سایر موارد	۸	۱/۸

از ۵۵۰ نفر اقدام کننده به خودکشی تعداد ۴۴۵ نفر برای این کار از دارو استفاده کرده بودند. نحوه دسترسی افراد به داروهای استفاده شده در این ۴۴۵ نفر در جدول ۴ شماره ذکر شده است. جدول شماره ۵ فراوانی نوع ماده استفاده شده برای اقدام به خودکشی در جنس مذکر و مؤنث را به تفکیک مشخص می‌سازد ($X^2=7/50, P=0/058$).

بین سن و نوع ماده استفاده شده برای اقدام به خودکشی ارتباط معنی‌دار مشاهده می‌شود ($P=0/002$). به این ترتیب که دارو بیشتر در سنین پایین‌تر استفاده شده است و با افزایش سن

به ترتیب بر مصرف مواد روان‌گردان و سموم شیمیایی به این منظور اضافه شده است. جدول شماره ۶ فراوانی مصرف انواع مواد برای مسمومیت عمدی با توجه به سطح تحصیلات افراد را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۷ نشانگر فراوانی نوع ماده بکار گرفته شده برای مسمومیت عمدی بر حسب شهر مورد بررسی است. اگرچه در کلیه شهرهای مورد بررسی مواد دارویی بیشترین عامل بکار رفته برای اقدام به خودکشی بوده است ولی تفاوت‌های قابل توجهی در این میان به چشم می‌خورد. میزان استفاده از مواد روان‌گردان برای این منظور در شهر شیراز به طور واضحی بیش از سایر شهرها است (۱۷/۱٪ موارد مسمومیت عمدی). این در حالی است که در مشهد علیرغم شیوع نسبی اعتیاد و مسمومیت‌های مرتبط با Overdose مواد، در هیچ موردی از مواد روان‌گردان برای اقدام به خودکشی استفاده نشده است. از طرفی تبریز و مشهد به ترتیب با ۱۶/۳٪ و ۲۱/۴٪ بیشترین فراوانی استفاده از سموم (اغلب ارگانوفسفره) را نشان می‌دهند که شاید با رونق بیشتر کشاورزی و دسترسی مردم به این مواد در اطراف این دو شهر شهر بی‌ارتباط نباشد. با توجه به خصوصیات جدول، Exact

جدول ۵- فراوانی نوع ماده استفاده شده برای اقدام به خودکشی در جنس مذکر و مؤنث

جنسیت	دارو (n=۴۴۵)	مواد روان‌گردان (n=۲۸)	سموم شیمیایی (n=۵۹)	سایر مواد شیمیایی (n=۱۵)
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
مؤنث	۲۷۸(۶۲/۵)	۱۰(۳۵/۷)	۳۴(۵۷/۶)	۸(۵۳/۳)
مذکر	۱۶۷(۳۷/۵)	۱۸(۶۴/۳)	۲۵(۴۲/۴)	۷(۴۶/۷)

جدول ۶- فراوانی مصرف انواع مواد برای اقدام به خودکشی بر حسب سطح تحصیلات (n=۵۴۷)

میزان تحصیلات	دارو (n=۴۴۵)	مواد روان‌گردان (n=۲۸)	سموم شیمیایی (n=۵۹)	سایر مواد شیمیایی (n=۱۵)
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
بی سواد	۱۲(۲/۷)	۲(۷/۲)	۱۷(۲۸/۸)	۱(۶/۷)
زیر دیپلم	۲۳۹(۵۳/۶)	۲۱(۷۵)	۳۴(۵۷/۶)	۱۱(۷۳/۳)
دیپلم	۱۲۴(۲۷/۹)	۳(۱۰/۷)	۳(۵/۱)	۲(۱۳/۳)
تحصیلات دانشگاهی	۷۰(۱۵/۸)	۲(۷/۲)	۵(۸/۵)	۱(۶/۷)

جدول ۷- نوع ماده بکار رفته جهت اقدام به خودکشی بر حسب شهرستان محل بررسی (n=۵۴۷)

شهر	دارو (n=۴۴۵)	مواد روان‌گردان (n=۲۸)	سموم (n=۵۹)	سایر مواد شیمیایی (n=۱۵)
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
تهران	۲۵۱(۵۶/۴)	۱۶(۵۷/۱)	۲۷(۴۵/۸)	۱۰(۶۶/۷)
شیراز	۲۷(۶/۱)	۶(۲۱/۴)	۲(۳/۴)	۰(۰)
تبریز	۳۴(۷/۶)	۳(۱۰/۷)	۸(۱۳/۶)	۴(۲۶/۷)
کرمانشاه	۳۳(۷/۴)	۰(۰)	۴(۶/۸)	۱(۶/۷)
مشهد	۳۳(۷/۴)	۰(۰)	۹(۱۵/۳)	۰(۰)
اصفهان	۶۷(۱۵/۱)	۳(۱۰/۷)	۹(۱۵/۳)	۰(۰)

test وجود تفاوت آماری معنی‌دار را تایید می‌کند ($P=0/004$).

بحث

برخورد با فرد دچار مسمومیت و امکانات لازم برای رسیدگی، امداد و پیگیری وضعیت فرد مسموم مستلزم وجود امکانات و تخصص‌های ویژه‌ای است که پذیرش این بیماران در مراکز خاص درمانی را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. مطالعه حاضر نشان داد که ۷۶٪ از مسمومیت‌های پذیرش شده در بخش‌های مسمومین از جمله موارد اقدام به خودکشی بوده‌اند.

مدیریت این موارد به لحاظ جنبه‌های پزشکی، روانشناختی و حتی قانونی به ویژگی‌های خاصی نیازمند است که خود بحث مستقل و مفصلی را طلب می‌کند. اما موضوع اصلی مورد توجه در این مقاله، بررسی نوع مواد عامل مسمومیت در موارد مسمومیت عمدی یا اقدام به خودکشی و مقایسه محدودی با مواد عامل مسمومیت اتفاقی است.

با افزایش تجویز داروهای ضد افسردگی در بسیاری از کشورها میزان اقدام به خودکشی با آنها افزایش یافته است. مطالعات انجام شده در کشورهای سوئد، دانمارک، فنلاند، نروژ و استرالیا نشان داده است که افزایش مصرف ضد افسردگی‌ها، اگر چه با کنترل افسردگی (به عنوان یک عامل خطر مهم در اقدامات مرتبط با خودکشی) شانس خودکشی‌های موفق را پایین می‌آورد، ولی همزمان باعث افزایش موارد مسمومیت به واسطه اقدام به خودکشی و یا Overdose دارو می‌شود. جالب اینجاست که این افزایش موارد مسمومیت در مطالعات انجام شده در ایتالیا، اتریش و ایرلند مشاهده نشده است. به هر حال اظهار نظر در این خصوص مشکل است چون این داروها (همچنین بسیاری دیگر از داروهای مورد استفاده در روانپزشکی) اگر چه به عنوان راهی برای اقدام به خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرند (به خصوص طی ماه‌های اول درمان که شانس رفتارهای مرتبط با خودکشی را افزایش می‌دهند)، ولی خود می‌توانند عامل درمان بسیاری از بیماری‌های مرتبط با خودکشی باشند (۱۲).

در مطالعه حاضر از میان داروهایی که به قصد آسیب به خود مصرف گردیده است؛ بنزودیازپین‌ها بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند، یعنی در مجموع بطور متوسط ۳۰ درصد از داروهایی که به این منظور استفاده شده است. این موضوع را می‌توان به چند عامل نسبت داد:

الف) بسیاری از این افراد از اختلالات روانشناختی رنج می‌برند و برخی از آنها به همین علت تحت درمان دارویی هستند. این

مسئله استفاده از داروهای اعصاب و روان را برای اقدام به خودکشی توجیه پذیر می‌سازد.

ب) از میان داروهای اعصاب و روان، بنزودیازپین‌ها بویژه دیازپام در میان مردم بسیار شناخته شده‌تر از سایر داروها هستند و به کرات به عنوان آرام‌بخش یا برای حل مشکلات خواب استفاده می‌گردند و در بسیاری از منازل همواره مقادیری از آنها موجود است. داروهای ضد افسردگی بویژه ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای از این نظر در رتبه دوم قرار دارند (۱۲/۲ درصد از داروهای استفاده شده برای اقدام به خودکشی در مطالعه حاضر).

ج) پزشکان به فراوانی اقدام به تجویز این دسته از داروها می‌نمایند و این خود باعث آشنایی هر چه بیشتر مردم با این داروها است. در تجویز داروها گاه رعایت وضع روانی بیمار و تعداد قرص‌های تجویز شده و اینکه آیا اصلاً داروها باید به شخص بیمار تحویل گردد و یا در اختیار فرد مطمئن دیگری از نزدیکان وی باشد لحاظ واقع نمی‌شود.

سایر مطالعات انجام پذیرفته در کشور نیز به فراوانی استفاده از بنزودیازپین‌ها اشاره داشته‌اند از جمله مطالعه انجام پذیرفته در بیمارستان آیت الله طالقانی ارومیه و یا یک بررسی پنج‌ساله در بیمارستان دکتر حشمت رودسر که در هر دو مورد مصرف بنزودیازپین‌ها بعد از مصرف سموم ارگانوفسفره شایع‌ترین روش مسمومیت عمدی برای اقدام به خودکشی بوده است (۱۳ و ۱۴).

مطالعه یاسمی و همکاران نیز در شهر کرمان نشان داد که در بین کسانی که برای اقدام به خودکشی از دارو استفاده کرده بودند، بنزودیازپین‌ها شایع‌ترین داروی مصرفی بودند (۱۳). در سطح جهانی نیز این موضوع در مطالعات مختلف نشان داده شده است. مثلاً در پاکستان ۴۷٪ از مسمومیت‌های عمدی در شهر کراچی با استفاده از این دسته از داروها بوده است (۹).

برای نزدیک به ۴۰ درصد از موارد اقدام به خودکشی با دارو از داروهای از پیش موجود در منزل استفاده شده است. نرخ نسبتاً پایین اغلب داروها که به مدد یارانه‌های دولتی فراهم می‌گردد و اشکالات موجود در فرهنگ تجویز نسخه توسط پزشکان، باعث شده است تا بسیاری از منازل به شکل یک انبار دارویی که بعضاً تاریخ مصرف آنها نیز به سر آمده است تبدیل شوند. از طرفی در مطالعه حاضر مشاهده شد که در حدود ۷۰ درصد از موارد اقدام به خودکشی، این تصمیم نسبتاً ناگهانی اخذ شده بود (۱۶ و ۱۵) و در واقع یک رفتار تکانه‌ای است و در چنین شرایطی در دسترس بودن این انبار دارویی در عملی شدن این رفتار تکانه‌ای

درصد عنوان شده در مبحث قبل که ۷۰ درصد از راه‌های دسترسی اقدام کنندگان به خودکشی دارویی را شامل می‌شوند نشان می‌دهد که توجه و آموزش پزشکان و مردم و در ادامه نظارت بر نحوه تجویز و ارایه دارو تا چه حد می‌تواند بر بروز اقدام به خودکشی با استفاده از دارو مؤثر باشد.

همانند بسیاری از مشکلات مرتبط با تندرستی و سلامت، پیشگیری اولیه یکی از کاراترین و به صرفه‌ترین روش‌های مقابله با مسائل مرتبط با خودکشی محسوب می‌شود. کنترل شرایطی که می‌تواند فرد را به نقطه‌ای از ناامیدی برساند که به رفتارهای آسیب‌زننده به خود مبادرت ورزد، در کنار افزایش توانایی فرد برای حل مشکلات و کنترل رفتارهای تکانه‌ای دو حیطه مهم از راهکارهای مؤثر در این بحث است. اگرچه بحث در خصوص روش‌های پیشگیری از آسیب به خود مقوله‌ای تخصصی و بسیار وسیع است. توجه ویژه به موضوع سلامت روان، جامع‌ترین راهکار تأثیرگذاری و کنترل رفتارهای مرتبط با خودکشی شناخته شده است. مطالعات متعددی نقش بیماری‌های روانی در اقدام به خودکشی (موفق یا ناموفق) را به عنوان بزرگ‌ترین عامل خطر (Risk factor) مستند نموده‌اند (۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۶، ۱۵، ۵).

بسط فرهنگ و امکان استفاده از مشاوره در کاهش سردرگمی و بی‌پناهی (Helplessness) که یک زمینه برای رفتارهای مرتبط با خودکشی است کاملاً کمک کننده است. مردم عموماً می‌دانند که در صورت مواجهه با دردهای جسمی باید به پزشک مراجعه نمایند. اما درصد قابل توجهی از افراد هنگامی که در رفع مشکلات خانوادگی، کاری، اجتماعی و حتی قضایی ناتوان می‌شوند، امکان و گاه حتی آگاهی ندارند که از یک مشاور و یا وکیل (در مسائل حقوقی) راهنمایی بجویند.

در خصوص پیشگیری از خودکشی‌های انجام پذیرفته با دارو به نظر می‌رسد اصلاح نحوه تجویز و ارایه دارو می‌تواند نقش به‌سزایی ایفا نماید.

انتخاب نوع دارو، دوز مناسب، طریقه قابل قبول برای بیمار، میزان داروی تجویزی و ... براساس بیمار خاص، همه و همه جزئی از مهارت‌های پزشکی است که نیاز به آموزش و در عین حال فرهنگ‌سازی برای عملی شدن دارد. طراحی و ارایه برنامه آموزشی مناسب در خصوص ملاحظات نحوه تجویز دارو در نظام آموزش پزشکی با رعایت استانداردها و یکنواختی لازم در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

نحوه ارایه دارو در داروخانه‌ها باید بیش از پیش مورد توجه و تحت نظارت قرار گیرد. وضع قوانین مناسب در ارایه داروهای

بسیار کمک‌کننده است. این تأثیر در مطالعات متعدد دیگر نیز مشاهده شده است و لذا سعی گردیده با اصلاح فرهنگ تجویز دارو و تدوین برخی مقررات به کم کردن مشکل کمک شود.

به عنوان مثال از سال ۱۹۹۸ در انگلستان طبق قانون، در بسته‌بندی‌های قابل ارایه در مراکز غیر از داروخانه، تنها ۱۶ قرص استامینوفن (هر کدام حاوی ۵۰۰ میلی گرم دارو) وجود دارد و در بسته‌بندی ارایه شده توسط داروخانه‌ها نیز حداکثر ۳۲ قرص قابل ارایه است. بررسی‌های انجام شده طی سه سال بعد از اجرای این قانون نشان داد که نارسایی‌های شدید کبدی در مسمومین با آن تا ۵۰٪ کاهش یافته است و در مجموع بروز و شدت مسمومیت‌ها نیز کاهش معنی دار داشته است (۱۷). البته کاهش دسترسی همیشه نیز تا این حد موفق نیست. مثلاً در کشور دانمارک محدود کردن دسترسی به پروپوکسی فن که بویژه توسط سالمندان استفاده می‌گردید منجر به فراوانی اقدام به خودکشی با سایر داروهای ضد درد شد (۱۸). اما در مجموع تأثیر کلی کاهش دسترسی را به خصوص در موارد تصمیم‌ها و اقدام‌های ناگهانی نمی‌توان منکر شد. در خصوص رفتارهای تکانه‌ای، نحوه بسته‌بندی دارو نیز مهم است. به عنوان مثال نوعی بسته‌بندی موسوم به Blister Packaging که به راحتی باز نمی‌شود، علاوه بر آنکه جلوی مسمومیت‌های اتفاقی ناشی از کنجکاو‌های کودکان را می‌گیرد، در کاهش استفاده از آن دارو برای اقدام به خودکشی نیز مؤثر بوده است. بویژه اگر تصمیم به اقدام بدنبال مصرف الکل بوده باشد با توجه به عدم هوشیاری کافی فرد و نبود دقت، حوصله و حواس لازم برای توانایی باز نمودن بسته‌ها در این نوع بسته‌بندی، روند اقدام با مشکل و نهایتاً انصراف احتمالی مواجه خواهد شد. طی سال ۱۹۹۳ در استرالیا، بسته بندی blister برای داروی کاربامازپین جای بسته‌بندی شیشه‌ای را گرفت و مشاهده گردید که بروز مسمومیت با آن بطور معنی‌داری کاهش یافت (۶). این نوع بسته‌بندی از سال ۱۹۹۸ در انگلستان نیز برای داروهای استامینوفن و سالیسیلات‌ها و مشتقات آنها اجباری اعلام شد و اولین ارزیابی‌ها در سال ۲۰۰۰ نشان داد که میزان بیماری‌های کبدی و نیاز به پیوند کبد ارجاع شده به مراکز درمانی نسبت به سه سال قبل به ترتیب از ۲/۵ به ۱ و از ۳/۵ به ۲ کاهش یافته است (۱۷ و ۲).

صرف نظر از داروهای موجود در منزل، نزدیک به ۳۰ درصد از مسمومین عمدی، داروهای بکار گرفته شده را از طریق نسخه تجویز شده برای خودشان مهیا نموده‌اند. این میزان به علاوه ۴۰

برنامه پیگیری بیمار و تأثیرگذاری بر عوامل زمینه‌ساز منجر به خودکشی دارد.

تجهیز مناسب مراکز درمانی از نظر نیروی انسانی (مکعب از متخصص داخلی و بیهوشی، سم‌شناسی، روانپزشک و روانشناس و عوامل مددکاری) و وسایل مورد نیاز برای ارائه خدمات درمانی مورد نیاز، در جای خود از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. اگر فراوانی اعتیاد در گروه با مسمومیت عمدی را هم در نظر بگیریم (حداقل ۱۰/۷٪) در مطالعه حاضر به لزوم برخورداری بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمت به مسمومین از امکانات درمانی ویژه مرتبط با سوء مصرف مواد و همچنین پیگیری این بیماران بیشتر واقف می‌شویم.

بیش از ۴۲ درصد از مسمومیت‌های غیر عمدی ناشی از مصرف مواد روان‌گردان بوده است. فراوانی وابستگی به مواد روان‌گردان در افراد با مسمومیت اتفاقی حداقل به گزارش خود آنها ۳۳ درصد بوده است. رواج مواد غیر افیونی و بویژه قرص‌های حاوی ترکیبات آمفتامینی متأسفانه این میزان را در آینده نزدیک بیش از پیش بالا خواهد برد.

اما در خصوص داروها، تنها ۸/۴٪ درصد از مسمومیت‌های دارویی به‌طور اتفاقی پیش آمده است و بلاخره آنکه سهم سموم و سایر مواد شیمیایی به‌طور کلی در مسمومیت‌های عمدی و غیرعمدی مشابه بوده است. اگرچه به عنوان مثال در منطقه Douados برزیل نیز که یک منطقه روستایی محسوب می‌شود طی دوره‌ای ۱۰ ساله (از ۲۰۰۲-۱۹۹۲ میلادی) مجموعاً ۱۳۵۵ مورد مسمومیت با آفت‌کش‌ها گزارش شده است که از این میان تنها ۵۰۶ مورد به قصد خودکشی بوده و ۱۳۹ مورد آن به مرگ منتهی شده است (۲۴).

برای پیشگیری از مسمومیت با آفت‌کش‌ها (عمدی و غیرعمدی) اقدامات پیشگیرانه متعددی صورت پذیرفته است. مثلاً امروزه مواد آفت‌کش با سمیت محدودتری برای انسان ارائه شده است (ارگانوفسفره‌های کلاس II) و حتی در کشورهایی مثل سری‌لانکا از سال ۱۹۹۵ مصرف ارگانوفسفره‌های قدیمی‌تر به کلی ممنوع شده است. در همین حال پیگیری‌های بعدی نشان داد که این تغییر الگوی مصرف سم هیچ آسیب قابل توجهی به میزان و کیفیت تولید وارد نکرده است (۲۵).

علاوه بر داروهای مورد استفاده در طب متداول و سموم، امروزه موارد متعددی از مسمومیت‌های اتفاقی یا عمدی با موادی همچون داروهای گیاهی و طب سنتی گزارش شده است. به عبارتی اپیدمیولوژی مسمومیت‌ها با توجه به وسعت و

روی پیش‌خوان (از نظر نوع و تعداد) و طراحی و اجرای نظام نظارتی مناسب پیشنهاد می‌گردد.

برای تأثیرگذاری نوع داروهای موجود در بازار بر الگوی خودکشی، شواهد بسیاری قابل ارایه است. برای مثال در کشور سوئد، جایگزینی داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین (SSRIs) به جای ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای از میزان استفاده از داروهای ضد افسردگی برای خودکشی کاست. اگر چه در همین مدت استفاده از بنزودیازپین‌ها افزایش نشان داد (۲۳ و ۲۲). همین تغییر در الگوی تجویز داروهای ضد افسردگی در انگلستان نیز نتایج نسبتاً مشابه به بار آورد، بویژه آنکه Overdose و مسمومیت با داروهای مهار کننده جذب سروتونین خطر کمتری داشته و کمتر منجر به بستری می‌شود (۳ و ۱۲). در همین کشور با تصویب قانونی در سال ۱۹۹۸ از میزان داروی موجود در بسته‌های داروی Paracetamol (همان داروی استامینوفن) کاسته شد. طبق این قانون در بسته‌بندی‌های قابل فروش در داروخانه‌ها حداکثر ۳۲ قرص (۵۰۰ میلی گرمی) و در بسته‌بندی قابل فروش در سایر فروشگاه‌ها حداکثر ۱۶ قرص (۵۰۰ میلی گرمی) قابل ارایه بود. این اقدام بروز و نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه بیماری‌های کبدی را به ترتیب ۳۱ و ۵۰ درصد کاهش داد. مشابه همین تدبیر پیش از این در اوایل دهه ۸۰ میلادی در فرانسه با محدود کردن میزان پاراستامول موجود در هر بسته به ۸ گرم بکار گرفته شده بود (۱۷).

البته گاه این محدودیت در دسترسی، به جای کاهش بروز مسمومیت عمدی منجر به جایجایی الگوی خودکشی به سمت دارویی دیگر شده است. مثلاً در کشور دانمارک تلاش برای کاهش دسترسی به پروپوکسی فن باعث شد تا فراوانی خودکشی با سایر داروهای ضد درد (آنالژیک‌ها) افزایش یابد (۱۲). این مسئله نشان می‌دهد که اگر چه تأثیر محدودیت دسترسی را نمی‌توان منکر شد ولی با توجه به عوامل متعدد تأثیرگذار بر این موضوع نمی‌توان از آن به عنوان یک راهکار منفرد برای تخفیف مسئله استفاده نمود و دیگر آنکه این‌گونه مداخلات بیشتر برای کنترل اقدامات تکانه‌ای (Impulsive) کاربرد دارد و نه تصمیمات از قبل برنامه‌ریزی شده (۱۸).

اصلاح نحوه پذیرش و درمان مسمومین اقدام‌کننده به خودکشی یکی از راهکارهای حائز اهمیت، نه تنها برای نجات بیمار بلکه برای پیشگیری از تکرار این‌گونه وقایع است.

بازنگری و اصلاح برنامه درمانی مسمومین، تکیه بر عدم ختم درمان با stable شدن بیمار و تکمیل برنامه درمان با طراحی

همچنین مقدار ماده مؤثره ای که به بیمار تحویل داده می‌شود) به مطالعه و تجدید نظرهایی دست بزنند.

تشکر و قدردانی

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

منابع

- Gururaja G. Suicide prevention: emerging from darkness. WHO Regional office for south. East Asia, 2001
- Camidge D., Wood R., Bateman D. The epidemiology of self poisoning in the UK. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2003; 56: 613-19.
- Wilkinson S, Taylor G, Templeton L. Admissions to hospital for deliberate self-harm in England 1995-2000: an analysis of Hospital Episode Statistics. *Journal of Public Health Medicine* 2002; 24: 179-83.
- Van der Hoek W, Kondradsen F. Risk factors for acute pesticide poisoning in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10: 589-96.
- Hsiang C., Jane L. Risk factors for male and female suicide decedents age 15-64 in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology* 2003; 35: 419-426
- Robert D Goldney, A global view of suicidal behaviour, *Emergency Medicine* 2002; 14: 24-34.
- Haghou H. Suicide in Tehran, 1969-1974 Tehran university, Faculty of Social Sciences, institute for Social studies.
- Young National Organization. Suicide in Youth. Ahle Ghalam Publisher, Tehran, Iran, 2003: 18.
- Zakiullah N, Saleem S, Sani N, Deliberate self-harm: characteristic of patients presenting to a tertiary care hospital in Karachi, Pakistan; *Crisis* 2008; 29: 32-7.
- Maloney E., Degenhardt L., Darke S. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. *Addiction* 2007 Dec;102:1933-41.
- Yasami MT, et al. Epidemiology of suicide in kerman. *Andishe va Raftar* 3: 15-27.
- Morgan O, Griffiths C, Majeed A. Association between mortality from suicide in England and antidepressant prescribing: an ecological study. *BMC Public Health* 2004; 4: 63.
- Nik Ghalam M. An investing into drug poisoning in Oromieh, 1993 to 1996. Tabriz University of Medical Sciences, MD thesis.
- Mehdi Zadeh Moghadam F. An investigation into drug Poisoning 1997 in Roudsar, Tabriz, 1997 thesis, MD .
- Azin A, et al. Suicide in Patients attending Poisoning Wards Part I. *Payesh* 2008; 7: 97-106.
- Azin A, et al. Suicide in Patients attending Poisoning Wards: Part II. *Payesh* 2008; 7: 107-117.
- Hughes B., Durran A., Langford N.J Paracetamol poisoning, impact of pack size restrictions. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2003; 28: 307-310.
- Horrocks J., House A., Self - Poisoning and self - injury in adults. *Clinical Medicine* 2002; 2: 509-12.
- Gairin I., House A., Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *British Journal of Psychiatry*, 2003; 183: 28-33.

گسترده‌گی عوامل موجود در محیط بشر، کماکان با چالش‌ها و علامت سؤال‌های متعددی روبرو خواهد بود (۲۶ و ۲۷).

در انتهای بحث لازم به ذکر است، از آنجایی که مسئله مسمومیت اصولاً با پاره‌ای ملاحظات قانونی در ارتباط است، جهت انجام طرح در برخی بیمارستان‌های مربوطه مشکلاتی وجود داشت که خوشبختانه با هماهنگی‌های لازم اغلب آنها برطرف گردید.

اگر چه در شهرهایی که مورد بررسی قرار گرفته است قریب به اتفاق موارد مسمومیت به بیمارستان‌های مرجع مراجعه نموده یا اعزام شده بودند، ولی در سایر شهرهای کشور امکان دسترسی به اطلاعات مربوط به اقدام به خودکشی از طریق مسمومیت بسیار نامحتمل به نظر می‌رسد. چرا که بیماران به طور پراکنده به بیمارستان‌های مختلف مراجعه می‌نمایند و نظام ثبت داده‌ها در پرونده و بایگانی اطلاعات نیز از استاندارد یکسانی تبعیت نمی‌کند. به این ترتیب و با توجه به این محدودیت‌ها، طراحی مطالعات مربوط به خودکشی تا حد زیادی مشکل می‌گردد که پژوهش حاضر نیز از مواجهه با این مشکلات مصون نبوده است.

نتیجه‌گیری

از میان مباحث فوق می‌توان چند نکته مهم را بیش از پیش مورد تاکید قرار داد:

الف) شایع‌ترین عامل مسمومیت در ارجاع شدگان به بخش‌های مسمومین دارو، و در مرتبه بعد مواد روان‌گردان است و حدود سه چهارم از این موارد به مسئله اقدام به خودکشی مربوط می‌شود. بنابراین بیمارستان‌های پذیرش‌دهنده باید علاوه بر داشتن امکانات، تجهیزات و عوامل انسانی تخصصی برای کنترل عوارض مسمومیت و نجات فوری جان بیمار، بتوانند پاسخگوی ملاحظات روان‌شناختی و گاه قانونی موضوع باشند و توانایی پیگیری شرایط بیمار تا محدود شدن جدی خطر آسیب به خود را داشته باشند.

ب) به لحاظ دسترسی به دارو، ارتقاء فرهنگ تجویز و ارائه دارو توسط پزشکان و داروسازان و بویژه دسترسی افراد به داروهای با عوارض کشنده بسیار ضروری به نظر می‌رسد. البته این موضوع باید در کنار تصویب و روزآمد نمودن قوانین مستدل و سامانه نظارتی قابل قبول مد نظر قرار گیرد.

ج) با توجه به فراوانی استفاده از دارو برای اقدام به خودکشی، لازم است کارخانه‌های داروسازی در کشور ما نیز همچون برخی دیگر از کشورها در نحوه بسته بندی (بسته بندی فیزیکی و

24. Pires DX, Caldas ED, Recna MC. Pesticide use and suicide in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil, *Cadernos de saude publica*, 2005; 21: 598-605.
25. Manuweera G, Eddleeston M, Egokage S, Do targeted bans of insecticides to prevent deaths from self-poisoning result in reduced agricultural output; *Environmental Health perspectives*, April 2008, vol 116, Num: 492-95.
26. Phua DH, Cham G, Seow E, Two instances of Chinese herbal medicine poisoning in Singapore, *Singapour Medical Journal*, 2008 May; 49: 131-33.
27. Spina SP, Taddei A., Teenagers with Jimson weed (*Datura stramonium*) Poisoning, *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 2007 NOV; 9: 467-8sz.
20. Annette. L. Beautrais, suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple group comparison study. *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160: 1093-99.
21. Mohammadi MR., Ghanizadeh A. Suicidal Attempt and psychiatric disorders in Iran, *Suicide and life threatening behavior* 2005; 35: 309-16.
22. 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.
23. Carlsten A, Allebeck P, Brandt L. Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1996; 94: 94-100.

