Nursing Development in Health. 2026: 17 (1); 60-67 Journal Homepage: http://ndhj.lums.ac.ir

Case Report

Open Access

Report of Two Cases of Drug Overdose Suicide Attempts in Depressed Patients Hospitalized in a Psychiatric Ward: Patient Safety Challenges and Lessons Learned

Azin Rajaei[1], Ali Moradi[2], Hossein Esmailpour[3], Elahe Mahmoudi[4], Akram Sanagoo[5*]

1- Bachelor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran.

2- Bachelor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3- Master of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4- Master of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

5- PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences and Islamic Azad University, Gorgan Branch, Gorgan, Iran.

Received: 2026/08/08
Accepted: 2026/10/10

Keywords:

Suicide,

Drug Overdose

Depression

Patient Safety,

Psychiatric Ward

***Corresponding author:**

Akram Sanagoo, PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences and Islamic Azad University, Gorgan Branch, Gorgan, Iran.

akramsanagoo@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Patients with major depressive disorder admitted to psychiatric wards, particularly those with a history of suicide attempts and substance abuse, are at high risk of self-harm behaviors. Despite the implementation of standard suicide prevention protocols, patients' unauthorized access to psychotropic medications and unsupervised medication use, remain important patient safety challenges in psychiatric settings. This report presents two cases of suicide attempts involving medication overdose and discusses lessons learned to improve patient safety.

Case Report: Two female patients, aged 37 and 29 years, with major depressive disorder, a history of suicide attempts, and substance abuse, were admitted to a psychiatric ward. Both patients received combination pharmacotherapy, and medical orders included close monitoring, control of sharp objects, and prevention of unsupervised medication use.

However, on the 14th day of hospitalization for the first patient and the 11th day for the second, both patients attempted suicide by ingesting five 1-mg clonazepam tablets and five 0.5-mg alprazolam tablets that had been brought into the ward without authorization.

Both patients informed the nurse within a few minutes of ingestion. Immediate interventions included notifying the attending physician, gastric lavage via a nasogastric tube, intravenous fluid therapy, continuous monitoring of vital signs, and consultation with the Poison Control Center. Following prompt therapeutic interventions, the general condition of both patients stabilized, and they were transferred to the next shift in full consciousness.

Conclusion: These cases demonstrate that written monitoring orders alone are insufficient to prevent high-risk patients from accessing medications. Strengthening nursing supervision, implementing strict control over medication entry and distribution, conducting periodic inspections of patients' personal belongings, using standardized patient safety checklists, and creating a safer therapeutic environment may help reduce the risk of recurrence of similar events.

How to Cite This Article: *Rajaei A,Moradi A, Esmailpour H, Mahmoudi E, Sanagoo A. Report of Two Cases of Drug Overdose Suicide Attempts in Depressed Patients Hospitalized in a Psychiatric Ward: Patient Safety Challenges and Lessons Learned.*

Copyright © 2026 Nursing Development in Health, and Aligudarz College of Nursing.

ndhj@lums.ac.ir

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

گزارش دو مورد اقدام به خودکشی با مصرف بیش از حد دارو در بیماران افسرده بستری در بخش روانپزشکی: چالش‌های ایمنی بیمار و درس‌های آموخته

آذین رجایی[۱]، علی مرادی[۲]، حسین اسماعیل پور[۳]، الهه محمودی[۴]، اکرم ثناگو[*۵]

۱ – دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران.

۲– کارشناس پرستاری، کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳– کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۴– کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۵– دکترای پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان و دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
گزارش مورد

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۵/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۱۸

واژه های کلیدی:

خودکشی،
مصرف بیش‌ازحد دارو،
افسردگی،
ایمنی بیمار،
بخش روانپزشکی

نویسنده مسئول:

اکرم ثناگو، دکترای پرستاری، دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان و دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

Akramsanagoo@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بستری در بخش‌های روانپزشکی، به‌ویژه افراد دارای سابقه اقدام به خودکشی و سوءمصرف مواد، در معرض خطر بالای رفتارهای خودآسیب‌رسان قرار دارند. علی‌رغم اجرای پروتکل‌های استاندارد پیشگیری از خودکشی، دسترسی غیرمجاز بیماران به داروهای روان‌گردان و مصرف خودسرانه آن‌ها همچنان یکی از چالش‌های مهم ایمنی بیمار در این بخش‌هاست. هدف از این گزارش، ارائه دو مورد اقدام به خودکشی با مصرف بیش از حد دارو و بررسی درس‌آموخته‌های مرتبط با ارتقای ایمنی بیماران است.

گزارش مورد: دو بیمار زن ۳۷ و ۲۹ ساله، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، سابقه اقدام به خودکشی و سوءمصرف مواد، در بخش روانپزشکی بستری شدند. برای هر دو بیمار درمان دارویی ترکیبی تجویز و دستورات پزشکی شامل نظارت دقیق، کنترل وسایل تیز و برنده و جلوگیری از مصرف خودسرانه دارو صادر شد. با این حال، در چهاردهمین روز از بستری بیمار اول و یازدهمین روز از بستری بیمار دوم، هر دو بیمار با مصرف پنج عدد قرص کلونازپام ۱ میلی‌گرمی و پنج عدد قرص آلپرازولام ۰/۵ میلی‌گرمی که به‌صورت غیرمجاز وارد بخش شده بود، اقدام به خودکشی نمودند. هر دو بیمار طی چند دقیقه پس از مصرف، پرستار را مطلع کردند. اقدامات فوری شامل اطلاع پزشک معالج، شست‌وشوی معده از طریق لوله بینی– معده، سرم‌درمانی، پایش مستمر علائم حیاتی و مشاوره با مرکز مسمومیت انجام شد. وضعیت عمومی بیماران پس از مداخلات درمانی سریع پایدار شد و با هوشیاری کامل به شیفت بعد تحویل داده شدند.

نتیجه‌گیری: این موارد نشان می‌دهد که صرف صدور دستورات نظارتی مکتوب برای پیشگیری از دسترسی بیماران پرخطر به دارو کافی نیست. تقویت نظارت پرستاری، کنترل دقیق ورود و توزیع داروها، بررسی دوره‌ای وسایل شخصی بیماران، استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد ایمنی و ایجاد محیط درمانی امن‌تر می‌تواند در کاهش خطر تکرار چنین رویدادهایی مؤثر باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

ایمنی بیمار در دنیای امروز به‌عنوان یکی از مسائل مهم و حیاتی مطرح است و به‌عنوان شاخصی ارزشمند برای ارزیابی و کنترل کیفیت خدمات سلامت ارائه‌شده توسط متخصصان و کارکنان حوزه سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱).

بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی اغلب با شرایط بالینی پیچیده‌ای مواجه هستند که آسیب‌پذیری آنان را در برابر حوادث ایمنی افزایش می‌دهد. خودآزاری، رفتارهای پرخاشگرانه، خطاهای دارویی و سقوط از جمله مهم‌ترین این حوادث هستند (۲، ۳). این بیماران به دلیل شدت علائم، سابقه اقدام به خودکشی، اعتیاد و پاسخ ناکافی به درمان‌های دارویی، در معرض خطر بالای اقدام به خودکشی قرار دارند. علی‌رغم اجرای پروتکل‌های نظارتی و اقدامات پیشگیرانه، همچنان مواردی از اقدام به خودکشی در محیط بیمارستان گزارش می‌شود (۴).

همچنین مرورهای نظام‌مند اخیر نشان داده‌اند که شیوع طول عمر اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی(MDD) حدود ۳۱ درصد و شیوع افکار خودکشی حدود ۳۸ درصد است (۵، ۶). مطالعات نشان داده‌اند که سابقه اقدام قبلی به خودکشی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر برای اقدام مجدد به خودکشی است. همچنین وجود افکار فعال خودکشی، سوءمصرف مواد و الکل و سابقه تروما با افزایش قابل توجه خطر تکرار رفتارهای خودکشی‌گرایانه همراه هستند (۷).

خودکشی می‌تواند در محیط بیمارستان نیز رخ دهد و یکی از رویدادهای مهم و هشداردهنده در نظام سلامت محسوب می‌شود. بخش‌های روان‌پزشکی، اورژانس، انکولوژی، زنان و زایمان و برخی فضاهای عمومی بیمارستان از جمله مکان‌های پرخطر برای وقوع خودکشی هستند. بر همین اساس، سازمان جهانی بهداشت پیشگیری از خودکشی را به عنوان یکی از اولویت‌های اصلی برنامه‌های سلامت روان معرفی کرده است (۸). محدود کردن دسترسی به وسایل و روش‌های مورد استفاده برای خودکشی، از جمله داروها، مواد سمی و سایر ابزارهای آسیب‌رسان، یکی از مؤثرترین راهکارهای کاهش مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی محسوب می‌شود (۹). همچنین استفاده از موانع فیزیکی و تجهیزات بازدارنده در مکان‌های پرخطر مانند پل‌ها، روگذرها و ساختمان‌های مرتفع می‌تواند میزان خودکشی از طریق سقوط از ارتفاع را کاهش دهد (۱۰). شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر خودکشی و انجام مداخلات پیشگیرانه، از مؤلفه‌های مهم راهبردهای پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود (۱۱). علاوه بر آن، روان‌درمانی و مداخلات روان‌پزشکی هدفمند، از جمله درمان با لیتیوم در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی (۱۲)، درمان با کلوزاپین در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی (۱۳) و استفاده مناسب از داروهای ضدافسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی، نقش مهمی در کاهش خطر خودکشی دارند (۱۴). پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم درمانی، نقش مهمی در پیشگیری از این حوادث و تأمین ایمنی بیماران ایفا می‌کنند (۱۵).

با وجود انتشار گزارش‌هایی درباره اقدام به خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی، بیشتر مطالعات پیشین بر ویژگی‌های بالینی بیماران، عوامل خطر فردی یا پیامدهای درمانی تمرکز داشته‌اند و کمتر به تحلیل وقوع این حوادث از منظر ایمنی بیمار و ضعف‌های سیستم مراقبتی در محیط بستری پرداخته‌اند. همچنین گزارش همزمان دو مورد اقدام به خودکشی ناشی از دسترسی غیرمجاز به داروهای روان‌گردان در یک بخش روانپزشکی، علی‌رغم اجرای پروتکل‌های استاندارد پیشگیری از خودکشی، به‌ندرت در منابع منتشر شده است. لذا هدف از این مطالعه ارائه دو مورد اقدام به خودکشی با مصرف بیش از حد دارو و بررسی درس‌های آموخته برای بهبود ایمنی بیماران است.

گزارش مورد

بیمار اول، خانم ۳۷ ساله، با تشخیص اختلال افسردگی و خلق پایین همراه با افکار خودکشی، در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۱ در بخش روان‌پزشکی بستری شد. بیمار سابقه بستری قبلی، مصرف مواد مخدر، سیگار و اقدام قبلی به خودکشی داشت. درمان دارویی وی شامل سرترالین ۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز، کلردیازپوکساید ۱۰ میلی‌گرم دو بار در روز، ریسپریدون ۱ میلی‌گرم سه بار در روز، متادون ۵ میلی‌گرم دو بار در روز، لورازپام ۱ میلی‌گرم یک بار در روز و آمی‌تریپتیلین ۲۵ میلی‌گرم یک بار در روز بود. پس از پذیرش، بیمار توسط پزشک معالج ارزیابی شد و بررسی‌های اولیه شامل آزمایش‌های تشخیصی، نوار قلب، سی‌تی‌اسکن مغز و سایر ارزیابی‌های مورد نیاز انجام گرفت. همچنین، بر اساس دستورات مکتوب پزشک، بیمار از نظر وجود افکار آسیب به خود و دیگران، دسترسی به وسایل تیز و برنده، مصرف خودسرانه دارو و مواد ونیز قرار داشتن تخت در معرض دید پرسنل، تحت پایش قرار گرفت.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

بیمار دوم، خانم ۲۹ ساله، با تشخیص افسردگی و افکار خودکشی، از بیمارستان دیگری به این مرکز ارجاع شد و در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۴ در بخش روان‌پزشکی بستری گردید. بیمار دارای سابقه بستری قبلی، مصرف مواد مخدر، خودزنی و اقدام قبلی به خودکشی بود. بر اساس اطلاعات موجود در زمان ارجاع، اقدام قبلی بیمار به خودکشی با مصرف پنج ورق قرص کلونازپام مرتبط بوده است؛ این رخداد مربوط به سابقه پیش از بستری فعلی و از حادثه مورد گزارش حاضر مجزا بود. درمان دارویی بیمار شامل سیتالوپرام ۲۰ میلی‌گرم یک بار در روز، آمی‌تریپتیلین ۱۰ میلی‌گرم یک بار در روز، ریسپریدون ۱ میلی‌گرم سه بار در روز، کوئتیاپین ۲۵ میلی‌گرم یک بار در روز، بی‌پریدین ۲ میلی‌گرم (نصف قرص یک بار در روز) و کلونازپام ۱ میلی‌گرم (نصف قرص دو بار در روز) بود. پس از بستری، بیمار توسط پزشک معالج ارزیابی شد و بررسی‌های اولیه شامل آزمایش‌های تشخیصی، نوار قلب، سی‌تی‌اسکن مغز و سایر ارزیابی‌های مورد نیاز انجام گرفت. طبق دستورات مکتوب پزشک، بیمار از نظر افکار آسیب به خود و دیگران، دسترسی به وسایل تیز و برنده، مصرف خودسرانه دارو و مواد و قرار داشتن تخت در معرض دید پرسنل تحت پایش قرار گرفت. همچنین، با توجه به شرایط بالینی بیمار، دستور اخذ رضایت برای انجام درمان با الکتروشوک درمانی (Electroconvulsive Therapy; ECT) صادر شد و رضایت‌نامه از پدر بیمار اخذ و درمان انجام شد.

در زمان پذیرش بیمار دوم، به دلیل فقدان همراه، وسایل شخصی وی به خدمات بخش تحویل داده شد. محتویات وسایل شخصی در زمان تحویل به‌طور کامل بررسی نشده بود و در نتیجه، داروهایی که خارج از کنترل بخش بودند ممکن است در میان وسایل بیمار باقی مانده باشند. پس از مدتی، بیمار درخواست خرید برخی اقلام را مطرح کرد و از کارکنان بخش خواست لباس شخصی وی را برای او بیاورند. هنگام مراجعه کارکنان خدمات برای تحویل لباس، بیمار به وسایل شخصی خود دسترسی پیدا کرد و داروهای موجود در آن را برداشت. بر اساس اظهارات بیمار، این داروها متعاقباً در اختیار هر دو بیمار قرار گرفت.

در تاریخ ۱۴۰۳/۰۵/۰۴ ساعت ۱۷، این حادثه در چهاردهمین روز بستری بیمار اول و یازدهمین روز بستری بیمار دوم رخ داد. هر دو بیمار هنگام مراجعه به سرویس بهداشتی بخش، هر کدام پنج عدد قرص کلونازپام ۱ میلی‌گرمی و پنج عدد قرص آلپرازولام ۰/۵ میلی‌گرمی مصرف کرده و اقدام به خودکشی نمودند.

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های بالینی، مشخصات حادثه و پیامد فوری در دو بیمار

ویژگی	بیمار اول	بیمار دوم
سن (سال)	۳۷	۲۹
جنسیت	خانم	خانم
سابقه بستری قبلی	دارد	دارد
سابقه اعتیاد	مواد مخدر و سیگار	مواد مخدر
سابقه خودکشی/ خودزنی	دارد	دارد (خودکشی و خودزنی)
تشخیص اصلی	افسردگی شدید با افکار خودکشی	افسردگی شدید با افکار خودکشی
روز بستری در زمان حادثه	۱۴	۱۱
دارو های مصرف شده جهت اقدام به خودکشی	۵ عدد کلونازپام ۱ میلی گرم + ۵ عدد آلپرازولام ۰/۵ میلی گرمی	۵ عدد کلونازپام ۱ میلی گرم + ۵ عدد آلپرازولام ۰/۵ میلی گرمی
اقدام درمانی	شستشوی معده (NGT)، سرم‌تراپی، نوار قلب، آزمایش، مشاوره مسمومیت	شستشوی معده (NGT)، سرم‌تراپی، نوار قلب، آزمایش، مشاوره مسمومیت
وضعیت پس از مداخله	پایدار :GCS - ۱۵ /۱۵	پایدار :GCS - ۱۵ /۱۵

حدود ۳ دقیقه پس از مصرف داروها، بیمار اول با شکایت از سرگیجه و تهوع به پرستار بخش مراجعه کرد. بلافاصله پس از اطلاع پرستار، هر دو بیمار تحت ارزیابی بالینی و پایش علائم حیاتی قرار گرفتند. مطابق دستورات پزشک معالج، برای هر دو بیمار لوله بینی– معدی (Nasogastric Tube; NGT) تعبیه و فیکس شد و شست‌وشوی معده انجام گرفت. همچنین آزمایش‌های لازم ارسال، سرم‌تراپی و نوار قلب انجام شد و سایر

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

اقدامات درمانی مورد نیاز صورت پذیرفت. در ادامه، مشاوره متخصص داخلی از نظر مسمومیت دارویی انجام شد و سوپروایزر شیفت نیز در جریان موضوع قرار گرفت. از زمان ارزیابی اولیه توسط پرستار تا پایان شست‌وشوی معده، حدود ۲۰ دقیقه سپری شد.

پس از انجام مداخلات درمانی و پایش مستمر، وضعیت عمومی هر دو بیمار پایدار شد. در زمان تحویل به پرستار شیفت شب، هر دو بیمار هوشیار بودند و بر اساس مقیاس کمای گلاسکو (Glasgow Coma Scale; GCS)، امتیاز ۱۵/۱۵ داشتند. سپس روند مراقبت و درمان هر دو بیمار در بخش روان‌پزشکی زنان ادامه یافت (جدول ۱).

بحث

این مطالعه با هدف ارائه دو مورد اقدام به خودکشی پس از مصرف بیش از حد دارو و بررسی درس‌های آموخته‌شده با تمرکز بر ایمنی بیماران انجام شد.

در هر دو مورد، بیماران پیش از حادثه به‌عنوان افراد در معرض خطر خودکشی شناسایی شده و دستورات نظارتی برای آنان وجود داشت؛ با این حال، دسترسی به دارویی خارج از چرخه کنترل دارویی بخش و انتقال آن بین بیماران، فرصت بالقوه‌ای برای اقدام ایجاد کرد. از این منظر، حادثه حاضر را می‌توان یک رخداد چندمرحله‌ای در فرایند ایمنی بیمار، و نه صرفا یک مورد مسمومیت دارویی، در نظر گرفت.

اختلالات افسردگی با خطر قابل‌توجه رفتارهای خودکشی‌گرایانه همراه هستند (۵،۶). مطالعات، شیوع اقدام به خودکشی در اختلال افسردگی اساسی را حدود ۳۱ درصد و شیوع افکار خودکشی را حدود ۳۸ درصد گزارش کرده‌اند. سابقه قبلی اقدام به خودکشی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های تکرار رفتار خودکشی است و عواملی مانند افکار فعال خودکشی، سوءمصرف مواد و سابقه تروما نیز با افزایش خطر همراه هستند (۷). در موارد حاضر، وجود سابقه اقدام به خودکشی، خودزنی، مصرف مواد و افکار فعال خودکشی نشان می‌دهد که هر دو بیمار در گروهی با آسیب‌پذیری بالاتر نسبت به رفتارهای خودآسیب‌رسان قرار داشتند.

بخش‌های روان‌پزشکی به دلیل تعداد افراد بستری و حضور بیماران در معرض خطر خودآسیب‌رسانی، نیازمند مداخلات چندلایه ایمنی هستند و خودکشی، خودآزاری و دسترسی به وسایل یا داروهای بالقوه خطرناک از رویدادهای مهم ایمنی در این محیط‌ها محسوب می‌شوند (۲،۳). اگرچه اجرای پروتکل‌های نظارتی می‌تواند بخشی از خطر را کاهش دهد، وقوع رفتار خودآسیب‌رسان در محیط بیمارستان همچنان امکان‌پذیر است (۴). در موارد حاضر، نقاط آسیب‌پذیر بالقوه شامل بررسی ناکامل وسایل شخصی در زمان پذیرش، نگهداری وسایل خارج از کنترل کامل بخش، دسترسی مجدد به وسایل هنگام تحویل لباس و انتقال دارو بین بیماران بود. بر اساس اظهارات بیمار، داروهایی در میان وسایل شخصی باقی مانده و بعدا در اختیار هر دو بیمار قرار گرفته بود. این موارد می‌توانند به‌عنوان فرصت‌هایی برای تقویت سیستم ایمنی مورد توجه قرار گیرند.

پیشگیری از خودکشی در محیط‌های بیمارستانی از اولویت‌های مهم سلامت روان است (۸). یکی از رویکردهای مؤثر در پیشگیری، محدود کردن دسترسی به وسایل و روش‌هایی است که می‌توانند برای خودکشی مورد استفاده قرار گیرند (۹). در موارد حاضر، داروهای مصرف‌شده در حادثه در چرخه معمول توزیع دارویی بخش قرار نداشتند. بنابراین، علاوه بر کنترل داروهای تجویزشده و توزیع‌شده توسط بخش، مدیریت ایمن و مستندسازی وسایل شخصی بیماران پرخطر نیز باید به‌عنوان بخشی از فرایند ایمنی مورد توجه قرار گیرد.

از دیدگاه ایمنی بیمار، این حادثه را می‌توان به‌صورت زنجیره‌ای از موانع و نقاط آسیب‌پذیر بالقوه تحلیل کرد: وجود عوامل خطر شناخته‌شده، بررسی ناکامل وسایل شخصی، امکان دسترسی مجدد به وسایل هنگام تحویل لباس، انتقال دارو بین بیماران و در نهایت فرصت مصرف دارو هنگام مراجعه به سرویس بهداشتی. این توالی اهمیت عملکرد مستقل و مکمل لایه‌های مختلف ایمنی را نشان می‌دهد. همچنین، انتقال دارو بین بیماران بر اساس اظهارات بیمار، اهمیت توجه به تعاملات بین‌فردی در محیط بستری را مطرح می‌کند؛ موضوعی که ممکن است در ارزیابی‌های معمول خطر خودکشی کمتر مورد توجه قرار گیرد.

در محیط‌های بسته بیمارستانی، موانع فیزیکی ممکن است محدودیت‌هایی داشته باشند؛ بنابراین، نظارت بالینی، قرار دادن تخت در معرض دید پرسنل، کنترل وسایل شخصی و ارزیابی مستمر خطر می‌توانند به‌عنوان لایه‌های مکمل ایمنی مورد استفاده قرار گیرند. در موارد حاضر، وجود دستورات نظارتی به‌تنهایی تضمین‌کننده حذف کامل فرصت‌های دسترسی به دارو نبود. ازاین‌رو، ارزیابی ایمنی باید علاوه بر وضعیت روانی بیمار،

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

فرایندهای ورود، نگهداری و دسترسی به وسایل شخصی و احتمال انتقال وسایل بین بیماران را نیز دربرگیرد. شناسایی زودهنگام افراد در معرض خطر از اقدامات مهم پیشگیری ثانویه است (۱۱)، اما در محیط بستری باید با مداخلات محیطی و سازمانی تکمیل شود.

روان‌درمانی و مداخلات روان‌پزشکی هدفمند، از جمله درمان با لیتیوم، کلوزاپین و استفاده مناسب از داروهای ضدافسردگی، نقش مهمی در کاهش خطر خودکشی دارند (۱۲– ۱۴). با این حال، وقوع حوادث حاضر در شرایطی که بیماران تحت درمان روان‌پزشکی و دارویی بودند، اهمیت توجه هم‌زمان به مداخلات فردمحور و محیطی را برجسته می‌کند. درمان دارویی نمی‌تواند به‌تنهایی جایگزین کنترل محیط و مدیریت دسترسی به وسایل بالقوه خطرناک شود. پرستاران نیز به‌عنوان اعضای کلیدی تیم درمانی، نقش مهمی در پیشگیری و تأمین ایمنی بیماران دارند (۱۵).

از نظر مدیریت مسمومیت، هر دو بیمار مدت کوتاهی پس از مصرف دارو ارزیابی شدند. بیمار اول حدود ۳ دقیقه پس از مصرف با شکایت از سرگیجه و تهوع به پرستار مراجعه کرد و هر دو بیمار تحت ارزیابی بالینی و پایش علائم حیاتی قرار گرفتند. مطابق دستور پزشک معالج، برای هر دو بیمار NGT تعبیه و شست‌وشوی معده انجام شد و اقدامات دیگری شامل سرم‌تراپی، نوار قلب، آزمایش‌های لازم و مشاوره تخصصی مسمومیت صورت گرفت. از ارزیابی اولیه پرستار تا پایان شست‌وشوی معده حدود ۲۰ دقیقه سپری شد. پس از مداخلات و پایش مستمر، وضعیت عمومی هر دو بیمار پایدار باقی ماند و هنگام تحویل به شیفت بعد، هوشیار و دارای GCS برابر با ۱۵/ ۱۵ بودند.

با این حال، از دیدگاه سم‌شناسی، شست‌وشوی معده اقدام روتین در مسمومیت‌های دارویی محسوب نمی‌شود و باید در شرایط انتخاب‌شده و با توجه به نوع ماده، مقدار مصرف، زمان سپری‌شده و وضعیت راه هوایی بیمار در نظر گرفته شود. سودمندی بالینی آن نیز به‌طور قطعی اثبات نشده و با خطراتی از جمله آسپیراسیون و عوارض قلبی‌ریوی همراه است (۱۶، ۱۷). در موارد حاضر، تصمیم به انجام NGT و شست‌وشوی معده مطابق دستور پزشک معالج، در زمینه مراجعه زودهنگام و با مشاوره تخصصی مسمومیت اتخاذ شد. یکی از درس‌های مهم این موارد، تمایز میان پاسخ به حادثه و پیشگیری از حادثه است. اگرچه شناسایی سریع، اطلاع‌رسانی به پزشک، پایش علائم حیاتی و اقدامات درمانی به مدیریت فوری وضعیت کمک کردند، رخداد اصلی پیش از این مرحله و در زنجیره دسترسی به دارو شکل گرفته بود. بنابراین، پاسخ سریع درمانی باید در کنار مداخلات پیشگیرانه در سطح سیستم مورد توجه قرار گیرد.

بر اساس این تحلیل، اقداماتی مانند بررسی و مستندسازی سیستماتیک وسایل شخصی در زمان پذیرش، نگهداری وسایل بیماران پرخطر در محل کنترل‌شده، کنترل مجدد وسایل هنگام تحویل لباس یا سایر اقلام، تدوین فرایند مشخص برای مدیریت داروهای همراه بیمار، توجه به احتمال انتقال دارو بین بیماران و بازبینی سطح نظارت متناسب با خطر خودکشی می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری‌های مشابه کمک کند. استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد ایمنی و بازبینی دوره‌ای فرایندهای بخش نیز می‌تواند در شناسایی نقاط آسیب‌پذیر مفید باشد.

در مجموع، موارد حاضر اهمیت رویکردی چندلایه به ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی را مطرح می‌کنند. شناسایی عوامل خطر فردی، نظارت بالینی، مدیریت ایمن وسایل شخصی، کنترل دسترسی به داروها و توجه به تعاملات بین بیماران باید به‌عنوان اجزای مکمل یک نظام ایمنی در نظر گرفته شوند. با وجود شناسایی قبلی خطر و وجود دستورات نظارتی، این موارد برخی آسیب‌پذیری‌های بالقوه در فرایندهای ایمنی را نشان می‌دهند.

نتیجه گیری

این گزارش دو مورد اقدام به خودکشی از طریق مصرف دارو را در بیماران مبتلا به افسردگی بستری در بخش روان‌پزشکی توصیف کرد. این دو مورد نشان می‌دهند که حتی در صورت شناسایی خطر خودکشی و وجود دستورات نظارتی، ممکن است در فرایندهای ایمنی مرتبط با بازرسی و نگهداری وسایل شخصی، دسترسی به دارو و تعاملات بین بیماران، شکاف‌هایی وجود داشته باشد. از این منظر، تحلیل چندلایه حوادث مشابه و بازنگری در فرایندهای ایمنی می‌تواند حوزه‌های بالقوه نیازمند بهبود را شناسایی کند؛ با این حال، به دلیل ماهیت گزارش موردی و تعداد محدود بیماران، نمی‌توان بر اساس این یافته‌ها درباره اثربخشی قطعی مداخلات خاص نتیجه‌گیری کرد. انجام مطالعات چندمرکزی با حجم نمونه بزرگ‌تر می‌تواند به ارزیابی دقیق‌تر عوامل مؤثر بر وقوع این حوادث و اثربخشی مداخلات مبتنی بر ایمنی بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی کمک کند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

سپاسگزاری

از تمامی همکارانی که در جمع‌آوری داده‌ها و مدیریت این مورد بالینی همکاری داشتند، صمیمانه سپاسگزاریم. همچنین از بیمار و خانواده وی که با رضایت آگاهانه خود امکان انتشار این گزارش را فراهم کردند، تشکر می‌کنیم.

ملاحظات اخلاقی

این گزارش موردی با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1404.02 به تأیید کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان رسیده است. محرمانگی اطلاعات بیماران و حذف اطلاعات شناسایی‌کننده در فرایند تهیه و انتشار گزارش رعایت شد. رضایت آگاهانه برای انتشار اطلاعات بالینی مرتبط با این گزارش از هر دو بیمار اخذ شد.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری های آن را بر عهده داشته اند.

حامی مالی

هیچ گونه حمایت مالی برای این مقاله وجود ندارد.

تعارض منافع

در انجام این مطالعه هیچ گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود نداشت.

References:

1. Manias E, Cranswick N, Newall F, Rosenfeld E, Weiner C, Williams A, et al. Medication error trends and effects of person-related, environment-related and communication-related factors on medication errors in a paediatric hospital. J Paediatr Child Health. 2019;55(3):320-326. doi:10.1111/jpc.14193.
2. Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H et al. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. BMJ Open. 2019;9:e030230. doi:10.1136/bmjopen-2019-030230.
3. Svensson J. Patient safety strategies in psychiatry and how they construct the notion of preventable harm: a scoping review. J Patient Saf. 2022;18:245-252. doi:10.1097/PTS.0000000000000885.
4. Thom R, Hogan C, Hazen E. Suicide risk screening in the hospital setting: a review of brief validated tools. Psychosomatics. 2020;61(1):1-7. doi:10.1016/j.psym.2019.08.009.
5. Dong M, Zeng LN, Lu L, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. Psychol Med. 2019;49:1691-1704. doi:10.1017/S0033291718002301.
6. Cai H, Jin Y, Liu S, et al. Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of observational studies. J Affect Disord. 2021;293:148-158. doi:10.1016/j.jad.2021.05.115.
7. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2024;54(9):1897-1904. doi:10.1017/S0033291724000904.
8. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029
9. Hawton K, Knipe D, Pirkis J. Restriction of access to means used for suicide. Lancet Public Health. 2024;9(10):e796-e801. doi:10.1016/S2468-2667(24)00157-9.
10. Okolie C, Wood S, Hawton K, Kandalama U, Glendenning AC, Dennis M, et al. Means restriction for the prevention of suicide by jumping. Cochrane Database Syst Rev. 2020;CD013543. doi:10.1002/14651858.CD013543.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]

11. O'Connor EA, Perdue LA, Coppola EL, Henninger ML, Thomas RG, Gaynes BN. Depression and suicide risk screening: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2023;329(23):2068-2085. doi:10.1001/jama.2023.7787.

12. Tondo L, Baldessarini RJ. Prevention of suicidal behavior with lithium treatment in patients with recurrent mood disorders. Int J Bipolar Disord. 2024;12(1):6. doi:10.1186/s40345-024-00326-x.

13. Chen WY, Chen PH, Pan CH, Su SS, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. Clozapine and its protective effect on all-cause, natural, and suicide mortality in patients with schizophrenia: a nationwide cohort study in Taiwan. Schizophr Res. 2024;268:150-160. doi:10.1016/j.schres.2023.07.014. PMID:37479588.

14. Li Y, Chen C, Chen Q, Yuan S, Liang W, Zhu Y, Zhang B. Effects of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) on suicide: a network meta-analysis of double-blind randomized trials. Psychiatry Res. 2024;336:115917. doi:10.1016/j.psychres.2024.115917.

15. Glarcher M, Vaismoradi M. A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: a modelling perspective. J Adv Nurs. 2025;81(9):5248-5263. doi:10.1111/jan.16105. PMID:38366739.

16. Benson BE, Hoppu K, Troutman WG, Bedry R, Erdman A, Höjer J, Mégarbane B, Thanacoody R, Caravati EM; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. Clin Toxicol (Phila). 2013 Mar;51(3):140-6. doi: 10.3109/15563650.2013.770154. Epub 2013 Feb 18. PMID: 23418938.

17. Vale JA, Kulig K; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: gastric lavage. J Toxicol Clin Toxicol. 2004;42(7):933-43. doi: 10.1081/clt-200045006. PMID: 15641639.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-23]