

بررسی اپیدمیولوژیک مسمومیت عمدی نوجوانان در تهران: نتایج یک مطالعه بیمارستانی

چکیده

زمینه و هدف: تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک نوجوانانی که اقدام به مسمومیت عمدی کرده، به تنها بیمارستان تخصصی- ارجاعی مسمومیت در تهران مراجعه نموده یا ارجاع شده بودند. روش بررسی: در این پژوهش که توسط مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا در بیمارستان لقمان انجام شد تمام موارد مسمومیت حاد در فاصله زمانی اردیبهشت تا آذر ماه ۱۳۸۲، وارد این مطالعه مقطعی شدند. گروه سنی نوجوانان، از ۱۳ تا ۱۹ سال در نظر گرفته شد و اطلاعات آنها جهت این مقاله مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای آماری STATA ۸ و SPSS ویراست ۱۳ به انجام رسید. **یافته‌ها:** از ۹۲۰۳ مورد مسمومیت عمدی، ۲۸/۵٪، نوجوان بودند (۲۶۲۶ نفر) نسبت دختر به پسر، ۲/۲۰ بود. ۸/۸۶٪ مجرد و ۵۵/۷٪، دانش‌آموز و اغلب موارد شهرنشین بودند. مجموعاً مصرف ۴۸۵۹ مورد دارو یا سم، گزارش شد (میانگین ۱/۸۵ برای هر نفر). بین میانگین سنی پسران و دختران، اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت، در حالی که از نظر سابقه اختلالات جسمی و روانی، دو جنس، تفاوت معنی‌داری نداشتند. اکثریت بیماران، سابقه ای از اقدام به خودکشی قبلی نداشته‌اند. **نتیجه‌گیری:** برتری عددی دختران در اقدام به مسموم کردن خود، دیده می‌شود. با وجود این، پسران در سن پایین‌تری اقدام به مسموم‌سازی خود کرده بودند. فراوانی اختلالات روانی در نوجوانان مورد مطالعه کم‌تر از فراوانی آن در جمعیت عام بود که می‌تواند به دلیل شیوع کم‌تر این اختلال در آن‌ها بوده یا به خاطر برآورد کم‌تر از حد واقعی باشد. مسئله مهم، لزوم انجام مراقبت‌های روان پزشکی برای کسانی است که اقدام به مسمومیت عمدی (خودکشی) می‌کنند. این مراقبت‌ها باید مبتنی بر ارزیابی‌های مناسب پایه‌ای افراد و متناسب با نیازهای آن‌ها باشد.

کلمات کلیدی: مسمومیت، عمدی، نوجوانان، اپیدمیولوژی، آسیب به خود

نوید محمدی*^۱

مژگان کار بخش داوری^۲

عبدالکریم پژومند^۳

۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین؛ مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا - تهران

۲- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

*نویسنده مسئول، نشانی: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
تلفن: ۰۹۱۲۱۸۲۸۷۱۴
email: nvmohammadi@qums.ac.ir

مقدمه

نروژ و بریتانیا یک مسئله مهم بهداشتی به شمار می‌رود.^{۳-۵} در بریتانیا، روند این مسمومیت‌ها طی سال‌های اخیر، رشد داشته^۶ و شایع‌ترین راه برای خودکشی در زنان و دومین روش در مردان به حساب می‌آید، ضمن آن‌که به تنهایی مسئول بیش از ۱۳۰۰ مرگ در سال در این کشور می‌باشد.^۷ در یونان، مسمومیت عمدی یک مشکل جدی سلامتی و شایع‌ترین راه برای اقدام به خودکشی است.^۸ کشورهای در حال توسعه نیز از این نظر، وضعیت نامطلوبی دارند. مطالعه بار جهانی بیماری‌ها نشان داد که در سال ۱۹۹۰، حدود ۵۹۳۰۰۰ نفر به دلیل خودکشی در کشورهای در حال توسعه جان باخته‌اند که برابر ۷۵٪ کل مرگ‌های ناشی از آسیب به خود در دنیا بوده است.^۹ مرگ و میر ناشی از این گونه مسمومیت‌ها هم متأسفانه در دنیای در حال

آسیب به خود (self-harm) یکی از مشکلات مهم سلامتی در تمام کشورها، اعم از صنعتی و در حال توسعه است و معمول‌ترین شکل‌های آن حلق آویز کردن، مسمومیت عمدی و خودزنی است.^۱ اهمیت بالینی آسیب به خود در آن است که این رفتار، پیشگویی‌کننده‌ای قوی برای خودکشی‌های موفقیت‌آمیز بعدی محسوب می‌شود.^{۱و۲} مسمومیت عمدی که در بعضی مطالعات، حدود ۸۰٪ موارد آسیب به خود را تشکیل می‌دهد است،^۲ به عنوان مصرف خود سرانه و عمدی مقدار زیاد دارو با هدف آسیب رساندن به خود تعریف شده^۳ و همان‌گونه که اشاره شد، در بسیاری از کشورها مثل

چون، اطلاعات موجود در مورد آن‌ها، حتی کمتر از اطلاعات درباره کل جمعیت است. هدف این مطالعه، تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک نوجوانانی بوده که اقدام به مسمومیت عمدی کرده و به تنها بیمارستان تخصصی - ارجاعی مسمومیت در تهران مراجعه نموده یا ارجاع شده بودند. همچنین تفاوت‌های جنسیتی و سوابق بیماری‌های جسمی و روان پزشکی به عنوان اهداف فرعی در نظر گرفته شدند.

روش بررسی

این مقاله بر اساس یک پژوهش مقطعی که توسط مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا در مرکز لقمان تهران انجام شد، نگاشته شده است. در این مطالعه تمام مواردی که در فاصله زمانی اردیبهشت تا آذر ماه ۱۳۸۲ به دلیل مسمومیت حاد مراجعه کرده یا ارجاع شده و به صورت سرپایی یا بستری مورد مداوا قرار گرفته بودند و در عین حال برای ورود به مطالعه رضایت داشتند، وارد شدند ($n=12548$). موارد مسمومیت عمدی ۹۲۰۳ نفر از کل موارد مسمومیت را به خود اختصاص می‌داد که برای این مقاله موارد مسمومیت عمدی در نوجوانان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مسمومیت عمدی عبارت است از مصرف خودسرانه و عمدی داروها با هدف از بین بردن یا آسیب رساندن به خود. گروه سنی نوجوانان، از ۱۳ تا ۱۹ سال در نظر گرفته شد. مشخصات دموگرافیک، محل زندگی، سابقه وجود بیماری‌های زمینه‌ای جسمی و روان‌پزشکی، وجود اعتیاد به مواد غیرقانونی و سابقه قبلی اقدام به خودکشی از خود بیمار یا همراهان آن‌ها و همچنین پرونده بالینی، استخراج شد. این اطلاعات، در پرسشنامه‌های طراحی شده با نظر صاحب‌نظران، توسط پزشکان آموزش دیده، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزارهای آماری STATA ویراست ۸، SPSS ویراست ۱۳، به انجام رسید. برای هر یک از ویژگی‌های اپیدمیولوژیک مورد نظر، آنالیز توصیفی و سپس مقایسه‌هایی بین متغیرها برای رسیدن به اهداف مطالعه، انجام شد. برای تحلیل داده‌های کمی از آزمون‌های t -test، ANOVA و در مواردی که پس از انجام آزمون Kolmogrov-Smirnov، نرمال نبودن توزیع اثبات می‌شد، از آزمون Mann-Whitney U استفاده شد. برای آنالیز متغیرهای کیفی از آزمون‌های χ^2 یا تست دقیق فیشر استفاده کردیم. خطای آلفا در کل معادل ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن تعداد

توسعه، بسیار بیشتر از کشورهای صنعتی است.^۱ در سری لانکا به عنوان یک کشور در حال توسعه آسیایی، کشندگی مسمومیت عمدی، ۱۵ برابر بیش از کشورهای صنعتی تخمین زده شده است.^{۱۱} نوجوانان به دلیل شرایط و بحران‌های خاص این دوره از زندگی، در معرض انواع استرس هستند و به دلیل آن که شاید هنوز مکانیسم‌های انطباقی آنان کامل نشده باشد، احتمال بروز رفتارهای تکانشی نظیر اقدام به خودکشی در آن‌ها کم نیست. متأسفانه میزان مرگ در این نوجوانان هم اغلب بالاست.^{۱۱} گزارش شده که ۹-۵٪ نوجوانان در کشورهای غربی، در طی یک سال گذشته عمرشان اقدام به این کار کرده‌اند.^۱ در کانادا، خودکشی، پس از حوادث، شایع‌ترین علت مرگ کودکان و نوجوانان (سن ۱۹-۱۰ سال) محسوب می‌شود.^{۱۲} در نیوزیلند، آسیب به خود، پس از تصادفات رانندگی و آسیب‌های ورزشی، سومین علت آسیب‌های منجر به بستری در نوجوانان گزارش شده (۱۰٪ کل موارد) که ۹۲٪ آن‌ها به شکل مسمومیت عمدی روی داده بود.^{۱۳} این نوع مسمومیت، ۹۰٪ موارد بستری به دلیل آسیب به خود در بریتانیا را شامل شود.^{۱۴} در نروژ مسمومیت عمدی، دومین روش آسیب رساندن به خود در نوجوانان بوده، که حدود ۴۷٪ موارد بستری به خاطر آسیب به خود را شامل می‌شود.^{۱۵} این موضوع نیز دارای اهمیت است که اغلب این افراد واقعاً قصد از بین بردن خود را ندارند بلکه با انگیزه‌هایی مانند بیان خشم یا انتقام گرفتن از کسی با قرار دادن او در وضعیت پر استرس و یا اعتراض به سایرین، اقدام به این کار می‌کنند.^{۱۰} بنابراین پیشگیری از این رفتار به ویژه در نوجوانان اهمیت زیادی دارد. در مورد کشورهای در حال توسعه، طبق شواهد موجود، مسمومیت‌های عمدی در تمام گروه‌های سنی (به جز کودکان) شایع‌ترین نوع مسمومیت هستند.^{۱۶،۱۷} در ایران به دلیل فراوانی و در دسترس بودن داروها و مواد شیمیایی سمی مانند سموم گیاهی و جانوری و همچنین سوء مصرف یا اعتیاد به مواد مخدر، هم موارد مسمومیت‌های تصادفی و هم عمدی، شایع هستند.^{۱۸} شواهد موجود نشان می‌دهند که اطلاعات اپیدمیولوژیک در مورد مسمومیت‌های عمدی به ویژه با داروها، به دلیل کمبود داده‌ها اندک است.^{۱۹} با این پیش فرض به نظر می‌رسد که محدودیت اطلاعات قابل اعتماد در این زمینه، در کشورهای در حال توسعه، بسیار وسیع‌تر باشد، پیش فرضی که با بررسی متون تا حد زیادی تأیید می‌شود. در مورد گروه سنی نوجوانان این کمبود جدی‌تر است

جدول-۱: سابقه اقدام به خودکشی در نوجوانان مورد مطالعه

سابقه	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
بدون اقدام قبلی	۲۱۶۸	۸۲/۶
یک بار اقدام قبلی	۲۹۵	۱۱/۲
دو بار اقدام قبلی	۱۴۹	۵/۷
نامشخص	۱۴	۰/۵
مجموع	۲۶۲۶	۱۰۰

نداشتند، $1/45 \pm 17/27$ و در آنها که دارای سابقه بودند، $17/53 \pm 1/49$ بود (بدون اختلاف معنی‌دار آماری). از نظر جنسی، در بین زنان، 1501 نفر ($83/43\%$) بدون سابقه و 298 نفر ($16/57\%$) دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. در بین مردان، 667 نفر ($82/04\%$) بدون سابقه و 146 نفر ($17/96\%$) دارای سابقه اقدام به خودکشی بودند. بین دو جنس از نظر سابقه اقدام به خودکشی، اختلاف آماری وجود نداشت.

بحث

در این مطالعه، $28/5\%$ از موارد مسمومیتی که به مرکز درمانی مراجعه کرده بودند، در گروه سنی $13-19$ سال قرار داشتند که اندکی بیش از بعضی مطالعات دیگر است ($21/23\%$ در مطالعه‌ی تونتاس در یونان^۸ و $15/6\%$ در عمان^{۲۰}). البته در مطالعات مختلف، دامنه‌های سنی متفاوتی برای رده سنی نوجوان، در نظر گرفته شده است^{۲۱-۲۳} و به همین دلیل مقایسه‌های انجام شده را باید با احتیاط تفسیر کرد. مطالعه دکتر بلالی مود در مشهد، نشان دهنده برتری عددی افراد مونث مسموم شده (البته در همه سنین) نسبت به افراد مذکر بود.^{۱۸} در مطالعه دیگری در تهران، نسبت مونث به مذکر برابر $1/8$ به یک گزارش شده است،^{۱۶} ولی در مورد نوجوانان در ایران، شواهد مشخصی وجود ندارد. از آن جا که مرکز آموزشی درمانی مورد مطالعه در شهر تهران قرار داشته، اکثریت مطلق بیماران را کسانی شامل می‌شدند که در شهر زندگی می‌کردند ($98/7\%$). هر چند که مرکز یاد شده، یک مرکز ارجاعی بوده و شاید انتظار حضور افراد بیشتری از نواحی روستایی در جریان مطالعه وجود داشت. بنابراین عدم حضور آنان می‌تواند نشانگر لزوم بررسی‌های بیشتر در مناطق محیطی کشور برای تعیین ویژگی‌های اپیدمیولوژیک مبتلایان به مسمومیت عمدی در کل کشور باشد. از نظر وضعیت تاهل، انتظار

مقایسه‌های انجام شده و به منظور تصحیح خطای نوع اول، سطح معنی‌داری را معادل $0/005$ در نظر گرفتیم.

یافته‌ها

از بین 9203 مورد مسمومیت عمدی، $28/5\%$ در رده سنی نوجوان قرار داشتند که تمام آن‌ها یعنی 2626 نوجوان، وارد مطالعه شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $17/31 \pm 1/46$ سال و میانه آن 18 سال بود. بیشترین موارد مسمومیت عمدی نوجوانان، 18 ساله بودند ($28/4\%$). از شرکت‌کنندگان مطالعه، 1807 نفر ($68/8\%$) مونث و مابقی ($31/2\%$) مذکر بودند. نسبت دختر به پسر معادل $2/20$ بود ($P < 0/0001$). میانگین سنی افراد مونث برابر $18/17 \pm 1/51$ و افراد مذکر $17/32 \pm 1/32$ و اختلاف بین دو جنس از نظر میانگین سنی، معنی‌دار بود ($P < 0/0001$). افراد ساکن در شهر، $98/7\%$ مراجعه کنندگان را تشکیل می‌دادند و تنها $1/3\%$ روستایی بودند. (2593 در برابر 33). از بین 2626 شرکت‌کننده در مطالعه، 2281 نفر ($86/8\%$) مجرد، 318 نفر ($12/1\%$) متاهل و هفت نفر ($0/3\%$) طلاق گرفته و وضعیت 20 نفر نامشخص بود. در بین افراد مونث، 1485 نفر ($82/8\%$) مجرد، 303 نفر ($16/9\%$) متاهل و شش نفر ($0/3\%$) مطلقه بوده‌اند. 796 نفر از افراد مذکر، مجرد (98%)، 15 نفر متاهل ($1/9\%$) و 1 نفر ($0/1\%$) طلاق گرفته بوده‌اند. اختلاف بین دو جنس از نظر مجرد یا متاهل بودن معنی‌دار بود ($P < 0/0001$). از نظر شغلی، 1462 نفر ($55/7\%$)، دانش‌آموز بوده، پس از آن بیشترین وضعیت شغلی، بی‌کار و خانه‌دار قید شده است (هر کدام $15/8\%$). وضعیت شغلی 16 نفر ($0/6\%$) نامشخص بود. در بین بیکاران، $75/7\%$ مونث بودند. از کل افراد مذکر، $31/5\%$ شاغل بوده در حالی که فقط $3/4\%$ افراد مونث به کار اشتغال داشتند ($P < 0/0001$). از 2626 نفر شرکت‌کننده در مطالعه، 2076 نفر ($79/1\%$) هیچ نوع بیماری زمینه‌ای نداشتند. 171 نفر سابقه بیماری جسمی مزمن ($6/5\%$) و 309 نفر ($11/8\%$) بیماری روان پزشکی داشتند. 39 نفر ($1/5\%$) سابقه هر دو نوع بیماری را داشته، وضعیت 31 نفر ($1/2\%$) نامشخص بود. در مورد جنس مذکر، این ارقام به ترتیب $80/7$ ، $12/2$ ، 6 و $1/1\%$ بود. بین دو جنس از نظر ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای اختلافی وجود نداشت. جدول ۱ نشان‌دهنده وضعیت سابقه اقدام به خودکشی در نوجوانان مورد مطالعه است. میانگین سنی در کسانی که سابقه اقدام به خودکشی

آن است که در رده سنی نوجوانان، اکثریت افراد مجرد باشند که همین گونه هم هست. با توجه به شرایط نسبتاً سستی خانواده‌ها در ایران، طبیعتاً اکثریت افراد متاهل را زنان تشکیل می‌دهند که معمولاً در سنین پائین‌تری ازدواج می‌کنند. از نظر شغلی، همان‌گونه که انتظار می‌رفت، اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه دانش‌آموز بوده و کلاً حدود ۸۸٪ آنان اشتغال حرفه‌ای نداشتند (دانش آموز، بیکار، خانه‌دار). در سایر مطالعات، به شغل یا حرفه نوجوانان اقدام کننده به مسموم‌سازی خود، اشاره‌ای نشده و به نظر می‌رسد این جنبه، به خاطر اندک بودن نوجوانان شاغل در کشورهای توسعه یافته، مورد بی‌توجهی قرار گرفته است. به دلایل فرهنگی و ساختاری جامعه، اغلب افراد شاغل که به دلیل مسمومیت عمدی مراجعه کرده‌اند، مذکرند چون نوجوانان مذکر خیلی زودتر و بیشتر از هم‌تایان مونث خود، کار به قصد کسب درآمد را آغاز می‌کنند و به نظر می‌رسد حضور بیشتر آن‌ها در جمعیت تحت مطالعه، مربوط به حضور بیشتر نوجوانان مذکر شاغل نسبت به مونث در جامعه باشد، هر چند که اثر استرس‌های کاری بر روی اقدام به مسمومیت عمدی در نوجوانان مذکر را نباید نادیده گرفت. مسئله دیگری که در مورد اشتغال نوجوانان اقدام کرده به مسمومیت عمدی تعجب‌برانگیز است، آن است که افراد مجرد، بیش از متاهل‌ها، شاغل بوده‌اند. این مسئله را می‌توان به زیادتر بودن تعداد دختران در جمعیت مورد مطالعه که اکثر آن‌ها فاقد شغل بوده و از طرف دیگر، اکثر افراد متاهل را در جمعیت تشکیل می‌دهد، مرتبط دانست اما باید به بیکار بودن به عنوان یک عامل استرس‌زا برای افراد متاهل که آن‌ها را وادار به اقدام به مسمومیت عمدی کرده نیز فکر کرد. در مطالعات متعددی به نقش بیماری‌های زمینه‌ای به خصوص اختلالات روان‌پزشکی به عنوان فاکتور خطر برای آسیب به خود و مسمومیت عمدی اشاره شده است.^{۱۹} البته پیدا کردن ردپای اختلالات روان‌پزشکی در موارد خودکشی موفقیت‌آمیز، ساده‌تر است به طوری که تا ۳/۴ موارد، در زمان مرگ شواهدی از اختلال روان‌پزشکی را نشان می‌دهد.^۷ ولی در موارد اقدام به مسمومیت عمدی، این مورد کمتر ملاحظه شده به طوری که در یک مطالعه ۳/۳۸٪ موارد، سابقه‌ای از مشکلات روانی و ۳/۱۵٪، نیاز به کمک‌های روان‌پزشکی داشتند.^۸ در مطالعه ما با توجه به این که به گروه نوجوانان محدود بود، شیوع مشکلات روانی، کمتر از مطالعات مشابه در جمعیت عام (از نظر سنی) برآورد شد (حدود ۱۳٪). به این ترتیب

می‌توان نتیجه گرفت که در موارد تحت مطالعه ما، اقدام به مسمومیت عمدی بیشتر ناشی از زمینه‌هایی به غیر از اختلالات روان‌پزشکی (مانند اختلالات خلقی یا اسکیزوفرنیا) بوده یا این که بررسی‌های کافی برای کشف مشکلات روان‌پزشکی، قبل یا در هنگام مراجعه به دلیل مسمومیت، انجام نشده و به عبارت دیگر، مشکل، کمتر از حد واقعی تخمین زده شده است. از نظر تفاوت بین دو جنس، اختلافی از لحاظ ابتلا به مشکلات جسمی و روان‌پزشکی مشاهده نشد که این برخلاف مطالعه مائوری و همکاران در ایتالیا است که شیوع را در جنس مونث بالاتر قید کردند. علت این تفاوت ممکن است به دلیل اختلاف در گروه سنی مورد مطالعه ما باشد چون مطالعه ذکر شده، تمام گروه‌های سنی را شامل می‌شده است.^{۱۹} ارتباط محکمی بین مرگ در اثر خودکشی، با اقدام پیشین در آسیب رساندن به خود وجود دارد به طوری که بین یک چهارم تا نیمی از موارد مرگ به دنبال خودکشی، سابقه اقدام غیرکشنده قبلی را در پرونده خود دارند.^{۱۴} در مطالعه Hawton، در صد نوجوانانی که در دوره یک ساله، اقدام به تکرار آسیب به خود (که بیش از ۸۸٪ آن را مسمومیت عمدی شامل می‌شده است) کرده‌اند، بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۴، به طور متوسط ۱۲/۳٪ در سال بوده است.^۳ در مطالعه ما، شیوع تکرار اقدام به خودکشی با مسمومیت عمدی، ۱۶/۹٪ بوده که نسبت به مطالعه هاوتون بالاتر است. هر چند معلوم نیست که تمام موارد اقدام به خودکشی مانند آن چه در آکسفورد انجام شده فقط مربوط به تکرار در یک سال باشد، ولی از آن جا که در مطالعه هاوتون، همه‌ی روش‌های آسیب‌عمدی به خود، مورد بررسی قرار گرفته، باز به نظر می‌رسد، تکرار اقدام به مسموم‌سازی خود، در نوجوانان ایرانی بالاتر از هم‌تایان انگلیسی باشد. از نظر جنسی نیز اختلاف بین دو جنس از نظر سابقه اقدام به خودکشی وجود ندارد که مشابه یافته‌های مطالعه مائوری در ایتالیا است.^{۱۹} مسئله‌ای که در مطالعات متعددی مورد تاکید قرار گرفته، لزوم انجام مراقبت‌های روان‌پزشکی برای کسانی است که اقدام به مسمومیت عمدی (خودکشی) می‌کنند. این مراقبت‌ها باید مبتنی بر ارزیابی‌های مناسب پایه‌ای افراد و متناسب با نیازهای آنها باشد.^{۲۴} و^{۲۵} با توجه به این که مطالعه حاضر با استفاده از داده‌های بیمارستانی انجام شده، باید به محدودیت بالقوه این گونه داده‌ها به عنوان معیاری برای بررسی مسمومیت‌های عمدی در نوجوانان نیز توجه کرد. در مطالعه‌ای که در هدینگتون انگلستان انجام

سپاسگزاری: این مقاله بر پایه طرح پژوهشی «بررسی اپیدمیولوژیک بیماران دچار مسمومیت مراجعه‌کننده به مرکز مسمومیتهای بیمارستان لقمان حکیم و تخمین شدت آسیب این بیماران بر اساس امتیاز شدت آسیب مسمومیت در نیمه اول سال ۱۳۸۲» در مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران نگاشته شده است. نویسندگان این مقاله، از آقای دکتر زرگر، ریاست محترم، آقای دکتر خاجی، معاون محترم اداری-مالی و آقای دکتر زارعی، پژوهشگر این مرکز، قدردانی می‌نمایند.

شده، اعتبار داده‌های روتین بیمارستانی در مورد مسمومیت به عنوان معیاری برای مسمومیت عمدی در نوجوانان بررسی گردیده و نتیجه این بوده که ۹۵ درصد موارد کد شده به عنوان مسمومیت عمدی، به درستی تشخیص داده شده‌اند.^{۱۱} در پایان باید یادآوری کرد که نتایج مطالعه حاضر با توجه به انجام آن در یک مرکز آموزشی درمانی شهری و دوره کوتاه بررسی، باید با احتیاط تفسیر شود هر چند ارجاعی بودن این مرکز و منحصر به فرد بودن آن از نظر پذیرش موارد تروما در مکان شهر تهران به اهمیت نتایج می‌افزاید.

References

1. Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-83.
2. Gunnell D, Bennenwith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health* 2005; 27: 67-73.
3. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *J Adolesc* 2000; 23: 47-55.
4. Rygnestad T, Fagerhaug O. Acute deliberate self-poisonings in the area of Trondheim, 1978-2002. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004; 124: 2736-9.
5. Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Deliberate self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125: 1798-800.
6. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997. trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 228-34.
7. Kapur N, Turnbull P, Hawton K, Simkin S, Sutton L, Mackway-Jones K, et al. Self-poisoning suicides in England: a multicentre study. *QJM* 2005; 98: 589-97.
8. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E. Voluntary self-poisoning as a cause of admission to a tertiary hospital internal medicine clinic in Piraeus, Greece within a year. *BMC Psychiatry* 2001; 1: 4.
9. Murray CJL, Lopez AD. Global Health statistics, a compendium of incidence prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. [Global burden of disease and injury series vol II]. Cambridge MA, Harvard school of public health and WHO, 1996.
10. Eddleston M. Patterns and problems of deliberate self-poisoning in the developing world. *QJM* 2000; 93: 715-31.
11. Eddleston M, Gunnell D, Karunaratne A, de Silva D, Sheriff MH, Buckley NA. Epidemiology of intentional self-poisoning in rural Sri Lanka. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 583-4.
12. Shaw D, Fernandes JR, Rao C. Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26: 309-15.
13. Kypri K, Chalmers DJ, Langley JD, Wright CS. Adolescent injury morbidity in New Zealand, 1987-96. *Inj Prev* 2002; 8: 32-7.
14. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005; 330: 891-4.
15. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. Deliberate self harm in adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123: 2241-5.
16. Abdollahi M, Jalali N, Sabzevari O, Hoseini R, Ghanea T. A retrospective study of poisoning in Tehran. *J Toxicol Clin Toxicol* 1997; 35: 387-93.
17. Hanssens Y, Deleu D, Taqi A. Etiologic and demographic characteristics of poisoning: a prospective hospital-based study in Oman. *J Toxicol Clin Toxicol* 2001; 39: 371-80.
18. Afshari R, Majdzadeh R, Balali-Mood M. Pattern of acute poisonings in Mashhad, Iran 1993-2000. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004; 42: 965-75.
19. Mauri MC, Cerveri G, Volonteri LS, Fiorentini A, Colasanti A, Manfre 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: 5.
20. Lall SB, Al-Wahaibi SS, Al-Riyami MM, Al-Kharusi K. Profile of acute poisoning cases presenting to health centres and hospitals in Oman. *East Mediterr Health J* 2003; 9: 944-54.
21. Sellar C, Goldacre MJ, Hawton K. Reliability of routine hospital data on poisoning as measures of deliberate self poisoning in adolescents. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44: 313-5.
22. Weir P, Ardagh M. The epidemiology of deliberate self poisoning presenting to Christchurch Hospital Emergency Department. *N Z Med J* 1998; 111: 127-9.
23. Patton GC, Harris R, Carlin JB, Hibbert ME, Coffey C, Schwartz M, et al. Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med* 1997; 27: 715-24.
24. Clarke CF. Deliberate self poisoning in adolescents. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1479-83.
25. Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 470-5.

Epidemiologic aspects of deliberate self-poisoning in adolescents: a hospital-based study in Tehran

Mohammadi N*¹
Karbakhsh M²
Pajoumand A³

1- Department of Community
Medicine, Qazvin University of
Medical Sciences.

2- Department of Community
Medicine, Tehran University of
Medical Sciences.

3- Department of in Poisoning,
Shahid Beheshti University of
Medical Sciences

Abstract

Background: The object of this study was to determine the epidemiological characteristics of deliberate self-poisoning in adolescents referred to the only poisoning center in Tehran.

Methods: In a cross-sectional study, all cases of acute poisoning at the Loghman Hakim Hospital from May to December 2003 were reviewed. Data for adolescents (13-19 years of age) were analyzed by SPSS for Windows, version 13 and STATA, version 8.

Results: From a total of 9203 cases of deliberate self-poisoning, 28.5% were adolescents (2626 cases). The male/female ratio was 1/2.2. Approximately 87% were unmarried and 56% were students, while a total of 4859 different drugs/agents were used for self-poisoning (an average of 1.85 for each case). The majority of patients was from urban areas and had no history of attempted suicide. There was no difference between males and females regarding history of psychiatric and somatic disorders, though there was a significant difference in the average of age between male and female adolescents.

Conclusions: Among adolescents, self-poisoning is more common in girls while the mean of age is younger in boys. Although the prevalence of psychiatric disorders in adolescents appears to be less than the general population, this may be related to differences in their situations or due to underestimation of their frequencies. Psychiatric care should be a necessary component of the care administered to adolescents who attempt suicide and must be based on the needs and basic assessment of the patient's status. Research regarding the familial history of abuse, neglect, self-harm/ poisoning should be undertaken so that such social issues can be prioritized and addressed.

Keywords: Deliberate, self-poisoning, adolescents, epidemiology, self harm

*Corresponding author: Department
of Community Medicine, Qazvin
University of Medical Sciences,
Qazvin, Iran
Tel: 09121828714
email: nvmohammadi@qums.ac.ir