

الگوی خشونت به دنبال منازعه در موارد منجر به بستری

قربانیان در شش مرکز حوادث شهر تهران

دکتر مؤگان کاربخش داوری *

متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروما

دکتر موسی زرگر

فوق تخصص جراحی قفسه صدری، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروما

دکتر محمدرضا زارعی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروما

دکتر علی خاجی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروما

چکیده

زمینه: خشونت به دنبال منازعه آسیبی است که به طور عمدی توسط فرد یا گروه کوچکی از افراد اعمال می‌شود و یک مشکل جدی سلامت عمومی در بسیاری از کشورها است. هدف از این مطالعه بررسی الگوی خشونت به دنبال منازعه در موارد منجر به بستری قربانیان در شش مرکز حوادث شهر تهران است.

روشها: تمام موارد منجر به بستری از شهریور ۱۳۷۸ تا شهریور ۱۳۷۹ که در ۶ مرکز از مراکز عمده حوادث در شهر تهران (بیمارستان امام خمینی، بیمارستان دکتر شریعتی، بیمارستان هفت تیر، بیمارستان معیری، بیمارستان امام حسین و بیمارستان سینا) بستری شده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. از کل ۸۴۵۰ مورد، ۴۷۹ مورد که به علت خشونت بین فردی بستری شده بودند برای این مطالعه مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته‌ها: افراد مورد مطالعه عمدتاً جوان و مذکر بودند. اوج ساعت بستری این بیماران ۹ شب بود. خیابانها محل اصلی وقوع آسیب بود. این میزان در مردان به ۵۳/۷ درصد بالغ می‌شد. محل حادثه در خانمها عمدتاً منزل بود (۷۸/۲ درصد). نزدیک به ۵۸ درصد آسیبهای مردان از نوع نافذ بود. ۷۲/۷ درصد آسیبهای زنان از نوع غیر نافذ بود. خشونت با استفاده از اشیای تیز و برنده شایعترین (۵۱/۱ درصد) مکانیسم حادثه را تشکیل می‌داد و در رده دوم خشونت با اعمال نیروی بدنی قرار داشت. با در نظر گرفتن کل آسیبهای اندام فوقانی شایعترین مکان آسیب بود و بعد از آن سر و صورت، قفسه سینه، شکم و اندام تحتانی قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: مطابق با سایر مقالات موجود، بیشترین گروه آسیب دیده در خشونت به دنبال منازعه را مردان جوان تشکیل می‌دادند. این افراد به ویژه در فصل تابستان و شب هنگام دچار آسیب شده بودند. بیشتر آسیبهای ناشی از جراحت با اشیای تیز بود. در این میان درصد استفاده از چاقو در موارد آسیب مرتبط با خشونت نگران کننده به نظر می‌رسد. این درصد بالا به عدم وجود ضمانت اجرایی لازم برای منع حمل چاقو در اماکن عمومی قابل انتساب است. گرچه کنترل استفاده از چاقو در اماکن عمومی به سادگی ممنوعیت حمل اسلحه گرم نیست ولی ضرورت این امر ایجاب می‌کند که اقدام قانونی جدی در این راستا انجام شود.

کلمات کلیدی: خشونت، منازعه، حادثه

مقدمه

خشونت به دنبال منازعه آسیبی است که به طور عمدی توسط فرد یا گروه کوچکی از افراد اعمال می‌شود و یک مشکل جدی سلامت عمومی در بسیاری از کشورها است (۱-۵). طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، خشونت مسئول ۱۶۵۸۰۰۰ مورد مرگ و بیش از ۴۶۰ میلیون سال عمر تلف شده به علت مرگ و ناتوانی (DALY) است. این میزان ۳ درصد از کل مرگها و ۳/۱ درصد از کل سالهای تلف شده به علت مرگ و ناتوانی (۶) را شامل می‌شود. علیرغم این مطلب، الگوی خشونت، به ویژه خشونت به دنبال منازعه و متغیرهای مرتبط با آن در کشورهای مختلف متفاوت است و تابع عوامل اجتماعی، اقتصادی، قانونی و دسترسی به سلاح می‌باشند (۷). این مطالعه قصد دارد الگوی خشونت به دنبال منازعه در موارد منجر به بستری قربانیان را در شش مرکز حوادث شهر تهران نشان دهد.

مواد و روشها

این مطالعه بر اساس بخشی از اطلاعات طرح ملی مرکز تحقیقات تروما طراحی شده است. تمام بیمارانی که از شهریور ۱۳۷۸ تا شهریور ۱۳۷۹ در ۶ مرکز از مراکز اصلی حوادث شهر تهران بستری شده بودند (بیمارستان امام خمینی، بیمارستان شریعتی، بیمارستان هفت تیر، بیمارستان معیری، بیمارستان امام حسین و بیمارستان سینا) مورد مطالعه قرار گرفتند. از کل ۸۴۵۰ مورد، ۴۷۹ مورد به علت خشونت ناشی از منازعه بستری شده بودند. افرادی که قبل از رسیدن به بیمارستان فوت کرده بودند و مواردی که بستری نشده بودند وارد این طرح نشدند. پژوهشگران آموزش دیده پرسشنامه طراحی شده‌ای را که در برگزیده متغیرهایی مثل خصوصیات دموگرافیک، خصوصیات آسیب (از نظر محل آناتومیک، نوع و شدت آسیب، زمان و مکان آسیب) و مدت اقامت و عاقبت بیمار بود برای تمام بیماران تکمیل کردند. از نرم افزار آماری SPSS 10 برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

۴۷۹ بیمار مورد مطالعه، ۵/۶ درصد از کل موارد آسیب منجر به بستری را تشکیل می‌دادند. بیشتر این افراد مذکر (۸۸/۵ درصد) و جوان بودند به طوری که میانگین سنی، انحراف معیار و میانه سنی آنها به ترتیب ۲۸/۹، ۱۴ و ۲۵ سال بود. کم سن ترین بیمار ۳ سال و مسن ترین آنها ۸۱ سال داشت. چهار کودک بین قربانیان بستری شده به علت خشونت وجود داشت. از نظر وضعیت اجتماعی، ۶۶ نفر کاملاً بی‌سواد بودند و فقط ۱۵۹ نفر موفق به گرفتن مدرک دیپلم یا بالاتر شده بودند.

اوج ساعت بستری این بیماران ۹ شب بود. در حدود ۳۵ درصد

موارد بستری از ۸ شب تا ۱۲ نیمه شب انجام شده بود. فقط ۳/۱ درصد کل آسیب‌ها از ساعت ۴ تا ۸ شب رخ داده بود. ۳۳/۸ درصد از کل آسیبه‌ها در تابستان، ۲۶/۳ درصد در بهار، ۲۰/۳ درصد در زمستان و ۱۷/۳ درصد در پاییز اتفاق افتاده بود.

خیابانها محل اصلی وقوع آسیب بود (۴۹/۳ درصد). این درصد در مردان به ۵۳/۷ درصد بالغ می‌شد در حالیکه محل حادثه در خانمها عمدتاً منزل بود (۷۸/۲ درصد) و این تفاوت با $Pvalue < 0/001$ از نظر آماری معنی دار بود.

نزدیک به ۵۸ درصد آسیبه‌ها در مردان از نوع نافذ بود (۲۴۵/۴۲۴) ولی ۷۲/۷ درصد آسیبه‌های زنان از نوع غیر نافذ بود (۴۰/۵۵) و این تفاوت با $Pvalue < 0/001$ از نظر آماری معنی دار بود.

خشونت با استفاده از اشیای تیز و برنده شایعترین مکانیسم صدمه را تشکیل می‌داد (۵۱/۱ درصد) و بعد از آن خشونت با اعمال نیروی بدنی^۱ قرار داشت که در ۲۳/۴ درصد موارد مسئول ایجاد آسیب بود. آسیب با اسلحه فقط در ۴ درصد موارد (۱۹ نفر) مشاهده شد. بین اشیای نافذ، چاقو از همه بیشتر استفاده شده بود (۲۰۴ مورد) و در واقع ۸۴/۶ درصد از کل موارد آسیب با اشیای نافذ و ۴۲/۶ درصد از کل موارد آسیب را به خود اختصاص می‌داد. مکانیسم‌های آسیب به تفکیک مکانهای آناتومیک آنها در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است. با در نظر گرفتن کل آسیبه‌ها، اندام فوقانی شایعترین محل آسیب دیده بود (۱۸۸ آسیب) و بعد از آن سر و صورت (۱۶۹ آسیب)، قفسه سینه (۱۵۳ آسیب)، شکم (۶۹ آسیب) و اندام تحتانی (۷۴ آسیب) قرار داشتند.

همانطور که مشاهده می‌شود مجموع تعداد آسیبه‌ها از تعداد کل بیماران فراتر است زیرا برخی از بیماران دچار دو آسیب یا بیشتر بودند؛ به عنوان مثال ۳۷ نفر از ۲۰۴ بیمار چاقو خورده، در بیشتر از یک نقطه مورد اصابت قرار گرفته بودند. ولی با در نظر گرفتن یک آسیب در هر فرد به عنوان حادثه منجر به بستری هم مشاهده شد که آسیب اندام فوقانی شایعتر (۲۶/۵ درصد) بود (حتی اگر دچار ترومای متعدد بوده باشد). آسیب سر (۲۵/۹ درصد)، آسیب قفسه سینه (۲۲/۱ درصد)، آسیب شکم (۱۲/۳ درصد)، آسیب اندام تحتانی (۱۰/۵ درصد) و آسیب گردن (۲/۷ درصد) در رتبه های بعدی قرار داشتند. انواع آسیبه‌های منجر به بستری به تفکیک محل آناتومیک آنها در جدول شماره ۲ ارائه شده است. عمده‌ترین انواع این آسیبه‌ها شامل زخم باز در ۲۷/۶ درصد (۱۳۷ نفر)، شکستگی در ۲۵/۱ درصد (۱۲۰ نفر) و آسیبه‌های سطحی در ۱۱/۷ درصد (۵۶ نفر) بود.

در مجموع، ۱۴ بیمار (۲/۹ درصد) فوت کردند، ۱۴۲ بیمار (۲۹/۶ درصد) به طور کامل بهبود یافتند، ۲۴۸ بیمار با ناتوانیهای موقتی (۵۱/۸ درصد) و ۷۵ نفر (۱۵/۷ درصد) با ناتوانیهای دائم ترخیص شدند. از ۱۴ بیمار فوت شده، فقط در یک بیمار شدت آسیب، خفیف بود ($ISS < 7$). میانگین سنی متوفیان ۳۴/۶۹ سال و میانه و نما ۲۸ سال

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی آسیب‌های مرتبط با خشونت به تفکیک محل آناتومیکی و مکانیسم ایجاد آن در قربانیان بستری شده در شش مرکز حوادث شهر تهران، ۱۳۷۸-۱۳۷۹

محل آناتومیکی	اشیای غیر نافذ		نیروی بدنی		اسلحه		اشیای نافذ		غیره		کل	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
اندام فوقانی	۱۷/۳	۲۲	۳۰/۷	۳۹	۰/۸	۱	۵۰/۴	۶۴	۰/۸	۱	۱۲۷	۱۰۰
سر	۴۱/۴	۵۱	۳۶/۳	۴۵	۱/۶	۲	۱۸/۵	۲۳	۲/۴	۳	۱۲۴	۱۰۰
قفسه سینه	۷/۵	۸	۲/۸	۳	۰/۹	۱	۸۸/۷	۹۴	۰	۰	۱۰۶	۱۰۰
شکم	۶/۸	۴	۲۳/۷	۱۴	۸/۵	۵	۵۹/۳	۳۵	۱/۷	۱	۵۹	۱۰۰
اندام تحتانی	۱۲	۶	۱۶	۸	۲۰	۱۰	۴۰	۲۰	۱۲	۶	۵۰	۱۰۰
گردن	۰	۰	۲۳/۱	۳	۷/۷	۱	۶۹/۲	۹	۰	۰	۱۳	۱۰۰

بودند که منجر به بستری شده است. در این مطالعه چهارده مورد فوت مشاهده شد که می‌تواند به علت محدود بودن دسترسی افراد جامعه به اسلحه گرم (که با کشتندگی بالایی همراه است) باشد. بیشتر آسیبهایی ناشی از جراحی با اشیای تیز بود (۵۱/۱ درصد) و در این میان درصد استفاده از چاقو نگران‌کننده به نظر می‌رسد (۴۲/۶ درصد کل موارد). این درصد بالا به عدم وجود ضمانت اجرایی لازم برای منع حمل چاقو در اماکن عمومی قابل انتساب است به طوریکه در صد زیادی از مردان به ویژه افراد با سطح فرهنگی اجتماعی پایین‌تر جامعه حتی به بهانه دفاع از خود همیشه چاقویی با خود حمل می‌کنند. بر عکس، در مورد حمل سلاحهای گرم قوانین جدی در سطح جامعه اعمال می‌شود که مانع از دسترسی راحت و استفاده از آن در سطح عموم برای اعمال خشونت‌های بین فردی می‌شود. رایت در گزارش آسیبهایی توام با خشونت در اسکاتلند می‌گوید هرچند مهاجمین به بهانه دفاع شخصی با خود سلاح حمل می‌کنند ولی در واقع منتظرند تا در فرصتی از آن استفاده کنند (۸). در آن گزارش فقط ۲۳ درصد از آسیبهایی توام با خشونت به علت استفاده از اشیاء نافذ بود. استفاده از سلاح گرم نیز در ۵۷ درصد از آسیبهایی ناشی از خشونت مشاهده شده بود؛ حال آنکه بوسستروم از سوئد این فراوانی را ۱۵ درصد گزارش کرده است (۱۱). در دانمارک نه تنها دسترسی و استفاده از سلاحهای گرم محدود به شکار، ارتش و پلیس و تحت ضوابط خاص است بلکه حمل و استفاده از چاقو نیز در اماکن عمومی باید با مجوز انجام شود (۷). از طرفی فراوانی روزافزون خشونت‌های کشنده در آمریکا را می‌توان منتسب به دسترسی راحت عموم به اسلحه گرم دانست (۱۸). فراوانی چشمگیر آسیبهایی اندام فوقانی در این مطالعه قابل توجه است. آسیبهایی سر و صورت در مرحله بعدی از شیوع بیشتری

بود. ۸۵/۷ درصد (۱۲ نفر) متوفیان مذکر بودند و میانگین مدت بستری آنها ۴/۴۶ روز بود. میانگین امتیاز شدت آسیب در کل بیماران ۶/۸ بود. امتیاز شدت آسیب در ۲۹۸ نفر (۶۲/۳ درصد) زیر ۷ در ۱۲۲ نفر (۲۵/۵ درصد) بین ۷ تا ۱۲ و در ۵۸ نفر (۱۲/۱ درصد) بیشتر از ۱۲ بود. میانگین مدت بستری این قربانیان در بیمارستان ۴/۱ روز با میانه ۳ روز بود و ۳۶۶ بیمار (۷۶/۴ درصد) تحت پوشش هیچ نوع بیمه‌ای قرار نداشتند.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که همانند سایر مقالات موجود (۱۸)، بیشترین گروه آسیب دیده به علت خشونت به دنبال منازعه را مردان جوان تشکیل می‌دادند که به ویژه در فصل تابستان (۲۰، ۱۹) و شب هنگام (۱۸، ۱۶، ۱۵) دچار آسیب شده بودند. همچنین در این پژوهش مانند چندین مطالعه دیگر (۱۷، ۹، ۸) نشان داده شد که شایعترین مکانهای وقوع خشونت خیابانها بود ولی زنان بیشتر در منزل مورد آسیب قرار گرفته بودند. سازمان بهداشت جهانی خشونت به دنبال منازعه را به دو دسته خشونت توسط همسر و خشونت اجتماعی تقسیم می‌کند (۶). در این مطالعه هم موارد خشونت در خانمها که در منزل رخ داده بود عمدتاً در گروه اول جای گرفت. گرچه در بیشتر مطالعات مرتبط، فراوانی آسیبهایی غیر نافذ بالاتر بیشتر بود (۲۱، ۱۱، ۷، ۱) ولی در این مطالعه موارد آسیبهایی نافذ بیشتر مشاهده شد. این الگو فقط در گزارش بوچارت و براون از آفریقای جنوبی مشاهده شده است (۱۷). فراوانی قابل ملاحظه آسیبهایی نافذ (۷۳ درصد) ممکن است به دلیل محدود بودن آن به موارد «بستری شده» باشد. به عبارتی می‌توان گفت آسیبهایی نافذ بیش از آسیبهایی غیرنافذ مسئول آسیبهایی

برخوردار بودند در حالیکه در مطالعات دیگر از نظر فراوانی رتبه اول را داشت (۲۱، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۸، ۷، ۱). این وضعیت را می توان بر اساس قصد مهاجمین و واکنش قربانیان خشونت توجیه کرد؛ احتمالاً در این مطالعه خشونت به قصد آسیب (و نه به قصد کشتن) اعمال شده است و طرف مقابل نیز می کوشید با حائل کردن دستها خود را از ضربات مهاجم حفاظت کند.

با توجه به اینکه درصد قابل ملاحظه ای از آسیب دیدگان ناشی از خشونت با آسیبهای خفیف تا متوسط به اورژانسها مراجعه می کنند، این فرصت فقط در اورژانسها فراهم می شود که ضمن ارائه خدمات درمانی به بیماران، آموزش ضمنی آنها برای پیشگیری از خشونت های آینده، ارائه حمایت در موارد لازم (مثل خشونت توسط همسر) و پی گیری در صورت نیاز انجام شود. رایت توصیه می کند در مواردی که فرد با این دید که حمل چاقو به قدرت و مردانگی وی می افزاید اقدام به حمل چاقو می کند و مکرراً در درگیریهای خشونت آمیز دچار آسیب می شود، می توان با تشریح ناتوانی های موقت و دائمی ناشی از آسیب از وقوع آسیبهای مشابه در وی در آینده جلوگیری کرد (۸). گرچه کنترل وضع استفاده از چاقو در اماکن عمومی به سادگی ممنوعیت حمل اسلحه گرم نیست ولی ضرورت این امر ایجاب می کند که اقدام قانونی جدی در این راستا انجام شود.

مراجع

- 1- Shepherd JP, Shapland M, Pearce NX, Scully C. Pattern, severity and etiology of injuries in victims of assault. J R Soc Med 1990 Feb; 83(2): 75-8
- 2- Chalmers DJ, Fanslow JL, Langley JD. Injury from assault in New Zealand: an increasing public health problem. Aust J Public Health 1995 Apr; 19(2): 149-54
- 3- Wagner Amy Kathleen et al. Intentional traumatic brain injury: epidemiology, risk factors, and associations with injury severity and mortality. J Trauma 2000; 49: 404-410
- 4- Santibhavank P. Violent Death in Nakhon Sawan Province. Intern Med J Thai 2002 Jan-Mar; 18 (1): PP 24-31
- 5- Baker S. Injury Prevention. In: Medical and Health Annual. Chicago: Encyclopedia Britannica.1993; 331-336
- 6- Violence and intentional injuries prevention. Burden of disease: [http:// www. who. int/ violence _injury _prevention/ violence/ violence_burden/ en/]; Available From URL.
- 7- Ole B, Annie V, Jorn J. Pattern of injuries due to interpersonal violence. Injury 1998; 29 (9): pp 705-709.

جدول شماره ۲_ توزیع فراوانی موارد آسیب به علت خشونت به تفکیک محل آناتومیک و نوع آسیب در قربانیان بستری شده در شش مرکز حوادث شهر تهران، ۱۳۷۸ - ۱۳۷۹

محل آناتومیک	تعداد	در صد
اندام فوقانی	۱۲۷	۱۰۰
شکستگی	۵۸	۴۵/۶
زخم باز	۳۰	۲۳/۶
عضله و تاندون	۱۸	۱۴/۲
عروق	۱۱	۸/۷
غیره	۱۰	۷/۸
سر	۱۲۴	۱۰۰
آسیب سطحی	۳۳	۲۶/۶
شکستگی	۳۳	۲۶/۶
زخم باز	۳۰	۲۴/۲
آسیب داخل جمجمه	۲۴	۱۹/۴
غیره	۴	۳/۲
قفسه صدی	۱۰۶	۱۰۰
پنوموتوراکس	۳۰	۲۸/۳
هموینوموتوراکس	۲۴	۲۲/۶
زخم باز	۲۴	۲۲/۶
آسیب سطحی	۱۰	۹/۴
هموتوراکس	۹	۸/۵
غیره	۹	۸/۱
شکم و لگن	۵۹	۱۰۰
زخم باز	۲۵	۴۲/۴
آسیب سطحی	۱۱	۱۸/۶
آسیب کبد	۵	۵/۸
آسیب طحال	۵	۵/۸
شکستگی مهره های کمری	۴	۶/۸
آسیب ارگانهای لگن	۳	۵/۱
آسیب کلیه	۲	۳/۴
غیره	۴	۶/۸
اندام تحتانی	۵۰	۱۰۰
شکستگی	۲۱	۴۲
زخم باز	۱۷	۳۴
عضله و تاندون	۴	۸
عصب	۲	۴
غیره	۶	۱۲
گردن	۱۳	۱۰۰
زخم باز	۶	۴۲/۲
عروق	۳	۲۳/۱
غیره	۴	۳۰/۴

- 8- Wright J, Kariya A. Assault patients attending a scottish accident and emergency department. *J R Soc Med* 1997 Jun; 90(6): 322-6
- 9- Van Gldermalsen AA, Van Der Stu Yft P. Interpersonal violence: patterns in Basotho community. *J Trop Med Hyg* 1993 Apr; 96(2) : 93-9
- 10- Kingma J. Site of accidents for victims of assault. *Psychol Rep* 1994 Dec; 75(3 Pt 1): 1361-2
- 11- Bostrom L. Injury panorama and medical consequences for 1158 persons assaulted in the central part of Stockholm, Sweden. *Arch Orthop Trauma Surg* 1997; 116(6-7): 315-20
- 12- Wladis A, Bostrom L, Nilsson B. Unarmed violence-related injuries requiring hospitalization in Sweden from 1987 to 1994. *J Trauma* 1999 Oct; 47(4): 733-7
- 13- Shepherd J, Scully C, Shapland M, Irish M, Leslie IJ. Assault: characteristics of victims attending an inner city hospital. *Injury* 1988 May; 19(3): 185-90
- 14- Taylor D, Eddy D, Cameron P. Demography of assault in a provincial victorian population. *Aust NZ J Public Health* 1997 Feb; 21(1): 53-8
- 15- Honkanan R, Kiviluoto O, Nordstrom R. Victims of assault attending casualty departments. *Scan J Soc Med* 1980; 8(2): 63-6
- 16- Steen K, Hunsars. Violence in Bergen. A one-year material from the emergency department in Bergen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997 Jan 20; 117(2): 226-9
- 17- Butchart A, Brown DS. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. *Forensic Sci Int* 1991 Dec; 52(1): 35-51
- 18- Rand Michael R. Violence-related injuries treated in hospital emergency departments. Bureau of Justice Statistics. Special Report; Centers for Disease Control, Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 1994. Emergency Department Summary Advanced Data, 275, May 17, 1996.
- 19- Hedeboe J, Charles AV, Nielsen J, Grymer F, Moller BN, Moller M, Jensen SE. Interpersonal violence: patterns in a Danish Community. *Am J Public Health* 1985 Jun; 75(6): 651-3-326.
- 20- Bhattacharya T, Milligram FH. Relationship between weather and seasonal factors and trauma admission volume at a level I Trauma center. *J Trauma* 2001, 51:118-122
- 21- Payne-James J, Dean P. Assault and injury in clinical forensic medical practice. *Med Sci Law* 1994; 34: 202-234