

بررسی الگوی ضایعات غیر منازعه (خودزنی) در مرکز پزشکی قانونی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶

سید خسرو قاسمپوری* - سید محمود نعیمیان** - امین رنجبر***

* متخصص پزشکی قانونی، عضو مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** دندانپزشک

*** پزشک

چکیده

مقدمه: خودآزاری عملی است عمدی، تکانه‌ای و غیرکشنده که باعث صدمه به بدن شخص می‌شود و شایع‌ترین آن، ایجاد پارگی نسج می‌باشد که از آن با عنوان خودزنی یاد می‌شود.

مواد روش: از میان تمام ۳۹۲۲ پرونده منازعه در سال ۱۳۸۶ در مرکز پزشکی قانونی شهرستان ساری، کلیه پرونده‌های واجد ضایعات غیر منازعه (۸۴ پرونده) جدا شده و متغیرهای جنس، سن، نوع ضایعات، آلت ضربه یا جارحه، محل ضایعات و وجود ضایعات تروماتیک همراه، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۱۱٫۵ مورد آنالیز قرار گرفت.

نتایج: از ۸۴ مورد ضایعات خودزنی، ۷۸ مورد (۹۲/۹٪) مرد و ۶ مورد (۷/۱٪) زن بودند. میانگین سنی افراد، $28/80 \pm 9/39$ سال بود و ۵۰٪ افراد بین ۲۰-۲۵ ساله بودند. بیشترین نوع ضایعات مربوط به خراشیدگی (۵۷/۱٪) و بعد کبودی (۳۲/۱٪) بود. بیشترین آلت به کار رفته در ایجاد ضایعه، جسم سخت لبه‌دار در ۴۲ مورد (۵۰٪) و بعد به ترتیب جسم برنده نوک تیز در ۳۱ مورد (۳۶/۹٪) و جسم سخت با سطح مقطع پهن در ۱۱ مورد (۱۳/۱٪) بود. شایع‌ترین محل ضایعات بازو (۲۲/۶٪)، گردن (۱۹٪) و ساعد (۱۹٪) بود. از این افراد ۵۹ نفر (۷۰/۲٪) ضایعات تروماتیک همراه نیز داشتند.

بحث: در معاینه مصدومان در پزشکی قانونی هیچگاه نباید احتمال ایجاد ضایعات در شرایط غیر منازعه را از نظر دور داشت. داشتن صدمات تروماتیک در نقطه‌ای از بدن یک فرد به هیچ عنوان رد کننده انجام خودزنی در مورد سایر صدمات آن فرد نیست.

کلمات کلیدی: منازعه، خودزنی، پزشکی قانونی

تأیید مقاله: ۱۳۸۹/۹/۲۹

وصول مقاله: ۱۳۸۹/۴/۱۶

نویسنده پاسخگو: kh_ghasem_85@yahoo.com

مقدمه

در سال ۱۹۹۳، خودزنی پاتولوژیک را تغییر یا تخریب ارادی بافت بدن بدون قصد خودکشی آگاهانه تعریف کردند (۲).

در بحث خودزنی ضایعات براساس درجه آسیب، میزان و الگوی رفتار خودزنی در سه دسته قرار می‌گیرند، که شامل ضایعات عمیق، استریوتیپیک (کلیشه‌ای) و سطحی (متوسط، اضطرابی، اتفاقی و مکرر) می‌باشند (۳).

خودزنی عمیق و خطرناک بیشتر با اختلالات روانی همراه است و کلیشه‌ای نتیجه یک بیماری بوده که باعث آسیب مکرر و معمولاً غیر ارادی می‌شود. خودزنی‌های سطحی (کوچک) اعمال ارادی و با هدف هستند که فرد آن‌ها را از نظر روانی و ذهنی با ارزش می‌داند. به طور شایع این رفتار با اختلال روانی یا تروما همراه است. افرادی که خودزنی‌های سطحی مانند بریدن و سوزاندن و کندن زخم‌ها را

خودآزاری عملی است عمدی، تکانه‌ای و غیرکشنده که باعث صدمه به بدن شخص می‌گردد و به شکل‌های مختلف مثل مصرف زیاد الکل و دارو، کشیدن مو، تداخل در بهبود زخم‌ها، ایجاد عفونت به صورت عمدی و مجروح ساختن خود مانند پرش از بلندی یا پریدن جلوی اتومبیل در حال حرکت و یا تیراندازی به خود می‌تواند بروز کند. اما شایع‌ترین روش مجروح سازی ایجاد پارگی نسج است که چهار پنجم موارد مجروح سازی عمدی را تشکیل می‌دهد. از این روش مجروح‌سازی (پارگی نسج)، خودزنی و از کسانی که اقدام به خودزنی می‌کنند تحت عنوان خودزنی یاد می‌شود (۱). Rosenthal و Favazza

شدند. ۲۸-۲۲٪ خودزنان انگیزه‌های تقویت غیرارادی و درونی و ۳۱-۱۹٪ انگیزه‌های تقویت اجتماعی داشتند. شیوع انگیزه‌ها در دو جنس زن و مرد تفاوت معناداری نداشت اگرچه در مردان انگیزه «خشمگین کردن دیگران» و در زنان انگیزه «مجازات خود» شیوع بیشتری داشت. طبقه‌بندی انگیزه‌های رفتار به صورت: ۱- تقویت منفی غیرارادی (مانند توقف احساسات بد) ۲- تقویت مثبت غیرارادی (مانند مجازات خود) ۳- تقویت منفی اجتماعی (مانند نرفتن به مدرسه و سرکار) ۴- تقویت مثبت اجتماعی (جلب توجه) بود (۸).

صدمات خودزنی در مراجعین به پزشکی قانونی نیز دیده می‌شوند. خودزنی در این افراد به منظور دستیابی به یک هدف انجام می‌شود که شایع‌ترین آن ایجاد ضایعات با ادعای تهاجم واهی است. به عبارت دیگر فرد ادعا می‌کند که شخص خاصی به وی حمله کرده است و بدین وسیله قصد دارد که از آن شخص غرامت بگیرد و یا این که با روشی دیگر او را در دادگاه محکوم کند (۸). لذا ضایعات خودزنی نیاز به تطبیق ضایعه با مکانیسم مورد ادعا، زمان مورد ادعا و آلت جارحه مورد ادعا دارند. بسیار پیش آمده است که در برخورد با ضایعاتی مشخص بر سر دو راهی و در نهایت به دلیل نداشتن ادله کافی در رد یا قبول آن با استفاده از اصطلاح «اثبات احراز» از قضاوت گریخته‌ایم. متأسفانه تاکنون هیچ بررسی دقیق و همه جانبه‌ای در خصوص تعیین آمار تقریبی بروز این ضایعات و یا تهیه اطلس آموزشی برای دوره‌های پزشکی قانونی دانشجویان و یا حتی دوره‌های آموزشی سازمان پزشکی قانونی انجام نپذیرفته است و آموزش صرفاً بر مبنای تجربیات فردی پایه‌گذاری می‌شود. در این طرح بر آن شدیم تا با بررسی جامع تمامی موارد ضایعات غیرمنزاعه بتوانیم به الگوی نسبتاً مشخصی از نظر توزیع سنی، جنسی و جغرافیایی و نوع ضایعات دست یابیم.

روش بررسی

این بررسی یک مطالعه توصیفی مقطعی و به شکل گذشته نگری بوده و روش اجرای آن بررسی پرونده‌های مراجعین به علت منازعه به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ساری در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ بود که ۳۹۲۲ پرونده را شامل می‌شد. سپس با بررسی گواهی‌های صادر شده، کلیه پرونده‌های واجد ضایعات غیرمنزاعه (خودزنی) به تعداد ۸۴ پرونده جدا و برای هر پرونده یک برگه اطلاعاتی (پرسشنامه‌ای) تکمیل شد. در این پرسشنامه متغیرهای جنس، سن، نوع ضایعات (قرمزی، کبودی، ساییدگی، خراشیدگی و بریدگی)، آلت ایجاد ضربه (جسم برنده و نوک‌تیز و جسم سخت لبه‌دار و ...)، محل ضایعات (صورت، گردن، ابرو و ...) و همچنین وجود یا عدم وجود ضایعات تروماتیک همراه، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده از SPSS 11.5 مورد آنالیز قرار گرفت. باید متذکر شد که متأسفانه به دلیل نبود مرجع واحد و مورد قبولی برای تشخیص ضایعات خودزنی

انجام می‌دهند به خاطر تسکین بحران‌های روانی و استرس، به بدن خود آسیب می‌رسانند و معمولاً آسیب در غیاب درد وارد می‌شود. هدف خودزنی سطحی، خودکشی نیست و معمولاً ضایعات غیر مهلک هستند. در این افراد بازوها ممکن است پوشیده از جوشگاه‌های سطحی و موازی ناشی از چاقو، تیغ یا شیشه شکسته باشند. این خطوط ممکن است متقاطع باشند و غالباً در طرف مخالف دست غالب (معمولاً چپ) مشاهده می‌شوند (۴).

در برخی موارد خودزنی عمیق، شخص دچار توهم یا اسکیزوفرنی آلت تناسلی خود را می‌برد یا اگر دختر باشد به دستگاه تناسلی اش آسیب می‌زند و این کار را به دلایل مرتبط با گناه جنسی انجام می‌دهد. هم چنین برخی از خودزنان‌های سطحی مدعی هستند که آن را به خاطر دریافت لذت جنسی از زخم‌هایشان انجام می‌دهند. با وجود این در اکثر موارد خودزنی، این تنها دلیل نیست. شیوع کلی خودزنی در جمعیت ۴٪ و در نمونه‌های بالینی ۲۱٪ گزارش شده است که در مردان ۳ برابر زنان بوده و در افرادی که سابقه سوء استفاده جنسی در کودکی داشته‌اند، بیشتر دیده شده است. شروع آن در اوایل بلوغ بوده و می‌تواند اولین تظاهر یک بیماری روانی شدید باشد. در مطالعه دیگری نشان داده شده که افرادی که در سنین پایین‌تر خودزنی را شروع کرده‌اند، دوره‌های بیشتر و طولانی‌تر و با روش‌های متنوع‌تری از خودزنی را تجربه می‌کنند و سن کمتر شروع خودزنی، پیش‌آگهی را بدتر می‌کند (۵).

تقریباً ۸۵ - ۵۵٪ خودزنان حداقل یک‌بار اقدام به خودکشی داشته‌اند. اگرچه خودکشی و خودزنی هر دو هدف واحد تسکین درد را دارند، نتایج مورد علاقه هر یک از این رفتارها کاملاً شبیه نیست (۵). چون خودزنی بسیار کم شناخته شده است، اغلب توسط پرسنل پزشکی، که خط اول درمان هستند، اشتهای گرفته می‌شود و ممکن است منجر به درمان نامناسب مانند بخیه بدون بی‌حسی شده یا احساسات تند ناامیدی توسط درمان‌گر را در پی داشته باشد که می‌پرسد «چرا این شخص به خود آسیب می‌زند؟» درمان‌گرها باید از هول کردن و ایجاد هراس در شخص یا ترحم زیاد بپرهیزند زیرا باعث شرمندگی در شخص می‌شود و این عکس‌العمل‌ها ممکن است رفتار خودزنی و عامل زمینه‌ای را در وی تقویت کند و منجر به مراجعه نکردن بعدی خودزنان جهت درمان شود. به جای آن درمان‌گرها باید احساسات را کنار بگذارند و از راه‌های پزشکی مناسب وارد شوند. به علاوه باید بین خودزنی و تلاش برای خودکشی افتراق داد زیرا در وهله اول درمان متفاوتی را نیاز دارند. درمان‌های طولانی مدت بیشتر ممکن است شامل روان درمانی و یا درمان دارویی باشند. تحقیقات نشان می‌دهند که آموزش استراتژی‌های مناسب کنترل ممکن است راهی برای خودزنان باشد تا جایگزین‌هایی را برگزینند (۶، ۷).

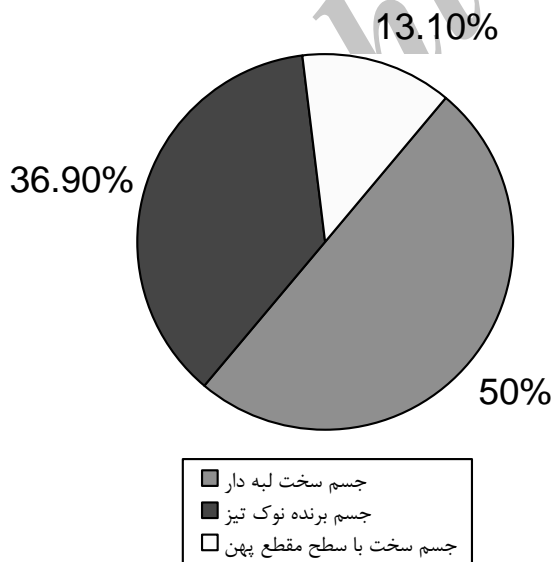
مطالعه‌ای نشان داد که فقارزی‌ها بیشتر از آمریکایی - آفریقایی‌ها مرتکب این رفتار شده بودند و رفتار آن‌ها هم نسبت به آمریکایی آفریقایی‌ها بیشتر متوسط / جدی بود. انگیزه‌ها در ۴ گروه طبقه‌بندی

جدول ۱ - نمایش فراوانی نسبی خودزنی‌ها بر حسب نوع ضایعه مراجع شده به پزشک قانونی ساری در سال ۸۶-۱۳۸۵

فراوانی	درصد	
۵	۶/۰	قرمزی
۲۷	۳۲/۲	کبودی
۱	۱/۲	سائیدگی
۴۸	۵۷/۱	خراشیدگی
۳	۳/۶	بریدگی
۸۴	۱۰۰/۰	مجموع

که ۴/۸٪ فراوانی داشت.

با توجه به جدول شماره سه که نمایش فراوانی نسبی خودزنی‌ها بر حسب محل دوم ضایعه مراجعه شده به پزشک قانونی ساری در سال ۸۶-۱۳۸۵ را نشان می‌دهد، مشخص می‌گردد که ۳۸/۱٪ از این ۸۴ نفر در ناحیه دومی هم در خود ضایعه ایجاد کرده بودند که بیشترین ناحیه، قدام تنه و خلف تنه هر کدام ۸ مورد بوده است. همچنین ۱۳ نفر از ۸۴ نفر یعنی ۱۵/۵٪ در ناحیه سوم هم ضایعه داشتند که بیشتر در خلف تنه بوده است و ۵۹ نفر یعنی ۷۰/۲٪ ضایعات تروماتیک همراه نیز داشتند.



نمودار ۲ - نمایش فراوانی نسبی خودزنی‌ها بر حسب نوع آلت جارحه مراجع شده به پزشک قانونی ساری در سال ۸۶-۱۳۸۵

از ضایعات تروماتیک، بسیاری ضایعات مشکوک به خودزنی به صورت ضایعات اثبات و احراز در گواهی نهایی نوشته می‌شوند که از مطالعه حذف شدند، لذا باید با مطالعه‌ای همه جانبه و با بررسی تمامی الگوهای ضایعات خودزنی، اطلس جامعی تهیه کرد تا بتوان به طور قطع در مورد تمامی ضایعات خودزنی نظر داد. در این مطالعه اطلاعات به شکل گروهی ارایه و مورد بررسی قرار گرفت و اطلاعات فردی محرمانه در نظر گرفته شد.

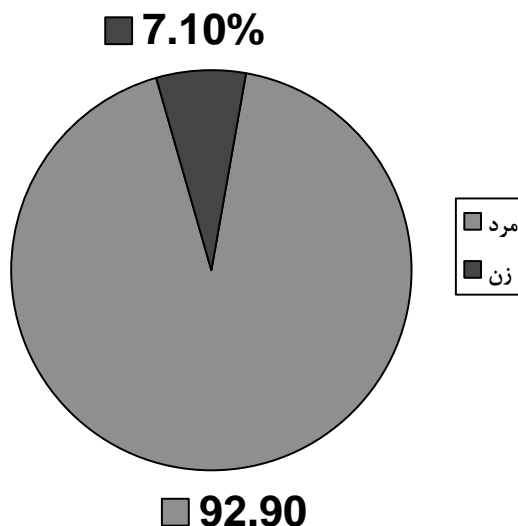
یافته‌ها

از ۸۴ مورد ضایعات خودزنی، ۷۸ مورد (۹۲/۹٪) مرد و ۶ مورد (۷/۱٪) زن بوده‌اند و میانگین سنی افراد خودزن، $28/80 \pm 9/39$ سال بوده که حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱۶ و ۶۰ ساله بوده اند. از طرف دیگر ۷۰٪ افراد خودزن زیر ۳۰ سال و هم چنین ۵۰٪ افراد بین ۲۵-۲۰ ساله بودند.

بر اساس جدول شماره ۱ بیشترین نوع ضایعات ثبت شده در پرونده افراد مورد مطالعه مربوط به خراشیدگی با ۵۷/۱٪ و در مرتبه بعدی کبودی با ۳۲/۱٪ بوده است.

بیشترین آلت به کار رفته در ایجاد ضایعه، جسم سخت لبه‌دار در ۴۲ مورد برابر ۵۰٪ و بعد به ترتیب جسم برنده نوک تیز در ۳۱ مورد و جسم سخت با سطح مقطع پهن در ۱۱ مورد بوده است.

بر اساس نتایج ارایه شده در جدول شماره دو شایع‌ترین محل ضایعات ایجادی در بازو با ۲۲/۶٪ و بعد گردن ۱۹٪ و ساعد ۱۹٪ بوده است. کم‌ترین محل‌های ایجاد ضایعه در صورت و اندام تحتانی بوده



نمودار ۱ - نمایش توزیع جنسی خودزنی‌های مراجع شده به پزشک قانونی ساری در سال ۸۶-۱۳۸۵

لذا بسیاری مطالعات به دلیل شیوع بالای این رفتار در قشر دختران و زنان صرفاً نمونه‌های مؤثر را برای مطالعاتشان برگزیده‌اند. در مطالعه مشابهی در شهرکرد نیز از لحاظ جنس، تفاوت معناداری بین مردان و زنان دیده نشد (۱).

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ما، $28/80 \pm 3/39$ سال بود و ۵۰٪ آن‌ها بین ۲۵-۲۰ ساله بودند که با بسیاری مطالعات مشابه بود (۶) ولی در بسیاری موارد، مطالعات روی قشر نوجوانان دانش‌آموز متمرکز شده بود که لازم است به قشر جوان و عوامل برانگیزنده آن‌ها نیز پرداخته شود.

بیشترین نوع ضایعات، خراشیدگی (۵۷/۱٪) و بعد کبودی (۳۲/۱٪) بود که متفاوت از مطالعات دیگر بوده و در آن‌ها اکثراً بریدن پوست شایع‌ترین رفتار بود (۸).

شایع‌ترین ابزار مورد استفاده در این مطالعه، جسم سخت لبه‌دار (۵۰٪) و بعد جسم برنده نوک تیز (۳۶/۹٪) بود که باز هم با مطالعات دیگر که بیشتر تیغ و چاقو مورد استفاده قرار می‌گرفتند، متفاوت بود (۸).

شایع‌ترین نواحی مورد آسیب بازو (۲۲/۶٪) و بعد گردن (۱۹٪) بود. در مطالعه‌ای در کرمان شایع‌ترین نواحی مورد آسیب، سر و صورت و بدن بوده است (۱۱).

۵۹ نفر (۷۰/۲٪) از افراد مورد مطالعه ما ضایعات تروماتیک هم داشتند که این نشان دهنده سعی این افراد به منظور دستیابی به یک هدف انجام می‌گیرد که شایع‌ترین آن ایجاد ضایعات برای دریافت غرامت بیشتر است (۸).

بحث

خودآزاری یا خودزنی به صورت یک آسیب ارادی هدفدار می‌باشد که در آن شخص به بدن خودش وارد کرده و باعث آسیب بافتی می‌شود یا علائم و مارک‌هایی را برای بیشتر از چند دقیقه به جا می‌گذارد و برای غلبه بر شرایط پرفشار و استرس‌زا صورت می‌پذیرد. در معاینه مصدومان در پزشکی قانونی هیچگاه نباید احتمال ایجاد ضایعات در شرایط غیر منازعه را از نظر دور داشت. داشتن صدمات تروماتیک در نقطه‌ای از بدن یک فرد به هیچ عنوان ردکننده انجام خودزنی در مورد سایر صدمات آن فرد نیست. تجربه، ظن بالینی، دقت و تمرکز کافی هنگام معاینه و همچنین اخذ شرح حال دقیق از مصدوم در خصوص چگونگی حدوث صدمات تا حدود زیادی راهگشای تمیز دادن موارد خودزنی از صدمات ناشی از حادثه یا منازعه می‌باشد. اگر چه این امر به هیچ عنوان نافی نقش تعیین کننده تحقیقات قضایی در جریان پرونده نخواهد بود. در این تحقیق، زمینه‌ها و انگیزه ایجاد این ضایعات نامشخص بودند و هیچ بررسی در مورد آن‌ها انجام نشد. لذا از طرفی چون ضایعات نزاع‌ها اکثراً جراحات‌های سطحی می‌باشند. لذا تمرکز این مطالعه روی ضایعات خودزنی سطحی بود و ضایعات عمیق

جدول ۲ - نمایش فراوانی نسبی خودزنی‌ها بر حسب محل ضایعه مراجعه شده به پزشک قانونی ساری در سال ۱۳۸۵-۸۶

محل ضایعه	فراوانی	درصد
صورت	۴	۴/۸
گردن	۱۶	۱۹/۰
بازو	۱۹	۲۲/۶
ساعد	۱۶	۱۹/۰
قدام تنه	۱۲	۱۴/۳
خلف تنه	۱۳	۱۵/۵
اندام تحتانی	۴	۴/۸
مجموع	۸۴	۱۰۰/۰

جدول ۳ - نمایش فراوانی نسبی خودزنی‌ها بر حسب محل دوم ضایعه مراجعه شده به پزشک قانونی ساری در سال ۱۳۸۵-۸۶

محل ضایعه	فراوانی	درصد
گردن	۴	۱۲/۵
بازو	۵	۱۵/۶
ساعد	۴	۱۲/۵
قدام تنه	۸	۲۵
خلف تنه	۸	۲۵
اندام تحتانی	۳	۹/۴
مجموع	۳۲	۱۰۰

نتیجه گیری

در این مطالعه ضایعات خودزنی در مرکز پزشکی قانونی شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶، شیوع ۲/۱٪ داشت که نسبت به مطالعات دیگر از شیوع کمتری برخوردار بود. برای مثال در مطالعه مشابهی روی دانش آموزان تبریزی، شیوع خودزنی ۴/۳٪ بوده است (۱۰). اکثریت نمونه‌ها (۹۲/۹٪) مرد بودند که متفاوت از سایر مطالعات بود که در آن‌ها میان زن و مرد تفاوت معناداری نبوده و یا در زنان و دختران شیوع بیشتری داشته است؛ مثلاً در مطالعه‌ای روی نوجوانان، ۶۴٪ نوجوانانی که مرتکب خودزنی شده بودند زن بودند و مطالعات دیگر میزان مشابهی را برای هر دو جنس زن و مرد نشان داده است (۳).

از تکرار ضایعات شد. از آنجا که احتمال دارد در طول زمان شکل و الگوی ضایعات مورد بررسی مقاله تغییر یابد، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی در این خصوص در مناطق مختلف کشور توسط محققین طراحی و انجام گردد.

یا کلیشه‌ای را شامل نمی‌شد. لازم است تا مطالعه‌ای همه جانبه و با در نظر گرفتن تمامی فاکتورها انجام شود تا هم تمامی الگوهای ضایعات خودزنی شناخته شوند و هم با شناسایی این افراد و بررسی عوامل زمینه‌ای آنها بتوان با مشورت تیمی از روانشناسان، باعث جلوگیری

References

- 1- Azami M, Hadi M, Atashpour S, Molavei H. Study of Personality Characteristics of Self Mutilator Referred to Legal Medicine Center of Shahrekord. SJFM. 2007; 12 (4): 187-191. [persian]
- 2- Favazza A.R., Rosenthal, R.J. Diagnostic Issues in Self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry. 1993; 44:134-140.
- 3- Favazza AR., Conterio K. Female Habitual Self-mutilators. Acta Psychiatr Scand. 1989 Mar; 79(3): 283-9.
- 4- Deiter P.J., Nicholls S.S. Self Injury and Self Capacities: Assisting an Individual in Crisis. Journal of Clinical Psychology. 2008; 56(9): 1173-1191.
- 5- Crowell S., Schwarz J. Self-inflicted Injury Can Escalate. Am J Psychiatry. 2006; 149: 221-226.
- 6- Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, Asami T, Iseki E. Habitual Self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2004; 58(2):191.
- 7- Richardson E., Perrine N., Dierker L. Characteristics and Functions of Non-suicidal Self-injury in a Community Sample of Adolescents. Psychol Med. 2007; 37(8): 1183-1192.
- 8- Roe-Sepowitz D. Characteristics and Predictors of Self-mutilation: A Study of Incarcerated Women. Crime Behavment Health. 2007; 17(5): 312-21.
- 9- Hoseini S.R., Donyavi V, Shafiqhi F. Study the Specifications of Self Mutilation Among Soldiers Referring to Tehran 506 Army Hospital in the Year 2004. JAUMS. 2008; 5 (4): 1443-1446. [persian]
- 10- Mohammadpour A, Talebimoghaddam M, Fakhari A. Epidemologic Study of Self Mutilation in Boy Students in Tabriz High schools. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2007; 29 (2): 119-224. [persian]
- 11- Shamseddini S, Taheri M.H. Prevalence of Self Harming Among People Referred to Legal Medicine Centre. Thought and Behavior in Clinical Psychology. 1999; 4 (4): 74-86. [persian]

Survey on Non-Conflict-Related Lesion Patterns (Self Injury) at Sari Legal Medicine Center in 2007

Seyyed Khosro Ghasempoori*† - Seyyed Mahmood Naimiyan** - Amin Ranjbar***

* MD, Forensic Medicine Specialist, Member of Legal Medicine Research Center, Faculty Member of Mazandaran University of Medical Sciences

** DDS, Dentist

*** MD, General Practitioner

Abstract

Background: Self harm is a deliberate, impulsive and non fatal behavior that leads to injury and the most common form of it is a tissue laceration which is called self-injury.

Methods: Among all 3922 of violence injured cases in the year 2007 at Sari Legal Medicine Center, 84 non-conflict-related records were studied and variables such as gender, age, lesion type, injuring tool, lesion locations and any other traumatic injuries were surveyed. Data were analyzed in SPSS 11.5.

Findings: 78 (92.9%) male and 6 (7.1%) female were studied. Average of the age was 28.80 ± 9.39 and half of them were 20 to 25 years old. The most common injuries were scratches and bruising (57.1% and 32.1% respectively). The most common harming tools were ridged hard objects (50%), sharp peaked tools (36.9%) and solid objects (13.1%). The most common place was arm (22.6%), while neck (19%) and forearm (19%) came next. 59 persons (70.2%) had traumatic lesions too.

Conclusion: Self injury during non-conflict conditions should never be neglected during assessment a patient in forensic medicine. Traumatic lesions would never refute self injury in other parts of the body.

Keywords: Conflict, Self injury, Forensic medicine

Received: 7 July 2010

Accepted: 20 Dec 2010

†Correspondence: kh_ghasem_85@yahoo.com