

بررسی علل مرگ و میر کودکان و نوجوانان ارجاع شده به مرکز تحقیقات پزشکی قانونی در استان تهران در سال ۱۳۸۴

دکتر رعنا هاشمی*، دکتر آرش عکاظمی**

* متخصص پزشکی قانونی

** دستیار پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

زمینه و هدف: بررسی علل مرگ و میر کودکان و نوجوانان و جلوگیری از موارد قابل پیشگیری می تواند نقش مهمی در وضعیت سلامت و بهره‌وری جامعه داشته باشد. طبق تعریف ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی هر انسان کمتر از ۱۸ سال کودک محسوب می شود. ماده یک کنوانسیون حقوق کودک نیز بر این موضوع تأکید دارد. با توجه به تفاوت‌های موجود در نحوه توزیع علل مرگ و میر کودکان و نوجوانان در کشورها و مناطق متفاوت، جهت سیاست‌گذاری‌های کلان لازم است اطلاعات مربوط به هر منطقه بطور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

روش بررسی: در این مطالعه که به صورت مقطعی و گذشته‌نگر اجرا شده است، علل مرگ و میر کودکان و نوجوانان صفر تا ۱۸ سال در اجساد که طی سال ۱۳۸۴ جهت تعیین علت فوت به سالن تشریح پزشکی قانونی تهران ارجاع شده‌اند را مورد بررسی قرار دادیم. پرسش نامه‌ای حاوی اطلاعات پرونده شامل سن، جنس و علت فوت تنظیم و تکمیل گردید. نتایج با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل و با مطالعه مشابه در شهر استانبول کشور ترکیه مقایسه شد.

یافته‌ها: از میان ۷۶۰ کودک و نوجوان مورد بررسی ۳۴/۶٪ دختر و ۶۵/۴٪ پسر بودند. تروماهای مختلف به عنوان شایع‌ترین علت مرگ، ۵۸/۴٪ از کل موارد را تشکیل می‌دادند پس از آن به ترتیب علل متفرقه، مسمومیت و آسفیکسی از شایع‌ترین علل مرگ و میر کودکان و نوجوانان مورد مطالعه بودند. تفاوت معنی‌داری بین علل مرگ و میر ناشی از تروما، مسمومیت و موارد متفرقه بین سنین زیر ۱۱ سال و بالای آن وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مرگ و میر ناشی از تروما در کشور ما از شیوع بالایی برخوردار است. این میزان در برخی از کشورهای همسایه نیز بالا گزارش گردیده است ولی تفاوت‌هایی در نحوه توزیع علل مرگ و میر کودکان در آن کشورها با کشور ما مشاهده می‌گردد. لازم است با توجه به وضعیت موجود اقداماتی بنیادی در جهت پیشگیری از حوادث منجر به مرگ کودکان و نوجوانان در کشور صورت گیرد.

واژگان کلیدی: مرگ کودکان، پزشکی قانونی، اتوپسی

وصول مقاله: ۱۳۸۷/۲/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۳/۱۲

نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق، کرسی حقوق بشر hashemi525@yahoo.com

مقدمه

برای وضع کلی سلامت جامعه باشند. بررسی علل مرگ و میر کودکان و جلوگیری از موارد قابل پیشگیری می‌تواند نقش مهمی در وضعیت سلامت و بهره‌وری جامعه داشته باشد چراکه عواملی که باعث نقص عضو و کارافتادگی یک کودک می‌شوند با توجه به سن این افراد و طولانی شدن دوره از کارافتادگی می‌توانند بار مالی و روانی بزرگی برای خانواده و جامعه در پی داشته باشند؛ از طرفی مرگ و میر کودکان یکی از شاخص‌های اصلی بهداشت در جامعه می‌باشد. سازمان ملل متحد در مورد حقوق کودکان تأکید کرده است که کودک حق دارد در بهترین شرایط سلامت و بهداشت و همچنین محیط ایمن و بی‌خطر زندگی کند (۳). برای جلوگیری از مرگ و میر و ایجاد عوارض در کودکان قبل

کودکی دوره‌ای است که از تولد تا بزرگسالی ادامه دارد. سازمان بهداشت جهانی و ماده یک کنوانسیون حقوق کودک، عموماً تا سن ۱۸ سالگی را به عنوان کودک در نظر می‌گیرند (۲، ۱). بنابراین در بسیاری از فعالیت‌های قانونی این گروه از افراد محدودیت‌هایی وجود خواهد داشت. مطالعات فراوان در مورد رشد فیزیکی، روانی و ذهنی کودکان صورت گرفته است. همچنین در مورد مشکلات جنایی، سوء استفاده از کودکان و حقوق و نیازهای آنها بررسی‌های فراوان انجام شده است؛ چرا که این گروه از جامعه می‌توانند یک عامل تعیین‌کننده

این موارد مربوط به کالبدگشایی (اتوپسی) های انجام شده در سالن تشریح پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۴ می باشند. در این سال از بین ۹۹۸۰ کالبدگشایی انجام شده تعداد ۷۶۰ پرونده مربوط به افراد زیر ۱۸ سال بود. در مواردی که علت مرگ نامعلوم و مبهم به نظر می رسید به گزارش کالبدگشایی مراجعه گردید و در سایر موارد علت و نوع مرگ با کمک واحد آمار مرکز مطالعات و تحقیقات پزشکی قانونی تهران جمع آوری گردیدند.

با توجه به اینکه موارد ارجاعی به پزشکی قانونی شامل مرگ های مشکوک، مرگ های با علل نامعلوم، موارد قتل و خودکشی و تصادفات می باشند بنابراین مرگ های طبیعی و بیماری های شناخته شده به عنوان علت مرگ این گروه، خودبخود از مطالعه کنار گذاشته شدند. اطلاعات مربوط به سن، جنس علاوه بر علت مرگ مورد بررسی قرار گرفت. و اطلاعات در پرسش نامه ای که توسط پژوهشگر تنظیم شده بود وارد گردیدند.

نمونه ها به گروه های سنی، صفر تا ۴۰ روز، ۴۰ روز تا ۲ سال، ۳ تا ۵ سال، ۶ تا ۱۱ سال، ۱۲ تا ۱۴ سال و ۱۵ تا ۱۸ سال تقسیم شدند. علت فوت بوسیله کالبدگشایی اولیه اجساد توسط متخصصین پزشکی قانونی تعیین می گردد. در صورت عدم تشخیص اولیه جهت بررسی بیشتر نمونه های بافتی به بخش های سم شناسی و آسیب شناسی ارسال می گردند و مجدداً اطلاعات مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند و در نهایت پرونده بالینی و بیمارستانی (در صورت وجود)، بررسی می شود. در مواردی که علیرغم انجام مراحل فوق علت مرگ مشخص نشود با عنوان علت نامعلوم و ناشناخته اعلام می گردد.

اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل آماری شامل بررسی شایع ترین علت مرگ در گروه های اصلی علت مرگ و میر، شایع ترین علت مرگ در زیر گروه های اصلی علت مرگ و میر، شایع ترین علت مرگ در گروه های سنی مختلف و توزیع سنی کودکان به تفکیک جنس در اتوپسی ها، انجام شد.

علت فوت در چهار گروه اصلی شامل تروما، آسفیکسی، مسمومیت و موارد متفرقه (شامل بیماری های مادرزادی، عفونت ها، نارسایی تنفسی و موارد نامعلوم)، طبقه بندی گردید.

در گروه تروما مواردی مثل صدمات متعدد، ضربه مغزی و شکستگی جمجمه، چاقو خوردگی، خونریزی داخلی به دنبال ترومای غیرنافذ، سوختگی، برق گرفتگی و جراحات ناشی از گلوله قرار گرفتند. در گروه آسفیکسی ها، غرق شدگی، حلق آویز شدن، آسپیراسیون جسم خارجی، فشار به گردن و استرانگولاسیون و همچنین موارد متفرقه مثل انسداد مجاری تنفسی خارجی (اسموتینگ) قرار گرفتند و در گروه مسمومیت ها، مسمومیت با داروها، الکل ها و مواد مخدر و سایر سموم مثل علف کش ها و سموم ضد آفات نباتی و در دسته دیگر مسمومیت با گاز مونوکسید کربن قرار داده شدند.

از هرگونه سیاستگذاری و تعیین راه حل های کلان لازم است مشکل اصلی هر جامعه به وسیله جمع آوری اطلاعات همان منطقه و تحلیل آن، روشن گردد تا براساس نیازهای واقعی آن جامعه تصمیم گیری و سیاستگذاری شود.

در مطالعات انجام شده روی علت مرگ و میر کودکان، مشخص شده است که تروما یکی از عوامل اصلی مرگ و از کارافتادگی دایمی کودکان می باشد که به نظر می رسد قسمت عمده ای از آن قابل پیشگیری باشد (۵، ۴). براساس آمار کشورهای پیشرفته صدمات غیرعمد منجر به فوت، بخش عمده ای از علل مرگ و میر کودکان را شامل می شوند در حالی که بیش از ۹۰٪ این صدمات قابل پیشگیری و کنترل می باشند (۶). به طور سنتی بیماری های عفونی در کودکان عامل اصلی مرگ و میر را در کشورهای غیرصنعتی تشکیل می دادند که با تلاش سازمان های بهداشتی منطقه ای و جهانی به تدریج بیماری های عفونی کنترل شدند. در حال حاضر حوادث به عنوان علت اصلی مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه مطرح می باشند (۵). در سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۱ حوادث و صدمات در کشورهای صنعتی عامل ۵۰-۴۰٪ موارد مرگ و میر کودکان بود در حالی که در همان دوره زمانی، این عوامل باعث کمتر از ۱۰٪ مرگ در کشورهای در حال توسعه می شدند (۸).

از سال ۱۹۷۱ تا ۱۹۸۱ در اروپا، شمال آمریکا، استرالیا و اقیانوسیه مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث در کودکان روند نزولی پیدا کرد (۹). به طور دقیق تر در بررسی های دیگر مشخص شد که مرگ و میر به علت سوانح و حوادث در کودکان ساکن در کشورهای اروپای غربی طی سال های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۸ بیش از ۵۰٪ کاهش یافته است (۱۰). در مقایسه افزایش مرگ و میر در اروپای شرقی، آسیا و آمریکای لاتین بخصوص در کشورهای در حال توسعه شدت گرفته است (۱۱). به نظر می رسد، ارتباطی بین مرگ و میر ناشی از حوادث در کودکان ۱ تا ۴ سال با وضعیت اقتصادی کشوری که در آن زندگی می کنند وجود نداشته باشد در حالی که این موضوع در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال ارتباط معکوس معنی داری با وضعیت اقتصادی دارد (۱۲).

اگرچه تصادفات ترافیکی و حوادث معمولاً رتبه اول را در مرگ و میر غیر طبیعی کودکان دارد ولی در کشورهای مختلف از جمله همسایگان ایران ترتیب و نحوه توزیع علل مرگ و میر بسته به شرایط اقلیمی و وضعیت اجتماعی - فرهنگی متفاوت است و حتی در سال ها و دهه های مختلف تغییراتی در شیوع علل مرگ کودکان رخ داده است (۱۳). لذا بررسی وضعیت مرگ و میر در مقاطع مختلف زمانی و مکانی لازم به نظر می رسد.

روش بررسی

در این مطالعه علل مرگ و میر در کودکان و نوجوانان صفر تا ۱۸ سال به روش مقطعی و گذشته نگر مورد بررسی قرار گرفته است.

یافته‌ها

بالای ۱۱ سال و ۱۸۷ مورد ۱۱ سال و کمتر از آن بودند که به این ترتیب به میزان معنی‌داری ($P < 0/05$) مرگ ناشی از تروما در سنین بالای ۱۱ سال شایع‌تر می‌باشد. در مرگ‌های ناشی از مسمومیت نیز از بین ۵۸ مورد (۶/۷٪)، ۴۶ مورد (۷۹/۳٪) آن بالای ۱۱ سال و تنها ۱۲ مورد (۲۹/۵٪) در سن ۱۱ سال یا کمتر از آن رخ داده است که در این مورد نیز تفاوت معنی‌داری بین مرگ ناشی از مسمومیت در بین این دو گروه سنی وجود دارد.

در مورد علل متفرقه مرگ نیز این تفاوت مشاهده می‌گردد ولی اختلاف معنی‌داری بین این دو گروه سنی در علل مرگ ناشی از آسفیکسی مشاهده نگردید.

موارد چاقو خوردگی تنها ۲ دختر و ۷ پسر بودند که جمعاً ۱/۲٪ از کل موارد اتوپسی انجام شده را تشکیل می‌دادند و از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین جنسیت و مرگ ناشی از چاقو خوردگی ($P = 0/432$) وجود نداشت. ۷۷/۸٪ موارد مرگ ناشی از چاقو خوردگی در سنین بالای ۱۲ سالگی اتفاق افتاده بود و در زیر سن ۶ سالگی هیچ موردی مشاهده نگردید.

مرگ ناشی از اصابت گلوله نیز تنها در سن بالای ۱۵ سال مشاهده گردید که تمامی موارد را پسران تشکیل می‌دادند. توزیع فراوانی علل مرگ و میر کودکان در مطالعه حاضر در نمودار ۱ نشان داده شده است.

بحث

در این مطالعه علل مرگ ۷۶۰ کودک مساوی و کمتر از ۱۸ سال از بین ۹۹۸۰ مورد اتوپسی انجام شده طی یک سال در سالن تشریح پزشکی قانونی تهران که معادل ۱۳/۱٪ کل موارد می‌باشد مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه Meel در آفریقای جنوبی نسبت کودکان به کل موارد اتوپسی‌ها ۱۰/۶٪ گزارش گردیده است (۱۴).

در مطالعه ما پسران، ۶۵/۴٪ و دختران ۳۴/۶٪ کل موارد را تشکیل می‌دادند که این نسبت در مطالعات مشابه تقریباً تکرار شده است. Penden مرگ و میر ناشی از صدمات و حوادث را در مردان دو برابر بیشتر از زنان برآورد کرده است (۱۶). همچنین در کشور امارات متحده عربی، Bener، مرگ و میر پسران را در حوادث بیشتر از دختران می‌داند (۱۴).

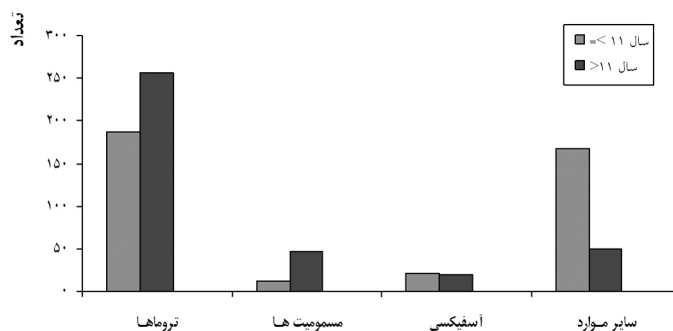
در مطالعاتی که در ایران انجام شده است سهم پسران ۵۹/۷٪ و در موردی دیگر ۶۲٪ گزارش گردیده است (۱۸، ۱۷). در پاکستان و ترکیه نیز نسبت مرگ و میر پسران در اثر عوامل غیرطبیعی و حوادث نسبت به دختران بالاتر گزارش گردیده است (۲۰، ۱۹). اگرچه قسمت عمده‌ای از مرگ و میر کودکان که در حیطه بررسی پزشکی قانونی است همانند بزرگسالان مربوط به تروما و عوارض آن می‌باشد ولی باید به سایر علل و نحوه توزیع سنی آنها نیز توجه گردد. در این مطالعه مشخص

طی سال ۱۳۸۴ در کل ۷۶۰ کودک زیر ۱۸ سال در سالن تشریح پزشکی قانونی تهران تحت اتوپسی قرار گرفتند که از این میان ۲۶۳ (۳۴/۶٪) دختر و ۴۹۷ (۶۵/۴٪) پسر بودند. گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال با ۳۲۵ نفر (۴۲/۸٪) بیشترین موارد را در بین گروه‌های سنی تشکیل می‌دادند، گروه دوم کودکان ۴۰ روز تا ۲ سال با ۱۱۳ نفر (۱۴/۹٪) بودند و کم‌ترین موارد در گروه سنی ۱۲ تا ۱۴ سال با ۴۸ نفر (۶/۳٪) قرار داشتند. در مطالعه حاضر مهم‌ترین و شایع‌ترین علت مرگ بخصوص در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال ناشی از ضربه مغزی و شکستگی جمجمه (۲۹/۱٪) بود و در رتبه بعدی صدمات متعدد (۱۳/۴٪) قرار داشتند که در این مورد نیز گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال ۵۳/۹٪ کل موارد را شامل می‌شد. در رتبه بعدی سوختگی‌ها با ۸/۸٪ قرار داشتند که بخش عمده آن‌ها نیز در گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال با ۵۲/۲٪ کل موارد بود.

شایع‌ترین علت مرگ و میر در گروه‌های اصلی چهارگانه به ترتیب تروما با ۴۴۴ مورد (۵۸/۴٪)، علل متفرقه با ۲۱۷ مورد (۲۸/۶٪)، مسمومیت با ۵۸ مورد (۷/۶٪) و آسفیکسی با ۴۱ مورد (۵/۴٪) بودند. در گروه تروما؛ ضربه مغزی و شکستگی جمجمه با ۲۲۱ مورد (۴۹/۷٪) شایع‌ترین و مرگ ناشی از اصابت گلوله با ۳ مورد (۰/۰۶٪) نادرترین علت مرگ را تشکیل می‌دادند. در گروه موارد متفرقه تنها در ۱۴ مورد (۶/۴٪) علت مرگ ناشناخته باقی مانده بود. در گروه مسمومیت‌ها ۳۵ مورد (۶۰٪) مرگ به علت مسمومیت با سموم و داروها بود در درجه بعدی مسمومیت با مونوکسیدکربن قرار داشت. در بین موارد خفگی‌ها، غرق شدگی با ۲۵ نفر (۶۰٪) شایع‌ترین علت مرگ در این گروه بود.

توزیع سنی دختران و پسران در اتوپسی‌های انجام شده از الگوی مشابهی برخوردار بود. بیشترین موارد بعد از گروه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال در هر دو گروه مربوط به سنین ۴۱ روز تا ۲ سال بود.

در بین ۴۴۴ مورد (۵۸/۴٪) مرگ ناشی از تروما تعداد ۲۵۷ مورد



نمودار ۱- توزیع فراوانی علل مرگ و میر کودکان در اجساد ارجاع شده به سالن تشریح پزشکی قانونی شهر تهران در سال ۸۴

جدول ۱ - مقایسه توزیع فراوانی علل مرگ و میر کودکان در اجساد ارجاع شده به مراکز پزشکی قانونی تهران (براساس مطالعه حاضر) با استانبول (براساس مطالعه مشابه در کشور ترکیه)

علل مرگ و میر کودکان	ترکیه %	ایران %
تروما	۴/۳۴	۵۸/۴
ترومای غیر نافذ	۶/۱۸	۴۵/۸
گلوله	۱/۷	۰/۴
چاقو خوردگی	۳/۴	۱/۲
سوختگی	۳/۳	۸/۸
برق گرفتگی	۱/۱	۲/۲
مسمومیت	۱۲/۲	۷/۶
منوکسید کربن	۱۰/۵	۳
داروها، متانول، سموم دفع آفات...	۱/۷	۴/۶
آسفیکسی	۲۰/۵	۵/۴
غرق شدگی	۱۰/۷	۳/۳
حلق آویز شدن	۴/۹	۱/۳
آسپیراسیون جسم خارجی	۱/۸	۰/۳
استرانگولاسیون با جسم رشته مانند	۱/۵	۰/۱
استرانگولاسیون با دست	۰/۸	۰/۰
متفرقه	۰/۸	۰/۴
سایر موارد	۳۲/۹	۲۸/۶
عفونت	۶/۵	۷/۸
نارسایی تنفسی	۳/۷	۶/۳
ناهنجاری مادرزادی و قلبی عروقی	۲/۷	۳/۵
متفرقه	۳/۰	۲/۹
نامعلوم	۱۷/۰	۱/۸

دو گروه با تروما و سپس علل متفرقه شروع می‌شوند ولی رده سوم در مطالعه ما مسمومیت‌ها و در ترکیه آسفیکسی می‌باشد. در هر دو مطالعه غرق شدگی از علل اصلی آسفیکسی است ولی در مسمومیت‌ها، مسمومیت با گاز مونوکسیدکربن در ترکیه نسبت به سایر علل مسمومیت (برخلاف ایران) از برتری قابل توجهی برخوردار می‌باشد. در علل ناشی از تروما در ایران مرگ‌های ناشی از صدمات غیرنافذ بیش از دو برابر موارد گزارش شده در مطالعه مشابه در استانبول می‌باشد. در گروه علل متفرقه نیز تفاوت قابل توجهی بین موارد ناشناخته در این دو گروه وجود دارد. در هر دو گروه قسمت عمده

گردید که تروما با ۵۸/۴٪ بخش قابل توجهی از علل مرگ و میر کودکان و جوانان را در ایران تشکیل می‌دهد. در مرحله بعدی موارد متفرقه شامل بیماری‌های مادرزادی، عفونت‌ها، نارسایی تنفسی و موارد نامعلوم می‌باشد و در رتبه سوم مسمومیت‌ها و در نهایت آسفیکسی از علل اصلی منجر به مرگ در موارد اتوپسی‌های انجام شده بودند. در بررسی‌های گوناگون در کشورهای همجوار بسته به شرایط اقلیمی و محیطی ترتیب و توزیع علل مذکور متفاوت است.

در پاکستان ۱۳۲۰ کودک زیر ۱۵ سال طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۶ مورد بررسی قرار گرفتند. که در موارد منجر به مرگ ۶۷٪ ناشی از تصادفات با وسایل موتوری و ۱۸٪ ناشی از غرق شدگی بود. در این مطالعه مسمومیت به عنوان علت قابل توجهی در مرگ و میر کودکان نبوده است (۱۹). در امارات متحده عربی از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵ موارد مرگ و میر ناشی از سوانح و حوادث در کودکان صفر تا ۱۴ سال مورد بررسی قرار گرفت که در گروه پسران و دختران صدمات سر و گردن ترتیب با ۵۹٪ و ۵۳/۸٪ شایع‌ترین علت مرگ را تشکیل می‌دادند که اغلب موارد آن ناشی از تصادفات جاده ای بود. غرق شدگی با ۱۶/۵٪ در دختران و ۱۵/۲٪ در پسران و سوختگی با ۱۲/۱٪ در دختران و ۶/۲٪ در پسران در درجات بعدی قرار داشتند (۲۱).

در بررسی دیگری که توسط Berner روی همان گروه سنی در سالهای ۱۹۹۵ لغایت ۲۰۰۴ انجام شده سوانح و حوادث ۲۹/۸٪ از علل مرگ کودکان را تشکیل می‌دادند که همانند مطالعه قبلی مهم‌ترین عامل آن حوادث ترافیکی و صدمات مختلف بود و در درجه بعدی غرق شدگی و سوختگی قرار داشتند (۲۲).

دکتر سوری و همکاران سه علت اصلی مرگ و میر ناشی از صدمات غیرعمدی در کودکان مناطق روستایی ایران را به ترتیب حوادث ترافیکی (۳۷/۵٪)، غرق شدگی (۱۷/۹٪) و سوختگی (۱۲/۱٪) می‌دانند (۱۷).

در مطالعه دکتر رودسری و همکاران روی علل صدمات غیرعمدی منجر به مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۷۹ در تهران که به پزشکی قانونی ارجاع شده بودند؛ ۵۰٪ مرگ‌ها ناشی از تصادفات موتوری، ۱۸٪ ناشی از سوختگی، ۶٪ ناشی از سقوط و ۶٪ به علت مسمومیت بوده است (۱۸).

دکتر Canturk در ترکیه ۷۳۶۰ کودک یک ماهه تا ۱۸ ساله را که جهت تعیین علت فوت به پزشکی قانونی استانبول ارجاع شده بودند طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲ مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه آسفیکسی همانند آمار ارایه شده از کشور استونی (۲۱)، به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مرگ و میر کودکان مطرح شده است (۲۰).

در جدول ۱ علل اصلی مرگ و میر کودکان زیر ۱۸ سال در مطالعه اخیر با مطالعه مشابهی در ترکیه مقایسه شده است.

مطابق جدول ۱ مرگ ناشی از آسفیکسی در اتوپسی‌های انجام شده در استانبول ۲۰/۵٪ کل موارد بوده در حالی که این رقم در مطالعه اخیر ۵/۴٪ می‌باشد ترتیب علل چهارگانه مرگ و میر در هر

میر ناشی از گلوله و چاقو خوردگی در بالای سن ۱۱ سالگی بیشتر رخ داده است (۲۰). در امارات پسران نسبت به دختران بیشتر دچار صدمات می‌شوند و تصادفات ماشینی بیشتر در گروه سنی بالای ۱۰ سال اتفاق می‌افتد. سقوط از ارتفاع و صدمات غیر نافذ و سوختگی به عنوان بیشترین علل مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال به شمار می‌روند (۲۱). در پاکستان بیشتر صدمات وارده به دختران در زیر سن ۱۰ سال می‌باشد در حالیکه در پسران کمتر از ۵۰٪ موارد صدمات در قبل از ۱۰ سالگی رخ می‌دهد و در حدود ۸۰٪ کل موارد تروما در پسران اتفاق می‌افتد. در این گروه مرگ و میر ناشی از حوادث موتوری و غرق شدگی در گروه سنی بالای ۱۱ سال شایع‌تر می‌باشد (۱۹).

نتیجه گیری

تروما و حوادث، شایع‌ترین علل مرگ و میر کودکان و جوانان در بین مواردی که به پزشکی قانونی ارجاع داده می‌شوند، می‌باشند. شیوع مرگ و میر کودکان و جوانان به دنبال تروما و حوادث در کشور ما به صورت قابل توجهی نسبت به برخی از کشورهای توسعه یافته و برخی از کشورهای همسایه بیشتر به نظر می‌رسد. با در نظر گرفتن قابلیت انجام اقدامات پیشگیرانه در این زمینه، لازم است تا سیاستگذاری‌های آتی در جهت رفع نقایص موجود در تامین امنیت این گروه از افراد جامعه صورت گیرد.

موارد ناشناخته متعلق به گروه سنی زیر ۵ سال می‌باشند. در مطالعه Canturk علت اصلی میزان بالای موارد ناشناخته، کمبود اطلاعات در مورد صحنه مرگ بخصوص در موارد غرق‌شدگی ذکر شده است. همچنین مرگ‌های ناشی از سندرم مرگ ناگهانی شیرخواران به علت عدم وجود شواهد قطعی در اتوپسی و نداشتن تاریخچه مناسب جهت تعیین علت فوت می‌تواند باعث افزایش آمار موارد ناشناخته در اتوپسی کودکان گردد (۲۴).

اختلاف معنی‌داری در توزیع سنی علل مرگ در گروه‌های سنی بالای ۱۱ سال و زیر ۱۱ سال وجود دارد. مرگ‌های ناشی از تروما و مسمومیت به میزان معنی‌داری در گروه سنی بالای ۱۱ سال بیشتر مشاهده می‌گردد در حالیکه مرگ و میر ناشی از عوامل غیر تروماتیک شامل نقایص مادرزادی، اختلالات تنفسی، عفونت و موارد تشخیص داده نشده در گروه‌های سنی زیر ۱۱ سال بیشتر یافت می‌شوند. در مورد آسفیکسی تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه وجود ندارد.

از بین تروماهای عمدی، ۱۰۰٪ موارد مرگ ناشی از گلوله در سنین بالای ۱۵ سال اتفاق افتاده و بیش از ۷۷٪ موارد مرگ ناشی از جراحت چاقو نیز در سنین بالای ۱۵ سال رخ داده است. مرگ و میر ناشی از تروما غالباً در گروه پسران بیش از گروه دختران دیده شد. در ترکیه نیز تفاوت معنی‌داری بین علل مرگ در گروه‌های بالاتر و کمتر از ۱۱ سال گزارش گردیده است به نحوی که علل غیر ترومایی و مسمومیت‌ها در گروه سنی زیر ۱۱ سال شایع‌تر بودند و مرگ و

منابع

- ۱- آقا بیگلویی عباس. کودک آزاری انتشارات کتاب آوند دانش، ۱۳۸۰، صفحه ۱۳.
- ۲- امیر ارجمند اردشیر. مجموعه اسناد بین المللی حقوق بشر. جلد اول. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی. صفحه ۱۹۹.
- 3- United Nations. Convention on the Rights of the child. New York. 1989.
- 4- Vane WD, Spanknebel K, Murphy ET, Wald SL. The epidemiology of injury in a rural state: 5332 cases over 6 year. Journal of Pediatrics Surgery 1993; 28: 1295-300
- 5- Suominen P, Kivioja-Ohman J, Korpela R, Rintala KT. Severe and fatal childhood trauma. Injury 1998; 29: 425-30.
- 6- Pan SY, Ugnal AM, Semenciw R. Trend in childhood mortality in Canada 1979-2002. Injury Prevention 2006; 12: 155-160.
- 7- Penden R, Mac Gee K, Krug E. Injury: A leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2002.
- 8- Marcusson H, Oehmisch W. Accident mortality in childhood in selected countries of different continents 1950-1971. World Health Statistics Report 1977; 30: 57-92.
- 9- Taket A. Accident in children, adolescents and young adults: A major public health problem. World Health statistics Report 1986; 39: 232-56.
- 10- Jansson B, Svastrom L. National inequalities in accident mortality among children and adolescents in the European countries. In: Lindstrom B, Spencen N, Social Paediatrics. Oxford : Oxford University Press, 1995: 174-91.
- 11- Manciou M, Romer CJ. Accident in childhood and adolescence. Geneva: World Health Organization, 1991.
- 12- Pliponkarnpim A, Andersson R. Unintentional injury mortality in children: a priority for Middle income countries in the advanced stage of epidemiological transition. Injury Prevention 1999; 5: 98-103.

- 13-Rausch TK, Sanddal ND, Sanddal TL. Changing epidemiology of injury- related Paediatric mortality in a rural state: implications for injury control. *Paediatrics Emergency care* 1998; 14: 388-92.
- 14-Meel BL. Mortality of children in the Transkei region of South Africa. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*. 2003; 24: 141-7.
- 15-Penden M, Scurfield R, Sleet D. World report on road traffic injury prevention. World Health Org. Geneva; 2004.
- 16-Bener A, Hyder A, Schenk E. Trend in childhood injury mortality in a developing country: United Arab Emirate. *Accident and Emergency Nursing* 2007; 15(4): 228-33.
- 17-Soori H, Naghavi M. Childhood death from unintentional injury in rural areas of Iran, *Injury Prevention* 1998; 4: 222-24.
- 18-Roudsari BS, shadman M, Godsai M. Childhood trauma fatality and resource allocation in injury control program in developing country. *BMC Public Health*. 2006; 6: 117.
- 19-Razzak JA, Luby SP, Laflamme L. Injuries among children in Karachi, Pakistan-What, Where and how? *Public Health* 2004; 18(2): 114-20.
- 20-Canturk N, Esiyok B, Ozkara E, Canturk G. Medico-Legal child deaths in Istanbul: data from the morgue department. *Pediatrics International*. 2007; 49: 88-93.
- 21-Bener A, Al-Salman KM, Pugh Rn. Injury Mortality and morbidity among children in the United Arab Emirate. *Euro Journal of Epidemiology*. 1998; 4(2): 175-8.
- 22-Berner A, Hyder AA, Schenk E. Trend in childhood injury mortality in a developing country: United Arab Emirate. *Accident and Emergency Nursing* 2007; 15 (4): 228-33.
- 23-Vali M, Lang K, Soonets R. Childhood death from external causes in Estonia, 2001-2005. *BMC Public Health*. 2007; 7: 158.
- 24-Knight B. *Simpson's Forensic Medicine*, 10th ed. London: Edward Arnold.