

SZEPESI ANDRÁS DR., IRK FERENC DR., BALI LÁSZLÓ DR.  
ÉS KAZÁR GYÖRGY DR.

## Mások által szándékosan előidézett sérülések

Az Országos Baleseti Intézet (főigazgató: Prof. Renner Antal dr.),  
a Vas Megyei Markusovszky Kórház Baleseti Sebészeti Osztályának (osztályvezető: Prof. Salamon Antal dr.)  
és az Országos Kriminológiai és Kriminalisztikai Intézet közleménye

A sérülések az esetek túlnyomó többségében véletlen baleset következményei. Ezekről elkülönítik a szándékosan előidézett sérüléseket, melyeknek száma és formája (eszközzel vagy anélkül, alkalmazott eszköz) országoként igen eltérő [11], a közlések azonban azt mutatják, hogy számuk hazai, de nemzetközi vonatkozásban is emelkedő [2, 10, 11, 15]. Elsősorban a halálos esetekről állnak nemzetközi összehasonlító adatok is rendelkezésre, ezenkívül az angolszász irodalomban a kórházi esetekről is. A hazai irodalomban kórházi [2, 7, 8] és ambuláns [2, 10] anyagról egyaránt van közlés, egy adott terület összes ilyen sérültjéről, e sérültek incidenciájáról azonban még nem számoltak be. Ezért látjuk érdemesnek, hogy amikor Vas megye egy év alatt előfordult összes sérültjéről kérdőíves felmérést végeztünk [9], a mások által szándékosan előidézett sérülések adatait is ismertessük.

## A fogalom

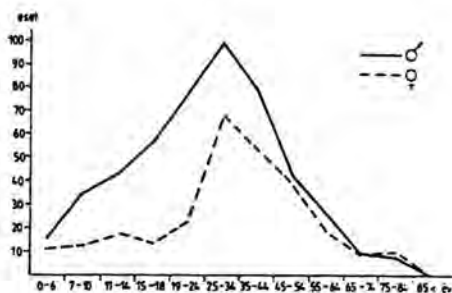
A szándékosan előidézett sérüléseket, az ICD (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) a sérülések E-kódjában (külső ok szerinti felosztás) más személyek által (E960-969) (heteroagresszív) és önmaga által (E950-959) (autoagresszív) előidézett sérülésekre osztja [5]. Kötői és mtsai [10] felosztásában itt szerepelnek az állatok okozta sérülések (E906) is. Az egyes közleményekben e három sérüléscsoport eltérően szerepel. Az angolszász irodalomban (erőszak, személyi erőszak, személyek közötti erőszak, tetteges bántalmazás) esetenként nem azonos sérültcsoportokat is jelent, s a magyar közlésekben is részben együtt [7, 8, 10], részben külön [2, 3] szerepel az auto- és heteroagresszív cselekmény okozta sérülés. A sérülések azonban az egyes országok között [11] különösen jelentős eltéréseket mutatnak, az elkövető (auto-, hetero-), az elkövetés módja (használt eszközök), az esetek száma és súlyossága szerint, viszonylag állandónak csupán a férfiak túlsúlya és a sérültek többségének fiatal életkorú tekinthető. Még egy országon belül is jelentős eltérések mutatkoznak a lakosság szociális helyzete, alkoholfogyasztása, helyi szokások stb. szerint. A hazai felmérések elsősorban Budapestről származnak, egy ízben történt budapesti és kaposvári összehasonlító felmérés Kötői szerint [8].

## Anyagunk és elemzése

Vas megyében 1988. április 1. és 1989. március 31. között egyéves felmérés történt az adott sérüléssel orvosnál első ízben jelentkezett sérültekről [9]. 25 853 esetről történt felmérés, ezek közül 771 volt erőszakos cselekmény áldozata (3%), ami lényegesen alacsonyabb, mint az eddigi felmérések adatai.

## A sérültek kor és nem szerinti megoszlása

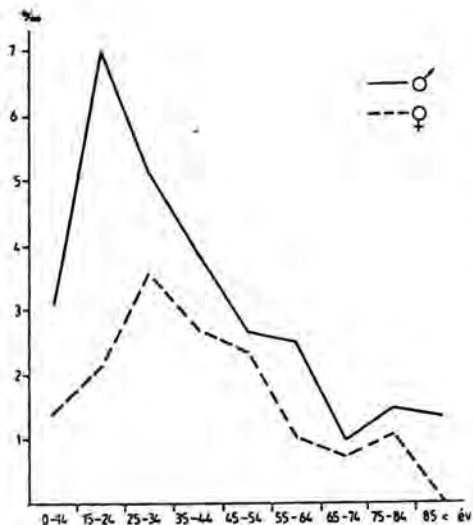
A férfiak (523 eset, 65,2%) és a nők (268 eset, 34,8%) aránya közel egyezik az összes sérültek átlagos nem szerinti megoszlásával. Az esetek száma már a gyermekkorban emelkedő tendenciát mutat, s tovább nő a serdülőkorban, itt azonban nemek szerint igen eltérő arányban, amit az incidencia (1000 azonos korú és nemű lakosra jutó eset) mutat (2. ábra). Míg férfiakon 15-24 év között a leggyakoribb, nőknél 25-34 év között éri el maximumát. Ebből adódik, hogy míg 15-24 éves korban 4 férfi sérülésére esik 1 nőé, 25-34 év között már 3:2 az arány. Az életkor emelkedésével mindkét nemben lassú a csökkenés, az incidencia azonban minden életkorban magasabb férfiakon.



1. ábra. A sérültek számának nem és kor szerinti megoszlása

1. táblázat. A sérültek kor és nem szerinti megoszlása

	0-6	7-10	11-14	15-18	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-
Férfi	16	35	43	57	78	99	79	42	36	9	8	1
Nő	11	13	17	14	23	60	53	38	18	9	10	-
Együtt	27	48	60	71	101	159	132	80	54	18	18	1



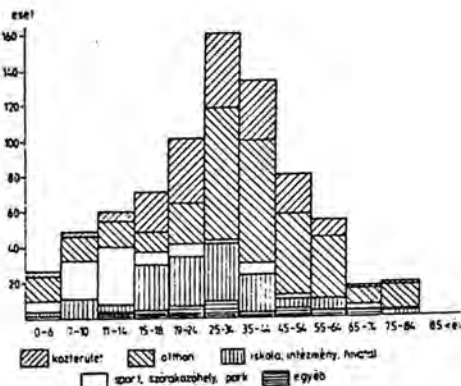
2. ábra. A sérültek nem és kor szerinti incidenciája (1000 azonos korú és nemű lakosra)

### Az elkövetés módja

Dominál az ütés, rúgás (609 eset, 79%). Viszonylag alacsony a vágás-szúrás (41 eset = 5,3%), valamint a fegyver-robbanás (6 eset = 0,8%) okozta sérülés. Egyéb esetek közül még az ütközések aránya (52 eset = 6,7%) volt magasabb. 19 éves kortól az ütés-rúgás az esetek 84–89%-át tette ki. A sérült neme szerint az elkövetési mód nem jellemző. Az esetek 70,4%-ában semmilyen eszköz nem kapcsolódott a sérülés előidézéséhez. Jellemző az ütés-rúgás volt, túlnyomórészt eszköz igénybevétele nélkül. Eszközök közül kés (34 eset = 4,4%), üveg (22 eset = 2,9%), bot (15 eset = 1,9%), ezenkívül még bútor, építési anyag, vasdarab, fa fordult legalább 10 esetben kapcsolódó tárgyként elő.

### A cselekmény helyszíne

A helyszín meghatározása a WHO által javasolt „basic data set” felhasználásával történt, ami az értékelést



3. ábra. A cselekmény helyszíne

kissé megnehezíti. A sportterület és a szórakozóhely, illetve az iskola és az intézmény (amelybe óvoda, iskola, laktanya, kórház és szociális otthon is beletartozik) igen különböző jellegű sérüléseket von össze (bár az életkor itt lehetővé teszi az elkülönítést). Kevésbé zavaró, hogy az otthoni sérülések között elkülöníti a házon belül, illetve udvaron, kertben előfordulókat. Összességében a sérülések több mint 2/5-e (42,5%) következett be otthon, közel 1/4-e (23,5%) közterületen, míg munkahelyre az eseteknek csak elenyésző töredéke (1,7%) esett. Kisgyermekkorban és 25 év felett a sérüléseknek legalább a fele következett be otthon. 7–14 éves korban a sérülések fele az iskolában jött létre, míg 15–24 év között (de még részben 25–34 év között is) a sportterület, szórakozóhely (!) a sérülések jellemző helyszíne. 15–54 év között a sérülések több mint 1/5-e közterületen jött létre.

### A sérülés fajtája

Leggyakoribbak a zúzódások, felületes sérülések, melyek az eseteknek közel felét képezik. A nyílt sebek is több mint 1/4-ét teszik ki a sérüléseknek, míg a törések, és különösen a ficamok-rándulások aránya elmaradt az összes sérülések átlagától.

Életkor szerint 10 éves korig a sebek domináltak (valamennyi sérülés felét tették ki), de 25–54 év kö-

II. táblázat. Az elkövetés módja

	Vágás-szúrás	Ütközés	Lövés robbanás	Ütés-rúgás	Egyéb	Együtt
Barzó–Kazár (2)						
kórházi ambuláns	62	37	5	169	6	279
Anyagunk	13	18	4	213	32	270
Anyagunk	41	52	6	609	63	771

III. táblázat. A cselekmény helyszíne

	Közút	Nem közút közterület	Munkahely*	Lakás** házon belül	Iskola intézmény	Sportterület szórakozóhely	Udvar** kert, nyaraló	Egyéb
Eset	142	39	10+3	278	85	140	49	25
%	18,4	5,1	1,3+0,4	36,1	11,0	18,2	6,4	3,3

Megjegyzés: \* zárt + szabadtéri munkahely

\*\* a két helyszínt együtt jelenti az otthoni sérüléseket

**IV. táblázat. A sérülések fajtája**

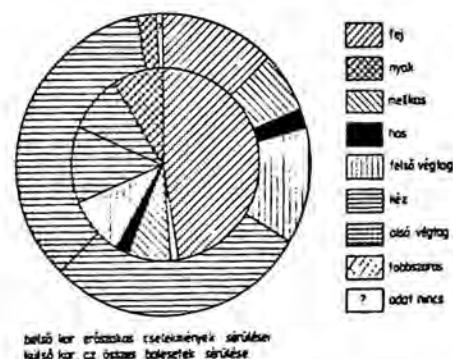
A sérülés fajtája	Heteroagresszív sérülések		Összes sérülések	
	Eset	%	Eset	%
Zúzdás, felületes sérülés	369	47,9%	9306	36,0%
Nyílt seb	204	26,5%	6493	25,1%
Törés	139	18,0%	5452	21,1%
Ficam, rándulás	31	4,0%	3404	13,2%
Egés, marás, ruggerzés	4	0,5%	594	2,3%
Egyéb	24	3,1%	604	2,3%

zött is több mint 1/4-et képviseltek, 11–24 év között, valamint 65 év feletti ritkábbak. A törések aránya is korcsopottok szerint eltérő: 6 éves korig ritka volt, viszont 11–14 év és 55–64 év között az esetek 1/4-ét tették ki. 11 éves kortól a zúzdás messze a leggyakoribb sérülés.

#### A sérült testtáj, egyes kóriszmék jelentősége

Az összes balesetek megoszlási arányától legjellemzőbb eltérés — amire a nemzetközi adatok is rámutatnak — a fejsérülések magas aránya: csaknem fele (a többszörös sérültek fejsérüléseivel együtt több mint fele) az összes heteroagresszív sérülésnek. Viszonylag gyakori a többszörös sérülések aránya is, míg a kéz és alsóvégtag sérülései ritkábbak.

A 139 törés közül 67 (a töréseknek csaknem fele) a koponya sérülése volt, de valamennyi az arckoponyáé (a 67 arckoponyatörés közül 39 orrcsonttörés volt). 10 bordatörés mellett, 27 volt a felsővégtag (kéz nélkül), 20 a kéz és 15 az alsóvégtag törése. Agyrázkódás 19 esetben fordult elő, belsőszervi sérülés háromban. A sebek közül is a fej sérülése volt a jellemző, a sebek közel 3/4-e a fejet érte, hasonlóképpen a zúzdások is a fejen voltak leggyakoribbak.



4. ábra. A sérülések testtáj szerinti megoszlása

V. táblázat. A sérült testtáj, egyes kóriszmék jelentősége

	Fej	Nyak	Mellkas	Has	Felsővégtag (kéz nélkül)	Kéz	Alsóvégtag	Többszörös	Összesen
Eset	367	2	61	10	87	103	76	57	771
%	47,6	0,3	7,8	1,3	11,3	13,4	9,9	7,4	
Összes balesetek %-a	11,6	0,4	6,4	1,8	12,6	29,3	24,2	2,6	

#### A sérülések súlyossága

A sérülések súlyosságát is a „basic data set”-nek megfelelően az ISS érték szerint állapítottuk meg. A heteroagresszív cselekmények okozta sérülések Vas megyében a könnyebb sérülések közé tartoztak: balesetekhez viszonyítva alacsony az ISS 8 értéknél magasabb sérülések aránya.

VI. táblázat A sérülés súlyossága

ISS érték	Erőszakos cselekmények eset		Összes sérülések eset	
1 – 3	618	80,1%	20,106	77,7%
4 – 8	133	17,2%	4,809	18,6%
9 – 14	16	2,1%	733	2,8%
16 – 24	1	0,1%	49	0,2%
25 – 75	0		31	0,1%
Halálos				
közvetlenül	1	0,1%	39	0,2%
Nem értékel	2	0,3%	86	0,4%

VII. táblázat Várható gyógyulási idő

Várható gyógyulási idő	Heteroagresszív cselekmények eset		Összes sérülések eset	
0 – 3 nap	176	22,8%	4,138	16,0%
4 – 8 nap	364	47,2%	11,367	44,0%
9 – 30 nap	156	20,2%	6,621	25,6%
31 – 60 nap	61	7,9%	2,621	10,3%
60 nap fölött	11	1,4%	940	3,6%
Halálos	2	0,3%	105	0,4%

Nem volt lehetőségünk a betegek sorsának nyomonkövetésére, így a várható gyógyulási időt a kóriszmék alapján állapítottuk meg. Ez is azt mutatta, hogy a sérülések túlnyomó többsége a rövid ápolási idejű esetek közé tartozik.

#### Itasság szerepe

Az itasság igen jelentős szerepet játszott mások által szándékosan előidézett sérülések létrejöttében: minden 3. sérülésben a sérült ittas volt. Különösen magas ez az arány ha figyelembe vesszük, hogy 14 éves korig nem volt ittas sérült, valamint ha azt is figyelembe vesszük, hogy adataink nem terjedhettek ki arra, hogy hány esetben volt a sérülést előidéző ittas! 19 és 54 év között az ittas áldozatok aránya 40 és 50% között volt, de már 15 és 18 év között a sérültek több mint 1/4-e ittas. Nemek szerint is jelentős különbség mutatkozik. A heteroagresszív cselekmények 503 férfialdózata közül 205 (40,8%), 268 nő áldozata közül 43 (16,0%) volt ittas.

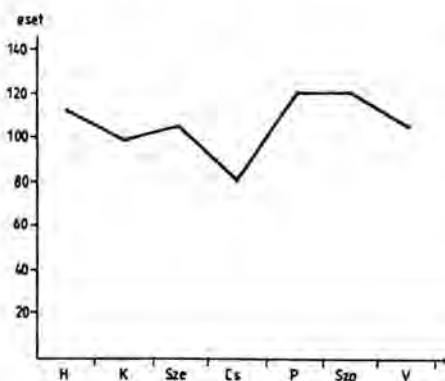
VIII. táblázat Az ittasok aránya szándékosan előidéző sérülésekben

Itasság foka	Heteroagresszív cselekmények eset	%	Összes balesetek eset	%
Enyhe	82	10,6%	766	3,0%
Közepes	141	18,3%	721	2,8%
Súlyos	25	3,2%	238	0,9%
Együtt	248	32,1%	1,725	6,7%
Bizonytalan	37	4,8%	548	2,1%

A hét napjai és a hónapok

A sérülések száma a hét végével — péntektől — emelkedett és egészen hétfőig magasabb. A hét közepén (keddtől—csütörtökig) alacsonyabbak voltak az értékek.

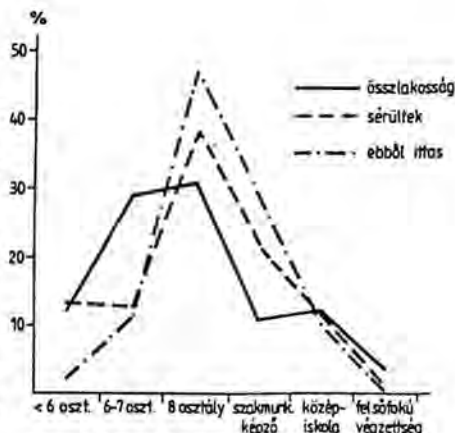
Nem volt található ilyen szabályszerűség az esetek hónapok szerinti megoszlásában. A szórádás (június hónaptól eltekintve, amikor 25 eset fordult elő) 52—92 között volt, számuk tavasszal és ősszel (236, ill 214 eset) volt magasabb, nyáron (136) alacsonyabb, a tél az átlag körüli volt (185 eset).



5. ábra. A sérültek megoszlása a hét napjai szerinti

Egyéb tényezők

Közlemények mutatnak rá, hogy e sérülések gyakoriságában szociális és kulturális tényezők játszanak jelentős szerepet: a rosszabb anyagi körülmények között, rendezetlen családi viszonyok között élő, alacsonyabb műveltségű személyek között gyakoribbak. Kérdőívünk alapján a megyei lakosság adataival (21) összehasonlítva az iskolai végzettséget (6. ábra) tudtuk meghatározni. Tekintettel arra, hogy a KSH anyagában is az iskolai végzettség már 7 éves kortól szerepel, így mindkét statisztikában magas a 6 osztályt sem végzettek aránya, s ez magyarázza azt is, hogy a 6—7 osztályt végzeteknél a sérültek aránya alacsonyabb a lakosságban elfoglalt arányuknál. Ezzel szemben már a 8 osztályt végzeteknél a sérültek aránya meghaladja a lakosságban elfoglalt arányukat, s a szakközépiskolát végzeteknél a sérültek aránya több mint kétszerese a lakosságban elfoglalt arányuknak. A felsőfokú végzettség-



6. ábra. A 7 éven felüli lakosság és sérültek megoszlása iskolai végzettség szerint

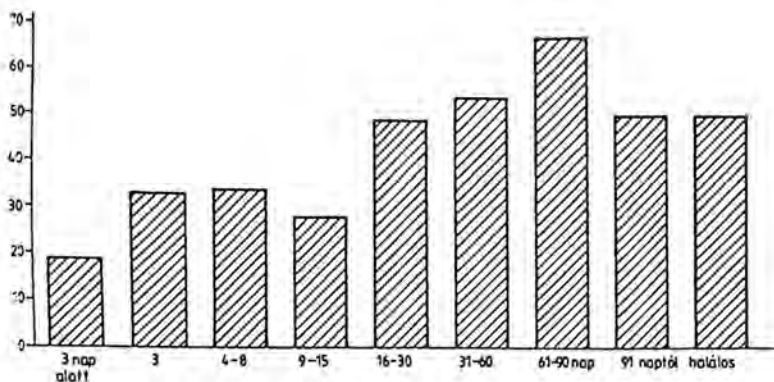
gel rendelkezők között viszont a sérültek aránya a lakosságban elfoglalt arányuk felét sem teszi ki. Külön megvizsgáltuk 248 ittas sérült iskolai végzettségét. Az első két csoportban — a gyermekek magas arányának megfelelően — alacsony volt az ittasok aránya, a 8 osztályt és a szakközépiskolát végzettek között azonban kiugróan magas és csupán a középiskolai és felsőfokú végzettségűek között volt alacsonyabb az ittasok aránya mind a sérültekhez, mind az összlakossághoz képest.

A családi állapotot illetően nem volt módunk az adatokat az összlakossági aránnyal összevetni, de figyelmet érdemel, hogy az egyedül élők (nőtlen-hajadon, elvált, özvegy) ez eseteknek több mint felét tették ki (IX. táblázat).

IX. táblázat A sérültek családi állapota

	Házas	Élettárs	Elvált	Özvegy	Nőtlen hajadon	Ismeretlen
Eset	321	37	34	27	338	14
%	41,6	4,8	4,4	3,5	43,8	1,8

Az erőszakos cselekmények egy része a Büntető Törvénykönyvbe is ütköző tett. Nyilvánvaló, hogy ennek mérlegelése nem lehet a sérülést ellátó egészségügyi személyzet feladata. Mégis egy kérdésben azt vizsgáltuk: a rendőrség értesítése után tudomást szerezhet-e az esetről az igazságszolgáltatás. Amint várható volt: a bejelentési aktivitás különböző volt. Eltérés mutatkozott évszakok szerint: télen volt a bejelentés a leggyakoribb: bár az átlagos 34%-ról ekkor is csak 44%-ra emelkedett, szemben a tavaszi 27%-kal. 100 zárt munkahelyen történt erőszakos cselekmény közül csak 10-ről szerez tudomást a rendőrség. A robbanóanyag igénybevételével megtörtént balesetek fele sem kerül rendőrségi bejelentésre. Még a felfegyverkezve elkövetett sérülések közül is minden második-harmadik nem jutott a rendőrség tudomására. A férfiak sérelmére megtörtént erőszakos cselekmények 39, a nők sérelmére történtek 25%-a jut a hatóság tudomására. Leginkább a 20—40 év közöttiek kerülnek bejelentésre, míg a 14 év alattiak közül egy sem. Általában a 44—54 éves korosztályig a bejelentési aktivitás egyenletesen nő, innen pedig folyamatosan csökken. Viszonylag éves



7. ábra. A sérült várható gyógyulási ideje és a rendőri intézkedés %-os aránya.

a határ a 15 nap alatti és az ezen időtartam feletti várható gyógyulási időt igénylő sérülések között. Míg az első esetben a be nem jelentettek aránya 65–100% között van, addig e fölött 33–50% között (7. ábra). Az ittas sérültek esetében háromszor olyan gyakori volt a rendőri intézkedés, mint a nem ittasok esetében. Munkavégzés szerint: a hatóság leggyakrabban a munkanélküliek és háziartásbeliek, legritkábban a vezető beosztásúak és az önálló foglalkozást űzők esetében szerzett tudomást a cselekményről. Családi állapot szerint: az özvegyek és a nőtlenek-hajadonok sérülései esetében volt a legkisebb a valószínűsége a hatósági beavatkozásnak.

### Megbeszélés

A mások által szándékosan előidézett sérülések arányának országok közötti nagyfokú szóródását mutatja, hogy az emberölések aránya — még azonos társadalmi rendszerű országok között is — nagyságrendbeli eltérést mutat [11]. Nagy-Britanniában, ahol a helyzet a legkedvezőbb, becslések szerint minden 200. lakos szenved évente ilyen sérülést, s arányukat az ellátott sérültek között 2,3–7,4% között találták [11]. Van azonban más országokból adat ennek többszörösére is [18, 20]. Az eddigi hazai vizsgálatok [2, 7, 8, 10] az arányt inkább a felső határ közelében találták, mind Budapesten, mind Kaposvárott. (Járóbetegeken Budapesten 1963-ban 6,6%, 1980-ban 7,7%, fekvőbetegeken Budapesten 1971-ben 4,8%, 1972-ben 5,9%, 1981–82-ben 5,4%, Kaposvárott 1972-ben 6,4%).

Ezzel szemben felmérésünk során Vas megye összes sérültjei között 3% volt arányuk. Az esetszám azt jelenti, hogy 360 lakosra esett egy, mások által szándékosan előidézett sérülés. Tekintettel azonban arra, hogy nemcsak az államok között, de egy ország különböző területein is jelentősek az eltérések, csupán annyit állapíthatunk meg, hogy heteroagresszív cselekmények okozta sérülések szempontjából Vas megyében 1988-ban igen kedvező volt a helyzet. Félő azonban, hogy ezek az adatok országosan nem reprezentatívak.

Életkor és nem szerint az irodalmi adatok egyértelműen állapítják meg a férfiak, illetve a fiatal felnőttek [2, 3, 6, 10, 12, 17] — elsősorban a 20–29 évesek —

túlsúlyát. Hazai viszonylatban a legtöbb sérülés [2, 10] 20–39 év között fordult elő, amit anyagunk is mutat. Incidencia szempontjából a két nem között különbséget látunk (2. ábra): férfiakon 15–24 év, nőknél 25–34 év között a legmagasabb.

Az elkövetés módját illetően kedvezőnek ítélnél, hogy a cselekmény az esetek közel 3/4-ében eszköz igénybevétele nélkül történt, s alacsony a legveszélyesebb sérüléseket okozó vágás-szúrások, lövések aránya. Kótai és mtsai [10] is hasonló arányokat talált. Mindezekből úgy tűnik, hogy a sérülések előidézésében alkalmi verekedés és nem előre megfontolt szándék játszott döntő mértékben szerepet.

Elsősorban angol-szász szerzők [11, 12, 15] mutatnak rá arra, hogy az erőszakos cselekmények okozta sérülések helyszínét illetően általában alábecsülik az otthon jelentőségét. Ezt anyagunk is alátámasztja: az otthoni sérülések 42,5%-ot tettek ki. Hasonló Barzó és Kazár [2] adata is.

A sérülések között leggyakoribbak a felületes sérülések, zúzódások. A sebek aránya (az esetek 1/4-e) alacsonyabb volt, mint az elző vizsgálatokban [2, 10], ahol 40–50%-ot tettek ki. Viszont a törések aránya magasabb, elsősorban 11–14 és 55–64 éves korban fordultak elő. Kedvező a súlyos koponya-agy és belsőszervi sérülések alacsony aránya.

Mind a nemzetközi [1, 6], mind a hazai [2, 8] irodalom kiemeli a fej, ezen belül is az arc sérülések gyakoriságát [17], amit anyagunk is alátámaszt. Shepherd-el [17] egyezően mi is a koponya sérülések között elsősorban az arc-koponya törését találtuk.

Felmérésünk során a mások által szándékosan előidézett sérülések a baleseti sérülésekhez viszonyítva a könnyebb sérülések közé voltak sorolhatók, mind a sérülés súlyosságát minősítő ISS érték, mind pedig a várható gyógyulási idő szempontjából.

Az ittaság és a szándékos testi sértés összefüggését a nemzetközi irodalom [4, 6, 14, 15, 19] egyértelműen megállapítja. Shepherd [14] ennek két magyarázatát is adja. Egyrészt a részeg agresszivitása és ítélőképességének hiánya (nem méri fel jól az erőviszonyokat) megnyújtja a verekedést, másrészt az ittas lassult reakciója miatt kevésbé tud védekezni. Anyagunk elemzése jól mutatja, hogy elsősorban 15–54 éves ittas férfiak a szenvedő alanyai a heteroagresszív cselekményeknek,

de fel kell figyelni arra is, hogy már 15—18 éves korban az áldozatok 1/4-e ittas volt. Meg kell azt is jegyezni, hogy az ittas áldozatok aránya még nem is mutatja teljességében az alkohelizálás szerepét, hiszen arra nem volt lehetőségünk, hogy az elkövetők ittaságát vizsgáljuk, aminek arányát *Kótai* és mtsai ugyanolyan magasra értékelik, mint a sérülteket.

E sérülések gyakoriságában az irodalmi adatok a hét végének a jelentőségét emelik ki [12, 16], amit anyagunk is alátámaszt. Egyéb tényezők közül az irodalmi adatok a kultúra hiányát, a rendezetlen családi állapotot, a rossz szociális körülményeket [4, 16, 18] hangsúlyozzák. Anyagunkban az iskolai végzettség [21] és a családi állapot talált adatai támasztják alá ezeket a megállapításokat.

Már a közlekedési balesetek összehasonlító elemzése alkalmával felfigyeltünk arra, hogy 4 halálos balesetből egy kerül a statisztikába. Ezt más magyar vizsgálat is megerősíti [22]. Most az valószínűsíthető, hogy jelentős számú, bűncselekményi kritériumokat kimentő tettek sem kerülnek be a statisztikába. Ezek elkövetői büntetlenek maradnak, jogi eszközökkel nem vonják felelősségre őket. A latencia esélyei nem egyformák, egyes tettesi és áldozati csoportokban azonban — különösen ha a megvalósítás szerszámaik is tekintetbe vesszük — veszélyesen magasak.

#### Összefoglalás

Vas megyében egy év alatt a heteroagresszív cselekmények okozta sérülések az összes sérüléseknek 3%-át tették ki. Az esetek elemzéséből kiderül, hogy e sérüléseknek nem csak az aránya, de súlyossága is nemzetközi összehasonlításban kedvező. A megelőzés szempontjából figyelembe veendő egyrészt, hogy e sérüléseknek több mint 2/5-e következett be otthon, másrészt, hogy az ittaság, különösen férfiakon jelentős szerepet játszott.

#### IRODALOM

J. Antti-Poika, J. E. Karaharju: Alcohol and accidents Ann. Chir. Gynec. 75, 304—307 (1986) — 2. Barzd M., Kazdr Gy.: Erőszakos cselekmények okozta sérülések — heteroagresszív cselekmények

Népegészségügy. 67, 65—69 (1986). — 3. Barzd M., Kazdr Gy., Szepesi A.: Autoagresszív cselekmények okozta sérülések Népegészségügy. 68, 87—89 (1987). — 4. Cesare, J., A. S. Morgan, P. R. Felice, V. Edge: Characteristics of blunt and personal violent injuries J. Trauma. 30, 176—182 (1990). — 5. Frejdlin, Sz. Ja.: Profilaktika traumatizma i organizacija traumatologicseszkov pomoscsi Medgiz, Leningrad, 1956. — 6. Galbraith, S., W. R. Murray, A. R. Patel, R. Knill-Jones: The relationship between alcohol and head injury and its effect on the conscious level Brit. J. Surg. 63, 128—130 (1976). — 7. Kazdr Gy., Hönig V., Cselkó L.: Statisztikai-módszertani útmutató a traumatológiai osztályok számára Az Országos Traumatológiai Intézet 8. metodikai levele, 1974. — 8. Kazdr Gy., Hönig V., Tótor G., Szepesi A.: Az Országos Traumatológiai Intézet és a Somogy Megyei Kórház Baleseti Sebészeti Osztálya 1972. évi sérült beteganyagának összehasonlító értékelése Az Országos Traumatológiai Intézet 9. metodikai levele, 1975. — 9. Kazdr Gy., Lakner L., Salamon A., Szepesi A.: Balesetek epidemiológiája a Vas megyei felmérés tükrében Népegészségügy, 71, 145—149 (1990). — 10. Kótai E., Csányi É., Szepeshelyi L.: Erőszakos cselekmények következtében létrejött sérülések elemzése beteganyagunk alapján Magy. Traumat. Orthop. 9, 314—318 (1966). — 11. Norton, R. N., M. Y. Morgan: Mortality from interpersonal violence in Great-Britain injury. 20, 131—139 (1989). — 12. Pearson, G.: The roots of violence Brit. Med. J. 297, 1352—1353 (1988). — 13. Runyan, C. W., E. A. Gerken: Epidemiology and prevention of adolescent injury JAMA, 262, 2273—2278 (1989). — 14. Shepherd, J., M. Irish, C. Scully, J. Leslie: Alcohol intoxication and severity of injury in victims of assault Brit. Med. J. 296, 1299 (1988). — 15. Shepherd, J. P., N. X. Pierce, C. Scully, J. J. Leslie: Rates of violent crime from hospital records Lancet II, 1470 (1987). — 16. Shepherd, J. P., L. Robinson, B. G. H. Levers: Roots of urban violence Injury, 21, 139—141, (1990). — 17. Shepherd, J. P., C. Scully, M. Shapland, M. Irish, J. J. Leslie: Assault: characteristics of victims attending an inner city hospital Injury, 19, 185—190 (1988). — 18. Sumner, B. B., E. R. Mintz, P. L. Brown: Injuries caused by personal violence Injury, 18, 258—260 (1987). — 19. Walsh, M. E., D. A. D. Macleod: Breath alcohol analysis in the accident and emergency department Injury, 15, 62—66 (1983). — 20. Zverjev Je. V., V. V. Klyusevskij: Szoversenszivovaniye organizacii profilaktiki bútoovovo traumatizma Ortop. Traumat. Protez. 2, 58—61 (1986). — 21. 1980. évi népszámlálás. 18. Vas megye adatai. KSH, Budapest, 1981. — 22. Draskóczy Magdolna: A Bács-Kiskun megyei halálos balesetek okainak feltárása. KTI-OKBT, 1988.

Dr. A. Szepesi, Dr. F. Irk, Dr. L. Bali, Dr. Gy. Kazár: *Injuries caused intentionally*

In the county Vas, 3% of injuries were caused by heteroaggressive actions. Analysis of cases shows that not only this percentage, but also the dangerousness of injuries is very favourable in international comparison. Taking prevention into consideration, it is noteworthy that more than 2/5 part of injuries were caused at home and that drunk condition, especially in case of males, was important factor.