

Prevalence of disease and complaints in homeless patients on admission to the Emergency Department at Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran from 2012 to 2018

Hamidreza Hatamabadi¹, Saeed Safari², Tahereh Khanzadeh Tehrani^{3*}

¹ Safety Promotion and injury Prevention Research Center, Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Emergency Department, Shohadaye Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Resident of Emergency Medicine, Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 2 March 2019 Accepted: 1 May 2019

Abstract

Background and Aim: Homelessness is a social problem with various contributory factors. This undesirable phenomenon involves various sections of civil and law enforcement in the community. The aim of this study was to determine the prevalence of disease and other complaints in homeless patients on admission to the Emergency Department of Imam Hossein Hospital, Tehran, Iran from 2012 to 2018.

Methods: This retrospective descriptive study was carried out in Imam Hossein Hospital affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. All homeless patients referring to emergency department of Imam Hossein Hospital from 2012 to 2018 were included in study. The data collection tool was a researcher-made checklist that included demographic features such as age and sex, and clinical conditions such as blood factors, hepatitis B and C status, HIV infection, blood culture, urine culture, abdominal fluid culture, complaints on admission, diagnosis and clinical outcome (discharge, operation, escape from hospital or death) of the patients. All data were collected from patients' records in emergency department.

Results: The study included 1302 homeless patients who were admitted to the emergency department. The majority of patients were male (98.9 %). The mean age of all homeless patients was 45 years. The prevalence of hepatitis B, hepatitis C and HIV was 3%, 17.3% and 8.6%, respectively. The most prevalent complaints on admission were decreased level of consciousness (307 patients, 23.6%), weakness and lethargy (162 patients, 12.4%), dyspnea (154 patients, 11.8%), abdominal pain (134 patients, 10.3%) and car accident (128 people, 8.9%). MI was the most common diagnosis. The clinical outcome was 68.1% discharge and 23.7% death. There was a significant relationship between the final outcome and age, hemoglobin and hematocrit level ($P < 0.001$).

Conclusion: The prevalence of hepatitis B and C and HIV in homeless people is higher than in the general population. Due to the possibility of transmitting such diseases, the necessary planning must be made in cooperation with the Ministry of Health and Police and other relevant organisations in order to control these diseases in homeless people.

Keywords: Homeless, Prevalence, Emergency, Police.

بررسی شیوع بیماری ها و علل مراجعه بیماران بی خانمان به اورژانس بیمارستان امام حسین تهران از سال ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۶

حمیدرضا حاتم آبادی^۱، سعید صفری^۲، طاهره خانزاده طهرانی^{۳*}

^۱ مرکز تحقیقات ارتقا ایمنی و پیشگیری از مصدومیت، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ بخش اورژانس، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ رزیدنت طب اورژانس، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: بی خانمانی پدیده‌ای اجتماعی است که عوامل مختلفی در شکل‌گیری آن مؤثر هستند. این پدیده نامطلوب، بخش‌های مختلف مدنی و انتظامی جامعه را درگیر می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی شیوع بیماری‌ها و علل مراجعه بیماران بی خانمان به اورژانس بیمارستان امام حسین از سال ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۶ انجام گرفت.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد که در بیمارستان امام حسین (ع) تهران انجام شد. همه بیماران بی خانمان مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۶ بصورت سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک‌لیست محقق ساخته که شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، فاکتورهای خونی، وضعیت ابتلا به هپاتیت B و C، ابتلا به HIV، کشت خون، کشت ادرار، کشت مایع شکم، علت مراجعه، تشخیص و پیامد نهایی بیماران بود که توسط پژوهشگر از پرونده بیماران که در بخش اورژانس بود، جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۳۰۲ نفر افراد بی خانمان مراجعه کننده به بخش اورژانس مطالعه شدند. بیشتر افراد بی خانمان (۹۸/۹٪) مراجعه کننده مرد بودند. میانگین سنی کل بیماران بی خانمان برابر 45 ± 12 سال بود. در بیماران بی خانمان مراجعه کننده به بخش اورژانس شیوع بیماری هپاتیت B، هپاتیت C و HIV به ترتیب ۳، ۱۷/۳ و ۸/۶ درصد بود. همچنین از نظر علت مراجعه، کاهش سطح هوشیاری (۳۰۷ نفر- ۲۳/۶٪)، ضعف و بی حالی (۱۶۲ نفر- ۱۲/۴٪)، تنگی نفس (۱۵۴ نفر- ۱۱/۸٪)، درد شکم (۱۳۴ نفر- ۱۰/۳٪) و تصادف با ماشین (۱۲۸ نفر- ۹/۸٪) از شایعترین علل مراجعه افراد بی خانمان بود. از نظر تشخیص، MI دارای بیشترین فراوانی بود. پیامد نهایی ۶۸/۱ درصد بهبود یافته و ۲۳/۷ درصد فوت کرده بودند. متغیرهای سن، هموگلوبین و هماتوکریت با پیامد نهایی ارتباط آماری معنی داری داشت ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: شیوع بیماری‌های هپاتیت B و C و ابتلا به HIV در افراد بی خانمان قابل توجه است. باتوجه به امکان انتقال این بیماری‌ها، باید برنامه ریزی‌های لازم با همکاری وزارت بهداشت و نیروی انتظامی و دیگر ارگان‌های مربوطه برای کنترل این بیماری‌ها در افراد بی خانمان صورت پذیرد.

کلیدواژه‌ها: بی خانمانی، شیوع، اورژانس، نیروی انتظامی.

مقدمه

افراد بی‌خانمان که عمدتاً اعتیاد به الکل و مواد مخدر نیز دارند معمولاً جزو معضلات بزرگ برای نیروهای انتظامی و پلیس تلقی می‌گردند بطوری که درصد بالایی از جرائم بعنوان مثال سرقت توسط همین افراد انجام می‌گیرد. لذا از دغدغه‌های نیروی انتظامی در کنار دیگر ارگانهای مربوطه همچون بهزیستی میتوان به کنترل و مدیریت هرچه بیشتر این افراد و برگرداندن سلامتی جسمی و روحی به ایشان است تا هم امنیت شهری تامین شود و هم اینکه از گسترش بیماری‌های خطرناک از طریق این افراد بی‌خانمان جلوگیری گردد.

با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع بیماری‌ها و علل مراجعه بیماران بی‌خانمان به اورژانس بیمارستان امام حسین تهران از سال ۱۳۹۱ لغایت ۱۳۹۶ انجام گرفت.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی می‌باشد که در بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران اجرا شد. جامعه مورد بررسی شامل تمام بیماران بی‌خانمان مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه‌گیری بصورت سرشماری انجام گرفت.

پرونده پزشکی (پرونده کاغذی و غیرالکترونیک) افراد بی‌خانمان که حاوی اطلاعات کامل دموگرافیک و پزشکی بود، و در بخش اورژانس در دسترس محقق قرار داشت، بررسی شد. پرونده‌هایی که به صورت ناقص تکمیل شده بودند و همچنین پرونده افرادی که بی‌خانمان نبودند و سهواً در بین دیگر پرونده‌ها بودند، از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه، بی‌خانمان به بیماری اطلاق شد که در پرونده پزشکی در بخش آدرس منزل، بی‌خانمان درج شده بود و یا اینکه از بهزیستی به اورژانس منتقل شده بود.

اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس) و اطلاعات مربوط به علت مراجعه کاهش سطح هوشیاری، ضعف و بی‌حالی، تنگی نفس، درد شکم، تصادف با ماشین، تورم اندام، درد قفسه سینه، زمین خوردن، فاقد علائم حیاتی، تب-سرفه، عفونت پوستی، تصادف با موتور، تهوع-اسهال و استفراغ، خونریزی مغزی، سوختگی، فلج، مسمومیت دارویی، دیالیز، آزمایشات انجام شده (خون، ایدز، هپاتیت B, C و HIV)، تشخیص نهایی ثبت شده توسط پزشک و پیامد نهایی بیماران (بهبود، مرگ، فرار از بخش، ترخیص با رضایت شخصی) در یک چک‌لیست محقق ساخته جمع‌آوری شد.

آنالیز آماری داده‌ها: اطلاعات پس از کدگذاری وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ شد. بررسی نرم‌الیته بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف انجام گرفت. برای داده

در هر جامعه‌ای، افراد بی‌خانمان به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین افراد جامعه محسوب می‌شوند که فاقد حمایت‌های ضروری در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، امنیتی و روانی می‌باشند (۱). حدود ۱۰۰ میلیون نفر بی‌خانمان در سراسر جهان زندگی می‌کنند (۲). میزان مرگ و میر در این گروه تقریباً ۴ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۳).

افراد بی‌خانمان معمولاً با چالش‌های زیادی مانند دسترسی به مواد غذایی و سرپناه روبه‌رو هستند بنابراین استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی برای این افراد در اولویت قرار ندارد (۴). علاوه بر این، بسیاری از آنها فاقد بیمه هستند و محل خاص برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ندارند به همین دلیل استفاده از مراقبت‌های بخش اورژانس در اولویت این افراد قرار دارد (۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که به طور متوسط ۱/۴ تا ۱/۳ این افراد در طول یک سال بستری می‌شوند که ۴ بار بیشتر از میانگین جمعیت عمومی است (۶). بنابراین، حدود نیمی از بودجه بیمارستان‌ها صرف خدمات مراقبتی و بیمه‌ای افراد بی‌خانمان می‌شود (۷).

باتوجه به شرایط خاص زندگی افراد بی‌خانمان معمولاً، میزان بروز بالایی از اختلالات روانشناختی، بیماری‌های مزمن و حاد و آسیب‌های مربوط به صدمات ناشی از حوادث را تجربه می‌کنند (۸). این گروه از افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری‌هایی مانند هپاتیت B و HIV هستند. آمارها در مورد شیوع این عفونت‌ها در افراد بی‌خانمان متفاوت است، ولی به طور کلی می‌توان گفت که شیوع این بیماری‌ها در این افراد شایع می‌باشد (۹).

راه‌های انتقال این بیماری‌ها عبارتند از انتقال جنسی، انتقال توسط خون و محصولات خونی، انتقال شغلی و انتقال مادر به جنین یا نوزاد و انتقال توسط سایر مایعات بدن می‌باشد (۱۰). در حالی که در ایالات متحده آمریکا شایعترین راه انتقال روابط جنسی میباشد، در کشورهای اروپای شرقی به ویژه اکراین و نیز در کشورهای آسیای میانه که در سال ۲۰۱۰ بیش از سایر کشورهای جهان ایدز در حال گسترش بوده، مهم‌ترین راه انتقال اعتیاد تزریقی بوده است (۱۱). در ایران نیز مهمترین راه انتقال به ترتیب تزریقی، رابطه جنسی، مادر به کودک و دریافت فرآورده‌های خونی است (۱۲). باتوجه به شرایط زندگی در افراد بی‌خانمان، عوامل خطر در این گروه از افراد برای ابتلا به این بیماری‌ها زیاد است.

ابتلا به بیماری‌های مختلف و نبود مراکز مراقبت بهداشتی درمانی برای این افراد، باعث افزایش مراجعات این افراد به مراکز اورژانس بیمارستان‌ها می‌شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از مواد مخدر، بیماری‌های روحی و تصادفات از دلایل عمده مراجعه افراد بی‌خانمان به بخش اورژانس است (۱۳).

داد که بیشتر افراد ۶۸/۱ درصد بهبود یافته و ۲۳/۷ درصد فوت کرده بودند (جدول-۴).

بررسی ارتباط متغیرها با پیامد نهایی بیماران بی‌خانمان نشان داد که ارتباط بین ابتلا به HIV و پیامد نهایی بیماران از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p < 0.15$). همچنین ارتباط بین سن بیماران، میانگین هموگلوبین و هماتوکریت با پیامد نهایی بیماران ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (جدول-۵).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۳ درصد افراد مبتلا به بیماری هپاتیت B، ۱۷/۳ درصد هپاتیت C و ۸/۶ درصد مبتلا به HIV بودند. همچنین کاهش سطح هوشیاری، ضعف و بی‌حالی، تنگی نفس، درد شکم و تصادف با ماشین از شایعترین علل مراجعه افراد بی‌خانمان به بخش اورژانس بود.

جدول-۱. توزیع ویژگی‌های افراد شرکت کننده در مطالعه		
متغیرها	فراوانی	درصد
هموگلوبین		
<۵	۲۳	۱/۸
۵/۱-۷/۵	۶۰	۴/۶
۷/۶-۱۰	۲۵۸	۱۹/۸
۱۰/۱-۱۲/۵	۴۳۸	۳۳/۶
<۱۲/۵	۳۱۸	۲۴/۴
اندازه گیری نشده	۲۰۵	۱۵/۸
هماتوکریت		
کمتر از ۲۰	۴۰	۳/۱
۲۰-۳۰	۲۴۴	۱۸/۷
۳۰-۴۰	۵۹۳	۴۵/۵
۴۰-۵۰	۲۰۵	۱۵/۷
بیشتر از ۵۰	۹	۰/۷
اندازه گیری نشده	۲۱۱	۱۶/۲
هپاتیت B		
منفی	۶۳۹	۴۹/۱
مثبت	۳۹	۳
بررسی نشده	۶۲۴	۴۷/۹
هپاتیت C		
منفی	۵۳۹	۴۱/۴
مثبت	۲۲۶	۱۷/۳
ندارد	۵۳۷	۴۱/۳
HIV		
منفی	۶۸۷	۵۲/۷
مثبت	۱۱۲	۸/۶
ندارد	۵۰۳	۳۸/۷

های کیفی از آزمون کای دو و برای داده های کمی از آزمون تی مستقل استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: اطلاعات مربوط به بیماران بی‌خانمان مورد مطالعه، کاملاً محرمانه بوده و اسرار بیماران به طور کامل حفظ شد. همچنین هویت بیماران در تمام مدت انجام پژوهش حفظ شد. از طرف دیگر تمام اطلاعات بصورت گروهی و بدون نام منتشر می‌گردد. بدیهی است که تکمیل نمودن پرسشنامه هیچ اخلاقی را در روند ارائه خدمات درمانی و مراقبتی از سوی پرسنل اورژانس در بخشهای اورژانس نداشت.

نتایج

یافته های دموگرافیک افراد بی‌خانمان: در مطالعه حاضر تعداد ۱۳۰۲ نفر از افراد بی‌خانمان جهت انجام مراقبت‌های درمانی به بیمارستان امام حسین (ع) تهران از سال ۱۳۹۱ تا سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. تحلیل داده‌ها نشان داد که بیشتر افراد بی‌خانمان (۹۸/۹٪ - ۱۲۸۸ نفر) مراجعه کننده مرد بودند. میانگین سنی کل بیماران بی‌خانمان برابر 45 ± 12 سال بود. فراوانی افراد بی‌خانمان مراجعه کننده از نظر سن نشان داد که بیشتر افراد بی‌خانمان (۷۸/۱٪) در گروه سنی بالای ۴۰ قرار داشتند.

آزمایش خون افراد بی‌خانمان: بررسی افراد بی‌خانمان از نظر مقدار هموگلوبین نشان داد که بیشتر افراد بی‌خانمان در دامنه ۱۰/۱-۱۲/۵ قرار داشتند. همچنین توزیع افراد بی‌خانمان بر اساس مقدار هماتوکریت نشان داد که بیشتر افراد در دامنه ۳۰-۴۰ قرار داشتند (جدول-۱).

شیوع بیماری در افراد بی‌خانمان: از بین افراد بی‌خانمان مراجعه کننده به بیمارستان ۳ درصد مبتلا به بیماری هپاتیت B، ۱۷/۳ درصد هپاتیت C و ۸/۶ درصد مبتلا به HIV، عفونت هم‌زمان هپاتیت B با HIV ۱۲ نفر (۰/۹٪)، عفونت هم‌زمان هپاتیت C با HIV ۵۳ نفر (۴/۱٪) و عفونت هم‌زمان هپاتیت B با هپاتیت C ۱۴ نفر (۱/۱٪) بودند. بررسی افراد بی‌خانمان از نظر کشت خون، کشت ادرار و کشت مایع شکم نشان داد که ترتیب ۲/۵ و ۳/۷ و ۰/۲ درصد مثبت بودند (جدول-۱).

علل مراجعه افراد بی‌خانمان به بخش اورژانس: بررسی افراد از نظر علت مراجعه نشان داد که به ترتیب کاهش سطح هوشیاری، ضعف و بی‌حالی، تنگی نفس، درد شکم و تصادف با ماشین شایعترین علل مراجعه به بخش اورژانس بود (جدول-۲).

تشخیص نهایی در افراد بی‌خانمان: بررسی افراد از نظر تشخیص بیماری در مراجعه کنندگان بی‌خانمان نشان داد که MI دارای بیشترین ۱۷۴ نفر (۱۳/۴٪) و بیماری روانی دارای کمترین ۳ (۰/۲٪) فراوانی بود (جدول-۳).

پیامد نهایی در افراد بی‌خانمان: بررسی پیامد نهایی بیماران بی‌خانمان مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) نشان

جدول-۳. توزیع فراوانی تشخیص در افراد بی خانمان در اورژانس

متغیر	فراوانی	درصد
کاهش سطح هوشیاری	۱۲۰	۹/۲
سپسیس	۹۰	۶/۹
عفونت خون در اثر عفونت ریه (نوموسپسیس)	۱۲۴	۹/۵
عفونت خون در اثر عفونت ادرار (یوروسپسیس)	۴۵	۳/۵
سکته مغزی	۴۱	۳/۱
سکته قلبی	۱۷۴	۱۳/۴
بیماری انسداد ریه	۵۴	۴/۴
درد شکم	۱۲۹	۹/۹
عفونت پوستی	۶۵	۵
بیماری عروق قلبی	۱۵۲	۱۱/۷
سوختگی	۴۴	۳/۴
بیماری کبدی	۴۸	۳/۷
ضعف و بی‌حالی	۶۵	۵
مسمومیت دارو	۲۷	۲/۲
روانی	۳	۰/۲
نامشخص	۱۱۳	۸/۶
بیماری مفاصل	۸	۰/۶

جدول-۴. توزیع فراوانی پیامد نهایی در بیماران بی خانمان در اورژانس

پیامد نهایی بیمار	فراوانی	درصد
مرگ	۳۰۸	۲۳/۷
بهبود-ترخیص	۸۸۷	۶۸/۱
انتقال	۴۲	۳/۲
رضایت شخصی	۱۴	۱/۱
فراری	۴۸	۳/۷
نامشخص	۳	۰/۲

جدول-۵. بررسی ارتباط پیامد نهایی بیماران با برخی از متغیرهای پیامد نهایی

پیامد نهایی	Mean±SD	p-value
سن		
مرگ	۵۹/۲۴±۱۶/۴۱	۰/۰۰۱
بهبود	۵۴/۴۱±۱۶/۳۸	
انتقال	۴۶/۹۸±۱۶/۲۳	
ترک با رضایت شخصی	۶۲/۹۳±۱۷/۵۰	
فراری	۵۱/۷۱±۱۳/۱۶	
هموگلوبین		
مرگ	۱۰/۷۵±۴/۵۰	۰/۰۰۴
بهبود	۱۱/۲۴±۲/۵۷	
انتقال	۱۱/۴۸±۲/۱۳	
ترک با رضایت شخصی	۱۳/۹۰±۸/۸۴	
فراری	۱۲/۰۷±۲/۴۳	
هماتوکریت		
مرگ	۳۲/۳۴±۷/۶۷	۰/۰۰۱
بهبود	۳۴/۴۵±۷/۰۲	
انتقال	۳۴/۵۰±۶/۱۳	
ترک با رضایت شخصی	۳۳/۳۳±۴/۱۷	
فراری	۳۶/۵۱±۶/۹۵	

در مطالعه Lin و همکاران نیز بیشتر افراد مراجعه کننده به بخش اورژانس مرد و میانگین سنی افراد شرکت کننده ۴۵ سال بود که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۴). در مطالعه Feldman و همکاران میانگین سنی افراد بی خانمان ۵۰/۸ سال بود، در این مطالعه بین جنس تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۱۵). تغییر در ساختار سنی، تغییر در نیازهای بهداشتی درمانی افراد بی خانمان را نیز در پی دارد. هدف اصلی برنامه های بهداشتی در جمعیت جوان معمولا کنترل و پیشگیری از بیماری های واگیردار، جراحات غیر عمدی و مشکلات سومصرف دارو و الکل است ولی در جمعیت سالمندان معمولا هدف کنترل بیماری های مزمن، شرایط سالمندی، ضعف و مشکلات مربوط به سالمندی بیشتر مورد توجه است (۱۶).

بررسی افراد از نظر هموگلوبین و هماتوکریت نشان داد که افراد مراجعه کننده دچار کم خونی هستند. در مطالعه Arnaud و همکاران شیوع کم خونی در ۳۹/۹ درصد از کودکان بی خانمان، ۵۰/۶ درصد از مادران مشاهده گردید. همچنین فراوانی کم خونی متوسط به شدید از ۲۲/۳ درصد تا ۲۵/۶ درصد مشاهده شد (۱۷). علت کم خونی در این افراد را می توان به نوع تغذیه و همچنین بیماری های مختلفی که با آن درگیر هستند نسبت داد.

جدول-۲. توزیع فراوانی علت مراجعه بیماران بی خانمان مراجعه کننده به اورژانس

متغیر	فراوانی	درصد
کاهش سطح هوشیاری	۳۰۷	۲۳/۶
ضعف و بی‌حالی	۱۶۲	۱۲/۴
تنگی نفس	۱۵۴	۱۱/۸
درد شکم	۱۳۴	۱۰/۳
تصادف با ماشین	۱۲۸	۹/۸
تورم اندام	۱۲۴	۹/۵
درد قفسه سینه	۷۲	۵/۴
زمین خوردن	۴۹	۳/۸
فاقد علائم حیاتی	۴۶	۳/۵
تب-سرفه	۳۶	۲/۸
عفونت پوستی	۳۳	۲/۵
تصادف با موتور	۱۸	۱/۴
تهوع-اسهال و استفراغ	۱۴	۱/۱
خونریزی مغزی	۱۴	۱/۱
سوختگی	۵	۰/۴
فلج	۲	۰/۲
مسمومیت دارویی	۲	۰/۲
دیالیز	۲	۰/۲

بررسی افراد از نظر علت مراجعه نشان داد که کاهش سطح هوشیاری دارای بیشترین فراوانی بود. به طور کلی تقاضا برای دریافت مراقبت‌های ویژه ممکن است به دلیل شایع بودن بیماری های روانی در میان افراد بی خانمان باشد. مطالعات قبلی نشان داده است که وضعیت کنترل بیماری های مزمن در این افراد در وضعیت نامناسبی است (۲۷).

مشکلات مربوط به وضعیت سلامتی افراد بی خانمان در مطالعات متعدد ذکر شده است؛ به طوری که تقریباً ۴۰ درصد افراد بی خانمان از بیماری‌های مزمن شامل افزایش میزان بیماری های عفونی و بیماری های قلبی عروقی و همچنین میزان بالایی از مصرف سومصرف موارد رنج می برند (۲۸). در مطالعه Romaszko و همکاران شایعترین علت مرگ مربوط به سیستم دستگاه گردش خون بود. ۴۷/۱۸ درصد از مرگ ها به مصرف سیگار منتسب بود و نسبت کمتری به بیماری های عفونی منتسب بود. نسبت قابل توجهی از مرگ ها به بیماری سل مربوط بود (۲۹). همچنین در مطالعه Wunsch و همکاران نتایج نشان داد که ابتلا به بیماری های روانی خطر ابتلا به بیماری های دیگر را افزایش می دهد که ممکن است دلیل افزایش نیاز به بستری در بخش های مراقبت های ویژه باشد (۳۰).

در مطالعه حاضر بیشتر افراد مراجعه کننده بهبود یافته و ۲۳/۷ درصد فوت کرده بودند. همچنین بخش مراقبت های ویژه دارای بیشترین فراوانی از نظر مرگ بود. در مطالعه Oud نتایج نشان داد که بخش ۲۹/۸ درصد از افراد بی خانمان در بخش مراقبت های ویژه پذیرش شده بودند (۳۱). موارد مرگ و میر بیش از حد ممکن است با قرار گرفتن در معرض عوامل خطر، از جمله الکل، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر غیرمجاز و اختلالات روانی در ارتباط باشد (۳۲). نسبت مرگ و میر استاندارد شده در افراد بی خانمان معمولاً ۲-۵ برابر جمعیت عمومی است (۳۳).

ارتباط بین پیامد نهایی بیماران با متغیرهای سن، هموگلوبین، هماتوکریت و ابتلا به HIV از لحاظ آماری معنی داری بود. در مطالعه Roncarati و همکاران بین سن و پیامد نهایی بیماران ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد به طوری که مرگ در جوانان به دلیل بیماری و مصرف مواد بالاتر از سنین دیگر است. همچنین در این مطالعه مرگ مردان بیشتر از زنان گزارش شده است (۳۴).

از مهمترین محدودیت های مطالعات مربوط به داده های ثانویه می توان به عدم جمع آوری این اطلاعات به منظور کارهای پژوهشی اشاره کرد لذا عدم خوانا بودن، عدم تکمیل برخی پرونده ها از محدودیت های انجام مطالعه حاضر بود.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های حاصل از مطالعه حاضر شیوع بیماری های هیپاتیت B و C و ابتلا به HIV در افراد بی خانمان قابل توجه است.

از بین افراد بی خانمان مراجعه کننده به بیمارستان ۳ درصد مبتلا به بیماری هیپاتیت B، ۱۷/۳ درصد هیپاتیت C و ۸/۶ درصد مبتلا به HIV بودند. در مطالعه Carvalho همکاران شیوع هیپاتیت B در بین افراد بی خانمان ۲۱/۸ درصد بود (۱۸). در مطالعه انجام شده در تهران شیوع هیپاتیت C در افراد بی خانمان ۲۳/۳ درصد بدست آمد (۱۹). در یک مطالعه مروری و متآنالیز شیوع کلی هیپاتیت C در بین مردان و زنان ۲۱ درصد و ۱۸ درصد بدست آمد (۲۰). شیوع بالای هیپاتیت C در این مطالعه و مطالعات دیگر در ایران ممکن است به دلیل شیوع بالای رفتارهای خطرناک مخصوصاً مواد مخدر تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک باشد (۱۹). در مطالعه دوستی ایرانی و همکاران شیوع HIV، ۵۱/۶٪ به دست آمد (۲۱). براساس یک مطالعه مروری و متآنالیز برآورد کلی HIV در بین مردان ۵ درصد و در زنان ۳ درصد بدست آمد (۲۲). HIV از بیماری های عفونی است که تحت تاثیر رفتارهای پرخطر از قبیل استفاده از سرنگ مشترک، مصرف مواد مخدر تزریقی و روابط جنسی نا ایمن قرار می گیرد و در افراد بی خانمان اینگونه رفتار ها شایعتر از جمعیت عمومی است.

با توجه به اهمیت آسیب های اجتماعی و روند روبه رشد آنها در شهرهای بزرگ و خصوصاً کلانشهر تهران، مداخله در این امور نیاز به تفکری جامع دارد که فعالیت ان در سطوح مختلف پیشگیری مراقبت و حمایت به وسیله سازمان ها و نهادهای مختلف پیگیری می شود. باتوجه به شیوع بیماری های خطرناکی مانند انواع هیپاتیت و ایدز در این افراد باید فکری اساسی برای سامان دهی این افراد صورت گیرد. نیروهای نظامی و انتظامی در کنار دیگر ارگانهای مربوطه و مرتبط میتوانند در طرح ساماندهی و مراقبت های بهداشتی و درمانی این افراد مشارکت سازنده داشته باشند.

بررسی افراد از نظر کشت خون، کشت ادرار و کشت مایع شکم نشان داد که در برخی از موارد مثبت بود. در مطالعه Mendu و همکاران نتایج نشان داد که ارتباط بین زندگی در مناطق فقیرنشین و عفونت های خونی معنی دار بود (۲۳). در مطالعه Kilic و همکاران نیز افراد بی خانمان کشت خون و کشت ادرار مثبت داشتند (۲۴).

استفاده از مراقبت‌های فوری بهداشتی که شامل مراجعه به اورژانس و پذیرش برای بستری در بیمارستان؛ در بسیاری از کشورها و سیستم های مراقبت های بهداشتی، از جمله در کشورهای با و بدون بیمه خدمات درمانی جهانی دیده می شود (۲۵). اگرچه افراد بی خانمان بیشتر از سایر افراد جامعه مراجعه به بخش اورژانس دارند، اما گروه کوچکی از افراد بی خانمان از خدمات مراقبت های فوری استفاده می کنند به طوری که کمتر از ۱۰ درصد افراد بی خانمان بیش از ۵۰ درصد مراجعات به بخش اورژانس را دارند (۲۶).

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاران بخش اورژانس بیمارستان امام حسین که در انجام این پژوهش مساعدت فرمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Safiri K, Khadem R. An evaluation of life expectancy status among homeless women in Tehran city (Case of study: A temporary holding center for homeless women of Tehran municipality, "Samansraye Lavizan"). *J Iran Soci Dev Stud*. 2014;6(1):51-70.
2. Grimley DM, Annang L, Lewis I, Smith RW, Aban I, et al. Sexually transmitted infections among urban shelter clients. *Sexually Transmit Dis*. 2006;33:666-69.
3. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:859-870.
4. Hwang SW, Ueng JJ, Chiu S, Kiss A, Tolomiczenko G, Cowan L, et al. Universal health insurance and health care access for homeless persons. *American journal of public health*. 2010;100(8):1454-61.
5. Bharel M, Lin W-C, Zhang J, O'Connell E, Taube R, Clark RE. Health care utilization patterns of homeless individuals in Boston: preparing for Medicaid expansion under the Affordable Care Act. *Am J Public Health*. 2013;103(suppl 2):S311-S317.
6. Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, Mathie H, Holland R. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *Journal of Public Health*. 2016;39(1):26-33.
7. Clark RE, Weinreb L, Flahive JM, Seifert RW. Health care utilization and expenditures of homeless family members before and after emergency housing. *Am J Public Health*. 2018;108(6):808-14.
8. DiNenno EA, Oster AM, Sionean C, Denning P, Lansky A. Piloting a system for behavioral surveillance among heterosexuals at increased risk of HIV in the United States. *Open AIDS J*. 2012;6:169-76.
9. Brunini SM, Barros CV, Guimarães RA, Galdino Júnior H, Rezza G, et al. HIV infection, high-risk behaviors and substance use in homeless men sheltered in therapeutic communities in Central Brazil. *International journal of STD & AIDS*. 2018;29(11):1084-8.
10. Herndon B, Asch SM, Kilbourne AM, Wang M, Lee M, Wenzel SL, et al. Prevalence and predictors of HIV testing among a probability sample of homeless women in Los Angeles County. *Public Health Reports*. 2016.

همچنین کاهش سطح هوشیاری، ضعف و بی حالی، تنگی نفس، درد شکم و تصادف با ماشین شایعترین علل مراجعه به بخش اورژانس بود. همکاری وزارت بهداشت و درمان با نیروهای نظامی و انتظامی و دیگر سازمانهای مرتبط همچون بهزیستی میتواند در ساماندهی و مدیریت و کاهش معضلات ناشی از افراد بیخانمان موثر باشد.

11. Choopanya K, Des DJ, Vanichseni S, Mock PA, Kitayaporn D, Sangkhum U, et al. HIV risk reduction in a cohort of injecting drug users in Bangkok, Thailand. *J Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999). 2003;33(1):88-95.
12. Amiri FB, Mostafavi E, Mirzazadeh A. HIV, HBV and HCV coinfection prevalence in Iran-a systematic review and meta-analysis. *PLoS one*. 2016;11(3):e0151946.
13. Rae BE, Rees S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(9):2096-107.
14. Lin WC, Bharel M, Zhang J, O'Connell E, Clark RE. Frequent emergency department visits and hospitalizations among homeless people with Medicaid: implications for Medicaid expansion. *Am J Public Health*. 2015;105(S5):S716-22.
15. Feldman BJ CA, Enyart J, Batchelor T, Friel TJ, Dusza SW, et al. Prevalence of homelessness by gender in an emergency department population in Pennsylvania. *J Am Osteopath Assoc*. 2018; 118(2): 85-91.
16. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med*. 2012; 27:16-22.
17. Arnaud A, Lioret S, Vandentorren S, Le Strat Y. Anaemia and associated factors in homeless children in the Paris region: the ENFAMS survey. *Eur J Public Health*. 2017;28:616-24.
18. Carvalho PM, Matos MA, Martins RM, Pinheiro RS, Caetano KA, Souza MM, et al. Prevalence, risk factors and hepatitis B immunization: helping fill the gap on hepatitis B epidemiology among homeless people, Goiânia, Central Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2017;33:e00109216.
19. Amiri FB, Gouya MM, Saifi M, Rohani M, Tabarsi P, Sedaghat A, et al. Vulnerability of homeless people in Tehran, Iran, to HIV, tuberculosis and viral hepatitis. *PLoS One*. 2014;9(6):e98742.
20. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(11): 859-70.
21. Doosti-Irani A, Mokhaeri H, Sharafi AC, Aghasadeghi MR, Hajimiragha M, Saki M, et al. Prevalence of HIV, HBV, and HCV and related risk factors amongst male homeless people in Lorestan province, the west of Iran. *J Res Health Sci*. 2017;17(1).

22. Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, AminEsmaeili M. HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus coinfections among injecting drug users in Tehran, Iran. *Int J Infect Dis.* 2010;14(1):e28-e33.
23. Mendu ML, Zager S, Gibbons FK, Christopher KB. Relationship between neighborhood poverty rate and bloodstream infections in the critically ill. *Crit Care Med.* 2012;40:1427-36.
24. Kilic TY, Yesilaras M, Atilla ÖD, Toker İ, Temizyürek Z. Homeless patients in the emergency department. *J Acad Emerg Med.* 2015;14(2):70.
25. Lebrun-Harris LA, Baggett TP, Jenkins DM, Sripipatana A, Sharma R, Hayashi AS, et al. Health status and health care experiences among homeless patients in federally supported health centers: findings from the 2009 patient survey. *Health Serv Res.* 2013;48(3):992-1017.
26. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health.* 2013;103 Suppl 2:S294-301.
27. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry.* 2004;58(1):65-70.
28. Schanzer B, Dominguez B, ShROUT PE, Caton CLM. Home-lessness, health status, and health care use. *Am J Public Health.* 2007;97:464-9.
29. Romaszko J, Cymes I, Dragańska E, Kuchta R, Glińska-Lewczuk K. Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS one.* 2017;12(12):e0189938.
30. Wunsch H, Christiansen CF, Johansen MB, Olsen M, Ali N, Angus DC, et al. Psychiatric diagnoses and psychoactive medication use among nonsurgical critically ill patients receiving mechanical ventilation. *JAMA.* 2014;311(11):1133-42.
31. Oud L. Epidemiology, Characteristics, and Outcomes of ICU-Managed Homeless Patients: A Population-Based Study. *Biomed Res Int.* 2018;2018.
32. Nielsen SF, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet.* 2011;377:2205-14.
33. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Int Med.* 2013;173(3):189-95.
34. Roncarati JS, Baggett TP, O'Connell JJ, Hwang SW, Cook EF, Krieger N, Sorensen G. Mortality among unsheltered homeless adults in Boston, Massachusetts, 2000-2009. *JAMA internal medicine.* 2018 ;178(9):1242-8.