

رفتارهای خطرزای مرتبه با مصدومیت‌های غیرعمدی

دانشآموزان دبیرستانی شهر تهران-۱۳۸۸

الله عینی^۱، محمد موحدی^۲، عباس آقایی^۲، حمید سوری^{۱*}

۱- مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی-۲- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت؛ مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 * نویسنده مسؤول: تهران، اوین، جنب بیمارستان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ساختمان شماره ۲ ستاد، طبقه هفتم، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن و نامبر: ۰۲۴۳۹۹۸۰ پست الکترونیک: hsoori@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱/۱۶ پذیرش: ۹۱/۴/۸

چکیده

مقدمه: با توجه به بروز بالای مصدومیت‌های غیرعمدی کودکان و نوجوانان و چندگانه بودن علل رخداد آن‌ها، مطالعه‌ای با هدف تعیین رفتارهای پر خطر مرتبه با بروز مصدومیت‌های غیرعمدی در دانشآموزان دبیرستانی شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد.

روش کار: از تعداد ۲۳۷۳۰۰ دانشآموزان دبیرستانی و هنرستانی مدارس دولتی و غیردولتی شهر تهران، تعداد ۷۲۷ دانشآموز که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند (حدوده سنی ۱۲-۱۹ سال، سالم، حافظ افراد بیمار) به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و بررسی شدند. مناطق ۱۹ آگانه آموزش و پرورش به روش طبقه‌بندی به سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم شدند. از پرسشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های آمریکا در زمینه رفتارهای پر خطر که در ایران بومی‌سازی و اعتباربخشی شده است استفاده شد. با انجام مصاحبه اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد. مصدومیت‌های غیرعمدی مطالعه شده شامل سقوط، سوختگی، سوانح ترافیکی، مسمومیت در خانه و یا مدرسه بود.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی جامعه مورد بررسی $1/2 \pm 16/8$ بود. ۴۴٪ از پسران و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرزای منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی قرار داشتند. میزان رانندگی بدون گواهینامه در پسران بیشتر از دختران و عدم استفاده از کمربند ایمنی در مدارس دولتی نسبت به مدارس غیردولتی و در جنوب تهران نسبت به سایر مناطق شایع‌تر بود ($p < 0.05$). ۴۱٪ از دانشآموزان مصرف خودسرانه دارو و ۱۸٪ رفتارهای پر خطر منجر به سقوط داشتند. نسبت قابل توجهی از افراد مطالعه، رفتارهای پر خطری مانند عدم استفاده از محل مجاز عبور عابر پیاده، موتورسواری بدون استفاده از کلاه ایمنی، رانندگی بدون داشتن گواهینامه رانندگی، مواجهه با مواد خطرناک منجر به مسمومیت و فعالیت‌های منجر به سقوط داشتند. به طور کلی رفتارهای پر خطر پسران افزایش معناداری نسبت به دختران داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن میزان رفتارهای پر خطر مرتبه با مصدومیت‌های غیرعمدی در جامعه مورد مطالعه به خصوص در میان پسرها و در مناطق محروم‌تر شهری، لازم است برنامه‌ریزی برای کاهش این گونه رفتارها برای پیشگیری از مصدومیت‌های غیرعمدی توسط مراجع ذی‌ربط مورد توجه قرار گیرد.

گل واژگان: آسیب‌های غیرعمدی، سقوط، سوختگی، مسمومیت، سوانح ترافیکی، رفتارهای خطرزا

مقدمه

سوائح غیرعمدی را در کودکان ۰ تا ۱۸ سال گزارش کرد. در حالی که مرگ، تنها نوک قله یخی است و مصدومیت‌های غیرفوتنی در کودکان با همان محدوده سنی در سال ۲۰۰۵ به

مصدومیت‌های غیرعمدی از عوامل منجر به مرگ کودکان در سراسر دنیا است. در سال ۲۰۰۳ مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا در گزارش خود ۱۰۲۱۶ مورد مرگ ناشی از

روش کار

در یک مطالعه مقطعی از ۲۳۷۳۰۰ دانشآموز مقطع متوسطه و هنرستان مدارس دولتی و غیردولتی دخترانه و پسرانه، تعداد ۷۲۷ نفر دانشآموز سالم که در محدوده سنی ۱۹-۱۲ سال قرار داشتند به شکل تصادفی انتخاب شدند. ابتدا مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش از نظر جغرافیایی و به روش طبقه‌بندی به سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم شدند. مناطق ۱، ۴، ۵، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸ به طور تصادفی انتخاب شدند و بر اساس نمونه‌گیری خوشای چند مرحله‌ای، خوشها انتخاب شدند. پرسشنامه استفاده شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های امریکا (۷) برای تعیین شیوه رفتارهای پرخطر (به عنوان مثال رفتن به بلندی بدون ناظارت، انجام آشپزی به طور مستقل، استفاده خودسرانه دارو، عدم کنترل برچسب مواد قبل از مصرف، رانندگی بدون گواهینامه، عدم استفاده از کلاه ایمنی در موتورسواری و کلیه رفتارهای خطرزای دیگر در ارتباط با سقوط، سوتختگی، مسمومیت، سوانح ترافیکی در محل زندگی / محل تحصیل) از سؤالات بسته با گزینه‌های بلی، خیر، و دارد / ندارد استفاده شد. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط دکتر بخشانی (۸) در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بعد از بومی‌سازی (بر اساس فرهنگ و عادات ساکنین این منطقه) و تعیین اعتباربخشی، در کودکان مورد استفاده قرار گرفته است. دانشآموزان شرکت کننده در پژوهش از سلامت برخوردار بودند. بیماران از این مطالعه حذف شدند. پرسشنامه طرح توسط شش کارشناس آموزش دیده، از افراد واحد شرایط در مطالعه گردآوری شد. ابتدا با مدارس منتخب هماهنگ می‌شد. پرسشگران پس از توجیه نمونه‌ها و اخذ موافقت کتبی برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه‌ها را بر اساس تعداد تعیین شده در مدارس، به شکل تصادفی توزیع می‌کردند و با اطمینان دادن به دانشآموزان مبنی بر محترمانه ماندن اطلاعات ثبت شده، به آن‌ها فرصت برای تکمیل پرسشنامه داده می‌شد. نمونه‌گیری شش روز در هفته انجام می‌شد و مجموعاً نمونه‌گیری سه ماه به طول انجامید. مناطق مورد بررسی، منطقه ۱ و ۴ به عنوان شمال (خانواده‌های با درآمد خوب)، ۵، ۶ و ۱۰ به عنوان مرکز (خانواده‌های با درآمد متوسط) و ۱۴، ۱۶ و ۱۸ به عنوان جنوب شهر (خانواده‌های با درآمد کم) محسوب شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده پس از ورود به نرمافزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و نتایج با آمار توصیفی مثل تعداد و درصد نمایش داده شدند. در تحلیل یافته‌ها، برای مقایسه متغیرها در هردو جنس، پایه تحلیلی و مناطق مورد بررسی (به عنوان وضعیت اجتماعی) و نوع مدارس از آزمون کایدو استفاده شد.

تابستان ۹۱، دوره پانزدهم، شماره دوم

میزان ۸۴۰۳۱۸۱ نفر بوده است (۱). پنج عامل منجر به مرگ در بین کودکان زیر ۱۸ سال شامل مصدومیت‌های ناشی از تصادف با وسایط نقلیه موتوری، سوتختگی، غرق شدگی، سقوط و مسمومیت می‌باشد (۲). جمعیت تقریباً ۱۵ میلیونی دانشآموزان در کشور این مسأله را ایجاد می‌کند که اطلاعات پایه‌ای از وضعیت بروز و شیوع رفتارهای مرتبط با آسیب‌ها در این قشر خطیر جامعه در دست باشد تا متعاقب آن بتوان راهکارها و اقدامات پیشگیری کننده بهبود دهنده ارایه داد. در این میان، دوران دبیرستان که گذر از مرحله مهم در دوران بلوغ در افراد جامعه می‌باشد بیشتر مدد نظر است. گذر از کودکی به دوره نوجوانی با تغییرات بارز و بی‌نظیر به وقوع می‌پیوندد. ویژگی‌های نوجوانی و محیط پیچیده و متغیر، سازگاری و رفتارهای مرتبط با سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چون دوره نوجوانی، مرحله مهم گذر از دوره تحت کنترل والدین می‌باشد (۳) و چندین عامل مرگ و بیماری در دوره نوجوانی با رفتارهای نوجوانان ارتباط دارد (۴)، این دوره بسیار حائز اهمیت می‌باشد. در ایالات متحده ۷۲٪ از تمامی مرگ‌ها در بین افراد ۱۰-۲۴ ساله از چهار علت تصادفات ناشی از وسایط نقلیه، آسیب‌های غیرعمدی، خودکشی و قتل ناشی می‌شود (۵). با توجه به ویژگی‌های خاص این دوره و همراهی آن با رفتارهای پر خطر و نیز اهمیت دوره نوجوانی در سلامت و توسعه جامعه، این دوره می‌تواند زمینه منحصر به فردی در بررسی رفتارهای بهداشتی مرتبط با سلامت فراهم کند. لذا در برخی از کشورها به صورت منظم و دوره‌ای به بررسی رفتارهای پر خطر در سین نوجوانی و جوانی به ویژه در دانشآموزان دوره دبیرستان پرداخته می‌شود (۶). رفتارهای پر خطر افراد از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است و اطلاعات مربوط به این موضوع قابل تعمیم نیست. در کشور ما مطالعات انگشت‌شماری در این زمینه انجام گرفته است. یکی از این مطالعات محدود، مطالعه‌ای است که بخشانی و همکاران در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۸۵ انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که شیوه رفتارهای مرتبط با آسیب‌های عمدی و غیرعمدی در این استان در مقایسه با بسیاری از مناطق دنیا در سطح بالایی قرار دارد (۶). با توجه به این که این طیف از بررسی‌ها مخصوصاً در دوران نوجوانی و جوانی در کشور انجام نشده است، این مطالعه برای فراهم کردن اطلاعات پایه به منظور آگاهی از وضعیت رفتاری دانشآموزان دبیرستانی و استفاده از این اطلاعات برای برنامه‌ریزی‌های مرتبط با آنیه این قشر از جامعه انجام شد. هدف این مطالعه تعیین میزان رفتارهای خطرزای منجر به سوانح غیرعمدی (سوانح ترافیکی، سقوط، سوتختگی، مسمومیت) بود.

نتایج

استفاده می‌کردند. در پسروان میزان مواجهه با مواد مسمومیت‌زا، رانندگی بدون گواهینامه، استفاده از موتورسیکلت، عدم استفاده از کلاه ایمنی، فعالیت‌های منجر به سقوط افزایش معناداری $p < 0.001$ نسبت به دختران داشت.

جدول ۱- مشخصات عمومی افراد شرکت‌کننده در مطالعه به تفکیک جنسیت

جمع	تعداد (%) جمعیت مورد مطالعه			سن (سال)
	دختر	پسر	جمع	
۴۴ (۵/۹)	۲۴ (۶/۸)	۲۰ (۵/۱)	۴۴	۱۴
۱۶۶ (۲۲/۲)	۸۶ (۲۴/۲)	۸۰ (۲۰/۴)	۱۶۶	۱۵
۲۶۰ (۳۴/۹)	۱۲۵ (۳۵/۲)	۱۳۵ (۳۴/۴)	۲۶۰	۱۶
۲۰۷ (۲۷/۷)	۱۰۰ (۲۸/۲)	۱۰۷ (۲۷/۳)	۲۰۷	۱۷
۷۰ (۹/۳)	۲۰ (۸/۳)	۵۰ (۸/۳)	۷۰	۱۸ و بیشتر
				تعداد خواهر و/یا برادر
۹۹ (۱۲/۸)	۴۵ (۱۲/۴)	۵۴ (۱۳/۰)	۹۹	تک فرزند
۳۳۶ (۴۲/۰)	۱۴۵ (۴۱/۱)	۱۱۱ (۳۴/۷)	۳۳۶	۱
۲۶۷ (۳۴/۴)	۱۳۵ (۳۷/۳)	۱۳۲ (۳۱/۹)	۲۶۷	۳-۲
۸۴ (۱۰/۸)	۴۷ (۱۰/۲)	۴۷ (۱۱/۴)	۸۴	بیشتر
۵۶ (۵۸/۹)	۲۶۱ (۱۱/۹)	۲۷۵ (۶۶/۳)	۵۶	نوع مدرسه
۲۴۴ (۳۱/۱)	۱۰۲ (۲۸/۱)	۱۴۰ (۳۳/۷)	۲۴۴	دولتی
				غیر انتفاعی
۲۱۰ (۲۷/۰)	۹۹ (۲۷/۳)	۱۱۱ (۲۶/۷)	۲۱۰	سال تحصیلی دبیرستان
۲۶۴ (۳۳/۹)	۱۲۲ (۳۳/۶)	۱۴۲ (۳۴/۲)	۲۶۴	اول
۳۰۴ (۳۹/۱)	۱۴۲ (۳۹/۱)	۱۶۲ (۳۹/۰)	۳۰۴	دوم
۷۷۸ (۱۰/۰)	۳۶۳ (۴۶/۷)	۴۱۵ (۵۳/۳)	۷۷۸	سوم
				جمع

**جدول ۲- توزیع (تعداد و درصد) رفتارهای خطرزای منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی در دانشآموزان دبیرستانی تهران در سال ۱۳۸۸
(تعداد کل نمونه ۷۷۶)**

متغیرهای مورد بررسی	هرگز					
	پسرها	دخترها	بسیار	میانگین	Dexterها	پسرها
عدم استفاده از کلاه ایمنی	۱۹۰ (۵۷/۶)	۱۵۸ (۴۲/۴)	۸۸ (۷۷/۹)	۲۵ (۲۲/۱)	۱۳ (۲۲/۵)	<۰/۰۱
عدم استفاده از موتورسیکلت	۲۱۷ (۴۱/۲)	۲۵۳ (۵۸/۱)	۲۲۷ (۴۶/۵)	-	-	<۰/۰۱
عدم استفاده از پل عابر پیاده	۵ (۵۵/۶)	۴۰ (۴۴/۴)	۲۶۲ (۵۲/۹)	۱۰-۹ (۳۱/۵)	۹۹ (۲۷/۳)	NS
عدم نظارت والدین در رفت به بلندی	۱۹۷ (۵۵/۳)	۱۵۹ (۴۴/۷)	۱۰-۸ (۴۷/۶)	۱۱۹ (۵۲/۴)	۱۰-۵ (۴۴/۱)	=۰/۰۲
عدم استفاده از اسکیت و دوچرخه	۱۶۰ (۵۱/۰)	۱۱۱ (۴۱/۰)	۱۱۵ (۵۷/۲)	۸۶ (۴۲/۸)	۱۳۵ (۴۵/۲)	NS
عدم استفاده از وسائل حفاظتی هجت جلوگیری از افتادن	۲۸۷ (۵۱/۸)	۲۳۳ (۴۲/۱)	۵۲ (۲۵/۱)	۴۳ (۴۲/۳)	۵۶ (۳۶/۹)	NS
عدم انجام فعالیت‌های منجر به سقوط	۳۱۵ (۵۶/۶)	۳۰-۸ (۴۹/۴)	۱۶ (۶/۵)	۱۰ (۳۸/۵)	۷۷ (۴۲/۳)	=۰/۰۹
عدم انجام کارها به طور مستقل (آشیزی، رفتن به بلندی و...)	۳۳ (۵۴/۱)	۲۸ (۵۳/۹)	۲۲۳ (۴۹/۷)	۲۲۶ (۵۰/۳)	۱۵۵ (۵۰/۱)	<۰/۰۵
عدم دیدن آموزش پیشگیری از سوخنگی	۱۹۸ (۵۴/۵)	۱۶۵ (۴۵/۵)	۴۴ (۴۲/۳)	۶۰ (۵۷/۷)	۱۵۶ (۵۵/۸)	=۰/۰۹
عدم مسومیت در از استفاده خودسرانه از دارو	۳۸۱ (۵۲/۷)	۳۴۲ (۴۷/۲)	۵ (۴۵/۴۶)	۱۴ (۴۰/-)	۲۱ (۴۰/-)	NS
عدم قرارگیری در معرض ملواء مسومیت‌زا	۱۸۷ (۵۰/۱)	۱۷۷ (۴۲/۱)	۳۵ (۴۶/۱)	۱۰-۲ (۴۰/۱)	۸۰ (۴۰/-)	=۰/۰۴
عدم کنترل بر چسب مواد برای پیشگیری از مسومیت	۱۱۷ (۵۶/-)	۱۱۱ (۴۴/-)	۱۵۶ (۵۲/۱)	۱۲۰ (۵۲/۲)	۱۱۰ (۴۷/۸)	<۰/۰۱
مجموع اعداد کمتر از تعداد کل نمونه مربوط به باشندگان نداده‌ها می‌باشد؛ داخل پرانتز مولید درصد می‌باشد						

جدول ۴- توزیع (تعداد و درصد) استفاده از کمربند ایمنی بر حسب جنس و نوع مدارس در دانشآموزان دبیرستانی تهران سال ۱۳۸۸

استفاده از کمربند ایمنی			
خیز	خیلی کم	میانگین	بسیار
۱۸۴ (۴۶/-)	۱۵۰ (۳۸/۰)	۶۲ (۱۶/۰)	پسر
۱۲۳ (۳۹/-)	۱۲۹ (۴۱/۰)	۶۵ (۲۰/۰)	دختر
۳۷ (۴۳/۰)	۲۷۹ (۳۹/۰)	۱۷۲ (۱۸/۰)	کل
			نوع مدارس
۱۹۴ (۳۹/۰)	۱۸۷ (۳۹/۵)	۱۰-۷ (۲۱/۵)*	دولتی
۱۱۳ (۳۲/۳)	۸۲ (۳۷/۱)	۲۱ (۹/۷)	غیر دولتی
۳۰-۷ (۴۴/۰)	۲۶۹ (۳۸/۰)	۱۲۸ (۱۸/۰)	کل

* $p < 0.001$

نتایج نشان داد سن جامعه مورد بررسی با میانگین و انحراف میانگین 16.8 ± 1.2 سال با دامنه ۱۲-۱۹ سال بود. جدول ۱ خصوصیات عمومی جامعه مورد مطالعه را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. در حدود ۴۴٪ از پسروان و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرزای منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی قرار داشتند. تفاوت معناداری بین گروه‌های سنی مختلف با رفتارهای خطرزای مشاهده نشد. همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد ۶۹/۵٪ در حین موتورسواری از کلاه ایمنی استفاده نمی‌کنند. ۱۸/۱٪ از افراد اقدامات منجر به سقوط دارند و ۴۱/۶٪ از افراد خودسرانه دارو استفاده می‌کنند.

همان گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، پسروان ۲۴٪ بیشتر از دختران بدون گواهینامه رانندگی می‌کنند که این تفاوت به لحاظ آماری با $p < 0.001$ معنادار است. عدم استفاده از کمربند ایمنی در مدارس دولتی ۲۱/۵٪ است که در مقایسه با مدارس غیردولتی ۱۱/۸٪ بیشتر است (جدول ۳). عدم استفاده از کمربند ایمنی و میزان استفاده از موتورسیکلت در منطقه جنوب تهران بیشتر از سایر مناطق است (جدول ۴). استفاده از کمربند ایمنی در مناطق آموزشی شهر تهران در جدول ۵ ارایه شده است. ۳۴٪ از دختران و ۴۰٪ از پسروان از پل عابر پیاده

جدول ۳- توزیع (تعداد و درصد) رانندگی بدون گواهینامه بر حسب جنس و نوع مدارس در دانشآموزان دبیرستانی تهران سال ۱۳۸۸

جنس	خیلی کم			بسیار		
	خیز	میانگین	بسیار	خیلی کم	میانگین	بسیار
پسر	۱۲۸ (۳۴)	۱۲۲ (۳۰)	*	۱۴۱ (۳۶)	۲۲۵ (۶۹)	۲۱
دختر	۸۰ (۲۵)	۸۱ (۲۵)		۱۳۳ (۲۰)	۲۶۶ (۵۰)	
کل	۲۱۸ (۳۰)	۱۳۳ (۲۰)		۲۸۱ (۵۰)	۲۵۲ (۵۰)	
نوع مدارس						
دولتی	۱۴۴ (۲۹/۰)	۱۰۸ (۲۱/۰)*		۱۴۴ (۲۹/۰)	۱۰۸ (۲۱/۰)*	
غیر دولتی	۷۴ (۳۳/۰)	۳۶ (۱۶/۰)		۷۴ (۳۳/۰)	۳۶ (۱۶/۰)	
کل	۳۱۸ (۳۰/۰)	۱۴۴ (۲۰/۰)		۳۱۸ (۳۰/۰)	۱۴۴ (۲۰/۰)	

* $p < 0.001$, ** $p < 0.05$

کودکان انجام شده است نشان داد که فعالیت‌های کلی مراقبینی که به طور تصادفی مورد مداخله قرار گرفته بودند در مورد اینمی خانه، خصوصاً در محل‌هایی از خانه که مواد مسمومیت‌زا یا ابزار برند وجود داشت و فعالیت‌های پیشگیری از سوختگی به شکل معناداری در قیاس با گروه کنترل ارتقا یافته بود. اضافه بر آن، مراقبینی که وسایل اینمی رایگان به همراه دستورالعمل برای استفاده خاص در اختیارشان قرار گرفته بود بیشتر از این وسایل در قیاس با گروه کنترل استفاده کرده بودند (۱۸) ۶۸٪ از نمونه‌ها از وسایل پیشگیری از سقوط استفاده نمی‌کردند. برای کاهش رخداد مصدومیت‌های ناشی از سقوط، استراتژی‌های مورد استفاده باید بر روی افزایش آگاهی و آموزش والدین در مورد مکانیسم سقوط تمتمرکز شده و سبب افزایش نظارت والدین در حین فعالیت‌های کودکانشان شود. در حین فعالیت کودکان نیز باید از اینمی پنجره‌ها و بالکن‌ها مطمئن بود. یافته‌های مرکز تحقیقات سوانح دانشگاه موناش که بر روی پیشگیری از مصدومیت‌های غیرعمدی و با هدف آموزش انجام شده است نشان داد که پیشگیری از سوانح در مدارس نیازمند یک رویکرد سیستمیک بوده و باید اولاترین علل مشترک مصدومیت‌ها خصوصاً مصدومیت‌های شدید را با توجه به سن، جنس و الگوی اختصاصی آن شناسایی کرده و مورد هدف قرارداد. هدف پیشگیری اولیه از مصدومیت‌های غیرعمدی باید بر روی کاهش مصدومیت معطوف شود. ایجاد محیطی عاری از خطر، با همراهی مراقبت و نظارت فعالی اساسی در کنترل و پیشگیری از مصدومیت‌های غیرعمدی است (۱۹). در حالی که کودکان رشد می‌کنند باید بیشتر مستقل شده و پذیرای مسؤولیت‌های بیشتری برای فعالیت‌هایشان باشند. گرچه فعالیت‌های کم خطر برای این گروه سنی طبیعی به نظر می‌رسد، به همان اندازه رفتارهای خطرزا و محیط خطرزا می‌تواند برای آنان خطرناک باشد. این مطالعه اولین گزارش از رفتارهای خطرزا منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی در کودکان است که کلیه موارد رفتارهای خطرزا را مورد سنجش قرار داده است که می‌تواند به عنوان نقطه قوت مطالعه تلقی شده و اطلاعات پایه‌ای جامعی را در اختیار سایر پژوهشگران و جامعه علمی کشور قرار دهد. احتمال عدم پاسخگویی دقیق در بعضی از سؤالات به دلیل احساس داشتن پی‌آمدهای احتمالی، می‌تواند صحت بعضی یافته‌ها را تحت تأثیر قرار دهد که می‌تواند به عنوان ضعف مطالعه تلقی شود. از مشکلات طرح، همکاری کمتر بعضی از دیبرستان‌های شهر تهران با پرسشگران و مجریان طرح بود که علی‌رغم داشتن مجوز کتبی و قانونی از وزارت آموزش و پرورش، همکاری همه جانبه‌ای از سوی آنان اعمال نشد.

تابستان ۹۱، دوره پانزدهم، شماره دوم

جدول ۵- توزیع (تعداد و درصد) استفاده از کمربند اینمی بر حسب مناطق آموزشی در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران سال ۱۳۸۸

مناطق آموزشی	هر گز	استفاده از کمربند اینمی بیشتر موقع و همشه	ندرتاً گاهی	۱۳۸۸
شمال	۱۹ (۱۲/۰)	۵۹ (۳۶/۰)	۵۹ (۵۷/۰)	
مرکز	۴۹ (۱۹/۰)	۹۴ (۳۷/۰)	۱۱۱ (۳۴/۰)	
جنوب	۶۳ (۲۰/۰)	۱۳۱ (۴۲/۰)	۱۱۷ (۲۷/۰)	تطبیق شده با جنبهٔ p<0.001

بحث

در حدود ۴۴٪ از پسران و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرزا منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی قرار داشتند. میزان رانندگی بدون گواهینامه، مواجهه با مواد مسمومیت‌زا، راندن موتورسیکلت و عدم استفاده از کلاه اینمی در طی موتورسواری در بین پسران بالا بود. میزان راندن موتورسیکلت و نیستن کمربند اینمی در مدارس دولتی در جنوب شهر تهران که مؤید خانواده‌های با درآمد کم و وضعیت اقتصادی نامناسب هستند بالا بود. این یافته‌ها مؤید یافته‌های اکارول^۱ است که نشان داد میزان مصدومیت در پسران به شکل معناداری بیشتر از دختران است (۸). پنج عامل منجر به مرگ ناشی از وسایط نقلیه موتوری، سوختگی، غرق شدگی، سقوط و مسمومیت است (۹). والدین و مراقبین کودکان نیاز دارند در مورد عوامل خطر اصلی در مورد کودکان آگاهی پیدا کنند و اقدامات مناسبی را برای کاهش خطر مصدومیت‌های غیرعمدی انجام دهند. یافته‌ها نشان داد که پسران ساکن جنوب شهر تهران با درآمد کم، رفتارهای خطرزا منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی داشته‌اند. بر اساس یافته‌های حاضر به نظر می‌رسد زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی، اثر قابل توجهی در بروز رفتارهای پر خطر دارند. خصوصاً تصویر خاموش فقر که تأثیری پیچیده در مواجهه با خطرات محیطی داشته و سلامت کودکان را تحت الشاع قرار می‌دهد. بر اساس یافته‌های سایر مطالعات، فقر ارتباط مستقیمی با رخداد مصدومیت‌های غیرعمدی در نوجوانان دارد (۱۰-۱۳). ۵۴٪ از نمونه‌ها برای رفتن به بلندی، نظارتی از سوی والدین نداشتند و برای پیشگیری از سوختگی آموزشی ندیده بودند. سایر مطالعات نشان داده‌اند که کودکان در موقع بیداری دائماً تحت نظرات والدین قرار ندارند. کودکانی که در معرض دید والدین نیستند نیز از نظارت کمتری برخوردارند. عموماً خانواده‌ها با نظارت خود میزان خطر در خانه را کاهش می‌دهند (۱۷-۱۴). تعدادی از مداخلاتی که برای کاهش مصدومیت‌های غیرعمدی در مراقبین

^۱O'Carroll

نتیجه‌گیری

این مطالعه تصویر اپیدمیولوژیکی پایه‌ای از میزان رفتارهای خطرزای منجر به سوانح غیرعمدی را که کودکان تهرانی آن را تجربه کرده‌اند را ارایه می‌نماید. والدین و مراقبین کودکان نیاز دارند که عوامل خطر بالا برای کودکان و تطابق با کاهش خطرات سوانح غیرعمدی را بدانند و برای کاهش آن مشارکت نمایند. سیاست‌گذاران بهداشتی نیز باید بر اساس حجم و شدت مسأله، قابلیت پیشگیری، قابلیت اندازه‌گیری پی‌آمد و نتیجه آن برنامه‌های بهداشتی مناسب ارایه نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از وزارت آموزش و پرورش، از کلیه مسؤولین مدارس مورد بررسی و کلیه دانش‌آموزانی که در این مطالعه شرکت داشته‌اند تقدیر و تشکر می‌شود. از کلیه پرسشگران برای دقت در جمع‌آوری اطلاعات و همچنین از مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها نیز به دلیل حمایت علمی و تأمین بودجه طرح تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- 1- Litter KD. Unintentional injuries in children. *Public Health Prevention* 2007; 13: 1-4.
- 2- Cole KA, Gable S. Protecting children from unintentional injuries. University of Missouri- Colombia. [Accessed 2011 October 15]. Available from URL: <http://extention.Missouri.Edu/explore/hesguide/humanrel/gh6026.Htm>.
3. Tuner C, McClure R, Nixon J, Spinks AA. Community based programs to prevent pedestrian injuries in children 0-14 years: a systemic review. *Inj Control Saf Promoz* 2004; 11: 231-237.
4. Towner E, Dowswell T. Community- based childhood injury prevention interventions: what works? *Health Promoz Int* 2002; 17: 273-284.
5. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J and et al. Youth risk behavior surveillance –United States. 2007. *MMWR* 2008; 57:1-131.
- 6- Bakhshani NM, Lashkaripour K, Bakhshani S, Hosainbar M. Prevalence of risky behaviors related to intentional and unintentional injuries among adolescent high school students of Sistan & Baluchestan, South-east of Iran. . Zahedan Journal Research of Medical University 2007; 9:199-201. (in Persian).
- 7- Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuuntsche E, Mazur J, et al. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005;11: 213-218.
- 8- O'Carroll C, Egleston C, Nicholson AJ. Preventing unintentional injury in children and adolescents the importance of local injury data collection. *Ir Med J* 2009; 102(5):152-154.
- 9- Kelly A, Cole MU, Gable S. Protecting children from unintentional injuries. *Parents & teachers* 2009; 19:46-56.
- 10- Pickett W, Garner MJ, Boyce WF, King MA. Gradients in risk for youth injury associated with multiple-risk behaviors: a study of 11,329 Canadian adolescents. *Social Science & Medicine* 2002; 55(6): 1055-1068.
- 11- Evans GW, Kantrowitz E. Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 303-31.
- 12- Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim A, Hettrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health* 2005; 36(3): 227-35.
- 13- Pickett W, Molcho M, Simpson K, Janssen I, Kuuntsche E, Mazur J. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005; 11:213-218.
- 14- Schwebel DC, Brezausek CIM, Ramey SL, Ramey CT. Interactions between Child Behavior Patterns and Parenting: Implications for Children's Unintentional Injury Risk. *JSP* 2004; 29(2): 93-104.
- 15- Morrongiello BA, House K. Measuring parent attributes and supervision behaviors relevant to child injury risk: examining the usefulness of questionnaire measures. *Inj Prev* 2004; 10:114-118.
- 16- Morrongiello BA, Corbett M. Understanding unintentional injury risk in young children II. The contribution of caregiver supervision, child attributes, and parent attributes. *J pediatric* 2006; 31(6):540-551.
- 17- Morrongiello BA, Klemencic N, Corbett M. Interactions between child behavior patterns and parent supervision: implications for children's risk of unintentional injury. *Child Dev* 2008; 79(3): 627-38.
- 18- Posner JC, Hawkins LA, Espana FG, Durbin DR. A randomized clinical trial of a home safety intervention based in an emergency department setting. *Pediatrics* 2004; 113:1603 -1608.
- 19 Monash University Accident Research Center. Preventing unintentional injury in Victorian children aged 0-14 years: a call to action. *Hazard* 2007; 65:1-40.

Risky Behaviors Leading to Unintentional Injuries among High School Students in Tehran, 2009

Ainy E¹ (PhD Student), Movahedi M² (PhD), Aghaei A² (MSc), Soori H^{1,2*} (PhD)

¹ Safety Promotion and Injury Prevention Research Centre,
Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Epidemiology, School of Public Health,
Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 5 Apr 2011, Accepted: 29 Jun 2012

Abstract

Introduction: Unintentional injuries are multi-causal and highly reported among children and adolescents. This study aimed to determine risky behaviors leading to unintentional injuries among high school students in Tehran in 2009.

Methods: From 237300 high school students (185151 in public and 52149 in private schools), 727 students were selected using multistage randomized sampling. From 20 educational districts, eight districts were selected and were divided to three north, centre, and south areas. Data were gathered using the standard questionnaire of the CDC which had been validated in Iran. Participants were healthy students aged 12-18 years. Risky behaviors related to falling, burning, poisoning, and road traffic injuries were studied.

Results: The students aged 16.8 ± 1.2 years. Overall, 44% of male students and 38% of female students were exposed to risky behaviors. Driving without having driving-license was more common among male students studying in public schools ($p < 0.001$). Motorcycling was more common among students studying in the high schools located in the south of Tehran ($p < 0.001$). Male students had more substance abuse, driving without driving-license, and motorcycling without using helmets ($p < 0.001$).

Conclusion: Because of high prevalence of risky behaviors related to unintentional injuries, mainly among boys and those who live in more deprived areas, decision-makers should have population-based programs to decline risky behaviors.

Key words: unintentional injuries, fall, burn, poisoning, road traffic injuries, risky behaviors

Please cite this article as follows:

Ainy E, Movahedi M, Aghaei A, Soori H. Risky Behaviors Leading to Unintentional Injuries among High School Students in Tehran, 2009. Hakim Research Journal 2012; 15(2): 124- 129.

*Corresponding Author: Safety Promotion and Injury Prevention Research Centre, 7th floor of second building of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Next to Taleghani hospital, Evin, Tehran, Iran. Tel& Fax: +98- 21- 22439980, E-mail: hsoori@yahoo.com