

رفتارهای خطرزای مرتبط با مصدومیت‌های غیر عمدی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران-۱۳۸۸

الهه 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 مسؤل: 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 نمابر: ۲۲۴۳۹۹۸۰
پست الکترونیک: hsoori@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱/۱۶ پذیرش: ۹۱/۴/۸

چکیده

مقدمه: با توجه به بروز بالای مصدومیت‌های غیر عمدی کودکان و نوجوانان و چندانکه بودن علل رخداد آن‌ها، مطالعه‌ای با هدف تعیین رفتارهای پر خطر مرتبط با بروز مصدومیت‌های غیر عمدی 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 (محدوده سنی ۱۹-۱۲ سال، سالم، حذف افراد بیمار) به صورت تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و بررسی شدند. مناطق ۱۹ گانه آموزش و پرورش به روش طبقه‌بندی به سه منطقه شمال، مرکز و جنوب تقسیم شدند. از پرسشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های آمریکا در زمینه رفتارهای پرخطر که در ایران بومی‌سازی و اعتباربخشی شده است استفاده شد. با انجام مصاحبه اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد. مصدومیت‌های غیر عمدی مطالعه شده شامل سقوط، سوختگی، سوانح ترافیکی، مسمومیت در خانه و یا مدرسه بود.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سنی جامعه مورد بررسی $16/8 \pm 1/2$ بود. ۴۴٪ از پسران و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرزای منجر به مصدومیت‌های غیر عمدی 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 ($P < 0/05$). ۴۱/۶٪ از دانش‌آموزان مصرف خودسرانه دارو و ۱۸/۱٪ رفتارهای پرخطر منجر به سقوط داشتند. نسبت قابل توجهی از افراد مطالعه، رفتارهای پرخطری 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 پرخطر پسران افزایش معناداری نسبت به دختران داشت ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن میزان رفتارهای پرخطر مرتبط با مصدومیت‌های غیر عمدی در جامعه مورد مطالعه به خصوص در میان پسران و در مناطق محروم‌تر شهری، لازم است برنامه‌ریزی برای کاهش این گونه رفتارها برای پیشگیری از مصدومیت‌های غیر عمدی توسط مراجع ذی‌ربط مورد توجه قرار گیرد.

کل‌واژگان: آسیب‌های غیر عمدی، سقوط، سوختگی، مسمومیت، سوانح ترافیکی، رفتارهای خطرزا

مقدمه

سوانح غیر عمدی را در کودکان ۰ تا ۱۸ سال گزارش کرد. در حالی که مرگ، تنها نوک قله یخی است و مصدومیت‌های غیر فوتی در کودکان با همان محدوده سنی در سال ۲۰۰۵ به

مصدومیت‌های غیر عمدی 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، ۱۶ و ۱۸ به طور تصادفی انتخاب شدند و بر اساس نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، خوشه‌ها انتخاب شدند. پرسشنامه استفاده شده توسط مرکز مدیریت بیماری‌های امریکا (۷) برای تعیین شیوع رفتارهای پرخطر (به عنوان مثال رفتن به بلندی بدون نظارت، انجام آشنیزی 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 خطرناک دیگر در ارتباط با سقوط، سوختگی، 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 (۶) 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 واجد شرایط در مطالعه گردآوری شد. ابتدا با مدارس منتخب هماهنگی 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 محرمانه 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 تحصیلی 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 مسمومیت‌های ناشی از تصادف با وسایط نقلیه موتوری، سوختگی، غرق شدگی، سقوط و مسمومیت می‌باشد (۲). جمعیت تقریباً ۱۵ میلیونی دانش‌آموزان در کشور این مسأله را ایجاب 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 ارائه داد. در این میان، دوران دبیرستان که گذر از مرحله مهم در دوران بلوغ در افراد جامعه می‌باشد بیشتر مد 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 ۲۴-۱۰ 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 پرخطر 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 پرخطر در سنین نوجوانی و جوانی به ویژه در دانش‌آموزان دوره دبیرستان پرداخته می‌شود (۵). رفتارهای پرخطر 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 معدود، مطالعه‌ای است که بخشانی و همکاران در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۸۵ انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع 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 آتیه این قشر از جامعه انجام شد. هدف این مطالعه تعیین میزان رفتارهای خطرناک منجر به سوانح غیرعمدی (سوانح ترافیکی، سقوط، سوختگی، مسمومیت) بود.

نتایج

نتایج نشان داد سن جامعه مورد بررسی با میانگین و انحراف معیار $16/8 \pm 1/2$ سال با دامنه (۱۹-۱۲) سال) بود. جدول ۱ خصوصیات عمومی جامعه مورد مطالعه را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. در حدود ۴۴٪ از پسران و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرناک منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی قرار داشتند. تفاوت معناداری بین گروه‌های سنی مختلف با رفتارهای خطرناک 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، پسران 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 قیاس با مدارس غیردولتی ۱۱/۸٪ بیشتر است ($p < 0/001$) (جدول ۳). عدم استفاده از کمربند ایمنی و میزان استفاده از موتور سیکلت در منطقه جنوب تهران بیشتر از سایر مناطق است ($p < 0/001$) (جدول ۴). استفاده از کمربند ایمنی در مناطق آموزشی شهر تهران در جدول ۵ ارایه شده است. ۳۴٪ از دختران و ۴۰٪ از پسران از پل عابر پیاده

استفاده می‌کردند. در پسران 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	
	پسر	دختر
سن (سال)		
۱۴ یا کمتر	۲۰ (۵/۱)	۲۴ (۶/۸)
۱۵	۸۰ (۲۰/۴)	۸۶ (۲۴/۲)
۱۶	۱۳۵ (۳۴/۴)	۱۲۵ (۳۵/۲)
۱۷	۱۰۷ (۲۷/۳)	۱۰۰ (۲۸/۲)
۱۸ و بیشتر	۵۰ (۱۳/۳)	۲۰ (۵/۳)
تعداد خواهر و/یا برادر تک فرزند		
۱	۱۸۱ (۴۳/۷)	۱۴۵ (۴۰/۱)
۲-۳	۱۳۲ (۳۱/۹)	۱۳۵ (۳۷/۳)
۴ یا بیشتر	۴۷ (۱۱/۴)	۳۷ (۱۰/۲)
نوع مدرسه		
دولتی	۲۷۵ (۶۶/۳)	۲۶۱ (۷۱/۹)
غیر انتفاعی	۱۴۰ (۳۳/۷)	۱۰۲ (۲۸/۱)
سال تحصیلی دبیرستان		
اول	۱۱۱ (۲۶/۷)	۹۹ (۲۷/۳)
دوم	۱۴۲ (۳۴/۲)	۱۲۲ (۳۳/۶)
سوم	۱۴۲ (۳۹/۰)	۱۴۲ (۳۹/۱)
جمع	۴۱۵ (۵۳/۳)	۳۶۳ (۴۶/۷)

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

P	بیشتر مواقع				هرگز		متغیرهای مورد بررسی
	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	
<0/001	۲۷ (۶۷/۵)	۱۳ (۳۲/۵)	۲۵ (۲۲/۱)	۸۸ (۷۷/۹)	۱۵۸ (۴۵/۴)	۱۹۰ (۵۴/۶)	عدم استفاده از کلاه ایمنی
<0/001	-	-	۱۰۹ (۳۱/۵)	۲۳۷ (۸۶/۵)	۲۵۳ (۷۸/۸)	۱۷۷ (۴۱/۲)	عدم استفاده از موتور سیکلت
NS	۹۹ (۵۲/۷)	۸۹ (۴۷/۳)	۲۲۳ (۴۷/۱)	۲۶۲ (۵۲/۹)	۴۰ (۴۴/۴)	۵۰ (۵۵/۶)	عدم استفاده از پل عابر پیاده
NS	۱۰۵ (۵۵/۹)	۱۴۷ (۴۷/۱)	۱۱۹ (۵۲/۴)	۱۰۸ (۴۷/۶)	۱۵۹ (۴۴/۷)	۱۴۷ (۵۵/۳)	عدم نظارت والدین در رفتن به بلندی
=0/002	۱۳۵ (۴۵/۳)	۱۶۳ (۵۴/۷)	۸۶ (۴۲/۸)	۱۱۵ (۵۷/۳)	۱۱۱ (۴۱/۰)	۱۶۰ (۵۹/۰)	عدم استفاده از اسکی و دوچرخه
NS	۶۹ (۴۶/۹)	۷۸ (۵۳/۱)	۴۳ (۴۵/۳)	۵۲ (۵۴/۷)	۲۳۷ (۴۵/۲)	۲۸۷ (۵۴/۸)	عدم استفاده از وسایل حفاظتی جهت جلوگیری از افتادن
=0/019	۷۲ (۶۴/۳)	۴۰ (۲۵/۷)	۱۰ (۳/۸)	۱۶ (۶/۱)	۳۰۸ (۴۹/۴)	۳۱۵ (۵۰/۶)	عدم انجام فعالیت‌های منجر به سقوط
<0/05	۱۵۵ (۵۹/۲)	۱۰۷ (۴۰/۸)	۲۲۶ (۵۰/۳)	۲۲۳ (۴۹/۷)	۲۸ (۴۵/۹)	۳۳ (۵۴/۱)	عدم انجام کارها به طور مستقل (آشپزی، رفتن به بلندی و...)
=0/049	۱۶۹ (۵۵/۸)	۱۳۴ (۴۴/۲)	۶۰ (۵۷/۷)	۴۴ (۴۲/۳)	۱۶۵ (۴۵/۵)	۱۹۸ (۵۴/۵)	عدم دیدن آموزش پیشگیری از سوختگی
NS	۱۴ (۴۰/۰)	۲۱ (۶۰/۰)	۵ (۴۵/۴۶)	۶ (۵۴/۵۴)	۳۴۲ (۴۷/۳)	۳۸۱ (۵۲/۷)	عدم مصدومیت در اثر استفاده خودسرانه از دارو
=0/004	۱۰۲ (۵۶/۰)	۸۰ (۴۴/۰)	۱۸ (۳۴/۰)	۳۵ (۶۶/۰)	۱۴۷ (۴۴/۷)	۱۸۷ (۵۵/۳)	عدم قرارگیری در معرض مواد مسمومیت‌زا
<0/001	۱۲۰ (۵۲/۲)	۱۱۰ (۴۷/۸)	۱۵۲ (۴۷/۹)	۱۵۶ (۵۲/۱)	۹۲ (۴۴/۰)	۱۱۷ (۵۶/۰)	عدم کنترل بر چسب مواد برای پیشگیری از مسمومیت

جمع اعداد کمتر از تعداد کل نمونه مربوط به پاسخ نداده‌ها می‌باشد؛ داخل پرانتز مؤید درصد می‌باشد

جدول ۳- توزیع (تعداد و درصد) استفاده از کمربند ایمنی بر حسب جنس و نوع مدارس در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران سال ۱۳۸۸

جنس	استفاده از کمربند ایمنی	
	خیر	بیشتر مواقع
پسر	۶۲ (۱۶/۰)	۱۵۰ (۳۸/۰)
دختر	۶۵ (۲۰/۰)	۱۲۹ (۴۱/۰)
کل	۱۲۷ (۱۸/۰)	۲۷۹ (۳۹/۰)
نوع مدارس		
دولتی	۱۰۷ (۳۱/۵)*	۱۸۷ (۳۹/۵)
غیر دولتی	۲۱ (۹/۷)	۸۲ (۳۸/۰)
کل	۱۲۸ (۱۸/۰)	۲۶۹ (۳۸/۰)

* $p < 0/001$

جدول ۴- توزیع (تعداد و درصد) رانندگی بدون گواهینامه بر حسب جنس و نوع مدارس در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران سال ۱۳۸۸

جنس	رانندگی بدون گواهینامه	
	خیر	بیشتر مواقع
پسر	۱۳۸ (۳۴)	۱۲۲ (۳۰)°
دختر	۸۰ (۲۵)	۲۱ (۶)
کل	۲۱۸ (۳۰)	۱۴۳ (۲۰)
نوع مدارس		
دولتی	۱۴۴ (۳۹/۰)	۱۰۸ (۲۱/۰)**
غیر دولتی	۷۴ (۳۳/۰)	۳۶ (۱۶/۰)
کل	۲۱۸ (۳۰/۰)	۱۴۴ (۲۰/۰)

** $p < 0/001$, ° $p < 0/05$

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

مناطق آموزشی	استفاده از کمربند ایمنی		
	هرگز	ندرتاً، گاهی	بیشتر مواقع و همیشه
شمال	۱۹ (۱۲/۰)	۵۹ (۳۶/۰)	۸۴ (۵۲/۰)
مرکز	۴۹ (۱۹/۰)	۹۴ (۳۷/۰)	۱۱۱ (۴۴/۰)
جنوب	۶۳ (۲۰) ^a	۱۳۱ (۴۲/۰)	۱۱۷ (۳۸/۰)

^a p < ۰/۰۰۱ تطبیق شده با جنسیت

بحث

در حدود ۴۴٪ از پسران و ۳۸٪ از دختران در معرض رفتارهای خطرناک منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی قرار داشتند. میزان رانندگی بدون گواهینامه، مواجهه با مواد مسمومیت‌زا، راندن موتورسیکلت و عدم استفاده از کلاه ایمنی در طی موتورسواری در بین پسران بالا بود. میزان راندن موتورسیکلت و نسبت کمربند ایمنی 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 مصدومیت در سنین زیر ۱۸ سالگی، مصدومیت‌های 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 خطرناک منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی بیشتری 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 تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. بر اساس یافته‌های سایر مطالعات، فقر ارتباط مستقیمی با رخداد مصدومیت‌های غیرعمدی در نوجوانان دارد (۱۳-۱۰). 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 مواقع بیداری دائماً تحت نظارت 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

کودکان انجام شده است نشان داد که فعالیت‌های کلی مراقبینی که به طور تصادفی مورد مداخله قرار گرفته بودند در مورد ایمنی خانه، خصوصاً در محل‌هایی از خانه که مواد مسمومیت‌زا یا ابزار برنده وجود داشت و فعالیت‌های پیشگیری از سوختگی به شکل معناداری در قیاس با گروه کنترل ارتقا یافته بود. اضافه بر آن، مراقبینی که وسایل ایمنی 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 مورد مکانیسم سقوط متمرکز شده و سبب افزایش نظارت والدین در حین فعالیت‌های کودکانشان شود. در حین فعالیت کودکان نیز باید از ایمنی پنجره‌ها و بالکن‌ها مطمئن بود. یافته‌های مرکز تحقیقات سوانح دانشگاه موناخ 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 عاملی 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 خطرناک و محیط خطرناک می‌تواند برای آنان خطرناک باشد. این مطالعه اولین گزارش از رفتارهای خطرناک منجر به مصدومیت‌های غیرعمدی در کودکان است که کلیه موارد رفتارهای خطرناک 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 دبیرستان‌های 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

¹ O'Carroll

نتیجه‌گیری

این مطالعه تصویر اپیدمیولوژیکی پایه‌ای از میزان رفتارهای خطرناک منجر به سوانح غیرعمدی را که کودکان تهرانی آن را تجربه کرده‌اند را ارائه 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 بی‌آمد و نتیجه آن برنامه‌های بهداشتی مناسب ارائه 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- Columbia. [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 & Balouchestan, 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. *In j 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- Ruangkanasetr S, Plitponkarnpim A, Hetrakul 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, Kuntsche E, Mazur J. Cross national study of injury and social determinants in adolescents. *Inj Prev* 2005; 11:213-218.
- 14- Schwebel DC, Brezaussek 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