مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۸٦: ۱۷۷-۱۷۰

● مقاله تحقیقی

نقش مراقبت والدین در حوادث ترافیکی کودکان ۶ تا ۹ ساله

دکتر مشیانه حدادی[۱]
دکتر حمید سوری[۲]*
دکتر یداله محرابی[۳]
دکتر شهرام علمداری[۴]

۱. دستیار تخصصی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. دانشیار اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. دانشیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
٤. استادیار طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، تلفکس: ۲۲٤۰۰۲۰۷
پست الکترونیک: hsoori@yahoo.com

چکیده

زمینه: علی‌رغم آن که برخی والدین حادثه را رویدادی طبیعی در زندگی کودکشان تصورمی‌کنند یا گاه آن را غیرقابل پیشگیری می‌دانند، در مطالعاتی کافی نبودن مراقبت والدین به‌عنوان یک عامل مهم در آسیب‌های دوران کودکی مطرح شده‌است. هدف این مطالعه تعیین نقش مراقبت والدین در رخداد حوادث ترافیکی کودکان ٦ تا ۹ سال است.

روش کار: در یک مطالعه مورد شاهدی، ۱۰۰ کودک مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی به‌علت حوادث ترافیکی با ۱۰۰ کودک شاهد همسان‌سازی شده و بدون سابقه حادثه ترافیکی در یک‌سال گذشته، مقایسه شدند. نحوه سرپرستی، سطح مراقبت والدین و مشخصات دموگرافیک کودک و مادر از طریق مصاحبه و پرسشنامه و آسیب‌های ترافیکی، مطابق ICD-10 ثبت شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای- دو، دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک برای حالات جور شده تحلیل گردید.

یافته‌ها: ایاب و ذهاب کودکان به مدرسه بدون سرپرستی افراد بزرگتر درگروه مورد (۲٤٪) بیشتر از شاهد (۱۰٪) بود (p<۰/۰۱). سطح مراقبت والدین در فعالیت‌های مستقل خارج از منزل با افزایش سن کودکان کمتر می‌شد (P< ۰/۰۰۱) و مراقبت سطح سوم در گروه شاهد (۲٤٪) بیشتر از مورد (۸٪) بود (OR=۳/٦۳ ،۹۵٪CI :۱/٥٤-۹/۳۸).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش مراقبت والدین در پیشگیری از آسیب‌های ترافیکی در کودکان ۹-٦ سال، لازم است در برنامه‌های پیشگیری از حوادث، ضمن توجه به عوامل محیطی و قوانین و مقررات حمایتی، به این مسأله توجه جدی‌تری شود.

واژگان کلیدی: مراقبت والدین، آسیب‌های ترافیکی، آسیب‌های کودکی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸٦/۳/۷ تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۸٦/٥/٤ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸٦/٥/۱٤

Archive of SID
www.SID.ir

مقدمه

حوادث در ایران با ۲۶۱۸۴۷ سال عمر از دست رفته (۲۶/۹ درصد کل موارد)، بالاترین بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و دومین علت مرگ بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و اولین علت مرگ در گروه سنی زیر ۴۰ سال است [۳-۱]. کودکان به‌دلیل ویژگی‌های جسمانی، روانی، رفتاری، الگوی مواجهه یافتگی، الگوهای بازی و زندگی در محیطی که بزرگترها برای خود ساخته‌اند، از گروه‌های آسیب‌پذیر در اغلب حوادث به‌شمار می‌آیند [۴-۲].

علی‌رغم آن که برخی والدین قابلیت پیشگیری از حادثه رویدادی طبیعی در زندگی کودکشان را در خود متصور نیستند [۵]؛ در بسیاری از مطالعات عدم کفایت در مراقبت، به‌عنوان یک عامل مهم در آسیب‌های دوران کودکی درنظرگرفته شده [۱۰-۶]، اگرچه فقط در تعداد کمی از آنها ارتباط بین مراقبت و خطرحوادث به‌طور مستقیم بررسی شده‌است [۱۵-۱۱] .

به‌طور کلی سه نوع راهبرد پیشگیری از حوادث کودکان شامل محیطی (به‌صورت دفع عوامل خطر و به کارگیری وسایل ایمنی)، والدینی (به‌صورت افزایش سرپرستی و تعدیل رفتاری والدین برای کاهش خطر حوادث کودکان) و آموزشی (به‌صورت یاد دادن قوانین و ممنوعیت‌ها برای ارتقای ایمنی) می‌باشد [۱۶].

اگرچه تعریف درستی از مرز مناسب سرپرستی کودکان و سن ایده‌آل برای انجام مستقل اعمال برحسب سطح تکاملی و عوامل محیطی ارائه نشده، ولی تفاهماتی بر سر برخی استانداردها صورت گرفته‌است. راهبردهای مربوط به والدین از ۵ جنبه شامل سرپرستی دیداری، شنیداری، فیزیکی، توجه کامل و همراهی بچه‌ها قابل بررسی می‌باشد [۱۷].

در بررسی متون، الگوی بازی در بچه‌های بزرگتر و پسرها نسبت به دخترها و بچه‌های کوچک‌تر متفاوت بود. دخترها و پسرها هر دو در تغییر تصمیم‌گیری خواهر یا برادر کوچکتر مؤثر بودند؛ اما نحوه آن متفاوت بود، پسرها بیشتر سعی می‌کردند موضوع را جالب و خنده‌دار کنند؛ ولی دخترها بیشترین تأکیدشان روی ایمنی بود [۴]. با افزایش تعداد خواهر و برادر بزرگتر، ریسک حادثه هم افزایش می‌یافت؛ به‌طوری که بالاترین آمار حوادث مربوط به بچه هایی با حداقل ۳ برادر یا خواهر بزرگتر بود. این تأثیر در بچه‌های زیر ۲ سال و در بچه‌های با فواصل سنی کمتر از ۲ سال بیشتر بود [۱۸].

تحقیقات انجام شده قبلی پیرامون این موضوع، عموماً به گروه‌های سنی کمتر از سن مدرسه و یا نقش مراقبت والدین در سایرحوادث، به‌خصوص حوادث خانگی پرداخته‌اند [۸، ۹، ۱۲، ۱۷].

در کشور ما عابرین پیاده و موتورسواران آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در حوادث ترافیکی محسوب می‌شوند [۱۹] و در میان عابرین پیاده بیشترین سهم (۲۵٪) مربوط به گروه سنی کودک و ابتدای مدرسه است [۲۰]. با توجه به اهمیت گروه سنی ۶ تا ۹ سال، به‌عنوان نخستین زمان تجربه فرآیند اجتماعی شدن[1] بیرون منزل، خلایی در زمینه تحقیقات مراقبتی در این خصوص نه‌تنها در کشور بلکه در جهان به‌چشم می‌خورد. این مطالعه سطح مراقبت و میزان اجازه والدین در مواجهه کودکان ۶ تا ۹ ساله با حوادث ترافیکی را مورد بررسی قرار داده‌است.

روش کار

در این مطالعه مورد شاهدی، تعداد صد کودک ۶ تا ۹ ساله دچار حادثه ترافیکی که در مدت ۶ ماه آخر سال ۱۳۸۵ به اورژانس بیمارستان‌های لقمان حکیم، شهدای تجریش، امام حسین (ع)، طرفه و اختر مراجعه کرده بودند، به‌عنوان گروه مورد انتخاب شدند. پنج بیمارستان مذکور به‌طور تصادفی از بین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی از سه منطقه جغرافیایی برگزیده و نمونه‌ها به‌صورت متوالی از مراجعه‌کنندگان، به نسبت متوسط مراجعین هر بیمارستان، انتخاب شدند. حوادث ترافیکی

1- Socialization

Archive of SID

www.SID.ir

در این بررسی بر اساس نسخه ۱۰ طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)، شامل حوادث ناشی از برخورد عابر پیاده با دوچرخه (V01)، عابر پیاده با دو یا سه چرخه موتوری (V02)، عابر پیاده با ماشین، کامیونت یا ون (V03)، عابر پیاده با وسایط نقلیه سنگین و یا اتوبوس (V04) همچنین حوادث ناشی از برخورد دوچرخه سوار با دوچرخه سوار دیگر (V11)، دوچرخه سوار با دو یا سه چرخه موتوری (V12)، دوچرخه سوار با ماشین، کامیونت یا ون (V13)، دوچرخه سوار با وسایط نقلیه سنگین و یا اتوبوس (V14) ثبت شد [۲۱]. نوع حادثه ظرف حداکثر ۲۴ ساعت پس از مراجعه کودک آسیب‌دیده به اورژانس، ثبت شده و پس از کسب رضایت کتبی از والدین، اطلاعات تحصیلی هرکودک شامل نام مدرسه و پایه تحصیلی وی دریافت می‌شد.

بعد از ترخیص کودک از بیمارستان، ضمن کسب اجازه از رؤسای مناطق آموزش و پرورش تهران، به مدرسه ابتدایی محل تحصیل مورد، مراجعه و به‌دنبال هماهنگی با مدیر مدرسه و معلم مربوطه از او برای تکمیل پرسشنامه، مصاحبه به‌عمل می‌آمد. سپس از روی لیست حضور و غیاب کلاسی که کودک مورد، در آن مشغول تحصیل بود؛ به‌طور تصادفی ساده کودکی به‌عنوان شاهد انتخاب می‌شد. همکلاسی انتخاب شده از نظر جنس، سن، محل تحصیل و به تبع آن منطقه محل سکونت با گروه مورد همسان بود و در یک‌سال اخیر سابقه رخداد حادثه ترافیکی نداشت. از کودک شاهد نیز برای تکمیل پرسشنامه، مصاحبه به‌عمل آمده و سپس فرم خود تکمیل والدین به‌همراه فرم رضایت‌نامه کتبی به هر دو دانش‌آموز (مورد- شاهد) تحویل و از آن‌ها خواسته می‌شد فرم‌ها را حداکثر ظرف مدت سه روز، تکمیل و به دفتر مدرسه تحویل دهند.

برای اطمینان از تکمیل پرسشنامه توسط والدین و توضیحات احتمالی، شماره تماس کودک شاهد دریافت و با والدین او هماهنگی لازم به‌عمل می‌آمد. اطلاعات کودک به‌صورت مصاحبه توسط مجری یا همکاران دوره‌دیده و اطلاعات مادر به‌صورت پرسشنامه خود تکمیل، جمع‌آوری شد.

کودکانی که جدا یا بدون مادر زندگی می‌کردند از جمله کودکان خیابانی یا مراکز نگهداری، کودکانی که به هر دلیل مدرسه نمی‌رفتند، همچنین مواردی که تا زمان ترخیص کودک از بیمارستان امکان دسترسی به والدین میسر نبود و در گروه شاهد کودکانی که به استناد گفته خودشان طی یک سال قبل از زمان جمع‌آوری اطلاعات، حادثه ترافیکی نیازمند مراجعه پزشکی داشته یا علیرغم گفته خودشان در پرسشنامه خودتکمیل والدین چنین سابقه‌ای داشتند، از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه سرپرستی والدین به استناد مطالعات مشابه در خصوص رخداد حوادث بیرون از منزل، در سه سطح بررسی شد. سطح اول، زمانی که اغلب اوقات والدین از وضعیت کودک در فعالیت‌های خارج از منزل مطلع نبوده و او را بزرگتر از حدی می‌دانستند که نیازمند مراقبت دائم باشد. سطح دوم، وقتی اغلب اوقات، کودک در بیرون از منزل در حوزه دیداری شنیداری والدین است و سطح سوم که در آن والدین یا اجازه مواجهه با موقعیت‌های خطرناک را به کودکانشان نمی‌دهند یا شخصاً وی را برای کسب تجربه کافی جهت رویارویی با خطرات، همراهی می‌کنند.

نحوه امتیاز دهی اجازه والدین برای ۱۴ سؤال تعیین کننده وضعیت مواجهه‌یافتگی کودک، به این‌صورت بود که به سؤالاتی که نشان‌دهنده اجازه دائم والدین برای مواجهه کودک با خطر بود ۲ امتیاز، آن‌هایی که اجازه مواجهه گهگاهی را نشان می‌داد ۱ امتیاز و به سؤالاتی که نشانه عدم اجازه والدین برای مواجهه کودکشان با خطر بود، یک امتیاز منفی تعلق می‌گرفت. اگر سؤالی قابل طرح نبود، به‌عنوان مثال اجازه دوچرخه سواری در خیابان در شرایطی که کودک دوچرخه نداشت امتیاز، صفر در نظر گرفته می‌شد. دامنه امتیازات بین ۱۴ تا ۲۸ متغیر بود.

حجم نمونه از طریق Epi info با روش همسان‌سازی تک به تک، برابر با ۱۰۰ نفر در هر گروه محاسبه شد. (آلفا=۵٪، بتا=۲۰٪،

Archive of SID
www.SID.ir

نسبت نمونه در گروه مورد به شاهد ۱ به ۱، Expected Frequency سرپرستی در گروه حادثه دیده ۵۰٪ و نسبت شانس معادل ۲ در نظر گرفته شده است).

یافته‌ها به وسیله نرم‌افزار spss و با استفاده از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به طراحی مطالعه و به منظور انجام آنالیز Matched، رگرسیون لجستیک برای حالات جور شده[1] بوسیله نرم‌افزار STATA محاسبه شد. ازآنجاکه تحلیل اولیه حاکی از معنی‌دار بودن اختلاف سطح تحصیلات مادر بین دو گروه مورد و شاهد بود، در محاسبه نسبت شانس و فاصله اطمینان، تعدیل نسبت به متغیر فوق صورت گرفت. ضریب توافق کاپای محاسبه شده بین دیدگاه کودک و والدین برابر ۸۰٪ و همبستگی بین نتایج ۹۰ درصد بود؛ لذا در این مطالعه فقط پاسخ‌های والدین، ارائه شده که مشابه نتایج حاصل از پاسخ‌های کودک است.

نتایج

از مجموع ۱۰۰ کودک حادثه دیده، ۶۳ کودک مذکر و ۳۷ نفر مؤنث بودند (نسبت جنسی=۱/۷). جدول ۱ ویژگی‌های عمومی جمعیت مورد مطالعه را نشان می‌دهد. میانگین و انحراف معیار کلی سن کودکان در این بررسی ۱/۲۳ ± ۷/۳۹ و میانگین کلی سال‌های تحصیل مادر۳/۷۶ ±۱۰/۲۵ بود. عوامل مستعد کننده کودکی در گروه مورد و شاهد فقط از نظر سابقه قبلی رخداد حادثه ترافیکی، اختلاف معنی‌دار داشت. اختلاف معنی‌دار در عوامل مستعد کننده مادری، فقط در سطح تحصیلات مادر (P<۰/۰۰۲) ملاحظه شد.

در این مطالعه، کودکان مورد و شاهد در خصوص رفتن به مدرسه از احتمال سرپرستی متفاوتی برخوردار بودند. در مجموع ۱۷ درصد کودکان بدون سرپرست، همراه بزرگتر یا سرویس به مدرسه می‌رفتند. والدین ۳۴٪ کودکان بعد از غروب آفتاب، کودکانشان را ملزم به استفاده از لباس روشن برای خروج از منزل می‌کردند، در حالی که ۶۶٪ بقیه تأکیدی براین موضوع نداشتند یا عملاً در این زمینه موفق نبودند.

جدول۱- ویژگی‌های عمومی جمعیت مورد مطالعه

	مورد (تعداد= ۱۰۰)	شاهد (تعداد= ۱۰۰)	P value
مشخصات کودک			
جنس کودک			NS
مذکر	۶۳	۶۳	
مونث	۳۷	۳۷	
پایه تحصیلی			NS
پیش دبستانی	۳۲	۳۲	
اول دبستان	۲۴	۲۴	
دوم دبستان	۱۴	۱۴	
سوم دبستان	۳۰	۳۰	
تعداد خواهر، برادر			NS
≤۲	۸۵	۹۰	
>۲	۱۵	۱۰	
سابقه قبلی حادثه ترافیکی	۱۱	۲	۰/۰۱
مشخصات مادر			
سن مادر			NS
≤۳۰	۵۶	۵۰	
>۳۰	۵۰	۴۴	
شاغل بودن مادر	۱۳	۱۱	NS
باردار بودن مادر	۴	۵	NS
سطح تحصیلات مادر			۰/۰۰۲
پایین‌تر از دبیرستان	۳۷	۱۷	
دبیرستانی یا بیشتر	۶۳	۸۳	

در این جدول به‌دلیل آن که تعداد با درصد یکسان بود، از ذکر درصد خودداری شد.

1- Conditional Logistic Regression

Archive of SID

www.SID.ir

جدول۲- سطح مراقبت و میزان اجازه والدین برای رویارویی کودک با موقعیت‌های خطرناک (رگرسیون لجستیک برای حالات جور شده)

	مورد (تعداد= ۱۰۰)	شاهد (تعداد= ۱۰۰)	کل	OR (٪95 CI) *	OR (٪95 CI) **
سطح مراقبت والدین					
سطح اول	٪۳۲	٪۲۹	٦۱(٪۳۰/۵)	۱	۱
سطح دوم	٪٦۰	٪٤۷	۱۰۷(٪۵۳/۵)	۱/۰۸(۰/۵۵-۲/۱۰)	۱/۳۱(۰/٦٤-۲/٦۸)
سطح سوم	٪۸	٪۲٤	۳۲(٪۱٦)	۰/۲۰(۰/۵۷-۰/۷۵)	۰/۲۰(۰/۰۵-۰/۷۹)
اجازه والدین برای رویارویی کودک با خطر					
بندرت	٪۲۲	٪٤۹	٦۲(٪۳۱)	۱	۱
گاهی	٪۲۹	٪۳۸	٦۷(٪۳۳/۵)	۵/٦٤(۱/٦۵-۱۹/۲۲)	٦/۲۸(۱/۷٤-۲۲/۵۸)
اغلب	٪٤۹	٪۱۳	۷۱(٪۳۵/۵)	۵۰/٦۰(۱۰/۰٤-۲۵٤/۹۷)	۵۲/٤٦(۹/٤۷-۲۹۰/٤٤)

*نسبت شانس خام (Crude OR) در گروه مورد در مقایسه با شاهد

**نسبت شانس تطبیق داده شده بر اساس سطح تحصیلات مادر (Adjusted OR) در گروه مورد در مقایسه با شاهد

جدول ۲ سطح مراقبت و میزان اجازه والدین را به دو صورت (نسبت شانس خام و نسبت شانس تطبیق یافته براساس سطح تحصیلات مادر) نشان می‌دهد. سطح مراقبت والدین در دو گروه مورد و شاهد، تفاوت معنی‌دار داشت (P<۰/۰۰۱). اگرچه این تفاوت در سطح دوم مراقبت والدین در دو گروه مورد و شاهد، معنی‌دار نبود ولی مراقبت سطح سوم در گروه شاهد (۲۴٪) بیشتر از مورد (۸٪) بود (٪۹۵ CI:۱/۴۵-۹/۳۸، OR=۳/۶۳).

برخلاف تصور، مراقبت سطح دوم در مقایسه با مراقبت سطح اول، نقشی در کاهش شانس رخداد حادثه نداشت (OR=۱/۳۱)؛ ولی با اعمال سطح سوم مراقبت، شانس رخداد حادثه در مقایسه با دو سطح دیگر، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشت (OR = ۰/۲۰).

اجازهٔ والدین برای رویارویی کودک با خطر نیز در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار داشت (P=۰/۰۱). برای والدینی که گاه اجازه رویارویی با خطر را به کودک خود می‌دادند و والدینی که اغلب این اجازه را به کودک خود می‌دادند در مقایسه با والدینی که عموماً چنین اجازه‌ای را به کودکشان نمی‌دادند، نسبت شانس رخداد حادثه به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (به‌ترتیب OR = ۶/۲۸ و OR = ۵۲/۴۶).

در این بررسی بیشترین سطح مراقبت در گروه سنی ۶ سال، مراقبت سطح سوم و در گروه ۹ سال، مراقبت سطح اول بود.

محل‌های شایع رخداد حادثه به‌ترتیب خیابان شلوغ، کوچه خلوت، خط‌کشی عابرپیاده، پیاده‌رو، پارک، محوطه بیرون آپارتمان و بزرگراه یا جاده بود. از مجموع ۱۰۰ مورد حادثه، ۴ مورد ناشی از برخورد عابر پیاده با دوچرخه، ۳۴ مورد ناشی از برخورد عابر پیاده با دو یا سه چرخه موتوری، ۵۲ مورد ناشی از برخورد عابر پیاده با ماشین، کامیونت یا ون، ۳ مورد ناشی از برخورد دوچرخه‌سوار با دوچرخه سوار دیگر، ۱ مورد حاصل برخورد دوچرخه‌سوار با دو یا سه چرخه موتوری و ۵ مورد حاصل برخورد دوچرخه‌سوار با ماشین، کامیونت یا ون بود.

مجموعاً در این بررسی، در زمان رخداد حادثه ۷۱٪ کودکان (موردها) از سطح اول مراقبت، ۲۳٪ از سطح دوم و تنها ۶ درصد عملاً از سطح سوم مراقبت برخوردار بودند. مراقبت از دخترها (کودکان دختر در گروه مورد) در زمان رخداد حادثه ۵۹/۵٪ در سطح اول، ۲۹/۷ در سطح دوم و ۱۰/۸٪ در سطح

Archive of SID
www.SID.ir

سوم و در پسرها این درصدها به‌ترتیب ۷۷/۸٪ ، ۱۹٪ و ۲/۳٪ بود. همچنین پسرها در زمان رخداد حادثه بیش از دخترها با همسالان خود بودند (۳۰٪ در مقایسه با ۱۸/۹٪).

بحث

مهمترین یافته این بررسی، کافی نبودن سطح دوم مراقبت در پیشگیری از رخداد حادثه ترافیکی در کودکان گروه سنی ۶ تا ۹ سال بود. بر این اساس هرچه میزان اجازه والدین به کودکان برای فعالیت مستقل بیرون از منزل در این گروه سنی بیشتر می‌شد، احتمال رخداد حادثه بالاتر می‌رفت.

سطح مراقبت والدین در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار داشت، به‌طوری که کودکان مصدوم در گروه مورد به‌طور معنی‌داری در خصوص مدرسه رفتن با همراه بزرگتر و پوشیدن لباس روشن برای خروج از منزل بعد از غروب کمتر از گروه شاهد (بدون سابقه مصدومیت در یک‌سال گذشته) تحت مراقبت بودند. میزان اجازه والدین به کودکان برای مواجهه با خطر نیز در گروه مورد بیشتر از این میزان در گروه شاهد بود.

در این بررسی مجموعاً ۶۶ درصد والدین برای خروج کودک از منزل بعد از غروب، تأکیدی بر پوشیدن لباس روشن نداشته یا عملاً دراین زمینه موفق نبودند؛ در حالی‌که طبق بررسی‌های انجام شده،۶۰ درصد از افرادی که در شب با وسایل نقلیه تصادف می‌کنند، لباس تیره به‌تن دارند [۲۰]. لذا فرهنگ سازی بیشتردر این خصوص در کشور ضروری به نظر می‌رسد.

آسیب‌پذیری پسرها در حوادث ترافیکی بیشتر از دخترها برآورد شد که با الگوی آسیب‌پذیری حوادث در کشورمان و دنیا مطابقت دارد. در ایران بالاترین میزان حادثه در همه گروه‌های سنی (به جز سالمندان) در مردان و در گروه سنی ۶ تا ۹ سال برای پسرها، تقریباً ۲ برابر دخترهاست. (در مطالعه حاضر نسبت جنسی ۱/۷ بود) [۳، ۴].

در اغلب مطالعات، پسرها در زمان وقوع حادثه بیشتر با همسالان خود بوده‌اند [۴] که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که والدین، سطح توانایی کودک خود را بیش از حد تخمین می‌زنند [۲، ۷] که در این مطالعه نیز نتایج مشابهی حاصل شد؛ زیرا تنها ۱۶٪ والدین در بازی‌های خارج از منزل کودکانشان، سطح سوم مراقبتی را اعمال می‌کردند.

به طورکلی والدین، دخترها را در معرض خطر بیشتری برای آسیب‌دیدگی می‌دانند [۱۸] و لذا در ارتباط با فعالیت‌های بیرون از منزل برای پسرها حد مجاز بیشتری را در مقایسه با دخترها قایل می‌شوند که در مطالعه حاضر هم، چنین بود [۳، ۲۲].

اگرچه در کشور ما عدم رعایت قوانین توسط رانندگان مهم‌ترین عامل مصدومیت عابران پیاده شناخته شده، ولی ارائه برنامه‌های آموزشی و الگوهای مناسب ترافیکی و ترویج آن توسط رسانه‌های جمعی برای فرهنگ‌سازی عمومی، فوق‌العاده ضروری است [۲۰]. در این خصوص گرچه نمی‌توان نقش مثبت برنامه‌های آموزشی تلویزیون و مدارس را نادیده گرفت؛ ولی سپردن وظیفه والدین در رابطه با آموزش قوانین عبور از خیابان و آشنایی با علائم ترافیکی، تنها به معلمان و رسانه‌ها صرفاً به‌صورت نظری و نه در مواجهه با خطرات واقعی، بنظر نوعی کوتاهی در ایفای نقش مربوط به والدین است. واضح است که والدین نمی‌توانند لحظه به لحظه مراقب کودکان بوده و از همه انواع حوادثی که با آن مواجه می‌شوند، مطلع شوند ولی این بررسی کودک را تا سن ۹ سالگی نیازمند مراقبت سطح سوم (همراهی در موقعیت‌های خطرناک) می‌داند.

محدودیت این مطالعه در گروه مورد، درخواست تکمیل پرسشنامه بعد از رخداد حادثه بود که می‌تواند موجب سوگرایی یادآوری در نحوه مراقبت و میزان اجازه در این گروه در مقایسه با گروه شاهد شود. محدودیت دیگر، کم بودن تعداد مادران شاغل و خانواده‌های تک‌سرپرست به‌عنوان عوامل کاهش‌دهنده ظرفیت مراقبتی والدین و خلاصه نمودن عوامل تأثیرگذار والدینی در

Archive of SID

www.SID.ir

خصوصیات دموگرافیک مادر (بدون در نظرگرفتن پدر) بود.

برای کاهش مسأله محدودیت یادآوری (به‌علت تفاوت حافظه افراد) در گروه مورد، تکمیل پرسشنامه حتی‌الامکان در اولین روزهای بعد از بازگشت کودک به مدرسه انجام گرفت. از طرفی با همسان سازی متناظر مورد- شاهد، سعی شد تأثیر وضعیت اجتماعی- اقتصادی به‌دلیل همسان بودن نوع مدرسه (دولتی، غیر انتفاعی) و محل آن و لذا همسان شدن احتمالی منطقه محل سکونت، به حداقل برسد.

والدین باید در ایفای نقش مراقبتی خود در زمینه نحوه صحیح عبور از خیابان و احترام به قوانین راهنمایی و رانندگی برای کودکان خود الگو بوده و نحوه صحیح عبور از خیابان را در مواجهه با مسئله (به طور عملی) به کودکانشان بیاموزند. ممانعت از بازی کودکان در خیابان به آن‌ها می‌آموزد، خیابان محلی خطرناک می‌باشد که برای وسایل نقلیه طراحی شده‌است.

مراقبت والدین به‌خصوص در گروه سنی ۶ تا ۹ سال برای پیشگیری از رخداد حوادث ترافیکی، از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به نقش مراقبت والدین در پیشگیری از آسیب‌های ترافیکی در کودکان این گروه سنی، لازم است در برنامه‌های پیشگیری و کنترل حوادث علاوه بر توجه به سایر عوامل محیطی و مقررات و قوانین حمایتی، به این مسئله توجه جدی‌تری شود. بدیهی است با تعداد نمونه بیشتر و لحاظ نمودن انواع دیگرحوادث ترافیکی می‌توان به اعتبار نتایج اینگونه مطالعات مراقبتی افزود.

سپاسگزاری

ازکلیه والدین، مسئولان و پرسنل زحمت‌کش اورژانس بیمارستان‌ها، مدیران و معلمان مدارس و دانشجویان عزیزی که در پیگیری و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

Archive of SID

www.SID.ir

مراجع

1. *Akbari M, Naghavi M, Soori H. Epidemiology of Deaths from injuries in the Islamic Republic of Iran. Eastern Meditr Health J 2006; 12(3/4): 50-58.*
2. *Soori H. Children indoor and outdoor play pattern in Ahwaz city: implications for injury prevention. Eastern Meditr Health J 2006; 12(3/4): 19-28.*
3. *Soori H. Epidemiology of children's cycling injuries in Ahwaz, Iran. Eastern Meditr Health J 2002; 8(2/3):308-314.*
4. *Morrongiello BA. Children's perspectives on injury and close-call experiences: sex differences in injury-outcome processes. J Pediatr Psychol 1997; 22:499–512.*
5. *Morrongiello BA, Dayler L.A community-based study of parents' knowledge, attitudes and beliefs related to childhood injuries. Can J Public Health 1996; 87:383–8.*
6. *Garling A, Garling T. Mothers' supervision and perception of young children's risk of unintentional injury in the home. J Pediatr Psychol 1993;18:105–14.*
7. *Morrongiello BA, Midgett C, Shields R. Don't run with scissors: young children's knowledge of home safety rules. J Pediatr Psychol 2001; 26:105–15.*
8. *Schwebel DC, Bounds ML. The role of parents and temperament on children's estimation of physical ability: links to unintentional injury prevention. J Pediatr Psychol 2003; 28(7): 505-16.*
9. *Pollack-Nelson C, Drago DA. Supervision of children aged two through six years. Inj Control Saf Promot 2002; 9(2):121-6.*
10. *Soori H. Developmental risk factors for unintentional childhood poisoning. Saudi Med 2001; Vol.22 (3): 227-230.*
11. *Cataldo M, Finney J, Richman G, et al. Behavior of injured and uninjured children and their parents in a simulated hazardous setting. J Pediatr Psychol 1992; 17:73–80.*
12. *Landen M, Bauer U, Kohn M. Inadequate supervision as a cause of injury deaths among young children in Alaska and Louisiana. Pediatrics 2003; 111:328–31.*
13. *Morrongiello BA, Dawber T. Toddlers' and mothers' behaviors in an injury-risk situation: implications for sex differences in childhood injuries. J Appl Dev Psychol 1998; 19: 625–39.*
14. *Morrongiello BA, Hogg K. Mothers' reactions to children misbehaving in ways that can lead to injury: Implications for sex differences in children's risk taking and injuries. Sex Roles 2004.50 (1), 103-118.*
15. *Morrongiello BA. Caregiver supervision and child-injury risk: I. Issues in defining and measuring supervision; II. Findings and directions for future research. J Pediatr Psychol 2005; 30(7):536-52.*
16. *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(2):114-8.*
17. *Morrongiello BA, Midgett C, Stanton KL. Gender biases in children's appraisals of injury risk and other children's risk-taking behaviors.J Exp Child Psychol 2000; 77(4):317-36.*
18. *Morrongiello BA, Ondejko L, Littlejohn A. Understanding toddlers' in home injuries: II. Examining parental strategies, and their efficacy, for moderating child injury risk. J Pediatr Psychol 2004; 29(6): 433-446.*
19. زرگر موسی، کاربخش داوری مژگان، صالحیان زندی نگار.گروه‌های آسیب‌پذیر در حوادث ترافیکی: نتایج طرح ملی مرکز تحقیقات تروما. مجموعه مقالات نخستین کنفرانس بین‌المللی حوادث رانندگی و جاده‌ای.۱۳۸٤؛ ۲۲٤ -۲۲۰.
20. حاجی حسینلو منصور، حسینی سید علی. مطالعات تصادفات عابرین پیاده با وسایل نقلیه در ایران و راهکارهای مقابله با آن. مجموعه مقالات نخستین کنفرانس بین المللی حوادث رانندگی و جاده‌ای. ۱۳۸٤؛ ۳۹۹-۳۹۰.
21. *World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Available from: URL: http://www. who. Int / classifications / apps / icd / icd10online / (Accessed 20 May, 2007).*
22. *Morrongiello BA, Major K. Influence of safety gear on parental perceptions of injury risk and tolerance for children's risk taking. Inj Prev 2002; 8(1): 27-31.*

Archive of SID

www.SID.ir