

بررسی تروماهای خانگی در مراجعه کنندگان به بخش‌های اورژانس مراکز درمانی شهر کاشان طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۹

منصور دیانتي^۱، محمد سجاد لطفی^۲

^۱ مربی پرستاری، عضو هیأت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ایران

نویسنده رابط: محمد سجاد لطفی، نشانی: کاشان، بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری داخلی جراحی، همراه: ۰۹۳۹۰۳۱۵۲۶۹

پست الکترونیک: sajjad.loffi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۰۳/۱۸؛ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۰۴

مقدمه و اهداف: تروماهای خانگی از شایع‌ترین تروماها بوده و رتبه‌ی دوم را در انواع تروماها دارا هستند. مطالعه‌ای با هدف تعیین وضع

مصدومان ناشی از حوادث خانگی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کاشان طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار: پژوهشی توصیفی-مقطعی، روی ۱۰۲۸ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس‌های مراکز درمانی شهر کاشان انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت مستمر بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه محقق ساخته و دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک و چک‌لیست بررسی تروماهای خانگی بود. اطلاعات مورد نظر توسط پرستار آموزش دیده و با مصاحبه‌ی مستقیم با بیمار و مراجعه به پرونده‌ی بستری به دست آمد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶/۰ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: الگوی مکانی رخداد حوادث نشان داد که به ترتیب هال (۲۷/۷ درصد)، آشپزخانه (۲۰/۳ درصد) و حیاط (۱۸/۴ درصد) رایج‌ترین محل‌های رخداد حادثه بوده‌اند. بی‌احتیاطی (۸۰/۸ درصد) شایع‌ترین عامل رخداد حوادث بود. بیش‌ترین حوادث به ترتیب در اثر سقوط از بلندی (۲۷/۹۰ درصد) و استفاده از ابزار برنده (۲۵/۰۸ درصد) ایجاد شده بودند. آسیب‌های ارتوپدیک و خونریزی دهنده به ترتیب با (۵۰/۲ درصد) و (۳۴/۷۰ درصد) شایع‌ترین تروماها بودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که تروماهای خانگی اغلب به دنبال بی‌احتیاطی اتفاق می‌افتند؛ در نتیجه رخداد این‌گونه تروماها احتمالاً با تمرکز در حین انجام کار قابل پیش‌بینی و پیش‌گیری هستند. برای کاهش میزان بروز تروماهای خانگی می‌توان مردم را در ارتباط با نکات ایمنی در چینش منازل، استفاده از وسایل مختلف و ایمن‌سازی محیط آموزش داد.

واژگان کلیدی: تروما، خانگی، اورژانس، کاشان

مقدمه

تروماها یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت بشر در جهان امروز هستند (۱). تروماها را می‌توان جزء شایع‌ترین عوامل مرگ‌ومیر در دنیا دانست (۲). علاوه بر این تروماها از مهم‌ترین عوامل معلولیت در سراسر دنیا نیز به شمار می‌آیند (۳). پیامدهای ناشی از تروما نه تنها سبب از دست رفتن نیروی انسانی فعال و میلیون‌ها ساعت کاری مفید می‌شود؛ بلکه سبب می‌شود تا هزینه‌های اقتصادی سرسام‌آوری بر فرد، خانواده‌ها و اجتماع وارد شود. برای نمونه یک مطالعه نشان داده است که سالانه برای هر بیمار ترومایی مبلغی نزدیک به ۷۵ هزار دلار هزینه می‌شود (۴). این مبلغ تنها هزینه‌های درمان و مراقبت را شامل می‌شود و هزینه‌های تحمیلی دیگر مانند هزینه‌های سرباری، عوارض روانی، کاهش نیروی انسانی و کاهش تولید در آن محاسبه نشده است. هزینه‌های برآورد شده ناشی از تروما در انگلستان بین ۳/۷-۳/۳

میلیارد پوند در سال است (۵).

تروماها دارای انواع مختلفی هستند که یکی از رایج‌ترین آن‌ها، تروماهای خانگی است (۶). این دسته از تروماها از نظر فراوانی پس از تروماهای ترافیکی در رتبه‌ی دوم قرار دارند (۷). علاوه بر بالا بودن فراوانی تروماهای خانگی، آن‌چه باعث توجه بیشتر به این‌گونه تروماها می‌شود؛ رخداد آن در افراد آسیب‌پذیر است؛ به گونه‌ای که تروماهای خانگی در کودکان زیر ۱۰ سال و سالمندان بالای ۶۵ سال به ترتیب نخستین و نهمین علت شایع مرگ هستند (۸).

عوامل زیادی می‌توانند در رخداد تروماهای خانگی نقش داشته باشند، از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عواملی مانند سن، جنس، شغل و محل زندگی اشاره کرد، اما برخی از سبب‌های تروما مانند غرق شدن، سقوط، مسمومیت و سوختگی تا حد زیادی به

کوکران و با توجه به شیوع حوادث خانگی در مطالعه دیانتی (۲۲) ۵۲/۸ درصد و با ضریب اطمینان ۹۹ درصد، دقت ۴ درصد برابر ۱۰۲۸ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به صورت مستمر بود؛ به گونه‌ای که بیمارانی که از اول فروردین ۱۳۸۹ تا ۲۹ اسفند ۱۳۹۱ به مراکز اورژانس بیمارستان‌های شهید بهشتی و نقوی کاشان مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند؛ انتخاب شده و پس از امضای فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. پژوهشگر و همکاران در مراکز درمانی نام‌برده در تمامی نوبت‌های کاری حاضر بوده و پس از تثبیت وضع مصدوم با استفاده از پرسشنامه اطلاعات موردنظر را تکمیل می‌کردند. ابزار مورد استفاده دارای دو بخش اطلاعات دموگرافیک (محل سکونت، جنس، سن، سطح تحصیلات و زمان حادثه) و چک‌لیست بررسی تروماهای خانگی (محل رخداد حادثه در منزل حادثه، علت اولیه حادثه، چگونگی صدمه (سقوط از بلندی یا از روی سطح، ابزار برنده، ضربه، سوختگی، آوار، غرق‌شدگی و سایر موارد)، نوع صدمه، محل صدمه، تشخیص اولیه پزشک، چگونگی درمان، سرنوشت نهایی فرد صدمه‌دیده و این که مصدوم هنگام بروز صدمه مشغول چه کاری بوده است و چگونگی دسترسی به بیمارستان) بود. علاوه بر این، یک گویه با محتوای «وضع اقتصادی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید» برای بررسی وضع اقتصادی بیماران در انتهای چک‌لیست اضافه شد. چک‌لیست بررسی تروماهای خانگی بر اساس منابع و مقالات مرتبط طراحی شد و در اختیار ۱۰ تن از مربیان پرستاری و پرستاران اورژانس قرار گرفت و از آن‌ها در ارتباط با روایی ظاهری و محتوایی این ابزار نظرخواهی شد و پس از تأیید روایی ظاهری و محتوایی کیفی توسط این استادان، پایایی ابزار به صورت توافق بین افراد ارزیاب بررسی شد که ضریب همبستگی آن ۰/۹۲ بود. اطلاعات موردنظر توسط پرستار آموزش‌دیده و با مصاحبه‌ی مستقیم با بیمار و مراجعه به پرونده بستری به دست آمد. این پژوهش به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه رسیده و تمام افراد مورد پژوهش در پایان از اهداف تحقیق آگاه شده و فرم رضایت‌نامه را برای شرکت در تحقیق امضا نمودند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶/۰ تجزیه و تحلیل شد و از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های t و مربع کای) استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۰۲۸ پرسشنامه تعداد ۹۳۹ تکمیل گردید و ۸۹ فرم

تفاوت‌های اجتماعی وابسته است (۹). مطالعه‌ها نشان می‌دهد که تنها دامنه رخداد حوادث خانگی در نقاط مختلف متفاوت بوده، بلکه نوع آسیب‌ها نیز متفاوت است؛ به گونه‌ای که در مطالعه انجام‌گرفته توسط خسروی و همکاران در شهرکرد، شایع‌ترین حادثه خانگی برحسب نوع حادثه در گروه مورد مطالعه بریدگی، سوختگی و شکستگی بوده است (۱۰). هم‌چنین در مطالعه‌ای که توسط نقاب و همکاران در شیراز انجام شد، سوختگی، آسیب ناشی از اجسام تیز و برنده و سقوط بیش‌ترین تروماهای خانگی رخ داده بوده‌اند (۱۱). در مطالعه‌ی مه‌رام و همکاران در زنجان سانحه به دلیل زمین خوردن، بریدگی، پارگی و خراشیدگی و سوختگی بیش‌ترین سبب‌های مراجعه به اورژانس‌ها بوده‌اند (۱۲). مطالعه‌ی رضانی در بیرجند نیز نشان می‌دهد شایع‌ترین حوادث خانگی در این مطالعه، پارگی، سقوط و سوختگی بوده است (۱۳). فاضل و همکاران در یک دوره ۶ ساله شایع‌ترین حوادث خانگی در شهر کاشان را سقوط و برخورد با اجسام تیز و برنده بیان می‌کند (۱۴). مطالعه‌های انجام‌شده در کشورهای دیگر نیز فراوانی‌های متفاوتی را نشان می‌دهد؛ به گونه‌ای که مطالعه انجام شده توسط کاستیک و همکاران در ایتالیا نشان می‌دهد شایع‌ترین نوع صدمات به ترتیب شامل کوفتگی، زخم‌های باز، شکستگی، کبودی و آسیب‌های سطحی بوده است (۱۵). در مطالعه‌ی دیگری که توسط Mannoce در ایتالیا انجام شد، زخم‌های باز، خراشیدگی، شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها شایع‌ترین حوادث خانگی بوده‌اند (۱۶). مک نیز در مطالعه‌ای که در فاصله سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۰ میلادی در آمریکا انجام داد، شایع‌ترین حوادث خانگی را مسمومیت و سقوط بیان می‌کند (۱۷).

بالا بودن فراوانی مصدومان ناشی از حوادث خانگی موجب شده تا کشورهای مختلف با مطالعه ویژگی‌های جمعیتی به شناسایی سبب‌ها و زمینه‌های رخداد حوادث به تدوین برنامه‌های پیشگیرانه بپردازند. ضرورت تدوین چنین برنامه‌های پیشگیرانه‌ای، داشتن اطلاعات دقیق و درست است تا بتوان از آن‌ها در برنامه‌ریزی برای پیش‌گیری، کاهش و درمان این حوادث و عوارض ناشی از آن استفاده نمود؛ بنابراین این مطالعه با هدف تعیین وضع مصدومان ناشی از حوادث خانگی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کاشان در سال ۹۱-۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بوده که طی سال‌های ۹۱-۱۳۸۹ در شهر کاشان انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول

بین جنس و نوع صدمه وارده نیز ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/001$)، به‌گونه‌ای که آسیب‌های ارتوپدیک در زنان شایع‌تر از مردان بود، اما در مردان آسیب‌های خونریزی دهنده از زنان شایع‌تر بود. بیش‌تر حوادث به ترتیب در زمانی که افراد مشغول کار کردن $32/2$ درصد (302 نفر) و بازی کردن $26/7$ درصد (248 نفر) اتفاق افتاده بود، که بین جنس و فعالیت منجر به حادثه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳ نشان دهنده فراوانی محل رخداد، علت، چگونگی، نوع، محل فعالیت منجر به صدمه برحسب گروه‌های سنی است که نشان می‌دهد بیش‌تر افرادی که در حین بازی کردن دچار سانحه شده‌اند را کودکان $60/9$ درصد (151 نفر) تشکیل می‌دهند.

بیش‌تر مصدومان ($58/7$ درصد) با درمان سرپایی مرخص شدند و $27/6$ درصد (259 نفر) در بیمارستان بستری شده، $9/9$ درصد (92 نفر) به پزشک ارتوپد ارجاع داده شده و تنها $3/9$ درصد (37 نفر) به سایر مراکز درمانی اعزام شدند. بیش‌ترین تشخیص پزشکان به ترتیب پارگی‌های سطحی $29/7$ درصد (276 نفر) و شکستگی اندام‌ها 11 درصد (103 نفر) بوده است (نمودار شماره ۱).

بین وضع اقتصادی و نوع آسیب‌ها در واحدهای مورد پژوهش ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد ($P=0/641$). در رابطه با نوع وسیله نقلیه مورد استفاده برای انتقال مصدومان سوانح خانگی شهر کاشان به ترتیب وسایل نقلیه شخصی $62/5$ درصد (587 نفر)، آژانس $15/9$ درصد (149 نفر)، آمبولانس مرکز فوریت‌ها $15/3$ درصد (144 نفر) و وسایل نقلیه عمومی $6/3$ درصد (59 نفر) استفاده شده بودند.

به دلیل کامل نبودن، مخدوش بودن و ناقص بودن اطلاعات حذف شد. از 939 مراجعه بررسی شده $44/7$ درصد (420 نفر) از واحدهای پژوهش مرد و $55/3$ درصد (519 نفر) زن بودند. واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۱ ماه تا ۹۵ سال بوده و میانگین \pm انحراف معیار سن آن‌ها $23/45 \pm 28/18$ سال بود. در بین مراجعه‌کنندگان میانگین \pm انحراف معیار سن مردان ($22/46 \pm 23/61$) کم‌تر از میانگین \pm انحراف معیار سن زنان ($23/61 \pm 31/87$) بود و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P=001$). سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ بیان شده است.

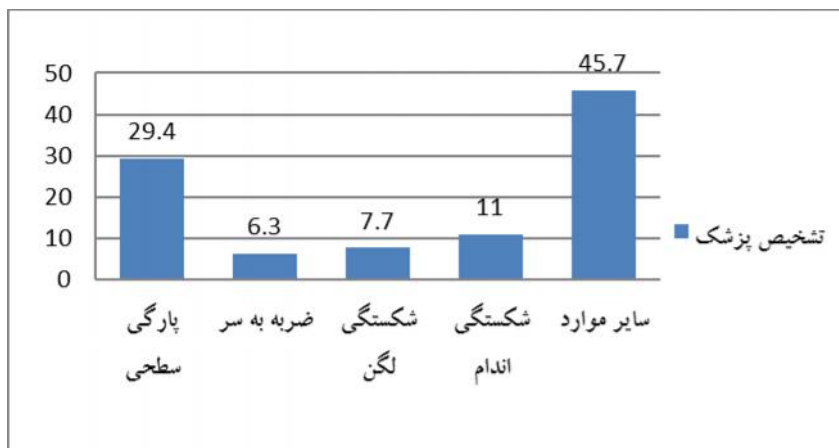
بررسی الگوی زمانی رخداد حوادث نشان داد که بیش‌تر حوادث خانگی در زمان ظهر و عصر (ساعت ۱۸-۱۲) با $37/6$ درصد (353 نفر) اتفاق افتاد، اما بیش‌تر مراجعات به بیمارستان در پی رخداد حوادث 39 درصد (366 نفر) در زمان شب (ساعت ۲۴-۱۹) بوده است.

بررسی الگوی مکانی رخداد حوادث نشان داد که به ترتیب هال با $27/7$ درصد (260 نفر)، آشپزخانه با $20/3$ درصد (191 نفر) و حیاط با $18/4$ درصد (173 نفر) رایج‌ترین محل‌های رخداد حادثه بوده‌اند. بین جنس و محل رخداد حادثه ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/001$). عامل بی‌احتیاطی $80/8$ درصد (759 نفر) شایع‌ترین علت رخداد حوادث خانگی در هر دو جنس بود. بیش‌ترین حوادث به ترتیب در اثر سقوط از بلندی $27/9$ درصد (262 نفر) و استفاده از ابزار برنده $25/8$ درصد (242 نفر) ایجاد شده بود که بین جنس و چگونگی رخداد حادثه نیز ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/018$) به‌گونه‌ای که سقوط روی سطح در زنان بیش‌تر از مردان بود. در رابطه با نوع صدمه، آسیب‌های ارتوپدیک $50/2$ درصد (471 نفر) و خونریزی دهنده $34/7$ درصد (362 نفر) شایع‌ترین نوع صدمه‌ها در حوادث بودند.

جدول شماره ۱- اطلاعات دموگرافیک واحدهای موردپژوهش

تعداد (درصد)	متغیر	
۴۲۰ (۴۴/۷)	مرد	جنس
۵۱۹ (۵۵/۳)	زن	
۷۷۱ (۸۲/۱)	شهر	محل سکونت
۹۴ (۱۰/۰)	روستا	
۷۴ (۷/۹)	حومه شهر	سطح تحصیلات
۳۵۷ (۳۸/۰)	بی‌سواد	
۲۵۶ (۲۷/۳)	ابتدایی	دیپلمات
۱۱۹ (۱۲/۷)	راهنمایی	
۱۴۷ (۱۵/۷)	دیپلمات	شغل
۶۰ (۶/۴)	دانشگاهی	
۲۲۸ (۲۴/۳)	آزاد	
۴۴ (۴/۷)	دولتی	
۶۶۷ (۷۱/۰)	بیکار	

۷ (۰/۷)	عالی	وضع اقتصادی
۱۴۳ (۱۵/۳)	خوب	
۵۶۲ (۵۹/۹)	متوسط	
۲۲۷ (۲۴/۲)	ضعیف	
۲۳/۶۱±۲۲/۴۶	مرد	میانگین (±انحراف)
۳۱/۸۷±۲۳/۶۱	زن	
۲۸/۱۸±۲۳/۴۵	کل	معیار سن
۳/۹۵±۱/۶۷		میانگین (±انحراف معیار) تعداد افراد خانوار



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی تشخیص صدمه توسط پزشکان

منظور از سایر موارد: ضربه مغزی، هموتوراکس، پنوموتوراکس، خونریزی داخل شکمی، شکستگی صورت، آسیب ستون فقرات، آسیب چشم و سایر موارد بود

جدول شماره ۲- فراوانی محل رخداد، علت، چگونگی، نوع، محل فعالیت منجر به صدمه برحسب جنس و زمان رخداد حادثه

P Value	زمان بروز حادثه			Value p	جنس		کل	
	شب	ظهر	صبح		زن	مرد		
۰/۲۵۸	(/۱۸/۷) ۵۷	(/۲۱/۲) ۷۵	(/۲۱/۰) ۵۹	۰/۰۰۱	(/۲۶/۲) ۱۳۶	(/۱۳/۱) ۵۵	(/۲۰/۳) ۱۹۱	آشپزخانه
	(/۱۷/۴) ۵۳	(/۱۲/۷) ۴۵	(/۱۶/۴) ۴۶		(/۱۳/۷) ۷۱	(/۱۷/۳) ۷۳	(/۱۵/۳) ۱۴۴	اتاق خواب
	(/۳۰/۳) ۹۲	(/۲۸/۰) ۹۹	(/۲۴/۶) ۶۹		(/۲۸/۵) ۱۴۸	(/۲۴/۷) ۱۱۲	(/۲۷/۷) ۲۶۰	حال
	(/۱۴/۱) ۶۰	(/۲۰/۱) ۷۱	(/۲۱/۰) ۵۹		(/۱۴/۸) ۷۷	(/۲۲/۹) ۹۶	(/۱۸/۵) ۱۷۳	حیاط
	(/۱۹/۷) ۴۳	(/۱۷/۸) ۶۳	(/۱۷/۱) ۴۸		(/۱۶/۸) ۸۷	(/۲۰/۰) ۸۴	(/۱۸/۲) ۱۷۱	سایر مکان‌ها
۰/۲۵۶	(/۷۹/۳) ۲۴۲	(/۸۲/۴) ۲۹۱	(/۸۰/۴) ۲۲۶	۰/۳۶۲	(/۸۰/۷) ۴۱۹	(/۸۱/۰) ۳۴۰	(/۸۰/۸) ۷۵۹	بی‌احتیاطی
	(/۴/۹) ۱۵	(/۴/۵) ۱۶	(/۷/۵) ۲۱		(/۶/۶) ۳۴	(/۴/۳) ۱۸	(/۵/۵) ۵۲	سرگیجه
	(/۷/۵) ۲۳	(/۵/۱) ۱۸	(/۲/۸) ۸		(/۴/۶) ۲۴	(/۶/۰) ۲۴	(/۵/۲) ۴۹	درگیری
	(/۳/۰) ۹	(/۲/۳) ۸	(/۳/۶) ۱۰		(/۲/۳) ۱۲	(/۳/۵) ۱۵	(/۲/۹) ۲۷	بیماری زمینهای
	(/۵/۳) ۱۶	(/۵/۷) ۲۰	(/۵/۷) ۱۶		(/۵/۸) ۳۰	(/۵/۲) ۲۲	(/۵/۵) ۵۲	سایر علل
۰/۴۷۲	(/۲۷/۵) ۸۴	(/۲۷/۸) ۹۸	(/۲۸/۵) ۸۰	۰/۰۱۸	(/۲۸/۵) ۱۴۸	(/۵/۸) ۱۱۴	(/۲۷/۹) ۲۶۲	سقوط از بلندی
	(/۲۰/۳) ۶۲	(/۱۷/۶) ۶۲	(/۲۲/۸) ۶۴		(/۲۲/۵) ۱۱۷	(/۲۷/۱) ۷۱	(/۲۰/۰) ۱۸۸	سقوط روی سطح
	(/۲۶/۶) ۸۱	(/۲۸/۶) ۱۰۱	(/۲۴/۴) ۶۰		(/۲۲/۲) ۱۱۵	(/۱۶/۹) ۱۲۷	(/۲۵/۸) ۲۴۲	ایزار برنده
	(/۱۲/۸) ۳۹	(/۱۱/۰) ۳۹	(/۱۰/۳) ۲۹		(/۱۰/۶) ۵۵	(/۱۲/۴) ۵۲	(/۱۱/۴) ۱۰۷	ضربه یک شی
	(/۷/۹) ۲۴	(/۹/۱) ۳۲	(/۱۲/۱) ۳۴		(/۱۱/۲) ۵۸	(/۷/۶) ۳۲	(/۹/۶) ۹۰	سوختگی
	(/۴/۹) ۱۵	(/۵/۹) ۲۱	(/۵/۰) ۱۴		(/۵/۰) ۲۶	(/۵/۷) ۲۴	(/۵/۳) ۵۰	سایر موارد

محل

علت اولیه بروز حادثه

چگونگی صدمه

نوع صدمه	۰/۰۰۱			۰/۰۰۱			۰/۰۰۱		
	۱۵۵ (۰/۵۰/۸)	۱۶۸ (۰/۴۷/۶)	۱۴۸ (۰/۵۲/۷)	۲۸۷ (۰/۵۵/۳)	۱۸۴ (۰/۴۳/۸)	۴۷۱ (۰/۵۰/۲)	۲۸۷ (۰/۵۵/۳)	۱۸۴ (۰/۴۳/۸)	۴۷۱ (۰/۵۰/۲)
نوع صدمه	ارتوپدیک	۱۱۶ (۰/۳۸/۰)	۱۲۴ (۰/۳۵/۱)	۸۶ (۰/۳۰/۶)	۵۶ (۰/۱۰/۸)	۳۱ (۰/۴۲/۱)	۸۷ (۰/۹/۳)	۳۱ (۰/۴۲/۱)	۸۷ (۰/۹/۳)
	سوختگی	۲۳ (۰/۷/۵)	۳۲ (۰/۹/۱)	۳۲ (۰/۱۱/۴)	۱۴۹ (۰/۲۸/۷)	۱۷۷ (۰/۷/۴)	۳۶۲ (۰/۳۴/۷)	۱۷۷ (۰/۷/۴)	۳۶۲ (۰/۳۴/۷)
	خونریزی دهنده	۱۱ (۰/۳/۶)	۲۹ (۰/۸/۲)	۱۵ (۰/۵/۳)	۲۷ (۰/۵/۳)	۲۸ (۰/۶/۷)	۵۵ (۰/۵/۹)	۲۷ (۰/۵/۳)	۲۸ (۰/۶/۷)
	سایر صدمات	۶۸ (۰/۲۲/۳)	۹۹ (۰/۲۸/۰)	۶۲ (۰/۲۲/۱)	۱۰۵ (۰/۲۰/۲)	۱۲۴ (۰/۲۹/۵)	۲۲۹ (۰/۲۴/۴)	۱۰۵ (۰/۲۰/۲)	۱۲۴ (۰/۲۹/۵)
محل آسیب‌دیده	سر، صورت	۹ (۰/۳/۰)	۵ (۰/۱/۴)	۴ (۰/۱/۴)	۱۱ (۰/۲/۱)	۷ (۰/۱/۹)	۱۸ (۰/۱/۹)	۷ (۰/۱/۹)	۱۸ (۰/۱/۹)
	قفسه سینه	۲۰ (۰/۶/۶)	۲۴ (۰/۶/۸)	۲۱ (۰/۷/۵)	۴۶ (۰/۸/۹)	۱۹ (۰/۴/۵)	۶۵ (۰/۶/۹)	۱۹ (۰/۴/۵)	۶۵ (۰/۶/۹)
	شکم و لگن	۱۳۴ (۰/۴۳/۹)	۱۴۶ (۰/۴۱/۴)	۱۲۳ (۰/۴۳/۸)	۲۱۳ (۰/۴۱/۰)	۱۹۰ (۰/۴۵/۲)	۴۰۳ (۰/۴۲/۹)	۲۱۳ (۰/۴۱/۰)	۱۹۰ (۰/۴۵/۲)
	اندام فوقانی	۶۹ (۰/۲۲/۶)	۷۳ (۰/۲۰/۷)	۶۰ (۰/۲۴/۴)	۱۲۸ (۰/۲۴/۷)	۷۴ (۰/۱۷/۶)	۲۰۲ (۰/۲۱/۵)	۱۲۸ (۰/۲۴/۷)	۷۴ (۰/۱۷/۶)
محل آسیب‌دیده	اندام تحتانی	۵ (۰/۱/۶)	۶ (۰/۱/۷)	۱۱ (۰/۳/۹)	۱۶ (۰/۳/۱)	۶ (۰/۱/۴)	۲۲ (۰/۲/۳)	۱۶ (۰/۳/۱)	۲۲ (۰/۲/۳)
	ستون فقرات	۹۰ (۰/۲۹/۵)	۱۱۱ (۰/۳۱/۴)	۱۰۱ (۰/۳۵/۹)	۱۸۰ (۰/۳۴/۷)	۱۲۲ (۰/۲۹/۰)	۳۰۲ (۰/۳۲/۲)	۱۸۰ (۰/۳۴/۷)	۱۲۲ (۰/۲۹/۰)
	کار کردن	۷۹ (۰/۲۵/۹)	۱۱۵ (۰/۳۲/۶)	۵۱ (۰/۱۹/۲)	۱۱۰ (۰/۲۱/۲)	۱۳۸ (۰/۳۲/۹)	۲۴۸ (۰/۲۶/۷)	۱۱۰ (۰/۲۱/۲)	۱۳۸ (۰/۳۲/۹)
	بازی کردن	۸۸ (۰/۲۸/۹)	۹۳ (۰/۲۶/۳)	۱۰۱ (۰/۳۵/۹)	۱۷۹ (۰/۳۴/۵)	۱۰۳ (۰/۲۴/۵)	۲۸۲ (۰/۳۰/۰)	۱۷۹ (۰/۳۴/۵)	۱۰۳ (۰/۲۴/۵)
فعالیت منجر به حادثه	حرکت دادن	۲۳ (۰/۷/۵)	۱۷ (۰/۴/۸)	۱۰ (۰/۳/۶)	۲۵ (۰/۴/۸)	۲۵ (۰/۶/۰)	۵۲ (۰/۵/۳)	۲۵ (۰/۴/۸)	۲۵ (۰/۶/۰)
	درگیری	۲۵ (۰/۸/۲)	۱۷ (۰/۴/۸)	۱۵ (۰/۵/۳)	۲۵ (۰/۴/۸)	۳۲ (۰/۷/۶)	۵۷ (۰/۶/۱)	۲۵ (۰/۴/۸)	۳۲ (۰/۷/۶)
	سایر موارد								

* آزمون مورد استفاده در این جدول آزمون کای اسکوئر بود.

جدول شماره ۳- فراوانی محل رخداد، علت، چگونگی، نوع، محل فعالیت منجر به صدمه برحسب گروه‌های سنی

P Value	گروه‌های سنی					کل	
	۶۵ سال و بالاتر	۲۵-۶۴ سال	۱۴-۲۵ سال	۵-۱۴ سال	۱-۵ سال		
۰/۰۰۱	۸ (۰/۴/۲)	۹۹ (۰/۵۱/۸)	۳۱ (۰/۱۶/۲)	۱۸ (۰/۹/۴)	۳۵ (۰/۱۸/۳)	۱۹۱ (۰/۲۰/۳)	آشپزخانه
	۲۵ (۰/۱۷/۵)	۴۳ (۰/۳۰/۱)	۲۳ (۰/۱۶/۱)	۱۷ (۰/۱۱/۹)	۳۵ (۰/۲۴/۵)	۱۴۴ (۰/۱۵/۳)	اتاق خواب
	۱۳ (۰/۵/۰)	۸۸ (۰/۳۳/۸)	۳۲ (۰/۱۲/۳)	۴۸ (۰/۱۸/۵)	۷۹ (۰/۳۰/۴)	۲۶۰ (۰/۲۷/۷)	هال
	۲۲ (۰/۱۲/۷)	۷۰ (۰/۴۰/۵)	۱۸ (۰/۱۰/۴)	۳۶ (۰/۲۰/۸)	۲۷ (۰/۱۵/۶)	۱۷۳ (۰/۱۸/۵)	حیاط
۰/۰۰۱	۱۷ (۰/۱۰/۰)	۷۹ (۰/۴۶/۵)	۱۹ (۰/۱۱/۲)	۳۰ (۰/۱۷/۶)	۲۵ (۰/۱۴/۷)	۱۷۱ (۰/۱۸/۲)	سایر مکان‌ها
	۴۵ (۰/۵/۹)	۳۰۲ (۰/۳۹/۸)	۸۷ (۰/۱۱/۵)	۱۳۳ (۰/۱۷/۵)	۱۹۱ (۰/۲۵/۲)	۷۵۹ (۰/۸۰/۸)	بی‌احتیاطی
	۱۵ (۰/۲۸/۸)	۲۸ (۰/۵۳/۸)	۸ (۰/۱۵/۴)	۱ (۰/۱/۹)	۰ (۰/۰/۰)	۵۲ (۰/۵/۵)	سرگیجه
	۲ (۰/۴/۱)	۲۳ (۰/۴۶/۹)	۱۷ (۰/۳۴/۷)	۵ (۰/۱۰/۲)	۲ (۰/۴/۱)	۴۹ (۰/۵/۲)	درگیری
۰/۰۰۱	۱۱ (۰/۴۲/۳)	۱۰ (۰/۳۸/۵)	۴ (۰/۱۵/۴)	۱ (۰/۳/۸)	۸ (۰/۱۵/۴)	۲۷ (۰/۲/۹)	بیماری زمینهای
	۱۲ (۰/۲۳/۱)	۱۶ (۰/۳۰/۸)	۷ (۰/۱۳/۵)	۹ (۰/۱۷/۳)	۰ (۰/۰/۰)	۵۲ (۰/۵/۵)	سایر علل
	۲۴ (۰/۹/۲)	۱۰۵ (۰/۴۰/۲)	۲۰ (۰/۷/۷)	۴۸ (۰/۱۸/۴)	۶۴ (۰/۲۴/۵)	۲۶۲ (۰/۲۷/۹)	سقوط از بلندی
	۴۶ (۰/۲۴/۵)	۵۹ (۰/۳۱/۴)	۱۳ (۰/۶/۹)	۳۲ (۰/۱۷/۰)	۳۸ (۰/۲۰/۲)	۱۸۸ (۰/۲۰/۰)	سقوط روی سطح
۰/۰۰۱	۶ (۰/۲/۵)	۱۱۲ (۰/۴۶/۵)	۶۰ (۰/۲۴/۹)	۳۷ (۰/۱۵/۴)	۲۶ (۰/۱۰/۸)	۲۴۲ (۰/۲۵/۸)	ابزار برنده
	۲ (۰/۱/۹)	۵۱ (۰/۴۷/۷)	۱۵ (۰/۱۴/۰)	۱۷ (۰/۱۵/۹)	۲۲ (۰/۲۰/۶)	۱۰۷ (۰/۱۱/۴)	ضربه یک شی
	۶ (۰/۶/۷)	۳۱ (۰/۳۴/۴)	۹ (۰/۱۰/۰)	۹ (۰/۱۰/۰)	۳۵ (۰/۳۸/۹)	۹۰ (۰/۹/۶)	سوختگی
	۱ (۰/۲/۰)	۲۱ (۰/۴۲/۰)	۶ (۰/۱۲/۰)	۶ (۰/۱۲/۰)	۱۶ (۰/۳۲/۰)	۵۰ (۰/۵/۳)	سایر موارد
۰/۰۰۱	۵۹ (۰/۱۲/۵)	۱۹۵ (۰/۴۱/۴)	۳۹ (۰/۸/۳)	۷۶ (۰/۱۶/۱)	۱۰۲ (۰/۲۱/۷)	۴۷۱ (۰/۵۰/۲)	ارتوپدیک
	۶ (۰/۶/۹)	۳۲ (۰/۳۶/۸)	۱۰ (۰/۱۱/۵)	۶ (۰/۶/۹)	۳۳ (۰/۳۷/۹)	۸۷ (۰/۹/۳)	سوختگی
	۱۶ (۰/۴/۹)	۱۳۴ (۰/۴۱/۴)	۶۸ (۰/۳۱/۰)	۵۶ (۰/۱۷/۳)	۵۰ (۰/۱۵/۴)	۳۶۲ (۰/۳۴/۷)	خونریزی دهنده
	۴ (۰/۷/۳)	۱۸ (۰/۳۲/۷)	۶ (۰/۱۰/۹)	۱۱ (۰/۲۰/۰)	۱۶ (۰/۲۹/۱)	۵۵ (۰/۵/۹)	سایر صدمات

	سر، صورت	۲۲۹ (۲۴/۴)	۷۳ (۳۲/۰)	۴۰ (۱۷/۵)	۱۸ (۷/۹)	۷۷ (۳۳/۸)	۲۰ (۸/۸)
	محل آسیب دیده	۱۸ (۱/۹)	۷ (۱۷/۵)	۲ (۵/۰)	۶ (۱۵/۰)	۲۱ (۵۲/۵)	۴ (۱۰/۰)
۰/۰۰۱	شکم و لگن	۶۵ (۶/۹)	۹ (۱۳/۸)	۷ (۱۰/۸)	۵ (۷/۷)	۲۷ (۴۱/۵)	۱۷ (۲۶/۲)
	اندام فوقانی	۴۰۳ (۴۲/۹)	۸۸ (۲۱/۹)	۶۷ (۱۶/۷)	۶۹ (۱۷/۲)	۱۵۷ (۳۹/۱)	۲۱ (۵/۲)
	اندام تحتانی	۲۰۲ (۲۱/۵)	۲۴ (۱۱/۹)	۳۳ (۱۶/۳)	۲۵ (۱۲/۴)	۹۷ (۴۸/۰)	۲۳ (۱۱/۴)
	فواصل	۳۰۲ (۳۲/۲)	۲۱ (۷/۰)	۲۶ (۸/۶)	۵۵ (۱۸/۳)	۱۸۱ (۶۰/۱)	۱۸ (۶/۰)
	بازی کردن	۲۴۸ (۲۶/۷)	۱۵۱ (۶۰/۹)	۷۴ (۲۹/۸)	۹ (۳/۶)	۱۲ (۴/۸)	۲ (۰/۸)
۰/۰۰۱	حرکت دادن	۲۸۲ (۳۰/۰)	۱۵ (۵/۳)	۳۶ (۱۲/۸)	۳۴ (۱۲/۱)	۱۴۱ (۵۰/۲)	۵۵ (۱۹/۶)
	درگیری	۵۲ (۵/۳)	۱ (۲/۰)	۶ (۱۲/۰)	۱۶ (۳۲/۰)	۲۴ (۴۸/۰)	۳ (۶/۰)
	سایر موارد	۵۷ (۶/۱)	۱۳ (۲۲/۸)	۷ (۱۲/۳)	۹ (۱۵/۸)	۲۱ (۳۶/۸)	۷ (۱۲/۳)

* آزمون مورد استفاده در این جدول آزمون مربع کای بود.

بحث

مراکز اورژانس نیز در همین ساعتها بوده است. در ایران بیش تر اداره‌ها و مراکز دولتی و هم‌چنین مدرسه‌ها در زمان صبح باز هستند که این امر سبب می‌شود تا در زمان صبح بیش تر زنان خانه‌دار و کودکان زیر سن مدرسه در منزل حاضر بوده و در نتیجه احتمال بروز این تروماها کاهش یابد، اما در زمان‌های عصر و شب بیش تر اعضای خانواده در خانه حاضر هستند و این موضوع خطر رخداد تروما را افزایش می‌دهد. از طرفی یکی از گروه‌های که به شدت در برابر صدمات خانگی آسیب‌پذیر هستند، افراد زیر ۱۵ سال هستند که در زمان‌های صبح به سبب حضور در مدرسه‌ها و سایر مراکز آموزشی در منزل حاضر نیستند، اما در زمان‌های عصر و شب در منزل حضور داشته و سبب افزایش تروماهای خانگی می‌شوند. یکی دیگر از دلایل احتمالی این موضوع می‌تواند ناشی از خستگی ناشی از فعالیت‌های روزانه باشد که سبب می‌شود افراد در انجام کارهای خود در زمان‌ها عصر و شب دقت کافی و لازم را نداشته و در نتیجه دچار تروما شوند. این یافته در تضاد با مطالعه انجام‌گرفته توسط دیانتی و همکاران (۲۲) در کاشان است که بیان می‌کند بیش‌ترین زمان رخداد حوادث خانگی در زمان صبح بوده است. تفاوت بین مطالعه دیانتی و این پژوهش تا حد زیادی ناشی از چگونگی نمونه‌گیری است؛ زیرا مطالعه دیانتی زمینه جامعه‌نگر داشته است، اما این مطالعه دارای زمینه بیمارستانی است.

بیش از یک‌چهارم حوادث خانگی در حال اتفاق بودند و پس از آن، رایج‌ترین محل‌های رخداد آسیب‌ها به ترتیب آشپزخانه و حیاط بوده است. این در حالی است که هر دو جنس تقریباً درصد مساوی از رخداد حوادث در حال را داشته‌اند، اما فراوانی رخداد حوادث در آشپزخانه در زنان و در حیاط برای مردان بالاتر بوده است. بالاتر بودن فراوانی رخداد حوادث در حال را می‌توان ناشی از این موضوع دانست که این بخش از منازل محل بازی کردن

نتایج این مطالعه نشان داد فراوانی رخداد حوادث خانگی در زنان بیش‌تر از مردان بوده است که این یافته هم‌راستا با نتایج حاصل از نقاب در شیراز (۱۱) و Ferrante در ایتالیا (۱۸) و در تضاد با مطالعه‌های انجام‌شده توسط فاضل در کاشان (۱۴)، رضائی در بیرجند (۱۳)، خسروی در شهرکرد (۱۰)، محمدی در ایران (۱۹)، مک در آمریکا (۱۷)، Gawryszewsk در برزیل (۲۰) و Runyan در آمریکا (۲۱) است که در مطالعه‌های خود گزارش می‌کنند رخداد این حوادث در مردان بیش‌تر از زنان است. در توجیه این یافته می‌توان گفت بیش‌تر زنان در شهر کاشان خانه‌دار بوده و بیش‌تر از مردان در منزل حضور دارند؛ در نتیجه در معرض مواجهه با حوادث بیش‌تری هستند، اما فاضل (۱۴) در مطالعه خود معتقد است بالاتر بودن رخداد حوادث خانگی در مردان ناشی از جدی‌تر بودن آسیب‌های وارد شده در مردان است که باعث می‌شود آن‌ها بیش‌تر از زنان به مراکز اورژانس مراجعه کنند. یکی از دلایل‌های تفاوت بین مطالعه فاضل (۱۴) و مطالعه حاضر که هر دو در شهر کاشان انجام شده است، می‌تواند ناشی از چگونگی نمونه‌گیری باشد؛ زیرا در مطالعه‌ی فاضل تنها مراجعان به مرکز اورژانس بیمارستان شهید بهشتی شهر کاشان مورد بررسی قرار گرفته‌اند؛ این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر علاوه بر این مرکز مصدومان مراجعه‌کننده به بیمارستان نقوی شهر کاشان نیز مورد پایش و بررسی قرار گرفته‌اند و احتمالاً قرار گرفتن بیمارستان نقوی در مرکز شهر موجب مراجعه بیش‌تر زنان به آن مرکز شده است.

یافته‌ها بیانگر آن است که بیش‌تر حوادث به ترتیب در زمان بعدازظهر و شب اتفاق افتاده‌اند و بیش‌ترین زمان‌های مراجعه به

عواقب ارتوپدیک ناشی از سقوط بیش از دیگر تروماها باشد. از طرفی بالاتر بودن میزان آسیب‌های تروماتیک می‌تواند به تنوع زیاد آن‌ها نیز مرتبط باشد؛ به‌گونه‌ای که در این مطالعه کوفتگی، شکستگی، دررفتگی، پیچ‌خوردگی و کشیدگی‌ها جزء آسیب‌های ارتوپدیک در نظر گرفته شدند. هم‌چنین این تفاوت‌ها را می‌توان با تنوع فرهنگی و اهمیت افراد به نوع آسیب و تأثیر آن بر تصمیم آن‌ها به مراجعه مرتبط دانست.

بیش‌ترین اعضای آسیب‌دیده در تروماهای خانگی در این مطالعه به ترتیب اندام فوقانی، سر و صورت و اندام تحتانی بوده است؛ که در مطالعه فاضل و همکاران در کاشان (۱۴)، مه‌رام و همکاران در بیرجند (۱۲) و Mannocci و همکاران در ایتالیا (۱۶) نیز شایع‌ترین مناطق آسیب‌دیده اندام‌ها و سر و گردن بوده است. از دلایل احتمالی بالاتر بودن آسیب در اندام‌های فوقانی را می‌توان ناشی از استفاده از آن‌ها در فعالیت‌های خانگی به‌ویژه در آشپزخانه دانست که احتمال بریدگی را برای این اعضا افزایش می‌دهد. از طرفی اندام‌های فوقانی در تروماهایی مانند سقوط نخستین اعضای هستند که در ارتباط به سطح قرارگرفته و دچار آسیب می‌شوند. بالا بودن میزان آسیب‌های سر و صورت را تا حدی می‌توان ناشی از حساسیت مردم به تروماهای وارده به این بخش‌ها دانست؛ به‌گونه‌ای که کوچک‌ترین تروماها به این اعضا سبب می‌شود تا افراد پیگیری‌های لازم را انجام دهند. Stead در نتایج مطالعه خود گزارش می‌کند که ۴۷ درصد از تروماهای وارد شده به سر در اثر سقوط اتفاق می‌افتد (۲۷) از طرفی سقوط در سالمندان شایع بوده، به‌گونه‌ای که آمارها نشان می‌دهد شیوع این پدیده در سالمندان حدود ۵۱ درصد است (۲۸)، که با توجه به نتایج این مطالعه، که سقوط یکی از اصلی‌ترین مکانیسم‌های تروماها بوده است؛ بالا بودن فراوانی آسیب‌های سر و صورت قابل توجیه است.

با توجه به این‌که تعداد زیادی از افرادی که دچار تروماهای خانگی شده به بیمارستان مراجعه نمی‌کنند؛ یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم بررسی این تروماها در سطح جامعه بود که این عامل از کنترل پژوهشگران خارج بود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تروماها اغلب به دنبال بی‌احتیاطی اتفاق می‌افتند. رخداد تروماها به‌ویژه تروماهای خانگی احتمالاً با تمرکز در حین انجام کار قابل پیش‌بینی و پیش‌گیری هستند. برای کاهش فراوانی رخداد تروماهای خانگی می‌توان از متولیان امر بهداشت در آموزش مردم در ارتباط با نکات ایمنی در

کودکان، تجمع افراد خانواده و وجود اسباب و وسایل مختلف است که هر کدام می‌تواند نقش به‌سزایی در افزایش تروماها در این محل داشته باشد.

سقوط و وسایل برنده به ترتیب اصلی‌ترین مکانیسم‌های رخداد حوادث خانگی در این مطالعه بود که این یافته با نتایج مطالعه فاضل (۱۴)، و دیانتی (۲۲) در کاشان هم‌راستا است، اما در مطالعه مک در آمریکا (۱۷) سقوط پس از مسمومیت دومین عامل رخداد حوادث خانگی بوده است، Runyan نیز در مطالعه خود که در آمریکا انجام‌شده است گزارش می‌کند که سقوط سومین علت بروز حوادث خانگی پس از عوامل ابزارهای برنده و غرق‌شدگی هستند (۲۱) و در مطالعه نقاب سقوط پس از سوختگی و اجسام برنده در جایگاه سوم عوامل تروماهای خانگی قرارگرفته است (۱۱). خسروی هم در نتایج مطالعه خود نشان داده است که سوختگی سومین علت بروز حوادث خانگی پس از سوختگی با آب جوش و برخورد با اشیای نوک‌تیز است (۱۰). در مطالعه‌ی رضانی نیز سقوط پس از سوختگی دومین علت رخداد تروماهای خانگی بوده است (۱۳). آنچه شایان توجه می‌باشد، این نکته است که در تمام مطالعه‌های فوق سقوط فارغ از نوع جوامع مورد بررسی جزء یکی از مهم‌ترین عوامل رخداد حوادث خانگی بوده است، که این امر می‌تواند ناشی از نوع معماری و موانع احتمالی و نوع کفپوش‌های موجود در منزل باشد. از طرفی دیگر در گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال (۲۳) و هم‌چنین زیر ۱۵ سال (۲۴) سقوط نه‌تنها یکی از اصلی‌ترین عوامل تروما به‌حساب می‌آید، بلکه از شایع‌ترین عوامل مرگومیر در این گروه‌ها نیز به‌حساب می‌آید (۲۵، ۲۶). یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ای که باعث تروماهای خانگی در این مطالعه شده بود، بی‌احتیاطی افراد بود که این امر می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل فرهنگی در افزایش سقوط‌ها به‌ویژه در سطوح لغزنده، پله‌ها و برجستگی‌ها مؤثر باشد.

شایع‌ترین آسیب‌های خانگی، آسیب‌های ارتوپدیک بودند که نزدیک به ۵۰ درصد از تروماهای خانگی این مطالعه را شامل می‌شد. یافته‌های مطالعه‌های دیانتی (۲۲) و خسروی (۱۰) نیز هم‌راستا با این مطالعه است، اما در مطالعه انجام شده توسط مه‌رام در زنجان (۱۲) بیش‌ترین آسیب‌های خانگی را به ترتیب بریدگی و سوختگی تشکیل می‌دهد. در مطالعه‌های کاستیک و همکاران (۱۵) و Mannocci در ایتالیا (۱۶) زخم‌ها و بریدگی‌ها و خراشیدگی‌ها شایع‌ترین حوادث خانگی بوده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت با توجه به این‌که سقوط نزدیک به ۴۵ درصد از آسیب‌های خانگی را رقم زده است؛ می‌توان انتظار داشت

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیمارانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند؛ تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از دانشگاه علوم پزشکی کاشان به خاطر تأمین اعتبار بودجه این طرح تقدیر و تشکر می‌شود.

چینش منازل، استفاده از وسایل مختلف و ایمن‌سازی محیط استفاده کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود همچون کشورهای توسعه یافته، تیم‌های در مراکز بهداشتی برای ستجش میزان ایمنی و خطرپذیری منازل ایجاد شده و به صورت دوره‌ای منازل را بررسی نمایند.

تشکر و قدردانی

منابع

- JamaleadinTabibi S, Motevalian SA, Maleki MR, Masoomi GR. Designing a Model for Trauma System Management Using Public Health Approach: The Case of Iran. *Acta Medica Iranica*. 2012; 50.
- Fraga AMA, Bustorff-Silva JM, Fernandez TM, Fraga GP, Reis MC, Baracat ECE, et al. Children and adolescents deaths from trauma-related causes in a Brazilian City. *World journal of emergency surgery*. 2013; 8: 52.
- Bondanelli M, Ambrosio MR, Zatelli MC, De Marinis L, degli Uberti EC. Hypopituitarism after traumatic brain injury. *European Journal of Endocrinology*. 2005; 152: 679-91.
- Weir S, Salkever DS, Rivara FP, Jurkovich GJ, Nathens AB, Mackenzie EJ. One-year treatment costs of trauma care in the USA. 2010.
- National Health Service -Confederation.2010. Implementing trauma systems: key issues for the NHS. London2010; Available from: http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Implementing_trauma_systems_report.pdf.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 1998;10.
- Hsia RY, Ozgediz D, Mutto M, Jayaraman S, Kyamanywa P, Kobusingye OC. Epidemiology of injuries presenting to the national hospital in Kampala, Uganda: implications for research and policy. *International Journal of Emergency Medicine*. 2010; 3: 165-72.
- Centers for Disease Control and Prevention.2010. 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States – 2010. Available from: http://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/10LCID_All_Deaths_By_Age_Group_2010-a.pdf.
- Koehl B, Sznajder M, Chevallier B. [Are children all equal when it comes to home accidents?]. *La Revue du praticien*. 2009; 59: 224-7.
- Khosravi S, Ghafari M. Epidemiological study of domestic accidents in urban and rural area of Shahrekord in 1999. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2003; 5: 53-64.
- Neghab M, Rajaei Fard A, Habibi M, Choobineh A. Home accidents in rural and urban areas of Shiraz, 2000-02. *East Mediterr Health J*. 2006; 12: 824-33.
- Mahram M, Derakhshandeh J, Jamshidi MR, Yektaparast M. Study of emergency & domestic accidents cases in the patients, which referred to the centers of health services in the province of Zanjan in 1999. *ZUMS Journal* 2000; 8: 41-6.
- Ramazani AB, Izadkhah MH, GHoleenejad B, Amirbadizadeh H. Epidemiologic study and relationship factors of home injuries in clientele of birjand, s hospital in 2004. *Journal Of Rostamineh* 2011; 2: 71-9.
- Fazel MR, Fakharian E, Razi E, Abedzadeh-Kalahroudi M, Mahdian M, Mohammadzadeh M, et al. Epidemiology of home-related injuries during a six-year period in kashan, Iran. *Arch Trauma Res*. 2012; 1: 118-22.
- Guasticchi G, Paolo GR, Borgia P, Farchi S, Chini F. Analysis of Home Injuries Through An Emergency Based Surveillance System. *Epidemiology* 2004; 15: S155.
- Mannocci A, de Waure C, Gualano MR, Specchia ML, Sferrazza A, Liguori G, et al. Epidemiology of home injuries: a large observational study among adult mothers in Italy. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2012; 49: 376-82.
- Mack KA, Rudd RA, Mickalide AD, Ballesteros MF. Fatal unintentional injuries in the home in the US, 2000-2008. *American Journal of Preventive Medicine* 2013; 44: 239-46.
- Ferrante P, Marinaccio A, Iavicoli S. Home injuries in Italy: patterns of injury and the most exposed people. *International Journal of Injury Control and Safety promotion*. 2013; 20: 36-41.
- Mohammadi R, Ekman R, Svanström L, Gooya M. Unintentional home-related injuries in the Islamic Republic of Iran: findings from the first year of a national programme. *Public health*. 2005; 119: 919-24.
- Gawryszewski VP, Scarpelini S, Dib JA, Jorge MHPdM, Pereira Junior GA, Morita M. Treatment of injuries in emergency departments: characteristics of victims and place of injury, São Paulo State, Brazil, 2005. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24: 1121-9.
- Runyan CW, Casteel C, Perkins D, Black C, Marshall SW, Johnson RM, et al. Unintentional injuries in the home in the United States: Part I: Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005; 28: 73-9.
- Dianati M, Akbari H. Epidemiology of home injuries in Kashan during 2005. *FEYZ Journal*. 2009; 12: 27-32.
- Al-Aama T. Falls in the elderly Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*. 2011; 57: 771-6.
- Pomerantz WJ, Gittelman MA, Hornung R, Husseinzadeh H. Falls in children birth to 5 years: Different mechanisms lead to different injuries. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2012; 73: S254-S7.
- Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Palvanen M. Fall-induced deaths among elderly people. *American journal of public health*. 2005; 95: 422.
- Stone KE, Lanphear BP, Pomerantz WJ, Khoury MJ. Childhood injuries and deaths due to falls from windows. *Journal of Urban Health*. 2000; 77: 26-33.
- Stead LG, Bodhit AN, Patel PS, Daneshvar Y, Peters KR, Mazzuocolo A, et al. TBI surveillance using the common data elements for traumatic brain injury: a population study. *International journal of emergency medicine*. 2013; 6: 1-7.
- Thompson HJ, McCormick WC, Kagan SH. Traumatic brain injury in older adults: epidemiology, outcomes, and future implications. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006; 54: 1590-5.

Study of the Home-Related Traumas in Patients Referred to the Emergency Treatment Centers of Kashan, 2010-2012

Dianati M¹, Lotfi MS²

1- Senior Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2- MS Student of Gerontological Nursing, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Corresponding author: Lotfi MS., sajjad.lotfi@yahoo.com

Background & Objectives: Home-related traumas are the most common traumas and are ranked the second among different types of traumas. This study aimed to determine the status of home-related traumas in patients referred to medical centers in Kashan in 2010-2012.

Methods: In this cross-sectional study, 1028 patients referred to Kashan emergency medical centers were evaluated. The continuous sampling method was used for patient selection. The data collection tool was a researcher made questionnaire with two sections: demographic information and a checklist to evaluate the domestic trauma. Information was obtained by trained nurses through direct interviews with the patients and hospital records. Data was analyzed using SPSS version 0.16.

Results: Location patterns of incidents showed that the hall (27.7%), kitchen (20.3%) and yard (18.4%) were the most common injury sites. Recklessness (80.8%) was the most common cause of trauma. Most of the accidents were caused by falls (27.90%) and cutting tools (25.08%). Orthopedic injuries (50.2%) and hemorrhagic events (34.70%) were the most common traumas.

Conclusion: The results showed that domestic traumas often occurred following reckless behaviors. As a result, these traumas could be predicted and prevented by concentration and attention during working. To reduce the incidence of domestic traumas, people should receive information and training on health and safety issues in the home setting.

Keywords: Trauma, Domestic, Emergency, Kashan