

Barriers to Preventing Common Injuries in the World: A Review and Content-Analysis Study

Azami-aghdash S¹, Nikanfar R², Joudyian N*³

1. Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2. Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

3. Department of Health Services Management, School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +989145458255, Fax: +982188883334, E-mail: njoudiyan.9170@gmail.com

Received: Oct 15, 2019

Accepted: Jul 09, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Review and Content-Analyzing of the barriers to prevent most common injuries is a necessity for corresponding planning and policymaking. So this study was performed with the aim of review and content analysis of the literature regarding barriers to injury prevention.

Methods: This review study was performed in 2020 and the required data were collected by searching for papers, reports, and other evidence in databases, web sites, and search engines. Six types of injuries were selected: Road Traffic Injuries (RTIs), suicide, falls, domestic violence, gun violence, and burns. Data were analyzed by the content analysis method.

Results: The results of 30 studies were analyzed. The included studies have reported a total of 256 barriers for the prevention of the injuries (traffic injuries: 105, falls: 59, suicide: 30, gun violence: 20, Domestic violence: 22 and burns: 20). The content analysis categorized the barriers into 31 categories (traffic injuries: 6, falls: 3, suicide: 4, gun violence: 6, Domestic violence: 7 and burn: 5). Analysis of the data resulted in eight general categories of barriers to the prevention of the injuries including: knowledge and awareness barriers, social and cultural barriers, cooperation barriers, scientific evidence barriers, organizational barriers, resource shortages, personal barriers, and the barriers related to healthcare systems.

Conclusion: Limited studies are published on the identification of the barriers to injury prevention. Thus a severe shortage of evidence is seen in this area. The findings of this study can help to make plans and policies for preventing injuries.

Keywords: Injury; Prevention; Barriers; Road Traffic Injuries; Suicide; Falls; Gun Violence; Burns

موانع پیشگیری از مصدومیت‌های شایع در دنیا: مطالعه مروری و تحلیل محتوای متون

صابر اعظمی آغداش^۱، رضا نیکان فر^۲، نسرين جودیان^{۳*}

۱. دکترای تخصصی سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۵۴۵۸۲۵۵ فکس: ۰۲۱۸۸۸۸۳۳۳۴ ایمیل: njoudiyan.9170@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: جمع بندی و تحلیل موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها برای برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها امری ضروری می‌باشد. از این رو هدف مطالعه حاضر مرور و تحلیل محتوای متون در زمینه موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع مطالعات مروری بود که در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از جستجوی مقالات، گزارش‌ها و سایر شواهد موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی، وب سایت‌ها، موتورهای جستجوگر و سایر منابع علمی موجود جمع آوری گردید. تعداد ۶ مورد از مصدومیت‌ها (حوادث ترافیکی، خودکشی، سقوط، خشونت خانگی، خشونت از طریق اسلحه گرم و سوختگی) جهت بررسی انتخاب شدند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا استفاده گردید. یافته‌ها: یافته‌های ۳۰ مقاله بررسی گردید. بر اساس نتایج مطالعات در نهایت ۲۵۶ مانع (حوادث ترافیکی ۱۰۵، سقوط ۵۹، خودکشی ۳۰، خشونت از طریق اسلحه گرم ۲۰، خشونت خانگی ۲۲ و سوختگی ۲۰) استخراج گردید که با تحلیل محتوا به ۳۱ مورد کاهش یافت (حوادث ترافیکی ۶، سقوط ۳، خودکشی ۴، خشونت از طریق اسلحه گرم ۶، خشونت خانگی ۷ و سوختگی ۵). با تحلیل محتوای موانع استخراج شده در نهایت ۸ مانع کلی در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها استخراج گردید که شامل: موانع آگاهی و دانش، موانع اجتماعی و فرهنگی، موانع همکاری‌ها، موانع شواهد علمی، موانع سازمانی، کمبود منابع، موانع فردی و موانع سیستم‌های بهداشتی- درمانی بودند.

نتیجه گیری: مطالعات محدودی در زمینه شناسایی موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها انجام گرفته است و کمبود شدید اطلاعات در این حیطه احساس می‌گردد. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند در برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مصدومیت، پیشگیری، موانع، حوادث ترافیکی، خودکشی، سقوط، خشونت خانگی، اسلحه گرم، سوختگی

دریافت: ۱۳۹۸/۷/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۱۹

مقدمه

در اوایل قرن جدید صدمات و جراحات به عنوان یکی از مشکلات شایع بهداشتی مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفت و پیش‌بینی می‌شود یکی از مشکلات و

چالش‌های اصلی سیستم‌های بهداشتی باشد و در حالت عمومی نیز باید توجه ویژه‌ای به این مسئله بعمل آید (۱-۴)، زیرا صدمات یکی از دلایل اصلی مرگ و ناتوانی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه

نیازمند جمع‌بندی نظام‌مند و تحلیل آنها می‌باشیم تا بهتر در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مورد استفاده قرار گیرند. از این‌رو هدف مطالعه حاضر مرور نظام‌مند و تحلیل محتوای متون در زمینه موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها می‌باشد.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات مروری بوده که در سال ۱۳۹۹ طراحی و انجام گرفته است. اطلاعات مورد نیاز در مرحله اول با استفاده از جستجوی کلید واژه‌های Injury, Trauma, Accident, Prevent*, Challenge*, Barrier*, Treatment, Endovascular Therapies در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed, Scopus, Embase و در مرحله بعدی با استفاده از کلیدواژه‌های؛ مصدومیت‌ها، جراحات، حوادث، پیشگیری در پایگاه‌های اطلاعاتی Sid, IranMedix جستجو گردید. بازه زمانی انتخاب شده برای جستجوی مقالات سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ بود. بعد از حذف مقالاتی که ارتباط ضعیفی با اهداف مطالعه داشتند و انتخاب مقالات اصلی بار دیگر جهت بالابردن اطمینان از شناسایی و بررسی مقالات موجود لیست منابع مقالات انتخاب شده نیز جستجو گردید. برای انجام جستجوی منابع منتشر نشده^۱ نیز پایگاه‌های داده‌ای European Association for Grey Health Care و (EAGLE) Literature Exploitation Management Information Consortium (HMIC) مورد جستجو قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل: اشاره حداقل به یکی از موانع انواع مصدومیت‌ها و معیارهای خروج از مطالعه شامل: مقالات غیر انگلیسی و فارسی زبان، مقالات ارائه‌شده در همایش‌ها و مقالاتی که فقط به موانع خشونت‌ها اشاره کرده باشند، بود.

در این مطالعه به‌دلیل گستردگی زیاد انواع مصدومیت‌ها، تعداد ۶ مورد از مهمترین مصدومیت‌ها که نرخ مرگ و میر و بار قابل توجهی داشتند انتخاب شدند. این موارد شامل: حوادث

می‌باشد (۵). بر اساس مطالعه بار جهانی بیماری‌ها تخمین زده می‌شود که صدمات در حدود ۱۰ درصد مرگ‌ها را در جهان تشکیل می‌دهد (۶) و در حدود ۹۰ درصد از این مرگ‌ها در کشورهای با درآمد پایین و یا متوسط اتفاق می‌افتد (۷). صدمات خشونت‌تهدیداتی برای سلامت در هر کشوری از جهان هستند (۹،۸). هر ساله بیش از پنج میلیون نفر در سرتاسر جهان بدلیل بعضی از اشکال صدمات فوت می‌کنند و ناتوانی‌های بسیار بیشتر از این در زندگی باقی می‌گذارد (۱۰-۱۲). با توجه به روند فعلی، انتظار می‌رود بار جهانی صدمات بطور قابل ملاحظه‌ای در طول دهه‌های آینده، مخصوصاً در کشورهای با درآمد پایین و درآمد متوسط افزایش می‌یابد (۱۳،۱۴). با وجود اهمیت رو به رشد این مشکل، کشورهای کمی در دنیا سیاست‌های ملی، استراتژی یا برنامه‌های عملیاتی برای پیشگیری از صدمات و خشونت دارند (۱۵،۱۶). ایده پیشگیری از مصدومیت‌ها یک مفهوم جدید نیست بلکه همه کشورها حداقل قوانین و مقرراتی دارند که آنها را متوجه مسائل مرتبط با مصدومیت می‌کند و در حال حاضر برخی اقدامات برای مقابله با عواقب ناشی از آسیب انجام گرفته است. با این حال، در بسیاری از کشورها، آگاهی در مورد حجم مشکل کم است، در نتیجه این طرح‌ها اغلب ناکافی و پراکنده هستند (۲۰-۱۷).

بر اساس نتایج مرور متون، موانع زیادی در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها در کشورهای مختلف وجود دارد (۲۶-۲۱). از آنجایی که جهت پیشگیری از مصدومیت‌ها، شناخت و تحلیل موانع موجود از پایه‌ای‌ترین و اساسی‌ترین اقدامات می‌باشد، لذا شناخت موانع می‌تواند نقش بسیار پررنگی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از مصدومیت‌ها داشته باشد. در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها مطالعات مختلفی در کشورهای دنیا بصورت پراکنده انجام گرفته‌اند، ولی برای استفاده بهتر از نتایج این مطالعات

^۱ Grey Literature

ترافیکی، خودکشی، سقوط، خشونت از طریق اسلحه گرم^۱، خشونت خانگی و سوختگی می‌شدند. در این مطالعه در مرحله اول برای هریک از مصدومیت‌های اشاره‌شده، یک سیمای مختصر از اپیدمیولوژی مصدومیت ارائه شد. در مرحله دوم موانع پیشگیری هریک از مصدومیت‌ها بر اساس نتایج مطالعات گزارش شد. در مرحله سوم تحلیل محتوای موانع بر اساس نتایج مطالعات برای هریک از مصدومیت‌ها صورت گرفت. در مرحله چهارم نیز یک تحلیل محتوای جامع از تمامی موانع مصدومیت‌های اشاره‌شده انجام گرفت.

جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا^۲ استفاده گردید که روشی برای شناسایی، تحلیل و گزارش مدل‌ها (تم‌ها)ی موجود در داخل متن می‌باشد و در تحلیل داده‌های کیفی کاربرد بسیار زیادی دارد. مراحل تحلیل و کدبندی داده‌ها به صورت دستی به ترتیب زیر بود: آشنایی با متن داده‌ها (خواندن چندین باره متن‌های پیاده شده- غوطه‌وری داده‌ها)، شناسایی و استخراج کدهای اولیه (شناسایی و استخراج داده‌های مرتبط بیشتر با کدهای اولیه)، شناسایی تم‌ها (قراردادن کدهای اولیه استخراج‌شده در تم‌های مرتبط)، بازبینی و تکمیل تم‌های شناسایی‌شده، نامگذاری و تعریف تم‌ها، اطمینان از پایایی کدها و تم‌های استخراج شده (کسب توافق بین دو کدگذار از طریق بحث و رفع موارد مورد اختلاف).

یافته‌ها

حوادث ترافیکی

تخمین زده می‌شود هر ساله ۱,۳۵ میلیون نفر در سراسر دنیا در اثر حوادث ترافیکی جان خود را از دست می‌دهند و بیش از ۵۰ میلیون نفر دچار

جراحت می‌شوند (۲۷). طبق نتایج پیش‌بینی‌های انجام‌گرفته انتظار می‌رود که این ارقام در طی ۲۰ سال آینده حدود ۶۵ درصد افزایش یابد (۳). همچنین پیش‌بینی می‌شود که در مقابل هر مرگ ناشی از آسیب‌ها، ۱۶ مورد منجر به بستری و ۴۰۰ مورد آسیب نیازمند خدمات سرپایی یا همراه با محدودیت فعالیت گذرا رخ دهد (۲۸). بر اساس نتایج مطالعه بار جهانی بیماری‌های سال ۲۰۱۶^۳، در بین ۲۰ عامل اصلی مرگ در دنیا، حوادث ترافیکی رتبه ۸ را داشته و به تنهایی عامل حدود ۲/۴۶ درصد از کل مرگ‌های اتفاق‌افتاده در دنیا می‌باشد (۲۹). همچنین بر اساس گزارش‌های پایش اهداف توسعه هزاره^۴، حوادث ترافیکی به تنهایی در حدود ۲۴ درصد مرگ‌های ناشی از حوادث را به خود اختصاص می‌دهند (۳۰). همچنین حوادث ترافیکی در حال حاضر اولین عامل مرگ در گروه سنی ۵ تا ۲۹ سال در سراسر دنیا می‌باشد (۲۷). در زمینه موانع پیشگیری از حوادث ترافیکی مطالعه خراسانی زواره و همکاران (۳۱) نشان داد که موانع زیادی در ایران برای پیشگیری از حوادث ترافیکی وجود دارد. درون‌مایه اصلی این مطالعه نبود نگرش سیستمی در پیشگیری از حوادث ترافیکی بیان شده است. درون‌مایه‌های دیگر این مطالعه «عوامل انسانی»، «سیستم حمل و نقل» و «هماهنگی‌های سازمانی» بیان شدند (جدول ۱).

در گزارش منتشر شده توسط هایدرو^۵ و همکاران (۳۲) مهمترین موانع پیشگیری از حوادث ترافیکی شامل: دانش، نگرش، مشارکت، مدیریت، ظرفیت‌سازی و زیرساخت‌ها در ۵ بعد: حکومتی/ دولتی، بخش سلامت، جامعه، بخش آکادمی و بخش خصوصی بررسی گردید (جدول ۲).

³ Global Burden of Diseases Study 2016

⁴ Millennium Development Goals

⁵ Hyder

¹ Gun Violence

² Content-Analysis

جدول ۱. مهمترین موانع و چالش‌های پیشگیری از حوادث ترافیکی گزارش شده در مطالعه خراسانی زواره و همکاران (۳۱)

حیطه	درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
عوامل انسانی	فرهنگ ترافیکی	کمبود دانش ایمنی ترافیکی، عدم انطباق با قوانین راهنمایی و رانندگی، کمبود قوانین ترافیکی، احساس فوریت در کاربران جاده، رانندگی بدون احتیاط، آموزش رانندگی ناکافی قبل از اخذ گواهینامه، عدم اعتماد به نفس در استفاده از کلاه ایمنی موتور سیکلت، عدم توجه به استفاده از کمر بند ایمنی، پوشیدن لباس‌های تیره، انتظارات افراد از نرمش پلیس هنگام متخلف، توجه کم به آرام شدن ترافیک
	قوانین	نبود قوانین تقویت قوانین راهنمایی رانندگی، عدم قدرت کافی پلیس راهنمایی و رانندگی، کمبود تجهیزات مدرن برای نظارت پلیس راهنمایی و رانندگی، سهولت زیاد در گرفتن گواهینامه، استفاده از تجهیزات قدیمی در نظارت بر قوانین، مشکل در ضبط وسایل نقلیه از متخلفان، سلب اعتماد عمومی نسبت به پلیس، عدم پایداری طرح‌های پیشگیرانه
سیستم حمل و نقل	ایمنی تجهیزات	ایمنی پایین وسایل نقلیه، عدم آزمون استانداردهای ایمنی خودرو، ناوگان ماشین‌های قدیمی، عدم انطباق وسایل نقلیه با جاده، مشکل در دید موتور سیکلت، موتور سیکلت‌های غیر استاندارد، عدم توجه به تجهیزات ایمنی کودکان، نبود کیسه‌های هوا در خودروها، نبود ترمزهای ABS، عدم وجود استاندارد تجهیزات در وسایل نقلیه
	زیرساخت‌ها	نبود خطوط جداگانه برای وسایل نقلیه با سرعت کم، نبود مسیرهای امن برای پیاده روی و دوچرخه سواری، تعمیرات ناکافی جاده‌ها، جدا نبودن جاده‌ها به اندازه کافی از هم، جاده‌های غیر ایمن، نبود محافظ در جاده‌های خطرناک، ناکافی بودن علائم راهنمایی رانندگی، روشنایی کم جاده‌ها
هماهنگی	هماهنگی‌های سازمانی	نبود یک سازمان راهور، هماهنگی‌های ضعیف بین سازمان‌ها، فعالیت‌ها و وظایف موازی، همپوشانی در فعالیت‌ها، نبود یک سیستم مراقبت جامع حوادث، نبود یک اراده ملی، فقدان تحقیقات کافی، کمبود اطلاعات و داده‌های روا و پایا، کمبود حمل و نقل عمومی

جدول ۲. مهمترین موانع و چالش‌های پیشگیری از حوادث ترافیکی در گزارش منتشر شده توسط هایدرو و همکاران (۳۲)

دانش	نگرش	مشارکت	مدیریت	ظرفیت سازی	زیرساخت‌ها
دانش پایین در مورد نتایج مداخلات	نبود یک نگرش مثبت	نبود یک اراده سیاسی قوی	نبود یک سازمان راهور و متولی حوادث ترافیکی	کمبود منابع مالی	فقدان برنامه‌ریزی‌های بلند مدت
اطلاعات ناقص و غیر دقیق از بار مصدومیت‌های ترافیکی	نبود یک نگرش و دیدگاه مناسب در مورد اینکه حوادث ترافیکی یک مشکل بهداشتی	عدم احساس نیاز به مشارکت	نبود یک دید سیستمی در مورد پیشگیری از حوادث ترافیکی	افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت از مصدومین	نبود یک سیستم یکپارچه مدیریت و درمان مصدومیت‌ها
دانش پایین در مورد کمک‌های اولیه	نگرش تقدیر گرایانه	نیاز به مشارکت سازمان‌های مردم نهاد	تعداد کم سازمان‌های مردم نهاد	کمبود آموزش‌ها و راهنمایی سازمان‌های مردم نهاد	رشد سریع شهرنشینی و ماشینی شدن جوامع
کمبود داده‌های انتقالی و هزینه ای	-	موانع ارتباطی افراد علمی با سیاستگذاران	-	تامین مالی محدود تحقیقات	-
بخش خصوصی	تمرکز بر سود و منفعت	عدم وجود مسئولیت اجتماعی	فقدان استانداردهای بومی	-	افزایش تقاضا برای اتومبیل

علی نیا و همکاران (۳۳) که موانع ارائه مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی در ایران را بررسی کرده بودند، ۱۳ مانع را در ۴ حیطه (موانع مربوط به مردم، موانع مربوط به ساختارهای کلان شهرها، موانع مربوط به حرفه و موانع مدیریتی) استخراج کردند (جدول ۳). در مطالعه اعظمی-آغداش و همکاران (۳۴)، در زمینه موانع پیشگیری از

حوادث ترافیکی ۵ درون مایه اصلی شامل: موانع ساختاری، موانع سازمانی و برنامه‌ریزی، موانع فرهنگی-اجتماعی، موانع علمی و موانع بین بخشی و ۲۲ درون مایه فرعی استخراج گردید (جدول ۴). نبود سازمان راهبر که جزء موانع ساختاری بود بعنوان مهمترین مانع انتخاب گردید.

جدول ۳. موانع ارائه مراقبت‌های پیش‌بیمارستانی به مصدومین حوادث ترافیکی. گزارش شده در مطالعه علی نیا و همکاران (۳۳)

درون مایه‌های اصلی	درون مایه‌های فرعی
موانع مربوط به مردم	دانش کم در زمینه کمک‌های اولیه مداخله مردم عادی در امر امداد رسانی به شیوه نادرست (Laypeople) تماس‌های اشتباه از سوی مردم
موانع مربوط به ساختارهای کلان شهرها	ترافیک دسترسی به خیابان‌ها و کوچه‌ها نامگذاری غیراصولی مناطق و کوچه‌ها
موانع مربوط به حرفه	اختیارات محدود شغلی بارکاری زیاد آسیب‌های ناشی از کار
موانع مدیریتی	محدودیت تکنولوژی‌های ارتباطی کمبود نیروی انسانی برنامه‌ریزی نامناسب شیفت‌های کاری کمبود هماهنگی‌های سازمانی

جدول ۴. موانع پیشگیری از حوادث ترافیکی در ایران. گزارش در مطالعه اعظمی-آغداش و همکاران (۳۴)

درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
موانع ساختاری	نبود سازمان متولی / رهبر نبود سازمان ارزیاب نبود ساختار اطلاعاتی نبود سازمان تعیین کننده استانداردها
موانع سازمانی و برنامه‌ریزی	شفاف نبودن وظایف کمبود قوانین تخصیص نادرست بودجه ضعف در اعمال قوانین برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت اولویت بندی‌های نادرست توجه کم به سیستم‌های نقل و انتقال ریلی و دریایی
موانع فرهنگی-اجتماعی	نگرش مسئولین ارشد نگرش مردم نگرش سنتی آگاهی کم مردم کمبود تقاضای ایمنی

ضعف در عملکرد مبتنی بر شواهد کمبود آموزش‌های پایه ای و آکادمیک الگوبرداری نادرست ضعف در انتقال دانش	موانع علمی
همکاری‌ها و هماهنگی‌های ضعیف بین بخشی توجه کم به بخش خصوصی	موانع بین بخشی

در زمان فعالیت‌های بازتوانی و مانند اینها اتفاق بیفتد (۳۱). سقوط یکی از شایع‌ترین و جدی‌ترین مشکلات دوران سالمندی است و دارای عواقب جسمانی (شکستگی لگن، از کارافتادگی، از دست دادن توانایی فیزیکی)، روانی (از دست‌دادن اعتماد به نفس و عزت نفس و کاهش امید به زندگی) و مالی زیادی می‌باشد. افتادن و صدمات ناشی از آن می‌تواند منجر به مرگ در افراد بالای ۶۵ سال و بالاتر شود (۳۲،۳۳). هر ساله حدود ۴۲۴ هزار نفر در اثر سقوط جان خود را از دست می‌دهند که حدود ۸۰ درصد این موارد در کشورهای با درآمد پایین و متوسط می‌باشد. همچنین حدود ۳۷ میلیون مورد از سقوط که به مراقبت‌های پزشکی نیاز پیدا می‌کنند هر ساله ثبت می‌شود (۳۴). نتایج تعدادی از مطالعاتی که به مهمترین موانع پیشگیری از اجرای مداخلات پیشگیری از سقوط چه در سطح جامعه و چه در سطح مراکز بهداشتی و درمانی اشاره کردند، در جدول ۵ خلاصه شده است.

با جمع‌بندی ۱۰۵ مانعی که در جداول ۱ تا ۴ به آنها اشاره شده است می‌توان مهمترین موانع پیشگیری از حوادث ترفیکی را به صورت موارد زیر جمع‌بندی نمود:

- موانع رهبری و مدیریت
- موانع سازمانی، برنامه‌ریزی و هماهنگی
- موانع فرهنگی
- موانع حیطة قوانین و مقرارت و نظارت
- موانع مربوط به کمبود منابع و امکانات و تجهیزات
- موانع مربوط به سطح پایین دانش و آگاهی

سقوط

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سقوط عبارت است از واقعه‌ای که به صورت تصادفی و غیرعمدی بر روی سطوح یا کف زمین سقوط می‌کند و ممکن است آسیب یا جراحت ناشی از آن روی بدن مشخص شود یا بدون علامت باشد. سقوط ممکن است از ارتفاع، از روی سطح ناصاف، لغزنده، مرطوب، در زمان حرکت،

جدول ۵. خلاصه نتایج تعدادی از مطالعاتی که به مهمترین موانع پیشگیری از اجرای مداخلات پیشگیری از سقوط اشاره کردند

نویسنده: سال انتشار	محل انجام مطالعه	محیط انجام مطالعه	روش مطالعه: شرکت کنندگان	مهمترین موانع پیشگیری از سقوط
اورون و همکاران: ۲۰۰۹ (۳۵)	دانمارک	بیمارستان	مصاحبه با ۲۰ سالمند	موانع مدیریتی کمبود زمان مشکلات ارتباطی نگرش منفی نسبت به پیشگیری از سقوط هزینه‌های پیشگیری از سقوط
یاردلی و همکاران: ۲۰۰۶ (۳۶)	دانمارک، آلمان، یونان، سوئد، هلند و انگلیس	جامعه	مصاحبه با ۶۹ سالمند	انکار احتمال / خطر سقوط عدم اعتقاد به پیشگیری موانع عملی برای پیشگیری (حمل و نقل، هزینه و غیره) نداشتن علاقه به اقدامات پیشگیرانه گروهی
کوه و همکاران: ۲۰۰۸ (۳۷)	سنگاپور	بیمارستان	پرسشنامه با شرکت ۱۸۳۰ پرستار	دانش و انگیزه پایین پرستاران کمبود نیروی انسانی کمبود امکانات و تجهیزات وضعیت سلامتی بیماران آموزش ناکافی ارائه دهندگان و بیماران

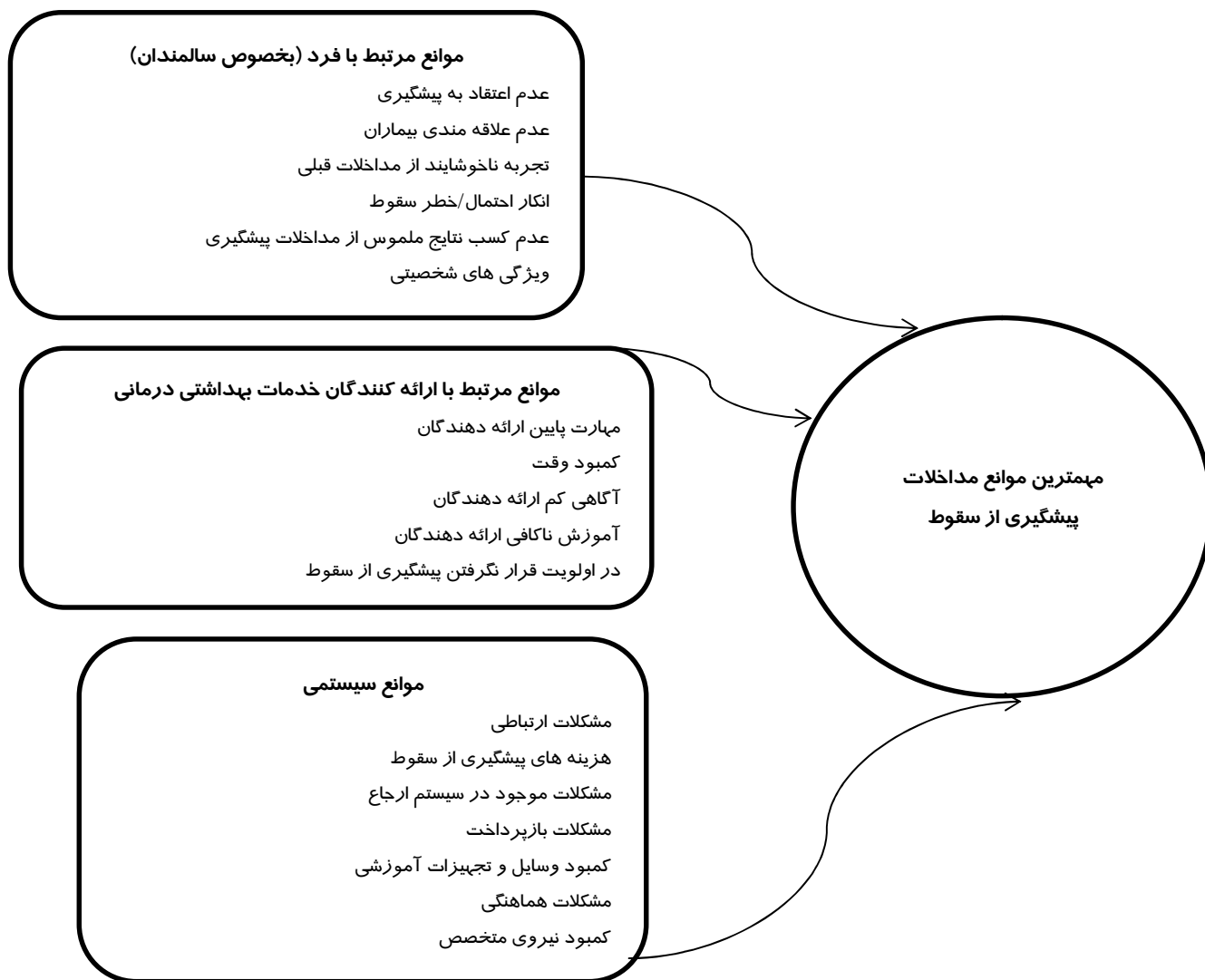
دغدغه‌های زیاد بیماران کمبود وقت کمبود امکانات آموزشی انکار احتمال/خطر سقوط آموزش ناکافی ارائه دهندگان مشکلات موجود در سیستم ارجاع عدم پوشش هزینه‌ها عدم علاقه مندی بیماران مشکلات و پیچیدگی‌های موجود	پرسشنامه با شرکت ۱۰۰ پزشک مراقبت‌های اولیه	مراکز بهداشتی (مراقبت‌های اولیه)	آمریکا	جونز و همکاران: ۲۰۱۱ (۳۸)
آگاهی کم ارائه دهندگان کمبود وقت عدم در اولویت قرار گرفتن پیشگیری از سقوط مشکلات موجود در سیستم ارجاع مشکلات رفت و آمد بیماران مشکلات بازپرداخت عدم گزارش دادن مشکلات مرتبط با سقوط توسط بیماران عدم علاقه مندی بیماران	مصاحبه با شرکت ۱۸ پزشک مراقبت‌های اولیه	مراکز بهداشتی (مراقبت‌های اولیه)	آمریکا	چو و همکاران: ۲۰۰۶ (۳۹)
کاهش وضعیت سلامتی عدم علاقه مندی بیماران تجربه ناخوشایند از مداخلات قبلی موانع محیطی	مصاحبه با ۱۰ سالمند	جامعه	نروژ	دگروت و همکاران: ۲۰۱۱ (۴۰)
وضعیت جسمانی نامناسب ترس از فعالیت تجربه ناخوشایند از مداخلات قبلی محیط نامناسب	پرسشنامه با شرکت ۶۴۵ سالمند	جامعه	فنلاند	راسیناهو و همکاران: ۲۰۰۷ (۴۱)
عدم اعتقاد به پیشگیری عدم کسب نتایج ملموس از مداخلات پیشگیری تجربه ناخوشایند از مداخلات قبلی ویژگی‌های شخصیتی عدم علاقه مندی بیماران	مصاحبه و پرسشنامه با ۲۳ سالمند	جامعه	آمریکا	رسنیک و همکاران: ۲۰۰۰ (۴۲)
آگاهی کم ارائه دهندگان مشکلات موجود در سیستم ارجاع در اولویت قرار نگرفتن پیشگیری از سقوط آموزش ناکافی ارائه دهندگان مهارت پایین ارائه دهندگان گزارش ندادن مشکلات مرتبط با سقوط توسط بیماران اعتقاد به اینکه سقوط فقط مشکل سالمندان می‌باشد مشکلات ارتباطی/زبانی اعتقاد به مصرف داروها کمبود وقت مشکلات مربوط به دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی مشکلات بازپرداخت مشکلات هماهنگی کمبود وسایل و تجهیزات آموزشی کمبود نیروی متخصص	مصاحبه با شرکت ۲۰ نفر از ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی	بیمارستان	مالزی	لوگانانان و همکاران: ۲۰۱۵ (۴۳)

موانع مرتبط با بیماران (بخصوص سالمندان)، موانع مرتبط با ارائه کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی و موانع سیستمی تقسیم‌بندی کرد (شکل ۱). در زمینه

با جمع‌بندی و تحلیل ۵۹ مانعی که در زمینه موانع مداخلات پیشگیری از سقوط از مطالعات استخراج گردید، مهمترین این موانع را می‌توان در سه گروه:

در این کشورها می‌باشد. اما باید توجه کرد که در سال‌های آتی کشورهای با درآمد متوسط و پایین نیز با این مشکل مواجه خواهند شد. بنابراین بهتر است برنامه‌ریزی‌ها و مطالعات پایه‌ای و موانع احتمالی موجود از هم اکنون آغاز گردد.

مطالعات انجام گرفته در زمینه موانع مداخلات پیشگیری از سقوط ذکر این نکته ضروری می‌باشد که اکثر این مطالعات در کشورهای با درآمد بالا انجام گرفته است و دلیل این امر نیز می‌تواند الگوی جمعیتی در این کشورها باشد که نماینگر آمار بالای سالمندان



شکل ۱. تحلیل محتوای موانع مداخلات پیشگیری از سقوط بر اساس نتایج مطالعات منتشر شده

ایجادشده. مشکلات حرکتی، مسائل اقتصادی، روانی و بیشتر از همه روابط خانوادگی و غیره از مشکلات شایع سوختگی می‌باشد (۴۶، ۴۷). طبق آمار منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی سالانه ۲۳۸۰۰۰ مورد مرگ به خاطر سوختگی در جهان اتفاق می‌افتد که ۹۵ درصد آنها در کشورهای با درآمد متوسط و پایین می‌باشد (۴۸). در آمریکا سالانه ۱/۲۵ میلیون نفر

سوختگی

یکی از مهمترین مصدومیت‌ها، سوختگی می‌باشد (۴۴). سوختگی از مشکلات بسیار شایع مسائل بهداشتی درمانی در دنیا بوده و اثرات سوء اقتصادی، اجتماعی و جسمی متفاوتی دارد و در حدود ۱۲-۵ درصد از تروماهای اتفاق افتاده را تشکیل می‌دهد (۴۵). پیش‌آگهی نامطلوب به دلیل اسکار، بدشکلی‌های

دچار سوختگی شده که نیاز به توجهات پزشکی دارند، تقریباً ۵۰ هزار نفر از آنان در بیمارستان بستری و هزینه‌ای بالغ بر ۷ بلیون دلار صرف می‌گردد. سوختگی پنجمین علت مرگ ناشی از حوادث در آمریکا می‌باشد (۵۰، ۴۹). سالانه ۱ میلیون مراجعه به اورژانس و ۵۰۰۰۰ مورد پذیرش بیمارستانی و ۵ درصد از موارد مرگ را در آمریکا شامل می‌شود (۵۱).

نتایج مرور متون نشان می‌دهد که مطالعات بسیار اندکی در زمینه موانع پیشگیری از سوختگی انجام شده است. در مطالعه جایه^۱ و همکاران در نیوزلند در مورد موانع ایمنی آب گرم^۲ توسط لوله‌کش‌ها نشان داد که مهمترین موانع شامل: استفاده از وسایل غیرایمن برای گرم کردن آب، عدم توجه/ اهمیت به ایمنی آب گرم، دانش و آگاهی کم در مورد ایمنی آب گرم و طراحی غیر ایمن خانه‌ها می‌باشد (۵۲).

همچنین در این زمینه نتایج مطالعه کلارک^۳ و همکاران در نیوزلند نشان داد که مهمترین موانع برای کاهش دمای آب گرم خانگی شامل: استفاده از وسایل غیرایمن برای گرم کردن آب^۴، دسترسی دشوار به سیلندر، استفاده از ترموستات‌های نامناسب و غیرقابل اطمینان، کهنه و غیرایمن بودن منازل، نیاز به منابع مالی زیاد برای ایمن کردن سیستم گرم کردن آب و نیاز بیشتر به آب گرم در منازل می‌باشد (۵۳).

نتایج مطالعه ون‌نیکرک^۵ در آفریقای جنوبی نشان داد که چهار مانع اصلی برای پیشگیری از سوختگی کودکان در منازل شامل: فضای نامناسب خانه‌ها (کوچک‌بودن، چینی غیرایمنی وسایل)، وجود وسایل و تجهیزات خطرناک در خانه‌ها، کمبود وسایل و تجهیزات جهت بهبود ایمنی و پیشگیری از سوختگی و مشکلات و

سختی‌های خانوادگی (فقر، مشغله زیاد والدین و غیره) می‌باشند (۵۴).

نتایج مطالعه صادقی-بازرگانی و همکاران با استفاده از مدل هادون ماتریس نشان داد که برخی از مهمترین عوامل موثر در مرگ موارد سوختگی (که به نوعی موانع پیشگیری نیز محسوب می‌شوند) شامل موارد: عدم آگاهی از راهکارهای پیشگیری از سوختگی‌ها، آگاهی کم در مورد نحوه برخورد با فرد سوخته، استفاده از وسایل غیر ایمن و خطرناک در محیط‌های خطرناک خانه مانند علاءالدین و پیک‌نیک در آشپزخانه و حمام، ارائه خدمات نامناسب در بیمارستان‌ها (حتی نبود بخش سوختگی)، غیرایمن بودن خانه، مشکلات اقتصادی (موارد خودسوزی)، رعایت نکردن موارد ایمنی در استفاده از وسایل برقی و نفتی (سیم‌کشی نامناسب، استفاده نامناسب از شعله‌پخش‌کن) و مراقبت ناکافی از کودکان و سالمندان می‌باشد (۵۵).

با وجود شواهد و مطالعات محدود در زمینه پیشگیری از سوختگی، با جمع‌بندی نتایج مطالعات به نظر می‌رسد مهمترین این موانع شامل موارد زیر باشد:

- دانش و آگاهی پایین در زمینه پیشگیری از سوختگی‌ها

- استفاده از وسایل غیر ایمن و خطرناک به ویژه در محیط خانه

- رعایت نکردن استانداردها و موارد ایمنی

- کمبود تجهیزات و وسایل ایمنی در منازل

- غیر ایمن بودن خانه‌ها

خشونت از طریق اسلحه گرم^۶

در طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲ در آمریکا حدود ۳۱۳ هزار نفر در اثر خشونت با اسلحه گرم جان خود را از دست دادند (۵۶). هزینه‌های اجتماعی خشونت با اسلحه گرم در سال ۲۰۱۰ در آمریکا حدود ۱۷۴/۱ میلیون دلار برآورد گردید (۵۷).

^۶ Gun Violence

^۱ Jaye

^۲ Hot Tap Water

^۳ Clarke

^۴ Wetback in Use

^۵ Van Niekerk

همانند سوختگی در زمینه موانع پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم نیز مطالعات محدودی انجام گرفته است. مطالعات موجود نیز بطور اختصاصی در زمینه موانع نمی‌باشند بلکه در داخل مطالعات به آنها اشاره شده است که به نتایج چند مورد از آنها در این قسمت اشاره می‌گردد.

در مطالعه هاردی^۱ که با هدف توضیح مداخلات رفتارمحور برای کاهش خشونت با اسلحه گرم در جوانان و نوجوانان انجام گرفته بود، محقق مهمترین موانع مداخلات رفتار محور را در دو حیطة موانع مرتبط با خانواده‌ها (خانواده‌ها نمی‌پذیرند که فرزندشان احتمال دارد مرتکب خشونت با اسلحه گرم شود یا در معرض این خشونت قرار گیرند، همچنین خانواده‌ها تمایل کمتری برای مداخله و دخالت در امور زندگی فرزندشان دارند) و موانع مرتبط با جوانان و نوجوانان (تفاوت‌های زیاد جنسیتی در خشونت با اسلحه گرم در مقایسه با سایر خشونت‌ها، عدم بلوغ اجتماعی و عقلی، عدم توانایی برای کاربرد رفتارها و آموزش‌های یاد گرفته) تقسیم‌بندی کردند (۵۸).

در گزارشی که در سال ۲۰۰۹ توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شد، اعلام گردید که برخی از موانع پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم شامل: دسترسی راحت افراد به اسلحه گرم، بی‌رغبتی و بی‌میلی برای پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم، کمبود شواهد و تحقیقات از اثربخشی مداخلات، ضعف اجرای قوانین و ضعف در بهبود ایمنی اسلحه‌های گرم می‌باشد (۵۹).

مطالعه خابچندانی^۲ در آمریکا که موانع آموزش پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم را از دیدگاه رزیدنت‌ها بررسی کرده بود نشان داد که مهمترین این موانع شامل: نبود گایدلاین‌ها و راهنماهای آموزشی در این زمینه، نبود روش‌ها و مواد آموزشی

استاندارد برای رزیدنت‌ها، کمبود اساتید با تجربه در زمینه خشونت با اسلحه گرم و نبود علاقه در رزیدنت‌ها برای مبحث پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم می‌باشد (۶۰).

در مطالعه کلرمن^۳ که به بررسی موانع تحقیقات موجود در زمینه پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم پرداخته است، مهمترین موانع تحقیقاتی در این زمینه شامل موارد: کمبود بودجه‌های تحقیقاتی در این زمینه، وجود نگرش منفی به پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم (اغلب تصور بر این است که خشونت با اسلحه گرم قابل پیشگیری نبوده و نتیجه پیشرفت جوامع می‌باشد)، مشکل بودن انجام تحقیقات تجربی در این زمینه، کمبود داده‌ها و اطلاعات ثبت شده یا در دسترس، مشکلات زیاد در زمینه تحقیقات بین‌بخشی و مقاومت یا مخالفت برخی از گروه‌های ذینفع می‌باشد (۶۱).

هرچند شواهد بسیار اندکی در زمینه موانع پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم وجود دارد و جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از روی شواهد موجود بسیار سخت است ولی بنظر می‌رسد مهمترین این موانع شامل موارد زیر باشد:

- کمبود شواهد و اطلاعات معتبر در زمینه خشونت با اسلحه گرم (تحقیقات معتبر، اطلاعات ثبت شده روا و سایر موارد)
- فقدان آگاهی و دانش کافی برای پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم
- وجود موانع قانونی و ضعف در اجرای قوانین موجود
- وجود گروه‌های ذی نفع که مانع اجرای مناسب مداخلات پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم می‌شوند
- دسترسی راحت افراد به اسلحه گرم
- سایر مشکلات موجود در زمینه پیشگیری از خشونت با اسلحه گرم (همکاری کم خانواده‌ها، تفاوت‌های جنسیتی، مشکلات آموزشی و غیره)

^۱ Hardy

^۲ Khubchandani

^۳ Kellermann

خشونت خانگی

خشونت خانگی که همچنین با عنوان سوء استفاده خانگی و یا خشونت شریک صمیمی نیز مطرح می‌گردد، یک مشکل شایع، تهدیدکننده سلامت عمومی و یک اپیدمی پنهان در حوزه سلامت روان شناخته می‌شود که می‌تواند علاوه بر مشکلات جسمی در سایر ابعاد سلامت فرد نیز منجر به مشکلات متعددی از جمله سندروم درد مزمن، افسردگی، سوء مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقاربتی و انواع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود (۶۲-۶۴). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۷ خشونت خانگی را به‌عنوان طیفی از اقدامات اجباری جسمی، روانی و جنسی که توسط شریک فعلی یا سابق علیه زنان، نوجوانان و بزرگسالان انجام گیرد، تعریف کرد (۶۵) و در سال ۲۰۱۳ تعریف دیگری را ارائه داد که آن را به‌عنوان تحمیل آسیب و صدمه جسمی، جنسی و یا روحی از جمله اجبار و یا محرومیت مستبدانه از آزادی نامید (۶۶). در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به ترتیب حدود ۵ و ۱۹ درصد از کل بار بیماری‌ها در زنان ۱۵ تا ۴۴ ساله را به خود اختصاص داده است (۶۷). سازمان جهانی بهداشت در گزارشی که در سال ۲۰۱۳ منتشر کرد نشان داد که خشونت خانگی حداقل در ۳۰ درصد از جمعیت زنان شیوع پیدا می‌کند (۶۸). دفتر آمار ملی انگلیس در سال ۲۰۱۵ در گزارش بررسی جنایات این کشور در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۳ اعلام کرد که ۷۰۰۰۰۰ مرد و ۱/۴ میلیون زن نوعی خشونت خانگی را در آن سال تجربه کرده‌اند که شامل سوء استفاده مالی، جسمی، جنسی و عاطفی بوده است که توسط یک شریک جنسی یا یکی از اعضای نزدیک خانواده صورت گرفته است (۶۹). با توجه به شیوع بیشتر خشونت خانگی در بین زنان و مواجهه بیشتر آنان با این نوع خشونت، اکثر مطالعات انجام گرفته در این حیطه در ارتباط با زنان می‌باشد. مطالعه بواله‌بری و همکاران در تهران در مورد پیشگیری از خشونت خانگی: اجرای برنامه آزمایشی

جلب حمایت در یک منطقه شهری، نشان داد که نبود حمایت‌های پزشکی روانی اجتماعی، نبود قوانین حمایتی، کاستی بسیار در دادگاه‌ها و ضوابط قضایی و انتظامی، خالی‌بودن جای داوطلبان یاری‌رسان و سازمان‌های مردم‌نهاد و یا انجمن‌های علمی در دفاع از افراد آسیب دیده، نبود التزام قانونی و برنامه پیشرفته و نوین ایمنی و پیشگیری از خشونت خانگی در سازمان‌ها، نبود الزام قانونی در همکاری بین بخشی سازمان‌ها در این خصوص، در اولویت‌نبودن رسیدگی به موضوعات خشونت خانگی، کمبود نیروی انسانی در حوزه تخصصی روانشناسی، روانپزشکی و مددکاری برای ارائه خدمات پیشگیری، مداخله‌ای و حمایتی از موانع اجرای طرح بودند (۷۰).

مطالعه فوگات^۱ و همکاران در مورد موانع درخواست کمک در خشونت‌های خانگی نشان داد که دلایلی همچون عواقب و دردهای پس از تماس با پلیس یا سازمان‌های حمایتی و مشاور، سرخوردگی، ترس و احساس گناه از احتمال به زندان رفتن شریک زندگی، ترس از دست دادن خانه به ویژه در خصوص زنان مهاجر، ترس از دست‌دادن فرزند خود به دلیل خدمات محافظت کودکان، نداشتن پول، بیمه، کمبود آگاهی زنان آسیب‌دیده و احتمال محرمانه‌نماندن اطلاعات آن‌ها باعث می‌شوند که زنان آسیب دیده از خشونت خانگی از درخواست کمک از پلیس و یا سازمان‌های حمایتی و مشاوره‌ای اجتناب می‌کنند (۷۱).

رینا^۲ و همکاران موانع جستجوی خدمات حمایتی قربانیان خشونت خانگی را در مهاجران لاتینی بررسی کردند. نتایج مطالعه نشان داد که موانع سازمانی و ساختاری از جمله مهمترین موانع جستجوی خدمات حمایتی از طرف مهاجران لاتینی قربانی خشونت خانگی می‌باشند. موانع سازمانی شامل سیستم حقوقی کشور و وضعیت نامشخص اقامتی مهاجران، ترس و عدم

^۱ Fugate

^۲ Reina

خودکشی

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی عبارت است از عملی که در آن شخص عمدی و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی مثل خود آسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود است. همچنین بر اساس این گزارش خودکشی سیزدهمین علت مرگ در جهان و سومین علت مرگ در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال است. میزان اقدام به خودکشی ۴۰-۱۰ بار بیشتر از خودکشی منجر به مرگ می‌باشد و با توجه به پیچیده‌تر شدن تعاملات و ارتباطات در همه جوامع انسانی میزان اقدام به خودکشی رو به افزایش است (۷۴). در آمریکا، خودکشی هشتمین علت مرگ و سومین علت مرگ در فاصله سنی ۱۴ تا ۲۵ سال می‌باشد (۷۵). کشورهای اسکانداوی، آلمان، اروپای شرقی، استرالیا و ژاپن (موسوم به کمربند خودکشی) با ۲۵ در صد هزار نفر در سال بیشترین میزان خودکشی را دارند. در حالی که کشورهای اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هلند و مصر با ۱۰ در صد هزار نفر در سال رتبه‌های پایین خودکشی را به خود اختصاص داده اند (۷۴).

همانند خشونت با اسلحه گرم و سوختگی در زمینه موانع پیشگیری از خودکشی نیز با وجود اهمیت و گستردگی این موضوع مطالعات بسیار اندکی صورت گرفته است. شاید بارزترین منبع موجود در این زمینه کتاب گلدسمیت^۱ و همکاران (۷۶) باشد که در زمینه کاهش خودکشی می‌باشد. در این کتاب به موانع مختلفی در زمینه درمان و پیشگیری از خودکشی با تمرکز بر مشکلات و بیماری‌های روانی اشاره شده است. این موانع در جدول ۶ خلاصه شده‌اند.

آگاهی مهاجران از پروسیجرهای حمایتی و محافظتی قربانیان، نگرش‌ها و رفتارهای ارائه‌دهندگان خدمات دولتی و موانع ساختاری شامل وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات مهاجران بود (۷۲).

مطالعه دولتیان و همکاران در تهران در بررسی موانع غربالگری خشونت خانگی از دیدگاه پرسنل بهداشتی-درمانی شاغل در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی نشان داد که در حیطه موانع فردی غربالگری پاسخ دهندگان اعلام کردند عواملی همچون عدم آموزش مناسب در این زمینه، نبود راهکار موثر برای مقابله با خشونت علیه زنان، ترس از بدتر شدن وضعیت سبب شده بود که آنها در خصوص سوال از مراجعه‌کنندگان در رابطه با خشونت خانگی تردید داشته باشند. در حیطه موانع شغلی عدم زمان کافی برای مطرح و بحث کردن درباره خشونت خانگی، عدم وجود منابع حمایتی کافی و پیامدهای قانونی از جمله موانع غربالگری بودند (۷۳).

مهمترین موانع پیشگیری از خشونت خانگی به صورت موارد زیر می‌توان جمع‌بندی نمود:

- موانع موانع مربوط به سطح پایین دانش و آگاهی
- موانع حیطه قوانین و مقررات
- موانع سازمانی، برنامه‌ریزی و هماهنگی
- موانع فرهنگی، اقتصادی و آموزشی
- موانع مربوط به کمبود نیروی انسانی تخصصی در این حوزه
- موانع مربوط به اولویت نداشتن پیشگیری از خشونت خانگی
- موانع مربوط به کمبود نهادهای حمایتی فعال

¹ Goldsmith

جدول ۶. موانع پیشگیری از خودکشی: برگرفته از کتاب گلدسمیت و همکاران (۸۰)

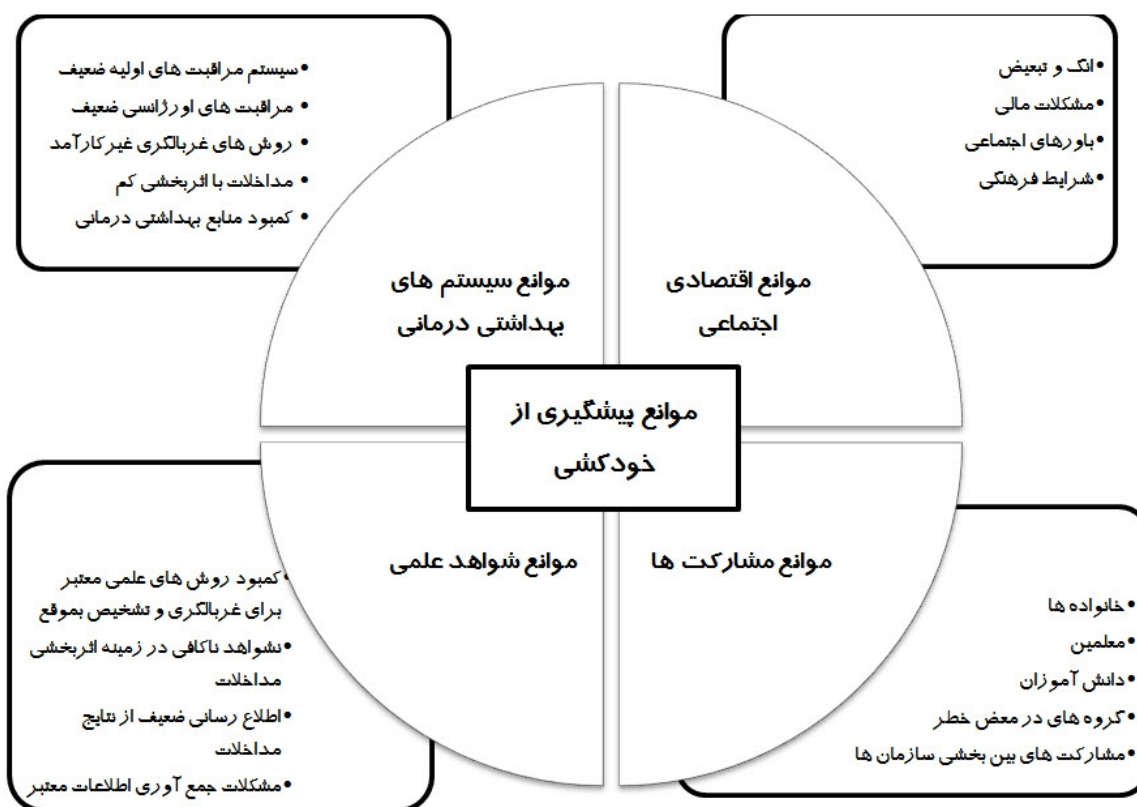
حیطه اصلی مانع	حیطه‌های فرعی موانع
موانع عمومی	انگ و تبعیض موانع مالی / اقتصادی موانع مربوط به سیستم‌های مراقبت از بیماران روانی مراقبت‌های مدیریت شده
موانع کلینیکی	موانع موجود در مراقبت‌های اولیه موانع موجود در مراقبت‌های اورژانسی موانع موجود در مراقبت‌های تخصصی سلامت روان موانع موجود در تشخیص بموقع موانع موجود در درمان موثر
موانع مرتبط با بیماران	موانع مرتبط با بیماران با خطر بالا (سالمندان، نوجوانان، گروه‌های اقلیت‌ها، زندانیان) موانع اجتماعی کمبود تسهیلات اصلاحی
موانع جهانی	موانع موجود در کشورهای در حال توسعه (کمبود منابع، مشکلات دسترسی، کیفیت پایین درمان‌ها) موانع مرتبط با باورها و شرایط فرهنگی اجتماعی کشورها (بخصوص در مورد انگ اجتماع شدن)

در مطالعه خان^۱ که پیشگیری از خودکشی در کشورهای با درآمد متوسط و پایین بررسی شده بود، مهمترین موانع پیشگیری از خودکشی در این کشورها کمبود منابع، ساختار ضعیف مراقبت‌های اولیه و مراقبت‌های سلامت روان و مشکلات تشکیل فرایندهای سیاسی برای این موضوع اشاره شده است (۷۷). نتایج مطالعه پینا^۲ و همکاران نشان داد که مهمترین موانع غربالگری به عنوان یک رویکرد پیشگیری از خودکشی نشان داد که کمبود منابع درمانی، اثربخشی پایین پروتکل‌های درمانی و مشارکت پایین والدین، نوجوانان، معلمان و مدیران می‌باشد (۷۸). در مطالعه ویتنی^۳ و همکاران در آمریکا، مانع اصلی برای اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی در مدارس استخراج شد که شامل موارد: محدودیت‌های زمانی، مشکلات جمع‌آوری اطلاعات معتبر و صحیح، مشکلات استانداردسازی و اجرای برنامه‌ها، مشکلات همکاری والدین، مشکلات همکاری دانش‌آموزان، مشکلات همکاری معلمان و مشکلات مسائل اعتمادسازی می‌شد (۷۹).

در مطالعه وایندفور^۴ که مسائل و مشکلات موجود در زمینه طراحی، اجرا و ارزیابی مداخلات پیشگیری از خودکشی را بررسی کرده است. مهمترین مسائل شامل این موارد بود که هنوز خودکشی برخلاف برخی از کشورها، جزء اولویت‌های بهداشتی بسیاری از کشورها نمی‌باشد. از مسائل مهم دیگر نبود شواهد قوی و کافی در زمینه اثربخشی و نتایج مداخلات پیشگیرانه می‌باشد. عدم اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی از نتایج مداخلات و برنامه‌ها نیز از مسائل مهم دیگر مطرح شده می‌باشد (۸۰).

همانند بخش سوختگی و خشونت با اسلحه گرم، نتیجه‌گیری با شواهد و مطالعات محدودی که در زمینه موانع پیشگیری از خودکشی وجود دارد، امری سخت می‌باشد. با این وجود با جمع‌بندی موانع اشاره‌شده در مطالعات می‌توان مهمترین موانع پیشگیری از خودکشی را مطابق شکل ۲ ارائه نمود.

¹ Khan² Peña³ Whitney⁴ Windfuhr



شکل ۲. تحلیل محتوای مهمترین موانع پیشگیری از خودکشی بر اساس نتایج مطالعات منتشر شده

پیشگیری از مصدومیت‌های بررسی شده انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۷ خلاصه شده است.

در این قسمت بر اساس نتایج مطالعات بررسی شده و تحلیل‌های محتوای انجام گرفته توسط محققین، یک تحلیل محتوای جامع برای نشان دادن مهمترین موانع

جدول ۷. تحلیل محتوای موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها بر اساس نتایج مطالعات منتشر شده

موانع	توضیحات
موانع آگاهی و دانش	این مورد بیشتر بر سطح پایین آگاهی و دانش مردم، مدیران، تصمیم‌گیران و ارائه‌دهندگان خدمات مربوط می‌شود.
موانع اجتماعی و فرهنگی	مرتبط با باورها و نگرش‌های غلط مردم و ساختارهای و هنجارهای خاص جوامع در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها می‌باشد.
موانع همکاری‌ها	بیشتر به همکاری‌های بین بخشی بین سازمان‌ها و همکاری مردم با ارائه‌دهندگان خدمات اشاره دارد.
موانع شواهد علمی	منظور کمبود اطلاعات و شواهد علمی معتبر در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها می‌باشد.
موانع سازمانی	منظور سوء مدیریت‌ها، ساختارهای نادرست، ضعف‌های عملکردی سازمان و موارد مشابه می‌باشد.
کمبود منابع	بیشتر شامل منابع انسانی، مالی، فیزیکی و تجهیزاتی می‌شود.
موانع فردی	مواردی که به خود افراد مرتبط می‌شوند. مانند رفتارهای پرخطر، ویژگی‌های شخصیتی و سایر موارد مشابه.
موانع سیستم‌های بهداشتی درمانی	ضعف‌های موجود در سازماندهی و ارائه خدمات مناسب و بموقع را شامل می‌شود.

نتیجه گیری

از نقطه نظر تاریخی، حادثه به عنوان وقایعی که برای دیگران اتفاق می‌افتد و به عنوان یک اتفاق غیر قابل اجتناب و پیشگیری در نظر گرفته می‌شود. کلمه «حادثه» مخصوصاً یادآور غیر قابل پیشگیری بودن می‌باشد، این در حالی است که امروزه نتایج تحقیقات انجام گرفته و توافق بالای بین کارشناسان و سایر افراد ذی نفع در زمینه پیشگیری از مصدومیت، نشانگر این موضوع می‌باشد که سوانح و مصدومیت‌ها قابل پیشگیری هستند. جهت پیشگیری از مصدومیت‌ها، شناخت و تحلیل موانع موجود از پایه‌ای‌ترین و اساسی‌ترین اقدامات می‌باشد، لذا شناخت موانع می‌تواند نقش پررنگی در موفقیت برنامه‌های پیشگیری از مصدومیت‌ها داشته باشد. در این مطالعه بر اساس تحلیل موانع اشاره شده در متون ۸ مانع کلی در زمینه پیشگیری از مصدومیت‌ها استخراج گردید که شامل: موانع آگاهی و دانش، موانع اجتماعی و فرهنگی، موانع همکاری‌ها، موانع شواهد علمی، موانع سازمانی، کمبود منابع، موانع فردی و موانع سیستم‌های بهداشتی-درمانی بودند.

نکته مهم دیگری که باید به آن اشاره کرد این است که با وجود میزان بالای مرگ و بار مصدومیت‌ها و اهمیت پیشگیری از آنها و نیز اهمیت توجه به موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها، مطالعات محدودی در زمینه شناسایی موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها انجام گرفته و کمبود شدید اطلاعات در این حیطه احساس می‌گردد. بنابراین انجام مطالعات بیشتر در زمینه شناسایی موانع پیشگیری از مصدومیت‌ها امری است که باید مورد توجه جدی محققین حیطه مصدومیت‌ها قرار گیرد.

محدودیت‌ها

جستجوی صورت گرفته در مطالعه حاضر محدود به دو زبان فارسی و انگلیسی بود و همین امر باعث می‌شود مطالعاتی که به سایر زبان‌ها چاپ شده‌اند از محدوده بررسی و مطالعه خارج شوند. با توجه به حجم بالای مطالب در این زمینه، امکان بررسی و دسته‌بندی تعدادی از مصدومیت‌های شایع وجود داشت که پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی با هدف بررسی گسترده‌تر در این زمینه طراحی و اجرا گردند.

References

- 1- World Health Organization Geneva: Injury: a leading cause of the global burden of disease, 1998.
- 2- WHO. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action, World Health Organization, Geneva (2013).
- 3- WHO. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization, 2004.
- 4- WHO. Global status report on road safety: time for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
- 5- Yousefinezhadi T, Soori H. Study of Obstacles and Restrictions of Pedestrians for Commuting on Foot in the City of Tehran: A Qualitative Study. *J Saf Promot Inj Prev.* 2017; 5(4):185-92.
- 6- Murray C, Lopez A. Mortality by cause for eight regions of the world: global burden of disease study. *Lancet.* 1997;349:1269-76.
- 7- Norman R, Matzopoulos R, Groenewald P, Bradshaw D. The high burden of injuries in South Africa. *Bull World Health Organ.* 2007;85:695-702.
- 8- Hossein Zadeh K, Sadegh R, Daliri S. Estimation of Burden Caused by Traffic Accidents. *J Saf Promot Inj Prev.* 2016; 4.60-253:(4)
- 9- Bazdar Ardebili P, Pejmanzad P. The Role of Road Crashes on the Growth of Value Added in Transport Sector. *J Saf Promot Inj Prev.* 2016; 4(1):25-32.

- 10- Gielen AC, Wilson ME, Faden RR, Wissow L, Harvilchuck JD. In-home injury prevention practices for infants and toddlers: the role of parental beliefs, barriers, and housing quality. *Health Educ Q.* 1995;22(1):85-95.
- 11- Tin Tin S, Woodward A, Ameratunga S. Injuries to pedal cyclists on New Zealand roads, 1988-2007. *BMC Public Health.* 2010;10(6):2458-1471:(55
- 12- Chitturi MV, Ooms AW, Bill AR, Noyce DA. Injury outcomes and costs for cross-median and median barrier crashes. *J Safety Res.* 2011;42(2):87-92.
- 13- McIlvenny S, Al Mahrouqi F, Al Busaidi T, Al Nabhani A, Al Hikmani F, Al Kharousi Z, et al. Rear seat belt use as an indicator of safe road behaviour in a rapidly developing country. *J R Soc Promot Health.* 2004;124(6):280-3.
- 14- Azami-Aghdash S, Aghaei MH, Sadeghi-Bazarghani H. Epidemiology of Road Traffic Injuries among Elderly People; A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bulletin of emergency and trauma.* 2018;6(4):279-91.
- 15- Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(2):226-39.
- 16- Burman E, Chantler K. Domestic violence and minoritisation: legal and policy barriers facing minoritized women leaving violent relationships. *Int J Law Psychiatry.* 2005;28(1):59-74.
- 17- Amiri S, Sadeghi-Bazargani H, Nazari S, Ranjbar F, Abdi S. Attention deficit/hyperactivity disorder and risk of injuries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of injury and violence research.* 2017;9(2):95.
- 18- Hanson H, Salmoni A. Stakeholders' perceptions of programme sustainability: findings from a community-based fall prevention programme. *Public health.* 2011;125(8):525-32.
- 19- Sormanti M, Smith E. Intimate partner violence screening in the emergency department: US medical residents' perspectives. *International quarterly of community health education.* 2010;30(1):21-40.
- 20- Whitehead CH, Wundke R, Crotty M. Attitudes to falls and injury prevention: what are the barriers to implementing falls prevention strategies? *Clinical rehabilitation.* 2006;20(6):536-42.
- 21- Salyers MP, Evans LJ, Bond GR, Meyer PS. Barriers to assessment and treatment of posttraumatic stress disorder and other trauma-related problems in people with severe mental illness: clinician perspectives. *Community Ment Health J.* 2004;40(1):17-31.
- 22- Munro ML. Barriers to care for sexual assault survivors of childbearing age: An integrative review. *Womens Healthc.* 2014;2(4):19-29.
- 23- Langley J. Barriers to childhood injury control in New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 1994;30(2):109-13.
- 24- An G, Hunt CA, Clermont G, Neugebauer E, Vodovotz Y. Challenges and rewards on the road to translational systems biology in acute illness: four case reports from interdisciplinary teams. *J Crit Care.* 2007;22(2):169-75.
- 25- Achor J, Ibekwe P. Challenges of recognition of the psychiatric aspects of intimate partner violence. *Ann Med Health Sci Res.* 2012;2(1):78-86.
- 26- Elder G, Murphy RA, Herard P, Dilworth K, Olson D, Heinzelmann A. Challenging the barriers to accessing surgery in low-resource settings: Lessons learned from burns. *Surgery.* 2015;2(15):00231-7.
- 27- Organization WH. Global status report on road safety 2018. 2018.
- 28- Roy N, Murlidhar V, Chowdhury R, Patil SB, Supe PA, Vaishnav PD, et al. Where there are no emergency medical services-prehospital care for the injured in Mumbai, India. *Prehosp Disaster Med.* 2010;25(2):145-51.
- 29- Disease GBD, Injury I, Prevalence C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England).* 2017;390(10100):1211-59.
- 30- Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet.* 2012;379(9832):2206-11.
- 31- Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age: World Health Organization; 2008.

- 32- Kabeshova A, Launay CP, Gromov VA, Fantino B, Levinoff EJ, Allali G, et al. Falling in the elderly: Do statistical models matter for performance criteria of fall prediction? Results from two large population-based studies. *European journal of internal medicine*. 2016;27:48-56.
- 33- Crandall M, Duncan T, Mallat A, Greene W, Violano P, Christmas AB, et al. Prevention of fall-related injuries in the elderly: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *The journal of trauma and acute care surgery*. 2016;81(1):196-206.
- 34- Yoshida-Intern S. A global report on falls prevention epidemiology of falls. WHO Geneva. 2007.
- 35- Evron L, Schultz-Larsen K, Fristrup T. Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study with older people. *Scandinavian journal of public health*. 2009;37(7):728-35.
- 36- Yardley L, Bishop FL, Beyer N, Hauer K, Kempen GI, Piot-Ziegler C, et al. Older people's views of falls-prevention interventions in six European countries. *The Gerontologist*. 2006;46(5):650-60.
- 37- Koh SSL, Manias E, Hutchinson AM, Donath S, Johnston L. Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMC Health Services Research*. 2008;8:105.
- 38- Jones TS, Ghosh TS, Horn K, Smith J, Vogt RL. Primary care physicians perceptions and practices regarding fall prevention in adult's 65 years and over. *Accident; analysis and prevention*. 2011;43(5):1605-9.
- 39- Chou WC, Tinetti ME, King MB, Irwin K, Fortinsky RH. Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and management into practice. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(2):117-22.
- 40- de Groot GC, Fagerstrom L. Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2011;18(2):153-60.
- 41- Rasinaho M, Hirvensalo M, Leinonen R, Lintunen T, Rantanen T. Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *Journal of aging and physical activity*. 2007;15(1):90-102.
- 42- Resnick B, Spellbring AM. Understanding what motivates older adults to exercise. *Journal of gerontological nursing*. 2000;26(3):34-42.
- 43- Loganathan A, Ng CJ, Tan MP, Low WY. Barriers faced by healthcare professionals when managing falls in older people in Kuala Lumpur, Malaysia: a qualitative study. *BMJ open*. 2015;5(11):1-7.
- 44- Kuang-Yu H, Leng-Chieh L, Meng-Hua C, Cheng-Chueh C, Hwa-Chan L, Ning-Ping F. Outcomes of trauma patients: Direct transport versus transfer after stabilisation at another hospital. *Injury*. 2012.
- 45- Olaitan P, Olaitan J. Burns and Scalds-epidemiology and prevention in a developing country. *Niger J Med*. 2005;14(1):9-16.
- 46- Meyer W, Blakeney P, Russell W. Psychological problems reported by young adults who were burned as children. *J Burn Care Rehabil*. 2004;25(1):98-106.
- 47- Ryan C, Schoenfeld D, Thorpe W, Sheridan R, Cassem E, Tompkins R. Objective estimates of the probability of death from burn injuries. *N Engl J Med*. 1998;338:362-6.
- 48- Murray C, Lopez A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: Switzerland; 1996.
- 49- Badger J. Burns: the psychological aspects. *AJN*. 2001;101(11):39-41.
- 50- Milner S, Mottar R, Smith C. The burn wheel. *AJN*. 2001;101(11):35-7.
- 51- Sadeghi Bazargani H, Arshi S, Ekman R, Mohammadi R. Prevention-oriented epidemiology of burns in Ardabil Provincial Burn Centre, Iran. *burns*. 2011;37(5):521-527.
- 52- Jaye C, Simpson JC, Langley JD. Barriers to safe hot tap water: results from a national study of New Zealand plumbers. *Injury Prevention*. 2001;7(4):302-6.
- 53- Clarke JA, Waller AE, Marshall SW, Langley JD. Barriers to the reduction of domestic hot water temperatures. *Safety Science*. 1995;18(3):181-92.
- 54- Van Niekerk A, Menckel E, Laflamme L. Barriers and enablers to the use of measures to prevent pediatric scalding in Cape Town, South Africa. *Public Health Nurs*. 2010;27(3):203-20.

- 55- Sadeghi-Bazargani H, Azami-Aghdash S, Arshi S, Mohammad Hosseini M, Samadirad B, Nadir Mohammadi M, et al. Exploring possible causes of fatal burns in 2007 using Haddon's Matrix: a qualitative study. *J Inj Violence Res.* 2015;7(1):1-6.
- 56- CDC (Cent. Dis. Control Prev.). 2014. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Natl. Cent. Injury Prev. Control, CDC ,Atlanta. <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
- 57- Miller T. The cost of firearm violence. Children's Safety Network Econ. and Data Anal. Resour. Cent., Pac. Inst. Res. Eval., Calverton, MD. http://www.childrensafetynetwork.org/sites/childrensafetynetwork.org/files/CostofFirearmViolence_Print.pdf. 2013.
- 58- Hardy MS. Behavior-oriented approaches to reducing youth gun violence. *Future Child.* 2002;12(2):100-17.
- 59- Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva, Switzerland :World Health Organization, 2009.
- 60- Khubchandani J, Price JH, Dake JA. Firearm injury prevention training in Preventive Medicine Residency programs. *J Community Health.* 2009;34(4):295-300.
- 61- Kellermann AL. Obstacles to firearm and violence research. *Health affairs (Project Hope).* 1993;12(4):142-53.
- 62- Çaha Ö. Attitudes towards the status of women in Turkish society: The case of Istanbul. *European Journal of Economic and Political Studies.* 2010;3(2):145-62.
- 63- Hugl-Wajek JA, Cairo D, Shah S, McCreary B. Detection of domestic violence by a domestic violence advocate in the ED. *The Journal of emergency medicine.* 2012;43(5):860-5.
- 64- Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual Assault & stalking: Findings from the British crime survey. London: Home Office Research Study. 2004.
- 65- Kocacik F, Dogan O. Domestic violence against women in Sivas, Turkey: survey study. *Croatian medical journal.* 2006;47(5):742-9.
- 66- World Health Organization (2013) Global and Regional Estimates of Violence against Women. World Health Organization, Geneva.
- 67- Wallach HS, Sela T. The importance of male batterers' attributions in understanding and preventing domestic violence. *Journal of family violence.* 2008;23(7):655.
- 68- Pallitto CC, Garcia-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2013;120(1):3-9.
- 69- Office for National Statistics (2015) 2013/14 Crime Survey for England and Wales. ONS, London.
- 70- Bolhari J, Amiri T, Karimi Keisomi I, Mohseni Kabir M. Domestic Violence Prevention Advocacy Program: A Pilot Study in Tehran Urban Area. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2018;24(2):124-35.
- 71- Fugate M, Landis L, Riordan K, Naureckas S, Engel B. Barriers to domestic violence help seeking: Implications for intervention. *Violence against women.* 2005;11(3):290-310.
- 72- Reina AS, Lohman BJ. Barriers preventing Latina immigrants from seeking advocacy services for domestic violence victims: A qualitative analysis. *Journal of Family Violence.* 2015;30(4):479-88.
- 73- Dolatian M, Hesami k, Shams J, Alavi Majd H, Moafi F. The Barriers to Screening for Domestic Violence. *Scientific Journal of Forensic Medicine.* 2012;17(4):225-32.
- 74- World Health Organization. Suicide Preven on (SUPRE). [cited 2008 Oct 25]. Available from: URL: http://www.WHO.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprvent/en/.
- 75- GM M. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psychiatry.* 2001;178:469-74.
- 76- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC: The National Academies Press; 2002.
- 77- Khan MM. Suicide prevention and developing countries. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2005;98(10):459-63.
- 78- Pena JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior.* 2006;36(6):614-37.

- 79- Whitney SD, Renner LM, Pate CM, Jacobs KA. Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs. *Children and Youth Services Review*. 2011;33(6):869-77.
- 80- Windfuhr K. Issues in designing, implementing, and evaluating suicide prevention strategies. *Psychiatry*. 2009;8(7):272-5.