پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال دوازدهم, شماره ۳, پي در پي ۵۷ ، صفحات ۲۳۵ تا ۲۴۳
مرداد و شهريور ۱۳۸۶

تاريخ دريافت مقاله ۸۵/۱۱/۲۵
تاريخ پذيرش مقاله ۸۶/۳/۶

بررسي رابطه بين كيفيت زندگي مرتبط با سلامت و وقوع آسيب هاي غير عمدي در كودكان

دكتر حميد سوري [۱*]، دكتر كامبيز عباچي زاده [۲]

چكيده

سابقه و هدف: *آسيب‌هاي غيرعمدي از عوامل مهم ناتواني و مرگ و مير در كودكان كه تاكنون ارتباط آن با كيفيت زندگي مرتبط با سلامت مورد بررسی قرار نگرفته است. هدف از اين مطالعه بررسي رابطه كيفيت زندگي مرتبط با سلامت و وقوع آسيب هاي غير عمدي دركودكان مي باشد.*

مواد و روش ها: *در اين مطالعه مقطعي، ۳۳۷۵ كودک ۶ تا ۱۰ساله به طور تصادفي از بين مدرس ابتدايي شهر اهواز انتخاب شدند. كيفيت زندگي توسط پرسش نامه هايTNO AZL child quality of life سنجيده شد. كيفيت زندگي، توسط ۵۶ جزء كه متعلق به ۷ زمينه (domain) اصلي بودند، تعيين شد. پرسش از والدين در مورد وقوع، علت و توصيف مختصر از آسيب در دوازده ماه قبل از زمان انجام جمع آوري اطلاعات به عمل آمد. براي تحليل رابطه كيفيت زندگي با آسيب هاي غيرعمدي از رگرسيون لجيستيک استفاده شد.*

يافته ها: *ميزان پاسخگويي ۸۹% بود. ميزان بروز آسيب هاي غير عمدي برابر ۶/۳% بود. سير افزايش يابنده براي آسيب هاي غير عمدي با كاهش سطح كيفيت زندگي ديده شد (P < ۰/۰۰۱). ميزان بروز آسيب ها براي گروه با كيفيت زندگي بسيار كم، كم، متوسط ، بالا و بسيار بالا بترتيب برابر۸/۳، ۷/۹، ۶/۳، ۵/۰ و ۳/۷ درصد بود. نسبت شانس تعديل شده جهت وقوع آسيب ها در گروه با كيفيت زندگي بسيار پائين (OR=۲/۳)، پائين (OR=۲/۱)، متوسط (OR=۱/۷) نسبت به گروه مرجع (با كيفيت زندگي بسيار بالا) به طور معني داري بالاتر بود. ميانه كيفيت زندگي (P < ۰/۰۰۱) و تمامي زمينه هاي آن (P < ۰/۰۱۷)، به جز زمينه مربوط به انجام مستقل كارها، در گروه آسيب ديده در مقايسه با گروه بدون آسيب كمتر بود.*

نتيجه گيري: *در اين مطالعه رابطه معني دار بين كيفيت زندگي مرتبط با سلامت و وقوع آسيب هاي غير عمدي ديده شد. ضمناً اين تحقيق ايده استفاده از كيفيت زندگي به عنوان يک پيشگويي كننده را گسترش مي دهد.*

واژگان كليدي: *آسيب غيرعمدي ، كيفيت زندگي مرتبط با سلامت ، كودک ، پيشگيري ، كنترل*

مقدمه

آسيب هاي غيرعمدي ازعوامل اصلي تهديد كننده سلامت كودكان مي باشند (۳-۱). تخمين زده مي شود كه در هر سال از هر چهارکودک، يک كودک نيازمند خدمات پزشكي بعد از وقوع آسيب مي باشد (۴). نسبت بالاي آسيب هاي كودكان و نوجوانان و تبعات اجتماعي و اقتصادي آن در كشور هاي كمتر توسعه يافته، توجه بيش تر به بحث كنترل وپيشگيري از آسيب ها را مي طلبد (۵). شناسايي و توسعه راهبردهاي پيشگيري از آسيب هاي غير عمدي در گرو شناخت عوامل خطر مي باشد (۶).

آسيب (Injury) ناشي از در معرض قرار گرفتن نسبت به يک انرژي كنترل نشده مانند ضربه فيزيكي، حرارت و غيره مي باشد. قبل از سال۱۹۴۰ معمولاً تصور كلي بر اين

۱ * . نويسنده مسؤول دانشيار، دانشكده بهداشت، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي. آدرس براى مكاتبه: تهران، اوين، دانشكده بهداشت. تلفن/ دورنگار: ۲۴۰۰۲۰۷.
پست الكترونيك : **hsoori@sbmu.ac.ir**
۲ . دستيار پزشكي اجتماعي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

بود كه آسيب هاي غير عمدي نتيجه عدم احتياط يا سهل انگاري مي باشد، ولي بعدها مطالعات نشان داد كه آسيب هاي غيرعمدي نتيجه قابل پيش بيني تعامل بين فرد، محيط و عامل آسيب مي باشد (۶). تحقيقات قبلي نشان داده است كه مشخصات رفتاري كودكان مي تواند به عنوان يک عامل خطرزا مطرح باشد (۹-۷). همچنين، كودكان براساس مشخصات شخصيتي خود (مانند عدم وجود كنترل بر رفتار)، درگير رفتارهاي پرخطر مي شوند (۱۰). كيفيت زندگي داراي مفهوم چند بعدي است كه مفاهيمي مانند عملكرد مناسب جسماني، روحي، اجتماعي و درضمن بيماري را در بر مي گيرد (۱۱). كيفيت زندگي مرتبط با سلامت از مهم ترين پيامدها و به نظر برخي متخصصين مهم ترين پيامدي است كه بايد در نظام خدمات سلامت در نظر گرفته شود (۱۱و۱۲). بر اساس جستجوي انجام گرفته در متون فارسي و انگليسي تا به حال رابطه كيفيت زندگي مرتبط با سلامت، به عنوان يک عامل انساني و وقوع آسيب هاي غير عمدي در هيچ مطالعه اي بررسي نشده است. با وجود اين در تعدادي از مطالعات، رابطه برخي عوامل خطرزاي مرتبط با زمينه هاي مختلف كيفيت زندگي و وقوع آسيب هاي غير عمدي مورد بررسي قرار گرفته است. براي مثال رابطه بين وضعيت نامطلوب سلامت، عدم توانايي در تمركز و عوامل مرتبط با وضعيت هاي احساسي با آسيب هاي غير عمدي شناسايي شده است (۱۳و۱۴). رفتارهاي خطرزا با عواملي مانند وضعيت خلقي فرد، رفتارهاي خشن، مهارت هاي ذهني، نگرش در مورد احتمال آسيب و تخمين نادرست از توانايي هاي خود، مرتبط است (۱۵). اين عوامل خطر مي تواند به عنوان معرف و نماينده براي زمينه هاي مختلف كيفيت زندگي به كارگرفته شوند.

در مورد مكانيسم هاي احتمالي كيفيت زندگي بر افزايش وقوع آسيب هاي غير عمدي ابهام وجود دارد. رابطه كاهش كيفيت زندگي با افزايش رفتارهاي خطرزا و يا بروز خطاهاي انساني مي تواند به عنوان مكانيسم هاي احتمالي مطرح باشند.

هدف از اين مطالعه تعيين ارتباط بين سطح كيفيت زندگي مرتبط با سلامت با وقوع آسيب هاي غير عمدي در كودكان ۶ تا۱۰ ساله مي باشد. ارتباط كيفيت زندگي به عنوان يک عامل انساني، با وقوع آسيب هاي غيرعمدي مي تواند در اتخاذ تصميمات جهت پيشگيري و كنترل اين آسيب ها مورد استفاده قرار گيرد.

مواد و روش ها

اين مطالعه به صورت مقطعي (Cross- sectional) و در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. از بين۴۰۰ مدرسه ابتدايي در شهر اهواز با ۱۲۸۴۹۹ دانش آموز، ۷۶ مدرسه به طور تصادفي و بر طبق مناطق آموزشي پنج گانه و تعداد دانش آموزانشان انتخاب شدند. مدرسه ها بر حسب تعداد دانش آموز در هر مدرسه، دخترانه و پسرانه بودن و برحسب دولتي يا غير دولتي بودن طبقه بندي شدند. از هر مدرسه ۵ كلاس اول تا پنجم و ۵۰ دانش آموز به طور تصادفي انتخاب شدند. (۱۰ دانش آموز از هر كلاس اول تا پنجم ابتدايي به صورت تصادفي منظم از روي ليست دفتر حضور و غياب دانش آموزان). در صورتي كه در هـر مقـطع بيـش از يك كلاس درس وجود داشت به صورت تصادفي ساده يك كلاس براي نمونه برداري برگزيده مي‌شد.

مادران اين دانش آموزان توسط نامه اي به طور جداگانه دعوت شدند. آن ها رضايت نامه اي حاوي اطلاعات مربوط به نحوه انجام تحقيق و رضايت جهت گرفتن اطلاعات از آن ها و كودكانشان توسط مصاحبه كننده گان را امضا كردند. براي هر مدرسه دو مصاحبه كننده آموزش ديده در نظر گرفته شده بود. اين افراد طي سه جلسه دو ساعته با اهداف تحقيق آشنا شدند، پرسشنامه‌هاي مربوطه براي آنان توضيح و نحوه جمع آوري اطلاعات نيز به آن ها آموزش داده شد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

به منظور اندازه گيري كيفيت زندگي مرتبط با سلامت (HRQOL) از فرم هاي TACQOL (TNO AZL child quality of life parent form) استفاده شد (۱۶). پرسشنامه انگليسي به فارسي ترجمه شد. كيفيت زندگي مرتبط با سلامت حاوي ۷ زمينه اصلي مي باشد كه هركدام حاوي ۸ جزء مي باشند. اين ۷ زمينه عبارتند از عملكرد جسماني، حركتي، شناختي و اجتماعي، عملكرد مربوط به انجام مستقل كارها توسط كودک، احساسات منفي و مثبت. نمره پنج تا يک، به ترتيب براي پنج انتخاب *هميشه*، برای چهار *اغلب*، برای سه *فقط در چند هفته اخير*، برای دو *گاهي* و برای يک *هرگز* در نظر گرفته شد. البته براي زمينه احساسات منفي اين نمره دهي بر عكس شد (پنج براي هرگز و يک براي هميشه). در كل نمره به دست آمده براي هر زمينه بيـن ۴۰- ۸ و براي كيفيت زندگي بيـن۲۸۰-۵۶ بود. بالاتر بودن اين عدد نشانگر بالاتر بودن سطح كيفيت زندگي است. پرسشنامه سنجش كيفيت زندگي مرتبط با سلامت كودكان (فرم مربوط به والدين) در ادامه آمده است.

پرسشنامه **TACQOL** فرم والدين: كودك شما از كداميك از موارد زير شكايت داشته يا دارد ؟

عملكرد جسماني	عملكرد حركتي	عملكرد انجام مستقل كارها	احساسات مثبت	روحيات منفي	مهارتهاي شناخت	مهارتهاي اجتماعي
گوش درد يا گلو درد	دويدن	خودش بمدرسه رفت وآمد كند	رفتار لذت بخش	غمگين باشد	تمركز در كارها	بازي با بچه‌هاي ديگر كند
دل درد يا معده درد	راه رفتن	خودش را بشوئيد يا حمام كند	آسودگي خاطر	خشن و پرخاشگر باشد	مشكل درك تكاليف مدرسه	مطرح كردن خودش ميان بچه‌هاي ديگر
سردرد	ايستادن	خودش لباسهايش را بپوشد	با روحيه رفتار كند	زود عصباني بشود	مشكل درك آنچه ديگران مي‌گويند	بچه‌هاي ديگر از او بخواهند با آنها بازي كند
حالت منگي يا گيجي	بالارفتن از پله‌ها	غذايش را خودش بخورد	راضي يا قانع باشد	بي حوصله و زود قهر باشد	مشكل حل مسائل رياضي درس خودش	با بچه‌هاي ديگر راحت برخورد كند
حالت تهوع يا استفراغ	بازي كردن	خودش بازي يا ورزش كند	بشاش و خوش رو باشد	نگران چيزي باشد	مشكل خواندن كتابهاي سن خودش	نتواند با پدر و مادر خود راحت حرف بزند
حالت خستگي	پياده روي طولاني	خودش را سرگرم كند	با اشتياق كار كند	حسودي كند	مشكل نوشتن مطالب در حد خودش	با والدين خود راحت و آرام نباشد
خواب آلودگي	تعادل در حركت	دوچرخه سواري بداند	شاد و خندان باشد	افسرده و عبوس باشد	مشكل يادگيري مطالب جديد	آرام و قرار نداشته باشد
بيحالي - سنگيني	سريع كاركردن	خودش دستشويي برود	داراي اعتماد بنفس باشد	دلشوره داشته باشد	مشكل فهماندن منظورش به ديگران	با اعضاي خانواده لجبازي كند

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

عواملي كه بر قابليت اعتبار اين پرسشنامه تأثير دارند عبارتند از خصوصيات جمعيت مورد مطالعه، اختلافات رفتاري و توانايي فرد مورد مطالعه در درك سؤالات و پاسخ صحيح به آن ها كه جهت كنترل آن ها از روش هاي Cronbach's Alpha و Split-half method استفاده شده است. ميزان ضريب آلفاي كرونباخ در پرسشنامه فارسي براي كل كيفيت زندگي و زمينه هاي عملكرد جسماني، حركتي، شناختي و اجتماعي، عملكرد مربوط به انجام مستقل كارها توسط كودک، احساسات منفي و مثبت به ترتيب برابر ۰/۷۴ ، ۰/۷۵ ، ۰/۷۳ ، ۰/۸۱ ، ۰/۸۹ ، ۰/۷۳ ، ۰/۹۰ و ۰/۷۷ بود. جزئيات بيش تر جهت اندازه گيري كيفيت زندگي در مقاله اي ديگر در دسترس مي باشد (۱۷).

اطلاعات در مورد وقوع آسيب هاي غير عمدي در دوازده ماه قبل از جمع آوري اطلاعات، از والدين كودكان گرفته شد. سؤال در مورد وقوع آسيب، علت و توصيف مختصر از آسيب به عمل آمد. آسيب غير عمدي بر حسب مراجعه فرد به كلينيک يا بيمارستان و گرفتن خدمات پزشكي تعريف شد. اطلاعات گرفته شده از والدين با اطلاعات موجود در اورژانس ها و مراكز تروما در اهواز چک شد. براي تعريف آسيب هاي غير عمدي از تعاريف ICD-(International classification of diseases) 10 استفاده شد (۱۸).

نرم افزار آماري SPSS نسخه يازده و نيم جهت كل آناليزها استفاده شد. تست Mann-Whitney براي مقايسه كيفيت زندگي و هفت زمينه آن بين دو گروه آسيب ديده و بدون آسيب هاي غير عمدي استفاده شد. كودكان بر اساس ميزان كيفيت زندگي به پنج دسته (quintile) تقسيم شدند كه شامل ۲۲۵-۵۶ (كيفيت زندگي بسيار كم)، ۲۴۵-۲۲۶ (كم)، ۲۵۹-۲۴۶ (متوسط)، ۲۶۹-۲۶۰ (بالا) و۲۸۰-۲۷۰ (بسيار بالا) بود. علت اين نوع طبقه بندي، امكان محاسبه نسبت شانس (Odds ratio) براي وقوع تصادفات به ازاي سطوح مختلف كيفيت زندگي بود. در ضمن در بررسي هاي متون انجام شده طبقه بندي استانداردي براي سطوح كيفيت زندگي به دست نيامد.

به طور خلاصه كودكان مورد مطالعه بر حسب كيفيت زندگي در چهار گروه كم، متوسط، بالا، بسيار بالا و بر اساس وقوع تصادف در دو گروه افراد حادثه ديده و حادثه نديده قرارگرفتند. در ادامه رابطه بين سطوح مختلف كيفيت زندگي با وقوع آسيب هاي غيرعمدي بررسي شد.

جنسيت و سن كودک، ترتيب تولد (Birth order)، تعداد كودكان در خانواده و وضعيت تحصيلي مادر به عنوان متغيرهاي مخدوش كننده احتمالي در نظر گرفته شدند و رابطه وقوع آسيب و اين متغيرها با آناليز يک متغيره آزمون شد. تنها متغيرهاي داراي رابطه معني دار به عنوان مخدوش كننده كنترل شدند. يافته ها به صورت جداول توافقي، نسبت شانس تعديل شده و نشده با ۹۵ درصد فاصله اطمينان گزارش شد. تست Chi-square trend (linear by linear association) جهت بررسي سير افزايش يابنده آسيب هاي غيرعمدي به دنبال كاهش كيفيت زندگي استفاده شد. براي بررسي رابطه بين كيفيت زندگي و وقوع آسيب هاي غير عمدي از رگرسيون لجيستيک استفاده شد.

يافته ها

ميزان پاسخگوئي (response rate) برابر۸۹% بود (۳۳۷۵ از ۳۷۹۲ نفر). ميانگين سن مادران و كودكان به ترتيب برابر۶/۴ ± ۳۴/۹ و ۱/۵ ± ۷/۹ بود. ۹۶/۷% كودكان با پدر و مادرشان زندگي مي كردند و ۴۹/۳% پسر بودند.

تعداد كودكان در گروه باكيفيت زندگي بسيار پائين، پائين، متوسط، بالا، بسياربالا به ترتيب ۶۶۱ ، ۶۶۱ ، ۷۱۹ ، ۶۸۰ و ۶۴۹ بود. تعداد كودكان در گروه آسيب ديده و بدون آسيب به ترتيب ۲۱۰ و ۳۱۶۵ بود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

از بين والدين دعوت شده ۲۱۵ نفر وقوع آسيب غير عمدي براي کودکانشان در۱۲ ماه خير را گزارش کردند. ميزان بروز آسيب هاي غير عمدي برابر ۶/۳% (۵/۵-۷/۱% ، با فاصله اطمينان ۹۵ درصد) بود. پنج علت اصلي آسيب ها شامل سقوط (۵۱/۶%)، آسيب ناشي از وسايل نقليه و دوچرخه (۲۵/۱%)، آسيب ناشي از برخورد جسم برنده يا غير برنده (۱۱/۲%)، مسموميت ها (۵/۱%) و سوختگي ها (۴/۷%) بود. ميزان بروز آسيب ها براي گروه با کيفيت زندگي بسيار کم، کم، متوسط ، بالا و بسيار بالا به ترتيب برابر۸/۳ ، ۷/۹ ، ۶/۳، ۵/۰ و ۳/۷ درصد بود. تست Chi-square trend (Linear by linear association) نشان داد که يک سير افزايش يابنده در بروز آسيب بدنبال کاهش کيفيت زندگي وجود دارد (P< ۰/۰۰۱). سن کودکان، سطح تحصيلات مادر، ترتيب تولد کودک و تعداد کودک در خانواده در گروه آسيب ديده و بدون آسيب تفاوت معني دار نداشت (مراجعه به جدول۱).

جدول۱- ميزان بروز همراه با ۹۵ درصد فاصله اطمينان براي وقوع آسيب هاي غير عمدي بر حسب جنسيت کودک، سطح تحصيلات مادر، ترتيب تولد و تعداد فرزندان درخانواده

	کل تعداد	تعداد(درصد) بروز آسيب غير عمدي	۹۵ درصد فاصله اطمينان	P- value
جنسيت:				
پسر	۱۶۶۳	۱۳۴(۸/۱)	۶/۸-۹/۴	< ۰/۰۰۱
دختر	۱۷۱۲	۸۱(۴/۷)	۳/۴-۵/۴	
سطح تحصيلات مادر:				
بي سواد	۵۵۶	۲۶ (۴/۷)	۳/۰-/۶/۶	
ابتدائي	۹۷۵	۷۱(۷/۳)	۵/۷-۸/۹	۰/۴
راهنمائي	۶۱۰	۳۴(۵/۶)	۳/۸-۷/۴	
دبيرستان و بالاتر	۱۲۲۰	۷۸(۶/۴)	۵/۰-۷/۸	
رتبه تولد:				
يک	۹۹۵	۵۳(۵/۳)	۴/۰-۶/۸	
دو يا سه	۱۲۷۸	۹۰(۷/۰)	۵/۷-۸/۵	۰/۳
بالاي سه	۱۱۳۱	۶۴(۵/۷)	۴/۳-۷/۱	
تعداد فرزندان در خانواده:				
يک يا دو	۱۰۴۲	۶۶(۶/۳)	۴/۹-۷/۹	
سه يا چهار	۱۲۹۶	۸۶(۶/۶)	۵/۳-۸/۱	۰/۴
بالاي چهار	۱۰۳۷	۵۵(۵/۳)	۴/۰-۶/۸	

نسبت شانس جهت وقوع آسيب براي هر سطح از کيفيت زندگي به صورت تعديل نشده و تعديل شده براي جنسيت کودک به دست آمد. نسبت شانس در گروه با کيفيت زندگي بسيار کم، کم و متوسط نسبت به گروه مرجع (با کيفيت زندگي بسيار بالا) به طور معني داري بالاتر بود. بين گروه با کيفيت زندگي بالا و بسيار بالا تفاوت معني داري وجود نداشت (مراجعه به جدول۲).

کيفيت زندگي و هفت زمينه مختلف آن در بين دو گروه آسيب ديده و نديده مقايسه شدند. ميانه کيفيت زندگي درگروه آسيب ديده نسبت به گروه آسيب نديده به طور

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

معني داري پائين تر بود (P < ۰/۰۰۱). ميانه همه زمينه هاي كيفيت زندگي به جز عملكرد انجام كارها به طور مستقل توسط كودک، به طور معني داري درگروه آسيب ديده پائين تر بود (P < ۰/۰۱۷). جزئيات در جدول ۳ ذكر شده است.

جدول۲- رابطه بين سطوح كيفيت زندگي و بروز آسيب غير عمدي در كودكان دريكسال قبل از جمع آوري اطلاعات

	نسبت شانس تعديل نشده (۹۵% حدود اطمينان)	P- value	نسبت شانس تعديل شده* (۹۵% حدود اطمينان)	P- value
كيفيت زندگي:				
بسيار بالا	۱/۰۰		۱/۰۰	
بالا	۱/۳۷ (۰/۰۸-۲/۳۱)	۰/۲۴۷	۱/۴۰ (۰/۸۲-۲/۳۶)	۰/۲۱۵
متوسط	۱/۷۳ (۱/۰۶-۲/۸۳)	۰/۰۳۳	۱/۷۳ (۱/۰۶-۲/۸۳)	۰/۰۳۳
پائين	۲/۲۲ (۱/۳۵-۳/۶۰)	۰/۰۰۲	۲/۱۸ (۱/۳۴-۳/۵۶)	۰/۰۰۲
بسيار پائين	۲/۳۴ (۱/۴۳-۳/۸۲)	۰/۰۰۱	۲/۸۳ (۱/۴۵-۳/۸۶)	۰/۰۰۱

** تعديل شده بر حسب جنسيت*

جدول ۳ - مقايسه ميانه كيفيت زندگي مرتبط با سلامت و بر حسب هفت زمينه آن بين گروه آسيب ديده و بدون آسيب

زمينه هاي كيفيت زندگي	آسيب نديده		آسيب ديده		P- value
	ميانه	IQ Range*	ميانه	IQ Range*	
عملكرد جسماني	۳۹/۰	۵/۰	۳۶/۰	۷/۰	< ۰/۰۰۱
عملكرد حركتي	۴۰/۰	۳/۰	۳۹/۰	۴/۰	۰/۰۱۰
انجام مستقل كارها	۳۹/۰	۵/۰	۴۰/۰	۴/۰	۰/۱۳۱
احساسات مثبت	۳۶/۰	۱۰/۰	۳۴/۰	۹/۲	۰/۰۱۷
احساسات منفي	۳۵/۰	۷/۰	۳۳/۰	۸/۰	< ۰/۰۰۱
عملكرد شناختي	۳۸/۰	۷/۰	۳۶/۰	۸/۰	۰/۰۰۷
عملكرد اجتماعي	۳۸/۰	۵/۰	۳۷/۰	۶/۰	۰/۰۰۵
كل كيفيت زندگي	۲۵۴/۰	۳۴/۰	۲۴۵/۰	۳۵/۲	< ۰/۰۰۱

** IQ Range: Inter quartile range*

بحث

يافته ها نشان مي دهد كه سطح زندگي در كودكان آسيب ديده پائين تر از گروه بدون آسيب است. همچنين يک سير افزايش يابنده براي وقوع آسيب هاي غير عمدي با كاهش كيفيت زندگي ديده مي شود. مشابه با بعضي تحقيقات ديگر، در اين مطالعه نيز اكثر كودكان دچار آسيب پسر بودند و علت عمده آسيب سقوط بود (۱۳و۱۴و۱۹-۲۱). اين مطالعه،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

اولين مطالعه اي است که رابطه بين کيفيت زندگي مرتبط با سلامت و آسيب هاي غير عمدي را در گروه سني۱۰- ۶ سال بررسي مي کند.

ميزان بالاي پاسخگوئي (۸۹%) باعث افزايش اعتبار يافته هاي مطالعه ما مي شود. اين مطالعه بر پايه جمعيت (Population-based) بود و نمونه گرفته شده نماينده مناسبي از دانش آموزان مدارس ابتدايي دراين جامعه محسوب مي شود.

مطالعات کمي جهت مقايسه نتايج اين مطالعه در بررسي متون يافت شد. اثر بعضي عوامل خطر که با زمينه هاي مختلف آسيب هاي غير عمدي مرتبط بودند، در مطالعات مختلف بررسي شده اند. براي مثال، حالت سلامتي نامطلوب گزارش شده توسط خود فرد، که به عنوان يک عامل خطر در کودکان مدرسه اي گزارش شده با زمينه عملکرد جسماني در کيفيت زندگي مرتبط است (۱۳).

مطالعات مختلف نشان داده است که عوامل شناختي در وقوع آسيب هاي غيرعمدي موثرند (۱و۷). عوامل شناختي در تصميم هاي کودکان که مي تواند منجر به درگير شدن در فعاليت هاي خطرزا شود، مؤثر است (۱). قضاوت در مورد خطر با رفتارهاي خطرزا مرتبط است (۱۹و۲۲). کودکاني که تخمين پايييني از خطرهاي محيطي دارند و يا تخمين بالا از توانايي خود دارند، از شانس بيش تري براي آسيب هاي غيرعمدي برخوردارند (۱۹و۲۱و۲۲). همچنين، تمرکز کم و منحرف شدن سريع تمرکز خطر بروز آسيب را افزايش مي دهد (۱۳). عوامل ذکر شده مي توانند با زمينه هاي شناختي در کيفيت زندگي مرتبط باشند.

عوامل خطر مرتبط با زمينه هاي احساسات مثبت و منفي و زمينه عملکرد اجتماعي کيفيت زندگي در چند مطالعه بررسي شده اند. براي مثال، بعضي حالت هاي مزاجي به عنوان عامل خطر مطرح است (۱۵و۱۹و۲۰). رفتارهاي تهاجمي و بدون کنترل باعث افزايش خطر آسيب ها در همان زمان و زمان هاي بعدي مي شود (۷و۱۵و۱۹). رفتارهاي ضد اجتماعي و نيز وجود مشکلات انضباطي در کودکان مي توانند به عنوان ديگر عوامل خطر مطرح باشند (۷و۱۰و۲۳).

مطالعات بسيار کمي رابطه بين توانايي هاي حرکتي و وقوع آسيب هاي غيرعمدي را بررسي کرده اند و نتايج آن ها متناقض بوده است (۲۴). عملکرد انجام مستقل کارها توسط کودک که يکي از زمينه هاي کيفيت زندگي مي باشد، در مطالعه ما، تفاوت معني دار در گروه آسيب ديده و بدون آسيب نداشت. ولي مطالعات ديگر جهت مقايسه نتايج در بررسي متون يافت نشد.

ضعف کلي مربوط به مطالعات مقطعي در مطالعه ما وجود دارد. بطوري که همراهي کيفيت زندگي و آسيب هاي غيرعمدي دليلي بر رابطه عليتي نيست. براي بررسي بهتر اين رابطه لازم است که متغيرهاي بيشتري در مورد مراقبت والدين، عوامل محيطي، اجتماعي و اقتصادي به عنوان مخدوش کننده کنترل شود.

تورش يادآوري ممکن است باعث تخمين کمتر در مورد وقوع آسيب ها در يک سال قبل از جمع آوري اطلاعات باشد.

جهت اندازه گيري کيفيت زندگي در اين مطالعه از فرم TACQOL استفاده شد که يک فرم استاندارد و معمول مي باشد (۲۴) ولي لازم به ذکر است که هر تحقيقي که به بررسي کيفيت زندگي مي پردازد، فقط مجموعه عوامل مشخص و محدودي را در نظر مي گيرد (۱۶و۲۵).

بهترين راه براي کاهش آسيب هاي غير عمدي پشگيري است (۱۳و۱۹و۲۰). محققين آسيب هاي غيرعمدي تا به حال نظرات مختلف در مورد راهبردهاي پيشگيري داشته اند (۲۰). اين مطالعه نشان مي دهد که راهبردهاي در نظر گرفته شده، علاوه بر عوامل محيطي، عوامل انساني مؤثر بر آسيب ها را بايد در نظر بگيرند. همچنين اين مطالعه

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

ايده استفاده از كيفيت زندگي را به عنوان يک عامل پيشگويي كننده، گسترش مي دهد. اين در حالي است كه در اكثر مطالعات كيفيت زندگي به عنوان پيامد در نظر گرفته مي شود (۱۱و۱۲).

در اين مطالعه رابطه معني دار بين كيفيت زندگي مرتبط با سلامت و وقوع آسيب هاي غيرعمدي ديده شد. بنابراين كيفيت زندگي بايد به عنوان يک عامل پيشگويي كننده وقوع آسيب هاي غيرعمدي در پيشگيري و كنترل اين آسيب ها مد نظر قرار گيرد. تحقيقات با طراحي هاي تحليلي دقيق تر براي اثبات رابطه عليتي كيفيت زندگي مرتبط با سلامتي با آسيب هاي غير عمدي كودكان سن مدرسه ابتدايي توصيه مي شود.

تشكر و قدرداني

نويسندگان اين مقاله مراتب قدرداني خود را از دكتر عليرضا ابدي عضو هيأت علمي محترم گروه پزشكي اجتماعي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي و همچنين از اولياي محترم مدارس مورد تحقيق، والدين و كودكان شركت كننده در اين مطالعه ابراز مي دارند.

REFERENCES

1. Morrongiello BA, Matheis S. Determinants of children's risk-taking in different social–situational contexts: The role of cognitions and emotions in predicting children's decisions. J Appl Dev Psychol 2004; 25(3): 303-26.
2. Reading R, Langford IH, Haynes R, Lovett A. Accidents to preschool children: comparing family and neighbourhood risk factors. Soc Sci Med 1999;48(3):321-30.
3. Laloo R, Sheihan A. Risk factors for childhood major and minor head and other injuries in a nationally representative sample. Injury 2003;34(4):261-6.
4. Hanneke O, Schellevis FG, Damen J, Vander Wouden JC, Van Suijlekom-smit LW, Koes BW. Epidemiology of unintentional injuries in childhood: a population-based survey in general practice. Br J Gen Pract 2005;55(517): 630-3.
5. Roudsari BS, Shadman M, Ghodsi M. Childhood trauma fatality and resource allocation in injury control programs in a developing country. BMC public health 2006;6:117.
6. Garzon DL. Contributing factors to preschool unintentional injury. J Pediat Nurs 2005;20(6):441-7.
7. Dalsanto JA, Goodman RM, Glic D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. J Pediat Psychol 2004;29(4):273-83.
8. Lund J, Aaro LE. Accident prevention. Presentation of a model placing emphasis on humans, structural and cultural factors. Saf Sci 2004;42(4):271-324.
9. Turner C, Mcclure R, Pirozzo S. Injury and risk-taking behavior- a systematic review. Accid Analysis Prev 2004;36(1):93-101.
10. Morrongiello BA, Walpole B, Lasenby J. Understanding children's injury-risk behaviors: wearing safety gear can lead to increased risk taking. Accid Anal Prev 2007;39(3):618-23.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]

11. Seid M, Varni JW, Segall D, Kurtin PS. Health-related quality of life as a predictor of pediatric healthcare costs: a two-way prospective cohort analysis. Health Qual Life outcomes 2004;2:48.

12. O'Conner R. Measuring Quality of Life in Health. 1st ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 2004; P:112-6.

13. Sun YH, Yu IT, Wong TW, Zhang Y, Fan YP, Guo SQ. Unintentional injuries at school in China-patterns and risk factors. Accid Anal Prev 2006;36(1):208-14.

14. Field CA, Okeefe G. Behavioral and psychological risk factors for traumatic injury. J Emerg Med 2004; 26(1):27-35.

15. Morrongiello BA, Lasenby J. Finding the daredevils: development of a sensation seeking scale for children that is relevant to physical risk taking. Accid Anal Prev 2006;38(6):1101-6.

16. Vogels T, Verrips GHW, Verloove-Vanhorick SP, Fekkes M, Kamphuis RP, Koopman HM, et al. Measuring health-related quality of life in children: the development of the TACQOL parent form. Qual Life Res 1998;7(5):457-65.

17. Soori H. Measuring health-related quality of life among primary school children in Ahwaz, Iran. J Primary Prev 2004;25(1):125-32.

18. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. Vols 1-3. Geneva, World Health Organization, 1992-1994.

19. Schwebel D, Barton BK. Contributions of multiple risk factors to child injury. J Pediatr Psychol 2005;30(7):553-61.

20. Schwebel D, Bounds ML. The role of parents and temperament on children's estimation of physical ability: links to unintentional injury prevention. J Pediat Psychol 2003; 28(7): 505-16.

21. Soori H, Naghavi M. Childhood deaths from unintentional injuries in rural areas of Iran. Inj Prev 1998;4(3): 222-4.

22. Soori H, Bhopal RS. Parental permission for children's independent outdoor activities: Implications for injury prevention. Eur J Public Health 2002;12(2):104-9.

23. Koven R, Mccoll MA, Ellis P, Pickett W. Multiple risk behavior and its association with head and neck injuries: a national analysis of young Canadians. Prev Med 2005;41(1):240-6.

24. Schwebel DC, Binder SC, Sales JM, Plumert JM. Is there a link between children's motor abilities and unintentional injuries ? J Safety Res 2003; 34(2): 135-41.

25. Verrips EGH, Vogels TC, Koopman HM, Theunissen NCM, Kamphuis RP, Fekkes M, et al. Measuring health-related quality of life in a child population. Eur J Public Health 1999;9(3):188-93.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-24]