

بررسی ارتباط کیفیت زندگی با حوادث ناشی از کار در پروژه سد و نیروگاه آبی رودبار لرستان در سال ۱۳۸۹

ابوالفضل برخوردار^۱، جواد شیرازی^{۲*}، غلامحسین حلوانی^۳، حسین فلاحزاده^۱،
لیلا سبزمکان^۴، علی منتظری^۵

۱- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد بهداشت حرفه‌ای

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۴- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت

۵- استاد پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

تاریخ پذیرش: ۸۹/۹/۱۲

تاریخ دریافت: ۸۹/۶/۱۶

چکیده

مقدمه: حوادث شغلی یکی از معضلات بزرگ مطرح در جهان می‌باشد که بیشترین غرامت‌های انسانی را به دنبال دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با حوادث ناشی از کار انجام پذیرفته است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مورد-شاهدی بوده و گروه مورد ۱۱۳ نفر از افراد حادثه‌دیده ناشی از کار در پروژه سد و نیروگاه آبی رودبار لرستان طی سالهای ۸۸-۱۳۸۴ بوده و گروه شاهد نیز ۱۱۳ نفر که از نظر سن با گروه مورد همسان‌سازی شده و برای آنها حادثه ناشی از کار رخ نداده بود می‌باشد. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) گونه ایرانی است. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه مورد و شاهد به ترتیب در بعد عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی $21/20 \pm 17/23$ و $17/87 \pm 90/17$ ، در بعد محدودیت نقش، به علت مشکلات جسمانی $32/24 \pm 28/24$ و $60/50 \pm 32/87$ ، بعد درد بدنی $74/30 \pm 63/04$ و $21/96 \pm 83/65$ ، بعد سلامت عمومی $19/7 \pm 61/55$ و $17/1 \pm 58/61$ ، بعد نشاط $20/72 \pm 71/32$ و $14/16 \pm 63/31$ ، بعد عملکرد اجتماعی $15/53 \pm 50/33$ و $11/02 \pm 67/90$ ، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی $38/59 \pm 54/57$ و $37/36 \pm 70/20$ و در بعد سلامت روان $18/61 \pm 62/65$ و $16/26 \pm 65/2$ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد امتیاز مؤلفه سلامت جسمی کیفیت زندگی کارگران حادثه‌دیده در مقایسه با گروه کنترل (افراد حادثه‌ندیده) اختلاف معنی‌دار ($P < 0/005$) بوده ولی در امتیاز مؤلفه سلامت روانی اختلاف معنی‌دار یافت نشد. شرایط بد و نایمن کاری و آسیب‌های شغلی می‌تواند سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش کیفیت زندگی گردد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، حوادث، پرسشنامه SF-36 سد سازی

مقدمه

همواره کار، بخشی از زندگی افراد بوده و به عنوان یک ارزش تلقی می‌شود و همه بر این باورند که فعالیت در هر حرفه‌ای می‌تواند مسیری برای کسب اعتبار، احترام و توسعه اقتصادی باشد. هر فردی، جهت امرار معاش، شغلی را برگزیده که این شغل می‌تواند دارای خطرات بالقوه‌ای باشد و به طور ناخواسته آسیب‌هایی را برای فرد به ارمغان آورد. بر همین اساس حوادث شغلی به عنوان یکی از معضلات بزرگ در جهان مطرح است (۱). نرخ بروز حوادث ناشی از کار منجر به فوت در کشورها و مناطق مختلف بر اساس نوع فعالیت‌های اقتصادی متفاوت می‌باشد. متوسط نرخ حوادث شغلی منجر به فوت در سراسر دنیا ۱۴ (۲) در ایالات متحده اروپا ۵/۸۹ و قاره آسیا ۲۳/۱ به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ کارگر است (۳). حوادث به هر شکل و درجه‌ای که باشند می‌تواند مشکلات زیادی از نظر اقتصادی و اجتماعی بر جامعه تحمیل نموده و بر تنگناهای موجود بیافزاید (۴). بر اساس اعلام سازمان بین‌المللی کار، حوادث شغلی بیشترین غرامت‌های انسانی را به وجود می‌آورند (۵). بسیاری از کارگران به خاطر آسیب ناشی از حوادث شغلی که منجر به از دست دادن روز کاری، نیاز به مراقبت‌های پزشکی، از دست دادن هوشیاری، محدودیت در انجام فعالیتها و یا تغییر شغل می‌شود رنج می‌برند (۳). به هر حال بر اساس نتایج مطالعات مختلف صدمات ناشی از حوادث می‌تواند بر زندگی و جسم و روان مصدومین و حتی اعضای خانواده تأثیرگذار باشد (۳). به طوری که سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی نموده و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنها می‌باشد تعریف می‌کند. نظر به اینکه اکثر فعالیت‌های پروژه‌های سدسازی مانند آتشیاری، تخریب، گودبرداری، جابجایی مصالح حفاری، نصب تجهیزات در ارتفاع یا در فضای‌های محصور زیرزمینی انجام می‌گیرد و دارای ماهیت حادثه‌آفرینی و اغلب

خطرات آنها ناشناخته و غیرقابل پیش‌بینی است و پتانسیل آسیب‌رسانی به تجهیزات و سلامتی کارکنان را داراست به طوری که نرخ حوادث کشنده فقط در بخش ساختمان‌سازی پروژه‌های سدسازی، ۳۰۰ نفر به ازای ۱۰۰۰۰۰ نفر در کشورهای در حال توسعه تخمین زده شده است (۶).

یکی از نگرانی‌های شاغلین، خطرات محیط کار می‌باشد که ممکن است بر روی کیفیت زندگی آنان اثر بگذارد. لذا در این مطالعه ارتباط حوادث ناشی از کار با کیفیت زندگی در افراد حادثه در پروژه سدسازی رودبار لرستان مورد پژوهش قرار گرفت تا با شناخت و درک ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افراد حادثه دیده گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شاغلین برداشته شود.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مورد-شاهدی است که تعداد ۱۱۳ نفر انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه مورد بررسی از بین حدود ۲۰۰۰ نفر شاغل در پروژه سدسازی منطقه لرستان انتخاب شدند. گروه شاهد از نظر سن با گروه مورد همسان‌سازی و به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. گروه مورد افرادی بودند که در طی ۵ سال گذشته (۸۸-۱۳۸۴) در حین فعالیت، دچار حادثه ناشی از کار در این پروژه شده بودند و شرح وقوع حادثه، در واحد ایمنی و بهداشت ثبت شده بود و فقط آن دسته از حوادثی مدنظر بودند که به دنبال وقوع حادثه شرایط اورژانس برای فرد ایجاد شده است به طوری که نیاز به خدمات درمانی و مراقبت‌های پزشکی داشته و حداقل منجر به از دست دادن یک روز کاری آنها شده بود. گروه شاهد نیز افرادی هستند که هم اکنون در پروژه سدسازی مشغول به کار بوده و تاکنون دچار حادثه نشده‌اند و حتی شاهد حادثه ناشی از کار نیز نبودند. بر اساس مطالعات انجام شده، عوامل مخدوشگر کیفیت زندگی مانند افرادی

دیابت، سرطان، بیماری کلیوی تحت روحی (Role emotional) و سلامت روان (Mental health).

۳- دو سنجش خلاصه که از ادغام مقیاس‌ها به شرح زیر به دست می‌آیند:

- سلامت جسمی: (عملکرد جسمی + محدودیت جسمی + درد جسمی + سلامت عمومی)

- سلامت روانی: (نشاط + عملکرد اجتماعی + مشکلات روحی + سلامت روان)

به استثنای یک سوال که به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را طی دوره‌ای یک ساله بررسی می‌نماید، بقیه سوالات در محاسبه امتیاز هشت بعد SF-36 به کار می‌روند. هر سوال پرسشنامه از یک مقیاس کمی پیوسته برخوردار بوده که از ۰ تا ۱۰۰ امتیازدهی می‌شود. ضمناً نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. به عبارتی امتیاز اثر سقف، ۱۰۰ و نمره اثر کف، صفر خواهد بود. پس از آنکه لیست افرادی که حادثه دیده بودند مشخص گردید، پرسشنامه توسط محقق به دو گروه داده شد و از آنها خواسته شد که نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. افرادی که سواد نداشتند سوالات برای آنها خوانده می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS-17 گردید و پس از امتیاز دهی مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری Kruskal-Wallis و Mann-Whitney برای مقایسه میانگین دو گروه و برای بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با مشخصات فردی سن، سابقه کار، و پارامترهای حادثه از ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده، میانگین سن کارگران در گروه مورد و شاهد به ترتیب $35/6 \pm 9/6$ و $33/8 \pm 8/7$ سال بود که از لحاظ آماری ارتباط بین آنها معنی‌دار نبوده

که خود یا خانواده‌شان بیماری‌های مزمن قلبی عروقی، همودیالیز، نارسایی تنفسی، اختلالات اسکلتی عضلانی مولتیپل اسکلوزیس و اعتیاد به مواد مخدر داشتند و یا جزء افراد مطلقه بودند از جامعه تحت بررسی خارج شدند (۷-۱۰). جهت آگاهی یافتن از عوامل مخدوشگر، پرونده‌های پزشکی پرسنل با دقت بررسی شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه دو قسمتی بود که در بخش اول پرسشنامه، مشخصات فردی (دموگرافیک) از قبیل سن، سابقه کار، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت اقتصادی، نوع استخدام و مدت زمان ورزش در روز مطرح شده بود و برای گروه مورد، سوالاتی از قبیل نوع شغل، مدت زمانی که از بروز حادثه می‌گذرد، نوع و پیامد حادثه، عضو صدمه‌دیده و مدت زمان برگشت به کار (مدت زمان استراحت پزشکی) آورده شده بود و در بخش دوم پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) Short Form 36، که این پرسشنامه استاندارد فرم کوتاه ۳۶ سوالی توسط سازمان بین‌المللی جهت بررسی ابعاد کیفیت زندگی طراحی شده و به زبان فارسی برگردانده شده است. پرسشنامه فوق از نظر روایی و پایایی، ترجمه فارسی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳) ضمن اینکه قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های مختلف و توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف بر اساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و نیز وضعیت بالینی را دارا می‌باشد. سوالات و مفاهیم زمینه‌ای ساختار مقیاس‌ها و سنجش‌های خلاصه پرسشنامه SF-36، در سه سطح به ترتیب زیر طبقه‌بندی شده است: ۱- سوالات، ۲- هشت بعد که هر یک از ترکیب ۲ تا ۱۰ سوال بدست می‌آیند و شامل عملکرد جسمی (Physical functioning)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی (Role physical)، دردهای بدنی (Bodily pain)، سلامت عمومی (General health)، سرزندگی و نشاط (Vitality)، عملکرد اجتماعی (Social functioning)، محدودیت نقش به علت مشکلات

گروه مورد و شاهد به ترتیب ۷۴/۴٪ و ۷۱/۲٪ متاهل بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است.

و نشان می‌دهد که از نظر سنی، هر دو گروه همسان‌سازی شده‌اند. میانگین سابقه کاری در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۵/۷ ± ۶/۸ و ۵/۱ ± ۷/۱۱ که از این تعداد در

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی نمونه‌های گروه مورد و گروه شاهد

متغیر	گروه مورد (n=۱۱۳)		گروه شاهد (n=۱۱۳)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سطح تحصیلات	ابتدایی	۲۴	۲۱/۲	۱۳
	متوسطه	۸۱	۷۱/۶	۶۳
	دانشگاهی	۸	۲۰/۴	۳۵
نوع شغل	نظارتی	۱۱	۹/۷	۲۰
	خدمات کارگری	۱۶	۱۴/۱	۲۴
	رانندگی	۲۵	۲۲/۱	۲۴
	تعمیرکار فنی	۲۷	۲۳/۹	۲۳
	حفاری	۲۰	۱۷/۷	۶
	آرماتور بندی و قالب‌بندی	۱۰	۸/۸	۲
	آتشباری	۴	۳/۶	۱۴

وارده به مصدوم به ترتیب از نوع ضربیدگی و شکستگی (۴۳/۴٪ و ۲۲/۱٪) بوده و بیشترین عضو صدمه‌دیده، پا ۳۱٪ گزارش و ثبت شده بود (جدول ۳، ۴). میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه مورد و شاهد در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد حادثه دیده بر حسب

نوع حادثه

نوع حادثه	فراوانی	درصد
سقوط از ارتفاع	۱۸	۱۵/۹
سقوط اشیاء از ارتفاع	۲۷	۲۳/۹
برخورد ماشین‌آلات با افراد	۲۲	۱۹/۵
برق‌گرفتگی	۴	۳/۵
پاشش و رها شدن ناگهانی مواد	۱۲	۱۰/۶
واژگونی یا انحراف خودرو	۲۳	۲۰/۴
انفجار	۳	۲/۷
جمع کل	۱۱۳	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی حوادث ناشی از کار به

تفکیک پیامد حادثه

نوع صدمه	فراوانی	درصد
بریدگی	۱۷	۱۵
شکستگی	۲۵	۲۲/۱
دور رفتگی و پیچ‌خوردگی	۱۴	۱۲/۴
ضربیدگی	۴۹	۴۳/۴
سوختگی	۷	۶/۲
قطع عضو	۱	۰/۹

بیشترین سهم توزیع فراوانی نوع حادثه به ترتیب مربوط به سقوط اشیاء از ارتفاع، تصادف‌های خودرویی و سقوط از ارتفاع (۲۳/۹٪، ۲۰/۴٪ و ۱۵/۹٪) بود که نوع آسیب

جدول ۴: توزیع فراوانی حوادث ناشی از کار در افراد حادثه‌دیده به تفکیک عضو صدمه دیده

عضو صدمه دیده	فراوانی	درصد
سر و صورت و چشمها	۲۲	۱۹/۵
دستها	۲۷	۲۳/۹
پاها	۳۵	۳۱
کل بدن	۲۹	۲۵/۷

جدول ۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی گروه مورد و گروه شاهد

P-Value	گروه شاهد (n=۱۱۳)	گروه مورد (n=۱۱۳)	ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۶۵	۹۰/۱۷ ± ۱۷/۸۷	۸۶/۲۳ ± ۲۱/۲۰	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۲	۷۸/۷۶ ± ۳۲/۷۷	۶۰/۵۰ ± ۳۸/۲۴	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی
<۰/۰۰۱	۸۳/۶۵ ± ۲۱/۹۶	۶۳/۰۴ ± ۳۰/۷۴	درد جسمانی
۰/۳۱۸	۵۸/۶۱ ± ۱۷/۱	۶۱/۵۵ ± ۱۹/۷	سلامت عمومی
<۰/۰۰۱	۶۳/۳۱ ± ۱۴/۱۶	۶۱/۳۲ ± ۲۰/۷۲	نشاط
۰/۰۳۹	۴۶/۹۰ ± ۱۱/۰۲	۵۰/۳۳ ± ۱۵/۵۳	عملکرد اجتماعی
۰/۳۷۸	۷۰/۲۰ ± ۳۷/۳۶	۵۴/۵۷ ± ۳۸/۵۹	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
۰/۱۲۴	۶۵/۲ ± ۱۶/۲۶	۶۲/۶۵ ± ۱۸/۶۱	سلامت روان

درد جسمانی نسبت به افراد حادثه ندیده، وجود دارد که با نتایج مطالعه Claudia Maria Monteiro و همکارانش در سال ۲۰۰۹ که بر روی افراد حادثه دیده در سه بیمارستان برزیل انجام شده بود مشابهت دارد (۱۲) بروز درد و رنج که از طیف خفیف، ناراحتی موضعی تا بی‌قراری متغیر است می‌تواند جزء پیامدهای طولانی مدت حادثه گردد می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در تمام طول عمر افراد حادثه دیده شود.

بین میانگین نمرات بعد محدودیت نقش بعث مشکلات جسمانی در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/005$)، که با مطالعه Jason

در این مطالعه بین خلاصه سلامت جسمی و سلامت روانی با تأهل و ورزش در دو گروه مورد و شاهد رابطه معنی‌دار بوده ($P < 0/005$) و با تحصیلات ارتباط معناداری وجود نداشت. بطوری که سلامت جسمی و روانی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است و افرادی که همیشه ورزش می‌کنند نسبت به افرادی که بعضی مواقع یا بندرت ورزش می‌نمایند، دارای سلامت جسمی و روانی بهتری هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که تفاوت قابل توجهی در میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد حادثه دیده در بعد

دارد بطوری که سلامت جسمی در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد است ولی بین سنجش خلاصه روانی با تاهل ارتباط معناداری وجود ندارد. Jason Noble و همکارانش در یک مطالعه بر روی مصدومین برق‌گرفتگی با ولتاژ بالا نشان داد آسیب‌های ناشی از حوادث، بر روی روابط جنسی زناشویی تأثیر داشته و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی مصدومین گردیده است (۱۳).

در گروه مورد بین خلاصه سلامت روانی با ورزش ارتباط معناداری وجود دارد. مطالعه آقای Brach که نشان داد انجام تمرینات ورزشی با شدت متوسط ۲۰ الی ۳۰ دقیقه در روز، موجب کم کردن محدودیت‌های فعالیتی و افزایش ایفای نقش و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (۲۰). تمرینات ورزشی منظم می‌تواند موجب افزایش قدرت عضلانی، بهبود درمان برخی اختلالات فکری مثل افسردگی، ایجاد فرصت جهت پیدا نمودن دوستان جدید، بهبود عملکرد اجتماعی و همچنین افزایش اعتماد به نفس و خوداتکایی افراد گردد.

میانگین نمرات ابعاد سلامت جسمی کیفیت زندگی افراد حادثه دیده در مقایسه با افراد حادثه ندیده اختلاف معنا دار بوده ($P < 0/005$) و در بعد خلاصه سلامت روانی اختلاف معنی دار مشاهده نشد. شرایط نایمن و بد کاری در اکثر پروژه‌های عمرانی بر فراوانی و شدت بروز حوادث شغلی تأثیر گذار است، بنابراین چالش بزرگ این است که چگونه سیاست گذاری کلان انجام شود تا شرایط کاری را بهبود و ایمن نماییم. نتایج این مطالعه گواه بر این است که شرایط نایمن و آسیب‌های ناشی از حوادث ناشی از کار، می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش سطح سلامت جامعه گردد. لذا ضروری است تحقیقات بیشتر با طراحی روش و ابزارهای خاص جهت فهم اینکه آسیب‌های شغلی تا چه حدی کیفیت زندگی افراد صدمه دیده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نیز چگونه این حوادث بر روی کیفیت زندگی آنها اثر می‌گذارد، لازم است.

Noble و همکارانش در سال ۲۰۰۵ نیز مطابقت دارد (۱۳) بروز درد با منشأ عصبی در هنگام فعالیت‌های بدنی از مهم‌ترین علل آن می‌توان برشمرد. از طرفی مصدومی که از درد جسمانی و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی رنج می‌برد انتظار می‌رود احساس شادی و خوبی نخواهد داشت و فرد از نشاط کمتری برخوردار خواهد بود و حتی در برخی از موارد باعث افسردگی خواهد شد نتایج تحقیق آقای Peel pb و همکارانش نشان داد علائم افسردگی بیشتری در افراد حادثه دیده نسبت به افراد حادثه ندیده، وجود دارد (۱۴). در مطالعه حاضر انتظار می‌رفت که میانگین بعد نشاط افراد حادثه دیده کمتر از افراد حادثه ندیده باشد ولی نتایج این مطالعه با تحقیق مذکور همسو نبود دلیل آن گسترده بودن عوامل تأثیر گذار بر بعد نشاط و روان افراد مانند جو محیط کار، تنگناهای اقتصادی، روابط سازمانی می‌باشد.

نتایج تحقیق نشان داد نوع شغل با کیفیت زندگی ارتباط دارد به عبارتی افرادی که ماهیت و خصلت فعالیت‌های آنان در شرایط سخت و استرس‌زا و دارای ریسک بالایی هستند مانند آتشباران و رانندگان، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. مشخص شده است کار استرس‌زا می‌تواند سلامت جسمانی و روانی کارکنان را در معرض آسیب جدی قرار دهد (۱۶-۱۵). این یافته با مطالعه مشابه که بر روی کارگران ذغال سنگ یک معدن در شهر شاهرود صورت گرفت مطابقت دارد (۱۷). همچنین نتایج نشان داد که پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی در هر دو بعد جسمی و روانی در گروه سنی بالاتر از ۴۶ سال بود. ثابت شده است مشکلات و مسائل متعددی که در فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد در کاهش کیفیت زندگی افراد تأثیر دارد (۱۸). در تحقیقی که حمیده یزدی مقدم و همکارانش انجام داده بودند، افزایش سن، می‌تواند سبب کاهش امتیاز کیفیت زندگی شود (۱۹). همچنین در این پژوهش، معلوم گردید بین سنجش خلاصه سلامت جسمی با تاهل ارتباط معناداری وجود

منابع

1. Paivi H. *The effect of globalization on occupational accidents., Global estimates of fatal occupational accidents, epidemiology*. Safety Science 1999; 10: 640-646.
2. Jovanović J, Arandelović M, Jovanović M. *Multidisciplinary aspects of occupational accidents and injuries*. Working and Living Environmental Protection 2004; 2(4) :325 – 333.
3. Ricardo D, Blascoa A, Jose M. *Accident probability after accident occurrence*. Safety Science 2003; 41: 481–501.
2. Loomis DP, Richardson DB, Wolf SH, Runyan C, Buts J. *Fatal occupational injuries southern state*. Am J Epidemiol 1997; 145: 1089-1099.
3. Snashall D. *Occupational health in the construction industry*. Scand J Work HEALTH 2005; 31: 5-10.
4. Shafi V, Jafari H. *Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients*. Kowsar Medical Journal 2009; 14(3): 28.
5. Pauline S, Jos W.R, Twisk N. *Health-related quality of life of firefighters and police officers 8.5 years after the air disaster in Amsterdam*. Quality of Life Research 2007; 16: 239–252 .
6. Richard R, Rubin S. *Diabetes and quality of life*. Diabetes Spectrum 2000: 21.
7. Rustoen T. *Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis*. Cancer Nurs 1995; 18(4): 355-361.
8. Montazri A, Gashtasebi A, Vahdani M. *Reliability and validity of Persian questionnaire SF-3*. Payesh Journal 2006; 5: 49-56. [Persian]
9. Monteiro CM, Benatti MC, Rodrigues RC. *Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals*. Rev Lat Am Enfermagem 2009; 17(1): 101-7.
10. Noble J , Gomez M, Fish J. *Quality of life and return to work following electrical burns*. Burns 2006;4:159- 164.
11. Peell Pb, Tolleru DJ. *Depression and occupational injury: result of a pilot investigation*. J ovvup Environ Med 2005; 47(47): 42-47.
12. Wahlstrom J, Hagberg M, Johnson PW, Svensson J, Rempel D. *Influence of time pressure and verbal provocation physiological and psychological reactions during work with a comuter mouse*. Eur J Appl Physiol 2002; 87 (3):257-63.
13. Heaney C. *Job stress may lead to back injury for some people*. Spine 2000;16: 614.
14. Sadeghi F, Baghian H, Bezi H. *Assessment quality of life of coal miners in 1384* . Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2006;16(1): 50-56. [Persian]
15. Resnick B, Ory MG, Hora K, et al. *A proposal for a new screening paradigm and tool called Exercise Assessment and Screening for You (EASY)*. J Aging Phys Act 2008; 16(2): 215-33.
16. Yazi Moghadam H, Estaji Z, Heydari D. *Assessment quality of life of nurses in hospitals of Sabzevar in 84-85*.Jornal of Sabzevar University of Medical Sciences 2006;16(1): 50-56. [Persian]
17. Brach GS, Simiosick CM, Krichevsty S. *The association between physical function and lifestyle activity and quality of life*. J Am Geriatr Scio 2002; 50(11): 401-16.