

کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان، سال ۱۳۸۸

ابراهیم عبدالله پور^{۱*}، یحیی سلیمی^۲، دکتر سحرناز نجات^۳، زهرا جرجران شوشتری^۴

تاریخ دریافت 89/6/26، تاریخ پذیرش 89/10/24

چکیده

پیش زمینه و هدف: کیفیت زندگی کارکنان دولت به علت قرار داشتن این قشر در معرض عوامل استرس‌زای محیطی، اجتماعی - اقتصادی و شغلی از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان و برخی از عوامل موثر بر آن می‌باشد و نتایج آن می‌تواند به عنوان اطلاعات پایه برای مطالعات بعدی مورد استفاده سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد.

مواد و روش کار: در مطالعه حاضر ۴۶۲ نفر از کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را تکمیل نمودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای صورت پذیرفت و به هر حیطه براساس دست‌نامه سازمان جهانی بهداشت امتیازی معادل ۰ تا ۱۰۰ داده شد. متغیرهای نهایی باقیمانده در مدل رگرسیون خطی چند متغیره نیز با استفاده از نرم افزار SPSS17 تعیین شدند.

یافته‌ها: میانگین چهار بعد تشکیل دهنده کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی) کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان به ترتیب ۶۶/۹، ۶۱/۶۴، ۶۷/۸ و ۵۱/۵ بدست آمد. عوامل تأثیرگذار در هر حیطه به ترتیب سطح تحصیلات و وجود بیماری همراه در بعد سلامت جسمانی، وضعیت استخدامی در بعد سلامت روان، وضعیت منزل مسکونی و تعداد سال‌های سابقه شغلی در بعد سلامت محیط و وضعیت تأهل در بعد سلامت اجتماعی بود.

بحث و نتیجه‌گیری: از آنجایی‌که مطالعه حاضر برای اولین بار در زیر گروه کارکنان ادارات دولتی در سطح کشور انجام پذیرفته است نتایج آن می‌تواند ضمن فراهم آوردن اطلاعات مفیدی در زمینه کیفیت زندگی در این زیرگروه از جامعه، فرضیه‌هایی در مورد برخی از عوامل موثر بر آن ارائه دهد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، کارکنان دولت، سازمان بهداشت جهانی، بوکان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره اول، ص ۴۷-۴۰، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمار حیاتی، تهران، ایران. تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۳-۰۲۱

Email: ebrahemen@gmail.com

مقدمه

وسیع آن به شکل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی تنها به شاخص‌های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد بلکه وضعیت سلامت افراد به طور کامل در نظر گرفته شده و سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز در نظر گرفته شود (۲، ۳). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر

همگام با پیشرفت‌های عدیده در سطوح و ابعاد مختلف زندگی، علاقه به اندازه‌گیری کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد سلامتی در سطح دنیا افزایش یافته است، به نحوی که تقریباً از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۰ حدود ۲۰۰ مقاله و در فاصله سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۸۹ حدود ۱۴۰۰ مقاله با عنوان کیفیت زندگی منتشر شده است (۱). با توجه به تعریف تندرستی (ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸) مبنی بر ابعاد

^۱ کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان بوکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۳ استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، گروه رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

است. اندازه گیری کیفیت زندگی اولین گام برای طراحی مداخلات موثر جهت ارتقاء سطح سلامتی افراد شناخته می شود (۶) و گام اول دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب بررسی و شناخت کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن است. نتایج این مطالعه می تواند به عنوان اطلاعات پایه ای برای ارزیابی مداخلات موثر بر کیفیت زندگی مورد استفاده سیاستگذاران و برنامه ریزان قرار گیرد و در عین حال مقایسه کیفیت زندگی کارکنان دولت با سایر اقشار جامعه می تواند فرضیات متفاوتی را جهت مطالعات بعدی مطرح کند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که به صورت مقطعی در فاصله زمانی تابستان و مهر ماه ۱۳۸۸ در کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان انجام پذیرفت.

جمعیت مورد مطالعه

۴۶۲ نفر از این کارکنان پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را به صورت خود ایفا تکمیل نمودند. نمونه گیری به صورت خوشه ای صورت پذیرفت. بدین ترتیب که پس از تهیه لیست اسامی تمامی ادارات دولتی فعال در سطح شهرستان، اسامی ادارات نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی از میان آنان انتخاب گردید. لازم به ذکر است که در مورد اداراتی که تعداد افراد تشکیل دهنده آنها (به عنوان یک خوشه) به طرز معنی داری از میانگین حجم خوشه های ادارات دولتی (۲۰) بیشتر بود و در عین حال خود از تعدادی خوشه که حجم آنها با میانگین حجم خوشه ها اختلاف معنی داری نداشت تشکیل شده بودند، (از جمله شبکه بهداشت و درمان، آموزش و پرورش) اسامی خوشه های تشکیل دهنده آنها به جای خود این ادارات وارد جدول اعداد تصادفی شد تا بدین ترتیب تفاوت در وزن خوشه ها بر نمونه گیری تأثیرگذار نباشد. با اعمال ضریب تاثیر (Design Effect) که ۲ در نظر گرفته شد (۷) حجم نمونه از ۲۳۱ نفر به ۴۶۲ نفر افزایش پیدا کرد. جهت گردآوری داده ها پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام هماهنگی های مورد نیاز در ساعات از قبل تعیین شده به ادارات مورد نظر مراجعه شد. تکمیل پرسش نامه ها به صورت خودایفا صورت پذیرفت و در صورت پیش آمدن هرگونه اشکالی در فهم سوالات به هنگام تکمیل پرسش نامه توضیحات لازم توسط افرادی که به همین منظور آموزش دیده بودند ارائه می گردید.

ابزار گردآوری داده ها

ابزار گردآوری داده ها را نسخه ۲۶ سوالی پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) تشکیل می داد. از جمله ویژگی های این پرسش نامه می توان به فراهم

فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد. بنابراین کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (۳). کیفیت زندگی در واقع مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و در عین حال از شاخص های مهمی است که اندازه گیری مستقل آن در تحقیقات مختلف سلامتی به عنوان یکی از پیامدهای مهم لازم و ضروری است (۴). از طرف دیگر شناسایی عوامل موثر بر کیفیت زندگی را می توان لازمه ارتقاء سطح سلامتی زیر گروه های هر جامعه و نهایتاً یک اجتماع دانست (۵).

در این میان با وجود آن که کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت های اجتماعی است، در عین حال می تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی و روانی نیز منجر شود. محیط کار از محرک های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده است که هر کدام از آنها می توانند عامل ایجاد خستگی و دل تنگی به حساب آیند و این استرس ها و فشارها می تواند بر رفاه فیزیکی و روحی - روانی، سلامتی و عملکرد آن به صورت نامطلوب تأثیرگذار باشد. در عین حال برخی مشاغل با خستگی ها و تنش های زیادی همراه هستند (به عنوان مثال: اعضای تیم پزشکی) و این مسأله می تواند معلول ماهیت آن کار، نوع وظایف و مسئولیت های این گونه شغل ها باشد.

بدیهی است کارکنان افسرده، مضطرب، تندخو و ناسالم از نظر جسمانی و روانی نمی توانند نشاط و امنیت خاطر لازم را داشته و ثبات را در محیط کار برقرار سازند. بطور منطقی کارکنان دولت علاوه بر قرار داشتن در معرض عوامل استرس زای محیطی، اجتماعی - اقتصادی، فرهنگی و خانوادگی به عنوان عضوی از مجموعه دولت با استرس های شغلی نیز روبرو هستند. از این رو می توان پیش نیاز اصلی تحقق اهداف ادارات و وزارتخانه های کشور را تأمین سلامت افراد در ابعاد مختلف آن دانست (۵). بنابراین همگام با توسعه مفهوم سلامت در جوامع انسانی و به منظور ارتقاء سطح تندرستی افراد (زیر گروه های مختلف) ضروری است عوامل موثر بر کیفیت زندگی شناسایی و در صورت نیاز اصلاح گردد. در همین راستا طراحی مداخلاتی که تأمین کننده سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) کارکنان دولت به عنوان زیر گروهی از جامعه باشند، می تواند گامی در جهت افزایش کارایی کارکنان در سطح ادارات و در نتیجه افزایش کارایی ارگان ها و وزارتخانه های مربوطه باشد (۵). در عین حال کیفیت زندگی این گروه از افراد جامعه که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم مسئولیت ارائه خدمات (در سطوح مختلف) به اقشار جامعه را نیز بر عهده دارند بر کیفیت زندگی سایر اقشار جامعه نیز تأثیرگذار

مزمین (به سال)، جنس، سن، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، سال‌های تحصیلی همسر، تعداد فرزندان، تعداد اعضاء خانوار، میزان درآمد آمد دولتی، میزان درآمد غیر دولتی، وجود و یا عدم وجود شغل دوم، نوع استخدام، تعداد سال‌های سابقه شغلی، شخصی یا غیر شخصی بودن محل سکونت و سرانه متراژ محل سکونت تشکیل می‌دادند. متغیرهای نام اداره، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، نوع استخدام به صورت Dummy وارد مدل شدند. سطح پایه برای این دسته از متغیرها به ترتیب شبکه بهداشت و درمان، دیپلم، مجرد، پیمانی در نظر گرفته شد. پس از کنترل پیش فرض‌های مورد نیاز مدل‌ها، متغیرهای نهایی وارد مدل رگرسیونی شدند. از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ استفاده گردید.

نتایج

از تعداد ۴۶۲ نفر جمعیت مورد مطالعه، ۷۸/۲ درصد از شرکت کنندگان را آقایان و ۱۶/۴ درصد را بانوان تشکیل دادند. ضمن این‌که جنسیت ۵/۴ درصد از شرکت کنندگان به دلیل عدم ذکر آن در پرسش‌نامه‌ها نامعلوم بود. میانگین تعداد سال‌های تحصیلی شرکت کنندگان نیز ۱۴/۷۹ با انحراف معیار ۳/۰۴ سال بدست آمد. مشخصات عمومی شرکت کنندگان در جدول ۱ نمایش داده شده است.

کیفیت زندگی

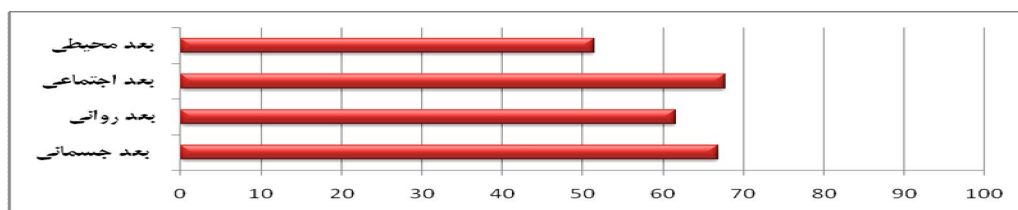
از دامنه‌های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط به ترتیب نمرات ۱۱،۲۴، ۲۶ و ۱۲ نفر به دلیل از دست رفتن نمرات آیت‌های متناظر آن‌ها (بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی) قابل محاسبه نبود (۸). میانگین (انحراف معیار) چهار بعد تشکیل دهنده کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی) کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان به ترتیب (۱۵/۲۶۲) (۶۶/۸۸)، (۱۵/۶۸۹) (۶۱/۶۴)، (۱۶/۹۲) (۶۷/۷۷) و (۱۴/۹۳) (۵۱/۵۲) بدست آمد. شکل ۱ میانگین نمرات چهار حیطه مذکور را نشان می‌دهد.

ساختن امکان قابلیت مقایسه بین گروه‌های مختلف توسط آن اشاره کرد. مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسش‌نامه نشان داده است که این ابزار از روائی و پایایی مطلوبی در جمعیت ایرانی برخوردار است به نحوی که مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ آن در تمامی حیطه‌ها بالای ۰/۷ بدست آمد، تنها در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۵۵ بوده است (۳).

این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامت جسمانی، روانی، محیطی و اجتماعی را با ۲۴ سوال پوشش می‌دهد (هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۸ و ۳ سوال می‌باشند) و علاوه بر این ۲ سوال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از این حیطه‌ها تعلق نداشته و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۸). بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت در صورت از دست رفتن نمره یک آیت‌م در هر دامنه، از میانگین نمرات آیت‌های دیگر همان دامنه به عنوان جایگزین نمره آیت‌م از دست رفته استفاده شد. همچنین در صورت از دست رفتن بیش از دو آیت‌م در هر دامنه از محاسبه امتیاز آن دامنه صرف نظر گردید. امتیاز دامنه سلامت اجتماعی نیز در صورتی محاسبه شد که تنها یکی از نمرات آیت‌های آن از دست رفته بود. پس از محاسبه نمرات خام، براساس راهنمای پرسش‌نامه به هر حیطه امتیازی معادل ۰ تا ۱۰۰ داده شد. در دامنه‌های این پرسش‌نامه، امتیاز بالاتر کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد (۸).

تجزیه و تحلیل

با توجه به طبیعی بودن توزیع نمرات هر چهار بعد کیفیت زندگی در مطالعه حاضر از آزمون‌های تی تست، آنالیز واریانس به همراه همبستگی برای تعیین رابطه عوامل مورد بررسی با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی استفاده شد. رگرسیون خطی چند متغیره نیز برای تعیین عوامل نهایی موثر بر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی کارکنان بکار برده شد. امتیاز هر حیطه به عنوان متغیر وابسته و متغیرهای مستقل برای هر کدام از حیطه‌ها را اداره متبوع، وجود و یا عدم وجود بیماری مزمن، وجود و یا عدم وجود بیماری‌های همراه، طول مدت بیماری‌های



شکل شماره (۱): میانگین نمرات ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان بر اساس پرسش‌نامه کیفیت زندگی

سازمان جهانی بهداشت، سال ۱۳۸۸

جدول شماره (۱): توزیع سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، نوع اداره، درآمد و نوع استخدامی در مطالعه کیفیت زندگی ۴۶۲ نفر از کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان، سال ۱۳۸۸

متغیر	میانگین (S.D)	میان	تعداد	درصد	حداقل - حداکثر
سن (سال)	۳۸ (۸)	۳۸			۶۸-۲۱
سال‌های تحصیلی	۱۴/۸(۳)	۱۶			۳-۲۷
سرانه متراژ منزل*(مترمربع)	۴۴ (۲۶)	۳۶			۱۶۶/۷-۱۰
درآمد دولتی(هزار تومان)	۴۷۵(۲۳۳)	۴۵۰			۵۰۰۰-۱۲۰
نام اداره					
آموزش و پرورش			۱۳۹	۳۰/۲۴	۱۰۰۰-۱۰۰
شبکه بهداشت و درمان			۸۹	۱۹/۲۲	۱۲۰۰-۱۲۰۰
بانک‌ها			۹۵	۲۰/۵۲	۲۰۰-۹۰۷
جهاد کشاورزی			۴۴	۹/۵	۲۰۰-۷۰۰
مخابرات			۳۱	۷	۳۰۰-۸۰۰
آب و فاضلاب			۲۴	۵/۲	۳۰۰-۴۰۰۰
دخانیات			۵	۱/۱	۵۰۰-۶۵۰
اوقاف و امور خیریه			۵	۱/۱	۳۵۰-۴۰۰
منابع طبیعی			۹	۱/۹	۲۰۰-۶۰۰
تعاون			۵	۱/۱	۱۳۰-۸۰۰
بیمه خدمات درمانی			۴	۱/۰۸۶	۳۸۰-۶۰۰
ثبت و احوال			۱۲	۲/۶	۳۵۰-۶۸۰
جنس					
مرد			۳۶۱	۷۸/۲	
زن			۷۶	۱۶/۴	
بدون پاسخ			۲۵	۵/۴	
وضعیت تأهل					
متاهل			۳۹۵	۸۵/۵	
مجرد			۵۴	۱۱/۷	
بی همسر بر اثر فوت			۱	۰/۲	
بی همسر بر اثر طلاق			۱	۰/۲	
بدون پاسخ			۱۱	۲/۴	
نوع استخدامی					
رسمی			۳۱۸	۶۸/۹	
پیمانی			۴۴	۹/۶	
قراردادی و شرکتی			۷۶	۱۶/۴	
طرحی و پیام آور			۱۶	۳/۴	
بدون پاسخ			۸	۱/۷	

* سرانه متراژ منزل به عنوان تقریبی از وضعیت اقتصادی بکار برده شد.

کیفیت زندگی در ارتباط نبودند. به منظور تعیین عوامل موثر بر چهار دامنه کیفیت زندگی (پس از حذف اثر مخدوش کنندگی سایر متغیرها) از مدل رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. با استفاده از این مدل می‌توان تاثیر هر کدام از متغیرهای مورد نظر را پس از حذف اثر سایر متغیرها بر امتیاز دامنه مورد نظر

عوامل مرتبط با امتیاز دامنه‌های کیفیت زندگی

متغیرهای تعداد اعضاء خانوار، تعداد سال‌های تحصیلی همسر، نوع اداره کارکنان و شغل دوم بر اساس آزمون‌های تی تست، همبستگی و آنالیز واریانس با هیچ یک از ابعاد چهارگانه

بدست آورد. جدول ۳ متغیرهای نهایی باقیمانده در هر چهار مدل بدست آمده را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۲): متغیرهای موثر بر هر یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی کارکنان ادارات دولتی شهرستان بوکان، سال ۱۳۸۸

دامنه	متغیرهای باقیمانده در مدل رگرسیون نهائی	ضریب رگرسیونی استاندارد شده *	R ²	P value
سلامت جسمانی				
	میانگین دو سوال اول پرسش‌نامه †	۰/۴۵۷		۰/۰۰۰
	وجود یا عدم وجود بیماری همراه	-۰/۱۳۳		۰/۰۰۵
	درآمد دولتی	۰/۰۸۷		۰/۰۶۸
	سطح تحصیلات ‡		۰/۳۲۷	
	زیر دیپلم	-۰/۱۳۷		۰/۰۶۷
	فوق دیپلم	۰/۰۱۵		۰/۸۴۰
	لیسانس	-۰/۱۵۳		۰/۰۷۹
	فوق لیسانس و بالاتر	-۰/۱۷۱		۰/۰۰۶
سلامت روان				
	میانگین دو سوال اول پرسش‌نامه	۰/۶۴۱	۰/۴۳۲	۰/۰۰۰
	وجود یا عدم وجود بیماری همراه	۰/۰۷۵		۰/۰۶۸
	درآمد دولتی	۰/۰۷۵		۰/۰۷۶
	سال‌های تحصیلی	۰/۰۶۴		۰/۱۲
	وضعیت استخدامی §			
	رسمی	۰/۰۴۷		۰/۴۶۲
	قراردادی و شرکتی	-۰/۰۲		۰/۷۴۵
	طرحی و پیام آور	-۰/۱۱۳		۰/۰۱۵
سلامت محیط				
	میانگین دو سوال اول پرسش‌نامه	۰/۵۰۶		۰/۰۰۰
	تعداد سال‌های سابقه شغلی	-۰/۱۳۸		۰/۰۰۶
	وضعیت منزل مسکونی (شخصی / غیر شخصی)	-۰/۱۷۳		۰/۰۰۱
	سطح تحصیلات		۰/۳۴۰	
	زیر دیپلم	۰/۰۰۳		۰/۹۷۰
	فوق دیپلم	-۰/۰۴۵		۰/۵۳۳
	لیسانس	-۰/۱۲۸		۰/۱۳۲
	فوق لیسانس و بالاتر	-۰/۱۰۱		۰/۰۹۳
سلامت اجتماعی				
	میانگین دو سوال اول پرسش‌نامه	۰/۳۳۶		۰/۰۰۰
	وضعیت تأهل			
	متأهل	۰/۱۴۸	۰/۱۳۸	۰/۰۰۲
	بی همسر بر اثر طلاق	-۰/۰۱۰		۰/۸۲۴
	بی همسر بر اثر فوت	-۰/۰۱۰		۰/۸۲۴

* ضریب رگرسیونی استاندارد شده در مواردی که بیش از یک متغیر وجود دارد امکان مقایسه آن‌ها را فراهم می‌کند.

† میانگین ۲ سوال اول پرسش‌نامه (که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و کیفیت زندگی و وضعیت سلامت کارکنان را به طور کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد).

‡ سطح پایه برای تغییر سطح تحصیلات «دیپلم» در نظر گرفته شده است.

§ سطح پایه برای تغییر وضعیت استخدامی «پیمانی» در نظر گرفته شده است.

|| سطح پایه برای تغییر وضعیت تأهل «مجرد» در نظر گرفته شده است.

جدول فوق شامل متغیرهایی است که رابطه معنی‌داری با تغییر پیامد داشته و یا آزمون نسبت درست‌نمایی اجازه حذف

آن‌ها را نداده است. همان‌گونه که نشان داده شده است ارزیابی شخصی فرد از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود (میانگین

تاثیر متغیر سن در هیچ کدام از چهار دامنه سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط در این مطالعه معنی‌دار نبوده است، در حالی که در مطالعه انجام گرفته در شهر تهران که در جمعیت معمول آن شهر انجام گرفته است، سن بر تمامی دامنه‌ها تاثیر معنی‌دار گذاشته است (۹). این موضوع را احتمالاً می‌توان به دامنه نه چندان وسیع تغییر سن (۲۱-۶۸) در شرکت کنندگان این مطالعه نسبت داد. ضمن این‌که تنها ۲۵ نفر (۵/۵ درصد) از شرکت کنندگان در این مطالعه بالای ۵۰ سال سن داشته‌اند که می‌تواند با عدم معنی‌داری تاثیر این تغییر بر دامنه‌های مورد نظر مرتبط باشد. همچنین متفاوت بودن جامعه مرجع در دو مطالعه مذکور را می‌توان از جمله دلایل دیگر متفاوت بودن تاثیر سن در این دو مطالعه بشمار آورد.

نوع اداره‌ی کارکنان دولت نیز برخلاف انتظار در هیچ یک از دامنه‌های مورد نظر تاثیر معنی‌داری نگذاشته است. به نحوی که با وجود اختلاف معنی‌دار بین میانگین درآمد دولتی در کارکنان ادارات مختلف ($P < 0/001$)، کیفیت زندگی کارکنان این ادارات مختلف تفاوت معنی‌داری در هیچ یک از دامنه‌های چهارگانه ندارند. تنها در دو دامنه سلامت روان و جسمانی آزمون نسبت درست‌نمایی اجازه حذف متغیر درآمد دولتی از مدل نهایی را نداد. با در نظر گرفتن وجود اختلاف معنی‌دار در میانگین درآمد کارکنان ادارات مختلف در این مطالعه، عدم وجود اختلاف معنی‌دار در کیفیت زندگی کارکنان دولت در ادارات مختلف را باید به عوامل دیگری غیر از درآمد نسبت داد. هر چند که میانگین درآمدهای بدست آمده در این تحقیق بر اساس فیش پرداختی کارکنان نبوده و تنها به گفته افراد شرکت کننده در مطالعه استناد شده است. متغیر جنس نیز در هیچ کدام از دامنه‌های مورد بررسی تاثیر معنی‌داری نگذاشته است. در مطالعه انجام گرفته در مردم شهر تهران میانگین نمره کیفیت زندگی تنها در دامنه سلامت روان بین دو جنس تفاوت نداشته است (۹). این در حالی است که در مطالعات سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور جهان اختلاف امتیاز زنان و مردان در دامنه سلامت جسمانی و محیطی معنادار نیست، ولی سلامت روانی و اجتماعی آنان به صورت معناداری با یکدیگر متفاوت است (۱۰). عدم وجود ثبات در یافته‌های مربوط به تاثیر این تغییر در مطالعات مختلف، نیاز به انجام مطالعه‌های بعدی در این زمینه را نمایان می‌سازد.

معنی‌دار بودن تاثیر متغیر وضعیت تأهل در دامنه سلامت اجتماعی نیز از یافته‌های دیگر مطالعه می‌باشد. بدین ترتیب که متأهلین در میان سایر افراد بیشترین میانگین امتیاز دامنه سلامت اجتماعی را به خود اختصاص داده‌اند و گروه‌های بی همسر (بر اثر فوت یا طلاق) نیز کم‌ترین امتیاز دامنه سلامت اجتماعی را دارند

کیفیت زندگی و وضعیت سلامت کارکنان از دیدگاه شخصی‌شان که دو سوال اول پرسش‌نامه را پوشش می‌دهند) در تمامی حیطه‌ها با امتیاز آن حیطه در ارتباط است. وضعیت تحصیلی فرد نیز به استثناء دامنه سلامت اجتماعی بر امتیاز سایر دامنه‌ها به صورت معنی‌داری تأثیرگذار است. تنها تفاوت بین عوامل موثر بر امتیاز دو دامنه سلامت روان و سلامت جسمی نوع / وضعیت استخدامی است که برخلاف دامنه سلامت جسمانی بر امتیاز دامنه سلامت روان تأثیرگذار است. معنی‌دار نبودن تاثیر متغیرهای سن، جنس، نوع اداره، تعداد اعضاء خانوار، مبلغ درآمد غیر دولتی و داشتن یا نداشتن شغل دوم در هیچ کدام از چهار دامنه مورد نظر نیز از یافته‌های دیگر مطالعه بشمار می‌رود. بخشی از واریانس تغییر پاسخ (امتیاز دامنه‌ها) که در مدل نهایی رگرسیون توسط متغیرهای مورد بررسی توجیه شده است (R^2) بین ۰/۱۳۸ در دامنه سلامت اجتماعی تا ۰/۴۳۲ در دامنه سلامت روان تغییر می‌باشد.

بحث

تا آنجایی که ما مطلع هستیم تاکنون در کشور مقاله‌ای در ارتباط با کیفیت زندگی در زیر گروه «کارکنان ادارات دولتی» منتشر نشده است. بنابراین این مطالعه را می‌توان از نخستین مطالعات انجام شده به منظور بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن دانست که تاکنون با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در جامعه‌ی مرجع (کارکنان ادارات دولتی) در سطح کشور به انجام رسیده است. میانگین امتیاز دامنه‌های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط بدست آمده در این مطالعه (به ترتیب ۶۶/۱۸۸، ۶۱/۶۴، ۶۷/۷۷ و ۵۱/۵۲) را می‌توان بیانگر دو نکته دانست. نخست این که با توجه به تعلق داشتن کم‌ترین امتیاز در بین امتیاز دامنه‌های کیفیت زندگی به دامنه سلامت محیط، بر اساس تعریف ارائه شده از دامنه سلامت محیط می‌توان جنبه‌های مالی، آزادی و امنیتی، دسترسی به خدمات، محیط منزل، فرصت‌ها برای کسب مهارت‌ها و اطلاعات جدید، داشتن فرصت برای تفریح و مسافرت و محیط فیزیکی (شامل: آلودگی/سروصدا/ترافیک/ آب و هوا) کیفیت زندگی را در کارکنان ادارات دولتی این شهرستان (نسبت به سایر جنبه‌های آن) پایین‌تر دانست. دوم این‌که تاثیر اثر کارگر سالم بر میانگین امتیازهای بدست آمده با توجه به انجام فرآیند معاینات و آزمایشات بدو استخدام در کارمندان دولت، که نتیجه آن استخدام و ورود افراد دارای وضعیت سلامت مطلوب به ادارات و ارگان‌های دولتی است، نباید نادیده گرفته شود.

عدم تأثیرگذاری تغییر داشتن شغل دوم بر امتیاز هیچ یک از چهار دامنه مورد نظر نیز از یافته‌های دیگر مطالعه بشمار می‌رود. از جمله دلائل تلاش جهت احراز شغل دوم را می‌توان نیاز مالی بیشتر افراد برای رفع مشکلات اقتصادی عنوان نمود. در عین حال لازمه دو شغله شدن کارکنان صرف زمان و نیروی بیشتر جهت پیشبرد امور شغلی و در نتیجه کاهش زمان اختصاص یافته به تفریح، ورزش، خانواده و غیره است که این امر را می‌توان تا حدودی توجیه کننده عدم تأثیرگذاری این تغییر بر امتیاز هیچ کدام از دامنه‌ها به شمار آورد.

بخشی از واریانس تغییر پاسخ (امتیاز دامنه‌ها) که در مدل نهایی رگرسیون توسط متغیرهای مورد بررسی توجیه شده است (R^2) بین ۰/۱۳۸ در دامنه سلامت اجتماعی تا ۰/۴۳۲ در دامنه سلامت روان تغییر می‌باشد، که در مقایسه با مطالعه انجام گرفته در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شهر تهران که بین ۷ تا ۳۳ درصد می‌باشد (۲) درصد بیشتری از واریانس متغیر پاسخ را توجیه کرده است. به هر حال با در نظر گرفتن ماهیت کیفیت زندگی که تحت تأثیر فاکتورهای قابل اندازه گیری و غیر قابل اندازه گیری بسیاری است کم بودن درصد واریانس توجیه شده تا حدودی قابل انتظار خواهد بود.

در کنار موارد اشاره شده، خودایفا بودن نحوه تکمیل پرسش‌نامه در این مطالعه را شاید بتوان دلیل از دست رفتن تعدادی از پاسخ‌های مورد نظر در بعضی از دامنه‌ها از جمله دامنه سلامت روابط اجتماعی دانست. هرچند تکمیل این پرسش‌نامه به صورت پرسشگری نیز (با توجه به ماهیت کیفیت زندگی) پیامدهای خاص خود را خواهد داشت. اصولاً پرسش در مورد موضوعات حساسی از جمله روابط جنسی در جامعه‌ای با خصوصیات جامعه ایران خالی از مشکلات نخواهد بود. پرسش در زمینه موضوع مذکور از مجردین، به خصوص در شرایط فرهنگی جامعه‌ای همچون ایران، اصولاً برخلاف آموزه‌های دینی و فرهنگی است. پیشنهاد می‌شود در این مورد و به منظور کاهش میزان عدم پاسخ دهی شرکت کنندگان تغییرات نگارشی در سوال ۲۱ پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت نسخه ۲۶ سوالی (استاندارد شده در ایران (۳)) اعمال گردد. (به عنوان مثال در این سوال می‌توان بجای پرسش در مورد میزان رضایت‌مندی مجردین از روابط جنسی، از میزان رضایت‌مندی آن‌ها در مورد رابطه با جنس مخالف به صورت کلی سوال شود).

انجام مطالعات بعدی به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن با هدف ارتقاء سطح کیفیت زندگی کارمندان دولت به عنوان زیرگروهی از جامعه که مسئولیت ارائه مستقیم و

که قابل انتظار است. بنابراین بر اساس تعریف ارائه شده از دامنه سلامت اجتماعی می‌توان توانائی کارکنان متأهل در برقرار کردن ارتباط با وضعیت شغلی، اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی را نسبت به گروه‌های دیگر در این مطالعه بیشتر دانست.

متغیر نوع استخدامی نیز تنها در دامنه سلامت روانی تأثیر معنی‌دار گذاشته است. بدین ترتیب که مستخدمین رسمی بیشترین امتیاز میانگین کیفیت زندگی در دامنه سلامت روان و مستخدمین پیام آور و طرحی نیز کم‌ترین امتیاز را به خود تخصیص داده‌اند. این یافته می‌تواند بیانگر استرس‌ها و دغدغه‌های روانی این گروه از کارکنان در مورد آینده شغلی شان باشد. همچنین بر اساس این یافته‌ها و با در نظر گرفتن تعریف ارائه شده از سلامت روان (که آن‌را جنبه‌های روحی و احساسی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش معرفی می‌کند) می‌توان استنباط کرد که تأثیرگذاری جنبه‌های منفی سلامت روان شامل افسردگی، ترس و عصبانیت بر امتیاز سلامت روان کارمندان رسمی دولت نسبت به سایر انواع مستخدمین کمتر بوده است. بنابراین معنی‌دار بودن تأثیر دو تغییر سرانه متراژ محل سکونت و شخصی بودن یا نبودن منزل مسکونی بر امتیاز دامنه سلامت محیط نیز با در نظر گرفتن تعریف بعد سلامت محیط که به جنبه‌های مالی، آزادی و امنیتی، دسترسی به خدمات، محیط منزل، فرصت‌ها برای کسب مهارت‌ها و اطلاعات جدید، داشتن فرصت برای تفریح و مسافرت و محیط فیزیکی (شامل: آلودگی/سروصدای/ترافیک/آب و هوا) اشاره دارد، بر امتیاز این دامنه منطقی به نظر می‌رسد.

اختلاف میانگین کیفیت زندگی تنها در دو دامنه سلامت جسمانی و روان به دلیل وجود و یا عدم وجود بیماری همراه معنی‌دار بوده است. که تأثیری قابل انتظار بود.

همچنان که اشاره شد بعد اجتماعی کیفیت زندگی به توانایی ایجاد روابط اجتماعی در افراد دلالت دارد. بنابراین معنی‌دار نبودن تأثیر تغییر سطح تحصیلات بر امتیاز این دامنه را می‌توان این‌گونه تعبیر نمود که در مطالعه حاضر سطح تحصیلات بر سطح توانائی ایجاد روابط اجتماعی در کارکنان دولت تأثیرگذار نبوده است. این در حالیست که در مطالعه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس سطح تحصیلات بر امتیاز تمامی دامنه‌ها اثر معنی‌دار گذاشته است (۲) یک توجیه برای تفاوت این دو یافته را می‌توان هموزنیستی بیشتر تغییر سطح تحصیلات در میان کارکنان ادارات دولتی (که بیشتر از افراد تحصیل کرده جامعه تشکیل می‌شوند) عنوان نمود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر به دلیل انجام آن برای نخستین بار در زیر گروه کارکنان ادارات دولتی در سطح کشور می‌تواند ضمن فراهم آوردن اطلاعات مفیدی در زمینه سطح کیفیت زندگی در این زیرگروه از جامعه، فرضیه‌هایی در مورد برخی از عوامل موثر بر آن ارائه داده که می‌توانند در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی صورت پذیرفته است.

غیر مستقیم خدمات به جامعه را بر عهده داشته و در پیشبرد اهداف دولت نقش کلیدی دارند توصیه می‌گردد.

محدودیت‌ها: عدم امکان دسترسی به درآمد واقعی شرکت کنندگان (فیش حقوق دریافتی) در این مطالعه باعث گردید محققان به ناچار از اطلاعات بدست آمده از خود کارکنان دولت برای تکمیل داده‌های مربوط به تغییر درآمد دولتی استفاده کنند که می‌تواند تا حدودی بر ارتباط بین تغییر مذکور با نمرات چهار بعد کیفیت زندگی تاثیر گذار باشد.

References:

- Ghanbari A, Yekta P, Atrkar Roushan Z. Effective factors on quality of life in diabetic patients. *J Med Fac* 2001;10(38-37): 82-89.
- Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al. Quality of Life in Multiple Sclerosis Compared to the Healthy Population in Tehran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2006;1(4): 19-24.
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version, *Journal Of School Of Public Health And Institute Of Public Health Researches*. 2007;4(4): 1-12.
- King CR. Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In: King CR, Hinds PS. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective*. 1st Ed. New York: Jones and Bartlett publishers; 2003. P.29-44.
- Karimzadeh Sh, Razavieh A, Kave MH. The relationship between quality of life (QOL) and self-efficacy (SE) of the teachers from Shahrekord. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2008;10(1): 28-35.
- Hinchliff S, Birchenall M, Birchenall P. *Nursing and health care*. 2nd Ed. Edward Arnold Company; 1993. p.28-30.
- Chadha VK. Sample size determination in health studies, *NTI Bulletin*; 2006. P.55-62.
- WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the assessment. Available from: www.who.int/mental-health/media/en/76.pdf Accessed January 10, 2010.
- Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. *Hakim Research Journal* 2007;10(3): 1-8.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004 Mar;13(2):299-310.