

## کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

دکتر محبوبه خورسندی<sup>1\*</sup>، فرزانه جهانی<sup>2</sup>، دکتر محمد رفیعی<sup>3</sup>، دکتر علی اصغر فرازی<sup>4</sup>

1- استادیار، دکترای آموزش بهداشت، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

2- کارشناس پژوهش، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

3- استادیار، دکترای آمار زیستی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

4- استادیار، متخصص عفونی، گروه عفونی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت 88/6/11، تاریخ پذیرش 88/9/11

### چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعه حاضر ضمن بررسی کیفیت زندگی کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک، اطلاعات پایه جهت انجام مداخلات برای ارتقا کیفیت زندگی کارکنان مذکور به عمل خواهد آورد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع تحلیلی - مقطعی است که به منظور تعیین کیفیت زندگی بر روی 300 نفر از کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-36) و پرسش‌نامه جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک افراد بود.

**یافته‌ها:** از تعداد 275 نفر که به پرسش‌نامه‌ها پاسخ کامل دادند 127 نفر (46/2 درصد) را کارکنان ستادی و 148 نفر (53/8 درصد) را کارکنان بیمارستان‌ها تشکیل می‌دادند. میانگین سنی و سابقه کاری افراد شرکت کننده در این مطالعه به ترتیب  $36/79 \pm 7/02$  و  $12/29 \pm 7/39$  سال بود. میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارمندان ستادی به طور معنی‌داری بیشتر از کارمندان بیمارستانی بود ( $p < 0/05$ ). از نظر حیطه‌های عملکرد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، سلامت جسمی و روانی اختلاف معنی‌داری بین وضعیت‌های مختلف استخدامی پرسنل وجود داشت. بین دو جنس زن و مرد از نظر فاکتورهای محدودیت جسمی، درد جسمی، نشاط، سلامت روان، سلامت جسمی و سلامت روانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارمندان بیمارستانی کمتر از کارمندان ستادی و در زنان کمتر از مردان بود. بررسی علل این اختلاف خود با انجام مطالعات اختصاصی و طولی میسر می‌باشد. به نظر می‌رسد محیط کاری و شرایط آن و هم‌چنین وضعیت استخدامی افراد و آینده شغلی آنها از عوامل مهم و تاثیر گذار بر روی کیفیت زندگی باشد.

**واژگان کلیدی:** بیمارستان، کارکنان، کیفیت زندگی، ستاد

\* نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، دانشگاه علوم پزشکی اراک، معاونت آموزش و تحقیقات

Email: Khorsandi\_mahboobeh@yahoo.com

## مقدمه

کیفیت زندگی در قالب یک مفهوم علمی در 10 سال گذشته توجه افراد زیادی را به خود جلب نموده است (1). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می باشد (2).

سازمان های عصر حاضر با نگاه راهبردی به منابع انسانی آن را به عنوان دارایی هوشمند و ارزشمند در نظر می گیرند و در نظر دارند بیش از پیش به ارتقاء کیفیت زندگی و رضایت شغلی کارکنان پردازند (3). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده است. کیفیت زندگی، میزان رفاه جسمی، روان شناختی و اجتماعی است که به وسیله اشخاص درک می شود و نشان دهنده میزان رضایت فرد از موهبت های زندگی است. هدف از مطالعه کیفیت زندگی و نتایج منتج از آن این است که افراد را توانمند سازیم تا با لذت و معنای بیشتری زندگی کنند (4).

سلامت محیط کار و سلامت روان با ایجاد شاخص های کیفیت زندگی فراهم می شود و توجه به این مسئله در تمام سازمان ها ضروری می باشد و مانع فرسودگی و راندمان پایین کار خواهد شد. اندازه گیری درک و احساس افراد در مورد سلامت خود به منظور ارزیابی وضع موجود و نیز بررسی سودمندی مداخلات و مراقبت های بهداشتی و استفاده از خدمات بهداشتی مناسب اهمیت به سزایی دارد (5). کیفیت زندگی هم چنین، احساس خوشبختی و رضایت زندگی می باشد و با عواملی مانند سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی ارتباط دارد (6). مطالعات انجام شده در خصوص کیفیت زندگی پرسنل سازمان هایی که با سلامت و بهداشت مرتبط اند در ایران بسیار محدود می باشند (1). در مطالعه انجام شده در سبزوار در خصوص کادر درمانی در بعد جسمانی، 20 درصد کیفیت زندگی پایین، 64 درصد متوسط و تنها 15 درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند و میانگین

نمره کیفیت زندگی مردان به صورت معنی داری بیشتر از زنان بود (1). در مطالعه دیگر انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی تهران بین مسئولیت اجرایی و کیفیت زندگی جامعه مورد بررسی ارتباط معنی دار وجود داشته است ولی بین وضعیت تأهل، سن، جنس، مدرک تحصیلی و نوع بیمارستان از نظر عمومی یا تخصصی با کیفیت زندگی پرسنل ارتباط معنی داری مشاهده نشده است (7). نتایج مطالعات انجام شده در استرالیا نشان می دهد که کیفیت زندگی کاری پرسنل با افزایش سن کاهش می یابد (8) و هم چنین نشان داده شده است که کارکنانی که در سازمان های کوچک کار می کنند در مقایسه با کارکنان سازمان های بزرگ تر، نارضایتی کمتری از کیفیت زندگی کاری خود دارند (9). از آن جا که تا کنون در مورد کیفیت زندگی کارکنان ستاد و کارکنان بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اراک مطالعه ای صورت نگرفته، این مطالعه طراحی شد تا ضمن بررسی کیفیت زندگی این قشر، اطلاعات پایه جهت انجام مداخلات برای ارتقا کیفیت زندگی کارکنان مذکور به عمل آید با این هدف که با رضایت بیشتری به انجام وظایف خود در جامعه پردازند.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی - مقطعی است، حجم نمونه بر اساس اطلاعات  $d=3/4\%$ ،  $\alpha=5\%$  و  $p=50\%$ ، جهت به دست آوردن حداکثر حجم نمونه مورد نیاز 300 نفر بر آورد گردید که با استفاده از تخصیص متناسب در نمونه گیری طبقه بندی شده تعداد 127 نفر (46/2 درصد) از کارکنان ستاد دانشگاه و 148 (53/8 درصد) نفر بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک، به صورت تصادفی انتخاب شدند. از شرایط ورود به مطالعه اشتغال به کار بیش از یک سال بود و نیروهای طرحی از مطالعه خارج شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل دو پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک افراد و پرسش نامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (SF-36) بود که توسط دکتر

منتظری و همکاران بومی شده و اعتبار و پایایی آن نیز بارها توسط محققین ایرانی به اثبات رسیده است (10).

پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای جنس، سن، تاهل، تحصیلات، سابقه خدمت، نوع استخدام، محل خدمت، میزان حقوق دریافتی و وضعیت مسکن بود و برای کارکنان بیمارستان‌ها شیف‌ت کاری نیز به متغیرهای بالا اضافه شده بود.

پرسش نامه SF-36 در سه سطح به ترتیب زیر طبقه‌بندی شده است: 1- سوالات، 2- هشت مقیاس که هر یک از ترکیب 2 تا 10 سوال به دست می‌آیند که شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان را بررسی می‌نماید و 3- دو سنجش خلاصه که از ادغام مقیاس به شرح زیر حاصل می‌شوند:

- سلامت جسمی: عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمانی و سلامت عمومی

- سلامت روانی: عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط

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 مقیاس به کار می‌روند. هر سوال تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس به کار برده می‌شود. در مورد برخی سوالات امتیازها مجدداً کد بندی می‌شوند چنان که تمامی مقیاس‌ها امتیاز یک جهت پیدا می‌کنند. امتیاز هر مقیاس از صفر تا صد متغیر است که صفر بدترین و صد بهترین وضعیت را گزارش می‌نماید (10). این مطالعه بر طبق اصول اخلاقی بوده و در مورخ 87/11/14 به تایید کمیته شورای اخلاق رسیده است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های مورد نظر در بین پرسنل در محل اشتغالشان توزیع و در صورت تمایل تکمیل گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون‌های من ویتنی جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه در حالت ناپارامتری، آزمون تی جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه در حالت پارامتری، آنالیز واریانس یک طرفه و

آزمون توکی برای مقایسه‌های چندگانه میانگین‌های دو به دو استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها 0/05 در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از تعداد کل افراد شرکت کننده در مطالعه که 300 نفر بودند، تعداد 275 نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ کامل داده بودند که از این تعداد 83 نفر (30/2 درصد) مرد و 192 نفر (69/8 درصد) زن بودند. تعداد 48 نفر (17/5 درصد) 20-30 ساله، 126 نفر (45/8 درصد) 30-40 ساله و 91 نفر (33/1 درصد) 40-50 ساله بودند. میانگین سنی و سابقه کاری افراد شرکت کننده در مطالعه ترتیب به  $36/79 \pm 7/02$  و  $12/29 \pm 7/39$  سال بود. از نظر وضعیت استخدامی  $46/2$  درصد رسمی،  $25/1$  درصد قراردادی،  $20/4$  درصد پیمانی و  $8/4$  درصد خدماتی بودند. از نظر میزان حقوق ماهیانه بیشترین فراوانی ( $73/5$  درصد) مربوط به درآمد بین 300-400 هزار تومان و کمترین فراوانی ( $2/2$  درصد) مربوط به درآمد بین 500-600 هزار تومان بود.

از نظر کلی افراد شرکت کننده در این مطالعه وضعیت جسمی بهتری را نسبت به وضعیت روانی گزارش نمودند. بر اساس نتایج ارایه شده در جدول 1 مشخص گردید که بین دو جنس زن و مرد از نظر فاکتورهای محدودیت جسمی، درد جسمی، نشاط، سلامت روان، سلامت جسمی و سلامت روانی اختلاف معنی‌داری دیده شد. جدول 2 نشان می‌دهد که بین کارمندان که در ستاد فعالیت می‌کنند و کارمندان که در بیمارستان‌ها شاغلند از نظر میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). به طوری که میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارمندان ستادی به طور معنی‌داری بیشتر از کارمندان بیمارستانی است. نتایج حاکی از این بود که بین هیچ یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی و نوع شیفت کاری شرکت کنندگان در مطالعه هیچ گونه اختلافی وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

عمومی و نشاط در بین خدماتی ها از رسمی ها و پیمانی ها بیشتر است و عملکرد اجتماعی در بین خدماتی ها از رسمی ها و پیمانی ها و قرار دادی ها بیشتر است. از نظر ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی در بین خدماتی ها از رسمی ها بیشتر است. اختلاف معنی داری در بین هیچ یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی با سطح درآمد شرکت کنندگان در مطالعه دیده نشد ( $p > 0/05$ ).

جدول 2. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب محل کار در کارکنان ستاد و بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	بیمارستانی میانگین (انحراف معیار)	ستادی میانگین (انحراف معیار)	
<0/001	(27/71)68/92	(21/07)85/12	عملکرد جسمی
<0/001	(38/84)57/43	(33/91)74/21	محدودیت جسمی
<0/001	(38/85)57/43	(20/02)72/02	درد جسمی
0/001	(20/62)64/53	(18/32)72/69	سلامت عمومی
<0/001	(20/24)56/82	(21/22)66/53	نشاط
<0/001	(23/85)67/31	(23/25)77/46	عملکرد اجتماعی
0/018	(42/67)56/76	(38/1)68/5	مشکلات روحی
<0/001	(19/86)62/89	(20/04)71/43	سلامت روان
<0/001	(22/34)60/94	(18/43)76	سلامت جسمی
<0/001	(22/34)60/95	(21/14)70/98	سلامت روانی

جدول 1. مقایسه میانگین امتیازهای ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس جنس در کارکنان ستاد و بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	مذکر میانگین (انحراف معیار)	مونث میانگین (انحراف معیار)	
0/75	(26/01)80/66	(26)74/56	عملکرد جسمی
0/034	(35/57)72/29	(38/03)62/11	محدودیت جسمی
0/015	(22/73)71/02	(23/43)63/56	درد جسمی
0/072	(18/91)71/59	(20/31)66/87	سلامت عمومی
0/002	(21/71)67/41	(20/5)58/67	نشاط
0/197	(24/58)74/85	(23/81)70/77	عملکرد اجتماعی
0/287	(40/15)66/26	(41/30)60/42	مشکلات روحی
0/021	(19/19)71/13	(20/61)64/97	سلامت روان
0/012	(19/94)73/89	(22)66/77	سلامت جسمی
0/034	(22/65)69/91	(21/98)63/71	سلامت روانی

نتایج ارایه شده در جدول 3 بیانگر این است که در پرسنل بر اساس نوع استخدام از نظر حیطه های عملکرد جسمی، نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، سلامت جسمی و سلامت روانی اختلاف معنی داری وجود دارد. پس از انجام آزمون های تکمیلی (توکی) مشخص شد که عملکرد جسمی در کارمندان رسمی به شکل معنی داری کمتر از کارمندان خدماتی و پیمانی است. ابعاد سلامت

جدول 3. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب نوع استخدام در کارکنان ستاد بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	رسمی میانگین (انحراف معیار)	پیمانی میانگین (انحراف معیار)	قراردادی میانگین (انحراف معیار)	خدماتی میانگین (انحراف معیار)	
0/009	(28/35)71/14	(21/97)82/02	(23/62)78/19	(24/56)86/59	عملکرد جسمی
0/235	(38/8)61/42	(36/18)65/79	(36/71)67/39	(34/76)78/41	محدودیت جسمی
0/054	(23/56)63/16	(24/38)63/40	(22/27)69/72	(21/07)75/09	درد جسمی
0/003	(21/86)65/02	(20/07)68/47	(15/23)69/96	(16/09)81/54	سلامت عمومی
0/030	(20/26)59/68	(21/06)57/89	(19/98)63/62	(27/29)72/27	نشاط
0/024	(24/65)70/87	(24/55)69/52	(22/70)71/38	(19/47)86/93	عملکرد اجتماعی
0/154	(42/30)57/74	(41/04)60/23	(39/18)67/63	(35/90)75/76	مشکلات روحی
0/140	(19/45)64/85	(22/09)65/75	(19/16)68/81	(23/23)74/90	سلامت روان
0/011	(23/28)65/18	(19/86)69/92	(18/64)71/31	(20/63)80/41	سلامت جسمی
0/030	(22/58)63/29	(22/36)63/35	(20/66)67/86	(22/83)77/47	سلامت روانی

توزیع میانگین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بر اساس گروه‌های سنی مورد بررسی در جدول 4 نشان داده شده است. بین گروه‌های سنی مختلف از نظر فاکتورهای عملکرد جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی و سلامت جسمی اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). با استفاده از آزمون مقایسه چندگانه توکی مشخص شد که عملکرد جسمی در گروه سنی 40-49 ساله‌ها به شکل معنی‌داری

کمتر از گروه‌های سنی 20-29 و 30-39 ساله‌ها است؛ اما بین سایر گروه‌ها اختلافی از این نظر دیده نشد. ابعاد مختلف درد جسمی و سلامت عمومی و سلامت جسمی در گروه سنی 20-29 سال به طور معنی‌داری نمره بالاتری نسبت به گروه سنی 40-49 ساله‌ها داشتند اما با سایر گروه‌ها اختلافی دیده نشد.

جدول 4. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب گروه‌های سنی مختلف در کارکنان ستاد بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	سال 50-59 میانگین (انحراف معیار)	سال 40-49 میانگین (انحراف معیار)	سال 30-39 میانگین (انحراف معیار)	سال 20-29 میانگین (انحراف معیار)	
0/002	(30/2)76/4	(28/63)68/96	(24/02)78/81	(22/16)85/1	عملکرد جسمی
0/215	(32/16)77/50	(39/88)59/06	(36/58)66/86	(35/71)69/79	محدودیت جسمی
0/005	(14/79)70/00	(25/05)59/69	(23/88)66/70	(17/01)74/19	درد جسمی
0/046	(20/77)66/10	(22/41)64/54	(19/38)68/85	(14/70)74/44	سلامت عمومی
0/688	(18/68)69/00	(22/45)60/71	(21/73)60/87	(17/95)61/80	نشاط
0/075	(10/29)91/25	(25/97)70/74	(22/77)72/02	(24/55)70/31	عملکرد اجتماعی
0/583	(27/44)76/67	(42/40)59/34	(40/00)63/76	(43/30)60/42	مشکلات روحی
0/156	(12/82)74/00	(21/24)63/16	(19/96)60/68	(39/20)67/67	سلامت روان
0/006	(16/01)71/40	(24/38)63/06	(20/56)70/30	(17/03)75/88	سلامت جسمی
0/272	(13/42)77/73	(24/27)63/49	(21/37)66/31	(22/09)65/09	سلامت روانی

میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نیز بر اساس سابقه کار در جدول 5 آورده شده است. بر اساس این جدول حیطه‌های عملکرد جسمی، درد جسمی و سلامت جسمی در گروه‌های سابقه کاری اختلاف معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). با استفاده از آزمون توکی

عملکرد جسمی در کارمندان با کمتر از 10 سال سابقه کار به شکل معنی‌داری بیشتر از کارمندان با سابقه 20-30 سال می‌باشد و از نظر میانگین نمره درد جسمی و سلامت جسمی نیز کارمندان با سابقه بین 20-30 سال میانگین نمره کمتری نسبت به سایر افراد داشتند.

جدول 5. مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب سابقه کار در کارکنان ستاد بیمارستان های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک 1387

p	سال 20-30 میانگین (انحراف معیار)	سال 10-20 میانگین (انحراف معیار)	سال 0-10 میانگین (انحراف معیار)	
0/015	(30)67/35	(24/68)76/71	(24/96)80/45	عملکرد جسمی
0/096	(40/9)55/6	(36/08)69/24	(37/11)64/75	محدودیت جسمی
0/006	(24/81)56/18	(22/27)67/26	(23/19)68/7	درد جسمی
0/060	(22/66)62/79	(19/71)68/25	(18/51)71	سلامت عمومی
0/594	(23/77)59/08	(20/03)62/58	(21/47)60/80	نشاط
0/184	(27/23)69/9	(22/5)74/9	(24/19)69/37	عملکرد اجتماعی
0/277	(40/6)55/78	(40/65)66/14	(40/95)60/33	مشکلات روحی
0/136	(22/11)61/71	(18/44)68/51	(21/54)67/24	سلامت روان
0/010	(24/21)60/48	(20/94)70/37	(20/30)71/24	سلامت جسمی
0/190	(25/04)61/62	(21/34)68/03	(22)64/44	سلامت روانی

به جز حیطه عملکرد جسمی، در بین هیچ یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی اختلاف معنی داری با سطح تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه دیده نشد. در این حیطه میانگین به دست آمده در گروه بالاتر از لیسانس به شکل معنی داری بالاتر از افراد دیپلم و پایین تر بود اما با لیسانس ها تفاوت معنی داری نشان نداد ( $p=0/006$ ).

## بحث

بر اساس نتایج جمعیت مورد مطالعه سلامت جسمی بهتری را نسبت به سلامت روانی گزارش نموده بودند که این موضوع با نتایج مطالعات هادی و همکاران هم خوانی داشت (11)؛ شاید علت این امر جنبه ذهنی بیشتر سلامت روان و تاثیر بیشتر ارزیابی فرد از خود بر آن باشد. در تحقیق آیت الهی و رفیعی وجود اختلالات روانی که یکی از ابعاد کیفیت زندگی افراد می باشد در بین پرسنل دانشگاه 33/5 درصد بود (12). در مورد تاثیر متغیر جنس بر میانگین حیطه های کیفیت زندگی، نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که مردان در کل کیفیت زندگی بهتری را چه از نظر سلامت جسمی و چه از نظر سلامت روانی گزارش کرده بودند که مشابه مطالعات قبلی انجام شده توسط منتظری، هادی، فلاحی و همکاران و سند کوئیست و جانسون بود (10)، (11، 13، 14). اما در تحقیق آیت الهی و رفیعی اختلاف معنی داری بین نمره کیفیت زندگی افراد مذکر و مونث وجود نداشته است (12).

نتایج این تحقیق نشان داد که با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش یافته است. بدیهی است با بالا رفتن سن، ناتوانی ها و محدودیت های جسمی و عملکردی افراد نیز بیشتر می شود و احتمال ابتلا به انواع بیماری های مزمن افزایش یافته و این امر نتیجه مستقیم بر کیفیت زندگی افراد خواهد داشت. نتایج حاضر در راستای نتایج مطالعه منتظری و همکاران بوده است (10).

بر اساس این پژوهش، اکثر ابعاد کیفیت زندگی با بیشتر شدن سابقه کار، کاهش یافته است. این موضوع می تواند ناشی از رابطه معکوس افزایش سن و بیشتر شدن

سابقه کار با کیفیت زندگی باشد که با مطالعه هادی و همکاران که در آن افراد با افزایش سنوات خدمت از سلامت روان بهتری برخوردار بودند مغایرت داشت (11) ولی با مطالعه صادقیان و همکاران هم سو است (15).

در مطالعه حاضر زنان دارای اختلالات روانی بیشتری نسبت به مردان بودند، در پژوهش های قبلی انجام شده توسط باقری یزدی و شمس علیزاده که در جمعیت روستایی انجام گرفته بود، نتایج نشان داد که زنان در سطح معنی داری اختلالات روانی بالاتری نسبت به مردان قرار دارند (16، 17). سند کوئیست و جانسون نیز در مطالعه خود در مورد شاخص های سلامتی، سلامت روان، نشاط پایین و عملکرد اجتماعی پایین تر در زنان شاغل در سوئد را گزارش کردند که زنان در خطر کاهش سلامتی قرار دارند و از نظر شاخص های سلامتی پایین تر از مردان می باشند، هم چنین در این مطالعه زنان دارای نمره عملکرد جسمی بهتری نسبت به مردان بودند اما در حیطه های نشاط و سرزندگی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان نمره پایین تری را گزارش نمودند که از دیدگاه محققین سوئدی نگران کننده بود و ایجاد شرایط کاری مناسب برای زنان شاغل پیشنهاد گردید (14). نتایج مطالعات یعقوبی، عکاشه، مانی و هادیان فرد که در گروه های دانشجویی صورت گرفته و گزارش نموده بودند که دختران دانشجو نسبت به پسران دانشجو از وضعیت سلامت روان ضعیف تری برخوردار بودند، در یک راستا می باشد (20-18). شاید توجه این یافته ها این است که زنان علاوه بر شغل کارمندی، وظایف خطیر مادری و همسری را نیز عهده دار می باشند و این امر باعث ایجاد محدودیت هایی در عملکرد جسمی و روانی آنها خواهد شد.

در این پژوهش کارکنان شاغل در بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اراک در مقایسه با کارکنان ستاد دانشگاه از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند و اختلاف آماری معنی داری نیز در این رابطه مشاهده شد. شاید دلیل این تفاوت، شرایط کاری نابرابر در ستاد و بیمارستان ها باشد. وجود بیماران، محیط بیمارستان و انواع

بر ارتقای کیفیت زندگی کارکنان تمام ادارات و بیمارستانها اعم از خصوصی و دولتی سنجیده شود.

### نتیجه گیری

با عنایت به نتایج طرح برای رعایت تساوی بیشتر در سلامتی بایستی بیشتر به کسانی توجه نمود که سلامتی کمتری را گزارش نموده اند. نتایج حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی و سطح سلامتی زنان نسبت به مردان و کارکنان بیمارستانی نسبت به کارکنان ستاد می باشد. پیشنهاد می گردد با توجه به تفاوت فیزیکی و جسمانی زنان و نقش کلیدی آنها در خانواده به عنوان همسر و مادر از سوی مسئولین مورد توجه بیشتری قرار گیرند و برنامه ریزی های آتی جهت بهبود سطح سلامت بانوان شاغل به خصوص در بیمارستانها انجام شود. علاوه بر آن می توان با برپایی کلاس های فعالیت جسمانی، شنا، آمادگی جسمانی و تن آرامی برای خانمها و پرسنل بیمارستانی گامی کوچک جهت ارتقاء سطح سلامتی و کیفیت زندگی آنان برداشت، چرا که هدف غایی بهداشت و درمان بهبود سلامتی در همه گروه های اجتماعی است.

### تشکر و قدر دانی

نویسندگان بر خود واجب می دانند از معاونت و مدیریت محترم تحقیقات به خاطر تامین اعتبار و حمایت مالی و معنوی در انجام این طرح، اعضای محترم شورای پژوهشی، HSR و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک، جناب آقای دکتر علی منتظری به خاطر ارایه پرسش نامه و راهنمایی بی دریغشان در طول تحقیق، جناب آقای دکتر عشرتی ناظر محترم طرح و کلیه پرسنل شاغل در ستاد و بیمارستانها که ما را در انجام تحقیق یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

### منابع

1. Yazdi Moghadam H, Estaji Z, Heydari A. [Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006]. Journal of

آلودگی ها از عوامل استرس زایی می باشند که بر سلامت روانی و جسمی کارکنان و در نهایت کیفیت زندگی آنان تاثیر می گذارد. شرایط محیط کار از عوامل مهم تأثیر گذار بر روی کیفیت زندگی افراد می باشد (6، 8، 9). چپو نیز در تحقیقات خود گزارش نمود که پرسنل بخش اداری نسبت به سایر بخشها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند (21).

در تحقیق حاضر، بین میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در سطوح مختلف و میزان حقوق دریافتی، اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد که با نتایج وحدانی نیا و همکاران و فلاحی و همکاران که در آن بین میزان حقوق دریافتی و کیفیت زندگی افراد رابطه معنی دار آماری مشاهده شد، مغایرت دارد (13، 22)، در مطالعه کو و همکاران نیز رابطه مستقیم بین سطح درآمد و کیفیت زندگی افراد مشاهده شد یعنی هر چه درآمد افزایش یافته بود کیفیت زندگی بهتری نیز گزارش شده بود (23) که با نتایج تحقیق حاضر در یک راستا نمی باشد.

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی نیز اختلاف آماری معنی داری به دست نیامد. شاید از میان رفتن ارزش تحصیلات و مدرک گرایی در جامعه فعلی توجه کننده این نتیجه باشد و شاید بتوان گفت تحصیلات تأثیر زیادی بر سطح سلامتی و کیفیت زندگی ندارد که این قسمت از نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات هادی مبنی بر عدم تاثیر میزان تحصیلات بر کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه هم خوانی دارد (11)، اما با تحقیق منتظری در ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود که در آن بین سطح تحصیلات و سلامتی ارتباط معنی داری به دست آمد و افراد با سطح تحصیلات بالاتر سطح بالاتری از سلامتی را گزارش نمودند، مغایرت دارد (10). از محدودیت های این طرح می توان به عدم استقبال برخی از کارکنان به خصوص کارکنان بیمارستانها برای شرکت در این مطالعه و عدم توانایی تعمیم نتایج به تمامی کارکنان ادارات و بیمارستانهای شهر اراک اشاره کرد. با توجه به محدودیت مالی این طرح پیشنهاد می شود در بررسی های بعدی تاثیر آموزش مدیریت استرس

- Sabzevar School of Medical Sciences 2009; 16(1 (51)): 50-6.
2. Easom LR. Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *J Gerontol Nur* 2003; 29: 11-9.
  3. Bazaz Jazayeri SA, Pardakhtchi MH. [Developing a model for the assessment of quality of work life in organizations]. *Iranian Journal of Management Sciences* 2007; 2(5): 123-51.
  4. King CR. Over view of quality of life and controversial issues. In: King CR, Hinds PS. *Quality of life from nursing and patient perspective*. Canada: Jones and Bartlett; 1998: p :23-30.
  5. Nejat S, Montazeri A, Holakoie K, Mohamad K, Majdzadeh SR. Quality of Life of Tehran's population by Whoqol-Bref questionnaire in 2005. *Hakim* 2007; 10(3): 1-8.
  6. King CR, Hinds PS. *Quality of life: From nursing and patient perspectives: Theory, research, practice* Boston: Jones & Bartlett Publishers; 2003.
  7. Dargahi H, Gharib M, Goodarzi M. [Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals]. *Hayat* 2007; 13(2): 13-21.
  8. Beaudoin LE, Hassles EL. Their importance to nurses' quality of work life. *Nurs Econ* 2003; 21:106-13.
  9. Kirby EL, Harter LM. Discourses of diversity and the quality of work life. *Management Communication Quarterly* 2001; 15(1): 121-7.
  10. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. [The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Payesh* 2006; 5(1):49-56.
  11. Hadi N, Malekan Makan L. [Evaluation of health state and quality of life in primary school teachers of Shiraz, 2003]. *Medical Journal of Hormozgan University* 2007; 10 (4) :387- 92.
  12. Ayat Elahi SMT, Rafiei M. [Investigation of quality of life (psychological dimension) of Arak Islamic Azad University staff, 2003]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2004; 6(21-22):63-70.
  13. Falahi Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatah Moghadam L. [Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran]. *Hakim* 2007; 9(4):24-30.
  14. Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status and mental health lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17(2): 81-6.
  15. Sadeghian F, Bagheri H, Mirnia M, Bezi H. Survey of Quality of life Shahrod workers in 2004. 6<sup>th</sup> Conference of safety and environment health in mines and mineral industries; 2006; Tehran, Iran.
  16. Bagheri Yazdi SA, Bolhari G, Shahmohamadi D. [Epidemiological study of mental disorders among rural area of Maibod]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 1994; 1: 32-41.
  17. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohamadi D. [Epidimiological study of mental disorders among one Rural of Tehran province]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2001; 7(1-2): 19-21.
  18. Yaghoobi H. [The survey study of Guilan Medical Sciences University 1996]. *Guilan Medical Faculty Journal* 1998; 27, 28:41-7.
  19. Akashe G. [Survey study of mental health among students of Kashan Medical Sciences University in 1375]. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 1999;4:11-16.
  20. Mani A, Hadian Fard H. [The survey study of mental health and effected and affecting factors among students of Shiraz University. Proceeding 1<sup>st</sup> Mental Health seminar among students of technology and research of science ministry, Counseling Central Office; 2001; Tehran, Iran.
  21. Chiu M, Wang C, Lu C, Pan S, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook* 2007; 55(6): 318 - 326.
  22. Vahdani Nia M, Gashtasby A, Montazeri A, Mafton F. [Health – related quality of life in elderly population in Iran: A population-based study]. *Payesh* 2005;4(2): 113-20.
  23. Ko GT, Wai HP, Tsang PC, Chan HC. Hong Kong men with low incomes have worse health – related quality of life as judged by SF - 36 scores *Hong Kong Med J* 2006; 12(5): 351-4.



## Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences in 2009

Khorsandi M<sup>1\*</sup>, Jahani F<sup>2</sup>, Rafie M<sup>3</sup>, Farazi A<sup>4</sup>

1- Assistant Professor, PhD in Health Education, Midwifery Department, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Research expert, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3- Assistant Professor, PhD in Statistics, Statistics Department, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

4- Assistant Professor, Infection Specialist, Infectious diseases Department, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received 2 Sep, 2009 Accepted 2 Dec, 2009

### Abstract

**Background:** This study was designed to investigate the quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences and to gain basic information for carrying out interventions for improving their quality of life.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was done to determine quality of life of 300 staff and hospital personnel in Arak University of Medical Sciences. Data gathering tools were demographic and standard quality of life (SF-36) questionnaires.

**Results:** Of the 275 participants who had completed the questionnaires, 127 (%46.2) were staff and 148 (%53.8) were hospital personnel. The means of age and years of experience were  $36.79 \pm 7.02$  and  $12.29 \pm 7.39$  years, respectively. The mean of different dimensions of quality of life in the staff was significantly much higher than that in the hospital personnel ( $p < 0.05$ ). In terms of physical performance, vitality, social performance, general health, physical and mental health domains, significant differences were found among personnel with different employment status. There was also a significant difference between men and women in terms of physical restriction factors, physical agony, vitality, sanity, mental and physical health.

**Conclusion:** The mean of different dimensions of quality of life in hospital personnel was lower than the staff while this value was lower in women than men. Specific longitudinal studies are needed for investigating the causes of these differences.

**Keywords:** Hospital, personnel, quality of life, staff

\*Corresponding author;

Email: Khorsandi\_mahboobeh@yahoo.com

Address: Arak University of Medical Sciences, Alamalhoda Street, Arak, Iran