

کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین

زهرا حسین خانی: پژوهشگر، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشجوی دوره ی دکتری، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مریم صباغیان: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران- نویسنده رابط:

maryam_sabaghian@yahoo.com

ارسلان فولادوند: دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نوگس شمس کیلانی: دانشجوی دوره کارشناسی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

زهرا فتاحی: کارشناس، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

مرتضی مطهری فرد: کارشناس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی بهورزان به علت ارتباط شغلی ایشان با مردم در ارائه خدمات بهداشتی از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی بهورزان می باشد.

روش کار: در مطالعه مقطعی حاضر تعداد ۴۰۶ نفر از بهورزان زن و مرد شاغل در خانه های بهداشت استان قزوین مشارکت داشتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود که در جلسات بازآموزی ماهیانه بهورزان به صورت خود ایفا تکمیل شد. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری در نرم افزار SPSS 17 انجام شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان $6/3 \pm 35/4$ سال بود. میانگین امتیازات کیفیت زندگی در دامنه های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب ۵۰/۸۱، ۵۳، ۵۳/۹۶، ۳۵/۷، درصد بدست آمد. در هر چهار حیطه، امتیاز کیفیت زندگی بهورزان با تحصیلات بالاتر به طور معنی داری بیشتر از سایرین بود ($p < 0/001$). وضعیت تأهل بجز در حیطه سلامت محیط ($p = 0/16$) در سایر حیطه ها با کیفیت زندگی رابطه معنی داری نشان داد ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی بهورزان در حد متوسط است، لذا با توجه به اهمیت شغل ایشان در خدمت رسانی به مردم محروم و نیازمند جامعه توجه به این مساله ضروری می باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، کارکنان بهداشتی، بهورزان، قزوین، ایران

مقدمه

زندگی می کند و اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های ایشان تعریف شده است (WHO; Bonomi 2000)

کیفیت زندگی در واقع درک افراد از موقعیت خود در زندگی شخصی، از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن

بهورزان زن و مرد به ارابه اجرای مراقبت های اولیه سلامتی از قبیل بهداشت مادر و کودک، واکسیناسیون، مراقبت از بیماری- های واگیر و غیرواگیر، بهداشت مدارس و سایر موارد مرتبط، به اقشار محروم و نیازمند جامعه پردازند (Qari-Alavijeh et al. 2012). علیرغم اینکه به دلیل تماس مستمر و پویای بهورزان با مردم و خانواده های روستایی، کیفیت زندگی و سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی ایشان بر چگونگی ارابه خدمات خانه های بهداشت و اثربخشی آن تاثیر بسزایی دارد اما مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است. لذا کیفیت زندگی که از پیامدهای مهم بهداشتی است اندازه گیری آن در مطالعات مختلف ضروری به نظر می رسد تا بتوان با استفاده از نتایج آن در برنامه ریزی های آینده، سیاست گذاران برنامه های بهداشتی را یاری نمود. این مطالعه با اشاره به اهداف مذکور در استان قزوین انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی می باشد که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۲ در سطح خانه های بهداشت استان قزوین انجام شد. کلیه بهورزان به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. به منظور جمع آوری داده ها با مسولین مراکز آموزش بهورزی استان هماهنگی لازم بعمل آمد. با توجه به اینکه کلیه بهورزان شاغل در خانه های بهداشت ملزم به شرکت در جلسات بازآموزی ماهیانه که بر اساس نیاز سنجی آموزشی بهورزان در مرکز بهداشت شهرستان یا مراکز بهداشتی درمانی برگزار می شود، هستند پرسشگران آموزش دیده به مراکز مذکور مراجعه کرده و با حضور مسؤولان و مربیان مراکز آموزش بهورزی، قبل از اجرای برنامه های بازآموزی، پرسشنامه ها را در اختیار بهورزان قرار دارند و پس از ارابه توضیحات لازم بهورزانی که به شرکت در مطالعه تمایل داشتند به صورت خود ایفا (Self-Administation)، بدون ذکر نام، پرسشنامه ها را تکمیل کردند. تعداد بهورزان واجد شرایط شرکت در مطالعه، ۵۰۷ نفر بود که به دلیل غیبت برخی

(1996). بنابراین کیفیت زندگی موضوعی کاملاً ذهنی است که توسط دیگران قابل مشاهده نبوده و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار است و ضمن بیان رضایت افراد از وضعیت زندگی آنها، تحت تاثیر فرهنگ ها و هنجارهای جامعه قرار دارد (WHO 1997). به طوری که اگر افراد بتوانند کارهایی را انجام بدهند که موجب رضایت خاطر آنها شده و در محیط سالم زندگی کنند، بالطبع می- توانند کیفیت زندگی خوبی را تجربه کنند. البته این تفکر به مفهوم "محل کار شاد" نیز تلقی می گردد که نشان دهنده وجود تعادل بین کار و زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی افراد شاغل می باشد (Thai Health Promotion Foundation 2009; Kittipichai et al. 2015). مطالعه ای در چین نشان داد کیفیت زندگی افراد بر روابط درون سازمانی و انجام وظایف شغلی ایشان تاثیر دارد (Lin et al. 2015). به طور متقابل، در مطالعه ای که ویژه کارکنان یکی از شهرستان های آذربایجان غربی انجام شد، کار به عنوان عاملی معرفی شد که می تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی و روانی افراد منجر شده و متعاقباً "کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار دهد (Abdollahpour et al. 2011).

لذا این مطالعه با بهره گیری از تعریف مشهور سازمان جهانی بهداشت (WHO 1992, 1996) در خصوص کیفیت زندگی، به بررسی این مقوله در بهورزان استان قزوین پرداخته است. بهورزان که ساکن روستا بوده و از محل سکونت خود برای ارابه خدمات بهداشتی انتخاب می شوند، پس از گذراندن دوره آموزشی دو ساله در مراکز آموزش بهورزی شهرستان، در خانه بهداشت همان روستا مشغول بکار می شوند (Farzadfar et al. 2012). خانه بهداشت که محیطی ترین واحد ارابه خدمت در نظام شبکه- های بهداشتی درمانی کشور می باشد بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راه های ارتباطی و جمعیتی می تواند یک یا چند روستا را تحت پوشش خدمات خود قرار داده و

معکوس امتیاز بندی شد و سپس امتیازات محاسبه گردید. دو سوال اول پرسشنامه، کیفیت زندگی و وضعیت سلامت افراد را به صورت کلی ارزیابی کرد. علاوه بر محاسبه شاخص‌های توصیفی از قبیل میانگین و انحراف معیار داده‌ها، از آزمون‌های آماری t و آنالیز واریانس یک طرفه جهت تحلیل نتایج استفاده شد. نرم افزار مورد استفاده SPSS 17 بود. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از تعداد ۴۰۶ نفر مورد مطالعه ۱۳۹ نفر (۳۴/۲۴٪) بهورز مرد و ۲۶۷ نفر (۶۵/۷۶٪) بهورز زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت کنندگان $۶۳ \pm ۳۵/۴$ سال بود. میانگین تعداد سال‌های تحصیلی بهورزان $۴/۳ \pm ۹/۸$ بود. ۸۷/۷٪ شرکت کنندگان متأهل و ۹/۹٪ فاقد همسر بودند. مشخصات جمعیت شناختی بهورزان در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱ توزیع مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین در سال ۱۳۹۲ جدول ۲ امتیاز بهورزان را به تفکیک حیطه‌ها نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین امتیاز بهورزان در حیطه سلامت جسمانی بیشترین $۱۲/۵ \pm ۵۳$ و در حیطه سلامت محیط کمترین $۲۰/۴ \pm ۳۵/۷$ می‌باشد. در همه حیطه‌ها میانگین امتیاز بهورزان در بهورزان مرد بهتر از بهورزان زن بوده است. جدول ۲ امتیاز حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین در سال ۱۳۹۲

در جدول ۳ نیز امتیاز حیطه‌های کیفیت زندگی بهورزان به تفکیک سوالات آمده است:

جدول ۳ امتیاز کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین به تفکیک سوالات در حیطه‌های چهارگانه سلامتی در سال ۱۳۹۲ میانگین امتیاز شرکت کنندگان در چهار حیطه کیفیت

زندگی با آزمون‌های T-test و One-way ANOVA بررسی شد. در هر چهار حیطه، بین کیفیت زندگی و میزان

از بهورزان در جلسه بازآموزی به علت انواع مرخصی‌ها بویژه مرخصی زایمان و عدم حضور دانش آموزان بهورزی در این جلسه و همچنین عدم رضایت برخی از ایشان جهت شرکت در مطالعه، تعداد ۴۰۶ نفر (۸۰٪)، در مطالعه شرکت نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF)، یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت و با تعدیل گونه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ حیطه و یک نمره کلی است. این حیطه‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر حیطه به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (WHO 1996). در گونه ایرانی این پرسشنامه که توسط نجات تهیه شده است، مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای ICC و آلفای کرونباخ در سه حیطه جسمانی، روانی و محیط بالای ۰/۷ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ می‌باشد که نشان می‌دهد ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است (Nejat et al. 2007; Abdollahpour et al. 2011). لذا در این مطالعه، پرسشنامه مذکور به اضافه ۱۱ سوال که شامل اطلاعات جمعیت شناختی و اقتصادی شرکت کنندگان می‌باشد، مورد استفاده قرار گرفت.

هر یک از سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی، با مقیاس ۵ قسمتی (از یک تا ۵) سنجیده می‌شود. در ۲۳ سوال عدد ۱ به معنی کمترین و عدد ۵ به معنی بیشترین مقدار در پاسخ سوال می‌باشد. در ۳ سوالی که امتیاز کمتر آنها به معنی کیفیت زندگی بهتر بود، در هنگام محاسبه امتیازات طبق راهنمای امتیاز بندی پرسشنامه، پاسخ‌های سوالات به شیوه

محیط زندگی، منابع مالی، شرکت در فعالیت‌های تفریحی و محیط فیزیکی را می‌سنجد (Nikooseresht et al. 2013) لذا بر اساس تعریف ارایه شده از این حیطه، می‌توان در بهورزان این استان، جنبه‌های دسترسی به خدمات، محیط منزل، وجود فرصت‌های مورد نیاز برای کسب مهارت‌ها و اطلاعات جدید و تفریح و مسافرت را نسبت به سایر جنبه‌های کیفیت زندگی پایین تر دانست (Abdollahpour et al. 2011).

در دامنه سلامت روانی و محیطی بین دو جنس اختلاف معنی داری مشاهده شد. همین نتیجه در مطالعه‌ای مشابه در اوگاندا حاصل شد (Opollo et al. 2014) در حالی که در برخی مطالعات متغیر جنس تأثیر معنی‌داری نداشته است (Abdollahpour et al. 2011; Kittipichai et al. 2015) در مطالعه کارا و همکاران در ترکیه به وجود رابطه معکوس بین کیفیت زندگی کارمندان زن و رفتارهای خشن مدیران اشاره شده است (Kara et al. 2015).

وضعیت تأهل بجز در حیطه سلامت محیطی در سایر حیطه‌ها تأثیر معنی داری داشت. نتایج این مطالعه مشابه نتایج مطالعات دیگر بود (Kittipichai et al. 2015; Abdollahpour et al. 2011).

از آنجا که بهورزان، در یکی از مهمترین واحدهای بهداشتی (خانه بهداشت) مشغول ارایه خدمات تندرستی به جامعه هستند، لذا انتظار می‌رود کیفیت زندگی مطلوبی را تجربه کنند، هرچند نتایج این مطالعه نشان داد کیفیت زندگی ایشان در حد متوسط بوده و حتی در حیطه سلامت محیطی، پایینتر هم گزارش شد. با استناد به این یافته‌ها و مطالعات مشابه به نظر می‌رسد ادارات تحت پوشش وزارت بهداشت در

تحصیلات بهورزان رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/001$). وضعیت تأهل بجز در حیطه سلامت محیطی در سایر حیطه‌ها رابطه معنی‌داری با کیفیت زندگی نشان داد ($p < 0/001$). در خصوص رابطه جنسیت بهورزان بر کیفیت زندگی ایشان در حیطه سلامت روانی ($p = 0/05$) و محیطی ($p = 0/001$) اختلاف معنی داری مشاهده شد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در هر سه حیطه جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بهورزان در حد متوسط بوده است و حیطه سلامت محیطی با میانگین $20/4 \pm 35/7$ دارای کمترین امتیاز بود. نتایج این مطالعه در مقایسه با نتایج مطالعه عبدالله پور و همکاران که کیفیت زندگی کارکنان ادارات شهر بوکان را بررسی کردند قابل تأمل است. میانگین امتیازات مطالعه حاضر در دامنه‌های سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب $53/81$ ، 53 ، $53/96$ ، $51/52$ ، میانگین امتیازات به ترتیب $66/88$ ، $61/64$ ، $67/77$ ، $51/52$ درصد بود به میزان قابل توجهی پایین است (Abdollahpour et al. 2011). از آنجا که بهورزان نیروی کلیدی در محیطی ترین واحد ارایه خدمات نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور هستند و نقش آنها در ارایه خدمات پیشگیری به مردم بسیار ارزشمند است لذا وضعیت کیفیت زندگی ایشان بر نحوه ارایه خدمات در جامعه هدف بسیار مهم و تأثیر گذار خواهد بود. با توجه به اینکه حیطه سلامت محیطی، مواردی از قبیل سلامت و امنیت جسمانی،

به طور کلی کیفیت زندگی آنها نیز ارتقاء خواهد یافت (Wansink and Robbins 2015). طبق شواهد موجود، افراد شاغل نسبت به بیکاران از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده و در بین شاغلان کسانی که کیفیت زندگی بهتری دارند، ضمن داشتن عملکرد شغلی مناسب، به دلیل تعهدپذیری ایشان و رضایتمندی مسئولان، حتی به کنترل حضور و غیاب نیز نیاز کمتری داشته اند (Raykov 2014; Merchant 2014). این مساله نشان دهنده تاثیر متقابل این دو مقوله بر یکدیگر بوده و اهمیت نقش اشتغال بر کیفیت زندگی را نشان می دهد.

نتیجه گیری

طبق نتایج این مطالعه، توجه به کیفیت زندگی شاغلین دانشگاه‌های علوم پزشکی بویژه کارمندانی که در تماس مستقیم با مردم بوده و مشغول ارائه خدمات سلامتی به ایشان هستند، مساله مهمی است که باید در راستای تامین سلامت جامعه، مورد توجه سیاست‌گذاران و برنامه ریزان بهداشتی قرار گیرد.

حمایت و ترغیب کارکنان به حفظ سلامتی خود غفلت می‌کنند و علیرغم اینکه محل کار کارکنان، باید از لحاظ فیزیکی، عاطفی و روانشناسی برای تامین تندرستی و رفتارهای بهداشتی مناسب باشد این مهم در مجموعه تحت پوشش وزارت بهداشت چندان محقق نشده است (Rabinson 2015; Mastroianni Wansink and Storberg-Walker 2014). حتی مطالعاتی نیز که بر روی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی در سطح کشور انجام شده است، کیفیت زندگی آنها را در حد متوسط گزارش کرده‌اند (Mohebbi far and Alijanzadeh 2013; Amiri et al. 2014). طبق شواهد موجود تقریباً همه کارمندان، از وجود حمایت‌های مالی (تخفیف ویژه کارمندان) و غیر مالی (برنامه‌های ورزشی ادارات، استفاده از مرخصی استعلاجی و ارزش گذاری به کارمندان) برای حفظ سلامتی خود استقبال می‌کنند (Amiri et al. 2014) و در صورت حمایت از خلاقیت و نوآوری ایشان و ایجاد بستر مناسب همفکری، احساس رضایت و امنیت شغلی داشته و کیفیت زندگی مطلوبی را در محل کار خود، تجربه خواهند کرد که متعاقباً

جدول ۱- توزیع مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین در سال ۱۳۹۲

متغیر	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۳۹	
	زن	۲۶۷	
وضعیت تأهل	مجرد	۳۳	
	متأهل	۳۶۴	
	بی همسر (طلاق)	۶	
	بی همسر (فوت)	۲	
سطح سواد	Missing Data	۱	
	ابتدایی	۵۱	
	متوسطه	۳۰۲	
	دانشگاهی	۴۹	
	Missing Data	۴	
	وضعیت سلامت	بیمار	۱۱۱
		سالم	۲۵۰
Missing Data		۴۵	
وضعیت منزل	غیر شخصی	۱۱۶	
	شخصی	۲۸۳	
	Missing Data	۷	

جدول ۲- امتیاز حیطه های چهارگانه کیفیت زندگی بهورزان استان قزوین در سال ۱۳۹۲

حیطه های کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار	زن	مرد
سلامت جسمانی	۵۰/۸۱	۱۱/۷	۵۰/۲۰ ± ۱۲/۵۵	۵۲/۴۶ ± ۹/۸۶
سلامت روانی	۵۳/۰۰	۱۲/۵	۵۱/۵۸ ± ۱۲/۶۹	۵۵/۷۰ ± ۱۱/۸۶
سلامت اجتماعی	۵۳/۹۶	۲۱/۳	۴۹/۵۶ ± ۲۱/۸۰	۶۱/۹۵ ± ۱۷/۹۰
سلامت محیط	۳۵/۷۰	۲۰/۴	۳۵/۴۷ ± ۲۰/۵۰	۳۶/۰۰ ± ۲۰/۲۸

جدول ۳- امتیاز کیفیت زندگی بهروزان استان قزوین به تفکیک سوالات در ابعاد چهارگانه سلامتی در سال ۱۳۹۲

ابعاد	سؤال	بسیار بد	بد	نه بد، نه خوب	خوب	بسیار خوب	داده های گم شده
کلی	۱- کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۵/۸	۶/۵	۴۰/۷	۴۲/۲	۴/۶	۰/۲
کلی	۲- چقدر از وضعیت سلامت خود رضایت دارید؟	۵/۱	۱۵/۲	۲۱/۴	۵۱/۶	۶	۰/۷
جسمانی	۳- درد جسمانی چقدر مانع انجام کارهای مورد نظر شما می شود؟ ۴- جهت انجام فعالیت های روزمره زندگی، چقدر به درمان های طبی نیازمند هستید؟	۱۹/۸	۲۳/۹	۳۵/۷	۱۴/۹	۵/۱	۰/۶
	۵- چقدر از زندگی لذت می برید؟	۲۲/۹	۲۹/۶	۲۷	۱۴/۷	۴/۳	۱/۵
روانی	۶- به نظر شما زندگی شما تا چه حد معنی دار است؟ ۷- در امور خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۴/۶	۱۴/۵	۳۸/۶	۳۱/۶	۹/۶	۱/۱
	۸- در زندگی روزمره چقدر احساس امنیت می کنید؟	۴/۱	۱۶/۴	۴۱/۷	۳۱/۶	۵/۳	۰/۹
محیطی	۹- محیط اطراف شما، تا چه حد سالم است؟	۶/۵	۱۴	۳۲/۵	۳۲/۸	۱۳/۳	۰/۹
	۱۰- آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۶/۳	۱۶/۹	۴۱/۴	۲۶	۸/۹	۰/۵
جسمانی	۱۱- آیا قادرید شکل ظاهری بدن خود را بپذیرید؟	اصلاً	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	داده های گم شده
روانی	۱۲- آیا برای رفع نیازهای خود، پول کافی دارید؟	۶/۵	۱۹/۳	۳۹/۵	۲۶/۷	۷/۲	۰/۸
محیطی	۱۳- اطلاعات مورد نیاز روزمره به چه میزان در دسترس شماست؟	۳/۴	۱۰/۸	۳۴/۹	۳۴	۱۵/۲	۱/۷
	۱۴- به چه میزان امکان فعالیت های تفریحی را دارید؟	۱۹	۳۳/۵	۳۶/۹	۷/۲	۱/۷	۱/۷
جسمانی	۱۵- تحرک و چابکی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۵/۵	۳۲/۸	۴۸	۱۰/۶	۱/۹	۱/۲
	۱۶- چقدر از وضعیت خواب خود رضایت دارید؟	۳۲/۸	۴۱/۲	۱۸/۶	۵/۳	۱	۱/۱
جسمانی	۱۷- چقدر از توانایی خود در انجام فعالیت های روزمره زندگی رضایت دارید؟	بسیار بد	بد	نه بد، نه خوب	خوب	بسیار خوب	داده های گم شده
جسمانی	۱۸- چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود، از خود رضایت دارید؟	۲/۹	۸	۳۹/۵	۳۵/۹	۱۱/۹	۱/۸
روانی	۱۹- چقدر از خود رضایت دارید؟	بسیار ناراضی	ناراضی	نه ناراضی، نه ناراضی	راضی	بسیار راضی	داده های گم شده
	۲۰- چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۷/۷	۱۵/۹	۲۰/۲	۴۷	۸/۴	۰/۸
جسمانی	۲۱- چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۱/۴	۹/۴	۲۸/۹	۵۰/۸	۷/۵	۲
روانی	۲۲- چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می کنید رضایت دارید؟	۳/۹	۹/۲	۲۷/۹	۴۶/۳	۹/۹	۲/۸
اجتماعی	۲۳- چقدر از شرایط محل زندگی خود رضایت دارید؟	۲/۷	۶/۷	۲۵/۵	۵۱/۶	۱۱/۱	۲/۴
محیطی	۲۴- چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۱/۴	۷/۷	۲۱/۴	۵۰/۴	۱۶/۹	۰/۲
	۲۵- چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۷/۵	۶/۷	۲۴/۳	۴۱/۷	۱۱/۱	۸/۷
اجتماعی	۲۶- چقدر دچار حالتی مانند دل گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می شوید؟	۱۰/۱	۱۳	۳۵/۷	۳۵/۲	۳/۹	۲/۱
	۲۷- چقدر از شرایط محل زندگی خود رضایت دارید؟	۱۰/۱	۱۹/۵	۳۰/۱	۳۳/۳	۶	۱
محیطی	۲۸- چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۱۲/۳	۲۳/۶	۲۹/۴	۲۸/۲	۴/۸	۱/۷
	۲۹- چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۲۲/۹	۲۳/۱	۲۵/۱	۲۲/۹	۵/۳	۰/۷
روانی	۳۰- چقدر دچار حالتی مانند دل گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می شوید؟	هرگز	بندرت	گاهی اوقات	اکثر اوقات	همیشه	داده های گم شده
		۴/۱	۱۵/۷	۴۰	۲۷/۷	۱۰/۶	۱/۹

References

- Abdollahpour, I., Salimi, Y. and Jorjoran Shushtari, Z., 2011. Migraine and Quality of Life in High School Students: A Population-Based Study in Boukan, Iran. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*, **22**(1), pp. 40-47. [In Persian]
- Amiri, M., Raei, M., Chaman, R., Khamseh, A., Rezaee, N., Manouchehri Moghaddam, J., Rohani, H. and Khatibi, M.R., 2014. A study of the Life Quality of Students at a University of Medical Sciences in the Northeast of Iran. *Knowledge and Health*, **8**(4), pp. 176-180. [In Persian]
- Bonomi, A., Patric, D. and Bushnell, D., 2000. Validation of the united states version of the World Health Organization Quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, **53**, pp. 1-12.
- Farzadfar, F., Murray, C.J., Gakidou, E., Bossert, T., Namdaritabar, H., Alikhani, S., Moradi, G., Delavari, A., Jamshidi, H. and Ezzati, M., 2012. Effectiveness of diabetes and hypertension management by rural primary health-care workers (Behvarz workers) in Iran: a nationally representative observational study. *Lancet*, **379**(9810), pp. 47-54.
- Kara, D., Kim, H.L. and Uysal, M., 2015. The effect of manager mobbing behaviour on female employees' quality of life. *Current Issues in Tourism*. 29 August 2015, 15p.
- Kittipichai, W., Arsa, R., Jirapongsuwan, A. and Singhakant, C., 2015. Quality of Life Among Thai Workers in Textile Dyeing Factories. *Global Journal of Health Science*, **7**(3), pp.274-282.
- Lin, W.Q., Wu, J., Yuan, L.X., Zhang, Sh.Ch., Jing, M.J., Zhang, H.Sh., Luo, J.L., Lei, Y.X. and Wang, P.X., 2015. Workplace Violence and Job Performance among Community Health care Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015, **12**, 14872- 14886; doi: 10.3390/ijerph121114872
- Mastroianni, K. and Storberg-Walker, J., 2014. Do work relationships matter? Characteristics of workplace interactions that enhance or detract from employee perceptions of well-being and health behaviors. *Health Psychology and Behavioural Medicine*, **2**(1), pp. 798-819.
- Merchant, J.A., Kelly, K.M., Burmeister, L.F., Lozier, M.J., Amendola, A., Lind, D.P., KcKeen, A., Slater, T., Hall, J.L., Rohlman, D.S. and Buikema, B.S., 2014. Employment status matters: a statewide survey of quality-of-life, prevention behaviors, and absenteeism and presenteeism. *J Occup Environ Med*, **56**(7), pp. 686-98.
- Mohebbi far, R. and Alijanzadeh, M., 2013. Survey quality of life for girl students and relationship with their coverage type in 2011. *Jentashapir*, **4**(3), pp. 225-233. [In Persian]
- Nedjat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K. and Majdzadeh, S.R., 2007. 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*, **4**(4), pp. 1-12. [In Persian]
- Nikooseresht, Z., Rimaz, S., Asadi-Lari, M., Nedjat, S., Merghati khoii, E., Motevalian, A. and Saiepour, N., 2013. Relationship between quality of life and social capital amongst people living with HIV/AIDS.attending the Imam Khomeini Hospital Consultation Center for clients with risky.behaviors in Tehran. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, **11**(3), pp. 17-27. [In Persian]
- Opollo, J.G., Gray, J.cd. and Spies, L.A., 2014. Work related quality of life of Ugandan healthcare workers. *International Nursing Review*. **61**(1), pp. 116-123.
- Qari-Alavijeh, A., Arab, M., Kheiri, S., Akbari-Sari, A., Asgarimoqadam, M., Mohamadi, G.h.R. and Qari-Alavijeh, M., 2012. Job burnout and some of its risk factors on the health workers (Behvarz) in Koohrang County, I.R.Iran, in 2010. *J Shahrekord Univ Med Sci*, **14**(3), pp. 62-71.
- Raykov, M., 2014. Employer Support for Innovative Work and Employees' Job Satisfaction and Job-related Stress. *J Occup Health* **56**, pp. 244–251.
- Robbins, R. and Wansink, B., 2015. Employee health codes of conduct: What would they look like and who wants to accept them? *International Journal of Workplace Health Management*, **8**(3), pp. 214-229.
- Thai Health Promotion Foundatio, 2009. Happy Workplace: HAPPY 8. Bangkok: Health Promotion in Organizations.
- World Health Organization's Quality of Life group., 1992. Measuring Quality of Life; Development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL).
- WHO Quality of life Group., 1996. WHOQOL-BREF Introduction, Adminstration and scoring, Field Trial version, World Health Organization. Geneva.
- WHO., 1997. Program on mental health: WHOQOL measuring quality of life. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Quality of Life Among Behvarzs in Qazvin Province

Hosseinkhani, Z., Researcher, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Ph.D. Student, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Sabaghian, M., MSc. Student, Department of Medical Education, School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding Author: maryam_sabaghian@yahoo.com

Fouladvand, A., MSc. Student, Department of Medical Education, School of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shams Kilani, N., BSc. Student, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Fatahi, Z., BSc. Deputy of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Motahhari fard, M., BSc. Deputy of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Received: Jan 16, 2016

Accepted: May 1, 2016

ABSTRACT

Background and Aim: The quality of life of community health workers (Behvarzes) is of special importance since they are in direct contact with the community offering health services to individuals and families. The objective of this study was to assess the quality of life of Behvarzes in Qazvin Province, Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional study included 406 male- and female-Behvarzes working in the health houses in Qazvin Province, Iran. Data were collected using the World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF). The questionnaire was distributed in the Behvarzes' monthly refresher training sessions and completed by them (self-administrated). Data were analyzed using SPSS version17.

Result: The average age of the participants was 35.4 ± 6.3 years. Analysis of the data showed the means of quality of life scores for physical, psychological, social and environment domains to be 50.81%, 53.00%, %53.96 and %35.7, respectively. In all domains, the score of quality of life for the Behvarzes with a high education level was significantly higher than those of others ($p < 0.001$). In addition, marital status was significantly associated with the quality of life in all the domains ($p < 0.001$) except in the environment domain ($p = 0.16$).

Conclusion: The result of this study show that the quality of life of health workers (Behvarzes) is medium. Considering the importance of their work and the services they offer to the community, attempts should be made to improve their quality of life.

keywords: Quality of Life, Health Workers, Behvarzs, Qazvin, Iran