



وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

سازمان بیمه سلامت ایران

عنوان مطالعه کاربردی

**بررسی رابطه کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و سلامت روان کارکنان ادارات**

**بیمه سلامت منطقه ۳ در سال ۱۳۹۵**

مطالعه کنندگان

مجری طرح: فاطمه شریف زاده - سرپرست اداره بیمه گری و درآمد اداره کل بیمه سلامت خراسان جنوبی

همکاران:

لیلی صالح زاده، فرشته اصلی

فروردین ماه ۱۳۹۶



# تشکر و قدردانی

در این قسمت لازم می‌دانیم از کارکنان محترم اداره کل بیمه سلامت منطقه سه کشور، و بویژه همکاران حوزه پژوهش ستاد که در تدوین این طرح با ما همکاری کردند، سپاسگزاری نموده و همچنین مراتب تقدیر و تشکر خود را مدیر کل محترم بیمه سلامت خراسان جنوبی و مدیران محترم منطقه سه کشور و تمامی عزیزانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، اعلام نماییم.

## چکیده

### هدف از انجام مطالعه:

عوامل موثر بر کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان تاثیر مستقیمی بر نحوه کار و رضایت شغلی کارکنان خواهد داشت. کارکنان افسرده، مضطرب، تندخو و ناسالم از نظر جسمانی و روانی نمی‌توانند نشاط و امنیت خاطر لازم را داشته و ثبات را در محیط کار برقرار سازند. سازمانهای عصر حاضر با نگاه راهبردی به منابع انسانی آن را به عنوان دارایی هوشمند و ارزشمند در نظر می‌گیرند و در نظر دارند بیش از پیش به ارتقاء کیفیت زندگی کارکنان بپردازند. لذت این مطالعه با هدف بررسی بررسی رابطه کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و سلامت روان کارکنان ادارات بیمه سلامت منطقه ۳ در سال ۱۳۹۵ در کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور طراحی و اجرا گردیده است

### روش کار:

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی، بر روی کارکنان اداره کل بیمه سلامت منطقه سه کشور انجام شد. روش نمونه‌گیری به روش طبقه بندی سهمی از بین کارکنان ادارات کل منطقه سوم انتخاب گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلش، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. پرسشنامه‌ها پس از

هماهنگی با مدیران کل استانها و کارشناس پژوهشی استانها بین کارکنان توزیع و پس از تکمیل جمع اوری گردید . داده ها پس از جمع اوری در نرم افزار SPSS وارد و بوسیله آزمونهای اماری در سطح آلفای مساوی ۰.۰۵ آنالیز گردید .

## یافته ها:

این مطالعه بر روی ۲۹۰ نفر از کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور با میانگین سنی  $۴۱/۳ + ۶/۴$  سال و میانگین سابقه کار در کارکنان مورد مطالعه  $۵/۴ + ۱۵/۶$  سال انجام شد که ۱۵۱ نفر (۵۲/۱٪) مرد و ۱۳۹ نفر (۴۷/۹٪) زن بودند. در کیفیت زندگی بالاترین نمره مربوط به زیر مقیاس سلامت کلی و روابط اجتماعی و کمترین نمره مربوط به سلامت محیط بوده در حیطه سلامت عمومی نیز بالاترین نمره مربوط به حیطه کارکرد اجتماعی و کمترین نمره مربوط به حیطه افسردگی بود و نمره فرسودگی شغلی نیز از ۱۵۰ نمره  $۴۰/۴$  به دست آمد. بین نمره سلامت عمومی و فراوانی فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی ارتباط منفی و معناداری مشاهده گردید. همچنین بین نمره سلامت عمومی با فراوانی و شدت فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معناداری مشاهده گردید و رابطه بین فراوانی و شدت فرسودگی شغلی نیز مثبت و معنادار بود. ( $P = ۰/۰۵$ )

## نتیجه گیری:

وضعیت کیفیت زندگی ، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی کارکنان منطقه سه ادارا بیمه سلامت کشور مطلوب ارزیابی گردید و با توجه به رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت عمومی ارتقاء وضعیت سلامت عمومی در کارکنان می تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند که این موضوع باید مورد توجه مدیران و مسئولین قرار گیرد .

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی ، سلامت عمومی، فرسودگی شغلی، بیمه سلامت،

## فهرست مطالب

۲	فصل اول:
۲	کلیات مطالعه:
۲	مقدمه:
۳	بیان مسئله:
۵	اهداف:
۵	هدف کلی:
۵	اهداف اختصاصی:
۵	سوالات و فرضیه کلی:
۵	فرضیه:
۵	سوالات:
۶	تعریف واژه های کلیدی:
۶	محدودیت های مطالعه:
۷	فصل دوم:
۸	مبانی نظری:
۱۶	مرور تحقیقات پیشین:
۱۸	فصل سوم:
۱۸	روش مطالعه:
۱۸	۱- جامعه آماری:
۱۸	۲- روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:
۱۹	۳- مشخصات ابزار جمع آوری داده ها:
۱۹	۴- روش جمع آوری داده ها:
۲۱	۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها:
۲۲	فصل چهارم: یافته های مطالعه:
۳۲	فصل پنجم: بحث:
۳۴	نتیجه گیری کلی:
۳۵	پیشنهادات:
۳۶	پیوست ها:

# فصل اول

## کلیات مطالعه

## مقدمه

در ارزیابی کیفیت زندگی در کشورمان، با توجه به این که زندگی در ایران از سطح قابل قبولی در ابعاد گوناگون برخوردار نیست و با اشاره به معیارها و فاکتورهای عینی و ذهنی در مبحث کیفیت زندگی، ضرورت توجه جدی و سرمایه‌گذاری بیشتر توسط دولت و مردم برای رسیدن به زندگی مطلوب‌تر، ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد. همچنین از آنجایی که مقابله با فشار شغلی و مدیریت فشارآورهای شغلی نیز درسازمانهای نوین حائز اهمیت است و به عنوان یکی از محورهای اصلی مدیریت منابع انسانی شناخته میشود اجرای اینگونه تحقیقات که از یک سو به توصیف و از سوی دیگر به تبیین فرسودگی شغلی معطوف است میتواند داده‌های ضروری را برای اقدامات پیشگیری فراهم سازد و ازاین طریق مدیریت فشارآورهای شغلی را در سطح خرد و کلان مدیریت منابع انسانی استوار نموده و بازدهی نیروی انسانی را به حداکثر امکان ارتقاء داد.

## بیان مساله و ضرورت اجرای این مطالعه کاربردی:

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت عبارتست از ارزیابی ذهنی فردی از وضعیت سلامتی کنونی، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی خود را دنبال کند. (۱) سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را ارزیابی و ادراک فرد از وضعیت زندگی خویش تحت تاثیر نظام فرهنگی و ارزشی و موقعیتی که در آن زندگی می‌کند تعریف می‌نماید. در واقع اهداف، انتظارات و معیارها و خواسته‌های فرد به میزان وسیعی بر وضعیت جسمانی، روانی و میزان استقلال روابط اجتماعی و اعتقادات فرد تاثیرگذار است. (۲) سلامت محیط کار با افزایش شاخصهای کیفیت زندگی فراهم می‌گردد و توجه به این مساله در سازمان باعث افزایش کارایی و کارآمدی کارکنان میگردد.

عوامل موثر بر کیفیت زندگی کارکنان تاثیر مستقیمی بر نحوه کار و رضایت شغلی کارکنان خواهد داشت. کارکنان افسرده، مضطرب، تندخو و ناسالم از نظر جسمانی و روانی نمی‌توانند نشاط و امنیت خاطر لازم را داشته و ثبات را در محیط کار برقرار سازند. سازمانهای عصر حاضر با نگاه راهبردی به منابع انسانی آن را به عنوان دارایی هوشمند و ارزشمند در نظر می‌گیرند و در نظر دارند بیش از پیش به ارتقاء کیفیت زندگی کارکنان پردازند. (۳) در این میان با وجود آن که کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی و روانی منجر شود. محیط کار از محرکهای فیزیکی، روانی و اجتماعی

تشکیل شده که هرکدام از این عوامل می تواند عامل ایجاد تنیدگی به حساب آیند (۴) و این استرس و فشارها بررفاه فیزیکی، رفاه روحی، روانی، سلامتی و عملکرد آن اثر نامطلوبی بگذارد.

فرسودگی؛ سندروم خستگی هیجانی مسخ شخصیت و احساس کفایت شخصی پایین می باشد که منجر به کاهش اثربخشی در کار و کاهش عملکرد کاری و تعهد شغل می شود و به دلیل استرس های ایجاد شده، مشکلات جسمی و روانشناختی به بار می آورد. فرسودگی شغلی می تواند در متخصصین حرفه های مختلف تجربه گردد. این سندروم پاسخی روانشناختی به استرس های طولانی مدت مرتبط با کار می باشد (۵) در صورتی که فرد میزان خستگی هیجانی بالا، مسخ شخصیت بالا و کفایت شخصی پایین داشته باشد دچار فرسودگی شغلی شده است. (۶) فرسودگی شغلی اثرات متعدد در زندگی اجتماعی فیزیکی و روان شناختی فرد به جای می گذارد.

نتایج مطالعات انجام شده در استرالیا نشان می دهد که کیفیت زندگی کاری پرسنل با افزایش سن کاهش می یابد (۷) و کارکنانی که در سازمانهای کوچک کار می کنند در مقایسه با کارکنان سازمانهای بزرگتر نارضایتی کمتری از کیفیت زندگی کاری خود دارند (۸) مطالعه ای که در سال ۱۳۸۷ در اراک انجام شده نشان میدهد که از نظر حیطه های عملکرد جسمی نشاط، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، سلامت جسمی و سلامت روانی اختلاف معناداری بین وضعیت های مختلف استخدامی پرسنل وجود داشته است. همچنین بررسی فرسودگی شغلی و شاخص های تاثیر گذار محیط کار در بین پزشکان خانواده در خراسان رضوی نشان میدهد که فرسودگی شغلی در ابعاد کفایت شخصی و مسخ شخصیت، متوسط و در بعد خستگی هیجانی بالا بوده است. شاخص های محیط کار با خستگی هیجانی و مسخ شخصیت همبستگی معکوس و با کفایت شخصی همبستگی مثبت معنادار داشتند.

در تعیین کیفیت زندگی کارکنان سازمان بیمه سلامت استان تهران، میانگین نمره کیفیت زندگی برای کارکنان اداره کل استان تهران و ستاد مرکزی به ترتیب ۱۴۹/۸ و ۱۴۵/۳۶ تعطیل گردید که از نظر آماری تفاوت بین آنها معنی دار بوده است. با مقایسه بین میانگین نمره کیفیت زندگی با توجه به نوع شغل و محل خدمت، بین میانگین نمره کیفیت زندگی با توجه به محل خدمت و میزان درآمد، همچنین بین میانگین نمره کیفیت زندگی با توجه به محل سکونت تفاوت معناداری به دست آمده است.

بررسی کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و بررسی نیازهای مختلف کارمندان دولت به عنوان زیرگروهی از جامعه که به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم مسئولیت ارائه خدمات در سطوح مختلف به اقشار جامعه را به عهده دارند حائز اهمیت است توجه به کیفیت زندگی، نیازمندیها و فرسودگی شغلی در این برهه زمانی با وجود تغییرات ایجاد شده در مفهوم سلامت و به منظور پیشگیری از تحلیل قوای جسمانی و روانی خدمتگذاران مردم و ارائه خدمات مطلوب تر به اقشار کثیر جامعه شایسته و ضروری است. امری که در شرایط کنونی



کتر به آن بها داده شده است بنا بر این شناسایی عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و تعیین راههای ارتقای آنها لازمه پیشرفت زیرگروههای هر جامعه و نهایتاً یک اجتماع است. از آنجا که تا کنون در مورد کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی کارکنان بیمه سلامت منطقه ۳ مطالعه ای صورت نگرفته است، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و بررسی نیازمندیهای این قشر و عوامل موثر بر آن برای کسب اطلاعات پایه جهت طراحی مداخلات موثر به منظور ارتقای کیفیت زندگی کارکنان مذکور انجام خواهد شد تا با رضایت بیشتری به انجام وظایف خود در جامعه بپردازند. هدف اصلی این مطالعه بررسی رابطه کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و سلامت روان در کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور

### **اهداف پژوهش:**

#### **هدف کلی:**

تعیین کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و سلامت روان کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه ۳ در سال ۱۳۹۴

#### **اهداف اختصاصی:**

تعیین میانگین نمره کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و سلامت روان در کارکنان اداره بیمه سلامت مورد مطالعه

مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی برحسب سن، جنس، سابقه کار و سطح تحصیلات در کارکنان مورد مطالعه

مقایسه میانگین نمره فرسودگی شغلی برحسب جنس، سن، سابقه کار و سطح تحصیلات کارکنان مورد مطالعه مقایسه میانگین نمره

سلامت روان برحسب جنس، سن، سابقه کار و سطح تحصیلات کارکنان مورد مطالعه

تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و سلامت روان در کارکنان مورد مطالعه

#### **اهداف کاربردی:**

نتایج این مطالعه می تواند ضمن نشان دادن وضعیت موجود، نتایج را در اختیار مدیران سازمان بیمه سلامت قرار دهد تا در

صورت نیاز مداخلات لازم برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان کارکنان و کاهش فرسودگی شغلی را طراحی نماید.

## سؤالات و فرضیات پژوهشی:

میانگین نمره کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و سلامت روان در کارکنان اداره بیمه سلامت مورد مطالعه چقدر است؟

اختلاف معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب سن، جنس، سابقه کار و سطح تحصیلات در کارکنان مورد مطالعه

وجود دارد

اختلاف معنی داری در میانگین نمره فرسودگی شغلی بر حسب جنس، سن، سابقه کار و سطح تحصیلات وجود دارد .

اختلاف معنی داری در میانگین نمره سلامت روان بر حسب جنس، سن، سابقه کار و سطح تحصیلات وجود دارد.

ارتباط معنی داری بین نمره کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی و سلامت روان در کارکنان مورد مطالعه وجود دارد

# فصل دوم

## ادبیات مطالعه

## مبانی نظری کیفیت زندگی :

منشاء ظهور مفهوم کیفیت زندگی به فیلسوف قدیمی ارسطو بر میگردد او خوشحالی را حالتی خاص از فعالیت های شریف روح می دانست و می پنداشت که خوشحالی نعمتی خدادادی است.

واژه کیفیت زندگی اولین بار توسط پیگوا<sup>۱</sup> در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد و رفاه مطرح شد که در آن کتاب در مورد حمایت دولت از اقشار پایین و تاثیر آن بر روی زندگی و سرمایه های ملی بحث شده بود. اقدامات سازمان جهانی بهداشت و همچنین وجود نابرابری های اجتماعی گسترده روند توسعه مفهوم کیفیت زندگی و اعمال سیاستگذاری های مختلف را در ارتباط با کیفیت زندگی تسریع بخشید. در واقع تاریخچه تحقیق درباره کیفیت زندگی مربوط به تحقیقات جامعه شناسی است که در سال ۱۹۶۰ با تشکیل کمیته ای توسط رییس جمهور آمریکا شتاب گرفت و جامعه شناسان توجه خود را به کیفیت زندگی در مورد گروهها و جوامع مبذول داشتند. سایر پژوهشگران کیفیت زندگی فردی را مورد مطالعه قرار دادند. بحث کیفیت زندگی به تازگی در ادبیات توسعه پایدار، برنامه ریزی توسعه اجتماعی، مباحث اقتصاد نوین مطرح شده و جایگاه ویژه ای یافته است و دولتها در سطح ملی و محلی و نیز موسسات متعددی بر روی سنجش و شاخص سازی آن فعالیت می کنند(۹).

## مفهوم و تعاریف کیفیت زندگی

کیفیت زندگی مفهومی چند سویه و مبهم است که در سطوح مختلف از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی به کار می رود. تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی بسیار متنوع هستند. این تنوع نه تنها حاصل استفاده از دیدگاههای اجتماعی یا فردی است بلکه همچنین ناشی از طیف وسیع مدل‌های تئوریک یا جهت گیری های دانشگاهی نیز می باشد. بسیاری از نوشته های مرتبط با کیفیت زندگی به تنوع تعاریف کیفیت زندگی اشاره کرده اند به طوری که بسیاری معتقدند به اندازه تعداد افراد انسانی می توان از کیفیت زندگی تعریف ارائه داد. این نکته موید این حقیقت است که برای افراد مختلف اهمیت و ارزش هر یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی ممکن است متفاوت باشد. این امر میتواند گواهی بر فقدان تعریف عملیاتی مورد توافق در این زمینه باشد (۱۰).

### تعاریف کیفیت زندگی در دو دسته رویکرد قرار می گیرد:

الف) تعاریف عمومی از کیفیت زندگی که برای نوع انسان به طور کل قابل کاربرد است.

ب) تعاریف کیفیت زندگی در حوزه های خاص موضوعی مانند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یا کیفیت زندگی مرتبط با بیماری. این دو دسته تعاریف در ماهیت و سطح پیچیدگی نظری ازهم متمایزند. مرور انتقادی و جامع راپلی از تعاریف کیفیت زندگی حاکی از این است که تعداد کمی از تعاریف کیفیت زندگی وجود دارد که مورد تایید وسیع نه اجتماع عام قرار گرفته اند. تمامی این تعاریف اشاره دارند که کیفیت زندگی نوعی ادراک روان شناختی فردی درباره ابعاد مختلف

<sup>1</sup>Pigou

واقعتهای مادی جهان بیرونی است. گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به این گونه تعریف می کند:

ادراک افراد از جایگاه خود در زندگی و در زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات و دغدغه هایشان و... در برگیرنده سلامت فیزیکی فرد، روان شناختی، سطح استقلال و خود پیروی، روابط اجتماعی، باورهای شخصی و روابطش با ابعاد مهم محیط و ... کیفیت زندگی با ارزیابی ذهنی که درون زمینه محیطی، اجتماعی و فرهنگی صورت می گیرد مرتبط است. کیفیت زندگی را نمی توان به سادگی با واژه وضعیت سالم، رضایتمندی از زندگی، و وضعیت روحی، یا بهزیستی یکسان دانست. کیفیت زندگی، مفهومی چند بعدی است (۱۰).

کلمه کیفیت زندگی در لغت Qual به معنی چه و Quality به معنی چگونگی استخراج شده است. کیفیت زندگی به معنی چگونگی زندگی کردن و در برگیرنده تفاوت های آن است که برای هر فرد منحصر به فرد بوده و با دیگران متفاوت است کیفیت زندگی یک فرآیند منطقی و مفهوم استوار بر پایه فرهنگ است که از خلاصه ای از ارزش ها، عقاید و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ است و نیروی قدرتمندی در راستای حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگی های مختلف است (۲۳). شالوک<sup>۲</sup> و پارمنتر<sup>۳</sup>، کیفیت زندگی را اینگونه تعریف کرده اند " کیفیت زندگی در برگیرنده شرایط اساسی زندگی مانند غذای کافی، سرپناه و ایمنی به اضافه موارد غنابخش زندگی مانند فعالیت های فراگیر اجتماعی، تفریحی و اجتماع محلی است. این دسته عناصر غنابخش مبتنی بر ارزشها، باورها، منافع و نیازهای افراد است (۱۰).

کیفیت زندگی به معنای داشتن زندگی خوب و احساس رضایت از آن است یا اینکه می توان میزان واقعی رفاه تجربه شده به وسیله افراد و گروهها تحت شرایط اجتماعی و اقتصادی عمومی را کیفیت زندگی نامید (۱۱).

## مروری تاریخی بر مفهوم کیفیت زندگی

وینهوفن<sup>۴</sup> معتقد است در نیمه اول قرن بیستم کیفیت زندگی در کشورها بیشتر بر اساس سطح مادی زندگی مورد اندازه گیری قرار می گرفت. هرچه سطح این معیار در کشورها بالاتر بود این گونه پنداشته می شد که زندگی شهروندان آن کشور نیز بهتر است. کیفیت زندگی بر اساس معیارهای مرتبط با تولید ناخالص داخلی اندازه گیری می شود. در دهه ۱۹۶۰ اعتقادات و باورها تغییر کرد این امر موجب شد کیفیت زندگی در قالب شاخصهای گسترده تر و فراگیر تر تعریف شود. تغییری که به جنبش شاخصهای اجتماعی منتهی گردید. همان گونه که گزارش وینهوفن نشان می دهد در نیمه اول قرن بیستم تولید ناخالص داخلی یا سطح مادی زندگی به جای کیفیت زندگی اندازه گیری می شد. آنچه از شواهد بر می آید در گذشته تعریف یا بازتعریف آمارهای اجتماعی یا جمع آوری آمارهای اجتماعی تحت عنوان کیفیت زندگی صورت گرفته است. کامنیز سخترانی رئیس جمهور آمریکا، جانسون<sup>۵</sup>، را در سال ۱۹۶۴ گزارش میکند که گفت: پیشرفت و ترقی به سوی اهداف اجتماعی را نمی

<sup>2</sup> schalock

<sup>3</sup> parmenter

<sup>4</sup> Winhophen

<sup>5</sup> Jhonson

توان بر اساس تراز مالی بانک ها اندازه گیری کرد. پیشرفت تنها از طریق کیفیت زندگی مردمان قابل اندازه گیری است. نول یکی از محققان برجسته در زمینه کیفیت زندگی نیز سخنان رئیس جمهور امریکا در سال ۱۹۶۴ را مورد تاکید قرار می دهد " بزرگترین جامعه در ارتباط با " چقدر " تعریف نمیشود بلکه با " چقدر خوب " قابل سنجش است، نه با کمیت کالاها بلکه با کیفیت زندگی تعریف میشود. از این رو ایده کیفیت زندگی به عنوان شاخص قابل اندازه گیری دستاوردهای یک جامعه بزرگ با ایده ترقی و پیشرفت عجین شده و قابل انفکاک نیست (۱۰).

## ابعاد کیفیت زندگی

به نظر چوکلر<sup>۶</sup> و شایبر<sup>۷</sup> کیفیت زندگی سه بعد مهمی دارد که این سه بعد یعنی رابطه، زمان و تجربه را به هم می پیوندد.

- رابطه شامل مولفه های فامیل، گروههای اجتماعی، چهارچوب فرهنگی و سیاسی و نیز خود فرد است که وضعیت فرد در رابطه با فامیل و گروههای اجتماعی از همه مهم تر است. چهارچوب فرهنگی و سیاسی مولفه هایی هستند که هم بر روی فرد هم فامیل و هم گروههای اجتماعی تاثیر می گذارد.

- زمان دومین بعد است که به طور عمده بیانگر وضعیت موجود است. تاریخچه فرد قسمت دیگر از این بعد را تشکیل می دهد. همچنین انتظاراتی که ممکن است فرد از آینده دور داشته باشد بر روی این بعد تاثیر می گذارد.

- تجربه سومین و شاید مهم ترین بعد می باشد که خود شامل چندین حوزه می باشد:

- ۱- ایمان مذهبی و عقاید باورهای اخلاقی یکی از حوزه های آن است.
- ۲- حوزه بعدی وضعیت اقتصادی اجتماعی است که شامل وضعیت مالی، سلامت جسمی، محیط، شغل و اوقات فراغت می باشد
- ۳- حوزه بین فردی نیز دربرگیرنده نحوه ارتباط با خویشاوندان و دوستان، مهارت اشخاص در برقراری ارتباط جدید و الگوی تماس های اجتماعی افراد است.
- ۴- حوزه های روانی نیز یک استراتژی مثل سازش است که نحوه برخورد با هیجانات، مهارت ارتباط دادن بین ادراک و تجربیات و انگیزه افراد جهت سلامت فردی در این حوزه قرار می گیرد.
- ۵- آگاهی از شرایط بدن یک مولفه مهم از بعد تجربه است و فاکتورهای تعیین کننده آن شامل وجود علائم بیکاری، درد قابل ملاحظه و ظرفیت روحی و عملکرد اعضاء بدن می باشد.

هر کدام از این ابعاد و اجزاء مذکور در شکل گیری قضاوت فرد از کیفیت زندگی نقش مهمی ایفا می کند. کینگ و هندس: کیفیت زندگی را شامل چهار بعد می دانند که عبارتند از رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه اجتماعی، رفاه معنوی.

<sup>6</sup> Chukler

<sup>7</sup> Shaybr

کارون و همکاریانش در این رابطه می افزایند که کیفیت زندگی دارای دو جزء عینی و ذهنی است جزء ذهنی آن به مفهوم احساس خوب بودن ، رضایت از زندگی و خوشحال بودن اشاره دارد در حالی که جزء عینی مربوط به جنبه هایی از عملکرد اجتماعی و محیطی می باشد .

سازمان بهداشت جهانی ابعادی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته که عبارتند از : بعد جسمی ، روانی ، سطح وابستگی ، بعد روحی – مذهبی و اعتقادات شخصی(۱۱).

## رویکردهای کیفیت زندگی

در بخش های مختلف دنیا نظریه ها و رویکردهای مختلفی در مورد کیفیت زندگی و تعاریف مربوط به آن وجود دارد که هر یک بر ابعاد خاصی توجه و تاکید دارند .

رویکرد اسکاندیناوی : این رویکرد در کشورهای اسکاندیناوی طرفداران زیادی داشته و توسط جان درینوسکی<sup>۸</sup> و ریچارد تیتموس<sup>۹</sup> مطرح شده است . در این رویکرد بر شرایط عینی زندگی و تعیین کننده های مرتبط با آن ها تاکید شده است و کیفیت زندگی و رفاه افراد از طریق ارضای نیاز های اولیه زندگی مشخص می شود . این رویکرد بر بسیاری از گروههای اجتماعی اثر گذار بوده است .

رویکرد آمریکایی : در بیشتر تحقیقاتی که در آمریکا بر روی کیفیت زندگی انجام شده محققان بیشتر به تجارب ذهنی افراد از زندگی شان توجه کرده و به معرف های ذهنی تاکید نموده اند . از تاثیر گذاران این رویکرد می توان به روانشناس اجتماعی توماس<sup>۱۰</sup> اشاره کرد . در این رویکرد رضایتمندی و خوشبختی به عنوان معرف های اصلی سنجش کیفیت زندگی به کار برده می شود . و طرفداران این دیدگاه معتقدند که شهروندان بهترین قضاوت کنندگان در خصوص موقعیت های زندگی خود می باشند و بیان می کنند که کیفیت زندگی را باید از دریچه چشم بیننده مشاهده کرد . رویکرد اروپایی : " ارزیابی کیفیت زندگی " این مفهوم ابتدا در سال ۱۹۹۷ در اتحادیه اروپا در دوران ریاست آلمان مطرح شد . گروهی از محققان علوم اجتماعی در آمستردام گردهم آمدند و ارتباط بین سیاست اجتماعی و کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادند. آنها بیان داشته اند که ما باید جامعه ای داشته باشیم که از نظر اقتصادی موفق باشد ولی در همان حال بتواند عدالت اجتماعی و مشارکت را برای شهروندان ارتقاء دهد و این امر باید به عنوان پیامد پیشرفت اجتماعی ، اقتصادی و سیاسی در اروپا در نظر گرفته شود . همان گروه در سال ۱۹۹۸ تصمیم به تاسیس اتحادیه اروپای کیفیت زندگی گرفتند . آنها بیان نمودند که کیفیت زندگی باید به عنوان یک اصل یا یک معیار علمی در نظر گرفته شود . آنها کیفیت زندگی را اینگونه تعریف کرده اند : توسعه ای که در آن شهروندان قادر باشند زندگی اقتصادی – اجتماعی و نیز ارتباطاتشان را مشارکت کنند . شاخص های مد نظر آن شامل موارد زیر بود :

– درجه حضور در جامعه

– انسجام و همبستگی اجتماعی

<sup>8</sup> Drynovsky

<sup>9</sup> Titmuss

<sup>10</sup> Thomas

– وسعت خودمختاری و مقتدر سازی

با توجه به رویکردهای گفته شده، در مطالعه حاضر بیشتر به رویکرد آمریکایی توجه شده است زیرا به معرفهای ذهنی بیشتر پرداخته شده است. از آنجایی که کیفیت زندگی با استفاده از ابزار SF36 سنجیده شده است و در این ابزار و در تحقیق حاضر بیشتر، کیفیت زندگی با ملاکهای ذهنی و قضاوت افراد سنجش می شود. (۱۲)

## – شاخص های کیفیت زندگی

هورنکوئیست<sup>۱۱</sup> یکی از جامع ترین و کامل ترین تعاریف زندگی اجتماعی را ارائه نموده است. وی اندازه گیری کیفیت زندگی را به وسیله بررسی ابعاد پنج گانه زیر از زندگی افراد امکان پذیر می دانست :

– قلمرو فیزیکی : شامل سلامت بدن و عدم فشار ناشی از بیکاری های خاص

– قلمرو روانی و عاطفی : شامل احساس رضایت از زندگی ، احساس خوب بودن و عملکرد فکری ، عقلانی و اعتقادات

– قلمرو اجتماعی : شامل تماس اجتماعی و ارتباط مناسب با دیگران به طور عموم با خانواده و همسر به طور ویژه

– قلمرو رفتاری حرکتی : شامل ظرفیت پذیرش و مراقبت از خود و انجام کار و فعالیت و حرکت

– قلمرو مادی : شامل وضعیت مادی و اقتصادی فرد به طور کلی درک فرد از رضایت فردی از زندگی

شاخص های کیفیت زندگی از دیدگاه مجله اطلاعات اقتصادی بین الملل

این مجله در سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ دست به مطالعه بر روی شاخص های زندگی زد و شاخص های کیفیت زندگی را در ۹ دسته معرفی نمود :

- ۱- رفاه مادی: با معیارهایی مانند تولید ناخالص ملی
- ۲- سلامتی: با شاخص هایی مانند امید به زندگی در بدو تولد و ...
- ۳- امنیت و ثبات سیاسی: با شاخص هایی مانند سرمایه گذاری های صورت گرفته با توجه به ثبات سیاسی کشور
- ۴- شاخص های خانوادگی: با شاخص هایی مانند طلاق
- ۵- زندگی جمعی: با شاخص هایی مانند تعداد اتحادیه های تجاری – کلیسا
- ۶- محیط طبیعی و جغرافیایی: با شاخص هایی مانند میزان آلودگی محیط زیست
- ۷- امنیت شغلی: با شاخص هایی مانند بیکاری
- ۸- آزادی سیاسی: با شاخص هایی مانند آزادی مدنی
- ۹- عدالت جنسی: با شاخص هایی مانند میزان موقعیت ها و فرصت ها و حوزه های مختلف برای زنان و مردان (۲۲).
- ۱-۴-۵- شاخص کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت
- ۱- سلامت فیزیکی : فعالیت های روزمره زندگی ، وابستگی به مواد دارویی و کمک های پزشکی ، قدرت ، خستگی ، درد و ناراحتی ، تحرک ، خواب

<sup>11</sup> Hornkoist



۲- سلامت روانی: تصور از خود و ظاهر بدنی، احساس مثبت و منفی، اطمینان به نفس، حالات مذهبی، تفکر و یادگیری، حافظه و تمرکز

۳- ارتباطات اجتماعی، ارتباطات شخصی و فعالیت های جنسی

۴- محیط. منابع مادی و مالی، آزادی و ایمنی، مراقبت های بهداشتی و درمانی (در دسترس بودن / کیفیت) (۱۱)

## —مدلهای کیفیت زندگی

### مدل ادراکی کیفیت زندگی زان:

خانم زان ۱۲، ابعاد کیفیت زندگی را به صورت رضایت از زندگی، مفهومی از خود، فاکتورهای بهداشتی-عملکردی و اقتصادی اجتماعی مطرح میکند بر اساس این نوع مدل زمینه های شخصی هر فرد، بهداشت، وضعیت اجتماعی، فرهنگ، محیط و سن بر کیفیت زندگی تاثیر دارد. مفهوم درک شده از کیفیت زندگی، اثر متقابل بین شخص و محیط او ایجاد میکند



شکل ۲-۱: فلوچارت مفهوم درک شده از کیفیت زندگی

مدل فرل و هاسی:

فرل و هاسی (۱۹۹۵) مدلی را ارائه دادند که بر اساس آن کیفیت زندگی متاثر از رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه روحی و رفاه اجتماعی قلمداد می شود (۱۱)

## — کیفیت زندگی در ایران

بر اساس شاخص کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰، ایران در بین ۱۹۴ کشور جهان رتبه ۱۵۰ را به خود اختصاص داده که بهترین رتبه در چهار سال اخیر است. با این حال ایران از نظر شاخص های کیفیت زندگی در مقایسه با سایر کشورهای جهان از جایگاه مناسبی برخوردار نیست و جزو کشورهای نسبتاً ضعیف در این شاخص محسوب می شود، اما نسبت به کشورهای منطقه چندان ضعیف نیست. و به لحاظ کیفیت زندگی بالاتر از کشورهای چون قزاقستان، عمان، عربستان سعودی، عراق، افغانستان،

<sup>12</sup> Zhan

<sup>13</sup> Ferrel & Hassay

پاکستان و یمن و پایین تراز کشورهای ترکیه، اردن، لبنان، سوریه، ارمنستان، بحرین، قطر، امارات، قرقیزستان و ازبکستان قرار دارد.

با توجه به آمارها می توان گفت که ایران از نظر شاخص های منفرد مربوط به سطح زندگی، اقتصاد و امور زیربنایی یکی از کشورهای با موفقیت متوسط محسوب می شود. امتیاز شاخص های فرهنگ و اوقات فراغت و بهداشت در ایران به مراتب بالاتر از کشورهای همسایه است. آنچه موجب شده است که ایران صاحب رتبه پایینی باشد امتیاز کم کشور در شاخص های " آزادی " و " خطرپذیری " است.

نتایج حاصل از رضایت مردم از زندگی در سال های اخیر حاکی از آن است که میزان رضایت از وضعیت فردی روند رو به رشدی داشته است اما در حوزه فرآیند های اجتماعی مانند رفتارها و مسائل اخلاقی، عدالت، دموکراسی، اشتغال و تورم میزان رضایتمندی پایین است.

## — نظریات کیفیت زندگی

زان در سال ۱۹۹۲ مدلی برای کیفیت زندگی ارائه داد. به اعتقاد او کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی، عملکردی و اقتصادی و فرهنگی است. کیفیت زندگی تحت تاثیر زمینه های شخصی و سلامت و عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و محیط و سن است. مفهوم درک شده از کیفیت زندگی در نتیجه اثر مقابل بین شخص و محیط او ایجاد می شود(۱۰).

نظریه های مبتنی بر فرد :

در نظریه های مبتنی بر فرد کیفیت زندگی آن چیزی است که به وسیله فرد درک میشود به عنوان مثال پارک و پارک (۱۹۹۳) کیفیت زندگی را مجموعه ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی می دانند که به وسیله یک فرد درک می شود(۱۳). گرانث ۱۴ و همکارانش کیفیت زندگی را با ارزیابی مثبت و منفی فرد از مشخصه ها و خصوصیات زندگی خود در ارتباط می دانند.

الیور ۱۵ و همکارانش معتقدند که برداشت و درک افراد از موقعیت خود در زندگی در رابطه با اهداف و سیستم ارزشی مورد قبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی را می توان کیفیت زندگی نامید این مفهوم دارای ابعاد مختلف سلامت جسمی، وضعیت روانی، استقلال و تعاملات اجتماعی و اعتقادات فردی است. شاب و رابنت (۱۰):

شاب ۱۶ و رابنت ۱۷ می نویسند کیفیت زندگی یک مفهوم وسیع و چند بعدی است که دارای چند اصل محوری به قرار زیر است:

---

<sup>14</sup> Grant  
<sup>15</sup> Oliver  
<sup>16</sup> Shup  
<sup>17</sup> Bishop and Rabent

- کیفیت زندگی به بهترین شیوه از طریق دیدگاه فرد قابل فهم باشد
- کیفیت زندگی مجسم کننده احساس رفاه باشد.
- کیفیت بالای زندگی زمانی احساس می شود که نیازهای پایه فرد برآورده شود و او فرصتهایی را جهت تعقیب و نایل شدن به اهداف و چالشها داشته باشد.
- کیفیت زندگی می تواند از طریق اجازه انتخاب دادن به افراد و تشویق آنها به تصمیم گیری هایی که در زندگیشان می گذارد، ارتقا یابد.
- احساس در جمع بودن کیفیت زندگی را ارتقاء می دهد(۱۲).

### نظریه های مبتنی بر خانواده:

ارتباط بین عوامل موثر بر زندگی خانوادگی و کیفیت زندگی امری روشن و بدیهی است. خانواده هایی که در سطح بالایی از بهزیستی برخوردارند قادر به برآورده کردن نیازهای اساسی خود بوده و در نتیجه ظرفیت بهزیستی اعضا این خانواده نیز افزایش می یابد. با توجه به آنچه گفته شد یک بعد مهم کیفیت زندگی بعد خانوادگی است که در بررسی کیفیت زندگی باید در نظر گرفته شود. فرانس ۱۸ و پاورز ۱۹ در مطالعات خود در زمینه کیفیت زندگی یک بعد مجزا را به عنوان بعد خانوادگی مطرح کرده اند. خانواده قلب تکامل انسان، اولین ساختار حمایتی، اجتماعی در زندگی هر فرد و نخستین معلم و مراقب بهداشتی است. در سال جهانی خانواده ۱۹۹۴ اهمیت حیاتی این نهاد در حفظ مطلوب سلامت فیزیکی و روانی و اجتماعی برای اعضای آن مطرح شد(۹).

## بررسی متون

زمردی (1382) نیز تحقیقی با عنوان رابطه کیفیت زندگی کاری و فرسودگی شغلی مدیران دریافته است که میزان ضریب

همبستگی این دو متغیر -81 «مدارس شهر مشهد در سال تحصیلی 82 می باشد  $r = -0/557$ .

<sup>18</sup> France

<sup>19</sup> Powers

پاکی (1380) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ی تفکر غیر منطقی با فرسودگی شغلی در معلمان و دبیران شهرستان اصفهان انجام داده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که بین معلمان زن و مرد از نظر میزان فرسودگی شغلی، تفاوت معنی دار وجود دارد؛ ولی بین تفکر غیر منطقی و فرسودگی شغلی، رابطه ی معنی دار مشاهده نشده است.

محمدی (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان رابطه کیفیت زندگی کاری و سلامت سازمانی در مدارس بدین نتیجه رسیده است که بین زندگی کاری و سلامت سازمانی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. از میان مولفه های کیفیت زندگی کاری، مؤلفه تأمین فرصت رشد و سپس مؤلفه قانون گرایی بیشترین تأثیر را بر سلامت سازمانی دارند.

خاکبازان (1385) نیز تحقیقی با موضوع انجام بررسی رابطه بین منبع کنترل و فرسودگی شغلی معلمان داده است، و بدین نتیجه رسیده است که بین منبع کنترل درونی و بیرونی معلمان زن و مرد تفاوت معناداری مشاهده نشد. میزان فرسودگی شغلی در مؤلفه عملکرد شخصی معلمان زن به طور معناداری پایین تر از میزان فرسودگی شغلی در مؤلفه عملکرد شخصی معلمان مرد است. از روی نمرات فرسودگی شغلی می توان نمره کنترل جهت گیری بیرونی معلمان را پیش بینی کرد و قدرت پیش بینی فرسودگی شغلی در مؤلفه خستگی عاطفی بیشتر از فرسودگی شغلی در مؤلفه عملکرد شخصی و مسخ شخصیت است.

عرفانی (1378) طی پژوهشی با عنوان بررسی میزان فرسودگی شغلی مشاوران مدارس نظامی مشاوران زن و مرد، 145 نفر مشاوران آموزش متوسطه استان کردستان را مورد مطالعه قرار داده است؛ و بدین نتیجه رسیده است که مشاوران از فرسودگی زیاد رنج می برند و همچنین بین نگرش مشاوران در مورد میزان همکاری سایر کارکنان با آنان و اهمیت کار مشاوره و سن با فرسودگی شغلی همبستگی منفی وجود دارد.

راسل و ولزن (1987) هم پژوهشی با عنوان فشارهای شغلی، حمایت اجتماعی و فرسودگی شغلی انجام داده اند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش، پرسشنامه بوده و در مورد 360 معلم در ایالت ایووا در آمریکا، اجرا گردیده است. یافته های اصلی این پژوهش عبارت بوده اند از: تنها متغیری که به طور معنی داری با تعداد حوادث فشارزای محیط کار مرتبط است، سن آزمودنیها می باشد، یعنی معلمان جوان فشارهای شغلی بیشتری را گزارش کرده اند. نمرات فرسودگی شغلی به طور معناداری با ویژگی های فردی معلمان، مرتبط بوده است. پیش بینی کننده معنا دار برای خستگی هیجانی، سن معلمان و تعداد دانش آموزان در کلاس آنان بوده است. به عبارت دیگر، خستگی هیجانی به وسیله ی معلمان جوان و کسانی گزارش شده است که در کلاس هایبیا تعداد دانش آموز بیشتر، تدریس داشته اند. نگرش منفی در پاسخ به دیگران، با جنسیت معلم و مقطع تدریس، مرتبط بوده است، یعنی معلمان مرد و معلمانی

که در مقطع متوسطه تدریس کرده اند، سطوح بالاتری از نگرش منفی در پاسخ به دیگران را گزارش نموده اند. وضعیت تاهل و مقطع تدریس، پیش بینی کننده های عمده ی موفقیت فردی بوده اند، به عبارت دیگر، معلمان متاهل و معلمانی که در سطح ابتدایی تدریس داشته اند، احساس موفقیت فردی بیشتری را گزارش کرده اند. معلمانی که فشارهای شغلی بیشتری داشته اند، خستگی هیجانی و نگرش منفی در پاسخ به دیگران را بیشتر گزارش کرده اند. حمایت اجتماعی دریافت شده از همکاران، تنها پیش بینی کننده ی فرسودگی شغلی معلمان بوده است؛ یعنی معلمانی که از حمایت همکاران خود برخوردار بوده اند، خستگی هیجانی کمتر و نگرش مثبت بیشتری نسبت به دانش آموزان داشته اند و احساس موفقیت فردی در آنان نیز، در سطح بالاتری بوده است در مورد حمایت اجتماعی، فرضیه رابطه ای تایید شده بدین معنا می باشد که هرچه سطح حمایت دریافتی از طرف قربانیان فرسودگی شغلی افزایش یابد، فشارهای شغلی و نگرش منفی در پاسخ به دیگران نیز کاهش می یابد.

جکسون و همکارانش ( 1986 ) نیز پژوهشی را با عنوان برداشتی از پدیده ی فرسودگی شغلی، در زمینه ی فرسودگی شغلی معلمان انجام داده اند. در این پژوهش، فرسودگی شغلی به عنوان نشانگان روانشناختی شامل خستگی هیجانی، نگرش منفی در پاسخ به دیگران و احساس عدم موفقیت فردی تعریف شده است. یافته های اصلی این پژوهش عبارت بوده اند از انتظارات برآورده نشده شغلی، در فرسودگی شغلی اثری ندارد. خستگی هیجانی، شدیدترین همبستگی را با متغیر تعارض نقش دارد، یعنی هر چه تعارض نقش بیشتر است، فرسودگی شغلی نیز جدی تری می باشد. بالاترین میزان احساس موفقیت فردی مربوط به افرادی است که در محیط، حمایت می شوند. فقدان حمایت فردی در محیط، تنها عاملی است که با نگرش منفی در پاسخ به دیگران، رابطه دارد.

# فصل سوم

## روش مطالعه

۱- جامعه آماری:

این مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی بر روی کارکنان اداره کل بیمه سلامت منطقه سه کشور انجام شد

۲- روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

جامعه ی آماری تحقیق حاضر کلیه کارکنان ادارت بیمه سلامت منطقه ۳ کشور به حجم ۹۰۹ نفر می‌باشند. بدلیل عدم امکان بررسی همه اعضای جامعه آماری، تعدادی از اعضای جامعه را انتخاب می‌کنیم. حجم نمونه طبق روش کوکران با میزان خطای ۰/۰۱، تعداد 272 نفر برآورد می‌گردد که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شد. قلمرو مکانی این تحقیق ادارت کل بیمه سلامت منطقه ۳ کشور می‌باشند. قلمرو زمانی این تحقیق در برگیرنده فاصله زمانی ۵ ماهه از اسفند ماه ۱۳۹۴ تا اسفند ماه ۱۳۹۵ می‌باشد. برای انجام نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی شده استفاده شد. ادارات کل بیمه سلامت منطقه ۳ بعنوان خوشه در نظر گرفته شد و در هر خوشه متناسب با تعداد کارکنان و به روش سهمی از بین کارکنان هر اداره کل به صورت تصادفی سیستمیک حجم نمونه مورد نظر انتخاب شد.

### ۳- مشخصات ابزار جمع‌آوری داده‌ها

1 پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی مسلش

2- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)

3- پرسشنامه سلامت عمومی GHQ

### پرسشنامه فرسودگی شغلی مسلش

این پرسشنامه شامل ۲۵ ماده است که جنبه‌های سه‌گانه فرسودگی شغلی (خستگی عاطفی، موفقیت فردی و شخصیت زدایی) را می‌سنجد. مسلش و جکسون ضریب پایایی درونی را برای خستگی عاطفی ۰/۹، شخصیت زدایی ۰/۷۹ و موفقیت فردی را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط فیلیان (۱۳۷۱) مورد تأیید قرار گرفته است و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورده شده است همچنین بهنیا (۱۳۷۹) ضریب پایایی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۷ و بدری گرگوری (۱۳۷۴) بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ محاسبه کرده‌اند با عنایت به استاندارد بودن پرسش‌نامه ی فرسودگی شغلی، این پرسش‌نامه دارای اعتبار لازم برای سنجش میزان فرسودگی شغلی می‌باشد.

### پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (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 بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های

فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس 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 برای بررسی روانی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد.

### پرسشنامه سلامت عمومی GHQ:

پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی از ۴ خرده آزمون تشکیل شده که هر کدام از آن‌ها دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده است، به نحوی که سؤال ۱ تا ۷ مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به خرده آزمون اضطراب و بیخوابی، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به خرده آزمون اختلال در کارکرد اجتماعی و سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به خرده آزمون افسردگی است. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت عمومی دارای ۴ گزینه هستند و دو نوع روش نمره گذاری برای این گزینه‌ها وجود دارد. یکی روش نمره گذاری GHQ، که در این روش، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۰، ۱، ۰) نمره گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. روش دوم، شیوه نمره گذاری لیکرت است که براساس این شیوه، گزینه‌های آزمون به صورت (۱، ۲، ۳، ۴) نمره گذاری می‌شوند و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در هر دو روش نمره گذاری، نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. روانی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۹۸۵) پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد. رابینسون و پرایس (۱۹۸۶) از ۱۰۳ بیمار که قبلاً سکته قلبی کرده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه، پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل نتایج، ضریب پایایی ۰/۹۰ را به دست داد. تقوی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را براساس سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضرایب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روانی پرسشنامه سلامت روانی از روش‌های روانی



همزمان و تحلیل عوامل استفاده شده است.روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه

بیمارستان میدلسکس (MHQ0/55) گزارش شده است

#### ۴- روش جمع آوری داده ها:

پرسشنامه ها با هماهنگی کارشناسان پژوهشی ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور بین همکاران توزیع ، پرسشنامه ها

بصورت خودایفا تکمیل و پس از تکمیل و جمع اوری بارعایت ملاحظات اخلاقی و محرمانه ماندن اطلاعات تجزیه و تحلیل

گردید .

#### ۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها:

داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار SPSS – ۱۹ وارد و ضمن ارائه آمار توصیفی بوسیله آزمونهای آماری t- test مستقل،

Anova، تست توکی و ضریب همبستگی پیرسون ، آزمون ناپارامتری کروسکال والیس ، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن

در سطح آلفای مساوی ۰/۰۵ آنالیز شد.

#### ملاحظات اخلاقی:

پرسشنامه ها بدون نام و نام خانوادگی بود و اطلاعات جمع آوری شده محرمانه ماند و کسب

رضایت آگاهانه قبل از ورود به مطالعه به صورت کتبی از افراد مورد مطالعه اخذ شد.

# فصل چهارم

## یافته های مطالعه

این مطالعه بر روی ۲۹۰ نفر از کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور با میانگین سنی  $۴۱/۳ + ۶/۴$  سال با حداقل سن ۲۶ و حداکثر سن ۵۹ سال انجام شد. میانگین سابقه کار در کارکنان مورد مطالعه  $۱۵/۶ + ۵/۴$  سال با حداقل یکسال و حداکثر ۳۰ سال تعیین گردیده از ۲۹۰ کارکنان مورد مطالعه ۱۵۱ نفر (۵۲/۱٪) مرد و ۱۳۹ نفر (۴۷/۹٪) زن بودند. توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک کارکنان و استان محل خدمت آنها در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول شماره یک: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک در کارکنان اداره کل بیمه سلامت منطقه سه مورد مطالعه

نام متغیر	فراوانی	درصد	
استان محل خدمت	خراسان جنوبی	۲۴	۸/۳
	یزد	۲۷	۹/۳
	کرمان	۳۸	۱۳/۱
	هرمزگان	۱۹	۶/۶
	بوشهر	۳۳	۱۱/۴
	سیستان و بلوچستان	۶۷	۲۳/۱
	فارس	۸۲	۲۸/۳
لیست سازمانی	کارشناس بیماری‌رسانی و اسناد پزشکی	۴۸	۱۶/۶
	بیمه‌گری و درآمد	۲۰	۶/۹
	اداری و مالی	۴۵	۱۵/۵
	مدیریت و مسئول	۵۴	۱۸/۶
	نامشخص	۱۲۳	۲۴/۴
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۶	۵/۵
	فوق دیپلم	۱۸	۶/۲
	لیسانس	۱۶۹	۵۸/۳
	فوق لیسانس	۷۱	۲۴/۵
	دکتر	۱۶	۵/۵

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره فراوانی و شدت فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و سلامت عمومی و حیطه‌های آن در کارکنان مورد مطالعه

نام متغیر	شاخص آماری	فراوانی	می‌نیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی (از صد) حیطه‌های	مقیاس سلامت روان	۲۹۰	۱۲/۵	۱۰۰	۶۲/۴	۱۶/۱
	مقیاس سلامت محیط	۲۹۰	۰	۱۰۰	۵۷	۱۴/۷
	مقیاس سلامت کلی	۲۹۰	۰	۱۰۰	۶۷/۹	۱۸/۵

۱۷/۱	۶۳/۵	۱۰۰	۰	۲۹۰	مقیاس سلامت جسمی	حیطه های سلامت عمومی
۱۸/۸	۶۴/۶	۱۰۰	۰	۲۹۰	مقیاس روابط اجتماعی	
۱۴/۷	۶۳/۱	۹۶/۲۵	۱۰/۲۱	۲۹۰	نمره کل کیفیت زندگی	
۳/۴۷	۶/۲۴	۱۹	۰	۲۹۰	حیطه سلامت جسمانی از ۲۱ نمره	
۴/۲	۶/۱	۲۱	۰	۲۹۰	حیطه اضطراب و خواب از ۲۱ نمره	
۳/۲۷	۸/۴۴	۱۸	۰	۲۹۰	حیطه کارکرد اجتماعی از ۲۱ نمره	
۳/۷۴	۲/۴۴	۲۱	۰	۲۹۰	حیطه افسردگی از ۲۱ نمره	
۹/۸۷	۲۳/۲۲	۷۱	۰	۲۹۰	نمره کل سلامت عمومی از ۸۴ نمره	
۳۰/۲	۴۰/۴	۱۵۰	۰	۲۹۰	نمره فراوانی فرسودگی شغلی از ۱۵۰	
۳۰/۳	۵۴/۹۶	۵۲	۰	۲۹۰	نمره شدت فرسودگی شغلی از ۱۷۵	

براساس داده های جدول فوق در کیفیت زندگی بالاترین نمره مربوط به زیر مقیاس سلامت کلی و روابط اجتماعی و کمترین نمره

مربوط به سلامت محیط بوده در حیطه سلامت عمومی نیز بالاترین نمره مربوط به حیطه کارکرد اجتماعی و کمترین نمره مربوط به

حیطه افسردگی بود و نمره فرسودگی شغلی نیز از ۱۵۰ نمره ۴۰/۴ به دست آمد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی سن و سابقه کار در کارکنان مورد مطالعه

درصد	فراوانی	نام متغیر	
		کمتر از ۳۵ سال	سن
۱۴/۵	۴۲		
۵۳/۴	۱۵۵	۳۵-۴۴ سال	
۳۲/۱	۹۳	۴۵ سال و بیشتر	کار بسته
۱۱/۴	۳۳	کمتر از ده سال	
۶۱	۱۷۷	۱۰-۱۹ سال	

۲۷/۶	۸۰	۲۰ سال و بیشتر	
------	----	----------------	--

براساس داده های جدول فوق بیشتر کارکنان مورد مطالعه سن بین ۳۵-۴۴ سال (۵۳/۴٪) و سابقه کار بین ۱۰-۱۹ سال (۶۱٪) داشتند.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی در کارکنان مورد مطالعه بر حسب جنس

P-Value t-test مستقل یا من ویتنی	جنس		نام متغیر
	زن N = ۱۳۹ $\bar{X} \pm SD$	مرد N = ۱۵۱ $\bar{X} \pm SD$	
t = ۲/۱۳ P = ۰/۳۴	۶۱/۲ ± ۱۴/۸	۶۴/۹ ± ۱۴/۵	نمره کل کیفیت زندگی
t = ۳/۲۶ P = ۰/۰۰۱	۲۵/۲ ± ۹/۷	۲۱/۴ ± ۹/۷	نمره کل سلامت عمومی
Z = ۰/۴۶ P = ۰/۶۵	۳۹/۶ ± ۳۰/۶	۴۱/۱ ± ۲۹/۸	نمره فراوانی فرسودگی شغلی
Z = ۰/۱۹ P = ۰/۸۴	۵۵/۸ ± ۳۲/۷	۵۴/۲ ± ۲۸	نمره شدت فرسودگی شغلی

براساس داده های جدول فوق نمره کیفیت زندگی در مردان به طور معناداری بالاتر از زنان بود (P = ۰/۰۳۴) در حالیکه نمره سلامت عمومی در زنان به طور معناداری بالاتر از مردان بود (P = ۰/۰۰۱) ولی نمره فرسودگی شغلی در زنان و مردان تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد.

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت عمومی و فرسودگی شغلی بر حسب سن در کارکنان مورد مطالعه

P-Value ANOVA آزمون یا کروسکال والیس	سن			نام متغیر
	۴۵ سال و بالاتر N = ۹۳ $\bar{X} \pm SD$	۳۵ - ۴۴ سال N = ۱۵۵ $\bar{X} \pm SD$	کمتر از ۳۵ سال N = ۴۲ $\bar{X} \pm SD$	
f = ۱/۱۹ P = ۰/۳۱	۶۳/۲ ± ۱۷/۱	۶۲/۳ ± ۱۳/۵	۶۶/۲ ± ۱۳/۱	نمره کل کیفیت زندگی
f = ۰/۰۵۱	۲۳ ± ۸/۶	۲۳/۳ ± ۹/۶	۲۳/۵ ± ۱۳/۴	نمره کل سلامت عمومی

$P = ۰/۹۵$				
$\chi^2 = ۹/۸۴$ $P = ۰/۰۰۷$	$۳۳/۶ \pm ۳۳/۱$	$۴۳/۶ \pm ۲۷/۸$	$۴۳/۴ \pm ۲۹/۷$	نمره فراوانی فرسودگی شغلی
$\chi^2 = ۰/۶۹$ $P = ۰/۷۱$	$۵۷ \pm ۳۱/۱$	$۵۵ \pm ۳۱/۴$	$۵۰/۴ \pm ۲۳/۹$	نمره شدت فرسودگی شغلی

براساس داده های جدول فوق اختلاف معنی داری در میانگین نمره کل کیفیت زندگی، سلامت عمومی و نمره شدت فرسودگی شغلی بر حسب سن مشاهده گردید ولی نمره فراوانی فرسودگی شغلی در افراد با سن ۳۵-۴۴ ساله به طور معناداری بالاتر از افراد ۴۵ سال و بالاتر بود (آزمون من ویتنی  $P = ۰/۰۰۲$ ) و در افراد کمتر از ۳۵ سال نیز به طور معناداری کمتر از افراد ۴۵ سال و بالاتر بود (آزمون من ویتنی  $P = ۰/۰۴۱$ ) و با افزایش سن افزایش نشان داد.

جدول شماره ۶: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی بر حسب سابقه کار در کارکنان مورد مطالعه

P-Value ANOVA آزمون یا کروسکال والیس	۲۰ سال و بالاتر N = $\bar{X} \pm SD$	۱۹-۱۰ سال N = $\bar{X} \pm SD$	کمتر از ۱۰ سال N = $\bar{X} \pm SD$	سابقه کار نام متغیر
$f = ۲/۳۲$ $P = ۰/۱$	$۶۳/۳ \pm ۱۶/۳$	$۶۲/۱ \pm ۱۴/۲$	$۶۸/۱ \pm ۱۲/۴$	نمره کل کیفیت زندگی
$f = ۲/۶۲$ $P = ۰/۰۷۵$	$۲۲/۵ \pm ۸/۷$	$۲۴/۱ \pm ۹/۷$	$۲۰/۲ \pm ۱۲/۴$	نمره کل سلامت عمومی
$\chi^2 = ۱۱/۹$ $P = ۰/۰۰۳$	$۳۱/۱ \pm ۲۹/۹$	$۴۴/۷ \pm ۳۰/۳$	$۳۹/۶ \pm ۲۵/۷$	نمره فراوانی فرسودگی شغلی
$\chi^2 = ۰/۷۳$ $P = ۰/۶۹$	$۵۶/۵ \pm ۳۰/۳$	$۵۴/۸ \pm ۳۰/۸$	$۵۲/۱ \pm ۲۷/۹$	نمره شدت فرسودگی شغلی

براساس داده های جدول فوق اختلاف معنی داری در میانگین نمره کل کیفیت زندگی، سلامت عمومی و نمره شدت فرسودگی شغلی بر حسب سابقه کار مشاهده نگردید ( $P > ۰/۰۵$ ) ولی نمره فراوانی فرسودگی شغلی در کارکنان با سابقه کار ۱۹-۱۰ سال به طور

معناداری بالاتر از کارکنان با سابقه کار ۲۰ سال و بالاتر بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ) (آزمون من ویتنی)

جدول شماره ۷: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی بر حسب سطح تحصیلات در کارکنان مورد مطالعه

نمره شدت فرسودگی شغلی $\bar{X} \pm SD$	نمره فراوانی فرسودگی شغلی $\bar{X} \pm SD$	نمره کل سلامت عمومی $\bar{X} \pm SD$	نمره کل کیفیت زندگی $\bar{X} \pm SD$	نام متغیر سطح تحصیلات
۶۵/۴ ± ۳۰/۴	۲۲/۶ ± ۲۸/۱	۲۰/۴ ± ۷/۴	۶۶/۳ ± ۱۵/۸	دیپلم N = ۱۶
۵۲/۸ ± ۲۵/۶	۳۲/۳ ± ۲۸/۹	۲۲/۹ ± ۱۰/۷	۶۲/۸ ± ۱۸/۲	فوق دیپلم N = ۱۸
۵۵/۵ ± ۳۱/۹	۳۹/۸ ± ۳۱/۱	۲۴/۱ ± ۱۰/۵	۶۲/۲ ± ۱۴/۹	لیسانس N = ۱۶۹
۵۱/۴ ± ۲۷/۵	۴۴/۹ ± ۲۵/۳	۲۲/۱ ± ۸/۷	۶۳/۹ ± ۱۲/۸	فوق لیسانس N = ۷۱
۵۷/۳ ± ۲۹/۳	۵۳/۴ ± ۳۶/۵	۲۱/۹ ± ۹/۳	۶۷ ± ۱۵/۹	دکتر N = ۱۶
$\chi^2 = ۲/۵۳$ P = ۰/۶۴	$\chi^2 = ۱۱/۸$ P = ۰/۰۱	f = ۰/۹۴ P = ۰/۴۴	f = ۰/۷۱ P = ۰/۵۸	P-Value آزمون ANOVA یا کروسکال وایس

براساس داده های جدول فوق اختلاف معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و شدت فرسودگی شغلی بر حسب

سطح تحصیلات مشاهده نگردید ولی نمره فراوانی فرسودگی شغلی با افزایش سطح تحصیلات، افزایش نشان داد که این تفاوت بین

سطح تحصیلات دیپلم با لیسانس (P = ۰/۰۲۱) دیپلم با فوق لیسانس (P = ۰/۰۰۴) دیپلم با دکتر (P = ۰/۰۰۷) فوق دیپلم با دکتر

(P = ۰/۰۴۶) براساس آزمون من ویتنی معنادار بوده.

جدول شماره ۸: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی بر حسب استان محل خدمت در کارکنان مورد

مطالعه

نمره شدت فرسودگی شغلی $\bar{X} \pm SD$	نمره فراوانی فرسودگی شغلی $\bar{X} \pm SD$	نمره کل سلامت عمومی $\bar{X} \pm SD$	نمره کل کیفیت زندگی $\bar{X} \pm SD$	نام متغیر استان
---	---	---	---	--------------------

۵۳/۲ ± ۱۸/۵	۲۹/۸ ± ۲۴/۵	۱۸/۹ ± ۵/۸	۷۱/۵ ± ۱۰/۶	N = ۲۴ خراسان جنوبی
۶۳/۸ ± ۲۶/۱	۴۳/۹ ± ۳۱/۴	۲۰/۴ ± ۵/۳	۶۳/۰ ± ۱۰/۵	N = ۲۷ یزد
۵۸/۶ ± ۳۴/۹	۲۸/۸ ± ۳۴/۷	۲۵/۸ ± ۱۳/۲	۶۳/۸ ± ۱۳/۱	N = ۳۸ کرمان
۶۲/۷ ± ۲۵/۸	۲۲/۶ ± ۲۵/۵	۲۲/۱ ± ۹/۳	۶۶/۰ ± ۱۷/۳	N = ۱۹ هرمزگان
۵۹/۸ ± ۱۸/۳	۳۵/۹ ± ۲۷/۷	۲۱/۱ ± ۷/۱	۶۶/۴ ± ۱۲/۹	N = ۳۳ بوشهر
۶۱/۹ ± ۲۷/۵	۵۲/۴ ± ۲۵/۶	۲۳/۵ ± ۱۰/۴	۶۵/۶ ± ۱۱/۷	N = ۶۷ سیستان و بلوچستان
۴۱/۲ ± ۳۴/۸	۴۳/۵ ± ۲۹/۶	۲۴/۹ ± ۱۰/۱	۵۶/۲ ± ۱۷/۳	N = ۸۲ فارس
$\bar{X} = ۱۵/۴$ $P = ۰/۰۱۷$	$\bar{X} = ۳۱/۱$ $P = ۰/۰۰۱$	$f = ۲/۳۸$ $P = ۰/۰۲۹$	$f = ۵/۴۸$ $P = ۰/۰۰۱$	P-Value آزمون ANOVA یا کروسکال وایس

براساس داده های جدول فوق اختلاف معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و شدت فرسودگی شغلی و فراوانی فرسودگی شغلی در استانهای مختلف مشاهده گردید. میانگین نمره کیفیت زندگی در استان خراسان جنوبی و سلامت عمومی در استان کرمان از بالاترین نمره برخوردار بود. و بالاترین نمره فراوانی فرسودگی شغلی مربوط به استان سیستان و بلوچستان و بالاترین نمره شدت مربوط به استان یزد بود.

جدول شماره ۹: تعیین ضریب همبستگی پیرسون و یا اسپرمن بین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی (N = ۲۹)

نمره شدت فرسودگی شغلی	نمره فراوانی فرسودگی شغلی	نمره سلامت عمومی	نمره کیفیت زندگی	نام متغیر
$r = ۰/۰۲$ $P = ۰/۷۲$	$r = ۰/۲۷$ $P < ۰/۰۰۱ *$	$r = ۰/۴۹$ $P < ۰/۰۰۱ *$		نمره کیفیت زندگی
$r = ۰/۱۸$ $P = ۰/۰۰۲*$	$r = ۰/۱۴$ $P = ۰/۰۲*$			نمره سلامت عمومی



$r = 0/32^*$ $P < 0/001^*$				نمره فراوانی فرسودگی شغلی
-------------------------------	--	--	--	---------------------------

\*در سطح  $\alpha = 0/01$  معنی دار است.

براساس داده های جدول فوق بین نمره سلامت عمومی و فراوانی فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی ارتباط منفی و معناداری

مشاهده گردید. همچنین بین نمره سلامت عمومی با فراوانی و شدت فرسودگی شغلی رابطه مثبت و معناداری مشاهده گردید و

رابطه بین فراوانی و شدت فرسودگی شغلی نیز مثبت و معنادار بود. ( $P = 0/05$ )

جدول شماره ۱۰: تعیین ضریب همبستگی بین سن و سابقه کار با متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت عمومی و

فرسودگی شغلی ( $N = 290$ )

نمره شدت فرسودگی شغلی	نمره فراوانی فرسودگی شغلی	نمره سلامت عمومی	نمره کیفیت زندگی	نام متغیر
$r = 0/08$ $P = 0/19$	$r = -0/14$ $P = 0/017^*$	$r = 0/03$ $P = 0/64$	$r = 0/019$ $P = 0/76$	سن (سال)
$r = 0/04$ $P = 0/48$	$r = 0/13$ $P = 0/03^*$	$r = 0/02$ $P = 0/76$	$r = -0/12$ $P = 0/049^*$	سابقه کار (سال)

\* در سطح  $\alpha = 0/05$  معنی دار است.

براساس داده های جدول فوق بین نمره فراوانی فرسودگی شغلی و سن و سابقه کار و همچنین بین نمره کیفیت زندگی و سابقه

کار رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید ( $P = 0/05$ )

جدول شماره ۱۱: توزیع فراوانی وضعیت کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی در کارکنان مورد

مطالعه

درصد	فراوانی	نام متغیر	وضعیت سلامت عمومی
۵۴/۱	۱۵۷	هیچ با کمترین حد	
۳۹	۱۱۳	خفیف	
۶/۶	۱۹	متوسط	

۰/۳	۱	شدید	
-----	---	------	--

بر اساس داده های جدول فوق تنها ۶/۹ درصد کارکنان بیمه سلامت از نظر وضعیت سلامت در

وضعیت نامطلوب بودند و نیاز به بررسی بیشتر دارند .

جدول شماره ۱۲ : مقایس میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی در کارکنان مورد مطالعه بر حسب وضعیت تاهل

P-Value t-test مستقل یا من ویتنی	مجرد N = ۲۱ $\bar{X} \pm SD$	متاهل N = ۲۳۷ $\bar{X} \pm SD$	تاهل نام متغیر
t = ۱/۷۸ P = ۰/۰۷۶	۵۸/۶ ± ۱۵/۱	۶۴/۲ ± ۱۳/۴	نمره کل کیفیت زندگی
t = ۱/۶۷ P = ۰/۰۹۶	۲۵/۹ ± ۱۲/۲	۲۲/۵ ± ۸/۸	نمره کل سلامت عمومی
Z = ۲/۲۴ P = ۰/۰۲۵	۵۵/۸ ± ۳۰/۲	۴۱/۴ ± ۳۰/۰	نمره فراوانی فرسودگی شغلی
Z = ۰/۵۳ P = ۰/۵۹	۵۶/۶ ± ۲۸/۱	۵۶/۳ ± ۲۹/۶	نمره شدت فرسودگی شغلی

بر اساس داده های جدول فوق اختلاف معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی ، سلامت عمومی و شدت فرسودگی

شغلی در افراد متاهل و مجرد مشاهده نگردید ولی نمره فراوانی فرسودگی شغلی در افراد مجرد بطور معنی داری بالاتر از افراد

متاهل بود .

## فصل پنجم

# نتیجه گیری و پیشنهادات

## بحث و نتیجه گیری:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره کلی کیفیت زندگی در کارکنان مورد مطالعه از صد نمره ۶۳/۱ نمره و نمره کیفیت زندگی در زیرمقیاس سلامت کلی و روابط اجتماعی بالاترین وضعیت و نمره مربوط به سلامت محیط از کمترین نمره برخوردار بود و وضعیت کلی کیفیت زندگی در کارکنان مورد مطالعه مطلوب می باشد نتایج مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه ای بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد همخوانی دارد در مطالعه دانشجویان میانگین نمره کیفیت زندگی در دانشجویان ۶۳/۸ برآورد و بهترین وضعیت در بعد روابط اجتماعی تعیین گردید (رهائی، ۱۳۹۴). بالا بودن سطح کیفیت زندگی در کارکنان و بالا بودن مقیاس روابط اجتماعی می تواند نشان گر وضعیت مطلوب کارکنان به لحاظ اقتصادی و اجتماعی و وضعیت مطلوب محیط کار باشد ولی کسب کمترین نمره در حیطه سلامت محیط نیازمند بررسی بیشتر شاخصهای محیطی می باشد.

میانگین نمره سلامت عمومی در کارکنان مورد مطالعه ۲۳/۲۲ از نمره کل ۸۴ بدست آمده و باتوجه به اینکه بالاتر بودن نمره سلامت عمومی نشانگر وجود بیماری و اختلال سلامت براساس پرسشنامه تعریف می شود، نتایج نشان می دهد که وضعیت سلامت عمومی کارکنان اداره کل بیمه سلامت مطلوب می باشد و تنها ۶/۹٪ کارکنان از وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی برخوردار بودند. نتایج مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه رهائی بر روی دانشجویان کاملاً همخوانی دارد به طوریکه در مطالعه رهائی میانگین نمره سلامت عمومی ۲۴/۸ برآورد گردید هر چند میانگین سنی کارکنان اداره بیمه سلامت مورد مطالعه حدوداً ۲۰ سال از مطالعه رهائی بالاتر بود و انتظار می رود که نمره سلامت عمومی در این کارکنان بالاتر باشد ولی همخوانی بودن نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه دانشجویان مؤید سلامت عمومی خوب این کارکنان است که شاید دسترسی به امکانات بهداشتی درمانی جهت غربالگری و آگاهی بالای این کارکنان از بیماریها منجر شده که به سلامت خود توجه بیشتری داشته باشند. همچنین میانگین نمره فراوانی فرسودگی شغلی (۴۰/۴ از ۱۵۰ نمره) مؤید این مطلب است که کارکنان بیمه سلامت از نظر وضعیت فرسودگی شغلی در وضعیت مطلوبی هستند و فرسودگی شغلی در آنها کمتر اتفاق افتاده است.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که کارکنان مرد از وضعیت کیفیت زندگی و سلامت بهتری نسبت به کارکنان زن برخوردارند. این موضوع به لحاظ علمی قابل توجیه است زیرا اکثر زنان مورد مطالعه در سن باروری بوده اند و قرار گرفتن در این سن و تغییرات فیزیولوژی اتفاق افتاده در این سنین می تواند به کاهش کیفیت زندگی و سلامت عمومی منجر شود ولی باتوجه

به نتایج مطالعه ضرورت دارد مدیران توجه بیشتری به سلامت کارکنان زن داشته و شرایط مساعدتری برای بهبود وضعیت کیفیت زندگی آنها فراهم نماید.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که در بین سنین ۴۴-۳۵ سال و بالتبع سابقه کار ۱۹-۱۰ سال بالاترین فرسودگی شغلی مشاهده گردید انتظار می رفت با افزایش سن و سابقه کار فرسودگی شغلی افزایش نشان داد ولی در این مطالعه در گروه سنی میانه فرسودگی شغلی وضعیت بدتری داشت که بررسی این موضوع نیاز به مطالعات بیشتر دارد شاید یکی از دلایل این موضوع حضور در سنی باشد که مشکلات خانوادگی به دلیل بزرگ شدن فرزندان و نیاز بیشتر خانواده به سرپرست خانوار منجر به افزایش فرسودگی شغلی شده است. همچنین براساس نتایج مطالعه حاضر مشاهده گردید که افراد با سطح تحصیلات دیپلم از کمترین میزان فرسودگی شغلی برخوردار بودند و با افزایش سطح تحصیلات فرسودگی شغلی افزایش نشان می داد. شاید خدمت در مشاغل مدیریتی و مسئولیتی که با بالا رفتن سطح تحصیلات اتفاق می افتد دلیل بالا رفتن فرسودگی شغلی در سطح تحصیلات بالاتر باشد.

نتیجه مطالعه حاضر همچنین نشان داد که بین نمره کیفیت زندگی، سلامت عمومی و نمره فراوانی فرسودگی شغلی ارتباط معنی داری وجود دارد به عبارتی با افزایش نمره کیفیت زندگی، نمره سلامت عمومی و فرسودگی شغلی کاهش نشان داد. فرسودگی شغلی و وضعیت سلامت عمومی نامناسب می تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی گردد، لذا با انجام مداخلاتی که منجر به کاهش فرسودگی شغلی و ارتقاء وضعیت سلامت عمومی شود می توان به افزایش کیفیت زندگی کمک نمود. در این خصوص نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات زمردی که به ارتباط کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی در مدیران مدارس شهر مشهد پرداخته است ( $r = 0/56$ ) و مطالعه باکی که بر روی معلمان انجام شده است همخوانی دارد.

### نتیجه گیری کلی:

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی، سلامت عمومی و فرسودگی شغلی کارکنان ادارات کل بیمه سلامت منطقه سه کشور در وضعیت مطلوبی می باشد و باتوجه به ارتباط سلامت عمومی فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی باید تلاش نمود تا با ارتقاء سطح سلامت عمومی، کاهش فرسودگی شغلی به ارتقاء کیفیت زندگی همکاران کمک نمود و مداخلات لازم جهت ارتقاء وضعیت سلامت و کاهش فرسودگی شغلی باید مورد توجه مدیران قرار گیرد.

## پیشنهادات کاربردی:

هر چند نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان بیمه سلامت منطقه سه از کیفیت زندگی و سلامت روان خوبی برخوردار بودند ولی با توجه به اینکه در بعد محیط نمره کیفیت زندگی از سایر ابعاد پایین تر بود ، لازمست مداخلات محیطی در دستور کار مدیران جهت بهبود کیفیت زندگی کارکنان قرار گیرد . از طرفی با باتوجه به ارتباط سلامت عمومی فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی باید تلاش نمود تا با ارتقاء سطح سلامت عمومی، کاهش فرسودگی شغلی به ارتقاء کیفیت زندگی همکاران کمک نمود و مداخلات لازم جهت ارتقاء وضعیت سلامت و کاهش فرسودگی شغلی باید مورد توجه مدیران قرار گیرد.

## پیشنهادات پژوهشی :

با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی کارکنان منطقه سه انجام شده است پیشنهاد می شود مطالعه در غالب یک مطالعه کشوری تدوین و اجرا گردد و نتایج در سطح کشوری به منظور مداخلات کشوری مورد استفاده قرار گیرد.

## فهرست منابع:

1. Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M. Women's health in Iran: issues and challenges. *Payesh*. 2012;11(1):.37-127
2. Babai F. The effects of self-care on women health. Middle self-care booklet. 4.-2012:43
3. Haydari F, Mohammadkhan.K S, Vanaki Z, Kazemnejad A. A Survey the effect of planned program of health promotion on stress management in middle-aged women Pajhesh Parastari. 2011;6(22):22.-16
4. Sharifi K, Anoosheh M, Foroughan M, Kazemnejad A. Middle-aged women's experiences on mental health promotion: a content analysis study. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2014;18(1):.45-38
- ۵- حمیدیا، آنژلا، بررسی ارتباط بین درک از مرکز کنترل و فرسودگی شغلی و همچنین تعیین میزان فرسودگی شغلی در سه بعد خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و احساس کفایت شخصی و تعیین میزان انواع درک از مرکز کنترل در پرسنل پرستاری بیمارستان روانپزشکی ایران در تابستان ۱۳۸۲، علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۳-۱۳۸۲.
- ۶ - پور افکاری، نصرت اله (۱۳۸۰) فرهنگ جامع روانشناسی-روان پزشکی انگلیسی-فارسی، جلد اول، چاپ سوم، تهران، فرهنگ معاصر.
- ۷- ساراسون، ایروین جی. ساراسون، باربارا آر. روانشناسی مرضی، مترجم، بهمن نجاریان و همکاران (۱۳۷۱)، جلد اول، چاپ اول، تهران، رشد.
- ۸- فولاد بند، فرزانه (۱۳۸۵) خستگی شغلی، علل و راه حل، هفته نامه سلامت، شماره صد و شش، سال سوم.
9. Mohaqeqi Kamal H SH, Zare H, Beiglarian A. Elderly quality of life: A comparison between pensioners of Social Security Organization and National Retirement Fund (Qom County, 2006). *jha*. 2007;27(10):.56-49
10. kaldi AR KH, Mohaqeqi Kamal H ,Reza Soltani P. The relationship between lifestyle promoting health and quality of life Welfare and Rehabilitation Sciences University, Tehran. *Journal of Iranian Social Development Studies* 2014;6(4):.96-88
11. Farhadi A FM, Mohammadi F, Sahranavard M. The Effect of Healthy Lifestyle Educational Program on Rural Elderly's Quality of Life in Dashti District of Boushehr Province. *Salmand*. 2013;8(3): .43-35
12. Kabiran einaddin H KK, Mohagheghi Kamal H . A survey of relationship between health promoting lifestyle and quality of life among students of university of social welfare rehabilitation sciences in Tehran in January 2014. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation science Social welfare Management Department; 2014.
13. Park K PJ. Text Book of Preventive and Social Medicine Treatise of Community Health- Part II. Tehran: Nashre Samat; .2002

## با عرض سلام و تقدیم احترام

### همکار گرامی:

پرسشنامه حاضر مربوط به پیشنهاد مطالعه کاربردی با عنوان " بررسی رابطه کیفیت زندگی، فرسودگی شغلی و سلامت عمومی کارکنان ادارات بیمه سلامت منطقه ۳ کشور " می باشد. همکاری شما در پاسخ به سوالات کمک بزرگی به رسیدن به اهداف پژوهشگر خواهد بود. امیدواریم با صداقت و دقت نظر در پاسخگویی به سوالات، ما را در دستیابی به نتایج دقیق و واقعی یاری نمایید. لازم به ذکر است پرسشنامه ذیل شامل ۳ پرسشنامه فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی، سلامت عمومی می باشد. بدیهی است در تکمیل پرسشنامه ذکر نام و نام خانوادگی ضرورتی ندارد.

### با تشکر صمیمانه از همکاری شما

تاریخ تولد: / / تعداد افراد خانواده:

جنسیت:  زن  مرد پست سازمانی:

محل خدمت: اداره کل / اداره شهرستان / اداره:

وضعیت تأهل: سابقه کار:

میزان تحصیلات:  دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس  فوق لیسانس  دکترا

سطح درآمد:

زیر یک میلیون تومان  بین یک تا دو میلیون تومان  بین دو تا چهار میلیون تومان  بالای چهار میلیون تومان



پرسشنامه فرسودگی شغلی

ردیف	عنوان	شدت													
		خیلی زیاد	زیاد	نسبتاً زیاد	ملایم	قابل ملاحظه	کم	خیلی کم	ناچیز	هر روز	هر هفته	ماهی چندبار	ماهانه	سالی چندبار	هرگز
۱	احساس می‌کنم که از نظر عاطفی از کارم خسته شده‌ام.														
۲	احساس می‌کنم که در پایان کار روزانه از کار افتاده شده‌ام.														
۳	صبح که از خواب بر می‌خیزم از اینکه مجبورم روز دیگری کار کنم احساس خستگی شدید می‌کنم.														
۴	احساس می‌کنم سر و کار داشتن با مراجعان در تمام روز بر من فشار می‌آورد.														
۵	احساس می‌کنم که کار مرا از پا در آورده است.														
۶	از شغلم احساس ناکامی می‌کنم.														
۷	احساس می‌کنم در شغلم بی‌مورد سختی میکشم.														
۸	کار کردن مستقیم با مراجعان باعث استرس برای من می‌شود.														
۹	احساس می‌کنم که به آخر خط رسیده‌ام.														
۱۰	می‌توانم به خوبی احساس مراجعان را درباره مطالب مطرح شده درک کنم.														
۱۱	من به شیوه بسیار مؤثری به حل مشکلات مراجعان می‌پردازم.														
۱۲	احساس می‌کنم به صورت مثبتی از طریق کار خود بر زندگی مراجعان تأثیر می‌گذارم.														
۱۳	احساس می‌کنم پرنرژی و فعال هستم.														
۱۴	به راحتی می‌توانم محیط آرامی را برای مراجعان ایجاد کنم.														
۱۵	پس از کار صمیمانه با مراجعانم، احساس شادمانی و نشاط می‌کنم.														
۱۶	احساس می‌کنم کارهای ارزشمند زیادی را در این شغل به انجام رسانیده‌ام.														
۱۷	در کارم مسائل عاطفی را با آرامش کامل سر و سامان می‌دهم.														
۱۸	احساس می‌کنم با برخی از مراجعانم مانند اشیاء رفتار می‌کنم.														
۱۹	احساس می‌کنم از وقتی که به این کار پرداخته‌ام، نسبت به مراجعان بی‌عاطفه شده‌ام.														
۲۰	نگرانم شغلم مرا از نظر عاطفی خشن کرده باشد.														
۲۱	واقعاً بر این مهم نیست که برای بعضی از مراجعان چه پیش می‌آید.														
۲۲	احساس می‌کنم که مراجعان مرا به خاطر بی‌توجهی به بعضی از مشکلاتشان سرزنش می‌کنند.														
۲۳	احساس می‌کنم از برخی جهات شبیه مراجعان هستم.														
۲۴	احساس می‌کنم درگیر مشکلات مراجعان شده‌ام.														
۲۵	درباره روش برخورد با بعضی از مراجعان احساس نامطلوبی دارم.														

توجه: اگر در ستون فراوانی هرگز را انتخاب کرده اید در ستون شدت نیز باید گزینه ناچیز را انتخاب نمایید.

سوالات درباره کیفیت زندگی، سلامتی یا سایر جنبه های زندگی شما هستند. لطفاً پاسخی را که از نظر شما مناسبتر است را انتخاب کنید. اگر در پاسخ به سوالی تردید دارید، اولین پاسخی که به ذهن تان می رسد را انتخاب کنید.

قسمت اول: لطفاً به سوالات زیر با توجه به شرایط زندگی تان در یک هفته اخیر پاسخ دهید.

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱	در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟					

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۲	چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟					

قسمت دوم: سوالات زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد برخی چیزها را تجربه کرده اید.

شماره	سوال	اصلاً	کم	متوسط	خیلی زیاد	به شدت
۳	دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیتها و کارهای مورد علاقه شما می شود؟					
۴	برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمانهای پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟					
۵	چقدر از زندگی لذت می برید؟					
۶	به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟					
۷	در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز هستید؟					
۸	در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می کنید؟					
۹	محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟					

قسمت سوم: سوالات زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته

اخیر را می سنجد.

شماره	سوال	اصلاً	در حد کم	در حد متوسط	در حد زیاد	به طور کامل
۱۰	آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟					
۱۱	آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟					
۱۲	آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟					

					۱۳	اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟
					۱۴	چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟

شماره	سوال	خیلی بد	بد	نه بد و نه خوب	خوب	خیلی خوب
۱۵	چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟					

شماره	سوال	کاملاً ناراضی	ناراضی	نه ناراضی و نه راضی	راضی	خیلی راضی
۱۶	چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟					
۱۷	چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟					
۱۸	از توانایی خود برای کار کردن چقدر رضایت دارید؟					
۱۹	از توانایی کار کردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟					
۲۰	چقدر از روابط اجتماعی تان با دیگران رضایت دارید؟					
۲۱	چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟					
۲۲	چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟					
۲۳	چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟					
۲۴	چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟					
۲۵	چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟					

قسمت چهارم: سوال زیر نحوه احساس و تجربه شما درباره چیزهایی خاص را در چهار هفته اخیر می‌سنجد.

شماره	سوال	هیچ وقت	به ندرت	بعضی اوقات	خیلی وقت‌ها	همیشه
۲۶	چه مقدار دچار حالتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و... می‌شوید؟					

## پرسشنامه سلامت عمومی

سوال	اصلا	در حد معمول	بیش از حد معمول	به مراتب بیش از حد معمول
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که کاملا "خوب و سالم هستید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که به داروی تقویتی نیاز دارید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده اید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بیمار هستید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز سر درد داشته اید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته اید یا اینکه فشاری به سرتان وارد می شود؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که بعضی وقتها بدنتان داغ و یاسرد می شود ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی خوابی شده باشید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز شبها وسط خواب بیدار می شوید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که دائما "تحت فشار هستید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز عصبانی و بد خلق شده اید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع کننده ای هراسان و یا وحشت زده شده اید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز متوجه شده اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانسته اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف انجام کارها نمایید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت میکنید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که نقش مفیدی در انجام کارها برعهده دارید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم گیری درباره مسائل را داشته اید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز قادر بوده اید از فعالیتهای روزمره زندگی لذت ببرید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز فکر کرده اید که شخص بی ارزشی هستید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی کاملا "نامید کننده است ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز احساس کرده اید که چون اعصابتان خراب است نمی توانید کاری انجام دهید؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده اید که ایکاش مرده بودید وکلا "از شر زندگی خلاص می شدید ؟				
آیا از یکماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان رسیده است که بخواهید به زندگیتان خاتمه دهید ؟				