

آیا اشتغال زنان در مراکز بهداشت و درمان با کیفیت زندگی آن‌ها در ارتباط است؟ مطالعه موردی شهرستان زابل در سال ۱۳۸۹

زهرا هاشمی^۱، مجتبی کیخا^۲، راضیه کیخایی^۳، علیرضا انصاری مقدم^۴، محمد صالحی مرزيجرانی^۵، امیر نصیری^۶

^۱ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۴ استادیار اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۵ دانشجوی دکتری آمار زیستی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۶ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دفتر آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، وزارت بهداشت، تهران، ایران

نویسنده رابط: محمد صالحی مرزيجرانی، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، تلفن همراه: ۹۸۹۳۵۷۷۲۱۶۰۱،

پست الکترونیک: M_salehi@hlth.mui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۰/۱/۲۰؛ پذیرش: ۹۱/۱/۷

مقدمه و هدف: ارتباط میان شغل و جنبه‌های مختلف سلامت، از جمله کیفیت زندگی، در مطالعه‌های متعدد بررسی شده است. از

سویی آمار زنان شاغل ایران رو به افزایش است. هدف این مطالعه بررسی ارتباط اشتغال و کیفیت زندگی زنان در شهرستان زابل است.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی است که بر نمونه‌ای شامل ۴۲۰ زن انجام شد. از پرسش‌نامه SF-36 به‌عنوان یک ابزار معتبر برای

اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد استفاده شد. کیفیت زندگی با استفاده از روش خوشه‌بندی، دسته‌بندی شد و ارتباط میان متغیرهای

مستقل با دسته‌های کیفیت زندگی، با رگرسیون لجستیک بررسی گردید.

نتایج: افراد مورد بررسی دارای میانگین سنی ۳۰/۴۶ با انحراف معیار ۸/۷۵ سال بودند. کیفیت زندگی افراد به سه دسته کیفیت زندگی

پایین، متوسط و بالا تقسیم‌بندی شد که به‌ترتیب شامل ۳۵/۴، ۳۳/۷ و ۳۰/۹ درصد افراد نمونه بودند. افراد شاغل نسبت به زنان خانه‌دار،

به‌ترتیب دارای ۱۵۳ و ۲۱۷ درصد شانس بیشتر برای عضویت در دسته افراد با کیفیت زندگی متوسط و بالا بودند ($p < ۰/۰۵$). به ازای

یک واحد افزایش سن به‌ترتیب ۵ و ۴ درصد کاهش معنادار در شانس عضویت در دسته افراد با کیفیت زندگی متوسط و بالا دیده شد

($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از زنان بررسی‌شده، دارای کیفیت زندگی متوسط و پایین بودند. افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی همراه

بود، اما اشتغال یک پیش‌بینی کننده مستقل برای کیفیت زندگی بالاتر بود.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، اشتغال، سلامت زنان، خوشه‌بندی

مقدمه

اشتغال برای مادران شاغل پاره‌وقت، نسبت به شاغلان تمام‌وقت (۷)، می‌تواند نشانگر آثار منفی افزایش بار کاری زنان به‌دلیل ترکیب وظایف خانه و محل کار، بر سلامت باشد. از این رو، بررسی ارتباط وضعیت سلامت زنان با شغل اهمیت پیدا می‌کند. با وسعت یافتن مفهوم سلامت در دهه‌های اخیر، به کیفیت زندگی، به‌عنوان یکی از مفاهیم مرتبط با آن که دارای ابعاد مختلف ذهنی و عینی است، در مطالعه‌های مختلف توجه شده است. کیفیت زندگی از منظر سازمان جهانی بهداشت عبارت است از "درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به شرایط فرهنگی و نظام

تفاوت‌های اقتصادی- اجتماعی ناشی از عوامل مختلف همچون درآمد و ثروت، می‌تواند سرمنشاء نابرابری‌های اجتماعی در سلامت شود (۱-۳). یکی از عوامل مرتبط با این نابرابری، داشتن شغل است. آمار زنان شاغل در میان زنان ایرانی از سال ۶۵ تا سال ۸۵ به بیش از سه برابر افزایش یافته‌است (۴). در برخی مطالعه‌ها وضعیت جنبه‌های مختلف سلامت زنان شاغل، نسبت به زنانی که به صورت تمام وقت به خانه‌داری می‌پردازند، بهتر گزارش شده است (۵، ۳). با این حال در برخی مطالعه‌ها، بهتر بودن وضعیت سلامت شاغلان مجرد، نسبت به شاغلان متأهل (۶) و فواید بیشتر

زیرمقیاس‌های هشت‌گانه پرسش‌نامه کیفیت زندگی به‌گونه‌ای دسته‌بندی می‌شوند که تغییرات درون هر دسته کمینه و تغییرات بین دسته‌ها بیشینه شود. بنابراین، انتظار داریم در پایان افرادی که نمره‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی آن‌ها به یکدیگر نزدیک‌تر است، درون دسته یکسان قرار بگیرند (۱۸). برای بررسی ارتباط میان متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی از رگرسیون لجستیک بهره بردیم. در مقایسه متغیرهای کیفی و کمی نیز به‌ترتیب، از آزمون‌های آماری کای-دو و من-ویتنی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های مورد بررسی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 انجام گرفت. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

افراد مورد بررسی دارای میانگین سنی ۳۰/۴۶ با انحراف معیار ۸/۷۵ سال بودند که بین ۱۴ تا ۶۲ سال متغیر بود. شهرنشینان ۸۲/۵ درصد (۳۴۳ نفر) نمونه را به خود اختصاص داده بودند و تنها ۳۵ درصد (۱۷۴ نفر) افراد نمونه تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. تعداد فرزندان ۱۶/۲، ۴۹ و ۳۴/۸ درصد زنان مورد بررسی، به‌ترتیب صفر، یک یا دو، سه و بیشتر بود. مقایسه متغیرهای دموگرافیک به‌تفکیک زنان شاغل و خانه‌دار، در جدول ۱ آمده‌است. زنان شاغل در تمام زیرمقیاس‌ها میانگین نمره بالاتری را نسبت به زنان خانه‌دار نشان دادند که این تفاوت‌ها در زیرمقیاس‌های عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی معنادار بود (جدول شماره ۲). با استفاده از روش خوشه‌بندی k-means کیفیت زندگی افراد به سه دسته کیفیت زندگی پایین، متوسط و بالا تقسیم‌بندی شد که به‌ترتیب شامل ۳۵/۴، ۳۳/۷ و ۳۰/۹ درصد افراد نمونه بودند. توزیع میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، به‌تفکیک دسته‌بندی کیفیت زندگی، در شکل شماره ۱ آمده است. نتایج رگرسیون لجستیک چند جمله‌ای یک متغیره تطبیق‌یافته برای سن و چند متغیره، در جدول شماره ۳ نشان داده شده‌است. در این مدل دسته افراد با کیفیت زندگی پایین، به‌عنوان رسته مرجع در نظر گرفته شده‌است و شانس عضویت در دو دسته با کیفیت زندگی متوسط و بالا، نسبت به رسته مرجع سنجیده می‌شود. ارتباط تک متغیره متغیرهای محل سکونت و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی رابطه‌ای معنی‌دار داشت. به‌طوری‌که سکونت در شهر، به ترتیب ۶۳ و ۳۶ درصد شانس عضویت در دسته افراد با کیفیت متوسط و بالا را کاهش می‌دهد. در مقابل، افراد شاغل،

ارزشی-اجتماعی که در آن زندگی می‌کند (۸) که می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعدد قرار گیرد. از عواملی که به ارتباط آن با کیفیت زندگی در مطالعه‌های مختلف اشاره شده‌است، می‌توان سن، جنس، بیماری‌های مزمن، سلامت روانی، سبک زندگی، سطح تحصیلات و درآمد را نام برد. سن پایین‌تر، مرد بودن، مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن، نداشتن استرس، سبک زندگی سالم، شامل تغذیه مناسب و داشتن فعالیت بدنی کافی، سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر با کیفیت زندگی بالاتر همراه است (۹-۱۵). در بیشتر مطالعه‌ها، زنان شاغل در اکثر ابعاد کیفیت زندگی دارای نمره‌های بالاتر، نسبت به افراد غیر شاغل بودند (۱۶، ۹). زنان یکی از ارکان اصلی در تأمین سلامت نسل‌های آینده‌اند، از این رو بررسی سلامت آن‌ها مهم است. بنابراین، اشتغال زنان به عنوان عاملی که به‌طور مستقیم و غیر مستقیم با عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آنان مرتبط است، قابل بررسی است. این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی زنان شهرستان زابل می‌پردازد و رابطه اشتغال با آن را بررسی می‌کند.

روش کار

این مطالعه بر نمونه‌ای شامل ۴۲۰ زن انجام گرفته‌است. ۱۴۰ خانم شاغل در این تحقیق شامل زنانی بودند که در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی تحت پوشش شهرستان زابل کار می‌کردند و نمونه‌های غیر شاغل نیز ۲۸۰ نفر از زنان خانه‌داری بودند که بنا بر اظهار خود، درآمدی نداشتند و طی سال ۱۳۸۹ به مراکز بهداشت مراجعه کرده بودند. پس از آگاهی‌دادن به افراد نمونه در مورد اهداف طرح، برای هر یک از نمونه‌ها فهرستی شامل متغیرهای دموگرافیک مانند سن، محل سکونت (شهری-روستایی)، میزان تحصیلات (دیپلم و زیر دیپلم بالای دیپلم) و تعداد فرزندان تکمیل شد. سپس برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از پرسش‌نامه SF-36 استفاده شد که در تحقیقات گذشته اعتبار آن ارزیابی و تأیید شده است (۱۷). این پرسش‌نامه دارای هشت زیرمقیاس با عناوین عملکرد جسمی، (محدودیت نقش به علت) مشکلات جسمی، (محدودیت نقش به علت) مشکلات روحی، احساس نشاط، سلامت روان، عملکرد اجتماعی، درد جسمی و سلامت عمومی است. امتیازبندی هر زیرمقیاس از ۰ تا ۱۰۰ انجام می‌شود که امتیاز بالاتر نشانگر وضعیت مطلوب‌تر است. برای دسته‌بندی کیفیت زندگی افراد از تکنیک آماری خوشه‌بندی K-means استفاده شد. با استفاده از این روش آماری افراد بر مبنای نمرات (استاندارد شده)

به‌ترتیب دارای ۱۵۳ و ۲۱۷ درصد شانس بیشتری برای عضویت در دسته افراد با کیفیت متوسط و بالا بودند. این ارتباطات در مدل لجستیک چند متغیره و در حضور متغیرهای دیگر نیز حفظ شد. رابطه سن نیز با کیفیت زندگی معنی‌دار بود، به‌طوری که یک سال افزایش عمر، به‌ترتیب با ۵ و ۴ درصد کاهش معنادار در شانس عضویت در دسته افراد با کیفیت متوسط و بالا همراه بود. رابطه تحصیلات و تعداد فرزندان در مدل تطبیق‌یافته برای سن و نیز در مدل با حضور تمامی متغیرها، با کیفیت زندگی معنی‌دار نشد.

جدول شماره ۱- توصیف متغیرهای دموگرافیک افراد مورد بررسی، به تفکیک وضعیت اشتغال

متغیر	کارمند	خانه‌دار		مقدار P*		
		میانگین	انحراف معیار			
سن	۳۲/۴۷	۷/۰۹	۲۹/۴۶	۰/۰۰۲		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
تحصیلات	زیر دیپلم	۵۲	۳۷/۱	۲۲۱	۷۸/۹	۰/۰۰۱
	بالای دیپلم	۸۸	۶۲/۹	۵۹	۲۱/۱	
محل سکونت	شهر	۱۰۲	۷۳/۹	۲۴۱	۸۶/۷	۰/۰۰۲
	روستا	۳۶	۲۶/۱	۳۷	۱۳/۳	
تعداد فرزندان	۰	۳۵	۲۵	۳۳	۱۱/۸	۰/۰۰۲
	۱ یا ۲	۶۴	۴۵/۷	۱۴۲	۵۰/۷	
	۳ و بیشتر	۴۱	۲۹/۳	۱۰۵	۳۷/۵	

* برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای-دو و برای متغیر کمی سن از آزمون من-ویتنی استفاده شده است.

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، به تفکیک وضعیت اشتغال

متغیر	شاغل	خانه دار		– مقدار P*	
		میانگین	انحراف معیار		
عملکرد جسمی	۷۴/۸۶	۲۵/۸۲	۵۹/۹۴	۲۷/۹۶	†۰/۰۰۱
مشکلات جسمی	۶۱/۹۰	۳۷/۱۶	۵۱/۴۷	۳۶/۱۶	†۰/۰۰۷
مشکلات روحی	۵۹/۳۷	۴۱/۳۷	۵۳/۶۹	۳۸/۷۴	۰/۱۸۴
احساس نشاط	۶۱/۱۲	۱۹/۶۸	۵۸/۹۵	۱۶/۹۹	۰/۲۰۷
سلامت روان	۶۳/۶۲	۲۰/۳۸	۶۲/۲۲	۱۷/۸۸	۰/۳۳۸
عملکرد اجتماعی	۶۴/۱۳	۲۵/۸۹	۵۶/۷۸	۵۲/۲۲	†۰/۰۰۲
درد جسمی	۶۰/۴۲	۲۷/۷۹	۵۶/۲۲	۲۹/۷۵	۰/۱۶۱
سلامت عمومی	۶۴/۳۶	۱۷/۸۹	۵۷/۵۲	۱۶/۳۷	†۰/۰۰۱

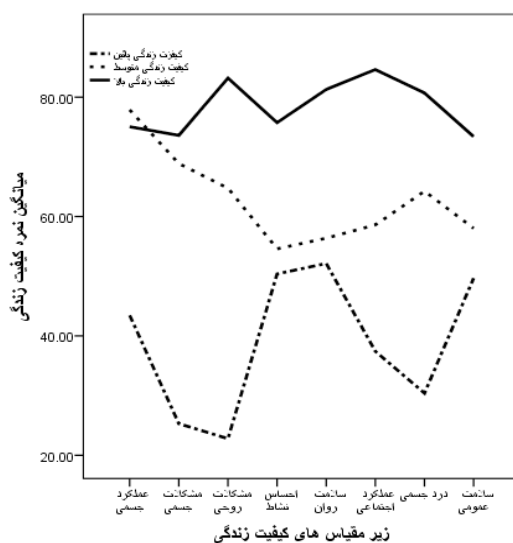
* آزمون من-ویتنی

† معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول شماره ۳ - ارتباط متغیرهای مستقل با رده‌های کیفیت زندگی

متغیر	نسبت شانس*		بازه اطمینان		نسبت شانس		بازه اطمینان	
	حد بالا	حد پایین	حد بالا	حد پایین	حد بالا	حد پایین	حد بالا	حد پایین
کیفیت زندگی متوسط (کیفیت زندگی پایین، به عنوان رسته مرجع)								
سن	۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۹۶	۰/۹۵ [†]	۰/۹۹	۰/۹۱		
تحصیلات	۰/۶۲	۱/۰۲	۰/۳۸	۰/۹۰	۱/۷۸	۰/۴۶		
زیر دیپلم	-	-	-	-	-	-		
بالای دیپلم	۰/۳۷ [†]	۰/۷۱	۰/۱۹	۰/۴۴ [†]	۰/۸۹	۰/۲۱		
محل سکونت	-	-	-	-	-	-		
شهر	-	-	-	-	-	-		
روستا	۱/۰۶	۱/۲۵	۰/۹۰	۱/۲۰	۱/۴۶	۰/۹۹		
تعداد فرزندان	۰/۵۳ [†]	۴/۳۶	۱/۴۷	۳/۰۴ [†]	۶/۰۵	۱/۵۲		
شغل	-	-	-	-	-	-		
کارمند	-	-	-	-	-	-		
خانه دار								
کیفیت زندگی بالا(کیفیت زندگی پایین، به عنوان رسته مرجع)								
سن	۰/۹۷ [†]	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۶ [†]	۰/۹۹	۰/۹۲		
تحصیلات	۰/۷۵	۱/۲۶	۰/۴۵	۱/۳۰	۲/۵۴	۰/۶۶		
زیر دیپلم	-	-	-	-	-	-		
بالای دیپلم	۰/۶۴	۱/۳۰	۰/۳۱	۰/۳۸	۱/۷۹	۰/۳۹		
محل سکونت	-	-	-	-	-	-		
شهر	-	-	-	-	-	-		
روستا	۰/۸۵	۱/۰۲	۰/۷۱	۰/۹۵	۱/۱۷	۰/۷۸		
تعداد فرزندان	۰/۱۷ [†]	۵/۵۳	۱/۸۱	۳/۲۶ [†]	۶/۴۶	۱/۶۵		
شغل	-	-	-	-	-	-		
کارمند	-	-	-	-	-	-		
خانه دار								

† معنی دار در سطح ۰/۰۵



شکل شماره ۱ - توزیع میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، به تفکیک خوشه‌ها

بحث

در این پژوهش ارتباط کیفیت زندگی زنان با وضعیت اشتغال آنان مطالعه شد. با استفاده از تحلیل خوشه‌ای، کیفیت زندگی زنان به سه دسته کیفیت زندگی پایین، کیفیت زندگی متوسط و کیفیت زندگی بالا تقسیم‌بندی شد. ارتباط عوامل دموگرافیک همچون سن، سطح تحصیلات، محل سکونت، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال با گروه‌بندی کیفیت زندگی نیز بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد که زنان شاغل افزون بر داشتن نمره‌های بالاتر در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، از شانس بیشتر برای داشتن کیفیت زندگی بالاتر نیز برخوردار بودند. این نتیجه در مطالعه‌ای بزرگ که در استرالیا بر نمونه‌ای شامل بیش از ۱۳۰۵۵ نفر، تنها شامل زنان، انجام شد، همخوانی دارد (۱۶). در مطالعه ایشان نمره‌های کیفیت زندگی زنان شاغل در بیشتر زیرمقیاس‌ها، به‌ویژه عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان بالاتر از زنان غیر شاغل بود. همچنین، مطالعه‌های دیگر، همچون مطالعه‌ای نسبتاً بزرگ در آمریکا که با نمونه‌ای ۳۹۹۹ نفره از جمعیت عمومی انجام شد، نیز بیانگر شانس بیشتر افراد غیر شاغل برای داشتن کیفیت زندگی پایین‌تر بود (۹). مطالعه‌های کشورهای دیگر و نیز پژوهش‌های داخلی در کشور نیز بیان‌گر بالاتر بودن کیفیت زندگی افراد شاغل است (۲۰، ۱۹، ۱۷). با این که افزایش نقش‌ها و در نتیجه آن، افزایش مسئولیت و انتظارات ناشی از اشتغال، برای زنان آسیب‌های روحی و جسمی در پی داشته و به‌دنبال آن، می‌تواند به کاهش رضایت‌مندی از زندگی بیانجامد، اما شواهد به‌دست‌آمده از مطالعه‌های مبنی بر بالاتر بودن کیفیت زندگی شاغلان، حکایت از آن دارد که شاید ابعاد دیگر اشتغال، مانند برخورداری از استقلال مالی، به دست آوردن هویت مستقل اجتماعی و در نتیجه آن افزایش اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی بتواند توجیه‌کننده بالاتر بودن کیفیت زندگی زنان شاغل، نسبت به زنان خانه‌دار باشد.

در میان متغیرهای مورد بررسی، افزایش سن، مانند بیشتر مطالعه‌های گذشته با کاهش کیفیت زندگی همراه بود (۱۱، ۹). اثر یک ساله سن در مطالعه ما جزئی، اما معنادار بود، ولی در درازمدت اثر آن بیشتر خواهد بود. این کاهش کیفیت زندگی می‌تواند به‌دلیل مشکلات جسمی باشد که در سالمندان، به‌ویژه در زنان پس از یائسگی، رخ می‌دهد.

همچنین، زنان شهرنشین دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت

به روستاییان بودند. با این حال، زنان شهرنشین با تحصیلات بالا از کیفیت زندگی بالایی داشتند. در برخی مطالعه‌ها، کیفیت زندگی روستاییان به دل‌حظ بُعد روانی بهتر از شهرنشینان بود (۲۱). در تبیین این موضوع شاید بتوان گفت که شهرنشینی در نفس خود دارای مسائل معیشتی است که به‌لحاظ روحی و روانی افراد را فرسوده می‌سازد، در حالی که روستاییان از این مسائل رهايند. اگرچه شهرنشینان بیشتر به امکانات بهداشتی و درمانی دسترسی دارند، اما روستاییان از محیط سالم‌تر و شیوه زندگی بهتری، برای نمونه در رژیم غذایی خود، بهره‌مندند.

در این مطالعه، متغیرهای تعداد فرزندان و تحصیلات ارتباطی معنادار با کیفیت زندگی نشان نداد، اگرچه به‌طور غیر معنادار، افراد با تحصیلات پایین‌تر شانس کمتری برای داشتن کیفیت زندگی بهتر داشتند. برخی مطالعه‌ها به نقش تحصیلات در افزایش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن اشاره کرده‌اند (۲۲، ۱۱). به نظر می‌رسد تحصیلات بتواند با افزایش درآمد از یک سو و نیز بالا بردن آگاهی فرد و تغییر نگرش او و ایجاد تغییر در شیوه زندگی به افزایش سلامت روحی و جسمی منجر شود و در پایان، شاهد کیفیت زندگی بالاتر در افراد با تحصیلات بیشتر باشیم.

اثر مثبت فعالیت فیزیکی، پیروی از شیوه زندگی سالم، مانند داشتن برنامه غذایی مناسب، مصرف نکردن دخانیات، نداشتن استرس و مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن بر بالا بردن سطح کیفیت زندگی در برخی مطالعه‌ها نشان داده شده است (۲۳، ۱۵، ۱۴، ۱۱) که از محدودیت‌های مطالعه ما می‌توان به دسترسی نداشتن به چنین اطلاعاتی اشاره کرد. به‌دلیل اشتغال نمونه‌ها در مراکز بهداشتی و نیز انتخاب افراد خانه‌دار از مراجعان به این مراکز، امکان سوداری در انتخاب وجود دارد. از این رو، نمونه‌گیری از جمعیت عمومی با چهارچوبی مناسب‌تر و نیز در نظر گرفتن متغیرهای تأثیرگذار بیشتر نتایجی راه‌گشا به دنبال خواهد داشت. با این حال این پژوهش حجم نمونه نسبتاً قابل قبولی دارد و با استفاده از روش‌های آماری مناسب و کنترل برخی متغیرهای مخدوش‌گر، اطلاعات پایه‌ای مناسبی از کیفیت زندگی زنان را از یکی از شهرستان‌های نسبتاً محروم ایران ارائه می‌کند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد اشتغال می‌تواند آثاری مثبت بر کیفیت زندگی زنان به همراه داشته باشد.

تشکر و قدردانی

پزشکی زاهدان است. نویسندگان از معاونت پژوهشی محترم دانشگاه قدردانی می‌کنند و نیز از تمامی بانوانی که در انجام این طرح همکاری کردند، کمال تشکر را دارند.

این مقاله حاصل نتایج طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم

منابع

1. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ: British Medical Journal*. 2000; 320: 1200.
2. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health*. 1997; 18:41-78.
3. Artazcoz LL, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position. *Social science & medicine*. 2004; 59: 63-74.
4. Statistical Center of Iran: <http://amar.sci.org.ir>.
5. Annandale E, Hunt K, editors. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press; 2000.
6. Waldron I, Weiss CC, Hughes ME. Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of health and social behavior*. 1998; 216-36.
7. Bartley M, Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R. Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993. *Social science & medicine*. 1999; 48: 99-115.
8. Groupt W. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993; 2: 153-9.
9. Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. *Health and quality of life outcomes*. 2008; 49.
10. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC public health*. 2008; 8: 323.
11. Nedjat S, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). *International journal of public health*. 2011; 56: 55-61.
12. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*. 2004; 13: 161-70.
13. Shibata A, Oka K, Nakamura Y, Muraoka I. Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health and quality of life outcomes*. 2007; 5: 64.
14. Corle DK, Sharbaugh C, Mateski DJ, Coyne T, Paskett ED, Cahill J, et al. Self-rated quality of life measures: effect of change to a low-fat, high-fiber, fruit and vegetable enriched diet. *Annals of Behavioral Medicine*. 2001; 23: 198-207.
15. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miller PE, et al. Associations between lifestyle factors and quality of life among older longterm breast, prostate, and colorectal cancer survivors. *Cancer*. 2009; 115: 4001-9.
16. Butterworth P, Crosier T. The validity of the SF-36 in an Australian National Household Survey: demonstrating the applicability of the Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey to examination of health inequalities *BMC public health*. 2004; 4: 44.
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 875-82.
18. Rencher AC. *Methods of multivariate analysis*. New York: John Wiley & Sons; 2002.
19. Kermansaravi F, Montazeri A, Bayat M. Quality of life in employed and housewife women: a comparative study. *Payesh*. 2012; 11: 99-104.
20. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, et al. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*. 2003; 37: 520-8.
21. Zagodzdon P, Kolarzyk E, Marcinkowski JT. Quality of life and rural place of residence in Polish women-population based study. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 2011; 18: 429.
22. Parker PA, Baile WF, Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychol Oncology*. 2003; 12: 183-93.
23. Chai W, Nigg CR, Pagano IS, Motl RW, Horwath C, Dishman RK. Associations of quality of life with physical activity, fruit and vegetable consumption, and physical inactivity in a free living, multiethnic population in Hawaii: a longitudinal study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010; 7: 83.

Original Article

Is women's Employment in Health Centers Associated With their Quality of life? A Case Study of Employed Women in Zabol, Iran in 2010

Hashemi Z¹, Keikha M², Keikhaee R¹, Ansari Moghadam A³, Salehi Marzijarani M⁴, Nasiri A⁵

1- Msc student in Educational Health, Zahedan university of medical sciences, Zahedan, Iran

2- Msc student in Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran

3- Assistant professor in Epidemiology, Zahedan university of medical sciences, Zahedan, Iran

4- Phd student in biostatistics, Student Research Committee, Shiraz university of medical sciences, Shiraz, Iran

5- Msc in Health education. Health education office, ministry of health, Tehran, Iran

Corresponding author: Salehi Marzijarani M., M_salehi@hlth.mui.ac.ir

Background & Objectives: Relationship between jobs and different aspects of health, including quality of life has been considered by researchers however the employment aim has risen in Iranian women in Iran but there is little known about the quality of life in this group, therefore the aim of this study was to investigate the relationship between employment and quality of life of women in the city of Zabol.

Methods: This cross-sectional study was carried out during 2009-2010 in Zabol, Iran. The sample consisted of 420 women selected randomly from health care centers. Health-related quality of life was assessed using the SF-36 and classified using k-means clustering method. The relationship between the independent variables with the quality of life was assessed by multinomial logistic regression.

Results: The mean age of participants was 30.46 ± 8.75 years. Quality of life indicated as low (35.4%), medium (33.7%) and high classes (30.9%), respectively. The results indicated that employed women were more likely than housewives to had higher quality of life. An increase age, significantly reduced respectively five and four percent of chance to had moderate and high level of quality of life.

Conclusion: More than half of women had medium and low quality of life. Increasing age was associated with decreased quality of life, but employment was an independent predictor for higher quality of life.

Keywords: Quality of Life, Employment, Women's Health, Clustering