

کیفیت زندگی پرسنل مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی روان پزشکی بهاران زاهدان

حسین جناآبادی^۱، ناصر ناستی زایی^{۲*}

تاریخ دریافت ۹۰/۵/۱ تاریخ پذیرش ۹۰/۷/۱۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: امروزه، توجه به کیفیت زندگی از مقوله‌های مورد توجه در مجامع بین‌المللی و پژوهشگران می‌باشد تا بدین‌وسیله، بتوان قدرت اثرگذاری بیماری‌های روانی و جسمی را بر روی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه انسانی سنجید. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی پرسنل مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی روانپزشکی بیمارستان بهاران زاهدان در آذر ماه ۱۳۸۹ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای - تصادفی تعداد ۵۵ پرسنل وارد مطالعه شدند. ابزار سنجش شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیکی و WHOQOL-BREF Questionnaire جهت سنجش کیفیت زندگی در چهار بعد سلامت جسمانی، روانی، روابط و محیط بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های F، تی‌تست برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: الف) ۴۳/۶۳ درصد پرسنل از کیفیت زندگی خود ناراضی بودند که بیشترین سطح نارضایتی به ترتیب در زیر مقوله‌های سلامت محیط، روابط، روانی و جسمانی بود. ب) بین کیفیت زندگی پرسنل بر اساس متغیرهای جنسیت؛ تاهل، پست اجرایی، سطح تحصیلات، سنوات خدمت و وضعیت استخدامی به غیر از متغیر پست اجرایی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: جهت بهبود کیفیت زندگی پرسنل تفویض اختیار و مسولیت‌ها به سایر کارکنان جهت کاهش فشارهای جسمانی و روانی ناشی از کار و انجام مستمر فعالیت‌های ورزشی و معاینات پزشکی ضروری می‌نماید.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط و سلامت محیط

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره پنجم، پی در پی ۳۴، آذر و دی ۱۳۹۰، ص ۳۴۲-۳۳۷

آدرس مکاتبه: زاهدان، خیابان دانشگاه، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۵۳۴۹۹۱۳۷

Email: hjenaabadi@yahoo.com

مقدمه

به‌طور کلی کیفیت زندگی از واژه‌هایی است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد؛ اگر چه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می‌کنند، لیکن این مفهوم برای آن‌ها یکسان نیست. از آن جا که مانند سایر متغیرها، اندازه‌گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد (۲). با این وجود در بسیاری از تحقیقات، تعریفی از کیفیت زندگی وجود ندارد که

کیفیت زندگی مفهومی وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر اکثر متخصصان ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی را در بر می‌گیرد (۱).

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه سیستان و بلوچستان

^۲ دانشجوی دوره دکترای تخصصی مدیریت آموزشی دانشگاه تهران، عضو هیئت علمی دانشگاه سیستان و بلوچستان (نویسنده مسئول)

را دارد. هدف اصلی این مرکز روانپزشکی، روان درمانی و روان تنی درمان بیماری‌های روانی مختلف از قبیل افسردگی، مانیا، دو قطبی، شخصیتی، اختلالات عصبی، روانی، شناختی و اعتیاد می‌باشد. پرداختن به این وظایف خطیر و سنگین می‌طلبد کارکنان چنین مراکزی از کیفیت زندگی در سطح مطلوبی برخوردار باشند. هر چند که مفهوم کیفیت زندگی در بسیاری از سازمان‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است اما محقق در بررسی پیشینه تحقیق به انجام چنین مطالعه‌ای در مراکز روانپزشکی برخورد نکرد و با توجه به اهمیت موضوع و مسؤلیت سنگین مراکز روانپزشکی، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی پرسنل مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی روانپزشکی بیمارستان دولتی بهارن زاهدان انجام گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بوده که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی تعداد ۵۵ نفر از پرسنل مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی روانپزشکی بیمارستان دولتی بهارن زاهدان در آذر ماه ۱۳۸۹ وارد مطالعه شدند. ابزار سنجش شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیکی و فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ بود. پرسش‌نامه دارای ۲۴ گویه و بر اساس مقیاس ۵ گزیننه‌ای لیکرت تنظیم شده بود. طریقه نمره‌گذاری آن به این صورت بود: (خیلی کم=۱، کم=۲، تاحدی=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵). در این آزمون حداقل نمره فرد ۲۴ و حداکثر آن ۱۲۰ می‌باشد و هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشانه رضایت از کیفیت زندگی است. در این مطالعه نمرات ۷۹-۲۴ نشانه ناراضی بودن، نمرات ۹۶-۷۳ نشانه راضی بودن و ۱۲۰-۹۷ نشانه خیلی راضی بودن از کیفیت زندگی می‌باشد. هر چند ابزار جمع‌آوری استاندارد بود ولی جهت تعیین روایی آن، پرسش‌نامه مجدداً مورد تایید صاحب نظران قرار گرفت

این امر یا به این علت است که تعریف آن را بسیار ساده می‌انگارند یا به جهت پیچیده بودن این مفهوم از تعریف آن اجتناب می‌کنند، در حالی که با توجه به عدم اجماع در مورد تعریف این واژه، انتظار می‌رود در پژوهش‌های مربوط، این مفهوم و ابعاد در نظر گرفته شده برای آن به صورت شفاف مشخص شوند (۳).

جامع‌ترین تعریف از کیفیت زندگی که مورد قبول اکثر محققان می‌باشد تعریف سازمان جهانی بهداشت است. بنا بر این تعریف، آن درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است که در مطالعه حاضر منظور از کیفیت زندگی بررسی سلامت فرد از ابعاد جسمانی، روانی، روابط و محیط می‌باشد.

اغلب صاحب نظران توافق دارند که مفهوم کیفیت زندگی دارای پنج بعد زیر است: (۱) فیزیکی: مفاهیمی مانند قدرت، انرژی، توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و مراقبت از خود از این دسته هستند. (۲) روانی: اضطراب، افسردگی و ترس از این زمره‌اند. (۳) اجتماعی: این بعد در مورد رابطه فرد با خانواده، دوستان و همکاران و در نهایت جامعه است. (۴) روحی: درک فرد از زندگی و هدف و معنای زندگی را در بر می‌گیرد. (۵) علائم مربوط به بیماری یا تغییرات مربوط به درمان: در این راستا مواردی مانند درد، تهوع و استفراغ را می‌توان نام برد (۲) که در مطالعه حاضر به چهار بعد سلامت: جسمانی، روابط، محیط و روان پرداخته می‌شود و لازم به ذکر است که این ابعاد مرتبط به هم بوده و فقدان هر مورد دیگر ابعاد کیفیت زندگی را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد.

مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی روانپزشکی بیمارستان دولتی بهارن زاهدان مثل سایر مراکز روانپزشکی کشور مسؤلیت سنگین و خطیری در قبال بیماران و مراجعه‌کنندگان به آن مرکز

^۱ WHOQOL-BREF Questionnaire

جدول شماره (۱): وضعیت دموگرافیکی آزمودنی‌ها

مشخصات	وضعیت	تعداد(درصد)
جنسیت	زن	۱۹(۳۴/۵)
	مرد	۳۶(۶۵/۵)
تحصیلات	دیپلم	۱۱۸(۳۲/۷)
	کاردانی	۷(۱۲/۷)
	کارشناسی	۲۶(۴۷/۳)
وضعیت استخدامی	کارشناسی ارشد	۲(۷/۳)
	قراردادی	۲۴(۴۳/۶)
بیماری مزمن	پیمانی	۱۱(۲۰)
	رسمی	۲۰(۳۶/۴)
	دارند	۲(۳/۶)
تاهل	ندارند	۵۳(۹۶/۴)
	مجرد	۱۸(۳۲/۷)
سنوات خدمت (به سال)	متاهل	۳۷(۶۷/۳)
	-۵	۲۶(۴۷/۳)
	۵-۱۰	۸(۱۴/۵)
مسئولیت اجرایی	۱۱-۱۵	۵(۹/۱)
	+۱۵	۱۶(۲۹/۱)
	دارند	۱۸(۳۲/۷)
	ندارند	۳۷(۶۷/۳)

و برای تعیین پایایی آن از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که مقدار ضریب به دست آمده ۰/۷۴ بود. داده‌ها از طریق آزمون‌های F و تی تست برای گروه‌های مستقل و با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۵۵ نفر شرکت داشتند که ۶۵/۵ درصد مرد، ۶۷/۳ درصد متاهل، ۴۷/۳ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۴۷/۳ درصد دارای سنوات خدمت زیر پنج سال، ۴۳/۶ درصد قراردادی، ۳۲/۷ درصد دارای پست اجرایی و فقط ۳/۶ درصد دارای سابقه بیماری مزمن بودند (جدول شماره ۱).
برای بررسی کیفیت زندگی پرسنل از آمار توصیفی فراوانی و درصد استفاده شد که یافته‌های آن در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

جدول شماره (۲): وضعیت کیفیت زندگی پرسنل

مقوله	خیلی راضی		راضی		ناراضی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سلامت جسمانی	۱۲	۲۱.۸	۲۶	۴۷.۳	۱۷	۳۰.۹
سلامت روانی	۳	۵.۵	۲۹	۵۲.۷	۲۳	۴۱.۸۱
سلامت روابط	۲	۳.۶	۲۱	۳۸.۲	۳۲	۵۸.۲
سلامت محیط	۳	۵.۵	۱۲	۲۱.۸	۴۰	۷۲.۷۲
کیفیت زندگی	۲	۳.۶	۲۹	۵۲.۷	۲۴	۴۳.۶۳

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که ۴۳/۶۳ درصد پرسنل از کیفیت زندگی خود ناراضی هستند که می‌تواند آماری نگران کننده باشد. این یافته با یافته‌های سوزوکی، یزدی مقدم و دیگران (۵،۶) هم‌خوانی دارد. آنان نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیده بودند که کیفیت زندگی کارکنان در وضعیت نامناسبی قرار دارد.

همچنین یافته‌ها بیانگر آن است که کارکنان مورد مطالعه از نظر سلامت جسمی در مقایسه با سلامت روانی در وضعیت بهتری قرار دارند. شاید علت احتمالی این امر جنبه ذهنی بیشتر سلامت روان و تاثیر بیشتر ارزیابی فرد از خود بر آن باشد که این موضوع با نتایج مطالعات هادی و دیگران و خورسندی و دیگران (۷،۸) هم‌خوانی دارد. البته باید متذکر شد که ضعف در یکی از ابعاد کیفیت

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که ۴۳/۶۳ درصد پرسنل از کیفیت زندگی خود ناراضی هستند که می‌تواند آماری نگران کننده باشد. این یافته با یافته‌های سوزوکی، یزدی مقدم و دیگران (۵،۶) هم‌خوانی دارد. آنان نیز در مطالعات خود به این نتیجه رسیده بودند که کیفیت زندگی کارکنان در وضعیت نامناسبی قرار دارد.

متاهل شاغل گذشته از وظایف شغلی که گاه پرخطر و همراه با احتمال آسیب و اختلال بیش‌تری نسبت به مردان است، مسئولیت عمده‌ای در قبال فعالیت‌های بدون مزد خانگی دارند و این امر باعث فرسودگی آن‌ها می‌شود (۱۳).

یافته‌ها نشان داد پرسنل فاقد پست اجرایی از کیفیت زندگی و خصوصاً زیر مقوله سلامت جسمانی آن در مقایسه با پرسنل دارای پست اجرایی رضایت بیشتری دارند. مدیران به دلیل پذیرش نقش‌های متعدد و جدید که در نتیجه تغییر در شیوه‌های کاری پدید می‌آید روز به روز استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۴) و بسیاری از کارکنان دارای پست اجرایی (خصوصاً زنان) از مشکلات عضلانی اسکلتی رنج می‌برند که شاید شایع‌ترین اختلال ناشی از کار باشد (۱۳) که این موارد کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

یافته‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی بر اساس سطح تحصیلات پرسنل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته با یافته‌های مطالعات هادی و دیگران (۷)، خورسندی و دیگران (۸) هم‌خوانی دارد. وجود جو مدرک‌گرایی و در نتیجه پایین آمدن ارزش تحصیلات و توزیع پست‌ها بدون توجه به سطح تحصیلات و مدرک علمی در جامعه کنونی می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد. برخلاف مطالعات فوق، برخی مطالعات نشان می‌دهد با بالاتر رفتن سطح تحصیلات کیفیت زندگی افراد (به دلیل بالا رفتن سطح فرهنگ و درآمد) نیز بالاتر می‌رود (۱۵).

هر چند در این مطالعه بین کیفیت زندگی و زیر مقوله‌های آن بر اساس سنوات خدمت پرسنل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد اما معمولاً با افزایش سن و سنوات کارکنان احتمال افزایش میزان بروز مشکلات و تهدیدهای سلامتی آنان بیشتر می‌شود (۱۶) که این نکته در مطالعه حاضر به دلیل نسبتاً جوان بودن کارکنان مورد مطالعه (به‌طوری که یافته‌ها نشان داد که ۶۱/۸ درصد کارکنان دارای سنوات خدمت کم‌تر از ۱۰ سال بودند) چشمگیر نبود.

زندگی می‌تواند سایر ابعاد را تحت تاثیر خود قرار دهد. به‌عنوان نمونه ضعف در سلامت جسمانی منجر به اختلالات روانی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که از بی‌خوابی رنج می‌برند نسبت به افرادی که خواب طبیعی دارند ریسک بیشتری برای ابتلا به افسردگی شدید را دارند (۸).

برای مقایسه کیفیت زندگی پرسنل بر اساس متغیرهای جنسیت، تاهل، پست اجرایی سطح تحصیلات، سنوات خدمت و وضعیت استخدامی از آزمون‌های T برای گروه‌های مستقل و F استفاده شد که یافته‌ها در تمام موارد به غیر از متغیر پست اجرایی معنی‌دار نبود.

یافته‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی و زیر مقوله‌های آن بر اساس جنسیت پرسنل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته با یافته‌های آیت الهی و رفیعی (۱۰) هم‌خوانی دارد. اما در اکثر مطالعات به اثبات رسیده است که مردان در مقایسه با زنان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند (۱۰-۱۲). با تبیین احتمال می‌توان پذیرفت که زنان علاوه بر شغل کارمندی، وظایف مادری و همسری را نیز عهده دار می‌باشند و این امر باعث ایجاد محدودیت‌هایی در عملکرد جسمی و روانی آن‌ها شده و در نتیجه کیفیت زندگی آنان را پایین می‌آورد.

یافته‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی و سه زیر مقوله آن (سلامت جسمانی، روانی و محیط) بر اساس وضعیت تاهل پرسنل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ولی پرسنل مجرد از کیفیت روابط خود احساس رضایت بیشتری دارند. دلیل این امر می‌تواند این باشد که افراد متاهل هم‌زمان دو نقش کاری و خانوادگی را بر عهده دارند و با توجه به حجم و زمان طولانی کار روزانه، برای اجرای سایر مسئولیت‌ها و وظایف به‌عنوان همسر و والدین گاهی فشار بسیار زیادی را متحمل می‌شوند و این امر عملکردهای اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار داده که این اختلال اجتماعی در زنان متاهل بیشتر از مردان متاهل است. لارسن بیان می‌کند زنان

و سازنده باشد و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد (۱۹).

پایین بودن کیفیت زندگی منجر به ضعف روحیه، پایین بودن حس همکاری و مسوولیت‌پذیری، افزایش دردهای جسمانی، احساس اضطراب و افسردگی و در نهایت عملکرد پایین می‌شود. یافته‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی پرسنل بر اساس ویژگی‌های دموگرافیکی به غیر از متغیر پست اجرایی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و پرسنل فاقد پست اجرایی از کیفیت زندگی و خصوصاً زیر مقوله سلامت جسمانی آن در مقایسه با پرسنل دارای پست اجرایی رضایت بیشتری دارند. در این راستا تفویض اختیار و مسوولیت‌ها به سایر کارکنان جهت کاهش فشارهای جسمانی و روانی ناشی از کار، ارائه حمایت‌های عاطفی و اجتماعی از سوی خانواده، همکاران و تشویق کارکنان به انجام مستمر فعالیت‌های ورزشی و معاینات پزشکی ضروری می‌نماید.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌بینم که از تمام کسانی که ما را در انجام هرچه بهتر این مطالعه یاری رساندند خصوصاً پرسنل مورد مطالعه و آقایان ناصر ناستی‌زایی و محسن حسین بر تقدیر و تشکر نمایم.

References:

1. Guyatt GH, Naylor CD, Juniper E. User's guides to the medical literature, XII, how to use articles about health related quality of life measurement. J Am Med Assoc 1997; 277(15): 1232-7.
2. Nejat S. Quality of life and measure its. Iran J Epidemiol 2008; 4(2):57-62. (Persian)
3. Bonomi A E, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53: 1-12.

یافته‌ها همچنین نشان داد بین کیفیت زندگی و زیر مقوله‌های آن بر اساس وضعیت استخدامی پرسنل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد که این یافته تحقیق با یافته‌های کبیرزاده و دیگران (۱۷)، خورسندی و دیگران هم‌خوانی دارد. معمولاً تصور می‌شود که افرادی که به‌صورت قراردادی یا پیمانی استخدام شده‌اند به دلیل پایین بودن امنیت شغلی شان و ترس از بیکار شدن استرس و نگرانی‌های بیشتری را تجربه کرده که این امر کیفیت زندگی آنان را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده ابعادی چون سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد. (۱۸) معمولاً کسی را که بیماری جسمانی نداشته باشد سالم می‌نامند در حالی که تعریف سلامتی مفهومی وسیع‌تر و جامع‌تر دارد. سلامتی رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی است و فقط فقدان بیماری یا ناتوانی نیست. به عبارت دیگر می‌توان گفت: سلامت عمومی حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق حاصل کرده، از نظر شغلی مفید

4. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y. Mental health status, shiftwork, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. J Occup Health 2004; 46(6):448-54.
5. Yazdi Moghadam H, Estaji Z, Heydari A. Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006. J Sabzevar Univ Med Sci 2009; 16(1): 50-6. (Persian)
6. Hadi N, Malekan M, L. Evaluation of health state and quality of life in primary school teachers of Shiraz, 2003. Hormozgan Med J 2007; 10 (4):387-92. (Persian)

7. Khorsandi M, Jahani F, Rafie M. Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak Univer of Med Scien in 2009. *Arak Med J* 2010; 13(1): 40-8.
8. Noori S, Dehghanan E, Bagheri H. Assessment of correlation between sleep quality and quality of life in Shahrood educational hospital nurses. Tehran: The Fourth Congress of Iran University of Medical Sciences; 2005. (Persian)
9. Ayat Elahi SMT, Rafiei M. Investigation of quality of life (psychological dimension) of Arak Islamic Azad University staff, 2003. *J Fundam Ment Health* 2004; 6(21-22): 63-70. (Persian)
10. Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status and mental health lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999; 17(2): 81-6.
11. Falahi Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatah Moghadam L. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the teaching hospitals in Tehran. *Hakim* 2007; 9(4):24-30. (Persian)
12. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36). *Payesh Health Monit* 2006; 5(1):49-56. (Persian)
13. Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories. *J Qazvin Univ Med Sci* 2003; 7(28):32-5. (Persian)
14. Brodnik M, Barnes M. Job stress, satisfaction, and turnover among health information managers: is it critical? *J Am Med Inform Assoc* 2001; 76(10):10-14.
15. Hashemi Nazari SS, Khosravi J, Faghihzadeh S. A survey of mental health among fire department employees by GHQ-28 questionnaire in 2005. *Hakim* 2007; 10(2):56-64. (Persian)
16. Beaudoin LE, Hassles EL. Their importance to nurses' quality of work life. *Nurs Econ* 2003; 21(3): 106-13.
17. Kabirzadeh A.; Mohsenisaravi B, Asghari Z. Rate of general health, job stress and factors in med records workers. *Health Inf Manage* 2007;4(2):215-22. (Persian)
18. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohamadi D. Epidimiological study of mental disorders among one Rural of Tehran province. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2001; 7(1-2): 19-21. (Persian)
19. Nastiezaie N. The relationship between general health and internet addiction. *Tabibe Sharg* 2009; 11(1): 57-63. (Persian)