

## کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در رانندگان اتوبوس‌های بین‌شهری ترمینال غرب تهران در سال ۱۳۹۳

توحید بابازاده<sup>۱</sup>، محمد حسین تقدیسی<sup>۲</sup>، یوسف شری زاده<sup>۳</sup>، حسن محمودی<sup>۱</sup>، الهه عزتی<sup>۳</sup>، حامد رضاخانی مقدم<sup>۱</sup>،  
مرتضی بنای جدی<sup>۴\*</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۵

### چکیده

**مقدمه:** رانندگی یکی از مشاغل مهم و پر استرس در جامعه است و توجه به وضعیت سلامتی رانندگان ضروری می‌باشد. هدف این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل موثر بر آن در رانندگان اتوبوس‌های بین‌شهری پایانه مسافربری غرب تهران بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی - توصیفی ۴۲۲ نفر از رانندگان شاغل در پایانه مسافربری غرب تهران به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شد. جهت آنالیز اطلاعات از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

**یافته‌ها:** میزان پاسخ‌دهی، ۹۸/۶ درصد بود. براساس نتایج آزمون تی مستقل بین وضعیت بیماری با هیچ یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نگردید، اما بین وضعیت مسکن با تمام ابعاد کیفیت زندگی به غیر از بعد روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد ( $p < 0/05$ ). مطابق با نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین سطح تحصیلات و سابقه کار با بعد روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی رانندگان در بعد روابط اجتماعی آسیب‌پذیرتر از سایر ابعاد است. علاوه بر آن سطح تحصیلات، سابقه کار و وضعیت مسکن می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد، لذا برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات منظم جهت بهبود کیفیت زندگی در رانندگان ضروری است.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، رانندگان، اتوبوس‌های بین‌شهری

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
۲- دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، واحد مبارزه با بیماری‌ها، شبکه بهداشت و درمان چالدران، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: [morteza.banayejdedi@yahoo.com](mailto:morteza.banayejdedi@yahoo.com) تلفن: ۰۴۴ - ۳۴۲۶۵۶۹۲

## مقدمه

یکی از مفاهیمی که امروزه با توسعه جوامع و بهبود سطح سلامت زندگی اهمیت بیشتری یافته است، مفهوم کیفیت زندگی است به طوری که در حال حاضر هدف نهایی توسعه، رسیدن به سطح زندگی مطلوب عنوان می‌شود [۱]. کیفیت زندگی دارای سه ویژگی اصلی چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن است. چند بعدی بودن بر پایه ابعاد سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی قرار دارد. بعد جسمانی به عملکرد فرد در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه، بعد روانی به حالت توازن بین شخص و دنیای اطراف او و بعد اجتماعی به توانایی برقراری ارتباط مؤثر با دیگر اعضای جامعه اطلاق می‌گردد [۶-۲].

برای سنجش سطح سلامت، اغلب از میزان‌های ابتلا و امید به زندگی استفاده می‌شود در حالی که این شاخص‌ها به تنهایی نمی‌تواند رضایت افراد از زندگی را نشان دهند [۱]، بنابراین این باور به وجود آمده است که برای اندازه‌گیری سطح سلامت باید عوامل دیگری مثل بهزیستی و رفاه را هم در نظر گرفت تا بتوان براساس احساسات درونی افراد از کیفیت زندگی، برنامه‌ریزی و مداخلات مؤثرتری انجام داد [۸،۷]. از این رو، سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را به عنوان شاخص نشان‌دهنده پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر او، تعریف کرده است [۲،۳].

امروزه رانندگی یک امر مهم در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، تفریحی و دیگر جنبه‌های زندگی محسوب می‌شود [۹]، اما شغل رانندگی یک شغل استرس‌زا است که استرس‌های فیزیکی و فیزیولوژیکی زیادی بر فرد وارد می‌کند. مطالعاتی که طی ۵۰ سال، توسط پژوهشگران بر روی رانندگان اتوبوس‌های بین شهری انجام شد، نشان داد که انواع استرس‌های شغلی این حرفه باعث بروز مشکلات و عوارض جسمانی، روانی و رفتاری در آنان می‌شود [۹]. سلامتی رانندگان حرفه‌ای مثل رانندگان اتوبوس و کامیون در معرض خطر بیشتری قرار دارد [۹،۱۰]، این رانندگان که مسافت‌های

طولانی را رانندگی می‌کنند، معمولاً اضافه وزن داشته، سیگاری و کم‌تحرک هستند و همچنین از حمایت‌های اجتماعی پایینی برخوردارند [۱۱].

مشکلات جسمانی متعددی مانند بیماری‌های قلبی و عروقی در رانندگان، به ویژه رانندگان اتوبوس‌ها گزارش شده است که با عادات نامطلوب شیوه زندگی، عوامل شیمیایی یا روانی محیط کار ارتباط دارد [۱۲]. مطالعات انجام شده در آمریکا و اروپا نشان دهنده شیوع بالای اختلالات اسکلتی در رانندگان است. به عنوان مثال، تحقیق انجام شده، نشان داده است که ۸۱ درصد از رانندگان اتوبوس در آمریکا و ۴۹ درصد رانندگان اتوبوس در سوئد، درد کمر داشتند [۱۳]. همچنین در مطالعه انجام شده در ایران توسط Sadeghi و همکاران بر روی رانندگان اتوبوس‌های بین شهری اصفهان گزارش شده که ۵۰/۵ درصد رانندگان سابقه کمردرد و ۲۰ درصد ناراحتی گوارشی داشتند [۱۴]. علاوه بر مشکلات جسمانی، مشکلات روانی و رفتاری نیز سلامتی رانندگان را تهدید می‌کند. از مشکلات روانی می‌توان به افسردگی، بدبینی و پارائوئید و از مشکلات رفتاری می‌توان به مصرف الکل، مواد مخدر و داروها اشاره کرد [۹].

با توجه به اهمیت و حساسیت سلامت رانندگان و کیفیت زندگی آنان در نحوه ارائه خدمت به خانواده و مسافران و این که تاکنون در مورد کیفیت زندگی رانندگان اتوبوس‌های بین شهری مطالعه‌ای در ایران انجام نشده است، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در رانندگان اتوبوس‌های بین شهری پایانه مسافربری غرب تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی- توصیفی است. جامعه پژوهش، کلیه رانندگان شاغل در پایانه مسافربری غرب تهران بودند. حجم اولیه نمونه با استفاده از فرمول  $n = ((z_{1-\alpha/2})^2 * p(1-p)) / d^2$  ،  $p = 0/5$  ،  $\alpha = 0/5$  و  $d = 0/5$  ۳۸۴ نفر تعیین گردید. که در ادامه با در نظر گرفتن میزان پاسخ‌دهی ۹۰٪ حجم نهایی نمونه ۴۲۲ نفر محاسبه شد. افراد نمونه به صورت تصادفی منظم از بین رانندگان شاغل در پایانه انتخاب شدند. بدین منظور فهرستی از رانندگان شاغل در

پایانه تهیه و سپس با در نظر گرفتن حجم نمونه، یک فاصله مشخص به صورت تصادفی تعیین و نسبت به انتخاب نمونه‌ها اقدام شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار [۱۵]، رایحه رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه. و معیار خروج از مطالعه عبارت بود از: عدم رضایت به ادامه شرکت در مطالعه.

برای گردآوری داده‌ها از نسخه فارسی استاندارد شده پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - BREF) استفاده شد. روایی و اعتبار این پرسشنامه در بیش از ۴۰ کشور جهان سنجیده شده و مورد قبول مجامع علمی است [۱۹-۱۶]. این پرسشنامه در ایران توسط دکتر نجات و همکاران وی در مطالعه‌ای تحت عنوان "استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی" در چهار بعد سلامت جسمانی ( $\alpha=0/70$ )، سلامت روانی ( $\alpha=0/73$ )، روابط اجتماعی ( $\alpha=0/55$ ) و سلامت محیط ( $\alpha=0/84$ ) مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰]. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی افراد را هم به صورت کلی و هم به صورت تخصصی در چهار بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اندازه‌گیری می‌کند.

بدین ترتیب که از ۲۶ سؤال موجود در پرسشنامه ۲ سؤال اول برای ارزیابی کلی کیفیت زندگی، ۷ سؤال برای ارزیابی سلامت جسمانی، ۶ سؤال برای ارزیابی سلامت روانی، ۳ سؤال برای ارزیابی روابط اجتماعی و ۸ سؤال برای ارزیابی سلامت محیط مورد استفاده قرار می‌گیرد. نحوه امتیازدهی در این پرسشنامه به صورت امتیازدهی لیکرت ۵ گزینه‌ای است. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر بعد امتیازی معادل ۴ الی ۲۰ بدست می‌آید که عدد ۴ نشان‌دهنده بدترین کیفیت زندگی و عدد ۲۰ نشان‌دهنده بهترین وضعیت کیفیت زندگی در بعد مورد نظر است. این امتیاز قابل تبدیل به دامنه امتیازی صفر الی ۱۰۰ نیز می‌باشد. به عنوان مثال، براساس دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی، برای فردی که در بعد سلامت جسمانی کمترین امتیاز یعنی ۷ را بگیرد باید آن را تبدیل به نمره ۴ کرد یا در بعد سلامت روانی حداقل امتیاز یعنی نمره ۶

را تبدیل به نمره ۴، در بعد روابط اجتماعی نمره ۳ را تبدیل به ۴ و در بعد سلامت محیط نمره ۸ را تبدیل به ۴ کرد [۲۱].

داده‌ها با استفاده از پرسشگران آموزش‌دیده با مراجعه به پایانه و انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه توسط رانندگان منتخب جمع‌آوری گردید.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، ضمن اطمینان دادن به افراد تحت مطالعه در جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شان، نسبت به اخذ رضایت آگاهانه از آنان اقدام شد. نرم افزار مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، SPSS، نسخه ۲۰ بود. به منظور انجام مقایسه بین میانگین نمرات از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. تمام آنالیزها در سطح معنی داری  $p < 0/05$  انجام گرفت.

#### یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۱۶ نفر از افراد نمونه وارد مطالعه شدند (میزان پاسخ دهی ۹۸/۶٪). میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی کل در رانندگان برابر  $5/4 \pm 44/6$  محاسبه شد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی به ترتیب برای بعد سلامت جسمانی  $11/2 \pm 1/8$ ، سلامت روانی  $11/9 \pm 1/2$ ، روابط اجتماعی  $8/7 \pm 2/0$  و سلامت محیط  $13/4 \pm 1/8$  به دست آمد.

نتایج پژوهش در خصوص ارزیابی پاسخ‌گو از وضعیت کلی کیفیت زندگی خود (سؤال اول پرسشنامه) نشان داد که ۱۰/۳ درصد پاسخ‌گویان وضعیت کلی کیفیت زندگی خود را "بسیار بد"، ۲۵/۲ درصد "بد"، ۵۰/۵ درصد "نه خوب، نه بد"، ۱۲/۳ درصد "خوب" و ۱/۷ درصد "بسیار خوب" بیان کرده بودند. در خصوص ارزیابی پاسخ‌گویان از وضعیت کلی سلامت خود نیز (سؤال دوم پرسشنامه) ۳/۶ درصد از آن "بسیار ناراضی"، ۱۱/۸ درصد "ناراضی"، ۵۵/۸ درصد "نه ناراضی، نه راضی"، ۲۸/۱ درصد "راضی" و ۰/۷ درصد آنها "بسیار راضی" بودند.

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، بین سطح تحصیلات و سابقه کار با بعد روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده گردید.

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل بین وضعیت بیماری با هیچ یک از ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی رابطه آماری

معنی‌داری مشاهده نگردید. اما بین وضعیت مسکن با تمام ابعاد کیفیت زندگی به غیر از بعد روابط اجتماعی رابطه آماری

جدول ۱- وضعیت ابعاد کیفیت زندگی بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی رانندگان اتوبوس‌های بین شهری ترمینال غرب تهران در سال ۱۳۹۳

حیطه‌های کیفیت زندگی					
سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روانی	سلامت جسمانی	N (%)	
انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
۱۳/۰±۲/۱	۹/۳±۲/۳	۱۱/۵±۱/۹	۱۱/۴±۱/۹	۵۰ (۱۲/۰)	کمتر از ۲ میلیون
۱۳/۳±۱/۷	۸/۵±۲/۰	۱۱/۱±۱/۹	۱۱/۱±۱/۶	۱۳۶ (۳۲/۷)	۲ تا ۳ میلیون
۱۳/۶±۲/۰	۸/۸±۱/۷	۱۱/۳±۱/۸	۱۱/۲±۱/۸	۸۸ (۲۱/۲)	۳ تا ۴ میلیون
۱۳/۷±۱/۸	۸/۹±۱/۸	۱۱/۲±۱/۸	۱۱/۱±۱/۹	۷۴ (۱۷/۸)	۴ تا ۵ میلیون
۱۳/۴±۱/۷	۸/۵±۲/۰	۱۱/۳±۲/۰	۱۱/۵±۱/۸	۶۸ (۱۶/۳)	بیشتر از ۵ میلیون
۰/۱۳۴	۰/۱۷۷	۰/۷۹۰	۰/۷۰۶	-	*P-value
۱۳/۵±۱/۸	۸/۶±۱/۹	۱۱/۲±۱/۸	۱۱/۲±۱/۷	۲۰۷ (۴۹/۸)	زیر دیپلم
۱۳/۳±۲/۱	۸/۷±۲/۱	۱۱/۱±۲/۰	۱۱/۱±۲/۰	۱۵۹ (۳۸/۲)	دیپلم
۱۳/۵±۱/۳	۹/۳±۱/۷	۱۱/۶±۱/۷	۱۱/۵±۱/۴	۳۱ (۷/۵)	فوق دیپلم
۱۲/۱±۳/۲	۹/۹±۱/۵	۱۲/۱±۱/۷	۱۲/۰±۱/۶	۱۹ (۴/۵)	لیسانس
۰/۵۳۴	۰/۰۱۷	۰/۰۵۲	۰/۴۹۱	-	*P-value
۱۳/۶±۲/۳	۸/۸±۲/۱	۱۲/۳±۱/۲	۱۱/۴±۱/۸	۱۵ (۳/۶)	۲۰-۲۹
۱۳/۵±۱/۹	۸/۹±۱/۹	۱۱/۲±۲/۰	۱۱/۳±۱/۷	۱۶۷ (۴۰/۱)	۳۰-۳۹
۱۳/۳±۱/۹	۸/۶±۲/۰	۱۱/۱±۱/۷	۱۱/۱±۱/۸	۱۲۹ (۳۱/۰)	۴۰-۴۹
۱۳/۵±۱/۷	۸/۶±۱/۹	۱۲/۳±۱/۸	۱۱/۲±۱/۸	۱۰۵ (۲۵/۳)	≥۵۰
۰/۶۶۵	۰/۴۵۸	۰/۰۸۹	۰/۷۹۱	-	*P-value
۱۳/۴±۱/۷	۹/۴±۱/۸	۱۱/۷±۲/۱	۱۱/۶±۱/۳	۲۴ (۵/۸)	۳ >
۱۳/۴±۱/۷	۹/۰±۲/۰	۱۱/۳±۲/۰	۱۱/۲±۱/۹	۱۱۱ (۲۶/۷)	۳ - ۵
۱۳/۴±۱/۹	۸/۴±۲/۰	۱۱/۳±۱/۸	۱۱/۱±۱/۹	۱۴۳ (۳۴/۴)	۶ - ۹
۱۳/۴±۱/۹	۸/۸±۱/۹	۱۱/۰±۱/۸	۱۱/۲±۱/۷	۱۳۸ (۳۳/۳)	≥۱۰
۰/۹۹۷	۰/۰۲۰	۰/۲۴۰	۰/۶۷۴	-	*P-value
۱۳/۷±۱/۶	۸/۹±۱/۹	۱۱/۴±۱/۸	۱۱/۴±۱/۶	۲۲۸ (۵۴/۸)	مالک
۱۳/۰±۱/۹	۸/۵±۱/۹	۱۱/۰±۱/۹	۱۰/۹±۱/۸	۱۸۸ (۴۵/۲)	استیجاری
۰/۰۰۰	۰/۱۶۴	۰/۰۳۴	۰/۰۱۶	-	**P-value
۱۳/۵±۱/۸	۸/۷±۱/۹	۱۱/۳±۱/۸	۱۱/۳±۱/۸	۳۷۸ (۹۰/۹)	متأهل
۱۳/۲±۲/۰	۹/۱±۱/۹	۱۱/۱±۲/۱	۱۰/۷±۱/۸	۲۵ (۶/۰)	مجرد
۱۲/۹±۱/۸	۸/۶±۲/۳	۱۱/۲±۲/۲	۱۱/۲±۱/۳	۱۳ (۳/۱)	مطلقه
۰/۴۸۶	۰/۶۴۷	۰/۶۱۹	۰/۲۹۲	-	*P-value
۱۳/۳±۱/۸	۸/۹±۲/۰	۱۱/۲±۱/۸	۱۱/۱±۱/۸	۱۲۸ (۳۰/۸)	سالم
۲۳/۵±۱/۹	۸/۷±۱/۹	۱۱/۲±۱/۹	۱۱/۳±۱/۸	۲۸۸ (۶۹/۲)	بیمار
۰/۵۶۷	۰/۲۲۸	۰/۹۹۳	۰/۳۶۱	-	**P-value

\* آزمون آنالیز واریانس یکطرفه

\*\* آزمون تی مستقل

باشد که تمام رانندگان به دلیل موقعیت شغلی‌شان هر ساله مورد معاینه‌های جسمی قرار می‌گیرند و بیماری خود را قبل از اینکه وخیم شود و بر سطح کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد، کنترل می‌کنند. تحقیقات دیگر حاکی از آن است که بیماری می‌تواند بر تمام ابعاد سلامت تأثیر منفی بگذارد [۲۷، ۲۸]. در مطالعه Ghasemi و همکاران که افراد بیمار دارای کیفیت زندگی جسمانی، روانی، محیطی و اجتماعی پایین‌تری نسبت به افراد سالم بودند [۷].

بین سابقه کار و روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد. به طوری که افراد با سابقه کمتر از سه سال نمره کیفیت زندگی بیشتری داشتند. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که سوابق کاری بالا می‌تواند باعث افت کیفیت زندگی شود [۳۱-۲۹]. افزایش شیوع بیماری‌های مزمن با بالا رفتن سن و سابقه کار می‌تواند توجهی برای کاهش کیفیت زندگی باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که متغیر مسکن با سه بعد سلامت جسمانی، روانی و محیط ارتباط معنی‌داری دارد. افرادی که دارای منزل شخصی بودند کیفیت زندگی بالاتری داشتند. به نظر می‌رسد دغدغه‌های اجاره‌نشینی دلیلی بر کاهش کیفیت زندگی افراد باشد. Hekmatpour و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش کردند که ارتباط مثبتی بین کیفیت زندگی و نوع سکونت وجود دارد [۲۸].

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی وضعیت تأهل بود. در این تحقیق بین تأهل و ابعاد کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد. ممکن است علت آن، متأهل بودن اکثریت نمونه‌های مورد مطالعه باشد. مطالعات دیگر انجام شده حاکی از آن است که متأهل بودن تأثیر معنی‌داری در بهبود کیفیت زندگی افراد دارد [۳۵-۳۲، ۷].

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به خود گزارش-دهی، دسترسی سخت و عدم همکاری مناسب برخی از رانندگان منتخب اشاره نمود. توصیه می‌گردد در مطالعات آتی کیفیت زندگی رانندگان دیگر مثل رانندگان تاکسی نیز مورد بررسی قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیق کیفی جهت بررسی دقیق تمام ابعاد کیفیت زندگی و مطالعات

براساس یافته‌های این مطالعه، میانگین کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب  $11/2 \pm 1/8$ ،  $11/2 \pm 1/9$ ،  $8/7 \pm 2/0$  و  $13/4 \pm 1/8$  بود. مطابق با این نتایج، کیفیت زندگی رانندگان در بعد روابط اجتماعی کمتر از ابعاد دیگر می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی در بعد روابط اجتماعی ممکن است به این دلیل باشد که رانندگان به موجب اقتضای شغل‌شان در تماس کمتری با سایر افراد جامعه هستند. مطالعه انجام شده توسط Makvandi و همکاران در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز نشان داد که بالاترین میانگین امتیازات کیفیت زندگی در بعد روابط جسمانی و کمترین در بعد سلامت محیط می‌باشد [۳]. تفاوت در نتایج را می‌توان به ویژگی‌های محیطی که در آن افراد مشغول به کار هستند و همچنین جامعه‌های هدف بررسی شده، نسبت داد.

در این مطالعه، بین میزان درآمد با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی، رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه Khoshemehri و همکاران نیز بین میزان درآمد با ابعاد مذکور رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشده بود [۲۲].

بین سطح تحصیلات و بعد روابط اجتماعی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد، اما بین سایر ابعاد کیفیت زندگی رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. افراد دارای سطح تحصیلات لیسانس کیفیت زندگی بالاتری در بعد روابط اجتماعی داشتند.

برخی مطالعات نشان داده است که افراد کم‌سواد نسبت به افراد با تحصیلات بالا کیفیت زندگی پائینی دارند [۲۴، ۲۳]. این یافته نشان‌دهنده آن است که تحصیلات بالا می‌تواند نقش مثبتی در افزایش کیفیت زندگی داشته باشد [۲۵].

متغیر سن در هیچ‌کدام از حیطه‌های کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری نداشت. یکی از دلایل این رابطه احتمالاً اثر پیر رنگ بودن حضور افراد میان سال و سنین بالاتر در بین افراد شرکت‌کننده می‌باشد. که با نتایج مطالعه Khoshemehri و همکاران، Rafati و همکاران نیز هم‌خوانی دارد [۲۶، ۲۲].

در این مطالعه وضعیت بیماری ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی افراد نداشته است. این امر ممکن است به این دلیل

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از اعضای محترم کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده بهداشت و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، به دلیل تصویب و تأمین هزینه‌های طرح و نیز مسئولین محترم پایانه و شرکت‌های مسافری غرب تهران به دلیل مساعدت‌های بی‌دریغ‌شان طی اجرای مطالعه، اعلام می‌نمایند.

مداخله‌ای جهت سنجش تأثیر آن بر کیفیت زندگی رانندگان نیز صورت گیرد.

**نتیجه‌گیری:** توجه به کیفیت زندگی رانندگان به دلیل اهمیت شغل آنها و سر و کار داشتن با امنیت مسافران، و رفع موانع بهزیستی آنها مهم می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که کیفیت زندگی رانندگان در بعد روابط اجتماعی، آسیب‌پذیرتر از سایر ابعاد است. علاوه بر آن، سطح تحصیلات، سابقه کار و وضعیت مسکن می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیرگذار باشد، لذا برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات اصولی توسط سازمان‌های ذیربط جهت بهبود کیفیت زندگی این قشر از افراد جامعه امری ضروری به نظر می‌رسد.

## References

1. Zhao J, Li Y, Wu Y, Zhou J, Ba L, Gu X, et al. Impact of different contraceptive methods on quality of life in rural women of the Jiangsu province in China. *Contraception* 2009;80(2):180-6.
2. Mansoorian M, BehnamPoor N, Kargar M. health related Quality of life in Gorgan University of medical sciences students. *J Gorgan Univ Med Sci* 2006;10:16-25. [Persian]
3. Makvandi M, Zamani M. the survey of Quality of life and its domains in Ahvaz Islamic Azad university students. The survey of Quality of life and its domains in Ahvaz Islamic Azad university students. *Journal of Jontashapir* 2012; 2(4): 191-200. [persian]
4. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in the elderly in Kashan . *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(1): 56-61. [Persian]
5. Hosseini SH, Rajabzadeh R. khakshour A, Rezazadeh J ,Almasi Hashiani A and Haresabadi M. Health-related quality of life in students of North khorasan University of medical Sciences. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5(Student Research Committe Supplementary):1121-7. [Persian]
6. Steg L, Gifford R. Sustainable transportation and quality of life. *Journal of transport geography* 2005;13(1):59-69.
7. Ghasemi SR, Rjabi Gilan N, Reshadat S. The Survey of Health-Related Quality of Life in Kermanshah Rural Women and Some Related Factors. *J Mazand Univ Med Sci* 2014;24(109):186-94. [ Persian]
8. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 health survey. *Health and quality of life outcomes* 2003;1(1):1-14.
9. Hajiamini Z, Cheraghalipoor Z, Ebadi A, Azad E, Tadrissi D, Sanaeinasab H. Evaluate the frequency occupational stress on drivers in Tehran. *Journal of Entezami Management Studies* 2010; 5(1): 118-30.[persian]
10. Gill PE, Wijk K. Case study of a healthy eating intervention for Swedish lorry drivers. *Health Education Research* 2004;19(3):306-15.
11. Wong CK, Fung CS, Siu S-C, Wong K-W, Lee K-F, Lo YY, et al. The impact of work nature, lifestyle, and obesity on health-related quality of life in Chinese professional drivers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2012;54(8):989-94.

12. Bigert C, Gustavsson P, Hallqvist J, Hogstedt C, Lewné M, Plato N, et al. Myocardial infarction among professional drivers. *Epidemiology* 2003;14(3):333-9.
13. Szeto GP, Lam P. Work-related musculoskeletal disorders in urban bus drivers of Hong Kong. *Journal of occupational rehabilitation* 2007;17(2):181-98.
14. Sadeghi N, Habibi E. The survey of relation between Musculoskeletal Disorders and Anthropometric Indices in the bus drivers in Isfahan. *Iran Occupational Health* 2009;6(1):6-14.[Persian]
15. Amiri S, Hajfiroozabadi M, Bahrami Babaheidari T, Sadati L. Survey of Quality of Life and Influencing Factors in Alborz University of Medical Sciences Staff. *Alborz University Medical Journal* 2014; 3 (1) :18-22.[Persian]
16. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research* 2004;13(2):299-310.
17. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam MA, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research* 2005;14(7):1783-9.
18. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of clinical epidemiology* 2000;53(1):1-12
19. Hwang H-F, Liang W-M, Chiu Y-N, Lin M-R. Suitability of the WHOQOL-BREF for community-dwelling older people in Taiwan. *Age and ageing* 2003;32(6):593-600.
20. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2006;4(4):1-12. [Persian]
21. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Services Research* 2008; 8(1):1-7.
22. Khoshemehri G, Kaviani M, Asmari M, Rajabian H, Naserkhaki V. Comparison of quality of life in elderly men and women living in nursing homes Alborz Province using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. *Journal of Alborz Medical Sciences* 2012; 1(2): 19-24.[Persian]
23. Shams AN, Mohsenpour B, Ghaderi E, Rezaei F, Delavari AR. Quality of life in 15-64 years old people in Kurdistan province, western part of Iran. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(45): 448-56. [Persian]
24. Farhadi A, Foroughan M, Mohammadi F. The Quality of Life Among Rural Elderlies; A Cross-sectional Study. *Iranian Journal of Ageing* 2011;6(20): 38-46. [Persian]
25. Zagozdzon P, Kolarczyk E, Marcinkowski JT. Quality of life and rural place of residence in Polish women-population based study. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2011;18(2): 429-32.
26. Rafati N, Montazeri A. Quality of life among Kahrizak charity institutionalized elderly people. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2005;3(2):67-75. [Persian]
27. Vahdaninia MS, Gashtasebi A, Montazeri A. Health Related Quality of Life in the Elderly. *Payesh* 2006; 5(1): 113-20. [Persian]

28. Hekmatpour D, Jahani F, Behzadi F. Study the quality of life among elderly women in Arak. Arak Medical University Journal 2014; 17(83): 1-8. [Persian]
29. Khorsandi M, Jahani F, Rafiei M, Farazi A. Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences in 2009. Arak Medical University Journal 2010;13(1):40-8.[Persian]
30. Dehghanyieri N, Salehi T, Asadinoghabi A. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. Iranian Journal of Nursing Research 2008;3(9):27-37. [Persian]
31. Atoof F, kogaiebidgoli A, Mehmandoost S and Sabery M. Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid- Beheshti hospital. Journal of Clinical Research in paramedical Science 2013; 2(3): 147-55. [Persian]
32. Arslantas D, Ünsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). Archives of Gerontology and Geriatrics 2009;48(2):127-31.
33. Giannouli P, Zervas I, Armeni E, Koundi K, Spyropoulou A, Alexandrou A, et al. Determinants of quality of life in Greek middle-age women: A population survey. Maturitas 2012;71(2):154-61.
34. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Cancer Nursing 2001;24(1):12-9.
35. Navidian A, Mofrad P. Quality of Life of Patients with Pulmonary Tuberculosis During Treatment Course. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012;22(93):112-22. [Persian]



## The Survey of Health-Related Quality of Life and its effective factors on the Intercity Bus Drivers of the West Terminal of Tehran in 2015

Babazadeh T<sup>1</sup>, Taghdisi M.H<sup>2</sup>, Sherizadeh Y<sup>3</sup>, Mahmoodi H<sup>4</sup>, Ezzati E<sup>3</sup>, Rezakhanimoghaddam H<sup>1</sup>, Banaye Jeddi M<sup>4</sup>

1- PhD Student of Health Education and Health Promotion, Student Research Committee, faculty of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

2- Associate Professor of Health Education and Health Promotion, Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behaviors, Tehran, Iran

3- MSc Student of Health Education, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4-MSc in Epidemiology, Dept. of Combating with Diseases, Chalderan Network of Health and Treatment, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author) Email: morteza.banayejeddi@yahoo.com, Tel: 044-34265692

Received: 6 September 2015

Accepted: 26 December 2015

**Introduction:** Driving is one of the most important jobs in the community and attention to the health of the drivers is essential. Therefore, this study aimed to assess the Health-Related quality of life and its influencing factors on the intercity drivers employed in the West Terminal of Tehran.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, 422 employed drivers of the west terminal were randomly selected for participation in the study. World Health Organization Quality of Life Questionnaire(WHOQOL-BREF) was used for data collection. SPSS20 statistical software, independent t test and ANOVA were used for data analysis.

**Results:** The response rate was 98.6 per cent. Based on the results of the independent t test a statistically significant association was not observed between the disease condition and the four dimensions of quality of life (physical health, psychological health, social relationships and environment health) ( $p>0.05$ ). A statistically significant association between the housing status with all the quality of life dimensions other than the social relations was observed ( $p<0.05$ ). Based on the ANOVA test there was a statistically significant association between education and work experience with the social relationships domain ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** The results indicated that the quality of life of the drivers in the social relations domain is more vulnerable than the other domains. In addition, the level of their education, work experience and housing status could be effective factors on the quality of life, so planning and implementation of systematic interventions is essential to improve the quality of life of the drivers.

**Key words:** Quality of Life, Drivers, Intercity Bus

---

**Please cite this article as follows:**

Babazadeh T, Taghdisi M.H, Sherizadeh Y, Mahmoodi H, Ezzati E, Rezakhanimoghaddam H, Banaye Jeddi M. The Survey of Health-Related Quality of Life and its effective factors on the Intercity Bus Drivers of the West Terminal of Tehran in 2015. *Community Health journal* 2015; 9(1): 19-27.

---

**Funding:** This research was funded by student research committee of Tabriz University of Medical Sciences

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Tabriz University of the Medical Science approved the study.