

کیفیت زندگی پرستاران مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی کاشان و عوامل مرتبط با آن

چکیده

زمینه: از پرستاری به عنوان یکی از پرمخاطره‌ترین و تنش‌زاترین مشاغل نام برده می‌شود. از آنجا که پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات در نظام سلامت هستند، بایستی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارائه بدهند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی پرستاران و تعیین عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۲ صورت گرفته است.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی است. پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مشخصات فردی و پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی (SF-36) استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱.۵، آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس به همراه آزمون تعقیبی توکی، آزمون کروسکال والیس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات کسب‌شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش از ۶۵/۷۸ برای عملکرد اجتماعی تا ۴۷/۹۶ برای ایفای نقش جسمی متغیر بود. میانگین کیفیت زندگی پرستاران در بخش اورژانس نسبت به سایر بخش‌ها بالاتر بود. بین کیفیت زندگی با متغیرهای جنسیت، سابقه کار و بخش محل خدمت رابطه معنی‌داری وجود داشت. ($P < 0/001$)

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که کیفیت زندگی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه در حد متوسط می‌باشد و عملکرد اجتماعی پرستاران نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی مطلوب‌تر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، پرستار، وضعیت سلامتی، کاشان

فاطمه عطوف^۱، افسانه کجائی

بیدگلی^{۲*}، سعیده سادات

مهماندوست^۲، مهدیه صابری^۳

۱. گروه آمار زیستی، دانشکده

بهداشت و انستیتو تحقیقات

بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

۲. دفتر آموزش پرستاری، مجتمع

بیمارستانی شهید بهشتی کاشان،

کاشان، ایران.

۳. بخش ICU مجتمع بیمارستانی

شهید بهشتی کاشان، کاشان، ایران.

* **عهده دار مکاتبات:**

کاشان، مجتمع بیمارستانی شهید

بهشتی، دفتر آموزش پرستاری

Email : Kojaiibidgoli@yahoo.com

مقدمه:

به وسیله شخص یا گروه اشخاص درک می‌شود مانند شادی، رضایت و افتخار، به نحوی که در زندگی منظور است مانند سلامتی، ازدواج، کار، موقعیت اقتصادی، فرصتهای آموزشی، خودگردانی، خلاقیت، احساس مالکیت و همکاری با دیگران" تعریف می‌شود^{۲،۳،۴}

امروزه واژه کیفیت زندگی به عنوان یک بحث علمی توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است و یکی از نگرانی‌های عمده متخصصین بهداشتی است^۱. کیفیت زندگی به صورت "مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که

خدمات در نظام سلامت هستند، بایستی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار باشند تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارائه بدهند. این در صورتی میسر است که پرستاران از نظر روحی و روانی، رضایت کاری و در واقع جنبه‌های مختلف زندگی در سطح مطلوب باشند.^۳ مسلماً پرستارانی که از سلامت عمومی خوبی برخوردار نیستند، قادر نخواهند بود تا مراقبت‌های خوبی نظیر حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند که این امر خطر بروز اشتباهات و حوادث شغلی را بالا می‌برد که در نهایت عواقب آن متوجه بیمار و پرستار می‌شود.^۹ از طرفی کمبود نیروی پرستاری و تمایل به ترک حرفه پرستاری سبب کاهش کیفیت مراقبت‌های استاندارد از بیماران می‌شود. یکی از اهداف کلیدی در مدیریت سازمان‌ها برقراری سلامتی و رضایت در پرسنل می‌باشد. لذا مدیران پرستاری وظیفه دارند به منظور رسیدن به این هدف با استفاده از ابزارهای صحیح، به تعیین وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی پرستاران خود بپردازند تا بتوانند در صورت بروز مشکل، با انجام اقدام به موقع در رفع آن بکوشند. با توجه به تفاوت سیستم درمانی و پرستاری در ایران با سایر کشورها و کمبود مطالعه در این زمینه در ایران بر آن شدیم تا کیفیت زندگی پرستاران مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی کاشان را تعیین و همچنین عوامل مرتبط با آن را شناسایی کنیم.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی و مقطعی می‌باشد که بر روی ۲۸۸ نفر از پرستاران شاغل در مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی کاشان صورت پذیرفته است. پس از جمع‌آوری اطلاعات از روش نمره‌بندی خاص این پرسشنامه (۰ پائین‌ترین نمره و ۱۰۰ بالاترین نمره) به منظور استخراج اطلاعات استفاده شد. پس از استخراج اطلاعات، نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر و نمره پائین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پائین بود. پرستاران شاغل جهت این پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب با حجم (با در نظر گرفتن بخش‌های بیمارستانی به عنوان طبقات) و مراجعه پژوهشگر در شیفت‌های صبح، عصر و شب به بخش‌های مختلف بیمارستان، انتخاب شدند. معیارهای ورود پرستاران در این پژوهش تحصیل در رشته پرستاری، اشتغال در یکی از

کیفیت زندگی با عواملی همچون فرهنگ، سن، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی در ارتباط است. ferrel (۱۹۹۷) یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی را شغل می‌داند.^۵ برخی از مشاغل از طریق در معرض قرار دادن فرد با عوامل تنش‌زای متعدد و مختلف فیزیکی، جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی بیش از سایر مشاغل سلامتی فرد و در نتیجه کیفیت زندگی را مورد تهدید قرار می‌دهند.^۶ مشاغل سخت بر درک فرد از کیفیت زندگی بصورت کلی و در ابعاد محیطی، اجتماعی و جسمانی آن به صورت اختصاصی، اثرات منفی دارد.^۳ عوامل تهدید کننده سلامت در بعضی از مشاغل همچون مشاغل پزشکی بیش از سایرین می‌باشد. پرستاران جزء بزرگترین گروه شاغل در حرفه‌های پزشکی هستند.^۷ از پرستاری به‌عنوان یکی از پرمخاطره‌ترین و تنش‌زاترین مشاغل نامبرده می‌شود. به گونه‌ای که آن، به عنوان یکی از چهار حرفه اول پراسترس دنیا مطرح است.^۶ عواملی همچون نوبت کاری، بار کاری زیاد، رویارویی با درد و آلام بیماران و مرگ آنها، تماس با عوامل عفونی و داروهای شیمی‌درمانی، حوادثی همچون نیدل‌استیک از جمله عوامل تنش‌زا در محیط کار پرستاران می‌باشند. حاضر نشدن در سرکار و یا گرفتن مرخصی استعلاجی بیش از حد، تلاش برای خودکشی، روی آوردن به داروهای آرام‌بخش، اختلالات خواب، عدم رضایت شغلی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و وجود بیماری‌های جسمی از پیامدهای نامطلوب رویارویی پرستاران با این عوامل تنش‌زا می‌باشند، که در مطالعات متفاوت گزارش می‌شوند.^{۶،۸} Cam (۱۹۹۴) بیان می‌کند که کم بودن حقوق، ناکافی بودن وسایل و تجهیزات، ساعات طولانی کار و مراقبت از تعداد زیادی بیمار از عواملی است که می‌تواند بر روی شرایط کاری و سلامت جسمی-روحی پرستاران تاثیر منفی داشته باشد.^۹ حجتی (۱۳۸۸) در پژوهشی که بر روی پرستاران شب‌کار استان گلستان انجام داد به این نتیجه دست یافت که ۵۲٪ از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش وی دارای سلامت روانی نامطلوبی هستند. همچنین وی بیان می‌کند که بین سلامت روان پرستاران شب‌کار در این پژوهش با سلامت جسمی آنها ارتباط معنی‌داری وجود دارد.^{۱۰} از آنجایی که پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده

کاشان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. میانگین سنی پرستاران شرکت کننده در این مطالعه $31/37 \pm 5/60$ سال بود. اکثریت افراد شرکت کننده در این پژوهش را زنان (۸۵/۸٪) و سایر نمونه‌ها را مردان (۱۴/۲٪) تشکیل می‌دادند. ۷۹/۹٪ از نمونه‌ها متأهل بودند. در این پژوهش، اکثریت افراد شرکت کننده دارای تحصیلات لیسانس (۸۷/۸٪) و سایر نمونه‌ها مدرک فوق دیپلم (۸٪) و دیپلم (۴/۲٪) داشتند. از نظر وضعیت استخدام ۵۳/۸٪ از افراد شرکت کننده در این پژوهش بصورت پیمانی، ۲۶/۴٪ قراردادی، ۱۳/۵٪ رسمی و ۶/۳٪ طرحی بودند. بیشترین واحدهای مورد پژوهش در بخش داخلی (۲۲/۲٪) و کمترین آنها در بخش نوزادان (۵/۲٪) و اطفال (۵/۲٪) اشتغال داشتند. سایر واحدهای مورد پژوهش مربوط به بخش‌های جراحی (۱۶/۳٪)، اورژانس (۱۶/۳٪)، اتاق عمل (۱۵/۶٪)، ICU (۱۲/۸٪) و CCU (۶/۶٪) بودند.

میانگین نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران شرکت کننده در پژوهش از ۶۵/۷۸ برای عملکرد اجتماعی تا ۴۷/۹۶ برای ایفای نقش جسمی متغیر بوده است. میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به هشت بعد کیفیت زندگی به تفکیک در جدول ۱ ارائه گردیده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی و جنسیت رابطه معنی دار آماری وجود دارد. ($p < 0/001$) مردان در تمام ابعاد کیفیت زندگی نمره میانگین بالاتری نسبت به زنان کسب کردند. همچنین در این مطالعه بین تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد ایفای نقش اجتماعی و عملکرد اجتماعی با جنسیت ارتباط معنی دار آماری دیده شد. نمره میانگین کیفیت زندگی پرستاران زیر ۳۰ سال از پرستاران رده‌های سنی ۳۰-۴۰ سال و بالای ۳۰ سال بیشتر می‌باشد. همچنین بین سن پرستاران و بعد عملکرد جسمی آنان رابطه معنی دار آماری دیده شد ($p = 0/001$). همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با سابقه کاری کمتر از ۵ سال بیشتر از افراد با سابقه کاری بیش از ۵ سال می‌باشد. نتایج تعقیبی آزمون توکی نیز نشان داده است که میان میانگین نمره کلی کیفیت زندگی ($p = 0/034$) و حیطه سلامت عمومی ($p = 0/047$) در افراد با سابقه کاری زیر ۵ سال و افراد با سابقه کاری ۶-۱۰ سال تفاوت معناداری وجود دارد.

بخش های درمانی و یا اتاق عمل و سابقه کاری بیش از ۶ ماه بود. پرستاران باردار یا پرستاران مبتلا به انواع اختلالات جدی از قبیل بیماری‌های کلیوی، تنفسی و قلبی در این مطالعه شرکت داده نشدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مشخصات فردی و پرسشنامه فرم کوتاه شده ۳۶ سوالی کیفیت زندگی (SF-36) استفاده گردید. پرستاران پس از آگاهی از اهداف پژوهش، به تکمیل پرسشنامه‌ها به روش خوداجرا پرداختند. این پرسشنامه ابزاری عمومی و معتبر برای سنجش و اندازه‌گیری کیفیت زندگی است که در جوامع مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. تحلیل‌های روانسنجی نشان داده است که این پرسشنامه ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های مختلف، توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف براساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و نیز وضعیت بالینی را داراست (۱۱). به عنوان مثال در مطالعه منتظری و همکاران که بر روی ۴۰۰۰ نفر انجام شده است حیطه‌های مختلف گونه SF36 از پایایی محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردار بوده‌اند^۳. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در هشت بعد عملکرد جسمی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت) و سلامت روحی-روانی (۵ عبارت) است که کیفیت زندگی افراد را مورد بررسی قرار می‌دهد. به هر یک از زیر ابعاد پرسشنامه بسته به پاسخی که داده شده نمره‌ای تعلق گرفته و از جمع نمرات ۸ بعد، نمره کل به دست آمده است. پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱.۵، برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین منظور آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس به همراه آزمون تعقیبی توکی، آزمون کروسکال والیس به همراه آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. ضمناً به منظور بررسی نرمالیتی داده‌های کمی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید. سطح معناداری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در این مطالعه ۲۸۸ پرستار از مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی

اما در سایر زیرگروه‌های سابقه کاری برای دو متغیر سلامت عمومی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول ۲).

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین بخش محل خدمت و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. ($p < 0/001$) نتایج آزمون توکی نشان داد که میان کیفیت زندگی پرستاران بخش اورژانس با پرستاران بخش‌های داخلی ($p = 0/043$)، جراحی ($p = 0/008$)، CCU ($p = 0/038$) و نوزادان ($p = 0/027$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که از نظر عملکرد جسمی تفاوت معنی‌دار آماری میان بخش‌های اورژانس با بخش‌های جراحی ($p = 0/005$)، CCU ($p = 0/012$) و نوزادان ($p = 0/009$) وجود دارد، اما سایر بخشها با همدیگر از لحاظ این متغیر تفاوت معنی‌دار آماری نشان ندادند.

برای بررسی ارتباط نوع بخش با ایفای نقش جسمی از آزمون کروسکال والیس استفاده گردید، لذا به منظور انجام آزمون تعقیبی، توسط آزمون من‌ویتنی بخشها دوتادو تا با هم مقایسه شدند و سپس اصلاح خطای نوع اول توسط متد بونفرونی انجام گرفت. نتایج نشان داد که تنها بخش اورژانس با بخش جراحی ($p = 0/047$)، CCU ($p = 0/028$) و نوزادان ($p = 0/044$) از لحاظ ایفای نقش جسمی تفاوت معنی‌دار داشتند و تفاوت سایر بخشها از لحاظ آماری معنادار نبود.

میان حیطه درد و بخش محل اشتغال نیز رابطه معنی‌داری وجود داشت. از طریق آزمون‌های تعقیبی و مقایسه بخش‌ها مشخص شد که در رابطه با حیطه درد میان بخش اورژانس با بخش‌های جراحی ($p = 0/033$)، CCU ($p = 0/009$) و نوزادان ($p = 0/008$) تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. همچنین در این حیطه میان بخش نوزادان با بخش‌های داخلی ($p = 0/043$) و اتاق عمل

بخش‌های جراحی ($p = 0/047$) و CCU ($p = 0/048$) دیده شد (جدول ۳).

در این پژوهش میانگین کیفیت زندگی پرستاران طرحی بیشتر از پرستاران رسمی، قراردادی و رسمی بود. اما میان این دو متغیر رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت. همچنین در این پژوهش بین تعداد شیفت‌های شب با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد.

جدول ۱. میانگین نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در پرستاران مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی، شهر کاشان سال ۱۳۹۲

نام متغیر	میانگین نمره (Mean±SP)
عملکرد جنسی	۶۱/۶۰ ± ۲۶/۳۸
ایفای نقش	۴۷/۹۶ ± ۳۰/۵۵
ایفای نقش عاطفی	۵۷/۶۲ ± ۳۳/۳۹
انرژی	۴۸/۵۹ ± ۱۹/۶۲
سلامت روحی روانی	۵۴/۹۳ ± ۱۸/۴۰
عملکرد اجتماعی	۶۵/۷۸ ± ۲۴/۴۸
درد	۵۵/۰۳ ± ۲۱/۵۱
سلامت عمومی	۵۴/۲۶ ± ۱۹/۷۴
نمره کلی	۵۵/۶۰ ± ۱۷/۲۳

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش برحسب متغیرهای جنس، سن، سابقه کار

خدمت، شهر کاشان سال ۱۳۹۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	Median (سوم)	پایه نشتی جنسی (چارک اول-چارک دوم)	انحراف معیار	Median (سوم)	سالم روانی	میانگین اجتماعی	درج	سالم عمومی	نمره کل پرسش نامه
جنسیت	زن	۵۹/۷۱±۲۷/۵۴	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۴۷/۱۳±۱۹/۳۵	۵۳/۴۸±۱۸/۱۴	۶۴/۵۲±۲۴/۳۷	۵۲/۹۴±۲۰/۸۸	۵۲/۹۴±۲۰/۸۸	۵۲/۹۴±۱۹/۸۵	۵۴/۱۱±۱۶/۷۸
	مرد	۷۲/۱۲±۲۲/۵۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۷۵(۲۵-۷۵)	۵۷/۱۶±۱۹/۱۶	۶۳/۴۰±۱۷/۸۰	۷۲/۵۰±۲۴/۵۰	۶۶/۷۰±۲۱/۷۲	۶۶/۷۰±۲۱/۷۲	۶۲/۵۰±۲۰/۵۱	۶۵/۴۳±۱۶/۴۷
p		۰/۰۰۶		۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱
سن	کمتر از ۳۰ سال	۶۷/۱۳±۲۲/۹۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۴۸/۵۴±۲۵/۳۱	۵۵/۶۰±۱۸/۰۴	۷۹/۰۲±۲۰/۹۸	۵۷/۰۵±۲۰/۹۸	۵۷/۰۵±۲۰/۹۸	۵۷/۰۵±۱۹/۰۹	۵۵/۹۶±۱۶/۴۷
	۳۰-۴۰ سال	۵۷/۶۷±۱۶/۹۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۴۸/۳۹±۱۹/۰۹	۵۵/۳۳±۱۸/۰۶	۷۰/۰۷±۲۵/۰۷	۶۳/۲۷±۲۵/۰۷	۶۳/۲۷±۲۵/۰۷	۵۱/۸۳±۲۰/۵۸	۵۳/۰۱±۱۸/۰۳
	بیشتر از ۴۰ سال	۴۹/۱۳±۲۲/۴۲	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۶۲)	۴۹/۰۰±۱۸/۰۹	۵۲/۲۱±۲۱/۲۲	۷۸/۳۴±۲۴/۸۸	۶۳/۴۳±۲۱/۹۹	۶۳/۴۳±۲۱/۹۹	۵۲/۶۱±۲۰/۳۵	۵۱/۷۱±۱۵/۳۰
	p		۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۹	۰/۷	۳/۰	۰/۲۷	۰/۷	۰/۱۸	۰/۰۷
سابقه کار	۵ تا ۱۰ سال	۶۵/۴۷±۲۵/۵۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۵۰/۲۲±۲۱/۶۹	۵۷/۲۰±۱۸/۰۵	۳۸/۳۸±۲۴/۴۴	۳۶/۳۸±۲۴/۴۴	۳۶/۳۸±۲۴/۴۴	۵۷/۱۴±۱۹/۹۲	۵۸/۴۳±۱۷/۷۰
	۱۰ تا ۱۶ سال	۵۷/۶۱±۲۲/۴۷	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۲۵(۲۵-۷۵)	۴۶/۳۱±۱۷/۰۱	۵۲/۴۶±۱۷/۲۸	۷۸/۳۸±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۵۰/۳۱±۱۹/۳۲	۵۱/۹/۰±۱۶/۴۷
	۱۱ تا ۲۰ سال	۶۵/۱۳±۲۲/۲۲	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۵۰/۰۰±۲۰/۱۱	۵۵/۶۲±۲۰/۲۸	۷۸/۳۴±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۵۸/۹۳±۱۸/۶۵	۵۶/۹۹±۱۶/۲۷
	بیشتر از ۲۰ سال	۴۸/۳۳±۲۲/۳۳	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۲۵/۶۵)	۵۰/۳۰±۲۰/۳۳	۵۵/۳۳±۲۰/۷۸	۷۸/۳۴±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۶۳/۳۸±۲۴/۴۴	۴۸/۶۶±۲۰/۹۹	۵۲/۴۵±۱۸/۰۹
	p		۰/۰۵۵	۰/۰۶۱	۰/۷۳	۰/۴۸	۰/۲۸	۳/۰	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۰۴۸

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش برحسب بخش محل خدمت شهر کاشان

سال ۱۳۹۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	Median (سوم)	پایه نشتی جنسی (چارک اول-چارک دوم)	انحراف معیار	Median (سوم)	سالم روانی	میانگین اجتماعی	درج	سالم عمومی	نمره کل پرسش نامه
داخلی	۶۱/۰۹±۲۸/۴۴	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۵۰/۳۲±۲۰/۴۵	۵۳/۹۰±۱۸/۰۹	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۷۸±۱۹/۰۷	۵۰/۷۸±۱۹/۰۷	۵۰/۷۸±۱۹/۰۷	۵۵/۱۶±۱۷/۹۹	۵۳/۷۲±۱۹/۱۷
جراحی	۵۳/۷۲±۲۵/۵۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۵۰)	۴۹/۳۳±۱۷/۲۴	۵۱/۰۹±۱۷/۰۶	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۰±۲۰/۹۱	۵۰/۳۰±۲۰/۹۱	۵۰/۳۰±۲۰/۹۱	۴۸/۱۱±۱۹/۲۵	۵۰/۷۸±۱۵/۰۹
CCU	۷۳/۸۸±۲۳/۶۹	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۰-۵۰)	۵۰/۰۰±۱۷/۰۴	۵۰/۰۰±۲۰/۱۱	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۴۸/۶۲±۱۳/۲۵
ICU	۷۸/۱۹±۲۶/۷۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۵۰-۶۲)	۵۰/۲۴±۱۷/۰۱	۵۳/۲۹±۱۸/۰۸	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۲/۳۸±۱۸/۰۵	۵۲/۳۸±۱۸/۰۵	۵۲/۳۸±۱۸/۰۵	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۵۳/۳۹±۱۶/۳۸
بخش محل خدمت	۶۹/۶۶±۲۴/۴۴	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۷۵)	۵۰/۰۰±۱۷/۰۴	۵۰/۰۰±۲۰/۱۱	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۵۳/۳۹±۱۶/۳۸
انتقال	۶۷/۰۵±۱۸/۶۸	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۵۰(۲۵-۱۰۰)	۵۰/۳۸±۱۸/۰۳	۶۱/۰۰±۱۶/۰۶	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۵۸/۹۵±۱۵/۶۱
نوزادان	۴۵/۴۵±۲۵/۵۰	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۲۵(۲۵-۵۰)	۵۰/۳۰±۱۵/۰۲	۴۴/۴۴±۱۷/۳۱	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۴۵/۳۰±۱۲/۶۰
اورژانس	۷۳/۵۱±۲۲/۳۸	۶۶/۷(۳۳/۳-۱۰۰)	۷۵(۲۵-۱۰۰)	۴۹/۳۳±۱۷/۲۴	۶۱/۰۵±۱۸/۲۲	۶۳/۶۷±۲۷/۱۶	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۵۰/۳۹±۲۰/۷۸	۴۳/۴۳±۱۸/۰۹	۶۳/۴۳±۱۶/۷۸
p		<۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۱۲	۰/۴۸	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۱۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	

بحث:

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که کیفیت زندگی پرستاران شرکت کننده در این مطالعه در حد متوسط می باشد. به طوریکه در میان ابعاد کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی پرستاران بالاترین نمره و کمترین نمره به ایفای نقش جسمی اختصاص داشت. کیفیت زندگی پرستاران در مطالعه یزدی مقدم (۱۳۸۴) مشابه با نتایج این مطالعه و در حد متوسط می باشد.^{۱۲} در مطالعه علاف جوادی و همکارانش (۱۳۸۷) نیز کیفیت زندگی پرستاران در حد متوسط بود اما برخلاف نتایج این مطالعه، پرستاران در بعد سلامت روانی پایین ترین نمره را کسب کرده اند.^۳

یافته های تحقیق حاضر نشان داده است که نمره کیفیت زندگی پرستاران مرد بالاتر از پرستاران زن می باشد. همچنین رابطه معنی دار آماری میان کیفیت زندگی و متغیر جنسیت دید شد. اما نتایج مطالعه خاقانی زاده و همکارانش (۱۳۸۷) نشان داده است که میان جنسیت با کیفیت زندگی پرستاران ارتباط معنی داری وجود ندارد که از این نظر با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد.^{۱۳} زنان به دلیل تعارض بین مسئولیت های شغلی و مسئولیت های خانوادگی بیشتر از مردان در برابر استرس قرار می گیرند. و این خود می تواند دلیلی بر کیفیت زندگی پایین آنان باشد. علاوه بر این یافته های پژوهش خدابخش و همکارانش (۱۳۸۹) نیز نشان می دهد که میزان فرسودگی شغلی در پرستاران زن بیش از پرستاران مرد می باشد.^{۱۴} همچنین در این مطالعه میانگین بروز دردهای بدنی در پرستاران مرد بیشتر از پرستاران زن بود. وجود شیفتهای زیاد و فشرده در مردان عاملی برای بروز بیشتر دردهای بدنی در آنان می باشد. در مطالعه ای که Riise و همکارانش (۱۹۹۹) به بررسی کیفیت زندگی گروههای مختلف شغلی پرداخته اند، نشان داده شده است که نمرات کیفیت زندگی در مردان شاغل بالاتر از زنان شاغل می باشد.^{۱۵}

در ارتباط با سن و کیفیت زندگی، یافته های این مطالعه نشان داده است که نمره میانگین کیفیت زندگی در افراد زیر ۳۰ سال بیشتر از سایر رده های سنی می باشد. اما میان سن و کیفیت زندگی پرستاران ارتباط معنی داری یافت نشد. مطالعه نجاتی و همکارانش (۱۳۹۱) نشان داده است که بطور کلی، کیفیت زندگی با افزایش

سن کاهش می یابد.^{۱۶} یکی از مسائل تاثیرگذار در کیفیت زندگی بیماریهای مزمن است که مطالعات متعدد نشان می دهند که نرخ شیوع بیماری های مزمن با افزایش سن بالا می رود.

در این مطالعه میانگین عملکرد جسمی پرستاران با سابقه کاری کمتر از ۵ سال بیشتر از پرستاران با سابقه کاری بیشتر از ۵ سال می باشد. رابطه آماری معنی دار بین سن و عملکرد جسمی پرستاران بیانگر کاهش توانایی های جسمی پرستاران با افزایش سن است. این مطلب خود مبین عملکرد جسمی بهتر در پرستاران با سوابق کاری کمتر از ۵ سال نیز می باشد. از این نظر نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه درویش پور کاخکی و همکارانش (۱۳۸۸) همسو می باشد.^۵ اما از نظر سلامت عمومی پرستاران با سابقه کاری ۲۰-۱۱ سال وضعیت بهتری نسبت به سایر پرستاران با سوابق کاری کمتر از ۵ سال و بالای ۲۰ سال داشتند. در کل نمره میانگین کیفیت زندگی پرستاران با سوابق کاری کمتر از ۵ سال بیشتر از پرستاران با سوابق کاری بالا بود. همچنین میان کیفیت زندگی با سابقه کار ارتباط معنی دار آماری دیده شد. دهقان نیری و همکارانش (۱۳۸۷) در مطالعه خود بر روی کیفیت زندگی پرستاران برخلاف نتایج این مطالعه به رابطه معنی دار آماری میان سابقه کار و کیفیت زندگی نرسیده بودند.^{۱۷} افزایش شیوع بیماری های مزمن و دردهای جسمی، با بالا رفتن سن از عواملی است که می تواند توجه کننده پایین آمدن کیفیت زندگی پرستاران با افزایش سن و سابقه کار باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داده است که میانگین کیفیت زندگی پرستاران در بخش اورژانس نسبت به سایر بخش ها بالاتر می باشد. در مطالعه علاف جوادی و همکارانش (۱۳۸۷) کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخشهای داخلی - جراحی پایین تر از پرستاران بخش ویژه بود.^۳ در مطالعه عصاررودی و همکارانش (۱۳۹۰) نیز کیفیت زندگی در پرسنل بخش های زایشگاه، اداری و اورژانس و ویژه از سایر بخش ها بالاتر بود.^{۱۸} تنوع کاری، برخورد کوتاه مدت با بیماران، احساس استقلال عمل و درآمد بیشتر می تواند توجه کننده کیفیت زندگی بهتر پرستاران در بخش اورژانس باشد

مطالعه آذرنگ و همکارانش (۱۳۸۸) نشان داده است که پرستاران قراردادی و پیمانی زمینه‌های کاری را نامطلوب ارزیابی می‌کنند.^{۱۹} پرداخت حقوق و مسائل مالی در مطالعه Almaleki (۲۰۰۹) یک عامل مهم در عدم رضایت پرستاران و کیفیت زندگی کاری آنان در کشور عربستان بود.^{۲۱}

نتیجه‌گیری:

از آنجا که کیفیت زندگی پرستاران می‌تواند بر کیفیت کاری آنان و نحوه انجام مراقبت‌های آنان از بیماران تاثیرگذار باشد، لذا مسئولین مراکز درمانی - بهداشتی باید تلاش کنند تا مواردی را که سبب کاهش کیفیت زندگی پرستاران می‌شوند شناسایی کرده و با اجرای برنامه‌هایی همچون برگزاری دوره‌های آموزشی باعث ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران شوند. اقداماتی همچون کاهش حجم کاری پرستاران، توجه به پرستاران جهت کار در بخش‌های مورد علاقه، رفع مشکلات مربوط به سلامتی پرستاران و برقراری خدمات مشاوره‌ای در بیمارستان‌ها می‌تواند کیفیت زندگی پرستاران را افزایش دهد.

تشکر و قدردانی:

این مقاله پژوهشی حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۹۱۱۰۰ می‌باشد. با تقدیر و تشکر از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان بخاطر تصویب و تامین هزینه‌های طرح تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین از تمامی پرسنل پرستاری مجتمع بیمارستانی شهید بهشتی کاشان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر را داریم.

در این مطالعه میانگین کیفیت زندگی پرستاران با بیش از ۸ شیفت شب در ماه، بیشتر از پرستاران با کمتر از ۸ شیفت شب در ماه بود. اما تفاوت آماری معنی‌داری میان شب‌کاری و کیفیت زندگی آنان وجود نداشت. در سیستم‌های درمانی پرستاران جوان بیشتر برای ایفای شیفتهای شب از طرف مدیران پرستاری انتخاب می‌شوند و از آنجا که اکثریت پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش را پرستاران جوان تشکیل می‌دادند لذا می‌توان بالاتر بودن کیفیت زندگی در پرستاران با شیفتهای شب بیشتر را توجیه نمود. نتایج مطالعه یزدی و همکارانش (۱۳۸۴) نیز نشان داده است که کیفیت زندگی پرستاران صبح‌کار در مقایسه با نمره کیفیت زندگی پرستاران شیفت در گردش پایین‌تر می‌باشد.^{۱۲}

یافته‌های این پژوهش نشان داده است که میانگین کیفیت زندگی پرستاران طرحی از پرستاران رسمی، پیمانی و قراردادی بالاتر می‌باشد، اما هیچگونه رابطه معنی‌دار آماری میان وضعیت استخدام و کیفیت زندگی پرستاران مشاهده نشد. وجود انگیزه و توان کاری بالاتر پرسنل طرحی را می‌توان از جمله عواملی دانست که سبب افزایش کیفیت زندگی پرستاران طرحی نسبت به سایر پرسنل در این مطالعه شده است. اما در مطالعه عبدالله‌پور و همکارانش (۱۳۸۸) بیشترین امتیاز میانگین کیفیت زندگی در دامنه سلامت روان برای مستخدمین رسمی و کمترین نمره در این زمینه به پرستاران پیام‌آور و طرحی اختصاص داشت. این یافته می‌تواند بیانگر استرس‌ها و دغدغه‌های روانی این گروه از کارکنان در مورد آینده شغلی‌شان باشد.^{۱۹} در این رابطه نتایج

References:

1. Mazlom RS, Darban F, Kashani lotfabad M. The effect of stress Inoculation program on the Quality of life of Nurses working in psychiatric ward. Iran journal of Nurses 2012;25(61):42-54. [Persian]
2. Park JE, Park K. Textbook and social medicine a treatise on community health. Translated by Shogaie Tehrani H. 17 ed. Tehran: semat publisher; 2002, pp:34-45.
3. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z. Comparison of

- life between special care unite and internal - surgical nurses. Iranian journal of critical care Nursing 2010;3(3):113-117. [Persian]
4. Fallahee Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fattah Moghaddam L. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran. Hakim Research Journal 2007; 9(4): 24- 30. [Persian]
5. King I. Quality of life and goal attainment nursing. Science 1994 ;71(1):29-56.

6. Darvishpoor Kakhki, Ebrahimi H, Alavi Majd H. Health Status of Nurses of Hospitals Dependent to Shahroud Medical University. Iran journal of Nursing 2009;22(60):19-27. [Persian]
7. Chin MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Iimarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. Nursing outlook 2007;55(3):318-326.
8. Sveinsdottir H, Gunnarsdottir HK. Predictors of self- assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Result from a national survey. International Journal of Nursing studies 2008;45:1479-1489.
9. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M.F. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing studies 2003;40:807-827.
10. Hojjati H, Tahery N, Sharifniyai SH. Review of Mental health and physical health in night working nurses in Golestan universtty of medical sciences in 2008-2009. Journal of Urmia Nursing and Mid wifery Faculty 2010; 8(3):144-149. [Persian]
11. Montazeri A, Vahdaninia M, Goshtaseebi A, Gandek B. The short form health survey (SF-36):translation and validation study of the Iranian version. Qual life Res 2005; 50:433-439. [Persian]
12. Yazdimoghaddam H, Estagi Z, Hiydari A. Study of the quality of life Nurses in Sabzevar Hospital in 2005. Asrar Journal of Sabzevar of Medical sciences 2009; 16(1):50-56. [Persian]
13. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Siratinayyer M, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospital. Journal of Military Medicine 2008;10(3):175-184. [Persian]
14. Khodabakhsh MR, Mansuri P. Analysis and comparison between frequency and depth of job -burnout aspects among male and female nurses. Journal of Zahedan University of Medical Sciences. Tabib-e-shargh 2011;13(4):40-42. [Persian]
15. Riise T, Moen BE, Nortvedt MW. Occupation, lifestyle factors and health- related quality of life. The Hordaland Health study. J Occup Environ Med 2003;45(3):324-32.
16. Nejati V, Ahmadi K, Sharifian M, Shoaee F. Comparing Quality of life dimension in different age decades: prediction for aging. Journal of Fasa university of medical sciences 2012;4(1):172-177. [Persian]
17. Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadi Noughabi A. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. Iranian Journal of Nursing Research 2008;3(8-9):27-37. [Persian]
18. Assarrodi A, Golafshani A, Akaberi SA. The relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2011;3(4):74-82. [Persian]
19. Abdollahpour I, Slami Y, Hedjat SH, Jorjoran Shushtari Z. Quality of life and effective factors on it among Governmental Staff in Boukan city. Urmia Medical Journal 2011;22(1):40-47. [Persian]
20. Azarrang sh, Yaghmaei F, Shiri M. Correlation dimensions of quality of work nurses and demographic characteristic. Iranian Journal of Nursing Research 2013;27(3):18-24. [Persian]
21. Almaleki MJ, Fitzgerald G, Clark M. Quality of work life among primery health care nurses in Jazen region Saudi Arabia a cross-sectional study.
22. Available at: <http://www.HumanResources-Health.com/content/10/1/30>.

Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid- Beheshti hospital

Fatemeh Atoof¹
Afsaneh
kogaiebidgoli^{2*}
Saiedehsadat
Mehmandoost²
Mahdieh Sabery³

1. Department of Biostatistics, Faculty Of Health, Tehran University of Medical Sciences.

2. Department of Educational Nursing, Kashan shahid Beheshti Hospital, Kashan , Iran.

3. ICU Ward , Kashan shahid Beheshti Hospital, Kashan, Iran.

***Corresponding Author:**
Kashan, Kashan shahid Beheshti Hospital, Department of Educational Nursing

E- mail:
kojaiibidgoli@yahoo.com

Abstract

Background: Nursing is arguably one of the most dangerous jobs. Since nurses are the largest providers of health care services in the community, their quality of life should be desirable to provide the high-quality care to the patients. The aim of this study was to examine the quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid-Beheshti hospital during 2013-2014.

Materials and Methods: This study was a descriptive cross-sectional study. The participants were selected using a stratified random sampling technique from Data were collected from the participants using the demographic and *Short Form 36-item Health Survey* questionnaires (SF-36). Finally, data were analyzed using *SPSS* software *version 11.5* along with statistical tests (t-test, variance analysis, *Tukey* post-hoc and *Cruskal-Wallis* tests).

Results: The mean quality-of-life scores in the cases were 65.78 for social role performance and 47.96 for physical role performance. The mean quality-of-life score in the emergency department nurses was higher than that of the nurses from the other hospital departments. Moreover, there was a significant correlation between the different dimensions of quality of life with gender, work experience and also work place.

Conclusion: According to the results of this study, the quality of life among the nurses participated in this study was at a moderate level. Moreover, social performance of the nurses is more desirable than the other quality of life dimensions.

Keywords: Quality of life, Nurse, Health status, Kashan