



Quality of Life and Demographic Characteristics in Nurses of Hospitals of Kashmar in 2018: Cross Sectional Study

Masoud Khoshnudi¹, Ali Safari^{2,*}, Nafiseh Nejati Parvaz¹

¹ BSc Student of Nursing, Student Research Committee, Kashmar Center of Higher Health Education, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Faculty member, MSc of Nursing, Kashmar Center of Higher Health Education, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

* **Corresponding author:** Ali Safari, Faculty member, MSc of Nursing, Kashmar Center of Higher Health Education, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. E-mail: safaria3@mums.ac.ir

Received: 29 Jan 2019

Accepted: 26 May 2019

Abstract

Introduction: The quality of nurses' services is directly related to the effectiveness of health services. Therefore, nurses as the most important health Provider group, they should have high quality of life in order to improve the quality of medical services. The aim of this study was to determine the quality of life of nurses working in hospitals in Kashmar in 2018.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 230 nurses working in hospitals in Kashmar who were selected through a total number of sampling. The data were completed by qualified nurses using a demographic questionnaire and quality of life questionnaire. Data were analyzed using SPSS software version 16 and analyzed by descriptive and statistics analytical.

Results: The mean score of nurses' quality of life was 65.39 ± 11.55 and level of quality of life of nurses was moderate. Only 17 percent of nurses had high quality of life. The highest score among the four dimensions of quality of life is related to the physical dimension. Also, nurses in the administrative department and headquarters have the highest score in quality of life. Sexuality, employment type, attending the post, the most type of working shift, nursing interest, daily working hours and hours of monthly study are effective in quality of life.

Conclusions: It seems that paying attention to the needs and desires of nurses and correcting their problems, according to their opinions, is very important in the efficiency of hospitals. Therefore, planning should focus on the factors affecting the quality of life of nurses, including their demographic characteristics.

Keywords: Hospitals, Nurses, WHOQOL-BREF, Quality of Life



کیفیت زندگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران بیمارستان‌های شهرستان کاشمر سال ۹۷: مطالعه مقطعی

مسعود خشنودی^۱، علی صفری^{۲*}، نفیسه نجاتی‌پرواز^۱

^۱ دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ عضو هیأت علمی، کارشناسی ارشد پرستاری، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
* نویسنده مسئول: علی صفری، عضو هیأت علمی، کارشناسی ارشد پرستاری، مجتمع آموزش عالی سلامت کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: safaria3@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۹

چکیده

مقدمه: کیفیت خدمات پرستاران به طور مستقیم با اثربخشی خدمات درمانی در ارتباط می‌باشد؛ از آنجایی که پرستاران مهم‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات به بیماران هستند، باید از کیفیت زندگی بالایی برخوردار باشند تا شاهد بهبود کیفیت خدمات درمانی باشیم. لذا هدف از مطالعه، تعیین کیفیت زندگی پرستاران شاغل بیمارستان‌های شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۷ می‌باشد.

روش کار: این مطالعه توصیفی-مقطعی با حجم نمونه ۲۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشمر که از طریق نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شده بودند، انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی توسط پرستاران واجد شرایط تکمیل شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران $11/55 \pm 65/39$ و سطح کیفیت زندگی در پرستاران در حد متوسط می‌باشد. طبق نتایج فقط ۱۷ درصد پرستاران دارای سطح کیفیت زندگی بالایی بودند. بالاترین نمره در بین ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی می‌باشد. همچنین پرستاران بخش اداری و ستاد بالاترین نمره کیفیت زندگی را کسب کردند. جنسیت، وضعیت استخدامی، پست سازمانی، نوع شیفت کاری، میزان علاقه به پرستاری، میزان ساعت کاری روزانه و میزان ساعت مطالعه در نمره کیفیت زندگی مؤثر می‌باشند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد توجه به نیازها و خواسته‌های پرستاران و اصلاح مشکلات آنان با توجه به نظراتشان اهمیت زیادی در بهره‌وری بیمارستان‌ها داشته باشد. بنابراین برنامه‌ریزی‌ها باید متمرکز بر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی پرستاران از جمله ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها باشد.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، پرستاران، پرسشنامه کیفیت زندگی، کیفیت زندگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است و این درک از طریق راه‌های مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورها، ارزش‌ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد [۱]. کیفیت زندگی مناسب، احساس خوب بودن در زندگی اشخاص را به دنبال دارد [۲]. به اعتقاد برخی از متفکران سیستم‌های بهداشتی کشور، انجام تحقیقات علمی در زمینه کیفیت زندگی به پیشرفت و بهبود وضع سلامت آحاد جامعه

کمک شایانی می‌نماید [۳]. همچنین سن، جنس، سلامتی، تحصیلات، محیط کار و عوامل رفتاری شغلی بر کیفیت زندگی اثرگذار هستند [۴]. با وجود آن‌که شغل افراد، نقش اساسی در پیشرفت اقتصادی، اجتماعی و سلامت جامعه دارد، اما به نوبه خود می‌تواند آسیب‌های جسمانی و روانی فراوانی به همراه داشته باشد [۵]. در همه کشورها، پرستاران وسیع‌ترین گروه درمانی بوده و کیفیت خدمات آنان به طور مستقیم با اثربخشی خدمات درمانی در ارتباط می‌باشد که در انتها سلامت بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۶]. در بیمارستان‌ها، استرس کاری روز به

روز افزایش یافته و از بین مشاغل درمانی، پرستاران با وجود تنش‌های مراقبتی از بیماران در معرض فرسودگی شغلی، خستگی مفرط و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند [۷]. در صورت مزمن شدن این معضلات، مشکلات اجتماعی، شخصی، اقتصادی و روانی متعددی برای پرستاران به وجود آمده [۸] و کیفیت زندگی فرد را دچار مشکل جدی می‌کند [۹]. محققین بر این باورند که پرستاران، در معرض افسردگی، مشکلات جسمی، روحی و روانی نیز قرار دارند [۱۰]. در رابطه با آسیب‌های فیزیکی ناشی از محیط‌های کاری، نتایج حاصل از مطالعه بر روی پرستاران ایرانی در سال ۲۰۱۴، نشان می‌دهد، تقریباً یک چهارم افراد از دردهای جسمانی مرتبط با کار از جمله کمردرد رنج می‌برند و از هر سه نفر یک نفر دچار کمردردهای مرتبط با کار می‌گردد [۱۱]. همچنین ۴/۷ درصد پرستاران به صورت هفتگی به علت خستگی روحی یا ناتوانی جسمی ناشی از کار غیبت می‌کنند که نسبت به سایر گروه‌های حرفه‌ای شغلی ۸۰ درصد بیشتر است [۱۲]. بیش از ۶۰ درصد پرستاران از کیفیت زندگی خود ناراضی هستند و بیشترین میزان نارضایتی آنان مربوط به نیازهای اولیه و پایه زندگی و وجود استرس در محیط‌های کاری بوده که بر زندگی و امور شخصی آنان تأثیر می‌گذارد [۱۳]. به طور کلی کیفیت زندگی پرستاران در ایران در حد متوسط گزارش شده است [۱۴-۱۷]. طبق تحقیقات، اگر مشکلات محیط کاری در کیفیت زندگی پرستاران اثر سوئی داشته باشد، تنش شغلی ایجاد می‌شود که باعث کاهش رضایت شغلی و تعهد سازمانی می‌گردد که در نهایت کاهش کیفیت خدمات درمانی را به دنبال دارد [۱۸]. با وجود این مشکلات ارائه مراقبت‌های بالینی به بهترین شکل ممکن به بیماران رسالت هنر پرستاری است [۱۹]. طبق تحقیقات انجام شده، تمرکز مدیران و مسئولین درمانی بر روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران باعث افزایش کیفیت مراقبت ارائه شده توسط پرستاران می‌شود [۱۶]. بنابراین با توجه به اینکه سطح کیفیت زندگی پرستاران در ایفای نقش آنان در محیط کار بسیار مهم بوده و در تعیین سطح مراقبت‌های بالینی بیماران و عملکرد سیستم درمانی حائز اهمیت ویژه‌ای است، انتظار می‌رود نتایج حاصل از این مطالعه بتواند در طراحی برنامه‌های لازم برای ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی و مداخلاتی جهت افزایش کارایی و اثربخشی فعالیت‌های پرستاران، به مدیران و صاحب نظران امر کمک نماید. لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-مقطعی از نوع تحلیلی، جامعه آماری را همه پرستاران بیمارستان‌های شهید مدرس و حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که شامل ۲۳۰ نفر می‌باشند و به صورت نمونه گیری تمام‌شماری انتخاب شده بودند. بدین صورت که ابتدا فهرستی از تمامی بخش‌هایی که پرستاران در آنها فعالیت داشتند، تهیه شد و تمامی پرستارانی که معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، تمایل و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حداقل یک سال سابقه کاری و شیفت‌های در گردش در سه نوبت کاری را داشتند، وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم تکمیل بیش از ۱۰ درصد پرسشنامه بود. پرسشنامه‌ها در محل بیمارستان‌ها و به صورت

یافته‌ها

مطالعه حاضر روی ۲۳۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشمر انجام شد که (۳۷/۴ درصد) ۸۶ نفر مرد و (۶۲/۶ درصد) ۱۴۴ نفر زن که (۲۲/۶ درصد) ۵۲ نفر مجرد و (۷۷/۴ درصد) ۱۷۸ نفر متأهل

ماهانه ارزیابی شد و نکته قابل تأمل اینکه بیش از ۵۰ درصد پرستاران (۱۲۷ نفر) هیچ مطالعه علمی در ماه نداشتند. جدول ۲ مقادیر کیفیت زندگی را در ابعاد چهارگانه و همچنین به صورت کلی نشان می‌دهد. بر اساس نتایج، بیشترین امتیاز کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به بعد جسمانی، اجتماعی، روانشناختی و محیطی بوده است و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی پرستاران $11/55 \pm 65/39$ و در حد متوسط می‌باشد. (۹/۶ درصد) ۲۲ نفر دارای کیفیت زندگی پایین، (۷۳/۵ درصد) ۱۶۹ نفر دارای کیفیت زندگی متوسط و (۱۷ درصد) ۳۹ نفر دارای کیفیت زندگی بالا بودند.

بودند. میانگین سن این افراد $31/3 \pm 6/82$ سال در دامنه ۲۲ تا ۵۵ سال بود، که در جدول ۱ به تفکیک ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران بر حسب جنسیت ذکر شده است. همچنین (۹۴/۸ درصد) ۲۱۸ نفر دارای مدرک کارشناسی و (۵/۲ درصد) ۱۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. (۵۳/۵ درصد) ۱۲۳ نفر علاقه زیادی و (۴۳/۹ درصد) ۱۰۱ نفر علاقه‌ای متوسط به پرستاری داشتند و فقط (۲/۶ درصد) ۶ نفر به پرستاری علاقه‌ای نداشتند. (۲۶/۵ درصد) ۶۱ نفر جزو نیروهای طرحی و (۷۳/۵ درصد) ۱۶۹ نفر جزو نیروهای استخدامی بودند. میانگین میزان مطالعه علمی پرستاران ۱۱،۵ ساعت به صورت

جدول ۱: توزیع فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران مورد مطالعه بر حسب جنسیت

متغیر	مرد	زن	جمع کل (یا میانگین)	نتیجه آزمون
وضعیت تأهل				Chi-Square P = ۰/۵۱
مجرد	۱۹ (۲۲/۱٪)	۳۳ (۲۲/۹٪)	۵۲ (۲۲/۶٪)	
متأهل	۶۷ (۷۷/۹٪)	۱۱۱ (۷۷/۱٪)	۱۷۸ (۷۷/۴٪)	
مدرک تحصیلی				Chi-Square P = ۰/۱۱۰
کارشناسی	۷۹ (۹۱/۹٪)	۱۳۹ (۹۶/۵٪)	۲۱۸ (۹۴/۸٪)	
کارشناسی ارشد	۷ (۸/۱٪)	۵ (۳/۵٪)	۱۲ (۵/۲٪)	
میزان علاقه به پرستاری				Chi-Square P = ۰/۳۱۱
بدون علاقه	۴ (۴/۷٪)	۲ (۱/۴٪)	۶ (۲/۶٪)	
متوسط	۳۸ (۴۴/۲٪)	۶۳ (۴۳/۸٪)	۱۰۱ (۴۳/۹٪)	
زیاد	۴۴ (۵۱/۲٪)	۷۹ (۵۴/۹٪)	۱۲۳ (۵۳/۵٪)	
نوع استخدام				Chi-Square P = ۰/۴۶۴
طرح و لایحه	۲۲ (۲۵/۵٪)	۳۹ (۲۷/۱٪)	۶۱ (۲۶/۵٪)	
استخدام	۶۴ (۷۴/۴٪)	۱۰۵ (۷۲/۹٪)	۱۶۹ (۷۳/۵٪)	
پست سازمانی				Chi-Square P = ۰/۴۳۰
پرستار	۷۷ (۸۹/۵٪)	۱۳۵ (۹۳/۸٪)	۲۱۲ (۹۲/۲٪)	
سرپرستار	۶ (۷٪)	۷ (۴/۹٪)	۱۳ (۵/۷٪)	
سوپروایزر	۳ (۳/۵٪)	۲ (۱/۴٪)	۵ (۲/۳٪)	
نوع شیفت				Chi-Square P = ۰/۹۳۷
صبح	۳۲ (۳۷/۲٪)	۵۳ (۳۶/۸٪)	۸۵ (۳۷٪)	
عصر	۳۶ (۴۱/۹٪)	۵۸ (۴۰/۳٪)	۹۴ (۴۰/۹٪)	
شب	۱۸ (۲۰/۹٪)	۳۳ (۲۲/۹٪)	۵۱ (۲۲/۳٪)	
میزان ساعت مطالعه علمی ماهانه				Mann-Whitney P = ۰/۱۷۸
حداقل	۰	۰	۰	
حداکثر	۹۰	۹۰	۹۰	
انحراف معیار \pm میانگین	$20/53 \pm 12/52$	$17/61 \pm 9/5$		
ساعت کاری روزانه				Mann-Whitney P = ۰/۰۵۲
حداقل	۷	۷	۷/۹۲ \pm ۱/۰۴	
حداکثر	۱۲	۱۲		
انحراف معیار \pm میانگین	$8/11 \pm 1/26$	$7/81 \pm 0/88$		
سن (سال)				Mann-Whitney P = ۰/۳۵۹
حداقل	۲۳	۲۲		
حداکثر	۵۵	۴۴		
انحراف معیار \pm میانگین	$32/38 \pm 8/21$	$30/66 \pm 5/76$		
جمع (تعداد کل در هر جنس)	۸۶	۱۴۴		

جدول ۲: مقادیر ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی

ابعاد	حداقل	حداکثر	انحراف معیار \pm میانگین
نمره جسمانی	۳۲/۱۴	۱۰۰	۶۹/۴۷ \pm ۱۲/۵۵
نمره اجتماعی	۱۶/۶۷	۱۰۰	۶۶/۵۹ \pm ۱۶/۱۴
نمره روانشناختی	۱۶/۶۷	۱۰۰	۶۴/۵۲ \pm ۱۴/۹۸
نمره محیطی	۹/۳۸	۹۶/۸۸	۶۰/۹۹ \pm ۱۴/۶۲
نمره کلی کیفیت زندگی	۳۵/۹۰	۹۶/۵۴	۶۵/۳۹ \pm ۱۱/۵۵
سطح کلی کیفیت زندگی			
پایین	متوسط	بالا	
۲۲ نفر (۹/۶٪)	۱۶۹ نفر (۷۳/۵٪)	۳۹ نفر (۱۷٪)	

جدول ۳: نمره کیفیت زندگی پرستاران به تفکیک بخش

بخش خدمت	تعداد پرستاران	انحراف معیار \pm میانگین	نتیجه آزمون توکی (Sig) (HSD)	آزمون ANOVA
اورژانس	۷۹ (۳۴/۳٪)	۶۴/۹۵ \pm ۱۱/۱۸	ویژه و قلب داخلی	Sig: ۰/۰۱۱
ویژه و قلب	۵۵ (۲۳/۹٪)	۶۱/۸۵ \pm ۱۱/۴۲	کودکان - زنان	۰/۲۲۳
داخلی	۵۱ (۲۲/۳٪)	۶۸/۱۵ \pm ۱۰/۸۹	کودکان - زنان	۰/۰۲۰
کودکان - زنان	۲۵ (۱۰/۹٪)	۶۴/۵۳ \pm ۱۳/۰۱	اداری و ستاد	۰/۸۸۸
اداری و ستاد	۲۰ (۸/۷٪)	۷۰/۹۱ \pm ۱۰/۳۳	کل	۰/۳۳۱
کل	۲۳۰	۶۵/۳۹ \pm ۱۱/۵۵		

بیشترین امتیاز کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به بعد جسمانی بوده است و میانگین نمره کلی کیفیت زندگی پرستاران $65/39 \pm 11/55$ و در حد متوسط می‌باشد. در مطالعه عزیزی و همکاران در سال ۲۰۱۵ مشخص شد، همراستا با مطالعه حاضر بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمانی و کمترین نمره مربوط به بعد محیطی بوده است. همچنین میانگین کلی نمره کیفیت زندگی پرستاران $12/12 \pm 55/99$ (متوسط نزدیک به پایین) بود. بررسی کیفیت زندگی به تفکیک بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان داد که کمترین میانگین کیفیت زندگی پرستاران مربوط به بخش دیالیز و بالاترین میانگین کیفیت مربوط به بخش CCU است [۲۰]. که با نتایج این مطالعه مغایرت دارد؛ از دلایل این هم مغایرت می‌توان به تفاوت مدیریت در بیمارستان‌ها و نگاه متفاوت مسئولان به بخش‌ها اشاره کرد. همچنین عصارودی در سال ۲۰۱۱ [۱۵]، یزدی مقدم در سال ۲۰۰۶ [۲۱] و علاف‌جوادی در سال ۲۰۱۰ [۲۲] سطح کیفیت زندگی در بخش‌های اورژانس، ویژه و جراحی را بیشتر از سایر بخش‌ها گزارش کرده‌اند؛ که با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارد؛ از دلایل مغایرت می‌توان به میزان فعالیت، استرس، فشار کاری و همچنین روابط اخلاقی مختلف افراد در بخش‌ها اشاره کرد. با توجه به تناقض این یافته‌ها به نظر می‌رسد، محیط و بستر کاری در شهرها و بیمارستان‌ها متفاوت باشد. ملک‌پور و همکاران در سال ۲۰۱۴ نمره کلی کیفیت زندگی را $23/92 \pm 55/99$ (متوسط نزدیک به پایین) بیان کردند که با مطالعه حاضر مغایرت دارد. از دلایل این مغایرت می‌توان به جامعه آماری پژوهش ذکر شده اشاره کرد که کارگران منطقه صنعتی بودند [۲۳]. Zack و Jiang و Parker در مطالعات خود دریافتند که سطح کیفیت زندگی زنان پایین از مردان بوده است [۲۴-۲۶]. همچنین در پژوهش یزدی مقدم و همکاران در سال ۲۰۰۶ کیفیت زندگی زنان پایین‌تر از مردان گزارش شده بود [۲۱].

جدول ۳ میزان نمره کیفیت زندگی به تفکیک بخش‌های مختلف را نشان می‌دهد. مطابق با نتایج، کمترین امتیاز کیفیت زندگی پرستاران مربوط به بخش‌های ویژه و قلب و بالاترین امتیاز مربوط به بخش اداری و ستاد (از جمله سوپروایزرها) بیمارستان‌ها بود و میانگین کیفیت زندگی پرستاران $65/39 \pm 11/55$ (متوسط) در دامنه ۳۵/۹ تا ۹۶/۵۴ بود. طبق آزمون آماری ANOVA بین نمره کیفیت زندگی و بخش در حال خدمت پرستاران اختلاف معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده شده است. آزمون تعقیبی توکی این تفاوت را بصورت دو به دو نشان می‌دهد. جدول ۴ رابطه ابعاد کیفیت زندگی با ویژگی‌های جمعیت شناختی را نشان می‌دهد. از لحاظ آماری و طبق آزمون‌های همبستگی از ویژگی‌های مؤثر بر بعد جسمانی می‌توان مدرک تحصیلی ($0/07 = P$)، سن ($0/01 = P$) و میزان مطالعه علمی ماهانه ($0/15 = P$) را نام برد. طبق آزمون همبستگی بین سن و بعد جسمانی رابطه معکوس وجود دارد، یعنی با افزایش سن، نمره این بعد کاهش یافته است و بین ساعات مطالعه ماهانه و نمره بعد جسمانی از نظر آماری ارتباط مستقیمی وجود دارد. از ویژگی‌های مؤثر بر بعد روان‌شناختی به جنسیت ($0/18 = P$)، وضعیت استخدام ($0/12 = P$) و سن ($0/14 = P$) اشاره کرد. طبق آزمون همبستگی بین سن و بعد روان‌شناختی رابطه معکوس وجود دارد. همچنین وضعیت تأهل ($0/01 < P$) بر بعد اجتماعی تأثیرگذار است. همچنین مدرک تحصیلی ($0/01 < P$) بر بعد محیطی تأثیرگذار است. نکته قابل تأمل اینکه پست در حال خدمت، بیشترین نوع شیفت و میزان ساعت کاری روزانه از لحاظ آماری ارتباطی با ابعاد کیفیت زندگی ندارند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۷ انجام شد. طبق نتایج

جدول ۴: ارتباط سطح ابعاد کیفیت زندگی با ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیرها	بعد جسمانی	بعد روان شناختی	بعد اجتماعی	بعد محیطی	نمره کل
جنس					
مرد	۷۱/۱۸ ± ۱۲/۸۶	۶۷/۵۴ ± ۱۴/۶۹	۶۸/۹۹ ± ۱۵/۹۹	۶۰/۶۴ ± ۱۵/۱۶	۶۷/۰۸ ± ۱۵/۳۱
زن	۶۸/۴۵ ± ۱۲/۳۰	۶۲/۷۳ ± ۱۴/۹۲	۶۵/۱۶ ± ۱۶/۱۲	۶۱/۳۰ ± ۱۴/۳۵	۶۴/۳۸ ± ۱۱/۴۸
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۱۱۱) T-Test	(۰/۱۱۸) T-Test	Mann-Whitney (۰/۰۸۰)	(۰/۷۸۳) T-Test	(۰/۰۸۶) T-Test
تأهل					
مجرد	۷۲/۰۴ ± ۱۲/۰۷	۶۳/۰۶ ± ۱۵/۹۵	۵۸/۱۷ ± ۱۷/۴۲	۵۷/۲۱ ± ۱۷/۴۴	۶۲/۶۳ ± ۱۱/۹۳
متأهل	۶۸/۷۱ ± ۱۲/۶۲	۶۴/۹۵ ± ۱۴/۷۰	۶۹/۰۵ ± ۱۴/۹۳	۶۲/۰۹ ± ۱۳/۵۵	۶۶/۲۰ ± ۱۱/۳۴
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۰۹۳) T-Test	(۰/۴۲۳) T-Test	Mann-Whitney (۰/۰۰۰)	(۰/۰۶۷) T-Test	(۰/۰۴۹) T-Test
نوع استخدامی					
طرحی	۷۱/۹۵ ± ۱۴/۲۵	۶۸/۶۴ ± ۱۶/۴۳	۶۴/۴۸ ± ۱۸/۸۱	۶۰/۶۵ ± ۱۶/۰۷	۶۶/۴۳ ± ۱۳/۲۹
استخدامی	۶۸/۵۷ ± ۱۱/۷۹	۶۳/۰۴ ± ۱۴/۱۸	۶۷/۳۵ ± ۱۵/۰۶	۶۱/۱۱ ± ۱۴/۱۱	۶۵/۰۲ ± ۱۰/۸۷
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۰۷۱) T-Test	(۰/۰۱۲) T-Test	Mann-Whitney (۰/۱۳۸)	(۰/۸۴۵) T-Test	(۰/۴۱۴) T-Test
پست سازمانی					
پرستار	۶۹/۱۷ ± ۱۲/۷۴	۶۴/۴۰ ± ۱۵/۱۵	۶۶/۳۵ ± ۱۶/۰۸	۶۰/۸۳ ± ۱۴/۷۱	۷۱/۱۱ ± ۰/۸۰
سرپرستار	۷۲/۸۰ ± ۱۱/۲۵	۶۶/۰۲ ± ۱۳/۸۰	۷۰/۵۱ ± ۱۵/۰۶	۶۲/۵۰ ± ۱۵/۶۷	۶۷/۹۶ ± ۱۰/۴۷
سوپروایزر	۷۳/۵۷ ± ۴/۰۷	۶۵/۸۳ ± ۱۲/۲۸	۶۶/۶۶ ± ۲۳/۵۷	۶۳/۷۵ ± ۸/۴۴	۶۷/۴۵ ± ۷/۰۴
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۴۵۸) ANOVA	(۰/۹۱۴) ANOVA	Kruskal-wallis (۰/۳۳۳)	ANOVA (۰/۸۴۵)	ANOVA (۰/۶۵۱)
نوع شیفت					
صبح	۶۸/۵۷ ± ۱۲/۵۰	۶۲/۹۹ ± ۱۴/۹۸	۶۷/۴۵ ± ۱۵/۳۵	۶۰/۴۰ ± ۱۴/۰۶	۶۴/۸۵ ± ۱۱/۴۹
عصر	۶۹/۶۰ ± ۱۳/۳۵	۶۴/۰۵ ± ۱۵/۶۴	۶۵/۶۹ ± ۱۷/۴۹	۶۲/۰۰ ± ۱۴/۶۶	۶۵/۳۳ ± ۱۱/۹۹
شب	۷۰/۷۲ ± ۱۱/۱۵	۶۷/۹۷ ± ۱۳/۷۳	۶۶/۸۳ ± ۱۵/۰۴	۶۰/۱۱ ± ۱۵/۶۳	۶۶/۴۱ ± ۱۰/۹۶
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۶۲۱) ANOVA	(۰/۱۵۸) ANOVA	Kruskal-wallis (۰/۷۳۷)	ANOVA (۰/۶۸۲)	ANOVA (۰/۷۴۹)
میزان علاقه به پرستاری					
بی علاقه	۶۷/۲۶ ± ۱۸/۲۶	۶۳/۸۸ ± ۳/۴۰	۵۹/۷۲ ± ۱۶/۱۷	۵۸/۳۳ ± ۱۰/۹۴	۶۲/۳۰ ± ۶/۶۹
متوسط	۶۷/۵۳ ± ۱۱/۵۴	۶۲/۶۶ ± ۱۴/۲۲	۶۴/۴۳ ± ۱۵/۷۱	۶۱/۶۳ ± ۱۴/۱۷	۶۴/۰۶ ± ۱۱/۱۴
زیاد	۷۱/۱۶ ± ۱۲/۹۱	۶۶/۰۹ ± ۱۵/۸۰	۶۸/۶۹ ± ۱۶/۲۹	۶۰/۵۹ ± ۱۵/۲۰	۶۶/۶۳ ± ۱۱/۹۷
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۰۸۹) ANOVA	(۰/۲۳۴) ANOVA	Kruskal-wallis (۰/۰۷۶)	ANOVA (۰/۷۸۷)	ANOVA (۰/۲۰۴)
مدرك تحصیلی					
کارشناسی	۶۹/۰۷ ± ۱۲/۶۷	۶۴/۴۱ ± ۱۵/۲۳	۶۶/۳۶ ± ۱۶/۴۵	۶۰/۵۲ ± ۱۴/۸۱	۶۵/۰۹ ± ۷۲/۱۱
ارشد	۷۶/۴۸ ± ۷/۵۳	۶۶/۶۶ ± ۹/۵۶	۷۰/۸۲ ± ۸/۳۳	۶۹/۵۳ ± ۶/۳۶	۷۰/۸۷ ± ۵/۶۱
نوع آزمون (P-Value)	(۰/۰۰۷) T-Test	(۰/۶۱۳) T-Test	Mann-Whitney (۰/۳۳۷)	(۰/۰۰۰) T-Test	(۰/۰۰۵) T-Test
سن					
Correlation coefficient (P-Value)	(۰/۰۰۱) -۰/۲۱۲	(۰/۰۱۴) -۰/۱۶۱	(۰/۰۹۳) -۰/۱۱۱	(۰/۲۶۹) -۰/۰۷۳	(۰/۱۰۳) -۰/۱۰۸
ساعت کاری روزانه					
Correlation coefficient (P-Value)	(۰/۶۳۶) -۰/۰۳۱	(۰/۷۳۹) -۰/۰۲۲	(۰/۲۳۲) -۰/۰۷۹	(۰/۵۳۷) -۰/۰۴۱	(۰/۵۵۳) -۰/۰۳۹
ساعت مطالعه علمی ماهانه					
Correlation coefficient (P-Value)	(۰/۰۱۵) -۰/۱۶۱	(۰/۳۲۷) -۰/۰۶۵	(۰/۲۵۴) -۰/۰۷۵	(۰/۰۵۲) -۰/۱۲۸	(۰/۰۸۶) -۰/۱۱۴

کیفیت زندگی در بعد روانی نشان داد که کیفیت زندگی پرستاران متأهل بالاتر از پرستاران مجرد بود و پرستاران متأهل در ابعاد خانوادگی، روانی و معنوی هم نمرات بالاتری کسب نموده بودند اما تنها در بعد خانوادگی این اختلاف معنادار بود [۲۸]. در مطالعه حاضر نیز کیفیت زندگی در بعد اجتماعی در میان افراد مجرد و متأهل اختلاف معنی داری داشت ($P < ۰/۰۵$) به طوری که افراد متأهل از وضعیت اجتماعی بهتری برخوردار بودند. در مطالعه انصاری و همکاران در سال ۲۰۱۵ [۲۹] و گشتاسبی و همکاران در سال ۲۰۰۳ [۳۰] مشخص شد

در مطالعه حاضر نیز کیفیت زندگی در بعد روان شناختی در میان زنان مردان اختلاف معنی داری داشت ($P < ۰/۰۵$). همچنین میانگین نمره در ابعاد جسمی و اجتماعی نیز در مردان بیشتر بود که احتمال می‌رود به این دلیل باشد که زنان علاوه بر محیط بیمارستان، در محیط زندگی خانوادگی، منزل، تربیت فرزندان، وظایف و مسئولیت‌های بیشتری به عهده دارند. Cimete و Keung Wong در مطالعات خود بیان کردند، پرستاران متأهل از وضعیت بهداشت روانی مطلوب‌تری برخوردارند [۲۷]. نتایج مطالعه فلاحی و همکاران هم در بررسی ابعاد

بیمارستان‌ها دارد؛ لذا مسئولان نظام سلامت کشور می‌توانند در برداشتن این گام بزرگ نقش مهمی را ایفا کنند. برنامه‌ریزی‌ها باید متمرکز بر اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران از جمله جنسیت، میزان سابقه کاری و غیره باشد تا افراد مجبور به کار زیاد یا اضافه کاری اجباری نباشند. پیشنهاد می‌شود موضوعات ((بررسی رابطه کیفیت ارائه مراقبت پرستاران با کیفیت زندگی آنها)) و ((بررسی رابطه رضایت شغلی با کیفیت زندگی پرستاران)) در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عوامل محیطی و موقعیت پاسخ‌دهی پرستاران به سؤالات اشاره کرد که ممکن است پاسخ‌های ارائه شده را تحت تأثیر قرار دهد و در البته سعی بر این بود که پرستاران در این مورد توجیه شده و در زمان استراحت به سؤالات پاسخ دهند.

سپاسگزاری

این مطالعه منبج از طرح دانشجویی در رشته کارشناسی پرستاری در دانشکده پرستاری کاشمر، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، با کد مصوب ۹۷۰۳۳۴ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و همچنین شناسه اخلاق ir.mums.rec1397.243 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان کاشمر و مسئولین محترم بیمارستان‌ها که تیم تحقیق را در انجام این مطالعه یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

References

1. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci.* 1985;8(1):15-24. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3933411
2. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health.* 2011;49(2):158-65. <http://dx.doi.org/10.2486/indhealth.ms1160> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21173535
3. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. 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. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310. <http://dx.doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902
4. King CR, Hinds PS. *Quality of life: from nursing and patient perspectives*: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
5. Kalimo R, Batawi M, Cooper C. Psychosocial factors at work and their relation to health. *Psychosocial factors at work and their relation to health*: World Health Organization; 1987.
6. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *SSUJ.* 2010;18(2):111-7.
7. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, et al. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag* 2014;22(4):506-18.

که با افزایش سن شاهد کاهش کیفیت زندگی پرستاران هستیم که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. آنچه که مسلم است، با افزایش سن تعلقات زندگی افزایش یافته و مشکلات جسمی و فکری پرستاران گسترش یافته و در زندگی پرستاران تأثیرگذار است. هر چند در مطالعه فلاحی خشکناب و همکاران در سال ۲۰۰۷، سرپرستاران بخش‌ها نمرات بالاتری در مقایسه با پرستاران کسب کردند، تنها می‌توان گفت سرپرستاران، بُعد خانوادگی کیفیت زندگی بهتری دارند [۲۸]. اما در مطالعه حاضر و مطالعه Evans و همکاران نیز مشخص شد، رابطه‌ای بین نوع پست کاری و سطح کیفیت زندگی وجود ندارد. کیفیت زندگی پرستاران این پژوهش در محدوده متوسط بود و فقط ۱۷ درصد پرستاران دارای کیفیت زندگی بالایی بودند. همچنین یوسفی و همکاران در پژوهشی در سال ۲۰۱۷ که بر روی ۱۸۵ پرستار انجام شد؛ دریافتند نمره کیفیت زندگی $17/26 \pm 60/86$ (در حد متوسط) بود؛ که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد. از دلایل این هم‌خوانی می‌توان به سطح زندگی یکسان و سطح فشار کاری یکسان پرستاران در ایران اشاره کرد. با توجه به بحث مطرح شده سطح زندگی کلی پرستاران در ایران در سطح متوسط ارزیابی می‌شود (۳۱).

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد توجه به نیازها و خواسته‌های پرستاران و اصلاح مشکلات با توجه به نظرات آنان اهمیت زیادی در بهره‌وری

8. Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakimi A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. *J Clin Nurs Midwifery.* 2015;4(1):39-49.
9. Moein M, Adib Hajbaghery M. Comparison of occupational stress among female nurses and female members of the medical group in chosen training hospitals in Isfahan. *Iran J Psychiatric Nurs.* 2015;3(2):1-10.
10. Özden D, Karagözoğlu Ş, Yıldırım G. Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics.* 2013;20(4):436-47.
11. Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Josephson M, Lagerström M. Musculoskeletal disorders and working conditions among Iranian nursing personnel. *Int J Occup Safety Ergonom.* 2014;20(4):671-80.
12. Bernal D, Campos-Serna J, Tobias A, Vargas-Prada S, Benavides FG, Serra C. Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(2):635-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.003> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25480459
13. Dargahi H, Yazdi MS. Quality of work life in Tehran University of Medical Sciences Hospitals' clinical laboratories employees. *Pakistan J Med Sci.* 2007;23(4):630.
14. Gholami A, Farsi M, Hashemi Z, Lotfabadi P. Quality of life in nurses working in Neyshabur hospitals. *Thrita.* 2013;2(1):94-100.

15. Asaroodi A, Golafshani A, Arash A. Relationship between spiritual health and Life quality among nurses. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2011;3(4):81-8.
16. Yazdi Moghadam H, Stajy Z, Heidari A. Quality of life of nurses in hospitals in Sabzevar The Year 1384-85. *JSUMS*. 2009;16(1):50-6.
17. Atoof F, Kogaiebidgoli S. Quality of life and its related factors among nurses in Kashan Shahid-Beheshti hospital. *J Clin Res Paramed Sci*. 2013;2(3):147-55.
18. Mohseni-Bandpei MA, Fakhri M, Bagheri-Nesami M, Ahmad-Shirvani M, Khalilian AR, Shayesteh-Azar M. Occupational back pain in Iranian nurses: an epidemiological study. *Br J Nurs*. 2006;15(17):914-7. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2006.15.17.21904> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17077782
19. Ghasemi G, Rahimi N, Eshaghian M, Aghayari A. The prevalence of low back pain and its correlation with some occupational factors and demographic characteristics of the nurses working in the hospitals affiliated with social security organization in Isfahan, 2011. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2014;20(2):69-76.
20. Azizi M, Motamedzade M. Study of Nurses Quality of Life using WHO Questionnaire in Hospitals of Hamadan University of Medical Sciences. *Prof Eng Health*. 2015;1(4):68-75.
21. Yazdi M, 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.
22. Alaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji AZ. Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses. *Iran J Crit Care Nurs* 2010;3(3):113-7.
23. Malekpoor F, Mohammadian Y, Moharampour A, Malekpoor A. Examining the Association between Musculoskeletal Disorders, Physical Activity and Quality of Life for Workers in an Auto Parts Manufacturing Industry. *J Ergonom*. 2014;2:19-26.
24. Zack MM, Moriarty DG, Stroup DF, Ford ES, Mokdad AH. Worsening trends in adult health-related quality of life and self-rated health—United States, 1993–2001. *Public Health Rep*. 2004;119(5):493-505.
25. Jiang Y, Hesser JE. Patterns of health-related quality of life and patterns associated with health risks among Rhode Island adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6(1):49.
26. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology*. 2003;12(2):183-93. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.635> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12619150
27. Wong D, Leung S, So C, Lam D. Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies. *Online J Issues Nurs*. 2001;5(2):1-22.
28. 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 Res J*. 2007;9(4):24-30.
29. Ansari H, Abbasi M. Health-related Quality of Life among Nurses in Zahedan University of Medical Sciences Hospitals. *J Hosp*. 2015;14(3):47-55.
30. Goshtasbi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A, Mohammad K. Assessment the health status of people in Tehran based on gender, education and residential area: a population study. *Payesh*. 2003;2(3):183-9.