

مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ستادی و پرستاران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم

پزشکی اردبیل

حامد رضاخانی مقدم^۱، ناصر مظفری^{۲*}، محمدعلی محمدی^۳، عقیل حبیبی^۴، بهروز دادخواه^۵، محمدتقی سوادپور^۵

- ۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۲- دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۳- دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۴- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل، اردبیل، ایران
- ۵- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی خلخال، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: n.mozaffari@arums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۲۹

چکیده

زمینه: امروزه در اندازه گیری سلامت، در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر "کیفیت زندگی" بیش از پیش مطرح است. به دلیل نقش مهمی که پرستاران و کارکنان اداری در ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی و سلامتی جامعه ایفا می کنند، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ستادی و پرستاران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل صورت پذیرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود که در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفت. تعداد ۲۵۰ پرستار بالینی و ۲۵۲ کارمند ستادی و اداری شاغل در ستاد معاونتها، دانشکده ها و مراکز بهداشت از روی لیست کارگزینی پس از تفکیک به شکل تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات فردی- اجتماعی و عوامل شغلی و پرسش نامه معتبر کیفیت زندگی SF36 پبود. پرسشنامه ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS v.19 و با بهره گیری از آزمون های توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: مردان ۲۳۴ نفر (۴۶٪) و زنان ۲۶۸ نفر (۵۴٪) از نمونه ها را تشکیل دادند، بیشترین نمونه ها با ۴۴ درصد در سنین ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. نتایج نشان داد که نمره کلی سلامت جسمی و روانی کارکنان ستادی نسبت به پرستاران به طور معناداری بالا بود ($p < 0.05$). از نظر حیطه ها نیز، در حیطه های عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی اختلاف آماری معناداری وجود داشت و کارکنان ستادی از وضعیت بهتری نسبت به پرستاران برخوردار بودند ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: شاید بتوان دلایل کیفیت مطلوب زندگی کارکنان ستادی را در مقایسه با پرستاران، شرایط سخت محیط کاری پرستاران و عدم توجه به حمایت و سلامت اجتماعی آنها، نوع و حجم کار و سختی کار پرستاران دانست. پیشنهاد می گردد مسئولان به ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران توجه کنند تا بهره وری مناسبی در امر ارائه خدمات پرستاری بوجود آید.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، پرستاران، کارکنان ستادی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مقدمه

از موضوعات مهمی که در حوزه علوم بالینی و بهداشتی از اهمیت بسیاری برخوردار است "اندازه گیری سطح سلامتی" است. امروزه در اندازه گیری سلامت، در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر "کیفیت زندگی" بیش از پیش مطرح است و اندازه گیری آن به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده ای یافته است (۱).

کیفیت زندگی^۱ بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ عبارتست از پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می کند (۲). کیفیت زندگی شامل همه ابعاد زندگی است و فقط محدود به بعد سلامتی نمی شود (۳). فرل^۲ شغل را یکی از عوامل موثر در کیفیت زندگی می داند، از سوی دیگر کار، منبع مهمی برای امرار معاش و احراز موقعیت های اجتماعی است، در عین حال می تواند منجر به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی نیز گردد (۱).

مطالعات انجام شده در ایران توسط جزایری (۱۳۷۶) در خصوص کیفیت زندگی کارکنان سازمانهایی که با سلامت و بهداشت مرتبط هستند در ایران محدود می باشند (۴). این در حالی است که بیمارستان به عنوان یک سازمان می تواند مددجویان، پرستاران و کارکنان را به طور جدی تحت فشار قرار دهد که مسلماً به مراتب دارای تاثیرات جسمانی و روحی بیشتری است (۵). پرستاری به عنوان یکی از چهار حرفه اول پراسترس دنیا بیش از سایر مشاغل در معرض عوامل تنش زای مختلف فیزیکی، جسمی، روانشناختی و اجتماعی بوده و سبب تهدید و کاهش سلامتی و رفاه شاغلین خود می شود. این تهدید نه تنها باعث عدم برخورداری پرستاران از سلامتی می گردد بلکه از طریق تحت تاثیر قرار دادن خدمات ارائه شده توسط آنها به طور غیرمستقیم بر کیفیت خدمات پرستاران و سلامتی جامعه نیز اثر می گذارد (۶). جنتی ۹۳ درصد پرستاران را بطور مرتب تحت تاثیر عوامل تنش زای محیط کار می داند که این مسئله می تواند روابط دوستانه و خانوادگی آنان را تحت تاثیر قرار داده و نیز پیشگویی قوی از اختلالات خلقی را در پرستاران مطرح نماید (۷). پرستاران با این اختلالات و استرس ها، احساس ناخوشایند در بعد سلامت اجتماعی کرده و در

نتیجه کارکردهای اجتماعی شان تحت تاثیر قرار می گیرد. این موضوع برای حرفه پرستاری که با انسان های نیازمند به مراقبت سروکار دارند بسیار مهم است، چرا که از شاخص های اصلی سلامت اجتماعی، داشتن مشارکت و ارتباط اجتماعی و نشاط و شادمانی است که خود زمینه ساز انجام موثر وظایف و نقش هاست (۸). نشاط، شادمانی تمایل به ارتباط و مصاحبت با دیگران را افزایش داده و سبب افزایش سلامت درونی، معاشرت پذیری و نودوستی در افراد می شود (۹). این عوامل که هم در درون و هم بیرون شخص قرار دارند نیازمند توجه دائمی فرد و اجتماع می باشد (۱۰). از سوی دیگر پرستاری به دلیل حضور بیشتر زنان در آن می تواند سبب تهدید سلامتی آنها و خانواده آنها به عنوان رکن اساسی جامعه شود. همچنین حضور زنان به دلیل موقعیت های نابرابر در حیطه های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی که منجر به مسئولیت های اجتماعی و فرهنگی خاصی شده نه تنها مانع از مشارکت کامل آنها می شود بلکه بر کیفیت زندگی آنها نیز تاثیر می گذارد (۲).

کارکنان کادر اداری شاغل در بیمارستان ها نیز نقش تاثیرگذاری در ارائه مطلوب خدمات سلامتی دارند، چرا که کادر اداری به عنوان پشتیبان ارائه خدمات، انجام وظیفه می نمایند و شاید این امر باعث شده نقش آنان در مراقبت از بیماران ملموس نباشد (۱۱). با این حال کیفیت زندگی آنان به دلیل نوع نقشی که در ارائه خدمات به بیماران دارند، میتواند به طور بالقوه بر نحوه رسیدگی به بیماران و ارائه مراقبت ها تاثیر بگذارد (۴). مطالعات انجام شده در ایران در ارتباط با مقایسه کیفیت زندگی کارکنان ستادی و پرستاران بسیار اندک می باشد. اما از میان مقالات مشابه می توان به سه مطالعه اشاره کرد. مطالعه خرسندی و همکاران در اراک در سال ۱۳۸۹ نشان داد که میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارمندان ستادی به طور معنی داری بیشتر از کارمندان بیمارستانی می باشد (۱۱). در مطالعه دیگر انجام شده توسط درگاهی (۱۳۷۶) در دانشگاه علوم پزشکی تهران بین مسئولیت اجرایی و کیفیت زندگی جامعه مورد بررسی ارتباط معنی دار وجود داشت ولی بین وضعیت تأهل، سن، جنس، مدرک تحصیلی و نوع بیمارستان از نظر عمومی یا تخصصی با کیفیت زندگی پرسنل، ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۲). مطالعات انجام شده در استرالیا نشان کارکنانی که در سازمان های کوچک کار می کنند در مقایسه با کارکنان سازمان های بزرگ تر، نارضایتی کمتری از کیفیت زندگی خود دارند (۱۳).

1. Quality of life
2. Frel

از آنجا که تاکنون مطالعه ای در مورد کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اردبیل صورت نگرفته است، این مطالعه در جهت بررسی کیفیت زندگی این قشر و همچنین پرستاران تنظیم شده است، تا اطلاعات پایه جهت انجام مداخلات برای ارتقای کیفیت زندگی کارکنان مذکور به عمل آید. در این مطالعه سعی شده به مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در کارکنان اداری و پرستاران پرداخته شود و رابطه آن با عوامل محیطی و اجتماعی بررسی گردد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی بود که جامعه مورد مطالعه را پرستاران و کارکنان اداری شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تشکیل می دادند. تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول زیر ۲۴۰ نفر به دست آمد:

$$N = \frac{p(1-p)(z_1 - \frac{a}{2} + z_1 - B)^2}{(P_1 - P_0)^2} = 240$$

فرمول

$$\frac{a}{2} = 1.96 \text{ و } z_1 - B = 0.8$$

که با استفاده از تخصیص متناسب، مقرر شد از هر دو گروه پرستاران و کارکنان به تعداد مساوی ۲۷۰ نمونه انتخاب شود. نمونه ها به شیوه نمونه گیری تصادفی سیستماتیک ($K=N/n$) مشخص و با مراجعه حضوری توسط پرستگران که در جلسه ای، آموزش دیده و توجیه شده بودند و مجوز حضور آنها در مراکز بهداشتی و درمانی از معاونت پژوهشی و حراست دانشگاه اخذ شده بود بر اساس لیست کارگزینی کارکنان اداری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام گردید. محیط پژوهشی این مطالعه، بیمارستانهای بوعلی، امام خمینی، علوی و فاطمی، دانشکده ها و ستاد مرکزی و مراکز بهداشتی اردبیل، بودند. اطلاعات جمع آوری شده به صورت بی نام بوده و نتایج به صورت کلی تفسیر شدند، در صورتی که افراد تمایل به پاسخگویی نداشتند، پرسش نامه ها را به پرستگر مربوطه تحویل می دادند. از میان نمونه های مشخص شده ۲۵۲ نفر از کارکنان و ۲۵۰ نفر از پرستاران پرسشنامه ها را تحویل دادند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات فردی- اجتماعی و عوامل شغلی و پرسش نامه معتبر کیفیت زندگی SF36 ترجمه جهاد دانشگاهی بود که کیفیت زندگی را در دو بعد سلامت جسمی، عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی و سلامت روانی (شامل عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط) مورد بررسی قرار می دهد (۱). هر

سوال از صفر تا صد نمره گذاری و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر در آن مورد است. حداقل نمرات تمام حیطه ها صفر بود و حداکثر نمره حیطه عملکرد جسمی ۱۰۰۰، محدودیت جسمی و نشاط ۴۰۰، سلامت روان و سلامت عمومی ۵۰۰، عملکرد اجتماعی و درد جسمی ۲۰۰ و مشکلات روحی ۳۰۰ بود. همچنین حداکثر نمرات کلی سلامت جسمی و سلامت روانی به ترتیب ۱۴۰۰ و ۱۴۰۰ بود. همچنین قبل از اجرای طرح تایید روایی و پایایی پرسشنامه اطلاعات فردی و اجتماعی و عوامل شغلی انجام گرفت، بدین منظور ابتدا پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از اساتید مربوطه (بهداشت و پرستاری) و محققان مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت، سپس به صورت آزمون قبل و بعد توسط ۶۰ نفر از پرستاران و کارکنان ستادی تکمیل گردید، فاصله آزمون ها ۲۰ روز بود، در نهایت آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تعیین گردید.

پرسشنامه ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS v.19 و با بهره گیری از آزمون های آماری آنووا، تی تست، کای دو و آماره های های توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

بطور کلی ۵۰۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۲۵۰ نفر از آنها پرستار (۶۴٪ زن و ۳۶٪ مرد) و ۲۵۲ نفر کارمند اداری (۴۲٪ زن و ۵۸٪ مرد) بودند. بیشترین رده سنی (۴۴٪) بین ۳۹-۳۰ سال و کمترین (۵٪) ۵۰ سال به بالا بودند. از نظر نوع استخدام ۲۱۴ نفر (۴۲/۶٪) استخدام رسمی، ۱۵۵ نفر (۳۰/۹٪) پیمانی، ۱۲۲ نفر (۲۴/۳٪) قراردادی و ۱۱ نفر (۲/۲٪) شرکتی بودند.

میانگین نمره کل کیفیت زندگی کارمندان اداری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ۲۲۲۵ بود، همچنین به تفکیک میانگین نمره کل کارمندان ستادی ۲۲۹۳ و برای پرستاران ۲۱۵۷ بود که این اختلاف از نظر آماری با استفاده از آزمون تی تست معنادار بود ($P=0.04$). وضعیت در دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی میانگین نمرات در کارکنان ستادی نسبت به پرستاران بطور معنی داری بیشتر بود ($P<0.05$). جدول ۱ نشان می دهد بین جنسیت و عوامل کیفیت زندگی، تنها در حیطه های محدودیت جسمی و مشکلات روحی اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($P<0.05$), بدین معنا که در این حیطه ها زنان وضعیت مطلوب تری داشتند (جدول ۱). بین وضعیت تاهل و ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه ارتباط معنادار دیده نشد ($P>0.05$). همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد در

رابطه با حیطه های مورد مطالعه کیفیت زندگی بین پرستاران و کارکنان ستادی از نظر فاکتورهای عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی اختلاف آماری معناداری وجود داشت، یعنی در هر سه حیطه، کارکنان ستادی از وضعیت بهتری در مقایسه با پرستاران برخوردار بودند ($p < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی بر اساس جنس در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۹۰

جنس	مذکر	مونث	P
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
سلامت جسمی	۱۴۰۳/۹±۴۲۰/۴	۱۴۳۶/۸±۴۳۴/۴	۰/۷
عملکرد جسمی	۷۰۷/۲±۲۵۸/۴	۷۵۰/۴±۲۶۲/۲	۰/۷
محدودیت جسمی	۲۵۱/۷±۱۳۴/۴	۲۴۸±۱۵۰	۰/۰۳
درد جسمی	۱۳۷±۵۰/۵	۱۲۸±۵۱	۰/۹
سلامت عمومی	۳۰۸/۹±۹۶/۵	۳۱۳/۶±۹۱/۶	۰/۷
سلامت روانی	۸۳۷/۹±۲۳۵/۱	۸۱۱/۷±۲۵۰/۹	۰/۲
عملکرد اجتماعی	۱۳۴/۷±۴۶/۲	۱۳۵/۱±۴۴/۴	۰/۸
مشکلات روحی	۱۹۷/۲±۱۰۸/۲	۱۷۸/۳±۱۲۲/۶	۰/۰۰۳
سلامت روان	۲۵۳/۹±۷۲/۹	۲۹۲/۲±۶۹/۴	۰/۶
نشاط	۲۵۱/۹±۷۰/۲	۲۳۹±۶۷/۶	۰/۴

جدول ۲- مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی در پرستاران و کارمندان اداری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۹۰

نوع شغل	کارکنان ستادی	پرستاران	P
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
سلامت جسمی	۱۴۷۱۷±۴۲۵/۸	۱۳۴۷/۴±۳۸۴/۱	۰/۰۲
عملکرد جسمی	۷۲۵/۵±۲۶۰/۴	۷۰۵/۶±۲۲۵/۷	۰/۰۲
محدودیت جسمی	۲۵۰/۱±۱۴۱	۲۱۵/۶±۱۴۵/۷	۰/۹
درد جسمی	۱۳۳/۳±۵۰/۸	۱۲۴/۶±۴۸/۳	۰/۴
سلامت عمومی	۳۱۱±۹۴/۳	۳۰۰±۹۱/۴	۰/۹
سلامت روانی	۸۲۶/۹±۲۴۱/۷	۷۶۳/۴±۲۲۷/۲	۰/۰۸
عملکرد اجتماعی	۱۳۴/۹±۴۵/۴	۱۲۵/۶±۴۰/۲	۰/۰۰۵
مشکلات روحی	۱۸۹/۲±۱۱۴/۶	۱۶۴/۶±۱۱۰/۸	۰/۵
سلامت روان	۲۵۶/۱±۷۱/۴	۲۴۴±۶۸/۲	۰/۹
نشاط	۲۴۶/۵±۶۹/۳	۳۰۰±۶۸/۳	۰/۴

پرستاران بین نگرانی از آینده شغلی و تمامی حیطه ها به جز عملکرد جسمی و سلامت عمومی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($p < 0.05$)، به گونه ای که نمرات ابعاد کیفیت زندگی در افرادی که نگرانی کمتری داشتند بالاتر بود در حالی که در کارکنان ستادی بین نگرانی از آینده شغلی و هیچکدام از حیطه های کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار مشاهده نشد (جدول ۴).

بین شیفت کاری و حیطه سلامت روانی، سلامت جسمی، مشکلات روحی، سلامت عمومی، درد جسمی و عملکرد جسمی در پرستاران ارتباط معنادار وجود داشت

در رابطه با نوع استخدام با استفاده از آزمون آنووا، از نظر حیطه های درد جسمی و نشاط، اختلاف معناداری مشاهده گردید، بدین ترتیب که در حیطه درد جسمی، کارکنان قراردادی و در حیطه نشاط، کارکنان رسمی دارای شرایط مناسب تری نسبت به بقیه کارکنان بودند (به ترتیب $p = 0.01$ و $p = 0.008$) (جدول شماره ۳).

یافته ها نشان داد که در گروههای سنی مختلف تنها در حیطه عملکرد اجتماعی اختلاف آماری معناداری وجود دارد و عملکرد اجتماعی افراد در دوره میانسالی به بیشترین حد خود می رسد ($p = 0.04$). همچنین در گروه

($p < 0.05$) در حالی که در کارکنان ستادی بین شیفت کاری و دو حیطه عملکرد جسمی و سلامت جسمی ارتباط معنادار مشاهده گردید ($p < 0.05$) (جدول ۵).
آزمون آنووا نشان داد که ارتباط معناداری بین درآمد و حیطه های مختلف کیفیت زندگی در هیچکدام از گروهها وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول ۳: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی بر اساس نوع استخدام در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۹۰

نوع استخدام	رسمی	پیمانی	قراردادی	خدماتی	P
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
سلامت جسمی	۱۳۸۲/۵±۴۰۵/۴	۱۳۸۳/۷±۴۲۴/۵	۱۳۷۰/۸±۳۷۹	۱۵۰۸±۵۰۸/۴	۰/۷
عملکرد جسمی	۷۱۰/۲±۲۳۴/۴	۷۱۵±۲۴۸/۶	۷۲۰/۲±۲۳۸	۷۷۲/۷±۲۶۷/۷	۰/۸
محدودیت جسمی	۲۳۷/۸±۱۳۹	۲۴۱±۱۴۲/۶	۲۱۳/۱±۱۵۲/۶	۲۵۰±۱۵۸/۱	۰/۳
درد جسمی	۱۲۹/۸±۵۰/۱	۱۲۲/۷±۵۰/۳	۱۳۱/۷±۴۸	۱۶۸/۶±۳۱/۲	۰/۰۱
سلامت عمومی	۳۰۶/۵±۹۲/۸	۳۰۲/۲±۹۴	۳۰۶/۵±۹۳/۸	۳۱۶±۸۲/۳	۰/۹
سلامت روانی	۸۰۷/۴±۲۲۰/۵	۷۶۶/۷±۲۴۴/۸	۸۱۳/۱±۲۵۳	۷۷۱/۸±۲۲۳	۰/۳
عملکرد اجتماعی	۱۳۳/۲±۴۳/۳	۱۲۴/۶±۴۳/۴	۱۳۲/۷±۴۲/۴	۱۲۲/۷±۳۷/۸	۰/۲
مشکلات روحی	۱۷۸/۸±۱۱۳/۱	۱۷۲/۲±۱۱۵/۳	۱۷۹/۵±۱۱۲/۷	۱۸۱/۸±۱۰۷/۸	۰/۹
سلامت روان	۲۴۸/۱±۶۳/۵	۲۴۵/۶±۷۱/۵	۲۵۹/۱±۷۹/۵	۲۵۲/۷±۵۵/۳	۰/۴
نشاط	۲۴۷/۱±۶۳/۷	۲۲۴/۱±۶۷/۲	۲۴۲/۴±۷۸/۸	۲۱۴/۵±۶۱/۳	۰/۰۰۸

جدول ۴: ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و نگرانی از آینده شغلی در پرستاران و کارمندان اداری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال ۱۳۹۰

نوع شغل	نگرش در آینده شغلی	زیاد	کم	کارکنان ستادی	زیاد	کم	پرستار	زیاد	کم	P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سلامت جسمی	۲۶۷۲	۷۸۰	۱۳۵۲	۳۸۲	۲۷۲۰	۷۷۸	۱۳۱۸	۴۱۸	۳۰۵۴	۸۰۰
عملکرد جسمی	۱۴۳۷	۴۷۱	۷۰۶	۲۱۹	۱۳۷۸	۴۴۷	۶۶۴	۲۷۲	۱۵۴۳	۴۹۲
محدودیت جسمی	۴۱۲	۲۹۱	۲۲۳	۱۳۹	۴۳۲	۳۵۱	۲۳۷	۱۴۴	۵۶۰	۲۶۴
درد جسمی	۲۳۷	۹۵	۱۲۴	۵۰	۲۶۲	۹۳	۱۱۷	۴۵	۲۹۷	۹۴
سلامت عمومی	۵۷۳	۱۹۱	۲۹۷	۹۴	۶۴۶	۱۶۱	۲۲۴	۷۴	۶۵۹	۱۷۹
سلامت روانی	۱۵۰۶	۴۷۱	۷۶۷	۲۰۲	۱۵۶۸	۴۹۵	۱۴۵۷	۴۹۰	۱۸۰۰	۴۵۶
عملکرد اجتماعی	۲۴۴	۸۸	۱۲۸	۳۷	۲۵۵	۷۶	۲۳۳	۹۹	۲۹۵	۸۲
مشکلات روحی	۳۳۷	۲۱۷	۱۷۳	۱۰۴	۳۰۶	۲۳۹	۲۲۶	۱۸۰	۴۴۱	۲۱۷
سلامت روان	۴۸۵	۱۴۲	۲۳۶	۶۷	۵۱۵	۱۳۰	۴۷۵	۱۵۱	۵۴۲	۱۳۹
نشاط	۵۴۱	۱۳۵	۲۲۹	۵۸	۴۸۹	۱۶۰	۵۵۸	۱۳۸	۵۲۰	۱۳۵

جدول ۵- ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی و شیفت کاری در در پرستاران و کارمندان اداری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۹۰

شیفت	نوع شغل	کارکنان ستادی						پرستاران					
		ثابت صبح			ثابت عصر			ثابت صبح			ثابت عصر		
ابعاد کیفیت زندگی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	p	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	p
سلامت جسمی	۱۲۲۱	۳۲۴	۱۲۹۳	۴۳۴	۱۴۲۸	۳۹۶	۰/۰۰۰	۱۴۴۸	۴۰۶	۶۹۴	۱۰۹	۱۳۹۰	۴۵۷
عملکرد جسمی	۶۱۴	۲۰۷	۶۵۰	۲۵۰	۷۶۴	۲۱۷	۰/۰۰۰	۷۴۳	۲۴۶	۲۲۲	۶۱	۷۵۳	۲۴۳
محدودیت جسمی	۲۰۶	۱۲۸	۲۲۸	۱۷۰	۲۲۰	۱۵۵	۰/۷	۲۵	۱۴۲	۱۶۶	۱۰۰	۲۵۰	۱۳۶
درد جسمی	۱۱۶	۴۵	۱۱۸	۴۶	۱۳۰	۴۹	۰/۰۸	۱۳۶	۵۰	۸۶	۳۱	۱۲۰	۶۱
سلامت عمومی	۲۸۳	۸۳	۲۹۶	۴۸	۳۱۰	۹۶	۰/۰۹	۳۱۷	۹۳	۲۱۹	۵۸	۲۶۷	۹۰
سلامت روانی	۷۶۶	۱۸۰	۶۹۰	۲۴۴	۷۶۵	۲۵۲	۰/۶	۸۳۹	۲۳۷	۶۲۴	۱۳۳	۷۶۶	۳۰۰
عملکرد اجتماعی	۱۲۸	۳۳	۹۶	۴۴	۱۲۵	۴۳	۰/۱	۱۳۶	۴۶	۱۱۱	۱۸	۱۲۰	۴۶
مشکلات روحی	۱۶۷	۱۰۱	۱۴۲	۱۳۹	۱۶۴	۱۱۵	۰/۸	۱۹۴	۱۱۳	۱۰۰	۱۲۲	۱۶۸	۱۱۳
سلامت روان	۲۳۹	۵۸	۲۲۸	۶۳	۲۴۸	۷۴	۰/۴	۲۵۹	۷۰	۲۰۰	۲۲	۲۴۵	۹۷
نشاط	۲۳۲	۵۸	۲۲۲	۴۵	۲۲۸	۷۳	۰/۸	۲۴۸	۶۷	۲۱۳	۳۱	۲۳۲	۹۷

مقایسه ارتباط میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سابقه کاری کارکنان و پرستاران نشان داد که در پرستاران ما بین سابقه کار و حیطه درد جسمی و عملکرد اجتماعی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ($p < 0/05$) و این در حالی است که بین کارکنان ستادی، هیچ ارتباط معناداری مشاهده نگردید.

بحث

نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که در کارکنان ستادی دو بعد کلی سلامت جسمی و سلامت روانی بهتر از پرستاران بود، شاید بتوان علت این امر را به دلیل شرایط سخت محیط کاری پرستاران، سختی کار و اختلال در سلامت اجتماعی پرستاران دانست.

از نظر جنسیت، مطالعه حاضر نشان داد در اکثر حیطه ها زنان نسبت به مردان کیفیت زندگی مطلوب تری داشتند، اما این یافته با بسیاری از مطالعات مشابه انجام گرفته مغایر بود، به عنوان مثال مطالعه فلاحی و همکاران (۲۰۰۷) (۱۴)، ساندکویست و جانسون^۱ (۱۹۹۹) (۱۵) و خورسندی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۱)، یزدی مقدم و همکاران (۲۰۱۰) (۱۶) نشانگر کیفیت زندگی مطلوب مردان در مقایسه با زنان بود. البته برخی از مطالعات همچون تحقیق آیت اللهی و رفیعی (۲۰۰۴) (۱۷) هیچ ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی و جنسیت

نشان نداد. این تفاوت می تواند به خاطر زمینه فرهنگی- اجتماعی و جایگاه ویژه خانم ها در خانواده این استان باشد که تا حدی متفاوت از سایر جاها است.

طبق یافته های این تحقیق بین وضعیت تاهل و ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنادار مشاهده نگردید. در مطالعه عبدالله پور و همکاران (۲۰۰۹) (۱۸) عملکرد اجتماعی افراد متاهل بیش از سایرین بود، که می تواند به دلیل متفاوت بودن سبک زندگی در دو مطالعه فوق باشد. ولی در مطالعه فلاحی خشکناز و همکاران (۲۰۰۷) این ارتباط معنادار نبود (۱۴).

نتایج این تحقیق نشان داد که کارکنان ستادی در سه بعد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی، دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به پرستاران بودند، این یافته با یافته های خورسندی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۱) مطابقت داشت، که می تواند به دلیل تفاوت در ماهیت مشتریان و شرایط محیط کار و سختی کار پرستاران باشد. یافته ها بیانگر این مطلب بود که عمدتاً با افزایش سن از سطح کیفیت زندگی افراد کاسته می شود، این یافته ها با اکثر مطالعات صورت گرفته چه در ایران و چه در خارج از ایران همخوانی دارد. مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۰۶) (۱) و یزدی مقدم و همکاران (۲۰۱۰) (۱۶) نیز حاکی از کاهش کیفیت زندگی با سپری شدن بیشتر عمر است. میتوان گفت با افزایش سن چون فرد به بیماریهای مزمن مبتلا میشود بنابراین ابعاد مختلف کیفیت زندگی افت پیدا می کند. معنادار بودن عملکرد اجتماعی در دوره

1.Sundquist J, Johansson SE

عدم وجود ارتباط معنادار بین سابقه خدمت و کیفیت زندگی بود. لازم به ذکر است در مطالعه حاضر نیز بین حیطه های درد جسمی و عملکرد اجتماعی پرستاران با سابقه کار آنها ارتباط معناداری وجود داشت. شاید بتوان گفت اکثر پرستاران به دلیل نوع شغلشان در معرض استرس های مختلفی بوده و مجبورند در شیفتهای مختلف و چرخشی خصوصاً شیفت شب که ساعت بیولوژیک و برنامه زندگی آنها را به هم میزند و همچنین ساعت های بیشتری را ایستاده مشغول به کار می شوند که این مساله باعث افزایش خستگی و درد جسمی، اختلال در فعالیتها و مشارکت اجتماعی و در نتیجه افت عملکرد اجتماعی می گردد.

در این طرح مهمترین مشکل بوجود آمده که سبب تاخیر در نمونه گیری شد فرایند اخذ مجوز برای دریافت لیست کارگزینی و عدم همکاری بعضی از متصدیان امر با پژوهشگران برای استفاده در نمونه گیری تصادفی و عدم همکاری بعضی از نمونه ها با پرسشگران بود.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر بیانگر آن بود که کیفیت زندگی در بین کارکنان ستادی بالاتر از پرستاران و در مردان بیشتر از زنان می باشد. بنابراین بایستی مسئولان توجه بیشتری بر کیفیت زندگی پرستاران و به خصوص پرستاران زن داشته باشند تا بدین طریق بتوان بهره وری را افزایش داده و خدمات سلامتی و تندرستی مطلوبی را در سطح جامعه به مردم عرضه کرد.

تشکر و قدر دانی

پژوهشگران این طرح از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که حمایت مالی طرح را بر عهده داشت و همچنین از کلیه دست اندرکاران، پرسشگران، کارکنان و پرستاران محترمی که در این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند.

میانسالی را در این تحقیق می توان اینگونه تعبیر نمود که در میانسالی به دلیل افزایش بهره وری، افزایش فعالیت های اجتماعی (مثل ارتباط با همکاران، اعضای خانواده و همسایگان) و افزایش اعتماد به نفس، عملکرد اجتماعی نیز ارتقاء می یابد.

این مطالعه نشان داد پرستارانی که نگرانی در رابطه با آینده شغلی خود داشتند، دارای کیفیت زندگی پایین تری در مقایسه با سایرین بودند، این یافته یک امر طبیعی محسوب می شود، چرا که نگرانی در همه سطوح بر کارایی فرد و در نتیجه بر کیفیت زندگی وی تاثیر می گذارد. بورک و گرینگلاس^۱ (۲۰۰۱) نیز معتقدند احتمال از دست دادن شغل در پرستاران با کاهش احساس آرامش در آنها همراه است (۱۹). همچنین بیکاری و از دست دادن درآمد یک پیش بینی کننده منفی قوی از وضعیت شادی و رضایت از زندگی است.

همانگونه که در قسمت یافته ها عنوان شد بین میزان درآمد و حیطه های مختلف کیفیت زندگی اختلاف آماری، معنادار نبود. بسیاری از مطالعات انجام شده نیز موید این مطلب هستند مثل مطالعات وحدانی نیا و همکاران (۲۰۰۱) (۲۰)، فلاحی و همکاران (۲۰۰۵) (۱۴) و خورسندی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۱) که بین میزان حقوق و کیفیت زندگی به ارتباط معناداری دست نیافتند. ولی نتایج مطالعه کو^۲ و همکاران (۲۰۰۶) (۲۱) و عبدالله پور و همکاران (۲۰۰۹) (۱۸) با یافته های فوق مطابقت نداشت بدین معنا که ارتباط معنادار بین دو عامل مذکور وجود داشت. که این امر می تواند به دلیل تفاوت در نحوه گزارش دهی افراد از میزان درآمد در این مطالعات باشد. بر این اساس می توان گفت علت کیفیت پایین زندگی در برخی سطوح را ناشی از عللی غیر از میزان درآمد می توان دانست.

یافته ها بیانگر آن بود که در کارکنان ستادی ارتباط معناداری بین سابقه کار و ابعاد کیفیت زندگی وجود نداشت، این نتیجه با یافته های خورسندی و همکاران (۲۰۱۰) (۱۱) همسو نیست، چرا که مطالعه آنان بیانگر کاهش کیفیت زندگی بر اثر گذشت سالهای خدمت بود، شاید دلیل تفاوت، متفاوت بودن محل انجام مطالعه باشد، ولی مطالعه یزدی مقدم و همکاران (۲۰۱۰) (۱۶) گواه بر

1. Burke & Green glass

2. Kou

References

1. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*. 2006; 5(1): 49-56. [Persian]
2. Andrades BA, Valenzuela S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007; 15(3): 480-486.
3. Mansourian M. Survey of Health-related quality of life in Ilam University of Medical Sciences students. MSc Thesis. Tehran University of Medical Sciences. 2007. [Persian]
4. Bazazjazyeri SA, Pardakhtchi MH. Developing a model for the assessment of quality of work life in organization. *Iranian Journal of Management*. 2007; 2(5): 123-151. [Persian]
5. Rezaei N. Survey of the relationship between job stress and social support received in nurses. MSc Thesis. Tehran University of Medical Sciences, 2008. [Persian]
6. Kakhki H. Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud medical university. *Iranian Nursing Journal*. 2009; 22: 19-27. [Persian]
7. Jannati MI. Explore the process of coping with job stress by Iranian clinical nurses in depth. PHD Thesis. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, 2010. [Persian]
8. Fadayi M. Urbanization, health, and social media. MSc thesis. Tehran University, 2010. [Persian]
9. Moradi M, Jafari E, Abedi M. Happiness and personality: review article. *Advances in Cognitive Science*. 2006; 7(2): 60-71. [Persian]
10. Tabardarzi A. A study of relationship between social well-being with social demographic variable among students of University of Social Welfare and Rehabilitation of Tehran, 2008. MSc Thesis. Tehran University of Medical Sciences, 2010. [Persian]
11. Khorsandi M, Jahani F, Rafie 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): 40-48. [Persian]
12. Dargahi H, Gharib M, Goodarzi M. Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Hayat*; 2007; 13(2): 13-21. [Persian]
13. Kirby EL, Harter LM. Discourses of diversity and the quality of work life. *Management Communication Quarterly*. 2001; 15(1): 121-127.
14. FalahiKhoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatah Moghadam I. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran. *Hakim*. 2007; 9 (4): 24-30. [Persian]
15. Sundquist J, Johansson SE. Impaired health status and mental health lower vitality and social functioning in women general practitioners in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1999; 17(2): 81-86.
16. Yazdimoghaddam H, Estaji Z, Heidari A. Study of the quality of life of nurses in Sabzevar hospitals in 2005-2006. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2010; 16(1): 50-56. [Persian]
17. Ayatollahi SMT, Rafiei M. Investigation of quality of life (psychological dimension) of Arak Islamic Azad University staff, 2003. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2004; 6(21-22): 63-70. [Persian]
18. Abdollahpour I, Salimi Y, Nedjat S, 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]
19. Burke RJ, Green Glass ER. Hospital restructuring and nursing staff well-being: the role of personal resources. *Journal of Health and Human Services Administration*. 2001; 24(1): 3-26.
20. Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in elderly population in Iran: a population-based study. *Payesh*. 2005; 4(2): 113-120. [Persian]
21. Ko GT, Wai HP, Tsang PC, Chan HC. Hong Kong men with low incomes have worse health-related quality of life as judged by SF-36 scores. *Hong Kong Medical Journal*. 2006; 12(5): 351-354.

Compare the Quality of Life of Nurses and Administrative Staff in Ardabil University of Medical Sciences

RezakhaniMoghaddam H¹, Mozaffari N², Mohammadi MA³, Habibi A⁴, Dadkhah B³, Savadpour MT⁵

1. Ph.D. Student in Health Education, Tabriz University of Medical Sciences, Faculty Member of School of khalkhal Medical Sciences, Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.
2. Ph.D. Student in Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Faculty Member of Ardabil Nursing and Midwifery School, Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.
3. Ph.D. Student in Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Faculty Member of Ardabil Nursing and Midwifery School, Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.
4. Ph.D. Student in Health Education Faculty Member of Ardabil Nursing and Midwifery School, Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.
5. M.Sc. in Nursing, Faculty Member of School of khalkhal Medical Sciences, Ardabil University of Medical Science, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: n.mozaffari@arums.ac.ir

Received: 2013/8/4

Accepted:2013/10/21

ABSTRACT

Background: Nowadays, notice to multiple dimensions of health and in other word “quality of life” is too important. Because of the important role of nurses and administrative staff in providing health care services and community health, the present study was done in Ardabil University of medical sciences to compare quality of life of administrative staff and nurses of Ardabil educational Centers.

Methods: This descriptive–analytical study was conducted in 2011-2012. 250 nurses and 252 administrative employees working in headquarters departments, faculties and Health Centers were selected from the employment list randomly were collected using a demographic occupational factor and quality of life’s valid questionnaires. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics in Spss v.19 software.

Results: There were 234 men and 268 women in samples. Largest sample with 44% were aged 30 to 40 years. Results showed that the total score of physical health and mental health of staff was better than nurses. Also, in the domains of physical function, social function, physical health, there was statistically significant difference, and the staffs had better condition than nurses ($p < 0.05$)

Conclusion: Perhaps we could say that, one of the reasons of good quality of life in administrative nurses is due to nurse’s difficult working conditions and ignorance of their social health and support, workload and hard work. So, in order to achieve perfect efficiency in delivery of nursing services, it's recommended that managers pay attention to nurses' different dimensions of quality of life.

Key words: Quality of Life, Nurses, Administrative Staff, Ardabil University of Medical Sciences

Vol. 15, No.3, autumn 2013: 18-26