

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان

حسین انصاری^۱، محمد عباسی^{۲*}، رضا نوروززاده^۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۲

چکیده:

زمینه و هدف: بین کیفیت زندگی و سلامتی افراد ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. از آنجا که پرستاران مهمترین گروه ارائه دهنده خدمات به بیماران می باشند، باید از کیفیت زندگی خوبی برخوردار باشند. هدف این مطالعه تعیین کیفیت زندگی و متغیرهای مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی مقطعی از فرم کوتاه ایرانی SF-36) برای سنجش کیفیت زندگی پرستاران استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار Stata.12 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. رگرسیون چندگانه لجستیک برای تعیین پیشگویی کننده های کیفیت زندگی استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه ۳۰۰ پرستار زن (۷۷/۹٪) با میانگین سنی $31/6 \pm 6/6$ مورد بررسی قرار گرفت. سابقه کار $7/55 \pm 6/8$ سال بود. بیشترین امتیاز نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی ($39/6 \pm 11/8$) و کمترین میانگین به عملکرد اجتماعی ($8/2 \pm 6/7$) اختصاص داشت. در تحلیل رگرسیون لجستیک، وضعیت تاهل، انجام اضافه کاری، الگوی شیفت کاری و سابقه کار، پیش گوئی کننده های کیفیت زندگی بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند. پایین بودن کیفیت زندگی پرستاران، می تواند کیفیت خدمات پرستاری را تحت تاثیر قرار دهد. مدیران پرستاری می توانند با تنظیم شیفت پرستاران و تعدیل اضافه کاری با توجه به سابقه کار در بهبود کیفیت زندگی آنان اقدام نمایند.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، پرستاران، سلامت

^۱ مرکز تحقیقات ارتقا سلامت، گروه امار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۲ استادیار دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (* نویسنده مسئول)، آدرس: قم-خیابان ساحلی، دانشکده پرستاری و مامایی قم، آدرس الکترونیکی:

Mohamad_abbasi55@yahoo.com

^۳ مربی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

مقدمه

کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، رضایت فرد در تمام ابعاد زندگی تعریف می شود (۱). کیفیت زندگی مفهوم پیچیده و چند بعدی جسمی، ذهنی، فرهنگی و اجتماعی می باشد (۲). کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با احساس خوب بودن در زندگی فرد دارد (۳). عوامل متعددی روی کیفیت زندگی تاثیر دارد. سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی و بطور کلی عوامل رفتاری، شغلی و منابع سازگاری (۴). استرس شغلی و نداشتن منابع سازگاری کافی می تواند منجر به بیماری های روحی-روانی و جسمی در فرد شده و در نهایت باعث کاهش کیفیت زندگی می شود. در محیط های پزشکی در حال تغییر، استرس حرفه ای به طور مداوم افزایش یافته و باعث تحلیل کیفیت زندگی فرد می گردد. از بین تمام حرفه های بهداشت و درمان، پرستاران با توجه به تنش های ناشی از استرس های فیزیکی و روانی ناشی از مراقبت از بیماران بیشتر در معرض فرسودگی شغلی، خستگی و کاهش رضایت و کیفیت زندگی قرار دارند (۵). علاوه بر این، پرستاران در معرض افسردگی، مشکلات جسمی و روحی-روانی هستند. Özden و همکاران می نویسند که پرستاران فاقد منابع سازگاری با مشکلات مانند تفریح، مراقبت از خود و حمایت اجتماعی هستند (۶). Killian بیان می کند که استرس شغلی و فرسودگی شغلی تاثیر منفی مهمی روی کیفیت زندگی پرستاران دارد (۷). در Lambert عنوان می کند که پرستاران در ۱۷ کشور استرس شغلی را در سطوح بالایی تجربه می کنند (۸). استرس شغلی با تاثیر بر سلامتی افراد باعث افزایش بیماری روانی، تخلیه هیجانی، مشکلات سلامتی و کاهش کیفیت زندگی می شود و همچنین عملکرد فرد و کیفیت مراقبت از بیمار را کاهش می دهد (۹). پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی در همه کشورها بوده و کیفیت خدمات آنان با اثر بخشی سیستم های بهداشتی-درمانی در ارتباط می باشد کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بطور مستقیم و یا غیر مستقیم کیفیت و ایمنی خدمات پزشکی را تحت تاثیر قرار داده و در نهایت سلامتی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۰) و بین کیفیت زندگی پرستاران و ارائه خدمات و رضایتمندی بیماران ارتباط مستقیم وجود دارد (۱۱). مطالعات انجام شده در ایران کیفیت زندگی پرستاران را در حد متوسط گزارش گردیده است (۱۲، ۱۳). از طرفی عدم توجه به کیفیت زندگی می تواند منجر به ناامیدی، از بین رفتن انگیزه کاری، کاهش فعالیت های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اجتماعی و اقتصادی یک کشور تاثیر بگذارد. مطالعه عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در راستای

ارتقاء محور توسعه می باشد (۱۱، ۱۰). دانستن این که پرستاران تا چه حد احساس خوب بودن دارند و در چه جنبه هایی احساس خوبی ندارند، و این احساس نامطلوب در کدام زیرگروهها بیشتر است، کمک می کند تا به گونه ای برنامه ریزی کنیم تا مشکلات آنان کاهش پیدا کند. در زمینه کیفیت زندگی پرستاران پژوهش های زیادی انجام شده است (۱۴-۴) ولی به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و عوامل مخدوش کننده آن توجهی نشده است. از طرفی تا کنون مطالعه جامعی به این صورت در مورد کیفیت زندگی پرستاران شهر زاهدان (که توجه به کیفیت زندگی افراد در مشاغل گوناگون خصوصا پرستاران جهت استمرار ارائه خدمت در این شهرستان از اهمیت بالایی قرار دارد) صورت نگرفته است.

شهر زاهدان در جنوب شرقی ایران قرار گرفته و از نظر آب و هوایی، فرهنگی و توزیع بیماریهای مختلف، نسبت به سایر مراکز استانهای ایران در شرایط نامطلوبی قرار دارد، لذا توجه به کیفیت زندگی افراد در مشاغل گوناگون خصوصا پرستاران جهت استمرار ارائه خدمت در این شهرستان از اهمیت بالایی قرار دارد. لذا هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می باشد که نتایج این مطالعه می تواند در برنامه ریزیهای لازم (با توجه به پیشنهادات مناسب) در جهت بهبود کیفیت زندگی پرستاران مفید باشد. در این مطالعه بررسی برخی متغیرهای همراه نیز مد نظر است که در صورت ارتباط آنها با کیفیت زندگی در برنامه ریزیها توجه به این متغیرها نیز کمک کننده خواهد بود.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی می باشد که بر روی ۳۰۰ پرستار شاغل در ۵ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان انجام شد. تعداد نمونه با توجه به مطالعه قبلی انجام گرفته در زنجان (۱۴) در با در نظر گرفتن دقت ۶ درصد و الفای ۵ درصد ۲۴۰ نفر بدست آمد که جهت افزایش دقت ۳۰۰ پرستار بررسی شد. روش نمونه گیری به صورت تصادفی طبقه ای و در هر طبقه به صورت تصادفی سیستماتیک بود. به این صورت که بیمارستان و بخشها به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند و سپس تعداد نمونه لازم از هر طبقه متناسب با جمعیت کل پرستاران در طبقه مورد نظر مشخص شد. به طوری که طبقه ای که بیشترین جمعیت پرستاران را داشت، بیشترین تعداد نمونه نیز از همان طبقه انتخاب گردید و نسبت انتخاب نمونه از هر طبقه به نسبت جمعیت پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان در آن طبقه بستگی داشت. جهت نمونه گیری از هر طبقه، لیست پرستاران هر بیمارستان در هر بخش از دفتر

چند گانه لوجستیک (با در نظر گرفتن نقطه برش نمره ۷۵) استفاده شد. نقطه برش ۷۵ بر اساس نظر تیم تحقیقاتی و با در نظر گرفتن تعداد نمونه کافی در طبقات جهت داشتن توان کافی جهت برآزش مدل و همچنین جهت تفکیک متغیرهای اثر گذار در افراد با کیفیت زندگی بالا و پائین انتخاب شد. ضمناً این نقطه برش با روش تحلیل حساسیت (Sensitivity Analysis) بررسی شده و به عنوان نقطه برش بهینه مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی اثر متقابل بین متغیرها از آزمون "ولف" استفاده شد. نرمالیتی متغیرها با استفاده از آزمون شاپیروویلکس مورد تأیید قرار گرفت. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۳۰۰ پرستار شرکت کننده در این مطالعه، ۲۳۳ پرستار (۷۷/۹٪) زن با میانگین سنی $31/6 \pm 6/6$ سال بود. میانگین سابقه کار پرستاران $7/5 \pm 6/8$ سال بود. در این مطالعه اکثر پرستاران (۴۶/۶٪) بین ۲۰ تا ۲۹ سال سن داشتند. ۶۵ درصد متاهل و ۶/۳ درصد مطلقه بودند. همچنین اکثر پرستاران (۴۵/۵٪) دارای سابقه کمتر از ۴ سال بودند. از نظر کیفیت درآمد پرستاران بر اساس اظهارات خودشان ۱۳۴ نفر (۴۵٪) کمتر از حدکفاف، ۱۶۲ نفر (۵۴٪) در حدکفاف و ۳ نفر (۱٪) بیش از حدکفاف بود. از نظر وضعیت مسکن ۱۵۸ نفر (۵۲/۷٪) دارای خانه شخصی و ۱۳۴ نفر (۴۴/۷٪) دارای منزل استیجاری بودند. ۸ نفر (۲/۶٪) نیز وضعیت مسکن خود را قید نکرده بودند. نتایج نشان داد به ترتیب ۶۵ (۲۱/۷٪)، ۱۲۳ (۴۱٪) و ۱۱۲ (۳۷/۳٪) نفر از پرستاران به ترتیب از کیفیت زندگی بالا، متوسط و پائین برخوردارند. در بررسی کیفیت زندگی به صورت کمی در ابعاد مختلف، میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی $11/8 \pm 3/6$ ، شادابی و نشاط $10/3 \pm 1/4$ ، درد جسمانی $9/5 \pm 6/3$ ، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی $7/2 \pm 1/3$ ، عملکرد اجتماعی $7/7 \pm 8/1$ ، سلامت عمومی $12/4 \pm 9/2$ و سلامت روانی $16/6 \pm 2/6$ به دست آمد. آزمون مجذورکای نشان داد که کیفیت زندگی با الگوی نوبت کاری رابطه معنی داری دارد ($P=0/039$). همان طوری که ملاحظه می شود اکثر پرستارانی که شیفت آنان نامنظم است کیفیت زندگی پائین و اکثر پرستارانی که شیفت آنها ثابت است دارای کیفیت زندگی بالا هستند (جدول ۱).

پرستاری تهیه شده و به صورت تصادفی منظم، پرستاران هر بخش انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و متغیرهای زمینه ای و وضعیت کاری و همچنین از نسخه فارسی فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شد که همه پرستاران انتخاب شده در مطالعه پرسشنامه ها را تکمیل و به سوالات پاسخ دادند. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت می باشد که عبارتند از عملکرد جسمی با ۱۰ گویه (حداکثر ۴۵ نمره)، عملکرد اجتماعی با ۲ گویه (حداکثر ۱۰ نمره)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی با ۴ گویه (حداکثر ۲۰ نمره)، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی با ۳ گویه (حداکثر ۱۵ نمره)، سلامت ذهنی و روانی با ۵ گویه (حداکثر ۲۵ نمره)، شادابی و نشاط با ۴ گویه (حداکثر ۲۰ نمره)، سلامت عمومی با ۵ گویه (حداکثر ۲۵ نمره) و درد جسمانی با ۳ گویه (حداکثر ۱۵ نمره) می باشد. نحوه امتیاز دهی بر اساس مقیاس لیکرت بود که روش امتیاز دهی آن در خود پرسشنامه مشخص و بر اساس استاندارد پرسشنامه بود. در برخی سوالات نمره دهی از ۱ تا ۳ و در بعضی سوالات نمره دهی از ۱ تا ۵ بود. در این مطالعه پائین بودن نمرات دلیل بر بالا بودن کیفیت زندگی است. بعد از محاسبه کلی نمرات، با توجه به نمرات بدست آمده پرستاران در سه گروه کیفیت زندگی "پائین با نمره بالای ۱۰۰"، "متوسط با نمره ۶۰-۱۰۰" و "بالا با نمره کمتر از ۶۰" قرار گرفتند. درخصوص روایی، ۵ عضو هیات علمی پرستاری قابلیت استفاده از این پرسشنامه را تأیید کردند. ثبات درونی پرسشنامه نیز با استفاده از تکمیل پیش آزمون توسط ۳۰ نفر از پرستاران با آلفای کرونباخ ۷۲ درصد تأیید شد. ملاحظات اخلاقی مطالعه با اخذ رضایت نامه شفاهی آگاهانه شرکت در مطالعه و گمنامی پرستاران رعایت شد. معیارهای ورود به مطالعه، همکاری با پژوهشگر و داشتن حداقل ۱ سال سابقه کار بالینی بود. پرستارانی که از بیماری های از قبیل افسردگی و اختلالات خواب رنج می بردند وارد مطالعه نشدند. داده ها در نرم افزار Stata 12 با استفاده از آزمونهای t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پارامترهای مورد سنجش در این مدل متغیرهای مستقل مورد بررسی (متغیرهای کمی و متغیرهای کیفی با حالتها و طبقات مورد نظرشان) بود. جهت مدل سازی و کنترل مخدوش کننده ها و فاکتورها در حضور همدیگر از رگرسیون

جدول ۱: توزیع فراوانی کیفیت زندگی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بر حسب شیفت های مختلف کاری

P	جمع	نامنظم	گردشی	ثابت	الگوی شیفت کاری
					کیفیت خواب
۰/۰۳۹	۶۵(۲۱/۷)	۱۱(۱۹)	۴۵(۳۶/۳)	۸۶(۷۲/۲)	بالا
	۱۲۳(۴۱)	۹(۱۵/۵)	۲۸(۲۲/۷)	۲۱(۱۷/۸)	متوسط
	۱۱۲(۳۷/۳)	۳۸(۶۵/۵)	۵۰(۴۰/۶)	۱۲(۱۰)	پائین
	۳۰۰(۱۰۰)	۵۸(۱۰۰)	۱۲۳(۱۰۰)	۱۱۹(۱۰۰)	جمع

پرستارانی که بیش از یک شیفت در ماه اضافه کاری داشتند در مقایسه با پرستاران بدون اضافه کاری به ترتیب $۱۰۳/۳ \pm ۵۲/۹$ و $۸۱/۷ \pm ۳۸/۴$ بدست آمد ($P=۰/۰۰۴$). میانگین نمرات کیفیت زندگی پرستاران بخش ویژه، زنان، اطفال، داخلی و جراحی به ترتیب $۱۱۱/۲ \pm ۵۱/۳$ ، $۹۶/۲ \pm ۳۷/۹$ و $۱۰۵/۵ \pm ۶۱/۴$ ، $۹۹/۹ \pm ۴۲/۵$ ، $۱۰۷/۱ \pm ۵۶/۲$ بود، آزمون آنالیز واریانس نشان داد که بخش محل خدمت با کیفیت زندگی ارتباط نداشت ($P=۰/۰۸$). پرستاران بخش ویژه نسبت به سایر بخش ها از کیفیت زندگی پائین تری برخوردار بودند.

در این مطالعه با در نظر گرفتن نقطه برش ۷۵ از نظر کیفیت زندگی پرستاران به دو گروه مناسب (کمتر از ۷۵) و نامناسب (بالای ۷۵) تقسیم شدند و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته دو حالتی در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن این حالت برای کنترل مخدوش کنندگی و بررسی همزمان متغیرهای مستقل در حضور همدیگر از رگرسیون لجستیک به روش مدل سازی "هازمر لمشو" استفاده شد که نتایج مدل نهایی در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. طبق این جدول در تحلیل چندمتغیره یا چندگانه تنها متغیرهای الگوی نوبت کاری، انجام اضافه کاری، وضعیت تاهل و سابقه کار در مدل باقی مانده اند. این مدل نشان می دهد که شانس کیفیت زندگی پائین در پرستاران متأهل نسبت به مجرد، پرستاران انجام اضافه کاری نسبت به پرستاران بدون انجام اضافه کاری و پرستاران با شیفت کاری نامنظم و گردشی نسبت به ثابت بیشتر است. همچنین طبق مدل با افزایش سابقه کار، شانس نامناسب بودن کیفیت خواب افزایش می یابد (جدول شماره ۲). در رابطه با بررسی اثر متقابل بین متغیرها نیز، متغیرهای شیفت کاری با وضعیت تاهل و متغیرهای الگوی شیفت کاری با انجام اضافه کاری در پائین آوردن کیفیت زندگی باهم در تعامل بوده و اثر همدیگر را تقویت می کردند (جدول شماره ۳). در ضمن برای آزمون اثر متقابل از آزمون "ولف" استفاده شد که در هر دو حالت فوق فرض صفر یا نبود اثر متقابل رد شد ($P=۰/۰۴۹$).

تحلیل تک متغیره آزمون مجذورکای ارتباط معنی داری را بین جنس و کیفیت زندگی نشان نداد ($P=۰/۲۹$). ولی رابطه بین سن و کیفیت زندگی معنی دار بود ($P=۰/۰۲۷$). پرستاران کمتر از ۴۰ سال (با میانگین نمره کیفیت زندگی $۷۸/۲۸ \pm ۲۶/۴$) نسبت به پرستاران بیشتر از ۴۰ سال (با میانگین نمره کیفیت زندگی $۹۶/۴ \pm ۳۲/۵$) کیفیت زندگی مناسبتری داشتند. در تحلیل تک متغیره بین کیفیت زندگی با سابقه کار ارتباط معنی داری وجود داشت ($P=۰/۰۴۲$). به طوری که پرستاران با سابقه کار بیشتر از ۱۰ سال از کیفیت زندگی پائین تری برخوردار بودند اما آزمون ضریب همبستگی پیرسون رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و سابقه کار ($r=۰/۲۱, P=۰/۱۶$) نشان نداد ($P>۰/۰۵$).

نتایج نشان داد که ارتباط معنی داری بین وضعیت تاهل (بدون در نظر گرفتن گروه مطلقه و همسر فوت شده به دلیل کم بودن تعداد آنها) با کیفیت زندگی وجود نداشت. ولی با در نظر گرفتن چهار گروه مجرد، متأهل، مطلقه و همسر فوت شده مشاهده شد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در آنها به ترتیب $۷۱/۰۲ \pm ۳۶/۴$ ، $۶۳/۲۸ \pm ۲۱/۹$ ، $۷۱/۰۲ \pm ۳۸/۵$ و $۱۰۷/۱ \pm ۶۷/۱$ می باشد. آزمون آنالیز واریانس نشان داد که وضعیت تاهل با کیفیت زندگی ارتباط دارد ($P=۰/۰۱$). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که این اختلاف بین گروه مطلقه با گروه مجرد و متأهل و همسر فوت شده با گروه مجرد و متأهل است ($P<۰/۰۵$). در بررسی ارتباط بین میزان درآمد، تعداد فرزندان، نوع بیمه و وضعیت مسکن با کیفیت زندگی، ارتباط هیچ کدام از این متغیرها در تحلیل تک متغیره با کیفیت زندگی در پرستاران معنی دار نبود ($P>۰/۰۵$). لازم به ذکر است که پرستارانی که مسکن آنها شخصی بود وضعیت مناسب تری داشتند و نمرات کیفیت زندگی آنها پائین بود. در تحلیل دیگری از پرستاران در مورد داشتن و یا نداشتن حداقل یک خطا در گذشته سوال شد و میانگین نمره کیفیت زندگی در پرستارانی که (طبق اظهارات خودشان) خطا داشتند $۱۰۹/۶ \pm ۴۳/۱$ و در پرستارانی که سابقه خطا نداشتند $۸۳/۴ \pm ۳۵/۴$ بدست آمد. میانگین نمرات کیفیت زندگی

جدول شماره ۲: ضرایب رگرسیون لجستیک در مدل نهایی برای کیفیت زندگی پائین پرستاران در ارتباط با متغیرهای مستقل

متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیونی (β)	انحراف معیار	OR	فاصله اطمینان ۹۵٪ نسبت شانس	P
الگوی نوبت کاری ثابت گردشی نامنظم	۰/۷۸	۰/۳۵	۱	۱/۰۹-۴/۳۳	۰/۰۵
	۰/۸۱	۰/۴	۲/۲۴	۱/۰۲-۴/۹۲	۰/۰۵
وضعیت تاهل ازدواج نکرده ازدواج کرده	۱/۳	۰/۳۴	۱	۱/۸۸-۷/۱۴	۰/۰۳
اضافه کاری ندارد دارد	۰/۶۹	۰/۳	۱	۱/۱-۳/۵۸	۰/۰۵
	۰/۲۹	۰/۱۱	۱/۳۳	۱/۰۷-۱/۶۵	۰/۰۵

جدول شماره ۳: اثر متقابل متغیرهای الگوی نوبت کاری با وضعیت تاهل و اضافه کاری در کم کردن شانس کیفیت زندگی بالا و مقایسه

نسبت شانس طبقات با OR خام*

الگوی شیفت کاری				رابطه کلی و خام		*
چرخشی و نامنظم		ثابت		کیفیت زندگی		
کیفیت زندگی		کیفیت زندگی		کیفیت زندگی		
مناسب	نامناسب	مناسب	نامناسب	مناسب	نامناسب	
۲۳	۹۳	۴۰	۳۸	۶۳	۱۳۱	متاهل
۲۸	۳۷	۲۷	۱۴	۵۵	۵۱	مجرد
۵۱	۱۳۰	۶۷	۵۲	۱۱۸	۱۸۲	جمع
OR= ۳/۷ (۱/۵-۵/۵)		OR= ۱/۸ (۰/۸۵-۴/۸)		OR= ۲/۲۴ (۱/۵-۶)		
۱۴	۶۰	۲۳	۲۰	۳۷	۸۰	دارد
۳۷	۷۰	۴۴	۳۲	۸۱	۱۰۲	ندارد
۵۱	۱۳۰	۶۷	۵۲	۱۱۸	۱۸۲	جمع
OR= ۲/۳ (۱/۸-۶/۶)		OR= ۱/۲ (۰/۸۵-۳/۱)		OR= ۱/۸ (۱/۶-۷/۳)		

* مقادیر داخل پرانتز حدود اطمینان ۹۵ درصد برای نسبت شانس است

بحث

این مطالعه نشان داد که تنها ۲۱ درصد از پرستاران از کیفیت زندگی بالایی برخوردار بوده و طبق ملاک در نظر گرفته شده در این مطالعه، حدود ۳۸ درصد از پرستاران کیفیت زندگی خودشان را پائین گزارش کردند. بنابراین به نظر می رسد پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. به هر حال این مسئله میتواند تحت تاثیر الگوی نوبت

لازم به ذکر است که برای تعیین ارتباط متغیرهای مستقل با لگوی خواب، به دلیل نرمال بودن توزیع متغیرهای مستقل کمی جهت تعیین ارتباط این متغیرها با کیفیت زندگی از آزمونهای پارامتری استفاده شده است. در برخی موارد نیز برای بررسی اثر متقابل و مدلسازی و ارائه بهتر و ملموس تر نتایج متغیر وابسته و برخی متغیرهای کمی به صورت کیفی در نظر گرفته شده است.

می رسد پرستاران مسن تر همان پرستاران با سابقه کار بیشتر هستند و به همین دلیل ارتباط هر دو متغیر در یک جهت با کیفیت زندگی معنی دار شده است. اگر چه در تحلیل چند گانه فقط متغیر سابقه کار در مدل باقی ماند. به هر حال این نتیجه با مطالعه انجام شده توسط عصارودی (۱۳) همخوانی نداشته، ولی در مطالعه گشتاسبی و همکاران (۱۸) سن باعث کاهش کیفیت زندگی پرستاران شده بود.

دلیل تفاوت دو مطالعه می تواند تفاوت ویژگی های سنی در دو مطالعه باشد. به هر حال آنچه که مسلم است، با افزایش سن تعلقات زندگی نیز بیشتر شده و دغدغه های فکری پرستاران زیاد شده و زندگی آنان را بیشتر تحت تاثیر قرار می دهد. لذا توصیه می شود که این گروه از پرستاران هر چند سال یکبار تشویق شده و به فراموشی سپرده نشوند تا مثل همیشه در ارائه خدمت موثر باشند. در پژوهش حاضر اگر چه پرستاران شاغل بخش ویژه نسبت به سایر بخش ها از کیفیت زندگی پائین تری برخوردار بودند، ولی بخش محل خدمت با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری نشان نداد. این نتیجه با مطالعه انجام گرفته توسط عصارودی (۱۳)، یزدی مقدم (۱۶) و علاف جوادی (۱۹) هم خوانی نداشت. به طوری که این مطالعات سطح کیفیت زندگی در بخش های اورژانس، ویژه و جراحی را بیشتر از سایر بخش ها گزارش کرده اند.

با توجه به متناقض بودن این نتایج، به نظر می رسد محیط و بستر کاری در بیمارستان ها و شهرها متفاوت باشد. فعالیت در یک بخش خاص گرچه ممکن است تا حدودی سخت تر و یا آسان تر از بخش های دیگر باشد، ولی به لحاظ عادت پرستار در آن بخش نمی تواند تاثیر گذار در کیفیت زندگی کاری باشد. آنچه مسلم است جنبه های مثبت و منفی زندگی کاری است که مستقل از نوع کاری که فرد انجام می دهد می تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد (۲۰). به نظر می رسد با توجه به تاثیر گذار بودن الگوی نوبت کاری، الگوی شیفت است که در بخش های مختلف در زندگی کاری پرستاران تاثیر می گذارد. میانگین کیفیت زندگی پرستاران، نشان داد که گروه همسر فوت شده و مطلقه از کیفیت زندگی خوبی برخوردار نبودند، به طوری که پرستاران همسر فوت شده وضعیتی بدتر از گروه مطلقه و گروه مطلقه نیز وضعیتی بدتر از گروه متأهل داشتند که ممکن است مربوط به شرایط بد زندگی در این گروه ها و نگرانی هایی باشد.

با توجه به این نتیجه توصیه می شود این گروه از پرستاران در بخش های با حداقل تنش مشغول به کار شوند، این نتیجه با مطالعه انجام گرفته در ترکیه (۱۷) همخوانی داشت. در این مطالعه بین کیفیت زندگی پرستاران با اضافه کاری آنان رابطه معنی داری وجود داشت. در مطالعه انجام گرفته توسط

کاری، انجام اضافه کاری، وضعیت تاهل و سابقه کار باشد که در این مطالعه نیز به آنها اشاره شده است. بنابراین برنامه ریزی در جهت افزایش کیفیت زندگی پرستاران در این منطقه باید بر اساس این فاکتورها صورت گیرد. به طور کلی نتایج این مطالعه با مطالعه غلامی و همکاران در نیشابور (۱۲) همخوانی دارد. از طرفی کیفیت زندگی در این مطالعه در ابعاد مختلف نیز مورد بررسی قرار گرفت که بالا بودن نمرات در ابعاد مختلف نشان از نامناسب بودن کیفیت زندگی خصوصا در بعد عملکرد اجتماعی و شادابی و نشاط است. این نتیجه با مطالعه انجام گرفته در زنجان (۱۴) و لتونی (۱۵) همخوانی ندارد و پرستاران زنجان و لتونی از وضعیت بهتری برخوردارند.

در این مطالعه تحلیل تک متغیره و چندگانه کیفیت زندگی با الگوی نوبت کاری رابطه معنی داری نشان داد. پرستاران با الگوی شیفت نامنظم، دارای کیفیت زندگی پائین و با الگوی شیفت ثابت دارای کیفیت زندگی بالا بودند. به نظر می رسد الگوی شیفت کاری مهمترین متغیر اثر گذار بر کیفیت زندگی پرستاران باشد که خود تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله الگوی خواب باشد. شیفت های غیر موظفی باعث اختلال در الگوی خواب پرستاران و در نتیجه کیفیت زندگی آنان می شود. مدیران پرستاری باید به این موضوع توجه داشته باشند، تا حد امکان پرستاران شیفت منظمی داشته باشند و با جذب پرستار از اعمال شیفت های اضافی خودداری نمایند. علاوه بر آن پرستاران به اثرات شیفت های اضافی و نامنظم توجه داشته باشند. نتایج این مطالعه نشان داد، کیفیت زندگی پرستاران در بعد جسمی و روانی در محدوده متوسط قرار دارد.

در پژوهش یزدی مقدم و همکاران (۱۶) نیز ۶۴ درصد پرستاران کیفیت زندگی متوسط در بعد جسمی و ۶۲ درصد کیفیت زندگی متوسط در بعد روانی داشتند که تا حدودی با مطالعه حاضر همخوانی دارد. میانگین کیفیت زندگی در مردان و زنان تفاوت معنی داری نداشت که این نتیجه با مطالعه انجام شده توسط عصارودی همخوانی داشت (۱۳). این مسئله نشان می دهد که کیفیت زندگی مرتبط با متغیرهایی است که ممکن است هر دو جنس را تحت تاثیر قرار دهد. البته در پژوهش یزدی مقدم و همکاران (۱۶) کیفیت زندگی زنان پایین تر از مردان گزارش شده بود.

در تحلیل تک متغیره این مطالعه، بین سن پرستاران و کیفیت زندگی آنان رابطه معنی داری وجود داشت. پرستاران کمتر از ۴۰ سال نسبت به پرستاران بیشتر از ۴۰ سال کیفیت زندگی مناسب تری داشتند. همچنین پرستاران با سابقه کار بیشتر از ۱۰ سال از کیفیت زندگی پائین تری برخوردار بودند. مطالعه انجام شده Cimate (۱۷) نیز رابطه سن و سابقه کار با کیفیت زندگی پرستاران ترکیه ای را تأیید کرده است. به نظر

شیفت کاری بر اساس اضافه کاری متناسب با وضعیت تاهل و سن پرستار از اهمیت خاصی برخوردار است و داشتن یک نوبت کاری کوتاه تر می تواند در بهبود کیفیت زندگی پرستاران موثر باشد.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به نمونه نسبتاً بالا و رویکرد مدلسازی و تاکید بر متغیرهای مخدوش کننده و اثر متقابل اشاره کرد. با توجه به مدل به کار گرفته شده، ضرایب گزارش شده می تواند به واقعیت نزدیکتر باشد. از محدودیت‌های این مطالعه می توان به موقعیت پاسخدهی پرستاران به سوالات اشاره کرد که ممکن است پاسخهای ارائه شده را تحت تاثیر قرار دهد که البته سعی بر این بود که پرستاران در این مورد توجیه شده و در زمان استراحت به سوالات پاسخ دهند.

نتیجه گیری

کیفیت زندگی پرستاران این مطالعه در محدوده قابل قبولی نبود. این مسئله باعث عدم ارائه خدمات مطلوب به بیماران و مراجعین از طرف پرستاران خواهد شد. به نظر می رسد اصلاح نحوه شیفت و توجه به خواسته های آنان با شیوه های مختلف با توجه به متغیرهای اثرگذار در این مطالعه اهمیت زیادی دارد. باید برنامه ریزی های لازم صورت گیرد تا پرستاران با سن بالا مجبور به اضافه کاری نشده و یا حداقل در شیفت های ثابت به کار گرفته شوند. در نهایت ارائه برنامه های مربوط به فعالیت اجتماعی، به کارگیری سیاست تشویق و نوبتی کردن منطقی شیفت ها در بهبود کیفیت زندگی کاری مفید خواهد بود (۲۲). از آنجا که شرایط محیطی و فرهنگی و همچنین وضعیت بیمارانی که به مراکز درمانی زاهدان مراجعه می کنند تا حدودی با سایر شهرهای کشور متفاوت است، بنابراین به نظر می رسد که سطح کیفیت زندگی به دست آمده در این مطالعه در پرستاران قابل تعمیم به پرستاران سایر شهرهای کشور نباشد ولی از نظر فاکتورهای موثر بر کیفیت زندگی که بر اساس مدل به دست آمده است، می توان گفت که این متغیرها می تواند کیفیت زندگی پرستاران در سایر شهرهای ایران را نیز تحت تاثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می دانند تا از پرستاران شرکت کننده در این مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

اوجیان (۲۱) رابطه معنی داری بین اضافه کاری و تضاد شغلی و از طرفی رابطه معنی داری بین تضاد شغلی و کیفیت زندگی مشاهده شده بود که به نظر می رسد تأییدی بر نتیجه مطالعه حاضر باشد. میانگین نمره کیفیت زندگی در پرستارانی که طبق اظهارات خودشان سابقه خطای کاری داشتند بیشتر از پرستارانی بود که سابقه خطا نداشتند که نشان از پائین بودن کیفیت زندگی در آنان می باشد.

با توجه به مستقل بودن کیفیت زندگی در این مورد، به نظر می رسد پرستارانی که به هر دلیل کیفیت زندگی پائین تری دارند، شانس خطای کاری نیز در آنها بیشتر باشد. این مسئله اهمیت کیفیت زندگی کاری در این گروه با اهمیت شغلی را نشان می دهد. به هر حال حتی با کنترل مخدوش کننده ها و بررسی متغیرها در حضور همدیگر، ارتباط معنی داری بین میزان درآمد، تعداد فرزندان، نوع بیمه و وضعیت مسکن با کیفیت زندگی، ارتباط هیچ کدام از این متغیرها در تحلیل تک متغیره و چند گانه رگرسیونی با کیفیت زندگی در پرستاران معنی دار نبود. گرچه افراد صاحب مسکن نسبتاً وضعیت بهتری داشتند، ولی معنی دار نبودن رابطه نشان می دهد که مقوله کیفیت زندگی حتی می تواند فارغ از وضعیت اقتصادی باشد. البته میزان درآمد بالا در پرستاران ممکن است به قیمت کار و کشیک زیاد باشد، که در این صورت درآمد به طور کلی باعث افزایش کیفیت زندگی نخواهد شد. Cimete (۱۷) رابطه بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی در پرستاران را نشان داد.

برخی متغیرها در ایجاد اختلال در خواب با هم در تعامل هستند. از طرفی با توجه به معنی دار بودن رابطه الگوی نوبت کاری هم در تحلیل تک متغیره و هم در تحلیل چند گانه، شاید الگوی نوبت کاری اثر گذارترین متغیر در کیفیت زندگی باشد. بنابراین در برنامه ریزی شیفت ها به این مسئله نیز باید توجه کرد. به عنوان مثال شیفت کاری با وضعیت تاهل اثر متقابل دارد، بنابراین تا حد امکان سعی شود که پرستاران متاهل در شیفت های ثابتی مشغول به کار شوند و یا به پرستاران آموزش داده شود که اضافه کاری در شیفت های کاری متعدد و متفاوت حداقل در دراز مدت بر کیفیت کاری آنها اثر گذاشته و حتی المقدور در شیفت های ثابت اضافه کاری داشته باشند. از آنجا که رگرسیون لجستیک تنها متغیرهای الگوی نوبت کاری، داشتن اضافه کاری، وضعیت تاهل و سابقه کار در مدل باقی مانده اند، بنابراین اصلاح الگوی

References

1. Oyama Y, Fukahori H. A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. *J Nurs Manag.* 2015 Jul;23(5):661-73.
2. Frisch M B. Quality-of-Life-Inventory. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* 2014; 5374-5377.
3. Wu SY1, 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.
4. King C R, Hinds P S. *Quality of life: From nursing and Patient perspectives*, Jones & Bartlett Publishers 2011.
5. Hegney DG, Craigie M, Hemsworth D, Osseiran-Moisson R, Aoun S, Francis K, Drury V. Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *J Nurs Manag.* 2014 May;22(4):506-18
6. Özden D1, Karagözöğlü Ş, Yildirim G. Intensive care nurses' Perception of futility: Job satisfaction and burnout dimensions. *Nurs Ethics.* 2013 Jun;20(4):436-47.
7. Killian, J. G. *Career and technical education teacher burnout: Impact of humor-coping style and job-related stress*, ProQuest Information & Learning, 2005.
8. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nurs Health Sci.* 2001 ;3(3):161-72.
9. Williams E S, Manwell L B, Konrad T R, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review* 2007; 32(3):203-212.
10. Mardani H M, Shahraki V A, the relationship between mental health and quality of life in cancer Patients, *Journal of shaheed sadoughi university of Medical Sciences* 2010; 18(2): 111-117 [Persian].
11. Essen L, Larsson G, Öberg K, Sjöden P O. Satisfaction with care : associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *European journal of cancer care* 2002; 11(2): 91-99.
12. Gholami A, Farsi M, Hashemi Z, Lotfabadi P. Quality of Life in Nurses Working in Neyshabur Hospitals. *Thrita journal of medical sciences* 2012;1(3):94-100.
13. Asaroodi A, Golafshani A, Arash A. Relationship between spiritual health and Life quality among nurses. *journal of North khorasan university of medical sciences* 2011; 3, (4):81-88.
14. Azarang S, yaghmaee F, shiri M. Correlation dimensions of quality of work life of nurses and demographic characteristics. *IJNR.* 2012; 7 (27) :18-24
15. Kristaps C, Inga M, Liana D. Measuring the Professional quality of life among Latvian nurses a. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013; 84:1625 – 1629.
16. Yazdi Moghaddam H, Estaji Z, Heidari M. Study of the quality of life of nurses in sabzevar hospitals in 2005-2006 , *Quarterly Journal of sabzevar university of Medical Sciences* 2009; 16(1): 50-56 [Persian].
17. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual.* 2003; 18(2):151-8.
18. Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdani nia 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): 183-189 [Persian].
19. Allaf Javadi M, Parandeh A, Ebadi A, Haji Amini Z, Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses, *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010;3(3): 113-117 [Persian].
20. Stamm B H. *The Concise Pro QOL Manual*, 2nd Ed. Pocatello, ID: The Pro QOL.org 2010; 8 30.
21. Uujian P, Alhani F, Tal A. Reviewing the Work and Family Conflict and its Association with Quality of Life among Clinical Nurses. *J Health Syst Res* 2013; 9(4): 345-53.
22. Serinkan C, Kaymakci K. Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2013; 89:580 – 584.

Health - related Quality of Life among Nurses in Zahedan University of Medical Sciences Hospitals

Ansari H¹, Abassi M^{2*}, Nourozzadeh R³

Submitted: 2014.7.24

Accepted: 2015.9.8

Abstract

Background: There is close relationship between quality of life and human health. Since, nurses as the most important health Provider group, they should have a desirable quality of life. This study aimed at evaluating the quality of life and related variables among nurses in Zahedan University of Medical Sciences hospitals.

Materials and Methods: In this descriptive analytic study the Iranian version of SF-36 was utilized to assess nursing quality of life. Data analyzed using Stata version 12. logistic regression was used to determine quality of life predictors.

Results: Three hundred women nurses (77.9%) with mean age of $31.6 \pm 6/6$ years were assessed. The mean of work experience was 7.55 ± 6.8 years. The most quality of life score was related to Physical domain (39.6 ± 11.8) and social function had the least score (8.2 ± 6.7). Logistic regression analysis revealed marital status, overtime work, working shift Pattern and work experience were quality of life predictors ($P < 0.05$).

Conclusion: Study results represented undesirable quality of life among nurses. Low quality of life can affect services quality of nursing. Nursing administrators can improve nursing quality of life by setting up and adjusting overtime set up and adjust overtime shift based on work experience .

Key words: Quality of Life, Nurses, Health

¹ Health Promotion Research Center, Dept. of Statistics and Epidemiology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

² Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Iran,

(* Corresponding author), Address: School of Nursing and Midwifery , Saheli Street, Qom, Iran, Email: Mohamad_abbasi55@yahoo.com

³ Instructor, School of Shahed Nursing and Midwifery, Sahed University, Tehran, Iran