

تأثیر ادراک دشواری کار بر کیفیت زندگی پرستاران

زهره محمدی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد مرودشت

دکتر مسعود حسین‌چاری

استادیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز

چکیده

پژوهش پیش رو، به منظور پیش‌بینی کیفیت زندگی پرستاران و بر اساس ادراک دشواری کار انجام شده‌است. نمونه‌ی پژوهش را ۱۳۲ پرستار شاغل در بیمارستان‌های شهر شیراز (شامل ۱۱۴ نفر زن و ۱۸ نفر مرد) تشکیل می‌دهند و برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش نیز از یک پرسش‌نامه‌ی پژوهش‌گرساخته به منظور بررسی میزان دشواری کار و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. پایایی ابزارها با استفاده از ضریب آلفای کرون‌باخ و روایی آن‌ها به روش تحلیل عاملی به دست آمده‌است.

نتایج نشان می‌دهد میزان سال‌های خدمت، پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی در گروه موردبررسی نیست و پرستارانی که دشواری کار بیش‌تری را ادراک می‌کنند، با برخورداری کم‌تر از سلامت روان‌شناختی، نسبت به محیط زندگی خود دیدی منفی دارند. نتایج این پژوهش با توجه به یافته‌های پژوهش‌گران دیگر در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته و پیشنهادهایی برای انجام پژوهش‌های بیش‌تر ارائه شده‌است.

واژگان کلیدی

پرستار؛ کیفیت زندگی؛ تنیدگی حرفه‌یی؛ دشواری کار؛

کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که سلامتی جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، پیوندهای اجتماعی، باورهای فردی، و ارتباط با جنبه‌های برجسته‌ی محیط را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی بر اساس دید کلی فرد به زندگی و خشنودی یا ناخشنودی او از جنبه‌های مهم زندگی تعریف می‌شود (فرانز^۱ ۱۹۹۰) و منظور، زندگی آرمانی نیست، بلکه توجه به جنبه‌هایی از زندگی افراد است که برای آن‌ها خواستنی و نشان‌دهنده‌ی بهترین وضعیت زندگی است (براون^۲ ۱۹۹۹، برگرفته از همتیان ۱۳۸۵). *ایوانز و کوپ*^۳ (۱۹۸۹) بر این باور اند که مفهوم کیفیت زندگی، به برداشت و درک فرد از جای‌گاه خود در زندگی و چهارچوب اهداف و نظام ارزشی موردقبول وی بستگی دارد؛ به این معنا که کیفیت زندگی هر فرد، پی‌رو درک خاص وی از زندگی و خشنودی او از ارتباطی است که با خانواده، دوستان، و جامعه دارد. *لینینگر*^۴ (۱۹۹۴)، کیفیت زندگی را شکل‌گرفته بر اساس فرهنگ و عبارت از ارزش‌ها، معانی، نمادها و الگوهایی انسانی می‌داند که باید از جنبه‌ی فرهنگی مورد مطالعه قرار گیرند. *هاس*^۵ (۱۹۹۹، برگرفته از همتیان ۱۳۸۵) نیز کیفیت زندگی را یک سازه‌ی چندبعدی می‌داند که با توجه به بستر فرهنگی فرد و ارزش‌هایی که به آن‌ها باور دارد بررسی می‌شود. سازمان بهداشت جهانی^۶ (۱۹۹۵)، کیفیت زندگی را مرتبط با اهداف، معیارها، و علائق افراد می‌داند و آن را به صورت درک فرد از موقعیت خود در زندگی و کیفیت ارتباط با بافت فرهنگی و نظام‌های ارزشی محیطی زندگی تعریف کرده‌است. از نظر این سازمان، کیفیت زندگی دارای شش بعد سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط و معنویت، و مذهب و باورهای فردی است (ساکسا، اوکانل، و آندروود^۷ ۲۰۰۲) و تحت تأثیر تعامل آن‌ها قرار دارد.

بنا بر آنچه گفته شد، کیفیت زندگی برای افراد مختلف در موقعیت‌های مختلف تعبیری متفاوت دارد، اما در اصل به رضایت افراد از زندگی خود برمی‌گردد (آیت‌اللهی و رفیعی ۱۳۸۳)؛ در این میان، شماری از پژوهش‌گران (دست‌کم در برخی از تعاریف) کیفیت زندگی را امری فردی و وابسته به درک خاص شخص از جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، مذهبی، و جنسی زندگی‌اش می‌دانند (برای نمونه، هورن‌کوئیست^۸ ۱۹۹۰؛ ژان^۹ ۱۹۹۲؛ پارس^{۱۰} ۱۹۹۴؛ سلا^{۱۱} ۱۹۹۴؛ و براون ۱۹۹۹، برگرفته از همتیان ۱۳۸۵) و برخی دیگر (مانند لینینگر ۱۹۹۴) به

¹ Ferrans, Carol Estwing

² Brown, Ivan

³ Evans, David R., and Wendy E. Cope

⁴ Leininger, Madeleine

⁵ Haas, Barbara K.

⁶ World Health Organization (WHO)

⁷ Saxena, Shekhar, Kathryn O'Connell, and Lynn Underwood

⁸ Hörnquist, Jan Olof

⁹ Zhan, Lin

¹⁰ Parse, Rosemarie Rizzo

¹¹ Cella, David F.



نقش فرهنگ و جامعه در شکل‌گیری کیفیت زندگی افراد توجه کرده‌اند؛ اما بیش‌تر پژوهش‌گران آن را یک سازه‌ی چندبعدی می‌دانند که دربرگیرنده‌ی خشنودی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی است و با توجه به بستر فرهنگی و ارزش‌های موردقبول وی شکل می‌گیرد (ایوانز و کوپ ۱۹۸۹؛ هاس ۱۹۹۹، برگرفته از همتیان ۱۳۸۵؛ سیگس‌تاد، استری-پدرسن، و فرولند^۱ ۲۰۰۵).

بررسی‌های مختلف، بیان‌گر پیوند کیفیت زندگی- مثبت یا خشنودی از زندگی با عواملی مختلف مانند سلامت عمومی، هیجان‌های مثبت و رویارویی بهتر با منابع تنش^۲ (بخشی‌پور رودسری، پیروی، و عابدیان ۱۳۸۳)، خودکنترلی (بهرامی ۱۳۸۳)، و خودمختاری (البرزی و البرزی ۱۳۸۳) است و یکی از عواملی که بر ادراک مثبت یا منفی از این کیفیت تأثیر می‌گذارد، نوع حرفه و میزان خشنودی افراد از آن است. در زندگی همه‌ی انسان‌ها تنش‌هایی وجود دارد که به گونه‌های مختلف بر آن‌ها فشار می‌آورد. در گستره‌ی اشتغال و اقتصاد نیز دگرگونی‌های شغلی مانند دگرگونی‌های سازمانی، تغییر حقوق و دست‌مزد، ترفیع‌های شغلی، و کاهش یا افزایش نیروی انسانی، به همراه دگرگونی‌های اجتماعی، از جمله موضوع‌هایی اند که بر فرد فشار آورده، او را دچار آشفتگی، نگرانی، تشویش، و اضطراب می‌سازند (رابینز^۳ ۱۹۹۱، برگرفته از عطار ۱۳۷۴). کرنتر^۴ (۱۹۷۳)، برگرفته از عطار ۱۳۷۴) به برخی از عوامل تنش‌زا مانند ساعت‌های طولانی کار، رویارویی با تغییرات و مشکلات کاری، و جبران هزینه‌های مربوط به اشتباه‌ها و خطاهای کاری اشاره کرده و کورن‌هاوزر^۵ (۱۹۷۰، برگرفته از عطار ۱۳۷۴) نیز به گزارش پیوند معنادار بین شرایط ناخوشایند کاری، تند کار کردن، و کار زیاد و طولانی، با کاهش سلامت روان و خشنودی شغلی پرداخته‌است.

گرچه در همه‌ی مشاغل مقداری تنش وجود دارد اما پاره‌یی از مشاغل با عنوان مشاغل خطرناک یا تنش‌زا شناخته‌شده‌اند و افراد مشغول در آن‌ها بیش از دیگران دچار تنیدگی حرفه‌یی می‌شوند. خلبانان، کارگران سکوهای صنایع تصفیه‌ی نفت و گاز، کارمندان مراکز هسته‌یی، دندان‌پزشکان، مدیران مؤسسه‌ها، و پرستاران از جمله‌ی این افراد اند. در این پژوهش، دسته‌ی آخر، یعنی پرستاران، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

برخی پژوهش‌گران بر این باور اند که پرستاران بیش از شاغلان در دیگر حرفه‌ها دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و بروز این حالت را به ماهیت تنش‌زایی حرفه‌ی پرستاری نسبت داده‌اند. (ماسلاچ و لی‌تر^۶ ۱۹۹۷؛ وین‌برگ و کرید^۷ ۲۰۰۰). پپلا^۸ (۱۹۹۴) از پیش‌گامان

¹ Sigstad, Hanne Marie Høybråten, Ashjorg Stray-Pedersen, and Stig S. Frøland

² Stress

³ Robbins, Stephen P.

⁴ Kearns, Joseph L.

⁵ Kornhauser, Arthur

⁶ Maslach, Christina, and Michael P. Leiter

⁷ Weinberg, Ashley, and Francis Creed

⁸ Peplau, Hildegard E.

نظریه‌پردازی در پرستاری، کیفیت زندگی را یک طیف دارای دامنه‌یی از بالا تا پایین می‌داند و بر این باور است که درک فرد از کیفیت زندگی به زمان و موقعیت وابسته است؛ یعنی با تغییر در شرایط زندگی دست‌خوش دگرگونی می‌شود. پژوهشی بر روی دانشجویان پرستاری (مؤمن‌نسب، فرهادی، و نجفی ۱۳۸۳) نشان داد که بیش‌تر دانشجویان پرستاری از نظر توانایی رویارویی با تنش در حد میانه اند. کلی و کروس^۱ (۱۹۸۵) نیز گزارش دادند که پرستاران بخش قلب، در مقایسه با پرستاران سایر بخش‌ها، دارای مشکلات تغذیه و خواب بیش‌تر و تنش شغلی بالاتر اند؛ بر این اساس، عامل محیط کار، در مقایسه با دیگر عوامل، شدت تنش‌زایی بیش‌تری در مورد پرستاران دارد و مترون‌های پرستاری، که بیش از مدیران بیمارستان‌ها دچار پی‌آمدهای تنش‌های هیجانی بودند، علائم اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی، و نشانه‌های جسمانی بیش‌تری را از خود نشان می‌دادند (محمدی ۱۳۷۲؛ رئیسی و ظهیری ۱۳۷۷؛ رئیسی و توکلی ۱۳۸۱). هاشم‌زاده، اورنگی، و بهره‌دار (۱۳۷۹)، با مقایسه‌ی میان کارکنان اداری و درمانی بیمارستان‌ها دریافتند که کارکنان درمانی، سلامت روان کم‌تری دارند و این مسأله نشان می‌دهد که کارکنان بیش‌تر علاقه‌مند اند که در محیط‌های کم‌خطر و کم‌دردسر کار کنند و در محیط‌های تنش‌زاه، خشنودی کم‌تر (رابینز ۱۹۹۱، به نقل از عطار ۱۳۷۴) و علائم اضطراب و افسردگی بیش‌تری را از خود نشان می‌دهند (کوپر و مارشال^۲ ۱۹۸۶).

اگر رابطه‌ی بین تنش شغلی و خشنودی شغلی منفی باشد، انتظار است رابطه‌ی بین تنش شغلی و سلامت روان‌شناختی نیز منفی باشد (عطار ۱۳۷۴) و از آن جا که سلامت روان‌شناختی یکی از سازه‌های کیفیت زندگی است، تأثیر تنش شغلی بر کیفیت زندگی هم باید منفی باشد. با توجه به این مسأله و پایه‌های نظری و پژوهشی موجود، هدف این پژوهش تعیین تأثیر ادراک دشواری کار بر کیفیت زندگی پرستاران است؛ پس در راستای دستیابی به این هدف، باید برای سؤال‌های پژوهش، پاسخ‌هایی مبتنی بر واقعیت‌های عینی یافت.

سؤال‌های پژوهش

- ۱- آیا ادراک دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی است؟
- ۲- آیا ادراک دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روانی، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی، است؟

^۱ Kelly, James G., and Darryl G. Cross

^۲ Cooper, Cary L., and Judi Marshall



- ۳- آیا ادراک دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت جسمانی، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی، است؟
- ۴- آیا ادراک دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی خشنودی از محیط زندگی، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی، است؟
- ۵- آیا ادراک دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی خشنودی از روابط اجتماعی، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی، است؟
- ۶- آیا سال‌های خدمت، پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی است؟
- ۷- آیا سال‌های خدمت، پیش‌بینی‌کننده‌ی هر یک از ابعاد پیش‌گفته‌ی کیفیت زندگی است؟

روش پژوهش

آزمودنی‌ها

جامعه‌ی آماری این پژوهش را همه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر شیراز تشکیل می‌دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین بیمارستان‌های شهر شیراز دو بیمارستان انتخاب شد و همه‌ی پرستاران این دو بیمارستان، با تعداد ۱۳۲ نفر و میانگین سنی ۳۰/۹۳، به عنوان نمونه‌ی پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. دیگر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ آمده‌است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فروانی	درصد
جنس	زن	۱۱۴
	مرد	۱۸
	کل	۱۳۲
وضعیت تأهل	مجرد	۵۷
	متأهل	۷۳
	مطلقه	۲
	کل	۱۳۲
وضعیت کاری	ثابت	۱۳
	گردشی (نوبتی)	۱۱۴
	ذکر نشده	۵
	کل	۱۳۲

ابزار پژوهش

برای گردآوری اطلاعات لازم، از مقیاس دشواری کار و مقیاس کیفیت زندگی استفاده شده است.

مقیاس دشواری کار

برای بررسی میزان دشواری کار، از مقیاس پژوهش‌گرساخته‌ی استفاده شد که دارای ۹ گویه‌ی درجه‌بندی‌شده به روش لیکرت است (۵ = «کاملاً موافقم» تا ۱ = «کاملاً مخالفم»). نمره‌ی کلی به دست آمده از این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی میزان ادراک دشواری کار به وسیله‌ی پاسخ‌گو است. برای تعیین روایی محتوایی، پس از ارائه‌ی مقیاس به چند نفر از متخصصان روان‌شناسی، روایی محتوایی گویه‌ها برای سنجش دشواری کار مورد تأیید قرار گرفت؛ همچنین، از روش آماری تحلیل عاملی از نوع اکتشافی و به روش مؤلفه‌های اصلی نیز برای تعیین روایی استفاده شد. نتیجه‌ی تحلیل عاملی بیان‌گر یک عامل کلی در مقیاس بود. شاخص KMO^۱ برابر ۰/۸۷ و ضریب کرویت بارتلت^۲ برابر ۳۷۹ به دست آمد، که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود و کفایت نمونه‌گیری گویه‌ها و ماتریس هم‌بستگی را نشان می‌داد. ضریب پایایی آزمون نیز با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ، برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول ۲- نتایج تحلیل عاملی مقیاس دشواری کار

بار عاملی	گویه‌ها
۰/۵۲	۱- فشار کار موجب پرخوری یا کم‌خوری من می‌شود.
۰/۶۰	۲- حجم کارها مرا دچار بی‌خوابی می‌کند.
۰/۷۶	۳- از خستگی کار احساس نفس‌تنگی می‌کنم.
۰/۶۰	۴- وقتی از سرکار بازمی‌گردم احساس خستگی می‌کنم.
۰/۷۳	۵- در محیط کار دائم احساس تنش می‌کنم.
۰/۶۴	۶- در محیط کار دائم باید جواب‌گو باشم.
۰/۵۲	۷- در محیط کار فرصتی برای استراحت وجود ندارد.
۰/۸۳	۸- حجم کارها مرا دچار افسردگی می‌کند.
۰/۷۲	۹- مقداری از مشکلات من با خانواده‌ام به دلیل نوبت‌کاری شبانه‌ی من است.
۴/۰۶	ارزش ویژه
۴۵/۱۴	درصد واریانس تبیین‌شده

^۱ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)^۲ Bartlett's Sphericity



مقیاس کیفیت زندگی^۱

این مقیاس ۲۵ گویه‌ی به وسیله‌ی گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (۱۹۹۵) برای سنجش کیفیت زندگی بیماران و افراد سالم ساخته شده است. برای ساخت این مقیاس، متخصصان ۱۵ مرکز بین‌المللی گرد هم آمدند تا مقیاسی بسازند که توانایی کاربرد در تمام فرهنگ‌ها را داشته باشد. در این مقیاس، ادراکی که فرد از کیفیت زندگی خود دارد، دارای اهمیت است. این پرسش‌نامه دارای چهار خرده‌مقیاس است، که به ارزیابی چهار حوزه‌ی سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، و محیط زندگی می‌پردازد. در این مقیاس، گویه‌های شماره‌ی ۳، ۴، و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی و روایی ویرایش فارسی این مقیاس به وسیله‌ی نصیری، هاشمی، و حسینی (۱۳۸۵)، مطلوب گزارش شده است؛ به گونه‌ی که پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۷، و پایایی تنصیف آن ۰/۸۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی کل و نیز خرده‌مقیاس‌ها، از روش آلفای کرون‌باخ استفاده شد. ضریب آلفای کرون‌باخ مربوط به کل مقیاس برابر ۰/۸۹ بود، که این ضریب برای ابعاد سلامت روان‌شناختی ۰/۸۳، سلامت جسمانی ۰/۷۹، روابط اجتماعی ۰/۷۵، و محیط زندگی ۰/۵۹ به دست آمد.

نتیجه‌ی تحلیل عاملی بر روی گویه‌های این مقیاس در جدول ۴ نشان داده شده است. شاخص KMO برای کل مقیاس برابر ۰/۸۳ و مقدار به دست آمده از آزمون کرویت بارتلت نیز برابر ۱۰۹۱ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. همان گونه که از جدول ۴ برمی‌آید، سه گویه از مجموعه‌ی گویه‌ها به علت بار عاملی پایین و یا داشتن بار تقریباً برابر در بیش از یک عامل، از مجموع گویه‌ها حذف شدند و در تحلیل نهایی، از مجموع ۲۵ گویه، ۲۲ گویه مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده از نوع تأییدی و همراه با چرخش واریماکس بر روی گویه‌ها و با توجه به مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری، چهار عامل اصلی به دست آمد.

جدول ۳- عوامل اصلی کیفیت زندگی

عوامل اصلی	سلامت روان‌شناختی	سلامت جسمی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
مقدار ویژه‌ی عامل	۳/۸۱	۳/۴۵	۲/۸۶	۲/۲۵
درصد واریانس تبیینی توسط عامل	۱۶/۵۷	۱۵/۰۱	۱۲/۴۷	۱۰/۲۱
درصد کل واریانس تبیین شده	۵۴/۲۶			

^۱ The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment

^۲ The World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)

جدول ۴- بار عاملی گویه‌های مربوط به هر عامل

شماره‌ی گویه	سلامت روان‌شناختی	سلامت جسمی	روابط اجتماعی	محیط زندگی
۵	۰/۷۶			
۶	۰/۷۳			
۷	۰/۶۶			
۸	۰/۶۷			
۱۱	۰/۵۵			
۱۸	۰/۵۶			
۳		۰/۷۶		
۴		۰/۶۳		
۱۰		۰/۶۰		
۱۶		۰/۷۸		
۱۷		۰/۷۲		
۲۵		۰/۵۱		
۹			۰/۶۰	
۱۹			۰/۶۳	
۲۰			۰/۶۲	
۲۱			۰/۶۰	
۲۲			۰/۷۱	
۲۳			۰/۵۴	
۱۲				۰/۷۰
۱۳				۰/۶۲
۱۴				۰/۴۸
۲۴				۰/۴۶

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که چهار عامل به‌دست‌آمده برای کیفیت زندگی، ۵۴/۲۶ درصد از واریانس کل مهارت‌های ارتباطی را تبیین می‌کنند.

نتایج

در جدول ۵، شاخص‌های توصیفی، شامل میانگین، انحراف معیار، و حداقل و حداکثر نمره برای متغیرهای پژوهش آورده شده‌است.

جدول ۵- شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
دشواری کار	۳۳/۸۱	۶/۸۰	۱۶	۴۵	۱۳۲
کیفیت زندگی	۶۲/۲۳	۱۰/۳۲	۲۸	۸۹	۱۳۲
سال‌های خدمت	۷/۶۰	۶/۵۸	۱	۳۰	۱۳۲



همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۶ آورده شده است. همان گونه که دیده می شود، بین ابعاد سلامت روان شناختی و محیط زندگی با سالهای خدمت همبستگی مثبت، و بین دشواری کار با سالهای خدمت همبستگی منفی وجود دارد؛ همچنین، کیفیت زندگی به طور کلی و سه بعد آن دارای همبستگی منفی با ادراک دشواری کار است.

جدول ۶- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	سالهای خدمت	دشواری کار	کیفیت زندگی (کلی)	سلامت جسمانی	سلامت روان شناختی	محیط زندگی
دشواری کار	**۰/۴۶					
کیفیت زندگی (کلی)	*۰/۳۰	** -۰/۴۷				
سلامت جسمانی	۰/۰۳	** -۰/۳۵	**۰/۷۳			
سلامت روان شناختی	*۰/۳۵	** -۰/۵۲	**۰/۸۵	**۰/۵۰		
محیط زندگی	۰/۲۲	** -۰/۴۴	**۰/۷۲	*۰/۳۸	**۰/۵۵	
روابط اجتماعی	*۰/۳۴	۰/۱۷	**۰/۶۷	**۰/۳۳	**۰/۴۷	**۰/۳۳

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

برای پاسخ گویی به سؤالهای پژوهش، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره، به صورت همزمان، استفاده شد؛ یعنی ابتدا نمره های دو متغیر دشواری کار و سالهای خدمت، به عنوان متغیرهای پیشین (مستقل)، و نمره ی کلی کیفیت زندگی، به عنوان متغیر ملاک (وابسته)، وارد معادله ی رگرسیون شدند و سپس در تحلیل های جداگانه، دو متغیر پیشین دشواری کار و سالهای خدمت، با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، به عنوان متغیر ملاک، مورد تحلیل قرار گرفتند. بر پایه ی این یافته ها می توان گفت که متغیر دشواری کار و متغیر سالهای خدمت، قدرت پیش بینی کنندگی معناداری برای نمره ی کلی کیفیت زندگی نداشته اند (به ترتیب $\beta = -0.30, N.S.$ و $\beta = -0.22, N.S.$).

در زمینه ی پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی، تحلیل ها نشان داد که بعد سلامت روانی، به صورتی معنادار و منفی، به وسیله ی دشواری کار پیش بینی می شود ($\beta = -0.39, p < 0.009$)، اما سالهای خدمت، پیش بینی کننده ی معنادار برای سلامت روانی نیست ($\beta = 0.26, N.S.$).

بعد سلامت جسمانی به وسیله ی هیچ کدام از متغیرهای پیشین، به صورتی معنادار، پیش بینی نمی شود ($\beta = -0.27, N.S.$ و $\beta = -0.10, N.S.$).

دشواری کار، پیش‌بینی‌کننده‌ی معنادار بُعد محیط زندگی، به صورت منفی، است ($\beta = -0.36, p < 0.02$)، اما سابقه‌ی کاری آن را به صورتی معنادار پیش‌بینی نمی‌کند ($\beta = 0.16, N.S.$).

تحلیل رگرسیون در مورد بُعد خشنودی از روابط اجتماعی نشان‌دهنده‌ی نبود قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معنادار متغیرهای دشواری کار و سال‌های خدمت برای پیش‌بینی این بُعد از کیفیت زندگی است ($\beta = -0.02, N.S.$ و $\beta = 0.27, N.S.$). چکیده‌ی نتایج در جدول ۷ ارائه شده‌است.

جدول ۷- پیش‌بینی متغیرهای پژوهش بر اساس دشواری کار

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	سطح معناداری
سلامت روانی	دشواری کار	۰/۰۰۹ -۲/۷۵ ۹/۲۲ -۰/۳۷ -۰/۳۹ ۰/۳۱ ۰/۵۶
رضایت از محیط زندگی دشواری کار		۰/۰۲ -۲/۳۱ ۵/۱۰ -۰/۱۳ -۰/۳۶ ۰/۲۰ ۰/۴۵

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین ادراک دشواری کار و نیز سال‌های خدمت با کیفیت زندگی در پرستاران انجام شد و نتایج آن به طور کلی، نشان‌دهنده‌ی پیوند بین دشواری کار و کیفیت زندگی در پرستاران بود.

در زمینه‌ی همبستگی بین دشواری کار و کیفیت زندگی، نتایج، نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی منفی سلامت روان‌شناختی، سلامت جسمانی، و خشنودی از محیط زندگی، به عنوان سه بعد از ابعاد کیفیت زندگی، با دشواری کار است و تنها بعد خشنودی از روابط اجتماعی دارای همبستگی معنادار با دشواری کار نیست؛ بنا بر این، با بالا رفتن دشواری کار، کیفیت زندگی پرستاران کاهش می‌یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌سو است (وونگ، لی‌یونگ، و سو^۱ ۲۰۰۱).

پژوهش‌های انجام‌شده در نقاط مختلف جهان نشان داده‌اند که حرفه‌ی پرستاری از جمله مشاغل سخت و تنش‌زا به شمار می‌آید (ماسلاچ و لی‌تر ۱۹۹۷؛ وین‌برگ و کرید ۲۰۰۰) و اشاره به ماهیت کار پرستاری برای تبیین این یافته راه‌گشا است. در ایران نیز بررسی‌های انجام‌شده نشان‌دهنده‌ی وضعیت کاری ناخوشایند و پایین بودن سلامت روانی پرستاران است (رئسی و ظهیری ۱۳۷۷؛ رئسی و توکلی ۱۳۸۱) و این یافته تأثیر ادراک دشواری کار بر کیفیت زندگی حرفه‌ی پرستاری و دشوار بودن آن را از لحاظ ماهیتی نشان می‌دهد. روشن است

¹ Wong, Daniel Fu Keung, Sharon Shui King Leung, and Christopher Kwok On So.



که سلامت روان‌شناختی از جمله ابعاد مهم کیفیت زندگی است، که با سلامت جسمانی پیوندی متقابل دارد و این پیوند متقابل با توجه به یافته‌ی این پژوهش، که ادراک دشواری کار را پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای سلامت روانی می‌داند، بیش‌تر آشکار می‌شود.

یافته‌ها نشان دادند که دشواری کار می‌تواند بعد محیط زندگی را به صورت منفی و معنادار پیش‌بینی کند و به نظر می‌رسد ادراک دشوار بودن کار و بالا بودن میزان تنش، موجب دید منفی‌تر افراد به زندگی و توجه کم‌تر آنان به جنبه‌های مثبت محیط می‌شود. شرایط ناخوشایند کاری، کم‌بود کارکنان، حقوق پایین، و نداشتن فرصت ترقی و پیشرفت، از جمله عواملی است که موجب نارضایتی کارکنان بیمارستانی می‌شوند (لادی^۱ ۲۰۰۵) و کافی نبودن تجهیزات در پاره‌یی از بیمارستان‌ها و بخش‌ها، کم‌بود یا نایاب بودن داروها، و زمان کار و چرخش آن، که پرستاران را از آهنگ زندگی جامعه جدا می‌کند، نیز از عواملی است که به افزایش تنش در پرستاران می‌انجامد (استورا^۲ ۱۳۸۶).

از دیگر نتایج پژوهش، عدم قدرت پیش‌بینی‌کنندگی دشواری کار در مورد کیفیت زندگی کلی و دو بعد سلامت جسمانی و روابط اجتماعی است، که دلیل آن را می‌توان اثر هم‌بستگی سهمی و هم‌بستگی بالای ابعاد کیفیت زندگی با یک‌دیگر دانست.

در این پژوهش، هم‌سو با نظر برخی پژوهش‌گران، از جمله عطار (۱۳۷۴)، هم‌بستگی بین ادراک دشواری کار و سال‌های خدمت منفی است؛ بنا بر این، افراد باسابقه‌تر دشواری کار کم‌تری را گزارش می‌کنند؛ هرچند بعضی بررسی‌ها نیز نشان داده‌اند که با بالا رفتن سابقه‌ی کار، سلامت روان افراد شاغل کاهش می‌یابد (کلی و کوپر^۳ ۱۹۸۱) و سابقه‌ی کاری، هم‌بستگی مثبتی با احساس خستگی عاطفی دارد (پیمای ۱۳۷۹). شاید سازگاری بیش‌تر با جنبه‌های دشوار کار و نیز فرآیند ناهماهنگی شناختی، در رسیدن به چنین یافته‌یی مؤثر باشد؛ به عبارت دیگر، از آن جا که فرد نمی‌تواند هم‌زمان دو ادراک متفاوت داشته‌باشد؛ یعنی هم کار خود را دشوار بداند و هم سالیان پی در پی آن کار را ادامه دهد، منطقی به نظر می‌رسد که با افزایش سال‌های خدمت، خشنودی شغلی نیز افزایش داشته‌باشد. آشنایی با محیط کار، نزدیکی و صمیمیت با هم‌کاران در طول زمان، کسب تجربه و مدیریت زمان، دستیابی به شیوه‌های رویارویی کارآمدتر با منابع تنش‌زا، و سازگاری با شرایط کاری نیز می‌تواند توضیح دیگر این موضوع باشد؛ افزون بر آن، برخی از پژوهش‌گران گزارش داده‌اند که میزان تنش و نشانه‌های نبود سلامت روان در ابتدای اشتغال بالا بوده، سپس کاهش می‌یابد، و از آن پس دوباره با بالا رفتن سن، دچار افزایش

¹ Luddy, Nezaam

² Stora, Jean Benjamin

³ Kelly, Mike, and Cary L. Cooper

می‌شود (عطار ۱۳۷۴)؛ بدین ترتیب، از آن جا که در بررسی کنونی، میانگین سال‌های خدمت ۷/۶۰ است، این یافته را می‌توان چنین توجیه کرد که چون افراد مورد بررسی دارای چندین سال سابقه‌ی کاری بوده‌اند و فرصت سازگاری با شرایط کاری خود را داشته‌اند، دشواری کار کم‌تری را در مقایسه با شاغلان تازه‌کار تجربه می‌کنند و نیز با توجه به این که میانگین سنی آن‌ها ۳۰/۹۳ است و هنوز به سن خستگی و میان‌سالی نرسیده‌اند، تأثیر این مسأله چشم‌گیرتر است. گفتنی است که همه‌ی موارد گفته‌شده نیازمند انجام پژوهش‌هایی جداگانه است تا پشتیبانی‌های تجربی از چنین فرضیه‌هایی فراهم شود.

بر پایه‌ی یافته‌های پژوهش، هم‌بستگی بین سال‌های خدمت و کیفیت زندگی کلی، با دو بعد سلامت روان‌شناختی و روابط اجتماعی مثبت و معنادار است، اما هم‌بستگی بین این متغیر و دو بعد دیگر آن (سلامت جسمانی و محیط زندگی) معنادار نیست. این یافته را می‌توان به وسیله‌ی یافته‌ی قبلی تبیین کرد؛ به این معنا که وقتی افراد با سال‌های خدمت بالاتر، دشواری کار کم‌تری را تجربه می‌کنند، سلامت روانی آن‌ها افزایش می‌یابد و دارای کیفیت زندگی بالاتر و روابط اجتماعی رضایت‌بخش‌تری می‌شوند؛ پس به نظر می‌رسد مهم‌ترین بعد کیفیت زندگی، سلامت روان‌شناختی است و ذهن افراد به قدری درگیر سلامت روانی می‌شود که به دیگر ابعاد توجهی کم‌تر را نشان می‌دهند.

در مجموع، با توجه به آنچه تا به حال گفته‌شد، می‌توان بیان کرد که ادراک پرستاران از دشواری کار می‌تواند زمینه‌ساز انواع مشکلات روان‌شناختی برای آنان باشد؛ بنا بر این، انجام پژوهش‌های پیش‌تر در این زمینه، مخصوصاً در مورد تفاوت بین افراد نوبت‌کار و روزکار در این حرفه، مقایسه بین زنان و مردان، و نیز مقایسه‌ی پرستاران در بخش‌های مختلف بیمارستانی پیشنهاد می‌شود. گفتنی است بررسی این موارد در پژوهش پیش رو به دلیل کم بودن تعداد روزکاران و پرستاران مرد امکان‌پذیر نشد.

لازم به یادآوری است که به دلیل مشکلات انجام پژوهش در بیمارستان‌ها، گرفتاری و مشغله‌ی پرستاران، و نیز کوچک بودن حجم نمونه در این پژوهش، باید در تعمیم یافته‌ها و نتایج آن احتیاط کرد.



منابع

- استورا، جین بنجامین. ۱۳۸۶. *تنیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن*. ترجمه‌ی پریخ دادستان. تهران: رشد.
- البرزی، شهلا، و محبوبه البرزی. ۱۳۸۳. «بررسی رابطه‌ی خودمختاری با کیفیت زندگی در دانش‌جویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز و علوم پزشکی». صص ۲۶-۲۹ در *مجموعه مقالات ارائه‌شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانش‌جویان*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- آیت‌اللهی، سیدمحمدتقی، و محمد رفیعی. ۱۳۸۳. «بررسی کیفیت زندگی (بعد روان‌شناختی) پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۱۳۸۲». *فصل‌نامه‌ی اصول بهداشت روانی* ۶(۲۱-۲۲): ۶۳-۷۰.
- بخشی‌پور رودسری، عباس، حمید پیروی، و احمد عابدیان. ۱۳۸۳. «رابطه‌ی میان رضایت از زندگی، حمایت اجتماعی، و سلامت عمومی دانش‌جویان». صص ۲۸-۴۰ در *مجموعه مقالات ارائه‌شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانش‌جویان*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- بهرامی، فاطمه. ۱۳۸۳. «بررسی رابطه‌ی بین خودکنترلی و کیفیت زندگی در دانش‌جویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان». ص ۵۰ در *مجموعه مقالات ارائه‌شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانش‌جویان*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- پيامی، میترا. ۱۳۷۹. «بررسی وضعیت حمایت‌های اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران مراقبت‌های ویژه». *مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان* ۳۳: ۵۲-۵۷.
- رئیزی، پوران، و گلاره توکلی. ۱۳۸۱. «تأثیر استرس‌های شغلی مدیران بیمارستان‌ها و مترون‌های پرستاری بر سلامت روانی و عمل‌کرد شغلی آنان». *حکیم* ۵(۴): ۲۴۷-۲۵۴.
- رئیزی، پوران، و منصور ظهیری. ۱۳۷۷. «بررسی شیوع استرس شدید، عوامل استرس‌زا، و تأثیر آن بر عمل‌کرد مدیران بیمارستان‌ها». *اندیشه و رفتار* ۴(۲): ۴۰-۴۸.
- عطار، حمید. ۱۳۷۴. «بررسی رابطه‌ی استرس شغلی با خوشنودی شغلی و سلامت روان کارکنان یک مجتمع صنعتی». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی تهران، تهران.
- محمدی، محسن. ۱۳۷۲. «مطالعه‌ی استرس مدیران میانی بنیاد مستضعفان و جانبازان انقلاب اسلامی». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران.
- مؤمن‌نسب، مرضیه، علی فرهادی، و سیدسعید نجفی. ۱۳۸۳. «بررسی مهارت‌های مقابله با تنش در دانش‌جویان پرستاری». صص ۲۸۳-۲۸۵ در *مجموعه مقالات ارائه‌شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روان دانش‌جویان*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.
- نصیری، حبیب‌الله، لادن هاشمی، و سیده‌مریم حسینی. ۱۳۸۵. «بررسی کیفیت زندگی دانش‌جویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی». صص ۳۶۵-۳۶۸ در *مجموعه مقالات ارائه‌شده در سومین سمینار سراسری بهداشت روان دانش‌جویان*. تهران: وزارت علوم، تحقیقات، و فن‌آوری.

- هاشم‌زاده، ایرج، مریم اورنگی، و محمدجعفر بهره‌دار. ۱۳۷۹. «استرس شغلی و رابطه‌ی آن با سلامت روان در کارکنان بیمارستان‌های شهر شیراز.» *اندیشه و رفتار* ۶(۲-۳):۵۵-۶۲.
- همتیان، خدیجه. ۱۳۸۵. «بررسی و مقایسه‌ی نگرش افراد ناتوان ذهنی و افراد عادی نسبت به کیفیت زندگی و ابعاد آن.» پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز، شیراز.
- Cella, David F. 1994. "Quality of Life: Concepts and Definitions." *Journal of Pain and Symptom Management* 9(3):186-192.
- Cooper, Cary L., and Judi Marshall. 1986. "Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health." *Journal of Occupational Psychology* 49(1):11-28.
- Evans, David R., and Wendy E. Cope. 1989. *Manual for the Quality of life Questionnaire*. North Tonawanda, NY, USA: Multi-Health Systems, Inc.
- Ferrans, Carol Estwing. 1990. "Development of a Quality of Life Index for Patients with Cancer." *Oncology Nursing Forum* 17(3 Supplement):15-21.
- Hörnquist, Jan Olof. 1990. "Quality of Life: Concept and Assessment." *Scandinavian Journal of Public Health* 18(1):69-79.
- Kelly, James G., and Darryl G. Cross. 1985. "Stress, Coping Behaviors and Recommendations for Intensive Care and Medical Surgical Ward Registered Nurses." *Research in Nursing and Health* 8(4):321-328.
- Kelly, Mike, and Cary L. Cooper. 1981. "Stress among Blue Collar Workers: A Case Study of the Steel Industry." *Industrial Management and Data Systems* 81(11/12):18-21.
- Leininger, Madeleine. 1994. "Quality of Life from a Transcultural Nursing Perspective." *Nursing Science Quarterly* 7(1):22-28.
- Luddy, Nezaam. 2005. "Job Satisfaction amongst Employees at a Public Health Institution in the Western Cape." Magister Commercii Thesis, Department of Industrial Psychology, Faculty of Economic and Management Science, University of the Western Cape.
- Maslach, Christina, and Michael P. Leiter. 1997. *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do about It*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Parse, Rosemarie Rizzo. 1994. "Quality of Life: Sciencing and Living the Art of Human Becoming." *Nursing Science Quarterly* 7(1):16-21.
- Peplau, Hildegard E. 1994. "Quality of Life: An Interpersonal Perspective." *Nursing Science Quarterly* 7(1):10-15.
- Saxena, Shekhar, Kathryn O'Connell, and Lynn Underwood. 2002. "A Commentary: Cross-Cultural Quality-of-Life. Assessment at the End of Life." *The Gerontologist* 42(Special Issue III):81-85.
- Sigstad, Hanne Marie Høybråten, Asbjørg Stray-Pedersen, and Stig S. Frøland. 2005. "Coping, Quality of Life, and Hope in Adults with Primary Antibody Deficiencies." *Health and Quality of Life Outcomes* 3:31.
- The World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL). 1995. "The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment: Position Paper from the World Health Organization." *Social Science and Medicine* 41(10):1403-1409.



- Weinberg, Ashley, and Francis Creed. 2000. "Stress and Psychiatric Disorder in Health Care Professionals and Hospital Staff." *The Lancet* 355(9203):533-537.
- Wong, Daniel Fu Keung, Sharon Shui King Leung, and Christopher Kwok On So. 2001. "Differential Impacts of Coping Strategies on the Mental Health of Chinese Nurses in Hospitals in Hong Kong." *International Journal of Nursing Practice* 7(3):188-198.
- Zhan, Lin. 1992. "Quality of Life: Conceptual and Measurement Issues." *Journal of Advanced Nursing* 17(7):795-800.

نویسندگان

زهره محمدی،

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، مدرس دانشگاه آزاد مرودشت
mohamadi_edu_psy@yahoo.com

دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شیراز؛ و مشاور مرکز مشاوره‌ی امید، آموزش و پرورش شیراز.
پژوهش‌های وی در زمینه‌های هویت و زنان است.

دکتر مسعود حسین‌چاری،

استادیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز
hchari@shirazu.ac.ir

نماینده‌ی منطقه‌ای نظام روان‌شناسی؛ و مشاور مرکز مشاوره‌ی دانشجویی دانشگاه شیراز.
پژوهش‌های وی در زمینه‌ی فرهنگ مدرسه، مهارت‌های اجتماعی-ارتباطی، و برخی زمینه‌های روان‌شناسی مذهبی است. از وی مقاله‌های بسیاری در نشریه‌های علمی-پژوهشی به چاپ رسیده‌است.