کیفیت زندگی پرستاران: مطالعه‌ای از استان زنجان

سمیرا جعفری[1*]، عزیزالله باطبی[2]، رؤیا صادقی[2]، فاطمه شجاعی[3]، سید مصطفی حسینی[4]، میترا ابراهیم‌پور[5]، مریم واعظی[6]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
۲. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۴. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد آمار زیستی
۶. کارشناس پرستاری

فصلنامه پایش
سال دوازدهم، شماره ششم، آذر-دی ۱۳۹۲ صص ۶۷۸-۶۷۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۲۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۶ مهر ۹۲]

چکیده

هدف از مطالعه توصیفی تحلیلی پیش رو تعیین کیفیت زندگی پرستاران شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان زنجان وعوامل مؤثر بر آن بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش گونه فارسی ابزار SF-36 و اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی و شغلی بود که توسط ۲۴۱ نفر از پرستاران تکمیل شد. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای چند مرحله‌ای، و متناسب با اندازه جمعیت مورد استفاده واقع شد. اطلاعات به وسیله SPSS نسخه ۱۶/۰و با آزمون‌های آماری متناسب تجزیه و تحلیل شد. پرستاران مورد مطالعه در رده سنی ۵۰-۲۲ سال قرار داشتند. یافته‌ها نشان داد که پرستاران مرد مورد مطالعه در کلیه ابعاد به استثنای محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، دارای وضعیت بهتری نسبت به زنان بودند. نتایج مؤید تأثیر شغل پرستاری بر کیفیت زندگی پرستاران بود. به نظر می‌رسد بسترسازی مشارکت‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی در جهت رفاه بیش‌تر پرستاران و تعدیل حجم وساعات کاری می‌تواند زمینه ساز ارتقای کیفیت زندگی پرستاران باشد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، پرستار، استان زنجان، جمعیت عمومی کشور

* نویسنده پاسخگو: یزد، میدان امام حسین، دانشکده بهداشت
تلفن: ۰۲۴۲۵۶۲۴۱۷۱
E-mail: samira.jafari1985@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

مقدمه

انسانها از بدو پیدایش همواره در جهت کسب رفاه و آسایش تلاش نموده‌اند[۱]. با گذشت زمان و با ارتقای سطح بهداشت و سلامت جوامع انسانی، توجه افراد جامعه انسانی از طول عمر و درمان به سمت مسایل ذهنی و عینی در مورد رفاه و کیفیت زندگی تغییر کرده است[۲]. و سنجش کیفیت زندگی به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه سلامت و علوم بهداشتی کار برد گسترده‌ای یافته است. بر اساس تعریف گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ کیفیت زندگی عبارت است از پندارهای فرد از وضعیت زندگیش، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند که این دریافتها با اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت‌های مورد نظر او در ارتباط هستند[۳]. نتایج تحقیقات مؤید این نکته است که کیفیت زندگی مطلوب و رفاه کلی به شرایط کاری و خانوادگی افراد بستگی دارد[۶-۴]. زندگی کاری یک بخش مهم و با مفهوم از زندگی شخص را شامل می‌گردد، چنان چه "فرل" شغل را یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی می‌داند[۷] چرا که استرس کاری یک عاملی بسیار مهم و تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی فرد است. از سوی دیگر، با وجود اینکه کار یک منبع مهم جهت امرار معاش و کسب موقعیت‌های اجتماعی است، در عین حال می‌تواند منجر به نارضایتی وکاهش توان جسمانی نیز گردد [۸]. این در حالی است که بیمارستان به عنوان یک سازمان می‌تواند مددجویان و به خصوص پرستاران را به‌طور جدی تحت فشار قرار دهد که متعاقباً دارای تأثیرات جسمانی و روحی خواهد بود. چراکه حرفه پرستاری ماهیتاً تنش‌زا است و تنش بر کیفیت زندگی و سلامت پرستاران تأثیر دارد؛ به عنوان مثال" حبیب" و " شیرازی"، فشارکاری، درگیری هیجانی زیاد، ارتباط نزدیک با بیماران و مسئولیت در برابر مرگ و زندگی آنها را از عوامل تنش‌زا در حرفه پرستاری می‌داند[۹]. چنانچه ارگون و همکارانش در تحقیق خود دریافتند که مراقبت ازبیماران سرطانی تأثیر سوئی بر کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های آنکولوژی دارد و کار بیش از ۴۰ ساعت در شرایط غیر ایمن باعث کیفیت زندگی ضعیف به‌ویژه در حیطه‌های اجتماعی و روانی آنها می شود[۱۰]. در مطالعه‌ای دیگر، "سو" نیز با بررسی سلامت روانی و کیفیت زندگی پزشکان، پرستاران و سایر حرف بیمارستانی به این نتیجه رسید که کیفیت زندگی در بین همه گروه‌های شاغل در بیمارستان ضعیف است ولی در بین تمامی گروه‌ها این مشکلات در پرستاران و داروسازها بیشتراز سایر گروه‌ها است، مسئله مورد توجه این که، اگر چه پرستاران آموزش دیده‌اند که به کیفیت مراقبت و زندگی بیماران توجه و رسیدگی نمایند، اما دراین میان، آنها به ندرت به نیازهای فردی خود می‌اندیشند[۱۱]؛ در واقع پرستاران همیشه به‌عنوان قانع‌ترین و مظلوم‌ترین گروه شغلی در میان گروه‌های شاغل در بیمارستان به شمار می‌آیند[۱۲] وهمواره درمعرض عوامل تنش‌زای گوناگون در محیط کار قرار می‌گیرند که ممکن است روی کیفیت زندگی‌ای آنها تأثیر بگذارد. با عنایت به نقش پرستاران در سلامت و کیفیت زندگی مردم به وسیله روش‌های مؤثر ارائه مراقبت، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی پرستاران استان زنجان و عوامل فردی و شغلی مؤثر بر آن انجام شد و به دنبال آن با کیفیت زندگی مردم شهر تهران به عنوان برآوردی از جمعیت عمومی کشور مقایسه گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه یک بررسی مقطعی از نوع توصیفی ـ تحلیلی بود، که در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹ انجام شد. نمونه‌گیری به روش"طبقه‌ای با احتمال متناسب با اندازه" انجام شد. ابتدا با تعیین بخش‌های بالینی و سرپایی درهر کدام از ۸ بیمارستان دانشگاهی در کل ۵ منطقه استان زنجان تعداد ۳۰ نوع بخش کاری به دست آمد که با توجه به شباهت عملکرد و یا حیطه فعالیتشان در ۱۲ بخش ادغام گردیدند، کل گروه پرستاری شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی استان زنجان ۸۷۳ نفر با مدارک تحصیلی کاردانی و کارشناسی بیهوشی و اتاق عمل کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری بودند. در گام بعدی تعداد پرستاران هر بیمارستان و هر بخش مشخص شده و به هر یک کدی از شماره ۱ تا ۸۷۳ اختصاص یافت. جهت انتخاب ۲۴۸ نمونه مورد نظر که از فرمول ذیل استفاده شد.

$$n_0 - 3 = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}}{\omega - \omega_0}\right]^2 \quad \alpha = 0.05 \qquad \beta = 0.20$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \qquad \omega_0 = 0 \qquad \Rightarrow \omega = 0.151 \qquad \omega = 1/2 ln\frac{1+r}{1-r} \qquad r = 0.15$$

ابتدا حجم نمونه مربوط به هر بخش بر اساس نسبت افراد شاغل در آن بخش تعیین شد و در مرحله بعد به کمک جدول اعداد تصادفی، با توجه به بازه عددی کدهای مربوط به هر بخش، اعضای نمونه‌ای هر بخش انتخاب شدند. معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل داشتن رضایت و تمایل به همکاری و نداشتن تجربه سوگ، طلاق و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

یا بیماری سخت در ۶ ماه اخیر بوده است. پرسشنامه توسط پرسشگران به پرستاران تحویل و پس از تکمیل آن باز پس گرفته شد. پرسشنامه‌ها شامل دو قسمت مشخصات فردی ـ شغلی و پرسشنامه SF-36 بود. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال است که هشت بعد از کیفیت زندگی را می‌سنجد. این ابعاد شامل: عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی است. به هر یک از این ابعاد نمرات صفر تا صد تعلق می‌گیرد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت سلامتی بهتر است. پایایی و روایی گونه ایرانی این ابزار قبلاً توسط منتظری و همکاران مورد تایید قرار گرفته است[۱۳]. جهت مقایسه کیفیت زندگی پرستاران و جمعیت عمومی کشورنیز از مطالعه منتظری و همکاران با اخذ اجازه استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات ازنرم افزارSPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌ها آماریone-way ANOVA , (به منظور ارتباط سنجی کیفیت زندگی با متغیرهای چند حالته من جمله سن، سابقه کاری، علاقمندی، سمت شغلی و نوع بخش)، independent 2 sample t-test (جهت بررسی رابطه ویژگی‌هایی چون نوع اضافه کاری، داشتن معلولیت، تأهل و جنس با کیفیت زندگی) و برای مقایسه کیفیت زندگی پرستاران استان با جمعیت تهران از آزمون 2 Sample t-tests with unequal variances استفاده شد. با توجه به حجم بالای نمونه، فرض نرمال بودن داده‌های کمی قابل پذیرش است.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل‌ها بر روی ۲۴۱ نمونه صورت گرفت تنها تعداد اندکی از پرستاران تمایل به پاسخگویی نداشتند (۱۰درصد). سن پرستاران بین ۵۰-۲۲ سال و با میانگین سنی۶/۷±۳۲/۴۱ بود.
۱۴/ ۵ درصد (۳۵نفر) از پرستاران مورد مطالعه مرد و ۸۵/۵ درصد (۲۰۶ نفر) زن بودند، اکثر افراد مورد مطالعه ۷۷/۹ درصد متأهل و بقیه ۲۲/۱درصد مجرد بودند.۱۷درصد (۴۸نفر) دارای ۲-۱ فرزند؛۳/۳ درصد (۸ نفر) تعداد سه فرزند و یا بیش‌تر داشتند. ۲۲ درصد (۱۵۳ نفر) فرزندی نداشتند. اطلاعات مربوط به پرستاران مورد بررسی نشان داد که تنها ۵/۸ درصد (۱۴ نفر) دچار معلولیت های جسمی بودند.در خصوص علاقمندی به حرفه ۴۴/۴ درصد (۱۰۷ نفر) ابراز علاقه‌مندی به کار خود نموده بودند، ۱۹/۵ درصد (۴۷ نفر) بسیار علاقمند و ۶/۲ درصد (۱۵ نفر) تا حدودی و ۶/۲ درصد (۱۵نفر) هم علاقه کمی به کار پرستاری داشتند. تنها ۲/۵درصد (۶ نفر) از افراد نداشتن هیچ‌گونه علاقه‌ای را نسبت به شغلشان مطرح کرده بودند. مدرک تحصیلی نمونه مورد مطالعه بدین ترتیب بود،۸۰/۱ درصد دارای مدرک کارشناسی، ۱۵/۴درصد فوق دیپلم و ۲/۹ درصد هم کارشناسی ارشد. سابقه کاری در ۳۴ درصد پرستاران بین ۶۰-۰ ماه، ۲۷/۴ درصد بین ۱۲۰-۶۱ و در ۲۰/۳ درصد هم از ۱۲۱ تا ۱۸۰ ماه بود. ۱۸/۳درصد هم سابقه کاریشان بیش تر از ۱۸۰ ماه بود. ۷/۱ درصد افراد کاردان و یا کارشناس بیهوشی، ۸۵/۳ تکنسین اتاق عمل، ۱/۷درصد کارشناس ارشد پرستاری و ۷۳/۸ درصد هم کارشناس پرستاری بودند. ۶۴/۸ درصد (۱۴۹ نفر) افراد نمونه وادار به اضافه کاری می‌شدند و فقط ۳۷/۷ درصد (۹۰ نفر) بیان کرده بودند که انجام اضافه کاری بنا به درخواست خودشان است. کم‌ترین میانگین امتیازات کیفیت زندگی گروه پرستاری، در زنان درد جسمی (۲۲/۸)۶۱ /۵۷ و در مردان سلامت عمومی (۱۸/۸) ۶۹/۳۰ را شامل می‌شود. بیشترین امتیاز نیز در زنان و مردان به ترتیب در حیطه فعالیت جسمی (۲۵/۱) ۳۰/ ۷۴، (۲۲/۷) ۸۴/۰۰ به دست آمد. کیفیت زندگی در مردان و زنان گروه پرستاری متفاوت است و مردان کیفیت زندگی خود را در تمامی ابعاد به غیر ازمحدودیت درعملکرد جسمی به دلیل مشکلات جسمی بهتر از زنان ارزیابی کرده بودند (جدول ۱). این اختلاف در۴ بعد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، درد جسمانی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی، معنی داربود. نتایج تایید کننده تأثیر سن بر ابعاد عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی و درد جسمانی بود ،که جزئیات دقیق تر درجدول شماره ۲ نمایش داده شده است. در خصوص وضعیت تأهل نیز، افراد متاهل تنها در حیطه سلامت عمومی وضعت مطلوب‌تری را در مقایسه با افراد مجرد گزارش کرده بودند (P=۰/۰۰ ۳). یافته‌ها گویای آن بود که شادابی و نشاط (P=۰/۰۰۴) و سلامت روان (P=۰/۰۲ ۳)، افراد از تعداد فرزندانشان تأثیر می‌پذیرد. بر اساس نتایج افراد دارای تعداد بیش‌تر فرزند شادابی و نشاط بیشتری را گزارش کرده بودند؛ بدین‌شکل که شادابی و نشاط در افرادی که هیچ فرزندی ندارند برابر با (۲۰/۸۱± ۵۳/۹۱). و در افراد دارای ۲-۱ فرزند (۱۹/۸۹± ۵۶/۴۹) و در پرستارانی صاحب بچه‌های ۳ وبیشتر مساوی با ۱۰/۶۹ ±۸۰ بود. مشابه همین روند در حیطه سلامت روان نیز مشاهده شد، به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

عبارتی دیگر امتیاز کسب شده پرستاران در این مقیاس از ۱۹/۰۷ ± ۵۷/۲۵ درگروه اول که فرزندی نداشتند به۱۱/۷۹ ± ۷۶/۵۰ در گروه سوم که ۳ فرزند و یا بیشترداشتند می‌رسید. سلامت عمومی به عنوان تنها حیطه ای از کیفیت زندگی بودکه معلولیت و یا بیماری خاص افراد می‌توانست بر آن تأثیرگذار باشد (P=۰/۰۰ ۵). میانگین سلامت عمومی در افراد معلول ویا با بیماری خاص برابر با (۱۲/۲۴) ± ۴۸/۹۳ و در افراد سالم ۲۰/۹۷ ±۶۵ بود. در این مطالعه تأثیر معنی‌دارسابقه خدمت بر سه حیطه از حیطه‌های کیفیت زندگی شامل فعالیت جسمانی (P=۰/۰۱۰)، سلامت عمومی (P=۰/۰۰۲) و عملکرد اجتماعی (P=۰/۰۲۸) مشاهده شد. بدین ترتیب که در ۳ حیطه فعالیت جسمانی، سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی گروه با سابقه بین ۱۸۰- ۱۲۱ماه امتیاز کم‌تری را نسبت به سایر گروه‌ها کسب نموده بودند. میانگین نمره‌های ایشان در سه حیطه فوق به ترتیب شامل(۲۶/۸۷) ۶۶/۵۸ ، (۱۹/۹۰) ۵۷/۱۴ و (۲۱/۸۲) ۵۹/۰۴ بود. بیش‌ترین امتیاز مربوط به ابعاد فعالیت جسمانی وسلامت عمومی به گروه با سابقه ۱۸۱ ماه و بیش‌تر تخصیص داشت. در صورتی که در بالاترین امتیاز حیطه عملکرد اجتماعی (۲۲/۵۱) ۷۱/۳۲ متعلق به گروه زیر ۶۰ ماه و یا با سابقه ۶۰ ماه خدمت بود. تحلیل‌ها مؤیدآن بود که تنها حیطه نشاط از علاقه افراد به کار شان تأثیر به سزایی می‌پذیرد (P=۰/۰۰۰)؛ چنانچه شادابی و نشاط از۲۵/۳۴ ± ۴۴ در افرادی که به کار خود هیچ علاقه‌ای نداشتند تا ۱۹/۶۲ ± ۶۴/۵۶ در پرستارانی که به کار خود بسیار علاقمندند متفاوت بود. تأثیر معنادار اجباری و یا اختیاری بودن اضافه کاری بر درد جسمانی (P=۰/۰۰۶) و سلامت روان پرستاران (P=۰/۰۰۹) مورد تأیید واقع شد، به‌طوری که درد جسمانی و سلامت روان درآن دسته از افرادی که وادار به اضافه کاری می‌شدند برابر با (۲۲/۷) ۵۶/۴۹ در حیطه درد و (۱۶/۹) ۶۱/۵۶ در سلامت روان بود. این مقیاس‌ها در پرستارانی که به دلخواه خود اضافه کاری می‌کردند به ترتیب (۲۱/۸) ۶۴/۷۸ و (۱۹/۳) ۶۸/۱۹ بود. در این مطالعه بین سطح تحصیلات، سمت شغلی، نوع بخش کاری و کیفیت زندگی پرستاران اختلاف معنی دار به دست نیامد. در مقایسه کیفیت زندگی پرستاران و جمعیت عمومی کشور که از مطالعه ی منتظری و همکاران با اخذ اجازه استفاده شد[۱۳] نتایج زیر به دست آمد: کیفیت زندگی مردان پرستار در تمامی حیطه‌ها با جمعیت عمومی کشور تفاوت داشت. این اختلاف در ۴ حیطه عملکرد جسمی، حدودیت جسمی، درد جسمی و عملکرد اجتماعی معنی‌دار بود. در سایر حیطه‌ها پرستاران مرد کیفیت زندگی خود را نسبت به مردان کشور در سطح پایین‌تری ارزیابی نموده بودند. پرستاران زن نیز دردجسمی و عملکرد اجتماعی خود را در مقایسه با زنان جمعیت عمومی کشور ضعیف‌تر گزارش کرده بودند. اطلاعات دقیق‌تر در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت گانه بین پرستاران زن و مرد شاغل دربیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان ۱۳۹۰

	تعداد کل (n=۲۴۱)	گروه مردان (n=۳۴)	گروه زنان (n=۲۰۶)	P-value
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
عملکرد جسمی	۷۵/۶۷ (۲۵)	۸۴/۰۰ (۲۲/۷)	۷۴/۳۳(۲۵/۱)	P=۰/۰۴۹
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۵۹/۶۰ (۴۰)	۷۰/۰۰(۳۶/۷)	۵۷/۸۰ (۴۰/۶)	P=۰/۰۹۸
درد جسمی	۵۹/۴ (۲۲/۷)	۷۰/۸۶ (۱۸/۸)	۵۷/۶۱(۲۲/۸)	P =۰/۱۰۰
سلامت عمومی	۹۳/۶۹ (۲۰/۸۱)	۶۹/۳۰(۱۸/۸)	۶۷/۰۷ (۲۱)	P =۰/۱۱۱
نشاط	۶۰/۲۲(۱۸/۷۱)	۶۴/۵۵ (۱۴/۵)	۵۹/۴۸(۱۹/۲)	P=۰/ ۱۵۱
عملکرد اجتماعی	۴۵/۶۵ (۲۲/۵۰)	۷۵/۷۱ (۲۰)	۶۳/۶۸ (۴/۲۲)	P=۰/ ۰۰۳
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۷۴ (۴۲/۳۱)	۷۶/۴۷ (۳۵/۳)	۵۹/۱۸(۴۲/۹)	P=۰/ ۰۲۸
سلامت روان	۶۴/۱۸ (۱۸/۱۱۷)	۶۸/۰۰ (۱۵/۳)	۶۳/۵۰ (۱۸/۵)	P=۰/ ۱۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت گانه بر حسب سن پرستاران شاغل دربیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان ۱۳۹۰

	۲۲ -۲۶ (n=۴۰)	۲۷-۳۱ (n=۵۰)	۳۲-۳۶ (n=۶۲)	۳۷-۴۲ (n=۳۲)	۴۱ سال و بالاتر (n=۱۹)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
عملکرد جسمی	۸۴/۰۵ (۲۰/۸)	۷۶/۵۰ (۲۴/۱)	۶۸/۵۱(۲۶/۵)	۷۶/۰۳ (۲۴)	۷۹/۳۳ (۲۴/۴)
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۶۳/۴۶ (۳۸/۴)	۵۵/۴۵ (۴۰/۴)	۵۵/۴۲(۴۲/۷)	۵۹/۳۸ (۴۰)	۶۳/۱۶ (۳۶/۶)
درد جسمی	۶۷ (۲۴/۳)	۵۶/۸ (۲۲/۸۵)	۵۴/۱۹ (۲۲/۲)	۵۶/۵۶ (۲۲/۹)	۶۴/۲۱ (۲۴/۳)
سلامت عمومی	۷۴/۱۱ (۱۹/۷)	۶۱/۵۳ (۱۸/۲)	۵۹/۰۵(۲۲/۸)	۵۸/۳۴ (۲۳)	۶۳/۶۹ (۱۶)
نشاط	۶۷/۳۸(۱۷/۲)	۵۴/ ۹۱(۱۹/۴)	۵۴/۵۴ (۱۹/۲)	۵۷/ ۴۲ (۱۹/۷)	۶۳/۸۲ (۱۸/۸)
عملکرد اجتماعی	۶۷/۷۶ (۲۴/۳)	۶۱/۷۹(۲۴/۲)	۶۳/۹۱ (۲۲/۳)	۶۱/ ۳۳ (۲۱/۲)	۷۱/۰۵(۲۲/۸)
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۵۹/۶۵ (۴۲/۶)	۴۸/۴۳ (۴۲/۱)	۶۰/۹۲(۴۳/۳)	۶۲/۵۰(۴۲/۶)	۷۰/۳۷ (۴۱/۸)
سلامت روان	۶۸/۵۶ (۱۲/۸)	۵۶/۶۰(۱۹/۱)	۶۲/۲۱(۱۹/۱)	۶۱/۸۸ (۱۹/۷)	۷۰/۲۵ (۱۸/۹)

جدول۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی پرستاران زن و مرد شاغل دربیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان با کیفیت زندگی زنان ومردان جامعه ایرانی

	پرستاران مرد (n =۳۴)	مردان جامعه ایرانی n=۱۹۹۷	P-value	پرستاران زن (n=۲۰۶)	زنان جامعه ایرانی (n=۲۱۶۶)	P-value
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
عملکرد جسمی	۷۵/۶۷ (۲۵/۰۲)	۸۷/۸ (۱۹/۰)	۰/ ۰۰۵	۷۴/۳۵ (۲۵/۲۹)	۸۲/۹(۲۲/۱)	۰/ ۰۵۰۴
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۵۹/۶۰(۴۰/۲۶)	۷۳/۸ (۳۶/۴)	۰/ ۰۲۴	۷۵/۵ (۴۰/۵۶)	۶۶/۵(۳۹/۱)	۰/ ۱۹۹۶
درد جسمی	۵۹/۵۴(۲۲/ ۷۲)	۸۲/۷ (۲۳/۴)	۰/ ۰۰۰۱	۵۷/۳۹ (۲۲/۷۹)	۷۶/۴(۲۶/۲)	۰/ ۰۰۰۱
سلامت عمومی	۷۵/۶۷(۲۵/۰۲)	۷۰/۲(۱۹/۶)	۰/ ۲۰۴۹	۶۲/۷۶ (۲۰/ ۹۳)	۶۵/۰۰(۲۰/۸)	۰/ ۵۳۶۶
نشاط	۶۳/۶۹ (۲۰/۸۱)	۶۸/۹ (۱۶/۲)	۰/ ۱۴۶	۵۹/۵۸ (۱۹/۲۶)	۶۲/۹(۱۷/۸)	۰/ ۰۳۱۸۹
عملکرد اجتماعی	۶۵/۴۵ (۲۲/۵۰)	۷۸/۰ (۲۳/۵)	۰/ ۰۰۱۳	۶۳/۶۲(۲۲/۴۹)	۷۴/۲(۲۵/۱)	۰/ ۰۰۶۷
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۷۶/۴۷ (۴۲/۳۱)	۷۰/۱(۳۹/۷)	۰/ ۳۸۳۹	۵۹/۲۸ (۴۲/۸۸)	۶۱/۴(۴۲/۴)	۰/ ۷۷۴۹
سلامت روان	۶۴/۱۸ (۱۸/۱۱)	۶۹/۲ (۱۷/۱)	۰/ ۱۰۸۹	۶۳/۶۷ (۱۵/۵۴)	۶۵/۰۰(۱۸/۶)	۰/ ۶۲۲۱

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج به دست‌آمده افرادی که در سنین ۲۶-۲۲ سال قرار داشتند، دارای درد جسمانی کمتر، عملکرد جسمی بهتری بوده، با نشاط و سلامت عمومی بیش‌تری داشتند. این امر که در واقع می‌تواند در اثر توان جسمانی مناسب‌تر ایشان باشد که با کمی سن پرستاران این گروه قابل توجیه است. در حیطه‌های سلامت روان و عملکرد اجتماعی گروه سنی ۴۱ سال و بالاتر دارای مطلوب‌ترین حالت بودند و این امر می‌تواند به دلیل تثبیت امور شغلی، خانوادگی و زندگی در این سنین باشد. این نتایج با یافته‌های Ergün FE همخوانی دارد[۱۰]. طبق نتایج به دست آمده، داشتن فرزند و تعداد آنها بر ابعادی از کیفیت زندگی شامل سلامت روان و نشاط پرستاران تأثیرگذار بود، این نکته نیز با نتایج تحقیق Ergün FE [۱۰] مطابقت، دارد. با نتایج حاصل از مطالعه , Puksta nancy A [۱۴] در امریکا تعارض دارد. شاید بتوان گفت شرایط خاص فرهنگی و مذهبی جامعه ایرانی و جوامع جهان سوم مبنی بر ارزش قلمداد کردن فرزندآوری دلیل این تضاد باشد. در این پژوهش سلامت عمومی پرستاران معلول نسبت به سایر گروه‌ها، ضعیف‌تر بود، که می‌تواند در ارتباط باعدم توانایی جسمانی افراد معلول باشد. در این بررسی سابقه کاری بر روی حیطه‌های عملکرد جسمی و اجتماعی، سلامت عمومی و نشاط تأثیرگذار بود، و حالت مطلوب‌تر در افرادی با سوابق پایین‌تر دیده شد، چراکه غالبا افراد دارای سنوات پایین‌تر نسبت به سایرگروه‌ها جوان‌تر بوده و با توجه به مقتضی سنی‌شان، با نشاط‌تر هستند، علاوه برآن با توجه به این که چندان درگیری مالی مربوط به زندگی خانوادگی را نداشتند، لذا از زمینه خوبی برای تفریحات و روابط اجتماعی وسیع‌تر که موجبات عملکرد اجتماعی مطلوبتر را فراهم می‌آورد، برخوردار بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

همچنین نتایج مؤید آن بود که، آن دسته از پرستارانی که به انجام اضافه کاری وادار می‌شدند، وضعیت خود را در حیطه‌های درد جسمی و سلامت روان بدتر گزارش کرده بودند. این یافته را شاید بتوان با توان و خستگی جسمی، احساس رنجش و عصبانیت، عدم وجود فرصت کافی جهت اختصاص دادن به مسائل شخصی و تفریحی و درگیری بیش‌تر با بیماران ومسائل مربوط به آنها مرتبط دانست. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معناداری دیده نشد که این با نتایج تحقیق Ergün FE انطباق دارد[۱۰]. احتمالاً عوامل کاهنده کیفیت زندگی در تمامی مدارج تحصیلی در گروه های مختلف پرستاری وجود دارد چرا که به نظر می رسد وجود عوامل تنش‌زای شغلی، فشارکاری، نبود حالت مطلوبی از امنیت شغلی، عدم افزایش چشمگیر دریافتی و حضور سایر عوامل در محیط کار باعث تداوم افت کیفیت زندگی در مدارج مختلف تحصیلی می‌شود. یافته‌ها نشان داد که گروه پرستاری، کیفیت زندگی خود را در مقایسه با مردم شهر تهران (به عنوان برآوردی از جمعیت عمومی کشور) که در مطالعه منتظری و همکاران به دست آمد[۱۳]. در کلیه مقیاس‌ها بدتر و پایین‌تر گزارش کرده بودند، که نتایج فوق با نتایج حاصل از مطالعاتSu JA در تایوان همخوانی دارد[۱۱]. مطالعه Klersy نیز نشان داد که در بعد عملکرد اجتماعی پرستاران ضعیف‌تر ازسایر افراد جامعه کشور ایتالیا عمل می‌کنند[۱۲].

خستگی‌های فراوان به دنبال ساعات و حجم کاری زیاد و حتی عدم خواب کافی منجر به ایجاد مشکلات و دردهای جسمانی و افزایش محدودیت در ایفای مناسب نقش‌ها به علت مشکلات جسمانی می‌شود. همچنین در پی کار کردن در شیفت‌های بسیار و لذا عدم وجود اوقات فراغت و نداشتن فرصت مناسب به منظور شرکت در میهمانی‌ها و محافل دوستانه و در نتیجه کاهش حلقه اجتماعی، عملکرد اجتماعی پرستاران ضعیف و ضعیف‌تر می شود. در این میان مطالعه Harris حاکی از کیفیت زندگی بهتر پرستاران نسبت به مردم نروژ بود[۱۵]، که این می‌تواند به دلیل شرایط کاری متفاوت و مطلوب پرستاران آن کشور باشد. نتایج مطالعه بر کیفیت زندگی ضعیف پرستاران صحه گذاشت ، به نظر می رسد بسترسازی مشارکت‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی در جهت رفاه بیش‌تر پرستاران و تعدیل حجم وساعات کاری می‌تواند زمینه ساز ارتقاء کیفیت زندگی پرستاران باشد.

سهم نویسندگان

سمیرا جعفری: طراحی طرحنامه، تحلیل دادها، تهیه مقاله
مصطفی حسینی: مشاور علمی و آماری طرح
عزیزاله باطبی: استاد راهنمای طرح
مریم واعظی: جمع آوری داده‌ها
میترا ابراهیم‌پور: تحلیل داده‌ها
فاطمه شجاعی: نظارت بر جمع آوری و ورود داده‌ها، تهیه مقاله
رویا صادقی: مشاور علمی طرح و ویرایش نهایی مقاله

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی پرستاران استان زنجان که در این مطالعه شرکت نمودند و از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان و بیمارستان‌های مربوطه که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Sarvimaki A, Stenbock –Gult B. Quality of life in old age described as a sense of well being, meaning and value . JOAN 2000; 32:1025
2. Nojumi M, Afshar B. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in hazrat rasul akram hospital. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 1999; 4:296-302 [Persian]
3. The WHOQOL Group. What quality of life? World Health Organization Quality of Life Assessment. World Health Forum 1996;17: 354-56
4. Drobnič S , Guillén Rodríguez AM. Tensions between Work and Home: Job Quality and working conditions in the Institutional Contexts of Germany and Spain, Social Politics 2011; 18:232-68
5. king IM. Quality of life and goal attainment nursing. Nursing Science Quarterly1994; 7:29-56
6. Ralimo R, EL–Batawi M ,Cooper CL,et al. Psychosocial factors at work .Geneva: World Health Organization 1987:2
7. Hsu MY, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses Quality of working life . Journal of Advanced Nursing 2006;54:120-31
8. Brooks BA. Nursing working life in acute care. Journal of Nursing Care Quality 2004; 19:269-75

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

9. Habib s, Shirazi MA .Job Satisfaction and Mental Health in General Hospital Staff .Thoughts and Behavior 2003;4:64-73[Persian]
10. Ergün FE, Oran N T, Bender CM. Quality of Life of Oncology Nurses. Cancer Nursing 2005; 28:193-99
11. Su JA ,Weng H, Tsang H , Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospitals staff. Stress Health 2009; 25: 423-30
12. Klersy C, Callegari A, Martinelli V,Vizzardi V, Navino C, Malberti F,et al. Burnout in health care providers of dialysis service in northern Italy-a multicentre study. Nephrology Dialysis Transplantation 2007;22: 2283-90
13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version Payesh 2006; 5: 49-56
14. Puksta Nancy A. Qol in relation to stress life events,daily hassles and coping responses among midlife,female navy nurses (dissertation).Washington, D.C. USA: School of Nursing of the Catholic University of America ; 1995
15. Harris A, Ursin H , Murison R, Eriksen HR. Coffee, stress and cortisol in nursing staff. Psychoneuroendocrinology 2007; 322: 330

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

ABSTRACT

Health related quality of life in nurses

Samira Jafari [1*], Azizollah Batebi[2], Roya Sadegi[2], Fatemeh Shojaei [3], Mostafa Hosseini [4], Mitra Ebrahimpoor[5], Maryam Vaezi[6]

1. Health Education and Promotion, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd.Iran
2. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Nursing Faculty of Abhar, Zanjan University of Medical Sciences
4. School of Public Health, Epidemiology and Biostatistics Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. MSc student of Biostatistics
6. BS inNursing, Booali Sina Hospital of Abhar, Zanjan University of MedicalSciences

Payesh 2013; 12: 671-678
Accepted for publication: 17 November 2012
[EPub a head of print-28 September 2013]

Objective (s): The purpose of this cross sectional study was to assess quality of life in nurses working in Zanjan, Iran.
Methods: This was a cross-sectional study conducted in university hospitals in Zanjan. 241 nurses of eight teaching hospitals were selected through cluster sampling with probability proportional to size in 2011. The participants were asked to fill in a demographic and professional data sheet, and the Short Form Health Survey (SF-36).
Results: There was significant correlation between age, marital statuse, sex, disability and QOL; and 3 work related factors: type of overtime hours, experience, job interest. QOL in the nurses was less optimal in comparison with the general population norms.
Conclusion: The results suggest that nursing job plays a significant role in QOL of the nurses. Accordingly, interventional programs designed to target relieving occupational stress, adjusting behavioral habits and increasing coping resources may be useful to improve QOL among medical professionals.

Key Words: Quality of Life, Nurse, Iran, General population

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-09-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.6.10.9]

[*] Corresponding author: School of Public Health, Yazd University of Medical Sciences,Yazd,Iran
Tel: 02425624171
E-mail: samira.jafari1985@gmail.com