تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر کیفیت زندگی کاری پرستاران: یک مطالعه کنترل تصادفی شده

بتول احمدی[1]، علی محمد مصدق راد[2]، بدریه کرمی[1*]

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۸ صص ۲۸۹-۲۷۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۴/۱۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۵ تیر ۹۸]

چکیده

مقدمه: ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران نقش بسزایی در بهبود عملکرد آنها و ارائه مراقبت‌های با کیفیت پرستاری دارد. پرستاری شغل پر استرسی است. مهارت‌های تاب‌آوری به پرستاران کمک می‌کند تا بهتر با شرایط سخت کاری و انتظارات زیاد دیگران کنار بیایند. این پژوهش به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر کیفیت زندگی کاری پرستاران پرداخت.

مواد و روش کار: این مطالعه کنترل تصادفی شده در سال ۱۳۹۴ بر روی ۶۰ پرستار یکی از بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران که به صورت تصادفی به دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند، انجام شد. پرستاران گروه آزمون، آموزش‌های نظری کیفیت زندگی کاری، استرس و فرسودگی شغلی و تاب‌آوری را در دو جلسه‌ی سه ساعتی دریافت کردند. سپس، آموزش‌های عملی مهارت‌های تاب‌آوری در ۹ جلسه ۱/۵ ساعتی به صورت هفتگی به آنها ارائه شد. از یک پرسشنامه کیفیت زندگی کاری معتبر شامل ۹ بعد و ۳۶ گویه برای جمع‌آوری داده‌های قبل و پس از اجرای مداخله آموزشی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS17 تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران در گروه آزمون از ۲/۶۸ به ۳/۰۱ از ۵ امتیاز رسیده (۱۲/۳ درصد افزایش) و آزمون تی زوج این اختلاف را از نظر آماری معنادار نشان داد (p=۰/۰۰۳). کیفیت زندگی کاری پرستاران در گروه شاهد، در شروع و پایان مطالعه، تفاوت آماری معنادار نداشت (p=۰/۲۱۴). مداخله آموزشی بیشترین تأثیر مثبت را بر ابعاد حل مشکلات فردی، مشارکت در سازمان، ارتقای شغلی، امنیت شغلی و حقوق و دستمزد پرستاران گروه آزمون داشته است.

بحث و نتیجه گیری: آموزش منجر به ارتقای مهارت‌های تاب‌آوری پرستاران و در نتیجه کاهش استرس شغلی و افزایش کیفیت زندگی کاری آنها شد.

کلیدواژه: تاب‌آوری شخصی، کیفیت زندگی کاری، استرس شغلی، پرستاران، بیمارستان

کد اخلاق: IR.TUMS.REC.1394.456

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
E-mail: badrye.karami@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

مقدمه

کارکنان مهمترین سرمایه سازمان هستند. بهره‌وری سازمان تا حد زیادی به دانش، مهارت و تجربه کارکنان و تلاش منسجم آن‌ها برای دستیابی به اهداف سازمان بستگی دارد. هدف بیمارستان ارائه خدمات ایمن و با کیفیت تشخیصی، درمانی و بازتوانی به بیماران است. ارائه خدمات با کیفیت بیمارستانی به کارکنان دارای دانش، مهارت و توانایی و انگیزه و تعهد بالا نیاز دارد. کارکنان با انگیزه و رضایت شغلی بالا به سازمان خود متعهد بوده، مشارکت بیشتری در امور سازمان داشته و نقش زیادی در بهره‌وری آن دارند [۱].

پرستاران بخش قابل توجهی از کارکنان بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهند (۶۵-۵۵ درصد) و نقش بسزایی در اثربخشی خدمات بیمارستانی دارند. پرستاران مسئول ارائه مراقبت‌های ۲۴ ساعته به بیماران هستند. کارکنان پرستاری بیمارستان‌های ایران با چالش‌هایی نظیر کار زیاد، حقوق و دستمزد پایین، آموزش کم، فرصت‌های ارتقای شغلی کم و تعارض و استرس شغلی زیاد مواجه هستند [۴-۲]. تا جایی‌که تمایل به ترک سازمان در بین آنها زیاد است [۶-۵]. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید به کیفیت زندگی کاری و نیازهای پرستاران توجه بیشتری کنند.

کیفیت زندگی کاری میزان احساس رضایت کارکنان از زندگی کاری آنها و رفاه آنها در سازمان است [۷]. بنابراین، کیفیت زندگی کاری یک مفهوم چند عاملی مرتبط با ویژگی‌های شغل و شرایط کاری است که شامل میزان انگیزش و رضایت کارکنان از ماهیت کار، محتوای شغل، محیط و شرایط کاری، جو سازمانی، حقوق و مزایای دریافتی، آموزش و توسعه شغلی، ارتقای شغلی، امنیت شغلی، بهداشت و ایمنی شغلی، استرس شغلی، روابط بین کارکنان و مدیران، مشارکت در تصمیم‌گیری‌های سازمان و تعادل بین کار و زندگی است [۸-۷].

بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران، لازمه بهره‌وری آنها است. بهبود شرایط کاری شامل فضای فیزیکی، گرمایش، سرمایش، تهویه، روشنایی، سر و صدا و تجهیزات کاری، توسعه و اغتنای شغلی، ارائه فرصت‌های رشد و توسعه، تضمین امنیت شغلی، بهبود سلامت و ایمنی محیط کار و پرداخت حقوق و مزایای کافی منجر به بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران می‌شود. کیفیت زندگی کاری نتایج مثبتی هم برای پرستاران و هم برای بیماران و سازمان بیمارستان دارد. پرستارانی که از کیفیت زندگی کاری بالایی برخوردار هستند، غیبت از کار و جابجایی کمتر [۹] و انگیزه [۱۰]، رضایت شغلی [۱۱]، تعهد سازمانی [۱۲] و بهره‌وری بیشتری [۱۰] دارند. کیفیت پایین زندگی کاری موجب افزایش استرس شغلی و نارضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران [۱۳]، کاهش تعهد سازمانی [۷] و افزایش تمایل آنها به ترک بیمارستان [۱۴] می‌شود. بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران موجب ارتقای کیفیت زندگی آنها هم می‌شود [۱۶-۱۵]. همچنین، کیفیت زندگی کاری پرستاران نقش بسزایی در بهره‌وری سازمان‌های بهداشتی و درمانی دارد [۱۷].

مطالعات انجام شده در ایران، کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های کشور را بین ضعیف تا متوسط ارزشیابی کردند [۵-۳ و ۲۱-۱۸]. به عنوان مثال، درگاهی و همکاران بیان کردند که دو سوم پرستاران ۱۵ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۵ از کیفیت زندگی کاری خود ناراضی بودند [۲۰]. مطالعه خاقانی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۷ نشان داد که ۸۱ درصد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح شهر تهران از کیفیت زندگی کاری در حد متوسطی برخوردار بودند [۴]. در مطالعه‌ای دیگر در سال ۱۳۹۰، حدود ۶۱/۴ درصد پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بیان کردند که از کیفیت زندگی کاری ضعیف تا متوسطی برخوردار هستند [۲۱]. در پژوهشی در سال ۱۳۹۶، به ترتیب کیفیت زندگی کاری حدود ۶۱ و ۳۷/۷ درصد پرستاران بیمارستان‌های دانشگاهی استان کردستان در حد ضعیف و متوسط ارزشیابی شد [۵].

مطالعات قبلی دلایل پایین بودن کیفیت زندگی کاری پرستاران را شامل بار کاری زیاد، شیفت‌های کاری نامناسب، نداشتن وقفه‌های استراحت کافی در محیط کار، عدم استقلال در تصمیم‌گیری برای بیماران، تعارض نقش، نبود تعادل بین وظایف محیط خانه و کار، آموزش ناکافی، نبود فرصت ارتقای شغلی، حقوق و مزایای پایین، نگرش جامعه نسبت به پرستاری و پرستار بیان کردند [۲۳-۱۸].

بیمارستان‌های کشور با کمبود کادر پرستاری متعهد و مجرب مواجه هستند. جذب و حفظ پرستاران چالشی جدی برای مدیران بیمارستان‌ها محسوب می‌شود. کیفیت پایین زندگی کاری پرستاران منجر به افزایش جابجایی و ترک سازمان می‌شود که علاوه بر اثر منفی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری، به دلیل کمبود پرستاران، فشار زیادی هم بر پرستاران فعلی بیمارستان‌ها وارد می‌کند. کیفیت بالای زندگی کاری برای جذب پرستاران جدید و نگهداری پرستاران فعلی بیمارستان‌ها الزامی است [۳].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

پرستاری یک شغل پر استرسی است [۲]. ماهیت کار بیمارستانی، شرایط محیط کار، ساعات کاری طولانی، مراقبت از بیماران بد حال یا در حال مرگ، فشار کمّی و کیفی کار، کمبود منابع، پیچیدگی فناوری‌های مورد استفاده، روابط کاری با پزشکان و سایر کارکنان، تعارضات بین فردی، سیاست‌های سازمان، عدم حمایت مدیران، ابهام نقش، عدم تناسب بین کار و خانواده، مخاطرات و آسیب‌های شغلی و خطر سرایت بیماری‌ها و عدم تعادل بین تقاضاهای محیط کار و توانایی فرد برای پاسخگویی به آنها موجب بروز استرس شغلی در پرستاران می‌شود [۲۴ ، ۲]. استرس شغلی منجر به افزایش بیماری‌های قلبی- عروقی [۲۵]، اختلالات اسکلتی عضلانی [۲۶]، عدم تمرکز [۲۷]، اضطراب [۲۸]، افسردگی [۲۹] و حتی تمایل به خودکشی کارکنان می‌شود [۳۰]. استرس شغلی منجر به کاهش کیفیت زندگی کاری [۷]، انگیزه شغلی [۳۱]، رضایت شغلی [۳۲]، تعهد سازمانی [۳۳] و بهره‌وری کارکنان [۳۴] و افزایش فرسودگی شغلی [۳۵]، غیبت از کار [۳۶]، تمایل به ترک سازمان [۲]، افزایش خطاها و اشتباهات کاری و کاهش کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار [۳۸-۳۷] می‌شود.

پرستاران باید از تاب‌آوری فردی کافی برخوردار باشند تا در شرایط سخت کاری ضمن حفظ سلامتی خود، مراقبت‌های مستمر پرستاری را به بیماران ارائه دهند. تاب‌آوری فردی توانایی فرد برای غلبه بر موقعیت‌های منفی یا سازگاری موثر در مقابل مشکلات و سختی‌ها است [۳۹]. تاب‌آوری شخصی بیانگر ظرفیت فرد برای تطبیق و سازگاری مثبت و موفقیت آمیز با شرایط سخت و چالشی زندگی است. تاب‌آوری بالای پرستاران با بهبود روابط کاری [۴۰]، رضایت شغلی [۴۱]، رفاه [۴۲]، سلامت روان [۴۳]، کیفیت زندگی کاری [۴۴] و کاهش ترک سازمان آنها [۴۵] مرتبط است.

میزان تاب‌آوری کارکنان به عوامل درونی و برونی بستگی دارد. عوامل درونی شامل ویژگی‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌های کارکنان نظیر بینش، تجربه فردی و حرفه‌ای، استعداد و شایستگی اجتماعی، هوش هیجانی، خودباوری، خود کارآمدی، هدفمندی و تلاش برای دستیابی به اهداف، امید، خوش‌بینی، ایمان، نوع‌دوستی، همدلی، خلاقیت، توانایی حل مسأله، هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری، سازگاری و مقاومت نسبت به شکست، بر توانایی پرستاران در سازگاری با شرایط استرس‌زای محیط کاری اثر می‌گذارند [۴۷-۴۶]. در مقابل، عوامل برونی موثر بر تاب‌آوری کارکنان شامل سازوکارهای حمایتی و حفاظتی خارجی نظیر حمایت خانوادگی، اجتماعی و سازمانی، منابع در دسترس و تعادل زندگی و کار فرد هستند که به او در سازگاری بهتر با شرایط استرس‌زای محیط کار کمک می‌کنند [۴۸ ، ۴۴].

مدیران باید از روش‌های مناسب برای افزایش تاب‌آوری، کاهش استرس شغلی و بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران استفاده کنند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل بکارگیری ساختار سازمانی غیر متمرکز، اجرای نظام پیشنهادها، بکارگیری گروه‌های بهبود کیفیت برای تقویت مشارکت پرستاران در امور مرتبط با آنها، توسعه فرهنگ کار تیمی، مداخلات روان‌درمانی رفتاری، فنون آرامش و آرام‌سازی مانند ماساژ، رایحه‌درمانی، یوگا و ورزش ایروبیک و برنامه‌های آموزشی تقویت خود مراقبتی، خود کنترلی، سازگاری، تعادل کار و زندگی، هوش هیجانی و تفکر انتقادی باشد [۵۱-۴۹].

بسیاری از عوامل روانشناختی موثر بر تاب‌آوری قابل یادگیری است. بنابراین، آموزش می‌تواند به عنوان یک روش کم‌هزینه برای تقویت تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران محسوب شود. پرستاران ممکن است آموزش‌های نظری یا عملی محدود و پراکنده‌ای در زمینه تاب‌آوری و کنترل استرس شغلی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی دریافت کرده باشند. بنابراین، مدیران بیمارستان‌ها باید آموزش‌های تخصصی لازم را برای آنها فراهم کنند و توانایی‌ها و مهارت‌های آن‌ها را برای افزایش تاب‌آوری و مقابله با استرس و فرسودگی شغلی تقویت کنند. با این وجود، مدیران کمتر به اهمیت آموزش مهارت‌های انسانی و ادراکی کارکنان واقف بوده و کمتر در این زمینه سرمایه‌گذاری می‌کنند. در نتیجه، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران انجام شد. نتایج این پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران بیمارستان‌ها قرار می‌دهد تا کیفیت زندگی کاری و رفاه کارکنان خود را با بکارگیری اقدامات موثر ارتقا دهند. همچنین، سیاستگذاران معاونت‌های درمان، پرستاری و آموزشی وزارت بهداشت با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توانند نسبت به تقویت آموزش‌های کاربردی برای کارکنان بیمارستان‌های کشور به ویژه پرستاران اقدام کنند.

مواد و روش کار

این مطالعه کنترل تصادفی شده (تصادفی شده شاهد دار) Randomized control study و با پیش آزمون و پس آزمون در سال ۱۳۹۴ بر روی کادر پرستاری یکی از بیمارستان‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

خصوصی شهر تهران انجام شد. تعداد کادر پرستاری بیمارستان ۹۶ نفر بود. شرایط ورود به مطالعه شامل تمایل و رضایت کامل پرستاران برای شرکت در پژوهش، عدم شرکت آنها در دوره‌های آموزشی مدیریت استرس و تاب‌آوری در گذشته، مدرک تحصیلی کاردانی و بالاتر، شاغل در نوبت‌های کاری مختلف و بدون در نظرگرفتن محدودیت میزان سابقه‌ی کاری، بخش محل کار و فعالیت همزمان در بیمارستان‌های دیگر بود. تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش تصادفی ساده در هر یک از دو گروه آزمون (مداخله) و شاهد (کنترل) جایگزین شدند (۶۰ نفر در کل).

آموزش‌های مرتبط با کیفیت زندگی کاری پرستاران و مهارت‌های تاب‌آوری توسط دو نفر از اساتید مدیریت بهداشت و درمان مسلط به مباحث رفتار سازمانی ارائه شد. آموزش مباحث نظری کیفیت زندگی کاری، استرس و فرسودگی شغلی، ضرورت تقویت تاب‌آوری پرستاران، ویژگی‌های افراد تاب‌آور، عوامل داخلی و خارجی موثر بر تاب‌آوری و فنون و مهارت‌های افزایش تاب‌آوری و کاهش استرس شغلی به پرستاران گروه مداخله در دو جلسه ۳ ساعته داده شد. مباحث مثبت اندیشی، خوش‌بینی، همدلی، حل خلاقانه مسایل کاری، هوش هیجانی، خودکنترلی و انعطاف‌پذیری در آموزش‌ها مورد تأکید قرار گرفت. همچنین، بروشورهای آموزشی مرتبط در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. سپس، تمرین‌ها و مهارت‌های تقویت تاب‌آوری پرستاران به صورت عملی در ۹ جلسه ۱/۵ ساعتی به صورت هفتگی به گروه مداخله آموزش داده شد و بر نحوه و میزان انجام تمرین‌ها و توصیه‌های ارائه شده در طول آموزش نظارت کافی صورت گرفت. در هر جلسه از چند نفر از پرستاران خواسته می‌شد تا تمرینات مورد نظر را انجام دهند تا ضمن رفع اشکال، از یادگیری صحیح تمرینات توسط پرستاران اطمینان حاصل شود. در طراحی و اجرای برنامه آموزشی، اصول آموزش بزرگسالان و یادگیری تجربی فعال مورد تأکید قرار گرفت.

از پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری مصدق راد و همکاران [۷] برای جمع‌آوری اطلاعات قبل (اردیبهشت ۱۳۹۴) و سه ماه پس از انجام مداخله آموزشی (آذر ۱۳۹۴) از هردو گروه آزمون و کنترل استفاده شد. پرسشنامه دارای ۳۶ گویه ۵ گزینه‌ای است که کیفیت زندگی کاری کارکنان را در ۹ بعد مشارکت در سازمان، ارتقای شغلی، حل مشکلات فردی، ارتباطات، انگیزه کاری، امنیت شغلی، حقوق و مزایا، افتخار شغلی و استرس شغلی می‌سنجد. هر بعد پرسشنامه دارای ۴ گویه است. پرسشنامه قبلاً در بیمارستان‌های ایران استفاده شد و از روایی و پایایی بالایی برخوردار بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ بود [۷]. از طیف لیکرت پنج تایی از خیلی کم (۱ امتیاز) تا خیلی زیاد (۵ امتیاز) برای پاسخ به سؤالات پرسشنامه استفاده شد. کسب نمره کمتر از ۱/۸۰، بین ۱/۸۰ و ۲/۶۰، بین ۲/۶۱ و ۳/۴۰، بین ۳/۴۱ و ۴/۲۰ و بیشتر از ۴/۲۰ به ترتیب بیانگر کیفیت زندگی کاری خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب و خیلی خوب بود.

داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۷ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. از آزمون کولموگروف-اسمیرنف Kolmogorov–Smirnov برای تعیین توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد. از آزمون t-زوجی مستقل برای تعیین معناداری تفاوت کیفیت زندگی پرستاران قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظرگرفته شد.

پژوهش از نظر علمی و اخلاقی توسط کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد. رضایت آگاهانه از هردو گروه آزمون و شاهد گرفته شد. همچنین، برای پیشگیری از انتقال محتوای آموزشی از گروه آزمون به گروه شاهد، از همان ابتدای پروژه به گروه شاهد اطمینان داده شد که پس از پایان پژوهش، مطالب آموزشی در قالب پمفلت، بروشور و فایل‌های آموزشی در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. سایر ملاحظات اخلاقی نظیر آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در پژوهش، اخذ رضایت آگاهانه، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آنها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

به طور کلی ۶۰ نفر از کادر پرستاری بیمارستان در قالب دو گروه آزمون و کنترل در این مطالعه شرکت کردند. بیشتر شرکت کنندگان زن (۷۰ درصد)، متأهل (۵۵ درصد)، با تحصیلات لیسانس (۹۱/۷ درصد)، در گروه سنی ۵۰-۳۰ سال (۴۳/۳ درصد) و دارای سابقه کار کمتر از ۱۰ سال (۷۳/۳ درصد) بودند. ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران شرکت کننده در هر دو گروه آزمون و شاهد به تفکیک در جدول شماره ۱ بیان شده است.

میانگین کیفیت زندگی کاری کل پرستاران شرکت کننده در این مطالعه در شروع مطالعه ۰/۵۵±۲/۶۸ از ۵ امتیاز بوده است (حد متوسط). به ترتیب ۸/۳، ۲۸/۳، ۵۶/۷ و ۶/۷ درصد پرستاران از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

کیفیت زندگی کاری در حد بسیار ضعیف، ضعیف، متوسط و خوب برخوردار بودند. پرستاران هر دو گروه از حقوق و دستمزد، حل مشکلات فردی، مشارکت در سازمان و ارتقای شغلی ناراضی بودند و از نظر نگیزش، استرس شغلی، امنیت شغلی، ارتباطات و افتخار شغلی رضایت در حد متوسطی قرار داشتند. بیشترین کیفیت زندگی پرستاران در ابعاد انگیزش (۳/۶۲) و استرس شغلی (۳/۰۱) و کمترین کیفیت زندگی کاری آنها در ابعاد حل مشکلات فردی (۲/۲۸)، حقوق و دستمزد (۲/۲۸)، مشارکت در سازمان (۲/۳۵) و ارتقای شغلی (۲/۴۷) بوده است. پرستاران از تلاش خود برای انجام وظایف محول شده (۳/۷۵)، روابط کاری با همکاران (۳/۵۵)، ماهیت شغل پرستاری (۳/۵۲) و نظارت و کنترل‌های مدیریتی (۳/۲۸) بیشترین رضایت و از مشارکت خود در تصمیمات سازمانی (۲/۱۰)، توجه مدیران به ایده‌های آنها (۲/۲۵)، حقوق و مزایای دریافتی (۲/۲۷)، توجه مدیران به رفع مشکلات شخصی (۲/۳۰) و شغلی و سازمانی آنها (۲/۳۳) کمترین رضایت را داشتند.

آزمون رگرسیون نشان داد که افتخار شغلی، حل مشکلات فردی، امنیت شغلی، ارتقای شغلی و استرس شغلی بیشترین تأثیر را در کیفیت زندگی کاری پرستاران داشتند. بین کیفیت زندگی کاری پرستاران با سطح تحصیلات (P= ۰/۰۳ و r = ۰/۲۸۰) و حقوق و دستمزد دریافتی آنها (P= ۰/۰۳ و r = ۰/۲۸۱) رابطه آمار معنادار مشاهده شد. کیفیت زندگی کاری پرستاران با مهم بودن شغل پرستاری برای آنها (P= ۰/۰۰۴ و r = ۰/۳۶۴)، افتخار کردن به شغل پرستاری (P= ۰/۰۰۱ و r = ۰/۷۷۱) و توصیه بیمارستان به دیگران برای کار کردن (P= ۰/۰۰۱ و r = ۰/۶۹۱) رابطه آماری مثبت معنادار و با آسیب‌های شغلی (P= ۰/۰۵ و r =-۰/۲۴۵) و ترک سازمان در صورت یافتن فرصت شغلی دیگر (P= ۰/۰۱ و r = -۰/۳۲۷) رابطه آماری معکوس معنادار داشت.

میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران در شروع مطالعه در هر دو گروه آزمون و شاهد برابر با ۲/۶۸ از ۵ امتیاز بوده است. در پایان مطالعه، میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران گروه آزمون و شاهد به ترتیب برابر با ۳/۰۱ و ۲/۶۹ از ۵ امتیاز بوده است (جدول ۲). در حالی‌که کیفیت زندگی کاری پرستاران گروه شاهد تغییر چندانی نکرده بود، کیفیت زندگی کاری پرستاران گروه آزمون به میزان ۱۲/۳ درصد افزایش یافت. این اختلاف از نظر آماری معنادار بود (p=۰/۰۰۳). مداخله آموزشی بیشترین تأثیر مثبت را بر ابعاد حل مشکلات فردی، حقوق و دستمزد، ارتقای شغلی، مشارکت در سازمان و امنیت شغلی کیفیت زندگی کاری گروه آزمون داشته است.

در حالی‌که ۶۳/۳ درصد پرستاران گروه آزمون، کیفیت زندگی کاری خود را متوسط و بالاتر در شروع مطالعه ارزشیابی کردند، این رقم به ۹۳/۳ درصد در پایان مطالعه رسید. ابعاد حل مشکلات فردی، ارتباطات، امنیت شغلی و استرس شغلی شاهد بهبود خوبی بودند (جدول ۳).

جدول۱: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه آزمون	گروه شاهد	متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه آزمون	گروه شاهد
جنسیت	مرد	۱۰	۸	تأهل	مجرد	۱۰	۱۷
	زن	۲۰	۲۲		متأهل	۲۰	۱۳
تحصیلات	فوق دیپلم	-	۴	گروه سنی	کمتر از ۳۰ سال	۱۷	۱۲
	کارشناسی	۲۹	۲۶		۳۰-۵۰ سال	۱۰	۱۶
	کارشناسی ارشد	۱	-		بالای ۵۰ سال	۳	۲
سابقه کار	۱۰-۱ سال	۲۴	۲۰	حقوق و مزایا	کمتر از ۱/۵ میلیون تومان	۲۲	۱۸
	۲۰-۱۱ سال	۱	۷		۲-۱/۵ میلیون تومان	۵	۱۲
	۳۰-۲۱ سال	۵	۳		بیش از ۲ میلیون تومان	۳	-

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

جدول۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کاری پرستاران در دو گروه کنترل و آزمون

ابعاد کیفیت زندگی کاری	گروه آزمون						گروه شاهد					
	قبل مداخله		بعد مداخله		اختلاف میانگین	آزمون t زوجی	قبل مداخله		بعد مداخله		اختلاف میانگین	آزمون t زوجی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	درصد	P	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	درصد	p
مشارکت در سازمان	۲/۴۱	۰/۶۷	۲/۷۴	۰/۵۳	+۱۳/۷	۰/۰۷۷	۲/۲۹	۰/۹۰	۲/۲۴	۰/۸۸	_۲/۲	۰/۱۱۰
ارتقای شغلی	۲/۴۸	۰/۵۹	۲/۹۵	۰/۴۴	+۱۸/۹	۰/۰۰۲	۲/۴۶	۰/۸۹	۲/۴۸	۰/۸۴	+۰/۸	۰/۴۷۶
حل مشکلات فردی	۲/۳۳	۰/۵۶	۳/۱۵	۰/۴۳	+۳۵/۲	۰/۰۰۱	۲/۲۴	۰/۸۵	۲/۲۹	۰/۸۱	+۲/۲	۰/۱۸۴
ارتباطات	۲/۸۱	۰/۷۴	۳/۰۴	۰/۵۱	+۸/۲	۰/۱۶۶	۲/۷۵	۰/۸۵	۲/۷۳	۰/۸۴	_۰/۷	۰/۴۸۹
انگیزش	۳/۲۸	۰/۸۲	۳/۲۰	۰/۴۷	_۲/۵	۰/۵۶۶	۳/۴۴	۰/۷۵	۳/۴۵	۰/۷۹	+۰/۳	۰/۸۲۳
امنیت شغلی	۲/۹۰	۰/۵۱	۳/۲۳	۰/۳۸	+۱۱/۴	۰/۰۰۵	۲/۹۳	۰/۷۲	۲/۹۷	۰/۶۶	+۱/۴	۰/۴۴۲
حقوق دستمزد	۲/۲۴	۰/۷۱	۲/۷۶	۰/۴۶	+۲۳/۲	۰/۰۰۶	۲/۳۳	۰/۸۵	۲/۳۷	۰/۸۲	+۱/۷	۰/۳۵۴
افتخار شغلی	۲/۶۱	۰/۷۲	۲/۷۱	۰/۴۵	+۳/۸	۰/۵۶۷	۲/۷۰	۰/۸۳	۲/۷۵	۰/۷۸	+۱/۹	۰/۰۸۳
استرس شغلی	۳/۰۸	۰/۶۹	۳/۲۸	۰/۵۵	+۶/۵	۰/۲۴۶	۲/۹۴	۰/۹۳	۲/۹۴	۰/۹۱	۰	۱/۰۰
کیفیت زندگی کاری	۲/۶۸	۰/۴۶	۳/۰۱	۰/۲۱	+۱۲/۳	۰/۰۰۳	۲/۶۸	۰/۶۴	۲/۶۹	۰/۵۹	+۰/۴	۰/۲۱۴

جدول۳: توزیع درصد کیفیت زندگی کاری کارکنان در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی کاری	قبل از مداخله					پس از مداخله				
	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
مشارکت در سازمان	۱۳/۳	۵۳/۳	۲۶/۷	۶/۷	-	۳/۳	۴۳/۳	۴۰	۱۳/۳	-
ارتقای شغلی	۱۳/۳	۵۰	۳۰	۶/۷		-	۱۶/۷	۷۰	۱۳/۳	-
حل مشکلات فردی	۲۰	۴۳/۳	۳۳/۳	۳/۳	-	-	۱۰	۶۳/۳	۲۶/۷	-
ارتباطات	۱۳/۳	۲۳/۳	۳۶/۷	۲۶/۷	-	۳/۳	۱۳/۳	۵۶/۷	۲۳/۳	۳/۳
انگیزش	۳/۳	۲۰	۳۳/۳	۲۶/۷	۱۶/۷	-	۱۳/۳	۴۶/۷	۴۰	-
امنیت شغلی	۳/۳	۲۰	۶۰	۱۳/۳	۳/۳	-	۳/۳	۶۳/۳	۳۰	۳/۳
حقوق دستمزد	۲۶/۷	۴۰	۳۰	۳/۳	-	۳/۳	۳۶/۷	۵۶/۷	۳/۳	-
افتخار شغلی	۱۶/۷	۲۳/۳	۴۶/۷	۱۳/۳	-	-	۴۰	۵۳/۳	۶/۷	-
استرس شغلی	-	۳۰	۳۰	۳۳/۳	۶/۷	-	۱۰	۴۰	۴۶/۷	۳/۳
کیفیت زندگی کاری	۶/۷	۳۰	۶۰	۳/۳	-	-	۶/۷	۹۰	۳/۳	-

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر کیفیت زندگی کاری پرستاران انجام شد. در این مطالعه، میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران یک بیمارستان خصوصی شهر تهران در حد متوسط ارزشیابی شد (۵۳/۶ درصد). پرستاران از حقوق و دستمزد، حل مشکلات فردی، مشارکت در تصمیمات سازمان و ارتقای شغلی ناراضی و از انگیزش، استرس شغلی، امنیت شغلی، ارتباطات و افتخار شغلی رضایت در حد متوسطی داشتند. مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۷ کیفیت زندگی کاری پرستاران ۶ بیمارستان دانشگاهی، تأمین اجتماعی و خصوصی شهر اصفهان را در حد ۵۰/۲ درصد گزارش کرد. کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های خصوصی برابر با ۴۹/۴ درصد بود [۳]. مطالعه‌ای دیگر میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران بخش‌های ویژه ۳ بیمارستان شهر تهران را در سال ۱۳۸۹ در حد متوسط ارزشیابی کرد [۱۸]. پژوهشی هم کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

دانشگاهی استان کردستان را در سال ۱۳۹۶ در حد ۴۸ درصد ارزشیابی کرد [۵]. در پژوهشی دیگر، کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های کاشان در سال ۱۳۹۱ در حد متوسط ارزشیابی شد. به ترتیب کیفیت زندگی کاری ۶۰ و ۳۷ درصد پرستاران در حد متوسط و ضعیف بوده است [۲۳].

بنابراین، مطالعات انجام شده در دو دهه گذشته میزان کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های ایران را در حد ضعیف تا متوسط ارزشیابی کردند. کمبود پرستار یک چالش جهانی است که مهمترین دلیل آن هم نارضایتی آنها است [۵۲]. یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی کاری پرستاران با مهم تلقی کردن شغل پرستاری، افتخار کردن به آن و توصیه بیمارستان به دیگران برای کار کردن رابطه آماری مثبت معنادار و با آسیب‌های شغلی و ترک سازمان رابطه آماری معکوس معنادار داشت. بنابراین، سیاستگذاران وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی باید تدابیر ویژه‌ای را برای کاهش استرس شغلی و بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌ها بکار گیرند. همچنین، مدیران بیمارستان‌ها به طور کلی و مدیران پرستاری به طور اختصاصی باید برنامه‌هایی را برای بهبود رفاه و کیفیت زندگی کاری و تقویت تاب‌آوری پرستاران بکار گیرند.

در این پژوهش یک مداخله آموزشی برای توانمندسازی پرستاران و تقویت تاب‌آوری آنها برای کاهش اثرات استرس شغلی بکار گرفته شد. میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان پس از مداخله آموزشی نسبت به قبل از آن به میزان حدود ۱۲ درصد افزایش یافته است. آموزش مهارت‌های تاب‌آوری منجر به ارتقای ابعاد حل مشکلات فردی، حقوق و دستمزد، ارتقای شغلی، مشارکت در سازمان و امنیت شغلی کیفیت زندگی کاری پرستاران شد. مطالعات قبلی نیز آموزش را در تقویت مهارت‌های تاب‌آوری پرستاران موثر گزارش کردند [۵۱-۴۹]. آموزش مهارت‌های تاب‌آوری به پرستاران کمک می‌کند تا توانایی‌ها، مهارت‌ها و شایستگی‌های خود را افزایش دهند، اثرات منفی استرس شغلی را کاهش دهند و مراقبت‌های اثربخش و کارآمد پرستاری را به بیماران ارائه دهند. داشتن ویژگی‌هایی نظیر امید، ایمان، هدفمندی، نوع‌دوستی، همدلی، خود کنترلی، خوش‌بینی، هوش هیجانی، انعطاف‌پذیری و سازگاری منجر به افزایش توانایی پرستاران در سازگاری با شرایط استرس زای محیط کار می‌شود. امید، ایمان، خودباوری و هدفمندی به پرستاران کمک می‌کند تا از اضطراب و هیجانات منفی خود کاسته و سختی‌ها و مشکلات زندگی و کاری خود را بهتر تحمل کنند. هوش هیجانی و مهارت‌های حل خلاقانه مسایل کاری به پرستاران کمک می‌کند تا به طور اثربخش بر چالش‌های زندگی شخصی و کاری خود غلبه کنند.

مدیران بیمارستان‌ها ضمن آموزش مهارت‌های تاب‌آوری به پرستاران باید امکانات لازم را هم در اختیار آنها برای بکارگیری دانش و مهارت کسب شده قرار دهند. علاوه‌براین، ساختار و فرهنگ سازمان هم باید ارتقا یابد تا منجر به رفاه و رضایت شغلی پرستاران شود. مدیران بیمارستان‌ها باید اهمیت زیادی به کیفیت زندگی کاری کارکنان خود دهند. آنها باید بهبود رضایت شغلی کارکنان را به عنوان یکی از اهداف اصلی برنامه راهبردی بیمارستان منظور کنند و ارتقای کیفیت زندگی کاری، کاهش استرس و فرسودگی شغلی و افزایش تاب‌آوری کارکنان را به عنوان اهداف اختصاصی مربوطه مورد توجه قرار دهند [۵۳]. مشاغل سازمانی باید طوری طراحی شوند که انگیزه لازم را در پرستاران ایجاد کنند. مدیران باید در صورت لزوم از ساده سازی شغل، گردش شغلی، توسعه شغلی و اغتنای شغلی استفاده کنند تا استرس ناشی از ماهیت شغلی را کاهش دهند. نقش‌ها و وظایف پرستاران باید به وضوح تعریف شده باشد. میزان کار واگذار شده به پرستاران باید متناسب با توانایی‌ها و مهارت‌های آن‌ها باشد. سیاست‌ها و مقررات سازمانی باید در راستای بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان، ایجاد تعادل بین زندگی کاری و شخصی پرستاران و رضایت شغلی آن‌ها وضع شوند. آموزش‌های مرتبط با مدیریت و کنترل استرس باید برای پرستاران به‌کار گرفته شود [۷].

مدیران پرستاری باید محیط کاری مناسبی را ایجاد کنند تا پرستاران بتوانند مشارکت فعالانه‌ای در امور سازمان داشته باشند و با کمک همدیگر به اهداف سازمانی دست یابند. مشارکت فعالانه کارکنان در امور سازمان منجر به تقویت تعهد سازمانی آنها می‌شود [۵۴]. حمایت خانواده، دوستان، همکاران و مدیران نقش مهمی در بهبود رضایت شغلی پرستاران و کیفیت زندگی کاری آنها دارد. ارتباطات بین مدیران و کارکنان و بین خود کارکنان تأثیر زیادی بر رضایت شغلی، کیفیت زندگی کاری و رفاه کارکنان دارد. پایین بودن حقوق و مزایای پرستاران، یکی از عوامل جابجایی و ترک بیمارستان توسط آنها است [۱۴]. مدیران بیمارستان‌ها باید با بهبود ساختار، فرهنگ و فرایندهای کاری سازمان، ایجاد یک محیط کار امن و دوستانه، تأمین منابع مورد نیاز برای انجام کارها، آموزش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

مناسب، پرداخت عادلانه و به موقع حقوق و مزایا و فراهم کردن شرایط ارتقا، استرس شغلی پرستاران را کاهش دهند.

در این پژوهش کنترل تصادفی شده با استفاده از دو گروه آزمون و کنترل به بررسی تأثیر آموزش تاب‌آوری بر کیفیت زندگی کاری پرستاران پرداخته شد. آموزش تاب‌آوری منجر به بهبود ۱۲ درصدی کیفیت زندگی کاری پرستاران شد. یافته‌های پژوهش، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت کشور قرار می‌دهد. با این وجود، محدودیت‌های پژوهش هم باید مورد توجه قرار گیرد. این پژوهش فقط در یک بیمارستان انجام شد و فقط به بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی کاری پرستاران پرداخته شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران با انجام مطالعات مشابه در سایر بیمارستان‌های کشور و با بکارگیری سایر مداخلات اجرایی بهبود کیفیت زندگی کاری به توسعه دانش نظری و عملی مربوطه کمک کنند. همچنین، استفاده از مطالعات کیفی به دنبال مطالعات کمی در این نوع پژوهش‌ها، اطلاعات ارزشمندی از نحوه تأثیر مداخلات آموزشی ارائه می‌دهد.

سهم نویسندگان

بتول احمدی: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، نگارش مقاله

علی محمد مصدق‌راد: مجری پژوهش، طراحی پژوهش، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

بدریه کرمی: مجری پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است. پژوهشگران برخود لازم می‌دانند، از کلیه پرستاران شرکت‌کننده و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی کنند. همچنین، نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده و بیان نظرات کارشناسی خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، صمیمانه تشکر می‌کنند.

منابع

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. 1st Edition, Tehran: Dibagran Tehran; 2015 [Persian]

2. Mosadeghrad AM. Occupational stress and turnover intention: Implications for nursing management. International Journal of Health Policy and Management 2013; 1: 179-186

3. Mosadeghrad AM. Quality of working life and turnover intentions: implications for health policy and management. International Journal of research in Nursing 2013; 4: 47-54

4. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Siratinayer M, Rahmani M. Relationship between nurses' job stress and quality of work life in armed forces hospitals. Military Medicine 2008; 10:175-84[Persian]

5. Faraji O, Salehnejad G, Gahramani S, Valiee S. The relation between nurses' quality of work life with intention to leave their job. Nursing Practice Today 2017; 4: 103-111

6. Nikbakht Nasrabadi A, Salari A, Hosseinpour M, and Yekaninejad M. The rate of burnout and intention to leave and their relationship among emergency department nurses. Iranian Journal of Nursing Research 2014; 9:19-29

7. Mosadeghrad AM, Ferlie E, & Rosenberg D. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. Health Services Management Research Journal 2011; 24: 170-181

8. Hsu MY, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. Journal of Advanced Nursing 2006; 54:120–31

9. Korunka C, Hoonakker P, Carayon P. Quality of working life and turnover intention in information technology work. Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries 2008; 18: 409-23

10. Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick D, & Pavot W. The quality of life research movement: Past, present and future. Social Indicators Research 2006; 76: 343–466

11. Havlovic SJ. Quality of work life and human resource outcomes. Industrial Relations 1991; 30: 469-79

12. Daud N. Investigating the relationship between quality of work life and organizational commitment amongst employees in Malaysian Firms. International Journal of Business and Management 2010; 5:75–82

13. Chou-Kang C, Chi-Sheng C, Chieh-Peng L, Ching Yun H. Understanding hospital employee job stress and turnover intentions in a practical setting: the moderating role of locus of control. J Manag Dev 2005; 24:837–55

14. Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. The relationship between quality of work life and turnover

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. BMC Health Services Research 2012; 12:314
15. Narehan H, Hairunnisa M, Norfadzillah RA, Freziamella L. The effect of quality of work life programs on quality of life among employees at multinational companies in Malaysia. Social and Behavioral Sciences 2014; 112: 24 – 34
16. Royuela V, López-Tamayo J, Suriñach J. Results of a quality of work life index in Spain. A comparison of survey results and aggregate social indicators. Social Indicators Research 2009; 90(2):225-41.
17. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, McGuire W, Sicotte C, Champagne F. Quality of working life indicators in Canadian heath care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? Occupational Medicine 2005; 55 (1), 54–59.
18. Mohammadi A, Sarhanggi F, Ebadi A, Daneshmandi M, Reiisifar A, Amiri F, Hajamini Z. Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Units Nurses. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2011; 4: 135 - 140
19. Reyasi HR. Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of medical sciences 2012. Modern Care Journal 2013; 10:84-90[Persian]
20. Dargahi H, Gharib MI, Goodarzi M. Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. Journal of Hayat 2007; 13:13-21[Persian]
21. Dehghan-Nayeri N, Salehi T, Asadi-Noghabi AA. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. Contemporary nurse 2011; 39:106-18
22. Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadam A. Quality of nursing work life. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2008; 2:1169-74
23. Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. Nursing and midwifery studies 2014; 3: 19450
24. McVicar, A. Workplace stress in nursing: a literature review. Journal of Advanced Nursing 2003; 44: 633-42
25. Espnes GA, & Byrne DG. Occupational stress and cardiovascular disease. Stress and Health 2008; 24: 231-238
26. Eriksen W, Bruusgaard D, & Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60: 271-278
27. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, & Cordova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. International Journal of Stress Management 2005; 12: 164-176
28. Bussing A, & Hoge T. Aggression and violence against home care workers. Journal of Occupational Health Psychology 2004; 9: 206-219
29. Cho JJ, Kim JY, Chang SJ, Fiedler N, Koh SB, Crabtree BF, Kang DM, Kim YK, & Choi YH. Occupational stress and depression in Korean employees. International Archives of Occupational and Environmental Health 2008; 82: 47-57
30. O'connor DB, O'connor RC, White BL, & Bundred PE. The effect of job strain on British general practitioners' mental health. Journal of Mental Health 2000; 9: 637-654
31. de Jonge J, Dormann C, Janssen PP, Dollard MF, Landweerd JA, & Nijhuis FJ. Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: a cross-lagged structural equation model. Journal of Occupational and Organizational Psychology 2001; 74: 29-46
32. Flanagan NA. Testing the relationship between job stress and satisfaction in correctional nurses. Nursing Research 2006; 55: 316-327
33. Lambert E, & Paoline EA. The influence of individual, job and organizational characteristics on correctional staff job stress, job satisfaction and organizational commitment. Criminal Justice Review 2008; 33: 541-564
34. Abu Al Rub RF, & AL-Zaru IM. Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. Journal of Nursing Management 2008; 16: 227-236
35. Kang J, & Lim J. Effects of clinical nurses' resilience on job stress and burnout. The Journal of the Korea Contents Association 2015; 15: 263–273
36. Machin MA, Fogarty GJ, & Albion MJ. The relationship of work support and work demands to individual outcomes and absenteeism of rural nurses. International Journal of Rural Psychology 2004; 4: 1-13
37. Engström M, Ljunggren B, Lindqvist R, & Carlsson M. Staff satisfaction with work, perceived quality of care and stress in elderly care: psychometric assessments and associations. Journal of Nursing Management 2006; 14: 318-328

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

38. Teng CI, Hsiao FJ, & Chou TA. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. Journal of Nursing Management 2010; 18: 275-284
39. Tugade MM, Fredrickson BL, Feldman Barrett L. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. Journal of personality 2004; 72:1161-90
40. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers M. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. Contemporary Nurse 2013; 45: 134–143
41. Matos PS, Neushotz LA, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. International Journal of Mental Health Nurse 2010; 19, 307–312
42. Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psycho-Oncology 2007; 16: 733–740
43. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in the intensive care unit nurses. Results of a national survey. International Journal of Nursing Studies 2012; 49, 292-299
44. Cusack L, Smith M, Hegney D, Rees CS, Breen LJ, Witt RR, Rogers C, Williams A, Cross W, Cheung K. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. Frontiers in psychology 2016; 7:600
45. Choi M, & Kim H. The effect of workplace bullying and ego-resilience on turnover intention of nurses in the public hospital. Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society 2015; 16: 3257–3267
46. Ablett JR, & Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work. Psycho-Oncology 2007; 16, 733-740
47. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. Joural of Nursing Management 2014; 22: 720–734
48. Garcia-Dia, MJ, DiNapoli, J.M., Garcia-Ona, L, Jakubowski, R, O'Flaherty, D. Concept analysis: resilience. Arch. Psychiatric Nurse 2013; 27 : 264–270
49. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers M. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. Nurse Education Today 2012; 32, 378–384
50. Foureur M, Besley K, Burton G, Yu N, Crisp J. Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. Contemporary Nurse 2013; 45: 114–125
51. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. American. Journal of Critical Care 2014; 23: 97–105
52. Oulton J. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. Policy Politics & Nursing Practice 2006; 7: 34-39
53. Mosadeghrad AM, Ebneshahidi A, & Abdolmohammadi N. The impact of strategic planning on hospital employees' job satisfaction: A case study. Journal of Health-based Research 2017;3:99-114[Persian]
54. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of relationship between job satisfaction, organizational commitment and turnover intention among hospital employees. Health Serv Manag Res 2008; 21:211–27.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

ABSTRACT

Effectiveness of resilience education on quality of working life among nursing personnel: A randomized controlled study

Batoul Ahmadi[1], Ali Mohammad Mosadeghrad[2], Badrie Karami[1*]

1. School of public health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran
2. School of public health, Health information management research centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(3): 279- 289
Accepted for publication: 10 July 2019
[EPub a head of print-16 July 2019]

Objective (s): Improving quality of working life (QWL) among nurses is crucial for enhancing their performance and, consequently, delivery of quality nursing care to patients. Resilience skills assist nurses to deal better with workplace adversity and demands. Hence, this research examined the effect of teaching resilience skills on nurses' QWL in a private hospital in Tehran, Iran.

Methods: This was a randomized controlled study that was carried out in 2015. Sixty nurses in a private hospital in Tehran, Iran were allotted to two experimental (30 nurses) and control (30 nurses) groups. Nurses in the experimental group were taught about the QWL, job stress, and burnout and resiliency in two 3 hours educational sessions. In addition, they attended 9 practical 1.5 hours training sessions. A valid and reliable questionnaire was used to collect nurses' QWL data. Data was analyzed using SPSS, v. 17 statistical software.

Results: The mean score of nurses' QWL in the intervention group increased from 2.68 to 3.01 out of 5 (12.3% increase). The paired t-test confirmed the difference as significant ($p = 0.003$). There was no significant changes in the control group's QWL at the beginning and the end of the study (2.68 vs. 2.69). Resilience education and training had the most effect on disturbance handling, participation and involvement, job promotion, job security, and salaries dimensions of QWL of the study group.

Conclusion: Resilience education and training reduces nurses' job stress and improves their quality of working life.

Key Words: Personal resilience, Quality of working life, Job stress; Nurses

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.3.8.3]

* Corresponding author: School of public health, Iran University of Medical Sciences (IUMS), Tehran, Iran
E-mail: badrye.karami@yahoo.com