

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران - سال ۱۳۸۲

دکتر مسعود فلاحی خشک‌ناب^۱، دکتر مسعود کریملو^۲، ابوالفضل رهگوی^۱، لادن فتاح‌مقدم^{۱*}

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی ۲- گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

دریافت: ۸۴/۱۰/۲۵ پذیرش: ۸۵/۱۱/۵

Title: *Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran*

Authors: Fallahee Khoshknab M, (PhD); Karimloo M, (PhD); Rahgoy A (MSc); Fattah Moghaddam L, (MSc).

Introduction: *Quality of life measures have assumed increasing importance in the medical literature. This is a cross-sectional study to examine quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospital in Tehran.*

Methods: *The research population consisted of all the nurses in the psychiatric ward at 6 university hospitals. Quality of life was measured by a self-administered questionnaire and for reliability and validity. Data from a sample of 100 psychiatric nurses were analyzed with SPSS software by descriptive and analytical tests.*

Results: *A total of 21% of nurses perceived their quality of life as moderate, 67% of them explained it as good 11% of nurses were quite satisfied with their quality of life. There was a significant relationship between number people living with nurse, status of dwelling house, positive idea others on psychiatric nursing, job security, job satisfaction, satisfaction with relationship with other employees, satisfaction with working in a psychiatric ward, satisfaction with relationship with psychiatric patients, satisfaction with relationship with managers, and all 7 domains of quality of life. gender, material status, organizational position, and over-time work had a relationship with at least one domain of quality of life.*

Conclusion: *It seems that having this information will allow nurses and hospital administrators to focus on ways to improve quality of life in nurses and increase their quality of nursing care.*

Keywords: *Quality of life, psychiatric ward, nurse.*

Hakim Research Journal 2007; 9(4): 24- 30.

* نویسنده مسؤول: تهران، شهری، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی، اداره پرستاری. تلفن: ۳۳۴۰۱۲۳۸-۳۳۴۰۱۲۳۸
پست الکترونیک: ladan_fatah@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اندازه‌گیری کیفیت زندگی به موضوع مهمی در نوشته‌های پزشکی تبدیل شده است. مقاله حاضر یک تحقیق توصیفی-تحلیلی و مقطعی است که هدف آن بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۲ است.

روش کار: جامعه این تحقیق را کلیه پرستاران بخش‌های روان پزشکی ۶ بیمارستان دانشگاهی شهر تهران تشکیل دادند. کیفیت زندگی به وسیله پرسش‌نامه محقق‌ساز پس از تأیید روایی و پایایی ابزار سنجیده شد. اطلاعات حاصل از ۱۰۰ پرستار که مشخصات نمونه پژوهش را داشتند، به وسیله نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: کیفیت زندگی ۲۱٪ پرستاران شرکت‌کننده در این تحقیق در حد متوسط بود. ۶۷٪ از آنها کیفیت زندگی را خوب و ۱۱٪ کیفیت زندگی را عالی ذکر کردند. در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های روان پزشکی مشخص گردید که عواملی چون تعداد افراد مقیم با پرستاران، وضعیت مسکن، نگرش مثبت اطرافیان، ابراز امنیت شغلی، ابراز رضایت شغلی، احساس رضایت از ارتباط با همکاران، رضایت از کار در بخش روان پزشکی، احساس رضایت از ارتباط با بیماران روانی، احساس رضایت از ارتباط با مسؤولان با تمامی هفت بُعد کیفیت زندگی، رابطه معنادار آماری دارند. همچنین رابطه‌ای بین جنسیت، تأهل، پست سازمانی، ساعات اضافه‌کاری و حداقل یکی از ابعاد کیفیت زندگی به دست آمد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد اطلاعات حاصل می‌تواند پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها را جهت تمرکز بر روش‌های ارتقای کیفیت زندگی پرستاران و افزایش کیفیت مراقبت آرایه شده توسط آنها یاری کند.

کل‌واژگان: کیفیت زندگی، بخش روان پزشکی، پرستار.

مقدمه

کینگ معتقد است ابعاد مختلفی بر روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارند و این ابعاد شامل وضعیت اقتصادی-اجتماعی، روحی-روانی و شغلی است (۵). ایوانز و کوپ ابعاد کیفیت زندگی را بُعد جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، تفریحی و معنوی می‌دانند آنها بُعد جسمانی را دریافت فرد از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌ها و وظایف روزانه که نیاز به صرف انرژی دارد تعریف کرده، بُعد روانی را جنبه‌های روحی و احساسی سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش دانسته‌اند (۶). گانگموس و همکارانش در تعریف بُعد اجتماعی ذکر می‌کنند که این بُعد به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی و وضعیت شغل مربوط می‌شود (۷). بُعد خانوادگی، نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت‌های خانوادگی، تأثیراتی

انسان‌ها از بدو پیدایش همواره به دنبال دستیابی به رفاه و آسایش بوده‌اند (۱). اما با پیشرفت و ارتقای سطح بهداشت جوامع انسانی، توجه به مسایل ذهنی و عینی در مورد رفاه اهمیت زیادی پیدا کرد و واژه طول عمر و درمان در برابر کیفیت زندگی قرار گرفت (۲). هنکلیف و همکارانش معتقدند: امروزه برای تعیین نیازها و ارتقای سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آنها را مورد بررسی قرار می‌دهند (۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: «کیفیت زندگی عبارت است از تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنها» (۴). همان‌طور که در تعریف فوق ملاحظه می‌شود برای کیفیت زندگی شش حیطه بیان شده که شامل: سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطوح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات محیطی و علایق معنوی است.

² King

³ Evans

⁴ Cope

⁵ Guggnumoos

¹ Hinchliff

پرستار بهداشت روانی جامعه در ولز انجام داد نشان داد که نیمی از پاسخ‌دهندگان، فرسودگی هیجانی بالا و بیش از حد را تجربه کرده‌اند (۱۴). گودرزی از قول مارسی نقل می‌کند: «روان‌پرستاران از نظر محدودیت‌های شدید مکانی به دلیل وجود بیماران، تحت حمایت کمتری نسبت به دیگر پرستاران قرار دارند. احتمالاً پرستاران روانی در خطر ابتلای به بیماری‌های جسمی و ذهنی قرار دارند» (۱۵).

به اعتقاد سایمت و همکارانش، تغییرات ایجاد شده در سیستم‌های بهداشتی-درمانی و تعهد در قبال کیفیت ارایه مراقبت باعث توجه به این مطلب گردیده که چگونه می‌توان پرستاران را از شغل و کیفیت زندگیشان راضی نمود و چه مواردی با سطح رضایت آنها در رابطه است. کسب این اطلاعات می‌تواند پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها را جهت افزایش رضایت شغلی و کیفیت زندگی پرستاران یاری نموده تا بدین‌وسیله باعث افزایش فعالیت‌های شغلی و کیفیت مراقبت پرستاری و کاهش تعداد پرستارانی که شغل خود را ترک می‌کنند، شوند (۱۶).

با این وجود طی بررسی‌های انجام شده توسط محقق، هیچ تحقیقی در سطح کشور به بررسی کیفیت زندگی روان‌پرستاران و پرستاران و عوامل مرتبط با کیفیت زندگی آنان نپرداخته است. لذا به نظر می‌رسد که مطالعه حاضر می‌تواند مدیران بیمارستان‌ها و برنامه‌ریزان کشور را در سنجش کیفیت زندگی روان‌پرستاران و پرستاران یاری دهد. همچنین فرض محقق آن است که تحقیق می‌تواند روش‌های بهبود کیفیت زندگی را نیز تا حدودی مشخص نماید و خود پایه‌ای برای تحقیقات بعدی در این زمینه گردد تا سرانجام بتواند کیفیت ارایه مراقبت به اقشار جامعه را بالا برده و به هدف نهایی پرستاری که همانا ارتقای رفاه و کیفیت زندگی است برسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد.

روش کار

در این مطالعه پس از مشخص شدن بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان حضرت امام حسین (ع) و بیمارستان آیت‌الله طالقانی، از دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان شهید نواب صفوی (روان‌پزشکی ایران) و بیمارستان حضرت رسول (ص)، از دانشگاه علوم پزشکی تهران تنها مرکز

که شغل بر ایفای نقش اعضا دارد و نقش افراد خانواده در برداشت کلی از کیفیت زندگی را شامل می‌شود (۵). بُعد اقتصادی، میزان تطابق تصور افراد با مسایل اقتصادی و میزان پذیرش آنها از زندگی روزمره را نشان می‌دهد (۶). بُعد تفریحی تنها بر وقت آزاد تأکید نکرده بلکه مشتمل بر کلیه فعالیت‌های جسمانی و تجاری که در اوقات فراغت رخ می‌دهد نیز می‌باشد (۷). بُعد معنوی، بخش قابل توجهی از زندگی بسیاری از انسان‌ها را به خود اختصاص داده که به کمک آن انسان‌ها می‌توانند از عهده مشکلات و شادمانی زندگی برآیند (۶).

فرل یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی را شغل می‌داند (۵). از سوی دیگر با وجود آن که کار یک منبع بسیار مهم برای امرار معاش و احراز موقعیت‌های اجتماعی است. در عین حال می‌تواند به نارضایتی و تحلیل قوای جسمانی و روانی منجر شود. محیط کار از محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی تشکیل شده که هر کدام از این عوامل می‌تواند عامل ایجاد تنیدگی به حساب آیند (۸) و این استرس‌ها و فشارها بر رفاه فیزیکی (سلامتی و عملکرد آن) و رفاه روحی-روانی اثر نامطلوبی دارد (۹). از سوی دیگر برخی مشاغل با تنیدگی‌های زیادی همراه هستند و این مسأله معلول ماهیت آن کار، نوع وظایف و مسؤولیت‌های این گونه شغل‌ها می‌باشد. اعضای تیم پزشکی کسانی هستند که سطح بالایی از تنیدگی را دریافت می‌کنند. از آنجا که پرستاران نیز جزو این تیم به حساب می‌آیند عوامل تنیدگی آور می‌تواند برای آنها تهدیدی روانی یا روانی-اجتماعی به حساب آورده شوند (۱۰).

ایلینگ سیو از قول سیو عنوان می‌کند که با توجه به تحقیقات گذشته سه عامل بر استرس پرستاران تأثیر دارد که عبارتند از: کار (به‌عنوان مثال: تصمیم‌گیری، ارتباطات و تفسیر و تحولات در کار)؛ محیط (وضعیت‌های جسمانی در موقعیت‌های کاری)؛ رفاه (ارتباطات اجتماعی و ملاک‌های سلامتی و رفاه) که این عوامل با یکدیگر در ارتباط متقابل می‌باشند (۱۱). علیا نشان داد که بین میزان استرس و کیفیت زندگی، رابطه معکوس وجود دارد (۱۲).

یکی از قسمت‌هایی که پرستاران در آن به فعالیت می‌پردازند بخش‌های روان‌پزشکی است. تحقیقات نشان داده که پرستاران بخش‌های روانی حمایت کمتری را نسبت به سایر پرستاران تجربه می‌کنند (۱۳). هانیگان در تحقیقی که در بیش از ۳۰۰

¹ Ferrel

² Oi-ling, Siu

³ Hannigan

⁴ Cimete

دوم شامل آزمون‌های دیداری است که از نمونه‌ها خواسته شد کیفیت زندگی خود را در هر بُعد بر روی محور طراحی شده از صفر تا ۱۰۰ نشان دهند. در اینجا نیز نقاط برش اعداد ۲۵، ۵۰ و ۷۵ بودند که افراد را در چهار گروه با کیفیت زندگی ضعیف، متوسط، خوب و عالی دسته‌بندی می‌کردند.

• قسمت انتهایی شامل ۵ سؤال در رابطه با عوامل مؤثر در افزایش کیفیت زندگی، مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه پرستاران، تأثیر کار در بخش روانی بر کیفیت زندگی و کیفیت زندگی به صورت کلی و نظر پرستاران در مورد پرسش‌نامه مذکور بود. برای کسب پایایی این ابزار از روش پایایی بازآزمایی استفاده شد و مقدار ضریب همبستگی برابر ۰/۹۸ محاسبه شد. همچنین برای کسب روایی ابزار مذکور از روایی محتوایی استفاده گردید.

نتایج

در این پژوهش به منظور دستیابی به هدف علمی تحقیق، یعنی بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، اطلاعات حاصل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که با مروری بر آنها، یافته‌های حاصل از پژوهش مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

در فرم دموگرافیک پرسش‌نامه سعی بر آن گردید که کلیه عوامل مؤثر بر افزایش و یا کاهش کیفیت زندگی پرستاران که می‌تواند به‌نحوی در پژوهش تأثیر داشته باشد، مورد نظر قرار گیرد. بر اساس یافته‌های موجود ۳۸٪ از نمونه‌ها را پرستاران مرد و ۶۲٪ آنها را پرستاران زن تشکیل می‌دادند. ۹۸٪ از نمونه‌ها دارای مدرک کارشناسی و ۲٪ کارشناسی ارشد بودند. ۲۸٪ نمونه‌ها مجرد و ۷۲٪ آنها متأهل بودند، در بین پرستاران متأهل، ۳٪ پرستاران فاقد فرزند بوده ۵۰٪ یک فرزند داشتند، ۳۷٪ دو فرزند و ۱۰٪ نیز سه فرزند داشتند.

۵۹٪ پرستاران منزل شخصی داشتند. ۵۸٪ پرستاران، سه نفر و کمتر از سه نفر هم‌خانه داشتند. ۴۲٪ چهار نفر و بیشتر هم‌خانه داشتند و ۱۰٪ نمونه‌ها مسؤلیت مراقبت از فرد دیگری را بر عهده داشتند که ۱۱٪ نمونه‌ها از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۶٪ از دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵۱٪ از دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی و ۲۲٪ از دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند. ۸٪ نمونه‌ها متعلق به بیمارستان حضرت امام حسین (ع)، ۱۶٪ بیمارستان روزبه، ۵۱٪ مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی، ۱۶٪ در بیمارستان شهید نواب صفوی، ۶٪ در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) و ۳٪ در بیمارستان آیت‌الله طالقانی مشغول به کار بودند.

روان‌پزشکی وابسته یعنی بیمارستان روزبه و از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی نیز مرکز تحت پوشش این دانشگاه یعنی مرکز آموزشی-درمانی روان‌پزشکی رازی انتخاب گردید. سپس با هماهنگی با مراکز یاد شده، بخش‌های روانی حاد این مراکز مشخص شده و پرستاران این بخش‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. بدین صورت که پرسش‌نامه‌های طراحی شده در اختیار کلیه پرستارانی که مشخصات نمونه پژوهش را داشتند قرار داده شد. در مطالعه حاضر، پرستارانی که در کلیه بخش‌های حاد بیمارستان‌های فوق مشغول به کار هستند شامل ۱۴۵ پرستار بود که بوسیله پرسش‌نامه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد، ۸ پرستار از بیمارستان حضرت امام حسین (ع)، ۱۶ نفر از بیمارستان روزبه، ۱۶ نفر از بیمارستان شهید نواب صفوی، ۶ نفر از بیمارستان حضرت رسول (ص)، ۳ نفر از بیمارستان آیت‌الله طالقانی و ۵۱ پرستار از بیمارستان آموزشی-درمانی رازی پرسش‌نامه مربوطه را پر کردند و مشخصات نمونه پژوهش را نیز شامل می‌شدند. بدین ترتیب حجم نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر گردید. ابزار گردآوری در این تحقیق دارای سه قسمت می‌باشد:

• پرسش‌نامه مشخصات فردی (دموگرافیک) که شامل سؤالاتی در مورد سن، جنس، مذهب، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، سابقه کار، نوع استخدام، شیفت کاری، پست سازمانی، محل کار، شغل همسر، شغل دوم، درآمد، تعداد افراد خانواده، وضعیت مسکن، وجود بیماری خاص، مصرف دارو و مسؤلیت مراقبت از فرد دیگر است.

• پرسش‌نامه کیفیت زندگی پرستاران که توسط محقق با استفاده از پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، پرسش‌نامه لانکاشایر و سایر پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی و با به کارگیری مقالات و کتب موجود در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن طراحی شده و خود شامل دو قسمت است. بخش اول مجموعه سؤالات کیفیت زندگی که شامل ۷ بُعد به شرح ذیل است: بُعد جسمی (۱۶ سؤال)، بُعد روانی (۱۹ سؤال)، بُعد معنوی (۶ سؤال)، بُعد اجتماعی (۲۴ سؤال)، بُعد خانوادگی (۱۲ سؤال)، بُعد اقتصادی (۵ سؤال) و بُعد تفریحی (۷ سؤال). هر سؤال پرسش‌نامه فوق دارای ۴ گزینه بود که با استفاده از طیف لیکرت از ۴-۱ نمره‌گذاری شد؛ با این توضیح که برخی از سؤالات به دلیل بار منفی، نمره معکوس گرفتند. بنابراین حداقل نمره در کل ۸۹ و حداکثر ۳۵۶ به دست آمد. با استفاده از این طیف صدک‌های ۲۵، ۵۰ و ۷۵ به‌عنوان نقاط برش جهت رتبه‌بندی کیفیت زندگی انتخاب شدند. بخش

¹ Lancashire

معنادار بودند ($P < 0/05$) که نشان می‌دهد هر یک از روش‌ها در راستای هدف مطالعه می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

جدول ۲- وضعیت کیفیت زندگی پرستاران تحت مطالعه بر اساس آزمون دیداری

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
ضعیف	۱	۱٪
متوسط	۸	۱۰٪
خوب	۴۹	۶۴٪
عالی	۱۹	۲۵٪
جمع کل	۷۷	۱۰۰٪

جدول ۳- وضعیت همبستگی مابین مجموع نمرات حاصل از طیف لیکرت و آزمون دیداری

ابعاد کیفیت زندگی	ضریب همبستگی
بعد جسمی	۰/۴۶
بعد روانی	۰/۷۰
بعد معنوی	۰/۵۶
بعد اجتماعی	۰/۵۹
بعد خانوادگی	۰/۴۵
بعد اقتصادی	۰/۷۸
بعد تفریحی	۰/۷۱
کل	۰/۷۴

جهت مقایسه کیفیت زندگی پرستاران در هر یک از ابعاد با استفاده از طیف لیکرت، میانگین نمرات به دست آمده در جدول ۴ آمده است. همان گونه که ملاحظه می‌شود بیشترین نمره مربوط به ابعاد جسمی و خانوادگی است (۲/۹۹) در صورتی که کمترین نمره مربوطه به بُعد تفریحی یعنی ۲/۰۷ می‌باشد.

جدول ۴- نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
بعد جسمی	۲/۹۹	۰/۴۷
بعد روانی	۲/۹۱	۰/۴۵
بعد معنوی	۲/۷۸	۰/۶۰
بعد اجتماعی	۲/۷۶	۰/۴۱
بعد خانوادگی	۲/۹۹	۰/۴۹
بعد اقتصادی	۲/۴۵	۰/۷۳
بعد تفریحی	۲/۰۷	۰/۴۹

در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی نتایج زیر به دست آمد: کیفیت زندگی پرستاران متأهل بالاتر از پرستاران مجرد بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در بررسی ابعاد کیفیت زندگی نیز در ابعاد روانی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی پرستاران متأهل بالاتر از پرستاران مجرد به دست آمد و در ابعاد

۶٪ نمونه‌ها به صورت قراردادی مشغول به کار بوده، ۱۵٪ استخدام پیمانی، ۵۸٪ استخدام رسمی و ۲۱٪ در حال گذراندن طرح نیروی انسانی بودند. ۱۷٪ نمونه‌ها را سرپرستاران بخش‌ها تشکیل می‌دادند و ۵۴٪ نمونه‌ها سابقه کمتر از هشت سال داشتند. ۳۸/۵٪ نمونه‌ها در شیفت صبح مشغول به کار بوده، ۲۷/۵٪ در شیفت عصر و شب کار می‌کردند و ۳۴٪ نیز شیفت در گردش بودند. ۴۹٪ پرستاران مورد پژوهش به طور متوسط با بیشتر از ۲۸ بیمار در روز کار می‌کردند. ۷۲٪ نمونه‌ها اضافه کار و ۳۳٪ نمونه‌ها شغل دوم داشتند.

برای تعیین توزیع افراد تحت مطالعه برحسب کیفیت زندگی آنان و با توجه به موارد مطرح شده در قسمت ابزار تحقیق، کسانی که نمره کمتر از ۱۵۰ (صدک ۲۵) کسب نموده بودند در گروه ضعیف، کسانی که نمره آنها مابین ۲۲۱-۱۵۶ (صدک ۵۰) در گروه متوسط، کسانی که نمره آنها مابین ۲۸۷-۲۲۲ (صدک ۷۵) در گروه خوب و افرادی که نمره بالای ۲۸۸ به دست آوردند در گروه عالی طبقه بندی شدند. جدول ۱، کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش را در کل هفت بُعد آن مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود هیچ یک از پرستاران در گروه کیفیت زندگی ضعیف قرار نگرفتند. ۲۱٪ نمونه‌ها از کیفیت زندگی متوسط برخوردار بودند. بیش از نیمی از پرستاران از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند و ۱۱٪ نمونه‌ها کیفیت زندگی عالی داشتند. برای حصول اطمینان از این تقسیم بندی، از آزمون دیداری و آزمون کل نیز استفاده شد.

جدول ۱- وضعیت کیفیت زندگی پرستاران تحت مطالعه بر اساس طیف لیکرت

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
ضعیف	-	-
متوسط	۲۱	۲۱٪
خوب	۶۶	۶۷٪
عالی	۱۱	۱۱٪
جمع کل	۹۸	۹۹٪

جدول ۲، نیز نشانگر این مطلب است که با استفاده از آزمون‌های دیداری در کل هفت بُعد کیفیت زندگی، بیش از نیمی از نمونه‌ها کیفیت زندگی خوب داشتند و یک چهارم نیز از کیفیت زندگی عالی برخوردار بودند که با نتایج حاصل از طیف لیکرت هم خوانی دارد. جهت تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پرستاران از هر دو طیف لیکرت و آزمون دیداری می‌توان استفاده نمود. در جدول ۳، میزان همبستگی نمرات حاصل از این دو روش هم در تک تک ابعاد کیفیت و هم در کل نشان داده شده است. با توجه به آزمون همبستگی انجام شده کلیه ضرایب

آزمون‌های دیداری به صورت مجموع بیش از نیمی از نمونه‌ها کیفیت زندگی خوب داشتند و یک چهارم نیز از کیفیت زندگی عالی برخوردار بودند. سایمت می‌نویسد اسن و همکارانش، در سال ۲۰۰۰ نشان دادند تنها ۱۹/۳٪ پرستاران از وضعیت خود رضایت دارند در حالی که بر اساس نتایج تحقیق ما درک ۱۶/۵٪ پرستاران از کیفیت زندگی عمومی، نه خوب و نه بد بود. ۱۷٪ بیان داشتند مختصری بد و ۳۸/۵٪ رضایت کامل از وضعیت سلامت عمومیشان داشتند (۱۶).

بر اساس نتایج، پرستاران متأهل در ابعاد خانوادگی، روانی و معنوی هم نمرات بالاتری کسب نموده بودند اما تنها در بعد خانوادگی این اختلاف معنادار بود. کیونگ ونگ و همکارانش معتقدند پرستاران متأهل از وضعیت بهداشت روانی مطلوب‌تری برخوردارند (۱۷). پرستارانی که با حداقل چهار نفر زندگی می‌کردند، کیفیت زندگی بالاتری داشتند که در ابعاد روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی و تفریحی معنادار بود. شاید این به دلیل روابط بیشتر و چرخه حمایتی گسترده‌تر باشد. نمونه‌هایی که دارای منزل شخصی بودند میانگین کیفیت زندگی بالاتری کسب کردند. در تمامی ابعاد، پرستارانی که منزل شخصی داشتند نمرات بالاتری را به دست آوردند. به خصوص در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، تفریحی که تفاوت معنادار بود. همچنین اختلاف بُعد خانوادگی در مرز بحران رد شد ($p=0/05$) که خود قابل تأمل است. این نتایج توسط نتایج تحقیق سایمت و همکارانش که مشخص نمود پرستارانی که در خانه‌های اجاره‌ای به سر می‌برند از رضایت کمتری برخوردارند، حمایت می‌شود (۱۶). هر چند سرپرستاران بخش‌ها نمرات بالاتری در مقایسه با پرستاران کسب کردند، تنها می‌توان گفت سرپرستاران، بُعد خانوادگی کیفیت زندگی بهتری دارند. ایوانز و همکارانش نیز معتقدند رابطه‌ای بین نوع فعالیت کاری و رضایت از زندگی وجود ندارد (۱۸). بین افزایش ابراز امنیت شغلی و افزایش همه ابعاد کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی، رابطه وجود دارد. بورک و گرینگلاس معتقدند احتمال از دست دادن شغل در پرستاران با کاهش احساس رفاه در آنها همراه است (۱۹). بین افزایش ابراز رضایت شغلی و افزایش کلیه ابعاد کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. سایمت و همکارانش نیز نشان دادند که بین رضایت شغلی و کیفیت زندگی پرستاران رابطه وجود دارد (۱۶). به جز در بُعد جسمانی در سایر ابعاد، رابطه معناداری بین افزایش

جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و تفریحی کیفیت زندگی پرستاران مجرد بالاتر بود. اما با توجه به بررسی آماری تنها در بُعد خانوادگی اختلاف معناداری بین نتایج کیفیت زندگی پرستاران متأهل و مجرد به دست آمد ($p=0/03$). کیفیت زندگی پرستارانی که با ۳ نفر یا بیشتر هم‌خانه بوده و با هم زندگی می‌کردند، بیشتر از پرستاران گروه دیگر بود و این تفاوت از نظر آماری نیز معنادار بود ($p=0/06$). در بررسی تک‌تک ابعاد، این اختلاف معنادار بود. (ابعاد روانی ($p=0/03$)، اجتماعی ($p=0/01$)، خانوادگی ($p=0/04$)، اقتصادی ($p=0/01$))، تفریحی ($p=0/03$). کیفیت زندگی پرستاران دارای منزل شخصی، بالاتر از کیفیت زندگی پرستاران دارای منزل اجاره‌ای بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ($p=0/15$). در بررسی ابعاد کیفیت زندگی نیز پرستارانی که دارای منزل شخصی بودند کیفیت زندگی بهتری را در همه ابعاد اظهار کردند که این اختلاف در ابعاد اجتماعی ($p=0/02$)، اقتصادی ($p=0/01$) و تفریحی ($p=0/02$) معنادار به دست آمد.

نتایج نشان داد که نمره کیفیت زندگی سرپرستاران با پرستاران اختلاف داشته و بالاتر است اما این اختلاف معنادار نیست. در بررسی ابعاد نیز تنها در بعد خانوادگی این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p=0/01$). بین احساس امنیت شغلی و تمامی ابعاد کیفیت زندگی به صورت مجزا و در کل، رابطه معنادار آماری به دست آمد ($p<0/05$). همچنین بین احساس رضایت شغلی و کیفیت زندگی در کل و در تمامی ابعاد، رابطه معنادار حاصل شد ($p<0/05$). بین کیفیت زندگی پرستاران در کل و احساس رضایت آنان از کار در بخش روان‌پزشکی رابطه معنادار وجود داشت ($p=0/000$). در بررسی ابعاد نیز به غیر از بُعد جسمی در سایر ابعاد این رابطه معنادار به دست آمد ($p<0/05$). بین کیفیت زندگی پرستاران در کل و احساس رضایت آنها از رابطه با بیماران روانی رابطه معناداری به دست آمد ($p=0/000$). به انضمام این که در بررسی تک‌تک ابعاد، بین احساس رضایت از روابط با بیماران روانی و ابعاد روانی ($p=0/007$)، معنوی ($p=0/03$)، اجتماعی ($p=0/000$) و خانوادگی ($p=0/02$) پرستاران رابطه معناداری به دست آمد.

بحث

در مجموع بر اساس نتایج حاصل از پرسش‌نامه، هیچ‌یک از پرستاران در گروه کیفیت زندگی ضعیف قرار نگرفتند. ۲۱٪ نمونه‌ها از کیفیت زندگی متوسط و بیش از نیمی از آنها از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. اما این موضوع که تنها ۱۱٪ نمونه‌ها کیفیت زندگی عالی داشتند، قابل تأمل می‌باشد. در

¹ Cimete

² Essen

³ Keung Wong

⁴ Burke and Greenglass

از ارتباط با همکاران، رضایت از کار در بخش روان‌پزشکی، احساس رضایت از ارتباط با بیماران روانی و احساس رضایت از ارتباط با مسؤلان با کیفیت زندگی رابطه دارند. همچنین رابطه‌ای بین جنسیت، تأهل، پست سازمانی، ساعات اضافه‌کاری و حداقل یکی از ابعاد کیفیت زندگی به‌دست آمد.

محدودیت‌های پژوهش: عوامل محیطی، تأثیر قابل توجهی بر روی نحوه پاسخگویی به سؤالات کیفیت زندگی دارد که نمی‌توان این عوامل را کنترل نمود. بسیاری از پرسنل پرستاری که در بخش‌های روان‌پزشکی مشغول به کار بودند همزمان در بخش‌های دیگر نیز فعالیت می‌نمودند و امکان جداسازی عوامل اختصاصی موجود در بخش‌های روان‌پزشکی که بر کیفیت زندگی پرستاران تأثیر دارد به‌صورت کامل وجود نداشت.

پیشنهادات: پیشنهاد می‌شود موضوعات بررسی کیفیت زندگی افراد جامعه؛ بررسی رابطه کیفیت ارایه مراقبت پرستاران و کیفیت زندگی آنها؛ بررسی رابطه رضایت شغلی و کیفیت زندگی پرستاران؛ بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی با سایر اعضای تیم درمان در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس فراوان خود را از همه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، ابراز می‌دارم.

¹ Martire

References

- 1- Sarvimaki A, Stenbock-hult B. Quality of life in old age described as a sense of well being, meaning and value. *JOAN* 2000; 32(4): 1025.
- ۲- نجومی م، افشار ب. بررسی کیفیت زندگی بیماران مزمن روی بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران. مجله نظام پزشکی ۱۳۷۸؛ ۴: ۱۲.
- 3- Hinchliff S, Birchenall M, Birchenall P. *Nursing and health care*. 2nd ed. Edward Arnold Company; 1993: 28-30.
- 4- www.who.qol.com
- 5-King I. Quality of life and goal attainment nursing. *Science* 1994; 71(1):29-56.
- 6-Evans DR, Cope WE. *Manual for the QOL Questionnaire*. North Tonawanda: Multi Health System. Inc; 1989.
- 7- Guggnumass I, Bloomfield K, Brenner H, et al. *Quality of life and health concepts methods and applications*. Wien: Black Well Vissen Schaft; 1995: 73.
- 8- Ralimo R, EL- Batawi M, Cooper CL, et al. *Psychosocial factors at work*. Geneva: World Health Organization; 1987: 2.
- 9- Haber J. *Comprehensive psychiatric nursing*. 6th ed. Boston: Mosby Company; 1997: 17.
- ۱۰- اکبرشریفی ط. بررسی نظرات پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی، آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در مورد اثرات و جنبه‌های مختلف حرفه پرستاری در زندگی خانوادگی آنها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۶۶.
- 11- Oi-ling S. Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *J Adv Nurs* 2002; 40(2): 218-229.
- ۱۲- علی ز. بررسی مقایسه‌ای عوامل استرس‌زا و رابطه آن با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و زنان غیر سرپرست در منطقه غرب تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی؛ ۱۳۷۹.
- 13- Reynolds W, Cormack D. *Psychiatric and mental health nursing theory and practice*. Chapman & Hall Publishers; 2000: 12.
- 14-Hannigan B, et al. Burnout in community Mental Health Nurses finding from the always stress study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7(2): 127-134.
- ۱۵- گودزی آ. بررسی مقایسه‌ای میزان بروز افسردگی در پرستاران آموزش دیده و آموزش ندیده بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۷۳.
- 16- Cimete G, Gcencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of Nurses. *J Nurs Care Qual* 2003; 18(2): 151-158.
- 17-Keung Wong DF, King Leung SS, Lam D. Mental health of Chinese nurses in Hong Kong the roles of nursing stresses and coping strategies. *Online J Issues Nurs* 2001; 5(2): 1-21.
- 18-Evans DR, Pellizzari JR, Culbert BJ, et al. Personality, marital and occupational factors associated with quality of life. *J Clin Psychol* 1993; 49(4): 477-485.
- 19-Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring and nursing wellbeing: The role of personal resources. *Journal of Human Services Administration* 2001; 24(1): 3-26.
- 20- Martire LM, Stephens MAP, Atienza AA. The interplay of work and care giving relationships between role satisfaction role involvement, and care givers well being. *J Gerontol* 1997; 52(5): 279-289.

