

بررسی عوامل هشت گانه کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان روزبه

سیامند انوری^۱، اسماعیل اسدی^۲، گیلدا رجیبی دماوندی^۳، ماشاله ولی خانی^۴، بهرنگ شادلو^۵، سپیده مسعود سینکی^{۶*}

تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۰/۲۹

چکیده:

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی عوامل کیفیت زندگی کارکنان شاغل در بیمارستان روانپزشکی بود که با شناسایی آن در راستای ارتقا بهره وری منابع انسانی گامی برداشته شود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی - مقطعی است که در سال ۹۶ در بیمارستان روزبه انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه و ۱۱۲ پرسشنامه تحلیل شد. در این مطالعه برای گردآوری داده ها از پرسشنامه استاندارد SF-36 استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با نرم افزار SPSS و روش های آماری توصیفی و تحلیل کروسکال والیس، کای اسکوئر و آزمون تعقیبی وی کرامر استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان روانپزشکی روزبه در سطح متوسط (۶۸/۸ درصد) قرار دارد. بیشترین میانگین نمرات ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی مربوط به مولفه عملکرد جسمانی برابر با ۸۴/۲ درصد و کمترین میانگین نمرات ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی مربوط به مولفه خستگی یا نشاط برابر با ۵۸/۷ درصد بود. همچنین یافته های پژوهش نشان می دهد که بین گروه های تحصیلی و کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی ($P-Value < 0/007$)؛ بین میزان سابقه کاری و کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی ($P-Value < 0/02$) و؛ بین داشتن ارتباط مستقیم با بیمار و همراه بیمار و کیفیت زندگی در بعد خستگی یا نشاط و درد بدنی ($P-Value < 0/05, 0/005$)؛ در کارکنان بیمارستان روانپزشکی روزبه تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان روانپزشکی روزبه در سطح متوسطی قرار دارد و مداخلات آموزشی و درمانی جهت ارتقاء کیفیت زندگی کارکنان پیشنهاد می گردد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، وضعیت سلامتی، کارکنان بیمارستان روانپزشکی

^۱پزشک عمومی، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲استادیار دانشکده مدیریت دانشگاه هوایی شهید ستاری، تهران، ایران

^۳کارشناس ارشد روانشناسی کودکان استثنایی، بیمارستان ضیائیان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران / شبکه علمی آموزشی و تحقیقی یوسرن (USERN)

^۴استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، گروه مدیریت، تهران، ایران

^۵استادیار دپارتمان روانپزشکی، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۶دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات، ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران / شبکه علمی

آموزشی و تحقیقی یوسرن (USERN). (*نویسنده مسئول) - Email: sepideh_m_s60@yahoo.com

مقدمه

امروزه جایگاه ویژه منابع انسانی در اثربخشی و کارایی نظام های مدیریتی در سازمان ها بر کسی پوشیده نیست. به همین جهت بررسی و اندازه گیری سطح سلامت نیروی انسانی با استفاده از ابزارهایی که سلامت فرد را در تمامی ابعاد بسنجد، در جامعه و پژوهش های اپیدمیولوژیک مورد توجه بسیار قرار گرفته است. تعاریف مختلف از کیفیت زندگی^۱ را می توان به پنج حوزه تقسیم کرد که شامل زندگی عادی، خوشحالی و ارضاء، دستیابی به اهداف فردی، مفید بودن به حال جامعه و میزان ظرفیت طبیعی است. به عبارتی دیگر می توان کیفیت زندگی را رابط بین وضعیت سلامت شخص از یک سو و توانایی در دنبال کردن اهداف زندگی (به عنوان ارزش هایی جهت ارتقای زندگی جسمی) از سوی دیگر دانست. بنابراین برآورده شدن نیازها و اولویت های اساسی انسان، نقش مهمی در کیفیت زندگی دارد. کیفیت زندگی شاخصی تاثیرگذار در سلامت عمومی و بهداشت روان به شمار می آید (۱).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۶ نیز با انتشار "منشور ارتقا سلامت اتاوا" سلامت را به عنوان مفهومی مثبت عنوان کرد که "سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره آن ها خلق می گردد، جایی که آن ها در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و زندگی هستند(۲)". در راستای این منشور مطالعات زیادی در حوزه کیفیت زندگی و ارتباط مستقیم آن با سلامت و همچنین رضایت از زندگی انجام شده است (۳). همواره سازمان ها می کوشند تا با توانمند کردن کارمندان، به آنها فرصت تاثیر گذاری بر کارشان و تلاش در جهت اثربخشی کل سازمان داده شود تا در نهایت به زندگی کاری با کیفیت دست یابند(۴). امروزه کیفیت زندگی کار به عنوان موضوع اخلاقی حاصل از تلاش های سازمانی مطرح است (۵).

یکی از اهداف روان شناسی مثبت نگر، شناسایی و تعریف مفاهیمی است که به تامین سلامتی و شادکامی افراد و بهره مندی آن ها از یک زندگی سالم کمک کند که از آن جمله می توان مفهوم "کیفیت زندگی" را عنوان کرد که در دو دهه اخیر از مفهوم زمینه های بهداشتی، زیست محیطی و روان شناختی به مفهومی چند بعدی ارتقا یافته و عنصری کلیدی در شاخص توسعه مدنظر قرار می گیرد(۶). کیفیت زندگی به کیفیت لازم برای زندگی خوب با در نظر گرفتن مفاهیم چند بعدی فرهنگ، قواعد محرمانه، افراد، جایگاه ها، اهداف، اعتقادات، تجربیات، انتظارات و ادراکات اشاره دارد (۷). از آنجا که نیل به زندگی با کیفیت مستلزم اقدامی موثر از سوی سازمان است تا کارمندانی تاثیرگذار، فعال در مشارکت سازمانی جهت اثربخشی و کارایی و دستیابی به اهداف فردی و سازمانی، داشته باشد بدین جهت با توجه به اینکه ارتقای سطح سلامت کارمندان شاغل در بیمارستان روزبه یکی از اساسی ترین

اهداف توسعه ای منابع انسانی می باشد و از دیدگاه رهبران آن در خط مشی گذاری کلی بیمارستان از اهمیت ویژه ای برخوردار است و با مطالعات مختلف در جستجوی یافتن راهکارهای مناسب جهت بسترسازی و دستیابی به این مهم است لذا در این پژوهش به بررسی سطح کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن پرداخته شد.

مواد و روش ها:

پژوهش حاضر به توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص توجه دارد، می توان آن را در زمره تحقیقات کاربردی قرار داد و براساس چگونگی به دست آوردن و تحلیل داده های مورد نیاز نیز، می توان آنرا جزو پژوهش های مقطعی از نوع توصیفی محسوب کرد. جامعه آماری شامل تمامی کادر درمانی و غیر درمانی بیمارستان روزبه و نمونه گیری از طریق روش تصادفی بود.

در این تحقیق، کل جامعه آماری شامل ۳۰۰ نفر بوده بود که حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران به تعداد ۱۶۹ نفر محاسبه گردید. پرسشنامه ها در ۳ شیفت کاری بین کارکنان توزیع گردید که از این تعداد ۱۵۳ پرسشنامه جمع آوری شد و پس از حذف موارد ناقص و مخدوش تعداد ۱۱۲ پرسشنامه بعنوان گروه نمونه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع آوری اطلاعات و داده های لازم از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته شامل اطلاعات کلی در خصوص جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، نوع استخدام، رده شغلی، شیفت کاری و پست مسئولیت و پرسشنامه استاندارد SF-36 که فرم ۳۶ عبارتی توسط وارو شربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و اعتبار و پایایی آن در گروه های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است، استفاده گردید (۸). پرسشنامه SF-36 بر اساس طیف لیکرت و به صورت پنج گزینه ای (کاملاً مخالف- مخالف- نه موافق نه مخالف- موافق- کاملاً موافق) طراحی شده است و هدف از طرح این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید و دارای ۳۶ عبارت است (جدول ۱) که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد:

۱- سلامت عمومی^۲ ۲- عملکرد جسمانی^۳ ۳- محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی^۴ ۴- محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی^۵ ۵- درد بدنی^۶ ۶- عملکرد اجتماعی^۷ ۷- خستگی یا نشاط^۸ ۸- سلامت روانی^۹

^۲General Health

^۳Physical Functioning

^۴Role Limitations due to Physical Health

^۵Role Limitations due to Emotional Problems

^۶Pain

^۷Social Functioning

^۸Energy - Fatigue

^۹Emotional Well-Being

^۱ Quality of Life (QOL)

جدول ۱: ابعاد هشت گانه سنجش کیفیت زندگی

نمره پرسشنامه	تعداد عبارات	ابعاد هشت گانه
۲-۱-۰	۱۰	عملکرد جسمانی
۱-۰	۴	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی
۱-۰	۳	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی
۵-۴-۳-۲-۱-۰	۴	خستگی یا نشاط
۵-۴-۳-۲-۱-۰	۵	سلامت عاطفی، روانی
۴-۳-۲-۱-۰	۲	عملکرد اجتماعی
۴-۳-۲-۱-۰	۲	درد بدنی
۴-۳-۲-۱-۰	۵	سلامت عمومی
	۱-۳۶	پرسشنامه SF-36

درصد) اصلا فرزندی ندارند، ۱۶ نفر (۱۴ درصد) دارای یک فرزند؛ ۲۲ نفر (۱۹ درصد) دارای دو فرزند و ۵ نفر (۴ درصد) دارای بیشتر از دو فرزند بودند. همچنین از وضعیت استخدامی ۳۳ نفر (۳۰ درصد) کارکنان قرارداد رسمی یا پیمانی، ۶۰ نفر (۵۳ درصد) بصورت قراردادی یا شرکتی؛ ۷ نفر (۶ درصد) قرارداد ماده ۸۸ و بقیه ۱۲ نفر (۱۰ درصد) به صورت دانشجویی طرحی مشغول به کار بوده‌اند. از لحاظ رده شغلی؛ ۱۸ نفر (۱۶ درصد) بصورت هیات علمی، ۳۳ نفر (۳۰ درصد) در کادر پرستاری؛ ۲۳ نفر (۲۰ درصد) در کادر پاراکلینیک؛ ۲۳ نفر (۲۰ درصد) در پشتیبانی و ۱۵ نفر (۱۳ درصد) در سایر حیطه های اداری مشغول بکار بوده اند. از این تعداد ۷۰ نفر (۶۲ درصد) در شغل مورد تصدی پست آن را ندارند و ۴۲ نفر (۳۷ درصد) در شغل مورد تصدی پست آن را دارند. شیفت های کاری در بیمارستان بدین شرح است: ۵۵ نفر (۴۹ درصد) اداری روزکار؛ ۳۵ نفر (۳۱ درصد) صبح و عصر کار؛ ۵ نفر (۴ درصد) عصر و شب کار؛ ۱۷ نفر (۱۵ درصد) بصورت شناور مشغول هستند. در نهایت سابقه کاری شرکت کننده در این پژوهش در گروه زیر ۵ سال ۶۴ نفر (۵۷ درصد)؛ پنج تا ده سال ۱۴ نفر (۱۲ درصد)؛ یازده تا بیست سال ۱۶ نفر (۱۴ درصد) و بالای بیست سال ۱۸ نفر (۱۶ درصد) می باشد. از نظر ارتباط مستقیم با بیمار و همراه بیمار، ۷۵ نفر (۶۷ درصد) با بیمار و همراه بیمار ارتباط مستقیم داشتند و ۳۷ نفر (۳۳ درصد) با بیمار و همراه بیمار ارتباط مستقیم نداشتند. در جدول ۲ توصیف جمعیت شناختی نمونه نشان داده شده است.

میانگین حداقل امتیازات هر مولفه برابر با ۱ و میانگین حداکثر امتیازات هر مولفه ۵ می باشد. در تقسیم بندی نتایج درصد امتیازات قابل اکتساب به سه دسته نامطلوب (کمتر از ۵۰ درصد) - متوسط (۷۵-۵۰ درصد) و مطلوب (بالتر از ۷۵ درصد) در نظر گرفته شده است. در این پرسشنامه از مقیاس دیداری (visual scale) ۱ تا ۱۰۰ استفاده شده است (۱). منتظری و سایرین در پژوهشی آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری «همخوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش «مقایسه گروه های شناخته شده» و «روایی همگرایی» مورد ارزیابی قرار دادند. تحلیل «همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط (۰/۶۵) سایر مقیاس های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند (۹-۱۰) و نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

یافته ها:

در پژوهش حاضر، ۴۴ نفر (۳۹ درصد) نمونه را زنان و ۶۸ نفر (۶۱ درصد) را مردان تشکیل می دهند. ۳۴ نفر (۳۰ درصد) از پاسخ دهندگان دارای مدرک فوق دیپلم و کمتر، ۶۰ نفر (۵۳ درصد) دارای مدرک لیسانس و فوق لیسانس و نهایتاً ۱۸ نفر (۱۶ درصد) دارای مدرک دکترا و بالاتر می باشند. از این تعداد ۳۵ نفر (۳۱ درصد) مجرد، ۷۵ نفر (۶۷ درصد) متاهل و ۲ نفر (۱ درصد) وضعیت تاهل دیگری داشتند. به لحاظ تعداد فرزند ۶۹ نفر (۶۱

جدول ۲: توصیف جمعیت شناختی نمونه

ردیف	متغیر	سطوح	فراوانی	درصد
۱	جنسیت	زن	۴۴	۳۹
		مرد	۶۸	۶۱
۲	تحصیلات	فوق دیپلم	۳۴	۳۰
		لیسانس و فوق لیسانس	۶۰	۵۳
		دکتری	۱۸	۱۶
۳	تاهل	مجرد	۳۵	۳۱
		متاهل	۷۵	۶۷
		سایر	۲	۱
۴	تعداد فرزندان	بدون فرزند	۶۹	۶۱
		۱ فرزند	۱۶	۱۴
		۲ فرزند	۲۲	۱۹
		بیش از ۲ فرزند	۵	۴
۵	وضعیت استخدامی	رسمی یا پیمانی	۳۳	۳۰
		قراردادی یا شرکتی	۶۰	۵۳
		ماده ۸۸	۷	۶
		دانشجوی طرحی	۱۲	۱۰
۶	رده شغلی	هیات علمی	۱۸	۱۶
		پرستار	۳۳	۳۰
		پارااکلینیکی	۲۳	۲۰
		پشتیبانی	۲۳	۲۰
		اداری	۱۵	۱۳
۷	شیفت‌های کاری	اداری روزکار	۵۵	۴۹
		صبح و عصر کار	۳۵	۳۱
		عصر و شب کار	۵	۴
		شناور	۱۷	۱۵
۸	سابقه کاری	زیر ۵ سال	۶۴	۵۷
		۵-۱۰	۱۴	۱۲
		۱۱-۲۰	۱۶	۱۴
		بالای ۲۰ سال	۱۸	۱
۹	ارتباط با بیمار و همراه بیمار	ارتباط مستقیم	۷۵	۶۷
		عدم ارتباط مستقیم	۳۷	۳۳

می باشد. بیشترین میانگین نمرات ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی مربوط به مولفه عملکرد جسمانی برابر با ۸۴/۲ درصد و کمترین میانگین نمرات ارزیابی ابعاد کیفیت زندگی مربوط به مولفه خستگی یا نشاط برابر با ۵۸/۷ درصد بود.

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار محاسبه شده برای هریک از متغیرهای تحقیق نشان داده شده است. با توجه به این جدول سطح کیفیت زندگی کلی کارمندان بیمارستان روانپزشکی روزه در اکثر ابعاد در سطح متوسط رو به بالایی

جدول ۳: میانگین محاسبه شده بر مبنای مجموع میانگین‌های ابعاد حاصل شده

آمار توصیفی			
انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۲۱/۳	۸۴/۲۴	۱۱۲	عملکرد جسمانی
۲۱/۰۷	۶۲/۸۱	۱۱۲	سلامت عمومی
۳۵/۱	۷۴/۵۵	۱۱۲	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی
۳۹/۵	۶۵/۷۷	۱۱۲	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی
۲۵/۷	۶۸/۵۲	۱۱۲	درد بدنی
۲۰/۶	۶۷/۱۴	۱۱۲	سلامت روان
۲۶/۰۲	۶۹/۱۹	۱۱۲	عملکرد اجتماعی
۲۰/۵	۵۸/۸۰	۱۱۲	خستگی یا نشاط
۱۹/۴	۶۸/۸۷	۱۱۲	نتیجه کلی سطح کیفیت زندگی

از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج اجرای این آزمون (جدول ۴) نشان می‌دهد که مقدار اعداد معناداری (Sig) تمامی متغیرها کمتر از مقدار سطح خطا (۰/۰۵) می‌باشد. به عبارت دیگر، فرض صفر برای تمامی متغیرها رد می‌شود؛ در نتیجه تمامی متغیرها دارای توزیع غیرنرمال می‌باشند.

در تحلیل سوال ۲ مبنی بر تغییر در وضعیت سلامتی فرد طی دوره یک ساله، ۲۷ درصد از افراد وضعیتی بسیار بهتر و کمی بهتر از سال گذشته، ۴۶ درصد وضعیتی مشابه سال گذشته و ۳۹ درصد وضعیتی بسیار بدتر و کمی بدتر از سال گذشته داشتند. برای بررسی وضعیت توزیع داده‌های مربوط به متغیرها،

جدول ۴: نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی توزیع داده‌ها

متغیرها	سلامت عمومی	عملکرد جسمانی	محدودیت به دلایل جسمانی	محدودیت به دلایل عاطفی	درد بدنی	عملکرد اجتماعی	خستگی و نشاط	سلامت روانی
تعداد نمونه	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲	۱۱۲
اعداد معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۳۵	۰/۰۱۱

جهت بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک یا جمعیت شناختی (شامل: جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، شیفت کاری، ارتباط مستقیم با بیمار بستری، ارتباط مستقیم با همکاران بیمارستان بستری و تحصیلات) با کیفیت زندگی پرسنل بیمارستان روزه (جدول ۵) از آزمون کای اسکور استفاده شد.

با توجه به نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و غیرنرمال بودن توزیع داده‌های تحقیق، از آزمون کای دو (Chi-Square) که معادل ناپارامتریک آزمون تی تک نمونه‌ای است استفاده شد؛ که نتایج تغییر چشمگیری در مقایسه با میانگین نشان داد.

جدول ۵: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی (۸ بعد) با متغیرهای جمعیت شناختی

سلامت عمومی	عملکرد جسمانی	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی	درد بدنی	عملکرد اجتماعی	خستگی یا نشاط	سلامت روانی	ابعاد کیفیت زندگی	
۰/۴۴	۲۰/۶۴	۰/۹۷	۰/۸۲	۵/۵۴	۰/۳۱	۱/۴۳	۰/۵۸	کای اسکوئر	جنسیت
۰/۸۰	۰/۴۱	۰/۹۱	۰/۸۴	۰/۰۶	۰/۸۵	۰/۴۸	۰/۷۴	اعداد معناداری	
۰/۵۰	۲۰/۰۶	۱/۲۲	۰/۹۰	۵/۴۹	۰/۳۵	۱/۲۷	۰/۸۷	آزمون فیشر exact	
۵/۰۳	۹/۸۲	۲/۰۰۹	۰/۵۶	۰/۹۲	۵/۰۹	۲/۱۱	۳/۴۳	کای دو	گروههای مختلف تحصیلی
۰/۰۸	۰/۰۰۷	۰/۳۶	۰/۷۵	۰/۶۳	۰/۰۷	۰/۳۴۸	۰/۱۸	اعداد معناداری	
۱/۳۶	۲۴/۷۲	۱/۹۱	۲/۹۳	۱/۷۵	۷/۶۷	۰/۳۳	۱/۶۵	کای اسکوئر	سابقه کاری
۰/۵۹	۰/۲۱	۰/۷۵	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۸۴	۰/۴۳	اعداد معناداری	
۱/۵۳	۲۵/۰۲	۱/۵۴	۲/۹۴	۱/۴۷	۶/۹۴	۰/۵۷	۱/۲۶	آزمون فیشر exact	
۲/۱۶	۱۲/۸۷	۱/۶۹	۲/۰۶	۴/۲۵	۰/۵۳	۱۰/۶۴	۰/۴۴	کای اسکوئر	ارتباط مستقیم با بیمار بستری
۰/۳۳	۰/۸۸	۰/۷۹	۰/۵۶	۰/۱۱	۰/۷۶	۰/۰۰۵	۰/۸۰	اعداد معناداری	
۲/۱۵	۱۳/۸۹	۱/۷۲	۲/۰۶	۴/۰۸	۰/۴۷	۹/۱۳	۰/۸۱	آزمون فیشر	
۰/۲۷	۱۲/۹۳	۳/۱۷	۱/۴۰	۵/۶۸	۱/۰۰	۴/۲۰	۱/۱۹	کای اسکوئر	ارتباط مستقیم با همراهان بیمار بستری
۰/۸۷	۰/۸۸	۰/۵۲	۰/۷۰	۰/۰۵	۰/۶۰	۰/۱۲	۰/۵۵	اعداد معناداری	
۰/۳۱	۱۳/۸۲	۲/۹۳	۱/۴۸		۰/۹۷	۳/۸۳	۱/۴۹	آزمون فیشر	

کیفیت زندگی و ارتباط مستقیم با همراهان بیمار و متغیرهای کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0.05$). در بررسی وضعیت ابعاد کیفیت زندگی در بین گروههای مختلف تحصیلی (دیپلم و پایین تر، فوق دیپلم و لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر) که از آزمون کروسکال والیس استفاده شد، با توجه به مقدار کای اسکوئر و سطح معناداری هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، فقط سطح معناداری عملکرد جسمانی (0.007) از 0.05 کوچکتر است ($P\text{-Value} < 0.05$)، و بیانگر این است که فرضیه یک در این بعد مورد تایید قرار گرفته و عملکرد جسمانی در بین گروههای مختلف تحصیلی (دیپلم و پایین تر، فوق دیپلم و لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر) تفاوت دارد. این تفاوت را می توان در جدول ۶ مشاهده کرد که رتبه گروه سوم شامل فوق لیسانس و بالاتر بیشتر از سایر گروه ها است:

از آن جا که تعداد متغیرهای جمعیت شناختی زیاد بود لذا از میان آن دسته از نتایجی که معنادار نبوده اند صرفاً گروه جنسیت و آن دسته از متغیرهایی که معنادار بوده اند کل نتایج در جدول ۵ قابل ملاحظه می باشد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین متغیرهای جمعیت شناختی شامل جنسیت (بین دو گروه زن و مرد)، وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، سایر)، سابقه، وضعیت استخدامی (رسمی و پیمانی، قراردادی و شرکتی و ماده ۸۸، طرحی و دانشجوی)، شیفت کاری (اداری، در گردش) و متغیرهای کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود ندارد ($P\text{-Value} > 0.05$).

همچنین نتایج حاصل از آزمون ها میان متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای کیفیت زندگی در بین گروههای تحصیلی و متغیرهای کیفیت زندگی؛ سابقه کاری و متغیرهای کیفیت زندگی؛ داشتن ارتباط مستقیم با بیمار و متغیرهای

جدول ۶: بررسی تفاوت عملکرد جسمانی در بین گروه های تحصیلی

رتبه بندی (Mean Rank)	تعداد N	گروه تحصیلی	عملکرد جسمانی (کیفیت زندگی)
۴۹/۳۰	۳۲	دیپلم و پایین تر	
۴۹/۸۰	۴۱	فوق دیپلم و لیسانس	
۶۹/۴۵	۳۹	فوق لیسانس و بالاتر	
	۱۱۲	Total کل	

کرامر (Cramers V) شدت رابطه دو متغیر عملکرد اجتماعی و میزان سابقه کاری را بشرح جدول ۷ نشان داده است:

همانطور که در جدول ۵ مشخص است بین عملکرد اجتماعی و میزان سابقه کاری نیز ارتباط معناداری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0/02$) که آزمون تعقیبی ضریب وی

جدول ۷: بررسی شدت رابطه عملکرد اجتماعی و میزان سابقه کاری با استفاده از آزمون تعقیبی ضریب وی کرامر

معناداری	ارزش value	عملکرد اجتماعی و میزان سابقه کاری
۰/۰۲۲	۰/۳۱۸	آزمون وی کرامر

ارتباط مستقیم با همراهان بیمار و متغیرهای کیفیت زندگی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0/05$) که این معناداری میان بعد خستگی یا نشاط و داشتن ارتباط مستقیم با بیماران بستری ($P\text{-Value} < 0/005$) و بین بعد درد بدنی و داشتن ارتباط مستقیم با همراهان بیماران بستری، ارتباط معناداری وجود دارد ($P\text{-Value} < 0/05$) که شدت این رابطه بشرح جدول ۸ مورد بررسی قرار گرفته است:

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که مقدار وی کرامر ۰/۳۱۸ است و شدت رابطه بین دو متغیر عملکرد اجتماعی و میزان سابقه کاری در سطح متوسط رو به پایینی ارزیابی می شود. این ضریب بین صفر و یک است و هر اندازه به ۱ نزدیک باشد، شدت رابطه را نشان می دهد (۱۰). همچنین نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهد که بین ارتباط مستقیم با بیمار و متغیرهای کیفیت زندگی و

جدول ۸: بررسی شدت رابطه خستگی یا نشاط و بیماران بستری و درد بدنی و همراهان بیماران بستری

با استفاده از آزمون تعقیبی وی کرامر

معناداری	ارزش value	خستگی یا نشاط و بیماران بستری
۰/۰۰۵	۰/۳۹	آزمون وی کرامر
معناداری	ارزش value	درد بدنی و همراهان بیماران بستری
۰/۰۵	۰/۲۵	آزمون وی کرامر

بحث

در مطالعه انجام شده نشان داده شد که سطح کلی کیفیت زندگی در بیمارستان روانپزشکی روزبه ۶۸/۸ بوده است و بالاترین بعد آن مربوط به عملکرد جسمانی با میانگین ۸۴/۲ و پایین ترین بعد آن مربوط به خستگی یا نشاط با میانگین ۵۸/۸ می باشد که نشان دهنده وضعیت متوسط رو به بالای کیفیت زندگی در بیمارستان روزبه می باشد. همچنین طبق نتایج حاصله ۲۷ درصد وضعیت سلامت خود را بهتر از سال

نتایج جدول ۸ نشان می دهد که مقدار وی کرامر در ارتباط بین خستگی یا نشاط و بیماران بستری ۰/۳۹ است و مقدار وی کرامر در ارتباط بین درد بدنی و همراهان بیماران بستری ۰/۲۵ است که شدت رابطه در هر دو حالت در سطح متوسط رو به پایینی ارزیابی می شود.

گذشته، ۴۶ درصد مشابه سال گذشته و ۳۹ درصد بدتر از سال گذشته گزارش نموده اند. همچنین عملکرد جسمانی در بین گروه های تحصیلی (گروه های بالاتر و پایین تر از فوق لیسانس)؛ عملکرد اجتماعی و سابقه کاری (با شدت ۰/۳۱)؛ خستگی یا نشاط با ارتباط مستقیم با بیمار (با شدت ۰/۳۹)؛ درد بدنی با ارتباط مستقیم با همراه بیمار (با شدت ۰/۲۵) تفاوت معنی داری داشته اند. این نتایج نشان می دهد گروههایی با تحصیلات بالاتر و سابقه کاری کمتر دارای کیفیت زندگی بهتری هستند. داشتن ارتباط مستقیم با بیمار با شدت بیشتر و داشتن ارتباط با همراه بیمار با شدت کمتر در کاهش کیفیت زندگی کارمندان بیمارستان روانپزشکی تاثیر دارد. از آنجا که در پژوهش رزونکا و همکاران نتایج حاکی از آن بود زنان مبتلا به PCOS دارای کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کمتری نسبت به افراد سالم هستند (۳) لذا توجه ویژه به گروه در معرض خطر در این مطالعه ضروری می باشد. همچنین کادورا و همکاران نیز بر توجه ویژه به کادر درمان به لحاظ تاثیرگذاری بر نحوه مراقبت از بیمار در حوزه سازمانهای بهداشتی و درمانی تاکید کرده اند (۱۱). با توجه به مرور سیستماتیک جایل و همکاران نیز با عنوان تأثیر مدیریت منابع انسانی بر عملکرد در بیمارستان های جنوب صحرای آفریقا، نتایج بررسی بسیاری از مطالعات در زمینه مدیریت منابع انسانی نشان می دهد سازمان ها با بکارگیری ابزارهای مدیریت منابع انسانی با رضای نگه داشتن کارکنان خود، عملکرد سازمان را نیز بهبود ببخشند (۱۲). در همین راستا رونی و همکاران نیز در مطالعه ای تحت عنوان هزینه مراقبت: شناسایی فرسودگی شغلی و رضایت شغلی در پرستاران کودکان؛ به بررسی رابطه میان رضایت شغلی و فرسودگی شغلی با کیفیت زندگی پرستاران پرداختند ولی رابطه معناداری نیافتند ولی یافته های پژوهش نشان می دهد سازمانهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی باید علاوه بر توجه ویژه به پرسنل درمانی به ارتباطات میان همکاران نیز که در نحوه ارائه خدمت آنها موثر است، توجه نمایند؛ چرا که هر استرس و ناراحتی در کیفیت ارائه خدمات آنها تاثیرگذار است (۱۳).

تحلیل با مطالعه حاضر همخوانی ندارد؛ مطالعه فعلی بطور کلی کیفیت زندگی در حوزه درمان و راهکارهای افزایش آن را، به لحاظ ضرورت آن مورد بررسی قرار می دهد در حالی که مطالعه وسکو کیفیت زندگی و یکی از متغیرهایی که آن را تحت تاثیر قرار می دهد، پرداخته است (۱۴). در مطالعه سرینکان و همکارش تحت عنوان تعریف کیفیت زندگی پرستاران که به بررسی کیفیت زندگی میان پرستاران شاغل در بیمارستان تحقیقاتی دانشگاه پاموک کله پرداختند، نتایج نشان داد پرستارانی که دارای فرزند هستند، تغییر شیفت کاری ۱ تا ۵ بار در ماه دارند و درآمد بیشتر دریافت می کنند، دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند. آنها عواملی نظیر فقدان توجه کامل، عدم درک وظایف، عملکرد وظیفه گسترده، وظایف تکراری و تقسیم شده، کار شبانه، حمایت اجتماعی کم، عدم شناخت و پاداش، نیازهای عاطفی بالا را بر سلامت روان و کیفیت زندگی پرستاران موثر دانستند (۷) و توسعه فرهنگ سازمانی که باعث تفکر نوآورانه و رفتار پیشگیرانه می شود را راهکار مناسبی دانستند. اگرچه نتایج این پژوهش در عوامل موثر بر کیفیت زندگی با نتایج این پژوهش متفاوت است لکن می توان در اقدام بعدی تاثیر آنها را در بیمارستان روانپزشکی مورد سنجش قرار داد.

در مطالعه سریدی و سایرین تحت عنوان همبستگی فعالیت بدنی و کیفیت زندگی کارکنان حوزه های بهداشتی و درمانی نیز اگرچه شیوه تحلیل آنها با پژوهش فعلی همخوانی ندارد لکن در بررسی رابطه میان فعالیت بدنی و کیفیت زندگی نتایج جالبی داشته است؛ آنها در یافتند در صورتی که به پرسنل وقت آزاد جهت انجام فعالیت بدنی داده شود و همچنین دانش و آگاهی کارکنان حوزه بهداشت و درمان در مورد مزایای مرتبط با فعالیت بدنی افزایش یابد، در نتیجه شاهد افزایش کیفیت زندگی آنها خواهیم بود (۱۵).

در مطالعه انصاری، عباسی و نوروز زاده تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان، نتایج نشان داد بیشترین امتیاز کیفیت زندگی در بعد عملکرد تجسمی و کمترین میانگین مربوط به عملکرد اجتماعی اختصاص داشت که در بیشترین امتیاز کیفیت زندگی نتایج مشابه نتایج مطالعه حاضر بوده است. این مطالعه نیز تنظیم شیفت کاری پرسنل کادر درمان را با توجه به سابقه کار آنها در بهبود وضعیت کیفیت زندگی موثر دانسته است (۱۶). در مطالعه علا و سایرین تحت عنوان ارزیابی کیفیت زندگی پرستاران ایرانی، نتایجی کاملا مشابه این مطالعه داشته است؛ و ۸۵۰ نفر از پرستاران ۱۷ نقطه از ایران دارای کیفیت زندگی نسبتا خوبی هستند و رابطه معنی دار بین ابعاد کیفیت زندگی و عوامل مختلفی نظیر جنسیت و

در مطالعه وسکو و همکاران تحت عنوان رابطه کیفیت زندگی، علائم روانپزشکی و راهکارهای مقابله با آن در کارکنان پرستاری یونان، نتایج نشان داد هر قدر سلامت روحی و جسمانی کارکنان پرستاری ضعیف تر باشد، کیفیت زندگی آنها در همه ابعاد (فیزیکی، روحی، اجتماعی و محیطی) خیلی پایین تر است. آنها بکارگیری شیوه های مقابله ای مثلا بکارگیری استراتژی داشتن رویکردهای مثبت نگر را در بهبود سلامت عمومی کارکنان موثر دانستند. این مطالعه نیز در نحوه

در مطالعه وسکو و همکاران تحت عنوان رابطه کیفیت زندگی، علائم روانپزشکی و راهکارهای مقابله با آن در کارکنان پرستاری یونان، نتایج نشان داد هر قدر سلامت روحی و جسمانی کارکنان پرستاری ضعیف تر باشد، کیفیت زندگی آنها در همه ابعاد (فیزیکی، روحی، اجتماعی و محیطی) خیلی پایین تر است. آنها بکارگیری شیوه های مقابله ای مثلا بکارگیری استراتژی داشتن رویکردهای مثبت نگر را در بهبود سلامت عمومی کارکنان موثر دانستند. این مطالعه نیز در نحوه

ایران، توجه به سلامت روان کارکنان پرستاری جهت بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری ضروری است بیشترین میانگین (بدترین حالت) در سلامت روانی مربوط به حیطه عملکرد اجتماعی و کمترین میانگین نمره (بهترین حالت) مربوط به حیطه افسردگی بود (۲۲). در مقایسه با پژوهش حاضر سلامت روان از وضعیت متوسط رو به بالایی برخوردار است و عملکرد جسمانی نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار است.

در پژوهش ماهر و سایرین تحت عنوان بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر بهبود روابط با همکاران و کاهش تعارضات کار - خانواده در بین کارکنان مرکز آموزشی درمانی الزهرای (س) شهر اصفهان، یافته ها نشان داد آموزش کیفیت زندگی درمانی در بهبود نمرات روابط همکاران و تعارضات کار - خانواده گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد در طول زمان موثر بود (۲۳). اگرچه در این مطالعه از دو گروه مقایسه استفاده نشده است لکن فاز بعدی مطالعه با اقدامات بهبود و اندازه گیری مجدد کیفیت زندگی صورت می پذیرد. این مطالعه به لحاظ روش با مطالعه حاضر همخوانی ندارد ولی در هر دو مطالعه به نقش مهم کیفیت زندگی در کادر درمانی که ارائه دهنده خدمات با کیفیت به بیماران هستند، پرداخته اند.

در پژوهشی دیگر دشتدار و تاجری به پیش بینی فرسودگی شغلی براساس شیوه های حل مسئله و کیفیت زندگی در کارکنان دانشگاه پرداختند که نشان می دهد سبک کیفیت زندگی قادر به پیش بینی فرسودگی شغلی در کارکنان است و می توان با بالا بردن کیفیت زندگی سطح فرسودگی شغلی کارکنان را کاهش داد (۲۴). در مطالعه حاضر نیز نتایج حاصل از کیفیت زندگی متوسط است که در صورت عدم پیشگیری منجر به فرسودگی شغلی می گردد. همچنین ۳۹ درصد مواردی که اعلام داشته اند وضعیت سلامت آنها بدتر شده است حاکی از الزام رسیدگی به این امر است.

در مطالعه محمدی و سایرین که به بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های استان اردبیل پرداخته است، نتایج حاکی از سطح کیفیت زندگی متوسط و رو به بالایی بوده است و رابطه معناداری بین وضعیت استخدامی، نوبت کاری و تاهل مشاهده شد، بدین صورت که کیفیت زندگی کاری پرسنل رسمی بالاتر از سایر وضعیت ها بود؛ در نوبت کاری، عصرکارها دارای کیفیت زندگی کاری خوب و سایر شیفت ها متوسط بودند که در شیفت های بلند مدت شب کار افسردگی یکی از عوامل خطر ساز عنوان شده است؛ و در نهایت کیفیت زندگی کاری خوب و متوسط در افراد مجرد و مطلقه بیشتر از متاهلین بود (۲۵)، که به لحاظ سطح کیفیت زندگی امتیازی مشابه مطالعه حاضر داشته است

موقعیت شغلی وجود نداشت. این محققان به سیاست گذاران توصیه می کنند برای کمک به بهبود کیفیت زندگی پرستاران و کادر درمانی به جهت لغزایش کیفیت مراقبت هایی که به بیماران ارائه می دهند، اقدام نمایند (۱۷).

در مطالعه ضیائی و سایرین تحت عنوان ارتباط بین فرسودگی شغلی و کیفیت زندگی در میان کارکنان بخش بهداشت و درمان، کیفیت زندگی را بین گروههای کادر درمانی، پرستاران و کادر اداری سنجیده است که نتایج حاکی از کیفیت زندگی به ترتیب خوب، متوسط و ضعیف ارزیابی شده است. در مطالعه حاضر کیفیت زندگی بطور کل از گروههای مختلف درمان و اداری بطور متوسط رو به بالا ارزیابی شد و در تحلیل های صورت گرفته نیز میان گروههای درمانی و غیر درمانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری مشاهده نشد (۱۸). پژوهشی مشابه نیز توسط مظلوم و همکاران تحت عنوان تاثیر برنامه ایمن سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان انجام شد که بر ضرورت ارتقا کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش روان تاکید نموده و در آنالیز انجام شده نشان داد برنامه های مداخله (ایمن سازی در برابر استرس) در افزایش کیفیت زندگی آنها بسیار موثر بوده است. در پژوهش فعلی نیز ضرورت بررسی کیفیت زندگی مورد توجه بوده است (۱۹).

عمرانی و طالبی نیز در پژوهشی تحت عنوان کیفیت زندگی پرستاران و عوامل مرتبط، به بررسی کیفیت زندگی پرستاران بعنوان بزرگترین مجموعه کادر درمان در بیمارستان پرداختند که همانند این پژوهش میانگین کیفیت زندگی را در سطح متوسط رو به بالایی ارزیابی کردند. برخلاف پژوهش ما بالاترین و پایین ترین بعد کیفیت زندگی (نقش اجتماعی نقش و عملکرد فیزیکی) و همچنین جنسیت پرستاران عامل مهمی بود که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر داشت که با نتایج ما همخوانی ندارد (۲۰).

در پژوهشی که انصاری و سایرین تحت عنوان ارتباط کیفیت زندگی کاری با جو کاری اخلاقی انجام دادند، نتایج حاکی از آن بود که با افزایش جو کاری اخلاقی، کیفیت زندگی کاری مریمان افزایش می یابد (۲۱). در این مطالعه بیان شده است که وجود جو اخلاقی مناسب، رضایت کارکنان را در محیط کار افزایش می دهد و باعث ارتقا کیفیت زندگی کاری آنها خواهد شد. اگرچه ابزارهای بکارگرفته شده و نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی ندارد ولی بنظر می رسد وجود جو اخلاقی در ارتقا کیفیت زندگی در بیمارستان نیز تاثیرگذار است.

در مطالعه خیری و سایرین تحت عنوان ارزیابی وضعیت سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی

کاری، حیطه خستگی یا نشاط با داشتن ارتباط مستقیم با بیمار و حیطه درد بدنی با ارتباط مستقیم با همراهان بیمار رابطه معنادار وجود دارد.

باتوجه به نتایج فوق، از آنجا که در راستای تعالی منابع انسانی، هدف از مطالعه حاضر افزایش سطح کیفیت زندگی و تبدیل به بیمارستان ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان روزبه بوده است لذا بدین منظور اقدامات ذیل براساس عوامل موثر و بسترساز در افزایش کیفیت زندگی، پیشنهاد می گردد:

برنامه ریزی و اجرای مداخلات درمانی آموزشی در جهت افزایش کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان خصوصا در گروههای تحصیلی کارشناسی و پایین تر، در پست های سازمانی که ارتباط مستقیم با بیماران و همراهان و پرسنل دارای سابقه کاری کم در حیطه های خود مراقبتی جسمانی، ارتقاء مهارت های اجتماعی، مقابله با خستگی کاری و راهکارهای افزایش خلق و نشاط توصیه می گردد.

ایجاد یک محیط کاری سالم تر شامل بهبود ارتباطات، بهبود مدیریت، بهبود امکانات، رفاهی و نیروی انسانی، ایجاد محیط سالم روانی، برگزاری کلاس های آموزشی و رسیدگی بیشتر به بیمار و همراه بود.

تقدیر و تشکر:

پژوهش حاضر با حمایت های رئیس بیمارستان روزبه جناب آقای دکتر نقوی انجام گردیده است که بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از ایشان به عمل می آید. در پایان نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند که از خانم ها مونا امرالهی نیا، سامیه محمودی راد و محیا صفی زاده که در اجرا و جمع آوری داده های این مطالعه همکاری صمیمانه ای داشته اند و تمامی پرسنل محترم بیمارستان روزبه که در این طرح شرکت نموده اند، کمال تشکر و قدردانی را اعلام می نمایند.

از آنجا که پژوهش حاضر بصورت داخلی جهت سنجش وضعیت کیفیت زندگی کارمندان اجرا شده است و در سامانه پژوهشیار ثبت نشده است لذا در اجرای این مطالعه تمام موارد مربوط به کد اخلاق اعم از محرمانه بودن، عدم ذکر نام افراد، اخذ رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان رعایت شده است.

و در پژوهش ما برخلاف این پژوهش میان ابعاد کیفیت زندگی و وضعیت استخدامی و نوبت کاری و تاهل رابطه ای مشاهده نشد.

در پژوهشی که بی بی بیات و سایرین جهت پیشگویی کننده های کیفیت زندگی در رابطین سلامت مراکز بهداشتی درمانی جنوب تهران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که مدل بزنف در پیشگویی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت جهت داشتن کیفیت زندگی تاثیر دارد و منجر به شناسایی عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی می گردد (۲۶). از آنجا که در این مطالعه میانگین سلامت روان ۶۷ درصد بوده است لذا رفتارهای ارتقا دهنده سلامت به عنوان پیش گوئی کننده این بعد به جهت افزایش سطح کیفیت زندگی در اقدامات بعدی مورد نظر قرار خواهد گرفت.

در مطالعه کیفی کشاورز و سایرین نیز که به تبیین دیدگاه کارکنان درمانی در مورد اثرات بیمارستان بر سلامت ایشان با رویکرد بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت انجام شد، تعداد ۱۴ درون مایه اصلی از سه سوال محوری استخراج شد. تاثیرات مثبت ناشی از کار در بیمارستان شامل افزایش آگاهی و اطلاعات، دسترسی آسان به امکانات درمانی و اثر مثبت روانی بود. تاثیرات منفی شامل اثرات روانی، اثرات جسمی، انتقال بیماری و خستگی بود. پیشنهادات مصاحبه شوندگان برای ایجاد یک محیط کاری سالم تر شامل بهبود ارتباطات، بهبود مدیریت، بهبود امکانات، رفاهی و نیروی انسانی، ایجاد محیط سالم روانی، کنترل عفونت، برگزاری کلاس های آموزشی و رسیدگی بیشتر به بیمار و همراه بود. لذا بیمارستان ها نیاز و آمادگی متفاوتی برای تبدیل شدن به بیمارستان ارتقا دهنده سلامت دارند (۲).

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان روانپزشکی روزبه کارکنان در سطح متوسط و در برخی ابعاد در سطح مطلوبی قرار دارد. همچنین بین کیفیت زندگی در حیطه های عملکرد جسمانی و گروههای تحصیلی، حیطه عملکرد اجتماعی و میزان سابقه

References

1. Nejat S. Quality of life and measuring it. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2009; 4(2):57-62. (in Persian)
2. Keshavarz mohamadi, N, et al. explaining the treatment staffs view of the effects of the hospital on their health: Health Promoting Hospital Approach. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013; 20(113): 36-47. (in Persian)
3. Rzonca, E, et al. Determinants of Quality of Life and Satisfaction with Life in Women with Polycystic Ovary Syndrome. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15:376
4. Hosseini Iorgani SM, Abdolmaleki J. Study of the relationship between the quality of working life and social capital in Tehran University staff in order to provide practical solutions. *Quarterly Journal of Educational Research*. 2017; 12(52):59-92. (in Persian)
5. Gordon H. Making Sense of Qwl Programs, *Business Horizons*, and January. 1984: 37-49.
6. Noori Samarin Sh, Noori A. Relationship between quality of life dimensions and spiritual intelligence and its components in female nurses working in Ahvaz hospitals. *Woman in culture and art*. 2017; 9(4): 529-540. (in Persian)
7. Serinkan C and KAYMAKÇI K. Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University. *Pamukkale: Social and Behavioral Sciences*. 2013;89: 580-584
8. Orley J. WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument. s.l.: Quality of Life News, 1992.
9. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani nia M. Translation Determination of the Reliability and Validity of the Persian Species of the SF-36 Questionnaire. 2006: 49-56. (in Persian)
10. Kafashi M. Application of spss software in social research. Tehran Publishing House: Fujian. 2014. (in Persian)
11. Kaddourah B, Abu-Shaheen AK, Al-Tannir M. Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*. 2018. Pp: 17-43. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0312-0>
12. Gile PP, Samardzic MB, Van De Klundert J. The effect of human resource management on performance in hospitals in Sub-Saharan Africa: a systematic literature review. *Human Resources for Health*. 2018; 16(34): 1 -21. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0298-4>
13. Roney, L N, Acri, M C. The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. *Journal of pediatric nursing*, ISSN: 1532-8449. 2018; 40: 74-80
14. Voskou P, Bougea A, Economou M, Douzenis A, Ginieri-Coccosis M. Relationship of quality of life, psychopathologic symptoms and ways of coping in Greek nursing staff. *Elsevier España, Enferm Clin* 2018. Pp: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.10.006>
15. Saridi M, Filippopoulou T, Tzitzikos G, Sarafis P, Souliotis K, Karakatsani D. Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Research Notes*. 2019. Pp: 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4240-1>
16. Ansari H, Abasi M, Norouz zadeh R. Quality of life related to nurses' health in hospitals affiliated to Zahedan University of Medical Sciences. *Hospital Journal*. 2015; 14(3): 47-55. (in Persian)
17. Aalaa M, Sanjari M, Tootee A, Mirzabeigi Gh, Salemi S. Assessment of quality of life of Iranian nurses. *Nursing Reports*. 2012; 2: e10. Pp 57-62.
18. Ziaei M, Hosseini SY, Shariati H, Khoshboo E. Association between Occupational Burnout and Quality of Life among Healthcare workers. *J Saf Promot Inj Prev*. 2015; 3(3):185-90.
19. Mazloun SR, Darban F, Kashani Lotf Abadi M. The Effect of Stress Inoculation Program on the Quality of Life of Nurses Working in Psychiatric Wards. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012; 25(76):42-54.
20. Omrani Z, Talebi E. Quality of life of nurses and related factors. *Int J Epidemiol Res*. 2018; 5(2):60-63. doi: 10.15171/ijer.2018.13.
21. Ansari F, Noorbakhsh P, Sepasi H. Relationship Quality of work life with ethical work atmosphere. *Journal of Ethics in Science and Technology*. 2018; 13(1): 74-81. (in Persian)
22. Kheiri F, et al. Evaluation of mental health status of nurses working in Iranian educational hospitals: a national survey. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017; 22: 91-100. (in Persian)
23. Maher R, Yosefi Z, Arman S. Effectiveness of quality of life therapy on improving relationships with colleagues and reducing labor-family conflicts among staff of Alzahra Medical Center in Isfahan. *Journal of Isfahan Medical School*. 2018; 36(478): 485-493. (in Persian)
24. Dashtdar H, Tajeri B. Burnout prediction based on problem solving and quality of life in university staff. *Journal of Sociology of Education*. 2018; 6: 32-46. (in Persian)
25. Mohammadi MA, et al. Evaluation of quality of work life of nurses working in hospitals of Ardabil province. *Journal of Health and Care*. 2017; 19(3): 109-116. (in Persian)
26. Bibi bayat B, et al. Proponents of quality of life in health volunteers in south Tehran health centers. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2017; 15(4): 377-388. (in Persian)

Survey of eight factors of quality of life of employees in Roozbeh Hospital

Siamand Anvari¹, Esmail Asadi², Gilda Rajabi Damavandi³, Mashala Valikhani⁴, Behrang Shadloo⁵, Sepideh Masoud Sinaki^{6*}

Submitted: 2019.1.19

Accepted: 2019.9.1

Abstract

Background: The purpose of this study was to investigate the quality of life of employees working in a psychiatric hospital.

Materials & Methods: The present study is a descriptive cross-sectional study conducted in Roozbeh Hospital in 2018. The sample size was calculated using Cochran's formula and 112 questionnaires were analyzed. Quality of life was assessed using the 36-item Short Form questionnaire (SF-36). Data analysis was conducted using SPSS software, descriptive statistics, Kruskal-Wallis, Chi-Square and Cramer's post-test.

Results: The findings revealed that the overall score of quality of life was 68.8. The highest mean of quality of life score was related to Physical functioning function (84.2) and energy fatigue had the least score (58.7). Also, the results of the study showed that there was a significant relationship between education groups and quality of life in terms of physical functioning (P-value=0.007); work experience and quality of life in social functioning dimensions (P-value<0.02); between having hospital patient communication and caregivers' communication with the quality of life in energy fatigue and pain dimensions (0.005, 0.05> P-Value); in Roozbeh Psychiatric Hospital staff.

Conclusion: According to the research findings, the quality of life of Roozbeh Psychiatric Hospital staff is moderate and educational and therapeutic interventions are recommended to improve the quality of life of the staff.

Keywords: quality of life, health condition, Psychiatric hospital staff

¹ General Practitioner, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Shahid Sattari University of Management, Tehran, Iran

³ M.Sc in Exceptional Child Psychology, Ziaiean Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Member of Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor, Islamic Azad University, SRBIAU Branch of Management, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Psychiatry, National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ PhD student of Human Resource Management, SRBIAU Branch, Islamic Azad University; Department of Human Resource Management, Tehran University of Medical Sciences; Member of Universal Scientific Education and Research Network (USERN), Tehran, Iran. (*corresponding author) Email: sepideh_m_s60@yahoo.com