

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران در بیمارستان منتخب شهر اهواز

شهره بنی‌داوودی^{۱*}، لیلا جعفری^۲، الهام علی‌چیتگر^۳، فرزانه مقیم‌زاده هندیجانی^۴

۱. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران، اهواز.

۲. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران، اهواز.

۳. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران، اهواز.

۴. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، اهواز، ایران، اهواز.

* نویسنده مسئول: banidavoodishohreh@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۴/۲/۱؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: کیفیت بالای زندگی کاری به‌عنوان شرط اساسی در توانمندسازی انسانی شناخته شده است. بهره‌وری پرسنل پرستاری نیز عامل مهمی در موفقیت بیمارستان است. چنانچه ارتباط بین این دو متغیر مشخص شود، مدیران با بالابردن کیفیت زندگی کاری می‌توانند زمینه بهره‌وری پرسنل را فراهم نمایند. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری پرستاران می‌باشد.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع هم‌بستگی است که دو متغیر کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری با استفاده از ابزارهای پژوهشگر ساخته مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش، کلیه پرستاران شاغل در یکی از بیمارستان‌های شهر اهواز تشکیل می‌دادند که ۱۰۰ نفر به‌صورت سرشماری بودند. روش جمع‌آوری داده‌ها خودگزارشی بودند. پایایی پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی کاری (۴۵ سؤال) و پرسش‌نامه بهره‌وری (۲۵ سؤال) از طریق محاسبه ثبات درونی با اندازه‌گیری ضریب آلفای کرنباخ به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ بود. داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کاری پرستاران $3/12 \pm 0/60$ و در سطح متوسط بود. میانگین و انحراف معیار بهره‌وری $4/02 \pm 0/39$ و در سطح نسبتاً مطلوبی بود. آزمون آماری پیرسون هم‌بستگی مستقیم و معناداری بین بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران را نشان داد $t=0/23$ ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: سطح متوسط کیفیت زندگی کاری و وضعیت نسبتاً مطلوب بهره‌وری پرستاران نشان می‌دهد برای دستیابی به وضعیت مطلوب، تلاشی بیشتر جهت ارتقا کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران لازم است.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی کاری، بهره‌وری، پرستاران.

مقدمه

کیفیت زندگی کاری در بیمارستان‌ها یکی از تمرکزهای عمده بسیاری از سازمان‌ها قرار گرفته است و ارتقاء کیفیت زندگی کاری پرستاران یکی از عوامل مهم جهت اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی معرفی شده است. در هر سازمانی کیفیت زندگی کاری بالا، برای جذب و حفظ کارکنان اساسی است. از آنجاکه زندگی کاری روی احساس فرد درباره آنچه در مکان کاری مطلوب است یا نیست، پایه‌گذاری می‌شود و مربوط به تجربه کسب‌شده در شغل و زندگی فرد می‌شود (۱)، از این دیدگاه، بررسی کیفیت زندگی کاری حائز اهمیت فراوانی است. نارضایتی از کیفیت زندگی کاری مسئله‌ای است که تقریباً روی تمام کارکنان، بدون توجه به موقعیت یا وضعیت آن شخص در هر زمان تأثیر می‌گذارد. خستگی، نومیدی و عصبانیت در کارکنانی که از کیفیت زندگی کاری خود ناراضی هستند، معمول است و این مسئله می‌تواند برای فرد یا سازمان هزینه داشته باشد. همچنین کیفیت زندگی کاری مستقیماً روی خدماتی که یک سازمان به مشتریان خود عرضه می‌کند، تأثیر می‌گذارد و چنانچه این پدیده بررسی نشود، پیشرفت اثربخش سازمان نه می‌تواند ارتقا داده شود و نه حفظ گردد (۲). کیفیت زندگی کاری پرستاران تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اجرایی، مدیریتی و شرایط خاص فرهنگی قرار دارد (۳). بنابراین بررسی کیفیت زندگی کاری پرستار حائز اهمیت فراوانی است؛ زیرا می‌تواند در کلیه سطوح بر کیفیت مراقبت پرستاری وی تأثیر گذارد (۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که مسائل کیفیت زندگی کاری، بر رضایت کارکنان و نهایتاً ابقا یا ترک پست کنونی تأثیر می‌گذارد (۵). همچنین مشکلات و کمبودهایی که در این زمینه وجود دارد، می‌تواند سبب نارضایتی شغلی و در نتیجه فرسودگی روانی و ترک شغل شود (۳). ضمناً کیفیت زندگی کاری سهم مهمی در رضایت از سایر ابعاد زندگی نظیر خانواده، تفریح و سلامت دارد (۶). همچنین میزان مرگ‌ومیر در بیمارستان‌هایی که محیط‌های کاری حمایتی دارند، کمتر از بیمارستان‌های دیگر است (۷). بنابراین توجه مدیران به متغیرهای کیفیت زندگی کاری می‌تواند محیط کاری انسانی‌تر را تسهیل نماید که نه تنها نیازهای اساسی پرسنل، بلکه نیازهای سطوح بالاتر، رشد مداوم و عملکرد پیشرفته را نیز در برمی‌گیرد (۸). از آنجا که پرستاران نماینده بزرگ‌ترین گروه کاری و تسهیل‌کنندگان مراقبت بیمارستانی هستند، در مطالعات زیادی به‌خصوص در ایران، به ماهیت کار پرستاری و کیفیت زندگی کاری آن‌ها پرداخته شده است (۹). یکی از نتایج قابل ذکر این مطالعات، بیانگر این است که ۷۴ درصد

پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود ناراضی بودند (۱۰). از طرف دیگر بهره‌وری نیروی انسانی و بررسی عمیق آن یکی از اولویت‌های پیشرفت و توسعه هر سازمانی محسوب می‌شود. بیمارستان‌ها نیز از این قاعده مستثنی نبوده و در سال‌های اخیر بسیاری از آن‌ها سعی نموده‌اند ابعاد کمی و کیفی بهره‌وری نیروی انسانی را افزایش دهند تا در محیط رقابتی و با کمبود منابع بتوانند به‌طور مؤثر خود را اداره نموده و بقای خود را تضمین نمایند؛ زیرا که بهره‌وری از عواملی است که دوام و بقای سازمان‌ها را در دنیای پرقابلیت فعلی تضمین می‌کند (۱۱). ضمناً اهمیت بهره‌وری و لزوم بررسی آن باتوجه به گسترش سطح رقابت، پیچیدگی تکنولوژی، تنوع سلیقه‌ها، کمبود منابع و سرعت تبادل اطلاعات، بر کسی پوشیده نیست (۱۲) و جدی‌ترین تلاشی که مدیریت کشورها در دهه‌های آینده با آن روبه‌رو خواهد بود، بهره‌وری نیروی کار، به‌ویژه نیروی کار بخش خدمات سلامت خواهد بود (۱۳). همچنین بهره‌وری نیروی انسانی و بررسی عمیق آن یکی از اولویت‌های پیشرفت و توسعه هر سازمانی محسوب می‌شود. بهره‌وری عبارت است از میزان اثربخشی، کارایی، بازدهی و توانمندی پرستار و استفاده بهینه از نیروی کار، توان، استعداد و مهارت نیروی انسانی (۱۴). باوجود این، سازمان‌های مراقبت بهداشتی برخلاف سازمان‌های صنعتی و تجاری، به‌ندرت روش‌های افزایش بهره‌وری در سطح پرسنلی را بررسی نموده‌اند و بسیاری از تلاش‌های مدیران جهت ایجاد آخرین تغییرات ناراسا بوده و منجر به ترک خدمت سریع پرسنل شده و افزایش اشتباهات دارویی، ناخوشی، مرگ‌ومیر و نارضایتی بیماران را در پی داشته است (۱۵).

بنابراین تحکیم فرهنگ بهره‌وری، موجب استفاده بهینه از کلیه امکانات مادی و معنوی سازمان‌ها می‌شود و دائماً توان‌ها، استعدادها و امکانات بالقوه سازمان‌ها شکوفا می‌شود و بدون اضافه کردن فناوری و نیروی انسانی جدید می‌توان از امکانات، شرایط، توان و قابلیت‌های نیروی انسانی موجود در جهت تحقق هدف‌های سازمان حداکثر بهره را برد (۱۶).

بنابراین محیطی که کیفیت زندگی کاری در آن رعایت شده باشد، به‌عنوان محیط کاری مشارکتی، پویا، باز و غیررسمی می‌داند. چنین محیطی را می‌توان اخلاقی و مولد دانست؛ چراکه چنین محیطی در صورتی توسعه خواهد یافت که مدیران نسبت به کارکنان خود اعتماد و اطمینان داشته باشند. همچنین فرهنگ اخلاقی در سازمان‌هایی می‌تواند توسعه پیدا کند که خط مشی‌های سازمانی و سبک‌های رهبری مدیریت ارشد سازمان از آن پشتیبانی کنند. پس حفظ حریم شخصی نیاز به حفظ توازن خانواده و شغل و نیازهای

ابزار به هر گویه نمره ۱ تا ۵ اختصاص داده می‌شود که نمره ۵ برای خیلی زیاد و نمره ۱ برای خیلی کم اختصاص دارد. بدین ترتیب نمره ۴۵ برای کمترین حالت زندگی کاری و نمره ۲۲۵ حداکثر امتیاز را به خود اختصاص می‌داد. در مورد بهره‌وری نیز نمره ۲۵ برای کمترین بهره‌وری و نمره ۱۲۵ برای حداکثر بهره‌وری در نظر گرفته شد (۱۹).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری حاوی گویه‌هایی همچون انگیزه و علاقه به کار؛ عادلانه بودن حقوق و مزایای کار؛ امکان رشد؛ جو سازمانی براساس اعتماد و امنیت؛ سبک مدیریت مدیران؛ امکان خلاقیت و نوآوری؛ تصمیم‌گیری و کنترل روی کار؛ انجام مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی در کنار شغل است. پرسش‌نامه بهره‌وری نیز شامل گویه‌هایی مانند اثربخشی، کارایی و تعهد است. پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده شد و مجدداً به صورت حضوری از آن‌ها جمع‌آوری شد. به دلیل اینکه پرستاران قبل از شرکت در تحقیق با توضیحات کامل سوپروایزهای آموزشی بیمارستان کاملاً توجیه می‌شدند و با رضایت پرسش‌نامه‌ها را تحویل و تکمیل می‌نمودند، بنابراین نیازی به گرفتن رضایت‌نامه کتبی نبود و ملاحظات اخلاقی به طور کامل رعایت گردید. با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ داده‌ها مورد توصیف و تحلیل آماری (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و ضریب هم‌بستگی پیرسون) قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد حدود ۳۷ درصد از پرستاران اضافه‌کار نداشتند و ۶۳ درصد اضافه‌کار می‌کردند. ۹۸ درصد در شغل پرستاری مشغول به کار بودند و تنها ۲ درصد به شغل پرستاری در محل دیگری نیز مشغول بودند. ۹۹ درصد پرستاران در طول خدمت خود، ترک خدمت نداشتند و فقط ۱ درصد ترک خدمت داشتند. ۹۸ درصد اعلام کردند در طول خدمت غیبت نداشتند و تنها ۲ درصد از افراد غیبت داشتند. ۴۱ درصد اعلام کردند برنامه کاری مطابق تمایل آن‌ها تنظیم می‌شد و ۴۹ درصد نیز تا حدودی طبق نظر آن‌ها برنامه کاری تنظیم می‌شد و برنامه کاری ۱۰ درصد پرستاران هم بدون تمایل آن‌ها تنظیم می‌شد.

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کاری پرستاران $3/12 \pm 0/60$ و در سطح متوسط بود. میانگین و انحراف معیار بهره‌وری $4/02 \pm 0/39$ و در سطح نسبتاً مطلوب بود. آزمون آماری پیرسون، هم‌بستگی مستقیم و معناداری بین بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران را نشان داد $r=0/23$ ($P<0/001$) (نمودار ۱).

سلامتی و ایمنی از جمله مهم‌ترین نگرانی‌های عمده در محیط‌های کاری هستند. بنابراین موفقیت برنامه‌های کیفیت کاری به توانایی سازمان در ایجاد سطوح بالای اعتماد میان کارکنان و مدیریت سازمان بستگی دارد که منجر به بهبود عملکرد سازمان خواهد شد. همچنین وجود اخلاق در سازمان نیز منجر به نگرش‌های کاری مثبت در میان کارکنان می‌شود و تأثیر غیرمستقیمی بر رضایت شغلی آن‌ها خواهد داشت (۱۷).

Thompson and Stanowski (۲۰۰۹) معتقدند که افزایش بهره‌وری پرستاران مزایایی نظیر کاهش عفونت‌های بیمارستانی، ابقای پرستاران، استفاده مؤثر از نیروی کار پرستاری و افزایش رضایت بیماران، پرستار، پزشک و کارکنان را به همراه دارد (۱۸). مدیران نیز با دانستن ارزش‌های کیفیت زندگی کاری از منظر پرستاران می‌توانند بهره‌وری آنان را افزایش داده و ابعادی را که ارتباط بیشتری با بهره‌وری دارند، آگاهانه تحت تأثیر قرار دهند (۱). با توجه به مطالعات انجام شده در کشور که بیانگر نامطلوب بودن کیفیت زندگی کاری پرستاران بوده و مطالعات کیفی دیگری نشان از بهره‌وری ناکافی پرستاران دارد (۱۰ و ۳۱)، ضرورت انجام تحقیقی جهت تعیین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران بالینی و آموزشی یکی از بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز و ارتباط آن دو با هم احساس می‌شد که این مطالعه به آن پرداخته است.

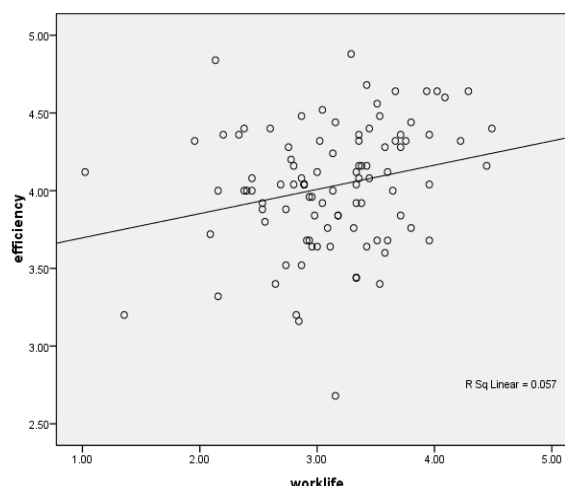
روش

این مطالعه توصیفی مقطعی از نوع هم‌بستگی بود که با هدف تعیین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران شاغل در یکی از بیمارستان‌های اهواز انجام شد. حجم نمونه معادل با جامعه پژوهش ۱۰۰ نفر از پرستاران بالینی و آموزشی بیمارستان بود که به صورت سرشماری در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت.

ابزار پژوهش علاوه بر متغیرهای جمعیت‌شناختی، شامل پرسش‌نامه بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری بود. دو پرسش‌نامه کیفیت زندگی و بهره‌وری در سال ۱۳۸۷ طی مطالعه دهقان نیری در دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده و بومی‌سازی شده است (۱۹). ثبات درونی دو پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری، با اندازه‌گیری ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ برآورد شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری حاوی ۴۵ گویه در مقیاس لیکرت (از خیلی زیاد تا خیلی کم) و پرسش‌نامه بهره‌وری حاوی ۲۵ گویه در مقیاس لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است. در هر دو

بهره‌وری، پرستاران بخش عمومی با کسب میانگین ۳/۸۷ ضعیف‌ترین و پرستاران بخش ICU با کسب میانگین ۴/۳۰ مطلوب‌ترین میزان بهره‌وری را نسبت به سایر پرستاران داشتند (جدول ۱).

در مورد ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی کاری، پرستاران در بُعد فضای کلی زندگی کاری (فراهم‌نمودن زمینه رشد و بهبود مهارت‌ها) با کسب میانگین ۲/۶۹ ضعیف‌ترین و در بُعد یکپارچگی و انسجام در کار (مشارکت در تصمیم‌گیری) با کسب میانگین ۳/۳۶ بهترین بُعد کیفیت زندگی کاری را داشتند (جدول ۲).



نمودار ۱: نمودار خطی ضریب هم‌بستگی کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران

جدول ۱: میزان ارتباط بخش‌های مختلف بیمارستان با متغیرهای کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری

بخش	کیفیت زندگی کاری	بهره‌وری
نوزادان	۲/۸۳	۴/۳۰
عفونی	۲/۸۴	۳/۹۹
نفرولوژی	۲/۹۸	۳/۹۶
جراحی	۳/۰۴	۳/۹۲
اورژانس	۳/۰۹	۳/۹۸
گوارش	۳/۰۹	۴/۰۳
NICU	۳/۱۲	۳/۹۸
سوپروایزر پرستاری	۳/۱۷	۳/۹۹
عمومی	۳/۲۳	۳/۸۷
ICU	۳/۵۰	۴/۳۰
Sig	۰/۳۶	۰/۳۷

متغیر کیفیت زندگی کاری با وضعیت تأهل ($P=۰/۱۱$) و سابقه کار ($P=۰/۶۰$) اختلاف معناداری نداشت. متغیر بهره‌وری با وضعیت تأهل ($P=۰/۰۰۴$) اختلاف معناداری داشت؛ ولی با متغیرهای سابقه کار ($P=۰/۰۸$) اختلاف معناداری نداشت. همچنین متغیر کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری نیز با متغیر بخش‌های مختلف بیمارستان نیز ($P=۰/۳۶$) اختلاف معناداری نداشت. بنابراین به دلیل عدم تناسب حجم نمونه با متغیرهای دیگر همانند اضافه‌کار، شغل دوم، ترک خدمت و غیبت، ارزیابی ارتباط ممکن نبود.

در مورد ارتباط بخش‌های مختلف بیمارستان با متغیر کیفیت زندگی کاری، پرستاران بخش نوزادان با کسب میانگین ۲/۸۳ ضعیف‌ترین و پرستاران بخش ICU با کسب میانگین ۴/۳۰ مطلوب‌ترین میزان کیفیت زندگی کاری را نسبت به سایر پرستاران داشتند. همچنین در ارتباط با متغیر

جدول ۲: امتیاز کسب شده ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی کاری پرستاران

شماره	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
۱	پرداخت منصفانه و کافی	۲/۹۲	۰/۸۱
۲	محیط کاری ایمن و بهداشتی	۳/۲۲	۰/۸۵
۳	تأمین فرصت رشد و امنیت	۲/۹۵	۰/۹۹
۴	قانون‌گرایی در سازمان	۳/۱۰	۱/۰۸
۵	وابستگی اجتماعی زندگی کاری	۳/۱۱	۱/۱۵
۶	فضای کلی زندگی کاری	۲/۶۹	۰/۷۶
۷	یکپارچگی و انسجام در سازمان	۳/۳۶	۰/۸۲
۸	توسعه قابلیت‌های انسانی	۲/۹۴	۰/۴۵

بحث

دیدگاه‌های مختلفی در مورد کیفیت زندگی کاری و تأثیر آن بر بهره‌وری پرستاران وجود دارد؛ از جمله اینکه کیفیت زندگی کاری فرایندی با هدف پیشبرد وضعیت انسانی در مکان کار است؛ به نحوی که موقعیت‌های کاری سالم‌تری ایجاد می‌کند (۲۰). همچنین در هر سازمانی، کیفیت زندگی کاری بالا برای جذب و حفظ کارکنان اساسی است (۲۱ و ۲۲) و به دلیل اینکه اکثر پرستاران از وجود استرس‌های شغلی و شفاف نبودن دورنمای شغلی خویش ناراضی هستند (۱۰)، طبیعتاً بر کیفیت زندگی کاری آنان بی تأثیر نیست. بنابراین افزایش حجم کار، درک و آگاهی بیماران و عدم قطعیت شغلی در محیط‌های کاری مراقبت بهداشتی، اثری قابل توجه روی اینکه پرستاران چگونه کارشان را تجربه می‌کنند، دارد (۷). در نتیجه کیفیت زندگی کاری پرستاران نیز مانند سایر کارکنان تحت تأثیر خصوصیات محیطی که در آن مشغول به کار هستند و خصوصیات خارج محیطی قرار می‌گیرد. با این حال پرستاران ممکن است کنترل کمی بر محیط خود داشته یا هیچ‌گونه کنترلی نداشته باشند. بنابراین اهمیت ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران، یکی از عوامل مهم جهت اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی است که می‌تواند بازده یا بهره‌وری پرستاران را مهیا سازد. بر این اساس در تحقیق حاضر به اندازه‌گیری این دو متغیر و تأثیر آن‌ها پرداخته شده است.

نتایج تحقیق حاضر بیانگر آن است که میزان بهره‌وری پرستاران در سطح مطلوب گزارش شد. این در حالی است که ارتباط معنادار و مثبتی بین کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری پرستاران در مطالعه حاضر یافت شد. در مطالعه دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده شد که میزان بهره‌وری پرستاران در سطح متوسط قرار داشت. همچنین ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری پرستاران وجود داشت (۱۹). فارسی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بسیاری از پرستاران نمره بهره‌وری بالایی به دست آوردند (۲۳). همچنین سلام‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه میزان کیفیت زندگی کاری و سطح بهره‌وری پرستاران از میزان متوسط کمتر بود، ولی بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. در نتیجه بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران، موجب ارتقای سطح بهره‌وری آن‌ها خواهد شد (۲۴). اما Almalki و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود که در عربستان انجام و نشان دادند که پرستاران از زندگی کاری خود ناراضی بودند و مهم‌ترین

عوامل مؤثر را ساعات کار نامناسب، کمبود امکانات، عدم توانایی در حفظ تعادل کار با نیازهای خانواده، ناکافی بودن زمان تعطیلات برای پرستاران و خانواده، نیروی انسانی ضعیف، مدیریت و شیوه‌های نظارت بر خود، فقدان فرصت‌های توسعه حرفه‌ای و یک محیط کاری نامناسب از نظر سطح امنیت، تجهیزات مراقبت از بیمار و امکانات تفریحی پرستاران بود (۲۵). بنابراین شریف‌زاده (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان داد که دو پدیده زندگی کاری و زندگی شخصی، اثرات متقابل و تشدیدکننده‌ای بر روی یکدیگر داشته و فردی که در این دو قسمت دارای مشکلات متعددی باشد، به طور قطع این مشکلات بر روی تمرکز حرفه‌ای، رضایت از کار، شادابی در محیط کار و بهره‌وری سازمانی او تأثیرگذار خواهد بود (۲۶). رجبانی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که بین نهادینه‌سازی ضمنی و آشکار اخلاق و کیفیت زندگی کاری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۱۷).

زندگی کاری افراد شامل هشت بُعد است: بُعد اول در رابطه با حقوق و مزایای منصفانه است که نتایج مطالعه حاضر نشان داد حقوق و مزایای پرستاران در سطح متوسط قرار دارد و آن‌ها به طور تقریبی راضی هستند. اما در مطالعه دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده شد که پرستاران کیفیت زندگی کاری خود را در زمینه حقوق و مزایا بسیار ضعیف ارزیابی کردند (۱۹). درگاهی و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای دیگر نیز بین کیفیت زندگی کاری و حقوق ماهیانه پرستاران ارتباط معناداری گزارش دادند (۱۰) و مطالعات Sandrick (۲۰۰۳) و Krueger و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد که افزایش حقوق و مزایای ماهیانه باعث افزایش رضایت پرستاران از کیفیت زندگی کاری‌شان می‌گردد (۲۷ و ۲۸).

پرستاران در بُعد محیط کاری ایمن و بهداشتی در سطح متوسط قرار داشتند. این یافته نشان می‌دهد پرستاران از شرایط فیزیکی مناسب و کم‌خطر و حتی ساعات کار منطقی برخوردارند. Fillion و همکاران (۲۰۰۹) نیز در تحقیق خود، جو روانی کار را از مؤلفه‌های مهم رضایتمندی از زندگی کاری بر شمرده‌اند (۲۹). ایمنی و کرمپوریان (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان دادند هرچه قدر کیفیت زندگی کاری فرد بالاتر باشد، استرس کمتری داشته و در نتیجه از بهداشت روانی بهتری در برخورد با ارباب رجوع برخوردار است (۳۰). فارسی و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای در مورد رابطه بین بهره‌وری و فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نظامی در تهران

به طور وسیع این احساس وجود دارد که پرستاری یک حرفه خاص است و اسناد و مدارک نشان می‌دهند که کیفیت زندگی کاری با مسایل متعددی از جمله رهبری حرفه‌ای تعیین می‌شود (۳۳ و ۳۴). برزگر و همکاران (۲۰۱۲) نیز مطالعه‌ای در مورد رابطه بین رفتار رهبر، کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری منابع انسانی در ایران انجام دادند و این نتایج به دست آمد که سطح رضایت‌بخشی از کیفیت زندگی کاری در بیمارستان‌های کشورهای در حال توسعه، دست‌یافتنی خواهد بود. علاوه بر این، سطح ادراک کارکنان نسبت به کیفیت زندگی کاری، بالاتر از میزان ادراک آن‌ها نسبت به رفتار رهبری بود. سبک رهبری، رفتار با زیردستان بر پایه اعتماد و احترام، ایجاد انگیزه و به رسمیت شناختن زیردستان، ترویج ارزش‌های سازمانی، یک پیش‌بینی‌کننده قوی از کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری منابع انسانی بود (۳۵).

بُعد وابستگی اجتماعی زندگی کاری یا فراهم نمودن زمینه رشد و پرورش و بهبود مهارت‌ها، در تحقیق حاضر در سطح متوسط رو به بالا قرار داشت و حاکی از این است که به برداشت و ادراک پرستاران توجه خاصی می‌شود و مدیران بیمارستان نسبت به مسئولیت اجتماعی خود که شامل اعتماد، تنوع و کیفیت خدمت‌رسانی هم به مشتریان درونی (پرستاران) و هم مشتریان بیرونی (بیماران) است کاملاً واقف هستند؛ برخلاف مطالعه دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) که نشان داده شد فقط تعداد کمی از پرستاران بُعد ارزشیابی و قدردانی را مطلوب برآورد کردند (۱۹). Upenieks (۲۰۰۳) در مطالعه خود دریافت که نگرش مدیران درباره پرستاری و مراقبت بیمار در سراسر سازمان گسترش یافته و روی کیفیت زندگی کاری پرستاران تأثیر می‌گذارد (۳۶) و Snow (۲۰۰۱) نیز بر این باور بود که چنانچه مدیران برای این مسئولیت آماده نباشند، عدم صلاحیت آن‌ها می‌تواند محیطی ایجاد کند که تعهد و انگیزه را کاهش داده و بی‌تفاوتی ایجاد کند (۳۷). Roman و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای اثر کیفیت زندگی کاری بر عملکرد شغلی را مورد بررسی قرار دادند و این نتیجه حاصل شد که مفهوم کیفیت زندگی کاری براساس واکنش‌های عاطفی مثبت و نگرش فرد نسبت به شغل خود است. عملکرد شغلی اغلب به صورت اجرای وظایف شغلی، مسئولیت‌ها و تکالیف افراد نمود می‌کند و انگیزه تمایل به کار در سطح معینی از تلاش کارکنان است که در واقع، شامل انگیزه ظهور نیازها، ارزش‌ها، اهداف، مقاصد و انتظارات است. بنابراین رابطه‌ای بسیار قوی بین رفاه کارکنان در کار و عملکرد این سازمان‌ها وجود دارد (۳۸).

انجام و نشان دادند که از نقطه نظر شدت فرسودگی شغلی، اکثر پرستاران در سطح متوسط رو به بالا در ابعاد خستگی عاطفی بودند. علاوه بر این، اکثراً نمره بالایی در بُعد مسخ شخصیت به دست آوردند. همچنین رابطه ضعیف و معکوسی بین نمره کل بهره‌وری و فرسودگی وجود داشت (۲۳). Schmalenberg and Kramer (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای به ملزومات محیط کار از دیدگاه پرستاران پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در میزان و نوع نیازهای کاری پرستاران تفاوت‌هایی وجود دارد. از جمله اینکه پرستاران لیسانس به طور کل محیط کاری خود را سازنده‌ترین محیط، پرستاران ارشد مطلوب‌ترین محیط، پرستاران باتجربه رضایت‌بخش‌ترین محیط و در نهایت بخش‌های تخصصی، سربایی و جراحی، سالم‌ترین محیط کار عنوان کردند (۳۱). رجبانی و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که وجود اخلاق در سازمان نیز منجر به نگرش‌های کاری مثبت در میان کارکنان می‌شود و تأثیر غیرمستقیمی بر رضایت شغلی آن‌ها خواهد داشت (۱۷).

بُعد تأمین فرصت رشد و امنیت شغلی در سطح متوسط قرار داشت و حاکی از این است که پرستاران از بهبود توانایی‌های فردی، پیشرفت مهارت‌ها و همچنین امنیت شغلی متوسطی برخوردارند. اما یافته‌های دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که پرستاران اهمیت و ارزش کار خود را در سطح مطلوب قرار داده بودند (۱۹). ولی فارسی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که در مورد موفقیت‌های شخصی، تعداد کثیری از پرستاران احساس موفقیت کم داشتند (۲۳).

قانون‌گرایی در پرستاران مورد پژوهش در سطح متوسط رو به بالا قرار داشت؛ به این معنا که پرستاران حق آزادی بیان و بدون ترس، رعایت انصاف در ارتقاء شغلی، آزادی مخالفت با نگرش‌ها و حق واکنش در برابر مسائل را داشتند. دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که اکثر پرستاران بُعد مدیریتی را متوسط و کمتر از آن برآورد کردند و تنها تعداد کمی از پرستاران این بُعد از کیفیت زندگی کاری خود را بسیار مطلوب دانستند (۱۹). Krueger و همکاران (۲۰۰۲) نیز در تحقیق خود گزارش دادند که حمایت سرپرستان و همکاران بر ارتقای کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤثر است (۲۸). همچنین Lacey و همکاران (۲۰۰۸) در بررسی خود نشان دادند که مدیران پرستاری با بهبود محیط کار می‌توانند عملکرد بالینی و حرفه‌ای پرستاران را ارتقا دهند (۳۲). بنابراین Telford (۲۰۰۴) و Baumann O'Brien (۲۰۰۲) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که

پرستارانی که سابقه کاری بیش از ۱۰ سال داشتند، از کیفیت زندگی کاری خود راضی‌تر بودند (۱۰). ایمنی و کرمپوریان (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند که هم بستگی مثبت و معناداری بین کیفیت زندگی کاری و سابقه کارکنان وجود دارد (۳۰). بنابراین نتایج تحقیقات بالا نشان می‌دهد که سابقه تأثیر زیادی در میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران ندارد.

در مطالعه حاضر، بین میانگین‌های وضعیت تأهل و کیفیت زندگی کاری پرستاران اختلاف معناداری وجود نداشت؛ بدین معنی که میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران متأهل و مجرد به یک میزان بوده است. ولی ایمنی و کرمپوریان (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان دادند که هم‌بستگی مثبت و معناداری بین کیفیت زندگی کاری و وضعیت تأهل کارکنان وجود دارد (۳۰).

در مورد ارتباط بخش‌های مختلف بیمارستان با متغیر کیفیت زندگی کاری، پرستاران بخش نوزادان، ضعیف‌ترین میزان کیفیت زندگی کاری را نسبت به سایر پرستاران داشتند؛ در حالی که میزان بهره‌وری آن‌ها در سطح مطلوبی قرار داشت. در صورتی که پرستاران بخش ICU نه‌تنها بهترین میزان کیفیت زندگی کاری را نسبت به سایر پرستاران داشتند، بلکه از میزان بهره‌وری بالا و مطلوبی نیز برخوردار بودند. که نشان‌دهنده این است که پرستاران این بخش با وجود شرایط کاری بسیار سخت، از بازده کاری بالایی برخوردارند. اما عبدی و شهبازی (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای خلاف این امر را نشان دادند که پرستاران بخش ICU از نظر ابعاد استرس شغلی (بار کاری نقش، بی‌کفایتی نقش، دوگانگی نقش، مسئولیت، محیط فیزیکی، محدوده نقش) بیشترین استرس را در بُعد محیط فیزیکی تجربه کرده‌اند. ولی از نظر ابعاد فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت، فقدان موفقیت فردی) میزان استرس بالایی مشاهده نشد. بنابراین ارتباط بین ابعاد استرس شغلی و ابعاد فرسودگی شغلی (بین بی‌کفایتی نقش، محدوده نقش و مسوولیت و تحلیل عاطفی) ارتباط معنادار مشاهده شد که بیانگر این بود که ابعاد فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی) بیشتر تحت تأثیر ابعاد استرس شغلی قرار گرفته بود. (۴۱).

در مطالعه حاضر بین میانگین‌های سابقه کار و بهره‌وری پرستاران اختلاف معناداری وجود نداشت؛ یعنی سابقه پرستاران در میزان بهره‌وری تأثیرگذار نبوده است. ولی عبدی و شهبازی (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای خلاف این امر را نشان دادند. در ارتباط با متغیرهای زمینه‌ای مثل سن، بین موفقیت فردی و سابقه کار ارتباط مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. یعنی هرچه سابقه بیشتر می‌شد، موفقیت فردی نیز افزایش می‌یافت (۴۱).

فضای کلی زندگی کاری یا تعیین مسیر پیشرفت شغلی، در تحقیق حاضر در سطح متوسط رو به پایین قرار داشت و حاکی از این است که پرستاران در این زمینه از اوقات فراغت مناسب، ادامه تحصیلات و وقت گذاشتن برای خانواده و حتی شرح شغل پرستاری و احراز آن برای ارتقای مسیر شغلی بهره کافی نبرده‌اند؛ بنابراین ضعیف‌ترین امتیاز را در این مورد داشتند که نیاز به توجه خاص مدیران به منظور رفع نواقص و ضعف‌ها دارد.

در بُعد زندگی کاری، یکپارچگی و انسجام در بیمارستان یا مشارکت در تصمیم‌گیری پرستاران در سطح مطلوبی قرار داشت و حاکی از این است که به منافع پرستاران و تیم‌های کاری، با توجه به عدم تعصب به نژاد و حتی آزادی بیان ایده و تشکل صنفی، توجه خاصی می‌شود و پرستاران تقریباً از گروه‌های کاری منسجمی برخوردارند. ولی در مطالعه دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) نشان داده شد که فقط تعداد کمی از پرستاران جو، محیط و فرهنگ سازمانی را مطلوب برآورد نمودند (۱۹).

همچنین در بُعد توسعه قابلیت‌های انسانی یا استقلال در کار، پرستاران در سطح متوسط قرار داشتند و نشانگر این است که آن‌ها از استقلال و خودکنترلی، بهره‌مندی از مهارت‌های گوناگون، دسترسی به اطلاعات متناسب با کار، برنامه‌ریزی و فرصت کسب مهارت و آموزش برخوردارند و در زمینه توانمندسازی آن‌ها فعالیت‌های بی‌شماری صورت گرفته است. همچنین Spreitzer و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیق خود نشان دادند که استقلال، یک فاکتور مهم در کیفیت زندگی کاری ذکر شده است و کارکنانی که از نظر روانی توانمند و دارای اختیار هستند، احساس مثبت‌تری نسبت به کار خود داشته و در دست‌یابی به اهداف سازمان بهره‌ورتر و اثربخش‌تر هستند (۳۹). Smith (۲۰۰۴) نیز در مطالعه‌ای که در آمریکا انجام داد، خودمختاری و استقلال در کار را از عناصر مهم در ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران بیان نمود (۴۰). ولی دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای در ایران نشان دادند که تنها تعداد کمی از پرستاران بُعد استقلال کیفیت زندگی کاری خود را مطلوب گزارش نمودند (۱۹).

در مطالعه حاضر، بین میانگین‌های سابقه کار و کیفیت زندگی کاری پرستاران اختلاف معناداری وجود نداشت؛ بدین معنی که میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران با سابقه و کم‌سابقه به یک میزان بوده است. که این نتیجه نیز با مطالعه دهقان نیری و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت دارد (۱۹). اما در مطالعه درگاهی و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده شد که

پرستاران و بیماران اجرا نمایند. پرستاران از آزادی بیان بدون ترس و رعایت انصاف مناسبی برخوردار بودند که همین امر منجر به افزایش رهبری حرفه‌ای و حمایت سرپرستاران می‌شد. همچنین از شرایط فیزیکی مناسب و کم‌خطری برخوردار بودند که منجر به ایجاد جو روانی کاری مناسب و کاهش استرس و فرسودگی شغلی می‌شد. آن‌ها به صورت تیم کاری فعالیت می‌کردند؛ یعنی تا حدودی می‌توانستند در تصمیم‌گیری درون‌بخشی مشارکت داشته و از فرهنگ سازمانی مطلوبی برخوردار باشند. قابل ذکر است که بخش‌های مختلف بیمارستان در ارتباط با این دو متغیر، رابطه مستقیم، مثبت و معناداری داشتند؛ یعنی با افزایش کیفیت زندگی کاری میزان بهره‌وری آن‌ها نیز افزایش می‌یافت. سلمانی (۱۳۸۶) به این مطلب اشاره می‌کند که کیفیت زندگی کاری نمایان‌کننده نوعی فرهنگ سازمانی و شیوه مدیریت است که کارکنان براساس آن احساس مالکیت، خودگردانی و عزت نفس می‌کنند و در پژوهش خود به این نتیجه رسید که رابطه معناداری بین کیفیت زندگی کاری و فرهنگ سازمانی وجود دارد (۴۴). بنابراین در تحقیقات انجام شده بیشترین محدودیت، عدم شناخت مدیران و رهبران سازمان از بافت فرهنگی سازمان و نبودن دموکراسی سازمانی و مشارکت جمعی بود که همین امر منجر به عدم اعتماد و همکاری پرستاران شرکت‌کننده شد. ولی در تحقیق حاضر پرستاران همکاری لازم و به‌موقع در تکمیل پرسش‌نامه‌ها را داشتند که نشان‌دهنده این است که بافت فرهنگی و سلسله‌نیازهای کارکنان تا حدودی شناخته شده و خواسته‌ها و تمایلات پرستاران تا حدودی برآورده شده است.

از آنجایی که مسایل ناشی از سطوح پایین کیفیت زندگی کاری، قابل توجه بوده و با بهره‌وری نیز ارتباط دارد، نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند به مدیران ارشد حوزه سلامت جهت تدوین راهکارها و برنامه‌های راهبردی مناسب، نظیر ایجاد اوقات فراغت، تحصیلات و زندگی خانوادگی، شرح شغل و احراز آن به‌منظور تعیین مسیر پیشرفت شغلی به ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران کمک نماید و از این طریق دستیابی به اهداف سازمانی و ارتقای بهره‌وری پرستاران را تسهیل نماید. همچنین برنامه‌های افزایش کیفیت زندگی کاری می‌تواند در آموزش‌های ضمن خدمت مدیران موردنظر گنجانده شود.

در مطالعه حاضر بین میانگین‌های وضعیت تأهل و بهره‌وری پرستاران اختلاف معناداری وجود داشت؛ به این معنی که میزان بهره‌وری پرستاران متأهل و مجرد به یک اندازه نبوده است. عبدی و شهبازی (۲۰۰۱) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند بین موفقیت فردی و وضعیت تأهل ارتباط مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. یعنی پرستاران متأهل موفقیت فردی بیشتری نسبت به افراد مجرد داشتند (۴۱).

در مورد ارتباط بخش‌های مختلف بیمارستان با متغیر بهره‌وری، پرستاران بخش عمومی، ضعیف‌ترین میزان بهره‌وری را نسبت به سایر پرستاران داشتند؛ درحالی‌که میزان کیفیت زندگی کاری آن‌ها در سطح متوسط قرار داشت. در صورتی که پرستاران بخش ICU نه‌تنها بهترین میزان بهره‌وری را نسبت به سایر پرستاران داشتند، بلکه از کیفیت زندگی کاری بالایی نیز برخوردار بودند.

بنابراین Cole و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که افزایش کیفیت زندگی کاری کارکنان در هر سازمانی به‌ویژه در مورد مشاغل که با انسان‌ها در تماس هستند، مانند پرستاری بسیار مهم است و بر سطوح مختلف کار تأثیر می‌گذارد (۴۲). همچنین Carllus and Considine (۲۰۰۱) در مطالعه خود نشان دادند پیامد افزایش کیفیت زندگی کاری سازمانی، شامل افزایش بهره‌وری و کیفیت فرآورده، ذخیره هزینه‌ها، کاهش غیبت، تغییر و تبدیل و اثربخشی سازمانی است که منجر به ابقا می‌شود و افزایش مشارکت کارکنان را در بر خواهد داشت (۴۳). Hood and Smith (۲۰۰۰) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی کاری روی عملکرد پرسنل تأثیر می‌گذارد (۸) و Travis (۲۰۰۵) نیز در بررسی خود نشان داد که با افزایش کیفیت زندگی کاری، اهداف و نیازهای سازمانی برآورده می‌شوند (۲۰).

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی کاری می‌تواند مکان کاری انعطاف‌پذیرتر، باانگیزه‌تر و صادقانه‌تر را پرورش دهد. زیرا نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران مذکور به دلیل اینکه به دنبال شغل دوم نبودند، از حقوق و مزایای تقریباً مناسبی برخوردار بودند؛ همچنین فرصت رشد و امنیت شغلی مناسبی داشتند. بنابراین در زمینه توانمندسازی شغلی خود فقط در زمینه‌های حرفه‌ای و عملیاتی تا حدودی موفق بودند. پرستاران مذکور از وابستگی اجتماعی مناسبی برخوردار بودند که همین امر باعث می‌شد که مدیران آن‌ها نیز مسئولیت اجتماعی خود را نسبت به

10. Dargahi H, Gharib M, Godarzi M. Evaluation the quality of life of nurses working in Tehran hospitals. *Hayat*. 2005; 13(2): 13-21. [In Persian].
11. Soltani E. Human resource productivity. Tehran: Ardakan publisher; 2007. [In Persian].
12. Aghdasi M, Sakkaki SH. Introducing a cross between mechanical and organic management systems and their impact on productivity. *Manage Res*. 2000; 2(35): 15-23. [In Persian].
13. Ahmadi P. Designing of labor productivity. [dissertation] [Tehran]: University of Tehran; 2001. [In Persian].
14. Hall ML. Nursing Intellectual Capital: A Theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nurs Econ*. 2003; 21(1): 14-9.
15. Mc-Neese-Smith DK. Staff Nurse view of their productivity and nonproductivity. *HCMR*. 2009; 26(2): 7-19.
16. Fatahi Sh, Rostami A, Almasi M, karimi S. The Relationship between quality of working life, happiness and commitment to efficiency. Proceeding of the 4th national conference on culture of economic reform in Iran's behavior; 2012 Oct 16-18; Tehran, Iran. [In Persian].
17. Rajabani N, Gholipur A, Ghafari M. Its institutionalization of ethics, quality of working life, job satisfaction and organizational commitment. *Hum Resour Manag Res*. 2014; 4(2): 25-41. [In Persian].
18. Thompson P, Stanowski A. Maximizing nursing productivity the benefits of improved collaboration between nursing and support services. *Healthc Financ Manage*. 2009; 63(1): 76-85.
19. Dehgghan Naeeri N, Salsali T, Asadi Noghahi AA. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. *I.J.N.R*. 2009; 8(3): 27-37. [In Persian].
20. Travis Paula H. Registered nurses perception of leadership systems of nurse manager and quality of work life conditions and feeling in community based health setting school of education spalping university. London: Routledge; 2005.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقی است که در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز به تصویب رسیده است. بدین وسیله از مسئولین مربوطه و کلیه همکاران پرستار شاغل در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Knox S, Irving J, Annalee A. Interactive quality of work life model applied to organizational transition. *J Nurs Adm*. 2002; 27(1): 39-47.
2. Walton RF. Quality of work life: what is it? *SMR* [internet]. 1973 Fall; 109(3): 88-96. Available from: <http://www.syn-dyn.com/QWL>
3. Taghavi S. The effect of work quality of life on nurse's activities. *J Health Adm*. 2004; 8(2): 19-25. [In Persian].
4. Anonymous M. Nursing work life satisfaction survey. *J Prof Nurs*. 2004; 5(5): 45-53.
5. Rosser V, Javinar JM. Mid-level student affairs leaders' intentions to leave: examining the quality of their professional and institutional work life. *J Coll Student Dev*. 2003; 44(6): 813-30.
6. Sigry JM, Efraty D, Siegel P, Lee DJ. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *SOC INDIC RES*. 2009; 55(3): 241-47.
7. Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Almost J. Testing karasek's demands-control model in restructured healthcare settings: effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *J Nurs Adm*. 2009; 31(5): 233-43.
8. Hood J, Smith H. Quality of work life in home care: the contributions of leaders' personal concern for staff. *J Nurs Adm*. 2000; 24(1): 40-7.
9. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *NE*. 2005; 23(6): 319-26.

30. Emeni B, karampouriyan A. Evaluation the effect of work life status on the job stressors of the treatment management staffs in Hamadan. Proceeding of the 9th congress of nursing & midwifery. The role of nurse on the improvement of quality of life; 2007 Sep 11-13; Tehran, Iran. [In Persian].
31. Schmalenberg C, Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. *NR* 2008; 57(1): 2-13.
32. Lacey SR, Teasley SL, Henion JS, Cox KS, Bonura A, Brown J. Enhancing the work environment of staff nurses using targeted interventions of support. *J Nurs Adm.* 2008; 38(7-8): 336-40.
33. Telford PI. Quality of work life, a leadership imperative: One staff nurse's perspective reinforces how quality of work life and leadership relate to and impact on each other in restructuring nursing work environments. *CNA.* 2004; 100(6): 9-10.
34. O'Brien-Pallas L, Baumann A. Quality of work life issues: A unifying framework. *Int J Hosp Res.* 2002; 5(2): 12-16.
35. Barzegar M, Afzal E, Jamaledin Tabibi S, Delgoshaei B. (2012). Relationship between leadership behavior, quality of work life and human resources productivity: data from Iran. *IJHR.* 2012; 1(1): 1-14.
36. Upenieks V. Nurse leaders' perceptions of what compromises successful leadership in today's acute inpatient environment. *Nurs Adm Q.* 2003; 27(2): 140-52.
37. Snow JL. Looking beyond nursing for cues to effective leadership. *JONA.* 2001; 31(9): 440-43.
38. Roman Aketch J, Odera O, Chepkuto P, Okaka O. Effects of quality of work life on job performance: theoretical perspectives and literature review. *Curr Res J Soc Sci.* 2012; 4(5): 383-8.
39. Spreitzer GM, Kizilos MA, Nason SW. A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness, satisfaction, and strain. *JM* 2005; 23(5): 679-704.
21. Dehgghan naeri N, Nazari A, Salsali M, Ahmadi F. The role of staff resource on nursing productivity: a qualitative research. *Hayat.* 2007; 12(3): 5-15. [In Persian].
22. Lees M, Kearns S. Improving work life quality: A diagnostic approach model. *Health care quarterly online case study.* Longwood publishing. 2005; 1(2): 1-5.
23. Farsi Z, Habibi H, Lashkari MH. Relationship between productivity and burnout in nurses of military hospitals in Tehran. *J Arch Mil Med.* 2014; 2(1): 162-76.
24. Salamzadeh Y, Mansoori H, Farid D. Relationship between quality of work life and productivity in human resources in health care centers nurses of Sadoghi hospital in Yazd. *J Nur Mid.* 2009; 6(2): 60-70. [In Persian].
25. Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Hum Resour Health.* 2012; 5(3): 2-13.
26. Sharifzade S. The effect of the role of managers on the work and life balance and improvement of the quality of work live of the staffs. Proceeding of the 9th congress of nursing & midwifery. The role of nurse on the improvement of quality of life; 2007 Sep 11-13; Tehran, Iran. [In Persian].
27. Sandrick KK. Putting the emphasis on employees as an award winning employer. *Baptist health care has distant memories of the workforce shortage.* *Trustee:* January. 2003; 2(6): 6-10.
28. Krueger P, Brazil K, Lohfeld L, Edward HG, Lewis D, Tjam E. Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Service Res.* 2002; 2(1): 6-11.
29. Fillion L, Duval S, Dumont S, Gagnon P, Tremblay I, Bairati I, Breitbart WS. Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psychooncology.* 2009; 5(9): 41-8.

- organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occ Med*. 2005; 55(1): 5-11.
43. Carllus R, Considine G. The quality of work life to Australian employees. *Management Review* [internet]. 2001 Fall; 7(8): 34-40. Available from: <http://www.Acirrt.com>
44. Salmani D. Quality of working life and their relationship with the organization's performance and efficiency. *Ofoogh-e-Danesh*. 2007; 60(1): 73-97.
40. Smith T. Monograph on the internet: Nursing work life satisfaction survey. *CHR*. 2004; 2(3): 13-8.
41. Abdi H, Shahbazi L. Job stress among nurses in ICU and its relationship with burnout them. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2001; 9(3): 63-58. [In Persian].
42. Cole DC, Robson LS, Lemieux-Charles L, McGuire W. Quality of working life indicators in Canadian health care

Examination of Relationship between quality of work life and productivity in nurses of elected hospital in Ahvaz

Shohreh Banidavoodi^{1*}, Ileyla Jafari², Elham Ali Chitgar³, Farzaneh Moghimzadeh Hendijani⁴

1. M.A. in Educational Management, Abuzar Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Bachelor of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

3. Bachelor of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4. Bachelor of Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author: banidavoodishohreh@yahoo.com

Received on: 21/04/2015 Accepted on: 20/09/2015

Abstract

Introduction: High quality of work life is known as basic of empowering human. Nurses 'productivity plays an important role in hospitals' success. Knowing the correlation between quality of work life and productivity, managers can improve staffs' productivity by promoting nurses' quality of work life. This study aimed at assessing relationships between quality of work life and productivity of nurses.

Methods: This cross- Sectional correlation study was conducted with a Census sample of 100 nurses drawn from one of the hospitals in Ahvaz. Data were gathered through self-administered questionnaires. Both questionnaires were developed by the researchers. The questionnaires reliability work quality of life (45 questions) and productivity (25 questions) from the calculation of internal consistency with Cronbach's alpha were measured in order 0.96 and 0.90. All statistics were computed using the SPSS software (version 16).

Results: Mean and standard deviation of nurses' work quality of life 3.12 ± 0.60 was in moderate level. Mean and standard deviation of productivity 4.02 ± 0.39 was relatively in good level. The Pearson demonstrated direct and significant correlation between work quality of life and productivity level of nurses $r=0.23$ ($P<0.001$).

Conclusion: Mid- level of work life and relatively good quality of productivity in nurses shows to achieve the desired state; more effort is needed to improve the quality of working life and productivity of nurses.

Keywords: Quality of work life, productivity, nurses