



فصلنامه اخلاق و فرهنگ

در پرستاری و مامایی

دانشگاه شاهد/ دوره اول/ شماره ۲/ پیاپی ۲/ تابستان ۱۳۹۳

شاپا چاپی: ۰۴۵-۸۳۳۸۳

شاپا الکترونیکی: ۲۹۲۴-۲۳۸۳

شماره مجوز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی: ۷۰۰/۸۵۷/تاریخ ۹۲/۰۳/۲۹ شماره پروانه وزارت ارشاد: ۹۲/۹۵۲۶/تاریخ ۹۲/۰۴/۱۰

قابل توجه نویسندگان محترم

تمامی مراحل و فرایندها پذیرش، داوری و ... مقاله به صورت الکترونیکی و آنلاین می باشد.

کارشناس مجله: لیلا هاشمی	صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد
کارشناس فنی چاپ: معصومه رضایی اسمرود	مدیرمسئول: محمدرضا حیدری
ویراستار انگلیسی: سحر افشار	سرمدین: نفیسه ظفرقندی
صفحه آرا: سارا حاجیان	مدیر اجرایی: نسرين علايي
ناشر: انتشارات دانشگاه شاهد	

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	استادیار	فروزان آتش زاده
دانشگاه تربیت مدرس	استاد	فضل الله احمدی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دانشیار	طاهره اشک تراب
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	فاطمه الحانی
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	منیره انوشه
دانشگاه شاهد	استادیار	مریم جدید میلانی
دانشگاه شاهد	استادیار	محمدرضا حیدری
دانشگاه شاهد	دانشیار	ناهید رژه
دانشگاه شاهد	استادیار	پروین رهنما
دانشگاه شاهد	دانشیار	نفیسه ظفرقندی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	استاد	عباس عباس زاده
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	دانشیار	مسعود فلاحي خشکناز
دانشگاه تربیت مدرس	استاد	انوشیروان کاظم نژاد
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	عیسی محمدی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	استادیار	غلامرضا محمودی
دانشگاه شاهد	دانشیار	اطهر معین
دانشگاه شاهد	دانشیار	مجیده هروی کریموی



نشانی: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، تقاطع طالقانی، کوچه رحیم زاده پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، فصلنامه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۸۷

نمابر: ۶۶۴۱۸۵۸۰

<http://ecnm.shahed.ac.ir>

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

هدف نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی انتشار نتیجه تحقیقات و مطالعات گروه‌های مختلف آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها و مؤسسات علمی - پژوهشی کشور است.

توجه: نویسنده مسئول باید تعهدنامه کتبی مبنی بر اینکه مقاله پیش‌تر در نشریه دیگری چاپ نشده را به دفتر مجله علمی ارسال کند؛ تایپ چکیده فارسی با قلم B Mitra نمره ۱۳ و متن مقاله با قلم B Mitra نمره ۱۳، چکیده انگلیسی با قلم Times New Roman نمره ۱۲/۵ باشد درخصوص پژوهش‌های مداخله‌ای، نظر کمیته اخلاق مؤسسه مربوطه و ثبت آن در سایت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) ضروری است.

- **انواع مقالات قابل قبول عبارت‌اند از:** الف) مقالات اصیل کمی و کیفی (Original Articles)؛ ب) گزارش مورد (Case Report) و ج) مقالات مروری (Review Articles) در صورتی پذیرفته می‌شوند که نویسنده یا نویسندگان آن حاصل و نتایج کارهای تحقیقاتی خود را با دیگران مقایسه کرده باشند.

نحوه ارائه متن مقاله

- **صفحه عنوان (Title Page) به زبان فارسی و انگلیسی:** الف) عنوان کامل مقاله؛ ب) نام و نام خانوادگی و بالاترین درجه علمی و سمت دانشگاهی نویسنده (گان) و نویسنده مسؤول با علامت * مشخص شود؛ ج) نام گروه آموزشی نویسنده؛ د) نام، آدرس پستی و پست الکترونیکی نویسنده مسؤول شامل: شهر، دانشگاه، دانشکده، پست الکترونیک، تلفن دانشکده، تلفن منزل، تلفن همراه و نمابر؛ ه) درج عنوان مکرر مقاله (Running Title)؛ و) درج نام مؤسسات یا سازمان‌هایی که کمک مالی، تجهیزاتی، دارویی و ... را فراهم کرده‌اند.

- **چکیده مقاله:** چکیده مقاله باید حداکثر ۲۵۰ کلمه بوده و به تفکیک حاوی عنوان، مقدمه، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و واژگان کلیدی باشد؛ استفاده از ۳ تا ۵ واژه از واژگان فهرست Mesh (عناوین مباحث پزشکی) در ایندکس مدیکوس توصیه می‌شود و خلاصه مقاله به هر دو زبان فارسی و انگلیسی در صفحه‌ای جداگانه ارسال شود (چکیده انگلیسی به‌طور دقیق ترجمه چکیده فارسی باشد).

- **متن:** شامل مقدمه، روش، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری نهایی و تشکر و قدردانی است. روش بررسی باید در همه بخش‌های انتخاب نمونه، روش و تحلیل آماری به آن حد تفصیلی نوشته شود که دیگران نیز بتوانند پژوهش را دوباره تکرار کنند. تعداد صفحات متن نباید از حداکثر ۱۰ صفحه ۲۰ سطری تایپی تجاوز کند. شماره منابع در متن به ترتیب استفاده و در داخل پرانتز آورده شود.

- **جداول و نمودارها:** تعداد جداول و نمودارها باید با یافته‌ها و حجم مقاله متناسب باشد؛ مجموع جدول‌ها و نمودارها از چهار عدد تجاوز نکند؛ نمودارها و جدول‌ها با درج شماره و عنوان کامل از طریق نرم‌افزار Word و با اعداد فارسی در بخش یافته‌ها و پس از محل ارجاع رسم شوند؛ از آوردن جداول و نمودارهایی که به اطلاعات و داده‌های آنها در متن مقاله به‌طور کامل اشاره شده است خودداری شود؛ جداول باید دارای عنوان کامل بوده، همانند متن اصلی توسط نرم‌افزار Word و با اعداد فارسی تایپ شوند؛ نمودارها نیز باید عنوان کامل داشته و مشخص بودن مقادیر نمودار و فارسی بودن اعداد در نمودار نیز الزامی است.

- **عکس‌ها:** در مورد عکس‌هایی که از بیماران تهیه شده است، پوشاندن بخش‌هایی که مشخص‌کننده هویت بیمار است ضرورت دارد. بایستی عکس‌ها اصل باشند و از فرستادن کپی و عکس‌های با کیفیت پایین نیز خودداری شود. تصاویر می‌بایست سیاه و سفید در ابعاد حداکثر ۱۲*۸ سانتی‌متر و با زیرنویس مربوطه به‌صورت فایل الکترونیکی با پسوند *.jpg ارسال شوند.

- **شیوه نگارش فهرست منابع:** منابع بر اساس سیستم ونکور به‌صورت پی‌درپی و پیرو استفاده آنها در متن شماره گذاری شود. در این نشریه، منابع فارسی نیز در قالب منابع انگلیسی تنظیم می‌شوند. شیوه نوشتن منابع متن، به ترتیب ظهور آنها در متن و با به کارگیری اعداد در داخل پرانتز مشخص می‌شود، به عبارتی دیگر به هر منبع مورد استفاده یک عدد اختصاص می‌یابد؛ هنگامی که از چند منبع که شماره‌های آنها پشت سر هم است به کار می‌برید، از خط فاصله (-) برای توالی نخستین عدد و آخرین عدد استفاده کنید، مانند (۳-۸)؛ زمانی که از چند منبع که شماره‌های آنها پشت سر هم نیست بهره می‌برید، میان هر شماره با شماره بعدی، یک علامت ویرگول و بدون فاصله قرار دهید، مانند (۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰)، (۷، ۵-۲).

نگارش منابع مقالات با حروف لاتین

- **مقاله از مجله چاپی:** نام خانوادگی (فاصله) حرف یا حروف اول نام کوچک با حروف بزرگ (.) نام مقاله (.) عنوان اختصاری مجله (.) سال انتشار (؛) دوره (جلد)؛ شماره صفحات، مانند:

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Fried LHP, Lvanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73(8): 1006-12.

- مقاله از مجله الکترونیکی: نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود). عنوان مقاله. عنوان اختصاری مجله [اینترنت]. روز و ماه و سال انتشار [روز ماه و سال استناد به آن]؛ دوره (جلد): شماره صفحات. Available from: URL، مانند:

- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102 (6):966 - 969. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

- مقاله از وبسایت: نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان صفحه [اینترنت]. نام شهر: نام ناشر؛ سال انتشار [سال ماه روز انتشار آپدیت شدن؛ سال ماه و روز استناد URL]، مانند:

- American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet] . Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th] . Available from: <http://www.amaassn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic>.

تکته: در صورتی که به تاریخ انتشار دسترسی نبود، به جای date از عبارت No date یا Undated به کار رود تا معلوم شود که فراموش نشده است.

منابع الکترونیکی:

الف) اگر صفحه اینترنتی، نویسنده دارد مانند نمونه زیر عمل کنید:

- Kilmartin M. Women in GP: a strategy for women GPs. 2003. RACGP Online. Available at: URL:<http://www.racgp.org.au/>. Accessed Jul 30, 2003.

- نویسنده: Kilmartin M.

- عنوان صفحه (مدرک و سال انتشار مطلب): Women in GP: a strategy for women GPs (2003)

- عنوان وبسایت: RACGP Online

- درج عبارت "Available at:" و سپس نشانی اینترنتی

- تاریخ مشاهده صفحه: Accessed Jul 30, 2003

ب) اگر صفحه اینترنتی نویسنده ندارد، ابتدا عنوان مطلب را درج کنید.

- High blood pressure in pregnancy. 2001. Available at: http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/hbp_preg.htm Accessed Oct 21 2012;

- مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاه اطلاعاتی تمام متن ProQuest:

- برای درج مشخصات مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف مانند نمونه زیر عمل کنید:

- درج مشخصات مقاله مجله الکترونیکی مشابه مواردی است که برای درج مشخصات مقاله انگلیسی به کار می‌برید. تنها تفاوت، درج عبارت [serial online] به معنای «نشریه الکترونیکی» و درج نام پایگاه اطلاعاتی مانند Proquest; Elsevier; ScienceDirect; Blackwell Synergy و نظایر آن است.

- Rockwood K, Graham JE, Fay S. Goal setting and attainment in Alzheimer's disease patients treated with donepezil. J Neurol Neurosurg Psychiatry [serial online] 2002; 73(5):500-507. Available from: Proquest , Accessed Dec 19, 2003.

کتاب الکترونیکی:

- اگر از متن کتابی استفاده می‌کنید که به شکل CD است، مانند نمونه‌های زیر عمل کنید:

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM^{2nd}]ed. New York: Oxford University Press; 1998.
- Martindale: the complete drug reference [book on CD-ROM] .Englewood,CO: Micromedex; 1999. Based on: Parfitt K, editor. Martindale: the complete drug reference. London: Pharmaceutical Press; 1999.

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- اگر از متن کتابی استفاده می‌کنید که در محیط اینترنت است، مشابه نمونه‌های بالا بنویسید و به جای عبارت [CD-ROM book on] عبارت [book online] را جایگزین کنید.

مکاتبات با پست الکترونیکی

- Smith P. New research projects in gastroenterology [online]. E-mail to Matthew Hart (mh@hospital.wa.gov.au) Feb 5, 2000.

- **استناد به پایان‌نامه:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان پایان‌نامه. [dissertation] [محل انتشار]: ناشر؛ سال انتشار. تعداد کل صفحات، مانند:

- Allen SJ. The social and moral fiber of Celtic tiger Ireland [dissertation]. [Dublin]: University College Dublin; 2009. 270p.

- **کتاب با یک نویسنده:** نام خانوادگی (فاصله) حرف یا حروف اول نام کوچک با حروف بزرگ (.) نام کتاب (.) شماره ویرایش یا نوبت چاپ (.) محل نشر (:) ناشر (:) سال انتشار (.)؛

- نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Bull M. Sound moves: iPod culture and urban experience. London: Routledge; 2007.

- **کتاب با دو الی شش نویسنده:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود). عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- **کتاب با بیش از ۶ نویسنده:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود)، et al. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Phillips H, Rogers B, Bernheim KL, Liu H, Hunter PG, Evans J, et al. Community medicine in action. New York: Eastern Press; 2005,

- **کتابی که نویسنده آن سازمان باشد:** نام سازمان. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Department of Agriculture, Food and Rural Development. Pedigree sheep breed improvement program: performance results for lamb's summer 2000. Cavan (Ireland): Department of Agriculture, Food and Rural Development; 2000.

- **کتاب با یک یا چند ویراستار:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی ویراستاران با کاما از دیگری جدا شود). Editors. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Whisnant R, DesAutels P, editors. Global feminist ethics. Plymouth: Rowman & Littlefield Publishers; 2008.

- **مشخصات بخشی یا فصلی از کتابی که به وسیله یک یا چند نویسنده نوشته شده باشد:** نام خانوادگی نویسنده فصل (فاصله) حرف اول نام کوچک (.) نام فصل (.) (In) (:) نام خانوادگی نویسنده یا ویراستار کتاب (فاصله) حرف اول نام کوچک (.) نام کتاب (.) شماره ویرایش (.) محل نشر (:) ناشر (:) سال انتشار (.) صفحه اول (خط تیره) صفحه آخر فصل (.)، مانند:

- Boyle JS. Culture, family and community. In: Andrews MM, Boyle JS, eds. Transcultural Concepts in Nursing Care. New York: Lippincott; 1999:308-337.

استناد به منابع فارسی در قالب رفرنس نویسی انگلیسی و نکات:

- برای تبدیل منابع فارسی به انگلیسی؛ عنوان، نام نویسنده (گان)، نام مجله، دانشگاه یا سازمان را به‌طور دقیق از چکیده انگلیسی مقاله برداشته و در آخر عبارت [In Persian] را اضافه کنید.

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- زمانی که مقاله یا سندی به قدری قدیمی است که چکیده انگلیسی ندارد، فقط باید در گروه آوانویسی کرده، از ترجمه آن خودداری کنید.
- برای مقالات زیر چاپ، چون شماره Issue و صفحه وجود ندارد، در آخر منبع، عبارت (Forthcoming 2012) استفاده می شود. در گذشته عبارت In Press را به کار می بردند؛ اما چون برخی ژورنال ها فقط به صورت الکترونیکی موجودند و نسخه چاپی ندارند، دیگر از این عبارت استفاده نمی شود.

- **استناد به منابع غیر فارسی یا غیر انگلیسی:** برای همه نویسندگان: نام خانوادگی - حرف اول نام کوچک (کپیتال) هر یک با کاما از دیگری جدا شود. عنوان مقاله به زبان اصلی. نام ژورنال به زبان اصلی. سال انتشار؛ دوره (جلد): شماره صفحات. زبان اصلی، مانند:

- Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisins- og jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785-7. Norwegian.

- در صورت تمایل، می توان عنوان مقاله را به انگلیسی ترجمه و در گروه قرار داد. اما بقیه موارد مانند رفرنس بالا انجام می گیرد.

- Optional translation of article title (MEDLINE/PubMed practice): Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002 Mar 20;122(8):785-7. Norwegian.

- **رفرنس های ثانویه:** گاهی در مقاله ای به رفرنس های دیگری اشاره می شود که حاوی مطالب مورد نیاز شماست، ولی دسترسی به آن منبع ثانویه برای شما امکان پذیر نیست. در متن، شماره رفرنس ثانویه که در اختیار ندارید را شماره گذاری کنید اما در قسمت منابع مانند نمونه زیر عمل نمایید:

- Johnson VA, Brun-Vezinet F. Update of the drug resistance mutations in HIV-1. top HIV Med 2005; 13: 125-31. In: Deeks SG. Antiretroviral treatment of HIV infected adults. BMJ 2006; 332: 1489-93.

- **نحوه نگارش مقاله کنفرانس به عنوان رفرنس:** چنانچه منبع مورد استفاده حاصل یک کنفرانس باشد (*proceedings conference*) که به چاپ رسیده است برای نگارش آن به صورت رفرنس نام ویراستاران، عنوان مطلب مورد استفاده، نام کنفرانس، سال و ماه و روز آن و محل آن سپس محل نشر و ناشر و سال نشر نوشته می شود، مانند:

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- چنانچه منبع مورد استفاده مقاله ارائه شده در یک کنفرانس باشد که در کتابچه کنفرانس به چاپ رسیده است برای نگارش آن به صورت رفرنس، نام ارائه دهندگان مقاله، عنوان مقاله، سپس کلمه *In*، نام نویسندگان کتاب کنفرانس و کلمه *editors* و سپس نام کنگره و سال و ماه روز آن و محل اجرای کنفرانس. محل نشر، ناشر، سال و صفحه مورد استفاده می آید، مانند:

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, editors. MEDINFO 72. Proceeding of the 7th world congress on Medical informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North- Holland, 1992. P1561-5.

- **چارچوب ارائه گزارش های موردی:** باید دارای چکیده فارسی، واژگان کلیدی، مقدمه، شرح حال، بحث، منابع و چکیده انگلیسی باشند.

الف) بخش مقدمه

ب) بخش معرفی بیمار: در این بخش به شرح حال بیمار و یافته های بالینی و پاراکلینیکی تا حدی که منظور از نوشتن مقاله به دست آید پرداخته می شود.

ج) بخش بحث: در این قسمت فقط خصوصیات مطالعه شده مورد بررسی قرار می گیرد، باید از تکرار پاراگراف هایی که درباره شرح بیماری و سایر خصوصیات آن در کتاب های معتبر یافت می شود خودداری کنید. اهمیت یافته های کنونی با آنچه در بررسی های مشابه به وسیله دیگران گزارش شده است، مقایسه و نتیجه گیری می شود.

- **نحوه ارائه مقالات گردآوری شده:** به شرطی پذیرفته می شوند که نویسنده از افراد آگاه به موضوع خاص بوده، مقاله نیز به تعداد قابل قبولی، منابع، مأخذ (حداقل ۸ منبع) و مستند داشته باشد.

فهرست مطالب

- موانع به کارگیری اصول اخلاق حرفه‌ای در بالین از دیدگاه پرستاران و مدرسان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۴
محمد مهدی محمدی، شیما پرندین، پریسا بهره‌مند ۱

مقاله اول

- رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان
حمید رحیمی ۹

مقاله دوم

- بررسی دیدگاه بیماران در رابطه با میزان رعایت کدهای اخلاقی تعهد حرفه‌ای پرستاران در بیمارستان‌های علوم پزشکی جهرم سال ۱۳۹۲
فریده معارفی، رسول اسلامی‌اکبر، طاهره اشک‌تراب، عباس عباس‌زاده، حمید علوی‌مجد ۱۹

مقاله سوم

- بررسی رابطه اعتماد به همکار و رضایت شغلی در پرستاران
مهدی طالبی، بهاره سیفی، محمد میرزایی، علی افشاری، مهدی ترکمانی، رضا عباسی، داود گمار ۲۷

مقاله چهارم

- بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران در بیمارستان منتخب شهر اهواز
شهره بنی‌داوودی، لیلا جعفری، الهام علی‌چیتگر، فرزانه مقیم‌زاده هندیجانی ۳۳

مقاله پنجم

- بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران
حمید رحیمی، فریبرز صدیق‌ارفعی، زینب قدوسی ۴۵

مقاله ششم

موانع به کارگیری اصول اخلاق حرفه‌ای در بالین از دیدگاه پرستاران و مدرسان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۳۹۴

محمد مهدی محمدی^۱، شیما پرندین^{۲*}، پریسا بهره‌مند^۳

۱. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
- ۲.* استادیار، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌آباد غرب، اسلام‌آباد غرب، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

*نویسنده مسئول: shima23.parandin@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۴/۵/۵؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۰

مقدمه: بسیاری از پرستاران در به کارگیری دانش اخلاقی خود با مشکل مواجه هستند و در عمل نمی‌توانند یک اخلاق حرفه‌ای را به نمایش بگذارند.

روش: مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در مراقبت‌های بالینی انجام شده است. این مطالعه که یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که بر روی ۲۱۷ پرستار و ۱۸ نفر از اساتید پرستاری در سال ۱۳۹۴ انجام شد. روش نمونه‌گیری در پرستاران، تصادفی ساده و در مورد اساتید، به روش سرشماری بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته شامل ۳۳ سؤال بود که موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای را می‌سنجید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون t مستقل تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از دیدگاه پرستاران، مهم‌ترین مانع مدیریتی در اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای کمبود پرسنل ($۱۲/۴ \pm ۹۲/۰$) و از دیدگاه اساتید پرستاری، کمبود آموزش‌های لازم در زمینه موضوعات اخلاقی در دوران تحصیل کارشناسی پرستاری بود. مهم‌ترین مانع محیطی از دیدگاه پرستاران، ازدحام بخش ($۳/۶۶ \pm ۰/۸۸$) بود و از دیدگاه اساتید پرستاری، تغییرات بیولوژیک بدن در شیفت کاری شبانه ($۸۲/۰ \pm ۷۲/۳$) بود. کمبود وقت، مهم‌ترین مانع فردی مراقبتی از دیدگاه پرستاران ($۴۴/۴ \pm ۶۲/۰$) و از دیدگاه اساتید پرستاری ($۴/۲۸ \pm ۶۶/۰$) بود.

نتیجه‌گیری: با عنایت به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود ضمن به کارگیری نیروهای پرستاری بیشتر، در برنامه آموزش پرستاری اصول مدیریت صحیح زمان گنجانده شود.

واژگان کلیدی: موانع، اخلاق

مقدمه

اخلاق را می‌توان اصول و ارزش‌هایی دانست که بر رفتارهای فردی و جمعی حاکمیت دارد. حال این نوع از حاکمیت می‌تواند بر جنبه درست یا غلط دلالت داشته باشد؛ به عبارتی اخلاق را می‌توان تعیین‌کننده خوب از بد دانست (۱). از آنجاکه حرفه پرستاری رشته‌ای مستقل است و دربرگیرنده رسالتی مقدس در جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه می‌باشد، رعایت اصول اخلاقی در این رشته در مقایسه با سایر مشاغل از ضرورت بیشتری برخوردار است (۳،۲). پرستار در جهت حفظ سلامتی بیماران قدم برمی‌دارد و با اساسی‌ترین جزء زندگی بشری که همان عنصر حیات است، در ارتباط می‌باشد؛ از این رو، رعایت اصول اخلاقی در عملکرد پرستاری حساس و مهم تلقی می‌گردد (۴،۵).

حرفه پرستاری را می‌توان استوار بر پایه اخلاق دانست (۶). این اخلاق حرفه‌ای است که پرستار را متعهد به سازمان و مددجو می‌کند؛ سازمانی که در آن مشغول کار است و مددجویی که سلامتی آن در گرو پایبندی پرستار به اصول اخلاقی می‌باشد (۶).

از نظر صاحب‌نظران، در رشته پرستاری مسیر تکامل حرفه‌ای هموار نیست و جهت حرفه‌ای شدن و رسیدن به سطحی از تکامل حرفه‌ای باید اصول و عواملی را که به عنوان اجزای اساسی در این مسیر عمل می‌کنند، شناسایی و در جهت آن‌ها عمل نمود (۷). از آنجاکه جهت‌گیری اخلاق بر پایه تفکیک خوب از بد است، می‌توان شایستگی در اخلاق حرفه‌ای را معادل شایستگی حرفه‌ای دانست (۸). در صورت طراحی یک سیستم اخلاقی اصیل و کاشت سنگ بنای اخلاق حرفه‌ای، پرستاران با در نظر گرفتن اصول اخلاقی به ارائه مراقبت خواهند پرداخت و از آنجاکه این اصول اخلاقی، آن‌ها را به سمت رعایت خوب و پرهیز از آنچه بد است، رهنمود می‌سازد، شایستگی‌های حرفه‌ای توسعه خواهد یافت (۹).

اعتماد و اطمینان مددجو را می‌توان در گرو رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای از جانب پرستاران دانست؛ به عبارت دیگر، در صورتی که پرستاران از این اصول پیروی نکنند، علمی‌ترین و بهترین مراقبت‌های پرستاری نیز تحت‌الشعاع قرار خواهد گرفت (۱۰). در حرفه پرستاری، به‌شکلی روزمره پرستاران با انتخاب‌هایی مواجه هستند که بر پایه اصول اخلاقی شکل خواهد گرفت. این انتخاب‌ها را می‌توان همان تصمیماتی دانست که یک پرستار در قبال بیمار می‌گیرد، این تصمیم هم باید تصمیمی اخلاقی باشد و هم تصمیمی مراقبتی و علمی و توجه به این امر، ارتقای سیستم و شایستگی حرفه‌ای را

به‌همراه خواهد داشت (۱۱). چنانچه بیلی و همکاران بر این اعتقاد هستند که ماهیت پرستاری به‌گونه‌ای است که باید به اخلاقیات مراقبتی بیش از ملاحظات درمانی توجه کرد (۱۲).

بسیاری از مطالعات حاکی از رعایت محدود اخلاق حرفه‌ای در برخی از ابعاد دارند؛ به‌طوری‌که قربانی‌فر و مصلی‌نژاد در بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای در کادر درمانی نشان دادند که کادر درمان از میزان رعایت اصول اخلاقی در سطح خوب برخوردار نیستند و در تعهد و رازداری، بسیار ضعیف عمل می‌کنند (۱۳). از طرفی سخنور در مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی شیراز، به‌کارگیری اصول اخلاق حرفه‌ای در مراقبت‌های بالینی را نامطلوب گزارش کرد و نشان داد که پرستاران توانایی پیاده‌سازی دانش اخلاقی را در عمل و محیط بالین ندارند (۱۴). تفاق و همکاران نیز در دانشگاه علوم پزشکی تهران، عملکرد اخلاقی پرستاران را در دادن دارو نامطلوب و ضعیف گزارش کرد (۱۵).

بسیاری از پرستاران موضوعات اخلاقی را در طول کار خود مدنظر دارند، اما در مرحله عمل با مشکل مواجه هستند؛ در واقع در بسیاری از موارد، کارکنان بهداشتی در به‌کارگیری دانش اخلاقی خود با مشکل مواجه هستند و در عمل نمی‌توانند یک اخلاق حرفه‌ای را به نمایش بگذارند (۱۶). به نظر می‌رسد آگاهی از اینکه که چه موانعی برای رعایت اصول اخلاقی در مراقبت‌های بالینی وجود دارند، یک ضرورت تلقی می‌شود؛ چرا که این موانع هستند که مانع از رعایت اخلاق حرفه‌ای از جانب پرستاران و به دنبال آن ممانعت از حرفه‌ای شدن کارکنان بهداشتی می‌کنند. آگاهی از این موانع، به ارتقای سطح حرفه‌ای پرستاران کمک خواهد کرد.

شناخت و آگاهی از دیدگاه پرستاران و اساتید پرستاری، در خصوص موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در مراقبت‌های بالینی به‌نظر مهم می‌رسد؛ چرا که پرستاران، به‌عنوان عناصر اصلی در سیستم بهداشت و درمان و اساتید پرستاری، به‌عنوان متخصصان در این حیطه، می‌توانند به‌عنوان منابعی ارزشمند در جهت شناسایی موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در بالین عمل کنند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در مراقبت‌های بالینی پرستاری از دیدگاه پرستاران و اساتید پرستاری در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در یکی بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمانشاه و دانشکده پرستاری مامایی استان کرمانشاه انجام شد. جامعه پژوهش را

فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آمار تحلیلی شامل آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در ارتباط با ۲۱۷ پرستار مورد مطالعه، تعداد ۵۹ مرد (۲۷/۲ درصد) و ۱۵۸ زن (۷۲/۸ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی پرستاران $30/89 \pm 6/33$ بود. از نظر وضعیت تاهل، ۶۸ نفر (۳۱/۳ درصد) از پرستاران، مجرد و تعداد ۱۴۹ نفر (۶۸/۷ درصد) متأهل بودند. وضعیت استخدام ۸۹ نفر (۳۸/۷ درصد) از پرستاران، رسمی و ۱۴۹ نفر (۶۸/۷ درصد) غیررسمی گزارش شد. ۲۰۳ نفر (۹۳/۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۱۴ نفر (۶/۵ درصد) مدرک کارشناسی ارشد داشتند.

در ارتباط با اساتید پرستاری، ۱۰ نفر از اساتید مرد و ۸ نفر دیگر را زن تشکیل می‌دادند. میانگین و انحراف معیار سنی اساتید پرستاری $42/22 \pm 8/16$ بود. ۱۶ نفر (۸۸/۹ درصد) متأهل و ۲ نفر (۱۱/۱ درصد) مجرد بودند. وضعیت استخدام ۱۰ نفر (۵۵/۶ درصد) رسمی و ۸ نفر (۴۴/۴ درصد) غیررسمی گزارش شد. درخصوص مدرک تحصیلی، ۴ نفر (۲۲/۲ درصد) از اساتید مدرک دکتری تخصصی پرستاری و ۱۴ نفر (۷۷/۸ درصد) کارشناسی ارشد داشتند.

میانگین نمرات مربوط به اهمیت موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران، $3/33 \pm 0/15$ و از دیدگاه اساتید پرستاری، $3/28 \pm 0/14$ بود و این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود ($P > 0/05$).

جدول شماره ۱، میانگین نمرات سه حیطه موانع مدیریتی، محیطی و فردی مراقبتی را در دو گروه اساتید پرستاری و پرستاران نشان می‌دهد. در هیچ‌یک از حیطه‌های مذکور، بین دیدگاه پرستاران و اساتید پرستاری اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

۲۱۷ نفر از پرستاران و کلیه اساتید پرستاری، شامل ۱۸ نفر تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در ارتباط با پرستاران، نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده بود و از مجموع ۵۰۰ پرستار مشغول به کار در بیمارستان، تعداد ۲۱۷ پرستار به کمک جدول مرجسی و مورگان انتخاب شدند. درمورد اساتید پرستاری به روش سرشماری، کلیه اساتید پرستاری وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است معیار ورود به مطالعه در ارتباط با پرستاران، داشتن حداقل سابقه کار یک سال بود.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته شامل دو بخش بود: قسمت اول را اطلاعات جمعیت‌شناختی و قسمت دوم را سؤالاتی در ارتباط با موانع رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای تشکیل می‌داد. اطلاعات جمعیت‌شناختی، شامل متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی و وضعیت استخدام بود و پرسش‌نامه موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای با ۳۳ سؤال، سه حیطه مدیریتی با ۱۴ سؤال، محیطی با ۵ سؤال و فردی مراقبتی با ۱۴ سؤال را پوشش می‌داد. امتیازبندی پرسش‌نامه براساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم، به ترتیب با امتیازهای ۱ تا ۵ امتیازبندی شد. به طوری که کسب میانگین نمره بیشتر در هر حیطه، از تأکید بیشتر بر آن عامل به عنوان عاملی ممانعت‌کننده در رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای حکایت داشت (۶).

روایی محتوای پرسش‌نامه مذکور توسط ۱۰ نفر از اساتید و دانشجویان دکتری تخصصی پرستاری به تأیید رسیده است و به منظور تعیین ثبات درونی پرسش‌نامه نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد ($\alpha = 0/89$). (۶).

گفتنی است که در این مطالعه، هدف و ماهیت و کیفیت پژوهش برای نمونه‌های مورد مطالعه شرح داده شد و رضایت آگاهانه شفاهی آنان به عنوان بخشی از مطالعه دریافت گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت و در این راستا از آمار توصیفی (شامل

جدول ۱: میانگین نمرات موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای در بالین از دیدگاه پرستاران و اساتید پرستاری

موانع	سمت	میانگین	انحراف معیار	P
مدیریتی	پرستاران	۲۰/۳	۲۳/۰	۴۹۵/۰
	اساتید	۱۶/۳	۱۹/۰	
محیطی	پرستاران	۲۴/۳	۳۹/۰	۳۶۳/۰
	اساتید	۳۳/۳	۴۳/۰	
فردی مراقبتی	پرستاران	۵۰/۳	۲۶/۰	۰۶۷/۰
	اساتید	۳۸/۳	۲۲/۰	

جدول ۲: میانگین نمرات گویه‌های موانع رعایت اخلاق حرفه‌ای در هر یک از حیطه‌های مدیریتی و محیطی و فردی مراقبتی

P- Value	اساتید پرستاری		پرستاران		موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای (گویه‌ها)	حیطه‌ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۶۰	۰/۸۰	۲/۷۸	۰/۸۴	۲/۹۷	عدم توجه به توانایی و مهارت پرسنل حین تقسیم کار	موانع مدیریتی
۰/۳۱۶	۰/۵۰	۳/۳۹	۰/۸۱	۳/۱۹	عدم کنترل و نظارت مؤثر توسط مدیران پرستاری	
۰/۷۱۲	۰/۹۸	۳/۱۷	۰/۸۴	۳/۲۴	عدم توجه به نیازهای آموزشی پرسنل و برنامه‌ریزی در راستای رفع نیازها	
۰/۲۸۷	۰/۵۱	۲/۵۶	۰/۷۵	۲/۷۴	فقدان کدهای اخلاقی در پرستاری	
۰/۵۶۶	۰/۷۰	۲/۵۶	۰/۹۱	۲/۶۸	مدیریت غیرمؤثر بحران در بخش‌ها	
۰/۸۵۶	۱/۰۳	۳/۲۲	۱/۰۶	۳/۱۸	تدوین شیفت‌های نامناسب کاری (عدم رعایت تناسب بین ساعات کاری پرسنل و انجام شیفت‌های متعدد)	
*۰/۰۰۳	۱/۰۹	۳/۴۴	۰/۹۲	۴/۱۲	کمبود پرسنل	
۰/۲۸۵	۰/۷۰	۳/۵۰	۰/۸۹	۳/۲۷	ساعت کاری طولانی	
۰/۳۷۳	۰/۷۰	۳/۱۷	۰/۸۱	۲/۹۹	ارتباط نامناسب سرپرستاران با پرسنل (عدم اعتماد و...)	
۰/۶۸۴	۰/۶۱	۳/۴۴	۰/۸۱	۳/۳۶	کمبود دوره‌های بازآموزی و برنامه‌های آموزشی درخصوص معیارهای اخلاق حرفه‌ای	
۰/۱۶۹	۰/۹۰	۲/۶۷	۰/۹۰	۲/۹۷	فقدان سیاست یا استاندارد کتبی قوانین مرتبط با مراقبت‌های پرستاری	
۰/۴۴۹	۰/۸۹	۳/۲۸	۰/۷۲	۳/۴۱	عدم تجربه کافی مربیان آموزش‌دهنده در مورد مسائل اخلاقی و حقوقی در دوران تحصیل پرستاری	
۰/۴۸۲	۰/۸۹	۳/۷۲	۰/۸۴	۳/۵۸	کمبود آموزش‌های لازم در زمینه موضوعات اخلاقی در دوران تحصیل کارشناسی پرستاری	
۰/۲۰۸	۰/۹۱	۳/۳۹	۰/۶۳	۳/۱	حمایت اخلاقی و حقوقی ناکافی مدیران ارشد از پرسنل پرستاری	
۰/۶۹۲	۰/۹۶	۳/۱۱	۰/۷۴	۳/۰۴	کمبود امکانات و تجهیزات مناسب در بخش (فقدان یا خرابی دستگاه‌ها و ...)	موانع محیطی
۰/۶۱۱	۰/۸۲	۳/۷۲	۰/۸۳	۳/۶۲	تغییرات بیولوژیک بدن در شیفت کاری شبانه	
۰/۹۸۹	۰/۹۷	۳/۶۷	۰/۸۸	۳/۶۶	ازدحام بخش	
۰/۳۶۸	۰/۹۰	۳/۱۱	۰/۷۸	۲/۹۴	شیفت در گردش	
۰/۷۱۵	۰/۷۵	۳/۰۶	۰/۹۴	۲/۹۷	توقعات نابجای بیماران و همراهان ایشان از پرسنل پرستاری	
۰/۸۵۶	۰/۵۱	۳/۵۶	۰/۸۱	۳/۵۲	کمبود دانش و آگاهی در مورد معیارهای اخلاق حرفه‌ای	موانع فردی و مراقبتی
۰/۲۸۴	۰/۶۶	۴/۲۸	۰/۶۲	۴/۴۴	کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری	
۰/۱۸۹	۱/۰۶	۳/۲۲	۰/۸۳	۳/۵۰	انجام وظایف کاملاً جدید که پرستار برای اولین بار آن‌ها را انجام می‌دهد و آگاهی و مهارت کافی در مورد آن ندارد	

۰/۲۱۰	۱/۲۷	۳/۸۹	۰/۷۲	۴/۲۹	عدم توجه و دقت کافی پرسنل به دلایل حجم کاری بالا و غیره	۲۳
۰/۹۲۲	۰/۶۰	۳/۳۹	۰/۶۵	۳/۳۷	رفتارهای نامناسب بیماران با پرسنل پرستاری (ارتباط با بیمارانی که همکاری ندارند)	۲۴
۰/۹۱۴	۰/۵۹	۲/۶۷	۰/۹۴	۲/۶۵	نگرش منفی نسبت به معیارهای اخلاق حرفه‌ای در پرستاری	۲۵
۰/۱۷۸	۰/۸۰	۳/۰۶	۰/۷۹	۳/۳۲	سروکارداشتن بایماران عفونی و ترس از ابتلا به بیماری‌هایی مثل ایدز و هپاتیت	۲۶
۰/۵۵۳	۰/۷۵	۳/۸۹	۰/۶۹	۳/۹۹	بی‌انگیزگی و بی‌علاقگی به حرفه در پرسنل پرستاری	۲۷
*۰/۰۰۶	۰/۶۷	۲/۸۹	۰/۷۹	۳/۴۳	عدم ارضای نیازهای پایه مانند کفایت درآمد یا استراحت کافی در پرسنل پرستاری	۲۸
۰/۱۱۲	۰/۶۶	۳/۲۸	۰/۷۴	۳/۵۷	عدم رضایت از بخش محل خدمت	۲۹
۰/۳۵۸	۰/۵۱	۳/۵۶	۰/۶۵	۳/۷۰	کمبود مهارت فنی پرستاران	۳۰
۰/۳۳۴	۰/۹۷	۳/۳۳	۱/۰۳	۳/۰۹	کمبود توانایی تفکر انتقادی یا توان تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران	۳۱
*۰/۰۱۷	۰/۶۱	۳/۵۶	۰/۹۲	۳/۰۲	نقص در برقراری ارتباط موثر و مناسب با بیمار	۳۲
۰/۶۲۴	۰/۹۲	۲/۸۳	۲/۶۵	۳/۱۴	ضعف اعتقادی نسبت به رعایت موارد اخلاقی	۳۳

*P < ۰/۰۵

بحث

در این مطالعه، موانع اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای در مراقبت‌های بالینی در سه حیطة مدیریتی، محیطی، فردی و مراقبتی مورد بررسی قرار گرفت. پرستاران معتقد بودند که در حیطة مدیریتی، کمبود پرسنل پرستاری مهم‌ترین مانع مدیریتی در اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای است. در مطالعه دهقانی و همکاران نیز به‌خوبی نشان داده شد که در ارتباط با بعد مدیریتی، کمبود پرسنل به‌عنوان یکی از عوامل مهم در عدم به‌کارگیری اصول اخلاق حرفه‌ای در بالین تلقی می‌گردد (۶). به‌طور کلی، مسئله کمبود پرسنل پرستاری به چالشی جدی برای نظام سلامت تبدیل شده است (۱۷). به‌عبارتی کمبود پرسنل پرستاری را می‌توان چالشی جهانی دانست؛ به‌طوری‌که این کمبود، تا سال ۲۰۲۰ به ۳۴۰ هزار نفر تخمین زده شده است (۱۸). با در نظر گرفتن این نکته که شاهره اصلی دستیابی به شایستگی حرفه‌ای، رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای است، می‌توان کمبود پرسنل پرستاری را مانعی در جهت ایجاد شایستگی حرفه‌ای در پرستاران دانست؛ چرا که کمبود پرسنل، عاملی در جهت عدم رعایت اصل اخلاق و رعایت نکردن این اصل مهم شایستگی پرستاران را در ارائه خدمات بالینی زیر سؤال می‌برد. نصیریانی و همکاران معتقدند یکی از عواملی

مهم‌ترین مانع مدیریتی در اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران، مربوط به گویة کمبود پرسنل با میانگین و انحراف معیار $۴/۱۲ \pm ۰/۹۲$ و از دیدگاه اساتید پرستاری، (کمبود آموزش‌های لازم در زمینه موضوعات اخلاقی در دوران تحصیل کارشناسی پرستاری) با میانگین و انحراف معیار $۳/۷۲ \pm ۰/۸۹$ بود.

مهم‌ترین مانع محیطی در اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران، ازدحام بخش با میانگین و انحراف معیار $۳/۶۶ \pm ۰/۸۸$ بود و از دیدگاه اساتید پرستاری، تغییرات بیولوژیک بدن در شیفت کاری شبانه با میانگین و انحراف معیار $۳/۷۲ \pm ۰/۸۲$ بود.

مهم‌ترین موانع فردی و مراقبتی از دیدگاه پرستاران، به‌ترتیب کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری با میانگین و انحراف معیار $۴/۴۴ \pm ۰/۶۲$ و عدم توجه و دقت کافی پرسنل به دلایل حجم کاری بالا و غیره با میانگین و انحراف معیار $۴/۲۹ \pm ۰/۷۲$ بود. همین‌طور از دیدگاه اساتید پرستاری نیز مهم‌ترین مانع در این حیطة، کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری با میانگین و انحراف معیار $۴/۲۸ \pm ۰/۶۶$ بود (جدول شماره ۲).

سلامت هستند، به طور حتم پرستاری که از سطح سلامت خوبی برخوردار نباشد، قادر نخواهد بود مراقبتی ایدئال را به مددجو ارائه دهد (۲۲). از آنجا که رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای جزء جدایی‌ناپذیر خدمات پرستاری است؛ به‌طور کلی با ارائه ناکارآمد خدمات سلامت، رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای نیز با مشکل مواجه خواهد بود.

مهم‌ترین مانع فردی و مراقبتی از دیدگاه پرستاران و اساتید پرستاری، کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری بود. حیدری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند صرف وقت از جانب پرستاران برای ارائه مراقبت‌های غیرمستقیم بیشتر از مراقبت مستقیم است (۲۳). این در حالی است که شالوده اصلی پرستاری را مراقبت‌های مستقیم تشکیل می‌دهند و بدون شک رعایت حقوق بیمار در ارائه اقدامات مراقبتی مستقیم است که نمود بیشتری پیدا می‌کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی در مطالعه حاضر نشان داده شد که در ابعاد مدیریتی، محیطی و فردی مراقبتی موانع رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای به ترتیب کمبود پرسنل پرستاری و کمبود آموزش‌های لازم در زمان تحصیل دوران کارشناسی، ازدحام بخش‌ها و تغییرات بیولوژیک بدن در شیفت کاری شبانه و در نهایت کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود در جهت رفع کمبود پرسنل پرستاری اقدام و اصول مدیریت زمان به پرسنل پرستاری آموزش داده شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر کمبود وقت از جانب پرسنل پرستاری جهت پرکردن پرسش‌نامه‌ها بود که در این راستا سعی گردید پرسش‌نامه‌ها در اواسط شیفت کاری توزیع شود. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به انجام مطالعه حاضر تنها در یک مرکز آموزشی و درمانی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، مطالعه‌ای با جامعه‌ای گسترده‌تر جهت تعمیم‌پذیری مطمئن‌تر انجام گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل پرستاری و اساتید پرستاری که صمیمانه ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

که بر رعایت حقوق بیماران مؤثر است، در نظر گرفتن حقوق پرستاران می‌باشد. شیفت‌های کاری زیاد، کمبود امکانات و پرسنل، کمبود دستمزد پرستاری جزء حقوق پرستاران تلقی می‌گردد (۱۹). این در حالی است که این حقوق در بعد مدیریتی قابل اصلاح است و به‌نوعی در صورتی می‌توان انتظار رعایت اصول اخلاقی را از جانب پرستاران داشت که مدیران ارشد پرستاری، حقوق پرستاران را رعایت کنند. پرسنل پرستاری عظیم‌ترین و اساسی‌ترین بخش ارائه‌دهنده خدمات پرستاری هستند و در صورتی می‌توانند به‌صورت کاملاً اثربخش عمل کند که دغدغه‌ای از نظر پایداری شدن حقوق خود نداشته باشد. مسئله اساسی و مهم این است که چگونه یک مدیر پرستاری می‌تواند انتظار و ادعای رعایت اصول اخلاقی را داشته باشد؛ در حالی که خود به رعایت حق پرستاران بی‌اعتنا است.

اساتید پرستاری در ارتباط با موانع مدیریتی رعایت اصول اخلاقی، کمبود آموزش‌های لازم در زمینه موضوعات اخلاقی در دوران تحصیل کارشناسی پرستاری را به‌عنوان مهم‌ترین عامل معرفی کردند. این موضوع بر تأکید اساتید پرستاری بر آموزش به‌عنوان راهکاری عملی و مؤثر در جهت رفع موانع موجود اشاره دارد. در مطالعه نصیریانی و همکاران که به بررسی ارتباط آگاهی پرستاران از حقوق بیمار با میزان رعایت آن پرداخته بود، نشان داده شد که با افزایش آگاهی پرستاران، حقوق بیماران بیشتر رعایت می‌شود (۱۹). این در حالی است که مطالعات متعدد از کمبود دانش و میزان آگاهی در زمینه اصول اخلاق حرفه‌ای در پرستاران و دانشجویان پرستاری خبر می‌دهند؛ به‌طوری که خلیلی و همکاران، میزان آگاهی دانشجویان پرستاری از اخلاق حرفه‌ای را نامطلوب توصیف کردند و بر این اعتقاد بودند که ضرورت آموزش‌های بیشتر در این خصوص وجود دارد (۲۰).

مهم‌ترین مانع محیطی در اجرای اصول اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه پرستاران، ازدحام بخش‌ها توصیف شد. این ازدحام از جانب بیماران و همراهان نیز به‌خوبی بر سطح ارائه مراقبت از طرف پرستاران تأثیرگذار است. در نظر گرفتن این نکته که کمبود پرسنل پرستاری در کنار ازدحام بخش به‌عنوان دو عامل ممانعت‌کننده اصلی از دیدگاه پرستاران معرفی شده، حائز اهمیت است. از طرفی مهم‌ترین مانع محیطی از دیدگاه اساتید پرستاری، تغییرات بیولوژیک بدن در شیفت کاری شبانه بود. سلیمانی و همکاران در مطالعه‌ای به‌خوبی نشان دادند که پرستارانی که در شیفت‌های کاری در گردش هستند در مقایسه با پرستاران شیفت ثابت، از سطح سلامت عمومی نامطلوب‌تری برخوردار هستند (۲۱). پرستاران، خود مراقبین

- Journal of Education and Ethics in Nursing
2013;2 (2): 1-7 [In Persian].
14. Sokhanvar R. The effect knowledge of nursing ethics in clinical decision-makings and applying the perspective of working nurses in shiraz university of medical sciences. [Dissertation]. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences, Fatemeh School of Nursing & Midwifery Shiraz; 1997 [In Persian].
 15. Tefagh MR, Nikbakht Nasrabadi A, Mehran A, Din Mohammadi N. The effect of the professional ethics compliance in medical orders applying by nurses. *Hayat*. 2004; 10 (4): 77 – 85 [In Persian].
 16. Ploch T, Klazinga N, Starfield B. Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC Med* 2009; 7 (1): 64.
 17. Ebadi A, Khalili R. nursing staff shortage in iran: a serious challenge. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2014; 20 (1): 1-5 [In Persian].
 18. Auerbach DI, Buerhaus PI, Staiger DO. Better late than never: workforce supply implications of later entry into nursing. *Health Affairs*. 2007; 26 (1): 178-85.
 19. Nasiriany Kh, Salemi S, Salman Yazdy N, Hosseini F. How nurses respect patients' rights. *Iran Journal of Nursing*. 2002; 15 (32-33): 8-14 [In Persian].
 20. Jahanpour F, Khalili A, Ravanipour M, Nourouzi L, Khalili M, Dehghan F. Investigating awareness amount of nursing students of medical sciences university of bushehr about ethic in nursing profession-2013. *YUMSJ* 2013;19(3):223-232[In Persian].
 21. Soleimany MA, Nasiri-ziba M, Kermani A, Hoseini F. A Comparative study of the general health among staff nurses with fixed or rotating working shift. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20 (50): 21-28 [In Persian].
 22. Craven R, Hirnle C. *Fundamental of nursing, human health and function*. 3th ed. Philadelphia: Lippincot; 2003.
 23. Heydari F, Tabari R. Identify direct and indirect nursing care time in a medical and surgical ward. *Holistic Nursing and Midwifery Journal* 2014; 25 (75): 1-9 [In Persian]
 1. Mahmoodi Shan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Ethics in nurses, lifestyle: a qualitative study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2 (4): 63-78 [In Persian].
 2. Jollaei S, Bakhshande B, Mohammad Ebrahim M, Asgarzade M, Vasheghani Farahani A, Shareiat E, et al. Nursing ethics codes in Iran: Report of a qualitative study. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2010; 3 (2): 46-52 [In Persian].
 3. Sanjari M, Zahedi F, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in iran. *Iranian J Publ Health*. 2008; 37 (1): 22- 27.
 4. Jormsri P, Kunavicticul W, Ketefian Sh, Chaowalit A. Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*. 2005; 12 (6): 582-593.
 5. Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. *Nursing Ethics* 2007; 14 (2): 141-155.
 6. Dehghani A, Dastpak M, Gharib A. Barriers to respect professional ethics standards in clinical care; viewpoints of nurses. *ijme*. 2013; 13 (5): 421-430 [In Persian].
 7. Scott C. Specialist practice: advancing the profession ? *J Adv* 2001; 28 (3): 554-62.
 8. Fitzgerald L, Van Hooft S. A socratic dialogue on the question 'what is love in nursing? *Nurs Ethics* 2000; 7 (6): 481-91.
 9. Gaul AL. Ethics content in baccalaureate degree curricula. clarifying the issues. *Nurs Clin North Am* 1989;24 (2): 475-83.
 10. Jonson AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: a practical apprach to ethical decisions in clinical medicine*. McGraw Hill; 2002, p.163-180.
 11. Hartrick Doane GA. Am I still ethical? The socially –mediated process of nurses moral identity. *Nurs Ethics* 2002; 9 (6): 623-35.
 12. Baillie L, Ford P, Gallagher A, Wainwright P. Nurses, views on dignity in care. *Nurse Older People* 2009. 21 (8): 22-9.
 13. Ghobadifar MA1, Mosalanejad L. Evaluation of staff adherence to professionalism in Jahrom university of medical sciences.

Barriers to apply the principles of professional ethics in the practice from Viewpoints of Nurses and Nursing Instructors of Medical Sciences at Kermanshah University (2015)

Mohammad Mahdi Mohammadi¹, Shima Parandin^{2*}, Parisa Bahremand³

1. Bachelor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

2. Assistant Professor, School of Psychology, Islamic Azad University, West Islamabad, Islamabad West, Iran.

3. Special Care newborns Nursing Graduate Student, School of Nursing and Midwifery, Medical Sciences University, Tabriz, Iran.

*Corresponding author: shima23.parandin@gmail.com

Received on: 27/07/2015 Accepted on: 10/12/2015

Abstract

Introduction: Many nurses are facing with problem in implementing their ethical knowledge and they cannot demonstrate a professional ethics in practice.

Methods: This study aimed to determine the barriers to performance of professional ethics in clinical care. This study is a analytical-descriptive study that was conducted on 217 nurses and 18 nursing professors in 2015. Sampling method in nursing was simple random and among professors was census method. Data collection tool was a Researcher-Made questionnaire included 33 questions, which measure barriers to professional ethics. Data were analyzed by using SPSS 22 and independent t-test.

Results: The most important management barriers from the view of nurses was lack of shortage of nursing personnel ($4/12 \pm 0/92$) and from the view of nursing professors was lack of the necessary training in the field of ethical issues in nursing school ($3/72 \pm 0/89$). The most important environmental barriers from the view of nurses was overcrowding of the wards ($3/66 \pm 0/88$) and from the view of nursing professors was biological and physical changes during night shifts ($3/72 \pm 0/82$). Shortage of time was the most important *individual care-giving* barrier from the view of nurses ($4/44 \pm 0/62$) and from the perspective of nursing professors ($4/28 \pm 0/66$).

Conclusion: According to findings of present study, *it is recommended to* utilize more nursing workers and also be included principles of the time management in nursing education program.

Key words: Barriers, ethics



رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان

حمید رحیمی*

۱. دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

*نویسنده مسئول: dr.hamid.rahimi@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۰؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: معنویت به عنوان یک نیروی قوی در مرکز زندگی انسان قرار دارد و با احساس خوب داشتن و رضایت از زندگی پیوند خورده است. داشتن سلامت معنوی و نگرش دینی موجب رضایتمندی از زندگی، به خصوص در دانشجویان پرستاری که در مراقبت از بیماران نقش دارند، می شود. هدف این مطالعه، بررسی رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود.

روش: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۷۶ دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان که از بین ۳۲۶ نفر به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شده بودند، انجام شد. جهت گردآوری داده ها از پرسش نامه استاندارد نگرش دینی، مقیاس رضایت از زندگی و پرسش نامه سلامت معنوی الیسون استفاده شد. پایایی پرسش نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای نگرش دینی ۰/۸۳ و رضایت از زندگی ۰/۸۱ و سلامت معنوی ۰/۸۶ برآورد گردید. تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی و استنباطی و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نگرش دینی ($14/4 \pm 47/0$) بالاتر از حد متوسط، میانگین سلامت معنوی ($47/56 \pm 6/5$) در سطح متوسط و میانگین رضایت از زندگی ($24/27 \pm 11/3$) بالاتر از متوسط می باشد. نتایج حاصل از آزمون همبستگی حاکی از این بود که بین نگرش دینی و رضایت از زندگی و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت وجود دارد؛ اما این ارتباط از نظر آماری غیرمعنادار است.

نتیجه گیری: نگرش دینی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری با یکدیگر ارتباط دارند.

واژگان کلیدی: نگرش دینی، رضایت از زندگی، سلامت معنوی، دانشجویان پرستاری.

مقدمه

دانشگاه‌ها به‌عنوان یک نهاد مهم و حساس آموزشی به‌موازات کارکردهای علمی و تخصصی خود، نمی‌توانند نسبت به رشد ارزش‌های دینی و اخلاقی دانشجویان بی‌تفاوت باشند. تأکید بر ایجاد و رشد نگرش‌های دینی و تقویت سلامت معنوی دانشجویان از اهمیتی خاص برخوردار است (۱). داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زاه، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا، از روش‌هایی هستند که افراد مذهبی، با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را متحمل شوند (۲).

کارکرد دین، حل مشکلات ارزشی و در نتیجه، معنادار کردن زندگی انسان است (۳). از این منظر، مذهب همواره به‌لحاظ روان‌شناختی به فرد امید نشاط و نوید رستگاری می‌دهد (۴). دین در کاهش آثار منفی فشارهای روانی زندگی مؤثر است و واجد کارکردهای مهمی همچون احساس امید، احساس نزدیک‌بودن به دیگران، آرامش هیجانی، فرصت خودشکوفایی، نزدیکی به خدا و کمک به حل مشکلات مختلف می‌باشد (۵). نگرش دینی دارای چهار بعد اعتقادی، تجربی، پیامدی و مناسکی است. بعد اعتقادی، ناظر به نگرش‌هایی است که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آن‌ها اعتقاد داشته باشند. بعد تجربی، ناظر بر عواطف و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری روحانی همچون خداست. بعد پیامدی، ناظر به تأثیر نگرش‌ها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان آن دین است. بعد مناسکی شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آیین‌های دینی خاص، روزه‌گرفتن و مانند این‌هاست (۶).

سلامت معنوی به‌عنوان جدیدترین بعد سلامت در کنار ابعاد سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرار گرفته است (۷). بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد موردنظر را داشته باشند (۸). سلامت معنوی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: کیفیت ذاتی و اصلی انسانی که دربرگیرنده باور به چیزی بزرگ‌تر از خود بوده و ایمان به اینکه به‌طور قطع، زندگی را تأیید و تصدیق می‌کند (۹). سلامت معنوی از ابعاد بنیادین سلامت و بهزیستی و نیروی هماهنگ‌کننده و تکمیل‌کننده سایر ابعاد سلامت انسان است (۱۰). سلامت معنوی را با اصطلاح حالتی از بودن، احساسات مثبت، شناخت ارتباط فرد با خود، دیگران و یک نیروی

ماورایی و نیز فطرت تعریف می‌کنند که در صورت دارا بودن آن، فرد احساس هویت، کمال، رضایتمندی، لذت، خرسندی، زیبایی، عشق، احترام، نگرش مثبت، آرامش و توازن درونی می‌کند و دارای هدف و جهت زندگی می‌شود (۱۱). همچنین سلامت معنوی را می‌توان با در نظر گرفتن اجزایی چون ارتباط مناسب با دیگران، زندگی هدفمند و معنادار و نیز اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (۱۲).

نتایج مطالعات متنوع حاکی از ارتباط گسترده رضایت از زندگی با تعدادی از رفتارها و حالات روان‌شناختی مهم از جمله افسردگی، عزت نفس و امید است (۱۳). رضایت از زندگی با عواملی همچون دین‌داری، تنش شغلی، خود کارآمدی، آرزوی شغلی، وضعیت افسردگی، سلامتی، شادکامی، اضطراب، انجام مناسک مذهبی، دوستی و بندگی خدا، عوامل شخصیتی، درآمد، طبقه اجتماعی، خوش‌بینی و تعامل اجتماعی ارتباط دارد (۱۴).

Carr (۲۰۰۳) اشاره می‌کند که هرچه محیط زندگی لذت‌بخش‌تر باشد، شادکامی و رضایت از زندگی نیز بیشتر است (۱۵). مظفری‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند سلامت معنوی دانشجویان با شادکامی آن‌ها رابطه مثبت و معناداری دارد (۱۶). عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافتند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری، در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷). طاهری‌خرامه و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد (۱۸). کشاورز و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند رضایت از زندگی هم‌بستگی مثبت معنادار با نگرش به اصول دین، انجام مناسک مذهبی و دوستی و بندگی خدا دارد (۱۹). عادل و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که سبک زندگی اسلامی و شادکامی، با رضایت از زندگی، هم‌بستگی مثبت و معناداری دارند (۲۰). بالجانی و همکاران (۲۰۱۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و امید، با کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنادار داشتند (۲۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت مذهب و معنویت حداقل از سه طریق بر رضایت از زندگی فرد، اثر می‌گذارد: اول اینکه مذهب، احساس معنادار بودن به زندگی انسان می‌دهد. دوم اینکه اصول و احکام مذهبی، یک سبک سالم برای زندگی پیشنهاد می‌کنند و سوم اینکه انسان‌ها با شرکت در مراسم‌های جمعی دینی هم از حمایت سایرین برخوردار

Glock & Stark، با اسلام شیعی تطبیق داده و متناسب شده است (۶). نمره‌گذاری آن بر مبنای مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم، ۵؛ موافقم، ۴؛ نظری ندارم، ۳؛ مخالفم، ۲ و کاملاً مخالفم، ۱ می‌باشد. با توجه به اینکه مقیاس آن ۵ درجه‌ای است، میانگین فرضی ۳ در نظر گرفته شد. به نحوی که میانگین به دست‌آمده بالاتر از ۳ بیانگر وضعیت نگرش دینی مطلوب و پایین‌تر از ۳ نامطلوب است. روایی پرسش‌نامه به صورت محتوایی توسط کارشناسان تأیید شد. پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ، به‌طور کلی ۰/۸۳ و به تفکیک برای ابعاد اعتقادی ۰/۷۷، تجربی ۰/۷۴، پیامدی ۰/۶۹ و مناسکی ۰/۸۱ به‌دست آمد.

ب) مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction (SWLS) with Life Scale: این مقیاس دارای ۵ سؤال بسته، پاسخ به صورت طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۷ و به کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. دامنه تغییر نمرات بین ۵ تا ۳۵ و نقطه برش ۲۰ بود که با افزایش نمره، میزان رضایت از زندگی افزایش می‌یابد. این مقیاس در بیش از ۴۰۰۰ مطالعه در کشورهای مختلف و در گروه‌های متعدد مانند کودکان، دانشجویان، بزرگسالان و سالمندان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۴). در پژوهش واحدی و اسکندری، روایی سازه مقیاس از طریق روایی هم‌گرا با پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). پایایی پرسش‌نامه در مطالعه عسگری ۰/۸۳ و گنجی و فراهانی ۰/۸۴ بیان شده است. پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد (۲۶-۲۷).

ج) پرسش‌نامه سلامت معنوی الیسون شامل ۲۰ سؤال لیکرتی به صورت کاملاً موافقم، موافقم، بدون نظر، مخالفم و کاملاً مخالفم است. به هریک از پاسخ‌ها نمره ۱ تا ۵ داده می‌شود و دامنه نمرات سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. برای زیر گروه‌های سلامت معنوی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست آمده، صورت می‌گیرد. در عبارت‌های با فعل مثبت، پاسخ‌های کاملاً موافق (نمره ۵) و کاملاً مخالف (نمره ۱) داده شد. در نهایت، سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۸۰) و بالا (۸۱-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. هرچه نمره به‌دست‌آمده بالاتر باشد، نشانه سلامت معنوی بالاتری است. پایایی این پرسش‌نامه در ایران مورد تأیید قرار گرفته (۱۲) و الیسون، پایایی آن را با استفاده از

می‌شوند و هم به سرمایه اجتماعی خویش افزوده و رضایت‌مندی بیشتری کسب می‌کنند (۲۲). آشنابودن بسیاری از دانشجویان با محیط دانشگاه، مشکلات خانوادگی، مشکلات رفت‌وآمد و ناسازگاری با سایر دانشجویان در محیط خوابگاه و ناکافی بودن تسهیلات رفاهی و اقتصادی و مشکلاتی نظیر آن‌ها، از جمله شرایطی هستند که می‌توانند سبب ایجاد نارضایتی از شرایط زندگی در دانشجویان و در نهایت سبب افت عملکرد تحصیلی شوند. در این بین، دانشجویان رشته پرسترس پرستاری، علاوه بر استرس محیط آموزشی و خوابگاهی، در معرض استرس‌های محیط بالینی نیز قرار دارند (۲۳) که آن‌ها را در معرض بروز اختلالات جسمی و روحی قرار می‌دهد. به دلیل اهمیت وجود نگرش‌ها و نگرش‌های دینی و سلامت معنوی پرستاران و تأثیر آن بر کیفیت ارائه مراقبت‌های درمانی و نیز کمبود پژوهش‌های مرتبط با رضایت از زندگی و فقدان پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی به عنوان مقوله‌ای نوین، این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد.

روش

این مطالعه توصیفی تحلیلی با هدف تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد به تعداد ۳۲۶ نفر بودند. ابتدا یک مطالعه مقدماتی روی ۳۰ نفر از دانشجویان پرستاری انجام شد و بعد از استخراج داده‌های مربوطه و پیش‌برآورد واریانس، حجم نمونه آماری پژوهش با استفاده از فرمول کوکران و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم ۱۷۶ نفر برآورد شد؛ به طوری که از ۲۶۵ نفر دانشجوی کارشناسی، ۱۴۳ دانشجو و از ۶۱ نفر دانشجوی کارشناسی ارشد، ۳۳ دانشجو به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه استاندارد نگرش دینی: این پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که چهار بعد دین‌داری (اعتقادی، تجربی، پیامدی و مناسکی) را می‌سنجد و بر اساس مدل

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش نموده است (۲۸). پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر ۰/۸۷ برآورد گردید.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی کاشان و ارائه آن به مدیران و مسئولان حراست، اجازه‌نامه کتبی جهت اجرای پژوهش دریافت نمود. در این پژوهش پس از کسب رضایت آگاهانه از دانشجویان پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد. بعد از انتخاب دانشجویان و قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها، توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه و چگونگی پاسخ‌دهی به سؤالات داده شد. محقق متذکر شد که نیازی به ذکر نام و مشخصات نیست. هر دانشجو به‌طور مستقل به سؤالات پاسخ می‌داد و هیچ محدودیت زمانی خاصی برای پاسخ‌گویی به سؤالات وجود نداشت. ترتیب توزیع پرسش‌نامه به‌صورت تصادفی ساده بود و مدت زمانی که صرف پاسخ‌دهی پرسش‌نامه‌ها می‌شد، به‌طور تقریبی بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود.

اطلاعات جمع‌آوری شده به‌کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه میانگین نمونه با میانگین نظری جامعه، ضریب هم‌بستگی پیرسون جهت تعیین رابطه بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی و رگرسیون جهت پیش‌بینی رضایت از زندگی از روی نگرش دینی و سلامت معنوی) با استفاده از

نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

۸۲ درصد دانشجویان، دختر و ۱۸ درصد پسر بودند. حدود ۸۱ درصد در مقطع کارشناسی و ۱۹ درصد در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می‌کردند و همچنین ۷۲ درصد آنان غیربومی و ۲۸ درصد بومی بودند.

میانگین و انحراف معیار نگرش دینی $4/14 \pm 0/47$ بود که بالاتر از حد متوسط فرضی (۳) است. آزمون t نشان داد میانگین هریک از مؤلفه‌های نگرش دینی در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۱).

میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی $24/27 \pm 11/3$ بود که بالاتر از حد متوسط (۲۰) است. آزمون t نشان داد میانگین رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی $47/56 \pm 6/5$ بود که در سطح متوسط است. آزمون t نشان داد میانگین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در سطح خطای $P < 0/05$ معنادار است (جدول ۳).

بین نگرش دینی و رضایت از زندگی رابطه مثبت (۰/۸/۰) و غیرمعنادار و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی رابطه مثبت (۰/۴/۰) و غیرمعنادار وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۱: مقایسه مؤلفه‌های نگرش دینی با میانگین فرضی (۳)

متغیر	میانگین	t	سطح معناداری
اعتقادی	$4/62 \pm 0/38$	۶۱/۷۲	۰/۰۰۰
تجربی	$4/18 \pm 0/55$	۳۱/۲۶	۰/۰۰۰
پیامدی	$3/9 \pm 0/60$	۲۱/۶	۰/۰۰۰
مناسکی	$3/88 \pm 0/77$	۱۶/۸	۰/۰۰۰
نگرش دینی	$4/14 \pm 0/47$	۳۵/۰۷	۰/۰۰۰

جدول ۲: مقایسه رضایت از زندگی با میانگین فرضی (۲۰)

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	سطح معناداری
رضایت از زندگی	۱۷۶	$27/24 \pm 3/11$	۱۸/۱۱	۱۷۵	۰/۰۰۰

جدول ۳: مقایسه سلامت معنوی با سطح متوسط (۸۰-۴۱)

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	سطح معناداری
سلامت معنوی	۱۷۶	۵۶/۴۷±۵/۶	۲۲/۷۴	۱۷۵	۰/۰۰۰

جدول ۴: ضریب همبستگی بین نگرش دینی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی

متغیر	r	سطح معناداری
نگرش دینی و رضایت از زندگی	۰/۰۸	۰/۸۸
سلامت معنوی و رضایت از زندگی	۰/۰۴	۰/۹۵

جدول ۵: ضرایب رگرسیون نگرش دینی و سلامت معنوی

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
نگرش دینی و رضایت	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۶۵	۰/۹۵
سلامت معنوی و رضایت	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۰۵۷	۰/۹۶

که از نظر اجتماعی پذیرفته شده است، نشان ندهند. این نکته را نیز باید مدنظر قرار داد که ابعاد اعتقادی و تجربی بیشتر به مسائل نظری مربوط هستند و ابعاد پیامدی و مناسکی با مسائل عملی دین داری ارتباط دارند. هر قدر تجربیات دینی در جوانان بیشتر باشد، اعتقادات دینی آنان افزایش می یابد. همچنین جوانان با انجام بیشتر مناسک دینی، تجربیات دینی بیشتری نیز پیدا می کنند و بیشتر جذب مذهب می شوند. هر قدر بعد پیامد دینی در بین جوانان قوی تر باشد، به نوبه خود اعتقادات و تجربیات دینی بیشتری را پیدا می کنند و به عکس. همچنین پژوهش علوی نشان داد که نگرش دینی پاسخ گویان در بعد شناختی، عاطفی، پیامدی و رفتارهای دینی در حد مطلوب بود (۲۹). توان و همکاران در تحقیق خود دریافتند اکثر دانشجویان مورد مطالعه دارای نگرش دینی قوی بوده است (۳۰).

طبق نتایج، میانگین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری بالاتر از حد متوسط بود. طبق نظر اکثریت

ضرایب رگرسیون نشان داد متغیر نگرش دینی و سلامت معنوی، قابلیت پیش بینی و تبیین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری را ندارند و نمی توانند در مدل رگرسیونی قرار گیرند (جدول ۵).

بحث

براساس یافته ها، وضعیت نگرش دینی دانشجویان پرستاری مطلوب بود. این نشان می دهد علی رغم رشد و توسعه علوم و تکنولوژی، باز هم دانشجویان به امور دینی پایبند و مقید هستند، به خدا ایمان دارند و به او توکل می نمایند. بالاترین میانگین مربوط به بعد اعتقادی و تجربی بود. علت بالابودن ابعاد تجربی و اعتقادی نسبت به پیامدی و مناسکی شاید این است که نگرش های دینی نسبت به اعمال مذهبی که جنبه بیرونی و اجتماعی دارند، بیشتر رواج دارد. از این رو، ممکن است افراد به برخی از نگرش های خاص مذهبی ایمان داشته باشند؛ اما آن ها را به صورت اعمال مذهبی

و نگرش مذهبی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۳۳). Lewis (۲۰۰۰) به این نتیجه رسید که بین مذهبی بودن و شادکامی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۳۴). نتایج پژوهش Schludermann (۲۰۰۱) نیز حاکی از آن است که بین تعهد دینی، دین‌داری درونی و اعمال مذهبی با سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی دانشجویان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۳۵). Nooney (۲۰۰۵) و Hackney & Sanders (۲۰۰۳) در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که بین نگرش‌های مذهبی با سلامت روان افراد، رابطه وجود دارد (۳۶-۳۷). Korff (۲۰۰۶) گزارش می‌دهد که بین جهت‌گیری مذهبی درونی و رضایت از زندگی رابطه معناداری وجود دارد (۳۸). Lima & Putnam (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که افراد مذهبی رضایت بیشتری از زندگی دارند (۳۹).

نتیجه‌گیری

براساس نتایج، نگرش دینی، سلامت معنوی و رضایت از زندگی در دانشجویان پرستاری در حد متوسط است و این متغیرها با هم ارتباط دارند. باتوجه به یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های پیشین، به نظر می‌رسد که باورهای مذهبی و سلامت معنوی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر رضایت از زندگی است. از آنجاکه هر سه متغیر در بین دانشجویان در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشت؛ لذا برای حفظ و بهبود آن در سطح مطلوب، پیشنهاد می‌گردد محتوای درسی یا کارگاه‌هایی در مورد معنویت و مراقبت معنوی به منظور ایجاد نگرش مثبت در دانشجویان در برنامه آموزش پرستاری گنجانده شود. همچنین می‌توان از طریق بهبود نگرش دینی و سلامت معنوی، به ارتقاء کیفیت و رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری کمک نمود.

در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به نگرش دینی، رضایت از زندگی و سلامت معنوی دانشجویان پرستاری کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود مداخله‌های تجربی و کاربردی در این زمینه صورت گیرد تا نتایج پربارتری به دست آیند. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های بزرگ‌تر و روی گروه‌های مختلف اجرا شود.

پژوهش حاضر به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر

دانشجویان پرستاری، آن‌ها به نسبت سرزنده و سرحال‌اند، کمتر عصبانی می‌شوند، احساس آرامش و امنیت دارند و کمتر احساس ضعف و خستگی می‌کنند. عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافته‌اند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷).

یافته‌ها نشان داد میانگین سلامت معنوی دانشجویان پرستاری در سطح متوسط است. البته چنین نتایجی برای جامعه ما که مذهبی و متمایل به ارزش‌های معنوی می‌باشد، دور از ذهن نیست. همچنین عصاررودی و همکاران (۲۰۱۲) دریافته‌اند سلامت معنوی و رضایت از زندگی در کارکنان پرستاری در محدوده متوسط قرار دارد و با یکدیگر ارتباط دارند (۱۷). خلیلی و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند میانگین نمره سلامت معنوی سالمندان مطلوب بوده است (۳۱). مظفری‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند سلامت معنوی دانشجویان با شادکامی آن‌ها رابطه مثبت و معناداری دارد (۱۶).

طبق یافته‌ها، بین نگرش دینی و رضایت از زندگی و بین سلامت معنوی و رضایت از زندگی، رابطه مثبت و غیرمعنادار وجود دارد. ضرایب رگرسیون نشان داد متغیر نگرش دینی و سلامت معنوی، قابلیت پیش‌بینی و تبیین رضایت از زندگی دانشجویان پرستاری را ندارد. وجود رابطه مثبت بین این سه متغیر، بیانگر این است که هرچه نگرش دینی و سلامت معنوی در دانشجویان افزایش یابد، به همان میزان رضایت از زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد. جهت‌گیری مذهبی و سلامت معنوی می‌تواند موجب احساس شادکامی گردد. در واقع رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود (۳۲). کشاورز و همکاران (۲۰۱۰) دریافته‌اند رضایت از زندگی هم‌بستگی مثبت معنادار با نگرش به اصول دین، انجام مناسک مذهبی و دوستی و بندگی خدا دارد (۱۹). عادل و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که سبک زندگی اسلامی و شادکامی، با رضایت از زندگی، هم‌بستگی مثبت و معناداری دارند (۲۰). بالجانی و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و امید، با کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنادار داشتند (۲۱). طاهری خرامه و همکاران (۲۰۱۳) دریافته‌اند بین سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی بیماران ارتباط مثبت و مستقیم و معنادار وجود دارد (۱۸). صحرائیان و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند بین شادکامی

- Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP), 2010; 16 (3): 274. [Persian].
8. Hsiao YC. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today*, 2010; 30: 386-92.
 9. Jorna M. Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health, *Journal of Science and Medicine in Sport (JSAMS)*, 2006, 9, 5, 395-401.
 10. Fisher J. Spiritual health: its nature and place in the school curriculum. PhD Thesis, University of Melbourne, 1998.
 11. Gomez R. & Fisher, JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *The Journal of International Society for the Study of Individual Differences (ISSID)*, 2003, 35: 1975-1991.
 12. Dehshiri G. Evaluation of psychometrics properties spiritual well-being scale among student. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2008; 4:129-144. [Persian].
 13. Gilman, R. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality & Individual Differences (PERS INDIV DIFFER)*, 2005, 39, 1,155-166.
 14. Ghahreman A. Social predictors of life satisfaction among students: a survey on Ferdowsi University of Mashhad. *Journal of Social Sciences (Biannual)*, 2009; 6 (1): 1-25. [Persian]
 15. Carr A. Positive Psychology. *Handbook of psychology*. New York: Brunner – Rutledge Press, 2003.
 16. Mozafarinia F., Shokravi F. & Hydarnia A. Relationship between spiritual health and happiness among students, *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 2014; 2 (2): 97-108. [Persian].
 17. Assarroudi A., Jalilvand M., Oudi D. & Akaberi A. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in the nursing
- شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان پرستاری) و نوع پژوهش (هم‌بستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به‌علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت. عدم دسترسی به حجم نمونه بالا و جنسیت زن اکثریت واحدهای پژوهش از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود.
- ### تقدیر و تشکر
- نویسنده مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه مدیران، مسئولان و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان که در این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.
- ### منابع
1. Bagheri Kh. The guidance internalization ethical values through curriculum, *J Curriculum Studies*, 2008, 2, 8, 81-105. [Persian].
 2. Yang KP. & Mao, XY. A study of nurses 'spiritual intelligence: a cross sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud (IJNS)*, 2007; 44 (6): 999-1010.
 3. Tacedy D. G. *The spirituality revolution: the emergence of contemporary spirituality*, Sydney, Australia: Harper Collins Publishers, 2003.
 4. Merrill R. M., Folsom, J. A & Christopherson, S. S. The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior and Personality (SBP)*, 2005, 33 (8), 821-836.
 5. Pargament K. I. *Spirituality integrated psychotherapy*. New York: Guilford Press, 2007.
 6. Seraj Zadeh H. & Tavakolli M. Religion attitude and thinking in Tehran teenagers, *Research Letter*, 2001, 21, 159-187. [Persian].
 7. Omidvari S. Spiritual health, its nature and the instruments used. In: Abstracts of the 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association. *Iranian Journal of*

26. Asgari P. A comparison between the quality of life, life satisfaction, sex role attitude & self-esteem among students with high and low body image, *J Clinical Psychology Andishe va Raftar*, 2010; 5 (17): 9-18. [Persian].
27. Gangi Arjani M. & Farahani MN. The relationship between job stress and self efficacy with life satisfaction in gas accident workers from Isfahan Gas Company, *J Research in Psychological Health (RPH)*. 2008; 2 (3): 15-24. [Persian].
28. Ellison CW. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. *J Psycho & Theol*. 1998; 11: 330-340.
29. Alavi H. R. religion attitudes and behaviors in students at University of Kerman, *J Educational Psychology Studies (JEPS)*, 2006, 3, 5, 15-34. [Persian].
30. Tavan B., Jahani F., Seraji M. & Mohammad Beygi A. The relationship between religious attitude and mental health among students of Arak University of Medical Sciences. *Arak University of Medical Journal (AMUJ)*, 2011; 13 (5): 27-34. [Persian].
31. Khalili F., Sum S. & Asayesh H. Spiritual health among Isfahanian elderly people. *Iranian Journal of Ageing*. 2013; 8 (1):16-23. [Persian].
32. Koivumaa-Honkanen H. Life satisfaction and suicide: A 20 year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry Association (APA)*, 2001; 158 (3): 433-439.
33. Sahraian A., Gholami A. & Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in Medical Students in Shiraz University of Medical Sciences. *Quarterly Horizon Med Sci (QHMS)*, 2011; 17 (1): 69-74. [Persian].
34. Lewis C.A. Religion and happiness: Still no association. *J Beliefs & Values*, 2000, 21, 233-236.
35. Schludermann E. Fear of rejection versus religious commitment as predictors of adjustment among reformed and evangelical college students in Canada. *J Beliefs & Values*. 2001, 22 (2): 209-24.
36. Nooney G. Religion, stress, and mental health in adolescence. Review of staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital, 2011. *Modern Care J*. 2012; 9 (2):156-162. [Persian].
18. Taheri Kharameh Z., Asayesh H., Zamanian H., Shoori Bidgoli A., Mirgheisari A. & Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2013; 1 (1): 48-54. [Persian].
19. Keshavarz A., Mehrabi H. A. & Soltanizadeh M. Psychological predictors of life satisfaction. *Developmental Psychology*, 2010; 6 (22) :159-68. [Persian].
20. Adel Z., Kajbaf M. B. Abedi A. Cognitive education effectiveness with Islamic approach on life satisfaction in students, *Studies in Islam & Psychology*, 2010, 4, 7, 43-57. [Persian].
21. Baljani E., Kazemi M., Amanpour E. & Tizfahm T. The study of relationship between religion, spiritual health, life quality and hope in cancer patients], *J Evidence-based Care (EBCJ)*, 2011, 1, 1, 51-62. [Persian].
22. Zullig K. J., Valois R. F., Huebner E. S., & Drane J. W. Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 2005, 14, 195-206.
23. Asadi M., Adarvishi S., Mahmoodi M., Fayazi S. & Ghasemi DehCheshmeh M. Relationship between mental health and demographic factors in nursing students, *Journal of Health and Care*, 2014, 16 (3) , 79-88.
24. Adler M. G. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Personality*. 2005; 73 (1):79-114.
25. Vahedi S. & Eskandari F. The validation and multi-group confirmatory factor analysis of the Satisfaction with life scale in nurse and midwife undergraduate students, *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)* , 2010; 5 (17): 68-79. [Persian].

- predictor of life satisfaction within the elderly population. Doctoral dissertation, Walden University, 2006.
39. Lima C. & Putnam P. D. Religion, Social Networks and Life Satisfaction, *American Sociological Review (ASR)*, 2010;75(6): 914-933.
- Religious Research (RRR), 2005, 46 (4), 341-355.
37. Hackney C. H., & Sanders, G. S. Religiosity and mental health. *J Scientific Study of Religion (JSSR)*, 2003, 42, 43- 55.
38. Korff S.C. Religious orientation as a

The relationship between religious attitudes and spiritual health with life satisfaction in nursing students of Kashan University of Medical Sciences

Introduction

Hamid Rahimi^{1*}

1. Ph.D in Educational Administration, College of humanities, University of Kashan, Iran.

*Corresponding author: dr.hamid.rahimi@gmail.com

Received on: 10/01/2015 Accepted on: 20/09/2015

Abstract

Introduction: Spirituality as a powerful force is at the center of human life, and is linked by having good feeling and life satisfaction. Spiritual health and religious attitudes makes life satisfaction especially in nursing students who are important in the care of patients. The purpose of this study was investigating of relationship between religion attitude and spiritual health with life satisfaction in nursing students at University of Kashan Medical Sciences.

Methods: This descriptive-analytic study on 176 nursing students of Kashan University of Medical Sciences was selected through stratified random sampling method from among 326 people was performed. To collect data, it was used standard questionnaire of religious attitudes, scale of Satisfaction of Life and Ellison spiritual health questionnaires. Questionnaires reliability estimated through Cronbach Alpha coefficient for religion attitude 0.83, life satisfaction 0.81 and spiritual health 0.86. The analysis of date was done in descriptive & inferential level with using SPSS 19 statistical software.

Results: The findings showed that the means of religious attitude (4.14 ± 0.47) was higher than average, spiritual health (56.47 ± 5.6) was in average level and life satisfaction (27.24 ± 3.11) was higher than average. There are positive and no significant relationship between religion attitude and life satisfaction ($r=0.08$) and spiritual health and life satisfaction ($r=0.04$).

Conclusion: Religious attitude, spiritual health and life satisfaction in nursing students communicate with each other.

Keywords: Religion Attitude, Life Satisfaction, Spiritual Health, Nursing Students.

بررسی دیدگاه بیماران در رابطه با میزان رعایت کدهای اخلاقی تعهد حرفه‌ای پرستاران در بیمارستان‌های علوم پزشکی جهرم سال ۱۳۹۲

فریده معارفی*، رسول اسلامی اکبر^۲، طاهره اشک‌تراب^۳، عباس عباس‌زاده^۴، حمید علوی‌مجد^۵

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جهرم، ایران.
۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جهرم، ایران.
۳. دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استاد تمام، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۵. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: faride.maarefi@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۶؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۷

چکیده

مقدمه: از آنجایی که به کارگیری کدهای اخلاقی تعهد حرفه‌ای پرستار می‌تواند مراقبت ایمن را برای بیمار فراهم کند، هدف از پژوهش حاضر بررسی دیدگاه بیماران در رابطه با میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای، تعهد حرفه‌ای پرستاران در بیمارستان‌های علوم پزشکی جهرم بوده است.

روش کار: در این پژوهش توصیفی-مقطعی ۲۱۰ نفر از بیماران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم شرکت داشتند که به روش سهمیه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه پژوهشگرساخته شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و هفت سؤال اختصاصی در حیطه تعهد حرفه‌ای با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت بود. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین میزان رعایت کدهای اخلاق تعهد حرفه‌ای $24/57 \pm 7/86$ بود. بیشترین میانگین مربوط به گویه: «احترام به حریم خصوصی» با میانگین $3/69 \pm 2/99$ و کمترین میانگین مربوط به گویه: «داشتن صداقت» با میانگین $2/75 \pm 1/63$ (از کل ۴ تا ۱۰) بود. بین هیچ‌کدام از مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران و رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به نظر می‌رسد حفظ و ارتقاء وضعیت موجود و شناسایی علل بروز برخی کاستی‌ها در رعایت معدودی از کدهای اخلاق حرفه‌ای می‌بایست مدنظر مسئولین ذی‌ربط قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کدهای اخلاق حرفه‌ای، تعهد حرفه‌ای، دیدگاه، بیمار، پرستار

مقدمه

رویکرد دنیای امروز را می‌توان بازگشت به عقلانیت و اخلاق دانست. بشریت پس از طی دوره‌های مختلف می‌رود تا رویکردی عقلانی و اخلاقی در تأمین نیازهای مادی و معنوی خود داشته باشد. از این جهت می‌توان اخلاق را مرکز و کانون تحولات دنیای آینده دانست. این رویکرد بیشتر رشته‌هایی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که در ارائه خدمت به انسان‌ها پیشتاز هستند (۱). از لحاظ تاریخی حرفه پرستاری به جهت اصل لزوم مراقبت از دیگران ذاتاً حرفه‌ای اخلاقی قلمداد می‌شده است (۲). اخلاق حرفه‌ای باعث وجدان کاری نسبت به بیمار و سازمان سلامت می‌گردد. بدین وسیله فرد متعهد می‌شود که فعالیت‌های حرفه‌ای خود را درست انجام دهد؛ به طوری که به بیمار آسیب نرساند و مراقبت‌ها برای بیمار سیر بهبودی به همراه داشته باشد (۳).

همچنین از مهم‌ترین ارزش‌ها در حرفه پرستاری، احترام به مددجو/بیمار و حفظ شأن و کرامت انسانی، نوع‌دوستی و همدلی، پایبندی به تعهدات حرفه‌ای، پاسخ‌گویی، مسئولیت‌پذیری و وجدان کاری، عدالت در خدمت‌رسانی، تعهد به صداقت و وفاداری، حفظ حریم خصوصی بیماران و تعهد به رازداری و امانت‌داری، ارتقاء صلاحیت علمی و عملی به‌طور مداوم، ارتقاء آگاهی از مقررات حرفه‌ای و دستورالعمل‌های اخلاقی و رعایت آن‌ها، احترام متقابل با سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و برقراری ارتباط مناسب با آنان، احترام به استقلال فردی مددجو/بیمار و شفقت و مهربانی است که باید مورد توجه قرار گیرد (۴). بنابراین به کارگیری کدهای اخلاقی در حیطه تعهد حرفه‌ای پرستاران می‌تواند مراقبت ایمن را برای بیمار فراهم کند. در ایران، آیین اخلاق پرستاری شامل راهنماها و کدهای ملی اخلاقی در حیطه‌های مختلف پرستار و جامعه، پرستار و تعهد حرفه‌ای، پرستار و ارائه خدمات بالینی، پرستار و همکاران تیم درمانی و پرستار و آموزش و پژوهش از سوی سازمان نظام پرستاری با همکاری صاحب‌نظران حوزه پرستاری و اخلاق پزشکی تدوین و اعلام گردیده است. حیطه «پرستار و تعهد حرفه‌ای» با چهارده بند، نقش پرستار را در تیم حرفه‌ای و وظایف حرفه‌ای وی ترسیم می‌کند (۴). تعهد حرفه‌ای به معنای تعیین هویت یا حرفه است که شامل تعهد به حرفه، وقف آن شدن و پذیرش اهداف و اخلاق حرفه‌ای می‌باشد (۵). Santose تعهد حرفه‌ای را احساس هویت و وابستگی نسبت به یک شغل و حرفه خاص می‌داند و بر تمایل و علاقه به کار در یک حرفه به‌عنوان تعهد حرفه‌ای تأکید می‌کند. از طرف دیگر تعهد شغلی نوعی حالت شناختی و

احساس هویت روانی با یک شغل را نشان می‌دهد. تعهد شغلی، اعتقاد درمورد شغل فرد است و به مقداری که یک شغل می‌تواند نیازهای فعلی فرد را برآورده سازد، بستگی دارد. اشخاصی که شدیداً درگیر شغل هستند، شغل را به‌عنوان بخش مهمی از هویت شخصی‌شان در نظر می‌گیرند. علاوه بر این، افراد دارای وابستگی شغلی بالا، بیشتر علائق خود را وقف شغل خود می‌کنند (۶).

امروزه سازمان‌ها جهت توسعه سازمانی ارتقای عملکرد و بهره‌وری و اثربخشی خود نیازمند کارکنان توانمند و متعهد می‌باشند. این تعهد در پرستاران منجر به بهبود عملکرد و ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت می‌شود. در این راستا، عوامل گوناگونی می‌توانند بر تعهد سازمانی اثر بگذارند (۷). نحریر و همکاران به نقل از اکبرشاهی، در پژوهشی که با عنوان بررسی رابطه تعهد سازمانی و ویژگی‌های شخصیتی در پرستاران انجام شده است، به این نتیجه رسیدند که اکثریت پرستاران از تعهد سازمانی متوسط و ۲۰ درصد آن‌ها از تعهد سازمانی پایین برخوردار هستند (۸). در مطالعه‌ای که Smith MC با پرستاران چندین بخش از یک بیمارستان، مصاحبه نیمه‌رسمی با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر تعهد سازمانی و ارتقا تعهد سازمانی در پرستاران انجام داد، با مطالعه این مصاحبه‌ها مشخص شد؛ عوامل شخصی، فرصت‌های یادگیری، رضایت شغلی، برنامه‌های بازنشستگی و ارائه مراقبت‌های پرستاری مطلوب و با کیفیت بالا تأثیر مثبت و فقدان امنیت شغلی، ارتباطات درون گروهی ضعیف و عدم پرداخت امتیازات یا بی‌عدالتی در پرداخت امتیازات، تأثیر منفی بر تعهد سازمانی داشتند (۹). همچنین ویژگی‌های کار، اهمیت کار و استقلال کاری را عوامل پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای تعهد سازمانی پرستاران دانستند. Krash و همکاران با پژوهش بر تعدادی از پرستاران نتیجه گرفتند که شرایط شغل و سازمان بر تعهد سازمانی اثر می‌گذارد و از طرف دیگر تعهد سازمانی بر ترک شغل مؤثر است (۱۰).

لذا باتوجه به اهمیت موضوع و وجود این واقعیت که تاکنون پژوهشی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم در رابطه با میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه تعهد حرفه‌ای پرستاران صورت نگرفته است و به دلیل رابطه تنگاتنگ رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه تعهد حرفه‌ای پرستاران با بهبود کیفیت این خدمات و از سوی دیگر وجود این واقعیت که نتایج مطالعات انجام گرفته، اکثراً میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای را از دیدگاه پرستاران مورد بررسی قرار داده و نتایج متفاوتی را به همراه داشته و در این میان بررسی دیدگاه بیماران یعنی محوری‌ترین عنصر در

پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، سازمان نظام پرستاری کل کشور، دفتر پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، فرهنگستان علوم پزشکی کشور و بورد پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است (۴). بخش اول پرسش‌نامه مربوط به سؤالات اطلاعات جمعیت‌شناختی و مشخصات بستری بیمار و بخش دوم مشتمل بر هفت عبارت با مضمون کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه «تعهد حرفه‌ای» بود که بیماران در طیف لیکرت (همیشه=۴، اغلب=۳، گاهی اوقات=۲، به ندرت=۱، هرگز=۰) به انعکاس دیدگاه خود در رابطه با هر عبارت پرسش‌نامه اقدام می‌نمودند. لازم به ذکر است که طبق طبقه‌بندی انجام‌شده در پرسش‌نامه که برطبق نظر مشاور آمار و در نظر گرفتن مقیاس ۰/۳۳ میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای توسط پرستاران از دیدگاه بیماران، به سه طبقه ضعیف، متوسط و خوب طبقه‌بندی شد. کسب امتیاز ۰ تا ۹ بیانگر رعایت ضعیف، ۱۰ تا ۱۹ رعایت متوسط و ۲۰ تا ۲۸ رعایت خوب کدهای اخلاق حرفه‌ای را منعکس می‌نمود.

روایی پرسش‌نامه توسط ۱۵ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌های تهران، شیراز، جهرم و ارومیه و نیز صاحب‌نظران مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و گروه اخلاق پزشکی شیراز مورد تأیید قرار گرفت. پس از اعلام نظر اساتید در رابطه با روایی محتوای ابزار پژوهش که با در نظر گرفتن معیارهای مرتبط بودن، وضوح و سادگی و با استفاده از یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (عالی=۵، خوب=۴، متوسط=۳، ضعیف=۲، خیلی ضعیف=۱) انجام شد و پس از اعمال برخی از پیشنهادات و همچنین ویرایش نهایی ابزار گردآوری داده‌ها تنظیم گردید. شاخص روایی محتوای پرسش‌نامه در قسمت مربوط بودن ۹۱/۲۵ درصد، واضح بودن ۷۰ درصد و ساده بودن ۷۸/۱۲ درصد به دست آمد. جهت بررسی پایایی ابزار نیز از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد که برای انجام آن در مطالعه‌ای مقدماتی پرسش‌نامه جهت پاسخ‌گویی در دو مرحله به فاصله ۵ روز (در روزهای دوم و هفتم بستری) در اختیار ۱۵ نفر از بیماران بخش‌های مورد پژوهش قرار داده شد و پس از جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله، ضریب پایایی ۰/۸۴ برای ابزار این پژوهش به دست آمد.

جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه پس از کسب موافقت اجرای پژوهش از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و هماهنگی با مسئولین بیمارستان‌های مورد پژوهش

مؤسسات سلامت و دریافت‌کننده خدمات در رابطه با رعایت کدهای اخلاقی پرستاری در بالین نادیده گرفته شده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران در حیطه «پرستار و تعهد حرفه‌ای» از دیدگاه بیماران صورت گرفته است تا با استفاده از نتایج آن زمینه برای توصیف بهتر وضعیت موجود و گردآوری داده‌های مکمل مطالعات قبلی فراهم گردیده و به دنبال آن امکان برنامه‌ریزی جامع‌تر در جهت ارتقاء رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران بیش‌ازپیش فراهم گردد.

روش کار

این پژوهش به صورت توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد و دیدگاه بیماران در رابطه با میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه تعهد حرفه‌ای توسط پرستاران تعیین و توصیف گردید. محیط پژوهش در این مطالعه شامل بخش‌های داخلی، جراحی، زنان، گوش و حلق و بینی، اورتوپدی، چشم و اورولوژی بیمارستان‌های شهر جهرم بودند. معیارهای ورود بیماران عبارت بودند از: داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال، گذشت حداقل یک شیفت از زمان بستری، نداشتن بیماری روانی براساس اطلاعات پرونده و دارابودن سطح هوشیاری مناسب جهت پاسخ‌گویی به سؤالات.

حجم نمونه مورد پژوهش در این مطالعه ۲۱۰ نفر بود که به روش سهمیه‌ای نمونه‌گیری انجام شد. در این راستا پژوهشگر با توجه به اندازه نمونه محاسبه‌شده و میانگین تعداد بیماران بستری‌شده در بخش‌های مورد مطالعه، سهمیه هریک از بخش‌های مذکور در دو بیمارستان را تعیین نمود. بخش داخلی ۴۰ درصد، بخش جراحی ۱۱ درصد، بخش زنان ۱۵/۷ درصد، بخش گوش و حلق و بینی ۷/۶ درصد، بخش اورتوپدی ۱۱/۴ درصد، بخش چشم ۶/۲ درصد و بخش اورولوژی ۸/۱ درصد نمونه را شامل شدند. قابل ذکر است جهت افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش، پژوهشگر جهت دسترسی به نمونه‌های پژوهش به صورت متوالی در روزهای فرد یا زوج هفته و در شیفت‌های مختلف به محیط پژوهش مراجعه‌نموده و اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته بود. منشأ پرسش‌نامه این پژوهش برگرفته از کدهای اخلاق حرفه‌ای پرستاران بوده است که تدوین و تکمیل آن برعهده شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش

آن‌ها احترام نمی‌گذارند. کمترین میانگین به‌دست‌آمده نیز مربوط به گویه «در صورت وقوع اشتباه در اقدامات پرستاری، آن را صادقانه به شما توضیح می‌دهند» با میانگین $۱/۶۳ \pm ۲/۷۵$ از ۴ بود و در این رابطه $۲۳/۳$ درصد بیماران بر این باور بودند که پرستاران به‌ندرت و گاهی اوقات این‌کد را رعایت می‌کنند و $۱۴/۲$ درصد نیز بیان نمودند که پرستاران هرگز این‌کد را رعایت نمی‌کنند.

بحث

همان‌طور که نتایج نشان داد، میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطة تعهد حرفه‌ای توسط پرستاران از دیدگاه بیماران در طبقه خوب قرار گرفت. در همین راستا قرقوزار و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی بر روی پرستاران از ۹ بیمارستان آموزشی (کوچک، متوسط و بزرگ) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام دادند که یافته‌های آن نشان داد میزان تعهد حرفه‌ای $۵۳/۵$ درصد واحدهای پژوهش در سطح متوسط می‌باشد (۷). از طرف دیگر خاتونی (۱۳۹۲) در پژوهشی که جامعه آماری آن کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر قزوین بود، به این نتیجه رسید که تعهد حرفه‌ای پرستاران $۴/۹$ درصد در حد کم، $۷۰/۸$ درصد در حد متوسط و $۲۴/۳$ درصد در حد زیاد بود (۱۱). همچنین بیشترین میانگین به‌دست‌آمده از بین کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطة تعهد حرفه‌ای مربوط به کد «در موقع مراقبت، به حریم خصوصی شما احترام می‌گذارند» بود.

آغاز گردید و پژوهشگر پس از دسترسی به نمونه‌های مورد مطالعه و ارائه توضیحات لازم در ارتباط با هدف پژوهش و محتوای پرسش‌نامه با رعایت ملاحظات اخلاقی از قبیل اطمینان‌دادن به نمونه‌های پژوهش درباره محرمانه ماندن کلیه اطلاعات، پرسش‌نامه پژوهش در اختیار نمونه‌ها قرار داده شد تا اقدام به پاسخ‌گویی سوالات آن نمایند.

یافته‌ها

$۴۷/۳$ درصد نمونه‌های مورد پژوهش در سنین بین ۱۸ تا ۳۳ سال قرار داشتند و میانگین و انحراف معیار سن آنان $۴۰ \pm ۱/۵۹$ بود. اکثریت نمونه‌ها مؤنث ($۵۹/۵$ درصد)، متأهل ($۷۷/۱$ درصد)، خانه‌دار ($۴۸/۱$ درصد)، شهری (۷۰ درصد) و دارای تحصیلات در حد ابتدایی ($۴۵/۷$ درصد) بودند. همچنین در ارتباط با مشخصات بستری واحدهای مورد پژوهش، $۵۶/۵$ درصد قبلاً سابقه بستری در بیمارستان را داشتند و بیشتر از سه روز از مدت بستریشان می‌گذشت ($۵۰/۲$ درصد).

میانگین میزان رعایت کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطة تعهد حرفه‌ای پرستاران از دیدگاه بیماران $۲۴/۵۷$ با انحراف معیار $۷/۸۶$ بود، که براساس نمره در سطح بالایی بود (جدول شماره ۱). همچنین بیشترین میانگین به‌دست‌آمده مربوط به گویه «در موقع مراقبت، به حریم خصوصی شما احترام می‌گذارند» با میانگین $۲/۹۹ \pm ۳/۶۹$ از ۴ بود و در این رابطه ۷۰ درصد بیماران اظهار نمودند که پرستاران همیشه این‌کد اخلاقی را رعایت می‌کنند و تنها $۲/۵$ درصد بیماران بیان نمودند که پرستاران هرگز موقع مراقبت، به حریم خصوصی

جدول ۱: توزیع میانگین و انحراف معیار میزان رعایت کدهای اخلاقی در حیطة تعهد حرفه‌ای توسط پرستاران از دیدگاه بیماران مورد پژوهش بستری‌شده در بیمارستان‌های علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۹۲

میانگین \pm انحراف معیار	آمار توصیفی	کدهای حیطة تعهد حرفه‌ای
$۰/۹۵ \pm ۳/۴۰$		احترام گذاشتن به بیمار
$۰/۹۴ \pm ۳/۴۷$		محرم و رازدار بودن
$۲/۹۹ \pm ۳/۶۹$		احترام گذاشتن به حریم خصوصی بیمار
$۳/۱۷ \pm ۱/۳۶$		ایجاد محیط امن برای بیمار
$۲/۷۵ \pm ۱/۶۳$		داشتن صداقت
$۱/۰۳ \pm ۳/۳۰$		حفظ شأن و منزلت پرستار
$۱/۰۲ \pm ۳/۲۷$		پرهیز از پذیرفتن هدیه از جانب بیمار
$۲۴/۵۷ \pm ۷/۸۶$		میانگین کل

رعایت تقریباً متوسط روبه‌بالای این کد اخلاقی توسط پرستاران است (۱۷). بیگ‌مرادی و همکارانش (۱۳۹۱) گزارش کردند که ۷۸/۵ درصد پرستاران مراکز آموزشی و درمانی شهر همدان در بیان حقیقت به بیماران صداقت داشتند (۱۸). صیدی و زردشت (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای که در ارتباط با خطاهای دارویی در بخش کودکان بیمارستان‌های دولتی مشهد انجام دادند، گزارش کردند که ۴۵/۷ درصد پرستاران به دلیل ترس از تنبیه انضباطی، ۴۵/۷ درصد به دلیل ترس از واکنش همکاران، ۳۵/۹ درصد به دلیل ترس از واکنش سرپرستار در برابر دیگران، ۵۹/۸ درصد به دلیل فراموش کردن گزارش‌دهی و ۳۹/۱ درصد به دلیل عدم نیاز به گزارش را موانع گزارش‌دهی خطاهای دارویی می‌دانستند. بدین ترتیب باتوجه‌به این موارد بدهی است در نظر گرفتن مصونیت‌های شغلی و قانونی برای افرادی که صادقانه اعتراف به خطا می‌کنند، نوعی ابتکار عمل در جلوگیری از مخفی ماندن خطا به دلیل ترس از توبیخ و تنبیه خواهد بود (۱۹). از نتایج پژوهش‌های ذکر شده چنین می‌توان تحلیل کرد که در صورت وقوع اشتباه در اقدامات پرستاری، در بیان حقیقت به پرستاران، موانع زیادی وجود دارد و برخلاف نتایج پژوهش حاضر، پرستاران در بیان حقیقت به بیماران بیشتر صداقت دارند.

نتیجه‌گیری

انجام تصمیم‌گیری‌های بالینی و اجرای مداخلات پرستاری از جمله وظایف حرفه‌ای پرستاران است که می‌باید در محیطی امن و سالم و با لحاظ مسئولیت‌های اخلاقی علاوه‌بر مسئولیت‌های حقوقی و حرفه‌ای انجام پذیرد. این مهم هنگامی محقق می‌گردد که تمامی مداخلات و تصمیم‌گیری‌ها براساس کدها یا استانداردهای حرفه‌ای همراه با حفظ کامل عزت و احترام بیمار و خانواده او انجام پذیرد. انجام وظایف حرفه‌ای به‌نحو احسن و ثبت دقیق مراقبت‌های انجام‌شده، حفظ اسرار بیمار، رعایت حریم خصوصی او، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه از بیمار با سرپرست قانونی او علاوه‌بر آن شناسایی و گزارش خطاهای حرفه‌ای و انصاف و راستگویی در ارائه خدمات پرستاری، ضمن پیشگیری از صدمات احتمالی به بیماران، محیطی امن را برای بیماران در این حیطه به‌وجود می‌آورد. تعهد حرفه‌ای، پرستار را ملزم به حفظ صلاحیت حرفه‌ای و

مفهوم حریم به‌عنوان یک نیاز اساسی و مهم در انسان و نیز در پرستاری شناخته شده که برای اولین بار توسط فلورانس نایتینگل شرح داده شد. حریم خصوصی عبارت است از آنچه افراد بر پنهان نگه داشتن مطلق یا نسبی آن حق دارند و دیگران به محترم‌داشتن این پنهان‌کاری مکلف‌اند (۱۲). در همین رابطه، قاسمی و بهنام (۱۳۷۷) نیز گزارش کردند که ۵۷/۵ درصد از بیماران بستری در بیمارستان‌های سبزوار بیان داشته‌اند که قلمرو آنان اغلب اوقات از سوی کارکنان درمانی مورد توجه و احترام قرار گرفته است (۱۳)؛ اگرچه نصیریانی (۱۳۸۶) گزارش کرد حفظ حریم شخصی بیمار از جانب پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر یزد در حد ضعیف، میانگین ۴/۶۰ از جمع کل نمره (۲۱) بوده است (۱۴). هرچند در مطالعه‌ای که قهرمانیان و همکارانش (۱۳۸۷) بر روی پرستاران و بیماران بستری در سه بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تبریز به‌صورت مقایسه‌ای انجام دادند، نتایج بیانگر آن بود که پرستاران بیشتر از بیماران معتقد بودند که خلوت بیماران در طی ارائه مراقبت‌های پرستاری رعایت می‌گردد (۱۵).

در پژوهش حاضر کمترین میانگین به‌دست‌آمده از بین کدهای اخلاق حرفه‌ای در حیطه تعهد حرفه‌ای مربوط به کد «در صورت وقوع اشتباه در اقدامات پرستاری، آن را صادقانه به شما توضیح می‌دهند» بود. صغیری در پژوهشی مروری با عنوان بررسی خطاهای رایج پرستاری و توسعه استراتژی‌های کاهش خطا در پرستاران بیان می‌کند: «مطالعاتی که در زمینه خطاهای پزشکان و پرستاران انجام شده است، حاکی از آن است که خطا در هر صورت اتفاق می‌افتد؛ زیرا هیچ انسانی مصون از خطا نیست و خطاها به هر جهت توسط پزشک، پرستار یا سایر کادر درمانی اتفاق خواهد افتاد. اما در اکثر مطالعات نتایج حاکی از این است که بیش از ۴۰ درصد خطاهای رخ داده، هرگز گزارش نمی‌شوند و در این میان، ترس مهم‌ترین عامل عدم گزارش خطا می‌باشد و از دیدگاه پرستاران فرهنگ حاکم بر بخش‌های بالینی نسبت به فرهنگ سازمانی که در آن مشغول به خدمت هستند، در میزان گزارش خطا مؤثرتر می‌باشد» (۱۶). در مطالعه بستانی خالصی (۱۳۹۱) که در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت درباره رعایت مفاد منشور حقوق بیمار انجام گردید، نیز میانگین بیان خطای درمانی جبران‌پذیر توسط فرد مسئول، از دیدگاه بیماران در یک طیف لیکرت ۵ تا ۳/۶۴ گزارش شده است که بیانگر

6. Santose S, Emmalou NL. Factors Related to Commitment of Extension Professionals in the Dominican Republic: Implications for Theory and Practice. *JAE*. 1998; 35(3): 57-63.
7. Nabizadeh Gharghozar Z, Atashzadeh Shoorideh F, Khazaei N, Alavi-Majd H. Assessing organizational commitment in clinical nurses. *Nursing management*. 2013; 2(2): 41-48.
8. Nehrir B, Ebadi A, Tofighi Sh, Karimi Zarchi A, Honarvar H. Relationship of job satisfaction and organizational commitment in hospital nurses. *Mil Med Journal*. 2010; 1(12): 23-26.
9. Smith MC. A nursing shortage. Building organizational commitment among nurses. *Care Manag J*. 2001; 46(3): 173-86.
10. Krash B, Booske B.C, & Sainfort F. Job and organizational determinants of nursing home employee commitment. job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*. 2005; 48(10): 1260-1281.
11. Khatuni M. Investigate the relationship between professional commitment and job satisfaction of nurses in public hospitals affiliated with the University of Medical Science. *Med Ethic*. 2013; 7(24): 55-78.
12. Mehrabi N. The importance of privacy and confidentiality Privacy patients by medical staff. *J Army Univ Med Sci I.R. Iran*. 2008; 4(2): 24-26.
13. Ghasei HR, Behnam H. Assessment of patients' rights in respect of territory Sabzevar Hospitals. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 1998; 3: 31-35.
14. Nasiriani KH, Farnia F, Nasiriani F. Assessment of patients' rights of nurses in the hospitals of Yazd. *Sci J Forensic Med*. 2013; 1(13): 33-37.
15. Gahramanian A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohajjel-Agdam AR. Patients- and Nurses' Perspectives on Respecting Patients' Privacy During Nursing Care. *Iran J Nurs*. 2008; 21(55): 37-45.
16. Saghiri S. Investigate the common errors in nursing and to develop strategies to reduce errors in nursing Yhay. *J Army Univ Med Sci I.R. Iran*. 2009; 10(2): 35-40.
17. Bostani Khalesi Z, Reza Masoule Sh, Abedinzade M. Evaluation of the Patients, Doctors and Nurses View Points about Patient Bill of Rights in Rasht Public Hospitals. *J Fasa Univ Med Sci*. 2012; 2(6): 291-295.

به روز نمودن دانش و مهارت‌های مراقبتی می‌نماید تا توانمندی و دانش کافی برای مراقبت مؤثر و ایمن، بدون نظارت مستقیم را داشته باشد و در برابر اقدامات مراقبتی خود پاسخگو باشد، منجر به احساس آرامش و تأمین امنیت بیمار می‌گردد.

انجام مراقبت‌های ایمن پرستاری برای بیماران، امروزه به عنوان یک ضرورت حرفه‌ای در چارچوب حاکمیت بالینی احساس می‌گردد. توجه به کدهای اخلاقی در بخش تهمد حرفه‌ای پرستاران، علاوه بر ایجاد یک مراقبت ایمن توأم با جلب اعتماد و امنیت بیمار و پیشگیری از بروز خطاهای قابل اجتناب، باعث افزایش ضریب اعتبار و حیثیت حرفه‌ای رشته پرستاری می‌گردد.

تقدیر و تشکر

نگارندگان بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خویش را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و همچنین سرپرستاران بخش‌ها و بیماران محترم شرکت کننده در پژوهش و کلیه سروران و عزیزانی که بدون هیچ گونه چشم‌داشتی ما را در اجرا و تکمیل این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

منابع

1. Horton K, Taschudin V, Forget A. The Value of Nursing: A Literature Review. *Nurs Ethics*. 2007; 14(6): 716-740.
2. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature Review. *Nurs Ethics*. 2008; 15(3): 304-321.
3. Sanjari M, Zahedi F, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2008; 1(5): 22-27.
4. National code of professional ethics of nursing Council of Nursing. 2011 Available at: <http://www.ino.ir/tabid/40/language/fa-IR/Default.aspx>. Accessed May 2013.
5. Ekhhari M, Arizi HR, Alavi K. Relationship between Dimensions of organizational commitment and professional commitment among employees Isfahan Refinery. *Journal of management*. 2010; 4(12): 129-157.

19. Seidi M. Zardosht R. Survey of Nurses' Viewpoints on Causes of Medicinal Errors and Barriers to Reporting in Pediatric Units in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. J Fasa Univ Med Sci. 2012; 2(3): 142-147.

18. Bigmoradi A. Rabiei S. Khatibian M. Cheraghi MA. Moral distress among nurses in intensive care units: A survey of the educational and health centers in Hamadan. IJME.2012; 2(5): 53-65.

Check the patient's perspective in relation to compliance with ethical codes of nurses' professional commitment in Medical Sciences hospitals of Jahrom in 2013

Farideh Maarefi^{1}, Rasoul Eslami Akbar², Tahereh Ashk Torab³, Abbas Abbas Zadeh⁴, Hamid Alavi Majd⁵*

1. Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Health Services Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Nursing, School of Nursing and Health Services Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

3. Associate Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery martyr Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery martyr Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, University martyr Beheshti medical sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author: faride.maarefi@yahoo.com

Received on: 16/05/2014 Accepted on: 27/01/2016

Abstract

Background: Since the application of ethical codes of professional commitment, nurses can provide safe care to the patient, the aim of this study was to evaluate patients' perception regarding compliance of codes of professional ethics, nurses' professional commitment in Medical Sciences hospitals of Jahrom.

Method: In this cross - sectional study, 210 patients of Hospitals in Jahrom University of Medical Sciences were attended who selected by quota sampling. The data gathering tool consisted of a researcher-made questionnaire including two sections of demographic information and 7 specify questions in domain of professional commitment with 5-point Likert scale. Data analysis was performed by descriptive and analytic statistics via SPSS.

Result: The mean of compliance of codes of professional ethics by nurses in domain of professional commitment in patients' perspective was $24/57 \pm 7/86$ (total of 0 to 28). The most mean compliance was "respecting privacy while care" with a mean of $3/69 \pm 2/99$ and in this regard and the lowest mean compliance was "having honest" with a mean of $2/75 \pm 1/63$ (total of 0 to 4). There was no meaningful relationship between demographic characteristics of patients and the observance of nurses' professional ethics codes.

Discussion: With respect to results, it appears maintaining and improving the existing situation and identifies the causes of some deficiencies in the observance of codes of professional ethics should be considered by relevant authorities.

Key words: Codes of Professional Ethics, professional commitment, Perspective, Patients, Nurses

بررسی رابطه اعتماد به همکار و رضایت شغلی در پرستاران

مهدی طالبی^{۱*}، بهار سیفی^۲، محمد امین میرزایی^۳، علی افشاری^۴، مهدی ترکمانی^۵، رضا عباسی^۶، داود گمار^۷

۱. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، ایران.
۲. دانشجوی دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.
۳. کارشناس ارشد مدیریت دولتی، دانشگاه تهران، ایران.
۴. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی نهاوند، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۵. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.
۶. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه آزاد واحد تهران پزشکی، ایران.
۷. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، ایران.

*نویسنده مسئول: mehditalebi@rocketmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۶/۶؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۱۶

چکیده

مقدمه: در آیین اخلاق پرستاری ایران، یکی از وظایف پرستار در قبال همکاران تیم درمانی، برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد می‌باشد. از طرفی شناسایی عوامل رضایت و عدم رضایت نیروی انسانی در سازمان‌ها جهت اتخاذ راهبردها و برنامه‌های مؤثر، ضروری می‌باشد. این تحقیق با هدف تعیین ارتباط بین اعتماد به همکار و رضایت شغلی پرستاران انجام شد.

روش: پژوهش از نوع توصیفی هم‌بستگی بود که تعداد ۱۶۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان همدان (سال ۱۳۹۱) با روش سرشماری توسط پرسش‌نامه اعتماد به همکار و پرسش‌نامه رضایت شغلی مورد مطالعه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. به این منظور، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS، ویرایش ۱۵ شدند.

یافته‌ها: ضریب هم‌بستگی بین ابعاد اعتماد به همکار (شایستگی و اعتبار و خیرخواهی) و رضایت شغلی به ترتیب 0.263 ($P=0.006$) و 0.271 ($P=0.006$) و 0.393 ($P=0.000$) بود و نتایج حاصل از رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیر خیرخواهی نسبت به سایر ابعاد اعتماد به همکار در تبیین واریانس رضایت شغلی مشارکت بیشتری دارد. ($P=0.003$ ، $r=0.158$)

نتیجه‌گیری: اعتماد به همکار و رضایت شغلی دو مؤلفه مهم تأثیرگذار بر یکدیگر و بر کیفیت ارائه خدمات پرستاری می‌باشند. ضروری است که با شناسایی عوامل مؤثر بر این دو مؤلفه به دنبال برنامه‌ریزی جامع جهت ارتقای این دو متغیر در بیمارستان‌ها باشیم.

واژگان کلیدی: کدهای اخلاق پرستاری، اعتماد به همکار، رضایت شغلی، پرستار.

مقدمه

صحیح، راهبردهای مناسب و برنامه‌های مؤثر، ضروری نیز می‌باشد (۱۲). اندازه‌گیری میزان رضایت شغلی کارکنان، بررسی نقاط ضعف و قوت مؤثر در کاهش یا افزایش رضایتمندی کارکنان، سازمان را در ارائه خدمات بهتر، تولید محصولات مناسب و در نهایت ارتقاء بهره‌وری کمک خواهد کرد (۱۳). این توجه در سازمان‌های بهداشتی اهمیت دوچندانی دارد؛ زیرا ایجاد رضایت در نیروی‌های سازمان‌های بهداشتی سبب ایجاد رضایت در کل سازمان می‌شود که منجر به تسهیل دسترسی به هدف سازمان‌ها، یعنی ارتقاء سطح سلامت جامعه می‌گردد (۱۴).

در سال ۱۳۸۹ میزان اعتماد در پرستاران یک بیمارستان نظامی در تهران، صورت کلی (و نه فقط اعتماد به همکار) در حد متوسط گزارش شد (۱۳). در تحقیق کفایش پور و همکاران (۱۳۹۱) میزان اعتماد به سازمان در پرستاران شاغل در بیمارستان قائم مشهد، متوسط به پایین گزارش شده بود (۱۵). در تحقیق یوسفی و همکاران، ارتباط اعتماد پرستار به مدیر با رضایت شغلی پرستار نشان داده شد (۱۶). باتوجه به جست‌وجوهای انجام‌شده، تحقیقی در ایران که به بررسی ارتباط اعتماد به همکار و رضایت شغلی در جامعه پرستاری پرداخته باشد، یافت نشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین رابطه دو متغیر اعتماد به همکار و رضایت شغلی در پرستاران انجام شد.

روش

پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۱ انجام شد که از نوع پژوهش توصیفی هم‌بستگی بود و ارتباط بین اعتماد به همکار (اعتبار، شایستگی و خیرخواهی) و رضایت شغلی پرستاران بررسی شد. نمونه پژوهش شامل ۱۶۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان همدان بود که به روش سرشماری انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن مدرک کاردانی پرستاری و بالاتر، تمایل شرکت در مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه کار و اشتغال در پست پرستاری بالینی بود. شیوه اجرایی مطالعه به این روش بود که با اخذ معرفی‌نامه از معاونت درمان تأمین اجتماعی همدان به بیمارستان‌های مورد مطالعه مراجعه و طی هماهنگی با ریاست بیمارستان‌ها، اقدام به توضیح هدف مطالعه به نمونه‌های مطالعه شد. برای حفظ مسائل اخلاقی پرسش‌نامه‌ها بدون نام و داخل پاکت قرار داده شد و از مشارکت‌کنندگان خواسته شد

هر سازمانی از سه سرمایه انسانی و اقتصادی یا مادی و اجتماعی تشکیل شده است و مهم‌ترین این سرمایه‌ها را سرمایه اجتماعی می‌دانند (۱). در عصر حاضر برای توسعه، بیشتر از آنکه نیازمند سرمایه اقتصادی و فیزیکی و انسانی باشیم، نیازمند سرمایه اجتماعی هستیم؛ زیرا که بدون این سرمایه، استفاده از دیگر سرمایه‌ها ابر می‌ماند و تلف می‌شود (۲). اعتماد عنصری مشترک در تمامی تعاریف سرمایه اجتماعی است (۳). اعتماد انتظارات مثبت و توقعاتی است که اعضای سازمان درباره شایستگی (Competence)، اعتبار (Reliability) و خیرخواهی (Benevolence) دیگر اعضای سازمان دارند (۴). شایستگی به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و ویژگی‌های فردی در یک حوزه وظیفه‌ای اطلاق می‌شود (۵). خیرخواهی به داشتن رفتار بامحبت و نداشتن افکار و انگیزه‌های خودخواهانه، رفتارهای فرصت‌طلبانه و غیرمنصفانه و توجه کردن به رفاه دیگران تعریف شده است (۶). اعتبار به پایبند بودن به یک سری اصول و ثبات در آن اصول، دارا بودن قدرت قضاوت و یکسانی در گفتار و کردار گفته می‌شود (۷).

بدون اعتمادسازی هیچ‌گونه شانس برای تحقق اهداف استراتژیک سازمان وجود ندارد (۸). از اعتماد به عنوان نمونه کامل جهت تسهیل روابط اجتماعی و به عنوان قلب یک ارتباط مؤثر و سالم نام می‌برند (۹).

اگر کارکنان معتقد باشند که می‌توانند به همکاران خود اعتماد کنند، آنگاه می‌توانند انرژی خود را بر حفاظت از خود و عملکرد سازمانی متمرکز کنند. در چنین شرایطی مشکلات سازمانی کاهش می‌یابد (۶). فقدان اعتماد در سازمان موجب اجتناب از پاسخ‌دهی، احساس بدگمانی و حسادت، شایعه‌سازی، تلاش برای فاصله گرفتن از کار و عدم صداقت در اهداف سازمانی می‌شود و می‌تواند کاهش تعهد به سازمان و رضایت شغلی را به همراه داشته باشد (۱۰). بالا بودن اعتماد در بین اعضای سازمان‌های بهداشتی درمانی موجب حفظ و ارتقاء قابلیت نیروی انسانی می‌شود و برعکس پایین بودن سطح اعتماد موجب کاهش همکاری و هماهنگی شده و منجر به خطرات فساد سازمان می‌شود (۱۱).

از طرفی عامل نیروی انسانی همواره به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بقای سازمان‌ها مطرح است. بنابراین شناخت نیازها، انگیزه‌ها، تمایلات، عوامل رضایت و عدم رضایت کارمندان نه تنها لازم است، بلکه جهت اتخاذ سیاست‌های

استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۷ درصد به دست آمده بود (۱۹).

یافته‌ها

یافته‌های دموگرافیکی حاکی از آن بود که بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان زن بودند (۵۴ درصد). ۶۲ درصد مشارکت‌کنندگان متأهل بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۷ درصد) مابین ۳۰ تا ۳۵ سال و کمترین آنان (۲/۵ درصد) بین ۴۵ تا ۵۰ سال سن داشتند. بیشتر پرستاران (۵۸ درصد) لیسانس و کمترین آنان (۵ درصد) فوق لیسانس بودند. همچنین ۳۷ درصد آنان دارای مدارک تحصیلی کمتر از لیسانس بودند. سابقه شغلی بیشتر پرستاران (۳۱/۵ درصد) مابین ۱۰ الی ۱۵ سال بود. همچنین ۷۵ درصد شرکت‌کنندگان سابقه کمتر از ۱۵ سال در حرفه خویش داشتند. از لحاظ نوع استخدام، ۶۹ درصد رسمی، ۱۰ درصد آزمایشی و ۲۱ درصد آن‌ها به صورت قراردادی بودند.

شایستگی، خیرخواهی و اعتبار با رضایت شغلی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان همدان رابطه معناداری داشت.

ضریب هم‌بستگی پیرسون بین شایستگی و رضایت شغلی برابر 0.263 ($P= 0.006$) که حاکی از آن بود که بین شایستگی و رضایت شغلی رابطه معنادار مثبت وجود دارد.

ضریب هم‌بستگی پیرسون بین خیرخواهی و رضایت شغلی برابر 0.393 ($P= 0.000$) بود که بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین آن‌ها بود.

ضریب هم‌بستگی پیرسون بین اعتبار و رضایت شغلی برابر 0.271 ($P= 0.006$) بود که نشان از رابطه مثبت و معنادار بین آن‌ها بود.

همچنین نتایج حاصل از رگرسیون خطی چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد که نقش متغیر خیرخواهی در تبیین واریانس رضایت شغلی از سایر ابعاد اعتماد قوی‌تر است. مقدار ضریب هم‌بستگی آن با متغیر رضایت شغلی با معناداری 0.003 برابر با 0.398 و مقدار ضریب تعیین (R Square) برابر 0.158 بود که بقیه درصد مربوط به سایر عواملی است که مورد نظر این پژوهش نبوده است (جدول ۱).

در صورت تمایل به همکاری، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند که این فرایند نشانگر رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه بود. پس از ۴۸ ساعت اقدام به جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها شد. باتوجه به روش جمع‌آوری داده و روش نمونه‌گیری (سرشماری)، برای کاهش افت نمونه، چندین بار اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه در شیفت‌های مختلف کاری شد که باین وجود، ریزش حدود ده درصدی مشاهده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه اعتماد به همکار و رضایت شغلی بود. پرسش‌نامه اعتماد به همکار توسط Ellonen و همکاران (۲۰۰۸) توسعه داده شده است (۱۷). این پرسش‌نامه حاوی ۱۵ سؤال در سه بُعد اعتبار، شایستگی و خیرخواهی است که سهم هر بُعد ۵ سؤال است. برای نمره‌دهی به پاسخ‌سؤالات، از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شد (کاملاً موافقم نمره ۵ و کاملاً مخالفم نمره ۱). ماکزیمم و مینیمم نمره ممکنه به ترتیب ۷۵ و ۱۵ بود. نمره $(34/9-15)$ بیانگر اعتماد پایین، نمره $(54/9-35)$ بیانگر اعتماد در حد متوسط و نمره $(55-75)$ بیانگر اعتماد بالا بود.

پرسش‌نامه رضایت شغلی Spector (۱۹۹۸) متشکل از نه بعد رشد و پیشرفت (ارتقاء)، سرپرستی، پاداش‌های اقتضایی، روال‌های اداری، ارتباطات، همکاران، مزایای شغلی، ماهیت کار و پرداختی‌ها در قالب ۳۶ سؤال (برای هر بعد چهار سؤال) می‌باشد (۱۹). برای نمره‌دهی از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شد (کاملاً موافقم نمره ۵ و کاملاً مخالفم نمره ۱). ماکزیمم و مینیمم نمره ممکنه به ترتیب ۱۸۰ و ۳۶ بود. باتوجه به نمرات کسب شده، رضایت شغلی پرستاران به سه سطح پایین $(36-83/9)$ ، متوسط $(84-133/9)$ و بالا $(180-134)$ تقسیم شد. برای تعیین روایی پرسش‌نامه اعتماد به همکار و رضایت شغلی از روش روایی محتوا و صوری استفاده شد. بدین منظور سعی شد از پرسش‌نامه استاندارد استفاده شود (۱۸). البته گویه‌های پرسش‌نامه توسط اساتید دانشگاهی (برای روایی محتوی) و گروه هدف که همان کارشناسان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی بودند (برای روایی صوری)، بدون اصلاحات تایید شد. در این پژوهش، پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای اعتماد به همکار 0.93 و برای رضایت شغلی 0.86 بود. در پژوهش گلی‌پور و همکاران (۲۰۱۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی پرسش‌نامه 0.90 بود (۱۸). پایایی پرسش‌نامه رضایت شغلی در پژوهش مرادی (۱۳۸۹)، با

جدول ۱: ضرایب رگرسیون

سطح معناداری	آماره t	ضرایب غیراستاندارد		
		ضرایب استاندارد Beta	خطای معیار	B
مقدار ثابت	۹/۹۳۶	-	۷/۵۳۱	۷۴/۸۳۱
اعتبار	۰/۲۱۸	۰/۰۳۲	۰/۵۰۹	۰/۱۱۱
خیرخواهی	۳/۰۱۶	۰/۴۴۸	۰/۶۵۱	۱/۹۶۳
شایستگی	-۰/۷۸۱	-۰/۱۱۵	۰/۶۱۵	-۰/۴۸۱

متغیر وابسته: رضایت شغلی

بحث

نتیجه پژوهش نشان داد که بین شایستگی همکار و رضایت شغلی فرد ارتباط وجود دارد؛ بدین معنی که هرچه فرد از مهارت و توانایی شغلی بیشتری برخوردار باشد و در محیط کار عملکرد بهتری به واسطه توانایی شغلی اش داشته باشد، می‌تواند در رضایت شغلی همکار خود مؤثر باشد. بین خیرخواهی همکار و رضایت شغلی فرد نیز ارتباط وجود دارد؛ به طوری که توجه به رفاه و آسایش و احساسات همکاران، داشتن رفتار بامحبت و نداشتن افکار و انگیزه‌های خودخواهانه، رفتارهای فرصت‌طلبانه و غیرمنصفانه می‌تواند در رضایت شغلی همکار مؤثر باشد. همچنین بین اعتبار همکار و رضایت شغلی فرد ارتباط وجود دارد؛ به این شکل که فرد با داشتن صداقت در گفتار و رفتار، ثبات اخلاقی و وفای به عهدها و قرارها می‌تواند در رضایت شغلی همکار خود مؤثر باشد. نتایج دیگر پژوهش نشان داد که از سه بعد اعتماد به همکار: شایستگی، خیرخواهی و اعتبار، بعد خیرخواهی بیشترین تأثیر در رضایت شغلی همکار دارد. در تحقیق Rogers (۲۰۰۹) اعتماد رابطه معناداری با رضایت شغلی داشت که با نتایج این مطالعه همسو بود (۲۰). همچنین نتیجه این مطالعه با نتیجه مطالعه Paille و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی داشت (۲۱). در تحقیق زین‌آبادی و صالحی (۲۰۱۱) نیز اعتماد و رضایت شغلی رابطه معنادار داشت که با نتایج این تحقیق همخوانی داشت (۲۲). شایان ذکر است که هیچ پژوهشی در مورد ارتباط بین اعتماد به همکار (اعتبار، شایستگی و خیرخواهی) و رضایت شغلی برای مقایسه پژوهش یافت نشد و به همین دلیل از عناوین مشابه پژوهشی که اعتماد به همکار در پژوهش آن‌ها بدون در نظر گرفتن ابعاد مورد پژوهش ما که با رضایت شغلی انجام داده بودند، مقایسه شد.

برهمن اساس پرستاران می‌توانند با افزایش مهارت‌های شغلی و دانش مربوط به وظایف شغلی، داشتن صداقت در

گفتار و رفتار، ثبات اخلاقی و وفای به عهدها و قرارها، توجه به رفاه و آسایش و احساسات همکاران و به عبارتی با به‌کارگیری عملی این سه عنصر که از وظایف هر انسانی در زندگی کاری می‌باشد، بتوانند کیفیت زندگی کاری خود و همکاران و با ایجاد این حس مثبت، جوی صادفانه، قابل اعتماد و اثربخشی را ایجاد کنند و در نهایت بتوانند به شکلی بهتر به بیماران خدمات ارائه نمایند؛ چرا که اعتماد در محیط کار باعث شوند تا افراد وقت و کوشش خود را برای حفاظت از خود هدر نداده و بتوانند انرژی خود را بر روی عملکرد متمرکز کرده تا بتوانند خدمات مناسب‌تر و با کیفیت بهتری به بیماران ارائه دهند.

نتیجه‌گیری

اعتماد از مهم‌ترین مسئله‌های زندگی سازمانی و قلب ارتباط بین فردی می‌باشد که از گنجاندن این موضوع در کدهای اخلاقی پرستاری ایران نیز می‌توان به اهمیت آن پی برد. وقتی که نیروی پرستاری احساس اعتماد به همکار داشته باشد، می‌تواند تأثیرات شگرفی در رفتار سازمانی وی داشته باشد و از مضرات فقدان اعتماد در سازمان پیشگیری شود. اعتماد حاصله می‌تواند تأثیر مثبتی در افراد سازمان، یعنی رضایت از شغلشان و تأثیر مثبت رضایت شغلی افراد در کمک به رسیدن به اهداف سازمانی سیستم سلامت که چیزی جز افزایش کیفیت و رضایت بیماران نیست، داشته باشد. یافته‌های این تحقیق می‌تواند در اختیار پرستاران بالینی قرار گیرد تا علاوه بر افزایش سطح آگاهی آنان در مورد اعتماد، باعث افزایش تمایل آن‌ها به افزایش این جنبه از رفتار سازمانی گردد. با توجه به اینکه بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی در استان همدان فقط شامل دو بیمارستان می‌باشد و تعداد نمونه‌ها محدود می‌باشد، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش به سایر مراکز ممکن نیست.

12. GHolizadeh MR, Fani A, Ahmadvand A. Effects of leadership styles of police staff job satisfaction. *Journal of Human Police Development*. 2010; 7(28): 32-47.
13. Tabarsa GhA, Esmaeili Givi MR, Esmaeili Givi HR. Effective factors on organizational citizenship behavior in a military hospital. *J Mil Med*. 2010; 12(2): 93-9.
14. Purgaz A, Nastiezaie N, Hezare Mogadam M. Job satisfaction of nurses working in hospitals in Zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2010; 8(3): 0-.
15. Kafashpour A, Mortazavi S, Pour S. Impact of psychological contracts on organizational trust and commitment of nurses in Ghaem hospital. Mashhad province. *Journal of Hospital*. 2013; 11(4): 65-74.
16. Yousefi A, Pourmiri M, Safari Anaraki E. An Investigation on the relationship Between Nursing Personnel's Confidence Building and their Job Satisfaction in Isfahan University of Medical Sciences Hospitals in 2005. *Iran J Med Educ*. 2011; 10(5): 586-9.
17. Ellonen R, Blomqvist K, Puumalainen K. The role of trust in organisational innovativeness. *Eur J Innovat Manag*. 2008; 11(2): 160-81.
18. Golipour R, Jandaghi G, Mirzaei MA, Arbatan TR. The impact of organizational trust on innovativeness at the Tehran oil refinery company. *Afr J Bus Manage*. 2011; 5(7): 2660-7.
19. Moradi N. The relationship between employee job satisfaction and Agricultural Organization of Social Capital city of Ahvaz [Theses]. Tehran: Payam Noor University; 2010.
20. Rogers DV. Organizational trust and its impact on the ability of selected federal agencies to modernize large-scale information technology systems [Theses]. Washington: George Washington University; 2009.
21. Paille P, Bourdeau L, Galois I. Support, trust, satisfaction, intent to leave and citizenship at organizational level: A social exchange approach. *IJOA*. 2010; 18(1): 41-58.
22. Zeinabadi H, Salehi K. Role of procedural justice, trust, job satisfaction, and organizational commitment in Organizational Citizenship Behavior (OCB) of teachers: Proposing a modified social exchange model. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 29: 1472-81.

تشکر و قدردانی

از مشارکت کنندگان مطالعه، از آقای دکتر حسن عروتی رئیس حراست معاونت درمان تأمین اجتماعی استان همدان که با سعه صدر خود کمک شایانی در تسریع روند انجام پژوهش داشتند و همچنین از سرکار خانم شیرین سوری کارشناس پرستاری شاغل در بیمارستان غرضی ملایر که در جمع‌آوری داده در بیمارستان تأمین اجتماعی ملایر همکاری زیادی داشتند، قدردانی می‌شود.

منابع

1. McKenna H, Slevin O. *Vital Notes for Nurses: Nursing models, theories and practice*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2011.
2. Rezaian A. *Principles of Organizational Behavior Management*. Tehran: The organization for researching and composing university textbooks in the humanities (SAMT); 2007.
3. Fandiño AM, De Souza MA. Questions about Trust for the Development of Social Capital and Competence. *IJBSS*. 2013; 4(11): 265-272.
4. Afsar B, Saeed BB. Subordinate's Trust in the Supervisor and its Impact on Organizational Effectiveness. *Rom Econ J*. 2010; 13(38): 3-25.
5. Dar OL. Trust in co-workers and employee behaviours at work. *IRBRP*. 2010; 6(1): 194-204.
6. Tan HH, Lim AK. Trust in coworkers and trust in organizations. *J Phycol*. 2009; 143(1): 45-66.
7. Hassan M, Semerciöz F. Trust in personal and impersonal forms its antecedents and consequences: a conceptual analysis within organizational context. *IJMIS*. 2011; 14(2): 67-84.
8. Lamsa AM, Pucetaite R. Development of organizational trust among employees from a contextual perspective. *Bus Ethics Eur Rev*. 2006; 15(2): 130-41.
9. Harris JL, Roussel LA. Initiating and sustaining the clinical nurse leader role: A practical guide. Sudbury: Jones & Bartlett; 2010.
10. Yilmaz K. The relationship between organizational trust and organizational commitment in Turkish primary schools. *J Appl Sci*. 2008; 8(12): 2293-9.
11. Altuntas S, Baykal U. Relationship between nurses' organizational trust levels and their organizational citizenship behaviors. *J Nurs Scholarsh*. 2010; 42(2): 186-94.

The assessment of relationship between trust in co-worker and job satisfaction in the nurses

Mahdi Talebi^{1*}, Bahar seifi², Mohammad Amin Mirzaee³, Ali Afshari⁴, Mahdi Torkamani⁵, Reza Abbasi⁶, Davood Gomar⁷

1. Ph.D Student in Nursing, Tarbiat Modarres University, Iran.
2. Ph.D student in health in disaster and emergency situations, Iran University of Medical Sciences, Iran.
3. Master of Public Administration, Tehran University, Iran.
4. Instructor , Department of Nursing , Faculty of Medicine , Hamedan University of Medical sciences , Hamedan , Iran.
5. Master of Nursing Intensive Care, Medical University of Hamedan, Iran.
6. Master of Science in Nursing, Medical Azad University, Tehran, Iran.
7. Bachelor of Nursing, University of Medical Sciences of Hamedan, Iran.

*Corresponding author: mehditalebi@rocketmail.com

Received on: 28/08/2014 Accepted on: 07/11/2015

Abstract

Introduction: In Iranian Nursing Ethic Codes , one of the nurses' duties towards the medical team collaboration is "interactive relationship based on trust". On the other, identification of satisfaction and dissatisfaction of staffing in the organization to adopt effective strategies and programs is essential. This study aimed to investigate the relationship between job satisfaction and trust in co-worker.

Method: This research is a descriptive - correlation study. 168 nurses that working in social security hospitals in Hamadan province (2011) Were studied by census method with trust in co-worker and the job satisfaction questionnaire .The data were processed using descriptive and analytical statistics. For this purpose, Data were entered into the statistical package for the social sciences version 15.

Results: The correlation coefficient between dimensions of trust in co-worker (competence, reliability and benevolence) and job satisfaction, respectively is 0.263(P= 0.006), 0.271(P= 0.006), and 0.393 (P= 0.000). The results of multiple linear regressions showed that benevolence variables in explaining the variance in job satisfaction were higher than other aspects of trust in co-worker (0/158, P= 0.003).

Conclusion: Trust in co-worker and job satisfaction are two important factors affecting the each other and quality of nursing care. It is necessary to identify factors influencing these two components follow a comprehensive plan to promote these two variables in our hospitals.

Keywords: Nursing Ethic Codes, trust in co-worker , job satisfaction, nurse.

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 $0/39 \pm 4/02$ 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.

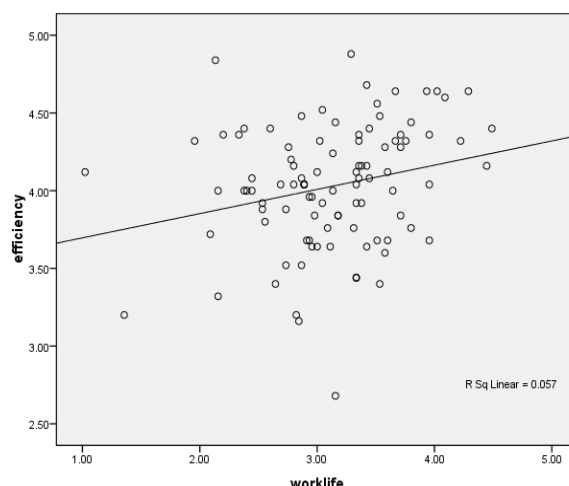
روش

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 برشمرده‌اند (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 انجام‌شده 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؛ در حالی که 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، بانگیزه‌تر 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*}, Ieyla 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

بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران

حمید رحیمی*^۱، فریبرز صدیق‌ارفعی^۲، زینب قدوسی^۳

۱. دکتری مدیریت آموزشی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

۲. دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، ایران.

*نویسنده مسئول: dr.hamid.rahimi@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۳/۴/۲۸؛ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۲۵

چکیده

مقدمه: سلامت جسمی و روانی پرستاران و راهبردهای آن‌ها برای مقابله با استرس‌ها به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط می‌باشد. از این‌رو هدف اصلی این پژوهش بررسی رابطه سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران می‌باشد.

روش: نوع پژوهش توصیفی هم‌بستگی است. جامعه آماری، کلیه پرستاران بیمارستان بود که ۱۱۴ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه استاندارد سلامت روانی با ۲۸ گویه و پرسش‌نامه استاندارد سبک‌های مقابله با ۴۸ گویه بود که ضریب پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها: میانگین سبک‌های اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار بالاتر از حد متوسط و سبک مسئله‌مدار پایین‌تر از حد متوسط است. میانگین علائم جسمانی، علائم اضطرابی و علائم اجتماعی بالاتر از حد متوسط است؛ اما علائم افسردگی پایین‌تر می‌باشد. میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه برش فرضی ۲۳ می‌باشد. از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهشی توجه فزاینده به سلامت روان پرستاران از طریق آموزش راهبردها و سبک‌های سالم برای مقابله با استرس‌های محیط کاری‌شان پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، سبک‌های مقابله، پرستاران، بیمارستان

مقدمه

در حرفه پرستاری عوامل استرس‌زای شغلی متعددی وجود دارد که از جمله این عوامل مشکل شیفت کار، بار کاری، تعارض با همکاران، تماس مکرر با رنج و مرگ بیماران و مسئولیت‌های حرفه‌ای مشخص می‌باشد. پرستاری به علت دربرداشتن منابع متعدد استرس‌زا می‌تواند کشمکش‌های حل‌ناشدنی یا فشارهای شغلی را موجب شود که بخش عمده‌ای از این استرس‌ها می‌تواند ناشی از روابط بین فردی یا مسائل مرتبط با نظام اداری باشد (۱). از طرفی استرس در محل کار هم برای افراد و هم برای سازمان موجب خسارت و زیان‌های فراوان می‌شود و سلامت شاغلین به‌عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کار بر اثر استرس در معرض خطر قرار می‌گیرد. در نتیجه باتوجه به اهمیت کار پرستاران، سلامت جسمی و روانی پرستاران، به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آن‌ها در مراقبت از بیماران در ارتباط می‌باشد (۲).

افراد دارای سلامت روان، واجد ویژگی‌های مهمی مانند پذیرش خود، دوست‌داشتن خویش، مقابله با مسائل زندگی، کنترل الزامات و چالش‌های زندگی و برقراری ارتباط با دیگران هستند. عرصه قابل توجه در این تعریف آن است که کنترل چالش‌های زندگی نیازمند به‌کارگیری سبک مقابله مناسب است. در جهان کنونی، هر فرد در زندگی روزمره به شکلی استرس را تجربه می‌کند و به‌ناچار سعی می‌کند با اتخاذ شیوه‌ای منحصر به فرد به آن عوامل پاسخ‌گو باشد. زمانی که افراد تحت استرس هستند باید مهارت مقابله لازم را داشته باشند تا بدین‌وسیله بتوانند اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند، چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد یا کنترل شود) و مهارت‌های مقابله مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله نماید (۳).

اندلر فرایند مقابله عمومی افراد را برحسب سه نوع اساسی سبک مقابله متمایز می‌کند:

مسئله‌مدار: وجه مشخصه آن عملکرد مستقیم بر کاهش فشارها یا افزایش مهارت‌های مدیریت استرس است. شیوه مقابله مسئله‌مدار موفق مستلزم استفاده بهینه از مؤلفه‌های شناختی (عقلانی بودن)، انعطاف‌پذیری و دوراندیشی است.

هیجان‌مدار: وجه مشخصه آن راهبردهای شناختی است که حل یا حذف عامل استرس‌زا را با دادن نام و معنی جدید به تأخیر می‌اندازد. در این شیوه، واکنش‌های عاطفی خودمدارند و هدف، کاهش استرس است.

اجتناب‌مدار: ویژگی اصلی آن اجتناب از مواجهه با عامل استرس‌زا است. اجتناب (دوری عینی) از عامل استرس‌زا و

انکار (دوری ذهنی) عامل استرس‌زا، جزء شیوه‌های مقابله هیجان‌مدار می‌باشند (۴).

سلامت روانی در یک تعامل دوطرفه، از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سوی دیگر، خود زمینه‌ساز فضای روانی سالم است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌گردد.

خدایاری فرد دریافت دانشجویان پسر بیشتر از مهارت‌های مقابله‌ای حل مسئله و دانشجویان دختر بیشتر از مهارت‌های مقابله‌ای هیجانی بهره می‌جویند (۵). ویتینگ و دینر دریافتند بین چگونگی شیوه‌های مقابله و سلامت روانی ارتباط معناداری وجود دارد (۶). خسروی دریافت بین سلامت عمومی با شیوه هیجانی مقابله و شیوه مسئله‌مدار مقابله، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد (۷). کدیور دریافت بین سبک‌های مقابله پسران و دختران تفاوت معنادار وجود دارد. پسران از سبک مسئله‌مدار بیشتر از سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی استفاده می‌کنند و دختران نیز به ترتیب بیشتر از سبک‌های مسئله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌مدار سود می‌جویند (۸). شکری دریافت سبک مقابله هیجان‌مدار بر سلامت روان اثر مثبت و معنادار دارد. سلامت روانی دانشجویان به‌طور معنی‌داری با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در ارتباط است. از بین سبک‌های مقابله، سبک مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در پیش‌بینی سلامت روانی نقش داشتند (۹). گودرزی دریافت به‌کارگیری سبک‌های ناکارآمد و اجتنابی می‌تواند سلامت روانی فرد را به خطر بیندازد و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و منطقی می‌تواند به بهداشت روانی فرد کمک کند و به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای هیجانی می‌تواند موجب افزایش افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی شود (۱۰). خاقانی‌زاده نشان داد میانگین سلامت روان پرستاران بالاتر از نمره برش ۲۳ است. همچنین بین ویژگی جمعیت شناختی سابقه کار و سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین وضعیت تأهل و سلامت، رابطه‌ای وجود ندارد (۱۱). محمدخانی دریافت که سبک مقابله هیجان‌مدار رابطه معکوس و معناداری با سلامت عمومی دارد. میانگین دانشجویان پسر در سبک مقابله مسئله‌مدار از دختران به‌طور معناداری بیشتر است و بین سلامت عمومی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار ندارد (۱۲). غضنفری به این نتیجه رسید که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای، رابطه معنادار و مثبت است (۱۳). کدیور و ثمری وجود ارتباط بین میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت روانی و

مقابله و سلامت روان پرستاران است، نوع تحقیق توصیفی هم‌بستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان به تعداد ۲۲۰ نفر بودند که با استفاده از فرمول کوکران و به روش تصادفی ساده ۱۱۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب گردیدند.

پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه کاشان و ارائه آن به مدیران و مسئولان بیمارستان امیرالمؤمنین شهرستان شهرضا، اجازه نامه کتبی جهت اجرای پژوهش را دریافت نمود. همچنین در این پژوهش پس از کسب مجوز کمیته اخلاق از بیمارستان مربوطه و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران، پرسش‌نامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار داده شد. بعد از انتخاب پرستاران و قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها توضیحات مختصری درباره هدف پژوهش، ضرورت همکاری صادقانه و چگونگی پاسخ‌دهی به سؤالات داده شد. محقق متذکر شد که نیازی به ذکر نام و مشخصات نیست، هر پرستار به‌طور مستقل به سؤالات پاسخ می‌دهد و هیچ محدودیت زمانی خاصی برای پاسخ‌گویی به سؤالات وجود ندارد. ترتیب توزیع پرسش‌نامه به صورت تصادفی ساده بود و مدت زمانی که صرف پاسخ‌دهی پرسش‌نامه‌ها می‌شد به‌طور تقریبی بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه بود. لازم به ذکر است که پرسش‌نامه‌ها خارج از وقت اداری تکمیل شدند.

از دو پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد

الف) فرم ۲۸ ماده‌ای پرسش‌نامه سلامت

عمومی: این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی می‌باشد. مقیاس اول A: نشانگان جسمانی را در بر می‌گیرد، نشانگان جسمانی مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی در آن‌ها است. مقیاس دوم B: نشانگان اضطرابی و اختلال خواب را در بر می‌گیرد. شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند. مقیاس سوم C: نشانگان نارسانا کنش‌وری اجتماعی را در بر می‌گیرد، گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساس‌های آن‌ها را درباره چگونگی کنارآمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. مقیاس چهارم D: نشانگان افسردگی و گرایش به خودکشی و با افسردگی وخیم و گرایش مشخصی به خودکشی مرتبط هستند (۱۷). در این پرسش‌نامه از روش درجه‌بندی لیکرت استفاده شده که آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول مشخص کند. برای جمع‌بندی نمرات به اصلاً «صفر»، در حد معمول «یک»، بیش از حد معمول «دو» و خیلی بیشتر از حد معمول «سه»

جسمی را تأیید کردند (۸ و ۱۴). حبیبی نشان داد که میزان سلامت روان دبیران مرد بالاتر از دبیران زن و سلامت روانی دبیران مجرد بالاتر از دبیران متأهل بود (۱۵). حسینی دریافت که بین میزان سلامت روان جوانان از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۶). از نتایج مطالعات قبلی و حاضر می‌توان دریافت که به نوعی سبک‌های مقابله با سلامت روان افراد ارتباط دارد. همچنین در سازمان‌ها و من جمله بیمارستان، اگر فرهنگ سازمانی بیمارستان، فرهنگ حمایتی باشد و بین پرستاران، صمیمیت، اخلاق، تعهد و تعلق، همکاری و وفاداری باشد میزان سلامت روان پرستاران بهبود می‌یابد.

باتوجه به نقش مهم پرستاران در ارتقاء سلامت بیماران و نقش مهم آن‌ها در تیم بهداشتی، لازم است که با تحقیقات علمی به ریشه‌یابی و چاره‌جویی پرداخته و با گسترش حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی سطح سلامت این رکن مهم تیم بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق ارائه خدمات به بیماران و مددجویان نیازمند، ارتقا یابد. زیرا سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی نسبت به سایر اقشار جامعه در معرض خطر است. از مهم‌ترین این دلایل می‌توان به ماهیت استرس‌زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت غیرمترقبه، نوبت‌های کاری، عوامل فردی و عوامل سازمانی اشاره کرد. از طرف دیگر همان‌طور که می‌دانیم، اکثریت پرسنل این حرفه را زنان تشکیل می‌دهند که علاوه بر وظایفی که در محل کار مسئول انجام آن هستند، مسئولیت خانه و فرزندان نیز بر عهده آنان است و این خود باعث افزایش میزان اضطراب و استرس در این قشر از جامعه می‌شود و سلامت روان آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد. از جمله عواملی که می‌تواند به بهبود سلامت روان و کاهش استرس پرستاران کمک نماید، روش‌ها و سبک‌های مقابله با استرس است. لذا این تحقیق به بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران پرداخت.

از این‌رو این مقاله درصدد پاسخ‌گویی به این سؤالات است که میزان سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران تا چه اندازه است؛ تا چه اندازه بین سبک‌های مقابله و سلامت روان پرستاران رابطه وجود دارد و بین سبک‌های مقابله و سلامت روان بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سابقه کار و تحصیلات) تا چه اندازه تفاوت وجود دارد؟

روش

باتوجه به موضوع تحقیق که بررسی رابطه سبک‌های

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، ۶۷ درصد گروه نمونه پرستاران زن و ۳۳ درصد مرد بودند، حدود ۵۰ درصد پرستاران ۲۰ تا ۳۰ ساله بودند و ۳۷ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ ساله بودند. ۷۵ درصد متأهل و ۲۵ درصد مجرد بودند، ۴۰ درصد دارای سابقه کمتر از ۵ سال، ۳۳ درصد بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه و ۲۰ درصد بین ۱۱ تا ۲۰ سال سابقه داشتند، ۱۲ درصد دیپلم، ۱۵ درصد فوق دیپلم، ۶۳ درصد لیسانس و ۱۰ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند.

آزمون تی تک نمونه‌ای در جدول ۱ نشان داد سبک‌های اجتناب‌مدار با میانگین (۳/۱۵) و هیجان‌مدار (۳/۱۴) بالاتر از حد متوسط ۳ و سبک مسئله‌مدار با (۲/۵۷) پایین‌تر از حد متوسط ۳ است و فرض ادعای پژوهشگر مبنی بر معنادار بودن هریک از سبک‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

آزمون تی تک نمونه‌ای در جدول ۲ نشان داد علائم جسمانی با میانگین (۹/۴۳)، علائم اضطرابی (۹/۰۰) و علائم اجتماعی (۱۳/۱۴) بالاتر از نقطه برش ۶ است؛ اما علائم افسردگی با (۴/۵۸) پایین‌تر از نقطه برش ۶ می‌باشد. میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه برش فرضی ۲۳ می‌باشد و فرض ادعای پژوهشگر مبنی بر معنادار بودن هریک از سبک‌ها مورد تأیید قرار گرفت.

ضریب رگرسیون نشان داد از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند و می‌توانند در مدل رگرسیونی قرار گیرند.

طبق آزمون تحلیل واریانس چندگانه در جدول ۴، بین استفاده پرستاران از سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما این تفاوت برحسب سن، تأهل، سابقه و تحصیلات معنادار نیست.

طبق آزمون تحلیل واریانس چندگانه در جدول ۵، بین سلامت روان پرستاران برحسب جنسیت، سن، تأهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متأهل با سنین مختلف، سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است.

تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۳ به بالا بیانگر علائم مرضی است. بالاترین نمره ۸۴ و نمره برش ۲۳ افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۸).

ب) پرسش‌نامه استاندارد سبک‌های مقابله: این

پرسش‌نامه دارای ۴۸ آیتم در سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای «مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی» است (۴). مجموع نمرات ماده‌های هریک از مقیاس‌ها جداگانه محاسبه می‌شود. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که پاسخ به هر سؤال براساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز «۱» به ندرت «۲» گاهی «۳» اکثراً «۴» بسیار زیاد «۵» مشخص می‌شود.

گزینه یک نشان می‌دهد آزمودنی هرگز رفتار موردنظر را انجام نمی‌دهد. گزینه دو به معنی به ندرت، گزینه سه به معنی گاهی اوقات، گزینه چهار به معنی اکثر اوقات و گزینه پنج به معنی خیلی زیاد می‌باشد. در نهایت، سبک‌های غالب هر فرد باتوجه به نمره اکتسابی وی در آزمون مشخص می‌شود. به عبارت دیگر رفتارهایی که نمره بالاتری در مقیاس کسب کنند، به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شوند (۱۹). باتوجه به اینکه مقیاس پرسش‌نامه‌ای پنج‌درجه‌ای بود، نقطه برش ۳ به عنوان میانگین فرضی در نظر گرفته شد. نتایج یافته‌های اندلر و پارکر (۱۹) و تحقیقات وقری (۲۰)، پیری (۲۱) و اسدخانی (۲۲) در داخل کشور بیانگر معتبر بودن آزمون موردنظر است و نشان داده‌اند که همسانی درونی آزمون و هم‌بستگی آن در رابطه با متغیرهای متفاوت، بالا بوده که نشان دهنده اعتبار و روایی بالای این آزمون است. پایایی سه سبک مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲، به دست آمده است (۲۳). تحلیل داده‌ها در سطح استنباطی (ضریب هم‌بستگی پیرسون، آزمون t و تحلیل واریانس) انجام شد.

جدول ۱: آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه هریک از مؤلفه‌های سبک مقابله با میانگین جامعه

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	معناداری
مسئله‌مدار	۱۱۴	۲/۵۷	-۸/۱۳	۱۱۳	۰/۰۰۰
هیجان‌مدار	۱۱۴	۳/۱۴	۲/۶۹	۱۱۳	۰/۰۰۸
اجتناب‌مدار	۱۱۴	۳/۱۵	۳/۲۱	۱۱۳	۰/۰۰۲

جدول ۴: آزمون تی تک نمونه‌ای جهت مقایسه هریک از مؤلفه‌های سلامت روان با میانگین جامعه

متغیر	تعداد	میانگین	t	df	سطح معناداری
علائم جسمانی	۱۱۴	۹/۴۳	۸/۲۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اضطرابی	۱۱۴	۹/۰۰	۵/۶۴	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم اجتماعی	۱۱۴	۱۳/۱۴	۲۱/۴۲	۱۱۳	۰/۰۰۰
علائم افسردگی	۱۱۴	۴/۵۸	-۲/۸۲	۱۱۳	۰/۰۰۶
سلامت روان	۱۱۴	۳۶/۲۰	۱۰/۷۶	۱۱۳	۰/۰۰۰

جدول ۳: ضرایب رگرسیون هریک از مؤلفه‌های سبک مقابله

متغیر	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
مقدار ثابت	۳۱/۹۸	۸/۸۵		۳/۶۱	۰/۰۰۰
مسئله‌مدار (X1)	۸/۵۴	۲/۰۵	۰/۳۶	۴/۱۶	۰/۰۰۰
هیجان‌مدار (X2)	-۶/۱۸	۱/۹۷	-۰/۲۷	-۳/۱۲	۰/۰۰۲
اجتنابی (X3)	۰/۵۴	۲/۳۹	۰/۲۱	۰/۲۲	۰/۸۱

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سبک‌های مقابله برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
سن	۰/۰۸	۲	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۶۹
جنس	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	۶/۲۸	۰/۰۱
تأهل	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۲۶	۰/۶۱
سابقه	۰/۵۶	۳	۰/۱۹	۱/۵۹	۰/۱۹
تحصیلات	۰/۲۷	۳	۰/۰۹	۰/۷۷	۰/۵۱

جدول ۵: آزمون تحلیل واریانس چندگانه جهت مقایسه سلامت روان پرستاران برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	مجذور مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
سن	۱۴۲/۴۸	۲	۷۱/۲۴	۰/۳۵	۰/۷۰
جنس	۴۲/۸۰	۱	۴۲/۸۰	۰/۲۱	۰/۶۴
تأهل	۱۱۷/۴۰	۱	۱۱۷/۴۰	۰/۵۸	۰/۴۴
سابقه	۱۱۶/۰۸	۳	۳۸/۶۹	۰/۱۹	۰/۹۰
تحصیلات	۱۷۹/۹۲	۳	۵۹/۷۳	۰/۲۹	۰/۸۲

بحث

مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازمان‌دهی شناختی مسئله یا تغییر موقعیت استرس‌زا به کار می‌گیرند و در نتیجه سطوح پایین‌تری از اضطراب و عوامل افسردگی را نشان می‌دهند (۹).

طبق یافته‌ها، بین سلامت روان پرستاران برحسب جنسیت، سن، تأهل، سابقه و تحصیلات تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارتی سلامت روان پرستاران مرد و زن مجرد و متأهل با سنین مختلف و سوابق خدمتی گوناگون و تحصیلات متفاوت، یکسان است. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدخانی (۱۲)، شکری (۹)، نوربالا (۲۵) مبنی بر اینکه بین سلامت روان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت وجود دارد، ناهمسو است. همچنین با نتایج پژوهش خاقانی‌زاده مبنی بر تفاوت معنادار بین سابقه کار و سلامت روان ناهمسو است (۱۱). در پژوهش حسینی (۱۶) و خاقانی‌زاده (۱۱) تفاوت معناداری بین سلامت روان و وضعیت تأهل وجود ندارد که این یافته با نتایج پژوهش حاضر همسو است. یافته پژوهش دستگردی، مبنی بر عدم نقش عامل جنسیت در میزان سلامت روان با نتیجه پژوهش حاضر همسو است (۲۶). در تبیین احتمالی عدم نقش عوامل جمعیت شناختی در سلامت روان پرستاران در پژوهش حاضر می‌توان گفت یکسان بودن سلامت روان پرستاران برحسب ویژگی‌های جمعیت شناختی می‌تواند ناشی از استرس‌های محیطی و شغلی یکسان، مسئولیت‌ها، جایگاه و قدرت اجتماعی یکسان در ساختارهای اجتماعی و محدود بودن منابع رضایت برای همه آن‌ها صرف‌نظر از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی باشد.

یافته‌ها نشان داد بین استفاده پرستاران از سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما این تفاوت برحسب سن، تأهل، سابقه و تحصیلات معنادار نیست. این یافته با نتایج پژوهش‌های شکری (۹)، خدایاری‌فرد (۵)، محمدخانی (۱۲) و کدیور (۸) مبنی بر اینکه در سبک‌های مقابله برحسب جنسیت تفاوت معنادار وجود دارد همسو است. برای تبیین تأثیر جنسیت بر فرایند مقابله با استرس بر الگوهای اجتماعی شدن سنتی تأکید می‌شود. نقش جنسیتی زنانه با اشاره به ویژگی‌هایی از قبیل وابستگی، پیوندجویی، آشکارسازی هیجانی، فقدان قاطعیت و وابستگی نیازهای وی به نیازهای دیگران توصیف می‌شود. چنین ویژگی‌هایی پذیرش و بیان احساسات، ضعف و عدم شایستگی و ترس را برای مردان و در مقابل استفاده فعالانه از حل مسئله را برای زنان دشوار یا حتی غیر ممکن می‌سازد. فرضیه اجتماعی شدن می‌تواند تفاوت‌های جنسیتی مشاهده‌شده را در رفتارهای مقابله‌ای تبیین کند (۹).

طبق یافته‌ها، میانگین سبک‌های اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار بالاتر از حد متوسط و سبک مسئله‌مدار پایین‌تر از حد متوسط است. در تبیین علت پایین‌تر بودن سبک مقابله مسئله‌مدار می‌توان گفت شرایط خاص و شغل پر استرس پرستاری مانع سازگاری افراد می‌شود؛ به طوری که افراد مستعد داشتن عقاید غیرمنطقی بوده و کمتر قادر به کنترل تکانه‌های خود می‌باشند و بسیار ضعیف‌تر از دیگران با استرس کنار می‌آیند. لذا باتوجه به شرایط ویژه پرستاران بدیهی به نظر می‌رسد که آن‌ها برای مقابله با استرس کمتر قادر به استفاده از سبک مسئله‌مدار باشند (۲۴). همچنین میانگین علائم جسمانی، علائم اضطرابی و علائم اجتماعی با نقطه ۶ برش بالاتر از حد متوسط است؛ اما علائم افسردگی پایین‌تر از نقطه ۶ برش می‌باشد. همچنین میانگین سلامت روان پرستاران به میزان ۳۶/۲۰ بالاتر از نقطه ۲۳ برش فرضی می‌باشد. این یافته با پژوهش خاقانی‌زاده مبنی بر بالاتر بودن میانگین سلامت روان پرستاران از نمره ۲۳ همسو است (۱۱) و با یافته نوربالا مبنی بر اینکه علائم اضطرابی و جسمانی نسبت به علائم افسردگی و علائم و اختلال عملکرد اجتماعی شایع‌تر بودند همسو می‌باشد (۲۵). یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش دستگردی ناهمسو است (۲۶). این یافته گویای این است که احتمال ابتلا به اختلالات روانی در نمونه مورد مطالعه زیاد است. بالاترین درصد پاسخ مثبت به سؤالات آزمون مربوط به خوب و سرحال نبودن، عصبی بودن، دلهره و دلشوره ناتوانی در وقت گذاشتن در کارها و احساس ناامیدی و مشکل خواب بوده و کمترین درصد مربوط به فکر اقدام به خودکشی است و این ممکن است به دلیل ماهیت هیجانی و احساسی شغل پرستاران باشد که موجب کاهش قدرت سازگاری، احساس خستگی جسمی و تحلیل منابع هیجانی و عاطفی در پرستاران می‌گردد.

یافته‌ها نشان داد از میان سبک‌های مقابله، فقط سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار قابلیت پیش‌بینی سلامت روان را دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدخانی (۱۲)، شکری (۹)، خسروی (۷)، غضنفری (۱۳)، گودرزی (۱۰)، کدیور (۸) و ثمری (۱۴) مبنی بر اینکه مؤلفه‌های سبک‌های مقابله با سلامت روان ارتباط دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند، همسو است. افرادی که در رویارویی با فشار روش مقابله‌ای مسئله‌مدار و بعد از آن هیجان‌مدار را در پیش می‌گیرند، سلامت روان بیشتر و افرادی که روش‌های اجتناب‌مدار را در پیش می‌گیرند، سلامت روان کمتری خواهند داشت؛ زیرا افرادی که در موقعیت‌های استرس‌زا از سبک‌های مقابله‌ای

6. Weiting NG, Diner E. Feeling bad? The power of positive thinking may not apply to everyone. *J Res Pers.* 2009; 43, 455-463.
7. Khosravi Z. The relationship between mental health, locus of control and coping freshman high school students in Tehran, *Women's Studies.* 2003; 1: 21. [Persian].
8. Kadivar P. Investigate the relationship between family structure and interactions with gender differences in coping with stress and pre-university students. *J Psycho and Edu Sci.* 2004; 34(2): 97-123. [Persian].
9. Shokri O. The role of gender differences in coping with stress and mental health, *Contemporary Psychology.* 2008; 3(1): 51-63. [Persian].
10. Goodarzi M A. Examine the relationship between coping style and mental health in high school students. *Clinic Psychol & Pers.* 2006; 13(19): 23-327. [Persian]
11. Khagani zadeh M. Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran Medical Sciences University, *J Fundam Ment Health.* 2006; 8: 31, 414-148. [Persian].
12. Mohammad khani Sh. The relationship between emotional intelligence and coping styles and general health. *Res Psycho Health.* 2008; 2. 1. [Persian].
13. Ghazanfari F. Examine the relationship between coping strategies and mental health of residents Khorramabad. *J Fundam of Ment Health.* 2008; 10, 37: 47-54. [Persian].
14. Samari A A. An investigation on supportive resources and coping styles with stressors in university students. *J Fundam of Ment Health.* 2008; 8, 31, 97-107. [Persian].
15. Habibi M, Besharat M A, Gharagozlo F. The comparison of mental health status in physical education teachers and non-physical education teachers based on demographic characteristics, *Develop Mot Learn.* 2009; 1, 93-114. [Persian].
16. Hoseaini A. The role of social support on the mental health of young employees. *Social Development & Welfare Planning.* 2010; 3, 111-144. [Persian].
17. Goldberg D P. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychology Med.* 1979; 9: 139-145.

نتیجه‌گیری

به علت حساسیت شغل پرستاران که ارتباط با بیماران و مراقبت از آنان را دربر می‌گیرد غفلت از شناخت و مقابله با استرس‌ها سبب عوارض جبران‌ناپذیری خواهد شد. تداوم حضور یا تشدید عوامل استرس‌زا می‌تواند سبب افت سلامت روان در پرستاران گردد. از طرفی با توجه به مسئولیت سنگین مراقبت از بیمار، هرگونه استرس پرستاران به نحوی در جامعه بازتاب خواهد داشت. افزایش قدرت مقابله با عوامل استرس‌زا، کاهش و حذف این عوامل می‌تواند در ایجاد محیطی آرام و افزایش ظرفیت و کارایی پرستاران نقش مؤثری داشته باشد و در صورت عدم شناسایی مطلوب، سبب عدم سلامت روان می‌شود.

پژوهش حاضر به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از پرستاران) و نوع پژوهش (هم‌بستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم‌یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی تربیتی دانشگاه کاشان استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولان دانشگاه و کلیه مدیران و پرستاران بیمارستان امیرالمؤمنین که در این پژوهش ما را یاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

1. Roberts R. The effect of health. *J Amrican College Health.* 1999; 48: 9-103.
2. Kilfedder C. J. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurse,* 2001; 34 (3): 383-96.
3. Gangi H. *General Psychology.* Tehran: Payam Noor University, Arasbaran. 2003. [Persian]
4. Endler N D. Multi-dimensional assessment of coping. a critical evaluation, *J Pers Soc Psychol.* 1990; 54: 466-475.
5. Khodayari fard M. Relationship between stressors and ways of coping with stress symptoms in students. 1st Seminar on Mental Health of Students. 2001. [Persian].

23. Taghavi M R. Study reliability and validity of the general health questionnaire (GHQ-28), J Psycho. 2011; 4, 5: 98-381. [Persian].
24. Simon M. Work-home conflict in the European nursing profession, INT J Occup Environ Health. 2004; 10: 384-391.
25. Noor bala A A. Mental health status of people aged 15 and over in Tehran. J Psychiatry and Clinlc Psycho. 2010; 16(4): 479-483. [Persian].
26. Fayyaz Dastgerdi J. The effect of mental health education on public health in staff at Welfare Organization of Isfahan, Knowledge and Research in Applied Psychology. 2005; 23: 23-28. [Persian].
18. Yaghobi A. Comparison of mental health achievement and academic performance in students with attention deficit disorder and normal students. Edu Psycho. 2010; 6, 16, 147-163. [Persian].
19. Endler NS. Parker J D A. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. J Clinic Psycho. 1993; 49, 523-527.
20. Weghri A. Study of relationship between self efficacy and coping style with crisis in young couples in University of Tehran, MA thesis, University of Tehran. 2000. [Persian].
21. Piri L. Study of relationship between identity styles, assertive and coping styles, JCP. 2005; 1, 2, 39-54. [Persian].
22. Asadkhani F. The relationship between gender role and ways of coping with stress in married women. MA thesis. Alzahra University.

Investigate the relationship between coping styles and nurse's mental health

Hamid Rahimi^{1*}, Fariborz Sedigh Arfaee², Zeinab Ghodousi³

1. Ph.D in Educational Administration, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

2. Ph.D in Psychology, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

3. Master of Educational Psychology, College of Humanities, University of Kashan, Iran.

*Corresponding author: dr.hamid.rahimi@gmail.com

Received on: 19/07/2014 Accepted on: 16/11/2015

Abstract

Introduction: Nurse's physical and mental health and their strategies for coping with stress is directly associated with quality of their performance in patient care. Thus purpose of this research was examining the relationship between coping styles and mental health among nurses.

Method: Research type was descriptive - correlative. Statistical population of research included all nurses in hospital that were 114 nurses and were selected as sample. To gather data, two questionnaires were used: standard questionnaire of mental health with 28 items and standard questionnaire of coping styles with 48 items that their reliability through Cronbach alpha coefficient obtained equal with 0.85 and 0.83.

Result: Means of avoidance and emotional styles were higher than average and problem-oriented style lower than average. Mean of physical, anxiety and social symptoms were higher than average but depression symptoms were lower. Also mean of mental health nurses with 36.20 was higher than cut-off point (23). Among the coping styles, only problem-oriented and emotion-oriented styles have the ability to predict mental health.

Conclusion: According to research results, increasing attention is recommended to nurse's mental health through strategies education and appropriate styles for cope with the stress of working environment for nurses.

Keywords: Mental Health, Coping Styles, Nurse, Hospital

Table of Contents

first paper

Barriers to apply the principles of professional ethics in the practice from Viewpoints of Nurses and Nursing Instructors of Medical Sciences at Kermanshah University (2015)

Mohammadi, M. M., Parandin, Sh., Bahremand, P..... 8

second paper

The relationship between religious attitudes and spiritual health with life satisfaction in nursing students of Kashan University of Medical Sciences Introduction

Rahimi, H. 18

third paper

Check the patient's perspective in relation to compliance with ethical codes of nurses' professional commitment in Medical Sciences hospitals of Jahrom in 2013

Maarefi, F., Eslami Akbar, R., Ashk Torab, T., Abbas Zadeh, A., Alavi Majd, H..... 26

fourth paper

The assessment of relationship between trust in co-worker and job satisfaction in the nurses

Talebi, M., seifi, B., Mirzaee, M., Afshari, A., Torkamani, M., Abbasi, R., Gomar, D..... 32

fifth paper

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

Banidavoodi, SH., Jafari, L., Ali Chitgar, E., Moghimzadeh Hendijani, F..... 44

sixth paper

Investigate the relationship between coping styles and nurse's mental health

Rahimi, H., Sedigh Arfaee, F., Ghodousi, Z..... 54



Journal of Ethics and Culture
in Nursing and Midwifery
 Shahed University, Vol: 1, No. 2, Summer 2014

p-ISSN: X2383-045

e-ISSN: 2383-2924

License No of Ministry of Health and Medical Education: 700/857, Date: 19/06/2013, Ministry of Culture and Islamic Guidance No: 92/9526, Date: 01/07/2013

Remarkable to respected authors

All phases and process of the adaption, arbitration and ... of the paper is electronically and online

Concessioner: Shahed University

Director-in-Charge: Mohammad Reza Heidari

Editor-in-Chief: Nafise Zafarghandy

Managing Editor: Nasrin Alaie

Technical Assistant: Leila Hashemi

Technical Printing Expert: Masoomeh Rezaei Asmarud

English Editor: Sahar Afshar

Art Director: Sara Hajian

Publisher: Shahed University press

Editorial Board

Abaszadeh Abas	Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Ahmadi Fazlooh	Professor	Tarbiat Modarres University
Alhani Fatemeh	Associate Professor	Tarbiat Modarres University
Anoosheh Monireh	Associate Professor	Tarbiat Modarres University
Ashktorab Tahereh	Associate Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Atashzadeh, Forouzan	Assistant Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Fallahi khoshnab masoud	Associate Professor	University of Welfare and Rehabilitation Sciences
Heidari Mohammad Reza	Assistant Professor	Shahed University
Heravi Karimouy Majideh	Associate Professor	Shahed University
Kazemnejad Anoushirvan	Professor	Tarbiat Modarres University
Mahmudi Gholamreza	Assistant Professor	Golestan University of Medical Sciences
Milani jadid maryam	Assistant Professor	Shahed University
Moeen Athar	Associate Professor	Shahed University
Mohamade Eesa	Professor	Tarbiat Modarres University
Rahnama Parvin	Assistant Professor	Shahed University
Reje Nahid	Associate Professor	Shahed University
Zafarghandi Nafiseh	Associate Professor	Shahed University



Add: No: 6, Rahimzadeh Alley, Taleghani Conjunction, Valiasr St, Tehran
 Shahed University, Nursing and Midwifery College
 Journal of Ethics and Culture in Nursing and Midwifery

Tell: 66418587

Fax: 66418580

<http://ecnm.shahed.ac.ir>