

ارتباط کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱

سامان صابر

فریبا برهانی^۱

علی نویدیان

طاهره رضوانی

مهدی رضوانی امین

تکتم کیانیان

چکیده

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های کاری در بیمارستان و تسهیل‌کنندگان مراقبت بیمارستانی هستند. با وجود اهمیت کیفیت زندگی کاری، منابع اساسی و پایه‌ای مورد نیاز کار پرستاران فراهم نمی‌شود. مطالعات اندکی ماهیت کار پرستاری و محیط‌های کاری و کیفیت زندگی کاری پرستاران را بررسی کرده است. در این راستا، پژوهشی با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام گرفت. این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و به روش مقطعی می‌باشد که روی ۲۶۶ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند، انجام گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای میدانی بود. جامعه آماری این تحقیق را کلیه پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل دادند. بهره‌وری پرستاران به وسیله پرسشنامه پژوهشگر ساخته توسط دهقان‌نیری پس از تأیید روایی و پایایی بکار گرفته شد. همچنین کیفیت زندگی کاری پرستاران توسط پرسشنامه بروکس (۲۰۰۵ م.) پس از تأیید روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت.

۱. استادیار گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید

اطلاعات حاصل به کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های آماری، توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران در سطح متوسط و سطح بهره‌وری اکثر پرستاران از میزان متوسط کم‌تر است. همچنین یافته‌های این پژوهش، دلالت بر آن داشت که بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. از یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران موجب ارتقای سطح بهره‌وری خواهد شد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان راهنمایی برای مدیران بیمارستان‌ها و مدیران خدمات پرستاری و سر پرستارها مورد استفاده قرار گیرد و در نهایت موقعیت بیمار، کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و موقعیت حرفه پرستاری را ارتقا بخشد.

واژگان کلیدی

کیفیت زندگی کاری^۱، بهره‌وری^۲، پرستاران

مقدمه

کیفیت مفهومی چندوجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است. کیفیت زندگی در سطح فردی به جهان‌بینی فرد و نگاه او به زندگی بستگی دارد. همه بحث کیفیت زندگی کاری سرانجام به فرد برمی‌گردد. این فرد است که باید احساس کند همه تلاش‌هایی که در سطح جهانی و ملی و محلی صورت می‌گیرد، زندگی او را بهبود بخشیده است. (دابیرین، ۱۹۹۱ م.) تقریباً همه صاحب‌نظران و مدیران سرشناس صنایع جهان منابع انسانی را اساسی‌ترین عامل تلقی کرده‌اند و معتقدند که سرمایه و تکنولوژی را به ترتیب می‌توان به صورت وام تأمین نمود و خرید، اما انسان‌ها را نه می‌توان به وام گرفت و نه می‌توان خرید. انسان‌ها باید به عنوان سرمایه‌های اصلی همه کشورهای جهان پرورش یابند و باید برای ایجاد انگیزه در آن‌ها تلاش نمود. (جوادین، ۲۰۰۲ م.)

در سازمان‌هایی چون بیمارستان که بزرگ‌ترین بخش کارکنان را پرستاران تشکیل می‌دهند، اهمیت جذب و ابقای کارکنان امری ضروری و حیاتی است و اخیراً وضعیت پرستاران برای افزایش کارآیی بیمارستان‌ها بسیار مورد توجه مدیران قرار گرفته است. (درگاهی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) از طرف دیگر بهره‌وری نیروی انسانی و بررسی عمیق آن یکی از اولویت‌های پیشرفت و توسعه هر سازمانی محسوب می‌شود. (اقدسی و همکاران، ۱۹۹۷ م.) 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 به طور موثر مدیریت کرده و بقای خود را تضمین نمایند، زیرا بهره‌وری از عواملی است که دوام و بقای سازمان‌ها را در دنیای پرقابته فعلی تضمین می‌کند. (سلطانی و همکاران، ۱۹۹۸ م.) بهره‌وری پرستاران موضوع بسیار مهمی است،

چراکه بیمارستان‌ها مکانی برای مراقبت از بیمارانی هستند که نیازهای پیچیده متعددی دارند و به خوبی شناخته شده که پرستاران منبع کاری بزرگی را در سیستم مراقبت بهداشتی تشکیل می‌دهند. (هال، ۲۰۰۳ م.) به طوری که در بسیاری از بیمارستان‌ها هزینه‌های پرستاری تا ۶۰٪ بودجه عملیاتی را به خود اختصاص می‌دهد. (هلر و همکاران، ۱۹۹۸ م.) بنابراین بهره‌وری عامل کل^۳ را تا حد زیادی می‌تواند مورد تأثیر قرار دهد. همچنین در حال حاضر مدیران پرستار در حالی که کمبود پرستار وجود دارد و فشار برای محدود کردن هزینه‌های پرستاری اعمال می‌شود لازم است از طریق توجیه بهره‌وری گروه، پاسخگوی بودجه، پرداخت‌ها و تعداد پرستاران مورد نیاز باشند. (هال، ۲۰۰۳ م.) با وجود اهمیت بهره‌وری، محققان ایرانی سیر نزولی آن را در چند سال اخیر اعلام نموده‌اند. **(اعرابی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.)** این در حالی است که از دیدگاه اقتصادی، بهره‌وری پائین، کاهش درآمدها و مسایلی نظیر تورم، بیکاری، کاهش منابع و نزول سطح زندگی در جامعه (براتی، ۱۳۷۴ ش.) افت کیفیت زندگی کاری را به همراه می‌آورد. (دین و همکاران، ۲۰۰۳ م.) بنابراین یکی از وظایف اصلی مدیریت آن است که بهره‌وری و عوامل مؤثر بر آن را به طور عمیق ارزیابی و اقدامات مناسبی برای استفاده مفید از آن‌ها به عمل آورند. (احمدی، ۱۳۸۷ ش.) مطالعات نشان داده‌اند افزایش منابع سازمان‌های مراقبت بهداشتی و ورود سایر شاخص‌های کیفیت زندگی کاری و ترکیب با سیستم‌های مدیریتی همگی می‌توانند دسترسی تصمیم‌گیرندگان را به اطلاعات مربوط به سلامت کارکنان افزایش دهند. (کل و همکاران، ۲۰۰۵ م.) تحقیقات لزوم توجه به کیفیت زندگی کاری در سطح کارکنان را مورد بررسی قرار داده و نشان داده‌اند توجه به مسائل مهم برای زندگی کاری افراد اجرایی سطح میانی، می‌تواند روی رفتار و عملکرد روزانه و خدمتی که مؤسسه ارائه می‌دهد

تأثیر داشته باشد. (روزر و همکاران، ۲۰۰۳ م.) توجه نزدیک مدیران به متغیرهای کیفیت زندگی کاری می‌تواند محیط کاری انسانی‌تر را تسریع نموده که این محیط نه تنها نیازهای اساسی کارکنان را دربر می‌گیرد، بلکه نیازهای سطوح بالاتر رشد مداوم و عملکرد پیشرفته را نیز شامل می‌شود. (ناکس و همکاران، ۱۹۹۷ م.) کیفیت زندگی کاری مسأله‌ای پیچیده، مرکب از متغیرهای محیط کاری و فرآورده ارزیابی کلی شخص از شغلش می‌باشد. (ناکس و همکاران، ۱۹۹۷ م.) این محیط از نظر شدت و پیچیدگی افزایش خواهد یافت و موقعیت‌های کاری با تشکیل شبکه‌هایی که روی مراقبت و بیمارستان تأثیر می‌گذارند با تغییرات بیشتری مواجه خواهند شد. پایداری و قابلیت پیشگویی در محیط‌های کاری خصوصیتی هستند که به عنوان قسمتی از کیفیت زندگی کاری تعیین می‌شوند، در حالی که محیط‌های کنونی مراقبت بهداشتی با ناپایداری و غیر قابل پیشگویی بودن مشخص می‌گردند. (ناکس و همکاران، ۱۹۹۷ م.)

کیفیت زندگی کاری در بیمارستان‌ها محور تمرکز بسیاری از سازمان‌ها قرار گرفته و ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران یکی از عوامل مهم برای اطمینان از پایداری سیستم بهداشتی معرفی شده است. در هر سازمانی کیفیت زندگی کاری بالا برای جذب و حفظ کارکنان اساسی است، (لیز و همکاران، ۲۰۰۵ م.) زیرا زندگی کاری روی احساس فرد درباره آنچه که در مکان کاری، مطلوب است یا نیست پایه گذاری می‌شود و مربوط به تجربه جاری هم در حیطه‌های کاری و هم در حیطه‌های شخصی زندگی می‌شود. (ناکس و همکاران، ۱۹۹۷ م.) پیشرفت کیفیت در مکان کار مفهومی است که انگاره مدیران و کارکنان را به طور یکسان دربر می‌گیرد. در طی دهه گذشته بسیاری از نوشته‌ها در مورد کیفیت خدمات، تضمین کیفیت، چرخه کنترل کیفیت، کیفیت زندگی کاری، مدیریت و کنترل جامع

کیفیت بوده است. (شانی و همکاران، ۱۹۹۲ م.) در همین راستا محیط کاری با کیفیت بالا به عنوان شرط و پیش زمینه اساسی برای توانمندسازی منابع انسانی مورد نیاز سیستم مراقبت بهداشتی شناخته شده است. (سراجی و همکاران، ۲۰۰۶ م.)

رایینز^۴ کیفیت زندگی کاری را به عنوان فرایندی که به وسیله آن یک سازمان با گسترش مکانیسم‌هایی به نیازهای کارکنان واکنش نشان می‌دهد تا به آن‌ها اجازه دهد، کاملاً در تصمیم‌گیری‌هایی که در زندگی کاری‌شان طرح‌ریزی می‌شود مشارکت داشته باشند تعریف نموده است. کیفیت زندگی کاری سازه چندبعدی است و یک سازه جهانی و فناپذیر نمی‌باشد. (لو و همکاران، ۱۹۹۸ م.)

واژه کیفیت زندگی کاری نخستین بار در سال ۱۹۷۲ در طی یک کنفرانس ارتباطات کاری بین‌المللی در رابطه با مسائل کاری در خانه اردن معرفی شد. کیفیت زندگی کاری توجه بیشتری را بعد از آنکه کارکنان اتومبیل متحده و جنرال موتور شروع به یک برنامه کیفیت زندگی کاری برای بازساخت و اصلاح کار کردند به خود اختصاص داد. (لو و همکاران، ۱۹۹۸ م.)

ابتدا نگرانی برای کیفیت زندگی کاری در دهه ۱۹۷۰ اوج گرفت. این نگرانی بعد از عواقب حیظه سنتی مدیریت علمی و بوروکراسی ناشی از آن که محیط کاری ضد انسانی، وظیفه محور، غیر شخصی، بدون پاداش و عموماً غیر کارا ایجاد می‌کرد و همه سطوح شأن و منزلت شخصی را مورد هتک قرار می‌داد و منابع انسانی را ضایع می‌نمود، حاصل شد و بعد از فروکش نمودن در دهه ۱۹۸۰ مجدداً در دهه ۱۹۹۰ غالب گشت. به عبارتی مفهوم کیفیت زندگی کاری حدود سی سال قبل بکار گرفته شده است. کیفیت زندگی کاری با واکنش و پاسخ به نیازهای فردی و اشتیاق می‌تواند افزایش یابد. (مارتی و همکاران، ۲۰۰۶ م.) در بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۶ پژوهش‌های فراوانی در زمینه کیفیت زندگی کاری انجام شده است که نتایج آن‌ها نشان می‌دهد کیفیت زندگی

کاری رابطه مثبتی با سایر متغیرهای موجود در سازمان (عملکرد، تعهد سازمانی و...) دارد که در اینجا می‌توان به تأثیر بهره‌وری نیز اشاره کرد. بهره‌وری عبارتست از به دست آوردن حداکثر سود ممکن با بهره‌گیری و استفاده بهینه از نیروی کار، توان، استعداد و مهارت نیروی انسانی، زمین، ماشین، پول، تجهیزات، زمان، مکان و... به منظور ارتقای رفاه جامعه. (لی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) اسوارت^۵ در سال ۱۹۸۵ در بررسی که در یکی از شهرهای آمریکا انجام داد به این نتیجه رسید که انعطاف‌پذیری ساعات کاری، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی بهره‌وری کارکنان دارد. (اسوارت، ۱۹۸۵ م.) کروگر^۶ و همکارانش در تحقیقات خود گزارش دادند که حمایت سرپرستان، همکاران و کار گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی کاری کارکنان مؤثر بوده است. (کروگر و همکاران، ۲۰۰۲ م.) فدریکو^۷ در سال ۲۰۰۳ بیان کرد که رسالت کیفیت زندگی کاری ایجاد رضایت شغلی برای کارکنان و کمک به سازمان برای گزینش، حفظ و نگهداری کارکنان می‌باشد. (فدریکو، ۲۰۰۳ م.) تامسون^۸ و استانوسکی^۹ معتقدند افزایش بهره‌وری پرستاران مزایایی نظیر کاهش عفونت‌های بیمارستانی، ابقای پرستاران، استفاده مؤثر از نیروی کار و افزایش رضایت بیمار، پرستار، پزشک و کارکنان را به همراه دارد. (تامسون و استانوسکی، ۲۰۰۹ م.)

باتوجه به پژوهش‌های انجام شده مبنی بر این که در شرایط و زمان‌های متفاوت، پرستاران مؤلفه‌های گوناگونی را بر کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری‌شان مؤثر می‌دانند. (بلام و همکاران، ۲۰۰۹ م.) انجام تحقیقی که بتواند ارتباط کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران در بیمارستان‌های شهر کرمان را مورد سنجش قرار دهد، ضروری می‌نمود. همچنین با توجه به این که اکثر پژوهش‌های انجام شده در زمینه کیفیت زندگی کاری پرستاران با استفاده از پرسشنامه‌های عمومی

کیفیت زندگی کاری (والتون، ۱۹۷۳ م.) انجام شده بود، در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاران^۱ بروکس استفاده گردید که این پرسشنامه دارای ویژگی‌های خاصی از جمله این که مختص پرستاران در چهار بعد زندگی شخصی^۱، چارچوب کاری^۲، زمینه کاری^۳ و بعد جهانی کار^۴ دقیقاً مطابق با معظلات و مشکلات پرستاران تنظیم شده بود. (بروکس و همکاران، ۲۰۰۵ م.) تعاریف این چهار بعد بدین صورت می‌باشد:

- بعد زندگی شخصی به ایجاد توازن بین کار پرستاری و زندگی شخصی اطلاق می‌شد.

- بعد چارچوب کاری به مجموعه کارهای پرستاری و تشریح آنچه که در عمل پرستاران انجام می‌دادند، اطلاق می‌شد.

- بعد زمینه کاری: محیط و شرایط کاری که پرستاران در آن کار می‌کردند و کشف تأثیراتی که محیط کار بر روی سیستم‌های پرستاری و بیماران داشت.

- بعد جهانی کار اثرات گسترده اجتماعی و نیز نقش تغییرات بر کارکرد حرفه پرستاری را بررسی می‌کرد. (براکس و همکاران، ۲۰۰۵ م.)

لذا تحقیقی با اهداف زیر توسط پژوهشگران انجام شد:

الف - بررسی وضعیت کیفیت زندگی کاری پرستاران (QNWL) بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛

ب - بررسی و ارزیابی بهره‌وری پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛

ج - بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان

روش

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و روش جمع‌آوری داده‌ها کتابخانه‌ای - میدانی است. بدین منظور پژوهشگران سعی دارند بدون هیچ پیش‌داوری به توصیف وضع موجود بپردازند. اطلاعات مورد نیاز برای این پژوهش طی دو مرحله جمع‌آوری گردید. مرحله اول شامل اطلاعات کتابخانه‌ای و مرحله دوم مطالعات میدانی و شامل تکمیل کردن پرسشنامه‌ها توسط پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان بود. با توجه به اهداف پژوهش و ماهیت تحقیق، مناسب‌ترین روش برای گردآوری داده‌های مورد نیاز، استفاده از پرسشنامه بود. بدین منظور از سه پرسشنامه زیر استفاده گردید:

الف - پرسشنامه اطلاعات عمومی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، ساعت اضافه کار، سابقه خدمت و سابقه ترک خدمت.

ب - پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاران بروکس (بروکس و همکاران، ۲۰۰۵ م.) این پرسشنامه دارای ۴ بعد و ۴۲ سؤال، با مقیاس اندازه‌گیری در طیف لیکرت شش طبقه‌ای طراحی شده بود.

ج - پرسشنامه بهره‌وری نیروی انسانی (دهقان‌نیری و همکاران، ۲۰۱۱ م.) مشتمل بر ۲۵ گویه که میزان بهره‌وری پرستاران را در طیف لیکرت پنج طبقه‌ای مورد ارزیابی قرار داد.

پرسشنامه کیفیت زندگی کاری بروکس پس از ترجمه توسط دو مترجم زبان انگلیسی در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان و اساتید داخل و خارج از دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار گرفت و پیشنهادات اصلاحی در ابزار اعمال شد (روایی: ۰/۸۱). بعد از روا شدن محتوا، ابزار کیفیت زندگی کاری روی نمونه‌ای متشکل از ۲۰ پرستار بررسی شد و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برآورد

شد که ضریب آن ۰/۸۳. محاسبه گردید. همچنین پرسشنامه بهره‌وری نیروی انسانی دهقان‌نیری (۱۳۸۷ ش.) نیز که روایی محتوایی آن قبلا وی و همکارانشان تأیید شده بود، مجدداً مورد روایی محتوا توسط اساتید داخل دانشکده پرستاری و مامایی کرمان قرار گرفت (روایی: ۰/۸۷). و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸. محاسبه گردید. جامعه آماری این پژوهش را کلیه پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان تشکیل دادند که مجموعاً طبق آمار اخذ شده تعداد آن‌ها ۷۸۹ نفر اعلام شد. برای تعیین حجم نمونه آماری، براساس فرمول حجم نمونه کوکران^{۱۵}، در سطح خطای ۰/۵ درصد دقت برآورد ۰/۵ درصد و برای ۲۶۶ نفر محاسبه گردید، لذا تعداد ۲۶۶ پرسشنامه بین پرستاران به روش نمونه‌گیری تصادفی، توزیع شد. پس از گردآوری و استخراج داده‌های خام به منظور تجزیه و تحلیل آن‌ها، ابتدا از آمار توصیفی برای تنظیم داده‌ها و تعیین شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و ترسیم نمودارهای مختلف استفاده شد و در نهایت از آمار استنباطی (ضریب همبستگی) برای تجزیه و تحلیل متغیرهای پژوهش استفاده گردید.

یافته‌ها

دامنه سنی واحدهای پژوهش بین ۲۴ تا ۵۱ با میانگین $34/85 \pm 6/36$ سال بود. ۷۲/۶ درصد از واحدهای پژوهش زن و بقیه مرد بودند. ۶۹/۹ درصد متأهل، ۲۷/۱ درصد مجرد، ۳٪ مطلقه و حدود ۵۴/۹ درصد دارای فرزند بودند. ۹۱٪ (۲۴۲ نفر) از افراد مورد مطالعه دارای مدرک کارشناسی و ۹٪ (۲۴ نفر) کارشناس ارشد بودند. دامنه سابقه کار واحدهای مورد پژوهش ۱ تا ۳۰ سال با میانگین $11/15 \pm 6/79$ بود. دامنه اضافه‌کار واحدهای مورد پژوهش ۳۰ تا ۹۰ ساعت با میانگین $52/13 \pm 21/19$ بود. ۱۱/۷ درصد به شغل پرستاری در محل دیگری نیز

مشغول بودند. ۴/۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش به شغل غیر پرستاری نیز مشغول بودند. حدود ۹۲/۵ درصد پرستاران سابقه هیچ گونه ترک خدمت در طول خدمتشان نداشتند.

یافته‌های دیگر این تحقیق دلالت بر آن داشت که میانگین نمره بهره‌وری پرستاران ۶۲/۶۶ با انحراف معیار ۲۲/۰۰ بود و در واقع حدود ۸۹/۵ درصد سطح پایینی از بهره‌وری را دارا هستند. همچنین میانگین کیفیت زندگی کاری پرستاران ۱۴۶/۹۶ با انحراف معیار ۴۵/۱۴ بود و اکثریت پرستاران از مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری‌شان اظهار نارضایتی می‌کردند. شاخص‌های آماری بهره‌وری، کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن به تفکیک در جدول ۲ آمده است.

در نمونه مورد بررسی جهت آگاهی از وضعیت هر یک از ابعاد کیفیت زندگی کاری پرستاران، شاخص‌های آماری به تفکیک ابعاد آن مورد ارزیابی قرار گرفت که در بعد زندگی ۸۳/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش از کم بودن مرخصی‌های خودشان اظهار نارضایتی کردند. همچنین بیشترین رضایت‌مندی مربوط به اثر منفی شیفت در گردش با ۴۲/۹ درصد بود. در بعد چارچوب کاری ۸۵/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش از کم بودن پرستار در محیط کار اظهار نارضایتی داشتند و بیشترین رضایت‌مندی مربوط به ارائه مراقبت با کیفیت از سوی پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه با ۷۶/۷ درصد بود. در بعد زمینه کاری ۷۸/۲ درصد از واحدهای مورد پژوهش از احترام نگذاشتن پزشکان به پرستاران اظهار نارضایتی داشتند و بیشترین رضایت‌مندی با ۸۴/۶ درصد مربوط به اهمیت رابطه دوستی با همکاران بود. در بعد جهانی کار ۸۶/۸٪ از واحدهای مورد پژوهش از حقوق و مزایای ناکافی اظهار نارضایتی داشتند و بیشترین رضایت‌مندی مربوط به احساس امنیت شغلی با ۸۲/۳ درصد بود.

یافته‌های حاصل از آزمون همبستگی ارتباط مستقیم و معنی داری را بین کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران نشان داد ($p=0/001$ و $r=0/96$). همچنین یافته‌های دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که میان همه ابعاد کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران رابطه معنی داری وجود داشت. این بدین معنی است که پرستارانی که کیفیت زندگی کاری بهتری داشتند، از بهره‌وری بالاتری برخوردار هستند. علاوه بر این، از بین ابعاد کیفیت زندگی کاری، بعد زمینه کاری بیشترین ارتباط را با بهره‌وری پرستاران داشت (جدول ۴).

نتیجه‌گیری

یافته‌های این بررسی نشان داد که میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کاری پرستاران به ترتیب برابر ۱۴۶/۹۶ و ۴۵/۱۴ بود. همچنین نتایج این پژوهش دلالت بر آن داشت که کیفیت زندگی کاری نیمی از نمونه‌ها در حد متوسط قرار داشت. این یافته‌ها با پژوهش دهقان‌نیری و همکارانش (۱۳۸۷ ش.) مطابقت دارد، چراکه یافته‌های پژوهش دهقان‌نیری که در بیمارستان‌های شهر تهران انجام گرفت نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی کاری در این بیمارستان‌ها اکثراً در حد متوسط بوده است. (دهقان‌نیری و همکاران، ۲۰۱۱ م.) یافته‌های این پژوهش با نتایج بدست آمده از پژوهش فلاحی و همکارانش (۱۳۸۵ ش.) مشابهت نداشت، چرا که یافته‌های پژوهش فلاحی نشان داد که کیفیت زندگی کاری پرستاران بالاتر از حد متوسط است و هیچ‌یک از پرستاران در گروه کیفیت زندگی پایین قرار نگرفتند. (فلاحی و همکاران، ۱۳۸۵ ش.) همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تنها ۸/۷ درصد پرستاران تحت مطالعه دارای کیفیت زندگی خوب بوده و از وضعیت کاری خودشان رضایت داشتند. یافته‌های دیگر حاصل از بررسی ابعاد کیفیت زندگی کاری پرستاران نشان داد که اکثریت پرستاران در بعد زندگی

شخصی (۳۵٪) دارای سطح خیلی پایین، در بعد چارچوب کاری (۳۹٪) در سطح پایین، در بعد چارچوب کاری (۵۳٪) در سطح متوسط و همچنین در بعد جهانی کار (۴۳٪) در سطح پایین بودند. به عبارتی این آمار نشان‌دهنده پایین بودن کیفیت زندگی کاری پرستاران در بیمارستان می‌باشد. این بررسی با یافته‌های سلام‌زاده و همکارانش (۱۳۸۷ ش.) و اسن^{۱۶} و همکارانش (۲۰۰۰ م.) مشابهت دارد. سلام‌زاده بیان کرد که ۴۶٪ از نمونه‌های مورد بررسی از کیفیت زندگی کاری خود ناراضی و تنها ۰/۰۳ درصد از آن‌ها رضایت نسبی داشتند. (سلام‌زاده و همکاران، ۲۰۰۸ م.) همچنین نتایج پژوهش فلاحی و همکارانش (۱۳۸۵ ش.) نشان داد که ۲۱٪ نمونه‌ها از کیفیت زندگی متوسط و بیش از نیمی از آن‌ها از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی ندارد. (فلاح‌زاده و همکاران، ۲۰۰۷ م.) سایمت^{۱۷} بیان می‌کند که اسن و همکارانش نشان دادند که تنها ۱۹/۳٪ پرستاران از وضعیت خود رضایت داشتند. (سایمت و همکاران، ۲۰۰۳ م.) یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که میانگین و انحراف معیار بهره‌وری پرستاران به ترتیب برابر با ۶۲/۶۶ و ۲۲/۰۰ بود. از سوی دیگر، نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن بود که سطح بهره‌وری پرستاران تحت بررسی در سطح کم است. نکته قابل توجه این است که ۹۱٪ نمونه مورد بررسی دارای بهره‌وری متوسط و پایین‌تر هستند. نتایج این پژوهش با تحقیق دهقان‌نیری و همکارانش (۱۳۸۳ ش.) مطابقت داشت. نتایج تحقیق دهقان‌نیری و همکارانش نشان داد که پرستاران بهره‌وری مناسب را ندارند و انرژی آن‌ها عمدتاً صرف امور اداری و منشی‌گری می‌شود و اکثراً پرستاران بر این باور بودند که آنچه برای آن آموزش دیده‌اند متفاوت است. (دهقان‌نیری و همکاران، ۲۰۰۶ م.) نتایج تحقیق سلام‌زاده و همکاران نیز با نتایج بهره‌وری حاصل از این تحقیق مطابقت داشت. (سلام‌زاده و

همکاران، ۲۰۰۸ م.) 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. (باربرا و همکاران، ۱۹۹۰ م.) نتایج تحقیقات دیگری نیز نشان دادند که به کارگیری شیوه‌های نامناسب مدیریت، عدم حمایت پرستاران و اهمیت ندادن به نظرات آنان از علل پایین بودن بهره‌وری پرستاران می‌باشد. در حالی که روابط خوب و حمایت مدیران از پرستاران باعث افزایش بهره‌وری می‌شود. (هوسر، ۲۰۰۳ م.) علاوه بر این استقرار سیستم‌های پاداش بر اساس عملکرد و نظارت مستمر و ارزیابی صحیح پرستاران نیز می‌تواند بهره‌وری را ارتقا و بهبود دهد. (هافمن و همکاران، ۱۹۹۹ م.)

یک مسأله اصلی سازمان‌های خدمات انسانی امروزه شیوع کیفیت زندگی کاری ضعیف است. (کل و همکاران، ۲۰۰۵ م.) مدیران خدمات بهداشتی با انتظارات روزافزون جهت محیط‌های کاری مشارکتی و انسانی‌تر، با فشار برای کنترل هزینه‌ها در عین افزایش اثربخشی و پیشرفت تکنولوژی مواجه می‌شوند که باید رفتار با کارکنان را یاد بگیرند و محیط کاری را به عنوان یک محیط یادگیری تعامل پرستار - مددجو بسازند. (بلام و همکاران، ۲۰۰۹ م.) از آنجا که مسائل ناشی از کیفیت زندگی کاری ضعیف قابل توجه بوده و علاوه بر بهره‌وری ابعاد دیگر را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین مدیران می‌توانند به افزایش کیفیت زندگی کاری با توجه نمودن به اثر کار بر افراد و اثربخشی سازمانی کمک نمایند. (کل و همکاران، ۲۰۰۵ م.) برای افزایش کیفیت زندگی کاری بررسی و پایش محیط کار، تعیین مسائل و کاربرد مداخلات ضروری است. همچنین تلاش‌های پیشگیری

کننده از افت کیفیت زندگی کاری و به تبع آن بهره‌وری باید صورت گیرد. (دمروتی و همکاران، ۲۰۰۰ م.)

پیشنهادات

از آنجا که توازن نسبی توجهات فرهنگی در یک فرهنگ خاص تأثیر عمده‌ای روی نحوه نگرش اعضای سازمان به کیفیت زندگی کاری دارد و تحقیقات نشان داده‌اند که فرهنگ روی انگیزه اعضا، عملکرد، رضایت، سطح استرس و تغییر و تبدیل تأثیر دارد. (گودمان و همکاران، ۲۰۰۱ م.) این تحقیق نیز ارتباط بین کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری را نشان داد. بنابراین بر مدیران لازم است راهکارهایی بیان‌دیشند که در زمینه و فرهنگ سازمانی نه تنها پاسخگوی درک کارکنان از زندگی کاری خود باشد، بلکه بهره‌وری آنان را نیز افزایش دهد.

از آنجا که علاوه بر ارتباط کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری که در مطالعه اخیر مورد نظر قرار گرفت، نتایج مثبت کیفیت زندگی کاری با تعدادی از مطالعات قبلی نیز حمایت شده‌اند از جمله کاهش غیبت، تغییر و تبدیل کمتر، پیشرفت رضایت شغلی و بهره‌وری. بنابراین همت همه جانبه مدیران را در این راستا می‌طلبد. کیفیت زندگی کاری نه تنها در توانایی مؤسسه برای بکارگیری افراد با کیفیت تأثیر دارد بلکه رقابت مؤسسه را نیز افزایش می‌دهد. اعتقاد کلی بر آن است که کیفیت زندگی کاری به طور مثبت مکان کاری انعطاف پذیرتر، بانگیزه‌تر و صادقانه‌تر را پرورش می‌دهد. (بو و همکاران، ۱۹۹۸ م.)

توصیه می‌شود مدیران به ابعاد مختلف مکان کاری توجه نموده و با افزایش کیفیت آن بر احساس پرستاران از کیفیت زندگی کاری تأثیر گذاشته و به تبع آن بر بهره‌وری واحد خود نیز بیافزایند و عوامل موثر بر کیفیت زندگی کاری بر

اساس اولویت تعیین شود. همانگونه که یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد کیفیت زندگی کاری می‌تواند نقش مؤثری در افزایش بهره‌وری داشته باشد. بنابراین بهتر است سعی شود برنامه‌های کیفیت زندگی کاری بتدریج در بیمارستان‌ها اجرا شود و عناصر آن تقویت شده و مدیران نیز سیستم^{۱۸} QWL را در بیمارستان‌هایشان طراحی و به درستی اجرا نمایند تا از بهره‌وری بالایی برخوردار شوند.

مدیران بیمارستان‌ها باید QWL را به عنوان نوعی فرهنگ بیمارستانی یا شیوه مدیریتی تبدیل کنند که پرستاران بر اساس آن احساس مالکیت، خودگردانی، مسؤولیت و عزت نفس کنند. این اقدام منجر به کارآیی و اثربخشی سازمان و در نهایت ارتقای بهره‌وری خواهد شد.

با توجه به این که تحقیق انجام شده در بیمارستان‌های شهر کرمان بوده و جامعه محدودی را در بر می‌گیرد، به پژوهشگران علاقمند به این موضوع توصیه می‌شود تا این تحقیق را با همین ویژگی‌ها در سایر مناطق کشور نیز انجام دهند تا ضمن آشنایی با دیدگاه پرستاران در سایر نقاط کشور در صورت لزوم تصمیم‌های کلان در این مورد از سوی سیاستگذاران و مدیران مربوطه گرفته شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل یک پایان نامه کارشناسی ارشد است که در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به تصویب رسیده است. بدین وسیله از تمام مسؤولین مربوطه و همکاران محترم و زحمتکش پرستار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که ما را در انجام این تحقیق یاری دادند، تشکر می‌شود.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک داده‌های مربوط به نمونه آماری

بخش محل خدمت	فراوانی	درصد فراوانی	سمت	فراوانی	درصد فراوانی	شیفت	فراوانی	درصد فراوانی	سابقه خدمت	فراوانی	درصد فراوانی
عمومی	۱۷۱	۶۴/۱ درصد	پرستار	۲۰۳	۷۶/۳ درصد	چرخشی	۲۰۰	۷۵/۲ درصد	کمتر از ۵	۷۱	۲۶/۷ درصد
ویژه	۵۴	۲۰/۳ درصد	استاف	۳۲	۱۲٪	ثابت صبح	۳۳	۱۲/۴ درصد	۶ تا ۱۰	۶۷	۲۵/۲ درصد
روان پزشکی	۴۱	۱۵/۶ درصد	سر پرستار	۳۱	۱۱/۷ درصد	ثابت عصر	۲۱	۷/۹ درصد	۱۱ تا ۱۵	۵۶	۲۱/۱ درصد
						ثابت شب	۱۲	۴/۵ درصد	۱۶ تا ۲۰	۴۵	۱۶/۹ درصد
						بیشتر از ۲۱	۲۱	۱۰/۲ درصد			

جدول ۲: شاخص‌های آماری مربوط به بهره‌وری، کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن

شاخص‌های متغیر	میانگین + انحراف معیار	حداکثر نمره
بهره‌وری	۶۲/۶۶±۲۲/۰۰	۱۲۰
کیفیت زندگی کاری	۱۴۶/۹۶±۴۵/۱۴	۲۵۲
بعد زندگی شخصی	۲۲/۰۴±۷/۸۵	۴۲
بعد چارچوب کاری	۳۲/۳۱±۱۱/۱۱	۶۰
بعد زمینه کاری	۷۵/۶۳±۲۲/۴۵	۱۲۰
بعد جهانی کار	۱۶/۹۵±۵/۵۶	۳۰

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطح بهره‌وری واحدهای مورد پژوهش

سطح (امتیاز)	تعداد	درصد
کم (کمتر از ۹۰)	۲۳۸	۸۹,۵ درصد
متوسط (۹۰-۱۰۰)	۳	۰,۹٪
نسبتا بالا (۱۰۰-۱۱۰)	۲	۰,۶٪
بالا (۱۱۰-۱۲۰)	۲۳	۹,۰٪
جمع	۲۶۶	۱۰۰٪

جدول ۴: رابطه بین وضعیت کیفیت زندگی کاری، ابعاد آن

با بهره‌وری واحدهای مورد پژوهش

P value	ضریب همبستگی (r)	رابطه بین کیفیت زندگی کاری، ابعاد آن با بهره‌وری
۰/۰۰۱	۰/۹۶	کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری
۰/۰۰۱	۰/۹۰	بعد زندگی شخصی و بهره‌وری
۰/۰۰۱	۰/۹۳	بعد چارچوب کاری و بهره‌وری
۰/۰۰۱	۰/۹۴	بعد زمینه کاری و بهره‌وری
۰/۰۰۱	۰/۹۱	بعد جهانی کار و بهره‌وری

پی‌نوشت‌ها

1. Quality of work life
2. Productivity
3. Total Factor Productivity (TFP)
4. Robbins
5. Swart
6. Krueger
7. Federico
8. Thompson
9. Stanowski
10. QNWL: Quality of nursing work life
11. Work life/home life dimension
12. Work design dimension
13. Work context dimension
14. Work world dimension
15. Cochran
16. Essin
17. Cimete

۱۸. کیفیت زندگی کاری

فهرست منابع

منابع فارسی:

- احمدی، ه. (۱۳۸۷ ش.). رابطه جو سازمانی و کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری کارکنان آموزش و پرورش ناحیه یک شیراز. پژوهش، ص ۱۲.
- اعرابی، س. عابدی، ر. این، م. (۱۳۹۰ ش.). رابطه هماهنگی بین استراتژی‌های مالی، سرمایه‌گذاری، تأمین مالی، تقسیم سود و سرمایه در گردش با عملکرد سازمانی: شرکت داروسازی اکسیر.
- اقدسی، محمد. سکاکی، سیدحمید. (۱۹۹۷ م.). معرفی توصیفی دو نظام مدیریت ارگانیکی و مکانیکی و تأثیرشان در بهره‌وری. فصلنامه فرایند مدیریت و توسعه. شماره دهم، صص ۸-۱۸.
- براتی، ا. (۱۳۷۴ ش.). بهره‌وری شاخص پیشرفت سازمانی و رشد و توسعه یافتگی. مدیریت دولتی، صص ۴۱-۵۳.

جوادین، س. (۲۰۰۲ م.). بررسی عواملی مرتبط با انگیزش یادگیری دانشجویان دانشگاه تهران. مجله مجتمع آموزش عالی قم. ص ۱۵.

سلطانی، ایرج. (۱۹۹۸ م.). نقش توسعه منابع انسانی در ارتقای بهره‌وری سازمان‌ها. فصلنامه فرایند مدیریت و توسعه. صص ۵۹-۶۷.

فلاحی، کریملو. رهگوی، فتاح. (۱۳۸۵ ش.). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های روان پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران. مجله پزشکی حکیم. صص ۳۰-۲۴.

منابع انگلیسی:

- Barbera, AJ. McConnell, VD. (1990). The impact of environmental regulations on industry productivity: direct and indirect effects. *Journal of Environmental Economics and Management*. 18: 50-65.
- Bloom, N. Kretschmer, T. Van Reenan, J. (2009). *Work-life balance, management practices and productivity*. University of Chicago Press.
- Brooks, BA. Anderson, MA. (2005). Defining quality of nursing work life. *Nursing economic*. 23: 319.
- Cimete, G. Gencalp, NS. Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 18: 151.
- Cole, DC. Robson, LS. Lemieux-Charles, L. Mcguire, W. Sicotte, C. Champagne, F. (2005). Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces? *Occupational medicine*. 55: 54-9.
- Dargahi, H. Gharib, M. Goodarzi, M. (2007). Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals. *HAYAT*. 13.
- Dean, B. Crawley, J. Schmitt, C. Wong, J. Ofman, J. (2003). The burden of illness of gastro-oesophageal reflux disease: impact on work productivity. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 17: 1309-17.

- Dehghan Nayeri, N. Nazari, AA. Salsali, M. Ahmadi, F. Adib Hajbaghery, M. (2006). Iranian staff nurses' views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Nursing & health sciences*. 8: 51-6.
- Dehghan Nayeri, N. Salehi, T. Ali Asadi Noghabi,, A. (2011). Clinical nurses Quality of Work Life and Productivity and relationships between them. *Contemporary Nurse*. 39.
- Demerouti, E. Bakker, AB. Nachreiner, F. Schaufeli, WB. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 32: 454-64.
- Dubrin, AJ. (1991). Comparison of the job satisfaction and productivity of telecommuters versus in-house employees: A research note on work in progress. *Psychological Reports*. 68: 1223-34.
- Fallahee Khoshknab, M. Karimloo, M. Rahgoy, A. Fattah Moghaddam, L. (2007). Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran. *Hakim Research Journal*. 9: 24-30.
- Federico, R. (2003). vanderbilt making study to improve quality of working life. *More Information Journal*. 42.
- Goodman, EA. Zammuto, RF. Gifford, BD. (2001). The competing values framework: Understanding the impact of organizational culture on the quality of work life. *Organization Development Journal*. 19: 58-68.
- Hall, L. (2003). Nursing intellectual capital: a theoretical approach for analyzing nursing productivity. *Nursing Economic*. 21: 14.
- Helmer, FT. Suver, JD. (1988). Pictures of performance: the key to improved nursing productivity. *Health Care Management Review*. 13: 65.
- Hoffman, JM. Mehra, S. (1999). Management leadership and productivity improvement programs. *International Journal of Applied Quality Management*. 2: 221-32.

- Houser, J. (2003). A model for evaluating the context of nursing care delivery. *Journal of Nursing Administration*. 33: 39-47.
- Knox, S. Irving, JA. (1997). An interactive quality of work life model applied to organizational transition. *Journal of Nursing Administration*. 27: 39-47.
- Krueger, P. Brazil, K. Lohfeld, L. Edward, HG. Lewis, D. Tjam, E. (2002). Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*. 2: 6.
- Lau, R. May, BE. (1998). A win-win paradigm for quality of work life and business performance. *Human Resource Development Quarterly*. 9: 211-26.
- Lee, DJ. Singhapakdi, A. Sirgy, MJ. (2007). Further validation of a need-based quality-of-work-life (QWL) measure: evidence from marketing practitioners. *Applied Research in Quality of Life*. 2: 273-87.
- Lees, M. Kearns, S. (2005). Improving work life quality: A diagnostic approach model. *Health care quarterly online case study*. Longwood publishing.
- Martel, JP. Dupuis, G. (2006). Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*. 77: 333-68.
- Rosser, VJ. Javinar, JM. (2003). Midlevel student affairs leaders' intentions to leave: Examining the quality of their professional and institutional work life. *Journal of College Student Development*. 44: 813-30.
- Salam Zadeh, Y. Mansoori, H. Farid, D. (2008). Study of the relation between quality of work life and productivity of human resources in health care institutes -Acase study among nurses in Shahid Sadoughi hospital in Yazd. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 6: 60-70.
- Saraji, GN. Dargahi, H. (2006). Study of quality of work life (QWL). *Iranian Journal of Public Health*. 35.

Shani, ABR. Basuray, MT. Scherling, SA. Odell, JL. (1992). Revisiting quality of work life interventions: A cross-cultural pilot study. *Journal of Organizational Change Management*. 5: 59-76.

Swart, JC. (1985). Clerical Workers on Flexitime: A Survey of Three Industries. *Personnel*. 62: 40-4.

Thompson, P. Stanowski, A. (2009). Maximizing nursing productivity the benefits of improved collaboration between nursing and support services. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association*. 63: 76.

Walton, RE. (1973). Quality of working life: what is it. *Sloan Management Review*. 15: 11-21.

یادداشت شناسه مؤلفان

سامان صابر: عضو هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی خدماتی بهداشتی درمانی ایران شهر، دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر، سیستان و بلوچستان، ایران.

فریبا برهانی: مدیر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ تهران، ایران.

پست الکترونیک: Email: faribaborhani@msn.com

علی نویدیان: دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت بارداری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

طاهره رضانی: مربی گروه بهداشت همگانی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مهدی رضوانی امین: مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

تکتم کیانیان: کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، خراسان رضوی، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲