

May-June 2021, Volume 10, Issue 3

Presentation a Model of Quality of Work Life Based on Job Stress and Optimism Mediated by Fatigue in Married Nurses in Ahvaz

Nahid Rahnama¹, Saeed Bakhtiarpour^{2*}, Sasan Bavi², Hamdollah Jayrvand²,
Zahra Dasht Bozorgi²

1- PhD Student, Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Corresponding author: Saeed Bakhtiarpour, Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Email: saeedb81@yahoo.com

Received: 27 Oct 2020

Accepted: 1 March 2021

Abstract

Introduction: Nursing is one of the occupations in which job stress is common. Job stress causes physical, psychological, social and family problems. Therefore, the present study aimed to Present a model of quality of work life based on job stress and optimism mediated by fatigue in married nurses of hospitals in Ahvaz.

Methods: The method of the present study was descriptive-correlation. The statistical population consisted of all married nurses in Ahvaz hospitals in 2019. 202 people were selected as the sample by Convenience sampling method. Data collection with demographic questionnaire, "Quality of Work Life Questionnaire", "Nursing Stress Scale", "Life Orientation Test" and "Fatigue Scales" were performed. Content validity was performed by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The collected data were used in SPSS.24 and Amos. 23.

Results: All direct paths except the path of job stress became significant to the quality of work life. Indirect routes were also significant through quality of work life fatigue ($P < 0.01$).

Conclusions: The proposed model has a good fit and is an important step in recognizing the factors affecting the quality of work life of nurses. It is recommended to take a positive step to increase the quality of nurses' working life by planning and implementing educational interventions in the field of job stress, optimism and fatigue.

Keywords: Job Stress, Optimism, Quality of Work Life, Fatigue.

ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس تنش شغلی و خوش بینی با میانجی گری خستگی در پرستاران متأهل شهر اهواز

ناهید رهنما^۱، سعید بختیارپور^{۲*}، ساسان باوی^۳، حمداله جایروند^۳، زهرا دشت بزرگی^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: سعید بختیارپور، استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
ایمیل: saeedb81@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۸/۵

چکیده

مقدمه: پرستاری از جمله مشاغلی است که تنش شغلی در آن رایج است. تنش شغلی سبب مشکلات جسمانی، روان-شناختی، اجتماعی و خانوادگی می شود. لذا، مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس تنش شغلی و خوش بینی با میانجی گری خستگی در پرستاران متأهل بیمارستان های شهر اهواز انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر، توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه پرستاران متأهل بیمارستان های شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۰۲ تن به عنوان نمونه انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه کیفیت زندگی کاری" (Quality of Work Life Questionnaire)، "مقیاس تنش پرستاری" (Nursing Stress Scale)، "آزمون جهت گیری زندگی" (Life Orientation Test) و "مقیاس خستگی" (Fatigue Scales) انجام شد. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. داده های جمع آوری شده در نرم افزار اسپس پی اسپس نسخه ۲۴ و آموس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته ها: تمام مسیرهای مستقیم به جز مسیر تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری معنادار شدند. مسیرهای غیرمستقیم نیز از طریق خستگی با کیفیت زندگی کاری معنادار شدند ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: الگوی پیشنهادی از برآزش مطلوبی برخوردار است و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری پرستاران محسوب می شود. توصیه می شود با برنامه ریزی و اجرای مداخلات آموزشی در زمینه تنش شغلی، خوش بینی و خستگی قدمی مثبت در جهت افزایش کیفیت زندگی کاری پرستاران برداشته شود.

کلیدواژه ها: تنش شغلی، خوش بینی، کیفیت زندگی کاری، خستگی.

مقدمه

کیفیت زندگی کاری از جمله متغیرهایی که در سال های اخیر به جهت اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیرانی که در صدد ارتقای کیفیت منابع انسانی خود هستند، قرار گرفته است. چنین توجهی بازتاب اهمیتی است که همگان برای کیفیت زندگی کاری قائل هستند [۱]. کیفیت زندگی کاری یک سازه کلی است که کیفیت احساس شخص نسبت به کارش را نشان می دهد [۲] و رابطه پیچیده ای با ویژگی های محیط

کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با آسیب های اولیه و ثانویه در محیط های کاری دارد [۳]. به طوری که، مفهوم کیفیت زندگی کاری در سازمان ها با بهبود منزلت و شأن کارکنان، اعتماد، توانایی حل مسئله و درگیری در مسائل سازمان و در نتیجه رضایت و اثربخشی سازمان در ارتباط می باشد [۴]. کیفیت زندگی کاری افراد نه تنها با شرایط کاری و رضایت شغلی آن ها در ارتباط است بلکه از زندگی شخصی آن ها نیز تأثیر می پذیرد [۵]. کیفیت زندگی کاری را می توان از دو منظر عینی و ذهنی بیان نمود. تعریف عینی

وقایعی که در آن اتفاق می‌افتد و توانایی برخورد درست با واقعیات زندگی تعریف کرده‌اند [۱۳]. Scheier & Carver خوش‌بینی را یک متغیر تفاوت فردی می‌دانند که منعکس کننده حوزه‌ای است که در آن افراد تجارب مطلوب تعمیم یافته را برای آینده‌شان حفظ می‌کنند [۱۴].

مشاغل بهداشتی و درمانی به دلیل ماهیت کاری در معرض خطر بالایی برای خستگی هستند. سلامتی پرستاران به دلیل خستگی ناشی از شیفت کاری طولانی در معرض خطر قرار دارد [۱۵]. پرستاران سطوح بالایی از خستگی را تجربه می‌کنند که اختلال قابل توجهی در عملکرد آن‌ها ایجاد کرده است. خستگی پرستار، به طور جدی بر توانایی آن‌ها، برای مراقبت مؤثر از بیماران خود تأثیر می‌گذارد [۱۶]. خستگی وضعیتی پزشکی است که نشانه اصلی آن خستگی مفرط و مزمنی است که با انجام هرگونه فعالیت ذهنی یا جسمی به مراتب شدیدتر می‌شود. خستگی به صورت فقدان درونی انرژی جسمی یا روانی که توسط افراد مبتلا یا مراقبان قابل درک بوده، در فعالیت‌های معمول و مطلوب نیز مداخله می‌کند، تعریف می‌شود و نشان داده شده است که با علائم روانی نظیر افسردگی، تنش و اضطراب [۱۷] و همچنین کیفیت زندگی چه در ابعاد جسمی و چه در ابعاد روانی پیوند دارد [۱۸]. خستگی به واسطه کاهش تحمل فرد برای انجام کارهای روزمره و کاهش وضعیت عملکردی، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد [۱۹]. در پژوهشی، محمودی و همکاران نشان دادند که بین خستگی و کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز بهداشت شهر تالش، همبستگی منفی و معناداری وجود دارد [۲۰].

پرستاران نقش بسزایی در اثربخشی خدمات بیمارستانی دارند و مسئول ارائه مراقبت‌های ۲۴ ساعته به بیماران هستند [۲۱]. پرستاران ایران با چالش‌هایی نظیر کار زیاد، حقوق و دستمزد پایین، آموزش کم و تعارض و تنش شغلی زیاد مواجه هستند، تا جایی که تمایل به ترک سازمان در بین آن‌ها زیاد است [۲۲، ۲۳]. بکارگیری روش‌های مقابله مؤثر با فشارهای روانی می‌تواند به ارتقای بهداشت روانی و افزایش اثربخشی و بهره‌وری نیروی انسانی پرستاران کمک کند. با توجه به اهمیت و نقش اساسی پرستاران در حفظ تعادل روانی-اجتماعی جامعه و با توجه به مشکلات و مسائل مختلف شخصی و شغلی که پرستاران با آن‌ها مواجه هستند، مطالعه حاضر با هدف ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس تنش شغلی و خوش‌بینی با میانجی‌گری

عبارت است از؛ مجموعه‌ای از شرایط واقعی کار در یک سازمان مانند حقوق و مزایا، بهداشت و ایمنی، مشارکت در تصمیم‌گیری، سرپرستی، امکانات رفاهی، دموکراسی و تنوع و غنی بودن مشاغل و تعریف ذهنی شامل تصور فرد و طرز تلقی او از کیفیت زندگی کاری می‌باشد [۶].

پرستاران، بزرگترین گروه کاری در بیمارستان و تسهیل‌کنندگان مراقبت بیمارستانی محسوب می‌شوند، اما مطالعات در مورد اندکی به ماهیت کار پرستاری و کیفیت زندگی پرستاران انجام شده است. از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کاری پرستاران می‌توان به تنش شغلی اشاره داشت. تنش شغلی یکی از موضوعات مهم مورد مطالعه در رفتار سازمانی است و به دلایل مختلف در مدیریت نیروی انسانی راه پیدا کرده است و به عنوان یکی از مهم‌ترین خطرات شغلی در عصر مدرن، مطرح می‌باشد و می‌تواند باعث کاهش تولید، غیبت از کار، جابجایی نیرو، تعارض‌های کاری و افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی گردد [۷]. Lambert و همکاران در پژوهش خود دریافتند که تنش‌های شغلی بر سلامتی افراد تأثیر داشته، کیفیت زندگی و بهره‌وری آن‌ها را کاهش می‌دهد و احتمال وقوع مصدومیت‌های ناشی از کار را افزایش می‌دهد [۸]. Rami در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر بر عملکرد شغلی کارکنان بیمارستان‌ها در نروژ پرداخت. نتایج نشان داد که نوع رهبری و مدیریت سازمان، رضایت شغلی و تنش شغلی بر عملکرد شغلی و کیفیت زندگی کارکنان مؤثر است [۹].

عامل دیگری که می‌تواند کیفیت زندگی کاری پرستاران را متأثر سازد، خوش‌بینی است. خوش‌بینی به عنوان سازه روان‌شناسی مثبت، در مواجهه با سختی‌ها از افراد محافظت می‌کند [۱۰]. در طول چند دهه اخیر تأثیر عوامل شخصیتی مانند خوش‌بینی علاقه پژوهشگران را به خود جلب کرده است، خوش‌بینی به عنوان گرایش کلی نسبتاً پایدار به داشتن انتظارات مثبت در مواجهه با پیامدهای منفی زندگی با ابعاد مختلف سلامت در ارتباط است و نقش مهمی در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد. برخی مطالعات نشان داد که خوش‌بینی یک منبع مؤثر برای مقابله با سختی و چالش‌هاست [۱۱]. بیمارانی که از تحمل مقابله پایینی بهره‌مند باشند، نسبت به بهبودی به دید منفی می‌نگرند و امید به بازیافتن سلامتی در آن‌ها پایین‌تر از بیمارانی است که نسبت به روند درمان خود، خوش‌بین‌تر هستند [۱۲]. خوش‌بینی را توانایی بهتر نگرستن به دنیا و

خستگی در پرستاران متأهل بیمارستان‌های شهر اهواز انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر، توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه پرستاران متأهل بیمارستان‌های شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که بر اساس جدول کوکران، ۲۰۲ تن با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردید و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل ۶ ماه سابقه کار پرستاری و دامنه سنی بین ۲۱-۴۸ سال بود و ملاک‌های خروج نیز شامل پاسخ ندادن به تمامی سؤالات و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل موارد زیر بود. پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران شامل: سن، جنسیت، سابقه کار بالینی و میزان تحصیلات بود.

«پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» (Quality of Working Life Questionnaire) توسط Walton [۲۴] در سال ۱۹۷۳ طراحی شده است و شامل ۲۷ عبارت و ۸ زیر مقیاس «کیفیت زندگی کاری» می‌باشد که شامل «پرداخت منصفانه و کافی» (fair and adequate payment) (عبارت های ۱، ۲، ۳)، «محیط کار ایمن و بهداشتی» (safe and hygienic work environment) (عبارت های ۴، ۵، ۶)، «تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم» (environment provide opportunities for continuous growth and security) (عبارت های ۷، ۸، ۹)، «قانون‌گرایی در سازمان» (rule of law in the organization) (عبارت های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳)، «وابستگی اجتماعی زندگی کار» (social dependence of working life) (عبارت های ۱۴، ۱۵، ۱۶)، «فضای کلی زندگی» (general atmosphere of life) (عبارت های ۱۷، ۱۸، ۱۹)، «یکپارچگی و انسجام اجتماعی» (social integration and cohesion) (عبارت های ۲۰، ۲۱)، «توسعه قابلیت‌های انسانی» (development of human capabilities) (عبارت های ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷) می‌باشد که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد نمره بندی شده است. بدین معنی که خیلی کم ۱ نمره، کم ۲ نمره، متوسط ۳ نمره، زیاد ۴ نمره و خیلی زیاد ۵ نمره دارد. البته نمره گذاری در عبارت ۱۷ به صورت معکوس می‌باشد (خیلی کم نمره ۵، تا، خیلی زیاد نمره ۱). نمره پایین و بالا در این پرسشنامه، بین ۲۷ تا ۱۳۵ است. تفسیر نمره ها نیز به این صورت می‌باشد؛ نمره بین ۲۷

تا ۴۸، خیلی کم، نمره بین ۴۹ تا ۷۰، کم، نمره بین ۷۱ تا ۹۲، متوسط، نمره بین ۹۳ تا ۱۱۴، زیاد و نمره بین ۱۱۵ تا ۱۳۵، خیلی زیاد.

Walton در یک نمونه ۱۸۰۰ تن از دانشجویان در ایالات متحده آمریکا شاخص روایی محتوای «کیفیت زندگی کاری» را، برای مؤلفه‌های «پرداخت منصفانه و کافی» ۰/۶۶، «محیط کار ایمن و بهداشتی» ۰/۷۱، «تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم» ۰/۸۰، «قانون‌گرایی در سازمان» ۰/۷۱، «وابستگی اجتماعی زندگی کاری» ۰/۷۰، «فضای کلی زندگی» ۰/۷۵، «یکپارچگی و انسجام اجتماعی» ۰/۶۹، «توسعه قابلیت‌های انسانی» ۰/۷۴ و نمره کل را ۰/۸۰ گزارش کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را، برای زیر مقیاس های مذکور به ترتیب «پرداخت منصفانه و کافی» ۰/۶۸، «محیط کار ایمن و بهداشتی» ۰/۸۱، «تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم» ۰/۷۹، «قانون‌گرایی در سازمان» ۰/۷۴، «وابستگی اجتماعی زندگی کاری» ۰/۶۹، «فضای کلی زندگی» ۰/۷۲، «یکپارچگی و انسجام اجتماعی» ۰/۶۶، «توسعه قابلیت‌های انسانی» ۰/۷۴ و برای کل «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» ۰/۸۰ گزارش شد [۲۴]. Chen و همکاران [۲۵] روایی ملاک را بر روی ۵۷۲ تن در ۴ گروه شغلی مختلف اداری در مالزی از طریق همبستگی «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» را با «پرسشنامه رفاه عاطفی مرتبط به شغل» (Job Related Affective Well-Being) ۰/۶۵ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه فوق را ۰/۷۰ گزارش کردند.

قاسم زاده [۲۶] در مطالعه خود «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» را برای اولین بار در سال ۱۳۸۴ در ایران ترجمه کرد و برای نمونه ۲۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه اصفهان روایی ملاکی «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» با «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری نسخه ۴۹ سؤالی والتون» بررسی و برای زیر مقیاس های «پرداخت منصفانه و کافی» برابر ۰/۷۸، «محیط کار ایمن و بهداشتی» ۰/۶۵، «تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم» ۰/۷۳، «قانون‌گرایی در سازمان» ۰/۷۷، «وابستگی اجتماعی زندگی کاری» ۰/۶۹، «فضای کلی زندگی» ۰/۷۱، «یکپارچگی و انسجام اجتماعی» ۰/۷۴، «توسعه قابلیت‌های انسانی» ۰/۸۰ و روایی ملاکی کل ۰/۷۳ به دست آورد. همچنین ثبات پرسشنامه را به روش دو نیمه کردن برای زیر مقیاس های «پرسشنامه کیفیت زندگی

کاری» شامل؛ «پرداخت منصفانه و کافی» ۰/۷۱، «محیط کار ایمن و بهداشتی» ۰/۷۶، «تأمین فرصت رشد و امنیت مداوم» ۰/۶۹، «قانون گرایمی در سازمان» ۰/۶۴، «وابستگی اجتماعی زندگی کاری» ۰/۷۹، «فضای کلی زندگی» ۰/۷۸، «یکپارچگی و انسجام اجتماعی» ۰/۸۱، «توسعه قابلیت‌های انسانی» برابر ۰/۷۶ و ضریب ثبات به روش دو نیمه کردن برای «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» را ۰/۷۸ برآورد کرد [۲۶].

مظلومی و همکاران [۲۷] در نمونه ای شامل ۲۷۰ تن از پرستاران بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران روایی ملاک «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» از طریق ضریب همبستگی با «مقیاس رضایت شغلی» (Job Satisfaction Scale) را ۰/۶۰ گزارش کردند و ضریب ثبات به روش بازآزمایی در ۳۰ تن از پرستاران بیمارستان‌های فوق به فاصله زمانی ۲ هفته از ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش شد. «مقیاس تنش پرستاری» (Nursing Stress Scale) در سال ۱۹۸۱ برای اولین بار به منظور اندازه‌گیری تنش پرستاران در آمریکا با ۳۴ عبارت توسط Gray-Toft & Anderson طراحی شد [۲۸]. این مقیاس، تنش پرستاران را در ۷ زیر مقیاس شامل؛ «رنج و مرگ بیمار» (suffering and death of the patient) ۷ عبارت شامل ۳، ۴، ۶، ۸، ۱۲، ۱۳، ۲۱، «آمادگی ناکافی» (insufficient preparation) ۳ عبارت شامل ۱۵، ۱۸، ۲۳، «تعارض با پزشکان» (conflict with doctors) ۵ عبارت شامل ۲، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۹، «تعارض با دیگر پرستاران» (conflict with other nurses) ۵ عبارت شامل ۵، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۹، «فشار کاری» (working pressure) ۶ عبارت شامل ۱، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۳۰، ۳۴، «عدم اطمینان درباره درمان» (uncertainty about treatment) ۵ عبارت شامل ۱۷، ۲۶، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و «فقدان حمایت» (lack of support) ۳ عبارت شامل ۷، ۱۱، ۱۶ است. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت به صورت تنش زا نیست (۱ نمره)، به ندرت تنش زا است (۲ نمره)، گاهی تنش زا است (۳ نمره)، همیشه تنش‌زا است (۴ نمره) سنجیده می‌شود. مجموع نمره ها بین ۳۴-۱۳۶ و نحوه درجه‌بندی به این ترتیب است: نمره کمتر یا برابر ۶۸: تنش کم و نمره ۱۰۳-۶۹: تنش متوسط و نمره بیشتر یا مساوی ۱۰۴: تنش زیاد. نمره زیر مقیاس‌ها نیز به این صورت محاسبه می‌شود که جمع نمره هر یک از زیر مقیاس‌ها تقسیم بر تعداد عبارت‌ها می‌شود.

در روی همین نمونه ۰/۸۸ گزارش شد [۲۸]. در پژوهشی Porcel-Gálvez و همکاران [۲۹] در یک نمونه ۲۱۹۵ تن از پرستاران در بیمارستان‌های اسپانیا روایی سازه به روش همگرا «مقیاس تنش پرستاری» با «پرسشنامه اضطراب صفت - حالت» (State-Trait Anxiety Inventory) (STAI) را ۰/۸۳ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۹۱ گزارش دادند. نسخه فارسی «مقیاس تنش پرستاری» اولین بار طی مطالعه رضایی و همکاران [۳۰] در سال ۱۳۸۵ بر روی ۳۷۳ پرستار شاغل در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد بررسی قرار گرفته است. روایی محتوا به روش کیفی توسط ۱۶ تن از مدرسین دکتری تخصصی پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای زیر مقیاس‌های «رنج و مرگ بیمار» ۰/۷۴۶؛ «تعارض با پزشک» ۰/۷۵۲؛ «آمادگی ناکافی» ۰/۷۶۷؛ «فقدان حمایت» ۰/۷۶۳؛ «فشار کاری» ۰/۷۴۶؛ «تعارض با دیگر پرستاران» ۰/۷۴۹؛ «عدم اطمینان در باره درمان» ۰/۷۴۵ و برای نمره کل «مقیاس تنش پرستاری» ۰/۸۵۴ به دست آمد. ضریب ثبات به روش آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته بر روی ۲۰ تن از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران ۰/۷۴ بدست آمد. در ۱۶ تن از مدرسین صاحب‌نظر دکتری تخصصی پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران بررسی و تأیید شد. ثبات نیز به روش آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته بر روی ۲۰ تن از پرستاران بیمارستان‌های استان گلستان ۰/۷۴ گزارش کردند.

«آزمون جهت‌گیری زندگی» (Life Orientation Test) با ۱۰ عبارت توسط Carver & Scheier [۳۲] در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است که افراد با توجه به پیامدهای زندگی به آن پاسخ می‌دهند. در این آزمون از پاسخ دهندگان خواسته شد تا میزان توافق خود را برای هر یک از عبارات ها براساس یک نوع مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای با دامنه‌ای از صفر تا ۴ ذکر کنند. عبارت‌های ۲، ۵، ۶ و ۸ در این آزمون انحرافی است و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد. در عبارت‌های ۱، ۴ و ۱۰ به گزینه کاملاً موافقم نمره ۴، موافقم نمره ۳، نظری ندارم نمره ۲، مخالفم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره صفر تعلق می‌گیرد. ۳ عبارت ۳، ۷ و ۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند بدین صورت که؛ کاملاً موافقم نمره صفر، موافقم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، مخالفم نمره ۳ و کاملاً مخالفم نمره ۴. کمینه نمره در این آزمون صفر و بیشینه ۲۴ می‌باشد. نمره بین صفر تا ۸ خوش‌بینی پایین، نمره بین ۹ تا ۱۷ خوش‌بینی متوسط و نمره بین ۱۸ تا ۲۴ میزان خوش‌بینی بالا را نشان می‌دهد. Marshall & Lang [۳۳] در یک نمونه شامل ۱۹۲ تن از زنان در شهر آکسفورد انگلستان، ضرایب روایی ملاکی بین «آزمون جهت‌گیری زندگی» با «مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی» (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) و «مقیاس خودتسلطیابی» (Self-Mastery Scale) به ترتیب ۰/۴۹- و ۰/۷۱- به دست آمد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۸۱ بود.

Lyrakos و همکاران [۳۴] در یک نمونه شامل ۲۷۶ پرستار از سه بیمارستان در شهر آتن یونان روایی ملاکی همزمان بین «پرسشنامه جهت‌گیری زندگی» و «مقیاس تک ماده‌ای خوش‌بینی» (One-Item Optimism Scale) را ۰/۷۳ گزارش دادند. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق ۰/۷۱ را بدست آوردند.

در مطالعه کجباف و همکاران [۳۵] «آزمون جهت‌گیری زندگی» در ایران هنجاریابی شده است. تحلیل عاملی «آزمون جهت‌گیری زندگی» در یک نمونه ۱۲۰ تن از شهر اصفهان انجام شده است. ضرایب روایی ملاکی بین «آزمون جهت‌گیری زندگی» با «مقیاس مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی افسردگی» (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) و «مقیاس خودتسلطیابی»

(Self-Mastery Scale) به ترتیب ۰/۶۴- و ۰/۷۲- به دست آمد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۷۴ بود و ثبات به روش بازآزمایی بر روی ۲۷۰ دانش‌آموز پیش‌دانشگاهی شهر اصفهان با فاصله ۲۸ روز ۰/۸۷ بود. حسن شاهی [۳۶] در بررسی خصوصیات روان‌سنجی، بر روی ۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان روایی ملاکی «پرسشنامه جهت‌گیری زندگی» و «مقیاس ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale) را ۰/۵۶- بدست آوردند. بدین معنا که همبستگی معکوس میان خوش‌بینی و ناامیدی نشان می‌دهد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۲۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان ۰/۷۴ و برای سنجش ثبات ضریب بازآزمایی به فاصله ۲ هفته بر روی ۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان ۰/۶۵- به دست آمد.

«مقیاس خستگی» (Fatigue Scale) توسط Chalder و همکاران [۳۷] در سال ۱۹۹۳ برای سنجش علائم جسمی و ذهنی خستگی ساخته شد. «مقیاس خستگی» شامل رو زیر مقیاس و ۱۴ عبارت است که در زیر مقیاس «خستگی جسمی» (physical fatigue) (۸ عبارت، ۱ تا ۸) و «خستگی ذهنی» (mental fatigue) (۶ عبارت، ۹ تا ۱۴) مشخص شده است. عبارت‌های این مقیاس بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (از صفر: هیچ تا ۳: زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه نمره صفر کمینه و نمره بیشینه ۴۲ می‌باشد. نمره صفر تا ۱۳ کمترین میزان خستگی، نمره ۱۴ تا ۲۷ خستگی متوسط و نمره ۲۸ تا ۴۲ بیشترین میزان خستگی را نشان می‌دهد. Chalder و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۲۷۴ تن در لندن انجام دادند برای ارزیابی روایی سازه به روش همگرایی بین «مقیاس خستگی» با «مقیاس شدت خستگی» (Fatigue Intensity Scale) ۰/۷۵ را محاسبه و ضریب ثبات به روش دو نیمه کردن در نمونه فوق نیز ۰/۹۱- گزارش شده است [۳۷]. Cho و همکاران [۳۸] در ۲۰۴ تن از پرستاران در سائوپائولو برزیل روایی و پایایی «مقیاس خستگی» را اندازه‌گیری کردند. روایی همگرایی مقیاس با «مقیاس شدت خستگی» (Fatigue Intensity Scale) بررسی و ۰/۶۳- گزارش شد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۶- گزارش شده و ثبات به فاصله ۲ هفته

ناهدید رهنا و همکاران

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، برای حضور در بیمارستان‌ها، طی ۲ ماه اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۹ با مراجعه به بخش‌های مختلف بیمارستان‌های شهر اهواز از پرستاران خواسته شد تا در این پژوهش شرکت نمایند. به دلیل اپیدمی کرونا و فعالیت اکثر پرستاران در بخش‌های بستری بیماران کرونایی، اجرای پژوهش با مشکلاتی از جمله شیفت‌های طولانی، بار کاری بالای کادر درمان، کمبود پرستار و افزایش تعداد مراجعه بیماران به بیمارستان‌ها روبرو شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز به این شرح بود: ۱. کلیه شرکت کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل مشارکت کردند. ۲. رضایت‌نامه کتبی در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. ۳. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمامی اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند. برای تحلیل توصیفی داده‌ها، شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی و در تحلیل استنباطی، روش الگویابی از نوع تحلیل مسیر به کار رفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار اموس نسخه ۲۴ و اس پی اس اس نسخه ۲۳ تحلیل شدند. سطح معناداری این پژوهش $P < 0/01$ بود.

یافته‌ها

پرستاران حداقل ۲۱ و حداکثر ۴۸ سال داشتند و میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها $33/25 \pm 7/11$ بود. از نظر جنسیت، ۵۷/۶۳ درصد پرستاران زن (۱۱۷ تن) و ۴۲/۳۷ (۸۶ تن) درصد را پرستاران مرد تشکیل دادند. از نظر میزان تحصیلات نیز ۸۵/۲۲ درصد مدرک کارشناسی (۱۷۳ تن) و ۱۴/۶۸ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد (۳۰ تن) بودند. در (جدول ۱) میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و ماتریس همبستگی متغیرها آورده شده است.

در یک نمونه شامل ۳۰۴ تن از پرستاران سائوپائولو ۰/۸۸ بدست آمد [۳۸].

در ایران «مقیاس خستگی» توسط نصری [۳۹] ترجمه و روایی و پایایی آن بررسی گردید. این آزمون را بر روی ۱۲۶۳ تن از پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی زیر مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی اهواز و تهران اجرا نمودند. به منظور بررسی روایی ملاکی همزمان، «مقیاس خستگی» را با «مقیاس شدت خستگی کروپ» (Krupp Fatigue Intensity Scale) بررسی و روایی ملاکی همزمان را بدست آورد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۳۴ تن از پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تهران ۰/۸۹ گزارش شد. حدادی و همکاران [۴۰] در مطالعه خود بر روی ۳۰ تن از پرستاران شاغل در یک مرکز درمانی بهداشتی در تهران شاخص روایی محتوا ۷۰ درصد و نسبت روایی محتوای ۰/۸۵ بررسی و مناسب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق ۰/۹۵ گزارش شد.

در مطالعه حاضر، روایی پرسشنامه‌ها به روش روایی محتوا به روش کیفی انجام شد. لذا، ابزارها توسط ۷ تن از متخصصین و اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با تخصص روانشناسی (۴ تن) و پرستاری (۳ تن) بررسی و تأیید شد. سپس پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر (۲۰۲ تن از پرستاران متأهل شاغل در بیمارستان‌های شهر اهواز) بررسی و برای «پرسشنامه تنش پرستاری»، «آزمون جهت‌گیری زندگی»، «پرسشنامه کیفیت زندگی کاری» و «مقیاس خستگی» به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ محاسبه شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و کسب مجوز از

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌ها و ماتریس ضرایب همبستگی در متغیرهای تنش شغلی، خوش‌بینی و خستگی با کیفیت زندگی کاری

شاخص‌های آماری متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد	ضریب همبستگی پیرسون
کیفیت زندگی کاری	۸۴/۳۸	۳۰/۳۸	۱	
تنش شغلی	۶۳/۴۲	۲۹/۰۳	۲۰۲	$r = -0/358$
خوش‌بینی	۲۱/۶۷	۱۰/۶۴		$r = 0/470$
خستگی	۵/۰۰	۲/۳۰		$r = -0/441$

پیرسون نشان داد که بین تنش شغلی و خستگی با کیفیت زندگی کاری در سطح $P < 0/01$ همبستگی منفی و معنادار وجود دارد و بین خوش بینی و خستگی با کیفیت زندگی کاری در سطح $P < 0/01$ همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد.

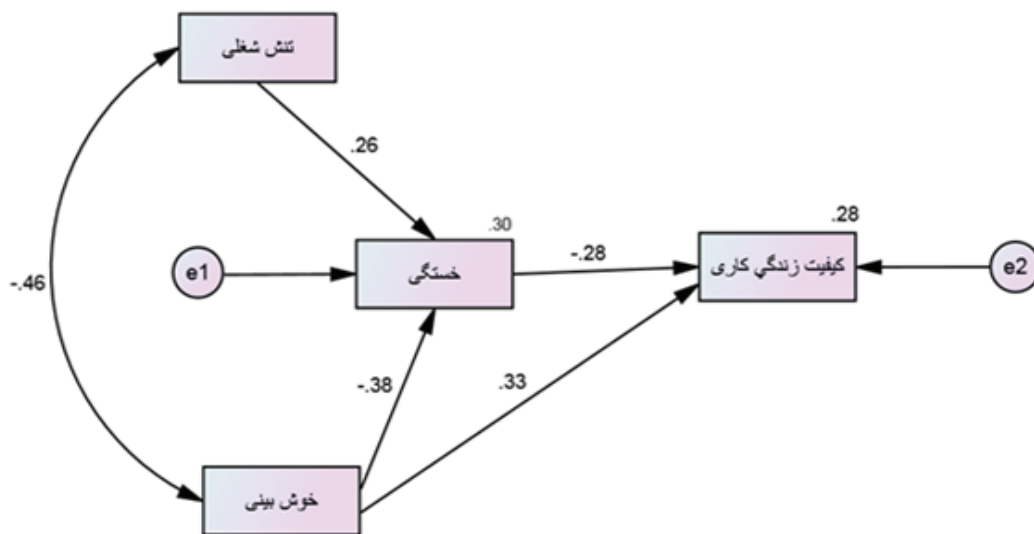
بر اساس (جدول ۱)، میانگین و انحراف معیار به ترتیب در متغیر کیفیت زندگی کاری $38/84$ و $38/30$ ؛ در متغیر تنش شغلی به ترتیب $63/42$ و $29/03$ ؛ در متغیر خوش بینی به ترتیب $21/67$ و $10/64$ و در متغیر خستگی به ترتیب $5/00$ و $2/30$ به دست آمده است. همچنین، نتایج ضریب همبستگی

جدول ۲: شاخص های برازندگی الگو اولیه و نهایی

شاخص های نیکویی برازش	الگو اولیه	الگو نهایی
مجذور کای (X^2)	۰/۰۰	۲/۷۹
درجه آزادی (df)	۰	۱
شاخص هنجار شده مجذور کای (X^2/df)	-	۲/۷۹
شاخص برازش نسبی (RFI)	-	۰/۹۱
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۱/۰۰	۰/۹۹
شاخص توکر _ لویس (TLI)	-	۰/۹۴
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	۱/۰۰	۰/۹۹
شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)	۱/۰۰	۰/۹۸
شاخص جذر میانگین مجذورات خطا (RMSEA)	۰/۳۸۸	۰/۰۷۵

توکر _ لویس ($TLI=0/94$)، شاخص برازندگی تطبیقی ($CFI=0/99$)، شاخص برازندگی هنجار شده ($NFI=0/91$)، و شاخص جذر میانگین مجذورات خطا ($RMSEA=0/075$) می باشند. جهت اصلاح الگو، همبستگی غیرمعنادار تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری حذف شد. الگو نهایی و اصلاح شده در نمودار زیر آمده است. نتایج نشان دهنده برازش خوب الگو می باشد.

در (جدول ۲)، شاخص های برازندگی در الگوی اولیه و نهایی آمده است. در الگوی اولیه شاخص جذر میانگین مجذورات خطا برابر $0/388$ ($RMSEA = 0/388$) می باشد که نشان می دهد الگوی اولیه نیاز به اصلاح دارد. شاخص ها پس از اصلاح شامل؛ مقادیر مجذور کای ($X^2=2/79$)، شاخص هنجار شده مجذور کای ($X^2/df=1$)، شاخص برازش نسبی ($RFI=0/91$)، شاخص برازندگی افزایشی ($IFI=0/99$)، شاخص



شکل ۱: الگوی ساختاری پژوهش

جدول ۳: نتایج ضرایب مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم در الگوی اولیه و نهایی

الگوی نهایی		الگوی اولیه			مسیرها	
p-value	برآورد استاندارد (β)	نوع مسیر	معناداری (p-value)	ضرایب مسیر استاندارد (β)		نوع مسیر
-	-	مستقیم	۰/۰۹۳	-۰/۱۱۷	مستقیم	تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری
۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	مستقیم	۰/۰۰۱	۰/۲۶۲	مستقیم	تنش شغلی به خستگی
۰/۰۰۱	۰/۳۳۳	مستقیم	۰/۰۰۱	۰/۲۹۶	مستقیم	خوش بینی به کیفیت زندگی کاری
۰/۰۰۱	-۰/۳۷۶	مستقیم	۰/۰۰۱	-۰/۳۷۶	مستقیم	خوش بینی به خستگی
۰/۰۰۱	-۰/۲۷۵	مستقیم	۰/۰۰۱	-۰/۲۴۳	مستقیم	خستگی به کیفیت زندگی کاری
۰/۰۰۳	-۰/۰۷۵	غیرمستقیم	۰/۰۰۳	-۰/۰۶۷	غیرمستقیم	تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری از طریق خستگی
۰/۰۰۳	۰/۲۹۶	غیرمستقیم	۰/۰۰۳	۰/۲۶۱	غیرمستقیم	خوش بینی به کیفیت زندگی کاری از طریق خستگی

مفید فایده باشد.

اولین یافته پژوهش نشان داد، بین تنش شغلی با کیفیت زندگی کاری همبستگی معنادار وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های Lambert و همکاران [۸] و Ramli [۹] ناهمسو و ناهماهنگ است. در پژوهش‌های ذکر شده، همبستگی تنش شغلی و کیفیت زندگی کاری با آزمون ضریب همبستگی و رگرسیون انجام شده‌اند و این همبستگی معنادار شده است؛ در حالی که، در مطالعه حاضر، فرضیه‌ها با تحلیل مسیر بررسی شده‌اند؛ در اینجا نیز همبستگی تنش شغلی و کیفیت زندگی کاری معنادار شدند، ولی در الگو به دلیل وجود متغیر میانجی، تمام سهم و اثر متغیر تنش شغلی روی کیفیت زندگی کاری از طریق متغیر میانجی و یا همان رابطه غیرمستقیم تبیین شده است. به عبارت دیگر، در این الگو نیز متغیر تنش شغلی روی کیفیت زندگی کاری تأثیر دارد اما به صورت غیرمستقیم. لذا، می‌توان گفت این یافته با مطالعات پیشین به نوعی هماهنگ بوده است. به عبارت دیگر، تنش شغلی بر روی کیفیت زندگی کاری البته به صورت غیرمستقیم اثرگذار است. به این معنا که وجود تنش شغلی در پرستاران، تأثیر مهمی روی افزایش خستگی آن‌ها می‌گذارد و این عامل نیز روی کیفیت زندگی کاری اثرگذار خواهد بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که کیفیت زندگی کاری و تنش شغلی، همبستگی منفی دارند، یعنی با افزایش تنش شغلی، سطح کیفیت زندگی کاری افراد پایین می‌آید. می‌توان با حذف یا کاهش تنش شغلی و عواملی مانند تقاضا، حمایت مسئولان و همکاران، کنترل نقش و ارتباطات، موجبات بهتری از زندگی کاری پرستاران را فراهم آورد. در واقع اگر کار در شرایط روانشناختی سالم و

یافته‌های (جدول ۳) نشان داد در فرضیه اول ($\beta = -0/117$) که در سطح $p < 0/05$ از لحاظ آماری معنادار نبود. فرضیه دوم ($\beta = 0/262$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است. در فرضیه سوم ($\beta = 0/333$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است. در فرضیه چهارم ($\beta = -0/376$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است. در فرضیه پنجم ($\beta = -0/275$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است. برای تعیین معناداری روابط واسطه‌ای، از روش بوت استرپ استفاده شده است. مسیر غیرمستقیم تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری با نقش واسطه‌ای خستگی معنادار می‌باشد ($\beta = -0/075$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است. همچنین، مسیر غیرمستقیم خوش بینی به کیفیت زندگی کاری با نقش واسطه‌ای خستگی معنادار می‌باشد ($\beta = 0/296$) که در سطح $P < 0/01$ از لحاظ آماری معنادار است.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر ارائه الگوی کیفیت زندگی کاری بر اساس تنش شغلی و خوش بینی با میانجی‌گری خستگی در پرستاران متأهل بیمارستان‌های شهر اهواز بود. نتایج نشان داد تمام مسیرهای مستقیم به جز مسیر تنش شغلی به کیفیت زندگی کاری معنادار شدند. مسیرهای غیرمستقیم نیز از طریق خستگی با کیفیت زندگی کاری معنادار شدند. بر اساس نتایج این پژوهش نشان داد، الگوی پیشنهادی از برآزش مطلوبی برخوردار است و عنوان الگویی مناسب برای تدوین و طراحی برنامه‌های پیشگیری از تنیدگی‌های تجربه شده پرستاران و افزایش کیفیت زندگی کاری آن‌ها

او کمک کند که مسئولیت افکار و رفتار خود را در تعارضات و کشمکش‌ها بپذیرد و در جهت تغییر آن‌ها تلاش کند [۴۳].

نتایج یافته چهارم پژوهش نیز نشان داد بین خوش‌بینی با خستگی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد به این معنا که با افزایش خوش‌بینی پرستاران می‌توان انتظار داشت که خستگی آن‌ها کاهش یابد. با جست‌وجوی پیشینه، مطالعه‌ای جهت مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود که سازمان‌ها همیشه به دنبال شناسایی راهکارهایی برای افزایش بازده کاری کارکنان خود هستند. همچنین، سازمان‌ها به کارکنانی نیاز دارند که خوش‌بینی بالایی داشته باشند و در قبال وظایف و مسئولیت‌های محوله، احساس مسئولیت و پاسخگویی داشته باشند. داشتن خوش‌بینی در کارکنان موجب افزایش بهره‌وری کاری شده و خستگی و فرسودگی را کاهش می‌دهد و این امر موجب دریافت حمایت‌های سازمانی از طرف سرپرست و مافوق شده و محبوبیت آن‌ها را در سازمان بیشتر می‌کند زیرا این افراد بیشتر از هر فرد دیگری می‌توانند به پویایی سازمان کمک نمایند [۴۳]. بنابراین، همبستگی بین خوش‌بینی با خستگی در پرستاران تأیید شده است.

یافته پنجم پژوهش نیز نشان داد، بین خستگی با کیفیت زندگی کاری همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. به این معنا که با افزایش خستگی در پرستاران، می‌توان انتظار داشت که کیفیت زندگی کاری آن‌ها کاهش یابد. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمودی و همکاران [۲۰] که نشان داد خستگی موجب کاهش کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شده است همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین یافته موجود می‌توان اظهار داشت، سطح بالای خستگی موجب کاهش تعهد در پرستاران خواهد شد که ممکن است در قالب تضعیف کیفیت زندگی کاری بروز کند. از آنجایی که کارکنان مهم‌ترین سرمایه هر سازمان محسوب می‌شوند، سازمان باید حمایت همه جانبه‌ای از آن‌ها داشته باشد. خستگی یعنی انسان مجبور باشد با احساسات ناخوشایند منتج از آن همچون عصبانیت، پریشانی، بدبینی، ایرادگیری، بدخلقی، به سادگی گریه کردن و سایر متغیرها سازگار گردد. طبیعتاً این تجربه، افسردگی و اضطراب و استرس را به دنبال خواهد داشت و کیفیت زندگی کاری افراد را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد [۴۳].

با کشش‌ها و همکاری متقابل انجام گیرد، به بالا رفتن کیفیت زندگی کاری و پیشرفت و ایجاد احساس مثبت به کار و محیط آن به رضایت شغلی منجر می‌شود. این احساس علاوه بر تأمین نیازها و تحقق اهداف فردی و سازمانی سبب سلامتی جسمی و روانی، وفاداری و بالاخره افزایش اثربخشی و کارایی سازمان می‌گردد [۸].

دومین یافته پژوهش نشان داد، بین تنش شغلی با خستگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش عباسی و همکاران [۴۱] که نشان داد سطوح بالاتر حمایت سازمانی با سطوح پایین تر خستگی و سطوح پایین تر حمایت سازمانی با سطوح بالاتر خستگی همبستگی دارد و حمایت سازمانی نقش مهمی در همبستگی تنش‌زاهای شغلی و خستگی پرستاران دارد و نیز نتایج پژوهش گلپرور و همکاران [۴۲] که نشان داد بین تنش شغلی و فرسودگی هیجانی و خستگی رابطه وجود دارد، هماهنگ و همخوانی باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، به نظر می‌رسد مشکل در تطابق با شرایط تنش‌زای محیط کار می‌تواند بر سلامت روانی پرستاران تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را با حس درماندگی و افسردگی مواجه سازد. توجه به سلامت روان پرستاران ضروری می‌باشد چرا که بیمارستان‌ها به نیروهای شاد و با انگیزه برای رسیدن به اهداف خود نیازمندند و در این راستا تقویت روحیه و توجه به راهکارهایی برای ایجاد سرزندگی، شادی و انگیزش در آن‌ها اهمیت بسزایی دارد [۴۲]. از طرفی، شرایط محیط کار پرستاران توأم با تنش‌های مختلفی است که می‌تواند بر روان، جسم، عملکرد فرد و بهره‌وری سازمان تأثیر منفی بگذارد و خستگی را برای آن‌ها به بار آورد، بنابراین، کاهش آن نیازمند توجه و مداخلاتی چون کلاس‌های مقابله با تنش و حمایت شغلی پرستاران می‌باشد.

یافته سوم پژوهش نشان داد، بین خوش‌بینی با کیفیت زندگی کاری همبستگی معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های عرب و همکاران [۴۳] که نشان داد بین خوش‌بینی با کیفیت زندگی کاری همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد، همسو و هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه بیان نمود که خوش‌بینی نقش مهمی در کیفیت زندگی کاری ایفا می‌کند، بر این اساس خوش‌بینی از لحاظ درون فردی، به شخص کمک می‌کند که از لحاظ شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی بتواند بر مشکلات و تنیدگی‌های خود مسلط شود و همچنین به

ناهد رهنا و همکاران

سازمانی سرپرستان و مافوق را برای آن‌ها فراهم آورده و از این جهت موجب بهبود کیفیت زندگی کاری و بازدهی شغلی بالاتر در آن‌ها می‌شود. بنابراین، هرگاه پرستاران در محیط کاری خود، سخت‌کوش و پایبند به وظایف شغلی، پاسخگو به بیماران و همراهان آن‌ها و نیز مسئولیت‌پذیر باشند و به انگیزه‌های درونی کارشان توجه بیشتری داشته باشند، روحیه جمعی داشته و با محبوبیت بالای خود می‌توانند حمایت‌های سازمانی از همکاران و مافوق خود، به دست آورند که این شرایط منجر به بهبود شرایط کاری و کیفیت زندگی کاری‌شان می‌شود و خستگی و تنش ناشی از فشار کار شیفت‌های کاری را در آن‌ها به حداقل می‌رساند [۲۰]. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خستگی به درستی توانسته است در همبستگی بین خوش‌بینی با کیفیت زندگی کاری نقش واسطه‌ای را ایفا نماید.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، خستگی نقش واسطه‌ای در همبستگی بین تنش شغلی و خوش‌بینی با کیفیت زندگی کاری پرستاران ایفا نمود. از این رو با کنترل خستگی می‌توان نقش تنش شغلی و خوش‌بینی بر کیفیت زندگی کاری پرستاران را کنترل کرد. محیط کار پرستاران توأم با تنش‌های مختلفی است و با توجه به نقش مهم پرستاران در ارائه خدمات درمانی افزایش خوش‌بینی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کاری آن‌ها کمک کند. بنابراین، توصیه می‌شود با برگزاری دوره‌های آموزشی در راستای افزایش خوش‌بینی و کاهش تنش شغلی به بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران کمک کرد. این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که فقط از پرسشنامه‌های خود گزارشی استفاده شده که ممکن است در اطلاعات به دست آمده سوگیری ایجاد کرده باشد. همچنین محدود بودن جامعه پژوهش به پرستاران متأهل شهر اهواز، تعمیم نتایج به پرستاران مجرد و متأهل سایر شهرها را با محدودیت روبرو می‌سازد.

سپاسگزار

این مقاله برگرفته شده از رساله دکتری ناهید رهنا و به راهنمایی آقای دکتر سعید بختیارپور و آقای دکتر ساسان باوی با کد پایان‌نامه ۱۱۱۳۹۹۱۷۳۸۱۳/۱۰۶۴۸۴۵۵۱۹۴۶۵۰۱۱۳۹۹۱۷۳۸۱۳/ris.iau.ac.ir و کد اخلاق IR.IAU.AHVAZ.

یافته دیگر پژوهش نشان داد خستگی در رابطه بین تنش شغلی با کیفیت زندگی کاری نقش واسطه‌ای دارد. با جست‌وجوی پیشینه، مطالعه‌ای جهت مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت. در رابطه مستقیم تنش شغلی و کیفیت زندگی کاری نشان داده شد که بین تنش شغلی و کیفیت زندگی کاری همبستگی معنادار وجود نداشت اما در همبستگی غیرمستقیم نشان داده شد که تنش شغلی از طریق خستگی با کیفیت زندگی کاری همبستگی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در شغل پرستاری، عواملی مانند نوبت کاری، فشار کاری زیاد، تعارض با همکاران، مشاهده رنج و مرگ بیماران، مسئولیت حرف‌ها و مسائل مرتبط با نظام اداری، جزء تنش‌های شغلی محسوب می‌شود که این تنش‌ها در دراز مدت به تنش شغلی منتهی می‌شود [۴۴]. تنش شغلی بالا در پرستاران، باعث کاهش سلامت جسمانی و روانی بالاتر در آن‌ها می‌شود و خستگی و فرسودگی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. به عبارتی دیگر، افزایش تنش شغلی کارکنان منجر به دریافت بیشتر خستگی در آن‌ها شده و تضعیف عملکرد شغلی را در پرستاران موجب می‌شود. انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار و تداوم در انجام موفقیت‌آمیز آن در افراد با سطح بالای تنش شغلی در ارتباط است و این امر باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. هنگام روبرویی با عوامل تنش‌زا داشتن احساس کنترل به شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است. انتظارات ویژه فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام عمل خاص بر کوشش فرد در انجام یک عمل و پایداری در انجام آن و ایجاد انگیزه‌های مناسب تأثیر دارد و موجب کاهش خستگی در فرد می‌شود که این امر موجب بهبود کیفیت زندگی کاری در وی خواهد شد [۹]. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خستگی به درستی توانسته است در همبستگی بین تنش شغلی با کیفیت زندگی کاری نقش واسطه‌ای را ایفا نماید.

همچنین، یافته دیگر پژوهش نشان داد خستگی در همبستگی بین خوش‌بینی با کیفیت زندگی کاری نقش واسطه‌ای دارد. در پیشینه، مطالعه‌ای جهت مقایسه با این یافته در دسترس پژوهشگر قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هر چه کارکنان خوش‌بین‌تر باشند، خستگی آن‌ها نیز کمتر می‌شود. همچنین، خوش‌بینی باعث تقویت و بهبود پاسخگویی فردی پرستاران را در محیط بیمارستان فراهم می‌کند. وجود خوش‌بینی در پرستاران، افزایش حمایت‌های

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مقاله حاضر وجود ندارد.

REC.1399.056 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد. بدین وسیله از کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهر اهواز که در اجرای این پژوهش یاری نموده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. Keesler JM, Troxel J. They care for others, but what about themselves? understanding self-care among DSPs' and its relationship to professional quality of life. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2020; 58(3): 221-240. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-58.3.221>
2. Circenis K, Millere I, Deklava L. Measuring the professional quality of life among Latvian nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; 8(16): 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.003>
3. Jeon SY, Ha JY. Traumatic events, professional quality of life and physical symptoms among emergency nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012; 24(1): 64-73. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201217136626086> <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.64>
4. Arab M, Shabaninejad H, Rashidian A, Rahimi A, Purketabi K. [A survey on working life quality of specialists working in affiliated hospitals of TUMS]. *Journal of Hospital*. 2013;11(4):19-24. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-10-en.html>
5. Lee YB, Lee HK. The convergence factors of nursing organizational culture on the nurses' professional quality of life. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2018; 9(11): 491-500. <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201809258121260>
6. Taherian M, Kamran F, Kaffashi M. [Influence of the quality of work life on the social investment of the Raja company staff]. *Social Investigation Journal*. 2012;4(13): 59-80. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-817-fa.html>
7. Troesch LM, Bauer CE. Second career teachers: Job satisfaction, job stress, and the role of self-efficacy. *Teaching and Teacher Education*. 2017; 6 (7): 389-398. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2017.07.006>
8. Lambert EG, Qureshi H, Frank J, Klahm, C, Smith B. Job stress, job involvement, job satisfaction, and organizational commitment and their associations with job burnout among Indian police officers: A research note. *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2018; 33(2): 85-99. <https://doi.org/10.1007/s11896-017-9236-y>
9. Ramli AH. Manage of job stress and measure employee performance in health services. *Business and Entrepreneurial Review*. 2019; 18(1): 53-64. <https://doi.org/10.25105/ber.v18i1.5307>
10. Aspinwall LG, Tedeschi RG. The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010; 39(1): 4-15. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9153-0>
11. Jobi J, Wrosch C, Scheier MF. Associations between dispositional optimism and diurnal cortisol in a community sample: When stress is perceived as higher than normal. *Health Psychology*. 2014; 33(4): 382-390. <https://doi.org/10.1037/a0032736>
12. Choi SH, Chan RR, Lehto RH. Relationships between smoking status and psychological distress, optimism, and health environment perceptions at time of diagnosis of actual or suspected lung cancer. *Cancer Nursing*. 2019; 42(2): 156-163. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000579>
13. Vakada S, Bachmann GA, Lu CW. Breaking bad news to patients with breast cancer-the benefits of hope and optimism. *Obstetrics & Gynecology*. 2018; 13(1): 131-137. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533548.61068.25>
14. Scheier MF, Carver CS. Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*. 2018; 73(9): 108-112. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
15. Hatamipour K, Hoveida F, Rahimaghaee F, Babaeiamiri N, Ashoori J. The nurses' quality of life based on burnout, perceived social support and psychological hardiness. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2017; 14 (1): 22-28 <https://doi.org/10.29252/jgbfnm.14.1.22>

16. Mor V, Intrator O, Feng L, Grabowski, DC. The revolving door of prehospitalization skilled nursing facilities. *Health Affairs*. 2015; 29 (1): 57-64. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0629>
17. Pour Passim S, Rezaian S, Saleh I. [Effect of tired and clinical course on depression, anxiety, stress, quality of life and employment status of multiple sclerosis patients]. *Medical Journal*. 2012; 10(2):1-13. <http://jhpm.ir/article-1-1059-fa.html>
18. Merkelbach S, Sittinger H, Koenig J. Is there a differential impact of fatigue and physical disability on quality of life in multiple sclerosis? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(6):388-393. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
19. Jim HS, Hyland KA, Nelson AM, Pinilla-Ibarz J, Sweet K, Gielissen M, Knoop H. Internet-assisted cognitive behavioral intervention for targeted therapy-related fatigue in chronic myeloid leukemia: Results from a pilot randomized trial. *Cancer*. 2020; 126(1): 174-180. <https://doi.org/10.1002/cncr.32521>
20. Mahmoudi G, Alfajr Asadi Mojre A, Darvishi Khezri H. [Relationship between personality dimensions and quality of working life fatigue in health care workers]. *Quarterly Journal of Health Breeze*. 2014; 2(4): 25-30. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=554574>
21. Mosadeghrad AM. [Occupational stress and turnover intention: Implications for nursing management]. *International Journal of Health Policy and Management* 2013; 1: 179-186. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.30>
22. Faraji O, Salehnejad G, Gahramani S, Valiee S. [The relation between nurses' quality of work life with intention to leave their job]. *Nursing Practice Today*. 2017; 4: 103-111. <http://npt.tums.ac.ir>
23. Nikbakht Nasrabadi A, Salari A, Hosseinpour M, Yekaninejad M. [The rate of burnout and intention to leave and their relationship among emergency department nurses]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2014; 9:19-29. <http://ijnr.ir/article-1-1395-en.html>
24. Walton RE. Quality of working life: what is it. *Sloan Management Review*. 1973; 15(1): 11-21. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/29949855>
25. Chen WS, Haniff J, Siau CS, Seet W, Loh SF, Jamil MHA. Pilot study of the Malay Maslach Burnout Inventory and Malay Work-Related Quality of Life Scale in Malaysia. *Studies in Asian Social Science*. 2013;1(1):20-26. <https://doi.org/10.5430/sass.v1n1p20>
26. Qasemzadeh A. [The effect of career counseling based on Dawis Theory of Work Adjustment on Quality of Work Life of Isfahan municipality employees]. Master thesis in Career Orientation Counseling, Isfahan: Faculty of Educational Sciences and Psychology, Department of Counseling, 2005. <http://lib.ui.ac.ir/dL/search/default.aspx?Term=5291&Field=0&DTC=3>
27. Mazloumi A, Kazemi Z, Mehrdad R, Helmi Kohneh Shahri M, Pour Hossein M. [Validity and reliability of WRQoL-2 questionnaire for assessment of nurses' quality of work life]. *Journal of Health and Safety at Work Health and Safety at Work*. 2017; 7 (2) :143-152 URL: <http://jhsw.tums.ac.ir/article-1-5656-fa.html>
28. Anderson JG, Gray-Toft P. The nursing stress scale: Development of an instrument. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1981; 3(1): 11-23. <https://doi.org/10.1007/BF01321348>
29. Porcel-Gálvez A, Barrientos-Trigo S, Bermúdez-García S, Fernández-García A, Bueno-Ferrán M, Badanta B. The Nursing Stress Scale-Spanish version: An update to its psychometric properties and validation of a short-form version in acute care hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 1(7):56-84. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228456>
30. Rezaee N, Behbahany N, Yarandy A, Hosseini F. [Correlation between occupational stress and social support among nurses]. *Iran Journal of Nursing*. 2006;19 (46): 71-78. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-183-fa.html>
31. Mirzaei rad SZ, Arsalani N, Dalvandi A, Rezasoltani P, Hoseini SD. [The effect of resilience skills training on nursing stress of nursing staff in hospitals of Golestan province]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2019; 8 (2): 41-48. <http://jhpm.ir/article-1-881-fa.html>
32. Scheier MF, Carver CS. On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*. 1993; 2(1): 26-30. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770572>

33. Marshall G N, Lang EL. Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*.1990; 59(1): 132-139. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.59.1.132>
34. Lyrakos G, Dimitrios D, Venetsanos M, Kostopanagiotou G, Ioannis DK. A Translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*. 2010; 9 (1): 129-42. <http://www.jstor.org/stable/40542280>. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9453-6>
35. Kajbaf MB, Oreyzi HR, Khodabakhshi M. [Standardization, reliability, and validity of Optimism Scale in Isfahan and a survey of relationship between optimism, self-mastery, and depression]. *Journal of Psychological Studies*. 2006; 2 (1): 51-68.
36. Hassan Shahi MM. [Investigating the relationship between optimism and coping strategies in university students. *Principles of Mental Health*]. 2002; 15(16): 98-86. <https://doi.org/10.2466/pr0.1992.71.3f.1179>
37. Chalder T, Berelowitz G, Hirsch S. Development of a Fatigue Scale. *Journal Psychosomatic Research*. 1993; 3(1): 147- 153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90081-P](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90081-P)
38. Cho H, Costa E, Rossi Menezes P, Chalder T, Bhugra D, Wessely S. Cross-cultural validation of the Chalder Fatigue Questionnaire in Brazilian primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 62(3): 301-304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.018>
39. Nasri S. [Epidemiological study of chronic fatigue syndrome and its relation to psychiatric difficulties in nurses]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2004; 9 (4) :25-33. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-147-fa.html>
40. Haddadi M, Zakerian A, Mahmoodi M. [Investigation of Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire validity and reliability CFS (DSQ Revised)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2014;12(1):75-84. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-5113-en.html>
41. Abbasi M, Araban M, Aalipour K. [The relationship between job stressors and fatigue in nurses: The role of organizational support as a moderator]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018; 6 (4) :42-52. <http://eprints.skums.ac.ir/6941/1/2.pdf>
42. Golparvar M, Dehghan S, Mahdad A. [The role of big five personality factors in the relationship between job stress and emotional exhaustion and fatigue]. *Industrial and Organizational Psychology Studies*. 2014; 1(1): 95-118. http://www.ijpb.ir/article_55529_2281b86927aed5c45d72d6ef085fa4cc
43. Arab N, Rezai-Badafshani F, Rahimi M. [The mediating role of quality of work life between psychological capital and life satisfaction]. *Iranian Journal of Health Education & Promotion*. 2015; 3 (1) :49-58. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-148-en.html>
44. Mohammadi M, Raofi Kalachayeh SS. The correlation between job stress and quality of life of nurses in intensive care units of Zanzan Medical Sciences Hospitals. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2017; 6 (1): 36-43.URL: <http://jhpm.ir/article-1-768-fa.html> <https://doi.org/10.21859/jhpm-06036>