

The Productivity and Quality of Work Life in Emergency Nurses

Mojtaba Karimi¹, Parisa Bozorgzad², Tahereh Najafi Ghezeljeh³, Hamid Haghani⁴,
Bahareh Fallah⁵

Abstract

Background & Aims: The emergency department is the heart of the hospital and the entry point for patients to receive health services and emergency nurses are one of the largest working groups in the hospital and the most influential force in determining the quality of services provided. The main mission of this department is to save the lives of patients. Therefore, emergency department nurses have big responsibility and it is necessary to have the necessary professional motivation and commitment along with sufficient knowledge and skills. In recent years, there has been a lot of focus on factors that can guarantee or impair the quality of emergency services, and all hospitals have tried to make the most of available resources to strengthen the factors with a positive impact on service quality. Productivity is a comprehensive concept that is closely related to effectiveness and efficiency. Several factors are involved in the organization productivity and the most important ones are human factors. On the other hand, a healthy and balanced work environment plays an important role in minimizing burnout and job stress and, consequently, improving the quality of services and productivity. Due to its importance, Human force productivity is considered as one of the indices of success or failure in any organization and its evaluation is one of the priorities of organization development. Therefore, one of the major challenges of health care systems is to provide quality services with a focus on increasing the quality of life of health care workers and increasing productivity. Therefore, information about the productivity and quality of work life of staff can be a basis for taking appropriate measures and preparing the ground for achieving the desired conditions. This study aimed to determine the productivity and quality of work life of emergency department nurses.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 189 nurses working in the emergency department of educational and medical centers affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences during September-November 2016. The nurses were selected through stratified allocation method. Data were collected using a demographic questionnaire, nurses' productivity questionnaire (Dehghan Naieri et al., 2013) and quality of work life questionnaire (Brooks & Anderson, 2005). ANOVA and t-test were used to analyze the data in SPSS version 16.

Results: The mean productivity of nurses working in the emergency department was 92.55 ± 11.68 . The average score of total quality of work life was 143.67 ± 26.98 . The quality of work life had the highest average score in the dimension of work (3.58) and the lowest average score in the personal life dimension (3.04). The results showed no statistically significant relationship between any of the demographic characteristics and nurses' work productivity. Among the studied job characteristics, there was a statistically significant relationship between simultaneous employment and the productivity of emergency nurses

¹. Master of Emergency Nursing of Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel:09121869462 Email: bozorgzad.P@iums.ac.ir

³. Department of Critical Care Nursing, Nursing Care Research Center (NCRC), School Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵. Nursing Faculty Member, Trauma Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

($P < 0.05$). There was also a statistically significant relationship between nurses' quality of work life with marital status ($P < 0.01$) and education ($P < 0.05$). Working overtime ($P < 0.05$) and choice of working hours ($P < 0.01$) had a statistically significant relationship with the quality of work life of emergency nurses.

Conclusion: The findings of the present study showed that productivity and quality of work life in emergency nurses were at a moderate and relatively desirable level, respectively. This finding can help nursing planners to increase the productivity of nurses by investigating the causes of this problem and reducing it. For example, financial need in many cases leads the people to work in several environments, and planning to solve financial problems can reduce simultaneous employment and thus increase productivity. In particular, emergency nurses are responsible for vital activities, and sometimes the first error costs the patient's life. It was also found that mere academic promotion based on a degree could not be a reason to improve the quality of work life. Awareness of nurses about these findings can improve these variables and increase their satisfaction and organizational productivity. Therefore, there is still a long way towards achieving the desired productivity and quality of life and require planning. Therefore, it is necessary to make comprehensive plans to improve the productivity and quality of work life of nurses. This planning can be done at the macro level by senior managers of the health system and at the micro level by the management of the hospital complex. It should be noted that due to the importance of the issue and the role of productivity and quality of work life in providing health care services and the emergency department which plays a vital role in hospitals, it is recommended that studies be conducted on larger sample size and more diverse research community. Also, the factors affecting the quality of life of single nurses and the reason for the decrease in their average quality of work life, and factors related to the decrease in productivity of nurses with a master's degree compared to nurses with a bachelor's degree should be examined in future research.

Keywords: Productivity, Quality of Work Life, Emergency Nurses

Conflict of Interest: No

How to Cite: Karimi M, Bozorgzad P, Najafi Ghezalje T, Haghani H, Fallah B. The Productivity and Quality of Work Life in Emergency Nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(130):73-90.

Received: 16 March 2021

Accepted: 19 Jun 2021

بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس

مجتبی کریمی^۱، پریسا بزرگزاد^۲، طاهره نجفی قزلبچه^۳، حمید حقانی^۴، بهاره فلاح^۵

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران اورژانس یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های کاری در بیمارستان و تأثیرگذارترین نیروها در تعیین کیفیت خدمات ارائه شده هستند. هسته اصلی رسالت این بخش نجات جان بیماران است، و لازم است در کنار دانش و مهارت کافی از انگیزه و تعهد حرفه‌ای لازم نیز برخوردار باشند. بنابراین اطلاعات پیرامون بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری کارکنان آن می‌تواند پایه‌ای برای انجام اقدامات مناسب باشند و زمینه را برای رسیدن به شرایط مطلوب آماده سازند. هدف از این مطالعه تعیین بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران بخش اورژانس بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی- توصیفی بود و از شهریور تا آبان ماه ۱۳۹۹ بر روی ۱۸۹ نفر از پرستاران شاغل در بخش اورژانس مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، که به روش تخصیص طبقه‌ای انتخاب شدند انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاری (بروکس و اندرسون، ۲۰۰۵) و پرسشنامه بهره‌وری پرستاران دهقان نیری و همکاران (۱۳۹۲) بود. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ANOVA و t-test در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج، کیفیت زندگی کاری در بعد زمینه کاری با میانگین و انحراف معیار $(۱۵/۹۰ \pm ۷/۳)$ بالاترین و در بعد جهانی با میانگین و انحراف معیار $(۴/۲۲ \pm ۱۵/۶۱)$ پایین‌ترین میانگین نمره را در بین سایر ابعاد داشت. نتایج نشان داد، از بین مشخصات کاری مورد بررسی، اشتغال هم‌زمان با بهره‌وری کاری پرستاران اورژانس ارتباط معنی‌دار آماری داشت $(p < ۰/۰۵)$. بین کیفیت زندگی کاری پرستاران با وضعیت تأهل $(۰/۰۱ < p)$ و تحصیلات $(۰/۰۵ < p)$ ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. اضافه‌کاری $(۰/۰۵ < p)$ و انتخاب ساعت کاری $(۰/۰۱ < p)$ با کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس ارتباط معنی‌دار آماری داشت.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌ها، میانگین بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری در پرستاران بخش اورژانس به ترتیب در سطح متوسط و نسبتاً مطلوب قرار داشت. بر همین اساس هنوز تا دست‌یابی به بهره‌وری و کیفیت زندگی مطلوب فاصله وجود دارد. بنابراین ضروری است برنامه‌ریزی‌های همه جانبه جهت ارتقای بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بهره‌وری، کیفیت زندگی کاری، پرستار اورژانس.

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۰۰/۳/۲۹

۱. کارشناس ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۲۱۸۶۹۴۶۲ Email: bozorgzad.P@iums.ac.ir
۳. گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. عضو هیات علمی پرستاری، مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

مقدمه

همیشه با فشار در ساختار سازمانی و حتی خارج از آن مواجه بوده است این تنش‌ها تا آنجا پیش رفته‌اند که گاهی موجب کم‌کاری و بی‌تفاوتی آن‌ها نسبت به وظایفشان شده‌اند و کیفیت خدمات سازمان و میزان بهره‌وری را تحت تأثیر قرار داده‌اند^(۱).

پرستاران نه تنها در خط مقدم مراقبت‌های سلامتی هستند، بلکه در خط مقدم اصلاح این مراقبت‌ها نیز قرار دارند و در بیشتر موارد ایجاد تغییرات، از پرستاران آغاز می‌شود. در ایالات متحده، تقریباً در تمام ایده‌هایی که برای اصلاح مراقبت‌های سلامتی مطرح شده است (از کاهش هزینه‌های درمانی گرفته تا بهبود ایمنی بیمار تا حرکت مراقبت در جامعه) پرستاران نقش محوری داشته‌اند^(۱). از این‌رو آگاهی از درک پرستاران و شناخت دیدگاه آنان نسبت به بهره‌وری، همواره مورد توجه بوده است. با این وجود اندازه‌گیری بهره‌وری پرستاران هیچ‌گاه کار ساده‌ای نبوده است، چرا که برخلاف یک خط تولید صنعتی، نتیجه کار الزاماً قابل لمس نیست^(۱۲). اما آنچه مسلم است آنست که در بهره‌وری سازمان‌های سلامت، توجه به نیروی انسانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این‌رو شناخت عوامل انسانی تأثیرگذار بر بهره‌وری لازم و ضروری می‌نماید. دهقان نیری و همکاران معتقدند، افزایش بهره‌وری پرستاران در سیستم‌های سلامت وابسته به اقداماتی است که برای حفظ جسم و روان پرستاران شاغل در آن سیستم‌ها انجام می‌گیرد، و در این میان توجه به بهبود شرایط کاری و زندگی کارکنان را از مؤثرترین عوامل می‌دانند^(۱۳) صابر و همکاران در یک مطالعه مقطعی در یکی از مراکز درمانی کرمان نشان دادند کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری با یکدیگر در ارتباط بوده و ارتقاء کیفیت زندگی کاری موجب افزایش بهره‌وری می‌گردد^(۱۴). سلام‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌ای مشابه در بزرگ‌ترین مرکز درمانی شهر یزد، نتایج یکسان به دست آوردند^(۱۵). محیط کاری سالم و متوازن نقش به‌سزایی در به حداقل رساندن

بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان و نقطه ورود بیماران برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. به طوری که ۷۸ درصد مراجعین به بیمارستان‌ها را بیماران بخش اورژانس تشکیل می‌دهد^(۱). و پرستاران اورژانس به واسطه تعدادشان و ماهیت خدماتی که ارائه می‌دهند، تأثیرگذارترین نیروها در تعیین کیفیت خدمات ارائه شده هستند^(۱-۳). هسته اصلی رسالت این بخش نجات جان بیماران است، از این‌رو افرادی که در چنین مداخلاتی شرکت دارند مسئولیت سنگینی برعهده دارند و لازم است در کنار دانش و مهارت کافی از انگیزه و تعهد حرفه‌ای لازم نیز برخوردار باشند^(۴). بهره‌وری مفهومی جامع و کلی است که با اثربخشی و کارایی رابطه تنگاتنگ دارد^(۵). عوامل متعددی در بهره‌وری سازمان نقش دارند، که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عوامل انسانی اشاره کرد^(۶)، اهمیت این موضوع تا آن جاست که بهره‌وری نیروی انسانی یکی از شاخص‌های موفقیت و یا عدم موفقیت در هر سازمانی به شمار می‌آید و بررسی آن یکی از اولویت‌های پیشرفت سازمان‌ها محسوب می‌شود^(۷). بهره‌وری در نظام سلامت با مقتضیات کاری در این سیستم در ارتباط است و عواملی هم‌چون انگیزه کارکنان، شرایط سازمان‌های سلامت، نحوه تقسیم کار و حتی چگونگی مدیریت این سازمان‌ها در کنار ویژگی‌های مصنوعاتی هم‌چون تجهیزات، داروها و تکنولوژی، در میزان بهره‌وری این سازمان‌ها مؤثرند^(۸). با وجود به‌کارگیری تجهیزات در این مراکز، مطالعات نشان می‌دهند سهم تأثیر ارتقاء این تجهیزات با تأثیر نیروی انسانی این سازمان‌ها، بر بهره‌وری یکی نیست و چه بسا منابع انسانی مناسب بتواند کمبود و یا نقص تجهیزات را اصلاح نماید و یا حتی وجود آن‌ها را بی‌اثر سازند^(۹). در این میان پرستاران همیشه به عنوان بزرگ‌ترین گروهی که با بیماران در تماس مستقیم بوده‌اند، مورد توجه قرار گرفته‌اند. حرفه‌ی پرستاری به عنوان یکی از پرتنش‌ترین مشاغل

شخصی را نیز تحت تأثیر قرار دهد^(۱۹). به‌علاوه کیفیت زندگی کاری بر کیفیت کار و خدمت ارائه شده توسط کارکنان نیز اثرگذار است^(۲۰).

نتیجه تحقیقات اولیه Hathorn نشان داد بهبود روابط کاری و ایجاد فرصت برای کارکنان به منظور دل‌پذیر بودن روابط اجتماعی و شیوه‌های مطلوب سرپرستی باعث بهره‌وری و بازدهی بیش‌تر می‌گردد. دستاورد این روند باعث شد دیدگاه پژوهش‌گران و مدیران به عوامل انسانی به عنوان یکی از عوامل مهم و اثرگذار معطوف شود. هم‌چنین نیاز به تشکیل یک سیستم کارآمد برای آموزش رهبران سازمان و عوامل مرتبط در چگونگی برخورد با این عامل مهم و اثرگذار به وجود آمد^(۲۱).

کیفیت زندگی کاری مطلوب، رضایت کارکنان را افزایش می‌دهد، یادگیری آن‌ها را در محیط تقویت می‌کند و به آن‌ها در امر مدیریت یاری می‌دهد. فقدان رضایت از کیفیت زندگی کاری مشکلی است که تقریباً به همه کارکنان بدون توجه به مقام و جایگاه آن‌ها آسیب می‌رساند^(۲۲). کیفیت زندگی کاری در واقع دیدگاه نوینی به رضایت شغلی است که تلاش می‌کند طی برنامه‌ای جامع و فراگیر، رضایتمندی کارکنان را ارتقاء دهد به این امید که افزایش این رضایتمندی بتواند کیفیت خدمات ارائه شده توسط سازمان‌ها را نیز ارتقاء بخشد و موقعیت آن‌ها را در دنیای رقابتی امروز مستحکم کند^(۲۳).

سازمان‌ها و مراکز بهداشتی نیز از این امر مستثنی نیستند. سازمان‌های بهداشتی درمانی نقش حیاتی در حفظ و نگهداری سلامت عموم مردم دارند و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و بنیادی‌ترین سازمان‌ها و ادارت در حفظ سلامت جامعه به شمار می‌رود^(۲۴). در این میان، توجه به کیفیت زندگی کاری کارکنان بخش سلامت، به ویژه در مورد پرستاران که با ارائه بیش‌ترین خدمات مستقیم به بیماران سهم عمده‌ای در نمایان ساختن کیفیت خدمات سازمان دارند، حائز اهمیت است^(۲۵).

فرسودگی و استرس شغلی و به تبع آن ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و ارتقاء بهره‌وری دارد^(۱۶).

بنابراین یکی از چالش‌های مهم سیستم‌های مراقبت بهداشتی ارائه خدمات با کیفیت با تمرکز بر افزایش کیفیت زندگی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و افزایش بهره‌وری است. بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری با مشارکت پرستاران برای دستیابی به سطوح بالاتر ارائه خدمات ارتباط داشته اما مسئله مهم این است که شرایط شغلی پرستاران منجر به کاهش کیفیت زندگی و بهره‌وری در آن‌ها گردید و فرسودگی شغلی در پرستاران مورد بررسی ۸۰ درصد گزارش شد که فرسودگی نیز خود بر کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری آن‌ها اثرگذار است^(۱۷). علاوه بر این بقای پرستاران در شغل خود به عنوان موضوع جهانی مطرح است. در سال ۲۰۱۰ تعداد پرستارانی که شغل خود را رها کرده بودند ۴۰۰۰۰ نفر بوده است در حالی که در سال ۲۰۲۰ این آمار به ۸۰۰۰۰۰ نفر رسیده است. این در حالی است که مطالعات نشان داده‌اند داشتن شرایط و محیط کاری مناسب و کیفیت زندگی کاری در پرستاران بهره‌وری را افزایش داده و منجر به ترک نکردن شغل در پرستاران می‌شود. با این وجود پرستاران از کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری در سطوح بالا در بسیاری از شرایط برخوردار نیستند و با میانگین فاصله زیادی دارند. بنابراین برای مقابله با این مشکل نیز باید فهمید چه عواملی در محیط کار بر کیفیت زندگی کاری آن‌ها موثر بوده و برای ارتقای این عوامل برنامه‌ریزی کرد^(۱۸).

کیفیت زندگی کاری (Quality of Work Life) یک مفهوم چند بعدی و پیچیده است که بیانگر نگرش‌ها و احساسات کارکنان نسبت به شغلشان است. طرفداران نظریه کیفیت زندگی کاری در جستجوی نظام‌های جدیدی برای کمک به کارکنان هستند تا بتوانند بین زندگی کاری و شخصی خود تعادل برقرار کنند، چرا که کنترل فشارهای محیط کار با کیفیت زندگی کاری مرتبط است که خود می‌تواند کیفیت زندگی

توانند منعکس کننده شرایط کاری ایشان باشند، بررسی نماییم. به علاوه از آنجایی که در هیچ یک از تحقیقات موجود پرستاران بخش اورژانس به صورت متمرکز مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند، این پژوهش را بر جامعه پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها انجام شده است. بر همین اساس این مطالعه با هدف تعیین بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران بخش اورژانس صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش، به صورت مقطعی، از نوع توصیفی بود که بر روی پرستاران شاغل در اورژانس مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شد. نمونه‌گیری از شهریور ۱۳۹۹ آغاز شد و تا آبان ماه ۱۳۹۹ ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه دارا بودن مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر و داشتن حداقل شش ماه سابقه کار در اورژانس بود.

محقق برای نمونه‌گیری پس از کسب مجوز کمیته اخلاق (کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.431) و اخذ معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران و هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد و ارائه معرفی نامه کتبی به مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مراجعه نموده و ضمن معرفی خود، اطلاعات کافی در مورد اهداف پژوهش و نحوه انجام کار را در اختیار پرستاران داوطلب پژوهش قرار داد و با کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه، نمونه‌گیری از افراد واجد شرایط انجام شد. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری پرستاران اورژانس حداقل ۰/۲ باشد تا این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، حداقل ۱۸۰ نفر برآورد گردید^(۱۴). از مجموع کل ۳۸۰ پرستار شاغل در

کیفیت زندگی کاری پرستاری اولین بار توسط Callahan و Attridge مطرح شد. آن‌ها معتقد بودند کیفیت زندگی کاری پرستاران وقتی ارتقاء می‌یابد که قادر باشند با کار کردن در سازمان‌های بهداشتی نیازهای شخصی و ضروری خود را اغنا سازند^(۳۶). Smith و Hood این دیدگاه ارتقاء دادند آن‌ها معتقد بودند کیفیت زندگی کاری مناسب نه تنها نیازهای پایه که نیاز به رشد و عملکرد پیشرفته را نیز در برمی‌گیرد^(۳۷). و در نهایت Anderson و Brooks مفهوم کیفیت زندگی کاری پرستاری را در چهار بعد (بعد زندگی شخصی Work life/home life dimension، بعد چهارچوب کاری work design dimension، بعد زمینه کاری work contex dimension و بعد جهانی کار work world dimension) تعریف کردند^(۳۸). بر همین اساس دانش حاصل از سنجش این دو مفهوم می‌تواند در کنار نمایان ساختن شرایط موجود، متضمن پیشنهادهای برای رسیدن به شرایط مطلوب باشد.

تجربیات پژوهش‌گر به عنوان پرستاری که سال‌ها در بخش اورژانس کار کرده است نشان می‌دهد که کارکنان این بخش نسبت به سایر بخش‌های بیمارستان، استرس شغلی قابل توجهی را تجربه می‌کنند. شرایط ناپایدار این بخش در کنار حجم بالای بیمارانی که در طول یک روز کاری ترخیص و پذیرش می‌شوند، چالش‌های بیش‌تری را در مقایسه با دیگر بخش‌ها به همراه دارد. به علاوه این بخش به عنوان قلب مراکز درمانی و اولین قسمت مواجهه بیماران با تیم درمان، نقش تعیین کننده ای در اعتباربخشی سازمانی دارد و اطلاعات پیرامون بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری کارکنان آن می‌تواند پایه‌ای برای انجام اقدامات مناسب باشند و زمینه را برای رسیدن به شرایط مطلوب آماده سازند.

در مطالعه حاضر بر آن هستیم تا متغیرهای کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری را با ابزارهایی که به طور اختصاصی برای پرستاران طراحی شده‌اند^(۲۸، ۲۹) و می

پزشکی کرمان قرار گرفت و پیشنهادات اصلاحی در ابزار اعمال شد. ابزار کیفیت زندگی کاری پرستاران بر نمونه‌ای متشکل از ۲۰ پرستار بررسی شد و ضریب پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شد^(۱۴). در این مطالعه جهت سنجش روایی ابزار ابتدا به زبان فارسی ترجمه شده و نکات مبهم با نظر تیم تحقیق تصحیح شد. سپس در اختیار داوران پژوهش قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال شد. جهت بررسی پایایی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از پرستاران (که جزء نمونه‌های تحقیق نیستند) قرار گرفته و پایایی درونی ابزار از طریق سنجش ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

پرسشنامه بهره‌وری نیروی انسانی^(۲۹) مشتمل بر ۲۵ گویه که میزان بهره‌وری پرستاران را در طیف لیکرت پنج طبقه‌ای مورد ارزیابی قرار داد. در این پرسشنامه به هر گویه نمره ۱ تا ۵ اختصاص می‌یابد. نمره ۵ برای خیلی زیاد در گزینه‌های موافق با بهره‌وری و نمره ۱ برای خیلی کم اختصاص دارد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه جمع زده شد. در مورد گویه‌هایی که به‌طور معکوس طرح شده بود (گویه ۳، گویه ۸، گویه ۲۲، گویه ۲۳) نیز به همین ترتیب عمل شد. بدین ترتیب نمره ۲۵ برای کم‌ترین بهره‌وری و نمره ۱۲۵ برای حداکثر بهره‌وری در نظر گرفته شد. پرسشنامه بهره‌وری پرستاری توسط دهقان نیری و همکاران برای پرستاران طراحی شده است و پایایی آن توسط ایشان با ضریب آلفای ۰/۸۸ تأیید شده است^(۲۹). این پرسشنامه در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است و روایی محتوای آن توسط اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تأیید شده است. پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه گردیده است^(۱۴). جهت بررسی پایایی، پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از پرستاران (که جزء نمونه‌های تحقیق نیستند) قرار گرفته و پایایی درونی ابزار از طریق سنجش ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

اورژانس بیمارستان‌ها مبتنی بر معیارهای ورود ۱۸۰ نفر از آن‌ها به روش تخصیص طبقه‌ای، طی مدت سه ماه وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاران و پرسشنامه بهره‌وری پرستاران بود. فرم مشخصات جمعیت شناختی در این پژوهش شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نوع بیمارستان (عمومی، تخصصی)، مدرک تحصیلی، سمت شغلی، وضعیت استخدامی، نوبت کاری، سابقه کار کلی و سابقه کار در بخش اورژانس بود. پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاری بروکس و اندرسون (Anderson & Brooks)، شامل چهار بعد کیفیت زندگی کاری و دارای ۴۲ سؤال با مقیاس اندازه‌گیری در طیف لیکرت ۵ طبقه‌ای است. بعد زندگی شخصی با ۷ سؤال (سوالات ۱-۷)، چهارچوب کاری با ۱۰ سؤال (سوالات ۸-۱۷)، بعد زمینه کاری با ۲۰ سؤال (سوالات ۱۸-۳۷) و بعد جهانی با ۵ سؤال (سوالات ۳۸-۴۲)، مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. در پرسشنامه کیفیت زندگی کاری به هر گویه نمره ۱ تا ۶ اختصاص می‌یابد. نمره ۶ برای خیلی زیاد در گزینه‌های موافق با کیفیت زندگی کاری و نمره ۱ برای خیلی کم اختصاص می‌یابد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه جمع زده می‌شود. بدین ترتیب نمره ۴۲ برای کم‌ترین حالت کیفیت زندگی کاری از منظر مشارکت‌کننده در پژوهش و نمره ۲۵۲ حداکثر امتیاز را به خود اختصاص می‌گیرد^(۲۸). پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاری توسط بروکس (Brooks) طراحی و روایی آن نیز تأیید شده است^(۲۸). روایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی کاری پرستاری (Brooks) نیز توسط صابر و همکاران (۲۰۱۲) سنجیده شده است. به این منظور پس از ترجمه توسط دو مترجم زبان انگلیسی در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان و اساتید داخل و خارج از دانشگاه علوم

بر اساس جدول شماره ۱، بیش از نیمی از پرستاران شرکت کننده (۵۹٪/۳) در مطالعه زن و با میانگین سنی ۳۲/۲۶ ± ۷ بودند. ۷۷/۸ درصد افراد نمونه آماری متأهل و سطح تحصیلات بیشتر افراد (۹۵٪/۲) کارشناسی بود. از نظر ویژگی‌های مربوط به شغل، بیشتر پرستاران (۹۷٪/۴) نوبت کاری در گردش داشتند. بیش‌تر پرستاران (۸۷٪/۳) دریافت کننده اضافه کاری و از نظر وضعیت انتخاب ساعت کاری بیش‌تر پرستاران (۵۶٪/۵) در وضعیت اجباری بودند. ۸۸/۴ درصد پرستاران فقط به عنوان پرستار بخش اورژانس مشغول و ۱۱/۶ درصد نیز هم‌زمان در جای دیگر مشغول به کار بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کاری پرستاران در اورژانس (۵/۲۳ ± ۴/۵۷) بود. تجربه کاری بین ۱ تا ۴ سال در اورژانس نیز با ۵۸/۲ درصد از بیش‌ترین فراوانی برخوردار بود (جدول شماره ۱).

در این مطالعه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. ابتدا با استفاده از آمار توصیفی در قالب جدول و شاخص‌های عددی به توصیف واحدهای پژوهش پرداخته و سپس در راستای رسیدن به اهداف و پاسخ به سؤالات پژوهش علاوه بر آمار توصیفی از آزمون‌های ضریب تی مستقل - آنالیز واریانس و از آزمون‌های ناپارامتریک (آزمون کای دو، آزمون من ویتنی) برای بررسی ارتباط دو متغیر با کنترل بر متغیرهای دیگر نیز از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. برای تمامی آنالیزها سطح معنی‌داری آماری به صورت $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: شاخص‌های عددی کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری بر حسب مشخصات جمعیت شناختی در پرستاران شاغل در بخش اورژانس

مشخصات جمعیت شناختی	فراوانی (درصد)	بهره‌وری		کیفیت زندگی کاری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنسیت					
زن	۱۱۲ (۵۹/۳)	۹۲/۷۹	۱۰/۵۵	۱۴۳/۶۱	۲۶/۴۵
مرد	۷۷ (۴۰/۷)	۹۲/۲۰	۱۳/۲۲	۱۴۳/۷۶	۲۷/۹۱
سن، سال					
۲۲-۲۹	۸۵ (۴۵)	۹۲/۸۲	۱۱/۳۶	۱۴۵/۶۴	۲۶/۹۶
۳۰-۳۹	۷۰ (۳۷)	۹۲/۶۴	۱۱/۱۱	۱۴۱/۶۲	۲۲/۴۴
۴۰ به بالا	۳۴ (۱۸)	۹۱/۷۰	۱۳/۷۹	۱۴۲/۹۷	۳۴/۹۹
وضعیت					
متأهل	۱۴۷ (۷۷/۸)	۹۲/۳۱	۱۱/۲۹	۱۴۶/۷۳	۲۵/۸۷
تأهل	۴۲ (۲۲/۲)	۹۳/۴۰	۱۳/۰۸	۱۳۲/۹۷	۲۸/۳۵
تحصیلات					
کارشناسی	۱۸۰ (۹۵/۲)	۹۲/۵۴	۱۱/۳۹	۱۴۴/۶۲	۲۶/۲۱
کارشناسی ارشد	۹ (۴/۸)	۹۲/۷۷	۱۷/۴۳	۱۲۴/۸۷	۳۶/۳۲
شیفت کاری					
در گردش	۱۸۴ (۹۷/۴)	۹۲/۶۲	۱۱/۶۴	۱۴۴/۱۴	۲۶/۸۲
صبح کار	۵ (۲/۶)	۹۰	۱۴/۳۰	۱۲۶/۴۰	۳۰/۵۶
اضافه کاری					
دریافت	۱۶۵ (۸۷/۳)	۹۲/۶۹	۱۱/۸۱	۱۴۵/۴۶	۲۶/۹۱
فقدان دریافت	۲۴ (۱۲/۷)	۹۱/۶۲	۱۰/۹۱	۱۳۱/۳۷	۲۴/۵۹
وضعیت انتخاب ساعت کاری					
اجباری	۱۲۴ (۶۵/۶)	۹۱/۶۶	۱۱/۷۴	۱۳۸/۶۳	۲۵/۹۵
اختیاری	۶۵ (۳۴/۴)	۹۴/۲۴	۱۱/۴۸	۱۵۳/۲۹	۲۶/۴۹
اشتغال					
اشتغال در یک‌جا	۱۶۷ (۸۸/۴)	۹۳/۱۹	۱۱/۴۱	۱۴۴/۹۴	۲۵/۳۶
اشتغال در چندجا	۲۲ (۱۱/۶)	۸۷/۷۲	۱۲/۸۵	۱۳۴/۰۹	۳۶/۳۶

**F=۰/۱۲۴	۲۸/۹۰	۱۴۲/۰۷	**F=۰/۱۲۴	۱۲/۳۶	۹۳/۴۶	(۳۳/۳) ۶۳	۱-۴	
P = ۰/۹۴۶	۲۲/۵۳	۱۴۳/۹۱	P = ۰/۹۴۶	۹/۱۹	۹۲/۳۷	(۲۵/۴) ۴۸	۵-۹	سابقه کاری،
	۲۲/۹۸	۱۴۵/۱۵		۱۲/۲۰	۹۲/۱۲	(۲۰/۶) ۳۹	۱۰-۱۴	سال
	۳۲/۸۰	۱۴۴/۴۸		۱۳/۰۴	۹۱/۷۴	(۲۰/۶) ۳۹	۱۵ به بالا	
**F=۰/۲۲۲	۲۵/۹۵	۱۴۳/۹۳	**F=۱/۳۴۷	۱۱/۳۹	۹۲/۸۷	(۵۸/۲) ۱۱۰	۱-۴	سابقه کاری
P = ۰/۸۸۱	۲۹/۲۵	۱۴۱/۹۲	P = ۰/۲۶۱	۱۰/۸۶	۹۴/۷۱	(۲۰/۶) ۳۹	۵-۹	در اورژانس،
	۲۷/۵۷	۱۴۳/۰۳		۱۴/۲۵	۸۹/۶۰	(۱۵/۹) ۳۰	۱۰-۱۴	سال
	۳۰/۵۳	۱۴۹/۶۰		۸/۱۴	۸۹/۵۰	(۲۰/۶) ۳۹	۱۵ به بالا	

*آزمون تی مستقل **آنالیزواریانس

یافته‌ها نشان داد، در نمونه‌های مورد بررسی، از بین مشخصات کاری مورد بررسی اضافه کاری (۲/۴۲۱ و $t = ۳/۳۵۹$) و انتخاب ساعت کاری ($p = ۰/۰۱۶$) با کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. در واقع پرستارانی که اضافه کار دریافت می‌کردند کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. انتخاب ساعت کاری نیز در برابر اجباری بودن ساعت کاری، با کیفیت زندگی کاری بالاتر رابطه داشت (جدول شماره ۱).

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد کیفیت زندگی کاری در بعد زمینه کاری با میانگین و انحراف معیار ($۳/۵۸ \pm ۰/۷۹$) بالاترین و در بعد زندگی شخصی با میانگین و انحراف معیار ($۳/۰۴ \pm ۰/۸۴$) پایین‌ترین نمره را در بین سایر ابعاد داشت. میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی کاری نیز ($۰/۶۴$) در سطح نسبتاً مطلوب به دست آمد (جدول شماره ۲).

شاخص‌های عددی بهره‌وری و کیفیت زندگی بر حسب مشخصات کاری در پرستاران شاغل در بخش اورژانس، در جدول شماره ۱ ارائه شده است. بین مشخصات جمعیت‌شناختی مورد بررسی، با کیفیت زندگی کاری پرستاران، وضعیت تأهل ($p = ۰/۰۰۳$) و تحصیلات ($t = ۲/۹۷$ و $p = ۰/۰۳۱$ و $t = ۲/۱۷$) با کیفیت زندگی کاری ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. میزان کیفیت زندگی کاری در پرستاران متأهل از مجرد بیشتر بود. پرستاران با سطح تحصیلات کارشناسی نیز از پرستاران با تحصیلات کارشناسی ارشد از کیفیت زندگی کاری بالاتری برخوردار بودند. از بین مشخصات کاری مورد بررسی، وضعیت اشتغال هم‌زمان پرستارانی که هم‌زمان در جای دیگری نیز مشغول به کار بودند، نسبت به پرستارانی که فقط در یک جا اشتغال داشتند، بهره‌وری پایین‌تری نشان دادند.

جدول شماره ۲: شاخص‌های عددی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بخش اورژانس

کیفیت زندگی کاری و ابعاد آن	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	مبنای ۱ تا ۶		
					کمینه	بیشینه	میانگین
زندگی شخصی	۷	۳۷	۲۱/۳۱	۵/۸۸	۱	۵/۲۹	۳/۰۴
چهارچوب کاری	۱۰	۵۰	۳۵/۰۱	۶/۵۱	۱	۵	۳/۵۰
زمینه کاری	۲۰	۱۱۱	۷۱/۷۳	۱۵/۹۰	۱	۵/۵۵	۳/۵۸
جهانی	۵	۳۰	۱۵/۶۱	۴/۲۲	۱	۶	۳/۱۲
کیفیت زندگی کاری (نمره کل)	۴۶	۲۱۲	۱۴۳/۶۷	۲۶/۹۸	۱/۱۰	۵/۰۵	۳/۴۲

«کارهای غیرمربوط بخش، موجب می‌شود از میزان حضور من بر بالین بیمار کم شود» با میانگین و انحراف معیار (۰/۱۵۳۲ ± ۲/۵۸۲۰) پایین‌ترین نمره را در بین سؤالات پرسشنامه به دست آورده است. کل میانگین و انحراف معیار بهره‌وری (۱۱/۶۸ ± ۹۲/۵۵) در سطح متوسط به دست آمد (جدول شماره ۳).

شاخص‌های عددی بهره‌وری پرستاران شاغل در بخش اورژانس در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود گویه یک با عنوان «کار من برای بهبود مددجویان در طول بستری در بیمارستان بسیار اثر بخش است» با میانگین و انحراف معیار (۰/۷۱۸ ± ۴/۱۳) بالاترین نمره را کسب کرده و گویه ۲۳ با عنوان

جدول شماره ۳: شاخص‌های عددی بهره‌وری پرستاران شاغل در بخش اورژانس

فراوانی (درصد)	کاملاً موافقم	موافقم	فرقی ندارد	مخالفم	کاملاً مخالفم	میانگین ± انحراف معیار
۱. کار من برای بهبود مددجویان در طول بستری در بیمارستان بسیار اثر بخش است.	۴۹ (۲۵/۹۱)	۱۲۵ (۶۶/۱۱)	۸ (۴/۲۳)	۴ (۲/۱۹)	۳ (۱/۶۲)	۴/۱۳ ± ۰/۷۱
۲. با مراقبت ارائه شده، مددجو کلیه آموزش‌های مورد نیاز بعد از ترخیص را دریافت نموده است.	۲۶ (۱۳/۸۱)	۱۰۹ (۵۷/۷۳)	۲۳ (۱۲/۲۷)	۲۷ (۱۴/۳۳)	۴ (۲/۱۹)	۳/۶۷ ± ۰/۹۵
۳. کار من در ارتقاء سازمان چندان تأثیری ندارد.	۷ (۳/۷۲)	۳۳ (۱۷/۵۶)	۳۲ (۱۶/۹۳)	۶۱ (۳۲/۳۷)	۵۶ (۲۹/۶۴)	۳/۶۶ ± ۱/۱۸
۴. کار من نسبت به حقوق دریافتی‌ام برای سازمان از نظر اقتصادی بسیار باصرفه است.	۵۱ (۲۷/۰۲)	۶۰ (۳۱/۷۲)	۲۱ (۱۱/۱۹)	۲۵ (۱۳/۲۴)	۳۲ (۱۶/۹۳)	۳/۳۹ ± ۱/۴۳
۵. با امکانات موجود حداکثر توان خود را در ارائه مراقبتی با کیفیت به کار گرفته‌ام.	۵۹ (۳۱/۲۰)	۹۸ (۵۱/۹۹)	۲۰ (۱۰/۶۹)	۷ (۳/۷۲)	۵ (۲/۶۲)	۴/۰۵ ± ۰/۸۹
۶. مراقبت از بیمار در بخش ما در حد یک مراقبت حرفه‌ای است.	۳۵ (۱۸/۵۷)	۱۰۹ (۵۷/۷۳)	۲۲ (۱۱/۶۶)	۱۷ (۹/۰۹)	۶ (۳/۲۵)	۳/۷۹ ± ۰/۹۴
۷. کار من در سازمان آنقدر حرفه‌ای است که فرد دیگری جز یک پرستار کارشناس، نمی‌تواند انجام دهد.	۳۷ (۱۹/۶۷)	۹۳ (۴۹/۲۸)	۲۰ (۱۰/۶۹)	۳۱ (۱۶/۴۲)	۸ (۴/۲۳)	۳/۶۳ ± ۱/۱۰
۸. کار روتین‌وار است و از یکسری وظایف غیر مربوط به مراقبت مستقیم از بیمار تشکیل شده است.	۱۴ (۷/۴۳)	۶۶ (۳۴/۹۷)	۳۷ (۱۹/۶۶)	۵۴ (۲۸/۶۳)	۱۸ (۹/۵۲)	۲/۹۷ ± ۱/۱۴
۹. کار من در تیم درمانی به عنوان کاری مهم جهت بهبود بیمار به شمار می‌رود.	۵۹ (۳۱/۲۴)	۱۰۴ (۵۵/۰۱)	۲۰ (۱۰/۶۹)	۲ (۱/۱۸)	۴ (۲/۱۹)	۴/۱۲ ± ۰/۸۰
۱۰. در کارم راه و روش درست و اصولی را بر می‌گزینم حتی اگر نتایج دشواری در کارسازمانی برای من داشته است.	۵۱ (۲۷/۰۲)	۱۱۰ (۵۸/۲۲)	۱۶ (۸/۵۱)	۵ (۲/۶۷)	۷ (۳/۷۴)	۴/۰۲ ± ۰/۸۹
۱۱. عملکردهای اخلاقی مربوط به کارم را می‌شناسم و قادرم همه موارد اخلاقی مربوط به کارم را رعایت کنم.	۳۹ (۲۰/۶۴)	۱۱۴ (۶۰/۳۷)	۲۱ (۱۱/۱۹)	۱۱ (۵/۸۳)	۴ (۲/۱۹)	۳/۹۲ ± ۰/۸۵
۱۲. کارم به گونه‌ایست که می‌توانم به قوانین متعهد باشم.	۲۳ (۱۲/۲۷)	۱۱۹ (۶۳/۰۵)	۳۱ (۱۶/۴۲)	۱۳ (۶/۹۴)	۳ (۱/۶۲)	۳/۷۷ ± ۰/۸۱
۱۳. در کارم می‌توانم کاملاً عدالت را رعایت کنم.	۲۰ (۱۰/۶۹)	۱۰۶ (۵۶/۱۶)	۲۷ (۱۴/۳۳)	۲۶ (۱۳/۸۱)	۱۰ (۵/۳)	۳/۵۳ ± ۱/۰۲۹
۱۴. در مورد کارم قادرم بهترین راه را انتخاب کنم و آن را انجام دهم.	۳۳ (۱۷/۵۶)	۱۱۲ (۵۹/۳۷)	۲۸ (۱۴/۸۱)	۱۳ (۶/۹۴)	۳ (۱/۶۲)	۳/۸۴ ± ۰/۸۴
۱۵. نتایج حاصل از کارم را ارزیابی می‌کنم.	۳۱ (۱۶/۴۲)	۱۱۹ (۶۳/۰۵)	۲۷ (۱۴/۳۳)	۶ (۳/۲۹)	۶ (۳/۲۹)	۳/۸۶ ± ۰/۸۳
۱۶. بدون اینکه وادار شوم به مافوق خود پاسخگو هستم.	۱۸ (۹/۵۲)	۱۰۳ (۵۴/۵۳)	۴۴ (۲۳/۳۶)	۱۵ (۷/۹۳)	۹ (۴/۸۶)	۳/۵۶ ± ۰/۹۴

۳/۹۱ ± ۰/۹۸	۸ (۴/۲۳)	۱۲ (۶/۳۳)	۱۷ (۹/۰۹)	۱۰۴ (۵۵/۰۱)	۴۸ (۲۵/۴۳)	۱۷.وظایف و مسئولیت‌های خود را حتی بدون نظارت انجام می‌دهم.
۳/۷۸ ± ۰/۹۲	۳ (۱/۶۲)	۲۰ (۱۰/۶۹)	۲۷ (۱۴/۳۳)	۱۰۴ (۵۵/۰۱)	۳۵ (۱۸/۵۷)	۱۸.به‌دائماً جهت رشد و اعتلای حرفه‌ایم تلاش می‌کنم.
۳/۵۸ ± ۱/۰۱	۸ (۴/۲۳)	۲۲ (۱۱/۶)	۳۹ (۲۰/۶۴)	۹۳ (۴۹/۲۸)	۲۷ (۱۴/۳۳)	۱۹.آگاهی و دانش خود را با مطالعه کتب، مجلات و... به روز می‌نمایم.
۳/۹۰ ± ۰/۸۰	۲ (۱/۱۴)	۱۰ (۵/۳)	۲۹ (۱۵/۳)	۱۱۲ (۵۹/۳۷)	۳۶ (۱۹/۰)	۲۰.به خوبی در مهارت‌های مورد نیاز کارم تسلط دارم.
۳/۸۴ ± ۰/۸۲	۳ (۱/۶۲)	۱۲ (۶/۳۳)	۲۸ (۱۴/۸۱)	۱۱۵ (۶۰/۸)	۳۱ (۱۶/۴۲)	۲۱.حداکثر کار را در حداقل زمان انجام می‌دهم.
۳/۲۳ ± ۱/۰۸۱	۹ (۴/۸۲)	۵۰ (۲۶/۵۶)	۳۴ (۱۸/۰۹)	۸۰ (۴۲/۳۸)	۱۶ (۸/۵۱)	۲۲.حجم کار من به حدی زیاد است که به کیفیت آن نمی‌توانم بیاندیشم.
۲/۵۸ ± ۰/۱۵	۱۱ (۵/۸۳)	۳۸ (۲۰/۱۸)	۳۲ (۱۶/۹۳)	۷۷ (۴۰/۷۶)	۳۱ (۱۶/۴۲)	۲۳.کارهای غیرمربوط بخش، موجب می‌شود از میزان حضور من بر بالین بیمار کم شود.
۳/۹۸ ± ۰/۸۱	۳ (۱/۶۲)	۶ (۳/۲۹)	۲۸ (۱۴/۸۱)	۱۰۶ (۵۶/۱۶)	۴۶ (۲۴/۳۵)	۲۴.برای من کیفیت کار اهمیت بیش‌تری از اتمام به موقع کار دارد.
۴/۲۸ ± ۰/۷۷	۲ (۱/۱۴)	۴ (۲/۱۹)	۱۳ (۶/۹۴)	۹۰ (۴۷/۶)	۸۰ (۴۲/۳۸)	۲۵.نسبت به کارم احساس تکلیف و تعهد دارم.
میانگین / انحراف معیار ۹۲/۵۵ ± ۱۱/۶۸						مجموع کل ۲۵ گویه

بحث و نتیجه‌گیری

ها در کنار تجهیزات، داروها و تکنولوژی، در میزان بهره‌وری مؤثرند. تغییر و تحول در این عوامل در سال‌های اخیر منجر به بهبودی میزان بهره‌وری در پرستاران و مجموعه سازمان شده است^(۸). از آن‌جا که توجه به بهبود شرایط کاری و زندگی پرستاران از مؤثرترین عوامل در بهره‌وری است^(۱۳). برنامه‌ریزی‌های متعددی که در سال‌های اخیر برای تغییر وضعیت پرستاران در زمینه افزایش حقوق و سایر موارد صورت گرفته است، نیز توجه مناسبی برای افزایش بهره‌وری و بهره‌وری متوسط در پرستاران است. هم‌اکنون استانداردهای دقیق‌تری نیز در رابطه با ارتقای خدمات پرستاری اورژانس مشخص شده که شامل تشخیص، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی مراقبت‌های پرستاری، استانداردهای حرفه‌ای، شامل ثبت و ضبط اطلاعات بیماران و ارائه مراقبت با کیفیت در چهارچوب اخلاق حرفه‌ای است که باعث می‌شود، پرستاران تصور روشن و دقیق از انتظارات سیستم داشته و بتوانند خود را با این انتظارات هماهنگ کنند. طراحی و بیان این شاخص‌های عینی در میزان تعهد و علاقه‌مندی پرستاران به کار اثرگذار بوده، میزان استرس و نگرانی

یافته‌های این مطالعه نشان داد به طور کلی میانگین بهره‌وری پرستاران در سطح متوسط قرار داشت. نتایج نشان دادند، بین هیچ کدام از مشخصات جمعیت شناختی مورد بررسی با بهره‌وری کاری پرستاران ارتباط معنی‌دار وجود ندارد. از بین مشخصات کاری مورد بررسی وضعیت اشتغال هم‌زمان با بهره‌وری کاری پرستاران اورژانس ارتباط معنی‌دار آماری داشت. بدین معنا که پرستارانی که هم‌زمان در جای دیگری نیز مشغول به کار بودند، نسبت به پرستارانی که فقط در یک جا اشتغال داشتند، بهره‌وری پایین‌تری نشان دادند. همسو با یافته حاضر، پژوهش Gu و همکاران با عنوان رشد بهره‌وری پرستاران ماهر در شرایط مراقبت‌های ویژه پس از سانحه، بهره‌وری پرستاران بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۴ در ایالت متحده آمریکا مورد بررسی قرار گرفته بود که بالاتر از متوسط گزارش شد^(۳۰). دوست‌محمدی و همکاران نیز پرستاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه آزاد شهر تهران را مورد بررسی قرار داده و میزان بهره‌وری را متوسط گزارش کردند^(۳۱). انگیزه کارکنان، شرایط و ویژگی‌های سازمان‌های سلامت، نحوه تقسیم کار و کیفیت مدیریت این سازمان

پرستاران آن نقش دارد. تفاوت در حوزه‌های نام برده در محیط‌های مورد پژوهش یافته‌های متفاوتی را ارائه می‌دهد.

یافته‌ها نشان دادند کیفیت زندگی کاری پرستاران در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارد. کیفیت زندگی کاری در بعد زمینه کاری بالاترین و در بعد جهانی پایین‌ترین نمره را در بین سایر ابعاد داشت. از طرفی بین مشخصات جمعیت‌شناختی مورد بررسی با کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس، وضعیت تأهل و تحصیلات با کیفیت زندگی کاری ارتباط معنی‌دار آماری داشت. میزان کیفیت زندگی کاری در پرستاران متأهل از مجرد بیشتر بود. پرستاران با سطح تحصیلات کارشناسی نیز از پرستاران با تحصیلات کارشناسی ارشد از کیفیت زندگی کاری بالاتری برخوردار بودند. به علاوه از بین مشخصات کاری مورد بررسی، اضافه کاری و انتخاب ساعت کاری با کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس ارتباط معنی‌دار آماری داشتند. پرستارانی که اضافه کاری دریافت می‌کردند کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. انتخاب ساعت کاری نیز در برابر اجباری بودن ساعت کاری با کیفیت زندگی کاری بالاتر رابطه داشت.

همسو با یافته‌های حاضر، در پژوهش Suleiman و همکاران، پرستاران شاغل در بخش اورژانس اردن را مورد مطالعه قرار داده و کیفیت زندگی کاری آن‌ها را در حد مطلوب گزارش کردند^(۳۵). مطالعه زارعی و همکاران با هدف تعیین کیفیت زندگی کاری و تمایل به ترک شغل کارکنان در یکی از بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز کیفیت زندگی کاری پرستاران را در سطح متوسط به بالا نشان داد^(۳۶).

از دیدگاه Walton حقوق و مزایا، محیط فیزیکی و غیرفیزیکی کار، ساعات کاری و امکانات رفاهی در مجموعه کیفیت زندگی کاری تعریف می‌شوند^(۳۷). بنابراین بهبود عوامل نام برده قطعاً می‌تواند در ارتقاء

آن‌ها را کاهش داده و در نتیجه در بهبود بهره‌وری آن‌ها مؤثر است.

برخی پژوهش‌ها نیز یافته‌های مغایر با مطالعه حاضر را گزارش کرده‌اند. در پژوهش Carvalho و همکاران که به منظور بررسی ارتباط بین افت بهره‌وری کارکنان پرستاری و بارکاری در برزیل انجام شد، نشان داده شد، بهره‌وری پایین‌تر از متوسط بوده و بخشی از بهره‌وری به دلایل متعدد در سازمان از بین می‌رود. به این معنی که تحت تأثیر عواملی قرار می‌گیرد که منجر به کاهش آن می‌شود. در این مطالعه بیان شد، سختی کار پرستاری و تعداد نیروی کم نسبت به خدماتی که باید ارائه دهند، باعث از دست رفتن بخشی از بهره‌وری می‌گردد^(۳۲). در پژوهش فارسی و همکاران نیز که بهره‌وری در پرستاران بیمارستان‌های آجا در شهر تهران سنجیده شد، بهره‌وری پرستاران در سطح پایین‌تر از متوسط قرار گرفت^(۳۳). از آن‌جا که در بهره‌وری عوامل بسیار متعددی نقش دارند، تفاوت در هر کدام از عوامل در محیط‌های متعدد مورد مطالعه در دستیابی به یافته‌های مغایر نقش دارد. به عنوان مثال سازمان بین‌المللی کار آب و هوا، شرایط جغرافیایی، قوانین و سیاست‌گذاری‌های مالی، شرایط عمومی بازار کار و نسبت نیروی کار به کل جمعیت را از عوامل عمومی مؤثر بر بهره‌وری می‌داند^(۳۴). بنابراین کیفیت و تفاوت در این عوامل در محیط‌های مختلف بهره‌وری متفاوتی را نیز به همراه دارد. به‌کارگیری شیوه‌های نادرست مدیریت، حمایت نکردن از کارکنان پرستاری و اهمیت ندادن به نظرات آن‌ها می‌تواند از علل بهره‌وری پایین باشد. در برخی مجموعه‌ها بیشتر پرستاران وقت خود را صرف کارهای اداری می‌کنند که برای آن آموزش ندیده و یا آموزش‌هایی که دیده‌اند متناسب با کاری که بر عهده آن‌ها گذاشته می‌شود نیست، در نتیجه بهره‌وری آن‌ها کاهش می‌یابد. محیط بیمارستان شامل فضای فیزیکی و غیرفیزیکی و مجموعه نیروی انسانی آن و مدیریت بیمارستان نیز در بهره‌وری نیروی انسانی و

مطالعات متعددی یافته‌هایی مشابه با یافته حاضر را نشان داده‌اند. Goldsby و همکاران در یک مطالعه توصیفی اشتغال هم‌زمان را با بهره‌وری کمتر مرتبط دانسته و بیان کردند، اشتغال هم‌زمان و افزایش ساعت کاری منجر به کاهش بهره‌وری در پرستاران می‌شود^(۳۸)، هم‌چنین در پژوهش Okazaki و همکاران تجزیه و تحلیل رگرسیون یک متغیره نشان داد ساعات کار بیش از ۴۰ تا ۵۰ ساعت در هفته و بیشتر از ۵۰ ساعت در هفته به طور معنی‌داری با بهره‌وری کاری پرستاران در ارتباط است^(۳۹).

زمانی که پرستاران هم‌زمان در جایی دیگر نیز شاغل هستند، لزوم هماهنگی با محیط‌ها و شرایط کاری و انتظارات متفاوت در هر دو محیط نیاز به صرف انرژی روانی و جسمانی بیش‌تری دارد. در نتیجه فشار کاری بیش‌تری بر فرد وارد شده و دچار فرسودگی بیش‌تر می‌گردد. فشارکاری و فرسودگی نیز در میزان بهره‌وری پرستاران مؤثر است. از طرفی افزایش بارکاری با اشتغال در چند محیط میزان استرس آن‌ها را افزایش داده و شرایط کار را سخت‌تر می‌کند که این دو موضوع بر میزان بهره‌وری پرستاران اثرگذار هستند^(۴۰).

پژوهش Prasetya و همکاران در اندونزی نشان داد بین بهره‌وری پرستاران با تجربه کاری و جنسیت رابطه وجود دارد که این یافته مغایر با یافته پژوهش حاضر است^(۴۱). در مطالعه پیشگفت، پرستاران اورژانس بررسی نشده‌اند. این در حالی است که پرستاران اورژانس ویژگی‌های شغلی مخصوص به خود را دارند که می‌تواند در میزان بهره‌وری و ارتباط یا فقدان ارتباط با بسیاری از متغیرها اثرگذار باشد. به عبارتی مهارت و توانایی انجام کار در شرایط بحرانی از الزامات کار پرستاران اورژانس است و این توانایی باید صرف نظر از هر ویژگی در این پرستاران وجود داشته باشد. این مؤلفه می‌تواند بر میزان بهره‌وری آن‌ها با وجود تفاوت‌های مختلف جمعیت‌شناختی مؤثر باشد.

کیفیت زندگی کاری پرستاران نقش داشته باشد. هم‌اکنون نیز توجه به کیفیت زندگی کاری نیروی انسانی و پرستاران در نظام‌های جدید مورد توجه ویژه قرار گرفته است. هدف این است که پرستاران بتوانند بین زندگی کاری و شخصی خود تعادل برقرار کنند تا میزان کیفیت زندگی کاری آن‌ها نیز افزایش یابد^(۱۹).

ناهمسو با مطالعه حاضر، نصیرزاده و همکاران کیفیت زندگی کاری پرستاران را در سطح کم گزارش کردند. در این پژوهش پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد بررسی قرار گرفته بودند^(۲۰). تفاوت در مدیریت سازمان‌ها و ویژگی‌های نیروی انسانی شاغل یعنی پرستاران می‌تواند بر میزان کیفیت زندگی در مجموعه‌های مختلف اثرگذار باشد و باعث کیفیت زندگی متفاوت در سازمان‌های متعدد گردد. از آن‌جا که در این پژوهش نیز از پرسشنامه کیفیت زندگی بروکس استفاده شده، بنابراین تفاوت در نتایج می‌تواند به دلیل تفاوت در دو مجموعه مورد بررسی باشد. این عوامل می‌تواند بر کیفیت زندگی کاری بیش‌تر در پرستاران استان یزد اثرگذار باشد. از طرفی میزان کیفیت زندگی کاری به عملکرد کل سازمان و اثربخشی سازمان نیز بستگی دارد، تفاوت در این زمینه در محیط‌های مورد مطالعه می‌تواند توجیه‌کننده یافته‌های متفاوت و مغایر باشد. بنابراین به دلیل اثرگذاری عوامل برون‌سازمانی و درون‌سازمانی متعدد بر کیفیت زندگی کاری پرستاران، تفاوت در محیط‌های مورد پژوهش در کسب یافته‌های متفاوت مؤثر است. مدیریت استانی و بیمارستانی در محیط‌های پژوهش متفاوت بوده و نتایج متفاوتی نیز حاصل می‌شود.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بهره‌وری فقط در وضعیت اشتغال هم‌زمان در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است. به این معنی که میزان بهره‌وری در پرستارانی که فقط در یک جا مشغول به کار بوده‌اند به طور معنی‌داری از پرستارانی که هم‌زمان بیش از یک جا اشتغال داشته‌اند، بیشتر بوده است.

ویژه هنگامی که محیط کار آنها انتظارات آنها را برآورده نکند^(۴۵).

هم‌چنین کیفیت زندگی کاری در پرستاران دریافت کننده اضافه‌کاری با پرستارانی که اضافه‌کاری دریافت نمی‌کردند، به طور معنی‌داری بالاتر بود. کیفیت زندگی کاری در پرستارانی که انتخاب ساعت کاری آن‌های اختیاری بود نیز به طور معنی‌داری بالاتر از پرستارانی بود که ساعت کاری آن‌ها اجباری بود. با این‌حال، نوبت کاری، اشتغال هم‌زمان، تجربه کاری و تجربه کار در اورژانس با کیفیت زندگی کاری ارتباط معنی‌دار نداشت. یافته‌های حاضر در پژوهش‌های متعددی مورد تأیید قرار گرفت^(۴۲).

در رابطه با ارتباط افزایش کیفیت زندگی کاری با انتخاب ساعت کاری می‌توان چنین استدلال کرد که حق انتخاب باعث می‌شود افراد در برنامه‌ریزی برای امور خود حق انتخاب بیشتری داشته و با دغدغه کمتر وارد محیط کار خود در زمان‌هایی که خود انتخاب می‌کنند، شوند. مدیریت برنامه کاری و برنامه زندگی بهتر صورت می‌گیرد و احساس حق انتخاب به افراد حس بهتری می‌دهد و در نتیجه بر کیفیت زندگی کاری آن‌ها اثرگذار است. دریافت اضافه‌کاری نیز افراد را از نظر منابع مالی تأمین کرده و برطرف کردن نیاز اقتصادی به عنوان یکی از عوامل بسیار مؤثر در کیفیت زندگی کاری افراد است. اهمیت پرداخت کافی و مناسب تا اندازه‌ای است که به عنوان یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی کاری بیان شده است. پرداخت برای یک زندگی کاری قابل قبول و استاندارد لازم است و بر کیفیت زندگی کاری افراد تأثیر می‌گذارد. دریافت منابع مالی بیشتر در قالب‌های متعدد مانند اضافه‌کاری بر کیفیت زندگی شخصی پرستاران نیز اثرگذار است. این منابع کیفیت زندگی شخصی را بهبود بخشیده و در نتیجه کیفیت زندگی کاری را نیز افزایش می‌دهد.

ناهمسو یا یافته‌های حاضر، پژوهش **Fernandes** و همکاران نشان داد، بین کیفیت زندگی کاری پرستاران

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، کیفیت زندگی کاری در دو جنس زن و مرد با یکدیگر تفاوت ندارد. این یافته در دیگر پژوهش‌ها نیز تأیید شده است^(۴۲). به نظر می‌رسد جنسیت عامل تأثیرگذار در دیدگاه افراد نسبت به کیفیت زندگی کاری آنان نباشد.

در این پژوهش کیفیت زندگی کاری در افراد متأهل با مجرد تفاوت داشت و کیفیت زندگی کاری در گروه متأهل بیشتر از مجردها بود. این یافته در پژوهش حبیب‌زاده و همکاران نیز تأیید شد^(۴۳). میزان کیفیت زندگی کاری در افراد با مدرک کارشناسی نیز به با کیفیت زندگی کاری در پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد تفاوت معنی‌دار داشت. به این معنی که کیفیت زندگی کاری پرستاران با مدرک کارشناسی از پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد بالاتر بود. این یافته در پژوهش **Almalki** و همکاران نیز گزارش شد^(۴۴).

در تبیین یافته‌های حاضر مبنی بر کیفیت زندگی بالاتر در افراد متأهل نسبت به مجرد، افراد متأهل برای مدیریت زندگی شخصی و کاری خود نیاز به برنامه‌ریزی بیشتر داشته و هم‌چنین به دلیل افزایش مخارج خانواده و مسائل اقتصادی انگیزه آن‌ها و علاقه‌مندی‌شان برای کار افزایش می‌یابد. لزوم مدیریت مسائل شخصی و خانوادگی و کاری نیز برای افراد متأهل بیشتر است. این موارد باعث می‌شود افراد متأهل از راهکارهای بهتر و بیشتری برای مدیریت شرایط استفاده کرده و در نتیجه کیفیت زندگی کاری بالاتری نیز داشته باشند. هم‌چنین افراد با سطح تحصیلات بالاتر انتظارات و توقعات بیشتری از محیط کاری و شرایط کاری خود دارند و هم‌چنین انتظارات اطرافیان در محیط کار نیز به دلیل سطح تحصیلات بالاتر از آن‌ها افزایش می‌یابد که این امور می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی کاری آنان شود. آذرنگ و همکاران نیز بیان می‌کنند، به نظر می‌رسد پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر انتظارات بیشتری از زندگی کاری خود داشته و بنابراین کسالت بیشتری را تجربه می‌کنند، به

بهبود بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری پرستاران اورژانس باشد. شناسایی موانع بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری از دید پرستاران اورژانس و مدیران این حوزه نیز می‌تواند گام مؤثری برای ارتقای بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری آن‌ها باشد. هم‌چنین مدرسان پرستاری و سوپروایزران آموزشی می‌توانند با طراحی برنامه آموزشی مناسب، آگاهی پرستاران درباره بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری را بهبود بخشیده و راهبردهای مؤثر در ارتقای آن‌ها را آموزش دهند. مدیران پرستاری نیز با برقراری ارتباط مؤثر و رضای نیازها و خواسته‌های پرستاران اورژانس، می‌توانند در بهبود بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری نقش داشته باشند. با توجه به اینکه آگاهی نقش مهمی در ایجاد نگرش مثبت و در نتیجه رفتار دارد، لازم است مدیران با تأکید بر اهمیت ارتقاء کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری، پرستاران را در راستای بهبود بخشیدن به شرایط موجود ترغیب و مشارکت آنان را برانگیزند. به علاوه با بررسی چالش‌های سازمانی، اولویت‌های موجود را تعیین و جهت برنامه‌های آموزشی و مدیریتی را بر آن اساس مشخص کنند.

در زمان نمونه‌گیری مطالعه حاضر، بیماری Covid-19 در ایران همه‌گیر شد که بر وضعیت بیمارستان‌ها اثر گذار بوده و امکان نمونه‌گیری را از حیث همکاری پرستاران دشوار ساخت. برای این منظور پژوهشگر با مراجعات متعدد تلاش کرد در زمان مناسب موفق به جلب همکاری پرستاران شود.

این پژوهش محدود به پرستاران اورژانس شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد بوده و نتایج آن صرفاً به جامعه آماری مذکور قابل تعمیم است، لذا در تعمیم آن به سایر مراکز درمانی باید احتیاط کرد.

تعارض منافع: هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

در گروه‌های سنی و سابقه کاری مختلف تفاوت وجود دارد. هم‌چنین کیفیت زندگی کاری پرستاران مجرد از متأهل و زنان از مردان بیشتر است. بین سطح تحصیلات (دیپلم، کاردانی، کارشناسی و ارشد) با کیفیت زندگی کاری نیز رابطه‌ای یافت نشد، شاید به این علت که میزان مهارت افراد در کار رابطه مستقیم با سطح تحصیلات ندارد^(۴۶). دلیل مغایرت این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در نمونه مورد مطالعه و ابزار مورد استفاده در پژوهش باشد. هم‌چنین مطالعات مذکور در سطح وسیع و با تعداد نمونه بالا بوده که می‌تواند دلیل ارائه یافته‌های متفاوتی با پژوهش حاضر باشد. گذر زمان و تغییر در نظام سلامت در چند سال اخیر می‌تواند متغیرهای بسیاری در حوزه کیفیت زندگی کاری پرستاران را تحت تأثیر قرار داده و اثرگذاری بسیاری از متغیرها مثل جنسیت و نوبت کاری کاهش و اثرگذاری برخی متغیرها افزایش یابد.

با توصیف این دو متغیر مهم در پژوهش حاضر مدیریت مجموعه بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد از وضعیت بهره‌وری و کیفیت زندگی کاری در این مجموعه مطلع شده و می‌تواند شناخت دقیقی از وضعیت مجموعه داشته باشد. پژوهش حاضر هم‌چنین نشان داد پرستاران با اشتغال در دو جا میزان بهره‌وری پایین‌تری دارند. این یافته می‌تواند مورد استفاده برای برنامه‌ریزان امور پرستاری قرار گیرد تا با بررسی علل این مسئله و کاهش این امر میزان بهره‌وری پرستاران را افزایش دهند. هم‌چنین مشخص شد صرف ارتقای تحصیلی بر اساس مدرک تحصیلی نمی‌تواند دلیلی بر ارتقای کیفیت زندگی کاری باشد. آگاه‌سازی پرستاران از این یافته‌ها می‌تواند این متغیرها را بهبود بخشیده و منجر به افزایش رضایت پرستاران و بهره‌وری سازمان گردد.

از طرفی نتایج پژوهش حاضر می‌تواند سر آغاز پژوهش‌های بعدی در جهت بررسی عوامل مؤثر بر

علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام شده است. بدین وسیله از تمام مسئولین مربوطه و همکاران محترم و زحمت کش پرستار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد که ما را در پر نمودن پرسشنامه‌ها یاری دادند، قدردانی می‌گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری اورژانس می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی ایران به تصویب رسیده و نمونه‌گیری از بیمارستان‌های دانشگاه

References

1. Hasandoost F, Ghanbari Khanghah A, Salamikohan K, Kazemnezhad Leili E, Norouzi Pareshkouh N. Prioritization of general clinical competence indicators from nurses' view employed in emergency wards. *Journal of holistic nursing and midwifery*. 2015;25(4):53-63. [Persian]
2. Gurney D, Gillespie GL, McMahon MP, Kolbuk ME. Nursing Code of Ethics: Provisions and Interpretative Statements for Emergency Nurses. *J Emerg Nurs*. 2017;43(6):497-503.
3. Emergency Nurses Association. Emergency Nurses Association Position Statement: Collaborative and Interdisciplinary Research. *J Emerg Nurs*. 2006;32(5):385-7.
4. Mollaoğlu M, Çelik P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *J Clin Nurs*. 2016;25(19-20):2778-85.
5. Hosseini Nassab D, Aghi Niya AT. A study of the relationship between the quality of the staff work life with their productivity in Tabriz. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2011;4(15):25-46. [Persian]
6. Boedker C, Mouritsen J, Guthrie J. Enhanced business reporting: international trends and possible policy directions. *J Human Resource Cost Accoun*. 2008 Apr 4.
7. Peyrovani L, Zade M A. The relationship between professional ethics and the quality of working life and employee productivity Mother and Child Hospital in Shiraz. Islamic Azad University, Marvdasht Branch; 2014. [Persian]
8. Rashad M. Improving Health Worker Productivity and Performance in the Context of Universal Health Coverage: the Roles of Standards, Quality Improvement, and Regulation—Final Draft. *USAID, Applying Sci to strengthen Improv Syst*. 2014.
9. Mahdiyan S, Ferdosi M, Rafiei S, Askari R. Development of a Productivity Assessment Tool for Hospital Settings in Iran: A Delphi Study. *Evidence Based Health Policy, Management and Economics*. 2019;3(2):75-86.
10. Safiri S. The Study of the Relationship between Quality of Working Life and Hardiness in Amin Hospital of Isfahan. Ministry of Science, Research and Technology ALGHADIR Non-Governmental and Private Higher Education Institution. 2016. [Persian]
11. Cutler DM. Nursing Our Way to Better Health. *JAMA*. 2019;322(11):1033-4.
12. Hunt PS, Hartman D. Meeting the measurements of inpatient staffing productivity. *Nurs Manag*. 2018;49(6):26-33.
13. Dehghanyieri N, Salehi T, Asadinoghabi AA. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008;3(9):27-37. [Persian]
14. Saber S, Borhani F, Navidian A, Ramezani T, Rezvani Amin M, Kianain T. The relationship between productivity and quality of working life in nurses of Kerman University of Sciences Hospitals in 2012. *Bioethics Journal*. 2012;3(9):143-66.
15. Salam Zadeh Y, Mansoori H, Farid D. Study of the relation between quality of work life and productivity of human resources in health care institutes—a case study among nurses in Shahid Sadughi Hospital in Yazd. *Nursing And Midwifery Journal*. 2008;6(2):60-70.
16. Razak NA, Ma'amor H, Hassan N. Measuring reliability and validity instruments of work environment towards quality work life. *Procedia Economics and Finance*. 2016;37:520-8.
17. Torre M, Popper MS, Bergesio A. Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. 2019;30(3):108-15.

18. Loft MI, Jensen CS. What makes experienced nurses stay in their position? A qualitative interview study. *J Nurs Manag.* 2020;28(6):1305-16.
19. Zajc JC, Kohont A. Impacts of work intensity on employees' quality of work, life and health. *Teorija in Praksa.* 2017;54(2):209-23.
20. Nasirizade M, Amouzeshi Z, Unesi Z, Vagharseyyedin SA, Biabani F, Bahrami M. The Relationship Between Quality of Work Life and Organizational Effectiveness Among Hospital Nurses. *Modern Care Journal.* 2017 31;14(1). [Persian]
21. Phan GT, Vo TQ. A literature review on quality of working life: A case of healthcare workers. *J Appl Pharmac Sci.* 2016;6(7):193-200.
22. Sansoni JE, Grootemaat PE, Seraji HR, Blanchard MB, Snoek M. Targeting integrated care to those most likely to need frequent health care: a review of social and clinical risk factors. Australia. 2015.
23. Kelbiso L, Belay A, Woldie M. Determinants of quality of work life among nurses working in Hawassa town public health facilities, South Ethiopia: a cross-sectional study. *Nursing Research and Practice.* 2017;2017.
24. Bakhshi E, Kalantari R. Investigation of quality of work life and its relationship with job performance in health care workers. *Journal of Occupational Hygiene Engineering.* 2017;3(4):31-7. [Persian]
25. Mohammadi M, Mozaffari N, Dadkhah B, Etebari Asl F, Etebari Asl Z. Study of work-related quality of life of nurses in Ardabil Province Hospitals. *J Health Care.* 2017;19(3):108-6. [Persian].
26. Attridge C, Callahan M. Nurses' perspectives of quality work environments. *Canad J Nurs Administr.* 1990;3(3):18-24.
27. Hood JN, Smith HL. Quality of work life in home care. The contribution of leaders' personal concern for staff. *J Nur Administr.* 1994;24(1):40-7.
28. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics.* 2005;23(6):319-26.
29. Dehghan Nayeri N, Salehi T, Ali Asadi Noghabi A. Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemporary nurse.* 2011;39(1):106-18.
30. Gu J, Sood N, Dunn A, Romley J. Productivity growth of skilled nursing facilities in the treatment of post-acute-care-intensive conditions. *PloS one.* 2019;14(4):e0215876.
31. Doostmohammadi H, Mirzaee A, Safavi M. The study of the relationship between job stress and productivity among nurses in selected hospitals of Islamic Azad University. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch.* 2018;28(4):325-32. [Persian]
32. Carvalho DP, Rocha LP, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem EL, Cecagno D, Dalmolin GD. Productivity versus workloads in the nursing working environment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2018;51.
33. Farsi Z, Habibi H, Lashkari MH. Relationship between productivity and burnout in nurses of military hospitals in Tehran. *Journal of Archives in Military Medicine.* 2014;2(1). [Persian]
34. Oki K. The history of a mother factory. *Annals Busin Administr Sci.* 2016;15(1):29-48.
35. Suleiman K, Hijazi Z, Al Kalaldehy M, Sharour LA. Quality of nursing work life and related factors among emergency nurses in Jordan. *J Occup Health.* 2019;61(5):398-406.
36. Zareei E, Rajaei R. The Relationship between Quality of Work Life and Job Desirability in Hospital Staff: A Case Study. *Health Quarterly Journal.* 2015;2(3):25-31. [Persian]
37. Walton RE. Quality of working life: what is it. *Sloan management review.* 1973;15(1):11-21.
38. Goldsby E, Goldsby M, Neck CB, Neck CP. Under pressure: Time management, self-leadership, and the nurse manager. *Adminis Sci.* 2020;10(3):38.
39. Okazaki E, Nishi D, Susukida R, Inoue A, Shimazu A, Tsutsumi A. Association between working hours, work engagement, and work productivity in employees: A cross-sectional study of the Japanese Study of Health, Occupation, and Psychosocial Factors Relates Equity. *J Occup Health.* 2019;61(2):182-8.
40. Caruso CC. Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing.* 2014;39(1):16-25.

41. Prasetya TA, Mukhadiroh L, Farapti, Chesoh S, Lim A. Factors Contributing to Nurse Productivity in Public Hospitals in Surabaya, Indonesia. *Hospital Topics*. 2020;98(4):145-54.
42. Najafi F, Kermansaravi F, Gangoozehi E. The relationship between general health and quality of work life of nurses working in Zahedan teaching hospitals. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018;4(2):53-9. [Persian]
43. Habibzadeh H, Khalkhali HR, Mohamadpor Y. The relationship between nurses' quality of work life and their clinical competency. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2012;10(3):332-9. [Persian]
44. 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. *Human resources for health*. 2012;10(1):1-3.
45. Azarrang SH, Yaghmaei F, Shiri M. Correlation dimensions of quality of work life of nurses and demographic characteristics. *Iranian Journal Of Nursing Research*. 2013;7(27):18-24. [Persian]
46. Fernandes RB, Martins BS, Caixeta RP, Antonialli LM. Quality of Work Life: an evaluation of Walton model with analysis of structural equations. *Espacios*. 2017;38(03).