

# کیفیت زندگی پرستاران در ایران

صدیقه سالمی<sup>۱</sup>، شمس الدین شمسی<sup>۲</sup>، غضنفر میرزاییگی<sup>۳</sup>، مهناز سنجرى<sup>۴</sup>، \*مریم اعلاء<sup>۵</sup>

۱-عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور ۲-عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، رییس شورای عالی سازمان نظام پرستاری کل کشور ۳-کارشناس ارشد مدیریت کارآفرینی، رییس کل سازمان نظام پرستاری کل کشور ۴-کارشناس ارشد پرستاری، کارشناس فنی سازمان نظام پرستاری کل کشور ۵-کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس پژوهشی، پژوهشگر علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۸/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۰/۱۵

مجله علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱۰ (۳ و ۴)، ۱۳۸۹، ۱۳-۱۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** کیفیت زندگی پرستاران متأثر از عوامل مختلفی است که می تواند ارایه خدمات با کیفیت از جانب آن ها را با چالش رو به رو کند. هدف از این پژوهش بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی کشور بود.

**روش بررسی:** در این پژوهش توصیفی- مقطعی کیفیت زندگی پرستاران در چهار بعد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی در سال ۸۹ مورد بررسی قرار گرفت. نمونه گیری از نوع تصادفی ساده بود و ۸۵۰ پرستار از ۱۷ استان کشور با پر کردن پرسشنامه WHOQOL-BREF در این مطالعه شرکت کردند. نتایج با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای- دو ارایه شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد حدود نیمی (۴۵٪) از پرستاران کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کرده بودند و از وضعیت سلامت خود راضی بودند. بیشترین میانگین (۲/۷ ± ۱۳/۸) مربوط به حیطه سلامت جسمانی و کمترین (۲/۶ ± ۱۱/۲) مربوط به سلامت محیط بود. بین حیطه های کیفیت زندگی با سمت پرستاران در بیمارستان و شیفت آن ها ارتباط معنا دار دیده شد.

**نتیجه گیری:** حدود نیمی از پرستاران کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند. با توجه به موارد بیان شده، نتایج این تحقیق می تواند مورد استفاده صاحب نظران و سیاستگذاران حرفه پرستاری قرار گیرد. امید است بتوان بانک اطلاعاتی از وضعیت کیفیت زندگی پرستاران به دست آورد که به طور مداوم مورد پایش قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی، پرستار، حرفه پرستاری، ویژگی های حرفه ای

## مقدمه

پرستاران به عنوان مراقبین بهداشتی بایستی به طور همزمان نقش خود را در مراقبت از سلامت، بهداشت و آموزش جامعه، مدیریت سیستم بهداشتی، مراقبت از بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنها ایفا کنند. به علاوه مشکلاتی نظیر کمبود نیروی پرستاری، حجم بالای کار و ساعت های طولانی کاری نیز وجود دارد که پرستاران را در ارائه خدمت با مشکل مواجه می کند. لزوم انجام مسوولیت به بهترین نحو ممکن در کنار مسایل و مشکلات موجود، کیفیت زندگی پرستاران را تحت تاثیر قرار می دهد. لذا ارزیابی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های مختلف کاری تا حدی نشان دهنده تاثیر نوع و حجم کاری این قشر بر کیفیت زندگی آن ها است.

تعاریف مختلفی از کیفیت زندگی ارایه شده است. سازمان

\*نویسنده مسئول. تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم،

جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می کنند و در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی های آن ها تعریف می کند (۱). همانطور که در تعریف فوق ملاحظه می شود برای کیفیت زندگی شش حیطه بیان شده که شامل: سلامت جسمانی، وضعیت روانی، سطوح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباطات محیطی و علایق معنوی هستند. کینگ معتقد است ابعاد مختلفی بر کیفیت زندگی اثر می گذارند و این ابعاد شامل وضعیت اقتصادی- اجتماعی، روحی- روانی و شغلی است. کیفیت زندگی شامل: بعد خانوادگی، نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت های خانوادگی، تأثیراتی که شغل بر ایفای نقش اعضا دارد و نقش افراد خانواده در برداشت کلی از کیفیت زندگی است. فرل یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی را شغل می داند (۲).

پرستاران تاثیر نامطلوبی خواهد گذاشت. عامل مهم دیگری که بر کیفیت زندگی افراد تاثیر گذار است، استرس های محیط کار است. برخی مشاغل با تنیدگی های زیادی همراه هستند و این مسئله معلول ماهیت آن کار، نوع وظایف و مسوولیت های این گونه شغل ها است. اعضای تیم پزشکی کسانی هستند که سطح بالایی از تنیدگی را تجربه می کنند. از آن جا که پرستاران نیز جزو این تیم به حساب می آیند عوامل تنیدگی آور می تواند برای آن ها به صورت تهدید روانی یا اجتماعی باشد (۱۶). این در حالی است که همه این تنش و فشارها بر رفاه فیزیکی (سلامتی و عملکرد آن) و رفاه روحی-روانی اثر نامطلوبی دارد و پیامد آن تغییر در کیفیت زندگی آن هاست (۱۷).

به نظر می رسد وضعیت تغذیه و خواب پرستاران که تحت تاثیر ماهیت کار شیفیتی است نیز نقش مهمی در تغییر کیفیت زندگی آن ها داشته باشد. کار کردن به صورت شیفیتی و در ساعت های متفاوت روز، تاثیر قابل توجهی بر میزان خستگی ناشی از کار داشته و عملکرد اجتماعی پرستاران را که عمده ترین آن روابط با همسر، فرزندان و همکاران می باشد را تحت تاثیر قرار می دهد (۶).

از آن جایی که پرستاران گروهی از اعضای تیم بهداشتی درمانی هستند که همه تلاششان جهت ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران است، مهم ترین هدف آن ها بهبود کیفیت زندگی بیماران است و مساله ای که کمتر به آن پرداخته می شود، کیفیت زندگی خود آن هاست (۱۸) هدف از انجام این پژوهش بررسی کیفیت زندگی پرستاران است. این پژوهش می تواند پایه ای باشد برای آگاهی از میزان کیفیت زندگی پرستاران و استفاده از آن در برنامه ریزی و سیاست گذاری های مرتبط در این راستا صورت گیرد. در این پژوهش کیفیت زندگی پرستاران در چهار بعد سلامت جسمی، روان، اجتماعی و محیط مورد بررسی قرار گرفت.

### مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی بود که به منظور بررسی کیفیت زندگی پرستاران در سال ۸۹ در ۱۷ استان کشور انجام شد. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بیمارستان های دولتی کشور بود. به منظور نمونه گیری ابتدا فهرست بیمارستان های دولتی سراسر کشور با توجه به تعداد پرستاران هر بیمارستان

مطالعات مختلفی بر کیفیت زندگی انجام شده است و ابزارهای متعددی نیز در این زمینه طراحی شده است که به طور اختصاصی یا عمومی به بررسی کیفیت زندگی می پردازند. مروری بر مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می دهد که بعد جسمی کمترین میزان و بعد محیط بیشترین میزان را در ابعاد کیفیت زندگی پرستاران داراست. در حقیقت پرستاران با پذیرش همزمان چندین نقش در محیط خانواده و اجتماع در کنار تمامی درگیری های جسمی و عاطفی که طی کار روزمره با آن مواجهند، به نوعی، خستگی، بی خوابی و ... ناشی از حرفه خود را در تمامی ابعاد زندگی خویش تاثیرگذار می بینند. به علاوه از آنجا که یکی از ویژگیهای حرفه پرستاری شیفت های در گردش است، همزمان با کاهش کیفیت خواب ابعاد مختلف کیفیت زندگی این قشر نیز کمتر می شود. به نحوی که فعالیت های تفریحی آنها به حداقل تقلیل می یابد (۵-۳).

پرستاری حرفه ای است که به واسطه آن مجموعه ای از وظایف بر عهده پرستار قرار می گیرد و به دنبال آن، افراد مشکلاتی در زندگی حرفه ای و خصوصی خود خواهند داشت (۶). عوامل متعددی از جمله کمبود نیروی کاری بر کیفیت زندگی پرستاران تاثیر گذار است. پرستاران در واقع طیف وسیعی از پرسنل بهداشتی، درمانی را تشکیل می دهند (۷). اکنون بسیاری از کشورهای دنیا با بحران نیروی کار روبرو هستند که یکی از بارزترین مصادیق آن کمبود پرستار است (۸). گسترش کمبود نیروی پرستار و ترک خدمت از این حرفه یک معضل جهانی است که هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال رشد وجود دارد (۹). این کمبود نیرو موجب عدم دستیابی به اهداف جهانی سیستم های بهداشتی و برآورده کردن نیازهای شهروندان می شود (۸). رومن عنوان می کند که تاثیر کمبود نیروی پرستار در سال های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ به بیشترین حد خود خواهد رسید (۱۰). به طوری که انتظار می رود تا سال ۲۰۲۰، حدود ۴۰۰۰۰۰ پست برای پرستاران خالی باشد (۱۱) و تا سال ۲۰۱۰ نیز بیش از ۴۰٪ از پرسنل پرستاری بالای ۵۰ سال، سن داشته باشند (۱۲ و ۱۳).

ناگفته پیداست که کمبود نیروی پرستاری منجر به حجم بالای کار و ساعت های طولانی کاری در حرفه پرستاری خواهد شد (۱۴ و ۱۵) که این عوامل همه و همه بر کیفیت زندگی

مشخص شد. بیمارستان هایی که کمتر از ۳۰ پرستار داشتند از مطالعه خارج شدند. این کار به دلیل جلوگیری از پراکندگی بیش از حد و امکان پیگیری نمونه ها صورت گرفت، چون برای دسترسی بهتر به پرستاران، پرسشنامه ها از طریق هیات مدیره های نظام پرستاری هر استان در اختیار آنان قرار گرفت. سپس از میان فهرست موجود، بیمارستان ها به طور تصادفی انتخاب شدند. ۴۰ بیمارستان از ۱۷ استان کشور برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. ۱۲۰۰ پرسش نامه از طریق پست به هیات مدیره نظام پرستاری استان های مذکور ارسال شد. در بیمارستان های منتخب با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه ها در اختیار تمامی پرستاران قرار می گرفت تا در صورت تمایل در تحقیق شرکت کنند. در مجموع و پس از ۳ ماه (اردیبهشت تا تیر ۱۳۸۹) ۸۵۰ پرسشنامه از طریق پست به سازمان نظام پرستاری بازگشت که میزان پاسخگویی ۷۰/۸ درصد بود. روش نمونه گیری به صورت تصادفی ساده بود. ویژگی های دموگرافیک پرستاران شرکت کننده در پژوهش در جدول ۱ ذکر شده است.

این مطالعه از پژوهش های مصوب سازمان نظام پرستاری کل کشور به شماره "۸۸/۱۱۳" ن پ آ" مصوب ۱۳۸۸/۱۰/۱۲ است و با اخذ مجوز کمیته اخلاق سازمان مذکور انجام شد. پرستارانی که تابعیت غیر ایرانی دارند در تحقیق وارد نشدند. پرستاران شرکت کننده حداقل ۲ سال سابقه کار داشتند. پرستاران پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه WHOQOL-BREF را پر کردند. برای پرستاران پر کردن پرسشنامه با توجه به ذکر این نکته در ابتدای پرسشنامه، به منزله رضایت شرکت در مطالعه بود. پرسشنامه از نوع خود گزارش دهی بود. از هر هیات مدیره یک نفر هنگام پر کردن پرسشنامه حضور داشت و در صورت لزوم به سوالات شرکت کنندگان پاسخ می داد.

پرسشنامه مورد نظر به صورت ترجمه شده به فارسی در سایت سازمان بهداشت جهانی قابل دستیابی است. این پرسشنامه بدون هر گونه تغییری مورد استفاده قرار گرفت (۱۹ و ۲۰). مشخصات روان سنجی گونه ایرانی این پرسش نامه نشان داده است که این ابزار می تواند در ایران نیز مورد استفاده قرار گیرد، به صورتی که شاخص هم بستگی درون خوشه ای پرسش نامه در آزمون مجدد در فاصله ۲ هفته در چهار دامنه، از ۷۵٪ تا ۸۴٪ به دست آمد. همچنین شاخص های روایی سازه نیز حاکی از روایی قابل قبول این ابزار در جمعیت ایران بود. (۲۱). هنگام پاسخ دهی از پرستاران خواسته شد برای پاسخ به سوالات تجربه ۴ هفته پیش را مد نظر قرار دهند.

پرسشنامه شامل دو بخش بود که در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنس، مدرک تحصیلی (کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد)، شهر محل کار، نوع اشتغال) استخدامی، پیمانی، قرار دادی، شرکتی)، سابقه کار، بخش محل کار، شیفت کاری (صبح، عصر، شب، شیفت در گردش)، سمت کاری (مترون، سوپروایزر بالینی، سوپروایزر آموزشی،

پرسشنامه WHOQOL-BREF را پر کردند. برای پرستاران پر کردن پرسشنامه با توجه به ذکر این نکته در ابتدای پرسشنامه، به منزله رضایت شرکت در مطالعه بود. پرسشنامه از نوع خود گزارش دهی بود. از هر هیات مدیره یک نفر هنگام پر کردن پرسشنامه حضور داشت و در صورت لزوم به سوالات شرکت کنندگان پاسخ می داد.

پرسشنامه شامل دو بخش بود که در قسمت اول اطلاعات دموگرافیک از جمله سن، جنس، مدرک تحصیلی (کاردان، کارشناس و کارشناس ارشد)، شهر محل کار، نوع اشتغال) استخدامی، پیمانی، قرار دادی، شرکتی)، سابقه کار، بخش محل کار، شیفت کاری (صبح، عصر، شب، شیفت در گردش)، سمت کاری (مترون، سوپروایزر بالینی، سوپروایزر آموزشی،

در پرسشنامه کیفیت زندگی، بیشترین میانگین مربوط به حیطه سلامت جسمانی  $2/7 \pm 13/8$  و کمترین مربوط به سلامت محیط  $2/6 \pm 11/2$  بود (جدول ۳). فراوانی دو سوال مجزای پرسشنامه پرستاران نشان داد که  $45/3$  درصد پرستاران کیفیت زندگی خود را نه بد و نه خوب ارزیابی کرده بودند. همچنین  $44/1$  درصد از وضعیت سلامت خود راضی بودند (جدول ۴).

در میان سوالات پرسشنامه بیشترین میانگین ها به « چقدر برای فعالیت‌های روزمره نیازمند درمان پزشکی هستید؟ » ( $3/95$ ) و « چقدر درد جسمانی مانع انجام کارهای مورد نظرتان می‌گردد؟ » ( $3/68$ ) و کمترین میانگین ها به « چقدر امکان فعالیت‌های تفریحی دارید؟ » ( $2/01$ ) و « چقدر به اطلاعات مورد نیاز روزمره خود دسترسی دارید؟ » ( $2/71$ ) تعلق داشت (جدول ۵). آزمون کای اسکور بین حیطه های کیفیت زندگی با سابقه کار، جنس، نوع استخدام، و گروه بیماران ارتباط معناداری نشان نداد. اما بین حیطه های کیفیت زندگی با سمت پرستاران در بیمارستان و شیفت آن ها ارتباط معنا دار دیده شد (جدول ۶). در حیطه سلامت جسمانی، سلامت محیط و روابط اجتماعی و ارتباط با سمت و نوع شیفت بیشترین میانگین به مترون ها و کمترین به پرستاران معمولی اختصاص داشت. در حیطه سلامت روان و ارتباط آن با سمت پرستاران، بیشترین میانگین به مترون ها و در ارتباط با شیفت کاری بیشترین میانگین به عصرکار ثابت تعلق گرفت.

### بحث

همانطور که نتایج این مطالعه نشان داد، حدود نیمی از پرستاران کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کرده و از وضعیت سلامت خود راضی بودند. نتایج مطالعه مشابهی که به بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های روانی پرداخته بود، نشان می دهد که بیش از نیمی از پرستاران، کیفیت زندگی خود را «متوسط» بیان کردند و فقط  $38/5$  درصد، از وضعیت سلامت خود رضایت کامل داشتند (۵). با توجه به اینکه مطالعه حاضر پرستاران شاغل در همه بخش های بیمارستانی را تحت پوشش قرار می داد، به نظر می رسد که پرستاران بخش های روانی کیفیت زندگی خود را پایین تر گزارش دادند. به علاوه در مطالعه ای که نجات و همکاران در مورد کیفیت زندگی مردم تهران انجام دادند، به این نتیجه

هر سوال پرسشنامه فوق دارای ۵ گزینه بود که با استفاده از یک طیف از «خیلی ناراضی» تا «خیلی راضی»، «اصلا» تا «کاملا» و «بسیار بد» تا «بسیار خوب» نمره گذاری شده است. هر پرستار می توانست در هر سوال میانگین ۱ تا ۵ را کسب کند. با توجه به اهمیت هر سوال نمره گذاری از ۱ تا ۵ یا به عکس انجام شده بود. پس از انجام محاسبه های لازم امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ برای هر حیطه، به تفکیک به دست می آید که در آن، ۴ به معنای بدترین و ۲۰ به معنای بهترین وضعیت کیفیت زندگی در چهار حیطه مورد نظر است. نمره کسب شده در هر حیطه به طور مجزا گزارش شد و با توجه به نوع پرسشنامه حیطه های مختلف ابزار با یکدیگر جمع نشدند (۲۱).

تحلیل پرسشنامه با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای دو مورد انجام شد. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم افزار SPSS شماره ۱۵ استفاده شد. سطح معنا داری  $0/05$  در نظر گرفته شد.

### یافته ها

جدول ۱ حاوی اطلاعات دموگرافیک و جدول شماره ۲ حاوی سوابق حرفه ای پرستاران شرکت کننده در این پژوهش است. حداقل سن پرستاران شرکت کننده ۲۰ و حداکثر آن ۶۰ با میانگین و انحراف معیار  $33/8 \pm 7/7$  است. در این پژوهش بیشتر پرستاران متعلق به گروه سنی ۲۰-۳۰ سال بودند ( $43/1$ ). اکثر پرستاران مدرک کارشناسی داشتند ( $87/6$ ) و  $50/7$  درصد آن ها نیز استخدام بودند. بیشتر پرستاران به صورت شیفت در گردش ( $72/8$ ) کار می کردند. بیشترین پرستاران شرکت کننده از استان تهران ( $24/$ ) و استان فارس ( $20/$ ) بودند. حداقل سابقه کار شرکت کنندگان ۲ سال و حداکثر ۳۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار  $10/3 \pm 7/5$  سال بود. حداقل ساعت کار ۱۷۵ و حداکثر ۴۵۰ ساعت با میانگین و انحراف معیار  $228/4 \pm 49/7$  ساعت بود. ۲۲۷ نفر از پرستاران اصلا اضافه کاری نداشتند. حداکثر اضافه کار انجام شده ۳۳۳ ساعت در ماه بود. پرستاران شرکت کننده از ۱۸ بخش بودند که بیشترین بخش هایی که پرستاران آن ها در این تحقیق شرکت کرده اند، بخش های اورژانس ( $16/$ ) و  $13\%$  (ICU) بودند.  $52/1$  درصد پرستاران از تمامی گروه های بیماران مراقبت می کنند.

تضاد پاسخ داد چرا که به رغم تبعات جسمی و روحی موجود، بعد سلامت جسمی تنها در مقایسه با سایر ابعاد است که امتیاز بالاتری بدست می آورد. امنیت، امکانات حمل و نقل، مسافت منزل تا محل کار، محل و شرایط سکونت و دسترسی به امکانات رفاهی و تفریحی اجزای سلامت محیطی را تشکیل می دهند که پرستاران کمترین نمره را به آن اختصاص دادند (۲۴). درحالی که در مطالعه ما این شرایط برای پرستاران حداقل نمره را کسب کرده است، در مطالعه کشور شیلی نتیجه عکس حاصل شده و محیط بیشترین میانگین را کسب کرده است. جالب آن که یافته های مطالعه کیفیت زندگی مردم شهر تهران نیز موید این مطلب بوده و سلامت محیط و سلامت روان مردم پایتخت پایین تر از نتیجه کلی سایر نقاط جهان است (۲۲).

قسمت دیگری از یافته های این پژوهش نشان داد که، بین حیطه های کیفیت زندگی با شیفت کاری پرستاران ارتباط معناداری دیده می شود. در این بین پرستاران با شیفت صبح کار ثابت در مجموع کیفیت زندگی بالاتری داشتند. با توجه به اینکه باقری و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که هرچه کیفیت خواب کمتر شود، ابعاد مختلف کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش نیز کمتر می شود (۴). شاید علت بالاتر بودن کیفیت زندگی پرستاران صبح کار، کیفیت خواب بهتر آنان باشد. چراکه بر اساس مطالعه بورگز و همکاران، که به بررسی تاثیرات نوبت کاری بر چرخه خواب- بیداری و کیفیت خواب پرستاران شاغل در بخش های عمومی پرداخته بودند، میانگین طول مدت خواب شبانه پرستاران در نوبت های شب ۲۰۸/۶ دقیقه، پس از اتمام نوبت کاری ۱۳۸/۷ دقیقه، میانگین طول مدت خواب در اولین شب بعد از نوبت کاری ۳۱۸/۵ دقیقه و میانگین خواب شبانه در یک روز استراحت در پرستاران ۳۱۰/۴ می باشد (۲۵). نوی و همکاران نیز در گزارش خود اعلام کردند که پرستاران شب کار استرس های جسمی، عاطفی و همچنین مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به کارکنان شیفت های دیگر به ویژه روزکار دارند (۲۶). پژوهش های دیگر نیز بیان گر آن است که شیفت های شب اثرات منفی بر کار پرستاران دارد چرا که سبب تغییرات بیولوژیکی شده و در عادات غذایی، خواب و استراحت تغییراتی به وجود می آورد (۲۷ و ۲۸). پرستاران شب کار میزان استرس بالاتری نسبت

رسیدند که حدود نیمی (۱/۴۱) از ساکنین تهران، کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند و نیمی از آن ها نیز (۵/۵۱) از وضعیت سلامت خود راضی هستند (۲۲). لذا می توان نتیجه گرفت که برداشت پرستاران کشور از کیفیت زندگی خود تا حد زیادی مشابه مطالعه مردم تهران است که البته یکی از دلایل آن حضور بیشترین پرستاران شرکت کننده از استان تهران (۲۴٪) در مقایسه با سایر شهرستان هاست. این در حالی است که شواهد بسیاری وجود دارد که حاکی از شکایت پرستاران از مشکلاتی نظیر اختلال خواب، اختلال تغذیه و همچنین تغییر در الگوهای اجتماعی در مقایسه با سایر حرف می باشد (۲۳).

به علاوه نتایج به دست آمده در این مطالعه مبین این است که بیشترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به حیطه «سلامت جسمی» و کمترین مربوط به حیطه «سلامت محیط» بود. در تایید این رابطه می توان به مطالعه فلاحی و همکاران اشاره داشت که بر اساس یافته های آن، بیشترین نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی، به حیطه های جسمی و خانوادگی اختصاص داشت. در صورتی که کمترین نمره مربوط به حیطه فعالیت های تفریحی بود (۵). نتیجه مشابهی نیز در مطالعه باقری و همکاران دیده شد که عملکرد جسمی بالاترین نمره را در حیطه های کیفیت زندگی به خود اختصاص داد (۴). در حالی که در مطالعه دیگری که به بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی پرستاران کشور شیلی پرداخته بود، نتایج نشان داد که ارتباطات اجتماعی (۷۷/۳۸) بهترین گزینه در پرستاران بود و وضعیت جسمانی بدترین گزینه (۵۴/۵۶) بود. به این معنی که بعد جسمی کمترین میزان و بعد محیط بیشترین میزان را در ابعاد کیفیت زندگی پرستاران این کشورها دارا بود (۳). به نظر می رسد که عهده دار بودن چندین نقش در زندگی پرستاران (همسر، فرزند، مادر یا پدر و پرستار) با توجه به درگیری های جسمی و عاطفی این حرفه، بعد جسمی زندگی پرستاران را تحت تاثیر قرار می دهد. چراکه خستگی، درد، بی خوابی و ... همگی متعاقب کار سنگین پرستاری قابل پیش بینی است (۳). حال آن که در مطالعه ما عکس این مطلب دیده می شود. به نظر می رسد با نگاهی به وضعیت سلامت محیط پرستاران ایران تا حدودی بتوان به این

بررسی عوامل موثر بر حرفه پرستاری نظیر کمبود پرستار، میزان ساعات کار، آسیب های شغلی، سیستم ارایه خدمات، دیدگاه های اجتماعی و دیگر عوامل موثر بر کیفیت زندگی پرستاران باشد. کیفیت زندگی حرفه ای ارتباط تنگاتنگی با کیفیت زندگی فردی دارد و با ارتقاء هر کدام می توان بر دیگری تاثیر گذاشت. با توجه به موارد بیان شده، نتایج این تحقیق می تواند مورد استفاده صاحب نظران و سیاستگذاران حرفه پرستاری قرار گیرد. از محدودیت های این مطالعه نحوه دسترسی به نمونه ها بود. به منظور پیگیری بهتر توسط هیات مدیره های پرستاری، نمونه ها فقط از بیمارستان هایی با تعداد بالای پرستار انتخاب شدند که می تواند بر تعمیم پذیری نتایج موثر باشد. با توجه به این که ۱۷ استان در این مطالعه شرکت داشتند، حجم نمونه کم یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه بود. امید است به توان تحقیقاتی در کل کشور انجام داد که تمامی پرستاران در آن مشارکت داشته و بانک اطلاعاتی از وضعیت کیفیت زندگی پرستاران به دست آورد که به طور مداوم مورد پایش قرار گیرد و انجام تغییرات در هر حیطه از زندگی فردی و حرفه ای پرستاران قابل پیگیری باشد.

### سپاسگزاری

این مطالعه طرح مصوب سازمان نظام پرستاری کل کشور به شماره "۸۷/۱۱۳/ن پ آ" مصوب ۱۳۸۸/۱۰/۱۲ است و در این جا از تمام پرستارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است بدون حمایت های بی دریغ هیات مدیره های سراسر کشور انجام این پژوهش میسر نبود که در این جا از تمامی افراد کمال قدردانی را داریم.

به پرستارانی که فقط در طول روز کار می کنند، متحمل می شوند (۲۹). از سوی دیگر، اعتقاد بر این است که سیستم شب کاری پرستاران اغلب باعث می شود از لحظات با هم بودن در جمع دوستان و خانواده محروم باشند چراکه حتی در روزهای قبل و بعد از شب کاری نیز باید به وظایف محوله در قالب نقش های دیگر بپردازند که این امر خود یکی از دلایل کیفیت پایین زندگی پرستاران شاغل در شیفت های شب است (۳۰). نتایج مطالعه باقری و همکاران نشان داد که پرستاران شیفت در گردش اگرچه نسبت به پرستاران شب کار کیفیت زندگی بالاتری دارند، اما در مقایسه با پرسنل صبح کار، میانگین نمره کمتری کسب کردند (۴) که این یافته های مطالعه ما را نیز تصدیق می کند. با توجه به مطالب ذکر شده قابل پیش بینی است که نتایج مطالعه ما نشان دهد که حیطه های کیفیت زندگی با سمت پرستاران ارتباط دارد. بنابر یافته های این پژوهش، مترون ها که تماما صبح کار بودند، بالاترین سطح و پرستاران معمولی که شیفت های در گردش دارند پایین ترین سطح کیفیت زندگی را داشتند. در این رابطه خشکناز و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که سرپرستاران در بعد خانوادگی کیفیت زندگی، در مقایسه با پرستاران معمولی نمرات بیشتری کسب کردند (۵). این درحالی است که ایوانز و همکاران عنوان داشتند که رابطه ای بین نوع فعالیت کاری پرستاران و میزان رضایت از زندگی آنان وجود ندارد (۲۴).

### نتیجه گیری

انجام تحقیق در زمینه کیفیت زندگی افراد شاغل در حرف بهداشتی از جمله پرستاری می تواند مزایای زیادی به ویژه در امر سیاست گذاری های کلان به همراه داشته باشد. قطع به یقین این پژوهش به تنهایی نمی تواند آینه ای از وضعیت موجود کیفیت زندگی پرستاران در اختیار ما قرار دهد بلکه می تواند پایه ای برای تحقیقات جامع تر در این زمینه از جمله

جدول ۱: متغیرهای دموگرافیک پرستاران (n=۸۵۰)

متغیر	N (%)
وضعیت تاهل	
متاهل	۶۸/۵ (۵۸۲)
مجرد	۳۱/۵ (۲۶۸)
جنس	
زن	۷۸/۲ (۶۶۵)
مرد	۲۱/۸ (۱۸۵)
سن	
۲۰-۳۰	۴۳/۱ (۳۶۶)
۳۱-۴۰	۳۶/۲ (۳۰۸)
۴۱-۵۰	۱۷/۲ (۱۴۶)
بالای ۵۰	۳/۴ (۳۰)
مدرک تحصیلی	
کارشناس ارشد	۴/۹ (۴۲)
کارشناس	۸۷/۶ (۷۴۵)
کاردان	۷/۴ (۶۳)

جدول ۲: متغیرهای حرفه ای پرستاران (n=۸۵۰)

متغیر	N (%)
نوع اشتغال	
استخدامی	۵۰/۷ (۴۳۱)
قراردادی	۱۹/۳ (۱۶۴)
پیمانی	۲۷/۲ (۲۳۱)
شرکتی	۲/۸ (۲۴)
سابقه کار	
زیر ۱۰ سال	۵۷/۸ (۴۹۱)
۱۰-۲۰	۳۰/۹ (۲۶۳)
۲۱-۳۰	۱۰/۸ (۹۲)
بالای ۳۰	۰/۵ (۴)
سمت کاری	
مترون	۹/۰ (۸)
سوپروایزر آموزشی	۳/۲ (۲۷)
سوپروایزر بالینی	۳/۵ (۳۰)
سرپرستار	۱۴/۵ (۱۲۳)
استف	۸/۷ (۷۴)
پرستار معمولی	۶۹/۲ (۵۸۸)

شیفت کاری	
صبح کار ثابت	۲۲/۷ (۱۹۳)
عصر کار ثابت	۱/۶ (۱۴)
شب کار ثابت	۲/۸ (۲۴)
شیفت در گردش	۷۲/۸ (۶۱۹)
مراقبت از بیماران	
تمام گروه ها	۵۲/۱ (۴۴۳)
کودکان- نوزادان	۲۰/۰ (۱۷۰)
مادران	۱۵/۲ (۱۲۹)
زنان	۱۲/۷ (۱۰۸)

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی پرستاران (n=۸۵۰)

حیطه	میانگین و انحراف معیار	محدوده
سلامت جسمانی	$13/8 \pm 2/7$	۴-۲۰
سلامت روانی	$12/6 \pm 2/8$	۴-۲۰
سلامت محیط	$11/2 \pm 2/6$	۴-۲۰
روابط اجتماعی	$13/0 \pm 3/2$	۴-۲۰

جدول ۴: فراوانی دو سوال مجزای کیفیت زندگی پرستاران (n=۸۵۰)

سوال	فراوانی	تعداد (درصد)	بسیار بد	بد	نه بد نه خوب	خوب	بسیار خوب			
کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	بسیار بد	۱۶ (۱/۹)	بد	۸۴ (۹/۹)	نه بد نه خوب	۳۸۵ (۴۵/۳)	خوب	۳۳۱ (۳۸/۹)	بسیار خوب	۳۴ (۴/۰)
چقدر از سلامت خود راضی هستید؟	خیلی ناراضی	۴۲ (۴/۹)	ناراضی	۱۳۵ (۱۵/۹)	نه راضی نه ناراضی	۲۳۹ (۲۸/۱)	راضی	۳۷۵ (۴۴/۱)	خیلی راضی	۵۹ (۶/۹)



جدول ۵: فراوانی و میانگین سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی پرستاران (n=۸۵۰)

سوالات	میانگین	اصلا	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱ چقدر درد جسمانی مانع انجام کارهای مورد نظرتان می‌گردد؟	۳/۶۸	۲۱/۴	۳۷/۳	۳۰/۱	۱/۲	۰/۹
۲ چقدر برای فعالیت‌های روزمره نیازمند درمان پزشکی هستید؟	۳/۹۵	۳۴/۶	۳۵/۱	۲۲/۱	۷/۳	۰/۹
۳ چقدر از زندگی خود لذت می‌برید؟	۲/۹۶	۶/۲	۱۹/۸	۵۱/۱	۱۷/۶	۵/۳
۴ چقدر احساس می‌کنید که زندگی شما معنی‌دار است؟	۳/۰۱	۸/۴	۱۸/۷	۴۲/۶	۲۴/۲	۶/۱
۵ چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۳/۰۵	۴/۰	۱۸/۴	۵۰/۷	۲۲/۲	۴/۷
۶ چقدر در زندگی روزمره خود احساس امنیت می‌کنید؟	۲/۹۶	۸/۴	۱۹/۳	۴۴/۸	۲۳/۱	۴/۵
۷ چقدر محیط اطراف شما سالم است؟	۲/۶۹	۱۱/۵	۲۶/۶	۴۶/۸	۱۱/۶	۳/۴
۸ آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۳/۰۷	۴/۶	۲۳/۶	۴۰/۶	۲۲/۹	۸/۲
۹ آیا از ظاهر بدن خود راضی هستید؟	۳/۳۲	۸/۲	۱۴/۸	۳۵/۵	۲۰/۰	۲۱/۴
۱۰ آیا به اندازه احتیاج پول دارید؟	۲/۶۹	۱۸/۴	۲۱/۲	۳۹/۸	۱۴/۴	۶/۴
۱۱ چقدر به اطلاعات مورد نیاز روزمره خود دسترسی دارید؟	۲/۷۱	۶/۵	۳۲/۰	۴۷/۶	۱۲/۱	۱/۸
۱۲ چقدر امکان فعالیت‌های تفریحی دارید؟	۲/۰۱	۳۱/۹	۳۹/۱	۲۵/۶	۲/۶	۰/۸
۱۳ چقدر می‌توانید جابه‌جا شوید و تحرک داشته باشید؟	۳/۷۰	۱/۳	۶/۶	۲۹/۸	۴۵/۲	۱۷/۲
۱۴ چقدر از خواب خود رضایت دارید؟	۲/۸۹	۱۰/۹	۲۶/۶	۲۷/۸	۳۱/۸	۲/۹
۱۵ چقدر از توانایی خود در انجام امور روزمره زندگی رضایت دارید؟	۳/۳۳	۳/۸	۱۵/۸	۳۰/۸	۴۲/۸	۶/۸
۱۶ چقدر از توانایی خود برای کار کردن (اشتغال) رضایت دارید؟	۳/۵۲	۲/۶	۱۱/۴	۲۸/۲	۴۷/۱	۱۰/۷
۱۷ چقدر از خودتان رضایت دارید؟	۳/۵۰	۳/۹	۹/۶	۳۰/۶	۴۳/۹	۱۲/۰
۱۸ چقدر از روابط خصوصی خود رضایت دارید؟	۳/۴۹	۴/۰	۸/۹	۳۰/۸	۴۹/۴	۹/۹
۱۹ چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟*	۳/۳۰	۷/۲	۶/۲	۱۹/۱	۳۱/۲	۴/۸
۲۰ چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می‌دارید راضی هستید؟	۳/۱۲	۶/۶	۱۴/۵	۴۲/۲	۳۳/۴	۳/۳
۲۱ چقدر از شرایط محل سکونت خود رضایت دارید؟	۳/۲۵	۷/۹	۱۴/۶	۳۰/۵	۳۸/۶	۸/۵
۲۲ چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۳/۱۵	۶/۱	۱۹/۲	۳۴/۰	۳۵/۴	۵/۳
۲۳ چقدر از امکانات حمل و نقل خود راضی هستید؟	۲/۸۹	۱۵/۵	۲۰/۰	۲۹/۱	۳۰/۷	۴/۷
۲۴ چقدر دچار حالتی مانند خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟	۳/۰۶	۶/۰	۱۹/۱	۴۲/۴	۲۸/۲	۴/۴

\* ۵۸۲ نفر به این سوال پاسخ دادند.

جدول ۶: میانگین و انحراف معیار حیطه های کیفیت زندگی پرستاران به تفکیک سمت کاری و نوع شیفت (n=۸۵۰)

روابط اجتماعی	سلامت محیط	سلامت روانی	سلامت جسمانی	حیطه عوامل میانگین (انحراف معیار)
۱۵/۴ (۲/۷)	۱۲/۴ (۲/۵)	۱۳/۸ (۲/۶)	۱۵/۱ (۲/۳)	مترون
۱۳/۳ (۲/۶)	۱۲/۰ (۳/۰)	۱۲/۹ (۲/۵)	۱۴/۳ (۲/۵)	سوپروایزر آموزشی
۱۳/۹ (۲/۴)	۱۱/۹ (۲/۳)	۱۳/۴ (۱/۹)	۱۴/۹ (۲/۲)	سوپروایزر بالینی
۱۳/۶ (۲/۸)	۱۱/۸ (۲/۵)	۱۲/۷ (۲/۷)	۱۴/۵ (۲/۴)	سرپرستار
۱۳/۲ (۳/۳)	۱۱/۵ (۲/۶)	۱۲/۶ (۲/۸)	۱۳/۸ (۲/۴)	استف
۱۲/۹ (۳/۳)	۱۰/۹ (۲/۵)	۱۲/۵ (۲/۸)	۱۳/۵ (۲/۷)	پرستار معمولی
۰/۰۱۳	۰/۰۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۰۰	P
۱۳/۵ (۲/۶)	۱۱/۷ (۲/۴)	۱۲/۹ (۲/۵)	۱۴/۵ (۲/۵)	صبح کار ثابت
۱۳/۷ (۳/۴)	۱۱/۸ (۲/۶)	۱۳/۲ (۳/۰)	۱۴/۲ (۳/۳)	عصر کار ثابت
۱۳/۱ (۲/۹)	۱۰/۹ (۲/۲)	۱۲/۵ (۲/۴)	۱۳/۲ (۲/۳)	شب کار ثابت
۱۲/۹ (۳/۳)	۱۱/۰ (۲/۶)	۱۲/۴ (۲/۸)	۱۳/۶ (۲/۶)	شیفت در گردش
۰/۰۳۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵۶	۰/۰۰۰	P

## References

1. Measuring Quality of Life. The world health organization quality of life.1997; Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
2. King I M. Quality of life and goal attainment nursing. Nursing Science Quarterly.1994; 7(1):29-32. Pub Med ID: [8139813](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8139813/)
3. Andrades B L, Valenzuela S S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(3): 480-6. Available from: [www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a18.pdf)
4. Bagheri H, Shahabi Z, Ibrahim H, Aalee Nejad F. Relationship between Quality of life and Quality of sleep in nurses. Hayat. 2007; 12(4):13-20. (Persian).
5. Fallahee Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fattah Moghaddam L. Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran. Hakim. 2007; 9 (4): 24-31. (Persian).
6. Capodaglio E M, Di Liddo E. Subjective aspects of quality of life in hospital workers. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. 2007; 29 (1 Suppl A): A24-9. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650739](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17650739)
7. Chiu MC, Wang MJ, Lu CW, Pan SM, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. Nursing Outlook. 2007; 55(6):318-326. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061017](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18061017)
8. International Council of Nurses. Positive Practice Environments: Quality Workplace = Quality Patient Care. 2007. Available from. [www.icn.ch/indkit2007.pdf](http://www.icn.ch/indkit2007.pdf).
9. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. International Journal of Nursing Studies. 2005; 42: 211–227. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680619](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680619)
10. Roman L M. Nursing shortage: Looking to the future. RN. 2008; 71(3): 34-41. Available from:
11. Murray M K. The nursing shortage. Journal of Nursing Association. 2002; 3(1):79-84.
12. Buerhaus P, Staiger D, Auerbach D. Implications of an aging RN workforce. The Journal of American Medical Association. 2000; 283:2948-54.
13. Spratley E, Johnson A, Sochalski J, Fritz M, Spencer W. The registered nurse population March 2000 findings. National Sample Survey of Registered Nurses, US Department of Health and Human Services, Health Resources and Service Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing 2000; 7-8. Available from: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/nursing/samplesurvey00/default.htm>
14. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Staffing shortages and quality of care.2009; Available from: <http://www.jointcommission.org>

15. Kohn L T, Corrigan J M. To err is human: building a safer system. Washington, DC: National Academy Press; 2001. Available from: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=9728](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=9728). ISBN-10: 0-309-06837-1
16. Sharifi A. Investigate the views of nurses in public hospitals, teaching universities affiliated to Tehran University of Medical Sciences and the effects on different aspects of nursing family life. [MS thesis] Iran University of Medical Sciences.1366. (Persian).
17. Haber J. Comprehensive Psychiatric Nursing. 6<sup>th</sup> ed. Boston: Mosby Company 1997; 17.
18. Hsu M, Kernohan G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. Journal of Advanced Nursing. 2006 ; 54(1). 120-131. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03788.x
19. World Health Organization. WHOQOL group. Measuring Quality of Life; The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). 1992. Available from: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/farsi\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/farsi_whoqol.pdf)
20. World Health Organization. WHOQOL group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring. Field Trial version. 1996. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
21. Nedjat S. Quality of life and its measurement. Iranian Epidemiology Journal.1387; 4(2): 57-62. Available from: <http://www.sid.ir/en/ViewPaper.asp?ID=139586&varStr=3;NEJAT%20SAHARNAZ;IRANIAN%20JOURNAL%20OF%20EPIDEMIOLOGY;SUMMER%202008;4;2;57;62>
22. Nedjat S, Montazeri A , Holakouie K , Mohammad K, Majdzadeh R. Quality of Life of Tehran's Population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. Hakim Research Journal. 2007; 10(3): 1- 8 Available from: [http://hakim.hbi.ir/browse.php?a\\_code=A-10-5-37&slc\\_lang=en&sid=1](http://hakim.hbi.ir/browse.php?a_code=A-10-5-37&slc_lang=en&sid=1)
23. Wilson J L. The impact of shift patterns on healthcare professionals. Journal of Nursing Management. 2002; 10(4): 211-9. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100600](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100600)
24. Evans D R, Pellizzari J R, Culbert B J, Metzen M E. Personality, marital and occupational factors associated with quality of life. Journal of Clinical Psychology. 1993; 49(4):477-485. Available from: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8408674](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8408674)
25. Borges F N, Fischer F M. Twelve-hour night shifts of healthcare workers: a risk to the patients. Chronobiology International. 2003; 20(2): 351-60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12723890>
26. Newey C A, Hood B M. Determinants of shift-work adjustment for nursing staff: the critical experience of partners. Journal of Professional Nursing. 2004; 20(3): 187-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15211428>
27. Nachreiner F. Individual and social determinants of shift work tolerance. Work, Environment & Health. 1998; 24 (3): 35-42. Available from: [http://www.sjweh.fi/download.php?abstract\\_id=333&file\\_nro=1](http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=333&file_nro=1)

28. Bohle P, Tilley A. Early experience of shiftwork: influences on attitudes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1998; 71 (1): 61-79. Available from: [espace.library.uq.edu.au/view/UQ:144362](http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:144362)
29. Pafaro R, Martino D M. Study on the Stress over the Nurse who Works in two shifts at a pediatric oncology. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*. 2004; 38 (2): 152-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf>
30. Saupe R, Nietche E, Cestari M, Giorgi M, Krahl M. Quality of life associated factors in children hospital nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004; 12 (4): 636-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a18.pdf>