

مقایسه رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بخش بهداشت با درمان دانشگاه علوم پزشکی ایلام

دکتر سعید بختیار پور^۱

فرهاد دارابی^۲

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت با درمان دانشگاه علوم پزشکی ایلام بود. روش: نمونه مورد بررسی تعداد ۳۰۰ نفر از بین کارکنان شاغل در دو بخش مذکور به صورت طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه رضایت شغلی (JDI) و پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) و آزمونهای تعقیبی، با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد که بین رضایت شغلی کارکنان بخش بهداشت با درمان دانشگاه علوم پزشکی ایلام تفاوت وجود ندارد اما بین کیفیت زندگی کاری آنها تفاوت وجود داشت، بدین صورت که کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت از درمان بالاتر بود.

واژه‌های کلیدی:

رضایت شغلی، کیفیت زندگی کاری، کارکنان بهداشت، کارکنان درمان

^۱ - دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، گروه روان‌شناسی، اهواز، ایران.

^۲ - کارشناس ارشد روان‌شناسی.

مقدمه

با وقوع رکود اقتصادی در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، بحث رضایت شغلی (Job Satisfaction) در سازمان‌ها مطرح شد. این زمانی بود که اکثر کارمندان و کارگران با توجه به کسادی و رکود اقتصادی واقع شده از شغل خود ناراضی بودند. این مسئله، توجه بیشتر مدیران و سازمانها را به بحث رضایت شغلی جلب کرد. به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران از میان همه‌ی مفاهیمی که متخصصان رفتار سازمانی، مدیریت و روانشناسی صنعتی و سازمانی در موقعیت‌های سازمانی مختلف مورد مطالعه قرار داده‌اند، رضایت شغلی از مهم‌ترین زمینه‌های پژوهشی بوده است. به اعتقاد ناگی (Nagy) (۱۹۹۶) تعاریف مربوط به رضایت شغلی را می‌توان بر پایه سه محور تعیین کرد (هومن، ۱۳۸۱). یکی از نخستین تعاریف مربوط به رضایت شغلی متعلق به هرزبرگ (Herzberg) و همکاران اوست که در سال ۱۹۵۹ ارائه شد. به اعتقاد هرزبرگ رضایت شغلی دارای دو بعد جداگانه است. یکی از این عوامل که به عامل بهداشت معروف است در بر دارنده ویژگی‌های محیطی شغل و جنبه‌های بیرونی مانند سرپرستی، حقوق، روابط بین فردی، شرایط و موقعیت‌های کاری است. دومین بعد مربوط به عوامل انگیزاننده است که در واقع عوامل وابسته به محتوای شغل و جنبه‌های درونی آن و در بر دارنده جنبه‌هایی مانند اهمیت دادن به پیشرفت و مسئولیت و رشد است. دومین مفهوم رایجی که از رضایت شغلی وجود دارد، تنها یک بعدی است؛ اما شامل پاسخ به این دو پرسش می‌شود که الف: در حال حاضر چقدر از شغل خود راضی هستید و ب: چقدر از شغل خود رضایت می‌خواهید. به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران تفاوت آنچه که فرد در حال حاضر دارد و آنچه که بدنبال آن است می‌تواند شاخصی از رضایت شغلی باشد. در حقیقت به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران مانند پورتر (Porter 1976) لافکوئیست (Lafkuyst) و دیوس (Davis 1996) بر این اعتقادند که رضایت شغلی کنشی از هماهنگی بین نیازها و ارزشهای حرفه‌ای فرد و نظام تقویت کننده کار است. هالند (Holland 1985)، رضایت، پیشرفت و ثبات در شغل را مبتنی بر همگونی شخصیت و محیط وی می‌داند. از سوی دیگر کاپل من (Kaplman 1979) نیز معتقد است پژوهشگران حوزه‌های دیگر مانند روانشناسی و مشاوره تمایل دارند رضایت شغلی را تفاوت بین آنچه فرد داراست در برابر آنچه خواستار آنست تعریف نمایند. در حالی که اسمیت (Smith 1982) معتقد است رضایت شغلی گستره‌ای است که در آن محیط کاری،

تقاضای فرد را برآورده می‌نماید. از این جهت، رضایت شغلی را می‌توان به بهترین وجه یک فرایند ارزشیابی تعریف کرد که آنچه را فرد دارد در برابر آنچه خواستار آن است مورد بررسی قرار دهد. این مفهوم را می‌توان در نظریه رابینز (Quality of working life, 1993) نیز جستجو کرد. به اعتقاد وی رضایت شغلی تفاوت بین تعداد پاداشهایی است که فرد دریافت می‌کند در برابر آنچه که فکر می‌کند باید دریافت نماید. سرانجام بسیاری از مفهوم سازی‌ها و تعاریف رضایت شغلی در بر گیرنده نوعی فرآیند ارزشیابی است. به عنوان مثال لوکه (Lukh, 1976) رضایت شغلی را حالت هیجانی و مثبتی می‌داند که ناشی از ارزشیابی شغلی یا تجربه‌های شغلی فرد است (هومن، ۱۳۸۱). بیشتر افراد تقریباً نیمی از ساعات بیداری خود را در محیط کارشان می‌گذرانند. بنابراین رضایت از کار و محیط کار بسیار مهم و ضروری است. رضایت شغلی حدی از احساسات و نگرش‌های مثبت است که افراد نسبت به شغل خود دارند. لاک (Locke) رضایت شغلی را حالت عاطفی مثبتی توصیف می‌کند که نتیجه درک فرد از شرایط کاری باشد. شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت شغلی بسیار مهم است زیرا این مقوله در بهره‌وری سازمان و حتی زندگی فردی نقش بارزی ایفا می‌کند (اصغری، خالق دوست و عسگری، ۱۳۸۹). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که کارکنان با رضایت شغلی بالاتر از نظر وضعیت بدنی و توان ذهنی در شرایط بهتری قرار دارند. بنابراین توجه به روحیه و انگیزه‌های انسانی کارکنان از اولویت بالایی برخوردار است و منظور از رضایت شغلی آن است که فرد به طور کلی شغل خود را دوست داشته و برای آن ارزش قائل بوده و نگرش مثبتی نسبت به آن دارد (طالب پور و امامی، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر اصطلاح کیفیت زندگی کاری در حوزه مدیریت منابع انسانی رواج زیادی داشته است. اما در مورد معنای این اصطلاح توافق کمی در بین صاحب نظران وجود دارد. وجود تعاریف فراوان از این موضوع گواهی بر این ادعاست. ولی در عین حال می‌توان گفت حداقل دو استفاده شایع از آن وجود دارد.

اول اینکه QWL (Quality of Working life) اشاره به مجموعه‌ای از نتایج برای کارکنان نظیر رضایت شغلی، فرصت‌های رشد، مسایل روان‌شناختی، امنیت شغلی، روابط انسانی بین کارفرما و کارکنان و میزان پایین بودن حوادث دارد. **دوم** اینکه QWL همچنین به مجموعه‌ای از نتایج برای کارها یا عملکردهای سازمانی نظیر مدیریت مشارکتی، غنی سازی شغلی و شرایط کاری مطمئن اشاره دارد. در این رابطه برنامه‌های QWL ممکن است به عنوان راهبردهای مدیریت منابع انسانی شامل عملکردهای QWL و بهبود برنامه‌های

کیفیت زندگی کاری و بهبود کارایی و بهره‌وری سازمانی در نظر گرفته شود (ممی زاده، ۱۳۸۴). کیفیت بالای زندگی کاری به عنوان شرط و پیش‌زمینه اساسی توانمندسازی منابع انسانی مورد نیاز سیستم‌های مراقبت بهداشتی شناخته شده است. بهره‌وری پرسنل عامل مهمی در موفقیت سازمان است. چنانچه ارتباط بین کیفیت زندگی کاری با بهره‌وری مشخص شود مدیران می‌توانند با بالا بردن کیفیت زندگی کاری، زمینه بهره‌وری پرسنل را فراهم آورند. توجهی که امروزه به کیفیت زندگی کاری می‌شود بازتابی است از اهمیتی که همگان برای آن قائل هستند. شماری از آگاهان بر این باورند که بخشی از رکود بهره‌وری و کاهش کیفیت محصول در برخی از کشورهای بزرگ صنعتی ناشی از کاستی‌های کیفیت زندگی کاری و تغییراتی است که در علاقمندیها و اولویت‌های کارکنان پدید آمده است (دولان شیمون ال (Dulan Shimon L) و شولر (Shuler)، رندال اس (Randall S)، ۱۳۷۸). کارکنان درخواست دارند در کارشان نظارت بیشتری داشته باشند. آنان میل دارند مانند یک مهره در یک دستگاه بزرگ به شمار نیایند. کارکنان می‌خواهند در پیامدهای اقتصادی و غیر اقتصادی در مقایسه با پاداش‌های اقتصادی کارشان تغییراتی داده شود. اهمیت پاداش‌های غیر اقتصادی در مقایسه با پاداش‌های اقتصادی هم اکنون در حال افزایش است به ویژه در نزد کارکنانی که از آموزش و پرورش بالای بر خوردار هستند. همه‌ی موارد فوق در مفهوم انسانی کردن محیط کار و یا به عبارت دیگر بهبود کیفیت زندگی کاری ریشه دارد (هلس و کولین، ۱۹۹۴). رایبیز معتقد است که کیفیت زندگی کاری فرایندی است که در اجرای آن کارکنان و اعضای سازمان می‌توانند در تصمیم‌های مربوط به طراحی مشاغل که تشکیل دهنده بخشی از زندگی کاری کارکنان است، مشارکت فعال داشته باشند. در تعریف دیگری رایبیز می‌گوید: کیفیت زندگی کاری به معنی تصور ذهنی و درک یا برداشت کارکنان یک سازمان از جذابیت فیزیکی و روانی محیط کار است (مجرد زاده کرمانی، ۱۳۸۱). زیلاگی (Zylagy) و ولاس (Vlas) (QWL)، در تعریف و همکاری و احترام متقابل بین مدیریت و کارکنان می‌باشد و هدف آن تغییر شرایط کار به نحوی است که کارکنان در کار مشارکت بیشتری داشته باشند و نیز منابع بیشتری را به دست آورند که در سازمان کسب کرده‌اند. که در این تعریف به شدت بر ایجاد محیطی که منجر به ارضای نیازهای افراد شود تأکید شده است (جی مورهد، آر گریفین، ترجمه الوانی و معمار زاده ۱۳۷۴). آرمسترانگ (Armstrung) می‌گوید کیفیت زندگی کاری یعنی رضایت یک کارمند از برآورده شدن نیازهایش از طریق منابع، فعالیت‌ها و نتایجی که از درگیری و

مشارکت در محیط کار به دست می‌آید؛ او همچنین می‌گوید محققان بسیاری دریافته‌اند که کیفیت زندگی کاری شخص، معمولاً تحت تأثیر تجربه کاری و انتظارات شغلی آینده‌اش قرار می‌گیرد (آمسترنگ، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی کاری به عنوان یک روش یا رویکردی که روش‌ها و فنون خاصی را برای بهبود و اصلاح کار مورد استفاده قرار داده، تعریف شده است (مسعود، ۲۰۰۶). والتون (۱۹۷۳) در تجزیه و تحلیل کیفیت زندگی کاری هشت متغیر اصلی را به عنوان هدف ارتقاء کیفیت زندگی کاری مورد توجه قرار می‌دهد که عبارتند از:

- ۱- پرداخت منصفانه
- ۲- محیط‌ایمن و بهداشتی
- ۳- تأمین فرصت و رشد مناسب
- ۴- قانون‌گرایی
- ۵- رابطه اجتماعی
- ۶- فضای کلی زندگی
- ۷- انسجام اجتماعی
- ۸- توسعه قابلیت‌های انسانی.

نکته مهمی که باید مورد توجه قرار گیرد آن است که همه این متغیرها با یکدیگر ارتباط دارند (میر سپاسی، ۱۳۸۶، ص ۱۴۵). علاقه بند و جمشید نژاد (۱۳۷۵) بین استرس شغلی و رضایت شغلی ارتباط معنی داری یافتند، یعنی هر چه استرس کمتر رضایت شغلی بیشتر و بالعکس. در این پژوهش به مقایسه استرس شغلی و رضایت شغلی بین مدیران با سابقه و کم سابقه در مدارس ابتدایی و متوسطه پرداخته شده است و نتیجه تحقیق آنها این بوده که تفاوت معنی داری بین رضایت شغلی مدیران با سابقه و کم سابقه مشاهده نشده است (علاقه بند و جمشید نژاد، ۱۳۷۵). حاج بابایی، اقلیما و بیک لیک، (۱۳۸۰) در پژوهشی به مقایسه رضایت شغلی بین مردان و زنان شاغل در وزارت مسکن و شهر سازی پرداختند و نتیجه تحقیق نشان داد که گرچه تفاوت بین آنها وجود دارد ولی در سطح $\alpha = 0.05$ معنی دار نبود. مانوکیان، رازی، منجمد و فقیه زاده (۱۳۸۶) در پژوهش خود تفاوت معنا داری بین رضایت شغلی بخش‌های سرطان و زایمان دو بیمارستان از تهران نیافتند. خاوری و یوسفیان (۱۳۸۵) درباره‌ی مقایسه رضایت شغلی استادان فعال با غیر فعال در ورزش اعضای هیئت علمی دانشگاه یزد تفاوت معنی داری بین دو گروه فعال و غیر فعال در ورزش نیافتند. در سال ۱۳۸۶ میر کمالی و نارنجی ثامنی با تحقیقی بین اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های تهران و صنعتی شریف با عنوان بررسی رابطه زندگی کاری و رضایت شغلی نشان دادند که: ۱- استادان دانشگاه تهران و صنعتی شریف از نظر کیفیت زندگی کاری در سطح نامطلوب و از نظر رضایت شغلی در سطح نسبتاً بالایی قرار دارند. ۲- بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی رابطه مثبت وجود دارد. ۳- بین کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی دانشگاه‌های مذکور تفاوت معنا داری وجود ندارد و تنها از بعد یکپارچگی و انسجام اجتماعی که از ابعاد کیفیت زندگی کاری محسوب می‌شوند تفاوت

اندکی وجود دارد. در تحقیقی که توسط خلعتبری (۱۳۸۹) در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن با عنوان رابطه کیفیت زندگی کاری و سلامت سازمانی با خشنودی شغلی انجام گرفت این نتیجه حاصل شد که به طور کلی بین کیفیت زندگی کاری و سلامت سازمانی با رضایت شغلی همبستگی معنی دار وجود دارد. حیدری و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی با رضایت شغلی پرداختند. نتایج این تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیّری در سطح $P = 0.001$ نشان داد که کیفیت زندگی با خشنودی شغلی و تعهد سازمانی رابطه چندگانه وجود دارد. چی روز، یولی و ادريس (Chyruz, yuly and idris) (۲۰۰۶) در پژوهشی بنام تحلیل کیفیت زندگی کاری و متغیّره‌های مربوط به شغل (حرفه)، نمونه‌ای به تعداد ۴۷۵ نفر از مدیران صنعت برق و الکترونیک در مناطق آزاد تجاری مالزی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج تحقیقات آنها نشان داد که خشنودی شغلی، موفقیت شغلی و تعادل شغلی ۶۳٪ از واریانس کیفیت زندگی کاری را پیش بینی می‌کند. به طور کلی یافته‌ها نشان داد بین خشنودی شغلی و کیفیت زندگی کاری رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. هینون و ساری (Hynun and sari) (۲۰۰۹)، در تحقیق خود در کشور فنلاند که به سفارش وزارت کار و اقتصاد انجام شد به این نتیجه رسیدند که افزایش قدرت کیفیت زندگی کاری کارکنان منجر به خشنودی شغلی و در نهایت منجر به افزایش تولید و بهره‌وری در سازمان می‌شود. تحقیقات نیر (Nir & etal) و همکارانش (۲۰۰۴) نشان داد که افزایش کیفیت زندگی کاری کارکنان باعث افزایش منزلت (اعتبار شغلی)، تنوع و پیشرفت در کار و مشارکت آنان می‌شود. آنان سعی کردند که برای کارکنان بازخوردی از اطلاعات شغلی همراه با استقلال (آزادی عمل) فراهم آورند.

هدف پژوهش حاضر، مقایسه رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری بین کارکنان بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی ایلام بود و با توجه به هدف مذکور فرضیه‌های زیر تدوین و مورد آزمون قرار گرفتند:

۱. بین رضایت شغلی پرسنل بهداشت و درمان تفاوت وجود دارد.
۲. بین کیفیت زندگی کاری پرسنل بهداشت با درمان تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان شاغل در دو بخش بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی ایلام بودند که با استفاده از نمونه گیری طبقه‌ای تصادفی تعداد ۳۲۲ نفر از آنها بعنوان اعضای نمونه انتخاب و از این تعداد عملیات آماری بر روی ۳۰۰ نفر از آنها به دلیل عدم ارجاع یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها صورت گرفت. ابزار این پژوهش عبارت بودند از: مقیاس رضایت شغلی (خشنودی شغلی JDI) که یکی از دقیق‌ترین و رایج‌ترین ابزار اندازه‌گیری رضایت شغلی است که نخستین بار در سال ۱۹۶۹ توسط اسمیت، کندال و هیولین تدوین شد. این پرسشنامه در ایران توسط شکر کن و ارشدی (۱۳۶۹) ترجمه و اعتباریابی شد. جنبه‌های پنج‌گانه تشکیل دهنده‌ی خشنودی شغلی شامل: ماهیت کار، سرپرستی، ترفیعات، حقوق و همکاران شغلی می‌شود. در تحقیقی که توسط ساعدی (۱۳۸۹) انجام شد پایایی تست به روش آلفای کرونباخ به ترتیب در بخش کار من ۰/۸۰ در بخش سرپرست من، ۰/۸۴ در بخش همکاران من، ۰/۸۹ در بخش ترفیعات، ۰/۷۴ و در بخش حقوق من، ۰/۷۵ بدست آمده است. همچنین برای بررسی کیفیت زندگی کاری از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون استفاده شده است. والتون در سال ۱۹۷۳ ضریب پایایی آزمون را ۰/۸۸ گزارش کرد (ورنی، جی، ۱۹۹۰). همچنین رحیمی (۱۳۸۵) در پژوهش خود ضریب پایایی آن را ۰/۸۵ گزارش کرد. حسینی، نادریان، همایی، موسوی، در سال ۱۳۸۸ در تحقیق خود ضریب پایایی ۰/۸۵ بدست آوردند که همگی اعداد بدست آمده در تحقیقات ذکر شده بیانگر ضریب پایایی مطلوب برای این پرسشنامه می‌باشند. برای جمع‌آوری متغیرهای جمعیت شناختی از پرسشنامه‌ای که حاوی تعداد ۱۴ سوال شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، نوع شغل، سابقه خدمت بود استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت و درمان

تعداد	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری		متغیر
					آزمودنی‌ها	آزمودنی‌ها	
۱۵۰	۱۹۴	۴۲	۳۲/۹۵	۱۱۴/۹۵	کارکنان بهداشت	رضایت شغلی	
۱۵۰	۱۸۰	۲۱	۳۰/۱۵	۱۱۲/۴۱	کارکنان درمان		
۱۵۰	۵۱	۶	۱۰/۳۱	۳۰/۴۳	کارکنان بهداشت	رضایت از ماهیت کار	
۱۵۰	۴۵	۰	۹/۶۷	۲۶/۵۲	کارکنان درمان		
۱۵۰	۵۴	۱	۱۴/۴۶	۳۳/۴۱	کارکنان بهداشت	رضایت از سرپرستی	
۱۵۰	۵۴	۰	۱۳/۳۸	۳۵/۳۹	کارکنان درمان		
۱۵۰	۲۷	۰	۶/۲۵	۷/۷۰	کارکنان بهداشت	رضایت از حقوق	
۱۵۰	۲۴	۰	۶/۴۰	۷/۱۲	کارکنان درمان		
۱۵۰	۵۴	۳	۱۳/۴۵	۳۴/۵۴	کارکنان بهداشت	رضایت از همکاران	
۱۵۰	۵۴	۱	۱۲/۶۷	۳۵/۶۹	کارکنان درمان		
۱۵۰	۲۷	۰	۶/۸۶	۸/۸۶	کارکنان بهداشت	رضایت از ترفیع	
۱۵۰	۲۴	۰	۶/۳۷	۶/۶۷	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۰۸	۳۷	۱۳/۴۶	۷۳/۹۱	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری	
۱۵۰	۱۰۸	۲۷	۱۴/۴۷	۶۸/۴۴	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۴	۴۲	۲/۱۰	۸/۰۴	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه پرداخت منصفانه	
۱۵۰	۱۳	۳	۲/۱۴	۷/۵۵	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۵	۳	۲/۳۴	۸/۰۱	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه محیط‌ایمن	
۱۵۰	۱۳	۳	۲/۳۵	۷/۴۵	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۵	۳	۲/۳۳	۸/۱۹	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه تأمین فرصت رشد	
۱۵۰	۱۳	۳	۲/۴۸	۷/۶۳	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۹	۴	۳/۱۴	۱۰/۴۸	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه قانون‌گرایی	
۱۵۰	۲۰	۴	۲/۹۹	۹/۷۱	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۵	۳	۲/۰۸	۹/۰۰	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه رابطه اجتماعی	
۱۵۰	۱۳	۳	۲/۰۹	۷/۹۹	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۴	۳	۱/۸۲	۷/۱۳	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه فضای کلی زندگی	
۱۵۰	۱۳	۳	۱/۹۰	۷/۱۵	کارکنان درمان		
۱۵۰	۱۹	۴	۳/۰۴	۱۱/۰۳	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه انسجام اجتماعی زندگی	
۱۵۰	۱۸	۴	۳/۰۱	۱۰/۷۱	کارکنان درمان		
۱۵۰	۲۰	۴	۲/۸۴	۱۱/۳۱	کارکنان بهداشت	کیفیت زندگی کاری در زمینه توسعه قابلیت‌های انسانی	
۱۵۰	۱۸	۴	۳/۱۶	۱۰/۲۷	کارکنان درمان		

همان طوری که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود، شاخص‌های توصیفی متغیرهای مختلف آورده شده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت و درمان

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)
آزمون اثر پیلاپی	۰/۰۳۳	۲	۲۹۷	۵/۰۷	۰/۰۰۷
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۶۷	۲	۲۹۷	۵/۰۷	۰/۰۰۷
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۳۴	۲	۲۹۷	۵/۰۷	۰/۰۰۷
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۳۴	۲	۲۹۷	۵/۰۷	۰/۰۰۷

همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین کارکنان بهداشت و درمان حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/007$ و $F=5/07$)، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا، در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانواری رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت و درمان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رضایت شغلی	۴۸۳/۸۷	۱	۴۸۳/۸۷	۰/۴۸۵	۰/۴۸۷
کیفیت زندگی کاری	۱۶۹۴/۵۶	۱	۱۶۹۴/۵۶	۸/۶۷	۰/۰۰۳

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ رضایت شغلی تفاوت معنی داری وجود نداشت ($F=0/485$ و $p=0/487$). ولی بین کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی داری وجود داشت ($p=0/003$ و $F=8/67$).

همچنین جهت مقایسه کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ مؤلفه‌های رضایت شغلی تحلیل زیر اجرا شد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مؤلفه‌های رضایت شغلی کارکنان

بهداشت و درمان

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)
آزمون اثر پیلاپی	۰/۰۵۴	۵	۲۹۴	۳/۳۲	۰/۰۰۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۴۶	۵	۲۹۴	۳/۳۲	۰/۰۰۶
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۵۷	۵	۲۹۴	۳/۳۲	۰/۰۰۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۵۷	۵	۲۹۴	۳/۳۲	۰/۰۰۶

همان طوری که در جدول ۴ ارائه شده است سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین کارکنان بهداشت و درمان حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های رضایت شغلی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۳/۳۲$ و $p=۰/۰۰۶$)، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا، در جدول آمده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانواری مؤلفه‌های رضایت شغلی کارکنان

بهداشت و درمان

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
رضایت از ماهیت کار	۱۱۴۸/۵۶	۱	۱۱۴۸/۵۶	۱۱/۴۹	۰/۰۰۱
رضایت از سرپرستی	۲۹۴/۰۳	۱	۲۹۴/۳۰	۱/۵۱	۰/۲۲۰
رضایت از حقوق	۲۴/۰۸	۱	۲۴/۰۸	۰/۶۰۱	۰/۴۳۹
رضایت از همکاران	۹۸/۶۱	۱	۹۸/۶۱	۰/۵۷۳	۰/۴۵۰
رضایت از ترفیع	۱۰۵/۶۱	۱	۱۰۵/۶۱	۲/۴۰	۰/۱۲۲

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است بین کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ رضایت از ماهیت کار تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۱۱/۴۹$ و $p=۰/۰۰۱$)، ولی بین دو گروه مذکور از لحاظ سایر مؤلفه‌ها، تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین جهت مقایسه کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری تحلیل زیر اجرا شد.

جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس چند متغیّری (مانوا) روی نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت و درمان

سطح معنی داری (p)	F	DF خطا	DF فرضیه	مقدار	نام آزمون
۰/۰۰۱	۳/۴۲	۲۹۱	۸	۰/۰۸۶	آزمون اثر پیلاپی
۰/۰۰۱	۳/۴۲	۲۹۱	۸	۰/۹۱۴	آزمون لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۳/۴۲	۲۹۱	۸	۰/۹۴	آزمون اثر هتلینگ
۰/۰۰۱	۳/۴۲	۲۹۱	۸	۰/۹۴	آزمون بزرگترین ریشه روی

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین کارکنان بهداشت و درمان حداقل از لحاظ یکی از متغیّره‌های وابسته (مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = ۳/۴۲$ و $p = ۰/۰۰۱$)، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک متغیّری در متن مانوا، در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷ نتایج تحلیل واریانس یک متغیّری در متن مانواری مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت و درمان

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیّرها
۰/۰۳۷	۴/۳۷	۱۹/۷۶	۱	۱۹/۷۶	کیفیت زندگی کاری در زمینه پرداخت منصفانه
۰/۰۳۷	۴/۳۷	۲۴/۰۸	۱	۲۴/۰۸	کیفیت زندگی کاری در زمینه محیط‌ایمن
۰/۰۴۲	۴/۱۶	۲۳/۵۲	۱	۲۳/۵۲	کیفیت زندگی کاری در زمینه تأمین فرصت و رشد مناسب
۰/۰۳۱	۴/۶۹	۴۴/۰۸	۱	۴۴/۰۸	کیفیت زندگی کاری در زمینه قانون‌گرایی
۰/۰۰۰۱	۱۷/۶۰	۷۷/۰۱	۱	۷۷/۰۱	کیفیت زندگی کاری در زمینه رابطه اجتماعی
۰/۹۲۴	۰/۰۰۹	۰/۰۳۰	۱	۰/۰۳۰	کیفیت زندگی کاری در زمینه فضای کلی زندگی
۰/۳۷۱	۰/۸۰۳	۷/۳۶	۱	۷/۳۶	کیفیت زندگی کاری در زمینه انسجام اجتماعی
۰/۰۰۳	۸/۹۴	۸۱/۱۲	۱	۸۱/۱۲	کیفیت زندگی کاری در زمینه توسعه قابلیت‌ها انسانی

همان طوری که در جدول ۷ مشاهده می‌شود بین کارکنان بهداشت و درمان از لحاظ کیفیت زندگی کاری در زمینه پرداخت منصفانه و کافی، کیفیت زندگی کاری در زمینه محیط‌ایمن، کیفیت زندگی کاری در زمینه تأمین فرصت و رشد مناسب، کیفیت زندگی کاری در زمینه قانون‌گرایی، کیفیت زندگی کاری در زمینه رابطه اجتماعی و کیفیت زندگی کاری در زمینه توسعه قابلیت‌های انسانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی از لحاظ کیفیت زندگی کاری در زمینه فضای کلی زندگی و کیفیت زندگی کاری در زمینه انسجام اجتماعی تفاوت معناداری دیده نشد.

بحث

نتایج نشان داد که بین رضایت شغلی دو بخش بهداشت و درمان تفاوت وجود ندارد. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین استدلال کرد که وجود مدیریت واحد، دستورالعمل‌های سازمانی یکسان (این دو یعنی مدیریت و قوانین و مقررات از عمده‌ترین عناصر کلیدی دخیل در سلامت سازمانی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی بحساب می‌آیند)، نحوه پرداخت حقوق و مزایا و ترفیعات مساوی براساس الگوهای واحد می‌تواند دلیل عدم تفاوت بین کارکنان بهداشت با درمان باشد و فقط در بعد ماهیت کار تفاوت بین دو بخش معنی دار بود. بدین معنی که رضایت شغلی کارکنان درمان در بعد ماهیت کار پایین‌تر از بخش بهداشت بود. این عامل می‌تواند ناشی از استرس شغلی، عدم تناسب بین حقوق و مزایا و حجم کار زیاد بخش درمان، شیفت در گردش بودن کار در بخش درمان، شیفت‌های شبانه، عدم ایمنی و بهداشت مناسب در کار بخش درمان جستجو نمود. تحقیقات و یافته‌های پرتویی (۱۳۸۵)، قمری (۱۳۸۴)، مری، جفری جانسون و لوپس (۲۰۱)، توتونچی، صالحی و حسن زاده (۱۳۸۶)، فروغی، خرازی، ایران‌فر و رضایی (۱۳۸۶) طاهر پور (۱۳۸۶)، بیک و اقلیما (۱۳۸۴)، خاوری و یوسفیان (۱۳۸۵)، مانوکیان (۱۳۸۶) هزار جریبی، ابراهیمی (۱۳۸۹) یافته‌های این تحقیق را تأیید می‌نماید و درباره‌ی فرضیه دوم، نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی کاری پرسنل بهداشت با درمان تفاوت وجود دارد بدین صورت که کیفیت زندگی کاری کارکنان بهداشت بالاتر از کارکنان بخش درمان است. تحقیقات قریب و گودرزی (۱۳۸۶)، رحیمی، رجایی پور و سلیمی (۱۳۸۵)، خالصی و سیفی (۱۳۸۵) زمردی (۱۳۸۲)، خیراندیش (۱۳۸۳)، فساوات (۱۹۹۸)، رستگاری (۱۳۷۸)، مدرسی (۱۳۷۸)، ترک سمائی (۱۳۸۲)، یافته‌های این تحقیق را مورد حمایت قرار می‌دهند. از جمله عواملی که در پایین بودن کیفیت زندگی کاری کارکنان درمان دخیل هستند می‌توان به عواملی مانند استرس زیاد حین کار و ترس از بد حال شدن بیماران در بین کارکنان درمان (پرستاران بخشهای مختلف، پزشکان اورژانس، جراحان و کمکهای آنها در این گروه مورد مطالعه هستند)، وجود تعداد بیشتری از پرسنل پیمانی و قرار دادی در این بخش (که حدود ۶۵٪ جامعه مورد مطالعه در این تحقیق از بین پرسنل پیمانی بود) که خود عامل مهمی در احساس عدم امنیت شغلی است و تحقیقاتی که انجام شده امنیت شغلی و بهره‌وری و رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری را باهم مرتبط دانسته‌اند و از آنجایی که این گروه احساس امنیت شغلی نمی‌کنند کیفیت زندگی آنها پایین می‌آید. وجود کارکنانی که بیشتر

از بقیه در معرض ریسک فرسودگی شغلی قرار دارند همچنین ارتباط با بیماران بد حال و بعضاً سرطانی، عفونی، واگیر و محیط‌های غیر بهداشتی، نبود مکان مناسب برای استراحت در ضمن کار، نبود خدمات رفاهی مناسب مانند سرویسهای ایاب و ذهاب و.. برای کارکنان، چالش بین کار در خانه و کار بیرون از خانه (با توجه به این که اکثر کارکنان بخش درمان را خانم‌ها تشکیل می‌دهند کشمکش بین اعضای خانواده بر سر موضوعات مختلف ناشی از کار پیش می‌آید) تعدیات کلامی همراهان بیمار و شرایط اجتماعی محیط کار، عدم تناسب ساعات کار و سختی کار با میزان حقوق و دستمزد، پیش داوری‌های شغلی، زیادی ساعات کار و حجم کار، تعداد شیفتهای شبانه و غیر متعارف و... از جمله عواملی هستند که در پایین بودن کیفیت زندگی کاری پرسنل بخش درمان نسبت به بخش بهداشت، (که با هیچ کدام از عوامل یاد شده ارتباط ندارند) نقش دارند. عامل مهم دیگری که در پایین بودن کیفیت زندگی کاری کارکنان درمان نسبت به بهداشت وجود دارد مرگ بیماران و حالات روحی و روانی است که باز ماندگان آنها دارند. گریه و زاری و حالتهای غیر ارادی و تأثر انگیزی که این بازماندگان دارند چنان کارکنان بخش درمان، که همان بیمارستانها، می‌باشد را تحت تأثیر قرار می‌دهند که ناخود آگاه و بدون اینکه فرد متوفی را بشناسند و یا با او قربابت داشته باشند، متأثر می‌نماید. کشورهای اروپایی با بررسی این مورد در جهت رفع چنین عارضه‌ای به کارکنان خود در بخش درمان آموزش خویشتن داری و یا به عبارتی مقاوم سازی در مقابل این حالات را می‌دهند بنابراین ضرورت دارد که دانشگاه علوم پزشکی ایلام نیز از این امر غافل نماند زیرا این احساسات فرد را از شغل و محل کار خود متنفر و گریزان می‌سازد و فرد را در پی یافتن پست سازمانی دیگر و یا کلاً ترک شغل بر اثر فرسودگی شغلی می‌اندازد و در نهایت این امر منجر به پایین آوردن کیفیت زندگی کاری پرسنل می‌نماید. عامل دیگری که در پایین بودن کیفیت زندگی کارکنان درمان دخیل است عدم آموزش مدیریتی مدیران سطوح میانی و پایینی مثل مدیران بیمارستانها سوپر وایزرها و مترونها می‌باشد که بعلمت عدم شناخت از شیوه‌های مدیریتی در مشارکت دادن کارکنان در امورات سازمانی باعث پایین آوردن کیفیت زندگی آنان می‌گردند و کارکنان احساس می‌کنند که هیچ نقشی در تصمیمات مهم و حتی جزئی سازمان ندارند و چنانچه مدیران درباره‌ی عوامل سازمانی و کاری با آنان مشورت کنند و به حرفهای آنها گوش دهند انگیزه آنان برای انجام کار بالا خواهد رفت و احساس می‌کنند در تصمیمات مهم سازمان خود سهیم هستند و احساس با ارزش بودن می‌نمایند.

منابع

الف - فارسی

۱. آرمیچل، ترسن. (۱۳۸۳). مردم در سازمانها، چاپ چهارم، ترجمه حسین شکر کن، تهران، رشد.
۲. ابراهام، کورمن. (۱۳۸۴). روانشناسی صنعتی و سازمانی، چاپ پنجم، ترجمه حسین شکر کن، تهران، رشد.
۳. ترک، سمائی. (۱۳۸۲). بررسی کیفیت زندگی کاری بر بهره وری نیروی انسانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه، تهران.
۴. اصغری، الناز، خالق دوست، طاهره و عسگری فریبا. (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر رضایت شغلی پرستاران، فصل نامه دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، شماره ۶.
۵. خالصی، حقانی، ردیسی و سیفی. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی کارکنان بیمارستانهای دانشگاهی سمنجان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.
۶. خاوری، لیلیو یوسفیان، جواد. (۱۳۸۶). مقایسه رضایت شغلی اعضای هیأت علمی فعال و غیر فعال در ورزش، دانشگاه یزد، یزد.
۷. خیراندیش سوادکوهی، مهدی (۱۳۸۳)، کیفیت زندگی کاری و عملکرد کارکنان در شرکت ایران خودرو دیزل، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه، تهران.
۸. دلگشایی بهرام، ریاحی لیلا و متقی منیکا. (۱۳۸۹). مقایسه کیفیت زندگی کاری در بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، پایان نامه ارشد، فصلنامه بیمارستان، سال نهم، ش ۲۰۱.
۹. دولان، شمون. ال. و شولر، رندان. اس. (۱۳۷۸). مدیریت امور کارکنان و منابع انسانی. (مترجمان: محمد علی طوسی و صائبی) تهران، انتشارات سازمان مدیریت.
۱۰. رستگاری. (۱۳۷۸). تأثیر کیفیت زندگی کاری بر عملکرد کارکنان شاغل در شبکه بهداشت و درمان نجف آباد، پایان نامه ارشد، دانشگاه اصفهان، اصفهان.
۱۱. ربیعی محمد، جهانی فرزانه موسوی پور سعید (۱۳۸۸)، بررسی رضایت شغلی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک.
۱۲. سلام زاده یاشار، منصوری حسین و داریوش فرید (۱۳۸۶). بررسی رابطه کیفیت زندگی کاری و بهره وری نیروی انسانی در مراکز خدمات درمانی، بیمارستان شهید صدوقی تهران، تهران.
۱۳. ساعدی، سارا. (۱۳۸۹). رابطه کیفیت زندگی کاری و سلامت سازمانی با خشنودی شغلی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تنکابن.
۱۴. علیمردادی. (۱۳۷۹). بررسی سلامت سازمانی و عوامل مرتبط با آن در مدارس متوسطه شهر بافت، پایان نامه کارشناسی ارشد، کرمان.
۱۵. علاقه بند، علی. (۱۳۸۲). مدیریت آموزشی (مبانی نظری و اصول)، تهران، نشر روان.

۱۶. عباسی زاده، ناصر و آقاسی کرمانی، زهرا. (۱۳۸۶). بررسی و مطالعه سلامت سازمانی ادارات مناطق آموزش و پرورش شهر تهران بر طبق الگوی هوی و فیلد من، فصلنامه مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد گرمسار، گرمسار.
۱۷. گریفین، مورهد. (۱۹۷۴). رفتار سازمانی، مترجمان سیدمهدی الوانی، غلامرضا معمارزاده، تهران، انتشارات مروارید.
۱۸. میر کمالی و نارنجی ثامن. (۱۳۸۶). بررسی و رابطه کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی بین اعضای هیأت علمی دانشگاههای تهران و صنعتی شریف، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
۱۹. میر سپاسی، ناصر، (۱۳۸۲). تأثیر متقابل بهره وری و کیفیت زندگی کاری، مجله اقتصاد و مدیریت، شماره ۱۵.
۲۰. مدرس، علی (۱۳۷۸)، بررسی کیفیت زندگی کاری بر افزایش تولید ذوب آهن اصفهان، دانشگاه آزاد خوارسگان، خوارسگان.
۲۱. مجرد زاده کرمانی، مهدی. (۱۳۸۳). ماهنامه روانشناسی شادکامی و موفقیت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ش. ۴.
۲۲. محسنی پور، ناوی پور، احمدی. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر مدیریت مشارکتی بر اساس دوایر کیفیت بر رضایت شغلی پرستاران از دیدگاه هرز برگ، مجله علمی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران.
۲۳. مستحفظیان، سید امیر، مظفری، سید امیر احمد، امیر تاش علی محمدی. (۱۳۸۷). مقایسه سلامت عمومی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیأت علمی فعال و غیر فعال ایران در دانشگاههای آزاد اسلامی منطقه چهار.
۲۴. ممی زاده، جعفر. (۱۳۷۵). توسعه سازمان، دانش نوسازی و بهسازی سازمان، تهران، نشر روایت.
۲۵. هزار جریبی، ابراهیمی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه رابطه بین ویژگیهای کار آفرینی شاعلین سازمانی، مجله جامعه شناسی کاربردی، سال بیست و یکم، شماره چهار.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۸۱). تهیه و استاندارد سازی مقیاس رضایت شغلی، تهران، مرکز آموزش مدیریت دولتی.

ب- انگلیسی

1. Armstrong, Deborah. j. Riemenschneider, Cyntia. k. Allen, Myriad. w (2007) advancement, voluntary turn over and woman in IT: a cognitive study of work family conflict, information and management, vol. 44.
2. Antonio, Bernardo Moreno, alferdo rodrguerz , Bernardino, Julio fernandaz (2008), insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels, journal of psychosomatic Research, 64 (2008) 435-442 .
3. Braian. b. & Norman, h . Godwin. (2007). quality of work life have you invested in your organizations future.

4. Fernando Galan ,Arturo ,Sanmartin , Juanpolo Edical & Lucas Giner (2011),burn out risk in medical students in Spain using the maslacth burn out inventory – student survey, springer – vaerl.ag-2011 .
5. Fernandez -San Martin mi .The study of occupational satisfaction and its determining factors among health professional working in one of the area in Madrid.69,486,97.
6. Hales & Colin(1994), Managing a through organization, Rutledge, ,p.122.
7. Heinonen,s.& Saarimaa,r.(2009) Better job satisfaction through quality of work life how can telework help?
8. Hua, j. (2006). A study of relationship on bureau of investigation officials, quality of work life, work pressure and job satisfaction (master, public Affairs management).
9. I , Bragard , G. Dupuis, D. Razavi,c. Reynaert and M. Etienne(2011), quality of work life in doctors working with cancer patients , universities, librede bruxelles B-1050 axforde.
10. Ilona ksiazek,Tomasz,j. Stefaniak (2010),burn out syndrome in surgical oncology and general surgery: Across- sectional study, European journal of oncology nursing
11. Jesus Montero, Javier Garcia , Campayo , Martafajo , Pascual , Jose Miguel carr(2011), socio demographic and occupational risk factors associated with the development of different bur nout types: the cross-sectional university of Zaragoza study, biomed central(bmc)psychiatry.
12. Yusef Celik, Mustafa z, Younis(2011) , The effects of individual and organizational characteristics on burn out level a research on physician and nurses in turkey springer science business medial,llcaphic and.
13. Sallehi & A.Gholtash (2011), The relationship between job satisfacation, job burn out and organizational commitment with the organizational citizenship behavior among members of faculty in the Islamic azad university first district branches, in order to preview the appropriate model.
14. Su-li,zhu (2008),,Analysis of employees' quality of working life and Assessment model,, national natural science fund of china,pp:1-6.