Relationship between quality of life and social health of nurses caring for patients with COVID-19

Shohani M[1], Mahmoudi M[2*], Abedi Gheshlaghi L[3], Direkvand Moghadam A[4]

Abstract

Introduction and purpose: Nurses are the largest stratum of the healthcare system, and their workload increased greatly with the pandemic of the COVID-19 disease. Examining their social health and life quality is a very important matter that should be considered because it has a direct relationship with the quality of care they provide.

Material and methods: The present study is a descriptive-analytical study that was conducted in 1400 among nurses working in the COVID-19 department of teaching hospitals in Ilam city. After obtaining permission and receiving the code of ethics from the deputy director of research at Ilam University of Medical Sciences, WHOQOL and Keyes standard questionnaires were used to examine the quality of life and social health of nurses, respectively.

Findings: The average score and standard deviation of nurses' social health was 64.8±8.6 and the average score and standard deviation of nurses' quality of life was 67.5±22.9. The results showed that there is a significant relationship between the average social health score and quality of life ($p<0.001$) and the observed correlation was moderate and direct ($r=0.5$). Between social health and demographic variables of nurses no significant relationship was observed, but the rate of social participation among married people was significantly higher than single people ($P=0.003$). Also, a service history of more than three years causes more social acceptance.

Conclusion: Identifying the factors affecting the quality of life and social health of nurses will improve the quality of nursing services and the health of society, so it is recommended that professional nursing planners pay attention to this matter.

Keywords: *Quality of life, social health, COVID-19, Nurse*

Received: 2023/03/09 *Accepted: 2023/05/31*

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 - Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical sciences, Ilam, Iran.
2 - Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** arwinmahmoudi48@gmail.com
3 - Assistant Professor of Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical sciences, Ilam, Iran
4 - Associate Professor of Reproductive Health, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ilam University of Medical sciences, Ilam, Iran.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران مراقبت کننده از بیماران مبتلا به COVID-19

معصومه شوهانی[۱]، آروین محمودی[۲]*، لیلی عابدی قشلاقی[۳]، اشرف دیرکوند مقدم[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۲/۱۸ / ۱۴۰۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۰۳/۱۰/ ۱۴۰۲

چکیده

مقدمه و هدف: پرستاران بزرگ‌ترین قشر نظام بهداشتی-درمانی هستند که با شیوع بیماری COVID-19 حجم کاری آن‌ها به‌شدت افزایش یافت. بررسی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی آن‌ها موضوعی بسیار مهم است که بایستی مدنظر گرفته شود، زیرا با کیفیت مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند رابطه مستقیم دارد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۴۰۰ در بین پرستاران شاغل در بخش COVID-19 بیمارستان‌های آموزشی شهر ایلام انجام شد. پس از اخذ مجوز و دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، به ترتیب از پرسشنامه‌های استاندارد WHOQOL و Keyes جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران استفاده شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره سلامت اجتماعی پرستاران ۶۴/۸ ± ۸/۶ و میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی پرستاران ۶۷/۵ ± ۲۲/۹ بود. بین میانگین نمره سلامت اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$) و میزان همبستگی مشاهده‌شده متوسط و مستقیم بود ($r=0/5$). بین سلامت اجتماعی با متغیرهای مردم‌شناسی پرستاران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ولی در ارتباط با ابعاد سلامت اجتماعی، میزان مشارکت اجتماعی متأهلین به‌طور معنی‌داری ($P = 0.003$) بیشتر از افراد مجرد بود. همچنین سابقه خدمت بیشتر از سه سال باعث پذیرش اجتماعی بیشتر می‌شود.

نتیجه‌گیری: شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران سبب ارتقاء کیفی ارائه خدمات پرستاری و ارتقای سلامت جامعه می‌شود، لذا توصیه می‌شود برنامه ریزان حرفه‌ی پرستاری به این مهم توجه نمایند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی، COVID-19، پرستار

۱ – دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۲ – دانشجوی کارشناسی ارشد داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** arwinmahmoudi48@gmail.com
۳ – استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران
۴ – دانشیار بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

مقدمه

پرستاران بزرگ‌ترین قشر نظام بهداشتی-درمانی هستند و کیفیت مراقبت‌هایی که ارائه می‌دهند به‌طور مستقیم نظام سلامت و بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حرفه پرستاری به‌خودی‌خود از استرس بالایی برخوردار است که از دلایل آن می‌توان به حجم کاری بالا، شیفت‌های سنگین، منابع حمایتی ناکافی و مرگ بیماران اشاره کرد (۱). این عوامل درنهایت می‌توانند بر روی روابط پرستاران با اعضای خانواده آن‌ها نیز تأثیر گذاشته و باعث ایجاد اختلالات خلقی در آن‌ها شود (۲). بخصوص در دوران شیوع بیماری COVID-19 و بار اضافی که این بیماری بر دوش پرستاران گذاشته، بر حجم این استرس افزوده شده و ممکن است که کیفیت زندگی (Life quality) و سلامت اجتماعی (Social health) پرستاران هم تحت تأثیر قرار گرفته باشد.

بهبود کیفیت زندگی پرستاران یکی از مسائل اساسی در ارائه‌ی یک مراقبت بهداشتی باکیفیت است. کیفیت زندگی پایین تأثیرات منفی بر زندگی پرستاران گذاشته و به‌تبع آن، می‌تواند سبب پایین آمدن کیفیت مراقبت ارائه‌شده از بیماران نیز بشود (۳). طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ ارائه داده است، کیفیت زندگی به‌صورت پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند تعریف می‌شود. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی پرستاران در سطح بالایی قرار ندارد (۴, ۵, ۶).

علاوه بر کیفیت زندگی، سلامت اجتماعی پرستاران نیز یکی دیگر از پارامترهایی است که بایستی به آن توجه ویژه شود. سلامتی بنیادی‌ترین عنوانی است که زندگی انسان به آن وابسته است و شرط لازم برای ایفای نقش‌های اجتماعی انسان است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی شامل رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه صرفاً نبود بیماری است و هر یک از این ابعاد اثرات متقابل بر یکدیگر دارند (۷). بسیاری از افراد با ابعاد سلامت جسمی و روانی آشنایی دارند اما فقط تعداد کمی از آن‌ها با مفهوم سلامت اجتماعی آشنایی داشته باشند (۸). کییز و لارسن[1]، سلامت اجتماعی را ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی، بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد که نشانگر رضایت یا نارضایتی فرد از زندگی و محیط اجتماعی بوده و درواقع پاسخ‌های درونی فرد را هم شامل می‌شود (۹). سلامت اجتماعی خود دارای چندین بعد است که شامل: شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و همبستگی اجتماعی می‌باشد (۱۰). در مطالعه‌ای که حائری و همکاران در سال ۱۳۹۴ بر روی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت انجام دادند، سلامت اجتماعی ۵۱/۷٪ از افراد شرکت‌کننده متوسط و سلامت اجتماعی ۱۷/۸٪ از این

[1] Keyes and Larson

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

افراد پایین گزارش شد (۱۱). در مطالعه مظهری و همکاران ارتباط میان اضطراب حاصل از کرونا بر نگرانی سلامت و کیفیت زندگی در پرستاران انجام شد. نتایج نشان داد که تأثیر مستقیم میان اضطراب کرونا و کیفیت زندگی وجود دارد، لذا آن‌ها توصیه کردند آموزش‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی پرستاران انجام شود (۱۲). به‌طورکلی ترس و اضطراب ناشی از بیماری کرونا مخرب است و می‌تواند منجر به ناهنجاری‌های روحی و روانی در افراد شود. نتایج مطالعه یعقوبی و همکاران نشان داد که داشتن زندگی باکیفیت و بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند با استرس ناشی از کرونا رابطه عکس داشته باشد. بنابراین با استفاده از راهبردها و مداخلات متمرکز بر افزایش سطح کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان در جهت کاهش استرس پرستاران گام برداشت (۱۳).

با توجه به اهمیت دو موضوع کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی و شرایط پیش‌آمده از سوی بیماری کرونا زندگی کاری و شخصی پرستاران به‌شدت تحت تأثیر قرارگرفته و لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی کادر درمانی را بیش‌ازپیش ضروری کرده است. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران ارائه‌دهنده مراقبت به بیماران مبتلا به COVID-19 و تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی می‌باشد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر ماهیت و روش پژوهش، توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری شامل تمامی پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به COVID-19 شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر ایلام بودند که بر اساس داشتن معیارهای ورود به مطالعه در این تحقیق شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱- داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار بالینی، ۲- مراقبت از بیماران مبتلا به COVID-19 به میزان حداقل ۳ ماه می‌باشد. علاوه بر این عدم تکمیل کامل پرسشنامه توسط شرکت‌کنندگان به‌عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۷۷ نفر پرستار بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات

در مطالعه کنونی از فرم تعدیل‌شده ۲۶ سؤالی پرسشنامه WHO-QOL-BREF ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت جهت محاسبه نمره کیفیت زندگی پرستاران استفاده شد. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمد. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای ابعاد سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۱ به دست آمد. جهت محاسبه روایی، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی پرستاری داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا نظرات خود را در ارتباط با آن اعلام نمایند. تحقیقات انجام‌شده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ، سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی، ۰/۷۶، روابط اجتماعی، ۰/۶۶ و محیط

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

۰/۸۰) و پایایی retest-test فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL را تأیید کرده‌اند (۱۴, ۱۵).

نمره دهی هر یک از گویه های پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت انجام و در همه گویه ها نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. اما در سه گویه ۳ و ۴ و ۲۶ نمره‌گذاری به‌صورت معکوس انجام و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت بالاتر زندگی است. ابعاد و سیستم نمره دهی پرسشنامه به شرح ذیل است:

زیر مقیاس سلامت جسمی: مجموع نمرات کسب‌شده در گویه های ۳- ۴- ۱۰- ۱۵- ۱۶- ۱۷- ۱۸ پرسشنامه دامنه نمرات این زیر مقیاس ۷ تا ۳۵ می‌باشد.

زیر مقیاس سلامت روان‌شناختی: مجموع نمرات کسب‌شده در گویه های ۵- ۶- ۷- ۱۱- ۱۹- ۲۶ در پرسشنامه.دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۶ تا ۳۰ می‌باشد.

زیر مقیاس روابط اجتماعی: مجموع نمرات کسب‌شده در گویه های ۲۰- ۲۱- ۲۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس ۳ تا ۱۵ می‌باشد.

زیر مقیاس محیط اجتماعی: مجموع نمرات کسب شده در گویه های ۸- ۹- ۱۲- ۱۳- ۱۴- ۲۳- ۲۴- ۲۵ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس ۸ تا ۴۰ می باشد.

کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی: مجموع نمرات کسب شده در گویه های ۱ و ۲ در پرسشنامه. دامنه نمرات این زیر مقیاس بین ۲ تا ۱۰ می باشد.

پس از به دست آوردن نمرات خام هر زیر مقیاس و با استفاده از فرمول زیر، نمرات زیر خرده ها استاندارد سازی شد.

$$\frac{\text{کمترین نمره ممکن زیرمقیاس} - \text{نمره به‌دست‌آمده در زیرمقیاس}}{\text{تفاضل بین بیشترین و کمترین نمره ممکن زیرمقیاس}} \times ۱۰۰$$

کیفیت زندگی هر یک از شرکت کنندگان بر اساس مجموع نمرات محاسبه شده، به شرح ذیل دسته بندی شد. ۱- نمرات ۲۰ تا ۴۶ نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف

۲- نمرات ۴۷ تا ۷۴ نشان‌دهنده کیفیت زندگی متوسط و روبه رشد

۳ - نمرات ۷۵ الی ۱۰۰ نشان‌دهنده کیفیت زندگی در حد بالا و خوب

جهت بررسی سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کییز استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال بوده و ۵ زیر مقیاس یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام اجتماعی را موردبررسی قرار می‌دهد. پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ تعیین شد. آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای کل پرسشنامه و ابعاد سلامت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۵۰، ۰/۶۰، ۰/۹۰، ۰/۶۰ و ۰/۸۰ به دست آمد. جهت محاسبه روایی، پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه داده شد و از آن‌ها درخواست شد تا نظرات خود را در ارتباط با آن اعلام نمایند. در پایان‌نامه اهری (۱۳۹۲) روایی سازه و پایایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت و همچنین پایائی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

کرونباخ ۰/۸ محاسبه شد (۱۶). سؤالات ۴-۱ مربوط به شکوفایی اجتماعی، سؤالات ۷-۵ مربوط به همبستگی اجتماعی، سؤالات ۱۰- ۸ مربوط به انسجام اجتماعی، سؤالات ۱۵-۱۱ مربوط به پذیرش اجتماعی و سؤالات ۲۰-۱۶ مربوط به مشارکت اجتماعی می‌باشند. طیف پاسخگویی پرسشنامه بر اساس لیکرت بود و در نمره دهی گویه ها، خیلی زیاد= ۵، زیاد=، ۴ متوسط= ۳، کم= ۲ و خیلی کم= ۱ در نظر گرفته شد. نمره دهی در گویه های ۲۱،۱۹،۱۸،۱۷،۱۶،۱۵،۱۴،۱۳،۷،۶،۵،۳ به‌صورت معکوس انجام شد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع گردید .برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات با هم جمع و امتیازات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بالاتر بود.

روش‌های تجزیه‌وتحلیل آماری

آمار توصیفی برای متغیرهای کمی به‌صورت میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی و درصد گزارش شد. نرمالیتی متغیرها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بررسی گردید. از همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت اجتماعی استفاده گردید. رگرسیون تک متغیره و چند متغیر برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی با ویژگی‌های مردم‌شناسی (جنس، وضعیت تأهل، نام بیمارستان، مدرک تحصیلی، نوع استخدام، بخش محل خدمت، گروه سنی، سابقه خدمت و سابقه مراقبت از بیماران کووید) مورد استفاده قرار گرفت. تمامی داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۲ و با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. مقادیر $P < 0/05$ به‌عنوان حد معنادار در نظر گرفته شد.

روش گردآوری داده‌ها

در سال ۱۴۰۰ پس از اخذ مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و دریافت کد اخلاق از معاونت مربوطه، پژوهشگر به بیمارستان‌های امام خمینی و مصطفی خمینی محل بستری بیماران مبتلا به COVID-19 شهر ایلام مراجعه نمود. پژوهشگر بر اساس روش سرشماری لیست پرستاران بخش مرجع بیماری COVID-19 را تهیه و گردآوری نمود. سپس بر اساس معیارهای ورود، شرکت‌کنندگان به مطالعه وارد شدند. به‌منظور رعایت حقوق بیماران تکمیل پرسشنامه‌ها بدون ایجاد وقفه و مزاحمت در امر درمان و مراقبت از بیماران و رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی اعم از ماسک، دستکش، لباس حفاظت شخصی و شیلد انجام شد. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، توضیحات کامل در خصوص پرسشنامه‌ها و هدف از انجام مطالعه و همچنین محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان در مطالعه داده شد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

یافته ها

در این پژوهش ۱۷۷ پرستار مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به COVID-19 مشارکت داشتند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان ۲۹ سال بوده و میانگین سابقه خدمت آن‌ها حدود ۴/۸ سال گزارش شد. بیش از نیمی از پرستاران (۵۷/۱٪) مرد و مابقی زن بودند. حدود ۵۰٪ پرستاران متأهل و ۵۰٪ دیگر مجرد بودند. مدرک تحصیلی ۹۲٪ پرستاران، لیسانس بود. بیشتر پرستاران (۷۱/۸٪) در بیمارستان مصطفی خمینی و مابقی در بیمارستان امام خمینی شاغل بودند. نوع استخدام ۲۴٪ پرستاران مشارکت‌کننده رسمی، ۵۲٪ پیمانی و ۲۴٪ طرح تعهدات خدمت بوده است. میانگین مدت مراقبت از بیماران مبتلا به COVID-19 ۸ ماه گزارش شد. محل خدمت ۱۱٪ پرستاران در CCU، ۳۷/۹٪ در ICU، ۱۱/۹٪ در بخش بستری اورژانس، ۵/۱٪ بخش مردان، ۱۵/۸٪ در بخش جراحی مردان، ۹٪ در بخش داخلی زنان و ۹/۶٪ در بخش داخلی مردان بود. لازم به ذکر است در طول دوران همه‌گیری کووید ۱۹ به دلیل بالا بودن تعداد بیماران، بسیاری از بخش‌های بیمارستان ازجمله بخش‌های ویژه نیز به مراقبت از بیماران مبتلا به کووید اختصاص یافته بودند.

میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت اجتماعی پرستاران ۸/۶ ± ۶۴/۸ بود. کمترین میانگین نمره مربوط به بعد همبستگی اجتماعی (۲/۳ ± ۹/۳) و بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد مشارکت اجتماعی (۲/۵ ± ۱۷/۱) بود.

میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی پرستاران ۲۲/۹ ± ۶۷/۵ بود. کمترین میانگین نمرات به ترتیب مربوط به ابعاد روابط اجتماعی (۲۶/۵ ± ۵۲/۷) و سلامت جسمی (۱۵/۲ ± ۵۲/۹) و بالاترین میانگین نمره مربوط به بعد سلامت روانی (۱۴/۴ ± ۶۰/۱) پرستاران بود (جدول ۱).

بین میانگین نمره سلامت اجتماعی و نمره کلی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری ($P < ۰/۰۰۱$) مشاهده شد و همبستگی مشاهده شده متوسط و مستقیم (۰/۵) بود. نتایج ارائه‌شده در جدول ۳ نشان داد که بین ابعاد سلامت اجتماعی با میانگین نمره کلی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد به‌طوری‌که بیشترین همبستگی (۰/۵) مربوط به بعد شکوفایی اجتماعی و کمترین مربوط به بعد همبستگی اجتماعی (۰/۱۷) بود.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

جدول ۱. شاخص‌های عددی سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی و ابعاد آن‌ها در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به COVID-19

	متغیر	میانگین (انحراف معیار)	دامنه
سلامت اجتماعی و ابعاد آن	نمره کلی سلامت اجتماعی	۶۴/۸ (۸/۶)	۱۰۰-۲۰
	شکوفایی اجتماعی	۱۳/۳(۲/۷)	۲۰-۴
	همبستگی اجتماعی	۹/۳ (۲/۳)	۱۵-۳
	انسجام اجتماعی	۱۱/۵ (۲/۵)	۱۵-۳
	پذیرش اجتماعی	۱۵/۱ (۳/۱)	۲۵-۵
	مشارکت اجتماعی	۱۷/۱ (۲/۵)	۲۵-۵
کیفیت زندگی و ابعاد آن	نمره کلی کیفیت زندگی	۶۷/۵ (۲۲/۹)	۱۰۰-۰
	سلامت جسمی	۵۲/۹ (۱۵/۲)	۱۰۰-۰
	سلامت روانی	۶۰/۱ (۱۴/۴)	۱۰۰-۰
	روابط اجتماعی	۵۲/۷ (۲۶/۵)	۱۰۰-۰
	سلامت محیطی	۵۴/۷ (۱۸/۰۱)	۱۰۰-۰

جدول ۲. ارتباط بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به کووید ۱۹

متغیرها		سلامت اجتماعی	شکوفایی اجتماعی	همبستگی اجتماعی	انسجام اجتماعی	پذیرش اجتماعی	مشارکت اجتماعی	کیفیت زندگی	سلامت جسمی	سلامت روانی	سلامت محیطی	روابط اجتماعی
سلامت اجتماعی	همبستگی	۱										
شکوفایی اجتماعی	همبستگی	۰/۶۵	۱									
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱										
همبستگی اجتماعی	همبستگی	۰/۵۳	۰/۱۶	۱								
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۲									
انسجام اجتماعی	همبستگی	۰/۶۸	۰/۴۶	۰/۱۸	۱							
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۲								
پذیرش اجتماعی	همبستگی	۰/۶۲	۰/۲۳	۰/۱۹	۰/۲۸	۱						
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	*۰/۰۱	*<۰/۰۰۱							
مشارکت اجتماعی	همبستگی	۰/۶۳	۰/۱۹	۰/۲۵	۰/۲۷	۰/۱۷	۱					
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	۰/۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۲						
کیفیت زندگی	همبستگی	۰/۵	۰/۳۸	۰/۱۷	۰/۴۵	۰/۳	۰/۲۷	۱				
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۲	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱					
سلامت جسمی	همبستگی	۰/۴۵	۰/۳۰	۰/۱۱	۰/۴۸	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۵۵	۱			
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	۰/۱۴	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱				
سلامت روانی	همبستگی	۰/۴۵	۰/۳۹	۰/۱۹	۰/۴۱	۰/۲۱	۰/۲۴	۰/۶۹	۰/۶۴	۱		
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۰۳	*۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱			
سلامت محیطی	همبستگی	۰/۴۹	۰/۳۷	۰/۱۵	۰/۴۳	۰/۳۶	۰/۲۲	۰/۶۶	۰/۶۱	۰/۶۱	۱	
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۴	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۰۳	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱		
روابط اجتماعی	همبستگی	۰/۲۶	۰/۱۷	۰/۰۵	۰/۳	۰/۲۴	۰/۰۸	۰/۴۶	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۴۱	
	سطح معنی‌داری	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۲	۰/۵	*<۰/۰۰۱	*۰/۰۰۱	۰/۲۶	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	۱

*P<0.05

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

بررسی ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی با میانگین نمره کل سلامت اجتماعی و ابعاد آن نشان داد که ابعاد کیفیت زندگی به‌غیراز بعد روابط اجتماعی با میانگین نمره سلامت اجتماعی همبستگی متوسط (۰/۵) و معنی‌داری دارند (جدول ۲).

جدول ۳. رگرسیون خطی بین متغیرهای مردم‌شناسی با سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های ایلام

متغیر		کیفیت زندگی				سلامت اجتماعی			
		خام		تطبیق شده		خام		تطبیق شده	
		ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیونی	سطح معنی‌داری
جنس	مرد	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-
	زن	۰/۸۴	۰/۸	۱/۳۴-	۰/۷	۰/۱۶-	۰/۸	۱/۳۰-	۰/۴
وضعیت تأهل	مجرد	رفرنس	-	-	-	رفرنس	-	-	-
	متأهل	۳/۶۵	۰/۳	-	-	۰/۲۱	۰/۸	-	-
نام بیمارستان	امام	۳/۲۱	۰/۴	-	-	۰/۳۶	۰/۸	-	-
	مصطفی	رفرنس	-	-	-	رفرنس	-	-	-
مدرک تحصیلی	کارشناسی	رفرنس	-	-		رفرنس	-	-	-
	کارشناسی ارشد	۴/۳-	۰/۵	-	-	۲/۴۰-	۰/۳	-	-
نوع استخدام	رسمی	۱/۱-	۰/۸	۰/۹۱-	۰/۸	۱/۵	۰/۳	۰/۴۲	۰/۸
	پیمانی	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-
	طرحی	۱/۵-	۰/۷	۰/۳۹-	۰/۹	۰/۲۷-	۰/۸	۰/۵۷	۰/۷
بخش محل خدمت	مراقبت‌های ویژه	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-
	بستری اورژانس	۳/۲۵-	۰/۵	۳/۲۷-	۰/۶	۰/۲۰-	۰/۹	۰/۳۷-	۰/۸
	جراحی مردان	۶/۳۸-	۰/۲	۷/۰۱-	۰/۲	۱/۶۷-	۰/۴	۲/۵-	۰/۲
	داخلی زنان	۲/۱۴	۰/۷	۱/۵۴-	۰/۸	۱/۱-	۰/۶	۰/۲۰-	۰/۹
	داخلی مردان	۲/۰۲-	۰/۷	۲/۷۱-	۰/۶	۱/۹۵-	۰/۳	۲/۱-	۰/۳
گروه سنی (سال)	کمتر از ۲۸	رفرنس	-	-	-	رفرنس	-	-	--
	بیشتر از ۲۸	۱/۸۱-	۰/۶	-	-	۱/۹۶	۰/۱		-
سابقه خدمت	کمتر از سه سال	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-	رفرنس	-
	بیشتر از سه سال	۰/۲۲	۰/۹	۰/۵۰	۰/۹	۲/۳۷	۰/۰۶	۲/۲۲	۰/۲
سابقه مراقبت از بیماران کووید	کمتر از ۷ ماه	رفرنس	–	–	–	رفرنس	-	-	--
	بیشتر از ۷ ماه	۳/۲۷	۰/۳	–	–	۱/۳۱	۰/۳	-	-

نتایج رگرسیون چند متغیره نشان داد که میان اطلاعات مردم‌شناسی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، موقعیت بیمارستان محل خدمت، مدرک تحصیلی، نوع وضعیت استخدامی، بخش محل خدمت، گروه سنی، سابقه خدمت و سابقه مراقبت از بیماران کووید با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود ندارد (جدول ۳).

بین سلامت اجتماعی با متغیرهای مردم‌شناسی پرستاران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ولی در ارتباط با ابعاد سلامت اجتماعی، میزان مشارکت اجتماعی متأهلین به‌طور معنی‌داری ($P = 0.003$) بیشتر از افراد مجرد بود. علاوه بر این میزان سابقه خدمت پرستاران با بعد پذیرش اجتماعی ارتباط معنی‌داری ($P = 0.05$) وجود دارد و سابقه خدمت بیشتر از سه سال باعث پذیرش اجتماعی بیشتر می‌شود.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران و ارتباط بین این دو متغیر انجام شد. اولین یافته‌هایی که از این پژوهش به دست آمد نمره کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران بود که به ترتیب ۲۲/۹ ± ۶۷/۵ و ۸/۶ ± ۶۴/۸ محاسبه شدند، همچنین در این پژوهش معنی‌داری ارتباط بین دو متغیر مذکور نشان داده شد. علاوه بر این میزان سابقه خدمت پرستاران با بعد پذیرش اجتماعی ارتباط معنی‌داری ($P = 0.05$) وجود دارد و سابقه خدمت بیشتر از سه سال باعث پذیرش اجتماعی بیشتر می‌شود. طبق اطلاعات هر دو پرسشنامه نمرات به‌دست‌آمده از این پژوهش برای سلامت اجتماعی و کیفیت زندگی در سطح متوسط و رو به بالا قرار داشته و بایستی همچنان برای تقویت آن برنامه‌ریزی و اقدامات بیشتری صورت گیرد. استم و همکاران در سال ۲۰۱۶ بیان کردند که کیفیت زندگی به‌عنوان درک عاطفی هر فرد از کار خود می‌باشد که توسط دو پارامتر رضایتمندی ناشی از شفقت (CS)[1] و خستگی ناشی از شفقت (CF)[2] تعریف می‌شود. رضایت از شفقت لذتی است که از کار کردن به دست می‌آید که پرستاران را به مراقبت از بیماران سوق می‌دهد (۱۷). درصورتی‌که خستگی شفقت یک ناراحتی عاطفی است که می‌تواند توسط مراقبانی که تماس مداوم با بیماران مضطرب یا آسیب‌دیده دارند تجربه کنند (۱۸) که به‌طورجدی بر سلامت جسمی و روانی پرستاران تأثیر می‌گذارد و علاقه آن‌ها به همدلی با دیگران را کاهش می‌دهد و درنتیجه تمایل آن‌ها برای کمک به دیگران را مختل می‌کند (۱۹). علاوه بر این فرسودگی شغلی یک واکنش عاطفی منفی به شغل فرد است که ناشی از قرار گرفتن طولانی‌مدت در یک محیط کاری پراسترس ایجاد می‌شود (۲۰). در مطالعه ژانگ و همکاران (۲۰۱۸) مشخص گردید که سن، سطوح تحصیلات، جنسیت، مدت خدمت، شناخت معنادار، تجربه کاری، مشاغل شغلی، رضایت شغلی و زمان تماس با مشتریان به‌طور قابل‌توجهی با CS، CF و همچنین فرسودگی شغلی مرتبط است (۲۱). میزان رضایت از شفقت در زمان همه‌گیری کرونا در پرستاران مختلف در نقاط مختلف دنیا نیز با هم یکسان نبود. به‌عنوان‌مثال این پارامتر که از عوامل مهم در کیفیت زندگی است در پرستاران کشورهای چین، اسپانیا، کره جنوبی، عربستان سعودی، مصر و پرتغال متفاوت بود. به‌طوری‌که میزان رضایت از شفقت در پرستاران چین، اسپانیا و ایتالیا بیشتر از دیگر کشورها بود. این موضوع ممکن است به دلایل زیر مرتبط باشد اولاً، نشان داده شده است که پرستاران بالینی که در کشورهای سطح رضایت خوب شاغل بودند، در طول همه‌گیری احساس مسئولیت متوسط یا شدید داشتند؛ لذا پرستاران با وظایف و مسئولیت حرفه‌ای قوی سطوح بالاتری از کیفیت زندگی را نشان دادند. در مطالعه کنونی میزان کیفیت زندگی متوسط به دست آمد. درصورتی‌که در مطالعه نیو و همکاران (۲۰۲۰) این میزان سطح بالاتری را نشان داد. یکی از علت‌هایی که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر خود قرار دهد میزان فعالیت در بخش COVID-19 می‌باشد. زیرا در نظرسنجی آن‌ها، ۶۸/۱ درصد از پاسخ‌دهندگان کمتر از یک ماه در خط مقدم مقابله با همه‌گیری کار کرده بودند و ازاین‌رو کمتر تحت تأثیر کووید-۱۹ قرار گرفتند که احتمالاً بر میزان کیفیت زندگی آن‌ها نیز مؤثر بوده است. علاوه بر این دولت چین و بخش‌های مختلف جامعه به روش‌های

[1] compassion satisfaction
[2] compassion fatigue

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

مختلف از پرستاران شاغل در بخش COVID-19حمایت، کمک و تمجید کرده‌اند (۲۲). گزارش شده است که قدردانی و حمایت از کار پرستاران می‌تواند حس موفقیت شخصی و هویت حرفه‌ای را افزایش دهد، کیفیت زندگی و رضایت از شفقت را بهبود و خستگی شفقت را کاهش دهد (۲۳).

یکی از پارامترهایی که می‌تواند در کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بخش COVID-19مؤثر باشد میزان اضطراب پرستاران می‌باشد. در این رابطه محمدزاده و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که اضطراب کیفیت زندگی پرستاران COVID-19 را کاهش می‌دهد. لذا به‌منظور افزایش کیفیت زندگی پرستاران در طول همه‌گیری COVID-19، طراحی و اجرای برنامه‌هایی برای کاهش اضطراب COVID-19 آن‌ها توصیه می‌شود (۲۴). در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در پرستاران مرد و زن اختلاف معنی‌داری نشان نداد. در این رابطه پژوهش انجام‌شده توسط محمد زاده و همکاران (۲۰۲۲) جنسیت پرستاران شاغل در بخش COVID-19 بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیرگذار است. آن‌ها اعتقاد داشتند که پرستاران مرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۲۴). درحالی‌که نتایج مطالعات مختلف نشان داد هیچ رابطه آماری معناداری بین جنسیت و کیفیت زندگی وجود ندارد (۴, ۲۵, ۲۶). بااین‌حال در مطالعه‌ای دیگر توسط پشیب و همکاران (۲۰۱۶) نشان داده شد که زنان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به مردان برخوردارند (۲۷). درحالی‌که نصیری و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که مردان کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان دارند. در خصوص پایین بودن کیفیت زندگی در پرستاران زن می‌توان به نقش‌های متعدد آن‌ها اشاره کرد که مسئولیت‌های متعددی را در زندگی روزمره به آن‌ها تحمیل می‌کند. پرستاران زن علاوه بر مسئولیت‌های شغلی خود باید در طول روز به امور شخصی، خانوادگی خود نیز رسیدگی کنند (۲۸). علاوه بر این مراقبت از کودکان نیز کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۹). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۸) نیز میانگین نمره سلامت اجتماعی پرستاران ۶۶/۱۱ به دست آمد که تقریباً برابر با نمره به‌دست‌آمده از این پژوهش بود (۹). میزان درامد ماهیانه یکی دیگر از عواملی است که کیفیت زندگی پرستاران را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. نتایج مطالعه محمدزاده و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که پرستاران با درآمد پایین از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند (۲۴). علاوه بر اینشفیع پور و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که کفایت درآمد بر کیفیت زندگی کاری تأثیر می‌گذارد (۲۵). درحالی‌که مقرب و همکاران (۲۰۱۳) اذعان کردند که درآمد ماهانه بر کیفیت زندگی کاری تأثیر نمی‌گذارد (۲۶). بااین‌حال، نتایج مطالعات قبلی در ارتباط با میزان درآمد متناقض است و این ممکن است به دلیل تفاوت در جمعیت هدف یا طراحی روش‌شناختی آن‌ها باشد. در مطالعه‌ای که اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۳) بر روی پرستاران بیمارستان فاطمیه شبستر انجام دادند، میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران ۶۲ به دست آمد که آن نیز نزدیک به نمره به‌دست‌آمده حاصل از این پژوهش (۶۷/۵) بود (۳۰). در مطالعه‌ای که حائری و همکاران (۱۳۹۴) که بر روی ۲۵۷ نفر از کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام داده بودند، سلامت اجتماعی ٪۵۱/۷ از افراد شرکت‌کننده متوسط (بین ۴۷ تا ۷۴) گزارش شد که این پژوهش هم نتایجی مشابه با مطالعه حاضر را نشان می‌دهد (۱۱).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

نتایج مطالعه نشان‌دهنده ارتباط بین کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستاران در دوران کرونا می‌باشد و وضعیت تأهل و داشتن سابقه خدمت بر سلامت اجتماعی پرستاران تأثیر دارد. نتایج این مطالعه می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا با کاهش حجم کاری، به حداقل رساندن ساعات کاری، بهبود رضایت شغلی و پاداش‌های اختصاصی، کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی پرستارانی که با کووید ۱۹ مبارزه می‌کنند را بهبود بخشند.

استفاده از پرسشنامه خود ایفا و بارکاری زیاد پرستاران در پاسخگویی به سؤالات از محدودیت‌های احتمالی پژوهش بودند که برای رفع آن، پرسشنامه در زمان‌هایی میان پرستاران توزیع شد که حجم کاری کمتری بود. همچنین قبل از توزیع پرسشنامه، به شرکت‌کنندگان در خصوص پایبندی به اصل محرمانگی پژوهش و عدم افشای اطلاعات آنان توضیحات لازم داده شد، همچنین در ابتدای هر پرسشنامه توضیحات لازم در خصوص هدف از انجام پژوهش و اصل محرمانه ماندن اطلاعات، به‌صورت نوشتاری به کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه شد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از رساله مقطع کارشناسی ارشد انجام‌شده در دانشگاه علوم پزشکی ایلام می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه و مدیران و پرستاران شاغل در بخش COVID-19 بیمارستان‌های آموزشی شهر ایلام و تمام کسانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1.Farahaninia M, Ehyaei P, Ahmadi Z, Haghani H. Relationship Between Nurses' Social Health and Quality of Life. Journal of Client-Centered Nursing Care. 2019;5(2):131-40.

2.Jannati Y, Mohammadi R, Seyedfatemi N. Iranian clinical nurses' coping strategies for job stress. Journal of occupational health. 2011;53(2):123-9.

3.King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives: Jones & Bartlett Publishers; 2011.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

4.ALAF JM, Parandeh A, Ebadi A, HAJI AZ. Comparison of life quality between special care units and internal-surgical nurses. 2010.

5.Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. Journal of nursing care quality. 2003;18(2):151-8.

6.Naz S, Hashmi AM, Asif A. Burnout and quality of life in nurses of a tertiary care hospital in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2016;66(5):532-6.

7.Riediker M, Koren HS. The importance of environmental exposures to physical, mental and social well-being. International journal of hygiene and environmental health. 2004;207(3):193-201.

8.Fernández-Abascal EG, Martín-Díaz MD. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. Frontiers in psychology. 2015;6:317.

9.Mohammadi A, Kheftan P, Amirpour B, Sepidehdam MA, Gholami Jam F. Self-Efficacy relationship with social health among nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2018;6(1):72-9.

10.Keyes CL, Shapiro AD. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. How healthy are we. 2004:350-72.

11.Haery SM, Tehrani H, Olyaeimanesh A, Nedjat S. Factors influencing the social health of employees of the ministry of health and medical education in Iran. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;3(4):311-8.

12.Mazhari K, Borjali A, Moatamedy A. The Relationship of Corona Anxiety and Health Concern with Quality of Life: Mediating Role of Resilience in Nurses. Journal of Industrial and Organizational Psychology Studies. 2021;8(2).

13.Iran H, Hamedan I. Predicting Corona Stress Based on Coping Strategies, Quality of Life and Psychological Well-being of Nurses. Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article. 2022;11(1).

14.Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine. 1998;28(3):551-8.

15.Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life Research. 2004;13:299-310.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

16. Ahari M. Studing the level of social health among Azad university and Payame Nour university students in Ahar. 2016.

17.Stamm B. Comprehensive bibliography of documents specifically using the ProQOL measure. Pocatello, ID: Center for Victims of Torture. 2016.

18.Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring compassion fatigue. Clinical social work journal. 2007;35(3):155-63.

19.Zucker R. Pushing through solid rock: Words of wisdom for clinicians from four patients with life-threatening conditions. Journal of clinical psychology. 2002;58(11):1411-20.

20.Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. Work & stress. 2009;23(3):244-63.

21.Zhang YY, Han WL, Qin W, Yin HX, Zhang CF, Kong C, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. Journal of nursing management. 2018;26(7):810-9.

22.Niu A, Li P, Duan P, Ding L, Xu S, Yang Y, et al. Professional quality of life in nurses on the frontline against COVID-19. Journal of nursing management. 2022.

23.Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. Journal of Nursing scholarship. 2015;47(6):522-8.

24.Mohamadzadeh Tabrizi Z, Mohammadzadeh F, Davarinia Motlagh Quchan A, Bahri N. COVID-19 anxiety and quality of life among Iranian nurses. BMC nursing. 2022;21(1):1-10.

25.Shafipour V, Momeni B, Yazdani Charati J, Esmaeili R. Quality of working life and its related factors in critical care unit nurses. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(142):117-26.

26.Reyasi H. Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences, 2012. Modern Care Journal. 2013;10(1).

27.PASHIB M, ABBASPOUR S, TADAYON H, KHALAFI A. Quality of professional life among nurses of hospitals in Torbat Heydariyeh city in 2016. 2016.

28.Nasiry Zarrin Ghabaee N, Talebpour Amir F, Hosseini Velshkolaei M, Rajabzadeh R. Quality of life and its relationship to the Job stress in among nursing staff in Hospitals of Sari, in 2015. Journal of nursing education. 2016;5(2):40-8.

29.Jafari Roodbandi A, Farahbakhsh S, Rezaei H. The investigation of occupational and demographic factors effective on the quality of life of nurses and nurse aides working in

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]

Teaching Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2014. Iranian Journal of Ergonomics. 2016;4(3):33-40.

30.Esmaeili M, HusseinZadgan F, Jasemi M, Dabaghi Ghalea I, Savari G, Mahboby M. The Relationship between Job Satisfaction and the Quality of Life in Nurses of Shabestar Fatemiyye Hospital In 2015. Journal of Education and Ethics in Nursing. 2015;4(2):25-32.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-09-08]