

مطالعه جامعه‌شناختی تهدیدات و فرصت‌های شیفت کاری در کادر درمان متاهل بیمارستان‌های شهر تهران

سمیرا حسمه^۱اصغر محمدی^{۲*}اسماعیل جهانبخش^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۱۴

چکیده

شیفت کاری پدیده‌ای چندبعدی است که علاوه بر بهبود و وضعیت اقتصادی فرد شیفت کار با ایجاد اختلالات خانوادگی و فردی به‌عنوان یکی از چالش‌های تأثیرگذار بر کیفیت زندگی پرسنل کادر درمان بیمارستانی مطرح است. پرسنل کادر درمان از جمله گروه‌های شاغل هستند که به‌دلیل شیفت کاری نسبت به سایر افراد بیشتر در معرض اختلالات فوق هستند. هدف این پژوهش مطالعه جامعه‌شناختی تهدیدات و فرصت‌های مرتبط با شیفت کاری کارکنان متاهل کادر درمان در بیمارستان‌های شهر تهران براساس معادلات ساختاری است. پژوهش حاضر به‌روش تحلیلی، از نوع همبستگی در جامعه آماری کادر متاهل درمانی بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۶ انجام شد که ۵۹۳ نفر از آن‌ها به‌روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه محقق ساخته با استفاده از دیگر تحقیقات بود که پایایی آن توسط افراد خبره به صورت صوری و روایی آن توسط تکنیک تحلیل عاملی تأییدی (ایموس) با بار عاملی ۰/۳ و بالاتر مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل‌های آماری براساس معادله ساختاری در برنامه SPSS و AMOS انجام یافت. مقادیر رگرسیونی مدل ساختاری نشان داد زندگی شیفت کاری بیشترین اثر را به میزان ۰/۵۶- بر متغیر امید به آینده و کمترین اثر را به میزان ۰/۲۲- بر متغیر قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی دارد. نتایج بیانگر تأثیر معنی‌دار شیفت کاری بر ازخودبیگانگی، سلامت اجتماعی، ارتباطات درون خانوادگی، نظارت‌های درون خانوادگی، قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی، گرایش به طلاق و امید به آینده در سطح ۹۹ درصد ($p < 0/001$) بود.

کلید واژه‌ها: شیفت کاری، زندگی خانوادگی، کادر درمان.

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، گرایش بررسی مسائل اجتماعی ایران، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

۲. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

۳. استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

۱. مقدمه و بیان مسئله

عامل انسانی مهم‌ترین و مؤثرترین عامل در موفقیت‌های اقتصادی و غیراقتصادی، فنی و غیرفنی هر سازمان است که نقش کلیدی در ارائه خدمات و تولید دارد. منابع انسانی به شکل‌های مختلف، بر کارایی و اثربخشی مدیریتی هر سازمانی اثر دارند (صنوبری، ۱۳۸۸: ۱۲۰). توسعه جامعه که از قرن ۱۹ با اختراع ماشین بخار توسط جیمز وات کلید خورد موجب مهاجرت مردم، رشد شهرنشینی، توسعه کارخانه‌ها و در نهایت شکل‌گیری نظام‌های جدید شغلی مانند شیفت‌کاری^۱، مشارکت شغلی و دورکاری شده است (آشفته تهرانی: ۱۳۸۹: ۲۰). گرچه تأثیر منفی شیفت‌کاری بر سلامت انسان ثابت شده، اما نیازهای اقتصادی، تغییر سبک زندگی و پیشرفت صنایع تکنولوژیکی وجود چنین روش کاری را ضروری کرده است (جانسن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). شیفت‌کاری پدیده‌ای اجتماعی با ریشه تاریخی است که امروزه نیز به دلایل اقتصادی و فناوری‌های نوین در بسیاری از فعالیت‌های صنعتی، اقتصادی و خدماتی مانند خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد (کاووسی و همکاران، ۱۳۹۶: ۴، کاکویی و همکاران، ۱۳۸۸: ۴۸). سازمان بین‌المللی کار در سال ۱۹۹۰ شیفت‌کاری را روشی برای سازمان‌دهی زمان کار براساس جایگزینی کارگران در محیط کار به‌جای یکدیگر جهت فعالیت بیشتر بخش‌های تولیدی و خدماتی توصیف نموده است (اوزاکی^۳ به نقل از سازمان بین‌المللی کار، ۱۹۹۹: ۱۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد تقریباً ۱۷ درصد کارگران تمام‌وقت به‌صورت شیفت‌کاری در مشاغل خدماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی مشغول به کار هستند (بیرز^۴، ۲۰۰۰). در ایران نیز صنایعی چون نفت، پتروشیمی، سیمان و معادن در بخش تولیدی، بیمارستان‌ها، فرودگاه‌ها، نیروی انتظامی و زندان‌ها در بخش خدماتی از این روش کاری بهره‌مندند (اسماعیلی، ۱۳۸۹: ۵۴). بیمارستان‌ها از سازمان‌های مهم در مراقبت‌های درمانی هر جامعه هستند که ضمن پیچیدگی روابط آن‌ها با جامعه انسانی به‌واسطه آسیب‌دیدگی و مسائل خاص شغلی ناشی از شیفت‌کاری از دیدگاه جامعه‌شناسی نیز موردتوجه هستند (محسنی، ۱۳۹۴: ۲۷۲ - ۲۷۳). فیشر^۵ در سال ۲۰۰۳ طی برخی مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داد که در اثر اختلال در ریتم‌های سیرکادین بدن، بیماری‌های مختلفی مانند مشکلات خواب، اختلالات گوارشی، قلبی - عروقی، ذهنی - روانی و اسکلتی - عضلانی پرسنل شیفت‌کار را

-
1. Shift work
 2. Jonson
 3. Ozaki
 4. Beers
 5. Fisher

تهدید می‌نماید. بررسی‌های دیگر محققین حاکی از وجود عوامل تنش‌زای متعدد شغلی مانند درگیری با همکاران، تماس مکرر با رنج و مرگ بیماران، کمبود منابع حمایتی، عدم امنیت شغلی، کمبود وقت برای کارهای شخصی و خانوادگی و مسئولیت‌های حرفه‌ای در افراد شیفت‌کار است (مایورید، ۲۰۰۰: ۱۸). ضمن آن‌که درجه تأثیر عوامل تنش‌زا به‌علت متفاوت بودن شرایط کاری و مسئولیت افراد متفاوت است (اسفندیاری، ۱۳۸۱: ۷۶). برای مثال پرسنل بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل، سطوح بالاتری از حالت اضطراب و کمبود وقت را در مقایسه با پرسنل دیگر بخش‌ها تجربه می‌کنند (پیامی بوساری، ۱۳۷۴: ۱۱)؛ بنابراین در چنین محیط‌هایی اثرات سوء شیفت‌کاری در ترکیب با تنش‌های چندگانه محیط کار به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بیشتر و باعث تحمیل اثرات منفی بسیاری بر سلامت افراد می‌شود (مونک و فولکارد، ۱۳۹۲: ۶۷-۶۸). یکی دیگر از جنبه‌های مهمی که شیفت‌کاری آثار مخربی بر آن داشته، زندگی خانوادگی است که این آثار به‌صورت تعارضات زناشویی رخ می‌نماید و بهداشت روانی و جسمی زن و شوهر و فرزندان و سلامت خانواده را تهدید می‌کند (نعیمی، ۱۳۹۱: ۴۹). تحقیقات نشان داده وجود تعارضات زناشویی و افزایش آن، منجر به مشکلات سلامت جسمی و روانی خانواده، بروز نشانه‌های افسردگی و مقدمات طلاق و جدایی می‌گردد (یانگ و لانگ، ۲۰۰۸: ۷۸).

داشتن شغل یکی از منابع مهم تأمین نیازهای مادی و معنوی افراد است که نقش مؤثری در ارتقا و افزایش اعتماد به‌نفس فرد شاغل دارد. محیط کار شامل محرک‌های مختلف فیزیکی، فکری و اجتماعی است که ترکیب هر کدام از آن‌ها موجبات فراهم آمدن (نیامدن) تنیدگی و تنش برای شخص می‌شود. کادر درمان از سطح بالای تنش و مسئولیت‌پذیری برخوردار هستند که در معرض انواع بیماری‌ها، آسیب‌ها و مسائل شغلی قرار دارند. شیفت‌کاری یکی از مشکلات کاری و خانوادگی کادر درمان است و شیفت‌کاران به‌عنوان هسته اصلی ارتباطی بیمارستان با بیمار در کسب اهداف بالای سازمانی از یک سو در معرض تعارضات خانوادگی و از سوی دیگر در معرض تعارضات کیفیت کار می‌باشند. لزوم دقت بالای شیفت‌کاران و جبران‌ناپذیری قصورهای احتمالی ناشی از تنیدگی نقش‌ها، بارکاری زیاد و توقعات دوسویه کار - خانواده لزوم پرداختن به این امر را حائز اهمیت می‌سازد. به‌عبارت‌دیگر آسودگی خاطر فرد شیفت‌کار از مشکلات و چالش‌های کاری و خانوادگی سبب

1. Mauried
2. Monk and folkard
3. Yang and Long

تمرکز ذهن و حواس بر انجام صحیح کار و کاهش اشتباهات کاری در مقایسه با پرسنل دارای تعارضات بالای کار - خانواده می‌شود. بررسی‌های اولیه نشان داد تأثیر شیفت‌کاری بر برون‌دادهای زندگی خانوادگی و عوامل فردی به تفکیک کادر درمانی بیمارستانی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. همچنین بررسی‌ها نشان داد تحقیق خاصی پیرامون فرصت‌های شیفت‌کاری انجام نگرفته و صرفاً در قانون کار در خصوص اضافه پرداخت و مزایا شیفت‌کاری و شب‌کاری مباحثی مطرح است. با توجه به ضرورت پژوهش در حوزه مسائل کار و خانواده و نیاز به آن با توجه به مشکلات اقتصادی جامعه، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در این خصوص و چالش‌های مربوط به آن مفید باشد. لذا هدف از این مطالعه، ارائه راه‌کارهای سازنده کاربردی است که سعی در افزایش عملکرد پرسنل و کاهش تنش و دل‌زدگی از کار و خانواده دارد؛ بنابراین در این پژوهش سعی شده تا تأثیر شیفت‌کاری در از خودبیگانگی، سلامت اجتماعی، ارتقاء با طات درون خانواده‌ای، نظارت‌های درون خانواده‌ای، قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی، گرایش به طلاق و امید به آینده پرسنل کادر درمان در سطح پزشکان، پرستاران، ماماها، کمک پرستاران، تکنسین‌های اتاق عمل، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی بیمارستان‌های تهران مورد بررسی قرار گیرد.

۲. پیشینه تحقیق

کاروان و مرادی (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای به "شناخت رابطه بین درک عدالت سازمانی و اخلاق کاری مورد مطالعه: کارکنان سیمان استان ایلام" پرداختند. نتایج مطالعات نشان داد که هر چه میزان عدالت و توجه به پرسنل در همه سطوح سازمان بالاتر باشد وجدان کاری، مسئولیت‌پذیری، پشتکار و در نهایت بهره‌وری سازمانی بالاتری را در میان پرسنل شاهد خواهیم بود. ریانی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان "ارتباط بین تعارض کار - خانواده و رضایت زندگی در پرستاران و ماماها بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زابل" نشان دادند رابطه بین رضایت از زندگی با تعارض کار - خانواده معکوس و معنی‌دار است از دیگر نتایج می‌توان به میزان رضایت بیشتر ماماها نسبت به پرستاران اشاره کرد. نصر اصفهانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه "تأثیر سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی پرستاران بیمارستان شریعتی تهران" نشان دادند سرمایه اجتماعی بر احساس مؤثر بودن و شایسته بودن افراد در سازمان اثر مثبت دارد. حائری و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی "عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی ۲۵۷ نفر از کارکنان ستادی شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" پرداخته‌اند و نتایج نشان از سلامت

اجتماعی متوسط بیش از نیمی از کارکنان دارد. میهن‌دوست یگانه و خرم‌آبادی (۱۳۹۴) در مطالعه فرسودگی شغلی ۱۷۰ نفر از کارکنان ارتباط معکوس و معنی‌داری از امید به زندگی با فرسودگی شغلی ۱۷۰ کارکنان شبکه بهداشت شهرستان بهار همدان را گزارش نمودند. میرزایی (۱۳۹۳) در بررسی "مقایسه‌ی تعارض‌های زندگی زناشویی و کیفیت زندگی پرسنل شیفت روزکار، عصرکار و شب‌کار بیمارستان‌های شهر تهران" نشان داد بین تعارض‌های زندگی زناشویی و کیفیت زندگی کاری با شیفت‌های کاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد و وضعیت کارکنان روزکار نسبت به دو گروه دیگر بهتر است. نبوی و شهریاری (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "علل و پیامد تعارض کار خانواده و بررسی بیگانگی از کار به‌عنوان یکی از پیامدهای آن" گزارش کردند انتظارات نقش‌کاری و ابهام نقش‌کاری از طریق تعارض کار - خانواده بر بیگانگی از کار مؤثر است. کنگاوری و سرانجام (۱۳۹۳) و فرحناکی و همکاران (۱۳۹۳) در دو پژوهش جداگانه به بررسی میزان مشکلات و عوامل مؤثر بر نوبت‌کاری در پرستاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان‌های آموزشی ایلام پرداختند. نتایج آنان نشان داد بیشترین میزان شیوع مشکلات به اختلالات زندگی اجتماعی و کمترین میزان شیوع مشکلات به اختلالات قلبی و عروقی مربوط بود. ثابتی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان "بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی بر کاهش تعارضات کار - خانواده پرستاران زن در بیمارستان شهید بهشتی شهرستان کاشان" نشان دادند بین ساعات کاری زیاد و بروز تعارضات کار - خانواده و عدم ارتباطات و نظارت خانوادگی ارتباط معناداری وجود دارد.

نورانی سعدالدین و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای به بررسی "رابطه استرس شغلی و شادمانی در ماما‌های شاغل در بیمارستان و مراکز بهداشتی شهر مشهد در سال ۱۳۹۲" پرداخته‌اند. نتایج نشان داد استرس شغلی و عدم توان مقابله با فشارهای شغلی باعث کاهش احساس شادمانی، تهدید سلامت روانی و در نهایت عدم برقراری تعادل بین زندگی کاری و شغلی موجبات ازخودبیگانگی را در ماما‌های شاغل در زایشگاه فراهم می‌آورد.

اصغری و همکاران (۱۳۹۲) در بررسی اختلالات و مشکلات ناشی از نوبت‌کاری در کارگران یکی از صنایع خودروسازی نشان دادند که بالاترین میزان شیوع مشکلات نوبت‌کاری مربوط به اختلال در زندگی خانوادگی، فردی و اجتماعی بود. هم‌چنین مشخص شد خدمت داوطلبانه در شیفت‌کاری، وجود برنامه کاری منظم چرخشی، آموزش شیفت‌کاران نسبت به مخاطرات شغلی از راه‌های کاهش اثرات نامطلوب شیفت‌کاری است. حاتم و همکاران (۱۳۹۲) بیشترین

میزان تعارض کار - خانواده و از خودبیگانگی را در کارکنان بخش‌های بالینی بیمارستان شهید فقیهی شیراز در مقایسه با کارکنان بخش‌های غیربالینی گزارش نمودند. عسگری و همکاران (۱۳۹۱) میزان رضایت شغلی تکنسین‌های اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنان بیان‌گر کم بودن میزان رضایت شغلی به واسطه وجود عوامل بازدارنده اداری، کمبود امکانات برای استفاده از فرصت‌های ارتقاء شغلی و وجود عوامل بازدارنده فردی نظیر متأهل بودن برای ادامه تحصیل بود. بلشیده و همکاران (۱۳۹۱) با بررسی نقش میانجی‌گر تعارض کار - خانواده در رابطه میان تعارض بین کارکنان و بارکاری در پرستاران زن بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اهواز به این نتیجه رسیدند که بارکاری سنگین باعث ایجاد احساسات ناخوشایند در پایان روز، وقوع عصبانیت و کناره‌گیری در محیط خانه، کاهش اثربخشی افراد در خانه و فرسودگی کارکنان می‌شود.

میر محمدی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای میدانی، خواب‌آلودگی پرستاران را در قالب اثرات منفی شیفت‌کاری بر عملکرد و سلامت و کیفیت زندگی پرستاران شیفت‌کار بررسی نمودند و بروز عوارض جسمانی و روانی در آن‌ها را گزارش نمودند. سبک‌رو و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی تعارض کار - خانواده و قصد ترک خدمت پرسنل پرداختند نتایج نشان داد به شرط حمایت سازمان پرسنل می‌توانند درصد کاهش مشکلات ناشی از تعارض نقش‌ها برآیند. خاقانی‌زاده و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی تنش شغلی و کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح را مطالعه کردند. نتایج آنان نشان داد که رضایت شغلی و کیفیت زندگی کاری کارکنان به‌طور مستقیم بر توانایی سازمان برای خدمت‌رسانی مناسب اثر دارد. ملکی‌ها و همکاران (۱۳۸۷) سطح درک تعارض کار - خانواده را مورد بررسی قرار دادند. نتایج آنان همبستگی مثبت بین تعارض کار - خانواده با وضعیت تأهل، سابقه خدمت و تعداد فرزندان افراد را نشان داد. ضمن آن که تفاوت معنی‌داری از نظر سطح درک تعارض بین کارکنان ثابت و شیفت در گردش مشاهده شد و پرسنل شیفت در گردش میزان بیشتری از تعارض را تجربه نموده‌اند. زمانیان و همکاران (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی اختلالات روحی - روانی، اختلالات در زندگی اجتماعی، اختلالات قلبی - عروقی پرداخته‌اند و نتایج نشانگر میزان بالای این اختلالات در پرسنل شیفت‌کار بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز بوده است. قهرمانی و همکاران (۱۳۸۶) آثار روان‌شناختی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی نوبت‌کاری را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج آنان نشان داد شیفت‌کاران دارای مشکلات جسمی، عاطفی، خانوادگی و اجتماعی هستند. مواظبت از فرزندان

در طول روز و حقوق و مزایای بالای آن نسبت به کار روزانه از جمله دلایل ادامه شیفت کاری است. نظریور و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای به بررسی سلامت روان پرستاران زن در شیفت‌های مختلف کاری در بیمارستان‌های دولتی اهواز پرداختند. نتایج آنان حاکی از رابطه معنادار بین افزایش میزان شیفت کاری و کاهش سلامت روانی، جسمانی در میان شیفت‌کاران بود. چوبینه و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای به "بررسی مشکلات ناشی از نوبت کاری در تکنسین‌های اتاق عمل" پرداخته‌اند که نتایج نشان داد پرسنلی که شیفت کاری را به‌طور اختیاری انتخاب می‌کنند از رضایت شغلی بالاتری برخوردارند و اثرات نامطلوب کمتری در حیطه فعالیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی را تجربه می‌کنند. باقری و ولیزاده زارع (۱۳۸۵) عوارض نامطلوبی از شیفت کاری در قالب کاهش چشم‌گیر سطح هوشیاری و بروز حملات خواب و در نتیجه کاهش سطح سلامتی در پرستاران شیفت عصر و شب نسبت به پرستاران شیفت صبح را گزارش نمودند.

تحقیقی^۱ و همکاران (۲۰۱۷) با انجام پژوهشی با عنوان تأثیر شیفت کاری بر عملکرد روان شناختی و انعطاف‌پذیری پرستاران نشان دادند شیفت کاری و چرخش آن در عملکرد پرستاران بر زندگی شغلی، فردی و خانوادگی آنان اثر دارد. در همین راستا فری^۲ و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر شیفت کاری بر سلامت روانی و جسمانی پرستاران بیمارستانی در بخش شمالی ایتالیا را مطالعه نمودند. نتایج آنان حاکی از تفاوت معنی‌دار کمترین رضایت شغلی، کیفیت خواب، خستگی مزمن، علائم روان شناختی و مشکلات قلبی و عروقی پرستاران شب‌کار در مقایسه با پرستاران روز کار و بیشترین میزان تضاد و نارضایتی شغلی در پرستاران شیفت چرخشی شب بود. بارنس^۳ و همکاران (۲۰۱۰) نیز در پژوهشی شیفت کاری زیاد و کار در ساعات نامتعارف را عامل عدم تعادل بین زندگی کاری و زندگی خانوادگی و بروز نارضایتی خانوادگی گزارش کردند. سوزوکی^۴ و همکاران (۲۰۰۹) اثرات نامطلوبی از شیفت کاری به‌عنوان یک عامل زیان‌آور در محیط کار برای پرستاران شیفت‌کار کشور ژاپن را بر بهره‌وری سازمانی، زندگی کاری، زندگی خانوادگی و اجتماعی فرد شیفت‌کار مورد مطالعه قرار دادند. بومستار^۵ و همکاران (۲۰۰۹) کیفیت زندگی پرستاران شاغل در دو شیفت کاری صبح و شب در بخش مراقبت‌های اورژانسی را مطالعه نمودند. نتایج حاکی از این بود که ۷۸ درصد از

1. Tahgheghi
2. Ferri
3. Barnes
4. Suzuki
5. Baumstar

پرستاران شیفت شب شاغل در بخش اورژانس از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند و خدمات‌دهی برای آنان طاقت‌فرسا بود. بروچ^۱ و همکاران (۲۰۰۹) رابطه معنی‌داری بین شیفت کاری، سلامت جسمانی، رضایت از کار و میزان غیبت از کار افراد شیفت‌کار گزارش نمودند. به‌گونه‌ای که سلامتی و رضایت شغلی کارکنان شب‌کار نسبت به کارکنان شیفت عصر کمتر و میزان غیبت از کار آنان بالاتر است. باون و پیتمن^۲ (۲۰۰۶) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که تعارض بین کار و خانواده سبب ایجاد از خودبیگانگی شغلی، سردرگمی و در نهایت فشار روانی افراد می‌گردد که زمینه‌ساز بیماری‌های روحی و جسمی افراد درگیر است. در پژوهش‌های کاستا^۳ (۲۰۰۱)، پرسر^۴ (۲۰۰۰)، کالیگان و روزا^۵ (۱۹۹۰)، سیمون^۶ (۱۹۹۰) و وایت و کیث^۷ (۱۹۹۰) نیز احتمال افزایش طلاق به‌واسطه کاهش میزان رضایت‌مندی زناشویی و افزایش مشکلات جنسی در اثر کاهش تماس و عدم وقت گذاشتن مناسب بین زوجین شیفت‌کار گزارش شده است. مونک و امبری^۸ (۱۹۸۱) به این نتیجه دست یافتند که اکثر شیفت‌کاران به‌ویژه شیفت‌کاران شب از انجام کار شیفتی که باعث ایجاد اختلال و بی‌نظمی در برنامه خواب و زندگی آن‌ها می‌شود ناراضی می‌باشند. این افراد به‌دلیل سازش با کار شیفتی و عدم تطبیق خود با شرایط کاری پس از مدتی دچار برانگیختگی، عدم تمرکز، برخورد با همکاران، ضعف حافظه، افزایش خطا و کاهش بهره‌وری می‌شوند. موت^۹ و همکاران (۱۹۶۵) با بررسی میزان انطباق خانوادگی - اجتماعی کارکنان با شیفت کاری نشان دادند افراد دارای شیفت ثابت از انطباق خانوادگی - اجتماعی بهتری نسبت افراد شیفت‌کاری چرخشی برخوردارند.

بررسی منابع نشان داد اکثر پژوهش‌های داخلی و خارجی انجام شده در حوزه پزشکی و روانشناسی بوده و پژوهش‌های جامعه‌شناختی کمی در جامعه درمانی صورت گرفته است. اکثر تحقیقات صورت گرفته با تأکید بر تأثیر شیفت‌کاری بر تنش و سلامت روان افراد از نوع همبستگی و تک‌علیتی است. تأثیرات چندعلیتی شیفت‌کاری مانند تأثیرات اجتماعی شیفت‌کاری، تأثیرات شیفت‌کاری بر سبک زندگی، بر روابط فرد شیفت‌کار در بیرون از محل

-
1. Burch
 2. Bowen and Pittman
 3. Casta
 4. Presser
 5. Colligan and Rosa
 6. Simon
 7. White and Keith
 8. Monk and Embrey
 9. Moot

کار با خانواده کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به این نکته که کیفیت زندگی کاری و زندگی خانوادگی به گونه‌ای منفی تحت تأثیر شیفت کاری و تحت تأثیر سختی شغل درمان‌گری و فرسودگی شغلی قرار دارد. لذا این پژوهش به دنبال نشان دادن اهمیت موضوع برای مدیران و تصمیم‌گیرندگان سازمان درمانی کشور و بیمارستان‌های مورد مطالعه است. به عبارتی دیگر این پژوهش در نظر دارد تا با ارائه پیشنهادات در خصوص شیفت کاری، زمینه‌های کاهش اثرات شیفت کاری را برای کل کادر درمان پنج بیمارستان خصوصی و دولتی شهر تهران را فراهم آورد.

۳. مبانی نظری

۳-۱. از خود بیگانگی

ماکس وبر^۱ بیگانگی را در ارتباط با دیوان‌سالاری و تمدن جدید دانسته است و معتقد است جامعه برخوردار از عقلانیت دارای خصلت خلاق و قدرتی آزادگر و رهایی‌بخش است. با کاهش و فروپاشی تدریجی این ساختار و کم شدن دلبستگی و وابستگی انسان، عقلانیت دیگر نه به عنوان عامل خلاق و نیرویی آزادگر بلکه به عنوان پدیده‌ای با خصوصیات تهدیدکننده ارزش‌ها و کنش‌های انسانی جلوه می‌نماید. این فرایند سبب مکانیزه کردن و انضباط خشک و مفرط افعال بشری و در غایت به محو و نابودی برهان و دلیل منجر می‌گردد (محسنی تبریزی، ۱۳۷۰: ۵۵). وبر برخلاف مارکس معتقد است ابزار تولید باعث بیگانگی و سردرگمی بشر نمی‌شود. بلکه ر سوخ عقلانیت در پوشش دیوان‌سالاری به جامعه موجب از خود بیگانگی می‌شود (وبر، ۱۳۷۴: ۲۵۰). به نظر مانهایم^۲ افراط در دیوان‌سالاری و عقلانی شدن زندگی اجتماعی در جامعه صنعتی و نظام سرمایه‌داری موجب تزلزل دموکراسی و ارزش‌های منتسب بدان می‌شود. این امر موجب بیگانگی و عدم استقلال انسان در جامعه صنعتی می‌شود (محسنی تبریزی، ۱۳۷۰: ۵۹).

فانس^۳ از خود بیگانگی را نتیجه احساس بی‌قدرتی، بی‌معنایی و بی‌هنجاری فرد می‌داند که در تلاش برای دستیابی به پایگاه خود دچار افت اعتماد به نفس و کناره‌گیری از ساختارهای متعلق به خود می‌شود. (شپارد، ۱۹۷۲: ۲۵). این امر منجر به ترک تعهد نسبت به فعالیت در ساختار پایگاه و کناره‌گیری روانی اجتماعی فرد به واسطه باز خورد عزت‌نفس می‌گردد. در کل

1. Max Weber

2. Mannheim

3. Fans

از خودبیبگانگی ترکیبی از احساس انزوای اجتماعی و احساس از خود بی‌زاری فرد است (صداقتی فرد و همکاران، ۱۳۹۲: ۱۳).

بلونر^۱ نیز از خودبیبگانگی را معلول یک اختلال ناشی از محیط‌های بیرونی متعدد و حالات عاطفی درونی، می‌داند که حاصل مناسبات بین کارگر و وضع اجتماعی و اقتصادی کار است (توسلی، ۱۳۷۵: ۹۷).

۳-۲. سلامت اجتماعی

واژه سلامت اجتماعی به معنی "زندگی خوب داشتن" است که بیشتر ناظر به شادی و رضایت است. کیز^۲ (۲۰۰۷) سلامت اجتماعی را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکرد و کیفیت روابط وی در اجتماع تعریف می‌کند. به نظر کیز ساختار ارتباطات مناسب اجتماعی، کیفیت سلامت اجتماعی افراد را افزایش داده و در مقابل چالش‌ها و تنگناهای ارتباطی سبب مخدوش نشدن سلامت روانی و اجتماعی افراد می‌شود (کیز و ریتزس، ۲۰۰۷: ۴۳۶).

۳-۳. امید به آینده

به نظر اسنایدر^۳ و همکاران (۱۹۹۱) امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از تصمیم‌های هدف‌دار و شیوه‌های انتخابی برای نیل به اهداف است. افراد با امید بالا دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی تولید برنامه‌هایی برای رسیدن به اهداف هستند. امید متشکل از سه جز ظرفیت آشکار و قوی انسان برای مفهوم‌سازی اهداف (تفکر هدف محور)، توجیه استراتژی‌های خاص رسیدن به اهداف (تفکر راهبردی) و ابداع و تقویت انگیزه برای استفاده از استراتژی (تفکر عامل محور) است (اسنایدر و اروینگ^۴، ۱۹۹۸: ۵۷۲). به عبارتی امید، ظرفیت ادراکی برای تولید مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و انگیزه ادراک شده برای حرکت در این مسیر است (اسنایدر، ۲۰۰۰). یالوم^۵ (۱۹۹۵)، امید را عنصری اساسی در فرایند درمان و بهداشت روان می‌داند و اعتقاد دارد افراد در شرایط ابهام و عدم قطعیت در رسیدن به اهداف، می‌توانند با توسل به راهبردهای متنوع، اراده و هدف‌مندی خود را حفظ کنند.

۳-۴. سرمایه اجتماعی

1. Blouner
2. Keyes
3. Snyder
4. Irving
5. Yalom

سرمایه اجتماعی از نظر بوردیو مجموع منابع فیزیکی قابل دسترس در شبکه نسبتاً بادوام فردی یا گروهی با ارتباطات نهادینه و آشنایی‌های دوجانبه است که با داشتن دو شاخصه اعتماد و پیوند قابل تبدیل به سرمایه اقتصادی است. سرمایه اجتماعی در کنار سرمایه‌های اقتصادی و انسانی، بخشی از ثروت ملی بوده که بستر مناسبی برای بهره‌برداری از سرمایه انسانی و فیزیکی (مادی) در نیل به موفقیت قلمداد می‌شود. در بسیاری از گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع انسانی فاقد سرمایه اقتصادی سرمایه اجتماعی توانسته با تکیه بر سرمایه انسانی موجب موفقیت شود (چلبی و حبیبی، ۱۳۷۷). از نظر کلمن^۱ سازمان اجتماعی پدیدآورنده سرمایه اجتماعی است که در کاهش هزینه‌ها و ایجاد بستری مناسب برای دستیابی به هدف‌های معین نقش دارد (کلمن، ۱۳۷۷: ۸۰). رابرت پاتنام^۲ سرمایه اجتماعی را بخشی از ویژگی‌های هماهنگ سازمان اجتماعی در تسهیل دستیابی به سود متقابل افراد می‌داند. ویژگی بازتولیدی سرمایه اجتماعی به تعامل اجتماعی، سطح بالای همکاری، اعتماد، معامله متقابل، مشارکت مدنی، رفاه اجتماعی و فقدان آن به عهدشکنی، بی‌اعتمادی، حيله و بهره‌کشی، انزوا، بی‌نظمی و رکود جوامع می‌انجامد (توسلی و موسوی، ۱۳۸۴: ۵).

۳-۵. فشار نقش

رابرت مرتون^۳، کاراسک^۴ و گود^۵ از نظریه‌پردازان فشار نقش بر افراد در اجتماع و خانواده هستند. مطابق نظر مرتون تعارض نقش‌ها ریشه در ساختار اجتماعی دارد که بیان‌گر توقعات متعارض اعضای یک مجموعه نقشی از یک پایگاه اجتماعی معین و مشابه است. بدین روی، اشخاص در هر موقعیتی با انتظاراتی مواجه هستند که پاسخ‌گویی هم‌زمان به الزامات متعدد برای افراد دشوار است. از طرفی سازمان‌ها ناپستی صرفاً تابع نظام نقشی باشند و بایستی به افراد این فرصت داده شود تا با ابداع راه‌حل‌های مشخص، مواجهه با انتظارات متعارض را به حداقل رسانده و با پشتیبانی‌های سازمان‌یافته و هنجاری، بر فشارهای وارده فائق آیند (روش بلاو و اسپنله، ۱۳۷۲: ۳۷۲). کاراسک با تأکید بر فشار نقش کاری و شرایط عینی ایجاد تعارض در کار، تعارض و تنش در کار را نتیجه قطعی ترکیبی از کنترل پایین و تقاضاهای سنگین نقش می‌داند. به اعتقاد کاراسک تعارض نقشی زمانی رخ می‌دهد که حق انتخاب فرد برای تطابق با آن تقاضاهای نقشی تحت فشار قرار گیرد (نبوی و شهریار، ۱۳۹۳: ۵۰). به

1. Coleman
2. Robert Putnam
3. Robert merton
4. Karasek
5. Good

اعتقاد گود ساختارهای جامعه متشکل از نقش‌ها و روابط نقشی است که فرد توانایی پاسخ‌گویی کامل به همه خواسته‌ها را ندارد. گود خانواده را مرکز اصلی تخصیص نقش دانسته و وجود فضای هم‌دلی در خانواده را نوعی انرژی برای ایفای نقش‌های مختلف و کاهش فشار نقش توصیف می‌نماید (رستگار خالد، ۱۳۸۲: ۵۰).

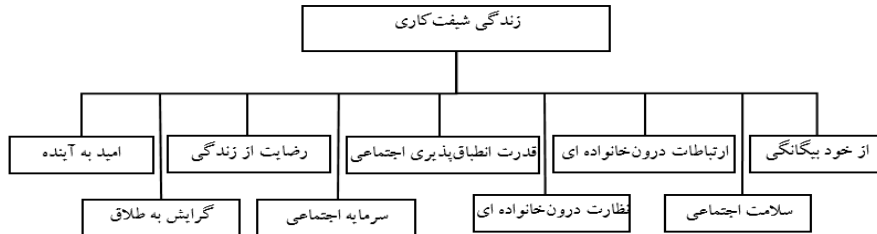
۳-۶. نظریه انگیزشی - بهداشتی هرزبرگ

نظریه انگیزشی - بهداشتی هرزبرگ بر مبنای عملکرد و رضایت شغلی افراد است. استدلال این نظریه آن است که یک شغل پر مایه به خشنودی می‌انجامد زیرا شخص را برانگیخته می‌سازد تا خوب کار کند و به حصول خشنودی نائل آید از سوی دیگر یک شغل کم‌مایه تنها می‌تواند در بهترین صورت به عدم رضایت منجر شود و در نتیجه نمی‌تواند به‌عنوان انگیزه برای عملکرد وی بکار برود هرزبرگ معتقد بود نارضایتی شغلی تابعی است از محیط کاری، سرپرستی، همکاران و زمینه کلی شغل که آن‌ها را عوامل ناراضی کننده می‌نامد و عبارتند از:

۱. امنیت شغلی، ۲. زندگی شخصی، ۳. شرایط کار، ۴. حقوق، ۵. ماهیت و میزان سرپرستی، ۶. خط‌مشی، قوانین و مقررات سازمان، ۷. روابط متقابل با همکاران، ۸. روابط متقابل با سرپرستان، ۹. روابط متقابل با زیردستان، ۱۰. مقام و موقعیت.
- هرگاه در محیط کار عوامل فوق تأمین نشود، افراد احساس نارضایتی خواهند کرد (آقازاده، ۱۳۹۵: ۸۱-۸۲).

۴. چارچوب نظری

در این مقاله ترکیبی از نظریات جامعه‌شناسی و روان‌شناسی اجتماعی جهت تحلیل نظری روابط بین متغیرها مورد استفاده قرار گرفت. به تفصیل می‌توان گفت برای بررسی متغیر از خودبیگانگی از نظریات فانس و بلونر، برای بررسی متغیر سلامت اجتماعی از نظریه کییز، برای بررسی متغیرهای ارتباطات و نظارت درون خانواده‌ای از نظریه فشار نقش شغلی کارا سک، برای بررسی متغیر قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی از نظریه هرزبرگ، برای بررسی متغیر سرمایه اجتماعی از نظریات پاتنام و بوردیو، برای بررسی متغیر رضایت از زندگی از نظریه تعارض نقش مرتون، برای بررسی متغیر گرایش به طلاق از نظریه فشار نقش گود و برای بررسی متغیر امید به آینده از نظریه اسنایدر بهره گرفته شد. ارتباط بین متغیر مستقل با متغیرهای وابسته در قالب مدل مفهومی آمده در شکل ۱ است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

با عنایت به پیشینه پژوهش و با تکیه بر چارچوب نظری کار که در شکل ۱ در قالب مدل مفهومی نشان داده شده است، فرضیه‌های زیر قابل طرح و بررسی است.

۴-۱. فرضیات

- زندگی شیف‌کاری بر ازخودبیگانگی کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر سلامت اجتماعی کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر ارتباطات درون‌خانواده‌ای کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر نظارت‌های درون‌خانواده‌ای کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر سرمایه اجتماعی کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر رضایت از زندگی کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر گرایش به طلاق کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.
- زندگی شیف‌کاری بر امید به آینده کارکنان کادر درمان بیمارستان تأثیر دارد.

۵. روش پژوهش

پژوهش حاضر براساس هدف: از نوع کاربردی، به لحاظ نوع داده‌ها: کمی و به لحاظ ماهیت: علی معلولی (تحلیل مسیر براساس معادلات ساختاری) است. کشور ایران دارای ۹۸۱ بیمارستان اعم از دولتی، خصوصی و خیریه است که پرسنل شاغل در بیمارستان‌های مذکور بالغ بر ۴۰۱۳۹۵ نفر گزارش شده است (کاملی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۱ و ۱۹). در تارنمای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شهر تهران دارای ۹۶ بیمارستان دولتی و ۷۲ بیمارستان خصوصی (<http://avab.behdasht.gov.ir/hospital>) با ۵۲۰۸۰ نفر پرسنل کادر

درمان متأهل شیفت‌کار است. در این مطالعه از اطلاعات ۴ بیمارستان دولتی امیراعلم، بهارلو، ضیاییان، میلاد و ۲ بیمارستان خصوصی عرفان و پارسا در سطح شهر تهران استفاده شد. حجم نمونه از رابطه کوکران ($d=0/04$)، ($p=0/05$ و q) و ($t=1/96$) (حافظنیا، ۱۳۸۹: ۱۴۴) ۵۹۳ نفر برآورد شد که شامل ۱۹۱ نفر کادر درمان بیمارستان خصوصی و ۴۰۲ نفر کادر درمان بیمارستان دولتی برای مطالعه انتخاب شدند. مطالعه براساس پرسش‌نامه ساخت‌مند محقق در مقیاس لیکرت^۱ با اقتباس از مطالعات دیگر محققان انجام شد. برای متغیرهای از خودبیبگانگی از پرسش‌نامه ۱۲ گویه‌ای جانسون^۲، سلامت اجتماعی از پرسش‌نامه ۶ گویه‌ای کیز^۳ و ارتباطات و نظارت‌های درون خانواده‌ای از پرسش‌نامه ۱۱ گویه‌ای یوسفی بهره‌برداری شد. به همین ترتیب در بخش قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی از ۵ گویه مطابق پرسش‌نامه قربانی، در بخش سرمایه اجتماعی از ۹ گویه مطابق پرسش‌نامه پاتنام^۴، در بخش رضایت از زندگی از ۸ گویه مطابق پرسش‌نامه اندیکت^۵، در بخش گرایش به طلاق از ۵ گویه با اقتباس از پرسش‌نامه استاندارد میل به طلاق و در بخش امید به آینده ۶ گویه با اقتباس از پرسش‌نامه اسنایدر^۶ استفاده شد. همچنین از تعدادی گویه جمعیت‌شناختی، خصوصیات فردی، نظام و زندگی شیفت‌کاری نیز استفاده شد.

برای تحلیل آمار توصیفی از نرم‌افزار SPSS و برای آمار استنباطی از مدل‌سازی معادلات ساختاری^۷ در نرم‌افزار AMOS استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، استفاده شد که نتایج حاکی از سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود. در تشخیص مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی از آماره KMO پیشنهادی کایزر - مایر - اولکین^۸ در محیط SPSS در دامنه ۰ و ۱ استفاده شد. در صورتی که مقدار این آماره کمتر از ۰/۵ باشد داده‌ها برای تحلیل عاملی نامناسب و اگر بین ۰/۵ تا ۰/۶۹ باشد با احتیاط بیشتر، امکان تحلیل عاملی وجود دارد. درعین حال همبستگی مناسب بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب با KMO بیش از ۰/۷ برقرار است (بسحاق، ۱۳۹۴: ۱۰۵).

1. Likert
2. Janson
3. Keyes
4. potnam
5. Endicott
6. Snyder
7. Structural equation modeling
8. Kaiser-Mayer-Olkin

در پژوهش حاضر، برای سنجش اعتبار متغیرهای به کاررفته از اعتبار صوری یا اعتبار ذهنی^۱ استفاده شد که این امر از طریق مراجعه به داوران و متخصصین اهل فن انجام می‌شود (صدفی، ۱۳۹۵: ۱۱۶). در این مطالعه نیز با مراجعه به صاحب‌نظران (افراد خبره و چند نفر از پرسنل کادر درمان) و استفاده از پرسشنامه‌های آزمون شده قبلی در پژوهش‌های مشابه اعتبار متغیرها مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش قابلیت اعتماد یا پایایی پرسش‌نامه از روش اعتبار سازه، در قالب تکنیک تحلیل عاملی تأییدی در محیط نرم‌افزار AMOS استفاده شد. برای تمام متغیرها بارهای عاملی مربوط به هر عامل نزدیک به $0/3$ و بالاتر بود که نشان از این دارد که داده‌ها معرف خوبی برای عامل مربوطه می‌باشند.

۵-۱. تعریف مفاهیم

از خودبیگانگی: در اصطلاح به وضعی اطلاق می‌شود که انسان‌ها تحت چیرگی نیروهای خودآفریده به‌عنوان قدرت‌های بیگانه قرار گیرند (کوزر و روزنبرگ، ۱۳۸۷: ۸۴). از خودبیگانگی به‌عنوان یک آسیب و بحران، با هدف قرار دادن هویت انسان و دور ساختن از مسیر کمال، سلامتی انسان‌ها را تهدید می‌کند (بشیری، ۱۳۸۴: ۷۵).

سلامت اجتماعی: بخشی از سلامت فرد بوده و مقیاس سنجش آن گزارش فرد از روابط خانوادگی و گروه‌های اجتماعی است (لارسن، ۱۹۹۶: ۱۸۳). به بیانی دیگر سلامت اجتماعی توانایی فرد در تعامل هر چه بیشتر با دیگران به‌منظور ایجاد رابطه مفید و انجام نقش‌های محوله است (سمیعی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۳).

ارتباطات درون‌خانواده‌ای: به دو شیوه کلامی و غیرکلامی بوده که بستگی به میزان و نوع ارتباطات دارد (کشتکاران، ۱۳۸۸: ۴۹).

نظارت درون‌خانواده‌ای: میزان و سطح نظارتی است که والدین بر فرزندان و امور زندگی در نظر گرفته‌اند (احمدی و خدادادی، ۱۳۹۴: ۱۲۸).

انطباق‌پذیری اجتماعی: توانمندسازی افراد در درک و پیش‌بینی رفتار دیگران و کنترل و تعاملات اجتماعی رفتار خود فرد است (فلاحتی و رحمتی، ۱۳۹۶: ۶۷).

سرمایه اجتماعی: مجموع منابع بالقوه و واقعی نهفته در روابط بین افراد است که موجب افزایش ارتباط، اعتماد، صمیمیت سازمانی و تمایل کارکنان به مشارکت در اجرای امور و اهداف سازمان می‌گردد (نصر اصفهانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۱۲).

رضایت از زندگی: مفهومی کلی در نحوه ادراک شناختی و عاطفی شخص از کل زندگی است. به همین دلیل افرادی با رضایت بالای زندگی سعی در توصیف خوب محیط پیرامونی به واسطه داشتن تجربه هیجان‌های مثبت بیشتر، به یاد داشتن رویدادهای مثبت بیشتر از گذشته و آینده خود و دیگران دارند (ره‌پرداز و شیرازی، ۱۳۹۵: ۴۱). در نهایت مفهوم گرایش به طلاق نشان‌دهنده میزان تمایل و علاقه زوجین به جدایی از یکدیگر و گسستن پیوند زناشویی طی مراحل قانونی (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۶: ۱۲۲) و امید به آینده ارزیابی مثبت فرد از تمایل به وقوع حوادث و اتفاقات است (هزارجریبی و آستین افشان، ۱۳۸۸: ۱۲۲).

۶. یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ تعداد کادر درمان هر بیمارستان آمده است. بیشترین حجم نمونه معادل ۱۷۰ نفر به بیمارستان میلاد تعلق دارد. در مقابل کمترین حجم نمونه برابر ۴۳ نفر محاسبه شد که به بیمارستان ضیاییان مربوط است. تعداد کل حجم نمونه انتخابی براساس محاسبات صورت گرفته ۵۹۳ نفر بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی حجم نمونه بر حسب بیمارستان

بیمارستان	نام بیمارستان	تعداد نمونه
دولتی	ضیاییان	۴۳
دولتی	میلاد	۱۷۰
دولتی	بهارلو	۵۳
دولتی	امیراعلم	۱۳۶
خصوصی	عرفان	۱۳۱
خصوصی	پارسا	۶۰
مجموع		۵۹۳

خلاصه آماری متغیرهای جمعیت شناختی (دموگرافیک) مورد پرسش شامل جنسیت، وضعیت ازدواج، سابقه ازدواج، تعداد فرزند، وضعیت تحصیلی، سن، سابقه کاری، نوع شغل و شغل دوم در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب خصوصیات جمعیت‌شناختی

درصد	تعداد	خصوصیت
۴۶/۹	۲۷۸	مرد
۵۳/۱	۳۱۵	زن
۱۸	۱۰۷	<۳۰
۳۳/۱	۱۹۶	۳۰-۴۰
۲۸	۱۶۶	۴۱-۵۰
۲۰/۹	۱۲۴	>۵۰
۶/۱	۳۶	دیپلم و کمتر
۱۳/۷	۸۱	فوق دیپلم
۵۶/۵	۳۵۵	کارشناسی
۲۳/۸	۱۴۱	کارشناسی ارشد و بالاتر
۱۸/۵	۱۱۰	<۵
۳۶/۱	۲۱۴	۶-۱۰
۳۲	۱۹۰	۱۱-۱۵
۱۳/۳	۷۹	>۱۵
۲/۷	۱۶	<۵
۲۴/۳	۱۴۴	۶-۱۰
۶۱/۴	۳۶۴	۱۱-۲۰
۱۱/۶	۶۹	>۲۰
۵۸/۵	۳۴۶	بله
۴۱/۵	۲۴۷	خیر
۱۱	۶۷	پزشک
۲۹	۱۷۳	پرستار
۷	۴۴	ماما
۳۰	۱۷۶	کمک پرستار
۱۰	۶۰	آزمایشگاه
۷	۳۰	رادیولوژی
۶		اتاق عمل
۸/۳	۴۹	فاقد فرزند
۴۰/۸	۲۴۲	۱
۳۲/۷	۱۹۴	۲
۱۸/۲	۱۰۸	۳ فرزند و بیشتر

بررسی‌های جنسیتی افراد در جدول ۲ نشان داد اشتغال زنان با تعداد ۳۱۵ نفر ۵۳/۱ درصد و مردان با جمعیت ۲۷۸ نفر ۴۶/۹ درصد است. داده‌های سنی افراد بیان‌گر این بود که سن ۱۸ درصد از افراد کمتر از ۳۰ سال، ۲۰/۹ درصد افراد بیش از ۵۰ سال و بیشترین

فراوانی سنی به تعداد ۱۹۶ نفر که معادل ۳۳/۱ در صد در طبقه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار دارند. از دیگر یافته‌های توصیفی، سطح تحصیلات پرسنل بود که نتایج نشان داد کمترین سطح تحصیل با فراوانی ۳۶ نفر دیپلم و کمتر از دیپلم است که ۶/۱ درصد از افراد را شامل شد. بیشترین تعداد افراد معادل ۳۵۵ نفر و در حد ۵۶/۵ درصد دارای تحصیلات لیسانس هستند و ۱۴۱ نفر از افراد که معادل ۲۳/۸ درصد می‌باشند از سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر برخوردارند. بررسی‌ها بر روی داده‌های سابقه کاری و سابقه ازدواج بیانگر جوان بودن افراد مورد مطالعه است. به طوری که سابقه ازدواج ۸۶/۶ درصد از افراد کمتر از ۱۵ سال و سابقه کار ۸۸/۴ درصد از افراد کمتر از ۲۰ سال است. در عین حال در حدود نیمی از افراد (۴۹/۱ درصد) دارای یک فرزند و یا بدون فرزند بودند. از آنجایی که افراد از نظر سابقه کار و ازدواج جوان محسوب می‌شوند و معمولاً وجود مشکلات در این دوره می‌تواند ناشی از برهم‌کنش تجربه کم زندگی کاری و خانوادگی و درآمد اقتصادی پایین باشد. لذا انتظار می‌رود تعداد قابل توجهی از افراد مشکلات خانوادگی خود را ناشی از مشکلات شیفت‌کاری بدانند. حدود ۵۸/۵ درصد از سؤال‌شوندگان در پاسخ به داشتن شغل دوم جواب مثبت دادند که نشان از نیاز مادی افراد در تأمین نیازهای اولیه زندگی دارد. می‌توان چنین استنباط نمود که برقراری خدمات مناسب از سوی بیمارستان به‌عنوان سازمان برای پرسنل موجب ارتقاء سرمایه اجتماعی و انسانی سازمان و ایجاد رضایت شغلی بالاتر می‌گردد. این امر موجب افزایش آستانه تحمل افراد در پذیرش سختی‌های شیفت‌کاری، کاهش نیاز به شغل دوم و کاهش حوادث ناشی از خطاهای کاری می‌گردد. از دیگر نتایج توصیفی تحقیق تعداد پرسنل درمانی است که بیشترین آمار به کمک پرستاران با ۱۷۶ نفر معادل ۳۰ درصد و کمترین تعداد متعلق به پرسنل اتاق عمل با ۳۰ نفر معادل ۱۰ درصد جمعیت تعلق دارد. این موضوع نشانگر کمبود پرسنل متخصص در برخی از بخش‌ها مانند اتاق عمل و فشار کاری بالا و توقعات فزاینده بر این قشر است که این خود موجبات فرسودگی و اختلال در نقش‌ها و در نتیجه بروز تعارضات کار - خانواده می‌شود.

در جدول ۳ اطلاعات داده‌ای مربوط به مزایا و مشکلات شیفت‌کاری به‌صورت تعداد و درصد افراد آمده است.

جدول ۳: مشکلات و مزایای شیفت کاری

درصد کل	تعداد کل	درصد	تعداد	ریز مقولات	ابعاد	خصوصیت
۶۲/۴	۳۷۰	۸/۵	۵۰	عدم توانایی در تسلط بر خانواده	خانوادگی	مشکلات
		۱۱/۸	۷۰	دوری از خانواده		
		۵	۳۰	درگیری با خانواده و اطرافیان		
		۱۰/۲	۶۰	نارضایتی همسر		
		۶/۷	۴۰	نبود برنامه‌ریزی و بی‌نظمی و سردرگمی		
		۶/۷	۴۰	نبودن در کنار خانواده در روزهای تعطیل		
		۵	۳۰	نداشتن وقت برای گردش و تفریح با خانواده		
۸/۵	۵۰	نگرانی و دلواپسی از خانه				
۲۴/۳	۱۴۴	۶/۷	۴۰	عدم رسیدگی به امور روزانه و اداری	فردی	مشکلات شیفت کاری
		۹/۲	۵۴	داشتن خستگی مزمن		
		۸/۴	۵۰	بروز بیماری‌های مختلف		
۱۳/۳	۷۹	۳/۲	۱۹	اختلال خواب	کاری	
		۳/۳	۲۰	زیاد بودن ساعات کاری و خستگی بعد از شیفت		
		۳/۳	۲۰	عدم بازدهی کارکنان		
		۲	۱۰	عدم حضور متخصصین در شیفت‌های شب		
		۱/۵	۹	عدم درک مسئولین در مورد مشکلات شیفت کاری		
۴/۲	۲۵	۱/۱	۷	امکان فروش شیفت	اقتصادی	
		۱/۴	۸	داشتن ساعت کاری اضافی		
		۱/۷	۱۰	داشتن کار دوم		
۸/۹	۵۳	۲/۵	۱۵	رسیدگی به کارهای عقب‌افتاده	فردی- کاری	مزیت‌های شیفت کاری
		۴/۲	۲۵	امکان حضور پیاپی در خانه		
		۲/۲	۱۳	امکان ادامه تحصیل		
۸۶/۸	۵۱۵	-	-	-	فاقد مزیت	

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۳ که بالاترین سطح مشکلات، مربوط به مسائل خانوادگی با فراوانی ۳۷۰ نفر است که ۶۲/۴ درصد از افراد را شامل می‌شود. دوری از خانواده با ۱۱/۸ درصد، در صدر مشکلات خانوادگی قرار دارد که این امر نارضایتی همسر به میزان ۱۰/۲ درصد را نیز به‌دنبال دارد. نکته جالب اینکه دوری از خانواده و نارضایتی همسران کمترین تأثیر را از نظر درگیری با اقوام، پرخاشگری زوجین به یکدیگر و انتظار تفریح و گردش دارد. این نتیجه با توجه به تأهل تمامی افراد، جوان بودن افراد به‌علت سابقه کار کمتر از ۲۰

سال ۸۸/۴ درصد افراد و سابقه ازدواج کمتر از ۱۵ سال ۸۶/۶ درصد افراد (جدول ۲) مؤید پذیرش اجباری شیفت کاری در خانواده‌ها به دلایل اقتصادی است. نتایج جدول ۳ هم‌چنین کمترین سطح مشکلات را مشکلات فردی در ارتباط با شیفت کاری با فراوانی ۱۴۴ نفر یا ۲۴/۳ درصد در سه بخش خستگی مزمن با ۹/۲ درصد، بروز بیماری‌های مختلف با ۸/۴ درصد و عدم رسیدگی به امور روزانه و اداری با ۶/۷ درصد می‌داند. تعداد ۷۹ نفر از افراد (۱۳/۳ درصد) نیز مشکلات خود را از نوع مشکلات کاری در قالب زیاد بودن ساعات کاری، خستگی بعد از شیفت و عدم بازدهی کاری گزارش نمودند. افراد، کمترین سطح مزیت شیفت کاری را با فراوانی ۲۵ نفر (معادل ۴/۲ درصد) در ارتباط با بحث اقتصادی دانستند. به‌طور واضح‌تر می‌توان گفت که پاداش و اضافه کاری نیز نمی‌تواند افراد را مجاب به شیفت کاری نماید و این نشان از عدم انعطاف‌پذیری پرسنل شیفت کار با شغل خود می‌دهد. در مجموع با توجه به آمار سابقه کار، سطح تحصیلات، رده سنی (جدول ۲) و اینکه ۸۶/۸ درصد افراد معادل ۵۱۵ نفر شیفت کاری را فاقد مزیت دانستند و بیشتر به دلیل مسائل فردی - کاری مانند حضور پیاپی در خانه، رسیدگی به کارهای عقب‌افتاده و ادامه تحصیل، تن به پذیرش شیفت کاری می‌دهند، نتیجه مذکور بیانگر این است که افراد، شیفت کاری را درونی نکرده و فقط با آن سازش دارند و در صورت یافتن شغل بهتر قصد ترک خدمت خواهند داشت. این نتیجه هم‌راستا با مطالعات سبک رو و همکاران (۱۳۹۰) و بروچ و همکاران (۲۰۰۹) است، ایشان معتقدند با توجه به تعارضات کار - خانواده در فرد شیفت کار چنانچه حمایت سازمانی از افراد انجام نشود میزان غیبت از کار بالا و در نهایت ایشان قصد ترک سازمان را خواهند داشت.

در جدول ۴ نتایج آزمون فرضیات پژوهش با آزمون ضریب رگرسیون در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ آمده است.

در فرضیه‌ها به دنبال تأثیر میزان زندگی شیفت کاری بر نه متغیر مذکور بوده‌ایم با توجه به اینکه متغیرها فاصله‌ای و نرمال بوده لذا جهت تأیید و رد فرضیه از ضریب رگرسیون استفاده شده اطلاعات جدول ۴ حاکی از تأیید هر نه فرضیه تحقیق به دلیل رابطه معنی‌دار بین زندگی شیفت کاری و متغیرهای مورد مطالعه در سطح ۰/۰۰۱ است. همبستگی بین شیفت کاری با متغیرهای از خودبیگانگی و گرایش به طلاق با ضریب همبستگی ۰/۴۱ و ۰/۴۹ مثبت است که نشان‌دهنده تأثیرپذیری میزان این دو متغیر با افزایش ساعات شیفت کاری است. بیشترین ضریب همبستگی به متغیر رضایت از زندگی با $r=0/69$ و کمترین ضریب همبستگی به متغیر قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی با $r=-0/28$ تعلق دارد. در مقابل رابطه

متغیرهای سلامت اجتماعی، ارتباطات درون خانواده، نظارت درون خانواده، قدرت انطباق‌پذیری، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی و امید به آینده با شیفت کاری منفی است. منفی بودن رابطه شیفت کاری با متغیرهای فوق به مفهوم کاهش مقدار آن‌ها با افزایش میزان شیفت کاری است. ضریب همبستگی مقداری بین ۱ و ۱- دارد و عدم وجود رابطه با صفر نشان داده می‌شود (حبیبی، ۱۳۸۶: ۹۸).

جدول ۴: آزمون فرضیه‌های پژوهش

متغیر	آزمون KMO	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی‌داری	ضریب رگرسیون	نسبت بحرانی (CR)	جهت
از خود بیگانگی	۰/۷۸	+۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۹/۵۰۴	مستقیم
سلامت اجتماعی	۰/۷۳	-۰/۳۶	۰/۰۰۱	-۰/۵۵	-۱۴/۳۵	معکوس
ارتباطات	۰/۷۵	-۰/۴۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۰	-۷/۷۷	معکوس
درون خانواده‌ای	۰/۷۲	-۰/۳۸	۰/۰۰۱	-۰/۴۲	-۱۱/۱۶	معکوس
نظارت درون خانواده‌ای	۰/۷۴	-۰/۲۸	۰/۰۰۱	-۰/۲۲	-۵/۹۷	معکوس
قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی	۰/۷۲	-۰/۵۳	۰/۰۰۱	-۰/۴۷	-۱۳/۹۹	معکوس
سرمایه اجتماعی	۰/۷۴	-۰/۶۹	۰/۰۰۱	-۰/۵۴	-۱۵/۹۲	معکوس
رضایت از زندگی	۰/۷۹	+۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱۵/۹۰	مستقیم
گرایش به طلاق	۰/۷۵	-۰/۴۱	۰/۰۰۱	-۰/۵۶	-۱۵/۹۲	معکوس
امید به آینده						

همچنین جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار آماره KMO برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۷۲ است می‌توان گفت کلیه عناصر به کاررفته برای هر بعد، قدرت تبیین‌کنندگی را برای متغیر موردنظر داشته‌اند (بسحاق، ۱۳۹۴: ۱۰۵). از آنجایی که مقدار نسبت بحرانی یا (C.R) به ما می‌گوید آیا روابط تعریف شده توسط متغیرها در مدل مفهومی پژوهش مورد تأیید است یا خیر، میزان قابل قبول نسبت بحرانی بین بازه بزرگ‌تر از ۱/۹۶ و کوچک‌تر از ۱/۹۶- لحاظ شده است (هومن، ۱۳۹۴: ۹۱) با توجه به مقادیر مذکور در این تحقیق روابط متغیرها تأیید می‌گردد.

در جدول ۵ فرضیه‌های پژوهش به تفکیک کادر درمان آمده است.

جدول ۵: فرضیه‌های پژوهش به تفکیک کادر درمان

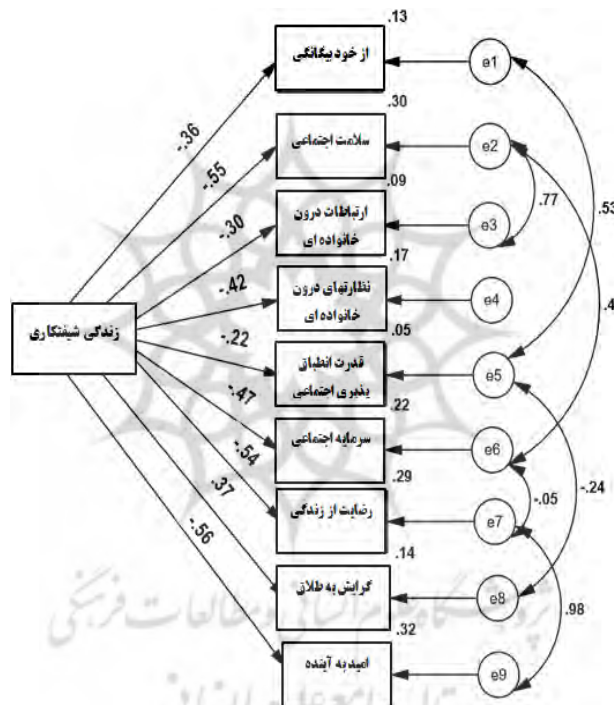
اتاق عمل		رادیولوژی		آزمایشگاه		کمک پرستار		ماما		پرستار		پزشک		متغیر
تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	
۲۹	۵۴/۴	۳۴	۵۲/۳	۶۰	۵۷/۹	۱۸۵	۵۴/۶	۴۴	۵۹/۶	۱۷۳	۵۵/۶	۶۷	۵۲/۵	از خودبیگانگی
۲۹	۳۳/۹	۳۴	۳۳/۳	۶۰	۳۳	۱۸۵	۳۲/۲	۴۴	۳۴/۸	۱۷۳	۳۳/۳	۶۷	۳۶/۲	سلامت اجتماعی
۲۹	۴۱	۳۴	۴۲/۷	۶۰	۴۲/۲	۱۸۵	۳۸/۱	۴۴	۴۳/۵	۱۷۳	۳۸/۳	۶۷	۴۰/۴	ارتباطات درون خانواده
۲۹	۳۸/۳	۳۴	۴۰/۴	۶۰	۴۰/۱	۱۸۵	۳۷/۱	۴۴	۴۱/۹	۱۷۳	۳۶/۶	۶۷	۴۰/۳	نظارت درون خانواده
۲۹	۳۲/۸	۳۴	۳۳/۷	۶۰	۳۴/۳	۱۸۵	۳۴/۳	۴۴	۳۲/۱	۱۷۳	۳۲	۶۷	۲۹/۷	قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی
۲۹	۲۶/۱	۳۴	۲۸/۲	۶۰	۲۷/۴	۱۸۵	۲۳/۹	۴۴	۲۷/۹	۱۷۳	۲۵/۴	۶۷	۳۱/۸	سرمایه اجتماعی
۲۹	۳۸/۶	۳۴	۳۸/۴	۶۰	۳۹/۵	۱۸۵	۳۶/۲	۴۴	۴۱/۹	۱۷۳	۳۵/۶	۶۷	۳۴/۳	رضایت از زندگی
۲۹	۲۰/۶	۳۴	۱۹/۵	۶۰	۲۲/۶	۱۸۵	۱۹/۸	۴۴	۲۲/۳	۱۷۳	۲۱/۵	۶۷	۲۰/۹	گرایش به طلاق
۲۹	۴۱/۳	۳۴	۳۷/۷	۶۰	۴۰/۲	۱۸۵	۳۸/۱	۴۴	۴۳/۵	۱۷۳	۴۱/۲	۶۷	۴۴/۴	امید به آینده

با توجه به نتایج جدول ۵ بیشترین میزان از خودبیبیگانگی در میان ماماها با میانگین ۵۹/۶ است که نشان از فشار و تنش بالای کاری در این بخش دارد این نتیجه با مطالعه نورانی سعدالدین و همکاران (۱۳۹۲) که معتقدند استرس شغلی و عدم توانایی در برقراری تعادل بین مسئولیت‌ها موجبات کاهش شادکامی و افزایش از خودبیبیگانگی را میان ماماها فراهم می‌آورد. در مقابل کمترین میزان این متغیر با میانگین ۵۲/۳ به کادر بخش رادیولوژی تعلق دارد این نتیجه با مطالعه مشکلات شغلی رادیولوژیست‌ها همسو است که ایشان معتقدند خطر کار با اشعه و بیماری‌های ناشی از آن از مهم‌ترین مشکلات این قشر از کادر درمان محسوب می‌شود (<http://www.salamatnews.com>). بیشترین میزان سلامت اجتماعی با میانگین ۳۶/۲ در میان پزشکان نشان از شیفت کاری کمتر و انتخاب شده دارد و کمترین میزان سلامت اجتماعی با میانگین ۳۲/۲ در بین پرسنل کمک بخش‌های مختلف به چشم می‌خورد. این نتیجه با مطالعه کاروان و مرادی (۱۳۹۷) همسو است ایشان معتقد به رابطه معنی‌دار بین عدالت سازمانی و بهره‌وری بالای پرسنل سازمان هستند. با توجه به این موضوع که کمک پرستاران در پایین‌ترین رده کادر درمانی قرار دارند ضرورت توجه بیشتر به این قشر به دلیل برخورداری از حقوق کمتر، بارکاری زیادتر و توقعات فزاینده از سوی سرپرستاران، امری اجتناب‌ناپذیر است. بیشترین میزان ارتباطات درون‌خانواده با میانگین ۴۳/۵ در میان قشر ماماها نشان از تفکیک حیطة شغل و خانواده دارد. مرزبندی بین وظایف شغلی و نقش‌های خانوادگی در پیشگیری از بروز مشکلات نقش مؤثری دارد این نتیجه همسو با مطالعات ریانی و همکاران (۱۳۹۵) است که نشان می‌دهد ماماها دارای رضایت از زندگی بیشتر و تعارض کار - خانواده کمتری هستند. در مقابل کمترین میزان ارتباطات درون‌خانواده با میانگین ۳۸/۱ برای کمک پرستاران به دست آمد. علت کم بودن نمره ارتباطات درون‌خانواده در کمک پرستاران می‌تواند چند شیفته بودن آنان باشد که موجب می‌شود زمان کمی را در کنار خانواده باشند. بیشترین و کمترین میزان نظارت درون‌خانواده به ترتیب با میانگین ۴۱/۹ و ۳۶/۶ به گروه ماماها و پرستاران تعلق دارد این نتایج نیز در تأیید مطالعات ریانی و همکاران (۱۳۹۵) است ایشان معتقدند ماماها نسبت به پرستاران دارای رضایت از زندگی بیشتر و تعارض کار - خانواده کمتری هستند. بالا بودن میزان نظارت می‌تواند ناشی از تفکیک مسائل کاری با خانوادگی و حضور بیشتر در تصمیمات خانوادگی و کم بودن آن می‌تواند موجب انزوا و کناره‌گیری فرد شیفت کار از تصمیمات مهم و اساسی در وقایع خانواده و زندگی باشد. بیشترین میزان قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی با میانگین ۳۳/۴ در گروه کمک پرستاران و

پرسنل آزمایشگاه مشاهده گردید که نشان از سازش و کنار آمدن این دو گروه با موضوع شیفت کاری است اما کمترین میانگین قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی برای پزشکان به ثبت رسیده است این نتایج هم‌سو با مطالعات مونک و امبری (۱۹۸۱) است که معتقدند شیفت کاری موجبات اختلال و بی‌نظمی در برنامه خواب و زندگی فرد شیفت کار می‌شود و پزشکان به دلیل موقعیت شغلی و درآمد بالا رضایت لازم را برای شیفت کاری خصوصاً شیفت شب را ندارند. بیشترین میزان سرمایه اجتماعی با میانگین $31/8$ به گروه پزشکان و کمترین میزان با میانگین $23/9$ به کمک پرستاران تعلق دارد. این نتایج هم‌سو با مطالعات نصرافهانی و همکاران (۱۳۹۵) است ایشان معتقدند سرمایه اجتماعی بالا موجبات بروز احساس مفید و مؤثر بودن در فرد می‌شود و این موضوع در پیشبرد اهداف سازمانی امری مهم تلقی می‌شود؛ بنابراین لزوم توجه به کمک پرستاران و افزایش سرمایه اجتماعی ایشان موضوعی است که برای بیمارستان به‌مثابه سازمان حیاتی است. تفاوت بین میانگین متغیر سرمایه اجتماعی دو گروه پزشکان با بالاترین درآمد و میزان سلامت اجتماعی و کمک پرستاران با کمترین درآمد و سلامت اجتماعی نشان از شکاف عمیق بین این دو قشر است. بیشترین و کمترین میزان رضایت از زندگی به ترتیب با نمره $41/9$ و $34/3$ متعلق به ماماها و پزشکان بود. به نظر می‌رسد دلیل پایین بودن نمره رضایت از زندگی پزشکان دست‌یابی به اهداف بلند در بازه زمانی کوتاه باشد. همان‌طور که در بالا به آن پرداخته شد این نتیجه با مطالعات ریانی و همکاران (۱۳۹۵) هم‌سو است که نشان می‌دهد ماماها به دلیل مشخص بودن وظایف و حیطه شغلی و بار کاری کمتر به نسبت دیگر پرسنل کادر درمان از رضایت زندگی بهتری برخوردارند. بیشترین میزان گرایش به طلاق با میانگین $22/6$ برای پرسنل آزمایشگاه و کمترین میزان به مقدار $19/5$ برای پرسنل رادیولوژی به دست آمد. طلاق به‌عنوان آخرین راه‌حل برای گسستن بنیان خانواده مطرح است، متأسفانه شیفت کاری، برخی از پرسنل کادر درمان مانند پرسنل آزمایشگاه را دچار بحران کرده که بیمارستان جهت کاستن از نرخ گرایش به طلاق باید تمهیداتی مانند قرار دادن سقف برای شیفت کاری بیاندیشد و بهتر است از پرسنلی در شیفت کاری، خصوصاً شب کاری استفاده شود که خود آمادگی این امر را داشته باشند تا در جوانب دیگر دچار مشکل نشوند. بیشترین نمره امید به آینده در میان قشر پزشکان با میزان $44/4$ و کمترین نمره به میزان $37/7$ در میان پرسنل رادیولوژی به چشم می‌خورد. این نتایج هم‌سو با مطالعات میهن‌دوست یگانه و خرم‌آبادی (۱۳۹۴) است که معتقدند هر چه میزان فرسودگی شغلی بالاتر

باشد میزان امید به زندگی کاهش می‌یابد در پرسنل رادیولوژی نیز با توجه به خطرات اشعه فرسودگی شغلی در ایشان بالا گزارش شده است.

در شکل ۲ مدل معادلات ساختاری به همراه ضرایب رگرسیونی و بارهای عاملی استاندارد شده در محیط نرم‌افزار Amos در قالب تحلیل مسیر آمده است. مدل ذیل یک مدل تک عاملی مرتبه اول با ۱ متغیر مستقل زندگی شایسته کاری، ۹ متغیر وابسته از خودبستگی، سلامت اجتماعی، ارتباطات درون خانواده‌ای، نظارت‌های درون خانواده‌ای، قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی، گرایش به طلاق و امید به آینده و ۹ خطای باقی‌مانده است.



شکل ۲: مدل معادلات ساختاری

بخش ساختاری مدل در شکل ۲ حاکی از آن است که ضریب رگرسیون زندگی شایسته کاری بیشترین تأثیر را بر متغیر امید به آینده با اثر ۰/۵۶- دارد. بعد از آن به ترتیب بیشترین اثر را بر سلامت اجتماعی با مقدار ۰/۵۵-، رضایت از زندگی با اثر ۰/۵۴-، سرمایه اجتماعی با اثر ۰/۴۷-، نظارت درون خانواده با اثر ۰/۴۲-، گرایش به طلاق با اثر ۰/۳۷-، از خودبستگی با اثر ۰/۳۶-، گرایش به طلاق با اثر ۰/۳۷-، ارتباطات درون خانواده با اثر ۰/۳۰- و قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی با اثر کل ۰/۲۲- دارد؛ بنابراین کلیت مدل معادله ساختاری با

توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها بیان‌گر حمایت مدل توسط داده‌های پژوهش است. به عبارتی برازش داده‌ها به مدل برقرار و شاخص‌های مختلف، دلالت بر مطلوبیت مدل معادلات ساختاری دارند زیرا سطح معنی‌داری (p) آن‌ها با توجه به جدول (۴) کوچک‌تر از ۰/۰۵ است.

در جدول ۶، مقادیر شاخص‌های برازش مدل در قالب سه دسته شاخص مطلق، تطبیقی و برازش مقتصد آمده است.

جدول ۶: شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش مقتصد			شاخص‌های برازش تطبیقی			شاخص‌های برازش مطلق		
AGFI	PCFI	PNFI	NFI	TLI	CFI	GFI	RMSEA	CMIN/DF
۰/۹۲	۰/۶۴۴	۰/۵۴۶	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۱	۰/۰۴۸	۲/۱۱۱

مطابق نتایج جدول ۶ در بخش شاخص‌های برازش مطلق، مقدار شاخص کای اسکوئر بهنجار یا نسبی ۲/۱۱۱ به دست آمد که در دامنه ۱ تا ۵ بودن این شاخص نشان‌دهنده مقبولیت مدل پیشنهادی از این منظر است. شاخص ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) به عنوان مهم‌ترین شاخص برازش مدل بر مبنای تحلیل ماتریس باقی‌مانده‌ها ۰/۰۴۸ به دست آمد و با مقدار کوچک‌تر یا مساوی ۰/۰۵ حکایت از برازش خوب الگوها توسط داده‌های پژوهش دارد (صفای‌پور و محلی، ۱۳۹۶: ۹۱). هم‌چنین مقدار شاخص نیکویی برازش (GFI) با دامنه تغییرات ۰ تا ۱ که در این مدل ۰/۹۱ به دست آمده نشان از برازش خوب متغیرهای استفاده شده دارد (بسحاق، ۱۳۹۴: ۸۹). مقادیر سه شاخص برازش تطبیقی توکر - لوئیس^۱ (TLI)، بنتلر - بولت^۲ (NFI) و برازش تطبیقی^۳ (CFI) در جدول ۶ بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ به دست آمد و نزدیکی آن‌ها به ۱ به عنوان برازش بسیار خوب داده‌ها به الگو تفسیر می‌شود که بیانگر فاصله داشتن از یک مدل استقلال و نزدیکی به یک مدل اشباع است (علوی، ۱۳۹۲: ۵۲۶). به همین ترتیب مقادیر سه شاخص برازش مقتصد برای نیکویی برازش، شامل شاخص‌های برازش مقتصد هنجار شده (PNFI)، برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و نیکویی برازش تعدیل‌یافته (AGFI) به ترتیب ۰/۵۴۶، ۰/۶۴۴ و ۰/۹۲ به دست آمد (جدول ۶). مقادیر قابل قبول شاخص‌های برازش مقتصد و برازش تطبیقی مقتصد ۰/۶۰ و بالاتر است که این مقادیر نشان از برازش خوب مدل توسط داده‌ها دارد مقدار AGFI نیز

1. Tucker- Lewis Index
2. Bentler-Bonett Index
3. Comparative Fit Index

می‌تواند بین ۰ تا ۱ باشد و مقادیر نزدیک به ۱ نشان‌دهنده این است که داده‌های تجربی از مدل پژوهش حمایت می‌کنند (بسحاق، ۱۳۹۴: ۸۹ - ۹۰). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که تمامی شاخص‌های برآزش در جدول ۶، نشان‌گر سازگاری مناسب مدل می‌باشند؛ بنابراین مدل ترسیم شده، نشان می‌دهد که داده‌های تجربی حاضر تا حدود زیادی در پوشش دادن نظریه‌های این پژوهش موفق بوده است.

نتیجه‌گیری

تغییرات دهه‌های اخیر، سیستم کار و اقتصاد را دست‌خوش تغییراتی کرده است. از جمله این تغییرات افزایش روزافزون نظام شیفت‌کاری به‌عنوان نیاز جامعه امروز است که نتیجه افزایش جمعیت و کمبود نیروی کار خبره از یک سو و نیازهای اقتصادی افراد از سوی دیگر است. در این تحقیق برخلاف تحقیقات پیشین که عمدتاً معطوف به پرستاران است سعی شد تا مشکلات شیفت‌کاری در تمامی کادر درمان ۶ بیمارستان دولتی و خصوصی شهر تهران مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد. بیمارستان به‌عنوان سازمان فراهم‌کننده خدمات درمانی برای شهروندان باید تمهیداتی در جهت حل مشکلات ناشی از موقعیت شغلی کارکنان بالینی (کادر درمان) در نظر بگیرد، زیرا با داشتن کارکنان پویا، خلاق و هدفمند بهتر و سریع‌تر می‌تواند به اهداف بلندمدت سازمانی خود برسد و خدمات بهینه به مراجع‌کنندگان ارائه بدهد. براساس یافته‌های پژوهش، شیفت‌کاری با متغیر از خودبیبیگانگی رابطه مثبت و معناداری دارد که به معنای افزایش خودبیبیگانگی افراد به ازای افزایش میزان شیفت‌کاری است. لذا عدم درونی‌سازی شیفت‌کاری در افراد و نگاه اجباری به آن موجب قصور و اشتباه در انجام وظایف، یاس و ناامیدی، سردرگمی و امکان ترک شغل می‌گردد. از خودبیبیگانگی ممکن است هم در شغل و هم در خانواده به دلیل فشار و ابهام نقشی رقم بخورد. این نتیجه هم‌راستا با پژوهش‌های نبوی و شهریاری (۱۳۹۳)، حاتم و همکاران (۱۳۹۲) و باون و پیتمن (۲۰۰۶) است که همگی معتقدند تعارض کار - خانواده به دلیل فشار و توقعات نقش در افراد متأهل دارای فرزند و شاغل در بخش بالینی موجبات افزایش از خودبیبیگانگی و بیزاری از کار را فراهم می‌آورد. منفی بودن و معناداری رابطه بین شیفت‌کاری و سلامت اجتماعی حاکی از کاهش سلامت اجتماعی به ازای افزایش میزان شیفت‌کاری است (جدول ۴ و شکل ۲). با توجه به ارتباط تمامی جوانب سلامت با یکدیگر، زمانی می‌توان فردی را سالم انگاشت که در تمامی شاخص‌های سلامت از جمله شاخص‌های روانی، جسمانی و اجتماعی نمره قابل‌قبولی

دریافت نماید. در حالی که فرد شیفت کار معمولاً در عمومی‌ترین جنبه سلامتی یعنی سلامت جسمانی مورد آسیب واقع شده و زندگی فردی و خانوادگی دچار اختلال می‌گردد؛ بنابراین این موضوع جوانب دیگر سلامت از جمله روحی و روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این نتایج هم‌سو با پژوهش‌های میر محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، زمانیان و همکاران (۱۳۸۶)، قهرمانی و همکاران (۱۳۸۶)، نظریور و همکاران (۱۳۸۶)، باقری و ولیزاده زارع (۱۳۸۵)، فری و همکاران (۲۰۱۶) و بروچ و همکاران (۲۰۰۹) است. محققین فوق معتقدند شیفت کاری به دلیل اثر منفی بر سلامت اجتماعی سبب می‌شود تا فرد به واسطه نداشتن برنامه زندگی مدون و از پیش مشخص از تعاملات اجتماعی منظم و پیوسته محروم گردد. از دیگر یافته‌های پژوهش رابطه معنادار و منفی شیفت کاری با ارتباط درون خانواده است. به عبارتی شیفت کاری سبب اختلال در چرخه ارتباطات اعضای خانواده به دلیل عدم تمرکز کافی فرد شیفت کار در زمان حضور در منزل می‌گردد. این نتیجه با کارهای فرحناکی و همکاران (۱۳۹۳)، سبک‌رو و همکاران (۱۳۹۰) و بومستار و همکاران (۲۰۰۹) مبنی بر تأثیر منفی شیفت کاری بر زندگی خانوادگی هم‌سو است. نتایج دیگر این تحقیق رابطه معنادار و منفی شیفت کاری با نظارت درون خانواده است. بدین ترتیب که افزایش ساعات شیفت کاری سبب کم‌رنگ شدن کیفیت حضور فرد در خانه و به تبع کاهش نظارت و عدم آگاهی از امور زندگی می‌شود. لذا خستگی مزمن و گذشت زمان، به منزوی شدن و گوشه‌گیری فرد شیفت کار، اداره تک والدی خانواده، عدم رضایت از زندگی و ناهنجاری در فرزندان می‌انجامد. این نتایج با تحقیقات کنگوری و سرانجام (۱۳۹۳)، فرحناکی و همکاران (۱۳۹۳)، ثابتی و همکاران (۱۳۹۳) و اصغری و همکاران (۱۳۹۲) مبنی بر ناهماهنگی زمان حضور شیفت‌کاران با سایر اعضا در منزل و کیفیت نامناسب زمان حضور به جهت عدم توانایی نظارت دقیق بر امورات منزل به واسطه خستگی ناشی از شیفت کاری هم‌سو است. رابطه منفی و معنادار شیفت کاری با قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی یکی دیگر از نتایج به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده عدم سازگاری فرد با زندگی اجتماعی و کاری است. در زندگی شیفت کاری فرد به واسطه داشتن شیفت‌های کاری نامنظم (چرخشی)، معمولاً با بلا تکلیفی و ابهام در زندگی مواجه است. این نتیجه با کارهای بارنس (۲۰۱۰)، بومستار و همکاران (۲۰۰۹)، مونک و امبری (۱۹۸۱) و موت و همکاران (۱۹۶۵) هم‌سو است. به اعتقاد آنان نحوه کنار آمدن با شیفت کاری بر کیفیت زندگی اجتماعی و فردی اثر داشته و برای این منظور باید استراتژی خاصی از جمله تشریح مشکلات شغلی قبل از شروع زندگی مشترک و ارتقا زمان کیفیت حضور برای خانواده

اتخاذ گردد. از دیگر یافته‌ها، رابطه منفی و معنادار افزایش شیفت کاری با کاهش سرمایه اجتماعی به‌عنوان مهم‌ترین سرمایه درون‌سازمانی در رسیدن به اهداف و منافع متقابل فرد و سازمان است. این نتیجه در راستای پژوهش‌های نصر اصفهانی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر توانمندسازی و بازتوانی قوای پرسنل در قالب سرمایه‌های اجتماعی یک سازمان در راستای روند پیشرفت و توسعه منابع انسانی است. مطابق نتایج جدول ۴ و شکل ۲ رابطه شیفت کاری با متغیر رضایت از زندگی افراد منفی و معنادار بود که با یافته‌های ریانی و همکاران (۱۳۹۵)، بلش‌یده و همکاران (۱۳۹۱)، میرزایی (۱۳۹۳)، ملکی‌ها (۱۳۸۷)، تحقیقی و همکاران (۲۰۱۷) و بارنس (۲۰۱۰) هم‌خوانی دارد. به اعتقاد پژوهش‌گران فوق کار کردن در ساعات نامتعارف، به‌خصوص شیفت کاری چرخشی موجب کاهش کیفیت زندگی شغلی و خانوادگی شخص به‌واسطه ایجاد ناهنجاری‌هایی در سیستم درونی و رفتاری فرد شیفت کار می‌گردد. یافته‌های پژوهش هم‌چنین نشان داد افزایش شیفت کاری به‌صورت معناداری به افزایش گرایش به طلاق می‌انجامد. افزایش طلاق در اثر افزایش شیفت کاری در یافته‌های کالیگان و روزا (۱۹۹۰)، سیمون (۱۹۹۰)، کیث (۱۹۹۰)، پرسر و همکاران (۲۰۰۰)، کاستا (۲۰۰۱)، گراسولد (۲۰۰۴) و بارنس (۲۰۱۰) گزارش شده است. از نظر آنان کار شیفتی موجب ایجاد تضاد بین نقش‌های کاری و خانوادگی، کاهش سازش‌پذیری افراد و گرایش به طلاق و برهم زدن مسئولیت‌های خانوادگی در صورت استمرار شیفت کاری می‌گردد. به همین ترتیب نتایج نشان داد افزایش شیفت کاری موجب کاهش معنی‌دار امید به آینده افراد می‌گردد و این کاهش در راستای نتایج میهن‌دوست و خرم‌آبادی (۱۳۹۴) برای افراد شیفت‌کار به‌واسطه فرسودگی شغلی، خستگی و بیماری است.

بررسی‌های صورت گرفته در جدول ۵ نشان داد پزشکان در سه بخش سلامت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، امید به آینده و در دو بخش از خودبیبیگانگی و گرایش به طلاق بدون اختلاف فاحش نسبت به کادر رادیولوژی بهترین نمرات را کسب نمودند. کادر درمانی کمک پرستاران کمترین نمرات را در سه بخش سلامت اجتماعی، ارتباطات درون‌خانواده و سرمایه اجتماعی به خود اختصاص دادند و در دو بخش نظارت درون‌خانواده و امید به آینده نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. بررسی‌ها نشان داد کادر درمانی اتاق عمل در هیچ‌یک از متغیرهای موردبررسی کرانه‌های پایین و یا بالایی از نمرات را به‌دست نیاوردند و به‌عنوان گروهی با مشکلات متوسط ارزیابی شدند. این نتایج هم‌سو با مطالعات چوبینه و همکاران (۱۳۸۶) است که معتقدند پرسنل اتاق عمل مشکلات کمتری در زمینه خانوادگی و فردی و

اجتماعی تجربه می‌کنند. کادر درمانی پزشکان در ۳ متغیر از متغیرهای مورد سؤال بالاترین نمرات مطلوب و در دو سؤال از متغیرهای مورد سؤال پایین‌ترین نمرات نامطلوب را کسب نمودند. در مقابل گروه مطالعاتی کمک‌پرستاران در ۵۵/۵۶ درصد از متغیرها معادل ۵ سؤال مورد مطالعه نامطلوب‌ترین نمرات را به خود اختصاص دادند. لذا کادر درمانی پزشکان با توجه به کسب بالاترین نمرات در ۳ متغیر مورد سؤال از کمترین مشکلات برخوردار بودند و کادر درمانی کمک‌پرستاران در مقایسه با سایر گروه‌ها آسیب‌پذیرترین گروه کادر درمانی می‌باشند. نکته جالب دیگر اینکه نمرات امید به آینده کادر درمانی گروه‌های پزشکان، پرستاران، ماماها، آزمايشگاه و اتاق عمل همگی نزدیک به هم و در حد بالایی قرار دارند که می‌توان انتظار داشت مطلوبیت این متغیر در بهبود نمرات دیگر متغیرها تأثیر مثبتی داشته باشد. با توجه به اهمیت متغیر امید به آینده باید تلاش نمود تا نمره این متغیر در دو گروه کادر کمک‌پرستاران و رادیولوژی نیز افزایش یابد. در تأیید اهمیت متغیر امید به آینده می‌توان ضریب رگرسیون این متغیر را در شکل ۲ مدنظر قرار داد که نسبت به دیگر متغیرها بالاترین مقدار را به خود اختصاص داد. مقدار ضریب رگرسیونی ۰/۵۶ متغیر امید به آینده در مدل معادلات ساختاری (شکل ۲) به دست آمد که به معنای تبیین ۵۶ درصد از مشکلات زندگی شیفت‌کاری توسط متغیر امید به آینده است. این نتایج هم‌سو با مطالعات میهن‌دوست و خرم‌آبادی (۱۳۹۴) در خصوص امید به زندگی کارکنان شبکه بهداشت شهرستان بهار است. کمترین میزان ضریب رگرسیونی به متغیر قدرت انطباق‌پذیری اجتماعی به میزان ۰/۲۲ اختصاص دارد و این به معنای این است که این متغیر ۲۲ درصد از واریانس متغیر زندگی شیفت‌کاری را تبیین می‌کند. این نتایج هم‌سو با کارهای بارنس (۲۰۱۰)، بومستار و همکاران (۲۰۰۹) است. ایشان معتقدند افراد شیفت‌کار باید سعی در کنار آمدن و سازش با شرایط شغلی خود داشته باشند زیرا در صورت عدم سازش با شرایط توانایی مقابله با مشکلات پیش‌آمده در زمینه‌های فردی، خانوادگی و شغلی را نخواهند داشت و این امر موجبات فرسودگی شخص شیفت‌کار را فراهم می‌آورد.

از مشکلات پژوهش حاضر می‌توان به گستردگی و چند شاخه بودن پژوهش و محدودیت زمانی آن اشاره نمود که امکان بررسی متغیرهای مؤثر بیشتر بر اختلالات شیفت‌کاری فراهم نبود. لازم است تا در مطالعات تکمیلی متغیرهایی مانند وضعیت استخدامی، رژیم غذایی و تأثیر آن بر بروز اختلالات گوارشی، قلبی - عروقی، مشکلات روحی - روانی، مشکلات اقتصادی، مسائل انسان‌دوستانه و تأثیرات شیفت‌کاری بر فرزندان پرسنل شیفت‌کار

موردبررسی قرار گیرد. محدودیت دیگر این پژوهش در جمع‌آوری داده‌ها بود که پاسخ‌دهندگان به واسطه خودسنجی ممکن است در پاسخ دادن سوگیری داشته باشند. هرچند سعی شد تا با آموزش‌های درجا اعتماد افراد جلب گردد تا پاسخ‌های مناسبی به سؤالات بدهند. لیکن لازم است تا با آموزش‌های گروهی و سایر روش‌ها در افزایش اعتماد و اخلاق اجتماعی افراد در پاسخ‌گویی بهره گرفت. ضمن آن‌که روش مصاحبه و مشاهده نیز در ترکیب با پرسش‌نامه می‌تواند مفید واقع شود.

ارائه راه کار

نتایج حاصل از این مطالعه مشخص کرد که شیفت کاری موجب اختلال در زندگی فردی، خانوادگی و شغلی پرسنل کادر درمان می‌شود. به‌گونه‌ای که شیفت کاری بر تمامی متغیرهای موردبررسی اثر معنی‌داری داشت. به‌نظر کاهش ساعات کاری پرسنل، اجتناب از اضافه کاری و یا داشتن شغل دوم به‌خصوص در پرسنل دارای سابقه کاری بالا، می‌تواند از فرسودگی شغلی و بروز از خودبیگانگی جلوگیری نماید. در این صورت سرمایه اجتماعی پرسنل بالاتر رفته و رضایت شغلی و کیفیت مراقبت از بیماران افزایش می‌یابد.

در جهت افزایش انطباق بهتر پرسنل با شرایط کاری توصیه می‌شود قبل از استخدام تست شخصیت‌شناسی از ایشان اخذ شده و افرادی مناسب جهت این مهم استخدام گردند تا کمتر شاهد بروز مشکلات شیفت کاری باشیم.

با توجه به اثرات زیان‌بار جسمی و روانی شیفت کاری توصیه می‌شود وزارت بهداشت برنامه‌ها و وظایف درمانی و مراقبتی کادر درمان را مورد بازبینی قرار دهد و با افزایش تعداد پرسنل کیفیت کار درمانی را افزایش دهد.

با در نظر داشتن اجتناب‌ناپذیری پدیده شیفت کاری در بخش درمان کشور، لازم است تا تدابیری جهت حفظ سلامتی کارکنان و کاهش اشتباهات ناشی از عدم تمرکز و خستگی اندیشیده شود. انتخاب داوطلبانه افراد در نظام شیفت کاری می‌تواند راهی در جهت افزایش رضایت‌مندی پرسنل باشد.

با توجه به این موضوع که میزان رضایت از زندگی در میان شیفت‌کاران متأهل کم است توصیه می‌شود بیشتر پرسنل شیفت کار عصر و شب را مجردین یا افراد با حداقل مشکل با شیفت کاری انتخاب گردند. در این صورت مشکلات خانوادگی به حداقل رسیده و از طرفی شاهد کاهش خطاهای کاری خواهیم بود. هر قدر افراد دارای نقش‌ها و مسئولیت‌های کمتری

باشند بر دقت کار افزوده خواهد شد. لازم به ذکر است نتایج حکایت از این موضوع دارد که پاداش‌های مادی نمی‌تواند مشکلات ناشی از شیفت کاری را حل کند بنابراین توصیه می‌شود امکانات رفاهی و گردشی برای پرسنل در نظر گرفته شود تا بتوانند زمانی را در کنار خانواده به آرامش بگذرانند، همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی و مشاوره جهت آشناسازی افراد با راه‌های کاستن از عوارض شیفت کاری توصیه می‌شود.



منابع

- آقازاده، سمانه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه‌ی بین مدیریت کیفیت جامع و مدیریت دانش با رضایت شغلی پرستاران بیمارستان حضرت فاطمه (س) تهران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- آشفته تهرانی، امیر. (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کار و پیشه، تهران: انتشارات بهمن برنا.
- احمدی، خدابخش و خدادادی سنگده، جواد. (۱۳۹۴). «بررسی وضعیت نظارت والدین بر نوجوانان در خانواده‌های نظامی»، مجله علوم مراقبتی نظامی، ۲(۳)، ۱۲۷-۱۳۳.
- اسماعیلی، ایرج. (۱۳۸۹). «بررسی میزان فرسودگی شغلی در میان کارکنان زن نوبت کار و اداری زندان‌های استان تهران در سال ۱۳۸۸»، اصلاح و تربیت، ۱۰۴، ۴۹-۵۳.
- اصغری، مهدی؛ احمدنژاد، ایمان؛ رحمانی، عبدالرسول؛ صادقی، احمد؛ عباسی نیا، مرضیه؛ رضایی، احسان و احسنی، هادی. (۱۳۹۲). «بررسی اختلالات و مشکلات ناشی از نوبت‌کاری در یکی از صنایع خودروسازی»، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱(۵)، ۷-۱۴.
- اسفندیاری، غلامرضا. (۱۳۸۱). «بررسی میزان افسردگی در پرستاران شاغل در بیمارستان سنندج»، دانشگاه علوم پزشکی، ۱(۶)، ۳۱-۳۵.
- بسحاق، محمدرضا. (۱۳۹۴). مدل‌سازی معادلات ساختاری در علوم انسانی، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- بشیری، ابوالقاسم. (۱۳۸۴). «از خودبیگانگی»، معرفت، ۹۱، ۷۱-۸۳.
- بلشیده، کیومرث؛ درویشی، مهسا و کرایبی، امین. (۱۳۹۰). «بررسی نقش میانجی‌گر تعارض کار - خانواده در رابطه میان تعارض بین کارکنان و بارکاری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اهواز»، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۱)، ۱۶-۲۶.
- باقری، مریم و ولیزاده زارع، نجمه. (۱۳۸۵). «شب‌کاری و عوارض آن بر سلامتی پرستاران»، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، ۳(۱)، ۴۳-۴۸.
- پیامی بوساری، میترا. (۱۳۷۴). بررسی وضعیت حمایت‌های اجتماعی و ارتباط آن با افسردگی شغلی پرستاران مراقبت‌های ویژه، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
- توسلی، غلامعباس. (۱۳۷۵). جامعه‌شناسی کار و شغل، تهران: انتشارات سمت.
- توسلی، غلامعباس و موسوی، مرضیه. (۱۳۸۴). «مفهوم سرمایه در نظریات کلاسیک و جدید با تأکید بر نظریه‌های سرمایه اجتماعی»، نامه علوم اجتماعی، ۱۱(۴)، ۱-۳۲.
- ثابتی، زینب؛ اوقانی اصفهانی، فرنوش؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و فرح‌بخش، کیومرث. (۱۳۹۳). «بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های سبک زندگی بر کاهش تعارضات کار - خانواده پرستاران زن در بیمارستان شهید بهشتی شهر استان کاشان»، فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده، ۸(۲۶)، ۱۷۵-۱۹۰.

- حاتم، ناهید؛ کشتکاران، ویدا و محمد پور، مریم. (۱۳۹۲). «مقایسه‌ی تعارض کار - خانواده در کارکنان بالینی و غیر بالینی (اداری و پشتیبانی) بیمارستان دولتی شهید فقیهی شیراز: ۱۳۸۹»، *دوماهنامه‌ی سلامت کار/ایران*، ۱۰(۳)، ۵۲-۶۰.
- حائری، سیده مریم؛ طهرانی، هادی و اولیائی منش، علیرضا. (۱۳۹۴). «عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی کارکنان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت*، ۳(۴): ۳۱۱-۳۱۸.
- حبیبی، غلامحسین (۱۳۸۹). *روش تحقیق در علوم اجتماعی*، تهران: نشر جهاد دانشگاهی.
- حافظ‌نیا، محمدرضا (۱۳۸۹). *مقدمه‌ای بر روش تحقیق در علوم انسانی*، تهران: انتشارات سمت.
- خاقانی‌زاده، مرتضی؛ عبادی، عباس؛ سیرتی‌نیر، مسعود و رحمانی، منظر. (۱۳۸۷). «بررسی رابطه‌ی استرس شغلی و کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب نیروهای مسلح»، *طب نظامی*، ۱۰(۳)، ۱۷۵-۱۸۴.
- چوبینه، علیرضا؛ شاهچراغ، بابک؛ کشاورزی، ساره و رهنما، کاظم. (۱۳۸۶). «بررسی مشکلات مرتبط با نوبت کاری در تکنسین‌های اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۸۵»، *فصلنامه سلامت کار/ایران*، ۴(۱ و ۲)، ۴۸-۵۲.
- چلبی، مسعود و حبیبی، محمد. (۱۳۷۷). *بررسی تجربی اخلاق کار در ایران (جلد اول و دوم)*، منتشر نشده، مرکز پژوهش‌های بنیادی و وزارت فرهنگ ارشاد اسلامی.
- دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، <http://avab.behdasht.gov.ir/hospital>. (۱۳۹۷/۹/۱۳)
- کاروان، احمد و مرادی، علی. (۱۳۹۷). «شناخت رابطه بین درک عدالت سازمانی و اخلاق کاری مورد مطالعه: کارکنان سیمان استان ایلام». *دوفصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۷(۱۳)، ۱۸۳-۲۰۸.
- روش بلاو، اسپنله. (۱۳۷۲). *مفهوم نقش در روان‌شناسی اجتماعی، مطالعات تاریخی-انتقادی*، ترجمه‌ی ا، سروقد مقدم، تهران: انتشارات آستان قدس رضوی.
- ره‌پرداز، فاطمه و شیرازی، محمود. (۱۳۹۵). «نقش باور به دنیای عادلانه در پیش‌بینی رضایت از زندگی دانشجویان دختر دانشگاه سیستان و بلوچستان»، *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۴، ۳۹-۵۰.
- رستگار خالد، امیر (۱۳۸۲). *سنجش تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی زنان شاغل*، تهران: انتشارات دانشگاه تربیت مدرس.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ وردی‌نیا، اکبر علی و بهرامی کاکاوند، سیاوش (۱۳۸۶). «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق»، *مجله پژوهش زنان*، ۵(۳)، ۱۰۹-۱۴۰.
- ریانی، مسعود؛ منصوری، علی؛ جهانی، یونس؛ شهدادی، حسین و خمیری، مریم. (۱۳۹۵). «ارتباط بین تعارض کار - خانواده و رضایت زندگی در پرستاران و ماماها‌ی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زابل»، *علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۰(۳)، ۴۸-۵۶.

- زمانیان اردکانی، زهرا؛ کاکویی، حسین؛ آیت الهی، سید محمدتقی؛ کریمیان، سید مرتضی و نسل سراجی، جبرائیل. (۱۳۸۶). «بررسی وضعیت سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر شیراز»، *مجله‌ی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۵(۴)، ۴۷-۵۴.
- زکی، محمدعلی. (۱۳۸۶). «اعتباریابی مقیاس‌های چندبعدی رضایت از زندگی»، *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۱)، ۴۹-۵۷.
- سبک‌رو، مهدی؛ کلهریان، رضا؛ کامجو، زین‌العابدین و طالقانی، غلامرضا. (۱۳۹۰). «تعارض کار و خانواده: نقش ادراک حمایت‌های سازمانی در قصد ترک خدمت مورد کاوی پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران»، *مدیریت دولتی*، ۳(۶)، ۱۱۱-۱۲۶.
- سمیعی، مر سده؛ رفیعی، حسن؛ امینی رارانی، مصطفی و اکبریان، مهدی. (۱۳۸۹). «سلامت اجتماعی ایران: از تعریف اجماع مدار تا شاخص شواهد مدار»، *مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۲)، ۳۱-۵۱.
- سلامت نیوز (۱۳۹۲/۸/۱۹) مصائب شغلی رادیولوژیست‌ها، <http://www.salamatnews.com> (۱۳۹۸/۱/۱۰).
- صنوبری، محمد. (۱۳۸۸). «مقدمه‌ای بر سرمایه انسانی»، *دوماهنامه توسعه انسانی پلیس*، ۶(۲۲)، ۱۲۰-۱۲۶.
- صداقتی فرد، مجتبی؛ فتحی، سروش و نجفی، سکینه. (۱۳۹۲). «بررسی بیگانگی شغلی در نظام اداری ایران مورد پژوهش: کارمندان اداره آموزش و پرورش شهرستان گرمسار»، *فصلنامه تازه‌های روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۴(۱۷)، ۹-۲۲.
- صفای پور، مسعود و محلی، یوسف (۱۳۹۶). «بررسی عوامل تأثیرگذار بر مهاجرت با استفاده از مدل معادلات ساختاری و تکنیک تحلیل سلسله مراتبی فازی مطالعه موردی شهر اهواز»، *مطالعات محیطی هفت حصار*، ۶(۲۲)، ۸۱-۹۶.
- صدفی، ذبیح‌الله. (۱۳۹۵). *روش‌های تحلیل آماری پیشرفته با تأکید بر روش‌شناسی و یافته‌های تحقیق*، ج ۱، زنجان: انتشارات سطر و قلم.
- علوی، موسی. (۱۳۹۲). «معرفی روش و کاربرد مدل یابی معادلات ساختاری»، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۳(۶)، ۵۱۹-۵۳۰.
- عسگری، محمد؛ رفعت، علی و راشدی، علی. (۱۳۹۱). «رضایت شغلی تکنسین‌های اتاق عمل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان»، *پژوهان*، ۱۱(۱)، ۳۷-۴۰.
- فرحناکی، زهرا؛ پور نجف، عبدالحسین؛ کرمی، عطیه؛ عبا سی، علی محمد و کارچانی، محسن. (۱۳۹۳). «بررسی اختلالات ناشی از نوبت‌کاری در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی ایلام»، *فصلنامه بیمارستان*، ۱۳(۱)، ۳۵-۴۱.
- فلاحتی، لیلا و رحمتی، داریوش. (۱۳۹۶). «بررسی عوامل مؤثر بر انطباق‌پذیری خانواده با عدم حضور مستمر پدر در خانواده فرماندهان نیروی انتظامی»، *فصلنامه منابع انسانی ناجا*، ۳(۴۹)، ۵۹-۹۰.

- قهرمانی، محمد؛ پرداختچی، محمد حسن و شکرزاده، صادق (۱۳۸۶). «بررسی آثار روان‌شناختی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی نوبت‌کاری و علل انتخاب این الگوی کاری»، *مجله روانشناسی کاربردی*، ۱(۳)، ۳۰۱-۳۱۶.
- کشتکاران، طاهره. (۱۳۸۸) «رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه شیراز»، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۳۹)، ۴۳-۶۶.
- کاووسی، زهرا؛ دهقان میمندی، فاطمه و خوارزمی، عرفان. (۱۳۹۶). «بررسی اختلالات و مشکلات ناشی از نوبت‌کاری در پرستاران بیمارستان‌های منتخب عمومی - آموزش دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۴»، *راهبردهای مدیریت در نظام سلامت*، ۲(۱)، ۳-۱۱.
- کاکویی، حسین؛ زمانیان اردکانی، زهرا؛ کریمیان، سید مرتضی و آیت‌اللهی، محمدتقی. (۱۳۸۸). «نیم‌رخ ترشح ۲۴ ساعته هورمون کورتیزول در پرستاران نوبت کار»، *ارمغان دانش*، ۱۴(۱)، ۴۷-۵۶.
- کنگوری، مهدی و سرانجام، بهزاد. (۱۳۹۴). «بررسی میزان مشکلات و عوامل مؤثر بر نوبت‌کاری در پرستاران بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳»، *سلامت و محیط کار*، ۱(۱)، ۵۰-۵۷.
- کاملی، محمد اسماعیل؛ بهتاج، فاطمه؛ پروان، مهرنوش؛ لطفی گل‌میشه، فریبا و واحدی برزکی، اکرم. (۱۳۹۷). *گزارش آماری سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) سال ۱۳۹۶*، گروه مدیریت آمار و برنامه‌های امور درمان.
- کوزر و روزنبرگ. (۱۳۸۷). *نظریه‌های بنیادی جامعه‌شناختی*، ترجمه‌ی فرهنگ ارشاد، تهران: نشر نی.
- کلمن، جیمز. (۱۳۷۷). *بنیادهای نظریه اجتماعی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- محسنی، منوچهر. (۱۳۹۴). *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات طهوری.
- مونک، تیموتی و سیمون فولکارد. (۱۳۹۲). *نوبت‌کاری مشکلات و رهیافت‌ها*، ترجمه‌ی علیرضا چوبینه، شیراز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- میر محمدی، سید جلیل؛ مهرپرور، امیر هوشنگ؛ کمالی، زهره و مستغاثی، مهرداد. (۱۳۹۰). «بررسی رابطه نوبت‌کاری با خواب‌آلودگی پرستاران»، *مجله طب کار*، ۳(۲)، ۳۱-۳۸.
- محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۷۰). «بیگانگی، مفهوم‌سازی و گروه‌بندی تئوری‌ها»، *نامه‌ی علوم اجتماعی*، ۲(۲)، ۵۵-۵۹.
- میرزایی، سمیه. (۱۳۹۳). *مقایسه‌ی تعارض‌های زناشویی و کیفیت زندگی کاری پرسنل شیفت بیمارستان‌های شهر تهران*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- ملکی‌ها، مرضیه؛ باغبان، ایران و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر کار شیفتی بر تعارض کار - خانواده و رضایت زناشویی»، *علوم رفتاری*، ۲(۳)، ۲۵۳-۲۶۱.

- میهن دوست یگانه، مهرانه و خرم‌آبادی، بدالله. (۱۳۹۴). *رابطه بین میزان امید به زندگی با فرسودگی شغلی در کارکنان شبکه بهداشت شهرستان بهار، کنفرانس ملی هزاره سوم و علوم انسانی، شیراز، مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران.*
- نورانی سعدالدین، شهلا؛ هادی‌زاده طلا ساز، زهرا؛ شاکری، محمدتقی و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۲). «بررسی ارتباط استرس شغلی و شادمانی ماماهاى شاغل در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۲»، *زنان مامائی و نازایی ایران*، ۷۴(۱۶)، ۹-۱.
- نصراصفهانی، علی؛ فرخی، مجتبی؛ جهانی و امیری، زینب. (۱۳۹۵). «تأثیر سرمایه اجتماعی بر توانمندسازی کارکنان مورد مطالعه پرستاران بیمارستان شریعتی تهران»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۶۲(۲۷)، ۱۱۱-۱۲۶.
- نعیمی، گیتا؛ نظری، علی‌محمد و ثنایی ذاکر، محمدباقر. (۱۳۹۱). «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری و تعارض کار - خانواده با عملکرد شغلی کارکنان شرکت ایدکو پرس ایران خودرو»، *فصلنامه‌ی مشاوره‌ی شغلی*، ۱۹، ۴۸-۵۹.
- نبوی، سید عبدالحسین و شهریار، مرضیه. (۱۳۹۳). «علل و پیامد تعارض کار خانواده و بررسی بیگانگی از کار به‌عنوان یکی از پیامدهای آن»، *پژوهش‌های راهبردی/امنیت و نظم اجتماعی*، ۳(۱)، ۴۵-۵۹.
- نظرپور، شهلا؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز و عنایتی، صلاح‌الدین. (۱۳۸۶). «مقایسه سلامت روانی پرستاران زن نوبت کار مختلف»، *مجله علمی پزشکی*، ۶(۴)، ۴۳۲-۴۳۸.
- وبر، ماکس (۱۳۷۴)، *اقتصاد و جامعه*، ترجمه‌ی عباس منوچهری، مهرداد ترابی‌نژاد، م‌مصطفی عمادزاده، تهران: نشر مولی.
- هزار جریبی، جعفر و آستین افشان، پروانه. (۱۳۸۸). «بررسی عوامل مؤثر بر نشاط اجتماعی با تأکید بر استان تهران»، *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۱۱۹-۱۴۶.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۴). *تحلیل داده چند متغیری در پژوهش رفتاری*، تهران: نشر پیک فرهنگ.
- Beers, T.M. (2000). "flexible schedules and shift work: replacing the 9 to 5 workday?", *Monthly labor review*, 123(6), 33-40.
- Barnes, J.; Davies, K.; Mc Gonagle, A.; Walsh, B. and Fischer M. (2010). "What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of healthcare workers?", *Applied Ergonomics*, 39(5), 589-596.
- Bowen, G.L. and Pittman, J. F. (2006). "The work and family interface: toward a contextual effects perspective", *Minneapolis National council of family relations*, 11, 110-115.
- Baumstar, K.; Rebeschini, E. and Dalivoust, G. (2009). "Shift work and quality of life among critical care nurses and paramedical personel", *A Press Medical*, 38(3), 346-353.
- Colligan, M. J. and Rosa R. R. (1990). "Shift work effect on social and family life", *Occupational Medicine State of Art reviews*, 5, 315-322.

- Casta, G. (2001). "Shift work health consequences", *International Encyclopaedia of Ergonomics and human factors*, 2: 1359-1360.
- Ferri, P.; Guadi, M.; Marcheselli, L.; Balduzzi, S.; Magnani, D. and Dilorenzo, R. (2016). "The impact of shift work on the psychological and physical health: a comparison between rotating night shifts and day shifts", *Risk management and healthcare policy*, 9, 203-211.
- Keyes, C.L.M and Reitzes, D. C. (2007). "The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults", *Aging Mental Health*, 11(4), 434-443.
- Larson, J. S. (1996) "The world health organization definition of health: social versus spiritual health", *Social Indicators Research*, 38, 181-192.
- Mauried, L. (2000). "Job uncertainty and health status for nurses western", *Journal Nursing Research*, 623-625.
- Monk, T. H. and Embrey, D. E. (1981). "In night and shift work: Biological and social aspects", Oxford Pergamon Press, 473-480.
- Ozaki, Muneto (1999). "Negotiating Flexibility". International labour office, geneve.
- Presser, H.B. (2000). "Nonstandard work schedules and marital instability", *Journal of Marriage and the Family*, 62, 93-110.
- Suzuki, K.; Ohida, T.; Kaneita, Y.; Yokoyama, E.; Miyake, T. and Harano, S. (2009). "Mental health status, shift work and occupational accidents among hospital nurses in Japan", *Journal of Occup Health*, 46(6), 448-454.
- Snyder, CR. (2000). "Handbook of Hope: Theory, Measure & Applications", Academic Press, USA.
- Snyder, CR.; Harris, C. and Irving, L. M. (1998). "The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope". *Journal of personality and social psychology*, 60, 570-585.
- Simon, B.L. (1990). "Impact of shift work on the individuals and families", *Families in Society*, 7, 342-348.
- Shepard, J. (1972). "Alienation as a process, work as a case in point", *The Sociological Quarterly*, 161-173.
- Tahgheghi, M.; Rees, Clara.; Brown, S.; Janie, A.; Breen, Lauren J. and Hegney, D. (2017). "What is the impact of shift work on the physiological functioning and resilience of nurses?" *An integrative, human factor article, Journal of Advanced Nursing*, 73(9), 2065-2083.
- White, I. and Keith, B. (1990). "The effect of shiftwork on the quality and stability of marital relation", *Journal of Marriage and the family*, 52(2), 453-462.
- Yong, M. E. and Long, L. L. (2008). "Counseling and therapy for couples", New York brooks cool publisher company.