



Quality of Life, Job Satisfaction, and Sleep Hygiene Pattern in Medical Residents

Seyed Shahab Banihashem¹, Zeinab Saadatfar², Alireza Shamsi¹, Seyedeh Morvarid Neishabouri³, Somayeh Motazedian¹, Amir Keshavarzi^{1,4,*}

¹ Department of Psychosomatic Medicine, Taleghani Hospital, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Child and Adolescent Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Psychiatry, Taleghani Hospital, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Article history:

Received: 03 August 2023

Revised: 16 October 2023

Accepted: 10 November 2023

ePublished: 16 December 2023

*Corresponding author: Amir Keshavarzi, Department of Psychosomatic Medicine, Taleghani Hospital, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: drkeshavarzi@yahoo.com

Background and Objective: Medical residents have a crucial role in the development of the healthcare system and medical services. This study aimed to determine the quality of life, job satisfaction, and sleep hygiene pattern of the medical residents of various specialties working in teaching centers affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, before and after the beginning of the residency period.

Materials and Methods: This cross-sectional and descriptive-analytical study with a convenience sampling method assessed 162 medical residents who filled out the research questionnaires twice during a six-month period from September 2018 to March 2018. The required data were collected using the World Health Organization Quality of Life Assessment, Job Satisfaction Questionnaire, and Sleep Hygiene Index.

Results: The results of the study revealed that the quality of life ($P=0.000$), job satisfaction ($P=0.000$), and sleep hygiene pattern ($P=0.000$) significantly decreased in medical residents six months after starting the residency program. Quality of life was found to be lower in men than in women ($P=0.000$); however, in the field of specialty, no significant difference was found in terms of the relevant variables six months after starting the residency period ($P>0.05$). Furthermore, having more than 15 shifts per month was significantly related to decreased quality of life in medical residents ($P=0.01$).



Conclusion: Considering the results of the present study, there is a necessity to provide programs in medical universities to improve the quality of life, job satisfaction, and sleep hygiene pattern among medical residents during their academic period.

Keywords: Job Satisfaction, Quality of Life, Residency, Sleep Hygiene

Please cite this article as follows: Banihashem Sh, Saadatfar Z, Shamsi A, Neishabouri SM, Motazedian S, Keshavarzi A. Quality of Life, Job Satisfaction, and Sleep Hygiene Pattern in Medical Residents. *Avicenna J Clin Med.* 2023; 30(3): 157-165. DOI: 10.32592/ajcm.30.3.157



کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب دستیاران پزشکی

سید شهاب بنی هاشم^۱ ، زینب سعادت فر^۲، علیرضا شمسی^۱، سیده مروارید نیشابوری^۲، سمیه معتضدیان^۱، امیر کشاورزی^۱ 

^۱ گروه طب روان تنی، بیمارستان آیت الله طالقانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ گروه روان پزشکی کودک و نوجوان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ گروه روان پزشکی، بیمارستان آیت الله طالقانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴ مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: دستیاران پزشکی نقشی کلیدی در ارتقای سیستم مراقبت بهداشتی و خدمات پزشکی دارند. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب، قبل و بعد از شروع دوران دستیاری، در میان دستیاران رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی شاغل در مراکز آموزشی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی-تحلیلی با روش نمونه‌گیری در دسترس بود. حجم نمونه ۱۶۲ نفر از دستیاران پزشکی بودند که دو نوبت در طی دوره‌ی شش ماهه، از شهریورماه ۱۳۹۷ تا اسفند ماه ۱۳۹۷، پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسش‌نامه‌ی رضایت شغلی و شاخص بهداشت خواب بود.

یافته‌ها: مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کیفیت زندگی ($P=0/000$)، رضایت شغلی ($P=0/000$) و الگوی بهداشت خواب ($P=0/000$) در دستیاران، شش ماه بعد از دوره‌ی دستیاری، در مقایسه با قبل از دوره‌ی دستیاری، کاهش معنی‌داری داشته است. مردان کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به زنان گزارش دادند ($P=0/000$)؛ ولی در متغیر رشته‌ی دستیاری، از لحاظ متغیرهای مربوط به شش ماه بعد از دستیاری، تفاوت معنی‌داری به دست نیامد ($P > 0/05$). همچنین، تعداد کشیک بالای ۱۵ عدد در ماه، به افت بارز کیفیت زندگی دستیاران منجر می‌شد ($P=0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، ارائه‌ی برنامه‌هایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ارتقای کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب دستیاران پزشکی در طول دوره‌ی تحصیلی آنان، ضروری است.

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۲
ویرایش: ۱۴۰۲/۰۷/۲۴
پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹
انتشار: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: امیر کشاورزی، گروه طب روان تنی، بیمارستان آیت الله طالقانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
ایمیل: drkeshavarzi@yahoo.com

واژگان کلیدی: بهداشت خواب، دستیاری، رضایت شغلی، کیفیت زندگی

استناد: بنی هاشم، سید شهاب؛ سعادت فر، زینب؛ شمسی، علیرضا؛ نیشابوری، سیده مروارید؛ معتضدیان، سمیه؛ کشاورزی، امیر. کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب دستیاران پزشکی. مجله پزشکی بالینی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۲، ۳۰(۳): ۱۶۵-۱۵۷.

مقدمه

دهند [۱]. این سطح از استرس در دوران دستیاری، اجتناب‌ناپذیر و حتی گاهی، سودمند است؛ زیرا دستیاران پزشکی مسئولیت سلامت بیماران را بر عهده دارند و هم‌زمان، دانش خود را ارتقا می‌دهند [۲]. درعین حال، دستیاران پزشکی دچار فرسودگی شغلی

دوره‌ی دستیاری پزشکی در تمام دنیا، با سطوح بالایی از صرف انرژی جسمی و روانی همراه است. دستیاران می‌بایست خود را با مسئولیت افزایش‌یافته، کشیک‌های شبانه‌روزی، محرومیت از خواب، پاسخ‌گو بودن مداوم، خستگی بدنی و فشار مالی زیاد تطابق

کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب، قبل و بعد از شروع دوران دستیاری، در میان دستیاران رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی شاغل در مراکز آموزشی-درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی، جامعه‌ی بررسی شده تمام دستیاران پزشکی ورودی سال ۱۳۹۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی تهران بودند. تعداد ۱۹۴ نفر از دستیاران سال اول پزشکی رشته‌های مختلف به صورت دردسترس، انتخاب شدند و در صورت تمایل به همکاری در طرح، به پرسش‌نامه‌های مقیاس کیفیت زندگی، رضایت شغلی و شاخص بهداشت خواب پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده، شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری، مجدداً از همان دستیاران خواسته شد که پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کنند تا نتایج ابتدای مطالعه با نتایج شش ماه بعد مقایسه شود و تأثیر دوره‌ی دستیاری بر کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب آن‌ها بررسی شود. به دلیل انصراف ۲۸ نفر از دستیاران از ادامه‌ی پژوهش و موافقت با تقاضای انتقالی ۴ نفر از نمونه‌ی اولیه، ۱۶۲ نفر بعد از شش ماه، پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. همچنین، کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب بر اساس سن، جنسیت، رشته‌ی دستیاری و تعداد کشیک بررسی شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQOL)، پرسش‌نامه‌ی رضایت شغلی (Job Satisfaction Questionnaire JSQ) و شاخص بهداشت خواب (Sleep Hygiene Index SHI) بود. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤال دارد که گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی آن را برای سنجش کیفیت زندگی ساخته است و شامل ۴ خرده‌مقیاس است که به ارزیابی ۴ حوزه‌ی سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی می‌پردازد. در این مقیاس، گویه‌های ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس، نمره‌گذاری می‌شود. پس از محاسبات لازم در هر خرده‌مقیاس، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به تفکیک به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه‌ی بدترین و ۲۰ نشانه‌ی بهترین وضعیت خرده‌مقیاس مورد نظر است و این امتیازها به امتیازی با دامنه‌ی صفر تا ۱۰۰ تبدیل می‌شوند [۲۰]. پایایی و روایی ویرایش فارسی این مقیاس را نجات و همکاران، مطلوب گزارش کرده‌اند [۲۱]. در مطالعه‌ی حاضر، برای تعیین پایایی کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۹ بود که این ضریب برای ابعاد سلامت روانی برابر با ۰/۸۳، سلامت جسمانی برابر با ۰/۷۹، روابط اجتماعی برابر با ۰/۷۵ و محیط زندگی برابر با ۰/۵۹ به دست آمد. روایی این مقیاس با روش بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی شش ماهه، ۰/۷۱ گزارش

بیشتری می‌شوند. افسردگی و مصرف مواد نیز در دانشجویان و دستیاران پزشکی شایع‌تر است و تمامی این موارد ممکن است به افت کیفیت زندگی منجر شود [۳، ۴].

سازمان بهداشت جهانی (WHO) کیفیت زندگی را مرتبط با هدف‌ها، معیارها و علاقه‌مندی‌های افراد می‌داند و آن را به صورت «درک فرد از موقعیت خود در زندگی، کیفیت ارتباط با بافت فرهنگی و نظام‌های ارزشی محیط زندگی» تعریف می‌کند و مؤلفه‌های آن شامل شش بعد سلامت جسمانی، سلامت روانی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، محیط و معنویت، مذهب و باورهای فردی است [۵]. از جمله عواملی که بر ادراک مثبت یا منفی از این کیفیت تأثیر می‌گذارد، نوع حرفه، میزان فعالیت شغلی و میزان خشنودی افراد از آن است [۶]. رضایت شغلی نیز نقش مهمی در افزایش بازدهی فرد در محیط کار دارد و سه‌سازه‌ی مجزا را در بر می‌گیرد که شامل ارزشیابی شغل، باور داشتن شغل و تجربیات عاطفی درباره‌ی شغل می‌شود [۷]. معدود پژوهش‌های انجام‌شده درباره‌ی دستیاران پزشکی در ایران نشان می‌دهد که رضایت شغلی اکثر دستیاران در سه حیطه‌ی دستمزد، کیفیت آموزش و انگیزه‌ی حرفه‌ای کم است [۸] و بین ابعاد فرسودگی شغلی و رضایت شغلی در دستیاران، ارتباط معنی‌دار معکوسی وجود دارد [۹].

اگر دستیاران پزشکی نتوانند به‌طور مؤثر، خود را برای مواجهه با مشکلات این دوره آماده کنند، دچار احساس یأس، فرسودگی شغلی و اختلالات روان‌پزشکی می‌شوند [۴]. در این شرایط، نه تنها بهداشت روانی پزشک آسیب می‌بیند، بلکه پیامدهایی همچون ناتوانی در برقراری ارتباط مناسب با همکاران و بیماران، حساسیت در روابط بین‌فردی و افزایش خطاهای پزشکی رخ می‌دهند [۱۰]. یکی از عوامل مهم تأثیرگذار توجه به الگوی خواب است. خواب مطلوب و باکیفیت به تجدیدقوای ذهنی و فیزیولوژی کمک می‌کند و تحت تأثیر عوامل محیطی (مانند صدا و نور)، عوامل اجتماعی روانی (مانند ترس، اضطراب و افسردگی)، بیماری‌ها (نظیر وقفه‌ی تنفسی) و عوامل مربوط به سبک زندگی (شامل الکل، مواد، قهوه و...) است. محرومیت از خواب سبب اختلال عملکرد در افراد می‌شود [۱۱، ۱۲]. بهداشت خواب تمرین رفتارهایی است که خواب را سهولت می‌بخشند و درعین حال، اجتناب از رفتارهایی است که با فرایند خواب طبیعی تداخل می‌کنند [۱۳].

بهداشت خواب مجموعه اقداماتی است که به فرد کمک می‌کند خواب آرام و سالمی داشته باشد [۱۴]. یکی از علل شایع اختلالات خواب، رعایت نکردن اصول بهداشت خواب است [۱۵]. دانشجویان دستیاری به دلیل فشار ناشی از تحصیل و کشیک‌ها، در معرض اختلالات خواب قرار دارند که باعث افت عملکرد آن‌ها و اختلال در امر تشخیص و درمان بیماران می‌شود [۱۶، ۱۷]. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که نیمی از دستیاران سال اول و دوم دچار اختلال کیفیت خواب هستند [۱۸] و حدود ۶۰ درصد از دستیاران، کیفیت خواب پایینی دارند [۱۹].

با توجه به اهمیت موارد ذکرشده، این مطالعه با هدف تعیین

شده است.

پرسش‌نامه‌ی رضایت شغلی (JSQ) و Rothe و Brayfield برای تعیین احساس مردم به شغلشان ساخته شده است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه این‌گونه است که بعضی از سؤالات امتیاز مثبت و بعضی از سؤالات امتیاز منفی به علاقه‌مندی به شغل می‌دهند و با مقیاس لیکرت، به سؤالات مثبت، به ترتیب از ۵ تا ۱ نمره داده می‌شود و سؤالات منفی، برعکس، از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند.

مجموع نمرات فرد در تمام سؤالات نمره‌ی رضایت شغلی او را تشکیل می‌دهد. اعتبار این پرسش‌نامه را غلامی و همکاران تأیید کرده‌اند و مقایسه‌ی روایی و اعتبار به‌دست‌آمده حاکی از آن است که مقیاس پذیرفتنی است [۲۲]. در مطالعه‌ی حاضر، روایی پرسش‌نامه با روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی شش‌ماهه بین دو نوبت اجرای پرسش‌نامه، ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای محاسبه‌ی پایایی شاخص مورد نظر، ۰/۸۲ به دست آمد.

شاخص بهداشت خواب (SHI) شاخصی خودگزارش‌دهی است و ۱۳ گویه دارد که برای ارزیابی متغیرهای محیطی و رفتاری که ممکن است باعث خواب نامناسب شوند، به کار می‌رود. این شاخص را Mastin و همکاران در سال ۲۰۰۶، طراحی کرده‌اند. هر سؤال در مقیاس لیکرت پنج‌تایی (همیشه، بسیار، گاهی، به‌ندرت، هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. این محققان پایایی شاخص را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۶ و روایی آن را با روش آزمون مجدد، ۰/۷۷ به دست آوردند [۲۳].

چهری و همکاران شاخص بهداشت خواب را راجع به نمونه‌ای از زنان دانشجوی ایرانی اجرا کردند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بررسی نمودند. همسانی درونی پرسش‌نامه، ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی آن، ۰/۸۴ گزارش شد. همچنین، شاخص بهداشت خواب هم‌بستگی مثبتی با پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ (Pittsburgh sleep quality index) ($r=0/61$) و مقیاس خواب‌آلودگی ایپورت (Epworth sleepiness scale) ($r=0/63$) داشت [۲۴]. در پژوهش حاضر، روایی بازآزمایی شاخص بهداشت خواب با فاصله‌ی زمانی شش‌ماهه، ۰/۷۶ و پایایی آن با محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۶۴ به دست آمد.

اطلاعات پس از جمع‌آوری، کدگذاری شدند و از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۲۳ و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شاخص‌های مرکزی، شاخص‌های پراکندگی، توزیع فراوانی و درصد توزیع فراوانی) و آمار استنباطی (آزمون واریانس چندمتغیری برای داده‌های درون‌گروهی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در این مطالعه، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

هدف مطالعه‌ی حاضر تعیین کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب دستیاران پزشکی ورودی سال ۱۳۹۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی تهران بود. به این منظور، یافته‌های مطالعه در دو بخش ارائه می‌شوند:

یافته‌های توصیفی

نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر شامل ۱۶۲ نفر بود که در دو مرحله، قبل از شروع دوره‌ی دستیاری و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری، از لحاظ کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب، بررسی و مشاهده شدند. جدول ۱ کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب را در مرحله‌ی قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری نشان می‌دهد.

تعداد زنان در این مطالعه ۹۸ نفر (۶۰/۱ درصد) و تعداد مردان ۶۴ نفر (۳۹/۳ درصد) بود. محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۲۹ سال با ۹۹ نفر (۶۰/۷ درصد) بیشترین فراوانی و سن بیشتر از ۳۹ سال با ۸ نفر (۴/۹ درصد) کمترین فراوانی را در نمونه‌ها داشتند. فراوانی محدوده‌ی سنی ۳۰ تا ۳۹ سال نیز ۵۵ نفر (۳۳/۷ درصد) بود. رشته‌ی بیماری‌های کودکان با ۱۸ نفر (۱۱ درصد) بیشترین فراوانی و رشته‌ی پوست و مو با ۳ نفر (۱/۸ درصد) کمترین فراوانی رشته‌های دستیاری را داشتند. همچنین، رشته‌های دارای ۱۰ تا

جدول ۱: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمره‌های کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه
	قبل از شروع دوره‌ی دستیاری	شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری
کیفیت زندگی (WHOQOLA)	کمترین نمره	۴۶
	بیشترین نمره	۱۰۱
	انحراف معیار \pm میانگین	۸۷/۱۵ \pm ۱۱/۷۴
رضایت شغلی (JSQ)	کمترین نمره	۴۳
	بیشترین نمره	۶۸
	انحراف معیار \pm میانگین	۵۵/۵۶ \pm ۴/۴۸
الگوی بهداشت خواب (SHI)	کمترین نمره	۲۱
	بیشترین نمره	۷۴
	انحراف معیار \pm میانگین	۳۳/۴۱ \pm ۹/۸۱

با دقت در نتایج بالا، مشخص می‌شود که نسبت F در هر سه متغیر بررسی شده (کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب) معنی‌دار است؛ اما با توجه به وجود سه متغیر مختلف در مطالعه‌ی حاضر، تحلیل واریانس درون‌گروهی مشخص نمی‌کند که در هر متغیر، نتایج میانگین کدام گروه با گروه دیگر دارای تفاوت معنی‌دار است. لذا، از مقایسه‌ی اثرهای اصلی با استفاده از پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته‌ی بنفرونی استفاده شد. مقایسه‌ی طرح‌ریزی شده نشان داد که در متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب، تفاوت میانگین‌های قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری، از نظر آماری معنی‌دار هستند ($P < 0/01$) (جدول ۲).

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری درباره‌ی نمره‌های متغیرهای وابسته (شش ماه بعد از دوره‌ی دستیاری)، با کنترل نمرات قبل از دوره‌ی دستیاری، در دو گروه زنان و مردان حاضر در مطالعه نشان داد که بین زنان و مردان از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب)، تفاوت معنی‌دار وجود دارد (جدول ۳).

بنابراین، این فرضیه پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب قبل و شش ماه بعد از دوره دستیاری در دستیاران پزشکی، براساس جنسیت، مورد تایید قرار گرفت.

با توجه به وجود دو گروه مختلف در مطالعه‌ی حاضر، تحلیل واریانس درون‌گروهی مشخص نمی‌کند که در هر متغیر، نتایج میانگین کدام گروه با گروه دیگر دارای تفاوت معنی‌دار است. لذا،

۱۵ کشیک در ماه با ۸۹ نفر (۵۴/۶ درصد) بیشترین فراوانی و رشته‌های بدون کشیک با ۱۵ نفر (۹/۲ درصد) کمترین توزیع فراوانی را داشتند.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌ها

برای بررسی اثر دوره‌ی دستیاری (متغیر مستقل) بر متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب) از آزمون تحلیل واریانس درون‌گروهی استفاده شد. آزمون مخلی (Mauchly's Test of Sphericity) برای ارزیابی مفروضه‌ی کرویت قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس درون‌گروهی، اجرا شد و برابری واریانس‌های گروه و همبستگی آن‌ها سنجیده شد. چون تنها دو سطح از متغیر درون‌گروهی در دسترس بود (قبل از دوره‌ی دستیاری و شش ماه بعد از دوره‌ی دستیاری) نمی‌شد آن را با همبستگی دیگری مقایسه کرد ($Sig=0$ و $df=0$). بنابراین، نمی‌توان مفروضه‌ی کرویت را آزمود؛ لذا در اینجا، از تصحیح گرین هاوس گیسر استفاده شد.

متغیر درون‌گروهی (زمان) در تصحیح گرین هاوس گیسر در هر سه متغیر اندازه‌گیری شد. کیفیت زندگی ($P < 0/005$) و $F(1,161)=438/208$ ، رضایت شغلی ($P < 0/005$) و $F(1,161)=22/702$ و الگوی بهداشت خواب ($P < 0/005$) و $F(1,161)=19/97$ از نظر آماری معنی‌دار است؛ لذا، این فرضیه تأیید می‌شود که بین کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب، قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری، تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: مقایسه‌ی نتایج آزمون پیگیری بنفرونی برای مقایسه‌ی میانگین‌های قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری در متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب

متغیرها	میانگین قبل از شروع دستیاری	میانگین بعد از شروع دستیاری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	
					حد پایین	حد بالا
کیفیت زندگی	۸۷/۱۵	۶۴/۱۵۶	-۲۲/۹۹۴	۱/۰۹۸	۰/۰۰۰	-۲۰/۸۲۵ - ۲۵/۱۶۳
رضایت شغلی	۵۷/۹۲	۵۵/۵۶	-۲/۳۶۴	۰/۴۹۶	۰/۰۰۰	-۱/۳۸۴ - ۳/۳۴۴
الگوی بهداشت خواب	۲۹/۷۴	۳۳/۴۱	۳/۶۷۳	۰/۸۲۲	۰/۰۰۰	۵/۲۹۶ - ۲/۰۵۰

جدول ۳: خلاصه‌ی نتایج کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) درباره‌ی متغیرهای وابسته بر حسب جنسیت

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر
اثر پیلایی		۰/۴۳۰	۳۸/۹۱	۳	۱۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰
لمبدای ویلکز		۰/۵۷۰	۳۸/۹۰	۳	۱۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵
اثر هتلینگ		۰/۷۵۳	۳۸/۹۰	۳	۱۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی		۰/۷۵۳	۳۸/۹۰	۳	۱۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷

جدول ۴: مقایسه‌ی نتایج آزمون پیگیری بنفرونی برای مقایسه‌ی میانگین‌های گروه زنان و مردان در متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	گروه الف	گروه ب	تفاضل میانگین‌های دو گروه (زنان و مردان)	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	مرد	زن	۶/۹۱	۰/۰۰۰۱
رضایت شغلی	مرد	زن	۰/۴۵	۰/۵۵۴
الگوی بهداشت خواب	مرد	زن	۰/۹۷	۰/۹۵۲

از مقایسه‌ی اثرهای اصلی با استفاده از پیگیری مقایسه‌های تعدیل‌یافته‌ی بنفرونی استفاده شد. نتایج حاصل از این بررسی در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، فقط در متغیر کیفیت زندگی بین گروه زنان و مردان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین نمره‌های کیفیت زندگی در گروه مردان، شش ماه بعد از دوره‌ی دستیاری، کمتر از گروه زنان است. در سایر متغیرها، بین گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۵ نشان داد که تعداد کشیک در کاهش کیفیت زندگی

و رضایت شغلی مؤثر است. این تفاوت معنی‌دار درباره‌ی سن و رشته‌ی دستیاری مشاهده نشد. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که در متغیر الگوی بهداشت خواب دستیاران مسن‌تر از ۴۰ سال ($P=۰/۰۳۷$, $Mean\ Difference=۸/۹۳۱$) شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری، افت درخور ملاحظه‌ای وجود دارد. در سایر متغیرها، تفاوت معناداری بین گروه‌های سنی مختلف دیده نشد. به‌علاوه، در متغیرهای کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب از نظر تعداد کشیک، تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ ولی این تفاوت معنی‌دار درباره‌ی رشته‌ی دستیاری مشاهده نشد.

جدول ۵: مقایسه‌ی نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا درباره‌ی متغیرهای وابسته برحسب سن، رشته‌ی دستیاری و تعداد کشیک

مؤلفه	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
سن	کیفیت زندگی	۱۲۴/۳۶۲	۲	۶۲/۱۸۱	۰/۶۷۵	۰/۵۱
	رضایت شغلی	۹/۵۱۶	۲	۴/۷۵۸	۰/۲۳۹	۰/۷۹
	الگوی بهداشت خواب	۶۳۸/۳۹۶	۲	۳۱۹/۱۹۸	۳/۵۵	۰/۳۱
رشته‌ی دستیاری	کیفیت زندگی	۶۵/۲۲	۱۷	۶۵/۲۲	۰/۸۷	۰/۷۶۵
	رضایت شغلی	۳/۵۰	۱۷	۳/۵۰	۰/۸۲	۰/۹۷۵
	الگوی بهداشت خواب	۷۸/۱۸	۱۷	۷۸/۱۸	۰/۵۴	۰/۵۴۷
تعداد کشیک	کیفیت زندگی	۵۵۴/۵۵	۳	۱۸۴/۸۵	۲/۰۵۷	۰/۰۱۶
	رضایت شغلی	۶۴/۸۵۵	۳	۶۴/۸۶	۳/۳۹	۰/۰۲
	الگوی بهداشت خواب	۱۰۵۰/۱۳۱	۳	۳۵۰/۰۴۵	۳/۹۸	۰/۰۰۹

بحث

هدف از انجام این مطالعه بررسی کیفیت زندگی و رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب در دستیاران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری بود. در این راستا، مطالعات مختلفی به بررسی مؤلفه‌های فوق در میان دانشجویان و دستیاران پزشکی پرداخته‌اند که با نتایج متفاوتی همراه بوده است.

امیری و همکاران در پژوهش خود در سال ۲۰۱۴، با هدف تعیین کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، از پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی ۲۶ سؤالی سازمان بهداشت جهانی استفاده کردند. در بررسی کیفیت زندگی دانشجویان در چهار حیطة سلامت، سلامت جسمانی ($۱۴/۲۲\pm ۴/۴$) بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داد و پس از آن، سلامت اجتماعی ($۱۴/۱۳\pm ۳/۲$)، سلامت روان ($۱۳/۱۳\pm ۲/۸$) و بهداشت محیط ($۱۲/۷۳\pm ۲/۵$) رتبه‌های بعدی را به خود اختصاص دادند. بین کیفیت زندگی، جنسیت و سطح تحصیلات، رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$)؛ اما

بین کیفیت زندگی و رشته‌ی تحصیلی اصلی ($P=۰/۰۲$) رابطه معنادار بود [۲۵].

West و همکاران نیز در مطالعه‌ی در سال ۲۰۱۱، کیفیت زندگی دستیاران رشته‌ی داخلی را نامطلوب گزارش کردند و فرسودگی کلی و سطوح بالای خستگی عاطفی به ترتیب، در ۸۳۴۳ نفر از ۱۶۱۹۲ نفر (۵۱/۵ درصد) و ۷۳۹۴ نفر از ۱۶۱۵۴ نفر (۴۵/۸ درصد) از دستیاران پزشکی که پرسش‌نامه‌های مربوط به کیفیت زندگی و فرسودگی شغلی را تکمیل کرده بودند، مشاهده شد. در مدل‌های چندمتغیره، فرسودگی شغلی در بین فارغ‌التحصیلان پزشکی بین‌المللی کمتر از فارغ‌التحصیلان پزشکی ایالات متحده بود (۴۵/۱ درصد در مقابل ۵۸/۷ درصد با نسبت شانس ۰/۷، فاصله‌ی اطمینان ۹۹ درصد: $۰/۷۷-۰/۶۴$, $P<۰/۰۰۱$) [۲۶].

یافته‌های این مطالعه نیز حاکی از کاهش معنی‌دار کیفیت زندگی در دستیاران پزشکی شش ماه بعد از دوره‌ی دستیاری بود که با برخی از نتایج پژوهش‌های پیشین [۲۵، ۲۶]، همسو است؛ ولی از نظر ابزار گردآوری داده‌ها و اهداف پژوهشی، تا حدی متفاوت

است. ابهام در وضعیت شغلی آینده و نگرانی های اقتصادی، می توانند از عوامل مهم کاهش رضایت شغلی باشند [۸].

از دیگر یافته‌های مهم این مطالعه کاهش معنی‌دار الگوی بهداشت خواب در دستیاران پزشکی، شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری بود که با نتایج پژوهش‌های نجومی و همکاران [۲۸]، Purim و همکاران [۲۹] و چگینی و همکاران [۱۸]، همسو است. نجومی و همکاران در پژوهش خود با عنوان الگوی خواب و شیوع انواع اختلالات خواب در میان دانشجویان پزشکی و دستیاری تخصصی در سال ۱۳۸۸، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی عادات روزانه (Sleep Quality and Daytime habit Questionnaire)، درباره‌ی ۴۰۰ نفر شامل ۲۸۵ دانشجوی پزشکی (۷۱/۲ درصد) و ۱۱۵ دستیار پزشکی (۲۸/۸ درصد) مطالعه کردند. ۱۴ درصد از دانشجویان پزشکی کیفیت خواب خود را عالی و ۴۴ درصد از آن‌ها کیفیت خوابشان را خوب گزارش کردند. در بین انواع بی‌خوابی، خواب منقطع، بیشترین (۴۹ درصد) و دوره‌ی نهدتگی خواب بیشتر از یک ساعت، کمترین (۷/۳ درصد) شیوع را داشت. آن‌ها همچنین، نشان دادند که انواع اختلالات خواب با بروز احساس خستگی مفرط در طی روز و نارضایتی فرد از عملکردش ارتباط دارد که این ارتباط نیز مانند شیوع بی‌خوابی در زنان و گروه کارورزان، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ($P=0/003$). در پژوهش حاضر نیز بین تعداد کشیک‌ها و اختلال در الگوی بهداشت خواب، رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد؛ اما بین الگوی بهداشت خواب و جنسیت، تفاوت آماری معناداری دیده نشد.

در مطالعه‌ی Purim و همکاران در برزیل در سال ۲۰۱۶، کیفیت خواب و خواب‌آلودگی روزانه در ۱۰۵ رزیدنت و ۱۰۱ اینترن با استفاده از مقیاس‌های پیتزبورگ و ایپورت، ارزیابی شد که مدت و کیفیت خواب در دستیاران، نسبت به کارورزان، پایین‌تر بود (میانگین نمره‌ی پیتزبورگ در رزیدنت‌ها $6/76 \pm 2/81$ و میانگین همان نمره در اینترن‌ها $5/90 \pm 2/39$ بود)؛ اما در مجموع، از نظر میزان خواب‌آلودگی در طول روز، بین دو گروه مذکور، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P=0/280$). در مطالعه‌ی آن‌ها، اغلب دستیاران زن بودند (۵۳ درصد) و بیشترین فراوانی در محدوده‌ی سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۷۳ درصد) بود که هم‌راستا با نتایج مطالعه ما است؛ اما از نظر ابزار پژوهش و برخی از متغیرها، تفاوت‌هایی وجود دارد.

در مطالعه‌ی چگینی و همکاران که نتایج آن در سال ۲۰۱۶ منتشر شد، ۳۳۰ نفر از دستیاران سال اول و دوم رشته‌های مختلف پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران با پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی بررسی شدند. متوسط نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتزبورگ در این افراد $6/9 \pm 0/5$ بود و ۶۱ درصد از افراد نمرات بالاتر از ۵ داشتند که نشان‌دهنده‌ی کیفیت نامطلوب خواب بود. کیفیت خواب رابطه‌ی معنی‌دار و معکوسی با وضعیت سلامت عمومی و همچنین، با تعداد کشیک‌های ماهانه داشت. در پژوهش آن‌ها، آزمون تعقیبی توکی

است. به‌خلاف مطالعه‌ی امیری و همکاران، در مطالعه‌ی حاضر، در متغیر کیفیت زندگی، بین گروه زنان و مردان تفاوت معنی‌داری دیده شد و میانگین نمره‌های کیفیت زندگی در گروه مردان، کمتر از گروه زنان بود. به نظر می‌رسد که مردان به‌دلیل سرپرست خانواده بودن، داشتن دغدغه‌های ثبات کاری و وضعیت اقتصادی، استرس و تنش بیشتری را تجربه می‌کنند. از آنجاکه رضایت از زندگی با وضعیت اقتصادی رابطه‌ی مستقیمی دارد [۲۷]، یکی از نگرانی‌های عمده در دستیاران پزشکی، وضعیت نامطلوب پرداختی‌ها و حقوق کم دوره‌ی دستیاری با توجه به حجم کاری است؛ بنابراین، با تضعیف وضعیت اقتصادی می‌توان پیش‌بینی کرد که کیفیت زندگی با کاهش چشمگیری روبه‌رو شود.

سلیمانها و همکاران در سال ۱۳۹۲، در پژوهشی به‌منظور بررسی میزان رضایتمندی شغلی و تحصیلی دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی بر اساس نظریه‌ی هرزبرگ، به این نتیجه رسیدند که از میان ۱۷۶ نفر دستیار پزشکی، اکثر دستیاران (۸۳ درصد) از وضعیت حقوقی و آموزشی در دوره‌ی دستیاری، ناراضی هستند و انگیزه‌ی پایینی دارند. رضایت شغلی اغلب دستیاران در سه حیطه‌ی دستمزد (۸۳/۵ درصد)، کیفیت آموزش (۸۴/۷ درصد) و انگیزه‌ی حرفه‌ای (۹۰ درصد) کم و در سایر حیطه‌ها متوسط بود. ارتباط معنی‌داری بین رضایت شغلی و داشتن سابقه‌ی کار و رفتن به طرح وجود داشت ($t=0/287$ و $P=0/001$) [۸].

خاکی و همکاران نیز در پژوهش خود با عنوان رضایت و فرسودگی شغلی در دستیاران بیماری‌های داخلی، در دانشگاه علوم پزشکی مشهد، در سال ۱۳۹۳، با استفاده از پرسش‌نامه‌ی فرسودگی شغلی مازلاک و مقیاس خواب‌آلودگی ایپورت، رضایت شغلی را در اکثر حیطه‌ها کم یا متوسط به پایین گزارش کردند. در مجموع، ۷۱/۴ درصد از پاسخ‌دهندگان فرسودگی شغلی شدید داشتند و ۲۳/۸ درصد از آن‌ها دچار فرسودگی شغلی متوسط بودند. آن‌ها بین برخی از ابعاد فرسودگی شغلی و رضایت شغلی ارتباط معنی‌دار معکوسی را نشان دادند. میانگین امتیاز خستگی بر اساس معیار خواب‌آلودگی ایپورت، $10/8 \pm 4/7$ بود. بین تعداد کشیک در ماه و میزان خستگی، ارتباط معناداری وجود داشت ($P=0/048$ و $t=0/430$) [۹].

همسو با نتایج مطالعات پیشین [۸،۹]، نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز نشان داد که کاهش معنی‌داری در رضایت شغلی در دستیاران پزشکی، شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستیاری دیده می‌شود و تعداد کشیک‌های بیشتر در ماه در کاهش کیفیت زندگی و رضایت شغلی مؤثر است. با این تفاوت که در مطالعه‌ی حاضر، علاوه بر متفاوت بودن پرسش‌نامه‌های استفاده‌شده، جامعه‌ی آماری شامل تمام دستیاران سال اول رشته‌های تخصصی بود و مؤلفه‌های کیفیت زندگی و الگوی بهداشت خواب نیز ارزیابی شده بودند. یکی از مسائلی که باعث بی‌انگیزگی در قشر دستیاران می‌شود، ابهام موجود در آینده‌ی شغلی آن‌ها و نگرانی از وضعیت بعد از فارغ‌التحصیلی

از محدودیت‌های این مطالعه این است که نمونه‌ها همگی از دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی انتخاب شده‌اند؛ لذا نمی‌توان نتایج را به سایر رشته‌های دستکاری دانشگاه‌های دیگر، دانشجویان پزشکی، دانشجویان غیرپزشکی و همچنین، افراد عادی تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر فاکتورهای جنسیتی و تعداد بالای کشیک در کاهش کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب بعد از شروع دوره‌ی دستکاری، پیشنهاد می‌شود که بار کاری موجود با کاهش تعداد ساعاتی که دستیار در بیمارستان می‌گذرانند، تعدیل شود و با افزایش حقوق به کاهش بار اقتصادی و همچنین، ارتقای بهداشت خواب و بهبود کیفیت زندگی شخصی پرداخته شود. برنامه‌ریزی برای رضایتمندی هرچه بیشتر دستیاران پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی تخصصی بیماری‌های اعصاب و روان، مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران به شماره‌ی ۹۶۲۹۲م است. از تمام کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نتایج این مطالعه با منافع نویسندگان در تعارض نیست.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته‌ی اخلاقی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.MSP.REC.1397.305 تصویب رسیده است. همچنین، از تمامی افراد شرکت‌کننده قبل از ورود به مطالعه، رضایت کتبی آگاهانه اخذ شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده‌ی اول (پژوهشگر اصلی): تدوین پروپوزال، تدوین بخش‌های مختلف طرح، نظارت بر اجرای طرح، مشارکت در نگارش مقاله (۳۰ درصد)؛ نویسنده‌ی دوم (پژوهشگر همکار): طراحی پروژه، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، مشارکت در نگارش مقاله (۱۰ درصد)؛ نویسنده‌ی سوم (پژوهشگر همکار): جمع‌آوری داده‌ها، بازنگری متون و پیشینه‌ی تحقیق، تدوین بخش روش‌شناسی (۱۰ درصد)؛ نویسنده‌ی چهارم (پژوهشگر همکار): مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، تفسیر نتایج (۱۰ درصد)؛ نویسنده‌ی پنجم (پژوهشگر همکار): نظارت بر اجرای طرح، مشارکت در نگارش مقاله (۱۰ درصد)؛ نویسنده‌ی ششم (پژوهشگر اصلی): مسئول مکاتبات، مشارکت در تدوین بخش‌های مختلف طرح، تفسیر نتایج، تدوین بخش روش‌شناسی، نگارش و ویرایش علمی مقاله (۳۰ درصد).

حمایت مالی

حامی مالی این طرح دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

نشان داد که بین گروه کمتر از ۸ کشیک در ماه و گروه‌های ۸ تا ۱۲ کشیک و بالاتر از ۱۲ کشیک در ماه، از نظر کیفیت نامطلوب خواب، اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (به ترتیب، $P < 0/001$ و $P = 0/001$)؛ اما دو گروه اخیر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($P = 0/818$). همسو با یافته‌های مطالعه‌ی ذکر شده، نتایج مطالعه‌ی فعلی نشان داد که تعداد کشیک بالاتر از ۱۵ عدد در ماه به افت بارز کیفیت زندگی دستیاران و اختلاف معنی‌دار در الگوی بهداشت خواب آن‌ها منجر می‌شود، با این تفاوت که اکثر دستیاران در مطالعه‌ی چگینی مرد بودند (۵۶/۱ درصد) و جامعه‌ی آماری آن‌ها بزرگ‌تر از مطالعه‌ی حاضر بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که دستیاران پزشکی با عوامل تنش‌زای متعددی روبه‌رو می‌شوند؛ از جمله استرس ناشی از برنامه‌ی تحصیلی سنگین، مشکلات ناشی از برنامه‌ی شیفت کاری در دوره‌ی دستکاری، پرداخت هزینه‌های زندگی، مشکل در تطابق با سیستم آموزشی جدید، امتحانات و انتظارات سیستم آموزشی و درمانی. هریک از این عوامل می‌تواند بر فرد اثرهای نامطلوبی بگذارد و با بر هم زدن ساعات خواب و بیداری، الگوی خواب فرد را با مشکل روبه‌رو کند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی، رضایت شغلی و بهداشت خواب، قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستکاری، در میان رشته‌های مختلف دستکاری، تفاوت معناداری وجود ندارد. یکی از دلایل این امر می‌تواند تعداد نمونه‌های محدود از هر رشته‌ی تحصیلی باشد که باعث همگنی در جواب‌ها شده است. با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر از هر رشته‌ی تحصیلی، می‌توان تفاوت در متغیرهای مربوط، به‌خصوص در رشته‌های پراسترس را در طول دوره‌ی دستکاری انتظار داشت.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که در کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب، قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستکاری، بر اساس تعداد کشیک، تفاوت وجود دارد. در متغیر کیفیت زندگی، رشته‌های بیش از ۱۵ کشیک در ماه کاهش معنی‌داری را شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستکاری نشان دادند که این یافته می‌تواند با توجه به حجم و فشار کاری بالاتر در این رشته‌ها توجیه شود. در برخی از پژوهش‌ها، کاهش ساعات کاری مستمر در دستیاران سال اول پزشکی به کاهش خطاهای پزشکی و یادگیری و رضایت بیشتر منجر شده است [۱۰]. به‌علاوه، این پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی، رضایت شغلی و الگوی بهداشت خواب قبل و شش ماه بعد از شروع دوره‌ی دستکاری، بر اساس سن، از نظر آماری، متفاوت نیستند و به نظر می‌رسد که افت کیفیت زندگی و رضایت شغلی در تمام گروه‌های سنی رخ می‌دهد.

REFERENCES

- Prins J, Gazendam-Donofrio S, Tubben B, Heijden F, Wiel H, Hoekstra-Weebers J. Burnout in medical residents: A review. *Med Educ.* 2007;41(8):788-800. PMID: 17661887 DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x
- Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA.* 2004;292(23):2880-9. PMID: 15598920 DOI: 10.1001/jama.292.23.2880
- Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Prevalence of Burnout in the Residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in 2012. *Res Med Educ.* 2015;7(1):27-34. DOI: 10.18869/acadpub.rme.7.1.27

4. Stecker T. Well-being in an academic environment. *Med Educ.* 2004;**38**(5):465-78. [PMID: 15107080](#) [DOI: 10.1046/j.1365-2929.2004.01812.x](#)
5. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;**46**(12):1569-85. [PMID: 9672396](#) [DOI: 10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](#)
6. Greenhaus JH, Collins KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. *J Vocat Behav.* 2003;**63**(3):510-31. [DOI: 10.1016/S0001-8791\(02\)00042-8](#)
7. Weiss HM. Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Hum Resour Manag Rev.* 2002;**12**(2):173-94. [DOI: 10.1016/S1053-4822\(02\)00045-1](#)
8. Soleimanha M, Heydarzadeh A, Haghighi M, Khoshrang H, Haghparast Z, Akbari M. Assessment of job-education satisfaction in residents of Guilan university of medical sciences. *Res Med Educ.* 2013;**5**:45-51. [DOI: 10.18869/ACADPUB.RME.5.1.45](#)
9. Khaki M, Monzavi SM, Zeraati AA, Roshanravan V. Job satisfaction and burnout among residents of internal medicine: a pilot study in Mashhad university of medical sciences. *J Mashhad Med Council.* 2014;**18**(2):74-8. [DOI: 10.22038/jmmc.2014.4200](#)
10. Block L, Wu AW, Feldman L, Yeh H-C, Desai SV. Residency schedule, burnout and patient care among first-year residents. *Postgrad Med J.* 2013;**89**(1055):495-500. [PMID: 23852828](#) [DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-131743](#)
11. Allison KC, Spaeth A, Hopkins CM. Sleep and eating disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;**18**(10):92. [PMID: 27553980](#) [DOI: 10.1007/s11920-016-0728-8](#)
12. Cleator J, Abbott J, Judd P, Wilding JP, Sutton CJ. Correlations between night eating, sleep quality, and excessive daytime sleepiness in a severely obese UK population. *Sleep Med.* 2013;**14**:1151-6. [PMID: 24047537](#) [DOI: 10.1016/j.sleep.2013.04.026](#)
13. Loreda JS, Soler X, Bardwell W, Ancoli-Israel S, Dimsdale JE, Palinkas LA. Sleep health in US Hispanic population. *Sleep.* 2010;**33**(7):962-7. [PMID: 20614856](#) [DOI: 10.1093/sleep/33.7.962](#)
14. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. In: behavioral sciences. New York; 2015.
15. Bailly D, Bailly-Lambin I, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. Sleep in adolescents and its disorders. A survey in schools. *Encephale.* 2004;**30**(4):352-9. [PMID: 15538310](#) [DOI: 10.1016/S0013-7006\(04\)95447-4](#)
16. Micu A, Cojocaru C, Luca G, Mihăescu T. Quality of sleep in students. *Pneumologia.* 2012;**61**(1):25-7. [PMID: 22545485](#)
17. Bahammam AS, Alaseem AM, Alzakri AA, Almeneessier AS, Sharif MM. The relationship between sleep and wake habits and academic performance in medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2012;**12**(1):61. [PMID: 22853649](#) [DOI: 10.1186/1472-6920-12-61](#)
18. Chegini A, Bandi G, Alavi MF. Sleep quality in medical residents and its relationship with general health. *IJPCP.* 2016;**22**(1):50-7.
19. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health.* 2010;**46**(2):124-32. [PMID: 20113918](#) [DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016](#)
20. World Health Organization. Division of Mental Health . WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version; 1996.
21. Nejat S, Montazeri A, Naieni H, Mohammad K, Majdzadeh K. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH.* 2006;**4**(4):1-12.
22. Gholami Fesharaki M, Talebiyan M, Aghamiri D, Mohammadian Z. Reliability and validity of "job satisfaction survey" questionnaire in military health care workers. *J Mil Med.* 2012;**13**(4):241-6.
23. Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *J Behav Med.* 2006;**29**(3):223-7. [PMID: 16557353](#) [DOI: 10.1007/s10865-006-9047-6](#)
24. Chehri A, Kiamanesh A, Ahadi H, Khazaie H. Psychometric properties of the Persian version of Sleep Hygiene Index in women. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2015;**19**(6):311-8.
25. Amiri M, Raei M, Chaman R, Khamseh A, Rezaee N, Manouchehri J. A study of the Life Quality of Students at a University of Medical Sciences in the Northeast of Iran. *Knowl Heal.* 2014;**8**(4):176-80.
26. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011;**306**(9):952-60. [PMID: 21900135](#) [DOI: 10.1001/jama.2011.1247](#)
27. Skevington SM. Conceptualising dimensions of quality of life in poverty. *J Community Appl Soc Psychol.* 2009;**19**(1):33-50. [DOI: 10.1002/casp.978](#)
28. Nojoomi M, Ghalebani MF, Akhbari R, Gorji R. Sleep pattern and prevalence of sleep disturbances in medical students and specialist residents. *Med Sci.* 2009;**19**(1):55-9.
29. Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Sleep deprivation and drowsiness of medical residents and medical students. *Rev Col Bras Cir.* 2016;**43**(6):438-44. [PMID: 28273216](#) [DOI: 10.1590/0100-69912016006005](#)