بررسی شیوع اهمال‌کاری سازمانی و عوامل فردی و شغلی مرتبط با آن، در کارکنان پرستاری و مامایی

بهروز رضائی ■، محمد حسین یارمحمدیان، حسین محمودزاده اردکانی

چکیده

مقدمه: اهمال‌کاری به عنوان یکی از بزرگ‌ترین موانع کارایی نیروی انسانی، نقش مهمی در کاهش عملکرد، بهره‌وری و سلامت کارکنان و سازمان دارد. هرگونه اهمال‌کاری در بیمارستان‌ها می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری برای بیماران به‌دنبال داشته باشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اهمال‌کاری و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی و شغلی کارکنان پرستاری و مامایی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی و مقطعی است که در زمستان(۱۳۹۲) در بیمارستان‌های تأمین‌اجتماعی استان اصفهان انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کارکنان پرستاری و مامایی (۹۵۰ نفر) بود که با استفاده از جدول مورگان (۲۹۰ نفر) به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه اطلاعات فردی و مقیاس اهمال‌کاری سازمانی جمع‌آوری شد. مقیاس اهمال‌کاری شامل ۲۵ گویه در سه زیرمقیاس ناکارآمدی، تشویش ذهنی و بیزاری از تکلیف بودکه پایایی آن با ضریب آلفای ۰/۸۹۲ در مطالعات قبل تأیید شده است. داده‌ها با آزمون‌های ضریب همبستگی، آنالیز واریانس و تی مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ و با نرم‌افزار $SPSS_{21}$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات اهمال‌کاری ۱۲/۹۹±۵۲/۴۶ بود. بود. بیش از ۷۰ درصد کارکنان اهمال‌کاری کم و ۱/۵درصد اهمال‌کاری زیاد داشتند. میانگین نمرات مقیاس اهمال‌کاری برحسب بیمارستان محل خدمت رابطه معناداری داشت($P=۰/۰۳۹$). نمرات زیر مقیاس ناکارآمدی کارکنان پرستار مرد به‌طور معناداری بالاتر بود. اهمال‌کاری در کارکنان بخش‌های اورژانس، جراحی، رده‌شغلی ماما، کارکنان رسمی و کارکنان متأهل بالاتر بود اما عوامل شغلی و فردی با میزان اهمال‌کاری ارتباط معناداری نداشت($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به حساسیت وظایف کارکنان پرستاری و مامایی، شناسایی، آموزش و مدیریت مؤثرکارکنان دارای اهمال‌کاری متوسط تا شدید پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: اهمال‌کاری، پرستار، ماما

■ **مؤلف مسؤول: بهروز رضائی**
استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران
آدرس: rezaee@iaufala.ac.ir

محمدحسین یارمحمدیان
استاد، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حسین محمودزاده اردکانی
مربی، آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران

فصلنامه مدیریت پرستاری
سال پنجم، دوره پنجم، شماره اول
بهار ۱۳۹۵

■ **مقدمه**

در قرن حاضر، بهره‌وری فردی و سازمانی یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران است(۱). نیروی انسانی مسؤولیت‌پذیر و کارآمد به عنوان مهم‌ترین سرمایه یک سازمان محسوب می‌شود(۲). در این راستا شناخت خصوصیات نیروی انسانی و عوامل مؤثر بر کارایی آنان یکی از دل مشغولی‌های مدیران سازمان‌ها محسوب می‌گردد(۳). یکی از مقوله‌هایی که نقش مهمی در میزان بهره‌وری و سلامت جسمی روانی کارکنان دارد، اما در سازمان‌ها به ویژه سازمان‌های ایرانی توجه کافی بدان مبذول نشده، مقوله اهمال‌کاری است (۳). از دیدگاه سازمانی اهمال‌کاری دشمن سازمان و مانع رشد بهره‌وری و خلاقیت است (۴). اهمال‌کاری به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین آفت‌ها در کارآیی نیروی انسانی محسوب می‌گردد (۵). واژه اهمال‌کاری معادل تعلل، سهل‌انگاری و به تعویق انداختن است (۶) آلیس و ناس تعلل را تمایل به اجتناب از فعالیت، محول نمودن فعالیت به آینده و استفاده از بهانه‌جویی برای توجیه تأخیر در انجام فعالیت تعریف نموده‌اند (۶). در فرهنگ کمبریج اهمال‌کاری به معنای عقب انداختن امری به دلیل ناخوشایند بودن یا ملال‌آوری آن، تعریف شده است(۷). تخمین زده می‌شود که حدود ۷۰٪ دانشجویان در انجام تکالیف تحصیلی خود اهمال‌کاری می‌کنند(۸). اهمال‌کاری یک پدیده رفتاری است که موجب ایجاد استرس، احساس گناه و کاهش شدید بازدهی فردی می‌شود. همچنین به دلیل عدم تعهد به تکالیف و مسؤولیت‌ها، به عدم تأیید اجتماعی منجر می‌شود(۹). اهمال یک رفتار خود ناتوان‌کننده است که منجر به اتلاف وقت، عملکرد ضعیف و افزایش استرس در فرد می‌شود(۱۰). به اعتقاد استیل(۲۰۰۷) اهمال تأخیر عمدی در انجام وظایف محول شده علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن است. حدود ۹۵درصد افراد جامعه گاهی در کارهایشان اهمال می‌ورزند اما برای ۱۵ تا۲۰ درصد افراد، اهمال‌کاری همیشگی و به‌صورت یک مشکل جلوه می‌کند(۱۱). اهمال‌کاری با توجه به مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری، انواع گوناگونی دارد(۱۲) و می‌تواند در زمینه‌های مختلف از جمله تحصیلی، شغلی و تصمیم‌گیری رخ دهد(۱۳). اهمال‌کاری سازمانی به تأخیر انداختن هدفمند شروع یا تکمیل تکالیف مختلف شغلی است و به شکل مزمن اغلب توسط کارکنان سفید پوست گزارش شده است(۴). افراد اهمال‌کار زمان ناچیزی برای انجام فعالیت‌های بزرگ در نظر می‌گیرند، همین عامل سبب عجله و ناقص انجام شدن کار می‌شود در نتیجه کیفیت کار آنها همواره پایین است(۷). اهمال‌کاری سبب از دست دادن فرصت برای انجام درست کارهای بزرگ در زمان حال می‌شود(۱۴) و کارهایی که جذابیت کمتری برای فرد دارند، بیشتر به تعویق می‌افتند(۱۱).

بیشتر مطالعات انجام شده در مورد موضوع مورد مطالعه در حیطه اهمال‌کاری تحصیلی است(۱۳). دامنه شیوع اهمال‌کاری متغیر است، به‌طوری‌که بعضی محققین میزان شیوع آن‌را ۱۵ تا ۲۵ درصد و برخی ۸۰ تا ۹۵ درصد اعلام کرده‌اند(۷). میزان اهمال‌کاری در بزرگسالان نیز حدود ۱۵-۲۰٪ گزارش شده است(۱۵، ۷). به‌هرحال یافته‌ها نشان می‌دهد درصد اهمال‌کاران در حال افزایش است و بیش از ۹۵ درصد آنها خواهان تعدیل یا برطرف کردن این مشکل هستند(۱۶). اهمال‌کاری می‌تواند یک عادت باشد که در نهایت به کاهش انتظار خودکارآمدی فرد منجر شود. در دیدگاه دیگر اهمال یک اختلال شخصیتی است که به عنوان ضعف وجدان با خصوصیاتی مانند؛ بی‌اراده بودن، فقدان پشتکار، تنبلی، عدم توجه و ضعف قدرت‌طلبی شناخته شده است(۱۷).

میزان اهمیت کار، به‌همراه درجه تمایل و جذابیت آن برای فرد، آمادگی و تمایل برای اهمال‌کاری، زمان ممکن برای انجام کار، احساس خودکم‌بینی، پایین بودن سطح تحمل، سرخوردگی، خشم و دشمنی به‌عنوان دلایل اهمال‌کاری ذکر شده است(۱۵). روانشناسان دو دسته عامل، برای اهمال‌کاری برشمرده‌اند. دسته اول عوامل درونی یا فردی است که مربوط به آسیب‌ها و ناهنجاری‌های مربوط به فرد اهمال‌کار شامل؛ احساس خودکم‌بینی، توقع بیش ازحد از خود، پایین بودن آستانه تحمل، کمال‌گرایی وسواس‌گونه، فقدان قاطعیت گناه یا شرمساری، افسردگی و اضطراب و ترس از شکست است(۳). دسته دوم، عوامل بیرونی شامل عوامل محیطی و سازمانی همانند نارضایتی از وضع موجود، احساس عدم مسؤولیت یا لجبازی در برابر دیگران، تلاش برای جلب رضایت همگان، پرخاشگری انفعالی، همنشینی با همکاران(۳، ۱۸)، سیستم نظارت و ارزیابی عملکرد، رویه‌های مدیریتی، فشار خانواده و فشارهای اقتصادی و فرهنگ اجتماعی می‌باشد(۱۹). در دیدگاه انگیزشی، اهمال به‌دلیل بی‌انگیزگی و تنبلی نیست، بلکه به‌دلیل علاقه‌مندی بیشتر فرد به فعالیت‌هایی به غیر وظیفه تعیین شده برای فرد است. برخی روانشناسان اهمال‌کاری را عادت تلقی می‌کنند و برخی دیگر آن را بدلیل اختلال در ساخت شخصیتی همانند تنبلی، بی‌ارادگی، غفلت و عدم توجه می‌دانند(۱۵). طبق نظر ناظران وقتی حقوق فرد پایین باشد یا در بالاترین سطح ممکن باشد اهمال‌کاری نیز بیشتر است.

از طرفی وقتی کارمندان در کارشان مستقل و خودمختار باشند، تعلل کمتری خواهند داشت.(۳)

اهمال‌کاری عوارض نامطلوبی در فرد و سازمان به‌جای می‌گذارد که افت عملکرد وکاهش بهره‌وری، معطل کردن مراجعین و ایجاد نارضایتی، کاهش انگیزه کارکنان، افزایش غیبت و جابجایی و تأخیر در انجام وظایف شغلی فرد، اتلاف وقت و نگرش منفی فرد به سازمان از جمله آنها است(۴ ،۲۰،۲۱). چنین عوارضی فرد را وادار می‌کند برای موجه جلوه دادن عادات موردنظر، دلایل متعددی بی‌آورد تا بتواند درگیرهای ذهنی خود را مرتفع سازد(۲۰). اهمال‌کاری از فقدان یا کمبود انگیزه ایجاد می‌شود. بسیار سخت است که در فرد دارای اهمال‌کاری مزمن ایجاد انگیزه کرد، ولی به سادگی می‌توان دریافت که انگیزش تأثیر معناداری بر اهمال‌کاری دارد(۴).

اهمال‌کاری با متغیرهای مختلفی در ارتباط است. مطالعات نشان می‌دهد که تعلل‌ورزی با عزت نفس و اعتماد به نفس پایین(۴،۱۶) سطوح پایین خود تنظیم‌گری(۹،۲۲)، خودمختاری، وظیفه‌شناسی، نظم و انضباط(۲۳)، خوکارآمدی(۲۴،۲۵)، خود ارزیابی(۲۵) اضطراب، کم‌رویی، افسردگی و روان رنجوری(۲۳،۳)، ترس از شکست(۳)، ترس از ارزیابی، کمال‌گرایی، انگیزه پیشرفت، حواس پرتی(۱۵)، سابقه خدمت(۴)، تحصیلات(۲۵)، عملکرد پایین(۱۶،۲۱)، فرسودگی شغلی(۴)، استرس شغلی(۱۹) و رضایت شغلی(۲۳) ارتباط دارد. در مطالعه‌ای مشخص شد که اختلاف در میزان اهمال‌کاری کارکنان ناشی از زمینه‌های فردی، ویژگی‌های شغلی، ناکافی بودن زمان و منابع بوده است. همچنین ویژگی‌های رفتاری همکاران، همبستگی مثبت معنادار و حقوق و مزایا و فرصت‌های ارتقاء، همبستگی منفی معناداری با اهمال‌کاری داشته است(۳). اهمال‌کاری در محیط کار ممکن است بر کارکنان و بازدهی سازمان تأثیرات منفی داشته باشد(۴).

در مورد درمان اهمال‌کاری دیدگاه‌های مختلف وجود دارد: در دیدگاه رفتاری، هدف کاهش نسبت یا زمان تعلل است در این دیدگاه از چند روش استاندارد همانند؛ آموزش الگوسازی و شرطی‌سازی استفاده می‌شود. دیدگاه شناختی اعتقاد دارد که افراد به دلیل افکار و باورهای غلط درباره شرایط و نتایج فعالیت‌ها اهمال‌کاری می‌کنند و از آموزش روش‌های عقلانی، رفتاری عاطفی برای درمان استفاده می‌کنند(۱۵). از دیگر رویکردهای کاهش تعلل می‌توان به آموزش راهبردهای مدیریت زمان در طول انجام تکلیف، خود تنظیمی، و خود نظارتی اشاره کرد(۱۲).

افزایش عملکرد سازمانی مستلزم کارایی و اثربخشی منابع به‌ویژه منابع انسانی است. چنانچه منابع انسانی در انجام وظایف محوله، اهمال‌کاری داشته باشند کیفیت کار کاهش یافته و باعث اتلاف سایر منابع سازمانی می‌شود. برهمین اساس لازم است این مشکل و میزان شیوع آن در محیطه‌ای کاری بررسی و راه‌حل‌های مناسب جهت کاهش آن ارایه شود(۲۶). علی‌رغم این‌که اهمال‌کاری در سازمان‌ها می‌تواند بهره‌وری را کاهش دهد، اما پژوهش‌های کافی، در زمینه اثرات مخرب آن، همچون عملکرد ضعیف در مدرسه، محل کار، زندگی، روزهای از دست‌رفته کاری و غیبت از کار، صورت نگرفته است(۳). اکثر پژوهش‌های انجام شده نیز ماهیت روان‌شناختی داشته و عمدتاً در زمینه تعلل‌ورزی تحصیلی بوده و شیوع اهمال‌کاری تحصیلی را بین ۱۴ تا ۹۰ درصد گزارش نموده‌اند. نتایج این مطالعات حاکی از ارتباط بین جنسیت، علاقه به رشته و پیشرفت تحصیلی با اهمال‌کاری است (۷،۱۷،۲۷،۲۸). در اکثر این مطالعات عوامل زمینه‌ساز تعلل‌ورزی، کمتر مورد شناسایی قرار گرفته است(۹،۷،۳). در مطالعات در سازمان‌های اداری نیز، شیوع اهمال‌کاری شدید، در کارکنان نسبتاً بالا گزارش شده و اهمال‌کاری با رفتارهای مثبت سازمانی، سابقه کار، سمت سازمانی، تحصیلات، سن و جنسیت رابطه معناداری داشته است(۴،۲۷،۲۶). با وجود پژوهش‌های انجام شده، هنوز در حوزه سازمان‌های بهداشتی درمانی و شاغلان حرفه‌های درمانی از جمله کارکنان پرستاری و مامایی، مطالعات داخلی و خارجی اندک است. نتایج مطالعه و همکاران از بررسی ۳۰۱۲۱ پرونده بیمار در ۵۱ بیمارستان مستقر در نیوریورک، نشان داد که ۳/۷٪ بیماران دچار حوادث نامطلوب در بیمارستان شده‌اند و ۲۷/۶٪ این حوادث به دلیل اهمال‌کاری کارکنان درمانی بوده است. از سویی میزان حوادث نامطلوب به دلیل اهمال‌کاری در سالمندان بستری به‌طور معناداری بالاتر از سایر بیماران گزارش شده است(۲۹). تنها در یک مطالعه داخلی، میزان تعلل‌ورزی پرستاران در بیمارستان مورد مطالعه، بالا گزارش شده است که با توجه به ماهیت مراقبتی و حیاتی بودن وظایف شغلی پرستاران نگران‌کننده و سؤال برانگیز است(۱۹). بنابراین بدلیل انجام تحقیقات اندک در زمینه شیوع اهمال‌کاری کارکنان پرستاری و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌ها، اطلاعات کافی در این زمینه، در دسترس نیست. از طرفی با توجه با اهمیت و حساسیت خدمات مراقبتی کارکنان پرستاری و مامایی، هرگونه اهمال‌کاری می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری برای بیماران به‌دنبال داشته باشد. آگاهی از میزان شیوع اهمال‌کاری و عوامل فردی و شغلی مرتبط با آن می‌تواند اطلاعات مفیدی در استخدام کارکنان پرستاری و اتخاذ

تدابیری به منظورکنترل و پیشگیری از این عارضه سازمانی برای مدیران پرستاری و مامایی بیمارستان‌ها فراهم نماید. سؤال اصلی این تحقیق این است که شیوع عارضه اهمال‌کاری در کارکنان پرستاری و مامایی چقدر است؟ و به عنوان سؤالات اختصاصی آیا اهمال‌کاری با عوامل فردی و شغلی کارکنان این حرفه‌ها ارتباط دارد؟ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اهمال‌کاری و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی و شغلی در کارکنان پرستاری و مامایی انجام شد.

■ مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر زمانی مقطعی و از نظر هدف، کاربردی و از دسته مطالعات توصیفی هم بستگی است که در زمستان سال ۱۳۹۲ در بخش‌های درمانی بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان انجام گرفت. جامعه پژوهش این مطالعه شامل همه کارکنان پرستاری و مامایی در رده‌های شغلی پرستار، ماما، بهیار، کمک بهیار، تکنسین بیهوشی، تکنسین اتاق عمل (۹۵۰ نفر) شاغل در سه بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان بود. تعداد نمونه تحقیق با استفاده از جدول گرجسی مورگان و با در نظر گرفتن تعداد کل جامعه آماری و احتساب ریزش نمونه ۲۹۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به کار حداقل به مدت ۶ ماه در یکی از رده‌های شغلی پرستاری و مامایی و رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه بود. معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه و عدم تمایل به ادامه مشارکت در طرح بود.

روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای بود. به این صورت که کارکنان هر بیمارستان (در مرحله اول) و هر بخش (در مرحله دوم) به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شدند و نسبت تعداد نمونه از هر طبقه محاسبه شد. سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه‌های مورد نظر از هر طبقه مشخص گردید. در مرحله اجرا در طول سه هفته در طی شیفت‌های مختلف کاری در هر بیمارستان، ضمن تشریح اهداف مطالعه و کسب موافقت نمونه‌های انتخاب شده جهت مشارکت در طرح، توضیح لازم درخصوص تکمیل پرسشنامه داده شد. با ایجاد جوی دور از استرس و با اطمینان دادن درخصوص محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها بین افراد مورد مطالعه توزیع شد و پس از تکمیل در همان جلسه جمع‌آوری شد. در برخی موارد نیز با هماهنگی پژوهشگر و شرکت‌کننده، پرسشنامه طی یک تا دو روز بعد جمع‌آوری شد. تعداد ۲۷۵ پرسشنامه به‌صورت کامل تکمیل و داده‌های آنها تجزیه و تحلیل شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه اطلاعات فردی و مقیاس اهمال‌کاری سازمانی استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات فردی محقق ساخته و شامل ۱۴سؤال، مربوط به ویژگی‌های فردی و سوابق شغلی کارکنان (از جمله؛ سن، جنسیت، تأهل، تحصیلات، بیمارستان و بخش محل خدمت، سابقه کار کلی، سابقه کار در بخش فعلی، متوسط حقوق و مزایا و میزان ساعت دوره‌های آموزشی) بود.

پرسشنامه دوم، مقیاس اهمال‌کاری سازمانی بود که توسط صفاری‌نیا و امیرخانی رازلیقی(۱۳۹۰) برای سنجش سطح اهمال‌کاری کارمندان به شیوه خود گزارشی طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه، شامل خرده مقیاس ناکارآمدی(۱۶ گویه)، تشویش ذهنی(۵ گویه) و بیزاری از تکلیف(۴ گویه) است. پاسخ سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (سؤال ۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود). چارچوب نظری مورد استفاده در تهیه این مقیاس تلفیقی از رویکردهای روان‌کاوی و شناختی رفتاری است. دامنه کلی نمرات مقیاس ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمرات ۲۵ تا ۳۷ نشان‌دهنده اهمال‌کاری سازمانی خیلی کم، ۶۲-۳۸ اهمال‌کاری کم، ۸۷- ۶۳ اهمال‌کاری متوسط، ۱۱۲- ۸۸ اهمال‌کاری زیاد و نمرات ۱۲۵-۱۱۳ نشانگر اهمال‌کاری خیلی زیاد است. در مطالعه صفاری‌نیا و امیرخانی ضریب هماهنگی درونی(آلفای کرونباخ) در نمونه اصلی به تعداد ۵۰۳ نفر برای کل مقیاس ۰/۸۹۲ و برای خرده مقیاس‌های؛ ناکارآمدی ۰/۸۸۵، تشویش ذهنی ۰/۷۰۹ و بیزاری از تکلیف ۰/۵۵۹محاسبه شد. همچنین ضریب باز آزمایی در دوره‌های کوتاه ۳ تا ۴ هفته در کل مقیاس ۰/۷۵۰ و برای خرده مقیاس؛ ناکارآمدی، تشویش ذهنی و بیزاری از تکلیف به ترتیب ۰/۶۴۲، ۰/۷۳۴ و ۰/۶۴۵ بدست آمد. روایی این مقیاس در مطالعه صفاری‌نیا و امیرخانی به روش روایی ملاکی و روایی‌سازه تأیید شده است(۲۰). پایایی این پرسشنامه در مطالعات کاظمی(۱۳۹۴)، قدوسی نژاد(۱۳۹۳) و آخوندی(۱۳۹۲) تأیید و مورد استفاده قرار گرفته است(۲۶،۳۰،۳۱). در مطالعه حاضر، پایایی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری $SPSS_{21}$ با شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های ضریب هم بستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون t مستقل، و آزمون‌های تکمیلی دانت و توکی در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده گردید.

موازین اخلاقی پژوهشی رعایت شده این مطالعه شامل؛ اخذ

مجوز اجرای مطالعه از مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان و نیز ریاست بیمارستان‌های مورد مطالعه، اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، حفظ محرمانگی اطلاعات جمع‌آوری شده و یادآوری این موضوع به مشارکت‌کنندگان، مختار بودن شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله‌ای از مطالعه بود.

■ یافته‌ها

از مجموع ۲۹۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۷۵ پرسشنامه به‌صورت کامل تکمیل و برگشت داده شد (نرخ برگشت ۹۴/۸ درصد). نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد میانگین سنی کارکنان مورد مطالعه ۶/۶۱± ۳۴/۶۷ سال، ۶۶/۲٪ زن و ۷۷/۱٪ متأهل و ۶۴/۷٪ دارای تحصیلات کارشناسی بودند(جدول۱).

جدول(۱): توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک پرسنل پرستاری مامایی مورد مطالعه

متغیر	طبقه	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۹۳	۳۳/۸
	زن	۱۸۲	۶۶/۲
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۵۰	۱۸/۲
	کاردانی	۳۷	۱۳/۵
	کارشناسی	۱۷۸	۶۴/۷
	کارشناسی ارشد	۱۰	۳/۶
سن (سال)	زیر۳۰	۹۳	۳۳/۸
	۳۰-۴۰	۱۲۰	۴۳/۶
	۴۰-۵۰	۵۷	۲۰/۷
	بالای ۵۰	۲	۰/۷
تأهل	متاهل	۲۱۲	۷۹/۱
	مجرد	۵۵	۲۰/۸
جمع		۲۷۵	۱۰۰

پرستاران با ۶۱/۱٪ بیشترین رده‌شغلی را تشکیل می‌دادند. میانگین سابقه کار کارکنان ۶/۴۶ ± ۱۰/۵۶ سال بود و میانگین سابقه کار در بخش فعلی ۵/۶۰± ۵۱/۹۲ ماه بود(جدول۲).

نتایج مقیاس اهمال‌کاری نشان داد، ۱۰/۹درصد پرسنل اهمال‌کاری خیلی کم، ۷۰/۵ درصد اهمال‌کاری کم، ۱۷/۱درصد اهمال‌کاری متوسط و ۱/۵درصد کارکنان اهمال‌کاری شدید داشتند. میانگین نمرات کلی مقیاس اهمال‌کاری نشان داد که کارکنان مورد مطالعه از نظر شدت، دارای اهمال‌کاری کم بودند(جدول۳).

جدول(۲): توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های شغلی پرسنل پرستاری مامایی مورد مطالعه

متغیر	طبقه	تعداد	درصد
رابطه استخدامی	رسمی	۱۹۴	۷۰/۵
	پیمانی	۷۱	۲۵/۸
	قراردادی	۱۰	۳/۶
رده شغلی	کمک بهیار	۱۵	۵/۵
	بهیار	۳۷	۱۳/۵
	تکنسین (کاردان)	۳۶	۱۳/۱
	پرستار	۱۶۸	۶۱/۱
	ماما	۱۹	۶/۹
دوره آموزشی	کمتر از ۱۰ دوره	۱۱۱	۴۸/۳
	۱۰ -۲۰ دوره	۷۷	۳۳/۵
	۲۰ -۳۰ دوره	۱۴	۶/۱
	۳۰ -۴۰ دوره	۱۶	۷/۰
	بیشتر از ۴۰ دروه	۱۲	۵/۰
	Missing	۴۰	-
سابقه کار در بخش فعلی (ماه)	کمتر از ۱۲	۸۵	۳۲/۰
	۱۲ -۲۴	۳۲	۱۲/۰
	۲۵ -۳۶	۲۷	۱۰/۲
	۳۷ -۴۸	۲۱	۷/۹
	۴۹ -۶۰	۲۵	۹/۳
	بیشتر از ۶۰	۷۶	۲۸/۶
جمع		۲۷۵	۱۰۰

آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که نمرات مقیاس اهمال‌کاری کارکنان از توزیع نرمال برخوردار است (Z=۱/۲۸۵ p=۰/۰۷۴). میانگین نمرات اهمال‌کاری کارکنان بر حسب بیمارستان محل خدمت اختلاف معناداری داشت (F=۳/۲۹ و P=۰/۰۳۹).

شیوع اهمال‌کاری متوسط به بالا در کارکنان مرد ۲۶ درصد و در کارکنان زن ۱۵/۴ درصد بود اما میانگین نمرات کل اهمال‌کاری برحسب جنسیت اختلاف معناداری نداشت. همچنین نمرات اهمال‌کاری کارکنان متأهل در مقایسه با کارکنان مجرد بالاتر بود اما این اختلاف معنادار نبود. علاوه بر این میانگین نمرات اهمال‌کاری کارکنان بر حسب سطوح مختلف تحصیلی نیز اختلاف معناداری نداشت. میزان اهمال‌کاری در کارکنان قراردادی کمتر از کارکنان رسمی و پیمانی، اما از نظر آماری معنادار نبود. بهیاران

جدول(۳): میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس اهمال‌کاری کارکنان پرستاری و مامایی مورد مطالعه

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	شدت اهمال‌کاری
زیر مقیاس ناکارآمدی	۲۹/۳۶±۸/۸۹	کم
زیر مقیاس تشویش ذهنی	۱۳/۳۷±۳/۷۴	کم
زیر مقیاس بیزاری از تکلیف	۹/۹۸±۲/۹۱	کم
کل مقیاس اهمال کاری	۵۲/۴۶±۱۲/۹۹	کم

کمترین و ماماها بیشترین نمره اهمال‌کاری راکسب نمودند، ولی میزان اهمال‌کاری در بین رده‌های مختلف شغلی پرستاری و مامایی اختلاف معناداری نداشت(جدول۴).

از بین زیرمقیاس‌های اهمال‌کاری، نمرات حیطه ناکارآمدی کارکنان مرد (۳۰/۸±۹/۱) به‌طور معناداری بالاتر از کارکنان زن (۲۸/۵±۸/۶) بود (t=۲/۰۵۱ ،P=۰/۰۴۱). نتایج نشان داد بالاترین میانگین نمرات اهمال‌کاری مربوط به کارکنان بخش‌های اورژانس (۵۵/۵۹±۱۲/۲۳)، جراحی (۵۴/۰۵±۱۳/۵۱) و کمترین نمرات مربوط به کارکنان بخش‌های زنان و مامایی (۴۹/۹۴±۱۴/۶۴) و کودکان (۵۰/۹۱±۱۱/۳۶) بود. اما اهمال‌کاری بر حسب بخش‌های مختلف بالینی اختلاف معناداری نداشت (F=۰/۶۹۳، P=۰/۶۷۸).

علاوه بر این در مطالعه حاضر با وجودی که با افزایش سن، سابقه کار کلی، حقوق دریافتی و موارد تشویق سازمانی میزان اهمال‌کاری کاهش محسوسی داشت اما اهمال‌کاری در کارکنان مورد مطالعه با متغیرهای سن (r=-۰/۰۱۳، P=۰/۸۳۵)، سابقه کار کلی (r=-۰/۰۴۵، P=۰/۴۵۹)، میزان حقوق دریافتی (r=-۰/۰۵۸، P=۰/۳۴۹)، سابقه کار در بخش فعلی (r=۰/۰۲۹، P=۰/۶۴۲) و موارد تشویق سازمانی (r=-۰/۰۳۸، P=۰/۵۳۵) هم بستگی معناداری نداشت.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش تعداد دوره‌های آموزشی، فروانی نسبی پرسنل با اهمال‌کاری متوسط تا زیاد کاهش داشت اما آزمون ضریب هم بستگی پیرسون رابطه معناداری بین تعداد دروه آموزشی و نمرات کلی مقیاس اهمال‌کاری نشان نداد (r=۰/۰۱۶، P=۰/۸۰۵).

■ بحث

در مطالعه حاضر میزان اهمال‌کاری در کارکنان پرستاری مامایی بررسی و رابطه آن با عوامل فردی و شغلی منتخب تعیین شد. نتایج نشان داد شیوع اهمال‌کاری در اکثریت کارکنان مورد مطالعه پایین بود. از بین عوامل شغلی، میزان اهمال‌کاری کارکنان

جدول(۴): رابطه اهمال‌کاری با برخی متغیرهای فردی و شغلی کارکنان پرستاری و مامایی مورد مطالعه

متغیر	طبقه (انحراف‌معیار±میانگین)	مقدار شاخص	سطح معناداری
تحصیلات	دیپلم و کمتر (۱۴/۱±۵۱/۷)	F =۰/۸۹۱	P =۰/۴۷۰
	کاردانی (۱۱/۷±۵۱/۵)		
	کارشناسی (۱۳/۳ ± ۵۲/۹)		
	کارشناسی ارشد (۵/۸ ± ۵۲/۰)		
نوع استخدام	رسمی (۱۳/۳±۵۲/۷)	F =۰/۲۰۶	P =۰/۸۱۴
	پیمانی (۱۲/۶ ± ۵۲/۲)		
	قراردادی (۹/۵ ± ۵۰/۱)		
جنسیت	مرد (۱۳/۲± ۵۴/۶)	T =۱/۹۶	P =۰/۰۵۱
	زن (۱۲/۷ ± ۵۱/۳)		
رده شغلی	کمک بهیار (۱۵/۳ ± ۵۳/۰)	F =۰/۳۴۴	P =۰/۸۴۸
	بهیار (۱۳/۱ ± ۵۰/۶)		
	تکنسین (۱۱/۹ ± ۵۲/۹)		
	پرستار (۱۲/۴ ± ۵۲/۵)		
	ماما (۱۶/۶ ± ۵۴/۷)		
تأهل	متاهل (۱۲/۹ ± ۵۲/۷)	T =۰/۸۷	P =۰/۳۸۴
	مجرد (۱۳/۱ ± ۵۰/۹)		

مورد مطالعه با بیمارستان محل خدمت رابطه معناداری داشت اما با متغیرهای شغلی؛ نوع استخدام، رده‌شغلی، نوع بخش، میزان حقوق دریافتی، سابقه کار، سابقه کار در بخش فعلی و دوره‌های آموزشی ضمن خدمت و موارد تشویق سازمانی رابطه معناداری نداشت. همچنین میزان اهمال‌کاری با متغیرهای فردی؛ جنسیت، تأهل، تحصیلات و سن کارکنان مورد مطالعه ارتباط معناداری نداشت.

در مطالعه حاضر ۱/۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای اهمال‌کاری زیاد و ۱۷/۱درصد دارای اهمال‌کاری متوسط بودند و اهمال‌کاری شدید در کارکنان مورد مطالعه وجود نداشت. اکثر مطالعات مرتبط قبلی در زمینه اهمال‌کاری تحصیلی بوده و میزان شیوع این مسئله را در دانشجویان و دانش‌آموزان بالا(۲۰ تا ۹۵درصد) گزارش نموده است(۱، ۱۷، ۲۸ ،۳۲). تنها در مطالعه فرضی و همکاران(۱۳۹۴) شیوع اهمال‌کاری در پرستاران مورد مطالعه قرار گرفته و شیوع آن بالا گزارش شده که با مطالعه حاضر مغایر است. در مطالعه مذکور بین استرس شغلی و اهمال‌کاری رابطه مثبت معناداری گزارش شده است(۱۹). کاظمی (۱۳۸۹) شیوع اهمال‌کاری در مدیران و کارکنان را ۱۷/۶درصد گزارش نمود(۱).

این یافته‌ها با مطالعه حاضر هم‌سو نیست. در اکثر مطالعات مرتبط داخلی و خارجی میزان اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان و دانش‌آموزان در سطح بالا گزارش شده است(۲۵،۲۸، ۷). به نظر می‌رسد پایین بودن شیوع اهمال‌کاری در کارکنان پرستاری و مامایی در مطالعه حاضر به این دلیل باشد که حرفه‌های درمانی مثل پرستاری و مامایی، دارای ماهیتی حیاتی بوده و از حساسیت بالایی برخوردار هستند که نیازمند کارکنانی متعهد و مسؤولیت‌پذیر است. به همین علت مدیران درمانی این سازمان‌ها در جذب و استخدام کارکنان حساسیت و توجه بیشتری داشته و در فرآیند انجام مراقبت‌ها نظارت و کنترل مستمری دارند البته این موضوع نیازمند پژوهش‌های آینده است. در همین راستا به نظر می‌رسد کارکنان پرستاری و مامایی نیز بدلیل حیاتی بودن وظایف خود، مسؤولیت‌پذیری و نظارت مستمر سرپرستان، توجه و دقت بیشتری در انجام به‌موقع وظایف داشته باشند. به‌هرحال تعلل‌ورزی و عدم انجام بموقع وظایف درمانی و مراقبتی توسط کارکنان پرستاری می‌تواند نتایج و عوارض جبران‌ناپذیری برای مددجویان به‌همراه داشته باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد میزان اهمال‌کاری در کارکنان مرد بالاتر بود اما این اختلاف معنادار نبود. در این زمینه در مرور منابع، مطالعه مشابه‌ای در کارکنان پرستاری و مامایی یافت نشد اما در سایر سازمان‌ها به‌ویژه سازمان‌های آموزشی مطالعات قابل توجهی انجام شده است. در این زمینه در مطالعات خسروی(۱۳۸۸)، رحیمیان (۱۳۹۴)، حسین‌زاده (۱۳۹۳)، گانفی (۲۰۱۰) و ویج (۲۰۱۶) نیز میزان تعلل مردان و زنان اختلاف معناداری نداشته است (۳،۲۵،۳۳،۳۴،۳۵) که با مطالعه حاضر هم‌سو است. از طرفی در برخی مطالعات میزان اهمال‌کاری(به‌ویژه اهمال‌کاری تحصیلی) در مردان بیشتر از زنان گزارش شده است (۱۱، ۲۸،۳۶). در این مطالعات علت این اختلاف، خویشتن‌داری بیشتر زنان، نقش‌های متفاوت دو جنس، تغییر نقش‌های سنتی زنان و مشارکت بیشتر زنان در امور اجتماعی و تلاش مضاعف آنان برای کسب امتیازات بیشتر تحصیلی و شغلی به منظور دستیابی به جایگاه بهتر اجتماعی اعلام شده است. از سویی دیگر در مطالعه کاظمی(۱۳۸۹) شیوع اهمال‌کاری در زنان بیشتر از مردان گزارش شده و علت آن‌را مشغله‌های زیاد، دقت‌نظر و کمال‌گرایی بیشتر زنان عنوان کرده است(۱). در مقابل خسروی(۱۳۸۸) از مطالعه خود نتیجه می‌گیرد که تفاوتی بین مردان و زنان شاغل و سطح سازمانی آنها در میزان اهمال‌کاری وجود ندارد. به عبارت دیگر نمی‌توان گفت اهمال‌کاری سازمانی در زنان یا مردان، مدیران یا غیر مدیران، بیشتر یا کمتر است(۳). به نظر می‌رسد اهمال‌کاری یک عارضه چند بعدی رفتاری، شناختی و شخصیتی است و اختلاف یافته‌ها در تحقیقات مختلف بدلیل ویژگی‌های فرهنگی، اجتماعی و رفتاری نمونه‌های مورد بررسی در جوامع مختلف مورد پژوهش باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد میزان اهمال‌کاری با متغیرهای فردی تأهل، سن و تحصیلات ارتباط معناداری نداشت. در این زمینه شواهد هم‌سو و ناهم‌سویی وجود دارد. هم‌سو در مطالعه رحیمیان (۱۳۹۴) اهمال‌کاری با سن و تأهل و در مطالعه کاظمی(۱۳۸۹) با سن و تحصیلات رابطه معناداری نداشت(۱،۲۵). درمقابل نتایج مطالعه حسین‌زاده (۱۳۹۳) نشان داد اهمال‌کاری با تحصیلات رابطه مستقیم معناداری داشت ولی با سن و جنسیت ارتباط معناداری نداشت(۳۳). نتایج مطالعات بالکیس و دورو(۲۰۰۹) و استیل(۲۰۰۷) نشان داد که بین سن و اهمال‌کاری هم بستگی منفی معناداری وجود داشت(۱۱،۳۶). در مطالعه شارما و کوار(۲۰۱۱) اهمال‌کاری با تأهل و سن ارتباط معناداری داشت و میزان تعلل‌ورزی در افراد متأهل پایین‌تر بود(۳۷). بخشی از این یافته‌ها با مطالعه حاضر هم‌سو نیست. برخی مطالعات نشان داده است که با افزایش سن اهمال‌کاری تحصیلی کاهش می‌یابد (۱۱، ۳۶). اهمال‌کاری در سازمان تأثیرات منفی بر کارکنان و بازدهی سازمان دارد(۳). به نظر می‌رسد اختلاف در نمونه‌های آماری، ابزارهای متفاوت و شرایط فرهنگی و اجتماعی مختلف در حیطه‌ای پژوهشی از عللی هستند که سبب اختلاف یافته‌ها می‌شوند.

علاوه بر این در مطالعه حاضر با افزایش سابقه کار، حقوق دریافتی، دروه‌های آموزش ضمن خدمت و موارد تشویق سازمانی نمرات اهمال‌کاری کارکنان پرستاری و مامایی کاهش داشت اما این رابطه معنادار نبود. در پیشینه پژوهش، مطالعه مشابه‌ی در سازمان‌های درمانی برای مقایسه نتایج یافت نشد اما در مطالعات قبل در سایر سازمان‌ها نتایج هم‌سو و غیرهم‌سویی گزارش شده است(۱،۳۳،۲۶،۲۰،۴،۳۸). هم‌سو با مطالعه حاضر در مطالعه حسین‌زاده(۱۳۹۳) اهمال‌کاری با سابقه کار و در مطالعه کاظمی و همکاران(۱۳۸۹) با سابقه خدمت و سمت سازمانی رابطه معناداری نداشت(۱،۳۳). در مطالعه کاظمی(۱۳۸۹) از دیدگاه کارمندان و مدیران، عوامل فردی بیشترین تأثیر را در بروز اهمال‌کاری داشته و عوامل سازمانی و محیطی در رتبه دوم و سوم قرار داشتند. در بین عوامل فردی، قادر نبودن به الویت‌بندی کردن وظایف، در بین عوامل سازمانی، نداشتن سیستم ارزیابی

عملکرد مناسب، و در بین عوامل محیطی، فشار خانواده و مشکلات خانوادگی بیشترین تأثیر را در بروز تعلل داشتند(۱). از سوی دیگر در مطالعه کاظمی(۱۳۹۴) اهمال‌کاری سازمانی با عملکرد شغلی رابطه معکوس معنادار داشت(۲۶). صفاری‌نیا و امیرخانی(۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان دادند هر اندازه فرد در انجام کارها اهمال بیشتری داشته باشد فرسودگی شغلی بیشتری را تجربه می‌کند(۲۰). در مطالعه مرادی(۱۳۹۳) وظیفه‌شناسی، عدالت توزیعی، عدالت رویه‌ای و استرس شغلی نقش معنی‌داری در پیش‌بینی اهمال‌کاری شغلی داشتند(۳۸). در مطالعه خدابخشی(۱۳۹۴) اهمال‌کاری با سابقه خدمت رابطه منفی معناداری داشت(۴). در مطالعه خسروی(۱۳۸۸) پاداش، حقوق و مزایا، فرصت ارتقاء و پویایی همکاران رابطه معکوس معناداری با اهمال‌کاری داشت(۳).

اکثر تحقیقات درخصوص تأثیر دوره‌های آموزشی شناختی و رفتاری بر اهمال‌کاری در زمینه اهمال‌کاری تحصیلی بوده است (۳۸-۴۰). نتایج مطالعات شیرافکن و همکاران(۱۳۸۷)، شیر افکن و زائریان (۱۳۸۹)، سواری و همکاران (۱۳۹۰) و شکری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت زمان در کاهش اهمال‌کاری دانشجویان مؤثر است(۱۶،۳۹،۴۰،۴۱). همچنین سیماریان و همکاران نشان دادند آموزش روش‌های خود کنترلی بر کاهش اهمال‌کاری دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد مؤثر بود(۴۲). از سویی دیگر در مطالعات شمس و همکاران(۱۳۸۹) و فتحی و همکاران(۱۳۹۴) نیز آموزش راهبردها و مهارت‌های غلبه بر اهمال‌کاری بر کاهش اهمال‌کاری دانش‌آموزان مؤثر بوده است(۴۳،۱۲). مطالعات مذکور نشان می‌دهند که دوره‌های آموزشی رفتاری شناختی بر کنترل و تعدیل میزان اهمال‌کاری افراد مؤثر است. خدابخشی(۱۳۹۴) نشان داد با افزایش سابقه کار، میزان سازگاری فرد با محیط کار بیشتر شده و تمایل به اهمال‌کاری کاهش پیدا می‌کند درحالی‌که در ابتدای خدمت به دلیل عدم سازگاری و حجم زیاد وظایف، فرد ترجیح می‌دهد از زیر بار مسؤولیت فرار نماید(۴).

اگرچه نقش این متغیرهای فردی و سازمانی در پژوهش‌های مختلفی بررسی شده است اما در برخی موارد نتایج تحقیقات ناهم‌سو است به‌ویژه در کارکنان درمانی که تحقیقات مشابه‌بسیار اندک است. مرور منابع نشان می‌دهد عوامل فردی اهمال‌کاری در اختیار مدیران نیست اما به نظر می‌رسد با کنترل و بهبود عوامل سازمانی مؤثر بر اهمال‌کاری، می‌توان شیوع این مسئله را کاهش داد. علاوه بر آن آموزش‌های مناسب در زمینه واقع‌بینی در سنجش توانمندی‌ها، شیوه ارزیابی درست وظایف سازمانی و ایجاد انگیزه در جهت توانمندسازی کارکنان و مهارت‌های مدیریت زمان سبب کاهش اهمال‌کاری می‌شود.

■ نتیجه‌گیری

شیوع بسیار کم اهمال‌کاری شدید سازمانی به‌عنوان یک نقطه قوت مهم در کارکنان پرستاری و مامایی مورد مطالعه به شمار می‌رود. اما با توجه به ماهیت حیاتی بودن وظایف این گروه از کارکنان، در وضعیت مطلوب فقدان کامل اهمال‌کاری مورد انتظار است. پیشنهاد می‌شود مدیران پرستاری و مامایی ضمن شناسایی کارکنان اهمال‌کار نسبت به برگزاری دوره‌های روان‌شناختی و رفتاری در جهت حذف پدیده نامطلوب اهمال‌کاری اقدام نمایند. تأثیر اهمال‌کاری برنحوه انجام وظایف به‌ویژه در سازمان‌های پرتنش مانند بیمارستان انکارناپذیر است هرچند در سایر مشاغل هر فرد ممکن است تا حدی اهمال‌کاری در حرفه خود را تجربه کند بدون آن‌که مشکلی ایجاد شود اما چنانچه شدت و دفعات تعلل شغلی زیاد شود، نه تنها برای فرد بلکه برای سازمان عواقب قابل توجهی خواهد داشت. این مسئله در مشاغل پر استرس درمانی همانند پرستاری و مامایی مهم‌تر و گاهی با آسیب‌های جبران‌ناپذیری به مددجویان همراه خواهد بود. شناخت میزان اهمال‌کاری کارکنان پرستاری و مامایی و ارتباط آن با عوامل فردی و سازمانی می‌تواند مدیران پرستاری را در پیشگیری و کنترل اهمال‌کاری و بهبود بهره‌وری یاری نماید. از طرفی توجه به این مسئله، ابزاری مؤثر در کمک به مدیران سازمان‌های درمانی در راستای هدایت کارکنان به شمار می‌رود. نکته قابل توجه در موضوع این پژوهش این که ممکن است در فرهنگ جامعه، جبهه‌گیری و مقاومت درباره موضوعاتی منفی مانند اهمال‌کاری وجود داشته باشد. این مسئله می‌تواند سبب شود افراد مورد مطالعه خود افشاگری کامل نداشته و نتایج تحقیق کمتر از حد انتظار باشد. البته اختلافات فرهنگی نیز مؤثر است. به‌هرحال پایین بودن میزان شیوع اهمال‌کاری در کارکنان پرستاری و مامایی مورد مطالعه، یک نکته مثبت است که آثار و نتایج آن در کارایی و بهره‌وری سازمانی قابل مشاهده خواهد بود. با توجه به یافته‌های این مطالعه، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. با توجه به این‌که میزان و شدت اهمال‌کاری در کارکنان بخش‌های اورژانس و جراحی بیشتر بود و با عنایت به حساسیت و حیاتی بودن وظایف کارکنان به‌ویژه در بخش اورژانس پیشنهاد می‌شود در انتخاب و بکارگیری کارکنان این بخش‌ها دقت بیشتری به‌عمل آید و با برگزاری دوره‌های آموزشی روان‌شناختی

مهارت‌های غلبه بر اهمال‌کاری، در تعدیل و حذف این مسئله درکارکنان شاغل در این بخش‌ها اقدام نمایند.

۲. با توجه به بالا بودن شدت اهمال‌کاری در رده‌شغلی ماما در مقایسه با سایر رده‌های شغلی و با توجه به حساسیت زیاد خدمات این گروه، برگزاری دروه‌های آموزشی مهارت‌های غلبه بر اهمال‌کاری در این گروه از کارکنان نیز توصیه می‌گردد.

۳. با توجه به این‌که تا کنون مطالعه‌ای در سطح بیمارستان‌های دولتی انجام نشده است پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. همچنین در مطالعات آتی رابطه اهمال‌کاری با عوامل سازمانی و فرسودگی شغلی مورد بررسی قرار گیرد.

علی‌رغم برخی نقاط قوت مهم در این مطالعه از جمله حجم نمونه و طرح مطالعه مناسب، این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بوده که ممکن است بر تعمیم‌پذیری و نتیجه‌گیری کلی مطالعه اثرگذار باشد. براساس طرح توصیفی مطالعه حاضر، برقراری رابطه علیتی بین متغیرهای فردی و شغلی با اهمال‌کاری سازمانی وجود ندارد. استفاده از ابزار خودگزارشی و نیز عدم امکان بررسی کیفی اهمال‌کاری و عکس‌العمل منفی نسبت به تعلل و عدم همکاری برخی از نمونه‌ها در تکمیل پرسشنامه‌ها از محدودیت‌های دیگر این مطالعه بوده است.کمبود تحقیقات مشابه به‌ویژه در داخل کشور به منظور مقایسه نتایج، از دیگر محدویت‌های این مطالعه بود.

■ **تشکر و قدرانی**

این مطالعه حاصل بخشی از طرح پژوهشی خاتمه یافته با شماره ۵۱۷۲۱۹۱۱۱۱۵۰۱۰ بوده و با حمایت مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان و همکاری مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان انجام شده است. از همکاری مدیران و کارکنان پرستاری و مامایی بیمارستان‌های مورد مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

■ **References**

1. Kazemi M, Fayyazi M, Kaveh M. Investigation of procrastination prevalence and its causes among university managers and employees. Journal of Management 2011; 2(4):42-63. [Persian].

2. Abdekhhodaei MS, Fatehi Y, Pourgholami F. Investigate the relationship between procrastination and perfectionism and self-efficacy among hospital staff of Frashband city. Proceedings Congress of The first congress in Iranian social psychology; 2011 Feb1-2; Tehran, Iran.

3. Khosravi AA. A study of the relationship between job satisfaction and procrastination. Quarterly Journal of Educational Leadership and Administration 2008; 3(2): 125-141.[Persian]

4. Khodabakhshi M, Sepahvandi M, Sheikhaleslami A, Habibi E. The prediction of organizational procrastination and life satisfaction according to job burnout and years of career. Journal of Military Medicine 2016; 4(17): 207-213 [Persian].

5. Piri Kamrani M, Salimi P, Momeni K. The effectiveness of life skills training on procrastination in education teachers. Proceedings Congress of The first congress in Iranian social psychology; 2011 Feb1-2; Tehran, Iran. [Persian].

6. Allis A, Jeams Nal W. The psychology of procrastination. Translated in Persian by Mohammad Ali Farjad. 4th ed .Tehran: Roshd Publications; 2009. [Persian].

7. Steel, P.(2004). The nature of procrastination: A Meta analytic study. Accessed Jul 10, 2016. Available at: URL: http://www.ucalgary. Ca/mg/research/ media/2004_07. pdf.

8. Ferrari JR, Callaghan JO, Newbegin I. Prevalence of procrastination in the United States, United Kingdom, and Australia: Arousal and Avoidance Delays among Adults. North American Journal of Psychology, 2005; 7(1): 1 -6.

9. Hashemi T , Mostafavi F, Mashinchi Abbasi N , Badri R. Role of goal orientation, self-efficacy of self-regulation and personality in procrastination. Contemporary Psychology, 2012; 7(1): 73-84. [Persian].

10. Beheshtifar M, Hoseinifar H, Nekoei Moghadam M. Effect Procrastination on Work-Related Stress. European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences, 2011; 38:59-64. Accessed Jul 10, 2016. Available at: URL: www.flexmanager.ir/sites/default/files/download/86638d01.pdf

11. Steel, P. The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. Psychological bulletin, 2007; 133(1): 65–94. Accessed Jul 15, 2016. Available at: URL:studiemetro.au.dk/fileadmin/www...

au.dk/Procrastination_2.pdf

12. Fathi A, Badri R, Mir Nasab MM, Bardel M, Hoseyni Nasab SD. The effectiveness of teaching strategies to reduce academic procrastination on secondary schools students' academic procrastination in Tabriz. Journal of Instruction and Evaluation, 2015; 8(30):45-57.[Persian].

13. Ghorban Jahromi R.Hejazi E, Ejei J. Investigating the mediating role of achievement goals in the relationship between need for cognition and cognitive engagement: The effect of procrastination context. Journal of Psychology 2015; 19(73): 3-21.[Persian].

14. Woodruff D. 101 tips to improve your nursing care. Wisconsin, USA: PESI, LLC, 2007.

15. Yasemi Nejad P, Saif A, Gol Mohammadian M. The effect of life skills training on procrastination and school achievement of girl students. Scientific-Research Journal of Shahed University. Clinical Psychalogy & Personality 2011; 2(5):25-36. [Persian].

16. Shokri F, Alipour A, Agah Haris M. The effectiveness of cognitive- behavioral intervention based on procrastination on enhancing students' academic performance and self- Esteem. Journal of Social Cognition 2013; 1(2):81-925. [Persian]

17. Shaheni Yelagh M, Salamati A, Mehrabizadeh M, Haghighi J.The prevalence of procrastination and the effect of cognitive behavioral therapy and behavior management on the decline it in high school students in Ahwaz. Journal of Education of Shaheed Chamran Uinversity 2006; 3(3):1-30. [Persian]

18. Aghatehrani M. Procrastination(Etiology and Treatment). Qhom: Publication of Imam Khomeini Educational and Research Institution, 2006.[Persian]

19. Farzi N, Bahlakeh A, Bordbar G. Relationship between nurses' job stress and procrastination: case study. Quarterly Journal of Nursing Management 2015; 4(2):71-79. [Persian]

20. Safariniya M, Amirkhani Razelighi Z. Path Analysis relationship organizational procrastination with cognitive arousal and burn-out Tehran governmental employees. Quarterly Journal of Organizational Resources Management Research 2013;2(4):111-131.[Persian]

21. Larson MA. Procrastination and performance, does experience moderate the effects? [Dissertation].Angelo State University; 2008.

22. Howell AJ, Watson DC. Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. Personality and Individual Differences 2007; 43: 167–178.

23. Diaz-Morales, J.F., Ferrari, J. R. and Cohen, J.R. Indecision and avoidant procrastination: the role of morningness–eveningness and time perspective in chronic delay lifestyles. The Journal of General Psychology2008; 13(3), 228- 240.

24. Klassen RM, Krawchuk LL, Rajani S. Academic procrastination of undergraduates, Low self-efficacy to self-regulate predicts higher levels of procrastination. Contemporary Educational Psychology 2008; 33: 915–931.

25. Rahimian Boogar I, Rohanipoor S. The academic procrastination in university students: Predictive role of demographical and psychological factors. Journal of Cognitive Strategies in Learning, 2015; 3(4): 1-19. [Persian]

26. Kazemi M. The relationship between organizational procrastination with perfectionism and job performance in Shiraz. [Dissertation]. Shiraz: Marvdasht Branch, Islamic Azad University; 2015.

27. Golpayegani M. The effect of positive organizational behavior, organizational cynicism and desire to negligence of bank employees in Semnan. [Dissertation].Shahroud: Shahroud Branch, Islamic Azad University; 2016.

28. Tavakoli M A, Dehkordian P. Prediction of university student's addictability based on some demographic variables, academic procrastination, and interpersonal variables. Journal of Research on Addiction 2014; 7(28): 32-41.[Persian]

29. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio R, Lawthers AG & et.al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients — Results of the Harvard medical practice study I. New England Journal of Medicine 1991; 324:370-376.

30. Ghoddousi Nejad A. Evaluation of classroom management practices and perceptions of school climate with procrastination high school teachers in Dehdasht, Shiraz, 2013. [Dissertation]. Azerbaijan: Shaheed Madani University of Azarbayejan; 2014.

31. Akhondi N. Comparison of the efficacy Luthans method and Allis method on psychological capital, mental health indicators and occupational indicators in experts working in Iran Khodro Diesel Company. [Dissertation]. Tehran:Payam-A-

Noor University; 2014.[Persian]

32. Karami D. The prevalence of procrastination in students and the association with depression and anxiety. Andishe va Raftar Journal(Journal of clinical psychology) 2009;4(13): 25-34.[Persian]

33. Hosseinzadeh M.The relationship between personalities with staff procrastination WWC North Khorasan. [Dissertation]. Shahroud: Shahroud Branch, Islamic Azad University; 2014. [Persian]

34. Gafni R and Geri N. Time management: Procrastination tendency in individual and collaborative tasks. Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management 2010; 5: 115-125.

35. Vij J. Gender does not influence delaying excuses: An exploratory study of the reasons of academic procrastination among college students. The International Journal of Indian Psychology 2016; 3(3):144-154. Accessed Jul 10, 2016. Available at: URL: oaji.net/articles/2016/1170-1460578933.pdf

36. Balkis M. & Duru E. Prevalence of academic procrastination behavior among preservice teachers, and its relationship with demographics and individual preference. Journal of Theory and practice in Education 2009; 5(1): 18 – 32. Accessed Jul 2, 2016. Available at: URL: eku.comu.edu.tr/article/download/1044000004/1044000208

37. Sharma M. Kaur G. Gender differences in procrastination and academic stress among adolescents. Indian Journal of Social Science Researches 2011; 8: 122-127.

38. Moradi S. The relationship between certain personality, organizational and occupational traits with procrastination in National Iranian Drilling Company. [Dissertation].Ahvaz: Shaheed Chamran University; 2014. [Persian]

39. Shirafkan A, Nouranipour R, Karimi Y, Esmaeili M. The effectiveness of education of time management skills on procrastination and Perfectionism in students. Journal of Counseling Research 2008; 8(27): 27-50. [Persian]

40. Shirafkan A, Zaerian S. Comparison of effectiveness of cognitive behavioral education and time management skills on procrastination and perfectionism in students. Journal of Culture of Canceling 2009; 1(2): 99-126.

41. Sevari K, Beshlideh K, Shehni M. The relationship between time management and self-efficacy with academic procrastination. Journal of Educational Psychology 2009; 5(140: 100-114. [Persian]

42. Simiarian K, Simiarian G, Ebrahimi Ghavam S. Effectiveness of self-control training on the second year high school female students' procrastination. Social Psychology Research Quarterly, 2011; 3(1): 19-35. [Persian]

Assessing the prevalence of organizational procrastination and the associated factors among nursing and midwifery staff

Behrooz Rezaei■, Mohammad Hossein Yarmohammadian, Hossein Mahmoodzadeh Ardakani

Introduction: Procrastination as one of the biggest obstacles to human resource efficiency has an important role in reducing performance, productivity and health of employees and organizations. Any kind of procrastination can cause irreversible complications for patients in hospitals.

Aim: This study aimed to determine the prevalence of procrastination and relationship between demographic and job characteristics in nursing and midwifery staff.

Method: This Cross-sectional study was conducted in 2013 in Isfahan social welfare hospitals. The study sample included nursing and midwifery staff (n=290) were selected through stratified randomized sampling. Data were collected by demographic questionnaire and organizational procrastination scale. Procrastination scale is a self report questionnaire includes 25 items and three subscales of inefficiency, mental anxiety and aversion of duty. The reliability (α=0.892) approved in past studies. Data was analyzed with correlation coefficient, ANOVA and independent T test in 0.05 significant levels with using $spss_{21}$ software.

Results: The mean score of procrastination was 52/46 ± 12/99. More 70 percent of the staff had low procrastination, and 1.5 percent had a high procrastination. Mean score of procrastination scale had significant relationship with hospital service(P=0.039). Subscale scores of inefficiency were significantly higher in males' nursing staff. Procrastination in emergency and surgical wards' staff, midwives, official employees and married employees was higher but the occupational and personal factors didn't associated with the procrastination significantly(P>0.05).

Conclusion: Due to the sensitivity of the nursing and midwifery staff tasks, identifying, training and managing the staff with medium and high procrastination is recommended.

Key words: negligence, procrastination, nurse, midwife

■ **Corresponding author:**
Rezaei B.
PhD.Assistant Professor, Health Services Management, Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Address: rezaee@iaufala.ac.ir

Yarmohammadian M.
Professor,Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Mahmoodzadeh Ardakani H.
Faculty memebr, Nursing Department , Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Year, Vol 5, No 1, Spring 2016