Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 14, Issue 2, Summer 2025

The Relationship between Happiness, Social Responsibility, and Demographic Variables among Nurses

Mojtaba Azar[1], Mohammad Ali Cheraghi[2], Alireza Shahedi[3], Fatemeh Hajibabaee[4*], Roohangiz Jamshidi Orak[5]

1- M.Sc. in Nursing Psychiatric, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Professor of Nursing, Department of Nursing Management, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- Associate Professor of Nursing, Department of Nursing Management, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5- Ph.D. in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Fatemeh Hajibabaee, Associate Professor of Nursing, Department of Nursing Management, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: hajibabaeefateme@yahoo.com

Received: 29 May 2026 Accepted: 19 June 2026

Abstract

Introduction: Happiness and social responsibility are considered important factors influencing the quality of care, job satisfaction, and professional performance of nurses. Despite the importance of these two variables, limited evidence exists regarding the status of happiness and social responsibility and their association with demographic characteristics among Iranian nurses. Therefore, the present study aimed to determine the levels of happiness and social responsibility and examine their relationship with demographic variables among nurses working in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive–analytical cross-sectional study was conducted in 2024 among 240 nurses working in 14 hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Participants were selected using a stratified random sampling method. Data were collected over a six-month period through self-administered questionnaires, including a demographic characteristics questionnaire, the Carroll Model–Based Social Responsibility Questionnaire, and the Oxford Happiness Questionnaire. Data analysis was performed using the independent-samples t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal–Wallis test, and Pearson correlation coefficient in SPSS software version 16.

Results: The mean age of participants was 33.38 ± 5.12 years, and the mean work experience was 7.19 ± 4.41 years. Most nurses (57.3%) had a moderate level of happiness (42.03 ± 5.85), whereas the majority (68.2%) demonstrated a low level of social responsibility (68.15 ± 9.85), and no high-level score was reported. Both variables showed significant associations with certain demographic characteristics, particularly marital status, type of employment, income status and satisfaction with income, age, and work experience ($P < 0.05$).

Conclusion: The studied nurses exhibited a moderate level of happiness and a low level of social responsibility, and these variables were influenced by demographic factors. Organizational and psychological interventions aimed at enhancing happiness and strengthening social responsibility, particularly among at-risk groups, may contribute to improving nurses' well-being and the quality of care.

Keywords: Happiness, Social responsibility, Nurses; Demographic factors.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

Extended Abstract

Introduction

Happiness and social responsibility are key components of nurses' psychological well-being, quality of working life, and professional performance. In the demanding and often stressful environment of hospital care, low happiness and a weakened sense of social responsibility may contribute to burnout, reduced quality of care, and higher turnover, especially in low- and middle-income countries. International studies suggest that nurses' happiness and their sense of responsibility toward patients, the organization, and society are influenced by a range of demographic and occupational factors such as age, marital status, type of employment, income, and work conditions, but evidence in the Iranian context is still limited and fragmented. In addition, the COVID-19 pandemic has placed unprecedented ethical, emotional, and social demands on nurses and may have affected both their happiness and their social responsibility. This study therefore aimed to determine the levels of happiness and social responsibility among nurses and to examine their association with key demographic characteristics in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences.

Methods

This descriptive-analytical cross-sectional study was conducted in 2024 among nurses working in 14 teaching hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. Using stratified random sampling proportional to the number of nurses in each hospital, 240 nurses were recruited; after exclusion of one outlier, data from 239 nurses were analyzed. Inclusion criteria were having at least a bachelor's degree in nursing, a minimum of six months of clinical experience, and willingness to participate. Data were collected using three instruments: a demographic questionnaire (age, gender, marital status, education, ward, position, type of employment, work shift, work experience, income status, income satisfaction, and experience of caring for patients with COVID-19), Carroll's Social Responsibility Questionnaire, and the Oxford Happiness Questionnaire. Carroll's questionnaire consists of 35 items covering economic, legal, ethical, and philanthropic dimensions of social responsibility scored on a 5-point Likert scale; higher scores indicate higher social responsibility. The Oxford Happiness Questionnaire includes 29 items rated on a 4-point Likert scale, with higher scores reflecting higher happiness. In the present study, test–retest reliability over a two-week interval in a pilot sample of 15 nurses yielded correlation coefficients of 0.76 for social responsibility and 0.80 for happiness. Data were analyzed using SPSS version 16. Descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, percentage) were used to describe the variables. Independent t test, one-way ANOVA, Kruskal–Wallis test, and Pearson correlation coefficient were applied to examine associations between happiness and social responsibility scores and demographic variables. The significance level was set at $P<0.05$.

Results

The mean age of the participants was 33.38 ± 5.12 years and the mean work experience was 7.19 ± 4.41 years. Most nurses were female, held a bachelor's degree, and worked as staff nurses in rotating shifts. The mean happiness score was 42.03±5.85, indicating an overall moderate level of happiness. More than half of the nurses (57.3%) reported moderate happiness and 42.7% reported high happiness, while none fell in the very low or very high categories. The mean social responsibility score was 68.15±9.85, which fell in the low range. Overall, 28.5% of nurses had very low social responsibility, 68.2% had low social responsibility, and only 3.3% had moderate social responsibility; no nurse achieved scores in the high or very high ranges.

Happiness showed significant relationships with several demographic variables. Single nurses reported higher happiness scores than married nurses. Nurses working night and rotating shifts had higher happiness compared with those working fixed morning shifts. In addition, nurses employed on temporary project-based contracts showed higher levels of happiness than those with other types of employment. Happiness scores were also higher among nurses who perceived their income as sufficient or more than their expenses and among those more satisfied with their income. Pearson correlation analysis revealed significant negative correlations between happiness and both age and work experience, indicating that happiness decreased as nurses grew older and accumulated more years of service ($P<0.05$).

Social responsibility was also significantly associated with demographic characteristics. Married nurses reported higher social responsibility than single nurses. In terms of employment status, nurses with

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

permanent or probationary employment scored higher on social responsibility than those with project-based contracts. Nurses who reported that their income was less than their expenses, as well as those who were less satisfied with their income, obtained higher social responsibility scores compared with their counterparts. Moreover, nurses who had experience of caring for patients with COVID-19 exhibited higher levels of social responsibility than those without such experience. Social responsibility scores were positively correlated with age and work experience, suggesting that older and more experienced nurses feel more responsible towards patients, the organization, and society ($P<0.05$).

Conclusion

The findings of this study showed that, although the nurses working in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences experienced an overall moderate level of happiness, their social responsibility was predominantly low. Both constructs were meaningfully related to marital status, type of employment, income status and satisfaction, and indicators of professional seniority such as age and work experience. These results highlight the need for targeted organizational and psychological interventions to promote nurses' happiness and strengthen their social responsibility, particularly among high-risk groups such as older nurses with longer work histories and those with less secure employment. Strategies may include improving staffing and working conditions, providing supportive supervision and counseling, offering educational programs on professional and social responsibility, and designing financial and non-financial incentives that enhance both well-being and commitment. Future longitudinal and interventional studies are recommended to clarify causal pathways and to evaluate the effectiveness of such programs in improving nurses' happiness, social responsibility, and ultimately the quality of patient care.

Acknowledgment

We would like to express our gratitude for the financial support provided by Tehran University of Medical Sciences (TUMS) throughout the duration of this research. No AI tools were used in the preparation of this manuscript.

Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences under the code IR.TUMS.FNM.REC.1401.054.

Funding

This study was derived from a master's thesisapproved by Tehran University of Medical Sciencesand did not receive external financial support.

Conflict of Interests

The authors have affirmed that they have no conflicts of interest related to this research.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی

دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

ارتباط شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در پرستاران

مجتبی آذر[۱]، محمد علی چراغی[۲]، علیرضا شاهدی[۳]، فاطمه حاجی بابایی[۴*]، روح انگیز جمشیدی اورک[۵]

۱. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد پرستاری، گروه مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. دانشیار پرستاری، گروه مدیریت پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. دکترای آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

***نویسنده مسئول:** فاطمه حاجی‌بابایی، دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: hajibabaeefateme@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۹

چکیده

مقدمه: شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی از عوامل مؤثر بر کیفیت مراقبت، رضایت شغلی و عملکرد حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شوند. با وجود اهمیت این دو متغیر، شواهد محدودی درباره وضعیت شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های جمعیت شناختی در میان پرستاران ایرانی وجود دارد. ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بررسی ارتباط آن‌ها با متغیرهای جمعیت شناختی در پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش کار: این پژوهش توصیفی–تحلیلی مقطعی در سال ۱۴۰۳ بر روی ۲۴۰ پرستار شاغل در ۱۴ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها طی مدت زمان ۶ ماه در ۱۴۰۳ با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی مبتنی بر مدل کارول و پرسشنامه شادکامی آکسفورد به‌صورت خوداظهاری تکمیل شد و جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، کروسکال–والیس و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: سن ۵/۱۲ ± ۳۳/۳۸ و سابقه کار ۴/۴۱ ± ۷/۱۹ بود. بیشتر پرستاران (۵۷/۳ ٪) سطح شادکامی متوسط (۵/۸۵ ±۴۲/۰۳) داشتند، در حالی‌که بیشتر آن‌ها (۶۸/۲٪) سطح مسئولیت‌پذیری اجتماعی پایین (۹/۸۵ ± ۶۸/۱۵) داشتند و نمره‌ای در سطح بالا گزارش نشد. هر دو متغیر با برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی، به‌ویژه وضعیت تأهل، نوع استخدام، وضعیت و رضایت از درآمد، سن و سابقه کار ارتباط معنادار نشان دادند ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: پرستاران مورد مطالعه از سطح شادکامی متوسط و مسئولیت‌پذیری اجتماعی پایین برخوردار بودند و این متغیرها تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی بودند. مداخلات سازمانی و روان‌شناختی برای ارتقای شادکامی و تقویت مسئولیت‌پذیری اجتماعی، به‌ویژه در گروه‌های در معرض خطر، می‌تواند به بهبود سلامت پرستاران و کیفیت مراقبت کمک کند.

کلیدواژه‌ها: شادکامی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، پرستاران، متغیرهای جمعیت شناختی.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

مقدمه

مراقبت پرستاری یکی از ارکان اصلی نظام سلامت محسوب می‌شود و کیفیت خدمات درمانی تا حد زیادی به عملکرد حرفه‌ای پرستاران وابسته است (۱, ۲). پرستاران به دلیل ارتباط مستقیم، مستمر و نزدیک با بیماران، نقش مهمی در بهبود پیامدهای درمانی، ارتقای ایمنی بیمار و رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات سلامت ایفا می‌کنند (۱). از این‌رو، حفظ سلامت جسمی و روانی پرستاران و توجه به عوامل مؤثر بر عملکرد آنان، از اولویت‌های مهم نظام‌های سلامت به شمار می‌آید. شرایط کاری پرتنش، حجم بالای مسئولیت‌ها، فشارهای عاطفی و محیط پیچیده بیمارستانی می‌تواند بر وضعیت روانی و حرفه‌ای پرستاران تأثیر گذاشته و در نهایت کیفیت مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد (۳). یکی از عوامل مهم مرتبط با سلامت روان و عملکرد شغلی کارکنان، شادکامی است (۴). شادکامی مفهومی چندبعدی است که شامل مؤلفه‌های عاطفی و شناختی بوده و به ترتیب به تجربه احساسات مثبت، لذت از زندگی و رضایت از زندگی اشاره دارد (۱, ۲). شادکامی می‌تواند انگیزه، بهره‌وری، تعاملات بین‌فردی و عملکرد حرفه‌ای کارکنان را ارتقا دهد (۴). در حرفه پرستاری نیز شادکامی نه‌تنها بر سلامت جسمی و روانی پرستار تأثیرگذار است، بلکه می‌تواند بر کیفیت مراقبت، نحوه تعامل با بیماران و پیامدهای درمانی اثر بگذارد (۳). گزارش جهانی شادکامی در سال ۲۰۱۸ نشان داد ایران در میان ۱۴۹ کشور رتبه ۱۰۰ را به خود اختصاص داده است (۵). مطالعات بین‌المللی اخیر نیز نشان داده‌اند که سطح شادکامی پرستاران عموماً در حد متوسط تا نسبتاً بالا قرار دارد و تحت تأثیر عوامل فردی و سازمانی مختلفی از جمله امنیت محیط کار، وضعیت تأهل، نوع قرارداد، سابقه حرفه‌ای، شیفت کاری و سلامت روان قرار می‌گیرد (۶, ۷) و مطالعات داخلی اخیر نشان داده‌اند که اکثر پرستاران ایرانی از سطح قابل‌قبول تا بالای شادکامی برخوردار هستند و این متغیر با عواملی نظیر رفتارهای مراقبتی، خودمختاری حرفه‌ای، سابقه کار و رضایت از درآمد ارتباط معناداری دارد (۸, ۹).

در کنار شادکامی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی نیز از مؤلفه‌های مهم در حرفه پرستاری محسوب می‌شود. مسئولیت‌پذیری اجتماعی به عنوان یک تعهد اخلاقی، بیانگر تمایل فرد به همکاری با جامعه، رعایت انصاف، ایجاد اعتماد و توجه به پیامدهای اجتماعی رفتارهای حرفه‌ای است (۱۰). در حرفه پرستاری، مسئولیت‌پذیری اجتماعی می‌تواند زمینه‌ساز ارائه مراقبت‌های جامع‌تر، تقویت ارتباط با بیمار و بهبود نگرش بیماران نسبت به خدمات پرستاری شود (۱۱). از سوی دیگر، برخی شواهد نشان می‌دهد که شادکامی کارکنان با افزایش تعهد سازمانی و احساس مسئولیت‌پذیری آنان همراه است (۱۲, ۱۳). مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نشان داده‌اند که پرستاران از سطح متوسط تا مطلوبی از مسئولیت‌پذیری اجتماعی برخوردار هستند و ابعاد مختلف مسئولیت‌پذیری اجتماعی با برخی شاخص‌های سلامت روان، از جمله شادکامی و خستگی ذهنی، ارتباط معناداری دارند (۱۴, ۱۵). با وجود اهمیت شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در حرفه پرستاری، اغلب مطالعات انجام‌شده در ایران این متغیرها را به‌صورت جداگانه بررسی کرده‌اند و اطلاعات محدودی درباره ارتباط همزمان این دو متغیر با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران وجود دارد. همچنین، با توجه به تفاوت شرایط کاری، ساختار سازمانی و ویژگی‌های محیط‌های درمانی، نتایج مطالعات انجام‌شده در مناطق مختلف کشور قابلیت تعمیم محدودی دارند. از سوی دیگر، شواهد کافی در خصوص وضعیت شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی– درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در دسترس نیست. شناسایی سطح این متغیرها و عوامل مرتبط با آن‌ها می‌تواند به مدیران نظام سلامت در طراحی مداخلات مؤثر برای ارتقای سلامت شغلی پرستاران، بهبود محیط کار و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بررسی ارتباط آن‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی است که در سال ۱۴۰۳ در ۱۴ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۲۴۰ پرستار انجام شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای تصادفی انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا هر بیمارستان به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و سپس متناسب با تعداد پرستاران هر بیمارستان، سهم نمونه تعیین گردید. در ادامه، شرکت‌کنندگان از طریق فهرست پرستاران هر بیمارستان و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای جوامع محدود تعیین شد و با در نظر گرفتن ۱۰٪ احتمال ریزش، تعداد نهایی شرکت‌کنندگان ۲۴۰ نفر در نظر گرفته شد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

شرایط ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل شش ماه سابقه کار بالینی، عدم خوداظهاری ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن روانی و تمایل داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. پرستارانی که بیش از ۱۰٪ پرسشنامه را بدون پاسخ گذاشته بودند، از مطالعه حذف شدند.

گردآوری داده‌ها از طریق سه پرسشنامه شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی مبتنی بر مدل کارول و پرسشنامه شادکامی آکسفورد انجام شد. پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی شامل اطلاعاتی درباره سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، بخش محل خدمت، جایگاه شغلی، وضعیت استخدامی، نوع شیفت کاری، سابقه کاری، میزان درآمد و میزان رضایت از درآمد بود.

برای سنجش مسئولیت‌پذیری اجتماعی از پرسشنامه مبتنی بر مدل کارول استفاده شد (۱۶). این پرسشنامه شامل ۳۵ سؤال در چهار مؤلفه قانونی (۷ سؤال)، اقتصادی (۷ سؤال)، اخلاقی (۹ سؤال) و نوع‌دوستانه (۱۲ سؤال) است. پاسخ‌ها بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات کل بین ۳۵ تا ۱۷۵ است؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیشتر می‌باشد. در مطالعه حقیقتیان و همکاران، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۷). در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آزمون–بازآزمون و با فاصله دو هفته بر روی ۱۵ پرستار بررسی شد و ضریب همبستگی ۰/۷۶ به‌دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی ابزار توسط اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تأیید شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد، توسط ارگیل و لو در سال ۲۰۰۲ تدوین شده و برای اندازه‌گیری میزان شادکامی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸). پرسشنامه شادکامی آکسفورد حاوی ۲۹ گویه چهار گزینه‌ای است که براساس طیف چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند: کاملاً مخالف (۰)، مخالف (۱)، موافق (۲) و کاملاً موافق (۳). بنابراین هر چقدر امتیاز دریافت شده بالاتر باشد افراد شادتر محسوب می‌گردند. بدین ترتیب بالاترین نمره‌ای که در این مقیاس، پاسخ دهنده می‌تواند کسب کند ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی و کمترین نمره این مقیاس صفر است که مؤید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و غمگینی فرد است. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است (۱۹). نمرات پایین‌تر از ۲۱ (شادکامی کم)، نمرات ۲۲ تا ۴۳ (شادکامی متوسط)، نمرات ۴۴ تا ۶۵ (شادکامی بالا) نمرات ۶۶ تا ۸۷ (شادکامی بسیار بالا) می باشد. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در مطالعه نوربالا و همکاران با استفاده از روش‌های استاندارد (آلفای کرونباخ ۰/۹۳) تأیید شده است (۲۰). به‌منظور بررسی پایایی، هر دو پرسشنامه توسط ۱۵ پرستار با فاصله دو هفته تکمیل شد و ضرایب همبستگی به‌ترتیب ۰/۷۶ (پرسشنامه مسئولیت‌پذیری) و ۰/۸۰ (پرسشنامه شادکامی) به‌دست آمد و این افراد در نمونه اصلی وارد نشدند.

پس از اخذ مجوز اخلاق (IR.TUMS.FNM.REC.1401.054) از کمیته اخلاق مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، با همراه داشتن معرفی‌نامه رسمی به ۱۴ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه شد. تمامی بیمارستان‌های وابسته در پژوهش وارد شدند و هر بیمارستان به‌عنوان یک طبقه آماری در نظر گرفته شد. سپس با توجه به تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان، سهم نمونه هر طبقه به‌صورت متناسب تعیین گردید. در ادامه، نمونه‌ها در هر بیمارستان با استفاده از روش تصادفی ساده و بر اساس فهرست پرستاران شاغل انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات لازم درباره اهداف و روند اجرای پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها در سال ۱۴۰۳ به‌صورت خوداظهاری توسط پرستاران تکمیل شد.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباط شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با متغیرهای جمعیت‌شناختی، بر حسب نوع متغیرها و توزیع داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه، کروسکال–والیس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. از آنجا که هدف اصلی پژوهش، بررسی اولیه روابط بین متغیرها در قالب تحلیل‌های دومتغیره بود، تحلیل رگرسیون چندمتغیره در این مطالعه انجام نشد. سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در بررسی اولیه داده‌ها، یک پرسشنامه به دلیل ناقص بودن اطلاعات و عدم امکان استفاده در تحلیل نهایی کنار گذاشته شد؛ بنابراین تجزیه‌وتحلیل داده‌ها بر اساس اطلاعات ۲۳۹ پرستار انجام گرفت. همچنین داده مفقودی در سایر متغیرهای مورد بررسی مشاهده نشد. مشخصات جمعیت شناختی پرستاران شرکت‌کننده در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی پرستاران مورد پژوهش

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۶۵	۶۹/۰
	مرد	۷۴	۳۱/۰
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱۸	۴۹/۴
	متاهل	۱۰۲	۴۲/۷
	مطلقه	۱۲	۵/۰
	بیوه	۷	۲/۹
تحصیلات	کارشناسی	۲۱۶	۹۰/۴
	کارشناسی ارشد	۲۳	۹/۶
پست سازمانی	سرپرستار	۶	۲/۵
	پرستار	۲۳۳	۹۷/۵
شیفت	صبح	۷۹	۳۳/۱
	عصر	۶	۲/۵
	شب	۲۳	۹/۶
	در گردش	۱۳۱	۵۴/۸
وضعیت استخدام	پیمانی	۱۹	۷/۹
	طرحی	۶۲	۲۵/۹
	قراردادی	۳۰	۱۲/۶
	رسمی	۱۲۸	۵۳/۶
درآمد	دخل کمتر از خرج	۱۱۵	۴۸/۱
	دخل برابر با خرج	۱۱۹	۴۹/۸
	دخل بیشتر از خرج	۵	۲/۱
رضایت از درآمد	کم	۱۲۸	۵۳/۶
	متوسط	۱۱۱	۴۶/۴
سن	۲۱ – ۲۴	۲	۰/۸
	۲۵ – ۲۹	۷۸	۳۲/۷
	۳۰ – ۳۴	۶۷	۲۸/۰
	۳۵ – ۳۹	۵۳	۲۲/۲
	۴۰ – ۴۴	۳۱	۱۳/۰
	۴۵ – ۴۹	۶	۲/۵
	۵۰ – ۵۳	۲	۰/۸
سابقه کار (سال)	۱ – ۴	۸۶	۳۶/۰
	۵ – ۹	۸۳	۳۴/۷
	۱۰ -۱۴	۵۵	۲۳/۰
	۱۵ -۱۹	۱۴	۵/۹
	۲۰ -۲۳	۱	۰/۴

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

بخش محل کار	داخلی	۵۸	۲۴/۳
	جراحی	۵۲	۲۱/۷
	ویژه	۴۳	۱۸/۰
	اورژانس	۲۹	۱۲/۱
	کودکان	۲۱	۸/۸
	چشم‌پزشکی	۱۵	۶/۳
	زنان و زایمان	۱۰	۴/۲
	روانپزشکی	۹	۳/۸
	ویژه اطفال	۲	۰/۸

در این مطالعه میانگین نمره شادکامی ۵/۸۵ ± ۴۲/۰۳ بدست آمد که حاکی از سطح متوسط وضعیت شادکامی پرستاران است و میانگین نمره مسئولیت‌پذیری اجتماعی ۹/۸۵ ± ۶۸/۱۵ بود که این میانگین نیز در سطح کم قرار داشت. توزیع فراوانی سطوح مختلف شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران، به‌همراه دامنه نمرات هر سطح، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. سطوح شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	سطح	دامنه نمره	تعداد	درصد
شادکامی	کم	۰–۲۱	۰	۰
	متوسط	۲۲–۴۳	۱۳۷	۵۷/۳
	زیاد	۴۴–۶۵	۱۰۲	۴۲/۷
	بسیار زیاد	۶۶–۸۷	۰	۰
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	بسیار کم	۳۵–۶۲	۶۸	۲۸/۵
	کم	۶۳–۹۰	۱۶۳	۶۸/۲
	متوسط	۹۱–۱۱۸	۸	۳/۳
	زیاد	۱۱۹–۱۴۶	۰	۰
	بسیار زیاد	۱۴۷–۱۷۵	۰	۰

در بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، بین نمره شادکامی و وضعیت تأهل، نوع شیفت کاری، وضعیت استخدام، وضعیت درآمد و رضایت از درآمد ارتباط آماری معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۵؛ جدول ۳). به‌طور کلی، پرستاران مجرد، شاغلان در شیفت‌های شب و در گردش، افراد با وضعیت استخدامی طرحی و همچنین کسانی که وضعیت و رضایت بهتری از درآمد خود گزارش کرده بودند، نمرات شادکامی بالاتری داشتند. آزمون ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد بین سن و سابقه کار با نمرات شادکامی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد؛ به این معنا که با افزایش سن و سابقه کار، سطح شادکامی پرستاران کاهش می‌یابد (P<۰/۰۵). مقادیر دقیق آماره‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ارتباط بین نمره شادکامی و متغیرهای جمعیت‌شناختی پرستاران مورد پژوهش

نام متغیر	حالات متغیر	تعداد نمونه	میانگین ± انحراف معیار	مقدار آماره آزمون	P_Value
جنس	زن	۱۶۵	۴۱/۸۵ ± ۵/۷۴	t = -۰/۶۹	۰/۴۸۷
	مرد	۷۴	۴۲/۴۲ ± ۶/۱۱		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۱۸	۴۳/۴۶ ± ۵/۶۹	t = ۳/۳۲	۰/۰۰۱
	متأهل	۱۰۲	۴۰/۵۳ ± ۵/۹۴		
	مطلقه	۱۲	۴۲/۵۰ ± ۳/۸۹		
	بیوه	۷	۳۸/۸۶ ± ۳/۴۸		

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

تحصیلات	کارشناسی	۲۱۶	۴۲/۰۶ ± ۵/۷۷	t =۰/۲۴	۰/۸۰۶
	کارشناسی ارشد	۲۳	۴۱/۷۴ ± ۶/۶۶		
شیفت	صبح	۷۹	۴۰/۱۳ ± ۶/۴۹	F = ۶/۳۰	۰/۰۰۲
	عصر	۶	۳۹/۵۰ ± ۵/۰۵		
	شب	۲۳	۴۳/۱۳ ± ۷/۱۸		
	درگردش	۱۳۱	۴۳/۰۳ ± ۴/۹۱		
وضعیت استخدام	پیمانی	۱۹	۴۰/۱۱ ± ۷/۹۵	F = ۹/۳۲	۰/۰۰۱
	طرحی	۶۲	۴۵/۱۵ ± ۵/۴۲		
	قراردادی	۳۰	۴۲/۰۳ ± ۵/۳۷		
	رسمی	۱۲۸	۴۰/۸۰ ± ۵/۲۵		
وضعیت درآمد	دخل کمتر از	۱۱۵	۴۰/۳۵ ± ۶/۲۳	t = −۰/۲۲	۰/۰۰۱
	خرج دخل برابر با	۱۱۹	۴۳/۴۸ ± ۵/۰۵		
	خرج دخل بیشتراز خرج	۵	۴۶/۰ ± ۳/۶۰		
رضایت از درآمد	کم	۱۲۸	۴۰/۳۰ ± ۶/۰۳	t = −۵/۱۶	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۱۱	۴۴/۰۲ ± ۴/۹۵		
سن	زیر ۳۰ سال	۸۰	۴۴/۸۶ ± ۴/۸۶	r = −۰/۲۸	۰/۰۰۱
	۳۰ – ۳۴	۶۷	۴۱/۹۰ ± ۵/۵۷		
	۳۵ – ۳۹	۵۳	۳۹/۰۸ ± ۴/۹۱		
	۴۰ – ۴۴	۳۱	۳۹/۳۵ ± ۶/۳۱		
	بالای ۴۴ سال	۸	۴۴/۶۲ ± ۷/۴۲		
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۸۶	۴۵/۱۴ ± ۴/۳۲۸	r = −۰/۳۵	۰/۰۰۱
	۵ – ۹	۸۳	۴۱/۲۳ ± ۵/۱۸۰		
	۱۰ –۱۴	۵۵	۳۸/۹۵ ± ۶/۲۹۱		
	بیشتر از ۱۴ سال	۱۵	۳۹/۸۷ ± ۷/۲۶۹		

[۱] مقایسه بین دو گروه مجرد و متأهل انجام شده است زیرا تعداد نمونه در گروه‌های مطلقه و بیوه بسیار کم است.
[۲] مقایسه بین سه گروه صبح، شب و در گردش انجام شده است.
[۳] مقایسه بین دو گروه اول و دوم انجام شده است.

در این پژوهش بین نمره مسئولیت‌پذیری اجتماعی و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط آماری معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۵؛ جدول ۴). به‌طور کلی، پرستاران متأهل، کارکنان پیمانی، افرادی که درآمد کمتر از هزینه‌های خود یا رضایت کمتری از درآمدشان گزارش کرده بودند، نمرات مسئولیت‌پذیری اجتماعی بالاتری کسب کردند. همچنین بر اساس ضریب همبستگی پیرسون، بین سن و سابقه کار با نمرات مسئولیت‌پذیری اجتماعی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت؛ به این معنا که با افزایش سن و سابقه کار، سطح مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران افزایش می‌یافت (P<۰/۰۵).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

جدول ٤. ارتباط بین نمره مسئولیت‌پذیری اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی پرستاران مورد پژوهش

نام متغیر	دسته‌های متغیر	حجم نمونه	میانگین±انحراف معیار	مقدار آماره آزمون	مقدار P
جنسیت	زن	۱۶۵	۶۸/۵۷ ± ۹/۴۵	t = ۰/۹۸	۰/۳۲۷
	مرد	۷۴	۶۷/۲۲ ± ۱۰/۶۹		
وضعیت تأهل[1]	مجرد	۱۱۸	۶۶/۸۵ ± ۹/۴۵	t = −۱/۹۹	۰/۰۴۷
	متأهل	۱۰۲	۶۹/۵۱ ± ۱۰/۳۱		
	مطلقه	۱۲	۶۷/۲۵ ± ۷/۲۵		
	بیوه	۷	۷۱/۸۶ ± ۱۱/۷۶		
تحصیلات	لیسانس	۲۱۶	۶۸/۳۰ ± ۹/۶۸	t = ۰/۷۲	۰/۴۷۱
	فوق لیسانس	۲۳	۶۶/۷۴ ± ۱۱/۴۵		
شیفت کاری[2]	صبح	۷۹	۶۹/۳۰ ± ۱۰/۱۶	F = ۱/۴۷	۰/۲۳۰
	عصر	۶	۷۹/۸۳ ± ۸/۲۰		
	شب	۲۳	۶۶/۱۳ ± ۱۰/۴۴		
	چرخشی	۱۳۱	۶۷/۲۸ ± ۹/۲۷		
وضعیت استخدامی	پیمانی	۱۹	۷۳/۹۰ ± ۱۲/۹۳	kw= ۱۹/۴۵	۰/۰۰۱
	طرحی	۶۲	۶۴/۰۳ ± ۷/۶۶		
	قراردادی	۳۰	۶۷/۶۰ ± ۸/۸۱		
	رسمی	۱۲۸	۶۹/۴۲ ± ۹/۸۶		
وضعیت درآمدی[3]	کمتر از هزینه‌ها	۱۱۵	۷۰/۸۹ ± ۱۰/۶۰	t = ۴/۰۳	۰/۰۰۱
	برابر با هزینه‌ها	۱۱۹	۶۵/۸۲ ± ۸/۴۶		
	بیشتر از هزینه‌ها	۵	۶۰/۶۰ ± ۳/۲۰		
رضایت از درآمد	پایین	۱۲۸	۷۰/۴۸ ± ۱۰/۳۰	t = ۴/۱۱	۰/۰۰۱
	متوسط	۱۱۱	۶۵/۴۶ ± ۸/۵۸		
سن	زیر ۳۰ سال	۸۰	۶۴/۴۳ ± ۸/۳۷	r = ۰/۱۹۹	۰/۰۰۲
	۳۰ – ۳۴	۶۷	۶۹/۰۰ ± ۱۰/۳۹		
	۳۵ – ۳۹	۵۳	۷۱/۲۵ ± ۹/۷۲		
	۴۰ – ۴۴	۳۱	۷۰/۸۷ ± ۹/۵۲		
	بالای ۴۴ سال	۸	۶۷/۲۵ ± ۱۱/۲۳		
سابقه کار	کمتر از ۵ سال	۸۶	۶۴/۲۸ ± ۷/۴۲	r = ۰/۲۲۸	۰/۰۰۱
	۵ – ۹	۸۳	۷۰/۱۰ ± ۱۱/۳۵		
	۱۰ –۱۴	۵۵	۷۱/۳۵ ± ۸/۸۱		
	بیشتر از ۱۴ سال	۱۵	۶۷/۸۷ ± ۱۰/۲۶		

[1] مقایسه بین دو گروه مجرد و متأهل انجام شده است زیرا تعداد نمونه در گروه‌های مطلقه و بیوه بسیار کم است.
[2] مقایسه بین سه گروه صبح، شب و در گردش انجام شده است.
[3] مقایسه بین دو گروه اول و دوم انجام شده است.

بحث

هدف از این مطالعه تعیین ارتباط مسئولیت‌پذیری اجتماعی و شادکامی با متغیرهای جمعیت شناختی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

شادکامی پرستاران

نتایج نشان داد سطح شادکامی پرستاران عمدتاً در حد متوسط است و هیچ‌یک از آن‌ها در طیف‌های «شادکامی کم» یا «بسیار زیاد» قرار نگرفتند. این الگو با یافته‌های گوردوغان و همکاران در ترکیه و همچنین یافته‌های جوادی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

شریف و همکاران و وکیلی و همکاران در ایران که سطح شادکامی پرستاران را در حد متوسط گزارش کرده‌اند، همسو است (۲۱,۲۲). به نظر می‌رسد فشارهای روانی و فیزیکی شغل پرستاری، به‌ویژه در محیط‌های بیمارستانی پرترافیک، از یک‌سو و تجارب مثبت ناشی از کمک به بیماران و احساس مفید بودن شغلی از سوی دیگر، منجر به سطحی «متوسط» از شادکامی می‌شود؛ به این معنا که پرستاران نه کاملاً ناراضی، بلکه به‌طور نسبی از وضعیت خود خشنود هستند.

مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران

در این مطالعه میانگین نمرات مسئولیت‌پذیری اجتماعی در سطح پایین قرار داشت و هیچ‌یک از پرستاران نمره‌ای در سطوح زیاد یا بسیار زیاد کسب نکردند. این وضعیت می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که شرایط شغلی، کمبود منابع و انتظارات بالا از پرستاران، فرصت بروز رفتارهای مبتنی بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی را محدود می‌کند. یافته ما تاحدی با نتایج ویلمن و همکاران همسو است که گزارش کردند پرستاران تازه‌فارغ‌التحصیل در مواجهه با مسئولیت‌های بالینی پیچیده، خود را برای پاسخ‌گویی کامل آماده و حمایت‌شده نمی‌بینند (۲۳). فشارهای کاری مداوم، مراقبت از بیماران بدحال و پیچیده و ضرورت مدیریت استرس و اضطراب، می‌تواند توجه پرستاران را بیش از حد به وظایف بالینی فوری معطوف کرده و بروز جنبه‌های گسترده‌تر مسئولیت‌پذیری اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار دهد (۲۴).

ارتباط بین شادکامی و متغیرهای جمعیت‌شناختی پرستاران

تحلیل‌های آماری نشان داد که شادکامی پرستاران با وضعیت تأهل، شیفت کاری، نوع استخدام و میزان درآمد آنان و همچنین با سن و سابقه کاری رابطه معنادار دارد. به‌طور کلی، پرستاران مجرد، شاغلان در شیفت‌های شب و گردشی، کارکنان طرحی و افرادی که درآمد بالاتری گزارش کرده بودند، از سطح شادکامی بیشتری برخوردار بودند و با افزایش سن و سابقه، شادکامی روندی کاهشی نشان داد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مجرد معمولاً آزادی و استقلال بیشتری برای برنامه‌ریزی زندگی شخصی و شغلی خود دارند، در حالی‌که افراد متأهل، به‌ویژه زنان، با تعهدات و مسئولیت‌های خانوادگی بیشتری روبه‌رو هستند که می‌تواند استرس را افزایش داده و از میزان شادکامی بکاهد (۲۵).

در زمینه شیفت کاری، نتایج نشان داد نمره شادکامی در پرستاران شیفت صبح کمتر از شیفت شب و گردشی بود. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که الگوی شیفت و کیفیت خواب با پیامدهای روان‌شناختی مانند خلق و مصرف انرژی ارتباط دارد (۲۶). احتمالاً ضرورت بیدار شدن زودهنگام، خستگی پس از کار و محدودیت زمان آزاد در پرستاران شیفت صبح، فرصت استراحت کافی و مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش را کاهش داده و بر شادکامی آنان تأثیر منفی می‌گذارد.

همچنین در مطالعه ما، پرستاران دارای وضعیت استخدامی طرحی نمرات شادکامی بالاتری نسبت به سایر گروه‌ها داشتند؛ یافته‌ای که با نتایج وکیلی و همکاران همسو است (۲۲). به‌نظر می‌رسد برداشت این گروه از استخدام طرحی به‌عنوان فرصتی برای یادگیری، کسب تجربه و ورود پایدار به بازار کار، انگیزه و احساس امید به آینده را افزایش داده و به شادکامی بیشتر منجر می‌شود.

یافته دیگر آن بود که افرادی که اظهار کرده‌اند «دخلشان بیش از خرجشان است» شادکامی بالاتری داشتند. یانیک و ادیز نیز گزارش کرده‌اند که شادکامی پرستاران تحت‌تأثیر عواملی مانند رضایت از درآمد و توانایی برآورده کردن نیازها قرار دارد (۲۷). احساس امنیت مالی و نبود نگرانی جدی در مورد تأمین هزینه‌های زندگی می‌تواند استرس‌های اقتصادی را کاهش داده، آرامش ذهنی و رضایت از زندگی را افزایش دهد و در نتیجه شادکامی بیشتری را به دنبال داشته باشد (۲۷).

نتایج نشان داد با افزایش سن و سابقه کار، نمرات شادکامی کاهش می‌یابد. این یافته با مطالعاتی همسو است که به نقش سن، سابقه شغلی و عوامل سازمانی در شادی پرستاران اشاره کرده‌اند (۲۸, ۲۹). با گذشت زمان، مواجهه طولانی‌مدت با فشارهای شغلی، افزایش مسئولیت‌ها و احتمال بروز فرسودگی شغلی می‌تواند به خستگی، کاهش انگیزه و احساس ناکارآمدی منجر شود و بدین‌ترتیب شادکامی را تحت‌تأثیر منفی قرار دهد (۲۹). بنابراین، به نظر می‌رسد توجه ویژه مدیران به پرستاران با سابقه بیشتر و طراحی برنامه‌های ارتقای شادکامی و حمایت روان‌شناختی برای این گروه ضروری است.

ارتباط بین مسئولیت پذیری اجتماعی و متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران

نتایج نشان داد مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران با

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

وضعیت تأهل، نوع استخدام، وضعیت و رضایت از درآمد و با سن و سابقه کار ارتباط معناداری دارد. به‌طور کلی، پرستاران متأهل، کارکنان پیمانی، افرادی که رضایت کمتری از درآمد خود داشتند، نمرات بالاتری در مسئولیت‌پذیری اجتماعی کسب کردند. این یافته، نقش ترکیبی عوامل فردی (سن، تجربه زندگی خانوادگی) و شغلی (نوع استخدام، تجربه بالینی) را در شکل‌گیری احساس مسئولیت اجتماعی نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه ما نشان داد که وضعیت تأهل و نوع استخدام می‌تواند بر میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران تأثیر بگذارد. همسو با این نتایج، مطالعه سالمانی و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که عوامل دموگرافیک به‌ویژه وضعیت اقتصادی پرستاران با مسئولیت اجتماعی و خستگی ذهنی ناشی از کار ارتباط دارد (۱۵). بعلاوه، یک مطالعه که در اردن انجام شده همبستگی منفی ضعیفی بین وضعیت تأهل و شایستگی حرفه‌ای پرستاران گزارش کرد (۳۰). به نظر می‌رسد پرستاران متأهل به دلیل تجربیات و مسئولیت‌های بیشتر در زندگی خانوادگی و اجتماعی، تعهد و پاسخ‌گویی بالاتری در محیط حرفه‌ای نشان می‌دهند؛ هرچند در مطالعات این ارتباط بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی کاری پرستاران از نظر آماری معنادار گزارش نشد (۳۰, ۳۱) . همچنین، در این مطالعه، پرستاران پیمانی به‌دلیل وابستگی مستقیم وضعیت شغلی به عملکرد و پاسخ‌گویی به تعهدات قراردادی، ممکن است بالاترین درجه از مسئولیت‌پذیری اجتماعی را داشته باشند؛ در مقابل، پرستاران طرحی به‌دلیل موقتی‌بودن وضعیت استخدامی، می‌توانند پایین‌ترین سطح مسئولیت‌پذیری اجتماعی را تجربه کنند.

همچنین نتایج نشان داد میانگین نمرات مسئولیت‌پذیری در افرادی که رضایت کمتری از درآمد خود داشتند، بیشتر از افرادی بود که رضایت متوسطی از درآمدشان گزارش کرده بودند. شاید بتوان گفت این افراد حساسیت بیشتری نسبت به پیامدهای اقتصادی و نابرابری‌های مالی دارند و در نتیجه، احساس تعهد بیشتری نسبت به انجام رفتارهای مسئولانه در قبال خود، خانواده و محیط کار نشان می‌دهند (۳۲).

نتایج مطالعه ما همچنین نشان داد که با افزایش سن و سابقه کار، سطح مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران افزایش می‌یابد. این یافته با مطالعه اوزدوبا و همکاران (۲۰۲۴) همسو است که نشان داد ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران (از جمله ابعاد مسئولیت و تعهد حرفه‌ای) با افزایش سن و تجربه کاری ارتباط مثبت دارد (۳۳). به نظر می‌رسد مواجهه تدریجی با موقعیت‌های بالینی پیچیده‌تر و تجربیات حرفه‌ای متنوع، به شکل‌گیری نگرش‌های پخته‌تر و تقویت حس تعهد نسبت به بیماران، سازمان و جامعه منجر می‌شود. افزون بر این، افزایش سابقه کار می‌تواند فرصت بیشتری برای آموزش، ارتقای مهارت‌های ارتباطی و مدیریتی و در نتیجه، تقویت مسئولیت‌پذیری اجتماعی فراهم کند (۳۴). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش سابقه‌ی کار، پرستاران مسئولیت‌پذیری بیشتری را تجربه کرده‌اند. با گذشت زمان و افزایش سابقه کار، افراد تجربه‌های بیشتری در زمینه‌های مختلف حرفه‌ای به دست می‌آورند. این تجربیات می‌تواند آن‌ها را به مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیشتر سوق دهد. علاوه بر این، افزایش سابقه کار ممکن است به افراد فرصت بیشتری برای آموزش و ارتقاء مهارت‌هایشان بدهد که این نیز می‌تواند بهبود مسئولیت‌پذیری اجتماعی آن‌ها را تسهیل کند.

این پژوهش دارای چند محدودیت بود. نخست، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شد؛ بنابراین نتایج به ادراک و صداقت پاسخ‌دهندگان وابسته بوده و احتمال سوگیری ناشی از پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی وجود داشت. دوم، ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه‌های عمومی بودند و به‌طور اختصاصی برای جامعه پرستاران طراحی نشده بودند؛ از این رو ممکن است برخی ابعاد تخصصی مرتبط با شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در حرفه پرستاری را به‌طور کامل پوشش نداده باشند. همچنین جلب اعتماد برخی پرستاران برای اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات در ابتدای پژوهش دشوار بود که با ارائه توضیحات کامل درباره ناشناس‌بودن پاسخ‌ها و استفاده صرف پژوهشی از داده‌ها تا حدی برطرف شد. علاوه بر این، در این مطالعه از تحلیل‌های چندمتغیره برای کنترل همزمان اثر متغیرهای مخدوش‌کننده استفاده نشد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از ابزارهای اختصاصی‌تر متناسب با حرفه پرستاری استفاده شود و مطالعات طولی، مداخله‌ای و تحلیل‌های چندمتغیره نیز برای بررسی دقیق‌تر روابط بین شادکامی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی طراحی گردد.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که شادکامی و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران تحت تأثیر متغیرهای جمعیت شناختی قرار دارد. کاهش شادکامی با افزایش سن و سابقه کاری، همراه با سطح پایین مسئولیت‌پذیری اجتماعی، می‌تواند بر کیفیت خدمات پرستاری تأثیر منفی داشته باشد. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود مدیران و سیاست‌گذاران نظام سلامت با تدوین برنامه‌های جامع و هدفمند، زمینه ارتقای این دو مؤلفه را در میان پرستاران فراهم سازند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیش از نیمی از پرستاران سطح متوسطی از شادکامی و سطح پایینی از مسئولیت‌پذیری اجتماعی دارند. با توجه به چالش‌های محیط‌های کاری پرستاری و افزایش فشارهای عاطفی، پیشنهاد می‌شود که بیمارستان‌ها از طریق اجرای برنامه‌های حمایتی و مداخلات روان‌شناختی، سلامت روانی پرستاران را بهبود بخشند. همچنین، به‌کارگیری راهبردهای انگیزشی و توسعه حرفه‌ای، ازجمله آموزش‌های مرتبط با مسئولیت اجتماعی، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش حس تعهد حرفه‌ای و خودکنترلی و نیز ارتقاء کیفیت مراقبت‌های ارائه شده ایفا کند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با طراحی‌های مداخله‌ای و طولی انجام شود تا عوامل مؤثر بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران به‌طور جامع‌تری بررسی شوند و راهکارهای بهینه برای ارتقای این شاخص‌ها در محیط‌های بالینی تدوین گردد.

ملاحظات اخلاقی

مجوز اخلاق به کد: (IR.TUMS.FNM.REC.1401.054) از کمیته اخلاق مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران گرفته شد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با کد اخلاق: IR.TUMS.FNM.REC.1401.054 در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

References

1. Al-Hammouri F, Hamdan KM, Haymour AM, Ibrahim MO, Malkawi A, Al-Hiary SS, et al. Quality of nursing care: Predictors of patient satisfaction in a national sample. Nursing Open. 2024;11(8):e2252. https://doi.org/10.1002/nop2.2252
2. Machitidze M, Gogashvili M, Durglishvili N. The Nurses' Role in Patient Safety -Literature Review. 2023;18:612-6.
3. Abadi TSH, Askari M, Miri K, Nia MNJJoMM. Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Nohe-Dey Hospital in Torbat-e-Heydariyeh city, Iran. 2020;22(6):526-33.
4. Mercader V, Galván-Vela E, Salazar Altamirano MA, Ravina Ripoll R. Business ethics, corporate social responsibility and fostering innovation as predictors of employee happiness. 2025. https://doi.org/10.14349/sumneg/2025.V16.N34.A9
5. VaezMousavi M, Carneiro L, Shams A, Abbasi H, Dehkordi PS, Bayati M, et al. Age-related variations in physical activity, happiness, and psychological well-being: Evidence from Iran. PLOS ONE. 2025;20(1):e0314202. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314202
6. García-Fernández O, Franco-Correia S, Mosteiro-Díaz MP, Gámez-Fernández A. Workplace Happiness among Nursing Professionals in Two Spanish Hospitals: A Cross-Sectional Study. Preprints: Preprints; 2026. https://doi.org/10.20944/preprints202606.0607.v1
7. Yesildag AY, Turan Kurtaran A, Sevim F. Assessing workplace well-being in healthcare: The violence-prevention climate and its relationship with workplace happiness. International Nursing Review. 2025;72(2):e13026. https://doi.org/10.1111/inr.13026
8. Faridi K, Mohamadi MA, Mehri S, Dadkhah B. Assessing the relationship between happiness and professional autonomy among clinical nurses: an analytical cross-sectional study. BMC Nursing. 2025;24(1):320. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02989-y
9. Rasooli SA, Babaei S, Atashi V, Dorri S. The relationship between happiness and caring behaviors in nurses: a descriptive-analytical study. 2025. https://doi.org/10.5812/jnms-157027
10. Boakye Dorothy S, Kwashie Atswei A, Adjorlolo

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

S, Korsah Kwadwo A. Nursing Education for Sustainable Development: A Concept Analysis. Nursing Open. 2024;11(10):e70058. https://doi.org/10.1002/nop2.70058
11. Thuy HT, Lan BTJSON. Fostering the job performance of nurses: A responsibility of an ethical hospital. 2024;10:23779608241267060. https://doi.org/10.1177/23779608241267060
12. Azimzade parsi A, Hoseinimehr A, Rahmani AJJOEP. The relationship between the five-factor model of personality and happiness among university students. 2011;2(2):-.
13. Rupp DE, Shao R, Thornton MA, Skarlicki DPJPP. Applicants' and employees' reactions to corporate social responsibility: The moderating effects of first-party justice perceptions and moral identity. 2013;66(4):895-933. https://doi.org/10.1111/peps.12030
14. Azar M, Cheraghi M, Shahedi A, Hajibabaee F, Jamshidi Orak R. Social Responsibility and Happiness Among Nurses: A Cross-sectional Study in Tehran, Iran %J Modern Care Journal. 2026;23(1):6.
15. Salmani S, Salehpoor Emran M, Sadooghiasl A, Haghani S, Pashaeypoor S. The relationship between mental fatigue and social responsibility among nurses who provided care to patients with coronavirus disease 2019: a cross-sectional study. BMC Nursing. 2023;22(1):263. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01429-z
16. Carroll AB. Corporate social responsibility: Will industry respond to cutbacks in social program funding. Vital Speeches of the day. 1983;49(19):604-8.
17. Haghighatian M HF, Moradi G. [The effect of religious attitudes on social responsibility Staff studied oil company Krmanshahkh]. J Sociol Econom Dev. 2011;2:97-110.
18. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and individual differences. 2002;33(7):1073-82. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00213-6
19. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. Recent advances in social psychology: An international perspective. 1989:189-203.
20. Alipoor A, Noorbala AA. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the Universities of Tehran %J Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1999;5(1):55-66.
21. Gurdogan EP, Uslusoy EC. The relationship between quality of work life and happiness in nurses: A sample from Turkey. International Journal of Caring Sciences. 2020;12(3):1364-71.
22. Vakili M, Farzanrh F, Momayyez M. Evaluation of Happiness and its Related Factors among Nurses in Educational Hospitals of Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 2016 %J Tolooebehdasht. 2020;19(3):1-11. https://doi.org/10.18502/tbj.v19i3.4168
23. Willman A, Bjuresäter K, Nilsson J. Insufficiently supported in handling responsibility and demands: Findings from a qualitative study of newly graduated nurses. J Clin Nurs. 2021;30(1-2):83-92. https://doi.org/10.1111/jocn.15483
24. Jabari E, Rastgar A, Abedi Jafari H, Pirmaleki P. Examining the role of Oneness behaviors and Religiosity on the Nurses' Happiness: with the mediation of Mindfulness (Case Study: Nurses of Pasargad Hospital) %J Quarterly Journal of Nersing Management. 2023;12(1):85-96.
25. Huntington C, Stanley SM, Doss BD, Rhoades GK. Happy, healthy, and wedded? How the transition to marriage affects mental and physical health. Journal of Family Psychology. 2022;36(4):608. https://doi.org/10.1037/fam0000913
26. Zhao H, Li Q, Huang H, Lan F, Yang H, He Y, et al. Circadian rhythm types and shift work demands shape sleep quality and depressive symptoms in shift-working nurses. Frontiers in public health. 2025;13:1667778. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1667778
27. Yanık D, Ediz Ç. Determination of nurses' happiness, hope, future expectations, and the factors influencing them: a descriptive study that can guide policy development to prevent nurse migration*. BMC Nursing. 2024;23(1):204. https://doi.org/10.1186/s12912-024-01876-2
28. Ahn S-Y, Kwon M-J. Influencing Factors on Happiness of Nurses in General Hospitals. Medico-Legal Update. 2020;20(1).
29. Javadi Sharif T, Hosseinzadeh M, Mahdavi N, Namdar Areshtanab H, G LD. Happiness and its Relationship with Job Burnout in Nurses of Educational Hospitals in Tabriz, Iran. International journal of community based

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]

nursing and midwifery. 2020;8(4):295-304.
30. Al-Ali A, Bani Hani S, Abu Aqoulah EA. Assessing Professional Competencies Among Undergraduate Jordanian Nursing Students: A Cross-Sectional Study. SAGE open nursing. 2025;11:23779608251337241. https://doi.org/10.1177/23779608251337241
31. Kurniasih Y, Melinda D, Ramdhani WFJMIJoN, Science H. Demographic factors and marital status: Do they really influence the quality of nursing work life? 2025;7(12):1501-6. https://doi.org/10.33024/minh.v7i12.715
32. BowenXue, Feng Y, Zhao Y, Li X, Yang Y, Zhang J, et al. Decent work, work engagement, and turnoverintentionamongregisterednurses:across-sectional study. BMC Nursing. 2024;23(1):31. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01662-6
33. Ozdoba P, Jurek K, Dobrowolska B. Professional values, ethical climate and job satisfaction of nurses and their selected sociodemographic and occupational characteristics. Frontiers in public health. 2024;12:1501102. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1501102
34. Oldland E, Botti M, Hutchinson AM, Redley B. A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare-Exploration of content validity. Collegian. 2020;27(2):150-63. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.007

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-25]