

تصویر سلامت

دوره ۵ شماره ۲ سال ۱۳۹۳ صفحه ۳۱ - ۲۷

بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۲

علی جنتی^۱، رامین صباغی^۲، جواد قدوسی نژاد^{۳*}، الهام باغبان باغستان^۴

چکیده

زمینه و اهداف: کیفیت زندگی کاری پزشکان، یکی از مسایل مهم در مسأله‌ی مدیریت منابع انسانی کارکنان بهداشتی درمانی می باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تبریز می باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲ بین پزشکان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تبریز صورت گرفت. برای این منظور از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی کاری والتون استفاده شد؛ که هشت بعد پرداخت منصفانه، محیط کاری ایمن، فرصت رشد، قانون گرایی، وابستگی اجتماعی، فضای کلی، یکپارچگی و انسجام و توسعه قابلیت ها را می سنجد.

یافته‌ها: پژوهش حاضر نشان داد که میانگین کیفیت زندگی کاری پزشکان مورد مطالعه در مجموع، زیر میانگین است و در سطح نامناسبی قرار دارد. بین ابعاد، فضای کلی از همه ی ابعاد در وضعیت بهتری قرار داشت و پرداخت منصفانه پایین ترین نمره را به خود اختصاص داد. همچنین یافته ها نشان داد که پزشکان بومی و مجرد در وضعیت بهتری قرار دارند. ضمن اینکه بین بقیه متغیرهای دموگرافیک و سطح کیفیت زندگی کاری پزشکان رابطه معنی داری یافت نشد ($p=0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ی سطوح پایین کیفیت زندگی کاری پزشکان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تبریز است که مستلزم توجه بیشتر مسئولین و سیاست‌گذاران به مسأله‌ی کیفیت زندگی کاری پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی کاری، پزشکان، پرسشنامه والتون، تبریز

۱. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز،

تبریز، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۳. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (Email: Javad6463@yahoo.com)

۴. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران

مقدمه

می کنند، چه از نظر پزشکی و چه از نظر شخصی تأثیر گذار باشد (۸).

هدف از انجام این پژوهش، تعیین میزان کیفیت زندگی کاری (QWL) پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی و بررسی عوامل مؤثر بر آن در شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۲ بود.

مواد و روشها

این تحقیق یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است، که در بین پزشکان شاغل در مراکز بهداشت شهرستان تبریز در سال ۹۲ (۶۳ نفر) به روش سرشماری انجام شد؛ که ۶۰ نفر از پزشکان به پرسشنامه پاسخ دادند.

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه شامل دو بخش بود که در بخش اول، اطلاعات دموگرافیک و در بخش دوم، سؤالات مربوط به کیفیت زندگی کاری تعبیه شده بود. برای سنجش کیفیت زندگی کاری از پرسشنامه استاندارد والتون استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ گویه می باشد. سطح اندازه گیری پرسشنامه، فاصله ای و بر اساس مقیاس درجه ای لیکرت می باشد. سؤالات این پرسشنامه همه در جهت مثبت تنظیم شده اند؛ به جز سؤالات ۱۶، ۱۷ و ۱۸. این پرسشنامه توسط پزشکان تکمیل شد؛ بدین ترتیب که از آن‌ها خواسته شد تا گویه ها را تا حدی که در مورد زندگی کاری آن‌ها صدق می کند، در طول مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد)، مشخص کنند. امتیاز درجه های خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب از ۰ تا ۴ برای گویه های مثبت و معکوس آن برای گویه های منفی می باشد.

مؤلفه های مدل والتون و سؤالات ناظر بر سنجش هر مؤلفه که در این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفته است، بدین شرح می باشد: ۱- پرداخت منصفانه و کافی (سؤالات ۱-۳)، ۲- محیط کار ایمن و بهداشتی (سؤالات ۴-۶)، ۳- تامین فرصت رشد و امنیت مداوم (سؤالات ۷-۹)، ۴- قانون گرایی در سازمان (سؤالات ۱۰-۱۳)، ۵- وابستگی اجتماعی زندگی کاری (سؤالات ۱۴-۱۶)، ۶- فضای کلی زندگی (سؤالات ۱۷-۱۹)، ۷- یکپارچگی و انسجام اجتماعی در سازمان (سؤالات ۲۰-۲۳) و ۸- توسعه قابلیت های انسانی (سؤالات ۲۴-۲۷).

پرسشنامه کیفیت زندگی کاری والتون پرسشنامه ای استاندارد است که روایی آن در مطالعات گوناگون به اثبات رسیده است (۹ و ۱۰). والتون (۱۱) ضریب پایایی آزمون را ۰/۸۸ گزارش کرد. همچنین حاتمی و همکاران (۱۲) در پژوهش خود ضریب پایایی آن را ۰/۸۷ گزارش کرد. در این

کیفیت زندگی کاری (Quality of Work Life)، به رضایت کارکنان با نیازهای گوناگون از طریق منابع، فعالیت ها و نتایج ناشی از حضور در محل کار اشاره دارد (۱). کیفیت زندگی کاری به میزانی که کارمند احساس ارزش، پاداش، انگیزه، مشاوره و توانمندی کند، بستگی دارد. همچنین کیفیت زندگی کاری تحت تأثیر عواملی مانند: امنیت شغلی، فرصت برای توسعه شغلی، الگوهای کار و تعادل زندگی کاری، قرار دارد. کیفیت زندگی کاری حاصل جنبش روابط انسانی است (۲). کیفیت زندگی کاری همچنین تحت تأثیر واکنش های محل کار کارکنان از نظر شناسایی سازمانی، رضایت شغلی، دلبستگی شغلی، تلاش شغلی، عملکرد شغلی، قصد ترک، گردش مالی سازمانی و بیگانگی شخصی، قرار دارد (۳). کیفیت زندگی کاری، برنامه ای جامع و فراگیر می باشد که موجب افزایش رضایت کارکنان و تقویت یادگیری در محل کار می گردد و به کارکنان کمک می کند که بهتر بتوانند با تغییرات و چابجایی کنار بیایند (۴). عدم رضایت از زندگی کاری می تواند اثرات منفی بر کارکنان، بدون توجه به موقعیت شغلی آنان داشته باشد. با توجه به اهمیت موضوع کیفیت زندگی کاری، بسیاری از مدیران روش هایی را برای کاهش ناراضی در تمام سطوح سازمانی، حتی در سطوح مدیریت جستجو می کنند (۲).

سازمان جهانی بهداشت در بیانیه آما آتا در سال ۱۹۷۸ بر اهمیت خدمات بهداشتی اولیه تأکید کرده است. از این رو رضایت شغلی پزشکان مراکز بهداشتی، فاکتوری مهم و حساس برای سیستم بهداشت به حساب می آید، چرا که پزشکان مربوط به سطوح اولیه خدمات، مسئول ارائه خدمات پزشکی برای یک جمعیت بزرگی نسبت به سایر سطوح ارائه خدمت می باشد (۵).

بنابراین، برداشت و احساس پزشکان مراکز بهداشتی، ممکن است با شیوه هایی که آنان با بیماران رفتار می کنند، چه از نظر پزشکی و چه از نظر شخصی تأثیر گذار باشد (۶). پزشکان مراکز بهداشتی درمانی معمولاً میان بیماران شان زندگی می کنند و از ۹۰٪ مشکلات مراقبتی سلامت آن‌ها، به خصوص ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی آن‌ها مطلع هستند (۷). این نقش، مستلزم سطح بالایی از مهارت و انگیزه می باشد. با این وجود پزشکان عمومی (GPs) اغلب توسط دانشجویان پزشکی و مدیران و متخصصان به عنوان پزشکان درجه دوم درک می شوند. از این رو بسیاری از پزشکان عمومی خود را هم از لحاظ جغرافیایی و هم از لحاظ حرفه ای با یک کار طاقت فرسا و وضعیت نامطلوب از دیگران جدا می دانند. از این رو، برداشت و احساس پزشکان ممکن است با شیوه ای که آن‌ها با بیماران رفتار

و بقیه متأهل بودند. ۱۴ نفر (۲۳/۳٪) در رده ی سنی ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۲ نفر (۵۳/۳٪) در رده ی سنی ۳۵ تا ۴۵ سال، ۱۱ نفر (۱۸/۳٪) در رده ی سنی ۴۵ تا ۵۵ و بقیه (۵٪) بالاتر از ۵۵ سال بودند. همچنین ۲۶ نفر (۴۳/۳٪) زیر ۱۰ سال سابقه ی کار داشتند، ۲۸ نفر (۴۶/۷٪) از ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه ی کار داشتند و بقیه بالای ۲۰ سال سابقه ی کار داشتند. ۴۰ نفر (۶۶/۷٪) بومی و ۲۰ نفر (۳۳/۳٪) از پزشکان غیربومی بودند.

میانگین نمرات کیفیت زندگی کاری پزشکان (جدول ۱) نشان داد که در کل نمره ی همه ی ابعاد کیفیت زندگی کاری در بین آن ها پایین است و زیر چارک دوم قرار دارند و فقط نمره ی فضای کلی محیط کار تا حدی به میانگین مورد نظر (۵۰) نزدیک است. پرداخت منصفانه با ۳۱/۳۸ کمترین میزان نمره را داشت.

پژوهش نیز ضریب پایایی پرسشنامه که با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمده، ۸۹٪ می باشد.

پس از تهیه پرسشنامه ها، معرفی نامه‌ای از طرف دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی اخذ شد. پس از ارائه ی معرفی نامه به مرکز بهداشت شهرستان تبریز و کسب مجوز از مسئول مربوطه، پزشکان در مورد اهداف طرح توجیه شدند و پس از اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه ها بین آن ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع آوری گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها کد گذاری گردیده و پس از ورود به نرم افزار آماری SPSS17 با استفاده از آزمون T-test مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح آلفای کمتر مساوی ۰/۰۵ داده ها تحلیل شد.

یافته ها

از ۶۰ نفر پزشک شرکت کننده در پژوهش ۳۷ نفر (۶۱/۷٪) مرد و بقیه زن بودند. هم چنین ۹ نفر مجرد (۱۵٪)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی کاری و ابعاد هشت گانه آن

کیفیت زندگی کاری	پرداخت منصفانه	محیط کاری ایمن	فرصت رشد	قانون گرایی	وابستگی اجتماعی	فضای کلی	یکپارچگی و انسجام	توسعه قابلیت ها
میانگین	۳۸/۷۳	۳۷/۲۲	۴۰/۱۳	۴۰/۱۰	۴۱/۶۶	۴۳/۸۸	۴۱/۵۶	۳۴/۰۶
انحراف معیار	۱۱/۸۴	۱۷/۲۴	۱۸/۷۵	۱۷/۶۵	۱۴/۳۱	۱۷/۶۸	۱۸/۷۹	۱۶/۲۹

معنی داری در بین گروه های مورد مطالعه وجود داشت (مجردها و غیربومی ها وضعیت تاهل، بومی بودن، سابقه کار) در پزشکان تحت مطالعه (جدول ۲)، نشان داد که به جز وضعیت تاهل و بومی بودن، که تفاوت

مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی کاری بر حسب متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، بومی بودن، سابقه کار) در پزشکان تحت مطالعه (جدول ۲)، نشان داد که به جز وضعیت تاهل و بومی بودن، که تفاوت

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی کاری بر حسب متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، بومی بودن، سابقه کار)، در پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۲

شاخص آماری	کیفیت زندگی کاری		
	میانگین	انحراف معیار	معناداری
جنس	مرد	۳۸/۵۱	p=۰/۸۵
	زن	۳۹/۰۹	
وضعیت تاهل	مجرد	۴۷/۰۱	p=۰/۰۲*
	متاهل	۳۷/۲۷	
گروه های سنی	۲۵-۳۵	۴۱/۰۷	
	۳۵-۴۵	۳۸/۷۷	p=۰/۷۵
	۴۵-۵۵	۳۶/۸۶	
	>۵۵	۳۴/۲۵	
سابقه کار	<۱۰	۳۸/۳۹	
	۱۰-۲۰	۴۰/۰۱	p=۰/۵۵
بومی بودن	۲۰-۳۰	۳۴/۲۵	
	بومی	۳۵/۹۹	p=۰/۰۱*
	غیربومی	۴۴/۲۱	

* = در سطح $\alpha \leq 0/05$ معنی دار است.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که از داده های جدول ۱ استنباط می شود، در کل نمره ی همه ی ابعاد کیفیت زندگی کاری پایین است و زیر چارک دوم قرار دارند و فقط نمره ی فضای کلی محیط کار تا حدی به میانگین مورد نظر (۵۰) نزدیک است. پرداخت منصفانه با ۳۱/۳۸ کمترین میزان نمره را داشت. همچنین کیفیت زندگی کاری با میانگین ۳۸/۷۳ در زیر محدوده ی میانگین قرار دارد که نشانگر وضعیت نامناسب کیفیت زندگی کاری پزشکان تحت مطالعه است.

نتایج مطالعه عرب و همکاران (۱۳)، با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. آن ها نیز کیفیت زندگی پزشکان متخصص شاغل در دانشگاه علوم پزشکی تهران را متوسط و رو به پایین (۴۸/۷۸) ارزیابی کردند. کوشکی و همکاران (۹) نیز بدین نتیجه رسیدند که میزان کیفیت زندگی کاری پرستاران با میانگین ۲/۴۷ امتیاز در سطح متوسط به پایین بود؛ که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. مقرب و همکاران (۱۰) نتیجه گرفتند که میانگین کل نمرات کیفیت زندگی کاری پرستاران $10/77 \pm 40/79$ و بیانگر کیفیت زندگی کاری در حد متوسط می باشد؛ که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد. پژوهشگران در تحقیقی در استرالیا نشان دادند که به طور کلی بیش از ۷۰٪ کارکنان به پنج شاخص از پانزده شاخص کیفیت زندگی کاری نگرش مثبتی داشته اند و به بقیه ی شاخص ها نظر مثبتی نداشته اند. می توان نتیجه گرفت که در کل از کیفیت زندگی کاری مناسبی برخوردار نبوده اند که باز هم با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به جز وضعیت تأهل ($p=0/02$) و بومی بودن ($p=0/01$)، که تفاوت معنی داری در بین گروه های مورد مطالعه وجود داشت (مجردها و غیربومی ها وضعیت بهتری داشتند)، در هیچ کدام از گروه های دیگر تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

عرب و همکاران (۱۳) دریافتند که کیفیت زندگی کاری پزشکان متخصص مرد از زن بیشتر است. آن ها نشان دادند که کیفیت زندگی کاری کل پزشکان متخصصی که ساکن تهران هستند، بالاتر از پزشکان متخصصی است که ساکن تهران نیستند. همچنین نشان دادند که با افزایش سابقه کاری پزشکان متخصص، کیفیت زندگی کاری آن ها کاهش پیدا کرده است؛ که موارد ذکر شده با نتایج مطالعه ی ما همخوانی ندارد. در این زمینه ها شاید چون اعضای شرکت کننده در پژوهش حاضر، همگی پزشک عمومی بوده اند، بر این زمینه تأثیرگذار بوده باشد.

مقرب و همکاران (۱۰) نشان دادند که کیفیت زندگی کاری پرستاران مورد مطالعه با افزایش سن و سابقه کار بیشتر می شود که با نتایج مطالعه حاضر ناهمخوان است. در این زمینه شاید چون گروه مورد پژوهش پرستاران بوده اند این تفاوت بوجود آمده است.

نمره ی همه ی ابعاد کیفیت زندگی کاری در این پژوهش پایین است. فقط نمره ی فضای کلی محیط کار با نمره ی ۴۳/۸۸ تا حدی به میانگین مورد نظر (۵۰) نزدیک است. پرداخت منصفانه با ۳۱/۳۸ کمترین میزان نمره را داشت.

پژوهش مقرب و همکاران (۱۰) نشان داد که کیفیت زندگی کاری پرستاران در تمامی ابعاد زیر سطح میانگین است، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. پژوهش توکلی و همکاران (۱۴) نشان داد که میانگین ابعاد کیفیت زندگی کاری از دید والتون در کارکنان مدیران و معاونان شرکت گاز استان خراسان رضوی در مجموع زیر سطح میانگین بود، که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ی سطوح پایین کیفیت زندگی کاری پزشکان شاغل در مرکز بهداشت شهرستان تبریز است، که مستلزم توجه بیشتر مسئولین و سیاستگذاران به مسأله ی کیفیت زندگی کاری پزشکان و پرسنل بهداشتی درمانی است. همچنین این پژوهش نشان دهنده ی پایین بودن سطح کیفیت زندگی کاری پزشکان بومی و متأهل است، که نشان دهنده ی لزوم توجه به وضعیت زندگی پزشکان متأهل برای برآورده کردن انتظارات آن ها به منظور بهبود کیفیت زندگی کاری شان می باشد.

در این راستا با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به منظور ارتقای سطوح کیفیت زندگی کاری پزشکان، پیشنهادات زیر ارائه می گردد: برگزاری کارگاه های افزایش کیفیت زندگی کاری برای پزشکان شاغل، توجه مسئولین نسبت به اهمیت کیفیت زندگی کاری و تأثیر آن بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان، توجه به ابعاد مختلف زندگی شخصی پزشکان بومی و متأهل و در نظر گرفتن جبرانی ها و مشوق هایی برای افزایش کیفیت زندگی کاری آنان.

مشغله ی زیاد پزشکان، انتخاب مراکز بهداشتی درمانی شهری، تعداد نمونه های نسبتاً کم برای پژوهش از محدودیت های این پژوهش بود که مورد اول با سعی و تلاش و حوصله ی پژوهشگران برطرف شد و موارد دیگر نیز بایستی در پژوهش های بعدی رسیدگی شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند علاوه بر قدردانی از مسئولین کمیته تحقیقات دانشجویی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که تأمین مالی این پژوهش را به عهده داشتند، از همکاری مسئولین و دست اندرکاران معاونت بهداشتی استان آذربایجان شرقی، و همچنین پزشکان شرکت کننده در پژوهش، کمال تشکر را داشته باشند.

منابع

۱۰. مقرب مرضیه، ریاسی حمیدرضا، هدایتی هایده، مقرب مهسا، بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی بیرجند در سال ۱۳۹۰. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۱۰(۱): ۸۴-۹۰.
11. Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P. & Lee, D. A new measure of quality of work life (QOWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social Indicators Research*, 2001;55: 241-302
۱۲. حاتمی، حسین، میرجعفری، سید احمد، مجاهدی جهرمی، سعیده «رابطه ی کیفیت زندگی کاری با تعهد سازمانی و میزان بهره وری در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی جهرم»، فصلنامه ی علمی- پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۱۳۹۰؛ ۲(۳): ۲۵-۴۰.
۱۳. عرب محمد، شعبانی نژاد حسین، رشیدیان آرش، رحیمی عباس، پورکتابی کیمیا، بررسی کیفیت زندگی کاری پزشکان متخصص بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، فصلنامه بیمارستان، ۱۳۹۱؛ ۱۱(۴): ۱۹-۲۴.
۱۴. توکلی احمد، داوودنیا علی، علیزاده زوارم علی، بررسی رابطه بین مؤلفه های کیفیت زندگی کاری از دیدگاه والتون و رضایت شغلی (مورد مطالعه : شرکت گاز استان خراسان رضوی). مجله پژوهش نامه مدیریت، ۱۳۹۲؛ ۵(۹): ۲۶-۳۴.
۱. حسینی محمدسلطان، نادریان مسعود، همایی رضا، موسوی زهره. «رابطه بین کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی کارکنان اداره کل تربیت بدنی استان اصفهان»، مدیریت ورزشی، پاییز ۱۳۸۸؛ ۲: ۸۱-۱۶۷
۲. باغبان باغستان الهام، بررسی رابطه بین کیفیت زندگی کاری، تعهد سازمانی و فرسودگی شغلی مشاوران مدارس استان خراسان جنوبی در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱. پایان نامه کارشناسی ارشد و انشناسی تربیتی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند. ۱۳۹۲: ۳۴-۷۰
۳. رحیمی رضا، «بررسی کیفیت زندگی کاری اعضای هیات علمی دانشگاه اصفهان»، پایان نامه کارشناسی ارشد، مدیریت آموزشی، دانشگاه اصفهان، سال ۱۳۸۵: ۲۳-۴۵.
4. Chen huany, chia “the effect of quality of work life on organizational commitment human resource management” . 2005;1(2): 31-45
۵. جنتی علی، جباری بیرامی حسین، غلام زاده نیکجو رعنا، قدوسی نژاد جواد، قلی زاده معصومه، ناصری اصل منصور، سطح بندی خدمات در نظام سلامت، انتشارات شروین، تبریز، ۱۳۹۱: ۴۶.
6. John H, Aki N, David M, Sharon H, Merrill N. Patient and Provider Satisfaction With Medical Care. *The Journal of Family Practice* 1992; 35(2): 176-179.
7. Mc Whiney R. An introduction to family practice. Oxford, Oxford University Press, 1983: 132-139.
8. Al-Eisa I, Al-Mutar M, Al-Abduljalil H . Job Satisfaction of Primary Health Care Physicians at Capital Health Region, Kuwait . *Middle East journal of family Medicine* 2005: 3-9
۹. کوشکی محمد صالح، اکبری ساری علی، عرب محمد، احمدی انگالی کامبیز، کیفیت زندگی کاری و رابطه آن با بهره وری پرستاران بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۹۱؛ ۱۰(۴): ۸۱-۹۰