مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۳، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴: ۱۰۱-۱۰۹

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله: ۱۱

بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان-۱۳۸۹

دکتر نکویی مقدم محمود ۱
قربانی نیا راحیل ۲*
دکتر کامیابی عباس ۳
بهزادی فرانک ۴
دکتر مهرابیان میترا ۵

۱- استاد گروه مدیریت خدمات بهداشت درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲- مربی گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بم
۳- پزشک عمومی، پژوهشگر
۴- دانشجوی دکترای سیاست گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵- کارشناس بهداشتی حوزه معاونت بهداشتی کرمان

* **نشانی نویسنده مسؤول:** بم، بزرگراه خلیج فارس، پردیس دانشگاه علوم پزشکی بم،دانشکده بهداشت

تلفن: ۰۹۳۹۶۵۵۸۵۷۱

نشانی الکترونیکی:
r.Ghorbani6790@gmail.com

چکیده

زمینه: کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است. کیفیت زندگی کاری به ارتقاء رضایتمندی کارکنان، تقویت یادگیری در محل کار اختصاص یافته است و در جهت کمک به کار کارکنان است که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار آیند. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار: نمونه پژوهش ۱۱۴ نفر پزشک خانواده به روش سرشماری تشکیل می‌داد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کیفیت زندگی کاری ون لار استفاده شد. داده های پرسشنامه با نرم افزار SPSS ۱۹ از طریق آزمون های آماری توصیفی(میانگین و انحراف معیار) و استنباطی T-test و Anova تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی کاری کل پزشکان خانواده استان کرمان ۲۸/۹۸٪ بود. کیفیت زندگی در پزشکان مرد بالاتر (میانگین = ۷۳/۹، انحراف معیار = ۲/۰۵) از پزشکان زن (میانگین = ۶۶/۳۶، انحراف معیار = ۱/۴۴) بود. بر حسب انگیزه همکاری در طرح مشخص شد همه‌ی حیطه‌های کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار) به جز کنترل در کار رابطه معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده در وضعیت رضایت‌بخشی نیست و باید در جهت ارتقا کیفیت زندگی کاری ایشان برنامه‌ها و راهکارهایی مد نظر قرار گیرد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی کاری، رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار، کنترل در کار، پزشکان خانواده

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۲/۲ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۴/۷/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۶/۲۹

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

مقدمه

منابع انسانی از مهم‌ترین منابع استراتژیک هر سازمانی می‌باشند. بی‌گمان، اساس موفقیت سازمان‌ها، محیط کاری و مشاغل مختلف به استفاده مؤثر از این منبع، شناختی وسیع و جامع از مفاهیم و سازه‌های مربوط به منابع انسانی و ابزارهای خاص آن لازم است [۱]. به دلیل چنین ایده‌هایی نسبت به منابع انسانی، تحقیقات، پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت زندگی کاری منابع انسانی را کشف کرده است.کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیراً به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است؛ گرچه مطالعه شاخص‌هایی که برای کیفیت زندگی کاری سودمند و یا مضر هستند تاریخچه‌ای دیرینه دارد [۲].کیفیت زندگی کاری (QWL[۱]) یک برنامه جامع و فراگیر است که به ارتقاء رضایتمندی کارکنان، تقویت یادگیری در محل کار اختصاص یافته است و در جهت کمک به کارکنان است که بهتر بتوانند با تغییرات و جابجایی کنار آیند [۳]. نارضایتی از کیفیت زندگی شغلی مشکلی است که بر اکثر کارکنان بدون توجه به موقعیت و وضعیتشان تأثیر می‌گذارد، بسیاری از مدیران روش‌هایی را برای کاهش نارضایتی در تمام سطوح سازمانی، حتی سطح مدیران، جستجو می‌کنند. این یک مسئله پیچیده است چرا که جدا کردن و مشخص نمودن همه شاخص‌هایی که بر کیفیت زندگی شغلی تأثیر می‌گذارند، دشوار است. [۴]

در سال‌های اخیر، اصلاح نظام سلامت به طور گسترده در جهان و به طور شاخص در کشورهای توسعه یافته، مطرح شده است. گرچه برنامه‌های پیشنهادی برای اصلاح نظام سلامت در هر کشوری بر اساس مبنای فرهنگی، تاریخی، اجتماعی و موقعیت‌های سیاسی متفاوت می‌باشد؛ اما با این حال، این کشورها اهداف مشترکی مانند بهبود کیفیت خدمات سلامت، اثربخشی، رضایتمندی مشتریان و ارائه‌کنندگان محدود کردن هزینه‌ها و دستیابی به عدالت در سلامت را دنبال می‌کرده‌اند [۵]. در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به عنوان یکی از برنامه‌های اصلاحات در نظام سلامت، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود را به عهده دارند و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز بر عهده دارند [۶]. پزشکان خانواده معمولاً میان بیمارانشان زندگی می‌کنند و از ۹۰٪ مشکلات سلامت آنها، به خصوص ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی مطلع هستند و در صورت نیاز آنها را به سطوح بالاتر ارجاع می‌دهند [۷]. رضایتمندی شغلی پزشکان خانواده یک فاکتور مهم برای نظام‌های سلامت است چرا که سطح اول ارائه خدمات، مسئولیت ارائه خدمات پزشکی برای نسبت بیشتری از جمعیت نسبت به سایر سطوح را دارد [۸].

بر اساس مطالعه‌ای که توسط ون لار و همکاران در جهت تعیین مقیاس برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی کاری کارکنان سلامت در سال ۲۰۰۷ انجام شد، شش شاخص زیر به عنوان مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی کاری تعیین گردید: ۱- رضایت از شغل و حرفه CJS[۲] ۲- شرایط کاری WCS[۳] ۳- وضع عمومی سلامتی GWB[۴]

۴- ارتباط کار-منزل WLB[۵] ۵ - استرس در کار SAW[۶] ۶- کنترل در کار CAW[۷] [۹].

ماینوس[۸] و همکاران گزارش کردند که پزشکان خانواده‌ای که از کارشان ناراضی هستند بیشتر تمایل به ترک خدمت دارند [۱۰]. در مطالعه‌ای مشخص شد اجرای سیستم ارجاع پزشک خانواده در کشور ایران اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به پهناوری کشور می‌توان با الگوبرداری صحیح از کشورهای پیشرو در این امر و رفع برخی از نارسایی‌های آن، از هزینه‌های غیر ضروری جلوگیری کرده و دولت هم بتواند صرفه‌جویی‌های قابل ملاحظه‌ای را انجام دهد و منابع و ثروت ملی کشور را به خوبی مدیریت نماید. البته باید توجه داشت که برای اجرای طرح بزرگ پزشک خانواده نیاز به عزم ملی و استفاده از نظریات انجمن‌های علمی به خصوص پزشکان عمومی که مجری و سنگر اول طرح هستند، می‌باشد [۱۱].

بیسلی[۹] و همکاران در پژوهشی با عنوان «کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده‌ی سازمان‌های مراقبت سلامت در ویسکانسین» همبستگی منفی قوی معنی‌داری بین رضایت از یک سازمان و تمایل به جابه‌جایی و همبستگی مثبت قوی بین رضایت از یک سازمان و توانایی دستیابی به اهداف حرفه‌ای را گزارش کردند. همچنین همبستگی معنی‌دار نسبتاً قوی بین رضایت از یک سازمان

۱- Quality of working life
۲- career and job satisfaction
۳- work conditions
۴- General well being
۵- work- life balance
۶- stress at work
۷- control at work
۸- Mainous
۹- Beasley

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

و رضایت از پزشـــک بودن (رضایت از حرفه‌ی پزشکی) و کیفیت خدمات ارائه شده وجود داشت [۱۲]. نیلنا[۱۰] و همکاران در مطالعه‌ای اینگونه بیان کردند که برخلاف بحث‌های بین‌المللی بر سر مغموم بودن و عدم رضایت پزشـــکان، پزشـــکان خانواده‌ی نروژی سطح ثابت و بالایی از رضایت شـــغلی را گزارش کردند. پزشکان خانواده از ســـطح بالاتری از رضایت شغلی نســـبت به پزشکان بیمارستان برخوردار بودند. همچنین این پژوهش نشان داد که علی‌رغم رفرم بزرگ ســـلامت در نروژ سطح رضایت شـــغلی پزشکان خانواده در سال‌های ۱۹۹۴، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۴ ثابت باقی ماند [۱۳]. همچنین در پژوهشی که توسط اولمر و هریس[۱۱] در استرالیا انجام شد، پزشکان خانواده اســـترالیا ســـطح بالایی از رضایت شغلی را گزارش کردند. پزشـــکان خانواده روستایی به طور معنی‌داری میزان رضایت شغلی بالاتری از پزشکان خانواده شهری داشتند [۱۴].

از آنجا که پس از پیاده‌ســـازی طرح پزشک خانواده در کشور ایران بررسی مناسبی به جهت پرسش از فراهمی امکانات لازم و ضروری مورد نیاز پزشکان خانواده به لحاظ برخورداری از یک زندگی ایمن انسانی و شغلی صورت نگرفته است و با نظر به این که نقش‌آفرین دیگر فرایند مهم ارائه خدمت، برای محقق ساختن آرمان‌ها و اهداف طرح مذکور پزشـــکان شاغل در کسوت پزشک خانواده می‌باشند و بدون فراهم بودن کلیه امکانات لازم برای ایشان دسترسی بهینه به اهداف طرح میسر نخواهد شد، بررسی ابعاد کیفیت زندگی و شغلی پزشـــکان خانواده در کشـــور ایران ضروری و غیر قابل اغماض به نظر می‌رسد. لذا به منظور تداوم طرح پزشک خانواده در کشورمان و بهبود کیفیت خدمات ارائه شـــده به پزشـــکان لازم است کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده و افزایش رضایت شغلی آن‌ها توجه لازم صورت گیرد.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی در اســـتان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی پزشکان خانواده اســـتان کرمان، که تحت پوشـــش کلیه دانشگاه‌های علوم پزشـــکی استان کرمان شامل دانشـــگاه‌های علوم پزشکی کرمان، رفســـنجان و جیرفت بودند، تشکیل می‌دادند. حجم نمونه از روش سرشماری با حداقل ۷۰ درصد پوشش جامعه ۱۱۴ نفر بود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرســـش نامـــه کیفیت زندگی کاری که توسط ون لار و همکاران با عنوان «مقیاس کیفیت زندگی کارکنان ســـلامت» انجام شده است، اســـتفاده گردید [۹] و به تأیید اساتید و صاحب‌نظران گروه مدیریت و اقتصاد ســـلامت رســـیده اســـت. همچنین پایایی پرسشـــنامه فوق نیز بـــه روش آزمون باز آزمون[۱۲] انجام شده است. ضریب همبستگی ۹۵٪ بین سؤالات وجود داشت، آلفای کرونباخ برای سنجش ارتباط درونی پرسش‌ها ۷۸٪ بود و به تفکیک پرسش‌ها، ضریب همبستگی قبل و بعد، بین ۵۴٪ تا ۱ بود. سؤالات دارای همبستگی پایین با نظر صاحب‌نظران اصلاح شدند. پرسشـــنامه مذکور در دو بخش تنظیم شـــده است: بخش اول در بر گیرنده اطلاعاتی پیرامون وضعیت دموگرافیک پزشکان خانواده است و بخش دوم شامل ســـؤالاتی است که از طریق فاکتورهای: رضایت از شـــغل و حرفه (CJS) که شـــامل سؤالات از زندگی‌ام راضی‌ام، در اغلب موارد زندگی‌ام به ایده‌آل‌هایم نزدیک اســـت، به طور کلی برای من اوضاع بر وفق مراد است، از فرصت‌های شغلی که در محیط کار برایم ایجاد می‌شـــود رضایت دارم، اخیراً با در نظر گرفتن جمیع شـــرایط احساس خوشـــحالی می‌کنم، به طور کلی از کیفیت زندگی کاری‌ام رضایت دارم؛ شـــرایط کاری (WCS) که شـــامل سؤالات در محیط کارم فرصت استفاده از همه توانایی‌هایم را دارم، وقتـــی من کار خوبی انجـــام می‌دهم برای انجام آن کار از طـــرف مدیر مافوق خود مورد تأییـــد و قدردانی قرار می‌گیرم، من تشویق می‌شوم تا مهارت‌های جدیدی را یاد بگیرم، کارفرمای من آنچه را کـــه نیاز دارم تا کارم را به طور مؤثـــر انجام دهم را برای من فراهم می‌کند، مدیر مافـــوق من زمان کاری انعطاف‌پذیری را ارائـــه می‌دهد، من در یک محیـــط کاری ایمن کار می‌کنم، من از آموزش‌هایی که به منظور انجام بهتر شغل کنونی‌ام دریافت می‌کنم راضی‌ام، شرایط کاری‌ام رضایت‌بخش است؛ وضع عمومی سلامتی (GWB) شـــامل سؤالات هم اکنون احســـاس سلامتی می‌کنم، اخیراً احســـاس ناراحتی و افسردگی داشـــته‌ام؛ ارتباط کار- منزل (WLB) شامل سؤالات کارفرمای من انعطاف‌پذیری و تسهیلات کافی را برای مـــن فراهم می‌آورد تا کارم بـــا زندگی خانوادگی‌ام تناسب داشته باشد، ساعت‌های کاری فعلی من با زندگی شخصی‌ام متناسب است؛ اســـترس در کار (SAW) شامل سؤالات اغلب در محل کار احســـاس می‌کنم که تحت فشار هستم، در اغلب مواقع در کارم احســـاس استرس شـــدید دارم؛ و کنترل در کار (CAW) شامل ســـؤالات من اهداف کاری مشخص دارم که در من توانایی انجام کار را ایجاد می‌کند، احســـاس می‌کنـــم می‌توانم نظراتم را

۱۰- Nylenna

۱۱- Ulmer B, Harris

۱۲- Test retest

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

بیان کنم و بر تغییـــرات محیط کارم تأثیرگذارم، من در تصمیماتی که در محیط کارم بر من تأثیر می‌گذارد مشـــارکت داده می‌شـــوم، مـــن در تصمیماتی که روی افرادی که در محیط کاری‌ام هســـتند تأثیر می‌گذارد مشارکت داده می‌شوم؛ کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده را می‌سنجد.

مقیاس مورد استفاده در این پرسش‌نامه مقیاس لیکرت بود. هر یک از پرسش‌ها در طیف (۵-۱) مورد ارزیابی و تجمیع قرار گرفتند. به منظور مقایســـه و ارزیابی بهتر نتایج این مطالعه با سایر مطالعات، در هر یک از حیطه‌های کیفیت زندگی کاری و کل پس از تجمیع نمرات به ماخذ ۱۰۰-۰ تراز گردید. پرسشـــنامه مذکور بعد از تعیین روایی و پایایی آن در بین پزشکان خانواده استان کرمان پخش شد و بعد از تکمیل، توســـط پژوهشگر جمع‌آوری و مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شـــده با استفاده از آمار توصیفی شـــامل میانگین و انحراف معیار و به منظور مقایسه میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف از آزمون t مســـتقل، رگرسیون خطی و Anova و نرم افزار SPSS ۱۹ صورت گرفت. جهت رعایت مســـائل اخلاقی در این پژوهـــش و محرمانه بودن اطلاعات حاصله از پرسش‌نامه، عدم ثبت‌نام در پرسشنامه مد نظر قرار گرفت. این نکته نیز باید مد نظر باشد که کیفیت زندگی کاری با توجه به عوامل تشـــکیل‌دهنده آن ممکن است از یک استان تا اســـتان دیگر با هم تفاوت داشته باشد، چون امکانات استان کرمان با امکانات ســـایر استان‌ها قابل مقایســـه نیست، با توجه به عوامل مختلـــف تأثیرگذار بر کیفیت زندگی کاری ممکن اســـت نتایج به دست آمده از این پژوهش قابل تعمیم به سایر استان‌ها نباشد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر به منظور بررســـی کیفیت زندگی شـــغلی پزشکان

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی پزشکان خانواده استان کرمان

متغیر		تعداد	درصد	متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۴۸	۴۲/۱	وضعیت تاهل	مجرد	۴۲	۳۶/۸
	زن	۶۶	۵۷/۹		متاهل	۷۲	۶۳/۲
گروه سنی	۴۵-۲۵	۱۱۱	۹۷/۴	مدرک تحصیلی	دیپلم	۳	۴/۳
	۶۰-۴۵	۳	۲/۶		کاردانی	۳	۴/۳
نوع استخدامی	رسمی	۴	۴/۶		لیسانس	۲۱	۳۰/۴
	پیمانی	۲۴	۲۷/۶		کارشناسی ارشد	۱۰	۱۴/۵
	طرح	۲۸	۳۲/۲		دکتری	۲۸	۴۰/۶
	پزشک آزاد	۲۶	۲۹/۹		دانشجو	۴	۴/۷
	سایر	۵	۵/۷	ساعت کار هفتگی	۲۰تا۴۰	۱	۰/۹
نوع ساعت کاری	تمام‌وقت	۹۱	۸۸/۳		۴۱تا ۵۰	۴۷	۴۲
	پاره‌وقت	۱۱	۱۰/۷		۵۱تا۶۱	۳۰	۲۶/۸
	ساعتی	۱	۱		بیش از ۶۰	۳۴	۳۰/۴
تعداد روز غیبت	هیچ	۴۳	۴۵/۳	انگیزه همکاری با طرح پزشک خانواده	حقوق بیشتر	۲۰	۲۵/۶
	۱ تا ۵	۲۹	۳۰/۵		رفع بیکاری	۸	۱۰/۳
	۶ تا ۱۰	۱۰	۱۰/۵		نعهد خدمت	۲۰	۲۵/۶
	۱۱ تا ۱۵	۱۱	۱۱/۶		آشنایی با نظام	۲	۲/۶
	بیش از ۱۵	۲	۲/۱		خدمت به مردم	۱۵	۱۹/۲
بومی بودن	بله	۴۱	۳۶/۶		ادامه تحصیل	۲	۲/۶
	خیر	۷۱	۶۳/۴		اعتقاد به برناامه	۵	۶/۴
قصد ادامه همکاری	بلی	۲۰	۲۵/۶		سایر	۶	۷/۷
	خیر	۱۵	۱۹/۲	رضایتمندی از امکانات	بلی	۳۷	۳۳
	نمی‌دانم	۴۳	۵۵/۱		خیر	۷۹	۶۷

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام گردید. تعداد ۱۱۴ پزشک خانواده در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند که ۴۲/۱٪ مرد، ۵۷/۹٪ زن بودند. همچنین ۳۶/۸٪ مجرد و ۶۳/۲٪ متأهل بودند. کادر پزشک خانواده استان اکثریت نیروهای جوان با مدرک دکتری بودند که به عنوان نیروی طرح و تمام وقت فعال بودند. بیشتر پزشکان مورد مطالعه ۴۱ تا ۵۰ ساعت در هفته و بدون غیبت کار می‌کردند. اکثریت افراد غیر بومی بوده و با انگیزه دریافت حقوق بیشتر و انجام تعهد شغلی خود عضویت در برنامه طرح پزشک خانواده را پذیرفتند. همچنین رضایت‌مندی از امکانات در این افراد وجود نداشت و اکثریت اعلام کردند که ادامه همکاری با این طرح مورد تردید است. اطلاعات دموگرافیک مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج مطالعه از بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری وضع عمومی سلامت (GWB) دارای بالاترین میانگین (۶۴/۲۱ درصد) و کنترل در کار (CAW) دارای کمترین میانگین (۳۲/۸۱ درصد) بودند و میانگین تصحیح شده کیفیت زندگی کاری ابراز شده کل (WRQOL) نیز ۲۸/۹۸درصد بود (جدول شماره۲).

جدول شماره ۲- مقایسه متوسط کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده استان کرمان در حیطه های مختلف

حیطه‌های کیفیت زندگی کاری (QWL)	وضع عمومی سلامت (GWB)	ارتباط کار- منزل (HWI)	رضایت از شغل و حرفه (CJS)	کنترل در کار (CAW)	شرایط کاری (WCS)	استرس در کار (SAW)	کیفیت زندگی کاری کل (WRQOL)
میانگین (مقیاس ۱۰۰-۰)	۶۴/۲۱	۵۰/۳۵	۵۶/۱۴	۳۲/۸۱	۵۵/۵۲	۵۹/۳۹	۲۸/۹۸
انحراف معیار	۱۲/۸۹	۱۶/۲۳	۱۵/۶۹	۷/۸۲	۱۸/۴۴	۱۸/۹۲	۵/۵۵

نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در مردان بیشتر از زنان بود. این میانگین در گروه سنی ۶۰-۴۵ سال بالاتر بود. کیفیت زندگی شغلی در افراد مجرد میانگین کیفیت زندگی بالاتری نسبت به متأهلین را نشان داد. در شرایط وجود امکانات مناسب میانگین کیفیت زندگی بالاتر بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده استان کرمان به تفکیک جنسیت، سن، وضغیت تأهل، امکانات مناسب

کیفیت زندگی شغلی در گروه‌های مختلف / میانگین	جنسیت		گروه سنی		وضعیت تاهل		امکانات مناسب	
	مرد	زن	۴۵-۲۵	۶۰-۴۵	مجرد	متاهل	دارد	ندارد
میانگین	۳۰/۸۲	۲۷/۶۵	۲۸/۹۶	۳۰	۲۹/۱۶	۲۸/۸۹	۲۷/۳۳	۲۹/۸۸
انحراف معیار	۵/۹۵	۴/۸۸	۵/۶	۴/۳۵	۶/۷	۴/۸۲	۴/۸۹	۵/۷۹

با توجه به آزمون رگرسیون، ضریب رگرسیون جنسیت ۷/۳۸ و خطای معیار آن ۳/۰۹، ضریب رگرسیون تاهل ۱/۱۷و خطای معیار آن ۳/۲۷، ضریب رگرسیون بومی بودن ۷/۵۳ و خطای انحراف ۳/۰۰۱، ضریب رگرسیون امکانات مناسب ۸/۳۳ و خطای انحراف ۳/۱۱ و ضریب رگرسیونی انگیزه شغلی ۰/۹۸۹ و خطای انحراف ۰/۵۹۴ بود. روش تحلیل رگرسیون مشخص کرد بین کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده با جنسیت (P = ۰/۰۲۰)، تأهل (P<۰/۰۰۱)، بومی بودن(P = ۰/۰۱۴)، امکانات مناسب (P = ۰/۰۰۹) و انگیزه‌ی شغلی (P < ۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که با ۹۵٪ اطمینان اعلام می‌گردد که کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده به جنسیت، تأهل، بومی بودن، امکانات و انگیزه شغلی آنها بستگی دارد. بنابراین، این خصوصیات به عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی شغلی محسوب می‌شوند. بر اساس بررسی‌های انجام شده میانگین کیفیت زندگی کاری پزشکان خانواده مرد در حیطه‌های رضایت از شغل و حرفه (CJS)، شرایط کاری (WCS) و کنترل در کار (CAW) بیشتر از زنان بود. میانگین کیفیت زندگی در حیطه‌های رضایت از شغل و حرفه (CJS)، شرایط کاری (WCS) و ارتباط کار- منزل (HWI) در افراد مجرد بیشتر از متأهلین بود.

آزمون تی مستقل نشان داد که بین میزان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار و کنترل در کار) در دو جنس، وضعیت خدمتی، امکانات مناسب رابطه معناداری دارد (P<۰/۰۰۱). وضعیت تاهل فقط با حیطه شرایط کاری ارتباط

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

معناداری نداشت (P=۰/۰۶).

نتایج آزمون Anova بر حسب انگیزه همکاری در طرح نشان داد همه‌ی حیطه‌های کیفیت زندگی شغلی (رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، سلامت عمومی، ارتباط کار- منزل، استرس در کار) (P<۰/۰۰۱) به جز کنترل در کار (P=۰/۰۷) دارای رابطه معناداری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در حوزه سلامت کشور ما محسوب می‌شود و اشتغال‌زایی فارغ‌التحصیلان گروه پزشکی را نیز فراهم نموده است. اصلی‌ترین وظیفه از لحاظ ارائه خدمت، مربوط به پزشک می‌باشد. این پژوهش به منظور بررسی کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده در استان کرمان در سال ۱۳۸۹ انجام گرفته است. بیشتر افراد مورد مطالعه زن و متأهل بوده‌اند. اکثریت پزشکان خانواده جوان و غیر بومی بودند.

بر اساس پژوهش حاضر کیفیت زندگی پزشکان خانواده استان کرمان در وضعیت رضایت‌بخشی نیست. نتایج حاضر با مطالعه شعبانی‌نژاد و همکاران [۱۵]، اکر[۱۳] و همکاران [۱۶] و عرب و همکاران [۱۷] هم‌خوانی دارد. این امر می‌تواند ناشی از طی مراحل اولیه طرح پزشک خانواده در کشور باشد که در آن توجه کافی به کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده نشده است [۱۸]. بر اساس مرور متون مرتبط مشخص شد که رضایت شغلی پزشکان خانواده رو به کاهش است [۱۹]. افزایش جمعیت و انتظارات بیماران، افزایش فشار زمانی و محدودیت‌های هزینه عواملی هستند که بر نارضایتی پزشکان تأثیر گذارند [۲۰]. اینگونه به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی پایین پزشکان خانواده باعث کاهش بهره‌وری و تأثیر منفی بر ارائه خدمات و شاید شکست اجرای طرح پزشکان خانواده گردد. توجه به کیفیت زندگی شغلی پزشکان خانواده می‌تواند منجر به بهبود ارائه خدمت در نظام سلامت و رضایت‌مندی بیمار که هدف هر نظام سلامت است گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد کیفیت زندگی شغلی در افراد مجرد نسبت به متأهلین بالاتر بود. با توجه به اینکه اکثریت افراد مورد مطالعه متأهل بودند به نظر می‌رسد باید برای ارتقا وضعیت کیفیت زندگی شغلی ایشان در استان کرمان اهتمام ورزید و نسبت به آن توجه ویژه‌ای داشت تا امکانات رفاهی ایشان فراهم گردد. نتایج حاضر با مطالعه شعبانی نژاد [۱۵] و عرب [۱۷] مشابهت داشت.

با توجه به نتایج مطالعه از بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری وضع عمومی سلامت (GWB) دارای بالاترین میانگین (۶۴/۲۱ درصد) و کنترل در کار (CAW) دارای کمترین میانگین (۳۲/۸۱ درصد) بودند. همچنین در مطالعه عرب و همکاران [۱۷] وضع عمومی سلامتی (GWB) دارای بالاترین میانگین (۵۳/۲۵٪) و ارتباط کار- منزل (HWI) دارای کمترین میانگین(۳۷/۵٪) بود. اما در مطالعه شعبانی نژاد و همکاران [۱۵] بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی کاری، کنترل در کار (CAW) دارای بالاترین میانگین (۵۲٪) و ارتباط کار- منزل (HWI) دارای کمترین میانگین (۴۱٪) بود. احتمالاً تفاوت در میانگین‌ها و حیطه‌های ذکر شده به دلیل تفاوت در استان‌ها و امکانات، انگیزش، استرس و شرایط حاکم بر محیط مورد مطالعه باشد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی، ادامه همکاری در طرح پزشک خانواده مورد تردید بود. اگر این برنامه‌ریزی به صورت دقیق و صحیح باشد می‌تواند باعث ایجاد حس وابستگی، مسئولیت‌پذیری و در نتیجه افزایش بهره‌وری، کارایی و اثربخشی عملکرد پزشکان خانواده شود. در تحقیقی اسمیت[۱۴] که در مورد کیفیت زندگی کاری پرستاران ایالت متحده صورت گرفته بود نتایجی مشابه یافت شد [۲۱]. نتایج تحقیق دهقان نیری [۲۲] نیز نشان داد که تنها یک‌دهم نمونه مورد مطالعه‌ی وی کیفیت زندگی کاری خود را مطلوب گزارش کردند. نتیجه این تحقیق با نتیجه تحقیق واسعی [۲۳]، نیز همسان است که نشان داد سطح کیفیت زندگی کاری در ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور معناداری از حد مورد انتظار پایین‌تر بود. به نظر می‌رسد اهمیت دادن به دیدگاه‌های آنان در خصوص طراحی و برنامه‌ریزی‌های مربوط به ترتیب انجام کارها می‌تواند به ادامه همکاری افراد در طرح منجر شود.

از زمان اجرای برنامه شبکه‌های بهداشتی درمانی در مناطق شهری و روستایی، برنامه پزشک خانواده مورد اقبال مردم قرار گرفته و برنامه‌های بعدی نیز در این راستا از این مناطق آغاز شده‌اند. بر اساس مطالعات انجام شده [۲۴] که به بررسی کیفیت خدمات و انتظارات افراد پرداخته شده است لزوم بهبود کیفیت از جنبه‌های مختلف و به ویژه بعد پاسخگویی ضروری به نظر می‌رسد. بررسی اجرای برنامه پزشکان خانواده از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات و نیز گیرندگان [۲۵]، اینگونه مشخص گردید که از نظر دریافت‌کنندگان

۱۳- Eker

۱۴- Smith

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

خدمت، مهم‌ترین نقاط قوت طرح دسترسی آسان به پزشک و مهم‌ترین نقاط ضعف آن برخورد نامناسب بیمارستان‌ها و عدم ارائه خدمت در طول شبانه روز اعلام گردید.

در مناطق شهری، انتظار می‌رود پزشک خانواده در اولین سطح تماس مردم با نظام ارائه خدمات سلامت انجام وظیفه نماید. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلنیک، درخواست مشاوره، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیماران و اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقا سلامت عمومی از عمده‌ترین وظایف پزشک خانواده است. این خدمات باید توسط پزشکان خانواده و تیم وی در محدود بسته خدمتی تعریف شده و با حفظ جامعیت و یکپارچگی به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش ارائه شود. در واقع پزشک خانواده مسئولیت تیم سلامت را بر عهده دارد.

کیفیت زندگی کاری به عنوان یکی از رویکردهای بهبود عملکرد و از جمله عناصر مهم و کلیدی فرهنگ تعالی به شمار می‌رود، رویکردی است که موجب هم‌سویی کارکنان و سازمان می‌شود. امروزه توجهی که به کیفیت زندگی کاری می‌شود بازتابی است از اهمیتی که همگان برای آن قائلند. کیفیت زندگی کاری انعکاسی از روابط موجود بین کارکنان و محیط کاری آنان است. این رابطه نشانه‌ای از میزان سازگاری فرد با شغلش می‌باشد.

کیفیت زندگی کاری نمایان‌کننده نوعی فرهنگ سازمانی و شیوه مدیریت است که کارکنان بر اساس آن احساس مالکیت، خودکفایی عزت نفس می‌کنند. برنامه کیفیت زندگی کاری شامل هر گونه بهبود در فرهنگ سازمانی است که حامی رشد و تعالی کارکنان در سازمان است. از این رو نظام ارزشی کیفیت زندگی کاری، سرمایه‌گذاری بر روی افراد به منزله مهم‌ترین متغیر در معادله مدیریت راهبردی مورد توجه قرار می‌دهد، به این معنی که برآورده ساختن نیازها به بهسازی و کارایی بلند مدت سازمان منجر خواهد شد. کیفیت بالای زندگی کاری به عنوان شرط و پیش زمینه اساسی توانمندسازی منابع انسانی مورد نیاز سیستم مراقبت بهداشتی شناخته شده است. در هر سازمانی کیفیت زندگی کاری بالا برای جذب و حفظ کارکنان اساسی است و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اجرایی، مدیریتی و شرایط خاص فرهنگی است. از آنجا که کیفیت زندگی کاری پایین ممکن است بر کیفیت خدمات و تعهدات تأثیر بگذارد و به عنوان یک عامل تأثیرگذار مرتبط با کمبود ارائه خدمات سلامتی باشد، لذا مسئولان طرح پزشکان خانواده در وزارت بهداشت و درمان توجه بیشتری به کیفیت زندگی پزشکان خانواده معطوف نمایند و برنامه‌ها و راهکارهایی جهت ارتقای زندگی کاری ایشان مدنظر قرار دهند. با توجه به اینکه کنترل در کار دارای کمترین میانگین بود، لذا جهت کنترل بر کار دیدگاه‌های ایشان را در تصمیم‌گیری‌ها و در خصوص طراحی و برنامه‌ریزی‌های مربوط به ترتیب انجام کارها مد نظر قرار گیرد.

بعضی از پزشکان و کادر درمانی به دلایل متعددی ازجمله مشغله فراوان، عدم‌رضایت شغلی و تعداد کثیر بیماران در بسیاری از مراکز درمانی دولتی و دغدغه‌های مالی در بخش‌های خصوصی، زمان و حوصله کافی برای معاینه دقیق، تشخیص و درمان هر بیمار را نداشته باشند. همچنین بیان توضیحات لازم به بیمار و همراهان وی در مواردی جزو ملزومات به‌حساب نیامده، متأسفانه بعضی از پزشکان به این موضوع بدیهی که دانستن شرایط بیماری شخص برای وی و همراهان نزدیک وی (در صورت موافقت بیمار) جزو حقوق اولیه آنهاست، عمل نمی‌کنند. البته باید به این مسئله تأکید کرد که تمامی این مشکلات بیشتر جنبه سیستماتیک داشته، شرایط واقعی بسیاری از بیمارستان‌های دولتی و حتی خصوصی و حجم زیاد مراجعه‌کنندگان آنها، در عمل اجازه انجام چنین ملزوماتی را برای کادر پزشکی نمی‌دهد. به نظر می‌رسد که مدتی نسبتاً طولانی است که در نظام آموزشی درمانی کشور روی این مسائل تأکید کافی نشده و در بعضی موارد به بیمار مطابق استانداردهای درجه یک درمانی جهان توجه کافی نمی‌شود. بدون شک اکثریت قریب به اتفاق پزشکان و کادر پزشکی نهایت تلاش خود را در برطرف‌کردن این نقایص می‌کنند اما مشکلات فراوان کنونی نظام درمانی کشور در حال حاضر از جمله عدم تأمین حقوق کادر درمانی از طرف بیمه‌ها، تعرفه‌های غیر واقعی و بسیاری مشکلات دیگر مانع از رسیدن به وضعیت آرمانی در موارد فوق می‌شود.

مهم‌ترین دلایل ناموفق بودن طرح پزشک خانواده، عدم آمادگی و همکاری پزشکان و زیرساخت‌ها، نبود بودجه لازم، کمبود نیرو و نبود فرهنگ‌سازی مطلوب بین مردم می‌توان دانست. اگر قرار باشد مجدد طرح پزشک خانواده در کنار برنامه تحول نظام سلامت اجرایی شود باید با نگاه سیستماتیک و رویکرد سلامت محوری اجرا شود. با توجه به اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه درمان می‌توان خاطرنشان کرد که بیشتر هزینه‌ها در بخش درمان متمرکز شده و باید منتظر بود تا افراد بیمار شده و در بیمارستان بستری شوند، در حالی که اگر رویکرد پیشگیرانه داشته باشیم نیازی به این میزان هزینه نیست. اجرای طرح پزشک خانواده دسترسی عمومی به خدمات سلامت را افزایش داده و موجب کاهش هزینه‌های بیمارستانی و

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

درمانی برای بیماران شده است. یکی از مهم‌ترین اهداف اجرای این طرح، کاهش هزینه‌های درمانی مردم در بخش بستری بوده است. با اجرای طرح پزشک خانواده، مراجعه مردم به بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد و تنها در صورت نیاز به پزشکان متخصص ارجاع می‌شوند و این امر با مشورت و ارجاع پزشک خانواده صورت می‌گیرد. ارتقای سطح سلامت خانواده از دیگر اهداف در اجرای این طرح است و تلاش می‌شود پیشگیری از دو جنبه خدمات عمومی و فردی سلامت دنبال شود. اهمیت اجرای طرح پزشک خانواده در تداوم آن است و هم اکنون رضایت مردم از اجرای این طرح مشاهده می‌شود. کیفیت زندگی کاری یکی از متغیرهایی است که اخیرا به لحاظ اهمیت، مورد توجه بسیاری از مدیران که درصدد ارتقا کیفیت منابع انسانی خود هستند قرار گرفته است. نارضایتی از کیفیت زندگی شغلی می‌تواند مشکلی باشد که بر اکثر کارکنان بدون توجه به موقعیت و وضعیتشان تأثیر گذارد. بنابراین با توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی پزشکان خانواده شامل رضایت از شغل و حرفه، شرایط کاری، وضع عمومی سلامتی، ارتباط کار– منزل، استرس در کار، کنترل در کار از جمله و سعی در ارتقا آن می‌توان به هدفمندسازی مراجعات مردم و تحول در نظام سلامت کشور دست یافت.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند سپاس و تشکر خود را تقدیم استاد محترم سرکار خانم دکتر سمیه نوری حکمت، جناب آقای حسین شعبانی‌نژاد، سرکار خانم مرجان رضوی و همه افرادی کنند که در پژوهش حاضر شرکت داشته‌اند.

مراجع

1- Hatami H, Mir Jafari SA, Mojahedi Jahromi S. Relation-ship between quality of work life and organizational commitment and productivity in the staff of Jahrom University of Medical Sciences. Journal of scientific and research new approach at educational administration. 2011;2:25-40.

2- Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. Journal of Nursing Administration. 2003;33:293-299.

3- Nasl Saraji G, Dargahi H. Study of quality of work life (QWL). Iranian J Public Health 2006; 35(4): 8-14. [in Persian]

4- Walton RE. Quality of Work Life (QWL) Measurement. Available from: http://syn.com/qwl.htm: 2005.

5- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2004.

6- Ministry of Health. Family physicians and rural health program performance report in 2005. Tehran; 2006. (in Persian)

7- Mc whinney I. Family physicians are generalist. Canadian Family Physician Journal 2006; 52: 434-439.

8- Carman G, Sandra R, Isable R. Family physician job satisfaction in different medical care organization models. Family practice 2000; 17(4): 309-313.

9- Darren van laar, Julian A, Easton Edwards & Simon. The work related quality of life scale for health care workers . journal of advanced nursing 2007; 60(3): 325-333.

10- Mainous AG. Ramsbottom-Lucier M. Rich EC. The role of clinical workload and satisfaction with workload in rural primary care physician retention. Archives of Family Medicine 1994;3(9):787-92.

11- Javanbakht Massoud .Canadian Family Physician referral systems and applications, Meeting the family doctor and referral system: Prospects and Challenges, Medical Council of Islamic Republic of Iran, 1389.

12- Beasley J, Karsh B, Saintford F, Hagenouer M, Marchand L. Quality of work life of family physicians in wisconsin's health care organizations. Wisconsin medical society, 2004; 103(7): 51-55.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]

13- Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland O. Job satisfaction among norwegian general practitioners. Scandinavian journal of primary health care, 2005; 23: 198-202

14- Ulmer B, Harris M. australian GPs are satisfied with their job: even more so in rural areas. Family practice, 2002; 19: 300-303.

15- Shabaninejad H, Arab M, Rashidian A, Zeraati H, Bahrami S. Quality of working life of Family Physicians in Mazandaran. Hakim Research Journal 2012; 15(2): 178- 184.

16- Eker L, Tuzun EH, Daskapan A, Surenkok O. Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. J Occup Health 2004; 46(6): 500-5.

17- Arab M, Shabaninejad H, Rashidian A, Rahimi A, Purketabi K. A survey on working life quality of specialists working in affiliated hospitals of TUMS. Hospital journal 2012;11(4): 19-24.

18- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. Health Policy and Planning 2010; 26 (2): 1-11.

19- Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004; 350: 69-75

20- Mechanic D. Physician discontent. JAMA 2003; 291: 941-6.

21- Smith T. Monograph on the internet: Nursing Work Life Satisfaction Survey. Calgary Health Region. Available from: http://www.nurses.ab.ca. Accessed at: 2004.

22- Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadi Noughabi AA. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. Nursing Research 2008;3(8):27-37.

23- Vaseei N.1386, The Quality of Working Life in the headquarters of the Ministry of Health and Medical Education based on Walton, MS Thesis public administration , education and research available on the website of the Governor of Tehran.

24- Nabilo B, Rasoli J. 1392 , the quality of family health services in health facilities in selected cities in Western Azerbaijan province of fact to consumers' expectations , Medical Journal .4 (24) : 277-285 .

25- Afkar A, Poor Reza A, Khodabakgshi Nejad V, Mehrabian F.1392 , reflecting the family doctor in the mirror Gilani Customers .Journal of Hospital, 1 (12): 47-39.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-08]