

بررسی کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار در سال ۸۵-۱۳۸۴

حمیده یزدی مقدم^۱، زهرا استاجی^۲، عباس حیدری^۳

^۱ عضو هیئت علمی رشته پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۲ عضو هیئت علمی رشته پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۳ استادیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه اتاق عمل و هوشبری، حمیده یزدی مقدم

E-mail: ha_yazdimoghaddam@yahoo.com

وصول: ۸۶/۳/۲۶، اصلاح: ۸۷/۱۲/۲۰، پذیرش: ۸۸/۳/۳

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌دهنده خدمات در نظام سلامت می‌باشند و باید از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بوده تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارائه دهند. هدف از این پژوهش، تعیین کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر سبزوار می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، مقطعی است تعداد ۹۶ نفر به صورت نمونه‌گیری سهمیه‌ای (غیر تصادفی) از پرستاران شاغل در سه بیمارستان شهر سبزوار در سال ۸۵-۱۳۸۴ انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی SF36 بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس و همبستگی در نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها: در مورد بُعد جسمی، حداقل نمره ۱۰۵۰ و حداکثر ۲۲۰۰ (میانگین 1720 ± 270) و در مورد بُعد روانی، حداقل نمره ۴۷۵ و حداکثر ۱۴۰۰ (میانگین 1065 ± 24) به دست آمد. کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران بخش دیالیز (2471 ± 450) و بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران در بخش آی‌سی‌یو (2906 ± 197) بود.

نتیجه‌گیری: نمره کیفیت زندگی پرستاران در بُعد روانی پایین‌تر از بُعد جسمی بود و اکثریت آن‌ها کیفیت زندگی متوسط را به خود اختصاص می‌دادند. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۶/شماره ۱/صص ۵۶-۵۰).

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی؛ پرستاران؛ بُعد جسمی؛ بُعد روانی.

مقدمه

تمایل به افزایش طول عمر دارند (۲). به طور کلی، کیفیت

زندگی عبارت است از میزان و درجه لذت فرد از امکانات مهم زندگیش که هدف نهایی آن، این است که افراد را قادر سازد تا زندگی با کیفیت بالا، معنادار و لذت-

کیفیت زندگی به عنوان یک بحث علمی در ۱۰ سال گذشته توجه افراد زیادی را به خود معطوف کرده است (۱). در عصر حاضر، انسان‌ها به طور فزاینده‌ای

بخش را تجربه کنند (۱). کیفیت زندگی، احساس خوشبختی و رضایت از زندگی می‌باشد (۳) که با عواملی مانند سن، فرهنگ، جنس، تحصیلات، وضعیت طبقاتی، بیماری و محیط اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۴). در قرن بیست و یکم صنعتی شدن، افزایش طول عمر و تغییر در سبک زندگی مردم سراسر جهان را شاهد هستیم (۵). سلا و همکاران او معتقدند که کیفیت زندگی فاصله‌ای است که بین موقعیت واقعی یک فرد موقعیت ایده‌آل وی وجود دارد (۶). ارزیابی کیفیت زندگی در پرستاران که با جان انسان‌ها سروکار دارند حائز اهمیت است تا بتوانند خدمات مؤثرتری را ارائه دهند (۷).

از آنجایی که پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌دهنده خدمات در نظام سلامت بوده (۸) و با توجه به استرس‌زا بودن شغل‌شان در معرض خطر فرسودگی شغلی قرار دارند، لذا این امر بر کیفیت زندگی آنان تأثیر خواهد گذاشت (۹). در واقع، اساس سلامت جامعه به‌دست این گروه پایه‌گذاری می‌گردد (۱۰).

اصلی‌ترین هدف ارتقاء کیفیت از سوی پرستاران، ارائه مراقبت‌های بالینی با بهترین شکل ممکن به بیماران است (۱۱). در تحقیقی که توسط درگاهی و همکاران با عنوان "بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴-۸۵" انجام شد در مجموع دو سوم پرستاران از کیفیت زندگی کاری خود رضایت نداشتند و از بیشتر جنبه‌های زندگی کاری خود ناراضی بودند. بیشترین میزان نارضایتی پرستاران مورد مطالعه به نیازهای اولیه و پایه زندگی کاری آن‌ها مربوط بوده است. نتایج به‌دست آمده از پژوهش مزبور می‌تواند به مدیران ارشد حوزه سلامت در جهت تدوین برنامه‌های راهبردی و ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران کمک کند (۱۲). لذا باید از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بوده تا بتوانند مراقبت‌ها را به شکل مطلوب به مددجویان ارائه دهند (۱۳). این در صورتی میسر است که پرستاران از نظر روحی و روانی، رضایت

کاری و در واقع جنبه‌های مختلف زندگی در سطح مطلوبی باشند (۱۴). رسالت حرفه پرستاران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اعضاء تیم بهداشتی، حفظ و ارتقاء سطح کیفی مراقبت‌ها در حد استاندارد می‌باشد (۱۵).

کارایی و بهبود عملکرد کارکنان در نتیجه رضایت شغلی و سلامت روانی آن‌ها فراهم می‌گردد اما نبودن شاخص‌های کیفیت زندگی مسبب فرسودگی کارکنان و در نهایت شانه از زیر کار خالی کردن و عدم پیشرفت آن‌ها می‌باشد. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا ابعاد مختلف کیفیت زندگی پرستاران را بررسی کنند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی می‌باشد که در آن کیفیت زندگی پرستاران شاغل در سه بیمارستان شهر سبزوار در سال‌های ۸۵-۱۳۸۴ با روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیر تصادفی بررسی شد. دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل ۳ سال کار در بالین، دارا بودن وضعیت استخدامی پیمانی یا رسمی از معیارهای ورود به مطالعه بود. در نهایت، ۹۶ پرستار واجد شرایط به‌عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF 36) استفاده شد. این پرسشنامه استاندارد توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی طراحی شده است و اعتبار و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال در دو بُعد جسمی و روانی و ۸ حیطه می‌باشد که هر کدام از این ابعاد دربرگیرنده حیطه‌های مختلفی مانند عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی - روانی است. پرسشنامه اصلی به زبان فارسی برگردانده شد و سعی بر آن بود که بدون دخل و تصرف در معانی و مفاهیم عبارات به‌صورت قابل درک

نوشته شود. هر سؤال پرسشنامه از یک مقیاس رتبه‌ای برخوردار است که شامل ۲۵ تا ۱۰۰ می‌باشد. نمره ۲۵ پائین‌ترین و نمره ۱۰۰ بالاترین نمره در نظر گرفته شده است. به‌منظور تعیین امتیاز کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش، ابتدا میانگین و انحراف معیار امتیازها محاسبه گردید و سپس با در نظر گرفتن حد بالا و پایین، حاصل-جمع و کسر میانگین و انحراف معیار، امتیازدهی صورت گرفت. نمره کیفیت زندگی در حد فاصل ۳۴۷۵-۳۲۲۴ مطلوب، ۳۲۲۴-۲۳۴۶ متوسط و ۲۳۴۶-۱۷۲۵ پایین در نظر گرفته شده است.

پژوهشگران پس از هماهنگی انجام شده با سوپروایزر آموزشی در بیمارستان‌ها، در شیفت‌های کاری و روزهای مختلف هفته به بیمارستان‌ها مراجعه کرده و پس از بیان اهداف و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار پرستاران واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود به پژوهش قرار گرفت و در مورد نحوه پرکردن پرسشنامه، توضیحات لازم داده شد. از واحدهای پژوهش خواسته شد که پرسشنامه را در منزل تکمیل نمایند و جهت تحویل گرفتن پرسشنامه هماهنگی لازم با سرپرستار بخش‌ها انجام گرفت. نمونه از سه بیمارستان واسعی، امداد شهید بهشتی و مبینی شهر سبزوار به تفکیک بخش‌ها که شامل بخش اورژانس (داخلی و سوانح) ۱۰ نفر، بخش‌های جراحی (عمومی، ارتوپدی، اورولوژی و چشم) ۲۰ نفر، مراقبت‌های ویژه ۹ نفر، زنان و مامایی ۱۸ نفر، نوزادان ۱۳ نفر، دیالیز ۷ نفر، قلب ۹ نفر، داخلی (مردان و زنان) ۹ نفر و بخش سی‌سی‌یو ۸ نفر انتخاب شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی، آنالیز واریانس و همبستگی استفاده شد و مقدار معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مشخصات نمونه از نظر جنس، ۷۰ درصد زن و

۳۰ درصد مرد بودند. حداقل سن نمونه‌ها ۲۳ سال و حداکثر ۴۸ سال و میانگین سنی آنان 33 ± 6 سال و بیشترین فراوانی در سنین ۲۹-۳۴ سال بود.

در مورد سابقه کار، ۴۸ درصد افراد دارای سابقه کاری ۲-۴ سال، ۴۵ درصد سابقه کاری ۶-۴ سال و ۷ درصد سابقه کاری بالاتر از ۶ سال داشتند. از نظر شیفت کاری، ۸۲ درصد به صورت شیفت در گردش، ۱۵ درصد صبح‌کار ثابت و ۳ درصد عصرکار ثابت بودند و از این تعداد، ۲۳/۵ درصد مجرد، ۷۴/۵ درصد متأهل و ۲ درصد دارای همسر فوت شده بودند.

در ارتباط با وضعیت سلامتی و بیماری، ۵۹ درصد وضع سلامتی خود را خوب، ۱۸ درصد خیلی خوب و تنها ۲ درصد خیلی بد ابراز کردند. ۷۶ درصد بیماری خاصی نداشتند و ۷ درصد از نظر بیماری‌های روانی مانند افسردگی شکایت نمودند.

یافته‌های پژوهشی از نظر نمره کیفیت زندگی، در مورد بُعد جسمی، حداقل نمره ۱۰۵۰ و حداکثر ۲۲۰۰ با میانگین 1720 ± 270 بود و در بُعد روانی، حداقل نمره ۴۷۵ و حداکثر ۱۴۰۰ با میانگین 1065 ± 24 بوده است.

با توجه به طبقه‌بندی ذکر شده (در قسمت مواد و روش‌ها) از نظر بُعد جسمی، ۲۰ درصد کیفیت زندگی پایین، ۶۴ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱۵ درصد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در بُعد جسمی به تفکیک بخش‌های مختلف ($P = 0/1$)

میانگین و انحراف معیار نمره	حداقل نمره	حداکثر نمره	کیفیت زندگی بخش‌ها
1711 ± 332	۱۰۵۰	۲۰۲۵	اورژانس
1804 ± 314	۱۱۰۰	۲۱۰۰	جراحی
1850 ± 98	۱۷۰۰	۲۰۲۵	مراقبت‌های ویژه
1575 ± 355	۶۵۰	۲۰۷۵	زنان و مامایی
1523 ± 267	۱۰۷۵	۲۰۰۰	نوزادان
1625 ± 238	۱۲۲۵	۱۸۵۰	دیالیز
1717 ± 218	۱۴۰۰	۲۰۲۵	قلب
1644 ± 291	۱۱۷۵	۲۰۷۵	داخلی
1681 ± 274	۱۱۷۵	۲۰۰۰	سی‌سی‌یو

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی به تفکیک بخش‌های مختلف ($p=0/1$)

کیفیت زندگی	حداکثر	حداقل	میانگین و انحراف
بخش‌ها	نمره	نمره	معیار نمره
اورژانس	۱۴۰۰	۷۲۵	1081 ± 233
جراحی	۱۴۰۰	۵۰۰	1093 ± 264
مراقبت‌های ویژه	۱۳۰۰	۷۷۵	1056 ± 178
زنان و مامایی	۱۴۰۰	۲۰۰	1018 ± 415
نوزادان	۱۳۵۰	۷۲۵	958 ± 190
دیالیز	۱۲۷۵	۴۷۵	846 ± 311
قلب	۱۳۲۵	۶۲۵	1025 ± 227
داخلی	۱۳۰۰	۷۷۵	1061 ± 208
سی‌سی‌یو	۱۳۰۰	۸۵۰	981 ± 144

کیفیت زندگی مطلوب داشتند (جدول ۱). در مورد بُعد روانی، ۱۹ درصد کیفیت زندگی پایین، ۶۲ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱۸ درصد کیفیت زندگی مطلوب داشتند (جدول ۲).

در تقسیم‌بندی بیمارستان‌ها به‌طور کلی نمره کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان امداد حداقل نمره ۱۷۲۵ و حداکثر ۲۴۷۵، بیمارستان مبینی حداقل ۱۸۰۰ و حداکثر ۲۴۵۰ و بیمارستان واسعی حداقل ۱۷۵۰ و حداکثر ۳۴۲۵ می‌باشد که این ارتباط از نظر آماری با آزمون آنالیز واریانس معنادار نبود. برای مشخص شدن تأثیر کار در بخش‌های مختلف بر کیفیت زندگی پرستاران آن بخش‌ها، نمره کیفیت زندگی در تک تک بخش‌ها مشخص گردید به‌طوری‌که بیمارستان‌ها به ۹ بخش تقسیم شدند که شامل بخش اورژانس (داخلی - سوانح)، جراحی، (ارتوپدی، عمومی، اورولوژی و چشم)، مراقبت‌های ویژه، زنان و مامایی، نوزادان، دیالیز، قلب، داخلی (مردان و زنان) و سی‌سی‌یو بودند.

در مورد نمره کیفیت زندگی پرستاران مرد و زن، میانگین کیفیت زندگی زنان در بُعد جسمی 1656 ± 278 و مردان 1873 ± 176 بود و از نظر بُعد روانی، نمره کیفیت زندگی زنان 1027 ± 235 و مردان 1156 ± 189 بود که آزمون تی تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی زنان و مردان نشان داد. اما بین سابقه کاری و نمره کیفیت زندگی

پرستاران بر اساس آزمون همبستگی ارتباط معناداری وجود نداشت. از طرفی، نمره کیفیت زندگی پرستاران صبح کار ۲۶۸۸ و نمره کیفیت زندگی پرستاران با شیفت در گردش ۲۷۸۶ به‌دست آمد که بین شیفت کاری و کیفیت زندگی نیز ارتباط معناداری وجود نداشت.

در بُعد جسمی، بخش ICU (1850 ± 98) بالاترین نمره و بخش نوزادان (1523 ± 267) پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی را داشتند اما در بُعد روانی، بخش جراحی (1093 ± 264) بالاترین نمره و بخش نوزادان (958 ± 190) پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی را داشتند.

اما در بررسی ارتباط سن با دو بُعد جسمی و روانی کیفیت زندگی، با آزمون آنالیز واریانس، ارتباط معناداری به‌دست نیامد به‌طوری‌که در بُعد جسمی بالاترین نمره (1740 ± 257) مربوط به گروه سنی ۲۹-۳۴ سال و پایین‌ترین نمره (1200 ± 487) در گروه سنی بالاتر از ۴۶ سال بود. در بُعد روانی نیز بالاترین نمره (1130 ± 191) مربوط به گروه سنی ۴۱-۴۶ سال و پایین‌ترین نمره (817 ± 536) مربوط به گروه سنی بالاتر از ۴۶ سال بود.

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که نمره کیفیت زندگی پرستاران در بُعد روانی پایین‌تر از بُعد جسمی است و بیشتر پرستاران، کیفیت زندگی متوسط را در مورد خود ابراز داشته‌اند. در تحقیقی که توسط فتاح‌مقدم طالعی و همکارانش با عنوان "بررسی کیفیت زندگی پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی در تهران و شهرری" انجام شد نتایج نشان داد که ۱۱ درصد از روان‌پرستاران از کیفیت زندگی عالی، ۶۷ درصد خوب و ۲۱ درصد کیفیت زندگی را در حد متوسط گزارش کرده‌اند (۱۶) که البته کار در محیط‌های پُر استرس بر روح و روان و به‌طور کلی بر رضایت پرستاران تأثیر گذاشته و با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی دارد.

نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داد که نمره کیفیت

زندگی زنان پایین‌تر از مردان بوده است ($P < 0/05$). به-طوری‌که بالاتر بودن نمره کیفیت زندگی در بیمارستان امداد نسبت به دو بیمارستان دیگر (مبینی و واسعی) به این دلیل بود که اکثر پرسنل این بیمارستان مرد هستند.

همچنین نتایج نشان داد که پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی در هر دو بُعد جسمی و روانی در گروه سنی بالاتر از ۴۶ سال بود، به‌طوری‌که در تحقیقی که توسط گشتاسبی و همکاران وی انجام شده بود، افزایش سن سبب کاهش امتیاز کیفیت زندگی در هر دو جنس گردیده ($P < 0/001$) (۱۷) و با نتیجه تحقیق حاضر همخوانی دارد. از طرفی کارآیی و بهبود عملکرد کارکنان در نتیجه رضایت شغلی و سلامت روانی آن‌ها فراهم می‌گردد. اما نبود شاخص‌های کیفیت زندگی مسبب فرسودگی کارکنان و در نهایت شانه از زیر کار خالی کردن و عدم پیشرفت صحیح آن‌ها می‌گردد (۱۸).

در خصوص نمره کیفیت زندگی در بخش‌های مختلف، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پایین‌ترین میانگین کیفیت زندگی در هر دو بُعد در بخش نوزادان و بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بُعد جسمی، بخش مراقبت‌های ویژه و بُعد روانی بخش جراحی بوده است. بدیهی است افرادی که در محیط‌های پر استرس، شلوغ و حساس مثل بخش نوزادان کار می‌کنند، استرس کاری آنان باعث کاهش نمره کیفیت زندگی پرستاران این بخش‌ها در هر دو بُعد جسمی و روانی می‌شود و در بخش مراقبت‌های ویژه بالا بودن نمره کیفیت زندگی بدین دلیل بوده است که برخورد خوب مسئول این بخش هم دلیلی برای رضایت کاری این پرستاران می‌باشد. از طرفی تعداد کم پرسنل در این بخش، تعمیم‌پذیری آنرا کاهش می‌دهد اما در بخش جراحی به‌علت بهبود سریع بیماران بعد از اعمال جراحی و کاهش طول مدت بستری بیماران، پرستاران این

بخش نمره بالاتری را از نظر بُعد روانی نشان دادند. همچنین نتایج نشان داده بود که افراد با سابقه کاری بالاتر از ۶ سال، نمره کیفیت زندگی پایین‌تری را داشتند که در نتیجه هر چه قدر مدت زمان کار در محیط‌های پر استرس بیشتر شود باعث کاهش ظرفیت روحی - روانی و بعد جسمی افراد شاغل می‌گردد.

نمره کیفیت زندگی پرستاران زن در بُعد جسمی 1656 ± 278 و از نظر بُعد روانی 1027 ± 235 بود که با توجه به تقسیم‌بندی انجام شده، نمره کیفیت زندگی پایین در حد فاصل (2346 ± 1725) در نظر گرفته شده است.

با توجه به کاهش میانگین نمره کیفیت زندگی پرستاران زن، لازم است تمهیداتی از سوی مسئولین امر (به‌ویژه مسئولین مراکز درمانی - آموزشی و بیمارستان‌ها) برای حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و سطح سلامت زنان در نظر گرفته شود و در این راستا، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی بهداشت روان جهت ارتقای سلامت پرستاران خانم در خدمات مراقبت‌های بهداشتی به‌صورت برگزاری دوره‌های آموزشی و همایش‌های علمی توصیه می‌گردد. در پایان، به‌نظر می‌رسد که یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند پرستاران و مدیران بیمارستان‌ها را جهت تمرکز بر روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط آن‌ها یاری کنند چرا که روند پیگیری و درمان را بهبود می‌بخشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار به‌خاطر تأمین هزینه‌های مالی طرح تحقیقاتی مربوطه اعلام می‌دارند.

منابع

۱- کاظم پور ربابه. بررسی میزان کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند در سال ۱۳۸۳، خلاصه مقاله اولین

- همایش سراسری کیفیت زندگی دانشگاه تربیت مدرس با همکاری دانشگاه شاهد، ص ۶۴، اسفند ۱۳۸۳.
- ۲- پاک سرشت صدیقه، عودی مونا. سرطان پستان و غربالگری، فصلنامه پژوهشی دانشکده های پرستاری و مامایی استان گیلان. بهار و تابستان ۱۳۸۳، سال ۱۶، صفحات: ۵ تا ۶.
- ۳- زکی محمد علی. کیفیت زندگی و رابطه آن با عزت نفس در بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه اصفهان، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). زمستان ۱۳۸۶، دوره ۱۳، شماره ۴، صفحات ۴۱۶ تا ۴۱۹.
4. King CR, Hinds PS. Quality of life: From nursing and patient perspectives: Theory, research, practice: Jones & Bartlett Publishers 2003.
- ۵- آقا ملایی تیمور، افتخار حسن، محمد کاظم، سبحانی علیرضا، شجاعی زاده داوود. نخجوانی منوچهر، و همکاران. تاثیر مداخله آموزشی با استفاده از رویکرد تعاملی بر تغییر رفتار، هموگلوبین A1C و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، زمستان ۱۳۸۳، دوره ۳، شماره ۴، صفحات ۱۳ تا ۲۰.
- ۶- زندی میترا، علویان سیدمویذ، معماریان ربابه، کاظم نژاد انوشیروان. بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سیروز کبدی که به مرکز هپاتیت تهران در سال ۱۳۸۱ مراجعه کرده بودند. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۳، جلد ۱۱، شماره ۴۱، صفحات ۴۱۱ تا ۴۲۳.
- ۷- نصریانی خدیجه، فرنی فرحناز، سلیمی طاهره، شهبازی لیلی، متوسلیان منیره. خود ارزیابی دانش آموختگان جدید پرستاری از کسب مهارت‌های بالینی در بخش های داخلی جراحی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، بهار و تابستان ۱۳۸۵، دوره ۶، شماره ۱، صفحات ۹۳ تا ۱۰۰.
- ۸- ادیب حاج باقری محسن. عوامل موثر بر مراقبت پرستاری مبتنی بر شواهد: یک مطالعه کیفی. فصلنامه پرستاری ایران، پاییز ۱۳۸۵، دوره ۱۹، شماره ۴۷، صفحات ۱۷ تا ۳۳.
- ۹- کورانیان فرانک، خسروی علیرضا، اسماعیلی حبیب بررسی ارتباط نستهوی و منبع کنترل با فرسودگی شغلی در پرستاران. افق دانش، بهار ۱۳۸۷، دوره ۱۴، شماره ۱، صفحات ۵۸ تا ۶۶.
- ۱۰- آزادی فریبرز. بررسی تأثیر بکارگیری مدل مراقبتی مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران شریان کرونری مراجعه کننده به بیمارستان شهر تهران در سال ۱۳۸۲، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.
- ۱۱- خوشبین اعظم، فرج خدا، ته‌مین. راهکارهای ارتقاء کیفیت در مراقبت‌های بالینی. خلاصه مقاله اولین همایش سراسری راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و مامایی یزد، اسفند ماه ۱۳۸۳، ص ۱۲.
- ۱۲- درگاهی حسین، قریب میترا، گودرزی مریم؛ بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاران بیمارستانهای دانشگاههای علوم پزشکی تهران، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۳، شماره ۲، ۱۳۸۶، ۲۱-۱۳.
- ۱۳- اصغری، محمود؛ بررسی گزینش غیر اصولی دانشجویان پرستاری کشور، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، خلاصه مقاله اولین همایش سراسری راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و مامایی یزد، اسفند ماه ۱۳۸۳، ص ۵.
- ۱۴- جعفری گلستان، سرین، ونکی، زهره. معماریان، ربابه؛ راهکارهای اثربخش برای ارتقای صلاحیت بالینی پرستاران تازه کار؛ سازمان دهی کمیته رایزنان پرستاری، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، پاییز و زمستان ۱۳۸۶، دوره ۷، شماره ۲، صص ۲۴۷-۲۳۷.
- ۱۵- هنرپروران، نازنین، غضنفری، مهرخ. ریاحی نژاد، آذر؛ ارائه یک فرم ارزشیابی جهانی جهت ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی استهبان، خلاصه مقاله اولین همایش سراسری راهکارهای ارتقاء کیفیت خدمات پرستاری و مامایی یزد، اسفند ماه ۱۳۸۳، ص ۱۷۴.
- ۱۶- فلاحي خشک‌ناب، مسعود. رهگوی، ابوالفضل، کریملو، مسعود. فتاح مقدم، لادن؛ بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش های روانپزشکی دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران سال ۱۳۸۲، حکیم، زمستان ۱۳۸۵، دوره ۹، شماره ۴، صص ۳۰-۲۴.
- ۱۷- گشتاسبی، آریتا، منتظری، علی، وحدانی نیا، مریم السادات. رحیمی فروشانی، عباس، محمد، کاظم؛ ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت

سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی؛ یک مطالعه جمعیتی، فصلنامه پایش، سال ۲، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۲. صص ۱۸۹-۱۸۳.

18. Laschinger. HK, Finegan. J, shamian. J, Almosta. J, Almost J: "Testing karasek's Demands – control Model in restructured health care settings, effects of job strain on staff nurses quality of work life ", J Nurs Adm, 2001, May; 31(5): 233-43.