

# مدیریت اطلاعات سلامت

شاپا (جایی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵  
شاپا (الکترونیک): ۹۸۱۳-۱۷۳۵

مقاله‌های پژوهشی	
۹۰۱-۹۱۱	۱. رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از رویکرد ترکیبی (Fuzzy AHP – TOPSIS) هادی باقویی چیم خانه سعیده کتابی، مهدی پورصفاقی مشکورودی
۹۱۲-۹۲۰	۲. موردکاوی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در دو سازمان بیمه‌گر سلامت مریم رحیمی، رضا دهقان
۹۲۱-۹۳۰	۳. تقاضا و کشش جغرافیایی خدمات بستری سلامت در استان اصفهان با کمک سیستم اطلاعات جغرافیایی الهام معتمد، فرامرز ظاهری، نفیسه توکل، رافت زاهدی فر
۹۳۱-۹۴۰	۴. ساختار و قابلیت پرهوشندی از مدل جایزه ملی پرهوشی و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان محمدحسین اسحاق، سیددواد نصرالله پور شوشی، محمدرضا شکلی
۹۴۱-۹۵۴	۵. تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان‌پزشکی‌ها با استفاده از ابزارهای تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی مهسا قندهاری، جواد خزانلی، امید باهراستان
۹۵۵-۹۶۳	۶. پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه کشوری محمد مجتبی، سید جمال الدین طیبی، امیر اشکان نصیری پور، محمود رضا گوهری
۹۶۴-۹۷۱	۷. کارشناسان مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج کامران حاجی‌بی، پروان رئیس، ترکی السادات اجاقی
۹۷۲-۹۷۸	۸. رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سعید رحمانی پور، سیمین جعفری، سوسن بهرامی، پریسا ملک احمدی
۹۷۹-۹۸۷	۹. رابطه‌ی ساده و ترکیبی بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزش شهر اصفهان محمد علی نادی، محمد حسین یارمحمدیان، هاجر عزیزی
۹۸۸-۹۹۶	۱۰. تحلیل استراتژیک بیمارستان در برنامه‌ریزی بازاریابی: مطالعه‌ی موردی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان مریم یعقوبی، مرضیه جواد، محمد کریم بهاری
۹۹۷-۱۰۰۶	۱۱. رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی کارکنان علی شامی بزرگی، سوسن بهرامی، فاطمه حاتم پور آرزوآرایی، رضا رادmehr
۱۰۰۷-۱۰۱۳	۱۲. تأثیر نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی‌های مدیریت استعداد مهدی ابزری، رضا رادmehr، فاطمه حاتم‌پور
۱۰۱۴-۱۰۲۲	۱۳. طراحی الگوی بیمارستان متعدد به ارتقای سلامت: مطالعه‌ی موردی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مریم یعقوبی، مرضیه جواد، محمد کریم بهاری
۱۰۲۳-۱۰۳۳	۱۴. ادراک صاحب‌نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژی‌های منابع انسانی: مطالعه‌ی کیفی سوسن بهرامی، محمود کیوان‌آرا، رضوان اجاقی، مریم افشاری
۱۰۳۴-۱۰۴۳	۱۵. دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران اسدالله شمس، سعید افروز، مرضیه فتاحی، مرضیه جواد
۱۰۴۴-۱۰۵۰	۱۶. رابطه‌ی تعهد سازمانی و پرهوشی در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مرضیه جواد، مهرویش جعفری
۱۰۵۱-۱۰۵۸	۱۷. الگوی مدیریت ارتباط با مشتری با استفاده از مدل معادلات ساختاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مریم یعقوبی، فاطمه رهی، هدایت اله عسگری، مرضیه جواد
۱۰۵۹-۱۰۶۵	۱۸. رابطه‌ی بین میزان مهارت‌های زندگی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اسدالله شمس، کیوان کوهپایه، افروز، سحر احمدی
۱۰۶۶-۱۰۷۴	۱۹. عوامل مؤثر بر هدر رفت دارویی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان (دولتی، خصوصی و خیریه) سعید کریمی، مریم یعقوبی، فاطمه سیرانی، مشکات عباسی، محمد کریم بهاری
۱۰۷۵-۱۰۸۳	۲۰. ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بهداشتی و درمانی حسین ابراهیمی پور، سعید کریمی، جمیل صادقی‌فر، جواد ابراهیمزاده، سمیه افشاری، محمدعلی آرمان
۱۰۸۵-۱۰۹۴	۲۱. رابطه‌ی ابعاد تناسب فرد- محیط با پرونده‌های سازمانی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان علی ناصری محمدآبادی، ابوالقاسم نوری، آزاده عسگری، رباب صادق، علی سته‌ده
۱۰۹۵-۱۱۰۰	۲۲. رضایت شغلی هموزنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صدیقه انصاری پور، اکبر حسین زاده، محسن رحمانی، طاهره مقدس
۱۱۰۱-۱۱۰۸	۲۳. کارشناسی از وضعیت طرح‌های پژوهشی محبوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حسن گزینویه، هدایت‌الله عسگری، دکتر محمدحسین یارمحمدیان



مدیریت اطلاعات سلامت



ویژه نامه

Special Issue

# Health Information Management

Vol 10, No 7, Special Issue 2014

(Bimonthly)

p ISSN: 1735-7853  
e ISSN: 1735-9813

## Original Articles

1. Rating Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences, Based on the Quality of Health Services Using a Combination Approach Fuzzy AHP – TOPSIS Hadi Balouei Jamkhaneh, Saeedeh Ketabi, Mehdi Pourmostafa khoshkerodi	911
2. A Case Study on the Organizational Entrepreneurship Behavioral Barriers at Two Health Insurance Organizations Maryam Rajabi, Reza Dehghan	920
3. Inpatient Health Care Demand and Geographic Elasticity in Isfahan Province Using Geographic Information Systems (GIS) Elham Moazam, Faramarz Gholami, Nafiseh Tavakol, Rafiati Zahedi Far	930
4. The Structure and Utility of Iranian National Productivity and Excellence Award (INPEA) Model in the Health Sector: Perception of Managers and Experts Specialists Mohammad Esmail Motlagh, Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani, Mohammad Reza Maleki	940
5. Analysis of Factors Affecting the Quality of Dental Services Using Integrated Tools Kano and Fuzzy Analytical Hierarchy Process Mahsa Ghandehari, Javad Khazaei Pool, Omid Baharestan	954
6. Accountability in Teaching Hospitals: A National Study Mohammad Mahboubi, Sayed Jamaledin Tabibi, Amir Ashkan Nasiripour, Mahmood Reza Gohari	963
7. Relationship between Talent Management and Nursing Employee Performance in Hospitals of Karaj City Kamran Haji Nabi, Pouran Reisi, Narges Sadat Ojagh	971
8. Relationship between Leadership Styles of Educational Department's Chairpersons and Morale's Faculty Members in Isfahan University of Medical Sciences Saeed Rajaeepour, Sima Agami, Susan Bahrami, Parisa Malekhamadi	978
9. Simple and Combined Relationships between Informal Learning and Job Satisfaction among Nurses in Governmental Teaching Hospitals of Isfahan City Mohammad Ali Nadi, Mohammad Hossein Yarmohammadian, Hajar Azizi	987
10. Strategic Analysis (SWOT) and Hospital's Strategic Position in Marketing Planning: A Case Study of A Private Hospital in the Isfahan City Maryam Yaghoobi, Zahra Agha Rahimi, Marzieh Javadi	996
11. Staff Perception of Organizational Culture and their Job Satisfaction Ali Shaemi Barzaki, Susan Bahrami, Fatemeh Hatampoor Azarkhavarani, Reza Radmehr	1006
12. Effect of Electronic Human Resource Management Sub-System Implementation on Talent Management Strategy Mehdi Abzari, Reza Radmehr, Fatemeh Hatampoor	1013
13. Designing a Health Promoting Hospital: Case Study Isfahan University of Medical Sciences Maryam Yaghoobi, Marzieh Javadi, Mohammad Karim Bahadori	1022
14. Perceptions of Managers and Academic Experts about Strategic Human Resource Management Practices: Qualitative Study Saeed Bahrami, Mahmood Keyvan Ara, Rezaan Ojaghi, Maryam Afshari	1033
15. View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of Assorted Mental Health in Iran Health System Asadollah Shams, Saeed Afrough, Marzie Fatahi, Marzieh Javadi	1043
16. Correlation between Organizational Commitment and Productivity in Staffs of Isfahan University of Medical Sciences Teaching Hospitals Marzieh Javadi, Mehrnush Jafari	1050
17. Customer Relationship Management Model by Using the Structural Equation Model in Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences Maryam Yaghoobi, Fatemeh Rahi, Hedayatahleh Asgari, Marzeye Javadi	1058
18. Survey of Relationship between Living Skills Rate and Mental Health Rate of Students in Isfahan University of Medical Sciences Asadollah Sham, Keivan Kavesh, Bahare Afroz, Sahar Ahmadi	1063
19. Factors Affecting Drug Pert of Experts in Selected Hospitals of Isfahan (Public, Private and Voluntary) Saeid Karimi, Maryam Yaghoobi, Faezeh Sairani, Meshkat Abasi, Mohammadkarim Bahadori	1074
20. Evaluating and Ranking of Isfahan Provinces in Terms of Access to Health Sector Indicators Hossein Ebrahimpour, Saeid Karimi, Jamil Sadighifard, Javad Ebrahimpour, Somaye Afshari, Mohammad Taghi Arman	1084
21. Relationship between Person-Environment Fit Dimensions and Organizational Outcomes among Nurses Working in Isfahan Public Hospitals Ali Nasery Mohammadabadi, Abolghasem Nouri, Azadeh Askari, Robab Sadegh, Ali Sotoudeh	1094
22. Job Satisfaction of Belvarzan Working in Isfahan University of Medical Sciences Sedigh Ansariipour, Akbar Hasanazadeh, Mohsen Rohani, Tahereh Moghadas	1105

## هیأت تحریریه

- دکتر حسن اشرفی ریزی: استادیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر ابوالقاسم پوررضا: استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر حبیب اله پیرنژاد: استادیار انفورماتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه  
دکتر شهرام توفیقی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه بقیه الله الاعظم (عج) تهران  
دکتر احمد رضا رئیسی: استادیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر سیده محسن حسینی: استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان  
دکتر کا.اس. سرینواسا: استاد رفتار سازمانی دانشگاه تاپه هندوستان  
دکتر احمد شعبانی: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان  
دکتر رضا صفدری: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر سیما عجمی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر فریده عصاره: استادیار کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز  
دکتر زیبا فوج زادگان: دانشیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر مسعود فردوسی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر سعیده کتابی: استادیار تحقیق در عملیات دانشگاه اصفهان  
دکتر سعید کریمی: استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر رویا کلیشادی: استادیار اطفال دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر حمید مقدسی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
دکتر محمدرضا ملکی: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر محمد حسین یارمحمدیان: استاد مدیریت برنامه ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### فهرست همکاران علمی این شماره

- دکتر سوسن بهرامی - دکتر علیرضا جباری - دکتر مرضیه جوادی - مهندس سید مهدی حجازی - دکتر مجید داوری -  
دکتر بهرام رنجبریان - دکتر فاطمه رنگرز جدی - راحله سموعی - دکتر سیدعلی سیادت - دکتر آرشد شاهین -  
مهندس مسعود شجری پور - دکتر اسداله شمس - مهندس هدایت اله عسگری - دکتر ناهید گرامیان - دکتر محسن  
مصلحی - دکتر طیبه مهربانی

تأمین کننده‌ی منابع و اعتبارات مالی: دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
تأمین کننده‌ی منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن‌های علمی همکار، اداره‌ی  
امور بیمارستان‌ها، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی ایران، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات  
فن آوری اطلاعات در علوم سلامت.  
وضعیت حق تألیف: هرگونه استفاده از مطالب مندرج در مجله با ذکر مآخذ مجاز می‌باشد.

این مجله در پایگاه‌های زیر پذیرفته و نمایه می‌شود:

- ۱- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) ([www.isc.gov.ir](http://www.isc.gov.ir))
- ۲- ایندکس مدیکوس سازمان بهداشت جهانی ناحیه‌ی شرقی مدیترانه (IMEMR)
- ۳- پایگاه ایندکس کوپرنیکوس ([www.indexcopernicus.com](http://www.indexcopernicus.com))
- ۴- ایران ژورنال (نظام نمایه سازی مرکز منطقه‌ای اطلاع رسانی علوم و فن آوری) ([www.ricest.ac.ir](http://www.ricest.ac.ir))
- ۵- گوگل اسکولار (Google scholar)
- ۶- پایگاه اطلاعات و مدارک علمی ایران ([www.irandoc.ac.ir](http://www.irandoc.ac.ir))
- ۷- پایگاه اطلاعات جهاد دانشگاهی ([www.sid.ir](http://www.sid.ir))
- ۸- بانک اطلاعات نشریات کشور ([www.magiran.com](http://www.magiran.com))
- ۹- پژوهشگران سلامت ([www.iranmedex.com](http://www.iranmedex.com))

امور نشر: (ویراستاری، صفحه آرایی، طراحی و چاپ)

دبیرخانه مجلات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، بیرا پزشکی)

دوره دهم، شماره هفتم، ویژه نامه ۱۳۹۲

شماره‌ی پیاپی: -

شاپا (چاپی): ۱۷۳۵-۷۸۵۳

شاپا (الکترونیک): ۱۷۳۵-۹۸۱۳

## صاحب امتیاز:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی  
درمانی استان اصفهان

ناشر:

انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
تلفن: ۷۹۲۳۰۶۶

E-mail: [publications@mui.ac.ir](mailto:publications@mui.ac.ir)

## مدیر مسؤول:

دکتر محمدحسین یارمحمدیان

## سرردبیر:

دکتر سیما عجمی

## مدیر داخلی:

فریده موحدی

## ترتیب انتشار:

دو ماهنامه

شماره‌ی مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۸۳/۱۱/۱۲ مورخ ۱۲۴/۱۸۲۶۸

داری رتبه‌ی علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات

علوم پزشکی کشور به شماره‌ی ۱۳۵۷۷۲ مورخ

۸۶/۴/۲۰

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دفتر مجله

کد پستی: ۸۱۷۴۵-۳۴۶

تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۹۳۱۰۰ و ۰۳۱۱-۷۹۲۲۰۲۶

تلفکس: ۰۳۱۱-۶۶۸۴۷۹۹

Email: [jim@mng.mui.ac.ir](mailto:jim@mng.mui.ac.ir)

<http://www.jhim.ir>

<http://www.magiran.com/jim>

## راهنمای نگارش و شرایط پذیرش مقاله ها در مجله ی «مدیریت اطلاعات سلامت»

**مجله ی «مدیریت اطلاعات سلامت»** مجله ی تخصصی دانشکده ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی و مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است، که هدف از انتشار آن: اشاعه ی نتایج پژوهش ها، نظریه ها، و دستاوردهای علمی در زمینه های موضوعی مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، فنآوری اطلاعات سلامت، انفورماتیک پزشکی، کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی است تا از این طریق به ارتقای سطح کیفی پژوهش، آموزش، تبادل و توسعه ی آموخته ها، تجربیات و دستاوردهای تازه علمی یاری رساند.

### نکات قابل توجه:

- ۱) مجله در ویراستاری، درج و یا عدم درج مقالات آزاد است.
- ۲) مقالات دریافتی مسترد نخواهد شد.
- ۳) رعایت موازين اخلاق پزشکی و اخلاق پژوهشی، پوشیده ماندن هویت مشارکت کنندگان در پژوهش، اطلاعات بهداشتی، پزشکی و درمانی و حفظ اسرار بیمار، و گاه اسامی سازمان های مورد بررسی از جمله مواردی است که باید به عنوان یک اصل در نظر گرفته شود. در این ارتباط کد حفاظت از آزمودنی های انسانی که بر گرفته از بیانیه ی هلسینکی است باید مورد توجه قرار گیرد.
- ۴) مقالات قابل پذیرش برای چاپ، شامل مقالات: پژوهشی اصیل، پژوهشی کیفی، مروری نقلی، مروری نظاممند، کوتاه، گزارش مورد، سرمقاله و نامه به سردبیر (نامه) است.
- ۵) مقالات باید طبق راهنمای نویسندگان و الگوی مجله در نرم افزار Word ( ۲۰۰۳ یا ۲۰۰۷ ) بدون هیچ گونه صفحه آرای (حداکثر تعداد صفحات ۱۰ صفحه) بصورت تک ستونی تایپ شده باشد و از طریق اینترنت از طریق سایت مجله <http://him.mui.ac.ir/index.php/him> مقاله ثبت و ارسال گردد.
- ۶) مقالات ارسالی پس از دریافت از لحاظ ارتباط با زمینه های موضوعی مجله و ساختار، بررسی شده و در صورت نیاز نامه اصلاحات ساختاری برای نویسنده ارسال می شود تا طی مدت ۷۲ ساعت نسبت به اصلاح ساختاری مقاله و آپلود مجدد فایل اصلاح شده در سامینشن مقاله در موعد مقرر اقدام نماید. پس از آن مقاله در جلسه شورای تحریریه مطرح و موضوع آن از لحاظ جدید بودن، نوآوری و ... بررسی می گردد. در صورت تصویب موضوع، مقاله بدون نام برای سه داور علمی ارسال شده و در صورت تایید داوران، نقطه نظرات ایشان برای نویسنده مسئول ارسال شده تا پس از انجام اصلاحات توسط نویسنده مسئول، مجدداً اصلاحات توسط هیأت تحریریه تأیید گردد و سپس به ترتیب تاریخ آماده شدن در مجله منتشر شود.
- ۷) نویسنده موظف است حداکثر تا ۲ هفته پس از دریافت نظرات کارشناسی داوران، مقاله اصلاح شده خود را در سامینشن مربوط به خود آپلود نماید، در غیر این صورت مجله از چاپ مقاله بعد از تاریخ فوق معذور می باشد.
- ۸) مقاله های ارسالی نباید قبلاً در هیچ نشریه ی فارسی دیگری چاپ شده و یا در زیر چاپ باشند. تنها در صورتی که چکیده آن قبلاً در کنفرانس ها و مجامع علمی ارائه شده باشد باید مراتب با ذکر تاریخ و مشخصات کامل کنفرانس اعلام گردد. در صورت چاپ مقاله در مجله انگلیسی باید نامه موافقت سردبیر مجله انگلیسی برای چاپ مقاله در مجله فارسی ارائه شود تا سردبیر پس از آن در این خصوص تصمیم گیری نماید.
- ۹) پاسخگوی درستی و نادرستی مطالب مندرج در مقاله به عهده ی تمامی نویسندگان می باشد و مجله هیچ گونه مسئولیتی در این خصوص ندارد.

**تبصره:** اگر نویسنده مقاله پس از گذشت ۵ ماه از تاریخ ارسال مقاله اش به مجله (در حین بررسی و داوری) از انتشار مقاله اش در مجله منصرف شد می تواند مقاله اش را برای چاپ در مجله‌ی دیگری ارسال نماید و مکلف است، انصراف خود را کتباً به این مجله انعکاس دهد.

۱۰) مجله فقط با نویسنده مسؤل مکاتبه می نماید ولی مسؤلیت درستی و نادرستی مطالب به عهده‌ی تمامی نویسندگان می‌باشد. فرم تعهدنامه (Copyright form) باید حاوی امضای همه‌ی نویسندگان در هنگام سابمیت مقاله ارسال شود. در هر صورت نویسنده مسؤل، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق مؤلفان دیگر خواهد بود. مسؤلیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی و امضای سایر محققان در مقالات بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسؤل می‌باشد، زیرا کلیه‌ی مکاتبات و ارتباطات دفتر مجله با نویسنده مسؤل صورت خواهد گرفت. لازم به ذکر است طبق قوانین نشر بین المللی حذف و اضافه نام نویسندگان پس از ارسال فرم تعهدنامه و مقاله غیر قانونی بوده و مقدر نمی‌باشد.

۱۱) با در نظر گرفتن این اصل که انجام پژوهش، مستلزم کار گروهی است باید با دقت کامل نسبت به درج نام و نام خانوادگی محققان به ترتیب سهم مشارکت اقدام گردد. لازم به ذکر است که «اولویت چاپ» با مقالات گروهی است. همچنین طبق قوانین نشر بین المللی، اضافه و حذف نام نویسندگان پس از ارسال فرم تعهدنامه و مقاله غیرقانونی بوده و مقدر نمی‌باشد.

۱۲) اولویت پذیرش با مقاله‌های پژوهشی جدید است. یعنی مقالاتی که در هنگام وصول یک سال از جمع آوری اطلاعات آنها نگذشته باشد.

۱۳) در عنوان هرگز از اختصار استفاده نشود و در صورت استفاده به کامل آن اشاره شود.

۱۴) باید اسامی، اصطلاحات و نام افراد خارجی در متن به زبان انگلیسی آورده شود (از آوردن پانویس خودداری شود).

۱۵) همچنین در متن مقاله هر کجا از اختصارات انگلیسی استفاده می شود باید در اولین بار، کامل آن اختصار به انگلیسی با ذکر معنی فارسی آن ذکر شود و از آن به بعد اختصار انگلیسی می تواند بدون ذکر کامل آن آورده شود.

۱۶) در متن فارسی هر کجا سالی آورده می شود، معین شود خورشیدی است یا میلادی مثلاً: سال ۲۰۱۰ میلادی، سال ۱۳۷۸ خورشیدی.

۱۷) تمام درصد ها به حرف نوشته شود. مثلاً ۲۹ درصد درست است. (به صورت ۲۹٪ ننویسید).

### **نکاتی در خصوص نگارش «عنوان مقاله»:**

۱) از بکارگیری کلماتی که معنای مشخصی ندارند پرهیز کنید. اکثر عناوین بخصوص در مقالات ایرانی با کلماتی نظیر «بررسی...»، «مقایسه...» و یا «پژوهشی در...» شروع می شود در حالی که می توان بدون آنکه به معنای عنوان لطمه ای وارد شود، آنها را حذف نمود.

۲) عنوان مقاله را به شکل عبارت بنویسید و نه به شکل جمله.

۳) از بکاربردن مخفف ها در عنوان پرهیز نمایید.

۴) توصیه می شود عنوان مقاله از صد حرف یا هشت کلمه بیشتر نباشد.

۵) اگر از اعداد در عنوان مقاله استفاده می نمایید، این اعداد در صورتی که صد و یا کمتر از آن هستند را بصورت حرفی و بزرگتر از صد را بصورت عددی بنویسید.

## شرح انواع مقالات قابل پذیرش در مجله «مدیریت اطلاعات سلامت» و نحوه نگارش آن

### ۱- مقاله‌های پژوهشی اصیل (Original Article)

- مقاله پژوهشی اصیل یک گزارش مختصر و کامل علمی گرفته شده از یک گزارش پژوهشی است که حجم آن ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ کلمه است (حداکثر ۱۰ صفحه A4).

#### مقاله پژوهشی شامل:

۱) صفحه‌ی عنوان: عنوان، نام و نام خانوادگی مؤلفان و سمت علمی و وابستگی سازمانی آنها، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی و شماره‌ی تلفن ثابت یا همراه نویسنده مسوول، نام مرکز یا سازمان تأمین کننده‌ی بودجه‌ی طرح پژوهشی، عنوان مکرر.

۲) چکیده‌ی فارسی: شامل (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری، واژه‌های کلیدی)

۳) چکیده‌ی انگلیسی: شامل

(Title, Introduction, Methods, Results, Conclusion, Key words)

۴) متن اصلی: مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری، پیشنهادها (B Mitra ۱۳).

۵) تشکر و قدردانی،

۶) منابع.

#### - صفحه‌ی عنوان:

شامل عنوان مقاله (عنوان: باید کوتاه و روشن باشد، می‌توان کلماتی مثل بررسی، مطالعه، زمان و مکان را از آن حذف نمود)، نام و نام خانوادگی و سمت علمی (مربی، استادیار، دانشیار، استاد، کارشناس ارشد، کارشناس...) و وابستگی سازمانی مؤلفان، آدرس پستی و آدرس الکترونیکی و شماره‌ی تلفن ثابت یا همراه فردی که مقصد مکاتبات مجله و دیگران (خوانندگان مجله) خواهد بود (نویسنده مسوول)، مرکز یا سازمان تأمین کننده‌ی بودجه‌ی طرح پژوهشی که این مقاله نتیجه‌ی آن است (لازم به ذکر است اگر از هیچ سازمانی کمک مالی صورت نگرفته، حتماً قید گردد)، عنوان مکرر؛ عنوان کوتاهی است که برای استفاده در سر صفحه‌های مقاله چاپ شده، حداکثر ۲۰ حرف داشته باشد).

#### - چکیده‌ی فارسی مقاله پژوهشی شامل:

✓ **مقدمه** (حداکثر ۳ و حداقل ۲ جمله و جمله آخر به هدف کلی پژوهش اشاره کند و زمان جمله اول و دوم، حال و جمله آخر یا هدف گذشته باشد)،

✓ **روش بررسی** (شامل: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری داده‌ها، روایی و پایایی ابزار، روش جمع‌آوری داده‌ها، نوع تحلیل یافته‌ها (مثلاً در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمونهای مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته‌ها است که زمان افعال آن باید گذشته مجهول سوم شخص باشد)،

✓ **یافته‌ها** (۲ تا حداکثر ۳ جمله با زمان افعال گذشته)،

✓ **نتیجه‌گیری** (۱-۲ جمله با زمان افعال آینده یا حال)،

✓ **واژه‌های کلیدی** است که با قلم شماره ۱۲ نوشته می‌شود.

\* تذکر ۱: نوع قلم در چکیده فارسی: B mitra به شماره ۱۲ باشد).

**\*\* تذکر ۲: تعداد کلمات چکیده فارسی: باید بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ کلمه باشد.**

**\*\* تذکر ۳: برای انتخاب واژه‌های کلیدی از اصطلاحنامه‌ی پزشکی فارسی (MeSH) ، اصطلاحنامه نما و دانشنامه کتابداری و اطلاع رسانی استفاده گردد. واژه های کلیدی بین ۳ الی ۸ واژه باشد.**  
- چکیده‌ی انگلیسی مقاله پژوهشی شامل:

- ✓ Title,
- ✓ Introduction,
- ✓ Methods,
- ✓ Results,
- ✓ Conclusion,
- ✓ Key words

**\* تذکر ۱: تعداد کلمات چکیده انگلیسی ۲۰۰ تا ۲۵۰ کلمه باشد.**

**\*\* تذکر ۲: نوع قلم در چکیده انگلیسی: Time New Roman به شماره ۱۲ باشد.**

- متن مقاله پژوهشی: با قلم ۱۳ فارسی B Mitra نوشته شود. که متن مقاله شامل:
- ✓ مقدمه،
  - ✓ روش بررسی،
  - ✓ یافته‌ها،
  - ✓ بحث،
  - ✓ نتیجه‌گیری،
  - ✓ پیشنهادها است.

**توضیح قسمت های مختلف متن کامل یک مقاله پژوهشی:**

**- مقدمه:** که شامل موارد زیر است

- ✓ شرحی از بیان مساله،
- ✓ شرحی از اهمیت موضوع و ضرورت انجام پژوهش (هرگز حتی اگر پژوهش شما برای اولین بار است که انجام شده ذکر نفرمایید زیرا این مطلب حاکی از اهمیت کار شما نیست)،
- ✓ مختصری از نتایج پژوهش های گذشته مرتبط با پژوهش فعلی و مقاله جاری،
- ✓ اگر واژه و یا اصطلاح جدید و مبهمی برای خوانندگان مجله وجود دارد تعریف شود و
- ✓ در آخرین جمله از مقدمه، هدف کلی پژوهش آورده شود (از آوردن افعالی همچون بررسی و مطالعه در هدف بپرهیزید).

**\* تذکر: لازم به ذکر است که موارد فوق بدون ذکر عنوان آورده شود (مثلا نگوید بیان مساله:..... یا اهمیت**

**موضوع و ضرورت پژوهش:.....)**

**- روش بررسی:** شامل: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه گیری، ابزار جمع آوری

داده ها، روایی و پایایی ابزار جمع آوری داده ها (مثلا: پایایی پرسشنامه با روش Test-retest بررسی و با Alpha Cronbach ۸۰ درصد تایید شد)، روش جمع آوری داده ها، نوع تحلیل یافته ها (مثلا در تحلیل توصیفی اشاره به توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و اگر تحلیل استنباطی است اشاره به آزمون های مختلف استفاده شده ضروری است) و ابزار یا نرم افزار تحلیل یافته ها و شماره ویرایش (مثلا SPSS<sub>15</sub>) می باشد.

- یافته‌ها: یافته‌ها می‌تواند به اشکال: متن و تصاویر (جدول، نمودار، فلوجارت، انیمیشن، عکس و...) ارایه شود. یافته‌ها بدون تفسیر و توجیه آورده شود. اگر از جدول یا نمودار استفاده می‌گردد حتماً توضیح مختصر و اشاره‌ای در متن در ارتباط با یافته‌های مهم و برجسته آن شود. مثلاً حداقل‌ها و حداکثرها و میانگین‌ها را بصورت  $\pm$  انحراف معیار یا P value همراه با سطح اطمینان بیاید.

\* تذکر: هرگز یافته‌هایی که بصورت جدول آمده است مجدداً در متن بصورت کامل نیاورید.

### جدول:

اجزا جدول: چه موقع از جدول استفاده می‌گردد؟ وقتی تعداد داده‌ها زیاد است و اختلاف آنها خیلی محسوس نیست. ضمناً با استفاده از جداول متقاطع می‌توان به راحتی به مقایسه‌ی بین دو متغیر پرداخت.

الف. عنوان جدول: محل آن بالای جدول (باید علیرغم نشان دادن محتویات جدول از تکرار داده‌های موجود در سر ردیف‌ها و سر ستونها اجتناب ورزید.)

ب. شماره جدول:

غلط: جدول شماره ۱:.....

صحیح: جدول ۱:.....

ج. شکل جدول: زمینه جدول سفید باشد (بدون استفاده از ترام یا سایه).

د. پانوشتها: به نوشته‌های زیر جدول که به توضیح علایم و یا عبارات اختصاری در جدول اشاره دارد می‌گویند.

### نمودار:

چه موقع از نمودار استفاده می‌گردد؟ وقتی تعداد داده‌ها زیاد نباشد و اختلاف آنها خیلی محسوس باشد. ضمناً اکثراً از بین دو متغیر یکی از آنها متغیر زمان (در محور X) است.

اجزا نمودار:

الف. عنوان: محل آن زیر نمودار.

ب. شماره نمودار:

غلط: نمودار شماره ۱:.....

صحیح: نمودار ۱:.....

ج. شکل نمودار: نمودار باید تک بعدی، زمینه آن سفید و برچسب‌ها به فارسی باشد.

د. راهنمای نمودار: به توضیح علایم و رنگ‌های موجود در متن نمودار اشاره دارد. ترجیحاً در مقالات فارسی در سمت راست نمودار آورده می‌شود.

تذکر: باید به ازای هر ۱۰۰۰ کلمه، حداکثر یک تصویر (جدول، نمودار، فلوجارت و یا عکس) آورده شود.

- بحث: نتایج حاصل از یافته‌های مهم تحقیق را با نتایج پژوهش‌های مشابه داخلی و خارجی مقایسه کرده و تفسیری بر علل شباهت‌ها و تفاوت‌ها نوشته می‌شود. محدودیت‌های کاربرد نتایج در سطح جامعه می‌تواند اینجا آورده شود.

- نتیجه‌گیری: آثار، اهمیت و کاربرد پژوهش در جامعه همراه با بسط راهکار در جامعه بیان شود (نصف صفحه یا یک پاراگراف).

- پیشنهادها: برای حل مسایل گفته شده در مقدمه با توجه به یافته‌ها، راه‌حلهایی ارایه و پیشنهاد می‌گردد.

- **تشکر و قدردانی:** شایسته است از کلیه افرادی که در انجام پژوهش محقق را یاری داده اند ولی اسم آنان در فهرست نویسندگان مقاله به عنوان همکار نمی باشد باید به شکل ذکر نام و نام خانوادگی، تخصص، پست و محل کار فعلی و نوع همکاری سپاسگزاری گردد. همچنین لازم است از سازمان یا سازمان های حمایت کننده ی پژوهش، در این قسمت سپاسگزاری شود.

#### - منابع:

- منابع به ترتیب استفاده در متن از شماره یک درون پرانتز شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد. لازم به ذکر است که نقطه پایان جمله پس از پرانتز قرار داده شود. **استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع در مقالات پژوهشی حداقل از ۱۰ مورد کم تر نباشد.** در مورد ارجاع به مقالات در نشریات فارسی با توجه به مکاتباتی که با پایگاه های بین المللی اطلاعاتی شده است نوشتن تمام منابع به «زبان انگلیسی» ضروری است و اکیداً توصیه می شود نویسنده محترم نسبت به این امر شخصاً اقدام نماید.

#### - ضمائم:

- شامل ابزار جمع آوری داده ها (مانند: پرسشنامه، چک لیست) است.  
- لازم به ذکر است آگهی های سمینارها و همایش ها، مراکز تحقیقاتی که مرتبط با موضوع مجله باشند نیز از نویسندگان و خوانندگان مجله جهت انتشار پذیرفته می شود.  
- نویسندگان می توانند در ارسال مقالات خود، داورهای علمی پیشنهادی خود را با ذکر مشخصات کامل (شامل: نام داور، شماره تلفن ثابت و همراه، آدرس پستی و آدرس الکترونیک) به دفتر مجله معرفی نمایند.

## ۲- مقالات کیفی ( Qualitative Research Article )

بر حسب نوع مطالعه کیفی انجام شده، موارد لازم برای درج در مقاله در زیر توضیح داده می شود:

**الف: گراند تئوری،**

**ب: فنومنولوژی،**

**الف: مقاله گراند تئوری.**

**عنوان: عنوان مطالعه به شکلی ارائه گردد که در برگیرنده گروه یا جامعه مورد بررسی بوده و به روشنی بیانگر فرآیند**

**پدیده اجتماعی مورد مطالعه باشد.**

(۱) **چکیده فارسی و انگلیسی:** که شامل قسمتهای زیر است:

- مقدمه و هدف یا سؤال اصلی پژوهش،

- روش بررسی،

- یافته ها،

- نتیجه گیری،

- واژه های کلیدی است.

(۲) **متن مقاله:** شامل قسمت های زیر است:

- **مقدمه:** شامل

✓ **بیان مساله:** بیان اهمیت و ضرورت پدیده مورد مطالعه، تبیین ضرورت مطالعه پدیده به روش گراند تئوری

✓ **سوال یا هدف پژوهش:** تبیین و توصیف فرآیند پدیده اجتماعی مورد مطالعه، در صورتی که مقاله بخشی از یک

مطالعه گراند تئوری می باشد بیان اهداف اختصاصی در مقاله حاضر لازم است.



✓ **مروری بر متون:** بیان مرور مرتبط با موضوع مورد بررسی، بیان شکاف و فاصله موجود در دانش و تحقیقات کنونی

- **روش بررسی:** در برگیرنده موارد زیر است:

- ✓ توضیح نوع روش گراند تئوری بکار رفته و تناسب آن با هدف مطالعه،
- ✓ توصیف نحوه نمونه گیری و انتخاب مشارکت کنندگان،
- ✓ توصیف زمان و مکان جمع آوری داده ها،
- ✓ توصیف واضح نمونه گیری نظری و چگونگی رسیدن به اشباع نظری،
- ✓ مشخص نمودن حجم نمونه و تعداد شرکت کنندگان،
- ✓ روشهای جمع آوری داده ها (مصاحبه، مشاهده، یادداشت برداری ...)
- ✓ ملاحظات اخلاقی (ذکر کسب مصوبه کمیته اخلاق، توضیح کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان)،
- ✓ تحلیل داده ها (توضیح واضح روش تحلیل داده ها، توصیف چگونگی دستیابی به مقوله مرکزی، بیان روشهای اطمینان از صحت و استحکام داده ها).

- **یافته ها:**

- ✓ توصیف یافته ها در رابطه با سوالات اصلی پژوهش،
- ✓ حمایت یافته ها با روایات مشارکت کنندگان،
- ✓ توصیف واضح و دقیق مفاهیم و روابط مفهومی.

- **بحث:**

- ✓ بحث در مورد شواهد موافق و مخالف براساس منابع،
- ✓ بیان کاربرد یافته ها بطور مستدل،
- ✓ توصیه جهت تحقیقات بعدی.

- **نتیجه گیری:**

- ✓ جمع بندی و ارائه پیشنهاد کاربردی.

**ب: مقاله فنومنولوژی:**

عنوان مقاله: لازم است عنوان بیان کننده واضح پدیده تحت مطالعه و بیانگر گروه یا جامعه مورد مطالعه باشد.

(۱) چکیده فارسی و انگلیسی شامل:

- مقدمه و هدف یا سؤال اصلی پژوهش،
- روش بررسی،
- یافته ها،
- نتیجه گیری و
- واژه های کلیدی است.

(۲) متن مقاله فنومنولوژی:

**مقدمه:** شامل قسمت های زیر است:

- **بیان مساله:** در این قسمت لازم است موارد زیر به طور واضح توضیح داده شود: بیان ضرورت و اهمیت پدیده مورد مطالعه، ارتباط مناسب بین مساله، پارادایم و روش مطالعه.

- سوال تحقیق: پرداختن سوال تحقیق به تبیین و تفسیر تجارب مشارکت کنندگان در رابطه با پدیده مورد مطالعه
- تناسب طرح تحقیق با هدف مطالعه،
- مرور بر متون.
- روش بررسی: این قسمت شامل موارد زیر است:
- نمونه گیری: در این قسمت لازم است روش نمونه گیری، شیوه انتخاب مشارکت کنندگان و چگونگی شیوه دستیابی به اشباع داده ها و حجم نمونه به صورت کامل و روشن توضیح داده شود.
- جمع آوری داده ها: شامل توضیح روشن روشهای جمع آوری داده ها و ساختار مصاحبه (راهنمای مصاحبه، دفعات، مدت، چگونگی ضبط صدا و مکتوب سازی) است.
- ملاحظات اخلاقی: ذکر کسب مصوبه کمیته اخلاق، توضیح کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان.
- تجزیه و تحلیل داده ها: شامل توضیح روشن روش تحلیل داده ها، گامهای تحلیل داده ها و روشهای ارزیابی صحت و استحکام داده ها است.
- یافته ها: در این قسمت یافته ها در رابطه با سؤال اصلی پژوهش توصیف شده و حمایت یافته ها با روایت از شرکت کنندگان توضیح داده می شود.
- بحث: در این قسمت لازم است در مورد شواهد موافق و مخالف براساس منابع مرور شده بحث شود و کاربرد یافته ها به طور مستدل ارائه گردد و در انتهای بحث ارائه پیشنهاداتی جهت تحقیقات بعدی لازم است.
- نتیجه گیری: در انتهای مقاله یک نتیجه گیری بر اساس نتایج مطالعه و پیشنهادات کاربردی مرتبط با یافته ها ارائه می شود.

### ۳- مقاله‌ی مروری (Review Article)

انواع مقالات مروری شامل:

- الف) مروری تشریحی، غیرسیستماتیک یا روایتی یا مروری نقلی (Narrative Review)
- ب) مروری تحلیلی یا سیستماتیک Meta-Analyses/ Systematic (که دارای متاآنالیز یا فرا تحلیلی بر روی یافته های تحقیقات دیگران است).

الف. مروری تشریحی، توصیفی، غیرسیستماتیک، روایتی، نقلی: Non-systematic/ Narrative

چنانچه نویسنده یا نویسندگان برای یافتن پاسخ سؤال مورد نظر، صرفاً براساس ذهنیت قبلی خود از موضوع مورد بحث به جستجوی مقالات و مطالعات مرتبط بپردازند، آنگاه این جستجو را تا رسیدن به مقالات مورد نظر و انتخاب مطالعات مناسب ادامه دهند، سپس با جمع بندی نتایج به دست آمده و تلفیق آن با تجربیات خویش، نتیجه گیری نهایی را در قالب یک مقاله ارائه دهند، به آن مرور غیرسیستماتیک یا روایتی می گویند (برای نوشتن مقاله مروری نویسنده، باید مجموعه مقالاتی زیادی در سطح وسیع را که در مورد موضوع خاص است انتخاب و سپس اقدام به بررسی نقاط افتراق و شباهت در آنها پرداخته و با دانش تخصصی و تجربه ی خود و با آوردن استدلال از بین مجموعه ی یافته های مورد بررسی احکامی را صادر نماید).

ساختار کلی مقاله مروری نقلی یا غیرسیستماتیک: Non-systematic/ Narrative

(۱) عنوان،

(۲) چکیده ی فارسی،

(۳) متن مقاله:

✓ مقدمه: شناسایی موضوع بررسی و هدف از مطالعه است.

- ✓ **روش بررسی** (شامل؛ نوع مطالعه، نحوه استخراج داده های مورد استفاده (یعنی از چه منابع و پایگاه های اطلاعاتی استفاده شده، از چه کلید واژه هایی استفاده شده، چه تعداد منبع بررسی شده و از چه تعداد منبع در مقاله استفاده شده، داده ها در چه محدوده زمانی گردآوری شده است)،
- ✓ **شرح مقاله** (به شرح یافته های مهم مقالات بررسی شده می پردازد)،
- ✓ **نتیجه گیری** (شامل؛ موارد کاربرد عملی یافته ها، محدودیت ها و پیشنهادهایی برای حل مسایل)
- ✓ **منابع (حداقل از ۱۵ منبع معتبر و جدید استفاده شود که حداقل ۳ تا ۵ عدد از آنها مربوط به موضوع و متعلق به نویسندگان مقاله باشد) و**

(۴) چکیده ی انگلیسی می باشد.

## ب. مروری تحلیلی یا سیستماتیک: Meta-Analyses/ Systematic

مرور سیستماتیک در اغلب موارد با بهره گیری از روش های آماری در ترکیب نتایج، به برآوردی واحد و مشخص در پاسخ به سؤال مربوطه دست می یابد و بنابراین از توان و اعتبار بالایی در نتیجه گیری و تصمیم سازی برخوردار است. متآنالیز عبارت است از ترکیب داده ها و نتایج بدست آمده از یک مرور سیستماتیک با بهره گیری از روش های آماری، یعنی پس از انجام مرور سیستماتیک که لازمه متآنالیز است و براساس نتایج، به یک تخمین واحد برای حل مشکل یا سؤال مورد نظر دست پیدا می کنیم. البته هر مرور سیستماتیکی به متآنالیز منجر نمی شود. چنانچه داده ها و برآوردهای خام حاصل از مرور سیستماتیک بیش از اندازه غیرهمسان نباشد و بتوان آنها را با روش های خاص آماری با هم ترکیب کرد، متآنالیز قابل انجام خواهد بود. در غیر این صورت نتایج به صورت کیفی در قالب یک مقاله مرور غیر سیستماتیک ارائه می گردد. یکی از اهداف مهم متآنالیز، پی بردن به موارد عدم همسانی نتایج و علل آنهاست. **ساختار کلی مقاله مروری تحلیلی یا سیستماتیک** شبیه ساختار یک مقاله پژوهشی است. فقط در تنظیم آن **حداقل از ۲۰ منبع معتبر و جدید** استفاده شود.

### ۴- مقاله ی کوتاه (Short Communication)

شامل گزارش مستقل اما مختصر از یافته های پژوهشی می باشند. معمولاً نتایج اولیه پژوهش ها به صورت مقالات پژوهشی چاپ می شوند اما در مورد عناوین و موضوعات خاص که مرتبط با اهداف مجله می باشند و قبلاً نتایج پژوهش های مشابه آن به صورت مقاله پژوهشی منتشر شده است برای بار دوم به جهت ویژگی خاص آن تحقیق، نتایج به صورت کوتاه منتشر می شود تا دیگران آن را تکرار نکنند و تنها بنای کار خود را بر آن استوار سازند و از یافته های آن استفاده نموده، در نقد و بررسی خود به کار گیرند.

- **ساختار مقاله ی کوتاه** مشابه مقالات پژوهشی بوده با این تفاوت که یافته های پژوهش اندک است. حجم مقاله باید در حدود ۱۵۰۰-۱۰۰۰ کلمه (۵ صفحه A4 با احتساب چکیده های فارسی و انگلیسی و منابع) تنظیم شده و در آن **حداکثر ۲ جدول یا نمودار و حداقل ۱۰ منبع** استفاده گردد.

### ۵- مقاله ی گزارش مورد (Case Report)

وقتی یافته های پژوهش محدود به یک مکان خاص باشد مقاله حاصل در قالب گزارش مورد تهیه می گردد.  
- **ساختار مقاله گزارش مورد** همانند مقاله پژوهشی می باشد.

### ۶- سر مقاله (Editorial)

بیان دیدگاه صاحب نظر یا عضو هیات تحریریه یک نشریه در خصوص پاسخ به یک سوال یا ارائه راه حل یک مساله بیان شده با مستندات معتبر در قالب سرمقاله ارائه می شود. به عبارتی سرمقاله حاصل تفکر و عقاید و استدلال خود نویسنده می باشد که توسط نتایج تحقیقات دیگران حمایت می شود. شاید سرمقاله از بسیاری جهات شبیه به یک مقاله مروری می باشد

با دو تفاوت. اول آنکه موضوع مورد بحث سرمقاله می تواند هر چیزی باشد از مسایل علمی گرفته تا مسائل حواشی آن (مثلاً تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها) و دوم آنکه سر مقاله ها معمولاً کوتاه هستند.

### ساختار سر مقاله

✓ **مقدمه:** نویسنده ابتدا موضوع مورد بحث را در وضعیت فعلی توصیفی می کند (بیان مساله یا طرح سوال) و آنگاه پاسخ سوال یا راه حلی که در حال حاضر برای آن مساله وجود دارد را بیان می نماید و پاسخ خود را با چندین پژوهش حمایت می نماید.

✓ **نتیجه گیری:** در آخر با دو جمله یک نتیجه گیری می نماید.

✓ **منابع:** بین ۲ تا ۶ منبع استفاده شود.

حجم سر مقاله باید در حدود یک تا دو صفحه باشد.

### ۷- نامه یا نامه به سردبیر (Letter)

گاهی ممکن است موضوع مورد بحث یک مقاله چاپ شده در شماره های مجله باشد.

۱- در این موارد نخست نویسنده نامه، مشخصات کامل مقاله چاپ شده مورد نقد را بیان کرده، و سپس موارد ایراد و اشکال را با **دلیل های مستند** توضیح می دهد.

۲- گام بعدی این است که انواع راه حل ها و راهبردهایی که می تواند جهت حل مساله مطروحه وجود دارد بصورت **مستند** ارائه نماید.

### راهنمای استناد دهی منابع:

- منابع به ترتیب استفاده در متن از شماره یک شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد:  
استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع مقالات پژوهشی و کوتاه حداقل از ۱۰ مورد، مقاله مروری نقلی حداقل از ۱۵ مورد، و مقاله مروری نظاممند حداقل از ۲۰ مورد کم تر نباشند.

در مورد ارجاع به مقالات در نشریات فارسی، با توجه به مکاتباتی که با پایگاه های بین المللی اطلاعاتی شده است نوشتن تمام منابع به « زبان انگلیسی » ضروری است و اکیداً توصیه می شود نویسنده محترم نسبت به ترجمه منابع فارسی به انگلیسی شخصاً اقدام نماید و در انتهای اینگونه منابع عبارت [In Persian] آورده شود.

### . استناد به کتاب (تا شش نویسنده):

نام خانوادگی نویسنده ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده ی اول، نام خانوادگی نویسنده ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده ی دوم، تا نویسنده ی ششم. عنوان کتاب. محل نشر: ناشر؛ سال انتشار: صفحات مورد استفاده.

**Example:** Marrel R, McLellan J. Information Management in Healthcare. USA: Delmar; 1998:20-31.

### . استناد به کتاب (با بیش از شش نویسنده):

مانند استناد به کتاب (تا شش نویسنده) است فقط بعد از نویسنده ی ششم واژه ی «et al» اضافه می شود.

**Example:** Kralewski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN, Carter M, Green S, et al. Information Management in Healthcare. USA: Delmar; 1998:20-31.

استناد به کتاب فارسی بدون ترجمه ی انگلیسی: اطلاعات منبع ترجمه شده و در انتهای آن در داخل کروشه نوشته شود:

[In Persian]

استناد به کتاب فارسی با ترجمه ی انگلیسی: ترجمه ی انگلیسی اطلاعات نوشته شده و در انتهای منبع آن در داخل کروشه نوشته شود:

[In Persian]

### . نویسنده بخشی (فصلی از یک کتاب):

**Example:** Ajami S. The Role of Earthquake Information Management System to Reduce Destruction in Disasters with Earthquake Approach. In Dr. John Tiefenbacher (Ed), Approaches to Disaster Management - Examining the Implications of Hazards, Emergencies and Disasters. Croatia: INTECH; 2013.131-144.

### ویرایشگر (Editor) به عنوان نویسنده:

پس از نام خانوادگی و حرف اول نام کوچک علامت «،» و سپس کلمه‌ی «Editor» می‌آید. بقیه‌ی اطلاعات کتاب‌شناسی به صورت پیش گفته (استناد به کتاب) تنظیم می‌گردد.

### مجلات (تا شش نویسنده):

نام خانوادگی نویسنده‌ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی اول، نام خانوادگی نویسنده‌ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی دوم، تا نویسنده‌ی ششم. عنوان مقاله. عنوان مجله سال انتشار مجله؛ دوره (شماره): شماره‌ی صفحات.

دوره: Volume ، شماره: Number

**Example:** Levis J, Kremsdorf R, Mohaideen M. The CMIO- A New Leader for Health System. *JAMIA* 2006; 13(5): 573-578.

- اگر در نشریات فارسی زبان، خلاصه انگلیسی مقالات وجود دارد، نویسنده در مورد منابع فارسی که به انگلیسی برگردانده می‌شود باید عنوان مقاله انگلیسی را آورده و در انتهای منبع در داخل کروشه اشاره کند که اصل مقاله به فارسی بوده است [In Persian]. مطابق مثال زیر:

**Example:** Ajami S, Kalbasi F, Kabiri M. Application of Medical Records in Research from the Viewpoint of Isfahan, Iran Educational Hospitals' Researchers. *Health Inf Manage* 2007; 4(1): 71-79. [In Persian].

**Example:** Ajami S, Fatahi M. The Role of Earthquake Information Management Systems (EIMs) in Reducing Destruction: A Comparative Study of Japan, Turkey and Iran. *Disaster Prevention and Management* 2009; 18(2): 150-161. [In Persian].

### مجلات (بیش از شش نویسنده):

مانند استناد به مجلات (تا شش نویسنده) است فقط بعد از نویسنده‌ی ششم واژه‌ی «et al.» اضافه می‌شود.

**Example :** Kralewski JE, Hart G, Perlmutter C, Chou SN, Carter M, Green S, et al. Can Academic Medical Center Compete in a Managed Care System? *Acad Med* 1995; 70(10): 867-72 .

\*تذکره ۱: در مجلات الکترونیکی اطلاعات مانند مجلات چاپی ارائه می‌گردد و آدرس الکترونیکی نیز در انتهای اطلاعات آورده می‌شود. در صورت وجود شماره DOI ، این شماره قبل از آدرس الکترونیکی ذکر می‌گردد.

\*تذکره ۲: عنوان مجلات انگلیسی باید مطابق سبک به کار برده شده در مدلاین، مخفف باشد. ولی در صورتی که عنوان مجله‌ای مخفف ندارد می‌توان عنوان کامل آن را آورد. فهرست عناوین مخفف در سایت [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov) در دسترس می‌باشد.

**Example :** Ajami S, Bagheri-Tadi T. Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians. *Acta Inform Med* 2013; 21(2): 129-134. doi:10.5455/aim.2013.21.129-134. Available from: <http://.....>

### ترجمه کتاب:

نام خانوادگی نویسنده اصلی حرف اول نام کوچک نویسنده اصلی. نام کتاب. ترجمه‌ی (Translated by) نام کوچک نام فامیل مترجم. محل انتشار کتاب ترجمه شده: نام ناشر کتاب ترجمه شده؛ سال انتشار.

مثال: کارترم. تحقیق در عملیات در علوم بهداشتی. ترجمه‌ی سیما عجمی. اصفهان: انتشارات رشد؛ ۱۳۹۲.

**Example:** Carter M. Operation Research in Healthcare. Translated by Sima Ajami. Isfahan: Roshd Publisher; 2013. [In Persian].

### سازمان به عنوان نویسنده یا ناشر:

چنانچه در معرفی کتاب و یا مجله نام سازمان به عنوان نویسنده و یا ناشر باشد نام آن سازمان برده می‌شود. بقیه‌ی اطلاعات کتابشناسی به صورت پیش گفته تنظیم می‌گردد.

### پروژه، پایان‌نامه و رساله دکتری:

پایان‌نامه کارشناسی ارشد: نام خانوادگی مجری حرف اول نام مجری. عنوان پایان‌نامه [پایان‌نامه]. محل انتشار: نام دانشگاه؛ سال. (اگر پایان‌نامه یا رساله به فارسی می‌باشد این مساله اشاره شود).

**Example:** Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [Thesis]. Pittsburgh (PA): Univ. of Pittsburgh; 1988.

**Example:** Akbari B. Evaluation Usage of Radio Frequency Identification in Earthquake's victims tracking Information Management System through viewpoint of Relief Experts [Thesis]. Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2013. [In Persian].

### رساله دکتری:

**Example:** Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease [Dissertation]. Pittsburgh (PA): Univ. of Pittsburgh; 1988.

### استناد به مقاله‌ی ارائه شده در سمینار:

- نام خانوادگی ارائه‌کننده‌ی مقاله حرف اول نام. عنوان مقاله، عنوان سمینار (تاریخ برگزاری سمینار). محل برگزاری سمینار: نام برگزارکننده‌ی سمینار، سال برگزاری سمینار.

**Example:** Ajami S, Akbari B .RFID in Earthquake Information Management System: work in progress, Paper presented at the Second National Conference Health system, risk management And Disaster 2012. Iran: Health Management & Economics Research Center Isfahan University of Medical Sciences, 2012.

#### صفحه وب:

نام خانوادگی نویسنده‌ی اول «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی اول، نام خانوادگی نویسنده‌ی دوم «یک فاصله» حرف اول نام کوچک نویسنده‌ی دوم، تا نویسنده‌ی ششم (نقطه، فاصله) عنوان (نقطه، فاصله) سال نشر (در صورت قابل دسترس بودن) (نقطه ویرگول، کروهه باز) شماره قاب ها یا صفحات (کروهه بسته، نقطه، فاصله) Available from (فاصله، دو نقطه، فاصله) نشانی دسترسی (نقطه، فاصله) تاریخ دسترسی شامل نام ماه به طور کامل (فاصله) روز (ویرگول، فاصله) سال نشر (نقطه) .

#### Web pages and websites:

**Format:** Author/s (full-stop after last author, 1 space) Title of article (full-stop, 1 space) Abbreviated title of electronic journal (1 space) [serial online] (1 space) Publication year (1 space) month(s) - if available (1 space) [cited year month (abbreviated) day] - in square brackets (semi colon, 1 space) Volume number (no space) Issue number if applicable in round brackets (colon) Page numbers or number of screens in square brackets (full-stop, 1 space) Available from (colon, 1 space) URL: URL address underlined

**Example:** Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

**Example:** European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Online]. Available from: URL: <http://envisat.esa.int/> [Accessed on 3rd July 2008].

اگر نویسنده اثر ذکر نشده باشد در منبع نویسی، عنوان اولین مورد می شود. ولی اگر سازمانی صاحب اثر باشد نام سازمان به جای نویسنده قید می شود.

**Format:** Author (full-stop after last author, 1 space) Title (full-stop, 1 space) [Online] (full stop, 1 space) Publication Year (1 space) [cited year month (abbreviated) day] (semi colon) Number of screens in square brackets or pages (full-stop, 1 space) Available from (colon, 1 space) URL: (no space) URL address underlined

**Example:** Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [Online]. 1998 [cited 1999 Aug 22]; [10 screens]. Available from: URL: <http://www.rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm>

**Example:** World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. 2005; [12]. Available from: URL: <http://www.who.int/health-services-delivery/nuising/kral.pdf>. [Cited 2005 Apr 19]

#### Blogs

**Example:** Tyler R. The Mechanical interface of the Tardis. Weblog. <http://www.darlikcity.org/publication3.html> (Accessed 19 Apr 2006).

#### Online dictionary

**Example:** Murchison DF. Dental emergencies. In: Merck Manual of Diagnosis and Therapy [Internet]. 18th ed. Whitehouse Station (NJ): Merck; 2009 [last modified 2009 Mar; cited 2009 Jun 23]. Available from: <http://www.merck.com/mmpe/sec08/ch096/ch096a.html?qt=dental&alt>

#### نامه های الکترونیکی:

نام خانوادگی فرستنده نامه الکترونیکی «یک فاصله» حرف اول نام کوچک فرستنده نامه الکترونیکی. (آدرس پست الکترونیک فرستنده نامه) موضوع نامه. Email نام خانوادگی حرف اول نام کوچک گیرنده نامه الکترونیکی. (آدرس پست الکترونیک گیرنده نامه) تاریخ دریافت نامه الکترونیکی.

**Example:** Hornblower H. (h.hornblower@HMS.Renown.uk) Treaty of Luneville. Email to: Pellew C. (c.pellew@HMS.Justinian.uk) 16 Sep 2005.

۱. رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از رویکرد ترکیبی (Fuzzy AHP - TOPSIS)  
هادی بالوئی جام‌خانه، سعیده کتابی، مهدی پور مصطفی خشک‌رودی ..... ۹۰۱-۹۱۱
۲. موردکاوی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در دو سازمان بیمه‌گر سلامت  
مریم رجبی، رضا دهقان ..... ۹۱۲-۹۲۰
۳. تقاضا و کشف جغرافیایی خدمات بستری سلامت در استان اصفهان با کمک سیستم اطلاعات جغرافیایی  
الهام معظم، فرامرز غلامی، نفیسه توکل، رفعت زاهدی فر ..... ۹۲۱-۹۳۰
۴. ساختار و قابلیت بهره‌مندی از مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان  
محمداسماعیل مطلق، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی، محمدرضا ملکی ..... ۹۳۱-۹۴۰
۵. تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان‌پزشکی‌ها با استفاده از ابزارهای تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی  
مهسا قندهاری، جواد خزائی پول، امید بهارستان ..... ۹۴۱-۹۵۴
۶. پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه‌ی کشوری  
محمد محبوبی، سید جمال الدین طیبی، امیر اشکان نصیری پور، محمود رضا گوهری ..... ۹۵۵-۹۶۳
۷. رابطه‌ی مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج  
کامران حاجی نبی، پوران رئیسی، نرگس السادات اجاقی ..... ۹۶۴-۹۷۱
۸. رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
سعید رجایی پور، سیما عجمی، سوسن بهرامی، پریسا ملک احمدی ..... ۹۷۲-۹۷۸
۹. رابطه‌ی ساده و ترکیبی بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان  
محمد علی نادی، محمد حسین یارمحمدیان، هاجر عزیز ..... ۹۷۹-۹۸۷
۱۰. تحلیل استراتژیک بیمارستان در برنامه‌ریزی بازاریابی: مطالعه‌ی موردی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان  
مریم یعقوبی، زهرا آقا رحیمی، مرضیه جوادی ..... ۹۹۶-۱۰۰۱
۱۱. رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی کارکنان  
علی شائمی برزکی، سوسن بهرامی، فاطمه حاتم پور آذرخوارانی، رضا رادمهر ..... ۱۰۰۶-۹۹۷
۱۲. تأثیر نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی‌های مدیریت استعداد  
مهدی انزیری، رضا رادمهر، فاطمه حاتم‌پور ..... ۱۰۱۳-۱۰۰۷
۱۳. طراحی الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت: مطالعه‌ی موردی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
مریم یعقوبی، مرضیه جوادی، محمد کریم بهادری ..... ۱۰۲۲-۱۰۱۴

۱۴. ادراک صاحب‌نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی: مطالعه‌ی کیفی  
سوسن بهرامی، محمود کیوان‌آرا، رضوان اجاقی، مریم افشاری ..... ۱۰۲۳-۱۰۲۳
۱۵. دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران  
اسدالله شمس، سعید افروغ، مرضیه فتاحی، مرضیه جوادی ..... ۱۰۲۴-۱۰۲۳
۱۶. رابطه‌ی تعهد سازمانی و بهره‌وری در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
مرضیه جوادی، مهرنوش جعفری ..... ۱۰۴۴-۱۰۵۰
۱۷. الگوی مدیریت ارتباط با مشتری با استفاده از مدل معادلات ساختاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
مریم یعقوبی، فاطمه رهی، هدایت‌الله عسگری، مرضیه جوادی ..... ۱۰۵۱-۱۰۵۸
۱۸. رابطه‌ی بین میزان مهارت‌های زندگی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
اسدالله شمس، کیوان‌کاوه، بهاره افروغ، سحر احمدی ..... ۱۰۵۹-۱۰۶۵
۱۹. عوامل مؤثر بر هدر رفت دارویی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان (دولتی، خصوصی و خیریه)  
سعید کریمی، مریم یعقوبی، فایزه سیرانی، مشکات عباسی، محمد کریم بهادری ..... ۱۰۶۶-۱۰۷۴
۲۰. ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بهداشتی و درمانی  
حسین ابراهیمی‌پور، سعید کریمی، جمیل صادقی‌فر، جواد ابراهیم‌زاده، سمیه افشاری، محمدتقی آرمان ..... ۱۰۷۵-۱۰۸۴
۲۱. رابطه‌ی ابعاد تناسب فرد- محیط با بروندهای سازمانی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان  
علی ناصری محمدآبادی، ابوالقاسم نوری، آزاده عسگری، رباب صادق، علی ستوده ..... ۱۰۸۵-۱۰۹۴
۲۲. رضایت شغلی به‌رورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
صدیقه انصاری‌پور، اکبر حسن‌زاده، محسن روحانی، طاهره مقدس ..... ۱۰۹۵-۱۱۰۵
۲۳. گزارشی از وضعیت طرح‌های پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
حسن قهنویه، هدایت‌الله عسگری، دکتر محمدحسین یارمحمدیان ..... ۱۱۰۶-۱۱۰۸



# رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از رویکرد ترکیبی (Fuzzy AHP - TOPSIS)\*

هادی بالوئی جام خانه<sup>۱</sup>، سعیده کتابی<sup>۲</sup>، مهدی پور مصطفی خشکرودی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** امروزه کیفیت خدمت از مهم‌ترین جنبه‌های مدیریتی سازمان‌های خدماتی هستند و مشتری محوری، استراتژی اول تمام سازمان‌های دنیا به شمار می‌روند. این تحقیق سعی داشته تا با تبیین شاخص‌های مؤثر در کیفیت خدمات بهداشت و درمان و با استفاده از رویکرد ترکیبی Fuzzy AHP - TOPSIS به رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بپردازد.

**روش بررسی:** این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی-پیمایشی است. جامعه‌ی آماری تحقیق، بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های استاندارد تحقیق توسط گروهی از کارشناسان معاونت بهداشت و درمان این دانشگاه تکمیل شده است. بدین منظور ابتدا با استفاده از تحلیل سلسله مراتبی فازی، اهمیت معیارهای کیفیت خدمات محاسبه و سپس بیمارستان‌ها به وسیله‌ی روش TOPSIS رتبه‌بندی شدند. نتایج با استفاده از نرم‌افزار Excel تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که بیمارستان C با وزن ۰/۹۲۱۶، بیمارستان B با وزن ۰/۴۹۲۶، بیمارستان A با وزن ۰/۲۱۲۱ و بیمارستان D با وزن ۰/۲۰۶۳ به ترتیب به صورت اول تا چهارم رتبه‌بندی شده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** براساس سنجش انجام شده در ابعاد مختلف کیفیت خدمات، نتایج حاکی از آن است که بیمارستان C در ابعاد پاسخ‌گویی، هم‌دلی و حرفه‌ای بودن که بیش‌ترین وزن را دارا می‌باشند، دارای بهترین عملکرد می‌باشد. در واقع وضعیت عملکرد بیمارستان‌ها بر اساس ابعاد کیفیت خدمات به‌منظور تدوین استراتژی مناسب تعیین شده است.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت مراقبت‌های بهداشتی؛ فرایند تحلیل سلسله مراتبی؛ بیمارستان‌های آموزشی

ممکن نیست (۱). سازمان‌های خدماتی به دلیل تنوع و تعداد مشتریان خود و شدت یافتن رقابت، نه تنها بایستی به برآورده شدن انتظارات مشتریان توجه کنند، بلکه باید تلاش نمایند تا دریابند طرز نگرش مشتریان نسبت به سازمان‌های

دریافت مقاله: ۹۰/۷/۴ اصلاح نهایی: ۹۲/۲/۱۰

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۰

**ارجاع:** بالوئی جام خانه هادی، کتابی سعیده، پور مصطفی خشکرودی مهدی. رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از رویکرد ترکیبی (Fuzzy AHP - TOPSIS). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۰۱-۹۱۱.

\* این مقاله حاصل تحقیقی مستقل و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.  
۱- دانشجوی دکترای تخصصی، مدیریت صنعتی، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: hadibalouei@yahoo.com

۲- دانشیار، مدیریت، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان و پژوهشگر، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت صنعتی، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

### مقدمه

امروزه بخش خدماتی سهم قابل توجهی در رشد اقتصادی و کیفیت بالاتر استانداردهای زندگی افراد داشته است، به طوری که بدون در نظر گرفتن بخش‌های خدماتی، توسعه‌ی دیگر بخش‌ها

مؤلفه‌های مدیریت کیفیت فراگیر شکاف معنی‌داری وجود دارد (۶). Buyukzkan و همکاران تحقیقی با عنوان تجزیه و تحلیل استراتژیک کیفیت خدمات بهداشتی با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتب فازی را در چهار بیمارستان ترکیه انجام دادند که سرانجام با استفاده از فاکتورهای کیفیت خدمات بهداشتی که از تحقیقات پیشین شناسایی شده بود، بیمارستان‌ها را با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتب فازی رتبه‌بندی کردند (۱). در جدول ۱ (۷-۱۴) بخشی از تحقیقات خارجی که ابعاد کیفیت خدمات را در حوزه‌ی بهداشت و درمان بررسی کرده، به‌صورت خلاصه نشان داده شده است. تاکنون تحقیقات زیادی در مورد کیفیت خدمات مراکز بهداشتی و درمانی انجام شده است، اما تنها تعداد معدودی از آن‌ها با رویکرد فازی به سنجش کیفیت خدمات پرداختند، از این رو تئوری فازی این فرصت را برای حل مسایلی که در آن‌ها معیارهای تعریف شده‌ی واضح وجود ندارد فراهم می‌کند. از طرفی چون ارزیابی و سنجش از دیدگاه و نظرات متغیرهای زبانی ارزیابان حاصل می‌شود، پس باید در یک محیط فازی انجام شود، به همین منظور در این تحقیق از تئوری فازی در ارزیابی و اولویت‌بندی عملکرد بیمارستان‌ها استفاده می‌شود (۱۵). این تحقیق سعی دارد تا با تبیین شاخص‌های مؤثر در کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از روش ترکیبی Fuzzy AHP- TOPSIS به رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بپردازد.

### معرفی تکنیک‌های فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی و TOPSIS

فرایند تحلیل سلسله مراتبی نخستین بار توسط Saaty مطرح شد (۱۶). این تکنیک نظرات و ارزیابی‌های کارشناسان را ترکیب نموده و سیستم تصمیم‌گیری پیچیده را به یک سیستم سلسله مراتبی ساده تبدیل می‌نماید. سپس روش ارزیابی برحسب مقیاس به‌منظور بررسی اهمیت نسبی مقایسات زوجی در بین هر یک از معیارها، مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۷). به‌علاوه موضوع قابل قبول این است که ارزیابی‌های افراد از شاخص‌های کیفی، اغلب ذهنی و غیر دقیق می‌باشند. بنابراین AHP (Analytic Hierarchy Process) متعارف و کلاسیک

آنان در مقایسه با سازمان‌های دیگر چگونه است؟ امروزه به دلایل مختلف سازمان‌های خدماتی در پی شناسایی نیازهای مشتریان خود و بررسی طرز تلقی آن‌ها از خدمات ارائه شده هستند. این نیاز موجب شده است که سازمان‌های بخش خدماتی بیش از گذشته در پی اندازه‌گیری کیفیت خدمات خود باشند (۲). مشکل جدی سازمان‌های خدماتی این است که چگونه ارزیابی و اولویت‌بندی مسأله‌ای را بر عهده بگیرند که اندازه، نوع و ارایه‌ی آن متفاوت است (۳). بنابراین سازمان‌های خدماتی جهت اندازه‌گیری کیفیت خدمات خود نیازمند مدل‌های تعریف شده‌ی هستند که توانایی دستگاه ارزیابی کیفیت خدمات در بخش خدماتی را به اثبات رسانده و معیار مناسبی جهت اندازه‌گیری سطح رضایت‌مندی مشتریان (ارباب رجوع) ارائه نمایند. راه‌های زیادی برای سنجش کیفیت خدمات وجود دارد (روش‌های آماری، الگوبرداری، ارزیابی عملکرد خدمت، سروکوال) که روش سروکوال پرکاربردترین آن‌ها بوده و بر روش‌های دیگر ترجیح دارد، از این رو در این تحقیق از ابعاد سروکوال و دیگر معیارهایی از کیفیت خدمات که تاکنون در بهداشت و درمان مورد بررسی قرار گرفته‌اند، استفاده شد. مسأله‌ای که در سیستم‌های کنترل کیفیت سازمان‌های خدماتی رخ می‌دهد سنجش ساختار کیفیت است (۴)، زیرا معیارها کیفی می‌باشند و استاندارد خاصی برای سنجش دقیق آن‌ها نمی‌توان تعریف کرد.

تحقیقات مشابه داخلی و خارجی که در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد کیفیت خدمات انجام شده است به قرار زیر می‌باشد.

Mohammadi و Shoghli در تحقیقی سعی کردند تا با استفاده از ترکیب دو مدل DEA و BSC شاخص‌های ارزیابی عملکرد واحدهای درمانی را شناسایی کنند و با تلفیق این دو مدل، ضمن کاهش معایب دو مدل، محاسن آن دو تقویت و مدلی جامع برای ارزیابی عملکرد این واحدها ارائه دهند (۵). Toranlo و همکاران در تحقیقی به بررسی سنجش شکاف مؤلفه‌های مدیریت کیفیت فراگیر (TQM) با رویکرد فازی در بیمارستان خورشید استان اصفهان پرداختند و نشان دادند که بین انتظارات و ادراکات وضع موجود و وضع مطلوب مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان خورشید اصفهان تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین به جز مؤلفه‌ی مشتری محوری، در سایر

جدول ۱: کیفیت خدمات در حوزه‌ی بهداشت و درمان (۱۴-۷)

عنوان تحقیق	بعدهای مورد بررسی در تحقیق
(۷) Li	رابطه‌ی بین تصمیمات مدیریت کیفیت بیمارستان و عملکرد کیفیت خدمات
(۸) Dean	کاربرد سروکوال در محیط‌های بهداشت و درمان مختلف
(۹) Lee	روش‌های اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشت و درمان
(۱۰) Bowers	اندازه‌گیری کیفیت خدمات بهداشت و درمان: مقایسه و تقابل دیدگاه‌های پزشکی و بازاریابی
(۱۱) Wisniewski	اندازه‌گیری کیفیت خدمات در یک بیمارستان
(۱۲) Pakdil	سنجش رضایت بیماران یک کلینیک با استفاده از تجزیه و تحلیل ابعاد سروکوال
(۱۳) Dagger	مدل سلسله مراتبی کیفیت خدمات بهداشت و درمان: بررسی و توسعه‌ی یک مدل ترکیبی
(۱۴) Lee	یک بررسی مقایسه‌ای از ادراکات بیماران و پرستاران از کیفیت خدمات پرستاران، رضایت‌مندی و مراجعه‌ی مجدد به بیمارستان

جدول ۲: اعداد فازی سه وجهی (۱، ۱۹)

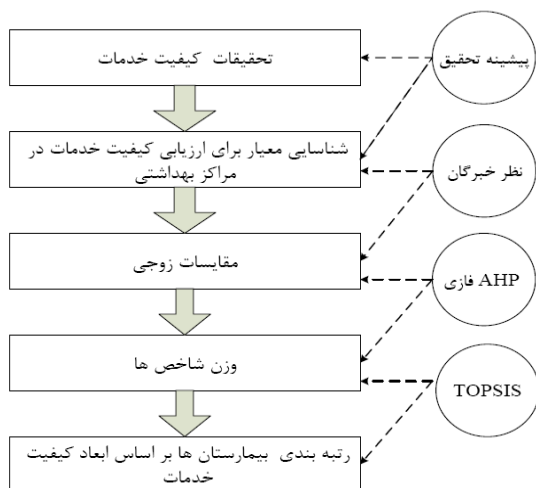
درجه اهمیت	میزان اهمیت	عدد فازی مثلثی
۹	شدیدا زیاد	(۸,۹,۱۰)
۷	زیاد	(۶,۷,۸)
۵	نسبتا زیاد	(۴,۵,۶)
۳	متوسط	(۲,۳,۴)
۱	برابر	(۱,۱,۲)

تصمیم‌گیری است که توسط Hwang و Yoon در سال ۱۹۸۱ میلادی برای حل مسایل تصمیم‌گیری چند معیاره (Multiple Attribute Decision Making) مطرح گردید. این تکنیک بر مبنای این ایده بیان شد که گزینه‌ی منتخب می‌بایست کوتاه‌ترین فاصله را تا راه حل ایده‌آل مثبت و دورترین فاصله را تا راه حل ایده‌آل منفی داشته باشد (۲۰). به‌طور خلاصه راه حل ایده‌آل مثبت

در دست‌یابی دقیق نیازمندی‌های تصمیم‌گیران ناکافی و ناکارآمد به نظر می‌رسد و قادر به انعکاس کامل تفکر بشری نیست. به‌منظور مدل‌سازی این نوع از عدم اطمینان‌ها در ترجیحات افراد بشر، تئوری مجموعه‌های فازی (که اولین بار توسط زاده در سال ۱۹۶۵ میلادی، به‌منظور رسیدگی به ابهامات موجود در تفکر بشری مطرح شد) با مقایسات زوجی در فرایند تحلیل سلسله مراتبی ترکیب می‌شود - تحلیل سلسله مراتبی فازی، به‌عنوان توسعه‌ی تکنیک AHP - بدین ترتیب درک دقیق‌تری از فرایند تصمیم‌گیری آرایه شده و نتایج بهینه‌ای حاصل می‌گردد (۱۸). در این تحقیق اعداد فازی در نظر گرفته شده برای مقایسه‌ی زوجی معیارها در جدول ۲ (۱، ۱۹) نشان داده شده است.

تکنیک الویت‌بندی بر اساس میزان تشابه به راه حل ایده‌آل (TOPSIS) یکی از ساده‌ترین و مفیدترین تکنیک‌های

پرسش‌نامه، بین چهار نفر از متخصصین و کارشناسان معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران که نسبت به این بیمارستان‌ها شناخت کامل داشتند، جمع‌آوری شد. سوالاتی که کیفیت خدمات را ارزیابی می‌کنند به دو قسمت تقسیم می‌شوند: سوالاتی مربوط به اهمیت نسبی معیارها، که این اطلاعات با استفاده از منطق فازی به اعداد فازی مثلثی تبدیل و میانگین نظرات گروهی افراد از طریق فرمول محاسبه شد و با استفاده از رویکرد Fuzzy AHP وزن هر یک از شاخص‌ها به دست آمد و سوالات مربوط به عملکرد بیمارستان‌ها از نظر شاخص‌های مختلف نسبت به هم، که در نهایت با استفاده از روش TOPSIS بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران رتبه‌بندی شدند. چارچوب کلی تحقیق و توالی آن به ترتیب شکل ۱ است:



شکل ۱: چارچوب مفهومی تحقیق

در ادامه مراحل انجام تحقیق تشریح می‌شود:

مرحله اول: تبیین ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان با استفاده از تحقیقات و پژوهش‌های گذشته در مورد SERVQUAL، معیارهایی که بیش‌ترین کاربرد را در بخش کیفیت خدمات بهداشتی دارند، شناسایی شدند. با استفاده از ۱۰ بعدی که Parasuraman و همکاران برای کیفیت خدمات معرفی کردند (۲۳) و بعدها دیگری از کیفیت خدمات که در حوزه بهداشت و درمان مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته‌اند و بیش‌ترین کاربرد را داشته‌اند، ۶ بعد اصلی و زیر معیارهای کیفیت خدمات تعیین شد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

ترکیبی از بهترین ارزش‌های قابل دسترس معیارها و راه حل ایده‌آل منفی شامل بدترین ارزش‌های در دسترس معیارها است (۲۱). اصلی‌ترین نقطه ضعف TOPSIS عدم آرایه‌ی وزن‌ها و همچنین عدم بررسی سازگاری‌های قضاوتی است. بنابراین این تکنیک نیاز به رویه‌ای کارا دارد تا اهمیت نسبی شاخص‌های مختلف را با توجه به هدف تعیین کند، تکنیک AHP چنین رویه‌ای را آرایه می‌دهد (۲۲). تکنیک AHP کلاسیک نیز به دلیل عدم دسترسی به نیازمندی‌های دقیق تصمیم‌گیران، قادر به انعکاس کامل تفکر بشری نیست. بنابراین متغیرهای زبانی که در اعداد فازی مطرح می‌گردند، برای توصیف ورودی‌های TOPSIS و دستیابی به نیازمندی‌های تصمیم‌گیران مناسب به نظر می‌رسند. با توجه به مزایای رویکردهای ترکیبی، جبران نقاط ضعف AHP با به کارگیری نقاط قوت TOPSIS، جبران نقاط ضعف TOPSIS با به کارگیری نقاط قوت AHP و همچنین برتری تحلیل سلسله مراتبی فازی در مقایسه با تحلیل سلسله مراتبی در این پژوهش، رویکرد ترکیبی FAHP-TOPSIS به منظور دستیابی به تصمیمات کارا تر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

### روش بررسی

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی پیمایشی است. جامعه‌ی آماری تحقیق، کلیه‌ی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند، ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (بیمارستان A، بیمارستان B، بیمارستان C و بیمارستان D) انتخاب شدند. در این تحقیق از آن جهت بیمارستان‌های آموزشی انتخاب شده‌اند که چه از نظر تعداد تخت، تعداد متخصصین، تجهیزات و غیره در مقایسه با دیگر بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران دارای بیش‌ترین امکانات می‌باشند و تمام معیارهایی که برای تحقیق، تعیین شده را پوشش می‌دهند. از این رو ۴ عدد از بزرگ‌ترین بیمارستان‌ها که دارای بیش از ۲۰۰ تخت ثابت می‌باشند، انتخاب شده‌اند. بخشی از فرایند جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تعیین معیارها و ابعاد کیفیت خدمات بهداشت و درمان بود که برای جمع‌آوری آن از روش کتابخانه‌ای استفاده شد و بخشی هم مربوط به مقایسات زوجی معیارها و بیمارستان‌ها بود که از طریق توزیع

جدول ۳: معیارهای اصلی و زیر معیارهای کیفیت خدمات و تعاریف آنها

Parasuraman و همکاران (۲۳)	
ملموسات (Tangibles): مراجعان به واحدهای خدماتی به تاسیسات فیزیکی، ابزار، ماشین آلات، کارکنان، مواد و کانال‌های ارتباطی توجه دارند.	
اعتبار (Reliability): مراجعان مایل اند سازمان‌های خدماتی توانایی اجرای خدمت وعده داده شده را به نحو درست و قابل اتکا داشته باشند.	
پاسخ‌گویی (Responsiveness): سازمان علاقمند به فراهم‌سازی خدمت مناسب باشد و به مراجعان جهت دریافت بهترین خدمت کمک کند.	
تضمین (Assurance): توانایی و دانش کارکنان در جلب اعتماد مشتریان جهت بازگشت مجدد آنها	
دلسوزی و تعهد (Empathy): احساس تعلق و تعهد سازمان نسبت به فرد فرد مشتریان	
حرفه‌ای بودن (Professionalism): تمایل به کمک به مراجعین و مشتریان و تلاش برای فراهم آوردن بهترین خدمات برای آنها	
Buyukzkan و همکاران (۱)	
ابعاد کیفیت خدمات	زیر معیارها
	تعریف
ملموسات	چیدمان و طراحی ساختمان تجهیزات بهداشت
	زیبایی‌شناسی، دسترسی آسان به بیمارستان دسترسی به تجهیزات در بیمارستان برای رضایت‌مندی مانند: ادوات جراحی، ظرفیت، دارو پاکیزه بودن اشخاص و بیمارستان مانند: وسایل پزشکی، اتاق بیماران، محیط
پاسخ‌گویی	به موقع و سر وقت بودن تمامیت و کمال تمایل و رضایت
	توانایی در فراهم آوردن اقدامات و عمل به تعهدات خدماتی در سر وقت دسترسی به انواع خدمات پزشکی در بیمارستان تا بیمار مجبور به ترک بیمارستان نباشد. کمک به بیماران از روی اشتیاق در هر زمان که به کمک نیاز دارند، گوش دادن به شکایات بیماران و ... ارایه‌ی اطلاعات درست درباره‌ی ارایه‌ی خدمت مانند: صحت و دقت تشخیص بیماری، هزینه جراحی و ...
اعتبار	تخصص وجهه
	توانایی در مهیا کردن خدمت طبق استانداردهای بالا مانند تخصص پزشک، پرستار و هر پرسنلی که برای خدمت با اهمیت هستند. ایجاد تصویری خوب در بین عموم
تضمین	هزینه تواضع و نزاکت جبران خسارت امنیت
	هزینه‌ی مناسب خدمت برای بیماران، در غیر این صورت ممکن است بیمارستان مشتریانش را از دست دهد. دانش و تواضع پرسنل و توانایی شان در القا کردن اعتماد و اطمینان به بیماران غرامتی که بیمارستان در ازای مسایلی به بیمار می‌پردازد. محافظت از اطلاعات خصوصی و پرونده‌های پزشکی بیماران
هم‌دلی	با محبت بودن رفتار و تربیت ارتباطات
	توجه به بیماران، درک نیازهای بیماران طرز برخورد مهیا کنندگان خدمت (پزشک، پرستار، منشی) با بیمار در محیط خدمت تبادل اطلاعات بین پرسنل و مشتری که درجه‌ای از تعامل و سطح ارتباطات دو طرفه است.
حرفه‌ای بودن	مهارت تجربه
	توانایی، شایستگی و عملکرد پرسنل در حوزه‌ی کاری‌شان مانند تشخیص دقیق بیماری، ارزیابی آنها در اولین ملاقات با بیمار انباشت مرحله به مرحله‌ی اطلاعات که به تصمیم‌گیری پرسنل بیمارستان در شرایط ناگهانی کمک می‌کند.
	نوآوری
	توسعه‌ی عملکرد پرسنل و خدمات بیمارستان به وسیله‌ی آموزش و استفاده از تکنولوژی‌های جدید

که با توجه به آن رتبه‌بندی گزینه‌ها انجام می‌شود و در نتیجه هر معیار به تناسب وزن و اهمیت آن متناظر با نظر خبرگان، هم‌چنین با توجه به ارزش مقداری آن در تصمیم‌گیری دخیل می‌گردد.

### یافته‌ها

با توجه به نتایج فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی معیار حرفه‌ای بودن با وزن ۰/۴۱ دارای بیش‌ترین اهمیت و معیار اعتبار با وزن ۰/۰۲۲ دارای کم‌ترین اهمیت می‌باشند. با توجه به این‌که معیار حرفه‌ای بودن جزء مهم‌ترین معیارها می‌باشد، زیر معیارهای مربوط به آن بیش‌ترین تأثیر را در ارزیابی و رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دارند. در جدول ۴ نتایج این محاسبات به‌صورت خلاصه نشان داده شده است.

همان‌گونه که در مرحله‌ی سوم بیان شد با استفاده از Fuzzy AHP به تفکیک برای هر بیمارستان مقادیر قطعی این شاخص‌ها محاسبه شده است که این اطلاعات به‌عنوان داده‌های ورودی برای روش Topsis می‌باشد.

جدول ۵ نتایج استفاده از روش Topsis در رتبه‌بندی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بر اساس ابعاد کیفیت که با استفاده از نرم‌افزار Excel انجام شده است را نشان می‌دهد. نتایج نشان‌دهنده‌ی آن است که در مجموع بیمارستان C عملکرد بهتری نسبت به دیگر بیمارستان‌ها داشته است.

مرحله‌ی دوم: تعیین وزن شاخص‌ها  
در این مرحله ابتدا با توجه به معیارهای تعیین شده در مرحله‌ی قبل، با استفاده از مقایسات زوجی این معیارها که توسط چهار نفر از متخصصین و کارشناسان معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مازندران حاصل شد، با استفاده از منطق فازی به اعداد فازی مثلثی تبدیل شد، سپس با استفاده از رویکرد Fuzzy AHP وزن‌های هر معیار به‌دست آمد.

مرحله‌ی سوم: رتبه‌بندی بیمارستان‌ها  
در این مرحله با استفاده از وزن‌های به‌دست آمده از روش FAHP و اطلاعات مربوط به عملکرد بیمارستان‌ها نسبت به هم از نظر شاخص‌های مختلف، که به‌صورت اعداد مثلثی می‌باشد با استفاده از Fuzzy AHP به اعداد قطعی تبدیل می‌شود. با توجه به مقادیر قطعی معیارهای عملکرد چهار بیمارستان، با استفاده از روش Topsis، بیمارستان‌ها رتبه‌بندی شده‌اند. بدین صورت که با استفاده از وزن‌های به‌دست آمده از روش FAHP (جدول ۴) و هم‌چنین با توجه به مقادیر قطعی معیارهای عملکرد چهار بیمارستان، از روش Topsis استفاده می‌شود که نتایج به‌کارگیری مدل Topsis در جدول ۵ خلاصه شده است. در این مرحله از ضرب ماتریس نرمال (بی‌مقیاس شده) در ماتریس قطری تشکیل شده از اوزان که در مرحله‌ی قبل از روش FAHP به‌دست آمده، ماتریس بی‌مقیاس موزون به‌دست می‌آید (جدول ۵)

جدول ۴: خلاصه‌ای از وزن‌های ابعاد و زیر معیارهای کیفیت خدمات

ابعاد	وزن	زیر معیار	وزن	ابعاد	وزن	زیر معیار	وزن	ابعاد	وزن نهایی
ملموسات	۰/۰۸۶	چیدمان و طراحی ساختمان	۰/۴۰۸	تضمین	۰/۰۹۰	تواضع و نزاکت	۰/۱۰۰	هم‌دلی	۰/۰۳۵
		تجهیزات	۰/۴۵۷			جبران خسارت	۰/۰۴۰		۰/۰۳۹
		بهداشت	۰/۱۳۴			امنیت	۰/۸۰۷		۰/۰۱۱
پاسخ‌گویی	۰/۱۵۹	به موقع و سر وقت بودن	۰/۹۰۹	مهارت	۰/۵۶۱	با محبت بودن	۰/۸۵۰	حرفه‌ای بودن	۰/۱۴۵
		تمامیت و کمال	۰/۰۳۰			رفتار و تربیت	۰/۱۰۰		۰/۰۰۴
		تمایل و رضایت	۰/۰۶۰			ارتباطات	۰/۱۵۰		۰/۰۰۹
اعتبار	۰/۰۲۲	صحت و درستی	۰/۰۴۷	تجربه	۰/۴۱۰	مهارت	۰/۵۶۱	نوآوری	۰/۰۰۱
		تخصص	۰/۹۰۲			تجربه	۰/۴۰۸		۰/۰۲۰
		وجهه	۰/۰۵۰			نوآوری	۰/۰۳۰		۰/۰۰۱

جدول ۵: رتبه‌بندی نهایی چهار بیمارستان

رتبه	گزینه	بیمارستان A	بیمارستان B	بیمارستان C	بیمارستان D	راه حل مثبت $A^+$	راه حل منفی $A^-$
	چیدمان و طراحی ساختمان	۰/۰۰۲۵۹۷	۰/۰۱۶۰۹۲	۰/۰۳۱۱۷۸	۰/۰۲۶۹۱۸	۰/۰۳۱۱۷۸	۰/۰۰۲۵۹۷
	تجهیزات	۰/۰۳۷۶۹	۰/۰۱۱۲۲۸	۰/۰۲۷۰۳۴	۰/۰۳۳۷۹۲	۰/۰۳۷۶۹	۰/۰۱۱۲۲۸
	بهداشت	۰/۰۰۱۷۷۹	۰/۰۰۹۵۵۸	۰/۰۰۶۱۸۹	۰/۰۰۱۳۱۹	۰/۰۰۹۵۵۸	۰/۰۰۱۳۱۹
	به موقع و سر وقت بودن	۰/۰۱۷۰۸۹	۰/۰۰۶۱۹۵	۰/۰۱۲۸۱۸۹	۰/۰۰۱۰۱۵	۰/۰۱۲۸۱۸۹	۰/۰۰۱۰۱۵
	تمامیت و کمال	۰/۰۰۴۲۸	۰/۰۰۲۱۱۵	۰/۰۰۰۲۸۱	۰/۰۰۰۳۵۱	۰/۰۰۴۲۸	۰/۰۰۰۲۸۱
	تمایل و رضایت	۰/۰۰۲۵۱۸	۰/۰۰۸۲۰۷	۰/۰۰۴۴۴۴	۰/۰۰۸۵۰۸۲	۰/۰۰۸۵۰۸۲	۰/۰۰۲۵۱۸
	صحت و درستی	۰/۰۰۰۴۵۳	۰/۰۰۰۷۹۲	۰/۰۰۰۵۳۱	۰/۰۰۰۱۷۶	۰/۰۰۰۷۹۲	۰/۰۰۰۱۷۶
	تخصص	۰/۰۱۷۴۳۷	۰/۰۰۹۴۲۷	۰/۰۰۷۸۴۸۴	۰/۰۰۳۹۲۴۲	۰/۰۰۷۸۴۸۴	۰/۰۰۹۴۲۷
	وجهه	۰/۰۰۰۲۳۱	۰/۰۰۱۰۷۸	۰/۰۰۰۰۱۵	۰/۰۰۰۱۴۸	۰/۰۰۱۰۷۸	۰/۰۰۰۰۱۵
	هزینه	۰/۰۰۳۴۹۱	۰/۰۰۲۱۳۳	۰/۰۰۲۴۶۵	۰/۰۰۰۱۰۵	۰/۰۰۳۴۹۱	۰/۰۰۰۱۰۵
	تواضع و نزاکت	۰/۰۰۱۲۹۸	۰/۰۰۰۷۳۸	۰/۰۰۰۵۳۵	۰/۰۰۰۱۹۳	۰/۰۰۱۲۹۸	۰/۰۰۰۱۹۳
	جبران خسارت	۰/۰۰۱۸۰۴	۰/۰۰۰۹۰۲	۰/۰۰۰۴۵۱	۰/۰۰۰۲۲۶	۰/۰۰۱۸۰۴	۰/۰۰۰۲۲۶
	امنیت	۰/۰۰۳۶۴۰۲	۰/۰۰۳۶۴۰۲	۰/۰۰۳۶۴۰۲	۰/۰۰۳۶۴۰۲	۰/۰۰۳۶۴۰۲	۰/۰۰۳۶۴۰۲
	با محبت بودن	۰/۰۰۹۷۲۶	۰/۱۶۳۳۴۱	۰/۰۹۸۳۹۳	۰/۰۵۲۷۳۷	۰/۱۶۳۳۴۱	۰/۰۰۹۷۲۶
	رفتار و تربیت	۰/۰۰۴۲۷۲	۰/۰۱۷۱۵	۰/۰۱۲۰۵۷	۰/۰۰۹۲۳۸	۰/۰۱۷۱۵	۰/۰۰۴۲۷۲
	ارتباطات	۰/۰۱۵۵۰	۰/۰۲۹۶۳۴	۰/۰۰۴۰۹۸	۰/۰۰۹۳۱۱	۰/۰۲۹۶۳۴	۰/۰۰۴۰۹۸
	مهارت	۰/۱۷۸۸۷۹	۰/۱۴۳۲۱۷	۰/۰۱۷۶۹۸	۰/۰۱۴۱۵۸	۰/۱۷۸۸۷۹	۰/۰۱۴۱۵۸
	تجربه	۰/۱۳۰۲۶۵	۰/۱۰۳۸۹۳	۰/۰۱۰۲۹۳	۰/۰۱۲۸۶۶	۰/۱۳۰۲۶۵	۰/۰۱۰۲۹۳
	نوآوری	۰/۰۱۰۲۹۹	۰/۰۰۶۱۴۵	۰/۰۰۲۰۰	۰/۰۰۱۸۲۷	۰/۱۳۰۲۶۵	۰/۰۰۱۸۲۷
	$d^-$	۰/۰۳۰۹	۰/۰۶۷۰	۰/۱۳۱۳	۰/۰۳۳۱		
	$d^+$	۰/۱۱۴۹	۰/۰۶۹۰	۰/۰۱۱۱	۰/۱۲۷۵		
	$d^- / (d^- + d^+)$	۰/۲۱۲۱	۰/۴۹۲۶	۰/۹۲۱۶	۰/۲۰۶۳		
	رتبه	۳	۲	۱	۴		

تأکید دارند، چون در مقایسات زوجی که بین ۶ معیار اصلی کیفیت خدمات انجام شد، بیش‌ترین وزن به این سه معیار تعلق گرفته که در جدول ۴ نشان داده شده است. از طرفی چون بیمارستان C در بین زیر معیارهای این سه بعد اصلی یعنی چیدمان و طراحی ساختمان، به موقع و سر وقت بودن خدمت، تواضع و نزاکت و رفتار و تربیت بالاترین وزن را در بین چهار بیمارستان کسب کرده، توانسته است در رتبه‌بندی نهایی روش TOPSIS در جایگاه اول قرار گیرد. همان‌طور که گفته شد مدیران در بخش‌های خدماتی تحت فشار زیادی هستند تا نشان

### بحث

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، نتایج تحقیق حاکی از آن است که بیمارستان C، بیمارستان B، بیمارستان A و بیمارستان D به ترتیب به صورت اول تا چهارم رتبه‌بندی شده‌اند. این بدان معناست که بیمارستان C در مقایسه با سه بیمارستان دیگر با توجه به شاخص‌های تعیین شده بهترین عملکرد را داشته است. دلیل اصلی آن می‌تواند این باشد که کارشناسان و متخصصین بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی بیش‌تر بر بعد پاسخ‌گویی، هم‌دلی و حرفه‌ای بودن از ابعاد کیفیت خدمات

تحقیق Buyukzkan و همکاران زیر معیارهای مهارت، نوآوری و تجربه به ترتیب بیش‌ترین اهمیت را دارند (۱) در صورتی که در تحقیق حاضر زیر معیار حرفه‌ای بودن به ترتیب مهارت، تجربه و نوآوری اولویت‌بندی شده‌اند و به همین ترتیب می‌توان برای هر کدام از این شش معیار اصلی کیفیت خدمات چنین تحلیلی را داشت. به نظر می‌رسد دلیل اصلی این اختلاف، طرز تفکر و اختلاف دیدگاه کارشناسان در جامعه‌ی آماری این دو تحقیق می‌باشد که عوامل متعددی بر آن تأثیرگذار است (۱). با مقایسه‌ی این تحقیق با دیگر تحقیقات می‌توان گفت، اکثر تحقیقات قبلی به اندازه‌گیری شکاف کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشت و درمان پرداختند که از این بین می‌توان به تحقیق Amini و Farjam (۲۴)، Mohammadi و Shoghli (۲۵) و Kebriaei و همکاران (۲۶) اشاره کرد که در این تحقیقات بر اساس میزان شکافی که بین انتظارات و برداشت در هر یک از معیارهای کیفیت خدمات وجود داشت با استفاده از ابزارهای آماری این معیارها مورد تحلیل قرار گرفت و رتبه‌بندی شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که برای بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمت فرصت‌هایی وجود دارد که باید در تدوین برنامه‌های ارتقای کیفیت در نظر گرفته شود. همچنین در این پژوهش‌ها تأثیر متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات و محل دریافت خدمت بر شکاف‌های کیفیت خدمات مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که بین متغیرها و شکاف کیفیت خدمات رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. در صورتی که تحقیق حاضر ابعادی از کیفیت خدمات که بیش‌ترین کاربرد را در حوزه‌ی بهداشت و درمان داشته‌اند، مبنای تحلیل و مقایسه بیمارستان‌ها قرار داده است. همچنین برخلاف تحقیقات قبلی که بر اساس میزان شکاف‌های اندازه‌گیری شده، تجزیه و تحلیل صورت می‌گرفت در این تحقیق با توجه به تکنیک‌های کمی مورد استفاده، بیش‌تر بر میزان اهمیتی که ابعاد کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها دارا می‌باشند تکیه شده است، از این جهت مقایسه‌ی دقیق بین یافته‌های این دو پژوهش امکان‌پذیر نمی‌باشد (۲۶-۲۴). در این پژوهش از تکنیک‌های MCDM نیز برای ارزیابی و رتبه‌بندی استفاده شده است که در این زمینه نیز تحقیقاتی صورت گرفت که از جمله‌ی آن می‌توان به تحقیق Asadi و همکاران (۵)، Alam Tabriz و Imanipour (۲۷) اشاره کرد.

دهند که خدمات‌شان بر مشتری متمرکز بوده و به‌طور پیوسته تلاش می‌کنند عملکرد را در زمان آرایه‌ی خدمت بهبود دهند. به این دلیل این تحقیق کوشیده است تا معیارهایی از کیفیت خدمات که بیش‌ترین کاربرد را در تحقیقات انجام شده در حوزه‌ی بهداشت و درمان دارد، شناسایی و تجزیه و تحلیل کند و اولویت‌بندی خدماتی که بیمارستان‌ها آرایه می‌دهند را مشخص کند و آن را با خدمات دیگر بیمارستان‌ها مقایسه کند تا در دنیای رقابتی امروزی مدیران از وضعیت بیمارستان خود آگاه باشند و به نقاط قوت و ضعف بیمارستان خود از طریق مقایسه با دیگر بیمارستان‌ها پی ببرند و برای تقویت نقاط قوت و ضعف، ارتقای سطح کیفیت خدمات و برنامه‌های راهبردی بیمارستان، تصمیمات درستی را اتخاذ کنند. از نکات مهم این تحقیق اهمیت بسیار کمی است که متخصصان و بازرسان بخش معاونت بهداشت و درمان برای بعضی از شاخص‌های اصلی کیفیت خدمات مانند شاخص ملموسات و تضمین و اعتبار و شاخص‌های فرعی کیفیت خدمات مانند شاخص جبران خسارت، تمایل و رضایت، طراحی ساختمان و هزینه قابل هستند (جدول ۴). در واقع وزن‌هایی که از طریق Fuzzy AHP به‌دست آمده، گواه این مطلب می‌باشد و این موجب می‌شود تا بیمارستان‌های تحت نظارت نیز در استراتژی و برنامه‌های راهبردی خود برای رسیدن به استانداردهایی که مدنظر این حوزه است اهمیت کم‌تری برای این شاخص‌ها قایل شوند. این در حالی است که امروزه سازمان‌های خدماتی در دنیا، همه‌ی تلاش خود را برای رسیدن به درجات بالاتری از این شاخص‌ها انجام می‌دهند.

در بین تحقیقات انجام شده، پژوهشی که بیش‌تر به این پژوهش شبیه است، پژوهش Buyukzkan و همکاران می‌باشد که نتایج حاکی از آن بود که از بین شش معیار اصلی کیفیت خدمات بهداشت و درمان، به ترتیب معیار هم‌دلی، اعتبار و حرفه‌ای بودن بیش‌ترین اهمیت را دارند و معیارهای پاسخ‌گویی، تضمین و ملموسات در اولویت‌های بعدی قرار دارند. در حالی که در تحقیق حاضر به ترتیب معیارهای حرفه‌ای بودن و پاسخ‌گویی بیش‌ترین اهمیت را دارند و معیارهای تضمین، ملموسات و اعتبار در اولویت‌های بعدی قرار دارند. از طرفی این بررسی را می‌توان در سطح زیر معیارها نیز انجام داد، مثلاً در معیار حرفه‌ای بودن در



### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این تحقیق، بیمارستان C بهترین عملکرد را نسبت به سه بیمارستان دیگر داشته استف این در حالی است که بیمارستان زارع، مرکز سوختگی و روان‌پزشکی می‌باشد و در حوزه‌ای خاص خدمت‌دهی می‌کند که در مقایسه با بیمارستان A که از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد و تقریباً در همه‌ی حوزه‌ها خدمت‌دهی می‌کند و باید سلیقه و انتظارات افراد مختلف را با امکانات و تجهیزات مجهزتری در حوزه‌های مختلف برآورده سازد، فاصله‌ی زیادی دارد. این بدین مفهوم است که بیمارستان A نسبت به بیمارستان‌های دیگر کار سخت‌تری دارد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از مدل‌های پیشرفته‌ای به‌منظور اعمال سختی کار ذکر شده در مدل مفهومی تحقیق استفاده شود تا نتایج مورد نظر دارای قابلیت اطمینان بیشتری باشد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و همچنین کارشناسان معاونت بهداشت و درمان این دانشگاه، صمیمانه قدردانی می‌شود.

این پژوهش‌ها با استفاده از تکنیک تحلیل پوششی داده‌ها به ارزیابی کارایی بیمارستان‌های مورد مطالعه پرداختند و بر اساس اسناد و سوابق موجود (نظیر تعداد تخت، تعداد بیمار، تعداد متخصص و غیره) بیمارستان‌ها را رتبه‌بندی کردند. در صورتی که در تحقیق حاضر چون بیش‌تر با دیدگاه‌های کارشناسان و متخصصین سر و کار داشت، بنابراین برای بالا بردن دقت سنجش از منطق فازی استفاده شده است. از این رو ابتدا با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی اهمیت معیارهای مورد بررسی تعیین و سپس با استفاده از روش TOPSIS بیمارستان‌ها رتبه‌بندی شد که به‌عنوان مزیتی نسبت به تحقیقات قبلی محسوب می‌شود (۲۷، ۵).

از محدودیت‌های تحقیق، کلی بودن بعضی از شاخص‌های کیفیت خدمات و همچنین آشنا نبودن بعضی از کارشناسان و متخصصین معاونت بهداشت و درمان با این شاخص‌ها بوده است. پیاده‌سازی این تحقیق تنها برای بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی، هر چند حرکت تازه‌ای در این زمینه بوده است، ولی می‌تواند یکی از محدودیت‌های تحقیق باشد که پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی که در آینده در این راستا انجام می‌شود در حوزه‌ای کلی‌تر باشد.

### References

1. Büyükcikan G, Cifci G, Güleriyüz S. Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications* 2011; 38(8): 9407–24.
2. Alvani M, Riahi B. Measurment Service Quality in the public section first publication. Tehran: Iranian Central of education and research of industrial; 2002. [Book in Persian]
3. Gorji MB. Investigation of service quality and relationship with effectiveness. *Journal of Management* 2007; 5(132): 1-11. [Article in Persian]
4. Schniederjans M, Karuppan C. Designing a Quality Control System in a Service Organization: A Goal Programming Case Study. *European Journal of Operational Research* 1995; 81(2): 249–58.
5. Asadi M, Mirghafoori H, Sadeqhi Arani Z, Khosravianian H. Qualitative Performance Evaluation of Hospitals Using DEA, Balanced Scorecard and Servqual; A Case Study of General Hospitals of Yazd. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2011; 18(6): 559-69. [Article in Persian]
6. Toranlo HS, Jamali R, Jalal pour M, Sadr Bafghi M. An Analysis of Gap in TQM Indicators in Health Care Institutions Case: Isfahan Khorshid Hospital. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2009; 16(4): 68-74. [Article in Persian]
7. Li LX. Relationships between determinants of hospital quality management and service quality performance – A path analytic model. *Omega* 1997; 25(5): 535–45.
8. Dean AM. The applicability of SERVQUAL in different health care environments. *Health Mark Q* 1999; 16(3): 1–21.
9. Lee H, Delene LM, Bunda MA, Kim C. Methods of measuring healthcare service quality. *Journal of Business Research* 2000; 48(3): 233–46.

10. Bowers MR, Kiefe CI. Measuring health-care quality: Comparing and contrasting the medical and the marketing approaches. *Am J Med Qual* 2002; 17(4): 136-44.
11. Wisniewski M, Wisniewski H. Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(2-3): 217-28.
12. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management & Business Excellence* 2005; 16(1): 15-30.
13. Dagger TS, Sweeney JC, Johnson LW. A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research* 2007; 10(2): 123-42.
14. Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(4): 545-55.
15. Tzeng GH, Chiang CH, Li CW. Evaluating intertwined effects in e-learning programs: A novel hybrid MCDM model based on factor analysis and DEMATEL. *Expert Systems with Applications* 2006; 32(4): 1028-44.
16. Saaty TL. *The analytic hierarchy process: Planning, priority setting*. New York: McGraw-Hill International Book Co; 1980.
17. Tsaur SH, Chang TY, Yen CH. The evaluation of airline service quality by fuzzy MCDM. *Tourism Management* 2002; 23: 107-15.
18. Ayag Z, Ozdemir RG. A fuzzy AHP approach to evaluating machine tool alternatives. *Journal of Intelligent Manufacturing* 2006; 17(2): 179-90.
19. Saaty TL. Decision making, scaling, and number crunching. *Decision Sciences* 1989; 20(2): 404-9.
20. Saremi M, Mousavi S, Sanayei A. TQM consultant selection in SMEs with TOPSIS under fuzzy environment. *Expert Systems with Applications* 2008; 36(2): 2742-9.
21. Wang YJ. Applying FMCDM to evaluate financial performance of domestic airlines in Taiwan. *Expert Systems with Applications* 2008; 34(3): 1837-45.
22. Rao RV, Davim JP. A decision-making framework model for material selection using combined multiple attribute decision-making method. *Journal of Adv Manufacturing Technology* 2008; 35(7-8): 751-60.
23. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 1985; 49(4): 41-50.
24. Amini MT, Farjam S. Quality of services provided in public sector (Case Study: Hospital, affiliated to Isfahan University of Medical Sciences). *Management thought* 2009; 1(3): 165-89. [Article in Persian]
25. Mohammadi A, Shoghli A. The gap between expectations and perceptions of employees about the components of TQM. Hospital in Zanjan province (ZUMS Journal) 2005; 14(54): 32-9. [Article in Persian].
26. Kebriaei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari Ardabili H, Porreza A. Survey on quality gap in primary health care in kashan health centers. *The Journal of Qazvin Univ of Med Sci* 2004; 8(2): 82-8. [Article in Persian]
27. Alam Tabriz A, Imanipour M. Measuring the relative efficiency of health services: Shahid Beheshti University of Medical Sciences hospitals using Data Envelopment Analysis. *Health Inf Manage* 2011; 8(3): 315-25. [Article in Persian]

## Rating Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences, Based on the Quality of Health Services Using a Combination Approach Fuzzy AHP – TOPSIS\*

Hadi Balouei Jamkhaneh<sup>1</sup>; Saeedeh Ketabi<sup>2</sup>; Mehdi Pourmostafa khoshkerodi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The most important aspect of management is service quality and the first strategy in the world can be considered as customer service oriented. This study attempts to clarify the factors affecting the quality of health services using a combination approach of Fuzzy AHP - TOPSIS to rank teaching hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences.

**Methods:** According to purpose of this research the method was applied and descriptive survey. The population of research was teaching hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences and four teaching hospital of Mazandaran University of Medical Sciences were selected with non-random sampling method And a standard questionnaire by a team of experts has been completed. At first according to fuzzy hierarchical analysis, the importance of service quality standards was defined and by the TOPSIS method the hospitals were ranked. Results were analyzed using Excel software.

**Results:** Research findings suggest that the Hospital C, Hospital B, Hospital A and hospitals D were ranked in order of the first quarter.

**Conclusion:** Results from this study for managers will be very instrumental. Its place in society can properly recognize and apply strategies to maintain or improve it.

**Keywords:** Quality of Health Care; Analytical Hierarchy Process; Hospital, Teaching

Received: 26 Sep, 2011

Accepted: 30 Apr, 2013

**Citation:** Balouei Jamkhaneh H, Ketabi S, Pourmostafa khoshkerodi M. **Rating Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences, Based on the Quality of Health Services Using a Combination Approach Fuzzy AHP – TOPSIS.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 911.

\* This article was an independent research with no financial aid.

1- PhD Student, Industrial Management, Administrative and Economic Faculty, University of Mazandaran, Mazandaran, Iran (Corresponding Author) Email: hadibalouei@yahoo.com

2- Associate Professor, Management, Administrative and Economic Faculty, University of Isfahan and Researcher, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Industrial Management, Administrative and Economic Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran

# موردکاوی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در دو سازمان بیمه گر سلامت\*

مریم رجبی<sup>۱</sup>، رضا دهقان<sup>۲</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** بدون تردید سازمان‌های عصر حاضر با تحولات و تهدیدهای گسترده‌ی ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی روبه‌رو هستند و تضمین و تداوم حیات و بقای سازمان‌ها نیازمند راه‌حل‌ها و روش‌های جدید مقابله با مشکلات است که به نوآوری، ابداع، خلق محصولات یا خدمات و روش‌های جدید بستگی زیادی دارد. از این رو سازمان‌های عصر حاضر به کارآفرینی سازمانی به دلیل نقشی که در تقویت موقعیت رقابتی سازمان‌ها ایفا می‌کند توجه خاصی داشته‌اند. این پژوهش درصدد شناسایی موانع رفتاری کارآفرینی در دو سازمان بیمه گر سلامت دولتی و خصوصی می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع پیمایشی بوده که در دو سازمان بیمه گر درمانی تأمین اجتماعی و پارسیان صورت گرفته است و برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسش‌نامه‌ی استاندارد استفاده شده است که پایایی آن از طریق Coefficient Alpha (Cronbach) (۹۴ درصد) تأیید شده و هم‌چنین روایی آن نیز برابر با ۹۶ درصد می‌باشد. جامعه‌ی مورد مطالعه دربرگیرنده‌ی ۴۷۰ نفر از کارکنان سازمان دولتی بیمه گر سلامت و ۴۴۶ نفر نیز در سازمان غیردولتی بیمه گر سلامت بوده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ویرایش ۱۹ انجام گرفته و از آمار تحلیلی آزمون دو جمله‌ای، تحلیل واریانس Friedman Test و تحلیل عاملی بهره گرفته شده است. موانع رفتاری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند شامل ویژگی‌های شخصیتی مدیران، ویژگی‌های شخصیتی کارکنان، تنش و تضاد سازمانی، فرهنگ سازمانی و سبک رهبری است.

**یافته‌ها:** براساس آزمون دو جمله‌ای انجام شده با احتمال‌های به ترتیب ۷۹ درصد، ۷۶ درصد و ۷۵ درصد می‌توان فرض یکسان بودن موانع رفتاری را در سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی و با احتمال‌های به ترتیب ۶۴ درصد، ۶۸ درصد و ۷۱ درصد می‌توان احتمال یکسان بودن موانع رفتاری در شرکت بیمه‌ی پارسیان را برای عوامل فرهنگ سازمانی و ویژگی‌های شخصیتی مدیران و کارکنان رد نمود. هم‌چنین براساس رتبه‌های بیان شده، فرهنگ سازمانی با ۴/۴۸، ویژگی شخصیتی مدیران با ۳/۹۹ و ویژگی شخصیتی کارکنان با ۳/۴۴ به ترتیب بالاترین رتبه‌ها را در سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی دارد. هم‌چنین ویژگی شخصیتی مدیران با ۴/۰۱، ویژگی شخصیتی کارکنان با ۳/۰۳ و فرهنگ سازمانی با ۳/۲۷ به ترتیب بالاترین رتبه را در بیمه‌ی پارسیان دارد.

**نتیجه‌گیری:** فرهنگ سازمانی، ویژگی‌های شخصیتی مدیران و کارکنان به ترتیب در سازمان دولتی و ویژگی‌های شخصیتی مدیران و کارکنان و فرهنگ سازمانی به ترتیب در سازمان غیردولتی به‌عنوان اثرگذارترین موانع رفتاری در دو سازمان بیمه گر سلامت مورد مطالعه به شمار می‌آید.

**واژه‌های کلیدی:** کارآفرینی؛ فرهنگ سازمانی؛ بیمه‌کنندگان

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۲/۱۱

دریافت مقاله: ۹۱/۶/۲۶

**ارجاع:** رجبی مریم، دهقان رضا. **موردکاوی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در دو سازمان بیمه گر سلامت.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۲۰-۹۱۲.

### مقدمه

امروزه بسیاری از سازمان‌ها و شرکت‌ها و بسیاری از بخش‌های اقتصادی و اجتماعی به لزوم کارآفرینی (از نوع فردی یا سازمانی) پی برده‌اند. این گرایش عمدتاً به دلیل شرایط وضعیت‌های پیچیده‌ی جدیدی است که سازمان‌ها را با تنگناهای

\* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- کارشناس ارشد، مدیریت دولتی، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲- مربی، مدیریت کارآفرینی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی

پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: rdehghan@tums.ac.ir

«بررسی موانع کارآفرینی سازمانی در دانشگاه مازندران» هدفش را شناسایی موانع محیطی، داخلی و منتجی مؤثر بر کارآفرینی سازمانی در دانشگاه مازندران بیان نموده است. نتایج تحقیق وی نشان می‌دهد در میان موانع فوق، موانع داخلی مهم‌ترین عامل بازدارنده‌ی کارآفرینی سازمانی در دانشگاه مذکور بوده است. در میان موانع داخلی، تصمیمات مدیریت عالی در انتصاب و به‌کارگیری مدیران زیردست و از بین موانع محیطی، فقدان رقابت و از بین موانع منتجی نیز موانع فرهنگی اجتماعی، بیش‌ترین نقش بازدارندگی را بر کارآفرینی سازمانی داشته‌اند (۳). رحیمی فیل‌آبادی هم تحقیق «بررسی رابطه‌ی ساختار سازمانی با کارآفرینی سازمانی در مجتمع اقتصادی کوثر» را با هدف تعیین رابطه‌ی ابعاد مختلف ساختار سازمانی با کارآفرینی سازمانی انجام داده تا بدین‌گونه زمینه‌ی افزایش کارآفرینی سازمانی در سازمان‌های داخلی مهیا گردد (۴). حق‌شناس و همکاران نیز در مقاله‌ای با عنوان «الگوی کارآفرینی سازمانی در بخش دولتی ایران» کاربرد کارآفرینی را در سازمان‌های دولتی ایران مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این مقاله حاکی از آن است که سازمان‌های مورد مطالعه، از وضعیت کارآفرینی مطلوبی برخوردار نبوده است (۵). یداللهی فارسی و همکاران نیز در مقاله‌ای تحت عنوان «بررسی کارآفرینی درون سازمانی در سازمان‌های دولتی» به بررسی کارآفرینی درون سازمانی در شرایط موجود و همچنین بررسی دیدگاه مدیران میانی در این زمینه، در سازمان کشاورزی استان خوزستان پرداخته‌اند (۶). دهقان نیز در مطالعه خود بیان کرده است که Borins موانع کارآفرینی در بخش عمومی را عمدتاً نشأت گرفته از عوامل درون سیستمی بخش دولتی می‌داند تا عوامل بیرونی و یا دخالت‌های سیاسی. در این میان مهم‌ترین مانع کارآفرینی و نوآوری در سازمان دولتی، فعالیت در درون ساختار بوروکراتیک است (۷). همچنین طبق دیدگاه Cornwall و Perlman برخی از مهم‌ترین موانع کارآفرینی عبارت‌اند از کثرت و ابهام اهداف، استقلال مدیریتی محدود شده، افزایش رفتار مدیریتی محافظه کارانه، سیستم‌های پاداش نامناسب، کوتاه مدت‌نگری و قید و بندهای مربوط به سیاست‌های پرسنلی (۸).

رقابتی و تکنولوژیکی مواجه ساخته و تداوم روش‌های سنتی را با مشکل جدی رو به رو ساخته است (۱). صنعت بیمه نیز از این قاعده مستثنا نیست و ضرورت‌های بسیاری وجود دارد که کاربرد کارآفرینی را در آن الزامی می‌سازد. از سوی دیگر تغییرات مربوط به عصر فراصنعتی و گسترش بخش خدمات در سطح جهانی و به تبع آن در ایران، شرایطی را به وجود آورده است که بیمه به‌عنوان یک بخش خدماتی مهم می‌تواند و باید نقش فعالانه‌ای در ابعاد اجتماعی و اقتصادی ایفا کند. صنعت بیمه به‌عنوان یک نهاد اقتصادی و اجتماعی تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی موجود هر کشور قرار دارد و مجموع این شرایط محیط رشد بستر آن را تشکیل می‌دهد. نگاهی به روند رشد بیمه‌ها در طول تاریخ صنعت بیمه‌ی ایران نشان می‌دهد که آن‌چه مربوط به خود صنعت بیمه بوده یک رشد بطنی و کند است.

در واقع مسأله‌ی اصلی تحقیق این‌گونه تدوین می‌شود که مهم‌ترین موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در بیمه‌ی سلامت در دو سازمان دولتی و غیردولتی درمانی کشور کدام است (در این تحقیق سازمان بیمه‌ی تأمین اجتماعی در بخش دولتی و شرکت بیمه‌ی پارسیان در بخش غیردولتی استفاده شده است)؟ بنابراین این پژوهش در پی دست یافتن به گزینه‌های زیر است:

۱. آرایه‌ی یک تصویر مشخص از زمینه‌های توسعه در صنعت بیمه
۲. شناسایی عوامل و راهبردهای مؤثر در رشد کارآفرینی در صنعت بیمه
۳. بسترسازی برای تعیین و انتخاب واحدهای نمونه و نیروی انسانی نمونه در مراکز بیمه

یداللهی فارسی و همکارانش تحقیقی با عنوان «مطالعه‌ی موانع کارآفرینی در ورزش کشور» بر اساس مدل سه شاخگی انجام دادند. آن‌ها در این تحقیق به بررسی عوامل سه‌گانه‌ی رفتاری، ساختاری و محیطی پرداختند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که برخی از عوامل مذکور از وضعیت نامطلوبی برخوردار است. همچنین بین وضع موجود و وضع مطلوب در ورزش کشور تفاوت وجود دارد (۲). بخشی نیز در تحقیق خود با عنوان

رفتاری کارآفرینی سازمانی در بیمه‌ی سلامت در دو سازمان بیمه‌گر درمانی دولتی و خصوصی است.

### روش بررسی

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی است و از منظر روش گردآوری داده‌ها، پژوهشی میدانی است. تحقیق حاضر در تابستان سال ۱۳۹۰ خورشیدی در دو سازمان بیمه‌گر درمانی دولتی (تأمین اجتماعی) و خصوصی (بیمه‌ی پارسیان) صورت گرفته است. در آماره‌ی توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی به منظور محاسبه‌ی فراوانی، درصد تراکمی و نظر پاسخ‌دهندگان برای هر یک از سوالات، از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی هم‌چون میانگین، میانه، انحراف استاندارد، واریانس و غیره استفاده شده است. در آماره‌ی استنباطی از شاخص‌هایی هم‌چون Kolmogorov-Smirnov Test، آزمون دو جمله‌ای و Friedman Test جهت تحلیل سوالات تحقیق استفاده شد.

جامعه‌ی آماری پژوهش، کارکنان سطوح مختلف دو سازمان بیمه‌گر خدمات سلامتی بوده‌اند که به صورت تصادفی از شعب درمانی بیمه‌ی تأمین اجتماعی و پارسیان انتخاب شده‌اند. حجم نمونه‌ی انتخاب شده در این مطالعه ۴۷۰ نفر از کارشناسان، سرپرستان و مدیران در سازمان بیمه‌گر غیردولتی (بیمه‌ی پارسیان) و ۴۴۶ در سازمان بیمه‌گر دولتی (تأمین اجتماعی) است. جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از Cochran Test به روش زیر و با احتساب ۵ درصد خطا و ۹۵ درصد اطمینان حجم نمونه محاسبه شد که حداقل آن برای بخش دولتی  $n_1=220$  نفر و برای بخش غیردولتی  $n_2=200$  نفر می‌باشد.

به منظور بررسی مبانی نظری در این پژوهش، از روش جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که با مراجعه به کتب مربوطه، مجلات، اینترنت، پایان‌نامه‌ها، پایگانی سازمان و غیره اطلاعات مورد نظر جمع‌آوری گردید. در بخش میدانی نیز پرسش‌نامه‌ای برای اندازه‌گیری کمی جهت مشخص نمودن وزن و اهمیت هر یک از این مؤلفه‌ها در سازمان دولتی و غیردولتی تهیه شد که روایی برابر با ۹۶ درصد و پایایی برابر ۹۴ درصد داشت. این میزان نشان‌دهنده پایایی زیاد این پرسش‌نامه می‌باشد.

Kuratko در پژوهش خود با عنوان «درک مدیران میانی از محیط داخلی به منظور کارآفرینی سازمانی» به چند عامل اساسی (حمایت مدیریتی، استقلال کاری، سیستم پاداش و ...) برای موفقیت هر سازمان اشاره می‌نماید (۹). مقیمی هم بیان می‌کند که Fox در مقاله‌ی خود با موضوع «پیوستگی کارآفرینی سازمانی و عملکرد سازمانی» مهم‌ترین موانع کارآفرینی سازمانی را سیاست‌ها، روش‌های مدیریتی، محدودیت‌های کارکنان و پاداش‌های محدود می‌داند (۱۰). تحقیق Zhao Fang با عنوان «بررسی هم‌افزایی میان کارآفرینی سازمانی و نوآوری» دربرگیرنده‌ی یک رویکرد کیفی در یافتن رابطه‌ی میان کارآفرینی و نوآوری و تجزیه و تحلیل عواملی است که تعامل میان این دو را تقویت می‌کند. نتایج این تحقیق عبارت‌اند از:

- کارآفرینی سازمانی و نوآوری دارای رابطه‌ای مثبت هستند و از طریق تعامل با یکدیگر به موفقیت سازمان کمک می‌کنند؛
- کارآفرینی سازمانی و نوآوری مکمل یکدیگرند و ترکیب این دو برای موفقیت و ثبات سازمان در محیط متغیر و پویای امروز حیاتی است؛
- کارآفرینی سازمانی و نوآوری محدود به مراحل نخست یک کسب و کار جدید نیستند، بلکه فرایندهایی پویا و کلی‌نگرانه در سازمان‌های کارآفرین و نوآور هستند؛
- فرهنگ سازمانی و سبک مدیریت عوامل مهمی هستند که بر توسعه‌ی رفتار نوآورانه و کارآفرینانه در سازمان‌ها تأثیر می‌گذارند.

این تحقیق نشان می‌دهد که سازمان‌های کارآفرین و نوآور مورد بررسی با مشکلاتی در قبال عملی ساختن کارآفرینی و نوآوری مواجه هستند. از آنجا که کارآفرینی و نوآوری رفتارهایی سیستماتیک هستند، تلاش‌های سیستماتیک برای تلفیق آن‌ها در فعالیت‌های سازمان‌ها مورد نیاز هستند. در نهایت کارآفرینی و نوآوری را باید موضوعی مستمر و روزمره در سازمان‌ها دانست (۲-۱۱).

هدف اصلی این تحقیق عبارت از شناسایی و تحلیل موانع

### یافته‌ها

آمار توصیفی پژوهش در سازمان مورد مطالعه در بخش خصوصی بیمه‌ی سلامت نشان داد که ۶۶ درصد مشارکت کنندگان در پژوهش زن و ۳۴ درصد مرد هستند. این وضعیت در سازمان مورد مطالعه در بخش دولتی بیمه‌ی سلامت بیان‌گر ۵۸ درصد زن و ۴۲ درصد مرد است. همچنین ۸۸ درصد گروه هدف پژوهش در بخش خصوصی کم‌تر از ۱۵ سال سابقه‌ی خدمت داشته و در بخش دولتی ۸۰ درصد کم‌تر از ۱۵ سال سابقه‌ی خدمت دارند. نهایتاً ۸۱ درصد گروه مورد مطالعه در بخش خصوصی دارای تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس بوده‌اند که در بخش دولتی این گروه ۵۶ درصد از مجموعه‌ی مورد مطالعه را شامل شده‌اند.

جداول زیر، آمار استنباطی (آزمون دوجمله‌ای، Friedman test و Kolmogorov-smirnov test) هر یک از مؤلفه‌های رفتاری در بخش دولتی و غیردولتی را به وضوح نشان خواهد داد.

### آزمون دوجمله‌ای فرضیه‌ی آزمون:

$H_0$ : تفاوتی بین سطح برخورداری افرادی که عامل بیان شده را جزو موانع رفتاری می‌دانند یا نمی‌دانند وجود ندارد.

$H_1$ : تفاوتی بین سطح برخورداری افرادی که عامل بیان شده را جزو موانع رفتاری می‌دانند یا نمی‌دانند وجود دارد.  
جدول ۱ وضعیت مؤلفه‌های مدنظر را بیان می‌کند.

#### Friedman Test

فرضیه‌ی آزمون:

$H_0$ : رتبه‌ی میانگین مؤلفه‌های مدنظر بکسان می‌باشد.

$H_1$ : رتبه‌ی میانگین مؤلفه‌های مدنظر یکسان نمی‌باشد.

جدول ۲ وضعیت مؤلفه‌های مدنظر را بیان می‌کند.

#### Kolmogorov-Smirnov Test برای مقایسه

آزمون فرضیه:

$H_0$ : موانع رفتاری در سازمان دولتی و غیردولتی همگون می‌باشد.

$H_1$ : موانع رفتاری در سازمان دولتی و غیردولتی همگون نمی‌باشد.

جدول ۳ وضعیت مؤلفه‌های مدنظر را بیان می‌کند.

جدول ۱: آزمون دوجمله‌ای موانع رفتاری در دو سازمان بیمه‌گر درمانی تأمین اجتماعی و پارسیان

سازمان	ویژگی‌های مدیران	ویژگی‌های کارکنان	فرهنگ سازمانی	کارآفرینانه نبودن	سبک رهبری	تضاد و تنش سازمانی
بیمه‌ی دولتی	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$
بیمه‌ی خصوصی	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$	پذیرش فرضیه‌ی $H_1$

جدول ۲: آزمون Friedman موانع رفتاری در دو سازمان بیمه‌گر درمانی تأمین اجتماعی و پارسیان

سازمان	رتبه‌ی میانگین مؤلفه‌های رفتاری	ویژگی‌های مدیران	ویژگی‌های کارکنان	فرهنگ سازمانی	تضاد و تنش سازمانی	سبک رهبری
بیمه‌ی دولتی	۹۹/۳ (رد $H_0$ )	۴۴/۳ (رد $H_0$ )	۴۸/۴ (رد $H_0$ )	۹۷/۱ (رد $H_0$ )	۱۳/۱ (رد $H_0$ )	سبک رهبری
بیمه‌ی خصوصی	۱۰/۴ (رد $H_0$ )	۳۰/۳ (رد $H_0$ )	۲۷/۳ (رد $H_0$ )	۶۹/۱ (رد $H_0$ )	۴۷/۱ (رد $H_0$ )	سبک رهبری

جدول ۳: آزمون Kolmogorov-smirnov موانع رفتاری در دو سازمان بیمه‌گر درمانی تأمین اجتماعی و پارسیان

موانع رفتاری	وضعیت آزمون
ویژگی‌های شخصیتی مدیران	پذیرش فرضیه‌ی $H_0$
ویژگی‌های شخصیتی کارکنان	پذیرش فرضیه‌ی $H_0$
فرهنگ سازمانی	پذیرش فرضیه‌ی $H_0$
سبک رهبری	عدم پذیرش فرضیه‌ی $H_0$
تضاد و تنش سازمانی	عدم پذیرش فرضیه‌ی $H_0$

## بحث

الف: سبک رهبری: نتایج به دست آمده در این پژوهش نشان‌دهنده‌ی غیرکارآفرینانه بودن سبک رهبری در بیمه‌ی تأمین اجتماعی در بخش دولتی و بیمه‌ی پارسیان در بخش غیردولتی است. با توجه به ارتباط معنادار سبک رهبری با غیرکارآفرینانه بودن سبک رهبری مدیران در دو سازمان مورد نظر که در این زمینه وجود دارد، اولویت مورد بررسی در هر دو سازمان در رتبه‌ی آخر قرار دارد.

البته مشکلات سبک رهبری مدیران در بسیاری از سازمان‌های دیگر نیز وجود دارد. مقیمی در بررسی کارآفرینی در سازمان‌های دولتی به‌طور مشخص عدم استقبال مدیران از عدم مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری و فعال نبودن سیستم پیشنهادها را از جمله مهم‌ترین مؤلفه‌هایی می‌داند که سبک رهبری غیرکارآفرینانه را به‌وجود آورده‌اند (۱۰). نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق یداللهی و همکاران که حاکی از آن است عوامل رفتاری در ورزش کشور وضعیت مطلوبی ندارد صدق می‌کند (۲). همچنین در تحقیق بخشی سبک رهبری جزو موانع رفتاری در دانشگاه مازندران بیان شده است (۳).

ب) فرهنگ سازمانی: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که فرهنگ سازمانی در بیمه‌ی تأمین اجتماعی و بیمه پارسیان جزو موانع رفتاری محسوب می‌شود. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقی که فرهنگ سازمانی را جزو موانع رفتاری در دانشگاه مازندران بیان می‌کند مطابقت دارد. Frenken و همکارانش هم در مطالعه‌ی خود اشاره می‌کنند که گرایش به یادگیری و نوآوری وقتی فرهنگ قوی وجود ندارد، نقش مهمی را بین اعضای سازمانی ایفا می‌کنند (۱۲). Borrins نیز در بررسی خود یکی از موانع کارآفرینی در سازمان را فرهنگ سازمانی آن سازمان بیان کرده است (۱۳). Reynolds نیز در تحقیق خود بیان می‌کند که رابطه‌ی بین عوامل فرهنگی و موفقیت شکست سازمان از طریق توانایی فرهنگی به پدید آوردن یک گرایش کارآفرینانه‌ی قوی در کارآفرینان و عملکرد سازمان در فرهنگ مربوطه‌شان کمک می‌کند (۱۴). یداللهی و همکاران نیز در تحقیق خود شاخص‌های ظرفیت کارآفرینی را ۵ دسته از عوامل بیان می‌کنند که یکی از آن‌ها فرهنگ سازمانی می‌باشد (۶).

ج) ویژگی‌های شخصیتی مدیران: نتایج پژوهش حاضر مبین این موضوع است که مدیران نسبت به کارکنان در بخش دولتی و غیردولتی از ویژگی‌های مناسب‌تری برخوردار نیستند، به هر حال، ویژگی‌های مدیران در بیمه‌ی تأمین اجتماعی و بیمه‌ی پارسیان، جزو موانع رفتاری محسوب می‌شود. مقیمی در تحقیق خود در خصوص کارآفرینی در سازمان‌های دولتی و سازمان‌های غیردولتی نیز به بررسی این ویژگی‌ها پرداخته است که نتایج آن مؤید نتایج این پژوهش می‌باشد (۱۰). یداللهی و همکاران نیز در پژوهش خود مشخص کرد که در تشخیص مدیران کارآفرین از مدیران غیرکارآفرین متغیرهای نوآوری، پاداش، کنترل، تصمیم‌گیری و آموزش و تحقیق سازمانی بیش‌ترین نقش را دارند و نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی مدیران نیز جزو موانع کارآفرینی در سازمان می‌باشد که این مطلب با نتایج تحقیق حاضر صدق می‌کند (۶). Borrins نیز در پژوهش خود یکی از عواملی را که مانع کارآفرینی درون سازمان می‌شود، برخی از ویژگی‌های مدیران بیان می‌کند (۱۳).

د) ویژگی‌های شخصیتی کارکنان: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کارشناسان در بخش دولتی ویژگی شخصیتی کارکنان را در اولویت سوم به‌عنوان مانع رفتاری در نظر گرفته‌اند. کارشناسان در بخش غیردولتی ویژگی شخصیتی کارکنان را به‌عنوان عاملی مؤثر در عدم کارآفرینی در بخش غیر دولتی می‌دانند که از لحاظ اثربخشی نسبت به سایر عوامل در رتبه‌ی دوم قرار دارد. مقیمی نیز در پژوهش خود مؤلفه‌های هشت‌گانه‌ی ویژگی‌های شخصیتی کارکنان را مورد بررسی قرار داده است که نتایج آن، تحقیق حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۰). Kuratko نیز در پژوهش خود یکی از چند عامل اساسی که مانع کارآفرینی در سازمان می‌شود را ویژگی شخصیتی کارکنان و محدودیت‌های که برای کارکنان وجود دارد اشاره می‌نماید که با نتایج این تحقیق برابری می‌کند (۹). هم‌چنین Ginsburg طی تحقیقی به این نتیجه رسید که اگر کارکنان شرکتی دارای روحیه‌ی کارآفرینی باشند می‌توان از آن شرکت به‌عنوان کارآفرینی شرکتی نام برد. نتایج این پژوهش نیز با نتایج پژوهش حاضر برابری می‌کند و بیان می‌دارد که کارکنان می‌توانند جزو موانع کارآفرینی به‌شمار آورده شوند (۱۵).



شخصیتی مدیران» نسبت به سایر عوامل بیش‌تر بوده است و براساس اولویت‌بندی رتبه‌های میانگین که با Friedman test انجام شده است، «ویژگی‌های شخصیتی مدیران» بالاترین میانگین را دارا می‌باشد و در زیر مؤلفه‌های «ویژگی‌های شخصیتی مدیران»، «توان و ساعت‌های کار طولانی» و «پشتکار و توفیق طلبی» بیش‌ترین تأثیر را داشته است و به ترتیبی که بر اساس اثرگذاری و شدت اثر وجود دارد بعد از «ویژگی‌های شخصیتی مدیران»، «ویژگی‌های شخصیتی کارکنان»، در رتبه‌ی سوم «فرهنگ سازمانی»، در رتبه‌ی چهارم «تنش و تضاد سازمانی» و در آخر «سبک رهبری» به‌عنوان موانع رفتاری اثرگذار در کارآفرینی سازمانی در بخش دولتی شناخته شده است.

### پیشنهادها

الف) بخش دولتی: از آنجایی که بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش فرهنگ سازمانی به‌عنوان مهم‌ترین مانع کارآفرینی در سازمان‌های دولتی شناخته شد، به این سازمان‌ها پیشنهاد می‌گردد که این سازمان‌ها در راستای بهبود اخلاق، درستی، اعتماد و باورپذیری برنامه‌هایی را تدوین و اجرا نمایند. با وجود مسایلی هم‌چون فرهنگ کم‌تر کارآفرینانه، عدم تشویق به ایده‌پردازی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، مذموم بودن شکست کارکنان، عدم توجه به ارزش آفرینی و اثربخشی فرایندها و تمرکز بر روش انجام کار (طولانی بودن نسبی فرایندها)، می‌توان نتیجه گرفت که در بیمه‌گذار دولتی فرهنگ کارآفرینانه نیست و باید بیش از پیش بر فرهنگ‌سازی و ترویج آن اقدام نمود (۱۶). فرهنگ سازمانی نقش اساسی در فرایند کارآفرینی سازمانی ایفا می‌کند و نتایج آزمون‌ها نیز بیان‌گر ارتباط معنی‌دار آن‌ها با یکدیگر است، اما این وضعیت در بیمه‌گذار دولتی در حد قابل قبول نیست. بنابراین مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی این سازمان نیازمند بهبود و تحول است؛ به‌عنوان مثال باید افراد، کار در سازمان را همانند تفریح بدانند (که در وضعیت فعلی چنین نیست).

هم‌چنین باید توجه ویژه‌ای نیز به تقویت مؤلفه‌های زیر نمود:

- حاکمیت اخلاق، درستی، اعتماد و باورپذیری

ه) تضاد و تنش سازمانی: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کارشناسان در بخش دولتی و غیردولتی تضاد و تنش سازمانی را جزو موانع در نظر گرفته‌اند و از لحاظ اثربخشی نسبت به سایر عوامل در رتبه‌ی چهارم قرار داده‌اند. مقیمی نیز در مدل جامع کارآفرینی سازمانی در سازمان‌های مردم‌نهاد ایران سهم خاصی از عوامل رفتاری کارآفرینانه را به بررسی تضاد و تنش سازمانی اختصاص داده است (۱۰). البته برخلاف سازمان مورد بحث در این پژوهش باید گفت که نتایج به‌دست آمده گویای آن است که در بسیاری از سازمان‌های غیردولتی از تضارب افکار و اختلاف سلیقه‌ها در جهت دست‌یابی به اهداف سازمانی استفاده می‌شود.

### نتیجه‌گیری

نتایجی که از تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه، با استفاده از آمار استنباطی به دست آمده است، به شرح ذیل می‌باشد:

ارزیابی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در سازمان تأمین اجتماعی؛

نتایج به دست آمده از فصل چهارم بیان می‌کند که در این سازمان بر اساس تحلیل‌های انجام شده اثر «فرهنگ سازمانی» نسبت به سایر عوامل بیش‌تر بوده است و براساس اولویت‌بندی رتبه‌های میانگین که با Friedman test انجام شده است، «فرهنگ سازمانی» بالاترین میانگین را دارا می‌باشد. مؤلفه‌های مورد بررسی در «فرهنگ سازمانی»، «میزان احساس تعهد و وفاداری اعضا» و «اخلاق و درستی، اعتماد و باورپذیری» بیش‌ترین تأثیر را داشتند و به ترتیبی که براساس اثرگذاری و شدت اثر وجود دارد بعد از «فرهنگ سازمانی»، «ویژگی‌های شخصیتی مدیران» و در رتبه‌ی سوم «ویژگی‌های شخصیتی کارکنان» و در رتبه‌ی چهارم «تنش و تضاد سازمانی» و در آخر «سبک رهبری» به‌عنوان موانع رفتاری اثرگذار در کارآفرینی سازمانی در بیمه‌گذار دولتی شناخته شده است.

ارزیابی موانع رفتاری کارآفرینی سازمانی در شرکت بیمه پارسیان؛ نتایج به‌دست آمده از فصل چهارم بیان می‌کند که در این سازمان بر اساس تحلیل عاملی انجام شده اثر «ویژگی‌های

میزان کارآفرینی مدیران تنها در زمینه‌ی تشکیل گروه‌های خلاق و نوآور در سازمان و نظام آموزش و خلاقیت سازمانی، تا حدودی کارآفرینانه است اما با شرایط مطلوب فاصله دارد. در موارد زیر روش‌های ایجاد ویژگی‌های کارآفرینانه در مدیران بیان شده است.

- افزایش توان و تحمل مدیران برای ساعت‌ها کار طولانی از طریق افزایش جذابیت‌های کاری و پاداش مبتنی بر موفقیت
- تقویت آینده‌نگری و تمایل به پیشگام بودن
- تقویت مهارت‌های سازمانی در مدیران
- تقویت توفیق‌طلبی و پشتکار از طریق ایجاد سیستم متناسب پاداش منطبق بر نیاز فرد با توجه هم‌زمان به پاداش‌های درونی و بیرونی
- فراهم نمودن زمینه برای ریسک‌پذیری و رفتارهای جسورانه در مدیران
- ایجاد روحیه‌ی فرصت‌جویی و پذیرش تغییر در مدیران و حمایت از آن‌ها با استفاده از سیستم پرداخت منعطف
- پرورش خلاقیت و نوآوری در مدیران از طریق برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های آموزشی ضمن خدمت و تقویت شیوه‌های تفکر خلاق و مشوق کارآفرینی در مدیران
- ایجاد بینش آینده‌نگری و تمایل به پیشگام بودن در مدیران
- تقویت روحیه‌ی کار تیمی و کار در شرایط چالشی در مدیران
- توسعه‌ی مهارت‌های مدیریت بحران در مدیران
- توسعه‌ی مهارت‌های مدیریت منابع انسانی در مدیران
- برگزاری دوره‌های آموزشی با رویکرد مهارتی و بهبود مهارت‌های مناسب سازمانی برای مدیران.

- ارتقای دانش و آگاهی‌های عمومی کارکنان از طریق کلاس‌های جامعه‌پذیری و آموزشی
- احساس تعهد و وفاداری اعضا از طریق سیستم‌های انگیزشی منطبق بر نیاز فرد و سازمان
- محیط کاری طوری تنظیم شود که افراد کار را همانند تفریح بدانند.
- کاری که سازمان انجام می‌دهد باید برای مشتریان پرمعنی و با ارزش باشد.
- به افراد خلاق و مبتکر میدان داده شود.
- توسعه‌ی برنامه‌های رفاهی و بهبود کیفیت زندگی کارکنان
- ایجاد تعامل مناسب بین کارکنان و ارباب رجوع بر مبنای احترام و ارزش‌گذاری متقابل
- بهبود روابط مدیران با کارکنان و کارشناس پروری در سازمان
- توسعه‌ی قابلیت‌های کارکنان بر مبنای خلاقیت و نوآوری
- بخش غیردولتی: از آنجایی که بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش شخصیت مدیران به‌عنوان مهم‌ترین مانع کارآفرینی در سازمان‌های غیر دولتی شناخته شد، به این سازمان‌ها پیشنهاد می‌گردد که مدیران این سازمان‌ها در راستای ایجاد باور مثبت نسبت به شخصیت خودشان، توان ساعات کار طولانی را بالا ببرند و پشتکار و کوشش را پشتوانه‌ی شخصیت مدیریتی خود نمایند.
- مدیران به‌عنوان هماهنگ‌کننده‌ی فعالیت‌های سازمانی، نقشی کلیدی در هدایت مجموعه دارند و زمانی قادر به ایفای نقش خود خواهند بود که از ویژگی‌های برجسته‌ای برخوردار باشند (۱۷). در بررسی دیدگاه مدیران، نتایج نشان داد که

## References

1. Dunkan GT, Gregory G. Proactiveness versus Competitive Aggressiveness: Teasing Apart Key Dimensions of an Entrepreneurial Orientation. Proceeding of the Frontiers of Entrepreneurship Research; Babson; 1997: 47-58.
2. Yadollahi Farsi J, Gholami N, Hamidi M, Kanani A. A Survey on the Entrepreneurship Barriers at Sports Sector. Journal of Entrepreneurship Development 2011; 3(12):105-24. [Article in Persian]
3. Bakhshi GH. A Survey on the Barriers of Organizational Entrepreneurship at University of Mazandaran [Thesis in Persian]. Mazandaran: Mazandaran University; 2003.
4. Rahimi Filabadi K. A Survey on the relationship between Organizational Entrepreneurship and Organizational Structure in Kosar Economic Institute. University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran; 2004 [Thesis in Persian]

5. Haghshenas A, Jamshidian M, Shaemi A, Shahin A, & Yazdanshenas M. An Organizational Entrepreneurship Framework for Iran's Public Sector. *Iran Management Sciences Journal*. 2008; 2(8): 31-73 [Article in Persian]
6. Yadollahi Farsi J, Jannesari A, Zamani M. A Survey on Intra-organizational Entrepreneurship in Public Organizations. *Journal of Entrepreneurship Development* 2008; 1(1): 171-206. [Article in Persian]
7. Dehghan R, Talebi K, Arabioun A. A Survey on Administrative System Performance of Medical Sciences Universities of Tehran based on the Stevenson's Entrepreneurial Management Model. *Journal of Payavard Salamat* 2011; 5(2): 42-50. [Article in Persian]
8. Cornwall JR, Perlman B. *Organizational Entrepreneurship*. New York: Richard D Irwin; 1990: 22-34.
9. Kuratko DF, Hodgetts RM. *Entrepreneurship Approach: a contemporary approach*. New York: Delmer Publisher; 2001: 34-45.
10. Moghimi SM. Organizational Entrepreneurship Drivers in the Public Social and Cultural Organizations in Iran. *Journal of Management Culture* 2004; 2(7): 27-78. [Article in Persian]
11. Zhao F. Exploring the synergy between entrepreneurship and innovation", *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research* 2005; 1(11): 25-41.
12. Frenken K, Cefis E, Stam E. *Industrial Dynamics and Economic Geography: A Survey*. Eindhoven Center for Innovation Studies (ECIS) [Online]. 2011; Available from: <http://cms.tm.tue.nl/Ecis/Files/papers/wp2011/wp1107.pdf>.
13. Borins S. *The Challenge of Innovating in Government*. Arlington, VA: Pricewaterhouse Coopers Endowment for the Business of Government; 2001: 31
14. Reynolds R. Nonprofit Organizations as Entrepreneurs. In: Connors TD. *The Nonprofit Handbook: Management*. 3rd edition. New York: John Wiley and Sons Inc; 2001: 37-40.
15. Ginsburg, A & Guth, W. Guest editorial introduction: corporate entrepreneurship. *Strategic Management Journal*, 1990; 11: 5-15.
16. Parker SK, Collins CQ. Taking Stock: Intergrating and Differentiating Multiple Proactive Behaviors. *Journal of Management* 2010; 36(3): 633-22.
17. Brenner T, Broekel T. Methodological Issues in Measuring Innovation Performance of Spatial Units. *Industry and Innovation* 2010; 18(1): 7-37.

## A Case Study on the Organizational Entrepreneurship Behavioral Barriers at Two Health Insurance Organizations\*

Maryam Rajabi<sup>1</sup>; Reza Dehghan<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Undoubted present age organizations are in-face with evolutions and widespread national, local and international threats. So guaranty and life running and organizational survival are needed solutions that related so much to invention, innovator creation of products or services and modern methods. So present age organizations had special notice to job-making because it plays a basic role in organizational competition situation. Following research will show the job-making behavior barriers in health insurance system and comparative studies in both governmental and private insurances organizations.

**Methods:** This study is a survey that searched in two Parsian Insurance Organization and Social Security Insurance Organization and it's done by quesstionair that has been confirmed by 94% of Cronbach Alpha and justifiability has been confirmed by 96%. The society of this study has 470 persons in governmental part and 466 persons in private part. Data analysis has done by SPSS software and used of binominal analysis, statistical test, Friedman's test and factor analysis. The studied behavior barriers are inclusive of managers' characteristic traits and personal characteristic traits, organizational paradox and tensions, organizational culture and leader method.

**Results:** According to the binominals test, results shown that possibilities of the Social Security Insurance Organization are 79% for organizational culture, 76% for managers' characteristic traits and 75% for personnel characteristic traits with assumption of being similar factors and possibilities of Parsian Insurance Organization are 64% for organizational culture, 68% for managers' characteristic traits and 71% for personnel's characteristic traits with same assumption. According to the gain ranks, organizational culture has highest ranking with rank of 4.48, managers' characteristic traits with rank of 3.99 and personnel's characteristic traits with rank of 3.44 have next rankings in Health Insurance Part of Social Security Insurance Organization And managers' characteristic traits with rank of 4.01 has highest ranking, personnel's characteristic traits with rank of 3.3 and organizational culture with rank of 3.27 have next rankings in Parsian Insurance Organization.

**Conclusion:** Organizational culture, managers' characteristic traits and then personnel's characteristic traits regularity are effective in governmental organizations, managers' characteristic traits, personnel's characteristic traits and organizational culture regularity are effective on behavior barriers in private organizations.

**Keywords:** Entrepreneurship; Organizational Culture; Insurance Carriers

Received: 16 Sep, 2012

Accepted: 1 May, 2013

**Citation:** Rajabi M, Dehghan R. A Case Study on the Organizational Entrepreneurship Behavioral Barriers at Two Health Insurance Organizations. Health Inf Manage 2014; 10(7): 920.

\* This article was an independent research with no financial aid.

1- MA, Public Administration, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran

2- Lecturer, Entrepreneurship Management, Health Management Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: rdehghan@tums.ac.ir

# تقاضا و کسش جغرافیایی خدمات بستری سلامت در استان اصفهان با کمک سیستم اطلاعات جغرافیایی\*

الهام معظم<sup>۱</sup>، فرامرز غلامی<sup>۲</sup>، نفیسه توکل<sup>۳</sup>، رفعت زاهدی فر<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تأمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت در قالب سطح بندی خدمات و نظام ارجاع از اهداف مهم توسعه کشور می باشد. این مطالعه با هدف تعیین الگوی تقاضا و کسش جغرافیایی خدمات بستری در منطقه‌ی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جهت کمک به سیاست گذاری مبتنی بر شاهد جهت نیازسنجی، تخصیص بهینه‌ی منابع بستری و سطح بندی خدمات انجام گرفت.

**روش بررسی:** با انجام یک مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، اطلاعات مربوط به ۲۴۸۴۴ بیمار بستری شده در بیمارستان‌های منطقه‌ی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در شهریور ماه ۱۳۸۷ شامل سن، جنس، علت و بخش بستری، آدرس محل سکونت، نوع ارجاع و پوشش بیمه با کمک چک لیست خودساخته استخراج شد. اطلاعات مورد نظر توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل ابتدایی قرار گرفت. بانک اطلاعاتی داده‌ها به ویرایش ۹/۳ نرم افزار GIS (ArcGIS: Geographic Information System) منتقل شد و با کمک طیفی از قابلیت‌های تصویری GIS نمایش و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** از بیماران مورد مطالعه ۱۱۸۳۲ بیمار (۴۷/۶ درصد) مرد و ۱۲۹۸۴ بیمار (۵۲/۳ درصد) زن بودند. ۵۶/۷ درصد از بیماران زیر ۳۵ سال سن داشتند. به عبارتی تقاضای بستری در خانم‌ها و گروه‌های سنی جوان بیش تر بود. بیش ترین علل بستری را سرفصل بارداری و زایمان در خانم‌ها (۲۹/۵ درصد) و حوادث در آقایان (۲۷/۳ درصد) تشکیل می داد. مردم تقاضای بیش تری برای دریافت خدمات از بخش دولتی داشتند. بیش ترین بار خدمات بستری را دو بیمارستان الزهرا (س) و کاشانی (۲۱ درصد کل مراجعات) بر عهده داشتند. بیماردهی بستری در شهرستان‌های سمیرم، نجف آباد و لنجان از سایر شهرستان‌ها بالاتر بود (به ترتیب ۹/۳، ۷/۶ و ۷/۳ در هزار نفر جمعیت). خدمات بستری مرکز استان برای شهرستان‌ها از کسش جغرافیایی قابل توجهی برخوردار بود. بیماران ساکن در شهرستان‌های مجاور شهر اصفهان مانند برخوار، شاهین شهر، فلاورجان و خمینی شهر گرایش بیش تری برای دریافت خدمت از مرکز استان داشتند.

**نتیجه گیری:** کسش زیاد خدمات بستری در مرکز استان باعث افزایش بار مراکز ارجاعی شهر اصفهان شده است. مدیریت هدف مند این تقاضا به سمت مراکز بلوک، از طریق تقویت این مراکز، فرهنگ سازی در جامعه و استقرار پزشک خانواده امکان پذیر است.

**واژه‌های کلیدی:** کسش تقاضا؛ تقاضا و نیاز خدمات بهداشتی؛ سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی؛ اصفهان

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۱۳

اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۹

**ارجاع:** معظم الهام، غلامی فرامرز، توکل نفیسه، زاهدی فر رفعت. **تقاضا و کسش جغرافیایی خدمات بستری سلامت در استان اصفهان با کمک سیستم اطلاعات جغرافیایی.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۳۰-۹۲۱.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۱۸۵۱۰۹ و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد.

۱- متخصص، پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: el\_moazam@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد، برنامه‌ریزی شهری، دانشکده‌ی جغرافیا، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- کارشناس، آمار، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس ارشد، مدارک پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

یکی از اهداف مهم توسعه در کشور ما تأمین دسترسی عادلانه‌ی آحاد جامعه به خدمات سلامت در قالب سطح‌بندی خدمات و در قالب سطوح ارجاع است. دسترسی به خدمات سلامت تناسب بین عوامل فردی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی با عوامل مرتبط با نظام سلامت است که افراد، خانواده‌ها و جوامع را قادر می‌سازد، خدمات مورد نیاز و ضروری را در زمان مناسب و به صورت مستمر دریافت داشته و از آن راضی باشند (۱). دریافت خدمات سلامت تحت تأثیر دو عامل تقاضای خدمت و منابع موجود قرار می‌گیرد. تفکیک تقاضا برای خدمت از منابع خدمت به راحتی امکان‌پذیر نمی‌باشد. تقاضا ارتباط مستقیمی با ترجیحات بیمار، انتظارات و ذهنیات او از نظام ارایه‌ی خدمات و آرایه دهندگان خدمت دارد. عوامل متعددی بر تقاضای خدمات سلامت تأثیرگذار بوده است. سن، جنس، نوع بیماری فرد، کیفیت درک شده خدمت و تکریم فرد از جمله این عوامل اند (۲-۷). مطالعات متعددی بر این موضوع صحنه گذاشته است که اگر خدمتی پایین داشته باشد، با تقاضای کم‌تری مواجه می‌شود (۷-۴). با وجودی که تقاضا با فاصله‌ی مراکز خدمت ارتباط دارد، ولی هنگامی که بیمار احساس کیفیت بیش‌تری را از یک خدمت در فاصله‌ی بیش‌تر داشته، ترجیح داده است به مرکز دورتر مراجعه کند (۵). تقاضا معمولاً در قالب دو سنجه مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد: میزان هزینه‌کرد برای خدمات سلامت و میزان استفاده از واحدهای ارایه‌ی خدمت در قالب مراجعات (۴).

یکی از ابعاد مهم دسترسی و تقاضای خدمت جنبه‌های مکانی و جغرافیایی آن است (۳-۱). امروزه سیاست‌گذاران نظام سلامت به‌دنبال گسترش خدمات و ارایه‌ی سیاست‌هایی هستند که بتواند نابرابری‌های جغرافیایی در عرصه‌ی سلامت را به حداقل برساند و بنابراین باید از روش‌های مبتنی بر شاهد استفاده کنند (۸). مدل‌های جغرافیایی تقاضا و دسترسی به خدمات سلامت منابع مفید بالقوه‌ای برای دستیابی به اطلاعاتی است که سیاست‌گذاری تخصیص عادلانه‌ی منابع را تسهیل می‌کند (۸).

سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی، نظام‌های رایانه‌ای جهت ثبت، نگهداری، مدیریت، بازیابی، تجزیه و تحلیل و ارایه‌ی اطلاعات

مرتبط با مکان است. این سیستم‌ها با قابلیت‌های خود در ترکیب و تحلیل اطلاعات از منابع مختلف و نمایش تصویری آن‌ها در قالب نقشه در شناخت و بررسی بسیاری از مشکلات مرتبط با مکان در حوزه‌ی سلامت کاربرد دارند (۹). مثال‌هایی از آن‌ها شامل تعریف حوزه‌ی کشش خدمات یک بیمارستان، تأثیر فاصله روی دسترسی به خدمات و الگوی بیماری‌های یک منطقه است. از این سیستم‌ها برای مکان‌یابی بهینه‌ی یک درمانگاه یا یک بیمارستان نیز استفاده شده است (۱۶-۸).

استان اصفهان از جمله استان‌هایی در کشور است که به رغم وفور منابع تخصصی سلامت (۱۷)، با مشکل عدم توزیع نظام‌مند خدمات سلامت مواجه است. قره‌نژاد و مهدی‌نژاد در بررسی جغرافیای پزشکی اصفهان بیان داشتند، عدم رعایت سلسله مراتب خدمات درمان بستری و سیستم ارجاع بیمار در شهرستان‌های استان، جاذبه‌های فراوان، وجود امکانات و تجهیزات پزشکی سطح بالا و متخصصان برتر در شهر اصفهان باعث شده است تا مراجعین از دیگر مناطق استان و استان‌های هم‌جوار به این شهر گسیل یافته و مشکلات عدیده‌ای برای این شهر به وجود آورند (۱۹-۱۸). لاوی و همکاران در تحلیل دسترسی فضایی به خدمات درمان عمومی در منطقه‌ی ده شهرداری اصفهان به این نتیجه رسیدند که ساکنین ناحیه‌ی شرقی این منطقه، نسبت به حوزه‌های غربی، دسترسی ضعیف‌تری به خدمات دارند (۲۰). در مطالعه‌ای که قبلاً توسط نویسنده انجام گرفته است، با تکیه بر نظر کارشناسان و با استفاده از رویکرد تحلیل سلسله مراتبی، الگوی مسیر ارجاع خدمات بستری استان طراحی گردید (۲۱).

این مطالعه با هدف تعیین اختصاصات متقاضیان و بهره‌مندان از خدمات بستری سلامت طراحی شده که در ترکیب با اختصاصات جغرافیایی تقاضا و منابع خدمت می‌تواند به برنامه‌ریزی نیازسنجی خدمات بستری سلامت، تخصیص منابع و سطح‌بندی خدمات در استان اصفهان کمک کند.

## روش بررسی

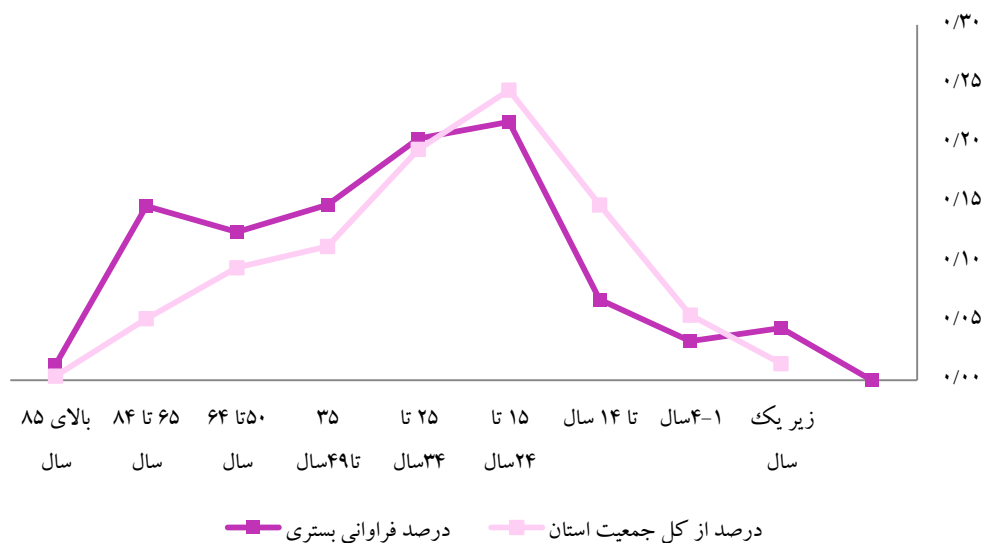
با کمک یک مطالعه‌ی توصیفی، اطلاعات ۲۴۸۴۴ بیمار بستری شده در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نقطه فراهم می‌کند. محل سکونت هر متقاضی خدمت بستری و محل هر مراجعه در نقشه با کمک یک نقطه نمایش داده می‌شود. هنگامی که این نقاط در قالب یک خط به هم متصل می‌شود، نمایی دیداری از جهت و فاصله و شدت فراهم می‌شود. واحد مورد مطالعه در این بررسی شهرستان بوده و اطلاعات در سطح شهرستان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل عمده‌ی اطلاعات توسط آماره‌های توصیفی و نمایش از طریق جدول و نقشه انجام شد.

### یافته‌ها

اطلاعات ۲۴۸۴۴ بیمار در زمان مطالعه جمع آوری شد. از بیماران مورد مطالعه ۱۱۸۳۲ (۴۷/۶ درصد) بیمار مرد و ۱۲۹۸۴ (۵۲/۳ درصد) بیمار زن بودند. میانگین سنی بیماران  $۲/۳ + ۳۶/۶$  بود. توزیع درصد فراوانی بیماران بستری به تفکیک گروه‌های سنی در نمودار ۱ آورده شده است.

در شهریورماه ۱۳۸۷ خورشیدی از پرونده‌ها یا نظام اطلاعاتی بیمارستان جمع‌آوری شد. اطلاعات با کمک چک لیست محقق‌ساخته با سرفصل‌های «سن، جنس، شهرستان محل سکونت بیمار، روش پرداخت هزینه‌ها، بخش بستری بیمار و تشخیص بیماری بر اساس سیستم طبقه‌بندی بیماری‌ها» استخراج شد. فراوانی نسبی مراجعین به تفکیک جنس، گروه‌های سنی، شهرستان، روش پرداخت هزینه‌ها و نوع ارجاع تعیین شد. بیماردهی بستری به عنوان شاخصی از تعداد بیمار بستری به هزار نفر جمعیت در شهرستان‌های مختلف تعیین گردید. بانک اطلاعاتی داده‌ها پس از مرتب‌سازی به نرم‌افزار GIS پیوند شد. طیفی از قابلیت‌های تصویری GIS از نمایش ساده‌ی اطلاعات تا قابلیت‌های تحلیلی آن برای نمایش پراکنش بیماردهی هر شهرستان، الگوی جغرافیایی استفاده از انواع خدمات بستری یک شهرستان و میزان کشش خدمات بستری مرکز استان به‌کار گرفته شد. جهت تعیین کشش خدمات، از الگوی عنکبوتی (Spider diagram) استفاده گردید. این الگو ابزار مناسبی برای نمایش توزیع داده‌ها بین دو



نمودار ۱: توزیع فراوانی ترکیب گروه‌های سنی بیماران بستری در مقایسه با ترکیب سنی جمعیت استان اصفهان / شهریور ۱۳۸۷

شهرستان‌های مختلف طیفی برابر کم‌تر از ۱ تا ۹/۳ در هزار جمعیت داشت که بیش‌ترین آن در شهرستان‌های سمیرم، نجف آباد و لنجان دیده شد (به ترتیب ۹/۳، ۷/۶ و ۷/۳ در هزار نفر

برای ترسیم الگوی بهتری از وضعیت تقاضای خدمات، بیماردهی شهرستان‌های مختلف بر اساس تعداد بیمار بستری به هزار نفر جمعیت محاسبه گردید. بر این اساس بیماردهی جمعیت در

هرچند استخراج کامل اطلاعات بیمارستان‌های خصوصی به علت کارآمد نبودن نظام اطلاعاتی یا عدم همکاری این مراکز میسر نبود ولی با تکیه بر آمار حاضر بیمارستان‌های خصوصی نقش چندانی در جذب بیماران بستری نداشته و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با جذب بیش از ۶۵ درصد بیماران در شهر اصفهان و شهرستان‌های مجاور بیش‌ترین تقاضای بستری را پوشش داده‌اند.

در بین بیمارستان‌های دانشگاهی خارج از مرکز استان، بیمارستان‌های شهرستان نجف آباد بیش‌ترین بار مراجعات را به خود اختصاص داده بودند.

جمعیت). بیماردهی کل استان برابر ۵/۸۵ در هزار جمعیت برآورد شد. بار اصلی مراجعات بستری استان را دو بیمارستان الزهرا (س) و کاشانی به دوش می‌کشند. حدود ۲۱ درصد از بیماران بستری کل استان به این دو بیمارستان مراجعه کرده بودند. بیمارستان شهید صدوقی وابسته به نیروهای مسلح ۷/۴ درصد مراجعات را به خود اختصاص داده و پس از آن بیمارستان‌های وابسته به تأمین اجتماعی قرار داشتند.

۷۷/۴ درصد از بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر اصفهان، ساکن خود این شهر بوده و بقیه از شهرستان‌ها یا استان‌های مجاور به مرکز استان مراجعه نموده بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی تشخیص بیماران بستری استان اصفهان بر اساس جنس / شهریور ۸۷

تشخیص	مرد		زن		کل	
	تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی	تعداد	درصد فراوانی
بیماری‌های عفونی و انگلی	۳۰۱	۲/۵	۲۴۴	۱/۹	۵۴۵	۲/۲
سرطان‌ها	۳۶۹	۳/۱	۳۲۰	۲/۵	۶۸۷	۲/۸
بیماری‌های خون و ایمنی	۱۶۰	۱/۴	۲۶۸	۱,۲	۴۲۸	۱/۷
غدد درون ریز، تغذیه و بیماری‌های متابولیک	۸۰	۰/۷	۱۸۰	۱/۴	۲۶۰	۱
اختلالات رفتاری و روانی	۲۲۴	۱/۹	۹۶	۰/۷	۳۲۰	۱/۳
بیماری‌های سیستم عصبی	۱۷۲	۱/۵	۱۳۶	۱	۳۰۸	۱/۲
بیماری‌های چشم و گوش	۶۰۰	۵/۱	۸۰۰	۶/۲	۱۴۰۰	۵/۶
بیماری‌های دستگاه گردش خون	۱۲۹۲	۱۰/۹	۱۱۱۲	۸/۶	۲۴۰۴	۹/۷
بیماری‌های دستگاه تنفسی	۹۳۲	۷/۹	۷۰۸	۵/۵	۱۶۴۰	۶/۶
بیماری‌های دستگاه گوارش	۱۳۱۲	۱۱/۱	۸۰۴	۶/۲	۲۱۱۶	۸/۵
بیماری‌های پوست و بافت زیر جلدی	۲۳۶	۲	۱۵۶	۱/۲	۳۹۲	۱/۶
بیماری‌های سیستم اسکلتی عضلانی	۲۱۶	۱/۸	۲۶۸	۲/۱	۴۸۴	۲
بیماری‌های سیستم ادراری تناسلی	۶۱۶	۵/۲	۱۰۳۲	۷/۹	۱۶۴۸	۶/۶
بیماری‌های بارداری، زایمان و نازایی	-	-	۳۸۲۸	۲۹/۵	۳۸۶۸	۱۵/۶
شرایط خاص با منشا دوره پری ناتال	۳۸۰	۳/۲	۳۱۶	۲/۴	۶۹۶	۲/۸
ناهنجاری‌های مادرزادی	۱۱۶	۱	۶۴	۰/۵	۱۸۰	۰/۷
اختلالات بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی	۶۹۲	۵/۸	۴۹۲	۳/۸	۱۱۸۴	۴/۸
آسیب‌دیدگی حادثه، مسمومیت	۳۲۳۲	۲۷/۳	۱۰۴۰	۸	۴۲۷۲	۱۷/۲
کدهایی برای مقاصد خاص	۳	-	۰	۰	۴	۰
علل خارجی مرگ و میر	۶۸	۰/۶	۲۰	۰/۲	۸۸	۰/۴
عوامل مؤثر بر سلامت و تماس با آن	۴۴۵	۳/۸	۹۱۲	۷	۱۳۵۶	۵/۵
نامشخص	۳۷۸	۳/۲	۱۸۸	۱/۴	۵۳۶	۲/۲
جمع کل	۱۱۸۳۲	۱۰۰	۱۲۹۸۴	۱۰۰	۲۴۸۱۶	۱۰۰



بالای ۵۰ سال درصد بستری از درصد ترکیب جمعیتی فراتر می‌رود و به عبارتی بیماران در این گروه‌های سنی بیش‌تر بستری شده‌اند. بیش‌ترین علت بستری در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۳۴ سال در زنان به علت بارداری و زایمان و در مردان به علت حوادث و آسیب بوده است. این دو عامل به تنهایی بیش از یک سوم کل بستری‌ها را در هر دو جنس به خود اختصاص می‌دهد. بالاتر بودن بستری در گروه‌های سنی ۱۵ تا ۲۴ و ۲۵ تا ۳۴ سال در بررسی وضعیت بیماری‌های بیماران بستری کشور در سال ۱۳۸۴ خورشیدی که مقطع زمانی یک ساله داشت، نیز مشاهده شد (۲۲).

۵۴/۵ درصد از بیماران بستری در شهرستان اصفهان سکونت دارند. این در حالی است که ۴۷/۷ درصد ساکنین استان به شهرستان اصفهان تعلق دارد. از نظر تعداد بیماران بستری، شهرستان‌های مراکز بلوک شامل نجف آباد، لنجان، خمینی شهر، فلاورجان، شاهین شهر بر سایر شهرستان‌ها پیشی می‌گیرند. این موضوع نشان‌دهنده‌ی اهمیت این شهرستان‌ها در تخصیص منابع بستری است. ولی با در نظر گرفتن جمعیت آن‌ها در قالب شاخص بیماری‌دهی جمعیت، شهرستان‌های سمیرم، نجف آباد، لنجان، اردستان، اصفهان، فریدون شهر و فریدن از متوسط استان، بیماری‌دهی بیش‌تری دارند. پایین بودن بیماری‌دهی در شهرستان‌های گلپایگان، شهرضا و مبارکه احتمالاً بازتابی از عدم همکاری این بیمارستان‌ها و نقص اطلاعاتی می‌باشد. بخش دیگری از این تفاوت می‌تواند ناشی از کشش خدمات بستری استان تهران برای شهرستان‌های شمال یا غرب مانند شهرستان خوانسار، گلپایگان، نایین و نطنز باشد. بالا بودن بیماری‌دهی می‌تواند بیان‌گر استعداد بالقوه‌ی این شهرستان‌ها برای توسعه‌ی خدمات به علت تقاضای بیش‌تر خدمات باشد.

خدمات بستری استان اصفهان همان‌گونه که در نقشه‌ی ۳ نمایش شده است، برای استان‌های مجاور مانند چهارمحال و بختیاری، خوزستان، مرکزی، فارس، کهگیلویه و بویر احمد و لرستان کشش دارد. این کشش در خدمات چشم پزشکی، خون و انکولوژی، حوادث از جمله سوختگی و قلب بارز بوده است. همان‌گونه که از اطلاعات نقشه‌ی ۱ مشخص است، بار اصلی مراجعات بستری استان را دو بیمارستان الزهرا (س) و آیت اله کاشانی به دوش می‌کشند. تقاضا برای دریافت خدمات از

بیش‌ترین ارجاع بین بیمارستانی در بیمارستان الزهرا (س) مشاهده شد، به شکلی که ۵۴/۵ درصد از موارد بستری در این بیمارستان از سایر بیمارستان‌ها ارجاع شده بود. در بین مراکز درمانی شهر اصفهان بیش‌ترین ارجاع از درمانگاه بیمارستانی مربوط به بیمارستان فیض بود. بیماران در زمان مطالعه با تشخیص‌های مختلفی بستری شده بودند. این تشخیص‌ها بر اساس تشخیص نهایی توسط کارشناسان مدارک پزشکی بیمارستان‌ها با الگوی طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها یا ICD10: International Classification Of Disease (Version 10) کدگذاری می‌گردد. اطلاعات طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

همان‌گونه که از اطلاعات جدول ۱ مشخص است بیش‌ترین درصد فراوانی مربوط به گروه آسیب دیدگی، حادثه و مسمومیت و پس از آن مربوط به بستری به دلیل زایمان و بارداری می‌باشد. حوادث و آسیب‌ها شایع‌ترین علت بستری در مردان و زایمان و بارداری علت حدود ۳۰ درصد بستری‌های زنان است. با کمک نرم‌افزار GIS بار مراجعه و کشش جغرافیایی خدمات در بیمارستان‌های استان اصفهان مشخص شد که نتایج در نقشه‌های ۱ تا ۳ خلاصه شده است.

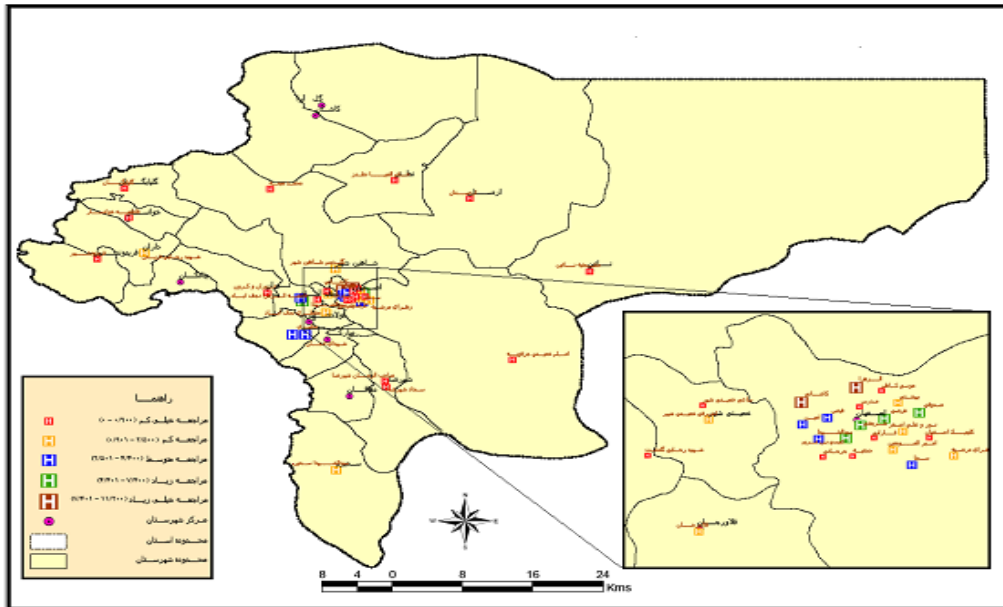
## بحث

این مطالعه با هدف بررسی تقاضا و کشش خدمات بستری استان اصفهان طراحی گردید. تقاضا برای خدمات بستری در خانم‌ها بالاتر بود. در بررسی وضعیت بیماری‌های بیماران بستری کشور در سال ۱۳۸۴ خورشیدی، سهم بستری زنان ۵۸ درصد و مردان ۴۲ درصد گزارش شد (۲۲).

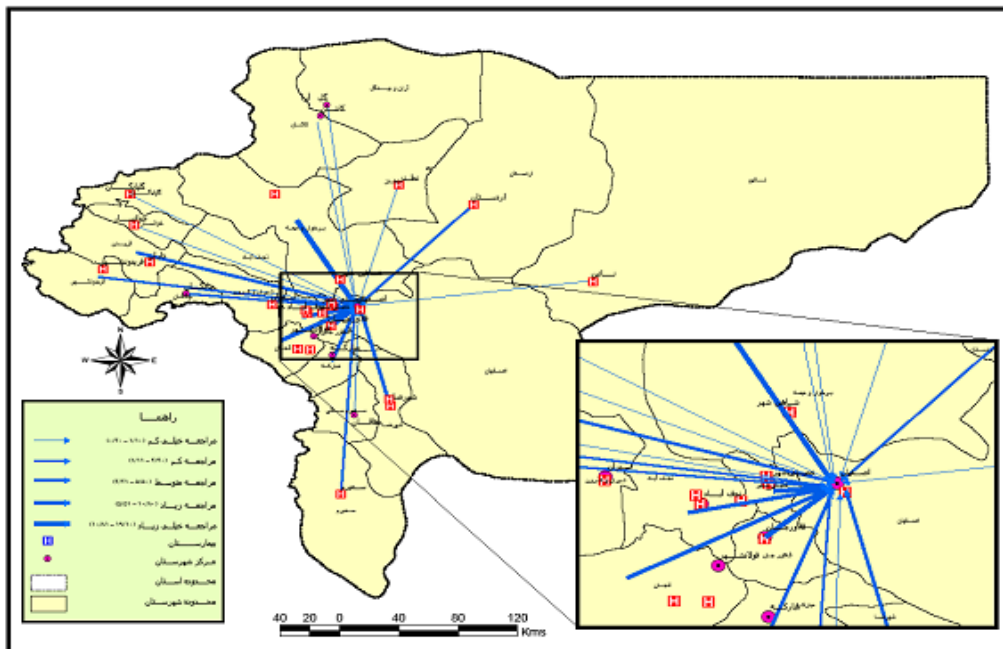
با نگاهی به داده‌های نمودار ۱ در خصوص توزیع و درصد فراوانی بیماران بستری در بیمارستان‌های استان اصفهان به تفکیک گروه‌های سنی می‌توان دریافت که بیماران گروه‌های سنی ۱۵ تا ۲۴ سال و ۲۵ تا ۳۴ سال بیش‌ترین میزان بستری را به خود اختصاص داده‌اند. بررسی ترکیب سنی جمعیت استان در این سال نشان می‌دهد که این گروه‌ها جمعیت بیش‌تری را نیز در بر می‌گیرند. به عبارتی افزایش درصد بستری در ایشان بازتابی از ترکیب گروه‌های سنی در جمعیت استان است. در گروه‌های سنی زیر یک سال و

است. تقویت نظام ارجاع و بیمارستان‌های بلوک می‌تواند بخشی از بار بالایی مراجعات به بیمارستان‌های مرکز ارجاع را کم کند.

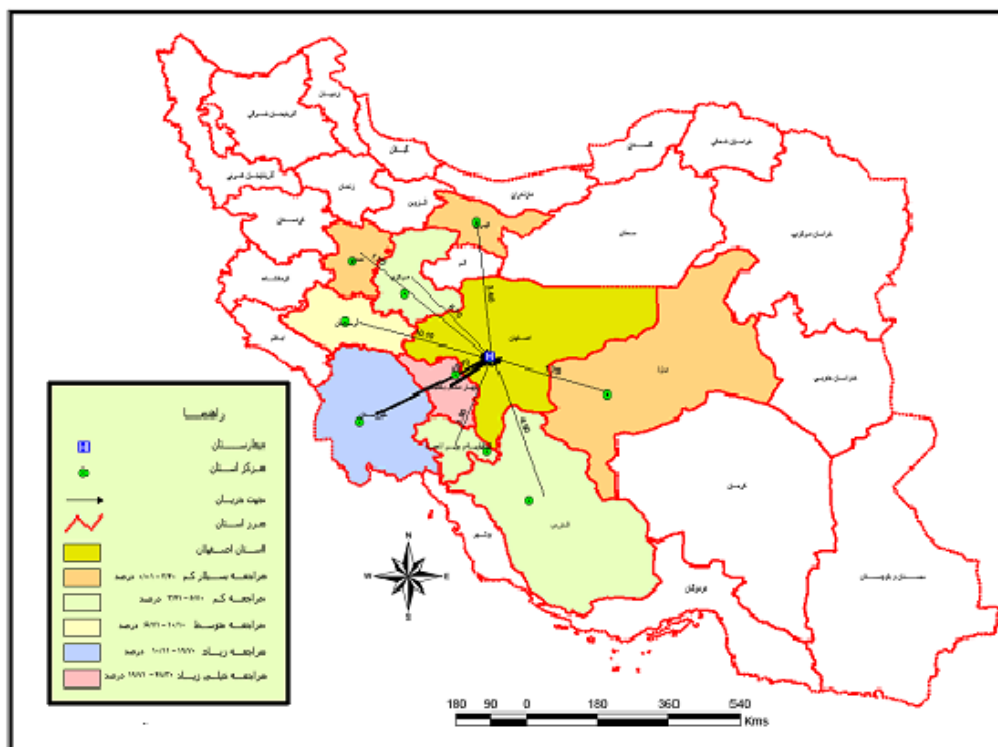
بیمارستان‌های دولتی بیش‌تر است. بخش مهمی از این افزایش تقاضا ناشی از کم بودن تعرفه‌ی خدمات در بیمارستان‌های دولتی



نقشه‌ی ۱: بار مراجعه‌ی بیمارستان‌های استان اصفهان / شهر یور ۸۷



نقشه‌ی ۲: کشش خدمات بستری شهر اصفهان / شهر یور ۸۷



نقشه‌ی ۳: کشش خدمات بستری شهر اصفهان برای سایر استان‌های کشور / شهریور ۸۷

خود اختصاص داده بودند. شهرستان نجف آباد مسیر ارجاع بیمارستان‌های منطقه‌ی غرب استان می‌باشد. با توجه به ضریب اشغال بالای این بیمارستان‌ها و کمبود فضای فیزیکی و از طرف دیگر بیماردهی بالای شهرستان توصیه می‌شود که توسعه‌ی تخت‌های بستری در این شهرستان مد نظر قرار گیرد. همان‌گونه که از نقشه‌ی کشش خدمات بستری مرکز استان مشخص است، خدمات مرکز استان جهت شهرستان‌های برخوار و میمه، لنجان، خمینی شهر و فلاورجان کشش بیش‌تری دارد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه تقاضا برای خدمات بستری سلامت در استان الگوی متوازی ندارد. به نظر می‌رسد این تقاضا مبتنی بر ترجیح و انتخاب بیمار و کادر درمانی می‌باشد. نگاهی به نتایج الگوهای پیش‌بینی شده (۲۱) و الگوهای استفاده‌ی واقعی جامعه از خدمات بستری در مطالعه‌ی حاضر، نشان می‌دهد که این الگوها با هم منطبق نمی‌باشد. به عبارتی جامعه در انتخاب

هر چند استخراج کامل اطلاعات بیمارستان‌های خصوصی به علت کارآمد نبودن نظام اطلاعاتی یا عدم همکاری این مراکز میسر نبود ولی با تکیه بر آمار حاضر بیمارستان‌های خصوصی نقش چندانی در جذب بیماران بستری نداشته‌اند. هزینه‌ی خدمات، یکی از عوامل مهم مؤثر بر تقاضای خدمت می‌باشد (۴). تفاوت چشم‌گیر تعرفه در بخش دولتی و خصوصی یکی از چالش‌هایی است که در نظام آرایه‌ی خدمت کشور به چشم می‌خورد. یکی از دلایل تفاوت تقاضای خدمات بستری در بخش دولتی و خصوصی می‌تواند متأثر از همین تفاوت تعرفه‌ها باشد. یافته‌های مطالعه‌ی عوامل مؤثر بر تقاضای خدمات در منطقه‌ی روستایی چین بیان‌گر این بود که هر چند فاصله‌ی جغرافیایی نقش زیادی در تقاضای برای یک خدمت خاص سلامت دارا بود ولی بیمار در ازای احساس مهارت بیش‌تر کادر درمانی، به فاصله اهمیت کم‌تری می‌داد (۵، ۶).

در بین بیمارستان‌های دانشگاهی خارج از مرکز استان بیمارستان‌های شهرستان نجف آباد بیش‌ترین بار مراجعات را به

خود از الگوهای مدیریت شده‌ی ارجاع استفاده نکرده است. یکی از علل بالابودن بار مراجعات به بیمارستان‌های ارجاعی نیز همین مسأله است. طبیعی است که تقاضا باید به سمت سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت استان هدایت شود. اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده و بالتبع هدایت نظام‌مند مسیرهای ارجاع فرصت مغتنمی را برای هدفمند نمودن الگوهای تقاضای خدمات بستری فراهم می‌آورد. یکی از راهکارهای افزایش تقاضا و استقبال جامعه از مراکز درمانی نزدیک محل سکونت‌شان افزایش کیفیت ارایه‌ی خدمات و توانمندسازی پرسنل درمانی این مراکز است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه تمرکز بر مراجعات مردم جهت تعیین تقاضای خدمات است. با توجه به نقشی که سایر عوامل در بسترسازی تقاضا برای یک خدمت دارد. به نظر می‌رسد که در نظر گرفتن عوامل و شاخص‌های تکمیلی مثل هزینه‌ی خدمات در مطالعات آتی در تخمین صحیح‌تری از تقاضا کمک کننده باشد. محدودیت دیگر مطالعه این بود که امکان تعیین آدرس واقعی بیماران بر اساس این مطالعه امکان‌پذیر نبوده و تنها به گفته‌ی بیمار در خصوص آدرس اکتفا شد. انجام مطالعات تکمیلی مبتنی بر جمعیت می‌تواند شمای بهتری از وضعیت بهره‌مندی از خدمات ایجاد کند.

### پیشنهادها

- با توجه به نقش اثبات شده‌ی کیفیت خدمات در جهت‌دهی تقاضای مردم، توصیه می‌شود، به منظور کاهش کشش اضافی تقاضا به سمت مرکز استان، ارتقای کیفیت خدمات بستری، مدنظر قرار گیرد. توجه به آموزه‌های حاکمیت بالینی

- در مراکز درمانی به دستیابی به این هدف کمک می‌کند.
  - استمرار و جامعیت ارایه‌ی خدمت از جمله مواردی است که در تقاضا برای دریافت خدمت تأثیر زیادی دارد. مراکز درمانی مستقر در شهرستان با سرمایه‌گذاری بر افزایش انگیزه‌ی کادر درمانی به خصوص متخصصین می‌توانند گرایش به دریافت خدمت از شهرستان محل سکونت بیماران را افزایش و از تقاضای اضافی به سمت مرکز استان بکاهند.
  - در زمان مطالعه مراکز بلوک ارجاع بستری، عمدتاً تنها پاسخگوی بیماران شهرستان خود بوده و نتوانسته‌اند در عمل نقش کلیدی خود را در کاهش ارجاعات به سمت مرکز استان اعمال کنند. تقویت مراکز بلوک و سیاست‌گذاری در جهت تخصیص منابع به شکل ویژه بر اساس برنامه‌ی سطح‌بندی خدمات از جمله مواردی است که می‌تواند به کشش بیش‌تر خدمات این مراکز برای شهرستان‌های تابعه بیانجامد.
  - تغییر الگوی تقاضای جامعه‌ی استان جهت خدمات بستری نیازمند فرهنگ‌سازی مناسب است. بخشی از برنامه‌های افزایش تقاضا و دسترسی جامعه به خدمات سلامت باید در جهت اعتمادسازی مردم به مراکز درمانی شهرستان و اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات و منابع موجود در مرکز درمانی اختصاص یابد.
- در الگوسازی مسیر ارجاع خدمات بستری نقش تقاضای القایی را نباید از نظر دور داشت. ارتقای دانش و سواد سلامتی جامعه در کنار ممیزی و نظارت‌های بالینی و گسترش مباحث اخلاق پزشکی می‌تواند در کنترل این تقاضا کمک کند.

### References

1. Gulzar L. Access to Health Care. Journal of Nursing Scholarship 1999; 31(1): 13-9.
2. Khan AA, Bhardwaj SM. Access to health care: a conceptual framework and its relevance to health care planning. Eval Health Prof 1994; 17(1): 60-76.
3. McLaughlin C, Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. Health Serv Res 2002; 37(6): 1441-3.
4. Newhouse J. The demand for medical care services: A retrospect and prospect [Online]. 1981. Available from: URL: <http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/reports/2005/R2691.pdf>.
5. Zhou Z, Su Y, Gao J, Xu L, Zhang Y. New estimates of elasticity of demand for healthcare in rural China. Health Policy 2011; 103(2-3): 255-65.
6. Qian D, Pong RW, Yin A, Nagarajan KV, Meng Q. Determinants of health care demand in poor, rural China: the case of Gansu Province. Health Policy and Planning 2009; 24(5) : 324-34.

7. Sahn D, Younger S, Genicot G. The Demand for Health Care Services in Rural Tanzania. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 2003; 65(2): 241–60.
8. Higgs G. A Literature Review of the Use of GIS-Based Measures of Access to Health Care Services. *Health Services and Outcomes Research Methodology* 2004; 5(2): 119–39.
9. Gatrell A, Senior M. *Health and health care applications*. London: John Wiley; 1999: 1.
10. Comber AJ, Brunson C, Radburn R. A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics* 2011; 10: 44.
11. Christie S, Fone d. Equity of access to tertiary hospitals in Wales: a travel time analysis. *J Public Health Med* 2003; 25(4): 344–50.
12. Higgs G. The role of GIS for health utilization studies: literature review. *Health Serv Outcomes Res Method* 2009; 9(2): 84–99.
13. Yang DH, Goerge R, Mullner R. Comparing GIS-Based Methods of Measuring Spatial Accessibility to Health Services. *J Med Sys* 2006; 30(1): 23–32.
14. Zwarenstein M, Krige D, Wolff B. The use of a geographical information system for hospital catchments area research in Natal/ KwaZulu. *S AFR Med J* 1991; 80(10): 497-500.
15. Bixby LR. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science and Medicine* 2004; 58(7): 1271–84.
16. Hawthorne TL, Kwan MO. Using GIS and perceived distance to understand the unequal geographies of healthcare in lower-income urban neighbourhoods. *The Geographical Journal* 2012; 178(1): 18–30.
17. Haghdoost AA, Kamyabi A, Ashrafi asgarabad A, Sadeghi Rad B, Shafieian H. geographic distribution of medical staff in Iran and provincial inequalities. *Islamic Republic Of Iran Medicalcouncil Journal* 2010; 28(4): 411-9. [Article in Persian]
18. Gharenejad H. Medical center geographical distribution in Isfahan city. *Geographic Research Journal* 1996; (44): 15-22. [Article in Persian]
19. Mehdinejad M. *Isfahan Medical Geography [MSc Thesis in Persian]*. Isfahan: Isfahan University, Geography Unit; 2008.
20. Lavi M, Mamdohi AR. A Descriptive Model for Spatial Accessibility to Health Care Services Employing Two Step Floating Catchment Area (2SFCA) Method: The case of Region 10 of Esfahan Municipality. *Human Geographic Research* 2013; 44(4): 79-92. [Article in Persian]
21. Moazam E. *Referral pattern in Esfahan province: using Analytical Hierarchy Process with Geographic Information Systems (GIS/AHP) [Report in Persian]*. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2010. [In Persian]
22. Ministry Of Health and Medical Education, Information and Communication Centre. *Inpatients disease patterns in Iran*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008. [Book in Persian]

## Inpatient Health Care Demand and Geographic Elasticity in Isfahan Province Using Geographic Information Systems\*

Elham Moazam<sup>1</sup>; Faramarz Gholami<sup>2</sup>; Nafiseh Tavakol<sup>3</sup>; Rafeaat Zahedi Far<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Providing equitable access to health care which matches health care stratification program and in the context of referral system is one of the most important health development objectives in our country. Determining the pattern in the demand and geographic elasticity for inpatient care can help to design and implement evidence based strategy for need assessment and resource allocation and stratification of health care. This study was designed for this purpose.

**Methods:** In this cross - sectional study, information about 24844 patients who admitted in hospitals in Isfahan in September 2008, including age, sex, cause and ward of hospitalization, residence address, type of referral and insurance coverage was extracted by means of self designed checklist. Data was analyzed using SPSS software primarily. Using visual and analytical capabilities of the GIS ARC/GIS (ver 9.3) the data were illustrated in the forms of maps.

**Results:** In the study period, 11832 (47.6 percent) male and 12984 (52.3%) female were hospitalized. About 56 percent of patients were under 35 years old. In the other word there was more demand in females and young age groups for inpatient care. Most causes of hospitalization were pregnancy and childbirth complications in women (29.5%), and injuries and accidents (27.3%) in men. People had more demand for services from the public sector. Semirom, Najaf Abad and Lenjan had the higher per capita hospitalized patient (3/9, 6/7 and 3/7 patient per 1000 population respectively). The center of the province had a remarkable geographical elasticity for substantial provinces especially for nearby city of Isfahan.

**Conclusion:** High elasticity of inpatient services in the provincial capital city lead to increasing the load of patients in referral centers. Targeted management of this demand to the referral block cities, by strengthening them, altering the community culture and implementing the family physicians programs is possible.

**Keywords:** Demand Elasticity; Health Services Needs and Demand; Geographic Information Systems; Isfahan

Received: 2 Jun, 2012

Accepted: 31 Aug, 2013

**Citation:** Moazam E, Gholami F, Tavakol N, Zahedi Far R. **Inpatient Health Care Demand and Geographic Elasticity in Isfahan Province Using Geographic Information Systems.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 930.

\* This article is derived from a research project (No. 185109), Supported by Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Specialist, Community Medicine, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University Of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Correspondig Author) Email: el\_moazam@yahoo.com

2- MSc, Urban Management, Geographic Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran

3- BSc, Statistics, Vice Chancellery of Treatment, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc, Medical Records, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# ساختار و قابلیت بهره‌مندی از مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان\*

محمداسماعیل مطلق<sup>۱</sup>، سیدداود نصرالله‌پور شیروانی<sup>۲</sup>، محمدرضا ملکی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران ابزار مؤثری است که در راستای استقرار مدیریت جامع کیفیت و کسب رضایت ذی‌نفعان برای ارزیابی، بهبود و توسعه‌ی عملکرد سازمانی در سطح ملی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مطالعه دیدگاه مدیران و کارشناسان سلامت ایران در خصوص ساختار و قابلیت به کارگیری مدل جایزه‌ی ملی و تعیین ارتباط آن با متغیرهای فردی و سازمانی مورد شناسایی قرار گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع مقطعی و مداخله‌ای بوده که در سال ۹۰-۱۳۸۹ هجری شمسی انجام گرفت. از ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳ دانشگاه با حجم نمونه‌ی آسان انتخاب شدند. در هر ۱۳ دانشگاه منتخب یک کارگاه ۲ روزه آموزشی برگزار و دیدگاه مدیران و کارشناسان بعد از آشنایی با اصول، معیارها و زیرمعیارها و وزن‌دهی آن‌ها، نسبت به رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار با استفاده از پرسش‌نامه که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت، بررسی و با آزمون‌های آماری در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۲۸۵ نفر نظرسنجی شده ۱۶۱ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات، بیش‌تر افراد (۶۰/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند. سمت شغلی ۱۰۹ نفر (۳۸/۲ درصد) مدیر و مابقی کارشناس بوده است. میانگین و انحراف معیار سابقه‌ی خدمت ۶/۵ ± ۱۶/۸ سال بوده است. حدود ۹۰ درصد افراد مورد مطالعه اصول و ارزش‌های مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران را در سطح خیلی زیاد و زیاد سازگار با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت اعلام نمودند. سطح منطقی بودن امتیازدهی به معیارهای مدل با میانگین و انحراف معیار ۴/۱ ± ۰/۸ (از ۵ نمره‌ی کل) در تطابق با نظام سلامت ایران قضاوت شده است. کارت امتیازدهی رادار (Results – Approach – RADAR) Deployment – Assessment – Refine) با میانگین و انحراف معیار ۳/۷ ± ۰/۸ (از ۵ نمره‌ی کل) ابزار مؤثری برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران و شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود اعلام شده است. دیدگاه مدیران و کارشناسان در هیچ‌کدام از موارد با متغیرهای فردی و تیپ‌بندی دانشگاه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار نداشت (Pvalue > ۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران ابزار مناسبی برای بهبود و ارتقای سازمان‌های نظام سلامت ایران می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** بهره‌وری؛ نظام‌های مراقبت سلامت؛ مدل تعالی سازمانی

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۹۴۰ در دانشگاه علوم پزشکی تهران و

با حمایت معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

۱- استاد، اطفال، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: dnshirvani@gmail.com

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱ اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۲۰

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۱

**ارجاع:** مطلق محمداسماعیل، نصرالله‌پور شیروانی سیدداود، ملکی محمدرضا. ساختار و قابلیت بهره‌مندی از مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران در نظام سلامت: دیدگاه مدیران و کارشناسان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۳۱-۹۴۰

## مقدمه

در جامعه کنونی، همه‌ی سازمان‌ها برای بقا و رشد ناچار به تغییر بوده و به موازات تغییرات جهانی باید برای تغییر اساسی در فرهنگ، استراتژی، آموزش، خلاقیت و نوآوری و مهندسی مجدد اقدام نمایند (۱). مدیریت کیفیت جامع که برای ایجاد آمادگی سازمان‌ها جهت پاسخ بهینه به نیازهای جدید در نیمه‌ی دوم قرن بیستم شکل گرفت، تطابق اهداف استراتژیک سازمان را با کیفیت، رضایت‌مندی مشتریان، مشارکت کارکنان، تعهد مدیریت ارشد و ثبات هدف الزامی نموده است (۲-۴). متعاقب سازمان‌های صنعتی، سازمان‌های نظام سلامت هم در راستای تغییرات پیش آمده در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، بهره‌مندی از مدیریت جامع کیفیت را مورد توجه قرار دادند (۵). مطالعات نشان می‌دهند که اکثر سازمان‌های نظام سلامت با اجرای مدیریت جامع کیفیت در ایجاد تغییرات اساسی و بهبود و توسعه‌ی عملکرد موفق بوده‌اند (۶-۷). مدل‌های متعدد و متنوعی طراحی شدند که میزان موفقیت در تغییرات اساسی و بهبود و توسعه‌ی عملکرد را در راستای استقرار مدیریت جامع کیفیت در ابعاد مختلف مورد ارزیابی قرار دهند (۸-۹). گروهی از این مدل‌ها تحت عنوان مدل‌های تعالی سازمانی، جوایز کیفیت یا برتری‌جویی که در سطح ملی و جهانی ارایه شدند، سازمان‌ها را برای رسیدن به کمال مطلوب تشویق و هدایت می‌نمایند (۱۱-۱۰). جایزه‌ی Deming اولین مدل تعالی شناخته شده‌ی جهانی می‌باشد که در سال ۱۹۵۱ میلادی توسط انجمن دانشمندان و مهندسان ژاپنی طراحی شده است (۱۲). به دنبال آن جایزه‌ی کیفیت کانادا (۱۳) در سال ۱۹۸۴ میلادی، جایزه‌ی ملی کیفیت Malcom Baldrige آمریکا (۱۴) در سال ۱۹۸۷ میلادی، جایزه‌ی کیفیت استرالیا (۱۵) در سال ۱۹۸۸ میلادی و جایزه‌ی بنیاد مدیریت کیفیت اروپا یا EFQM (European Foundation for Quality Management) (۱۶) در سال ۱۹۹۱ میلادی ارایه گردید. در ایران ۲ مدل تعالی سازمانی شامل جایزه‌ی ملی کیفیت ایران (۱۷) در سال ۱۳۸۱ خورشیدی و جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران (۱۸) که با استقبال وسیع‌تری مواجه شده در سال ۱۳۸۲ خورشیدی طراحی و در سطح ملی مورد استفاده قرار گرفت.

مطالعات نشان می‌دهد تا به حال بیش از ۱۰۰ مدل تعالی سازمانی تحت عنوان‌های مختلف، جایزه‌ی کیفیت معرفی شدند و بیش از ۸۰ کشور این مدل‌ها را جهت ارزیابی عملکرد سازمان‌هایشان به کار گرفته‌اند (۲۰-۱۹). در بین مدل‌های متنوع تعالی سازمانی گرچه تشابهاتی زیادی وجود دارد، ولی هر کدام از یک تا چند مورد با دیگر مدل‌ها تفاوت دارند که دلایل عمده‌ی این تفاوت‌ها به خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ ملی نسبت داده می‌شود (۲۱). اما با بررسی بیش‌تر می‌توان نتیجه گرفت که بعضی از تفاوت‌های موجود بین مدل‌ها، ناشی از دیدگاه‌ها و نگرش‌های صاحب‌نظران و طراحان مدل بوده است. به‌طور مثال همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، مدل‌های تعالی سازمانی طراحی شده در کشورهای انگلوساکسن از قبیل آمریکا، کانادا، انگلیس و استرالیا با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی مشترک، تفاوت‌های بارزی در معیارها و امتیازدهی آن‌ها وجود دارد. تفاوت بین معیارها و امتیازدهی در دو جایزه‌ی ملی کیفیت طاووس طلایی (۲۲) و جایزه‌ی کیفیت Rajiv Gandhi هندوستان (۲۳) تفاوت بین جایزه‌ی Deming ژاپن (۱۲) با جایزه‌ی کیفیت ژاپن (۲۴)، تفاوت بین جایزه‌ی ملی کیفیت ایران (۱۷) با جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران (۱۸)، مثال‌های دیگری از تأثیر دیدگاه‌ها و نظرات صاحب‌نظران و طراحان مدل در یک قلمرو ملی با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی واحد می‌باشد. بنابراین مقبولیت هر کدام از مدل‌های تعالی سازمانی خارج از خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ ملی می‌تواند به تمایلات و دیدگاه‌های مدیران و کارشناسان یک سازمان هم وابسته باشد (۲۵).

Moeller و همکاران در کشور آلمان و Jackson در انگلستان با به‌کارگیری مدل تعالی سازمانی در بخش بهداشت و درمان، اثربخشی این مدل را در کاهش هزینه‌ها و افزایش سطح عملکرد تشریح نمودند (۲۶). Ennis و Harrington در تحقیق خود در سازمان‌های بخش بهداشت و درمان ایرلند، راه فایق آمدن بر خواسته‌ها و انتظارات مشتریان این بخش و افزایش کارایی و اثربخشی عملکرد آنان را در به‌کارگیری مدل تعالی سازمانی معرفی می‌کنند (۲۷-۲۸). در مطالعه‌ی قمری و همکاران، سجادی و همکاران، فاتح‌پناه و همکاران که عملکرد تعدادی از بیمارستان‌های ایران با مدل تعالی سازمانی ارزیابی شده است، کارآمدی این مدل



جهت شناخت نقاط قوت و زمینه‌های نیاز به بهبود و افزایش سطح عملکرد سازمانی مورد تأیید قرار گرفت (۳۱-۲۹).

سوابق ۸ سال (۸۹-۱۳۸۲ خورشیدی) اعطای جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی در ایران نشان می‌دهد که از بین ۵۶۱ سازمان برنده‌ی یکی از سطوح جایزه، سهم سازمان‌های بخش سلامت تنها ۲۲ مورد یا ۳/۹ درصد بوده است که عمدتاً بیمارستان‌ها را شامل می‌شود (۳۲). چرا سازمان‌های بخش سلامت ایران نسبت به سازمان‌های بخش صنعتی و خدماتی کمتر از مدل تعالی سازمانی استقبال نمودند؟ آیا مدیران و کارشناسان از ساختار و کارکردهای مدل تعالی ناآشنا هستند؟ آیا ساختار و کارکردهای جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران که اقتباس شده از مدل تعالی سازمانی EFQM

می‌باشد، با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام سلامت ایران در تطابق و سازگاری نمی‌باشد؟ و یا مدیران و کارشناسان آن تمایل و گرایش مثبتی به آن ندارند؟ در مطالعه‌ای که به منظور تعیین میزان آشنایی مدیران و کارشناسان ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی با مدل‌های تعالی انجام گرفت، نشان می‌دهد که تنها یک درصد با مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران آن هم در سطح ضعیف آشنا بودند (۳۳). بنابراین این مطالعه به منظور اجرای طرح مداخله‌ی آموزشی و بررسی دیدگاه مدیران و کارشناسان حوزه سلامت ایران در خصوص ساختار و قابلیت به‌کارگیری مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران و تعیین ارتباط آن با متغیرهای فردی و سازمانی انجام گرفت.

جدول ۱: تفاوت معیارها و وزندهی جوایز ملی کیفیت در کشورهای با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگ مشترک

معیارها و وزندهی جوایز ملی کیفیت هندوستان		معیارها و وزندهی جوایز ملی کیفیت ژاپن		معیارها و وزندهی جوایز ملی کیفیت در کشورهای انگلوساکسن			
جایزه‌ی کیفیت ژاپن	جایزه‌ی دمینگ	جایزه‌ی راجیو گاندی	جایزه‌ی طاووس طلایی	انگلستان	استرالیا	مالکوم بالدريج امريکا	کانادا
رهبری (۱۲۰)	خطمشی‌های مدیریت و توسعه‌ی آن (۱۰۰)	رهبری (۱۰۰)	رهبری (۱۲۰)	رهبری (۱۰۰)	رهبری (۱۸۰)	رهبری (۱۲۰)	رهبری (۱۰۰)
مسئولیت اجتماعی مدیریت (۵۰)	توسعه‌ی محصول جدید، نوآوری فرایند کار (۲۰)	اهداف و استراتژی (۱۰۰)	برنامه‌ریزی استراتژیک (۸۰)	استراتژی (۱۰۰)	استراتژی و برنامه‌ریزی (۱۰۰)	برنامه‌ریزی استراتژیک (۸۵)	برنامه‌ریزی (۱۰۰)
درک متقابل بازار و مشتریان (۱۱۰)	حفظ و ارتقا (۲۰)	مدیریت منابع انسانی (۵۰)	مدیریت منابع انسانی (۱۰۰)	کارکنان (۱۰۰)	اطلاعات و دانش (۱۰۰)	تمرکز بر مشتری (۸۵)	تمرکز بر مشتری (۱۷۰)
برنامه‌ریزی و توسعه‌ی استراتژی (۶۰)	مدیریت سیستم (۱۰)	منابع (۱۰۰)	مدیریت فرایندها (۱۲۰)	شرکا و منابع (۱۰۰)	کارکنان (۱۶۰)	اندازه‌گیری، تحلیل و مدیریت دانش (۹۰)	مدیریت فرایندها (۱۷۰)
تحلیل اطلاعات و توانایی فردی و بهره‌برداری از تکنولوژی اطلاعات (۱۰۰)	توانایی فردی و بهره‌برداری از تکنولوژی اطلاعات (۱۵)	فرایندها (۱۰۰)	رضایت کارکنان (۱۰۰)	فرایندها، محصولات و خدمات (۱۰۰)	تمرکز بر مشتری و بازار (۱۵۰)	تمرکز بر منابع انسانی (۸۵)	تمرکز بر شرکا و عرضه‌کنندگان (۵۰)
ایجاد فرایندهای ارزشمند (۱۰۰)	توسعه‌ی منابع انسانی (۱۵)	تمرکز بر نتایج مشتریان (۱۵۰)	رضایت مشتریان (۱۵۰)	نتایج مشتری (۱۵۰)	مدیریت، ارتقا و نوآوری فرایندها (۱۶۰)	مدیریت فرایندها (۸۵)	عملکرد کلی تجاری (۲۴۰)
مدیریت اطلاعات (۶۰)	فعالیت‌های ویژه (۱۰۰)	رضایت کارکنان (۱۰۰)	پیامدهای اجتماعی (۱۰۰)	نتایج کارکنان (۱۰۰)	موفقیت و قابلیت تداوم بخشیدن (۱۵۰)	نتایج تجاری (۴۵۰)	تمرکز بر کارکنان (۱۷۰)
نتایج فعالیت (۴۰۰)	نقش مدیریت ارشد (۱۰۰)	پیامدهای محیطی و جامعه (۱۰۰)	نتایج کسب و کار (۱۵۰)	نتایج جامعه (۱۰۰)			
		نتایج کسب و کار (۱۵۰)	مدیریت اطلاعات (۸۰)	نتایج کلیدی (۱۵۰)			

## روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی و مداخله‌ای بوده که در محدوده زمانی ۹۰-۱۳۸۹ خورشیدی به مدت یک سال انجام گرفت. از ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳ دانشگاه با حجم نمونه‌ی آسان و با در نظر گرفتن تیپ‌بندی (۳۴) به‌صورت طبقه‌ای و تصادفی منظم شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، کرمان و گیلان از تیپ یک، دانشگاه‌های علوم پزشکی سمنان، مازندران، هرمزگان، همدان، یزد از تیپ دو و دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ایلام، خراسان جنوبی، رفسنجان، قم و گناباد از تیپ سه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. برای مداخله مراحل زیر اجرا گردید:

مرحله‌ی اول: محاسبه‌ی هزینه‌ی مداخله، مذاکره با مسؤولین مرتبط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اخذ موافقت و تأمین منابع مالی مورد نیاز جهت برگزاری کارگاه کشوری و انتخاب دانشگاه میزبان.

مرحله‌ی دوم: یک کارگاه ۳ روزه‌ی کشوری با شرکت ۳ نفر از مدیران هر ۱۳ دانشگاه که حداقل ۵ سال سابقه‌ی کار، سابقه‌ی شرکت در کارگاه برنامه‌ریزی عملیاتی و استراتژیک و مدیریت جامع کیفیت و سابقه‌ی مشارکت در تدوین برنامه‌ی عملیاتی و ارزیابی عملکرد داشتند، برگزار گردید. در کارگاه ۳ روزه‌ی کشوری مدیران با مفاهیم بنیادین، بخش‌ها، معیارها و زیرمعیارها و وزن‌دهی آن‌ها، رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار مدل آشنا شدند و موافقت نمودند که با مساعدت در برگزاری کارگاه دانشگاهی، مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران را به همه مدیران و کارشناسان ستادی آموزش دهند.

مرحله‌ی سوم: برگزاری کارگاه ۳ روزه‌ی دانشگاهی در هر کدام از ۱۳ دانشگاه منتخب که کلیه‌ی مدیران و کارشناسان ستادی هر دانشگاه به صورت سرشماری برای شرکت در کارگاه دعوت شدند. در روز اول و دوم مفاهیم بنیادین، بخش‌های توانمندسازها و نتایج، معیارها و زیرمعیار و امتیازات آن‌ها، رویکردهای خودارزیابی و منطق رادار مدل آموزش داده شد. در انتهای روز سوم مدیران و کارشناسان بعد از آشنایی با مدل و شرکت در کار گروهی و بحث و تبادل نظر، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته را به صورت فردی تکمیل نمودند.

پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده از ۲ قسمت شامل ۱- متغیرهای فردی با چهار سوال جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت شغلی (مدیر/ کارشناس) و سوالات اختصاصی با ۱۲ سوال بسته با مقیاس کافمن (بلی/ خیر) و لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) و ۴ سوال باز در خصوص ساختار و توانمندی مدل بوده که روایی آن به روش صوری و کسب نظر خبرگان و پایایی آن با آزمون کرونباخ ۹۳ درصد تأیید گردیده، تشکیل شده بود.

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار Excel شده و با آزمون Spearman و Kendal's برای تعیین همبستگی بین متغیرهای رتبه‌ای، با آزمون‌های Kruskal Wallis و Mann-Whitney برای مقایسه‌ی میانگین‌ها و آزمون Chi-Square برای متغیرهای کیفی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ در سطح معنی‌داری  $P < 0.05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

از بین ۳۲۷ نفر شرکت‌کننده در ۱۳ کارگاه دانشگاهی، ۲۸۵ نفر در ۳ روز کارگاه به طور کامل حضور فعال داشتند و با شرکت در بحث و تبادل نظر گروهی، پرسش‌نامه‌ی نظرسنجی را به طور دقیق و کامل تکمیل نمودند. از ۲۸۵ نفر نظرسنجی شده ۱۶۱ نفر (۵۶/۵ درصد) مرد و ۱۲۴ نفر (۴۲/۵ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات، ۱۷۲ نفر (۶۰/۴ درصد) لیسانس، ۴۶ نفر (۱۶/۱ درصد) فوق لیسانس، ۶۴ نفر (۲۲/۵ درصد) دکتری حرفه‌ای و ۳ نفر (۱/۱ درصد) دکتری تخصصی داشتند.

سمت شغلی ۱۰۹ نفر (۳۸/۲ درصد) مدیر و ۱۷۶ نفر (۶۱/۸ درصد) کارشناس بوده است. سابقه‌ی خدمت ۶۵ نفر (۲۲/۹ درصد) کم‌تر از ۱۰ سال، ۱۴۶ نفر (۵۱/۴ درصد) ۱۰ تا ۲۰ سال و برای ۷۳ نفر (۲۵/۷ درصد) ۲۱ تا ۳۰ سال، با میانگین انحراف معیار سابقه‌ی خدمت  $۱۶/۸ \pm ۶/۵$  سال بوده است.

در خصوص سطح مطابقت و سازگاری اصول و ارزش‌های مدل با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت ایران پاسخ‌های داده شده از ۹۲ درصد تطابق و سازگاری در مورد رهبری با دوراندیشی، الهام‌بخشی و درستی تا ۸۲ درصد در مورد ایجاد شراکت‌ها متفاوت بوده است. جدول

۲ سطح مطابقت و سازگاری هر کدام از ۸ مفاهیم بنیادین را از دیدگاه مدیران نشان می‌دهد.

جدول ۲: سطح مطابقت و سازگاری اصول و ارزش‌های مدل جایزه‌ی ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی سازمان‌های نظام مراقبت سلامت ایران از دیدگاه مدیران و کارشناسان آموزش دیده

ردیف	ارزش‌ها و مفاهیم بنیادین	سطح مطابقت و سازگاری مفاهیم بنیادین								
		خیلی زیاد		زیاد		متوسط				
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
۱	دستیابی به نتایج متوازن	۱۰۷	۳۵/۵	۱۴۶	۵۲/۲	۲۸	۹/۸	۴	۱/۴	۴/۳±۰/۷
۲	ارزش‌افزایی برای مشتریان	۱۱۹	۴۱/۸	۱۳۱	۴۶	۲۴	۸/۴	۱۱	۳/۹	۴/۳±۰/۸
۳	رهبری با دوراندیشی، الهام‌بخشی و درستی	۱۷۳	۶۰/۷	۸۹	۳۱/۲	۲۰	۷	۳	۱/۱	۴/۵±۰/۷
۴	مدیریت به وسیله‌ی فرایندها	۱۳۸	۴۸/۴	۱۱۳	۳۹/۶	۲۹	۱۰/۲	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷
۵	موفقیت از طریق کارکنان	۱۷۷	۶۲/۱	۷۷	۲۷	۲۵	۸/۸	۶	۲/۲	۴/۵±۰/۸
۶	پرورش خلاقیت و نوآوری	۱۵۰	۵۲/۶	۱۰۷	۳۷/۵	۲۳	۸/۱	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷
۷	ایجاد شراکت‌ها	۱۰۳	۳۶/۱	۱۳۲	۴۶/۳	۴۲	۱۴/۷	۸	۲/۸	۴/۲±۰/۸
۸	مسئولیت‌پذیری برای آینده‌ای پایدار	۱۴۲	۴۹/۸	۱۰۸	۳۷/۹	۳۰	۱۰/۵	۵	۱/۸	۴/۳±۰/۷

در خصوص منطقی بودن امتیازدهی به معیارهای مدل در تطابق با نظام سلامت ایران، ۹۱ نفر (۳۲ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۳۵ نفر (۴۷ درصد) زیاد، ۴۶ نفر (۱۶ درصد) متوسط و ۱۳ نفر (۵ درصد) مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار ۴/۱±۰/۸ (از کل ۵ نمره) موافق بودند. بالاترین سطح قضاوت منطقی بودن امتیازدهی مربوط به نتایج کلیدی عملکرد با میانگین و انحراف معیار ۴/۲±۰/۸ و پایین‌ترین سطح مربوط به رهبری با میانگین و انحراف معیار ۳/۸±۰/۹ بوده و ۵۹ نفر (۲۱ درصد) اعلام نمودند که امتیاز رهبری باید بیش‌تر از ۱۰۰ امتیاز باشد. با تأثیرگذاری نمرات پیشنهادی تعداد پاسخ‌دهندگان مذکور، میانگین امتیاز پیشنهادی به معیار رهبری به ۲۱/۴±۱۰/۷ رسید. بین جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت سازمانی و اعلام سطح تطابق امتیازدهی و سازگاری آن با ساختار و کارکرد سازمان‌های نظام سلامت ایران رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت (Pvalue > ۰/۰۵).

بین وزن‌های داده شده توسط مدیران و کارشناسان آموزش دیده و تحصیلات آن‌ها با آزمون Kendall's فقط در معیار رهبری به ازای بالا رفتن سطح تحصیلات همبستگی مثبت ضعیف وجود داشت (Pvalue = ۰/۰۲۰، r = ۰/۱۳۸).

بین جنس، سطح تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و سمت سازمانی و اعلام سطح مطابقت و سازگاری در هیچ‌کدام از مفاهیم بنیادین رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت (Pvalue > ۰/۰۵).

در خصوص نیاز به اضافه کردن ارزش دیگری علاوه بر ۸ ارزش بنیادین مدل برای نظام سلامت ایران، توجه به ارزش‌های انسانی، تقویت ارزش‌های دینی و اعتقادی جامعه، شایسته‌سالاری، عدالت محوری، نقد‌پذیری، اخلاق محوری و مواردی دیگری در حد معدود ذکر گردید.

در خصوص منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای مدل به ۲ بخش توانمندسازها و نتایج، ۳۲ نفر (۱۱/۲ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۹۶ نفر (۶۸/۸ درصد) زیاد، ۴۷ نفر (۱۶/۵ درصد) متوسط و ۱۰ نفر مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار ۳/۹±۰/۶ (از کل ۵ نمره) موافق بودند.

با آزمون Chi-square بین جنس، سمت، سطح تحصیلات مدیران و کارشناسان و اعلام سطح منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای اصلی مدل به ترتیب (Pvalue = ۰/۱۳۲)، (Pvalue = ۰/۴۳۶) و (Pvalue = ۰/۴۵۲) ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. با آزمون Kendall's بین سابقه‌ی کار مدیران و کارشناسان و اعلام سطح منطقی بودن بخش‌بندی معیارهای اصلی مدل ارتباط معنی‌دار وجود نداشت (Pvalue = ۰/۳۰۱، r = ۰/۱۲۳).

درون ارزش رهبری با دوراندیشی، الهام بخشی و درستی مدل جایزه ملی و شایسته سالاری هم در ارزش موفقیت از طریق کارکنان لحاظ شده است.

یکی از تفاوت‌های مدل جایزه ملی با خیلی از مدل‌های تعالی سازمانی، بخش‌بندی شدن معیارها به ۲ بخش توانمندسازها و نتایج هر کدام با ۵۰۰ امتیاز می‌باشد که جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران آن را از مدل EFQM اقتباس نموده است (۱۸). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت مدیران و کارشناسان این بخش‌بندی را برای ایجاد تعادل بین آن چیزی که سازمان هزینه می‌کند با آن مواردی که به‌عنوان نتایج به‌دست می‌آورد، مناسب می‌دانند. چرا که اجرای برنامه‌های متعدد و متنوع با صرف هزینه‌های زیاد بدون کسب نتایج لازم توجیه‌ناپذیر و کسب نتایج مورد انتظار هم بدون زیرساخت مناسب، تقریباً ناممکن خواهد بود. در جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران به خاطر توجه به برقراری تعادل بین ۲ بخش، یکی از الزامات کسب جایزه‌ی تندیس‌ها (امتیاز ۴۵۰ و بالاتر) تعادل امتیاز بین توانمندسازها و نتایج با اختلاف کم‌تر از ۱۰ درصد کل امتیاز تعیین شده است (۱۸).

نتایج مطالعه در خصوص سطح منطقی بودن وزن‌دهی به معیارهای مدل در تطابق با وظایف و کارکردهای سازمان‌های نظام سلامت ایران نشان می‌دهد که حدود سه چهارم مدیران و کارشناسان وزن‌دهی معیارهای مدل EFQM را مناسب می‌دانند و آن تعدادی که مناسب نمی‌دانستند میانگین نمره‌ی پیشنهادی در هیچ‌کدام از ۹ معیار کم‌تر یا بیش‌تر از ۱۰ درصد امتیاز داده شده در مدل جایزه ملی نبوده است. از بین ۹ معیار، بیش‌ترین تفاوت میانگین امتیاز پیشنهادی مربوط به معیار رهبری با ۷ درصد بیش‌تر از مدل جایزه ملی بوده است. رهبری یکی از معیارهایی است که تقریباً در تمامی مدل‌های تعالی، به‌عنوان اولین معیار اصلی، نام‌گذاری شده است (۳۶). بنا به اعتقاد key (۳۷) امروزه توسعه‌ی رهبری به‌عنوان یک نیاز لوکس تلقی نمی‌شود، بلکه یک ضرورت است. Badri (۳۸) معیار رهبری را به‌عنوان هادی تمامی اجزای سیستم مدل تعالی، اندازه‌گیری، تحلیل و مدیریت سازمان، برنامه‌ریزی استراتژیک و مدیریت فرایندها می‌داند. بر اساس اهمیت نقش

در خصوص اضافه کردن معیار دیگری به ۹ معیار مدل برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های نظام سلامت ایران، مواردی از قبیل توسعه‌ی ارتباطات و تکنولوژی اطلاعات (۳۹ نفر)، هماهنگی برون‌بخشی (۱۴ نفر)، تکریم کارکنان و ارباب رجوع (۹ نفر)، فرهنگ و رفتار سازمانی (۷ نفر) و مواردی دیگری به تعداد معدود پیشنهاد شده است.

در خصوص سطح کاربردی بودن کارت امتیازدهی رادار برای ارزیابی عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران و قدرت یا توان شناسایی نقاط قوت و زمینه‌های قابل بهبود، ۳۶ نفر (۱۲/۶ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۴۷ نفر (۵۱/۸ درصد) زیاد، ۸۸ نفر (۳۰/۹ درصد) متوسط و ۱۴ نفر (۵ درصد) مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار  $3/7 \pm 0/8$  (از کل ۵ نمره) موافق بودند.

مدیران و کارشناسان آموزش دیده در پاسخ به سوالی مبنی بر ضرورت آموزش مدل جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران برای مدیران و کارشناسان ستادی سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی، ۱۰۱ نفر (۳۵/۴ درصد) در سطح خیلی زیاد، ۱۲۷ نفر (۴۴ درصد) زیاد، ۴۸ نفر (۱۶/۸ درصد) متوسط و ۹ نفر مابقی در سطح کم با میانگین و انحراف معیار  $4/1 \pm 0/8$  (از کل ۵ نمره) نظر خود را اعلام نمودند.

## بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت قریب به اتفاق مدیران و کارشناسان، کل ۸ مفهوم بنیادین مدل را سازگار با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی ایران اعلام نمودند که این با مطالعه اعتمادیان هم‌خوانی دارد (۳۵). به‌عبارتی هیچ‌کدام از ارزش‌های مدل نه تنها در تضاد با ارزش‌های نظام سلامت ایران نمی‌باشند بلکه هر کدام می‌توانند در رشد و تعالی سازمان‌های نظام سلامت ایران نقش محوری ایفا نمایند. اما در خصوص تکمیل ارزش‌های مدل مواردی که پیشنهاد شده است، هر کدام‌شان به نوعی در یک یا چند تا از ۸ ارزش اصولی مدل وجود دارد. به‌طور مثال عدالت‌محوری، نقدپذیری، اخلاق محوری که به‌عنوان ارزش‌های مهم و تأثیرگذار در رشد و پویایی سازمان‌های نظام سلامت ایران پیشنهاد شده است، در

دارد، ابزار مناسبی برای ایجاد پایایی محسوب می‌شود، هم‌خوانی دارد (۴۲-۴۱).

### نتیجه‌گیری

مدل جایزه‌ی ملی ضمن سازگاری و تطابق با خصوصیات سیاسی، اقتصادی و فرهنگی نظام سلامت، ابزار مناسبی برای ارزیابی، بهبود و ارتقای عملکرد سازمان‌های حوزه‌ی سلامت می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برگزاری کارگاه‌های کشوری و دانشگاهی نسبت به ایجاد دانش و مهارت به‌کارگیری مدل در سطح مدیران و کارشناسان ستادی اقدام و با طراحی و اجرای پروژه‌ی مداخله‌ای، شیوه‌های رایج ارزیابی و بهبود عملکرد در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی را با استفاده از مدل جایزه‌ی ملی بازبینی و اصلاح نماید.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از حمایت مالی و پشتیبانی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، از معاون محترم بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه و معاونان محترم فنی و اجرایی آنان به خاطر برگزاری کارگاه دانشگاهی و از مدیران و کارشناسان محترم که ضمن شرکت فعال در کار گروهی در تکمیل پرسش‌نامه صمیمانه مشارکت نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

رهبری، وزن آن برخلاف مدل جایزه‌ی ملی، در بیش از نیمی از مدل‌های تعالی بیش از ۱۰۰ امتیاز می‌باشد. بنابراین گرایش مثبت در این مطالعه برای افزایش امتیاز رهبری به خیلی از مدل‌های طراحی شده که امتیاز رهبری در آن بیش از ۱۰۰ می‌باشد، مثل جایزه‌ی تعالی کسب و کار استرالیا (۱۵) و جایزه‌ی کیفیت Fiji (۳۹) با اختصاص ۱۸۰ امتیاز به رهبری تا حدودی هم‌خوانی دارد.

در خصوص اضافه شدن معیار دیگری به ۹ معیار مدل جایزه‌ی ملی، بیش‌ترین مورد پیشنهادی اضافه کردن معیار توسعه‌ی ارتباطات و تکنولوژی اطلاعات بوده است که این با تعدادی از مدل‌های تعالی مثل جایزه‌ی کیفیت تایلند (۴۰)، طاووس طلایی هند (۲۲)، Fiji (۳۹)، استرالیا (۱۵) و Malcom Baldrige آمریکا (۱۴) با داشتن معیار جداگانه تحت عنوان مدیریت اطلاعات و دانش با ۸۰ تا ۱۲۰ امتیاز هم‌خوانی دارد. گرچه در مدل جایزه‌ی ملی زیرمعیار d و e معیار شرکا و منابع و قسمتی از زیرمعیار b نتایج کلیدی مواردی مثل تکنولوژی، اطلاعات و دانش در نظر گرفته شده است، ولی با توجه به هزینه‌ی قابل ملاحظه و کندی در توسعه یافتگی آن در ایران شاید جداکردن آن به‌عنوان معیار مستقل، توجیه داشته باشد. مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد با استفاده از کارت امتیازدهی رادار (RADAR) می‌توان سازمان‌های حوزه‌ی سلامت ایران را ارزیابی نمود که این با مطالعه‌ای که گزارش شده بیش از ۶۰ درصد سازمان‌ها مدل تعالی سازمانی را برای خودارزیابی استفاده می‌نمایند و کارت امتیازدهی رادار با ویژگی‌هایی که

### References

1. Strachan PA. Managing transformational change: The learning organization and team working. Team performance management 1996; 2(2): 32-40.
2. McDonald I, Zairi M, Idris MA. Sustaining and transferring excellence: A framework of best practice of TQM transformation based on winners of Baldrige and European Quality Awards. Measuring Business Excellence 2002; 6(3): 20-30.
3. Karuppusami G, Gandhinathan R. Pareto analysis of critical success factors of total quality management: A literature review and analysis. The TQM Magazine 2006; 18(4): 372-85.
4. Rao Tummala VM, Tang CL. Strategic quality management, Malcolm Baldrige and European quality awards and ISO 9000 certification: Core concepts and comparative analysis. International Journal of Quality and Reliability Management 1996; 13(4): 8-38.
5. Smith AE, Swinehart KD. Integrated systems design for customer focused health care performance measurement: a strategic service unit approach. International Journal of Health Care Quality Assurance 2001; 14(1): 21-9.

6. Lin C, Madu CN, Kuei CH. The relative efficiency of quality management practices: A comparison study on American-, Japanese-, and Taiwanese-owned firms in Taiwan. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2004; 21(5): 564-77.
7. Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs* 1990; 9(2): 186-92.
8. Nabitiz UW, Klazinga NS. EFQM Approach and the Dutch Quality Award. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 65-70.
9. Curkovic S, Melnyk S, Calantone R. Validating the Malcolm Baldrige National Quality Award framework through structural equation modeling. *International Journal of Production Research* 2000; 38(4): 765-91.
10. Faraji HR. Quality pioneers. *Tadbir* 2003; 14(137): 58-66. [Article in Persian]
11. Peters TJ, Waterman RH. *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. London: Harper Collins Publishers; 1982.
12. JUSE. The Deming Prize [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.juse.or.jp/e/deming/index.html>. [Cited 2011 Mar 17].
13. NQI. Canada Awards for Excellence [Online]. 2007. Available form: URL: <http://www.nqi.ca/awards>.
14. NIST. Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program [online]. 2009-2010. Available form: URL: <http://baldrige.nist.gov>.
15. SAIGLOBAL. Australian business Excellence Award [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.sai-global.com>.
16. EFQM. EFQM Excellence Award [Online]. 2010. Available form: URL: <http://www.efqm.org/>.
17. Iranian National Productivity and Excellence Award [Online]. Available from: URL: <http://www.iranward.org>. [Cited 2011 Jun 19].
18. Organization of industrial management. Iranian National Quality Award [Online]. Available from: URL: <http://www.Inqa.com>. [Cited 2010 Dec 17].
19. Mavroidis V, Toliopoulou S, Agoritsas C. A comparative analysis and review of national quality awards in Europe: Development of critical success factors. *The TQM Magazine* 2007; 19(5): 454-67.
20. Talwar B. Evolution of 'Universal Business Excellence Model' incorporating Vedic Philosophy [Thesis]. India: Indian Institute of Technology. Ro orkee; 2008.
21. Kanji Gk, Bin AM, Tambi AM. Total quality management in UK higher education institutions. *Total Quality Management* 1999; 10(1): 23-7.
22. Golden Peacock Awards. Golden Peacock National Quality Award [Online]. 2007. Available from: URL: <http://www.goldenpeacockawards.com/gpnqa.htm>. [Cited 2011 Dec 08].
23. Tan KC, Khoo HH. Indian society, total quality and the Rajiv Gandhi National Quality Award. *Journal of Management Development* 2002; 21(6): 417-26.
24. JQA. Japan Quality Award [Online]. 2010 Available from: URL: <http://www.jqac.com/WebSite.nsf/NewMainPageE>. [Cited 2010 March 23].
25. Williams R, Bertsch B, Van der wile A, Van lawarden J, Dale B. self assessment against business excellence models: A critique and perspective. *Total quality management and business excellence* 2006; 10(17): 1287-300.
26. Moeller J, Breinlinger OJ, Elser J. Quality Management in German health care- The EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; 13(6-7): 254-58.
27. Jackson S. Achieving a culture of continuous improvement by adopting the principles of selfassessment and business Excellence. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999; 12(2-3): 59-64.
28. Downey-Ennis K, Harrington D. In search of excellence in Irish health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2002; 15(2): 65-73.
29. Qamary M, Nasiri Pour AA, Karimi I. The Self- Assessment Results Based on Iran National Quality Award in Central Hospital of Oil Industry 2006. *Journal of Health Administration (JHA)* 2010; 13(39): 55-64. [Article in Persian]
30. Sajjadi H, Hariri MH, Karimi S, baratpoor S. Self-evaluation of Hospitals and Medical education centers performance under Isfahan University of Medical Sciences using EFQM in 2007. *Medical Research* 2008; 32(3): 227-31. [Article in Persian]
31. Fatehpanah A, Maleki M, Gouhari M. Performance of H N Hospital based on Knowledge Management Criteria According to Health and Education Category of Malcolm Baldrige Model. *Health Inf Manage* 2011; 8(4): 580-7. [Article in Persian]

32. Maleki MR, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh ME, Tofighi S, Kabir MJ, Jafari N. Necessity of Reviewing Common Performance Evaluation Methods in Vice-Chancellery for Health of Universities/ Schools of Medical Sciences in Iran Using Excellence Models. *Hakim* 2011; 14(1): 50-6. [Article in Persian]
33. Motlagh, ME, Jafari N, Kabir MJ, Maleki MR, Tofighi SH, Nasrollahpour Shirvani D. Results of national project of managerial and organizational infrastructures in health deputy of iran universities of Medical Sciences to implementation of excellence model. *Health Management* 2010; 14(45): 27-34. [Article in Persian]
34. Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR, Motlagh ME, Kavosi Z, Tofighi S, Gohari MR. Benchmarking records in the health departments of the Universities of Medical Sciences of Iran in the years 2008-2010. *Research journal of Medical Sciences (Medwell Journals)* 2011; 5(3): 161-5. [Article in Persian]
35. Ehtemadi M. Utilization from the EFQM model for evaluating the performance of enterprises and public sector organizations and experience of Iran and Britain. *Proceeding of the Third International Conference on Quality Management*; 2002 Dec 7; Tehran: Sweden Ecology Center; 2002.
36. Mayer SM, Collier DA. An empirical test of the causal relationships in the Baldrige health care pilot criteria. *Journal of operations management* 2001; 19(4): 403-25.
37. Kay D, Harrington D. In Search of Excellence in Irish Health Care. *International of Journal Health Care Quality Assurance* 2002; 15(2): 65-73.
38. Badri MA, Selmin H, Alshahr K, Gradon EE, Younis H, Abdulla M. The Baldrige Education criteria for performance Excellence Framwork: Empirical test and validation. *International Journal of Quality and Reliability Management* 2006; 23(9): 1118-57.
39. Djerdjouri M. National quality and business excellence awards in a developing country: the Fiji National Quality Award. *The TQM Magazine* 2004; 16(2): 120-4.
40. Tangsanga D, Bunyagidj B, Noisirisuk S. The Quest for Global Competitiveness through National Quality and Business Excellence Awards [Report]. Tokyo: Asian Productivity Organization; 2002.
41. Eskildsen JK, Kristensen K, Juhl HJ. Trends in EFQM criterion weights; the case of Denmark 1998-2001. *Measuring Business Excellence* 2002; (6)2: 22-8.
42. Michalska J. Using the EFQM excellence model to the process assessment. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering* 2008; 27(2): 1-4.

## The Structure and Utility of Iranian National Productivity and Excellence Award (INPEA) Model in the Health Sector: Perception of Managers and Experts Specialists\*

Mohammad Esmail Motlagh<sup>1</sup>; Seiyed Davoud Nasrollahpour Shirvani<sup>2</sup>;  
Mohammad Reza Maleki<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Iranian national productivity and excellence award model is an effective instrument for the application of total quality management and to achieve satisfaction of stockholders about evaluation, improvement and development of organizational function at a national level. In this study the conception of managers and experts specialists in the health sector of Iran about the structure and application of INPEA model and its relationship to personal and organizational variables was evaluated.

**Methods:** This cross-sectional and interventional study was conducted in 2010-11 in 13 Universities (from 41 Universities of Medical Sciences of Iran) which were selected by stratified and systematic randomized. In all 13 selected Universities, an educational workshop was performed in 2 days and after perception of managers and experts specialists about principles, criteria, sub-criteria, Weighting of them, self- assessment approaches and the RADAR logic of INPEA model evaluated by a Questionnaire which its validity and reliability was approved. The data analysis was performed by SPSS18.

**Results:** From 283 persons were surveyed, 161 persons (56.5% of total) were males. 60.4% of persons had bachelor's degree. 109 persons (38.2%) were managers and the others were expert specialists. The mean and Sd of job experience were  $18.8 \pm 6.5$  years. About 90% of persons believed that the principle and values of INPEA model is vary much in political, economic and cultural characteristics of health care organizations. The mean and Sd. of scoring about fitness to Iran health policies was  $4.1 \pm 0.8$  (of total 5). RADAR scoring card with mean and Sd  $3.7 \pm 0.8$  (of total 5) was recognized as an effective instrument for evaluation in the function of organizations in the health sector of Iran and to determine the strange points of the organization and improvable domains. There were not significant correlations between the mean scores of conception of managers and experts specialists and typing of the studied Universities.

**Conclusion:** INPEA model is a suitable instrument for improvement and promotion of organizations in the health sector of Iran.

**Keywords:** Productivity; Health Care Systems; Organizational Excellence Models

Received: 21 Nove, 2012

Accepted: 1 May, 2013

**Citation:** Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Maleki MR. **The Structure and Utility of Iranian National Productivity and Excellence Award (INPEA) Model in the Health Sector: Perception of Managers and Experts Specialists.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 940.

\* This article is derived from a research project (No. 940), supported by Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

1- Professor, Pediatrics, Faculty of Medicine, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran (Corresponding Author) Email: dnshirvani@gmail.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Faculty of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran



# تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها با استفاده از ابزارهای تلفیقی

## کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی\*

مهسا قندهاری<sup>۱</sup>، جواد خزائی پول<sup>۲</sup>، امید بهارستان<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** یکی از معیارهای ارزشیابی که در بیمارستان‌ها، مؤسسات درمانی و مطب‌های دندان پزشکی در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است، ارزشیابی بر اساس کیفیت خدمات می‌باشد. هدف از این مطالعه تحلیل و اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها از دیدگاه مشتریان بوده است.

**روش بررسی:** روش این پژوهش از نوع تحلیلی و مبتنی بر ابزارهای تلفیقی Kano و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش کلیه مشتریان دندان پزشکی‌های شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بودند. بدین منظور تعداد ۴۹۰ نفر از مشتریان به صورت تصادفی - طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها مبتنی بر روش‌های فازی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS و Excel انجام شده است.

**یافته‌ها:** تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از مدل کانو نشان می‌دهد که معیارهای صلاحیت حرفه‌ای، روش و رفتار دندان پزشک، کنترل و رفع درد جزو معیارهای الزامی و معیارهای زمان صرف شده برای درمان، محیط و جو، موقعیت سهل الوصول، انتظار برای درمان، وقت‌شناسی و حق‌الزحمه برای خدمات جزو معیارهای تک بعدی و در نهایت معیارهای شهرت دندان پزشک، مسیر و طرح‌بندی کلینیک و تسهیلات پارکینگ جزو معیارهای جذاب شناسایی شدند. هم‌چنین یافته‌های پژوهش با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی بیان‌گر این است که از دیدگاه مشتریان خدمات دندان پزشکی به ترتیب ابعاد الزامی (با مقدار ۰/۴۶۴۱)، تک بعدی (با مقدار ۰/۳۳۴۶) و جذاب (با مقدار ۰/۲۰۱۳) از اهمیت و اولویت بیش‌تری برخوردارند.

**نتیجه‌گیری:** مدیران و مسؤولین مراکز خدمات دندان پزشکی، با استفاده از ابزارهای تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی قادر خواهند بود که عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی را شناخته و به برنامه‌ریزی جهت تقویت و اصلاح ضعف‌ها در این بخش بپردازند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت مراقبت‌های بهداشتی؛ دندان پزشکی؛ الگوی کانو؛ فرایند تحلیل سلسله مراتبی

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۲

اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۲۳

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۰

**ارجاع:** قندهاری مهسا، خزائی پول جواد، بهارستان امید. تحلیل عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها با استفاده از ابزارهای تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۵۴-۹۴۱.

#### مقدمه

بخش خدمات، به‌عنوان یکی از بخش‌های به سرعت در حال رشد در اقتصاد جهانی مطرح است و سازمان‌های بهداشتی درمانی نقش مهمی در این رشد دارند (۱). کیفیت خدمات نقش مهمی در مزیت رقابتی شرکت‌ها و سازمان‌های خدماتی ایفا می‌کند (۲). مکانیسم‌های بازار محور می‌تواند به کاهش

\* این مقاله حاصل تحقیقی مستقل و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت، دانشکده‌ی امور اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد، مدیریت بازرگانی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: khazaei110@gmail.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت بازرگانی، دانشکده‌ی امور اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

هزینه‌های خدمات دندان پزشکی‌ها کمک کند، بنابراین در نظر گرفتن خواسته‌های مشتری و برآورده ساختن آن، یکی از مکانیسم‌های بازار محور می‌باشد که تأثیر زیادی در جذب مشتری دارد. هم‌زمان با گسترش حوزه‌ی تجاری و اقتصادی بخش خدمات، نیاز به مدیریت کیفیت در این حوزه بیش از پیش مطرح گردید (۳). هر چند موانعی چون فناپذیر بودن خدمت، تفکیک‌ناپذیری خدمت از ارائه دهنده‌ی خدمت و زمان و مکان ارائه‌ی آن، وابستگی کیفیت خدمات را به موارد نسبی و نامشخص بیشتر و بنابراین اندازه‌گیری آن را بسیار پیچیده‌تر می‌نمود (۴). کیفیت در کشورهای توسعه یافته به‌عنوان یک مسأله‌ی کلیدی و مهم برای مدیریت انواع مختلف نهادها بوده است (۵). کیفیت مراقبت‌های پزشکی به‌طور سنتی با استفاده از معیارهای عینی مانند مرگ و میراندازه‌گیری می‌شود. اگر چه این شاخص برای سنجش کیفیت بالینی ضروری است، به‌طور نرمال اغلب ارزیابی‌های ذهنی نادیده گرفته شده است. شرایط بازار رقابتی شدید در صنعت خدمات دندان پزشکی باعث فشار به این بخش‌ها جهت ارائه‌ی خدمات با کیفیت بالا شده است. ارائه‌ی خدمات با کیفیت یک استراتژی مهم برای موفقیت و بقا در محیط رقابتی امروز است. بنابراین شناخت، ایجاد و حفظ کیفیت خدمات یکی از دغدغه‌های اصلی ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در حوزه‌ی دندان پزشکی است. کیفیت خدمات و ارتباط آن با هزینه، سودآوری، رضایت بیمار و وفاداری مشتری در مطالعات قبلی مورد بررسی قرار گرفته است (۶). بیمارستان‌ها انواع مشابهی از خدمات را ارائه می‌کنند، اما کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها مشابه نیست. کیفیت می‌تواند به‌عنوان یک تفاوت استراتژیک جهت ایجاد مزیت متمایز مورد استفاده قرار گیرد که تقلید آن برای رقبا مشکل خواهد بود (۷). با بهبود کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی، تعداد بیماران راضی و در نتیجه میزان وفاداری مشتری نیز افزایش می‌یابد (۸). ارائه‌ی مراقبت مطابق ترجیحات، انتظارات و نیازهای بیمار می‌تواند باعث بهبود در کیفیت خدمات بیمارستانی شود. انتظارات یکی از مهم‌ترین تعیین کننده‌های ارزیابی مشتری از کیفیت خدمات است و شناخت دقیق انتظارات مشتری، مهم‌ترین قدم در تعریف و ارائه‌ی خدمات با کیفیت بالاست. در حقیقت یکی از

چالش‌های فعلی نظام‌های سلامت، این است که چگونه به انتظارات بیمار پاسخ دهند. علی‌رغم اهمیت این موضوع، شناخت نیازها و خواسته‌های بیماران در ارائه‌ی مراقبت مورد غفلت واقع شده است (۹). انتظارات بیمار از ادراک بیمار از استانداردهای ایده‌آل مراقبت یا تجارب قبلی او در استفاده از خدمات ناشی می‌شود (۱۰). نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که برآورده شدن انتظارات بیمار با رضایت بالای او از خدمات مرتبط است و انتظارات برآورده نشده نیز با نارضایتی مرتبط است (۱۱). بعد از ارائه‌ی خدمات، ارائه کنندگان باید بررسی کنند که انتظارات مشتریان چگونه برآورده شده است. نگرانی‌ها، خواسته‌ها و دیدگاه بیماران به خدمات مراقبت‌های بهداشتی نیازمند بررسی دقیق است، زیرا تأثیر بالقوه‌ی او بر رضایت دارد (۱۲). برنامه‌های ارزیابی کیفیت شامل روش‌های فراوان سنجش مراقبت‌های بهداشتی بر طبق نوع اطلاعات مورد نیاز است. بیش‌تر این برنامه‌ها شامل بازدید چارت بیماران، آزمایش‌های کلینیکی، کلینیک دندان و رضایت از مراقبت‌های دندان پزشکی است (۱۳). اطلاعاتی که از طریق بررسی بیماران به دست می‌آید روش موفقی برای ارزیابی‌های استراتژیک و توسعه‌ی کیفیت خدمات بهداشتی است (۱۲). علاوه بر قضاوت حرفه‌ای اخیراً ادراک بیماران، دیدگاه‌ها و رضایت از خدمات بهداشتی و درمانی مراقبت از دندان، برای اندازه‌گیری کیفیت به رسمیت شناخته شده و جزء اصلی برنامه‌های تضمین کیفیت است (۱۳-۱۲). مطالعات گذشته در رابطه با رضایت بیماران به این نتیجه رسیده‌اند که رضایت یک مفهوم چند بعدی است که شامل بسیاری از مراقبت‌های بهداشتی است (۱۴). بررسی مطالعات مربوط به رضایت بیماران دندان پزشکی نشان می‌دهد که یک لیست کلی از پنج عامل تجربی وجود دارد که بر رضایت بیماران تأثیر دارد. این پنج عامل عبارت‌اند از: صلاحیت‌های فنی، عوامل فردی، آسایش، هزینه، تسهیلات (۱۶-۱۵). بدیهی است که دستیابی به نیازها و انتظارات بیماران از مراقبت‌های دندان پزشکی، می‌تواند بر روی رفتار بیماران در زمینه‌ی مطلوبیت بهتر، لغو کم‌تر ملاقات‌ها، درد و اضطراب کم‌تر، تأثیرگذار باشد (۱۵، ۱۳).

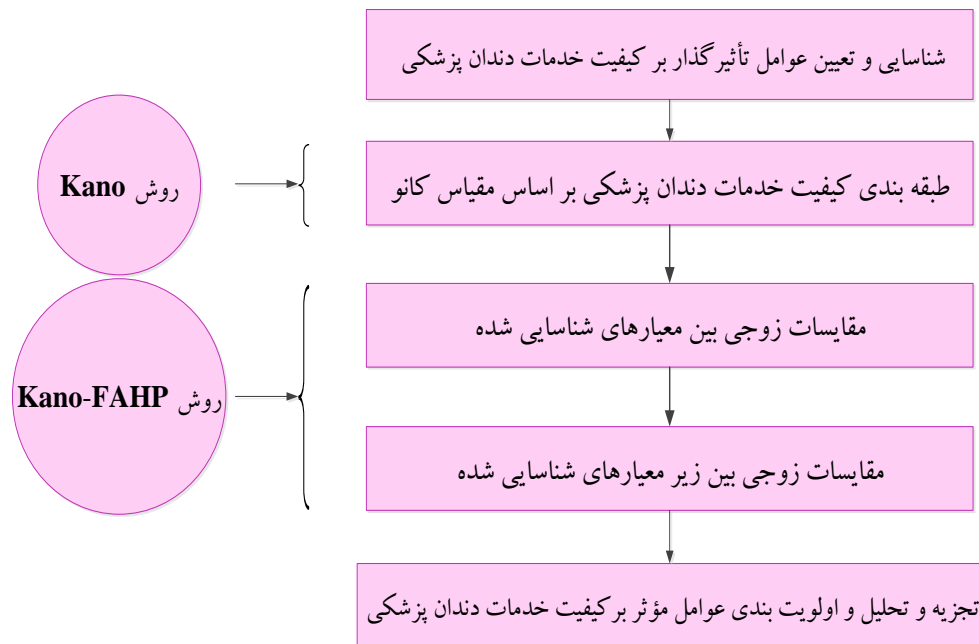
در رضایت بیماران با توجه به نوع درمان، جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد و درآمد خانوار وجود داشت (۲۳).  
 Pan و Hsu در پژوهشی یک آزمایش تجربی را با استفاده از نمونه‌ای که از بیماران یک مرکز بزرگ خدمات دندان پزشکی در شهر کائوسیونگ (Kaohsiung) تایوان بود، انجام دادند. نتایج تجربی به دست آمده، توانایی مدل را در لیست برداری درست از ویژگی‌های کیفی حساس خدمات دندان پزشکی، به‌وسیله‌ی مقایسه با نتایج طبقه‌بندی شده از روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی: Analytic Hierarchy Process: AHP و مدل شبیه‌سازی مونت کارلو، تأیید کرد (۲۴).  
 Al-Hussyeen تحقیقی را به منظور تعیین عوامل مؤثر بر استفاده از خدمات بهداشت دهان و دندان در میان دانش‌آموزان دختر متوسط در ریاض انجام داد. در این تحقیق هم‌چنین، رضایت کلی جامعه‌ی مورد مطالعه از آخرین معاینه‌ی دندان‌شان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که رضایت بیماران از خدمات مراقبت از دندان به میزان قابل توجهی با کیفیت بالا از مراقبت از دندان، وقت ملاقات مناسب، کارکنان مهربان، کلینیک‌های دندان پزشکی مدرن و کلینیک‌های توصیه شده توسط دوستان مرتبط است (۲۵).  
 تاکنون تحقیقی به منظور بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها با استفاده از ابزارهای تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی در جهان صورت نگرفته و اطلاعات روشن و قابل اطمینانی در این مورد در دسترس نیست. تداوم این وضع (در دسترس نبودن تحقیقی که کیفیت خدمات را با ابزار کانو و AHP بررسی کرده باشد) مانع تأثیر کافی هرگونه اقدام اصلاحی خواهد شد و منجر به هدر رفتن وقت، منابع مالی و ارزش‌های انسانی خواهد شد و رضایت بیماران (مشتریان) دندان پزشکی‌ها و نهایتاً کل حوزه‌ی خدمات بهداشتی را به چالش می‌کشد. لذا این تحقیق با هدف تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها از دیدگاه بیماران (مشتریان) مراجعه کننده به واحدهای دندان پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ با استفاده از ابزارهای کیفی و کمی طراحی و انجام شد تا با استفاده از اطلاعات به دست آمده در جهت افزایش مراجعات و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات دندان پزشکی گام برداشت.

روش‌های مختلفی برای تعیین انتظارات بیماران و چگونگی برآورده شدن آن وجود دارد، اما مدل SERVQUAL که توسط Parasuraman و همکاران در سال ۱۹۸۸ میلادی طراحی شده است، یکی از بهترین و پراستفاده‌ترین مدل‌ها برای ارزیابی انتظارات و ادراک مشتریان از کیفیت خدمات است (۱۷). در این مدل، کیفیت مساوی است با ادراک منهای انتظارات. تفاوت بین انتظارات مشتری قبل از دریافت خدمات و درک کیفیت پس از دریافت خدمات، به معنای میزان کیفیت آن خدمت تعریف می‌شود. کیفیت در خدمات بهداشتی درمانی دو بعد دارد: کیفیت فنی و کیفیت کارکردی. کیفیت فنی بر دقت رویه‌ها و تشخیص‌های پزشکی معطوف است و کیفیت کارکردی به روشی که خدمات بهداشتی به بیماران ارائه می‌شود، اشاره دارد (۱۸). از آنجایی که اغلب بیماران فاقد دانش مورد نیاز برای ارزیابی کیفیت فنی خدمات هستند، بنابراین ارزیابی آن‌ها از کیفیت بر مبنای فرایند ارزیابی مراقبت است (۱۹). بیمارستان‌های خصوصی باید کیفیت خدمات خود را مراکز به‌ویژه از دیدگاه بیماران خود به‌طور مداوم پایش و ارزیابی کنند. اندازه‌گیری کیفیت مراقبت از دیدگاه بیمار در مراقبت‌های بهداشتی درمانی پذیرفته شده است و به‌طور روزافزونی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۰). تحلیل کیفیت خدمات، مدیریت را قادر می‌سازد تا منابع مالی را برای بهبود عملکرد در حوزه‌هایی که اثر بیش‌تری بر ادراک مشتری از کیفیت خدمات دارد، تخصیص دهد (۲۱).  
 با توجه به اهمیت این مسأله، تحقیقات متعددی در این زمینه در دنیا انجام و هریک کیفیت خدمات در دندان پزشکی‌ها را در زمینه‌های گوناگون بررسی کرده‌اند. از جمله Baldwin و Sohal در مقاله‌ای تحت عنوان فاکتورهای کیفیت خدمات و نقش آن در مراقبت دندان، تعدادی از مفاهیمی که تأثیر قابل توجهی بر برداشت‌های بیماران دندان از کیفیت خدمات می‌گذارد، شناسایی کردند (۲۲). Lee و همکاران در پژوهشی به بررسی رضایت بیماران از کیفیت معالجه و درمان ارائه شده توسط اترن‌ها در یکی از مراکز دندان پزشکی جنوب کشور تایوان پرداختند. نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از این بود که با وجود صلاحیت فنی دندان‌پزشکان، تفاوت معناداری

## روش بررسی

این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق مشتریان مطب‌های دندان پزشکی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی، بودند که از خدمات این دندان پزشکی‌ها استفاده کرده‌اند. بر اساس تقسیم‌بندی شهرداری، شهر اصفهان به ۱۴ منطقه تقسیم می‌شود. برای انتخاب نمونه چند منطقه به صورت تصادفی انتخاب شده، سپس در هر منطقه مشتریان چند مرکز ارائه دهنده خدمات دندان پزشکی به صورت تصادفی انتخاب می‌شوند. با نمونه‌گیری اولیه به تعداد ۳۰ نفر، انحراف معیار

نمونه با توجه به ویژگی‌های کیفیت خدمات تعریف شده (جذاب، تک بعدی، الزامی و بی تفاوت) ۱/۱۲۸ به دست آمد. بر اساس فرمول حجم نمونه جامعه نامحدود، اندازه‌ی نمونه برابر ۴۸۸ نفر به دست آمد. در نهایت ۴۹۰ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق مبتنی بر ابزارهای تلفیقی کانو (Kano) و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی (FAHP) Fuzzi Analytical Hierarchy (Process) و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۱۸ و Excel 2010 بود. چارچوب کلی تحقیق و توالی آن در شکل ۱ آمده است:



شکل ۱: چارچوب مفهومی تحقیق

مخصوصاً زمانی که نیاز به مقایسه وجود دارد، راهنمایی مفیدی ارائه می‌دهد. هم‌چنین می‌تواند در بسط تمایز در محصول یا خدمت با تشخیص خصلت‌های جذاب کمک کننده باشد. زیرا خصلت‌های جذاب برای برنده شدن در رقابت، کلیدی و مهم هستند. مزیت دیگر مدل کانو این است که به حداقل محاسبات ریاضی نیاز دارد و اطلاعات مربوط به سرعت جمع‌آوری می‌شود (۲۷، ۲۸). بدین منظور پرسش‌نامه‌ای که در برگیرنده‌ی مقیاس کانو می‌باشد در بین مشتریانی که از خدمات دندان پزشکی استفاده کردند، توزیع شد. نتایج این تحلیل در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

## یافته‌ها

اولین گام در این پژوهش، طبقه‌بندی کیفیت خدمات بر اساس تحلیل مدل کانو می‌باشد. مدل کانو یکی از ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت برای اولویت‌بندی خواسته‌های مشتریان بر اساس تأثیر آن‌ها در رضایت و خوشنودی مشتری است. تحلیل کانو کمک می‌کند تا برای مشتریان مختلف الزاماتی که دارای اولویت بیشتری هستند تعیین شود (۲۶). مدل کانو درک الزامات محصول یا خدمت را ارتقا می‌دهد و خصلت‌هایی که تأثیر بیشتری در رضایت مشتری دارند را می‌توان تشخیص داد.

جدول ۱: نتایج مدل کانو

ردیف	ویژگی های کیفیت خدمات	جذاب	تک بعدی	الزامی	بی تفاوت	جمع	نوع خدمت
۱	شهرت دندان پزشکی	۱۶۷	۱۲۵	۱۱۲	۸۶	۴۹۰	جذاب
۲	صلاحیت حرفه ای	۱۰۲	۱۱۹	۱۷۵	۹۴	۴۹۰	الزامی
۳	روش و رفتار دندان پزشکی	۱۴۸	۱۰۴	۱۶۹	۶۹	۴۹۰	الزامی
۴	کنترل درد	۸۶	۱۵۱	۲۵۳	۰	۴۹۰	الزامی
۵	مدت زمان درمان	۱۱۷	۲۰۶	۱۰۱	۶۶	۴۹۰	تک بعدی
۶	محیط و جو	۱۰۳	۱۹۵	۱۱۹	۷۳	۴۹۰	تک بعدی
۷	موقعیت سهل الوصول	۱۱۷	۱۹۳	۹۹	۸۱	۴۹۰	تک بعدی
۸	مسیر و طرح بندی کلینیک	۱۶۲	۱۳۴	۱۰۲	۹۲	۴۹۰	جذاب
۹	تسهیلات پارکینگ	۱۸۵	۱۰۲	۹۰	۱۱۳	۴۹۰	جذاب
۱۰	انتظار برای درمان	۹۸	۲۲۱	۱۶۶	۵	۴۹۰	تک بعدی
۱۱	وقت شناسی	۸۷	۲۳۶	۱۳۳	۳۴	۴۹۰	تک بعدی
۱۲	حق الزحمه برای خدمات	۹۳	۲۵۵	۱۱۶	۲۶	۴۹۰	تک بعدی
۱۳	رفع درد	۷۱	۱۷۴	۲۴۵	۰	۴۹۰	الزامی
	تعداد ویژگی تعیین شده	۳	۶	۴	-		

هیچ یک از ویژگی های کیفیت خدمات دندان پزشکی به عنوان بی تفاوت طبقه بندی نشدند.

در دومین مرحله از پژوهش، اولویت بندی عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی بر اساس فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی می باشد. بدین منظور پرسش نامه ای که در برگرفته ای عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی بر اساس ویژگی های شناسایی شده ای مقیاس کانو می باشد (در بین همان مشتریان قبلی و به همان تعداد مشخص شده در مرحله اول که از خدمات دندان پزشکی ها استفاده می کنند) توزیع شد. در این روش پرسش نامه ها با توجه به مفهوم روش سلسله مراتبی فازی طراحی شده است و هدف پرسش نامه، مقایسه ای زوجی معیارها در هر سطح با توجه به معیار موجود در یک سطح بالاتر می باشد. اعداد فازی در نظر گرفته شده برای مقایسه ای زوجی معیارها در جدول ۲ نشان داده شده است.

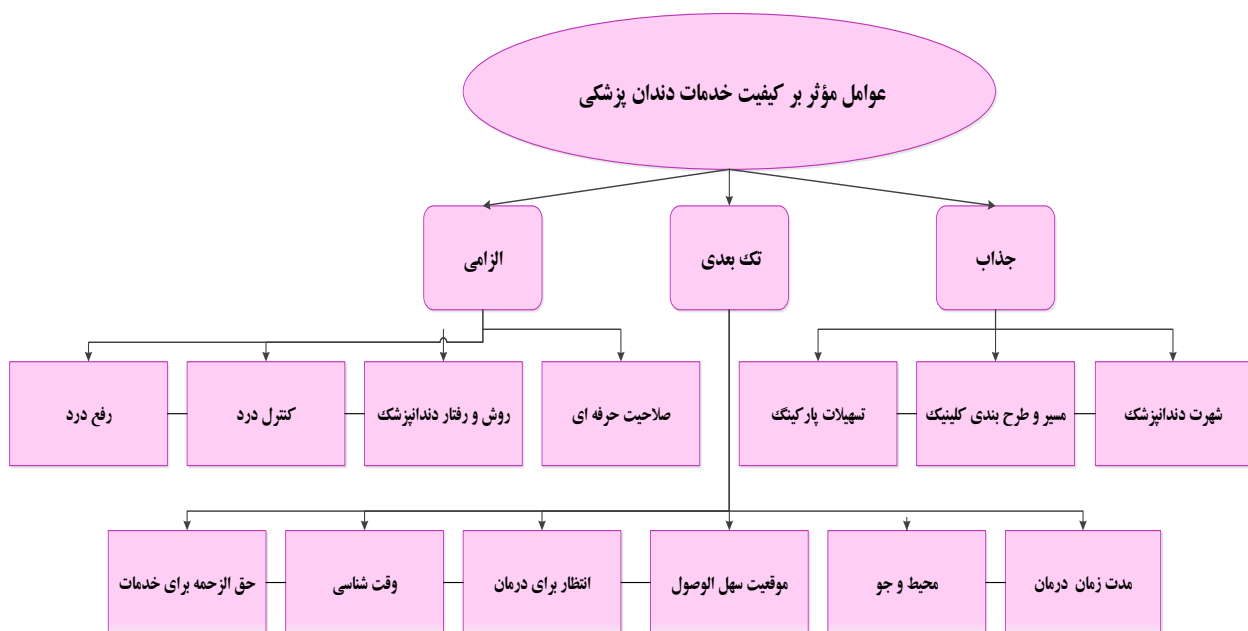
درخت سلسله مراتبی پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است که سطح اول هدف اصلی پژوهش (عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی)، سطح دوم معیارهای اصلی مشتمل بر ویژگی های

پس از جمع آوری داده ها، هر ویژگی کیفیت خدماتی که پاسخ دهنده تعیین نموده است، از طریق میزان تکرار مورد بررسی قرار گرفت. ساده ترین شیوه آن است که از تکرار پاسخ ها برای ارزیابی و تفسیر استفاده شود. بنابراین در تعریف طبقه بندی ویژگی خدماتی، هر گروهی که دارای بالاترین تکرار در بین ۴ طبقه بندی باشد به عنوان شناساگر یا نوع کیفیت خدمات بیان می شود. به طور مثال در خدمت شماره ۲، از مجموع ۴۹۰ نفر تعداد ۱۰۲ نفر این ویژگی را جذاب، ۱۱۹ نفر تک بعدی، ۱۷۵ نفر الزامی و ۹۴ نفر بی تفاوت قلمداد کردند. از آنجا که تعداد بیش تری از مشتریان (۱۷۵ نفر) این ویژگی را به عنوان الزامی معرفی کردند، در نتیجه ویژگی «صلاحیت حرفه ای» به عنوان ویژگی تک بعدی در نظر گرفت شده است. به همین ترتیب ویژگی های دیگر نیز طبقه بندی می شوند. همان طور که در سطر آخر جدول مشاهده می شود ۳ ویژگی از ۱۳ ویژگی کیفیت خدمات دندان پزشکی به عنوان «جذاب» طبقه بندی شدند، ۶ ویژگی خدمات دندان پزشکی به عنوان تک بعدی طبقه بندی شدند و ۴ ویژگی باقی مانده به صورت الزامی طبقه بندی شده اند.

شناسایی شده‌ی جذاب، تک بعدی، الزامی و سطح سوم زیر معیارها را در بر می‌گیرد.

جدول ۲: اعداد فازی سه وجهی (۲۹)

درجه اهمیت	تعریف	عدد فازی مثلثی
۹	فوق العاده مهم	(۹,۹,۹)
۷	بسیار مهم	(۶,۷,۸)
۵	مهم	(۶,۵,۴)
۳	نسبتاً مهم	(۲,۳,۴)
۱	اهمیت یکسان	(۱,۱,۱)



شکل ۲: درخت سلسله مراتبی تحقیق

اصلی خود که نتایج حاصل از این مرحله از پژوهش بدین ترتیب است:  
بعد الزامی با مقدار ۰/۴۶۴۱ بعد اصلی مربوط به ویژگی های شناسایی شده‌ی کیفیت خدمات دندان پزشکی می‌باشد و ویژگی های تک بعدی و جذاب به ترتیب با مقادیر ۰/۳۳۴۶ و ۰/۲۰۱۳ از دیگر اولویت های کیفیت خدمات دندان پزشکی ذکر شده‌اند. هم‌چنین نتایج به‌دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از FAHP برای زیر معیارهای هر ویژگی بدین شرح است:

در این مرحله به منظور محاسبه‌ی وزن معیارهای اصلی (گروه‌های سه گانه) و زیر معیارها پرسش‌نامه‌ی شماره‌ی دو طراحی شد. این پرسش‌نامه بر اساس مقایسات زوجی بوده، بنابراین به تعداد  $(n(n-1)/2)$  مقایسه وجود داشت. با توجه به این که گروه‌ها یا معیارهای سطح یک، سه دسته بودند تعداد مقایسات یا سوالات برابر با ۳ بود.  
با توجه به تجزیه و تحلیل انجام شده، وزن نهایی عناصر هر گروه برابر است با حاصل ضرب وزن زیر معیارها در وزن معیار

با نرمال سازی بردار فوق، بردار نرمال شده به صورت زیر به دست می آید:

$$W=(d(A_1),d(A_2),\dots,d(A_n))^T \quad (5)$$

که  $W$  یک عدد غیر فازی است. برای محاسبه ی درجه اهمیت معیارهای اصلی بر اساس مطالب گفته شده، ابتدا ارزش  $S$  که خود یک عدد فازی مثلثی است، به دست می آید. پس از محاسبه ی گها درجه ی بزرگی آن ها نسبت به هم محاسبه می شود.

### بحث

رقابتی شدن در عرصه ی خدمات بهداشتی و به خصوص خدمات دندان پزشکی، توجه به موضوع کیفیت خدمات را ضرورت بخشیده است. کلینیک ها و سازمان های ارائه کننده ی خدمات دندان پزشکی می توانند با به کارگیری مدل های رقابتی بازار، مدل الماس پورتر، تحلیل بازار، شناسایی موقعیت کنونی موسسه از دیدگاه مشتریان و مقایسه ی خود با رقبای جایگاه خود را مشخص نمایند و نبایستی تنها بر شناخت بازار و مشتریان فعلی تأکید نمایند، بلکه باید نظرات و انتظارات مشتریان بالقوه را نیز دریافت کنند. با توجه به اهمیت موضوع در این مقاله به کمک مدل کانو عوامل مؤثر کیفیت خدمات دندان پزشکی ها از دیدگاه مراجعه کنندگان به کلینیک ها و مطب های دندان پزشکی شهر اصفهان مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفت. با توجه به این که هدف مقاله تعیین عوامل تأثیر کیفیت خدمات دندان پزشکی بر اساس مدل تلفیقی کانو - فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی از دیدگاه مشتریان می باشد، ویژگی هایی خدماتی که از نظر مشتریان دارای اهمیت بیشتری می باشند، بر اساس مدل کانو جزو یکی از ویژگی ها (جذاب، تک بعدی، الزامی، بی تفاوت) مورد شناسایی قرار می گیرند، تا بر این اساس استراتژی های مناسب در راستای ویژگی های شناسایی شده تقویت شوند. بدین ترتیب همان طور که در شکل ۳ نشان داده شده است، در میان کیفیت خدمات شناسایی شده، ۶ ویژگی به عنوان ویژگی تک بعدی، ۴ ویژگی به عنوان ویژگی الزامی و ۳ ویژگی به عنوان ویژگی جذاب معرفی شدند.

وزن های فرعی که برای ویژگی الزامی به دست آمده، حاکی از این است که زیر معیارهای کنترل درد (۰/۱۷۹۷)، رفع درد (۰/۲۸۳۴)، صلاحیت حرفه ای (۰/۱۸۳۲) و روش و رفتار دندان پزشک (۰/۱۴۶۱) به ترتیب دارای بیشترین وزن بوده اند. وزن های فرعی که برای ویژگی تک بعدی به دست آمده، حاکی از این است که زیر معیارهای حق الزحمه برای خدمات (۰/۲۶۲۵)، وقت شناسی (۰/۱۸۶۲)، مدت زمان درمان (۰/۱۶۲۶)، انتظار برای درمان (۰/۱۶۰۴)، موقعیت سهل الوصول (۰/۱۳۳۱) و محیط و جو (۰/۰۹۵۲) به ترتیب دارای بیشترین وزن بوده اند. وزن های فرعی که برای ویژگی جذاب به دست آمده، حاکی از این است که زیر معیارهای شهرت دندان پزشک (۰/۴۴۳۶)، مسیر و طرح بندی کلینیک (۰/۳۱۱۶) و تسهیلات پارکینگ (۰/۲۴۴۸) به ترتیب دارای بیشترین وزن بوده اند.

در مورد روش FAHP به این مطلب باید توضیح داده شود که قدم اول در فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی، تصمیم گیری در مورد اهمیت نسبی هر زوج فاکتور که در سلسله مراتب یکسان قرار دارند می باشد. با استفاده از اعداد فازی مثلثی و با مقایسات زوجی، ماتریس ارزیابی فازی  $A=(a_{ij})_{m,n}$  تشکیل می شود. اهمیت نسبی عنصر  $i$  به صورت  $(L_{ij}, M_{ij}, U_{ij})$  نمایش داده می شود که بعد از محاسبه  $S_{ij}$ ها باید درجه بزرگی آن ها را نسبت به هم به دست آورد. درجه ی بزرگی دو عدد فازی  $M_1(l_1, m_1, u_1)$  و  $M_2(l_2, m_2, u_2)$  به صورت زیر تعریف می شود:

$$V(M_1 \geq M_2) = 1 \quad m_1 \geq m_2 \quad (1)$$

در غیر این صورت:

$$V(M_1 \geq M_2) = (u_1 - l_2) / ((u_1 - l_2) + (m_2 - m_1))$$

میزان بزرگی یک عدد فازی مثلثی از  $K$  عدد فازی مثلثی دیگر نیز از رابطه ی زیر به دست می آید:

$$V(M_1 \geq M_2, \dots, M_k) = V\{(M_1 \geq M_2) \text{ and } \dots \text{ and } (M_1 \geq M_k)\} = \text{Min} V(M_1 \geq M_i) \quad i=1, \dots, k$$

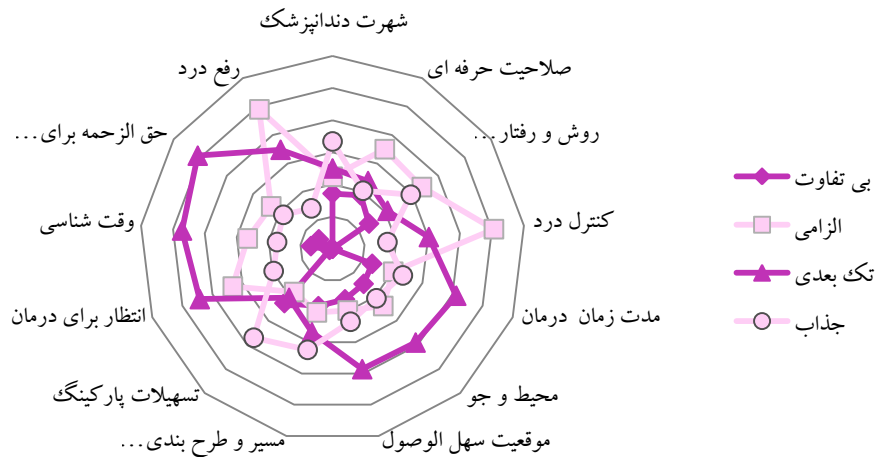
فرض می کنیم که:

$$k=1, 2, \dots, n; k \neq i \quad (A_i) = \min(S_i \geq S_k) \quad (3)$$

بنابر تعاریف ارائه شده، بردار وزنی به صورت زیر به دست می آید:

$$(A_n)^T, (A_2), \dots, d'(A_1), d' = (d'W) \quad (4)$$

که  $(A_i) \quad i=1, 2, \dots, n$  شامل  $n$  عنصر می باشد.



شکل ۳: ویژگی‌های شناسایی شده‌ی کیفیت خدمات دندان پزشکی

مربوطه باید برای ویژگی‌هایی که منجر به مزیت رقابتی و افزایش رضایت مشتریان می‌شود برنامه‌ریزی کنند، بنابراین با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی اهمیت و تأثیرگذاری ویژگی‌ها مشخص شده، تا با توجه به آن در مسیر رضایت مشتری که همان تعالی مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات دندان پزشکی است گام برداشته شود. نکته‌ی قابل توجه آن است که ویژگی‌های الزامی یک عامل رقابتی قطعی محسوب می‌شود و در صورت عدم ارائه‌ی آن‌ها در خدمات، مشتری هیچ علاقه‌ای نسبت به آن نخواهد داشت و همچنین ویژگی‌های جذاب به‌عنوان یک اسلحه‌ی رقابتی برای جلب توجه مشتریان، به ویژه مشتریان جدید و توسعه و بهبود خدمات می‌باشد. بنابراین بر اساس اولویت‌بندی تلاش‌ها جهت رضایت مشتریان با توجه به نتایج به‌دست آمده ابتدا باید به ویژگی‌های الزامی و سپس ویژگی‌های تک بعدی و در نهایت به ویژگی‌های جذاب توجه شود.

با توجه به این که هر یک از ویژگی‌های شناسایی شده در ابعاد مختلف دارای اهمیت و اولویتی می‌باشد، (مدل کانو تنها برای شناسایی این ویژگی‌ها به کار رفته است و اولویت‌بندی این ویژگی‌ها با FAHP صورت پذیرفته است) لازم است مدیران این مراکز برای تقویت جنبه‌های موردنظر برنامه‌ریزی و کنترل مناسبی را در یک برنامه‌ی زمان‌بندی شده داشته باشند، بدین منظور تلاش شده با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی ویژگی‌های شناسایی شده‌ی کیفیت خدمات دندان پزشکی اولویت‌بندی شوند تا بر اساس اهمیت دسته‌ها و عملکرد ویژگی‌ها مورد توجه قرار گیرند. شکل ۴ نشان می‌دهد که به ترتیب ویژگی‌های الزامی، تک بعدی و جذاب از اولویت بیش‌تری برخوردارند. همچنین اولویت هر یک از زیر معیارهای ویژگی‌های اصلی در این شکل نشان داده شده است. با توجه به این که توجه هم‌زمان به همه‌ی ویژگی‌ها نیازمند زمان و هزینه‌ی زیاد می‌باشد، سازمان‌های خدماتی





شکل ۴: اولویت بندی و تفکیک ویژگی های اصلی و فرعی کیفیت خدمات دندان پزشکی

در نهایت می توان گفت که سازمان های ارائه دهنده خدمات دندان پزشکی در اصفهان می بایستی برای برنامه ریزی جهت ایجاد مزیت رقابتی و رضایت مشتری به ترتیب اولویت به دست آمده با توجه به نتایج مدل تلفیقی کانو – فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی توجه نمایند.

محققان بسیاری، مانند پژوهش حاضر، هم در بخش سلامت و هم در سایر بخش ها تلاش کرده اند تا کیفیت خدمات را از دیدگاه مشتریان مورد بررسی قرار دهند. Sohail در پژوهشی با عنوان کیفیت خدمات در بیمارستان، به بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان های خصوصی مالزی پرداخته است. یافته های این پژوهش نشان می دهد که بین میانگین امتیاز کیفیت مورد انتظار و کیفیت ادراک شده شکاف وجود دارد، بدین صورت که کیفیت ادراک شده بیماران از خدمات ارائه شده دارای امتیاز بیش از کیفیت مورد انتظار آنها بوده است (۳۰). یافته های مطالعه Karassavidou و همکاران نیز با عنوان کیفیت خدمات مراقبت های سلامت در بیمارستان های ملی یونان نشان داد که بین انتظارات و ادراک بیماران از کیفیت خدمات در این بیمارستان ها شکاف وجود دارد، به گونه ای که انتظارات بیماران از

کیفیت خدمات بسیار بیشتر از کیفیت خدمات ارائه شده است (۳۱). Sohal و Baldwin نیز در پژوهشی با استفاده از مدل اصلاح شده سروکوال در بین بیماران کلینیک های دندان پزشکی استرالیا وجود شکاف بین انتظارات و ادراکات مراجعین این مراکز از کیفیت خدمات را نشان دادند (۳۲).

Barnes و Palihawadana در پژوهشی در ۲ مرکز عمومی و خصوصی خدمات دندان پزشکی در انگلیس، با استفاده از ابزار سروکوال به این نتیجه رسیده اند که بین انتظارات و ادراکات دریافت کنندگان خدمات از کیفیت، شکاف وجود دارد. آنها همچنین نشان دادند که قیمت خدمات و تجربه ای افراد می تواند بر ادراک آنها از کیفیت تأثیر بگذارد (۳۳). هم چنین کلینیک همکاران در مطالعه ای مشابهی که در بین بیماران کلینیک دانشکده ای دندان پزشکی شهر ازمیر ترکیه صورت دادند در مجموع ۳۸/۶ درصد بیماران از خدمات ارائه شده رضایت داشتند، ۲۳/۸ درصد نسبتاً راضی بودند، ۵ درصد ناراضی بودند و ۳۲/۷ درصد به پرسش ها پاسخ درستی ندادند (۳۴). در همین مورد پژوهش دیگری توسط Crossly و Blinkhorn در دانشگاه منچستر انگلستان صورت گرفت که در مجموع ۸۹ درصد

بیماران مراجعه کننده به این مرکز از خدماتی که دریافت کردند راضی بودند و بقیه‌ی افراد در بینابین قرار داشتند (۳۵).

اما به طور کل در این مقاله عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات دندان پزشکی‌ها بر اساس مدل کانو مورد طبقه‌بندی قرار گرفت و سپس هر یک از ویژگی‌های شناسایی شده جهت اولویت‌بندی با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی مورد ارزیابی قرار گرفت تا مسیر درستی جهت ایجاد رضایت و وفاداری بیماران در سازمان‌های مورد نظر تدوین شود.

نظر به تحولات صورت گرفته در سال‌های اخیر و نقش و اهمیت کلیدی مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان پزشکی، در امر تأمین سلامت دهان و دندان جامعه و توسعه‌ی بهداشتی کشورها، سنجش عملکرد این مراکز در جهت غنی‌سازی کیفیت خدمات ارائه شده توسط آن‌ها و جلوگیری از گسترش بیماری‌ها ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به جهش صورت گرفته در سنجش عملکرد سازمان‌های خدماتی از سنجش فرایندگرا و درون محور به ارزیابی‌های ستاده محور و مشتری‌گرا، استفاده از تکنیک‌های نوین سنجش کیفیت خدمات مراکز درمانی می‌تواند به ارتقای سطح کیفیت خدمات آن‌ها کمک شایانی نماید. مطالعه‌ی حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. نتایج این مطالعه بر اساس بررسی انجام شده در شهر اصفهان است و تعمیم‌پذیری این نتایج به همه‌ی شهرهای ایران محدودیت دارد، بنابراین مطالعات دیگری برای افزایش تعمیم‌پذیری این مطالعه باید در مناطق دیگر کشور نیز انجام شود. نکته‌ی دوم این‌که پرسش‌نامه‌ی طراحی شده و معیارهای به کار رفته در آن ممکن است همه‌ی انتظارات، ادراک و اعتقادات تأثیرگذار کیفیت خدمات دندان پزشکی را در بر نگیرد و بنابراین استفاده از روش‌های مطالعه‌ی کیفی در کنار روش‌های کمی در مطالعات بعدی، درک بهتری از موضوع پیچیده‌ی کیفیت خدمات دندان پزشکی ارائه خواهد داد.

### نتیجه‌گیری

نظر به آن‌که تلاش در راستای دستیابی به کیفیت منجر به کسب مزایای رقابتی و جلب مشتری می‌شود، نتایج این پژوهش حاکی از آن است که توجه به انتظارات بیماران، می‌تواند مدیران و افراد حرفه‌ای را قادر سازد تا به ارزیابی دقیق‌تر از عملکرد خود

و برنامه‌ریزی بهتر برای اقدامات آتی بپردازند. در حقیقت تلاش برای کاهش فاصله میان انتظار و ادراک بیماران منجر به رضایت بیش‌تر آن‌ها و در نهایت وفاداری و مراجعات مجدد به سازمان خواهد بود. تفاوت ما بین انتظارات مشتری و درک مشتری پس از دریافت خدمت مورد نظر، میزان رضایت او را تعیین می‌کند. بر اساس این تعریف در این مقاله در مرحله‌ی اول با به‌کارگیری مدل کانو اقدام به شناسایی ویژگی‌های کیفیت خدمات دندان پزشکی از دیدگاه مشتریان گردید. به عبارت دیگر جایگاه هر یک از ابعاد کیفیت خدمات دندان پزشکی از طریق مدل کانو مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان‌گر قرارگیری هر یک از زیر معیارهای کیفیت خدمات در یکی از ویژگی‌های جذاب، تک بعدی و الزامی بود. در مرحله‌ی بعدی با استفاده از فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی به اولویت‌بندی کیفیت خدمات دندان پزشکی اقدام گردید. به هر حال سازمان‌های ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی برای به‌دست آوردن مزیت رقابتی و تمرکز بر رضایت مشتری باید ابتدا بر ویژگی‌های کیفیت الزامی، تک بعدی و سپس بر ویژگی‌های جذاب تمرکز کنند. در نتیجه توجه اصلی این مطالعه بر بهبود فرایندهای مرتبط با ویژگی‌های کیفیت خدمات الزامی تک بعدی و جذاب می‌باشد. تفاوت نتایج روش کانو با FAHP در این پژوهش این است که در روش کانو در انتخاب گویه‌ها بر اساس روش مذکور، ۶ ویژگی به‌عنوان ویژگی تک بعدی، ۴ ویژگی به‌عنوان ویژگی الزامی و ۳ ویژگی به‌عنوان ویژگی جذاب معرفی شدند و روش کانو صرفاً برای شناسایی این ویژگی‌ها به کار رفت در حالی که به وسیله‌ی روش FAHP به رتبه‌بندی معیارهای شناسایی شده به وسیله‌ی روش کانو پرداخته شد. به‌عبارتی دیگر این دو ابزار مکمل یکدیگرند. البته لازم به یادآوری است که سازمان‌های خدماتی برای بهبود کیفیت خدمات با موانع و مشکلاتی روبرو هستند که برخی از آن‌ها از ماهیت خدمات نشات می‌گیرند. ارائه‌ی چنین مدل‌های ساختارمندی می‌تواند قدرت تصمیم‌گیری مدیران را افزایش دهد و تصمیمات را به واقعیت نزدیک‌تر نماید. هم‌چنین با به‌کارگیری الگوی تلفیقی کانو و فرایند تحلیل سلسله مراتبی فازی به‌عنوان یکی از ابزارهای سنجش کیفیت خدمات و ارزیابی رضایت

استفاده‌ی مراجعه کنندگان تهیه شود.

در مجموع با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که از طریق استقرار یک نظام دریافت شکایات و پیشنهادات فعال و اثربخش و برقراری رابطه‌ی دو سویه با مشتریان، نیازها و انتظارات آن‌ها به شکل جزئی‌تر و ملموس‌تر دریافت و بر اساس آن توسعه و بهبود شاخص‌های مورد مطالعه در دستور کار مستمر سازمان قرار گیرد.

پیشنهادهایی که برای توسعه‌ی مدل مورد نظر برای تحقیقات آینده می‌توان بیان کرد عبارت‌اند از:

- ۱- انجام تحقیق حاضر در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان‌پزشکی در شهرهای دیگر کشور و مقایسه‌ی نتایج به منظور بهبود و اولویت‌بندی شاخص‌های کیفیت خدمات.
- ۲- انجام تحقیق حاضر در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان‌پزشکی بر اساس روش‌های دیگر تصمیم‌گیری چندمعیاره.
- ۳- پژوهش مقایسه‌ای برای بررسی وضعیت کیفیت خدمات دندان‌پزشکی در دیگر مراکز کشور به منظور پی بردن به نکات مشابه و یا متفاوت در عرضه‌ی خدمات.
- ۴- تحلیل و ترسیم مدل مطلوب کیفیت خدمات دندان‌پزشکی بر اساس مدل معادلات ساختاری.
- ۵- آسیب‌شناسی کیفیت خدمات دندان‌پزشکی از دیدگاه مشتریان و دندان‌پزشکان.
- ۶- شناسایی انتظارات مشتریان به واسطه‌ی ویژگی‌ها و خصوصیات خدمات ارائه شده به صورت سیستماتیک و دقیق در قالب گسترش عملکرد کیفیت (QFD) (Quality Function Development).

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از همه‌ی مسؤولین، دندان‌پزشکان، کارکنان و مراجعه کنندگان به مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان‌پزشکی اصفهان و تمامی کسانی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، بسیار تشکر و قدردانی می‌نمایند.

مشرتی، مدیران قادر به ارزیابی کیفیت خدمات و سنجش رضایت از دید بیماران به‌عنوان مهم‌ترین مشتری سازمان شده و با برنامه‌ریزی صحیح و اصلاح نابسامانی‌ها، نهایتاً بهبود کیفیت خدمات را ممکن خواهند ساخت.

### پیشنهادها

پیشنهادهای کاربردی که می‌تواند برای مدیران و مسؤولین حوزه‌ی خدمات دندان‌پزشکی کاربرد داشته باشند و می‌توانند یکی از محورهای عمده‌ی برنامه‌ریزی آینده‌ی این مدیران در جهت توسعه‌ی خدمات دندان‌پزشکی باشند، عبارت‌اند از:

- ۱- برگزاری دوره‌های تخصصی آموزشی کوتاه مدت برای دندان‌پزشکان و کارکنان مربوطه جهت آشنایی با نظام‌های نوین خدماتی و مشتری مدار در حوزه‌ی دندان‌پزشکی.
- ۲- تأمین نیازهای اطلاعاتی خاص و تخصصی مراجعه کنندگان از طریق تشکیل واحد خدمات ویژه در کلینیک‌های دندان‌پزشکی که متشکل از دندان‌پزشکان و نیروی انسانی متخصص در این حوزه باشد.
- ۳- ساعت‌های کار مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان‌پزشکی متناسب با نیازهای مراجعه کنندگان تغییر و افزایش یابد.
- ۴- با توجه به نقش مهم ارتباط‌های انسانی در بهبود کیفیت خدمات، دوره‌های کوتاه مدت آموزشی روابط انسانی در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندان‌پزشکی برگزار شود.
- ۵- عملکرد مراکز مربوطه بر اساس نظر مشتریان به صورت دوره‌ای ارزیابی گردد و بر اساس نتایج حاصل، اقدامات اصلاحی انجام شود.
- ۶- امکانات و تجهیزات فیزیکی و رفاهی موجود در دندان‌پزشکی‌ها متناسب با کمیت روز افزون مشتریان به گونه‌ای مهندسی و طراحی گردد تا آنان در مراجعه‌ی خود دچار خستگی و کسالت فکری و جسمی نشوند و یا در صورت امکان به توسعه و نوسازی بخش‌های گوناگون این مراکز پرداخته شود.
- ۷- بروشورهای خدمات و بسته‌های اطلاعاتی مناسب برای

## References

1. Pakdil F, Harwood TN. Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using SERVQUAL dimensions. *Total Quality Management and Business Excellence* 2005; 16(1): 15-30.
2. DEMoranvillea WC, Bienstock CC. Question order effects in measuring service quality. *Intern J of Research in Marketing* 2003; 20(3): 217-31.
3. Roberts P. The development of NEDSERV: quantitative instrumentation to measure service quality in nurse education. *Nurse Educ Today* 1999; 19(5): 396-407.
4. Kang H, Bradley G. Measuring the performance of IT service: An assessment of SERVQUAL. *International journal of accounting information systems* 2002; 3(3): 151-64.
5. Ramanujam PG. Service Quality in Health Care Organisations: A Study of Corporate Hospitals in Hyderabad. *Journal of Health Management* 2011; 13(2): 177-202.
6. Yesilada F, Direkt E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management* 2010; 4(6): 962-71.
7. Lim PC, Tang NK. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2000; 13(6-7): 290-9.
8. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *Int J Health Care Qual Assur* 2008; 21(1): 8-23.
9. Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What Do Patients Expect from Their Physicians? *Iran J Public Health* 2010; 39(1): 70-7. [Article in Persian]
10. Kucukarslan SN, Nadkarni A. Evaluating medication-related services in a hospital setting using the disconfirmation of expectations model of satisfaction. *Res Social Adm Pharm* 2008; 4(1): 12-22.
11. Dawn AG, Lee PP. Patient expectations for medical and surgical care: A review of the literature and applications to ophthalmology. *Surv Ophthalmol* 2004; 49(5): 513-24.
12. Saeed AA, Mohamed BA. Patients' perspective on factors affecting utilization of primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2002; 23:1237-42.
13. Butters JM, Willis DO. A comparison of patient satisfaction among current and former dental school patients. *J Dent Educ* 2000; 64(6): 409-15.
14. Stouthard ME, Hartman CA, Hoogstraten J. Development of Dutch version of the dental visit satisfaction scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(6): 351-3.
15. Newsome PR, Wright GH. A review of patient satisfaction: Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. *Br Dent J* 1999; 186(4): 166-70.
16. Kress GC. Patient satisfaction with dental care. *Dent Clin North Am* 1988; 32(4): 791-802.
17. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64(1): 12-40.
18. Lin HC, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(6): 437-45.
19. Lam SSK. SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management* 1997; 8(4): 145-52.
20. Deng Juin L, YaHsin L, JarYuan P, IngCheau S, Glen R, MingJen C. Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. *BMC Health Services Research* 2009; 9(1): 239-49
21. Raju PS, Lonial SC. The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination. *Journal of Retailing and Consumer Services* 2002; 9(6): 335-48.
22. Baldwin A, Amrik S. Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality* 2003; 13(3): 207-16.
23. Lee KT, Chen CM, Huang ST, Wu YM, Lee HE, Hsu KJ, et al. Patient satisfaction with the quality of dental treatment provided by interns. *Journal of Dental Sciences* 2013; 8(2): 177-83.
24. Hsu TH, Pan FF. Application of Monte Carlo AHP in ranking dental quality attributes. *Expert Systems with Applications* 2009; 36(2): 2310-6.
25. Al-Hussyeen AJ. Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City. *Saudi Dent J* 2010; 22(1):19-25.

26. Shahin A, Zairi M. Kano Model: A Dynamic Approach for Classifying and Prioritizing Requirements of Airlines Travellers - With Three Case Studies on International Airlines. *Total Quality Management and Business Excellence* 2009; 20(9): 1003-28.
27. Bhattacharyya SK, Rahman Z. Capturing the customer`s voice, the centerpiece of strategy making: A case study in banking. *European business review* 2004; 16(2): 128-38.
28. Shaemi A, Khazaei Pool J, Pormostafa M, Balouei H. The classified Web Qual variable is based on Kano Model for the Evaluation of customer satisfaction of internet banking service quality. *New marketing research* 2012; 2(2): 123-42. [Article in Persian]
29. Lee AHL, ChenWC, Chang CJ. A fuzzy AHP and BSC approach for evaluating performance of IT department in the manufacturing industry in Taiwan. *Expert systems with applications* 2008; 34(1): 96-107.
30. Sohail SM. Service quality in hospitals: more favorable than you might think. *Managing service quality* 2003; 13(3): 197-206.
31. Karassavidou E, Glaveli N, Papadopoulos CT. Health care quality in Greek NHS hospitals: No one knows better tha patients. *Measuring Business Excellence* 2008; 13(1): 34-46.
32. Baldwin A, Sohal A. Service quality factors and outcomes in dental care. *Managing Service Quality* 2003; 13(3): 207-16.
33. Palihawadana D, Barnes BR. The measurement and management of service quality in dental health care. *Health Ser Manage Res* 2004; 17(4):229-36.
34. Gurdal P, Cankaya H, Onem E. Factors patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in turkey. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(6): 461-9.
35. Crossly ML, Blinkhorn A, Cox M. What do our patient really want from us?: Investigating patients perceptions of the validity of the Chartermark criteria. *Brit Dent J* 2001; 190(11): 602-6.

## Analysis of Factors Affecting the Quality of Dental Services Using Integrated Tools Kano and Fuzzy Analytical Hierarchy Process\*

Mahsa Ghandehari<sup>1</sup>; Javad Khazaei Pool<sup>2</sup>; Omid Baharestan<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** One of the criteria in the evaluation of hospitals, medical institutions and the practice of dentistry in recent years is evaluation of services quality. This study aimed to analyze and prioritize the factors affecting the quality of dental services from customers' perspective.

**Methods:** The Method of the study was descriptive- analytical based on combination of the fuzzy hierarchical analysis process and Kano. The population of the study was patients of dentistry centers in Isfahan in 1391. Thus, 490 patients were selected randomized. Data collection tools were included Kano questionnaire and Analytical Hierarchy Process. Analysis of data was based on fuzzy methods using SPSS software and Excel.

**Results:** Data analysis using the Kano model shows that the standards of professional competence, behavior of the dentist and pain control are required criteria and time of the treatment, environment and climate, Easy accessible location, waiting for treatment, punctuality and service fees are one-dimensional criteria and finally dentist's reputation, clinics route and layout and parking facilities are attractive criteria. Also findings indicate that using FAHP dimensions indicate that from the customer perspective of the dental services, respectively required dimension (with amount of 0.4641), one-dimensional (with amount of 0.3346), and attractive (with amount of 0.2013) the priorities are more important.

**Conclusion:** Dental care centers managers, with using a combination of Kano and Fuzzy Analytical Hierarchy Process will be able to identify factors that affecting the quality of dental services and have program for strengthen and reform of weaknesses in this section.

**Keywords:** Quality of Health Care; Dentistry; Kano Model; Analytical Hierachy Process

Received: 11 Jun, 2012

Accepted: 1 Sep, 2013

**Citation:** Ghandehari M, Khazaei Pool J, Baharestan O. **Analysis of Factors Affecting the Quality of Dental Services Using Integrated Tools Kano and Fuzzy Analytical Hierarchy Process.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 954.

\* This was an independent research with no financial aid.

1- Assistant Professor, Management, Administrative and Economics Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- MSc, Business Management, Young Researchers Club, Chaloos Branch, Islamic Azad University, Chaloos, Iran (Corresponding Author) Email: khazaei110@gmail.com

3- MSc Student, Business Management, Administrative and Economics Faculty, University of Isfahan, Isfahan, Iran

# پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه‌ی کشوری\*

سید جمال الدین طبیبی<sup>۱</sup>، امیر اشکان نصیری پور<sup>۲</sup>، محمود رضا گوهری<sup>۳</sup>، محمد محبوبی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** بیمارستان سازمانی است که وظایف تأمین و مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیشگیری، درمان و بازتوانی) عموم را بر عهده دارد. ضرورت اجرای پاسخ‌گویی در بیمارستان‌ها روز به روز بیش‌تر محسوس می‌شود، به همین منظور این تحقیق به شناسایی پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور پرداخته است.

**روش بررسی:** مطالعه به روش توصیفی همبستگی بر روی ۱۰۳۴ نفر از پرسنل شاغل و بیماران ۵ بیمارستان بزرگ کشور انجام شد. روش گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که شامل ۸ بعد (اخلاقی، سیاسی، فرهنگی، عملکردی، ساختاری، مالی، اطلاع‌رسانی، قانونی) و ۳۱ گویه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های استنباطی (Pearson Correlation و t-test) به‌وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها بیش‌ترین فراوانی را در بین پاسخ‌گویان مربوط به جمعیت زنان دانسته است (n=۵۶۴، ۵۴/۵۵٪). بیش‌ترین و کم‌ترین فراوانی پاسخ‌گویان به ترتیب در سنین ۲۰-۳۰ سال (۴۲/۴۵٪) و کم‌تر از ۲۰ سال (۶/۶۷) بوده است. بالاترین و پایین‌ترین امتیاز پاسخ‌گویی در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه به ترتیب (۴±۰/۶۶) و (۳/۰۶±۰/۶۳) بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. یافته‌ها نشان داده است که تأثیر بعد سیاسی در وضعیت پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی منتخب کشور نسبت به سایر ابعاد از میانگین بالاتری برخوردار است. هم‌چنین قوی‌ترین رابطه بین بعد اخلاقی و اطلاع‌رسانی بوده است (pvalue<۰/۰۰۱ و r=۰/۵۲۳) در نهایت وضعیت کلی پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی کشور در حد متوسط به بالا بوده است (۳/۲۵±۰/۶۳).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به وضعیت پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور که در زمینه‌ی برخی ابعاد از حد مطلوب پایین‌تر بود، برنامه‌ریزی برای تجدید ساختار موجود با دایر نمودن واحد پاسخ‌گویی در بیمارستان‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** بیمارستان‌های آموزشی؛ پاسخ‌گویی؛ ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۱۵

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۳۱

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۹

**ارجاع:** طبیبی سید جمال الدین، نصیری پور امیر اشکان، گوهری محمود رضا، محبوبی محمد. پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی: یک مطالعه‌ی کشوری. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۶۳-۹۵۵.

\* این مقاله حاصل رساله‌ی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد.

۱- استاد، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: sjtabibi@yahoo.com

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاونت فن‌آوری و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه و دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

### مقدمه

پاسخ‌گویی احساس مسؤولیت، الزام و تعهد و نیاز به توجیه کردن اعمال فرد نسبت به دیگران یا نسبت به خود است (۱). با افزایش آگاهی‌های عمومی شهروندان در جوامع مختلف،

پاسخ‌گویی در شرایط منفی داشته باشند. مثلاً در صورتی که معیارهای اخلاقی، حقوقی، قانونی، ساختاری در شرایطی رو به افول گذاشت، سازمان به‌منظور تقویت روحیه‌ی گروهی و برای مقابله با بی‌عدالتی جمعی ضمن به‌کارگیری تئوری برابری در تلاش برای خلق شرایط جدید باشد. در نهایت سازمان‌ها باید ساختار برنامه‌ریزی کوتاه مدت و بلند مدت خود را به‌منظور پاسخ‌گویی صحیح به جامعه تدوین و اجرا نمایند. در نهایت سازمان‌ها برای ارتقای پاسخ‌گویی در برابر بی‌عدالتی جمعی باید به سه جنبه‌ی حقوقی، ساختاری و عملکردی توجه ویژه داشته باشند (۴).

و اما بیمارستان سازمانی است که جزئی لاینفک از تشکیلات پزشکی و اجتماعی بوده و وظایف تأمین و مراقبت‌های کامل بهداشتی (پیشگیری، درمان و بازتوانی) عموم را بر عهده دارد (۵). در مطالعه‌ی Carydis و همکاران (۶) با بررسی خدمات دندان‌پزشکی یونان و پژوهش کبریایی و همکارانش (۷) در مراکز بهداشتی شهر کاشان و تحقیق مقبل و همکارانش در مراکز بیمارستانی شهر شیراز بیش‌ترین شکاف در بعد پاسخ‌گویی مشاهده شد (۸).

یکی از اصول بنیانی سیستم‌های بهداشتی و درمانی پاسخ‌گویی است. پاسخ‌گویی از جنبه‌های مختلف باید مورد تأکید قرار گیرد. پاسخ‌گویی در بیمارستان‌ها مشابه مهندسی معکوس در طراحی تولیدات صنعتی است. غفلت از آن ممکن است خروجی‌ها را در کم‌ترین رده‌های موجود قرار دهد. پاسخ‌گویی در پشت درهای بسته نمی‌تواند درد بیماران را تسکین دهد (۹).

مطالعات نشان می‌دهد که مراجعان به بیمارستان‌های دولتی از نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات دریافتی راضی نیستند، کمبود تخت‌های بیمارستانی، عدم تناسب امکانات با تعداد مراجعین، محدودیت اعتبارات و منابع، اخذ وجوه غیر قانونی خارج از صورت‌حساب بیمارستان و اشغال بودن تخت‌های ویژه در بیمارستان و غیره بخشی از مشکلات مراجعان به بیمارستان‌های دولتی و نارضایتی بیماران است (۷).

به‌عبارت دیگر، ضعف پاسخ‌گویی، چهره‌ی بیمارستان‌های دولتی را در نزد عامه‌ی مخدوش ساخته است. پاسخ‌گویی به طرق مختلف تعریف شده است ولی به‌طور کلی پاسخ‌گویی به

انتظارات آنان از سازمان‌های دولتی نیز دست‌خوش تحولات زیادی شده است. شهروندان در سازمان‌های دولتی انتظار دارند که اصول اخلاقی، قوانین و مقررات، عدالت و برابری، ساختار نظام‌مند، دوری از سیاسی‌کاری، استفاده از فرهنگ نرم، صرفه‌جویی در منابع، کارایی در تولید، مشارکت دادن آنان و توانمند کردن ارباب رجوع را بیش‌تر از گذشته مورد توجه قرار دهند. دانشمندان علوم اداری برای اصلاح نظام اداری و کارآمد ساختن آن، روش‌های مختلفی را پیشنهاد کرده‌اند. از جمله مهم‌ترین این روش‌ها، طراحی و اجرای یک نظام پاسخ‌گویی کارآمد است (۲).

هم‌چنین در ادبیات واژه‌های مسؤولیت و پاسخ‌گویی اغلب به‌صورت مترادف به‌کار می‌رود و تعاریف‌شان اختلاف کمی با هم دارد. پاسخ‌گویی تمایل دارد که به واسطه و نظارت بیرونی دلالت داشته باشد در حالی که مسؤولیت تا حد زیادتری به اخلاقیات و نظارت درونی دلالت دارد. مفهوم پاسخ‌گویی همراه با تخصصی کردن نقش‌ها اهمیت پیدا می‌کند. تفکیک وظایف و مشخص شدن نقش‌ها در بر گیرنده‌ی این مطلب است که ارزیابی وظایف و کارهای مجزا هم لازم و هم مطلوب به نظر می‌رسد. متصدی هر شغل به نتایج خوب یا بد وظیفه‌ی خود از جنبه‌ی بیرونی پاسخ‌گو و از جنبه‌ی درونی مسؤول است. دامنه‌ی مسؤولیت به‌صورت بالقوه‌ای بیش‌تر و شامل گستره‌ی وقایعی است که به‌صورت بسیار نزدیکی با تمرین اختیار و آزادی عمل نسبت به صرف انجام وظایف محوله ارتباط دارد و ممکن است فردی باشد. این در حالی است که پیامد مسؤولیت باید در صورت نیاز به سازمان یا گروهی خاص منعکس شود و در این غالب پاسخ‌گویی جمعی‌تر از مسؤولیت است (۳).

از طرفی پاسخ‌گویی سازمان‌ها در برابر چالش‌های (بی‌عدالتی) گروهی در سه جنبه قابل توجه هستند. از نظر قانونی، حقوقی، فرهنگی و غیره سازمان‌ها مانند یک شخص در جامعه دارای حقوق مشخصی هستند. مسؤولیت آن‌ها علاوه بر شخص نسبت به جامعه‌ی بزرگ‌تر نیز مشخص است. هم جامعه و هم سازمان در قبال پاسخ‌گویی به هم‌دیگر مسؤول هستند. از منظر روان‌شناختی سازمان‌ها بر اساس تئوری برابری و انصاف باید یک عملکرد جایگزین را بهتر از وضعیت کنونی به‌منظور



از ابعاد از مطالعات میدانی و جستجوی منابع الکترونیکی و کتابخانه‌ای و بانک‌های اطلاعاتی مختلف استفاده شد که در نهایت ۸ بعد و ۳۱ گویه به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت خیلی زیاد (۵) تا خیلی کم (۱) تعریف گردید. سپس میانگین امتیاز هر عبارت و هم‌چنین میانگین امتیاز هر حیطة (۵-۰) محاسبه گردید. برای تعیین روایی از روش محتوی و تأیید ۱۰ نفر از خبرگان مرتبط با رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی استفاده شد و برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد و (Pilot study) بین ۳۰ نفر از اعضای جامعه استفاده و به فاصله‌ی یک هفته بعد پرسش‌نامه توزیع گردید. هم‌چنین برای تعیین ثبات درونی سوالات از آلفای کرونباخ استفاده گردید که با توجه به مقدار آلفای کرونباخ ۰/۹۱ پایایی درونی مورد تأیید قرار گرفت. این پرسش‌نامه شامل ۸ بعد و ۳۱ گویه در نظر گرفته شد که این ابعاد عبارت بودند از: ابعاد اخلاقی (گویه‌های ۱-۲-۳-۷-۸-۳۰-۲۳-۲۷)، سیاسی (گویه‌های ۶-۱۳-۲۶)، فرهنگی (گویه‌های ۹-۱۰-۱۲)، مالی (گویه‌های ۶-۱۳-۲۶)، قانونی (گویه‌های ۱۴-۱۹-۲۱)، ساختاری (گویه‌های ۱۵-۱۶-۱۷-۲۸-۲۹) و اطلاع‌رسانی (گویه‌های ۲۰-۲۱-۲۲-۲۴-۲۵) و عملکردی (گویه‌های ۴-۵-۱۸). داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند که در بخش آمار توصیفی به منظور توصیف داده‌ها، جداول توزیع فراوانی، درصد میانگین و غیره استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های Pearson correlation و t-test استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده در این مطالعه SPSS نسخه‌ی ۱۶ بود.

### یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی مربوط به ۱۰۳۴ نفر از افراد تحت مطالعه از ۵ بیمارستان آموزشی کشور در جدول ۱ نشان داده شده است. از نظر میزان تحصیلات ۴/۵ درصد از پاسخ‌گویان کم‌تر از دیپلم، ۹ درصد دیپلم، ۱۸/۴ درصد کاردانی، ۳۷/۸ درصد کارشناسی، ۱۹/۵ درصد کارشناسی ارشد و بالاتر، ۴/۵ درصد دانشجوی، ۳/۶ درصد متخصص و ۲/۸ درصد دارای تحصیلات فوق تخصص هستند. هم‌چنین همان‌گونه که توزیع فراوانی میزان تحصیلات

فرایندهایی گفته می‌شود که بر اساس آن شهروندان مدیران دولتی را در برابر اقدامات‌شان مسؤول می‌سازند (۱۰). نتیجه‌ی مطالعه‌ای در تانزانیا بدین گونه اهمیت پاسخ‌گویی را بیان نموده است، از آنجایی که هیچ سیستم بهداشتی درمانی نمی‌تواند تمامی خدمات درمانی را برای بیمارانی که درمان می‌کند، مهیا نماید، تعیین اولویت خواسته‌های بیماران، رسیدگی به تقاضای بیماران، کارکنان، سیاست‌مداران و ذی‌نفعان و توزیع منابع محدود منطبق با ساختار واقعی در مراکز درمانی از کلیدی‌ترین نقش‌های بیمارستان‌ها برای پاسخ‌گویی در تمام سطوح می‌باشد که رعایت و اجرای آن امری بدیهی است (۱۱). این تحقیق به شناسایی پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۰ خورشیدی و نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۱ خورشیدی پرداخت.

### روش بررسی

مطالعه به روش توصیفی-مقطعی و از نوع همبستگی در ۵ بیمارستان آموزشی کشور در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۰ خورشیدی و نیمه‌ی اول ۱۳۹۱ خورشیدی انجام شد. در این مطالعه ۱۰۳۴ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۴۵۴ نفر از کارکنان شاغل در بیمارستان و ۵۸۰ نفر از بیماران این بیمارستان‌ها از بخش‌های مختلف به جز (بخش‌های اورژانس، اتاق عمل، مراقبت‌های ویژه) به صورت نمونه‌گیری در دسترس بر اساس جدول مورگان و کرجسی (۱۲) از ۵ بیمارستان بزرگ آموزشی انتخاب شدند. به دلیل بد حال بودن بیماران و احتمال عدم پاسخ‌گویی از طرف آنان در بخش‌های اورژانس، اتاق عمل و مراقبت‌های ویژه از این بخش‌ها بیماران انتخاب نشدند. در این مطالعه کشور به ۵ قطب تقسیم شد، از هر قطب یک بیمارستان به‌عنوان بیمارستان نمونه که معمولاً بزرگ‌ترین بیمارستان آموزشی منطقه بود (بر اساس اظهار معاونت درمان استان) انتخاب شد که شامل بیمارستان‌هایی در شهر کرمانشاه و مشهد نماینده‌ی غرب و شرق کشور، بیمارستان شهرهای اهواز و تهران در جنوب و مرکز کشور و بیمارستان شهر رشت که نماینده‌ی شمال کشور بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که در آن جهت شناخت هر یک

نشان می‌دهد، بیش‌تر پاسخ‌گویان میزان تحصیلات خود را در مقطع کارشناسی (۲۱۹ نفر) اعلام نموده‌اند و کم‌ترین تعداد نمونه در مقطع فوق تخصص (۲۶ نفر) قرار گرفته‌اند.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی جامعه‌ی پژوهش

مشخصات جمعیت‌شناختی	فراوانی	درصد
<b>جنس</b>		
مرد	۴۷۰	۴۵/۴۵
زن	۵۶۴	۵۴/۵۵
<b>سن</b>		
کم‌تر از ۲۰ سال	۶۹	۶/۶۷
۲۱-۳۰ سال	۴۳۹	۴۲/۴۵
۳۱-۴۰ سال	۳۱۷	۳۰/۶۶
۴۱-۵۰ سال	۱۲۰	۱۱/۶۱
بالتر از ۵۱	۸۹	۸/۶۱
<b>تحصیلات</b>		
دیپلم و کم‌تر	۲۵۲	۲۴/۳۷
کاردانی	۹۳	۹
کارشناسی	۲۷۴	۲۶/۵۰
کارشناسی ارشد	۱۲۵	۱۲/۰۸
PhD و تخصص	۳۳	۳/۱۹
فوق تخصص	۱۶	۱/۵۵
دانشجو	۲۴۱	۲۳/۳۱
<b>نوع فعالیت</b>		
طرح نیروی انسانی، کارروزی، ضریب K	۲۸۵	۲۷/۵۷
پیمانی	۲۱۵	۲۰/۷۹
رسمی	۲۶۳	۲۵/۴۴
قراردادی	۲۷۱	۲۶/۲۰
<b>نوع مراجعه</b>		
سرپایی	۴۰	۸/۸
بستری کم‌تر از یک روز	۳۷	۸/۱
بستری کم‌تر از یک هفته	۱۸۹	۴۱/۶
بستری یک هفته و بیش‌تر	۱۸۸	۴۱/۴

یافته‌ها هم‌چنین نشان می‌دهد که بیش‌ترین پاسخ‌گویان دارای بیمه‌ی تأمین اجتماعی (۵۵/۱ درصد) و کم‌ترین آن‌ها علاوه بر داشتن بیمه، دارای بیمه‌ی مکمل (۳/۱ درصد) نیز بوده‌اند.

فراوانی سایر بیمه‌ها در جدول نمایش داده شده است. هم‌چنین یافته‌های پژوهش امتیاز ابعاد مورد مطالعه را در بیمارستان‌های آموزشی کشور نشان داده است (جدول ۲).

بین ابعاد اخلاقی با ابعاد سیاسی، فرهنگی، مالی، قانونی، ساختاری و اطلاع‌رسانی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین بین بعد سیاسی با ابعاد مالی، اطلاع‌رسانی ارتباط مستقیم معنی‌دار وجود دارد، بین بعد سیاسی با ابعاد مالی ( $Pvalue < 0.030$ ,  $r = 0.090$ ) و عملکردی ( $Pvalue < 0.020$ ), ( $r = 0.096$ ) ارتباط معنی‌داری وجود دارد، اما درجه‌ی این ارتباط ضعیف‌تر از ابعاد مالی و اطلاع‌رسانی است. بین بعد سیاسی با ابعاد ساختاری ( $Pvalue < 0.0750$ ,  $r = 0.13$ ) و فرهنگی ( $Pvalue < 0.0954$ ,  $r = 0.002$ ) نیز ارتباط معنی‌داری پیدا نشد ( $Pvalue < 0.075$ ).

یافته‌های پژوهش قوی‌ترین رابطه را بین بعد اخلاقی و عملکردی نشان داده است ( $Pvalue < 0.001$ ,  $r = 0.528$ ), هم‌چنین بین بعد سیاسی و فرهنگی هیچ ارتباطی پیدا نشد. یافته‌های تحقیق میانگین امتیازات کسب شده از ابعاد را و هم‌چنین میانگین کلی پاسخ‌گویی را در بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان داده است (جدول ۳).

یافته‌ها امتیاز پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی منتخب کشور در بعد سیاسی را نسبت به سایر ابعاد بالاتر نشان داده است. بیش‌ترین و کم‌ترین امتیاز پاسخ‌گویی در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه به ترتیب مربوط به بیمارستان پورسینا با میانگین ( $4 \pm 0.66$ ) و بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه ( $3 \pm 0.63$ ) بود. در نهایت امتیاز کسب شده‌ی کلی پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی کشور در حد متوسط به بالا بود ( $3 \pm 0.63$ ).

## بحث

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه مشخص شد که امتیاز پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی کشور که در این مطالعه شرکت داشتند، متوسط به بالا بود. در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های اصفهان انجام شد نشان داد که این بیمارستان‌ها در مقیاس کلی از نظر پاسخ‌گویی در سطح متوسط قرار داشتند (۱۳).

جدول ۲: همبستگی ابعاد مورد مطالعه با یکدیگر در بیمارستان‌های آموزشی کشور

سیاسی	فرهنگی	مالی	قانونی	ساختاری	اطلاع‌رسانی	عملکردی
۰/۱۷۵	۰/۳۳۶	۰/۲۳۰	۰/۲۲۷	۰/۳۰۸	۰/۵۲۳	۰/۵۲۸
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سیاسی همبستگی	۰/۰۰۲	۰/۰۹۰	۰/۱۵۴	۰/۰۱۳	۰/۱۸۶	۰/۰۹۶
Pvalue	۰/۹۵۴	۰/۰۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۰۰۱	۰/۰۲۰
فرهنگی همبستگی	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۲۱۵	۰/۳۹۵	۰/۲۹۴	۰/۲۹۳
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مالی همبستگی	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	۰/۱۳۹	۰/۲۹۳	۰/۲۹۳	۰/۳۰۲
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
قانونی همبستگی	۰/۰۰۱	۰/۲۷۰	۰/۲۹۱	۰/۲۲۲	۰/۲۹۱	۰/۲۲۲
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
ساختاری همبستگی	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲	۰/۱۸۵	۰/۱۸۵	۰/۳۶۲	۰/۱۸۵
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
اطلاع‌رسانی همبستگی	۰/۰۰۱	۰/۳۴۱	۰/۳۴۱	۰/۳۴۱	۰/۳۴۱	۰/۳۴۱
Pvalue	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول ۳: توزیع امتیاز ابعاد پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی کشور

بیمارستان	بیمارستان جنوب کشور		بیمارستان مرکز کشور		بیمارستان شمال کشور		بیمارستان غرب کشور		بیمارستان شرق کشور		کل	
	انحراف معیار	میانگین*	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
اخلاقی	۰/۸۶	۳/۱	۰/۸۳	۳/۰۲	۰/۶۶	۳/۹۸	۰/۶۵	۳/۵۴	۰/۷۳	۳/۰۱	۰/۸۳	۳/۲۹
سیاسی	۰/۷۶	۳/۶۴	۰/۹۱	۳/۲۲	۰/۳۴	۴/۴۳	۰/۵۱	۳/۹۹	۰/۶۰	۳/۰۲	۰/۷۷	۳/۶۸
فرهنگی	۱/۲	۳/۲۸	۰/۹۵	۳/۰۸	۱/۰۹	۳/۸۹	۰/۹۷	۲/۶۵	۰/۷۳	۲/۷۶	۱/۱۶	۲/۸۵
مالی	۰/۸۱	۳/۰۶	۰/۸۷	۳/۱۲	۰/۷۱	۳/۸۱	۰/۷۵	۳/۲۶	۰/۷۳	۳/۰۸	۰/۸۲	۳/۱۹
قانونی	۰/۹۳	۳/۱۸	۰/۹۴	۳/۱۶	۰/۸۳	۴/۱۱	۰/۶۷	۳/۶۸	۰/۷۵	۳/۲۹	۰/۸۶	۳/۴۴
ساختاری	۱/۰۱	۳/۰۲	۰/۹۹	۳/۱۰	۰/۹۰	۳/۹۹	۰/۸۴	۳/۲۱	۱	۲/۹۵	۱/۰۱	۳/۱۵
اطلاع‌رسانی	۰/۹۶	۳/۱۲	۰/۸۹	۳/۰۹	۰/۶۸	۴/۱۰	۰/۷۵	۳/۵۰	۰/۸۸	۲/۹۴	۰/۹۳	۳/۳۰
عملکردی	۰/۹۲	۳/۰۷	۰/۸۵	۲/۰۷	۰/۸۸	۳/۹۰	۰/۷۲	۳/۲۷	۰/۷۵	۳/۱۵	۰/۸۶	۳/۲۱
کل	۰/۷۵	۳/۰۹	۰/۶۷	۳/۵۸	۰/۶۶	۴	۰/۵۹	۳/۳۷	۰/۶۳	۳/۰۶	۰/۷۴	۳/۲۵

\* میانگین (از ۵ امتیاز)

بهبود پاسخ‌گویی بود. بهره‌گیری از تجارب و یافته‌های این مطالعه در خصوص دستورالعمل‌های NMC (Nursing Quality Commission) قوانین پرستاران و پرسنل به‌منظور پاسخ‌گویی به مسؤولین می‌تواند کمک کننده باشد، زیرا این قوانین و دستورالعمل‌ها در بیمارستان‌های آموزشی ایران یا وجود ندارد و یا در صورت وجود به‌طور صحیح اطلاع‌رسانی نشده است (۱۶).

در این مطالعه نشان داده شد که بیمارستان‌های آموزشی ایران در بعد فرهنگی وضعیت متوسطی داشتند. این یافته می‌تواند عزم مسؤولین ارشد را جهت غنی نمودن پاسخ‌گویی فرهنگی با تدوین سیاست‌های مربوط تسریع بخشد. این موضوع قابل تعمیم به ابعاد اخلاقی، مالی، اطلاع‌رسانی، قانونی، ساختاری، عملکردی و سیاسی نیز می‌باشد.

تقویت انگیزش درونی پرسنل، پزشکان و پرستاران با رعایت حریم خصوصی آن‌ها، اخلاق‌مداری در برخورد و درمان و تربیت و آموزش آن‌ها برای خدمت‌رسانی برتر از طریق تدوین دستورالعمل‌های قانونی، اقدامی معتبر برای پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های آموزشی است که در نتایج مطالعاتی دهه‌ی اخیر به آن اشاره شده است (۱۸-۱۷).

مطالعه‌ی مشابه کمی در خصوص ابعاد مورد بررسی در این پژوهش انجام شده است. لذا این مطالعه به نوعی تنها مطالعه‌ی است که در سیستم بهداشت و درمان به بررسی ابعاد مذکور پرداخته است. بدیهی است واکاوی مؤلفه‌های آن از جمله تفاوت و تشابه مشکل بوده و تنها به برخی از مطالعات پیشین که شباهت موضوعی داشتند بسنده گردید.

بیمارستان‌های دولتی مانند سایر سازمان‌های دولتی بنا به ماموریت‌شان باید در قبال عملکرد خود پاسخ‌گو باشند. Nightingale در مطالعه‌ی خود یاد آور می‌شود که پاسخ‌گویی به‌عنوان وظیفه‌ای معنوی درمانی از نقش‌های اصلی پرسنل می‌باشد. کارکنان بیمارستان باید از استانداردهای حرفه‌ای مهارت پیروی کنند و نسبت به گسترش و توسعه‌ی دانش کنونی و توانایی‌ها از طریق آموزش رسمی و مداوم پاسخ‌گو و مسؤول باشند (۱۹). نتیجه‌ی این مطالعه با رسالت ابعاد مورد بررسی در مطالعه‌ی حاضر در بعد اخلاقی هم‌سو و در بعد فرهنگی ناهم‌خوانی داشت.

در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که ابعاد اخلاقی با سایر ابعاد رابطه‌ی مستقیم دارد. ارتباط بین بعد اخلاقی و عملکردی بیش از سایر ابعاد مشاهده شد. امتیاز پاسخ‌گویی در بعد سیاسی بیش از سایر ابعاد بود. این به منزله این بود که بعد سیاسی در بیمارستان‌های آموزشی کشور بیش از سایر ابعاد مهم دیگر ظاهر گشته است و نباید از ضررهای آتی این رفتار در آینده‌ی درمانی عموم مردم غافل ماند. به نظر می‌رسد در کشور ما نفوذ سیاسی بیش‌تر از سایر ابعاد باشد.

Mattei در پژوهش خود در سال ۲۰۰۷ میلادی با عنوان پاسخ‌گویی سیاسی و مدیریتی، شکاف در رفاه سازمان، تأثیر پاسخ‌گویی سیاسی در مدیریت سازمان را بررسی نموده و بیان می‌دارد که در جوامع دموکراسی نقش سیاست باید در جهت رفاه حال شهروندان باشد و این بعد نباید موانع مدیریتی ایجاد کند. توازن سیاست و مدیریت می‌تواند این مقوله را تسهیل کند. بیماران و پرسنل مورد مطالعه در این پژوهش قدرت سیاست را در پیشبرد اهداف خود بیش‌تر از سایر ابعاد می‌دانند و این همان مقوله‌ای است که نیاز به ترمیم ساختاری دارد (۱۴).

در مطالعه‌ی حاضر دیدگاه پرسنل و بیماران در زمینه‌ی پاسخ‌گویی متفاوت ارزیابی شد. در مطالعه‌ی که در چین و بین جامعه‌ی بیماران و پرستاران صورت گرفته مشخص شده است که ادراک بیماران و پرستاران در مورد کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیمار از نظر دو گروه مذکور تفاوت معناداری دارد (۱۵). نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی حاضر مشابه بود.

دانایی فرد و همکاران تأثیر پاسخ‌گویی عمومی را بر روی اعتماد عمومی در بیمارستان‌های دولتی، شهرداری‌ها، پست و نیروی انتظامی بررسی کرده‌اند. نتایج این پژوهش نشان داده است که پاسخ‌گویی عمومی، اعتماد عمومی را از طریق تأثیرگذاری بر روی رضایت شهروندان، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۰) که نتایج این مطالعه با توجه به همبستگی مثبت بین ابعاد عملکردی و ساختاری بیمارستان‌ها که روندی جهت رضایت مراجعین می‌باشد با مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد.

در مطالعه‌ی Guy در سال ۲۰۱۰ میلادی به رابطه‌ی بین ابعاد قانونی، عملکردی و ساختاری به‌منظور مراقبت صحیح از بیماران برای پاسخ‌گویی مطلوب اشاره شده و هدف این مطالعه نیز ارتقای

بیمارستان‌ها، رسالت اصلی که همانا رضایت و درمان بیماران می‌باشد را تقویت نموده و برنامه‌ی آموزش و تربیت نیروی انسانی ماهر از همان زمان دانشجویی در اولویت برنامه‌ی آموزشی و درمانی قرار گیرد. ضمناً علاوه بر کمیته‌های موجود در بیمارستان کمیته‌ی پاسخ‌گویی نیز اضافه گردد.

### تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی روسا و مدیران بیمارستان‌های مورد پژوهش که خالصانه در پیشبرد اهداف مطالعه، پژوهشگران را یاری نمودند تقدیر می‌گردد. بدین وسیله پژوهشگر تقدیر مضاعف خود را از مترجمین پرسش‌نامه به زبان عربی در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز اعلام می‌دارد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش وضعیت پاسخ‌گویی بیمارستان‌های آموزشی کشور را متوسط به بالا ذکر کرده است. با توجه به اهمیت رضایت پرسنل و بهبود بیماری بیماران، به‌کارگیری و مطالعه‌ی ابعاد بیش‌تری علاوه بر بعدها مطالعه شده ضروری است و مسأله‌ی پاسخ‌گویی در بیمارستان‌های ایران باید به‌صورت جدی‌تری پیگیری شود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر به‌منظور پیاده‌سازی اصول پاسخ‌گویی برای ارتقای خدمات صحیح به بیماران و پرسنل ترسیم شده است. بنابراین هم‌گام با مطالعات پیشین، تدوین دستورالعمل‌های قانونی اقدامی شایسته به‌منظور تکریم ارباب رجوع و کیفیت اقدامات درمانی می‌باشد.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد با دایر نمودن واحد پاسخ‌گویی در

### References

1. Erdogan B, Raymond TS, Liden RC, Dunegan KJ. Implications of organizational exchanges for accountability theory. *Human Resource Management Review* 2004; 14(1) 19-45.
2. Unerman J, O'Dwyer B. On James Bond and the Importance of NGO Accountability. *Accounting, Auditing and Accountability Journal* 2006; 19(3): 305-18.
3. Lindkvist S, Lewellyn L. Accountability, responsibility and organization. *Scand J Mgmt* 2003; 19(2): 251-73.
4. Cropanzano R, Chrobot-Mason D, Deborah E, Cynthia R, Prehar A. Accountability for corporate injustice. *Human Resource Management Review* 2004; 14(1): 107-33.
5. Mosadegh Rad AM, Esnaashary P. Patients and physicians' awareness of patients' rights and its implementation at Beheshti hospital in Isfahan. *Iranian Journal of Medical Education* 2004; 11(1): 45-56. [Article in Persian]
6. Carydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectation and perception of Greek Patients Regarding the Quality of Dental Health Care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(5): 409-16.
7. Kebraei A, Akbari F, Hosseini M, Eftekhari Ardabili H, Pourreza A. Survey on quality gap in primary health care in Kashan health centers. *The Journal of Qazvin Univ of Med Sci* 2004; 8(2): 80-8. [Article in Persian]
8. Maghbal Baarz A, Mohammadi A. Quality of services provided at health care centers in Fars Province. *Journal of Social Sciences Shiraz University* 2003; 19(2): 54-62. [Article in Persian]
9. Aucion P, Heintzman R. The dialectics of accountability for performance in public management reform. *Int Rev Adm Sci* 2000; 66(1): 45-55.
10. Danaee fard H, Anvary Rostamy AA. Promoting public trust in public organizations: Explaining the role of public accountability. *Public Org Rev* 2007; 7(4): 331-44. [Article in Persian]
11. Maluka S, Kamuzora P, Sansebastian M, Byskov J, Ndawi B, Hurting AK. Improving District Level Health and Priority Setting in Tanzania through implementing accountability for reasonableness framework: Perceptions of Stakeholders. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 322-34.
12. Krejcie, RV, Morgan DW. Determining sample size for 12 research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; 30(6): 607-10.
13. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and accountability in public and private hospitals selected in Isfahan. *Journal of School Health and Health Research Institute* 2012; 9(4): 11-20. [Article in Persian]
14. Mattei P. Managerial and political accountability: The widening gap in the organization of welfare. *International Review of Administrative sciences* 2007; 73(3): 365-87.

15. Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 17(6): 72-8.
16. Guy H. Accountability and legal issues in tissue viability nursing. *Nursing Standard* 2010; 25(7): 62-7.
17. D'Antonio P. Nursing and health care ethics: a legacy. In: Pinch WJE, Haddad AM, Editors. *Nursing and health care ethics: a legacy and vision*. Silver Spring (MD): Nursebooks.org, ANA; 2008: 11.
18. Creel EL, Robinson JC. Ethics in independent nurse consulting: Strategies for avoiding ethical quicksand. *Nursing ethics* 2010; 17(6):769-76.
19. Virginia As. Behind closed Doors: Accountability and Responsibility in Patient care. *J Med Philos* 2000; 25(1): 28-47.

## Accountability in Teaching Hospitals: A National Study\*

Sayed Jamaledin Tabibi<sup>1</sup>; Amir Ashkan Nasiripour<sup>2</sup>;  
Mahmood Reza Gohari<sup>3</sup>; Mohammad Mahboubi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Hospital is an organization that is responsible for care and treatment of all people. The requirement of accountability in hospitals is increasingly considered. The purpose of this research is to identify accountability in the teaching hospitals of the country.

**Methods:** The Descriptive- correlation study was performed on 1034 case hospital staff and patients in major Iran's hospitals. Data Collection was done with a valid and reliable self made questionnaire. The questionnaire had eight dimensions (ethical, political, cultural, operational, structural, financial, informational and legal) and 31 questions. Data analysis was performed by using Pearson Correlation test and t-test by SPSS16.

**Results:** Results has been shown the most frequent among the female respondents population (n=564) 54.55%. The highest and lowest frequencies of respondents were aged 30-20 years (42.45%) and less than 20 years (6.67). The highest and lowest accountability scores among hospitals was respectively (4 ±0.66) and (3.06±0.63) that this difference was statistically significant. Results showed the influence of political dimension in accountability selected educational hospitals had higher average mean than other dimensions. The strongest relationship was shown between the ethical and information (r=0.523, Pvalue<0.001). Finally the overall situation of accountability in hospitals had a moderate to high mean (3.25 ±0.63).

**Conclusion:** According to the state's accountability in the teaching hospital, this was lower than desirable in some aspects, planning for the restructuring by starting to respond in a hospital emergency department is required.

**Keywords:** Hospitals, Teaching; Accountability; Iran

Received: 20 Jun, 2012

Accepted: 29 Apr, 2013

**Citation:** Tabibi SJ, Nasiripour AA, Gohari MR, Mahboubi M. **Accountability in Teaching Hospitals: A National Study.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 963.

\* This article is derived from PhD thesis of Health Services Management in Science and Research Branch of Islamic Azad University, Tehran, Iran.

1- Professor, Education Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: sjtabibi@yahoo.com

2- Associate professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- Associate professor, Statistics, Hospital Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD, Health Care Administration, Vice Chancellor for Research Affairs, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah AND Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

# رابطه‌ی مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج\*

کامران حاجی نبی<sup>۱</sup>، پوران رئیسی<sup>۲</sup>، نرگس السادات اجاق<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** در دنیای رقابتی امروز بیمارستان‌ها در انجام مسؤلیت‌ها و وظایف خطیر خود دائماً نیازمند بهبود عملکرد بوده است و بدین منظور یکی از راهکارهایی که بتوان با به کارگیری آن نتایجی چون ارتقای عملکرد را دنبال کرد، مدیریت استعدادها در آن سازمان می‌باشد. این پژوهش با هدف شناسایی رابطه‌ی مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج انجام گرفته است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی - همبستگی است که در سال ۱۳۹۰ خورشیدی انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش، پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهید باهنر، شهید مدنی، شهید رجایی و کمالی بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ی دو بخشی محقق ساخته با ۳۳ سوال در مقیاس لیکرت بود. عملکرد کارکنان نیز از طریق نمره‌ی ارزشیابی سالیانه‌ی کارکنان سنجیده شد. روایی پرسشنامه بر اساس نظر استادان و صاحب‌نظران تأیید و میزان پایایی آن نیز به روش Cronbach's Alpha ۹۵ درصد محاسبه گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین کل نمره‌ی ارزشیابی کارکنان ۸۱/۹ به دست آمد. میزان مؤلفه‌های جذب، توسعه، نگهداری و مدیریت استعداد پایین از حد متوسط و هم‌چنین میزان مؤلفه‌های انتخاب و به کارگیری بالاتر از حد متوسط در بیمارستان‌های مورد مطالعه محاسبه شد. در کل بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان پرستاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه، رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار وجود داشت ( $Pvalue=0/013$  و  $r=0/22$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نقش تعیین‌کننده‌ی واحد مدیریت منابع انسانی در پیاده‌سازی مدیریت استعداد سازمان‌ها باید برای موفقیت در پیاده‌سازی مدیریت استعداد نقش مهمی به واحد منابع انسانی داده و مسؤلیت بیش‌تری به آن واگذار شود. هم‌چنین با اهتمام مشترک مدیران و کارکنان پرستاری، می‌توان بیش‌ترین آثار و نتایج مثبت را بر رفتار و عملکرد این کارکنان و به تبع آن بر رفتار و عملکرد بیمارستان، ایجاد نمود.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت استعداد؛ ارزشیابی عملکرد کارکنان؛ بیمارستان‌ها؛ پرستاران

سازمان‌ها در هر محیطی که فعالیت نمایند، دائماً نیازمند بهبود عملکرد بوده و باید تمام تلاش خود را جهت دستیابی به تعالی عملکرد به کار گیرند (۱). تلاش برای بهبود عملکرد از روزهای اولیه‌ی شکل‌گیری مدیریت به‌عنوان اصل خدشه‌ناپذیری بوده است که هر روز وارد مباحث جدیدی می‌شود (۲).

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۴ اصلاح نهایی: ۹۱/۸/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۲۰

**ارجاع:** حاجی نبی کامران، رئیسی پوران، اجاق نرگس السادات. **رابطه‌ی مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۶۴-۹۷۱.

### مقدمه

مسیر توسعه و تکامل سازمان‌ها با تکامل خواسته‌ها، نیازها، علایق و آمال بشر همراه است. اگرچه سازمان‌ها در طول زمان ایفاکننده‌ی نقش‌ها و مأموریت‌های مختلفی بوده‌اند، ولی در دوره‌ی معاصر کارکرد آن‌ها بسیار گسترده شده و انتظارات از آن‌ها به‌طور مداوم رو به افزایش است. در دنیای رقابتی امروز

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)  
Email: Khajinabi@yahoo.com

۲- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران



استعداد مؤثر باعث کسب و نگهداری موفقیت‌آمیز استعدادها می‌شود و دوم این‌که این کارکنان برای پست‌های کلیدی در آینده انتخاب می‌شوند (۱۱).

مدیریت استعداد شامل ۵ فاکتور جذب، شناسایی، توسعه، به‌کارگیری و درگیر کردن است. مدیریت استعداد ابزاری برای بهبود فرایند استخدام و توسعه‌ی افراد با مهارت‌ها و توانایی‌های مورد نیاز برای مواجهه با نیازهای فعلی سازمان می‌باشد (۱۳-۱۲). Fegley به دلیل رقابت شدید و کمبود کارکنان با توانایی و مهارت بالا، یافتن و نگهداشتن کارکنان با استعداد را از اولویت‌های اصلی سازمان‌های امروزی بیان کرده است (۱۴).

تحقیقات اخیر از ۴۰ شرکت جهانی نشان داده که همه‌ی آن‌ها با مشکل عدم استفاده از استراتژی مدیریت استعداد روبرو هستند که نتیجه‌ی آن کمبود نیروهای مستعد برای پر کردن پست‌های استراتژیک سازمانی می‌باشد که به‌طور قابل توجهی توانایی سازمان را برای رشد محدود ساخته است (۱۵). همچنین Phillips و Roper دریافته‌اند که بیش‌تر سازمان‌ها امروزه بنا به دلایلی از قبیل کاهش استعدادهای در دسترس، جایگاه ضعیف برای نگهداری از استعدادهای برجسته و استراتژی‌های منابع انسانی ضعیف مانند جبران خدمات و مزایا با بحران استعدادهای مواجه هستند (۱۶).

مدیریت استعداد رویکرد جدیدی است که می‌تواند تحولی در مدیریت سرمایه انسانی ایجاد نموده و نقاط ضعف و اشکالات وارد بر رویکردهای سنتی را مرتفع نماید، از این رو می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب در کنار مدیریت منابع انسانی سنتی در سازمان‌های ایرانی پیشنهاد شود. البته باید برای پیاده‌سازی مدیریت استعداد در سازمان بیمارستان برنامه‌ریزی شود. این سازمان عملکرد کارکنانش به مراتب از سازمان‌های تولیدی پیچیده‌تر است، چرا که باید پاسخ‌گوی وظایف بهداشتی و درمانی که با سلامت و جان افراد جامعه سر و کار دارد باشد. به همین جهت این پژوهش تلاش کرده است تا ضمن اندازه‌گیری عملکرد کارکنان پرستاری و سنجش استقرار ابعاد مدیریت استعداد به تعیین رابطه بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان پرستاری در بیمارستان‌های منتخب شهر کرج بپردازد.

از اواخر دهه‌ی ۹۰ میلادی، تحقیقات بسیار زیادی پیرامون شناسایی راهکارهای مناسب جهت ارتقای عملکرد شغلی همراه با تولد جنبش مدیریت علمی آغاز شده است و توسط نظریه‌پردازان نهضت نظریه‌ی سیستم‌های روابط انسانی تئوری اقتصادی و دیگر نظریه‌ها مورد پیگیری قرار گرفته است. وسعت اندازه‌ی این تحقیقات بیان‌گر این موضوع است که یکی از دغدغه‌های اصلی متفکران مدیریت در زمان‌ها و مکان‌های مختلف به‌کارگیری راهکارهایی است که بتوان با به‌کارگیری آن‌ها سطح عملکرد را ارتقا داد (۳).

از مراکزی که در کانون توجه و اولویت‌های توسعه‌ی بهداشت و درمان قرار دارد و از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد بیمارستان‌ها هستند (۴). بیمارستان‌ها با تنوع پرسنل متخصص و غیرمتخصص که در اهداف معنوی زیادی چون بهبود سلامت بیماران مشترک هستند از سایر موسسات متمایز هستند و اگر این سازمان‌ها در دنیای متغیر و رقابتی امروز همواره در حال بهبود عملکرد خود نباشند در انجام مسؤولیت‌ها و وظایف خطیر خود با مشکل مواجه خواهند شد (۵).

در سال‌های اخیر، در سازمان‌های ایرانی، مبحث پرورش و توسعه‌ی نیروی انسانی در قالب‌های گوناگونی نظیر شناسایی و پرورش استعدادهای جانشین پروری، مدیران آینده مورد توجه قرار گرفته است. در همین زمینه انجام مطالعات و پژوهش‌های گوناگون برای الگوبرداری و به‌کارگیری تجربه‌های موفق سازمان‌های توسعه یافته، از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (۶). مدیریت استعداد یکی از مهم‌ترین موضوعات مدیریت منابع انسانی در سطح جهان است و هنوز هم یکی از حادترین مسایل در بسیاری از سازمان‌ها به شمار می‌رود (۷-۹). مدیریت استعداد نتایجی چون ارتقای عملکرد، بهبود فروش، افزایش بهره‌وری در سازمان را به دنبال دارد (۱۰). با به‌کارگیری مدیریت استعداد اطمینان حاصل می‌شود که هر یک از کارکنان، با استعدادهای و توانایی‌های ویژه در شغل مناسب قرار خواهند گرفت. مدیریت استعداد به‌عنوان یک ابزار مدیریتی، سبب توانمند شدن مدیران شده و نوعی انعطاف‌پذیری مطابق با شرایط در حال تغییر بازار را ایجاد می‌نماید. مدیریت استعداد به دو دلیل کلی دارای اهمیت است، اول این‌که اجرای مدیریت

و انحراف معیار استفاده شد. در آمار استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی قدرت ارتباط بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان استفاده شد و با مقادیر  $r_{XY}$  با میزان  $Pvalue < 0/05$  معنی دار تلقی شدند.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۱۶ پرستار شرکت نمودند. در جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش گردآوری شده است.

جدول ۱: فراوانی گروه مورد مطالعه بر حسب اطلاعات دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	وضعیت فراوانی	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۰۴	۸۹/۷
	مرد	۱۲	۱۰/۳
وضعیت استخدامی	قراردادی	۳۳	۲۸/۵
	پیمانی	۳۵	۳۰/۲
	رسمی	۴۸	۴۱/۳
	کم‌تر از ۵ سال	۴۲	۳۶/۲
سابقه‌ی کار	۵-۱۰ سال	۲۳	۱۹/۸
	۱۰-۱۵ سال	۳۰	۲۵/۹
	۱۵-۲۰ سال	۱۶	۱۳/۸
	۲۰-۲۵ سال	۳	۲/۶
	بیش‌تر از ۲۵ سال	۲	۱/۷
بیمارستان	کمالی	۳۰	۲۵/۹
	شهید باهنر	۲۸	۲۴/۱
	شهید رجائی	۲۹	۲۵
	شهید مدنی	۲۹	۲۵

پاسخ‌گویان بیش‌ترین میزان «مؤلفه‌ی جذب» را متوسط با فراوانی ۹۰ نفر و کم‌ترین پاسخ را کم با فراوانی ۲ نفر، بیش‌ترین میزان «مؤلفه‌ی انتخاب» را متوسط با فراوانی ۸۴ نفر و کم‌ترین پاسخ را کم با فراوانی ۱ نفر، بیش‌ترین میزان «مؤلفه‌ی به‌کارگیری» را متوسط با فراوانی ۵۸ نفر و کم‌ترین پاسخ را کم با فراوانی ۱ نفر، بیش‌ترین میزان «مؤلفه‌ی توسعه» را متوسط با فراوانی ۹۷ نفر و کم‌ترین پاسخ را کم با فراوانی ۲ نفر و بیش‌ترین میزان «مؤلفه‌ی نگاه‌داری» را متوسط با فراوانی ۱۰۲

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، توصیفی کاربردی و از نظر روش از نوع مطالعات همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ خورشیدی با هدف شناسایی رابطه‌ی مدیریت استعداد با عملکرد کارکنان پرستاری در بیمارستان‌های دولتی شهید باهنر، شهید مدنی، شهید رجایی و کمالی واقع در شهر کرج انجام گرفت. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی کارکنان خدمات پرستاری این چهار بیمارستان بود. تعداد نمونه بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین این چهار بیمارستان انتخاب شدند. در نهایت ۱۱۶ نفر به‌عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. البته با توجه به این‌که ممکن است تعدادی از پرسشنامه‌ها برگشت داده نشوند، حجم نمونه ۱۵۰ نفر در نظر گرفته شد. معیار ورود پاسخ‌گویان به مطالعه، کلیه‌ی پرستاران شاغل بیمارستان‌های مورد مطالعه با هر سابقه‌ی کاری و وضعیت استخدامی قراردادی، پیمانی و رسمی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه‌ی دو بخشی بود. بخش اول مربوط به سوالات دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش بود. بخش دوم با استفاده از متون و منابع علمی فاکتورهای مؤثر مدیریت استعداد انتخاب و در پنج حیطه‌ی جذب، انتخاب، به‌کارگیری، توسعه و نگاه‌داری به‌صورت پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساخته با تعداد ۳۳ سوال تهیه گردید. میزان تحقق هر سوال به وسیله‌ی مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت امتیازبندی شد. در هر بیمارستان پرسش‌نامه‌ها به‌طور تصادفی بین پرسنل پرستاری که در حال کار بودند توزیع شد. عملکرد کارکنان نیز از طریق نمره‌ی ارزشیابی سالیانه‌ی کارکنان سنجیده شد. به‌منظور تعیین روایی پرسش‌نامه‌ی مدیریت استعداد، پرسش‌نامه‌ی تدوین شده به رویت ۱۰ تن از اساتید و متخصصین امر که سابقه‌ی پژوهش و مطالعه در زمینه‌ی موضوع پژوهش و مدیریت را دارا بودند، رسید و پس از اصلاحات لازم اعتبار محتوایی آن تعیین گردید و پایایی پرسش‌نامه به روش Cronbach's Alpha ۹۵ درصد به‌دست آمد.

داده‌های پژوهش مورد نظر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت. در تحلیل فوق از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از جداول فراوانی، میانگین

شهدید مدنی و شهید باهنر رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان وجود داشت، ولی تنها در بیمارستان شهید رجایی این رابطه معکوس بود (جدول ۵).

جدول ۵: رابطه‌ی بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه

Pvalue	ضریب همبستگی	نوع بیمارستان
۰/۰۱	۰/۴۴	کمالی
۰	۰/۷۳۹	شهید باهنر
۰/۶۵	-۰/۰۸۹	شهید رجایی
۰/۶۴	۰/۰۸۸	شهید مدنی
۰/۰۱۳	۰/۲۲	مجموع بیمارستان‌های دولتی

### بحث

با توجه به فرضیه‌ی اصلی پژوهش «بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان پرستاری بیمارستان‌های شهر کرج رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد» نتایج نشان داد بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان پرستاری رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. Sommer بیان می‌کند به کارگیری مدیریت استعدادها مهم‌ترین مزیت رقابتی در سازمان‌های امروزی است (۱۷). هم‌چنین مدیریت استعداد فرایندی را پیشنهاد می‌دهد که در آن سازمان، افرادی را برای حال و آینده شناسایی کرده، اداره می‌کند و سپس توسعه می‌دهد (۱۸).

Michael (۱۹) در پژوهش خود با عنوان اهمیت استراتژیک مدیریت استعداد در سیستم بهداشت و درمان یال نیوهاون یکی از ایالت‌های امریکا با دارا بودن بیش از ۱۳۰۰ کارمند با بررسی فاکتورهای کلیدی و چالش‌های موجود در اجرای مدیریت استعداد، روش‌های سیستماتیک مدیریت استعداد که تأثیر متقابل ۶ مؤلفه‌ی توسعه منابع انسانی (ارزیابی عملکرد، مدیریت یادگیری و توسعه، جبران خدمت، انتخاب و به‌کارگیری و مدیریت استعداد) مورد نیاز موفقیت سیستم منعکس می‌کند را ارائه داد. او در این پژوهش به این نتیجه رسید که این مدل به

نفر و کم‌ترین پاسخ را کم با فراوانی ۱ نفر بیان داشته‌اند (جدول ۲ و ۳).

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی پاسخ‌های کارکنان مورد مطالعه به حیطه‌های مدیریت استعداد

میزان پاسخ مدیریت استعداد	کم (۰ - ۱/۶۶)	متوسط (۱/۶۷ - ۳/۳۳)	زیاد (۳/۳۴ - ۵)
فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
جذب	۱/۸	۷۷/۵	۲۴
انتخاب	۰/۹	۷۲/۴	۳۱
به کارگیری	۰/۹	۵۰	۵۷
توسعه	۱/۷	۸۳/۶	۱۷
نگهداری	۰/۹	۸۷/۹	۱۳

جدول ۳: میزان حیطه‌های مدیریت استعداد

حیطه‌های مدیریت استعداد	میانگین	انحراف معیار
جذب	۲/۸۸	۰/۵۵
انتخاب	۳/۲	۰/۵۹
به کارگیری	۳/۲۲	۰/۷۹
توسعه	۲/۹۱	۰/۵۸
نگهداری	۲/۸۴	۰/۶۳

عملکرد کارکنان از طریق نمره‌ی ارزشیابی سالیانه‌ی کارکنان استخراج گردید که از ۱۰۰ نمره محاسبه شده است (جدول ۴).

جدول ۴: نمره‌ی ارزشیابی کارکنان

بیمارستان	کم‌ترین نمره	بیش‌ترین نمره	میانگین	انحراف معیار
کمالی	۷۲	۹۵	۸۱/۷	۷/۱
شهید باهنر	۶۴	۹۴	۷۶/۹۳	۹/۵
شهید رجایی	۷۴	۹۰	۸۰/۸	۴/۹۵
شهید مدنی	۸۰	۹۹	۸۸/۸۲	۵/۸۱
کل	۶۴	۹۹	۸۱/۹	۸/۱

ضریب همبستگی پیرسون بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه  $r_{xy} = ۰/۲۲$  و

نتایج این پژوهش نشان داد که مدیریت عملکرد کارکنان اگر با اهتمام مشترک مدیران و کارکنان به خوبی طراحی و اجرا شود، می‌تواند ایجاد کننده‌ی بیش‌ترین آثار و نتایج مثبت بر رفتار و عملکرد کارکنان و به تبع آن بر رفتار و عملکرد بیمارستان هم باشد.

اکبری و سیدی (۲۲) در پژوهش خود با عنوان مدیریت عملکرد و تأثیر آن بر افزایش بهره‌وری نیروی انسانی به این نتایج رسیدند که مدیریت عملکرد رویکردی است که با دادن آموزش‌های لازم به نیروی کار و همچنین برقراری یک نظام منصفانه در ارزیابی عملکرد کارکنان و نیز برقراری نظام‌های حقوق و مزایا و پاداش‌های مبتنی بر عملکرد، سعی در ایجاد هم‌دلی بین کارکنان و سرپرستان دارد تا از این طریق اهداف کارکنان را با اهداف سازمان هم‌سو نموده و بر بهره‌وری نیروی انسانی بیافزاید.

هم‌چنین مجرییان و دادبین (۲۳) در پژوهش خود با عنوان مدیریت عملکرد، راهکار توسعه و پرورش منابع انسانی به این نتایج رسیدند که پیاده‌سازی و اجرای مدیریت عملکرد در سازمان‌ها شرایطی را فراهم می‌آورد که بر اساس آن مدیران می‌توانند به جای دستور دادن به کارکنان خود از آن‌ها حمایت کنند. هم‌چنین بررسی‌های مدیریت عملکرد، اطلاعات لازم برای طراحی طرح‌های توسعه فردی و سازمانی را فراهم می‌آورد و برای بسیاری از کارکنان یک فرایند توسعه‌ای است و موجب رشد و پیشرفت منابع انسانی می‌گردد.

تحقیقات گسترده‌ای که توسط Lebas (۲۴) انجام پذیرفت، نشان داد که سیستم‌های مدیریت عملکرد باید اختیار را به افراد در حیطه‌ی کنترل‌شان، انعکاس روابط علت و معلولی، توانمند نمودن افراد، ایجاد مبانی مباحثه به همراه بهبود و حمایت مداوم از تصمیم‌گیری فراهم آورند. از سوی دیگر معیارهای عملکرد و مدیریت عملکرد دارای روابط منطقی هستند و نمی‌توان آن‌ها را از هم جدا نمود که ارتقای نقش مدیر در رابطه با استعداد از آن جمله است. به علاوه Bejanmin (۲۵) تحقیقات Lebas را تکمیل می‌کند و خاطر نشان می‌شود که بهترین کمک به موفقیت سازمانی، برحسب سود یا منفعت، وفاداری مشتریان و

ایجاد یک زبان مشترک برای صحبت درباره‌ی استعداد و ارزیابی مهارت‌ها کمک می‌کند و در نتیجه منجر به افزایش عملکرد می‌شود که با نتایج این پژوهش مطابقت دارد.

رضائیان و سلطانی (۲۰) در پژوهش خود با عنوان معرفی مدل جامع و سیستمی مدیریت استعداد جهت بهبود عملکرد فردی کارکنان صنعت نفت به این نتیجه رسیدند که سازمان‌هایی که به منابع انسانی خود توجه نموده و از مدیریت استعداد استفاده می‌کنند، نسبت به سازمان‌های رقیب از عملکرد بهتری برخوردارند. مدیریت استعداد با ایجاد محیطی مناسب، یک تعهد دو سویه بین کارکنان و سازمان به وجود می‌آورد که نتیجه‌ی آن چیزی جز بهبود عملکرد فردی و سازمانی نیست. با شناسایی قابلیت‌های کارکنان و قرار دادن آن‌ها در جای مناسب و استفاده‌ی بهینه از این توانایی‌ها و توسعه‌ی آن‌ها و قدردانی به موقع و مناسب از عملکردهای مطلوب، هم رضایت کارمند برآورده شده و هم سازمان به اهداف خود نایل می‌شود؛ یافته‌های این پژوهش با پژوهش حاضر همخوانی دارد. Bitirci و Busi (۱۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مدیریت استعداد نتایج‌ی چون ارتقای عملکرد، بهبود فروش، افزایش بهره‌وری در سازمان را به دنبال دارد. برای این منظور بهبود فرهنگ سازمانی، سیستم‌ها و فرایندها و مشخص کردن اهداف عملکرد به همراه اولویت‌بندی منابع، مدیریت معیارهای عملکرد به منظور استفاده‌ی مناسب از اطلاعات باید مدنظر قرار گیرد که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. هم‌چنین Handfield و همکاران (۲۱) در پژوهش خود در خصوص جنگ بر سر استعداد نشان داده‌اند که تمایز کارکنان تضمینی برای انتخاب و توسعه‌ی مدیریت است. بسیار واضح است مدیرانی که کارکنان خود را شناسایی و متمایز می‌کنند، در واقع ارتقا، حقوق و مزایا، چالشی ساختن کار و فرصت‌های توسعه را متناسب با شرایط تخصیص می‌دهند. بنابراین می‌توان اطمینان داشت که شناسایی و متمایز ساختن افراد با استعداد موجب توسعه‌ی دیگران، فراهم شدن محیط کاری چالشی و معنی‌دار و حقوق و مزایای عادلانه و در نتیجه افزایش عملکرد خواهد شد؛ نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

سازمان می‌دانند، بنابراین با اهتمام مشترک مدیران و کارکنان، پرستاری و دادن مسؤولیت بیش‌تری به واحد منابع انسانی، می‌توان بیش‌ترین آثار و نتایج مثبت بر رفتار و عملکرد این کارکنان و به تبع آن بر رفتار و عملکرد بیمارستان، ایجاد نمود. در نتیجه بهبود عملکرد کارکنان پرستاری سبب افزایش بهره‌وری بیمارستان‌ها می‌شود.

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد که در بخش مدیریت منابع انسانی یک سیستم مدیریت استعداد راه‌اندازی شود. برای این منظور بهبود فرهنگ سازمانی، سیستم‌ها، فرایندها و مشخص کردن اهداف عملکرد به همراه اولویت‌بندی منابع، مدیریت معیارهای عملکرد به‌منظور استفاده‌ی مناسب از اطلاعات باید مدنظر قرار گیرد.

نگهداری کارکنان، رابطه‌ی بین مدیران و کارکنان‌شان است که به‌طور طبیعی استعدادهای کلیدی را هم در بر می‌گیرد. از این رو شناسایی و تمایز افراد مستعد از طریق ارزیابی عملکرد و تمایز آن‌ها امر مهمی است.

### نتیجه‌گیری

همان‌طور که ذکر شد بین مدیریت استعداد و عملکرد کارکنان در بیمارستان‌های دولتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. با توجه به این‌که مدیریت استعداد بخشی از مدیریت منابع انسانی است که بر روی استعدادهای سازمان تمرکز می‌کند، یعنی به صورت جزئی‌تر و مستقیم‌تر بر روی مدیریت یک گروه خاص از افراد تأکید دارد و هر دو قرار دادن افراد مناسب در نقش‌های مناسب را ابزار مهمی برای یکپارچه کردن فعالیت‌های کارکنان و اهداف

### References

1. Efati MA, RafiZadeh A, Ronagh M. Performance management with a view to evaluating executive performance. Tehran: Publications farmanesh; 2008. [Book in Persian]
2. Zarei H, Jandagh GR, Toureh N. Factors of organizational citizenship and its relationship with organizational performance. Journal of Management Culture 2007; 4(12): 31-64. [Article in Persian]
3. Kakhaki A, Gholipour A. Organizational citizenship behavior: a step towards the client organization to improve performance. Journal of Business Research 2008; 12(45): 115-45. [Article in Persian]
4. Mossadegh Rad AM. General health services management. Tehran: Cultural Institute of Dibagaran Tehran; 2003. [Book in Persian]
5. Yarmohammadian MH, Yaghoobi M, Ansari M, Bahrami S. Identifying indicators of human resources in health sector. Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2007; 32(3): 221-17. [Article in Persian]
6. Tajeddin M, Maali Tafti M. Why talent management? Tadbir 2008; 19(191): 57-66. [Article in Persian]
7. Barlow L. Talent development: The new imperative? Development and Learning in Organizations 2006; 20(3): 6-9.
8. Maxwell GA, MacLean S. Talent management in hospitality and tourism in Scotland. International Journal of Contemporary Hospitality Management 2008; 20(7): 820-30.
9. Cunningham I. Talent management: making it real. Development and Learning in Organizations 2007; 21(2): 4-6.
10. Busi M, Bititci US. Collaborative Performance management: present gaps and future research. International Journal of Productivity and Performance Management 2006; 55(1): 7-25.
11. Hughes JC, Rog E. Talent management: A strategy for improving employee recruitment, retention and engagement with in hospitality organizations. International Journal of Contemporary Hospitality Management 2008; 20(7): 743-57.
12. Uren L. From talent compliance to talent commitment. Strategic HR Review 2007; 6(3): 32-5.
13. Bhatnagar J. Talent management strategy of employee engagement in Indian ITES employees: key to retention. Employee Relations 2007; 29(6): 640-63.
14. Fegley S. Talent management survey report. Alexandria, VA: Society for Human Resource Management; 2006.
15. Collings DG, Mellahi K. Strategic talent management: a review and research agenda. Human Resource Management Review 2009; 19(4): 304-13.
16. Phillips DR, Roper OK. A frame work for talent management in real estate. Journal of Corporate Real Estate 2009; 11(1): 7-16.

17. Sommer RD. Retaining Intellectual Capital in the 21st Century. Alexandria, VA: Society for Human Resource Management; 2000.
18. CIPD. Talent Management, Understanding the Dimensions [Online]. London, 2006. Available from: URL: <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/69676555-BEC3-47A5-AA23-62444204E6C2/0/Talmanustanddim1006.pdf>.
19. Michael EP. The strategic Importance of Talent Management at the Yale New Health System: key factors and challenges of TM Implementation. *Organization Development Journal* 2007; 25(2): 207-12.
20. Rezaeian A, Soltani F. Introduce a comprehensive model and talent management system to improve the performance of individual employees of the oil industry. *Journal of Human Resources Management in the Oil Industry* 2009; 3(8): 7-50. [Article in Persian]
21. Handfield Jones H, Michaels E, Axelrod B. Talent management: A critical part of every leader's job. *Ivey Business Journal* 2001; 66(2): 53-8.
22. Akbari AR, Seyedi SM. Performance management and its effect on increasing labor productivity. *Yademan Journal* 2010; 53: 58-61. [Article in Persian]
23. Mir Mojrebian H, Dadbin Sh. Performance Management (Human resource development strategy). *Textile Today Journal* 2009; 10(77): 49. [Article in Persian]
24. Lebas MJ. Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics* 1995; 41(1): 23-5.
25. Bejanmin L. Keeping good people in today's labor market. *Journal of Hosing & Community Development* 2003; 60(5): 42-5.

## Relationship between Talent Management and Nursing Employee Performance in Hospitals of Karaj City\*

Kamran Haji Nabi<sup>1</sup>; Pouran Reisi<sup>2</sup>; Narges Sadat Ojagh<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** In today's competitive world the responsibilities of hospitals and their critical task needs improvement and one of the strategies that can be followed using the results as a performance upgrade is talent management in the organization. This study examines the relationship between talent management and nursing employee performance in hospitals of Karaj City..

**Methods:** This is a descriptive and correlation study that were in 2011. The study sample was nurses of Kamali, Shahid Madani, Shahid Bahonar and Shahid Rajaie hospitals. Two part questionnaire designed to gather data with 33 questions that were on a Likert scale. Employee performance was measured through annual employee evaluation scores. Validity was confirmed by professor and administrator and reliability was calculated 0.95 by Cronbach's Alpha. Data were analyzed by using SPSS16 software..

**Results:** The total mean score of employees was 81.9. Components of attracting, developing, maintaining of talent management is lower than the average and components of choice and use is higher than average in studied hospitals. Between talent management and nursing employee performance there was significant relationship. ( $r=0.22$ ,  $Pvalue=0.013$ ).

**Conclusion:** Considering to crucial role of human resource management in organizations implementing talent management, in order to successfully implement talent management, give the role to human resources department and more responsibilities are emphasis. With cooperation of administrations and nursing staffs can establish the most positive results on the behavior and performance of employees and consequently the behavior and performance of the hospital.

**Keywords:** Talent Management; Employee Performance Appraisal; Hospitals; Nurses

Received: 4 Jul, 2012

Accepted: 10 Nov, 2012

**Citation:** Haji Nabi K, Reisi P, Ojagh NS. **Relationship between Talent Management and Nursing Employee Performance in Hospitals of Karaj City.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 971.

\* This article is derived from thesis in MA degree.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: Khajinabi@yahoo.com

2- Associate Professor, Health Services Management, Faculty of Medical Information and Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MA Student, Health Services Management, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

# رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی

## دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

سعید رجایی پور<sup>۱</sup>، سیما عجمی<sup>۲</sup>، سوسن بهرامی<sup>۳</sup>، پریسا ملک احمدی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** آموزش عالی نقش مهمی در به‌سازی و توسعه‌ی زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد. مقاله‌ی حاضر درصدد تعیین رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان و علوم پزشکی اصفهان بوده است.

**روش بررسی:** نوع پژوهش توصیفی، همبستگی بود. جامعه‌ی آماری شامل کل اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان (۴۹۱ نفر) و علوم پزشکی اصفهان (۵۹۴) در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ خورشیدی بودند. روش نمونه‌گیری به‌صورت طبقه‌ای- تصادفی متناسب با حجم (۳۲۰ نفر) بود و ابزار تحقیق شامل پرسش‌نامه‌ی استاندارد سبک‌های رهبری بر اساس نظریه‌ی رهبری مسیر- هدف (House) (هدایتی، حمایتی، مشارکتی و موفقیت‌گرایی) و پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی ابعاد سطح روحیه (تعلق خاطر، همانندی و عقلانیت) بر اساس مدل Getzels and Guba بودند که روایی آن‌ها با استفاده از روایی محتوایی و صوری و پایایی آن‌ها با استفاده از محاسبه‌ی Cronbach's Alpha Coefficient (۰/۸۲) و (۰/۸۹) محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

**یافته‌ها:** در دانشگاه اصفهان، میانگین سبک‌های هدایتی، حمایتی و مشارکتی بیش‌تر از سطح متوسط و میانگین سبک موفقیت‌گرایی کم‌تر از سطح متوسط بوده و نیز میانگین ابعاد تعلق خاطر، همانندی و عقلانیت بیش‌تر از سطح متوسط بوده است. در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، میانگین سبک‌های هدایتی و مشارکتی بیش‌تر از سطح متوسط و میانگین سبک‌های موفقیت‌گرایی و هدایتی کم‌تر از سطح متوسط بوده ولی میانگین ابعاد تعلق خاطر، همانندی و عقلانیت بیش‌تر از سطح متوسط بوده است. ضریب همبستگی بین نمرات سبک‌های رهبری با سطح روحیه در سطح  $Pvalue \leq 0/05$  در دو دانشگاه معنادار بوده و نتایج رگرسیون چندمتغیره نیز نشان داد که رابطه‌ی بین سبک‌های رهبری با سطح روحیه معنادار بوده است.

**نتیجه‌گیری:** عملکرد ضعیف رهبری، منشا بحران‌های فزاینده‌ای در مراکز آموزشی می‌شود. آموزش اثربخش زمانی امکان‌پذیر است که افراد با روحیه و قوی در راه تحقق و دستیابی به اهداف آموزشی کوشش کنند.

**واژه‌های کلیدی:** رهبری؛ روحیه؛ دانشگاه‌ها

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۸۹۱۲۱، مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دکتری تخصصی، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان و پژوهشگر مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: bahrami837@gmail.com

۴- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۲۰

دریافت مقاله: ۹۱/۵/۲

پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۹

**ارجاع:** رجایی پور سعید، عجمی سیما، بهرامی سوسن، ملک احمدی پریسا. رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۷۸-۹۷۲.

### مقدمه

رهبری فرایندی است که طی آن مدیریت سازمان می‌کوشد تا با ایجاد انگیزه و ارتباط مؤثر، کارکنان را از روی علاقه و میل



می‌تواند به وسیله‌ی یک مدیر در زمان‌های مختلف و شرایط متفاوت اعمال شود (۴).

از آن‌جا که اعضای هیأت علمی مهره‌های اصلی دانشگاه‌ها محسوب می‌شوند و وظیفه‌ی اصلی آن‌ها انتقال دانش و اطلاعات جدید به جامعه است، لزوم توجه به Morale آن‌ها یکی از وظایف دانشگاه‌ها می‌باشد و از طرفی یکی از راه‌های افزایش روحیه‌ی اعضای هیأت علمی، سبک رهبری اثربخش می‌باشد. محور تمام فعالیت‌های پیشرفت کنونی تکنولوژی در تمدن امروز، عامل انسانی است. امروزه این حقیقت مورد قبول قرار گرفته که منابع انسانی با دیگر منابع مادی متفاوت بوده و دارای اهمیت بیش‌تری است. اگر مدیران به نیازهای درونی و برونی افراد واقف باشند و با استفاده از شیوه‌های مناسب درصد تأمین آن نیازها برآیند، در افراد ایجاد رضایت می‌کنند که به آن «روحیه» گویند (۵). آموزش عالی نقش مهمی در به‌سازی و توسعه‌ی زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد و تحقق اهداف متعالی آموزش عالی لزوم توجه به روحیه‌ی اعضای هیأت علمی را ایجاب می‌کند. از جمله عوامل مؤثر بر روحیه، کاربرد سبک رهبری مناسب می‌باشد که فضای کلی دانشگاه را پویا، پر نشاط و فعال نموده و توانمندی‌ها و خلاقیت‌های اساتید را به خوبی شکوفا و متجلی می‌سازد. Guba و Getzels با استفاده از تئوری سیستم‌های اجتماعی، روحیه در سازمان را نتیجه‌ی تعامل سه بعد Belongingness (هم‌سازی بین انتظارات بوروکراتیک و نیازهای شخصی و به عبارت بهتر به مقدار توافق نیازهای شخصی و انتظارات بوروکراتیک اشاره دارد)، Rationality (هم‌سازی بین انتظارات بوروکراتیک و اهداف سازمانی است و به عبارت دیگر مقدار انتظارات بوروکراتیک که به‌طور منطقی برای کسب اهداف سازمانی مناسب است)، و Identification (مربوط به این است که تا چه حد انتظارات یک نقش با ارزش و نیازهای فرد یگانگی پیدا کرده است). معرفی کرده‌اند (۶). در بررسی رابطه بین سبک رهبری مدیران و روحیه‌ی کارکنان جهاد سازندگی مشخص گردید که بین سبک رهبری و روحیه کارکنان با ۹۹ درصد اطمینان رابطه‌ی مثبت وجود داشته و میزان روحیه‌ی کارکنان در سبک‌های رهبری مشارکتی و مشورتی بالاتر است (۷). در

به انجام وظایف سازمانی ترغیب کنند و رسیدن به اهداف سازمانی را تسهیل نمایند (۱). Robbins رهبری را توانایی در اعمال نفوذ بر یک گروه در جهت تأمین اهداف تعریف می‌کند (۲). ایجاد یک فضای سازمانی سالم و مناسب در گروه، سبک مدیریت و رهبری مطلوب است. در این پژوهش برای بررسی سبک‌های رهبری از تئوری‌های مخالف، به‌ویژه Path - Goal Theory که به وسیله‌ی Robert House ارایه شده است به‌عنوان مبنای نظری استفاده شد. تئوری مسیر، هدف، یک رویکرد مشروط برای مطالعه‌ی رهبری است. این مدل رفتار رهبر و مساعد بودن وضعیت با تعریف منحصر به فردی از اثربخشی را در همدیگر ادغام می‌کند. «تئوری مسیر، هدف به این دلیل مسیر، هدف نامیده شده است که چگونگی نفوذ رهبر در ادراک زیردستان از اهداف کار، اهداف شخصی و مسیرهای منجر به موفقیت در هدف را توضیح می‌دهد» (۳). اساس نظریه‌ی «House» آن است که یک رهبر باید موجباتی را فراهم آورد تا نحوه‌ی انجام کار یا عملکرد اعضا بهبود یابد. House وظایف عمده‌ی یک رهبر را عبارت از برقرار کردن هدف‌های عمده برای اعضا و روشن کردن روش‌های نیل به این هدف‌ها می‌داند. در مدل مسیر، هدف حداقل چهار نوع متمایز از رفتار رهبری مورد توجه می‌باشد، این چهار نوع عبارت است از: رهبری هدایتی (Leadership Directive) (راهنمایی استانداردها و برنامه‌های کاری مشخص را همانند قوانین و مقررات فراهم نموده و به زیردستان اجازه می‌دهد تا کار مورد انتظار از آن‌ها را بدانند)، رهبری حمایتی (Supportive Leadership) (نشان‌دهنده‌ی علاقمندی به منزلت، خوب بودن و نیازهای شخصی زیردستان است و تمرکز بر گسترش روابط بین فردی رضایت‌بخش در میان اعضای گروه دارد)، رهبری موفقیت‌گرا (Achievement Oriental Leadership) (به برقراری هدف‌های چالش برانگیز، تأکید بر پیشرفت در عملکرد و ایجاد نظارت بالا از توانایی زیردستان برای دستیابی به استانداردهای تکامل یافته‌ی برتر تأکید دارد) و رهبری مشارکتی (leadership participative) (با زیردستان مشورت می‌کند، درخواست پیشنهاد و راهنمایی در تصمیم‌گیری دارد). هاوس مدعی است که این چهار نوع متمایز از رفتار رهبری

آموزشی با سطح روحیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان و علوم پزشکی اصفهان بوده است.

### روش بررسی

نوع پژوهش، توصیفی-همبستگی است. جامعه‌ی آماری شامل کل اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان (۴۹۱ نفر) و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۵۹۴ نفر) در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ خورشیدی بودند. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای-تصادفی متناسب با حجم (۳۰۰ نفر) بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی استاندارد سبک‌های رهبری بر اساس نظریه‌ی رهبری مسیر-هدف House (هدایتی، حمایتی، مشارکتی و موفقیت‌گرایی) در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت و پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی ابعاد سطح روحیه (تعلق خاطر، همانندی و عقلانیت) در مقیاس پنج درجه‌ای Likert بود که روایی آن‌ها با استفاده از روایی محتوایی و صوری و پایایی آن‌ها با استفاده از محاسبه‌ی Cronbach's alpha coefficient ( $r_1=0/82$ ) و ( $r_2=0/89$ ) محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و در دو سطح آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی گشتاوری Pearson) و استنباطی (آزمون t، ANOVA و regression چند متغیره) انجام شد.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، در دانشگاه اصفهان، میزان سبک‌های هدایتی، حمایتی و مشارکتی، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۰/۰۵ بزرگ‌تر بوده و میزان این سه سبک بیش‌تر از سطح متوسط بوده و لیکن میزان سبک موفقیت‌گرایی، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۰/۰۵ کوچک‌تر می‌باشد. بنابراین میزان سبک موفقیت‌گرایی در دانشگاه اصفهان کم‌تر از سطح متوسط بوده است. از بین ابعاد روحیه در دانشگاه اصفهان، میزان همانندی و عقلانیت، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین میزان همانندی و عقلانیت بیش‌تر از سطح متوسط بوده است. ولی میزان بعد تعلق خاطر، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح

پژوهشی به منظور مقایسه‌ی سبک‌های مختلف رهبری با تعهد سازمانی و ابعاد آن از دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های کشور مشخص شد که بین ادراک اعضای هیأت علمی از سبک‌های رهبری مدیران خود، اختلاف نظر معنی‌داری وجود دارد. همچنین در مورد میزان و ابعاد تعهد سازمانی، تفاوت معنی‌داری به دست آمد. در مقایسه‌ی میزان و ابعاد تعهد سازمانی اعضای هیأت علمی مورد مطالعه با ادراک آن‌ها از سبک‌های رهبری مدیران نیز تفاوت معنی‌داری به دست آمد که بیش‌ترین میزان به ترتیب از تعهد عاطفی، هنجاری و در آخر عقلایی به دست آمد. نتایج مقایسه‌های زوجی، حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین ابعاد متفاوت تعهد سازمانی با انواع سبک‌های رهبری در جامعه‌ی مورد مطالعه بود (۸). Silverthorne در پژوهش «ارزیابی تئوری مسیر-هدف در تایوان» دریافت که در سه گروه مورد مطالعه (مدیران، زیردستان، هم‌گنان)، سه جنبه‌ی رهبری (ابزاری، حمایتی، مشارکتی) مورد ارزیابی قرار گرفت. هر سه گروه معتقد بودند که هر یک از سبک‌ها متناسب با مقتضیات سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۹). House و همکاران در بررسی شیوه‌های مدیریت منابع انسانی، روحیه‌ی اعضای هیأت علمی، عملکرد تدریس آن‌ها و اثربخشی دانشگاه دریافتند که بین خودکفایی و تعهد سازمانی ارتباط منفی، بین خودکفایی و عملکرد تدریس ارتباط مثبتی وجود داشته و توجه به عوامل مدیریت منابع انسانی باعث افزایش سطح روحیه‌ی اساتید و اثربخشی دانشگاه می‌شود (۱۰). House در بررسی شیوه‌های مدیریت منابع انسانی، روحیه و عملکرد اعضای هیأت علمی دریافت که میان خودکفایی و تعهد سازمانی ارتباط منفی و میان خودکفایی و عملکرد تدریس ارتباط مثبت وجود دارد (۱۱). Leary در بررسی رابطه‌ی بین سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی دانشگاه ویرجینیای غربی و رضایت شغلی اعضای هیأت علمی مشخص نمود که بین سبک‌های رهبری مدیران گروه‌ها و میزان رضایت شغلی ارتباط مثبت، و بین نظرات هیأت علمی بر اساس مشخصات دموگرافیک آنان تفاوت وجود نداشته است (۱۲). در این راستا، مقاله‌ی حاضر درصدد تعیین رابطه‌ی سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های

جدول ۲: رابطه بین هر کدام از معیارهای سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه در دانشگاه اصفهان

متغیرها	شاخص‌ها	$\beta$	Beta	$t_{ob}$	P
مقدار ثابت		۲/۷۸۴	-	۱/۱۶۵	۰/۰۰۰
سبک رهبری حمایتی		۰/۰۶۰	۰/۰۶۷	۰/۷۱۴	۰/۰۰۰
سبک رهبری مشارکتی		۰/۰۶۵	۰/۰۹۷	۰/۹۵۲	۰/۰۰۲
سبک رهبری هدایتی		۰/۱۳۸	۰/۱۷۱	۱/۷۲۰	۰/۰۰۳
سبک رهبری موفقیت‌گرایی		۰/۱۸۱	۰/۲۴۶	۲/۲۹۰	۰/۰۰۰

بر اساس جدول ۲ می‌توان مدل پیش‌بینی را به صورت زیر نشان داد:

$$Y = 2.784 + 0.060 X_1 + 0.065 X_2 + 0.138 X_3 + 0.181 X_4$$

جدول ۳: رگرسیون چند گانه بین سبک‌های رهبری و سطح روحیه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

شاخص‌ها	ss	df	ms	R	$R^2$	F	sig
متغیرها	۳/۷۳۱	۴	۰/۹۳۳	۰/۵۰۴	۰/۲۵۴	۱۳/۳۷۱	۰/۰۰۰
باقیمانده	۱۰/۹۵۳	۱۵۷	۰/۰۷۰				
کل	۱۴/۶۸۴	۱۶۱					

جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار F محاسبه شده با ۴ و ۱۲۱ درجه آزادی در سطح تشخیص ( $\alpha = 0.05$ ) از مقدار بحرانی جدول بزرگ‌تر است. بنابراین بین سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه همبستگی چندگانه‌ی معنی‌داری در دانشگاه وجود دارد ( $0.000 = Pvalue$ ). ضریب همبستگی چندگانه  $0.504$  و ضریب تعیین اصلاح شده  $0.254$  می‌باشد، بنابراین  $0.25$  درصد از تغییرات مربوط به واریانس ابعاد روحیه تحت تأثیر سبک‌های رهبری است.

جدول ۴: رابطه‌ی بین هر کدام از معیارهای سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

متغیرها	شاخص‌ها	$\beta$	Beta	$t_{ob}$	P
مقدار ثابت		۱/۰۶۷	-	۴/۴۸۹	۰/۰۰۰
سبک رهبری حمایتی		۰/۳۰۹	۰/۳۰۴	۴/۰۱۱	۰/۰۰۰
سبک رهبری مشارکتی		۰/۲۳۰	۰/۲۳۵	۳/۲۶۲	۰/۰۰۱
سبک رهبری هدایتی		۰/۱۷۴	۰/۲۳۳	۳/۰۸۳	۰/۰۰۲
سبک رهبری موفقیت‌گرایی		۰/۱۱۰	۰/۱۱۲	۲/۱۰۲	۰/۰۰۰

خطای  $0.05$  کوچک‌تر می‌باشد. بنابراین میزان بعد تعلق خاطر کمتر از سطح متوسط بوده است.

از طرفی یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین سبک‌های رهبری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، میزان سبک‌های رهبری حمایتی و مشارکتی،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0.05$  بزرگ‌تر بوده و میزان این دو سبک بیش‌تر از سطح متوسط بوده ولی میزان سبک‌های هدایتی و موفقیت‌گرایی،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0.05$  کوچک‌تر می‌باشد. بنابراین میزان سبک‌های هدایتی و موفقیت‌گرایی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کمتر از سطح متوسط بوده است. از بین ابعاد روحیه، میزان تعلق خاطر و همانندی،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0.05$  بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین میزان تعلق خاطر و همانندی بیش‌تر از سطح متوسط بوده است. ولی میزان بعد عقلانیت،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0.05$  کوچک‌تر می‌باشد. بنابراین میزان بعد عقلانیت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کمتر از سطح متوسط بوده است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که ضریب همبستگی ساده بین نمرات سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه در دانشگاه‌های اصفهان و علوم پزشکی اصفهان در سطح  $Pvalue \leq 0.05$  معنادار بوده است.

جدول ۱: رگرسیون چند گانه بین سبک‌های رهبری و سطح روحیه در دانشگاه اصفهان

شاخص‌ها	ss	df	ms	R	$R^2$	F	sig
متغیرها	۰/۶۸۸	۴	۰/۱۷۲	۰/۲۵۰	۰/۰۶۲۵	۲/۲۱۷	۰/۰۰۰
باقیمانده	۰/۳۲۲	۱۳۳	۰/۰۰۷۸				
کل	۱۱/۰۱۰	۱۳۷					

جدول ۱ نشان می‌دهد که مقدار F محاسبه شده با ۴ و ۱۳۳ درجه آزادی در سطح تشخیص ( $\alpha = 0.05$ ) از مقدار بحرانی جدول بزرگ‌تر است. لذا بین سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه، همبستگی چندگانه‌ی معنی‌داری در دانشگاه اصفهان وجود دارد ( $0.000 = Pvalue$ ). ضریب همبستگی چندگانه  $0.625$  و ضریب تعیین اصلاح شده  $0.25$  می‌باشد، بنابراین  $0.25$  درصد از تغییرات مربوط به واریانس ابعاد روحیه تحت تأثیر سبک‌های رهبری است.

بر اساس جدول ۴ می‌توان مدل پیش‌بینی را به‌صورت زیر نشان داد:

$$Y = 1/0.67 + 0/3.09X_1 + 0/23.0X_2 + 0/17.4X_3 + 0/11.0X_4$$

### بحث

رهبری پدیده‌ای است که هم از شرایط فلسفی و اجتماعی و سیاسی محیط تأثیر می‌پذیرد و هم نیروهای نهانی افراد را به فعالیت در می‌آورد و آن‌ها را در کار گروهی اثربخش می‌سازد. ولی هر رهبر پیروانی دارد که از طریق گوناگون می‌توانند موجبات موفقیت و یا شکست رهبر را فراهم سازند (۵). هم‌چنین موقعیت‌هایی وجود دارد که مانع تحقق اهداف سازمان می‌شود ولی با این وجود مسؤلیت مستقیم شکست یا موفقیت سازمان به عهده‌ی مدیریت آن سازمان بوده و این مدیر است که با استفاده از سبک رهبری متناسب با موقعیت، تحقق اهداف را امکان‌پذیر می‌نماید (۷).

یافته‌های پژوهش نشان داد که در دانشگاه اصفهان، میزان سبک‌های هدایتی، حمایتی و مشارکتی بیش‌تر از سطح متوسط ولی میزان سبک موفقیت‌گرایی کم‌تر از سطح متوسط بوده است. در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، میزان سبک‌های رهبری حمایتی و مشارکتی بیش‌تر از سطح متوسط ولی میزان سبک‌های هدایتی و موفقیت‌گرایی کم‌تر از سطح متوسط بوده است. این یافته با مطالعه‌ی رابطه بین سبک رهبری مدیران و روحیه‌ی کارکنان جهاد سازندگی، هم‌سو است (۷). از طرفی در ارزیابی تئوری مسیر - هدف در تایوان در سه گروه مورد مطالعه (مدیران، زیردستان، هم‌گنان)، هر یک از سبک‌های رهبری (ابزاری، حمایتی، مشارکتی) متناسب با مقتضیات سازمان مورد استفاده قرار گرفته است، که با نتایج این تحقیق تقریباً هم‌سو بوده است (۹).

از بین ابعاد روحیه در دانشگاه اصفهان، میزان همانندی و عقلانیت بیش‌تر از سطح متوسط و میزان بعد تعلق خاطر، کم‌تر

از سطح متوسط بوده است. در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، از بین ابعاد روحیه، میزان تعلق خاطر و همانندی بیش‌تر از سطح متوسط بوده و میزان بعد عقلانیت کم‌تر از سطح متوسط بوده است. این یافته با مطالعه‌ی House و همکاران که دریافتند توجه به عوامل مدیریت منابع انسانی باعث افزایش سطح روحیه اساتید و اثربخشی دانشگاه می‌شود، تقریباً هم‌سو است (۱۰).

هم‌چنین ضریب همبستگی بین نمرات سبک‌های رهبری با سطح روحیه در سطح  $Pvalue \leq 0/05$  در دو دانشگاه معنادار بوده و نتایج رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که رابطه‌ی بین سبک‌های رهبری با سطح روحیه معنادار بوده است. House و همکاران در بررسی شیوه‌های مدیریت منابع انسانی، روحیه‌ی اعضای هیأت علمی، عملکرد تدریس آن‌ها و اثربخشی دانشگاه دریافتند که توجه به عوامل مدیریت منابع انسانی باعث افزایش سطح روحیه‌ی اساتید و اثربخشی دانشگاه می‌شود (۱۰). این یافته با مطالعه‌ی رابطه بین سبک رهبری مدیران و روحیه‌ی کارکنان جهاد سازندگی، هم‌سو است (۷). هم‌چنین Leary با بررسی رابطه بین سبک‌های رهبری مدیران گروه‌های آموزشی دانشگاه و رضایت شغلی اعضای هیأت علمی مشخص نمود که بین سبک‌های رهبری مدیران گروه‌ها و میزان رضایت شغلی ارتباط مثبت وجود داشته که با نتایج این تحقیق تقریباً هم‌سو است (۱۲).

### نتیجه‌گیری

شناخت سلوک و رفتار رهبر آموزشی در ارتباط با موقعیت‌های مختلف، نیازهای محیط کار، کادر آموزشی و تصمیمات مناسب با موقعیت از اهمیت اساسی برخوردار می‌باشد، چون موفقیت رهبر بستگی به میزان تناسب سبک رهبری با موقعیت دارد. به‌طور کلی مطالعات رهبری نشان می‌دهد که رهبری فرایند نفوذ و تأثیرگذاری بر مردم است، به‌نحوی که با میل و اشتیاق و حداکثر توان خود برای دستیابی به هدف‌های گروهی کوشش نمایند.

### References

1. Rajaeepour S, Pourpirali Z, Salimi G. Relationship between Faculty Members' Participation in Administrative Decision-Making and the Level of Their Morale in the University of Isfahan and Medical Science University of Isfahan. Health Information Management 2007; 4(1): 99-105. [Article in Persian]
2. Robbins SP, Judge TA. Organizational Behavior. San Diego: Prentice Hall; 2004.

3. Hoy K, Miskel C. Educational Administration: Theory, research and practice. Trans. Abbas Zadeh M. Uromieh: Uromieh University; 2010.
4. Lyons JB, Schneider TR. The effects of leadership style on stress outcomes. *The Leadership Quarterly* 2009; 20(5): 737-48.
5. Mohammadzadeh A, Mahroozhan A. Organizational behavior: contingency approach. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2000. [Book in Persian]
6. Alagheband A. Public Management. Tehran: Ravan publication; 2010. [Book in Persian]
7. Karimi R. Relationship between styles of leadership and morale in the staff of Jihad Sazandegi [Thesis in Persian]. Tehran: Allameh Tabatabai University, Faculty of Psychology and Educational Sciences; 2006.
8. Soltan Hosseini M, Amirtash AM, Mozaffari AA. Describe and compare the different styles of leadership: organizational commitment and its dimensions from the perspective of the university faculty. *Movement Science and Sport* 2003; 3(6): 83-94. [Article in Persian]
9. Silverthorne C. A test of the path-goal leadership theory in Taiwan. *Leadership and Organization Development Journal* 2001; 22(4); 151-8.
10. House RJ, Hanges PJ, RuizQuintanilla SA, Dorfman PW, Javidan M, Dickson M, et al. Culture influences on leadership and organizations: project globe. In Mobley WH, Editor. *Advances in Global leadership*. Stanford, CN: JAI Press; 1999.
11. House RJA. Theory of charismatic leadership. In: Hunt JG, Lawson LL, Editors. *Leadership: The cutting edge*. Carbondale: Southern Illinois University Press; 2002.
12. Leary PA, Sullivan M, Ray D. The Relationship of Leadership Style of Selected West Virginia Deans and Department chairs to Job Satisfaction of Department Faculty Members [Online]. Available from: URL: <http://www.nationalforum.com/ElectronicJournalVolumes/Leary,PaulA.TheRelationshipofLeadershipStylesofSelectedWestVirginiaDeansandDepartmentChairstoJobSatisfaction.pdf>.

## Relationship between Leadership Styles of Educational Department's Chairpersons and Morale's Faculty Members in Isfahan University and Isfahan University of Medical Sciences \*

Saeed Rajaeepour<sup>1</sup>; Sima Agami<sup>2</sup>; Susan Bahrami<sup>3</sup>; Parisa Malekhamadi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Higher education plays an important role in the improvement and development of individual and social life of individuals. One of the paths to judge how effective's university success and failure to achieving the objectives is the study morale of faculty members. This study sought to determine the relationship between the leadership styles of heads of departments and morale's faculty members in Isfahan University and Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** A descriptive correlation research method was utilized. The statistics include the total of university faculty members (491 people) and Isfahan University of Medical Sciences (594 people) in during 2009-2010 academic years were selected through proportionate stratified random sampling. Research tools include questionnaire based on the goal setting theory's House model (directive, supportive, participative, achievement oriental) and morale' components (belongingness, rationality, identification) based on Getzels and Guba model questionnaire. The content and face validity using the validity and reliability through Cronbach's alpha coefficient. ( $r_1 = 0.82$ ) and ( $r_2 = 0.89$ ) was calculated. The research data was analyzed through SPSS18 single sample t-test, Pearson's correlation coefficient, multiple regression.

**Results:** In Isfahan University directive, supportive, participative leadership styles, mean scores were higher than mean criteria and achievement oriental leadership mean scores were lower than mean criteria and morale' components (belongingness, rationality, identification) mean scores were higher than mean criteria. In Isfahan University of Medical Sciences participative leadership styles, mean scores were higher than mean criteria and directive, achievement oriental leadership styles mean scores were lower than mean criteria and morale' components (belongingness, rationality, identification) mean scores were higher than mean criteria. Correlation coefficient between scores on leadership styles and morale's faculty members in the  $P\text{value} \leq 0.05$  was significant. And multiple regression results also showed that the relationship between leadership styles with morale's faculty members is significant.

**Conclusion:** Poor performance leadership led to increase crisis in the university. Training can be effective when people are with a strong spirit and strive to realize and achieve educational goals.

**Keywords:** Leadership; Morale; Universities

Received: 23 Jul, 2012

Accepted: 29 Apr, 2013

**Citation:** Rajaeepour S, Agami S, Bahrami S, Malekhamadi P. **Relationship between Leadership Styles of Educational Department's Chairpersons and Morale's Faculty Members in Isfahan University and Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 978.

\* This article is derived from research project (No. 289121) in Health Management and Economics Research Center and Supported by Vice Chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associate Professor, Higher Education Management, Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Health Information Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD, Educational Administration, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan and Researcher of Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
Email: bahrami837@gmail.com

4- MSc, Medical Library and Information Sciences, Faculty of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# رابطه‌ی ساده و ترکیبی بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان\*

محمد علی نادى<sup>۱</sup>، محمد حسین یارمحمدیان<sup>۲</sup>، هاجر عزیزی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** سازمان‌ها از جمله نهادهای مهم در جهان امروز هستند که کارایی و اثربخشی آن‌ها وابسته به عملکرد نیروی انسانی است. نگرش مثبت نسبت به شغل در بهبود عملکرد نیروی انسانی در هر سازمانی حایز اهمیت می‌باشد. یادگیری غیررسمی از جهت تأثیر بر رضایت شغلی مدت زمانی است که مورد توجه محققان قرار گرفته است. این پژوهش با هدف تعیین روابط بین یادگیری غیررسمی و مؤلفه‌های آن با رضایت شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی همبستگی بود که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی پرستاران شاغل رسمی و پیمانی بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان به تعداد ۷۸۵ نفر بود و حجم نمونه براساس جدول تعیین حجم Cohen و همکاران ۲۷۸ نفر از آن‌ها را شامل می‌شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه‌ی یادگیری غیررسمی Alonderiene و پرسش‌نامه‌ی رضایت شغلی Warr و همکاران بود که روایی آن‌ها به روش صوری، محتوایی و سازه و پایایی آن‌ها با Cronbach's Alpha به ترتیب به میزان ۰/۷۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. تحلیل داده‌های پژوهش در سطح آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ انجام گرفت.

**یافته‌ها:** بین رضایت شغلی با یادگیری غیررسمی ( $r=0/337$ )، نیاز به اکتساب ( $r=0/230$ )، نگرش‌های مثبت پاسخ‌گویان ( $t=0/164$ )، تخصیص منابع و زمان ( $t=0/120$ ) و کسب اطلاعات ( $t=0/303$ ) رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود داشت. نتایج رگرسیون چندگانه‌ی هم‌زمان نشان داد که نیاز به اکتساب، کسب اطلاعات و نگرش‌های مثبت بالادستان توان پیش‌بینی رضایت شغلی را دارا بوده است که با مشاهده‌ی رگرسیون گام به گام نیز این ارتباط تأیید شد. به این صورت که کسب اطلاعات، نیاز به اکتساب و نگرش‌های مثبت بالادستان نسبت به یادگیری به ترتیب ۰/۱۳۹، ۰/۱۶۷ و ۰/۱۳۹ توان پیش‌بینی رضایت شغلی را دارا بودند.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج به دست آمده، می‌توان از طریق بهبود نگرش سرپرستان نسبت به فعالیت‌های یادگیری و به وجود آوردن احساس نیاز نسبت به یادگیری در میان پرستاران، رضایت شغلی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان را بهبود بخشید. به نظر می‌رسد رضایت شغلی بالاتر، خود را در قالب نیاز به اکتساب و کسب اطلاعات و داشتن نگرش مثبت فرادستان نسبت به یادگیری آشکار می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** یادگیری؛ رضایت شغلی؛ پرستاران؛ بیمارستان‌های آموزشی؛ بیمارستان‌های دولتی

\* این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره‌ی ۲۹۰۰۵۴ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)  
Email: mnadi@khuisf.ac.ir

۲- استادیار، مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۲/۲۷

دریافت مقاله: ۹۱/۱۲/۱۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۲۳

**ارجاع:** نادى محمد علی، یارمحمدیان محمد حسین، عزیزی هاجر. رابطه‌ی ساده و ترکیبی بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۷۹-۹۸۷.

### مقدمه

عصر کنونی، عصر ارتباطات و اطلاعات است و زندگی در جوامعی که بر پایه‌ی علم و دانش می‌باشد و روز به روز در حال نو شدن و گسترش است، چالش‌های جدیدی را برای کارکنان و همچنین برای سازمان‌ها به وجود می‌آورد. برای بقا و رقابت کردن در چنین جوامعی به توسعه‌ی پایدار و یادگیری نیاز است. یادگیری و آموزش در این عصر فقط مختص دوران خاصی نیست و انسان‌ها ناگزیر از یادگیری مداوم و مادام‌العمر (Lifelong Learning) هستند که به نظر Eurostat شامل یادگیری رسمی (Formal learning)، یادگیری ضمنی (Non-Formal Learning) و یادگیری غیررسمی (Informal Learning) است (۱). Merriam و Caffarella بیان کرده‌اند که یادگیری رسمی دارای ساختار است و با حمایت مالی یک موسسه یا سازمان صورت می‌پذیرد. غالباً کلاس محور است و مربی یا آموزگاری در کلاس درس حضور دارند که به ارایه‌ی آموزش و ارزش‌یابی پردازد (۲). یادگیری ضمنی، یادگیری است که به صورت کارآموزی در کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی و مانند این‌ها صورت می‌پذیرد و یادگیری غیررسمی، آن نوع یادگیری است که در خانواده، محل کار یا خارج از آن آموخته می‌شود و اغلب توسط خود شخص تشخیص داده نمی‌شود (۱). در این پژوهش تأکید بر یادگیری غیررسمی است که اخیراً به‌عنوان یک یادگیری متعارف‌تر و کم‌هزینه‌تر (۳) نسبت به دو نوع یادگیری دیگر مورد توجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد که اولین مباحث مربوط به یادگیری غیررسمی را می‌توان در نظریه‌های Dewey یافت. البته قبل از آن هم Follett در مورد یادگیری غیررسمی نظراتی بیان کرد و معتقد بود که یادگیری غیررسمی در همان آغاز تولد نهادینه می‌شود و در تمام طول عمر به درازا می‌کشد (۴-۲). در فلسفه‌های Dewey و Follett بر اهمیت یادگیری غیررسمی تأکید شده است ولی Berg و Chyung معتقدند که این واژه از زمانی پدیدار شد که Knowls کتابی را تحت عنوان «آموزش غیررسمی بزرگسالان» منتشر کرد (۵). یادگیری غیررسمی بیش از ۷۵ درصد از یادگیری کارکنان است که در سازمان‌ها رخ می‌دهد. ولی با این حال بیش‌تر سازمان‌ها تنها

روی برنامه‌های یادگیری رسمی متمرکز هستند و فرصت‌های ارزشمندی را از دست می‌دهند (۶). یادگیری غیررسمی عبارت از یک فرایند یادگیری مستمر است که در سراسر عمر انسان ادامه می‌یابد و می‌تواند در همه زمان‌ها و مکان‌ها روی دهد (۷). در واقع این نوع یادگیری از آن دسته یادگیری‌هایی است که خارج از یک برنامه‌ی درسی مستقیم اتفاق می‌افتد (۸). Marsick و Watkins یک الگوی یادگیری غیررسمی را ابداع کرده‌اند، این الگو بر این فرض استوار شده است که رفتار افراد طبق گفته‌ی Lewin نتیجه‌ی تعامل آن‌ها با محیط است. در این الگو از قدرت کار و بافت سازمانی به‌عنوان عوامل تعیین‌کننده‌ی نوع یادگیری، حمایت به عمل آمده است. یادگیری، تعریف مسأله، حل مسأله و تعمق‌ورزی در محل کار شکل داده می‌شود و توسط هیجانانگیزان فرد (که ممکن است حاوی واکنش‌های متفاوت به شرایط فردی باشد) هدایت می‌شود. البته این هیجانانگیزان نقش محوری در فرایند یادگیری دارند، به این دلیل که کل شخصیت فرد را در فرایند یادگیری درگیر می‌کنند (۹). بعد از آن Watkins و Marsick مدل یادگیری غیررسمی در محل کار را مطرح کردند که شامل هشت مرحله بوده و شباهت زیادی به فرایند حل مسأله دارد. این مدل طرحی کلی و مفید از فعالیت‌های شناختی را فراهم می‌کند که در فرایند یادگیری غیررسمی درگیر هستند، هر چند اگر فعالیت‌ها و رفتارهای مرتبط با مسیر حرکت این هشت مرحله مشخص نشود، صحبت کردن در مورد ویژگی‌های محل کار یا کارکنانی که درگیر فعالیت‌های یادگیری می‌شوند، بیهوده خواهد بود (۵). Colly و همکاران رویکردهای مربوط به یادگیری را طبقه‌بندی کرده و در دو گروه اصلی رویکردهای عمدتاً نظری و رویکردهای عمدتاً سیاسی جای داده‌اند. البته یک دسته‌بندی کوچک‌تری هم وجود دارد که مربوط به تلفیق این دو رویکرد با یکدیگر است. رویکردهای نظری، تمرکز خود را به‌صورت انحصاری بر یادگیری در محل کار قرار داده‌اند و در مورد آن چه آموخته می‌شود، دیدگاه گسترده‌تری را اتخاذ می‌کنند. از جمله پژوهشگران این عرصه می‌توان به Eraut, Billett, Hadckinson, Beckett و Hager اشاره کرد (۱۰).



شد و تاکنون مورد بررسی قرار گرفته است (۱۱). Shipton و همکاران بر این باورند که یک ارتباط مثبت بین رضایت شغلی در سطح سازمانی و به دنبال آن نوآوری در شغل و سازمان وجود دارد (۱۶). بنابراین مدیران باید ادراکات کارکنان از محیط کار و رضایت شغلی آنان را در نظر داشته باشند تا تقویت و تسریع در یادگیری، نوآوری و خلاقیت رخ دهد. Bahn در پژوهشی که بر روی پرستاران انجام داد به این نتیجه رسیده است که آن‌ها به آموزش مداوم و یادگیری مادام‌العمر تمایل دارند. در مجموع شرکت کنندگان اظهار کرده‌اند که یادگیری موجب ارایه‌ی خدمات بیشتر و مناسب‌تر به ارباب رجوع می‌گردد (۱۷). همچنین Gai و همکاران در پژوهشی تازه‌ترین یافته‌ها در مورد عوامل مرتبط و مؤثر بر رضایت شغلی مدرسين پرستاری را گردآوری نموده و عنوان کرده‌اند، از آنجایی‌که شغل این افراد ارتباط مستقیم با آموزش دارد، یادگیری غیررسمی یکی از عوامل مهم در افزایش رضایت شغلی آن‌ها به شمار می‌رود (۱۸). نادى و سجادیان در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دسترسی نداشتن به فن‌آوری رایانه و ویژگی‌های فردی مانند عشق به یادگیری و علاقه به شغل بر یادگیری غیررسمی معلمان تأثیرگذار است (۵). Team به نقل از McCeleland بیان می‌دارد که عوامل یادگیری غیررسمی (به‌عنوان مثال: نیاز به یادگیری) تأثیرات مثبتی بر فرد و به دنبال آن بر عملکرد سازمانی دارد. اشخاص سریع‌تر ترقی کرده، حقوق بیشتری دریافت می‌کنند و سازمان نیز سود بیشتری را کسب کرده و رشد سریع‌تری را خواهد داشت (۱). بنابراین یادگیری غیررسمی می‌تواند بر رضایت شغلی مؤثر باشد و باعث افزایش آن شود. با توجه به این‌که رضایت شغلی در میان پرستاران بیمارستان‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است و یادگیری غیررسمی نیز به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر رضایت شغلی مورد توجه قرار دارد و براساس آنچه که تاکنون مورد بحث قرار گرفت، این پژوهش بر آن بوده است تا ابتدا نشان دهد که بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در میان پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان ارتباط وجود دارد و سپس این‌که کدامیک از مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی قابلیت پیش‌بینی رضایت شغلی پرستاران را دارا است.

Watkins و Marsick انواع یادگیری در محل کار را طبقه‌بندی کرده‌اند که یادگیری غیررسمی از جمله آن‌ها است. آن‌ها معتقدند که یادگیری در محل کار شامل یادگیری رسمی، یادگیری غیررسمی و یادگیری اتفاقی است (۱۱)، با دانستن این نکته که یادگیری غیررسمی بخشی از یادگیری سازمانی است. Alonderiene در پژوهش خود فرض کرده که این نوع یادگیری بایستی به‌طور مثبتی عملکرد سازمان‌ها (تجارت‌خانه‌ها) را تحت تأثیر قرار دهد (۱). به علاوه تحقیقات Rowden و Ahmad و همچنین Pool و Pool (۱۳-۱۲) رابطه‌ی مثبتی را بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در سازمان‌های آمریکایی و مالزیایی نشان داده است. Alonderiene (۱) در مطالعه‌ی خود به تحلیل رابطه میان یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی در میان مدیران تجارت‌خانه‌های کوچک در لیتوانی پرداخت و به این نتیجه رسید که مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی نه تنها با یکدیگر در ارتباط هستند، بلکه بر رضایت شغلی نیز تأثیر دارند. از نظر وی مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی در سه طبقه‌بندی کلی عوامل یادگیری غیررسمی (شامل انگیزه برای یادگیری، گرایش نسبت به یادگیری و تجربه‌ی کاری یادگیرنده)؛ روش‌های یادگیری غیررسمی و محیط یادگیری غیررسمی (شامل احاطه کننده‌ها، سیاست‌های تخصیص منابع و زمان برای یادگیری و محیط دوستانه‌ی یادگیری) قرار می‌گیرند.

همان‌طور که بیان شد، یادگیری غیررسمی می‌تواند بر بهبود عملکرد سازمانی و رضایت شغلی تأثیر داشته باشد که در این میان رضایت شغلی به‌عنوان عاملی مهم و مؤثر بر کیفیت زندگی و کار نیروی انسانی بوده است و عبارت از حالت عاطفی مثبت حاصل از ارزیابی شغل یا تجارب شغلی است که دارای ابعاد و عوامل گوناگونی می‌باشد. در واقع آنچه رضایت شغلی را شکل می‌دهد انتظاراتی است که فرد از شغل خود دارد (۱۴). Hoppock درباره‌ی پیچیدگی رضایت شغلی هشدار داد و آن را به‌عنوان ترکیبی از مواد روان‌شناختی، فیزیولوژیک و محیطی تعریف کرد که همه‌ی آن‌ها در کنار یکدیگر رضایت شغلی را پدید می‌آورند (۱۵). Berry بیان می‌دارد که تحقیقات در مورد رضایت شغلی در سال ۱۹۱۸ میلادی توسط Thurendak شروع

### روش بررسی

این پژوهش توصیفی همبستگی بود که در سال ۱۳۹۰ خورشیدی انجام گرفت. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل رسمی و پیمانی بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان به تعداد ۷۸۵ نفر بود که حجم نمونه براساس جدول تعیین حجم Cohen و همکاران (۱۹) و با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد، شامل ۲۷۸ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دولتی آموزشی شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابتدا تعداد کل جامعه‌ی پرستاران بر حسب هر بیمارستان مشخص شد، سپس با توجه به حجم نمونه‌ی کل و به نسبت حضور تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان، حجم نمونه در هر بیمارستان به تفکیک جنسیت تعیین گردید. به جهت پیشگیری از مخدوش شدن نتایج فقط شاغلین پیمانی، رسمی و رسمی آزمایشی در این مطالعه مشارکت داشتند. علاوه بر این، دارا بودن مدرک دیپلم و داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی خدمت از شرایط ورود به این مطالعه بود. به منظور گردآوری اطلاعات از ابزارهای استاندارد زیر استفاده شد. از بین ۲۷۸ پرسش‌نامه بازگردانده شده ۷ پرسش‌نامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شد. بدین ترتیب نرخ بازگشت ۹۷/۵۰ درصد بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده از آمار در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه‌ی گام به گام) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده گردید.

پرسش‌نامه‌ی رضایت شغلی (Job Satisfaction Scale): این پرسش‌نامه که توسط Warr و همکاران ابداع گردید، شامل ۱۵ گویه است و رضایت شغلی را به‌صورت کلی می‌سنجد. طیف پاسخ‌دهی به این ابزار، پنج درجه‌ای لیکرت از اصلاً راضی نیستم = ۱ تا خیلی راضی هستم = ۵ است. Cronbach's Alpha بین ۰/۸۹ - ۰/۸۵ و ضریب همبستگی آزمون - بازآزمون برای یک دوره‌ی شش ماهه ۰/۶۳ بوده است. روایی سازه‌ی این ابزار به روش روایی صوری و محتوایی توسط متخصصین موضوعی و روان‌سنجی و روایی سازه‌ی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و مقدار  $KMO=0/92$  به شکل تک عاملی مطلوب

تشخیص داده شد. این پرسش‌نامه توسط Lu و همکاران نیز استفاده و اعتباریابی شده است (۱۴). پرسش‌نامه‌ی یادگیری غیررسمی ( Informal Learning Scale): این مقیاس شامل ۲۹ گویه است و توسط Alonderiene با ۷ خرده مقیاس نیاز به اکتساب، نگرش‌های مثبت پاسخ‌گویان، نگرش‌های منفی پاسخ‌گویان، تخصیص منابع و زمان برای یادگیری، نگرش‌های مثبت بالادستان، نگرش‌های منفی بالادستان و کسب اطلاعات ارزیابی می‌شود. طیف پاسخ‌گویی بلی، خیر می‌باشد. روایی صوری و سازه‌ی این ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی و با مقدار  $KMO=0/89$  مطلوب و ۷ عامل ادعا شده استخراج گردید. Cronbach's Alpha برای کل پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۱، ۰/۸۴، ۰/۶۳، ۰/۷۰، ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۷۶ گزارش شد (۱).

### یافته‌ها

از میان ۲۷۱ نفر مشارکت‌کننده در این پژوهش ۷۳/۱ درصد زن و ۲۶/۹ درصد مرد بودند. سن بیش‌تر افراد (۵۵ درصد) بین ۴۰-۳۰ گزارش شد و میزان سابقه‌ی کاری ۶۰ درصد پرستاران پایین‌تر از ده سال، ۲۳ درصد بین ۲۰-۱۰ و ۵ درصد نیز بالای ۲۰ سال بود. چنان‌چه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین رضایت شغلی ۴۱/۱۳ و میانگین یادگیری غیررسمی ۴۵/۸۴ است. هم‌چنین یادگیری غیررسمی ( $r=0/337$ )، نیاز به اکتساب ( $r=0/230$ )، نگرش‌های مثبت پاسخ‌گویان ( $r=0/164$ )، تخصیص منابع و زمان برای یادگیری ( $r=0/120$ )، نگرش‌های مثبت بالادستان ( $r=0/235$ ) و کسب اطلاعات ( $r=0/303$ ) با رضایت شغلی رابطه‌ی مثبت و معنادار دارد.

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که مؤلفه‌های کسب اطلاعات، نیاز به اکتساب و نگرش‌های مثبت بالادستان نسبت به یادگیری توان پیش‌بینی رضایت شغلی را دارا است، چنان‌چه مشاهده می‌شود، این سه مؤلفه در سه گام پیاپی وارد معادله شده است. در گام اول پیش‌بینی می‌شود که با افزایش یک واحد به کسب اطلاعات، ۰/۳۰۳ واحد به رضایت شغلی افزوده شود. در گام دوم با ورود نیاز به اکتساب این میزان به ۰/۲۳۱ واحد و در گام سوم با

است، به معنای دیگر این که کسب اطلاعات به تنهایی قدرت پیش‌بینی بیش‌تری برای رضایت شغلی دارد و با ورود دو مؤلفه‌ی دیگر این توان کاهش پیدا می‌کند.

اضافه شدن مؤلفه‌ی نگرش‌های مثبت بالادستان به دو مؤلفه‌ی قبلی، ضریب  $\beta$  به ۰/۱۷۷ می‌رسد. این نتایج گویای آن است که گام اول نسبت به گام دوم و سوم از قدرت بیش‌تری برخوردار

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- رضایت شغلی	۴۱/۱۳	۹/۳۸	-									
۲- یادگیری غیررسمی	۴۵/۸۴	۳/۴۳	۰/۳۳۷**									
۳- نیاز به اکتساب	۸/۸۶	۱/۲۲	۰/۲۳۰**	۰/۳۶۴**								
۴- نگرش‌های مثبت پاسخ‌گویان	۵/۰۵	۰/۸۹	۰/۱۶۴**	۰/۲۸۹**	۰/۲۲۹**							
۵- نگرش‌های منفی پاسخ‌گویان	۴/۲۴	۰/۸۹	-۰/۰۸۸	۰/۲۲۸**	-۰/۲۶۲**	-۰/۲۶۸**						
۶- تخصیص منابع و زمان برای یادگیری	۱۰/۵۴	۱/۴۷	۰/۱۲۰*	۰/۶۰۱**	-۰/۰۸۷	-۰/۰۰۹	۰/۱۵۸**					
۷- نگرش‌های مثبت بالادستان	۴/۷۲	۰/۹۴	۰/۲۳۵**	۰/۴۱۶**	۰/۰۶۷	۰/۱۱۵	-۰/۰۶۵	۰/۲۳۵**				
۸- نگرش‌های منفی بالادستان	۴/۶۲	۱/۱۴	۰/۰۱۳	۰/۳۷۴**	۰/۱۰۷	-۰/۰۳۸	-۰/۰۴۴	۰/۰۴۰	-۰/۱۶۶**			
۹- کسب اطلاعات	۷/۷۸	۱/۳۰	۰/۳۰۳*	۰/۶۳۱**	-۰/۰۰۴	۰/۰۰۴	۰/۲۵۶**	۰/۲۲۶**	۰/۱۵۴*	۰/۱۴۳*		

\*\*Pvalue $\leq$ ۰/۰۱ \*Pvalue $\leq$ ۰/۰۵

جدول ۲: رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی رضایت شغلی براساس مؤلفه‌های یادگیری غیر رسمی

R <sup>2</sup>	R	VIF	سطح معناداری t	ضریب استاندارد آماره‌ی $\beta$	ضرایب غیر استاندارد		متغیرها	
					B	خطای استاندارد		
۰/۰۹۲	۰/۳۰۳	-	۰/۰۰۰	۷/۲۸۸	-	۳/۳۰۷	۲۴/۱۰۶	گام اول
								۲/۱۸۷
۰/۱۴۵	۰/۳۸۱	-	۰/۰۹۴	۱/۶۷۹	-	۵/۰۰۹	۸/۴۰۹	گام دوم
								۲/۱۹۳
۰/۱۷۶	۰/۴۱۹	-	۰/۶۴۷	۰/۴۵۸	-	۵/۲۸۲	۲/۴۲۰	گام سوم
								۱/۹۹۷
			۰/۰۰۰	۴/۹۲۴	۰/۲۷۷	۰/۴۰۶	۱/۹۹۷	کسب اطلاعات
								۱/۶۷۲
			۰/۰۰۲	۳/۱۴۷	۰/۱۷۷	۰/۵۶۱	۱/۷۶۵	نگرش‌های مثبت بالادستان

معادله خط رضایت شغلی =  $۱/۷۶۵ + ۱/۶۷۲ + ۱/۹۹۷ + ۲/۴۲۰ = ۱/۷۶۵$

بیش‌تر و بهتر به ارباب رجوع می‌شود که این خود نشان‌دهنده‌ی رضایت شغلی است (۱۷). Gai و همکاران به بررسی عوامل مؤثر بر رضایت شغلی پرداخته و به این نتیجه رسیده‌اند که یادگیری غیررسمی یکی از عوامل مؤثر بر رضایت شغلی است (۱۸). Alonderiene (۱) نیز چنین نتیجه‌ای را در مورد مدیران در لیتوانی به‌دست آورد. وی بیان داشته که علاوه بر ارتباطی که

## بحث

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی بین یادگیری غیررسمی با رضایت شغلی در سطح  $Pvalue \leq ۰/۰۵$  معنی‌دار بوده است. بنابراین بین یادگیری غیررسمی با رضایت شغلی رابطه وجود دارد. Bahn در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که یادگیری و تمایل نسبت به آن موجب ارائه‌ی خدمات

باشد. در این میان به نظر می‌رسد که یادگیری غیررسمی اثر بهتری بر افزایش رضایت شغلی داشته باشد. در این نوع یادگیری فرد هر آن‌چه را نیاز دارد و به هر نحوی که دلخواه اوست یاد می‌گیرد، حتی گفته می‌شود که این نوع یادگیری ناآگاهانه است، بدین معنا که ممکن است فردی مطلبی را بیاموزد و مدتی بعد از این مطلب در محیط کار خود استفاده کند، اما در یادگیری رسمی یک‌سری مطالب که از نظر بالادستان برای کارکنان لازم است در طی یک دوره جلسات مشخص و معین آموزش داده می‌شود. شاید بتوان گفت که یادگیری غیررسمی نسبت به یادگیری رسمی تأثیر بیش‌تری بر رضایت شغلی دارد.

### نتیجه‌گیری

رضایت شغلی در واقع تابع عملکرد فرد در سازمان است و برای بهبود عملکرد یادگیری لازم است. فرد باید یاد بگیرد که یک وظیفه را از چه راه‌هایی می‌توان انجام داد و بهترین راه کدام است. از طریق آموزش و یادگیری افراد با اهداف سازمان، قوانین و مقررات سازمانی و همچنین با شرح وظایف خود، همکاران و سرپرستان آشنا می‌شوند. از انجام این پژوهش و نتایج به‌دست آمده از آن می‌توان دریافت که یادگیری غیررسمی به‌عنوان یک عامل نوظهور می‌تواند باعث بهبود نگرش افراد نسبت به شغل شود. با به چالش کشیدن افراد در موقعیت‌های شغلی گوناگون می‌توان احساس نیاز به یادگیری را در پرستاران به وجود آورد. نیاز به یادگیری به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی رضایت شغلی، این ادعا را تا حدودی اثبات می‌کند که نیازهای مثبت زیر بنای نگرش‌های مثبت هستند و کسب اطلاعات مورد نیاز به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی دیگر مؤید تمرکز در نظام شناختی فرد است و زمانی که این احساس نیاز مرتفع شود، نگرش مثبت نسبت به شغل در فرد متبلور می‌شود. همچنین نگرش‌های مثبت فرادستان نسبت به یادگیری زمینه‌ی استفاده از فعالیت‌های یادگیری افراد در محیط کار را فراهم می‌کند. چنین افرادی مشتاق به وجود آوردن چیزهای جدید، یافتن راه‌حل‌های جدید و کاربردی برای مشکلات و استفاده از توانایی‌های افراد هستند و در جهت تحقق این اهداف می‌کوشند تا منابع و زمان کافی برای یادگیری را به وجود آورند.

بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی موجود است، بین مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی نیز ارتباط وجود دارد. در پژوهش حاضر نیز ارتباط بین مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی با رضایت شغلی بررسی شده و نتایج جدول ۲ حاکی از آن بود که ضریب همبستگی بین نیاز به اکتساب، نگرش‌های مثبت پاسخ‌گویان، تخصیص منابع و زمان برای یادگیری، نگرش‌های مثبت بالادستان و کسب اطلاعات با رضایت شغلی در سطح  $Pvalue \leq 0/05$  معنی‌دار بوده است و این بدان معناست که بین نیاز به اکتساب با رضایت شغلی، بین نگرش‌های مثبت با رضایت شغلی، بین تخصیص منابع و زمان برای یادگیری با رضایت شغلی، بین نگرش‌های مثبت بالادستان با رضایت شغلی و بین کسب اطلاعات با رضایت شغلی ارتباط وجود دارد. همان‌گونه که بیان شد روابط مشاهده شده بین متغیرها با نتایج پژوهش Gai، Alonderiene، Bahn و همکاران هم‌خوانی دارد. پژوهش دیگری نیز در این زمینه وجود دارد که نشان می‌دهد رضایت شغلی باعث افزایش یادگیری می‌شود. Shipton و همکاران به این نتیجه رسیده‌اند که توجه به رضایت شغلی برای تقویت و تسریع یادگیری مهم است (۱۶). بر این اساس و به زعم محققین ارتباط بین یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی می‌تواند دو طرفه باشد. بدین معنا که در عین حال که یادگیری غیررسمی و مؤلفه‌های آن بر رضایت شغلی مؤثر است و آن را افزایش می‌دهد، ممکن است رضایت شغلی بالا هم باعث افزایش میل به یادگیری شود. براساس مدل Kwakman نگرش افراد نسبت به شغل یکی از عواملی است که باعث مشارکت افراد در فعالیت‌های یادگیری غیررسمی می‌شود (۵). این طور به نظر می‌رسد که اگر این نگرش مثبت وجود داشته باشد، فرد خود را ملزم به یادگیری می‌داند و این یادگیری نیز خود باعث بهبود این نگرش خواهد شد. در واقع وقتی که فرد به شغل خود و شرایط محیط کار و نحوه‌ی اجرای وظایف، احاطه‌ی کامل داشته باشد، نگرش بهتری نسبت به شغل خود دارد که این همان رضایت شغلی است. از آنجایی که مشاغل در حال تغییر هستند، یادگیری در مورد شیوه‌های جدید انجام وظایف امری لازم است. این یادگیری ممکن است به صورت رسمی و در قالب دوره‌های آموزشی صورت پذیرد و یا این‌که به صورت غیررسمی

زمان لازم برای فعالیت‌های یادگیری را در محیط بیمارستان فراهم آورد. طبق نظر آلوندرین اداره کردن یادگیری غیررسمی، به دلیل ناآگاهانه و تصادفی بودن آن مشکل است (۱). این نوع یادگیری ممکن است تحت تأثیر محیط مثبت باشد که آسان‌سازی فرایند یادگیری را سبب می‌شود، یا این که تحت تأثیر محیط منفی باشد و مانع یادگیری شود. با توجه به این گفته پیشنهاد می‌شود نقش حمایتی مدیران، دست‌اندرکاران آموزش و همکاران از طریق فراهم کردن محیط دوستانه در بیمارستان و به وجود آوردن شرایط برای همکاری و مشارکت بین پرستاران تقویت شود.

### پیشنهادها

با توجه به ارتباط بین مؤلفه‌های یادگیری غیررسمی و رضایت شغلی، با به چالش کشیدن افراد می‌توان احساس نیاز به دریافت اطلاعات را در آن‌ها به وجود آورد و زمینه را برای شرکت در فعالیت‌های یادگیری غیررسمی فراهم کرد و از این طریق رضایت شغلی افراد را افزایش داد. راه کار دوم این که به وسیله‌ی بهبود بخشیدن به نگرش‌های مثبت و کنار گذاشتن نگرش‌های منفی (چه در میان پاسخ‌گویان و چه در میان مدیران) می‌توان زمینه‌ی استفاده‌ی بیشتر از فعالیت‌های یادگیری غیررسمی را افزایش داد. سوم این که منابع کافی و

### References

- Alonderiene A. Enhancing informal learning to improve job satisfaction: Perspective of SMEs managers in Lithuania. *Baltic Journal of Management* 2010; 5(2): 257-87.
- Conlon TJ. A Review of Informal Learning Literature, Theory and Implication for Practice in Developing Global Professional Competence. *Journal of European Industrial Training* 2004; 28(2,3,4): 283-95.
- Livingstone DW. Hidden dimensions of work and learning: the signification of unpaid work and Informal Learning in Global Capitalism. *Journal of Workplace Learning* 2003; 15(7,8): 359-67.
- Marsick VJ, Watkins KE. Informal and Incidental Learning. *New Direction for Adult and Continuing Education* 2001; 89: 25-34.
- Ntadi MA, Sajadiyan E. A Study on the activities, environmental inhibitors and personal characteristics influencing teachers' informal learning in Isfahan. *Quarterly Journal of Educational Innovations* 2009; 8(30): 157-85. [Article in Persian]
- Amin-alroaya S, Ahmadi GH, Nadi MA. The relationship between learning organization's components and informal learning from perspective of Esfahan girl's high school. *Quarterly Journal of Educational Leadership and Administration* 1388; 3(4): 73-92. [Article in Persian]
- Baser JA, Buntat Y. Informal Learning among Engineering Technology Teachers. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 7: 336-44.
- Afshar M, Danesh F. Effect of non-formal education programs, in libraries of Intellectual Development of Children and Adolescents in Isfahan on improving students' information literacy, librarians and teachers' perspectives. *Payame-Ketabkhane* 2008; 54: 83-98. [Article in Persian]
- Knowles M, Holton E, Swanson RA. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. Houston: Gulf Publishing Company; 1998.
- Hager p, Halliday J. *Recovering Informal Learning Wisdom, Judgement and Community*. Netherland: springer; 2009.
- Rowden RW, Clyde T, Conine JR. The Impact of Workplace Learning on Job Satisfaction in Small US Commercial Banks. *Journal of Workplace Learning* 2005; 17(4): 215-30.
- Rowden RW, Ahmad S. The Relationship between Workplace Learning and Job Satisfaction in Small Mid-Sized Businesses in Malaysia. *Human Resource Development International* 2000; 3(3): 307-22.
- Pool S, Pool B. A management development model: measuring organizational commitment and its impact on job satisfaction among executives in a learning organization. *Journal of Management Development* 2007; 26(4): 353-69.
- Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: A questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(4): 574-88.

15. Seyedameri MH, Karimi V, Kashef MM. The relationship between organizational climate and job satisfaction in physical education offices in the province of Kurdistan and Kermanshah. *Research on Sport Sciences* 2009; 6(2): 47-60.
16. Shipton H, West MA, Parkes C, Dawson JF. *Aggregate job satisfaction, HRM and organization innovation*. UK: Aston Business school, Aston University Birmingham; 2004.
17. Bahn D. Orientation of nurses towards formal and informal learning: Motives and perceptions. *Nurse Educ Today* 2007; 27(7): 723-30.
18. Gui L, Barriball KL, While AE. Job satisfaction of nurse teachers aliterature review. part II: effect and related factors. *Journal nurse education today* 2009; 29(4): 477-87.
19. Nadi MA, Sajadiyan E. *Fundamentals of Applied Research Methods in the Humanities*. Isfahan: Islamic Azad University, Khorasgan Branch; 2010. [Book in Persian]

# Simple and Combined Relationships between Informal Learning and Job Satisfaction among Nurses in Governmental Teaching Hospitals of Isfahan City\*

Mohammad Ali Nadi<sup>1</sup>; Mohammad Hossein Yarmohammadian<sup>2</sup>; Hajar Azizi<sup>3</sup>

## Original Article

### Abstract

**Introduction:** Organizations are the major institutions in the world that their efficiency is dependent on human resources and human performance. Positive attitude towards the job is an important target in any organization to improve the human resources. As long as, there is the interest focuses of researchers on informal learning based on job satisfaction impacts. This study investigated the relationship between informal learning and its components with job satisfaction among nurses in governmental teaching hospitals of Isfahan city.

**Methods:** The current research was conducted as a descriptive- correlation study during 2011. The population consisted of the whole nurses (785) in governmental teaching hospitals of Isfahan city. The sample was included about 278 nurses that selected based on Cohen et al table from different departments of governmental teaching hospitals of Isfahan city and was selected by contribution random sampling method. The Informal learning questionnaire of Alonderiene and the job satisfaction questionnaire of Warr et al were used. The validity of content and construct was confirmed and the reliability with Cronbach's alpha calculated 0/73 and 0/89 respectively. The research data analyzed in descriptive (frequency, percent, mean, standard deviation) and inferential (Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression) statistics levels, using SPSS16 software.

**Results:** There was a positive and meaningful relationships between job satisfaction along with informal learning ( $r=337/0$ ), the need for acquisition ( $r=230/0$ ), Positive attitudes of responders ( $r=0/164$ ), allocation of resources and time ( $r=120/0$ ) and information ( $r=303/0$ ). The simultaneous multiple regression results showed that the required acquisition, upstream information and positive attitudes had the ability to predict the job satisfaction which confirmed this relationship in stepwise regression. That is the data collection, requirement to acquisition and positive attitudes towards learning as on 0/089, 0/139, 0/167 had the power to predict job satisfaction.

**Conclusion:** Based on achieved results, we can expect by improving caregivers attitudes toward learning activities and to create a feeling of need to learn among nurses, the job satisfactions of nurses will be improved in teaching hospitals of Isfahan city. It seems that job satisfaction can be determined in terms of need for data acquisition and having a positive attitude on learning.

**Keywords:** Learning; Job Satisfaction; Nurses; Hospitals, Teaching; Hospitals, Public

Received: 5 Mar, 2013

Accepted: 14 Aug, 2013

**Citation:** Nadi MA, Yarmohammadian MH, Azizi H. **Simple and Combined Relationships between Informal Learning and Job Satisfaction among Nurses in Governmental Teaching Hospitals of Isfahan City.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 987.

\* The article is derived from a research project (No. 290054) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery for Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Educational Management, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: mnadi@khuisf.ac.ir

2- Professor, Educational Planning and Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Educational Management, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

# تحلیل استراتژیک بیمارستان در برنامه‌ریزی بازاریابی: مطالعه‌ی موردی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان\*

مریم یعقوبی<sup>۱</sup>، زهرا آقا رحیمی<sup>۲</sup>، مرضیه جوادی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** امروزه گسترش بازاریابی و ایجاد رقابت بیمارستانی باعث کاهش هزینه‌های بیمارستانی و ایجاد مزایای رقابتی شده است. با این وجود بررسی وضعیت استراتژیک بیمارستان‌ها برای انجام اقدامات در زمینه بازاریابی در محیط رقابتی لازم است. از این رو هدف این مطالعه تعیین جایگاه بیمارستان از نظر نوع استراتژی از طریق تحلیل استراتژیک می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع مطالعات ترکیبی (کمی - کیفی) بوده که در سال ۱۳۸۹ در یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان انجام شد. جامعه‌ی مورد پژوهش شامل مدیریت، مدیر پرستاری و مدیران بخش‌های درمانی است که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و به تعداد ۱۵ نفر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی کمی محقق ساخته بوده است. روایی و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفت. برای تحلیل اطلاعات از تحلیل (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) استفاده شد.

**یافته‌ها:** در بیمارستان مورد مطالعه نمره‌ی نهایی عوامل اصلی تأثیرگذار محیط داخلی بر بازاریابی از میانگین آن یعنی (۲/۵) بیش‌تر است (۲/۷۶)، لذا بیمارستان دارای نقاط قوت بیش‌تری می‌باشد. از سوی دیگر نمره‌ی نهایی عوامل اصلی تأثیرگذار محیط خارجی بر بازاریابی از میانگین آن یعنی (۲/۵) کمتر است (۲/۴۵)، از این رو بیمارستان با تهدیداتی برای برنامه‌ریزی بازاریابی مواجه است. با توجه به نمره‌ی نهایی عوامل داخلی و خارجی، جایگاه بیمارستان در نمودار SWOT در قسمت استراتژی رقابتی بوده است.

**نتیجه‌گیری:** محیط بیمارستان برای برنامه‌ریزی بازاریابی از ثبات لازم برخوردار نیست. بنابراین مسئولین بیمارستان جهت برنامه‌ریزی بازاریابی، باید از نقاط قوت موجود جهت احتراز از تهدیدهای وارد بر بیمارستان استفاده نماید. بدین معنی که سازمان باید استراتژی‌های رقابتی به اجرا درآورد.

**واژه‌های کلیدی:** بیمارستان‌ها؛ بازاریابی؛ تحلیل استراتژیک

از طرفی مراقبت‌های بهداشتی روش برخورد خاص خود را نیاز دارد و برخلاف دیگر صنایع ویژگی‌های خاص خود را دارد (۲). با گسترش دخالت دولت در صنعت خدمات درمانی به‌ویژه در

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۲۶ اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۲۸

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۰

**ارجاع:** یعقوبی مریم، آقا رحیمی زهرا، جوادی مرضیه. تحلیل استراتژیک بیمارستان در برنامه‌ریزی بازاریابی: مطالعه‌ی موردی یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۹۶-۹۸۸.

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۱۸۸۰۸۱ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: yaghoobi997@gmail.com

۲- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### مقدمه

برخلاف نظر عده‌ای که معتقدند بهداشت و درمان یک مسأله‌ی اجتماعی است، بهداشت و درمان یک مسأله‌ی اقتصادی است. به عبارت دیگر رابطه‌ی متقابلی بین سرمایه‌گذاری روی بهداشت و درمان و توسعه‌ی اقتصادی وجود دارد (۱).



به افزایش کیفیت خدمات برای بیماران می‌گردد (۷).  
 trendafilova تحلیل SWOT را برای بیمارستان انجام داده است (۸). Ming-Sion Tsuang به طراحی یک الگوی برای بازاریابی در بیمارستان پرداخته است که در آن به فاکتورهای محیطی، برنامه‌ی آمیخته‌ی بازاریابی و ملاحظات مدیریت بازاریابی توجه شده است (۹). Schindler بیان می‌کند که فرایند بازاریابی از تحلیل SWOT تشکیل شده است (۱۰). پژوهش دیگر تجزیه و تحلیل SWOT را برای خرید دستگاه‌های پزشکی پیشنهاد نموده است (۱۱). بازاریابی موفق نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و تعهد بلند مدت دارد. قبل از پیاده‌سازی برنامه‌ی بازاریابی، باید چند سوال مهم پرسیده شود که در تجزیه و تحلیل جایی که اکنون هستید و جایی که می‌خواهید به آن برسید کمک می‌کند (۱۲). در ضرورت برنامه‌ریزی بازاریابی بیان می‌شود که عملکرد پزشکان در محیط دایم در حال تغییر و پویا، نیاز به برنامه‌ریزی استراتژیک بازاریابی را تأیید می‌کند (۱۳). امروزه ارزیابی دقیق فرصت‌ها و تهدیدهای استراتژیک بیمارستان مشکل می‌باشد. از طرفی موسسات مراقبت بهداشتی برای بقا در بازار رقابتی باید قادر به شناسایی و بهره‌برداری از فرصت‌های بزرگ باشند (۱۴). در مطالعه‌ی توسط Dey پژوهشگر برای بازاریابی از تحلیل محیطی مدل SWOT استفاده نموده‌اند (۱۵). Proctor ماتریس تأثیر متقابل و ماتریس SWOT را دو ابزار مدیریت بازاریابی استراتژیک دانسته که تصمیم‌گیری را بهبود می‌بخشد. در نتیجه می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای مدیریت قدرت‌مند استفاده شود (۱۶). در نهایت با توجه به اهمیت برنامه‌ریزی استراتژیک بازاریابی و نارضایتی بالای دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و شلوغی اکثر بیمارستان‌ها و طولانی شدن صف‌های انتظار بیماران و برآورده نشدن نیازهای بهداشتی و درمانی مردم به صورت مطلوب و ارتباطات ضعیف و بهره‌وری و کیفیت پایین خدمات و وضع ظاهری نامناسب مراکز درمانی، این مطالعه با هدف تحلیل استراتژیک بازاریابی در یک بیمارستان خصوصی در شهر اصفهان صورت گرفته است.

بازار پرداخت‌ها، ارتباطات دولتی به‌عنوان تابع اساسی برای کارکنان بهداشت و درمان شد. در این زمان بیماران به‌عنوان مخاطبان دیده نمی‌شدند، زیرا آن‌ها سهم کمی در انتخاب ارائه‌کنندگان خدمات درمانی داشتند. در کشور امریکا با افزایش تعداد سازمان‌های حفظ سلامت (Health Maintenance Organization) و ایجاد بیمارستان‌هایی با انگیزه‌ی کسب درآمد و سود در طی دهه‌ی ۱۹۷۰ میلادی (دهه‌ی ۵۰ خورشیدی) مؤلفه جدیدی به نام رقابت در صنعت بهداشت به وجود آمد و در سال ۱۹۷۷ میلادی انجمن امریکایی بیمارستان‌ها اولین کنفرانس خود را در مورد بازاریابی اجرا کرد. سازمان‌ها را به گسترش تلاش‌های خود فراتر از روابط عمومی ساده و مشارکت انواع طرح‌های بازاریابی سوق داد (۲). از طرفی امروزه دنیای پویای خدمات راه‌گشای پیش‌برد بازاریابی اثربخش است و یک محصول خدماتی باید مطابق با نیاز مشتری طراحی شده باشد، قیمت آن واقع بینانه باشد و از طریق کانال‌های راحت توزیع شود (۳). تحقیقات نشان می‌دهد که سازمان‌های خدماتی که اصول بازاریابی را پذیرفته و طرح‌ها و برنامه‌های خود را بر پایه‌ی عناصر آمیخته‌ی بازاریابی بنا کرده‌اند، به نتایج مثبتی رسیده‌اند (۴). با توجه به پیشرفت روزافزون تکنولوژی و روند گسترش ارتباطات سازمان‌ها مدیران می‌بایست توان خود را در رویارویی با این مشکلات و حل آن‌ها افزایش دهند. در این مسیر علاوه بر توان مدیران در پاسخ‌گویی به این تغییرات، برنامه‌های استراتژیک سازمان‌ها نیز نقش به‌سزایی در این فرایند ایفا می‌کنند. به‌طوری‌که یک برنامه‌ی استراتژیک موفق مدیریت بازاریابی علاوه بر مزایا و نتایج متعدد که در پی خواهد داشت با تعریف لبه‌های رقابت می‌تواند به افزایش توان مزیت رقابتی کمک کرده و سازمان‌ها را در فضای رقابتی امروز راهبری نماید.

مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که ایجاد رقابت بیمارستانی هزینه‌های بیمارستانی را کاهش داده و مزایای رقابتی ایجاد می‌کند (۵). هم‌چنین پژوهشگران دریافتند که ایجاد رقابت بیمارستانی به‌روری از منابع را بهبود بخشیده است (۶). سایر مطالعات حاکی از آن است که رقابتی بودن بیمارستان‌ها منجر

## روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات ترکیبی (کمی- کیفی) می‌باشد که به صورت کاربردی انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل تمام گروه‌های مدیریت، مدیر پرستاری و مدیران بخش‌های درمانی است. به دلیل ماهیت پژوهش و شیوه‌ی به‌کار رفته در آن، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد. نمونه‌گیری هدفمند این است که افراد مورد مطالعه ترجیحاً بر اساس هدف تحقیق و نه بر اساس روش‌های تصادفی انتخاب می‌شوند. این نوع از نمونه‌گیری گزینش افرادی را مجاز می‌شمارد که ویژگی و یا تجارب آن‌ها به درک درستی از موضوع و دستیابی به نتایج صحیح منجر می‌شود. نمونه‌ی هدفمند این مطالعه شامل مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری و مدیر سابق بیمارستان بود. در شروع کار برای دستیابی به اطلاعات اولیه راجع به محیط بیمارستان، از نمونه نظرخواهی به روش مصاحبه و جلسات بحث متمرکز (Focus Discussion Group) صورت گرفت. در ادامه و بر اساس مصاحبه، پرسش‌نامه‌ی ارزیابی عوامل داخلی و خارجی (SWOT) طراحی شده، سپس روایی و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفت. و سپس مجدداً به کل جامعه‌ی پژوهش (۱۵ نفر از مدیران) جهت نمره‌دهی و تعیین الویت داده شد. ابزار و روش جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته با مدیران بیمارستان و پرسش‌نامه‌ی کمی محقق ساخته ارزیابی عوامل داخلی و خارجی بوده است. برای تحلیل اطلاعات از تحلیل SWOT استفاده شد. این پژوهش در یکی از بیمارستان خصوصی اصفهان در سال ۱۳۸۹ انجام شد.

پرسش‌نامه‌ی ارزیابی عوامل داخلی و خارجی طبق مراحل زیر تکمیل شد.

۱- پس از بررسی عوامل داخلی، مهم‌ترین عوامل فهرست شدند. مجموع این عوامل به‌طور تقریبی بین ۱۰ تا ۲۰ عامل برای هر قسمت در نظر گرفته شد.

۲- به این عوامل ضریب داده شد، از صفر (اهمیت ندارد) تا ۱۰۰ (بسیار مهم است). صرف‌نظر از این که آیا عامل مورد نظر به‌عنوان یک نقطه‌ی قوت یا ضعف یا فرصت و تهدید به حساب آید، به

عاملی که دارای بیش‌ترین اثر بر بازاریابی بیمارستان است، بالاترین ضریب داده شد. مجموع این ضریب‌ها باید برابر ۱۰۰ شود.

۳- به هر یک از این عامل‌ها نمره‌ی ۱ تا ۴ داده شد. نمره‌ی ۱ بیان‌گر ضعف اساسی، نمره‌ی ۲ ضعف کم، نمره‌ی ۳ بیان‌گر نقطه‌ی قوت و نمره‌ی ۴ نشان‌دهنده‌ی قوت بسیار بالای عامل مورد بحث می‌باشد.

۴- برای تعیین نمره‌ی نهایی هر عامل، ضریب هر عامل در نمره‌ی آن ضرب شد.

۵- مجموع نمره‌ی نهایی هر عامل محاسبه شد و نهایتاً نمره‌س نهایی عوامل محیطی بازاریابی بیمارستان مشخص شد.

صرف‌نظر از تعداد عاملی که در پرسش‌نامه‌ی ارزیابی عوامل داخلی و خارجی گنجانده می‌شود، جمع نمره‌ی نهایی بین ۱ تا ۴ خواهد بود و میانگین آن‌ها ۲/۵ می‌باشد. اگر نمره‌ی نهایی کم‌تر از ۲/۵ باشد، بدین معنی است که سازمان از نظر عوامل داخلی دچار ضعف است و اگر این نمره بیش از ۲/۵ باشد، بیان‌گر این است که سازمان از نظر عوامل درونی دارای قوت می‌باشد. تعداد این عامل‌ها هیچ اثری بر جمع نمره‌ی نهایی ندارد، زیرا همیشه مجموع آن‌ها به یک می‌رسد. پس از نمره‌گذاری جدول SWOT و تحلیل آن، نمره‌ی نهایی بیمارستان مورد پژوهش برای برنامه‌ریزی بازاریابی به‌دست آمد. این نمره جایگاه بیمارستان را از نظر عوامل داخلی و عوامل خارجی بازاریابی به وضوح نشان می‌دهد.

## یافته‌ها

چنانچه جدول ۱ نشان می‌دهد، در بین نقاط قوت، عوامل کادر پرستاری آموزش دیده و ماهر (۲۰)، پزشکان حاذق و مشهور (۲۴)، فضای مناسب بیمارستان برای بیمار، همراه و پرسنل (۱۸)، قرار داد با بیمه‌های مختلف (۱۸) دارای بالاترین نمره‌ی نهایی و در بین نقاط قابل بهبود، نداشتن اعتبارنامه‌های ISO و JCI و جذب بیماران خارجی (۱۰) و دیدگاه مدیران مبنی بر هزینه‌بر بودن بازاریابی برای بیمارستان (۱۲) دارای بالاترین نمره‌ی نهایی بوده‌اند.

جدول ۱: نمره‌ی نهایی عوامل اصلی تأثیرگذار محیط داخلی بیمارستان (قوت‌ها و ضعف‌ها)

نمره‌ی نهایی	رتبه $1 < X < 4$	ضریب ۱۰۰-۰	عوامل داخلی
۱۸	۳	۶	فضای مناسب بیمارستان برای بیمار، همراه و پرسنل
۱۵	۳	۵	زیبایی فضای درونی بیمارستان
۶	۲	۳	مکان سوق‌الجیشی بیمارستان در شهر
۸	۲	۴	مجاورت با بیمارستان مهم شهر
۶	۲	۳	انگیزه‌ی پرسنل درمانی جهت فعال‌تر شدن بیمارستان در جذب بیماران خارجی
۱۸	۳	۶	قرارداد با بیمه‌های مختلف
۱۲	۳	۴	تسلط نسبی پرسنل به زبان خارجی
۹	۳	۳	وجود وب‌سایت بیمارستان به زبان فارسی انگلیسی عربی
۲۴	۴	۶	پزشکان حاذق و مشهور
۲۰	۴	۵	کادر پرستاری آموزش دیده و ماهر
۹	۳	۳	داشتن بخش‌های بستری مناسب
۱۲	۳	۴	داشتن امکانات درمانی متنوع
۸	۲	۴	رعایت طرح انطباق در بخش‌ها و اتاق عمل
۱۲	۳	۴	طول مدت اقامت مناسب در خدمات
۱۲	۳	۴	گردش تخت مطلوب
۱۶	۴	۴	عدم عارضه‌های جانبی در دریافت خدمات
۳	۱	۳	دی‌کلینیک بودن بیمارستان
۱۲	۳	۴	سرعت خدمات‌رسانی بالا
۸	۲	۴	ارایه‌ی خدمات مشاوره‌ای شیردهی تغذیه و غیره به بیماران
۹	۳	۳	انتشار بروشور آشنایی با واحدها و خدمات و امکانات بیمارستان و آرایه آن به بیماران
۳	۳	۱	کمبود نیروی انسانی متخصص در بعضی رشته‌های درمانی
۴	۱	۴	فقدان سیتی اسکن در بیمارستان
۱۰	۲	۵	نداشتن اعتبارنامه‌های ISO و JCI برای جذب بیماران خارجی
۱۲	۳	۴	دیدگاه مدیران مبنی بر هزینه بر بودن بازاریابی برای بیمارستان
۹	۳	۳	عدم تمایل مدیران به دلیل محدودیت‌های قانونی تبلیغات در بهداشت و درمان
۱	۱	۱	عدم سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی واحد تحقیق و توسعه
۲۷۶	-	۱۰۰	جمع
			$276/100 = 2.76$

نمره

نقاط قابل بهبود

جدول ۲: نمره‌ی نهایی عوامل اصلی تأثیرگذار محیط خارجی بیمارستان (فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی)

نمره نهایی	رتبه $1 < x < 4$	ضریب	عوامل خارجی
۲۱	۳	۷	گرایش مردم به سمت جراحی پلاستیک
۱۵	۲/۵	۷	داشتن مبنای گردشگری پزشکی از همان ابتدای تأسیس بیمارستان
۲۱	۳	۷	موقعیت مناسب اصفهان و جذب بیماران از سایر شهرها
۱۸	۳	۶	همکاری بیمارستان با آژانس‌های گردشگری
۱۲	۲	۶	همکاری بیمارستان با شرکت‌های خارجی در کشورهای حاشیه جهت جذب بیمار خارجی
۲۱	۳	۷	داشتن دید مثبت مردم به این بیمارستان
۱۲	۲	۶	احساس نیاز به علوم بازاریابی و کاربرد آن در سطح جامعه به خصوص در بخش‌های بهداشتی و پیشگیری
۱۸	۳	۶	ورود تکنولوژی جدید خدمات سلامت در ایران
۱۲	۲	۶	زمینه همکاری دانشکده با بیمارستان‌ها و ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای به آن‌ها
۱۲	۳	۴	تأسیس مراکز درمانی تخصصی جدید
۱۵	۳	۵	ممنوعیت و محدودیت تبلیغ در بخش بهداشت و درمان
۸	۲	۴	فقدان گرایش بازاریابی بهداشت و درمان در سطح دانشگاه‌ها
۸	۲	۴	نبود فارغ‌التحصیلان آموزش دیده رشته‌ی بازاریابی در ایران
۸	۲	۴	عدم آگاهی مردم در رابطه با بازاریابی بهداشت و درمان
۶	۲	۳	عدم شناخت پرسنل بیمارستان از ابزار بازاریابی و نقش مهم آن
۱۱	۲/۵	۵	نگرش سود محور بودن بخش خصوصی در جامعه
۸	۲	۴	نگرش اقتصادی به درمان در میان مردم
۱۱	۲/۵	۵	عدم واحد بازاریابی فعال در سایر بخش‌ها همانند بیمه‌های خصوصی
۸	۲	۴	بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب
۲۴۵	-	۱۰۰	جمع

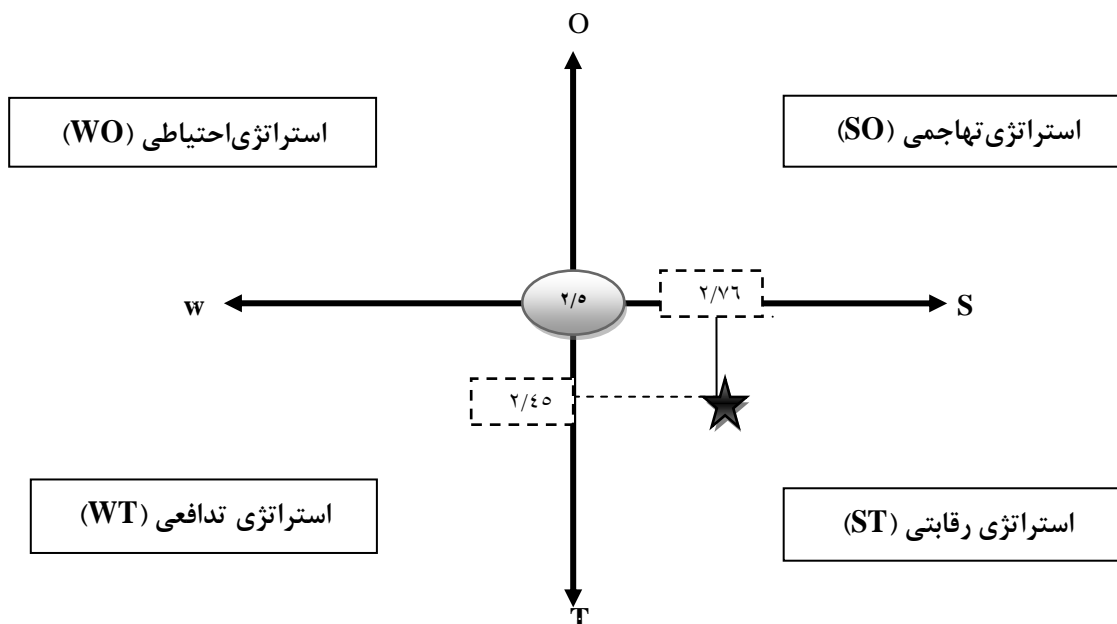
$$245/100 = 2.45$$

بیمارستان با آژانس‌های گردشگری (۱۸) به‌عنوان فرصت‌هایی با بالاترین نمره‌ی نهایی بوده‌اند. زمانی که محیط‌های داخلی و خارجی سازمان ارزیابی شد و تهدیدها، فرصت‌ها و نقاط قوت و ضعف شناسایی شد، نوبت به تعیین جایگاه سازمان می‌رسد. با توجه به یافته‌های جدول ۱ و ۲ مشخص گردید که نمره‌ی نهایی عوامل داخلی ۲/۷۶ است که از میانگین (۲/۵) بالاتر است و این نشان‌دهنده‌ی این است

چنان‌چه در جدول ۲ مشاهده می‌شود در بین عوامل اصلی تأثیرگذار محیط خارجی بیمارستان (فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی)، ممنوعیت و محدودیت تبلیغ در بخش بهداشت و درمان (۱۵) و تأسیس مراکز درمانی تخصصی جدید (۱۲) به‌عنوان تهدیدهای خارجی دارای بالاترین نمره‌ی نهایی و عواملی چون داشتن دید مثبت مردم به این بیمارستان (۲۱)، موقعیت مناسب اصفهان و جذب بیماران از سایر شهرها (۲۱) و همکاری

سازمان در شرایط مطلوبی نیست و نمی‌تواند با استفاده از فرصت‌های موجود، تأثیر تهدیدها را کاهش دهد. اکنون که نمره‌ی نهایی عوامل داخلی و خارجی بیمارستان در حوزه‌ی برنامه‌ریزی بازاریابی مشخص شد، می‌توان جایگاه بیمارستان را روی نمودار ۱ نشان داد.

که سازمان از نظر عوامل درونی در شرایط مناسبی است و می‌تواند با استفاده از نقاط قوت خود در جهت بر طرف کردن ضعف‌ها اقدام نماید. از طرف دیگر نمره‌ی نهایی محیط خارجی بیمارستان ۲/۴۵ است که از میانگین (۲/۵) کمتر است و این نشان‌دهنده‌ی این است که سازمان از نظر عوامل خارجی



نمودار ۱: نمودار داخلی و خارجی برنامه‌ریزی بازاریابی بیمارستان (جایگاه بیمارستان از نظر نوع استراتژی در برنامه‌ریزی بازاریابی)

نداشتن اعتبارنامه‌های ISO و JCI برای جذب بیماران خارجی بوده است. یکی از نقاط ضعف دیدگاه مدیران مبنی بر هزینه‌بر بودن بازاریابی برای بیمارستان و عدم سرمایه‌گذاری در زمینه‌ی واحد تحقیق و توسعه بود. در مطالعه‌ای که با هدف این که آیا اعتباردهی مراکز تخصصی می‌تواند به‌عنوان ابزار بازاریابی، انتخاب بیماران را تحت تأثیر قرار دهد، صورت گرفته است، نتایج نشان می‌دهد که عواملی مانند پزشکان، توصیه‌های خانواده و دوستان، کیفیت درمان، دسترسی مرکز نقش مهمی در انتخاب بیمارستان داشته است (۱۹). به وجود پزشکان و دسترسی و موقعیت خوب بیمار در پژوهش حاضر نیز اشاره شده است. از عوامل اصلی تأثیرگذار محیط خارجی، داشتن مبنای گردشگری پزشکی از همان ابتدای تأسیس بیمارستان، موقعیت مناسب اصفهان، جذب بیماران از سایر شهرها و همکاری بیمارستان با آژانس‌های گردشگری بوده است. کشور ما ایران در زمینه‌ی جذب

### بحث

همان‌طور که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، نقاط قوت بازاریابی در بیمارستان بیش‌تر مربوط به فضا و مکان بیمارستان، کادر درمانی و وجود پزشکان خلاق و مجرب، امکانات و خدمات متنوع، شاخص‌های بهره‌وری بیمارستان، خدمات مشاوره‌ای و انتشار بروشور بیمارستان و توزیع آن به بیماران بوده است. این مسأله با پژوهش عبیدی دیزجی که نشان‌دهنده‌ی آن است که فعالیت پزشک معالج در بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی مهم‌ترین عامل انتخاب بیمارستان‌ها می‌باشد (۱۷) شباهت دارد. از طرفی وجود فضای مناسب بیمارستان برای بیمار، همراه و پرسنل، از دیگر نقاط قوت در برنامه‌های بازاریابی در بیمارستان شناخته شده است. سایر پژوهش‌ها هم نشان داده است که برای مصرف‌کنندگان عمدتاً پاکیزگی بیمارستان عامل مهمی شمرده می‌شود (۱۸). یکی از نقاط ضعف (نقاط قابل بهبود) بیمارستان

ایجاد می‌کند. با توجه به جایگاه استراتژیک بیمارستان مورد مطالعه در بخش استراتژی رقابتی می‌توان گفت که بیمارستان با تدوین برنامه‌ی بازاریابی می‌تواند مزیت رقابتی خود را افزایش دهد. تحلیل SWOT یک بخش اصلی و یک گام از محتوای برنامه‌ریزی استراتژیک بازاریابی را تشکیل می‌دهد، لازم است که مدیریت و برنامه‌ریزان بازاریابی درک کامل و جامعی نسبت به این مقوله داشته باشند. سازمان‌های خدماتی که اصول بازاریابی را پذیرفته و طرح‌ها و برنامه‌های خود را بر پایه‌ی عناصر آمیخته‌ی بازاریابی بنا کرده‌اند، به نتایج مثبتی رسیده‌اند.

### نتیجه‌گیری

سیستم بهداشت و درمان امروزه در بسیاری از کشورها با تنگنایهای شدید منابع روبرو است. از این رو مدیران و برنامه‌ریزان مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی - درمانی، این متولیان سلامت جامعه باید بتوانند منابع موجود را با کاراترین و مؤثرترین وجه ممکن به کار برند (۲۱). استفاده‌ی مطلوب از منابع نیازمند اطلاع دقیق و واضح از شکل جریان منابع می‌باشد و آگاهی از نحوه‌ی تخصیص منابع در کیفیت و عملکرد منابع مؤثر است (۲۲). استفاده از روش‌های علمی برنامه‌ریزی و تحلیل به مانند تحلیل SWOT یکی از این مؤثرترین روش‌های شناخت و کسب اطلاع دقیق از وضعیت سازمان است.

### پیشنهادها

با توجه به افزایش روند رقابتی شدن بیمارستان‌های خصوصی پیشنهاد می‌شود که گروه برنامه‌ریزی استراتژیک در بیمارستان خانواده تشکیل شده و با استفاده از یافته‌های این تحقیق و انجام تحقیقات تکمیلی جهت برنامه‌ریزی بازاریابی بیمارستان اقدام نمایند. پیشنهاد می‌گردد با استفاده از مدل‌های پژوهش در عملیات، تحقیقی جهت اولویت‌بندی دقیق نقاط قوت یا قابل بهبود بیمارستان صورت گرفته تا مسؤولین بتوانند با استفاده از یافته‌های علمی جهت تقویت یا رفع آن‌ها اقدام نمایند. به منظور معرفی خدمات بیمارستان پیشنهاد می‌شود که بیمارستان خدمات، پرسنل، شاخص‌های عملکردی و سایر اطلاعات خود را در وب سایت ارائه نماید.

بیمار خارجی می‌تواند بسیار موفق عمل کند و دارای مزایا و نقاط قوت فراوانی از جمله، وجود مراکز متعدد درمانی تخصصی و فوق تخصصی، هزینه‌های درمانی به نسبت پایین، بر خورده‌ی از منابع طبیعی، نزدیکی به بازار عرب و تشابه فرهنگی و گویش مشترک با برخی کشورهای هم‌جوار است (۲۰).

از تهدیدات بیمارستان در بازاریابی، بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب بوده است. علی‌وفایی نجار در مطالعه‌ی مشابه به این نتیجه رسید که پوشش ناکافی خدمات بیمه‌ی درمان همگانی (۸۹ درصد) به‌عنوان مهم‌ترین عامل در انتخاب بیمه‌ی درمان مکمل جهت مراجعه به بیمارستان خصوصی تعیین شده است (۱۷). داشتن قرارداد با بیمه‌های مختلف در پژوهش حاضر نیز به‌عنوان نقاط قوت در برنامه‌ریزی بازاریابی تعیین شده است (۸). در پژوهشی تحت عنوان «مقدمه‌ای بر جهت‌دهی بازار در بیمارستان گامی برای خدمات سلامت بهتر» تحلیل SWOT را به شرح زیر بیان می‌دارد: نقاط قوت بیمارستان شامل آرایه‌ی خدمت به جمعیت تحت پوشش بزرگ، در دست داشتن دانشجویان پزشکی برای آرایه‌ی خدمت و دسترسی به بودجه‌ی عمومی دانسته که از لحاظ دسترسی با پژوهش حاضر مشابهت دارد. نقاط ضعف مطالعه‌ی تراندافیلو شامل رضایت‌مندی کم بیمار، ساختار بروکراسی و کیفیت پایین خدمات بوده که با نقاط ضعف پژوهش حاضر متفاوت است. فرصت‌های مطالعه‌ی تراندافیلو شامل دسترسی به جامعه‌ی بزرگ بیماران، همکاری با دانشگاه و دسترسی به منابع مالی بیش‌تر بوده که از لحاظ همکاری با دانشگاه با پژوهش حاضر مشابهت دارد. تهدیدهای مطالعه‌ی تراندافیلو مشکل در جذب نیروی انسانی، فقدان منابع و کیفیت بد خدمات سلامت بوده که با پژوهش حاضر متفاوت است (۵). سایر پژوهش‌ها نیز برای بازاریابی از تحلیل محیطی مدل SWOT و ماتریس تأثیر متقابل استفاده نموده‌اند و این دو تکنیک را دو ابزار مدیریت بازاریابی استراتژیک دانسته که تصمیم‌گیری را بهبود می‌بخشد (۱۶-۱۵). پژوهش حاضر نیز در تحلیل محیطی از تکنیک SWOT استفاده نموده است. مطالعات حاکی از آن است که رقابتی بودن بیمارستان‌ها منجر به افزایش کیفیت خدمات برای بیماران می‌گردد (۷). از طرفی ایجاد رقابت بیمارستانی هزینه‌های بیمارستانی را کاهش داده و مزایای رقابتی

## تشکر و قدردانی

اصفهان تشکر نموده که با وجود بار کاری بالا در بیمارستان، صبر و حوصله به خرج داده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند.

بدین‌وسیله از کلیه کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر

## References

1. Godarzi Gh. Business in Health and Treatment: Solution or threat. Proceeding of the 3th Congress Of Health Services Management. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Sciences; 2005.
2. Thomas R. Health Services Marketing. Germany; Springer; 2008.
3. Ketabi S, Ansari ME, Taheri Naseri M. Selecting the Proper Marketing Mix using the AHP technique: A Strategic Market Planning Approach. Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences 2004; 17(1): 79-92. [Article in Persian]
4. Alreck PL, Settle RB. Strategies for building consumer brand preference. Journal of product and brand management 1999; 8(2): 130-44.
5. Kessler D, McClellan M. The effects of hospital ownership on medical productivity. RAND J Econ 2002; 33(3): 488-506.
6. Kessler DP, Geppert JJ. The Effects of Competition on Variation in the Quality and Cost of Medical Care. Journal of Economics and Management Strategy. 2005; 14(3): 575-89.
7. Rogowski J, Jain AK, Escarce JJ. Hospital competition, managed care, and mortality after hospitalization for medical conditions in California. Health Serv Res 2007; 42(2): 682-705.
8. Trendafilova P. Introducing a marketing orientation in the public hospitals in Bulgaria – a step towards better public health services. Available from: URL: <http://www.hks.harvard.edu/kokkalis/GSW10/Trendafilova>.
9. Tsuang M. A Marketing process-planning model for sinlau Christian hospital, Tainan, Taiwan [dissertation]. South Carolina: Univ South Carolina; 2003.
10. Schindler AW, Schindler N, Vagts D. Marketing for hospitals--an issue? Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2007; 42(9): 656-60.
11. Li B, He MQ, Cao JW. The SWOT analysis and strategic considerations for the present medical devices' procurement. Zhongguo Yi Liao Qi Xie Za Zhi 2006; 30(3): 206-8.
12. Nacht ES. How to institute and develop a strategic marketing plan for your pediatric dental office. J Clin Pediatr Dent 1994; 18(4): 243-4.
13. Henthorne BH, Henthorne TL. Identifying and removing the barriers to strategic marketing planning within medical practices. Health Mark Q 1993; 11(1-2): 59-76.
14. Zajac J. Obstacles to real strategic marketing in health care: an experiential framework. J Hosp Mark 1994; 8(2): 19-31.
15. Dey J, Reynolds P, Lancaster Geoff. A marketing strategy for public sector organizations compelled to operate in a compulsory competitive tendering environment. International journal of public sector Management 1998; 11(7): 583-95.
16. Proctor T. Management tools strategic marketing management for health management: cross impact matrix and TOWS. J Manag Med 2000; 14(1): 47-56.
17. Abeadi Dizaji H. The most important factors that patient chose public or private hospital in Tabriz [MSc Thesis in Persian]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Science; 2000.
18. Okorafor H. Hospital characteristics attractive to physicians and consumers: implications for public general hospitals [Dissertation]. Indianapolis: Univ. Indiana; 1980.
19. Lux MP, Fasching PA, Schrauder M, Löhberg C, Thiel F, Bani MR, et al. The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. Arch Gynecol Obstet 2011; 283(3): 559-68.
20. SalimPour H, Tajvar M, Arab M. Investigation of documents of goods and services to abroad. Homaye-Salamat 2006; 3(17): 12-22.
21. Yaghoubi M, Agharahimi Z, Karimi S, Javadi M. Factors Affecting Patients' Preferences in Choosing a Hospital Based on the Mix Marketing Components in Isfahan. Hakim Research Journal 2011; 14(2): 106-14.
22. Nakajima H. Cost Analysis in Health Care System. Trans. shadpour k, Jamshid Beigi E. Tehran: Aghigh Pub; 1997.

## Strategic Analysis and Hospital's Strategic Position in Marketing Planning: A Case Study of A Private Hospital in the Isfahan\*

Maryam Yaghoubi<sup>1</sup>; Zahra Agha Rahimi<sup>2</sup>; Marzieh Javadi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Today, development of marketing and hospital competition has been made to reduce hospital costs and create competitive advantages. However it is necessary to be investigated hospitals strategic situation if they will act in a competitive market. Marketing situation analysis often is involved to review external environment forces and internal resources of marketing. The objective of this study is determine the type of hospital strategy through strategic analysis.

**Methods:** This study was a mix studies (quantitative-qualitative) that was done in 2010 in a private hospital in Isfahan. The study population was administration, matron and health sector managers that were selected base on purposive sampling the sample was 15 person. Data collection tool was questionnaire which has been made by researchers. The validity of questionnaire was computed by experts judgment and the reliability of questionnaire was computed by using Cronbach alpha. There was used strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis to analyze data.

**Results:** In selected hospital, final score of main affecting factors of internal environment in marketing is higher (2.76) from its average (2.5), so the hospital have more strengths. Final score of main affecting factors of external environment in marketing is lower (2.45) from its average (2.5), hence the hospital is facing to threat for marketing planning. Considering the final score of internal and external factors, the position of the hospital in SWOT chart has been in competitive strategy.

**Conclusion:** The hospital environment does not have the necessary stability for marketing planning. So hospital officials should use the existing strengths to avoid from threats entered in hospital for marketing planning. This means that the organization should implement competitive strategies.

**Keywords:** Hospitals; Marketing; Strategic Analysis

Received: 15 April, 2013

Accepted: 1 Sep, 2013

**Citation:** Yaghoubi M, Agha Rahimi Z, Javadi M. **Strategic Analysis and Hospital's Strategic Position in Marketing Planning: A Case Study of A Private Hospital in the Isfahan.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 996.

\* This article is derived from research project (No. 188081) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery of Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Management of Healthcare Services, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: yaghoobbi997@gmail.com

2- MSc, Management of Healthcare Services, Faculty of Allied Medical Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD, Management Of Healthcare Services, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran



## رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی کارکنان\*

علی شائمی برزکی<sup>۱</sup>، سوسن بهرامی<sup>۲</sup>، فاطمه حاتم پور آذرخوارانی<sup>۳</sup>، رضا رادمهر<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** فرهنگ سازمانی به مثابه مبدأ و سرچشمه‌ی فرایندهای سازمانی، شیوه‌های مدیریت و نگرش‌های اعضای سازمان را نسبت به مشاغل خویش تحت تأثیر قرار می‌دهد. بدین ترتیب احساس رضایت یا عدم رضایت شغلی، نمی‌تواند جدای از فرهنگ سازمانی باشد. هدف از این پژوهش، تحلیل رابطه‌ی بین ادراک کارکنان از فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی آنان در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

**روش بررسی:** تحقیق حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل تمامی کارکنان دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تعداد ۲۷۳ نفر از آنان به‌عنوان نمونه‌ی پژوهشی انتخاب گردید. برای جمع‌آوری نظرات پاسخ‌دهندگان از پرسش‌نامه‌ی استاندارد Denison برای سنجش فرهنگ سازمانی و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته برای سنجش رضایت شغلی استفاده شد که روایی آن از طریق تحلیل عاملی تأییدی و روایی صوری مورد تأیید قرار گرفت و آلفای کرونباخ آن برای سوال‌های فرهنگ سازمانی ۰/۹۰ و برای سوال‌های رضایت شغلی کارکنان ۰/۸۰ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های آماری همچون t-test تک‌نمونه‌ای، تحلیل واریانس تک عاملی و آزمون توکی به تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی یافته‌های جانبی پرداخته و با استفاده از تکنیک مدل‌سازی معادله‌ی ساختاری و نرم‌افزار Amos و SPSS نسخه‌ی ۱۸ فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از آن است که فرهنگ سازمانی، رابطه‌ی مثبت و معناداری با رضایت شغلی کارکنان داشته و مؤلفه‌های «سازگاری» و «رسالت» از بین مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۴۷ با رضایت شغلی کارکنان رابطه داشته‌اند، اما رابطه‌ی معناداری بین مؤلفه‌های «درگیر شدن در کار»، «انطباق‌پذیری» و رضایت شغلی کارکنان مشاهده نگردید.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که برداشت‌ها و نگرش‌های حرفه‌ای افراد در رابطه با عوامل مختلف سازمانی قرار دارد و اگر فرهنگ سازمانی در راستای ارتقای رضایت شغلی کارکنان باشد، افراد با انگیزه و اشتیاق بیش‌تری به انجام وظایف شغلی می‌پردازند.

**واژه‌های کلیدی:** فرهنگ سازمانی؛ رضایت شغلی؛ کارکنان

\* این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره‌ی ۲۹۱۱۶۷ مصوب مرکز تحقیقات

مدیریت و اقتصاد سلامت دانشکده‌ی مدیریت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت بازرگانی، گروه مدیریت، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دکتری تخصصی، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان و پژوهشگر، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت،

دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت بازرگانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: f.hatampoore65@gmail.com

۴- کارشناسی ارشد، مدیریت بازرگانی، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۱۶

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۳

پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۳

**ارجاع:** شائمی برزکی علی، بهرامی سوسن، حاتم پور آذرخوارانی فاطمه، رادمهر رضا. **رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی کارکنان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۹۹۷-۱۰۰۶.

#### مقدمه

با نگاهی عمیق به سازمان‌های موفق می‌توان عوامل کلیدی و مشترک بین آن‌ها که بسترساز و احتمالاً عامل اساسی موفقیت آن‌ها بوده است را کشف کرد. یکی از این عوامل کلیدی،

فرهنگی سازمان و استقرار الگوی مطلوب فرهنگ سازمانی، سطح روابط، فعالیت‌ها، ساز و کارهای سازمانی به گونه‌ای تنظیم خواهد شد که رضایت شغلی کارکنان را ارتقا خواهد بخشید (۶). یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های هر سازمانی، سلامت کارکنان و رضایت شغلی آنان است. این پدیده نه تنها برای خود فرد، بلکه برای دنبال کردن اهداف سازمانی و دستیابی به فرهنگ سازمانی مطلوب اهمیت زیادی دارد. بدین ترتیب، در تبیین فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی، فرهنگ سازمانی یک متغیر اصلی به حساب می‌آید. کارکنان و اعضای سازمان از عواملی هم‌چون میزان آزادی عمل و استقلال، نوع ساختار، شیوهی پرداخت پاداش، صمیمیت و حمایت‌های مدیران، میزان پذیرش تعارض و به‌طور کلی ویژگی‌های مختلف فرهنگ سازمانی، برداشت و قضاوت ذهنی خاصی دارند. این برداشت یا برداشت کلی از سازمان چه مطلوب و چه نامطلوب بر رضایت شغلی اعضای سازمان اثر می‌گذارد.

در این راستا با توجه به این‌که رضایت شغلی در مراکز دانشگاهی از اهمیت خاصی برخوردار است، بررسی عوامل مؤثر بر آن از جمله فرهنگ سازمانی می‌تواند در افزایش بهره‌وری و کارایی این مراکز مفید باشد. یکی از الگوهای که برای تبیین عوامل مؤثر بر فرهنگ سازمانی ارایه شده است، الگوی فرهنگ سازمانی Denison است که به دلیل جامع و کامل بودن در تحقیق حاضر به‌عنوان یک الگوی نظری استفاده شده است و شامل چهار بعد درگیر شدن در کار، سازگاری، انطباق‌پذیری و رسالت است. در دانشگاه‌های علوم پزشکی دانشکده‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا این حوزه مسؤولیت برنامه‌ریزی، نظارت و پایش و ارزیابی واحدهای بهداشتی و درمانی، آموزشی، پژوهشی و غیره را بر عهده دارد. ارزیابی این دو متغیر در این سازمان گسترده می‌تواند تا حد بسیاری، بهره‌وری این سازمان را ارتقا بخشد و به تبع آن ارایه‌ی بهتر خدمات به مردم جامعه و افزایش سلامت و رفاه آنان را در بر دارد. از طرفی اکثر مطالعات انجام گرفته در زمینه‌ی رضایت شغلی بر روی کادر بهداشتی-درمانی صورت گرفته و به کارکنان کادر اداری-مالی کم‌تر توجه شده است. لذا انجام تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

فرهنگ قوی است که بر سازمان‌ها حاکم است. شناخت این عوامل و تقویت آن‌ها گامی در جهت کام‌یابی سازمان‌ها و نیل به اهداف عالی آن‌ها خواهد بود. بهره‌وری و کارایی هر سازمانی بر توسعه و پیشرفت نیروی انسانی وابسته است. بنابراین مدیریت مؤثر باید به نیروی انسانی و عواملی که زمینه‌ساز افزایش رضایت شغلی فرد می‌شود توجه کافی داشته باشد (۱). اگر بین نیازهای فردی و فرهنگ سازمان تجانس وجود داشته باشد، رضایت شغلی کارکنان و اعضای آن سازمان به بالاترین میزان خواهد رسید. بنابراین میزان رضایت شغلی کارکنان از کار در گرو پنداشت یا برداشتی است که آن‌ها از فرهنگ سازمانی دارند (۲). رضایت شغلی تحت تأثیر شرایط و رویدادهایی شکل می‌گیرد که فرد در محیط کار تجربه می‌کند، از این رو شیوهی مدیریت، فرهنگ سازمان، ساختار سازمان، ماهیت کار، شرایط کار و نوع ارتباط با همکاران در شکل‌گیری رضایت شغلی سهم به‌سزایی دارد (۳). جذب و نگهداری و جلب رضایت شغلی کارکنان منوط به عواملی هم‌چون فضایی توأم با اعتماد، اطمینان و شایسته‌پروری و تحلیل و قدردانی از آنان است که همگی در فرهنگ سازمانی نهفته است. به رسمیت شناختن کار و رضایت شغلی، زمانی که فرد در انجام وظایف محول شده توسط سازمان موفق باشد، حاصل خواهد شد (۴). زمانی که استراتژی‌ها، تکنولوژی و ابزارها برای ایجاد تغییر فراهم باشند، ولی چارچوب فرهنگ سازمانی مانع‌ساز باشد، این برنامه‌ها با شکست روبرو می‌شود و حتی می‌تواند مانعی در راه بهبود عملکرد کارکنان باشد (۵). موفقیت‌های چشم‌گیر دهه‌ی اخیر سازمان‌هایی با بهترین توانایی‌های مادی از سوی دیگر، بیان‌گر نقش قابل توجه عوامل غیر مادی و معنوی در موفقیت آن‌ها بوده است که در این میان فرهنگ سازمانی به‌عنوان عامل مؤثر در عملکرد سازمان تلقی می‌گردد. تقویت و توجه به فرهنگ سازمانی از اهمیت به‌سزایی در سازمان‌ها برخوردار است زیرا عدم رضایت شغلی منجر به مشکلاتی از قبیل جابه‌جایی و ترک خدمت، غیبت، بی‌علاقگی و از دست دادن کار و انگیزش و کاهش روحیه‌ی کاری و بعضاً پرخاش‌گری و آسیب رساندن به خود و دیگران و یا اموال سازمان می‌شود. با ارتقای سطح

سازمانی به ۴ زیر مجموعه‌ی فرهنگ قبیله‌ای، سلسله مراتبی، بازاری و وضعیت سالار تقسیم می‌شد. وی دریافت که رضایت شغلی رابطه‌ی مثبت معناداری با فرهنگ قبیله‌ای و وضعیت سالار دارد و رابطه‌ی منفی با فرهنگ بازاری و سلسله مراتبی دارد (۱۱). Gillespie و همکاران در سال ۲۰۰۸ میلادی در بررسی ارتباط بین فرهنگ سازمانی و رضایت مشتری در صنعت ساختمان‌سازی و فروشندگان اتومبیل دریافتند که بیش‌ترین امتیاز در صنعت ساختمان‌سازی در بعد درگیر شدن در کار و بعد رسالت حاصل شده است و کم‌ترین امتیاز در بعد انطباق‌پذیری به‌دست آمده است. هم‌چنین، در رابطه با فروشندگان اتومبیل، بیش‌ترین امتیاز در بعد سازگاری و کم‌ترین امتیاز نیز در بعد انطباق‌پذیری حاصل شده است (۱۲). Ergan و Yilmaz در ۲۰۰۸ میلادی، تأثیر ابعاد مدل فرهنگ سازمانی دنیسون را بر عملکرد سازمان‌ها مورد مطالعه قرار دادند. در این تحقیق مشخص شد که برای بعد انطباق‌پذیری بیش‌ترین امتیاز و برای بعد سازگاری کم‌ترین امتیاز به‌دست آمده است. هم‌چنین از نتایج این تحقیق بر می‌آید که بعد رسالت، بیش‌ترین تأثیر را بر افزایش عملکرد شرکت‌های تولیدی دارد. هم‌چنین توانایی شرکت در تولید محصولات جدید به شدت تحت تأثیر ابعاد انطباق‌پذیری و سازگاری می‌باشد (۱۳). Charles و همکاران در سال ۲۰۱۰ میلادی در تحقیقی با عنوان «رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی دریافتند که تمامی عناصر فرهنگ سازمانی با رضایت شغلی رابطه دارند و فرهنگ سازمانی با حجم کاری انجام شده رابطه‌ی معناداری دارند. آنان معتقد بودند که فرهنگ سازمانی با تأثیر بر رضایت شغلی باعث کاهش درخواست نقل و انتقال از سوی پرسنل می‌شود (۱۴). Bellou در سال ۲۰۱۰ میلادی در تحقیقی با عنوان «بررسی فرهنگ سازمانی و تأثیر آن بر رضایت شغلی در کشور یونان» دریافت که کارمندی که فرهنگ یک سازمان را قبول کرده‌اند، رضایت شغلی قوی‌تری دارند. وی هم‌چنین گزارش نمود که یک فرهنگ سازمانی خشک باعث کاهش رضایت شغلی می‌شود و متغیرهای جنس و سن نیز بر رضایت شغلی تأثیر مثبتی دارند (۱۵). درک رابطه بین فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی بسیار حایز اهمیت است، زیرا به ایجاد یک نیروی کار کارآمد و با انگیزه کمک می‌کند و

در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی تاکنون مطالعات بسیاری صورت گرفته است از جمله؛ قربانی و همکاران در ۱۳۸۹ خورشیدی در تحقیقی با عنوان «ارتباط بین فرهنگ سازمانی و اثربخشی در سازمان تربیت بدنی جمهوری اسلامی ایران براساس مدل دنیسون» دریافتند که ارتباط مثبت و معناداری بین فرهنگ سازمانی و اثربخشی وجود دارد و هم‌چنین میزان هریک از مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی در این سازمان در حد متوسط می‌باشد که این میزان به مقدار قابل توجهی از میانگین سازمان‌های موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی دنیسون پایین‌تر است. بنابراین برای پرکردن شکاف موجود بین فرهنگ سازمانی موجود و مطلوب باید تلاش نمود (۷). کیاجوری و همکاران در ۱۳۸۹ خورشیدی در شرکت ملی پخش فرآورده‌های نفتی ایران منطقه‌ی غرب استان مازندران به بررسی رابطه‌ی بین این دو متغیر پرداختند که نتایج نشان داد شش متغیر هویت، الگوی ارتباطی، یکپارچگی، کنترل، سیستم پاداش و رهبری به ترتیب بیش‌ترین اثرگذاری مستقیم را بر روی رضایت شغلی داشته‌اند و متغیرهای خلاقیت فردی، ریسک‌پذیری، حمایت مدیریت و سازش با تعارض هیچ‌گونه اثری بر متغیر رضایت شغلی نداشتند (۸). زمینی و همکاران نیز در تحقیق خود در سال ۱۳۹۰ خورشیدی دریافتند که فرهنگ سازمانی غالب در دانشگاه تبریز از نوع عقلانی می‌باشد و رضایت شغلی در بین چهار نوع فرهنگ (عقلانی، سلسله مراتبی، ایدئولوژیک، توافق و مشارکت) متفاوت می‌باشد و رابطه‌ی معکوس و معناداری بین فرهنگ سازمانی و فرسودگی شغلی، رابطه‌ی مستقیم و معناداری بین فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی و رابطه‌ی معکوس و معناداری بین رضایت شغلی و فرسودگی شغلی وجود دارد (۹). نتایج احمدی و همکاران در سال ۱۳۸۹ خورشیدی نیز نشان داد که بین وضع موجود و وضع مطلوب عناصر فرهنگ سازمانی تفاوت معناداری وجود دارد و وضعیت موجود فرهنگ سازمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیاز به بازنگری و اصلاح دارد (۱۰). Lund تحقیقی در ۲۰۰۳ میلادی با عنوان «ارزیابی فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی» که بر روی متخصصان بازاریابی یک موسسه‌ی بزرگ بازرگانی امریکا انجام داد که در آن فرهنگ

متغیرها استفاده گردید. نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ بوده است. پس از گردآوری پرسش‌نامه‌های تکمیل شده، از آن‌جا که آزمون نرمال بودن چند متغیره برای تعیین توزیع آماری داده‌ها حایز اهمیت می‌باشد، اولین آزمون مورد استفاده در این پژوهش می‌باشد. سپس برای بررسی و آزمون مدل مفهومی پژوهش به کمک تحلیل عاملی و مدل‌سازی معادلات ساختاری، نرم‌افزار Amos به‌کار گرفته شده است و با کمک ضرایب تأثیر حاصل از آزمون مدل و ارایه‌ی مدل نهایی متناسب با جامعه‌ی آماری، فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفته شده‌اند. همچنین از آنالیز واریانس جهت بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با متغیرهای پژوهش، آزمون t دو دنباله جهت تعیین سطح متغیرها و آزمون همبستگی برای بررسی همبستگی میان ابعاد متغیرهای چند بعدی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شده است.

### یافته‌ها

بر اساس نتایج به‌دست آمده، دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۵۵ سال بود که در گروه‌های سنی ۲۲ تا ۳۵ (۸۶ نفر، ۸/۳۹ درصد)، ۳۶ تا ۴۵ سال (۸۶ نفر، ۸/۳۹ درصد)، ۴۶ تا ۵۵ سال (۴۴ نفر، ۴/۲۰ درصد) قرار داشتند. ۴۴/۴ درصد (۹۶ نفر) از شرکت‌کنندگان در پژوهش مذکور و ۵۵/۶ درصد (۱۲۰ نفر) مؤنث بودند. در رابطه با وضعیت تأهل نتایج نشان داد که ۱۷۶ نفر (۸۱/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در پژوهش متأهل و ۴۰ نفر (۱۸/۵ درصد) مجرد بودند. از نظر پست سازمانی ۲۸/۲ درصد (۶۱ نفر) کاردان، ۵۵/۱ درصد (۱۱۹ نفر) کارشناس، ۸/۳ درصد (۱۸ نفر) کارشناس مسوول و ۳/۸ درصد (۱۸ نفر) رییس اداره بودند. در رابطه با متغیر سابقه‌ی فعالیت، ۱۹ درصد (۴۱ نفر) دارای سابقه‌ی ۵ سال و کم‌تر، ۱۸/۵ درصد (۴۰ نفر) ۶ تا ۱۰ سال، ۲۰/۴ درصد (۴۴ نفر) ۱۱ تا ۱۵ سال، ۱۵/۷ درصد (۳۴ نفر) ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۶/۴ درصد (۵۷ سال) ۲۰ سال به بالا بودند. از نظر نوع استخدام ۳۱/۵ درصد (۶۸ نفر)، ۱۴/۴ درصد (۳۱ نفر) پیمانی، ۳۲/۹ درصد (۷۱ نفر) تبصره ۳ و ۲۱/۳ درصد (۴۶ نفر) قراردادی بودند. تجزیه و تحلیل مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش نشان داد که بار عاملی سوال‌های پرسش‌نامه برای

سازمان را در دستیابی به اهداف کلی هدایت می‌کند (۱۶). بنابراین هدف اصلی این پژوهش تحلیل رابطه‌ی بین فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی کارکنان است تا عوامل فرهنگی مؤثر بر رضایت شغلی کارکنان شناسایی شود و به ایجاد انگیزه و رغبت بیش‌تر در کارکنان بیانجامد.

### روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی - همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل تمامی کارکنان غیر هیأت علمی دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بوده که تعداد این افراد شامل ۸۰۰ نفر بود. برای تعیین حجم نمونه‌ی آماری مورد نیاز این پژوهش، ابتدا ۳۰ عدد پرسش‌نامه توزیع گردید و انحراف معیار ۰/۵۲ به‌دست آمد. با توجه به حجم جامعه و انحراف معیار محاسبه شده در سطح اطمینان ۹۵ درصد، حجم نمونه‌ی برآورده شده از طریق فرمول کوکران، ۲۷۳ نفر محاسبه گردید. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی - طبقه‌ای استفاده شده است. در ابتدا جامعه‌ی مورد نظر را انتخاب نموده و سپس از جامعه‌ی مورد نظر به‌صورت تصادفی طبقه‌ای، با توجه به حجم هر دانشکده نمونه‌گیری شده است. از مجموع ۲۷۳ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده، ۲۱۶ پرسش‌نامه برگشت داده شد که مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از روش پرسش‌نامه استفاده شده است. به‌منظور سنجش فرهنگ سازمانی از پرسش‌نامه‌ی فرهنگ سازمانی دنیسون و برای ارزیابی رضایت شغلی از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته که براساس طیف لیکرت پنج گانه تنظیم شده بود، استفاده شده است. در این پژوهش علاوه بر روایی صوری، از روش تحلیل عاملی تأییدی نیز به منظور ارزیابی روایی پرسش‌نامه استفاده شده است. برای سنجش پایایی پرسش‌نامه از روش Cronbach's alpha استفاده شده است که برای سوال‌های فرهنگ سازمانی ۰/۹۰ و برای سوال‌های رضایت شغلی کارکنان ۰/۸۰ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۲ محاسبه گردید. به منظور تجزیه و توصیف داده‌های پژوهش از روش‌های موجود در آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و واریانس) برای توصیف

بالا، ولی بقیه‌ی ابعاد در سطح پایین قرار دارند و در کل رضایت شغلی در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با اطمینان ۹۵ درصد در سطح پایین قرار داشته است.

تحلیل واریانس امتیازات ابعاد فرهنگ سازمانی و رضایت شغلی نشان داد که در میان ابعاد فرهنگ سازمانی، درگیری در کار، سازگاری و رسالت و در میان ابعاد رضایت شغلی، گروه کاری (Work Group) WG و نحوه‌ی پرداخت (Payment) PA در سطح اطمینان ۹۵ درصد، از دیدگاه پاسخ‌دهندگان در گروه‌های سنی مختلف، تفاوت معناداری داشتند. به این صورت که افراد در گروه سنی ۳۵ سال و کم‌تر دارای بیش‌ترین درگیری در کار هستند، رسالت سازمانی را باور، در گروه کاری فعالیت و نحوه‌ی پرداخت را قبول داشتند و افراد ۴۶ سال و بالاتر دارای بیش‌ترین سازگاری بودند. در میان ابعاد فرهنگ سازمانی بعد رسالت و در میان ابعاد رضایت شغلی، بعد نحوه‌ی پرداخت و هدایت و سرپرستی در سطح اطمینان ۹۵ درصد، از دیدگاه پاسخ‌دهندگان با سابقه‌ی فعالیت مختلف، تفاوت معناداری وجود داشته است. به این صورت که افراد دارای سابقه‌ی خدمت زیر ۵ سال رسالت و نحوه‌ی پرداخت و هدایت و سرپرستی (Care & Direction) CD را قبول داشتند. همچنین از نظر بعد رسالت و ماهیت کار و هدایت و سرپرستی در سطح اطمینان ۹۵ درصد، از دیدگاه پاسخ‌دهندگان بر مبنای دانشکده‌ی محل فعالیت، تفاوت معناداری وجود داشت. به این صورت که کارکنان دانشکده‌ی پزشکی رسالت و هدایت و سرپرستی را بیش‌تر قبول و دانشکده‌ی توانبخشی بیش‌تر ماهیت کار را قبول داشتند. نتایج آزمون فرضیه‌ی همبستگی پیروسون دو به دو ابعاد فرهنگ سازمانی نشان داد که همه‌ی ابعاد فرهنگ سازمانی در سطح اطمینان ۹۹ درصد دو به دو همبستگی بالایی با یکدیگر داشتند. بیش‌ترین همبستگی مربوط به ابعاد درگیری در کار و سازگاری بود. در رابطه با رضایت شغلی نیز همه‌ی ابعاد رضایت شغلی در سطح اطمینان ۹۹ درصد دو به دو همبستگی بالایی با یکدیگر داشتند. بیش‌ترین همبستگی مربوط به ابعاد ارتقا و ترفیع (Promotions) و هدایت و سرپرستی بود.

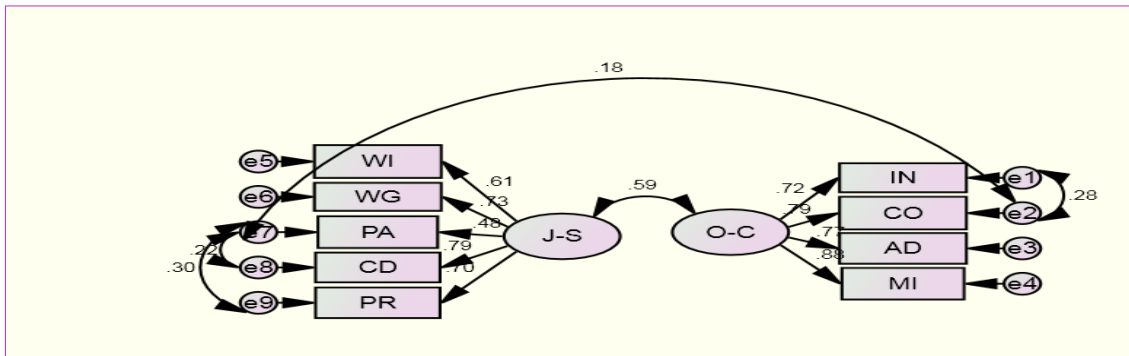
سنجش متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۹۵ درصد اختلاف معناداری با صفر ندارند. به عبارت دیگر این سوال‌ها، متغیرهای مربوطه را به خوبی سنجیدند. با توجه به خروجی‌های نرم‌افزار AMOS (The Alpha Micro Operating System) مشخص گردید که کلیه‌ی پارامترهای مدل تحلیل عاملی فرهنگ سازمانی با استفاده از آزمون خودگردان‌سازی در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار می‌باشند. برای برآزش کلی مدل عاملی اصلاح شده‌ی فرهنگ سازمانی از سه دسته شاخص برآزش مطلق، تطبیقی و مقتصد استفاده گردید. نتایج نشان داد که مدل تحلیل عاملی از دیدگاه هر سه دسته شاخص برآزش در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشت. طبق شکل ۱ مدل تحلیل عاملی رضایت شغلی نیز نشان داد که مدل تحلیل عاملی از دیدگاه هر سه دسته شاخص برآزش در وضعیت مطلوبی قرار داشته است. تجزیه و تحلیل مدل معادله‌ی ساختاری نشان داد که ضریب همبستگی بین فرهنگ سازمانی (OC) (Organizational Culture) و رضایت شغلی (JS) (Job Satisfaction) ۵۹ درصد است. یعنی با افزایش فرهنگ سازمانی در سازمان رضایت شغلی افزایش می‌یابد.

آزمون فرضیه‌ها بر اساس مدل نهایی پژوهش طبق شکل ۲ بر اساس شاخص‌های برآزش (CMIN = ۵۰۳/۲۳۳،  $\chi^2/df = ۰/۰۰۰$ ، (with p value = ۰/۸۲۸، CFI = ۰/۸۴۷)، (RMSEA = ۰/۰۷۶)، (PCFI = ۰/۷۵۳)، (PNFI = ۰/۶۷۳) نشان داد که ضریب همبستگی بین سازگاری (CO) (Consistency) و رضایت شغلی مثبت است. یعنی با افزایش سازگاری در سازمان، رضایت شغلی افزایش می‌یابد. همچنین ضریب همبستگی بین رسالت سازمان (MI) (Mission) و رضایت شغلی مثبت است. آزمون فرضیه‌ی مقایسه‌ی میانگین‌ها برای تعیین سطح ابعاد فرهنگ سازمانی نشان داد که سازگاری در دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی با اطمینان ۹۵ درصد در سطح متوسط و درگیری در کار (IN) (Involvement)، انطباق‌پذیری (AD) (Adaptability) و رسالت با اطمینان ۹۵ درصد در سطح بالا قرار داشتند. همچنین در رابطه با ابعاد رضایت شغلی، ماهیت کار (WI) (Work Itself) در سطح

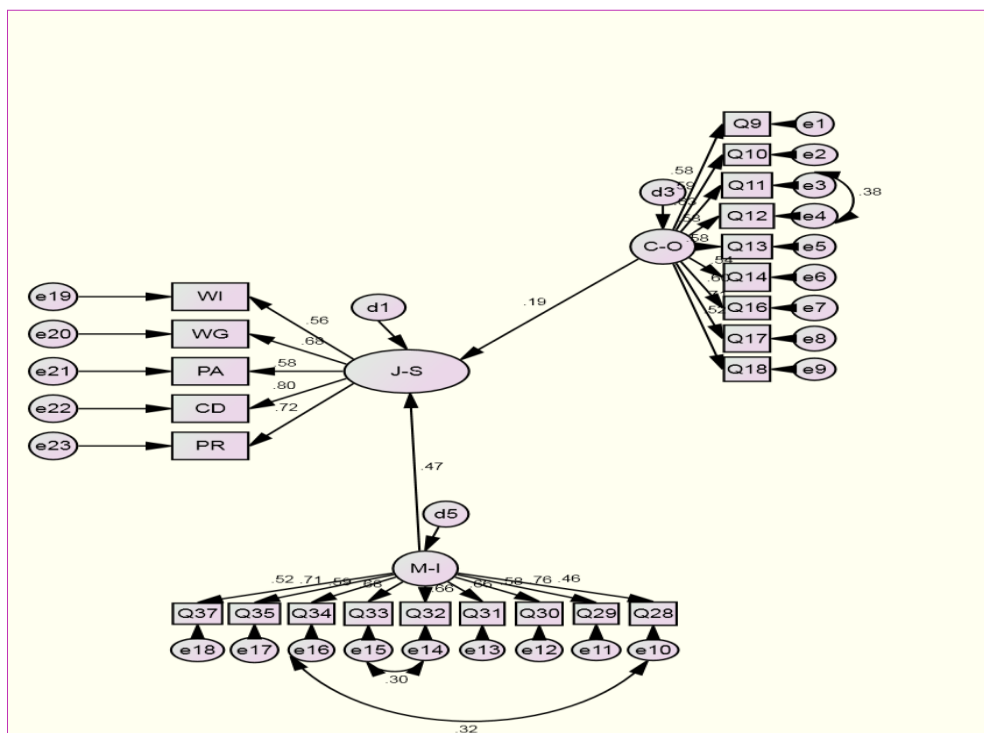
بحث

مختلف تأثیرگذار بر کارکنان بپردازد. درک این که چگونه افراد در چارچوب سازمانی هم‌گام با فرهنگ سازمانی می‌توانند عمل کنند، می‌تواند در جهت دستیابی به موفقیت سازمانی کارساز باشد.

فرهنگ یک سازمان بر تمامی جنبه‌های سازمانی تأثیرگذار است و مدیریت سازمان باید به شناسایی و انطباق آن با جنبه‌های



شکل ۱: مدل معادله‌ی ساختاری (رابطه‌ی فرهنگ سازمانی با رضایت شغلی)



شکل ۲: مدل نهایی پژوهش

(توانمندسازی، تیم‌سازی و توسعه‌ی قابلیت‌ها) و افزایش تعهد آن‌ها نسبت به سازمان بر روی انگیزش و رضایت آن‌ها تأثیرگذار نیست. نتیجه‌ی فرضیه فوق با نتایج پژوهش Ergon و Yilmaz هم‌راستا است (۱۳) ولی با نتایج حاصل از یافته‌های اردلان و

نتایج این پژوهش نشان داد که فرهنگ سازمانی با رضایت شغلی کارکنان در ارتباط است. از دیدگاه کارکنان درگیر شدن در کار به‌عنوان متغیر مستقل، در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر رضایت شغلی تأثیر ندارد. به‌عبارت دیگر درگیر شدن افراد در کار

بالایی با یکدیگر دارند. بیشترین همبستگی مربوط به ابعاد ارتقا و ترفیع و هدایت و سرپرستی می‌باشد و این نتیجه با تحقیقات زیادی از جمله نتایج تحقیق زمینی و همکاران هم‌راستا است و نشان می‌دهد که اگر نحوه‌ی هدایت و سرپرستی در سازمان منصفانه باشد و به صلاحیت‌های افراد توجه شود، ارتقا و ترفیع افراد نیز منصفانه خواهد بود و از آنجایی که دستیابی به پست‌های بالاتر در هر سازمان بسته به دیدگاه و نظر سرپرستان خواهد بود، پس نحوه‌ی تصمیم‌گیری و انتخاب آن‌ها در این زمینه بر انتساب‌های افراد به پست‌های بالاتر بسیار مؤثر است و بایستی در این مهم توجه و دقت فراوانی مبذول دارند. هر پژوهشی به نوع خود با موانع و مشکلات مواجه است. پژوهش حاضر از این امر مستثنی نمی‌باشد، بنابراین در ذیل تعدادی از عوامل محدود کننده‌ی این پژوهش برشمرده خواهد شد:

۱- ساختار ویژه‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان لزوم رعایت احتیاط در تعمیم نتایج این پژوهش را به ذهن متبادر می‌سازد. این امر در مورد دانشگاه‌های علوم پزشکی دیگر استان‌ها نیز صادق است، چرا که هر سازمانی تا اندازه‌ای منحصر به فرد است و در نظر نگرفتن تفاوت‌ها می‌تواند تعمیم نتایج حاصله را دچار اختلال نماید.

۲- با توجه به این که دیدگاه، خواسته‌ها و نیازهای افراد مطابق با تغییر شرایط متحول می‌گردد، لذا نتایج به‌دست آمده قابل تعمیم به شرایط و زمان‌های مختلف نمی‌باشد.

### نتیجه‌گیری

بررسی ابعاد مختلف فرهنگ سازمانی دنیسون در این پژوهش نشان داد که فرهنگ سازمانی بر رضایت شغلی کارکنان تأثیرگذار است و هر سازمانی که در پی دستیابی به این مهم می‌باشد، بایستی تلاش نماید تا بتواند فرهنگ سازمانی را به‌گونه‌ای طراحی نماید که افراد با آسودگی خاطر و علاقه‌ی بیشتری به انجام کار پرداخته و خود را جزیی از سازمان تلقی کنند. همان‌طور که نتایج تجزیه و تحلیل معادله‌ی ساختاری نشان داد، به‌خصوص در زمینه‌ی بعد رسالت سازمانی و سازگاری که بیش‌ترین تأثیر را بر روی رضایت شغلی کارکنان دارند، می‌بایست سرمایه‌گذاری بیش‌تر و اهمیت زیادی در نظر گرفته

همکاران هم‌خوانی ندارد. بعد سازگاری (ارزش‌های بنیادین، توافق، هماهنگی و پیوستگی)، در سطح اطمینان ۹۵ درصد با رضایت شغلی رابطه دارد. این نتایج با نتایج پژوهش Park و Kim، Denison، Gillespie، Roodt و Strydom هم‌راستا است (۱۶-۱۹). این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که وقتی فعالیت‌های سازمانی به‌خوبی هماهنگ و پیوسته باشند و رفتار کارکنان از ارزش‌های بنیادین نشأت بگیرد، رضایت شغلی افراد در سطح قابل قبولی قرار دارد. در زمینه‌ی بعد انطباق‌پذیری (ایجاد تغییر، مشتری‌گرایی، یادگیری سازمان) نتایج نشان داد که این بعد با رضایت شغلی کارکنان رابطه ندارد و فرضیه‌ی حاضر رد می‌شود. نتایج این فرضیه با یافته‌های هم‌خوانی دارد. ولی با نتایج تحقیقات قربانی و بلو هم‌راستا نیست. بعد رسالت با رضایت شغلی کارکنان در سطح اطمینان ۹۵ درصد ارتباط دارد. نتایج این فرضیه با یافته‌های حاصل از پژوهش گلیسی و همکاران، ییلماز و ارگان، دنیسون، زمینی و همکاران هم‌خوانی دارد. این پژوهشگران اعتقاد دارند که اگر سازمان دیدگاه مشترکی داشته باشد و اهداف با استراتژی سازمان هماهنگی داشته باشد، این می‌تواند در کارکنان ایجاد انگیزش کند و در نهایت به رضایت شغلی منجر شود. در زمینه‌ی بررسی همبستگی بین ابعاد فرهنگ سازمانی نتایج نشان داد که همه‌ی ابعاد فرهنگ سازمانی در سطح اطمینان ۹۹ درصد دو به دو همبستگی بالایی دارند. به‌خصوص بعد درگیری در کار و سازگاری همبستگی بسیار بالایی دارند. این امر نشان‌گر آن است که درگیری باعث می‌گردد که کارکنان دارای روحیه و جسارت در کار باشند، عدم درگیری باعث می‌گردد که کارکنان از نقش خود جدا افتاده و رفتارهای کناره‌جویانه از خود نشان داده و در برابر نقش کاری‌شان موضعی دفاعی به خود بگیرند. وقتی سازمان افراد را توانمند می‌سازد و به تیم‌سازی و توسعه‌ی قابلیت‌ها اهمیت می‌دهد، باعث ایجاد ثبات و یکپارچگی در سازمان می‌شود و زمینه‌ی ایجاد یک فرهنگ قوی برای سازمان فراهم می‌شود و افراد قادر خواهند بود در شرایط مختلف به توافق و سازگاری دست یابند. این نتیجه با نتایج تحقیق کیاکجوری و ییلماز هم‌خوانی دارد.

آزمون همبستگی ابعاد رضایت شغلی نشان داد که همه‌ی ابعاد رضایت شغلی در سطح اطمینان ۹۹ درصد دو به دو همبستگی

بهره‌ور و کارا، باید جهت حرکت‌های آینده را طراحی نموده و ساخت و درک عمیقی نسبت به این که سازمان به کجا می‌خواهد برسد و برنامه‌ریزی آن برای رسیدن به این موقعیت چیست، در کارکنان ایجاد نماید. در واقع بایستی دیدگاه روشنی از فرهنگ سازمان ایجاد شود، با روش‌هایی از جمله برجسته نمودن اهداف با نصب تابلوهای زیبا در مکان‌های مناسب، قرار دادن آن‌ها روی شبکه‌ی داخلی (اینترانت) و روش‌های مشابه، حصول اطمینان از آشنایی کارکنان با اهداف سازمان و اثربخشی ایشان در رفع مشکلات بایستی در رأس اقدامات قرار گیرند. به منظور توسعه‌ی درک کارکنان در ارتباط با بعد هماهنگی و یکپارچگی، تمرکز ویژه‌ای بر روی پایه‌ریزی فعالیت‌ها بر مبنای تفهیم و به تصویر کشیدن ارزش‌های بنیادی، گذاشته شود. در این راستا فعالانه در ایجاد ارزش‌های بنیادی و هم‌سویی رفتاری در زمینه‌ی فرهنگی اقدام شود. مجموعه‌ای روشن و پایدار از ارزش‌ها برای انجام فعالیت‌ها وجود داشته باشد. نتایج حاکی از آن است که نحوه‌ی پرداخت در مقایسه با سازمان‌های دیگر عادلانه نیست. لذا پیشنهاد می‌گردد که ملاک‌های واضح و واقعی برای عملکرد شغلی و شیوه‌ی ارتقای افراد مدنظر قرار گیرد. دستیابی به پست‌های بالاتر بر اساس صلاحیت و شایستگی افراد باشد. همچنین برای سازمان کمیته‌ی ارتقا و ترفیع تشکیل شود. نحوه‌ی هدایت و سرپرستی در سازمان باید به گونه‌ای باشد که افراد را به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها ترغیب کند و به توانمندی‌های افراد در جهت پیشرفت سازمان و ایجاد انگیزش شغلی توجه شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از مسؤولین مربوطه و کلیه‌ی کارکنان شرکت کننده در مطالعه به عمل می‌آید.

شود. اگر فرهنگ سازمانی محیطی را فراهم کند که کارکنان در جای مناسب قرار گیرند و استفاده‌ی بهینه از توانایی‌هایشان داشته باشند، انگیزش بهتری برای انجام کار خواهند داشت و سازمان رضایت شغلی آن‌ها را فراهم می‌کند. چرا که چنین سازمانی از وجهه‌ی اجتماعی بالایی برخوردار بوده و محیط جذابی را برای کارکنان فراهم می‌کند. کارکنان از کارکردن در چنین سازمانی احساس غرور می‌کنند و به همین دلیل به‌طور مداوم بر تعهدشان نسبت به سازمان افزوده می‌شود و با علاقه به انجام کار در سازمان ادامه می‌دهند. این عوامل همگی نشان از رضایت شغلی بالای کارکنان سازمان محسوب می‌شود. همان‌طور که بررسی ابعاد فرهنگ سازمانی دنیسون نشان داد اگر سازمان دیدگاه مشترکی داشته باشد و اهداف با استراتژی سازمان هماهنگی داشته باشد، همچنین اگر فعالیت‌های سازمانی به‌خوبی هماهنگ و پیوسته باشند و رفتار کارکنان از ارزش‌های بنیادین نشأت بگیرد، رضایت شغلی افراد در سطح قابل قبولی قرار دارد. همه‌ی این موارد می‌تواند در کارکنان ایجاد انگیزش کند و در نهایت به رضایت شغلی منجر شود. همچنین برای ایجاد رضایت شغلی بیش‌تر در سازمان و حرکت به سمت ایجاد سازمان سالم، توجه مسؤولین به عوامل زمینه‌ساز آن بسیار ضروری است، از جمله بررسی نحوه‌ی پرداخت در میان کارکنان به‌گونه‌ای که افراد احساس کنند که پرداخت منصفانه است و متناسب با عملکرد و کارایی افراد می‌باشد.

### پیشنهادها

با توجه به اهمیت زیادی که رضایت شغلی در سازمان دارد، پیشنهاد می‌شود که مدیران شرایطی ایجاد کنند تا چشم‌انداز دانشگاه به‌گونه‌ای ترسیم گردد که انگیزه و هیجان را برای کارکنان ایجاد کند. به‌منظور انجام فعالیت‌های سازمانی به‌صورت

### References

1. Ebrahimian SY. An Investigation of Social Factors Affecting on Personnel Job Satisfaction of Remedial Service Insurance Department Iranian. Journal of Management Studies 2012; 5(1): 97-110.
2. Robbins S. Organization Theory: Structure, design, application. Trans. Alvani SM, Danaifard H. Tehran: Publications Saffar; 2006.
3. Weiss H. Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. Human Resource Management Review 2002; 12(2): 173-94.



4. Tsai y. Relationship between organizational culture, Leadership Behavior and Job satisfaction. BMC Health Services Research 2011; 11: 98.
5. Linnenluecke M, Griffiths A. Corporate sustainability and organizational culture. Journal of World Business 2010; 45: 357-66.
6. Nasiripoor A, Reisi P, Hedayati S. Relationship between organizational culture and productivity of employees in public hospitals of Iran University of Medical Sciences. Health Manage 2008; 12(35):17-24. [Article in Persian]
7. Ghorbani M, Asadi H, Sharifi M. The relationship between organizational culture and effectiveness in Physical Education Organization of Iran, based on Denison Model. Journal of Movement Science and Sport 2011; 7(14): 107-18. [Article in Persian]
8. Kiakojuri K, Jafarnezhad A, Hoseinzade S. Explore the relationship between organizational culture and job satisfaction. Journal of Management Executive 2010; 10(40): 87-108. [Article in Persian]
9. Zamini S, Hosseini Nasab S, Zamini S, Zarei P. The relationship between organizational culture and job satisfaction and job burnout among the employees in Tabriz University. Iran Occupational Health 2011; 8(1): 31-40. [Article in Persian]
10. Ahmadi SA, Alavi A, Safdarian A. Comparison of the Existing Status of Organizational Culture in Isfahan University of Medical Sciences with Desired Conditions. Health Inf Manage 2009; 7(3): 361-8. [Article in Persian]
11. Lund D. Organizational culture and job satisfaction. Journal of Business and Industrial Marketing 2003; 18(3): 219-36.
12. Gillespie A, Denison D, Haaland S, Smerek R, Neale W. Linking organizational culture and customer satisfaction: Result from two companies in different industries. European Journal of work and organizational psychology 2008; 17(1): 112-32.
13. Yilmaz C, Ergun E. Organizational culture and firm effectiveness: An examination of relative effects of culture traits and the balanced culture hypothesis in an emerging economy. Journal of World Business 2008; 43(3): 290-306.
14. Hall CB, Brazil K, Wakefield D, Lerer T, Tennen H. Organizational culture, job satisfaction, and clinician turnover in primary care. J Prim Care Community Health 2010; 1(1): 29-36.
15. Bellou V. Organizational culture as a predictor of job satisfaction: the role of gender and age. Career Development International 2010; 15(1): 4-19.
16. Amburgey W. An Analysis of the Relationship between Job Satisfaction, Organizational Culture, and Perceived Leadership Characteristics [Thesis]. Florida: University of Central Florida Orlando; 2005.
17. Park JS, Kim TH. Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? Leadership in health Services 2009; 22(1): 20-38.
18. Denison D, Janovics R, Yong J, Cho HJ. Diagnosing organizational culture: Validating a model and method [Online]. International Institute for management development, Switzerland. 2006. Available from: URL: [http://www.denisonconsulting.com/sites/default/files/documents/resources/denison-2006-validity.sflb\\_ashx\\_pdf](http://www.denisonconsulting.com/sites/default/files/documents/resources/denison-2006-validity.sflb_ashx_pdf).
19. Strydom A, Roodt G. Job satisfaction as predictor of subjective organizational culture [Online]. Gauteng; 2006. Available from: <https://ujdigispace.uj.ac.za/bitstream/handle/10210/128/PHD.pdf?sequence=3>.

## Staff Perception of Organizational Culture and their Job Satisfaction\*

Ali Shaemi Barzaki<sup>1</sup>; Susan Bahrami<sup>2</sup>; Fatemeh Hatampoor Azarkhavarani<sup>3</sup>;  
Reza Radmehr<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Organizational culture as a source and a source of organizational processes, affected management practices and organizational members' attitudes toward their jobs. Thus, job satisfaction or dissatisfaction can not be divorced from organizational culture. The aim of this research was to analyze the relationship between staff perception of organizational culture and their job satisfaction in the faculties of Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** The study was descriptive- survey. The statistical population consists of staff of faculties of Isfahan University of Medical Sciences in 1390 and 273 participants were categorized randomly as the study sample. To collect the respondents' opinions, Standard Denison Questionnaire for measurement organizational culture and a questionnaire which was made by the researcher for measurement job satisfaction was used. The questionnaire's validity was confirmed by confirmatory factor analysis. The estimated Cronach's alpha for organizational culture, job satisfaction and the whole questionnaire was estimated as 0.90, 0.80 and 0.92 respectively. The statistical analysis for the present study was done by statistical tests such as one sample t-test, Anova and Tukey. Furthermore, the research hypotheses were tested by the structural equation modeling technique and SPSS, Amos Software.

**Results:** The results indicated that the organizational culture had a meaningful positive relationship with the job satisfaction in staff of faculties of Isfahan University of Medical Sciences. Moreover, the factors of "consistency" and "mission" had the most relationship with staff job satisfaction 0.19, 0.47 respectively. However, no meaningful relationship was found between the factor of "involvement", "adaptability" and job satisfaction.

**Conclusion:** Findings showed that professional perceptions and attitudes are factors of the various organizational and. if the organizational culture promotes employee empowerment, people are more motivated and eager to do the job.

**Keywords:** Organizational Culture; Job Satisfaction; Personnel

Received: 23 Apr, 2013

Accepted: 25 Sep, 2013

**Citation:** Shaemi Barzaki Ali, Bahrami Susan, Hatampoor Azarkhavarani F, Radmehr R. **Staff Perception of Organizational Culture and their Job Satisfaction.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1006.

\* This article is derived from a research project (No. 291167) in Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Department of Management, Faculty of Administrative Sciences and Economics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- PhD, Educational Administration, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan and Researcher, Health Management and Economics Research Center, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: f.hatampoor65@gmail.com

4- MSc, Management, Faculty of Administrative Sciences and Economics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

# تأثیر نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی‌های مدیریت استعداد\*

مهدی ابزری<sup>۱</sup>، رضا رادمهر<sup>۲</sup>، فاطمه حاتم‌پور آذرخوارانی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** امروزه به کارگیری استراتژی مدیریت استعداد مناسب، مستلزم شناخت زیرساخت‌های فن‌آوری اطلاعات و تعیین سطح آمادگی هر زیرساخت در پیاده‌سازی نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک می‌باشد. لذا هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر پیاده‌سازی نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع توصیفی است و جامعه‌ی آماری مورد نظر، کارکنان حوزه‌ی مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بود که تعداد آن‌ها ۱۶۰ نفر بود. لذا براساس روش نمونه‌گیری تصادفی از بین آن‌ها نمونه‌ی آماری به تعداد ۷۰ نفر انتخاب گردید. برای بررسی از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته استفاده گردید. برای سنجش روایی این پرسش‌نامه از روش صوری و برای سنجش پایایی از روش Cronbach's alpha استفاده شد. ضریب پایایی کلی پرسش‌نامه ۰/۸۱۲ به دست آمد که برخورداری از پایایی مناسب را نشان می‌دهد. در نهایت ۷۰ پرسش‌نامه جمع‌آوری گردید. هم‌چنین از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و AMOS برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از پژوهش بیان‌گر آن است که تأثیر تمام ابعاد نظام فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد مستقیم و مثبت است و در این راستا بیش‌ترین تأثیر را نظام فرعی الکترونیک برنامه‌ریزی منابع انسانی بر استراتژی مدیریت استعداد دارد (۰/۷۷).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که نظام فرعی الکترونیک برنامه‌ریزی منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیک کارمندیابی و انتخاب، نظام فرعی الکترونیک مدیریت عملکرد، نظام فرعی الکترونیک جبران خدمات، نظام فرعی الکترونیک توسعه‌ی منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیک انضباط و ضوابط اخلاقی و نظام فرعی الکترونیک ایمنی و خدمات کارکنان تأثیر مثبت و مستقیمی بر استراتژی مدیریت استعداد دارند.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت استعداد؛ مدیریت؛ منابع انسانی

قادر است برای سازمان مزیت رقابتی ایجاد کند از سوی سازمان‌ها مورد توجه قرار گرفته است. از این رو ضروری است که سازمان‌ها برای مقابله با آینده‌ی نه‌چندان دور که در آن کمبود در عرضه‌ی کارکنان با استعداد وجود دارد، آمادگی‌های لازم را کسب نمایند (۱). مدیریت استعداد یکی از مهم‌ترین اهداف استراتژیک برای سازمان‌هاست که موفقیت، سازگاری و کارایی را برای سازمان به ارمغان می‌آورد و به آن به‌عنوان یک

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۳۰ اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۱۹

پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۳

**ارجاع:** ابزری مهدی، رادمهر رضا، حاتم‌پور آذرخوارانی فاطمه. تأثیر نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی‌های مدیریت استعداد. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۱۳-۱۰۰۷.

### مقدمه

امروزه سازمان‌ها در محیطی بسیار پیچیده، پویا و سراسر رقابتی به کسب و کار می‌پردازند که لازمه‌ی چنین محیط‌هایی بهره‌مندی از منابع و امکانات با قابلیت سازگاری و انطباق با پیچیدگی‌های محیطی است، به‌نحوی که سازمان را جهت دستیابی به اهداف استراتژیک خود یاری نمایند. در این بین نیروی انسانی مستعد و کارآمد به‌عنوان یک منبع با ارزش که

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استاد، مدیریت، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد، مدیریت، دانشکده‌ی علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: rezaradmehr@gmail.com

۳- کارشناس ارشد، مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

حال سازمان‌ها نمی‌توانند بدون آن‌ها موفق باشند. مضافاً این که محیط پیچیده و به شدت رقابتی، بحران حفظ و نگهداری این نیروهای با استعداد را به وجود آورده که باید به‌خوبی اداره و مدیریت شوند (۲).

Zafar و همکاران به دنبال این بودند که بانک‌ها چگونه از فن‌آوری اطلاعات در زمینه‌های منابع انسانی و بهبود فعالیت منابع انسانی بهره می‌برند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از فن‌آوری اطلاعات در منابع انسانی باعث بهبود خدمات و کارایی و اثربخشی منابع انسانی می‌شود (۸). Strohmeier و Kabst به دنبال تعیین عوامل مؤثر بر پذیرش و اجرای مدیریت منابع انسانی الکترونیک در اروپا به این نتیجه دست یافتند که عوامل متعددی در پذیرش و اجرای مؤثر آن نقش داشتند که شامل اندازه‌ی سازمان، آموزش کارکنان، حمایت مدیریت ارشد، سن کارکنان و ساختار سازمانی می‌شوند (۵). Voermans و Veldhoven به بررسی نگرش‌های موجود در زمینه‌ی مدیریت منابع انسانی الکترونیک در شرکت فیلیپس با استفاده از الگوی پذیرش فن‌آوری Davis و Ulrich و تأثیر آن در ایجاد مزیت رقابتی برای شرکت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از فن‌آوری اطلاعات و تکنولوژی در مدیریت منابع انسانی موجب بهبود فعالیت‌های منابع انسانی و دستیابی به مزیت رقابتی برای سازمان می‌شود (۹). درویش و همکاران به ارزیابی آمادگی الکترونیک سازمان جهت استقرار مدیریت منابع انسانی الکترونیک در شرکت سایپا پرداختند. آن‌ها با بررسی مدل‌های مختلف و شناسایی شاخص‌های مختلف ارزیابی آمادگی الکترونیک، ابعاد و شاخص‌های متناسب با ارزیابی آمادگی الکترونیک سازمان جهت استقرار مدیریت منابع انسانی الکترونیک را شناسایی و استخراج کردند که با استفاده از روش فرایند تحلیل سلسله مراتبی (AHP) رتبه‌بندی و به‌منظور تعیین میزان آمادگی الکترونیک در صنعت خودروسازی مورد استفاده قرار گرفتند (۳). این پژوهش به تعیین تأثیر پیاده‌سازی نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پرداخته است.

استراتژی کلیدی برای ایجاد مزیت رقابتی و یک فرصت عالی برای خلق ارزش نگریسته می‌شود (۲).

مدیریت منابع انسانی عبارت است از مدیریت و اداره‌ی راهبردی با ارزش‌ترین دارایی‌های سازمان، یعنی کارکنانی که در سازمان به فعالیت می‌پردازند و به سازمان در دستیابی به اهداف کمک می‌کنند (۳). از سویی دیگر، در دهه‌های اخیر، گسترش سریع اینترنت موجب تقویت، پیاده‌سازی و اجرای مدیریت منابع انسانی الکترونیک شده است (۴).

Strohmeier تعریف جامعی از مدیریت منابع انسانی الکترونیک ارائه می‌دهد که عبارت است از: مدیریت منابع انسانی الکترونیک، برنامه‌ریزی، پیاده‌سازی و به‌کارگیری فن‌آوری اطلاعات جهت ارتباط حداقل دو نفر یا دو گروه به‌منظور اجرای فعالیت‌های مشترک مربوط به منابع انسانی. فن‌آوری اطلاعات مانند ابزاری برای انجام کامل وظایف منابع انسانی به کار می‌رود (۵).

مدیریت منابع انسانی الکترونیک می‌تواند بر تمامی حوزه‌های مدیریت منابع انسانی تأثیرگذار باشد (۶). مدیریت منابع انسانی الکترونیک در راستای اتوماسیون فعالیت‌ها، فن‌آوری اطلاعات را به‌عنوان ابزار کاربردی در اختیار گرفته و از طریق طراحی زیرسیستم‌های نظام فرعی الکترونیک برنامه‌ریزی منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیک کارمندیابی و انتخاب، نظام فرعی الکترونیک مدیریت عملکرد، نظام فرعی الکترونیک جبران خدمات، نظام فرعی الکترونیک توسعه‌ی منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیک انضباط و ضوابط اخلاقی و نظام فرعی الکترونیک ایمنی و خدمات کارکنان پتانسیل مناسب را در اختیار مدیران قرار داده است (۷).

مدیریت استعداد را می‌توان به‌عنوان فرایندها و فرصت‌های مدیریتی بیش‌تر که برای افراد در سازمان فراهم شده‌اند تعریف کرد (۲). استعدادها را به‌عنوان افراد در شغل‌های حیاتی که برای موفقیت سازمان مهم هستند و می‌توانند تفاوت مهمی در عملکرد سازمان ایجاد کنند، تعریف می‌کنند. بیش‌تر سازمان‌های موفق و تحسین شده مساعدترین محیط کاری را برای جذب و نگهداری کارکنان فراهم می‌آورند. اگر چه هزینه‌های جذب و حفظ افراد مستعد شایسته بالاست با این

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر کاربردی و از نوع توصیفی - پیمایشی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کارکنان حوزه‌ی مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بود. حجم جامعه حدوداً ۱۶۰ نفر و برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شد که به این طریق نمونه‌ای به حجم ۷۰ نفر انتخاب و پرسش‌نامه میان آن‌ها توزیع گردید و از اطلاعات موجود در آن‌ها برای تجزیه و تحلیل استفاده شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز، از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای دو قسمت اصلی می‌باشد که شامل سوال‌های جمعیت‌شناختی و همچنین ۷۰ سوال در رابطه با هفت بعد نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک و ۳۰ سوال در رابطه با پنج بعد استراتژی‌های مدیریت استعدادهای این پرسش‌نامه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم شده است و مورد سنجش قرار گرفت. به‌منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه، سازگاری درونی آن با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و با ضریب Cronbach's alpha برای عوامل مختلف پرسش‌نامه برای نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک و استراتژی‌های مدیریت استعدادهای به ترتیب به میزان ۰/۷۴۱، ۰/۸۳۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱۲ محاسبه گردید. همچنین برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روش صوری و از نظر برخی از اساتید استفاده شد. مجموع این نتایج بیان‌گر آن هستند که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در این تحقیق دارای روایی و اعتبار مناسبی می‌باشند. در این پژوهش از روش‌های موجود در آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی برای توصیف نمونه آماری) و همچنین آمار استنباطی (آزمون Kolmogorof- Smirnof جهت بررسی نرمال بودن، آزمون t تک نمونه‌ای برای آزمون فرضیه، آزمون تفاوت دو ضریب همبستگی برای بررسی رابطه‌ی میان متغیرها، آزمون رگرسیون برای بررسی رابطه‌ی میان متغیرها و تحلیل عاملی تأییدی) جهت بررسی و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده گردید. در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای AMOS و SPSS جهت بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش استفاده گردید.

### یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سایر موارد مربوط به حجم نمونه‌ی مورد بررسی به‌صورت نشان داده شده در جدول ۱ می‌باشد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

شرح ویژگی‌ها	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲۳
	زن	۴۷
سن	۲۰-۳۰ سال	۳۸
	۳۱-۴۰ سال	۲۲
	۴۱-۵۰ سال	۴
	۵۰ سال به بالا	۶
وضعیت تأهل	مجرد	۳۲
	متاهل	۳۸
میزان تحصیلات	دیپلم	۱۵
	فوق دیپلم	۸
	لیسانس	۴۴
	بالا‌تر	۳
سابقه‌ی خدمت	کمتر از ۵ سال	۳۶
	۶ تا ۱۰ سال	۲۵
	۱۱ تا ۱۵ سال	۳
	۱۶ تا ۲۰ سال	۳
	۲۰ سال به بالا	۳

با هدف آزمون مدل‌های اندازه‌گیری متغیرهای پنهان، مدل متغیرها مورد بررسی قرار گرفته و جهت برازش مدل‌های پژوهش سه دسته شاخص برازش مطلق، تطبیقی و مقتصد مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

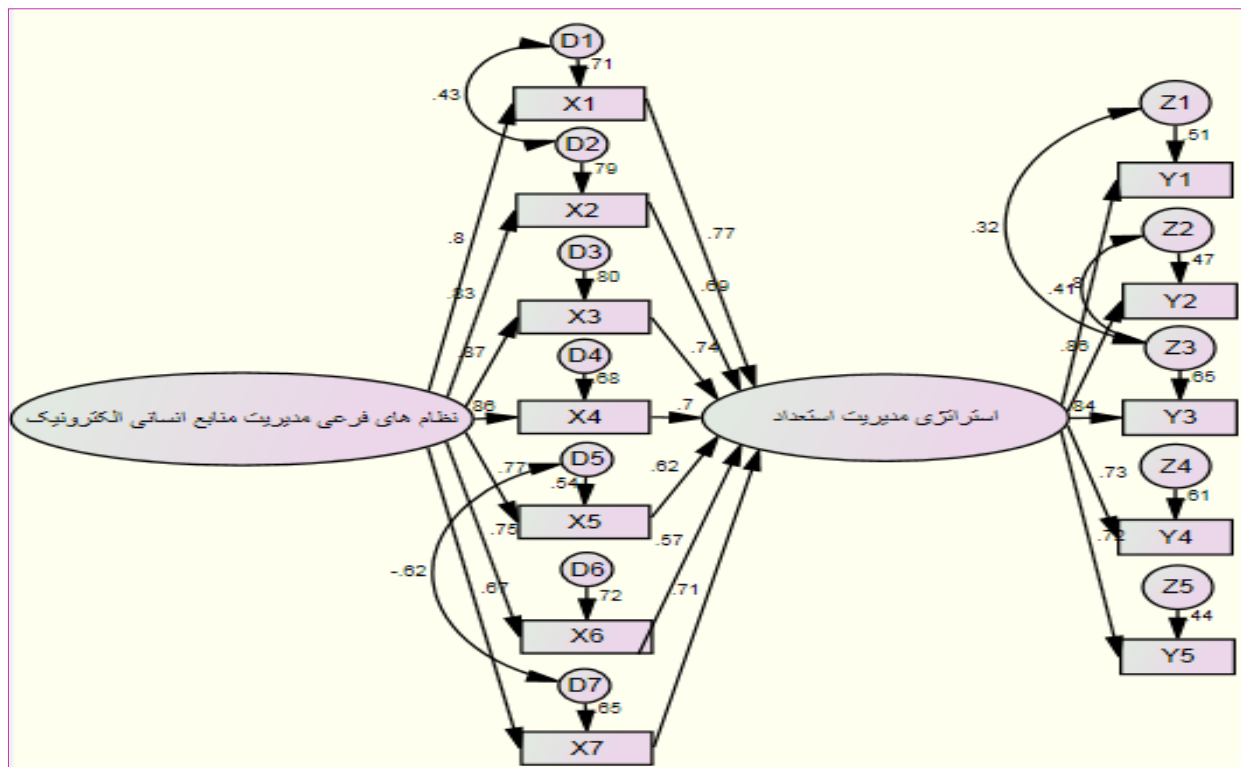
با توجه به شاخص‌های برازش ( $Pvalue=0/336$  و  $2/180$ ،  $RMSEA=0/026$ ،  $TLI=0/995$ ،  $CFI=0/998$ ،  $CMIN=1/090$  و  $CMIN/DF=0/527$ ،  $PCFI=0/527$ ،  $PNFI=0/523$ ) مدل اندازه‌گیری نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک در وضعیت مطلوبی قرار دارد، بنابراین مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین شاخص‌های برازش ( $Pvalue=0/270$ ،  $TLI=0/988$ ،  $CFI=0/994$ ،  $CMIN=9/932$ ،  $PNFI=0/516$  و  $CMIN/DF=1/242$ ،  $RMSEA=0/043$ )

فرعی الکترونیکی انضباط و ضوابط اخلاقی و نظام فرعی الکترونیکی ایمنی و خدمات کارکنان) بر استراتژی مدیریت استعداد مثبت است.

طبق مدل نهایی پژوهش نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی بر استراتژی مدیریت استعداد تأثیر مستقیم و مثبت دارد. در واقع یک واحد تغییر در نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی منجر به ۰/۷۷ واحد تغییر در استراتژی مدیریت استعداد خواهد شد و همچنین نظام فرعی الکترونیکی کارمندیابی و انتخاب، نظام فرعی الکترونیکی مدیریت عملکرد، نظام فرعی الکترونیکی جبران خدمات، نظام فرعی الکترونیکی توسعه منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیکی انضباط و ضوابط اخلاقی و نظام فرعی الکترونیکی ایمنی و خدمات کارکنان بر استراتژی مدیریت استعداد تأثیر مستقیم و مثبت دارند. در واقع یک واحد تغییر در این نظام‌های فرعی مدیریت متبوع انسانی الکترونیک طبق جدول ۲ باعث تغییراتی در استراتژی مدیریت استعداد می‌گردد.

مدل اندازه‌گیری استراتژی مدیریت استعداد در وضعیت مطلوبی قرار دارد، بنابراین مورد تأیید قرار گرفته است. پس از این که اطمینان حاصل شد که مدل‌های اندازه‌گیری حاضر در مدل تدوین شده قابل قبول هستند، مدل اصلی و کلی پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. این مدل به صورت شکل ۱ ارائه شده و شاخص‌های برازش آن نیز مورد سنجش قرار گرفته است که نشان از وضعیت خوب مدل و حمایت داده‌های تجربی پژوهش از مدل تدوین شده دارد.

در شکل ۱ مجموعه برآوردهای استاندارد برای وزن‌های رگرسیونی شامل بارهای عاملی و ضرایب تأثیر مشاهده می‌شود. مبنی بر این مقادیر، تأثیر تمام ابعاد نظام فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک (نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی، نظام فرعی الکترونیکی کارمندیابی و انتخاب، نظام فرعی الکترونیکی مدیریت عملکرد، نظام فرعی الکترونیکی جبران خدمات، نظام فرعی الکترونیکی توسعه منابع انسانی، نظام



شکل ۱: مدل نهایی پژوهش

**جدول ۲: ضریب تأثیر نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد**

نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی	۰/۷۷	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی کارمندیابی و انتخاب	۰/۶۹	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی مدیریت عملکرد	۰/۷۴	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی جبران خدمات	۰/۷۰	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی توسعه منابع انسانی	۰/۶۲	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی انضباط و ضوابط اخلاقی	۰/۵۷	→	استراتژی مدیریت استعداد
نظام فرعی الکترونیکی ایمنی و خدمات کارکنان	۰/۷۱	→	استراتژی مدیریت استعداد

**بحث**

استعدادها نقش حیاتی در موفقیت سازمان‌ها دارند. مدیریت هزینه‌های ماندگاری استعدادها یک گام اساسی به سوی شیوه‌های مدیریت استعداد موفق‌تر است و نتایج قابل توجهی را برای سازمان در پی خواهد داشت. رشد سریع، هم در زمینه‌ی مدیریت منابع انسانی و هم در مورد فن‌آوری اطلاعات منجر به این امر شده است که امروزه بیش‌تر شرکت‌ها و سازمان‌ها اعم از دولتی و غیردولتی، به به‌کارگیری فن‌آوری اطلاعات در بخش منابع انسانی روی آورده‌اند و این امر به نوبه خود منجر به تقویت، پیاده‌سازی و اجرای مدیریت منابع انسانی الکترونیک شده است. همان‌طور که نتایج نشان داد، تأثیر تمام ابعاد نظام فرعی مدیریت منابع انسانی الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد مستقیم و مثبت است و در این راستا بیش‌ترین تأثیر را نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی بر استراتژی مدیریت استعداد دارد. نتایج این تحقیق با پژوهش‌های مشابهی که در این راستا انجام شده است، هم‌راستا است از جمله پژوهش Sweem در سال ۲۰۰۹ میلادی نشان داد که استراتژی‌های منابع انسانی و توسعه‌ی سازمان، استراتژی مدیریت استعداد را حمایت می‌کند و در پی این امر استراتژی مدیریت استعداد، درگیری ذهنی-عاطفی کارکنان را افزایش می‌دهد و زمانی که این دو مؤلفه با هم ترکیب می‌گردند، تغییرات محیطی و فرهنگی را در سازمان موجب می‌گردند. نتایج حاصل از فرضیات نشان داد که با توجه به تأثیر مثبت و مستقیم نظام‌های فرعی مدیریت منابع انسانی

الکترونیک بر استراتژی مدیریت استعداد، استفاده از فن‌آوری اطلاعات در منابع انسانی باعث بهبود خدمات و کارایی و اثربخشی منابع انسانی می‌شود و این نتیجه با پژوهش ظفر و همکاران هم‌خوانی دارد (۸). مدیریت عملکرد تأثیر مستقیم و مثبتی بر استراتژی مدیریت استعداد دارد و با نتایج Armstrong هم‌راستا است و بیانگر آن است که مدیریت عملکرد فرایندی است که در آن مدیران تلاش می‌کنند به اهداف کنونی و آتی سازمان با نیت بهبود کیفیت عملکرد افراد و تیم‌های کاری دست یابند و استفاده از تجارب شغلی و مشاوره و افزایش قابلیت‌های بالقوه‌ی مدیران عواملی هستند که برای موفقیت در جذب نیروهای با استعداد ضروری می‌باشند. از آنجایی که در نظام الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی، موجودی نیروی انسانی در واحدهای مختلف سازمانی با توجه به ارزیابی عملکرد تعیین می‌گردد و از طرف دیگر با توجه به تقاضای سازمان و نیز عرضه‌ی نیروی انسانی در بازار، امکان مقایسه‌ی برخط و سریع عرضه و تقاضای منابع انسانی فراهم می‌گردد (۱۰)، این متغیر تأثیر همان‌طور که نتایج هم‌گویای آن است، تأثیر مستقیمی بر استراتژی مدیریت منابع انسانی دارد. در رابطه با بعد کارمندیابی و انتخاب نیز همان‌طور که صناعی و میرزایی بیان می‌کنند، فرایند انتخاب و مدیریت عملکرد و توسعه‌ی کارکنان از طریق ارایه‌ی راه‌حلی مبتنی بر وب تسهیل شده و فرایند کارمندیابی را از آغاز تا پایان مدیریت می‌کند. سیستم کارمندیابی الکترونیک با توجه به شرایط احراز شغل از

معرفی انواع تخلفات و انجام اقدامات انضباطی، تدوین شاخص‌های ایمنی شغلی و برنامه‌های بهداشتی و فعالیت طراحی سیستم تسویه حساب و برنامه‌های بازنشستگی مربوط به نظام فرعی الکترونیکی برنامه‌ریزی منابع انسانی، کارمندیابی و انتخاب، مدیریت عملکرد، جبران خدمات، انضباط و ضوابط اخلاقی و ایمنی و خدمات کارکنان می‌تواند به ارتقای نرم‌افزارها و سخت‌افزارهای سازمان از زیرساخت فنی، سطح مهارت‌های فن‌آوری اطلاعات افراد و برگزاری دوره‌های آموزشی از زیرساخت نیروی انسانی، حفظ حقوق و امنیت افراد از زیرساخت قانونی و حقوقی فن‌آوری اطلاعات، میزان آگاهی افراد از مزایا از زیرساخت نیروی انسانی، فرهنگ سازمانی از زیرساخت سازمانی، قوانین و استانداردها از زیرساخت قانونی و حقوقی فن‌آوری اطلاعات پرداخت.

### تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه همکاران و عزیزانی که در انجام این تحقیق همکاری و مساعدت لازم را داشته‌اند تشکر و قدردانی نمایند.

فرایندهای چندگانه‌ای نظیر آگهی الکترونیک، فرم‌های درخواست آنلاین متناسب با متقاضیان شغل، ایجاد پایگاه داده از سوالات مصاحبه استفاده می‌نماید (۱۱). این سیستم با نظارت بر فرایند استخدام ویژگی‌های داوطلبان را با شرایط احراز شغل مقایسه و داوطلبان واجد شرایط را انتخاب می‌نماید، لذا در این زمینه باید توجه و هماهنگی قابل توجهی به عمل آید.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش علاوه بر اهمیت مفهومی دارای اهمیت کاربردی نیز هستند. برای بهبود استراتژی مدیریت استعداد، پیشنهاد می‌شود که دانشگاه اقدامات زیر را در راستای ارتقای زیرساخت‌های موجود انجام دهد:

برای انجام الکترونیکی فعالیت تعیین موجودی و برآورد نیاز منابع انسانی، تدوین شرح شغل و شرایط احراز، آگهی و اعلان شغل، برگزاری آزمون‌های استخدامی، دادن بازخور ارزیابی عملکرد، طراحی سیستم پرداخت، تعیین سطح حقوق، تعیین سطح مزایا و پاداش، طراحی سیستم آموزش، توسعه منابع انسانی، طراحی مسیر شغلی، طراحی سیستم جانشین‌پروری،

### References

1. Frank F, Taylor C. Talent Management: Trends that will shape the future. *Human Resource Planning* 2004; 27(1): 33-41.
2. Phillips J, Edwards L. *Managing talent retention: An ROI approach*. San Francisco, USA: Pfeiffer; 2009.
3. Darvish H, Karim Zadegan D, Mirzanezhad R. E-readiness Assessment Organization for Establishment Electronic Human Resource Management Systems (Case study Company saipa). *Proceeding of the First Annual Conference on Management, Innovation and Entrepreneurship: Shiraz; 2010*. [Article in Persian]
4. Lengnick-Hall M, Moritz S. The impact of e-HR on the human resource management function. *Journal of Labor Research* 2003; 24(3): 365-80.
5. Strohmeier S. Research in e-HRM: Review and implication. *Human Resource Management Review* 2007; 17(1): 19-37.
6. Strohmeier S, Kabst R. Organizational adoption of e-HRM in Europe. *Journal of Managerial Psychology* 2009; 24(6): 482-501.
7. Sanayei A, Mirzaei A. Designing a model for evaluating the effectiveness of e-hrm (Case Study: Iranian organizations). *International Journal of Information Science and Management* 2008; 6(2): 79-98. [Article in Persian].
8. Zafar J, Shaukat M, Mat N. An analysis of e-human resource management practices: A case study of state bank of Pakistan. *European Journal of Social Sciences* 2010; 15(1): 18-26.
9. Voermans M, Veldhoven MV. Attitude towards E-HRM: an empirical study at Philips. *Personnel Review* 2007; 36(6): 887-902.
10. Farsijani H, Arefnezhad M. Ranking Factors Effective on implementation Electronic Human Resource Management to Achieve World-Class. *Vision for Public Management* 2011; 6: 75-94. [Article in Persian]
11. Gholipour A. *Human Resource Management (Concepts, theories and applications)*. 1st ed. Tehran: Samt; 2011.



## Effect of Electronic Human Resource Management Sub-System Implementation on Talent Management Strategy\*

Mehdi Abzari<sup>1</sup>; Reza Radmehr<sup>2</sup>; Fatemeh Hatampoor Azarkharani<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Today, the use of appropriate talent management strategy requires an understanding of IT infrastructure and determines the level of readiness of each infrastructure subsystems in the implementation of effect of electronic human resource management. The main purpose of this study was to investigate the effect of implementation of subsystem for electronic human resource management on talent management strategy in Isfahan University of medical sciences.

**Methods:** This research was conducted using descriptive-metrical method and has five Hypotheses. To investigate this hypothesis, a questionnaire which made by the researcher was used. For assessing the validity of the questionnaire formal methods was used and the reliability assessed with Cronbach's alpha reliability coefficient (0/812). The population size is about 160. Therefore, based on random sampling the statistical sample was selected and finally 70 questionnaires were collected. The AMOS, SPSS18 software is used for analyzing the data

**Results:** The results indicate that the subsystem of electronic human resource management had a positive effect on strategy talent management and the most affective is for subsystem of electronic human resource planning.

**Conclusion:** Results showed that the electronic human resource planning subsystem, electronic recruitment and selection subsystem, electronic performance management subsystem, electronic compensation subsystem, electronic human resource development subsystem, electronic discipline and moral criterion subsystem, electronic human resource safety and service subsystem have a direct positive effect on talent management strategy.

**Keywords:** Talent Management; Management; Human Resources

Received: 19 Apr, 2013

Accepted: 25 Sep, 2013

**Citation:** Abzari M, Radmehr R, Hatampoor Azarkharani F. **Effect of Electronic Human Resource Management Sub-System Implementation on Talent Management Strategy.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1013.

\* This article is derived from research project in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Professor, Management, Faculty of Administrative Sciences and Economics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- MSc, Management, Faculty of Administrative Sciences and Economics, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: rezaradmehr@ymail.com

3- MSc, Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# طراحی الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت: مطالعه موردی

## دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

مریم یعقوبی<sup>۱</sup>، مرضیه جوادی<sup>۲</sup>، محمد کریم بهادری<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** برنامه‌ی «بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت» توسط سازمان جهانی بهداشت، در دهه‌ی ۱۹۹۰ عنوان گردید و تا به امروز تعداد زیادی از بیمارستان‌ها، در سطح جهان این برنامه را پیاده نموده‌اند. با این وجود، تاکنون هیچ‌یک از بیمارستان‌های کشور ایران برنامه‌های ارتقای سلامت را پیاده نکرده است. از این رو هدف از این مقاله طراحی الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

**روش بررسی:** این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. جامعه‌ی مورد پژوهش بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان بودند که به روش تصادفی طبقه‌ای نمونه‌گیری صورت گرفته است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی ارتقای سلامت بوده که روایی آن از طریق نظر خبرگان مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق Cronbach's Alpha (۰/۸۹) مورد بررسی قرار گرفت. تعیین کفایت حجم نمونه با استفاده از روش Kaiser Mayer Olkin صورت گرفت. روش تحلیل داده‌ها، تحلیل عاملی تأییدی بوده و نرم‌افزار مورد استفاده Amos بوده است.

**یافته‌ها:** در بین ابعاد الگوی نهایی ارتقای سلامت در بیمارستان، توانمندسازی بیمار (۰/۹۴) و ارتقای سلامت سازمان (۰/۸۴) دارای بیش‌ترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و نیازسنجی ارتقای سلامت دارای کم‌ترین میزان تأثیر (۰/۲۴) بوده است و در بین مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی این ابعاد، توانمندسازی کارکنان برای ارتقای سلامت (۰/۸۲)، تعریف الزامات ایمنی و سلامت در محیط کار (۰/۸۴)، توانمندسازی جامعه برای مدیریت بیماری‌ها (۰/۸۸) دارای بالاترین میزان تأثیر بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان تأثیر ابعاد در الگوی نهایی می‌توان نتیجه گرفت که بیمارستان‌ها برای استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت، بایستی به ارتقای سلامت بیمار، سازمان و کارکنان توجه ویژه‌ای نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** ارتقای سلامت؛ بیمارستان‌ها؛ مدل بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت

و بیرونی که بر جامعه و محیط اطراف خود دارند (۱).

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۵

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۲۵

**ارجاع:** یعقوبی مریم، جوادی مرضیه، بهادری محمد کریم. طراحی الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۲۲-۱۰۱۴.

### مقدمه

بیمارستان‌ها، به لحاظ نقش و وظیفه‌شان به دو طریق بر وضعیت سلامت عمومی تأثیر دارند، هم به واسطه‌ی خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی که ارائه می‌کنند و هم اثر محیطی

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۱۱۵۳ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله، تهران، ایران

۲- دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: m\_javadi@mng.mui.ac.ir

۳- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله، تهران، ایران

شیمیایی و فیزیکی خاص خود را دارد (۵). در نهایت می‌توان این‌گونه بیان داشت که بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت (دارای ارتقای سلامت) سازمانی است که خدمات فراتر از مراقبت‌های درمانی در آن انجام شود و در ارایه‌ی خدمات به محیط زیستی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و شرایط فرهنگی جامعه توجه می‌کند. اما این‌طور بیمارستان‌ها باید بتوانند از منابع بهداشتی در درون جامعه به‌منظور ارتقای سلامت جامعه و کم‌کردن شکاف وضعیت سلامتی جامعه بهره بگیرند (۷). در این راستا و با توجه به مشکلات امروزی در بیمارستان‌ها ۲۰ بیمارستان از ۱۱ کشور اروپایی به‌عنوان پایلوت طرح ارتقای سلامت از طرف سازمان جهانی بهداشت انتخاب (۸) و سپس شبکه‌ی بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی شکل گرفت و فعالیت‌های خود را گسترش داد. این بیمارستان‌ها متعهد شدند که مصوبات بیانیه‌ی وین شامل توجه به حقوق بیمار، ایجاد محیط سالم در بیمارستان و تشویق بیماران به مشارکت در درمان خود را در رأس فعالیت‌های خود قرار دهند. از طرفی این بیمارستان‌ها نه تنها خدمات جامع و با کیفیت پزشکی و پرستاری ارایه می‌دهند، بلکه یک ساختار و فرهنگ سازمانی را ترویج می‌دهند که نقش فعالی برای بیماران و پرسنل در برنامه‌های ارتقای سلامت قایل است و فعالانه در فعالیت‌های بهداشتی با جامعه همکاری دارد (۱).

جنبش بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت در استونی به موارد زیر توجه داشته است (۹).

- ارتقای سلامت و تندرستی بیماران و رضایت از خدمات سلامت، آموزش بیماران
- ارتقای سلامت کارکنان و محیط کار سالم، همکاری بین بیمارستان‌ها و سایر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و سازمان‌ها در ارتباط با بیمار، دادن اطلاعات به بیمار
- مدارک پزشکی در بیمارستان بایستی شامل اطلاعات درباره‌ی آموزش به بیمار و ارتقای سلامت باشد.
- رضایت شغلی کارکنان
- فرسودگی شغلی کارکنان
- آموزش مقدماتی برای کارکنان جدیدالورود
- مشارکت منظم بیمارستان با سایر ارایه‌دهندگان

در واقع وظیفه‌ی بیمارستان فراتر از ارایه‌ی خدمات تخصصی و بالینی بوده و برنامه‌ریزی در خصوص ارایه‌ی خدمات بهداشتی و ارتقای سلامت از کلیدی‌ترین وظایف این نهاد است (۱). از طرفی بیمارستان‌ها بین ۷۰-۴۰ درصد از هزینه‌های بهداشت و درمان را جذب کرده و معمولاً ۱ تا ۳ درصد از جمعیت کاری را شامل می‌شوند (۲). از این‌رو بیش از یک دهه قبل طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها با عنوان بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت (Health Promoting Hospitals) توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. این طرح اشاره به این مطلب دارد که فعالیت‌های بیمارستان‌ها باید درجهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد نه فقط فعالیت درمانی و تشخیصی (۳).

به‌طور کلی فعالیت پروژه‌های بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت بر چهار محور زیر استوار است. بیمار محور: این دسته از پروژه‌ها به مسایلی مانند رضایت بیمار، وضعیت فیزیولوژیکی، توجه به تغذیه، کنترل دیابت و دخانیات می‌پردازد.

کارکنان محور: این دسته از پروژه‌ها به مسایلی مانند رضایت کارکنان ارتباطات بین حرفه‌ای، محیط کاری و یا استرس کارکنان می‌پردازد.

سازمان محور: این پروژه‌ها به مسایلی مانند مدیریت کیفیت، تغییرات فرهنگی، بیمارستان به‌عنوان محیط کاری و طراحی سازمان‌های یادگیرنده می‌پردازد.

جامعه محور: این پروژه‌ها به مسایلی مانند بیمارستان‌های جامعه محور، اطلاعات بهداشتی، تغذیه و دخانیات می‌پردازد (۴). از این‌رو باید به تدوین یک استراتژی جدید برای خدمات بیمارستانی در قرن حاضر توجه شود (۵) و بیمارستان‌ها نیاز است که به برنامه‌ی ارتقای سلامت به‌عنوان یک خدمت کلیدی مهم توجه داشته باشند (۶). این مسأله با شیوع روزافزون بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی و همچنین بیماری‌های مزمن، تغییر انتظارات عمومی، افزایش روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دائمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، بیش‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد. عامل دیگر، محیط فیزیکی بیمارستان‌ها است که ریسک فاکتورهای روانی، بیولوژیک،

پرسش‌نامه‌ی ارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان در سازمان جهانی بهداشت، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته تدوین گردیده است. برای سنجش روایی پرسش‌نامه‌ها از روش Expert Judgment بهره گرفته شد. به این ترتیب که پرسش‌نامه‌ی تدوین شده به همراه توضیحاتی در مورد واژگان و مفاهیم پرسش‌نامه به ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه، ۵ نفر از مدیران و مسؤولین بیمارستان‌ها و ۶ نفر از مترون بیمارستان‌ها داده شد و از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در رابطه با محتوا، ساختار و نحوه‌ی نگارش پرسش‌نامه و شکل ظاهری آن بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادات ارایه شده و تأیید نهایی آن توسط سایر خبرگان، اعتبار محتوای (Content Validity) پرسش‌نامه تضمین گردید. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش Cronbach's Alpha مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی قابلیت اعتماد و پایایی پرسش‌نامه می‌باشد. جهت تحلیل داده‌های مربوط به ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر ارتقای سلامت، ابتدا میانگین، واریانس، انحراف معیار، حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده‌ی هر یک از ابعاد و مؤلفه‌ها تعیین شده و سپس همبستگی مؤلفه‌ها و ضریب همسانی درونی برای تک تک آن‌ها محاسبه شد. پس از این مرحله و تعیین کفایت حجم نمونه با استفاده از روش Kaiser Mayer Olkin و معنی‌داری ماتریس همبستگی از طریق آزمون بارتلت و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عامل تأییدی با استفاده از نرم‌افزار آموس Amos نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد. در تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌هایی که بیش‌ترین تأثیر را در هر بعد داشتند، شناسایی و معنادار بودن کل ابعاد پژوهش و شدت تأثیر هر یک از ابعاد آن با ارتقای سلامت در بیمارستان تعیین گردید. سپس با کمک شاخص‌های برازش، مدل کلی برازش شد.

### یافته‌ها

به‌طور کلی الگوی نهایی دارای ۵ بعد توانمندسازی بیمار (۰/۹۴)، نیازسنجی ارتقای سلامت (۰/۲۴)، ارتقای سلامت کارکنان (۰/۳۴)، ارتقای سلامت جامعه (۰/۲۷) و ارتقای سلامت سازمان (۰/۸۹) بوده است.

بیمارستان‌های دارای ارتقای سلامت چهار دسته فعالیت را انجام می‌دهد، یکی فعالیت‌های مربوط به بیمار، دیگری مربوط به کارکنان و در نهایت مربوط به سازمان و جامعه (۲). در برنامه‌های مربوط به بیماران، فعالیت‌هایی از قبیل ترک سیگار، غذای سالم، دیابت در نظر گرفته می‌شود. در برنامه‌ی ارتقای سلامت کارکنان مواردی از قبیل استرس شغلی، محیط کاری و ارتباطات بین حرفه‌ای را می‌توان در نظر گرفت. در سطح ارتقای سلامت سازمان مواردی چون ساختن یک سازمان یادگیرنده، تغییر سازمانی و در سطح جامعه به مواردی چون بیمارستان جامعه‌نگر می‌توان اشاره کرد (۱۰). برای پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت، موارد زیر بیان شده است. بیمارستان‌ها اعمال روش‌های مدیریت، اشتراک و بهره‌گیری بهینه از منابع و همکاری با سازمان‌های اجتماعی را بایستی به کار بندند. این همکاری‌ها و ارتباط با دیگر سازمان‌ها بیمارستان را قادر به گسترش و بهبود برنامه‌های ارتقای سلامت می‌سازد. از این رو هدف از این مقاله تعیین ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

### روش بررسی

این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی و کاربردی است. مکان انجام پژوهش بیمارستان‌های منتخب (۳ بیمارستان خصوصی و ۳ بیمارستان دولتی) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. زمان انجام پژوهش در سال ۱۳۹۱ خورشیدی بود. نمونه‌ی پژوهش شامل کارکنان بیمارستان‌های منتخب می‌باشد (پرستاران، مدیران بهروری، مدیریت و ریاست بیمارستان) که به‌صورت تصادفی ساده و به تعداد ۲۸۰ نفر انتخاب شدند. در ابتدا مؤلفه‌ها و متغیرهای اصلی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت مشخص شده و در غالب پرسش‌نامه به افرادی که تجارب علمی، اجرایی و مدیریتی در خصوص بحث ارتقای سلامت داشته و یا جزو صاحبان فرایند ارتقای سلامت در بیمارستان باشند، داده شد. جهت طراحی پرسش‌نامه‌ی پژوهش، بر مبنای استراتژی ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت و

اطلاعات و مداخلات (۰/۶۴) دارای بالاترین میزان تأثیر و طراحی و تدوین دستورالعمل‌هایی برای حفظ و بالا بردن اطلاعات کارکنان و بیمار در خصوص ارتقای سلامت (۰/۴۷) دارای کمترین میزان تأثیر است. در بررسی این که آیا مؤلفه‌های فوق‌الذکر به‌عنوان مؤلفه‌های بعد ارتقای سلامت سازمان تأیید می‌گردد یا خیر، از روش تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار آموس استفاده شد. مؤلفه‌های تعیین شده مورد تأیید قرار گرفت.

بعد ارتقای سلامت در جامعه، به‌عنوان دیگر بعد مؤثر بر بیمارستانی متعهد به ارتقای سلامت می‌باشد. این بعد دارای مؤلفه‌های؛ توانمندسازی جامعه برای ارتقای سلامت / خودمراقبتی و خودبازیابی با دسترسی کافی به بیمارستان، تقویت زیر ساختارهای جامعه در جهت پاسخ‌گویی نیازهای عامه‌ی مردم، توانمندسازی همه‌ی مردم جامعه برای مدیریت بیماری‌های مزمن خود، توانمندسازی همه‌ی مردم برای بهبود سبک زندگی خود، توانمندسازی صاحبان حرف بهداشتی در جامعه در زمینه‌ی ارتقای سلامت / مشارکت در درمان و مراقبت‌های بعدی از بیمار، است. با روش تحلیل عامل تأییدی عوامل بعد ارتقای سلامت جامعه مورد تأیید قرار گرفت که در بین این مؤلفه‌ها، توانمندسازی جامعه برای مدیریت بیماری‌ها (۰/۸۸)، دارای بیش‌ترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و توانمندسازی برای بهبود سبک زندگی (۰/۴۴) دارای کمترین میزان تأثیر بوده است.

برای بررسی این که آیا عامل به‌دست آمده از ابعاد ۴ گانه‌ی ارتقای سلامت تأیید می‌گردد یا خیر، از روش تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار آموس استفاده شد که در نتیجه‌ی آن شکل ۱ به دست آمد. با توجه به اعداد بالا عوامل (مؤلفه‌ها) ذکر شده به‌عنوان عوامل ارتقای سلامت مورد تأیید قرار می‌گیرند. در بین این مؤلفه‌ها توانمندسازی بیمار، دارای بیش‌ترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و نیازسنجی ارتقای سلامت دارای کمترین میزان تأثیر بوده است.

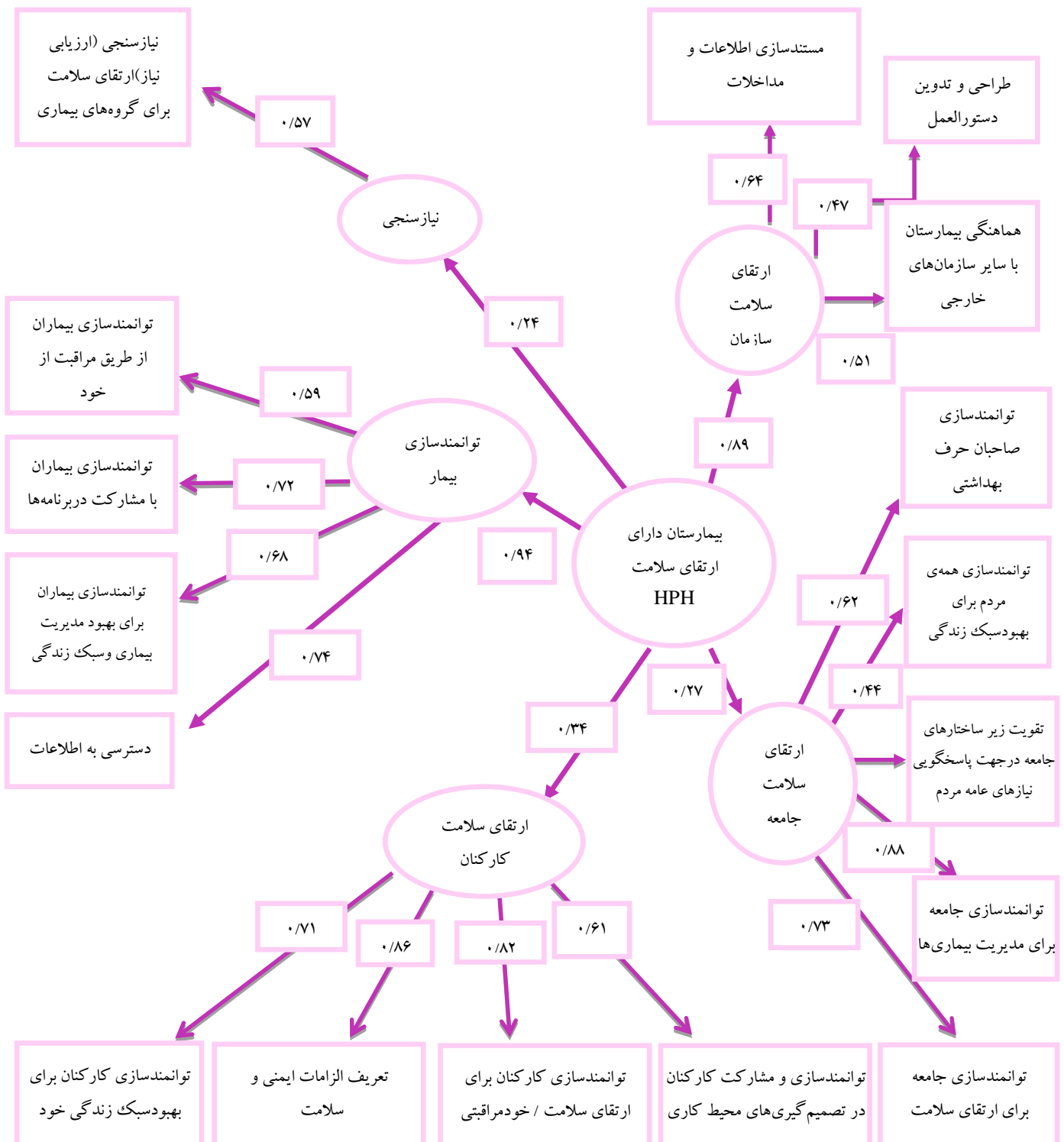
همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در مدل یک عاملی مرتبه‌ی اول مقدار کای اسکور معنادار است. مقدار کای اسکور نسبی بسیار خوب (بین ۲-۳) است. مقادیر شاخص تطبیقی (بالاتر از ۰/۹۰) به‌عنوان مقادیر قابل قبول تفسیر می‌شود.

برای بررسی این که آیا عوامل به‌دست آمده از ابعاد ۵ گانه‌ی ارتقای سلامت تأیید می‌گردد یا خیر، از روش تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار آموس استفاده شد که تمام مؤلفه‌ها به‌عنوان عوامل ارتقای سلامت مورد تأیید قرار گرفت. در بین این مؤلفه‌ها توانمندسازی بیمار (۰/۹۴) دارای بیش‌ترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و ارتقای سلامت جامعه (۰/۲۷) دارای کمترین میزان تأثیر بوده است. بعد توانمندسازی بیمار با میزان تأثیر (۰/۹۴) دارای ۴ مؤلفه بوده که دسترسی به اطلاعات (آگاه‌سازی بیمار و همراهانش در خصوص نوع بیماری، وضعیت سلامتی و اقدامات درمانی) (۰/۷۴) دارای بیش‌ترین تأثیر و توانمندسازی بیماران از طریق مراقبت از خود (۰/۵۹) دارای کمترین میزان تأثیر بوده است. بعد نیازسنجی ارتقای سلامت با میزان تأثیر ۰/۲۴ دارای یک مؤلفه‌ی نیازسنجی (ارزیابی نیاز) ارتقای سلامت برای گروه‌های مختلف بیماری بوده است.

بعد ارتقای سلامت کارکنان با میزان تأثیر ۰/۳۴ دارای مؤلفه‌های؛ تعریف الزامات ایمنی و سلامت در محیط کار، توانمندسازی پرسنل برای ارتقای سلامت / خودمراقبتی، خودمراقبتی و خودبازیابی، توانمندسازی و مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌های محیط کاری، توانمندسازی کارکنان برای بهبود سبک زندگی خود، می‌باشد.

با روش تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار آموس تمام عوامل (مؤلفه‌ها) ذکر شده به‌عنوان عوامل بعد ارتقای سلامت کارکنان مورد تأیید قرار می‌گیرند که در بین این مؤلفه‌ها، تعریف الزامات ایمنی و سلامت با میزان تأثیر ۰/۸۶ دارای بیش‌ترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و مؤلفه‌ی توانمندسازی پرسنل برای ارتقای سلامت / مشارکت در مراقبت و درمان (۰/۶۱) دارای کمترین میزان تأثیر بوده است.

در بعد ارتقای سلامت سازمان سه مؤلفه مشخص شد. این مؤلفه‌ها بدین شرح است؛ مستندسازی اطلاعات و مداخلات و نتایج مورد انتظار، طراحی و تدوین دستورالعمل‌هایی برای حفظ و بالا بردن اطلاعات کارکنان و بیمار در خصوص ارتقای سلامت و همکاری و هماهنگی بیمارستان با سایر سازمان‌های خارجی (دانشگاه‌ها و ...). در بین مؤلفه‌های ارتقای سلامت در سازمان، مستندسازی



شکل ۱: الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جدول ۱: بررسی شاخص‌های کلی برازش برای مدل ابعاد ۴ گانه‌ی ارتقای سلامت (ارتقای سلامت بیمار، کارکنان، سازمان و جامعه)

شاخص‌های کلی برازش				مطلق			تطبیقی	
مقصد				CFI	IFI	P	DF	CMIN
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	PCFI parsimony comparative fit index	PNFI parsimony normed of fit index	CMIN/DF (chisquare / degree of freedom)	comparative fit index	incremental index of fit		(Degree of freedom)	(chi square)
۰/۰۶۴	۰/۶۵۵	۰/۶۴۲	۲/۱	۰/۹۸۸	۰/۹۹۶	۰/۰۲	۳	۴/۶

توانمندسازی مردم برای افزایش کنترل و بالابردن سطح سلامت‌شان است که در پژوهش حاضر نیز توانمندسازی را از طریق افزایش کنترل و مدیریت مردم، بیماران و کارکنان بر بیماری خود میسر می‌داند. دیگر پژوهش انجام شده نشان می‌دهد که بیمارستان‌های دارای ارتقای سلامت، چهار دسته فعالیت را انجام می‌دهد. یکی فعالیت‌های مربوط به بیمار، دیگری مربوط به کارکنان و در نهایت مربوط به سازمان و جامعه (۲). در این پژوهش به‌خوبی ابعاد ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت مورد بررسی قرار گرفته که به روش‌های اجرای این استراتژی‌ها هیچ اشاره‌ای نکرده است که از این بعد با پژوهش حاضر مشابه است. این‌گونه می‌توان گفت که محورهای ارتقای سلامت در این پژوهش بر مبنای محورهای مورد نظر سازمان جهانی بهداشت در خصوص بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت بوده که بر اساس آن استانداردهای پنج قسمتی سازمان جهانی بهداشت طراحی شده است. هر چهار محور ذکر شده در مطالعه‌ی گروین در پژوهش حاضر ذکر شده است. Olden و Hoffman برای پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت، این موارد را بیان نموده‌اند، بیمارستان‌ها اعمال روش‌های مدیریت، اشتراک و بهره‌گیری بهینه از منابع، همکاری با سازمان‌های اجتماعی را بایستی به کار بندند. همکاری‌ها و ارتباط با دیگر سازمان‌ها در مؤلفه‌های پیشنهادی پژوهش حاضر نیز ذکر شده است (۱۰). Pisljar و همکاران معتقدند که کنترل کار، استقلال کارمند، انعطاف‌پذیری و غیره در محیط کار باعث می‌گردد تا کارکنان با سطح بالایی از استرس در محیط کار مقابله نمایند و منجر به توانمندی کارکنان می‌گردد (۱۵). آنچه مورد نظر در پژوهش حاضر نیز می‌باشد، توجه به توانمندسازی کارکنان و ارتقای سلامت در محیط کار است. بیمارستان

برای شاخص‌های برازش هنجارشده‌ی مقصد (parsimony normed of fit index) و برازش تطبیقی مقصد (parsimony comparative fit index) چون بالاتر از ۰/۵ می‌باشد، مقدار آن قابل قبول است. در نهایت مقدار شاخص ریشه‌ی دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (Root Mean Square Error of Approximation) نزدیک ۰/۰۵ و قابل قبول است و در نهایت این مدل را می‌توان قابل قبول دانست.

### بحث

یکی از ابعاد ارتقای سلامت در بیمارستان در این پژوهش ارتقای سلامت جامعه می‌باشد. توانمندی مردم به‌منظور رسیدن به کامل‌ترین ظرفیت بالقوه برای سلامتی از اصول اولیه در بیانیه‌ی اتاوا است (۱۱) که در این پژوهش نیز در بعد ارتقای سلامت جامعه به توانمندسازی همه‌ی مردم جامعه برای مدیریت بیماری‌های مزمن و خود و توانمندسازی همه‌ی مردم برای بهبود سبک زندگی اشاره شده است. به‌طور کلی تمرکز بیانیه‌ی وین (۱۲) بر آرایه‌ی خدمات مردم محور به بهترین حالت ممکن برای بیماران و وابستگان آن‌ها و به‌منظور تسهیل در فرایند بهبود و مشارکت در توانمندسازی بیماران و از طرفی ایجاد ارتباطات نزدیک با جامعه و سایر سطوح سیستم مراقبت بهداشتی می‌باشد. در این بیانیه بر تدوین استراتژی برای اجرا تأکید شده است همان‌طور که در این پژوهش نیز بر تدوین و تعیین استراتژی اشاره شده است (۱۲). دفتر منطقه‌ای اروپایی سازمان جهانی بهداشت، نهایتاً پنج استاندارد اصلی در زمینه‌ی برنامه‌ی ارتقای سلامت بیمارستان‌ها تدوین کرده است (۱۳) که در بین این استانداردها بحث ارتقای سلامت کارکنان و توانمندسازی آن‌ها با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. در بیانیه‌ی جاکارتا (۱۴) هدف

در حقیقت بعد از گذشت چندین دهه که بیمارستان صرفاً با ارایه‌ی مراقبت درمانی و پزشکی شناخته شده است، در حال حاضر اهمیت در خصوص نقش بسیار گسترده‌تر بیمارستان مشهود شده است. بیمارستان‌هایی که علاوه بر کارهای درمانی به کارهای پیشگیری و بهداشتی نیز توجه نمایند.

برای پدیدار شدن این بیمارستان‌ها که دارای محیطی سلامت برای بیماران، یک محیط کار سالم برای کارکنان، یک سازمان مسؤو محیط زیست و یک عضو سالم برای ائتلاف یک جامعه‌ی سالم هستند، نیاز است تا رویکرد جامعی آغاز شود. این مسأله بدون طراحی الگویی جهت پیاده‌سازی بیمارستان سلامت مقدر نمی‌باشد.

### پیشنهادات

برای اجرای مؤثر برنامه‌ی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها این پیشنهادات ارایه می‌گردد: از وضعیت اپیدمیولوژیک جامعه، ارزیابی مناسب صورت گیرد تا اختلاف فرهنگ، نیازها و ارزش‌های گروه‌های مختلف افراد جامعه مورد بررسی قرار گیرد. بیمارستان‌ها بایستی به طراحی سیستم ارزیابی و توسعه‌ی ارتقای سلامت بپردازند (۱۷) و مسایل اجتماعی، مسایل بهداشتی و الگوی بیماری‌ها در جامعه مورد ارزیابی قرار گیرد تا برنامه و پروژه‌های ارتقای سلامت بر اساس نیاز جامعه باشد. بیمارستان‌ها بایستی قبل از اجرا و برنامه‌ریزی برنامه‌ی ارتقای سلامت به فکر جذب بودجه‌ی کافی برای اجرای آن باشند. همکاری مشترک در بخش‌های مختلف بیمارستان (تشکیل گروه‌های بین حرفه‌ای) بایستی مدنظر قرار گیرد. آنچه بیمارستان‌ها باید به آن توجه نمایند، داشتن ارتباطات نزدیک با جامعه و سایر سطوح سیستم مراقبت بهداشتی است.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر اصفهان که با وجود بار کاری بالا در بیمارستان، صبر و حوصله به خرج داده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند، قدردانی می‌گردد.

منطقه‌ای در یک منطقه‌ی روستایی در آفریقای جنوبی اخیراً به‌عنوان یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، بر اساس اصول منشور اتاوا و با توجه به استانداردهای توسعه یافته توسط سازمان جهانی بهداشت راه‌اندازی شد (۱۶).

ایجاد یک محیط سالم و ارتقای سلامت کارکنان، بیماران و بستگان آن‌ها در پژوهش حاضر نیز مورد تأکید بوده است. جنبش بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت در استونی (۹) به موارد زیر توجه داشته است.

- ارتقای سلامت و تندرستی بیماران و رضایت از خدمات سلامت، آموزش بیماران
- ارتقای سلامت کارکنان و محیط کار سالم، همکاری بین بیمارستان‌ها و سایر ارایه‌دهندگان خدمات سلامت و سازمان‌ها در ارتباط با بیمار، دادن اطلاعات به بیمار
- مدارک پزشکی در بیمارستان بایستی شامل اطلاعات درباره‌ی آموزش به بیمار و ارتقای سلامت باشد.
- رضایت شغلی کارکنان
- فرسودگی شغلی کارکنان
- آموزش مقدماتی برای کارکنان جدیدالورود
- مشارکت منظم بیمارستان با سایر ارایه‌دهندگان در مقایسه پژوهش حاضر با جنبش بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت در استونی موارد زیر مشابیهت داشته است.
- ارتقای سلامت و تندرستی بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، دادن اطلاعات به بیمار، مشارکت منظم بیمارستان با سایر ارایه‌دهندگان و آموزش مقدماتی برای کارکنان جدیدالورود.

### نتیجه‌گیری

گرچه پیشرفت‌های قابل توجهی در تکنولوژی‌های درمانی واقع گردیده است ولی با افزایش روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دائمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، بیمارستان‌ها باید برای ایجاد و اجرای سیاست‌های لازم برای استقرار ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها و تضمین محیط کاری سلامت، برنامه‌های کافی داشته باشند.



## References

1. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2006.
2. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals—a strategy to improve quality in health care. *The European Journal of Public Health* 2005; 15(1): 6-8.
3. Groene O, Jorgensen SJ, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospital: self-assessment tool for pilot implementation. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2004.
4. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Møller L, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4-5): 300-7.
5. Asefzadeh S. Management and Planning in Health care System. Ghazvin: Hadisemroz Pub, Ghazvin University of Medical Science; 2005. [Book in Persian]
6. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H. Editors. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: Conrad Health Promotion Publications; 1998: 27-30.
7. Hancock T. Healthy communities: the role of the academic health centre, in promoting the health of the community. Washington, DC: Association of Academic Health Centers; 1993: 116-38.
8. Doherty D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H, Editors. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg: Conrad Health Promotion Publications; 1998.
9. Polluste K, Alop J, Groene O, Harm T, Merisalu E, Lagle S. Health-promoting hospitals in Estonia: what are they doing differently? *Health Promot Int* 2007; 22(4): 327-36.
10. Olden PC, Hoffman K. Hospitals' health promotion services in their communities: Findings from a literature review. *Health Care Manage Rev* 2011; 36(2): 104-13.
11. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion [Online]. Copenhagen, 1986. Available from: URL: [http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcv2/bhcv2/ByPDF/Ottawa\\_Charter\\_for\\_Health\\_Promotion/File/Ottawa\\_Charter\\_for\\_Health\\_Promotion.pdf](http://www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcv2/bhcv2/ByPDF/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion/File/Ottawa_Charter_for_Health_Promotion.pdf).
12. WHO. Healthy Cities, World Health Forum- Vienna for Recommendations Health Promoting Hospitals [Online]. 1996 [Cited 2011]. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>.
13. WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals [Online]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002 [Cited 2010 March 4]. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/healthpromohosp>.
14. World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century ,1997.[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf)
15. Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L. Health among hospital employees in Europe: A cross-national study of the impact of work stress and work control. *Soc Sci Med* 2011; 72(6): 899-906.
16. Delobelle P, Onya H, Langa C, Mashamba J, Depoorter A. Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Glob Health Promot* 2010; 17(2 Suppl); 33-6.
17. Yaghoubi M, Javadi M. Health promoting Hospitals in Iran: How it is. *J Edu Health Promot* 2013; 2: 41.

## Designing a Health Promoting Hospital: Case Study Isfahan University of Medical Sciences\*

Maryam Yaghoubi<sup>1</sup>; Marzieh Javadi<sup>2</sup>; Mohammad Karim Bahadori<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Health promoting Hospitals (HPH) was expressed by the World Health Organization in the 1990s and so a large number of hospitals in the world have implemented health promotion programs. But not any hospitals in Iran implement health promotion programs.

The purpose of this paper is designing a Health Promoting Hospital in Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** This study was a descriptive- analytical survey in selected hospitals of Isfahan. Data collection tool was a researcher made questionnaire. The validity of questionnaire was computed by experts and the reliability of questionnaire was computed by Cronbach's alpha ( $r=0.89$ ). The adequacy of sample were made by Kaiser Meyer Olkin method. Data analysis was performed by Amos software.

**Results:** Finally between dimensions of HPH model patient empowerment (0/94) and organization health promotion (0/84) have the highest regression weight or effect and health promotion need assessment has lowest regression weight. Between the constituent components of each dimension, staff empowerment (0/84), defining the safety requirements in the workplace (0/84) and community empowerment for disease control (0/88) have the highest effect.

**Conclusion:** To create a HPH, various dimensions and factors is efficient. The hospital must have regard to patient, organization and staff Health promotion.

**Keywords:** Health Promotion; Hospitals; Health Promoting Hospital Model

Received: 2 Jun, 2013

Accepted: 16 Nov, 2013

**Citation:** Yaghoubi M, Javadi M, Bahadori MK. **Designing a Health Promoting Hospital: Case Study Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1022.

\* This article is derived from research project (No. 291153) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery of research and technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Management Of Healthcare Services, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD, Management Of Healthcare Services, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: m\_javadi@mng.mui.ac.ir

3- Assistant Professor, Management Of Healthcare Services, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

# ادراک صاحب نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک

## منابع انسانی: مطالعه‌ی کیفی\*

سوسن بهرامی<sup>۱</sup>، محمود کیوان آرا<sup>۲</sup>، رضوان اجاقی<sup>۳</sup>، مریم افشاری<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** امروزه نیروی انسانی مهم‌ترین مزیت رقابتی برای سازمان‌ها محسوب می‌شود. بنابراین مدیران دانشگاه‌ها بایستی آگاه باشند که چگونه با این عامل استراتژیک برخورد کنند و استفاده‌ی هر چه مؤثرتر از این مزیت رقابتی را بیاموزند. هدف از انجام پژوهش حاضر شناخت نظرات و درک مشکلات صاحب نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

**روش بررسی:** این تحقیق، مطالعه‌ی کیفی به روش مصاحبه‌ی عمیق بود. شرکت کنندگان در این تحقیق ۲۱ نفر از صاحب نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰) بودند که در زمینه‌ی مباحث تحقیق دارای تجربه و یا تألیفاتی بودند. نمونه‌گیری به روش هدف مند انجام گرفت و تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری اطلاعات با رویکرد تحلیل موضوعی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج در شش طبقه‌ی تجربه‌ی مشکلات مدیریتی، ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی، آموزش، ارزیابی عملکرد و مشارکت در تصمیم‌گیری و پاداش خدمت تنظیم شدند. مشارکت کنندگان اهمیت قدرت بدون اختیار، فقدان آزادی عمل، ناکارآمدی مدیران، شیوه‌ی انتصاب مدیران، فقدان نگاه استراتژیک و فرهنگ و جو سازمانی، فقدان ارایه‌ی دوره‌های آموزشی به روز، فقدان نظارت بر سطوح یادگیری و برگزاری دوره‌های آموزشی روتین، ارزیابی عملکرد کمی، غیرواقعی و روتین، تصمیم‌گیری فردی، مشورتی و سلسله مراتب بلند سازمانی، فقدان پاداش خدمت انعطاف پذیر، معنوی و تأکید بر پاداش خدمت مادی در ناکارآمدی کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی را در دانشگاه مؤثر دانسته‌اند.

**نتیجه‌گیری:** مدیریت استراتژیک منابع انسانی با ایجاد دیدگاه کلان، امکان پرداختن به مسایل اساسی کارکنان را فراهم آورد و موجب بهره‌مندی سازمان از کارکنان ماهر، متعهد و با انگیزه در تلاش برای رسیدن به مزیت رقابتی پایدار می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت استراتژیک؛ منابع انسانی؛ مدیران

کشورهای پیشرفته قرار گرفته است.

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۱۱

دریافت مقاله: ۹۲/۳/۲۶

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۰۲۳۷ و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دکتری تخصصی، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان و پژوهشگر، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: bahrami837@gmail.com

۲- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس پژوهش، زبان و ادبیات فارسی، معاونت تحقیقات و فن آوری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**ارجاع:** بهرامی سوسن، کیوان آرا محمود، اجاقی رضوان، افشاری مریم. **ادراک صاحب نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی: مطالعه‌ی کیفی.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۳۳-۱۰۲۳.

#### مقدمه

آموزش عالی همواره ارتباط نزدیکی با حیات و پیشرفت جوامع بشری داشته است. دانشگاه‌های جهان به منظور تأمین نیازهای مردم و کشورهايشان، هم اکنون به آموزش ده‌ها میلیون نفر دانشجو اشتغال دارند و اقتصاد مبتنی بر دانش در اولویت خاص

یکی از ابزارهای مهم برای ایجاد تحول و بقای سازمان و رسیدن به هدفها و رسالت‌های موردنظر، عنصر انسان است. در این میان آنچه مقوله‌ی تحول را حیات می‌بخشد و بقای سازمان را نیز تضمین می‌کند، منابع انسانی است. از آن‌جا که منابع انسانی با ارزش‌ترین عامل تولید و مهم‌ترین سرمایه و منبع اصلی مزیت رقابتی و ایجاد کننده‌ی قابلیت‌های اساسی هر سازمانی به شمار می‌آید، یکی از مؤثرترین راه‌های دستیابی به مزیت رقابتی در شرایط فعلی، کارآمدتر کردن کارکنان سازمان‌ها است.

لزوم نگاه استراتژیک به منابع انسانی، موضوعی است انکارناپذیر که با گذر زمان و ایجاد تحولات روزافزون محیطی بر اهمیت آن افزوده می‌شود. در عین حال، فضای شکل‌گیری استراتژی‌های منابع انسانی و ایجاد یکپارچگی میان این استراتژی‌ها و استراتژی‌های سازمان‌های آموزشی، از جمله چالش‌های اساسی مدیران است، زیرا منابع انسانی با ارزش‌ترین عامل تولید و مهم‌ترین سرمایه و منبع اصلی مزیت رقابتی و ایجاد کننده‌ی قابلیت‌های اساسی در آموزش عالی به شمار می‌آید.

مدیریت استراتژیک منابع انسانی به معنی الگوی برنامه‌ریزی شده‌ی منابع انسانی و فعالیت‌های مدیریت منابع انسانی در جهت تحقق اهداف سازمان است (۱). به عبارت دیگر مدیریت استراتژیک منابع انسانی بدان معناست که سازمان‌ها برای دستیابی به اثربخشی، بایستی منابع انسانی خود را با کارکردهای بلندمدت این مدیریت اداره نمایند تا این منابع، رفتار و صلاحیت‌های مورد نیاز را متناسب با محیط درونی و بیرونی سازمان انجام دهند (۲).

مدیریت استراتژیک منابع انسانی دارای کارکردها یا وظایف و تکالیفی است که در سازمان‌ها (کوچک و بزرگ)، به‌منظور فراهم کردن منابع انسانی مناسب و هماهنگ برای تحقق هدف‌های سازمان اجرا می‌شود و در واقع کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی بدان معناست که سازمان‌ها می‌توانند در مهارت، نگرش و رفتار کارکنان متناسب با شغل آن‌ها نفوذ کرده تا به اهداف سازمانی دست یابند (۳). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که این کارکردها بسیار متنوع می‌باشد:

یکی از کارکردها را شامل مسیر شغلی ( Career Ladders)، آموزش، ارزیابی نتیجه- محور (-Results Oriented Appraisal)، امنیت کارکنان ( Employment Security)، حقوق و مزایا (Compensation)، توسعه‌ی شغلی در نظر گرفته‌اند (۴). Harel و Tzafir کارکردهای استراتژیک و جهان شمول منابع انسانی را کارمندیابی، انتخاب، جبران خدمات، مشارکت کارکنان و آموزش تشخیص داده‌اند (۵). Clark و Collins ارزیابی عملکرد و پاداش خدمت را به این کارکردها اضافه نموده‌اند (۳).

Chen و Huang کارکردها را شامل، آموزش (افزایش توانایی‌های تخصصی و مهارت کارکنان در انجام وظایف محوله و به فعل درآوردن پاره‌ای از توانایی‌های بالقوه‌ی آن‌ها به‌منظور ایجاد یک سازمان یادگیرنده و تولید کننده‌ی فکر)، پاداش خدمت (کلیه‌ی مزایای مالی و غیرمالی به تناسب شرایط درون و برون سازمان)، ارزیابی عملکرد (سنجش سیستماتیک و منظم کار افراد در رابطه با نحوه‌ی انجام وظیفه‌ی آن‌ها در مشاغل محوله و تعیین پتانسیل موجود در آن‌ها جهت رشد و بهبود)، تأمین منابع انسانی (Staffing) (تأمین منابع انسانی در راستای اهداف و راهبردهای سازمان و شناسایی فرصت‌ها و تهدیدات محیط بیرون سازمان و تعیین نقاط قوت و ضعف و قابلیت‌های محوری منابع موجود) و مشارکت کارکنان (مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها و استفاده از نظرات و پیشنهادات آن‌ها جهت بهبود و توسعه‌ی سازمان) را جزو کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی معرفی کرده‌اند (۶).

عباسپور تحقیقی با عنوان «مقایسه‌ی کارکردهای مدیریت منابع انسانی دانشگاه تهران با آخرین کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی و طراحی و تبیین مدل فرایند بهینه برای آن و مشارکت ۵۱ نفر از مدیران ارشد ستاد و صف دانشگاه و ۲۱ نفر از مدیران و کارشناسان منابع انسانی انجام داد و مشخص نمود که کارکردهای مدیریت منابع انسانی دانشگاه با مفروضات آخرین کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی سازگار نیست. کارکردهای منابع انسانی دانشگاه براساس رویکرد استراتژیک و بر مبنای باورها و اصول علمی به گونه‌ی نوآورانه، تحولی و آینده‌نگر طراحی نشده‌اند (۷).

## روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر به روش تحقیق کیفی (Qualitative method) است که با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق (IN- deep interview) انجام شده است. محیط این پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ خورشیدی) و جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی مدیران ستادی رده اول و دوم (۸۱ نفر) و صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که در زمینه‌ی مدیریت استراتژیک منابع انسانی دارای سابقه‌ی مدیریتی، تألیف، مطالعه و یا در مورد بحث پژوهش صاحب‌نظر بوده و تجاربی داشته‌اند.

روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposive sampling) استفاده شد و حجم نمونه به اشباع اطلاعات (Data saturation) بستگی داشت. نمونه‌گیری به این صورت انجام شد که پس از مصاحبه با افراد دارای صلاحیت، از آنان سوال می‌شد که همتایان خود در این زمینه را در صورت آشنایی معرفی کنند.

برای انجام مصاحبه‌ها از طریق تماس تلفنی با شرکت کنندگان ضمن طرح موضوع ابتدا از مشارکت کنندگان در مورد تمایلشان به شرکت در این پژوهش سوال و سپس در صورت تمایل قرار مصاحبه گذاشته شد. قبل از شروع مصاحبه سعی گردید، کلیه‌ی متغیرهای مزاحم از قبیل تلفن‌های ثابت و همراه، مراجعات حضوری و غیره حذف شوند. مصاحبه‌ها بین ۵۰ تا ۱۱۵ دقیقه به طول انجامید و مکالمات از طریق دو دستگاه ضبط صوت پیشرفته ضبط شد و در اسرع وقت در دستگاه کامپیوتر ذخیره گردید. مصاحبه‌ها پس از پیاده شدن، بار دیگر برای اطمینان بیش‌تر و با راهنمایی همکاران کنترل می‌شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش به‌صورت تحلیل محتوای موضوعی (Thematic analysis) انجام شده است. بدین صورت که پس از انجام مصاحبه، مصاحبه‌ها بر روی کاغذ پیاده شد و تحلیل محتوای درونی مصاحبه‌صورت گرفت و از این طریق کلیه‌ی موضوعات اصلی (Themes) و موضوعات فرعی (Sub-theme) از یکدیگر متمایز و مجزا گردید و سپس تم‌های اصلی و فرعی مطابق با سوالات پژوهش شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این کار به این صورت انجام شد که مصاحبه‌ها پس از پیاده شدن فیش‌برداری شد، سپس فیش‌ها طبقه‌بندی شده و به طبقات اصلی و فرعی تقسیم گردید و در

Braun و همکاران تحقیقی با عنوان «بررسی مدیریت استراتژیک منابع انسانی در شرکت‌های چند ملیتی چین» با استفاده از روش تحقیق کیفی و مصاحبه‌ی عمیق و مشارکت ۱۲ نفر از مدیران شرکت‌های چند ملیتی چین انجام دادند و نتیجه گرفتند که اکثر آن‌ها از کارکردهای عملکرد منابع انسانی، گزینش و استخدام، ارزیابی عملکرد، آموزش و توسعه، پاداش خدمت استفاده نموده‌اند و پیشنهاد می‌کنند که اتخاذ کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی مناسب برای این‌گونه شرکت‌ها بایستی بر اساس زمینه‌های فرهنگی، استراتژی‌های سازمان و شرایط محیطی صورت گیرد (۸). Johnson و Kritsonis در پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی برنامه‌ریزی استراتژیک در مدیریت منابع انسانی دانشگاه ایالتی تگزاس با استفاده از پرسش‌نامه، مصاحبه و مشارکت ۴۰۰ نفر از اعضای هیأت علمی به این نتیجه رسیدند که کارکردهای تأمین منابع انسانی، گزینش، حفظ و نگهداری، پاداش خدمت، آموزش در افزایش کیفیت آموزش نقش اساسی ایفا نموده‌اند (۹). Teo و همکاران در بررسی مدیریت استراتژیک منابع انسانی در کاربران دانش در شرکت‌های خدمات حرفه‌ای در استرالیا با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه سازمان‌یافته بر روی ۴۰ نفر از مدیران منابع انسانی این سازمان‌ها نشان دادند که مدیریت استراتژیک منابع انسانی با سیستم‌های مدیریت منابع انسانی سیستم‌های کنترل و عملکرد سازمانی رابطه‌ی معناداری داشته‌اند (۱۰). Ekhsan و Othman در بررسی مدیریت استراتژیک منابع انسانی در شرکت‌های تجاری مالزی با استفاده از روش تحقیق ترکیبی و مصاحبه‌ی نیمه سازمان یافته بر روی ۱۵ نفر از مدیران منابع انسانی این سازمان‌ها نشان دادند که اگر کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی در راستای استراتژی‌های سازمانی و نیز تغییرات سریع محیطی صورت گیرند، می‌توانند در ایجاد مزایای رقابتی سازمان و نوآوری سازمانی تأثیر مؤثری داشته باشند (۱۱). در این راستا هدف اصلی این تحقیق شناخت نظرات و درک مشکلات صاحب‌نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

## یافته‌ها

صاحب‌نظران دانشگاهی مشارکت‌کننده بیش از آن‌چه که مدیریت استراتژیک منابع انسانی و کارکردهای آن را تجربه کنند، مشکلاتی را که به ناکارآمدی مدیریت استراتژیک منابع انسانی می‌انجامد، تجربه کرده‌اند. شش طبقه‌ی اصلی در صدر مؤلفه‌های مؤثر بر مدیریت استراتژیک منابع انسانی و کارکردهای آن ذکر می‌گردد و این طبقات شش گانه هر یک سه تا شش زیر طبقه را در بر گرفته‌اند. در زمینه‌ی مشکلات مدیریت استراتژیک منابع انسانی و کارکردهای تأمین منابع انسانی، آموزش، ارزیابی عملکرد، مشارکت در تصمیم‌گیری و پاداش خدمت بوده است که در قسمت‌های زیر این طبقه‌بندی‌ها و بخش‌هایی از مصاحبه‌ها که مؤید آن است، ذکر می‌گردد (جدول ۱).

نهایت به تشریح و تبیین آن پرداخته شد. برای محرمانه ماندن افراد به هر یک از شرکت‌کنندگان کد (Code) اختصاص داده شد. برای انجام مصاحبه‌های این تحقیق ملاحظات اخلاقی زیر مدنظر قرار گرفت؛ رضایت شفاهی از شرکت‌کنندگان برای ضبط صدا انجام شد، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در صورت تمایل می‌توانند فایل‌های مصاحبه را تحویل بگیرند و نزد خود نگه دارند، هر زمان مصاحبه‌شونده تمایل به عدم ضبط صدای خودش را داشت این امکان فراهم گردید، یافته‌های مصاحبه‌ها را جهت تأیید و اظهار نظر به مصاحبه‌شوندگان ارایه و صحت استنباط‌ها به تأیید آن‌ها رسید.

جدول ۱: طبقه‌های اصلی و فرعی استخراج شده

طبقه‌ی اصلی	طبقه‌ی فرعی
تجربه‌ی مشکلات مدیریتی	قدرت بدون اختیار
	فقدان آزادی عمل
	ناکارآمدی مدیران
	شیوه‌ی انتصاب مدیران
	فقدان نگاه استراتژیک
ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی	فرهنگ و جو سازمانی
	فقدان شایسته‌سالاری
	ناهم‌خوانی تخصص و حرفه
	وجود ملاک‌های غیرعلمی
ناکارآمدی کارکرد آموزش	قوانین و مقررات متناقض
	فقدان ارایه‌ی دوره‌های آموزشی به روز
	فقدان نظارت بر سطوح یادگیری
ناکارآمدی کارکرد ارزیابی عملکرد	برگزاری دوره‌های آموزشی روتین
	ارزیابی عملکرد کمی
	ارزیابی عملکرد غیرواقعی
ناکارآمدی کارکرد مشارکت در تصمیم‌گیری	ارزیابی عملکرد روتین
	تصمیم‌گیری فردی
	سلسله‌مراتب بلند سازمانی
ناکارآمدی کارکرد پاداش خدمت	تصمیم‌گیری مشورتی
	فقدان پاداش خدمت انعطاف‌پذیر
	تأکید بر پاداش خدمت مادی
	ضعف در ارایه‌ی پاداش خدمت معنوی

«ما الان خیلی مدیرانی داریم که اصلاً آگاه نیستن ولی به دلیل ارتباطاتی که دارن با مقامات بالاتر، پست‌هایی رو می‌گیرن که اصلاً نمی‌دونن و فقط یه ماشین امضا هستن!» (مصاحبه‌ی ۵).

فقدان نگاه استراتژیک و فرهنگ و جو سازمانی به گفته‌ی بعضی از شرکت‌کنندگان، اساس مشکلات مدیریتی آنان است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفته است:

«اول بگم که اصلاً ... ما ممکنه ... متأسفانه استراتژیک و به‌صورت غیر رسمی فکر کرده باشیم. این که بگم ما به‌صورت موفق برنامه‌ریزی استراتژیک داشتیم و بتونیم پیاده کنیم و به‌صورت جدی ارزشیابی بکنیم و استمرار ببخشیم به برنامه‌ریزی استراتژیک و مدیریت استراتژیک، این گونه نبوده!! یعنی نمی‌تونیم من ادعا بکنم ... درسته تجربه یه قسمتهایی رو داشتیم ولی ... به‌صورت سازمان یافته بوده، بگم من یه مدیر راهبردی بودم و تمام کارها در جهت اهداف اصلی سازمان بوده، اون‌طور نبوده! و وقتی که کل مدیریت دانشگاه مدیریت راهبردی نبوده و دانشگاه هم به تبع وزارت‌خونه که در واقع نهاد بالا دستش محسوب می‌شه اون هم راهبردی نبوده و راهبردی کار نکرده، حالا نمی‌تونیم ادعا بکنیم که تو یه قسمتی از دانشگاه ما راهبردی فکر کردیم، راهبردی برنامه‌ریزی کردیم ... راهبردی اجرا کردیم و همه چیز رو راهبردی در خدمت اهداف اصلی سازمان به کار گرفتیم. البته موفقیت‌هایی که داشتیم به خاطر راهبردی فکر کردن بوده ... ولی بگم شاید کمتر از سی درصد ... چهل درصد ... از برنامه‌ریزی‌هایی که در مدیریت می‌کردیم واقعاً در راستا ... و زمانی که ما اختصاص می‌دادیم به فعالیت‌هامون در راستای اهداف راهبردی موسسه بوده بخش زیادیش به هر حال اقتضایی بوده و طبق دستورالعمل‌هایی که می‌ومده و بایستی اجرا می‌شده، بوده.» (مصاحبه‌ی ۱).

«فرهنگ سازمانی! فرهنگ سازمانیمون اصلاً خوب نیست! عملکرد مجموعه‌ها اصلاً صحیح نیست و در اینجا ضامن این عملکردهای نادرست مدیران نیستن. خود قوانین دست و پای مدیر رو می‌بنده و مدیر اون آزادی عمل رو نداره. اصلاً مجموعه، مجموعه‌ی بد شکل گرفته‌ایست. یه مجموعه‌ای که حال اسمشو نمی‌برم یه مجموعه‌ی بسیار قدیمی و پوسیده‌ایست. اصلاً وقتی وارد این اداره می‌شی روح پوسیدگی رو در این مجموعه می‌بینی.

۱. تجربه‌ی مشکلات مدیریتی با شش طبقه‌ی فرعی: قدرت بدون اختیار، فقدان آزادی عمل، ناکارآمدی مدیران، شیوه‌ی انتصاب مدیران، فقدان نگاه استراتژیک و فرهنگ و جو سازمانی، اولین طبقه‌ی استخراج شده است.

بیش‌ترین و عمیق‌ترین مشکلات صاحب‌نظران در دانشگاه مربوط به قدرت بدون اختیار و نیز در ارتباط با فقدان آزادی عمل بوده است. مشارکت‌کنندگان تجارب ناخوشایندی در این زمینه عنوان نموده‌اند.

«توی دانشگاه ما متأسفانه بحث تفویض اختیار به خود واحدها اجرایی نشده. در همین چند سال اخیر در این مورد صحبت شد. کلاس گذاشته شد ... ولی عملاً من ندیدم ... هم تو مدیریت‌های قبلی دانشگاه و هم مدیریت فعلی دانشگاه عملاً ... در حد شعار و حرف باقی ماند. یعنی من یک مدیر در زیر مجموعه‌ی دانشگاه، این اختیار به من داده نمی‌شه که من ریاست بکنم! و بگم که نیروهایی که لازم این بخش منه ... باید در چه حد و حدودی باشن چه میزان تجربه و تحصیلاتی داشته باشن ...!» (مصاحبه‌ی ۱)

«متأسفانه مدیران میانی دانشگاه، مثل کارشناس هستن ... فرق نمی‌کنه ... وقتی مدیر بالاتر برایش یه برنامه می‌ذاره و یا ازش می‌خواد یه برنامه‌ای دقیقاً اجرا بشه ... این تسلیمه! حتی برنامه‌های خودشم نمی‌تونن ارایه بده!» (مصاحبه‌ی ۴ و ۶)

ناکارآمدی مدیران و شیوه‌ی انتصاب مدیران بر مبنای رابطه، سبب حجم عمده‌ای از مشکلات مدیریتی ذکر شده است. در زیر نیز فرازی از بیانات مشارکت‌کنندگان در این باره ذکر می‌شود:

«بیش‌ترین مانعی که در اجرایی نشدن کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی وجود داره اینه که افرادی که در پست‌های مدیریتی قرار دارند توانایی انجام این کار رو ندارن! حالا یا به دلایل شخصی یا به دلایل عدم تخصص ... یعنی افرادی را در پست‌های مدیریتی می‌بینیم که به دلیل وجود برخی روابط در این مسندها نشستن و آشنایی با مبانی و اصول مدیریت ندارن و موضوع دیگه این که انگیزه‌ای هست! انگیزه‌های افراد هست در پس هر تصمیمی انگیزه‌ای خاص به جای هدف سازمان قرار می‌گیره که قطعاً برای سازمان مشکل به وجود می‌آره.» (مصاحبه‌ی ۷)

نیست ... در حقیقت با اون چیزی که مورد نظر من بوده یکی نیست و انجام نشده.» (مصاحبه‌ی ۲۱).

«اگه من بخوام از دیدگاه خودم و ایجوری مطرح کنم می‌گم اون شاخص‌هایی که باید باشه در نظر گرفته نمی‌شه. شاخص‌های کاملاً مشخص و عینی برای هیأت علمی وجود داره. شامل سی‌وی‌های پژوهشی، سابقه‌ی آموزششون، سابقه‌ی اجرایی و، و، همه مواردی که هست هر کدام امتیازی بهش تعلق می‌گیره و بر اساس اون امتیاز مصاحبه و جذب و یک سری شاخص‌های خاصی در نظر گرفته می‌شه مثل عقیدتی سیاسی و مذهب و ... اما یه هیأت علمی اول از همه معلمه، یعنی اولین چیزی که برای هیأت علمی باید در نظر گرفته بشه اینه که باید بتونه درس بده، بتونه ارتباط برقرار کنه با یادگیرندگان، بتونه مطلب رو انتقال بده، علاقه داشته باشه به معلمی نه تخصصی که توش کار کرده، جراح خوبی بودن یا این که متخصص قلب خوبی بودن این ملاک نیست! ملاک اینه که اون دانشی که داره بتونه به بقیه انتقال بده. اما این چیزیه که اصلاً سنجیده نمی‌شه.» (مصاحبه‌ی ۱۴).

۳. ناکارآمدی کارکرد آموزش با سه طبقه‌ی اصلی: فقدان ارایه‌ی دوره‌های آموزشی به روز، فقدان نظارت بر سطوح یادگیری و برگزاری دوره‌های آموزشی روتین سومین طبقه‌ی استخراج شده است. فقدان ارایه‌ی دوره‌های آموزشی به روز، فقدان نظارت صحیح بر سطوح یادگیری و برگزاری دوره‌های آموزشی روتین به گفته‌ی بعضی از شرکت کنندگان، بر ناکارآمدی کارکرد آموزش تأثیر داشته است. در زیر نیز فرازی از بیانات مشارکت کنندگان در این باره ذکر می‌شود:

«ما برای افراد آموزش داریم ... آموزش‌های ضمن خدمت داریم. از بدو ورود ... حتی برای پزشکان و متخصصانمون هم آموزش داریم. این آموزش‌ها چندان به روز نیست. همچنین هر ساله باید یک سری امتیازاتی داشته باشن که بر اساس اون امتیازات باید یه سری دوره‌هایی رو ببین. این دوره‌ها و کارگاه‌ها امتیاز دارن و سالانه اگر اون امتیاز رو نیارن دچار مشکل می‌شن. یعنی اینا باید آپ تو دیت باشن و علمشون به روز باشه. برای این به روز کردن علمشون امتیازهای خاص قرار داده شده و برای گرفتن ارتقا و

اینو می‌خوایم بباییم و متجددش کنیم، مثلاً با اومدن فن‌آوری نوین می‌خوایم متجددش کنیم. اصلاً خود بدنه مجموعه مقاومت داره. این روچه که می‌گم اصلاً منافات داره با فن‌آوری اطلاعات (IT) منافات داره با تله‌مدیسین (Tele medicine) و ...!» (مصاحبه‌ی ۳).

۲. ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی با چهار طبقه‌ی اصلی: فقدان شایسته‌سالاری، ناهم‌خوانی تخصص و حرفه، انتخاب بر مبنای ملاک‌های غیرعلمی، قوانین و مقررات متناقض، دومین طبقه‌ی استخراج شده است.

ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی، یکی از مواردی است که بارها مشارکت کنندگان در نقش مهم آن بر کارایی مدیریت استراتژیک منابع انسانی تأکید کرده‌اند. فقدان شایسته‌سالاری که حتی گاه با ناهم‌خوانی تخصص و حرفه‌ی کارکنان همراه بوده است:

«بی‌رو در بایستی عرض کنم خدمتون ... در بعضی از قسمت‌ها در بحث مدیریت یک مقدار مدیران برحسب لیاقت و شایستگی خودشون انتخاب نمی‌شن. بعضی عوامل دیگه‌ای دخالت می‌کنه در انتخاب و به کارگیری مدیر در اون قسمت.» (مصاحبه‌ی ۲۱).

«گاهی وقتام پیش میاد که من استاد لازم دارم در رشته‌ای. اما از طرفی این رشته در ایران پی‌اچ‌دی نداره و از طرف دیگه هم وزارت‌خونه تعیین کرده که دانشگاه‌های تیپ یک باید استاد پی‌اچ‌دی جذب کنن. از طرفی هم نیرویی که در داخل وجود داره مدرک کارشناسی ارشد داره و نیرویی هم که به صورت بورس وجود داره بعد از برگشت جذب دانشگاه من نمیشه من اینجا مجبورم یا پی‌اچ‌دی غیر مرتبط با رشته بگیرم یا از استاد کارشناسی ارشد به صورت مدعو و پروازی استفاده کنم ... این نوع انتخاب نیرو هم داریم.» (مصاحبه‌ی ۱۱).

انتخاب کارکنان بر مبنای ملاک‌های غیرعلمی، قوانین و مقررات متناقض، به گفته‌ی بعضی از شرکت کنندگان، بر ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی تأثیر داشته است. یکی از مشارکت کنندگان در این باره گفته است:

«در مورد جذب هیأت علمی هم به من می‌گن نیازها تو اعلام بکن، من که اعلام می‌کنم باز می‌بینیم که این نیازها کم شده ...



رو دقیق اعمال کنیم مسلماً در پایان سال هیچ اضافه حقوقی نخواهد داشت. این شخص! اینجا مجبوریم همه‌ی این عوامل اقتصادی و مشکلات خانوادگی رو در نظر بگیریم و احساسی عمل کنیم و اون جایی که دست مدیر باز هست و به اهداف سیستم و کارایی سیستم لطمه وارد نمی‌شه، ارزیابی شخص رو از اون چه که هست بیش‌تر وارد کنیم، که اون شخص هم بتونه با افزایش حقوق مشکلات اقتصادی و خانوادگی رو حل کنه.» (مصاحبه‌ی ۱۳).

«این صرفاً ارزیابی‌هایی هست که در حد و حدود بخش‌نامه‌ها و قوانین هست. اون ارزیابی که یک مدیر در حیطه‌ی اختیارات خودش باید انجام بده و نیروی انسانی تحت کنترل خودشو ارزیابی کنه هنوز فرصت انجام این کار به وجود نیامده! این ارزیابی‌های روتین در ارتباط با حوزه‌های مختلف ابلاغی هست. ابلاغیه‌ی وزارت بهداشت هست. وزارت بهداشت هر سال در پایان سال یا در نیمه‌ی سال ابلاغ می‌کنه که در حوزه‌های مختلف این ارزیابی‌ها با این شاخص‌ها باید انجام بشه. مسؤول انجامش خود دستگاه هست و پایش کننده‌اش هم یکی از معاونت استاندار هست که در دستگاه‌ها پایش رو انجام میده.» (مصاحبه‌ی ۶).

۵. ناکارآمدی کارکرد تصمیم‌گیری مشارکتی با سه طبقه‌ی اصلی: تصمیم‌گیری فردی، سلسله مراتب بلند سازمانی و تصمیم‌گیری مشورتی، پنجمین طبقه‌ی استخراج شده است. تصمیم‌گیری فردی، وجود سلسله مراتب بلند سازمانی و تصمیم‌گیری مشورتی، از جمله عوامل مؤثر بر ناکارآمدی ظهور مشارکت اعضا در فرایند تصمیم‌گیری سازمانی است. در زیر نیز فرآزی از بیانات مشارکت کنندگان در این باره ذکر می‌شود:

«تصمیم‌گیری‌ها توسط خود مدیر به شخصه انجام می‌شه و خود من هم همین‌طور رفتار می‌کنم. یعنی یک دفعه فی‌البداهه یه تصمیمی تو یه جلسه‌ای گرفته می‌شه!» (مصاحبه‌ی ۲).

«وقتی یه سازمان سلسله مراتبی و خیلی بلنده اصلاً نمی‌تونه استراتژیک باشه. لازمه مدیریت استراتژیک، مدیریت مشارکتی بونه. وجود ارتباطه. کوتاه بودن فاصله ارتباطی سطوح عملیاتی با سطوح تصمیم‌گیری سازمانه. خوب یه سازمان که خیلی بلنده شوخیه که بگه من مدیریتم استراتژیکه.» (مصاحبه‌ی ۱۲).

پایه‌ای که باید داشته باشن باید این امتیازها رو کسب کرده باشن. حتی پزشکان هم برنامه‌های مدون آموزشی داره...» (مصاحبه‌ی ۱۸).

«بعد از برگزاری هر دوره‌ی آموزشی یه کوئیز برگزار می‌شه و امتحانی مختصر می‌گیریم. چک می‌شه که در آموزش هر شخص چند درصد موفق بوده. ولی نشان‌دهنده‌ی یادگیری واقعی شخص نیست و بیش‌تر بر سنجش سطح دانش اشخاص تأکید دارد.» (مصاحبه‌ی ۸).

«حتی نیروی کارکنان هم، براشون آموزش کارکنان داریم که در طرح کشوری داره تو اصفهان انجام می‌شه که بیش‌تر روتین و تکراری است. الان ساختمان شماره‌ی ۲ طبقه اولش کلاً برای آموزش کارکنان هست.» (مصاحبه‌ی ۱۶).

۴. ناکارآمدی کارکرد ارزیابی عملکرد با سه طبقه‌ی اصلی: ارزیابی عملکرد کمی، ارزیابی عملکرد غیرواقعی و ارزیابی عملکرد روتین، چهارمین طبقه‌ی استخراج شده است.

عدم توجه به شاخص‌های کیفیت ارایه‌ی خدمات، عدم اعلام عملکرد واقعی و اجرای ارزیابی‌های روتین و غیراثربخش، از جمله مواردی است که بارها مشارکت کنندگان در نقش مهم آن بر کارایی مدیریت استراتژیک منابع انسانی تأکید کرده‌اند:

«ببینید ما یه کیفیت‌هایی داریم که باید برای ارزیابی کمیت‌گونه بشن که بشه ارزیابی‌شون کرد. بزرگ‌ترین مشکل ما در ارزیابی عملکرد کارکنان همین‌هاست! که می‌ایم برای عملکردهای کیفی شاخص‌های کمی می‌ذاریم تا بتونیم اندازه‌گیری‌شون کنیم. بزرگ‌ترین درد اینه که برای تحقق این‌ها می‌ریم شاخص‌های کمی تعیین شده رو تحقق می‌بخشیم. دستیابی به اون شاخص‌ها هدف می‌شه، نه تحقق اون کیفیت! در عمل برای ارزیابی این کیفیت، خود ارزیابی کنار گذاشته می‌شه و شاخص‌ها رو می‌چسبیم که محقق بشوند. ته کار هم در اکثر موارد کیفیت‌ها حاصل نمی‌شه.» (مصاحبه‌ی ۳).

«ببینید توی کشور ما و توی بلوک‌های شرق به‌طور کلی یه مقداری احساسات و عواطف بر مدیرش غلبه می‌کنه ... مدیر با شخصی طرف می‌شه عیال‌وار، مستأجر، دارای همسر بیمار ... مسلماً اگر بخواد همه‌ی نکات ارزیابی رو دقیق روش کار کنه و اگر به‌عنوان مدیر بخوام همه‌ی اون آیت‌های موجود در ارزیابی

سال، پنج سال، گروه ۸ به گروه ۹ و به همین صورت بالاتر ارتقا پیدا می‌کند. کسی که کم کاری داشته باشد و مدیر ازش راضی نباشد این ارتقا درجه و پیرو اون حقوق و غیره صورت نمی‌گیره و این خودش می‌شه بزرگترین تنبیه!» (مصاحبه‌ی ۱۸).

### بحث

هدف این پژوهش، ادراک صاحب‌نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. این پژوهش به طور خاص به دنبال این بود که نظرات و فهم صاحب‌نظران دانشگاهی در خصوص کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی را مورد شناسایی قرار دهد. نتایج پژوهش را به طور کلی می‌توان در شش طبقه‌ی اصلی دسته‌بندی کرد:

۱. تجربه‌ی مشکلات مدیریتی که یکی از موانع کارآمدی مدیریت استراتژیک منابع انسانی در دانشگاه بوده، اولین طبقه‌ی استخراج شده است. با توجه به تأکید بیش‌تر مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به نظر می‌رسد قدرت بدون اختیار در بین مشارکت‌کنندگان دانشگاهی و یا فقدان آزادی عمل اهمیت بیش‌تری داشته است. تجربه‌های منفی چون ناکارآمدی مدیران و شیوه‌ی انتصاب مدیران بر مبنای رابطه که مشارکت‌کنندگان ذکر کرده‌اند و تجارب ناخوشایندی نظیر فقدان نگاه استراتژیک و فرهنگ و جو سازمانی بسته که در این زمینه عنوان نموده‌اند، با یافته‌های عباس‌پور که نشان داد کارکردهای مدیریت منابع انسانی دانشگاه تهران با آخرین کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی سازگار نیست و مشکلات مدیریتی عامل مهم در بروز این مسأله بوده (۷)، تقریباً هم‌سو بوده است.

۲. ناکارآمدی کارکرد تأمین منابع انسانی، دومین طبقه‌ی استخراج شده است. مشارکت‌کنندگان از فقدان شایسته‌سالاری، ناهم‌خوانی تخصص و حرفه، انتخاب بر مبنای ملاک‌های غیرعلمی، قوانین و مقررات متناقض، ناراضی بوده و اظهار داشته‌اند که این عوامل بر کیفیت ارایه‌ی خدمات نقش اساسی ایفا نموده‌اند. Braun و همکاران در بررسی مدیریت استراتژیک منابع انسانی نیز نتیجه گرفتند که اتخاذ کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی مناسب برای این‌گونه سازمان‌ها بایستی

«معمولاً در تصمیمات، این حیطه‌هایی که من مسؤولش هستم، ما یه شورا داریم و بیش‌تر تصمیمات به‌صورت شورایی هست. به هر حال طرح‌ها بررسی می‌شه ... تصویب می‌شه طرح‌ها یا رد می‌شه ... به هر حال به‌صورت شورایی هست ... میاد تو دفتر و باز می‌ره اداره‌ی بالاتر ... اینا به اصطلاح چیزی نیست که به‌صورت فردی تصمیم گرفته بشه و اگر هم تصمیم فردی داشته باشیم بر مبنای قوانین هستش. نمی‌تونه تصمیمی داشته باشه که بر اساس دلخواه خودش باشه ... یعنی همیشه ... ببینید مثلاً شما الان مراجعه می‌کنید و یه کاری دارید، من بر اساس قوانینی که هست این کار رو به هر حال پیگیری می‌کنیم. اگر قابل انجام باشه می‌ره تو سیر طبیعی خودش و انجام می‌شه و اگر هم امکان‌پذیر نیست، نوشته می‌شه امکان‌پذیر نیست! نمی‌تونی همین‌طوری دلخواهی تصمیم بگیری ... تصمیم‌ها بر اساس قوانین و مقررات هست.» (مصاحبه‌ی ۱۸).

۳. ناکارآمدی کارکرد پاداش خدمت با سه طبقه‌ی اصلی: فقدان پاداش خدمت انعطاف‌پذیر، تأکید بر پاداش خدمت مادی و ضعف در ارایه‌ی پاداش خدمت معنوی، پنجمین طبقه‌ی استخراج شده است.

«ببینید ما خیلی سیستم پاداش و تنبیه در دانشگاه نداریم. مثلاً بگیریم اون‌کی که خیلی خوب عمل کرده تشویقش کنیم و اون‌کی که بد عمل کرده تنبیهش کنیم. تنبیه به این شکله که مانع ارتقای سالانه‌اشون می‌شه و ارتقای مرتبه یا به تأخیر می‌افته یا اصلاً باهاش مواجه نمی‌شن. برای خلاق بودن، خوب عمل کردن به اون صورت مورد تشویق قرار نمی‌گیره. البته ما جشنواره‌های مختلف برای کارهای پژوهشی و معرفی استاد برتر داریم و به این صورت افراد رو مورد تشویق قرار می‌دیم و برای نیروهای دیگر به غیر از اعضای هیأت علمی مثل کارمندان تشویق به‌صورت مادی صورت می‌گیره. کسی که عملکرد بهتری داشته حق‌الزحمه‌ی بیش‌تری بهش می‌دیم. یا تقدیرنامه‌هایی بهشون داده می‌شه.» (مصاحبه‌ی ۱۴).

«این‌جا بهترین پاداش اینه که وقتی امتیاز بالا می‌گیره یک گروه ارتقا پیدا می‌کنه و سطحش بالا می‌ره! پایه حقوقش افزایش پیدا می‌کنه و روی اضافه‌کاریش تأثیر می‌ذاره ... کسی هم که این امتیازها رو نگرفت قطعاً ارتقاییش به تأخیر می‌افته، مثلاً هر چهار

که نشان داد کارکردهای مدیریت منابع انسانی دانشگاه تهران با آخرین کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی سازگار نیست (۷) و Johnson و Kritsonis که نشان دادند کارکردهای تأمین منابع انسانی، گزینش، حفظ و نگهداری، پاداش خدمت، آموزش در افزایش کیفیت آموزش و ارایه‌ی خدمات نقش اساسی داشته است (۹)، تقریباً هم‌سو بوده است.

### نتیجه‌گیری

مدیریت استراتژیک منابع انسانی، بر نقش مهم مدیریت منابع انسانی استوار است که بر ماهیت استراتژیک منابع انسانی و بر یکپارچه شدن استراتژی منابع انسانی با استراتژی سازمان تأکید می‌کند. هدف اصلی مدیریت استراتژیک منابع انسانی، ایجاد دیدگاه کلانی است که امکان پرداختن به مسایل اساسی کارکنان را فراهم آورد. مدیریت استراتژیک منابع انسانی موجب بهره‌مندی سازمان از کارکنان ماهر، متعهد و با انگیزه در تلاش برای رسیدن به مزیت رقابتی پایدار می‌شود. هدف آن، ایجاد حس هدفمندی و جهت‌دار بودن در محیط‌های اغلب پرتلاطم امروزی است تا بدین وسیله نیازهای سازمان و نیازهای فردی و گروهی کارکنانش از راه طراحی و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های منسجم و عملی منابع انسانی تأمین شود.

### پیشنهادها

در این راستا به‌منظور بهبود کارکردهای مدیریت استراتژیک منابع انسانی دانشگاه، انتصاب مدیران بر مبنای شایستگی و تجربه، ایجاد محیطی سالم و جو باز سازمانی، بازنگری و تدوین برنامه‌ی استراتژیک، انتخاب کارکنان بر مبنای ملاک‌های علمی و معتبر، بازنگری قوانین و مقررات، برگزاری دوره‌های آموزشی به روز، تأکید بر کیفیت عملکرد، مشارکت اعضا در تصمیم‌گیری‌ها، تأکید بر پاداش معنوی و انعطاف‌پذیر، پیشنهاد می‌گردد.

بر اساس زمینه‌های فرهنگی، استراتژی‌های سازمان و شرایط محیطی صورت گیرد، که با نتایج پژوهش حاضر تقریباً هم‌سو بوده است (۹).

۳. ناکارآمدی کارکرد آموزش، سومین طبقه‌ی استخراج شده است. مشارکت کنندگان بر فقدان ارایه‌ی دوره‌های آموزشی به روز، فقدان نظارت صحیح بر سطوح یادگیری و برگزاری دوره‌های آموزشی روتین و تکراری تأکید کرده‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ی Johnson و Kritsonis که نشان دادند کارکردهای تأمین منابع انسانی، گزینش، حفظ و نگهداری، پاداش خدمت، آموزش در افزایش کیفیت آموزش نقش اساسی داشته است، هم‌سو بوده است (۹).

۴. ناکارآمدی کارکرد ارزیابی عملکرد، چهارمین طبقه‌ی استخراج شده است. عدم توجه به شاخص‌های کیفیت ارایه‌ی خدمات (ارزیابی عملکردهای کیفی با استفاده از شاخص‌های کمی)، عدم اعلام عملکرد واقعی (غلبه کردن احساسات و عواطف بر ارزیابی مدیر) و اجرای ارزیابی‌های روتین و غیراثربخش (ارزیابی بر مبنای بخش‌نامه‌ها و قوانین)، از جمله مواردی است که بارها مشارکت کنندگان در نقش مهم آن بر کارایی مدیریت استراتژیک منابع انسانی تأکید کرده‌اند.

۵. ناکارآمدی کارکرد تصمیم‌گیری مشارکتی، پنجمین طبقه‌ی استخراج شده است. تصمیم‌گیری فردی، وجود سلسله مراتب بلند سازمانی و تصمیم‌گیری مشورتی، از جمله عوامل مؤثر بر ناکارآمدی ظهور مشارکت اعضا در فرایند تصمیم‌گیری سازمانی است.

۶. ناکارآمدی کارکرد پاداش خدمت، پنجمین طبقه‌ی استخراج شده است. فقدان پاداش خدمت انعطاف‌پذیر به‌ویژه عدم تشویق خلاق، تأکید بر پاداش خدمت مادی (عملکرد بهتری، حق‌الزحمه بیش‌تر) و ضعف در ارایه‌ی پاداش خدمت معنوی (اعطای تقدیرنامه‌ها) از جمله مواردی است که مشارکت کنندگان بر آن تأکید داشته‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه با یافته‌های عباس‌پور

### References

1. McMahan G, Virick M, Wright PM. Alternative theoretical perspectives for strategic human resource management revisited: progress, problems, and prospects. In: Wright P, Dyer L, Boudreau J, Milkovich G. Editors. Research in Personnel and Human Resource Management, Supplement 4. Greenwich, CT: JAI Press; 1999: 99-122.

2. Ferris GR, Buckley MR, Allen GM. Promotion systems in organizations. *Human Resource Planning* 1992; 15(3): 47-68.
3. Collins CJ, Clark KD. Strategic human resource practices, top management team social networks, and firm performance: the role of human resource in creating organizational competitive advantage. *Academy of Management Journal* 2003. 46(6): 740-51.
4. Delery JE, Doty DH. Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: Tests of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions. *The Academy of Management Journal* 1996. 39(4): 802-35.
5. Harel GH, Tzafrir SS. The effect of human resource management practices on the perceptions of organizational and market performance of the firm. *Human Resource Management* 1999; 38(3): 185-199.
6. Chen CJ, Huang, J. Strategic human resource practices and innovation performance —The mediating role of knowledge management capacity. *Journal of Business Research* 2009. 62(1): 104-14.
7. Abbaspour A. Comparison of human resource management functions Tehran University with the latest management functions.'s Strategic human resources and process design and optimization model for explaining it [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University, School of Management; 2001.
8. Braun WH, Warner M. Strategic human resource management in western multinationals in China: The differentiation of practices across different ownership forms. *Journal of Personnel Review* 2002; 31(5): 553-79
9. Johnson C, Kritsonis WA. National Implications for Urban School Systems: Strategic Planning in the Human Resource Management Department in a Large Urban School District [Online]. *The Lamar University Electronic Journal of Student Research* 2007. Available from: URL: <http://eric.ed.gov/?id=ED497431>.
10. Teo STT, Lakhani B, Brown Da, Malmi T. Strategic human resource management and knowledge workers: A case study of professional service firms. *Management Research News* 2008. 31(9): 683-96.
11. Ekhsan A, Othman A. Strategic integration of human resource management practices Perspectives of two major Japanese electrical and electronics companies in Malaysia. *Cross Cultural Management: An International Journal* 2009; 16(2): 197-214.

# Perceptions of Managers and Academic Experts about Strategic Human Resource Management Practices: Qualitative Study\*

Susan Bahrami<sup>1</sup>; Mahmood Keyvan Ara<sup>2</sup>; Rezvan Ojaghi<sup>3</sup>; Maryam Afshari<sup>4</sup>

## Original Article

### Abstract

**Introduction:** Today's workforce is the most important competitive advantage for organizations. Therefore, university administrators should be aware of how to deal with the strategic and to learn effective use of the advantages. The aim of this study was to identify and understand the opinions of academic experts on strategic human resources management applications in Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** This research was a qualitative method of thematic analysis. Participants in this study were 14 academics experts who had experience or publications related to the topics of the research. Instrument of this study was interview and were stopped when reached saturation in the research and the main concepts were extracted from the interviews.

**Results:** The results were arranged in six categories; experience of management problems, inefficient human resources practices, training, performance evaluation, Participation in decision-making and combination. Participants emphasized on the importance of strategic human resources management practices of the inefficiency of power without authority, lack of freedom, assignment of administrators, lack of strategic view and organizational culture, lack of training, lack of monitoring of learning and routine training, unrealistic and routine performance evaluation, advisory and personal decision-making, and organizational hierarchy, lack of flexible and immaterial rewards and emphasis on financial rewards.

**Conclusion:** Strategic management of human resources by creating a macro perspective, provides pay attention to staff basic problems and caused utilization of organization from skilled, committed and motivated personnel to achieve sustainable competitive advantage.

**Keywords:** Strategic Management; Human Resources; Managers

Received: 16 Jun, 2013

Accepted: 22 Nov, 2013

**Citation:** Bahrami S, Keyvan Ara M, Ojaghi R, Afshari M. **Perceptions of Managers and Academic Experts about Strategic Human Resource Management Practices: Qualitative Study.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1033.

\* This article is derived from a research project (No. 290237) in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- PhD, Educational Administration, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan and Researcher, Health Management and Economics Research Center, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: bahrami837@gmail.com

2- Associate Professor, Medical Sociology, Research Center of Effective Social Factors in Health, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MA, Medical Library and Information Sciences, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MB, Persian Language & Literature, Vice Chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج

## ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران\*

اسدا... شمس<sup>۱</sup>، سعید افروغ<sup>۲</sup>، مرضیه فتاحی<sup>۳</sup>، مرضیه جوادی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه** در جوامع پیچیده‌ی امروزی، ناهنجاری‌هایی به‌عنوان بیماری‌های روانی بیش از پیش خود را نشان داده است. به همین جهت سیستم بهداشت و درمان ایران اصولی را برای پیش‌گیری و درمان بیماری‌های روانی به نام طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشت کشور در نظر گرفته است. هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان از نتایج طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشتی کشور است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع تحلیلی و مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه در این طرح ارايه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه‌های بهداشت تا سطوح بالا مانند شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۹ خورشیدی بود و جمعیت مورد مطالعه نیز ۳۰۰ نفر به صورت سرشماری در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌های تحقیق محقق ساخته و از نوع بسته بود. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش به صورت سؤالات لیکرت پنج‌جوابی و بعضاً دو جوابی تهیه شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق محاسبه‌ی Cronbach's Alpha ۰/۸۰ درصد پذیرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید. اطلاعات توصیفی با شاخص‌های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون‌های همبستگی و آزمون‌های کای دو ( $\chi^2$ ) و Keraskalvalis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی چهار مؤلفه‌ی اصلی تحقیق به ترتیب از بالا به پایین عبارت است از؛ نگرش به طرح بهداشت روان با میانگین ( $10/80 \pm$ )، موفقیت طرح بهداشت روان با میانگین ( $17/12 \pm 59/14$ )، رضایت از طرح بهداشت روان با میانگین ( $20/59 \pm 45/46$ ) و آگاهی از طرح بهداشت روان با میانگین ( $11/61 \pm 20/56$ ). در بین چهار مؤلفه‌ی اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه‌های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام با سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری داشت ( $Pvalue < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان ساعت آموزش کارکنان سیستم مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی راجع به ادغام بهداشت روان در حد ۲۹ درصد مؤید آن بود که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره‌ی آگاهی نیز با ( $11/61 \pm 20/56$ ) از سایر مؤلفه‌ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر بود که نتایج به دست آمده نیز با فقدان دوره‌ی آموزشی کارکنان هم‌خوانی داشت. بنابراین کارشناسان بهداشت نیاز بیش‌تر به آموزش بهداشت روان دارند.

**واژه‌های کلیدی:** بهداشت روان؛ مراقبت بهداشتی اولیه؛ کارشناسان

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۲۸۹۱۱۸ و با حمایت مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت بهداشت با گرایش آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: shams@mng.mui.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، فن‌آوری اطلاعات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و

اطلاعات رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۲۵

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۶

**ارجاع:** شمس اسدا...، افروغ سعید، فتاحی مرضیه، جوادی مرضیه. دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۴۳-۱۰۳۴.

## مقدمه

از نظر تاریخی بهداشت روان را می‌توان یکی از قدیمی‌ترین موضوعات به‌شمار آورد، زیرا بیماری‌های روانی از زمان‌های قدیم وجود داشته است. بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. اولین بار فیلسوف مشهور یونانی بود که خرافات را درباره‌ی بیماری‌های روانی کنار گذاشت و اختلالات روانی را به طرف پزشکی کشانید، مالخولیا و جنون زایمانی را تعریف و توصیف کرد و مغز را مرکز اصلی روان دانست. در اوایل قرن ۱۳ و اوایل رنسانس ارتباط جسم و روان و یکپارگی واکنش آن‌ها مورد بحث قرار گرفت و به علاوه فرضیه‌ی ابوعلی سینا مسأله‌ی این ارتباط را به اسپانیا و کشورهای دیگر کشاند و این زمینه‌ای برای فرضیه‌ی جدید برای بیماری‌های روانی تنی شد. پس از جنگ‌های جهانی و در سال ۱۳۳۷ خورشیدی در سومین کنگره‌ی بین‌المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد، اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان‌گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی بهداشت درآمد. به‌طوری‌که این سازمان در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت. از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه‌ی بین‌المللی و هر چهار سال یک‌بار کنگره‌ی جهانی تشکیل شده و می‌شود. در نتیجه‌ی تلاش و کوشش‌های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده و در سراسر جهان مسایل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می‌گیرد. ضمناً از مسؤولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه‌های بهداشت روانی را جزو برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دهند (۱). در حالی‌که جهان با شتاب توصیف‌ناپذیری به سوی صنعتی شدن و تحولات عمیق در فن‌آوری در حال حرکت است، کماکان موضوع بیماری‌های روانی و مشکلات روانی و اجتماعی موضوعی اساسی با دورنمایی نه چندان خشنودکننده به حساب می‌آید. توجه به بهداشت روان در سطح جامعه از اهمیت والایی برخوردار است و حتی می‌توان سلامت یک جامعه را از طریق ارزیابی بهداشت روان افراد آن جامعه پیش‌بینی کرد و هم‌چنین هزینه‌ای که کشورهای جهان بابت

درمان بیماری‌های روانی یا مبارزه با برخی ناهنجاری‌ها پرداخت می‌کنند، سهم قابل توجهی از بودجه‌ی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد.

طبق بررسی‌های انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت تقریباً ۴۰ درصد افرادی که به مراکز عمومی مراجعه می‌کنند، دارای مشکلات روانی ناشی از استرس‌های زندگی هستند که به صورت علائم جسمی بروز داده و موجبات گمراهی نیروهای بهداشتی را فراهم ساخته و موجب عدم رضایت بیماران نسبت به خدمات بهداشتی درمانی و مراکز ارایه‌ی آن و بالا رفتن هزینه‌های درمانی و بهداشتی خواهد شد. هم‌چنین برطبق گفته‌ی سیاست‌گذاران بهداشتی، مراقبت‌های روان‌پزشکی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) اندک و ناکافی است (۲).

پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت کیفیت فدای کمیت شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری‌های عصبی روانی و روان‌تنی، جانشین آن شده است. برحسب برآورد بسیار تأسف‌آور سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵ درصد مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی عصبی رفتاری به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد مشابه هستند. ناتوانی و از کارافتادگی ناشی از بیماری‌های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. بررسی‌ها نشان داده که در طول دو دهه‌ی آینده بیماری‌های روانی به‌عنوان اولویت عمده‌ی بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. به‌طوریکه هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده‌ای که سبب ناتوانی می‌شوند، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است (۱).

در دین مبین اسلام بهداشت روانی از دیر باز مورد توجه مسلمانان نیز بوده است و سرچشمه‌های آن را می‌توان در آیات قرآن و احادیث اهل بیت جستجو نمود. شفابخشی قرآن و راهکارهایی که برای مقابله با فشارهای روحی و تأمین بهداشت روانی انسان بیان کرده، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بهداشت روانی قرار گرفته است (۳). امام علی (ع) در حکمت ۳۸۸ می‌فرماید: آگاه باشید که فقر نوعی بلاست و سخت‌تر از تنگ‌دستی بیماری تن و سخت‌تر از بیماری تن بیماری قلب

در طرح ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت کشور، تمرکززدایی در فعالیت‌ها، اولویت دادن به پیش‌گیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت‌های سرپایی تا بستری در بیمارستان از راهبردهای کلیدی این نظام بود. بدیهی است که برای این منظور مکانیسم‌های ذیل در نظر گرفته شد: ساده کردن مفاهیم اساسی بهداشت روان، شناخت نظام شبکه‌ی بهداشتی کشور، استفاده‌ی صحیح از کارکنان بهداشت عمومی، شناخت تأثیر مثبت اجزای بهداشت عمومی بر بهداشت روان و تقسیم وظایف برنامه در سطوح مختلف از جمله خانه و پایگاه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مرکز بهداشت شهرستان و استان و بیمارستان‌ها به‌عنوان محل ارائه خدمات. برای فعال نمودن خدمات شهری، تأسیس پایگاه‌های بهداشتی و استفاده از رابطین داوطلب بهداشتی پیش‌بینی شده است. این رابطین وظیفه‌ی آموزش، شناسایی خانواده‌ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانواده‌های دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند (۱).

از نظر سابقه اولین بررسی درباره‌ی ادغام بهداشت روان در سال ۱۳۶۸-۱۳۶۹ خورشیدی توسط شاه محمدی و همکاران در استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که به‌روزان گروه تجربی بعد از طی دوره‌ی آموزشی از لحاظ میزان آگاهی و نگرش نسبت به مسایل بهداشت روانی و همچنین تعداد بیماران شناسایی شده و میزان صحت تشخیص بیماری، اختلاف قابل ملاحظه‌ای از نظر آماری نسبت به گروه شاهد داشتند، همچنین در این بررسی میزان بیماریابی ۸/۵۸ در هزار بود (۸).

بررسی دیگری توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیریت‌های شرقی از سازمان جهانی بهداشت (WHO) صورت گرفت و نتایج نشان داد که در زمینه‌ی آگاهی، به‌روزان توانستند از ۵۸ نمره‌ی ممکن در آزمون آگاهی ۲۹/۹ نمره و از مجموع ۴۶ نمره‌ی آزمون نگرش، ۳۵/۳ نمره را به‌دست آورند (۹).

پژوهشی با عنوان بررسی سیستماتیک خدمات ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر طبق موارد

است. آگاه باشید که همانا عامل تندرستی تقوای دل است. هم‌چنین در حکمت ۱۹۷ می‌فرمایند: این دلها همانند تن‌ها خسته می‌شوند. برای نشاط آن به سخنان تازه حکیمانه روی بیاورید (۴).

در کشور ایران نیز علی‌رغم آن‌که از زمان محمدبن زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (دیوانگان آن زمان) توجه داشته و برای آن‌ها از دستورات مختلف دارویی و روش‌های گوناگونی هم‌چون تلقین استفاده می‌کردند، ولی به‌طور رسمی در سال ۱۳۳۶ خورشیدی برنامه‌های روان‌شناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ خورشیدی اداره‌ی بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشتی وقت تشکیل گردید (۱). جمهوری اسلامی ایران که از امضا کنندگان اعلامیه آلماتا در سال ۸ (۱۳۵۷ خورشیدی) بوده است، بهداشت روانی را به‌عنوان نهمین جزو مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه و تأکید قرار داد.

برنامه‌ی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به‌عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شده است (۵). برنامه‌ی کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۶۵ خورشیدی توسط کمیته‌ای تصویب و از آن سال ۱۳۶۷ خورشیدی به مرحله‌ی اجرا گذاشته شد که در آن راهبرد محوری، ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه یا به عبارت دیگر شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بود (۶). به همین دلیل در چهل و چهارمین اجلاس سالانه‌ی وزرای بهداشت کشور منطقه‌ی مدیترانه شرقی در تهران در سال ۱۳۸۰ خورشیدی برنامه‌های بهداشت روان ایران به‌عنوان یکی از بهترین الگوهای موجود شناخته شد (۵). اما از همان ابتدای کار یک نگرانی وجود داشت و آن هم نحوه‌ی اجرایی کردن یکی از اهداف اصلی برنامه یعنی افزایش آگاهی مردم نسبت به مشکلات بهداشت روان بود که این امر بدون آگاهی آرایه دهندگان خدمات نسبت به سلامت روان میسر نمی‌شود، زیرا اگر افراد نگرش منفی نسبت به فعالیت‌های خود داشته باشند و یا آن را بی‌هدف و ناکارآمد بدانند، نمی‌توان انتظار موفقیت در اجرا را داشت (۷).



همکاران، با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان همدان انجام شد، نتایج زیر به‌دست آمد:

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد است و شیوع اختلالات اضطرابی و خلقی ۵/۸۷ و ۲/۷۱ درصد، اختلالات پسیکوتیک ۰/۰۶ درصد، اختلالات عصبی‌شناختی ۱/۳۵ درصد و اختلالات تجزیه‌ای ۰/۰۷۵ درصد ذکر شده است و ۸/۱۳ درصد از افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند (۱۴). هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان از نتایج طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشتی کشور بوده است.

### روش بررسی

مطالعه تحلیلی و مقطعی است. در این طرح آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و بیمارستان‌های آموزشی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان که در ارجاع بیماران روانی نقش داشته‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. کارکنانی در این طرح مورد سوال قرار گرفتند که حداقل دو سال تمام با سیستم بهداشت و درمان همکاری رسمی و یا قراردادی داشته‌اند. این افراد شامل کسانی که بیش از دو سال رابطه‌ی آن‌ها با سیستم قطع شده و یا بازنشسته شده‌اند نمی‌باشد. جمعیت مورد مطالعه ۳۰۰ نفر به‌صورت سرشماری برآورد شده است که به علت کمی حجم جامعه از نمونه‌گیری استفاده نشده و از سرشماری استفاده گردیده است. در این تحقیق پژوهشگر موفق گردید از تعداد ۳۰۰ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده، تعداد ۲۶۲ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده را دریافت نماید. تاریخ شروع اجرای طرح ۲۰ شهریور ماه ۱۳۸۹ بود که طبق برنامه‌ی آموزشی شبکه‌ی بهداشت ۱ و ۲ شهرستان اصفهان، مطالعه در مکان‌های سالن اجتماعات شبکه‌ی بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان، آموزشگاه‌های بهورزی، خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (فارابی و حضرت نور و علی اصغر (ع)) انجام شد. چهار متغیر

شناسایی بیماریابی انجام شد و به نتایج زیر دست یافت: تعداد موارد شناسایی شده برای اختلالات شدید روانی ۰/۰۷-۲/۰۴ (در هزار نفر) برای اختلالات خفیف روانی ۰/۵-۷/۶، صرع ۰/۵-۳/۹ و عقب‌ماندگی ذهنی ۰/۶۴-۳/۹۴ در هر هزار نفر برآورد شده و در این مطالعه، نشان داد که برنامه روی برخی از بیماری‌های روان مثل عقب‌ماندگی ذهنی عملکرد مؤثرتری داشته، در حالی که در اختلالات خفیف روانی کارآمدی کم‌تری داشته‌اند (۱۰).

در یکی از مطالعات توصیفی با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه‌ی بهداشت روان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و پرسش‌نامه‌ها طراحی شده بود، این نتایج به‌دست آمد: در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره‌ی آگاهی بهورزان ۱۰/۵، با انحراف معیار ۲/۶۹، کاردان‌ها ۱۰/۹ با انحراف معیار ۲/۴۳، پزشکان نیز ۱۱/۵ با انحراف معیار ۲/۸۵ و میانگین نمره‌ی آگاهی مردم ۱۳/۴ با انحراف معیار ۳/۷۳ بود (۱۱).

پژوهشی که به بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ خورشیدی در ایران پرداخت، نشان داد که عواقب کمبود آگاهی در نحوه‌ی عملکرد اکثر روان‌پزشکان به چشم می‌خورد. این یافته‌ها حاکی از نقایص فراوان در قوانین موجود و عدم آموزش روان‌پزشکان کشور در این راستا می‌باشد (۱۲).

بررسی رضایت‌مندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌ی بهداشت روان در مناطق روستایی، نشان داد که ۴۷/۶ درصد از بیماران روانی و خانواده‌ی آن‌ها از نحوه‌ی برخورد بهورزان و ۴۷/۳ درصد از این بیماران از نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات در خانه‌ی بهداشت (دارو، پیشگیری، آموزش و ارجاع) راضی بودند. ۵۷/۱ درصد از آن‌ها از نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات در مراکز روستایی راضی بودند. ۶۴/۸ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روستایی از لحاظ نتیجه‌ی درمانی ناراضی بودند (۱۳).

در پژوهشی با عنوان همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰ خورشیدی که توسط محمدی و

- میزان موفقیت اجرای طرح بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا PHC از نظر آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی برحسب میانگین و انحراف معیار در شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین موفقیت برابر  $(۱۴/۹۷ \pm ۶۶/۹۴)$  از آن خانه‌ی بهداشت و پایین‌ترین موفقیت برابر  $(۱۳/۹۷ \pm ۴۸/۷۵)$  و از آن شبکه‌ی بهداشتی و درمان و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های بهداشت، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان رضایت آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر میانگین و انحراف معیار در کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین رضایت برابر  $(۱۵/۶۶ \pm ۵۹/۱۸)$  و از آن پایگاه‌های بهداشت و پایین‌ترین رضایت برابر  $(۴/۴۱ \pm ۳۰/۲۰)$  و از آن شبکه‌های بهداشتی درمانی شهرستان و سایر نمرات به ترتیب از آن خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- نمره‌ی آگاهی آرایه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره‌ی طرح بهداشت روان در نظام PHC برحسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین آگاهی از ادغام برابر  $(۱۲/۳۹ \pm ۲۷/۸۱)$  و از آن پایگاه بهداشت و پایین‌ترین آگاهی برابر  $(۱۱/۰۰ \pm ۱۹/۶۰)$  و از آن خانه‌ی بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان روستایی و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان نگرش عرضه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره‌ی طرح بهداشت روان در نظام PHC برحسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر  $(۸۷/۵ \pm ۵/۸۹)$  و از آن شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و پایین‌ترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر  $(۱۰/۳۸ \pm ۶۱/۵۶)$  و از آن خانه‌های بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمان شهری، بیمارستان‌ها،

اصلی شامل، آگاهی، نگرش، رضایت و وضعیت موفقیت در اجرایی طرح ادغام بهداشت روان می‌باشد. متغیرها کیفی است اما به جهت امکانات محدود اجرای تحقیق، این متغیرها از کیفی به کمی تبدیل و با پرسش‌نامه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. ابزار تحقیق پرسش‌نامه‌های محقق ساخته و از نوع بسته پاسخ است. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش به صورت سوالات لیکرت پنج جوابی و بعضاً دو جوابی تهیه شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق Cronbach's Alpha و پس از تصویب و اجازة‌ی اجرای پایلوت محاسبه شد. آلفای به‌دست آمده بالاتر از ۸۰ درصد بود و کل پرسش‌نامه پذیرفته شد. سوالات ضعیف نیز از طریق آزمون مربوطه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ شناسایی و حذف یا اصلاح گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با شاخص‌های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون‌های همبستگی و آزمون‌های کای دو ( $\chi^2$ ) و Keraskalvalis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

جامعه‌ی مورد مطالعه متشکل از آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به تعداد ۲۶۲ نفر بوده است که از نظر توزیع فراوانی جنسی عبارت از ۷۰ نفر مرد (۲۶/۷۲ درصد) و ۱۹۲ نفر زن (۷۳/۲۸ درصد) بوده است. از نظر شغلی نیز جمعیت مورد مطالعه برحسب درصد متشکل از بهورز (۴۰/۱۵)، کارمند (۷/۶)، بهداشتی (۶/۸)، پزشک (۶/۴)، پرستار (۲۰)، اتاق عمل (۲/۳)، ماما (۰/۸)، امور روانی (۳/۸) و سایرین (۱۲) بوده است. تعداد افراد مورد مطالعه شاغل در مراکز بهداشتی درمانی نیز برحسب درصد عبارت از خانه بهداشت (۳۱/۸)، پایگاه بهداشت (۵/۳)، مراکز بهداشتی درمانی شهری (۹/۸)، مراکز بهداشتی درمانی روستایی (۱۷/۱۴)، بیمارستان (۳۳/۷)، مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه (۰/۸)، مرکز بهداشت استان (۰/۴) و سایرین (۰/۴) بوده که از این تعداد ۷۴/۸۰ درصد دوره‌ی آموزش روان را طی کرده و ۲۵/۲۰ درصد دوره ندیده‌اند. نتایج اصول اصلی تحقیق نیز به شرح زیر است:

خود سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلات‌شان انتخاب نمایند.

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت سلامت فکر و روان را این‌طور تعریف کرده‌اند که: سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب. در واقع بهداشت روان باعث افزایش ظرفیت فرد برای ابراز محبت، عبور از بحران‌ها بدون کمک یا حمایت خانواده و دوستان، تثبیت موقعیت فردی و اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود. فرد با تعیین اهداف و شناسایی محدودیت‌های واقعی به استقلال خود کمک می‌کند و در نهایت باعث تطبیق و سازگاری باورهای فرهنگی حاکم بر اجتماع خویش می‌شود.

اصلی‌ترین چراغ خطر کجروی‌های اجتماعی در اثر عدم بهداشت روانی، آمار ناهنجاری‌های اجتماعی مانند میزان بیماری‌های خفیف روانی از جمله افسردگی و اضطراب، ترس، نا امنی و بیماری‌های شدید روانی مانند خودکشی، آسیب رساندن به دیگران، قتل، غارت، اعتیاد، مانیک، پارانوئید و از این نمونه‌های اجتماعی مانند طلاق و انحرافات جنسی است. بیماری‌های ارثی و مادر زادی مانند سیکو سوماتیک، صرع، ایبز و امثال این‌ها نیز در این‌گونه جوامع آمار بالاتری را نشان می‌دهد. در ایران نیز علی‌رغم وجود ایمان مذهبی و اثرات سازنده‌ی آن در بهداشت روانی که انتظار می‌رود این‌گونه ناهنجاری‌ها را به حداقل ممکن کاهش دهد، اما آمار خوبی مشاهده نمی‌شود. بنابراین وجود سازمان یا ارگان‌های مسؤول بهداشت روانی جامعه و ارتقا دهنده‌ی آن با هدایت تحقیقاتی مشابه این تحقیق بسیار ضروری است. در زمینه‌ی متغیرهای اصلی تحقیق و مقایسه‌ی آن‌ها با تحقیقات مشابه نتایج زیر به‌دست آمده است.

- با توجه به یافته‌ها بین آگاهی و نگرش آرایه‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما متأسفانه برحسب همبستگی به‌دست آمده و بر خلاف انتظار، رابطه‌ی آن‌ها معکوس و با افزایش یکی دیگری کاهش می‌یابد.

در بررسی سال ۱۳۷۴ خورشیدی که توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیران‌های شرقی سازمان جهانی

پایگاه بهداشت و مراکز بهداشتی درمان روستایی بوده است. از نظر مقایسه‌ی متغیرها و رابطه‌ی آن‌ها در فرضیات نتایج زیر به‌دست آمد:

۱- در بین کارکنان مرد و کارکنان زن راجع به مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) مشاهده نشد.

۲- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی بین (رضایت و موفقیت) رابطه‌ی معنی‌دار و مثبت وجود داشت ( $Pvalue > 0/05$ ).

۳- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) مشاهده شد.

۴- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی در بین سطوح مختلف بهداشت و درمان تنها رضایت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) داشت.

۵- بین سطوح مختلف شغلی راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تنها نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) داشت.

۶- بین سطوح مختلف رشته‌ی کاری کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش)، مؤلفه‌های نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) داشت.

۷- از نظر سابقه‌ی کاری بین کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری ( $Pvalue > 0/05$ ) مشاهده نشد.

## بحث

بهداشت روان علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می‌گیرد.

بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط

هم‌خوانی دارد و انتظار موفقیت، رضایت و نگرش به طرح ادغام امری عقلانی محسوب نمی‌شود.

نتایج پژوهش‌های فوق با نتایج حاصل از این طرح نیز در زمینه‌ی آگاهی هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد که در اصفهان آگاهی از طرح بهداشت روان قبلاً پایین بوده و هنوز هم مطلوب نیست و نیاز به آموزش دارد.

با توجه به یافته‌ها رضایت بین کارکنان سطوح مختلف بهداشت و درمان تفاوت معنی‌داری داشت ( $Pvalue > 0/05$ ). نتیجه‌گیری در مؤلفه‌ی رضایت از نظر کارکنان در مراکز مختلف بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بدین قرار است که بالاترین نظر راجع به رضایت از طرح ادغام بهداشت روان از آن پایگاه‌های بهداشت و پایین‌ترین آن، از آن شبکه‌ی بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بوده است. نتیجه این که می‌توان با استفاده از عوامل موجود در کارکنان راضی‌تر میزان رضایت سایر افراد را افزایش داد.

— سایر اختلافات معنی‌دار بین آرایه دهنندگان خدمات بهداشتی درمانی در بین سطوح آرایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی بر مبنای تفاوت مؤلفه‌های اصلی برحسب جنسیت، شغل، سابقه‌ی کار و با توجه به یافته‌ها از بین مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش)، علاوه بر آگاهی و نگرش، بین رضایت و موفقیت نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $Pvalue > 0/05$ ). از نظر همبستگی نیز رابطه‌ی بین این دو بر خلاف آگاهی و نگرش از نوع مستقیم به‌دست آمد، یعنی با افزایش رضایت میزان موفقیت بالاتر در نظر گرفته شد. بین سایر مؤلفه‌های اصلی در این آزمون، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $Pvalue > 0/05$ ).

— از نظر جنسی نیز بین مردان و زنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $Pvalue > 0/05$ ).

— از نظر سابقه‌ی کاری نیز بین کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ( $Pvalue > 0/05$ ).

### نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده در جمع از نظر کلی برای این طرح بزرگ

بهداشت صورت گرفت، نتایج نشان داد که در زمینه‌ی آگاهی، به‌روزان توانستند از میانگین نمره‌ی آگاهی برابر  $51/55$  برحسب  $100$  و از میانگین نمره‌ی برابر با  $76/73$  برحسب  $100$  برخوردار گردند (۹) که با میانگین نمره‌ی آگاهی این تحقیق ( $20/56$ ) هم‌خوانی ندارد، اما با میانگین نمره‌ی نگرش این تحقیق ( $66/73$ ) هم‌خوانی دارد. در هر دو تحقیق انجام شده، ثابت گردیده که آگاهی از نگرش نسبت به طرح ادغام بهداشت روان پایین‌تر است.

در مطالعات توصیفی دیگری در سال  $1381$  خورشیدی با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه‌ی بهداشت روان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و پرسش‌نامه‌ها طراحی شده بود، این نتایج به‌دست آمد: در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره‌ی آگاهی به‌روزان ( $10/5$ )، با انحراف معیار ( $2/69$ )، کارکنانها ( $10/9$ ) با انحراف معیار ( $2/43$ )، پزشکان نیز ( $11/5$ ) با انحراف معیار ( $2/85$ ) و میانگین نمره‌ی آگاهی مردم ( $13/4$ ) با انحراف معیار ( $3/73$ ) به‌دست آمد. مقایسه‌ی آگاهی در این طرح با تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که آگاهی به‌روزان ( $19/6$ )، کارکنان ( $27/81$ ) و پزشکان ( $20/73$ ) در این طرح با طرح قبلی در سال  $81$  خورشیدی تفاوت دارد و تا حد دو برابر افزایش یافته، اما باز هم از نمره‌ی پایینی نسبت به سایر مؤلفه‌های مورد بررسی برخوردار است (۱۱).

نتیجه این که میانگین نمره‌ی چهار مؤلفه‌ی اصلی به‌ترتیب از بالا به پایین عبارت از نگرش به طرح بهداشت روان ( $10/80 \pm$ )،  $66/73$ )، موفقیت طرح بهداشت روان ( $17/12 \pm 59/14$ )، رضایت از طرح بهداشت روان ( $20/59 \pm 45/46$ ) و آگاهی از طرح بهداشت روان ( $20/56 \pm 11/61$ ) می‌باشد. این بدان معنی است که اغلب کارکنان به اجرای طرح در کل معتقدند اما اطلاع کافی از آن ندارند. این مطلب در گزارش مربوط به میزان ساعت آموزش دیده کارکنان در حد  $29$  درصد و عدم پاسخ  $71/2$  درصد از کارکنان مؤید آن است که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره‌ی آگاهی نیز با ( $20/56$ ) از سایر مؤلفه‌ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر است که نتایج به‌دست آمده نیز با دوره‌ی آموزشی ندیدن کارکنان

برای اجرایی کردن آنست. پایین بودن سطح آگاهی در همه‌ی کارکنان نشان می‌دهد که باید همه‌ی آن‌ها را مورد آموزش قرار داد. میزان رضایت بین کارکنان متفاوت و در کل زیر ۵۰ درصد قرار دارد که باید در جهت ارتقای آن کوشید. رابطه‌ی مستقیم بین رضایت و موفقیت، نشانه‌ی خوبی برای ارتقای هر دو در نظام بهداشت و درمان است. آموزش کارکنان در تمام افراد از هر جنس و یا با هر سابقه‌ی کار لازم است. برای آموزش، با شناسایی گروه‌های قوی‌تر به‌عنوان یک فرصت آموزشی می‌توان برای آموزش گروه‌های ضعیف‌تر از آن‌ها استفاده نمود.

کافی نیست. نتیجه‌گیری کلی این‌که در بین خود چهار مؤلفه‌ی اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه‌های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام بین آن‌ها تفاوت معنی‌داری داشت ( $Pvalue > 0.05$ ). لذا می‌توان نتایج این تحقیق را با نتایج تحقیقات مشابه مقایسه نمود و یا با تحقیق در جوامع دیگر اعتبار نتایج به‌دست آمده را برای اجرای مطمئن‌تر مورد بررسی قرار داد و با اطمینان بیشتر آن‌ها را مورد استفاده قرار داد.

### پیشنهادها

نگرش بالای کارکنان به طرح ادغام فرصت خوبی برای بالا بردن موفقیت طرح است. موفق دانستن طرح ادغام در بیشتر کارکنان نیز فرصت خوبی

### References

- Hatami H, Razavi S, Eftekhari Ardabili H, Mjlesi F. Comprehensive Public Health. 3th ed. Tehran, Iran: Arjmand Pub; 2006. [Book in Persian]
- Bahrami E. Mental health in 21st century and challenges facade to psychology and trainee sciences. Tehran: Tehran University Publication; 2002: 181. [Book in Persian]
- Behjat Pour A, Rezaei Esfahani M, Kalantary E, Nsiri A. Guran subject interpret. Gume, Iran: Maaref Pub; 2005. [Book in Persian]
- Dashti M. Nahjolbalaghe. Gume, Iran: Amiralmoamenin Pub; 2006. [Book in Persian]
- Atef Vahid MK. Mental Health in Iran (Results and Challenges). Social Welfare Quarterly 2004; 4(14): 41-58. [Article in Persian]
- Salehi M, Kelishadi M, Zandieh M, Keshavarz J, Bagheri Yazdi A. Education Influence on woman Healthcare Stakeholder about Mental Health Knowledge and Attitude of Urban Population of Esfahan Province. Iranian Journal of Education in Medical Sciences 2005; 5(2): 111-19. [Article in Persian]
- Omidnia S, Kharaziha Sh, Afsari M, Vares Vazirian M, Jafari F, Ershadi M, et al. Public Education of Mental Health. Tehran, Iran: Shasosa Pub; 2010. [Book in Persian]
- Faraj Pour M, Motamedi H, Bahramnejad A. Knowledge and Attitude of Kerman Health House Worker. Kerman University of Medical Sciences 1999; 6(2): 97-104. [Article in Persian]
- Bageri Yazdi A, Malekafzali H, Shahmohammadi D. Health House Worker and Compulsory Health Stakeholder Performance Evaluate in Mental Health Services in network Primary Health Care of Borojen Health Network System, Chaharmahal and Bakhtiary province. Hakim Research Journal 2001; 4(2): 100-9. [Article in Persian]
- Gharraee B, Shariat V, Mansouri N, Bolhari J, Yousefi R, Rahimi Movaghar A. Case Finding in Integration of Mental Health Services in to Primary Health Care System: Systematic Review of the Studies Conducted in Iran in Recent Two Decades. Iran Journal of Psychiatry 2011; 17(2): 85-98. [Article in Persian]
- Taban H, Zamani AR, Sadegi B. Reveald Evaluaton by Mental Health Program in Health House and Rural Health Center of Esfahan Province. JRMS 2002; 7(2): 108. [Article in Persian]

12. Valipour M, Zargam M, Masoudzadeh A, Khalilian A, Targari A, Mousavi T. Survey Rate of psychiatry's Knowledge and Attitude about Mental Health Obligate Bedridden and there's Roles in Iran at 85 years. Mazanderan University of Medical Sciences Journal 2007; 17(61): 148-60. [Article in Persian]
13. Teyri F, Asgarnejad A, Bolhari J. Satisfication of Patients from Mental Health Programs. Scientific Research Journal of Social Welfare 2006; 4(20): 101-15. [Article in Persian]
14. Mohammadi M, Bageri Yazdi A, Rahgozar M, Mesgarpour B, Babalhavaeji A, Lotfi A, et al. Epidemilogy of Mental Hazard Psychiatric in Hamedan Province in 2001 years. Hamedan University of Medical Sciences Journal 2004; 11(3): 28-36. [Article in Persian]

## View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of assorted Mental Health in Iran Health System\*

Asadollah Shams<sup>1</sup>; Saeed Afrough<sup>2</sup>; Marzie Fatahi<sup>3</sup>; Marzieh Javadi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** In today complex society especially our society has been seen as important problems more and more. Therefore, Iranian health and treatment system considered some mental health principle for mental health prevention and treatment. Total goal of this research has been view point of Isfahan health and treatment system about results of assorted mental health in health system.

**Methods:** Research type was analytical and cross-sectional. Study population was health and treatment workers in different health organizations such as healthcare rural houses, health urban center and health and treatment network in Isfahan province which influence in mental disease at 2010. Population study was 300 individuals by census. Questionnaire was researcher made and blind response. Four variables such as rate of mental health success, there's satisfy, knowledge and attitude of that, were evaluated with five or two responses (Likert scale). Validity with expert consultation and reliability with Cronbach's alpha scale, were confirmed after pilot study because it was upper than 80%. Descriptive data with statistical indices (frequency, percent, mean and standard deviation) and analytical data with suitable hypothesis such as correlation, chi square ( $\chi^2$ ) and kruskal-wallis were analyzed with SPSS16 software.

**Results:** Mean score of four main variable respectively were as: attitude of mental health program ( $66.73 \pm 10.80$ ), success of mental health program ( $59.14 \pm 17.12$ ), satisfaction of mental health program ( $45.46 \pm 20.59$ ) and awareness of mental health program ( $20.56 \pm 11.61$ ). Analysis between four variables did not show any significant differences. Analysis between all research groups also did not any significant differences. But significant differences only were shown between all research groups about satisfaction of mental health join in health system ( $Pvalue < 0.05$ ).

**Conclusion:** Revealed results for this big plan did not enough. Hour rate of health worker educated about mental health in primary health system (PHC) was 29 percent. Knowledge mean of mental health program also was 20/56 percent and it was half of other variable mean. It shown that majority of health worker in health system did not have enough knowledge about mental health program. Therefore, they need more education about mental health

**Keywords:** Mental Health; Primary Health Care (PHC); Experts

Received: 26 Jun, 2013

Accepted: 27 Nov, 2013

**Citation:** Shams A, Afrough S, Fatahi M, Javadi M. **View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of assorted Mental Health in Iran Health System.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1043.

\* This article is derived from MSc theses (No. 289118), supported by Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Management and Pedagogy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: shams@mng.mui.ac.ir

2- MSc, Information Technology, Islamic Azad University, Tiran Branch, Isfahan, Iran

3- BSc Students, Health Information Technology, Faculty of Management and Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- PhD, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# رابطه‌ی تعهد سازمانی و بهره‌وری در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی

## دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

مرضیه جوادی<sup>۱</sup>، مهنوش جعفری<sup>۲</sup>

### مقاله پژوهشی

#### چکیده

**مقدمه:** استفاده‌ی بهینه از منابع یکی از اهداف اساسی هر سازمان است، بیمارستان‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اجزای نظام سلامت، به دلیل مواجهه با افزایش هزینه‌ها و کمبود منابع، به دنبال استفاده‌ی بهینه از منابع می‌باشند. ارتقای بهره‌وری می‌تواند در رسیدن به این هدف بیمارستان‌ها را یاری نماید. از طرفی تعهد سازمانی یکی از مهم‌ترین عوامل در ارتقای کیفیت خدمات در سازمان‌هاست. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط تعهد سازمانی و بهره‌وری انجام گرفت.

**روش بررسی:** پژوهش کاربردی، از نظر نحوه‌ی اجرا توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مشتمل بر ۸ بیمارستان دولتی و خصوصی بود. روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و حجم نمونه ۱۹۲ نفر بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی بهره‌وری Goldsmith، تعهد سازمانی Allen-Meyer بود. برای تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** بین تعهد سازمانی و بهره‌وری با  $Pvalue=0/000$  و  $r=0/418$  ارتباط معنادار و مثبت وجود داشت. بین مؤلفه‌های تعهد سازمانی (تعهد مستمر، عاطفی و هنجاری) و بهره‌وری ارتباط معنادار و مثبت وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** بایستی مدیران بیمارستان‌ها با شناخت عوامل مؤثر بر افزایش تعهد کارکنان به سازمان‌شان در پی ایجاد راه‌هایی برای افزایش بهره‌وری و در نتیجه کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران باشند.

**واژه‌های کلیدی:** بهره‌وری؛ تعهد سازمانی؛ بیمارستان‌ها؛ دانشگاه‌ها

Davis (۱۹۹۵ میلادی)، Fabricant (۱۹۶۲ میلادی)، Siegel (۱۹۷۶ میلادی) و Somant (۱۹۷۹ میلادی) همگی بهره‌وری را نسبت خروجی (ستانده) به ورودی (داده) تعریف کرده‌اند (۱).

از سوی دیگر نیروی انسانی، به‌عنوان گران‌ترین و با ارزش‌ترین سرمایه و منبع انسانی محسوب می‌شود، اهمیت نیروی انسانی به‌عنوان مهم‌ترین عامل در زنجیره‌ی عملیاتی هر سازمان

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۱۱  
اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۱۱  
پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱۲

**ارجاع:** جوادی مرضیه، جعفری مهنوش. رابطه‌ی تعهد سازمانی و بهره‌وری در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۵۰-۱۰۴۴.

#### مقدمه

ظهور واژه‌ی بهره‌وری برای اولین بار در کتاب‌ها توسط Quasney (۱۷۷۶ میلادی) انجام گرفت. هم‌چنین Littre (۱۸۸۳ میلادی) بهره‌وری را توان تولید کردن و Early (۱۹۰۰ میلادی)، سازمان همکاری‌های مشترک اروپا Organization For European Cooperation (OECC) (۱۹۵۰ میلادی)،

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.  
۱- دکترای تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- مربی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: mehr\_j134@yahoo.com



آن با تعیین این که کدام موارد از تعهد سازمانی مستمر، هنجاری و عاطفی با بهره‌وری ارتباط دارند، می‌توان با انجام پژوهش‌های مداخله‌ای، اثرات تغییر تعهد سازمانی بر بهره‌وری (و برعکس) را مورد سنجش قرار داد. یقیناً دانشی که از این طریق حاصل می‌شود، می‌تواند به مدیران در برنامه‌ریزی به‌منظور دستیابی به کیفیت برتر خدمات، رضایت بیش‌تر مشتریان و کارکنان و تداوم ارایه‌ی خدمات با بهره‌وری بالا و در نهایت رشد و توسعه‌ی سازمان کمک کند. از این‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی تعهد سازمانی و مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌اش با بهره‌وری کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در جهت برداشتن گامی در این راستا انجام شد.

### روش بررسی

این پژوهش، از نظر هدف کاربردی و از نظر نحوه‌ی اجرا توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مشتمل بر ۸ بیمارستان دولتی و خصوصی بوده‌اند. بیمارستان‌های دولتی مورد مطالعه کاشانی، خورشید، الزهراء، عیسی ابن مریم و بیمارستان‌های خصوصی بهارستان، سعدی، سینا و مهرگان بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی بهره‌وری Goldsmith که در پژوهش نصراله پور (۷) هم استفاده شده است و طیف پاسخ‌گویی از خیلی کم تا خیلی زیاد را شامل می‌شد و مشتمل بر ۲۶ سوال بود و برای سنجش تعهد سازمانی از پرسش‌نامه‌ی تعهد سازمانی Allen-Meyer که در پژوهش سلیم اوغلی هم استفاده شده است، شامل ۳۲ سوال که طیف پاسخ‌گویی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم را در بر می‌گرفت، استفاده شد. از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای در این پژوهش استفاده شد و بر اساس فرمول 
$$n = \frac{(z_1 + z_2)^2(1 - r^2)}{r^2} = 192$$
 که در آن n حجم نمونه پژوهش،  $z_1$  ضریب اطمینان ۰/۹۵ که ۱/۹۶ بوده،  $z_2$  توان آزمون که ۰/۰۸۴ بود و  $r$  ضریب همبستگی بین نمره‌ی متغیرهاست که حداقل ۰/۲ برآورد شده است. تعداد ۱۹۲ نفر از

مدتهاست که به اثبات رسیده و سازمان‌هایی که موفقیت چشم‌گیری داشته‌اند، توجه به این موضوع را در سرلوحه‌ی کارهای خویش قرار داده‌اند (۲).

به‌عبارتی بهتر پایه‌ی حرکت‌های بهره‌وری، در منابع انسانی نهفته است و شاید بتوان ادعا کرد که افزایش بهره‌وری در هر کشوری به داشتن انسان‌هایی ماهر، توانمند و با انگیزه وابسته است (۳). بر اساس مدل Goldsmith بهره‌وری را می‌توان با کمک هفت شاخص توانایی، شناخت (وضوح)، کمک، انگیزش، ارزیابی، اعتبار و محیط سنجید.

از طرفی یکی از ضعف‌هایی که امروزه توجه پژوهشگران و صاحب‌نظران رفتار سازمانی را به خود جلب کرده است، کاهش تعهد سازمانی است. تعهد سازمانی تنها به معنای وفاداری فرد به سازمان نیست، بلکه فرایندی مستمر است که از طریق آن کارکنان سازمان علاقه‌ی خود را به سازمان، اهداف و ارزش‌های آن ابراز می‌کنند (۴).

معروف‌ترین و شناخته‌ترین مدلی که به تبیین و توضیح تعهد سازمانی می‌پردازد، مدل سه بعدی Allen-Meyer است. این مدل تعهد سازمانی را مشتمل بر سه بعد تعهد عاطفی، هنجاری و مستمر می‌داند. اما ارتباط تعهد سازمانی و مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی آن با بهره‌وری و شاخص‌های تعیین کننده‌ی آن به خوبی مشخص نیست.

برخی پژوهش‌ها در خصوص نشان دادن ارتباط بهره‌وری و مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌اش صورت گرفته‌اند. از جمله این‌که شریفی اصل و همکارانش بین تعهد سازمانی و ابعاد تشکیل دهنده‌اش مشتمل بر تعهد عاطفی، هنجاری و مستمر با بهره‌وری در کارکنان مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی ارتباط معنادار و مثبت یافته‌اند (۵).

رضایی و ساعتچی در مطالعه‌ای در بین ۳۱۰ نفر از کارکنان کارخانجات مخابراتی ایران به این نتیجه رسیدند که بین نگرش سرپرستان به عوامل انسانی مؤثر در بهره‌وری و تعهد سازمانی زیردستان و بین سبک رهبری سرپرستان و تعهد سازمانی زیردستان رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد (۶).

با اطلاع دقیق از ارتباط این دو عامل، می‌توان با سنجش یک عامل وضعیت عامل دیگر را در سازمان برآورد کرد، علاوه بر

میزان میانگین را دارند (با توجه به این که حد مطلوب تعهد سازمانی با کمک تحلیل‌های آماری ۲۳۸ تعیین شد و میانگین تعهد سازمانی در این پژوهش عدد ۱۴۲/۰۷ به دست آمده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که تعهد سازمانی کارکنان بیمارستان‌های منتخب کمی از حد متوسط بالاتر می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی بهره‌وری و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی آن در کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
توانایی	۱۰/۶۹	۱/۶۰۲
شناخت (وضوح)	۱۰/۳۲	۱/۵۹
کمک	۸/۹۵	۱/۹۷
انگیزش	۲۴/۷۴	۴/۲۳
ارزیابی	۹/۳۶	۱/۸۳
اعتبار	۶/۰۵	۱/۴۹
محیط	۱۲/۶۳	۲/۴۳
بهره‌وری	۸۲/۲۴	۹/۸۲

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی تعهد سازمانی و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی آن در کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
تعهد مستمر	۴۳/۳۲	۷/۵۸
تعهد هنجاری	۴۲/۳۳	۷/۳۸
تعهد عاطفی	۵۴/۶۴	۱۲/۴۷
تعهد سازمانی	۱۴۲/۰۷	۲۲/۶۱

هم‌چنین با کمک آزمون‌های تحلیل رگرسیون و همبستگی وجود و یا عدم وجود رابطه بین تعهد سازمانی و بهره‌وری و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آرایه شد. نتایج نشان داد، بین تعهد سازمانی و بهره‌وری در سطح اطمینان ۹۹ درصد با  $\beta$  مساوی  $t$  مساوی  $۳/۶۳۹$  ارتباط معنادار و مثبت وجود دارد. یافته‌های حاصل از بررسی ارتباط بین بهره‌وری و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی آن با تعهد سازمانی در جدول ۳ آرایه شده است.

کارکنان در ۸ بیمارستان اصفهان وارد مطالعه شدند که در هر بیمارستان ۲۴ نفر انتخاب شدند. با توجه به این که پرسش‌نامه‌ی بهره‌وری و تعهد سازمانی هر دو در کشور ما اجرا شده است، اعتبار و پایایی آن‌ها در پژوهش‌های هدایتی و سلیم اوغلی تعیین شده بود ولی در جهت ایجاد اطمینان بیش‌تر روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های مذکور تعیین شد، به طوری که پایایی پرسش‌نامه‌ها از طریق ضریب Alpha Cronbach  $۰/۸۲$  و روایی محتوایی content validity از طریق قضاوت خبرگان مجدداً تعیین شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت که در بخش توصیفی با کمک فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی، ضریب همبستگی Pearson، آزمون  $t$ ، آزمون تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیره استفاده شد. ضریب همبستگی Pearson برای تعیین همبستگی بین متغیرهای تعهد سازمانی و بهره‌وری، رگرسیون چند متغیره برای ارتباط همزمان چند متغیر با هم (مؤلفه‌های تعهد سازمانی و مؤلفه‌های بهره‌وری) به کار برده شد.

## یافته‌ها

نتایج نشان داد، میانگین بهره‌وری کارکنان بیمارستان‌های منتخب  $۸۲/۲۴$  می‌باشد و از بین مؤلفه‌های بهره‌وری، بالاترین میانگین مربوط به انگیزش و کم‌ترین مربوط به اعتبار می‌باشد. با توجه به این که حد مطلوب بهره‌وری با کمک تحلیل‌های آماری ۱۸۰ تعیین شد و میانگین بهره‌وری کارکنان بیمارستان‌های منتخب  $۸۲/۲۴$  به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت که بهره‌وری کارکنان بیمارستان‌های مذکور کمی از حد متوسط بالاتر و در حد خوب می‌باشد (جدول ۱).

میزان تعهد سازمانی جامعه‌ی مورد مطالعه هم با کمک داده‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار تعیین شد. میانگین تعهد سازمانی کارکنان  $۱۴۲/۰۷$  بود و میانگین تعهد سازمانی در مؤلفه‌های مستمر، هیجانی، عاطفی به ترتیب  $۴۳/۳۲$ ،  $۴۲/۳۳$ ،  $۵۴/۶۴$  به دست آمد. به عبارتی دیگر از بین مؤلفه‌های تعهد سازمانی، تعهد عاطفی بالاترین میانگین و تعهد مستمر کم‌ترین

جدول ۳: خلاصه رابطه‌ی تعهد سازمانی و مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی آن با بهره‌وری و مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی آن

مؤلفه‌ها	بهره‌وری	توانایی	وضوح (شناخت)	کمک	محیط	ارزیابی	انگیزش	اعتبار
تعهد سازمانی	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد
تعهد مستمر	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد
تعهد هنجاری	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد
تعهد عاطفی	دارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	ندارد	دارد	ندارد

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد، بین تعهد سازمانی و هر سه مؤلفه‌های آن (تعهد مستمر، هنجاری و عاطفی) و بهره‌وری ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. اما از بین مؤلفه‌های بهره‌وری تنها انگیزش است که با تعهد سازمانی و مؤلفه‌های آن ارتباط دارد و بین دیگر مؤلفه‌های بهره‌وری (توانایی، کمک، ارزیابی، شناخت، اعتبار و محیط) و تعهد سازمانی و مؤلفه‌های آن ارتباط وجود ندارد.

این امر می‌تواند نشأت گرفته از آن باشد که ارتقای شاخص‌های بهره‌وری، تعهد سازمانی را نیز افزایش می‌دهد و یا این‌که کارکنانی که تعهد سازمانی بالاتری دارند، وضعیت بیمارستان را از نظر شاخص‌های بهره‌وری ارتقا می‌دهند.

نتایج این پژوهش در خصوص این‌که تعهد سازمانی به‌عنوان عامل مؤثر بر افزایش بهره‌وری است، با پژوهش نصراله پور (۷) شریفی اصل (۵)، رضایی و ساعتچی (۶) هم‌راستاست. همچنین در پژوهش نصراله پور انگیزش به‌عنوان عامل مؤثر بر بهره‌وری معرفی شده است که با نتایج این پژوهش هم‌راستاست که این موارد تأییدی بیش‌تر بر نتایج حاصله از این پژوهش می‌باشد.

به عبارتی بهتر طبق نتایج این پژوهش‌ها چنان‌چه تعهد سازمانی کارکنان سنجیده شود، بر اساس نتایج آن علاوه بر تعیین این‌که احتمال ماندگاری کدام کارکنان در بیمارستان بیش‌تر است، می‌توان پیش‌بینی کرد که کدام گروه از کارکنان بهره‌وری بیمارستان را افزایش خواهند داد.

در زمان انجام این پژوهش، پژوهش‌های مشابهی که هم‌زمان این دو مولفه را با هم مورد بررسی قرار دهد، در پژوهش‌های مرتبط

داخلی خیلی کم و در پژوهش‌های مرتبط خارجی یافت نشد. اما بعضی پژوهش‌ها به مؤلفه‌هایی که تا حدودی مرتبط بودند، اشاره کرده‌اند که با نتایج این پژوهش هم‌راستاست. مثلاً یوسفی و همکاران (۸) بین تعهد سازمانی و مدیریت دانش و تسهیم دانش ارتباط مثبت و معناداری را نشان داده‌اند. مهداد (۹) بین تعهد سازمانی و محیط کار، صفرنیا (۴) بین مشارکت کارکنان و تعهد سازمان، روحی و همکاران (۱۰) و تحریر (۱۱) بین رضایت شغلی و تعهد سازمانی، جعفری و همکاران (۱۲) بین تعهد سازمانی و سلامت سازمانی، بازارگردی و جهانگیر (۱۳) بین عوامل فردی-محیطی و تعهد سازمانی، Roelofsen (۱۴) بین تحصیلات و بهره‌وری، Batisti و Iona (۱۵) بین عملکرد مدیریت و بهره‌وری، Kapyla (۱۶) بین محیط و بهره‌وری و McGuire (۱۷) بین تعهد سازمانی و محیط ارتباط مثبت و معناداری یافته‌اند که همگی به نوعی با نتایج این پژوهش هم‌راستاست.

در زمینه‌ی رابطه‌ی تعهد مستمر با بهره‌وری نیروی انسانی، نتایج پژوهش حاضر با نتایج چند پژوهش مشابه متفاوت بود. این امر می‌تواند ناشی از تعارضاتی از جمله تفاوت در نوع ابزار سنجش بهره‌وری، شیوه‌ی پاسخ‌گویی به برنامه‌ها، نوع سازمان، فرهنگ و جو سازمان و نوع شغل افراد شرکت کننده در پژوهش باشد. همچنین محدودیت‌ها و ویژگی‌های خاص این پژوهش از جمله تفاوت بین ارابه‌ی خدمات سلامت با خدمات صنعتی و این‌که رفتار نیروی انسانی در قبال کار، هنگامی که موضوع کار به جای اشیاء، جان و سلامت انسان باشد، می‌تواند عامل ایجاد این تفاوت باشد.

نتیجه‌ی حاصل در مورد رابطه‌ی تعهد هنجاری با بهره‌وری، با

دیگری چون فرهنگ سازمانی متفاوت بیمارستان با دیگر ارگان‌ها و سازمان‌ها قلمداد کرد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد، هر چه تعهد سازمانی در کارکنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان افزایش یابد و هر چه کارکنان اهداف سازمان را بیش‌تر قبول داشته و ارزش‌های آن را بپذیرند و به حفظ و عضویت در سازمان علاقه‌ی بیش‌تری داشته باشند، به عبارتی بهتر تمایل، نیاز و الزام جهت ادامه‌ی اشتغال در یک سازمان داشته باشند - که البته این تعهد شامل وابستگی عاطفی و تعلق خاطر برای انجام کار و تمایل به ماندن جهت ادامه‌ی اشتغال در سازمان بوده - و همچنین این‌که افراد ادامه‌ی خدمت را در سازمان وظیفه، تکلیف و مسؤولیت خود بدانند، بهره‌وری در این بیمارستان‌ها افزایش می‌یابد. طبق نتایج این پژوهش هرچه تعلق کارکنان به بیمارستان بیش‌تر شده و کارکنان روابط مستحکم‌تر و قوی‌تری با بیمارستان داشته باشند، بهره‌وری‌شان افزایش می‌یابد. همچنین کارکنانی که به سازمان وابستگی روانی، عاطفی پیدا کرده و سازمان را متعلق به خود و خود را متعلق به سازمان می‌دانند و به شغل خود علاقه‌مند بوده و ارزش‌های مشترک، رسالت، اهداف سازمان را پذیرفته و به کار خود علاقه‌مند هستند، دارای قدرت انگیزش بالایی بوده و به صورت خود انگیزخته به فعالیت‌های سازمانی خود می‌پردازند و از قدرت انگیزش بالایی برخوردارند و هر چه میزان عوامل انگیزاننده‌ی کاری (مادی و غیرمادی) در سازمان بالاتر رود، تعهد و وابستگی کارکنان به سازمان بالاتر خواهد رفت.

نتایج برخی مطالعات مشابه داخلی و خارجی هم‌خوانی دارد (۲۱-۱۸) و همگی بر وجود همبستگی مستقیم بین تعهد هنجاری با بهره‌وری تأکید دارند.

هم‌سو با ارتباط مستقیم مشاهده شده بین تعهد عاطفی سازمانی و بهره‌وری نیروی انسانی، Cichy (۱۸) نیز در پژوهش خود بین تعهد عاطفی و عملکرد رابطه‌ی مستقیم و معناداری یافته‌اند. در پژوهش مشابه دیگری هم بین تعهد عاطفی و عملکرد کاری کارکنان رابطه‌ی مستقیم و معناداری به‌دست آمده است (۱۹). حاجی احمدی نیز در پژوهش خود، بین تعهد عاطفی و بهره‌وری در گروه مدیران و کارگران مراکز صنعتی شهر قم، رابطه‌ی معنی‌داری را گزارش نمود (۲۲).

اما یکی از نتایج دور از انتظار این پژوهش، عدم وجود رابطه‌ی معنادار و مثبت بین مؤلفه‌های تشکیل دهنده‌ی بهره‌وری و تعهد سازمانی بود که با نتایج پژوهش‌ها تفاوت اساسی نشان داد. شاید تفاوت نتیجه‌ی حاصله از این پژوهش را بتوان در عواملی چون ناهمگن بودن جامعه‌ی مورد بررسی قلمداد کرد. به عبارتی دیگر از آن‌جایی‌که کارکنان مورد بررسی در بیمارستان در رده‌های متفاوت علمی و شغلی مثل خدماتی، اداری، بخش‌های پرستاری، اتاق عمل و غیره بودند، در هر کدام از این بخش‌ها الویت عوامل اثرگذار بر بهره‌وری متفاوت می‌باشند. به عبارتی بهتر در بخش خدمات عمدتاً عوامل انگیزاننده‌ی مادی، در بخش اداری علاوه بر عوامل انگیزاننده عوامل دیگر چون ارزیابی و اعتبار و همچنین در بخش پرستاری به نظر می‌رسد با توجه به سختی کار بالا و عدم دریافت مزایای کافی متناسب با خدمات ارائه شده، شاخص کمک اثرگذاری بیش‌تری را بر بهره‌وری نشان دهند. لذا یکی از دلایل تفاوت نتیجه حاصله را شاید بتوان این عامل و عوامل

### References

1. Arabshahi Karizi A. New Strategies for productivity development in productive and industrial firms (case study in productive firm in dena, Faculty of Economics, Management and Social Sciences) [Thesis in Persian]. Shiraz: Shiraz University; 2007.
2. Mehrabian F, Nasiripour A, Keshavarse Mohhamadian S. Factors affecting human resources productivity in Gilan university of medical science using path analysis. Zanzan health care services and medical sciences university journal 2011; 19(75): 94-106. [In Persian]
3. Nazem F, Rahmati Z. Developing a mathematical model for employees productivity of Department of Education and training based on Thought Leaders and climate organizationa. Thought and behavior 2008; 2(7): 53-68. [In Persian]

4. Safarnia H. Investigation the effective factors in organizationl commitement reinforcement in employees of public banks. *Management Researches in Iran* 2011; 15(2): 86-105. [In Persian]
5. Sharifi Asl Z, Chabok A, Hatamizade N, Ralani P. Relationship between organizational commitment and productivity of psycho-rehabilitation team members. *Razi Medical and Educational Psychiatry Center* 2011. *New Cares* 2011; 9(2): 129-36. [In Persian]
6. Rezaai L, Saatchii M. Relationship between Attitude about effective human factors in productivity and leadership style of managers with organizational commitment in employees of Telecommunication companies in Iran. *Knowledge and Research in phschology* 2008; 10(37): 129-46. [In Persian]
7. Nasrollah pour M. Effective factors in human productivity. *Relevant papers in Public management* [Online]. 2005. Available from: URL: <http://mojtabanasrolahpour.blogfa.com/post-3.aspx>.
8. Yosefi S, Moradi M, Tishevarze Dayem MK. The role of employees organizational commitment in knowledge Sharing. *Police human development* 2010; 7(30): 24-36.
9. Mehdad A, Dehghan E, Gholparvar M, Shojaa A. The Relationship between Psychologically Healthy Work Place' Components and Organizational Commitment and Organizational Trust among Employees of Sar-Khoon and Qushm Gas Refinery Incorporation. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2012; 13(2): 70-80. [In Persian]
10. Rohi GH, Asayesh H, Rahmani H, Abbasi A. Relationship between job Satisfaction and Organizational Commitment in Employed nurses in hospital university of medical science Golestan. *Payesh* 2011; 10(2): 285-92. [In Persian]
11. Tahrir B, Ebadi A, Tofighi SH, Karimi Zarchi A. Relationship between job Satisfaction& Organizational Commitment in nurses in hospitals. *Military Medicine* 2010; 12(1): 23-6. [In Persian]
12. Jafari H, Mohamadian M, Hoseinpour D. The Relationship between Organizational Health and its Relation to Organizational Commitment in Personnel of Selected Teaching Hospitals Affiliated with Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences: 2011. *Jondishapur health Science journal* 2011; 4(1): 42-8. [In Persian]
13. Pazargadi M, Jahangir F. Organizationl commitement of nurses and its related factors. *Journal of School of Nursing and Midwifery* 2008; 16(54): 3-13. [In Persian]
14. Roelofsen p. The impact of office environments on employee performance: the design of the workplace as a strategy for productivity enhancement. *Journal of Facilities Management* 2002; 1(3): 247-64.
15. Batisti G, Iona A. The UK productivity gap in the Service Sector: do Management Practices Matter? *International Journal of Productivity and Performance Management* 2009; 58(8): 727-47.
16. Käpylä J, Jääskeläinen A, Lönnqvist A. Identifying Future Challenges for Productivity Research: Evidence from Finland. *International Journal of Productivity and Performance Management* 2010; 59(7): 607-23.
17. McGuire D, McLaren L. the impact of physical environment on employee commitment in call centers: The mediating role of employee well-being. *Team performance management* 2009; 15(1-2): 35-48.
18. Cichy R, Cha J, Kim S. The relationship between organizational commitment and contextual performance among private club leaders. *International Journal of Hospitality Management* 2009; 28(1): 53-62.
19. Sinclair R, Tucker JS, Cullen JC, Wright C. Performance differences among four organizational commitment profiles. *J Appl Psychol* 2005; 90(6): 1280-7.
20. Abbasi A. The relationship between organizational commitment and A&B personality types: effects on productivity of human resources in Iran Khodro Company [MSc Thesis in Persian]. Tehran, Iran: Faculty of Education, Shahid Beheshty University; 2006.
21. Siu O. Job stress and job performance among employees in Hong Kong: the role of Chinese work values and organizational commitment. *International Journal of Psychology* 2003; 38(6): 337-47.
22. Hadjjahmadi F. Relationships between organizational commitment and productivity in industrial centers in Qom city [MSc Thesis in Persian]. Tehran, Iran: Faculty of Education & Psychology, Alzahra University; 2003.

## Correlation between Organizational Commitment and Productivity in Staffs of Isfahan University of Medical Sciences Teaching Hospitals\*

Marzieh Javadi<sup>1</sup>; Mehrnush Jafari<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Optimum resource utilization is one of the primary objectives of any organization. Hospitals as one of the most important elements of health systems, facing escalating costs and resources scarcity, are concerned with this issue as well. Productivity improvement can help hospitals to achieve this objective. Organizational commitment is the main factor to increasing quality in organizations. This study undertakes to investigation the correlation between organizational commitment and productivity.

**Methods:** This research is a correlation study, the research society consisted of employees of Isfahan medical science universities hospitals. 192 employees were selected as a stratified random study. Data collection instrument were 2 questionnaires, one of them was Goldsmith questionnaire for measuring productivity, and another was Allen-Meyer questionnaire for measuring organizational commitment. The data were analyzed by SPSS. Pierson correlation coefficient and regression was used for analyzing data.

**Results:** The result showed that there is positive relationship between organizational commitment and productivity (Pvalue=0/000, t=4/418). There is positive and meaningful relationship between components of organizational commitment (affective, continuance, normative) and productivity. There isn't positive and meaningful relationship between components of productivity (ability, clarity, help, evaluation, validity and environment) and organizational commitment with the exception of incentive.

**Conclusion:** Hospital manager must recognize effective factors for increseaing organizational commitment and perform some strategies for increasing productivity and quality.

**Keywords:** Productivity; Organizational Commitment; Hospitals; Universities

Received: 2 Jul, 2013

Accepted: 3 Dec, 2013

**Citation:** Javadi M, Jafari M. **Correlation between Organizational Commitment and Productivity in Staffs of Isfahan University of Medical Sciences Teaching Hospitals.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1050.

\* This article is derived from research project in Health Management and Economics Research Center, supported by vice chancellery of research and technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- PhD, Health Care Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Lecturer, Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author) Email: mehr\_j134@yahoo.com

# الگوی مدیریت ارتباط با مشتری با استفاده از مدل معادلات ساختاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

مریم یعقوبی<sup>۱</sup>، فاطمه رهی<sup>۲</sup>، هدایت اله عسگری<sup>۳</sup>، مرضیه جوادی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** مهم‌ترین دارایی اغلب سازمان‌ها مشتریان آن‌ها هستند. مشتریان به خاطر ارتباط مستقیمی که با اقدامات یک سازمان دارند، منبع ارزشمندی برای فرصت‌ها و تهدیدات مرتبط با صنعت مربوطه می‌باشند. مقاله‌ی حاضر درصدد شناسایی و اولویت‌بندی هر یک از عوامل مؤثر در فرایند پیاده‌سازی مدیریت ارتباط با مشتری (Customer Relationship Management) CRM در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

**روش بررسی:** این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی است. جامعه‌ی مورد پژوهش ۳ بیمارستان دولتی و ۳ بیمارستان خصوصی اصفهان بودند که به روش تصادفی طبقه‌ای نمونه‌گیری صورت گرفته است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی مدیریت ارتباط با مشتری بود که اعتبار و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. برای تعیین عوامل از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. روش تحلیل داده‌ها، تحلیل عاملی تأییدی بود و نرم‌افزارهای مورد استفاده SPSS و Amos بوده است.

**یافته‌ها:** در بین ابعاد مدیریت ارتباط با مشتری در بیمارستان، تنوع خدمات با بالاترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر را داشت و جذب مشتری با ۰/۵۷ دارای کم‌ترین میزان تأثیر بود.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به میزان تأثیر ابعاد در الگوی نهایی، می‌توان نتیجه گرفت که بیمارستان‌ها برای استقرار برنامه‌های مدیریت ارتباط با مشتری، بایستی به ایجاد خدمات تخصصی و متنوع توجه ویژه‌ای نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت؛ الگوی مدیریت ارتباط با مشتری؛ بیمارستان‌ها

حیاتی در اهداف سازمان به خود اختصاص داده است و مدیران ارشد به‌خوبی می‌دانند موفقیت آن‌ها در راه رسیدن به اهداف کلان سازمان، در گرو جلب رضایت مشتریان است (۱).

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۲۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۳۱

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱۲

**ارجاع:** یعقوبی مریم، رهی فاطمه، عسگری هدایت اله، جوادی مرضیه. الگوی مدیریت ارتباط با مشتری با استفاده از مدل معادلات ساختاری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۵۸-۱۰۵۱.

### مقدمه

بی‌شک می‌توان گفت مهم‌ترین دارایی اغلب سازمان‌ها مشتریان آن‌ها هستند. مشتریان به خاطر ارتباط مستقیمی که با اقدامات یک سازمان دارند، منبع ارزشمندی برای فرصت‌ها و تهدیدات مرتبط با صنعت مربوطه می‌باشند. در روندهای کسب و کاری جدید، به‌دست آوردن رضایت مشتریان جایگاهی مهم و

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۱۲۶۰ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

۴- دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
Email: asgari43@yahoo.com

ارتباط با مشتری در خدمات بیمه‌ی عمر پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که عوامل موفقیت شامل حمایت و پشتیبانی مدیران ارشد، استراتژی مدیریت ارتباط با مشتری، افراد، فرهنگ، فن‌آوری اطلاعات، مدیریت پروژه، مدیریت تغییر، مدیریت دانش و سازمان‌دهی بوده است. در بین این عوامل حمایت و پشتیبانی مدیران ارشد بیش‌ترین درجه اهمیت و مدیریت تغییر کم‌ترین درجه اهمیت را داشته است (۷).

دهدشتی و همکاران در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر در پیاده‌سازی مدیریت ارتباط با مشتری در شرکت‌های بیمه (شرکت سهامی بیمه ایران) پرداختند و مدل ۴ بعدی عوامل مؤثر در پیاده‌سازی CRM که دارای عوامل «تمرکز بر مشتریان کلیدی»، «سازمان‌دهی مناسب»، «استفاده از مدیریت دانش» و «تکنولوژی» است را مورد بررسی قرار دادند، نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که دلایل و شواهد کافی برای داشتن آمادگی در زمینه‌ی پیاده‌سازی CRM در شرکت بیمه‌ی ایران در هیچ‌یک از عوامل چهارگانه به‌دست نیامده است (۸).

دهمرد و همکاران در پژوهشی با عنوان شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر (عوامل فرهنگی، تکنولوژیکی، استراتژیکی و ساختاری) در فرایند پیاده‌سازی سیستم مدیریت ارتباط با مشتری پرداختند. نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که در فرایند پیاده‌سازی سیستم مدیریت ارتباط با مشتری بالاترین امتیاز به عوامل فرهنگی و پایین‌ترین امتیاز به عوامل ساختاری اختصاص دارند (۹).

Yuan Hung و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی فاکتورهای حیاتی در بیمارستان‌هایی که سیستم مدیریت ارتباط با مشتری را پذیرفته‌اند، به بررسی ۵۰۸ بیمارستان در تایوان پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که پنج عامل اندازه‌ی بیمارستان، قابلیت‌های کارکنان، نوآوری مدیران ارشد، قابلیت‌های مدیریت دانش و مزیت نسبی به میزان قابل توجهی تحت تأثیر اتخاذ مدیریت ارتباط با مشتری می‌باشند (۴).

Mendoza و همکارانش در سال ۲۰۰۶ میلادی در پژوهشی به بررسی مدلی مبنی بر عوامل کلیدی موفقیت پیاده‌سازی استراتژی CRM پرداختند، در این پژوهش مدلی را به دست آوردند که در آن ۱۳ عامل به همراه ۵۵ شاخص جزئی آن را

یکی از چالش‌ها در فضای به شدت رقابتی امروز این است که سازمان‌ها رسالت پاسخ‌گویی به مشتریان را در کم‌ترین زمان، با بهترین کیفیت و کم‌ترین هزینه به انجام برسانند (۲). این اقتصاد رقابتی، مراقبت‌های بهداشتی درمانی را نیز ناچار به استفاده از رویکردها و ابزارهای نوین مدیریتی کرده است (۳). از نظر تجاری، بیماران به‌عنوان مشتریان اصلی بیمارستان که خدمات بهداشتی و درمانی را به‌طور مستقیم دریافت می‌کنند و احساس می‌کنند، به شمار می‌روند (۴) و یکی از مهم‌ترین جنبه‌های جالب توجه در بهداشت و درمان چگونگی مدیریت ارتباط بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی و بیماران می‌باشد. از طرفی بهبود کیفیت مراقبت و رضایت مشتری از محرک‌های کلیدی کسب و کار هستند، گزارش پژوهش انجمن سیستم‌های مدیریت و اطلاعات خدمات سلامت نشان داده است که کیفیت مراقبت و رضایت مشتری در سال‌های آینده تأثیر به‌سزایی در بهداشت و درمان خواهند داشت.

با عنایت به اهمیت و تأثیر رضایت و وفاداری مشتری در بیش‌تر نمودن سهم بازار، سازمان‌ها به مدیریت ارتباط با مشتری به‌عنوان ابزاری برای افزایش سودآوری خود می‌نگرند (۵). مدیریت ارتباط با مشتریان در سازمان‌ها، نوعی استراتژی تجاری به شمار می‌رود. بسیاری از سازمان‌های موفق بر این نکته تأکید دارند که حفظ و نگهداری رابطه‌ای پایدار با مشتریان، می‌تواند آن‌ها را در صحنه رقابت استوار و پیشرو نگه دارد (۱).

با بهره‌برداری از سیستم مدیریت ارتباط با مشتری، بیمارستان‌ها می‌توانند سه گروه از نیازها شامل شناسایی نیازمندی‌ها، دستیابی به رضایت بیماران و فراهم آوردن زمینه‌ی آموزش بیماران را تأمین کنند.

سیستم‌های مدیریت ارتباط با مشتری به سازمان‌ها در حداکثر کردن توانایی‌شان در عملکرد متقابل با مشتریان‌شان کمک می‌کنند. این نه تنها منجر به بهبود کیفیت می‌گردد بلکه سرعت پاسخ‌گویی به نیازهای مشتریان را افزایش می‌دهد (۶).

صحت و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان اولویت‌بندی عوامل کلیدی موفقیت مدیریت ارتباط با مشتری در خدمات بیمه‌های عمر انجام دادند و به شناسایی عوامل کلیدی موفقیت مدیریت



برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عامل تأییدی از نرم‌افزار Amos نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد. در تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌هایی که بیش‌ترین تأثیر را مربوط به هر بعد داشتند شناسایی و معنادار بودن کل ابعاد پژوهش و شدت تأثیر هر یک از ابعاد آن با مدیریت ارتباط با مشتری تعیین گردید. سپس با کمک شاخص‌های برازش، مدل کلی برازش شد.

برای سنجش روایی پرسش‌نامه‌ها از روش قضاوت خبرگان Expert Judgment بهره برده شد. به این ترتیب که پرسش‌نامه‌ی تدوین شده به همراه توضیحاتی در مورد واژگان و مفاهیم پرسش‌نامه به ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه، ۵ نفر از مدیران و مسؤولین بیمارستان‌ها و ۶ نفر از مترون بیمارستان‌ها داده شد و از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در رابطه با محتوا، ساختار و نحوه‌ی نگارش پرسش‌نامه و شکل ظاهری بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادات ارائه شده و تأیید نهایی آن توسط سایر خبرگان اعتبار محتوای پرسش‌نامه تضمین گردید. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش دو نیمه کردن در برنامه‌ی نرم‌افزاری SPSS نسخه‌ی ۱۶ و محاسبه‌ی آلفای کرونباخ  $0/87$  به دست آمد.

### یافته‌ها

بیش‌ترین درصد پاسخ‌دهندگان را مردها، و بیش‌ترین درصد نمونه را گروه سنی بالای ۴۰ سال تشکیل می‌دهد. افراد با سابقه‌ی کار ۲۱-۳۰ بالاترین درصد جامعه‌ی پژوهشی بوده‌اند. بیش‌ترین درصد جامعه‌ی پژوهش را کارشناسان ارشد و مدیران اجرایی تشکیل می‌دهند. در بین مؤلفه‌های بعد شناسایی و الویت‌بندی مشتری، اهمیت دادن به شناسایی مشتری دارای بیش‌ترین امتیاز و کسب اطلاعات در مورد مشتریان جدید دارای کم‌ترین امتیاز است. در بین مؤلفه‌های بعد جذب مشتری، فکر جذب مشتریان و آرایش فضای مناسب (ظاهر آراسته، مرتب، منظم و تمیز) برای جذب بیمار، دارای بیش‌ترین امتیاز و وجود استراتژی‌ای برای جذب مشتریان جدید و نگاه‌داشتن آن‌ها دارای کم‌ترین امتیاز است. در بین مؤلفه‌های تعامل با مشتری، نحوه‌ی برخورد کادر پزشکی با بیماران دارای بیش‌ترین امتیاز و ارتباط با بیماران در خارج از بیمارستان و در ساعات غیر اداری، دارای کم‌ترین امتیاز است.

تشکیل داده بود که می‌توانست به‌عنوان راهنمایی برای سازمان‌هایی که قصد پیاده‌سازی استراتژی CRM را دارند مورد استفاده قرار گیرد (۱۰).

Lindgreen در سال ۲۰۰۶ میلادی پژوهشی با عنوان تعیین عوامل کلیدی موفقیت در اجرا و پیاده‌سازی CRM انجام داده و مدلی متشکل از ۱۰ عامل جهت ارزیابی حوزه‌های کلیدی CRM ارائه کرده است و علاوه بر آن ابزاری جهت ارزیابی سطوح مختلف هر یک از این حوزه‌ها پیشنهاد کرده است. در این پژوهش ۱۰ عامل کلیدی استراتژی مشتری، استراتژی تعامل با مشتری، استراتژی خلق ارزش، فرهنگ، افراد، ساختار سازمانی، فن‌آوری اطلاعات، فرایند، مدیریت دانش و یادگیری معرفی شده بود. وی تعیین استراتژی نام تجاری، استراتژی مشتری، استراتژی تعامل با مشتری و استراتژی ایجاد ارزش را به‌عنوان حوزه‌های کلیدی CRM معرفی می‌کند (۱۱).

بر همین اساس به‌کارگیری سیستم CRM نیاز به مطالعه‌ی کمی و کیفی از شرایط فعلی سازمان ذی‌نفع دارد. مقاله‌ی حاضر درصدد شناسایی و اولویت‌بندی هر یک از عوامل مؤثر در فرایند پیاده‌سازی مدیریت ارتباط با مشتری Customer Relationship Management (CRM) در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

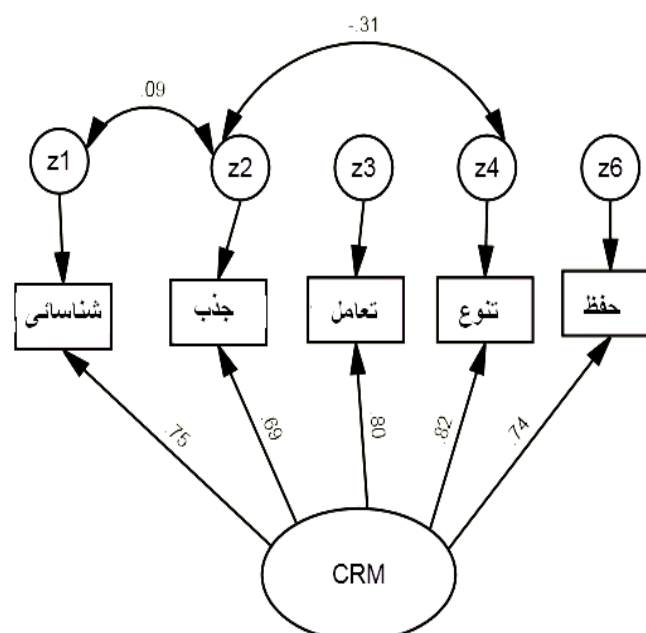
### روش بررسی

نوع پژوهش بنیادی - کاربردی و نوع مطالعه کیفی-تحلیلی، جامعه‌ی پژوهش کل بیمارستان‌ها و نمونه‌ها به روش طبقه‌ای و تصادفی ۳ بیمارستان خصوصی و ۳ بیمارستان دولتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ خورشیدی انتخاب شدند. در ابتدا مؤلفه‌ها و متغیرهای اصلی مدیریت ارتباط با مشتری مشخص شده و در قالب پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته با استفاد از فرمول تعیین حجم نمونه به تعدادی (۲۶۸ نفر) از مدیران و مسؤولین بیمارستان‌ها، سوپروایزرها، مترون‌ها، سرپرستاران و پرستاران که تجارب علمی، اجرایی و مدیریتی درخصوص بحث مورد نظر داشتند، داده شد. پس از این مرحله و تعیین کفایت حجم نمونه با استفاده از روش Kaiser Mayer Olkin و معنی‌داری ماتریس همبستگی از طریق آزمون بارتل

جدول ۱: آمار توصیفی ابعاد مدیریت ارتباط با مشتری در مدل نهایی

ردیف	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
۱	شناسایی و اولویت‌بندی مشتری	۲/۸	۰/۵۸
۲	جذب مشتری	۲/۸	۰/۶۴
۳	تعامل با مشتری	۲/۸	۰/۶۸
۴	تنوع خدمات	۲/۹	۰/۵۵
۵	حفظ مشتری	۲/۷	۰/۶۸

در بین مؤلفه‌های تنوع خدمات، تنوع خدمات (آزمایشگاه مجهز، رادیولوژی و ...) و تخصص‌های گوناگون دارای بیش‌ترین امتیاز و اطلاع از نوع خدمات سایر بیمارستان‌ها دارای کم‌ترین امتیاز است. در بین مؤلفه‌های حفظ مشتری، چشم‌انداز مشخصی برای حفظ و نگه‌داری بیمار دارای بیش‌ترین امتیاز و تلاش برای حفظ مشتریان موجود دارای کم‌ترین امتیاز است. چنان‌چه در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، در بین ابعاد، تنوع خدمات دارای بیش‌ترین امتیاز و تعامل با مشتری و حفظ مشتری دارای کم‌ترین امتیاز است.



شکل ۱: الگوی مدیریت ارتباط با مشتری در بین بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نسبی بسیار خوب (بین ۲-۳) است. مقادیر شاخص تطبیقی (بالاتر از ۰/۹۰) به‌عنوان مقادیر قابل قبول تفسیر می‌شود. برای شاخص‌های برازش هنجار شده مقتصد (parsimony) و برازش تطبیقی مقتصد (nor med of fit index) و برازش تطبیقی مقصد (parsimony comparative fit index) چون بالاتر از ۰/۵ می‌باشد، مقدار قابل قبول است. در نهایت با توجه به مقدار شاخص ریشه‌ی دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (Root Mean Square Error of Approximation) که مقادیر نزدیک ۰/۰۵ برای آن قابل قبول است، در نهایت این مدل را می‌توان قابل قبول دانست.

برای بررسی این که آیا ابعاد ۵ گانه‌ی مدیریت ارتباط با مشتری (شناسایی و اولویت‌بندی مشتری، جذب مشتری، تعامل با مشتری، تنوع خدمات، حفظ مشتری) تأیید می‌گردد یا خیر، از روش تحلیل عامل تأییدی و نرم‌افزار Amos نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد که شکل ۱ به‌دست آمد. با توجه به اعداد بالا ابعاد ذکر شده به‌عنوان مدیریت ارتباط با مشتری مورد تأیید قرار می‌گیرند که در بین آن‌ها تنوع خدمات دارای بالاترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بوده و جذب مشتری دارای کم‌ترین میزان تأثیر بوده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در مدل یک عاملی مرتبه‌ی اول مقدار کای اسکور معنادار است. مقدار کای اسکور

جدول ۲: بررسی شاخص‌های کلی برازش برای مدل ابعاد ۵ گانه‌ی مدیریت ارتباط با مشتری (شناسایی و اولویت‌بندی مشتری، جذب مشتری، تعامل با مشتری، تنوع خدمات، حفظ مشتری)

شاخص‌های کلی برازش								
مقتصد				تطبیقی			مطلق	
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	PCFI parsimony comparative fit index	PNFI parsimony nor med of fit index	CMIN/DF (chi square / degree of freedom)	CFI comparative fit index	IFI incremental index of fit	P	DF (Degree of freedom)	CMIN (chi square)
۰/۵۵	۰/۶۱۱	۰/۶۴۲	۲/۱	۰/۹۹۸	۰/۹۹۶	۰/۰۳	۳	۴/۶

همکاران در سال ۱۳۸۹ خورشیدی در پژوهشی با عنوان شناسایی و رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر CRM به عوامل ساختاری نیز توجه داشته‌اند (۹).

Mendoza در سال ۲۰۰۶ میلادی در پژوهشی به بررسی مدلی مبنی بر عوامل کلیدی موفقیت پیاده‌سازی مدیریت ارتباط با مشتری پرداختند، ابلاغ استراتژی مدیریت ارتباط با مشتری به کارکنان از عوامل مؤثر در این مدل بوده است (۱۰) که از این نظر با وجود استراتژی‌ای برای جذب مشتریان جدید و نگاه داشتن آن‌ها در پژوهش حاضر مشابه بوده است.

Lindgreen در سال ۲۰۰۶ میلادی پژوهشی با عنوان تعیین عوامل کلیدی موفقیت در اجرا و پیاده‌سازی CRM انجام داده و مدلی متشکل از ۱۰ عامل جهت ارزیابی حوزه‌های کلیدی CRM ارائه کرده است و علاوه بر آن ابزاری جهت ارزیابی سطوح مختلف هر یک از این حوزه‌ها پیشنهاد کرده است. این پژوهش استراتژی مشتری و استراتژی تعامل با مشتری را به عنوان حوزه‌های کلیدی CRM معرفی می‌کند (۱۱) که با نتایج پژوهش حاضر در خصوص تعامل با مشتری و وجود استراتژی‌ای برای جذب مشتریان جدید و نگاه داشتن آن‌ها مشابه است.

Yuan Hung در سال ۲۰۱۰ میلادی در پژوهشی با عنوان بررسی فاکتورهای حیاتی در بیمارستان‌هایی که سیستم مدیریت ارتباط با مشتری را پذیرفته‌اند، به بررسی ۵۰۸ بیمارستان در تایوان پرداختند. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که قابلیت‌های کارکنان به میزان قابل توجهی تحت تأثیر اتخاذ مدیریت ارتباط با مشتری می‌باشند (۴). ایجاد این قابلیت با آموزش مؤثر است که این موضوع با مؤلفه‌ی آموزش کادر درمانی در خصوص نحوه‌ی تعامل با مشتریان متشابه است.

## بحث

از آنجایی که جامعه‌ی پژوهش مدیران و صاحب‌نظران می‌باشند و دارای محدودیت زمان بودند سعی بر آن شد که هماهنگی کامل زمانی با آن‌ها صورت پذیرد.

چنانچه در یافته‌های پژوهش ذکر شد، در بین مؤلفه‌های بعد شناسایی و اولویت‌بندی مشتری، اهمیت دادن به شناسایی مشتری دارای بیش‌ترین امتیاز و کسب اطلاعات در مورد مشتریان جدید داری کم‌ترین امتیاز است.

دهدشتی و همکاران در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر در پیاده‌سازی مدیریت ارتباط با مشتری در شرکت‌های بیمه (شرکت سهامی بیمه ایران) پرداختند و مدل ۴ بعدی عوامل مؤثر در پیاده‌سازی CRM که دارای عوامل تمرکز بر مشتریان کلیدی، سازمان‌دهی مناسب، استفاده از مدیریت دانش و تکنولوژی است را مورد بررسی قرار دادند (۸). تمرکز بر مشتریان کلیدی را می‌توان با بعد شناسایی و اولویت‌بندی مشتری در ارتباط دانست.

در بین مؤلفه‌های بعد جذب مشتری، فکر جذب مشتریان توجه به تنوع خدمات، آرایش فضای مناسب (ظاهر آراسته، مرتب، منظم و تمیز) برای جذب دارای بیش‌ترین امتیاز و استراتژی‌ای برای جذب مشتریان جدید و نگاه داشتن آن‌ها داری کم‌ترین امتیاز است. صحت و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان اولویت‌بندی عوامل کلیدی موفقیت مدیریت ارتباط با مشتری در خدمات بیمه‌های عمر انجام دادند که وجود استراتژی مدیریت ارتباط با مشتری یکی از آن‌ها بوده است (۷) که از این نظر با وجود استراتژی‌ای برای جذب مشتریان جدید و نگاه داشتن آن‌ها در پژوهش حاضر مشابه بوده است. دهمرده و

### نتیجه‌گیری

یکی از چالش‌ها در فضای به شدت رقابتی امروز این است که سازمان‌ها رسالت پاسخ‌گویی به مشتریان را در کم‌ترین زمان، با بهترین کیفیت و کم‌ترین هزینه به انجام برسانند (۲). آن‌چه که امروز برای سازمان‌ها ارزش می‌آفریند، ایجاد ارتباط مستمر با مشتری است و سازمان‌های موفق تنها سازمان‌هایی هستند که قادرند، مشتریان تمام عمر برای خود ایجاد کنند. در حقیقت هر اندازه یک سازمان بتواند ارتباط مؤثرتری با مشتریان خود برقرار نماید، فرصت‌های بیشتری جهت ارائه‌ی خدمات و محصولات بیشتر به آن مشتریان را کسب خواهد نمود. سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی باید تمام تلاش خود را به کار گیرند تا بتوانند در بازار رقابت باقی بمانند (۵). یکی از استراتژی‌هایی که به این سازمان‌ها در این جهت کمک می‌کند، افزایش رضایت‌مندی بیماران است. رضایت بیماران یکی از شاخص‌های مهم اثربخشی، کارایی، بهره‌وری و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است (۱۲). از این رو ایجاد و تدوین استراتژی مدیریت ارتباط با مشتری در بیمارستان‌های امروز ضروری به نظر می‌رسد.

### پیشنهادها

برای اجرای مؤثر برنامه‌ی مدیریت ارتباط با مشتری در

بیمارستان‌ها پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

مدیریت عالی بیمارستان بایستی تعهد کافی برای اجرای مدیریت ارتباط با مشتری داشته باشد.

بیمارستان برای اجرای رسمی مدیریت ارتباط با مشتری بایستی میزان آمادگی خود را بررسی نمایند. این آمادگی از ابعاد مختلف بایستی صورت گیرد از جمله: منابع مالی، منابع انسانی، حمایت مدیریت، تمایل کارکنان و ...

بیمارستان‌ها بایستی افرادی مشخص با وظیفه‌ی مشخص را برای برنامه‌ی مدیریت ارتباط با مشتری معین نمایند. بیمارستان‌ها بایستی قبل از اجرا و برنامه‌ریزی برنامه‌ی مدیریت ارتباط با مشتری به فکر جذب بودجه‌ی کافی برای اجرای آن باشند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیران و کلیه‌ی کارکنان بیمارستان‌های الزهراء، کاشانی، نور و حضرت علی اصغر (ع)، امام موسی کاظم، سعدی، سپاهان و سینا در شهر اصفهان تشکر نموده که با وجود بار کاری بالا در بیمارستان، صبر و حوصله به خرج داده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند و از جناب آقای حمید جعفری که در تکمیل و گردآوری داده‌ها همکاری نمودند تشکر می‌شود.

### References

1. Abbasi M, Torkaman M. Theoretical models of customer relationship management. Journal of Business 2010; 41: 4-8. [Article in Persian]
2. ThuyUyen H, Nguyen JS, Sherif, Michael Newby. Strategies for successful CRM implementation. Information Management and Computer Security 2007; 1(15): 102-15.
3. Bentuwan L, Chaipoopirutana S, Combs H. Effective customer relationship management of health care study of hospitals in Thailand [Online]. Journal of Management and Marketing Research 2011; Available from: URL: [www.aabri.com/manuscripts/10510.pdf](http://www.aabri.com/manuscripts/10510.pdf).
4. Hung SY, Hung WH, Tsai CA, Jiang SC. Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives. Decision Support Systems 2010; 48(4): 592-603
5. Sayedi M, Mousavi A, Heidari Sh. Factors affecting the performance of customer relationship management and new measurement model fit (case study in the electronics industry). Journal of Educational Management 2009; 2: 79-112. [Article in Persian]
6. Anderson S. Sanity check [Online]. Destination CRM; 2006. Available from: URL: <http://www.destinationcrm.com/Articles/Web-Exclusives/Viewpoints/Sanity-Check--47682.aspx>.
7. Sehat S, Shahrokh Dehdashti Z, Oveisi B. Prioritize the key success factors in customer relationship management in life insurance. The news in insurance world 2011; 142-143: 56-67. [Article in Persian]

8. Dehdashti Shahrokh Z, Babaii nejad piroz M. Factors affecting the implementation of the management system with the customer's insurance company. (Iran Insurance Company). Journal of the insurance industry 2009; 3-4(95-96): 3-32. [Article in Persian]
9. Dahmordeh N, Shahraki AR, Lakzayy M. Identify and rank factors (cultural factors, technological, strategic, long term) in the implementation of customer relationship management (CRM). Quarterly Industrial Management Science Humanities. Islamic Azad University of Sanandaj 2010; 5(11): 91-100. [Article in Persian]
10. Mendoza L, Alejandro M, perez M, Grimán A. Critical success factor for CRM strategy. Inform Softw Technol 2006; 2: 4993-5001.
11. Lindgreen A .The design, implementation and monitoring of a CRM programmers: a case study. Marketing Inteligence and Planning 2004; 22(2): 160-86.
12. Saadati Z. Evaluation of satisfaction of patients to emergency departments of teaching hospitals in Mashhad Health province center, University Medical Sciences. Journal of nursing 2006; 16: 40-7. [Article in Persian]

## Customer Relationship Management Model by Using the Structural Equation Model in Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences\*

Maryam Yaghoubi<sup>1</sup>; Fatameh Rahi<sup>2</sup>; Hedayatalah Asgari<sup>3</sup>; Marzeyah Javadi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Customers are most important asset in organizations. Because Customers linked directly to the actions of an organization, are a valuable source of opportunities and threats in their related industry. This study aimed to design a model of customer relationship management (CRM) with using the structural equation model in the hospitals of Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** This study was a descriptive- correlation. Population of the study according to random sampling was hospitals in Isfahan. The data collection tools were research made questionnaire of customer relationship management which confirmed its validity and reliability. Confirmatory factor analysis was used to determine factors. SPSS and Amos software has been used for data analysis.

**Results:** Among the dimensions of the customer relationship management in hospitals the diversity of services had the highest weighted regression and attract customers had minimal impact.

**Conclusion:** Considering the impact of the dimensions in final model, it can be concluded that hospitals for establishment of the customer relationship management programs, should have special attention to create a variety of professional services.

**Keywords:** Management; The Customer Relationship Management Model; Hospitals

Received: 13 Jul, 2013

Accepted: 3 Dec, 2013

**Citation:** Yaghoubi M, Rahi F, Asgari H, Javadi M. **Customer Relationship Management Model by Using the Structural Equation Model in Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1058.

\* This article is derived from a research project (No. 291260) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery of research and technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc, Health Services Management, Faculty of Medical Information and Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: asgari43@yahoo.com

4- PhD, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# رابطه‌ی بین میزان مهارت‌های زندگی با سلامت روانی دانشجویان

## دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

اسد اله شمس<sup>۱</sup>، کیوان کاوه<sup>۲</sup>، بهاره افروغ<sup>۳</sup>، سحر احمدی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** یکی از عوامل آسیب‌زا در مدیریت منابع انسانی هر سازمان، فقدان و یا ضعف سلامت روانی و به‌ویژه مهارت‌های زندگی است. این دو عامل در مواجهه با مشکلات زندگی روزمره یا همکاری در محیط کار و تحصیل، به‌خصوص برای دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه لازم است. هدف کلی تحقیق حاضر تعیین رابطه‌ی بین میزان سلامت روانی با مهارت‌های زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

**روش بررسی:** این مطالعه تحلیلی و از نوع مقطعی است. جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه دانشجویان هفت دانشکده‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که براساس فرمول نمونه‌گیری Morgan، ۳۸۴ نفر از دانشجویان در سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته برای مهارت‌های زندگی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد Gold Berg برای سلامت عمومی و روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت. اطلاعات به دست آمده با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روایی پرسش‌نامه‌ها توسط متخصصین و پایایی آن‌ها توسط Cronach's Alpha بالاتر از ۸۰ مورد تأیید قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بالاترین میانگین نمره‌ی سلامت روانی متعلق به دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی با میانگین نمره‌ی (۸۴/۷۱±۱۰/۵۴) و پایین‌ترین میانگین نمره‌ی سلامت روان متعلق به دانشجویان دانشکده‌ی توانبخشی با میانگین نمره‌ی (۷۲/۹۲±۱۳/۰۳) بوده است. بالاترین میانگین نمره‌ی مهارت‌های زندگی به دانشجویان دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی با میانگین نمره‌ی (۷۱/۶۴±۵/۱۶) و پایین‌ترین میانگین نمره‌ی مهارت زندگی به دانشجویان دانشکده‌ی داروسازی با میانگین نمره‌ی (۶۹/۳۸±۷/۰۴) اختصاص داشت. رابطه‌ی دو متغیر سلامت روان و مهارت زندگی در دانشجویان معنی‌دار بود. بین دانشکده‌ها سلامت روانی و بین رشته‌ها مهارت‌های زندگی رابطه‌ی معنی‌دار با موضوع داشتند. از نظر مقطع تحصیلی، شغل پدر و تعداد فرزندان خانواده رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** مهارت‌های زندگی و سطح سلامت روانی دانشجویان از حد خوب بالاتر (۷۰ درصد) است. لذا بر مبنای نتایج این تحقیق و در مقایسه با نتایج تحقیقات مشابه برای رسیدن به سطح عالی، تأکید بر آموزش مهارت زندگی و سلامت روانی در برنامه‌ی درسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ضروری به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روان؛ اضطراب؛ دانشجویان؛ افسردگی

است. این دو عامل از جمله توانایی‌های ارتباطی لازم در مواجهه با مشکلات زندگی روزمره یا همکاری در محیط کار و تحصیل

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۵ اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۶

**ارجاع:** شمس اسد اله، کاوه کیوان، افروغ بهاره، احمدی سحر. **رابطه‌ی بین میزان مهارت‌های زندگی با سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۶۵-۱۰۵۹.

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۰۰۶۹ و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت بهداشتی گرایش آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: Shams@mng.mui.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳- کارشناس، فن‌آوری اطلاعات سلامت، بیمارستان امام موسی کاظم (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### مقدمه

یکی از عوامل آسیب‌زا در مدیریت منابع انسانی هر سازمان، فقدان و یا ضعف سلامت روانی و به‌ویژه مهارت‌های زندگی

به‌خصوص برای دانشجویان و دانش‌آموختگان دانشگاه است. Adler علاقه‌ی اجتماعی، میل به مشارکت و ارتباط اجتماعی سازنده و مثبت با دیگران را از ویژگی‌های سلامت روانی می‌داند. هم‌چنین طبق نظر Kaplan به نقل از خوشکام نیز سلامت روانی شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تقاضاهای درونی و الزامات محیط در حال تغییر است. چنان‌که از ویژگی‌های سلامت روانی شناختی از دیدگاه آدلر، علاقه‌ی اجتماعی و میل به مشارکت و مهارت ارتباط اجتماعی سازنده و مثبت با دیگران است (۱).

مشکلات متعاقب ضعف در مهارت‌های زندگی و سطح سلامت روان می‌تواند اختلالات هیجانی مثبت و منفی مانند تعارضات و اختلالات ناشی از آن‌ها از جمله افسردگی، اضطراب، تنهایی، طرد شدگی، کم‌رویی، خشم و پرخاش‌گری در روابط بین فردی را به همراه داشته باشد. به‌عبارت دیگر این قبیل مشکلات ریشه‌ی بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و به‌خصوص کارایی ضعیف در ادارات، سازمان‌ها و به‌خصوص دانشگاه و دانشجویان است.

محقق با توجه به مشکلات فوق و ضرورت تحقیق در این موضوع در صدد بررسی آن‌ها برآمده و هدف کلی تحقیق حاضر تعیین میزان سلامت روانی و مهارت‌های زندگی و رابطه‌ی آن‌ها در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است. تحقیقات انجام شده در داخل ایران برای بررسی این موضوع به شرح زیر بوده است:

در تحقیقی راجع به اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان سلامت پرستاران عمومی بیمارستان شهید آیت‌اله کاشانی اصفهان روی ۲۰ نمونه آزمایش و ۲۰ نمونه کنترل که توسط دکتر ابوالقاسم نوری انجام شد، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش اختلالات روانی به این شرح بوده است، افسردگی از ۱۳/۸۵ به ۹/۷۰ درصد و اضطراب از ۱۳/۷۵ به ۹/۳۰ درصد، اختلال در کارکرد اجتماعی از ۱۵/۵۵ به ۹/۹۰ درصد و اختلال در کارکرد جسمانی از ۹/۷۵ به ۹/۳۵ درصد کاهش یافته بود (۲).

فخری در تحقیق خود نشان داد که مهارت‌های زندگی و ارتباطی با میزان افسردگی و اضطراب در کودکان ارتباط معناداری دارد ( $Pvalue < 0/05$ ) (۳).

مهرابی زاده هنرمند و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی موجب کاهش اضطراب و پرخاش‌گری همسران شهدای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است (۴).

Kayvand و همکاران در تحقیق خود نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی باعث کاهش اضطراب اجتماعی (اجتناب، پریشانی، ترس از ارزیابی منفی و غیره) در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (۵).  
وفاییان و آزادنی در پژوهشی تحت عنوان «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی دانش‌آموزان ۱۲ تا ۱۵ ساله‌ی شهر تفت» نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روانی این دانش‌آموزان مؤثر بوده است (۶).

در تحقیقی که توسط آقاجانی با عنوان «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان» انجام گردید، نمونه‌ی تحقیق ۳۰ دانش‌آموز بود که از بین ۱۹۱ دانش‌آموز دختر دبیرستانی بالاترین نمره را در آزمون سلامت عمومی Goldberg و منبع کنترل به‌دست آوردند. در پس آزمون سلامت عمومی گلدبرگ و منبع کنترل بر روی دو گروه آزمایش و کنترل نتایج به شرح زیر بود:

الف) آموزش مهارت‌های زندگی، سلامت روان آزمودنی‌ها را بهبود می‌بخشد.

ب) تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر منبع کنترل آزمودنی‌ها معنادار نبوده است.

ج) بین سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای و هم‌چنین بین منبع کنترل و شیوه‌های مقابله‌ای ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. اما بین سلامت روان و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد.

د) بین سطح تحصیلات مادر، اشتغال مادر و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان با سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای آن‌ها ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۷).

طارمیان آموزش مهارت‌های زندگی را بر افزایش سلامت جسمانی و روانی مانند اعتماد به نفس، مقابله با فشارهای محیطی و روانی، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش افکار خودکشی‌گرایانه، کاهش افت تحصیلی، تقویت ارتباطات بین



ابزار تحقیق و جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته برای مهارت‌های زندگی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد GoldBerg برای سلامت عمومی و روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

روایی پرسش‌نامه‌ها توسط چندین متخصص از نظر ساختار، محتوا و غیره مورد تأیید قرار گرفت. برای پایایی و اعتبارسنجی این پرسش‌نامه‌ها پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه در یک مطالعه راهنما و در یک جمعیت ۴۰ نفری این اطلاعات وارد کامپیوتر گردیده و با انتقال آن‌ها به نرم‌افزار آماری SPSS، پایایی (Reliability) پرسش‌نامه‌ها به میزان آلفای Cronbach's alpha ۸۰ درصد به دست آمد. با قبولی Cronbach's alpha برابر ۸۰ درصد توسط مشاور آماری و نظر دیگر متخصصین تحقیق، اصلاحات لازم در سوالات با استفاده از تجزیه و تحلیل موردی (If item delete) و به راهنمایی آن‌ها انجام و مرحله‌ی کامل توزیع پرسش‌نامه آغاز گردید.

پرسش‌نامه‌های محقق‌ساخته با ۲۲ سوال برای مهارت‌های زندگی با نمرات پنج‌گزینه‌ای لیکرت کدبندی گردید. ده مهارت زندگی بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت به چهار مهارت مانند مهارت تفکر نقاد - مهارت تصمیم‌گیری - مهارت بین فردی و ارتباطی و مهارت مقابله‌ای و مدیریت فردی تقسیم گردید. برای هر یک از ابعاد چهارگانه سوالاتی در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نیز مطابق استاندارد با طیف چهار گزینه‌ای Likert توسط سازنده‌ی آن (Goldberg) کدبندی و نمرات صفر تا ۴ برای هر سوال در نظر گرفته شد. جمع نمرات ۲۸ سوال برابر ۸۴ بود که در چهار قسمت برای چهار بعد سلامت روانی یعنی سلامت جسمی با نمره‌ی ۱ تا ۲۸، اضطراب با نمره‌ی ۲۹ تا ۵۶، مدیریت فردی یا کارکرد اجتماعی با نمره‌ی ۵۷ تا ۸۴ و افسردگی با نمره‌ی ۸۴ تا ۱۱۲ طبقه‌بندی شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه این اطلاعات وارد کامپیوتر و نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ گردید. این آمارها با شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توصیف و سپس با آزمون‌های آماری مربوطه برحسب آزمون‌های غیر پارامتریک مانند کای دو ( $\chi^2$ )، Vikakson & Keraskalaliss و آزمون‌های مناسب دیگر مورد تحلیل قرار گرفت.

فردی و رفتارهای سالم و مفید اجتماعی، کاهش سوء مصرف مواد مخدر و پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی مؤثر قلمداد کرده است (۸).

در خارج از کشور نیز Codony و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های ارتباطی به نوجوانان باعث افزایش اعتماد به نفس، احساس رضایت‌مندی از زندگی و بهبود حل مسأله در بین آنان شده است (۹).

Davies و Craig در تحقیق خود تعداد ۱۶ نوجوان ۱۲ تا ۱۶ ساله (۱۰ پسر و ۶ دختر) را انتخاب کردند. سپس آن‌ها را به دو صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار دادند. گروه آزمایشی تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند و نتایج تحقیقا نشان داد که این آموزش در بهبود توانایی برقراری ارتباط مثبت و همچنین انعطاف‌پذیری نوجوانان مؤثر بوده است (۱۰).

Saxena و Lora در یک برنامه‌ی آموزشی مهارت‌های زندگی به ۱۱۶ زن نشان داد که آموزش این مهارت‌ها به زنان با عزت نفس پایین منجر به افزایش عزت نفس و حمایت اجتماعی و احساس کفایت در آنان می‌شود (۱۱).

نتایج پژوهشی که اثر آموزش مهارت‌های زندگی را در زمینه‌ی خودآگاهی بررسی نمود، نشان داد که به دنبال این آموزش، دانش‌آموزان صداقت بیشتر، نوع‌دوستی بیشتر و پرخاش‌گری کمتر نشان می‌دهند (۱۲). هدف کلی تحقیق حاضر تعیین رابطه‌ی بین میزان سلامت روانی با مهارت‌های زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده است.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع تحلیلی - مقطعی است. از روش پیمایشی در این مطالعه استفاده گردید. جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه‌ی دانشجویان هفت دانشکده‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که بر اساس فرمول نمونه‌گیری مورگان ۳۸۴ نفر از دانشجویان در سال ۸۹ در نظر گرفته شدند. جهت افزایش دقت نمونه‌ی مورد مطالعه و پیش‌بینی پرسش‌نامه‌های بی‌جواب حجم نمونه تعداد ۴۰۰ نفر از دانشجویان در نظر گرفته شدند. معیار ورود و خروج دانشجویان در تحقیق سال دوم به بالا بود. این تعداد به صورت سهمیه‌ای از دانشکده‌های مختلف در نظر گرفته شدند.

### یافته‌ها

راجع به میزان سلامت روانی و مهارت‌های زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌طور خلاصه نتایج مهم زیر به‌دست آمد (جدول ۱).

الف: بالاترین مهارت‌های زندگی تا پایین‌ترین آن به ترتیب در دانشکده‌های توان‌بخشی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، پزشکی، دندان‌پزشکی، پرستاری، بهداشت و داروسازی بوده است. مهارت‌های زندگی از نظر دانشکده‌ها، مقاطع تحصیلی، شغل پدر دانشجویان و تعداد اولاد خانواده از اختلاف معنی‌داری برخوردار نبود و تنها از نظر رشته‌های تحصیلی از تفاوت معنی‌دار برخوردار بود.

ب: راجع به سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌طور خلاصه نتایج مهم زیر به‌دست آمد: بالاترین سلامت روانی تا پایین‌ترین آن به ترتیب در دانشکده‌های پزشکی، دندان‌پزشکی، بهداشت، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، داروسازی، پرستاری و توان‌بخشی بوده است. شاید دلیل بالا بودن سطح بهداشت روانی در دانشکده‌ی پزشکی و دندان‌پزشکی ارزش‌های اجتماعی است که جامعه و خانواده‌ها و در نتیجه دانشجویان برای این دو رشته در نظر دارند. سلامت روانی از نظر رشته‌های تحصیلی، مقاطع تحصیلی، شغل پدر دانشجویان و تعداد اولاد خانواده از اختلاف معنی‌داری برخوردار نبود و تنها از نظر دانشکده‌ها از تفاوت معنی‌دار برخوردار بود.

جدول ۱: میزان سلامت روانی و مهارت‌های زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی (سال ۱۳۸۹ خورشیدی)

شاخص	مدیریت و اطلاع‌رسانی	توان‌بخشی	پزشکی	پرستاری	بهداشت	داروسازی	دندان‌پزشکی
سلامت روان	۱۱/۹۲±۷۶/۴۳	۱۳/۰۳±۷۲/۹۲	۱۰/۵۴±۸۰/۷۱	۱۲/۶۸±۷۳/۳۶	۱۰/۶۹±۷۷/۱۳	۱۲/۱۵±۷۴/۰۸	۱۵/۰۳±۷۷/۲۵
مهارت‌های زندگی	۵/۱۶±۷۱/۶۴	۵/۸۰±۷۱/۷۲	۶/۲۹±۷۱/۱۷	۶/۴۵±۶۹/۶۲	۵/۸۲±۶۹/۴۹	۷/۰۴±۶۹/۳۸	۷/۱۳±۷۱/۱۱

### بحث

رابطه‌ی مهارت‌های زندگی و سلامت روانی دانشجویان مهم‌ترین هدف این تحقیق بوده و به همین جهت سوابق تحقیقات مشابه برای این هدف در تحقیق، آورده شده است. راجع به رابطه‌ی این دو متغیر در این تحقیق و مقایسه‌ی آن با تحقیقات مشابه به‌طور خلاصه نتایج زیر به‌دست آمد.

در رابطه با فرضیه‌ی وجود رابطه بین مهارت‌های زندگی و سلامت عمومی یا روانی دانشجویان با آزمون همبستگی Spearman، نتیجه‌ی آزمون عدد  $Pvalue < 0.05$  به‌دست آمد که حاکی از رابطه‌دار بودن این دو متغیر یعنی مهارت زندگی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. آزمون من ویتنی و آزمون کای دو ( $\chi^2$ ) نیز این نتیجه را تأیید کرد که افزایش و یا کاهش مهارت زندگی باعث افزایش و کاهش سلامت روان می‌شود.

آزمون همبستگی Spearman & Kendal رابطه‌دار بودن آن‌ها را در جهت مستقیم تأیید نمود. شاید در تفسیر آن بتوان گفت

علت این امر آن است که وقتی انسان مهارت‌های زندگی را فرا می‌گیرد، سلامت روانی با مدیریت فردی و بین فردی افزایش می‌یابد.

از نظر مقایسه با تحقیقات مشابه، نتایج این تحقیق یعنی رابطه داشتن مهارت زندگی با سلامت روان با تحقیق انجام شده در بیمارستان کاشانی توسط نوری (۲) هم‌خوانی دارد، زیرا میانگین اختلال در سلامت روانی گروه آزمایش با آموزش مهارت‌های زندگی در کارکنان بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان در پس آزمون بسیار کاهش یافته و اختلال در سلامت عمومی از ۵۹/۹ به ۳۸/۲۵ و اختلال افسردگی از ۱۳/۸۵ به ۹/۷۰ رسیده بود و در تحقیق حاضر رابطه‌ی آن‌ها معنی‌دار و مستقیم به‌دست آمد.

از نظر مقایسه‌ی نتایج این تحقیق با تحقیقات مشابه دیگران از جمله طارمیان (۸)، رابطه‌ی مهارت زندگی با سلامت روان به اثبات رسیده است. مهم‌ترین محدودیت این تحقیق عدم پاسخ بعضی از دانشجویان مورد مطالعه بود.

## نتیجه‌گیری

در این تحقیق به نظر می‌رسد با توجه به دولتی بودن دانشگاه و اهمیت جامعه برای دانشگاه‌های دولتی، سلامت روانی و مهارت زندگی دانشجویان در سطح متوسط به بالا قرار دارد. در مقایسه با سایر نتایج در دیگر موسسات نتایج این تحقیق رضایت‌بخش است.

همان‌طور که اشاره شد فاکتور تأهل، مقطع، شغل پدر و تعداد اولاد خانواده در هر دو متغیر از اختلاف معنی‌داری برخوردار نبود. یعنی اثری در سلامت روانی و مهارت‌های زندگی نشان نداد. ولی رشته‌ی تحصیلی برای مهارت‌های زندگی و جنس و دانش‌کده برای سلامت روان از اختلاف معنی‌داری برخوردار بود. یعنی مهارت‌های زندگی در رشته‌های عمدتاً علمی مانند داروسازی تفاوت معنی‌داری نشان داد. سلامت روانی در مذکر و مونث و دانش‌کده‌های مختلف نیز تفاوت معنی‌داری داشت. در تمامی تحقیقات فوق و از جمله تحقیق حاضر رابطه‌ی مهارت زندگی با سلامت روان به اثبات رسیده و بنابراین موارد زیر برای محیط‌های آموزشی و به‌خصوص دانشجویان دانشگاه پیشنهاد می‌شود.

## پیشنهادها

بر مبنای نتایج این تحقیق و در مقایسه با نتایج تحقیقات مشابه تأکید بر موارد زیر ضروری به نظر می‌رسد.

- ممیزی مکرر میزان مهارت زندگی دانشجویان و ارتقای آن به بالاتر از متوسط ۷۰ درصد موجود،
- ممیزی مکرر میزان سلامت عمومی دانشجویان و ارتقای آن به بالاتر از متوسط ۸۰ درصد موجود،
- طراحی دروسی در دانشگاه برای ایجاد مهارت‌های زندگی در دانشجویان،
- طراحی برنامه‌هایی برای تأمین سلامت روانی دانشجویان در دانشگاه،
- ارتقای سلامتی این قشر فرهیخته به‌عنوان الگوهای جامعه در آینده،
- خدمات شایسته‌تر دانشجویان و دانش‌آموختگان به جامعه در این دو مهارت،
- ارتقای مشارکت‌های مردمی با استفاده از مهارت‌های ارتباطی این گروه فرهیخته،
- نهایتاً افزایش سلامت مردم از طریق مشاوره و در نتیجه کاهش هزینه‌های دولتی یا شخصی.

## References

1. Khoshkam Z. Survey of Effectiveness Education with Dynamism Group Method on Social Skills of Low Seeing Students in Isfahan Ababasir Rehabilitation Center [MSc Thesis in Persian]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2008.
2. Nori A. Survey of Citizenship Skills Education Influence on and Public Health of Kashani Hospitals Nurses in Esfahan [MSc Thesis in Persian]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2009.
3. Fakhri M. Survey of Relationship Between Living Skills, Depression and Anxiety Between Children [Theses in Persian]. Tehran, Iran: Tehran University; 2005.
4. Mehrabizadeh Honarman M, Gravand L, Arzi S. Survey of Relationship between Living Skills on anxiety, Depression. Culture and Women Journal 2009; 1(1): 3-16. [In Persian]
5. Kayvand F, Shafi Abadi A, Soudani M. Survey of Relationship between Living Skills Education on Social Anxiety of Boy Students in Nine Class of aria 4 of Ahvaz City. Knowledge and Research in Applied Psychology 2009; 42: 1-24. [In Persian]
6. Vafaiein M, Azadnia A. Survey of Relationship between Social Skills Willingness Styles of Yazd City Student. Yazd, Iran; 2005. [In Persian]
7. Aghajani M. Investigation of Life Style Education Influence on Mental Health [MSc Thesis in Persian]. Tehran: Alzahra University; 2002.
8. Tareman F, Mahjouie M. Living Skills. 3th ed. Gume: Monadi Tarbiat Culture Organization; 2000. [Book in Persian]
9. Codony M, Alonso J, Almansa J, Bernert S, de Girolamo G, de Graaf R, et al. Perceived need for mental health care and services use among adult in western Europe. Psychiatr Serv 2009; 60(8): 1051-58.
10. Davies T, Craig TKJ. ABC of mental health. London: BMJ book; 1998.

11. Saxena S, Lora A, Ommeren M, Barrett T, Morris J, Saraceno B. WHO' s assessment instrument for mental health systems. *Psychiatric Services* 2007; 58(6): 816-21.
12. Sharifi V. Urban mental health in Iran: challeges and directons. *Iranian journal of psychiatry and behavioral* 2009; 3(1): 9-14.

## Survey of Relationship between Living Skills Rate and Mental Health Rate of Students in Isfahan University of Medical Sciences\*

Asadollah Sham<sup>1</sup>; Keivan Kaveh<sup>2</sup>; Bahare Afrog<sup>3</sup>; Sahar Ahmadi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Lack of mental health and living skills are one of reason of human resource management hazards in any organization. These two variables are necessary as communication ability for problem solving in living problems. Each student needs these two factors for collaborating in work or study environments. The purpose of this research is to survey of mental health and living skills and relation between them in students of Isfahan University of Medical Sciences.

**Methods:** Research type was analytical and cross-sectional study. Survey population was all students of seven faculty of Isfahan University of Medical Sciences. As Morgan sampling table 384 students were selected as sample at 2010. Data was collected by two questionnaires. The first one was made by researcher for living skills and in other one Gold Berge's questionnaire was used for mental health. Collected data were analyzed by SPSS16. Data validity by experts and data reliability by SPSS16 and Cronbach's alpha ( $R > 80\%$ ) was confirmed.

**Results:** The highest health mental mean score belonged to medical college students with ( $84.71 \pm 10.54$ ) and the lowest health mental mean score belonged to students of rehabilitation college with ( $72.92 \pm 13.03$ ). The highest living skills mean score belonged to management and medical informatics college students with ( $71.64 \pm 5.16$ ) and the lowest living skills mean score belonged to students of Pharmacology College with ( $69.38 \pm 7.04$ ). Differences between two variables (Living Skills and Health Mental) were significant. Living skills variable according to student subjects and mental health according to faculties and sex had significant differences. These tow variables had no significant according to other demographic variable as study qualification, father's job and the number of family members.

**Conclusion:** These tow variable score were almost upper than 70 and it was good for this time. But results of this research and similar researches show that these student's living skills and mental health need more promotion. So the living skills or mental health lesson is suggested in some suitable subject of Isfahan University of Medical Sciences.

**Keywords:** Mental Health; Anxiety; College Students; Desperation

Received: 26 June, 2013

Accepted: 27 Nov, 2013

**Citation:** Sham A, Kaveh K, Afrog B, Ahmadi S. **Survey of Relationship between Living Skills Rate and Mental Health Rate of Students in Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1065.

\* This article is derived from Research Project (No. 290069) supported by vice chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Management and Pedagogy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: Shams@mng.mui.ac.ir

2- MSc Student, Education Management, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

3- BSc, Health Information Technology, Emam Mousa Kazem Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# عوامل مؤثر بر هدر رفت دارویی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان (دولتی، خصوصی و خیریه)\*

سعید کریمی<sup>۱</sup>، مریم یعقوبی<sup>۲</sup>، فایزه سیرانی<sup>۳</sup>، مشکات عباسی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** مصرف زیاد دارو در کشور، تغییر مداوم الگوهای دارو درمانی و حیف و میل شدن مقادیر قابل ملاحظه‌ای از داروها به صورت‌های گوناگون، اهمیت بررسی عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو را دو چندان می‌کند. هدف از این پژوهش تعیین عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ بوده است.

**روش بررسی:** این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی است. جامعه‌ی پژوهش شامل مدیر، مترون، سوپروایزر، سرپرستار بخش و مسؤول فنی داروخانه در بیمارستان‌های آموزشی، غیر آموزشی خصوصی و خیریه‌ی منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ خورشیدی بود که به روش سرشماری و به تعداد ۴۰ نفر نمونه‌ها انتخاب شدند. جمع‌آوری اطلاعات طی دو مرحله از طریق دو پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته انجام شده است. برای سنجش روایی پرسش‌نامه‌ها از روش Expert Judgment استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش Cronbach's alpha ( $\alpha=0/85$ ) مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده از پرسش‌نامه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

**یافته‌ها:** در بیمارستان خیریه حیطه‌ی ثبت دارو بیش‌ترین نمره (۹۲/۰۴) و آموزش کم‌ترین نمره (۶۱/۳۶) را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان آموزشی کمیته‌ی دارو بالاترین نمره (۸۶/۸۱) و داروهای مازاد پایین‌ترین نمره (۷۱/۲۱) را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان غیر آموزشی نگه‌داری و آماده‌سازی دارو بالاترین نمره (۹۱/۸۵) و حیطه‌ی آموزش (۶۱/۳۶) کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان خصوصی حیطه‌ی نگه‌داری و آماده‌سازی دارو بالاترین نمره (۸۵/۲۲) و حیطه‌ی کمیته‌ی دارو کم‌ترین نمره (۵۵/۹) را به خود اختصاص داده است.

**نتیجه‌گیری:** برای کاهش هدررفت دارو در بیمارستان‌ها توجه به فرایند مدار نمودن و مستندسازی گردش دارو در انبار دارویی، داروخانه و استوک بخش و همچنین استفاده از سیستم HIS متمر ثمر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** داروها؛ بیمارستان‌ها؛ هدررفت دارو

به‌سزایی می‌تواند داشته باشد (۱). از طرفی یکی از مهم‌ترین عوامل در تعیین کیفیت و کمیت خدمات درمانی ارایه شده در بیمارستان‌ها چگونگی ارایه‌ی خدمات دارویی می‌باشد.

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۰۰۹۳، مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: yaghoobbi997@gmail.com

۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۱۵ اصلاح نهایی: ۹۲/۱۰/۴

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۵

**ارجاع:** کریمی سعید، یعقوبی مریم، سیرانی فایزه، عباسی مشکات. عوامل مؤثر بر هدر رفت دارویی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان (دولتی، خصوصی و خیریه). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۷۴-۱۰۶۶.

### مقدمه

دارو به عنوان یک کالای استراتژیک مشمول یارانه در کشور و نیازی اساسی برای عامه مردم بوده و به این ترتیب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و استفاده‌ی غیر منطقی و غیر اصولی از این کالا در اقتصاد خانوار و هم در روند درمان تأثیر

سیستم دارو درمانی را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد (۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عوامل متعددی از جمله دخالت مستقیم و گسترده‌ی بهیاران در تجویز دارو و نظارت ناکافی در این مورد، عدم ثبت صحیح دارو در سیستم اطلاعات سلامت (Health Information System: HIS)، تجویز و ثبت تجویزها توسط افراد مختلف گروه پرستاری، ... می‌تواند زمینه‌ساز هدر رفتن و یا حتی تهدید کردن سلامت بیمار و ایمنی دارو درمانی باشد (۶). سلیمانی و همکاران در تحقیقی اهمیت شاخص‌هایی نظیر جمعیت، تعداد پزشک، شاخص‌های بهداشتی و پراکندگی بیماری‌ها، در تدوین الگوهای توزیع دارو در نقاط مختلف کشور را بیان کردند (۸). در دهه‌های اخیر سیستم تهیه، توزیع، نگهداری و کنترل دارویی در بیمارستان‌ها در سطح جهانی تحول کمی و کیفی چشم‌گیری داشته است. به‌طوری‌که کارایی و ایمنی روش‌های جدید در مقایسه با روش‌های سنتی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است اما در کشور ما این روش‌ها کم‌تر دچار تغییر و تحول شده‌اند و هم‌چنان غالب قدیمی خود را حفظ کرده‌اند (۶). علاوه بر موارد فوق این نکته قابل ذکر است که سیاست‌های سخت‌گیرانه‌ی دولت بر پایین نگه‌داشتن قیمت دارو (۹) موجب شده است که هزینه‌ی نسخه‌ی دارویی در ایران در مقایسه با خیلی از کشورهای دنیا پایین باشد، این نکته نیز شایان ذکر است که در کشور ایران اگر مصرف دارو با این حجم و با قیمت‌های واقعی حساب شوند، هزینه‌ی هر دارو ۹ برابر هزینه‌های کنونی خواهد بود (۱۰) که به موجب آن مسأله‌ی حیف و میل شدن و هدر رفتن دارو (پرت دارو) در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مواجهه پیش می‌آید. این مسأله می‌تواند پایه‌گذار هزینه‌های زیادی در این بخش گردد. با همه‌ی تأکیدی که توسط سازمان‌های بین‌المللی نظیر (World Health Organization) در تدوین داروهای اساسی و سیاست ملی دارو در کشورها صورت گرفته و می‌گیرد، اما متأسفانه وزارت بهداشت هنوز نتوانسته در این خصوص اقدام مؤثری را صورت دهد. در حالی که هزینه‌ی بخش دارو در بیش‌تر کشورهای توسعه یافته، کم‌تر از یک

به‌گونه‌ای که داروها نقش مهمی را در بازگشت سلامتی در جامعه دارند (۲). بی شک یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه و پیشرفت در هر جامعه‌ای وضعیت بهداشتی درمانی آن جامعه می‌باشد که در همین رابطه وجود داروهای اساسی و پیش‌بینی و تدارک کافی و به موقع آن که جزو اصول مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) نیز می‌باشد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳). از طرفی نحوه‌ی صحیح نگه‌داری، توزیع و استفاده از داروها، مدیریت صحیح منابع انسانی و مالی در تأمین و تدارک دارو و ملزومات مصرفی، آموزش و به‌کارگیری نیروی انسانی مجرب، نظام مستندسازی و به‌ویژه ارتباطات صحیح و کنترل شده‌ی بخش‌های مختلف بیمارستان با بخش خدمات دارویی همگی از عوامل بسیار مؤثر در کیفیت و کمیت خدمات دارویی بیمارستان می‌باشد (۲). همان‌طور که بیان شد استفاده‌ی زیاد و نابجای اقلام دارویی باعث کاهش اثر مطلوبیت نهایی در مصرف کننده می‌شود (۴). زیرا واحدهای اضافی داروی تجویزی هیچ فایده‌ای برای بیمار نداشته و فقط منجر به افزایش هزینه‌های دارویی و نیز از بین رفتن سرمایه‌ی ملی در جهت تأمین این داروها می‌شود و بار هزینه‌های اضافی را به دوش اقتصاد بیمارستان می‌کشد (۵). نتایج تحقیقات دیگر نیز حاکی از آن است که توزیع نادرست دارو و نبود نظارت بر آن با پیامدهای نامطلوب همراه است که باعث طولانی‌تر شدن زمان بستری بیماران می‌شود (۳). در یک تحقیق نشان داده شد که عوارض نامطلوب تجویز داروها که گاه بر اثر تجویز و توزیع نادرست به وجود می‌آید، مدت اقامت بیماران را در بیمارستان‌ها به دو برابر افزایش می‌دهد (۶). همه‌ی این موارد نشان‌دهنده‌ی اهمیت توجه به مقوله‌ی دارو و استفاده مناسب و بهینه از داروها در بیمارستان‌ها به‌منظور جلوگیری از هدر رفت دارو و تحمیل هزینه‌ی مازاد به سیستم می‌باشد. در تأیید این موضوع مرتضوی در تحقیقی بیان داشته است که سیستم فعلی ارائه‌ی خدمات دارویی و مدیریت داروخانه در بیمارستان‌ها دارای کاستی‌ها و ناهنجاری‌های متعددی است که موجب اتلاف سرمایه‌های مالی و انسانی شده و کارایی

واحد تحت عنوان مدیران پرستاری در نظر گرفته شدند. اطلاعات به‌دست آمده از پرسش‌نامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS و جداول مربوطه تجزیه و تحلیل شدند. برای سنجش روایی پرسش‌نامه‌ها از روش Expert Judgment بهره گرفته شد. به این ترتیب که پرسش‌نامه‌ی تدوین شده به همراه توضیحاتی در مورد واژگان و مفاهیم پرسش‌نامه به ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه، ۵ نفر از مدیران و مسؤولین بیمارستان‌ها و ۶ نفر از مترون بیمارستان‌ها داده شد و از آن‌ها خواسته شد که نظرات خود را در رابطه با محتوا، ساختار و نحوه‌ی نگارش پرسش‌نامه و شکل ظاهری آن بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادات ارایه شده و تأیید نهایی آن توسط سایر خبرگان اعتبار محتوای پرسش‌نامه تضمین گردید. پایایی پرسش‌نامه نیز به روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. در مجموع Cronbach's Alpha پرسش‌نامه ۰/۸۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده‌ی قابلیت اعتماد و پایایی پرسش‌نامه می‌باشد.

### یافته‌ها

در بیمارستان خیریه حیطه‌ی ثبت دارو بیش‌ترین نمره (۹۲/۰۴) و آموزش کم‌ترین نمره (۶۱/۳۶) را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان آموزشی کمیته‌ی دارو بالاترین نمره (۸۶/۸۱) و داروهای مازاد پایین‌ترین نمره (۷۱/۲۱) را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان غیر آموزشی نگه‌داری و آماده‌سازی دارو بالاترین نمره (۹۱/۸۵) و حیطه‌ی آموزش (۶۱/۳۶) کم‌ترین نمره را به خود اختصاص داده است. در بیمارستان خصوصی حیطه‌ی نگه‌داری و آماده‌سازی دارو بالاترین نمره (۸۵/۲۲) و حیطه‌ی کمیته‌ی دارو کم‌ترین نمره (۵۵/۹) را به خود اختصاص داده است (جدول ۱).

با توجه به نمودار ۱ بیمارستان غیر آموزشی از بهترین وضعیت در بین بیمارستان‌های مورد مطالعه در مورد استفاده‌ی بهینه از منابع دارویی و جلوگیری از هدر رفت آن‌ها برخوردار می‌باشد.

پنجم کل هزینه‌های دولتی و خصوصی در بخش سلامت است که در کشورهای دارای اقتصاد در حال گذار حدود ۱۵ الی ۳۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۲۵ الی ۶۶ درصد را به خود اختصاص می‌دهند (۱۱). مصرف زیاد دارو در کشور، تغییر مداوم الگوهای دارو درمانی و حیف و میل شدن مقادیر قابل ملاحظه‌ای از داروها به صورت‌های گوناگون که در نتیجه‌ی نبود نظام صحیح دارورسانی در بیمارستان‌ها و عدم نظارت و کنترل دقیق بر امور دارویی می‌باشد، اهمیت بررسی عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو را دو چندان می‌کند (۷). از این رو این پژوهش به منظور بررسی عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان (آموزشی، غیر آموزشی، خیریه، خصوصی) در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت.

### روش بررسی

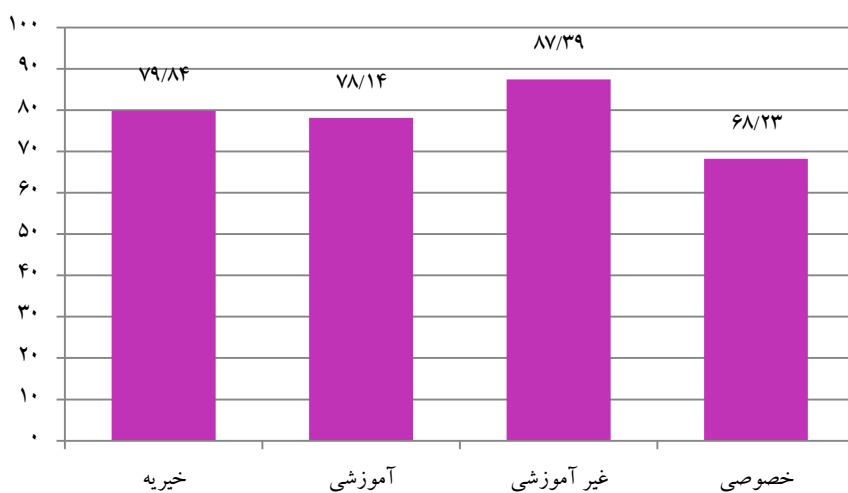
این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی است. مکان انجام پژوهش بیمارستان‌های آموزشی، غیر آموزشی خصوصی و خیریه‌ی منتخب شهر اصفهان بوده است. زمان انجام پژوهش در سال ۱۳۸۹ بوده است. نمونه‌ی پژوهش شامل مدیر، مترون، سوپروایزر، سرپرستار بخش و مسؤول فنی داروخانه که به صورت تصادفی ساده و به تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند، بود.

جمع‌آوری اطلاعات در طی دو مرحله از دو پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته انجام شده است. در پرسش‌نامه‌ی اول سوالات مربوط به عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو به حیطه‌های نگه‌داری و آماده‌سازی دارو، ثبت دارو، نظارت و کنترل، نقش کمیته‌ی دارو، داروهای مازاد و آموزش تقسیم‌بندی شد. در مرحله‌ی بعد از عوامل به‌دست آمده از پرسش‌نامه‌ی مرحله اول، پرسش‌نامه‌ی دیگری با عنوان راهکارهای کاهش پرت دارویی در حیطه‌های مشابه پرسش‌نامه‌ی اول فهرست‌بندی شد و بین افراد صاحب‌نظر توزیع شد و به هر راهکار نمره‌ی ۱ تا ۵ داده شد. در هنگام تجزیه و تحلیل سوالات بر اساس سمت‌های سازمانی آن‌ها (مدیر ارشد، مدیر پرستاری و مسؤول فنی داروخانه) بررسی شد. گروه‌های مترون، سوپروایزر، سرپرستار در تجزیه و تحلیل داده‌ها در گروهی



جدول ۱: توزیع میزان هدررفت دارو از منظر صاحب نظران بر اساس حیطه‌های طراحی شده در بیمارستان‌های مختلف

بیمارستان‌ها	حیطه‌ها	نگه‌داری و آماده‌سازی دارو	ثبت دارو	نظارت و کنترل	کمیته‌ی دارو	داروهای مازاد	آموزش	نمره‌ی کل
آموزشی		۷۸/۶۹	۸۴/۵۴	۷۵/۹۸	۸۶/۸۱	۷۱/۲۱	۷۱/۵۹	۷۹/۸۴
غیر آموزشی		۹۱/۸۵	۷۸/۰۴	۷۹/۳۹	۸۵/۴۵	۷۴/۲۴	۶۱/۳۶	۷۸/۱۴
خیریه		۹۱/۶۶	۹۲/۰۴	۷۵/۲۲	۹۱/۳۶	۶۷/۴۲	۶۱/۳۶	۸۷/۳۹
خصوصی		۸۵/۲۲	۶۹/۵۴	۶۱/۲۱	۵۵/۹	۷۱/۵۹	۶۵/۹	۶۸/۲۳
نمره‌ی کل		۸۹/۱	۸۳/۲۹	۷۲/۹۵	۷۹/۸۸	۷۱/۱۱	۶۹/۰۵	۷۷/۵۷



نمودار ۱: میانگین هدررفت دارو بر اساس حیطه‌های طراحی شده در بیمارستان‌های مختلف

جدول ۲: درصد راهکارهای به‌دست آمده بر اساس حیطه‌های طراحی شده

درصد	ردیف	گویه‌ها
		الف: نگه‌داری و آماده‌سازی دارو
۷۴/۱	۱	داروهای قدیمی زودتر از داروهای جدید (تاریخ جدید) مصرف شود، به منظور این‌که داروی تاریخ گذشته‌ای در استوک دارویی نباشد.
۷۷/۱	۲	در انبار دارویی به نقطه‌ی حداقل، حداکثر و سفارش کالا توجه شود.
۴۵/۷	۳	داروهای هر بیمار در قفسه‌ی جداگانه‌ای در بخش نگه‌داری شود.
۷۴/۱	۴	فضای مناسب و استاندارد جهت انبار دارویی، داروخانه و استوک بخش اختصاص داده شود و این سه بخش به صورت علمی اداره شود.
۶۲/۸	۵	در استوک بخش برای هر دارو کارتی در نظر گرفته شود که موجودی روز با کارت تطبیق داده شود.
۶۵/۷	۶	استانداردهای پرسنلی در اداره‌ی داروخانه و انبار دارویی بیمارستان رعایت شود.
۶۲/۸	۷	حمل دارو در بیمارستان جهت پیشگیری از آسیب دیدن داروها استاندارد شود.

## ادامه جدول ۲: درصد راهکارهای به‌دست آمده بر اساس حیطه‌های طراحی شده

۹۱/۴	فرآیندمدار نمودن و مستندسازی ارتباط داروخانه، بخش و انبار دارویی به منظور مستند نمودن فعالیت بخش‌های مذکور.	۸
۶۵/۷	بالا بردن کیفیت داروهای تولید داخل به‌منظور اثربخشی مناسب این داروها تا از هدر رفت منابع جلوگیری به عمل آید.	۹
۷۷/۱	فرآیندمدار نمودن و مستندسازی گردش داروهای مخدر، گران قیمت و اورژانسی و نظارت بر مصرف آن‌ها.	۱۰
ب: ثبت دارو		
۹۴/۲	دستورات دارویی پزشک برای هر بیمار بلافاصله پس از معاینه‌ی وی بر بالین او ثبت شود تا از ثبت اشتباه جلوگیری شود و بلافاصله دستورات دارویی پزشک در سیستم HIS ثبت شود.	۱۱
۸۵/۷	اقلام مصرفی بیمار حتماً وارد سیستم HIS شود و نظارت دقیقی بر ثبت اقلام داشته باشند.	۱۲
۷۴/۲	ثبت اطلاعات و تغییرات دارویی در بخش برای جلوگیری از اشتباه و به‌عنوان یکی از وظایف سرپرستار انجام شود.	۱۳
ج: نظارت و کنترل		
۷۷/۱	در انبار دارویی بیمارستان تاریخ مصرف داروها به‌طور مداوم کنترل شود.	۱۴
۹۱/۴	در استوک دارویی بخش تاریخ مصرف داروها به‌طور مداوم کنترل شود.	۱۵
۷۴/۲	در داروخانه بیمارستان تاریخ مصرف داروها به‌طور مداوم کنترل شود.	۱۶
۶۵/۷	داروساز بیمارستان، یکی از اعضای تیم درمان، به‌هنگام تجویز دارو توسط پزشک به‌منظور مشاوره بر بالین بیمار حضور داشته باشد.	۱۷
۶۵/۷	مسئول فنی داروخانه نظارت مستمر و مستقیمی بر اقلام دارویی در استوک بخش داشته باشد.	۱۸
۸۲/۸	مسئول فنی داروخانه نظارت مستمر و مستقیمی بر اقلام دارویی در داروخانه بیمارستان داشته باشد.	۱۹
۸۰	عملکرد پرستاران توسط سرپرستار و سوپروایزر نظارت شود.	۲۰
۶۸/۲	مسئول فنی داروخانه نظارت کافی بر مطابقت درخواست اولیه با فاکتور فروش شرکت ارسال کننده داشته باشد.	۲۱
۶۵/۷	نظارت بر تجویز دارو توسط پزشک به‌وسیله‌ی شورای پزشکی بیمارستان انجام شود.	۲۲
۷۷/۱	پرستاران نظارت کافی بر مصرف دارو در بخش داشته باشند.	۲۳
۶۸/۲	نظارت صحیح و علمی بیمه‌های خدمات درمانی در جهت کاهش هدر رفت دارو وجود داشته باشد.	۲۴
۸۰	نظارت داروساز بر نسخه‌های ارسالی و کنترل عوارض جانبی و تداخلات دارویی در نسخه‌ها وجود داشته باشد.	۲۵
۸۵/۷	تدوین دستورالعمل مناسب در رابطه با برخورد با متخلفین در امر هدر رفت دارو.	۲۶
د: نقش کمیته‌ی دارو		
۸۲/۸	کمیته‌ی دارویی بیمارستان در تهیه، توزیع، نگهداری و مصرف داروها نظارت داشته باشد.	۲۷
۸۵/۸	کمیته‌ی دارو در بیمارستان، فارماکوپه‌ی رسمی بیمارستان را تدوین و منتشر سازد.	۲۸
۹۴/۲	جایگاه مناسب جهت کمیته دارو در بیمارستان جهت ایفای نقش خواسته شده تعریف شود.	۲۹

## ادامه جدول ۲: درصد راهکارهای به دست آمده بر اساس حیطه‌های طراحی شده

۷۴/۱	مسئول فنی داروخانه بیمارستان در کمیته‌ها و شوراهایی که عضو آن است، حضور مؤثر و فعال داشته باشد.	۳۰
ه: داروهای مازاد		
۷۴/۲	داروهای مصرف نشده برای هر بیمار ثبت و به داروخانه عودت داده شود.	۳۱
و: آموزش		
۶۸/۲	منابع علمی غنی و مناسب، کتب مرجع مختلف در رابطه با فارماکوتراپی، تداخلات دارویی و به‌طور کلی اطلاعات دارویی در نظر گرفته شود.	۳۲
۱۰۰	برنامه‌ی آموزشی در مورد هدررفت دارو برای پرسنل در نظر گرفته شود.	۳۳
۸۰	ارتقای سیستم آموزش در خصوص گروه پزشکی در مورد اصول نسخه‌نویسی منطقی و آشنایی جامع و کامل با داروها و عوارض آن‌ها به‌صورت مستمر و مداوم انجام شود.	۳۴

مازاد و آموزش نادرست و ناکافی به پرسنل بیش‌ترین تأثیر را بر هدررفت دارو داشته است که بخشی از آن را می‌توان با در نظر گرفتن دوره‌های آموزشی در بیمارستان کاهش داد. با بررسی بیمارستان غیرآموزشی، مشخص می‌شود که حیطه‌ی نگاه‌داری و آماده‌سازی دارو از وضعیت خوبی برخوردار است و کم‌ترین نقش را در هدررفت دارو دارد و حیطه‌ی آموزش (آموزش نادرست و ناکافی به پرسنل) بیش‌ترین تأثیر را بر هدررفت دارو دارد که نیازمند توجه بیش‌تری در این زمینه است.

در بیمارستان خیریه بیش‌ترین نمره به حیطه‌ی ثبت دارو و سپس به حیطه‌ی نگاه‌داری و آماده‌سازی دارو و پس از آن به حیطه‌ی کمیته‌ی دارو و کم‌ترین نمره به حیطه‌ی آموزش اختصاص داده شده است که نشان می‌دهد در این بیمارستان نیز آموزش نادرست و ناکافی به پرسنل بیش‌ترین تأثیر را در هدررفت دارو داشته است. به دایر نمودن کلاس بازآموزی پیرامون اطلاعات دارویی برای پرسنل بالینی به شکل منظم (۱۲) و آموزش و توجیه پرسنل داروخانه با آخرین تغییرات عصر جدید (۵) در سایر پژوهش‌ها نیز اشاره شده است.

با بررسی بیمارستان خصوصی نتیجه‌گیری می‌شود که حیطه‌ی نگاه‌داری و آماده‌سازی دارو کم‌ترین نقش را در هدررفت دارو داشته است، در حالی که حیطه‌ی کمیته‌ی دارو بیش‌ترین تأثیر را داشته است. به این دلیل است که کمیته‌ی منظمی با عنوان کمیته‌ی دارو در این بیمارستان وجود ندارد. کمیته‌ی دارویی

بر اساس الویت‌بندی راهکارها پنج راهکار زیر بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند (جدول ۲).

۱. برنامه‌ی آموزشی در مورد هدررفت دارو برای پرسنل در نظر گرفته شود.
۲. جایگاه مناسب جهت کمیته دارو در بیمارستان جهت ایفای نقش خواسته شده تعریف شود.
۳. دستورات دارویی پزشک برای هر بیمار بلافاصله پس از معاینه‌ی وی بر بالین او ثبت شود تا از ثبت اشتباه جلوگیری شود و بلافاصله دستورات دارویی پزشک در سیستم (Hospital Information System) ثبت شود.
۴. فرایندمدار نمودن و مستندسازی ارتباط داروخانه، بخش و انبار دارویی به منظور مستند نمودن فعالیت بخش‌های مذکور.
۵. در استوک دارویی بخش تاریخ مصرف داروها به‌طور مداوم کنترل شود.

## بحث

در این پژوهش عوامل مؤثر بر هدر رفت دارو مشخص شده است که می‌توان از این طریق راهکارهایی برای جلوگیری از هدر رفت دارو در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ارایه داد و منجر به کاهش هزینه‌های بیمارستانی در زمینه‌ی دارو و استفاده‌ی بهینه از منابع مالی و دارویی شد. نتایج نشان می‌دهد که در بیمارستان آموزشی نگاه‌داری و آماده‌سازی دارو تا حد قابل قبولی به‌طور صحیحی انجام شده است در حالی که داروهای

بررسی‌های انجام شده در این تحقیق نتیجه می‌شود که برای جلوگیری از هدر رفت دارو و بهینه‌سازی مصرف دارو، برگزاری کارگاه‌های آموزشی یکی از مهم‌ترین اقداماتی است که باید در بیمارستان انجام شود. از دیگر اقدامات توجه به فرایندمدار نمودن و مستندسازی گردش دارو در انبار دارویی، داروخانه و استوک بخش می‌باشد، همچنین استفاده از HIS در این زمینه مثر ثمر می‌باشد. در همه‌ی مراحل گردش دارو (خرید، نگهداری، توزیع و مصرف) نظارت مستمری باید انجام شود. کمیته‌ی دارویی بیمارستان نیز می‌تواند با تدوین فارماکوپه‌ی رسمی برای بیمارستان کمک شایانی در این زمینه بنماید. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجرای روش‌های سیستم‌های ثبت دارو در تضاد با ساختار و فرهنگ موجود است (۱۶). ترویج فرهنگ استفاده از کتابچه‌های اطلاعات دارویی در بخش، دایر نمودن کلاس بازآموزی پیرامون اطلاعات دارویی برای پرسنل بالینی به شکل منظم، سهولت دسترسی به سایت‌های کامپیوتر و شبکه‌ی اینترنتی در مراکز درمانی جهت ارتقا و به روز شدن اطلاعات دارویی پرسنل بخش می‌بایست مورد عنایت و توجه بیش‌تری قرار بگیرد (۱۲).

### پیشنهادهای

در مورد سیستم تهیه و نگهداری دارو، در صورت داشتن اشراف کامل داروسازان در زمینه‌ی تعیین نقطه‌ی سفارش با صرفه‌ی دارو و نیز اشراف بر تجزیه و تحلیل (ABC(Activity Based Costing) و اجرای آن باعث می‌شود که داروسازان با مدیریت و نظارت بر خرید، ذخیره‌سازی و خروج تنها ۵ الی ۱۰ درصد اقلام دارویی بتوانند حدود ۷۰ الی ۸۰ درصد هزینه‌ها را کنترل نمایند که نهایتاً منجر به کاهش سرمایه‌گذاری و همچنین جلوگیری از خالی ماندن انبار از وسایل حساس می‌شود. اشراف بر نقطه‌ی سفارش با صرفه باعث شده که هزینه‌ی سفارش کل که مجموع هزینه‌ی سفارش و هزینه‌ی نگهداری دارو می‌باشد، کم‌ترین مقدار خود را دارا باشد (۴). در قالب انجام یک طرح پژوهشی، پژوهشگران با حضور ۲۴ ساعته در بیمارستان بخش‌ها و شیفت‌های کاری که بیش‌ترین هدر رفت دارو را

بیمارستان علاوه بر نظارت بر تهیه، توزیع، نگهداری و مصرف داروها، فارماکوپه‌ی رسمی بیمارستان را تدوین و منتشر می‌سازد، از این‌رو وجود یک کمیته‌ی دارویی فعال در هر بیمارستانی ضروری است. پژوهش‌ها حاکی از آن است که در ۵۰ درصد بیمارستان‌ها به علت نبود فارماکوپه دارویی و یا هماهنگ نبودن پزشک با داروهای موجود در بیمارستان، به علت تجویز دارویی مشابه دارویی موجود در بیمارستان با نامی متفاوت که در بیمارستان موجود نمی‌باشد، موجب شده تا برخی اقلام دارویی استفاده نشده در بیمارستان منقضی شوند (۵). به منظور بررسی وضعیت هدررفت دارو در چهار بیمارستان مذکور، حیطه‌ی نگهداری و آماده‌سازی دارو کم‌ترین نقش و حیطه‌ی آموزش (آموزش نادرست و ناکافی به پرسنل) بیش‌ترین نقش را در سطح شهر اصفهان داشته است و نتیجه می‌شود که بایستی به مبحث آموزش پرسنل به روشی صحیح و اصولی اهمیت بیش‌تری داده شود. در نهایت می‌توان گفت وضعیت هدررفت دارو در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان در وضعیت نسبتاً خوبی با نمره‌ی ۷۷/۵۷ قرار دارد. فرایندمدار نمودن و مستندسازی ارتباط داروخانه، بخش و انبار دارویی به‌منظور مستند نمودن فعالیت بخش‌های مذکور یکی از مواردی است که در پژوهش حاضر به آن اشاره شده است. ارتباط مشاور بین داروخانه و پزشک و بیمار و پرسنل می‌تواند بسیاری از مشکلات کنونی مصرف دارو را کاهش دهد و به حفظ و ارتقای سلامت بیمار کمک‌های شایانی نماید، همچنین این مشاوره کارایی داروخانه‌ها را به شدت افزایش می‌دهد (۵).

### نتیجه‌گیری

چنان‌چه بیان شد دارو حلقه‌ی جدایی‌ناپذیر از زنجیره‌ی درمان است و نقص فرایند درمان به علت هزینه‌ی بالای دارو، منجر به افزایش هزینه‌های درمان خواهد شد (۱۳). از طرفی مجموع هزینه‌ی داروهای مصرفی در کشور حدود ۴ میلیارد دلار در سال است (۱۴-۱۵). با این وصف و با وجود هزینه‌های بالای دارو در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مسأله‌ی حیف و میل شدن و هدر رفتن دارو (پرت دارو) پیش خواهد آمد که این مسأله می‌تواند پایه‌گذار هزینه‌های زیادی در این بخش گردد. با

**تشکر و قدردانی**

بدین وسیله از کلیه کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه در شهر اصفهان که با وجود بار کاری بالا در بیمارستان، صبر و حوصله به خرج داده و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند، قدردانی می‌گردد.

دارند، به اندازه‌گیری میزان هدر رفت اقدام کنند. با توجه به متمر بودن استفاده از HIS در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی در رابطه با جلوگیری از هدر رفت دارو، پیشنهاد می‌شود در سایر بیمارستان‌ها از این سیستم استفاده شود.

**References**

1. Simaie Al. Studying the supply, distribution and storage of drugs in health care networks and provide guidance [Thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research; 1998.
2. Nguyen TH, Sherif JS, Newby M. Strategies for successful CRM implementation. *Information Management and Computer Security* 2007; 15(2):102-15.
3. Barnett JW. Supply of Medicines. In: Allwood MC, Fell JT, Editor. *Text book of hospital pharmacy*. London: Blackwell; 1980.
4. Asef zadeh S. Principle of health economy. 2th ed. Ghazvin: Hadis emroz Publisher; 2007. [Book in Persian]
5. Ali Jan Zadeh M, Mehrabifar Z, Karboro A, Pairovian F. Assessment of supply and distribution system maintenance, control and treatment in hospitals in Qazvin. *Edrak* 2009; 13(1): 12-8.
6. Afkar H. System of provision distribution, maintenance, control and drug consumption in teaching hospitals of Rasht. *Journal of Guilan university of medical sciences* 2005; 15(58): 81-6. [Article in Persian]
7. Mortazavi A, Hajebi G. Issues and problems related to the administration of medical services covered by the hospital pharmacy in Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Research in medicine* 2002; 26(3): 205-15. [Article in Persian]
8. Soleimani F, Zamanzadeh M, Qasemyeh A, MohamadHosaini N. New approaches in drug supply and distribution system based on supply and demand. *Razi* 2003; 15(6): 74-85. [Article in Persian]
9. Deputy of Food and Drug. Assess the drug sector in Iran. Tehran, Iran: Publication of the Ministry of Health and Medical Education; 2006. 1-74.
10. Hotchkiss DR, Hutchinson PL, Malaj A, Berruti AA. Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: evidence from three districts. *Health Policy* 2005; 75(1): 18-39.
11. Rashidi MR. Medical System Reform. Tehran: Scientific and Cultural Publishing Company; 2005. [Book in Persian]
12. Musarezaie A, Momeni Ghale Ghasemi T, Zargham-Boroujeni A, Haj-Salhehi E. Survey of the Medication Errors and Refusal to Report Medication Errors from the Viewpoints of Nurses in Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran. *J Health Syst Res* 2013; 9(1): 76-85.
13. Kleinke JD. The price of progress: prescription drugs in the health care market. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20(5): 43-60.
14. Aminlo H. Fifty-six percent of public health expenditures are financed by people [Online]. 2012 [cited 2012 Jun 11]; Available from: URL: [www.salamatnews.com/ViewNews.aspx?ID=50617/](http://www.salamatnews.com/ViewNews.aspx?ID=50617/). [In Persian]
15. Andayesh Y, Keshavarz K, Zahiri M, Mirian I, Beheshti A, Imani A, et al. The Effects of Drug Subsidies Exclusion on Price Index of Sectors and Household's Expenditures; Using Structural Path Analysis. *J Health Adm* 2011; 13(42): 45-56. [Article in Persian]
16. Andersen S. Implementing a new drug record system: a qualitative study of difficulties perceived by physicians and nurses. *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 19-24.

## Factors Affecting Drug Pert of Experts in Selected Hospitals of Isfahan (Public, Private and Voluntary)\*

Saied Karimi<sup>1</sup>; Maryam Yaghoubi<sup>2</sup>; Faezeh Sairani<sup>3</sup>; Meshkat Abasi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Excessive use of drugs, constantly changing of patterns of medication and substance abuse significant amounts of drugs in different forms, is doubled the importance of factors influencing drug loss. Purpose of this study was to determine the factors affecting loss drug in Isfahan hospitals in 2011.

**Methods:** This study was a descriptive in selected hospitals (private educational charity) of Isfahan. Research population was manager, matron, supervisor, department head and chief pharmacist in private, educational and charity hospitals. The census method was used for sampling and the number of 40 samples selected. The validity of questionnaire was computed by experts judgment and the reliability of questionnaire was computed by using Cronbach's alpha ( $r=.85$ ). data was analyzed by SPSS software.

**Results:** In charity hospital drug registration has highest score (92/04) and education is allocated to lowest score (61/36). In educational hospital medication committee had highest score (86/81) and surplus drugs had lowest score (71/2). In non- education hospital medication preparation had the highest score (91/85) and lowest score is allocated to education (61/36). In private hospitals, pharmaceutical preparations had highest score (85/22) and the medicine committee had the lowest (55/9).

**Conclusion:** To reduce the loss medicines in hospitals, according to the documentation of the process of circulation of the drug in a drug store, stoke pharmacy department and using the HIS system is fruitful.

**Keywords:** Drugs; Hospitals; Drug Pert

Received: 6 Jul, 2013

Accepted: 26 Dec, 2013

**Citation:** Karimi S, Yaghoubi M, Sairani F, Abasi M. **Factors Affecting Drug Pert of Experts in Selected Hospitals of Isfahan (Public, Private and Voluntary)**. Health Inf Manage 2014; 10(7): 1074.

\* This article is derived from research project (No. 290093) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associated Professor, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: yaghoobi997@gmail.com

3- BSc, Health Services Management, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی

## به شاخص‌های بهداشتی و درمانی\*

حسین ابراهیمی‌پور<sup>۱</sup>، سعید کریمی<sup>۲</sup>، جمیل صادقی‌فر<sup>۳</sup>، جواد ابراهیم‌زاده<sup>۴</sup>، سمیه افشاری<sup>۵</sup>، محمدتقی آرمان<sup>۶</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** یکی از ابعاد مهم توسعه‌ی جوامع، توسعه‌ی سلامت و به عبارتی میزان و کیفیت دسترسی افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی است. مطالعه‌ی حاضر به ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بهداشتی و درمانی پرداخته است.

**روش بررسی:** در این پژوهش توصیفی و مقطعی، کلیه‌ی شهرستان‌های استان اصفهان (۲۳ شهرستان) در سال ۱۳۹۰ مورد ارزیابی قرار گرفتند. ۱۵ شاخص بهداشتی و درمانی از سالنامه‌ی آماری کشور و هم‌چنین سایت‌های اینترنتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز آمار ایران استخراج شد. از روش آنترابی شانون به منظور وزن‌دهی شاخص‌ها و از روش‌های (SAW (Simple Additive Weighting، TOPSIS و (Technique for Order of Preference by Similarity to Ideal Solution) و (Vise Kriterijumska Optimizacija I) (VIKOR) به منظور رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان استفاده شده است.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شاخص‌های بهداشت و درمان در استان اصفهان به صورت متوازن توزیع نشده و تفاوت آشکاری بین شهرستان‌های این استان از نظر دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی ملاحظه می‌شود. شاخص نسبت تعداد موسسات درمانی فعال به ده هزار نفر جمعیت با وزن ۰/۱۸۲ به عنوان مهم‌ترین شاخص تعیین شد. نتایج تکنیک ادغامی کپ‌لند نشان داد که از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان، شهرستان کاشان در رتبه‌ی اول و شهرستان برخوار در رتبه‌ی بیست و سوم قرار دارند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر توسعه‌ی نامتوازن در استان اصفهان در ارتباط با بهره‌مندی از شاخص‌های بهداشت و درمان، پیشنهاد می‌شود که براساس میزان برخورداری شهرستان‌های مختلف استان از شاخص‌های بهداشتی درمانی و هم‌چنین جهت توزیع مناسب‌تر خدمات بهداشتی درمانی، برنامه‌ریزی و تخصیص بودجه صورت پذیرد تا این امر سبب تعدیل نابرابری موجود بین شهرستان‌های این استان شود.

### واژه‌های کلیدی: شاخص‌های وضعیت بهداشت و درمان؛ تکنیک‌ها؛ اصفهان

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲۱

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۷

\* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۹

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، گروه

بهداشت و مدیریت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت،

دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات

علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستانی،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: ebrahimzadeh.j@gmail.com

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد، اقتصاد بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت مالی، دانشکده‌ی علوم مالی، دانشگاه علوم

اقتصادی، تهران، ایران

**ارجاع:** ابراهیمی‌پور حسین، کریمی سعید، صادقی‌فر جمیل، ابراهیم‌زاده جواد، افشاری سمیه، آرمان محمدتقی. **ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بهداشتی و درمانی.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۸۴-۱۰۷۵.

### مقدمه

ماهیت خدمات بهداشتی درمانی به‌گونه‌ای است که نیاز به آن‌ها منحصر به گروه خاصی از مردم نمی‌شود و در واقع، همه‌ی انسان‌ها در تمامی سکونتگاه‌ها بدان نیازمند می‌باشند.

سو و شهرهای کوچک و بخش‌ها و نواحی روستایی از دیگر سو مشاهده می‌شود (۵).

بسیاری از مردم در کشورهای در حال توسعه از نظر دسترسی به خدمات درمانی و بهداشتی کاملاً محروم و نیازمند هستند. نامناسب بودن وضعیت سلامت در جامعه، فقر اقتصادی را به دنبال خواهد داشت، زیرا در این صورت توان کار و فعالیت و در نتیجه درآمد افراد کاهش می‌یابد، یا این که بخش قابل توجهی از دارایی خانواده‌ها صرف تأمین هزینه‌های درمان خواهد شد. در بخش سلامت نخستین گام برای ایجاد برابری عبارت است از تأمین میزان قابل قبولی از نیازهای پایه‌ی بهداشتی و درمانی برای همه‌ی افراد جامعه (۱). تحقیقات داخلی و خارجی مختلفی در زمینه‌ی ارزیابی میزان دست‌یابی مناطق مختلف از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان، صورت گرفته است. در پژوهشی که توسط زنگی آبادی و همکاران به منظور بررسی و تحلیل فضایی توسعه‌ی شاخص‌های خدمات بهداشت و درمان شهرستان‌های استان کردستان انجام گرفت با استفاده از تکنیک تحلیل فضایی و با نظر گرفتن ۴۹ شاخص عمده‌ی بهداشت و درمان، وضعیت شهرستان‌های استان در این زمینه مشخص شد (۶). در پژوهش مهرجردی و همکاران، با استفاده از روش آنالیز تاکسونومی و تکنیک تاپسیس با استفاده از ۱۱ شاخص، استان‌های کشور از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان رتبه‌بندی شدند (۴). در پژوهشی در کشور بلژیک، وضعیت توسعه‌یافتگی مناطق مختلف این کشور مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش با استفاده از تکنیک آماری چند متغیره‌ی تحلیل عاملی و با استفاده از ۳۳ شاخص اقتصادی، بهداشتی، آموزشی، فرهنگی و غیره، مناطق مختلف رتبه‌بندی شده‌اند (۷).

شایان ذکر است که توزیع نامتعادل نیروی انسانی و تجهیزات بخش بهداشت و درمان، استعدادها و قابلیت‌های متفاوتی را برای استان‌ها و شهرستان‌های کشور به همراه دارد و یکی از بنیان‌های اطلاعاتی لازم جهت برنامه‌ریزی صحیح ملی و منطقه‌ای آگاهی از توان‌مندی‌های شهرستان‌های مختلف است، در نتیجه قبل از تدوین برنامه‌ها و انجام اقدامات مناسب برای زدودن نابرابری‌های موجود در بخش سلامت، لازم است

فقدان یا کمبود خدمات بهداشتی و درمانی به‌ویژه در روستاها، شهرهای کوچک و مناطق محروم، پیامدهای منفی زیادی را به همراه خواهد داشت که مهم‌ترین آن‌ها، اثرات ناگواری است که متوجه زندگی انسان‌هاست (۱). امروزه عدالت در سلامت و رفع بی‌عدالتی در بخش سلامت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های نظام‌های سلامت در جهان، خاصه کشورهای در حال توسعه بدل گشته است. نبود منابع کافی مالی و انسانی از یک سو و پیچیده شدن روزافزون ابعاد سلامتی از سوی دیگر، تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه‌ی سلامت را در جوامع مختلف با چالش‌های مهمی مواجه ساخته است که ضرورت توجه به این مقوله‌ی مهم برای تمامی مردم، بالاخص سیاست‌گذاران و مجریان مرتبط را گوشزد می‌کند (۲).

بنابر اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسؤولیت و تولید آن بر عهده‌ی دولت‌هاست (۱). اما در بسیاری از موارد، صرف هزینه‌های کلان و سرمایه‌گذاری بیش‌تر در عرصه‌ی خدمات بهداشتی درمانی، به اشتباه به تأمین برابری در دسترسی تعبیر می‌شود (۳).

نابرابری در دسترسی به خدمات حوزه‌ی سلامت هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه وجود دارد، اما در کشورهای در حال توسعه شدیدتر است. یکی از مشکلات مهم در اراییه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه، کمبود امکانات و نیروی انسانی و توزیع نادرست آن‌ها در مناطق شهری و روستایی است. عدم توازن در عرضه و تقاضای نیروی انسانی در بخش‌های بهداشت و درمان، سبب عدم کارایی اراییه‌ی خدمات شده و سازمان‌دهی نادرست نیروها نیز به این عدم کارایی افزوده است (۴). از دیگر سو توزیع ناعادلانه‌ی ثروت و حقوق اجتماعی نابرابر، مانع از آن شده که اکثریت جامعه بتوانند از امکانات موجود بهداشتی درمانی متناسب با نیازهای خود بهره‌جویند. در حالی که هدف کلی سیاست‌های بهداشتی در این کشورها، تحت پوشش قرار دادن کل جامعه است، ولی تفاوت چشم‌گیری بدین لحاظ بین پایتخت و شهرهای بزرگ از یک



مورد استفاده شامل نسبت شاخص‌های زیر به ۱۰ هزار نفر جمعیت بود: تعداد پزشک عمومی، پزشک متخصص، دندان‌پزشک، داروساز، پیراپزشک، خانه‌ی بهداشت (به ده هزار نفر جمعیت روستایی)، موسسات درمانی فعال، تخت در موسسات درمانی فعال، مرکز بهداشتی درمانی شهری (به ده هزار نفر جمعیت شهری)، خانه‌های بهداشت فعال روستایی (به ده هزار نفر جمعیت روستایی)، مراکز بهداشتی درمانی روستایی (به ده هزار نفر جمعیت روستایی)، آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری، مراکز توان‌بخشی.

پس از مرحله‌ی شاخص‌سازی، با بهره‌گیری از شاخص‌ها و با استفاده از تکنیک‌های SAW، TOPSIS و VIKOR شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ میزان دسترسی به این شاخص‌ها رتبه‌بندی شدند. قبل از استفاده از این تکنیک‌ها لازم بود که وزن شاخص‌ها به‌عنوان ورودی این تکنیک‌ها محاسبه شود. بنابراین از تکنیک وزن‌دهی آنتروپی شانون برای محاسبه‌ی وزن شاخص‌ها استفاده شد.

در بخش زیر تکنیک‌های به‌کار رفته در این پژوهش به‌طور مختصر شرح داده شده‌اند:

### تکنیک آنتروپی شانون جهت تعیین وزن شاخص‌ها

در این روش ابتدا ماتریس داده‌های اولیه بر اساس فرمول زیر نرمال می‌گردد:

$$P_{ij} = \frac{r_{ij}}{\sum_{i=1}^m r_{ij}}$$

که در رابطه‌ی فوق  $P_{ij}$  مقدار نرمال‌شده‌ی شاخص  $j$ ام در مکان  $i$ ام،  $r_{ij}$  مقدار شاخص اولیه و  $m$  تعداد گزینه‌هایی است که قابل رتبه‌بندی شدن هستند.

سپس  $E_j$  (آنتروپی هر شاخص) از مجموعه‌ی  $P_{ij}$  ها به ازای هر شاخص محاسبه می‌گردد:

$$E_j = -K \sum_{i=1}^m (P_{ij} \times \ln P_{ij})$$

$$K = \frac{1}{\ln m}$$

برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در خصوص شاخص‌های مختلف مربوط به این بخش و کیفیت دسترسی به انواع امکانات و خدمات در مناطق مختلف یک کشور آگاهی داشته باشند. از این‌رو پژوهش حاضر با بهره‌گیری از تکنیک آنتروپی شانون به منظور تعیین اوزان شاخص‌ها و نیز استفاده از تکنیک‌های Technique (SAW) Simple Addictive- Weighting for Order Preference by Similiarity to Ideal Vise Kriterijumska و (TOPSIS) Solution و (VIKOR) Optimizacija Kompromisno Resenje به منظور رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان به انجام رسیده است. نتایج این مطالعه می‌تواند راهنمای مناسبی برای تخصیص عادلانه و هدف‌مند امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی در میان شهرستان‌های اصفهان باشد. هدف از این پژوهش، ارزیابی و رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان بود.

### روش بررسی

این پژوهش کاربردی و از نظر ماهیتی، از نوع پیمایشی-توصیفی بود که در آن کلیه‌ی شهرستان‌های استان اصفهان (تعداد ۲۳ شهرستان مطابق تقسیمات اداری- سیاسی ۱۳۹۰ خورشیدی) جامعه‌ی آماری تحقیق را تشکیل می‌دادند. با توجه به این‌که طرح تحقیق از نوع استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه (Multiple Attribute Decision Making) بود و کل جامعه‌ی هدف مورد بررسی قرار گرفت، نمونه‌گیری مبنای تحقیق نبود. در ارتباط با شاخص‌های بهداشت و درمان جهت بررسی مقایسه‌ای شهرستان‌ها، اطلاعات شهرستان‌ها از طریق اسناد مکتوب منتشر شده، مرکز آمار کل کشور و همچنین سالنامه‌ی آماری سال ۹۰ جمع‌آوری شد و با نرم‌افزار Excel مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به وجود شاخص‌های متعدد در بخش بهداشت و درمان، در مجموع با در نظر گرفتن اطلاعات در دسترس، چارچوب نظری تحقیق و همچنین دیدگاه متخصصین، اقدام به تعریف ۱۵ شاخص گردید. شاخص‌های

نتیجه‌ی آن به جنبه‌ی مثبت تبدیل می‌شود، در این صورت خواهیم داشت:

$$r_{ij} = \frac{X_{ij}}{X_j^+}$$

$$X_{ij} > 0$$

$$r_{ij} = \frac{X_{ij}^-}{X_{ij}^-}$$

$$X_{ij} < 0$$

پس از نرمال کردن شاخص‌ها باید ماتریس استاندارد موزون به‌دست آید که به‌صورت زیر است:

$$v_{ij} = r_{ij} W_j$$

در مرحله‌ی بعد باید جواب ایده‌آل مثبت و ایده‌آل منفی برای هر یک از شاخص‌ها تعیین گردد که به‌صورت زیر عمل می‌شود:

$$A^+ = [v_1^+, v_2^+ \dots v_n^+]$$

$$A^- = [v_1^-, v_2^- \dots v_n^-]$$

ایده‌آل مثبت برابر حداکثر و ایده‌آل منفی برابر حداقل هر شاخص است.

فاصله‌ی گزینه‌ی  $i$  ام از ایده‌آل مثبت:

$$S_i^+ = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^+)^2}$$

$$i=1,2,\dots,m$$

فاصله‌ی گزینه‌ی  $i$  ام از ایده‌آل منفی:

$$S_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2}$$

$$i=1,2,\dots,m$$

محاسبه‌ی نزدیکی نسبی هر گزینه به ایده‌آل‌ها  $C_i^+$ : این شاخص را جهت ترکیب کردن مقادیر  $S_i^+$  و  $S_i^-$  و در نتیجه مقایسه‌ی گزینه‌ها نسبت به هم تعریف می‌شود:

$$C_i^+ = \frac{S_i^-}{S_i^+ + S_i^-}$$

$m$  تعداد گزینه‌هایی است که با هم مقایسه می‌شوند. بر اساس روابط بالا، عدم اطمینان یا درجه‌ی انحراف ( $d_j$ ) هر یک از شاخص‌ها به‌صورت زیر به‌دست می‌آید:

$$d_j = 1 - E_j$$

و در نهایت وزن هر شاخص ( $W_j$ ) به‌صورت زیر قابل محاسبه است (۸):

$$W_j = \frac{d_j}{\sum_{i=1}^n d_j}$$

### مجموع ساده‌ی وزین (saw)

پس از تعیین ضریب اهمیت شاخص‌ها بر اساس آنتروپی شانون، ضریب اهمیت هر یک از گزینه‌ها به‌دست می‌آید و بیش‌ترین میزان آن‌ها به‌عنوان گزینه‌ی بهینه در نظر گرفته می‌شود. یعنی چنان‌چه بردار  $W$  (وزن اهمیت یک شاخص) مفروض باشد و مناسب‌ترین گزینه ( $A^*$ ) باشد، در این صورت  $A^*$  به‌صورت زیر به‌دست می‌آید:

$$A^* = \{A_i \mid \max_{j=1}^n \frac{W_j r_{ij}}{\sum W_j}\}$$

به بیانی دیگر در روش SAW گزینه‌ای انتخاب می‌شود که حاصل جمع مقادیر بی‌مقیاس شده‌ی وزنی آن از بقیه‌ی گزینه‌ها بیش‌تر باشد (۹).

### مدل TOPSIS

این مدل یکی از بهترین مدل‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه است و از آن استفاده‌ی زیادی می‌شود. در این روش مرحله‌ی اول یا استانداردسازی شاخص‌ها بر اساس رابطه‌ی زیر صورت می‌گیرد:

ابتدا باید حداکثر مقدار هر شاخص  $X_j^+$  و حداقل آن  $X_j^-$  مشخص شده و با استفاده از رابطه‌ی زیر نسبت به نرمال‌سازی اقدام گردد. در صورتی‌که شاخص‌ها با جنبه‌ی مثبت و جنبه‌ی منفی به‌طور ترکیبی در نظر گرفته شده باشد، جنبه‌ی منفی با معکوس کردن

و  $V$  وزن استراتژی (اکثریت معیارها) یا حداکثر مطلوبیت گروهی است. زمانی که  $V$  بزرگتر از  $0/5$  است، شاخص  $Q_i$  حداکثر توافق را دارد. زمانی که  $V$  کوچکتر از  $0/5$  است، نشان دهنده‌ی حداکثر نگرش منفی است. در کل  $V=0/5$  به معنی توافق گروهی برابر می‌باشد. در این پژوهش  $V=0/5$  در نظر گرفته شده است.

رتبه‌بندی گزینه‌ها براساس مقادیر  $Q_i$ : براساس مقادیر  $Q_i$  محاسبه شده در مرحله‌ی قبل، گزینه‌ها رتبه‌بندی می‌شوند. گزینه‌های دارای مقدار  $Q_i$  بیش‌تر در اولویت پایین‌تر قرار می‌گیرند و مقادیر  $Q_i$  کوچک‌تر به معنی رتبه‌ی بالاتر است (۱۱-۱۰).

### یافته‌ها

نتایج حاصل از وزن‌دهی و رتبه‌بندی شاخص‌های مورد مطالعه با استفاده از روش آنتروپی شانون در جدول ۱ آمده است. در این محاسبات شاخص تعداد موسسات درمانی فعال به ده هزار نفر جمعیت بیش‌ترین وزن و شاخص تعداد خانه بهداشت فعال به ده هزار نفر جمعیت روستایی کم‌ترین وزن را دریافت کردند.

با محاسبه‌ی وزن شاخص‌ها، این اوزان در ماتریس تصمیم‌گیری شاخص‌ها در نظر گرفته شدند و با استفاده از تکنیک‌های SAW، TOPSIS و VIKOR شهرستان‌های استان اصفهان از لحاظ میزان دسترسی به شاخص‌ها رتبه‌بندی شدند. نتایج حاصل از این روش‌ها در جدول ۲ آمده است.

با توجه به این‌که سه تکنیک اشاره شده در بالا رتبه‌بندی‌های متفاوتی برای بهره‌مندی شهرستان‌های استان اصفهان از شاخص‌های بهداشتی درمانی ارائه می‌دهند، برای اجماع در این رتبه‌بندی‌های گوناگون می‌توان از روش‌های ادغامی که عبارت‌اند از روش میانگین رتبه‌ها، روش بردار و روش کپ‌لند کمک گرفت. در این پژوهش به منظور اجماع از تکنیک کپ‌لند استفاده شده است.

این روش بر اساس قاعده‌ی اکثریت استوار است. به عنوان مثال اگر داده‌های جدول ۲ در نظر گرفته شود، روش‌هایی که شهرستان ۳ را بر شهرستان ۲ ترجیح می‌دهند، دو روش هستند (TOPSIS، VIKOR). به همین ترتیب ملاحظه می‌شود تنها یک روش (SAW) است که شهرستان ۲ را بر شهرستان ۳ ترجیح می‌دهد. بنابراین تعداد روش‌هایی که شهرستان ۳ را بر شهرستان ۲ ترجیح

رتبه‌بندی گزینه‌ها بر اساس مقادیر نزولی  $C_i^+$  است، به نحوی که گزینه‌ای که دارای بیش‌ترین مقدار  $C_i^+$  باشد، بالاترین رتبه و گزینه‌ای که دارای کم‌ترین مقدار  $C_i^+$  باشد پایین‌ترین رتبه را به دست می‌آورند (۸).

### تکنیک VIKOR

این روش که برگرفته از نام صربستانی Vlse Kriterijumska Optimizacija I Kompromisn Resenje است، روی دسته‌بندی و انتخاب از یک مجموعه از گزینه‌ها تمرکز داشته و جواب‌های سازشی را برای یک مسأله با معیارهای متضاد تعیین می‌کند. این‌جا جواب سازشی نزدیک‌ترین جواب به جواب ایده‌آل است. در این روش نیز ابتدا از نرمالیزه کردن خطی برای بی‌مقیاس‌سازی ماتریس تصمیم استفاده می‌شود. در ادامه بهترین و بدترین مقادیر یعنی  $f_i^*$  و  $f_i^-$  با توجه به جنبه‌ی مثبت یا منفی شاخص از بین تمام گزینه‌ها انتخاب می‌گردد. اوزان شاخص‌ها، به دست آمده از روش آنتروپی شانون در ماتریس تصمیم منظور می‌گردد و در ادامه فاصله‌ی هر گزینه از راه حل ایده‌آل مثبت محاسبه شده و سپس تجمیع آن‌ها بر اساس فرمول‌های زیر محاسبه می‌شود.

$$S_j = \sum_{i=1}^n \frac{w_i (f_{ij}^* - f_{ij}^-)}{f_j^* - f_j^-}$$

$$R_j = \max_i [w_i (f_{ij}^* - f_{ij}^-) / (f_j^* - f_j^-)]$$

که در آن  $S_j$  فاصله از گزینه‌ی  $i$  نسبت به راه حل ایده‌آل (ترکیب بهترین) و  $R_j$  فاصله‌ی گزینه‌ی  $i$  از راه حل ایده‌آل منفی (ترکیب بدترین) می‌باشد.

محاسبه‌ی مقدار  $Q_i$  وایکور برای  $i=1,2,\dots,m$ : مقدار  $Q_i$  بر اساس رابطه‌ی زیر محاسبه می‌شود.

$$Q_i = v \left[ \frac{S_i - S^*}{S^- - S^*} \right] + (1-v) \left[ \frac{R_i - R^*}{R^- - R^*} \right]$$

که در آن

$$S^* = \min_j S_j, \quad S^- = \max_j S_j$$

$$R^* = \min_j R_j, \quad R^- = \max_j R_j$$

زوجی به صورت جداگانه، مورد بررسی قرار می‌گیرد. تعداد مقایسات برابر  $n(n-1)/2$  است که  $n$  تعداد گزینه‌ها یا همان شهرستان‌هاست. در ادامه تعداد بردها و باخت‌ها برای هر شهرستان محاسبه می‌شود. امتیازی که کپ لند به هر گزینه می‌دهد، با کم کردن تعداد باخت‌ها از تعداد بردها محاسبه می‌شود (۱۲).

می‌دهند، بیش‌تر از روش‌هایی است که شهرستان ۲ را بر شهرستان ۳ ترجیح می‌دهد. در نتیجه این قبیل موارد در این مقایسه‌های زوجی، به عنوان برنده در نظر گرفته می‌شود. اگر در این مقایسه‌های زوجی رأی اکثریت وجود نداشت و یا آرا با هم مساوی بودند، آن‌ها به‌عنوان بازنده در نظر گرفته می‌شود. هر مقایسه‌ی

جدول ۱: وزن شاخص‌های مورد استفاده در پژوهش

ردیف	شاخص	وزن	رتبه
۱	نسبت تعداد پزشک عمومی به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۴۹	۸
۲	نسبت تعداد پزشک متخصص به ده هزار نفر جمعیت	۰/۱۴۴	۲
۳	نسبت تعداد دندان‌پزشک به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۴۳	۹
۴	نسبت تعداد داروساز به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۵۸	۶
۵	نسبت تعداد پیراپزشک به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۴۳۶	۱۰
۶	نسبت تعداد بهورزان خانه‌ی بهداشت به ده هزار نفر جمعیت روستایی	۰/۰۴۳۲	۱۱
۷	نسبت تعداد موسسات درمانی فعال به ده هزار نفر جمعیت	۰/۱۸۲	۱
۸	نسبت تعداد تخت ثابت به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۹۰	۴
۹	نسبت تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری به ده هزار نفر جمعیت شهری	۰/۰۶۵	۵
۱۰	نسبت تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی به ده هزار نفر جمعیت روستایی	۰/۰۵۰	۷
۱۱	نسبت تعداد خانه‌ی بهداشت فعال به ده هزار نفر جمعیت روستایی	۰/۰۱۷	۱۵
۱۲	نسبت تعداد آزمایشگاه به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۳۳	۱۲
۱۳	نسبت تعداد داروخانه به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۳۲	۱۳
۱۴	نسبت تعداد مرکز پرتونگاری به ده هزار نفر جمعیت	۰/۰۲۲	۱۴
۱۵	نسبت تعداد مرکز توان‌بخشی به ده هزار نفر جمعیت	۰/۱۲۲	۳

جدول ۲: رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان بر اساس تکنیک‌های VIKOR و TOPSIS.SAW

ردیف	شهرستان	نتایج حاصل از تکنیک SAW		نتایج حاصل از تکنیک TOPSIS		نتایج حاصل از تکنیک VIKOR	
		رتبه	شاخص نزدیکی نسبی	رتبه	شاخص نزدیکی نسبی (C <sub>i</sub> )	رتبه	شاخص (Q <sub>i</sub> )
۱	آران و بیدگل	۱۰	۰/۳۶۶	۱۰	۰/۲۵۹	۱۲	۰/۸۵۰
۲	اردستان	۴	۰/۶۲۶	۵	۰/۴۹۱	۵	۰/۴۰۴
۳	اصفهان	۶	۰/۴۹۹	۳	۰/۵۳۳	۳	۰/۳۶۵
۴	برخور	۲۳	۰/۱۶۲	۲۳	۰/۱۳۰	۲۱	۰/۹۵۷
۵	تیران و کرون	۱۲	۰/۳۳۵	۱۴	۰/۲۶۳	۱۱	۰/۸۲۲
۶	چادگان	۱۱	۰/۳۴۲	۷	۰/۳۵۳	۷	۰/۶۸۴
۷	خمینی‌شهر	۲۲	۰/۲۰۷	۲۲	۰/۱۳۳	۲۳	۰/۹۷۰
۸	خوانسار	۲	۰/۶۵۸	۲	۰/۵۷۳	۲	۰/۳۰۸
۹	خور و بیابانک	۸	۰/۳۸۳	۹	۰/۳۳۱	۱۰	۰/۷۶۹
۱۰	دهاقان	۲۰	۰/۲۳۷	۲۱	۰/۱۶۹	۲۰	۰/۹۴۱
۱۱	سمیرم	۱۷	۰/۳۱۹	۱۵	۰/۲۴۳	۱۸	۰/۹۲۸

ادامه‌ی جدول ۲: رتبه‌بندی شهرستان‌های استان اصفهان بر اساس تکنیک‌های SAW، TOPSIS و VIKOR

ردیف	شهرستان	نتایج حاصل از تکنیک SAW		نتایج حاصل از تکنیک TOPSIS		نتایج حاصل از تکنیک VIKOR	
		رتبه	شاخص نزدیکی نسبی	رتبه	شاخص نزدیکی نسبی (C <sub>i</sub> )	رتبه	شاخص (Q <sub>i</sub> )
۱۲	شاهین شهر و میمه	۱۳	۰/۳۳۲	۱۲	۰/۲۸۹	۹	۰/۷۱۵
۱۳	شهرضا	۷	۰/۳۹۹	۸	۰/۳۴۹	۸	۰/۶۸۷
۱۴	فریدن	۱۶	۰/۳۲۳	۱۶	۰/۲۴۱	۱۷	۰/۹۲۳
۱۵	فریدون‌شهر	۹	۰/۳۷۳	۱۱	۰/۲۹۳	۱۳	۰/۸۶۱
۱۶	فلاورجان	۲۱	۰/۲۳۵	۱۹	۰/۱۹۶	۱۵	۰/۹۰۸
۱۷	کاشان	۱	۰/۷۶۹	۱	۰/۷۱۶	۱	۰
۱۸	گلپایگان	۱۵	۰/۳۲۳	۱۷	۰/۲۳۱	۱۶	۰/۹۱۸
۱۹	لنجان	۱۹	۰/۲۵۷	۱۸	۰/۲۰۳	۲۲	۰/۹۶۰
۲۰	مبارکه	۱۸	۰/۲۷۹	۲۰	۰/۱۸۲	۱۹	۰/۹۲۹
۲۱	نابین	۳	۰/۶۴۷	۴	۰/۵۰۷	۴	۰/۳۹۱
۲۲	نجف آباد	۱۴	۰/۳۲۷	۱۳	۰/۲۷۸	۱۴	۰/۸۸۸
۲۳	نطنز	۵	۰/۵۱۸	۶	۰/۴۳۷	۶	۰/۵۵۶

۱۸	فلاورجان
۱۹	لنجان
۲۰	مبارکه
۲۱	خمینی شهر
۲۲	دهاقان
۲۳	برخوار

بنابراین نتایج رتبه‌بندی شهرستان‌ها بر اساس روش کپ لند به صورت جدول ۳ می‌باشد.

جدول ۳: رتبه‌بندی نهایی شهرستان‌های استان اصفهان در دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی بر اساس تکنیک کپ لند

رتبه	شهرستان
۱	کاشان
۲	خوانسار
۳	اصفهان
۴	نابین
۵	اردستان
۶	نطنز
۷	چادگان
۸	شهرضا
۹	خور و بیابانک
۱۰	آران و بیدگل
۱۱	فریدون‌شهر
۱۲	شاهین شهر و میمه
۱۳	تیران و کرون
۱۴	نجف آباد
۱۵	گلپایگان
۱۶	فریدن
۱۷	سمیرم

در نتایج حاصل از روش کپ لند، کاشان، خوانسار و اصفهان به ترتیب بهترین رتبه‌ها و در واقع به عنوان برخوردارترین شهرستان از نظر دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی شناخته شدند. همچنین شهرستان‌های خمینی شهر، دهاقان و برخوار با کسب کم‌ترین امتیازات در انتهای لیست قرار دارند و به‌عنوان شهرستان‌هایی که در میان سایر شهرستان‌ها کم‌ترین میزان دسترسی را به شاخص‌های بهداشتی درمانی دارند، شناخته می‌شوند.

### بحث

به مانند سایر شاخص‌های توسعه، شاخص‌های توسعه‌ی امکانات و تسهیلات سلامت نیز در کشورهای در حال توسعه به‌صورت متوازن و عادلانه میان مناطق و نواحی جغرافیایی مختلف توزیع نشده است. بر این اساس در کشور ایران نیز شکاف در توسعه‌ی

این شاخص‌ها در استان‌های مختلف کشور به وضوح دیده می‌شود (۵).

آگاهی از وضعیت توسعه‌یافتگی سلامت در یک منطقه، نیازمند بررسی جامع شاخص‌های ساختاری، فرایندی و نتیجه‌ای به صورت توأمان می‌باشد. به دلیل محدودیت در دسترسی به آمار شاخص‌های مختلف در این پژوهش وضعیت بهره‌مندی و توسعه‌یافتگی شهرستان‌های استان اصفهان در مورد ۱۵ شاخص ساختاری بهداشت و درمان با استفاده از روش‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه مورد بررسی قرار گرفته است.

نتایج به دست آمده از پژوهش، حاکی از وجود اختلاف و شکاف زیاد در بهره‌مندی از شاخص‌های ساختاری بهداشت و درمان بین شهرستان‌های مختلف استان اصفهان است. بر اساس نتایج این پژوهش شهرستان‌های کاشان، خوانسار و اصفهان به ترتیب بهترین رتبه‌ها و در واقع به عنوان برخوردارترین شهرستان از نظر دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی شناخته شدند. همچنین شهرستان‌های خمینی شهر، دهاقان و برخوار با کسب کم‌ترین امتیازات در انتهای لیست قرار دارند و به عنوان شهرستان‌هایی که در میان سایر شهرستان‌ها کم‌ترین میزان دسترسی را به شاخص‌های بهداشتی درمانی دارند شناخته می‌شوند.

در مطالعات هموزاده (۱۳) در آذربایجان غربی، بهادری (۱۴) در گلستان و نسترن (۱۵) در اصفهان نیز نتایج مشابهی در مورد شکاف در بهره‌مندی از شاخص‌های بهداشت و درمان حاصل شده است.

مهرجردی و همکاران در پژوهشی استان‌های کشور از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی را با استفاده از تکنیک TOPSIS رتبه‌بندی کردند. نتایج این تکنیک نشان داد که استان‌های سمنان، خراسان رضوی و خراسان جنوبی بیش‌ترین دسترسی و استان‌های آذربایجان شرقی، اردبیل و سیستان و بلوچستان کم‌ترین دسترسی به این شاخص‌ها را دارند. این در حالی است که استان اصفهان در این رده بندی در رتبه‌ی دهم در بین سی استان کشور قرار گرفته بود (۴).

پژوهش امینی و همکاران نشان داد که استان‌های اصفهان، تهران و مرکزی از وضعیت سلامت مناسبی برخوردارند، اما

استان‌های اردبیل، قم، خوزستان سیستان و بلوچستان و کهگیلویه و بویراحمد از وضعیت خوبی در این بخش برخوردار نیستند (۱۶).

نتایج پژوهش ضرابی و همکاران که به تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه‌ی خدمات بهداشت و درمان در سطح شهرستان‌های استان اصفهان پرداخته بودند نشان داد که شاخص‌های بهداشت و درمان در استان اصفهان به صورت متوازن توزیع نشده و اختلاف فاحشی بین شهرستان‌های استان از نظر توسعه‌ی خدمات بهداشتی ملاحظه می‌شود. شهرستان‌های خوانسار و برخوار به ترتیب در بالاترین و پایین‌ترین سطح قرار گرفته‌اند که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر تا حدود زیادی مطابقت داشت (۵).

نتایج تحقیق نابرابری‌های عمیق دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی را بین شهرستان‌های استان اصفهان نشان می‌دهد، به طوری که با مقایسه‌ی ضریب دسترسی به دست آمده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه، فاصله‌ی زیاد دسترسی به شاخص‌های بهداشتی درمانی بین شهرستان‌های مختلف استان مشهود است. همچنین شهرستان کاشان با ضریب دسترسی بالا نسبت به سایر شهرستان‌ها در رتبه‌ی اول قرار گرفته است. شایان ذکر است که برخورداری بالای یک شهرستان از شاخص‌های بهداشت و درمان نمی‌تواند دلیلی بر بالا بودن کیفیت آرایه‌ی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی درمانی باشد. به عبارتی شهرستان‌هایی که با توجه به شاخص‌های مورد مطالعه در رتبه‌ی پایین‌تری قرار گرفته‌اند، صرفاً به لحاظ کمی با مشکل امکانات و تسهیلات سلامت مواجه هستند و کیفیت آرایه‌ی خدمات در این شهرستان‌ها تا حد زیادی به شیوه‌ی سازمان‌دهی امکانات، ویژگی‌های جمعیت‌گرنده‌ی خدمت و عوامل متعدد دیگری بستگی دارد.

### نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد کاراترین راه برای رفع مسایل و مشکلات منطقه‌ای ناشی از توزیع نابرابر امکانات و تسهیلات بهداشتی درمانی در سطح استان‌ها و شهرستان‌های مختلف، دخالت کنترلی و نظارتی دولت در توزیع مناسب‌تر خدمات بهداشتی

زمینه، جهت رفع و یا کاهش نابرابری بین شهرستان‌های این استان، اولویت‌بندی را با توجه به میزان دسترسی و برخورداری شهرستان‌های این استان از شاخص‌های مذکور انجام دهند. ولیکن ابعاد نابرابری در سطوح پایین‌تر تقسیمات شهرستان تا حد زیادی نامشخص و مبهم خواهد ماند؛ در این خصوص پیشنهاد می‌شود ارزیابی برخورداری از شاخص‌های سلامت حتی‌الامکان هم‌زمان در مقیاس‌های روستا، شهر و شهرستان نیز صورت پذیرد.

درمانی است. در این پژوهش هدف صرفاً توصیف بهره‌مندی شهرستان‌های استان اصفهان از شاخص‌های بهداشت و درمان و رتبه‌بندی آن‌ها در این زمینه بود و پیدا کردن ارتباط بین توسعه‌یافتگی سلامت با عوامل اجتماعی، اقتصادی، مدیریتی و غیره مد نظر نبود. لازم است در این زمینه پژوهش‌های متعددی صورت گیرد.

به برنامه‌ریزان و مسؤولان بخش بهداشت و درمان پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی منطقه‌ای و تخصیص بودجه در این

## References

- Zarrabi A, Shaykh Baygloo R. Classification of Provinces of Iran by Health Indicators. *Social Welfare Quarterly*. 2011; 11(42): 107-28. [In Persian]
- Shahabi M, Tofighi S, Maleki M. The Nurse and Specialist Physicians Manpower Distribution by Population and Its Relationship with The Number of Beds at Public Hospitals in Iran's 2006 -2011. *Journal of Health Administration*. 2010; 13(41): 7-14. [In Persian]
- Sepehrdoust H. Factors Affecting the Development from the Viewpoint of Health Indicators. *Health Information Management* 2011; 8(2): 258-264. [In Persian]
- Tahari Mehrjardi MH, Babaei Mybodi H, Morovati sharifabadi A. Investigation and Ranking of Iranian Provinces in Terms of Access to Health Sector Indicators. *Health Information Management* 2012; 9(3): 356-69. [In Persian]
- Zarabi A, Mohammadi J, Rakhshaninasab H. Spatial Analysis Health Development Indicators. *Social Welfare* 2007; 7(27): 213-34. [In Persian]
- Zangi Abadi A, Amir Azdi T, Parizadi T. Spitial Analysis Health Development Indicators in Kordistan. *Geography* 2012; 10(32): 199-215. [In Persian]
- Soares JO, Marquês MML, Monteiro CMF. A multivariate methodology to uncover regional disparities: A contribution to improve European Union and governmental decisions. *European Journal of Operational Research* 2003; 145(1): 121-35.
- Zayyari K, Mohamadi A, Atar K. Evaluation of cities development degree and its relationship with the rate of urbanization. *Spatial Planning* 2012; 1(3): 1-16. [In Persian]
- Adel A, Rajabzadeh A. *Applied Decision MADM Approach*. Tehran: NegaheDanesh; 2012. [Book in Persian]
- Badri A, FarajiSabokbar H, Javdan M, Sharafi H. Rating the stability of rural areas based on Vikor Model. *Geography and Development Journal* 2012; 10(26): 1-19. [In Persian]
- Khatami phiruzabaedi A, Mobin M, AbasNezhad S. Approach to modeling multi-criteria decision making, prioritizing life insurance. *Quarterly Journal of Insurance Research College* 2012; 26(2): 1-32. [In Persian]
- Mir Nezhad A, Sokhikian M, Tavari M. Identifying and Prioritizing Factors that Affect Human Resource Productivity by Using MADM Techniques. *Journal of Industrial Management* 2009; 1(1): 71-88. [In Persian]
- Hamouzadeh P, Moradi Hovasin N, Sadeghifar J, Tofighi S. Ranking West Azerbaijan districts regarding utilization of structural indices of health care. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2013; 17(2): 41-9. [In Persian]
- Bahadori M, Shams L, Sadeghifar J, Hamouzadeh P, Nejati M. Classification of Health Structural Indicators Using Scalogram Model in Golestan Province, Northern Iran. *Iran J Publ Health* 2012; 41(5): 58-65.
- Nastaran M. Analysis and measuring degree of concentration and distribution of health indices in Isfahan. *Journal of the Faculty of Literature and Humanities University of Isfahan* 2001; (26-27): 145-62. [In Persian]
- Amini S, Yadollahi H, Eynanlu S. Health Rating Provinces of the Country. *Social Welfare Quarterly* 2006; 5(20): 27-48. [In Persian]

## Evaluating and Ranking of Isfahan Provinces in Terms of Access to Health Sector Indicators\*

Hossein Ebrahimipour<sup>1</sup>; Saeid Karimi<sup>2</sup>; Jamil Sadighifar<sup>3</sup>; Javad Ebrahimzadeh<sup>4</sup>; Somaye Afshari<sup>5</sup>; Mohammad Taghi Arman<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** One of the most important dimensions of communities development is health development, in the other hand, is amount and quality of accessing of people to healthcare services. The purpose of this study is to evaluate and rank the Isfahan towns in terms of access to indices of health sector.

**Methods:** In this applied, analytical, cross-sectional Study, all Isfahan towns (n= 23) are surveyed in 2011. Data related to 15 health indices were collected from the website of the Ministry of Health and Medical Education and the Iranian Statistics Center. These indices were weighted by Shannon's entropy. Finally, SAW (Simple Additive Weighting), TOPSIS (Technique for Order of Preference by Similarity to Ideal Solution) and VIKOR (Vlse Kriterijumska Optimizacija I Kompromisn Resenje) technique were used to rank the towns of the Isfahan in terms of access to health sector indicators.

**Results:** Variable of access to health sector indicators is not distributed normally in Isfahan province. On the other hand, there is a great difference among the Isfahan towns in terms of access to health indicators. Shannon's entropy showed that, the proportion of active treatment centers (weight=0.182) to every 10000 people is the most important indicator. According to Copeland method, the towns of Kashan and Barkhozar were ranked as the first and last in access to health services.

**Conclusion:** According to unbalanced distribution of access to health indicators in Isfahan towns, it suggested that: when health policy makers and officials allocate budget and resources, should Take into account the rankings of towns.

**Keywords:** Health Status Indicators; Techniques; Isfahan

Received: 11 May, 2013

Accepted: 1 Oct, 2013

**Citation:** Ebrahimipour H, Karimi S, Sadighifar J, Ebrahimzadeh J; Afshari S, Arman MT. **Evaluating and Ranking of Isfahan Provinces in Terms of Access to Health Sector Indicators.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1084.

\*This article was an independent research with no financial aid.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economics Research center, Faculty of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD Student, Health Services Management, Health Management and Economics Sciences Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- MSc Student, Health Economics, Hospital Management Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: ebrahimzadeh.j@gmail.com

5- MSc Student, Health Economics, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- MSc Student, Financial Management, Faculty of Financial Sciences, University of Economic Sciences, Tehran, Iran



# رابطه‌ی ابعاد تناسب فرد - محیط با برودادهای سازمانی در پرستاران

## بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان\*

علی ناصری محمدآبادی<sup>۱</sup>، ابوالقاسم نوری<sup>۲</sup>، آزاده عسکری<sup>۳</sup>، رباب صادق<sup>۴</sup>، علی ستوده<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تناسب فرد با محیط کار در دنیای در حال تغییر امروز، تبدیل به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران شده است. در مدل تناسب فرد-محیط، افراد در سطوح مختلف با سازمان خود هماهنگ می‌شوند. هدف پژوهش حاضر آزمودن نقش تناسب فرد-حرفه در چگونگی به دست آمدن تناسب فرد-شغل و فرد-سازمان در رابطه با ۴ متغیر رضایت شغلی عمومی، عملکرد شغلی، تعهد عاطفی و تمایل به ترک خدمت بوده است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع مطالعات مقطعی بوده است. تعداد ۱۰۳ نفر از پرستاران زن بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان به صورت تصادفی انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های تناسب فرد-سازمان، تناسب فرد-شغل، تناسب فرد-حرفه Cable و DeRue (۲۰۰۲ میلادی) و پرسش‌نامه‌های عملکرد شغلی Bright (۲۰۰۹ میلادی)، رضایت شغلی Cammann, Fichman, Jenkins و Klesh (۱۹۷۹ میلادی)، تعهد عاطفی سازمانی Allen و Meyer (۱۹۹۷ میلادی) و تمایل به ترک خدمت O'Reilly و دیگران (۱۹۹۱ میلادی) پاسخ دادند. نتایج حاصله سپس وارد نرم‌افزار معادلات ساختاری Amos شده و توسط روش‌های آماری متناسب مثل میزان درست‌نمایی بیشینه تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تناسب فرد-حرفه رابطه‌ی معناداری هم با تناسب فرد-سازمان ( $r=0/558$  و  $Pvalue<0/05$ ) و هم با تناسب فرد-شغل ( $r=0/740$  و  $Pvalue<0/05$ ) داشت. هم‌چنین تناسب فرد-سازمان و تناسب فرد-شغل به همراه یکدیگر میانجی رابطه‌ی میان تناسب فرد-حرفه با عملکرد، رضایت شغلی، تعهد عاطفی و تمایل به ترک خدمت بودند. در نهایت براساس نتایج حاصل از تحلیل مسیر و تحلیل میانجی به ارایه مدل اقدام شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش مؤید آن است که تناسب میان فرد و حرفه باعث می‌شود تا تلاش‌های سازمان برای متناسب کردن افراد با سازمان و شغل به هدر نرود. هنگامی که تناسب فرد با حرفه‌اش ضعیف باشد، خواه این عدم تناسب به علت ارزش‌های واگرا یا مهارت‌های ناهمخوان ایجاد شده باشد، برای افراد بسیار مشکل خواهد بود که با سازمان یا شغل خویش به تناسب دست یابند. این امر می‌تواند در امور مدیریتی مختلفی هم چون استخدام و به کار گماری راهنمای مدیران و دست‌اندرکاران در این زمینه باشد.

**واژه‌های کلیدی:** تناسب فرد-سازمان؛ تناسب فرد-شغل؛ رضایت شغلی؛ عملکرد شغلی

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۸۹۳۰۴ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: ali\_nasery@yahoo.com

۲- استاد، روان‌شناسی، پژوهشگر مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی دکتری، روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناسی ارشد، پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی رشت، رشت، ایران

۵- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، شرکت ملی نفت ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۲ اصلاح نهایی: ۹۲/۱۰/۳

پذیرش مقاله: ۹۲/۱۰/۱۱

**ارجاع:** ناصری محمدآبادی علی، نوری ابوالقاسم، عسکری آزاده، صادق رباب، ستوده علی. رابطه‌ی ابعاد تناسب فرد- محیط با برودادهای سازمانی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۹۴-۱۰۸۵.

### مقدمه

در ادبیات روان‌شناسی شغل، یکی از مهم‌ترین مسائلی که تعیین‌کننده‌ی عملکرد شغلی افراد در سازمان‌ها و مشاغل خود می‌شود، میزان هم‌خوانی و یا تناسب آن‌ها با محیط شغلی است

هم‌خوانی تناسب فرد- شغل (Person-Job fit) نامیده شده است که به هم‌خوانی میان آنچه شغل فرد ایجاد می‌کند و آنچه افراد برای انجام آن شغل در اختیار دارد اشاره دارد (۳). شغلی که فرد در آن کار می‌کند باید به همان میزان توانمندی شغلی که در شاغل وجود دارد نیاز داشته باشد و از سمت دیگر نیز فرد باید بتواند تمامی الزامات شغل را با شایستگی‌ها و توانمندی‌های خود پوشش دهد.

از آن‌جاکه شغل فرد یکی از جنبه‌ها و مشخصات سازمانی است که فرد در آن کار می‌کند، شاید این تصور پیش آید که این دو مفهوم همدیگر را به‌طور کامل پوشش می‌دهند و در واقع تناسب فرد- شغل زیرمجموعه‌ای از تناسب فرد- سازمان است. اما شواهد پژوهشی حاکی از آن است که تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل سازه‌هایی مجزا بوده که تأثیر منحصر به‌فردی بر متغیرهای برونداد دارند (۵). با این وجود نمی‌توان کتمان کرد که تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل با یکدیگر رابطه‌ی مثبت دارند. البته این رابطه باید در دو متغیری که از یک مفهوم اصلی (تناسب فرد- محیط) مشتق شده‌اند وجود داشته باشد. اما مسأله مهم در این میان این است که جهت رابطه‌ی علی میان این دو اغلب از تناسب فرد- سازمان به سمت تناسب فرد- شغل فرض شده است. منطق زیر بنایی در این‌جا این است که افرادی که در ارزش‌ها و اهداف سازمان، خود را شریک و سهیم نمی‌دانند بسیار کمتر تمایل دارند که مشاغلی را که توسط آن سازمان ارائه شده‌اند را از لحاظ شخصی ارضا کننده بیابند. در نتیجه، افرادی که از درجات پایین‌تری از تناسب فرد- سازمان برخوردارند کمتر قادر خواهند بود تا رفتارهای روزمره‌ی کاری‌شان را با انتظارات سازمان خود وفق دهند.

در بسیاری از پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی تناسب فرد- محیط انجام شده است، تنها تناسب فرد- سازمان مورد بررسی قرار گرفته است و تحقیقات زیادی به بررسی همبسته‌ها و پیامدهای وجود یا عدم وجود این تناسب پرداخته‌اند. اهمیت وجود این تناسب قابل چشم‌پوشی نمی‌باشد و در واقع بسیاری از سازمان‌ها در امور استخدامی خود وجود این جنبه از تناسب را مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی متغیرهای نگرشی و عملکردی برشمرده‌اند. پس از تناسب فرد- سازمان جنبه‌ی دیگری از

که در آن به اجرای وظیفه می‌پردازند (۱). به علاوه مشاهده شده است که میزان این تناسب در تعیین سلامت عمومی افراد و همچنین شکل دادن به نگرش‌های کاری آنان در مورد خود شغل و سازمانی که در آن کار می‌کنند، تأثیر بالقوه‌ای داشته است. این هم‌خوانی یا تناسب که در ادبیات موضوع تناسب فرد- محیط (Person-Environment fit) نامیده می‌شود، به‌طور ساده به صورت «هم‌خوانی افراد با محیط‌های کاری» آن‌ها تعریف شده است (۲). ایجاد این هم‌خوانی یا تناسب میان افراد و محیط‌های کاری می‌تواند به صورت‌های مختلف خود را نشان دهد. در حقیقت در چارچوب تناسب فرد- محیط، محققان دریافته‌اند که افراد در سطوح مختلفی با سازمان خود هماهنگ می‌شوند: شغل، گروه کاری، سازمان و حرفه‌ی کاری در معنای وسیع آن (۲-۱). تحقیقاتی که در نیم قرن اخیر در حیطه‌ی علوم سازمانی انجام شده است نشان می‌دهد که تناسب فرد- محیط با نگرش‌های شغلی مهم (مثل رضایت شغلی، موفقیت در کار راه عینی و تمایل به ماندن در سازمان) و همچنین با رفتارهای کاری (مثل عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی) رابطه‌ی مثبت دارد (۳-۴).

شاید مهم‌ترین بعد در ایجاد تناسب میان فرد و محیط کاری، تناسب میان فرد و سازمانی باشد که در آن به کار مشغول است. هم‌خوانی میان افراد و سازمان تناسب فرد- سازمان (Person-Organization fit) نامیده شده است (۴). در واقع تناسب میان ارزش‌هایی که فرد بدان‌ها معتقد است و ارزش‌های پذیرفته شده‌ی سازمان و همچنین تناسب میان اهدافی که فرد برای خود تعیین کرده است و اهداف و مأموریت‌هایی که سازمان در چشم‌انداز استراتژیک خود دنبال می‌نماید، این تناسب را ایجاد می‌کند. روشن است که هر چه هم‌خوانی بیش‌تری میان این ارزش‌ها و اهداف توسط فرد ادراک شود، تناسب فرد و سازمان بیش‌تر خواهد بود. محققان میان تناسب فرد- سازمان و نگرش‌ها و رفتارهای مهم کاری هم‌چون رضایت شغلی، تمایل به ترک خدمت، عملکرد شغلی و رفتار شهروندی سازمانی، رابطه‌ی مثبت معنادار یافته‌اند (۱).

از سوی دیگر فرد باید با شغلی که در آن به انجام وظیفه مشغول است نیز احساس هم‌خوانی نماید. این احساس

است در زمینه‌ی مربی‌گری ویژه‌ای که حمایت سازمانی کمی دریافت می‌کند تناسب ضعیفی داشته باشد (تناسب فرد- شغل پایین).

در این‌جا با دو دلیل می‌توان اظهار داشت که تناسب فرد- حرفه به‌طور مثبتی با تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل ارتباط دارد. اولاً افراد نمی‌توانند با سازمان یا مشاغل خود متناسب شوند، مگر آن‌که ابتدا آستانه‌ای از تناسب با حرفه را به‌دست آورند. برای مثال فردی که به سختی رشته‌ی دانشگاهی خود را مثلاً در رشته‌ی حقوق به دلیل عدم علاقه‌مندی به اتمام رسانده است، احتمالاً جدا از این‌که کجا کار کند با شغلش متناسب نخواهد شد. دوماً، ممکن است تناسب فرد- حرفه بر میزانی که فرد می‌تواند به تناسب با سازمان یا شغل نایل آید اثر سقفی و محدود کننده داشته باشد. حتی اگر افراد از مهارت‌های لازم برای انجام بهینه‌ی شغل برخوردار باشند، اگر ارزش‌های شخصی آن‌ها با ارزش‌های حرفه‌ای متباین باشد، کماکان تناسب اندکی را با سازمان تجربه خواهند کرد (۱۰). برای نمونه، حتی اگر فردی یک مشاور یا مددکار ماهر باشد، بسیار سخت است که تصور شود این شخص از لحاظ ارزشی با مشاوره‌های رایگان که دولت برای نیازمندان و یا معتادان در مراکز بهزیستی مهیا می‌کند، مخالف باشد و با این وجود برای مدت مدیدی در شغلی این‌چنینی به عنوان مددکار اجتماعی رایگان باقی بماند. لذا منطقی است که فرض شود تناسب فرد- حرفه هم با تناسب فرد- سازمان و هم با تناسب فرد- شغل به‌طور مثبت رابطه دارد.

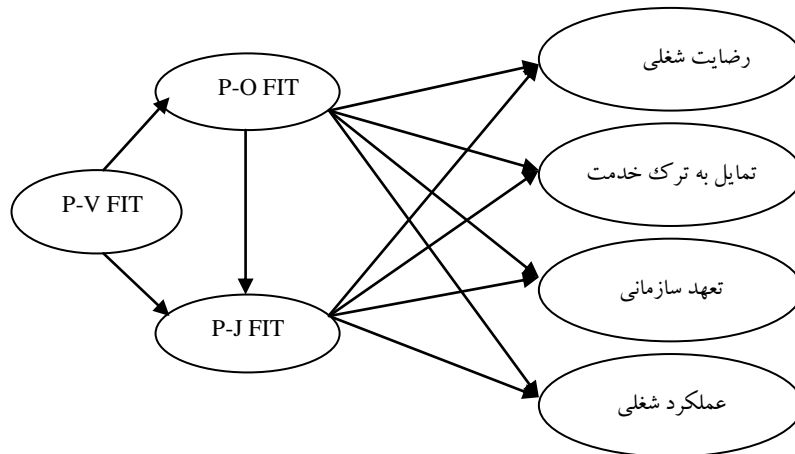
با وجودی‌که در پیشینه‌ی پژوهش رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه و برودادهای کاری نشان داده شده است (۱۱). اما در آن‌ها رابطه‌ی غیر مستقیم میان تناسب فرد- حرفه و برودادهای کاری مورد بررسی قرار نگرفته است. در حقیقت فرض کردن رابطه‌ی مستقیم میان تناسب فرد- حرفه و برودادهای کاری ضرایب پایین همبستگی را نشان داده است (۱۱). لذا هنگامی‌که افراد با حرفه‌شان به تناسب دست می‌یابند، موارد در برگیرنده‌ی تناسب فرد- حرفه به پس زمینه‌ی ذهنی فرد بر می‌گردند، به‌طوری‌که شاید فرد به‌طور آشکار و آگاهانه آن‌ها را در نظر نیاورد، در حالی‌که موارد در برگیرنده‌ی تناسب

تناسب فرد- محیط که در تحقیقات بسیار مورد استفاده قرار گرفته است، تناسب فرد- شغل بوده است که نقش مهمی در تعیین میزان تناسب فرد با سمت‌هایی که توسط وی قابل تصدی می‌باشد ایفا می‌نماید و در بررسی شایستگی افراد برای ارتقا و ترفیعات درون یا برون سازمانی نقش بسیار مهمی ایفا می‌کند. اما مسأله‌ای که در این میان مشاهده می‌شود این است که مؤلفه‌های دیگر تناسب فرد- محیط (هم‌چون تناسب فرد- گروه، تناسب فرد- حرفه و تناسب فرد- سرپرست) نسبت به این دو مؤلفه مورد غفلت قرار گرفته و تحقیقات به مراتب کم‌تری بر روی این مؤلفه‌ها انجام شده است. شاید بتوان گفت از آنجایی‌که سازمان‌ها به راحتی می‌توانند اثرات تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل را بر عملکرد مشاهده کنند، محققانی که در زمینه‌ی رفتار سازمانی فعالیت می‌کنند، بیش‌تر توجه خود را به این دو مدل از تناسب معطوف کرده‌اند (۵-۶)، اما در تحقیقاتی که تأثیر جنبه‌های دیگر تناسب از جمله تناسب فرد- گروه و فرد- حرفه را به‌طور مستقیم بر برودادهای سازمانی در نظر گرفته‌اند، نتایج جامع‌تری را می‌توان مشاهده کرد و به درک بهتر از این متغیرها کمک شایان ذکری نموده‌اند (۷).

تناسب فرد- حرفه (Person-Vocation fit) به هم‌خوانی میان علایق و توانایی‌های افراد و ویژگی‌های لازم برای حرفه‌ی آن‌ها اشاره دارد (۸). همانند تناسب فرد- شغل، تناسب فرد- حرفه نیز همواره با رضایت شغلی و عملکرد شغلی رابطه داشته است (۹). با وجود این‌که تناسب فرد- شغل و فرد- حرفه از بعضی جهات به یکدیگر شباهت دارند، اما این دو نوع از تناسب از جهات بسیاری با یکدیگر متفاوت‌اند. ممکن است برای برخی از کارگران مفاهیم «حرفه» و «شغل» هم‌پوشی بالایی داشته باشند، اما در کل این مطلب درست نیست. تناسب فرد- حرفه به هم‌خوانی میان مهارت‌ها و نیازها در سطح حرفه اشاره دارد. در مقابل، تناسب فرد- شغل به هم‌خوانی موجود در شرایط ویژه اشاره دارد. در نتیجه ممکن است افراد با حرفه‌ی خود تناسب داشته باشند، اما از تناسب فرد- شغل بی‌بهره باشند. برای مثال ممکن است فردی از مهارت‌های لازم برای مربی‌گری برخوردار باشد و این نیازش به‌خوبی با کار در سازمان ارضا شود (تناسب فرد- حرفه بالا)، با این حال ممکن

میانجی رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه با رضایت شغلی، تمایل به ترک خدمت، تعهد سازمانی و عملکرد شغلی باشد. تاکنون تحقیقات کمی برای بررسی این رابطه‌ها انجام پذیرفته است. اکثراً تحقیقات این مدل‌های تناسب را به صورت جداگانه در نظر گرفته‌اند و تأثیرات آن‌ها را بر روی برونادهای سازمانی بررسی کرده‌اند، اما در یک چارچوب کلی به بررسی اثرات آن‌ها پرداخته نشده است، لذا در پژوهش حاضر، این روابط در یک مدل هم‌زمان در نظر گرفته شدند که مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ مشاهده می‌شود.

فرد- سازمان و فرد- شغل برای کارکنان از برجستگی بیش‌تری برخوردار خواهند گشت، زیرا فرد با ویژگی‌های شغل و سازمان خود به‌طور روزمره در ارتباط آگاهانه است. در واقع به نظر می‌رسد تأثیرات تناسب فرد- حرفه بر برونادهای رفتاری و نگرشی غیر مستقیم باشند تا مستقیم. یعنی تناسب فرد- حرفه تأثیر خود را بر تناسب ادارک شده‌ی فرد میان خود و ویژگی‌های شغل و سازمان خود گذارده و از این طریق به‌طور غیر مستقیم به بروندها مرتبط می‌شود. لذا انتظار می‌رود که تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل به همراه یکدیگر به‌طور کامل



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

۵. (۱). در این مطالعه تمام متغیرهای فوق مورد بررسی قرار گرفته‌اند که بر روی طیف لیکرتی ۵ گزینه‌ای سنجیده شده‌اند. اطلاعات مربوط با نگرش شغلی از خود کارکنان جمع‌آوری شده است.

رضایت شغلی: برای سنجش این متغیر از مقیاس ۳ سوالی Klesh و Cammann, Fichman, Jenkins (۱۹۷۹ میلادی) استفاده شد (۱۴). این پرسش‌نامه رضایت شغلی را به‌طور کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد و به بررسی ابعاد آن نمی‌پردازد. پایایی این مقیاس توسط پژوهشگر ۰/۷۴ گزارش شده است.

تمایل به ترک خدمت: برای سنجش این متغیر از مقیاس ۳ سوالی O'Reilly و دیگران در سال ۱۹۹۱ میلادی استفاده شد که با تکیه بر این که فرد چه میزان شغل کنونی خود را به مشاغل دیگر ترجیح می‌دهد و یا علاقه‌مند به کار در سازمان کنونی خود

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات مقطعی بوده است. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکیل می‌دادند. با توجه به فرمول‌های نمونه‌گیری حجم مورد نیاز ۹۰ نفر تعیین گشت که برای پوشش دادن کل این تعداد، با احتساب ریزش نمونه، ۱۳۰ نفر برای شرکت در پژوهش به‌صورت تصادفی انتخاب شدند که ۲۷ نفر از آن‌ها به عللی هم‌چون خالی بودن تعداد زیادی از سوالات پرسش‌نامه‌ها و مشکلات اجرایی از روند پژوهش کنار گذاشته شدند و در نهایت ۱۰۳ پرسش‌نامه قابل تحلیل بود.

ابزارها: متغیرهای بروندادی که متناوباً در مطالعات مرتبط با تناسب و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند عبارت‌اند از: رضایت شغلی، تمایل به ترک خدمت، تعهد سازمانی و عملکرد شغلی (۱۳-۱۲).

تناسب فرد- شغل (P-J FIT): برای سنجش این متغیر از مقیاس ۶ سوالی Cable و DeRue در سال ۲۰۰۲ میلادی استفاده شد (۱۸) پایایی این آزمون ۰/۸۳ گزارش شده است. تناسب فرد-حرفه (P-V FIT): این مقیاس به بررسی تناسب فرد و حرفه‌ای که در آن مشغول به کار است، در معنای وسیع آن می‌پردازد. برای سنجش این متغیر از مقیاس ۳ سوالی Vogel و Feldman در سال ۲۰۰۹ میلادی استفاده شد (۱۹). پایایی این مقیاس ۰/۶۵ گزارش شده است. نتایج حاصل از پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS AMOS (Analysis of moment structure) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها و پایایی ابزار پژوهش در جدول ۱ دیده می‌شود.

### یافته‌ها

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا به بررسی همبستگی میان متغیرهای پژوهش اقدام شد که روابط میان آن‌ها در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

می‌باشد، میزان تمایل افراد به ترک سازمان را بررسی می‌کند (۲). پایایی این مقیاس توسط پژوهشگر ۰/۷۴ گزارش شده است. عملکرد شغلی: با توجه به این که خودسنجی یکی از روش‌های مفید در تشخیص عملکرد افراد در مقایسه با دیگران می‌باشد (۱۵)، برای سنجش این متغیر از مقیاس تک سوالی عملکرد شغلی Bright در سال ۲۰۰۹ میلادی استفاده شد (۱۶). برای ارزیابی این متغیر، شرکت کنندگان به سوال «عملکرد خود را نسبت به همکارانتان چگونه ارزیابی می‌کنید» پاسخ دادند. تعهد سازمانی: برای سنجش این متغیر از مقیاس ۳ سوالی بر اساس مدل سه بخشی تعهد کارکنان Allen و Meyer در سال ۱۹۹۷ میلادی استفاده شد (۱۷). پایایی این مقیاس توسط پژوهشگر ۰/۶۸ گزارش شده است.

تناسب فرد-سازمان (P-O FIT): برای سنجش این متغیر از مقیاس ۶ سوالی Cable و DeRue در سال ۲۰۰۲ میلادی استفاده شد که به بررسی تناسب فرد با سازمان در اهداف و ارزش‌های سازمانی می‌پردازد (۱۸) پایایی این مقیاس ۰/۷۵ بوده است.

جدول ۱: ضرایب همبستگی درونی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
تناسب فرد-سازمان	۱۸/۵۴	۳/۴۳	-					
تناسب فرد-شغل	۱۹/۲۴	۴/۱۹	۰/۵۶۹*	-				
تناسب فرد-حرفه	۹/۵۳	۲/۲۵	۰/۵۵۸*	۰/۷۴۰**	-			
رضایت شغلی عمومی	۱۰/۳۲	۲/۳۵	۰/۵۰۳*	۰/۶۰۳*	۰/۶۰۵*	-		
عملکرد شغلی	۳/۶۴	۰/۷۲	۰/۳۶*	۰/۴۷*	۰/۱۱	۰/۱۹*	-	
تعهد عاطفی	۹/۴۹	۲/۳۹	۰/۴۸۱*	۰/۶۳۲**	۰/۶۳۰**	۰/۶۰۴**	-۰/۰۱۲	-
تمایل به ترک خدمت	۱۰/۱۸	۳/۵۱	-۰/۶۵**	-۰/۶۱**	-۰/۵۸**	-۰/۷۱**	-۰/۰۶	-۰/۰۳

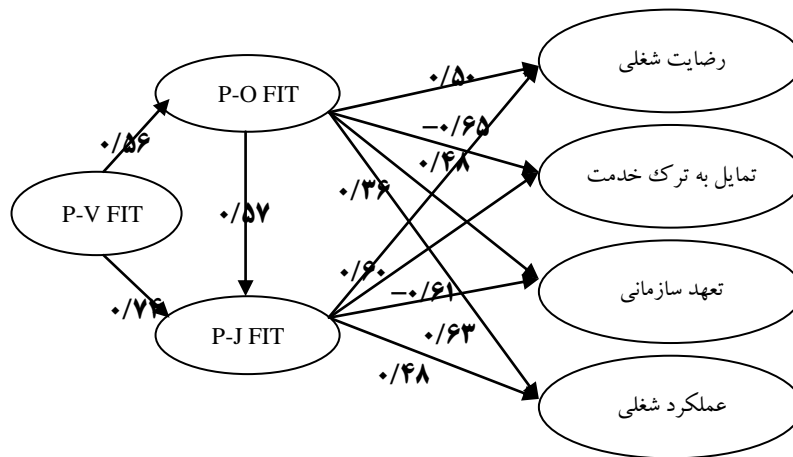
\*\* Pvalue<۰/۰۱ و \* Pvalue<۰/۰۵

نشانیان داد (NC=۱/۰۵۲, CFI=۰/۷۵۶, TLI=۰/۷۷۸, BL89=۰/۸۷۶, RMSEA=۰/۰۷۴, SRMR =۰/۰۶۴).  
بر این اساس ضرایب به‌دست آمده در این پژوهش به صورت شکل ۲ نشان داده شده است.  
تناسب فرد- حرفه با تناسب فرد-سازمان و فرد-شغل رابطه‌ی مثبت و معنادار نشان داد (به ترتیب:  $\beta = ۰/۵۶$ ,  $Pvalue < ۰/۰۱$  و  $\beta = ۰/۷۴$ ,  $Pvalue < ۰/۰۱$ ). به علاوه تناسب فرد-سازمان و

برای آزمودن فرضیه‌ها از روش درست‌نمایی بیشینه (Maximum Likelihood Estimation) استفاده شد تا به‌طور هم‌زمان مسیرهایی که از تناسب فرد-حرفه و از طریق تناسب فرد-سازمان و فرد-شغل به بروندادها منتهی می‌شود مورد بررسی قرار داده شود. شکل ۲ ضرایب مسیرهای استاندارد را به همراه مجذور ضریب همبستگی چندگانه برای هر متغیر داخلی نشان می‌دهد. مدل به‌دست آمده با داده‌ها برازش خوبی

تناسب فرد- سازمان قرار داشت. به علاوه تناسب فرد- شغل، میانجی رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه با رضایت شغلی، موفقیت در کار راهه عینی، عملکرد شغلی و تعهد عاطفی بوده است. هنگامی که این مسیرهای غیر مستقیم با یکدیگر در نظر گرفته شود، تناسب فرد- شغل و فرد- سازمان میانجی کامل رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه و تمامی متغیرهای وابسته خواهند بود.

تناسب فرد- شغل با تمامی متغیرهای برون‌داد رابطه‌ی معنادار داشتند. پیش‌بینی شده بود که رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه و برون‌دادهای کاری تحت نقش میانجی تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل قرار می‌گیرد. ضرایب مسیرهای غیر مستقیم و نتایج تحلیل‌های میانجی در جدول ۲ نشان داده شده است. مسیر میان تناسب فرد- حرفه با تعهد عاطفی تحت نقش میانجی



شکل ۲: ضرایب مدل به دست آمده

جدول ۲: نتایج تحلیل میانجی

همبستگی XY	تأثیرات کلی	ضرایب مسیر X به m به y	ضرایب مسیر y به M	ضرایب مسیر m به X	مسیر
0/605**	0/884**	0/280*	0/50	0/56	P-V به P-O به رضایت شغلی
		0/444**	0/60	0/74	P-V به P-J به رضایت شغلی
		0/160*	-	-	P-V به P-O به P-J به رضایت شغلی
-0/58**	1/022**	-0/364**	-0/65	0/56	P-V به P-O به تمایل به ترک خدمت
		-0/451**	-0/61	0/74	P-V به P-O به P-J به تمایل به ترک خدمت
		-0/207*	-	-	P-V به P-O به P-J به تمایل ترک خدمت
0/110*	0/199*	0/028	0/36	0/56	P-V به P-O به عملکرد شغلی
		0/155**	0/48	0/74	P-V به P-O به P-J به عملکرد شغلی
		0/016	-	-	P-V به P-O به P-J به عملکرد شغلی
0/630**	1/157**	0/528**	0/48	0/56	P-V به P-O به تعهد سازمانی
		0/466**	0/63	0/74	P-V به P-O به P-J به تعهد سازمانی
		0/153*	-	-	P-V به P-O به P-J به تعهد سازمانی

\*\* Pvalue < 0/01 و \* Pvalue < 0/05

## بحث

نتایج مربوط به تعیین نقش تناسب فرد- حرفه، از فرضیه‌ها حمایت می‌کنند. تناسب فرد- حرفه به‌طور معناداری با تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل رابطه داشت. به علاوه، تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل به همراه یکدیگر میانجی کامل رابطه‌ی تناسب فرد- حرفه و بروندهای کاری بوده‌اند.

در پژوهش حاضر، الگوی نتایج در رابطه با رابطه‌ی میان تناسب فرد- سازمان و متغیرهای برونداد قابل توجه است. ضریب استاندارد برای تأثیر تناسب فرد- سازمان و تمایل به ترک خدمت  $0/65$  ( $Pvalue < 0/01$ ) بود ولی این عدد در مورد عملکرد تنها  $0/36$  بوده است. همین‌طور، ضریب تأثیر استاندارد تناسب فرد- شغل بر تمایل به ترک خدمت  $0/61$  ( $Pvalue < 0/01$ ) بوده ولی برای عملکرد تنها  $0/48$  بوده است. از سوی دیگر، هم‌خوان با نتایج پژوهش‌های پیشین، تناسب فرد- حرفه نیز با رضایت شغلی، تعهد سازمانی و تمایل به ترک خدمت رابطه‌ی معنادار داشته است (۲۱-۲۰). اما رابطه‌ی تناسب فرد- حرفه و عملکرد معنادار نبوده است. نکته‌ی شایان توجه در اینجا این است که نتایج به‌دست آمده در یافته‌های تحقیقات قبلی که نشان دهنده‌ی این بوده است که مقیاس‌های تناسب بیش‌تر تمایل به نشان دادن همبستگی بالا با متغیرهای نگرشی و نه رفتاری بوده است، هم‌خوان است (۸، ۵، ۱). همین‌طور هم‌خوان با نتایج پژوهش Kristof Brown و دیگران، مسیرهای میان تناسب فرد- شغل و بروندها از مسیرهای میان تناسب فرد- سازمان و بروندها معنادارتر است (۱)، زیرا اکتساب تناسب با ویژگی‌های شغل از دستیابی به تناسب با سازمان در به‌دست آوردن معیارهای مناسب شغلی مهم‌تر است. به علاوه در به‌دست آوردن تناسب فرد- شغل انعطاف بیش‌تری وجود دارد تا تناسب فرد- سازمان.

بر اساس نظریه‌هایی که بر پایه‌ی پارادایم انطباق کاری، از سال‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی به بعد ارایه شد، مشخص شد که افرادی که نیازهایشان بهتر توسط محیط برآورده می‌شود و در واقع تناسب فرد- محیط بهتری دارند، در کارشان از رضایت بالاتری برخوردارند (۲۱). بسیاری از تحقیقات انجام شده در این زمینه به بررسی رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه و نگرش‌های شغلی پرداخته‌اند و محققان به این نکته اشاره کرده‌اند که در

صورتی افراد از بروندهای کاری خود رضایت بیش‌تری خواهند داشت که میان علایق‌شان و حرفه‌ای که در آن به فعالیت خواهند پرداخت، تناسب وجود داشته باشد (۹). نتایج پژوهش حاضر، با تأیید این نتایج نشان داد که رابطه‌ی میان تناسب فرد- حرفه و رضایت شغلی، غیر مستقیم بوده و از مسیر تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل می‌گذرد. هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر با نشان دادن نقش میانجی تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل، نتایج پژوهش Feldman و Ng را که عنوان نموده‌اند که تناسب فرد- حرفه حتی می‌تواند پیش‌بین مهمی برای تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل باشد، را تأیید می‌نماید. آن‌ها هم‌چنین عنوان نموده‌اند که افرادی که به‌اندازه‌ی دیگران از مهارت‌ها و ارزش‌ها و علایق مناسب حرفه‌ی خود برخوردار نیستند، بدون توجه به محلی که در آن کار می‌کنند، موفقیت کم‌تری در عملکرد خود به‌دست می‌آورند (۲۲).

با این وجود، به دلیل این‌که تمامی متغیرهای موجود در این پژوهش بر اساس خود گزارش‌دهی سنجیده شده‌اند، احتمال وجود خطاهای روش‌شناختی در این مقایسه‌ها وجود داشته و لذا باید در تفسیر یافته‌ها تا حدی احتیاط کرد.

## نتیجه‌گیری

نتایج گویای این مطلب است که تناسب فرد- حرفه در تعیین این مطلب که چگونه تناسب فرد- محیط بر بروندهای کاری تأثیر می‌گذارد، نقش مهمی ایفا می‌کند. در واقع تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل، بر بروندهای رفتاری و نگرشی مطلوب نظر یک سازمان تأثیر گذارند و با انتساب جهت علی به این رابطه، می‌توان این‌گونه عنوان کرد که تناسب فرد- سازمان و تناسب فرد- شغل، به همراه هم پیش‌بین مناسبی برای بالا بودن عملکرد شغلی، رضایت، تعهد و تمایل به بقا در سازمان می‌باشند. اما نتایج پژوهش حاضر، با تأکید بر نقش اهمیت تناسب فرد- حرفه، نشان داد، اهمیت تناسب فرد با شغل و سازمان، خود پیامدی از احساس فرد از هماهنگی و تناسبی است که وی با حرفه‌ی خود در معنای کلی ادراک می‌کند. این تناسب میان فرد و حرفه در معنای وسیع آن، به سایر تلاش‌های فرد در جهت هم‌خوان شدن با نیازهای آتی شغل و سازمان خویش، معنا می‌دهد.

متغیر واحد در نظر گرفته می‌شود، در حالی که اجزای متفاوتی نیز برای این متغیر وجود دارد. برای مثال، افراد ممکن است از مهارت مناسب برای حرفه‌شان برخوردار باشند اما با ارزش‌های آن حرفه تباین نداشته باشند یا بالعکس.

تلویحات این پژوهش نشان‌دهنده‌ی این است که تناسب کم میان فرد و حرفه‌ای که وی برای خویش برگزیده است، باعث می‌شود تا تلاش‌های سازمان برای متناسب کردن افراد با سازمان و شغل به هدر رود. هنگامی که تناسب فرد با حرفه‌اش ضعیف باشد، خواه این عدم تناسب به علت ارزش‌های واگرا و یا مهارت‌های ناهم‌خوان ایجاد شده باشد، برای افراد بسیار مشکل خواهد بود که با سازمان یا شغل خویش به تناسب دست یابند. از سوی دیگر پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دستیابی به تناسب فرد- شغل به‌اندازه‌ی تناسب میان فرد و سازمان اهمیت دارد. به علاوه، عدم تناسب میان فرد و حرفه در صورتی که افراد دوره‌های بیکاری یا اشتغال ناقص بلندمدتی داشته باشند، ممکن است منجر به پیامدهای منفی سازمانی گردد (۲۲). این امر می‌تواند در امور مدیریتی مختلفی همچون استخدام و به کارگماری، راهنمای مدیران و دست‌اندرکاران در این زمینه باشد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری بی دریغ پرستاران بیمارستان‌های شهر اصفهان که مسبب تکمیل این پژوهش بودند، صمیمانه قدردانی به عمل می‌آید.

در حقیقت کارکنانی که میان ویژگی‌های خود و آنچه که در حرفه‌ای که انتخاب کرده‌اند به‌دست آورده‌اند، احساس هماهنگی کرده بودند، یا به زبان ساده حرفه‌شان همان چیزی بوده است که انتظارش را داشته‌اند و در شغل کنونی خویش (و البته شغلی در محدوده‌ی حرفه‌ی خود) یعنی پرستاری و سازمانی که آن شغل را برایشان مهیا کرده است، تناسب بیشتری را ادراک کرده‌اند. این تناسب بهتر میان این پرستاران با مشاغل و سازمان‌هایشان (بیمارستان‌ها) به نوبه‌ی خود منجر به پیامدهای رفتاری و نگرشی مطلوب شده است، یعنی عملکرد بالاتری را نسبت به سایر همکاران خود داشته‌اند، رضایت بالاتری از کار خویش احساس می‌کرده‌اند، تعهد بالاتری نسبت به سازمان داشته و در نهایت تمایل به ترک خدمت کمتری در میان آن‌ها مشاهده می‌شده است.

### پیشنهادات

یکی از جهت‌هایی که می‌تواند راهنمای عمل برای پژوهشگران آتی باشد، بررسی ابعاد متغیرهای تناسبی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت با جزئیات بیشتر و دقیق‌تر است. برای نمونه در حالی که تناسب فرد- سازمان و فرد- شغل میانجی کامل رابطه‌ی تناسب فرد- حرفه بر بروندادها می‌باشد، نشان داده نشده است که کدام جنبه از تناسب فرد- سازمان (اهداف یا ارزش‌ها) و یا تناسب فرد- شغل (توانایی‌ها یا نیازها) مسبب اصلی این نتایج می‌باشند. به‌طور مشابه، ما تناسب فرد- حرفه را به‌صورت یک

### References

- Kristof Brown AL, Zimmerman RD, Johnson EC. Consequences of individuals' fit at work: A meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Personnel Psychology* 2005; 58(2): 281-342.
- O'Reilly CA, Chatman J, Caldwell DF. People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit. *Academy of Management Journal* 1991; 34(3): 487-516.
- Edwards JR. Person-job fit: A conceptual integration, literature review, and methodological critique. In: Cooper CL, Robertson IT, Editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New Jersey, NJ: Wiley; 1991: 283-357.
- Kristof AL. Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel Psychology* 1996; 49(3): 1-49.
- Hoffman BJ, Woehr DJ. A quantitative review of the relationship between person-organization fit and behavioral outcomes. *Journal of Vocational Behavior* 2006; 68(3): 389-99.
- Kristof Brown AL, Jansen KJ, Colbert AE. A policy-capturing study of the simultaneous effects of fit with jobs, groups, and organizations. *Journal of Applied Psychology* 2002; 87(5): 985-93.



7. Scroggins WA. An examination of the additive versus convergent effects of employee perceptions of fit. *Journal of Applied Social Psychology* 2007; 37(7): 1649–65.
8. Holland JL. *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1985.
9. Tranberg M, Slane S, Ekeberg SE. The relation between interest congruence and satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* 1993; 42(3): 253–64.
10. Schneider B. The people make the place. *Personnel Psychology* 1987; 40(3): 437–53.
11. Spokane AR, Meir EI, Catalano M. Person-environment congruence and Holland's theory: A review and reconsideration. *Journal of Vocational Behavior* 2000; 57(2): 137–87.
12. Bretz RD. Recruiter perceptions of applicant fit: Implications for individual career preparation and job search behavior. *Journal of Vocational Behavior* 1993; 43(3): 310–27.
13. Verquer ML, Beehr TA, Wagner SH. A meta-analysis of relations between person-organization fit and work attitudes. *Journal of Vocational Behavior* 2003; 63(3): 473–89.
14. Cammann C, Fichman M, Jenkins D, Klesh J. *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. Unpublished manuscript. Ann Arbor: University of Michigan; 1979.
15. Campbell JP, Pritchard RD. Motivation theory in industrial and organizational psychology. In: Dunnette MD, Editor. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand-McNally; 1976: 63-130.
16. Bright L. Does Person–Organization Fit Mediate the Relationship between Public Service Motivation and the Job Performance of Public Employees? *Review of Public Personnel Administration* 2007; 27(4): 361–79.
17. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review* 1991; 1(1): 61-89.
18. Cable DM, DeRue DS. The convergent and discriminant validity of subjective fit perceptions. *J Appl Psychol* 2002; 87(5): 875–84.
19. Vogel RM, Feldman DC. Integrating the level of Person-Environment Fit: The Roles of Vocational Fit and Group Fit. *Journal of Vocational Behavior* 2009; 75(1): 68-81.
20. Spokane AR. A review of research on person-environment congruence in Holland's theory of careers. *Journal of Vocational Behavior* 1985; 26(3): 306–43.
21. Dawis RV, Lofquist LH. *A psychological theory of work adjustment*. Minnesota, MN: University of Minnesota Press; 1984.
22. Feldman DC, Ng TWH. Careers: Mobility, embeddedness, and success. *Journal of Management* 2007; 33(3): 350–77.

## Relationship between Person-Environment Fit Dimensions and Organizational Outcomes among Nurses Working in Isfahan Public Hospitals\*

Ali Nasery Mohamadabadi<sup>1</sup>; Abolghasem Nouri<sup>2</sup>; Azadeh Askari<sup>3</sup>;  
Robab Sadegh<sup>4</sup>; Ali Sotoudeh<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Person-environment fit in the recent changing world is a basically concerns of managers. In person-environment fit model the people adjust themselves to their organization in multiple level. The aim of this research is to investigate the role of person-environment fit in relation between person-organization fit and person-job fit and with four variables of general job satisfaction, affective commitment and intention to leave.

**Methods:** this research is a cross sectional study. 103 nurses which were working in public hospitals of Isfahan were randomly selected and answered to person-organization fit, person-job fit, person-vocation fit Cable and DeRue (2002) and job performance Bright (2009), Job satisfaction Cammann, Fichman, Jenkins and Klesh (1979), organizational commitment Meyer and Allen (1997) and intention to leave O'Reilly et al. (1997) questionnaires. Results then were entered in AMOS structural equations software and were analyzed by the mean of appropriate statistical methods like Maximum Likelihood Estimation (MLE).

**Results:** Findings made support for both hypothesis and finally according to the results from mediation analysis and path analysis a model was suggested. Person-vocation fit had significant relation with both person-organization fit ( $r=0.558$ ,  $p<0.05$ ) and person-job fit ( $r=0.558$ ,  $p<0.05$ ). Also both person-organization fit and person-job fit mediated the relationship between person-vocation fit and general job satisfaction, job performance, emotional commitment and intention to leave. Finally proposed model fitted the data well (NC=1.052, CFI=0.756, TLI=0.778, BL89=0.876, RMSEA=0.074 and SRMR=0.064).

**Conclusion:** Results suggest that person-vocation fit make organization efforts fruitful in the way of making a good fit between employees and organization and job. When the fit between people and their vocations are weak, weather this weakness is in result of divergent values or inappropriate skills, it gets very hard for employees to fit with their organization and jobs. This can help managers and practitioners in the field of human resources affairs such selection and recruitment.

**Keywords:** Person Organizational Fit; Person Job Fit; Job Satisfaction; Job Performance

Received: 2 Jun, 2013

Accepted: 1 Jan, 2011

**Citation:** Nasery Mohamadabadi A, Nouri A, Askari A, Sadegh R, Sotoudeh A. **Relationship between Person-Environment Fit Dimensions and Organizational Outcomes among Nurses Working in Isfahan Public Hospitals.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1094.

This article is derived from a research project (No. 289304) in Health Management and Economics Research Center and supported by vice chancellery of Research and Technology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- PhD Student, Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, The University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: ali\_nasery@yahoo.com

2- Professor, Psychology, Researcher of Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- PhD Student, Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, The University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- MSc, Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, University of Shahid Beheshti, Rasht, Iran

5- MSc, Psychology, National Iranian Oil Company, Tehran, Iran

## رضایت شغلی بهورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

صدیقه انصاری پور<sup>۱</sup>، اکبر حسن زاده<sup>۲</sup>، محسن روحانی<sup>۳</sup>، طاهره مقدس<sup>۴</sup>

### مقاله کوتاه

#### چکیده

**مقدمه:** به طور کلی موفقیت هر سازمان تا حدود زیادی وابسته به تلاش و کوشش کارکنان آن سازمان می‌باشد و این تلاش و کوشش زمانی به حد کمال خواهد رسید که کارکنان از شغل خود خشنود و راضی باشند. این تحقیق با هدف تعیین میزان رضایت شغلی بهورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در اواخر سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی است. جامعه‌ی مورد پژوهش ۱۴۰۰ نفر بهورز شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بودند که نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری سیستماتیک ۳۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای مشتعل بر دو بخش بود که در بخش نخست آن مشخصات فردی و در بخش دوم آن سوالات رضایت شغلی در خصوص ماهیت کار، نحوه‌ی سرپرستی و ارتباطات، امنیت شغلی، فرصت‌های ارتقا، شرایط فیزیکی محیط کار، حقوق و مزایا مطرح شد. این پرسش‌نامه برگرفته از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سنجش رضایت شغلی هرزبرگ (Herzberg) بود که روایی محتوای آن در مطالعات قبل سنجیده شد و ضریب پایایی کل آن ۸۸ درصد و جهت هریک از حیطه‌های آن از ۸۵ درصد تا ۹۱ درصد محاسبه شده است، تحلیل آماری یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی کل رضایت شغلی بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۲/۰۵) ۶۸/۶۶ و به تفکیک حیطه‌های مورد بررسی به ترتیب اولویت شامل ماهیت کار (۱۳/۰۸) ۸۴/۱۶، نحوه‌ی سرپرستی و ارتباطات (۱۲/۵۸) ۷۴/۳۳، امنیت شغلی (۱۷/۴۷) ۷۱/۷۶، فرصت‌های ارتقا (۲۱/۹۷) ۶۱/۶۴، شرایط فیزیکی محیط کار (۱۸/۰۷) ۵۶/۲۳ و حقوق و مزایا (۱۸/۵۱) ۵۱/۸ از حداکثر نمره‌ی ۱۰۰ بود. بین نمره‌ی کل رضایت شغلی بهورزان با سن، سابقه کار و تعداد فرزند رابطه‌ی معکوس وجود داشت. در حیطه‌ی حقوق و مزایا بین رضایت شغلی بهورزان رسمی و پیمانی و در حیطه‌ی فرصت شغلی بین رضایت شغلی و محل کار اختلاف معنی‌دار بود. ( $pvalue < 0/05$ ) همچنین بین جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، شغل همسر و رضایت شغلی در حیطه‌های مختلف رابطه معنی‌دار نبود ( $pvalue > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** بهورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در کل از رضایت شغلی متوسط رو به بالا (خوب) برخوردار بودند، بیش‌ترین رضایت مربوط به حیطه‌ی ماهیت کار و کم‌ترین آن مربوط به حقوق و مزایا و شرایط فیزیکی محیط کار بود. می‌توان با افزایش حقوق و مزایا، امکانات رفاهی و فراهم آوردن فرصت‌های ارتقا از جمله تعدیل ساعت کار در خانه‌های بهداشت، رضایت این قشر را افزایش داد.

**واژه‌های کلیدی:** رضایت شغلی؛ دانشگاه‌ها؛ کارکنان علوم پزشکی و وابسته

دریافت مقاله: ۹۱/۶/۱۴

اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

**ارجاع:** انصاری پور صدیقه، حسن زاده اکبر، روحانی محسن، مقدس طاهره. رضایت شغلی بهورزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۱۰۵-۱۰۹۵.

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۱۰۲۴ و با حمایت معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- کارشناس ارشد، جمعیت‌شناسی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: S\_ansaripour@mail.mui.ac.ir

۲- مربی، آمار حیاتی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، انگل‌شناسی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناس، مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

#### مقدمه

به طور کلی موفقیت هر سازمان تا حدود زیادی وابسته به تلاش

و کوشش کارکنان آن سازمان می‌باشد و این تلاش و کوشش زمانی به حد کمال خواهد رسید که کارکنان از شغل خود خشنود و راضی باشند. رضایت شغلی یکی از عوامل مهم در موفقیت شغلی است، عاملی که موجب افزایش کارایی و نیز احساس رضایت در فرد می‌گردد (۱).

از تعریف رضایت شغلی، چنین برمی‌آید که این مفهوم بیان‌گر احساسات و نگرش‌های مثبتی است که شخص نسبت به شغلش دارد. وقتی گفته می‌شود که کسی از سطح رضایت بالایی برخوردار است، یعنی به‌طور کلی، شغلش را دوست می‌دارد، برای آن ارزش زیادی قابل است و به‌گونه‌ای مثبت به آن می‌نگرد و در یک کلام، از احساس خوب و مطلوبی نسبت به آن برخوردار است (۲).

رضایت شغلی، یک حس مثبت و مطبوع و پیامد ارزیابی شغلی یا تجربه‌ی فرد است. این حالت کمک زیادی به سلامت فیزیکی و روانی افراد می‌کند. از نظر سازمانی، سطح بالای رضایت شغلی، منعکس‌کننده‌ی جو سازمانی بسیار مطلوب است که منجر به جذب و بقای کارکنان می‌شود. Lock معتقد است رضایت‌مندی شغلی ناشی از ارزیابی شغل به‌عنوان امری است که رسیدن یا امکان رسیدن به ارزش‌های مهم شغلی را فراهم می‌آورد. بنابراین فرد زمانی به‌طور مؤثر سازمان را در جهت رسیدن به اهداف آن یاری می‌رساند که ابتدا از شغل و حرفه‌ی خود راضی و خشنود باشد و نیز به کاری بپردازد که به آن علاقه‌مند است (۳).

هر چه هدف‌های سازمان به خواسته‌ها و آرمان‌های کارکنان نزدیک‌تر باشد و مدیریت بتواند نگرش مثبت شغلی در افراد ایجاد کند و به‌عبارتی شرایط مناسبی را در راستای رضایت شغلی آنان فراهم کند، سریع‌تر و بهتر به نتایج مثبت و آرمانی خود دست می‌یابد (۴).

Robbins رضایت شغلی را متأثر از عوامل فردی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه‌ی خدمت و افراد تحت تکفل می‌داند (۵). Herzberg رضایت شغلی را دارای دو بعد جداگانه می‌داند. یکی از این ابعاد به عامل بهداشت معروف است که در برگیرنده‌ی ویژگی‌های محیطی شغل و جنبه‌های بیرونی مثل حقوق، سرپرستی، روابط بین فردی، شرایط و موقعیت‌های

کاری است. دومین بعد معروف به عوامل برانگیزاننده است که در واقع عوامل وابسته به وظایف و محتوای شغلی نظیر جنبه‌هایی مانند اهمیت دادن به پیشرفت، مسؤلیت و رشد را مطرح می‌کند. رضایت شغلی بر بسیاری از متغیرهای مثبت سازمانی نظیر افزایش بهره‌وری، دل‌سوزی کارکنان نسبت به سازمان، تعلق خاطر و دل‌بستگی آنان به محیط کار، افزایش کمیت و کیفیت کار، ارتباطات صحیح، بهبود روحیه و علاقه به کار تأثیر دارد (۴).

ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که هرگاه کارکنان یک سازمان از شغل خود رضایت داشته باشند، سازمان آن‌ها نیز دارای اثرات مثبتی خواهد بود و به‌صورت یک سازمان اثر بخش و مفید در خواهد آمد (۶).

Chung و همکاران رضایت شغلی را مجموعه احساسات فرد نسبت به شغلش بیان می‌کنند (۷). Gillies معتقد است رضایت شغلی پاسخ مؤثر به شغل است (۸).

پوران رئیسی و همکاران در مطالعه‌ای رضایت شغلی بهورزان خانه‌های بهداشت را مورد بررسی قرار دادند. این بررسی نشان داد که اکثریت بهورزان از جنبه‌های اجتماعی، روانی و آموزشی شغل خود رضایت داشتند، اما از جنبه‌های محیط فیزیکی و امور رفاهی شغل خود ناراضی بودند و میزان رضایت آن‌ها در رابطه با جنبه‌های ساختار سازمانی و مدیریت و سرپرستی در سطح متوسط بود (۹).

سلیمان اکبری با تحقیق خود در آذربایجان غربی نشان داد که نگرش بهورزان نسبت به رشد و پیشرفت و امنیت شغلی از وضعیت بهتری نسبت به سایر ابعاد برخوردار می‌باشند و نگرش نسبت به حقوق و شرایط کاری نسبت به سایر اهداف پایین‌ترین رتبه را در خانه‌های بهداشت مورد پژوهش دارا بود (۱۰).

Dunbam Taylor با تحقیق خود در امریکا نشان داد که رضایت شغلی پرستاران همراه با ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران و افزایش بهره‌وری آنان خواهد بود (۱۱).

در بررسی دیگر در سال ۲۰۰۶ میلادی نشان داده شد که رضایت شغلی با مدیریت سازمان نیز ارتباط معنی‌دار دارد (۱۲). هم‌چنین مطالعات قبلی نشان داده که رضایت شغلی نه تنها به

مشخصات فردی (سن، جنس، سابقه کار، مدرک تحصیلی، وضعیت استخدامی، محل کار، تعداد فرزند، وضعیت تأهل، محل سکونت، شغل همسر) و در بخش دوم آن سوالات رضایت شغلی در خصوص ماهیت کار ۶ گویه، نحوه سرپرستی و ارتباطات ۱۴ گویه، امنیت شغلی ۷ گویه، فرصت‌های ارتقا ۵ گویه، شرایط فیزیکی محیط کار ۶ گویه، حقوق و مزایا ۵ گویه مطرح گردید. این پرسش‌نامه با توجه به ویژگی‌های مورد استفاده برگرفته از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سنجش رضایت شغلی هرزبرگ (Herzberg) بود که روایی محتوای آن در مطالعات قبل سنجیده شده و ضریب پایایی کل آن ۸۸ درصد و جهت هر یک از حیطه‌های آن از ۸۵ درصد تا ۹۱ درصد محاسبه شده بود (۱۸-۱۹). پرسش‌نامه‌ی فوق حاوی ۶ حیطه و ۴۳ سوال بود که تمامی سوالات در مقیاس لیکرت از طیف خیلی زیاد تا خیلی کم تنظیم گردید (حداکثر امتیاز به هر عامل رضایت، ۵ به معنای رضایت خیلی زیاد و حداقل امتیاز یک به معنای رضایت خیلی کم و امتیاز صفر به معنای عدم رضایت در نظر گرفته شد). امتیاز در کلیه حیطه‌ها جهت مقایسه‌پذیری با مطالعات انجام شده‌ی قبلی از ۱۰۰ نمره در نظر گرفته شد. پس از رعایت کلیه موازین اخلاق در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها بین نمونه‌ها به صورت خود ایفا تکمیل گردید. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ و استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن) تجزیه و تحلیل گردید.

### یافته‌ها

از مجموع ۳۵۰ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده ۳۳۵ پرسش‌نامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پرسش‌نامه‌های دریافتی نشان می‌دهد که میانگین سن به‌روزان مورد مطالعه  $35/75 \pm 5/32$  سال با حداقل ۲۳ و حداکثر ۵۲ سال بود که ۸۰/۹ درصد آن‌ها به‌روزان زن و ۱۹/۱ درصد آن‌ها مرد و ۹۰/۷ درصد متأهل بودند. میانگین سابقه‌ی کار آن‌ها  $14/62 \pm 5/93$  سال (بین دامنه‌ی یک تا ۲۸ سال) بوده است. محل کار ۷۵/۲ درصد به‌روزان خانه‌ی بهداشت و ۸۹/۲ درصد

ماهیت کار بلکه به انتظارات فرد در مورد آن کار هم بستگی دارد (۱۳).

بررسی‌های دیگر در این رابطه نشان داده که رضایت شغلی در کارکنان بهداشتی بر روی کیفیت کار، اثربخشی و بهره‌وری تأثیر دارد و در زمان مراقبت روی هزینه‌ی سلامت مؤثر است و در کل این امر برای بیماران و سیستم مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد. هم‌چنین رضایت شغلی در کارکنان بهداشتی با غیبت از کار، روابط انسانی و کار در سازمان ارتباط دارد (۱۶-۱۴).

بنابراین با توجه به این که اولین رده‌ی نیروی انسانی در صف مقدم ارایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی در روستاها به‌روزان هستند (۱۷) و محیط کار آنان به مثابه منزل دوم آن‌ها می‌باشد، پس رضایت شغلی آن‌ها به‌عنوان اولین ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی در جامعه‌ی روستایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. جامعه‌ی روستایی به به‌روزان با انگیزه نیاز دارند تا آن‌ها بتوانند در آموزش مردم و ارتقای برنامه‌های سلامت جامعه‌ی خود مؤثر واقع شوند و بتوانند در پیشبرد اهداف سلامت جامعه و ایجاد بهره‌وری بیش‌تر نقش مهمی را ایفا نمایند. این تحقیق با هدف تعیین میزان رضایت شغلی به‌روزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی انجام گرفت.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی است. جامعه‌ی مورد پژوهش در این مطالعه ۱۴۰۰ نفر به‌روز شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۰ خورشیدی بودند که تعداد حجم نمونه با توجه به رابطه‌ی  $n = \frac{NZ^2 \cdot S^2}{Nd^2 + Z^2 S^2}$  و ۱۵ درصد ریزش با روش نمونه‌گیری سیستماتیک ۳۵۰ نفر انتخاب شدند. در این بررسی s برآوردی از انحراف معیار نمره‌ی رضایت‌مندی می‌باشد که تعداد نمونه‌ی کل با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و خطای s ۰/۱ برآورد گردید.

معیار ورود به مطالعه، به‌روزان شاغل در خانه‌های بهداشت با بیش از یک‌سال سابقه‌ی کار بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی مشتمل بر دو بخش بود که در بخش نخست آن

دارای مدرک دیپلم و سیکل و ۸۰ درصد نوع استخدام آن‌ها رسمی بود.

یافته‌های پژوهش بیان‌گر آن بود که میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی کل رضایت شغلی بهروزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۲/۰۵) (۶۸/۶۶) و به تفکیک حیطه‌های مورد بررسی به ترتیب اولویت شامل ماهیت کار (۱۳/۰۸) (۸۴/۱۶) نحوه‌ی سرپرستی و ارتباطات (۱۲/۵۸) (۷۴/۳۳)، امنیت شغلی (۱۷/۴۷) (۷۱/۷۶)، فرصت‌های ارتقا (۲۱/۹۷) (۶۱/۶۴) شرایط فیزیکی محیط کار (۱۸/۰۷) (۵۶/۲۳) و حقوق و مزایا (۸/۵۱) (۵۱/۸) از حداکثر ۱۰۰ نمره بود. بنابراین بیش‌ترین رضایت در حیطه‌ی ماهیت کار و کم‌ترین رضایت در حیطه‌ی رضایت از حقوق و مزایا عنوان شده است.

سایر یافته‌های پژوهش بیان‌گر آن بود که در حیطه‌ی ماهیت کار، بهروزان در برابر سلامت مردم و ارایه‌ی خدمت به آن‌ها احساس مسؤولیت کرده و از آن بیش‌ترین رضایت و از انجام فعالیت‌های محوله کم‌ترین رضایت را داشتند.

در حیطه‌ی نحوه‌ی سرپرستی و ارتباطات، بهروزان از وجود روابط دوستانه و محترمانه بین خود و دیگر همکاران بیش‌ترین رضایت و از نحوه‌ی قدردانی کم‌ترین رضایت را داشتند و در حیطه‌ی امنیت شغلی، بیش‌ترین رضایت مربوط به برخورداری از امکانات جانبی مانند (بیمه، استخدام، بازنشستگی) و کم‌ترین رضایت مربوط به نحوه‌ی ارزشیابی بوده است. هم‌چنین در حیطه‌ی فرصت‌های ارتقا بیش‌ترین رضایت مربوط به عامل برخورداری از کارگاه‌های آموزشی بدون هیچ معنی و کم‌ترین رضایت در عامل امکان ادامه تحصیل عنوان شده است.

در حیطه‌ی رضایت از شرایط فیزیکی محیط کار بیش‌ترین رضایت مربوط به عامل کار با همکاران و مدیران و کم‌ترین رضایت در عامل برخورداری از امکانات رفاهی دانشگاه عنوان شده است.

در حیطه‌ی رضایت از حقوق و مزایا، بهروزان از پرداخت به موقع حقوق و مزایا بالاترین رضایت و کم‌ترین رضایت خود را عدم برخورداری از انجام فعالیت‌های دیگر اعلام داشته‌اند.

در بررسی رضایت مندی کلی بهروزان برحسب جنسیت، زنان با

میانگین امتیاز ۶۸/۸ و انحراف معیار ۱۱/۴ در قیاس با مردان با میانگین امتیاز ۶۸/۱ و انحراف معیار ۱۴/۷ رضایت‌مندی بیش‌تری را نشان دادند. لیکن آزمون t مستقل تفاوت معنادار آماری بین دو گروه را نشان نداد ( $Pvalue > 0.05$ ).

هم‌چنین نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره‌ی کل رضایت شغلی بهروزان با سن، سابقه‌ی کار و تعداد فرزند رابطه‌ی معکوس وجود داشت ( $Pvalue < 0.05$ ) و آزمون همبستگی اسپیرمن هم نشان داد که بین مدرک تحصیلی و رضایت شغلی کل، در بهروزان رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت ( $Pvalue > 0.05$ ) (جدول ۱).

در مورد رضایت شغلی در حیطه‌های مختلف بر حسب محل کار، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که در حیطه‌ی فرصت شغلی میانگین نمره‌ی رضایت شغلی در محل کارهای مختلف یکسان نبود ( $Pvalue < 0.05$ ).

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود کم‌ترین رضایت را بهروزان خانه‌های بهداشت و بیش‌ترین رضایت را بهروزان پایگاه بهداشتی داشته‌اند اما در حیطه‌های دیگر بین رضایت شغلی و محل کار رابطه وجود نداشت (جدول ۲).

در بررسی وضعیت استخدامی همان‌گونه که در جدول ۳ دیده می‌شود، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره‌ی رضایت شغلی در حیطه‌ی حقوق و مزایا در بهروزان پیمانی از بهروزان رسمی بالاتر بود ( $Pvalue < 0.05$ )، اما در حیطه‌های دیگر، تفاوت معنی‌داری بین رضایت شغلی در بهروزان رسمی و پیمانی مشاهده نشد (جدول ۳).

نتایج نشان می‌دهد که رضایت‌مندی شغلی با هیچ‌یک از متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت و شغل همسر ارتباط آماری معنی‌داری ندارد ( $Pvalue > 0.05$ ).

هم‌چنین یافته‌های ناشی از سوال پژوهشگر در مورد رضایت از ساعت کاری نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی رضایت از ساعت کاری (۳۳/۰۳) (۳۶/۸۶) از حداکثر ۱۰۰ نمره بود. بین میانگین نمره‌ی رضایت از ساعت کاری بهروزان با سن، سابقه‌ی کار، محل سکونت، محل کار و شغل همسر بهروزان اختلاف معنی‌دار بود ( $Pvalue < 0.05$ ).

جدول ۱: ضرایب همبستگی بین سن، سابقه‌ی کار، تعداد فرزند با نمره‌ی رضایت شغلی به‌روزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حیطه‌های مختلف

مدرک تحصیلی		تعداد فرزند		سابقه‌ی کار		سن		رضایت شغلی به‌روزان
Pvalue	r	Pvalue	r	Pvalue	r	Pvalue	r	
۰/۵۲	-۰/۰۳	۰/۰۰۸	-۰/۱۴۵	۰/۰۴۸	-۰/۱۱	۰/۰۲	-۰/۱۲۳	رضایت کلی
۰/۹۹۲	-۰/۰۰۱	۰/۱۱۷	-۰/۰۸۶	۰/۹۵۴	-۰/۰۰۳	۰/۵	-۰/۳۷	ماهیت کار
۰/۷۷۶	-۰/۰۱۶	۰/۰۰۷	-۰/۱۴۹	۰/۰۰۹	-۰/۱۴۳	۰/۰۰۱	-۰/۱۸۱	سرپرستی و ارتباطات
۰/۱۷۴	-۰/۰۷۴	۰/۱۱۲	-۰/۰۸۷	۰/۱۵۳	-۰/۰۷۸	۰/۱۶۸	-۰/۰۷۵	امنیت شغلی
۰/۲۰۴	-۰/۰۷	۰/۱۱۰	-۰/۰۸۸	۰/۹۹۵	۰/۰	۰/۸۴۸	-۰/۰۱۱	فرصت‌های ارتقا
۰/۷۵	-۰/۰۱۷	۰/۰۱۶	-۰/۱۳۲	۰/۲۱	-۰/۰۶۹	۰/۲۸۵	-۰/۰۵۹	شرایط فیزیکی محیط کار
۰/۵۴۱	-۰/۰۳۴	۰/۱۳	-۰/۰۸۳	۰/۰۱	-۰/۱۴۱	۰/۰۱۵	-۰/۱۳۳	حقوق و مزایا

جدول ۲: میانگین نمره‌ی رضایت شغلی به‌روزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حیطه‌های مختلف بر حسب محل کار

Pvalue	مرکز بهداشتی درمانی (۶۱)		پایگاه بهداشتی (۲۱)		خانه‌ی بهداشت (۲۵۲)		رضایت شغلی به‌روزان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۱	۱۲/۲	۶۹/۵	۱۳/۲	۷۱	۱۲	۶۸/۳	رضایت کلی
۰/۸۹	۱۱/۹	۸۴/۴	۱۵/۲	۸۲/۸	۱۳/۲	۸۴/۲	ماهیت کار
۰/۹۱۱	۱۱/۹	۷۳/۹	۱۵/۵	۷۵/۲	۱۲/۵	۷۴/۴	سرپرستی و ارتباطات
۰/۵۵۴	۱۷/۷	۷۳/۳	۱۷/۴	۷۴/۳	۱۷/۵	۷۱/۲	امنیت شغلی
۰/۰۴۹	۱۹/۶	۶۵/۲	۲۳/۰۳	۷۰/۰۹	۲۲/۳	۶۰/۰۵	فرصت‌های ارتقا
۰/۵۰۴	۱۹/۷	۵۷/۰۴	۱۷/۲	۶۰/۳	۱۷/۸	۵۵/۷	شرایط فیزیکی محیط کار
۰/۶۰۹	۲۰/۳	۵۳/۵	۱۹/۶	۵۳/۹	۱۸/۰۵	۵۱/۲	حقوق و مزایا

جدول ۳: میانگین نمره‌ی رضایت شغلی در به‌روزان رسمی و پیمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Pvalue	رسمی (۲۶۸)		پیمانی (۶۷)		رضایت شغلی به‌روزان
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۸۸	۱۲	۶۸/۱	۱۲/۱	۷۰/۹	رضایت کلی
۰/۹۸۹	۱۳/۳۵	۸۴/۱۶	۱۲/۰۳	۸۴/۱	ماهیت کار
۰/۰۵۴	۱۲/۸۵	۷۳/۷	۱۱/۱	۷۷	سرپرستی و ارتباطات
۰/۳۷۱	۱۷/۱۴	۷۱/۳	۱۸/۸	۷۳/۵	امنیت شغلی
۰/۹۶۸	۲۱/۵۵	۶۱/۷	۲۳/۸	۶۱/۵	فرصت‌های ارتقا
۰/۰۹۲	۱۸/۳	۵۵/۴	۱۶/۹	۵۹/۶	شرایط فیزیکی محیط کار
۰/۰۰۵	۱۸/۵	۵۰/۴	۱۷/۵	۵۷/۵	حقوق و مزایا

## بحث

نتایج بررسی‌ها نشان داد میزان رضایت شغلی بهورزان بیش از حد متوسط بوده است و همه‌ی بهورزان با وجود ناراضی‌تی از بعضی ابعاد به ویژه حیطه‌ی حقوق و مزایا و حیطه‌ی شرایط فیزیکی محیط کار در مجموع از شغل بهورزی رضایت داشتند. میانگین نمره‌ی کلی امتیاز رضایت شغلی بهورزان  $68/66 \pm 12/05$  از ۱۰۰ امتیاز بود. که نمره‌ی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهد.

با توجه به این که کارمندان راضی نقش حیاتی در موفقیت یک سازمان دارند، بنابراین مدیران باید از رضایت شغلی کارکنان در سازمان‌های مراقبت بهداشتی آگاه باشند و توصیه می‌شود مدیران بر سطح رضایت شغلی کارمندان نظارت داشته باشند (۲۰). بر اساس نتایج این تحقیق کم‌ترین رضایت بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حیطه‌های حقوق و مزایا و شرایط فیزیکی محیط کار بوده است. به دلیل محدودیت مطالعه‌ی رضایت شغلی در بهورزان دیگر مناطق کشور، امکان مقایسه‌ی کمی با دیگر مطالعات وجود دارد، ولی در مطالعات انجام شده‌ی دیگر در ایران همانند مطالعه‌ی میر مولایی و منجمد نیز مهم‌ترین عامل ناراضی‌تی در استادان دانشگاه و پرستاران عامل حقوق و مزایا بوده است که با مطالعه‌ی حاضر دقیقاً هم‌خوانی دارد (۲۱-۲۲). همچنین نتایج حاصل از مطالعه‌ی Bodur در ترکیه نشان داد که رضایت شغلی به دلیل شرایط کاری و حقوق و دستمزد در کارکنان بهداشتی درمانی پایین می‌باشد (۲۳) و مطالعه‌ی دیگری در لندن نشان داد که با بهبود حقوق و مزایا می‌توان رضایت شغلی را افزایش داد (۲۴). مطالعات Lock نشان می‌دهد حقوق و دستمزد عامل تعیین کننده‌ی رضایت شغلی است به‌ویژه زمانی که از دیدگاه کارمند این پرداخت منصفانه و عادلانه باشد (۳).

در مطالعه‌ی حاضر بیش‌ترین رضایت از حیطه‌ی ماهیت کار با میانگین نمره‌ی  $84/16$  درصد که در حد بالایی بوده است، می‌باشد که با پژوهش انجام شده توسط رفیعی و قرخلو هم‌خوانی دارد (۲۵، ۱۸). این موضوع نشان می‌دهد که بهورزان از مشاغل پر تحرک، بیش از کارهای عادی و معمولی لذت

می‌برند و مشخص کننده‌ی این است که ماهیت کار از جمله استقلال در ارایه‌ی خدمت برایش جالب و پذیرفتنی است. یک مطالعه در خارج مشخص کرد که هر چه استقلال پرستار برای ارایه‌ی خدمت به بیمار بیش‌تر باشد رضایت بیش‌تر است (۲۶).

حیطه‌ی نحوه‌ی سرپرستی و ارتباطات از نظر بهورزان با میانگین نمره‌ی  $74/33$  درصد که در حد مطلوب و خوب بوده است، می‌باشد. این مطالعه با پژوهش مختار نیا و تذهیبی هم‌خوانی دارد (۲۷-۲۸). این موضوع مشخص می‌کند که هرچه ارتباط بین مسؤولین و همکاران بیش‌تر باشد و نحوه‌ی برخورد دوستانه و دور از استرس بین آن‌ها حاکم باشد، رضایت شغلی بیش‌تر خواهد بود. بنابراین کار در یک محیط دوستانه و بدون استرس، موجب آرامش و اطمینان خاطر می‌شود و سبب می‌شود که بهورزان با روحیه و انگیزه‌ی بهتری به ارایه‌ی خدمت بپردازند و همکاری و هماهنگی‌های لازم را در هر زمینه داشته باشند. از سوی دیگر برخورد خوب و دوستانه و انجام نظارت اصولی و بدور از مچ‌گیری و ارایه‌ی بازخورد دقیق و مستمر می‌تواند خشنودی شغلی را افزایش دهد. همچنین قدرشناسی از بهورزان باعث بهتر شدن ارایه‌ی خدمت به مردم می‌شود که در انتها به سلامت جامعه منتهی می‌شود. مطلوب بودن میانگین نمره‌ی بهورزان در این حیطه مشخص می‌کند که مسؤولین از جمله مدیر و مربیان مراکز آموزش بهورزی و مسؤولین مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به این موضوع واقفند. بنابراین سرپرستان و مسؤولین سعی کنند با ایجاد شرایط کاری مطلوب آرامش فیزیکی و روانی بیش‌تری را برای بهورزان فراهم کنند تا خشنودی شغلی آن‌ها روز به روز افزایش یابد. امنیت شغلی یکی دیگر از عوامل مؤثر بر رضایت شغلی با میانگین  $71/76$  درصد که نسبتاً در صد خوبی است، می‌باشد. ۴۰ درصد از نمونه‌ها از سوالات کار در محیط عدالت محور، حمایت مسؤولین در مواقع ضروری و روند ارزشیابی رضایت کامل داشتند که تقریباً با نتایج تیموری و ملکشاهی در یک راستا می‌باشد (۲۹، ۱۹).

شرایط فیزیکی محیط کار با میانگین  $56/33$  درصد که در حد متوسط است با نتایج تحقیق Bodur و گل افروز هم‌خوانی داشت (۳۰، ۲۳). این موضوع می‌تواند ناشی از بودجه‌ی کم



رابطه‌ی میان رضایت شغلی و متغیر وضعیت تأهل به‌روزان نشان می‌دهد که رضایت شغلی متأهل‌ها تا حدودی بیش از مجردها می‌باشد، اما از نظر آماری معنادار نبود که با نتایج مطالعه‌ی اسماعیلی هم‌خوانی دارد (۳۹). هم‌چنین این مطالعه نشان داد هر چند به‌روزانی که در شهر زندگی می‌کنند، راضی‌ترند ولی بین محل سکونت و شغل همسر با رضایت شغلی از نظر آماری رابطه معنی‌دار نبود. بین متغیر مدرک تحصیلی و رضایت شغلی هم رابطه معنی‌دار نبود که با نتایج پژوهش علیخانی هم‌خوانی داشت ولی با نتایج تحقیق جهانی مغایرت داشت (۳۷، ۴۰).

در این تحقیق در حیطه‌ی حقوق و مزایا رضایت شغلی در به‌روزانی که وضعیت استخدامی آن‌ها پیمانی بود، بیش‌تر بوده است که با نتایج تحقیق صالحی هم‌خوانی دارد (۴۱). با این‌که میانگین نمره‌ی رضایت شغلی زنان بیش از مردان بود ولی اختلاف معنی‌دار نبود که با مطالعه‌ی ستوده هم‌خوانی داشت (۴۲). یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد در حیطه‌ی فرصت‌های ارتقای رضایت شغلی در محل کارهای مختلف یکسان نبود، کم‌ترین رضایت را به‌روزان خانه‌های بهداشت و بیش‌ترین رضایت را به‌روزان پایگاه‌های بهداشتی داشتند. به نظر می‌رسد این نارضایتی به حجم کاری در خانه‌های بهداشت و ساعت کار بر می‌گردد که مسؤولین باید تصمیم جدی در این خصوص اتخاذ نمایند. در غیر این صورت از کیفیت ارایه‌ی خدمات کاسته خواهد شد.

هم‌چنین یافته‌های ناشی از سوال پژوهشگر در مورد رضایت از ساعت کاری نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمره‌ی رضایت از ساعت کاری به‌روزان (۲۳/۰۳) ۳۶/۸۶ از حداکثر ۱۰۰ نمره بود. بین میانگین نمره‌ی رضایت از ساعت کاری به‌روزان با سن، سابقه‌ی کار، محل سکونت، محل کار و شغل همسر به‌روزان اختلاف معنی‌دار بود ( $Pvalue < 0.05$ ).

### نتیجه‌گیری

به‌روزان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در کل از رضایت شغلی متوسط رو به بالا برخوردار بودند. بیش‌ترین رضایت مربوط به حیطه‌ی ماهیت کار و کم‌ترین آن مربوط به حقوق و مزایا و شرایط فیزیکی محیط کار بود. می‌توان با افزایش حقوق و مزایا، فراهم آوردن امکانات رفاهی و فرصت‌های ارتقا و

بهداشت و درمان از بودجه‌ی ناخالص ملی باشد که وزارت بهداشت و درمان نمی‌تواند امکانات و شرایط را مطابق با استانداردها تدارک نماید. بنابراین فراهم کردن امکانات رفاهی جهت کارکنان بالاخص کارکنانی که در روستاها زندگی می‌کنند و از کم‌ترین امکانات رفاهی تفریحی برخوردار می‌باشند، ضروری به نظر می‌رسد. در بررسی‌های دیگر در خارج از کشور نشان می‌دهد که بهبود شرایط فیزیکی محیط کار و رفاه کارکنان نه تنها منجر به افزایش رضایت شغلی شده است بلکه رضایت بیمار و کیفیت درمان را هم بهبود بخشیده است (۳۳-۳۱). به نظر می‌رسد فراهم آوردن امکانات رفاهی و مادی با وسایل معیشتی به‌روزان از ضرورت‌هایی است که توجه ویژه‌ی مسؤولین مربوطه را طلب می‌کند. زیرا هر چه آن‌ها از امکانات رفاهی و تسهیلات آموزشی بهتری بهره‌مند شوند و زمینه‌ای فراهم شود که در محیطی آرام و بدون استرس کار کنند، به همان اندازه ارایه‌ی خدمت بهتری به مراجعین تحت پوشش خود خواهند داشت.

یکی دیگر از عوامل رضایت شغلی به‌روزان ارتقا و پیشرفت علمی آن‌هاست. در مطالعه‌ی حاضر به‌روزان در این حیطه تا حدی راضی بوده‌اند. تحقیقات انجام شده از جمله Shigli هم تا حدی داشتن امکانات جهت فرصت‌های ارتقا را در افزایش رضایت شغلی مؤثر دانسته‌اند (۳۶-۳۴). فراهم کردن فرصت ارتقا از جمله ادامه‌ی تحصیل به‌روزان در مقطع دانشگاهی با توجه به افزایش سواد در روستاها ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به عوامل فرصت رشد باید امکانات تحصیل به‌روزان فراهم گردد تا آن‌ها ضمن رشد به احساس تعلق و امنیت بیش‌تری دست یابند و همواره از توانایی و خلاقیت‌های خود در راه ارتقای برنامه‌های سلامت گام بردارند. به نظر می‌رسد با ارتقای سطح تحصیلات شاغلان به‌روزانی بتوان میزان رضایت آن‌ها را افزایش داد.

این مطالعه نشان داد که به‌روزان با افزایش سن، سابقه‌ی کار و تعداد فرزندان رضایت شغلی کم‌تری دارند که با مطالعه‌ی علیخانی و حیاتی هم‌خوانی نداشت (۳۸-۳۷). به نظر می‌رسد با افزایش سن، نیازهای انسان تغییر می‌کند، چون به‌روزان مسن‌تر تعداد فرزندان بیش‌تری دارند که ممکن است دانشجو و یا در آستانه‌ی ازدواج باشند، این‌ها از رفاه نسبی کم‌تری برخوردارند برای همین رضایت آن‌ها کم‌تر است. نتایج این پژوهش درباره‌ی

بهورزان می‌توان به ارتقای رضایت شغلی آنان دست یافت و در نتیجه بهبود کیفیت ارائه‌ی خدمات را تحقق بخشید. علاوه بر موارد فوق، می‌توان به عوامل زیر به عنوان راه‌های افزایش انگیزش نیز اشاره نمود:

- تقسیم کار صحیح
- توانمندسازی بهورزان
- توجه به جنبه‌های روانی کار و کارکنان
- ایجاد زمینه‌های خلاقیت فکری و تقویت روحیه کارکنان
- توجه به نظم و انضباط در کار
- توجه کافی به محیط کار و رعایت اصل برابری
- تعدیل ساعت کار
- برقراری عدل و انصاف و عدم تبعیض بین آن‌ها

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله، پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کلیه مدیران مراکز آموزش بهورزی و بهورزان شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، دارند.

تعدیل ساعت کار خانه‌های بهداشت و یکسان کردن آن در سراسر کشور رضایت شغلی این قشر را افزایش داد.

### پیشنهادها

یکی از عوامل مؤثر بر رضایت شغلی بهورزان، شرایط کاری و محیط کار آنان است. با برنامه ریزی و اعمال مدیریت مشارکت‌جویانه، می‌توان شرایط کاری مطلوب‌تری را برای بهورزان فراهم کرد. ضمناً اصل رعایت شایسته سالاری، محیط مساعد کار را به وجود خواهد آورد. همچنین ایجاد محیط توأم با تفاهم و روحیه‌ی استقلال و قدرت تصمیم‌گیری و خلاقیت در کار و ایجاد شرایط فیزیکی مناسب در محیط کار از دیگر تدابیر افزایش سطح رضایت شغلی بهورزان است. بنابراین می‌توان با پرداخت بر اساس مهارت و شایستگی، بهورزان را تشویق کرد که مهارت‌های زیادی را فرا گیرند. همچنین می‌توان به هر بهورز فرصت داد تا با توجه به نیاز و شرایط یا وضعیتی که در آن قرار گرفته است، مجموعه‌ای خاص از مزایایی را که می‌خواهد از آن‌ها بهره مند شود را انتخاب نماید. از دیگر عوامل مؤثر بر رضایت شغلی بهورزان فراهم‌سازی زمینه‌ی ادامه تحصیل آنان است. با رفع موانع ادامه تحصیل

### References

1. Shafiaabadi A. Vocational guidance and counseling. Tehran: Roshd; 1999: 123. [Book in Persian]
2. Shafiaabadi A. Educational and vocational guidance. Tehran: payamnoor; 1999: 279. [Book in Persian]
3. Forughi F, Kharrazi H, Iranfar S, Rezaei M. job satisfaction and its Affecting factors from the viewpoints of faculty members of Kermanshah University of Medica Sciences. IJME 2007; 7(2): 335-42. [In Persian]
4. Hooman HA. Preparation and standardization of the job satisfaction scale. Tehran: Governmental Management Instruction Center; 2002: 9. [Book in Persian]
5. Robbins S, Judge T. Organizational Behavior Management. Trans. Parsaiyan A, Arabi M. Tehran: Management Training Center; 2002: 124.
6. Mohammadzadeh A, Mahroojan A. Organizational Behavior: Contingency Approach. Tehran: Allameh Tabatabaee University; 1998: 282. [Book in Persian]
7. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. J Nurs Adm 2003; 33(5): 293-9.
8. Gillies DA. Nursing management: a system approach. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Co; 1994: 357.
9. Reisi P, Kebriyaei A. Investigation of job satisfaction of health workers in health centers. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Thought and Behavior 2000; 5(4): 51-62. [In Persian]
10. Akbari S, Hosseini F, Barati A. A Survey on attitude of health workers of west Azarbaijan health centers based on Herzberg's motivation- hygiene theory 2006. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2010; 7(4): 203-9. [In Persian]
11. Dunham Taylor J. Nurse executive transformational leadership found in organization. J Nurs Adm 2003; 30(5): 241-50.

12. Bilimoria D, Perry S, Liang X, Stoller E, Higgins P, Taylor C. How Do Female and Male Faculty Members Construct Job Satisfaction? The Roles of Perceived Institutional Leadership and Mentoring and their Mediating Processes. *The Journal of Technology Transfer* 2006; 31(3): 355-65.
13. Nikic D, Arandjelovic M, Nikolic M, Stankovic A. Job satisfaction in health care workers. *Acta Medica Medianae* 2008; 47(4): 9-12.
14. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004; 2: 29-32.
15. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003; 168(3): 271-5.
16. Pousette A, Hanse JJ. Job characteristics as predictors of illhealth and sickness absenteeism in different occupational types – a multigroup structural equation modeling approach. *Work & Stress* 2002; 16(3): 229-50.
17. Peylahrodi S. *Healthcare Network in Iran*. Tehran: Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 2007. [Book in Persian]
18. Rafiei M, Jahani FA, Moosavipoor S. Evaluation of Job satisfaction among faculty members of Arak University of Medical Sciences. *Arak University of Medical Sciences Journal* 2011; 14(54): 35-45. [In Persian]
19. Teymouri M, Tootoonchi M, Salehi M, Hassanzadeh A. Job Satisfaction among faculty members of Isfahan University of Medical Science. *IJME* 2007; 7(2): 327-37. [In Persian]
20. Lorber M, Skela Savic B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction Hospitals. *Croat Med J* 2012; 53(3): 263-70.
21. Mirmolaei T, Dargahi H, Kazemnejad A, Mohajer Rahbari M. Investigation of Job Satisfaction in Midwives. *Hayat* 2004; 11(1-2): 87-95. [In Persian]
22. Moonjamed Z, Ghorbani T, Mostofian F, Oveissipour R, Nakhost pandi S, Mahmoudi M. A nationwide study of level of job satisfaction of nursing personnel in Iran. *Hayat* 2005; 10(4): 39-48. [In Persian]
23. Bodur S. Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey. *Occup Med* 2002; 52(6): 353-5.
24. Liu JA, Wang Q, Lu ZX. Job satisfaction and its modeling among township health quantitative study in poor rural china. *BMC Health Services Research* 2012; 10: 115-23.
25. Garkhlo M, Shabanifard M. Study of Job Satisfaction Employees Haj & Ziart Organization in Teharn Province and Relation with Cultural Tourism. *Journal of Geographical Landscape* 2008; 2(5): 73-94. [In Persian]
26. Ousins R, Donnell C. Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction related stress. *Fam Pract* 2012; 29(2): 223-7.
27. Mokhtarnia M, Rezvanfar A, Pouratashi M. An Investigation of the Achievement Motivation of Faculty Members Based upon their Job Satisfaction Dimensions Case. *Iranian Journal of Agricultural Economics and Development* 2012; 42(4): 647-54. [In Persian]
28. Tazhibi M, Zardoei Golanbarys SH. Study of Job Satisfaction of Medical Records Staffs in Kermanshah Medical Educational Center. *Health Inf Manage* 2010; 7(Suppl): 649-57. [In Persian]
29. Malekshahi F, Farhadi A, Amini F. Study of job satisfaction among faculty members of Lorestan University of Medical Science. *Yafte* 2010; 12(1): 49-56. [In Persian]
30. Gool Afrooz M, Behname Vashani H. Study of the occupational Satisfaction of Health Aids in Sabzevar School of Medical Sciences. *Journal of Sabzevar School of Medical Sciences* 2001; 9(4): 50-6.
31. Chiboiwa1 MW, Chipunza C, Samuel MO. Evaluation of job satisfaction and organizational citizenship behavior: case study of selected organisations in Zimbabwe. *African Journal of Business Management* 2011; 5(7): 2910-18.
32. Tatsuse T, Sekine M. Explaining global job satisfaction by facets job satisfaction servants study. *Environmental Health And preventive Medicine* 2011; 16(2): 133-7.
33. Munir F, Nielsen K, garde AH, Albertsen K, Carneiro IG. Mediating the effects of work-life conflict between transform care workers job satisfaction and psychological wellbeing. *J Nurs Manag* 2011; 20(4): 512-21.
34. Mirzabeigi GH, Salemi S, Sanjari M, Shirazi F, Heidari Sh, Maleki S. Job Satisfaction among Iranian Nurses. *Hayat* 2009; 15(1): 49-59. [In Persain]
35. Wang Y. Job Satisfaction of nurses in hospital. *Chinese Journal of Nursing* 2002; 37(8): 593-4.
36. Shigli K, Hebbal M, Nair KC. Teaching, research and job satisfaction of prosthodontic Faculty members in Indian academic dental institutions. *J Dent Educ* 2012; 76(6): 783-91.
37. Alikhani F. Investigation of internal and external job satisfaction among faculty members of Abhar Islamic Azad University. *Journal of Behavioral Sciences* 2010; 1(2): 103-22. [In Persian]

38. Hayati Z. Investigation of job satisfaction among employee of University libraries in. *Jornal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2002; 19(1): 15-30. [In Persian]
39. Esmaeili M, Ansari G. A Study of Job Satisfaction among Water and Sewage Company. *Daneshvar Raftar* 2007; 14(23): 65-80. [In Persian]
40. Jahani F, Farazi A, Rafeei M, Jadidi R, Anbari Z. Job satisfaction and its related factors among hospital staff in Arak in 2009. *Arak Medical University Journal (AMUJ)* 2010; 13(1): 32-9. [In Persian]
41. Salehi L, Mokhtarnia M. A Study on Job Satisfaction of the Experts of Agriculture and Natural Resources, Tehran University. *Iranian Journal of Agricultural Economics and Development* 2010; 41(1): 79-87. [In Persian]
42. Sotodeh N, Ghorbani R, Haji Aghajani S, Rashidypour A. Job Satisfaction and its contributing factors among faculty members of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh* 2012; 14(2): 232-39. [In Persian].

## Job Satisfaction of Behvarzan Working in Isfahan University of Medical Sciences\*

Sedigheh Ansari-poor<sup>1</sup>; Akbar Hasanzadeh<sup>2</sup>; Mohsen Rohani<sup>3</sup>; Tahereh Moghadas<sup>4</sup>

### Communication Article

#### Abstract

**Introduction:** In general the success of any organization is connected to the struggle and effort of that organization employer in a high degree and these efforts reach to perfection when employers satisfy of their job. The purpose of this research in behvarzan and job satisfaction investigation who working in Isfahan University of Medical Sciences in 2011.

**Methods:** This research was an analytical-descriptive of sectional type. The research society was 1400 behvarzan working in Isfahan University of Medical Sciences who 350 samples was selected by systematic taking samples method. The gathering data instruments was a questionnaire consisting of two parts which in first part was personal information and in second part was proposed job satisfaction questions about work nature, connection and supervision style, job immunity, promotion opportunities, physical conditions, work environment, advantages and salaries. The questionnaire was from the Herzberg job satisfaction measurement standard questionnaire. Statistical data analyze was by using SPSS18.

**Results:** The average of (standard diversity) the total score of Isfahan University of Medical Sciences behvarzan 68/66 (12/05) and in separation the investigated domains in priority orders include job nature 84/16 (13/08), supervision style and connections 74/33 (12/58), job security 71/76 (17/47), promotion opportunities 61/64 (21/97), job environment physical conditions 56/23 (18/07) and advantages and salaries 51/8 (8/51) from the maximum 100. There was a reversed relation between the total score of behvarzan job satisfaction and age, job record, children number. The difference was very high in advantages and salaries domain between formal and informal behvarzan job satisfaction and in job opportunities domain between job satisfaction and workplace ( $pvalue < 0/05$ ). Also there was no meaningful relation between sex, marital state, residence place and spouse job with job satisfaction in different domain ( $pvalue > 0/05$ ).

**Conclusion:** Isfahan University of Medical Sciences behvarzan in general have medium to high job satisfaction, the more satisfaction is related to work nature domain and the less is related to advantages and salaries and it can increase the job satisfaction of this group by advantages and salaries increasing, providing welfare facilities and promotion opportunities and reducing work time of health houses if possible and equalize it in all country

**Keywords:** Job Satisfaction; Universities; Allied Health Personnel

Received: 5 Sep, 2012

Accepted: 3 Sep, 2013

**Citation:** Ansari-poor S, Hasanzadeh A, Rohani M, Moghadas T. **Job Satisfaction of Behvarzan Working in Isfahan University of Medical Sciences.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1105.

\* This article was extracted from a research project (No. 291024) supported by Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- MSc, Demography, Vice Chancellery of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
Email: s\_ansari-pour@mail.mui.ac.ir

2- Lecturer, Vital Statistics, Faculty of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc, Parasitology of Medical, Vice-chancellery of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- BSc, Midwifery, Vice-chancellery of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# گزارشی از وضعیت طرح‌های پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

حسن قهنویه<sup>۱</sup>، هدایت‌الله عسگری<sup>۲</sup>، محمدحسین یارمحمدیان<sup>۳</sup>

## گزارش ویژه

### چکیده

واژه‌های کلیدی: ارزیابی؛ طرح‌های تحقیقاتی؛ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۲۵

اصلاح نهایی: ۹۲/۷/۱۳

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱

ارجاع: قهنویه حسن، عسگری هدایت‌الله، یارمحمدیان محمدحسین. گزارشی از وضعیت طرح‌های پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۱۰۸-۱۱۰۶.

در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ وارد و نسبت به تجزیه و تحلیل آن‌ها اقدام شد. نتایج این پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی در جداول توزیع فراوانی و درصد فراوانی و رسم نمودارها ارائه شده است.

### مقدمه

یکی از شاخص‌های مهم پژوهشی و تولید علم در دانشگاه‌ها که از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است، انجام طرح‌های پژوهشی و تحقیقاتی و انتشار نتایج به‌دست آمده از آن‌هاست. از این‌رو شناخت و ارزیابی فعالیت‌های پژوهشی و علمی برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری پژوهشی بسیار ضروری است. توان و ظرفیت علمی بالفعل هر مرکز تحقیقاتی و دانشگاه یکی از شاخص‌های رشد و توسعه‌ی آن مرکز و دانشگاه محسوب می‌شود. ارتقای این توان به بهبود وضعیت تولید اطلاعات علمی بستگی دارد که پژوهش‌های علمی و سرمایه‌گذاری به تحقق این مهم منجر می‌شود. هدف این گزارش توصیف طرح‌های تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت بود.

### یافته‌ها

بیش‌تر طرح‌های مذکور از روش مطالعه‌ی توصیفی-پیمایشی (۸۸ درصد) و از نوع کاربردی بوده‌اند (نمودار ۱). همچنین بیش‌ترین گرایش موضوعی استفاده شده، مدیریت (۵۷ درصد) بوده است (نمودار ۲). از نظر مدرک تحصیلی و درجه‌ی علمی نیز، استادیاری (۳۲ درصد) و PhD (با ۱۹ درصد) در رشته‌های مختلف بیش‌ترین درصد مجریان طرح‌ها را در بر گرفته است (نمودار ۳).

### روش بررسی

نوع مطالعه توصیفی-تحلیلی است. جامعه‌ی پژوهش تعداد ۱۲۳ طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت در طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ بود. داده‌های مورد نیاز با استفاده از چک لیست تهیه شده توسط محققین که روایی صوری و محتوایی و سازه‌ی آن به کمک کارشناسان خبره و پایایی آن در یک نمونه‌ی پایلوت با استفاده از روش پایایی مجدد (بازآزمایی) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت، جمع‌آوری و سپس

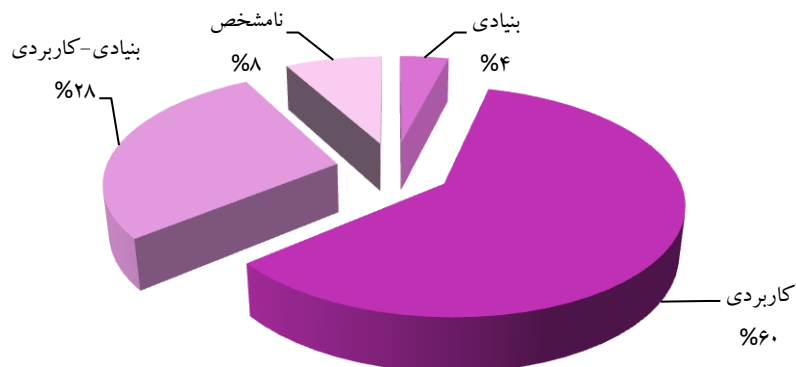
\* این گزارش حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۹۰۰۰۶ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- کارشناس ارشد، کتابداری و اطلاع‌رسانی، دانشکده‌ی دندان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

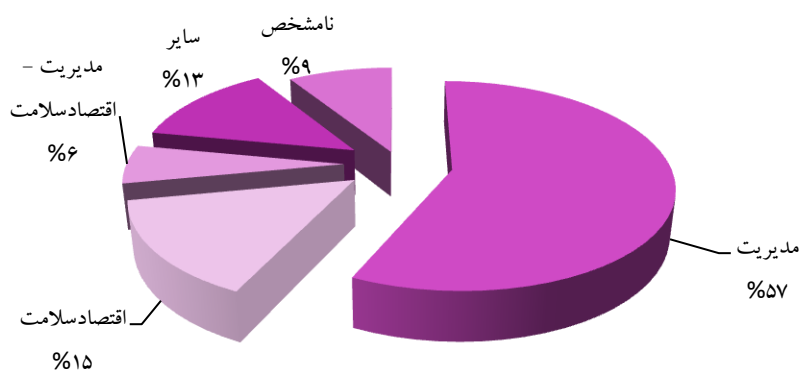
۲- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: asgari43@yahoo.com

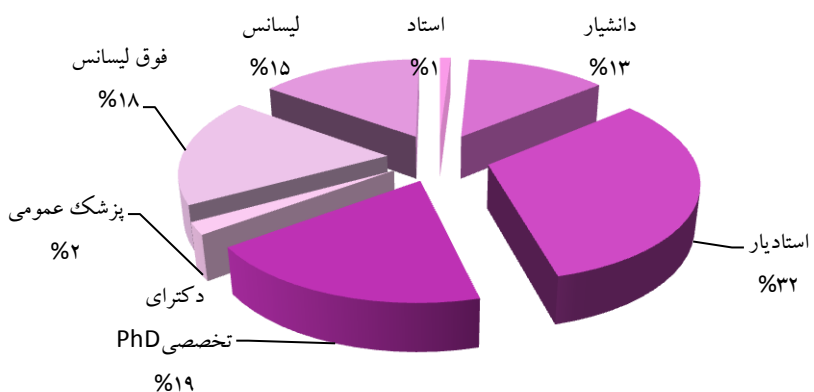
۳- استادیار، مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران



نمودار ۱: توزیع فراوانی طرح‌های مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۰ براساس نوع طرح



نمودار ۲: توزیع فراوانی طرح‌های مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۰ بر اساس گرایش موضوعی



نمودار ۳: توزیع فراوانی طرح‌های مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۰ براساس رتبه‌ی علمی



نمودار ۴: توزیع فراوانی طرح‌های مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۰ براساس وابستگی سازمانی

سلامت شناخت نیازهای نظام سلامت و جامعه و بازنگری در اولویت‌های سال‌های آینده با توجه به آن و کاهش تصویب طرح‌های توصیفی-پیمایشی و گرایش بیش‌تر به سمت طرح‌های کاربردی، بین‌رشته‌ای و بین‌بخشی ضروری به نظر می‌رسد.

در نمودار ۴ وابستگی سازمانی مجریان طرح‌های فوق‌الذکر نشان داده شده است. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با ۹۶ عنوان (۷۸ درصد) طرح تحقیقاتی تصویب شده در مرکز مدیریت و اقتصاد سلامت توانسته است در مقام نخست قرار بگیرد.

### بحث

با توجه به اهداف و رسالت مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد