



مدیریت اطلاعات سلامت

داری زینة علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

شاپا (چاپی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵

دوره نهم / شماره هفتم / ویژه نامه ی توسعه ی مدیریت در نظام سلامت / ۱۳۹۱ (دو ماهنامه)

شاپا (الکترونیک): ۹۸۱۳-۱۷۳۵

مقاله های پژوهشی

- ۱. نیازهای پژوهشی استادان هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲. نقش اعتماد در خود کارآمدی جمعی اعضای هیات علمی دانشگاه های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان
۳. رابطه رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بیمارستان های آموزشی- درمانی قزوین
۴. اثر ادراک مشتریان از سرمایه انسانی بر شکل گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان
۵. ارزیابی برون سپاری خدمات پرستاری در بیمارستان آیات اله کاشانی اصفهان
۶. تهدید سازمانی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی استان اصفهان
۷. ممیزی باثباتی توجیح با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صیوینی ارومیه
۸. فرسودگی ذهنی در درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز و ارتباط آن با ویژگی های فردی و شغلی آن ها در شهر اصفهان
۹. رابطه تناسب فرد- سازمان با رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان های منتخب آموزشی شهر اصفهان
۱۰. قابلیت های گردشگری دندان پزشکی اصفهان
۱۱. ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه جامعه ی پرستاری شاغل در بیمارستان های منتخب شهر اصفهان
۱۲. عوامل مؤثر بر پرهیزی کارکنان پرستاری (مطالعه ی موردی: کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان)
۱۳. رابطه بین سرمایه اجتماعی با سطح بهداشت روانی
۱۴. ارزیابی وضعیت ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی بر اساس استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی
۱۵. تعیین رابطه ی بین دسترسی به زیرساخت های مدیریت اطلاعات درمانی بیماران با خدمت رسانی ناب ادراک شده به منظور ارائه ی کمک مدل مناسب
۱۶. دیدگاه مدیران سلامت اصفهان از اصول فلسفی مراقبت های اولیه ی بهداشتی
۱۷. طرح جا و مکان در بازسازی بخش اورژانس بیمارستان شریعتی اصفهان

مقاله های مروری

- ۱۸. تجارت خدمات سلامت در آسیا: مهاجرت متخصصین سلامت: چالش ها و فرصت ها
۱۹. عدالت در شاخص مالی سلامت ایران در فاصله ی اجرای برنامه های سوم و چهارم توسعه
۲۰. آشنایی با رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان های بهداشتی و درمانی
۲۱. تکلیف بر عملکرد پزشک خانواده ی روستایی در ایران

مقاله های کوتاه

- ۲۲. بهره مندی از خدمات تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی در بیماران تحت پوشش بیمه ی خدمات درمانی اصفهان
۲۳. آگاهی پرستاران از آیین نامه های ریسدمی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های وابسته به علوم پزشکی
۲۴. الگوی آمیخته ی بازوبانی خدمات درمانی در بیمارستان های دولتی ایران
۲۵. ابراهیم الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان های ایمنی اجتماعی ایران با رویکرد کرات امتیاز متوازن



انجمن علمی کتابخانه های پزشکی ایران



The Scientific Association of Health Information Management



انجمن علمی کتابخانه های پزشکی ایران



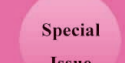
The Scientific Association of Health Information Management

مدیریت اطلاعات سلامت

دوره نهم / شماره هفتم / ویژه نامه ی توسعه ی مدیریت در نظام سلامت / ۱۳۹۱



انجمن علمی کتابخانه های پزشکی ایران



The Scientific Association of Health Information Management

Original Articles

- 1. Research Needs of Faculty Members in Isfahan University of Medical Sciences, Iran
2. Role of Trust and Collective Efficacy among the Faculty Members at University of Isfahan, Iran, Isfahan University of Medical Sciences, and Isfahan Industrial University
3. Relationship between Organizational Citizenship Behavior and Quality of Work Life among the Staff of University Hospitals in Qazvin University of Medical Sciences, Iran
4. Effect of Customers' Perception from Human Capital on Image of Customers about Hospital
5. Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran
6. Organizational Commitment of Staff in Isfahan Emergency Medical and Disaster Management Center, Iran
7. Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran
8. The Job Burnout of Therapists in the Licensed Addiction Centers in Isfahan, Iran and its Relationship with Individual and Professional Factors
9. Evaluating the Relationship between Individual-Organization Fit and Job Satisfaction among Nursing Managers in University Hospitals of Isfahan, Iran
10. Potentials of Medical Tourism in the Field of Dentistry from View Point of Dentists in Isfahan, Iran
11. Assessing the Internal Environment of Organization from the Perspective of Nursing Community in Selected Hospitals of Isfahan, Iran
12. Factors Influencing on Productivity of Staff based on ACHIEVE Model A Case Study: Staff of Dr. Shariati Hospital of Isfahan, Iran
13. Relationship between Social Capital and Mental Health
14. Assessment of Safety Status in Operating Rooms of Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals
15. Determining the Relationship between Availability of Therapy Information Management Infrastructures and Perceived Learn Services for Patients
16. Viewpoint of Isfahan, Iran Health Managers with Philosophical Principles of Primary Health Care
17. Designing the Location in Restructuring of the Emergency Department of Shariati Hospital, Isfahan, Iran
18. Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities
19. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs
20. Business Process Management Approach in Healthcare Organizations
21. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran

Review Articles

- 18. Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities
19. Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs
20. Business Process Management Approach in Healthcare Organizations
21. Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran

Short Communications

- 22. Utilization of Magnetic Resonance Imaging in Patient Covered by Isfahan Health Care Insurance, Iran
23. Nurses' Awareness about the Regulations Considering Guild and Vocational Violations of Staff affiliated to Medical Sciences Careers
24. A Mixed Model for Health Services Marketing in Iranian Public Hospitals
25. Designing a Performance Assessment Model for Iranian Social Security Organization Hospitals with Balanced Scorecard Approach

## 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 سید محسن حسینی: استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر محمد سرفراز: استاد علوم کامپیوتر و اطلاعات دانشگاه ملک فهد عربستان  
دکتر کا.اس. سرنیواسا: استاد رفتار سازمانی دانشگاه تایبه هندوستان  
دکتر احمد شعبانی: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه اصفهان  
دکتر رضا صدری: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر سیما عجمی: دانشیار مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
دکتر فریده عصاره: استاد کتابداری و اطلاع رسانی دانشگاه شهید چمران اهواز  
دکتر زیبا فرج 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: استاد 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 محمدحسین یارمحمدیان: استاد مدیریت برنامه ریزی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

### فهرست همکاران علمی این شماره

دکتر سوسن بهرامی - دکتر مسعود بهرامی - دکتر علیرضا جباری - دکتر مرضیه جوادی - دکتر احسان اله حبیبی -  
مهندس سید مهدی حجازی - دکتر عباس حدادپور - افسانه دانیالی - دکتر مجید داوری - دکتر مسعود دهنویه -  
دکتر بهروز رضایی - راحله سموعی - دکتر آرش شاهین - مهندس مسعود شجری پور - دکتر اسداله شمس -  
محسن شهریاری - دکتر عباس شیخ ابومسعودی - دکتر مرضیه عادل مهربان - مهندس هدایت اله عسگری -  
زهرآ قضاوی - دکتر محمود کیوان آرا - دکتر مهدی موحد ابطحی - دکتر محمدعلی نادی - دکتر مریم یعقوبی.

### همکاران علمی بین المللی این شماره

دکتر عباس حق شناس (دانشگاه کرنز - استرالیا) - مهندس رضا شاهپوری (دانشگاه کلگری - کانادا) -  
دکتر آرمیتا عدیلی (دانشگاه سیدنی - استرالیا).

تأمین کننده منابع و اعتبارات مالی: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
تأمین کننده منابع و اعتبارات علمی: هیأت تحریریه، همکاران علمی مجله و انجمن های علمی همکار، اداره امور بیمارستان ها، 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 می باشد.

این مجله در پایگاه های زیر پذیرفته و نمایه می شود:

- ۱- پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) ([www.isc.gov.ir](http://www.isc.gov.ir))
- ۲- ایندکس مدیکوس سازمان بهداشت جهانی ناحیه شرقی مدیترانه (IMEMR)
- ۳- پایگاه ایندکس کوپرنیکوس ([www.indexcopernicus.com](http://www.indexcopernicus.com))
- ۴- ایران ژورنال (نظام نمایه سازی مرکز منطقه ای 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)

### شرکت فرزندگان راداندیش

اصفهان - صندوق پستی: ۱۷۹۸-۸۱۴۶۵  
تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۸۱۲۱۴ و ۰۳۱۱-۶۶۸۶۳۰۲  
Email: [f.radandish@gmail.com](mailto:f.radandish@gmail.com)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



## مدیریت اطلاعات سلامت

(پزشکی، پیراپزشکی)

دوره ی نهم، شماره ی هفتم، ویژه نامه ۱۳۹۱

شاپا (چاپی): ۷۸۵۳-۱۷۳۵

شاپا (الکترونیک): ۹۸۱۳-۱۷۳۵

### 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

### سر دبیر:

دکتر سیما عجمی

### مدیر داخلی:

فریده موحدی

### ترتیب انتشار:

دو ماهنامه

شماره ی مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:

۸۳/۱۱/۱۲ مورخ ۱۲۴/۱۸۲۶۸

داری رتبه علمی پژوهشی از کمیسیون نشریات

علوم پزشکی کشور به شماره ی ۱۳۵۷۷۲ مورخ

۸۶/۴/۲۰

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

دانشکده ی مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دفتر مجله

کد پستی: ۳۴۶-۸۱۴۶۵

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 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، فناوری 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.

۱) مجله در ویراستاری، درج و یا عدم درج مقالات آزاد است.

۲) مقالات دریافتی مسترد نخواهد شد.

۳) رعایت موازین 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) مقالاتی قابل پذیرش برای چاپ شامل مقالات: تحقیقی، مروری [الف] نقلی، ب) نظاممند، کوتاه، گزارش مورد، سرمقاله، نامه به سردبیر (نامه) و نقد کتاب است.

۵) مقالات باید طبق راهنمای نویسندگان و الگوی مجله در نرم افزار Word (۲۰۰۳ یا ۲۰۰۷) و روی کاغذ A4 بدون هیچ گونه صفحه آرای (حداکثر تعداد صفحات ۱۰ صفحه) 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 محورهای مجله و ساختار بررسی شده و **سپس پذیرش اولیه** دریافت می نمایند.

۷) پس از آن مقاله بدون نام برای سه داور ارسال شده و در صورت پذیرش نقطه نظرات داوران برای نویسنده مسئول ارسال شده تا پس از انجام اصلاحات توسط نویسنده مسئول، مجدداً توسط هیأت تحریریه تأیید می گردد و سپس به ترتیب تاریخ آماده شدن در مجله منتشر می شوند.

۸) نویسنده موظف است **حداکثر تا ۲ هفته** پس از دریافت نظرات کارشناسی داوران، مقاله اصلاح شده خود را به دفتر مجله ارسال نماید، در غیر این صورت مجله از چاپ مقاله بعد از تاریخ فوق معذور می باشد.

۹) مقاله های ارسالی **نباید** قبلاً در هیچ نشریه ی 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.

۱۰) 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 ۴ 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 مجله دیگری ارسال نماید و مکلف است، انصراف خود را کتبا به این مجله انعکاس دهد.

۱۱) مجله فقط با نویسنده مسئول مکاتبه می نماید ولی مسؤولیت درستی و نادرستی مطالب به عهده‌ی تمامی نویسندگان می‌باشد. **فرم تعهدنامه** باید **حاوی امضای همه‌ی نویسندگان** باشد. در هر صورت نویسنده مسوول، آماده پاسخگویی موارد پیش آمده در مورد حق مؤلفان دیگر خواهد بود. مسؤولیت حقوقی عدم درج نام و نام خانوادگی و امضای سایر محققان در مقالات بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسوول می‌باشد، زیرا کلیه‌ی مکاتبات و ارتباطات دفتر مجله با نویسنده مسوول صورت خواهد گرفت.

۱۲) با در نظر گرفتن این اصل که انجام تحقیق، مستلزم کار گروهی است 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.

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

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

۱۵) باید اسامی افراد خارجی در متن به **زبان انگلیسی** آورده شود (از آوردن **پانویس** خودداری شود).

۱۶) همچنین در 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.

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

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



۱- مقاله‌های پژوهشی (Original Article)

- مقاله پژوهشی 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، مرکز، سازمان تأمین کننده‌ی بودجه‌ی، عنوان مکرر.

۲. **چکیده‌ی فارسی:** شامل (مقدمه، روش بررسی، یافته‌ها، نتیجه‌گیری، واژه‌های کلیدی است) B mitra.۱۲

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 و استاد) 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 و شامل:**

(۱) **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)،

(۲) **روش بررسی** (شامل: نوع پژوهش، نوع مطالعه، جامعه، مکان و زمان، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزار جمع‌آوری، روایی و پایایی ابزار جمع‌آوری داده‌ها، 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 گذشته مجهول سوم شخص باید باشد)،

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

(۴) نتیجه گیری (۱-۲ جمله با زمان افعال آینده یا حال)، واژه‌های کلیدی است که با قلم شماره ۱۲ نوشته می شود.

\* 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) به آدرس <http://www.nlm.nih.gov/mesh/> اصطلاحنامه نما و دانشنامه کتابداری و اطلاع رسانی استفاده گردد. واژه‌های 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 قلم B Mitra نوشته شود. که متن مقاله شامل:

- ✓ مقدمه،
- ✓ روش بررسی،
- ✓ یافته‌ها،
- ✓ بحث،
- ✓ نتیجه‌گیری،
- ✓ پیشنهادهای، تشکر و قدردانی و منابع 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 را بیاورید (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 (مثلاً با ۸۰ درصد Alpha Cronbach)، روش جمع آوری داده ها، نوع تحلیل یافته ها (مثلاً 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 (مثلاً SPSS15) می باشد.

**یافته ها:** یافته ها می تواند به اشکال: متن و تصاویر (جدول، نمودار، فلوچارت، انیمیشن، عکس و...) ارایه شود. یافته ها بدون تفسیر و توجیه آورده شود. اگر از جدول یا نمودار استفاده می گردد حتماً توضیح مختصر و اشاره ای در متن در ارتباط با یافته های مهم و برجسته آن شود. مثلاً حداقل ها و حداکثر ها و میانگین ها را بصورت  $\pm$  انحراف معیار یا P value همراه با سطح اطمینان بیاید.

**نکته:** هرگز یافته ها یی که بصورت جدول آمده است مجدداً در متن بصورت کامل نیاورید.

### جدول:

اجزا جدول: چه موقع از جدول استفاده می گردد؟ وقتی تعداد داده ها زیاد است و اختلاف آنها خیلی محسوس نیست. ضمناً با استفاده از جداول متقاطع می توان به راحتی به مقایسه ی بین دو متغیر پرداخت. الف. عنوان جدول: محل آن بالای جدول، باید علیرغم نشان دادن محتویات جدول از تکرار داده های موجود در سر ردیف ها 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 نوشته های زیر جدول که به توضیح علایم و یا عبارات اختصاری در جدول اشاره دارد می گویند.

### نمودار:

چه موقع از نمودار استفاده می گردد؟ وقتی تعداد داده ها 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 برچسب ها به فارسی باشد.

د. راهنمای نمودار: به توضیح علایم و رنگ های موجود در متن نمودار اشاره دارد. ترجیحاً در مقالات فارسی در سمت راست نمودار آورده می شود.

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

- **بحث:** نتایج حاصل از یافته های مهم تحقیق را با نتایج پژوهش های مشابه داخلی و خارجی مقایسه کرده و تفسیری بر علل شباهت ها و تفاوت ها نوشته می شود. محدودیت های کاربرد نتایج در سطح جامعه می تواند اینجا آورده شود.

- **نتیجه گیری:** 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 یافته ها، راه حل هایی ارائه و پیشنهاد می گردد.

- **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 درج و 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 شماره گذاری شده و مطابق با **دستورالعمل Vancouver** تنظیم گردد: **استنادها باید جدید و به انگلیسی و کل منابع در مقالات پژوهشی حداقل از ۱۰ مورد** کمتر 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 تصاویر و 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- 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 یافته‌های 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 پردازند، آنگاه این جستجو را تا رسیدن به مقالات مورد نظر و انتخاب مطالعات مناسب ادامه دهند، سپس با جمع‌بندی نتایج به دست آمده و تلفیق آن با تجربیات خویش، نتیجه‌گیری نهایی را در قالب یک مقاله ارائه دهند، به آن مرور غیرسیستماتیک یا روایتی می‌گویند (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 تجربه‌ی خود و با آوردن استدلال از بین مجموعه‌ی یافته‌های مورد بررسی احکامی را صادر نماید).

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

- عنوان،

- چکیده‌ی فارسی،

- متن مقاله:

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

✓ روش بررسی (شامل؛ نوع مطالعه، نحوه استخراج داده‌ها و مقالات مورد استفاده از چه منابعی آورده شده، از چه کلید واژه‌هایی استفاده شده، چه تعداد مقاله بررسی و چه تعداد در مقاله استفاده شده)،

✓ شرح مقاله (به شرح یافته‌های مهم مقالات بررسی شده می‌پردازد)،

✓ نتیجه‌گیری (شامل؛ موارد کاربرد عملی یافته‌ها، محدودیت‌ها 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 نویسنده گان مقاله باشد**) و چکیده‌ی انگلیسی می‌باشد.

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

مرور سیستماتیک در اغلب موارد با بهره‌گیری از روش‌های آماری در ترکیب نتایج، به برآوردی واحد و مشخص در پاسخ به سؤال مربوطه دست می‌یابد و بنابراین از توان و اعتبار بالایی در نتیجه‌گیری و تصمیم‌سازی برخوردار است. متاآنالیز عبارت است از ترکیب داده‌ها و نتایج بدست آمده از یک مرور سیستماتیک با بهره‌گیری از روش‌های آماری، یعنی پس از انجام مرور سیستماتیک که لازمه متاآنالیز است و براساس نتایج، به یک تخمین واحد برای حل مشکل یا سؤال مورد نظر دست پیدا می‌کنیم. البته هر مرور سیستماتیکی به متاآنالیز منجر نمی‌شود. چنانچه داده‌ها و برآوردهای خام حاصل از مرور سیستماتیک بیش از اندازه غیرهمسان نباشد و بتوان آنها را با روش‌های خاص آماری با هم ترکیب کرد، متاآنالیز قابل انجام خواهد بود. در غیر این صورت نتایج به صورت کیفی در قالب یک مقاله مرور سیستماتیک ارائه می‌گردد. یکی از اهداف مهم متاآنالیز، پی‌بردن به موارد عدم همسانی نتایج و علل آنهاست. **ساختار کلی مقاله مروری تحلیلی یا سیستماتیک:** ساختارش شبیه ساختار یک مقاله پژوهشی است. فقط در تنظیم آن **حداقل از ۲۰ منبع معتبر و جدید استفاده شود.**

### ۳- مقاله‌ی کوتاه (Short Communication) :

شامل گزارش مستقل اما مختصر از یافته‌های پژوهشی می‌باشند. معمولاً نتایج اولیه پژوهش‌ها به صورت مقالات پژوهشی چاپ می‌شوند اما در موارد عناوین و موضوعات خاص که مرتبط با اهداف مجله می‌باشند و قبلاً نتایج پژوهش‌های مشابه آن به صورت مقاله پژوهشی منتشر شده است برای بار دوم به جهت ویژگی خاص آن تحقیق، نتایج به صورت کوتاه منتشر می‌شود تا دیگران آن را تکرار نکنند و تنها بنای کار خود را بر آن استوار سازند و از یافته‌های آن استفاده نموده در نقد و بررسی خود به کار گیرند.

- **ساختار مقاله‌ی کوتاه** مشابه مقالات پژوهشی بوده با این تفاوت که یافته‌های پژوهش اندک است. حجم مقاله باید در حدود ۱۵۰۰-۱۰۰۰ کلمه (۵ صفحه A4 با احتساب چکیده‌های فارسی و انگلیسی و منابع) تنظیم شده و در آن از حداکثر ۲ جدول یا نمودار و ۱۵ منبع استفاده گردد.

### ۴- مقاله‌ی گزارشی مورد (Case Report)

وقتی یافته‌های پژوهش محدود به یک مکان خاص باشد مقاله حاصل در قالب گزارش مورد تهیه می‌گردد.  
- **ساختار مقاله گزارشی مورد** همانند مقاله پژوهشی می‌باشد.

### ۵- سر مقاله (Editorial)

خوانندگان می‌توانند تجربه شخصی خود را در مورد موضوعی با شرح موردی از یک اتفاق غیر عادی یا ... را تحت عنوان نامه به سردبیر به دفتر مجله ارسال دارند. به عبارتی سرمقاله حاصل تفکر و عقاید و استدلال خود نویسنده می‌باشد که توسط نتایج تحقیقات دیگران حمایت می‌شود. شاید سرمقاله از بسیاری جهات شبیه به یک مقاله مروری می‌باشد با دو تفاوت. اول آنکه موضوع مورد بحث سرمقاله می‌تواند هر چیزی باشد از مسایل علمی گرفته تا مسائل حواشی آن (مثلاً تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها) و دوم آنکه سرمقاله‌ها معمولاً کوتاه هستند.

#### **ساختار سر مقاله:**

- ✓ مقدمه: نویسنده ابتدا موضوع مورد بحث را در وضعیت فعلی توصیفی می‌کند (بیان مساله) و آنگاه پاسخ یا راه حلی که در حال حاضر برای آن مساله وجود دارد را بیان می‌نماید و پاسخ خود را با چندین پژوهش حمایت می‌نماید.
  - ✓ نتیجه‌گیری: در آخر با دو جمله یک نتیجه‌گیری می‌نماید.
  - ✓ منابع: بین ۲ تا ۶ منبع استفاده شود.
- حجم **سر مقاله** باید در حدود یک تا دو صفحه باشد.

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

گاهی ممکن است موضوع مورد بحث یک مقاله چاپ شده در شماره‌های 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 **دلیل‌های مستند** توضیح می‌دهد.  
۲- گام بعدی این است که انواع راه حل‌ها و راهبردهایی که می‌تواند جهت حل مساله مطروحه وجود دارد بصورت **مستند** ارائه نماید.

## ۷- مقاله‌ی نقد کتاب

این نوع مقاله به نقد و بررسی محتوایی و ساختاری کتابهای منتشر شده در زمینه مدیریت اطلاعات سلامت می پردازد.

- ساختار مقاله نقد کتاب شامل اطلاعات کامل کتابشناختی اثر، مقدمه، درباره نویسندگان، محورهای اصلی کتاب، مقایسه اثر با آثار مشابه، بررسی محتوایی و ساختاری کتاب شامل ویژگی های مهم اثر و نارسایی ها و کاستی های اثر، جمع بندی و نتیجه گیری و واژه های کلیدی می باشد.

## 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 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 این امر شخصاً اقدام نماید.  
**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):**

بعد از نویسنده ی ششم واژه ی «et al» اضافه می شود.

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

[Book 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: [Book in Persian].

**ویرایشگر (Editor) به عنوان نویسنده:**

پس از نام خانوادگی و حرف اول نام کوچک علامت «،» و سپس کلمه ی «Editor» می آید. بقیه ی اطلاعات کتاب شناسی به صورت پیش گفته تنظیم می گردد.

**مجلات (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 مقاله. عنوان مجله سال انتشار مجله؛ دوره (شماره): شماره ی صفحات.

Example: Leviss 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 می شود باید عنوان مقاله انگلیسی را آورده و در انتهای منبع در داخل کروشه اشاره کند که اصل مقاله به فارسی بوده است [Article in Persian]. مطابق مثال زیر:

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

تذکره ۱: در مجلات الکترونیکی آدرس الکترونیکی نیز در انتهای آن آورده می‌شود.

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.

**مجلات (با بیش از شش نویسنده):**

بعد از نام نویسنده ی ششم واژه‌ی «et al.» اضافه می‌شود.

**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 گفت تنظیم می‌گردد.

**پروژه، پایان نامه و رساله دکتری:**

**پایان نامه کارشناسی ارشد:** نام خانوادگی مجری، نام مجری. عنوان پایان نامه [پایان نامه]. محل انتشار: نام دانشگاه؛ سال. (اگر پایان نامه یا رساله به فارسی می‌باشد این مساله اشاره شود) طبق مثال زیر:

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

- Bagherian H. Reduce Waiting Time for Rending Services at Emergency Processes of Ayatollah Kashani Hospital in Isfahan City by Simulation [Thesis in Persian]. Isfahan University of Medical Sciences, Faculty of Medical Informatics & Management; 2008.

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

**پست الکترونیکی (نامه‌های الکترونیک شخصی):**

نام خانوادگی فرستنده‌ی نامه، حرف اول نام نویسنده. سال، ماه، روز، موضوع پیغام، نام شخص دریافت کننده، E-mail، آدرس پست الکترونیکی فرستنده‌ی نامه.

**استناد به مقاله‌ی ارائه شده در سمینار:**

- نام خانوادگی ارائه کننده‌ی مقاله، نام. عنوان مقاله، عنوان سمینار (تاریخ برگزاری سمینار)، محل برگزاری سمینار: نام برگزار کننده‌ی سمینار، سال برگزاری سمینار.

**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 (دو نقطه، فاصله) نشانی دسترسی (نقطه، فاصله) تاریخ دسترسی شامل نام ماه به طور کامل (فاصله) روز (ویرگول، فاصله) سال نشر (نقطه) مطابق مثال زیر:

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]



۱. نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
راحله سموعی، طیبه طیبانی، محسن مصلحی..... ۹۵۷-۹۵۱
۲. نقش اعتماد در خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان  
سید حمیدرضا شاوران، سعید رجایی پور، ایرج کاظمی، بی بی عشرت زمانی..... ۹۶۸-۹۵۱
۳. رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بیمارستان‌های آموزشی- درمانی قزوین  
رفعت محبی فر، حسین صفری، حسن جعفری، بهمن احدی نژاد، مهدیه ترکا..... ۹۷۶-۹۶۹
۴. اثر ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان  
حبيب‌اله دعایی، منیره صالح نیا، سمیه احمدزاده جزی..... ۹۸۱-۹۷۷
۵. ارزیابی برون‌سپاری خدمات پرستاری در بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان  
مسعود فردوسی، سید محمد احسان فرح آبادی، مریم مفید، فرزانه رجالیان، مریم حقیقت، پرناز نقدی..... ۹۹۶-۹۸۹
۶. تعهد سازمانی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان  
سید محمد احسان فرح آبادی، مرضیه فتاحی، مهرزاد آرتنگ، اکبر حسن زاده..... ۱۰۰۵-۹۹۷
۷. ممیزی بالینی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه  
محمد حسین یارمحمدیان، فرخ مجاهد، رضا قلی وحیدی، کمال قلی پور، آزاد شکری، وحید راثی..... ۱۰۱۴-۱۰۰۶
۸. فرسودگی شغلی در درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی و شغلی آن‌ها در شهر اصفهان  
طیبه طیبانی، آیت‌اله سهرابی، راحله سموعی..... ۱۰۲۳-۱۰۱۵
۹. رابطه‌ی تناسب فرد- سازمان با رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان  
احمد رضا رئیسی، سوسن بهرامی، سمیه صفدری، سمیه شفیعی..... ۱۰۳۱-۱۰۲۴
۱۰. قابلیت‌های گردشگری دندانی پزشکی اصفهان  
علیرضا جباری، فرزانه محمودی میمند، فاطمه نظام‌دوست، زهرا آقارحیمی، لیلا شجاعی..... ۱۰۳۸-۱۰۳۲
۱۱. ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه جامعه‌ی پرستاری شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان  
لیلا شمس، گلرخ عتیقه چیان، سید محمد احسان فرح آبادی..... ۱۰۴۶-۱۰۳۹

۱۲. عوامل مؤثر بر بهره‌وری کارکنان بر اساس مدل Achieve (مطالعه‌ی موردی: کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان)  
اکبر اعتباریان، کریم آذربایجانی، سعید صالحی زاده، امیرحسین هنرمند..... ۱۰۴۷-۱۰۵۷
۱۳. رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با سطح بهداشت روانی  
محمود کیوان‌آرا، ناهید توکلی، راحله سموعی، فاطمه توکلی..... ۱۰۵۸-۱۰۶۵
۱۴. ارزیابی وضعیت ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی بر اساس استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی  
محبوبه جانقریبانی، احمدرضا رئیسی، ساناز دهقانی، عارفه موسوی..... ۱۰۶۶-۱۰۷۲
۱۵. تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات درمانی بیماران با خدمت‌رسانی ناب ادراک شده به منظور آرایه‌ی یک مدل مناسب  
محمد حسین یارمحمدیان، فرهاد شفیعی پور مطلق..... ۱۰۷۳-۱۰۸۰
۱۶. دیدگاه مدیران سلامت اصفهان از اصول فلسفی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی  
اسداله شمس، مژگان مصدق، الهام اسدی، سعید افروغ..... ۱۰۸۱-۱۰۸۶
۱۷. طرح جا و مکان در بازسازی بخش اورژانس بیمارستان شریعتی اصفهان  
مسعود فردوسی، مرضیه فتاحی، سمانه جعفری..... ۱۰۸۷-۱۱۰۳

#### مقاله‌های مروری

۱۸. تجارت خدمات سلامت در آسیا؛ مهاجرت متخصصین سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها  
علیرضا جباری، رجاء مردانی..... ۱۱۰۴-۱۱۱۲
۱۹. عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه  
سعید کریمی، نجمه بهمن زیاری..... ۱۱۱۳-۱۱۲۲
۲۰. آشنایی با رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی  
محمدحسین یارمحمدیان، حسین ابراهیمی پور، فرزانه دوستی..... ۱۱۲۳-۱۱۳۱
۲۱. نگاهی بر عملکرد پزشک خانواده‌ی روستایی در ایران  
علیرضا جباری، غلامرضا شریفی‌راد، آزاد شکری، نجمه بهمن زیاری، آیان کردی..... ۱۱۳۲-۱۱۴۵

#### مقاله‌های کوتاه

۲۲. بهره‌مندی از خدمات تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی در بیماران تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان  
سعید کریمی، فاطمه رضایی، آیان کردی..... ۱۱۴۶-۱۱۵۱

۲۳. آگاهی پرستاران از آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی

فرانک شفیع‌ی، فرزانه فرهادیه، سید علی طاهری، راحله سموعی، ارسلان پیراسته..... ۱۱۵۷-۱۱۵۲

۲۴. الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی ایران

امیر اشکان نصیری پور، پوران رئیسی، محمدرضا ملکی، محمدجواد اکبریان بافقی..... ۱۱۶۸-۱۱۵۸

۲۵. ارزیابی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن

امیر اشکان نصیری پور، محمدعلی افشارکاظمی، احمدرضا ایزدی..... ۱۱۷۹-۱۱۶۹

# نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان\*

راحله سموعی<sup>۱</sup>، طیبه طیبانی<sup>۲</sup>، محسن مصلحی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش یکی از شاخص‌های مهم موفقیت جوامع در حوزه‌های مختلف علمی، تکنولوژی، اقتصادی و ... است. استادان و دانشگاهیان هم از جمله مهم‌ترین گروه‌های دارای رسالت علمی و اجرایی در این زمینه هستند. هدف این مطالعه، تعیین نیازهای پژوهشی استادان هدف پژوهش بوده است.

**روش بررسی:** پژوهش تحلیلی، مقطعی و گذشته‌نگر است که بر روی ۱۱۹ نفر از استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با به کارگیری پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته ( $\alpha = 0/95$ ) در سال ۱۳۸۶ انجام شده است. نمونه‌ها به نسبت جمعیت انتخاب شده به صورت انفرادی و حضوری دعوت به همکاری شدند. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ در سطح آمار توصیفی گزارش گردید.

**یافته‌ها:** عمده‌ترین یافته‌های پژوهش عبارتند از: میانگین نمرات به دست آمده در زمینه‌ی نیازهای اجتماعی ۳/۹۱، نیازهای سازمانی ۳/۹، نیازهای آموزشی ۳/۸۱ و نیازهای حمایتی پشتیبانی ۳/۹۳ بوده است. بیشترین گزارش از نیاز استادان نیز مربوط به تعریف بودجه‌ی مناسب و آزاد کردن زمان کافی برای پژوهش بوده است.

**نتیجه‌گیری:** استادان در حوزه‌ی پژوهش، نیازهای مختلفی داشته‌اند، ولی بیش از همه حمایت‌های اقتصادی را اذعان نمودند. در مجموع، لازم است تا دانشگاه برنامه‌های منظم و هدفمندی برای حضور علمی و فعال استادان در حوزه‌ی پژوهش داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** نیازهای پژوهشی؛ هیأت علمی؛ دانشگاه‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱۴

**ارجاع:** سموعی راحله، طیبانی طیبه، مصلحی محسن. نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۹۵۷-۹۵۱.

برقرار کرد، به گونه‌ای که می‌توان ادعا کرد که بدون آن هیچ کشوری قادر به شناسایی و حل مشکلات موجود و طرح

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۸۶۱۲۰ مصوب دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

- ۱- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- کارشناسی ارشد، مدیریت آموزشی، مؤسسه‌ی فرهنگ پژوهان دانش، اصفهان، ایران
- ۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: moslehi@mail.mui.ac.ir

### مقدمه

توجه فزاینده‌ی کشورهای توسعه یافته به مقوله‌ی پژوهش با وجود کمبودها و موانع مختلف بر سر راه تحقیق در این کشورها، لزوم جدیت و بررسی بیشتر در این مقوله را نشان می‌دهد (۱).

در حقیقت پژوهش و فناوری را باید به عنوان یک عامل حیاتی و نیروی محرکه‌ی پیشرفت، توسعه، دستیابی به رفاه و استقلال واقعی در جامعه دانست. به همین دلیل است که همواره می‌توان میان کم و کیف عملکرد پژوهشی در هر جامعه و میزان توسعه یافتگی آن جامعه رابطه‌ی مستقیمی

مطالعه در نظر دارد که به این سؤال پژوهشی پاسخ دهد: نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان کدامند؟

### روش بررسی

مطالعه به صورت تحلیلی-مقطعی بر روی ۱۱۹ نفر از استادان هیأت علمی در دانشکده‌های مختلف (پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی، مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، توان‌بخشی و بهداشت) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. عضویت در هیأت علمی دانشگاه، برخورداری از تجربه‌ی راهنمایی و مشاوره‌ی پایان‌نامه و داشتن طرح تحقیقاتی مصوب و همچنین برخورداری از حداقل یک سال سابقه‌ی کار به عنوان هیأت علمی، از جمله معیارهای ورود به مطالعه بوده است. نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای و به نسبت جمعیت آماری انجام شده است.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی ۶۷ سؤالی با ۴ محور نیازهای اجتماعی، نیازهای سازمانی، نیازهای آموزشی و نیازهای حمایتی استفاده شد و پاسخ‌ها روی طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردید. جهت سنجش روایی پرسش‌نامه، از استادان آگاه نظرخواهی شد و نکات ده نفر از مخاطبان پاسخ‌گو به پرسش‌نامه در نظر گرفته گردید و کلیه‌ی اصلاحات مورد نیاز اعمال شد. Cronbach's alpha ۰۹۵ درصد محاسبه گردید. یک چک لیست ۱۰ سؤالی نیز جهت سنجش نیازهای هر حوزه به صورت جزئی با Cronbach's alpha ۰۷۶ درصد که بر روی طیف ۷ گزینه‌ای تنظیم شده بود، استفاده گردید.

اجرا به صورت فردی و حضوری با تعیین وقت قبلی و بیان هدف مطالعه صورت گرفت. توصیف متغیرهای مورد مطالعه با گزارش فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار توسط نرم‌افزار SPSS (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه استادان هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پاسخ‌گوی پرسش‌نامه‌ها شدند. بیشتر آن‌ها مذکر،

استراتژی در جهت توسعه و پیشرفت نخواهد بود (۲). وضعیت پژوهش در ایران و به خصوص مقایسه‌ی آن با کشورهای پیشرفته حاکی از عدم رشدیافتگی فعالیت‌های پژوهشی در نظام آموزشی کشور و به ویژه در دانشگاه‌ها است. در تمامی دنیا دانشگاه‌ها و مؤسسات علمی (اعم از دولتی و خصوصی) تأمین‌کننده‌ی اصلی نیازهای علمی و پژوهشی به شمار می‌روند، ولی در کشور ما نظام اداری دانشگاهی و مراکز پژوهشی و تحقیقاتی هیچ تناسبی با یک نظام تحقیقاتی و پژوهشی پویا و پژوهنده ندارند (۳).

بنابراین استادان دانشگاه نیز فعالیت، تولید و برون‌داد کافی و مناسبی در این زمینه ندارند. به خصوص که نارضایتی‌های متعددی نیز در این رابطه مطرح می‌نمایند. با توجه به اهمیت پژوهش و نقش استادان در به ثمر رساندن پژوهش‌های مختلف، این مطالعه در نظر دارد تا نیازهای پژوهشی استادان را مورد مطالعه قرار دهد. در این راستا به برخی نتایج تحقیقات مرتبط اشاره شده است:

بکرانی، فراهم نبودن امکانات مالی و ... را عامل عدم انگیزه‌ی استادان برای انجام پژوهش ذکر کرده است (۴). امنیایی، مساوی نبودن حقوق مادی و اجتماعی پژوهش، موظف نبودن استادان به انجام کارهای پژوهشی و ... را از جمله عوامل بی‌توجهی استادان به پژوهش ذکر کرده است (۵). مهرعلیزاده و طاهری (به نقل از شه‌ریاری)، عدم تخصیص بودجه‌ی مناسب و مقررات دست و پاگیر برای دریافت اعتبارات را از جمله عوامل رکورد تحقیقات بین اعضای هیأت علمی معرفی نمودند (۶). پارایاد، کمبود تحصیلات، مقررات مالی دست و پاگیر، تراکم برنامه‌ی درسی و ... را به عنوان موانع انجام پژوهش بین اعضای هیأت علمی معرفی نمود (۷). Hafferin و همکاران عواملی چون عدم حمایت از فعالیت‌های تحقیقاتی، کمبود وقت و هزینه و نداشتن انگیزه را به عنوان موانع انجام فعالیت‌های تحقیقاتی گزارش نمودند (۸). Tanner و Bonnie، با بررسی نیازهای پژوهشی اعضای هیأت علمی، موارد اطلاعاتی چون کتب، مجلات و پایگاه‌های الکترونیکی را معرفی نمودند (۹). با توجه به مطالب مذکور و نتایج تحقیقات مختلف، این



گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «تخصیص بودجه‌ی کافی برای انجام پژوهش» بیشترین درصد پاسخ‌گویان (۷۶/۵ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «آموزش نحوه‌ی نگارش پروپوزال و گزارش نهایی» بیشترین درصد پاسخ‌گویان (۴۶/۹ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «تقویت مشاوره‌ها و خدمات پژوهشی برای پژوهشگران» بیشترین درصد پاسخ‌گویان (۶۰ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «به‌کارگیری روش‌های ایجاد علاقه و انگیزه برای پژوهش» بیشترین درصد پاسخ‌گویان (۵۴/۸ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند.

### بحث

نتایج حاکی از آن داشت که نیازهای حمایتی پشتیبانی بالاترین میانگین را بین سایر نیازها به خود اختصاص داده است. عمده‌ترین این نیازها عبارت از تجدید نظر در سهم

متأهل، فارغ‌التحصیل مقطع دکترا، دارای قرارداد رسمی و شاغل در دانشکده‌ی پزشکی بوده‌اند. انواع نیازهای پژوهشی در این مطالعه در ۴ حوزه‌ی اجتماعی، سازمانی، آموزشی و حمایتی پشتیبانی مورد بررسی قرار گرفت. طبق نتایج جدول ۱، آمارهای توصیفی حوزه‌های مورد مطالعه، اجتماعی ۰/۵۹ + ۳/۹۱، سازمانی ۰/۵۲ + ۳/۹۰، آموزشی ۰/۵۸ + ۳/۸۱ و حمایتی پشتیبانی ۰/۵۷ + ۳/۹۳ نشان داد که نیازهای حمایتی بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده است. در مجموع، نیازها در کلیه‌ی حوزه‌ها، امتیازی نزدیک ۴ یعنی حد زیاد را به دست آورده‌اند. در پاسخ به مورد «تسهیل فرایند و مراحل تصویب پروپوزال» بیشترین درصد پاسخ‌گویان (۷۳/۹ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «تعریف زمان آزاد برای استادان به خصوص برای انجام پژوهش» بیشترین درصد پاسخ‌گویی (۷۴/۸ درصد) گزینه‌ی بسیار زیاد را انتخاب نموده‌اند. در پاسخ به مورد «فراهم نمودن زمینه‌ی کاربرد نتایج حاصل از پژوهش» بیشترین درصد پاسخ‌گویی (۶۶/۹ درصد)

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد نیازهای پژوهشی استادان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نیازهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	کل
فراوانی	۱	۰	۴	۹	۱۶	۳۶	۴۹	۱۱۵
تسهیل فرایند و مراحل تصویب پروپوزال	۰/۹	۰	۳/۵	۷/۸	۱۳/۹	۳۱/۳	۴۲/۶	۱۰۰
فراوانی	۱	۱	۶	۷	۱۴	۲۶	۶۰	۱۱۵
تعریف زمان آزاد برای استادان، به خصوص برای انجام پژوهش	۰/۹	۰/۹	۵/۲	۶/۱	۱۲/۲	۲۲/۶	۵۲/۲	۱۰۰
فراوانی	۲	۰	۷	۹	۲۰	۲۸	۴۹	۱۱۵
فراهم نمودن زمینه‌ی کاربرد نتایج حاصل از پژوهش	۱/۷	۰	۶/۱	۷/۸	۱۷/۴	۲۴/۳	۴۲/۶	۱۰۰
فراوانی	۱	۱	۲	۵	۱۸	۳۳	۵۵	۱۱۵
تخصیص بودجه‌ی کافی برای انجام پژوهش	۰/۹	۰/۹	۱/۷	۴/۳	۱۵/۷	۲۸/۷	۴۷/۸	۱۰۰
فراوانی	۶	۸	۸	۱۸	۲۱	۲۵	۲۹	۱۱۵
آموزش نحوه‌ی نگارش پروپوزال و گزارش نهایی	۵/۲	۷	۷	۱۵/۷	۱۸/۳	۲۱/۷	۲۵/۲	۱۰۰
فراوانی	۰	۷	۴	۱۶	۱۹	۳۴	۳۵	۱۱۵
تقویت مشاوره‌ها و خدمات پژوهشی برای پژوهشگران	۰	۶/۱	۳/۵	۱۳/۹	۱۶/۵	۲۹/۶	۳۰/۴	۱۰۰
فراوانی	۳	۲	۳	۱۶	۲۸	۱۸	۴۵	۱۱۵
به‌کارگیری روش‌های ایجاد علاقه و انگیزه برای پژوهش	۲/۶	۱/۷	۲/۶	۱۳/۹	۲۴/۳	۱۵/۷	۳۹/۱	۱۰۰

علمی کم شود، حتی کافی نیست که بودجه‌ی پژوهش ایران به ۲ درصد تولید ناخالص ملی برسد. افزایش درصد بودجه‌ی پژوهشی به مقداری بیش از میانگین کشورهای صنعتی، کاری است که کشورهای آسیای شرقی نظیر کره‌ی جنوبی و ژاپن کرده‌اند.

استفاده از اعتبارات تحقیقاتی در فعالیت‌های غیر تحقیقاتی، ناهماهنگی اعتبارات تحقیقاتی و آموزشی و ضعف جایگاه تحقیقات در نظام بودجه‌ی کشور و در نهایت وجود مشکلات مربوط به جذب بودجه‌های ارزی از جمله چالش‌های اساسی موجود در تأمین بودجه‌های مورد نیاز علمی و تحقیقاتی کشور می‌باشد که بدنه‌ی تحقیقات کشور را به شدت در معرض آسیب قرار داده است. از سوی دیگر انجام تحقیق بدون دسترسی به اطلاعات ممکن نیست و یکی از دلایل ضعف تحقیقاتی را باید فقدان یک سیستم کارآمد اطلاع‌رسانی دانست. ضعف نظام اطلاع‌رسانی و نارسایی در سیستم طبقه‌بندی و نگهداری اطلاعات و عدم دسترسی به پژوهش‌های انجام شده در سطح ملی و بین‌المللی از جمله مسایل و مشکلاتی است که نظام علمی و پژوهشی ما به آن مبتلا است. موارد ذکر شده در نهایت منجر به رکود تحقیقات در یک جامعه می‌شود. هر گونه تلاش به منظور ارتقای کمی و کیفی نظام اطلاع‌رسانی تحقیقات می‌تواند به بهبود کیفیت تحقیق و افزایش علاقه پژوهشگران منجر شود.

نتایج بررسی نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی حاکی از آن داشت که به ترتیب اولویت تخصیص بودجه‌ی کافی برای انجام پژوهش و تعریف زمان آزاد برای انجام پژوهش از جمله موارد گزارش شده بوده است.

نتایج بررسی نیازهای پژوهشی استادان هیأت علمی حاکی از آن داشت که به ترتیب اولویت تخصیص بودجه‌ی کافی برای انجام پژوهش و تعریف زمان آزاد برای انجام پژوهش از جمله موارد گزارش شده بوده است.

یافته‌های مذکور با نتایج تحقیقات بکرانی (۴)، پارباد (۷)، Hefferin و همکاران (۸)، صادقی (۱۰)، صدرالدین (۱۱)، نامی (۱۲)، دادخواه و همکاران (۱۳) و کراکی و همکاران (۱۴) در زمینه‌ی تخصیص بودجه‌ی کافی برای پژوهش و با نتایج

اعتبارات پژوهشی (۲/۸۵ درصد)، ارتقای کیفی کتابخانه و ارائه‌ی خدمات ماشینی (۹/۸۰ درصد)، رفع کمبود منابع و بانک‌های اطلاعاتی (۲/۷۹ درصد)، دسترسی آسان پژوهشگران به اینترنت (۱/۷۹ درصد)، رفع سلیقه‌ای بودن تصویب میزان اعتبار طرح (۳/۷۸ درصد) و فراهم نبودن زمینه‌ی اعزام پژوهشگران برجسته و مبتکر برای فرصت‌های مطالعاتی (۳/۷۸ درصد) بود.

یافته‌های مذکور با نتایج تحقیقات بکرانی (۴)، امینایی (۵)، Hefferin و همکاران (۸)، صادقی (۱۰)، صدرالدین (۱۱)، نامی (۱۲)، مهرعلیزاده و طاهری (به نقل از شهرداری) (۶)، دادخواه و همکاران (۱۳)، و کراکی و همکاران (۱۴) در خصوص تخصیص سهم اعتبارات پژوهشی همخوان می‌باشد. به علاوه با نتایج پارباد (۷)، Tanner و Bonnie (۹)، صدرالدین (۱۱)، نامی (۱۲)، هاشمیان‌نژاد (۱۵)، حسن‌زاده (۱۶)، متین (۱۷) در خصوص منابع و شبکه‌های اطلاع‌رسانی هماهنگ می‌باشد.

بدیهی است که رشد و شکوفایی امور تحقیقاتی با سهم و اعتبارات بودجه ارتباط مستقیم دارد. برآورد اعتبارات تحقیقاتی در کشورهای پیشرفته‌ی جهان حاکی از آن است که در این کشورها نه تنها این اعتبارات بیش از ۲ درصد تولید ناخالص ملی می‌باشد بلکه به طور مرتب روند صعودی داشته است و این در حالی است که در کشور ما حجم سرمایه‌گذاری در امور علمی بسیار اندک است. کل سرمایه‌گذاری دولت در جهت توسعه‌ی علمی در مجموع سه برنامه‌ی توسعه در مقایسه با سایر کشورها بسیار ناچیز است، به گونه‌ای که اعتبارات پژوهشی در ایران نه تنها سیر صعودی ندارد بلکه سیر آن به طور یکنواخت و گاهی نزولی است. به طور مثال قرار بود تا در پایان برنامه‌ی پنج ساله‌ی اول یک درصد از تولید ناخالص ملی به امر پژوهش اختصاص یابد، ولی متأسفانه در پایان برنامه‌ی پنج ساله به ۰/۳۳ درصد محدود گردیده است (۴).

بنابراین اگر این عدد با میانگین اروپا یعنی ۲ درصد مقایسه شود، مشخص می‌گردد که برای تولید علمی باید هزینه کرد، در حالی که ما حتی به اندازه‌ی بضاعت مالی خود نیز صرف پژوهش نمی‌کنیم و اگر قرار است تا این فاصله‌ی

این در حالی است که در این مطالعه برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز و نیازسنجی، به دلیل عدم توانایی استادان در اختصاص وقت کافی برای پاسخ‌گویی و شکایتی که بیشتر در رابطه با ناکافی بودن منابع حمایتی مالی به عنوان نیاز و مشکل مطرح می‌کردند، دشواری حاصل شد و در نتیجه فرایند اجرا تا حدی با صرف انرژی زیاد دنبال گردید.

### پیشنهادها

با توجه به اهمیت نیازهای حمایتی و سهم اعتبارات در گرایش استادان به پژوهش، به نظر می‌رسد که فراهم نمودن وسایل و تجهیزات مورد نیاز و مد نظر گرفتن سهم مناسب اعتبارات می‌تواند در گرایش استادان به پژوهش مؤثر باشد. از طرفی آزادسازی وقت استادان در ساختار اداری می‌تواند موجب افزایش استقبال بیشتر استادان از پژوهش گردد.

تحقیقات هاشمیان‌نژاد (۱۵) و Derish و همکاران (۱۸) در خصوص نیاز به زمان آزاد برای انجام پژوهش همسو بوده است.

### نتیجه‌گیری

انجام هر نوع فعالیت پژوهشی مستلزم صرف هزینه‌های مناسب در بخش‌های مختلف است که با افزایش اعتبارات تحقیق می‌توان تا حدی بستر مناسب جهت حضور استادان در پروژه‌های تحقیقاتی فراهم نمود. از طرفی برای انجام تحقیق بایستی مراحل مختلفی چون جستجوی اطلاعات، جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات و ... را انجام داد که هر یک از فعالیت‌های مذکور نیاز به اختصاص زمان دارد و استادان دانشگاه علوم پزشکی در بیشتر رشته‌ها به انجام کار بالینی نیز مشغول هستند. آموزش، درمان، حضور و پاسخ‌گویی به دانشجو و ... وقت زیادی برای فعالیت‌های پژوهشی باقی نمی‌گذارد.

### References

- Ahmari Tehran H, Heidari A, Kachooie A, Moghiseh M, Irani A. The Relationship between Depression and Religious Attitudes in Students of Qom University of Medical Sciences Qom Iran. Qom Univ Med Sci J 2009; 3(3): 51-6. [In Persian].
- Nami Sh. Barriers to using research findings in educational decisions. Journal of Education 1998; 53: 63-84. [In Persian].
- Mansouri R. Reviewing the status of research in Iran. Rahyaft Journal 1991; 1(1): 15-27. [In Persian].
- Bakrany F. Attitudes of faculty members about the barriers to progress in research activities at Isfahan University. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Educational Sciences and psychology, Allameh Tabatabaei University. 1994. [In Persian].
- Aminaei M. The study of no trend causes of the faculty of humanities and behavioral research for research in Iran. Educational Research 1996; 7(3-4): 83-103. [In Persian].
- Shahriari M. Report on the status of the country's research budget. Tehran, Iran: Culture and Research; 2002. [In Persian].
- Paryad R. The study of barriers to research among faculty members in the humanities departments of Isfahan universities and the West Country. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Colleges of Education, University of Isfahan. 2003. [In Persian].
- Hefferin EA, Horsley JA, Ventura MR. Promoting research-based nursing: the nurse administrator's role. J Nurs Adm 1982; 12(5): 34-41.
- Bonnie R, Tanner DR. Information needs and library services for the fine arts faculty. Journal of Academic Librarianship 2001; 27(3): 229-33.
- Sadeghi A. The study of Problems of research in human sciences from the perspective of the humanities faculty of the Isfahan University. [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Colleges of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan. 1991. [In Persian].
- Sadredin S. The study of status and trends of educational research in colleges and universities, education groups of Tehran. [Thesis]. Tehran, Iran: School of Education, Tehran University. 1994. [In Persian].
- Nami Sh. Opinion of scholars and educational leaders about the factors involved in applying research findings. Tehran, Iran: Institute of Education; 1997. [In Persian].

13. Dadkhah B, Mohammadi MA, Pornaserri S, Mozaffari N, Adham D. View of Ardabil Province Universities Scientific Members' about research and its Limitations. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008, 8(1): 37-44. [In Persian].
14. Koraki, M. Mahjob, H. Shakh, N. The viewpoints of faculty members about factors effect on willing scientific writing in Hamedan University of Medical Sciences. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2007; 14(4): 59-63. [In Persian].
15. Hashemian Nezhad F. The study of research problems of faculty members at public universities in Mashhad. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Colleges of Educational Sciences, Tehran University. 1997. [In Persian].
16. Hasanzadeh R. Application of research results and factors affecting it: New approaches and challenges in education. *Curriculum Planning* 2013; 2(5-6): 99-112. [In Persian].
17. Matin D. The study of correlation between the books in library of agricultural college with teaching and research needs of faculty members. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University. 2000. [In Persian].
18. Derish PA, Maa J, Ascher NL, Harris HW. Enhancing the mission of academic surgery by promoting scientific writing skills. *J Surg Res* 2007; 140(2): 177-83.

## Research Needs of Faculty Members in Isfahan University of Medical Sciences, Iran\*

Raheleh Samouei, MSc<sup>1</sup>; Tayebeh Tayebani, MSc<sup>2</sup>; Mohsen Moslehi, MD<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Research is one of the major indicators of success of societies in various scientific, technological, and economic domains. University faculty members, in general, are of the most important groups with scientific and administrative responsibilities in this field. Therefore, addressing their research needs and requirements is considered as a major aim.

**Methods:** In this cross-sectional, analytical and prospective study, 119 faculty members of Isfahan University of Medical Sciences, Iran, using a researcher-made questionnaire ( $\alpha = 0.95$ ) were participated. They were selected in proportion to their population and were invited individually to complete the questionnaire. The data were reported based on descriptive statistics.

**Results:** The obtained mean scores were 3.91 for social needs, 3.9 for organizational needs, 3.81 for educational needs, and 3.93 for supportive needs. The highest reported needs were defining an appropriate budget and providing enough free time for researching.

**Conclusion:** The faculty members had various needs in the research field; however, they emphasized more on financial supports. Generally, universities should have regular and targeted programs for active role of instructors in the research field.

**Keywords:** Research Needs; Faculty Members; Universities

Received: 4 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Samouei R, Tayebani T, Moslehi M. **Research Needs of Faculty Members in Isfahan University of Medical Sciences, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 951-7.

\* This research project No.286120 approved by the Isfahan University of Medical Sciences.

1- Psychology, Social Determinants of Health Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Educational Management, Institute of Farhang Pajouhan Danesh, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
Email: moslehi@mail.mui.ac.ir



# نقش اعتماد در خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان\*

سید حمیدرضا شاوران<sup>۱</sup>، سعید رجایی پور<sup>۲</sup>، ایرج کاظمی<sup>۳</sup>، بی بی عشرت زمانی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** دانشگاه‌ها و اعضای هیأت علمی آن‌ها مسؤول تربیت دانشجویانی هستند که مسؤولیت‌های اجتماعی موجود در جامعه را بر عهده می‌گیرند. برای تحقق اهداف جامعه و دانشگاه، اعضای هیأت علمی باید به رؤسای خود، همکاران و دانشجویان اعتماد کنند. اعتماد، باور استادان به قابلیت‌های جمعی را در پی خواهد داشت و موجب خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی خواهد شد. هدف این مطالعه، شناسایی نقش اعتماد در خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان بود.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که در آن ۲۶۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹، به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌های استاندارد اعتماد سازمانی و محقق ساخته‌ی خودکارآمدی جمعی بودند و روایی صوری و محتوایی آن‌ها توسط متخصصان تأیید شد و ضریب پایایی آن‌ها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۹ محاسبه گردید. بررسی‌های آماری با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

**یافته‌ها:** اعتماد و خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان همبستگی معنی‌دار دارند ( $r = 0/63$ ) و ۶۵ درصد از تغییرات خودکارآمدی جمعی آن‌ها توسط اعتماد و مؤلفه‌های آن قابل پیش‌بینی می‌باشد. یافته‌ها حاکی از آن است که ۶۷ درصد از تغییرات خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان، تنها از طریق مؤلفه‌های اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان قابل پیش‌بینی است. تغییرات خودکارآمدی جمعی توسط مؤلفه‌ی اعتماد به دانشجویان، در دانشگاه علوم پزشکی به میزان ۴۱ درصد قابل پیش‌بینی می‌باشد و در دانشگاه صنعتی اصفهان ۶۹ درصد از این تغییرات از طریق مؤلفه‌های اعتماد به رئیس و اعتماد به همکاران، قابل پیش‌بینی است.

**نتیجه‌گیری:** اعتماد و خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی همبستگی معنی‌داری دارند و خودکارآمدی جمعی از طریق اعتماد و مؤلفه‌های آن قابل پیش‌بینی می‌باشد، بنابراین اهمیت ایجاد روابط و فضای سازمانی همراه با اعتماد برجسته می‌شود. در همین راستا، رؤسای دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها باید در زمینه‌ی ترویج فرهنگ اعتماد همت گمارند و با ایجاد جو سازمانی مناسب، در پی انسجام، هماهنگی و تقویت باورهای خودکارآمدی جمعی باشند. این اقدامات می‌تواند تسهیل و ایجاد بسترهای لازم برای موفقیت اعضای هیأت علمی و دانشجویان را فراهم کند.

**واژه‌های کلیدی:** اعتماد؛ خودکارآمدی؛ اعضای هیأت علمی؛ دانشگاه‌ها

\* مقاله‌ی حاضر مستخرج از پایان‌نامه‌ی دکتری مدیریت آموزشی می‌باشد.

۱- دانشجوی دکتری، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: rezashavarani@yahoo.com

۲- استادیار، مدیریت آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، آمار کاربردی، دانشکده‌ی علوم، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، تکنولوژی آموزشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۰/۹/۲۷

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۷

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

**ارجاع:** شاوران سید حمیدرضا، رجایی پور سعید، کاظمی ایرج، زمانی بی بی عشرت. نقش اعتماد در خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۹۶۸-۹۵۸.

## مقدمه

دگرگونی‌های سریع و گسترده‌ی عصر حاضر موجب شده است تا نظام‌های اجتماعی تغییرات چشمگیری را تجربه نمایند. به دنبال این تحولات، سازمان‌های آموزشی نیز در معرض تغییرات وسیعی قرار گرفته‌اند و به دانشگاه‌ها توجه خاصی مبذول گردیده است.

توجه به دانشگاه به عنوان بستری برای گسترش مرزهای دانش، رشد و پرورش نیروهای متخصص و حرفه‌ای را در اولویت قرار داده و اهمیت تمرکز بر محیط درونی این سازمان‌ها را دوچندان کرده است. به همین دلیل در این زمان که دانشجویان بیشتر و بیشتری در حال ورود به دانشگاه هستند و نگرانی‌هایی همچون مدرک‌گرایی، سرقت اختراعات و عدم صداقت علمی هر روز مشکل‌تر می‌شود، به نظر می‌رسد شایسته است انگیزه‌ها و باورهای حرفه‌ای‌هایی که هدایت فرایندهای یاددهی و یادگیری می‌باشند، مورد توجه جدی قرار گیرد (۱). از جمله این باورها، ادراکات و انگیزه‌ها می‌توان به اعتماد و خودکارآمدی اعضای هیأت علمی اشاره کرد.

روابط اعتماد در سازمان بر اساس وابستگی متقابل افراد به یکدیگر ساخته می‌شود. این بدین معنی است که منافع افراد نمی‌تواند بدون اطمینان کردن به دیگران حاصل شود (۲). اعتماد، عهد و پیمانی ظریف میان اعضای سازمانی است که رفتارهای فردی، علایق و نظم گروهی خود را در صحنه‌های اجتماعی هماهنگ می‌کنند (۳). بر همین اساس Rousseau و همکاران (۲) خاطرنشان کرده‌اند که اعتماد یک حالت روان‌شناختی همراه با آسیب‌پذیری بالقوه است و مبتنی بر انتظارات مثبت از اهداف یا رفتارهای دیگران می‌باشد. Lewicki و همکاران نیز معتقدند دو فرایند شناختی مرتبط در اعتماد وجود دارد که اولین آن، تمایل به قبول آسیب‌پذیری بالقوه نسبت به اعمال دیگران است و فرایند دوم، داشتن انتظار مثبت از مقاصد، انگیزه‌ها و رفتارهای گروه دیگر را شامل می‌شود (۴). این وجوه شامل صداقت، خیرخواهی، قابلیت اطمینان، شایستگی و گشودگی هستند (۵-۷).

زمانی که در خصوص مورد اعتماد بودن کسی فکر

می‌کنیم، موضوعی که اغلب به ذهن متبادر می‌شود، صداقت است (۸). بنابر گفته‌ی Rotter، صداقت این انتظار است که بتوان بر مبنای آن بر روی حرف، قول، بیان شفاهی یا کتبی افراد یا گروه‌های دیگر تکیه کرد (۹).

خیرخواهی، اطمینان از این موضوع است که سایرین در روابط خود، صرفاً منافع شخصی را در نظر نمی‌گیرند و با وجود فرصت‌هایی که برای تلاش در جهت منافع شخصی دارند، به دنبال حفظ و ادامه‌ی رفتار همراه با حسن نیت نیز هستند (۱۰-۱۴، ۶). قابلیت اطمینان نیز، میزان قابل اتکا بودن یا تصور از توانایی دیگران در فراهم نمودن نیازها را می‌رساند. به عبارت دیگر، قابلیت اطمینان میزانی است که یک شخص یا گروه می‌تواند برای برآوردن نیازهای خود به سایر افراد یا گروه‌ها تکیه کند. شایستگی عنصری است که در فرایند اعتماد نقش اساسی ایفا می‌کند. Shoho و Smith، معتقدند شایستگی، یک بنیان ذهنی ایجاد می‌کند که احتمال واکنش همراه با اعتماد، نسبت به دیگران را افزایش (یا کاهش) می‌دهد (۳).

در نهایت، گشودگی در تعاملات سازمان، خیابان دو طرفه‌ای است که وقتی افراد در آن درگیر می‌شوند، یا به آن متعهد می‌گردند، داوطلبانه و با طیب خاطر اطلاعات فردی خود را با دیگران به اشتراک می‌گذارند (۱۵، ۸).

مؤلفه‌های اعتماد در دانشگاه، اعتماد به رئیس، اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان هستند (۳). کارکنان از این جهت باید به رئیس اعتماد داشته باشند که وی در زمینه‌ی برآوردن نیازهای اجتماعی و اهداف آموزشی شایستگی دارد. بنابراین، می‌توان گفت رهبری اثربخش در سازمان مستلزم عنصر ضروری اعتماد به رئیس است. اعتماد کارکنان آموزشی به رئیس تحت تأثیر رفتار خود اوست به طوری که مدیران خیرخواه، باهوش و معتقد به مشارکت همواره در پی کسب اعتماد کارکنان خود هستند.

اعتماد به همکاران نیز بر روابط، فضای درونی و محیط دانشگاه تأثیر قابل توجهی می‌گذارد. در این محیط استانداردها و باورهای مشترک در مسیر حمایت از اهداف توسعه می‌یابند و تعاملات حاصل پتانسیل ارتباطی دو طرفه‌ای ایجاد می‌کنند

است (۲۰) و موجبات خودکارآمدی جمعی را فراهم می‌آورد. به طوری که اعضای گروه، منابع، توانایی‌ها و دانش خود را روی هم جمع کرده، از همدیگر حمایت متقابل به عمل می‌آورند و برای حل مشکلات و افزایش کیفیت زندگی کاری خود همکاری می‌نمایند.

این فرایند، پویایی‌های اجتماعی، تعاملات هماهنگ و هم‌افزایی به همراه دارد. خودکارآمدی جمعی باورهای مشترک افراد گروه در مورد قابلیت‌های آن‌ها است که در سازماندهی و اجرای مجموعه‌ی اعمال مورد نیاز برای موفقیت ضروری هستند (۲۱). بر همین اساس Miskel و Hoy، خاطر نشان کرده‌اند، ارتقا و بهبود سطح خودکارآمدی جمعی موجب افزایش تلاش و مداومت گروه و متعاقب آن موفقیت و عملکرد می‌شود. از نظر آن‌ها منابع خودکارآمدی جمعی، تجربیات موفقیت‌آمیز و مشاهده‌ای، ترغیب اجتماعی و برانگیختگی عاطفی هستند (۲۲). کسب و حفظ تجربیات موفقیت‌آمیز و ماهرانه در رسیدن به اهداف سازمان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کنند. موفقیت‌ها باورهای محکمی از حس خودکارآمدی را در هر یک از کارکنان آموزشی به وجود می‌آورند و برعکس، شکست‌ها موجب تخریب خودکارآمدی جمعی می‌شوند (۲۲).

تجربیات مشاهده‌ای هم می‌توانند خودکارآمدی جمعی را بهبود بخشند (۸). به عبارت دیگر، گروه‌ها و تیم‌های سازمانی به وسیله‌ی مشاهده‌ی موفقیت سازمان‌های دیگر در خود یادگیری ایجاد می‌کنند (۲۳). بنابراین تجربیات مشاهده‌ای و الگوسازی منابع مؤثری هستند که خودکارآمدی جمعی را بهبود می‌بخشند. در مورد ترغیب اجتماعی نیز Gage، معتقد است گزارش موفقیت‌های گروه، توجه به توسعه‌ی حرفه‌ای، گفتگوهای خوشایند، ارسال نامه‌های تشویقی به کارتابل همکاران و موارد مشابه می‌تواند سطوح خودکارآمدی جمعی را ارتقا دهد (۸). به عبارت دیگر، یک گروه منسجم از طریق ترغیب اجتماعی فرصت بیشتری برای تغییر و توسعه دارد (۲۲). در نهایت، وضعیت عاطفی و روان‌شناختی سازمان در میزان ثبات، پایداری و مداومت در مقابل عوامل محیط خارجی تأثیر بسزایی دارد. همان‌گونه که فشار و استرس در

که تحمل مشکلات ناشی از حرفه‌ی علمی را امکان‌پذیر می‌سازد. این روابط موجب می‌شوند افرادی که با تشریک مساعی کار می‌کنند، تک‌روی‌های خود را کاهش داده، جو سازمانی را برای ایجاد یک رویکرد تیمی تغییر دهند و موجبات توسعه‌ی اعتماد به یکدیگر را فراهم آورند (۱۶). البته در دانشگاه‌ها رکن اساسی دیگری نیز وجود دارد که رسالت و فلسفه‌ی وجودی این سازمان‌ها متأثر و منبعث از آماده کردن آن‌ها برای تصدی مسؤولیت‌های حرفه‌ای در نقش‌های اجتماعی است. این رکن اساسی، دانشجویان هستند و فرایند یادگیری به صورت متقابلی هم از سوی آن‌ها و هم از سوی اساتید کنترل می‌شود. Ramsden، خاطر نشان می‌کند، تدریس اثربخش در آموزش عالی، به این عقیده‌ی راسخ بستگی دارد که مشخص‌کننده‌ی سطح یادگیری دانشجویان، کاری است که خود آن‌ها انجام می‌دهند، نه فقط نقش‌هایی که اساتید به اجرا در می‌آورند (۱۷).

وجود روابط مبتنی بر اعتماد بر وضعیت انگیزشی و درونی افراد نیز تأثیر دارد. به عبارت دیگر اعتماد در کارکردهای فردی نیز مؤثر است. در صورتی که افراد به قابلیت‌های خود اعتماد داشته باشند، در مورد خویش، قضاوت‌های مثبت‌تری خواهند داشت و این قضاوت‌ها منجر به خودکارآمدی در آن‌ها خواهد شد. خودکارآمدی یک مبحث روان‌شناختی است و با باورها و نگرش‌های افراد ارتباط دارد. Bandura (۱۸) خودکارآمدی را باور فرد به توانایی خود برای سازماندهی و اجرای اعمالی که برای دستیابی به اهداف مشخصی مورد نیاز می‌باشد تعریف کرده است. Gully و همکاران نیز بر این باورند که هرچه میزان خودکارآمدی فرد بیشتر باشد، احتمال مشارکت مداومت و پایداری وی در رفتار مرتبط با وظیفه‌اش بیشتر می‌شود (۱۹). اما اجرای موفق اکثر وظایف سازمان تنها در صورت تلاش‌های جمعی افراد قابل دستیابی است. بر همین اساس Bandura، با استفاده از تئوری شناختی اجتماعی، مفهوم عاملیت فردی انسان را به عاملیت جمعی گسترش داده است. از نظر او باورهای مشترک افراد در مورد توانایی جمعی آن‌ها برای دستیابی به اهداف مطلوب و مورد نظر یک جزء کلیدی از عاملیت جمعی

دانشجویان و خودکارآمدی آنان انجام داده، خاطرنشان نموده است که وجود روابط صمیمی و مثبت و نیز بازخوردهای دریافت شده از مدرسان، همتایان، همکاران، خانواده و سایر افراد تأثیرگذار توسعه‌ی خودکارآمدی را افزایش داده و یا موجب کاهش آن می‌شوند. علاوه بر این توسعه‌ی خودکارآمدی به نحوه‌ی بازخوردها و مقام فردی که بازخورد می‌دهد بستگی دارد (۲۵).

Lev و Koslowsky، نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان عوامل تعدیل‌کننده‌ی روابط خودکارآمدی فردی و جمعی که در دوره‌های کالج انجام دادند، دریافتند که فرهنگ قوی خودکارآمدی موجب تسهیل پیشرفت فراگیران شده و موفقیت آنان را تا حدودی ارتقا می‌دهد. وی بر این باور است که توفیق فراگیران در یادگیری به پذیرش اهداف چالش‌انگیز، تلاش قوی سازمانی و مداومت منجر می‌شود و عملکرد بهتر آن‌ها را نیز در پی دارد (۲۶).

Bandura، در پژوهش خود تحت عنوان کاربرد عاملیت انسانی در خودکارآمدی جمعی خاطرنشان می‌کند که برای انجام موفقیت‌آمیز یک وظیفه با مهارت‌های مشخص، تلاش افراد بیشترین تأثیر را در توسعه‌ی خودکارآمدی دارد. از نظر او اگرچه افراد پویایی‌های خود را به گروه می‌آورند، اما خودکارآمدی جمعی نه تنها با تعاملات و تلاش‌های گروهی سازمان یافته رابطه دارد، بلکه باورهای مشترک شکل یافته‌ی آن را ارتقا می‌دهد و عملکرد گروهی به عنوان تابعی از اتحاد افراد استنباط می‌شود (۲۰).

به طور خلاصه، دانشگاه‌ها از جمله مهم‌ترین نظام‌های اجتماعی هستند و در تولید و انتقال دانش و فرهنگ در جامعه نقش بسزایی دارند. با توجه به این که اعضای هیأت علمی با تکیه بر باورهای خودکارآمدی و ادراکات اعتماد می‌توانند در پیشبرد علم، تولید دانش و به طور کلی حصول اهداف علمی مؤثر واقع شوند و در زمینه‌ی مطالعه‌ی روابط این متغیرها در دانشگاه‌های ایران پژوهشی یافت نگردید، این مطالعه سعی نموده است، روابط بین اعتماد و مؤلفه‌های آن و خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی در سطح دانشگاه‌های منتخب

افراد موجب بروز عکس‌العمل‌هایی می‌شود، گروه‌ها و تیم‌ها نیز در این زمینه از خود واکنش نشان می‌دهند. گروه‌ها و سازمان‌های خودکارآمد، فشار و بحران‌ها را تحمل کرده و در جهت عملکرد اثربخش تلاش می‌نمایند. در حقیقت آن‌ها یاد می‌گیرند که چگونه با نیروهای مخرب خارجی سازگاری یابند و از عهده‌ی آن‌ها برآیند (۲۳).

تحولات گسترده‌ی عصر حاضر واقعیتی غیر قابل انکار است و همسویی با این دگرگونی‌ها برای سازمان‌ها، راهی جز تغییر در شیوه‌ی اندیشیدن، نگرش، ادراک و عملکرد باقی نگذاشته است. تحقیقات خارجی انجام شده در حیطه‌ی مدارس نشان داده‌اند که اعتماد کادر آموزشی به عنوان بخشی از مهم‌ترین ادراکات انسان نقش بسزایی در بهبود انگیزه، سلامت سازمانی و متعاقب آن اجرای موفق وظایف داشته و در ایجاد و توسعه‌ی باورهای خودکارآمدی جمعی مؤثر واقع می‌شوند. در همین راستا Petersen (۱۵) در پژوهش خود با عنوان اعتماد کادر آموزشی و رابطه‌ی آن با خودکارآمدی جمعی در مدارس به این نتیجه رسیده است که اعتماد و خودکارآمدی جمعی با هم رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند. به طوری که اعتماد به مدیر، دانش‌آموزان و والدین آن‌ها خودکارآمدی جمعی را پیش‌بینی می‌کنند. وی در ادامه خاطر نشان کرده است که خودکارآمدی جمعی سازه‌ای مهم در مسیر موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان است.

Ribiere (۲۴) در مطالعه‌ای با عنوان نقش کلیدی اعتماد در مدیریت دانش در سازمان‌های فرانسه به بررسی نقش اساسی اعتماد در مدیریت دانش پرداخته و نتیجه‌گیری کرده است که اعتماد با تلاش در جهت هم‌افزایی فکری رابطه دارد. وی بر این باور است، در اقتصاد امروز و در وضعیت رقابتی موجود، سازمان‌هایی که برای بقا تلاش می‌کنند، می‌بایست هم در ایجاد سرمایه‌های فکری و هم در تسهیل فرایند اعتماد کوشا باشند. وی اعتماد را عاملی اساسی و تسهیل‌کننده در تولید و تسهیم دانش ذکر کرده است.

Woolfolk-Hoy، در مطالعه خود با عنوان خودکارآمدی و تدریس در دانشکده که در زمینه‌ی روابط اجتماعی

مقوله‌های مورد استفاده در ابزارها از یک تا ده درجه‌بندی و پرسش‌نامه‌ها همزمان میان آزمودنی‌ها توزیع گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (Inc., Chicago, IL) (version 16, SPSS) در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی بررسی شد و نتایج با استفاده از میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی Pearson و آزمون رگرسیون چندگانه تحلیل گردیدند.

### یافته‌ها

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان دادند که اعتماد و خودکارآمدی جمعی با یکدیگر همبستگی مثبت و معنی‌دار دارند ( $r = 0/63$ ). بنابراین فرضیه‌ی کلی تحقیق تأیید گردید. بر اساس این نتایج، ضرایب همبستگی برآورد شده در سطح  $P \leq 0/05$  همبستگی مثبت و معنی‌داری را بین اعتماد و مؤلفه‌های آن یعنی اعتماد به رئیس، اعتماد به همکاران، اعتماد به دانشجویان با خودکارآمدی اعضای هیأت علمی نشان دادند و مؤلفه‌ی اعتماد به همکاران بیشترین میزان همبستگی را با خودکارآمدی جمعی داشته است.

نتایج مندرج در جدول ۲ نیز نشان داد که به طور کلی خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی از طریق اعتماد و مؤلفه‌های آن یعنی اعتماد به رئیس، اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان قابل پیش‌بینی است. بنابراین، این متغیرها می‌توانند در معادله‌ی رگرسیون باقی بمانند. ضریب تعیین نشان می‌دهد که  $0/65$  از نمرات خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان تحت تأثیر اعتماد و مؤلفه‌های آن قرار دارد.

نتایج جدول ۳ نشان داد خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه اصفهان تحت تأثیر مؤلفه‌های اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان است و این متغیرها می‌توانند در معادله‌ی رگرسیون باقی بمانند اما اعتماد به رئیس، نقشی در پیش‌بینی خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی نداشته است. ضریب تعیین نشان داد که  $0/67$  از نمرات خودکارآمدی جمعی اساتید دانشگاه اصفهان تحت

دولتی شهر اصفهان را مورد بررسی قرار دهد. بنابراین، فرضیه‌ی کلی پژوهش بدین صورت تدوین و مورد بررسی قرار گرفته است: بین اعتماد و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان رابطه وجود دارد

### روش بررسی

روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه‌ی آماری آن کلیه‌ی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان یعنی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ و در مجموع به تعداد ۱۶۴۱ نفر بودند. حجم نمونه برآورد شده پس از انجام یک مطالعه‌ی مقدماتی و تعیین واریانس جامعه ۲۶۱ نفر محاسبه گردید که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با جامعه‌ی آماری هر یک از سه دانشگاه انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات دو پرسش‌نامه‌ی استاندارد اعتماد اعضای هیأت علمی و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی خودکارآمدی از نوع بسته پاسخ بودند. پرسش‌نامه‌ی اعتماد سازمانی توسط Smith و Shoho، به حیطة‌ی دانشگاه بسط داده شده و با استفاده از روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های آن مورد اکتشاف قرار گرفته است (۳). ابزار یاد شده میزان اعتماد اعضای هیأت علمی را بر اساس سه مؤلفه‌ی اعتماد به رئیس، اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این پرسش‌نامه پس از ترجمه و بومی‌سازی با استفاده از ضریب (Cronbachs' alpha) به میزان  $0/81$  تعیین گردید. پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی جمعی نیز یک ابزار محقق ساخته بود که بر اساس مطالعات Bandura، تنظیم و توسعه داده شد (۱۸). این ابزار توسط متخصصان مدیریت، مدیریت آموزش عالی و روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و روایی صوری و محتوایی آن تأیید گردید. پرسش‌نامه‌ی مذکور در یک مطالعه‌ی مقدماتی به کار گرفته و پایایی آن به میزان  $0/89$  به دست آمد. برای تعیین تفاوت هر یک از گزینه‌ها،

جدول ۱: تبیین رابطه‌ی بین اعتماد و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان  
توسط ضریب همبستگی Pearson

منبع	فراوانی	r	سطح معنی داری
اعتماد با خودکارآمدی جمعی	۲۶۱	۰/۶۳	۰/۰۰۱
اعتماد به رئیس با خودکارآمدی جمعی	۲۶۱	۰/۲۹	۰/۰۰۱
اعتماد به همکاران با خودکارآمدی جمعی	۲۶۱	۰/۶۰	۰/۰۰۱
اعتماد به دانشجویان با خودکارآمدی جمعی	۲۶۱	۰/۵۰	۰/۰۰۱

جدول ۲: نتایج کلی آزمون رگرسیون منبع خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان توسط اعتماد و مؤلفه‌های آن

منبع	خطای معیار	ضریب رگرسیون	t ارزش	ضریب تعیین	سطح معنی داری
اعتماد	۰/۱۸	۰/۸۰	۶/۰۷	۰/۶۵	۰/۰۰۱
اعتماد به رئیس	۰/۱۹	۰/۲۲	۳/۷۷	۰/۶۵	۰/۰۰۱
اعتماد به همکار	۰/۱۸	۰/۴۲	۶/۰۷	۰/۶۵	۰/۰۰۱
اعتماد به دانشجو	۰/۲۳	۰/۱۸	۲/۷۰	۰/۶۵	۰/۰۰۸

جدول ۳: مقایسه‌ی نتایج آزمون رگرسیون منبع خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های منتخب دولتی شهر اصفهان توسط اعتماد و مؤلفه‌های آن به تفکیک دانشگاه‌های مورد مطالعه

منبع	خطای معیار	ضریب رگرسیون	t ارزش	ضریب تعیین	سطح معنی داری
اعتماد	۰/۳۴	۰/۷۴	۳/۱۴	۰/۶۷	۰/۰۰۱
اعتماد به رئیس	۰/۳۳	۰/۱۴	۱/۴۹	۰/۰۳	۰/۰۱۴
اعتماد به همکار	۰/۳۳	۰/۳۸	۳/۱۴	۰/۶۷	۰/۰۰۳
اعتماد به دانشجو	۰/۴۳	۰/۳۰	۲/۵۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱
اعتماد	۰/۳۴	۰/۵۹	۲/۴۱	۰/۴۱	۰/۰۰۲
اعتماد به رئیس	۰/۶۴	۰/۰۹	۰/۶۱	۰/۰۵	۰/۰۵۴
اعتماد به همکار	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۰۹۴
اعتماد به دانشجو	۰/۴۰	۰/۲۲	۱/۹۱	۰/۴۱	۰/۰۰۵
اعتماد	۰/۲۵	۱/۰۴	۴/۹۲	۰/۶۹	۰/۰۰۱
اعتماد به رئیس	۰/۲۷	۰/۲۶	۲/۵۵	۰/۶۹	۰/۰۰۱
اعتماد به همکار	۰/۲۶	۰/۵۷	۴/۹۲	۰/۶۹	۰/۰۰۱
اعتماد به دانشجو	۰/۴۳	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۰۸	۰/۰۹۰

همکاران بر خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی این دانشگاه تأثیر نداشته‌اند. ضریب تعیین نشان داده است ۰/۴۱ از نمرات خودکارآمدی جمعی دانشگاه علوم پزشکی تحت تأثیر اعتماد به دانشجویان می‌باشد. در نهایت، نتایج مندرج در جدول ۳ نشان داده‌اند خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی در دانشگاه صنعتی

تأثیر اعتماد و مؤلفه‌های اعتماد به همکاران و اعتماد به دانشجویان قرار داد.

بنابر نتایج جدول ۳ خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تحت تأثیر اعتماد به دانشجویان قرار دارد و این متغیر می‌تواند در معادله‌ی رگرسیون باقی بماند؛ در حالی که مؤلفه‌های اعتماد به رئیس و اعتماد به



تحت تأثیر مؤلفه‌های اعتماد به رئیس و اعتماد به همکاران بوده و این متغیرها می‌توانند در معادله‌ی رگرسیون باقی بمانند، اما اعتماد به دانشجویان خودکارآمدی جمعی آن‌ها را پیش‌بینی نکرده است. ضریب تعیین نشان داد  $0/69$  از نمرات خودکارآمدی جمعی در دانشگاه صنعتی تحت تأثیر مؤلفه‌های اعتماد به رئیس و اعتماد به همکاران بوده است.

### بحث

این تحقیق یکی از محدود پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه‌ی خودکارآمدی جمعی در دانشگاه‌ها است. در ضمن هیچ مطالعه‌ای که دو متغیر اعتماد و خودکارآمدی جمعی را در دانشگاه به طور یک‌جا بررسی نماید یافت نشد، به همین دلیل ارجاع نتایج پژوهش حاضر بیشتر به سازمان‌های غیر از دانشگاه می‌باشد. یافته‌های پژوهش (مندرج در جدول ۱) نشان داد که اعتماد و خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی با یکدیگر رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارند ( $P \leq 0/05$ ،  $r = 0/63$ ). بنابراین فرضیه‌ی تحقیق به طور کلی تأیید می‌شود. این یافته تا حدود زیادی با نتایج پژوهش Ribiere (۲۴) همسو و همخوان است. در توضیح این یافته می‌توان گفت اگر به مبانی نظری خودکارآمدی جمعی توجه کرده و این مفهوم باورهای جمع اعضای هیأت علمی به قابلیت‌های خود و تلاش‌های گروهی سازمان یافته در نظر گرفته شود، به طور منطقی فرایند اعتماد در ایجاد این باورها نقش مهمی خواهد داشت. در واقع، تنها در صورتی اعضای هیأت علمی، مدیران گروه‌ها و رؤسای دانشکده به صورت جمعی و به شیوه‌ای اثربخش با یکدیگر کار خواهند کرد و در مسیر تولید علم، هم‌افزایی فکری و تربیت دانشجویان برای تصدی نقش‌های حرفه‌ای گام بر خواهند داشت که در میان آن‌ها اعتماد حاکم باشد. از آن‌جا که میزان این رابطه بین اعتماد به همکاران و خودکارآمدی جمعی بیشتر بوده است ( $P \leq 0/05$ ،  $r = 0/60$ )، می‌توان گفت، اعتماد به همکاران با این فرض که آن‌ها شایسته، صادق، قابل اطمینان، خیرخواه و دارای تفکر انعطاف‌پذیر (گشوده نظر) هستند، برای ایجاد، بروز و توسعه‌ی

قابلیت‌های افراد در سطح جمعی نقطه‌ی شروع مناسب‌تری است و علاوه بر انتقال تجارب و دانسته‌ها، زمینه را برای تبادلات اجتماعی و پژوهشی و شاید هم‌افزایی علمی فراهم خواهد نمود. همچنین نتایج مندرج در جدول ۲ حاکی از آن است که خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان، علوم پزشکی و صنعتی اصفهان تحت تأثیر اعتماد و مؤلفه‌های آن می‌باشد ( $P \leq 0/001$ ،  $r = 0/65$ ). این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش Petersen (۱۵) همسو و همخوان است. اگرچه مطالعه‌ی Petersen (۱۵) در مدارس انجام شده است، اما با توجه به مشابهت‌های بسیاری که دانشگاه‌ها و مدارس در اهداف علمی و بسیاری از موضوعات آموزشی دارند، می‌توان گفت وجود روابط همراه با اعتماد بین اعضای هیأت علمی و رئیس، همکاران با یکدیگر و اعضای هیأت علمی و دانشجویان موجب می‌شود زمینه‌ی همکاری، تشریک مساعی و تعاملات آن‌ها بیشتر فراهم گردد و آن‌ها بسترهای هنجاری و جهت‌گیری‌های مشترکی را برای اجرای وظایف علمی و اجتماعی و موفقیت در رسیدن به اهداف فراهم نمایند. علاوه بر آن در صورت وجود اعتماد، شاید جوی ایجاد خواهد شد که در آن ارتباطات متقابل، انعطاف‌پذیری در روابط و سلامت سازمانی بیشتری به وجود خواهد آمد.

نتایج حاصل از دانشگاه‌های اصفهان و صنعتی اصفهان (جدول ۳) نیز نشان داد، خودکارآمدی جمعی از طریق اعتماد به همکاران قابل پیش‌بینی است ( $P \leq 0/003$ ،  $r = 0/67$  و  $P \leq 0/001$ ،  $r = 0/69$ ). این یافته‌ها تا حدودی با مطالعه‌ی Bandura (۲۱) همسو است. در تفسیر این یافته می‌توان گفت جنبه‌هایی از اعتماد همچون صداقت، قابلیت اطمینان و شایستگی صفاتی هستند که موجب ایجاد باورهای مشترک گروه به قابلیت‌های خود، اتحاد و همبستگی، پویایی‌های گروهی و در نهایت تلاش‌های سازمان یافته می‌گردند. به عبارت دیگر خودکارآمدی جمعی در اثر بررسی و قضاوت کادر آموزشی در مورد شایستگی‌های تدریس و نحوه‌ی انجام سایر وظایف علمی خویش و تحلیل این شایستگی‌ها و قضاوت‌ها در مقایسه با سایر همکاران شکل می‌گیرد (۲۲). بنابراین، در



خودکارآمدی جمع افراد که دانشجویان نیز بخشی از آن هستند را بهبود بخشیده و ضمن تقویت این باورها، آن‌ها را برای تصدی مسؤولیت‌های اجتماعی و اجرای نقش‌های حرفه‌ای در جامعه بیش از پیش آماده سازد.

### نتیجه‌گیری

دانشگاه‌ها از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین نظام‌های اجتماعی هستند. سازمان‌هایی که از دیرباز نقش سازنده‌ای در ایجاد و حفظ، انتقال و تداوم فرهنگ و تمدن بشر داشته‌اند و امروزه نیز سنگ بنای توسعه‌ی فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی محسوب می‌شوند. اندیشمندان و روشنفکران جامعه معتقدند که دانشگاه‌ها کانون نظریه‌پردازی و تولید، حفظ، تسهیم و کاربرد دانش هستند و بر همین اساس وظایف مهمی همچون آموزش، پژوهش، کارآفرینی و خدمات اجتماعی بر عهده‌ی آن‌ها گذاشته شده است. اگر دانشگاه‌ها بخواهند به نحو شایسته‌ای به وظایف خود عمل نمایند و انتظارات جامعه و مردم را برآورده کنند باید دارای فضایی مملو از اعتماد بوده و مدیران، اعضای هیأت علمی و دانشجویان فعال و کارآمدی را تربیت نمایند. نتایج این پژوهش نشان داد اعتماد یکی از عناصر مرتبط با خودکارآمدی است و خودکارآمدی اعضای هیأت علمی می‌تواند در ایجاد و توسعه‌ی سرمایه‌های انسانی و اجتماعی مؤثر واقع شود. بنابراین رؤسای دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها در زمینه‌ی توسعه‌ی اعتماد، مسؤولیت مضاعفی دارند و شایسته است که ایشان با مناسب نمودن فضای سازمانی برای افراد حرفه‌ای، در جهت ایجاد جو مثبت، محیط دوستانه و صمیمی، ترویج صداقت و خیرخواهی، بهبود فرهنگ مشارکت، توجه کردن به آموزش و به کارگیری افراد شایسته و توانمند، گروه‌های علمی و آموزشی را برای رسیدن به اهداف در نظر گرفته شده هماهنگ و منسجم نمایند. علاوه بر این اعتماد در نحوه‌ی ایفای نقش و کارکردهای افراد نیز تأثیر دارد. در واقع اگر اعضای هیأت علمی به قابلیت‌های خود اعتماد داشته باشند، در مورد خود قضاوت‌های مثبت‌تری خواهند داشت و این قضاوت‌ها در آنان حس خودکارآمدی جمعی را ایجاد خواهد کرد.

صورتی که اعضای هیأت علمی افرادی شایسته و صادق باشند، روابط و تعاملات مبتنی بر اعتماد در آن‌ها تقویت خواهد شد و اعتماد حاصل بر خودکارآمدی جمعی اعضا تأثیر خواهد گذاشت. همچنین نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که اعتماد به رئیس به طور معنی‌داری خودکارآمدی جمعی در دانشگاه صنعتی را پیش‌بینی نموده و بر آن تأثیر مثبت داشته است ( $r = 0/69$ ,  $P \leq 0/01$ ). در توضیح این یافته نیز می‌توان بیان نمود، شایستگی مدیران و تعاملات و روابط مثبت آن‌ها با اعضای هیأت علمی، یکی از عوامل تأثیرگذار بر روحیه‌ی مشارکت و اقدام برای کار جمعی در میان آن‌ها است و تلاش رؤسای دانشکده‌ها می‌تواند در ایجاد و تقویت باورهای خودکارآمدی راهگشا باشد. این یافته لزوم توجه رؤسای دانشکده‌ها، مدیران گروه‌ها و اعضای هیأت علمی برای توانمندسازی خود و همکاران، مشارکت در یادگیری و ایجاد جو مثبت جمعی را بیش از پیش برجسته می‌کند.

نتایج مندرج در جدول ۳، مربوط به نظرات اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های اصفهان و علوم پزشکی نشان داده است که خودکارآمدی جمعی تحت تأثیر مؤلفه‌های اعتماد به دانشجویان قرار دارد ( $r = 0/67$ ,  $P \leq 0/01$  و  $r = 0/05$ ,  $P \leq 0/41$ ). به عبارت دیگر خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی توسط مؤلفه‌ی اعتماد به دانشجویان قابل پیش‌بینی است. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعات Woolfolk Hoy (۲۵) و Lev و Koslowsky (۲۶) تا حدود زیادی همسو و همخوان است. در این خصوص نیز می‌توان گفت اگر اعضای هیأت علمی به دانشجویان و قابلیت‌های آن‌ها اعتماد کنند، میان آن‌ها روابط صمیمانه‌ای وجود داشته باشد و در هنگام انجام وظایف آموزشی و پژوهشی به ایشان بازخوردهای مثبت و مناسبی ارایه نمایند، روحیه‌ی کار جمعی و به نوعی خودکارآمدی جمعی تحت تأثیر قرار گرفته و شاید افزایش خواهد یافت. در واقع، دادن استقلال و آزادی علمی به دانشجویان، در نظر گرفتن اهداف علمی سطح بالا و چالش‌انگیز، کنترل فرایند یادگیری از سوی هر دو قشر استاد و دانشجو و پرورش استعدادها و دانشجویان می‌تواند

سازمان‌های آموزشی مورد مطالعه‌ی بیشتری قرار گیرد.

### پیشنهادهای

۱- در دانشگاه‌های مورد مطالعه میان متغیرهای اعتماد و خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی به طور کلی رابطه‌ی معنی‌دار مشاهده شده است، بنابراین به مسؤولین این دانشگاه‌ها پیشنهاد می‌شود در جهت شناخت آسیب‌های فرایند اعتماد، روش‌های توسعه‌ی آن و تقویت تبادلات و تعاملات سازنده و ارتباطات باز، شایستگی‌های علمی فردی و جمعی هیأت علمی کارگاه‌های علمی- آموزشی و همایش‌های علمی برگزار نموده و ضمن بررسی عوامل مؤثر بر خودکارآمدی جمعی با ترغیب و تشویق مادی و معنوی اساتید در این زمینه همت گمارند. این اقدامات به ویژه در زمینه‌ی تقویت خودباوری، توسعه‌ی شایستگی‌های علمی و پژوهشی از طریق برگزاری دوره‌های روش‌ها و فنون تدریس و بازآموزی روش‌های پژوهش و سایر دوره‌های مرتبط ضرورت دارد.

۲- ادراکات اعتماد و باورهای خودکارآمدی، جنبه‌هایی از فرهنگ سازمانی هستند و در این پژوهش بین اعتماد و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی جمعی، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود هیأت رئیسه‌ی دانشگاه‌ها، معاونت‌های فرهنگی، رؤسای دانشکده‌ها و مدیران گروه‌ها علاوه بر این که با رفتارهای خود در این زمینه تلاش می‌نمایند، از طریق برگزاری نشست‌ها و شرکت در جلسات هم‌اندیشی و پرسش و پاسخ و اخذ نظرات اساتید و دانشجویان در مسیر توسعه‌ی فرهنگ مشارکت، همکاری و تشریک مساعی در میان مدیران، دانشجویان و اعضای هیأت علمی گام بردارند.

نتایج پژوهش‌ها نیز نشانگر آن است که خودکارآمدی جمعی از یک سو با توسعه‌ی شناختی و کارکردی افراد و از سوی دیگر با پیشرفت تحصیلی فراگیران رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار دارد. در این پژوهش نیز نتایج بیانگر آن بود که اعتماد و مؤلفه‌های آن بسته به نوع دانشگاه‌های دولتی شهر اصفهان با خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی رابطه دارد و تفاوت‌های جزئی حاصل را می‌توان به عناصر ساختاری، سیستم رهبری و ارتباطات و نیز فرهنگ سازمانی این دانشگاه‌ها نسبت داد. از آن‌جا که این رابطه به طور کلی تأیید شده است و خودکارآمدی جمعی با مؤلفه‌های اعتماد اعضای هیأت علمی مرتبط بوده و مورد پیش‌بینی قرار گرفته است، از این یافته‌ها می‌توان در جهت بهبود و ارتقای قابلیت‌ها و شایستگی‌های اساتید دانشگاه‌ها استفاده نمود. از سوی دیگر اگر خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی در سطح بالایی باشد، خودکارآمدی فردی اساتید نیز شاید تقویت گردیده و متعاقب آن حصول اهداف آموزشی، موفقیت دانشجویان و توسعه‌ی آموزش و پژوهش میسر خواهد شد. بنابراین بر رؤسای دانشکده‌ها و دانشگاه‌هاست که با تقویت فرهنگ قوی اعتماد و خودکارآمدی جمعی، موجبات تسهیل پیشرفت دانشجویان، پذیرش اهداف چالش‌انگیز، تلاش قوی سازمانی و مداومت را فراهم آورند که البته این موارد نیز عملکرد قوی‌تر سازمانی را در پی خواهند داشت. در نهایت باید خاطر نشان نمود همچون رضایت شغلی، رفتار شهروندی سازمانی، تعهد سازمانی و مسیر شغلی که تحت تأثیر اعتماد است (۲۹-۲۷). خودکارآمدی جمعی نیز به عنوان یک متغیر جدید تحت تأثیر اعتماد قرار دارد و شایسته است از سوی پژوهشگران

### خلاصه‌ی اجرایی

#### یافته‌ها و دستاوردهای اصلی این مطالعه چیست؟

اعتماد، عامل بسیار مهمی در فرهنگ و جو سازمانی و به خصوص دانشگاه‌هاست. این عامل با خودکارآمدی جمعی اعضای هیأت علمی دانشکده رابطه داشته و بر آن تأثیر نسبی دارد. به طوری که می‌تواند قابلیت‌ها، تلاش و مداومت اعضای هیأت علمی را تحت تأثیر قرار دهد.

#### مخاطبان اصلی این مطالعه چه کسانی هستند و این مطالعه چه توصیه عملی برای آنان دارد؟

رؤسای دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، معاونت‌های فرهنگی، مدیران گروه‌های آموزشی و اعضای هیأت علمی باید به ابعاد اعتماد و تأثیر آن در خودکارآمدی جمعی توجه ویژه‌ای معمول نموده و در پی تقویت روابط همراه با اعتماد و باورهای خودکارآمدی باشند.

## References

1. Fives H, Looney L. College Instructors' Sense of Teaching and Collective Efficacy. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education* 2009; 20(2): 182-91.
2. Rousseau DM, Sitkin SB, Burt RS, Camerer C. Not so different after all: a cross-discipline view of trust. *Acad manage rev* 1998; 23(3): 393-404.
3. Smith PA, Shoho AR. Higher Education Trust, Rank and Race: A Conceptual and Empirical Analysis. *Innovative Higher Education* 2007; 32(3): 125-38.
4. Lewicki RJ, Tomlinson EC, Gillespie N. Models of Interpersonal Trust Development: Theoretical Approaches, Empirical Evidence, and Future Directions. *Journal of Management* 2006; 32(6): 991-1022.
5. Mishra AK. Organizational responses to crisis. In: Kramer RM, Tyler TR, editors. *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1996.
6. Hoy WK, Smith PA, Sweetland SR. The Development of the Organizational Climate Index for High Schools: Its Measure and Relationship to Faculty Trust. *The High School Journal* 2003; 86(2): 38-49.
7. Tschannen-Moran M, Hoy WK. A Multidisciplinary Analysis of the Nature, Meaning, and Measurement of Trust. *Review of Educational Research* 2000; 70(4): 547-93.
8. Gage CQ. The meaning and measure of school mindfulness: an exploratory analysis [Thesis]. Columbus, OH: Ohio State University; 2003.
9. Rotter JB. A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality* 1967; 35(4): 651-65.
10. Cummings LL, Bromiley P. The organizational trust inventory (OTI). In: Kramer RM, Tyler TR, editors. *Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research*. Thousand Oaks, C: SAGE; 1996. p. 302-30.
11. Geist JR, Hoy WK. Cultivating a culture of trust: enabling school structure, teacher professionalism, and academic press. *Leading and Managing* 2004; 10(1): 1-17.
12. Hosmer LT. Trust: The Connecting Link between Organizational Theory and Philosophical Ethics. *The Academy of Management Review* 1995; 20(2): 379-403.
13. Hoy WK, Gage CQ, Tarter CJ. School Mindfulness and Faculty Trust: Necessary Conditions for Each Other? *Educational Administration Quarterly* 2006; 42(2): 236-55.
14. Hoy WK, Kupersmith WJ. The meaning and measure of faculty trust. *Educational and Psychological Research* 1985; 5(1): 1-10.
15. Petersen KS. Collective Efficacy and Faculty Trust: a study of social processes in schools [Thesis]. San Antonio, TX: University of Texas at San Antonio; 2008. 2013.
16. Tschannen-Moran M. Collaboration and the need for trust. *Journal of Educational Administration* 2001; 39(4): 308-31.
17. Ramsden P. *Learning to Lead in Higher Education*. London, UK: Routledge; 1998. p. 210-1.
18. Bandura A. *Social learning theory*. New York, NY: Prentice Hall; 1977.
19. Gully SM, Incalcaterra KA, Joshi A, Beauvien JM. A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *J Appl Psychol* 2002; 87(5): 819-32.
20. Bandura A. Exercise of Human Agency through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science* 2000; 9(3): 75-8.
21. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: Worth Publishers; 1997.
22. Hoy WK, Miskel CG. *Educational Administration: Theory, Research, and Practice*. New York, NY: McGraw Hill; 2007. p. 572-8.
23. Huber GP. Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures. *Organization Science* 1991; 2(1): 88-115.
24. Ribiere VM. The critical role of trust in knowledge management [PhD Thesis]. Aix-en-Provence, France: Paul Cézanne University; 2005.
25. Woolfolk Hoy A. Self Efficacy in College Teaching Essays on Teaching Excellence. *Toward the Best in the Academy* 2004; 15(7): 121-4.
26. Lev S, Koslowsky M. Moderating the collective and self-efficacy relationship. *Journal of Educational Administration* 2009; 47(4): 452-62.
27. Deluga RJ. The Relation between Trust in the Supervisor and Subordinate Organizational Citizenship Behavior. *Military Psychology* 1995; 7(1): 1-16.
28. Dirks KT. The Role of Trust in Organizational Settings. *Organization Science* 2001; 12(4): 450-67.
29. Flaherty KE, Pappas JM. The Role of Trust in Salesperson-Sales Manager Relationships. *The Journal of Personal Selling and Sales Management* 2000; 20(4): 271-8.

## Role of Trust and Collective Efficacy among the Faculty Members at University of Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences, and Isfahan Industrial University, Iran\*

Sayed Hamid Raza Shavaran<sup>1</sup>; Saeed Rajaeepour, PhD<sup>2</sup>; Iraj Kazemi, PhD<sup>3</sup>;  
Bibi-Eshrat Zamani, PhD<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Universities and their faculty members are responsible for educating students for social responsibilities. If the faculty members are to contribute to the attainment of university and societal goals, they should trust their dean, colleagues, and students. This will facilitate the collective efficacy of faculty members. If faculty members believe in their collective abilities, the attainment of academic goals becomes feasible. The main objective of this research was to study the relationship between trust and collective efficacy of faculty members in Isfahan selective public universities, Iran.

**Methods:** This was a descriptive-correlation study. From all faculty members of University of Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences, and Isfahan Industrial University a sample of 261 subjects was selected through proportional stratified random sampling in 2011. Data gathering tools included the standardized questionnaire of organizational trust and a self-administered questionnaire of collective efficacy, which their reliability coefficients were estimated 0.81 and 0.89, respectively. To analyze the collected data, SPSS software version 16 was utilized and analysis was done through descriptive and inferential statistics including correlation and multiple regression.

**Results:** The findings indicated that collective efficacy was affected by faculty members' trust and its components in all three universities. However, collective efficacy at University of Isfahan could be predicted only through trust in students and colleagues. Trust in students affected the collective efficacy of Isfahan University of Medical Sciences faculty members, while the collective efficacy of faculty members in Isfahan Industrial University could be predicted through trust in dean and colleagues.

**Conclusion:** Collective efficacy of the faculty members may be predicted through trust and its components. It is, therefore, suggested that university chancellors, college deans, and departments chairpersons attempt to create and maintain a space of trust for faculty members. This can be accomplished through encouraging cooperative culture, maintaining coordination among academic departments, and faculty empowerment. These measures would lead to the improvement of university performance in general.

**Keywords:** Trust; Self Efficacy; Faculty Members; Universities

Received: 6 Apr, 2011

Accepted: 30 Jan, 2012

**Citation:** Shavaran SHR, Rajaeepour S, Kazemi I, Zamani BE. **Role of Trust and Collective Efficacy among the Faculty Members at University of Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences, and Isfahan Industrial University, Iran.** *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 958-68.

\* This article was extracted from doctoral dissertation of educational administration.

1- PhD Candidate, Educational Administration, School of Education, The University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)  
Email: rezashavaran@yahoo.com

2- Assistant Professor, Educational Administration, School of Education, The University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Statistics, School of Sciences, The University of Isfahan, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Instructional Technology, The University of Isfahan. Isfahan, Iran

# رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بیمارستان‌های آموزشی - درمانی قزوین\*

رفعت محبی فر<sup>۱</sup>، حسین صفری<sup>۲</sup>، حسن جعفری<sup>۳</sup>، بهمن احدی نژاد<sup>۴</sup>، مهدیه ترکا<sup>۵</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** رفتارهای شهروندی، رفتارهایی هستند که به طور مستقیم در سیستم پاداش‌دهی رسمی سازمان ذکر نشده و اغلب نیز به فراموشی سپرده می‌شوند و اغلب نیز داوطلبانه تلقی می‌گردند. اما با این وجود در انجام فعالیت‌های سازمان نقش مؤثری دارند. کیفیت زندگی کاری شاخصی است که می‌تواند از مسایل عمده‌ی کارکنان اطلاعات ارزشمند و سازنده‌ای در اختیار مدیریت قرار دهد و باعث ایجاد احساس مالکیت، خودگردانی، مسؤلیت و احساس امنیت و ... در آنان شود که نتیجه‌ی آن افزایش بهره‌وری کارکنان می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین انجام شده است.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر مقطعی - تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۱۷ نفر از کارکنان پزشکی، پرستاری، پاراکلینیک و پشتیبانی انجام شد که به صورت تصادفی ساده از بیمارستان‌های تابعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی قزوین انتخاب شده بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسش‌نامه‌ی Williams-Anderson دارای پایایی (۸۱ درصد) و روایی (صوری و محتوایی) و Casio دارای پایایی (۸۷ درصد) و روایی (صوری و محتوایی) استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۱ و از طریق آزمون همبستگی Spearman (جهت بررسی رابطه‌ی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری)،  $\chi^2$  (برای بررسی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری)، t و آنالیز واریانس (به منظور بررسی تفاوت بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارمندان بیمارستان‌ها بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک) تحلیل شد.

**یافته‌ها:** کیفیت زندگی کاری نسبت به رفتار شهروندی سازمانی در بین اعضای نمونه، میانگین بالاتری را به خود اختصاص داده بود و در بین ابعاد رفتار شهروندی سازمانی بیشترین میانگین، مربوط به نوع دوستی (۰/۸۹) و کمترین میانگین مربوط به فضیلت (۰/۷۸) بود. مؤلفه‌های فضیلت، تکریم و نوع دوستی همبستگی مستقیم با کیفیت زندگی کاری داشتند. به جز رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری هیچ یک از این رابطه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبودند. ضریب همبستگی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری ۰/۱۷۷- بود. یعنی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری رابطه‌ی معنی‌دار معکوس وجود دارد ( $P \leq 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با افزایش کیفیت زندگی کاری می‌توان عملکرد و بهره‌وری کارکنان را ارتقا داد. همچنین تقویت هر بعد از رفتار شهروندی سازمانی سایر ابعاد را تحت تأثیر قرار داده و فضای مطلوب را برای انجام وظایف فراهم می‌آورد. با توجه به رابطه‌ی معکوس بین کیفیت زندگی کاری و رفتار شهروندی سازمانی، مدیریت بیمارستان‌ها باید خط‌مشی‌های مناسب جهت هم جهت کردن این دو عنصر سازمانی اتخاذ کنند.

**واژه‌های کلیدی:** رفتار شهروندی سازمانی؛ کیفیت زندگی؛ کارکنان؛ بهره‌وری؛ بیمارستان‌ها

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به شماره‌ی ۲۸/۴۴/۸۵۰۵ دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
۲- کارشناس ارشد، مربی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز و دانشجوی دکتری، سیاست‌گذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

۳- کارشناس ارشد، مربی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۴- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۵- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱/۱۴ اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۹/۱۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۹/۲۳

**ارجاع:** محبی فر رفعت، صفری حسین، جعفری حسن، احدی نژاد بهمن، ترکا مهدیه. رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان بیمارستان‌های آموزشی - درمانی قزوین. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۹۷۶-۹۶۹.

## مقدمه

امروزه یکی از مسایل مهم و اساسی مورد مطالعه روان‌شناسی



محققان رفتار سازمانی به خود جلب نموده است و از آنجا که این رفتارها به منظور کمک به افراد یا سازمان‌ها صورت می‌گیرد و جزء ضروریات محسوب نمی‌شود و ممکن است در پاداش‌ها و تنبیهات ملاحظه نشود، از آن‌ها به عنوان رفتارهای بشردوستانه نیز یاد می‌شود (۶). علاوه بر این در تعریفی دیگر از این مفهوم، آن را در برگیرنده‌ی فعالیت‌هایی همچون کمک به دیگران در محیط کار، بیش‌تر از حد معمول کار کردن، انجام کار در روزهای تعطیل، تحمل نامالایمات‌ها و سختی‌های شغلی و درگیر شدن فعالانه در امور سازمان می‌دانند (۷). به هر حال تمامی تعاریف فوق نشان می‌دهد که این رفتارها مواردی مطلوب می‌باشند که می‌تواند برای سازمان، مدیران، گروه‌ها و افراد مفید باشد. برای مثال در مطالعه‌ی Chen که همکاری و همکاران صورت دادند، پی بردند که رفتار شهروندی سازمانی با ترک خدمت رابطه‌ی معکوس دارد (۸) و همچنین در تحلیلی دیگر از ۲۲ مطالعه‌ی انجام شده بر روی ۷۰۰۰ نفر نشان داده شد که بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی رابطه‌ی مثبت وجود دارد (۹). البته اگرچه این مفهوم در بین محققان محبوبیت بسیاری یافته است اما به تازگی تعدادی از پیش فرض‌های آن، مورد مخالفت‌هایی واقع شده‌اند (۱۰). برای مثال Bolino و همکاران بیان نمودند که بر خلاف تصور عمومی، ممکن است انجام این فعالیت‌ها از محرک‌های شخصی ریشه گرفته باشد و یا این که تعدادی از محققان دیگر نیز بیان نموده‌اند که این رفتارها در مواقعی نه تنها باعث تسهیل عملکرد سازمانی نمی‌شوند بلکه سبب بروز عوارض منفی نیز خواهند بود (۱۱). در کنار مباحث رفتاری در سازمان‌ها، موضوعات اقتصادی از قبیل بهره‌وری نیز در ادبیات سازمانی جا باز کرده‌اند. در این میان سازمان‌های خدماتی همچون بیمارستان‌ها نیز از این قضیه مستثنی نیستند. مهم‌ترین عامل بهره‌وری در بیمارستان‌ها و در نهایت کل جامعه، منابع انسانی است. تردیدی نیست که شکوفایی هر جامعه‌ای در بهبود و پرورش منابع انسانی آن نهفته است (۱۲). علاوه بر این، در دنیای پیچیده‌ی امروز چنان زندگی

صنعتی و سازمانی و نیز رشته‌های وابسته، بر انگیزختن کارکنان به کار و فعالیت بیشتر آنان است. برای مطالعه‌ی انگیزش، رویکردهای متفاوتی وجود دارد. یکی از این رویکردها که مورد توجه ویژه قرار گرفته است، مفهوم رفتار شهروندی سازمانی می‌باشد. هرچند که این واژه برای اولین بار توسط Bateman و Organ مطرح گردید (۱)، اما این مفهوم از نوشتارهای Barnard (به نقل از Gabor و Mahoney) (۲) راجع به تمایل به همکاری و مطالعات Katz و Kahn در مورد عملکرد رفتارهای خودجوش و فراتر از نقشی که از الزامات شغل، وظیفه و اخلاق کاری پا را فراتر می‌گذارد، ناشی شده است (۳). این رفتارها که توسط نیروی کاری و در سازمان نمایش داده می‌شوند، تحت اسامی مختلفی نامیده می‌شوند که عموماً با نام رفتار شهروندی سازمانی شناخته می‌شوند که منشأی آن‌ها دستورات سازمانی نبوده و با وجود رسمی نبودن برای سازمان‌ها مؤثر و مفید می‌باشند (۴). اما رایج‌ترین تعریفی که درباره‌ی این موضوع مقبولیت پیدا کرده است به Organ، تعلق دارد که طبق نظر وی رفتارهای شهروندی، رفتارهایی هستند که به طور مستقیم در سیستم پاداش‌دهی رسمی سازمان ذکر نشده و اغلب نیز به فراموشی سپرده می‌شوند و اغلب نیز داوطلبانه تلقی می‌گردند اما با این وجود در انجام فعالیت‌های سازمان نقش مؤثری دارند (۵). وی ساختار رفتار شهروندی سازمانی را متشکل از پنج بعد نوع دوستی (رفتارهای اختیاری است که کارکنان را برای کمک به مسایل و مشکلات کاری کارکنان دیگر بر می‌انگیزد)، وظیفه‌شناسی (وجدان کاری) (به رفتارهای اختیاری فراتر از نقشی اشاره دارد که از الزامات شغل، وظیفه و اخلاق کاری پا را فراتر می‌گذارد)، فضیلت مدنی (شهروندی) (مشارکت سازنده در عملکرد سازمان با توجه به روند کار می‌باشد)، جوانمردی (به شکیبایی در برابر موقعیت‌های نامطلوب و نامساعد، بدون اعتراض، نارضایتی و گلایه‌مندی، اشاره می‌کند)، احترام و تکریم (ادب و نزاکت) (رفتارهای تحت اختیاری است که از ایجاد مشکلات ناشی از کار با دیگران جلوگیری می‌کند)، می‌داند. این واژه در دو دهه‌ی گذشته بیشترین توجه را از طرف

که این پرسش‌نامه شامل پنج بعد (جوانمردی، فضیلت، نوع دوستی، تکریم همکاران و وظیفه‌شناسی) بود و در دو بخش عمومی و اختصاصی از طریق ۱۲ سؤال تکمیل می‌شد. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی قلی‌پور و همکاران با محاسبه‌ی Cronbach's alpha (۰/۸۱) به دست آمد و روایی آن از طریق نطرسنجی از اساتید مدیریت مورد تایید قرار گرفت (۱۶، ۱۵).

برای سنجش کیفیت زندگی کاری نیز از پرسش‌نامه‌ی استاندارد Casio استفاده شد که شامل ۳۶ سؤال بود و در قالب مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت، از ۱ به معنای خیلی کم تا ۵ به معنای خیلی زیاد تنظیم شده است که روایی و پایایی آن در مطالعات مدرس (۱۷) و سیفی (۱۸) سنجیده شده است. به منظور تأیید پایایی، ضریب Cronbach's alpha (۰/۸۶) به دست آمد و همچنین جهت تأیید روایی آن نیز از نظرات اساتید استفاده شد.

پس از جمع‌آوری، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۱ (version 11, SPSS Inc., Chicago, IL) و از طریق آزمون همبستگی Spearman (جهت بررسی رابطه‌ی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری)،  $\chi^2$  (برای بررسی رابطه‌ی بین مؤلفه‌های رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری)، t و آنالیز واریانس (به منظور بررسی تفاوت بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارمندان بیمارستان‌ها بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک) مورد تحلیل قرار گرفتند.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه‌ها به تعداد لازم تهیه و تکثیر گردید. در مرحله‌ی بعدی پس از تهیه‌ی لیست افراد یا پرسنل و با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۱۳۰ عدد استخراج و سپس افراد منتسب به این شماره‌ها از لیست پرسنل انتخاب گردیدند.

### یافته‌ها

در بررسی جامعه‌ی مورد مطالعه از کل نمونه‌ی انتخاب شده ۲۶/۶ درصد از بیمارستان شهید رجایی، ۲۳/۹ درصد از بیمارستان بوعلی سینا، ۲۵/۷ درصد از بیمارستان قدس و

حرفه‌ای و خصوصی انسان درهم تنیده شده که زندگی حرفه‌ای بر خصوصی استیلا پیدا کرده و سبب شده است که واژه‌ی جدیدی با عنوان «کیفیت زندگی کاری» (Quality of work life) مورد استفاده قرار گیرد (۱۳). این واژه شاخصی است که می‌تواند از مسایل عمده‌ی کارکنان، اطلاعات ارزشمند و سازنده‌ی در اختیار مدیریت قرار دهد که در نهایت نتیجه‌ی آن افزایش بهره‌وری کارکنان می‌باشد (۱۴). با توجه به اهمیت و جایگاه ویژه‌ی رفتار شهروند سازمانی و همچنین اهمیت و نقش مفهوم کیفیت زندگی کاری در سازمان‌های امروزی، به نظر می‌رسد انجام مطالعه‌ی در این زمینه بسیار ضروری است. همچنین عنایت به این که در کشور ما نیز مطالعه‌ی چندانی در این زمینه صورت نگرفته و به خصوص به اهمیت این مسأله در بخش بهداشت و درمان پرداخته نشده است، لزوم انجام این مطالعه دو چندان می‌شود. در این راستا این مطالعه با هدف تعیین رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین انجام شده است.

### روش بررسی

این مطالعه که از نوع مقطعی-تحلیلی می‌باشد در سال ۱۳۸۹ انجام شده است. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه‌ی پرسنل ۴ مرکز آموزشی و درمانی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین بوده است. بر اساس سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸ و مقدار خطای مطلق ۰/۲۵ حجم نمونه به روش تصادفی ساده با استفاده از فرمول مربوطه، تعداد ۱۱۷ نفر تعیین گردید. با احتساب ۱۰ درصد احتمال ناقص بودن و پر نشدن پرسش‌نامه‌ها، حجم نمونه‌ی کل ۱۳۰ در نظر گرفته شد. این نمونه ۱۳۰ نفری به طور متناسب بین کارکنان توزیع شد. نرخ بازگشت پرسش‌نامه با در نظر گرفتن حجم نمونه‌ی کل، تقریباً ۰/۸۴ بود.

به منظور گردآوری داده‌ها از روش پیمایشی (پرسش‌نامه) استفاده شد. به منظور بررسی رفتارهای شهروندی سازمانی از پرسش‌نامه‌ی استاندارد Williams-Anderson استفاده شد



جدول ۱: وضعیت میانگین و انحراف معیار رفتار شهروندی سازمانی و ابعاد آن و کیفیت زندگی کاری در افراد مورد مطالعه

مؤلفه	Mean±SD	کل امتیاز	Mean/total score
جوانمردی	۱۲/۲۳ ± ۱/۶۵	۱۵	۰/۸۱
وظیفه	۸/۸۷ ± ۱/۰۳	۱۰	۰/۸۸
فضیلت	۱۱/۷۹ ± ۲/۰۷	۱۵	۰/۷۸
تکریم همکاران	۸/۳۹ ± ۱/۱۴	۱۰	۰/۸۳
نوع دوستی	۸/۹۷ ± ۰/۹۶۶	۱۰	۰/۸۹
رفتار شهروندی سازمانی	۲۵/۵۰ ± ۴/۳۹	۶۰	۰/۴۲
کیفیت زندگی کاری	۱۲۵/۷۷ ± ۱۷/۹۷	۱۸۰	۰/۶۹

سازمانی و کیفیت زندگی کاری هیچ یک از این رابطه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبودند.

ضریب همبستگی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری  $0/177-$  بود. یعنی بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری رابطه‌ی معنی‌دار معکوس وجود دارد ( $P < 0/05$ ). در بین مردان و زنان از نظر رفتار شهروندی سازمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P = 0/301$ ). همچنین در بین این دو گروه از نظر کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P = 0/736$ ). نتایج این مطالعه نشان داد که رفتار شهروندی سازمانی در بین گروه‌های مختلف شغلی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P = 0/931$ ). همچنین بین گروه‌های مختلف شغلی از لحاظ کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد ( $P = 0/141$ ).

۲۳/۹ درصد از بیمارستان کوثر بودند. در این بین از کل نمونه ۳۴/۹ درصد مذکر و ۶۵/۱ درصد مؤنث بودند و از طرفی در نمونه‌ی انتخاب شده ۴۰/۴ درصد از گروه پرستاری، ۳۴/۹ درصد پاراکلینیک، ۲۲ درصد پشتیبانی و ۲/۸ درصد پزشک بودند.

مطابق با جدول ۱، در بین اعضای نمونه، کیفیت زندگی کاری نسبت به رفتار شهروندی سازمانی میانگین بالاتری را به خود اختصاص داده است و در بین ابعاد رفتار شهروندی سازمانی بیشترین میانگین مربوط به نوع دوستی (۰/۸۹) و کمترین میانگین مربوط به فضیلت (۰/۷۸) می‌باشد (نمودار ۱). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که رفتار شهروندی سازمانی و مؤلفه‌های جوانمردی و وظیفه‌شناسی همبستگی معکوس و مؤلفه‌های فضیلت، تکریم و نوع دوستی همبستگی مستقیم با کیفیت زندگی کاری دارند. به جز رابطه‌ی رفتار شهروندی



نمودار ۱: وضعیت میانگین رفتار شهروندی سازمانی و ابعاد آن و کیفیت زندگی کاری در افراد مورد مطالعه

## جدول ۲: نتایج آزمون آماری رفتار شهروندی سازمانی و ابعاد آن با کیفیت زندگی کاری در افراد مورد مطالعه

مؤلفه	ضریب همبستگی سطح معنی داری (P)	
جوانمردی	۰/۰۰۷-	۰/۹۳۹
وظیفه‌شناسی	۰/۱۳۶-	۰/۱۵۸
فضیلت	۰/۱۲۰	۰/۲۱۲
تکریم	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
نوع دوستی	۰/۰۳۹	۰/۶۹
رفتار شهروندی سازمانی	۰/۱۷۷-	۰/۰۸۵

در بین بیمارستان‌های مختلف از لحاظ رفتار شهروندی سازمانی تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ وجود ندارد ( $P = ۰/۶۵۱$ ). اما در بین بیمارستان‌های مختلف از نظر کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ وجود داشت ( $P = ۰/۰۹۱$ ).

### بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین کیفیت زندگی کاری و رفتار شهروندی سازمانی رابطه‌ی معنی‌دار معکوس وجود دارد و در بین مردان و زنان از نظر رفتار شهروندی سازمانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همچنین در بین این دو گروه از نظر کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده نگردید.

رفتار شهروندی سازمانی در بین گروه‌های مختلف شغلی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین بین گروه‌های مختلف شغلی از لحاظ کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نشد. در بین بیمارستان‌های مختلف از لحاظ رفتار شهروندی سازمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما در بین این بیمارستان‌ها از نظر کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید.

نتایج مطالعات انجام شده بیانگر آن است که رفتار شهروندی سازمانی پیش‌بینی کننده‌ی متغیرهای سازمانی مختلف است و با تعدادی از مؤلفه‌های سازمانی رابطه دارد. برای مثال، مطالعات نشان دادند که بین رفتار شهروندی

سازمانی و ادراک مشتری از کیفیت خدمات، رضایت، نیت رفتاری و وفاداری مشتری (۴)؛ رفتار شهروندی سازمانی و نگرش‌های شغلی (۱۹)؛ رفتار شهروندی سازمانی و رضایت شغلی (۲۰)؛ رفتار شهروندی سازمانی و عدالت سازمانی (۲۳-۲۱)؛ رفتار شهروندی سازمانی، کارایی و کیفیت اطلاعات (۲۴)؛ رفتار شهروندی سازمانی و اعتماد سازمانی (۲۵)؛ رفتار شهروندی سازمانی و ارزیابی عملکرد (۱۴)، رابطه وجود دارد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی کاری با متغیرهای مختلفی از جمله: کیفیت زندگی کاری و بهره‌وری (۲۶)؛ کیفیت زندگی کاری و تعهد سازمانی (۲۷)؛ کیفیت زندگی کاری و استرس شغلی (۲۸)، رابطه دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی کاری نسبت به رفتار شهروندی سازمانی در بین اعضای نمونه، متوسط به بالا بوده است این یافته از نظر رفتار شهروندی سازمانی با نتایج مطالعات هویدا و نادری (۲۹)، Tang و Ibrahim (۳۰)، Larochelle و Bogler و Somech (۳۱) و Medley و Larochelle (۳۲) همخوانی دارد. در بین ابعاد رفتار شهروندی سازمانی، بیشترین میانگین مربوط به نوع دوستی و کمترین میانگین مربوط به فضیلت بود. در بین بیمارستان‌های مختلف از لحاظ رفتار شهروندی سازمانی تفاوت معنی‌دار در سطح وجود ندارد. اما در بین بیمارستان‌های مختلف از نظر کیفیت زندگی کاری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. شاید اختلاف در سطح کیفیت زندگی کاری بین بیمارستان‌های مختلف به خاطر تفاوت در تخصص‌های بیمارستان‌ها باشد. یعنی بار کاری که بر دوش کارکنان است و می‌تواند بر کیفیت زندگی کاری تأثیر داشته باشد در این بیمارستان‌ها تفاوت داشته باشد. یا این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در سبک مدیریت منابع انسانی بیمارستان‌ها به وجود آمده باشد. بین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری رابطه‌ی معنی‌دار معکوس وجود داشت. یعنی این دو مؤلفه در جهت مخالف هم تغییر می‌کنند.

همچنین رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری بین مردان، زنان و همچنین بین گروه‌های شغلی تفاوتی نداشت. این یافته در خصوص کیفیت زندگی کاری در مورد

می‌شود مدیران به ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاری کارکنان توجه نموده و از طریق آن باعث بهبود سایر ابعاد سازمانی از جمله، بهره‌وری و تعهد سازمانی شوند. همچنین مدیران با اندازه‌گیری کیفیت زندگی کاری می‌توانند موضوعات کلیدی محیط کاری که توسط کارکنان درک شده است را تشخیص داده و بدین وسیله به پیش‌برد استراتژی‌های ارتقا دهنده‌ی شرایط کیفیت زندگی کاری در سازمان‌های مراقبت سلامت، دست یابند.

با توجه به اهمیت نقش منابع انسانی در تحقق اهداف راهبردی سازمان‌ها، به ویژه مراکز خدمات سلامت؛ توجه به عوامل مؤثر بر متغیرهای نگرشی و رفتاری کارکنان ضروری می‌نماید. بنابراین برنامه‌ریزی در راستای تحقق ابعاد رفتار شهروندی سازمانی در حوزه‌های مختلف بیمارستان، تأثیر مشهودی در تقویت نگرشی و رفتاری از جمله رضایت شغلی، اعتماد و عملکرد دارد. نتایج نشان داد که تقویت هر بعد از رفتار شهروندی سازمانی، سایر ابعاد را تحت تأثیر قرار داده و فضای مطلوب را برای انجام وظایف فراهم می‌آورد. از این رو به مدیران بیمارستان‌ها توصیه می‌شود که از طریق برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی کافی و مناسب در زمینه‌ی اصول رفتار شهروندی سازمانی در میان کارکنان به تقویت ابعاد رفتار شهروندی سازمانی بپردازند.

پرستاران و از لحاظ جنسیت، با مطالعه‌ی درگاهی و همکاران (۳۳) همخوانی داشت. همچنین از نظر جنسیت با مطالعه‌ی بزاز جزایری و پرداختچی (۳۴) همسو و از نظر سمت سازمانی ناهمسو بود. رفتار شهروندی سازمانی و مؤلفه‌های جوانمردی و وظیفه‌شناسی همبستگی معکوس و مؤلفه‌های فضیلت، تکریم و نوع دوستی همبستگی مستقیم با کیفیت زندگی کاری دارند. به جز رابطه‌ی رفتار شهروندی سازمانی و کیفیت زندگی کاری هیچ یک از این رابطه‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیستند. بین فضیلت و جوانمردی، فضیلت و تکریم، فضیلت و وظیفه، فضیلت و نوع دوستی، جوانمردی و وظیفه، تکریم و وظیفه، تکریم و نوع دوستی، جوانمردی و نوع دوستی، رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعه‌ی هویدا و نادری (۲۹) همسو است و با مطالعه‌ی دعایی و همکاران (۳۵) به استثنای رابطه‌ی فضیلت با جوانمردی همخوانی دارد.

### نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی کاری جنبه‌های وسیعی از محیط کاری را در بر می‌گیرد که روی یادگیری و سلامت کارکنان تأثیر گذاشته و تأثیری مثبت بر تعهد سازمانی دارد. اعتقاد کلی بر این است که کیفیت زندگی کاری؛ مکان کاری انعطاف‌پذیرتر، با انگیزه‌تر و صادقانه‌تر را پرورش می‌دهد (۲۶). بنابراین توصیه

### References

1. Bateman TS, Organ DW. Job Satisfaction and the Good Soldier: The Relationship between Affect and Employee "Citizenship. The Academy of Management Journal 1983; 26(4): 587-95.
2. Gabor A, Mahoney JT. Chester Barnard and the systems approach to nurturing organizations. In: Witzel M, Warner M, Editors. The Oxford Handbook of Management Theorists. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.
3. Katz D, Kahn RL. The social psychology of organizations. New Jersey, NJ: Wiley; 1978.
4. Hasani-e Kakhaki A, Gholipour A. Organizational citizenship behavior; a way towards improving organizational performance for customer. Iranian Journal of Trade Studies 2007; 11(45): 115-45. [In Persian].
5. Organ DW. Organizational citizenship behavior: the good soldier syndrome. Lexington, MA: Lexington Books; 1988.
6. Farh JL, Earley PC, Lin SC. Impetus for Action: A Cultural Analysis of Justice and Organizational Citizenship Behavior in Chinese Society. Administrative Science Quarterly 1997; 42(3): 421-44.
7. Organ DW, Ryan K. A Meta-Analytic Review of Attitudinal and Dispositional Predictors of Organizational Citizenship Behavior. Personnel Psychology 1995; 48(4): 775-802.
8. Chen XP, Hui C, Sego DJ. The Role of Organizational Citizenship Behavior in Turnover: Conceptualization and Preliminary Tests of Key Hypotheses. Journal of Applied Psychology 2013; 83(6): 922.
9. Lepine JA, Erez A, Johnson DE. The nature and dimensionality of organizational citizenship behavior: a critical review and meta-analysis. J Appl Psychol 2002; 87(1): 52-65.
10. Graham JW. An essay on organizational citizenship behavior. Employee Responsibilities and Rights Journal

- 1991; 4(4): 249-70.
11. Bolino MC, Turnley WH, Niehoff BP. The other side of the story: Reexamining prevailing assumptions about organizational citizenship behavior. *Human Resource Management Review* 2004; 14(2): 229-46.
  12. Naderi N, Rajai-pour S, Jamshidian A. Concepts and strategies of empowering employee. *Tadbir* 2007; 18(186): 65-7. [In Persian].
  13. Ghodarzi A. Productivity and quality of work life. Tehran, Iran: Ayene Weekly Press; 2006. p. 269. [In Persian].
  14. MacKenzie SB, Podsakoff PM, Fetter R. The Impact of Organizational Citizenship Behavior on Evaluations of Salesperson Performance. *Journal of Marketing* 1993; 57(1): 70-80.
  15. Gholipour A, Balaghi I, Ghasemi A, Roohi Khalili M. Verification of Women's Negative Stereotypes in Organizations. *Women in Development & Politics* 2007; 5(3): 141-68. [In Persian].
  16. Williams LJ, Anderson SE. Job Satisfaction and Organizational Commitment as Predictors of Organizational Citizenship and In-Role Behaviors. *Journal of Management* 1991; 17(3): 601-17.
  17. Modarres M. Studying the effect of quality of work life on increasing production of Zob-Ahan-e Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Khorasghan Branch, Islamic Azad University; 2008. [In Persian].
  18. Seyfi H. Study of the relationship between quality of work life and organizational commitment of hospitals staff of Sanandaj universities in 2006 [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Management and Medical Information, Iran university of Medical Sciences; 2008. [In Persian].
  19. Gholparvar M, Rafizade P. Organizational citizenship behavior promotion pattern through job attitudes, occupational improvement, leadership support and empowerment. *Basirat* 2009; 16(44): 27-46.
  20. Rezaei Dizgah M, Goodarzvand Chegini M, Bisokhan R. Relationship between job satisfaction and employee job performance in Guilan public sector. *J Basic Appl Sci Res* 2012; 2(2): 1735-41.
  21. Ramin-mehr H, Hadizade-moghaddam A, Ahmadi E. Study the relationship between organizational justice perception and organizational citizenship behavior. *Transformation Management Journal* 2009; 1(2): 65-89. [In Persian].
  22. Mardani-Hamoule M, Heydari H. Study of the relationship between organizational justice with organizational civil behavior among hospital, staff. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2009; 2(2): 48-54. [In Persian].
  23. Naami AA, Shokrkon H. A study between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behaviour in Industrial organization in Ahvaz. *Journal of Education and Psychology* 2006; 13(1): 79-92. [In Persian].
  24. Yoon C. The effects of organizational citizenship behaviors on ERP system success. *Computers in Human Behavior* 2009; 25(2): 421-8.
  25. Altuntas S, Baykal U. Relationship between Nurses' Organizational Trust Levels and Their Organizational Citizenship Behaviors. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(2): 186-94.
  26. Dehghanyieri N, Salehi T, Asadinoghabi AA. Assessing the quality of work life, productivity of nurses and their relationship. *Iran J Nurs Res* 2008; 3(8-9): 27-38. [In Persian].
  27. Hosseini M, Naderian M, Homaei R, Mousavi Z. The Relationship between the Quality of Work Life and the Organizational Commitment in Employees of Esfahan Physical Education Organization. *Sport Management* 2009; (2): 167-82. [In Persian].
  28. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Cirati nair M, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *J Mil Med* 2008; 10(3): 175-84. [In Persian].
  29. Hoveida R, Naderi N. A study on Isfahan University Employees OCB. *Journal of Social and Human Sciences* 2009; 9(33): 103-18. [In Persian].
  30. Tang TL, Ibrahim AH. Antecedents of organizational citizenship behavior revisited: Public personnel in the United States and in the Middle East. *Public Personnel Management* 1998; 27(4): 529-50.
  31. Bogler R, Somech A. Influence of Teacher Empowerment on Teachers' Organizational Commitment, Professional Commitment and Organizational Citizenship Behavior in Schools. *An International Journal of Research and Studies* 2004; 20(3): 277-89.
  32. Medley F, Larochelle DR. Transformational leadership and job satisfaction. *Nurs Manage* 1995; 26(9): 64JJ-64LL, 64NN.
  33. Dargahi H, Gharib M, Ghodarzi M. Review of quality of work life of Tehran University of medical sciences staff. *Hayat* 2007; 13(2): 13-21. [In Persian].
  34. Bazaz-Jazayeri A, Pardakhtchi M. Formulation of quality of work life assessment model within organizations. *Journal of Iran Management Sciences* 2007; 2(5): 124-51. [In Persian].
  35. Doaei H, Mortazavi S, Nouri A. Modeling of the impact of organizational support perception on organizational citizenship behavior: studied in: Pars five stars hotel. *Journal of Executive Management* 2010; 10(1): 14-33. [In Persian].

## Relationship between Organizational Citizenship Behavior and Quality of Work Life among the Staff of University Hospitals in Qazvin University of Medical Sciences, Iran\*

Rafat Mohebi-Far, PhD<sup>1</sup>; Hossein Safari, MSc<sup>2</sup>; Hasan Jafari, MSc<sup>3</sup>;  
Bahman Ahadinejad<sup>4</sup>; Mahdiah Torka<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Citizenship behaviors are behaviors which are not mentioned directly in the formal rewarding system of organization and often are forgotten and usually are regarded as voluntary; nonetheless, they affect the activities of organization. Quality of work life is an important index which can provide enough and beneficial information for management from employees-related major issues and creates sense of ownership, autonomy, responsibility and security for them which may result in increasing productivity of employees. This study aimed to analyze the relationship between organizational citizenship behavior and quality of work life in university hospitals affiliated to Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

**Methods:** This was an analytic cross-sectional study which performed on 117 physicians, nurses and para-clinical and supporting staff who were selected randomly from university hospitals affiliated to Qazvin University of Medical Sciences. Williams-Anderson and Casio questionnaires were used for data collection and data were analyzed using SPSS version 11 and Spearman, chi-square, Student's t-test and ANOVA tests were employed.

**Results:** Quality of work life had obtained higher mean score than organizational citizenship behavior. Among organizational citizenship behavior's dimensions, the highest mean score was for altruism (0.89), and the least belonged to the civic virtue (0.78). There was a direct correlation between quality of work life and reverence, civic virtue and altruism. None of these relationships were statistically significant except the relationship between organizational citizenship behavior and quality of work life. Correlation coefficient between organizational citizenship behavior and quality of work life was -0.177. It means that there was an indirect significant correlation between organizational citizenship behavior and quality of work life ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Improving quality of work life will affect performance and productivity of employee and also any improvement in each dimension of organizational citizenship behavior affects other dimensions and creates a desirable environment for implementing tasks. Considering the adverse relationship between quality of work life and organizational citizenship behavior, hospital managements should implement appropriate procedures in order to make them paralleled.

**Keywords:** Organizational Citizenship Behavior; Quality of Life; Personnel; Productivity; Hospitals

Received: 3 Apr, 2011

Accepted: 14 Dec, 2011

**Citation:** Mohebi-Far R, Safari H, Jafari H, Ahadinejad B, Torka M. **Relationship between Organizational Citizenship Behavior and Quality of Work Life among the Staff of University Hospitals in Qazvin University of Medical Sciences, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(6): 969-76.

\* This article is resulted from a research project No. 28/44/8505 funded by Deputy of Research, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Qazvin University of Medical Sciences, School of Health, Qazvin, Iran

2- Lecturer, Health Services Management, School of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz AND PhD Candidate, Health Policy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

Email: hossein\_comely1367@yahoo.com

3- Instructor, Health Services Management, School of Health, Ahvaz University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

4- PhD Candidate, Health Services Management, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Health Services Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

# اثر ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان\*

حبیب‌اله دعایی<sup>۱</sup>، منیره صالح نیا<sup>۲</sup>، سمیه احمدزاده جزی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تصویر مطلوب در بازار، دارایی پر ارزشی برای سازمان‌ها محسوب می‌شود و عوامل مختلفی بر شکل‌گیری آن تأثیر گذارند. مدیران بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین نیروهای یک جامعه می‌بایست جهت ایجاد تصویری مطلوب از سازمان خود در اذهان مشتریان تلاش نمایند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی (به طور خاص دانش و تخصص و مهارت‌های ارتباطی منابع انسانی) سازمان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان بوده است.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی-پیمایشی است و جامعه‌ی آماری آن بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی در شهر اصفهان در پاییز ۱۳۸۸ بودند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه بوده است و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و پایایی با محاسبه Cronbach's alpha مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مطلوب تأثیر مثبت و معنی‌داری ( $B = 0/594$ ،  $P < 0/001$ ) دارد. در این میان تأثیر مؤلفه‌ی دانش و تخصص ( $B = 0/622$ ،  $P < 0/001$ ) پرنسب‌تر از بعد مهارت‌های ارتباطی ( $B = 0/548$ ،  $P < 0/001$ ) می‌باشد. در پایان مقاله رتبه‌های هر یک از مؤلفه‌های مورد بررسی سرمایه‌ی انسانی به تفکیک گروه‌های مورد بررسی (پزشکان، پرستاران، کارکنان، خدمه) ارایه گردید.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت ادراک مشتریان از دانش و تخصص منابع انسانی و مهارت‌های ارتباطی آنان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأثیرگذار است؛ بنابراین لازم است که مدیران بیمارستان‌ها در راستای مدیریت بیمارستان و بازاریابی خدمات بیمارستان توجه به منابع انسانی موجود در بیمارستان و تبدیل آنان به سرمایه‌ی انسانی را مورد توجه قرار دهند.

**واژه‌های کلیدی:** تصویر ذهنی؛ سرمایه‌ی انسانی؛ مهارت‌های ارتباطی؛ بیمارستان‌ها

دریافت مقاله: ۱۹/۹/۸۹

اصلاح نهایی: ۱۰/۱۰/۹۰

پذیرش مقاله: ۱۰/۱۱/۹۰

**ارجاع:** دعایی حبیب‌اله، صالح نیا منیره، احمدزاده جزی سمیه. اثر ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۹۸۸-۹۷۷.

به مصرف کننده شناخت پیدا کرد، بلکه باید در مورد محصول

### مقدمه

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

۱- دانشیار، مدیریت، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه سیستان و بلوچستان، سیستان و بلوچستان، ایران

۲- مربی، مدیریت، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: salehnia\_monir@yahoo.com

۳- کارشناس ارشد، مدیریت بازرگانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

شالوده‌ی اصلی مفهوم بازاریابی، نیاز مشتری است. مدیران بازاریابی نیازمند درک چگونگی تصمیم‌گیری مشتریان و واکنش‌های احتمالی آن‌ها در برابر عناصر مختلف آمیخته‌ی بازاریابی می‌باشند. یک سازمان تنها با درک صحیح و جامع از نیازها و خواسته‌های مشتری می‌تواند به بقای خود ادامه دهد، این مسأله خود اهمیت مطالعه‌ی رفتار مصرف کننده را نشان می‌دهد (۱). برای درک رفتار مصرف کننده نه تنها باید نسبت



مستمر بر تحقیق و توسعه، تبلیغ ماهرانه و مواردی همچون ارائه‌ی خدمات برجسته به مشتری است و لازمی این امر حفظ آگاهی مشتریان، استنباط مناسب از کیفیت و عملکرد محصولات سازمان و موارد مثبت دیگر است (۱۰).

مهم‌ترین کارکرد تصویر ذهنی این است که موجب شناخته شدن سریع سازمان می‌شود و کیفیت خدمات سازمان، توانایی‌های آن، استانداردهای خدمات‌رسانی و سایر ویژگی‌های مربوط را به ذی‌نفعان نمایش می‌دهد. آنقدر بر اهمیت تصویر ذهنی سازمان تأکید شده است که برخی از نویسندگان مدعی هستند هشت تا پانزده درصد از ارزش سهام یک سازمان به واسطه‌ی تصویر مطلوب سازمان تعیین می‌شود (۱۱).

از دهه‌ی ۱۹۵۰ میلادی تصویر ذهنی مفهومی مهم در مباحث رفتار مصرف‌کننده و حوزه‌ی بازاریابی بوده که بر تصمیم خرید مشتری تأثیر داشته است (۱۲). نتایج مطالعات نشان داده است که نویسندگان حوزه‌ی بازاریابی، ارتباطات، رفتار سازمانی و همچنین مدیران سازمان‌ها از اهمیت تصویر ذهنی مطلوب آگاهند (۱۳).

بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، می‌توان بیان نمود که مدیران بیمارستان‌ها و سایر مؤسسات در ایران باید به مقوله‌ی بررسی و مدیریت تصویر ذهنی اهمیت ویژه‌ای قایل شوند و با مطالعه‌ی رفتار مصرف‌کنندگان موجبات سهولت این امر مهم را فراهم سازند که در پژوهش حاضر سعی به بررسی آن شده است. یکی از عواملی که پیش‌بینی می‌شود در شکل‌گیری تصویر ذهنی نقش مؤثری ایفا نماید سرمایه‌ی انسانی موجود در سازمان و ادراک مشتریان از توانایی‌های علمی و ارتباطی آنان است. بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سرمایه‌ی انسانی می‌توان گفت مهم‌ترین عناصر تشکیل دهنده‌ی سرمایه‌ی انسانی بنگاه اقتصادی، مجموعه‌ی مهارت‌های نیروی کار، عمق و وسعت تجربه‌ی آنان است. منابع انسانی می‌تواند به منزله‌ی روح و فکر منابع سرمایه‌ی فکری باشد (۱۴). سرمایه‌ی انسانی شامل الف) مهارت‌ها و شایستگی‌های نیروی کار، ب) دانش آنان در زمینه‌هایی که برای موفقیت بنگاه اقتصادی مهم و ضروری هستند و ج) استعدادها، اخلاق

یا خدمتی که به آن پاسخ می‌دهد و موقعیتی که در پاسخ روی می‌دهد نیز شناخت کافی داشت (۲).

مدیران مؤسسات تولیدی و خدماتی در کلیه‌ی بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی به تدریج پی می‌برند که تنها کیفیت محصول نمی‌تواند موجب تمایز آن‌ها از دیگران شود (۳) و تصویر و نگرش مثبت به سازمان، عامل بسیار مهمی در وفاداری به سازمان است (۴). Christie، اظهار می‌دارد که تصویر ذهنی از یک سازمان، یک بخش و نامحسوس اما مهم در موفقیت یک کسب و کار است. تصویر سازمان یکی از ارزشمندترین سرمایه‌های سازمان می‌باشد (۵).

سازمان‌هایی که واجد تصویر ذهنی مثبت هستند، اغلب دارای مجموعه‌ی مستحکمی از آرمان‌های ارزشی ایده‌آل می‌باشند که به روشنی در راهبردها و تصمیمات آن‌ها منعکس شده و به جو سازمانی که منجر به جذب و بقای کارکنان و مشتریان آن سازمان می‌شود کمک می‌کند (۶).

Schroff، اظهار می‌دارد که یک تصویر ذهنی خوب می‌تواند مانعی در برابر گرایش مصرف‌کنندگان به محصول رقا با قیمت پایین‌تر و با همان کیفیت باشد (۷). Boyle، معتقد است که یک تصویر ذهنی خوب از سازمان می‌تواند به اصلاح رفتار و بهتر شدن نگرش‌های کارکنان کمک نماید (۸). Steidl و Emery اظهار می‌دارند که یک تصویر ذهنی مثبت و قوی از سازمان موجب یک مزیت رقابتی پایدار برای یک سازمان می‌شود. بر عکس، یک تصویر ذهنی بد می‌تواند باعث کاهش اعتماد کارکنان، مشتریان و دیگر ذی‌نفعان شده و نه تنها می‌تواند موجب تحمیل هزینه‌ی گزاف بر یک سازمان باشد، بلکه می‌تواند سازمان را از صحنه‌ی بازار حذف کند (۹). Christie، اشاره می‌کند که در هنگام بحران، یک وجهه یا تصویر ذهنی خوب می‌تواند فرصت دوباره‌ای برای سازمان فراهم کند تا بتواند سهم از دست رفته‌ی آن را از بازار جبران نماید (۵).

تصاویر ذهنی مثبت و قدرتمند میزان خرید و تکرار خرید مشتریان قبلی را افزایش داده و مشتریان جدیدی را جذب می‌نماید. مدیریت تصویر ذهنی مستلزم سرمایه‌گذاری‌های



دیگران می‌پردازد. احساس درد و بیماری از طریق ارتباط ابراز می‌شود و پرستاران از این طریق از احساسات درونی، نیازها و مشکلات بیمار آگاه می‌شوند و به مراقبت و درمان بیمار می‌پردازند. طبق نظر Rush (به نقل از فرهنگی) ارتباط بخشی از درمان بیمار است که هنر فرایند و دستیابی به پیام‌های تنظیم شده در جهت تندرستی است (۲۲) و قدرت برقراری ارتباط با بیمار یکی از ضروریات حرفه‌هایی است که با بیمار در ارتباط است. میزان رضایت بیمار بستگی به نحوه برخورد و مهارت ارتباط ارایه دهنده‌ی مراقبت دارد، هرچه توجه به حقوق انسانی در روابط بین فردی کمتر باشد، به همان اندازه بر میزان نارضایتی افزوده می‌گردد (۲۳).

بنابراین مهارت‌های ارتباطی جزء جدایی‌ناپذیر مهارت‌های بالینی پزشکان است. آن‌ها می‌توانند با به کارگیری صحیح مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی مؤثر نظیر احترام به بیمار، توجه و همدلی با بیمار، پرسیدن سؤالات باز، گوش کردن فعال و استفاده از کلمات قابل فهم برای بیماران اثربخشی فرایند مصاحبه‌ی پزشکی و درمان و همچنین میزان رضایت‌مندی بیماران و در نتیجه تصویر ذهنی آنان را تحت تأثیر قرار دهند.

دومین مؤلفه‌ی مرتبط با سرمایه‌ی انسانی را دانش و تخصص منابع انسانی تشکیل می‌دهد. حیات سازمان تا حد زیادی به مهارت‌ها، آگاهی‌ها و دانش کارکنان وابسته است. هرچه افراد آموزش دیده‌تر باشند، بهتر می‌توانند در ارتقای سطح کارایی سازمان سهیم باشند. همچنین کارکنان آموزش دیده بیشتر قادرند خود را با فشارهای محیطی متغیر، هماهنگ سازند. بنابراین رشد و بقای سازمان و قابلیت سازگاری سازمان با تغییرات محیطی به رشد و توسعه‌ی کارکنان بستگی دارد (۲۴).

از دید Prusak و Davenport، دانش ترکیبی منعطف و قابل تبدیل از تجارب، ارزش‌ها، اطلاعات معنی‌دار و بینش‌های متخصصان است که چارچوبی را برای ارزیابی و انسجام اطلاعات و تجارب جدید ارایه می‌دهد. این پژوهشگران در جای دیگر دانش را مخلوط سیالی از تجربیات، ارزش‌ها، اطلاعات موجود و نگرش‌های کارشناسی نظام یافته

و رفتار آنان است (۱۵). بنابراین می‌توان دو مؤلفه‌ی دانش و تخصص و مهارت‌های ارتباطی کارکنان را به عنوان دو جز شاخص در زمینه‌ی اثرگذاری بر ادارک مشتریان و شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان در نظر گرفت.

وقتی اطلاعات، عقاید و احساسات از شخصی، گروهی یا منبعی به شخص، گروه یا منبع دیگری به منظور ایجاد تغییر در دانش، نگرش یا رفتار آشکار آن‌ها انتقال می‌یابد فرایند ارتباط رخ می‌دهد (۱۶). یکی از مشکلات فرایند ارتباط این است که مردم به ندرت قادرند مقاصد واقعی خود را به طور کامل به سایرین انتقال دهند، اغلب پیام‌های فرستاده شده مقاصد واقعی آنان را بیان نمی‌کند. اشتباهات دارویی و درمانی و تخلف از خطمشی‌ها اغلب نتیجه‌ی ارتباط غیر مؤثر است (۱۷). در واقع مهارت‌های ارتباطی به عنوان مهم‌ترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در بخش ارایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی توصیف شده است (۱۸). از طریق ارتباط، بیمار احساس امنیت نموده و به تیم درمان اعتماد می‌کند. برقراری ارتباط مؤثر به طور وسیعی به عنوان یک شاخص کلیدی جهت رضایت، همکاری و التیام بیمار در نظر گرفته شده است و توانایی برقراری ارتباطی مؤثر با دیگران، قلب تمامی مراقبت‌ها از بیماران محسوب می‌گردد (۱۹).

از محاسن برقراری ارتباط مؤثر می‌توان به:

- تقویت حس همبستگی، ارتقای سطح دانش و آگاهی و افزایش میزان رضایت و اعتماد متقابل در مراجعین اشاره نمود (۲۰).

انصاری و امیریان صدر (۲۱) مهم‌ترین «مهارت‌های ارتباطی» را مهارت‌های گوش دادن، پرسیدن، ایده‌پردازی بر اساس ایده‌های دیگران، توانایی انجام بحث‌های مفید و سازنده، پالایش اطلاعات، خلاصه کردن، درگیر نمودن و جلب مشارکت دیگران، ابراز قدردانی و توانایی بازخورد دادن می‌دانند و معتقدند به کارگیری این مهارت‌ها به جلب بهتر رضایت مشتری، کار تیمی مؤثرتر، عملکرد بهتر در خلال حل گروهی مسایل و مشکلات و بهبود تصمیم‌سازی منتهی می‌شود. انسان بخش زیادی از ساعات فعال خود را به ارتباط با

تمایز می‌کند، نحوه‌ی سنجش این متغیرهاست. مطالعات گذشته در سنجش سرمایه‌ی انسانی بر اساس سیستم‌های حسابداری منابع انسانی و اطلاعات موجود در سازمان اقدام به بررسی و سنجش دانش و مهارت کارکنان خود نموده‌اند اما از آن‌جا که مطالعه‌ی حاضر به دنبال تأثیرگذاری این مؤلفه‌ها بر تصویر ذهنی مشتریان می‌باشد، به جای توجه به اسناد و مدارک، ادراک مشتریان مورد بررسی قرار گرفته است. این بدین معناست که هر چند سازمان ممکن است بر اساس اطلاعات سیستم‌های حسابداری و منابع داخلی سازمان، از سرمایه‌ی انسانی غنی برخوردار باشد، اما آن‌چه برای مشتریان اهمیت دارد و می‌تواند تأثیرگذار بر ذهنیت آنان بر سازمان باشد، ادراک آن‌ها از این سرمایه‌ی انسانی است که می‌تواند بر اساس تجربه‌ی مشتری از دریافت خدمت در سازمان مربوطه ناشی شود.

یک سازمان با سرمایه‌ی انسانی قوی، زمانی می‌تواند رضایت مشتریان و وفاداری آن‌ها را تأمین کند که تجربه‌ای مثبت از تعامل با کارکنان خود را برایشان فراهم نماید. بر این اساس ادراک مشتریان از دانش و مهارت کارکنان در زمان ارایه‌ی خدمت به مشتریان شکل می‌گیرد و این ادراک می‌تواند بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آن‌ها از سازمان اثرگذار باشد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و با توجه به روش مورد استفاده توصیفی-پیمایشی می‌باشد. فرضیات پژوهش به صورت زیر تدوین گردیدند:

فرضیه ۱ (H1): دانش و تخصص نیروی انسانی بیمارستان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأثیر می‌گذارد.

فرضیه ۲ (H2): مهارت‌های ارتباطی نیروی انسانی بیمارستان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأثیر می‌گذارد.

فرضیه ۳ (H3): سرمایه‌ی انسانی بیمارستان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأثیر می‌گذارد.

تلقی کرده‌اند که چارچوبی برای ارزشیابی و بهره‌گیری از تجربیات و اطلاعات جدید به دست می‌دهد. دانش، در ذهن دانشور به وجود آمده و به کار می‌رود. دانش در سازمان‌ها نه تنها در مدارک و ذخایر دانش بلکه در رویه‌های کاری فرایندهای سازمان، اعمال و هنجارها مجسم می‌شود (۲۵).

Vasquez و همکاران نیز دانش را اطلاعات پردازش شده توسط ذهن آدمی که شامل عکس‌العمل‌ها، استنتاج‌ها و مفاهیم و زمینه‌ها است و ویژگی‌هایی چون دشواری ساختاردهی، دشواری ادراک و اخذ توسط ماشین، دشواری انتقال و نهان بودن را همراه خود دارد، تعریف نموده‌اند (۲۶).

با توجه به پیشرفت‌های سریع در زمینه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی ضرورت داشتن و به روز رسانی دانش و تخصص افراد درگیر در این خدمات از اهمیت بالایی برخوردار است چرا که سطح بالای دانش و تخصص نیروی انسانی بیمارستان، با افزایش سطح اعتماد بیماران همراه است که منجر به رضایت آنان از بیمارستان می‌گردد که این امر احتمال وفادار شدن آن‌ها به بیمارستان را افزایش می‌دهد و بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مطلوب از بیمارستان در ذهن مشتریان مؤثر است. برای متخصصین شاغل در بیمارستان‌ها صرفاً داشتن دانش و تخصص کافی نیست بلکه نحوه‌ی استفاده از این دانش و تخصص نیز مهم می‌باشد. ادراک بیماران از دانش و تخصص بالای دکتر معالج و پرستاران باعث می‌گردد که اطمینان خاطر او به کادر پزشکی افزایش یابد و این اطمینان خاطر زمینه‌ی رضایت و ایجاد تصویر مطلوب در ذهن او را ممکن می‌سازد. در مطالعه‌ای که توسط Lim و همکاران در بیمارستان‌های سنگاپور انجام گرفت نشان داده شده است که در زمینه‌ی ایجاد اطمینان در بیماران، بالاترین انتظار از صلاحیت حرفه‌ای افراد می‌رود (۲۷). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی سرمایه‌ی فکری، مهم‌ترین شاخص‌های اندازه‌گیری آن را دانش، مهارت و نگرش کارکنان دانسته‌اند. برخی نیز نوآوری و خلاقیت کارکنان را نیز در سنجش سرمایه‌ی انسانی مورد توجه قرار داده‌اند (۲۸، ۱۴). اما آن‌چه این پژوهش را از سایر پژوهش‌ها

گويه‌های پرسش‌نامه از آن‌ها استخراج گردید. تعداد سؤالات در زمينه‌ی دانش و تخصص ۴ سؤال، در زمينه‌ی مهارت‌های ارتباطی ۷ سؤال و در زمينه‌ی تصوير ذهنی ۳ سؤال می‌باشد که برای امتیازدهی و ارزش‌گذاری پاسخ‌ها، روش طیف لیکرت (۵ تایی) استفاده شد که این طیف برای دانش و تخصص از خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۵، برای مهارت‌های ارتباطی از خیلی بد = ۱ تا خیلی خوب = ۵، و برای تصوير ذهنی از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ در نظر گرفته شد. جهت بررسی روایی پرسش‌نامه از تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از نرم‌افزار لیزرل (LISREL) استفاده شده است. در تحلیل عاملی تأییدی مدلی ساخته می‌شود که فرض می‌شود داده‌های تجربی بر پایه‌ی چند پارامتر توصیف یا محاسبه گردیده‌اند. در واقع این مدل مبتنی بر اطلاعات قبلی درباره‌ی ساختار داده‌هاست، ساختاری که در قالب یک تئوری، فرضیه و یا دانش حاصل از مطالعات پیشین از طریق داده‌های وسیع‌تر به دست آمده است (۲۹).

به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب Cronbach's alpha استفاده شده است. نتایج حاصل از بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه در جدول ۱ نشان داده شده است.

شاخص مجذور  $\chi^2$  برای این مدل با درجه‌ی آزادی ۱۴۷، برابر با ۶۰۹/۵۳ است که از لحاظ آماری معنی‌دار نیست با توجه به سطح معنی‌داری آن می‌توان نتیجه گرفت که آزمون  $\chi^2$  برازش مدل را با داده‌های مشاهده شده تأیید می‌کند. اما چون مشخصه‌ی مجذور  $\chi^2$  نسبت به حجم گروه نمونه خیلی حساس است، بنابراین باید سایر شاخص‌ها را نیز مورد توجه قرار داد (۲۹). مقدار نسبی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها (Goodness of fit index یا GFI) در مدل حاضر برابر با ۰/۹۶ می‌باشد که مورد قبول برای تأیید برازش مدل است چرا که هر چه این عدد به یک نزدیک‌تر باشد، مدل با داده‌ها برازش بهتری دارد (۲۰). علاوه بر این مقدار جذر برآورد خطای تقریب (RMSEA) نیز در فاصله‌ی اطمینان ۹۰ درصدی قرار دارد تأیید کننده‌ی برازندگی مدل می‌باشند.

در این پژوهش جامعه‌ی تحقیق مجموع بیماران هستند که در زمان انجام پژوهش (پاییز ۱۳۸۸) به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان (بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، بیمارستان عیسی بن مریم، مرکز درمانی امام موسی کاظم (ع)، بیمارستان آیت‌اله کاشانی، بیمارستان فیض، مرکز درمانی شهید دکتر بهشتی، بیمارستان شهید دکتر چمران، مرکز درمانی سیدالشهدا (ع)، مرکز درمانی امین و مرکز پزشکی الزهرا (س)) مراجعه نموده‌اند و با رضایت خود حاضر به همکاری با محقق بوده‌اند، می‌باشد. معیار ورود افراد به پژوهش داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل ۵ روز از تاریخ بستری شدن، داشتن شرایط روحی و جسمی مناسب برای پاسخگویی به سؤالات می‌باشد. تعداد نمونه‌ی نهایی با استفاده از یک نمونه‌ی اولیه و محاسبه‌ی واریانس آن (۰/۲۱۳) و جایگذاری در فرمول زیر، با اطمینان ۹۵ درصد، نزدیک به ۳۲۸ عدد محاسبه شد.

$$n = \frac{z^2 \alpha/2 S^2}{d^2}$$

$$n = \frac{(1/96)^2 \times (0/213)}{(0/05)^2} \cong 328$$

n = حجم نمونه

S = انحراف معیار

Z = مقدار آماری آزمون در سطح اطمینان ۰/۹۵

d = درصد اشتباه مجاز

با توجه به حجم نمونه‌ی برآورد شده و احتمال ریزش تعداد ۴۰۰ پرسش‌نامه به روش انتساب متناسب بین بیمارستان‌ها توزیع گردید و در هر بیمارستان پرسش‌نامه‌ها به روش مبتنی بر هدف (داشتن معیارهای ورود) توزیع گردید.

جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته استفاده شده که جهت استخراج سؤالات ادبیات مربوط به هر یک از متغیرها به همراه پرسش‌نامه‌های به کار رفته در زمینه‌ی مطالعات مرتبط با هر یک مورد بررسی قرار گرفت و

جدول ۱: بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه به تفکیک متغیرهای پژوهش

		بررسی روایی				بررسی پایایی	
		بار عاملی گویه‌ها				Cronbach's alpha	
		Q۴	Q۳	Q۲۲	Q۱	شماره	
		۰/۵۲	۰/۸۹	۰/۸۸	۰/۴۶	ضریب استاندارد شده	۰/۷۵۸
		۰/۴۸	۰/۸۵	۰/۷۴	۰/۳۲	R <sup>2</sup>	
Q۱۱	Q۱۰	Q۹	Q۸	Q۷	Q۶	شماره	
۰/۵۵	۰/۵۸	۰/۵۱	۰/۴۵	۰/۶۸	۰/۵۴	ضریب استاندارد شده	۰/۷۳۶
۰/۴۱	۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۳۱	۰/۵۴	۰/۴۰	R <sup>2</sup>	
			Q۱۴	Q۱۳	Q۱۲	شماره	
			۰/۸۰	۰/۷۴	۰/۶۲	ضریب استاندارد شده	۰/۷۲۱
			۰/۶۴	۰/۶۰	۰/۴۸	R <sup>2</sup>	
$\chi^2 = ۶۰۹/۵۳$	df= ۱۴۷	RMSE= ۰/۰۰۸			۰/۹۶=GFI		AGFI= ۰/۹۴

و تخصص منابع انسانی ( $B = ۰/۶۲۲$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ) و مهارت‌های ارتباطی منابع انسانی بیمارستان ( $B = ۰/۵۴۸$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ) نیز بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مؤثر است. در ادامه‌ی پژوهش جهت بررسی هر یک از متغیرهای مورد بررسی در اثرگذاری بر شکل‌گیری ذهنی مشتریان، از آزمون Fridman استفاده شده است. نتایج حاصل از رتبه‌بندی عوامل بر اساس میانگین رتبه‌ای نشان داد که در سطح معنی‌داری  $P = ۰/۰۰۲$  و میزان  $\chi^2$  برابر با ۹/۵۷۹، دانش و تخصص نیروی انسانی با میانگین رتبه‌ای (۱/۶۶) بالاتر از مهارت‌های ارتباطی با میانگین رتبه‌ای (۱/۳۷) قرار گرفته است. یافته‌های حاصل از بررسی اهمیت مؤلفه‌های مورد استفاده در سنجش سرمایه‌ی انسانی، نشان می‌دهد که در زمینه‌ی دانش و تخصص منابع انسانی در سطح معنی‌داری  $P = ۰/۰۲۱$  و  $\chi^2$  برابر با ۷/۷۴۹، دارا بودن دانش و تخصص

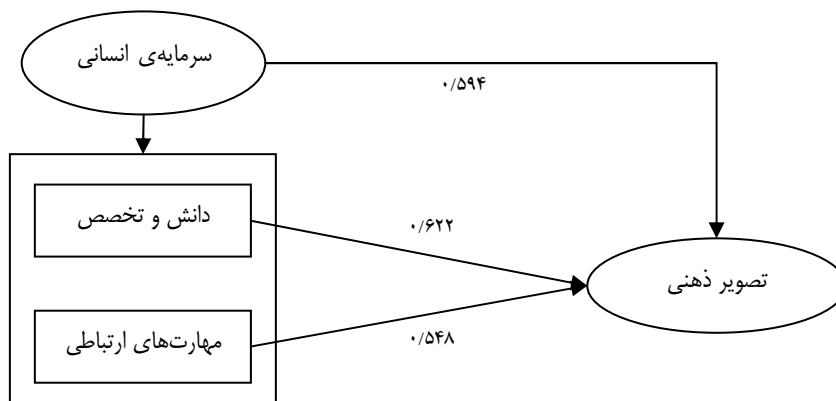
## یافته‌ها

در پژوهش حاضر پس از بررسی ضریب همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک، در صورتی که ضریب مورد نظر مناسب بوده باشد، جهت معنی‌داری از آزمون رگرسیون استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون رگرسیون به همراه ضریب همبستگی Pearson برای هر یک از فرضیات پژوهش در جدول ۲ ارایه گردیده است.

از آن‌جا که تمامی فرضیات بر اساس آزمون انجام شده مورد تأیید قرار می‌گیرد، می‌توان مدل نهایی پژوهش را بر اساس ارتباط بین متغیرها به صورت شکل ۱ نمایش داد. نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان از بیمارستان مؤثر است ( $B = ۰/۵۹۴$ ,  $P < ۰/۰۰۱$ ) از سوی دیگر با توجه به نتایج حاصل می‌توان گفت ادراک مشتریان از مؤلفه‌های دانش

جدول ۲: آزمون ضریب همبستگی Pearson دو طرفه مربوط به متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرهای پژوهش	R square	بتا	r	خطای استاندارد	t	Sig.
۱H	دانش و تخصص (X) تصویر ذهنی (Y)	۰/۳۷۸	۰/۶۲۲	۰/۸۰۶	۰/۱۰۵	۷/۷۰۲	< ۰/۰۰۱
۲H	مهارت‌های ارتباطی (X) تصویر ذهنی (Y)	۰/۲۰۹	۰/۵۴۸	۰/۶۱۸	۰/۱۲۴	۴/۹۸۸	< ۰/۰۰۱
۳H	سرمایه‌ی انسانی (X) تصویر ذهنی (Y)	۰/۳۵۳	۰/۵۹۴	۰/۸۶۲	۰/۱۲۰	۷/۱۵۶	< ۰/۰۰۱



شکل ۱: مدل نهایی پژوهش

خدمه (میانگین رتبه‌ای =  $3/76$ ) و مهارت‌های ارتباطی کارکنان (میانگین رتبه‌ای =  $3/57$ ) که این نتایج در سطح معنی‌داری ۹۵ درصد معنی‌دار می‌باشند ( $P = 0/006$ ،  $\chi^2 = 18/201$ ).

### بحث

بررسی تأثیر ادراک مشتریان از سرمایه‌ی انسانی بر شکل‌گیری تصویر ذهنی آنان به طور مستقیم در هیچ یک از پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد بررسی قرار نگرفته است اما با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی رضایت مشتریان (به طور خاص بیماران) یا عوامل مؤثر بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از سازمان، می‌توان نتایجی هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر را پیدا نمود.

Bader (۳۰) و Thomas و همکاران (۳۱) به اهمیت بروز رفتارهای مناسب از سوی پرستاران در جلب رضایت بیمار اشاره می‌کنند و خاطرنشان می‌کنند که داشتن مهارت‌های ارتباطی مناسب جهت جلب رضایت بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. قدس و همکاران (۳۲) نیز طی انجام یک پژوهش کیفی به تأثیر بالای رفتار و پذیرش عاطفی پرستار از سوی بیمار برای جلب رضایت او پی بردند و وجود رفتارهای مناسب و صمیمیت بین بیمار و پرستار را از عوامل مؤثر بر رضایت بیماران برشمردند. در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی پزشکان نیز Bakker و همکاران (۳۳) نشان داده‌اند که درصد قابل توجهی

بالا برای پزشکان (میانگین رتبه‌ای برابر با  $2/21$ ) در رتبه‌ی اول قرار دارد و پس از آن به ترتیب دانش و تخصص پرستاران (میانگین رتبه‌ای =  $1/95$ ) و کارکنان (میانگین رتبه‌ای =  $1/84$ ) قرار دارد. دانش و تخصص خدمه به علت عدم معنی‌داری میزان تأثیر آن، در رتبه‌بندی و تحلیل روابط در نظر گرفته نشد.

در زمینه‌ی دارا بودن مهارت‌های ارتباطی نیز اهمیت دارا بودن این مهارت‌ها در پرستاران در رتبه‌ی اول قرار گرفت (میانگین رتبه‌ای =  $2/77$ ) و پس از آن به ترتیب مهارت‌های ارتباطی پزشکان (میانگین رتبه‌ای =  $2/47$ )، خدمه (میانگین رتبه‌ای =  $2/42$ ) و کارکنان (میانگین رتبه‌ای =  $2/34$ ) قرار دارد. اما تفاوت رتبه‌ها در سطح معنی‌داری ۹۵ درصد معنی‌دار نمی‌باشد ( $P = 0/093$  و  $\chi^2 = 6/405$ ).

رتبه‌بندی کلی مؤلفه‌های مورد استفاده در سنجش سرمایه‌ی انسانی به تفکیک گروه‌های مورد بررسی نیز نشان می‌دهد که اهمیت مؤلفه‌های سرمایه‌ی انسانی مؤثر بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مطلوب در ذهن مشتریان بر اساس گروه‌های مختلف به ترتیب عبارتند از: دانش و تخصص پزشکان (میانگین رتبه‌ای =  $4/68$ )، مهارت‌های ارتباطی پرستاران (میانگین رتبه‌ای =  $4/26$ )، دانش و تخصص کارکنان (میانگین رتبه‌ای =  $4/03$ )، دانش و تخصص پرستاران (میانگین رتبه‌ای =  $3/90$ )، مهارت‌های ارتباطی پزشکان (میانگین رتبه‌ای =  $3/79$ )، مهارت‌های ارتباطی

و این دیدگاه را حمایت می‌کند که نیاز به توجه بیشتری در این زمینه وجود دارد (۳۹). چنین پیشنهادی مبنی بر نیاز پرسنل پرستاری به مهارت‌های بالای ارتباطی از Rollnick و همکاران نیز حمایت شده است (۴۰).

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که پس از پرستاران، مهارت‌های ارتباطی پزشکان نقش بسزایی در ایجاد تصویر ذهنی مطلوب در ذهن بیماران داشت. پزشکان ممکن است نقش آموزشی خود را کمتر ایفا نموده و اطلاعات کافی در مورد شیوه‌ی درمان و بیماری را به بیماران خود منتقل نکنند. باید توجه داشت رکن اساسی که در ارزیابی مراقبت‌های پزشکی ضرورت دارد، حق بیمار برای کسب آگاهی از معالجات خود می‌باشد. مردم در مورد شایستگی فنی پزشکان کمتر نگرانی دارند. آنچه که آن‌ها را نگران می‌کند این است که پزشکان، بیماران خود را به عنوان یک انسان درک نکنند یا آن‌ها را درست راهنمایی نکنند. در حقیقت بیماران می‌خواهند، مراقبت‌های درمانی را از پزشکی دریافت نمایند که به سخنان آنان گوش فرا می‌دهد و به مشکلات خاص آن‌ها توجه داشته باشد و آن‌ها را خوب بشناسد، نه پزشکی که مراقبت‌های درمانی را همانند یک فرمول یا دستورالعمل به آن‌ها توصیه و تجویز می‌کند (۴۱). بسیاری از مردم می‌گویند پزشکان اسیر آموخته‌های سنتی خود هستند و نمی‌خواهند به بیمار گوش فرا دهند یا برای او شرایطی را فراهم کنند تا به آرامی نظرات و خواسته‌های خود را مطرح کند. رفتار متقابل پزشک و بیمار می‌تواند تأثیر بسزایی در بهبودی بیمار و در نتیجه افزایش رضایت بیمار داشته باشد. علاوه بر این رابطه‌ی معقول و پسندیده‌ی یک بیمار با پزشک معالج نقش مهمی در تشخیص بیماری و تصمیم‌گیری برای درمان او دارد (۴۲).

در زمینه‌ی دانش و تخصص افراد سازمان و تأثیری که می‌تواند بر روی ادراک مشتری داشته باشد نیز برخی پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی تأثیر کیفیت خدمات بیمارستان بر رضایت بیماران انجام شده است مؤید سهم بالای دانش افراد سازمانی در بهبود کیفیت و در نتیجه رضایت مشتریان می‌باشند. محمدی و همکاران، بیان می‌دارند

از شکایت‌های بیماران از مشکلات ارتباطی نشأت می‌گیرد. شاکری نیا (۳۴) نیز به تأثیر مهارت‌های ارتباطی پزشک بر جلب رضایت بیمار اشاره می‌کند. در پژوهش Murthy، نیز به اهمیت مهارت‌های ارتباطی کارکنان در رضایت‌مندی بیماران اشاره شده است (۳۵). به طور کلی پژوهش‌های زیادی تأثیر مهارت‌های ارتباطی بالای افراد در بیمارستان بر رضایت بیماران را مورد تأیید قرار داده‌اند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های گذشته در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی کارکنان، پرستاران و پزشکان همخوان است اما تاکنون مطالعه‌ای به بررسی مقایسه‌ای این مهارت‌ها و تأثیر آن بر ادراک مشتریان نپرداخته است. همان طور که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد از بین گروه‌های مورد بررسی مهارت‌های ارتباطی پرستاران در ادراک مشتریان و ایجاد تصویر مطلوب از بیمارستان بیشترین تأثیر را داشته است. این در حالی است که متأسفانه آموزش‌های لازم در راستای افزایش مهارت‌های ارتباطی کارکنان چندان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. در مطالعه‌ای که تحت عنوان بررسی چگونگی ارتباط پرستار با بیماران در بیمارستان تهران انجام شد یافته‌ها نشان داد که پرستاران ارتباط کلامی و غیر کلامی زیادی برقرار نمی‌کنند و از نظر مدت برقراری ارتباط کلامی و غیر کلامی زمانی که صرف می‌شود بسیار ناچیز است (۳۶). طبق مطالعات انجام شده، پرستاران تنها در ۲۱ درصد موارد با کسب اجازه در قلمرو شخصی بیمار وارد شده و مداخله می‌کنند و همچنین ۳۲ درصد آن‌ها به بیماران احترام می‌گذارند (۳۷)؛ در حالی که بیماران در فرایند بستری شدن نیاز به امنیت خاطر و ایمنی بیشتری دارند که باید از طریق اصلاح ارتباط، این امنیت و اعتماد تأمین گردد (۳۸). Mc Queen (۳۹) می‌نویسد: مدت مدیدی است که نیاز پرستاران به مهارت‌های بین فردی مورد شناسایی قرار گرفته است با وجود این هنوز آموزش این مهارت‌ها به اندازه‌ی کافی در برنامه‌های آموزشی نقش نبسته است و استفاده از این مهارت‌ها در محیط کاری به ندرت تأکید می‌شوند. او خاطر نشان می‌سازد که تعاملات بین پرستار و بیمار بسیار سطحی، مطابق با روتین و متمرکز بر وظیفه است



پرداخته شود که موجب ارتقای سطح کیفی خدمات‌رسانی به بیماران و به دنبال آن حفظ مشتریان فعلی، جذب مشتریان جدید و ایجاد ارزش استنباط شده برای آن‌ها می‌گردد. نتایج حاصل نشان می‌دهد که ادراک مشتریان از دانش و تخصص نیروی انسانی و مهارت‌های ارتباطی آنان بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأثیر قوی و معنی‌دار دارد. بنابراین داشتن نیروی متخصص و دارای مهارت‌های بالای ارتباطی در بیمارستان، یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان و در نهایت کسب مزیت رقابتی می‌باشد. نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در زمینه کیفیت خدمات و رضایت بیماران نیز بر نقش اساسی کارکنان بیمارستان اعم از پزشکان، پرستاران و کارکنان در نگرش‌های بیماران به بیمارستان و خدمات آن تأکید کرده‌اند (۵۰، ۴۹).

### پیشنهادها

با توجه به اهمیت سرمایه‌ی انسانی و نتایج حاصل از پژوهش، می‌توان پیشنهادهای پژوهش را در دو بخش زیر خلاصه نمود:  
الف) اقدامات لازم در زمینه‌ی افزایش دانش و تخصص نیروی انسانی.

ب) اقدامات لازم در زمینه‌ی ارتقای مهارت‌های ارتباطی نیروی انسانی.

از آن‌جا که مهم‌ترین منبع برنامه‌ریزی و مدیریت نیروی انسانی سازمان‌ها، بخش مدیریت منابع انسانی می‌باشد، یکی از مهم‌ترین زیرساخت‌های لازم برای تأمین رضایت مشتری و ایجاد وفاداری از طریق ایجاد تصویر ذهنی مطلوب برای آنان، مدیریت صحیح منابع انسانی می‌باشد. کارکنان مناسب که از طرف سیستم مدیریت حمایت شوند، کلید رضایت مشتریان هستند. شرکت‌ها با توجه به چهار اصل اساسی مهم گزینش، آموزش، حمایت و پرداخت می‌توانند نسبت به مطلوبیت کارکنان خود اطمینان حاصل کنند:

الف- گزینش: در شغل‌هایی که مستلزم تماس زیاد با مشتریان است، از هر کارمندی نمی‌توان استفاده کرد و لازم است

که اگر می‌خواهید کیفیت خدمات و رضایت بیماران را افزایش دهید باید برای درمان مؤثر به آخرین مهارت‌ها و دانش تخصصی مجهز شوید و در این زمینه اطلاعات کافی را در اختیار بیمار قرار دهید (۴۳).

عمرانی (۴۴) در پژوهشی که در زمینه‌ی کیفیت خدمات در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران انجام داد به این نتیجه رسید که قابلیت اطمینان بیمار به این خدمات بیشترین تأثیر را بر کیفیت خدمات دارند. نوری حکمت (۴۵) نیز این نتیجه را در زمینه‌ی بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) به دست آورد. نتایج حاصل از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری تصویر ذهنی سازمان نیز نشان می‌دهد که رضایت بیماران نقش تأثیرگذاری بر تصویر ذهنی مطلوب از سازمان دارد. Kim و همکاران (۴۶) در پژوهش خود به بررسی فاکتورهایی که برای ایجاد تصویر مثبت در ذهن مشتریان از طریق برقراری روابط موفق با مشتری ضرورت دارد می‌پردازند که از جمله‌ی این عوامل می‌توان به رضایت مشتریان اشاره نمود. Kim و همکاران (۴۷) و Pappu و Quester (۴۸) به نقش رضایت مشتری در ایجاد تصویر مطلوب از سازمان تأکید دارند.

بنابراین تلفیق نتایج حاصل از اثرگذاری دانش و تخصص و مهارت‌های ارتباطی کارکنان بر رضایت بیماران با نتایج حاصل از تأثیر رضایت بیماران بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان از بیمارستان تأیید کننده‌ی نتایج حاصل از بررسی حاضر می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

بی شک در چند سال آینده «نسیم رقابتی» که امروز در بین سازمان‌های خدماتی در کشورمان وجود دارد به «طوفان رقابتی» تبدیل خواهد شد. بخش اعظمی از آینده‌ای که در پیش روی سازمان‌های خدماتی قرار دارد به آن‌چه امروز در آن سازمان‌ها می‌گذرد ربط پیدا می‌کند. بر همین اساس اهمیت تصویر ذهنی مشتریان به سازمان‌های خدماتی موجب گردید پژوهش حاضر با هدف پرداختن به شناسایی عوامل مؤثر بر شکل‌گیری تصویر ذهنی مشتریان بیمارستان وابسته به سازمان تأمین اجتماعی و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



یادگیرنده و تولید کننده‌ی فکر از یک سو و آموزش مهارت‌های ارتباطی از سوی دیگر باشد.  
 پ- حمایت: مدیریت باید به این کارمندان اعتماد داشته و تا حد امکان اختیار تصمیم‌گیری و عمل را به آنان بدهد. از این طریق می‌توان ادراک مشتریان از توانایی‌های کارکنان را افزایش داد و باعث ایجاد تصویری مطلوب از سازمان در ذهن مشتریان گردید.

استخدام یا استفاده (سایر انواع همکاری) از افراد با اخلاق، متعهد و دارای مهارت‌های ارتباطی بالا باید مورد توجه قرار گیرد.  
 ب- آموزش: انسان موجودی است تغییرپذیر با توانایی‌های بالقوه‌ی نامحدود که این توانایی‌ها می‌توانند تحت نظام و برنامه‌ریزی‌های آموزشی و پرورشی صحیح به تدریج به فعل درآیند. هدف آموزش‌ها باید افزایش دانش و تخصص نیروی انسانی سازمان و ایجاد سازمان‌های

## References

1. Kotler PH, Armstrong G. Principles of Marketing. Trans. Parsaeian A. Tehran, Iran: Aylar Publication; 2005. [In Persian].
2. Hawkins D, Best R, Coney J, Kenneth A. Consumer Behavior: Building Marketing Strategy. Trans. Roosta A and Bathaei A. Tehran, Iran: Sargol Publication; 2006. [In Persian].
3. Walker OC, Mullins JW, Harper JR. Marketing Strategy: A Decision-focused Approach. Trans. Arabi SM, Izadi D, Tehran. Tehran, Iran: Cultural researches Office Publication; 2001.
4. Ahmadzadeh Jazi S. The influencing factors on costumers image formation about hospitals affiliated to social security and Medical Science University in Isfahan City [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Administrative Sciences and Economics, The University of Isfahan; 2008. [In Persian].
5. Christie DA. Trilateral Model for the Management of Corporate Image: an examination of inter - relationship between an organization's self image, its protected image and its perceived image [Thesis]. South Brisbane, Queensland: Griffith University; 2002. p. 19-35.
6. Alipour E. Organizational mind Image. Tadbir 2004; 15(151): 80-3. [In Persian].
7. Schroff K. The power of fast. Pharmaceutical executive 2002; 22(4): 110-6.
8. Boyle M. The shiniest reputations in tarnished times in fortune [Online]. 2002 [cited 2002 Mar 4]; Available from: URL: [http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune\\_archive/2002/03/04/319092/index.htm/](http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune_archive/2002/03/04/319092/index.htm/)
9. Steidl P, Emery G. Corporate Image and Identity Strategies: Designing the Corporate Future. Sydney, Australia: Business & Professional Pub; 2007.
10. Rnjbareyan B. Marketing and Market Management. Tehran, Iran: Commercial Printing and Publishing Corporation; 1999.
11. Wartick SL. Measuring Corporate Reputation Definition and Data. Business Society 2002; 41(4): 371-92.
12. Forrester MA. Psychology of the Image. London, UK: Routledge; 2002.
13. Martinez RJ, Norman PM. Whither reputation? The effects of different stakeholders. Business Horizons, 2004; 47(5): 25-32.
14. Rose R, Mishler W, Haerpfer C. Studies in Comparative International Development. Social capital in civic and stressful societies 1997; 32(3): 85-111.
15. Marr B. Impacting Future Value: How to Manage your Intellectual Capital. Proceedings of the 5th European Conference on Information Management and Evaluation; 2011 Sep 8-9; Como, Italy; 2011.
16. Brunner LS, Bare BG, Suddarth DS, Smeltzer SC. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia, PA: Lippincott; 2000.
17. Hassanzadeh R, Etesami A. Investigation of manager's effective relationship on staff and nurses's hospitals. Iran J Nurs Midwifery Res 2001; 1(2): 21-6.
18. Holte A. Professional communication skills. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1990; 8(3): 131-3.
19. Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G. Communication skills: some problems in nursing education and practice. J Clin Nurs 2002; 11(1): 12-21.
20. Sarookhani B. Sociology of Communication. 2<sup>nd</sup> ed. Etelaat Publication; 1990. [In Persian].
21. Ansari M, Amireyan Sadr S. The role of personal communication skills in establishing total quality management systems. Proceedings of the 6th International conference of quality managers; 2008 Dec 20-22; Tehran, Iran; 2008. [In Persian].
22. Farhangi AA. Human Communication. Tehran, Iran: Tims Publication; 1994.
23. Raatikainen R. Dissatisfaction and insecurity of patients in domiciliary care. J Adv Nurs 1991; 16(2): 154-64.

24. Abedi Ardakani M. Training effect in promoting knowledge and skills of staff [Online]. 2010; Available from: URL: [http://www.yazdprisons.ir/index.php?Module=SMMArticles&SMMOp=View&SMM\\_CMD=&PageId=106/](http://www.yazdprisons.ir/index.php?Module=SMMArticles&SMMOp=View&SMM_CMD=&PageId=106/) [In Persian].
25. Davenport TH, Prusak L. Knowledge Management: Success in the global economy based on the information, Trans. Rahmanseresht H. Tehran, Iran: Sapko Publication; 2000. [In Persian].
26. Vasquez ML, Gomez CF, Lopez AM, Robledo J. Knowledge management systems assessment: a conceptual framework and a methodological proposal [Online]. 2004; Available from: URL: [http://www.researchgate.net/publication/228860878\\_Knowledge\\_management\\_systems\\_assessment\\_a\\_conceptual\\_framework\\_and\\_a\\_methodological\\_proposal/](http://www.researchgate.net/publication/228860878_Knowledge_management_systems_assessment_a_conceptual_framework_and_a_methodological_proposal/)
27. Lim PC, Tang NK, Jackson PM. An innovative framework for health care performance measurement. *Managing Service Quality* 1999; 9(6): 423-33.
28. Brooking A. Intellectual Capital, Core Assets for the Third Millenium Enterprise. London, UK: International Thomson Business Press; 1996.
29. Human HA. Structural Equation Modeling with LISREL Application. Tehran, Iran: SAMT; 2006.
30. Bader MM. Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *J Nurs Qual Assur* 1988; 2(3): 11-7.
31. Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C, Bond S. Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *Int J Qual Health Care* 1995; 7(2): 153-63.
32. Ghods AA, Mohammadi E, Vanaki Z, Kazem Nejad A. Meaning of patient satisfaction of nurses: A qualitative research. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 4(1): 47-61.
33. Bakker DA, Fitch MI, Gray R, Reed E, Bennett J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 2001; 43(1): 61-71.
34. Shakerineya I. Doctor-patient relationship and its role on patient's satisfaction of Treatment Process. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 2(3): 9-16. [In Persian].
35. Murthy N. The quality of family welfare services in rural Maharashtra. In: Koenig MA, Khan ME, Editors. *Improving quality of care in India's family welfare programme: the challenge ahead*. New York, NY: Population Council; 1999. p. 33-48.
36. Kabiri F. Evaluation of how establishing nurses communication with patients that Hospitalized in parts of the heart in affiliated hospitals to Ministry of Health and Medical Education [Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences; 1992. [In Persian].
37. Nasiri M. Evaluation of observing to Domains of patient by of health care workers in Isfahan hospitals. *Proceedings of the Patient Safety Conference*; 2002 Oct 13-15; Tabriz, Iran; 2002. p. 35-42. [In Persian].
38. Nasiri M. Study of obedience of nursing-patient relationship principles from the viewpoints of patients and nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2005; 10(3): 16-20. [In Persian].
39. McQueen A. Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9(5): 723-31.
40. Rollnick S, Kinnersley P, Butler C. Context-bound communication skills training: development of a new method. *Med Educ* 2002; 36(4): 377-83.
41. Cheraghchi MT. What patients expect from physicians? *Global Hygiene* 1995; 10(1): 16-22. [In Persian].
42. Leyaghat Gh. Doctor-patient relationship. *Global Hygiene* 1995; 10(1): 13-6.
43. Mohammadi A, Eftekhari Ardebffi H, Akbari Haghghi F, Mahmoudi M, Poorreza A. Evaluation of services quality based on the patients' expectations and perceptions in Zanjan hospitals. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2004; 2(2): 71-84. [In Persian].
44. Omrani A. The relationship between nurse's organizational commitment whit hospitalization service qualities in Social Security Hospitals in Tehran [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Science and Research Branch, Islamic Azad University; 2007.
45. Norri Hekmat S. Application of Service quality gap model (SeevQual) in Rasoul Akram Hospital [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences; 2006. [In Persian].
46. Kim KH, Kim KS, Kim DY, Kim JH, Kang SH. Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research* 2008; 61(1): 75-82.
47. Kim J, Suh E, Hwang H. A model for evaluating the effectiveness of CRM using the balanced scorecard. *Journal of Interactive Marketing* 2003; 17(2): 5-19.
48. Pappu R, Quester P. Does customer satisfaction lead to improved brand equity? An empirical examination of two categories of retail brands. *Journal of Product & Brand Management* 2006; 15(1): 4-14.
49. Salami S, Samoe R. Assessment of Patient Satisfaction from Health Services in Educational Hospitals of Isfahan, Iran. *Health Inf Manage* 2011; 8(8): 1097-104. [In Persian].
50. Mosadeg Rad A. The Assessment of Patients Satisfaction from services in Razi Hospital in Gazvin . *Health Inf Manage* 2004; 1(1): 28-32. [In Persian].

## Effect of Customers' Perception from Human Capital on Image of Customers about Hospital\*

Habib Allah Doaei, PhD<sup>1</sup>; Monireh Salehnia<sup>2</sup>; Somayeh Ahmadzadeh-Jozi, MSc, MBA<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Having a desirable image in a market can be considered as an asset for an organization. Therefore, using proper approaches, managers of such organizations must monitor and manage the image of their organizations in order to achieve their organizational goals and their customer's satisfaction. As an important sector of every society, managers of hospitals also must try their best to induce a desirable image of their organization in their customers' mind. The present study aimed to evaluate the effect of customers' perception from human capital of organization on their mental image formation about hospital.

**Methods:** It was a descriptive survey, and the population were the inpatients of one of the hospitals which was affiliated to Isfahan University of Medical Science in fall 2009. Data collection was done by a questionnaire and its validity and reliability was confirmed by factor analysis and Cronbach's alpha.

**Results:** Knowledge and communication skills of employees affected the customer's image formation about hospital ( $B = 0.594$ ,  $P < 0.001$ ). Results showed that knowledge ( $B = 0.622$ ;  $P < 0.001$ ) had more influence than communication skills ( $B = 0.548$ ;  $P < 0.001$ ). Finally, the study presented ranks of influencing factors on image formation based on human resource groups (physicians, nurses, employees and staff).

**Conclusion:** Customers' perception of knowledge and communication skills of employees affected the customer's image formation about hospital; thus, for managing hospital and marketing services, managers of hospital must attempt to promot human resource to human capital.

**Keywords:** Mental Image; Human Capital; Communication Skills; Hospitals

Received: 10 Dec, 2010

Accepted: 30 Jan, 2012

**Citation:** Doaei H, Salehnia M, Ahmadzadeh-Jozi S. **Effect of Customers' Perception from Human Capital on Image of Customers about Hospital.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 977-88.

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

1- Associate Professor, Management, School of Management, University of Sistan and Baluchestan, Sistan and Baluchestan, Iran

2- Lecturer, Management, Young Researchers Club, School of Management, Birjand Branch, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran (Corresponding Author) Email: salehnia\_monir@yahoo.com

3- Business Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# ارزیابی برون‌سپاری خدمات پرستاری در بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان\*

مسعود فردوسی<sup>۱</sup>، سید محمد احسان فرح آبادی<sup>۲</sup>، مریم مفید<sup>۳</sup>، فرزانه رجالیان<sup>۴</sup>،  
مریم حقیقت<sup>۵</sup>، پرناز نقدی<sup>۶</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** ضرورت تمرکز نهاد بیمارستان بر روی فعالیت‌های اصلی امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. از طرفی حساسیت مکانیسم پایش و نظارت جهت حفظ و ارتقای سطح کیفی خدمات برون‌سپاری شده مانع از بروز مشکلات جدیدی در این عرصه می‌گردد. بنابراین در این مطالعه به ارزیابی برون‌سپاری خدمات پرستاری از جنبه‌های مختلف پرداخته شده است.

**روش بررسی:** این مطالعه‌ی توصیفی و کاربردی به صورت موردی (قبل و بعد) می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش خدمات پرستاری بخش‌های بالینی (گوش و حلق و بینی، جراحی اعصاب) مرکز آموزشی درمانی آیت‌اله کاشانی اصفهان و زمان آن سال ۱۳۸۸ بود. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه (رضایت مشتریان داخلی) و مصاحبه‌ی نیمه ساختمند با مسؤلان برون‌سپاری و همچنین از طریق بررسی مستندات و مدارک مالی و اداری مرتبط با موضوع استخراج شده‌اند. روایی ابزار با استفاده از فرم استاندارد دانشگاه در زمینه‌ی رضایت‌سنجی و پایایی بر اساس محاسبه‌ی Cronbach' alpha مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل آماری یافته‌ها با استفاده از برنامه‌ی SPSS انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از افزایش نیروی کارشناس پرستاری از ۰/۲۹ به ۰/۳۶ به ازای هر تخت در راستای هدف اصلی برون‌سپاری می‌باشد. اما دستیابی به این هدف همراه با افزایش هزینه‌ی تمام شده‌ی هر تخت و در نتیجه، افزایش هزینه‌ی کل بخش بعد از برون‌سپاری برای بیمارستان می‌باشد. تعداد کل پرسنل به ازای هر تخت افزایش یافته و از ۰/۷ به ۰/۹۲ رسیده است. همچنین تغییرات نامحسوسی در رضایت مشتریان داخلی از عملکرد بخش غیر دولتی حاصل گردیده است.

**نتیجه‌گیری:** در حالی که کاهش تصدی باید همراه با افزایش رضایت سایر کارکنان و بیماران و همچنین کارایی و اثربخشی باشد، استراتژی تأمین نیروی پرستاری خارج از سازمان مذکور منجر به افت شدید کارایی گردد. بنابراین استراتژی اتخاذ شده، بهره‌وری لازم را برای بیمارستان به ارمغان نیاورده است.

**واژه‌های کلیدی:** برون‌سپاری؛ خدمات پرستاری؛ بیمارستان‌ها

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی شده است.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: e.farahabadi@gmail.com

۳- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
۵- کارشناس ارشد، مدیریت اجرایی، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه پیام نور اصفهان، اصفهان، ایران  
۶- کارشناس ارشد، مدیریت فناوری اطلاعات، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۰/۱۸

دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲

**ارجاع:** فردوسی مسعود، فرح آبادی سید محمد احسان، مفید مریم، رجالیان فرزانه، حقیقت مریم، نقدی پرناز. **ارزیابی برون‌سپاری خدمات پرستاری در بیمارستان آیت‌اله کاشانی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۹۹۶-۹۸۹.

## مقدمه

روند دگرگونی هزینه‌ها و کاهش منابع، پیوسته در حال افزایش است و شکاف روزافزونی بین منابع قابل حصول و مورد نیاز پدید می‌آید. در کشورهای در حال توسعه سهم بیمارستان از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت و

ضعیف واحدهای داخلی، فقدان کنترل بالقوه روی انجام فعالیت در داخل سازمان (۵).

به طور کلی مراحل برون‌سپاری را می‌توان شامل تعیین واحد تصمیم‌گیرنده‌ی مناسب، تعیین فعالیت‌های قابل واگذاری، انتخاب پیمانکار، تنظیم قرارداد، مدیریت و کنترل فرایند و در نهایت تصمیم‌گیری درباره‌ی خاتمه‌ی واگذاری دانست (۶، ۷). که از میان مراحل مختلف بی شک یکی از مهم‌ترین مراحل، مدیریت و کنترل فرایند واگذاری می‌باشد که در رابطه با ادامه یا خاتمه‌ی کار تصمیمات مقتضی را اتخاذ می‌نماید.

بر اساس نتایج پژوهش‌های Lussier (۸) و تورانی و همکاران (۴)، با استفاده از روش‌های کاهش تصدی‌گری، ضمن مقررات‌زدایی، کاهش طبقات شغلی و سلسله مراتب مادون و مافوق و در نتیجه استفاده‌ی مؤثر از منابع و نظارت به موقع، کارایی افزایش یافته و در نتیجه می‌توان تولید به مقیاس را نیز افزایش و هزینه را کاهش داد. همچنین بر اساس آمار جهانی بیش از ۹۰ درصد سازمان‌ها حداقل یکی از فعالیت‌های خود را برون‌سپاری می‌کنند و بر اساس آخرین گزارش‌ها حدود ۳۰ درصد آن‌ها پس از ۲ سال از برون‌سپاری خود ابراز نارضایتی کرده‌اند. برون‌سپاری در برگیرنده‌ی بیش از ۸۰ معیار اندازه‌گیری است که این امر نشان می‌دهد چگونه سازمان‌ها باید در برون‌سپاری فعالیت‌های خود برنامه‌ریزی و کنترل داشته باشند (۹). فردوسی و همکاران (۲) در ارزیابی واگذاری خدمات واحد مدارک پزشکی بیمارستان، کاهش ۴/۵ درصدی در هزینه‌ی تمام شده‌ی هر پرونده‌ی پزشکی، کاهش ۳۷/۴ درصد در میزان نواقص پرونده و بهبود ۷۸/۲ درصد در فرایندهای واحد را اعلام نمودند. همچنین تورانی و همکاران (۴) در مطالعه‌ی داروخانه‌ی آموزشی درمانی برون‌سپاری شده، صرفه‌جویی در مبالغ هزینه‌ی پرسنلی و خرید دارو و ارتقای رضایت مسئولان بخش را نتیجه گرفته‌اند. در زمینه‌ی برون‌سپاری خدمات پشتیبانی نیز طبیعی و همکاران (۱۰) در مطالعه‌ی خود بر روی بیمارستان‌های علوم پزشکی کشور، ارتقای کارایی و افزایش رضایت کارمندان و بیماران را به عنوان نتایج اقدام صورت گرفته بیان نموده‌اند.

درمان بین ۵۰ تا ۸۰ درصد است. در حالی که در کشورهای توسعه یافته و صنعتی از ۴۰ درصد تجاوز نمی‌کند که ناشی از نظارت و تنظیم هزینه‌ها است (۱). تصدی دولت در بخش سیاست‌گذاری، اجرا و نظارت، فشار زیادی بر پیکره‌ی آن وارد نموده است و سبب می‌گردد تا نظام بیمارستانی برای ارتقای کارایی خود، بخشی از فعالیت‌های اجرایی‌اش را به بخش غیر دولتی واگذار نماید (۲).

روش‌های کاهش تصدی‌گری به صورت طیف وسیعی که از خرید خدمت از بخش غیر دولتی شروع و در انتها به شکل خصوصی‌سازی و انتقال کامل مالکیت و مدیریت به بخش غیر دولتی متغیر است. این روش‌ها عبارتند از:

- ❖ خرید خدمت از بخش غیر دولتی Outsourcing
- ❖ خصوصی‌سازی Privatization
- ❖ اجاره Lease
- ❖ وابستگی Affiliation
- ❖ تمرکززدایی Decentralization
- ❖ شبه بازار Quasi market (۳، ۱)

بیمارستان‌ها نیز همانند اغلب دستگاه‌های اجرایی اهمیت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت را فدای اقدامات اجرایی نموده و با خطاهای خود، باعث به هدر رفتن منابع شده و از عرصه‌ی رقابت و پیشرفت دور مانده‌اند، بنابراین طی چند سال اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز همچون سایر عرصه‌ها، در جهت منطقی نمودن اندازه‌ی دولت، تقویت نظام پاسخگویی و کارآمد نمودن عرصه‌ی خدمات سلامت و در راستای اجرای تبصره‌ی ۵ ماده‌ی ۲ ضوابط اجرایی بودجه‌ی سال ۱۳۸۲ و قانون سوم توسعه، استراتژی تأمین منابع از بخش غیر دولتی را در دستور کار خود قرار داده است (۴، ۲).

علاوه بر کاهش هزینه‌ها و ارتقای کارایی، سازمان‌ها به دلایل مختلفی سعی می‌کنند فعالیت‌های داخلی سازمان را به بیرون واگذار کرده و تا حد امکان بدنه‌ی خود را کوچک سازند. عمده‌ترین دلایل برون‌سپاری فعالیت‌ها را می‌توان این گونه نام برد: امکان توجه بیشتر به فعالیت‌های حیاتی از جمله کیفیت خدمات و ایمنی و حقوق گیرنده‌ی خدمت، عملکرد

بررسی عملکرد از دیدگاه مشتریان داخلی (برگرفته از شرح وظایف کادر پرستاری و فرم رضایت‌سنجی مشتریان داخلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان است با پایایی آن ۹۳ درصد Cronbach' alpha و روایی تأیید شده به وسیله‌ی متخصصین رشته‌ی مدیریت)، به ارزیابی و بررسی رضایت مشتریان داخلی به صورت سرشماری پرداخته شده است. در نهایت در قسمت سوم نیز پس از مصاحبه‌ی نیمه ساختمند با دست‌اندرکاران امر برون‌سپاری به تبیین اهداف اولیه از دیدگاه مسؤولان امر پرداخته شده است (لازم به ذکر است حجم نمونه در مصاحبه‌ها از ابتدا تعیین نشده و از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. فرایند نمونه‌گیری تا زمان اشباع داده‌ها به طوری که مصاحبه شوندگان بتوانند سؤالات محوری پژوهش را پاسخگو باشند، ادامه یافته است و در نهایت با نه نفر از مسؤولان مصاحبه صورت پذیرفت). تحلیل آماری یافته‌ها با استفاده از برنامه‌ی SPSS (version, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد.

### یافته‌ها

ابتدا در فاز اول پژوهش، پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌های صورت گرفته با مسؤولان درگیر در امر برون‌سپاری، کمبود نیروی انسانی و مشکلات ناشی از آن به عنوان علل اصلی شناسایی گردید و در ادامه در فاز دوم به منظور ارزیابی برون‌سپاری انجام شده شاخص‌های زیر در راستای اهداف مسؤولین از واگذاری انتخاب و مطالعه گردیده است:

❖ هزینه‌ی تمام شده‌ی هر تخت در بخش‌های جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی قبل و بعد از واگذاری در بیمارستان

❖ سرانه‌ی نیروی انسانی به ازای هر تخت قبل و بعد از واگذاری

❖ میزان عملکرد پرسنل پرستاری از دید مشتریان داخلی اطلاعات حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که هزینه‌ی بیمارستان در دو بخش جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی قبل و بعد از برون‌سپاری به شرح جدول ۱ است:

کشور ما به خصوص در عرصه‌ی سلامت در این زمینه در ابتدای راه است و تجربه و شناخت دقیقی از آن چه که به وقوع می‌پیوندد ندارد، بنابراین می‌بایست روش متناسبی برگزیند و برنامه‌ای عملیاتی تدوین نماید. لازم به ذکر است که نحوه‌ی اجرا و به کارگیری استراتژی برون‌سپاری تأثیر بسزایی بر روی اثربخشی آن خواهد داشت (۶، ۵). هدف از انجام این پژوهش، ارزیابی برون‌سپاری صورت گرفته از زوایای مختلف بوده است. همچنین در این پژوهش بر آن بوده‌ایم تا ضمن تعیین علت اصلی برون‌سپاری منافع و ضررهای احتمالی به وجود آمده را شناسایی نماییم.

### روش بررسی

پژوهش به صورت توصیفی و نوع مطالعه به صورت موردی (قبل و بعد) می‌باشد. قرارداد برون‌سپاری خدمات پرستاری بخش‌های بالینی (گوش و حلق و بینی، جراحی اعصاب) مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله کاشانی اصفهان به عنوان تنها نمونه‌ی برون‌سپاری خدمات پرستاری در بیمارستان مورد مطالعه قرار گرفته است. مدت زمان مطالعه به طور یکسان و معادل ۱۲ ماه قبل و بعد از برون‌سپاری سال ۱۳۸۸ بوده است. البته پژوهش بعد از انجام واگذاری آغاز گردیده و پس از بررسی اطلاعات در یک بازه‌ی زمانی مشترک (۱۲ ماه) قبل و بعد از فرایند واگذاری صورت پذیرفته است. داده‌ها جهت انجام ارزیابی قبل و بعد از برون‌سپاری از طریق پرسش‌نامه (رضایت مشتریان داخلی) و مصاحبه‌ی نیمه ساختمند با مسؤولان برون‌سپاری و همچنین از طریق بررسی مستندات و مدارک مالی و اداری مرتبط با موضوع استخراج شده‌اند.

به دلیل استفاده از ابزارهای گوناگون، روش مطالعه به صورت سه وجهی (Triangulation) صورت پذیرفته است. که در قسمت اول مطالعه‌ی موردی قرارداد برون‌سپاری خدمات پرستاری به روش (Before, After) و در فاصله‌ی ۱۲ ماه قبل و بعد از واگذاری از طریق بررسی مدارک مالی و سیستم اطلاعات بیمارستان مجموع داده‌های مربوط به هزینه‌ها، و نیروی انسانی (تعداد، مدرک و سابقه) استخراج گردیده است. در قسمت دوم با استفاده از پرسش‌نامه‌ی



جدول ۱: میانگین کل هزینه‌های بیمارستان در دو بخش جراحی اعصاب در یک ماه (ریال)

اقلام هزینه	قبل از برون‌سپاری	بعد از برون‌سپاری
حقوق پرسنل رسمی	۱۷۴۳۶۰۳۸۶	۱۰۱۳۳۰۹۳۵
پرداخت به شرکت	۰	۳۱۵۵۹۳۳۳۳
تجهیزات پزشکی	۹۲۶۶۹	۰
جمع کل هزینه بیمارستان	۱۷۴۴۵۳۰۳۷	۴۱۶۹۲۴۲۶۸

با توجه به این که تعداد کل تخت در دو بخش جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی، ۴۱ عدد می‌باشد و تعداد آن در قبل و بعد از برون‌سپاری یکسان می‌باشد می‌توان نتایج بالا را به دست آورد. همان گونه که ملاحظه می‌گردد تعداد کل پرسنل به ازای هر تخت افزایش یافته و از ۰/۷ به ۰/۹۲ رسیده است، همچنین تعداد کارشناس پرستاری به ازای هر تخت افزایش یافته و از ۰/۲۹ به ۰/۳۶ رسیده است.

درصد رضایت مشتریان داخلی از عملکرد نیروهای برون‌سپاری به قرار زیر است:

با توجه به پرسش‌نامه‌های تهیه شده جهت بررسی عملکرد از دیدگاه مشتریان داخلی (شامل مدیر بیمارستان، مسؤول امور قراردادها، مسؤول امور اداری، مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بیمارستان، سرپرستاران دو بخش جراحی اعصاب، گوش و حلق و بینی و مسؤول حسابداری) نتایج نشان دهنده‌ی این می‌باشد که قبل از واگذاری درصد رضایت آنان از عملکرد برابر ۶۳/۹۶ و بعد از واگذاری برابر ۶۴/۵۵ می‌باشد.

### بحث

اطلاعات حاصل از پژوهش در خصوص هزینه‌ها، نیروی انسانی، درصد اشغال تخت و رضایت مشتریان داخلی قبل و بعد از برون‌سپاری از عملکرد حاکی از نتایج زیر می‌باشد: از آنجا که از علت اصلی و مهم‌ترین هدف حرکت بیمارستان به سوی برون‌سپاری خدمات پرستاری در دو بخش مورد مطالعه، جبران کمبود نیروی انسانی از طرفی و منع قانونی به کارگیری نیروهای رسمی - پیمانی در زمان برون‌سپاری بوده است، افزایش تعداد نیرو به ازای هر تخت از ۰/۷ قبل از برون‌سپاری به ۰/۹۲ بعد از آن، حاکی از دستیابی به این هدف اولیه می‌باشد و نشانگر میزان اثربخشی استراتژی اتخاذی از سوی مسؤولین بیمارستان می‌باشد. در پژوهش تورانی و همکاران (۴) که به مقایسه‌ی کارایی و اثربخشی برون‌سپاری داروخانه‌ی آموزشی پرداخته‌اند نیز اثربخشی قابل‌ملاحظه‌ای صورت پذیرفته بود. این نتایج با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی فردوسی و همکاران (۲) در

البته لازم به ذکر است که مواردی از هزینه که در قبل و بعد از برون‌سپاری به صورت مشترک بر عهده‌ی بیمارستان می‌باشد مانند هزینه‌ی انرژی، در محاسبات هزینه منظور نگردیده است.

همچنین با توجه به این که تعداد کل تخت‌های این دو بخش قبل و بعد از برون‌سپاری برابر با ۴۱ عدد بوده است هزینه‌ی تمام شده‌ی هر تخت در یک ماه در دو بخش جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی قبل از برون‌سپاری برابر ۴۲۵۴۹۵۲ و بعد از برون‌سپاری برابر ۱۰۱۶۸۸۸۵ می‌باشد.

تعداد نیروی انسانی به ازای هر تخت با توجه این که مهم‌ترین هدف از برون‌سپاری در این دو بخش افزایش تعداد نیرو بوده است به قرار زیر می‌باشد:

بر اساس روش نگرش نظام‌گرا (تعداد تخت فعال در ۲۴ ساعت \* ضریب انتخابی [۷۳ درصد بخش‌های جراحی و ۷۴ درصد بخش‌های داخلی]) تعداد کل پرسنل مورد نیاز در این دو بخش ۳۱ نفر می‌باشد که قبل از برون‌سپاری ۲۹ نفر و بعد از برون‌سپاری به ۳۸ نفر افزایش یافته است. که از این تعداد افراد قبل از برون‌سپاری ۱۲ نفر و بعد از برون‌سپاری ۱۵ نفر کارشناس پرستاری می‌باشند (جدول ۲).

جدول ۲: وضعیت نیروی انسانی بخش‌های جراحی اعصاب و گوش و حلق و بینی قبل و بعد از برون‌سپاری

پیش از واگذاری	پس از واگذاری	
۰/۷۰	۰/۹۲	تعداد کل پرسنل به ازای هر تخت
۰/۲۹	۰/۳۶	تعداد کارشناس پرستاری به ازای هر تخت



به بهبود نتایج مالی (کاهش هزینه‌ی سربار، کاهش هزینه‌ی خدمات) اشاره نموده‌اند که در این مطالعه‌ی موردی شاهد نتیجه‌ی عکس آن می‌باشیم. البته بدیهی است که موانع قانونی، عمده‌ی علت هدایت مسؤولین امر به برون‌سپاری خدمات پرستاری بخش‌های بالینی می‌باشد اما ضرورت پایش و نظارت می‌توانست تأمین نیروی انسانی را با کاهش هزینه و صرفه‌جویی همراه کند. به طوری که تنهایی (۵) بیان می‌دارد از آن‌جا که یکی از عمده‌ترین هزینه‌ها، هزینه‌ی نیروی انسانی است و تأمین نیرو و پرداخت حقوق و مزایای پرسنل بر عهده‌ی شرکت طرف قرارداد می‌باشد، بحث صرفه‌جویی در هزینه‌ها مطمئناً از مزایای برون‌سپاری خواهد بود.

در ادامه طبق چک لیستی که درصد رضایت مشتریان داخلی را از عملکرد نیروی‌های بخش غیر دولتی نشان می‌دهد می‌توان این گونه بیان نمود که رضایت آن‌ها قبل از برون‌سپاری برابر با ۶۳/۹۶ بوده است در حالی که بعد از آن افزایش یافته و به ۶۴/۵۵ رسیده است. البته این تفاوت محسوس نمی‌باشد اما با یافته‌های حاصل از مطالعات فردوسی و همکاران (۲)، طیبی و همکاران (۱۰)، تورانی و همکاران (۴) و جودتی و همکاران (۱۳) مطابقت دارد. در مقاله‌ای با عنوان برون‌سپاری در بیمارستان‌های عمومی Moschuris و Kondylis (۱۴) بیان می‌دارند که صرفه‌جویی در هزینه‌ها و رضایت مشتری مهم‌ترین فاکتورهای تأثیرگذار برای تصمیم به واگذاری می‌باشند. در مطالعه‌ی موردی بیمارستان کاشانی نیز افزایش هزینه‌ها و همچنین تغییرات نامحسوس رضایت منجر به فسخ قرارداد بین طرفین گردید.

طیف برون‌سپاری خدمات بیمارستان با هدف تمرکز نهاد سازمان بر روی موجودیت‌های اصلی و حیاتی خود از خدمات پشتیبانی- اداری آغاز و به سمت خدمات پاراکلینیک رفته و در نقطه‌ی انتها به خدمات بالینی می‌رسد. صرفنظر از کم توجهی‌های اتفاق افتاده در زمینه‌ی نظارت و پایش عملکرد و الزامات مورد نیاز بیمارستان در قرارداد برون‌سپاری خدمات مشکلات منع قانونی باید بیان نمود که برون‌سپاری خدمات بالینی نقطه‌ای چالش برانگیز می‌باشد که ضرورت بررسی و

زمینه‌ی خدمات مدارک پزشکی نیز مطابقت دارد. آن‌ها به دستیابی مسؤولین امر در بیمارستان به اهداف تعیین شده اشاره و بیان نموده‌اند که ارتقای اثربخشی خدمات مدارک پزشکی از مهم‌ترین موفقیت‌های برون‌سپاری انجام شده می‌باشد. اما در بررسی موردی خدمات پرستاری بیمارستان کاشانی شاهد هستیم که مشکلات دیگری از قبیل بی‌تجربه بودن پرسنل و ناکافی بودن تعداد پرسنل مرد، ضرورت ارزیابی الزامات ظریف و دقیقی را در قراردادهای برون‌سپاری خواستار می‌باشد که کم توجهی به آن منجر به مشکلات جدیدی می‌گردد. و بنابراین تنها جبران تعداد کمبود نیروی انسانی نمی‌تواند راهگشای کیفیت خدمات ارایه شده باشد و بنابراین به کارگیری نیروهای توانمند در این عرصه نیز تأثیر بسزایی در پیامد نهایی اقدامات خواهد داشت.

همچنین بررسی هزینه‌ها قبل و بعد از برون‌سپاری حاکی از آن است که هزینه‌ی هر تخت قبل از حضور نیروهای بخش غیر دولتی در طول یک سال برابر ۴۲۵۴۹۵۲ ریال بوده است، در حالی که بعد از آن افزایش یافته و به ۱۰۱۶۸۸۸۵ ریال رسیده است. که این خود می‌تواند نشان دهنده‌ی عدم کارایی لازم در استراتژی برون‌سپاری در خدمات بالینی باشد. چرا که با وجود افزایش ۳۱/۴۲ درصد در تعداد نیروی انسانی به ازای هر تخت، اما شاهد افزایش ۱۳۸/۹ درصد در هزینه‌های بخش می‌باشیم که می‌توان عدم به کارگیری شاخص‌های مناسب جهت کنترل و نظارت بر بخش خصوصی موجب ایجاد مشکلات جدیدی گردیده است. البته دوباره ضرورت ارزیابی عملکرد و پایش داده‌های ورودی به سیستم، موضوعی است که عدم توجه کافی به آن سبب کاهش بهره‌وری کل پروژه‌ی برون‌سپاری گردیده است. چرا که فردوسی و همکاران (۲) در مطالعات خود اشاره به، با صرفه بودن آن از منظر اقتصادی و تأثیر چشمگیر آن در تقلیل هزینه‌های سیستم سلامت تا ۲۶/۳۷ درصد به ازای هر پرونده نموده‌اند. این یافته‌ها در مطالعه رویین تن (۱۱)، تورانی و همکاران (۴) و طیبی و همکاران (۱۰) نیز مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین وزیری و عربی (۱۲) در پژوهش خود از دلایل واگذاری به کاهش هزینه‌های عملیاتی و از مزایای آن

سازمان‌ها در کنار توجه به موارد فوق می‌بایست به مقولات رفتار سازمانی و واکنش کنار هم قرارگیری نیروهای بخش دولتی و غیر دولتی نیز توجه مبسوطی داشته باشند؛ چرا که پدیده‌های عدالت در پرداخت و مزایا و معایب هر کدام از بخش‌های دولتی و غیر دولتی سبب مشکلات تازه‌ای در عرصه‌ی بیمارستان‌های کشورمان می‌گردد.

در نهایت باید بیان نمود که بخش غیر دولتی نه فرشته‌ی نجات و نه اهریمن فلاکت است. او راه حل‌های آسان برای مسایل و مشکلات لاینحل بخش عمومی (بودجه‌ی ضعیف و محدود، ظرفیت و استعداد کم) ارائه نمی‌کند اما از طرف دیگر این الزاماً به معنی دسترسی محدود و پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری ضعیف نیز نیست. بخش غیر دولتی می‌تواند از مدیریت مؤثر یا مدیریت ضعیف برخوردار باشد. بنابراین بحث از نقش‌ها و وظایف ذاتی بخش‌های دولتی و غیر دولتی به «چارچوب و ساختار مناسب» تغییر جهت می‌دهد.

در مجموع، نبود نظام جامعی برای برون‌سپاری شامل سه رکن اصلی یعنی قانون جامع، نهاد نظارتی مقتدر و نهاد اجرایی مستقل باعث به وجود آمدن مشکلات زیادی گردیده است. راهکار اساسی در این رابطه، بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق در این زمینه، اتخاذ رویکرد علمی و کارشناسی، تدوین قانون جامع که در این قانون، مرزهای برون‌سپاری، نهاد نظارتی و دستگاه مجری، تعریف گردد.

### تشکر و قدردانی

با تشکر صمیمانه از تمامی دوستان و عزیزانی که در این مسیر ما را یاری داشته‌اند به ویژه اساتید و کارشناسانی که همواره از راهنمایی‌ها و مساعدت ایشان بهره‌مند گشته‌ایم.

مطالعات بیشتری دارد. به طوری که بر اساس یافته‌های پژوهش برای مارنانی و جودکی (۱۵) در «مطالعه‌ی تطبیقی خصوصی‌سازی با روش عقد قرارداد برای ارابه‌ی مراقبت‌های سلامتی در کشورهای منتخب و ارابه‌ی الگوی مناسب برای ایران» عقد قرارداد (در انواع مختلف) در زمینه‌ی خدمات پشتیبانی و پاراکلینیک بیمارستان‌ها، بیمارایی و کنترل بیماری‌های خاص، حمل و نقل بیمار و مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد تأیید و تأکید قرار گرفته است. این موضوع با یافته‌های حاصل از مطالعات طبیعی و همکاران (۱۰)، جودتی و همکاران (۱۳)، تورانی و همکاران (۴)، فردوسی و همکاران (۲) و روبین تن (۱۱) تطابق داشته و تأیید گردیده است. اما استفاده از عقد قرارداد برای برون‌سپاری خدمات بالینی مورد تأیید قرار نگرفت. لازم به ذکر است بر اساس الگوی جعفری سیریزی و همکاران (۱۶) و Preker و Harding (۱۷)، زمانی که بیمارستان‌ها را از بخش دولتی مرکزی به سمت بازار جابه‌جا می‌کنیم، کلیدی‌ترین دو راهی بر سر راه سیاست‌گذاری، درجه و میزان این جابه‌جایی است.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی به نظر می‌رسد که طرح کاهش تصدی در زمینه‌ی خدمات بالینی با وجود دستیابی به هدف اولیه‌ی خود، مبنی بر تأمین کمبود نیروی انسانی کارایی لازم را به همراه نداشته و منجر به کاهش بهره‌وری گردیده است. بدون شک مواردی همچون تحلیل هزینه‌ی منفعت برون‌سپاری، محاسبه‌ی بهای واحد خدمات، ثبت عملکرد قراردادها، نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده همواره می‌تواند فاکتورهای حیاتی در اثربخشی و کارایی استراتژی برون‌سپاری باشد. اما

### References

1. Motlagh M, Rahbar MR, Kabir MJ. Decentralization in Health system of Islamic Republic of Iran. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2008; 16(3): 67-72. [In Persian].
2. Ferdosi M, Farahabadi SM, Rejalian F, Haghigat M. Evaluation of Medical Record Services Outsourcing of Ayat o Allah Kashani Hospital. Health Inf Manage 2010; 7(4): 658-68. [In Persian].
3. Ebadifardazar F, Shijaei Tehrani H. Principle of management & planning of hospital. Iran. Tehran, Iran: Samat Publication; 2008. [In Persian].

4. Tourani S, Maleki M, Ghodousi-Moghadam S, Gohari MR. Efficiency and Effectiveness of the Firoozgar Teaching Hospital's Pharmacy after Outsourcing, Tehran, Iran. *J Health Adm* 2009; 12(38): 59-70. [In Persian].
5. Tanhaie A. Outsourcing. *Tadbir* 2002; (124): 37-40. [In Persian].
6. Ferdosi M, Farahabadi E, Jandagheian M, Haghighat M, Naghdi P. Outsourcing Effectiveness of Admission Units of imaging centers in Ayat o Allah Kashani Hospital to Non-Governmental Sector. *Hospital* 2011; 10(3): 45-54.v
7. Musakhani M, Nayebi A, Bakhshi J. Presented a proposed methodology for evaluating the performance of suppliers in the outsourcing process. *J Knowledge Management* 2007; 20(77): 123-38. [In Persian].
8. Lussier RN. *Management fundamentals: Concepts, applications, skill development*. Cincinnati. OH: South Western College; 2000.
9. Ashrafzade F. Decision Making Model for outsourcing. *Journal of Management Studies, improvement and transformation* 2004; (46): 109-32. [In Persian].
10. Tabibi S, Kakhani M, Ehsani Chimeh E. An evaluation of the outsourcing strategy in supportive services in the hospitals affiliated to the Ministry of Health and Medical Education. *J Health Adm* 2008; 10(30): 59-66. [In Persian].
11. Roointan AR. Management improvement and use of resources with outsourcing to private sector in Aligoodarz health care grid. *Proceedings of the 1st Nationwide Conference of Resource Management in Hospitals*; 2002 Jan 5-6; Tehran, Iran; 2002. p. 279. [In Persian].
12. Vaziri H, Arabi B. Tehran's electric's outsourcing and its economic effectiveness. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> Conference of the quality of operation of the power industry*; 2008 Sep 1-3; Tehran, Iran; 2008. [In Persian].
13. Jodati AR, Jabbari Byrami H, Bakhshian F. The impacts of headquarters, units minifying health system network (an experience in Tabriz Metropolitan, Iran). *J Health Adm* 2006; 9(23): 51-8. [In Persian].
14. Moschuris SJ, Kondylis MN. Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective. *J Health Organ Manag* 2006; 20(1): 4-14.
15. Barati Marnani A, Joudaki H. Comparative study in the field of the privatization with contract method to deliver health services in selected countries & provide a suitable model for Iran. *J Health Adm* 2005; 8(20): 105-11. [In Persian].
16. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim* 2008; 11(2): 59-71. [In Persian].
17. Preker AS, Harding A. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: World Bank Publications; 2003.

## Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran\*

Masoud Ferdosi, PhD<sup>1</sup>; Sayed Mohammad Ehsan Farahabadi<sup>2</sup>; Maryam Mofid, MSc<sup>3</sup>; Farzaneh Rejalian<sup>4</sup>; Maryam Haghghat, MSc<sup>5</sup>; Parnaz Naghdi, MSc<sup>6</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Hospitals are required to focus on core activities which are inevitable affair. The sensitivity of the monitoring and supervision mechanism as well as preserving and enhancing the quality of outsourced services prevent new problems in this area.

**Methods:** This was a descriptive and applied study which was done by case study (pretest-posttest) method. Outsourcing nursing services of clinical wards (ENT and surgery) of Kashani Hospital was studied. Data were extracted from the questionnaire (internal customer's satisfaction), semi-structured interviews with officials and also survey of financial and administrative documents as well as records related to the topic. The validity of the questionnaire was approved using the standard form of the satisfaction in Isfahan University of Medical Sciences, Iran and its reliability was based on calculating Cronbach's alpha.

**Results:** The findings indicated an increased number of graduate nurses per bed to fulfill the main goal of outsourcing. However, achieving this goal was accompanied with increasing costs per bed and resulted in increased total costs of the hospital after outsourcing. In addition, the intangible changes in internal customer satisfaction with the performance of non-governmental sector have been achieved.

**Conclusion:** While outsourcing should bring about staff and patients' satisfaction and increase the efficiency and effectiveness, outsourcing nursing workforce strategy led to severe loss of efficiency. Therefore, the adopted strategy did not meet the productivity for the hospital.

**Keywords:** Outsourcing; Nursing Services; Hospitals

Received: 4 March, 2012

Accepted: 21 Jan, 2013

**Citation:** Ferdosi M, Farahabadi SME, Mofid M, Rejalian F, Haghghat M, Naghdi P. **Evaluating the Outsourcing of Nursing Services in Kashani Hospital, Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 989-96.

\* This article is the result of a research project financed by the Research Deputy of Isfahan University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: e.farahabadi@gmail.com

3- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- MSc Student, Health Services Management, School of Management and Medical Information, Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran

5- Business Administration, School of Management, Payame Nour University of Isfahan, Isfahan, Iran

6- Information Technology Management, School of Management, Payame Nour University of Tehran, Tehran, Iran

# تعهد سازمانی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان\*

سید محمد احسان فرح آبادی<sup>۱</sup>، مرضیه فتاحی<sup>۲</sup>، مهرزاد آرتنگ<sup>۳</sup>، اکبر حسن زاده<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** سازماندهی و نگهداری نظام سازمانی یکی از مهم‌ترین وظایف و مسؤولیت‌های مدیریت سازمان محسوب می‌شود. در واقع مدیران، مسؤول میزان و نوع تعهد کارکنان نسبت به ارزش‌های رسمی می‌باشند. چرا که نیروی انسانی متعهد و وفادار به سازمان می‌تواند تأثیر چشمگیری بر خدمت ارائه شده در سازمان‌های سلامت بگذارد. هدف از این پژوهش، شناسایی میانگین ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد سازمانی (مشمول بر عاطفی، مستمر و هنجاری) در کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان بوده است.

**روش بررسی:** این مطالعه تحلیلی-مقطعی و در سال ۱۳۹۰ صورت پذیرفت و جامعه‌ی آماری پژوهش، کارکنان حوزه‌ی مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان بود. تعداد نمونه ۱۲۸ نفر و روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی با پایایی و روایی تأیید شده در مطالعات قبلی می‌باشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کارگیری آزمون‌های آماری Spearman و آنالیز واریانس تحلیل گردیده‌اند.

**یافته‌ها:** امتیاز تعهد سازمانی، ۵۹/۷۹ به دست آمد. در میان ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد سازمانی، بعد تعهد عاطفی با کسب ۶۹/۲ امتیاز در اولویت اول و تعهد تکلیفی با ۵۶/۴ امتیاز و تعهد مستمر با ۵۰/۶ امتیاز در رده‌های بعدی قرار گرفتند (حداکثر امتیاز ۱۰۰ بود).

**نتیجه‌گیری:** ضروری است تا مدیران سازمان با توجه به نقش کارکنان شاغل در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی در تضمین سلامت مردم و نجات جان آن‌ها در مواقع بروز حوادث و سوانح تمرکز بیشتری در زمینه‌ی ارزش‌های سازمانی و بعد تعهد مستمر کارکنان نموده و با اقداماتی نظیر بالا بردن امنیت شغلی، ایجاد تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، ارائه‌ی آموزش‌های مناسب و توجیهی قبل از استخدام و اجرای برنامه‌های تشویقی در افزایش تعهد سازمانی کارکنان خود تلاش نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** تعهد سازمانی؛ کارکنان؛ خدمات اورژانس پزشکی

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۱۶

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۵/۲۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۱۹۰۰۴۲ مصوب می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی شده است.

۱- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و

اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته‌ی پژوهش‌های

دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: marziyeh.fattahi@yahoo.com

۳- دکترای حرفه‌ای، معاون فنی مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های

پزشکی استان اصفهان، اصفهان، ایران

۴- مربی، آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

**ارجاع:** فرح آبادی سید محمد احسان، فتاحی مرضیه، آرتنگ مهرزاد، حسن زاده اکبر. تعهد سازمانی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۹۹۷-۱۰۰۵.

### مقدمه

سازمان‌ها از شالوده‌های اصلی جوامع امروزی هستند و مدیریت به عنوان نیازی گریزناپذیر، امری الزامی برای به گردش در آوردن سازمان‌ها به سوی سازندگی و کمال

اما مرتبط (نگرشی و رفتاری) می‌دانند. تعهد نگرشی، بیانگر درجه‌ی وفاداری افراد به سازمان است که بر تطبیق و مشارکت افراد در سازمان تأکید دارد. تعهد رفتاری، بیانگر فرایند پیوند افراد با سازمان است. اما Meyer و Allen تعهد عاطفی، مستمر و تکلیفی را از اجزای تعهد نگرشی می‌دانند (۱۲).

Meyer و Allen (۱۲) تعهد سازمانی مشتمل بر سه بعد و به شرح زیر تعریف نموده‌اند:

۱. تعهد عاطفی (Affective commitment): شامل وابستگی عاطفی کارکنان به تعیین هویت با سازمان و درگیر شدن در فعالیت‌های سازمان با داشتن احساس مثبت است.

۲. تعهد مستمر (Continuance commitment): شامل تعهدی است که مبتنی بر ارزش نهادن به سازمان است و کارمند در زندگی سازمان سهیم می‌شود. در این بعد از تعهد، کارکنان در سازمان می‌مانند چون نیاز دارند که بمانند و دارای وفاداری بالا در سازمان هستند (۱۳).

۳. تعهد تکلیفی (Normative commitment): شامل احساسات افراد مبتنی بر ضرورت ماندن در سازمان است. کارکنان با تعهد تکلیفی قوی به دلیل این که احساس می‌کنند باید در سازمان بمانند در سازمان می‌مانند (۱۴، ۱۵).

بنابراین نظر به این که در این مطالعه از مدل Meyer و Allen بهره گرفته شده است ضروری است تا ابعاد مذکور که در نهایت تعیین کننده‌ی تعهد سازمانی کل می‌باشند مورد بررسی قرار بگیرند.

یکی از حوزه‌های اراییه‌ی خدمت در نظام سلامت، مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی می‌باشند. مراکز فوریت‌های پزشکی نقش اساسی در تضمین سلامت مردم و نجات جان افراد در مواقع بروز حوادث و سوانح ایفا می‌کنند. از آن جا که اراییه‌ی خدمات صحیح و سریع در مواجهه با موارد اورژانسی، می‌تواند به نجات جان بیماران بیانجامد، این خدمات از ارزش بالایی برخوردار است. نیروی انسانی شاغل در این مراکز همواره با استرس‌ها و مشکلات کاری مختلف و غیر قابل پیش‌بینی و دشواری روبه‌رو می‌باشند (۱۶). ضروری است تا مدیران منابع انسانی از طریق انتخاب کارکنان

می‌باشد. دست‌مایه‌ی مدیر در این مسیر، سه عنصر انسان، کار و هدف است (۲، ۱). امروزه همه‌ی مدیران در محیط‌های سازمانی به این نتیجه رسیده‌اند که رمز موفقیتشان را باید در قدرت بخشیدن به عناصر هوشمند (نیروی انسانی) سازمان دربایند (۳). نیروی انسانی مهم‌ترین سرمایه‌ی سازمان‌ها است و هر چه این سرمایه کیفیت مطلوب‌تری داشته باشد، احتمال موفقیت، بقا و ارتقای سازمان بیشتر خواهد بود. نیروی انسانی وفادار، سازگار با اهداف و ارزش‌های سازمانی و عضوی که حاضر است فراتر از وظایف مقرر فعالیت کند، می‌تواند عامل مهمی در اثربخشی سازمان باشد (۴). بی‌تردید تعهد سازمانی و مسؤولیت‌پذیری یکی از اساسی‌ترین عوامل افزایش کارایی و اثربخشی سازمان و نیل آن به سوی اهداف تحول می‌باشد (۵). نویسندگان علم مدیریت مانند Handy، Draker و Conter (به نقل از رئیسی) معتقدند که موفقیت مدیران در عصر جدید به میزان زیادی به ارتقای تعهد، انگیزه و حس مسؤولیت‌پذیری کارکنان بستگی دارد (۶). امروزه یکی از شاخص‌های میزان موفقیت و بالندگی سازمان‌ها نسبت به هم، توانمندسازی نیروی انسانی و متعاقب آن تعهد و وفاداری آنان نسبت به سازمان است که باعث می‌شود افراد وظایف محوله را با کیفیت بالاتری انجام داده و از حداکثر توان خود در تحقق اهداف سازمان بهره‌گیرند (۸، ۷). تعهد سازمانی اثر چشمگیر و منحصر به فردی بر روی عملکرد کلی کارکنان دارد. کارکنان با تعهد سازمانی بالاتر، از رضایت شغلی بالاتری برخوردار می‌باشند (۹). از دیگر دلایل توجه به تعهد سازمانی، ارتباط این متغیر با عواملی چون سازگاری، ترک خدمت، استرس و میزان عملکرد می‌باشد. همچنین تعهد سازمانی به عنوان یک نگرش، ترک خدمت را بهتر از نگرش‌های کاری دیگر به خصوص رضایت شغلی، پیش‌بینی می‌کند (۱۰).

تعهد سازمانی، پیوند افراد با سازمان است که توسط سه عامل «اعتقاد قوی و پذیرش اهداف و ارزش‌های سازمان، تعهد عاطفی»، «تمایل به تلاش زیاد برای سازمان، تعهد مستمر» و «میل قوی برای باقی ماندن در سازمان، تعهد هنجاری» مشخص می‌شود (۱۱). اکثر پژوهشگران تعهد را دو جزء مجزا



• مطالعات Schoorman و همکاران در تعیین پیش‌شرطها و تفاوت‌های سازمانی در دو بعد تعهد عاطفی و مستمر نشان می‌دهد که عواملی همچون سابقه‌ی خدمت، مزایای بازنشستگی، تحصیلات و سن همبستگی قوی با تعهد مستمر دارند (۱۹).

با وجود اهمیت بحث تعهد سازمانی، بررسی‌ها نشان می‌دهد، از مسایل عمده‌ای که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با آن روبه‌رو بوده و حل آن حایز اهمیت می‌باشد، این است که با صرف هزینه‌های زیاد و سرمایه‌های فراوان جهت به کارگیری نیروی انسانی در بخش‌های مختلف دانشگاه، پس از مدتی کارکنان مذکور انگیزه‌ی خود را جهت خدمت از دست داده و گاهی از سازمان مذکور جدا و جذب مراکز خصوصی می‌شوند (۱۰). در نهایت، این مطالعه با هدف تعیین میانگین تعهد سازمانی در ابعاد سه‌گانه‌ی (عاطفی، مستمر و هنجاری) در بین کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان صورت پذیرفته است.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر تحلیلی-مقطعی و در سال ۱۳۹۰ در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان، صورت پذیرفت. کلیه‌ی کارکنان شاغل در مراکز و پایگاه‌های استان، جامعه‌ی پژوهش را تشکیل دادند. تعداد این افراد بر اساس آمار موجود ۵۵۵ نفر می‌باشد. پس از نمونه‌گیری مقدماتی و اطلاعات به دست آمده، برای تعیین حجم نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد، اندازه‌ی نمونه‌ی نهایی ۱۲۸ نفر به دست آمد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی تعهد سازمانی (مدل Allen و Meyer (۱۲) دارای ۲۴ سؤال بود که پایایی و روایی آن توسط مطالعات سجادی و همکاران (۱۰) و یعقوبی و همکاران (۱۷) تأیید شده بود. در قسمت الف پرسش‌نامه مشخصات سن، تحصیلات، وضعیت استخدامی و سابقه‌ی کار جامعه‌ی مورد مطالعه بررسی گردید. همچنین امتیازدهی قسمت ب پرسش‌نامه مشتمل بر ۲۰ سؤال بر اساس طیف لیکرت و از ۱

شایسته، اعطای پاداش‌های به موقع و مناسب، حفظ کارکنان شایسته در سازمان و فعالیت‌های آموزشی، موجب شوند تعهد سازمانی کارکنان تقویت و ارتقا یابد (۷).

تحقیق در زمینه‌ی تعهد سازمانی به منظور فراهم آمدن مبنایی برای تصمیمات مدیران منابع انسانی در زمینه‌ی برنامه‌ی نیروی انسانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. به همین جهت پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج کشور در زمینه‌ی تعهد سازمانی و عوامل تأثیرگذار بر آن انجام شده است (۱۰). در ادامه به برخی از مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در این زمینه اشاره می‌کنیم:

• یعقوبی و همکاران (۱۷) طی مطالعه‌ای تحت عنوان رابطه‌ی تعهد سازمانی و استرس شغلی در مدیران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۶ به این نتیجه دست یافتند که هیچ سازمانی نمی‌تواند بدون تعهد و تلاش کارکنان موفق گردد. مدیرانی که دارای تعهد و پایبندی هستند نظم بیشتری در کار خود دارند و مدت بیشتری در سازمان می‌مانند و کار می‌کنند.

• سجادی و همکاران (۱۰) نیز در مطالعه‌ای با عنوان تعهد سازمانی و تمایل به ترک خدمت کارکنان حوزه‌ی معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بیان نمودند که بالا بردن امنیت شغلی کارکنان، اصلاح نظام‌های استخدامی و ساختارهای تشکیلاتی، جذب مدیران جدید از درون سازمان و... در افزایش تعهد سازمانی کارکنان و کاهش تمایل به ترک خدمت مؤثر می‌باشد.

• Laka Mathebula (۱۸) در پژوهشی به مدل‌سازی رابطه‌ی بین تعهد سازمانی، سبک مدیریت، عملکردهای مدیریت منابع انسانی و اعتماد سازمانی پرداخته است. نتایج پژوهش وی نشان می‌دهد که هیچ رابطه‌ای بین عوامل جمعیت شناختی (دموگرافیک) و تعهد سازمانی وجود ندارد.

• Herbintic Alioto (۱۹۷۲) و Javier (۲۰۰۶) (به نقل از یعقوبی و همکاران) در پژوهش خود به همبستگی مثبت بین عدالت سازمانی و حیطة‌های مختلف تعهد سازمانی دست یافتند (۱۷).



تا ۵ و به ترتیب از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم بود.

### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۷۵/۵ درصد افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته‌اند. از نظر میزان تحصیلات ۸۰ درصد افراد دارای تحصیلات فوق دیپلم و کارشناسی می‌باشند. ۶۹ درصد افراد از نظر وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی بوده‌اند. همچنین ۸۱/۸ درصد کارکنان مورد مطالعه دارای سابقه‌ی کار کمتر از ۱۰ سال بوده‌اند. پیرامون ابعاد مختلف تعهد سازمانی در مجموعه‌ی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان، یافته‌های به دست آمده در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین امتیاز تعهد عاطفی در گروه مورد مطالعه برابر ۶۹/۲ می‌باشد. همچنین تعهد مستمر و تکلیفی به ترتیب برابر ۵۰/۶ و ۵۶/۴ می‌باشند. در مجموع نیز تعهد سازمانی میانگین امتیاز ۵۹/۷۹ را کسب نموده است.

جدول ۱: میانگین امتیاز تعهد سازمانی کارکنان مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان

گزاره	میانگین امتیاز	انحراف معیار
تعهد عاطفی	۶۹/۲۰	۲۳/۰۳۳
تعهد مستمر	۵۰/۶۰	۲۲/۸۷۶
تعهد تکلیفی	۵۶/۴۰	۲۷/۲۴۷
تعهد سازمانی کل	۵۹/۷۹	۲۱/۹۱۲

آزمون همبستگی جهت بررسی ارتباط بین ابعاد سه‌گانه‌ی

تعهد و مشخصات دموگرافیک را نشان داد (جدول ۲).

تعهد سازمانی کل با تحصیلات رابطه‌ی معکوس دارد ( $r = -0.267, P = 0.005$ ).

تعهد سازمانی کل با نوع استخدام کارکنان رابطه‌ی معنی‌داری دارد ( $P < 0.001$ ) لازم به ذکر است که تعهد نیروهای قراردادی بالاتر از سایر گروه‌ها (رسمی - پیمانی) می‌باشد.

تعهد عاطفی با مشخصات دموگرافیک رابطه‌ی معنی‌داری نداشته است.

تعهد مستمر در این کارکنان با وضعیت استخدام رابطه‌ی معنی‌داری دارد ( $P = 0.006$ )، به عبارتی میانگین امتیاز ابعاد مختلف تعهد سازمانی در نیروهای قراردادی نسبت به سایر نیروها از قبیل رسمی و پیمانی بیشتر می‌باشد.

تعهد تکلیفی کارکنان با تحصیلات رابطه‌ی معکوس دارد ( $r = -0.345, P < 0.001$ ).

تعهد تکلیفی با نوع استخدام کارکنان رابطه‌ی معنی‌داری دارد ( $P < 0.001$ ) لازم به ذکر است که تعهد سازمانی نیروهای قراردادی مشغول به خدمت بیشتر از سایر گروه‌های استخدامی بود.

هر ۳ بعد با یکدیگر رابطه‌ی مستقیم دارند. به عبارتی هر چه تعهد سازمانی در هر کدام از ابعاد افزایش یابد سایر ابعاد نیز افزایش می‌یابند.

یافته‌های پژوهش در پاسخ‌دهی به سؤالات ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد سازمانی در گروه مورد مطالعه نشان داد مؤلفه‌ی «از کار کردن در عرصه‌ی فوریت‌های پزشکی

جدول ۲: رابطه‌ی ابعاد تعهد سازمانی و مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

ابعاد مورد مطالعه	تعهد عاطفی	تعهد مستمر	تعهد تکلیفی	تعهد سازمانی
سن	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد
سابقه‌ی کار	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد	رابطه ندارد
میزان تحصیلات	رابطه ندارد	رابطه ندارد	$r = -0.345$	$r = -0.267$
وضعیت استخدامی	رابطه ندارد	رابطه دارد	رابطه معکوس	رابطه معکوس
			$P < 0.001$	$P < 0.005$

خود به نتیجه‌ای مشابه نتایج این تحقیق دست یافته است. در مطالعه‌ی وی ۶۸/۱ درصد پاسخگویان دارای تعهد بالایی بودند. مطالعه‌ی حمیدی (۲۴) نیز نشان داد میزان تعهد عاطفی کارشناسان سازمان‌های ورزشی کشور در سطحی به نسبت بالایی قرار دارد. در مطالعه‌ی مهدوی (۲۸) نیز تعهد عاطفی در کارکنان بیمارستان‌های دولتی و تأمین اجتماعی در سطح بالایی نسبت به تعهد مستمر و تکلیفی قرار داشته است. سطح تعهد مستمر در گروه مورد مطالعه در وضعیت متوسطی قرار داشت. نتایج این مطالعه مشابه نتایج مطالعات حمیدی (۲۴) و مهدوی (۲۸) می‌باشد. در دو مطالعه‌ی مذکور نیز تعهد مستمر کارکنان از یک وضعیت متوسطی برخوردار بود. یکسان بودن تقریبی وضعیت تعهد مستمر در میان افراد مورد مطالعه می‌تواند بر این مسأله دلالت داشته باشد که افراد به لحاظ «نیاز» به ماندن در مشاغل دولتی در وضعیت مشابهی قرار دارند؛ به این معنی که کلیه‌ی کارکنان مورد مطالعه، نگرش تقریباً یکسانی نسبت به هزینه‌های ناشی از ترک مشاغل دولتی دارند (۲۶).

تعهد تکلیفی در گروه مطالعه در وضعیت رتبه‌ی دوم و وضعیت متوسط قرار داشت. بر اساس تحقیقات انجام شده، بالا بردن تعهد تکلیفی نشان دهنده‌ی مطلوب بودن اثرپذیری اجتماعی (اجتماعی شدن) فرهنگی، خانوادگی و سازمانی است. از آن‌جا که سازمان پادشاهی به کارکنان داده یا این‌که هزینه‌هایی برای افراد صرف نموده است، کارکنان احساس می‌کنند دینی بر عهده‌ی آن‌ها است و بدین ترتیب نسبت به سازمان احساس تعهد خواهند کرد، تعهدی که مبتنی بر قدرشناسی از سازمان و وظیفه‌شناسی آنان است (۹).

در مطالعه‌ی حاجی بابایی (۲۷)، ۵۳/۷ درصد افراد دارای تعهد تکلیفی بودند که با یافته‌های مطالعه‌ی مذکور نزدیکی دارد. همچنین در مطالعه‌ی حمیدی (۲۴) و مطالعه‌ی مهدوی (۲۸) نیز تعهد تکلیفی در سطح متوسط قرار گرفته است.

در کل مجموع نتایج به دست آمده از مقایسه‌ی انواع تعهد، نشان داد کارکنان گروه مورد مطالعه از تعهد سازمانی متوسط رو به بالایی برخوردار می‌باشند.

احساس افتخار می‌کنم» با میانگین ۳/۳۳ در بعد تعهد عاطفی و مؤلفه‌ی «سازمان‌های دیگر منافع و مزایای من را مانند این مرکز برآورده نمی‌سازند» با میانگین ۱/۵۹ از بعد مستمر به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین امتیازات را به خود اختصاص دادند.

## بحث

در این بررسی میزان تعهد سازمانی در بین کارکنان در وضعیت متوسط (۵۹/۷۹) قرار داشت. فرهنگ سازمانی (۲۰) ارزش‌ها و منصفانه بودن سیاست‌های سازمانی، تمرکززدایی، رقابت، چالش‌های شغلی و میزان استقلال فردی (۲۱) از عوامل تأثیرگذار بر تعهد سازمانی می‌باشد که به اثبات رسیده است. بر اساس مطالعات انجام شده، تعهد بالا منجر به رضایت شغلی بالاتر (۲۲) و ترک خدمت کمتر (۲۳) می‌شود. بنابراین می‌توان گفت که رضایت‌مندی شغلی در گروه مورد مطالعه از وضعیت متوسط به نسبت بالایی برخوردار بود. در مطالعه‌ی حمیدی (۲۴) میزان تعهد سازمانی در سازمان‌های ورزشی کشور در سطح متوسط بود. مصدق راد (۲۵) نیز در مطالعه‌ی خود بر روی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان میزان تعهد سازمانی را متوسط گزارش نموده است. همچنین سجادی و همکاران (۱۰) در مطالعه بر روی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان میانگین تعهد سازمانی را معادل ۵۸/۴ محاسبه نمودند. اما نحریر و همکاران (۷) در مطالعه‌ی خود در زمینه‌ی ارتباط رضایت شغلی و تعهد سازمانی میانگین تعهد سازمانی در پرستاران رسمی را ۴۰ درصد به دست آوردند که حاکی از سطح پایین تعهد در نیروی رسمی شاغل در سازمان‌های دولتی می‌باشد. البته وی به ارتباط معنی‌داری میان تعهد سازمانی و رضایت شغلی اشاره نموده است. این نتایج با مطالعه‌ی کمالی و همکاران (۲۶) در زمینه‌ی ارتباط رضایت شغلی و تعهد سازمانی تطابق دارد.

در میان ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد، در مطالعه‌ی حاضر سطح تعهد عاطفی نسبت به تعهد مستمر و تکلیفی در سطح بالایی و وضعیت زیاد قرار داشت. حاجی بابایی (۲۷) نیز در مطالعه‌ی

چرا که این بعد اشاره به وفاداری کارکنان به سازمان دارد و در سازمانی نظیر مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی که به طور مستقیم با جان افراد آسیب دیده درگیر می‌باشد و کوچک‌ترین غفلت مجر به مرگ یک انسان می‌گردد این موضوع اهمیت دوجندانی دارد و در کل در سازمان‌های سلامت این اهمیت چشمگیرتر است؛ چرا که هسته‌ی اصلی همه‌ی فعالیت‌ها و کلیه‌ی خدمات ارایه شده به جامعه تحت تأثیر نیروی انسانی می‌باشد. از طرفی تعهد عاطفی بالای کارکنان سازمان می‌تواند فرصت مناسبی جهت ارتقای عملکرد سازمانی می‌باشد. همچنین در جهت افزایش میزان تعهد سازمانی و راهکارهایی چون بالا بردن امنیت شغلی کارکنان، اصلاح نظام‌های استخدامی و ساختارهای تشکیلاتی، جذب مدیران جدید از درون سازمان، غنی‌سازی شغلی، ایجاد تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی، ارایه‌ی آموزش‌های مناسب و توجیهی قبل از استخدام و انتصاب و فراهم نمودن شرایط ادامه‌ی تحصیل، اجرای برنامه‌های تشویقی و توسعه‌ی مهارت‌های شغلی کارکنان می‌تواند مؤثر باشد. البته لازم به ذکر است که گسترش مطالعات در حوزه‌ی مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی به ویژه در شناسایی عوامل مرتبط با رضایت شغلی و تأثیر آن بر تعهد سازمانی و سایر مؤلفه‌های مؤثر بر عملکرد سازمان می‌تواند تأثیر بسزایی در مدیریت این سازمان داشته باشد.

### پیشنهادهای

نتایج پژوهش نشان می‌دهد در جهت افزایش میزان تعهد سازمانی راهکارهای زیر می‌تواند مؤثر باشد:

- تلاش در جهت افزایش امنیت شغلی کارکنان
- اصلاح نظام‌های استخدامی و ساختارهای تشکیلاتی
- لحاظ نمودن راهکارهای درون سازمانی و جذب مدیران جدید از درون سازمان، با وجود محدودیت‌های امکان دخالت در بازار کار
- تلاش در جهت غنی‌سازی شغلی
- ایجاد تغییرات مثبت در فرهنگ سازمانی

نتیجه‌ی دیگری که در پژوهش حاضر به دست آمده ارتباط بین ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد است. به طوری که بین نمره‌ی تعهد عاطفی و نمره‌ی تعهد مستمر در افراد مورد مطالعه رابطه‌ی مستقیم وجود دارد؛ به عبارتی هر چه تعهد عاطفی افزایش یابد، تعهد مستمر افزایش می‌یابد. همچنین بین نمره‌ی تعهد عاطفی و تعهد تکلیفی اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده شد؛ به طوری که بین این دو بعد از تعهد، یک رابطه‌ی مستقیم وجود دارد.

در زمینه‌ی ارتباط مشخصات دموگرافیک با ابعاد سه‌گانه‌ی تعهد سازمانی شاهد این موضوع می‌باشیم که از میان مؤلفه‌های مورد بررسی تحصیلات و وضعیت استخدام تأثیرات بیشتری بر ابعاد داشته است؛ به طوری که تعهد تکلیفی و تعهد کل با تحصیلات رابطه‌ی معکوس داشته است و همچنین بین نوع استخدام و ابعاد تعهد مستمر، تعهد تکلیفی و تعهد سازمانی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. اما در مورد مؤلفه‌های سن و سابقه‌ی کار نتایج معنی‌دار مشاهده نگردید. این یافته‌ها با مطالعه‌ی سجادی و همکاران (۱۰) تطابق داشته است. آن‌ها در مطالعه‌ی خود به تعهد تکلیفی و مستمر و تعهد کل بیشتر کارکنان قراردادی نسبت به سایر گروه‌های مورد مطالعه اشاره نموده‌اند که با یافته‌های حاکی از این مطالعه تطابق دارد. البته این داده‌ها با مطالعه‌ی نحیر و همکاران (۷) مطابقت نداشته است به طوری که آن‌ها اشاره نموده‌اند که تعهد سازمانی با متغیرهای مسکن و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری داشته و با متغیرهای جنسیت و سطح تحصیلات و پست سازمانی ارتباط معنی‌داری نداشته است. لازم به ذکر است که عوامل متعددی بر مقوله‌ی تعهد سازمانی در سازمان تأثیرات مثبت و منفی داشته و تنها منحصر به مشخصات دموگرافیک نمی‌باشد.

### نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان بیان نمود که ضرورت تمرکز بر مقوله‌ی تعهد سازمانی به ویژه بعد تعهد مستمر اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانیم تا از همکاری و مشارکت کلیه پرسنل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان اصفهان تشکر نماییم.

• ارایه‌ی آموزش‌های مناسب و توجیهی قبل از استخدام

و انتصاب

• فراهم نمودن شرایط ادامه‌ی تحصیل، اجرای

برنامه‌های تشویقی و توسعه‌ی مهارت‌های شغلی کارکنان

### References

1. Khaghanizade M, Vafadar Z, Salari MM. Recommendations for administrating suggestion system. Homaye Salamat 2007; 4(5): 13-7. [In Persian].
2. Haji Amini Z, Vafadar Z, Rahmani R, Khaghanizade M, Daneshmandi M. Effect of implementation of suggestions' system on the extend of organizational commitment of the personnel working in ICU. Iran J Crit Care Nurs 2009; 2(1): 21-6. [In Persian].
3. Hersey P, Blanchard KH, Johnson DE. Management of Organizational Behavior: Leading Human Resources. 9<sup>th</sup> ed. New York, NY: Pearson Prentice Hall, 2008.
4. Hoseineian SH, Majidi A, Habibi A. Effective Factors on Organizational Commitment to increase Human Resource Effectiveness. Danesh-e-Entezami 2007; 9(2): 9-25. [In Persian].
5. Tuten TL, Neidermeyer PE. Performance, satisfaction and turnover in call centers: The effects of stress and optimism. Journal of Business Research 2004; 57(1): 26-34.
6. Raesi Z. Effect of empowerment strategies on the rate capability of nursing staff of cardiac and neurosurgical critical care units of Shahid Beheshti hospital of Shiraz [MSc Thesis]. Shiraz, Iran: Shiraz University of Medical Sciences; 2004. [In Persian].
7. Nehrir B, Ebadi A, Tofighi Sh, Karimi Zarchi AA, Honarvar H. Relationship of job satisfaction and organizational commitment in hospital nurses. J Mil Med 2010; 12(1): 23-6. [In Persian].
8. Yaghoubi M, Karimi S, Raesi A, Javadi M, Sharbafchi N. A study of relationship between the learning organization and organizational commitment among managers in educational hospitals of Isfahan University of Medical Sciences. Health Information Management 2010; 7(2): 225-34. [In Persian].
9. Saroughi A. Survey on effects of organizational Commitment on Job Quitting in managers & Staff of rah-ahan Company. [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Management, Tehran University; 2003. [In Persian].
10. Sajadi H, Khamesipoor M, Hassanzadeh A, Vali L. Organizational commitment and job quitting among staff in Administrative chancellery of Isfahan University of Medical Sciences. Iran Occupational Health 2009; 6(3): 32-40. [In Persian].
11. Chang CS, Chang HC. Perceptions of internal marketing and organizational commitment by nurses. J Adv Nurs 2009; 65(1): 92-100.
12. Meyer JP, Allen NJ. Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application. New York, NY: SAGE; 1997.
13. Powell DM, Meyer JP. Side-Bet Theory and the Three-Component Model of Organizational Commitment. Journal of Vocational Behavior 2004; 65(1): 157-77.
14. Leach LS. Nurse executive transformational leadership and organizational commitment. J Nurs Adm 2005; 35(5): 228-37.
15. Morhead G. Organizational Behavior. Trans. Alvani M, Meamarzadeh Gh. Tehran, Iran: Morvarid Publication; 2001. [In Persian].
16. Sahebzadeh M, Sheibani D. Satisfaction among clients from Disaster Management & Emergency Medical Services Center in transmit to Isfahan hospitals [Project]. Isfahan, Iran: School of Management and Medical Information Science, Isfahan University of Medical Sciences; 2008. [In Persian].
17. Yaghobi M, Saghaeian Nejad S, Norozi M, Rezaie F. Relation between Organization Commitment, Job Stress & Organization Justice among Isfahan University of Medical Science Hospitals. J Health Adm 2009; 12(35): 25-32. [In Persian].
18. Laka Mathebula MR. Modeling the relationship between organizational commitment, leadership style, human resources management practices and organizational trust [Doctoral Thesis]. Pretoria, South Africa: School of economic and management sciences, University of Pretoria; 2004.

19. Schoorman FD, Mayer RC, Davis JH. An integrative model of organization trust: past, present and future. *Academy of Management Review* 2007; 32(2): 344–54.
20. Porter LW, Bigley GA, Steers RM. *Motivation and work behavior*. New York, NY: McGraw-Hill/Irwin; 2003.
21. Allen NJ, Meyer JP. The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology* 1990; 63(1): 1-18.
22. Talebpour M. Analysis of job attitudes of managers, staff and faculty members in schools of physical education and their relationship with organizational climate. [PhD Thesis]. School of Physical Education and Sports Sciences, Tehran University; 2006. [In Persian].
23. Golkar T. Survey on Comments of MA and Ph.D. employed in Shiraz education, about some reasons for job quitting of education professionals [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran; 2005. [In Persian].
24. Hamidi M. Relationship between organizational structure, organizational effectiveness and commitment of staff in the areas of sports organizations [PhD Thesis]. Tehran Iran: School of Physical Education, University of Tehran; 2000. [In Persian].
25. Mossadeghrad AM. A survey about the relationship between job satisfaction and organizational commitment among staffs of Isfahan University of Medical Sciences hospitals [Project]. Isfahan, Iran: School of Management and Medical Information Science, Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
26. Kamali M, Soltani Nejad A, Tourani S. Relationship between organizational commitment and job satisfaction of psychiatric hospital. *Zahedan J Res Med Sci* 2010; 12(2): 51. [In Persian].
27. Haji Babaei M. Research on the impact of organizational culture on organizational commitment of employees in Asia Insurance Company [MSc Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2008. [In Persian].
28. Mahdavi M. A comparative study of organizational commitment and desire to Job quitting in public Tehran hospitals [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Health and Medical Research, Tehran University; 2006. [In Persian].

## Organizational Commitment of Staff in Isfahan Emergency Medical and Disaster Management Center, Iran\*

Sayed Mohammad Ehsan Farahabadi<sup>1</sup>; Marzieh Fattahi<sup>2</sup>; Mehrzad Artang, MD<sup>3</sup>; Akbar Hassanzadeh<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** One of the most important duties of manager is to organize and maintain enterprise systems. Managers are responsible for the amount and type of employee commitment to the values of organization. Committed and loyal workforces have significant impact on health service delivery in health organization. The purpose of this study was to identify average of three dimensions of commitment (i.e. affective, continuous and normative commitment) of disaster management and emergency medical staff.

**Methods:** This cross-sectional study was carried out in 2011. The staffs of Isfahan Emergency Medical and Disaster Management Center (Iran) were the study subjects. Sample size was estimated as 128 subjects using simple random sampling with 0.2 as the accuracy of sampling. Data were collected using questionnaire that its validity and reliability had been tested in past studies. Data were analyzed by SPSS software and application of Spearman correlation and analysis of variance (ANOVA).

**Results:** The mean score of organizational commitment was 59.7. The score of affective commitment was 69.2 (first rank), continuance commitment was 50.6 (third rank) and normative commitment was 56.4 (second rank). The maximum score was 100.

**Conclusion:** Due to the critical role of emergency medical staff in ensuring the health of people and save them in case of accidents, it is essential for managers to concentrate on organizational culture and also continuous commitment by activities such as increasing job security, creating positive changes in organizational culture, providing appropriate training and orientation before the recruitment. Incentive programs with the aim of increasing organizational commitment in employees could be another solution.

**Keywords:** Organizational Commitment; Personnel; Emergency Medical Services

Received: 21 Jan, 2012

Accepted: 7 Nov, 2012

**Citation:** Farahabadi SME, Fattahi M, Artang M, Hassanzadeh A. **Organizational Commitment of Staff in Isfahan Emergency Medical and Disaster Management Center, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 997-1005.

\* Research Article of Research Deputy of Isfahan University of Medical Sciences, No: 190042.

1- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Health Services Management, Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: marziyeh.fattahi@yahoo.com

3- Disaster Management and Emergency Medicine Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Lecturer, Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# ممیزی بالینی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه\*

محمد حسین یارمحمدیان<sup>۱</sup>، فرخ مجاهد<sup>۲</sup>، رضا قلی وحیدی<sup>۳</sup>، کمال قلی پور<sup>۴</sup>،  
آزاد شکری<sup>۵</sup>، وحید راثی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** یکی از مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود، ترخیص بدون توصیه پزشک است که علاوه بر موانعی که در روند درمان بیماری ایجاد می‌کند، بیمارستان‌ها را هم با مشکلات اساسی مواجه می‌کند. هدف این مطالعه، تعیین فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی و انجام مداخلات مناسب و امکان‌پذیر جهت کاهش آن در بیمارستان مورد مطالعه بود.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع قبل و بعد بود که در سال ۹۱-۱۳۹۰ در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه اجرا گردید. ابتدا بر اساس فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی جمع‌آوری شده در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان و نظرسنجی از پرستاران، میزان و دلایل ترخیص با رضایت شخصی استخراج و آنالیز شد. مداخلات مناسب از جمله ایجاد ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، اطلاع‌رسانی صحیح در زمان پذیرش و برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط تیم حاکمیت بالینی بیمارستان انتخاب شد و ۴ ماه پس از اجرای مداخلات، این اطلاعات دوباره آنالیز و با نتایج قبل از مداخله مقایسه شد. داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار Excel تحلیل و اطلاعات در قالب آمار توصیفی ارائه شد.

**یافته‌ها:** میزان ترخیص با رضایت شخصی قبل از انجام مداخلات ۴/۶ درصد بود. این میزان ۴ ماه بعد از اجرای مداخلات به ۲/۸ درصد کاهش یافت. ناتوانی در پرداخت هزینه‌ها، مشکلات خانوادگی و شخصی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان و دوره‌ی طولانی درمان بیشترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان مورد پژوهش بود.

**نتیجه‌گیری:** بیماران به دلایل متفاوت، بیمارستان را با وجود توصیه‌ی پزشکان ترک می‌کنند. شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی، یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد. ارتقای ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار، ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان و استفاده از مددکاران اجتماعی راه کارهای مناسبی برای کاهش این میزان هستند.

**واژه‌های کلیدی:** ترخیص بیمار؛ رضایت شخصی؛ ممیزی بالینی؛ حاکمیت بالینی؛ مدیریت بیمارستان

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

۱- دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC)، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۵- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲۷ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** یارمحمدیان محمد حسین، مجاهد فرخ، وحیدی رضا قلی، قلی‌پور کمال، شکری آزاد، راثی وحید. **ممیزی بالینی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان دکتر صولتی ارومیه.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۱۴-۱۰۰۶.

## مقدمه

امروزه دغدغه‌ی بسیاری از مردم کشورهای جهان اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، دسترسی به خدمات سلامت با بهترین کیفیت ممکن است. افراط و تفریط در ارائه و استفاده از خدمات نظام سلامت منجر به پیدایش شکاف عمیق بین



ناکافی، آموزشی بودن بیمارستان (۱۱).

در حدود ۲/۲-۰/۸ درصد از بیماران بستری در ایالات متحده بدون توصیه‌ی پزشکان از بیمارستان ترخیص می‌شوند و این میزان در کانادا حدود یک درصد می‌باشد (۱۳، ۱۲، ۵). البته در تحقیقات انجام شده در بیمارستان‌های مختلف، این میزان بسیار متغیر می‌باشد؛ به طوری که در بیمارستان‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی میزان ترخیص با رضایت شخصی بیشتر از ۲۰ درصد نیز گزارش شده است (۱۴، ۳). میزان شیوع ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان در کشورهای در حال توسعه حدود ۰/۷ درصد تا ۲/۸ درصد بیشتر از کشورهای توسعه یافته است (۱۷-۱۵). فاکتورهای تعیین کننده‌ی ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان در مطالعات انجام گرفته شامل موارد زیر می‌باشد: سنین پایین‌تر، مردان، سیاه‌پوستان، وجود اختلالات روانی، سابقه‌ی استفاده از مواد مخدر، پذیرش‌های اورژانسی، سابقه‌ی بستری در بیمارستان، نداشتن بیمه‌ی سلامتی و سابقه‌ی ترخیص با رضایت شخصی (۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۴).

ترخیص با رضایت شخصی و با وجود توصیه‌ی پزشکان تأثیر منفی بر نتایج درمان، استفاده از منابع درمانی و درگیری پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها در دعاوی قضایی دارد و می‌تواند بیمار را مجبور به پذیرش مجدد در بیمارستان بکند. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ترخیص با رضایت شخصی قوی‌ترین عامل پیش‌گویی کننده برای پذیرش مجدد در ۱۵ روز اول بعد از ترخیص می‌باشد. ترخیص با رضایت شخصی ۱۰ درصد بستری مجدد در کانادا را تشکیل می‌دهد که می‌تواند باعث تحمیل هزینه‌های اضافی به خود فرد و سیستم سلامت شود (۲۱، ۲۰، ۱۶، ۱۲). Glick و همکاران در سال ۱۹۸۱ میلادی با ارایه‌ی شواهد معتبر از پیگیری وضعیت سلامت بیمارانی که بدون توصیه‌ی پزشکان ترخیص شده بودند، نشان داد که بیمارانی که بدون توصیه‌ی پزشکان ترخیص شده‌اند، نتایج درمانی ضعیف‌تری از سایر بیمارانی ترخیص شده دارند (۲۲).

نتایج یک مطالعه در سال ۲۰۰۳ میلادی نشان داد که

کیفیت خدمات ارایه شده و توان بالقوه‌ی نظام سلامت شده است و از سوی دیگر این خدمات نابه‌جا، هزینه‌های گزاف بر نظام سلامت تحمیل می‌نماید. یکی از مهمترین شاخص‌های کیفیت ارایه‌ی خدمت در بخش بهداشت و درمان، میزان رضایتمندی مراجعان است و رضایت بیمار از خدمات ارایه شده به عنوان یکی از ابزارهای ارزشیابی مراکز درمانی می‌باشد (۲، ۱).

رضایتمندی بیمار بخش مهمی از کیفیت نتایج درمان در بیمارستان می‌باشد. بیماران ناراضی، کمتر دستورات پزشکان را رعایت می‌کنند و به احتمال زیاد پزشک یا سیستم درمانی خود را تغییر می‌دهند. یکی از مشکلاتی که در پی نارضایتی بیماران ایجاد می‌شود، ترخیص بدون توصیه‌ی پزشک است که علاوه بر ایجاد موانع در روند درمان بیماری، بیمارستان‌ها را هم با مشکلات اساسی مواجه می‌کند (۵-۳). Onukwugha و همکاران در مطالعه‌ی خود عنوان کردند که ترخیص با رضایت شخصی همبستگی منفی با کیفیت خدمات ارایه شده در بیمارستان دارد (۶). ترخیص با رضایت شخصی به ترک بیمار از بیمارستان بدون توصیه‌ی پزشک و زودتر از موعد مقرر گفته می‌شود که باعث ایجاد مشکلات در روند درمان بیماری می‌شود (۸، ۷).

دلایل ترخیص با رضایت شخصی را می‌توان در دو دسته‌ی متغیرهای بیمار و متغیرهای ارایه دهنده‌ی خدمت تقسیم‌بندی کرد. متغیرهای بیمار شامل سن، جنس، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، داشتن بیمه، سابقه‌ی مصرف مواد، داشتن سابقه‌ی ترخیص بدون رضایت شخصی و تاریخچه بیماری می‌باشد (۹). متغیرهای ارایه دهنده‌ی خدمت شامل خطمشی‌های ترخیص، محیط بیمارستان، نبود ارتباط مناسب، جو فشار و تهدید در بیمارستان، نداشتن پرسنل کافی و عدم ارایه‌ی خدمات مناسب می‌باشد (۱۰). نتایج بررسی Raimi و Alebiosu نشان می‌دهد که بیماران به دلایل زیر بیمارستان را ترک می‌کنند: نارضایتی از روند درمان، مشکلات خانوادگی و مالی، احساس بهبودی، ترجیح دادن بیمارستان‌های دیگر، نارضایتی از محیط بیمارستان، درمان

مشخص کردن دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه بیماران و پرستاران، مداخلات مؤثر و امکان‌پذیر را با استفاده از روش ممیزی بالینی که روشی برای ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در نظام سلامت است را برای کاهش این میزان به کار بندد. این یافته‌ها می‌تواند از سوی پزشکان، مدیران بهداشتی و سیاستگذاران نظام سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع مداخله‌ای قبل و بعد بود و جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی بیمارانی می‌شد که در طی سال ۹۱-۱۳۹۰ با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص شده بودند. برای این منظور ابتدا فرم‌های ترخیص با رضایت شخصی موجود در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان که در زمان ترخیص با رضایت شخصی بیماران از آن استفاده می‌شود و بیمار و همراه وی می‌بایست آن را امضا و اثر انگشت بزنند، دلایل ترخیص با رضایت شخصی استخراج شد. در این فرم دلایل ترخیص به چهار دسته شامل: عوامل مرتبط با پرسنل، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با بخش بستری و عوامل شخصی می‌باشد که بر اساس نظر صاحب‌نظران گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تدوین و تأیید شده بود. هر کدام از این موضوعات هم دارای زیر موضوعات مرتبط می‌باشد. ابتدا دلایل ترخیص با رضایت شخصی از تمام فرم‌های مربوط که در طول سال ۱۳۹۰ جمع‌آوری و در دفتر حاکمیت بالینی بیمارستان بایگانی شده بود، استخراج شد. سپس برای کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری نیز پرسش‌نامه‌های باز طراحی و از آن‌ها درخواست شد که ۱۰ مورد از دلایل ترخیص با رضایت شخصی را به ترتیب اولویت مشخص کنند. بعد از تجزیه و تحلیل نتایج به دست آمده و تعیین مهمترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی، جلسه‌ای با مسؤولین بیمارستان در کمیته‌ی مدیریت کیفیت و حاکمیت بالینی برگزار و در مورد مداخلات جهت کاهش این میزان بحث و بررسی انجام گرفت و مداخلاتی را که از نظر

مشکلات شخصی یا خانوادگی، احساس بهبودی، نارضایتی از درمان انجام شده، احساس یکنواختی و خستگی از محیط بیمارستان از جمله عواملی هستند که باعث ترخیص با رضایت شخصی می‌شوند (۲۱). تقاضای بیمار برای ترخیص با رضایت شخصی بین حقوق بیمار، وظایف پزشکان و علایق و مسؤولیت بیمه‌ها تضاد ایجاد می‌کند و پزشکان در تضاد بین خواسته‌ی بیماران بر اساس حق استقلال و انتخاب بهترین شیوه‌ی درمان قرار می‌گیرند (۲۴، ۲۳، ۲۰).

با توجه به اهمیت و وسعت موضوع، شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد (۲۵). بنابراین ابتدا باید عوامل تأثیرگذار بر ترخیص با رضایت شخصی شناسایی شود و سپس از روش‌های مناسب برای کاهش آن استفاده برد. بیمارستان‌ها از راه‌کارهایی مانند برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پزشکان و پرستاران، ایجاد فرهنگ برقراری ارتباط مؤثر با بیمار، استفاده از مددکاران اجتماعی و تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران توسط روان‌شناسان برای کاهش ترخیص با رضایت شخصی استفاده می‌کنند. برای ارتقای عملکرد نظام سلامت به ابزارهایی نیازمند هستیم تا اطمینان حاصل شود که خدمات سلامت بر اساس جدیدترین و معتبرترین دانش موجود و با بهترین کیفیت ممکن ارائه می‌گردد. یکی از مؤثرترین ابزارها در این زمینه ممیزی بالینی (Clinical audit) است. ممیزی بالینی رویکردی نظام‌مند و مبتنی بر شواهد معتبر و در قالب استانداردها است و به ما اطمینان می‌بخشد که کیفیت خدمات سلامت به صورت پیوسته ارتقا می‌یابد (۲).

با وجود کارکردها و تأثیرات بالینی، اقتصادی، اخلاقی و متدولوژیکی ترخیص بدون توصیه‌ی پزشکان، در این زمینه به ویژه در کشورهای در حال توسعه تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. با توجه به این که تعداد بیمارانی که بیمارستان را با میل شخصی یا به عبارتی بر خلاف توصیه‌ی پزشکی ترک می‌نمایند، می‌تواند نشانگر نارضایتی بیماران و یک مشکل با اهمیت قابل توجه باشد، این مطالعه بر آن است تا با

بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد و میزان پذیرش و ترخیص‌های اورژانس در آن لحاظ نشده است.

در حیطه‌ی عوامل شخصی ترخیص با رضایت شخصی، ناتوانایی در پرداخت هزینه‌ها و مشکلات کاری و خانوادگی مهمترین دلایل ترخیص ذکر شده بود. در بخش عوامل مرتبط با بخش بستری احساس دلتنگی، کمبود امکانات رفاهی، کمبود تجهیزات و شلوغی و ازدحام بخش‌های بستری بیشترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده بود.

احساس بهبودی، قضاوت بیمار از عدم تشخیص بیماری و دوره‌ی درمان طولانی مدت از جمله عوامل مرتبط با درمان بود که در ترخیص با رضایت شخصی در طول یک سال گذشته بیشترین تأثیر را داشت. نسبت به عوامل دیگر، نارضایتی از پرسنل بیمارستان تأثیر کمتری را در ترخیص با رضایت شغلی داشت و ۱۶/۵ درصد دلیل ترخیص با رضایت شخصی را نارضایتی از رسیدگی و برخورد پرسنل بیمارستان ذکر کرده‌اند. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نظرسنجی پرستاران شاغل در بخش‌های بستری نیز در مورد الویت‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه آنان در جدول زیر آمده است (جدول ۱).

همان طور که در جدول ۲ آمده است، هزینه‌های درمانی، مشکلات شخصی و خانوادگی و توصیه‌ی پزشکان از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های بستری بیشترین تأثیر را در میزان ترخیص با رضایت شخصی به خود اختصاص داده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات همچنین نشان داد که ۱۱۷ (۴۹/۳ درصد) نفر از بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی ذکر کرده‌اند که بعد از مرخص شدن از

اجزایی در بیمارستان امکان‌پذیر بود، بر اساس ماتریس اولویت‌بندی و انتخاب مشخص شد و با همکاری مدیران و کارکنان بیمارستان این مداخلات از ۱۵ اسفند سال ۹۰ اجرا شد. بعد از گذشت ۴ ماه دوباره اقدام به جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل این اطلاعات شد و نتایج حاصل قبل و بعد از مداخله با هم مقایسه گردید. لازم به ذکر است که بیماران و یا همراهان بیمار می‌توانستند بیشتر از یک دلیل را برای ترخیص با رضایت شخصی انتخاب کنند. برای تحلیل داده‌های کمی از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۱۷ (SPSS Inc., version 17, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد. داده‌ها برای متغیرهای کیفی فراوانی (درصد) گزارش شد. همچنین در زمینه‌ی دلایل ترخیص با رضایت شخصی بر اساس پرسش‌نامه‌های باز آرایه شده برای کارکنان از تحلیل محتوا استفاده شد و بیشترین مفاهیم و دلایلی که به عنوان عامل ترخیص با رضایت شخصی ذکر شده بود، شناسایی شد.

### یافته‌ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۰ به طور کلی ۲۳۷ مورد ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان وجود داشته است. این بیمارستان خصوصی می‌باشد و ۶۹ تخت فعال دارد. میزان کل پذیرش‌ها در بخش‌های بستری بیمارستان در طول سال ۵۱۳۷ نفر بوده است. درصد ترخیص با رضایت شخصی در این بیمارستان ۴/۶ درصد بود. دسته‌بندی علل ترخیص با رضایت شخصی در جدول زیر آمده است. لازم به ذکر است که میزان پذیرش‌های صورت گرفته مربوط به بخش‌های بستری و

جدول ۱: فراوانی دلایل ترخیص با رضایت شخصی در سال ۹۰ و ۹۱

شماره	دلایل کلی ترخیص با رضایت شخصی	تعداد در سال ۹۰	درصد	تعداد در ۴ ماه اول سال ۹۱	درصد
۱	عوامل مرتبط با پرسنل بیمارستان	۳۹	۱۶/۵	۱۰	۱۵/۶
۲	عوامل مرتبط با درمان	۹۳	۳۹/۲	۱۵	۲۳/۴
۳	عوامل مرتبط با بخش‌های بستری و رفاهی	۵۵	۲۳/۲	۱۷	۲۶/۵
۴	عوامل شخصی و خانوادگی	۱۲۸	۵۴/۰	۳۷	۵۸/۷

لازم به ذکر است که بیماران و یا همراهان می‌توانستند بیشتر از یک گزینه را در پرسش‌نامه‌ی مربوط انتخاب کنند.

## جدول ۲: الویت دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه پرستاران

شماره	دلایل ترخیص با رضایت شخصی از دیدگاه پرستاران به ترتیب اولویت
۱	هزینه‌های درمانی
۲	مشکلات شخصی و خانوادگی
۳	پیشنهاد پزشکان برای سلب مسؤولیت از خود
۴	نارضایتی از امکانات رفاهی
۵	نارضایتی از خدمات پزشکی
۶	عدم گرفتن نتیجه‌ی مطلوب از فرایند درمان

مدیریت کیفیت بیمارستان راه کارها و مداخلات انتخاب شده از سوی کارکنان و مدیریت که در شکل ۱ آورده شده است را برای کاهش این میزان به کار گرفت و نتایج بعد از ۴ ماه دوباره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تأثیر راه کارها و مداخلات صورت گرفته بررسی شود (شکل ۱).

در چهار ماه اول اجرای مداخلات جهت کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی، این میزان ۶۴ نفر بود. میزان پذیرش بیمارستان در مقایسه با مدت مشابه سال قبل افزایش داشته بود و در چهار ماه بعد از اجرای مداخلات ۲۲۸۷ بیمار پذیرش شده بودند و میزان ترخیص با رضایت شخصی در چهار ماه بعد از اجرای مداخلات به ۲/۸ درصد کاهش یافت. همچنین عوامل شخصی و خانوادگی همچنان بیشترین تأثیر را در میزان ترخیص با رضایت شخصی داشت (حدود ۳۷ نفر) و در زمینه‌ی عوامل مرتبط با درمان و بخش‌های بستری این میزان کاهش یافته بود. این اطلاعات در جدول ۱ آورده شده است.

بیمارستان به خانه می‌روند و ۸۳ نفر (۳۵ درصد) از بیماران هم گفته‌اند که برای ادامه‌ی روند درمان به مراکز درمانی شهر مراجعه خواهند کرد و ۳۷ نفر (۱۵/۶ درصد) از بیماران عنوان کرده‌اند که برای ادامه‌ی درمان به مراکز درمانی خارج از استان مراجعه خواهند نمود. بعد از بررسی دلایل ترخیص با رضایت شخصی و بدون توصیه‌ی پزشکان تیم

- ❖ برقراری ارتباط مؤثر بین پزشکان و بیماران
- ❖ جهت جلوگیری از ترخیص با رضایت شخصی که از وضعیت مالی ناشی می‌شود، مسؤولین پذیرش هزینه‌های احتمالی بستری و اعمال جراحی را به اطلاع بیماران و همراهان برسانند.
- ❖ ترخیص با رضایت شخصی با حضور پزشک معالج و سرپرستار بخش صورت گیرد و عوارض و مشکلات ناشی از ترخیص بدون توصیه‌ی پزشکان به بیمار و همراهان وی گوشزد شود.
- ❖ بیمار دلیل ترخیص بدون رضایت پزشک را به کتبی و زبانی اعلام کند.
- ❖ اگر ترخیص با رضایت شخصی به دلیل عوامل مالی است، بخش حسابداری بیمارستان تا جایی که امکان دارد و با هماهنگی با مدیریت بیمارستان در این زمینه با مریض و خانواده‌ی وی همکاری نماید.
- ❖ تجهیزات درمانی مورد نیاز که یکی از دلایل ترخیص می‌باشد، لیست شده است و اقدام به فراهم آوردن آن‌ها شود.
- ❖ بیمارانی که دارای اختلالات روانی هستند، از سوی پزشک شناسایی شده است و این وضعیت به اطلاع همراهان وی برسد.
- ❖ در هر صورت پزشکان حق ندارند که برای سلب مسؤولیت قانونی از خود، بیمار را وادار به ترخیص با رضایت شخصی کنند و این موضوع از طرف ریاست بیمارستان و صورت کتبی به پزشکان اعلام شود.
- ❖ در صورت عدم قبول دستورات پزشکی با توجه به حقوق بیمار با تصمیم وی موافقت شود و از بیمار و همراهان خواسته شود که در صورت بروز مشکل با پزشک تماس گرفته شود و بعد از دو هفته بیمار برای پیگیری وضعیت به بیمارستان مراجعه کند.
- ❖ ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار از سوی پزشکان مورد توجه قرار گیرد.
- ❖ ترخیص با رضایت شخصی در سیستم HIS (Hospital information system) بیمارستان ثبت شود و به پزشکانی که بیماران ترخیص شده با رضایت شخصی بیشتری دارند، اطلاع داده شود.
- ❖ برگزاری کلاس‌های آموزشی با پزشکان برای توجیه مناسب بیماران و عواقب ترخیص با رضایت شخصی

شکل ۱: راه کارها و مداخلات جهت کاهش ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان

## بحث

Mallardi (۲۷) در سال ۲۰۰۵ میلادی نیز به این موضوع را مورد بررسی قرار دادند و اشاره نمودند که این موضوع می‌تواند نتیجه‌ی ارتباط ضعیف پزشک معالج و بیمار در زمینه‌ی سیر بیماری و تاریخچه بیماری باشد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات این مطالعه نشان داد که گاهی پزشکان برای سلب مسؤلیت از خود بیماران را به ترخیص با رضایت شخصی ترغیب می‌کنند. در بعضی از موارد ترخیص با رضایت شخصی موجب تعقیب قانونی پزشکان شود که فقط وجود شواهدی مبنی بر عدم قصور پزشکی می‌تواند باعث موفقیت پزشکان در دفاع از خود در محاکم قضایی شود. به همین دلیل ارزیابی بیمار و مستند کردن فرایند ترخیص با رضایت شخصی ضروری است (۲۴).

نتایج دلایل ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان بوعلی در مطالعه‌ی گذشته‌نگر کبیرزاده و همکاران نشان می‌دهد که دلیل ۶۵/۷ درصد ترخیص‌ها نامعلوم است. ۱۴ درصد دلایل شخصی و ۱۳ درصد احساس بهبودی را دلیل ترخیص با رضایت شخصی ذکر کرده‌اند (۱). لازم به ذکر است که طبق خط و مشی بیمارستان مورد مطالعه، پرستار بخش برای کلیه‌ی موارد ترخیص با رضایت شخصی می‌بایست فرم مربوط را تکمیل کند. مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور محدود و پراکنده می‌باشد و مطالعه‌ی تولایی و همکاران در زمینه‌ی ترخیص با رضایت شخصی در بیمارستان بقیه‌الله ارتباطی بین سن، وضعیت تأهل و وضعیت اجتماعی اقتصادی نشان نداد. شایان ذکر است که خود نویسنده اشاره کرده است که این نتایج شاید تحت تأثیر نظامی بودن بیمارستان و حجم کم نمونه از ترخیص شدگان با رضایت شخصی باشد (۲۸). مطالعه‌ی وحدت و همکاران (به نقل از کبیرزاده و همکاران) در سال ۸۹ در بیمارستان شهید رجایی قزوین نشان داد که ۳۳ درصد از بیماران به دلیل نارضایتی از خدمات پزشکی و ۲۷/۵ درصد به خاطر پیشنهاد پزشکان و فقط ۳/۶ درصد به دلیل هزینه‌های درمانی، بیمارستان را با رضایت شخصی ترک کرده‌اند (۱). میزان ترخیص با رضایت شخصی در بیماران دارای مشکلات روانی

ترخیص با رضایت شخصی یکی از معضلات سیستم درمانی در تمام کشورهای دنیا از دیدگاه دوباره کاری‌ها، هزینه‌های ناشی از آن و همچنین اثرات مضر آن بر سیر بیماری می‌باشد. ترخیص با رضایت شخصی تحت تأثیر عوامل مختلفی است و با توجه به محیط بیمارستان آمار متفاوتی برای آن گزارش می‌شود. بر اساس مطالعه‌ی حاضر در سال ۱۳۹۰ ترخیص با رضایت شخصی در بخش‌های بستری بیمارستان دکتر صولتی ۴/۶ درصد بود و بعد از ۴ ماه از اجرای مداخلات این میزان به ۲/۸ درصد کاهش یافت. نتایج مطالعات در آمریکا و کانادا نشان می‌دهد که ۲/۲-۰/۸ درصد از بیماران بستری در ایالات متحده بدون توصیه‌ی پزشکان از بیمارستان ترخیص می‌شوند و این میزان در کانادا حدود یک درصد می‌باشد (۱۳، ۱۲، ۵). این مورد در مطالعات Seaborn و Osmun در طی دو سال ۰/۵۷ درصد (۱۷)، Devitt و همکاران طی یک سال ۲/۴ درصد (۲۴) و Berger یک درصد (۲۶)، بوده است.

یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که عوامل شخصی و مالی و عوامل مرتبط با درمان بیشترین علت ترخیص با رضایت شخصی عنوان شده است. با توجه به این که این بیمارستان خصوصی می‌باشد، بار مالی بیماری بیشتری به بیمار وارد می‌شود و دلایل مالی یکی از اصلی‌ترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی بوده است (۵۳ مورد در سال ۹۰). برای جلوگیری از این امر در قالب مداخلات انجام گرفته، مقرر شد که مسؤولین پذیرش بیمارستان، بیمار و همراهان وی را از هزینه‌های اعمال جراحی و درمانی آگاه کنند. همچنین در مواردی که عوامل مالی و اقتصادی دلیل ترخیص بدون توصیه‌ی پزشک می‌باشد، تصمیم گرفته شد که مدیریت بیمارستان تا جایی که امکان‌پذیر است با بیماران همکاری کند. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که روند ضعیف درمان و قضاوت بیمار از پاسخ نامطلوب و ضعیف به درمان اغلب به ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشک منجر می‌شود. مطالعات Devitt و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۰۰ میلادی و

پزشکان برای برقراری تعادل بین ایمنی و استقلال بیمار باید در مواردی که ترخیص ریسک بالایی را به بیمار وارد می‌کند، ظرفیت تصمیم‌گیری آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهد و در مورد ترخیص با رضایت شخصی تصمیم‌گیری کنند (۳۰).

### پیشنهادها

طراحی یک فرم استاندارد که شامل درک بیمار و همراهان وی از روند تشخیص، درمان و تبعات رد درمان که در آن دلایل ترخیص به وضوح ذکر شده باشد، می‌تواند برای بیماران، پزشکان و مدیران بیمارستان‌ها مفید واقع شود. با توجه به این که از یک طرف ترخیص با رضایت شخصی به خصوص در کشورهای در حال توسعه کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است (۲۴) و از طرف دیگر شناسایی دلایل و تعیین کننده‌های ترخیص با رضایت شخصی می‌تواند به برنامه‌ریزی در این زمینه کمک کند، انجام مطالعات آتی و گسترده‌تر در این زمینه ضرورت دارد. متأسفانه در این مطالعه امکان بررسی رابطه‌ی بین خصوصیات دموگرافیک، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی با ترخیص با وجود توصیه‌ی پزشکان امکان‌پذیر نبود. برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود که این موضوع در بیمارستان‌های دولتی و تخصصی نیز بررسی شود و وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی بیمارستان‌ها را ملزم کند که بر اساس نوع بیمارستان و شرایط محیطی از دستورالعمل‌های ترخیص با رضایت شخصی استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

بر خود فرض میدانیم از مشارکت و همراهی شرکت کنندگان در مطالعه، کارکنان و مدیران بیمارستان دکتر صولتی ارومیه که در تمامی مراحل جمع‌آوری داده و انجام مداخله حامی پژوهش حاضر بودند، کمال سپاس را داشته باشیم.

شیوع بیشتری از بیماران داخلی و جراحی دارد (۲۸). لازم به ذکر است که بیمارستان مور مطالعه‌ی ما دارای بخش روانی نبود و این موضوع نمی‌تواند جزء موارد تأثیرگذار در این زمینه باشد. سابقه‌ی ترخیص با رضایت شخصی نیز از ریسک فاکتورهای ترخیص مجدد بدون توصیه‌ی پزشکان است. مطالعه Seaborn و Osmun در یک بیمارستان عمومی نشان داد که میزان ترخیص با رضایت شخصی برای بیمارانی که حداقل یک بار سابقه‌ی آن را داشته‌اند، ۲۸/۶ درصد بیشتر است (۱۷). در صورت شناسایی این افراد می‌توان با راه‌کارهای مناسب از ترخیص‌های پیش‌بینی نشده پیش‌گیری کرد.

### نتیجه‌گیری

شناسایی ریسک فاکتورهای ترخیص با رضایت شخصی یکی از گام‌های مهم طراحی مداخلات مهم در این زمینه می‌باشد (۲۵). یکی از مداخلات مهم در این زمینه آموزش پرسنل و اطلاع‌رسانی به بیماران می‌باشد. Akiode و همکاران در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مناسب، افزایش سطح مهارت‌های پرسنل و تسهیلات بیمارستانی می‌تواند باعث کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی شود (۲۹). پیگیری وضعیت بیمار بعد از ترخیص نیز از فاکتورهای اساسی در ترخیص با رضایت شخصی بود. در صورتی که بیمار بتواند بعد از ترخیص امکان ارتباط با پزشک معالج را داشته باشد تا حد زیادی می‌توان از موارد ناخواسته جلوگیری کرد. پرستاران نقش قابل توجهی جلوگیری از ترخیص با رضایت شخصی داشتند و مشارکت فعال آن‌ها در ارتباط صحیح با بیماران می‌تواند نقش مثبتی در اجرای پروتکل‌های ترخیص با رضایت شخصی داشته باشد. ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

### References

1. Kabirzadeh A, Rezazadeh E, Mohseni S B. Frequency and causes of discharge against physician advice in Buali hospital in Sari. J North Khorasan Univ Med Sci 2008; 2(4): 57-62.
2. Khalighinejad N, Ataie M, Hadizadeh F. A guideline to clinical governance. Isfahan, Iran: Isfahan Medical University Publication; 2008.



3. Nguyen Thi PL, Briancon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002; 54(4): 493-504.
4. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1148-55.
5. Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med* 1998; 13(8): 568-71.
6. Onukwugha EC, Shaya FT, Saunders E, Weir MR. Ethnic disparities, hospital quality, and discharges against medical advice among patients with cardiovascular disease. *Ethn Dis* 2009; 19(2): 172-8.
7. Taqueti VR. Leaving against medical advice. *N Engl J Med* 2007; 357(3): 213-5.
8. Carrese JA. Refusal of care: patients' well-being and physicians' ethical obligations: "but doctor, I want to go home". *JAMA* 2006; 296(6): 691-5.
9. Brook M, Hilty DM, Liu W, Hu R, Frye MA. Discharge against medical advice from inpatient psychiatric treatment: a literature review. *Psychiatr Serv* 2006; 57(8): 1192-8.
10. Jeffer EK. Against medical advice: Part I, A review of the literature. *Mil Med* 1993; 158(2): 69-73.
11. Alebiosu CO, Raimi TH. Discharge against medical advice. *Trop Doct* 2003; 33(3): 191-2.
12. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Hospital discharges by leading diagnoses and gender, Canada, 1999/00 [online]. [cited 2003 Jan 21]; Available from: URL: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media\\_26sep2001\\_tab4\\_e.html](http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/media_26sep2001_tab4_e.html)
13. Smith DB, Telles JL. Discharges against medical advice at regional acute care hospitals. *Am J Public Health* 1991; 81(2): 212-5.
14. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. *J Gen Intern Med* 2000; 15(2): 103-7.
15. Alebiosu CO, Raimi TH. A study of hospital patients' discharge against medical advice in the Ogun State University teaching hospital, Sagamu Nigeria. *Nigeria Medical Practitioner* 2001; 40: 33-5.
16. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ* 2002; 167(6): 633-7.
17. Seaborn MH, Osmun WE. Discharges against medical advice: a community hospital's experience. *Can J Rural Med* 2004; 9(3): 148-53.
18. Franks P, Meldrum S, Fiscella K. Discharges against medical advice: are race/ethnicity predictors? *J Gen Intern Med* 2006; 21(9): 955-60.
19. Ding R, Jung JJ, Kirsch TD, Levy F, McCarthy ML. Uncompleted emergency department care: patients who leave against medical advice. *Acad Emerg Med* 2007; 14(10): 870-6.
20. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. Does identifying a discharge as "against medical advice" confer legal protection? *J Fam Pract* 2000; 49(3): 224-7.
21. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003; 168(4): 417-20.
22. Glick ID, Braff DL, Johnson G, Showstack JA. Outcome of irregularly discharged psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1981; 138(11): 1472-6.
23. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5<sup>th</sup> ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001.
24. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. An examination of whether discharging patients against medical advice protects physicians from malpractice charges. *Psychiatr Serv* 2000; 51(7): 899-902.
25. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. Characteristics of patients with pneumonia who are discharged from hospitals against medical advice. *Am J Med* 1999; 107(5): 507-9.
26. Berger JT. Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations. *J Hosp Med* 2008; 3(5): 403-8.
27. Mallardi V. The origin of informed consent. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25(5): 312-27. [In Italian].
28. Tavallaee SA, Asari Sh, Habibi M, Khodami HR, Siavoshi Y, Nouhi S, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. *J Mil Med* 2006; 8(1): 24-30.
29. Akiode O, Musa AA, Shonubi AM, Salami BA, Oyelekan AA. Trends of discharges against medical advice in a suburban surgical practice in Nigeria. *Trop Doct* 2005; 35(1): 51-2.
30. Jones RC, Holden T. A guide to assessing decision-making capacity. *Cleve Clin J Med* 2004; 71(12): 971-5.



## Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran\*

Mohammad Hossein Yarmohammadian, PhD<sup>1</sup>; Farrokh Mojahed<sup>2</sup>;  
Reza Gholi Vahidi, PhD<sup>3</sup>; Kamal Gholipour<sup>4</sup>; Azad Shokri<sup>5</sup>; Vahid Rasi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Discharge against medical advice (DAMA) may expose patients to an increased risk of adverse medical outcomes. We conducted an intervention based on the factors associated with discharge against medical advice for reducing DAMA.

**Methods:** This was a pretest-posttest intervention conducted in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran, in 2011-2012. We analyzed the data extracted from the clinical governance office forms about self-discharge. After determining causes of discharge against medical advice (DAMA) according to data in 2011, we designed an intervention in clinical governance team to reduce the rate of self-discharges. Interventions like effective relationship among physician and patient, financial support in DAMA cases, and assessing patients' decision-making capacity were designed. Four months after implementing, we analyzed self-discharges prevalence rate and result was compared with the previous year. Data were analyzed using the Excel software and information presented by descriptive statistics.

**Results:** The rate of DAMA in the study hospital was found to be 4.6% which decreased to 2.8 percent of all the discharged patients 4 months after the intervention. Among patients who discharged against medical advice in this study, family or financial obstacle, patient's healthy feeling, dissatisfaction with their care, dislike of the hospital environment, prolonged hospitalization, and patient judgment of improvement were the most important factor for their decision.

**Conclusion:** Discharge against medical advice comes from many factors and information about the reasons for DAMA is necessary for identifying implementable strategies to reduce the likelihood and adverse health consequences of DAMA. Enhancement of doctor-patient communication, improvement of hospital environment and social workers could reduce the DAMA rate. The need for a clearly documented system or guidelines for assessing and managing such patients is highlighted.

**Keywords:** Patient Discharge; Personal Satisfaction; Clinical Audit; Clinical Governance; Hospital Administration

Received: 17 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Yarmohammadian MH, Mojahed F, Vahidi R, Gholipour K, Shokri A, Rasi V. **Clinical Audit of Self-Discharge against Medical Advice in Dr. Soulati Hospital in Urmia, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1006-14.

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

1- Associate Professor, Educational Planning Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author) Email: haval\_mojahed@yahoo.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Tabriz Health Services Management Research Center, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

4- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Services Management and Medical Information, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

5- MSc Student, Student Research Committee, Healthcare Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# فرسودگی شغلی در درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی و شغلی آن‌ها در شهر اصفهان\*

طیبه طبیبانی<sup>۱</sup>، آیت‌اله سهرابی<sup>۲</sup>، راحله سموعی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** با توجه به افزایش مراکز درمان اعتیاد در کشور و اهمیت موضوع بررسی سلامت درمانگران مراکز ترک اعتیاد، به دلیل ارتباط آنان با بیماران دچار آسیب، این مطالعه با هدف تعیین فرسودگی شغلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان در رابطه با ویژگی‌های فردی و شغلی آن‌ها انجام گرفت.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی و از دسته‌ی مطالعات تحلیلی-مقطعی بود که بر روی ۱۳۷ درمانگر مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان (۳۴ پزشک، ۱۴ روانپزشک، ۴۲ روانشناس و ۴۶ پرستار) در سال ۱۳۸۹ انجام شد. ابزار سنجش، پرسش‌نامه‌ی فرسودگی شغلی (Maslach MBI یا Maslach burnout inventory) - که پایایی آن از طریق Cronbach's alpha تأیید شد ( $\alpha = 0/87$ ) - و پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی بود. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب و پرسش‌نامه‌ها در میان آنان توزیع شد. داده‌ها تحت نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) با استفاده از آزمون t، ضریب همبستگی و تحلیل واریانس تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی فرسودگی شغلی (۳۲/۴۳)، خستگی هیجانی (۱۳/۷۹)، مسخ شخصیت (۴/۴۴) در درمانگران مورد مطالعه در حد خفیف و کاهش کفایت شخصی ایشان (۱۴/۸۷) متوسط گزارش شد. همچنین بین فرسودگی شغلی با متغیر سابقه‌ی کار، رابطه‌ی مستقیم معنی‌دار و با رضایت از درآمد، علاقه به کار و نگرش نسبت به اثربخش بودن کار، رابطه‌ی معکوس معنی‌دار مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج بیانگر آن است که فرسودگی هر چند خفیف، اما به نحو قابل ملاحظه در میان درمانگران وجود دارد، به طوری که شدت آن در ابعاد خستگی هیجانی و کاهش کفایت شخصی، نگران‌کننده است. بنابراین، شناخت عوامل مستعدکننده و کاهش دهنده در ابعاد فردی، سازمانی و محیطی ضروری است.

**واژه‌های کلیدی:** فرسودگی شغلی؛ درمانگران؛ مراکز ترک اعتیاد

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** طبیبانی طیبه، سهرابی آیت‌اله، سموعی راحله. فرسودگی شغلی در درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی و شغلی آن‌ها در شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۰۲۳-۱۰۱۵.

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۸۹۱۸۳ مصوب دانشکده‌ی

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- کارشناس ارشد، مدیریت آموزشی، مؤسسه‌ی فرهنگ پژوهان دانش، اصفهان، ایران

۲- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، روانشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: samouei@mail.mui.ac.ir

### مقدمه

اعتیاد از جمله پیچیده‌ترین آسیب‌های اجتماعی و یکی از چهار مسأله‌ی تهدیدکننده‌ی جهان است (۱). بررسی‌ها در ایران بیانگر افزایش رشد مصرف مواد (۲، ۳) کاهش سن شروع (۴)، افزایش رشد مصرف در بین زنان (۵) و تغییر الگوی مصرف از طبیعی به مصرف تزریقی و صنعتی است

(۷، ۶). از این‌رو، پیشگیری، درمان و بازپروری معتادان از اهمیت شایانی برخوردار است.

مراکز ترک اعتیاد از جمله مراکزی هستند که در زمینه‌ی درمان و بازپروری معتادان نقشی اساسی ایفا می‌کنند. در این مراکز، گروه درمانگر اعم از پزشک، پرستار، روانشناس و روانپزشک به طرق مختلف از جمله دارو درمانی، مشاوره‌های فردی، گروهی و خانوادگی در صدد درمان و هدایت معتادان به زندگی سالم و طبیعی هستند. از این‌رو، پیوسته در معرض تجربه‌ی فشار روانی ناشی از شغل و در نتیجه، فرسودگی شغلی می‌باشند (۸).

فرسودگی شغلی یک حالت از پافتادگی جسمانی، هیجانی و روانی است که از فشار هیجانی پی در پی ناشی می‌شود و بیشتر با درگیری شدید با دیگران برای دوره‌های دراز مدت همراه است (۹). به نظر Maslach و Jackson فرسودگی شغلی یک سازه‌ی چند بعدی و شامل خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی است (۱۰). افراد فرسوده، کم‌کم احساس می‌کنند زیر فشار هستند و منابع هیجانی آن‌ها نسبت به دریافت کنندگان خدمات تخلیه می‌شود و نسبت به آن‌ها بی‌تفاوت می‌گردند و یا احساس منفی پیدا می‌کنند (۱۱). افت عملکرد شخصی، که ناشی از ارزیابی منفی فرد از خود در رابطه با کار است، از دیگر علائم فرسودگی شغلی است (۱۲). بالا بودن میزان خستگی هیجانی و مسخ شخصیت و پایین بودن کفایت شخصی، بیانگر آن است که فرد دچار فرسودگی شغلی شده است (۱۳).

فرسودگی شغلی با پیامدهایی از قبیل افسردگی، تشویش، بدبینی و خشم (۱۴)، احساسات و رفتارهای منفی کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌کفایتی (۱۵)، دردهای استخوانی (۱۶)، کاهش درآمد و مؤثر بودن در محل کار (۱۷)، غیبت از محل کار (۱۸)، ترک حرفه، مشکلات خانوادگی و زناشویی، استفاده از الکل و مواد مخدر (۱۹)، افت سطح سلامتی و روانی مددکار (۱۲)، افت کیفیت مراقبت از مراجعان و کاهش رضایت آنان (۱۱) همراه است.

فرسودگی شغلی در مشاغل یاری رسانی که زمان و انرژی

قابل ملاحظه‌ای را صرف کمک به سایرین می‌کنند، بیشتر از دیگر مشاغل است (۲۰). نتایج مطالعه‌ی Bressi و همکاران نشان داد که روانپزشکان سطح بالایی از خستگی عاطفی و مسخ شخصیت را نشان دادند (۲۱). در مطالعه‌ی Embriaco و همکاران، ۵۰ درصد پزشکان و یک سوم پرستاران، سطح متوسط تا شدید فرسودگی شغلی را تجربه کردند (۲۲). Robinson و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش نمودند که دو سوم پرستاران مورد مطالعه، فرسودگی را تجربه کرده‌اند (۲۳). Kumar و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش نمودند که بین ویژگی‌های فردی، اجتماعی و جنسیتی و فرسودگی شغلی رابطه وجود دارد (۲۴). این ارتباط در پژوهش‌های مختلف، نتایج متفاوت و متناقضی را نشان می‌دهد. برای مثال، در اغلب مطالعات رابطه‌ی منفی بین سن و فرسودگی شغلی مشاهده شد (۲۶، ۲۵). در تحقیق Gil-Nonte و Peiro، سن با فرسودگی شغلی رابطه‌ی معنی‌دار نداشته است (۲۷). پژوهش Costantini و همکاران نشان داد که بین فرسودگی شغلی و تجربه‌ی کاری و مقطع تحصیلات جامعه‌ی مورد پژوهش رابطه‌ی معکوس وجود دارد (۲۸)؛ در حالی که مطالعه‌ی Goldberg و همکاران بیانگر این بود که سنوات شغلی بر فرسودگی شغلی بی‌تأثیر است (۲۹). نتایج در رابطه با جنسیت و فرسودگی شغلی متناقض است. در یک سری تحقیقات، فرسودگی شغلی در مردان بیش از زنان (۳۰) و در پژوهش McMurray و همکاران فرسودگی شغلی در زنان بیش از مردان بوده است (۳۱).

مطالعات انجام شده در ایران نیز بیانگر وجود فرسودگی شغلی در مشاغل یاری رسانی است (۳۲-۳۴). نتایج مطالعه‌ی عابدی ماسوله و همکاران بیانگر این بود که بین متغیرهای جمعیت شناختی و فرسودگی شغلی رابطه وجود دارد (۳۵)؛ در حالی که در مطالعه‌ی عابدی و همکاران بین فرسودگی شغلی و ویژگی‌های جمعیت شناختی رابطه‌ای مشاهده نشد (۳۶). بدین ترتیب، فرسودگی شغلی نه تنها سلامت کارکنان بخش‌های مختلف اجتماعی را به مخاطره می‌اندازد، بلکه مددجویان را نیز دچار اضطراب و تنش می‌کند (۳۷).

هر ۲۲ گزاره با مقیاس لیکرت از صفر تا شش شامل هرگز (صفر) تا همیشه (شش) نمره‌گذاری می‌گردد. هر چه نمره‌ی خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بالاتر و کفایت شخصی کمتر باشد، منعکس کننده‌ی فرسودگی شغلی بیشتر است.

نمره‌ی به دست آمده در جنبه‌ی کلی فرسودگی شغلی و نیز در هر یک از ابعاد آن بر اساس نمره‌ی هنجاریابی Maslach و Jackson (۱۰) مورد سنجش قرار گرفت. در جنبه‌ی کلی فرسودگی شغلی نمره‌ی زیر ۱۸ به عنوان عدم فرسودگی، ۱۹ تا ۵۳ خفیف، ۵۴ تا ۸۹ متوسط و ۹۰ تا ۱۰۸ شدید بود. در بعد خستگی هیجانی، نمره‌ی زیر ۶ به عنوان عدم فرسودگی، ۷ تا ۲۰ خفیف، ۲۱ تا ۳۴ متوسط و ۳۵ تا ۴۰ شدید تلقی می‌شد.

در بعد مسخ شخصیت، نمره‌ی زیر ۴ عدم فرسودگی، ۷ تا ۲۰ خفیف، ۲۱ تا ۳۴ متوسط و ۳۵ تا ۴۰ شدید بود. در بعد احساس کفایت شخصی، نمره‌ی ۳۵ تا ۴۰ عدم فرسودگی، ۲۱ تا ۳۴ خفیف، ۷ تا ۲۰ متوسط و زیر ۶ شدید در نظر گرفته شد (۳۳). ضریب Cronbach's alpha پرسش‌نامه‌ی MBI (Maslach burnout inventory) در مطالعات مختلف در ایران ۸۶ تا ۹۵ درصد گزارش شده است (۳۹، ۳۸). پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی شامل اطلاعات و مشخصات فردی و شغلی پاسخگویان از قبیل جنسیت، تأهل، میزان تحصیلات، سن، سابقه‌ی کار، میانگین ساعات کار و تعداد مراجعان در هفته، رضایت از حق مشاوره‌ی دریافتی، علاقه به کار، نگرش نسبت به اثربخش بودن کار، نوع کار (خصوصی، دولتی، هر دو) و برخورداری از شغل دیگر است. رضایت از حق مشاوره‌ی دریافتی، علاقه به کار و نگرش نسبت به اثربخش بودن کار بر روی طیفی که از یک تا نه مشخص شده بود، مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها تحت نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی آزمون t و آنالیز واریانس تحلیل شد.

### یافته‌ها

نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر بیانگر آن است که متوسط

در این راستا، درمانگران مراکز ترک اعتیاد را می‌توان از جمله افرادی دانست که شاغلین آن اولین قربانیان فرسودگی شغلی محسوب می‌شوند، زیرا مراجعانشان با دلایل خاص و با حساسیت موضوعی و ویژه به نزد آنان مراجعه نموده و یا معرفی شده‌اند. از این‌رو، چنین متصور است که درمانگران پیوسته فشارهای روانی شدیدی را تجربه می‌کنند تا بتوانند اعتماد، ارتباط، حمایت کافی و درمان مناسب را به کار گیرند. به عبارت دیگر، آنان در این مراکز گرفتار طیف وسیعی از عوامل استرس‌زا نظیر بیماری، خشونت، خودکشی، مشاخره، منابع محدود، ازدحام، انتظار نتیجه‌ی موفق، پذیرش مسؤلیت با اختیارات محدود و ... می‌باشند که این عوامل می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی شود و سلامت درمانگران را به مخاطره اندازد.

با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده و به ویژه اثرات مخرب فرسودگی شغلی بر سلامت درمانگران، که نقشی اساسی در درمان معتادان و آسیب‌های اجتماعی دارند، این مطالعه با هدف تعیین فرسودگی شغلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان در رابطه با ویژگی‌های فردی و شغلی آن‌ها انجام گرفت.

### روش بررسی

پژوهش از نوع کاربردی و از دسته‌ی مطالعات تحلیلی-مقطعی بود. جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ بود. نمونه‌ی مورد مطالعه، شامل ۱۳۷ نفر (۳۴ پزشک، ۴۶ پرستار، ۴۳ روانشناس و ۱۴ روانپزشک) بود و به صورت تصادفی ساده از میان جامعه‌ی پژوهش انتخاب شد و پرسش‌نامه‌ها میان آنان توزیع گردید. با توجه به این که بیشتر مراکز فاقد روانپزشک بودند، فقط ۱۴ پرسش‌نامه به آن‌ها اختصاص یافت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعه‌ی حاضر پرسش‌نامه‌ی فرسودگی شغلی Maslach و Jackson (۱۰) و پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی بود. پرسش‌نامه‌ی فرسودگی شغلی از ۲۲ گزاره تشکیل می‌شود و سه جنبه‌ی فرسودگی شغلی یعنی خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی را می‌سنجد.

معنی‌دار وجود ندارد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه، عدم تفاوت معنی‌دار فرسودگی شغلی با جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و برخورداری از شغل (بله، خیر) و نوع اشتغال (دولتی، خصوصی، هر دو) بود. به این معنی که در متغیر فرسودگی شغلی بین نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی زن و مرد، مجرد و متأهل، لیسانس، فوق لیسانس، دکتری، برخورداری از شغل دیگر و نوع اشتغال تفاوت معنی‌دار گزارش نشد ( $P < 0/05$ ).

یافته‌های دیگر این مطالعه نشان داد که بین نمرات فرسودگی شغلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان با متغیرهای سن، میزان ساعات کار و تعداد مراجعان رابطه‌ای وجود ندارد؛ اما ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین فرسودگی شغلی و سابقه‌ی کار و نیز ارتباط منفی معنی‌دار بین رضایت از درآمد شغل، علاقه به کار و نگرش نسبت به اثربخش بودن کار مشاهده شد (جدول ۳).

### بحث

در مطالعه‌ی حاضر میانگین فرسودگی شغلی، خستگی هیجانی و مسخ شخصیت در حد خفیف و کاهش کفایت شخصی متوسط گزارش شد؛ به طوری که در بیش از ۵۸ درصد درمانگران مراکز ترک اعتیاد فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی، ۱۹ درصد مسخ شخصیت و ۷۶/۶ درصد کاهش کفایت شخصی با شدت خفیف تا متوسط گزارش شد. اگر چه میزان فرسودگی شغلی در تحقیقات داخلی و خارجی با توجه به نمونه‌ها از نظر متغیرهای مختلف شغلی و جمعیت شناختی متفاوت گزارش شده است و این امر مقایسه را دشوار می‌سازد، اما با این وجود نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات میرابزاده و همکاران (۳۳)، عبدی ماسوله و همکاران (۳۵)، صاحب‌الزمانی و همکاران (۳۲) همسو و

نمره‌ی فرسودگی شغلی، خستگی هیجانی، مسخ شخصیت در مقایسه با نمره‌ی مرجع فرسودگی شغلی در حد خفیف و در بعد کاهش کفایت شخصی متوسط می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین نمره‌ی فرسودگی شغلی و ابعاد آن در درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان

مقیاس	M ± Sd
فرسودگی شغلی	۳۲/۴۳ ± ۲۱/۱۳
خستگی هیجانی	۱۳/۷۹ ± ۱۰/۷۳
مسخ شخصیت	۴/۴۴ ± ۵/۶۲
کاهش کفایت شخصی	۱۴/۸۷ ± ۱۰/۱۳

یافته‌ها نشان داد که ۵۸/۳ درصد نمونه‌ی مورد مطالعه گرفتار فرسودگی خفیف تا متوسط هستند. همچنین از کل نمونه‌ی مورد مطالعه، ۵۸/۴ درصد فرسودگی را در بعد خستگی هیجانی، ۱۹ درصد در بعد مسخ شخصیت و ۷۶/۶ درصد در بعد کاهش کفایت شخصی با شدت خفیف تا متوسط گزارش نمودند.

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین نمرات فرسودگی شغلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان

متغیر	شاخص آماری درمانگران	M ± Sd	F	P
فرسودگی شغلی	پزشک	۳۹/۱۱ ± ۲۲/۹۶	۲/۶۵۷	۰/۰۵۲
	پرستار	۳۵/۸۲ ± ۲۲/۴۷		
	روانشناس	۲۶/۱۹ ± ۱۹/۱۲		
	روانپزشک	۲۸/۲۵ ± ۱۲/۸۶		

یافته‌های جدول ۲ بیانگر آن است که بین درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان (پزشک، پرستار، روانشناس، روانپزشک) از لحاظ فرسودگی شغلی تفاوت

جدول ۳: ضریب همبستگی بین فرسودگی شغلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان با ویژگی‌های شغلی و فردی آنان

متغیر	شاخص آماری	سن	سابقه‌ی کار	میزان ساعات کار در هفته	تعداد مراجعان رضایت از درآمد علاقه به تکرش نسبت به کار	نگرش نسبت به اثربخش بودن کار
فرسودگی شغلی	۰/۰۷۲	۰/۱۸۷**	۰/۰۵۹	۰/۰۴۰	-۰/۲۰۴**	-۰/۰۶۰**

\*\* در سطح ۰/۰۹۹ اطمینان معنی‌دار است.

درمانگران از نظر این بعد از فرسودگی شغلی است. مسخ شخصیت به معنای جدایی روانی فرد از شغل و در نتیجه واکنش منفی عاری از احساس و توأم با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به گیرندگان و دریافت کنندگان خدمات تعریف می‌شود. تفاوت میزان مسخ شخصیت در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با سایر مطالعات را می‌توان علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی دو جامعه‌ی ایرانی و غیر ایرانی، به درک و همدلی درمانگران مراکز ترک اعتیاد نسبت به مراجعان نسبت داد.

در مطالعه‌ی حاضر، کاهش کفایت شخصی بیش از دو بعد دیگر فرسودگی شغلی گزارش شده است. نتایج به دست آمده با یافته‌های صاحب‌الزمانی و همکاران (۳۲) همسو و با نتایج Kilfedder و همکاران (۱۲) و Bressi و همکاران (۲۱) متفاوت است. به نظر می‌رسد بالا بودن میزان کاهش کفایت شخصی در مطالعه‌ی حاضر می‌تواند به دلیل عدم توانایی کنترل نمونه‌ی مورد مطالعه بر محیط کار، قوانین و مقررات موجود و نیز عدم توانایی در تغییر رفتار مراجعان آنان باشد؛ زیرا از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر کفایت شخصی، توانایی کنترل بر رخداد‌های شغلی است. همچنین بالا بودن میزان کاهش کفایت شخصی در مطالعه‌ی حاضر و در بسیاری از مطالعات انجام شده در ایران (سلیمانی و همکاران (۴۱)، عبدی ماسوله و همکاران (۳۵) و صاحب‌الزمانی و همکاران (۳۲) در مقایسه با سایر مطالعات خارجی نظیر Kilfedder و همکاران (۱۲) و نیز Bressi و همکاران (۲۱)، که خستگی هیجانی و مسخ شخصیت بیشتر از کاهش کفایت شخصی است، می‌تواند علاوه بر تفاوت فرهنگی، شغلی و ویژگی‌های نمونه‌ی آماری، به پایین بودن استاندارد کار و شرایط و ویژگی‌های سازمانی و کاری نیز مربوط باشد.

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که اگر چه میانگین فرسودگی شغلی در پزشکان و پرستاران بیش از دو گروه دیگر است، اما بین دیدگاه درمانگران مراکز ترک اعتیاد، از لحاظ میزان فرسودگی شغلی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد (جدول ۲). یافته‌های به دست آمده با نتایج تحقیق Yiu-kee و Tang (۴۳)، Bressi و همکاران (۲۱) و میراب‌زاده و

با نتایج مطالعات خاکپور و بی‌رشک (۴۰)، سلیمانی و همکاران (۴۱)، Bressi و همکاران (۲۱)، Kilfedder و همکاران (۱۲) و Coffey و Coleman (۴۲) متفاوت است. شاید بتوان تفاوت ذکر شده در نتایج به دست آمده را به دلیل ماهیت شغلی نمونه‌های مورد مطالعه و نیز به دلیل ویژگی‌های دموگرافیک آنان تبیین نمود.

مشاهده‌ی فرسودگی شغلی و خستگی هیجانی با شدت ضعیف تا متوسط در بیش از نیمی از نمونه‌ی مورد مطالعه حایز اهمیت است. زیرا اگر محدودیت‌های این مطالعه نظیر خصوصی بودن مراکز ترک و در نتیجه پاسخ‌های محتاطانه‌ی پاسخگویان به دلیل حفظ شغل را نیز اضافه کنیم، واقعیت چیزی فراتر از آمار و ارقام ذکر شده خواهد بود. از این‌رو، لازم است با توجه به ماهیت شغلی و به ویژه خدمات ارایه شده‌ی درمانگران مراکز ترک، بر این امر تمرکز نمود؛ زیرا فرسودگی در میان شاغلین این مشاغل از دو جنبه حایز اهمیت است: اول این که فرسودگی شغلی سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث علائم جسمی، روانی، غیبت از شغل و تعویض شغل می‌شود، دوم این که باعث افت کیفیت خدمات ارایه شده به بیماران می‌شود و فرایند تشخیص و درمان را با رکود و تأخیر روبه‌رو می‌سازد.

همچنین بالا بودن شدت خستگی هیجانی در درمانگران، می‌تواند زمینه را برای بروز دو بعد دیگر فرسودگی شغلی یعنی مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی فراهم سازد؛ زیرا خستگی هیجانی محوری‌ترین علامت فرسودگی شغلی است؛ فردی که دچار خستگی هیجانی شده است، احساس می‌کند زیر فشار قرار دارد و منابع هیجانی‌اش تخلیه شده است و این امر می‌تواند بستر مناسبی برای بروز مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی و عوارض ناشی از آن باشد.

میزان و شدت مسخ شخصیت در مطالعه‌ی حاضر در مقایسه با یافته‌های سلیمانی و همکاران (۴۱)، Bressi و همکاران (۲۱) و Kilfedder و همکاران (۱۲) همسو نیست. در مطالعات ذکر شده مسخ شخصیت با شدت بیشتری گزارش شده است. این امر بیانگر وضعیت مطلوب‌تر



نسبت به اثربخش بودن کار و فرسودگی شغلی ارتباط منفی و معنی‌دار گزارش شد. به نظر می‌رسد دغدغه‌ها و چالش‌های مادی و معیشتی را می‌توان از عوامل مؤثر در ایجاد و تشدید فشار روانی برای سرپرستان خانواده محسوب نمود. این فشار روانی می‌تواند زمینه و بستری برای ایجاد فرسودگی شغلی و ابعاد آن فراهم سازد.

لازم به ذکر است که در اجرای این مطالعه، تنظیم وقت و مراجعه‌ی حضوری نزد درمانگران دشوار بود و گاهی جهت انجام یک ملاقات و تکمیل پرسش‌نامه چندین بار مراجعه صورت گرفت، اما در نهایت با برنامه‌ریزی و مراجعات مکرر، موارد حاصل شد.

### نتیجه‌گیری

فرسودگی شغلی با شدت خفیف تا متوسط به نحو قابل ملاحظه‌ای در بین درمانگران مراکز ترک اعتیاد دارای مجوز شهر اصفهان مشاهده شد. بالا بودن میزان خستگی هیجانی به معنای کاهش انرژی در بین آنان است و این امر می‌تواند زمینه و بستر مناسبی برای ایجاد دو بعد دیگر فرسودگی یعنی مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی را فراهم سازد. همچنین میزان قابل توجه کاهش کفایت شخصی در مقایسه با دو بعد دیگر، جای تأمل و نگرانی دارد و نیز نتایج نشان داد که عوامل فرسوده‌کننده‌ی افراد در محیط کار، کمتر تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و بیشتر متأثر از ماهیت و ویژگی‌های شغلی است.

### پیشنهادها

با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر و نیز ارتباط معنی‌دار بین فرسودگی شغلی و رضایت از درآمد، علاقه و نگرش نسبت به کار، ایجاد سیستم‌های حمایت شغلی، افزایش کنترل بر رخدادهای شغلی، مشارکت دادن درمانگران در تصمیم‌گیری‌های شغلی و صنفی، پاداش‌های درونی به منظور پرمعنی نمودن شغل، آموزش به منظور کاهش استرس‌های شغلی و افزایش سازگاری در محیط کار پیشنهاد می‌شود.

همکاران (۳۳) همسو نیست. این امر می‌تواند به دلیل تفاوت ماهیت شغلی و ویژگی‌های نمونه‌ی مورد مطالعه باشد.

از دیگر یافته‌های این مطالعه عدم ارتباط معنی‌دار بین فرسودگی شغلی با جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع اشتغال، سن، میزان ساعات کار و تعداد مراجعان در هفته است. نتایج به دست آمده با یافته‌های عابدی و همکاران (۳۶) همسو است. چنانچه اشاره شد ارتباط بین فرسودگی شغلی و متغیرهای جمعیت شناختی در مطالعات مختلف، متفاوت گزارش شده است. به نظر می‌رسد عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین فرسودگی شغلی و متغیرهای جمعیت شناختی در مطالعه‌ی حاضر می‌تواند بدین دلیل باشد که همه‌ی افراد در برابر موقعیت‌های شغلی متفاوت، ویژگی‌های منحصر به فردی را از خود نشان می‌دهند. این نکته که رابطه‌ی عوامل فردی مثل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و ... با فرسودگی شغلی به اندازه‌ی رابطه عوامل سازمانی با فرسودگی شغلی مهم و مؤثر نمی‌باشد، حاکی از این واقعیت است که فرسودگی شغلی بیش از آن که یک پدیده‌ی فردی باشد، پدیده‌ای اجتماعی است (۴۴).

در مطالعه‌ی حاضر بین فرسودگی شغلی با سابقه‌ی کار درمانگران مراکز ترک اعتیاد، ارتباط منفی معنی‌دار مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های عابدی ماسوله و همکاران (۳۵) و Kilfedder و همکاران (۱۲) همسو و با یافته‌های طوبایی (۴۵) ناهماهنگ است. به نظر می‌رسد ارتباط منفی معنی‌دار بین فرسودگی شغلی و سابقه‌ی کار در مطالعه‌ی حاضر، به دلیل ویژگی‌های خاص رفتاری مراجعان آنان باشد. مراجعان به دلایل مختلف گرفتار اعتیاد می‌شوند و چه بسا بسیاری از آن‌ها بعد از سال‌ها مراجعه‌ی مستمر به این مراکز و برخورداری از خدمات ارایه شده‌ی آنان، روند درمان را ترک می‌گویند و به نوعی موجب احساس ناکارآمدی و عدم موفقیت در درمانگر شوند؛ چنین نتایج و بازخوردهایی در بلند مدت می‌تواند فرسودگی را افزایش دهد.

در مطالعه‌ی حاضر بین رضایت از درآمد، علاقه و نگرش

## References

1. Aghamiri S, Darghazizadeh M. Opium in Iran and the world. Tehran, Iran: Resalat; 2006. [In Persian].
2. Khastou G. Community based drug abuse prevention. *Social Welfare Quarterly* 2003; 2(6): 223-34. [In Persian].
3. Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Mohammad Razzaghi O. Trend of drug abuse situation in Iran: A three-decade survey. *Hakim Res J* 2002; 5(3): 171-81. [In Persian].
4. Jazayeri A, Rafiei H, Nazari MA. Tehran secondary school students' attitudes toward addiction. *Social Welfare Quarterly* 2003; 2(7): 217-30. [In Persian].
5. National Youth Organization. Reviewing the addiction status of substance addicted youths. Tehran, Iran: Ahl-e-Qalam Publishing; 2003. [In Persian].
6. Barooni Sh, Mehrdad R, Akbari E. A survey of Ecstasy use among 15-25 year-olds in five areas of Tehran. *Tehran Univ Med J* 2008; 65(11): 49-54.
7. Mohammadpourasl A, Rostami F, Fakhari A. The incidence rate of illicit drug use in male students of Tabriz high schools. *Adv Cogn Sci* 2013; 10(1): 58-67. [In Persian].
8. Corey G. *Theory and Practice of Group Counseling*. 4<sup>th</sup> ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1991.
9. Corey G, Corey MC, Callanan P. *Issues and ethics in the helping professions*. 5<sup>th</sup> ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1998.
10. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout†. *Journal of Organizational Behavior* 1981; 2(2): 99-113.
11. Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *Int J Nurs Stud* 2000; 37(2): 95-9.
12. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 383-96.
13. Schaufeli W, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis Group; 1993.
14. Dehbozorgi Gh, Hadaegh R. *Hidden whirlpool in job burnout, prevention, treatment*. Shiraz, Iran: Navid Publication; 2006.
15. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L. Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge. *Issues Ment Health Nurs* 1994; 15(4): 337-58.
16. Nahit ES, Pritchard CM, Cherry NM, Silman AJ, Macfarlane GJ. The influence of work related psychosocial factors and psychological distress on regional musculoskeletal pain: a study of newly employed workers. *J Rheumatol* 2001; 28(6): 1378-84.
17. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
18. Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *Int J Nurs Stud* 1999; 36(2): 163-9.
19. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JR. Stress and burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. *Colorectal Dis* 2008; 10(4): 397-406.
20. Benjamin L, Walz GR. 9 for the 90's: Counselling Tasks for Tomorrow. *Guidance & Counselling* 1995; 10(4): 12-24.
21. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, et al. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv* 2009; 60(7): 985-8.
22. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13(5): 482-8.
23. Robinson JR, Clements K, Land C. Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2003; 41(4): 32-41.
24. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat RN. Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. *Int J Soc Psychiatry* 2007; 53(4): 306-16.
25. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs* 2007; 24(3): 43-8.
26. Ozyurt A, Hayran O, Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006; 99(3): 161-9.
27. Gil-Monte PR, Peir JM. A study on significant sources of the "burnout syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled I. *Psychology in Spain* 1998; 2(1): 116-23.
28. Costantini A, Solano L, Di NR, Bosco A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychother Psychosom* 1997; 66(2): 78-82.
29. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996; 3(12): 1156-64.

30. Te BH, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5): 321-7.
31. McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, Douglas J, Shugerman R, Nelson K. The work lives of women physicians results from the physician work life study. The SGIM Career Satisfaction Study Group. *J Gen Intern Med* 2000; 15(6): 372-80.
32. Sahebazzamani M, Safavi M, Farahani H. Burnout of nurses employed at Tehran psychiatric hospitals and its relation with social supports. *Medical Science Journal of Islamic Azad University - Tehran Medical Branch* 2009; 19(3): 206-11. [In Persian].
33. Mirabzadeh A, Irani SH, Samiei M, Feizzade G. Burnout and related factors in Razi Psychiatric. *Rehabilitation* 2007; 8(2): 64-70. [In Persian].
34. Talaei A, Motamednejad M, Samari AA. Job burnout and related factors in staff of health care centers of Mashhad, Iran. *J Fundam Ment Health* 2007; 9(35-36): 135-44. [In Persian].
35. Abdi Masouleh F, Kaviani H, Haghanizadeh M, Momeni Araghi A. The relationship between burnout and mental health among nurses. *Tehran Univ Med J* 2007; 65(6): 65-75. [In Persian].
36. Abedi MR, Shafie Abadi A, Ahmadi SA, Salimizadeh K. Job burnout and related factors in consultants employed in department of education in Isfahan. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2003; 5(15): 23-38. [In Persian].
37. Farber BA. *Stress and burnout in the human service professions*. New York, NY: Pergamon Press; 1983.
38. Najafi M, Solati dehkordi K, Forouzbakhsh F. Relationship between staff burnout and mental health in staff of nuclear energy organization, Isfahan. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2000; 2(2): 34-41. [In Persian].
39. Ahmadi A, Khalifeh Soltani E. Job burnout of educational managers in every three educational levels of Isfahan, Iran. *Journal of Human Sciences* 2002; 13(1): 275-84. [In Persian].
40. Khakpour R, Birashk B. Job burnout syndrome rate in consultants and psychotherapists. *J Psychiatry Clin Psychol* 1998; 4(3): 14-22. [In Persian].
41. Soleimani K, Sharifi V, Tehrani Doust M. Occupational burnout in psychiatric staff at Roozbeh hospital. *Adv Cogn Sci* 2006; 7(3): 36-42. [In Persian].
42. Coffey M, Coleman M. The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 397-407.
43. Yiu-kee C, Tang CS. Existential Correlates of Burnout among Mental Health Professionals in Hong Kong. *Journal of Mental Health Counseling* 1995; 17(2): 220-9.
44. Sa'atchi M. *Mental health in the workplace with emphasis on job stress and burnout*. Tehran, Iran: Viraiesh Publication; 2008. [In Persian].
45. Toubaei Sh, Daghighafkar M, Haghshenas H. The Relation of Dentists Job Burnout with their General Health, Demographic and Personality Characteristics. *Journal of Dentistry* 2010; 10(4): 348-55. [In Persian].

## The Job Burnout of Therapists in the Licensed Addiction Centers in Isfahan, Iran and its Relationship with Individual and Professional Factors\*

Tayebbeh Tayebani, MSc<sup>1</sup>; Ayatollah Sohrabi, MD<sup>2</sup>; Raheleh Samouei, MSc<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Addiction treatment centers have been increased in the country. The therapist's health is important for their contact with patients with an excessive damage caused this survey to study job burnout of the therapists in the licensed addiction centers in Isfahan, Iran and its relevance with individual and professional factors.

**Methods:** This was a cross-sectional study done on 137 therapists in withdrawal addiction centers of Isfahan, Iran in 2011 (34 physicians, 14 psychiatrists, 42 psychologists and 46 nurses). Data collection was done using Maslach Burnout Inventory (MBI) ( $\alpha = 0.87$ ). The subjects were selected through simple random sampling and the questionnaires were distributed among them. Frequency, percentage, standard deviation, Student's t-test, correlation coefficient and analysis of variance were used.

**Results:** The results of this study suggested that the mean score of job burnout in the survey sample compared with the referent score was weak and the job burnout in the emotional exhaustion (13.79) and depersonalization (4.44) dimensions was weak and in terms of decreasing personal efficiency (14.87) reported to be medium. A significant correlation was observed between the job burnout and variables of job background, consent of income, interest in job and attitude to the effectiveness of clinical work.

**Conclusion:** Although weak, there was some burnout among the study subjects, so that the intensity in two dimensions of emotional exhaustion and personal efficiency reduction is worrying. Therefore, it is necessary to distinguish the intensifier and reducer factors in individual, organizational and environmental dimensions.

**Keywords:** Burnout; Professional; Therapists; Substance Abuse Treatment Centers

Received: 23 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Tayebani T, Sohrabi A, Samouei R. **The Job Burnout of Therapists in the Licensed Addiction Centers in Isfahan, Iran and its Relationship with Individual and Professional Factors.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1015-23.

\* This research project approved by Isfahan University of Medical Sciences, No: 289183.

1- Educational Management, Institute of Farhang Pajouhan Danesh, Isfahan, Iran

2- School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Psychology, Social Determinants of Health Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: samouei@mail.mui.ac.ir

# رابطه‌ی تناسب فرد - سازمان با رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان\*

احمد رضا رئیسی<sup>۱</sup>، سوسن بهرامی<sup>۲</sup>، سمیه صفدری<sup>۳</sup>، سمیه شفیعی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** انسانی در هر سازمان جزء مهم‌ترین منابع سازمان به شمار می‌رود. هر چه تناسب فرد-سازمان بیشتر باشد، پیامدهای شغلی مثبت‌تر خواهد بود. از آن جا که تلاش هر فرد ناشی از انگیزش و رضایت او می‌باشد، انگیزش و رضایت فرد پیش‌نیاز مهمی برای انجام کار به صورت اثربخش می‌باشد. این مقاله به منظور تعیین رابطه‌ی تناسب فرد-سازمان و رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

**روش بررسی:** این پژوهش به صورت یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه، ۱۵۰ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی اصفهان (شامل بیمارستان‌های الزهرا، کاشانی، فیض، نور و علی اصغر، شهید بهشتی، فارابی، چمران، موسی کاظم، سیدالشهدا، امین) در سال ۱۳۹۰ بودند. اطلاعات از طریق دو پرسش‌نامه‌ی استاندارد تناسب فرد-سازمان و رضایت شغلی که روایی آن‌ها با روش محتوایی و پایایی آن‌ها با روش محاسبه‌ی ضریب Cronbach's alpha ( $\alpha_1 = 0.92$ ) و ( $\alpha_2 = 0.86$ ) تأیید شد، جمع‌آوری گردید. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با روش‌های آماری در سطح توصیفی به صورت درصد، میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی Pearson و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون t و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از میان مؤلفه‌های تناسب فرد، میانگین مؤلفه‌های ویژگی شغلی و علائق بالاتر از سطح متوسط و میانگین مؤلفه‌های دانش، مهارت، شخصیت پایین‌تر از سطح متوسط و در مجموع میانگین تناسب فرد کمتر از سطح متوسط بود. همچنین میانگین مؤلفه‌های تناسب سازمان (اهداف و ارزش‌ها) بالاتر از سطح متوسط بود. از میان مؤلفه‌های رضایت شغلی، میانگین مؤلفه فرصت، بالاتر از حد متوسط و میانگین مؤلفه‌های کار، درآمد، همکاری و سازمان پایین‌تر از حد متوسط و در مجموع میانگین رضایت شغلی کمتر از سطح متوسط بود و در نهایت ضریب همبستگی ساده بین تناسب فرد-سازمان و رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر اصفهان در سطح  $P \leq 0.05$  مستقیم و معنی‌دار به دست آمد و نتایج رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که رابطه‌ی بین تناسب فرد-سازمان و رضایت شغلی معنی‌دار بوده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که میزان تناسب فرد-سازمان و در نتیجه رضایت شغلی در مدیران پرستاری پایین‌تر از سطح متوسط بود و این امر در نهایت منجر به کاهش اثربخشی در فعالیت‌ها می‌شود، بر عهده‌ی مدیران بیمارستان می‌باشد که در راستای تناسب افراد با سازمان، در انتخاب نیروها توجه لازم را مبذول نمایند و شرایط لازم را جهت افزایش این تناسب فراهم نمایند تا نیل به اهداف سازمانی سریع‌تر فراهم گردد.

**واژه‌های کلیدی:** تناسب فرد-سازمان؛ رضایت شغلی؛ مدیران پرستاری

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۹۱۰۶۴ با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی 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 پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: bahrami837@gmail.com

۳- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۶ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۱۶

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** رئیسی احمد رضا، بهرامی سوسن، صفدری سمیه، شفیعی سمیه. رابطه‌ی تناسب فرد-سازمان با رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۰۳۱-۱۰۲۴.

### مقدمه

در دنیای رقابتی امروز، بر اساس این فرض که هزینه‌ی اصلی

سازگاری میان ارزش‌های سازمان و ارزش‌های فرد تعریف می‌کند. به طور کلی، سازگاری ارزش به طور مکرر این بعد از تناسب را که در بر گیرنده‌ی همانندی ارزش‌های سازمانی و ارزش‌های کارکنان می‌باشد، ارزیابی می‌کند. افراد جذب سازمان‌هایی می‌شوند که اهداف آن سازمان‌ها با اهداف آن‌ها سازگاری داشته باشد، بنابراین سازگاری اهداف در بر گیرنده‌ی شباهت میان اهداف سازمان‌ها و اهداف کارکنان می‌باشد. در رابطه با سازگاری شخصیت، این نوع از تناسب بر سازگاری میان الگوهای شخصیتی افراد و تصویری که از سازمان استنباط کرده‌اند، تأکید دارد. در رابطه با سازگاری محیط کار این نوع از سازگاری به تطابق میان ادراکات واقعی افراد از محیط‌های کاری که توسط سازمان درک شده‌اند و ادراکات واقعی افراد از محیط‌های کاری می‌پردازد که متناسب با نیازهایشان می‌باشد و این سازگاری می‌تواند پیامدهای مثبت رفتاری و نگرشی مؤثری برای سازمان به همراه داشته باشد. برای سازگاری الزامات سازمان از جمله دانش مهارت و توانایی‌ها، این رویکرد به متناسب‌سازی الزامات شغلی، اجرایی و فنی افراد برای انجام اثربخش وظایف‌شان می‌پردازد (۴).

تحقیقات نشان می‌دهد که هر چه تناسب افراد با سازمان بیشتر باشد، پیامدهای شغلی مثبت‌تر خواهد بود. سطوح کمتر استرس، عجزین شدن با شغل، تعهد سازمانی بالاتر، نگرش‌های شغلی بهتر، نرخ‌های عملکرد بالاتر و ترک خدمت پایین‌تر از جمله این پیامدها هستند (۳). از آن جا که تلاش هر فرد ناشی از انگیزش و رضایت او می‌باشد، انگیزش و رضایت فرد پیش‌نیاز مهمی برای انجام کار به صورت اثربخش می‌باشد. رضایت شغلی شرط اساسی حضور و همکاری فرد با سازمان است. بنابراین رضایت شغلی نقش مهمی در افزایش بهره‌وری، تعهد نسبت به سازمان، تضمین سلامت فیزیکی و روانی، تسریع در یادگیری مهارت‌های جدید شغلی و افزایش روحیه‌ی فرد دارد (۵). عدم رضایت شغلی باعث کاهش روحیه‌ی کارکنان می‌شود که روحیه‌ی پایین در کار بسیار نامطلوب است. مطالعات مختلف در زمینه‌ی رضایت شغلی نشان می‌دهد که متغیرهای زیادی با

اکثر سازمان‌ها هزینه‌ی نیروی انسانی است، هر گامی که بتواند به کاهش این هزینه‌ها بینجامد، می‌تواند در دستیابی به اهداف سازمان سودمند باشد. هر چند که کوچک‌سازی و استفاده از تکنولوژی، کاهش هزینه‌های پرسنلی را در پی دارد، اما اجرای چنین رویکردهایی هزینه‌های بسیاری را برای سازمان در پی خواهد داشت. بنابراین می‌توان به آرایه‌ی راه‌بردهایی در زمینه‌ی افزایش ماندگاری یا کاهش خروج و جابه‌جایی نامناسب کارکنان و تکیه بر عامل انسانی به عنوان منبع راه‌بردی سازمان پرداخت (۱). نیروی انسانی در هر سازمان جزء مهم‌ترین منابع سازمانی به شمار می‌رود و در حقیقت هسته‌ی مرکزی فعالیت‌های هر سازمان بر پایه‌ی منابع انسانی و چگونگی به کارگیری آن جهت انجام امور مختلف به منظور تحقق اهداف سازمان است. به طور کلی اثربخشی و کارایی سازمان تا حدود زیادی به اثربخشی و کارایی نیروی انسانی در آن سازمان بستگی دارد (۲). وقتی خصوصیات فردی و محیط کاری اطرافش با هم انطباق داشته باشد یا دست کم همخوانی بالایی داشته باشد، اثربخشی افزایش می‌یابد، برای مثال زمانی که انطباق میان ویژگی‌های فردی و ویژگی‌های سازمان یا همخوانی میان شایستگی‌های فردی و الزامات شغلی وجود داشته باشد، افراد و سازمان‌ها مؤثرتر عمل خواهند کرد. اغلب سازمان‌ها به دنبال آن هستند تا افرادی را بیابند که بهتر بتوانند تقاضاهای شغلی را برآورده سازند، با آموزه‌ها و تغییرات شغلی سازگارتر باشند و به سازمان‌ها متعهد و وفادار بمانند. افراد نیز به دنبال سازمان‌هایی هستند که توانایی‌های ویژه‌ی آنان را به کار بگیرند و نیازهای خاص آنان را برآورده سازند (۳). بر اساس مبانی نظری و تحقیقات انجام شده، پنج معیار برای اندازه‌گیری درجه‌ی تناسب فرد سازمان پیشنهاد می‌شود تا بر اساس آن روابط میان تناسب و پیامدهای رفتاری آن مورد بررسی قرار گیرد. این پنج معیار عبارت از سازگاری ارزش‌ها، اهداف، سازگاری شخصیت، سازگاری محیط کاری و سازگاری دانش (Knowledge)، مهارت (Skills) و توانمندی (Abilities) می‌باشد. سازگاری ارزش‌ها، تناسب فرد سازمان را به عنوان



رضایت شغلی مرتبط است که این متغیرها در چهار گروه قابل طبقه‌بندی است.

عوامل سازمانی: بعضی از عوامل سازمانی عبارت از حقوق و دستمزد، ترفیعات و خط‌مشی‌های سازمانی می‌باشد. عوامل محیطی: عوامل محیطی کار عبارت از سبک مدیریتی، گروه کاری و شرایط کاری است.

ماهیت کار: کار به خودی خود نقش مهمی در رضایت شغلی دارد. یکی محدوده‌ی شغل است که شامل میزان مسؤلیت، اقدامات کاری و بازخور است و دیگری تنوع کاری می‌باشد.

عوامل فردی: در حالی که محیط بیرونی سازمان و ماهیت شغل عوامل تعیین کننده در رضایت شغلی هستند، صفات و ویژگی‌های فرد نیز نقش مهمی در آن دارد (۶).

ابزری و همکاران در بررسی تأثیر تناسب فرد سازمان بر نگرش اعضای هیأت علمی دانشگاه شهید باهنر کرمان نشان دادند که میان معیارهای تناسب فرد- سازمان و معیارهای نگرش سازمانی در سطح ۵ درصد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین قوی‌ترین میزان همبستگی عوامل تناسب فرد سازمان مربوط به رابطه‌ی میان تناسب اهداف و رضایت شغلی است و تناسب محیط کاری کمترین تأثیر را بر رضایت شغلی داشته است (۱).

قلی‌پور و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان «تبیین تناسب فرد- سازمان به عنوان عاملی اثرگذار در بیگانگی از کار و پیوند کاری» در میان کارمندان اداره‌ی مرکزی دانشگاه تهران نشان دادند که با اطمینان ۹۵ درصد تناسب سازمانی و بیگانگی کاری رابطه‌ی منفی دارند و تناسب سازمانی و پیوند کاری، هر دو در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ دارای رابطه‌ی مثبت هستند. همچنین تناسب سازمانی تأثیر منفی و معنی‌داری بر بیگانگی کاری دارد، بدین معنی که با یک واحد افزایش در تناسب سازمانی ۰/۰۹۹ واحد کاهش در بیگانگی کاری حاصل می‌شود. از سوی دیگر، تناسب سازمانی تأثیر مثبت و معنی‌داری بر پیوند کاری دارد. بیشترین میزان همبستگی عوامل تناسب با پیوند کاری مربوط به شخصیت و سپس اهداف است. بیشترین رابطه‌ی

منفی عوامل تناسب با بیگانگی کاری مربوط به تناسب ارزش‌ها است (۳).

در مطالعه‌ای ابزری با عنوان «بررسی تناسب فرد- سازمان و فرهنگ سازمانی بر رفتار سازمانی اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها»، نتایج به دست آمده تأثیر تناسب فرد سازمان را بر رفتار اعضای هیأت علمی مورد تأیید قرار داد. همچنین میان تناسب ارزش‌ها و میزان تمایل به خروج، تناسب اهداف و میزان تمایل به خروج و تناسب محیط کاری و رفتارهای سازمانی (تابعیت سازمانی و تمایل به ماندگاری) در سطح ۵ درصد رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیامد. رابطه‌ی میان نوع فرهنگ سازمانی و تناسب فرد سازمان نیز، مستقیم و تاحدی قوی نشان داده شده است (۴).

Lee و del Carmen طی تحقیقی بین ۵۶ سوپروایز و کارمند در بخش آژانس سلامت ذهنی در کالیفرنیا در رابطه با ارتباط بین کارمندان و مربیان و رضایت شغلی آن‌ها، به این نتیجه رسیدند که آن دسته از کارمندان که بیشتر در ارتباط با سوپروایزها بودند، از رضایت بیشتری نسبت به آن‌هایی که با سوپروایزها در ارتباط نبودند، برخوردار بودند (۷).

در مطالعه Meyer و همکاران با عنوان «تناسب فرهنگ فرد با سازمان و تعهد شغلی کارمند در شرایط تغییرات سازمانی» در یک کمپانی بزرگ انرژی در کانادا، ۶۸۷ کارمند قبل از تغییرات و ۶۲۷ کارمند بعد از اعمال تغییرات سازمانی در تکمیل پرسش‌نامه‌های مربوط همکاری نمودند و سرانجام مشخص شد که تناسب فرهنگ فرد با سازمان با تعهد شغلی و تمایل به ترک سازمان توسط کارمند مرتبط است (۸).

از آن جا که پرستاران به عنوان بیشترین نیروی انسانی در بیمارستان‌ها و در خط مقدم ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی درمانی محسوب می‌شوند (۹)، داشتن رضایت شغلی در پرستاران از موارد مهمی است که به بهتر شدن خدمات ارائه شده توسط آنان می‌انجامد، از این رو انجام بررسی‌های علمی در این زمینه و استفاده از نتایج آن در جنبه‌های مختلف حرفه‌ی پرستاری کشور می‌تواند پیامدهای مفیدی داشته باشد. این مقاله به منظور تعیین رابطه‌ی بین تناسب فرد-

مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت می‌باشد که در قالب ۵۱ سؤال بسته‌ی پاسخ تنظیم شده است.

روایی سؤالات پرسش‌نامه از روش روایی داخلی و محتوایی و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از تعیین ضریب Cronbach's alpha ( $r_1 = 0/92$ ) و ( $r_2 = 0/86$ ) محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از روش‌های آماری در سطح توصیفی (درصد، توزیع فراوانی، میانگین، ضریب همبستگی Pearson و در سطح استنباطی (آزمون t مستقل و رگرسیون چندگانه) استفاده شد. ملاحظات اخلاقی که در طی پژوهش رعایت شد، عبارت از توجیه پاسخ‌گویان و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در تحقیق، رعایت بی طرفی و پرهیز از سوگیری، استفاده از جدیدترین منابع علمی و محرمانه نگه داشتن اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها می‌باشد.

### یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که ۷۱/۱ درصد از پاسخ‌گویان مدرک کارشناسی و ۲۱/۸ درصد از پاسخ‌گویان دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. همچنین طبق نتایج به دست آمده، ۱۵/۵ درصد از پاسخ‌گویان ۲۰ تا ۳۰ سال سن داشتند، ۳۶/۶ درصد از پاسخ‌گویان ۳۱ تا ۴۰ ساله بودند، ۴۱/۵ درصد از پاسخ‌گویان ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند و ۰/۷ درصد بالاتر از ۵۰ سال بودند. همچنین ۷۰/۴ درصد از پاسخ‌گویان زن و

سازمان با رضایت شغلی در مدیران پرستاری صورت گرفته است تا از این راه گامی در جهت افزایش رضایتمندی این حرفه‌ی مقدس برداشته شود (۱۰).

### روش بررسی

این پژوهش به صورت یک مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی انجام گرفت. جمعیت مورد مطالعه ۱۵۰ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی اصفهان (شامل بیمارستان‌های الزهراء، کاشانی، فیض، نور و علی اصغر، شهید بهشتی، فارابی، چمران، موسی کاظم، سید الشهداء، امین) در سال ۱۳۹۰ بودند. نمونه‌گیری با استفاده از روش سرشماری صورت گرفت ( $n = 150$ ). تعداد برگشت پرسش‌نامه ۱۴۲ عدد بود. بنابراین درصد بازگشت پرسش‌نامه عبارت است از ۹۴ درصد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای است که در سه بخش تنظیم شده است:

بخش اول که شامل مقدمه‌ی پرسش‌نامه و اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی خدمت و محل خدمت می‌باشد، بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ی تناسب فرد-سازمان بر اساس مدل Christophe در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت که در قالب ۵۲ سؤال بسته‌ی پاسخ تنظیم شده است و بخش سوم شامل پرسش‌نامه‌ی DJI (Distributive justice index) در

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تناسب فرد-سازمان در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان

انواع تناسب	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	T	Sig
تناسب فرد	دانش	۲/۸۳۸	۰/۴۴۶	-۴/۳۲۲	< ۰/۰۰۱
	مهارت	۲/۸۶۴	۰/۵۱۳	-۳/۱۶۲	۰/۰۰۲
	ویژگی شغلی	۳/۳۱۰	۱/۷۷۷	-۲/۰۷۷	۰/۰۴۰
	علاقه	۳/۲۲۰	۰/۵۵۹	۴/۶۸۶	< ۰/۰۰۱
	شخصیت	۲/۶۲۴	۰/۴۷۰	-۹/۵۳۳	< ۰/۰۰۱
تناسب سازمان	کل	۲/۷۰۳	۰/۲۹۵	-۱۱/۹۷۰	< ۰/۰۰۱
	اهداف	۲/۶۸۵	۰/۶۱۱	-۶/۱۵۳	< ۰/۰۰۱
	ارزش‌ها	۲/۳۶۷	۰/۴۴۲	-۱۷/۰۵۶	< ۰/۰۰۱
	کل	۲/۷۸۹	۰/۴۳۴	-۵/۷۹۴	< ۰/۰۰۱

می‌باشد. بنابراین میزان مؤلفه‌ی فرصت در مدیران پرستاری بیشتر از حد متوسط بوده است، اما میزان مؤلفه‌های کار، درآمد، سازمان و همکاران،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر بود. بنابراین میزان مؤلفه‌های فوق در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است. در مجموع میزان رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر می‌باشد. بنابراین میزان مؤلفه‌ی رضایت شغلی در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	t	Sig
کار	۲/۳۳۷	۰/۳۴۱	-۲۳/۱۸۲	< ۰/۰۰۱
فرصت	۳/۰۰۰	۰/۶۰۱	-۱/۰۲۳	۰/۳۰۸
درآمد	۲/۶۸۰	۰/۴۲۲	-۹/۰۴۷	< ۰/۰۰۱
سازمان	۲/۴۳۳	۰/۳۹۲	-۱۷/۲۲۲	< ۰/۰۰۱
همکاران	۲/۸۷۳	۰/۳۲۳	-۳/۴۷۰	۰/۰۰۱
کل	۲/۵۳۷	۰/۲۲۳	-۱۸/۳۳۰	< ۰/۰۰۱

یافته‌ها نشان داد که ضریب همبستگی بین تناسب فرد و رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر اصفهان معنی‌دار بوده است ( $P \leq 0/05$ ). همچنین ضریب همبستگی ساده‌ی تناسب سازمان و رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان معنی‌دار بوده است ( $P \leq 0/05$ ).

جدول ۳، نشان می‌دهد که مقدار  $F$  محاسبه شده با ۴ و ۱۵۷ درجه‌ی آزادی در سطح تشخیص ( $\alpha = 0/05$ ) از مقدار

۲۵/۴ درصد مرد بودند. ۲۸/۹ درصد از پاسخ‌گویان ۱ تا ۱۰ سال سابقه‌ی کار داشته‌اند، ۳۵/۹ درصد نیز دارای ۱۱ تا ۲۰ سال سابقه‌ی کار بوده‌اند و ۲۷/۵ درصد از پاسخ‌گویان ۲۱ تا ۳۰ سال سابقه‌ی کار داشته‌اند.

بر اساس یافته‌های جدول ۱، میزان مؤلفه‌های ویژگی شغل و علایق در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0/05$  بزرگ‌تر می‌باشد. بنابراین میزان مؤلفه‌های ویژگی شغل و علایق در مدیران پرستاری بیشتر از سطح متوسط بوده است. اما میزان مؤلفه‌های دانش، مهارت و شخصیت در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر می‌باشد، بنابراین میزان مؤلفه‌های دانش، مهارت و شخصیت در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

میزان تناسب فرد در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر بود. بنابراین میزان تناسب فرد در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است. همچنین در مورد میزان مؤلفه‌های اهداف و ارزش‌ها،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر به دست آمد. بنابراین میزان مؤلفه‌های اهداف و ارزش‌ها در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

در مجموع نیز میزان تناسب سازمان در مدیران پرستاری،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کمتر است. بنابراین میزان تناسب سازمان در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، میزان مؤلفه‌ی فرصت،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  بزرگ‌تر

جدول ۳: رگرسیون چندگانه بین تناسب فرد- سازمان و رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان

شاخص‌ها	ss	df	ms	R	R <sup>۲</sup>	F	Sig
متغیرها	۱/۳۱۴	۵	۰/۲۶۳				
باقیمانده	۲/۹۵۳	۷۲	۰/۰۳۵	۰/۵۸۶	۰/۳۴۳	۷/۵۴۳	< ۰/۰۰۱
کل	۳/۸۲۴	۷۷	-				

میزان مؤلفه‌های ویژگی شغل و علایق در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0/05$  بزرگ‌تر بود، بنابراین میزان مؤلفه‌های ویژگی شغل و علایق در مدیران پرستاری بیشتر از سطح متوسط بوده است.

اما میزان مؤلفه‌های دانش، مهارت و شخصیت و میزان تناسب فرد در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر بود، بنابراین میزان مؤلفه‌های دانش، مهارت و شخصیت در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

همچنین میزان مؤلفه‌های تناسب سازمان (اهداف و ارزش‌ها) در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر بود. بنابراین میزان مؤلفه‌های تناسب سازمان در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

مطالعه‌ی ابزری نشان می‌دهد که دانشگاه مورد مطالعه از میزان درجه‌ی تناسب فرد- سازمان (در تمامی عامل‌ها)، از میزان قابل قبولی برخوردار است (۴).

میزان مؤلفه‌ی فرصت،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  بزرگ‌تر بود. بنابراین میزان مؤلفه‌ی فرصت در مدیران پرستاری بیشتر از حد متوسط بوده است. اما میزان مؤلفه‌های کار، درآمد، سازمان و همکاران و نیز میزان رضایت شغلی،  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی در سطح خطای  $0/05$  کوچک‌تر بود. بنابراین میزان مؤلفه‌های فوق در مدیران پرستاری کمتر از حد متوسط بوده است.

در مطالعه‌ی کمالی مشخص شد که میانگین نمره‌ی رضایت شغلی در حد متوسط می‌باشد. بیشترین رضایتمندی مربوط به ماهیت کار بود و کمترین آن به درآمد مربوط می‌شد. همچنین رضایت شغلی به طور معنی‌داری با سن و جنس مرتبط بود (۱۱).

همچنین یافته‌ها نشان داد که ضریب همبستگی بین تناسب فرد- سازمان و رضایت شغلی در مدیران پرستاری

بحرانی جدول بزرگ‌تر است. از این رو بین سبک‌های رهبری و ابعاد روحیه‌ی همبستگی چندگانه‌ی معنی‌داری در دانشگاه وجود داشت ( $P < 0/001$ ). ضریب همبستگی چندگانه  $0/586$  و ضریب تعیین اصلاح شده  $0/343$  بود. بنابراین ۳۴ درصد از تغییرات مربوط به واریانس ابعاد رضایت شغلی تحت تأثیر تناسب فرد- سازمان است.

بر اساس جدول ۴، می‌توان مدل پیش‌بینی را به صورت زیر نشان داد:

$$Y = 1/511 + 0/181 X_1 + 0/017 X_2 + 0/032 X_3 + 0/206 X_4 + 0/032 X_5$$

جدول ۴: رابطه‌ی بین هر کدام از مؤلفه‌های تناسب فرد- سازمان و رضایت شغلی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان

متغیرها	شاخص‌ها	$\beta$	beta	tob	P
مقدار ثابت		۱/۵۱۱	-	۷/۳۶۵	< ۰/۰۰۱
دانش		۰/۱۸۱	۰/۳۵۶	۲/۸۰۰	< ۰/۰۰۱
مهارت		۰/۰۱۷	۰/۰۳۷	۱/۲۳۱	۰/۰۰۱
ویژگی شغلی		۰/۰۳۲	۰/۳۳۳	۲/۴۷۵	< ۰/۰۰۱
علایق		۰/۲۰۶	۰/۵۱۴	۴/۰۰۵	< ۰/۰۰۱
شخصیت		۰/۰۳۲	۰/۰۴۷	۱/۶۶۸	۰/۰۰۲

## بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی تناسب فرد- سازمان با رضایت شغلی مدیران پرستاری بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر اصفهان (سال ۱۳۹۰) بود. تحقیقات نشان می‌دهد که هر چه تناسب افراد با سازمان بیشتر باشد، پیامدهای شغلی مثبت‌تر خواهد بود. سطوح کمتر استرس، عجین شدن با شغل، تعهد سازمانی بالاتر، نگرش‌های شغلی بهتر، نرخ‌های عملکرد بالاتر و ترک خدمت پایین‌تر، از جمله این پیامدها هستند. وقتی خصوصیات فردی و محیط کاری اطرافش با هم تطابق داشته باشد یا دست کم همخوانی بالایی داشته باشد، اثربخشی افزایش می‌یابد (۳).

مهم‌ترین کارکنان بیمارستان محسوب می‌شوند، اگر رضایت بیشتری نسبت به کار خود پیدا کنند، به عملکردهای بهتری برای پیشرفت خود و جامعه دست خواهند یافت.

### پیشنهادهای

با توجه نتایج به دست آمده از پژوهش، جهت اثربخشی هر چه بیشتر فعالیت‌های سازمان، راه‌کارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

۱. تعیین معیارهای مناسب جهت انتخاب افراد در بدو ورود به سازمان جهت تناسب هر چه بیشتر افراد با سازمان
۲. تدوین و اجرا نمودن برنامه‌های درون سازمانی نظیر آموزش جهت افزایش میزان تناسب افراد با سازمان
۳. جبران خلأهای موجود مطابق با نظرات پرسنل

بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر اصفهان معنی‌دار بوده است ( $P \leq 0/05$ ). Verquer و همکاران (به نقل از قلی‌پور و همکاران) در فراتحلیل خود بیان کردند که تناسب فرد- سازمان با تمایل به ترک خدمت رابطه‌ی منفی و با رضایت شغلی و تعهد سازمانی رابطه‌ی مثبت دارد. همچنین، تناسب فرد- سازمان واریانس معنی‌داری از عملکرد شغلی، رفتار شهروندی و ترک خدمت را تبیین می‌کند و با پیامدهای رفتاری ترک خدمت، عملکرد وظیفه و رفتار شهروندی ارتباط دارد (۳).

### نتیجه‌گیری

با توجه به این که رضایت شغلی نقش مهمی در کارایی و بهره‌وری بیمارستان دارد و تناسب فرد- سازمان بر رضایت شغلی تأثیر می‌گذارد، کارکنان به ویژه مدیران پرستاری که از

### References

1. Abzari M, Ansari MS, Safarnia H, Abbasi A. The Impact of Person-Organization Fit on Organizational Attitudes of University Faculties. *Journal of Management Sciences* 2008; 3(10): 63-88. [In Persian].
2. Doaei H. Human recourse management. Mashhad, Iran: Bayane الهدایت نور Publication; 2007. p. 137. [In Persian].
3. Gholipour A, Roshannejad M, Sherafat Sh. Explaining the Impact of Person-Organization Fit on Work Alienation and Work Engagement. *Sterategic Management Thought* 2010; 4(1): 209-25. [In Persian].
4. Abzari M, Abbasi A, Haghshenas A, Ansari ME. The impact of organizational person- organization fit and organizational culture on organizational behaviors of university faculties in university. (Case study: Shahid Bahonar University of Kerman). *Management Research in Iran* 2010; 14(66): 1-21. [In Persian].
5. Faraji O, Pourreza A, Hosseini M, Arab M, Akbari F. Role and effect of the job characteristic model (JCM) on job satisfaction. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2008; 6(2): 31-8. [In Persian].
6. Moghimi SM. Organization and management, research approach. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2000. p. 385-7. [In Persian].
7. Lee CD, del Carmen ME. The correlation of mentoring and job satisfaction: a pilot study of mental health professionals. *Community Ment Health J* 2011; 47(4): 482-7.
8. Meyer JP, Hecht TD, Gill H, Toplonysky L. Person organization (culture) fit and employee commitment under conditions of organizational change: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior* 2010; 76(3): 458-73.
9. Sodagar S. Job satisfaction rate among nurses in the hospitals of Hormozgan medical university. *Hormozgan Med J* 2004; 8(4): 233-8. [In Persian].
10. Mirzabeigi GH, Salemi S, Sanjari M, Shirazi F, Heidari Sh, Maleki S. Job Satisfaction among Iranian Nurses. *Hayat* 2009; 15(1): 49-60. [In Persian].
11. Kamali M. A study of job satisfaction rate among general physicians of Isfahan [Research]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2006. p. 11-13. [In Persian].

## Evaluating the Relationship between Individual-Organization Fit and Job Satisfaction among Nursing Managers in University Hospitals of Isfahan, Iran\*

Ahmadreza Reisi, PhD<sup>1</sup>; Susan Bahrami, PhD<sup>2</sup>; Somayeh Safdari, MSc<sup>3</sup>;  
Somayeh Shafiei, MSc<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Human resource is one of the most important resources of an organization. Since the attempt of anyone is depend upon his motivation and satisfaction, these are important prerequisites to do the right things. The more the individual-organization fit, the more and the finer the job consequences will be. This study aimed to determine the relationship between individual-organization fit and job satisfaction of nursing managers.

**Methods:** This was a descriptive-correlative study. The statistical population included nursing managers in university hospitals of Isfahan, Iran. The method of sampling was census (n = 150). Data collection tools included two standard questionnaires of individual-organization fit and job satisfaction. The content validity was verified and the reliability of individual-organization fit questioner was 0.92' and for job satisfaction it was 0.86. For data analysis both descriptive and inferential statistics were used containing frequency percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, t-test and multiple regression test.

**Results:** The level of interest and job characteristics were higher than mean score and the personality, skill and knowledge level were lower than mean score. In general, person fit level was lower than mean score among components of individual-organization fit. Moreover, components of organization fit were higher than the mean level. Among job satisfaction components, opportunity component was higher than the mean level and the colleagues, income, organization type and job component were lower than mean level. In general, job satisfaction components were lower than the mean level. Finally, there was a positive and significant correlation between individual-organization fit and job satisfaction. Multivariable regression showed that there was a significant correlation between individual-organizations fit and job satisfaction.

**Conclusion:** Since the degree of individual-organizations fit and job satisfaction level was less than the average score in nursing managers which will eventually lead to lower efficiency and effectiveness of their performances and activities, the hospital managers must be careful in selecting human resources and go along with the individual-organizations fit parameters and provide necessary conditions required for the fulfillment of the organization objectives.

**Keywords:** Individual-Organization Fit; Job Satisfaction; Nursing Managers

Received: 26 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Reisi A, Bahrami S, Safdari S, Shafiei S. **Evaluating the Relationship between Individual-Organization Fit and Job Satisfaction among Nursing Managers in University Hospitals of Isfahan, Iran.** *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 1024-31.

\* This article was derived from a research project (No. 291064) supported by Health Management and Economic Research Center at Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Information Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Educational Administration, School of Education and Psychology, The University of Isfahan AND Researcher of Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: bahrami837@gmail.com

3- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran



## قابلیت‌های گردشگری دندانپزشکی اصفهان\*

علیرضا جباری<sup>۱</sup>، فرزانه محمودی میمند<sup>۲</sup>، فاطمه نظام‌دوست<sup>۳</sup>، زهرا آقارحیمی<sup>۴</sup>، لیلیا شجاعی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** در سال‌های اخیر، گردشگری دندانپزشکی روند رو به رشدی را طی می‌کند. منظور از گردشگری دندانپزشکی به عنوان شاخه‌ی گردشگری پزشکی، سفر افراد به خارج از کشور خود جهت دریافت خدمات دندانپزشکی است که به طور معمول در کشور خود هزینه‌ی بالاتری دارد. این پژوهش، به منظور شناسایی قابلیت‌های شهر اصفهان در حوزه‌ی گردشگری دندانپزشکی انجام شد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع مطالعات کیفی بود که در سال ۱۳۸۹ در شهر اصفهان انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، یک پرسش‌نامه‌ی نیمه ساختار یافته با سؤالات هدایت شده بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. در سنجش اعتبار داده‌های برآمده از مطالعه‌ی کیفی، برای اطمینان از میزان مقبولیت (عینیت پذیری) داده‌ها مصاحبه پس از استخراج‌ها با برخی از مشارکت کنندگان کنترل شد و صحت داده‌ها توسط آنان مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌گیری پژوهش از نوع هدفمند بود و بر این اساس، دندانپزشکانی انتخاب شدند که در طول ۱ سال گذشته، بیمار خارجی برای ارایه‌ی خدمت داشتند. در مجموع، با توجه به اشباع داده‌ها با ۱۲ نفر از دندانپزشکان عمومی و متخصص مصاحبه شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا استفاده گردید و پس از جمع‌بندی و دسته‌بندی داده‌های حاصل از مصاحبه، موضوعات اصلی و زیر موضوعات استخراج شد.

**یافته‌ها:** از بین ۷۹ بیمار خارجی مراجعه کننده به دندانپزشکان مشارکت کننده در مطالعه، ۶۳/۲۹ درصد زن و بقیه مرد بودند. خدمات ترمیمی بالاترین درصد (۵۸/۲۲) را بین انواع خدمات دریافتی بیماران خارجی از دندانپزشکان مشارکت کننده در مطالعه، به خود اختصاص داد. از بین بیماران خارجی مراجعه کننده به دندانپزشکان مورد مطالعه، ۸۴/۸۱ درصد دارای ملیت ایرانی و مقیم در خارج از کشور بودند. قابلیت‌های گردشگری دندانپزشکی اصفهان در ۷ موضوع شرایط مقاضی، امتیازات شهری اصفهان، شرایط عامل نیروی انسانی، وضعیت رقابتی مراکز ارایه دهنده‌ی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی، الزامات گردشگری پزشکی، صنایع وابسته و پشتیبان و راهبردهای اطلاعاتی می‌باشد. مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که با توجه به تجارب آن‌ها، بیشتر تقاضاها از جانب ایرانیان مقیم خارج بوده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به قابلیت‌های مطرح شده از گردشگری پزشکی اصفهان در حوزه‌ی دندانپزشکی، می‌توان گفت که شهر اصفهان با وجود قابلیت‌های مناسب اکوتوریستی و نیروی انسانی متخصص و مزیت‌های رقابتی، هنوز نتوانسته است در این صنعت جایگاه مشخصی داشته باشد. تقویت الزامات گردشگری پزشکی، هماهنگی صنایع وابسته و پشتیبان، توسعه‌ی راهبردهای اطلاعاتی و بازاریابی گردشگری دندانپزشکی از پیشنهادها سازنده جهت توسعه‌ی سریع‌تر این صنعت می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** گردشگری پزشکی؛ دندانپزشکی؛ اصفهان

\* این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۲۸۹۰۸۶ مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)  
Email: mahmoudi.2010@yahoo.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده‌ی بهداشت، عضو کمیته‌ی تحقیقات، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- کارشناس ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۱ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** جباری علیرضا، محمودی میمند فرزانه، نظام‌دوست فاطمه، آقارحیمی زهرا، شجاعی لیلیا. **قابلیت‌های گردشگری دندانپزشکی اصفهان.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۳۲-۱۰۳۸

### مقدمه

در آستانه‌ی قرن بیست و یکم، صنعت گردشگری به یکی از پر درآمدترین صنایع دنیا مبدل شده است و رقابت فشرده‌ای

حدود ۲۰ درصد می‌باشد (۹). آمارها حاکی از آن است که از سال ۲۰۰۴ به بعد، جنبش مردمی برای دلایل مربوط به سلامتی به شدت افزایش یافته است و انتظار می‌رود در سال ۲۰۱۲ در آسیا درآمد حاصل از گردشگری به ۴/۴ میلیارد دلار رسیده باشد (۱۰). بر اساس گزارش دویلین در سال ۲۰۰۷، حداقل ۲/۵۴۴/۰۰۰ نفر در سراسر جهان از اینترنت برای اقدامات دندانپزشکی در خارج از کشور خود استفاده نموده‌اند (۱۱، ۱۲).

Heraheshe دریافت که اغلب گردشگران دندانپزشکی، در ناحیه‌ی غربی مجارستان از کشورهای همسایه بوده‌اند؛ در حالی که در بوداپست (پایتخت مجارستان) بیشتر گردشگران از مناطق دورتری مراجعه نموده‌اند. همچنین پژوهش نشان داد که قیمت مناسب و کیفیت و تنوع خدمات، از دلایل اصلی جذب گردشگران بوده است (۱۳).

Turner در مقاله‌ای، هزینه را به عنوان فاکتوری مؤثر در مسافرت بیماران به کشور، جهت خدمات دندانپزشکی معرفی می‌کند (۱۴). در پژوهشی که توسط شالبافیان انجام شد، وی پس از مطالعه‌ی تطبیقی بین ایران و کشورهای مورد مطالعه، راهکارهای توسعه‌ی گردشگری پزشکی در ایران را به صورت راهکارهای اداری، اجرایی، اقتصادی، قانونی و سیاسی تقسیم‌بندی نمود (۱۵).

از آن جا که ایران از جمله مناطق مستعدی است که می‌تواند جزء مهم‌ترین مناطق جذب بیمار خارجی قرار گیرد، لازم است در ابتدا ظرفیت‌های درمانی موجود در تمام ابعاد، به درستی شناسایی شود تا با استفاده از اطلاعات به دست آمده و برنامه‌ریزی‌های مناسب و دقیق، اطلاع‌رسانی مناسب‌تری صورت گیرد. پژوهش حاضر به منظور شناسایی ظرفیت‌های موجود دندانپزشکی و تعیین زمینه‌های بهبود آن به عنوان یکی از شاخه‌های اصلی گردشگری پزشکی انجام گرفته است.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات کیفی بود که در سال ۱۳۸۹ در

در بین بسیاری از کشورهای جهان برای جذب گردشگر به چشم می‌خورد (۱). آشنایی با علوم پزشکی و انتقال دانش پزشکی مناطق دنیا باعث به وجود آمدن شاخه‌ای از صنعت گردشگری به عنوان گردشگری سلامت شده است (۲).

در سال‌های اخیر، جنبه‌ی جدیدتری نیز به گردشگری سلامت افزوده شده است که با عنوان گردشگری پزشکی از آن یاد می‌شود (۳). بازار گردشگری پزشکی کلاسیک (نوین) به قسمت‌های مختلف مداخلات غیر جراحی، اعمال جراحی زیبایی و غیر زیبایی، مداخلات دندانپزشکی (درمان ضروری و زیبایی) و مداخلات مربوط به تولید مثل (درمان نازایی، زایمان و تغییر جنسیت) تقسیم می‌شود (۴). تفاوت هزینه‌ی اعمال جراحی میان مقاصد مختلف و لیست انتظار طولانی سبب شده است که امروزه گردشگری پزشکی از رو به رشدترین بخش‌های گردشگری در جهان محسوب گردد (۵). همان طور که هزینه‌ی درمان‌های دندانپزشکی زیاد می‌شود و تمایل برای داشتن یک دست دندان کامل افزایش می‌یابد، گردشگری دندانپزشکی در بین بازار گردشگری پزشکی به عنوان یک بازار مطلوب، در حال شکل‌گیری است (۶).

درآمدهای ارزی ایران به شدت به صدور نفت خام متکی است و برای حل مشکلات ناشی از وابستگی درآمدهای ارزی به صادرات نفت، لازم است جهت تولید و صدور آن دسته از محصولات و خدماتی که می‌تواند موجب ایجاد درآمدهای ارزی شود، سرمایه‌گذاری شود (۷). صنعت گردشگری پزشکی، یکی از این موارد است که با توجه به کم هزینه و پر درآمد بودنش و تقویت ساختار بهداشت و درمان کشور، می‌تواند رشد اقتصادی قابل توجهی را برای کشور به همراه داشته باشد (۸).

گردشگری پزشکی با درآمدهای جهانی حدود ۲۰ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۵، یکی از بزرگ‌ترین صنایع جهان بوده است (۴). این نوع از گردشگری به یک صنعت چند میلیارد دلاری در عرصه‌ی جهانی تبدیل شده است. کارشناسان بر این باورند که نرخ رشد سالیانه‌ی گردشگری پزشکی در جهان

## یافته‌ها

در این پژوهش ۷ موضوع و ۱۷ زیر موضوع شناسایی شد (جدول ۱).

لازم به ذکر است که از بین ۷۹ بیمار خارجی مراجعه کننده به دندانپزشکان مشارکت کننده در مطالعه، ۶۳/۲۹ درصد زن و بقیه مرد بودند. خدمات ترمیمی بالاترین درصد (۵۸/۲۲) را بین انواع خدمات دریافتی بیماران خارجی از دندانپزشکان مشارکت کننده در مطالعه به خود اختصاص داد و از بین بیماران خارجی مراجعه کننده به دندانپزشکان مورد مطالعه، ۸۴/۸۱ درصد دارای ملیت ایرانی و مقیم در خارج از کشور بودند.

## بحث

در پژوهش حاضر، مشارکت کنندگان بازاریابی و استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی را به عنوان یکی از زیر موضوعات موضوع وضعیت راهبردی بیان کردند که یکی از راه‌های توسعه‌ی گردشگری پزشکی می‌باشد. در این پژوهش، مزیت هزینه‌ی خدمات دندانپزشکی به عنوان یک مزیت رقابتی شهر اصفهان به دست آمد که می‌تواند باعث توسعه‌ی گردشگری پزشکی در شاخه‌ی دندانپزشکی شود. این یافته با نتیجه‌ی پژوهش Osterle و همکاران مشابه است. به عبارتی، در این پژوهش نیز قیمت مناسب و کیفیت و تنوع خدمات از دلایل اصلی جذب گردشگران به منطقه‌ی مجارستان و پایتخت آن یعنی بوداپست بوده است (۱۶). Turner در مقاله‌ای، هزینه را به عنوان فاکتوری مؤثر جهت مسافرت بیماران به کشور به منظور خدمات دندانپزشکی می‌داند. از طرف دیگر، پژوهشگر بیان می‌کند که شرکت‌های گردشگری دندانپزشکی، بسته‌های خدماتی شامل اقدامات دندانپزشکی، رزرواسیون هتل و بلیط هواپیما را تعریف کرده‌اند تا بتوانند بیماران بیشتری جذب کنند. کلینیک‌های دندانپزشکی نیز از وب جهت جذب بیماران بین‌المللی بهره می‌گیرند. در این پژوهش نیز مشارکت کنندگان به عواملی همچون توسعه‌ی زیرساخت‌های پایه، بازاریابی و اطلاع‌رسانی مؤثر اشاره شد (۱۴).

شهر اصفهان انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، یک پرسش‌نامه‌ی نیمه ساختار یافته با سؤالات هدایت شده بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. در سنجش اعتبار داده‌های بر آمده از مطالعه‌ی کیفی، برای اطمینان از میزان مقبولیت (عینیت پذیری) داده‌ها، مصاحبه پس از استخراج‌ها با برخی از مشارکت کنندگان کنترل شد و صحت داده‌ها توسط آنان مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌گیری پژوهش از نوع هدفمند بود و بر این اساس، دندانپزشکانی انتخاب شدند که در طول ۱ سال گذشته، بیمار خارجی برای دریافت خدمت داشتند. در مجموع، با توجه به اشباع داده‌ها با ۱۲ نفر از دندانپزشکان عمومی و متخصص مصاحبه شد.

مصاحبه بین ۲۵ تا ۳۰ دقیقه به طول می‌انجامید و کل جریان مصاحبه یادداشت و بر نوار صوتی ضبط گردید. در زمان کوتاهی بعد از انجام مصاحبه، مصاحبه با توجه به سؤالات پژوهش پیاده‌سازی می‌شد.

پرسش‌نامه‌ی این پژوهش شامل ۳ بخش بود که بخش اول به بررسی مشخصات دموگرافیک مصاحبه شونده و بخش دوم به بررسی مشخصات گردشگران خارجی (جنس، سن، نوع خدمت، ملیت و هزینه‌ی دریافتی) می‌پرداخت. بخش سوم شامل سؤالات هدایت شده برای شناسایی قابلیت‌های گردشگری دندانپزشکی شهر اصفهان بود که طبق مصاحبه تدوین گردیده بود.

جهت تحلیل داده‌ها در بخش اول مطالعه، از روش تحلیل محتوا استفاده شد. در این تحلیل، ابتدا با مصاحبه با مشارکت کنندگان، اطلاعات پژوهش روی نوار ضبط شد و بعد از چند بار خواندن متن پیاده‌سازی شده، تحلیل صورت گرفت. برای حفظ محرمانه بودن نام افراد از کدهای معرف استفاده شد. بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط موضوعی از طریق کد ایندکس شد و دیدگاه مصاحبه شونده‌گان در مورد هر موضوع، مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین رابطه‌ی میان موضوع‌ها و زیر موضوع‌ها نیز شناسایی و تحلیل شد.

جدول ۱: موضوع و زیر موضوع قابلیت‌های گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی

موضوع (Themes)	زیر موضوع‌ها (Sub- themes)
شرایط متقاضی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی	شرایط مطلوب از دیدگاه دندانپزشکان ایرانیان مقیم خارج از کشور (۸۴/۸۱)، بیماران کشورهای همسایه، بیماران سایر کشورها به جز کشورهای همسایه (۱۵/۱۹)
امتیازات شهر اصفهان	ویژگی‌های اکوتوریستی شهر اصفهان (جاذبه‌های فرهنگی و تاریخی، وجود آثار هنری و تاریخی، آب و هوا)، مزیت فرهنگی و قومی با کشورهای حاشیه‌ی خلیج فارس
شرایط عامل نیروی انسانی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی	تعداد دندانپزشک عمومی و متخصص (۹۱۰ نفر)، مهارت دندانپزشکان
وضعیت رقابتی مراکز ارائه دهنده‌ی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی	مزیت هزینه‌ای (هزینه‌ی دندانپزشکی در ایران و شهر اصفهان بسیار پایین است)، مزیت تعداد مراکز درمانی (از نظر تعداد و کیفیت خدمات درمانی اصفهان وضعیت به نسبت مناسبی دارد)
الزامات گردشگری پزشکی	نوع مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات دندانپزشکی در اصفهان (از نظر مشارکت کنندگان، این مراکز به طور کامل برای گردشگران خارجی مناسب نیست و برای این که صنعت گردشگری پزشکی در زمینه‌ی دندانپزشکی ارتقا یابد، بهتر است که مرکزی مخصوص به آن تأسیس شود) برنامه و دستورالعمل مدون (از نظر مشارکت کنندگان تا زمانی که به دلیل وابستگی کشور به درآمد نفتی، برنامه‌ی مناسبی تدوین نشود، نمی‌توان این صنعت را رونق بخشید) زیرساخت‌های پایه‌ی گردشگری (به ویژه هتل‌ها، خطوط هوایی و ... نیاز به تقویت و اصلاح دارند)
صنایع وابسته و پشتیبان گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی	همکاری و مشارکت با صنایع وابسته و پشتیبان (از نظر مشارکت کنندگان این همکاری بسیار ضعیف است. همچنین سازمان‌های پشتیبان به طور کامل نقش خود را ایفا نکرده‌اند. بازاریابی و تبلیغ که از عوامل اصلی ارتقای این صنعت است، توسط این سازمان‌ها باید انجام گیرد) عدم توجه کافی مسئولین کشور به حوزه‌ی گردشگری پزشکی (وجود بروکراسی‌های اداری از یک سو و از سوی دیگر، عدم توجه به اهمیت گردشگری پزشکی در درآمدزایی و اشتغال‌زایی کشور باعث شده است که ایران جایگاه مناسبی در این حوزه پیدا نکند)
راهبردهای اطلاعاتی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی	نظام ثبت و آمارگیری (در حال حاضر مکانیسمی برای جمع‌آوری اطلاعات بیماران خارجی وجود ندارد) بازاریابی و اطلاع‌رسانی ضعیف باعث شده است که بیماران خارجی کمتری به اصفهان بیایند عوامل سیاسی - امنیتی ایران (وجود دیدگاه منفی نسبت به ایران)

متخصص که در یک سال گذشته دارای بیمار خارجی بودند، مصاحبه شد. بر اساس نظرات مشارکت کنندگان، تقاضای بیماران آن‌ها از جانب ۳ گروه بوده است که شامل ایرانیان مقیم خارج، بیماران کشورهای همسایه و بیماران کشورهای غربی بوده است. علت این تقاضاها، هزینه‌های پایین خدمات دندانپزشکی، وجود دندانپزشکان متخصص و کیفیت بالای خدمات دندانپزشکی از یک طرف و از طرف دیگر، معرفی این دندانپزشکان از طرف دوستان و آشنایان به بیماران بوده است. به عبارتی، واسطه‌های آن‌ها بیشترین نقش را در داشتن بیمار خارجی برای دندانپزشکان داشتند.

خدماتی که توسط این بیماران دریافت شده است، علاوه بر خدمات ترمیمی، شامل عصب‌کشی و روکش، درمان ریشه، ایمپلنت و سفید کردن دندان بوده است. این موضوع نشان دهنده‌ی آن است که تقاضا برای این خدمات، نسبت به سایر خدمات بیشتر است؛ چرا که سایر خدمات به دلایلی از جمله پیگیری‌های متعدد و طولانی بودن سیر درمان، نیاز به سفرهای مداوم را برای بیماران ایجاب می‌کند که این موضوع، ممکن است مزیت پایین بودن هزینه‌ی سفر درمانی -عامل سفر بیماران- را از بین ببرد. با این وجود، به نظر مشارکت کنندگان، تعداد دریافت این خدمات در اصفهان بسیار کم می‌باشد. از این‌رو، می‌توان گفت اصفهان آن‌طور که می‌بایست در این صنعت پیشرفت نداشته است و بیشتر بیماران مراجعه کننده، ایرانی بوده‌اند و به دلیل ارزانی خدمات درمانی در اصفهان و بازدید دوستان به این شهر سفر نموده‌اند و از خدمات این شهر بهره‌مند شده‌اند.

در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر انتخاب شهر اصفهان، شرکت کنندگان ۳ موضوع امتیازات شهری اصفهان، شرایط عامل نیروی انسانی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی و وضعیت رقابتی مراکز ارائه دهنده‌ی گردشگری پزشکی در حوزه‌ی دندانپزشکی را بیان کردند. با توجه به قابلیت‌های مطرح شده از گردشگری پزشکی اصفهان در حوزه‌ی دندانپزشکی، می‌توان گفت شهر اصفهان با وجود قابلیت‌های مناسب اکوتوریستی و نیروی انسانی متخصص و مزیت‌های رقابتی، هنوز

صدیقی و همکاران نیز موفقیت گردشگری پزشکی اردن را مرهون اتخاذ تدابیر تشویقی برای جذب سرمایه‌های خارجی و تقویت زیرساخت‌های بیمارستانی و گردشگری می‌دانند (۱۷). تقویت زیرساخت‌های بیمارستانی و گردشگری به عنوان یکی از زیر موضوعات شرایط عامل گردشگری پزشکی مورد توجه قرار گرفت و از این جهت، با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتایج این پژوهش با پژوهش Jones و Keith مشابه است. این پژوهشگران نیز بیان کردند که گردشگر پزشکی به دلایل ارابه‌ی سریع خدمت یا هزینه- اثربخشی خدمات درمانی، مسافرت به کشور دیگر را انتخاب می‌کند؛ علاوه بر آن، پایین بودن هزینه‌ی سفر، سبب شده است که افراد به کشورهایی که دارای کیفیت بالا و هزینه‌ی کمتر و فقدان لیست انتظار هستند، مسافرت نمایند (۱۸).

Heraheshe نوپا بودن صنعت گردشگری پزشکی و نبود زیرساخت‌های لازم، فقدان راهبردهای مشخص توسعه و بازاریابی، فقدان اطلاعات پایه در این بخش و کمبود توجه لازم بدنه‌ی گردشگری به ارزش اثرات گردشگری سلامت را از موانع توسعه‌ی آن دانسته است (۱۳). موارد مطرح شده در پژوهش Heraheshe (۱۳) با بعضی از موضوعات و زیر موضوعات استخراج شده در مطالعه‌ی حاضر مشابهت دارد.

لازم به ذکر است از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اختصاص دادن مدت زمان زیاد به سازمان دادن یک مصاحبه از زمان انتخاب نمونه، پیگیری‌های مکرر و هماهنگی برگزاری مصاحبه، اداره و مدیریت مصاحبه و نگهداشت مصاحبه‌ها و نبود شماره‌های تماس تعدادی از مطب‌های دندانپزشکی در آمار معاونت درمان اشاره کرد که پژوهشگر را بر آن داشت تا آن‌ها را از جامعه‌ی مورد نظر حذف نماید.

### نتیجه‌گیری

در این پژوهش، با ۱۲ نفر از دندانپزشکان عمومی و

توانسته است در این صنعت جایگاه مشخصی داشته باشد.

سریع‌تر این صنعت می‌باشد.

### پیشنهادهای

تقویت الزامات گردشگری پزشکی، هماهنگی صنایع وابسته و پشتیبان، توسعه‌ی راهبردهای اطلاعاتی و بازاریابی گردشگری دندانپزشکی از پیشنهادهای سازنده جهت توسعه‌ی

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه‌ی دندانپزشکانی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، قدردانی به عمل می‌آید.

### References

1. Lafzi L. Tourism development solutions to the unemployment crisis. Tehran, Iran: University of Tehran Press; 2003. [In Persian].
2. Sadr Momtaz N, Agharahimi Z. Medical Tourism Industry in Iran: Strategies for Development. Health Inf Manage 2011; 7(4): 516-24. [In Persian].
3. Ranjbarian B, Zahedi M. Understanding tourism. Isfahan, Iran: Four Gardens Press; 2005. [In Persian].
4. Jabbari A. Designing medical tourism. Tehran, Iran: Iran University of Medical Sciences Publication; 2005. [In Persian].
5. Agharahimi Z. Review of the medical tourism industry in selected countries offer to Iran [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
6. Tourism Research and Marketing. Medical Tourism: A Global Analysis. Kalamazoo, MI: Atlas; 2006.
7. Delgoshai B, Jabbari AR, Farzin MR, Sherbafchizadeh N, Tabibi SJ. Current medical tourism in Iran: a case study. Payesh 2012; 11(2): 157-66. [In Persian].
8. Kazemi Z. Study of the effective factors for attracting medical tourism in Isfahan, Iran [Thesis]. Lulea, Sweden: Lulea university technology; 2008. [In Persian].
9. Helble M. The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. Bulletin of the World Health Organization 2010; 89: 68-72.
10. Chugan PK, Dhar U, Bhatt S. Medical Tourism under Mode II of GATS (WTO): Opportunities, Challenges and Entrepreneurial Strategies in Gujarat. Nirma University Journal of Business and Management Studies 2009; 3(3-4): 23-36.
11. Aniza I, Aidalina M, Nirmalini R, Inggit MC, Ajeng TE. Health tourism in Malaysia: the strength and weaknesses. Journal Kesehatan Masyarakat 2009; 15(1): 7-15.
12. Milosevic A. Dental tourism-a global issue? J Esthet Restor Dent 2009; 21(5): 289-91.
13. Hraheshe S. Curative tourism in Jordan and its potential development [MSc Thesis]. Bournemouth, UK: Bournemouth University; 2002.
14. Turner L. "Dental Tourism": Issues Surrounding Cross-Border Travel for Dental Care [Online]. 2009; Available from: URL: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-75/issue-2/117.html/>
15. Shalbfafian A. Improving health tourism (health tourism approach) [Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai University; 2007. [In Persian].
16. Osterle A, Balazs P, Delgado J. Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary. Br Dent J 2009; 206(8): 425-8.
17. Siddiqi S, Shennawy A, Mirza Z, Drager N, Sabri B. Assessing trade in health services in countries of the Eastern Mediterranean from a public health perspective. Int J Health Plann Manage 2010; 25(3): 231-50.
18. Jones CA, Keith LG. Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare. Int J Fertil Womens Med 2006; 51(6): 251-5.



## Potentials of Medical Tourism in the Field of Dentistry from View Point of Dentists in Isfahan, Iran\*

Alireza Jabbari, PhD<sup>1</sup>; Farzaneh Mahmoudi Meymand<sup>2</sup>; Fatemeh Nezamdoust<sup>3</sup>; Zahra Agharahimi, MSc<sup>4</sup>; Leila Shojaei<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** In recent years, dental tourism had a growing trend. As a branch of medical tourism, in dental tourism people travel abroad to receive dental services which are with a higher cost in their country. This study aimed to identify potential of dental tourism in Isfahan, Iran.

**Methods:** This was a qualitative study that was conducted in 2011 in Isfahan. Data collection was done using a semi-structured questionnaire with directed questions that was completed through interview. For measurement of the validity, the data of the qualitative study was checked with some participants to ensure the acceptance rate (objectivity). Dentists who provided service for foreign patients during the past year were selected.

**Results:** Out of 79 patients who were referred to dentists and participated in the study, 63.3% of them were females. Reconstructive services were allocated the highest percentage (58.2) between the types of services received by the foreign patients. 81.8% were with Iranian nationality residing abroad. Potential of dental tourism in seven categories were the demand conditions, urban advantages of Isfahan, manpower operating conditions, competitive conditions in the dental centers offering medical tourism, medical tourism requirements, related and supporting industries and information strategies.

**Conclusion:** Despite suitable capabilities of ecotourism, professional staff and competitive advantage in Isfahan, its position is not clear yet. To develop the dental tourism in Isfahan, It is necessary to strengthen requirements for medical tourism, increase coordination of related and supporting industries, increase information strategy and marketing.

**Keywords:** Medical Tourism; Dentistry; Isfahan

Received: 21 Nov, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Jabbari A, Mahmoudi Meymand F, Nezamdoust F, Agharahimi Z, Shojaei L. **Potentials of Medical Tourism in the Field of Dentistry from View Point of Dentists in Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1032-8.

\* Research Article of Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, No: 289086.

1- Assistant Professor, Health Care Management, Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Health Services Management, Management Center for Disaster and Emergency Medicine, Kerman, Iran (Corresponding Author)  
Email: mahmoudi.2010@yahoo.com

3- MSc Student, Health Care Management, School of Public Health, University Research Committee, Mashhad, Iran

4- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه جامعه‌ی پرستاری شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان\*

لیدا شمس<sup>۱</sup>، گلرخ عتیقه چیان<sup>۲</sup>، سید محمد احسان فرح آبادی<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** از آنجایی که پرسنل پرستاری بیشترین درصد از کارکنان بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی تا حد زیادی متأثر از عملکرد کادر پرستاری است، بنابراین ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه این افراد می‌تواند تا حد زیادی مبین نقاط قابل بهبود و قوت بیمارستان‌ها باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین نگاه جامعه‌ی پرستاری شاغل از وضعیت مؤلفه‌های محیط داخلی سازمان صورت پذیرفته است.

**روش بررسی:** این مطالعه تحلیلی است، که به صورت مقطعی در بیمارستان‌های منتخب آموزشی، غیر آموزشی و خصوصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تابستان ۱۳۸۹ انجام شده است. نمونه‌گیری شامل روش خوشه‌ای (انتخاب بیمارستان‌ها) و در داخل خوشه‌ها نمونه‌گیری به صورت تخصیص به نسبت صورت پذیرفته است. تعداد آزمودنی‌های مورد نظر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. معیار ورود به نمونه، پرستارانی بودند که دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد باشند. بر این اساس تعداد نمونه‌ی پژوهش ۳۸۴ محاسبه گردید. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد مدل ۶ بعدی وایزبورد (با پایایی  $\alpha = ۸۹/۷$ ) گردآوری شد. امتیاز ۲۰ در این پرسش‌نامه، امتیاز خنثی بود، امتیاز کمتر از ۲۰ نشان دهنده‌ی قوت و امتیاز بیشتر از ۲۰ نشان دهنده‌ی ضعف بیمارستان در متغیر مورد مطالعه بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ و آزمون‌های آماری نظیر میانگین و انحراف معیار، آنالیز واریانس یک‌طرفه، t و همبستگی Pearson تجزیه و تحلیل شده‌اند.

**یافته‌ها:** بررسی وضعیت متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش که شامل هدف‌گذاری، ساختار سازمانی، رهبری، ارتباطات، مکانیسم پاداش، هماهنگی و نگرش به تغییر می‌باشند، حاکی از ضعف کلیه‌ی بیمارستان‌های مورد مطالعه در بعد مکانیسم پاداش (بیمارستان آموزشی: ۲۲/۶۲، بیمارستان غیر آموزشی: ۲۴/۰۱، بیمارستان خصوصی: ۲۵/۴۲) می‌باشد. همچنین ساختار سازمانی از موارد ضعف بیمارستان‌های غیر آموزشی (۲۱/۰۹) و نقطه‌ی قوت در سایر گروه‌های مورد مطالعه (بیمارستان آموزشی: ۱۹/۸۸، بیمارستان خصوصی: ۱۹/۹۳) می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** ضرورت نگاه سیستماتیک در طراحی و تدوین مکانیسم پاداش عادلانه با حضور نمایندگان کارکنان از اقداماتی است که می‌تواند در بهبود وضعیت فعلی بیمارستان‌های مورد مطالعه تأثیر بسزایی داشته و دستیابی سازمان به اهداف از پیش تعیین شده‌اش را تسهیل نماید.

**واژه‌های کلیدی:** ارزیابی؛ محیط داخلی سازمان؛ مدل وایزبورد؛ پرستاران

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۲۸۹۱۶۵ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی شده است.  
۱- دانشجوی دکتری، سیاست‌گذاری و بلایا و فوریت‌ها، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۲- دانشجوی دکتری، سیاست‌گذاری و بلایا و فوریت‌ها، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: e.farahabadi@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۰/۵/۳۰ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۲

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۳

**ارجاع:** شمس لیدا، عتیقه چیان گلرخ، احسان فرح آبادی سید محمد. ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه جامعه‌ی پرستاری شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۴۶-۱۰۳۹.

## مقدمه

از آنجا که عملکرد هر سازمان متأثر از مجموعه‌ی عوامل داخلی و خارجی می‌باشد، بنابراین سازمان‌ها برای بهبود عملکرد خود بایستی به طور مستمر، تصویری روشن از شرایط محیط داخلی و خارجی خود داشته باشند تا بتوانند بر مبنای آن تصمیمات حیاتی را اتخاذ نمایند (۱). این امر سازمان را قادر می‌سازد تا به دقت و به صورت عینی، نقاط ضعف و قوت رقابتی خود را شناسایی نماید. از طریق این تحلیل و اطلاعات حاصل از آن مدیران می‌توانند در جهت تکمیل فرصت‌های رقابتی، سرمایه‌گذاری کرده و موانع و تهدیدها را به نحوی کاهش و از اثرات آن بکاهند (۲). ارزیابی درونی، بخش تفکیک‌ناپذیر و اساسی از وظایف هر سازمان است، به ویژه سازمانی همچون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که هماهنگ کننده، برنامه‌ریز و مجری آموزش پزشکی و پیراپزشکی و طیف گسترده‌ای از خدمات بهداشتی- درمانی در کشور است (۳، ۴). همچنین ارزیابی درونی موجب کاهش اضطراب و ترس ناشی از ارزیابی بیرونی شده است و انتخاب استراتژی مناسب با شرایط هر سازمان را امکان‌پذیر می‌سازد و نتایج آن را آسان‌تر از ارزیابی بیرونی پذیرفته می‌شود. همچنین ارزیابی درونی می‌تواند اطلاعات حیاتی و مهمی را برای برنامه‌ریزی استراتژیک فراهم نماید (۵، ۶). یکی از مدل‌های مورد استفاده برای ارزیابی محیط درونی سازمان‌ها، مدل شش بعدی وایزبوردر است که مدلی به نسبت ساده و بسیار قابل فهم بوده و فعالیت‌های اساسی و متغیرهای کلیدی سازمان را منعکس می‌کند. در مدل وایزبوردر ۶ عامل درونی شامل هدف گذاری، ساختار سازمانی، رهبری، ارتباطات، مکانیسم پاداش و ارتباطات به عنوان عوامل اثرگذار داخلی در نظر گرفته شده‌اند (۱). علاوه بر این‌ها وایزبوردر معتقد است که در ارزیابی محیط داخلی، نگرش کارکنان نسبت به تغییر نیز بایستی مورد ارزیابی قرار گیرد، چرا که آگاهی از نگرش کارکنان و آمادگی آن‌ها برای ایجاد تغییر، انجام فرایند تغییر مبتنی بر ارزیابی محیط داخلی را تسهیل می‌نماید (۷). از آنجایی که پرسنل

پرستاری بیشترین درصد از کارکنان بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی- درمانی تا حد زیادی متأثر از عملکرد کادر پرستاری است، بنابراین در این مقاله، شش متغیر مدل وایزبوردر (هدف‌گذاری، رهبری، ساختار، هماهنگی، مکانیسم پاداش و ارتباطات) را به عنوان عوامل اصلی محیط داخلی سازمان و همچنین نگرش نسبت به پدیده‌ی تغییر را از دیدگاه پرستاران بیمارستان‌های منتخب اصفهان را با هدف تحلیل محیط داخلی سازمان‌های مذکور مورد بررسی قرار داده‌ایم.

## روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه‌ی کمی- تحلیلی است، که به صورت مقطعی در بیمارستان‌های منتخب آموزشی، غیر آموزشی و خصوصی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در تابستان ۱۳۸۹ انجام شده است. نمونه‌گیری شامل روش خوشه‌ای (انتخاب بیمارستان‌ها) و در داخل خوشه‌ها نمونه‌گیری به صورت تخصیص نسبت صورت پذیرفته است و سپس تعداد آزمودنی‌های مورد نظر به روش تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. معیار ورود به نمونه، پرستارانی می‌باشند که دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد باشند. بر این اساس تعداد نمونه‌ی پژوهش ۳۸۴ برآورد شده است. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد مدل ۶ بعدی وایزبوردر گردآوری شد. امتیازدهی پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت و از امتیاز ۱ تا ۷ (به ترتیب از قویاً موافقم تا قویاً مخالفم) رتبه‌بندی شده است. پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور که از منابع معتبر (۸، ۱) اخذ گردیده  $\alpha = ۰.۸۹$  درصد می‌باشد. روایی سؤالات پرسش‌نامه نیز که در مطالعه‌ی وطن‌خواه و بهرامی (۱) تأیید گردیده است. امتیاز ۲۰ در این پرسش‌نامه، امتیاز خنثی بود، امتیاز کمتر از ۲۰ نشان‌دهنده‌ی قوت و امتیاز بیشتر از ۲۰ نشان‌دهنده‌ی ضعف بیمارستان در متغیر مربوطه بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ (version 15, SPSS Inc., Chicago, IL) و آمار توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار و از آمار تحلیلی، آماری نظیر آنالیز

همبستگی Pearson نشان داد بعد مکانیسم پاداش در بیمارستان‌های آموزشی با سنوات خدمت رابطه‌ی معکوس دارد ( $r = -0/149$ ،  $P = 0/024$ ). این آزمون در بیمارستان غیر آموزشی حاکی از رابطه‌ی معکوس بعد نگرش به تغییر با سنوات خدمت می‌باشد ( $r = -0/317$ ،  $P = 0/046$ ). در مقابل در بیمارستان‌های خصوصی مورد مطالعه ارتباط معنی‌دار میان سنوات خدمت و ابعاد هفت‌گانه وجود نداشته است. در نهایت تمامی ابعاد هفت‌گانه با یگدیگر رابطه‌ی مستقیمی دارند.

### بحث

هدف از این پژوهش، ارزیابی محیط داخلی سازمان از دیدگاه جامعه‌ی پرستاری شاغل در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان بود. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که هدف‌گذاری (تدوین اهداف) موجب ایجاد نوعی وحدت بین قسمت‌های مختلف سازمان در جهت تحقق اهداف غایی آن می‌شود (۹). بیمارستان‌های آموزشی، غیر آموزشی و خصوصی مورد مطالعه در این زمینه دارای قوت بوده‌اند. البته در بیمارستان‌های آموزشی وضعیت بعد هدف‌گذاری مناسب‌تر از سایر بیمارستان‌های مورد مطالعه بوده است. وطن‌خواه و بهرامی (۱) در مطالعه‌ی خود بر روی بیمارستان‌های آموزشی شیراز بیان نموده‌اند که در ۸۰ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه وضعیت بعد هدف‌گذاری، جزء نقاط قوت سازمان بوده است.

واریانس یک‌طرفه، t و همبستگی Pearson استفاده شده است.

### یافته‌ها

در این مطالعه، نرخ پاسخگویی به پرسش‌نامه‌های توزیعی معادل ۹۵/۸۳ درصد می‌باشد. از مجموع کارکنان مورد مطالعه ۲۰/۹ درصد (۷۷ نفر) از حجم نمونه را مردان و ۷۶/۱ درصد (۲۸۰ نفر) را زنان تشکیل داده‌اند. همچنین ۹۲/۷ درصد (۳۴۱ نفر) از کل حجم نمونه دارای مدرک کارشناسی و ۴/۱ درصد (۱۵ نفر) آن‌ها دارای مدرک کارشناسی ارشد بوده‌اند. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد در هر سه گروه بیمارستان‌های مورد مطالعه، پاداش و در بیمارستان‌های غیر آموزشی، ساختار سازمانی به عنوان نقاط ضعف اصلی مطرح می‌باشد و سایر ابعاد و ایزبورد از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند که از میان این ابعاد، ارتباطات دارای بهترین وضعیت بود (جدول ۱).

آزمون آنالیز واریانس نشان داد که میانگین نمره‌ی بعد مکانیسم پاداش در سه نوع بیمارستان تفاوت معنی‌داری دارد ( $P = 0/007$ )، همچنین با استفاده از آزمون Tukey مشخص گردید که این تفاوت در میان بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی می‌باشد. آزمون t مستقل نیز نشان داد که ابعاد هفت‌گانه‌ی تحلیل محیط داخلی با متغیرهای جنسیت و مدرک تحصیلی رابطه‌ی معنی‌دار نداشته است. آزمون

جدول ۱: وضعیت تحلیل محیط داخلی بیمارستان‌های آموزشی، غیر آموزشی و خصوصی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹

نوع بیمارستان	هدف‌گذاری ارتباطات ساختار سازمانی رهبری پاداش هماهنگی نگرش به تغییر میانگین							
میانگین	۱۷/۳۶	۱۶/۶۴	۱۹/۸۸	۱۸/۷۳	۲۲/۶۲	۱۸/۱۸	۱۷/۲۷	۱۸/۶۶
بیمارستان‌های آموزشی	۶/۳۴	۵/۵۹	۷/۳۱	۶/۹۹	۷/۱۰	۶/۱۲	۵/۷۹	
وضعیت	قوت	قوت	قوت	قوت	ضعف	قوت	قوت	
میانگین	۱۸/۳۷	۱۷/۳۷	۲۱/۰۹	۱۹/۴۸	۲۴/۰۱	۱۹/۷۵	۱۹/۲۲	۱۹/۸۹
بیمارستان‌های غیر آموزشی	۶/۰۵	۵/۴۷	۶/۵۳	۷/۱۷	۶/۰۹	۵/۸۵	۶/۱۰	
وضعیت	قوت	قوت	ضعف	قوت	ضعف	قوت	قوت	
میانگین	۱۸/۲۰	۱۶/۲۸	۱۹/۹۳	۱۸/۷۳	۲۵/۴۲	۱۸/۶۰	۱۷/۴۵	۱۹/۲۳
بیمارستان‌های خصوصی	۴/۸۸	۵/۶۹	۵/۷۰	۷/۱۲	۴/۲۶	۵/۴۱	۴/۴۹	
وضعیت	قوت	قوت	قوت	قوت	ضعف	قوت	قوت	

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که در زمینه‌ی ساختار سازمانی، بیمارستان غیر آموزشی مورد مطالعه دارای ضعف بوده است و سایر بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی نیز از وضعیت مناسبی برخوردار نمی‌باشند. در مطالعه‌ی مقدسی و شیخ طاهری (۱۰) که نیز بر روی بخش‌های مدارک پزشکی انجام گردید، نتایج حاکی از ضعف ساختاری این بخش‌ها نسبت به بیمارستان‌های کشورهای پیشرفته می‌باشد. در بیمارستان غیر آموزشی نقاطی همچون تقسیم منطقی و دقیق وظایف افراد، طراحی ساختار وظایف و هماهنگی تلاش‌های افراد جهت دستیابی به اهداف قابل بهبود می‌باشند. Lin و همکاران (۱۱) نیز در مطالعه‌ی خود تقسیمات بخش اورژانس به بخش‌های مستقل در بیمارستان‌ها را عاملی جهت افزایش رضایت کاری پزشکان بخش اورژانس اعلام نمودند. ونکی و همکاران (۱۲) در مطالعه‌ی خود سازماندهی مراقبت‌های پرستاری به روش پرایمری را دلیل اصلی افزایش رضایت بیماران و پرستاران معرفی نموده‌اند. وطن خواه و بهرامی (۱) در بررسی یافته‌های خود، ۸۰ درصد از بیمارستان‌های مورد مطالعه را از نظر بعد ساختار سازمانی دارای ضعف گزارش نموده‌اند. نصیریپور و همکاران (۱۳) نیز این ضعف را ناشی از سلسله‌مراتبی بودن ساختار سازمانی می‌دانند و بیان می‌کنند، این ضعف منجر به الگوی ارتباطی نسبتاً ضعیفی در بیمارستان می‌گردد و همچنین سبب می‌گردد اطلاع‌رسانی در رابطه با روشن و شفاف نمودن اهداف سازمان، با مشکل مواجه شود. در مطالعه‌ی دیگر نیز واعظی و سبزی کاران (۱۴) نتیجه گرفتند که ساختار مکانیکی محدود کننده بوده و اثرات معکوسی در اجرای توانمندسازی کارکنان دارد. صابونچی و همکاران (۱۵) نیز این ساختار را به عنوان نقطه‌ی ضعف و از دلایل کمبود موفقیت سازمان در دستیابی به اهداف معرفی نموده است.

از طرفی بعد رهبری در بیمارستان‌های مورد مطالعه از نقاط قوت سازمان بوده است و به طور حتم در هدایت منابع انسانی و ارتقای روز افزون عملکرد آن‌ها تأثیر شگرفی خواهد داشت. این یافته با یافته‌های حاکی از مطالعه‌ی نکویی مقدم

و همکاران (۱۶) مشابهت دارد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه‌ی حیدری و همکاران (۱۷) پیرامون رضایت شغلی کارکنان حاکی از رضایت از جنبه‌ی سرپرستی و ارتباط با سرپرست می‌باشد. Habicht (۱۸) در مطالعه‌ی خود بر روی نظام سلامت استونی، نتیجه گرفته است که رهبری پیشرفته‌ی مدیران واحدهای این نظام از نقاط قوت عمده‌ی آن‌ها می‌باشد. در میان گزینه‌های مرتبط با بعد رهبری، نکته‌ی قابل توجه این است که، در بیمارستان‌های دولتی (آموزشی و غیر آموزشی) قدرت تأثیرگذاری مدیریت بر کارکنان از نقاط قابل بهبود سازمان ارزیابی شده است. در تأیید این یافته، زعیمی و همکاران (۱۹) در بررسی ارتباط بین سبک‌های رهبری مدیران پرستاری و توانمندی پرسنل پرستاری نتیجه گرفته‌اند که رهبری مدیران، اثربخشی لازم را نداشته است. همچنین ابوالفتحی و شهامت (۲۰) در مطالعه‌ی در این زمینه به تأثیر معنی‌دار آموزش مهارت‌های رهبری بر افزایش میزان دانش و عملکرد حرفه‌ای مدیران خدمات پرستاری اشاره نموده است.

ارتباط سازمانی فرایندی است که اعضای سازمان به وسیله‌ی آن سیستمی را برای گرفتن اطلاعات و تبادل معانی به افراد و ارگان‌های فراوان داخل و خارج سازمان برقرار می‌سازند (۲۱). بیمارستان‌های مورد مطالعه از لحاظ این بعد دارای قوت می‌باشند، بیمارستان‌های خصوصی مورد مطالعه در این بعد میانگین امتیاز کمتری را کسب نموده و توانسته‌اند با ارتباطات مطلوب، نقش بارزی در انجام امور تیم محور بیمارستانی داشته باشند. جریان روان ارتباطات انسانی در این بیمارستان‌ها به طور قطع موجب تقویت فرهنگ کار تیمی، هماهنگی مطلوب و ارضای انگیزه‌ی اجتماعی کارکنان و حتی افزایش رضایت مراجعین خواهد شد. چنانچه احمدیان و همکاران (۲۲) در این زمینه نشان داده‌اند آموزش مهارت‌های بین فردی به پرسنل بهداشتی بر رضایت‌مندی مراجعین اثر مثبت دارد. در مطالعه‌ی وطن خواه و بهرامی (۱) ۶۰ درصد بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه از قوت برخوردار بوده‌اند. نکته‌ی قابل توجه آن‌که، در بیمارستان‌های دولتی (آموزشی و

ناکافی کارکنان، ارتباط کم با جامعه‌ی تحت پوشش و سیستم مدیریت اطلاعات ضعیف از نقاط ضعف این بیمارستان بوده است (۲۷).

برای این که هدف‌های مشترک سازمان تحقق یابند لازم است که عملیات واحدهای متعدد دستگاه هماهنگ گردیده و ارتباط مناسبی بین آن‌ها برقرار گردد (۲۸). در مجموعه‌ی بیمارستان‌های مورد مطالعه، بعد هماهنگی از نقاط قوت سازمان بوده است که این قوت می‌تواند منجر به افزایش کیفیت و عملکرد مناسب‌تر گردد. Gittel و همکاران (۲۹) نیز در مطالعه‌ی خود بر روی ۹ بیمارستان آمریکا، نشان داده‌اند که درجه‌ی هماهنگی درون بخشی در بیمارستان‌های مختلف متفاوت بوده و در بیمارستان‌های دارای هماهنگی بیشتر کیفیت مراقبت مطلوب‌تر و مدت اقامت بیمار کمتر گردیده است.

البته در سه گروه مورد مطالعه، بیمارستان‌های آموزشی نسبت به غیر آموزشی و خصوصی میانگین امتیاز کمتری کسب نموده و وضعیت بهتری داشته‌اند. در بیمارستان غیر آموزشی، با توجه به عبارت‌های ۲۰ و ۲۷ پرسش‌نامه در بعد مکانیسم پاداش، عدم به کارگیری مکانیسم مناسب جهت یکپارچه نمودن فعالیت‌های کل سازمان و همچنین عدم همکاری واحدها در حل برخی مشکلات واحدهای بیمارستان از نقاطی است که نیازمند توجه بیشتر مسؤولین می‌باشد. پس از تعیین نقاط قوت و ضعف سازمان، مسلماً ضرورت ایجاد تغییراتی در برنامه‌ریزی، هماهنگی، رهبری و دیگر وظایف مدیریتی سازمان اجتناب‌ناپذیر می‌باشد (۲۱). در زمینه‌ی نگرش کارکنان به تغییر، تمامی بیمارستان‌های مورد مطالعه، دارای قوت بوده‌اند. این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی وطن خواه و بهرامی (۱) نیز کاملاً مطابق است. نکته‌ی قابل توجه آن که بیمارستان‌های آموزشی در این بعد نسبت به سایر بیمارستان‌های مورد مطالعه از قوت بیشتری برخوردار بوده‌اند؛ اما در بیمارستان‌های غیر آموزشی ضرورت توجه به مقولاتی همچون توانایی سازمان برای انجام تغییر و همچنین تمایل کارمندان برای تغییر برخی از جنبه‌های کاری اجتناب‌ناپذیر

غیر آموزشی) نتایج حاکی از وجود تعارضات حل نشده می‌باشد. بخشی از این ضعف به دلیل عدم آموزش مهارت‌های ارتباطی به کارکنان در دوره‌های آموزشی آنان است. عماد زاده و همکاران (۲۳) در مطالعه‌ی خود با عنوان بررسی مهارت‌های ارتباطی دستیاران تخصصی دندان پزشکی نتیجه گرفتند که تنها ۴۳ درصد از این افراد در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباطی دارای وضعیت به نسبت مطلوب هستند. یافته‌های مطالعه‌ی محمدی و دقیقی نشان داد که مهارت‌های ارتباطی مناسب سبب افزایش ارتباط بین پزشکان و پرستاران و همچنین ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود (۲۴).

نکته‌ی قابل توجه این که بیمارستان‌های مورد مطالعه از وضعیت نامناسبی در بعد مکانیسم پاداش برخوردارند و از نقاط ضعف عمده‌ی این سازمان‌ها مکانیسم پاداش و همچنین معیارهای پرداخت پاداش می‌باشد. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی وطن خواه و بهرامی (۱) نیز مشابهت دارد. مسلماً هزینه‌ای که از این رهگذر در نتیجه‌ی بی‌انگیزگی کارکنان و عدم رضایت آن‌ها تحمیل می‌شود غیر قابل جبران می‌باشد. بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در کشورمان نیز حاکی از عدم رعایت عدالت و انصاف در پرداخت حقوق و پاداش کارکنان می‌باشد. زاهدی و همکاران (۲۵) در بررسی رضایت شغلی کارکنان بهداشتی در استان چهارمحال بختیاری، نشان دادند که در مقیاس ترفیعات و حقوق ماهیانه، نارضایتی در اکثر کارکنان بهداشتی محسوس است. همچنین هوشمند و همکاران (۲۶) در بررسی علل تمایل به ترک خدمت پرستاران در یک دوره‌ی ۱۰ ساله، عدم تأمین نیازهای فردی و اقتصادی از جمله کافی نبودن حقوق و مزایا را از جمله مؤثرترین عوامل ترک خدمت عنوان نموده‌اند. در یافته‌های پژوهش نیز عدم تناسب حقوق دریافتی با عملکرد و همچنین عدم ارتباط نزدیک انگیزاننده‌ها با انجام صحیح وظایف با نتایج مطالعات ذکر شده همخوانی دارد. طی مطالعه‌ی دیگری با عنوان تحلیل SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) در بیمارستان ویرجینا انجام شد پژوهشگران بیان کردند حقوق



نقاط قوت احصا شده می‌باشد که ضروری است تا از این موضوع استفاده‌ی مناسبی در جهت مقابله با نقاط ضعف موجود در سازمان صورت پذیرد. چرا که از کلیدی‌ترین مسایل موجود در سازمان‌های ما مقوله‌ی عدالت درونی و بیرونی در پرداخت‌ها می‌باشد. بنابراین طراحی مؤلفه‌های مدیریت انگیزش می‌بایست با توجه به این مقوله و سایر مؤلفه‌های مؤثر صورت پذیرد.

### پیشنهادهای

با توجه به یافته‌های مطالعه، پیشنهاد می‌گردد تا با مشارکت مدیران و کارکنان در بیمارستان‌ها، سازماندهی مجدد فعالیت‌ها صورت پذیرد. همچنین ارایه‌ی آموزش‌های کاربردی مدیریت، بازآموزی و توانمندسازی مدیران و افزودن آموزش مهارت‌های ارتباطی میان فردی در دوره‌های آموزشی کارکنان می‌تواند تأثیر بسزایی در عملکرد سازمان داشته باشد. البته حیاتی‌ترین مؤلفه نیازمند توجه ویژه‌ای می‌باشد که ضروری است تا به طراحی و تدوین مکانیسم پاداش عادلانه با حضور نمایندگان کارکنان و همچنین تعریف کارکردهایی که منجر به دریافت پاداش می‌شوند اقدام گردد.

### تشکر و قدردانی

با تشکر صمیمانه از تمامی دوستان و عزیزانی که در این مسیر ما را یاری داشته‌اند به ویژه اساتید و کارشناسانی که همواره از راهنمایی‌ها و مساعدت ایشان بهره‌مند گشته‌ایم.

می‌باشد و می‌تواند در بهبود وضعیت نگرش کارمندان به مقوله‌ی تغییر مؤثر باشد. در بیمارستان‌های خصوصی عدم استقبال مدیریت سازمان از تغییرات نمی‌تواند به هنگام انجام تغییرات به ترغیب کارمندان بپردازد، بنابراین ضروری است تا مدیریت به این نکته توجه خاصی نماید. مقدم و رحمان سرشت (۳۰) نیز در مطالعه‌ی خود به این موضوع اشاره می‌کند که نوع تعبیری که مدیران از رویدادهای واقعی دارند و نگرشی که نسبت به فرایند تغییر دارند بر تصمیمی که ایشان در مورد اقدام به تغییرات مختلف سازمانی اتخاذ می‌کنند، مؤثر است. در مطالعه‌ی دیگر یک گروه ارزیاب (۳) تحلیل SWOT را در مرکز تخصصی بیماران روانی انجام دادند، فرهنگ قوی مقاوم در برابر تغییر، برنامه‌ی تغییر نامناسب و بدون پیشرفت را به عنوان نقاط ضعف این مرکز تعیین نموده‌اند.

### نتیجه‌گیری

در پایان لازم به ذکر است که از نقاط قابل بهبود اصلی در کلیه‌ی بیمارستان‌های مورد مطالعه، موضوع نظام تشویق و تنبیه در سازمان، مدیریت انگیزش و پرداخت مبتنی بر عملکرد می‌باشد. به طور حتم نیروی انسانی به سبب ماهیت فطری خود نیازمند توجه ویژه‌ای در بحث ارتباط میان عملکرد و بازخوردهای دریافتی از سیستم خود می‌باشد که ضروری است مدیران نسبت به طراحی مؤلفه‌های جامعی در این زمینه اقدام نمایند. همچنین ارتباطات گسترده‌ی سازمان‌های ارایه‌ی خدمات سلامت در بیمارستان‌های مورد مطالعه از مهم‌ترین

### References

1. Vatankhah S, Bahrami MA. An assessment on internal teaching-curative hospital environment according Wise board's six-dimensions Model (Shiraz City, 2006). J Health Adm 2007; 10(30): 7-14. [In Persian].
2. Ansary M, Rahimi AR, Yarmohamadian MH, Yaghoob M. SWOT Analysis in School of Management and Medical Information Science, Isfahan University of Medical Sciences. J Health Adm 2009; 12(36): 33-8. [In Persian].
3. Parsa Yekta Z, Salmani Barough N, Monjamed Z, Farzianpour F, Eshraghian MR. Internal Assessment of Nursing & Midwifery Faculty of Tehran University of Medical Sciences. HAYAT 2005; 11(1-2): 71-8. [In Persian].
4. Bazargan A. Education Evaluation. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: SAMT Publication; 2000. p. 1-39. [In Persian].
5. Ghane Pour M, Kavari S, Pour- Mohammadi B, Homami S. Internal evaluation of public health department of Semnan University of Medical Sciences. Koomesh 2010; 12(2): 104-11. [In Persian].
6. Mathison S. Encyclopedia of Evaluation. London, UK: SAGE; 2004.
7. Lok P, Crawford J. The application of a diagnostic model and surveys in organizational development. Journal of Managerial Psychology 2000; 15(2): 108-24.

8. Moghimi M. Management & Organization, Research approach. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2002. p. 210-13. [In Persian].
9. Habibipour B, Vanaki Z, Hadjizadeh E. The Effect of Implementing "Goal Setting Theory" By Nurse Managers on Staff Nurses' Job Motivation. Iran J Nurs 2009; 22(57): 67-76. [In Persian].
10. Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Organizational structure of the health information management departments in hospitals: a new model for Iran. Payesh 2008; 7(2): 129-40. [In Persian].
11. Lin BY, Hsu CP, Juan CW, Lin CC, Lin HJ, Chen JC. The role of leader behaviors in hospital-based emergency departments' unit performance and employee work satisfaction. Soc Sci Med 2011; 72(2): 238-46.
12. Vanaki Z, Memareian R, Katibian M. The Effect of Nursing care organization on Nurses & Patient Satisfaction. Kowsar Journal 2002; 7(21). [In Persian].
13. Nasiripour AA, Raeisi P, Hedayati SP. The Relationship between Organizational Cultures and Employees Productivity. J Health Adm 2009; 12(35): 17-24. [In Persian].
14. Vaezi R, Sabzikaran E. Survey on relation between organizational Structure & Empowerment of Staff. Transformation Managemet Journal 2010; 2(3): 153-78. [In Persian].
15. Sabonchi R, Hadavi F, Mozafari AA. Survey on Organizational Structure of Body Training of Country. Physical & Sport Sciences 2009; 7(13): 137-44. [In Persian].
16. Nekouie Moghadam M, Beheshti M, Saljughi Z. Determining correlation between management styles and administrators' duties in Kerman University of Medical Sciences. J Health Adm 2007; 10(29): 37-44. [In Persian].
17. Heidari S, Samen B, Faghri J, Amini M. Job satisfaction among the staff in Al-Zahra training hospita. Health Inf Manage 2005; 2(2): 31-7. [In Persian].
18. Habicht J. Estonian health system SWOT analysis. 1<sup>st</sup> ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
19. Zaimi M, Vanaki Z, Hajizadeh E. Survey on Relationship between Leadership Styles of Nursing Manager & Capability of Nurses. Teb va Tazkiyeh 2004; 13(4): 34-46. [In Persian].
20. Abolfathi Y, Shahamat Sh. Impact of Education of Leadership skill on Knowledge & Professional Performance of Managers of Nursing Services in Boushehr University of Medical Sciences Hospital. J Ilam Univ Med Sci 2003; 11(40-41): 8-12. [In Persian].
21. Robinz E. Organization Theory. Trans. Alvani M, Danaiefard H. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran, Iran: Safara-Eshraghi Publication; 2004. p. 23-32. [In Persian].
22. Ahmadiyan YN, Ghofranipour F, Emadzadeh A, Kazemnejad A. A survey on the effects of interpersonal communication skills education of family health workers on the satisfaction level of their clients in Mashhad City Health Centers. Journal of Medical Science: Pathobiology 2004; 7(3-4): 11-8. [In Persian].
23. Emadzadeh A, Yavari M, Ebrahimzade S, Ahmadian N. Investigation on Communication skills of Dentist Assistants of Mashhad University of Medical Sciences. J Dentistry of Mashhad 2004; 28(1-2): 69-76. [In Persian].
24. Mohammadi SH, Hagigi S. The association between nurses communication skills and nurse-physician relationship and collaboration. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2008; 6(4): 188-96. [In Persian].
25. Zahedi M, Palahang H, Ghaffari M. Job satisfaction survey of health workers in the province of Chahar Mahal and Bakhtiari in 1998-1999. J Shahrekord Univ Med Sci 2000; 2(1): 27-33. [In Persian].
26. Hooshmand Babadi A, Seif H, Nikbakht Nasrabadi A. The reasons for nurses' quitting their job in a ten year period from 1989-1999. Teb va Tazkieh 2004; 13(4): 10-20. [In Persian].
27. SWOT Analysis [Online]. 2011 [cited 2011 Jan 16]; Available from: URL: [www.teacher.com.lesson.lesson-SWOT.htm/](http://www.teacher.com.lesson.lesson-SWOT.htm/)
28. Tabibi SJ, Maleki M. Strategic Planning. Systems Management Development Center. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Ministry of Health Publication; 2003. p. 129-33. [In Persian].
29. Gittel JH, Fairfield KM, Bierbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, et al. Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. Med Care 2000; 38(8): 807-19.
30. Moghadam AR, Rahman Seresht H. Roles of Intellectual Model in Organizational Change Process. Management Knowledge Journal 2007; 20(78): 3-24. [In Persian].

## Assessing the Internal Environment of Organization from the Perspective of Nursing Community in Selected Hospitals of Isfahan, Iran\*

Lida Shams<sup>1</sup>; Golrokh Atighechian<sup>2</sup>; Sayed Mohammad Ehsan Farahabadi<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Due to the fact that nurses constitute the highest percentage of hospital staff and quality of health care is largely influenced by their performance, evaluation of the internal environment from their perspective can greatly indicate the improvement and the strength points of the hospital. This study aimed to clarify nurses' view regarding the status of the internal environment component.

**Methods:** A quantitative-analytical study was carried out in educational, non-educational and private selected hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, Iran in 2010. The sampling method was clustering method and inside the cluster, it was done proportionally. Finally, nurses were selected randomly. Inclusion criteria were being nurse with bachelor and master degrees. On this basis, the number of sample was estimated equal to 384. Data were collected using standard questionnaire (Weisbord Six-Dimension Box Model) with Cronbach's alpha of 89.7. Data were analyzed using statistical tests such as Pearson correlation, independent t-test and analysis of variance (ANOVA).

**Results:** Considering the factors included in this study i.e. "purposes", "structure", "helpful mechanisms" "relationships", "leadership", "reward mechanism", the weakness of all the hospitals in the reward mechanism was revealed (educational hospitals = 22.6, non-educational hospitals = 24.0, private hospitals = 25.4). The organizational structure was the weakness of non-educational hospitals and also able to improve in the other studied groups (educational hospitals = 19.88, private hospitals = 19.93).

**Conclusion:** Systematic approach at the design and development of a fair compensation mechanism with representatives of staff can have a significant impact on improvement of the current situation of studied hospitals and also facilitates organization to achieve its goals.

**Keywords:** Evaluation; Internal Environment of Organization; Weisbord Model; Nurses

Received: 11 Aug, 2011

Accepted: 22 Jan, 2013

**Citation:** Shams L, Atighechian G, Farahabadi E. **Assessing the Internal Environment of Organization from the Perspective of Nursing Community in Selected Hospitals of Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1039-46.

\* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 289165.

1- PhD Student, Policy and Disaster and Emergency, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student, Policy and Disaster and Emergency, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Health Services Administration, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: e.farahabadi@gmail.com

# عوامل مؤثر بر بهره‌وری کارکنان بر اساس مدل Achieve (مطالعه‌ی موردی: کارکنان بیمارستان دکتر شریعی اصفهان)\*

اکبر اعتباریان<sup>۱</sup>، کریم آذربایجانی<sup>۲</sup>، سعید صالحی زاده<sup>۳</sup>، امیرحسین هنرمند<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** بازدهی و ارتقای عملکرد نیروی انسانی در سازمان‌ها به عنوان مهم‌ترین و با ارزش‌ترین سرمایه و منبع آن سازمان، اثری به مراتب بیش از سایر عوامل در موفقیت و بهره‌وری خواهد داشت. هدف این تحقیق، شناسایی عوامل مؤثر بر ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان دکتر شریعی اصفهان با استفاده از مدل Achieve از نظر کارکنان بود که بر مبنای آن، میزان تأثیر عواملی مانند توانایی فرد، شناخت شغل، حمایت سازمان، انگیزش کارکنان، اعتبار تصمیمات مدیران، بازخور عملکرد و عوامل محیطی بر اثربخشی و ارتقای عملکرد کارکنان شناسایی شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر، توصیفی-پیمایشی از شاخه‌ی میدانی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی کارکنان بیمارستان دکتر شریعی اصفهان (۱۲۰۱ نفر) تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی آماری با استفاده از روش نسبت موافقین و مخالفین، ۱۶۸ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت تصادفی طبقه‌بندی شده بر مبنای گروه شغلی و ابزار استفاده شده در این تحقیق، پرسش‌نامه از نوع محقق ساخته شامل ۳۴ سؤال در مقیاس لیکرت بود. پایایی سؤالات تحقیق از طریق محاسبه‌ی ضریب Chronbach's alpha، ۰/۸۴ به دست آمد. روایی آزمون توسط صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت. در بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های One sample t، Paired- t و Hottelling T2 استفاده شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** از نظر کارکنان مورد تحقیق، عوامل هفت‌گانه مشخص شدند و بر اساس مدل Achieve با بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان نقش معنی‌داری داشتند و در بین این عوامل، انگیزش به عنوان مؤثرترین عامل بر ارتقای عملکرد کارکنان شناخته شد ( $x = 4/28$ ) و عواملی مانند حمایت سازمان از کارکنان ( $x = 4/26$ ) و توانایی و مهارت کارکنان ( $x = 4/22$ ) در اولویت بعدی قرار گرفت.

**نتیجه‌گیری:** انگیزش به عنوان مؤثرترین عامل و عواملی مانند حمایت سازمان از کارکنان و توانایی و مهارت کارکنان در اولویت بعدی بر ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان دکتر شریعی اصفهان تأثیر دارند.

**واژه‌های کلیدی:** بهره‌وری؛ کارکنان؛ مدل Achieve؛ بیمارستان‌ها

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، اقتصاد بین‌الملل، دانشکده‌ی اقتصاد، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس ارشد، مدیریت دولتی، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، باشگاه پژوهشگران جوان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: saeed\_salehezadeh@yahoo.com

۴- کارشناس ارشد، مدیریت دولتی، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۲۵ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۰/۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳

**ارجاع:** اعتباریان اکبر، آذربایجانی کریم، صالحی زاده سعید، هنرمند امیرحسین. عوامل مؤثر بر بهره‌وری کارکنان بر اساس مدل Achieve (مطالعه موردی: کارکنان بیمارستان دکتر شریعی اصفهان). مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۵۷-۱۰۴۷.

## مقدمه

در مدیریت، نیروی انسانی هر سازمان، به عنوان اصلی‌ترین

منبع استراتژیک و مهم‌ترین شاخص برتری یک سازمان نسبت به سازمان‌های دیگر می‌باشد. از این جهت عملکرد آن بیشترین تأثیر را بر اثربخشی و افزایش بهره‌وری کل سازمان و در نهایت جامعه بر جای خواهد گذاشت. امروزه همه‌ی صاحب‌نظران بر اهمیت نقش منابع انسانی نسبت به سایر منابع اتفاق نظر دارند و معتقدند سرمایه و تکنولوژی را می‌توان به صورت وام، تأمین و یا ... به دست آورد. اما انسان را نه می‌توان وام گرفت و نه می‌توان خرید. انسان‌ها باید به عنوان سرمایه‌های اصلی کشورها پرورش یابند و در آن‌ها انگیزه‌ی تلاش ایجاد شود. در این راستا اگرچه بررسی عوامل عمده‌ی تأثیرگذار بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد نیروی انسانی به دلیل فرهنگ متفاوت جوامع در حال توسعه همچون کشور ما، با دشواری بسیاری همراه است اما با این وجود بر اساس ضرورت و نیاز، بررسی عوامل مؤثر بر ارتقای عملکرد و بهره‌وری نیروی انسانی به عنوان یکی از مؤثرترین شاخص‌های تأثیرگذار در رشد و توسعه‌ی سازمان‌ها مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. بهره‌وری یک فرهنگ است، یک نگرش عقلانی به کار و زندگی است که هدف آن هوشمندانه‌تر کردن فعالیت‌ها برای دستیابی به زندگی بهتر و متعالی‌تر است (۱). بهره‌وری را می‌توان مؤثر از منابع انسانی تعریف کرد؛ اگرچه مدیریت منابع انسانی نمی‌تواند دخالت مستقیم در چگونگی استفاده از سایر منابع در سازمان داشته باشد اما با توجه به حضور و دخالت عامل نیروی انسانی در تمام صحنه‌ها و ابعاد سازمانی، مدیریت منابع انسانی می‌تواند با طراحی برنامه‌ها و سیستم‌هایی برای به کارگیری و حفظ نیروهای متفاوت و کارآمد و لایق با صلاحیت در قالب استراتژی‌ها و سیاست‌هایی که عدم توجه به آن پیامد ناگواری در دراز مدت به بار خواهد آورد، بر افزایش میزان بهره‌وری سازمان نقش داشته باشد (۲). در عصر حاضر بهره‌وری را یک روش، یک مفهوم و یک نگرشی درباره‌ی کار و زندگی می‌نامند و در واقع به آن شکل یک فرهنگ و یک جهان‌بینی می‌نگرد، بهره‌وری در همه‌ی شئون، کار و زندگی فردی، اجتماعی می‌تواند دخیل باشد و یک شاخص تعیین کننده‌ی درآمد

سرانه‌ی هر کشور است و برای افزایش بهره‌وری ملی هر کشور باید درآمد سرانه‌ی آن کشور افزایش یابد (۳). بررسی وضعیت بهداشتی درمانی کشور نشان دهنده‌ی این واقعیت است که هنوز به یک نظام درمانی مطلوب دست نیافته و بخش بهداشت و درمان به نسبت منابعی که در اختیار دارد بایستی بهترین عملکرد ممکن را داشته باشد. با وجود حجم منابع اختصاص یافته به بیمارستان‌ها و بخش بهداشت، اما بین رشد منابع قابل دسترس و منابع مورد نیاز بخش بهداشت شکاف عمیقی به چشم می‌خورد. این مسأله ضرورت ایجاد منابع اضافی احتمالی و استفاده‌ی مؤثرتر از منابع موجود از طریق استفاده از الگوهای تخصیص منابع و افزایش کارایی مدیریت بیمارستان را آشکار می‌سازد. استفاده از منابع به وسیله‌ی بیمارستان‌ها می‌بایست به وسیله‌ی برآورد کارایی و بهره‌وری مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد (۴). دو تن از محققان به نام‌های Hersy و Blanchard، مدلی را به منظور کمک به مدیران در تعیین علت وجود مشکلات عملکرد و به وجود آوردن استراتژی‌های تغییر در جهت حل این مشکلات طراحی کردند. در تدوین این مدل که ACHIEVE نام گرفت برای تحلیل انسانی، دو هدف اصلی در نظر گرفته شده است. تعیین عوامل کلیدی مؤثر بر عملکرد افراد، و آرایه‌ی این عوامل به گونه‌ای که مدیران شاغل بتوانند آن‌ها را به کار ببرند و به خاطر داشته باشند. محققان مذکور هفت متغیر مربوط به مدیریت عملکرد اثربخش را از میان بقیه برگزیده‌اند که عبارتند از: توانایی (A = Ability)، وضوح (درک و تصور نقش) (C = Clarity)، کمک (حمایت سازمان) (H = Help)، انگیزه (انگیزش یا تمایل) (I = Incentive)، ارزیابی (آموزش و بازخور عملکرد) (E = Evaluation)، اعتبار (V = Validity) و محیط (تناسب محیطی) (E = Environment)، بر اساس این موارد می‌توان عملکرد نیروی انسانی را مطالعه و بررسی نمود (۵).

توانایی (دانش و مهارت‌ها): اجزای کلیدی توانایی عبارت است از: ۱- دانش کاری مرتبط به شغل (کارآموزی رسمی و غیر رسمی که اتمام کار ویژه‌ای را به طور موفقیت‌آمیز تسهیل می‌کند)؛ ۲- تجربه‌ی کاری مرتبط با شغل (تجربه‌ی

عناصر کلیدی عوامل محیطی عبارتند از: رقابت، تغییر شرایط بازار، آیین‌نامه‌های دولتی، تدارکات و اموری از این قبیل (۶). بیشتر پژوهش‌های مربوط به بهره‌وری انسانی در داخل کشور بعد از سال ۱۳۷۰ انجام گردیده است. نتایج حاصل شده‌ی تحقیق شاه بیگی (۹)، نشان می‌دهد بین بهره‌وری نیروی کار و بهره‌وری کل، همبستگی مثبت بالایی (حدود ۹۳ درصد) وجود دارد. اعتمادی (۱۰)، در تحقیقش به این نتیجه رسید که عواملی همچون حمایت مدیر از کارکنان، بازخور مستمر از سوی کارکنان، آگاهی مدیر از محیط خارج سازمان و مشارکت کارکنان از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بهره‌وری نیروی انسانی شناخته شد. میرطاووسی (۱۱)، در یک طرح پژوهشی به این نتیجه رسید که از نظر کارکنان دانشگاه مورد نظر، توانایی و مهارت در انجام کار، همچنین پذیرش تصمیمات مدیران توسط کارکنان بیش از هر عامل دیگری در بهبود عملکرد کارکنان اهمیت دارد. مرکز بهره‌وری آمریکا (۱۹۸۳ میلادی) به نقل از میرطاووسی (۱۱) در ۱۳ سازمان در زمینه‌ی روش‌شناسی بهبود بهره‌وری تحقیقی انجام داد و مشخص گردید بهبود بهره‌وری کارکنان اداری و کارشناسی، بر مبنای موضوعات اساسی نگرش، شناخت و اعمال مدیریتی بنا نهاده شده است. توجه به موضوعات عملیاتی، وقوع بهره‌وری را ممکن می‌سازد. مطالعات Edelman (۱۲)، مشخص می‌کند که مدیریت منابع انسانی که ساختار منابع انسانی برای ایجاد فرصت برابر و تدوین قوانین مثبت بایستی پاسخگو باشد و بالاخره یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهند که اقدامات و استراتژی‌های نظام پاداش‌دهی و انگیزشی برای توسعه‌ی رفتار عدالت‌جویانه در مراکز پزشکی و خدمات درمانی نقش مهمی ایفا می‌کند. Barclay (۱۳)، معتقد است با بحث و گفتگو کردن می‌توان مسایل را برای افراد شفاف‌سازی کرد و نارضایتی‌ها را کاهش داد. بسیاری از مواقع کارکنان به سبب سوء تفاهم، احساس بی‌عدالتی می‌کنند. یافته‌های پژوهش مشخص می‌کند که اقدامات و استراتژی‌های مدیریت منابع انسانی در راستای توسعه‌ی عدالت ادراک شده در کارکنان نیز مهم بوده است و در این میان تحلیل راهبردهای سلامت شغلی

کاری قبلی که به انجام دادن موفقیت‌آمیز کار جدید کمک می‌کند؛ ۳- استعداد مربوط به کار (استعداد یا صفات ویژه‌ای که انجام دادن موفقیت‌آمیز کار را فراهم می‌آورد)؛ کمیت و کیفیت مورد انتظار از نتیجه‌ی فعالیت‌ها، تابع سرعت و صحت انجام کارها می‌باشد. هرچه فعالیتی با سرعت و صحت مطلوب‌تری انجام گیرد قطعاً بازدهی مطلوب‌تری نیز خواهد داشت (۶). به عبارت دیگر توان فرد در انجام کارهایی که در یک پست سازمانی باید انجام شود، توانایی، ارزیابی کار یا عملی است که فرد می‌تواند انجام دهد (۷). شناخت شغل: هر یک از کارکنان باید از آنچه که باید انجام دهند، زمان و چگونگی انجام آن شناخت خوبی داشته باشند و کار نیز مورد قبول آنان باشد (۶). شناخت شغل فرایندی است که خصوصیات لازم برای عملکرد مطلوب یک شغل را مشخص می‌سازد و شرایط فیزیکی را که در آن فعالیت انجام می‌شود مورد تحلیل قرار می‌گیرد (۸). حمایت سازمانی: منظور، حمایت یا کمکی است که کارکنان برای انجام دادن موفقیت‌آمیز کار به آن نیاز دارند. بعضی از عوامل کمکی عبارتند از: بودجه‌ی کافی، تجهیزات و تسهیلاتی که برای انجام کار مناسب است (۵). انگیزه (انگیزش یا تمایل): انگیزش، میل به کشش فراوان در جهت تأمین هدف‌های سازمان به گونه‌ای که این تلاش در جهت ارضای برخی از نیازهای فردی سوق داده شود (۷). عملکرد: منظور از این نوع بازخور، ارایه‌ی غیر رسمی عملکرد روزانه‌ی فرد به او و همچنین بازدیدهای رسمی دوره‌ای است یک فرایند بازخور مؤثر، کارکنان را در چند و چون کارشان بر یک مبنای منظم قرار می‌دهد (۶). اعتبار (اعمال معتبر و حقوق پرسنل): منظور، معتبر بودن تصمیم‌های مربوط به منابع انسانی از نظر قانونی و هنجارها توسط مدیر است. مدیران باید اطمینان حاصل کنند که تصمیم‌های آنان درباره‌ی کارکنان از نظر حقوقی و خط‌مشی‌های سازمان مناسب هستند (۶). محیط (تناسب محیطی): اصطلاح محیط به عوامل خارجی گفته می‌شود که می‌تواند حتی با وجود داشتن تمامی توانایی‌ها، وضوح، حمایت و انگیزه‌ی لازم برای شغل، باز هم بر عملکرد تأثیر بگذارند.



(باورها، ارزش‌ها، نگرش و نیازها) با فرهنگ سازمان (محیط سازمان، تکنولوژی، ساختار سازمان، کیفیت کار مدیران).

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق، کلیه کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان شامل کادر پزشکی، کادر پاراکلینیکی، کادر پرستاری، کادر خدمات و پشتیبانی و کادر اداری-مالی (۱۲۰۱ نفر) بود. نمونه آماری با استفاده از روش نسبت موافقین و مخالفین، ۱۶۸ نفر به دست آمد. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت تصادفی طبقه‌بندی شده بر مبنای گروه شغلی بود. به دلیل عدم وجود پرسش‌نامه استاندارد در این زمینه، ابزار گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته شامل ۳۴ سؤال بود که از طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت برای آن استفاده شد. به منظور روایی محتوایی پرسش‌نامه، ضمن رعایت اصول تنظیم پرسش‌نامه، پس از تنظیم در اختیار چند تن از کارشناسان و صاحب‌نظران رشته‌ی مدیریت قرار گرفت و پس از انجام اصلاحات، مورد تأیید آنان قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق ضریب (Cronbach's alpha) برابر ۰/۸۴ محاسبه گردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago IL) استفاده شد و از آزمون‌های Paired-t، One sample t و Hotteling T2 استفاده به عمل آمد.

### یافته‌ها

این پژوهش در رابطه با سؤالات مورد نظر به نتایج زیر دست یافته است:

بر اساس نتایج جدول ۱، t مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد بزرگتر می‌باشد. بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت عوامل توانایی کارکنان، شناخت شغل، حمایت سازمانی، انگیزش، اعتبار تصمیمات مدیران، بازخورد عملکرد و عوامل محیطی بیش از سطح متوسط بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان نقش

و ایمنی مؤثر بر زنان کارمند از اهمیت خاصی برخوردار است. Fujino و Nojima (۱۴)، در پژوهشی که بر روی پرستاران ژاپنی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که گردش شغلی در پیشبرد توسعه‌ی شغلی مؤثر است. مطالعه‌ی Clarke و Drudy (۱۵)، نشان می‌دهد مادامی که بین انتظارات کارکنان از سازمان و رفتار سازمانی که از آن‌ها انتظار می‌رود، تضادی وجود نداشته باشد، رضایت شغلی پیدا کرده و وجود عدالت سازمانی را در محیط کاری خود احساس می‌نمایند. Jordan و Brauner (۱۶)، نیز با پژوهشی که جامعه‌ی آماری آنان را پرستاران اتریش تشکیل می‌داد به این نتیجه دست یافتند که گردش شغلی بر دانش پرستاران تأثیر مثبت دارد و باعث افزایش سطح بهره‌وری کارکنان بر اساس گردش شغلی می‌گردد. در هر سازمانی، پویایی از اهمیت والایی برخوردار می‌باشد. اولین ضرورت پویایی نیز بهره‌ور بودن سازمان در همه‌ی قسمت‌ها به ویژه در بهره‌گیری صحیح از منابع می‌باشد (۱۷). اثربخشی و بهره‌وری، سازمان را یاری می‌دهد تا از ظرفیت‌ها، منابع و تسهیلات موجود به صورت بهینه استفاده نماید در توسعه و بهبود یک سازمان و برای استفاده از خلاقیت در مهارت و استعداد‌های انسانی می‌بایست بهره‌ور بود (۱۸). بدون شک برای بهره‌ور بودن باید در دنیای پر تلاطم امروزی، سازمان‌ها بتوانند ستاده‌ی حاصل از منابع کمیاب خود را افزایش دهند، بدیهی است که بازدهی و ارتقای عملکرد نیروی انسانی به عنوان مهم‌ترین و با ارزش‌ترین سرمایه و منبع هر سازمان، اثری به مراتب بیش از سایر عوامل در موفقیت و بهره‌وری سازمان خواهد داشت. این تحقیق بر آن بوده است که به شناسایی عوامل مؤثر بر ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان با استفاده از مدل ACHIEVE (توانایی فرد، شناخت شغل، حمایت سازمانی، انگیزش، اعتبار تصمیمات مدیران، بازخور عملکرد و عوامل محیطی) بپردازد. نتایج این تحقیق موجب شناخت و ارزیابی دقیق وضعیت موجود، جهت راهنمایی ما برای انتخاب تکنیک مناسب مدیریت منابع انسانی و کلیدی برای «متناسب‌سازی» می‌باشد. متناسب‌سازی دانش، توانایی، مهارت شاغلین و نیز متناسب ساختن فرهنگ افراد

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد اختلاف بین میانگین نمرات توانایی کارکنان با حمایت سازمانی، توانایی کارکنان با انگیزش، شناخت شغل با بازخورد عملکرد، شناخت شغل با عوامل محیطی، حمایت سازمانی با انگیزش و اعتبار تصمیمات مدیران با عوامل محیطی در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است اما تفاوت بین سایر مؤلفه‌ها معنی‌دار می‌باشد.

### بحث

در این پژوهش، سعی بر آن شده است تا با بهره‌گیری از یک مدل علمی (مدل Achieve)، چارچوبی مفهومی و ارزشی برای کارکنان سازمان مورد مطالعه به ویژه هنگام کار ایجاد نماید به طوری که در نهایت منجر به ارتقای سطح بهره‌وری کارکنان و سازمان مورد نظر گردد. از این جهت، هفت سؤال مطابق با شاخص‌های مدل مورد استفاده، طراحی و مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است که نتایج آن به ترتیب به شرح زیر بیان گردیده است.

در سؤال اول معنی‌دار بودن رابطه‌ی توانایی با بهره‌وری کارکنان مورد سنجش قرار گرفت (جدول ۱). با توجه به آزمون انجام شده و با میانگین  $4/22$  و  $t$  محاسبه شده  $38/22$ ، میانگین محاسبه شده‌ی مربوط به پاسخ کارکنان نیز حاکی از آن است که این افراد از میان عوامل، دانش و مهارت، تجربه‌ی کاری و استعدادهای بالقوه معتقدند، دانش و مهارت افراد می‌تواند نقش بسیار مهمی را در ارتقای بهره‌وری کارکنان و سازمان داشته باشد. تأثیر عوامل تجربه‌ی کاری و استعدادهای بالقوه افراد در ارتقای بهره‌وری را نیز مورد تأیید قرار داده و اعتقاد دارند پس از دانش و مهارت، تجربه و استعدادهای ذاتی افراد مهم‌ترین عوامل در ارتقای بهره‌وری می‌باشند. نتایج حاصل از این بخش پژوهش با نتایج پژوهش میرطاووسی (۱۱)، همراستا می‌باشد. در طرح پژوهشی انجام شده توسط میرطاووسی (۱۱)، عامل توانایی و مهارت کارکنان به عنوان مؤثرترین عامل در جهت ارتقای عملکرد کارکنان توسط کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد نراق شناخته شد. این امر تأثیر این عامل را در بهبود عملکرد و افزایش بهره‌وری نشان می‌دهد و باید مورد توجه مدیران جهت افزایش توانایی

دارد. برای مقایسه‌ی عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان، از آزمون Hotteling T2 استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۱: میانگین نمره‌ی نقش عوامل هفت‌گانه بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد با میانگین فرضی ۳

عوامل	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	t محاسبه شده
توانایی کارکنان	۴/۲۲	۰/۴۶۰	۰/۰۳۳	۳۸/۲۲
شناخت شغل	۴/۱۰	۰/۴۸۳	۰/۰۳۵	۳۱/۰۶
حمایت سازمانی	۴/۲۶	۰/۴۴۱	۰/۰۳۲	۳۹/۱۸
انگیزش	۴/۲۸	۰/۴۵۲	۰/۰۳۳	۳۸/۸۱
اعتبار تصمیمات مدیران	۴/۰۴	۰/۴۷۴	۰/۰۳۴	۲۹/۹۴
بازخورد عملکرد	۴/۱۳	۰/۴۶۱	۰/۰۳۳	۳۳/۶۷
عوامل محیطی	۴/۰۵	۰/۴۶۴	۰/۰۳۴	۳۱/۰۳

جدول ۲: آزمون Hotteling T2، مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان

عوامل	میانگین	انحراف معیار
توانایی کارکنان	۴/۲۲	۰/۴۶۰
شناخت شغل	۴/۱۰	۰/۴۸۳
حمایت سازمان	۴/۲۶	۰/۴۴۱
انگیزش	۴/۲۸	۰/۴۵۲
اعتبار تصمیمات مدیران	۴/۰۴	۰/۴۷۴
بازخورد عملکرد	۴/۱۳	۰/۴۶۱
عوامل محیطی	۴/۰۵	۰/۴۶۴
Sig = ۰/۰۰۱	F = ۱۵/۸۵	t2 = ۹۷/۶۵

بر اساس نتایج جدول ۲، F مشاهده شده در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار بود، بنابراین بین عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای کارکنان تفاوت وجود دارد. جدول ۳ جهت بررسی دقیق‌تر اختلاف موجود بین میانگین نمرات عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان تنظیم شده است. در این مقایسه از آزمون Paired-t استفاده شد.

جدول ۳: آزمون Paired-t، مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای عملکرد کارکنان

انحراف معیار	میانگین	عوامل مؤثر بر بهره‌وری و ارتقای کارکنان	توانایی کارکنان
۰/۰۰۱	۰/۱۲۲	شناخت شغل	توانایی کارکنان
۰/۱۷۲	-۰/۰۴۳	حمایت سازمان	توانایی کارکنان
۰/۰۵۴	-۰/۰۶۳	انگیزش	توانایی کارکنان
۰/۰۰۱	۰/۱۸۰	اعتبار تصمیمات مدیران	توانایی کارکنان
۰/۰۰۴	۰/۰۸۴	بازخورد عملکرد	توانایی کارکنان
۰/۰۰۱	۰/۱۶۶	عوامل محیطی	توانایی کارکنان
۰/۰۰۱	۰/۱۶۶	حمایت سازمان	شناخت شغل
۰/۰۰۱	-۰/۱۸۶	انگیزش	شناخت شغل
۰/۰۲۸	۰/۰۵۸	اعتبار تصمیمات مدیران	شناخت شغل
۰/۱۶۸	-۰/۰۳۷	بازخورد عملکرد	شناخت شغل
۰/۲۳۷	۰/۰۴۴	عوامل محیطی	شناخت شغل
۰/۴۹۴	-۰/۰۱۹	انگیزش	حمایت سازمانی
۰/۰۰۱	۰/۲۲۴	اعتبار تصمیمات مدیران	حمایت سازمانی
۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	بازخورد عملکرد	حمایت سازمانی
۰/۰۰۱	۰/۲۱۰	عوامل محیطی	حمایت سازمانی
۰/۰۰۱	۰/۲۴۴	اعتبار تصمیمات مدیران	انگیزش
۰/۰۰۱	۰/۱۴۸	بازخورد عملکرد	انگیزش
۰/۰۰۱	۰/۲۳۰	عوامل محیطی	انگیزش
۰/۰۰۱	-۰/۰۹۵	بازخورد عملکرد	اعتبار تصمیمات مدیران
۰/۶۸۲	-۰/۰۱۳	عوامل محیطی	اعتبار تصمیمات مدیران
۰/۰۱۵	۰/۰۸۱	عوامل محیطی	بازخورد عملکرد

دیگر عوامل حایز اهمیت در ارتقای بهره‌وری کارکنان و سازمان مورد مطالعه، تلقی می‌کنند؛ بنابراین بر مدیران است تا ضمن برخورد یکسان و مبتنی بر عدالت با مشاغل و افراد شاغل مربوطه، زمینه را برای مشارکت کارکنان خود در تعیین اهداف و تصمیم‌گیری‌ها فراهم سازند. نتایج حاصل از این سؤال با بخشی از نتایج پژوهش اعتمادی (۱۰)، که در تحقیقش به نقش عامل بازخور مستمر از سوی کارکنان و پژوهش میرطاووسی (۱۱)، که در تحقیقش به نقش عامل توانایی و مهارت کارکنان در انجام کار به عنوان عوامل مؤثر در بهبود عملکرد کارکنان اشاره نمودند همخوانی دارد. به نظر می‌رسد شناخت بهتر و بیشتر افراد از شغلشان بر بهبود

کارکنان با یک برنامه‌ی آموزشی منظم قرار گیرد. در سؤال دوم معنی‌دار بودن رابطه‌ی بین شناخت شغل و بهره‌وری کارکنان مورد بررسی و سنجش قرار گرفت (جدول ۱) و معنی‌دار بودن رابطه‌ی مذکور با میانگین ۴/۱۰ و  $t$  محاسبه شده‌ی ۳۱/۰۶، مورد تأیید واقع شد. کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی، مورد قبول بودن کاری را که انجام می‌دهند مهم‌ترین عامل در ارتقای بهره‌وری نسبت به سایر عوامل مربوط به این فرضیه می‌دانند. در این میان مشارکت کارکنان و استفاده از نظرات و پیشنهادات آنان در تعیین اهداف واحدها و همچنین برخورد یکسان مدیران با مشاغل و ارزیابی و سنجش عملکرد به شیوه‌ای صحیح و منطقی را از

عملکردشان تأثیرگذار است.

در سؤال سوم، کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی، معنی‌دار بودن رابطه‌ی بین میزان حمایت سازمانی و بهره‌وری کارکنان، با میانگین  $4/26$  و  $t$  محاسبه شده‌ی  $39/18$ ، مورد تأیید قرار داده‌اند (جدول ۱). کارکنان مورد مطالعه معتقدند حمایت مالی و تأمین بودجه جهت انجام فعالیت‌ها تا حد بسیار زیادی میل آنان به انجام کار را افزایش داده و باعث ارتقای سطح کارایی و اثربخشی آنان می‌گردد. این افراد مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها را از دیگر عوامل بسیار مهم در ارتقای بهره‌وری می‌دانند ضمن این که راهنمایی‌ها و مشاوره‌های فکری مدیران و سرپرستان واحدها و در اختیار داشتن تجهیزات و تسهیلات لازم برای انجام کار را در اولویت‌های بعدی جهت انجام صحیح فعالیت‌ها و کاهش میزان خطاهای کارکنان به شمار می‌آورند. نتایج حاصل از این سؤال با بخشی از نتایج پژوهش اعتمادی (۱۰)، که در تحقیقش به نقش عامل حمایت مدیر از کارکنان، به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بهبود عملکرد کارکنان اشاره نمود، همخوانی دارد، که این امر تا حدودی می‌تواند ناشی از انتظارات مشابه کارکنان دو مجموعه از مدیرانشان باشد. در تحقیق انجام گرفته توسط زهاوی (۱۹)، به این نتیجه رسید که میزان مشارکت کارکنان پرستاری در تصمیم‌گیری‌های استراتژیک در بیمارستان شریعتی در حد پایین ارزیابی شده است، بنابراین بر مدیران ارشد بیمارستان است تا بیش از پیش بر گسترش فرهنگ مشارکت کارکنان بپردازند.

در سؤال چهارم، کارکنان معنی‌دار بودن رابطه‌ی بین انگیزش و بهره‌وری را با میانگین  $4/28$  و  $t$  محاسبه شده‌ی  $38/81$ ، مورد تأیید قرار داده‌اند (جدول ۱). با توجه به میانگین به دست آمده از پاسخ پرسش‌نامه‌ها، مؤثرترین عامل بر ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان، عامل انگیزش به دست آمده است که این امر باید مورد توجه مدیران بیمارستان قرار گیرد. کارکنان بیمارستان مورد مطالعه بر این باورند که قدرانی و حمایت مدیران و سرپرستان واحدها از عملکرد کارکنان شایسته، می‌تواند بیشترین نقش را در ایجاد انگیزه و

در نهایت ارتقای بهره‌وری کارکنان بر عهده داشته باشد ضمن این که تأمین امنیت شغلی کارکنان نیز تأثیر بسزایی در ایجاد انگیزه و افزایش سطح کارایی و اثربخشی آنان در پی خواهد داشت. کارکنان مورد بررسی، پرداخت حقوق و دستمزد متناسب با تخصص و مهارت و اعطای پاداش‌های غیر مادی و تشکیل جلسات مشترک با مدیران جهت رفع مسایل و مشکلات شخصی و سازمانی افراد را از دیگران عوامل مهم و تأثیرگذار در ایجاد انگیزه و بهبود عملکرد افراد به شمار می‌آورند. Edelman (۱۲)، نیز در تحقیق خود به نقش مثبت عوامل پاداش و انگیزش در رفتار و عملکرد کارکنان اشاره نمود. به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بهبود مقایسه با نتایج تحقیقات انجام شده‌ی قبلی که از این مدل استفاده شده است، اعتمادی (۱۰)، از دانشگاه تربیت مدرس، عامل حمایت سازمانی به عنوان مؤثرترین عامل شناخته شده است، اما در سازمان مورد مطالعه انگیزش از میانگین بالاتری برخوردار بوده و به عنوان مؤثرترین عامل شناخته شده است، که این تفاوت تا حدودی می‌تواند ناشی از تفاوت در محیط و کار سازمان‌های مورد مطالعه باشد.

در سؤال پنجم، کارکنان بیمارستان رابطه‌ی بین معتبر بودن تصمیمات مدیران و بهره‌وری را با میانگین  $4/04$  و  $t$  محاسبه شده‌ی  $29/94$  مورد تأیید قرار داده‌اند (جدول ۱). افراد جامعه‌ی آماری مورد نظر در میان عوامل مورد بررسی، اهمیت تأثیر پذیرش تصمیمات مدیران توسط کارکنان در بهبود عملکرد و دستیابی به نتایج مطلوب‌تر را بیش از سایر عوامل و حیطه‌ها می‌دانند پس از آن به ترتیب، رسیدگی به مشاغل و مشکلات شخصی کارکنان، تصمیم‌گیری مدیران مبتنی بر ضوابط، قوانین و مقررات و نظارت و کنترل رفتار سازمانی کارکنان توسط مدیران و سرپرستان واحدها را در دستیابی به نتایج، بهبود عملکرد کارکنان و ارتقای سطح بهره‌وری سازمان با اهمیت‌تر می‌دانند. نتایج حاصل از این سؤال با بخشی از نتایج تحقیق میرطواوسی (۱۱) که عامل پذیرش تصمیمات مدیران توسط کارکنان را در بهبود عملکرد کارکنان مؤثر دانست، همخوانی دارد. به نظر می‌رسد کارکنان دو سازمان، پذیرش تصمیمات

نموده‌اند که عوامل محیطی بر میزان بهره‌وری آنان تأثیر دارد. میانگین نظرات افراد نمونه‌ی آماری بیانگر آن است که استفاده از تکنولوژی برتر و آگاهی از قوانین و مقررات بیش از سایر عوامل در این فرضیه در ارتقای عملکرد کارکنان مؤثر می‌باشد. کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان معتقدند تغییر و تحولات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، تغییر و تحولات پی‌درپی قوانین و مقررات و تعدد بیش از حد قوانین و دستورالعمل‌های اداری می‌تواند باعث کاهش عملکرد در بهره‌وری کارکنان گردد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به میانگین‌های به دست آمده و همچنین انجام آزمون مربوطه مشخص گردید عواملی همچون توانایی فرد، شناخت شغل، حمایت سازمان، انگیزش کارکنان، اعتبار تصمیمات مدیران، بازخور عملکرد و عوامل محیطی بر ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان مؤثر هستند. همچنین می‌توان گفت از بین عوامل مؤثر بر بهره‌وری کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی، عامل انگیزش بیشترین تأثیر را دارا می‌باشد. بر این اساس مدیران بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان باید به عامل انگیزش کارکنان بیش از سایر عوامل توجه نمایند. بر این اساس با احتیاط می‌توان گفت در بسیاری از سازمان‌های خدماتی به خصوص در زمینه‌ی بهداشت و درمان، توجه به عوامل مدل (Achieve) موجب ارتقای عملکرد کارکنان و در نهایت افزایش بهره‌وری آن سازمان خواهد شد.

### پیشنهادها

به منظور ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان پیشنهادات ذیل ارائه می‌گردد.

- با توجه به نتایج جدول ۱ در مورد عامل توانایی کارکنان، پیشنهاد می‌شود مدیران و مسؤولان بیمارستان ضمن انجام یک نیازسنجی دقیق، از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی، سطح دانش و مهارت کارکنان را افزایش دهند. مدیران سازمان مربوطه باید به گونه‌ای عمل کنند که افراد در

مدیران توسط خود را که به وحدت جهت بیشتری نیز می‌انجامد، در بهبود عملکردشان مهم می‌دانند.

در سؤال ششم، معنی‌دار بودن رابطه‌ی بین بازخورد عملکرد کارکنان و بهره‌وری مورد بررسی و سنجش واقع شده است با توجه به آزمون انجام شده و با میانگین  $4/13$  و  $t$  محاسبه شده‌ی  $33/67$ ، معنی‌دار بودن این رابطه مورد تأیید پاسخگویان مربوطه قرار گرفته است (جدول ۱). از نظر جامعه‌ی آماری مورد بررسی، در این پژوهش وجهه و حیثیت اجتماعی شغل و همچنین آشنایی کارکنان با شغل و وظایف و مسؤولیت‌های محوله و بازخورد عملکرد کارکنان توسط یک تیم می‌تواند تأثیر بیشتری نسبت به سایر عوامل در انجام بهتر فعالیت‌ها و بهبود عملکرد کارکنان داشته باشد. کارکنان بیمارستان دکتر شریعتی پس از عوامل پیش گفته در این فرضیه، برقراری یک سیستم منطقی پاداش، تنبیه و ارزیابی و نظارت مستمر بر فعالیت‌ها را از دیگر عوامل مؤثر در کاهش انحرافات و خطاهای کاری و افزایش کارایی و اثربخشی می‌دانند. نتایج حاصل از این سؤال با بخشی از نتایج پژوهش اعتمادی (۱۰)، که در تحقیقش به نقش عامل بازخور مستمر از سوی کارکنان به عنوان یکی از عوامل مؤثر در بهبود عملکرد کارکنان اشاره نمود، همخوانی دارد. با توجه به نتایج به دست آمده، تطابق این نتایج با مدل «عملکرد- پاداش» Robbinz (۷)، مشخص می‌شود و بر اساس آن کارکنان باید بدانند انتظار دیگران از آن‌ها چیست و لازم است بدانند عملکردشان چگونه ارزیابی می‌شود، همچنین باید بدانند آیا کوششی که به خرج می‌دهند در حد توان آن‌هاست و بر اساس خطمشی تعیین شده‌ای است که برای ارزیابی آن‌ها به کار می‌رود و نیز به عملکرد رضایت‌بخش منجر می‌شود یا خیر؟ سرانجام باید مطمئن باشند که اگر عملکرد آن‌ها مطابق خواسته‌ی مدیرانشان باشد به پاداشی ارزشمند خواهند رسید؟

در سؤال هفتم، معنی‌دار بودن رابطه‌ی بین عوامل محیطی و بهره‌وری با پاسخ‌گویی کارکنان مورد مطالعه با میانگین  $4/05$  و  $t$  محاسبه شده‌ی  $31/03$  مورد تأیید قرار گرفته است (جدول ۱). در واقع افراد نمونه‌ی آماری، تأکید

توان، تجربه و مهارت کاری و همچنین پاداش‌های غیر مالی می‌تواند باعث افزایش انگیزه و در نهایت بهره‌وری کارکنان گردد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد مدیران و مسؤولین بیمارستان و سرپرستان واحدها از عملکرد کارکنان شایسته در قسمت‌های مختلف بیمارستان به طرز شایسته‌ای تقدیر و قدردانی نمایند. مدیران می‌توانند با پرداخت پاداش‌های مالی و غیر مالی (موافقت با انتقال یا بازخرید افراد، اعطای جوایز غیر نقدی، اعطای پست و مقام و ...) انگیزه‌ی پرسنل خود را به شکل قابل توجهی ارتقا دهند.

- با توجه به نتایج جدول ۱ در مورد عامل اعتبار تصمیمات مدیران، بر مدیران است که در تصمیم‌گیری‌ها به دو اصل «کیفیت عینی تصمیم» و «پذیرش تصمیمات توسط زیردستان» توجه داشته باشند؛ یعنی تصمیمی را اتخاذ کنند که دارای کیفیت عینی بالایی باشد، به عبارتی تصمیم آن‌ها منجر به حل مسأله و مشکل گردد علاوه بر این باید تصمیمات آن‌ها مورد پذیرش زیردستان واقع شود و گرنه در اجرای تصمیمات به موفقیت نخواهند رسید.

- پیشنهاد می‌شود در همه‌ی واحدهای بیمارستان مورد نظر اعم از اداری، مالی، پشتیبانی، پرستاری و ... از تجهیزات، تسهیلات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری و تکنولوژی برتر استفاده گردد.

- بر اساس نتایج جدول ۲، پیشنهاد می‌شود مدیران همواره در برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌های خود به عوامل انگیزش و حمایت سازمان، به عنوان عوامل اصلی مورد نظر کارکنان توجه داشته باشند تا کمتر شاهد مقاومت آن‌ها در برابر تصمیمات به ویژه تصمیمات مبتنی بر انجام تغییر و تحول باشند.

- حتی‌الامکان سعی شود که بین شغل افراد و ویژگی‌های شخصیتی آنان تناسب ایجاد شود.

- جهت ارایه‌ی راهکارهای جدید، افراد تشویق و ترغیب شوند.

درون سازمان با فعالیت‌های واحدهای دیگر نیز آشنایی پیدا کنند، از این طریق ضمن افزایش تجربه‌ی کاری آن‌ها هر فردی می‌تواند در هر زمینه‌ای که توانایی دارد استعدادهای خود را نمایان سازد، کما این که انجام این چرخش شغلی در کاهش ناراضی‌ها آن‌ها نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد.

- با توجه به نتایج جدول ۱ در مورد عامل شناخت شغل، پیشنهاد می‌گردد مدیران و مسؤولین بیمارستان در طراحی، اجرا و تفویض فعالیت‌ها و تعیین اهداف واحدهای مختلف سازمان، برخوردی یکسان و مبتنی بر عدالت داشته باشند و پرسنل مربوطه را از طریق برقراری ارتباطات دو سویه و صندوق ارایه‌ی نظرات و پیشنهادات در فعالیت‌های پیش گفته مشارکت دهند.

- همچنین پیشنهاد می‌شود بیمارستان و مسؤولین مربوطه برای آشنایی کارکنان با شرایط شغلی و وظایف و مسؤولیت‌های خود در درون سازمان، دوره‌های تخصصی و آموزشی خاصی را طراحی و تدوین نمایند. برقراری یک سیستم منطقی پاداش و تنبیه و ارزیابی مستمر بر فعالیت‌ها نیز از دیگر عوامل مؤثر در کاهش انحرافات و خطاهای کاری و افزایش کارایی و اثربخشی به شمار می‌آید که توجه مدیران به آن می‌تواند در بهبود عملکرد کارکنان مؤثر باشد.

- بر اساس نتایج حاصل از جدول ۱ و تأیید رابطه‌ی معنی‌دار بین میزان حمایت سازمانی و بهره‌وری کارکنان، پیشنهاد می‌گردد مدیران بیمارستان به منظور انجام صحیح فعالیت‌ها و کاهش میزان خطاهای کارکنان در حین کار، آنان را در تصمیم‌گیری‌های مربوط به کار مشارکت داده و ضمن ارایه‌ی راهنمایی‌ها و مشاوره‌های فکری به آن‌ها، بودجه‌ی کافی، تجهیزات و تسهیلات لازم را در اختیار آنان قرار دهند تا ضمن افزایش میل آن‌ها به انجام کار، میزان کارایی و اثربخشی را در آن‌ها ارتقا دهند.

- نتایج حاصل از پژوهش حاضر با استفاده از جدول ۱ حاکی از آن است که پرداخت حقوق و مزایای متناسب با



## References

1. Khaki.GH. Introduction to Productivity Management. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Sayeh Nema Publication; 1998. [In Persian].
2. Ansari M. Employee motivation and productivity of human resources, scientific ways of improving productivity of employees. Tehran, Iran: 2001. [In Persian].
3. Ostadzadeh M. Factors affecting the rise and fall of productivity of employees. Tehran, Iran: State Management Training Center Publication; 2008. [In Persian].
4. Fayzi H. The Study Factors lowering the quality of decision making of middle managers Isfahan University of Medical Sciences [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 1996. [In Persian].
5. Hersy P, Blanchard K. Human resources management and organizational behavior used. Trans. Kabiri GH. Tehran, Iran: Majed Publication; 1992. [In Persian].
6. Rezaian A. Organizational Behavior Management. Tehran, Iran: Samt Publication; 2001. [In Persian].
7. Robbinz SP. Organizational behavior. Trans. Parsaeiyan A, Arabi M. Tehran, Iran: Publications Office of Cultural Research; 2002. [In Persian].
8. Doaei H. Human Resource Management. Mashhad, Iran: Bayane hedayat noor Publication; 2002. [In Persian].
9. Shahbaygi M. The relationship between productivity of human resources and total of organization [Project]. Tehran, Iran: Payam e Noor University; 1996. [In Persian].
10. Etemadi M. An Evaluation Productivity of human resources and it causes low And provide solutions for increasing its using ACHIEVE Model [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiyat Modares University; 1999. [In Persian].
11. Mirtavousi H. Factors Influencing Promotion of Employees Function in Islamic Azad University Naragh Branch Using ACHIEVE Model? [Project]. Arak, Iran: Naragh Branch, Islamic Azad University; 2007. [In Persian].
12. Edelman LB. Legal ambiguity and symbolic Stucture: Organizational mediation of civil rights Low. American Journal of Sociology 1992; 97(6): 1531-76.
13. Barclay LJ. Following in the footsteps of Mary Parker Follett: Exploring how insights from the past can advance organizational justice theory and research. Management Decision 2005; 43(5): 740-60.
14. Fujino M, Nojima Y. Effects of ward rotation on subsequent transition processes of Japanese clinical nurses. Nurs Health Sci 2005; 7(1): 37-44.
15. Clarke M, Drudy Sh. Teaching for Diversity, Social Justice and Global Awareness. European Journal of Teacher Education 2006; 29(3): 371-86.
16. Jordan S, Brauner E. Job rotation in nursing anesthesiological care. PFLEGE 2008; 21(2): 114-24. [In Persian].
17. Taheri Sh. Productivity and its analysis in organization. Tehran, Iran: Hestan Publication; 1999. [In Persian].
18. Stanli DM. Culture organizational management. Trans. Mirsepasi N, Motamed Gorji P. Tehran, Iran: Morvarid Publication; 1994. [In Persian].
19. Zahavi M. The nursing staff participation in strategic decisions at the Shariati Hospital [Project]. Isfahan, Iran: Social Security Administration's treatment of the Isfahan province; 2009. [In Persian].

## Factors Influencing on Productivity of Staff based on ACHIEVE Model A Case Study: Staff of Dr. Shariati Hospital of Isfahan, Iran\*

Akbar Etebarian, PhD<sup>1</sup>; Karim Azarbajejani, PhD<sup>2</sup>; Saeid Salehizadeh, MSc<sup>3</sup>;  
Amirhossain Honarmand, MSc<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** It has been experienced that performance improvement and promotion of human resources as the most valuable assets of an organization has the most vital role in its success. The aim of this study was measuring impression of ACHIEVE (ability and skill, clarity, help, incentive, evaluation, validity, environment) model on functional promotion of staff.

**Methods:** It was a descriptive study which included all the medical, paramedical and financial staff (n = 1201) of Dr. Shariati Hospital in Isfahan, Iran. Sampling was done through a stratified random method and data was collected using a researcher-made questionnaire. Cronbach's alpha was calculated as 0.841 and validity of the questionnaire was confirmed by experts (n = 186). In data analysis, one sample t-test, paired t-test, Hotelling's T2 were used.

**Results:** The results showed that seven factors introduced by ACHIEVE model had a significant relationship with staff performance and productivity especially for incentive (motivation factor) (x = 4.28); however, organizational support (x = 4.26) and individual skill (ability) of staff (x = 4.22) were in next preferences.

**Conclusion:** Motivation factor as the most influencing factor on the promotion of staff function influenced on their performance.

**Keywords:** Productivity; Employees; ACHIEVE Model; Hospitals

Received: 16 Aug, 2011

Accepted: 11 Feb, 2013

**Citation:** Etebarian A, Azarbajejani K, Salehizadeh S, Honarmand A. **Factors Influencing on Productivity of Staff based on ACHIEVE Model A Case Study: Staff of Dr. Shariati Hospital of Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1047-57.

\* This article is derived from a student's thesis in MS level.

1- Assistant Professor, Management, School of Management, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Economic, School of Economic, The University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- Public Management, School of Management, Young Researchers Club, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: saeed\_salehizadeh@yahoo.com

4- Public Management, School of Management, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

## رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با سطح بهداشت روانی\*

محمود کیوان آرا<sup>۱</sup>، ناهید توکلی<sup>۲</sup>، راحله سموعی<sup>۳</sup>، فاطمه توکلی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** تمرکز بر مقوله‌ی سرمایه‌ی اجتماعی در سال‌های اخیر مبتنی بر تأثیر آن در افزایش و تولید سرمایه‌های انسانی و همچنین بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه بوده است. سرمایه‌ی اجتماعی به عنوان عاملی برای موفقیت در برنامه‌های رفاه اجتماعی و سلامت عمومی مورد بحث می‌باشد و به همین دلیل امروزه در بررسی و تدوین شاخص‌های اجتماعی و شاخص‌های سلامت جسمی و روانی جایگاه خاصی دارد. هدف این مقاله، تعیین رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری را کلیه‌ی دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان در مقاطع مختلف تشکیل می‌دادند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ) برای سلامت روانی و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته برای سنجش سرمایه‌ی اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/05$  رابطه معنی‌دار و معکوس داشت. یافته‌ها همچنین بیانگر آن بود که بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه‌ی معکوس وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** از جمله موارد قابل توجه، پایین بودن سطح مشارکت، اعتماد، احساس تعلق و علاقه و مورد اعتماد بودن دانشجویان نسبت به اکثریت گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است و این نشان دهنده‌ی پایین بودن میزان سرمایه‌ی اجتماعی در بین آن‌ها می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** سرمایه‌ی اجتماعی؛ بهداشت روانی؛ دانشجویان

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۶

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

**ارجاع:** کیوان آرا محمود، توکلی ناهید، سموعی راحله، توکلی فاطمه. رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی با سطح بهداشت روانی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۰۶۵-۱۰۵۸.

### مقدمه

سرمایه‌ی اجتماعی (Social capital) منبعی اجتماعی- ساختاری است که دارایی و سرمایه‌ی افراد محسوب می‌شود. این دارایی شیء واحدی نیست بلکه ویژگی‌هایی است که در ساختار اجتماعی وجود دارد و باعث می‌شود افراد با سهولت بیشتری وارد کنش اجتماعی شوند (۱). گرچه مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی نخستین بار در سال ۱۹۲۰ توسط شخصی به نام Hani Fan، به کار گرفته شد اما پس از نیم قرن تأخیر در دهه‌ی ۱۹۷۰، این واژه برای شناسایی منابع مفید اجتماعی و توسعه‌ی سرمایه‌ی انسانی و توصیف مشکل اقتصاد درون شهری به کار گرفته شد (۲).

بر اساس تعاریف مختلف صاحب‌نظران (به نقل از

\* این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره‌ی ۲۸۶۰۷۴ می‌باشد که توسط مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.

۱- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مربی، مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- کارشناسی، علوم اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: faty\_tavakoly@yahoo.com

ادعاعات متعدد و همچنین رونق اقتصادی، جوامع رشد سریعی به لحاظ مادی و تکنولوژیکی کرده‌اند. با وجود این پیشرفت‌ها برخی جوامع هنوز به لحاظ فرهنگی پیشرفت قابل توجهی نداشته‌اند. برخی این پیشرفت‌ها باعث کاهش قدرت شبکه‌های اجتماعی و همچنین روابط بین انسان‌ها شده است. اندیشمندان و صاحب‌نظران متعلق به حوزه‌های گوناگون

که به بررسی این موضوع می‌پردازند، مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی را ابزار مفهومی سودمندی برای رفع این مشکل پیشنهاد می‌کنند. با توجه به تعریف بالا و همچنین تعاریف متعدد از سرمایه‌ی اجتماعی می‌توان به اهمیت آن در تقویت شبکه‌های اجتماعی، روابط بین انسان‌ها و همچنین روابط درون خانواده‌ها پی برد. طبق مطالعات صاحب‌نظران، نبود سرمایه‌ی اجتماعی باعث از هم گسیختگی روابط اجتماعی، کاهش مشارکت افراد در امور مختلف جامعه و کاهش اعتماد می‌شود. تحقیقات متعدد نشان می‌دهند که وجود اعتماد و روابط حمایتی در بین افراد تأثیر مثبت بر فیزیولوژی و همچنین سلامت روان افراد می‌گذارد.

Lalonde، وزیر بهداشت کانادا با مقایسه و توجه به ارتباط دو متغیر هزینه‌های بهداشت عمومی و پزشکی با هزینه‌های بخش رفاهی و اجتماعی بیان کرد که هرچه سرمایه‌گذاری در بخش اجتماعی بیشتر باشد بهداشت عموم در سطح بالاتری خواهد بود (۶).

سلامت روان، فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات، برای کنترل زندگی خود و بهبود بخشیدن به سلامت روانشان که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فردی، حمایت‌های محیطی با توجه به فرهنگ، برابری، عدالت اجتماعی، تعاملات و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد (۶).

Falzer، معتقد است تأثیر سرمایه‌ی اجتماعی در تأمین و افزایش سلامت روان نیاز به مداخلات روان اجتماعی و پزشکی دارد که از طریق برنامه‌ریزی‌های درمانی مناسب و هدفمند امکان‌پذیر خواهد بود (۷). صاحب‌نظران معتقدند امروزه عوامل تعیین‌کننده‌ی اقتصادی- اجتماعی سلامت به خوبی بررسی شده و شواهد مستندی در دست است که هرچه افراد

شریفیان ثانی و ملکی سعید آبادی (۳)) هشت عنصر مهم سرمایه‌ی اجتماعی عبارتند از: مشارکت در اجتماعات محلی، کنش‌گرایی در یک موقعیت اجتماعی، احساس اعتماد و امنیت، پیوندهای همسایگی، پیوندهای دولتی و خانوادگی، ظرفیت پذیرش تفاوت‌ها، بها دادن به زندگی و پیوندهای کاری. Loury، سرمایه‌ی اجتماعی را نوعی پیوندهای اجتماعی در میان کسانی که دارای منافع اقتصادی هستند، می‌داند. این پیوندها از طریق ارزش‌های مشترک و گرایش‌های فردی مثبت ایجاد می‌شود (۳).

Pilkington، بیان می‌دارد سرمایه‌ی اجتماعی یک فرصت با ارزش برای حرفه‌های مختلف سلامت به وجود می‌آورد تا آن‌ها بتوانند نابرابری‌های سلامت را با آگاهی از فرایندهای اجتماعی که بر سلامت مؤثر است درک نمایند (۴).

امروزه این امر پذیرفته شده است که برخورداری از منابع مالی و نیروی انسانی به تنهایی قادر نیست جوامع را به سوی رشد و توسعه‌ی اجتماعی سوق دهد بلکه باید رکن سومی نیز برای دستیابی به توسعه قایل شویم و آن سرمایه‌ی اجتماعی است. در واقع میزان اثربخشی و کارایی دو منبع اول به طور عمده به میزان برخورداری از سرمایه‌ی اجتماعی بستگی دارد. از این گذشته، سرمایه‌ی اجتماعی که در واقع از ارزش‌ها و هنجارهای جامعه، استحکام تعهدات متقابل بین افراد، گروه‌ها و تا حدود زیادی مشارکت اجتماعی تأمین می‌شود، حافظ جامعه و گروه‌های اجتماعی در بحران‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی است و می‌تواند از توقف جامعه در مرحله‌ی عقب‌ماندگی جلوگیری کند (۲). همکاری داوطلبانه (مانند انجمن‌های اعتباری گردش) به وجود سرمایه‌ی اجتماعی بستگی دارد. هنجارهای عمل متقابل عمومی و شبکه‌های مشارکت مدنی باعث افزایش اعتماد و همکاری اجتماعی می‌شوند، چرا که آن‌ها انگیزه‌های عهدشکنی و نیز جو ابهام‌آمیز و غیر شفاف را کاهش می‌دهند و الگوهایی برای همکاری آینده‌ارایه می‌کنند. خود اعتماد به همان اندازه که یک نگرش شخصی است، یک

دارایی ضروری نظام اجتماعی است (۵). در قرن حاضر، با توجه به پیشرفت علم و اختراعات و

عمومی (GHQ) استفاده می‌شود الگویی است که از کتاب تنیدگی یا استرس استخراج شده است (۱۰)، بنابراین روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های مذکور سنجیده شده و قابل اعتماد است.

داده‌ها از طریق مراجعه به هر کلاس، ضمن معرفی تحقیق و اهداف، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو قسمت توصیفی و تحلیلی بود که با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. در قسمت توصیفی از شاخص‌های آماری شامل میانگین، انحراف معیار و فاصله‌ی اطمینان استفاده شد و در قسمت تحلیلی با استفاده از آزمون  $t$ ، فرضیه‌ها مورد سنجش قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد که ۱۴/۶ درصد پاسخگویان مرد و ۸۴/۴ درصد آنان زن بودند و ۸۷/۵ درصد آنان مجرد و ۱۲/۵ درصد آنان متأهل، ۵۶/۷ درصد دانشجویان بومی و ۴۳/۳ درصد آنان غیر بومی بودند.

جدول ۱ شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی را نشان می‌دهد. بر اساس یافته‌های این جدول،  $t$  مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد برای میزان مشارکت و میزان مورد اعتماد بودن دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، کمتر از سطح متوسط بوده است و  $t$  مشاهده شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۵ درصد برای میزان احساس تعلق و علاقه‌ی دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی بیشتر از سطح متوسط می‌باشد.

جدول ۱: شاخص‌های سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی

t	Se	S	X̄	
۱/۷۳	۰/۰۵	۰/۷۵	۲/۹۰	مشارکت
۵/۶۸	۰/۰۴	۰/۶۴	۲/۷۲	اعتماد
۷/۶۰	۰/۰۴	۰/۶۱	۳/۳۴	احساس تعلق و علاقه
۱/۸۱	۰/۰۴	۰/۸۵	۲/۹۲	معتمد بودن

به لحاظ اجتماعی منزوی‌تر باشند از سلامت روانی کمتری برخوردارند و به عکس هرچه پیوستگی اجتماعی در جامعه بیشتر باشد آن جامعه سالم‌تر خواهد بود. کاهش بار بیماری‌های روانی و پرورش سلامت روانی، ویژگی‌هایی را که برای قبول نقش‌های اجتماعی افراد لازم است، افزایش می‌دهد. سلامت روانی به همراه سلامت جسمی، بر صلاحیت‌های مورد نیاز برای مشارکت افراد در جامعه می‌افزاید و سرمایه‌ی اجتماعی را در سطح ملی فراهم می‌آورد (۸). این پژوهش به بررسی این ارتباط در جامعه‌ی ایران و بالاخص در بین دانشجویان پرداخته است. بررسی وضعیت سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در بین دانشجویان می‌تواند نتایج جالب توجهی را به بار آورد که در نوع خود می‌تواند از تازگی و بداعت برخوردار باشد.

### روش بررسی

روش پژوهش از نوع تحلیلی است و جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی دانشجویان رشته‌های علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان در مقاطع مختلف (کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکترا) که مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد. بدین ترتیب ۱۹۱ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش دو نوع پرسش‌نامه بود، پرسش‌نامه‌ی اول بر اساس تعریف عملیاتی سرمایه‌ی اجتماعی و نیز به منظور کسب اطلاعات و سؤالات زمینه‌ای از دانشجویان تهیه شد. روایی و پایایی این پرسش‌نامه که الگوی اصلی اندازه‌گیری میزان سرمایه‌ی اجتماعی بود توسط انجمن سرمایه‌ی اجتماعی آمریکا برای سنجش میزان سرمایه‌ی اجتماعی در ۲۹ ایالت آمریکا به کار رفته است (۹). مقدار Cronbach's alpha برای شاخص اعتماد اجتماعی (۰/۹۳۷۴)، شاخص تعهد اجتماعی (۰/۹۴۲۳) و شاخص تعلقات اجتماعی (۰/۸۵۲۷) بوده است. در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (General health questionnaire یا GHQ)، سلامت روان دانشجویان توسط این پرسش‌نامه سنجیده می‌شود. این پرسش‌نامه که برای سنجش سلامت

دارد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق مبنی بر این که «بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد» تأیید می‌گردد.

جدول ۴ نشان دهنده‌ی جدول رگرسیون چندگانه‌ی ارتباط بین متغیرهای وابسته با متغیر مستقل است. بر اساس یافته‌های جدول، ارتباط بین جنسیت پاسخ دهندگان و سرمایه‌ی اجتماعی آنان با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین سن و سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. بر اساس ضریب تعیین، ۳۱ درصد واریانس بهداشت روانی دانشجویان توسط سرمایه‌ی اجتماعی و جنسیت آنان قابل تبیین می‌باشد.

### بحث

بر اساس یافته‌ها بیشترین میزان «مشارکت» دانشجویان با گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۶۵، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۳/۹۰ و کمترین میزان مشارکت با میانگین ۲/۴۰ با مجلس شورای اسلامی بوده است. بیشترین میزان «اعتماد» دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای خانواده با

جدول ۲ نتایج مقایسه‌ی میانگین بهداشت روانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل و جنس را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول بین جنس و وضعیت تأهل دانشجویان با بهداشت روانی نشان داد،  $t$  مشاهده شده در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین بهداشت روانی دانشجویان مرد و زن و همچنین بین بهداشت روانی و تأهل تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲: مقایسه‌ی میانگین بهداشت روانی پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل و جنس

Sig	t	S	X̄		
0/001	2/66	4/08	54/83	مجرد	وضعیت تأهل
		1/57	40/80	متأهل	
0/001	10/02	4/86	41/20	مرد	جنس
		13/41	56/39	زن	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار بوده است بنابراین بین مؤلفه‌های اعتماد، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن با بهداشت روانی، رابطه‌ی معنی‌دار و معکوس وجود

جدول ۳: ضریب همبستگی بین سرمایه‌ی اجتماعی با بهداشت روانی

متغیرها	شاخص‌های آماری	مشارکت	اعتماد	احساس تعلق و علاقه	معتمد بودن
	r	-0/08	-0/270	-0/19	-0/280
بهداشت روانی	p	0/28	0/001	0/01	0/001
	n	158/00	152/000	152/00	157/000

جدول ۴: جدول رگرسیون چندگانه‌ی ارتباط بین متغیرهای وابسته با متغیر مستقل

متغیر مستقل	متغیر وابسته	R	Square R	F	Sig	B	Beta	t	Sig
بهداشت روانی		0/557	0/311	11/812	< 0/001	62/063		3/959	< 0/001
بهداشت روانی	سن					-0/077	-0/097	-1/285	0/201
بهداشت روانی	جنس					16/706	0/462	6/164	< 0/001
بهداشت روانی	تأهل					-1/728	-0/038	-0/509	0/612
بهداشت روانی	محل اقامت					3/502	0/131	1/753	0/082
بهداشت روانی	سرمایه‌ی اجتماعی					-2/093	-0/292	-3/981	< 0/001



اجتماعی پاسخگویان و وضعیت بومی و غیر بومی بودن آنان، بر اساس یافته‌های جدول ۳،  $t$  مشاهده شده در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی از نظر دانشجویان بومی و غیر بومی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

ایمان و همکاران، در بررسی تطبیقی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان غیر بومی دانشگاه‌های تهران و شیراز به این نتیجه رسیدند که احتمال ارتقای سلامت روانی دانشجویان تحت تأثیر متغیرهایی چون سرمایه‌ی اجتماعی، سن افراد، میزان درآمد خانوادگی و قومیت آن‌ها می‌باشد. همچنین برای پیش‌بینی سرمایه‌ی اجتماعی، متغیرهایی چون سلامت روان، مقطع تحصیلی، سن و وضعیت تأهل وارد معادله شده و مقدار ۶۰ درصد احتمال سرمایه‌ی اجتماعی را مشخص کرده‌اند (۱۲).

نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سن دانشجویان با بهداشت روانی آنان در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و بهداشت روانی دانشجویان وجود ندارد.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و جنس با سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان وجود ندارد، در حالی‌که فاتحی (۱۳)، در نتایج تحقیق خود اعلام کرد بین سرمایه‌ی اجتماعی با سن همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. هر اندازه سن دانشجویان بیشتر می‌شود سرمایه‌ی اجتماعی آنان نیز بیشتر می‌گردد. همچنین بین میزان برخورداری دانشجویان از سرمایه‌ی اجتماعی و جنسیت آنان رابطه‌ی معنی‌دار یافت شد و میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر است. اما فاتحی، در تحقیق خود به این نتیجه رسید که میانگین نمره‌ی سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان مجرد بیشتر از دانشجویان متأهل است (۱۳).

نیکوگفتار، در تحقیقی تحت عنوان بررسی رابطه‌ی بین سلسله مراتب ارزش‌ها و سلامت روان در مقطع سنی ۱۸ تا ۳۰ سال به این نتایج دست یافت که میانگین نتایج سلامت عمومی در گروه سنی ۱۸-۳۰ سال بیشتر از دو گروه سنی دیگر

میانگین ۴/۸۱، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۳/۷۹ و کمترین میزان اعتماد با ۲/۲۷ به قومیت‌های مختلف کشور بوده است. بیشترین میزان «احساس تعلق و علاقه» دانشجویان به گروه‌ها و نهادهای اجتماعی، مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۸۴، دوستان با میانگین ۴/۲۱ و کمترین میزان احساس تعلق و علاقه با میانگین ۲/۵۰ به احزاب و گروه‌های سیاسی کشور بوده است. بیشترین میزان «مورد اعتماد بودن» مربوط به اعضای خانواده با میانگین ۴/۷۵، اقوام و خویشاوندان با میانگین ۴/۲۷ و کمترین میزان مورد اعتماد بودن با میانگین ۲/۴۲ مربوط به قوه‌ی مجریه است.

همچنین نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و سن آنان نشان داد، ضریب همبستگی بین سن دانشجویان با سرمایه‌ی اجتماعی آنان در سطح ۵ درصد  $P <$  معنی‌دار نبوده است و رابطه‌ی معنی‌داری بین سن و سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان وجود ندارد، بنابراین فرضیه‌ی تحقیق با عنوان «بین سن دانشجویان و میزان سرمایه‌ی اجتماعی آنان رابطه وجود دارد» تأیید نمی‌گردد.

در زمینه‌ی رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و جنس، نتایج یافته‌های جدول ۴ نشان داد در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار نبوده است، بنابراین بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی از نظر دانشجویان مرد و زن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتایج تحقیق لهسایی زاده و مرادی، در خصوص رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در مهاجران نشان داد، بین سلامت روانی و متغیرهای تحصیلات، سن، مدت اقامت، اعتماد اجتماعی، حمایت و مشارکت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۱).

نتایج تحقیق در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی اجتماعی پاسخگویان و وضعیت تأهل آنان نشان داد که بر اساس یافته‌های جدول ۲،  $t$  مشاهده شده در خصوص اعتماد در سطح  $P \leq 0/05$  معنی‌دار بوده است، بنابراین بین میزان اعتماد دانشجویان مجرد و متأهل تفاوت وجود دارد، اما در سایر موارد از جمله مشارکت، احساس تعلق و علاقه و معتمد بودن معنی‌دار نبوده است. در خصوص رابطه‌ی بین سرمایه‌ی

اجتماعی یکی از موارد لازم و ضروری برای بالا بردن سطح سلامت عمومی جامعه به شمار می‌رود.

از دیگر موارد قابل توجه، پایین بودن سطح مشارکت، اعتماد، احساس تعلق و علاقه و مورد اعتماد بودن دانشجویان نسبت به اکثریت گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است و این نشان دهنده‌ی پایین بودن میزان سرمایه‌ی اجتماعی در بین دانشجویان است.

اگر گروه‌ها و نهادهای اجتماعی را به دو قسمت گروه‌های اولیه که شامل خانواده، اقوام و خویشاوندان و دوستان است و گروه‌های ثانویه که شامل سایر گروه‌ها و نهادهای اجتماعی است می‌توان گفت که دانشجویان بیشترین میزان مشارکت، اعتماد، علاقه و تعلق را نسبت به گروه‌های اولیه دارند؛ در حالی که مدت مدیدی از عمر گروه‌ها و نهادهای ثانویه در جامعه می‌گذرد اما باز هم درجه‌ی مشارکت، اعتماد و احساس تعلق و علاقه‌ی دانشجویان نسبت به این گروه‌ها و نهادها در سطح پایینی قرار دارد و این امر نیازمند پژوهش‌های دقیق‌تر بیشتری است که امید است پژوهشگران دیگر به این موضوع بپردازند.

با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مسؤولان شرایطی را فراهم سازند تا با جلوگیری از اعمال خلاف هنجار امکان خدشه‌دار شدن امنیت اجتماعی را ممانعت نمایند. چرا که نبود امنیت اجتماعی یکی از علل اصلی و تأثیرگذار در بیماری‌های روحی و روانی است. علاوه بر آن با توجه به این‌که بالا رفتن سرمایه‌ی اجتماعی نیازمند اعتماد متقابل اعضای جامعه و همکاری بیشتر آن‌ها است، بنابراین باید زمینه‌های شبکه‌های ارتباطی بین مردم را افزایش داد تا روابط عاطفی بین مردم بیشتر جاری و از آن طریق سلامت روانی جامعه تأمین شود.

### تشکر و قدردانی

از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که این طرح تحقیقاتی را حمایت نمود سپاسگزاری می‌شود، همچنین از کلیه‌ی دانشجویان که در این پژوهش شرکت نمودند و سؤالات پرسش‌نامه را با صبر و بردباری پاسخ دادند، قدردانی می‌گردد.

است. نمونه‌های مؤنث در مقایسه با نمونه‌های مذکر واجد سلامت عمومی کمتری هستند. نمونه‌های مجرد نسبت به نمونه‌های متأهل از سلامت عمومی کمتری برخوردارند (۱۴).

همچنین سیدان و عبدالصمدی (۱۵) در مطالعه‌ی خود تحت عنوان رابطه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی و سلامت روان در زنان و مردان بیان داشتند، متغیر جنس، روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته را مخدوش می‌کند چنان‌که سطح آن‌ها در دو گروه زنان و مردان با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارد (۱۵).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از تحقیق بیانگر آن است که بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد. فرضیه‌ی اصلی پژوهش با عنوان «بین میزان سرمایه‌ی اجتماعی دانشجویان و سطح بهداشت روانی آنان رابطه وجود دارد» تأیید شد و همبستگی بین مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی و بهداشت روانی معنی‌دار بوده است. با توجه به این‌که سرمایه‌ی اجتماعی در خلال روابط شکل می‌گیرد افراد را در تعامل با یکدیگر قرار می‌دهد و از این طریق می‌توانند تعادل عاطفی و احساسی مناسب‌تری داشته باشند. همچنین آثار حمایتی سرمایه‌ی اجتماعی باعث احساس امنیت بیشتری در افراد می‌شود.

در مورد سطح بهداشت روانی نتایج نشان می‌دهد که بین بهداشت روانی مرد و زن و افراد مجرد و متأهل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و سطح بهداشت روانی مردان و همچنین افراد متأهل بالاتر است. در مورد علت این نتایج می‌توان توضیح داد که مردان نسبت به زنان بیشتر فرصت حضور در اجتماع و استفاده از موقعیت‌های مختلف را دارند بنابراین روش‌های تخلیه‌ی احساسی بیشتری دارند. افراد متأهل نیز حداقل با یک نفر می‌توانند تبادل احساسی نزدیکی داشته، در قبال زندگیشان احساس تعهد نموده و به یکدیگر تکیه کنند.

هر چند نمی‌توان به طور قطع بیان نمود که بهداشت روانی افراد و جوامع در گرو میزان سرمایه‌ی اجتماعی آن‌هاست، اما بدون تردید می‌توان بیان کرد که سرمایه‌ی

## References

1. Kolma J. Foundation of Social Views. Trans. Sabouri M. Tehran, Iran: Ney Publication; 2000. [In Persian].
2. Madani Ghahfarokhi S. Sex Issues from Destruction of social capital. *Women in Development & Politics* 2003; 1(5): 7-34. [In Persian].
3. Sharifian Sani M, Maleki Saeed Abadi. Social Capital: Theoretical framework. *Social Welfare Quarterly* 2006; 6(23): 45-66. [In Persian].
4. Pilkington P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. *J Public Health Med* 2002; 24(3): 156-9.
5. Patnam R. Democrasi and Traditional of Civil. Trans. Delforuz MT. *Salam Newspaper* 2006. p. 432. [In Persian].
6. Fokoyama F. Social Capital and preservation. Trans. Tavasoli Gh. Tehran, Iran: Iranian Community Publication; 2000. [In Persian].
7. Falzer P. Developing and Using Social Capital In Public Mental Health. *Mental Health Review Journal* 2007; 12(3): 34-44.
8. Scott H, Harvey W. Social capital and mental health. *Lancet* 2003; 362(9383): 505-6.
9. Firoozabadi A. Survey on Social Capital and related factors [PhD Thesis]. Tehran, Iran: University of Tehran; 2005. [In Persian].
10. Dadsetan P. Stress (Disease of New Civilization). Tehran, Iran: Roshd Publication; 1998. [In Persian].
11. Lahsaeizadeh A, Moradi G. The relationship between Capital Social and Mental Health among Immigrants. *Social Welfare Quarterly* 2007; 7(26): 161-82.
12. Iman MT, Moradi G, Hosseini S. The Comparative Survey on Capital Social and Mental Health among students in Shiraz and Tehran Universities. *Social Welfare Quarterly* 2008; 8(30-31): 143-69. [In Persian].
13. Fatehi A. Effect of Students ' Social Capital on Social Identity in Tehran [PhD Thesis]. Isfahan, Iran; University of Isfahan; 2005. [In Persian].
14. Nikoogoftar M. Survey on Hierarchy of values among 18-30 years people [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 1998.
15. Seyyedani F, Abdolsamadi M. The Relation of Social Capital with Mental Health in Women and Men. *Social Welfare Quarterly* 2011; 11(42): 229-54. [In Persian].

## Relationship between Social Capital and Mental Health\*

Mahmoud Keyvanara, PhD<sup>1</sup>; Nahid Tavakoli<sup>2</sup>; Raheleh Samouei, MSc<sup>3</sup>; Fatemeh Tavakoli<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The focus on social capital in recent years has been based on the effect of this capital on producing and increasing the human capital and also improving the level of general health in the society. The social capital is discussed as a potential in successful social welfare programs and general health; and for the same reason, a specific place has been assigned to investigate and codify the social, physical and mental health indices. The purpose of this study was to identify the relationship between social capital and mental health among the social sciences students in University of Isfahan, Iran.

**Methods:** The investigation was conducted using descriptive and correlation studies. Initially, the concepts of social capital and mental health were identified using script studies and then the data were collected and expressed. The relationship between students' social capital and mental health were analyzed using SPSS software.

**Results:** The findings showed an inverse statistically significant correlation between confidence, belongingness, affection, and trustworthiness with mental health. Based on the findings of the study, there was a relationship between students' social capital and mental health.

**Conclusion:** One of the significant indices was the low level of communion, confidence, belongingness, affection and trustworthiness among students which is an indication of lower social capital among them.

**Keywords:** Social Capital; Mental Health; Students

Received: 26 Dec, 2012

Accepted: 12 Feb, 2013

**Citation:** Keyvanara M, Tavakoli N, Samouei R, Tavakoli F. **Relationship between Social Capital and Mental Health.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1058-65.

\* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 286074.

1- Associate Professor, Medical Sociology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Lecturer, Management and Health Information Technology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Psychology, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Social Sciences, Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: faty\_tavakoly@yahoo.com

# ارزیابی وضعیت ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی بر اساس استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی\*

محبوبه جانقربانی<sup>۱</sup>، احمدرضا رئیسی<sup>۲</sup>، ساناز دهقانی<sup>۳</sup>، عارفه موسوی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** ایمنی بیمار دغدغه‌ای جهانی در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت است. مراقبت و خدمات غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان‌ها، هزینه‌های اقتصادی سنگینی نیز به بار می‌آورد. با توجه به حساسیت ویژه ایمنی بیمار در اتاق عمل، هدف این پژوهش، ارزیابی وضعیت ایمنی بیمار در اتاق عمل بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر، کاربردی از نوع توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ در اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی انجام شد و داده‌های مربوط به پژوهش از طریق تکمیل پرسش‌نامه‌ی استاندارد بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) یا WHO) به روش سرشماری توسط ۲۰ نفر از مدیران ارشد، میانی، عملیاتی و پرسنل اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی جمع‌آوری گردید. به منظور ارزیابی سطح ایمنی بیمار، میانگین امتیاز  $0/5-0/7$  نشان دهنده‌ی سطح عملکردی ضعیف،  $0/5-0/7$  سطح متوسط و  $0/7-1$  سطح خوب است. با توجه به استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی ارزیابی وضعیت ایمنی، روایی و پایایی آن تأیید شده می‌باشد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS در سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین امتیاز محور حاکمیت و رهبری  $0/35 \pm 0/7$ ، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه  $0/37 \pm 0/56$ ، خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد  $0/35 \pm 0/73$  و محیط ایمن  $0/37 \pm 0/78$  بود و به ترتیب نشان دهنده‌ی وضعیت خوب، متوسط، خوب و خوب می‌باشد. میانگین امتیاز وضعیت کلی ایمنی  $0/36 \pm 0/71$  بود و عملکرد خوب را نشان می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** به منظور دستیابی به سطح خوب کلیه‌ی محورهای پرسش‌نامه، لازم است هدف‌گذاری‌ها در سطح برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** فرایند ارزیابی (بهداشت و درمان)؛ وضعیت ایمنی بیمار؛ اتاق عمل؛ بیمارستان‌ها

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۸

\* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۹۰۲۰۴ مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد و جهت انجام طرح هیچ کمک مالی از سازمان‌ها گرفته نشده است.  
۱- کارشناس ارشد، پرستاری و مامایی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: m.janghorbani@yahoo.com

۲- استادیار، مدیریت اطلاعات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، اصفهان، ایران

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی بهداشت و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

**ارجاع:** جانقربانی محبوبه، رئیسی احمدرضا، دهقانی ساناز، موسوی عارفه. ارزیابی وضعیت ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی بر اساس استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۰۷۲-۱۰۶۶.

## مقدمه

گرچه در دهه‌ی گذشته پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در راستای ارتقای ایمنی بیمار رخ داده است اما هنوز کاستی‌های متعددی وجود دارد و میزان آسیب‌های تحمیل شده به بیماران از ناحیه‌ی عوارض ناخواسته به طور غیر قابل قبولی بالا است.

را شرح می‌دهد و در نهایت استانداردهای مربوط به هر گروه ذکر می‌گردد (۷-۱۲). در راستای ارزیابی ایمنی بیمار در اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی بر اساس راهنمای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، تنها به بررسی استانداردهای الزامی پرداخته شده است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۹۰ عملکرد اتاق عمل بیمارستان شهید دکتر بهشتی اصفهان را در زمینه ایمنی بیمار (Patient safety) مورد مطالعه قرار داد. جمعیت پاسخگو ۲۰ نفر از مدیران ارشد، میانی، عملیاتی و تعدادی از پرسنل اتاق عمل به روش سرشماری (تصادفی ساده) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی استاندارد شده‌ی سازمان جهانی بهداشت، جمع‌آوری شد (۷). به منظور تعیین روایی محتوایی، پرسش‌نامه در اختیار اساتید رشته‌ی مدیریت قرار داده شد. پایایی پرسش‌نامه نیز از روش محاسبه‌ی Cronbach's alpha به طوری که  $r = 0/91$  محاسبه شده است. در این مطالعه استانداردهای الزامی در ۴ محور (حاکمیت و رهبری، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه، خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد، محیط ایمن)

دفتر مدیران‌های شرقی سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۴۵۰۰ بیمارستان در بخش عمومی و ۴۱۰۰ بیمارستان خصوصی دارد که تقریباً ۸۰۰۰۰۰ تخت را در خود جای داده است (۱). به این منظور در ۶ کشور پژوهش‌هایی برای ایمنی بیمار به عمل آمد. به عنوان جزئی از این برنامه، دفتر منطقه‌ای بهداشت جهانی مجموعه‌ای از استانداردها را برای ارزیابی برنامه‌های ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و القای تدریجی فرهنگ ایمنی تدوین و ارائه نموده است (۳، ۲). در پاسخ به نیاز مبرم برای توسعه‌ی مداخلات در ارتباط با ایمنی بیمار، دفتر مدیران‌های شرقی سازمان جهانی بهداشت برنامه‌ی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار را آغاز نموده است. این برنامه به صورت پایلوت در ۷ کشور منطقه (مصر، اردن، مراکش، پاکستان، سودان، تونس و یمن) آزمایش شد (۴). مجموعه‌ای از استانداردهای الزامی (مجموع ۲۰ استاندارد)، اساسی (مجموع ۹۰ استاندارد) و پیشرفته (مجموع ۳۰ استاندارد) در این پنج گروه جای گرفته‌اند (۵، ۶) (جدول ۱). هر استاندارد دارای یک عنوان می‌باشد که محدودی تحت پوشش آن را توضیح می‌دهد. متعاقب آن یک روش بررسی که جزئیات استاندارد را بیان می‌کند، قرار می‌گیرد و توضیح و استدلال به دنبال آن آورده می‌شود که علت انتخاب

جدول ۱: گروه‌ها و استانداردهای زیر آن‌ها

گروه‌ها	استانداردهای الزامی	استانداردهای اساسی	استانداردهای پیشرفته	مجموع استانداردها در هر گروه
A. حاکمیت و رهبری (۶ زیرگروه: A1- A6)	۹	۲۰	۷	۳۶
B. جلب مشارکت و تعامل بیمار و جامعه (۷ زیرگروه: B1 - B7)	۲	۱۶	۱۰	۲۸
C. خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۶ زیرگروه: C1 - C6)	۷	۲۹	۸	۴۴
D. محیط ایمن (۲ زیرگروه: D1 - D2)	۲	۱۹	۰	۲۱
E. آموزش مداوم (۳ زیرگروه: E1 - E3)	۰	۶	۵	۱۱
مجموع	۲۰	۹۰	۳۰	۱۴۰



پرسش‌نامه‌ی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار  $0.71 \pm 0.36$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب بیمارستان در چهار محور مورد بررسی می‌باشد.

جدول ۲: ارزیابی وضعیت ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید دکتر بهشتی بر اساس استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۰ بر اساس چهار محور (وضعیت کلی)

میانگین	محورها
$0.70 \pm 0.35$	حاکمیت و رهبری
$0.56 \pm 0.37$	جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه
$0.73 \pm 0.35$	خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
$0.78 \pm 0.37$	محیط ایمن
$0.71 \pm 0.36$	وضعیت کلی ایمنی

### بحث

جهت رفع محدودیت‌هایی از قبیل عدم تکمیل به موقع پرسش‌نامه‌ها به دلیل مشغله‌ی کاری مدیران رده‌های مختلف و عدم برداشت یکسان از سؤالات پرسش‌نامه توسط پرسنل رده‌های مختلف، جلسه‌ی توجیهی با حضور کلیه‌ی پاسخ دهندگان برگزار گردید و اهداف پژوهش برای آن‌ها شرح داده شد و به نظر می‌رسد با توجه به نتایج حاصل شده، محدودیت‌ها در حد قابل انتظاری مرتفع گردیده است. ادامه به بحث پیرامون نتایج، پرداخته شده است:

\* میانگین امتیاز محور حاکمیت و رهبری  $0.70 \pm 0.35$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد. به منظور ارتقای ایمنی در این محور می‌توان ایمنی بیمار را در قالب اولویت در برنامه‌ریزی‌های استراتژیک، عملیاتی و تفضیلی بیمارستان قرار دهیم. انتساب یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده‌ی فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر در این زمینه کمک کننده خواهد بود. همچنین مدیریت ارشد بیمارستان می‌بایست به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت‌ها به طور منظم بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به مرحله‌ی اجرا

مورد ارزیابی قرار گرفت. نحوه‌ی امتیازدهی به هر سؤال بدین صورت است که در صورتی که استاندارد کاملاً رعایت شده باشد نمره‌ی ۱، در صورتی که استاندارد در ساختار و فرایند حایز شرایط باشد نمره‌ی ۰/۵ و در صورتی که شرایط لازم احراز نشود نمره‌ی ۰ تعلق می‌گیرد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago IL) در سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

الف. یافته‌های مربوط به مشخصات دموگرافیک پاسخ دهندگان پرسش‌نامه

- کلیه‌ی پاسخ دهندگان زن بودند.
- حداکثر سن پاسخ دهندگان ۵۳ سال و حداقل ۲۴ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۷/۵ سال می‌باشد.
- از مجموع پاسخ دهندگان به ترتیب پنج درصد (۱ نفر) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم، نود درصد (۱۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و پنج درصد (۱ نفر) دارای مدرک تحصیلی دکترای تخصصی می‌باشند.
- ب. نتایج پژوهش با توجه به اهداف آن
- میانگین امتیاز محور حاکمیت و رهبری  $0.70 \pm 0.35$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد.
- میانگین امتیاز محور جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه  $0.56 \pm 0.37$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد متوسط اتاق عمل در این محور می‌باشد.
- طبق نتایج میانگین امتیاز محور خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد  $0.73 \pm 0.35$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد.
- طبق نتایج میانگین امتیاز محور محیط ایمن  $0.78 \pm 0.37$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد.
- طبق نتایج جدول ۲، میانگین امتیاز وضعیت کلی ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید دکتر بهشتی بر اساس

عملکرد تیم درمانی و ایمنی بیمار مؤثر می‌باشد (۳). نتایج این محور با مطالعه‌ی مروری Pauniah و همکاران نیز همخوانی دارد. آن‌ها به ارزیابی استفاده از چک لیست جراحی ایمن در کاهش میزان عوارض جراحی پرداختند. چک لیست دارای سه قسمت می‌باشد. در مرحله‌ی قبل از بیهوش نمودن بیمار یا ورود بیمار به اتاق عمل (Sign in) پرستار ریکواری مشخصات دستبند بیمار را با پرونده مطابقت داده و نیز ضمن برقراری ارتباط کلامی با بیمار و سؤال از وی به نوعی به تعامل با بیمار می‌پردازد. نتایج این مطالعه نشان داد که عوارض بعد از عمل از ۱۰/۳ درصد به ۷/۱ درصد رسید و نرخ مرگ و میر نیز از ۰/۹ درصد به ۰/۶ درصد کاهش یافت. در مدت استفاده از چک لیست مذکور نیز هیچ واقعه‌ی ناسازگاری گزارش نشد (۶).

همچنین در مطالعه‌ی که توسط Wolf، انجام داده است، مشخص شد که دیدگاه بیماران از اصول ایمنی از نگرش کادر درمان نسبت به میزان مشارکت آن‌ها و اطلاعاتی که در پاسخ به سؤالات آن‌ها داده می‌شود، تأثیر می‌پذیرد (۱۰).

\* میانگین امتیاز محور خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد  $0/73 \pm 0/35$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد. در راستای افزایش سطح عملکردی در زمینه‌ی خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد و همچنین رسیدن به سطح عالی در این زمینه، بیمارستان باید به منظور کاهش خطر ابتلا به عفونت‌های مکتسبه و تضمین ایمنی فرآورده‌های خونی سیستم بالینی اثربخشی طراحی نموده و ایمنی بیماران را تضمین نماید.

۱. نتایج این محور با مطالعه‌ی سوزنی و همکاران همخوانی دارد. این پژوهشگران به بررسی عوامل مؤثر بر بروز اشتباهات دارویی و تبیین تأثیر آن بر ایمنی بیماران پرداختند. نتایج این پژوهش در نهایت با توجه به اهمیت نقش اشتباهات دارویی و تأثیر آن بر ایمنی بیمار به این نتیجه رسید که مدیریت مؤثر، ارتقای انگیزه در پرستاران و همچنین افزایش توان علمی و مهارت‌های بالینی پرستاران در زمینه‌ی اجرای دستورات دارویی جهت بروز اشتباهات دارویی و به تبع آن تهدید ایمنی بیماران

گذاشته و یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسوول و پاسخگوی برنامه‌ی ایمنی بیمار منسوب گردد.

نتایج این محور با مطالعه‌ی عبدی و همکاران، با عنوان «برداشت کارکنان از فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران» همخوانی دارد. در این مطالعه چهار بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در سازمان را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های پژوهش نشان داد که امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در هر ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد متوسط- خوب است (۱).

نتایج این محور همچنین با مطالعه‌ی سوزنی و همکاران، با عنوان «عوامل اثرگذار بر بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان امام حسین (ع) تهران» همخوانی دارد. در این مطالعه شیوه‌ی رهبری و مدیریت مدیریت عالی سازمان در بروز خطاهای پزشکی مؤثر دانسته شده است (۸).

نتایج این محور همچنین با مطالعه‌ی فرخنده، با عنوان «بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی شیراز» همخوانی دارد. امتیاز فرهنگ ایمنی بیمار در هر ده بعد فرهنگ ایمنی و دو بعد پیامدهای وجود فرهنگ ایمنی در حد خوب- خوب ارزیابی شده است (۱۱).

\* میانگین امتیاز محور جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه  $0/37 \pm 0/56$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد. به منظور افزایش سطح عملکردی بیمارستان در این محور و در راستای رسیدن به وضعیت کامل جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه باید زمینه‌های لازم برای ارتقای سطح آگاهی بیماران و مراقبین آن‌ها و همچنین امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه‌ی درمان بیماران را فراهم آورد. همچنین گسترش فرهنگ معرفی کادر درمانی به بیمار قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی به بهبود وضعیت محور مذکور کمک می‌کند.

نتایج این محور با مطالعه‌ی Christian و همکاران همخوانی دارد. آن‌ها در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که مشکلات در ارتباطات، جریان اطلاعات، عدم شناسایی صحیح بیمار و بار کاری از جمله عواملی هستند که بر

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، در مجموع وضعیت کلی ایمنی بیمار در اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی بر اساس چهار محور بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار در سطح خوب ارزیابی می‌شود. با توجه به این که دستیابی کامل استانداردهای مورد بررسی و در نهایت قرار گرفتن در سطح ۱ ایمنی منوط به رعایت کلیه استانداردهای الزامی در پرسش‌نامه‌ی بیمارستان دوستدار ایمنی سازمان جهانی بهداشت می‌باشد؛ هرچند که امتیاز کسب شده برای قرار گرفتن در سطح خوب ایمنی لازم است اما برنامه‌ها و خط‌مشی‌های سازمان در این زمینه برای رسیدن به سطح عالی در حال حاضر کافی نمی‌باشد. بنابراین هدف‌گذاری‌های لازم در این خصوص باید در برنامه‌ریزی استراتژیک در راستای رسیدن کامل به استانداردها در چهار محور مورد بررسی منظور گردد. همچنین توجه به فرهنگ ایمنی و بهبود آن در محور حاکمیت و رهبری، افزایش سطح ارتباطی کادر درمانی و بیماران/ همراهان در محور جلب مشارکت و تعامل بیمار و جامعه، توجه به خطاهای بالینی به ویژه خطاهای دارویی و مباحث مربوط به خون و فرآورده‌های خونی در محور خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد و پیاده‌سازی سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها در محور محیط ایمن، می‌تواند موجب ارتقای سطح ایمنی بیمار و دستیابی سریع و مؤثرتر به استانداردهای الزامی پرسش‌نامه‌ی مذکور گردد و شرایط ایمنی بیمار را بهبود ببخشد.

مورد توجه و دارای اهمیت ویژه‌ای است (۸).

۲. نتایج این محور با مطالعه‌ی Gibbs، همخوانی دارد. این پژوهشگر به بررسی عوامل مؤثر بر ایمنی بیماران در اتاق عمل پرداخته است. نتایج این پژوهش در نهایت با توجه به اهمیت نقش ارابه‌ی خدمات مبتنی بر شواهد، به این نتیجه رسید که وجود دستورالعمل‌ها و روش‌های یکسان درمانی در اتاق عمل سبب کاهش خطاهای رخ داده شده در راستای افزایش ایمنی بیماران می‌شود (۹).

- میانگین امتیاز محور محیط ایمن  $0/37 \pm 0/78$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب اتاق عمل در این محور می‌باشد که حاکی از وضعیت مطلوب سیستم دارویی و مدیریت دفع پسماندها در بیمارستان می‌باشد.

با توجه به این که در پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش، محور محیط ایمن شامل سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها می‌باشد و در هیچ یک از مطالعات مورد بررسی این بعد لحاظ نشده بود، بنابراین مقایسه و بحثی در این محور نمی‌توان انجام داد.

\* میانگین امتیاز وضعیت کلی ایمنی اتاق عمل بیمارستان شهید دکتر بهشتی بر اساس پرسش‌نامه‌ی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار  $0/36 \pm 0/71$  بوده است و نشان دهنده‌ی عملکرد خوب بیمارستان در چهار محور مورد بررسی می‌باشد؛ بنابراین تلاش‌های بیشتری را با توجه به زیرگروه‌های مشروح در هر محور برای دستیابی کامل به استانداردهای الزامی می‌طلبد.

### References

1. Abdi Zh, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. Payesh 2011; 10(4): 411-9. [In Persian].
2. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM. 04Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
3. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery 2006; 139(2): 159-73.
4. Kunders GD, Katakam GS. Hospitals Planning, Design and Management. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
5. Moullin M. Eight essentials of performance measurement. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004; 17(2-3): 110-2.
6. Pauniah S, Lepojarvi M, Peltomaa K, Saario I, Isojarvi J, Malmivaara A, et al. A surgical checklist increases patient safety. Suomen Lääkärilehti 2009; 49(64): 4249-54.
7. Emami Razavi SH, Ravaghi H, Mohaghegh MR. Assessment of Patient Safety in Hospitals a Manual for evaluators. Tehran, Iran: Mehr Ravesh Publications; 2012. p. 29. [In Persian].

8. Soozani A, Bagheri H, Poorheydari M. Survey nurse,s view about factors affects medication errors in different care units of Imam Hossein hospital in Shahrud. Knowledge & Health Journal 2007; 2(3): 8-13. [In Persian].
9. Gibbs VC. Patient safety practices in the operating room: correct-site surgery and nothing left behind. Surg Clin North Am 2005; 85(6): 1307-19, xiii.
10. Wolf EJ. Promoting patient safety through facility design. Healthcare Executive 2003; 18(4): 16-20.
11. Farkhonde F. Assesment of Safety Patient Culture from Nurses in Educational Hospitals of Shiraz [MSc Thesis]. Shiraz, Iran: Shiraz University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
12. Najafi A. Model Designed to Assess Hospital Performance. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences Publication; 2008. [In Persian].

## Assessment of Safety Status in Operating Rooms of Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals\*

Mahbobeh Janghorbani, MSc<sup>1</sup>; Ahmadreza Raisi, PhD<sup>2</sup>; Sanaz Dehghani<sup>3</sup>; Arefeh Mousavi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Global patient safety is the concern of all areas of the health care. In addition to the human suffering in those inflicted unsafe care and services, it has a heavy economic cost. Due to the sensitive patient safety in the operation rooms, the present study aimed to assess patient safety in the operating rooms.

**Methods:** This was a descriptive cross-sectional study that was conducted in Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran operating room in 2011. The data were collected through standard questionnaires for patient safety friendly hospital census from 20 senior, middle and executive managers as well as operating room staff of Shahid Beheshti Hospital. In order to assess the level of patient safety, average score of 0-0.5 represented a poor level of performance, 0.5-0.7 an average level and 0.7-1.0 showed an intermediate level.

**Results:** Average score for rule and leadership was  $0.7 \pm 0.35$ . In community participation and interaction with patients  $0.56 \pm 0.37$ , in evidence-based clinical services  $0.73 \pm 0.35$ , in safe and secure environment  $0.78 \pm 0.37$  which indicated the average, good, good, and good states, respectively. The average overall safety score was  $0.71 \pm 0.36$  and showed a good performance.

**Conclusion:** Although the score for the level of safety was good, the organizational policies and programs in this area at present are not sufficient to achieve a higher level. Necessary investments in strategic planning must be investigated in order to achieve 100% standards in the four domains.

**Keywords:** Process Assessment (Health Care); Patient Safety; Operating Room; Hospitals

Received: 18 Aug, 2012

Accepted: 12 Feb, 2013

**Citation:** Janghorbani M, Raisi A, Dehghani S, Mousavi A. **Assessment of Safety Status in Operating Rooms of Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran by the World Health Organization Standards for Safety-Friendly Hospitals.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1066-72.

\* This article resulted from research project No 290204, funded by Health Management and Economic Research Center, Deputy of Research, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: m.janghorbani@yahoo.com

2- Assistant Professor, Health Information Management, Health Management and Economic Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Health Management Services, Shahid Beheshti Hospital, Isfahan, Iran

4- MSc Student, Health Management Services, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

# تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات درمانی بیماران با خدمت‌رسانی ناب ادراک شده به منظور آرایه‌ی یک مدل مناسب\*

محمد حسین یارمحمدیان<sup>۱</sup>، فرهاد شفیع پور مطلق<sup>۲</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** منظور از خدمت‌رسانی ناب ادراک شده، آن دسته از خدمات درمانی است که نیازهای بیماران را به لحاظ اطلاع‌رسانی در خصوص نحوه پذیرش و سرویس‌دهی درمانی بیمارستان و مراکز خدمات درمانی تکاپو می‌کند. هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات درمانی بیماران با خدمت‌رسانی ناب ادراک شده به منظور آرایه‌ی یک مدل مناسب بود.

**روش بررسی:** نوع مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی بیماران مراکز خدمات درمانی - پزشکی شهر اصفهان تشکیل دادند. برای جمع‌آوری اطلاعات از شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس (۱۰۳ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های خدمات درمانی موجود در سطح شهر اصفهان در سال ۹۱-۱۳۹۰)، استفاده شده است. ابزار تحقیق، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته در خصوص زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات حاوی ۳۶ و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته در خصوص خدمات‌رسانی ناب ادراک شده مشتمل بر ۱۲ گویه و پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی مشتمل بر ۱۵ گویه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت بود که با استفاده از مطالعات انجام شده (ادبیات موجود و نظرات متخصصان و استادان و مطالعات مقدماتی)، پرسش‌نامه‌های مورد نظر تهیه شد و روایی پرسش‌نامه به لحاظ محتوا تأمین گردید و بر اساس روش Cronbach's alpha، ضریب اعتبار آن‌ها به ترتیب معادل ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ به دست آمد. تحلیل داده‌ها بر اساس نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و LISREL (Linear structural relationships) صورت گرفت.

**یافته‌ها:** زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار، دارای اثر مستقیم (۰/۳۴)، مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی دارای اثر مستقیم (۰/۲۷) بر خدمات‌رسانی ناب ادراک شده است. زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی دارای اثر مستقیم (۰/۴۲)، زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات پذیرش بستری دارای اثر مستقیم (۰/۳۳)، زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار دارای اثر مستقیم (۰/۱۳) بر رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی است. شاخص براز مدل نهایی تحقیق به قرار ذیل می‌باشد: شاخص برازش تطبیقی (Comparative fit index یا CFI) برابر با ۰/۹۴۴، شاخص Tucker-Lewis (Tucker-Lewis index یا TLI) برابر با ۰/۹۲۶، شاخص برازش هنجار شده‌ی مقتصد (PNFI) یا Parsimony normed fit index برابر با ۰/۷۸۴، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI یا Parsimony comparative fit index) برابر با ۰/۶۳۸، ریشه‌ی میانگین مربعات خطای برآورد (Root mean square error of approximation یا RMSEA) برابر با ۰/۰۷۸،  $\chi^2$  نسبی برابر با، شاخص نیکویی برازش شده (Goodness of fit index یا GFI) برابر با ۰/۹۵۳، مقدار  $\chi^2$  (Chi-square) برابر با ۲۶۸/۵۹۲ و سطح معنی‌داری برابر با  $P < ۰/۰۰۱$ .

**نتیجه‌گیری:** تهیه‌ی زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات همواره باید در راستای کیفی‌سازی خدمات‌رسانی به بیماران جهت درمان، در نظر گرفته شود تا سرویس‌دهی مؤثری در خصوص پذیرش بیماران صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مدیریت اطلاعات درمانی؛ بیماران؛ خدمت‌رسانی ناب ادراک شده؛ دسترسی به اطلاعات

\* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.  
۱- دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- استادیار، مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد محلات، محلات، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)  
Email: shafieepoor2006@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۹/۲۶ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۰/۳۰

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** یارمحمدیان محمد حسین، شفیع پور مطلق فرهاد. تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات درمانی بیماران با خدمت‌رسانی ناب ادراک شده به منظور آرایه‌ی یک مدل مناسب.

مدیریت اطلاعات سلامت / دوره‌ی نهم / شماره‌ی هفتم / ویژه‌نامه‌ی توسعه‌ی مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۱: (۷) ۹: ۱۰۸۰-۱۰۷۳.



## مقدمه

یکی از مهم‌ترین مشکلات ریشه‌ای سیستم سلامت ایران، بهره‌مندی کم از نظام یک‌پارچه‌ی اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاست‌گذاری و عملیاتی است. سیستم‌های یک‌پارچه‌ی اطلاعات مدیریت، همه‌ی جزایر اطلاعاتی مربوط به حوزه‌های عملکرد یک سازمان را به طور منسجم و یک‌پارچه می‌بیند و امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی آینده را برای یک سازمان میسر می‌سازد. با وجود دسترسی بیماران به اطلاعات مورد لزوم و نیاز از خدمات دریافت شده، احساس رضایت و خشنودی می‌کنند. در این پژوهش، منظور از خدمات‌رسانی ناب ادراک شده، آن دسته از خدمات درمانی هستند که نیازهای بیماران را به لحاظ اطلاع‌رسانی در خصوص نحوه‌ی پذیرش و سرویس‌دهی درمانی بیمارستان و مراکز خدمات درمانی تکاپو می‌کند.

سیستم اطلاعات بیمارستانی، یک نرم‌افزار جامع برای یکپارچه‌سازی اطلاعات مربوط به بیمار جهت ارسال و تبادلات اطلاعات جامع بیمار بین بخش‌ها و سایر مراکز درمانی به منظور تسریع در فرایند مراقبت و درمان بیمار، بهبود کیفیت، افزایش رضایتمندی و کاهش هزینه‌ها می‌باشد. سیستم اطلاعات بیمارستانی، برای خودکار نمودن امور بیمارستان‌ها مانند گزارش‌دهی نتایج آزمایشات، وارد نمودن دستورات پزشک، تجویز دارو، کنترل موجودی داروخانه، انبار مرکزی، واحد تغذیه و غیره طراحی شده است. در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS یا Hospital information system)، برای هر بیمار یک پرونده‌ی الکترونیک تشکیل می‌گردد؛ به طوری که کلیه‌ی فعالیت‌های بیمارستانی (شامل درمانی، تشخیصی، مالی و غیره) بیمار از پذیرش تا ترخیص تحت پوشش قرار می‌دهد. از جمله اجزای نظام مدیریت اطلاعات جامع، زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات سرویس‌دهی - درمانی است که بیماران در بدو ورود خود برای پذیرش و درمان به آن نیازمند می‌باشند.

مدیریت اطلاعات سرویس‌دهی - درمانی بیماران در حقیقت ستون فقرات اطلاعاتی بیمارستان است و حضور بیمار

را در بیمارستان، با سیستم‌های خدمات‌رسانی مرتبط می‌کند. مدیریت بیماران شامل زیرسیستم‌های زیر است: ۱- مدیریت «وقت‌دهی سرپایی» و «نوبت‌دهی بستری»: زیر سیستم مدیریت وقت‌دهی سرپایی با امکاناتی نظیر ثبت لیست رزرو برای هر کدام از روزهای کاری تا دو سال آینده، هشدار در مورد ظرفیت‌های پذیرش حداکثر و اسمی و ...، مدیریت بخش سرپایی را امکان‌پذیر می‌سازد. زیر سیستم نوبت‌دهی بستری با امکاناتی نظیر ثبت لیست نوبت بستری به تفکیک پزشک و گروه‌های تشخیصی، گزارش‌های روزانه‌ی نوبت‌دهی بر اساس پزشکان و ... موجب افزایش ضریب اشغال تخت بیمارستان با رقابت سالم بین پزشکان و بر اساس اولویت بستری می‌شود. ۲- مدیریت پذیرش بیمار: در این زیر سیستم عملیات مربوط به پذیرش بیمار (بستری / سرپایی) انجام می‌شود. ثبت کلیه‌ی اطلاعات فردی و بیمه‌ای، اطلاعات کامل همراهان، وضعیت هنگام مراجعه، سوابق کاغذی همراه بیمار، دسترسی به کلیه‌ی سوابق بستری یا مراجعه‌ی سرپایی و ... برخی از توانایی‌های سیستم پذیرش است. اجزای این سیستم به شرح زیر است. مدیریت پذیرش بستری: وضعیت تخت‌های بیمارستانی با نمایی گرافیکی به طور کامل با رایانه کنترل می‌شود و امکان رزرو یا بلوک کردن تخت‌ها وجود دارد. سیستم توانایی پیشنهاد هوشمندانه‌ی بخش - اتاق و تخت بستری را دارد. ۳- مدیریت پذیرش بستری: وضعیت تخت‌های بیمارستانی با نمایی گرافیکی به طور کامل با رایانه کنترل می‌شود و امکان رزرو یا بلوک کردن تخت‌ها وجود دارد. سیستم توانایی پیشنهاد هوشمندانه‌ی بخش - اتاق و تخت بستری را دارد. کدهای تشخیصی بر اساس ICD (International classification of diseases) ثبت می‌شود و در حقیقت عملیات بستری بیمار از این قسمت آغاز می‌گردد. ۴- مدیریت پذیرش سرپایی: این سیستم مجهز به امکاناتی است که مدیریت بخش سرپایی و ارایه‌ی گزارش‌های لازم را امکان‌پذیر می‌سازد. محل پذیرش، پزشک مسؤول، علت مراجعه و اولویت مراجعه (عادی اورژانس ...) توسط سیستم ثبت می‌شود و دسترسی به کلیه‌ی سوابق بیمار

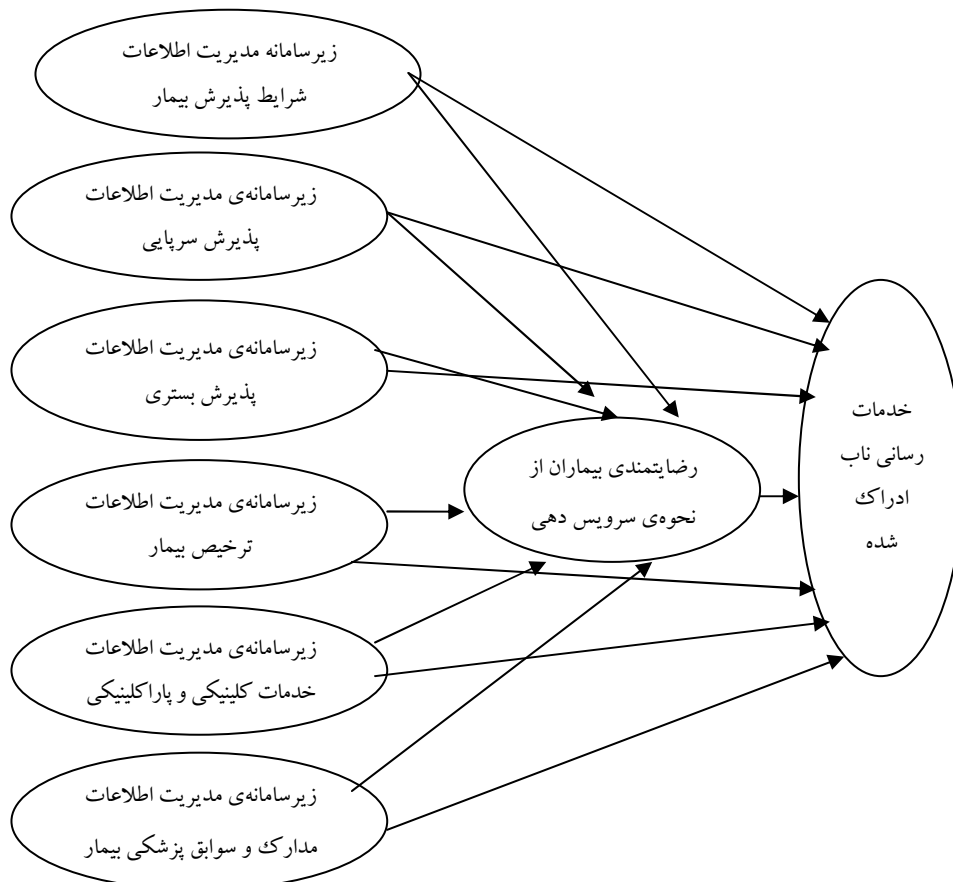
توسط این سیستم انجام می‌شود.

نتایج بیاتی (۱)، سرچمی و شیخی (۲)، رودپیما و همکاران (۳)، ظفرقندی و همکاران (۴)، توکلی و همکاران (۵)، نشان دادند که نحوه‌ی اطلاع‌رسانی به بیماران متناسب نیست و رضایت بیماران در این خصوص ضعیف است. همچنین مطالعات شیخی و جوادی نشان داد که میزان رضایت بیماران از نحوه‌ی پذیرش و سرویس‌دهی ۶۲/۶ درصد می‌باشد که بیانگر آن است که برای بهبود خدمات و سرویس‌دهی درمانی باید تلاش بیشتری صورت گیرد (۶). مطالعات حاتم و همکاران (۷)، مرادی و همکاران (۸)، Jarlier و Charvet-Protat (۹) و Reichertz (۱۰)، نشان داد که با استفاده از اطلاعات پزشکی بیماران می‌توان کیفیت خدمات بیمارستان را افزایش داد. مطالعات امیدواری و همکاران، نشان داد که از جمله عوامل مؤثر بر رضایتمندی بیماران عبارتند از:

- ۱- زمان انتظار (معطل شدن) برای تشکیل پرونده (به علت عدم حضور کارمند قسمت مربوط در محل کارش و ...)
- ۲- زمان انتظار (معطل شدن) برای معاینه شدن توسط اولین پزشک از هنگامی که بیمار وارد اورژانس می‌شود، ۳- زمان انتظار (معطل شدن) برای بستری شدن در «بخش» اورژانس، پس از این که پزشک دستور بستری شدن بیمار را داد (به علت خالی نبودن تخت در بخش اورژانس و ...)
- ۴- زمان انتظار (معطل شدن) برای ویزیت شدن توسط پزشک پس از معاینه‌ی اولیه (برای دادن دستورهای تشخیصی یا درمانی، مشاهده‌ی جواب آزمایشات، گرافی‌ها و ...)
- ۵- زمان انتظار (معطل شدن) برای منتقل شدن به بخش‌های اصلی بیمارستان یا مرخص شدن از اورژانس.

معطل شدن برای آماده شدن پرونده، معطل شدن برای کار حسابداری، عدم حضور بعضی کارمندان در محل کارشان، راهنمایی نشدن از طرف پرستاران و ... و ۶- زمان انتظار (معطل شدن) برای انجام امور پاراکلینیک (از نظر نبودن بیماربر برای بردن یا آوردن بیمار، معطل شدن برای بردن یا آوردن بیمار، معطل شدن برای گرفتن عکس یا انجام آزمایش، معطل شدن برای گرفتن جواب آزمایش یا عکس،

به راحتی امکانپذیر است. ۵- مدیریت جابه‌جایی بیمار: در صورت نیاز به جابه‌جایی بیمار بستری، این سیستم وارد عمل می‌شود. در این سیستم کنترل لحظه‌ای محل اقامت بیمار امکان‌پذیر می‌باشد، در صورت جابه‌جایی تمامی کارهای لازم (بالینی- مالی و ...) به صورت خودکار انجام می‌شود. ۶- مدیریت ترخیص: هنگام ترخیص بیمار، این سیستم کلیه‌ی امور مربوط مانند ثبت وضعیت هنگام خروج بیمار، درخواست مجوز از حسابداری برای ترخیص و ثبت تشخیص نهایی بر اساس کدهای ICD را بر عهده دارد. ۷- مدیریت بخش‌های بالینی (ایستگاه پرستاری): مدیریت بالینی بخش در این سیستم صورت می‌گیرد. در هر لحظه وضعیت تخت‌های بخش به شکلی جامع قابل مشاهده می‌باشد و اطلاعات مربوط به بیماران به صورت کامل قابل رویت است. با نهایی شدن بستری بیمار، بلافاصله درخواست‌های خدمات تشخیصی و درمانی روتین (که برای هر تخت قابل تنظیم است)، صادر می‌شود. سوابق مراجعات قبلی بیماران در دسترس می‌باشد و تشخیص‌های پزشکی با استفاده از ابزار ثبت تشخیص ICD ثبت می‌شود. ۸- مدیریت خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی: در این سیستم رابط کاربری همساخت و یکسانی برای سرویس‌دهی در تمام بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیک تعبیه شده است. در مواردی که مانند آزمایشگاه نیاز به نمونه‌گیری دارد، لیست‌های نمونه‌گیری ایجاد می‌شود. درخواست‌های اورژانس از بقیه تفکیک می‌شود و امکان تهیه‌ی گزارش‌های چاپی مختلفی تعبیه شده است. کیفیت اطلاعات وارد شده توسط سیستم کنترل می‌گردد و امکان تغییر نوع جواب‌دهی بر اساس بخش‌های درمانگاه، آزمایشگاه و رادیولوژی وجود دارد. ۹- مدیریت پرونده‌ی بالینی بیمار: کلیه‌ی درخواست‌های پزشکی با قابلیت طبقه‌بندی در دسته‌های مختلف خدماتی تصویربرداری، آزمایشگاهی، سرویس‌های پرستاری و ... در پرونده‌ی بیمار ثبت می‌شود. پرونده‌ی بالینی بیمار به لحاظ الکترونیکی قابل ورق زدن می‌باشد و امکان مقایسه‌ی مقادیر گزارش‌های مختلف وجود دارد. ۱۰- سیستم بایگانی مدارک پزشکی: مدیریت بایگانی



شکل ۱: مدل مفهومی رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات سرویس‌دهی - درمانی بیماران با خدمات‌رسانی ناب ادراک شده

نبردن نمونه‌ی خون و ... به وسیله‌ی کارگر به آزمایشگاه و ... (۱۱). بر اساس نظریات و نتایج پژوهش یاد شده، مدل مفهومی ذیل تدوین شده است (شکل ۱):

هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات با خدمات‌رسانی ناب ادراک شده بود.

در سطح شهر اصفهان در سال (۹۱-۱۳۹۰)، استفاده شده است. روش تحقیق، توصیفی از نوع همبستگی بود. ابزار تحقیق، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته در خصوص زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات حاوی ۳۶ و پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته در خصوص خدمات‌رسانی ناب ادراک شده‌ی مشتمل بر ۱۲ گویه و پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی مشتمل بر ۱۵ گویه با طیف پنج درجه‌ای لیکرت بود که با استفاده از مطالعات انجام شده (ادبیات موجود و نظرات متخصصان و استادان و مطالعات مقدماتی)، پرسش‌نامه‌های مورد نظر تهیه شد و روایی پرسش‌نامه به لحاظ محتوا تأمین گردید و بر اساس روش Cronbach's alpha، ضریب اعتبار آن‌ها به ترتیب معادل ۰/۸۷، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش به منظور

روش پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات با خدمات‌رسانی ناب ادراک شده بود.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی بیماران مراکز خدمات درمانی - پزشکی شهر اصفهان تشکیل داد. برای جمع‌آوری اطلاعات از شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس (۱۰۳ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های خدمات درمانی موجود

سوابق پزشکی بیمار (۰/۱۸)، بر خدمات رسانی ناب ادراک شده است. نیز طبق جدول فوق، ضریب تأثیر مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار بر رضایتمندی بیماران از نحوه

تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش همبستگی Pearson و مدل معادلات ساختاری استفاده شده است.

### یافته‌ها

چنان که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ضرایب اعتبار مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار (۰/۹۲)، مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی (۰/۹۲)، مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار (۰/۸۰)، مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی (۰/۸۱) و مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار (۰/۹۵) است.

چنان که جدول ۲ نشان می‌دهد، ضریب تأثیر رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۰۷)، مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار (۰/۳۴)، مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی (۰/۲۷)، مدیریت اطلاعات پذیرش بستری (۰/۳۱)، مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار (۰/۲۴)، مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی (۰/۱۱)، مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار (۰/۱۸)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۳۹)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۴۲)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۳۳)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۰۷)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۰۹)، رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی (۰/۱۳)

جدول ۱: ضریب Cronbach's alpha مؤلفه‌ها و کل پرسش‌نامه‌ی زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات درمانی بیماران

مؤلفه‌ها	ضریب Cronbach's alpha
مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار	۰/۹۲
مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی	۰/۹۲
مدیریت اطلاعات پذیرش بستری	۰/۸۹
مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار	۰/۸۰
مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی	۰/۸۱
مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار	۰/۸۹
کل	۰/۹۵

جدول ۲: روابط بین متغیرها در معادلات ساختاری

روابط بین متغیرها	شاخص آماری	ضریب تأثیر	t	خطا	معنی داری				
رضایتمندی بیماران از نحوه سرویس دهی	←	۰/۰۷	۰/۵۶	۰/۰۵۰	-				
مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار	←	۰/۳۴	۲/۳۵	۰/۰۳۵	+				
مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی	←	۰/۲۷	۲/۶۷	۰/۰۵۶	+				
مدیریت اطلاعات پذیرش بستری	←	۰/۳۱	۳/۸۳	۰/۰۶۸	+				
مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار	←	۰/۲۴	۴/۲۴	۰/۰۴۰	+				
مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی	←	۰/۱۱	۰/۵۵	۰/۰۹۶	-				
مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار	←	۰/۱۸	۰/۴۱	۰/۰۲۲	+				
مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار	←	۰/۳۹	۷/۳۸	۰/۰۳۰	+				
مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی	←	۰/۴۲	۲/۶۴	۰/۰۳۵	+				
مدیریت اطلاعات پذیرش بستری	←	۰/۳۳	۵/۸۲	۰/۰۳۷	+				
مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار	←	۰/۰۷	۲/۵۹	۰/۰۲۲	-				
مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی	←	۰/۰۹	۰/۵۳	۰/۰۵۰	-				
مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار	←	۰/۱۳	۰/۶۸						
			RMSEA	CFI	GFI	PGFI	AGFI	P	Df
			۰/۰۷۸	۰/۹۴۴	۰/۹۵۳	۰/۱۱	۰/۸۲	۰/۰۰۰۲۷	۳

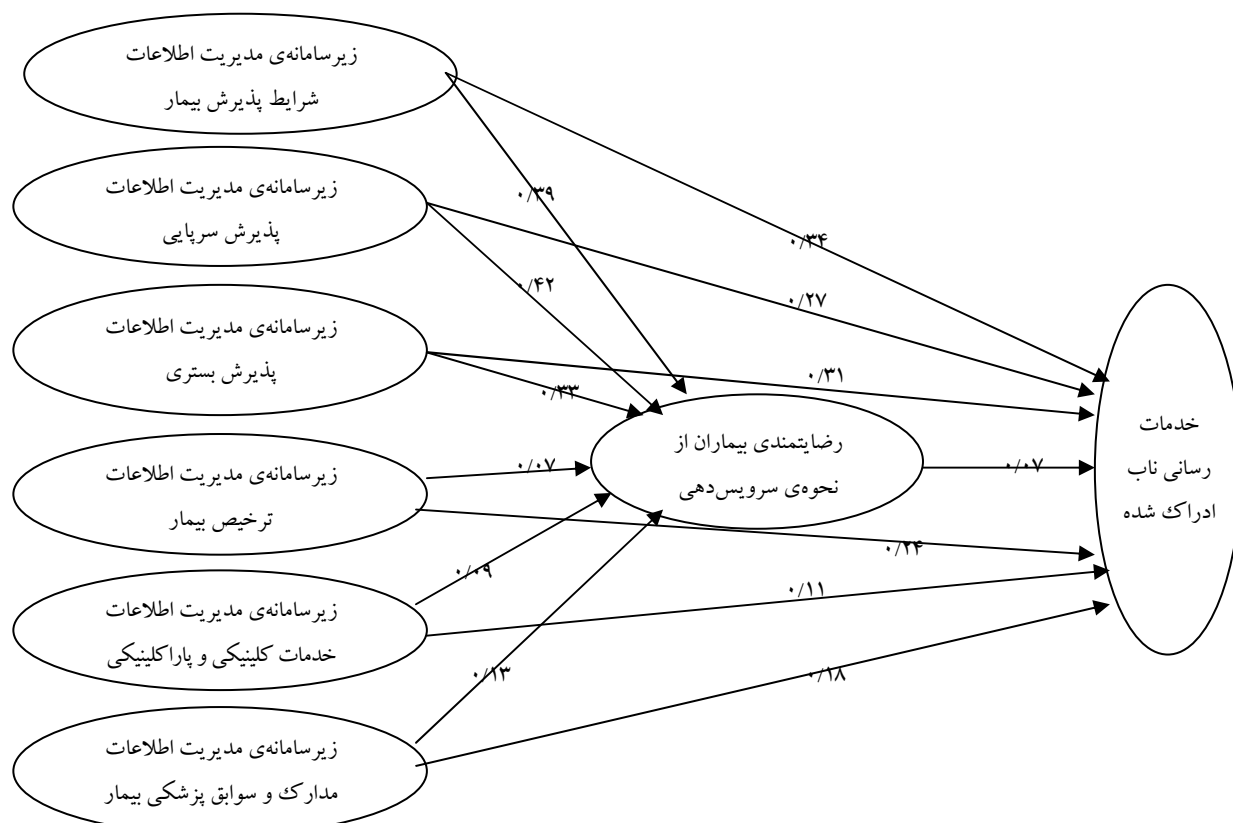
AGFI: Adjusted goodness of fit index

PGFI: Parsimony goodness-of-fit index

CFI: Comparative fit index

GFI: Goodness of fit index

RMSEA: Root mean square error of approximation



شکل ۲: مدل تجربی رابطه‌ی بین دسترسی به زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات سرویس‌دهی - درمانی بیماران با خدمات‌رسانی ناب ادراک شده

داد که میزان رضایت بیماران از نحوه‌ی پذیرش و سرویس‌دهی ضعیف می‌باشد و برای بهبود خدمات و سرویس‌دهی درمانی باید تلاش بیشتری صورت گیرد. مدل خدمات درمانی بیماران برای پذیرش و ورود به بیمارستان مستلزم مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار، مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی، مدیریت اطلاعات پذیرش بستری، مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار، مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی، مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار، در بیمارستان است. نظام اطلاعات می‌تواند مشتمل بر بسته‌ای در خصوص اطلاع‌رسانی در خصوص برنامه‌ی زمان‌بندی پذیرش، لیست پزشکان متخصص، طبقه‌بندی خدمات، نحوه‌ی پذیرش، لیست انتظار بیماران، هزینه‌های مربوط به سرویس‌دهی، ثبت سوابق بیماری و از این قبیل موارد باشد. مطالعات حاتم و همکاران (۷)، و Charvet-Protat و Jarlier (۹)، نیز نشان می‌دهد که

سرویس‌دهی (۰/۳۹)، مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی (۰/۴۲)، مدیریت اطلاعات پذیرش بستری (۰/۳۳)، مدیریت اطلاعات ترخیص بیمار (۰/۰۷)، مدیریت اطلاعات خدمات کلینیکی و پاراکلینیکی (۰/۰۹)، مدیریت اطلاعات مدارک و سوابق پزشکی بیمار (۰/۱۳) بوده است (شکل ۲).

### بحث

یکی از مسائلی که همواره باید در راستای کیفی‌سازی خدمات‌رسانی به بیماران جهت درمان در نظر گرفته شود، سرویس‌دهی و پذیرش بیماران است. مطالعات نتایج بیانی (۱)، سرچمی و شیخی (۲)، رودیما و همکاران (۳)، ظفرقندی و همکاران (۴)، توکلی و همکاران (۵) و شیخی و جوادی (۶) نشان داد که نحوه‌ی اطلاع‌رسانی به بیماران متناسب نیست و رضایت بیماران در این خصوص ضعیف است. همچنین نشان

مدیریت اطلاعات پذیرش بستری بر رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی (۰/۳۳) بوده است و بیانگر این رابطه است که بین دسترسی به زیرسامانه‌های مدیریت اطلاعات با خدمات‌رسانی ناب ادراک شده وجود دارد. نیز یافته‌های پژوهش نشان داد که ضریب تأثیر مستقیم مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار بر خدمات‌رسانی ناب ادراک شده (۰/۳۴) و ضریب تأثیر مستقیم مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی (۰/۲۷) و ضریب تأثیر مستقیم مدیریت اطلاعات پذیرش بستری بر خدمات‌رسانی ناب ادراک شده (۰/۳۳) بوده است.

### پیشنهادها

بر اساس یافته‌های پژوهش، برای توسعه‌ی خدمات‌رسانی ناب ادراک شده به بیماران پیشنهادات بدین قرار هستند:

- تهیه‌ی زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار
- تهیه‌ی زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی
- تهیه‌ی زیرسامانه‌ی مدیریت اطلاعات پذیرش بستری

استفاده از نظام مدیریت اطلاعات بر ارتقای کیفیت خدمات‌دهی نقش مهمی دارد. نیز نتایج پژوهش مرادی و همکاران، نشان داد که سیستم اطلاعات بیمارستانی در بهبود عملکرد بیمارستانی بسیار مؤثر است و موجب ارتقای کیفیت بخشی به سرویس‌دهی درمانی به بیماران می‌شود (۸). Reichertz، بدین نتیجه رسید که سیستم اطلاعات بیمارستانی این قابلیت را برای مدیریت بیمارستان فراهم می‌نماید که در هر زمان و مکان به اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری دسترسی پیدا کند (۱۰). تصمیم‌گیری بر اساس اطلاعات واقعی منجر به افزایش کارایی و اثربخشی عملکرد بیمارستان می‌شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داده است که ضریب تأثیر مستقیم مدیریت اطلاعات پذیرش سرپایی بر رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی (۰/۴۲)، ضریب تأثیر مستقیم مدیریت اطلاعات شرایط پذیرش بیمار بر رضایتمندی بیماران از نحوه‌ی سرویس‌دهی (۰/۳۹) و ضریب تأثیر مستقیم

### References

1. Bayati A. The Study of Bedridden Patients' Satisfaction in Hospitals of Arak Medical University about Remedy Services. J Arak Univ Med Sci 2000; 3(4): 6-11. [In Persian].
2. Sarchami R, Sheikhi M. Patient's satisfaction of quality services in emergency departments. J Qazvin Univ Med Sci 2001; 5(2): 64-8.
3. Roudpeyma SH, Sadeghian N, Khalighi Monfared M, Azadfar S, Naraghi E, Shakiba F. Designate the Outpatients' Satisfaction of Services' Quality in Ayatolla tallegghani Hospital of Tehran City" for 1380-81 Years. Pajouhesh Dar Pezeshki 2013; 27(4): 209-15. [In Persian].
4. Zafarghandi MR, Rezaei SA, Khalkhali H. Evaluation of patient satisfaction rate of admission processing in the hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Hakim 2005; 8(3): 31-7. [In Persian].
5. Tavakkoli N, Yarmohammadian MH, Ajami S, Hassanzadeh A. Information management on emergency departments at Isfahan University of Medical Sciences. J Health Adm 2006; 9(24): 17-22. [In Persian].
6. Sheikhi M, Javadi A. Patients' satisfaction of medical services in Qazvin educational hospitals. J Qazvin Univ Med Sci 2004; 7(5): 62-6. [In Persian].
7. Hatam N, Askarian M, Pourmohamadi K. The Implication of Quality Improvement Module in Using Medical Records and its Effect on Hospital Income. Health Inf Manage 2008; 5(2): 111-9. [In Persian].
8. Moradi Gh, Sarbaz M, Kimiafar K, Shafiei N, Setayesh Y. The Role of Hospital Information System on Dr Sheikh Hospital Performance Promotion in Mashhad. Health Inf Manage 2008; 5(2): 159-66. [In Persian].
9. Jarlier A, Charvet-Protat S. Can improving quality decrease hospital costs? Int J Qual Health Care 2000; 12(2): 125-31.
10. Reichertz PL. Hospital information systems--past, present, future. Int J Med Inform 2006; 75(3-4): 282-99.
11. Omidvari S, Shahidzadeh A, Montazeri A, Azin SA, Harirchi AM, Soori H., et al. Patient satisfaction with emergency departments. Payesh 2008; 7(2): 141-52. [In Persian].



## Determining the Relationship between Availability of Therapy Information Management Infrastructures and Perceived Lean Services for Patients\*

Mohammad Hossein Yarmohammadian, PhD<sup>1</sup>; Farhad Shafiepour Motlagh, PhD<sup>2</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The perceived lean services are definite type of the therapy services that patients' needs are responded based on information about how to receive services in hospitals and medical centers. The present study aimed to determine the relationship between availability of patients' therapy information management infrastructures and perceived lean services to find suitable model.

**Methods:** The study population included all the patients in the hospitals and medical centers of Isfahan, Iran (n = 103). Subjects were selected by available sampling method (2011-2012). This was a descriptive-correlative study in which the data were collected through three researcher-made questionnaires: Questionnaire of availability to patients' therapy information management infrastructures (33 items,  $\alpha = 0.87$ ), questionnaire of perceived lean services (12 items,  $\alpha = 0.93$ ) and questionnaire of patient's satisfaction (15 items,  $\alpha = 0.89$ ).

**Results:** The results indicated the direct effects of information management infrastructures caused by condition of perception for patients (0.34) and information management for outpatients (0.27) in addition to the direct effect of the outpatients (0.42) and direct effects of information management for reception of patients due to any additional time (0.33). Moreover, there was a direct effect of information management for patients' medical documents and literacy (0.13). The comparative fit index (CFA) showed that the measurement model fit the data very well with a goodness of fit index (GFI) of 0.9 and adjusted goodness of fit index (AGFI) equal to 0.953, root mean square error of approximation (RMSEA) equal to 0.078, and a chi-square equal to 268.6 ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The therapy information management infrastructures must be prepared to enhance quality of services to patients.

**Keywords:** Health Information Management; Patients; Perceived Lean Services; Access to Information

Received: 17 Dec, 2011

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Yarmohammadian MH, Shafiepour Motlagh F. **Determining the Relationship between Availability of Therapy Information Management Infrastructures and Perceived Lean Services for Patients.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1073-80.

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

1- Associate Professor, Educational Management Planning, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Educational Administration, Mahallat Branch, Islamic Azad University, Mahallat, Iran (Corresponding Author)  
Email: shafiepour2006@yahoo.com

# دیدگاه مدیران سلامت اصفهان از اصول فلسفی مراقبت‌های اولیه بهداشتی\*

اسداله شمس<sup>۱</sup>، مژگان مصدق<sup>۲</sup>، الهام اسدی<sup>۳</sup>، سعید افروغ<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** امروزه بیش از هر زمان دیگر فراموش کرده‌ایم که حل دشواری‌های بهداشتی بستگی به آن دارد که خود مردم چه کاری را باید برای خودشان انجام دهند. وظیفه‌ی خطیر خدمات بهداشتی هوشمندانه از جمله نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC یا Primary health care)، کمک به سلامتی مردم با تأکید بر پیشگیری، در مقابل خدمات پزشکی با هزینه‌های کمرشکن، وابستگی آور و کم‌اثر است. هدف تحقیق حاضر، سنجش اصول فلسفی پیشگیری با PHC و تعیین آگاهی و نگرش مدیران نهادهای مختلف سلامت اصفهان از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی این مراقبت‌ها بود.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی-پیمایشی بود. جامعه‌ی مورد مطالعه ۳۸۴ نفر از مدیران ارشد، میانی و اجرایی اصفهان در نهادها و سازمان‌های مختلف مربوط به سلامت مانند دانشگاه علوم پزشکی، بهزیستی و ... در سال ۸۹-۱۳۸۸ بودند. ابزار تحقیق، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته و حاوی سه دسته سؤالات پایه، دانشی و نگرشی نسبت به اصول فلسفی نه‌گانه‌ی PHC بود. روایی پرسش‌نامه توسط متخصصین مربوط و پایایی آن توسط آزمون پایلوت و با آلفای ۸۴ درصد مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات به دست آمده وارد نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه‌ی ۱۶ گردید و مراحل آمار توصیفی با میانگین و درصد و آمار تحلیلی با آزمون t، ANOVA و همبستگی Pearson مورد محاسبه قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بالاترین میانگین نمره‌ی آگاهی از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی PHC مربوط به بعد فلسفی «انگیزه و عشق خدمت به مردم» و برابر  $98/39 \pm 12/41$  و کمترین آن مربوط به بعد فلسفی «برابری و عدالت» و برابر با  $29/17 \pm 65/75$  بود. بالاترین میانگین نمره‌ی نگرش مربوط به بعد فلسفی «هماهنگی بین‌بخشی» و برابر با  $22/97 \pm 81/55$  و کمترین آن مربوط به بعد فلسفی «برابری توزیع» و برابر با  $12/79 \pm 49/15$  بود.

**نتیجه‌گیری:** نمره‌ی میانگین آگاهی تمامی رده‌های مدیریتی کمی بالاتر از ۸۰ به دست آمد. اگر چه تا نمره‌ی عالی ۱۰۰ فاصله دارد، اما برای یک نظام سلامت رسیدن به آن کار بسیار دشواری است و باید در این زمینه تلاش نمود. نمره‌ی میانگین نگرش ۶۵ به دست آمد. این نتیجه خوبی برای این سیستم محسوب نمی‌شود، چرا که نگرش بالاتر مدیران نقشی کلیدی در به اجرا درآمدن اصول PHC است.

**واژه‌های کلیدی:** دیدگاه؛ آگاهی؛ نگرش؛ مراقبت‌های اولیه بهداشتی

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱۳

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۴

**ارجاع:** شمس اسداله، مصدق مژگان، اسدی الهام، افروغ سعید. دیدگاه مدیران سلامت اصفهان از اصول فلسفی مراقبت‌های اولیه بهداشتی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۰۸۶-۱۰۸۱.

\* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی به شماره ۱۸۸۰۴۰ مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: shams@mng.mui.ac.ir

۲- دانشجوی کارشناسی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد، مدیریت فناوری اطلاعات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تیران، تیران، ایران

## مقدمه

در طول تاریخ برای رسیدن به نعمت سلامت، خرافات در دوره‌ی قبل رنسانس و درمان‌گرایی بعد آن دوره‌ی چاره‌ساز قطعی تلقی می‌شد. متأسفانه امروزه نیز شاهد دستگاه‌های معجزه‌آسا و تأسیسات غول‌آسای پزشکی هستیم که برای درمان هر بیماری حتی برای نقطه‌های تاریک و گیج‌کننده‌ی بیماران و نجات آنان از مرگ به کار می‌روند. بعضی کشورها از تجربه‌های تاریخی

۹ - وجود پشتیبانی تدارکاتی و تسهیلاتی در سطح ملی و بین‌المللی (۳، ۲)

در زمینه‌ی سلامت از طریق PHC تحقیقات زیادی به عمل آمده که از آن جمله موارد زیر است.

در تحقیق «آگاهی مدیران نظام بهداشت از سبک‌های مدیریت» توسط آقای دکتر مصدق راد، نشان داد که ۷/۹ درصد مدیران سطح آگاهی بسیار ضعیف، ۴۳/۳ درصد سطح آگاهی ضعیف، ۴۴/۲ درصد سطح آگاهی متوسط، ۳/۷ درصد سطح آگاهی خوب و ۰/۹ درصد سطح آگاهی عالی داشته‌اند (۴).

تحقیق دیگری تحت عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر میزان تحقق سیستم ارجاع در بیماران بیمارستان‌های آموزشی استان اصفهان» بیانگر آن بود که میانگین آگاهی در کل جامعه‌ی مورد مطالعه برابر ۵۹/۱۶ از ۱۰۰ نمره بوده‌اند (۵، ۶). تحقیقی توسط متخصصین انگلیسی و کانادایی تحت عنوان «اطلاعات و نگرش دانشجویان در مورد مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی (PHC) انجام گردید که نتایج آن عبارت از میانگین و انحراف معیار نمره‌ی معلومات آن‌ها از (PHC) برابر (۷۳/۱۰ ± ۷۴/۹۷) و برای نگرش راجع به (PHC) برابر (۹۴/۵ ± ۷۷/۵۱) بوده است (۷).

در یک تحقیق خارج از کشور نیز روی آگاهی و نگرش راجع به (Syndromic case management) STI توسط آقای Simbayilc در آفریقای جنوبی، آگاهی نسبتاً بالا اما نگرش پایین مشاهده گردید (۸).

یکی از مهم‌ترین رویکردهای اصلی نظام سلامت کشورمان، سطح‌بندی خدمات درمانی است که در ۵ سال گذشته مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. ماده‌ی ۸۹ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را مکلف کرده است که به منظور دسترسی عادلانه‌ی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، آرایه‌ی این خدمات بر اساس طرح سطح‌بندی خدمات را طراحی نماید (۹).

هدف تحقیق حاضر، تعیین دیدگاه مدیران مؤسسات مربوط به سلامت در اصفهان از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی بوده است.

درس گرفته و در صدد پیشگیری به جای درمان و استفاده از درمان به عنوان مکمل پیشگیری در جهت مفهوم دقیق تندرستی به عنوان یک حالت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی برآمده‌اند. یک مورد استثنایی عمده، جمهوری خلق چین با طرح «پزشکان پا برهنه» بود که آرایه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اساسی و کم هزینه برای توده‌ی مردم روستایی را هدف خود قرار داده و این مفهوم پایه‌ی کار کنفرانس (Alma-Ata) در یک دهه‌ی بعد قرار گرفت. در مراسم گشایش کنفرانس (Alma-Ata) دبیرکل سازمان بهداشت جهانی چنین گفت: «آیا آماده‌اید به طور جدی بر شکاف بین تندرستی دارا و تندرستی نادر تأکید کرده و تدبیرهای فشرده‌ای برای کاهش آن در پیش گیرید». مفهوم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۹۷۸ چنین تعریف شده است: مراقبت‌های بهداشتی ضروری، که بر اساس روش‌ها و فن‌آوری‌های مطمئن علمی، عملی و قابل قبول اجتماعی و از طریق مشارکت افراد و خانواده‌های جامعه در دسترس آن‌ها قرار گیرد و آن مقدار از هزینه برای آن در نظر گرفته شود که جوامع و کشورها بتوانند با «روح خود تصمیم‌گیری» و در هر مرحله‌ای از توسعه، از عهده‌ی آن برآیند (۱).

با توجه به اثربخشی خوب چهار اصل فلسفی PHC (Primary health care) تا سال ۲۰۰۰، این اصول با تغییرات جدید در ۹ اصل زیر برای قرن ۲۱ توسط سازمان جهانی بهداشت آرایه گردید. این ۹ اصل مورد بررسی در این تحقیق است.

۱- برابری توزیع

۱- مشارکت جامعه

۲- فن‌آوری مناسب

۳- هماهنگی بین بخشی

۴- تعهد سیاست دولت

۵- اصل جامعیت خدمات

۷- استفاده از نظام اطلاعاتی قابل اعتماد و نتایج

تحقیقات مناسب

۸- وجود انگیزه و عشق خدمت به مردم در کارکنان

کمترین گروه سنی به طبقات بالای ۵۵ سال و زیر ۳۰ سال بود که برابر (۱/۴) درصد به هر کدام تعلق داشت. بیشترین گروه مورد بررسی متعلق به گروه‌های درمانی با (۴۱/۱) درصد و کمترین گروه متعلق به گروه شغلی بهداشت با (۳/۹) درصد بودند. بیشترین رشته‌های تحصیلی گروه مورد مطالعه به رشته‌های پیراپزشکی با (۵۴/۴) درصد و کمترین گروه به رشته‌های توان‌بخشی با یک درصد تعلق داشت. میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش به صورت کلی از نظر مؤلفه‌های مورد مطالعه در جدول ۱ به شرح زیر به دست آمد.

طبق جدول ۱ در نتایج به دست آمده از نظر نهادهای مختلف نظام سلامت اصفهان در ابعاد PHC به شرح زیر است.

- بالاترین نمره‌ی میانگین آگاهی از ابعاد مختلف PHC مربوط به بعد فلسفی «انگیزه و عشق» با (۹۸/۳۹ ± ۱۲/۴۱) و کمترین آن مربوط به بعد فلسفی «برابری و عدالت» با (۶۵/۷۵ ± ۲۹/۱۷) بوده است.

بالاترین نمره‌ی میانگین نگرش به ابعاد مختلف PHC مربوط به بعد فلسفی «هماهنگی بین بخشی» با (۲۲/۹۷ ± ۸۱/۵۵) و کمترین آن مربوط به بعد فلسفی برابری با (۴۹/۱۵ ± ۱۲/۷۹) بوده است.

میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش به صورت کلی از نظر مدیران مراکز بهداشتی درمانی و دیگر مؤسسات مربوط به سلامت در جدول (۲) به شرح زیر به دست آمد.

طبق جدول ۲ در نتایج به دست آمده راجع به آگاهی و نگرش مدیران از ابعاد PHC به شرح زیر است.

میانگین نمره‌ی آگاهی و نگرش مدیران نهادهای مختلف سلامت اصفهان از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی (PHC) به ترتیب برای بالاترین و پایین‌ترین آگاهی برابر (۸۷/۹۰) درصد و (۷۰/۹۳) درصد از آن مدیران نهادهای معاونت درمان و معاونت بهداشت و بالاترین و پایین‌ترین نگرش برابر (۶۹/۴۹) درصد و (۶۳/۳۰) درصد و از آن مدیران نهادهای معاونت بهداشت و معاونت غذا بوده است.

از نظر فرضیه‌های تحقیق نیز اختلاف‌های احتمالی نتایج موجود آزمون گردید و در بیشتر موارد به جز دو مورد کل

## روش بررسی

نوع مطالعه تحلیلی و پیمایشی بوده است و جامعه‌ی مورد مطالعه با استفاده از روش سرشماری شامل ۳۸۴ نفر مدیران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شامل (دانشکده‌های پزشکی، بهداشت، پرستاری و مدیریت، معاونت درمان، معاونت بهداشتی، مراکز بهداشتی درمانی شهرستان و مراکز بهداشتی شهری تابعه، بیمارستان‌های آموزشی) و سایر نهادهای سلامتی از جمله سازمان‌های تأمین اجتماعی، سازمان‌های خدمات درمانی، هلال احمر و بهزیستی در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ بوده‌اند.

جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود. این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی درباره‌ی متغیرهای مورد مطالعه شامل سؤالات پایه، سؤالات معلوماتی و سؤالات نگرشی با مقیاس دو جوابی و لیکرت بود. روایی پرسش‌نامه توسط متخصصین مربوطه و پایایی آن توسط آزمون پایلوت و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) و با آلفای ۸۴ درصد مورد تأیید قرار گرفت.

پس از مطالعه‌ی راهنما، تمامی اطلاعات وارد کامپیوتر گردیده و با انتقال آن‌ها به نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین، انحراف معیار، درصد و غیره) محاسبه و پس از آن توصیف اطلاعات با جدول و نمودار و تحلیل اطلاعات با آزمون‌های آماری کمی (t، آنالیز واریانس و همبستگی Pearson) مورد محاسبه قرار گرفت (۱۱، ۱۰).

## یافته‌ها

جامعه‌ی مورد مطالعه متشکل از مدیران نظام سلامت در شهرستان اصفهان به تعداد ۳۸۴ نفر بوده است که از نظر توزیع فراوانی سطوح مدیریت شامل مدیران ارشد (۲۷/۳) درصد، مدیران میانی (۳۵/۴) درصد و مدیران اجرایی (۳۷/۳) درصد و از نظر جنس، شامل مرد (۵۰/۲۶) درصد، زن (۴۹/۷۴) درصد بوده‌اند.

طبق نتایج به دست آمده راجع به مشخصات کلی جمعیت مورد مطالعه، بیشترین طبقه‌ی سنی به گروه (۴۶-۴۵) سال و

جدول ۱: نمره‌ی میانگین آگاهی و نگرش مدیران سلامتی اصفهان از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی PHC\* (۱۳۸۸-۱۳۸۷)

نگرش		آگاهی		اصول فلسفی نه‌گانه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۲/۷۹	۴۹/۱۵	۲۹/۱۷	۶۵/۵۷	برابری توزیع
۱۲/۴۷	۷۹/۷۱	۲۵/۲۲	۸۲/۱۸	مشارکت جامعه
۲۸/۱۹	۶۶/۵۳	۱۵/۹۵	۸۹/۲۹	فن‌آوری مناسب
۲۲/۹۷	۸۱/۵۵	۲۶/۰۱	۹۲/۵۹	هماهنگی بین بخشی
۱۱/۹۶	۷۹/۵۹	۲۵/۲۴	۷۸/۶۷	تعهد سیاسی دولت‌ها
۲۶/۹۸	۵۱/۷۵	۲۳/۴۷	۸۲/۵۸	جامعیت خدمات
۲۱/۱۹	۷۷/۱۷	۱۵/۱۴	۹۷/۶۰	نظام اطلاعاتی قابل اعتماد
۱۴/۱۷	۵۹/۲۰	۱۲/۴۱	۹۸/۳۹	داشتن انگیزه و عشق خدمت به مردم
۱۹/۸۲	۷۵/۸۸	۳۹/۹۲	۷۹/۳۰	وجود پشتیبانی تدارکاتی و تسهیلاتی
-	-	-	-	سایرین
۸/۰۴	۶۵/۷۷	۱۱/۹۸	۸۰/۸۹	کل

\* PHC: Primary health care

جدول ۲: نمره‌ی میانگین آگاهی و نگرش مدیران سلامتی در نهادهای مختلف سلامتی اصفهان از اصول فلسفی نه‌گانه‌ی PHC\*

نگرش		آگاهی		سازمان‌ها و نهادها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۸/۱۶	۶۵/۷۹	۸/۳۸	۸۴/۲۴	هلال احمر
۹/۱۷	۶۷/۲۶	۱۰/۹۳	۸۱/۲۳	شبکه‌ی بهداشت شهرستان
۵/۴۲	۶۳/۳۰	۸/۸۹	۸۶/۴۵	معاونت غذا و دارو
۵/۹۸	۶۶/۳۱	۵/۶۵	۸۷/۹۰	معاونت درمان
۵/۳۹	۶۳/۳۵	۸/۶۱	۸۷/۴۴	مراکز بهداشتی درمانی
۷/۵۲	۶۴/۷۶	۱۱/۷۵	۸۲/۰۴	بیمارستان‌ها
۷/۸۹	۶۶/۲۲	۱۱/۷۳	۷۷/۴۲	دانشکده‌های دانشگاه
۱۱/۶۸	۶۴/۲۰	۱۵/۰۵	۷۶/۶۸	بهبودی
۶/۹۳	۶۹/۴۹	۹/۹۷	۷۰/۹۳	معاونت بهداشت
۹/۳۲	۶۵/۷۷	۱۴/۱۵	۷۶/۰۵	بیمه‌ی خدمات درمانی
-	-	-	-	سایرین
۸/۰۴	۶۵/۷۷	۱۱/۹۸	۸۰/۸۹	کل

\* PHC: Primary health care

مدیریت» توسط آقای دکتر مصدق راد با نتایج این تحقیق همخوانی داشت و نمره‌ی آگاهی از نگرش کمتر بود (۴).

در یک تحقیق خارج از کشور نیز روی آگاهی و نگرش راجع به (Syndromic case management) یا (STI) توسط آقای Simbayilc در آفریقای جنوبی، آگاهی نسبتاً بالا اما نگرش پایین مشاهده گردید. که با نتایج این تحقیق دارای

آگاهی و نگرش و بین زن و مرد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

### بحث

در مقایسه با تحقیقات مشابه، آگاهی ضعیف مدیران در تحقیقی بنام «آگاهی مدیران نظام بهداشت از سبک‌های

نتایج معکوس بود (۱۲، ۸).

از نظر فرضیه‌ها نیز تفاوت‌های موجود آزمون گردید و تنها تفاوت در آگاهی و نگرش مدیران و آگاهی متفاوت در مدیران زن و مرد معنی‌دار بود ( $P > 0/05$ ) و در بیشتر موارد کلی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ( $P < 0/05$ ).

### نتیجه‌گیری

الف - میانگین نمره‌ی عدالت در آگاهی و یا نگرش در این تحقیق و به خصوص نگرش در حد انتظار نبود چرا که تعریف مساوی دانستن همه چیز به معنای عدالت در بیشتر نظرات مردم و از جمله مدیران به صورت فرهنگ درآمده و عدالت به معنای هر چیز سر جای خود در بیشتر جاها بی‌معنی گردیده است.

ب - معاونت درمان در ارزیابی خدمات درمانی مورد تقاضای بالای جامعه با مشکل مواجه است و به نظر می‌رسد بیش از دیگر نظام‌های سلامتی به معنای عدالت واقعی توجه دارد اما بر عکس معاونت بهداشت در ارزیابی حداقل خدمات بهداشتی مورد نیاز واقعی جامعه به طور مساوی به همه مردم مشکل زیادی ندارد، بنابراین به معنای واقعی عدالت توجه زیاد ندارد اما اعتقاد و

نگرش این معاونت بیشتر از سایر سازمان‌هاست.

### پیشنهادهای

۱- نگرش مدیران باید نسبت به اصول فلسفی نه‌گانه‌ی PHC تقویت و معلومات آن‌ها نیز بهبود یابد.

۲- به نظر می‌رسد عدالت به معنای برابری و مساوات بیشتر مورد نظر جامعه‌ی ماست. اما عدالت به معنای هر چیز سر جای خود (تفاوت عمودی و برابری و مساوات افقی و دسترسی برابر به نظام سلامتی) خیلی مورد قبول جامعه نیست. بنابراین بهتر است تعریف دقیق‌تر از عدالت در آموزش مسایل سلامتی به جامعه در نظر گرفته شود.

۳- بهتر است معاونت درمان از جهت اعتقاد به مسایل بهداشتی و معاونت بهداشت از نظر مسایل عادلانه‌ی بهداشت و درمان از آموزش‌های لازم برخوردار شوند.

۴- بهتر است سازمان‌هایی که در اصول نه‌گانه‌ی فلسفی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی از میانگین نمره‌ی کمتری برخوردار هستند، آموزش‌هایی مربوط به این زمینه‌ها را شروع نمایند.

### References

1. Park G. Health Services Manual. Trans. Shojaei Tehrani H. Rasht, Iran: Guilan University of Medical Sciences; 2006.
2. Asefzadeh S, Reza Pour A. Health and Treatment Management. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2006.
3. Oliaei Manesh A. Iranian program of social factors about determine dimension of health. Proceedings of the National Congress of Equity in Health System; 2009 Mar 11-12; Tehran, Iran; 2009. p. 34-6. [In Persian].
4. Mosadeg Rad AM. Principles of health and treatment services management. Tehran, Iran: Dibagaran Publication; 2002. p. 24-6.
5. Hammad AE, Smith DL. Primary Health Care Reviews: Guidelines and Methods. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992.
6. Sham A. Survey of effective factors in referral system in Isfahan Province of Educational Hospitals Isfahan University of Medical Sciences. Proceedings of the National Congress of Equity in Health System; 2009 Mar 11-12; Tehran, Iran; 2009. p. 369-73.
7. Chalmers KI, Luker KA, Bramadat IJ. Students' knowledge of and attitudes towards primary health care. Nurse Educ Today 1998; 18(5): 399-405.
8. Ballard RC. Syndromic case management of STDs in Africa. Afr Health 1998; 20(3): 13-5.
9. Jazestani M. Survey of Family Medicine Effective on the Health Index Promotion in Isfahan Health Center. Proceedings of the National Congress of Equity in Health System; 2009 Mar 11-12; Tehran, Iran; 2009.
10. Gaffary A. Create level treatment services of map to down. Journal of Biomedical Engineering and Laboratory Equipment 2006; 6(69): 9-10.
11. Shojaei H, Ebadi Farazar F. Health Services Principles, Tehran, 2005. Tehran, Iran: Samat Publication; 2005.
12. Tarigat H. Referral system based on family medicine. Proceedings of the National Congress of Equity in Health System; 2009 Mar 11-12; Tehran, Iran; 2009.



## Viewpoint of Isfahan, Iran Health Managers with Philosophical Principles of Primary Health Care\*

Asadollah Shams, PhD<sup>1</sup>; Mojgan Mosaddegh<sup>2</sup>; Elham Asadi<sup>2</sup>; Saeed Afrough, MSc<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Nowadays, more than ever we have forgotten that solving health problems depends upon what people should do for themselves. Helping people is a vital issue along with intelligent health services, against treatment services which make people depended, and are high-cost and less effective. The aim of the present study was to assess the philosophical principles of the prevention in primary health care (PHC) and the knowledge and belief of the directors of the health care in this regard.

**Methods:** This was a descriptive-analytical survey. Research tools was a researcher-made questionnaire with three types of basic, knowledge and attitude questions about 9 philosophical principles of PHC. Validity and reliability were approved by experts and Cronbach's alpha (84%), respectively. Study population included 384 individuals of top, middle and executive managers of Isfahan, Iran Health Institutions in 2002. Student's t-test, analysis of variance (ANOVA) and Pearson's correlation tests were used.

**Results:** The highest mean knowledge score of the nine philosophical principles of PHC belonged to "love and motivation" ( $98.3 \pm 41.1$ ) and the lowest philosophical dimension score belonged to "equality and justice" ( $65.7 \pm 29.2$ ). The highest average score of philosophical attitude was in "coordinate between section" ( $81.5 \pm 23.0$ ) and the lowest philosophical dimension belonged to "equality" ( $49.1 \pm 12.8$ ).

**Conclusion:** The average score for all the categories of knowledge management was a little higher than 80. The mean attitude score was 65. This result was not good for the system; because the attitude of managers plays a key role in the run up to the principles of PHC.

**Keywords:** Viewpoint; Awareness; Attitudes; Primary Health Care

Received: 3 Dec, 2012

Accepted: 12 Feb, 2013

**Citation:** Shams A, Mosaddegh M, Asadi E, Afrough S. **Viewpoint of Isfahan, Iran Health Managers with Philosophical Principles of Primary Health Care.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1081-6.

\* This paper is the result of thesis with approved No. 188040 by investigative assistance of Isfahan University of Medical Sciences.

1- Assistant Professor, Health Care Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: shams@mng.mui.ac.ir

2- BSc Student, Health Care Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Information Technology Management, Tiran Branch, Islamic Azad University, Tiran, Iran

# طرح جا و مکان در بازسازی بخش اورژانس بیمارستان شریعتی اصفهان\*

مسعود فردوسی<sup>۱</sup>، مرضیه فتاحی<sup>۲</sup>، سمانه جعفری<sup>۳</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** مطالعات طرح جا و مکان جهت پاسخ‌گویی بهتر به نیازها و افزایش کارایی فضاهای فیزیکی بیمارستان انجام می‌شود. از این رو، هدف عمده‌ی این پژوهش، اصلاح فرایندهای گردش کار بخش اورژانس از طریق مطالعه‌ی طرح جا و مکان در روند بازسازی بخش اورژانس بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان به عنوان یکی از بزرگ‌ترین بیمارستان‌های استان در سال ۱۳۹۰ در امر رسیدگی به بیماران اورژانسی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی از نوع موردی، مرتبط با فضاهای بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۹۰ بود. داده‌ها در ۴ قسمت بررسی شرح وظایف و عملکردها، جریان گردش کار، چالش‌ها، فضاهای موجود و تغییرات طراحی، تقسیم‌بندی شدند و مشاهدات مستقیم جهت تدوین فرایندهای موجود کاری مطابق با کلیه‌ی فضاهای بالینی و پشتیبانی موجود در نقشه‌های بخش اورژانس سال ۱۳۹۰، از طریق پرسش‌نامه‌ی استاندارد (مدیریت سازمان تأمین اجتماعی استان) جمع‌آوری گردید. در نهایت تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار Excel انجام شد.

**یافته‌ها:** از بین ۶ هدف بازسازی، «راه‌اندازی تریاژ» اولویت اول را به خود اختصاص داد و در میان فرایندها و فضاهای بخش، فرایندهای پذیرش بیماران اورژانسی، مسمومیت و کودکان و فضاهای ورودی، تریاژ و قسمت بیماران بدحال و غیر بدحال اساسی‌ترین تغییرات را منطبق بر اولویت‌های استخراج شده داشتند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به استانداردهای اعتباربخشی مبنی بر الزام رعایت استانداردهای واحد ساختمان، ضروری است مدیران بیمارستان‌ها به واحد مذکور - که یکی از علل مهم رضایتمندی است - توجه خاصی داشته باشند و این روش ساده، جامع و قابل اجرای مطالعه را در طی بازسازی بخش‌های بیمارستان، اصلاح عملکردها و فرایندها، تدوین برنامه‌ی بهبود کیفیت واحد ساختمان منطبق بر استانداردهای اعتباربخشی به کار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** بیمارستان‌ها؛ خدمات اورژانس بیمارستان؛ طرح جا و مکان

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۰

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳

**ارجاع:** فردوسی مسعود، فتاحی مرضیه، جعفری سمانه. طرح جا و مکان در بازسازی بخش اورژانس بیمارستان شریعتی اصفهان. مدیریت

اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۰۳-۱۰۸۷.

\* این مقاله حاصل پروژه‌ی پایان تحصیل مقطع کارشناسی می‌باشد و از هیچ سازمانی تأمین مالی نشده است.

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: marziyeh.fattahi@yahoo.com

۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

بیمارستان جزء لاینفک تشکیلات پزشکی و اجتماعی است که وظیفه‌ی تأمین مراقبت‌های کامل بهداشتی برای عموم مردم را بر عهده دارد (۱). یک بیمارستان ایده‌آل، ترکیبی از بهترین نوآوری‌های طراحی است که توسط ابزار و وسایل و سازمان‌های پیشرو پیاده می‌شود. دقت در انتخاب نوآوری‌های طراحی، اگرچه در ابتدا هزینه‌ی زیادی را می‌طلبد اما به وسیله‌ی کاهش در هزینه‌های عملیاتی، می‌تواند بازگشت

تحقیق در زمینه‌ی فضاهای درمانی به منظور فراهم آمدن مبنایی برای تصمیمات مدیران در زمینه‌ی برنامه‌ریزی‌های مدیریتی و نیز توجه به شاخص‌ها و نیازهای بهداشتی و درمانی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. در خصوص این مهم نظر پزشکان و جراحان، مهندسين تجهیزات پزشکی، مهندسين محیط زیست و برنامه‌ریزی شهری برای معمار بیمارستانی بسیار حایز اهمیت می‌باشد (۳).

به همین جهت، پژوهش‌های متنوعی انجام شده است. در ادامه به برخی از مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در این زمینه اشاره می‌کنیم. در پژوهشی، عملکرد بخش اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سمنان و دانشکده‌ی پزشکی شاهرود، توسط مشایخی (۱۱) مورد ارزیابی قرار گرفت، که نشان داد، بخش اورژانس مراکز مورد مطالعه، از نظر فضا و تسهیلات ۶/۶۶ درصد و وجود دستورالعمل‌ها و اجرای آن، حدود ۶/۸۴ درصد در حد استاندارد قرار داشتند.

رحمانی و همکاران، طی مطالعه‌ای در ارومیه و تبریز نشان دادند، ۵۰ درصد از بخش‌های اورژانس از لحاظ شاخص فضا، تسهیلات و تجهیزات، در وضعیت ضعیف و ۵۰ درصد در وضعیت متوسط قرار داشتند. همچنین در بررسی ساختار، فرایندها و فعالیت‌های بخش اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۳، نشان دادند اکثر بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها از نظر شاخص فضا، تسهیلات و تجهیزات در وضعیت مطلوب و از نظر شاخص دستورالعمل‌ها در وضعیت نامطلوب به سر می‌برند (۸). همین شاخص‌ها در تحقیق بهادری و همکاران (۴)، با عنوان بررسی ساختار، فرایند و فعالیت‌های بخش اورژانس در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، مورد بررسی قرار گرفت و این نتایج حاصل شد؛ شاخص‌های مدیریت، فضا، تسهیلات و تجهیزات به ترتیب با کسب میانگین امتیاز ۸۷/۲۷ و ۷۹/۰۱ درصد، در حد نسبتاً مطلوب قرار داشتند، همچنین بین نیروی انسانی و شاخص فضا، تسهیلات و تجهیزات و بین فرایند آموزشی و شاخص فعالیت‌ها رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

پژوهشی توسط صیدی و همکاران، با هدف مقایسه‌ی وضعیت فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی بیمارستان‌ها و

سرمایه را به دنبال داشته باشد (۲). یک پروژه‌ی خوب باید به بهترین شکل تقسیم‌بندی، سازماندهی، برنامه‌ریزی (۳) و به فرایندهای ارابه‌ی خدمت توجه دقیق شود (۴). هرچه در مراحل اول مطالعات طراحی، بررسی دقیق‌تر باشد، طراحی و ساخت سودمندتر و اقتصادی‌تر خواهد بود (۳). اورژانس بیمارستان همواره به عنوان یک معضل و مشکل نظام بهداشت و درمان اغلب کشورهای دنیا مطرح می‌باشد. اورژانس، قلب نظام درمان است و اصلاحاً باعث بهبود سایر بخش‌های درمانی خواهد گردید (۵). چنانچه این بخش، طراحی انعطاف‌پذیری داشته (۶) و اصول و قواعد مخصوص این بخش (۷)، جهت ارابه‌ی طیف وسیعی از خدمات رعایت شود، می‌توان از فضا، تجهیزات و ملزومات به صورت کارآمد استفاده کرد (۶). با این وجود، از موارد عمده‌ی عدم رضایت از خدمات اورژانس، فضای فیزیکی نامناسب در این بخش است (۸، ۹). از طرف دیگر، یکی از ۵ روند اصلی طراحی بناهای درمانی، طراحی مبتنی بر شواهد است، فرایندی بر پایه تصمیم‌گیری در مورد ساخت فضاها، بر اساس پژوهش‌های معتبر، جهت رسیدن به بهترین نتیجه‌ی ممکن، تعریف می‌شود (۱۰). پس یک روش مناسب برای نشان دادن مسیر طراحی الزامی به نظر می‌رسد. با توجه به این‌که چگونگی طراحی بخش اورژانس، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارابه‌ی مراقبت‌های مورد نیاز بیماران با کیفیت بالا، تعداد کارکنان مورد نیاز برای ارابه‌ی مراقبت‌ها، رضایت بیماران و کارکنان این بخش و... دارد (۸)، مطالعه‌ای درباره فضاهای فیزیکی و انجام تغییرات بر اساس نتایج که در جهت پاسخ بهتر به نیازها و افزایش کارایی فضاهای فیزیکی بیمارستان انجام می‌گیرد، ضروری است. این بررسی به عنوان مطالعات طراحی طرح جا و مکان مطرح می‌گردد. انجام مطالعات طرح جا و مکان فواید زیر را نیز در بردارد: سهولت در گردش کارها، دسترسی آسان، صرفه‌جویی در وقت و انرژی، سرعت بیشتر در تشخیص و درمان، ارتباطات مناسب و سریع و افزایش کارایی و اثربخشی (۲). در این مطالعات، باید به به نیازهای عملکردی پاسخ دهیم و روش‌های ابتکاری وجود دارد که به ما کمک می‌کند تا بدون محدود کردن خلاقیت، یک طرح قابل قبول را اجرا کنیم (۹).

بیمارستان عمومی Lutheran، نرخ پذیرش، متوسط طول اقامت و درصد بیمارانی که مکالمات را می‌شنیدند بعد از بازسازی کاهش یافته است (۱۸). ارزیابی طراحی بیمارستان هلندی که با هدف اطمینان از وجود فرایندهای مراقبت کارا و اثربخش با توجه به طراحی بیمارستان، به روش شبیه‌سازی توسط Vos و همکاران انجام شد نیز، نشان داد این بیمارستان در مقابله با تحولات آینده، از نظر طراحی ساختمان با ضعف‌هایی روبه‌رو است (۱۹). با وجود اهمیت بحث طراحی مراکز درمانی و همان‌طور که جودکینز (به نقل از علیمحمدی و همکاران) در یکی از مراکز پزشکی ویکتوریای استرالیا نشان داد که سطح رضایت افراد پس از تغییراتی در محیط فیزیکی و مراقبت کلی بیمار، به طور واضح بهبود داشته است (۱۵).

در کشور ما سازمان تأمین اجتماعی گسترده‌ترین سازمان بیمه‌گر اجتماعی است. بیمارستان‌های زیرمجموعه‌ی آن طیف گسترده‌ای از خدمات بهداشتی و درمانی را برای جمعیت هدف خود ارائه می‌کند. مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان با برخورداری از سه بیمارستان (دکتر علی شریعتی، دکتر غرضی و حضرت فاطمه الزهرا (س) نجف آباد به حدود ۲۷۰۰۰۰۰ نفر بیمه شده‌ی تأمین اجتماعی، از طریق درمان مستقیم، ارائه‌ی خدمت می‌کند. بیمارستان دکتر شریعتی با بیش از ۴۵ سال سابقه‌ی خدمت به مردم بزرگترین بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی سازمان تأمین اجتماعی در اصفهان است و در سال ۱۳۴۲، با مساحت ۳۴۵۶۰ متر مربع تأسیس شد. این بیمارستان با ۴۴۷ تخت مصوب و ۴۲۵ تخت فعال، دارای بخش‌های فعال اورژانس، مراقبت ویژه و مراقبت ویژه قلبی، جراحی عمومی، جراحی اعصاب، دی کلینیک، ارتوپدی، اورولوژی، گوش و حلق و بینی، چشم، زنان و مامایی، داخلی، همودیالیز، قلب، داخلی اعصاب، اطفال و جراحی اطفال و نوزادان می‌باشد (۲۰). میزان رضایت‌مندی بررسی شده از دیدگاه بیماران و مراجعین این بیمارستان، در حدود ۷۰ درصد بوده است و در ۴ سال اخیر، بر اساس معیارهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ارزشیابی معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان موفق به اخذ رتبه‌ی درجه یک عالی شده است (۲۱). این بیمارستان

میزان رضایت‌مندی بیماران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استان قم نشان داد، وضعیت فضای فیزیکی بخش اورژانس بیمارستان‌های عمومی را نسبتاً قابل قبول و اورژانس بیمارستان‌های خصوصی هر دو نسبتاً قابل قبول بوده است (۱۲). پژوهشی با عنوان تأثیر اجرای طرح بهینه‌سازی در آرایه‌ی خدمات اورژانس‌ها با هدف بررسی تأثیرات اجرای این طرح به روش مقایسه‌ی ارزیابی ساختار، فرایند و عملکرد بخش اورژانس در قبل و بعد از اجرای طرح توسط خسروی، انجام شد و نتایج نشان داد که اجرای طرح بهینه‌سازی اورژانس‌ها موجب ارتقای کیفیت خدمات مذکور گردیده است اما هنوز تا ایده‌آل فاصله وجود دارد (۱۳). در پژوهش کیوان‌آرا و روح الامین، چنین عنوان شده است که بیمارستان‌های دانشگاهی در مقایسه با بیمارستان‌های غیر دانشگاهی از لحاظ طراحی و معماری ساختمان درصد هماهنگی بالاتری را با استانداردها دارا هستند (۱۴).

مطالعه‌ای جهت تعیین میزان دسترسی به قسمت‌های مختلف بخش اورژانس در پنج بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی توسط علیمحمدی و همکاران (۱۵) انجام شد و نتایج نشان داد که از ۴۰ معیار مورد بررسی این بیمارستان‌ها، حد اکثر ۱۶ معیار (۴۰ درصد) را دارا بوده‌اند. ۱۳ معیار در هیچ یک لحاظ نشده است و تنها ۵ معیار در همه‌ی آن‌ها رعایت شده است. مطالعه‌ی گذشته‌نگر، در شیکاگو توسط Pines و همکاران، جهت تعیین اثر ازدحام بخش اورژانس در تأخیر در تجویز آنتی‌بیوتیک برای بیماران مبتلا به پنومونی اکتسابی از جامعه انجام گرفت و به این نتیجه رسیدند که ازدحام بخش اورژانس با تأخیر و عدم دریافت آنتی‌بیوتیک‌ها، برای بیماران بستری شده با پنومونی اکتسابی از جامعه در ارتباط است (۱۶). در ارزیابی طراحی بخش اورژانس از نظر حفظ حریم خصوصی بیماران و کارمندان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که توسط سهرابی و علیمحمدی انجام شد، مشاهده گردید که معیار حفظ حریم خصوصی برای همه‌ی بخش‌های اورژانس منفی بوده است (۱۷). در این راستا، مطالعه‌ی Olsen و همکاران نشان داد، قبل و بعد از بازسازی بخش اورژانس

درمانی آصف زاده و رضاپور (۲) است که با در نظر گرفتن اصول بخش اورژانس و به طور خاص، ۵ مرحله برای بخش اورژانس بیمارستان شریعتی تدوین گردید:

- ۱- بررسی شرح وظایف و عملکردها در بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۹۰-۱۳۸۹
- ۲- بررسی جریان گردش کار بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰
- ۳- بررسی چالش‌های موجود در بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۸۹
- ۴- بررسی فضاهای موجود در بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۸۹
- ۵- بررسی تغییرات طراحی جا و مکان در بخش اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۱۳۹۰

### یافته‌ها

در ابتدا به شناسایی تاریخچه‌ی بازسازی‌ها از سال ۱۳۷۰ تا سال ۱۳۸۹ پرداخته شد.

تاریخچه‌ی بازسازی‌ها: بیمارستان شریعتی اصفهان، از زمان افتتاح (۱۳۷۰) تا سال ۱۳۸۹، دو برنامه‌ی بازسازی را در بخش اورژانس خود طراحی و اجرا کرده است. اولین ساختمان اورژانس با بلوک‌های بزرگ و بر اساس مراجعین ماهانه ۵۰۰ نفر طراحی شده بود. فضاهای موجود در بخش شامل موارد زیر بود: ادمیت اورژانس، قسمت بستری اورژانس، محل استقرار همراهان، اتاق‌های معاینه برای بیماران، ایستگاه پرستاری در بخش مردان و زنان، لنز تمیز و کثیف، میز دارو و کار تمیز، آبدارخانه.

در این میان، خط اول پرسنل اورژانس پرسنل اینترنت بودند که این مورد از نظر فنی، مناسب به نظر نمی‌رسد. چرا که آزمایش‌های غیر ضروری و نیز فرایندهایی از جمله دستور دارو و دیگر فرایندها از همان خط اول اشتباه انجام می‌گرفت و نیز از لحاظ اعتباربخشی بیمارستانی صحیح نبود. نکته‌ی دوم، نبود چیدمان صحیح بیمار و نبود جداسازی مناسب در بخش بود. از این رو، اولین بازسازی اورژانس بیمارستان شریعتی در سال ۷۸-۱۳۷۷، با هدف رفع مشکلات و

در سال ۱۳۸۹ تصمیم به بازسازی بخش اورژانس خود نموده بود و برای مطالعه‌ی طرح جا و مکان انتخاب شد. این مطالعه با هدف اصلاح فرایندهای گردش کار و چالش‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری بخش اورژانس، از طریق مطالعه‌ی طرح جا و مکان در روند بازسازی بخش اورژانس بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان در سال ۱۳۹۰، طراحی و انجام شد.

### روش بررسی

مطالعه‌ی توصیفی حاضر به صورت مطالعه‌ی موردی، در بخش اورژانس بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان در سال ۱۳۹۰، صورت پذیرفت. کلیه‌ی فضاهای اصلی، پشتیبانی و ارتباطی بخش اورژانس بیمارستان شریعتی و هر گونه تغییرات فضایی صورت گرفته با هدف بازسازی، که بر روند فعالیت‌های بخش اورژانس تأثیر نهاده بود مورد مطالعه قرار گرفت. داده‌ها در ۴ قسمت جمع‌آوری شده است.

۱- با استفاده از کتاب‌ها و نشریات مرتبط با طراحی، معماری و بازسازی

۲- نقشه‌ها و پلان‌های اورژانس بیمارستان

۳- مشاهده در زمینه‌ی بررسی فضاها، نمودارهای جریان کار و مسیرهای عملیات و فعالیت‌ها، مشاهدات آماری سال ۱۳۸۹ اورژانس بیمارستان و دستورالعمل‌های اجرایی و ابلاغ شده، در بخش اورژانس

۴- بررسی مستندات کتبی و شفاهی در خصوص مواردی چون، تاریخچه و وضعیت بخش اورژانس بیمارستان، در سال‌های گذشته

در این پژوهش از آمار توصیفی جهت بررسی فراوانی و وضعیت شاخص‌ها استفاده شده است. کلیه‌ی داده‌های آماری سال ۱۳۸۹ بخش اورژانس، به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ای که بر اساس آمار موجود در بخش و مدیریت درمان سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان بود جمع‌آوری در نهایت از طریق نرم‌افزار Excel تحلیل شد و کارکرد فضاها و قسمت‌های مختلف بخش اورژانس، مورد بررسی قرار گرفت.

مراحل و روش انجام کار در این پروژه مانند مراحل ضروری برای بررسی مطالعات طرح جا و مکان در مراکز

بیمارستان با وجود چالش‌ها و اهداف مورد نظر، در سال ۱۳۸۹ نیز تصمیم به بازسازی مجدد گرفتند. از آنجا که اکثر چالش‌های بخش اورژانس بیمارستان در سال ۱۳۹۰، مرتبط با تریاژ و قسمت‌های حاد (Acute) و تحت حاد (Sub acute) است، اکثر اهداف اساسی بازسازی نیز مطابق با چالش‌های مذکور می‌باشد. اهداف و تغییرات طراحی شده را می‌توان در جدول ۱ مشاهده کرد.

از دیگر اهداف می‌توان به افزایش مراجعین، نقص در فرایندها، قدیمی بودن بافت ساختمان، افزایش جمعیت منطقه، زیاد بودن فضای مرده یا غیر قابل استفاده در بخش، توجه ویژه به بخش اورژانس در ارزشیابی بیمارستان و برنامه و طرح سازمان تأمین اجتماعی، مبنی بر نوسازی مراکز درمانی اشاره کرد.

چالش‌های موجود بدین صورت با تغییر خط اول سرویس‌دهی به بیمار در اورژانس، از اینترنت به پزشک عمومی، چیدمان مناسب‌تر بیماران، تدوین شرح وظایف سوپروایزر اورژانس جهت هماهنگی و وحدت فرماندهی در امور، تعریف شدن مسئول علمی به عنوان نایب رئیس بیمارستان، تدوین دستور عملی مبنی بر بلا تکلیف نمودن بیماران بیش از ۲۴ ساعت در بخش اورژانس و با هماهنگی سوپروایزر بخش انجام پذیرفت. با این وصف، در طی بازسازی سال ۱۳۷۷، بخش اورژانس به سبک قبل از بازسازی اخیر (سال ۱۳۸۹) تغییر پیدا کرد.

بازسازی اخیر: نوسازی بیمارستان‌ها به دلایل مختلفی صورت می‌گیرد؛ تسهیل دسترسی عمومی، فراهم کردن امکان ارائه خدمات جدید و از همه مهم‌تر، ارتقای کیفیت ارائه مراقبت از جمله این دلایل هستند. مسؤولین

جدول ۱: اهداف و تغییرات انجام شده طی بازسازی سال ۱۳۹۰

ردیف	هدف	تغییرات
۱	راه‌اندازی تریاژ فعال، با هدف شناسایی و تفکیک بیماران اورژانس بر حسب فوریت درمان	- تشکیل کارگروه‌ها و جلسات تحلیل فضا و عملکردها - تعبیه فضای تریاژ در ابتدای بخش - آزادسازی یک نیروی پرستاری از فضاهای بازسازی شده به عنوان پرستار تریاژ
۲	افزایش میدان دید کادر پرستاری روی بیماران	- حذف دیوارهایی بین بخش مردان، زنان و اتاق‌های اورژانس قلب و اطفال - تمرکز نیروی انسانی در عمق اورژانس با یکپارچه کردن فضاها - چیدمان شعاعی بیماران
۳	افزایش رضایت بیماران و پرسنل	- ایجاد فضایی باز، نورگیر و تعبیه تهویه‌های بیشتر - حذف سرویس‌های بهداشتی در عمق اورژانس - در نظر گرفتن تجهیزات پیشرفته
۴	کاهش پرت دارویی و وسایل مصرفی	- ثبت داروهای مصرفی بیمار در سیستم بلافاصله بعد از تحویل دارو به پرستار - ایجاد داروخانه و میز آماده‌سازی دارو همراه با پرسنل مخصوص در وسط اورژانس
۵	تقویت انتظامات اورژانس	- در نظر گرفتن فضای انتظار مناسب، در ابتدای اورژانس - وجود یک نگهبان در ورودی فضای تریاژ - ایجاد دو قسمت حاد و تحت حاد در بخش - تمرکز پرسنل در عمق و وسط اورژانس
۶	افزایش کارایی و اثربخشی پرسنل و بهبود فرایندهای درمانی	- تقسیم‌بندی تخت‌ها بین پرسنل - ایجاد فضای انجام پانسمان در ابتدای اورژانس - حذف اتاق گچ و تجدید بر فرایندهای بخش



اتاق پزشک در یک ردیف قرار گرفته بود که عملاً فعالیتی نداشت.

ادمیت اورژانس به طور مستقیم به فضای انتظار و ورودی ارتباط داشته است اما در طی بازسازی، اتاق اسکرین در داخل بخش و کنار اتاق احیا قرار دارد و تقریباً روبه‌روی این فضا، ایستگاه پرستاری جهت نظارت بر تخت‌های اسکرین و بیماران تعبیه شده است و باعث بهبود در فعالیت‌های پرستاری و تمرکز پرسنل پرستاری در این قسمت را ایجاد می‌کند. فضای ورودی اتاق اسکرین نیز به طور مستقیم به تریاژ و عمق اورژانس دسترسی دارد.

قبل از بازسازی، بخش‌های بستری جداگانه برای خواهان و برادران وجود داشت که طی بازسازی، با هدف بهبود فرایندها، عمق بخش اورژانس به دو قسمت حاد و تحت حاد تبدیل و قسمت حاد بر طبق فرایند انتقال بیمار، در نزدیک اتاق احیا و اسکرین در نظر گرفته شده است. همچنین، تخت‌های اورژانس اطفال در فضای محصور اورژانس اطفال قرار داشت اما بعد از بازسازی، ۵ تخت نوزادان به عمق اورژانس و تحت نظارت مستقیم پرسنل در ایستگاه مرکزی قرار گرفت.

اما از لحاظ فضایی وجود این تخت‌ها در نزدیکی قسمت حاد، باعث از بین رفتن آرامش بیماران می‌شود و باید به دلیل کاهش استرس نوزادان و سلب نشدن آرامش بیماران، تخت‌های اطفال را از سایر تخت‌ها جدا کرد. از طرف دیگر، تنظیم بخش به صورت پلان هسته‌ای باعث افزایش تمرکز و نظارت پرسنل بر بیماران خواهد شد و همچنین با توجه به آمار، که تقریباً ۹۰ درصد از بیماران پذیرش شده در بخش اطفال اورژانس، به بخش نوزادان بیمارستان و ۶۸ درصد به بخش کودکان بیمارستان منتقل می‌شوند، باید سیاست انتقال سریع کودکان به بخش‌های بیمارستان در پیش گرفته شود. فضاهایی تحت عنوان مراقبت سوختگی، واحد مسمومیت و معاینه‌ی چشم در ادمیت اورژانس وجود داشت که در بازسازی این فضاها حذف و به مترائز فضای اتاق احیا، اسکرین و تریاژ اضافه شد. در طی بازسازی، اتاق تزریقات و

طبق آمار یک ساله‌ی اورژانس، بیمارستان دکتر شریعتی در سال ۱۳۸۹، میانگین پذیرش در ادمیت بیمارستان ۴۵۵۵ نفر در ماه بوده است. ۵/۰۶۶ درصد از بیماران در اورژانس اطفال پذیرش شده‌اند که ۵/۹۲ درصد از این بیماران به بخش نوزادان، ۶۸/۱۹۴ درصد به بخش کودکان و نیز ۳۴/۱۵ درصد به بخش مراقبت ویژه‌ی قلبی کودکان بیمارستان منتقل شده‌اند. به طور میانگین ماهانه ۱۲۹۹ مورد گچ‌گیری، ۱۳۶ مورد باز کردن گچ، ۳۶۹ مورد بخیه، ۳۰۰ مورد پانسمان و ۹۴ مورد سونداژ در بخش اورژانس انجام شده است.

شرح وظایف پرسنل بخش اورژانس طبق دستورالعمل مصوب مرکز، با کد شناسایی EM-W1-011 انجام می‌شود و در نهایت مطابق روش مطالعه، تغییرات ساختاری انجام شده در قبل و بعد از بازسازی سال ۱۳۹۰ به شرح زیر بیان می‌گردد.

قبل از بازسازی، محوطه‌ی وسیعی جهت استفاده‌ی همراهان بیمار در ورودی اورژانس در نظر گرفته شده بود که عبور و مرور بیماران سرپایی و اورژانسی نیز از همین قسمت انجام می‌گرفت. در اورژانس ۱۳۹۰، قسمت ورودی اورژانس به عنوان فضای انتظار و پرسنل نگهداری جهت نظارت بر رفت و آمد بیمار و همراه به داخل اورژانس و فضای تریاژ در نظر گرفته شده است.

اختصاص فضای واحدی برای پذیرش و صندوق، ویژگی دیگر بخش اورژانس قبل از بازسازی است. در پلان اورژانس اخیر، واحد پذیرش و صندوق تفکیک شده‌اند و در این بین، فضایی جهت رفت و آمد و تردد بیمار و همراهان و کارکنان به وجود آمده است.

فضای تریاژ مناسب و قابل دسترس، از اتاق تریاژ به اتاق احیا و به طور کلی تریاژ فعال در اورژانس بیمارستان وجود نداشت، اما در طی بازسازی، بلافاصله پس از فضای انتظار، قسمت تریاژ با در نظر گرفتن ایستگاه تریاژ و اتاق پزشک، تعبیه گشته است. در این صورت، اتاق احیا نزدیک‌ترین و امن‌ترین فضای ممکن جهت عملیات احیا یعنی در داخل بخش قرار دارد. در صورتی که قبل از بازسازی فضای تریاژ و

تردد بدون دلیل افراد متفرقه در ورودی اورژانس و در مجاور صندوق اورژانس قرار گرفت. ۲ اتاق استراحت پرسنل و ۱ اتاق استراحت پزشک در مجاورت تخت‌های بیماران و همچنین اتاقی جهت آموزش، مجاورت اتاق کارکنان و دفتر کار آنان در بخش، در نظر گرفته شد. اتاق مسؤول بخش، جهت برنامه‌ریزی، نظارت و کنترل کیفیت، تنظیم برنامه‌های آموزشی و هدایت پرسنل منظور شده است.

جایگاه اتاق ایزوله و اتاق عمل در طی بازسازی تغییری نکرده است. وجود سرویس‌های بهداشتی در عمق اورژانس باعث نارضایتی بیمار و پرسنل شده بود که با تغییر و انتقال این فضا، به قسمت‌های ورودی و تحت حاد می‌توان یکی از عوامل نارضایتی بیمار و پرسنل را بر طرف ساخت. علاوه بر این، فضاهای پشتیبانی دیگری نظیر آبدارخانه، لنتز تمیز و کثیف نیز در نظر گرفته شده است.

پانسمان در کنار اتاق پزشک به منظور جلوگیری از ترافیک بیمار و همراه در عمق اورژانس قرار گرفته که ورود به این فضا توسط پزشک، از قسمت داخل اورژانس نیز امکان‌پذیر می‌باشد.

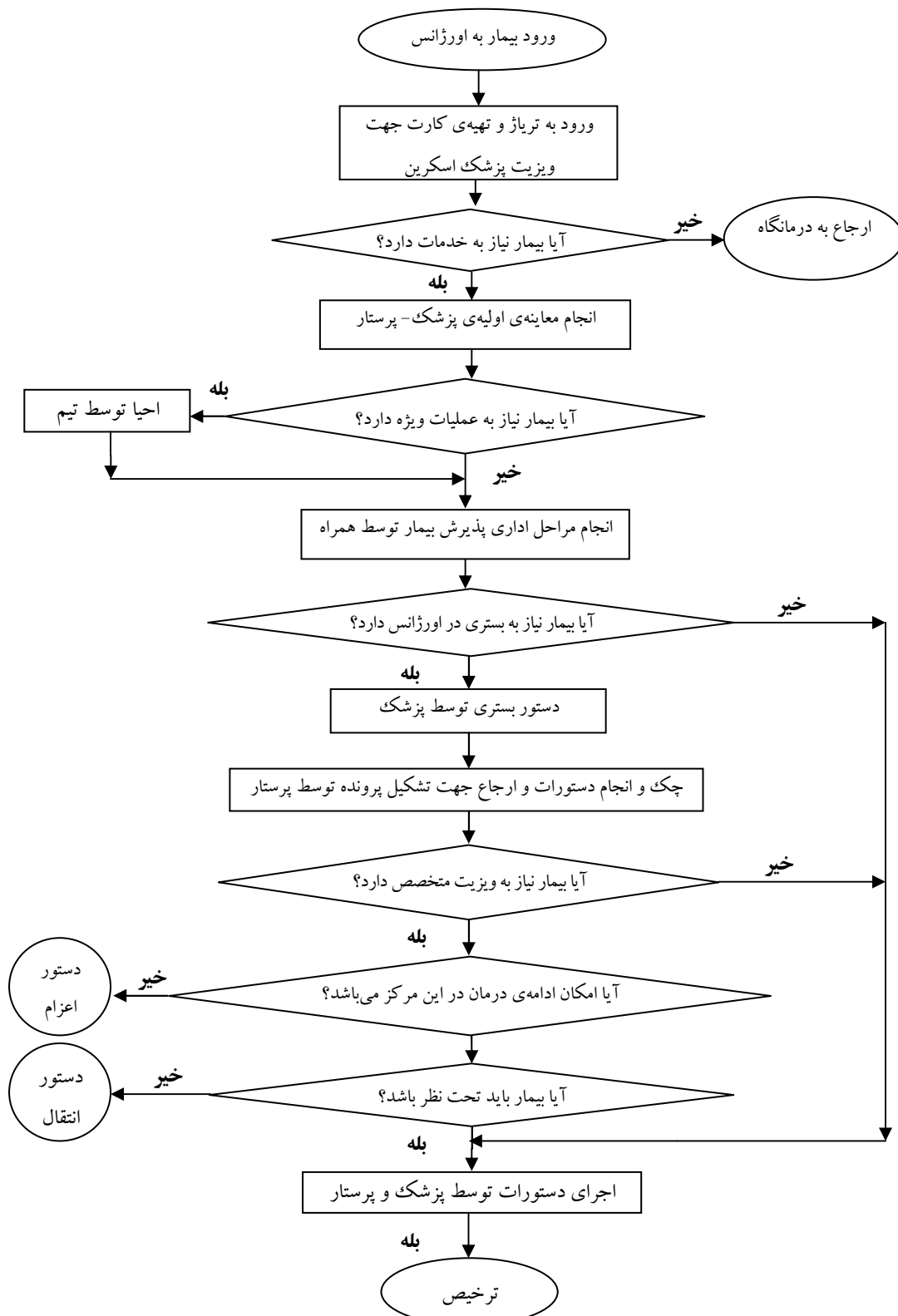
از دیگر فضاهای حذف شده در بازسازی، می‌توان به اتاق گچ‌گیری اشاره کرد. هر بیمارستان باید طبق بررسی احتیاجات بیماران کارایی شفاف‌تری برای فضاها در نظر گیرد. از این رو در این مورد، میانگین تعداد بیماران نیازمند به بخیه، پانسمان و سونداژ بخش، ماهانه به ترتیب ۳۶۹، ۳۰۰ و ۹۴ مورد است و همچنین ۳۳/۳ درصد از بیماران پذیرش شده نیاز به گچ‌گیری دارند. بنابراین، طبق تجربه و آمار موجود اولویت‌بندی فضایی در بخش می‌تواند با حذف برخی از فضاها، فضاهای دیگر با کارایی بالاتری را در نظر گرفت.

در بازسازی سال ۱۳۹۰، اتاقک نگهبانی برای جلوگیری از

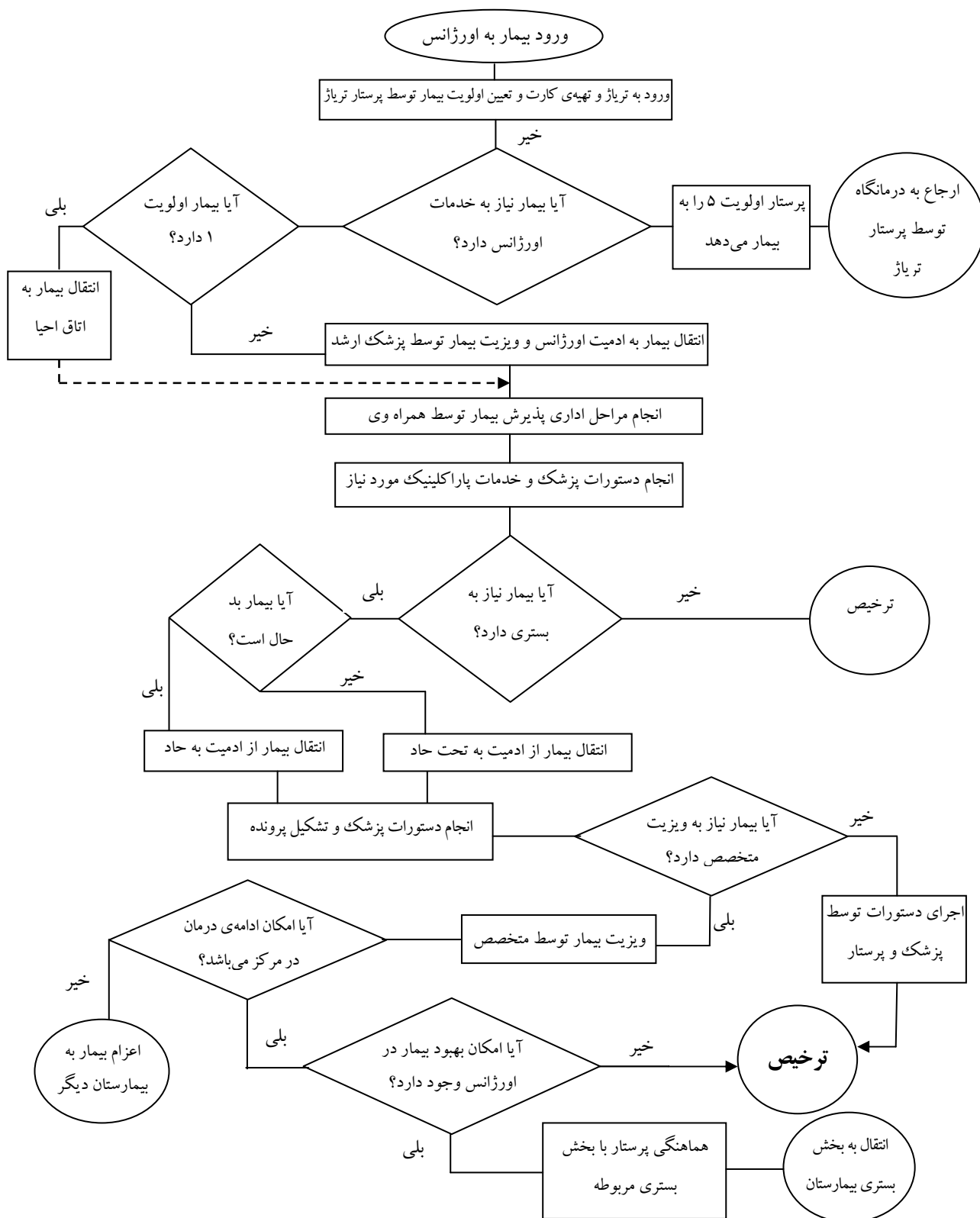
جدول ۲: فرایندهای تغییر یافته‌ی بعد از بازسازی\*

ردیف	عنوان فرایند قبل از بازسازی	بعد از بازسازی
۱	بیمار در قسمت اسکرین، توسط پزشک ارشد معاینه می‌شود. پذیرش بیمار در اورژانس	بیمار ابتدا توسط پرستار تریاژ و طبق اولویت، توسط پزشک بخش ویزیت می‌شود. بیمار توسط پزشک ویزیت می‌شود. الف- بیمار بد حال، در بخش حاد و ب- بیمار غیر بد حال، در بخش تحت حاد بستری می‌شود.
۲	بیمار در قسمت ادمیت، توسط پزشک ارشد معاینه می‌شود. بیمار به اتاق مسمومیت منتقل و اقدامات اولیه برای وی اجرا می‌شود.	بیمارستان، بیمار مسموم را پس از تریاژ، پذیرش می‌کند. فضایی تحت عنوان اتاق مسمومیت وجود ندارد و تنها عملیات اورژانسی برای بیمار انجام می‌شود (شستشوی معده، تزریق داروهای اساسی و...)
۳	بیمار زیر نظر متخصص مربوطه (داخلی و بیهوشی) در بخش اورژانس بستری می‌شود و سیر درمان طی می‌شود یا جهت اعزام به بیمارستان دیگر آماده می‌شود. پس از معاینه توسط پزشک ارشد، بیمار را به ادمیت منتقل می‌کند.	بیمار پس از ثابت شدن وضعیتش، به مراکز مربوطه اعزام می‌گردد. پس از انجام تریاژ، اینترن اطفال و پزشک ارشد اورژانس بیمار را ویزیت می‌کند.
	در صورتی که بیمار بد حال باشد، وی را به اورژانس اطفال منتقل می‌کند.	در صورت نیاز به بستری، بیمار در قسمت نوزادان بستری می‌شود.

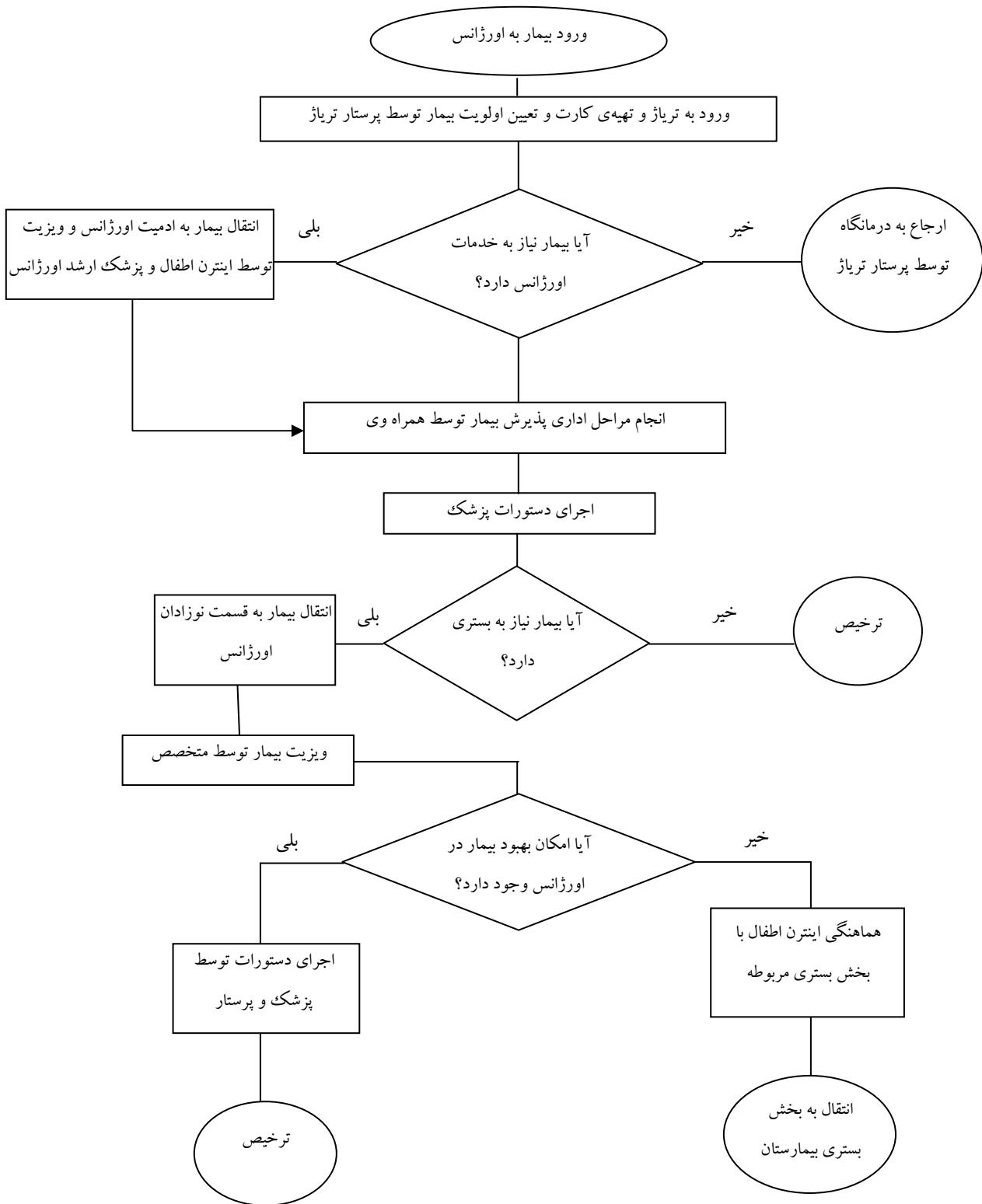
\* سایر فرایندها به نسبت تغییر در فضاهای تریاژ و قسمت بیماران بد حال و غیر بد حال، تغییر جزئی یافته است.



نمودار ۱: فرایند پذیرش تا ترخیص بیماران در بخش اورژانس قبل از بازسازی



نمودار ۲: فرایند پذیرش تا ترخیص بیمار در اورژانس بیمارستان شریعتی بعد از بازسازی سال ۱۳۸۹



نمودار ۳: فرایند پذیرش و ترخیص بیماران نوزاد در اورژانس بیمارستان شریعتی بعد از بازسازی سال ۱۳۸۹

دسترسی سریع به اتاق بیماران ترومایی و در نزدیکی ورودی تأکید دارد (۱۵).

در داخل بخش اورژانس شریعتی فضاهایی برای بیماران شدیداً بد حال طراحی و تجهیز شده است و تمام بیماران می‌دانند، کارکنان همیشه در معرض دید آن‌ها هستند و احساس امنیت می‌کنند. که بهترین راه رسیدن به این هدف، چیدمان شعاعی بیماران، به دور یک هسته‌ی مرکزی ایستگاه کار پزشکان و پرستاران است. تحقیقات انجام شده در ساختار و فرایندهای فیزیکی نیز بر حریم خصوصی بیماران تأکید زیادی کرده‌اند. سازمان کمیته‌ی مشترک اعتباربخشی بهداشت و درمان، استانداردهایی در این خصوص به تصویب رسانده است (۲۲). از طرف دیگر، بیماران بخش اورژانس، تمایل و انتظار دارند تا به حریم خصوصی آن‌ها احترام گذاشته شود (۲۰). از این نظر بخش اورژانس، بخشی منحصر به فرد محسوب می‌شود (۲۲، ۲۰).

در بیمارستان مورد مطالعه، بخش‌های مردان و زنان جای خود را به قسمت بیماران بد حال و غیر بد حال داده و بالطبع، فضایی بزرگتر جهت مراقبت از بیماران در نظر گرفته شده است و برای ایجاد حریم خصوصی اطراف هر تخت از پرده استفاده می‌شود و این همان موضوعی است که در طی بازسازی اورژانس بیمارستان عمومی Lutheran مشاهده شد که افزایش اندازه‌ی بخش و تفکیک فضاها (به صورت کاربردی و مناسب) حفظ حریم خصوصی بیماران را افزایش می‌دهد (۲۰).

مطالعه‌ی Saunders (به نقل از Dickinson) درباره‌ی جریان و گردش بیمار در بخش اورژانس نشان داد که بیماران نیازمند به درمان فوری، مراقبت‌های فوری دریافت می‌کنند. وی جریان گردش بیمار را که باعث ایجاد نگرانی در بخش اورژانس می‌شود، این چنین شرح داده است: «اولین برخورد بیمار در هنگام ورود به بخش اورژانس، با یک کارمند است. سپس بعد از زمان متغیر ۱۰ دقیقه‌ای به پرستار تریاژ مراجعه می‌کند و تریاژ توسط پرسنل دفتری و نه پزشکی انجام می‌شود. این وظیفه‌ی خطیر، با توجه به

یکی از مسائلی که در مطالعه‌ی جا و مکان تأثیر بسزایی در طراحی خواهد گذاشت و هدف عمده‌ی این مطالعه نیز می‌باشد، فرایندهای گردش کار بخش مورد نظر است. این فرایندها باید پیوستگی عمیقی با فضاهای موجود در بخش برقرار کند. در بخش اورژانس بیمارستان شریعتی به واسطه‌ی تغییرات اساسی طراحی بر فضاهای بستری بخش اورژانس و تریاژ فرایندهای گردش کاری مرتبط با این دو فضا، تغییر پیدا کرده است؛ به طور کلی، گردش کار در بخش اورژانس قبل از بازسازی، همانند نمودار ۱ بوده است و تفاوت فرایندهای کاری قبل و بعد از بازسازی اورژانس بیمارستان شریعتی که تغییر اساسی یافته در جدول ۲ و گردش کار بعد از بازسازی در نمودارهای ۲ و ۳ خلاصه شده است.

## بحث

با توجه به این‌که اغلب بیمارستان‌های ما بخش اورژانس مناسب و توانمندی ندارند، نیاز به بازسازی پیاده‌سازی و اجرای استانداردهای روز و مرتبط با کیفیت آرایه‌ی خدمات، در این بخش حس می‌شود. از عوامل مؤثر در آرایه‌ی خدمات درمانی بهتر به بیماران می‌توان به نیروهای انسانی، فضا، تسهیلات، تجهیزات، فعالیت‌ها، مقررات و دستورالعمل‌های موجود در مراکز اشاره نمود. با توجه به حساسیت بخش‌های اورژانس، چنان‌چه هر یک از عوامل فوق دچار کاستی باشد، کار رسیدگی مؤثر و به موقع به بیماران را با مشکل مواجه خواهد کرد و ممکن است زبان‌های جبران‌ناپذیری را به دنبال داشته باشد (۸).

در این مطالعه، جایگذاری فضاهای ورودی بخش و اسکرین با هدف بهبود فرایند پذیرش بیمار، کاهش ترافیک و تقویت انتظامات اعمال شده است. در مطالعه‌ی علیمحمدی و همکاران، تأسف‌بارترین مسأله را عدم دسترسی و ارتباط مناسب درب ورودی بخش با اتاق احیای قلبی می‌داند و نیز بر معیارهای دستیابی سریع عموم مردم به ورودی اصلی اورژانس، تفکیک ورودی آمبولانس و بیماران سرپایی، امکان



تیم اجرایی قابل ارزشیابی گردد.

لازم به ذکر است، با توجه به ضعف مستندسازی در کلیه‌ی مراکز درمانی، در این مطالعه نیز ضعف مستندسازی در مرحله‌ی بررسی‌های احتیاجات جامعه و نیز اهداف و شرایط مرتبط با پیشینه‌ی بازسازی‌های صورت گرفته از محدودیت‌های این پژوهش بود که پژوهشگران توانسته‌اند از طریق مستندات کتبی و شفاهی و مشاهدات آماری موجود و مورد تأیید مرکز، این محدودیت را کم‌رنگ‌تر نمایند.

### نتیجه‌گیری

نتایج طراحی جا و مکان از نظر سخت‌افزاری بخش اورژانس بیمارستان دکتر شریعتی را می‌توان این چنین توصیف کرد که طبق نقشه‌ی حاصل از بازسازی سال ۱۳۹۰، بخش اورژانس از چند نوع طرح یا پلان جهت رسیدن به اهداف تشکیل شده است:

- طرح هسته‌ای: این نظام سعی بر کاهش اتاق‌های کار داخلی و تأمین دید خوب بر روی بیماران دارد که به رفع مشکلات نظارتی بر بیماران کمک شایانی می‌کند. موفقیت این نوع بخش بستگی به مقدار روشنایی روز و درجه‌ی خصوصیت قابل حصول دارد که همه‌ی قسمت‌ها از مقداری روشنایی روز بهره‌مند هستند (۲۵)، اما به تهویه‌ی مکانیکی مناسبی نیز احتیاج است که در نقشه‌ی بازسازی شده دیده شده است.

- طرح یا پلان دو راهرویی: در قسمت میانی بخش اورژانس و یا قسمت بیماران بد حال و غیر بد حال، از شمایی سرویس مرکزی (دوراهرویی) استفاده شد که باعث افزایش انعطاف‌پذیری برای قابلیت خودیاری و از سر و صدای زیاد جلوگیری شده است و با استفاده‌ی حداکثری از زیربنای بخش، از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه نیز می‌باشد.

از لحاظ نرم‌افزاری، با شناسایی فرایندهای معیوب که تأثیر مستقیم بر فضاهای موجود در بخش دارد با اندکی تغییرات در فضاهای فیزیکی می‌توان در جهت خارج نمودن مرکز و بخش از هر سیکل معیوب فرایندی گام برداشت. در

توانایی تشخیصی محدود کارکنان دفتری منجر به مخاطره‌های بالقوه‌ی مراقبت‌ها می‌گردد». اما Dickinson، در ادامه چنین توصیف می‌کند که بخش اورژانس را این گونه سازماندهی کرده است که اولین تماس بیمار با پرستار تریاژ باشد. پرستار تریاژ، بیمار را در هنگام ورود به اورژانس ارزیابی می‌کند و بسته به شدت بیماری، ممکن است بیمار جهت انجام فعالیت‌های دفتری (پذیرش) به کارکنان دفتری مراجعه کند یا مورد ارزیابی پرستاری قرار گیرد و یا به طور مستقیم به بخش مراقبت منتقل گردد که به دنبال آن بیمار به پذیرش فراخوانده می‌شود. این نظام کارکنان دفتری را از دخالت در امر پزشکی فارغ کرده است. Dickinson، با مشاهده‌ی فرایندهای بخش اورژانس ایجاد یک نظام تریاژ فعال، انجام فعالیت‌های دفتری با توجه به قانون پذیرش بیمار در اورژانس و ثابت کردن وضعیت آن‌ها بدون دریافت وجه ابتدایی، ارزیابی‌ها و اجرای دستورات پزشک در هر ویزیت و دیگر اقدامات بخش، مناسب به نظر می‌رسد و از نظر فرایندی می‌تواند به اهداف بازسازی در این موارد دست پیدا کند (۲۳).

موارد اخیر از اهداف اساسی بازسازی اورژانس بیمارستان شریعتی است، که با طراحی ساختار فیزیکی و نرم‌افزاری مناسب و بهبود عملکردها و فرایندهای پیش گفته شده، اصل فوق رعایت شده است. از نظر نرم‌افزاری نیز در استانداردهای اعتباربخشی ایران، در محور پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار، این چنین ذکر شده است که اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم‌های مربوطه، در محدوده‌ی زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می‌گیرد (۲۴). بعد از بازسازی بیمارستان شریعتی پس از فعال شدن تریاژ، ارزیابی ابتدایی بیماران با نظام تریاژ و توسط پرستار صورت می‌گیرد و همان لحظه پرستار فرم مربوط به تریاژ و علایم حیاتی را تکمیل می‌کند، با این حال لازم است مستندات تعیین محدوده‌ی زمانی به صورت مستند به بخش ابلاغ گردد تا بررسی کارآمدی فرایندهای کاری و اجرای مداخلات اصلاحی حاصل از بازسازی، توسط

می‌تواند در سایر بخش‌ها، عملکردها و فرایندهای مختلف و به طور کلی در واحد ساختمان بر اساس محورهای استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران، کاربرد داشته باشد. این روش، آسان، سریع و جامع است که لازم می‌باشد کلیه بخش‌های اورژانس، جهت بازسازی سخت‌افزاری و نرم‌افزاری، چنین بررسی و سیری را طی کنند و از زمان تصمیم به بازسازی، نیازهای جامعه، سیر تغییرات، اهداف و چالش‌ها، کاربری فضاها را به طور قابل استناد و مکتوب فراهم سازند.

پیشنهاد دیگر این‌که با استفاده از یافته‌های مطالعه، معیارهای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری مناسبی برای انجام تغییرات (بازسازی، توسعه و گسترش) بخش‌های مختلف بیمارستان و به ویژه بخش اورژانس تدوین گردد و لازم به ذکر است که می‌توان با مکتوب کردن مستندات فرایندها به مقامات نظام بهداشتی و درمانی، مسؤولین بیمارستان‌ها، در ارائه خدمات و به ویژه ارزشیابی‌های بیمارستانی کمک شایانی کرد.

### تشکر و قدردانی

برخود لازم می‌دانیم تا از همکاری و مشارکت صمیمانه‌ی کلیه‌ی مدیران و مسؤولان مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان اصفهان، مدیران بیمارستان دکتر شریعتی اصفهان، به ویژه جناب آقای دکتر محقق، رئیس بیمارستان، جناب آقای دکتر یزدانی، معاون بیمارستان، جناب آقای دکتر مهران نعمت الهی، مسؤول واحد بهبود کیفیت بیمارستان، جناب آقای امیرحسین فرهادفر، مسؤول اورژانس بیمارستان و جناب آقای مهندس علی فردوسی، کارشناس ارشد عمران تشکر نماییم.

طی این مطالعه، به نتایج زیر رسیدیم که تأکید بر آن در بازسازی بخش اورژانس و مطالعات بعدی در زمینه‌های مذکور مفید خواهد بود.

۱. طراحی جا و مکان در ارتباط مستقیم با سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، فرایندها و عملکردها است و در هر بار بازنگری امکان تغییرات وجود دارد.

۲. در طراحی هر بخش اورژانس، بیمارستان باید مأموریت و چشم‌انداز آینده‌ی خود را مدنظر قرار دهد.

۳. در طراحی هر بخش اورژانس بیمارستان، باید بررسی احتیاجات جامعه با دقت و صحت کامل انجام گیرد.

۴. فضاهای مختلف بخش اورژانس باید به صورت همه جانبه، جامع و متأثر از فرایندها و عملکردها طراحی گردد.

۵. تغییرات فضاهای درمانی باید توسط تیم یا کارگروهی متشکل از تمام ذینفعان طراحی گردد، چرا که توجهاتی که هر یک از ذینفعان در جا و مکان و کاربری‌ها دارند، متفاوت است و همین امر باعث افزایش رضایت ذینفعان از طراحی صورت گرفته خواهد شد.

۶. روند بازسازی دارای اجزای به هم پیوسته‌ای است که در اجرا، روش بررسی این مطالعه کاملاً کاربردی می‌باشد.

۷. برای اثربخش بودن ارائه‌ی خدمات سلامت، از طریق طراحی محیط فیزیکی و سازماندهی فضایی (۲۶)، ضروری است رویکرد مبتنی بر شواهد با اجرای روش بررسی طرح جا و مکان به کار گرفته شود.

### پیشنهادها

روش مطالعه‌ی طرح جا و مکان که پژوهشگران در مورد برنامه بازسازی بخش اورژانس به طور عملی پیاده کرده‌اند،

### References

1. Shayan A, Mohebbi M, Roozbahani R. Comparison between workflow assessment urgent deviation Zahra, Kashani, chamran, noor&ali Asghar Baastandard University in 2006, [Thesis]. Isfahan, Iran: School of Medical Information & Management, Isfahan University of medical sciences; 2006. [In Persian].
2. Asefzadeh S, Reza Pour A. Management and Research of Hospital. 2<sup>nd</sup> ed. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2007. p. 133-8. [In Persian].

3. Alirezaei M. Standard Design Guide spaces hospital (surgery). Tehran, Iran: Mahkameh Publication; 2010. p. 24, 43-4. [In Persian].
4. Bahadori MK, Mirhashemi S, Panahi F, Tofighi Sh, Zaboli R, Hoseini shokoh SM, et al. Structure, process and practices of the emergency unit of hospitals of baqyatallah University of Medical Sciences. J Mil Med 2007; 9(4): 257-64. [In Persian].
5. Jahani MA, Rastegar A, Hosseinpour M, Bijani A. Structure of space, personnel and equipment of hospital emergency department of babol university of medical sciences based on national standards. J Babol Univ Med Sci 2008; 10(6): 73-9. [In Persian].
6. Raissi AR, Shams L, Antique Chian G, Noori M. Optical design of therapeutic areas in the hospital. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2011. [In Persian].
7. Jalili M, Fathi M, Eslami B. Emergency management principle. Tehran, Iran: Ebonus; 2008. p. 4-14. [In Persian].
8. Rahmani H, Arab M., Akbari F, Zeraati H. Structure, process and performance of the emergency unit of teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2006; 4(4): 13-22. [In Persian].
9. Tadvylr O. The design and operation of the hospital, Ferasat MR. Tehran, Iran: Moein Publication; 1997. p.23.
10. Sadler BL, Berry LL, Guenther R, Hamilton DK, Hessler FA, Merritt C, et al. Fable Hospital 2.0: The Business Case for Building Better Health Care Facilities The Hastings Center Report. Academic journal article from The Hastings Center Report 2011; 41(1): 12-3.
11. Mashayekhi S. Performance evaluation, emergency care hospitals of Semnan University [Thesis]. Tehran, Iran: Science and Research Branch of Tehran, Islamic Azad University; 2000. [In Persian].
12. Seyedi M, Heidari A, Khorrani Rad A, Ahmari Tehran H, Mashayekhi S. Performance evaluation, emergency care hospitals of Semnan University, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Tehran, 2000. Iran J Nurs 2009; 22(59): 42-50. [In Persian].
13. Khosravi S, Pouria mofrad A, Shamsipour M, Sorani H. Optimization design of the emergency services. J Shahrekord Univ Med Sci 2006; 7(2): 71-80. [In Persian].
14. Keyvanara M, Rooholamin L. Comparison of Physical Space of Pediatric Wards in Isfahan Hospitals with Standards. Health Inf Manage 2007; 4(1): 123-32. [In Persian].
15. Alimohammadi H, Alamdari S, Amini A, Sohrabi MR. Assessing access criteria to different parts of emergency unit in general teaching hospitals of Shahid Beheshti Medical University. Payesh 2009; 8(3): 227-34. [In Persian].
16. Pines JM, Localio AR, Hollander JE, Baxt WG, Lee H, Phillips C, et al. The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia. Ann Emerg Med 2007; 50(5): 510-6.
17. Sohrabi MR, Alimohammadi H. Privacy, Confidentiality and Facility Criteria in Designing Emergency Departments of the Teaching Hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2007. J Res Health Sci 2010; 10(1): 36-41.
18. Olsen JC, Cutcliffe B, O'Brien BC. Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. J Emerg Med 2008; 35(3): 317-20.
19. Vos L, Groothuis S, van Merode GG. Evaluating hospital design from an operations management perspective. Health Care Manag Sci 2007; 10(4): 357-64.
20. Dr Ali Shariati Hospital. Quality improvement Unit, Code Quality Shariati Hospital, QI-QM-001. 2<sup>nd</sup> ed. Isfahan, Iran: Dr Ali Shariati Hospital; 2011. (Unpublished).
21. Subordinate units, Isfahan management, Dr Ali Shariati hospital [Online]. 2012 [cite 2012 Aug 27]; Available from: URL: [www.isf-darman-sso.com/ShowPage.aspx](http://www.isf-darman-sso.com/ShowPage.aspx)? [In Persian].
22. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine--Part I: conceptual, moral, and legal foundations. Ann Emerg Med 2005; 45(1): 53-9.
23. Dickinson G. Emergency department design and patient flow. Ann Emerg Med 1988; 17(6): 664.

24. Emami Razavi H, Mohaghegh MR, Razavi S. Standards for the accreditation of hospital. Tehran, Iran: Seda Publication; 2010. [In Persian].
25. Hignett S, Lu J, Fray M. Observational study of treatment space in individual neonatal cot spaces. J Perinat Neonatal Nurs 2010; 24(3): 267-73.
26. Moshabbaki AR. Health Facilities Design Manual - Hospital Architecture. Tehran, Iran: Parham Naghsh Publication; 2009. [In Persian].

## پیوست

## گزارش و آمار ماهیانه‌ی اورژانس بیمارستان دکتر شریعتی ..... ماه، سال.....

پدیرش در اهمیت	تخصص از اهمیت	پدیرفته و بستری در اورژانس	پدیرش اورژانس کودکان	پدیرش در CCU	پدیرش از بیمارستان‌های استان	پدیرش از اورژانس شهر	اعزام به سایر بیمارستان‌ها	اعزام به اتاق عمل	اتاق عمل سرپایی اورژانس	اتاق عمل سرپایی بیمارستان	انتقال به بخش‌های بیمارستان از اورژانس		فوت شدگان				
											CCU	نوزادان	قبل از ۲۴ ساعت	بعد از ۲۴ ساعت	زیر ۵۰ سال	بالای ۵۰ سال	کودکان
											نوزادان						
											ارتوپدی مردان						
											ارتوپدی زنان						
											اعصاب مردان						
											اعصاب زنان						
											جراحی اعصاب زنان						
											جراحی اعصاب مردان						
											ارولوژی زنان						
											ارولوژی مردان						
											صفوفی مردان						
											صفوفی زنان						
											همودینالیز						
											داخلی زنان						
											جراحی زنان						
											مامائی						
											فوت شده در بدو ورود						
											متوسط سن فوت شدگان						

## Designing the Location in Restructuring of the Emergency Department of Shariati Hospital, Isfahan, Iran\*

Masoud Ferdosi, MD, PhD<sup>1</sup>; Marziyeh Fattahi<sup>2</sup>; Samaneh Jafari<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** Studies of design location are done in order to respond better to the needs of the physical spaces of the hospital. The present study aimed to improve workflow processes of emergency department through the study of designing the location in restructuring of the emergency department of Shariati Hospital in 2011 as one of the largest hospitals in Isfahan Province, Iran that has to deal with emergency patients.

**Methods:** This was a descriptive case study related to Emergency Department of Shariati Hospital in 2011. Data were collected in 4 Parts, i.e. reviewing the duties and functions, workflows, challenges and existing spaces and design changes. According to the clinical and supportive areas in emergency plans in 2011, data were collected through standardized questionnaire and direct observations to codification processes. Data were analyzed using Excel Software.

**Results:** Out of six objectives of restructuring, setting up triage had the first priority and among processes and spaces, emergency patient admission process, toxicity admission process, children admission process, entrance, triage, critical and noncritical patient section, had the most fundamental changes, respectively.

**Conclusion:** According to the accreditation standards, it is essential for hospital managers to pay particular attention to the building standards, which is one of the major causes of patient satisfaction. They may use the simple, comprehensive and applicable method of design location plans in hospital restructuring, process improvement, and develop building quality improvement program according to accreditation standards.

**Keywords:** Hospitals; Emergency Services; Hospital; Design Location

Received: 9 Jan, 2013

Accepted: 11 Feb, 2013

**Citation:** Ferdosi M, Fattahi M, Jafari S. **Designing the Location in Restructuring of the Emergency Department of Shariati Hospital, Isfahan, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1087-1103.

\* This article derived from a BSc thesis and was an independent research with no financial aid.

1- Assistant Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: marziyeh.fattahi@yahoo.com

3- Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran



# تجارت خدمات سلامت در آسیا؛ مهاجرت متخصصین سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها\*

علیرضا جباری<sup>۱</sup>، رجاء مردانی<sup>۲</sup>

## مقاله مروری

### چکیده

امروزه تجارت خدمات سلامت به سرعت در حال رشد است و فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات این روند را آسان‌تر می‌سازد. خدمات سلامت طبق موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (GATS یا General agreement on trade in services)، از طریق چهار حالت معامله می‌شوند. مهاجرت متخصصین سلامت یکی از اشکال تجارت خدمات سلامت است که به دلیل تغییرات دموگرافیک، سالمندی جمعیت و افزایش هزینه‌های خدمات سلامت در کشورهای با درآمد بالا به عنوان عوامل افزایش دهنده‌ی تقاضا و توسعه‌ی صادرات، افزایش درآمد ارزی و ارتقای دانش و مهارت‌های کارکنان به عنوان عوامل ترغیب‌کننده‌ی عرضه، روندی رو به رشد داشته است. با این که مهاجرت متخصصین سلامت مزایایی را برای کشورها در بردارد، اما می‌تواند چالش‌هایی نیز به همراه داشته باشد. هدف این مقاله، شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت در کشورهای آسیایی بود. در این مقاله، تجارت خدمات سلامت به عنوان یکی از پیچیده‌ترین چالش‌های نظام سلامت، انواع آن و وضعیت کنونی کشورهای آسیایی در رابطه با حالت چهارم معاملات خدمات سلامت، مورد بررسی قرار گرفته و فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت بیان گردیده است. بررسی‌ها نشان داد که کشورهای واردکننده یا صادرکننده‌ی خدمات سلامت، با فرصت‌ها و تهدیدهای یکسانی روبه‌رو نیستند. مهاجرت به کشورهای با درآمد بالاتر، فرصتی برای کار و شرایط بهتر جهت متخصصین سلامت فراهم می‌کند و یک منبع درآمد برای کشور صادرکننده است. اما فقدان سیاست‌های صریح و روشن در این زمینه، منجر به تخلیه‌ی کشور مبدأ از نیروی کار متخصص - که به عنوان «فرار مغزها» از آن یاد می‌شود-، کاهش نیروی کار ملی و از دست دادن سرمایه‌های صرف شده در آموزش این کارکنان می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** آسیا؛ تجارت خدمات سلامت؛ چالش‌ها؛ فرصت‌ها

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۸

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** جباری علیرضا، مردانی رجاء. تجارت خدمات سلامت در آسیا؛ مهاجرت متخصصین سلامت: چالش‌ها و فرصت‌ها. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۱۲-۱۱۰۴.

توجهی دارد؛ اما ممکن است چالش‌های موجود در دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را نیز تشدید کند. از طرفی،

### مقدمه

بخش خدمات با احتساب دو سوم تولید، یک سوم اشتغال و در حدود یک پنجم تجارت جهانی در بسیاری از کشورها به بزرگ‌ترین بخش تبدیل شده است (۱). خدمات بهداشتی و درمانی به طور فزاینده‌ای جهانی شده‌اند و از طریق هر چهار حالت معامله‌ی خدمات، طبق موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (General agreement on trade in services یا GATS) مورد تبادل تجاری قرار می‌گیرند (۲). گشودن بازارهای بهداشت و درمان دستاوردهای اقتصادی قابل

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

۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: raja.ibrahim49@yahoo.com

مهاجرت کوتاه مدت متخصصین سلامت بر اساس استراتژی آگاهانه، قراردادهای مشخص و به منظور توسعه صادرات و افزایش درآمد ارزی انجام می‌شود. اغلب این کارکنان به دلیل تفاوت سطح دستمزدها و شرایط کاری و زندگی بهتر، از کشور خارج می‌شوند (۸). از آن جا که بیشتر افراد متخصص و مجرب مهاجرت می‌کنند، مهاجرت این کارکنان می‌تواند موجب ایجاد چالش‌هایی مانند کمبود نیروی انسانی متخصص در کشور خودشان شود (۹). اگر این نوع مهاجرت بدون یک چارچوب نظارتی مناسب افزایش یابد، عدالت، کیفیت و اثربخشی نظام سلامت آسیب خواهد دید (۱۰). این پژوهش با هدف مروری بر مطالعات انجام شده در زمینه‌ی تجارت خدمات سلامت در آسیا و شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های حاصل از مهاجرت متخصصین سلامت در کشورهای این قاره صورت گرفت.

### روش بررسی

این مقاله یک مقاله‌ی مروری نقلی است. برای جستجوی مقالات در دی ماه سال ۱۳۹۰ شمسی با استفاده از واژه‌های کلیدی «تجارت خدمات سلامت»، «صادرات خدمات سلامت»، «موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات»، «مهاجرت متخصصین سلامت» و «گردشگری پزشکی»، در پایگاه‌های ISI، Web of science، SID، Springer، Science direct، Iranmedex و Google scholar جستجو انجام شد. تعداد ۱۶۰ مدرک بازیابی گردید که تنها ۹۰ مدرک دارای متن کامل بود. برای نگارش مقاله‌ی حاضر از ۲۲ مدرک استفاده شده است.

### شرح مقاله

#### تجارت خدمات سلامت

نظام‌های بهداشتی و درمانی در حال تحول هستند و همواره باید به چالش‌های جدید پاسخ دهند. جهانی شدن و تجارت خدمات سلامت (TiHS یا Trade in health services) یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌ها است. این تجارت

تجارت ممکن است با افزایش میزان اصلاحات در نظام سلامت فرصت‌های جدیدی را برای بهبود دسترسی به خدمات ایجاد نماید (۳). تجارت خدمات سلامت، سهم اقتصادی بخش بهداشت و درمان در اقتصاد ملی کشورها را افزایش داده است. کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، به دنبال یافتن گزینه‌های مختلف از جمله اجرای راهبردهای صادرات خدمات سلامت و آزادسازی مالکیت تجاری برای به حداکثر رساندن منابع و مزایای رقابتی خود هستند (۴). کشورهای در حال توسعه، قابلیت تبدیل شدن به صادر کنندگان خدمات را دارند و در حال حاضر، چند کشور در حال توسعه در آسیا به سبب پایین‌تر بودن هزینه‌های تولید و ارائه‌ی خدمات منحصر به فرد، در این زمینه فعالند (۵).

مهاجرت متخصصین سلامت طبق GATS، حالت چهارم تجارت خدمات سلامت است که افزایش آن می‌تواند به کاهش شکاف بین عرضه و تقاضای نیروی کار بخش سلامت در کشورهای مقصد کمک نماید و به اقتصاد کشورهای مبدأ از طریق وجوه ارسالی و انتقال دانش یاری رساند (۶). این شکل تجارت با رشد عرضه‌ی افراد حرفه‌ای آموزش دیده در کشورهای صادر کننده و کمبود کارکنان بخش سلامت در کشورهای با درآمد بالا روندی رو به رشد داشته است و به احتمال زیاد، در آینده فشارهای دموگرافیک و افزایش سریع هزینه‌ی مراقبت‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته، منجر به افزایش تقاضای متخصصین سلامت از کشورهای با دستمزد پایین‌تر خواهد شد (۳).

در سال‌های اخیر، آزادسازی تجارت خدمات باعث صعود ناگهانی مهاجرت متخصصین سلامت به سایر کشورها شده است. این فرایند با شدت بیشتری در حال گسترش است؛ چرا که کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD یا Organization for economic co-operation and development) نظیر ایالات متحده‌ی آمریکا و انگلستان که با کمبود متخصصین سلامت، به ویژه پزشک و پرستار مواجه هستند، به استخدام این قبیل متخصصین از کشورهای در حال توسعه‌ای مانند فیلیپین و هندوستان متوسل شده‌اند (۷).

همان گونه که چالش‌های جدیدی را مطرح می‌کند، فرصت‌های جدیدی را نیز برای ارایی خدمات سلامت کارآمد، عادلانه و پایدار - که علت وجودی هر نظام سلامت است - به ویژه برای کشورهای با درآمد کم و متوسط ایجاد می‌کند (۱۱). بخش سلامت همواره در تبادلات تجاری دو جانبه و توافقی‌های همکاری منطقه‌ای مورد توجه است و خدمات آن از طریق هر چهار حالت معامله، تحت عنوان موافقت‌نامه‌ی عمومی تجارت خدمات (GATS) مورد معامله قرار می‌گیرد (۲).

GATS یک موافقت‌نامه‌ی چند جانبه است که بر اساس آن کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی (WTO یا World Trade Organization) متعهد به آزادسازی تجارت خدمات، از جمله خدمات سلامت شده‌اند (۱۲). این موافقت‌نامه به منظور کاهش یا حذف اقدام دولت‌ها در جلوگیری از ارایی خدمات و یا تبعیض علیه ارایه دهندگان خارجی خدمات در بازار سلامت داخلی کشورها طراحی شده است. GATS یک چارچوب قانونی برای برخورد با موانع تجارت و سرمایه‌گذاری خارجی در خدمات - از جمله تعهدات خاص مورد مذاکره در موافقت‌نامه‌های تجاری - فراهم می‌کند (۱۳). بر اساس GATS، چهار حالت معامله‌ی خدمات به شرح زیر می‌باشند:

۱. عرضه‌ی فرامرزی خدمات (CB) یا Cross-border supply of services:

به ارایی خدمات توسط کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌های پزشکی، پزشکان و تکنسین‌های پزشکی واقع در یک کشور به بیماران واقع در کشور دیگر اشاره دارد (زمینه‌های جدید و به سرعت در حال گسترش پزشکی از راه دور). پیشرفت در فن‌آوری پزشکی از راه دور، امکان ارایی خدمات از جمله مشاوره‌ی پزشکی، پاتولوژی، رادیولوژی و دیگر خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی و همچنین عملیات پردازش داده‌های پرونده‌های پزشکی و اداری را در خارج از محدوده‌ی مکانی فراهم نموده است. مبادله‌ی برون مرزی خدمات سلامت، که از طریق حمل و نقل نمونه‌های

آزمایشگاهی، تشخیصی و مشاوره‌ی بالینی با استفاده از کانال‌های پستی سنتی و یا الکترونیکی انجام می‌شود، مثال‌هایی از این مورد است (۸). در این شکل از معامله‌ی خدمات، مصرف کنندگان، خدمات را از طریق وسایل مختلف انتقال از جمله پست و ابزارهای الکترونیکی بدون تغییر مکان تولید کننده و مصرف کننده دریافت می‌کنند. پزشکی از راه دور، به دلیل تحولات در فن‌آوری اطلاعات و ارتباطات و به دلایل مختلف از جمله کاهش هزینه‌ی نیروی کار و بهبود کیفیت کار گسترش یافته است (۱۴).

۲. مصرف خدمات خارج از کشور (CA) یا Consumption abroad:

این حالت معروف به گردشگری سلامت (گردشگری پزشکی) است (۱۵). صنعت گردشگری پزشکی به سرعت در حال تبدیل به یک صنعت چند میلیاردی و جهانی است (۱۶). جاری (۱۷) گردشگری پزشکی را این گونه تعریف می‌کند: «مسافرت داوطلبانه به خارج از محل اقامت دائمی (در بعد داخلی خارج از مرزهای استانی و در بعد بین‌المللی خارج از مرزهای ملی) به منظور تشخیص، درمان (نگهدارنده یا قطعی) یا بازتوانی با مراجعه به مراکز ارایی دهنده‌ی خدمات سلامت (پزشکی سنتی، جایگزین و مکمل - پزشکی نوین) در قالب یک گردشگر، مشروط بر آن که گردشگر بنا به دلایل مختلفی به جز عدم ارایی این خدمات در محل دائمی اقامتش مبادرت به این سفر کرده باشد - تفاوت گردشگری پزشکی با مسافرت پزشکی - و همچنین این سفر توسط اشخاص حقوقی که متولی ارایی و یا فراهم نمودن خدمات سلامت فرد می‌باشند، تدارک و هماهنگ نشده باشد - تفاوت میان گردشگری پزشکی با برون سپاری خدمات پزشکی -».

با این وجود، تعریف یکسانی درباره‌ی گردشگری پزشکی وجود ندارد. از طرفی، دلایل گردشگران پزشکی برای دریافت خدمات سلامت نیز متنوع است (۱۸).

۳. حضور تجاری (CP) یا Commercial presence:

حضور تجاری در بخش سلامت شامل تأسیس بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، مراکز تشخیصی و درمانی و

مختلف اقتصادی، اجتماعی و حقوقی برای کشور مبدأ و مقصد است. مهاجرت کوتاه مدت به منظور ارتقای صادرات خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش درآمد ارزی و گسترش همکاری بین دولت‌ها صورت می‌گیرد. مهاجرت متخصصین سلامت به طور عمده از کشورهای در حال توسعه به سوی کشورهای توسعه یافته، به سبب تفاوت دستمزد، شرایط کاری و زندگی بهتر و عدم تعادل در عرضه و تقاضای کارکنان بخش سلامت در کشور مبدأ و مقصد انجام می‌پذیرد. اگر این مهاجرت به صورت دائم باشد، می‌تواند عواقب نامطلوبی برای عدالت، کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت در کشورهای مبدأ داشته باشد (۸). شکل ۱ انواع حالات معامله‌ی خدمات را به تصویر می‌کشد (۱۰).

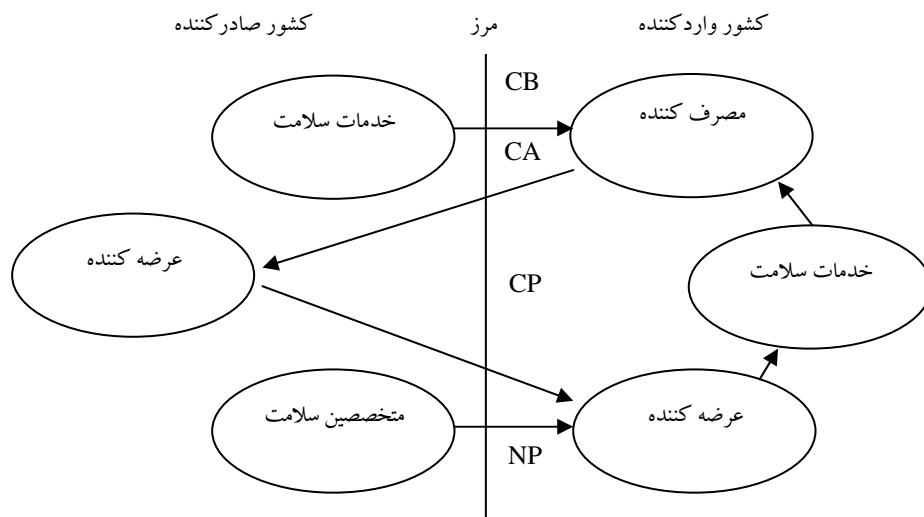
#### وضعیت مهاجرت متخصصین سلامت در آسیا (NP):

مهاجرت متخصصین سلامت از کشورهای در حال توسعه به کشورهای توسعه یافته بیش از سه دهه مورد بحث است، اما بزرگی این مشکل و پیامدهای آن با توجه به روند سریع جهانی شدن، تغییر کرده است (۲۰). بزرگ‌ترین صادر کنندگان متخصصین سلامت در آسیا، فیلیپین و اندونزی هستند. این دو کشور تعداد زیادی پرستار و ماما به کشورهای سراسر جهان اعزام می‌کنند. این شکل تجارت با رشد عرضه‌ی افراد حرفه‌ای آموزش دیده در این دو کشور و کمبود

خانه‌های سالمندان توسط سرمایه‌گذاران خارجی در یک کشور می‌باشد (۱۱). سرمایه‌گذار ممکن است یک شخص حقوقی یا حقیقی باشد. الگوی عمده‌ی مشارکت خارجی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی به صورت سرمایه‌گذاری در امکانات موجود و یا سرمایه‌گذاری مشترک با شرکای محلی است. سهامداران غیر حقوقی اغلب در فعالیت‌های مرتبط با گردشگری پزشکی در زمینه‌ی مدیریت مالی، ارایه‌ی خدمات پزشکی و به منظور توسعه‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان سرمایه‌گذاری می‌کنند. نقش حضور تجاری در کشورهای میزبان نشان می‌دهد که حضور تجاری منبع مهم سرمایه، مکمل سرمایه‌گذاری خصوصی داخلی و موجب کمک به توسعه‌ی اقتصادی و انتقال فن‌آوری است. دسترسی به سرمایه‌ی خصوصی می‌تواند باعث کاهش بار کل منابع دولتی شود (۱۹).

۴. مهاجرت متخصصین سلامت (NP) یا (Natural movement of health professionals):

این حالت به مهاجرت متخصصین سلامت (پزشکان، پرستاران، داروسازان و سایر کارکنان) و نیروی انسانی پشتیبان (امدادگران و تکنسین‌ها) اشاره دارد. طبق موافقت‌نامه‌ی GATS، این مهاجرت موقت است و دائمی نمی‌باشد (۱۵). مهاجرت‌های موقت و دائمی دارای پیامدهای



شکل ۱: انواع معاملات در تجارت خدمات سلامت

در منطقه‌ی جنوب آسیا، مهاجرت پزشکان از سال ۱۹۵۰ میلادی پس از استعمار مشترک هند، سریلانکا و پاکستان توسط بریتانیا آغاز شد و بعدها به بنگلادش و نپال گسترش یافت. در ابتدا، پرستاران این کشورها به طور عمده به خاور میانه مهاجرت می‌کردند؛ اما در حال حاضر، مقصد آنان بریتانیا، ایالات متحده‌ی آمریکا و استرالیا می‌باشد. کشورهای جنوب آسیا به مهاجرت خارجی -مهاجرت از کشور مبدأ به کشورهای غربی برای یافتن فرصت بهتر- و همچنین مهاجرت داخلی -مهاجرت از مناطق روستایی و عقب مانده به شهرها- بسیار علاقه‌مندند. مهاجرت پزشکان در این منطقه را می‌توان ناشی از کشش خارجی حاصل از جهانی شدن، اقتصاد بازار آزاد و جریان بین‌المللی پزشکان از کشورهای به نسبت محروم به کشورهای توسعه یافته‌تر دانست. این پدیده، به عنوان «تسمه نقاله‌ی جهانی مهاجرت کارکنان سلامت» توصیف شده است که می‌تواند مهاجرت بین‌المللی پزشکان از انگلستان و کانادا به ایالات متحده‌ی آمریکا و از بنگلادش، هند و پاکستان به کشورهای حوزه‌ی خلیج فارس، انگلستان و ایالات متحده را نیز توجیه کند. هند، بزرگ‌ترین صادر کننده‌ی پزشک آسیاست. پزشکان هندی مهاجرت به کشورهای ایالات متحده‌ی آمریکا، انگلستان، کانادا، استرالیا و کشورهای حوزه‌ی خلیج فارس را ترجیح می‌دهند (۲۰).

کشورهای منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی میزبان مهم پزشکان، پرستاران، تکنسین‌های رادیولوژی، آزمایشگاه، بهداشتکاران دهان و دندان و فیزیوتراپیست‌ها از بسیاری از کشورهای در حال توسعه هستند (۸). در برخی از کشورهای منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی از جمله اردن، عمان، پاکستان، سوریه، لبنان و یمن، گردشگری پزشکی (حالت دو معامله‌ی خدمات) و مهاجرت متخصصین سلامت (حالت چهار معامله‌ی خدمات)، مهم‌ترین روش‌های تجارت خدمات سلامت است. بسیاری از این کشورها با همسایگان عرب خود توافق‌نامه‌ی تجارت آزاد و با ایالات متحده‌ی آمریکا موافقت‌نامه‌های تجاری دو جانبه امضا کرده‌اند. تعدادی از این کشورها به شدت به صنعت گردشگری پزشکی و مهاجرت متخصصین

کارکنان حوزه‌ی سلامت در کشورهای با درآمد بالا، روندی رو به رشد داشته است (۳). در فیلیپین، افزایش شدید تعداد مدارس پرستاری که بسیاری از آن‌ها در پاسخ به نیاز بازارهای خارجی تأسیس شده‌اند، نگرانی‌های مربوط به کمبود داخلی پرستاران -به دلیل صادرات این قشر از نیروی کار بخش سلامت- را کاهش داده است (۱۱). کشور چین با نظارت دولت برای ارسال متخصصین سلامت، قراردادهای کوتاه مدت با برخی کشورهای آفریقایی امضا کرده است (۸).

سیاست‌های مهاجرتی ژاپن نیز اجازه‌ی ورود کارکنان ماهر (طبق فهرست طبقه‌بندی مشاغل و طبقه‌بندی کار) را داده است. اگر چه این مشاغل به طور کامل تفکیک نشده‌اند، اما ورود متخصصین سلامت به ویژه پرستاران و مراقبان طبق توافق‌نامه‌های متقابل انجام می‌شود. این کشور، مذاکراتی با مقامات فیلیپین برای طرح یک موافقت‌نامه‌ی دو جانبه برای بهره‌مندی از متخصصین سلامت فیلیپینی داشته است (۲۱).

مالزی هم وارد کننده و هم صادر کننده‌ی متخصصین سلامت است؛ در حالی که عمده‌ی پرستاران استخدامی بیمارستان‌های مالزی، هندی و فیلیپینی هستند، پرستاران مالزی کار در عربستان و سنگاپور را به سبب اختلاف درآمد ترجیح می‌دهند (۳). تورانی و همکاران (۲۲) بیان کرده‌اند که تایلند و سنگاپور در زمینه‌ی صادرات متخصصین سلامت چندان فعال نیستند و بیشتر وارد کننده‌اند. سنگاپور تنها کشوری است که در منطقه‌ی آسه‌آن (ASEAN) یا Association of South East Asian Nations) در هر ۴ زمینه‌ی تجارت خدمات سلامت، فعال است (۲۲). فیلیپین و هند، در آموزش کارکنان سلامت برای صادرات سرمایه‌گذاری می‌کنند. با توجه به این که حداقل استاندارد توصیه شده از طرف سازمان جهانی بهداشت، ۲۰ پزشک و ۱۰۰ پرستار شاغل به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت است، هند این استاندارد را برای پزشکان پشت سر گذاشته است؛ اما تحقق آن در مورد پرستاران، دور از دسترس به نظر می‌رسد. در سال ۲۰۰۴، ۶۲ پرستار و ۵۱ پزشک به ازای هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر جمعیت در هند وجود داشته است (۷).

سلامت - اگر پس‌انداز آنان به کشور ارسال شود - چشمگیری است. در مورد هند، تأثیر مهاجرت متخصصین سلامت بر اقتصاد داخلی می‌تواند از طریق جریان وجوه ارسالی و تمایل مردم به حرفه‌های پزشکی و پرستاری اندازه‌گیری شود. به عنوان مثال، مهاجرت تأثیر سودمندی بر اقتصاد هند داشته است. وجوه ارسالی از خارج از کشور که توسط کارکنان مهاجر بخش سلامت هند برای این کشور ارسال می‌شود، به طور تقریبی ۲ میلیارد دلار آمریکا در هر سال برآورد شده است. این وجوه ارسالی یک منبع پایدار ورود ارز خارجی برای این کشور پدید آورده است. بانک مرکزی هند (RBI یا Reserve bank of India) گزارش کرده است که هند در سال مالی ۰۶-۲۰۰۵، بالاترین حواله‌ی دریافتی در جهان را داشته است (۷).

در حالی که توازن منابع انسانی بخش سلامت را می‌توان به عنوان فرصت به دست آمده برای کشور وارد کننده در کوتاه مدت بر شمرده، کاهش نیروی کار ملی در بخش سلامت خطری تهدید کننده برای آن است. همچنین ایجاد درآمد با به کارگیری نیروی انسانی مازاد بر نیروی کار و ارتقای مهارت‌های ارایه دهنده‌گان خدمات پس از بازگشت به کشور مبدأ، فرصتی برای کشورهای صادر کننده محسوب می‌شود. فرار مغزها به دلیل از دست دادن نیروی کار ماهر و متعاقب آن از دست رفتن سرمایه‌گذاری‌های مالی و بارانه‌ای استفاده شده برای آموزش این افراد و از دست دادن دایمی نیروی کار نیز از مشکلات احتمالی ناشی از مهاجرت متخصصین سلامت است (۱۱).

در رابطه با کشورهای جنوب آسیا از جمله پاکستان، بنگلادش، سریلانکا، نپال و هند باید گفت در حالی که آموزش‌های حرفه‌ای، حقوق و مزایای بالاتر و شرایط بهتر زندگی در خارج به عنوان عوامل «کشش»، فرصتی برای کارکنان خدمات سلامت ایجاد می‌کند، تولید مازاد کارکنان سلامت و بی‌کاری حاصل از آن، حقوق و دستمزد نامناسب، رکود و بی‌کاری همراه با فقدان زیرساخت به عنوان عوامل «فشار»، جوانان را به مهاجرت ترغیب می‌نماید. از آن جا که

سلامت متکی هستند. شایع‌ترین حالت تجارت خدمات سلامت در منطقه، حالت چهار یا مهاجرت متخصصین سلامت است. کشور عمان وارد کننده‌ی خالص متخصصین سلامت در منطقه است و سایر کشورهای با درآمد کم و متوسط، به ویژه پاکستان و اردن، فقط صادر کننده‌ی متخصصین سلامت هستند. با وجود خط مشی‌های دولت عمان در رابطه با تأمین متخصصین سلامت، این کشور به شدت وابسته به واردات پزشک، دندانپزشک، داروساز و پرستار برای ارایه‌ی خدمات سلامت است (۱۱).

### چالش‌ها و فرصت‌های مهاجرت متخصصین سلامت (NP):

تغییرات دموگرافیک و هزینه‌های در حال افزایش مراقبت‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته به احتمال زیاد در آینده منجر به افزایش تقاضا برای متخصصین سلامت از کشورهای با درآمد پایین و متوسط می‌شود. مهاجرت متخصصین سلامت از کشورهای با دستمزد پایین به کشورهای با درآمد بالا، می‌تواند بهره‌وری اقتصادی را بهبود بخشد. به طور معمول، کشور مقصد با رفع کمبود نیروی انسانی بخش سلامت - که یک مشکل رو به رشد در میان بسیاری از کشورهای با درآمد بالا و متوسط است - سود خواهد برد؛ در حالی که منافع آن برای کشورهای صادر کننده به این امر بستگی دارد که کارکنان مهاجر، درآمد خود را کجا صرف کنند. اگر سهم قابل توجهی از درآمد آنان به کشورشان حواله شود، کشور صادر کننده به احتمال زیاد سود خواهد برد؛ در غیر این صورت، متحمل زیان اقتصادی خواهد شد؛ به طور مثال، پرستاران فیلیپینی که در خارج از کشور کار می‌کنند با ارسال سهم قابل توجهی از درآمد خود به فیلیپین، موجب سودآوری برای این کشور شده‌اند (۳).

کشورهایی مانند هند، چین و فیلیپین می‌توانند با تولید بیشتر متخصصین سلامت از تجارت خدمات سلامت بهره ببرند. برای این کشورها، راهبرد صادرات متخصصین سلامت بخشی از برنامه‌ی صادرات نیروی کار است. دستاورد اقتصادی حاصل از قراردادهای مهاجرت کارکنان بخش



وارد کننده و صادر کننده‌ی متخصصین سلامت یکسان نیست. این فرصت‌ها و چالش‌ها به عوامل مختلفی نظیر میزان حقوق و دستمزد، میزان تجارت و وضعیت عرضه و تقاضای خدمات در نظام سلامت ملی و میزان عرضه‌ی نیروهای انسانی متخصص در بخش سلامت کشورها بستگی دارد. در جدول ۱ خلاصه‌ی فرصت‌ها و چالش‌های مهاجرت متخصصین سلامت به تفکیک کشورهای صادرکننده و واردکننده آمده است.

جدول ۱: فرصت‌ها و چالش‌های مهاجرت متخصصین سلامت به تفکیک کشورهای صادرکننده و واردکننده

کشور صادر کشور وارد		گزاره‌های برگرفته از پژوهش‌ها
کننده	کننده	
چالش		کاهش نیروی کار ملی
	چالش	افزایش قیمت خدمات
	چالش	کمبود موقت نیروی کار متخصص داخلی
فرصت		ارتقای مهارت و دانش متخصصین سلامت
	چالش	از دست دادن دایم نیروی متخصص سلامت
	فرصت	به کارگیری نیروی انسانی مازاد بر تقاضای داخلی
	فرصت	افزایش درآمد ارزی
	فرصت	افزایش سهم بخش بهداشت در اقتصاد ملی
فرصت		توازن منابع انسانی بخش سلامت

بنابراین، تصمیم ورود به تجارت خدمات سلامت و صادرات متخصصین سلامت، باید بر اساس راهبردهای آگاهانه و ارزیابی مناسب خط مشی‌های ملی و اهداف سیاسی اتخاذ شود. این راهبردها باید مبتنی بر ارزیابی وضعیت نظام سلامت ملی و استفاده از مزایای رقابتی و همچنین سیاست‌هایی برای کاهش پیامدهای نامطلوب باشد تا با وجود پیچیدگی‌ها و تفاوت‌های ظریف این شکل از تجارت، بتوان مذاکرات موفق در این زمینه انجام داد و از مزایای آن بهره‌مند گردید.

آموزش پزشکی در کشورهای در حال توسعه به شدت یارانه‌ای است، هزینه‌ی دانش‌آموختگان علوم پزشکی در کشورهای غربی به طور قابل توجهی بالاتر از هم‌تایان آنان در کشورهای در حال توسعه است. این امر، کشورهای غربی را به استخدام پزشکان جنوب آسیا ترغیب می‌کند. حقوق و مزایای بهتر، شرایط کاری و آینده‌ی تحصیلی روشن‌تر برای کودکان، عوامل مؤثر در مهاجرت دانش‌آموختگان علوم پزشکی این کشورها به کشورهای غربی می‌باشند. به عنوان مثال، یک متخصص در سریلانکا ۴۵/۰۰۰ روپیه و هم‌تای او در استرالیا ۱/۵۰۰/۰۰۰ روپیه دریافت می‌کند (۲۰).

آشنا کردن متخصصین سلامت کشورهای در حال توسعه با روش‌های جدید، فراهم نمودن دسترسی به صلاحیت‌ها و مدارک تحصیلی بالاتر و ایجاد منابع مالی اضافی، فرصت ناشی از این تجارت برای کشورهای در حال توسعه است که می‌تواند به بهبود نظام سلامت آن‌ها منجر گردد (۵). طبق نظریه‌ی نئوکلاسیک، افزایش صادرات خدمات سلامت از جمله افزایش مهاجرت متخصصین سلامت موجب افزایش قیمت خدمات سلامت در کشور مبدأ می‌گردد که با بهره‌مندی کشور مبدأ از عواید ارزی حاصل از صادرات خدمات سلامت، قابل جبران است. اما به دلیل تأثیر منفی قیمت‌ها بر توزیع خدمات در بخش‌های فقیرتر جمعیت، در عمل چنین اتفاقی نمی‌افتد مگر این که منابع و منافع حاصل از درآمد صادرات در بخش‌هایی که تحت تأثیر این افزایش قیمت قرار گرفته‌اند، باز توزیع شوند یا در جهت تقویت منابع نظام سلامت به کار گرفته شوند. بنابراین، دولت برای کاهش تأثیر قیمت بر بخش فقیر جمعیت، باید خط مشی مناسب داشته باشد (۸).

## بحث

تجارت خدمات سلامت و به ویژه مهاجرت متخصصین آن، در حال رشد است. بدیهی است این شکل از تجارت خدمات سلامت با فرصت‌ها و چالش‌هایی توأم است که در کشورهای



## References

1. De P. Trade in Services in South Asia: Opportunities and Risks of Liberalization. *Journal of South Asian Development* 2010; 5(2): 303-5.
2. Chanda R. India-EU relations in health services: prospects and challenges. *Global Health* 2011; 7(1): 1.
3. Arunanondchai J, Fink C. Trade in health services in the ASEAN region. *Health Promot Int* 2006; 21 (Suppl 1): 59-66.
4. Benavides DD. Trade policies and export of health services: a development perspective. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 53-69.
5. Zarrilli S. Identifying a trade-negotiating agenda. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development, 2002. p. 71-8.
6. Toward a positive multilateral trade agenda for developing countries: Meeting conclusions and recommendations. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2013. p. 223-6.
7. Kumar P, Simi TB. Barriers to Movement of Healthcare Professionals A Case Study of India CUTS Centre for International Trade, Economics & Environment. New Delhi, India : In collaboration with WTO Cell, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India and WHO India Country office, New Delhi; 2007. p. 1-79.
8. Chanda R. Trade in health services. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 158-63.
9. Timmermans K. Developing countries and trade in health services: which way is forward? *Int J Health Serv* 2004; 34(3): 453-66.
10. Wibulpolprasert S, Pachanee CA, Pitayangsarit S, Hempisut P. International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. *Hum Resour Health* 2004; 2(1): 10.
11. Siddiqi S, Shennawy A, Mirza Z, Drager N, Sabri B. Assessing trade in health services in countries of the Eastern Mediterranean from a public health perspective. *Int J Health Plann Manage* 2010; 25(3): 231-50. [In Persian].
12. Adlung R, Carzaniga A. Health services under the General Agreement on Trade Services. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 13-33.
13. Ascher B. The case of the United States of America. In: Drager N, Vieira C, Editors. *Trade in Health Services: Global, Regional, And Country Perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization, Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002. p. 185-91.
14. Tullao TS, Cortez MA. Development of a private sector framework for ASEAN trade negotiations: Health care sector [Online]. 2006; Available from: URL: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADJ692.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADJ692.pdf)
15. Smith RD, Chanda R, Tangcharoensathien V. Trade in health-related services. *Lancet* 2009; 373(9663): 593-601.
16. Jabbari AR, Delgoshaei B, Mardani R, Tabibi SJ. Medical tourism in Iran: Issues and challenges. *J Edu Health Promot* 2012; 1(1): 39. [In Persian].
17. Jabbari A. Designing a Model for Iran Medical Tourism [Thesis]. Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [In Persian].
18. Ferdosi M, Jabbari AR, Keyvanara M, Agharahimi Z. Systematic Review of Researches on Medical Tourism. *Health Inf Manage* 2011; 8(8): 1169-78. [In Persian].
19. Outreville JF. Foreign direct investment in the health care sector and most-favoured locations in developing countries. *Eur J Health Econ* 2007; 8(4): 305-12.
20. Adkoli BV. Migration of Health Workers: Perspectives from Bangladesh, India, Nepal, Pakistan and Sri Lanka. *Regional Health Forum* 2006; 10(1): 49-58.
21. Tullao TS, Cortez MA. Movement of Natural Persons between the Philippines and Japan: Issues and Prospects [Online]. 2004; Available from: URL: [http://econpapers.repec.org/paper/phddpaper/dp\\_5f2004-11.htm](http://econpapers.repec.org/paper/phddpaper/dp_5f2004-11.htm)
22. Tourani S, Tabibi SJ, Tofighi Sh, Shaarbafchi Zadeh. International Trade in Health Services in the Selected Countries of ASEAN Region; Challenges and Opportunities. *Health Inf Manage* 2011; 8(4): 453-68. [In Persian].

## Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities\*

Alireza Jabbari, PhD<sup>1</sup>; Raja Mardani<sup>2</sup>

### Review Article

#### Abstract

Information and communication technology have made it easier to trade health services and the business is rapidly growing. Health services under the General Agreement on Trade in Services (GATS) are traded through four modes. Migration of health professionals, the 4<sup>th</sup> mode of trade in health services, has had a growing trend due to demographic changes, aging populations and rising health care costs in high-income countries as factors that increase demand, and expanding exports, increase foreign exchange incomes, increase knowledge and skills of employees supply as factors encouraging supply. Although migration of health professionals to countries has advantages, it can be a challenge too. This study reviewed the opportunities and challenges of migration of health professionals from the Asian countries. Trade in health services as one of most complex challenges of health system, its various types, and the current situation of Asian countries dealing with the fourth type were studied and opportunities and challenges of migration of health professionals were expressed. Studies showed that countries importing or exporting health services are not faced with identical opportunities and threats. Migration to higher income countries has the opportunity to work and better conditions for health professionals and provides a source of income for the exporting country. However, lack of explicit policies in this area will lead to the depletion of the country of origin from skilled labor which reduces labor and leads to loss of national wealth spent on educating the staff.

**Keywords:** Asia; Trade in Health Services; Challenges; Opportunities

Received: 28 Dec, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Jabbari A, Mardani R. **Trade in Health Services via Four Modes in Asian Countries: Challenges and Opportunities.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1104-12.

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

1- Assistant Professor, Health Care Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Management, School of Health Management and Medical Informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (Corresponding Author) Email: raja.ibrahim49@yahoo.com

# عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های

## سوم و چهارم توسعه\*

سعید کریمی<sup>۱</sup>، نجمه بهمن زیاری<sup>۲</sup>

### مقاله مروری

### چکیده

سلامت یک پروسه‌ی چند محوری و در عین حال بسیار مهم است، از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد. آن چه در ارابه‌ی خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد، مسأله‌ی عدالت است. در این مقاله سعی شد تا با بررسی آمار موجود، عادلانه بودن خدمات سلامت کشور در فاصله‌ی سال‌های برنامه‌های سوم و چهارم توسعه مورد بررسی قرار گیرد. این مطالعه در پایان سال ۱۳۹۰ به صورت مروری انجام و برای گردآوری اطلاعات از موتورهای جستجو و منابع کتابخانه‌ای بهره‌گیری شد. سپس یافته‌ها با توجه به هدف اصلی پژوهش، انتخاب و مرتب گردید. همان طور که بررسی‌ها نشان داد، اگر چه برای گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه در کشورمان کاستی وجود ندارد، اما در اجرا، مسایل و مشکلات عدیده‌ای را ملاحظه می‌نماییم و با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، تحلیل آماری و گزارشات مدون سالیانه که به چه میزان اهداف برنامه محقق شده است، در دست نیست، اما طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است تا تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند. با این وجود، پیشرفت‌هایی نیز داشته‌ایم، اما لازم است که در این زمینه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد و علل ریشه‌ای عدم موفقیت برنامه‌ها بررسی شود.

**واژه‌های کلیدی:** عدالت؛ سلامت؛ شاخص‌های مالی سلامت؛ برنامه‌های توسعه

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۱

اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** کریمی سعید، بهمن زیاری نجمه. عدالت در شاخص‌های مالی سلامت ایران در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۱۲۲-۱۱۱۳.

### مقدمه

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی فرد است و فقط نبود بیماری و معلولیت مد نظر نمی‌باشد (۱). با توجه به تعریف، سلامت دارای ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است که تحت تأثیر محیط اجتماعی، اقتصادی و زیستی قرار می‌گیرد (۲). به عبارت دیگر سلامت یک پروسه‌ی چند محوری و در عین حال بسیار مهم است، از یک سو عوامل بسیاری در ایجاد و تداوم آن نقش دارد و حاصل مشارکت تمام دستگاه‌های اجرایی یک جامعه است و از طرف دیگر، مقوله‌ی سلامت

تأثیر قابل توجهی بر سایر بخش‌های جامعه دارد، به گونه‌ای که حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، لازمه‌ی هر حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود.

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

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: najmeh\_bahmanziari@yahoo.com

وضعیت مناسب‌تری را نشان می‌دهد، اما تغییر عمده‌ای در طول سال‌های متمادی مشاهده نشده است و برنامه‌های توسعه و قوانین مختلف موجب بهبود وضعیت نشده‌اند.

در حال حاضر نیز پیشرفت‌های روز افزون دانش، روش‌ها و تکنولوژی‌های جدید در بهداشت و درمان از یک سو و تغییر شیوه‌ی زندگی، ساختار فرهنگی و اجتماعی، نیازهای پزشکی مردم و رشد شتابان جمعیت از سوی دیگر، مسأله‌ی عرضه‌ی امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی را با مشکلات و موانع جدی روبه‌رو ساخته است (۱۳). حکومت‌های مختلف جهان، امروزه از جمله موفق‌ترین خدمات خود را بهینه‌سازی و ارائه‌ی مناسب خدمات بهداشتی و درمانی می‌دانند و همه‌ی سیستم‌های بهداشتی در سراسر دنیا در پی یافتن راه‌هایی برای پاسخ‌گویی بهتر به بیماران و جامعه‌ی تحت پوشش هستند (۱۴)؛ به طوری که اگر در کشوری یا جامعه‌ای مسأله‌ی بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به عنوان یکی از نقاط ضعف دولت‌ها تلقی می‌شود و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع جامعه می‌گردد (۱۵).

نقش این بخش در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است؛ به طوری که کمبود دسترسی و پایین بودن کیفیت خدمات نه تنها کیفیت و سطح زندگی را کاهش می‌دهد، بلکه مانع بهبود سایر بخش‌های اقتصادی، افزایش بی‌عدالتی و نابرابری‌های اجتماعی و در نتیجه بروز مشکلات سیاسی می‌شود.

کشور ما نیز از جمله کشورهایی است که با توجه به زیرساخت‌های اقتصادی و آسیب‌پذیری شدید در رویارویی با نوسانات بازار پول و کالا، مشکلاتشان دو چندان می‌شود، زیرا با وجود سیر صعودی تقاضا برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی، همواره با محدودیت منابع روبه‌رو است؛ به طوری که پاسخ‌گویی کامل به نیاز مصرف‌کنندگان این بخش حتی در پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا نیز در حقیقت دور از دسترس به نظر می‌رسد.

در پاسخ به این مشکلات و چالش‌های ناشی از نیاز به عدالت و اهمیت مسأله‌ی کلیدی تأمین سلامت، توجه به

فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در تمام مراحل زندگی و زنجیره‌ی حیات او از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی به شمار می‌رود (۳) و آن چه در ارائه‌ی خدمات سلامت اهمیت بسیار دارد، مسأله‌ی عدالت است. عدالت در خدمات بهداشتی - درمانی مفهومی چند بعدی است و نیل به آن از چالش‌های پیش‌روی سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت است (۴) که به صورت عملیاتی به حداقل رساندن نابرابری‌های قابل اجتناب در سلامت و عوامل مؤثر بر آن بین گروه‌هایی از مردم که دارای سطوح مختلف مزیت‌های اجتماعی یا امتیازات (سطوح مختلف قدرت، ثروت، یا اعتبار با توجه به موقعیت افراد در جامعه نسبت به گروه‌های دیگر) هستند، تعریف شده است (۵). این مسأله از آن جایی اهمیت می‌یابد که یکی از مقوله‌های اجتماعی مهم در معرض تأثیر مستقیم و غیر مستقیم فراگرد توسعه‌ی اقتصادی و نیز نابرابری درآمدی، وضعیت سلامت افراد جامعه است (۲).

Wagstaff در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ میلادی با عنوان فقر و نابرابری‌های بخش سلامت، عوامل اثرگذار بر فقر از طریق پرداخت برای بهداشت و درمان را پرداخت مستقیم از جیب به صورت کاهنده در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه و کشورهای در حال توسعه همانند بنگلادش، بروکینافاسو، چین، پاراگوئه و تایلند، هزینه‌های کمرشکن که در چندین کشور بیشتر از یک درصد از کل خانوارها، نیمی یا بیشتر از هزینه‌های غیر غذایی خود را جهت خدمات سلامت پرداخت کرده بودند و هزینه‌های فقرزا بیان می‌کند (۶).

جمشیدی (۷)، رضوی و همکاران (۸)، علیزاده و فضائلی (۹)، حیدری (۱۰) و اکبری (۱۱)، نیز هر یک بررسی‌هایی در خصوص اندازه‌گیری برخی از شاخص‌ها و میزان عادلانه بودن خدمات سلامت در ایران انجام داده‌اند که بیانگر وضعیت چندان مناسبی نیست، اگر چه در مقایسه با برخی از کشورها مانند مالزی که ۷۳/۸ درصد تأمین منابع مالی بخش سلامت از طریق پرداخت مستقیم از جیب برآورد گردیده بود (۱۲)،

متخصصان سلامت نیز از تعابیر زیر برای توضیح عدالت در نظام سلامت استفاده نموده‌اند:

- هرگاه تفاوت در پیامدهای سلامت ناشی از عدم توازن قابل جبران در توزیع امکانات و در دسترسی گروه‌های مختلف اجتماعی و یا جوامع مختلف باشد، بی‌عدالتی در سلامت رخ داده است. به عبارت دیگر عدالت در سلامت زمانی رخ می‌دهد که همه‌ی آحاد جامعه بتوانند سلامت کامل خود را حفظ کنند و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آن‌ها در میزان سلامت آن‌ها تأثیری نداشته باشد.

- عدالت در سلامت را می‌توان به صورت دسترسی بر اساس نیاز و پرداخت بر اساس توان نیز تعریف نمود.

انجمن بین‌المللی عدالت در سلامت، این مفهوم را این گونه بیان می‌نماید: عدالت در سلامت یعنی فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه، قابل بر طرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اقتصادی، اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی (۱۸).

اما به طور کلی می‌توان گفت که در بحث ارزیابی خدمات مراقبت سلامت، سه تعبیر از عدالت مطرح است:

- عدالت به مفهوم فراهم کردن میزان حداقل استاندارد از درمان برای نیازمندان

- درمان برابر برای نیازهای برابر بدون توجه به درآمد افراد

- برابری در دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی علاوه بر این‌ها، تعبیری دیگر از عدالت در رابطه با نحوه‌ی تأمین مالی هزینه‌های بهداشت و درمان وجود دارد که به معنی توزیع عادلانه، بار مالی هزینه‌های بهداشت و درمان در میان طبقات مختلف جامعه به کار رفته است (۱۹).

بایستی ذکر گردد که عدالت اغلب در دو سطح افقی و عمودی در نظر گرفته می‌شود و برای اولین بار تفکیک بین عدالت افقی و عمودی توسط ارسطو در یونان قدیم به صورت زیر تعریف گردید:

- عدالت افقی: با برابری‌ها باید، برابر رفتار شود.

- عدالت عمودی: با نابرابری‌ها باید، نابرابر رفتار شود (۱۸).

### عدالت در ارزیابی خدمات سلامت

تعریف عدالت افقی و عمودی در نظام سلامت برگرفته از نظر

نابرابری‌های بهداشتی مشخص می‌شود. با این وجود اندازه‌گیری نابرابری سلامت در طول زمان و در سراسر کشورها هنوز هم به عنوان یک چالش مطرح است (۱۶).

این مقاله، بر آن بوده است تا با شناسایی اهداف برنامه‌های سوم و چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در رابطه با سلامت و عدالت اجتماعی و آمار موجود، میزان عادلانه بودن خدمات سلامت کشور در فاصله‌ی سال‌های اجرای این برنامه‌ها مورد بررسی قرار گیرد.

### روش بررسی

نوع مطالعه، مقاله‌ی مروری نقلی بود که جهت بررسی وضعیت کشور و میزان اثربخش بودن برنامه‌ها و اقدامات، در پایان سال ۱۳۹۰ به جستجوی مطالعات و آمار موجود پرداخته شد. در همین راستا به سایت‌های Google scholar، Google، SID و Magiran مراجعه و از کلید واژه‌های عدالت، نظام سلامت و شاخص‌های مالی سلامت استفاده گردید. هدف از این جستجو، یافتن مطالعاتی بود که به بررسی شاخص‌های مالی سلامت در فاصله‌ی اجرای برنامه‌های سوم و چهارم توسعه در ایران پرداخته‌اند. در نهایت پس از بررسی ۴۲ مورد یافت شده، ۹ مورد از مطالعات مناسب و مرتبط به همراه منابع کتابخانه‌ای در دسترس انتخاب گردید.

### شرح مقاله

#### مفهوم عدالت در سلامت

چیستی عدالت از سؤالات مهم در ذهن بشر می‌باشد که پاسخ‌های بسیار متفرق دریافت کرده است. اما به صورت کلی می‌توان بیان کرد که توجه به مفهوم عدالت بدون توجه به مفهوم حق امکان‌پذیر نیست. عدالت «اعطای کل ذی حق حقه» تعریف شده است. به عبارتی عدل و حق با هم عجین هستند. عدالت مرحله‌ی اجرای حق است و حق خود از جنس امور ثابت است. حقوق انسان‌ها به دلیل این که انسان هستند، حقوق مساوی است و عدل یعنی در شرایط مساوی، همه امکان برخورداری یکسان از امکانات را بیابند و همه بتوانند استعدادهای خود را شکوفا نمایند (۱۷).

ارسطو این گونه است:

در عدالت افقی تأکید بر این است که انسان‌ها در برابر نیازهای برابر، از خدمات برابر استفاده نمایند. اما در عدالت عمودی تأکید بر این است که افرادی که نیازهای بیشتری دارند، خدمات و حمایت‌های بیشتری دریافت کنند (۱۷).

### عدالت در تأمین مالی

تأمین عادلانه‌ی منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطرانی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آن‌ها توزیع شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه‌ی افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید.

نظام سلامتی که افراد یا خانوارها گاهی در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه‌ی اکثر کشورهای با درآمد پایین و برخی از کشورها با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند، اما در اکثر کشورهای در حال توسعه اغلب سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت می‌باشد.

### تعریف عدالت افقی و عمودی در تأمین مالی نظام سلامت

عدالت افقی نیازمند آن است که خانوارها با توان یکسان، پرداخت یکسان داشته باشند.

عدالت عمودی یعنی خانوارهایی که توان نابرابر در پرداخت دارند، پرداخت نابرابر داشته باشند (۲۰، ۱۸).

شاخص‌های مالی سلامت

برای بررسی میزان عدالت نیز می‌توان از شاخص‌های زیر استفاده نمود:

- پرداخت از جیب (Out of pocket): نسبتی از هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که به طور مستقیم از جیب به هنگام دریافت خدمت پرداخت می‌شود. از این رو

کاهش هر چه بیشتر آن مثبت ارزیابی شده است و به عنوان یک مورد در برنامه‌ی چهارم توسعه ذکر می‌شود (کاهش پرداخت مستقیم از جیب تا ۳۰ درصد).

- هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic expenditure): هزینه‌های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰ درصد از توان پرداخت خانوار یا مصارف غیر خوراکی او باشد. کاهش هر چه بیشتر این شاخص نیز مثبت ارزیابی می‌شود و به عنوان یک مورد در برنامه‌ی چهارم توسعه ذکر گردیده است (کاهش نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت به کمتر از یک درصد).

- هزینه‌های فقرزا (Medical impoverishment): این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می‌دهد که از نظر درآمدی پس از کسر پرداخت به سلامت زیر خط فقر قرار می‌گیرند، به عبارتی فقر ناشی از هزینه‌های درمانی را تجربه می‌کنند.

- شاخص ضریب Gini (Gini coefficient index): ضریب Gini یک واحد اندازه‌گیری پراکندگی آماری است که اغلب برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه‌ی آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعریف می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. یک ضریب Gini پایین برابری بیشتر در توزیع درآمد یا ثروت را نشان می‌دهد، در حالی که ضریب Gini بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می‌کند (۱۷).

- شاخص مشارکت مالی عادلانه (Fairness in financial contribution index): شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های درمانی در سال ۲۰۰۰ از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از ۳ هدف عمده‌ی یک نظام سلامت مطرح شده است (۲۱).

از نظر این شاخص نظام سلامت، زمانی تأمین مالی عادلانه خواهد بود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت خانوارها برای همه یکسان و مستقل از وضعیت سلامت خانوار باشد. بر این اساس عدالت عبارت



افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد. دولت نیز مکلف شده بود، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله‌ی دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه‌های پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را به اجرا بگذارد.

طبق مطالعه‌ی جمشیدی شاخص عدالت (Fairness in financial contribution index) در ایران برابر با ۰/۸۳ بود، حال آن که این شاخص برای کشورهای نظیر لوگزامبورگ و دانمارک که به صورت دولت رفاه اداره می‌شوند، به حدود ۰/۹۹ نیز می‌رسید.

حدود ۳/۳۵ درصد از خانوارها بیش از ۴۰ درصد از قدرت پرداخت خود را به اجبار بابت بهداشت و درمان پرداخته‌اند و به اصطلاح با حالت اسفبار مواجه می‌شدند و متأسفانه پوشش بیمه قادر به مصونیت خانوارها در مواجهه با حالت اسفبار نبوده است و حدود یک سوم از خانوارهای مواجه با حالت اسفبار به نوعی تحت پوشش یکی از صندوق‌های بیمه بوده‌اند. هر ساله ۱/۲ درصد از خانوارهای گروه‌های کم درآمد نیز به دلیل بار مالی پرداخت هزینه‌های سلامتی به کام فقر کشیده می‌شدند (۷).

مطالعه‌ای نیز به سفارش دفتر مدیران‌هی شرقی سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده بود، نتایج، محاسبه‌ی دو شاخص (Fairness in financial contribution index) و نسبت خانوارهای دارای هزینه‌های کمرشکن بهداشتی را نشان می‌داد. روند صعودی درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسفبار طی چهار سال از سال ۱۳۷۸ الی ۱۳۸۱ از یک سو و روند نزولی شاخص عدالت در تأمین مالی FFCI در همین دوره نشان از عملکرد غیر هماهنگ نظام مالی بخش بهداشت و درمان کشور با سیاست‌های عدالت خواهانه‌ی این بخش داشت.

است از برابر بودن سهم حق مشارکت‌ها از ظرفیت پرداخت خانوارها (۲۰، ۱۸).

در ایران نیز از ابتدای تصویب قوانین برنامه‌های سوم (۱۳۷۹) و چهارم (۱۳۸۳) توسعه در برنامه‌ریزی‌ها به عدالت در مراقبت‌های سلامت توجه ویژه‌ای شد.

در ماده ۱۹۳ قانون برنامه‌ی سوم توسعه آمده بود که به منظور تأمین و توزیع متعادل خدمات درمان بستری مناسب با نیاز در نقاط مختلف کشور، با در نظر گرفتن دو عامل مهم قابل دسترس بودن خدمات برای آحاد مردم و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های خارج از حد نیاز، سطح‌بندی خدمات درمان بستری با جبران هزینه‌ی نقل و انتقال بیماران و حفظ سهم بستری بیماران اعزامی از سطوح پایین‌تر توسط دولت، حسب تخصیص‌های مختلف و محل‌های استقرار آن، به تفکیک شهرستان صورت خواهد گرفت. همچنین بیان شده بود که به منظور توسعه‌ی عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی و پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیر آن (حمایتی و امدادی) حقی همگانی است و دولت مکلف است تا طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین نماید.

در برنامه‌ی چهارم نیز در بخش سوم به توسعه‌ی سلامت، امنیت انسانی و عدالت اجتماعی پرداخته شده است و در ماده‌ی ۹۰ این قانون مقرر شد که به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه‌ی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد



در سال ۲۰۰۰ میلادی، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه‌ی مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده‌اند. ایران، از این نظر در رتبه‌ی ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده‌ی عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکستان ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشد. البته ایران نسبت به کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱ و سوریه ۱۴۱، از وضعیت بهتری برخوردار بوده است (۱۸، ۱۷).

در سال ۱۳۸۴ شمسی پژوهشی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط معاون رضوی و همکاران با عنوان عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت اجرا شد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که در گستره‌ی زمانی ۸ ساله‌ی ۷۴ تا ۸۱، شاخص عدالت در تأمین مالی بیانگر وضعیت نامطلوب عدالت در مشارکت خانوارها در تأمین مالی هزینه‌های سلامتی می‌باشد. همچنین هر ساله حداقل ۲ درصد از خانوارها به دلیل پرداخت از جهت هزینه‌های درمانی کمرشکن به ورطه‌ی فقر می‌افتند (۸).

فصلی در پژوهشی اقدام به اندازه‌گیری شاخص‌های عدالت در تأمین مالی هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایران نمود که نتایج حاصل، از این قرار بود:

شاخص FFCI در مناطق شهری به میزان چشمگیری بهبود یافت و از ۰/۸۴۱۱ به ۰/۸۵۴۴ رسید، اما روند تغییرات این شاخص در مناطق روستایی کندتر و در جهت کاهش بوده است و نشان دهنده‌ی آن که طی سال‌های مورد بررسی از ۰/۸۲۹۲ به ۰/۸۲۵۵ رسیده بود. این شاخص در کل کشور طی این سال‌ها از ۰/۸۳۳۸۱ به ۰/۸۳۵۸۲ افزایش یافته بود. البته باید توجه داشت که قضاوت در این خصوص مستلزم توجه به سایر ابعاد عدالت در سلامت همچون عدالت در دسترسی و عدالت در پیامدها نیز می‌باشد.

نسبت جمعیت مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت در

سطح ملی، در سال ۱۳۸۵ به ۲/۶ درصد رسید. این شاخص، با وجود تغییرات جزئی، طی سال‌های مورد مطالعه تغییر چشمگیری نداشت و حدود ۰/۱۳ افزایش یافت. بررسی روند این شاخص در مناطق شهری نشان دهنده‌ی بهبود پیوسته‌ی آن می‌باشد و از ۰/۰۱۸ به ۰/۰۱۵ کاهش یافت، در حالی که در مناطق روستایی، میزان این شاخص که تا ۱۳۸۳ روند کاهشی داشت، در سال ۱۳۸۴ اندکی افزایش یافت و به نظر می‌رسد که در سال ۱۳۸۴ دوباره روند کاهشی آن شروع شده بود.

سهام خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار در مناطق روستایی ۹/۷ درصد بوده است که به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از مناطق شهری (۵/۸ درصد) بود.

در مناطق شهری، بالغ بر ۱/۵ درصد از افراد در منطقه‌ی مخارج فاجعه بار سلامت قرار داشتند که نصف شاخص مذکور در مناطق روستایی (۲/۹ درصد) بوده است. در رابطه با فراوانی افرادی که در خصوص تأمین مالی سلامت از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند، شرایط شهرها (۸۵ درصد جمعیت) به مراتب بهتر از روستاها (۷۸ درصد جمعیت) بود.

بیشترین فراوانی خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار در دهک دهم (بالا‌ترین دهک) هزینه‌های مشاهده می‌شد. بیش از ۱۶ درصد از خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار سلامت در این دهک قرار داشتند، در حالی که سهم سایر دهک‌ها بین ۸ تا ۱۰ درصد بود. نسبت شکاف فقر از ۲/۳۴ درصد به ۲/۸ افزایش پیدا کرده بود. در مجموع، متوسط هزینه‌های درمانی خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه بار ۴۴ برابر خانوارهای گروه نخست است که این نسبت برای خدمات بستری و دارو به ترتیب ۷۷۹ برابر و ۵ برابر بود.

سهم جمعیتی که در کل کشور به دلیل هزینه‌های درمانی به ورطه‌ی فقر می‌افتادند، از کل جمعیت در دوره‌ی ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ از ۰/۰۱۲۲ به ۰/۰۰۸۸ کاهش یافته بود. همچنین، میزان این شاخص در مناطق روستایی به طور چشمگیری از مناطق شهری بیشتر بود.

شاخص سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوار طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در مناطق شهری از

ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین: ۱۳/۵ (۱۰). طبق گفته‌ی اکبری، حدود ۹۰ درصد از مردم می‌توانند از مراقبت‌های بهداشتی، درمانی در سطوح مختلف بهره‌گیرند، این وضعیت در قیاس با کشورهای پیشرفته نیز از سطح عادلانه‌ی مناسبی برخوردار است. همچنین ۵/۷ درصد از درآمد ناخالص ملی صرف سلامت می‌شود که از این میان حدود ۴۳ درصد توسط بودجه‌ی عمومی (دولت و حاکمیت) و ۵۷ درصد توسط مردم تأمین می‌شود، این شاخص و مؤلفه با عدالت سازگاری ندارد، به ویژه اگر بدانیم که این پرداخت از جیب مردم بر چه تعداد و گروهی از جامعه تأثیر منفی خواهد داشت.

از شاخص‌های مهم اقتصادی سلامت، تأثیر هزینه‌ی یک بار بستری شدن به علت بیماری در درآمد، پس‌انداز و به طور کلی وضعیت زندگی خانواده است. در مطالعه‌ی بسیار ارزشمندی که تحت عنوان بررسی بهره‌مندی از امکانات بهداشتی درمانی در کشور صورت گرفت، مشخص شد که هزینه‌ی یک بار بستری شدن در کشور، برای ۲۵ درصد از جمعیت تأثیر اقتصادی ندارد و یا بسیار ناچیز است. ۳۰ درصد از جمعیت ناچار می‌شوند که علاوه بر مصرف تمامی درآمد، تمامی پس‌انداز خود را هم برای یک بار بستری شدن از دست بدهند. ۲۱ درصد از جامعه نیز ناچار هستند که در این زمینه علاوه بر از دست دادن تمامی درآمد و پس‌انداز برای بستری شدن مقروض نیز بشوند که بازگشت آن در همه‌ی مؤلفه‌های زندگی خانواده تأثیر خواهد گذاشت. اما نکته‌ی نگران‌کننده این است که ۸ درصد از جامعه برای یک بار بستری شدن در بیمارستان باید تمام دارایی خود را از دست بدهند و در سرازیری فقر و بیماری سقوط کنند که هرگز نمی‌توانند از آن خارج شوند. لازم به ذکر است که در این تحقیق معلوم شد که ۲۶ درصد از جامعه تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند و این در حالی است که درصد بالایی از جامعه همپوشانی بیمه‌ای دارند (۱۱).

آمار سری‌های زمانی بانک مرکزی نیز نشان می‌دهد که متوسط ضریب Gini در دوران انقلاب اسلامی یعنی سال‌های ۵۷ تا ۶۷ عدد ۰/۴۱، برای دهه‌ی دوم ۰/۳۹ و برای

۰/۰۶۶ به ۰/۰۵۱ و در مناطق روستایی از ۰/۰۸۳ به ۰/۰۷۱ کاهش یافته بود. با این همه، در سال ۱۳۸۵ میانگین هزینه‌های درمانی پرداخت شده توسط خانوارهای شهری ۱/۲۳ برابر خانوارهای روستایی بوده است. در این جا لازم است تا به این نکته هم توجه شود که در شهرها سهم کالاهایی از قبیل مسکن در کل هزینه‌های غیر خوراکی بسیار بیشتر از روستاها می‌باشد و این موضوع خود به خود باعث می‌شود که با فرض ثابت ماندن سایر شرایط، رشد قیمت نسبی این کالاها عاملی شود که سهم هزینه‌های سلامت از ظرفیت پرداخت خانوارهای شهری، کاهش یابد. این نکته در حالت کلی نیز می‌تواند صادق باشد؛ به طوری که وجود شرایط تورمی در ایران به خصوص افزایش قیمت کالاهای غیر خوراکی همچون مسکن به اجبار باعث افزایش سهم آن‌ها در هزینه‌های خانوار به قیمت کاهش یافتن سهم هزینه‌های درمانی می‌شود (۹).

بررسی مهرآرا و همکاران نشان داد که حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه بار سلامت قرار داشتند که شامل گروه‌های ذیل می‌شدند: خانوارهای روستایی، تحت تکفل بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان بالاتر از متوسط جامعه و بدون چتر حمایتی بیمه بود (۲۲).

باقری لنگرانی و همکاران نیز آماری در رابطه با برخی از شاخص‌های عدالت در سلامت ارائه داده‌اند که به این شرح بود: پرداخت از جیب ۵۲ درصد، هزینه‌های اسفبار و کمرشکن ۲/۶۵۲ درصد، ضریب Gini ۰/۳۸۳، سهم درآمد ۱۰ درصد ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین ۱۴/۸ (۱۷).

حیدری در نوشته‌ای بیان کرده است که بر اساس آمار مقدماتی بانک مرکزی از ۲ شاخص متداول ارزیابی توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور، یعنی ضریب Gini و سهم درآمد ۱۰ درصد ثروتمندترین به ۱۰ درصد فقیرترین، کاهش فاصله‌ی طبقاتی و بهبود توزیع درآمد در مناطق شهری کشور در سال ۱۳۸۷ به بهترین وضعیت پس از انقلاب رسیده است: ضریب Gini: ۰/۳۸۵۹ سهم درآمد ۱۰ درصد

بوده است، ولی هیچ سازمان مسؤولی در این خصوص اظهار نظر نکرده است و برخی آمار غیر رسمی میزان پرداخت مستقیم از جیب را در حال حاضر ۶۰ تا ۷۰ درصد اعلام نموده‌اند. حتی این مورد در برنامه‌ی توسعه‌ی پنجم نیز به طور دقیق تکرار گردید و با توجه به روند سال‌های گذشته قابل پیش‌بینی خواهد بود که تا چه میزان موارد قانون به اجرا گذاشته خواهد شد.

توجه به عدالت و رعایت مساوات در میان آحاد جامعه، تا حد زیادی بسته به نوع جهان‌بینی حاکم در جامعه دارد. از آن جا که جهان‌بینی اسلامی شیعی حاکم بر کشور ما توجه ویژه‌ای به عدالت و عدالت محوری دارد، در نتیجه حرکت دولت در این زمینه با همراهی آحاد جامعه همراه خواهد بود (۲۴). بنابراین در وهله‌ی اول تغییر نگاه دولت مردان، تصمیم‌گیران و سیاستگذاران لازمه‌ی تحقق عدالت است، چرا که بدون تعهد و حمایت آنان برنامه‌ها و قوانین عملی نخواهند شد. از جمله اقداماتی نیز که در جهت افزایش عدالت اجتماعی به وسیله‌ی دولت می‌تواند صورت گیرد، مواردی چون توزیع عادلانه‌ی درآمد در کشور، تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی، پرداخت یارانه و مالیات‌های فزاینده می‌باشد. از سوی دیگر این گونه مداخلات مبتنی بر جامعه مستلزم مشارکت جامعه، تصمیمات سیاسی حمایتی، اقدامات بین بخشی، قانون‌گذاری‌های مقتضی، اصلاحات در زمینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و همکاری با سازمان‌های غیر دولتی، صنایع و بخش خصوصی می‌باشد (۲۵). جهت پایش مداوم اقدامات و نتایج حاصل نیز بایستی سیستم اطلاعاتی مناسبی ایجاد گردد. برنامه‌ی پیشنهادی پزشک خانواده نیز در صورت اجرای صحیح و اصلاحات لازم طرح مناسبی برای بهبود وضعیت سلامت و عدالت خواهد بود و بر شاخص‌های مالی اثر خواهد گذاشت.

دهه‌ی سوم ۰/۴۰ بوده است و در نهایت از عدد ۰/۴۰ در سال ۸۵ به ۰/۳۴ در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۲۳).

در مجموع همان طور که وزیر بهداشت- مرضیه وحید دستجردی- نیز اظهار داشته بود که شاخص‌های بهداشتی کشور ما در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی طی چند سال اخیر افت کرده است و بین ۱۱ تا ۱۳ می‌باشد، عدالت در سلامت را نیز نتوانستیم محقق کنیم و از این نظر در رتبه‌ی ۹۹ جهانی بین ۱۸۰ کشور جهان قرار داریم.

### بحث

آن طور که اشاره شد، جهت گسترش عدالت در سلامت از لحاظ محتوای قانونی و تدوین برنامه کاستی وجود ندارد، اما در اجراء مسایل و مشکلات عدیده‌ی را ملاحظه می‌نماییم و با گذشت سال‌های متمادی و پایان یافتن برنامه‌های سوم و چهارم توسعه، تحلیل آماری و گزارشات مدون سالیانه که به چه میزان اهداف برنامه محقق شده است، در دست نیست، ولی طبق بررسی‌ها روند حرکت شاخص سیاست‌های بخش سلامت نتوانسته است که تغییر معنی‌داری در جهت بهبود عدالت در دسترسی مالی ایجاد کند. بر طبق نتایج مطالعات موجود، پرداخت از جیب، هزینه‌های فقرزا، شاخص ضریب Gini، شاخص مشارکت مالی عادلانه و به ویژه هزینه‌های کمرشکن در طی این سال‌ها بهبود یافته‌اند، اما به میزان ناچیز و با آن چه که در برنامه‌های توسعه مد نظر قرار گرفته بود، فاصله دارد. برای مثال در برنامه‌ی چهارم معین شده بود که شاخص مشارکت عادلانه‌ی مالی مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد که در آخرین بررسی‌ها این شاخص ۸۳ درصد و نیز سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد، در حالی که پرداخت از جیب طی آخرین بررسی ۵۰ درصد

### References

1. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 16<sup>th</sup> ed. Jabalpur, India: M/S Banarsidas Bhanot; 2000.
2. Babakhani M. Economic development, health and income inequality in Iran. Social Welfare Quarterly 2008; 7(28): 239-59.

3. Asgari R, Ahmadi Gh, Ranjbar S. Equity in health system: Challenges and Solutions. *Health Inf Manage* 2008; 5(2(Special Issue)): 22. [In Persian].
4. Zandian H, Ghiasvand H, Nasimidoost R. Measurement of inequality in Ardebils health system resource distribution with lorenz curve and gini coefficients: 2001 - 2008. [Research Project]. Ardebil, Iran: Ardebil University of medical science. 2010; Available from URL: <http://eprints.arums.ac.ir/2447/>. [In Persian].
5. Braveman p. Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries. [Online]. Available from URL: <http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf>
6. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002; 80(2): 97-105.
7. Jamshidi H. Equity in Health. *Equity in Health. Proceedings of the 1st Congress of Equity in Health Care*; 2009 Mar 10-11; Isfahan, Iran; 2009.
8. Razavi SM, Yasmani K, Hasanzadeh A. Fairness in financial contribution. Tehran, Iran; 2005. [In Persian].
9. Alizadeh HM, Fazaeli A. Measuring equity in health financing index of Iran. *Social Welfare Quarterly* 2005; 5(1): 253-78. [In Persian].
10. Heydari Z. Equitable distribution of Income in the state 2011. [Online]. 2012 [cited 25 Dec 2012]; Available from URL: <http://www.tebyan.net/newindex.aspx?pid=191244>. [In Persian].
11. Akbari MA. Equity in Health [Online]. 2006 [cited 2006 Apr 22]; Available from: URL: <http://www.farsnews.com/newstext.php?nn=8501300591/>
12. Yu CP, Whynes DK, Sach TH. Equity in health care financing: The case of Malaysia. *Int J Equity Health* 2008; 7: 15.
13. Asefzadeh S. Health care economics. Qazvin, Iran: Hadise Emroz; 1992. [In Persian].
14. Javadi M, Karimi S, Yaghoubi M, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2011; 9(4): 11-20. [In Persian].
15. Karimi I. Health economics. Tehran, Iran: Gap; 2002. p. 214. [In Persian].
16. Karimi S, Moghadam SA. Designing a health equity audit model for Iran in 2010. *J Res Med Sci* 2011; 16(4): 541-52.
17. Bagherilankarani K, Lotfi F, Karimian Z. Introduction to Equity in health system. Shiraz, Iran: Navid Shiraz; 2010. [In Persian].
18. Mesgarpoor Amiri M. Equity in health system and looking at the situation of Iran. [Online]. 2011; Available from URL: <http://www.taamolnews.ir/fa/news/5343/>. [In Persian].
19. Keshtkar M. Economic evaluation of health service delivery system [Thesis]. Tehran, Iran: University of Teacher Training. 1994. [In Persian].
20. Doorslaer E, Wagstaff A. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: US: Oxford University Press; 1993.
21. United Nations. Human development report. New York, NY: United Nations Press; 2005.
22. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health finance equity in Iran: an analysis of household survey data (1382-1386). *J Health Adm* 2010; 13(40): 51-62. [In Persian].
23. Balsini A. How were Indicators of social and economic equity in last years. [Online]. 2011; Available from URL: [http://www.donya.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=%20822:ad&catid=36:news&Itemid=55](http://www.donya.info/index.php?option=com_content&view=article&id=%20822:ad&catid=36:news&Itemid=55). [In Persian].
24. Yazdani Sh, Fatahzadeh A. Equity, balm for the health of individuals. [Online]. 2008 [cited 2008 Jun 4]; Available from: URL: [http://www.aftabir.com/articles/view/health\\_therapy/other/c13c1213443930\\_poverty\\_p1.php/](http://www.aftabir.com/articles/view/health_therapy/other/c13c1213443930_poverty_p1.php/)
25. Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. Economic burden and costs of chronic diseases in Iran and the world. *Health Inf Manage* 2012; 8(7): 984-96. [In Persian].

## Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs\*

Saeed Karimi, PhD<sup>1</sup>; Najmeh Bahman Ziari<sup>2</sup>

### Review Article

#### Abstract

Health is a multi-core processing and is very important. On the one hand, many factors involved in creating and sustaining it and is the result of the participation of all administrative units of a community and on the other hand, has a significant impact on other sectors of a society. What is important in the health care is equity. The present study aimed to review the fairness and justice of our health services during the third and fourth development programs. This study conducted in 2012 by reviewing the library and internet to collect information about the subject. Then the research findings were organized and arranged. As was stated, although there are no shortcomings in terms of legal content and planning for expanding equity in financial access, there are numerous problems and by ending the third and fourth development programs, there is no statistical analysis and annually documented reports to know to what extent the goals have been achieved. Reviews showed that health sector policies could not significantly improve equity in financial access. However, we have made improvements to some extent but more research is needed to find out the root causes of unsuccessful applications.

**Keywords:** Equity; Health; Financial Indicators of Health; Development Plans

Received: 11 Aug, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Karimi S, Bahman Ziari N. **Equity in Financial Indicators of the Health in Iran during the Third and Fourth Development Programs.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1113-22.

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

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: najmeh\_bahmanziari@yahoo.com

# آشنایی با رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی\*

محمدحسین یارمحمدیان<sup>۱</sup>، حسین ابراهیمی‌پور<sup>۲</sup>، فرزانه دوستی<sup>۳</sup>

## مقاله مروری

### چکیده

تغییرات روزافزون محیط و پیشرفت سریع تکنولوژی، تطابق سازمان‌های بهداشتی و درمانی را در جهت ایجاد تغییرات مناسب، الزامی ساخته است. در قلمرویی مانند بهداشت و درمان، تیم درمان ملزم به تبعیت از قوانین و دستورالعمل‌های زیادی هستند که این امر منجر به کاهش آزادی عمل، نداشتن قدرت و اختیار کافی برای سازمان‌دهی مجدد فرایندها و حذف فعالیت‌های بدون ارزش افزوده توسط آن‌ها می‌شود. اصول انعطاف پذیر مدیریت فرایند کسب و کار (Business process management یا BPM) راهکاری است که در حال حاضر در بسیاری از کشورهای پیشرفته با موفقیت به کار گرفته می‌شود. مدیریت فرایند کسب و کار، شامل شناسایی وضعیت موجود فرایندها، مدل‌سازی آن‌ها و تعیین تأثیر مدیریت فرایندها پس از اجرای اصلاحات می‌باشد. این رویکرد، که در بسیاری متون با عنوان موج سوم اصلاحات فرایند معرفی شده است، با هدف رفع مشکلات روش‌های پیشین و با در نظر گرفتن محدودیت‌های بودجه و الزامات قانونی موجود، بیانگر روشی قابل اجرا در سازمان‌ها می‌باشد. مدیریت فرایند کسب و کار، با در نظر گرفتن گام‌های ضروری برای انجام کار، یکپارچه‌سازی آن‌ها و حذف فعالیت‌های بدون ارزش افزوده، سعی در افزایش انعطاف پذیری، کیفیت و سرعت انجام فرایندها دارد. این رویکرد در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، با به کارگیری نرم‌افزار BPMs (Business process management suite) و از طریق یکپارچه‌سازی پرونده‌ی الکترونیکی بیمار (EHR یا Electronic health record)، دستورالعمل‌ها (Guidelines) و سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS یا Health information system) به اهداف خود دست می‌یابد. در این مقاله، پس از شرح تاریخی مختصری بر روند فرایندگرایی، رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار، اهداف و حوزه‌های مداخله‌ی آن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شرح داده شده است.

**واژه‌های کلیدی:** پرونده‌ی الکترونیکی سلامت؛ سیستم‌های اطلاعات بیمارستان؛ مدیریت بیمارستان

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۲

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۱۷

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۳

**ارجاع:** یارمحمدیان محمدحسین، ابراهیمی‌پور حسین، دوستی فرزانه. آشنایی با رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۳۱-۱۱۳۳.

### مقدمه

یکی از ویژگی‌های دنیای کسب و کار کنونی، تغییر مداوم و به نسبت سریع در نیازهای مشتریان است (۱). در تجارت پرقابته امروز، سازمانی شانس بقا دارد که ساز و کارهای لازم برای آگاهی سریع از این تغییرات و توانایی پاسخگویی سریع به آن‌ها را دارا باشد؛ در غیر این صورت، شانس چندانی برای باقی ماندن در عرصه‌ی رقابت نخواهد داشت (۲). سازمان‌ها به مرور زمان به این حقیقت دست یافته‌اند که رویکرد وظیفه‌ای در کسب و کار، مانع انعطاف پذیری و پویایی می‌شود و آن‌ها به سختی می‌توانند خود را با تغییرات محیط سازگار کنند (۳). رویکردی که

\* این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۳۹۱۴۷۸ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت شده است.  
۱- دانشیار، مدیریت برنامه‌ریزی آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
۲- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران  
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)  
Email: aram9147@yahoo.com



BPM به تیم درمان اجازه‌ی بازنگری فرایندها و حذف فعالیت‌های بدون ارزش افزوده را می‌دهد که از طرفی باعث افزایش کیفیت، اثربخشی و کارایی فعالیت‌ها و کاهش زمان مورد نیاز برای انجام هر فرایند می‌شود (۱۵) و از طرف دیگر، به افزایش رضایتمندی تیم درمان به دلیل داشتن آزادی عمل بیشتر منجر می‌گردد (۱۶).

پروژه‌های BPM در این سازمان‌ها، به دلیل لزوم انعطاف پذیری سازمان برای مقابله با محیط متغیر صنعت بهداشت و درمان، پیچیده‌تر از سایر سازمان‌ها می‌باشد (۱۷). اصول انعطاف پذیر BPM با معرفی فرایندهای کوتاه و روشن و بهبود مستمر، مبین یک راه اثربخش بر خلاف وجود محدودیت‌های محیطی و قانونی است (۱۸). مدیریت فرایند کسب و کار و نرم‌افزار مرتبط با آن، به سازمان‌ها توانایی برخورد با تغییرات و پیشرفت‌های محیطی را می‌دهد و از این طریق، به کاهش تکرار خطاهای انسانی در سازمان‌های بهداشت و درمان منجر می‌شود (۱۹).

در قلب هر سازمان بهداشتی و درمانی، مجموعه‌ای از فرایندهای حیاتی چون پذیرش بیمار و دریافت بیمه، ثبت پرونده‌ی بیمار، وظایف مدیریتی بیمارستان و غیره وجود دارد که اثربخشی کسب و کار به طور قوی به آن‌ها وابسته است (۲۰). مدیریت فرایند کسب و کار در این سازمان‌ها، شامل یکپارچه‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی، گروه‌های کار و مشتریان می‌باشد (۲۱). هدف از این مطالعه، معرفی رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، الزامات استقرار این رویکرد در این سازمان‌ها و حوزه‌هایی است که انجام اصلاحات بر آن‌ها متمرکز می‌باشد.

### روش بررسی

این مطالعه به روش کتابخانه‌ای و به صورت بررسی متون (Literature review) انجام شد. در مقاله‌ی مروری، آخرین اطلاعات علمی یک موضوع خاص مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد و به خواننده کمک می‌کند تا در ارزیابی موارد موافق و مخالف راحت‌تر تصمیم‌گیری کند و در صورت نیاز، برای کسب اطلاعات یا اطمینان بیشتر بتواند به منابع کلیدی اشاره شده مراجعه نماید (۲۲). به این منظور،

در مقابل رویکرد وظیفه‌ای به سازمان‌ها پیشنهاد می‌شود، رویکرد فرایندی است (۴). از طرف دیگر، تغییرات سریع و عظیم دو دهه‌ی اخیر در تکنولوژی و به ویژه افزایش نقش تکنولوژی اطلاعات و سیستم‌های کامپیوتری در اداره‌ی سازمان‌ها، نحوه‌ی مدیریت و رهبری سازمان‌ها را دگرگون ساخته است؛ به طوری که اداره‌ی سازمان‌ها به سبک قدیم و ساختارهایی که ریشه‌ی آن‌ها به ابتدای قرن بیستم بر می‌گردد، به طور تقریبی غیر ممکن شده است (۵).

سازمان‌ها باید خود را برای همگامی با نظام‌های جدید اطلاعاتی نیز آماده سازند (۶). تجارت الکترونیکی، نظام‌های یکپارچه‌ی اطلاعاتی، مدیریت زنجیره‌ی تأمین کنندگان کالا و خدمات برای سازمان‌ها، مدیریت ارتباط با مشتریان و غیره، همه دارای یک فصل مشترک مدیریتی هستند و پایه‌ی موفقیت تمامی این نظام‌ها بر دیدگاه فرایندی استوار است (۷). یک فرایند، مجموعه‌ای از فعالیت‌های مرتبط و ساختار یافته است که به تولید محصول و یا ارائه‌ی خدماتی متناسب با نیاز مشتریان منجر می‌شود (۸). یکی از رویکردهای فرایندی که در سال‌های اخیر با استقبال زیادی روبه‌رو شده است، مدیریت فرایند کسب و کار (BPM یا Business process management) است (۹) که در واقع، رویکرد جامع مدیریتی، با هدف همسوسازی کلیه‌ی ابعاد و سیاست‌های سازمان در راستای نیاز مشتریان است (۱۰).

از اساسی‌ترین اصول این رویکرد، می‌توان به یکپارچه‌سازی نظام‌های اطلاعاتی، حذف فرایندهای بدون ارزش افزوده و اصلاح فرایندهای کلیدی سازمان جهت ارتقای کارایی و اثربخشی فرایندها اشاره کرد (۱۱). سیستم‌های مدیریت فرایند کسب و کار، سیستم‌هایی هستند که کلیه‌ی فرایندهای خرد و کلان سازمان را خودکار می‌نمایند (۱۲) و امکان شناسایی، مدل‌سازی، استقرار و اجرا، مانیتورینگ و بهبود فرایندهای کسب و کار و همچنین، یکپارچه‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی سازمان را به صورت استاندارد در اختیار سازمان قرار می‌دهد (۱۳).

در قلمرویی مانند بهداشت و درمان، به دلیل وجود دستورالعمل‌ها و محدودیت‌های قانونی فراوان، که منجر به کاهش آزادی عمل تیم درمان و کندی سرعت انجام فرایندها می‌شود (۱۴)، استفاده از رویکردهای اصلاح فرایند مانند

بخش‌های متعدد و در حوزه‌های مختلف است، اصلاحات مورد نظر انجام می‌شود (۲۳).

بازسازی فرایندها به دنبال ایجاد تغییرات اساسی از طریق طراحی فرایندهای بسیار جدید به طور کامل است. در این رویکرد، طراحی مجدد همه‌ی فرایندها از ابتدا انجام می‌شود (۲۹). این کار از طریق فرایند مگا صورت می‌گیرد؛ یعنی فرایندهای موجود کنار گذاشته و بار دیگر طراحی می‌شوند (۳۰). مهندسی مجدد فرایندها، که به نقل از Martin و Cechich در سال ۱۹۹۰ توسط Hammer و با شعار «اصلاح نه، از نو بسازید» معرفی شد، شامل موضوعاتی چون طراحی و سازمان‌دهی مجدد فرایندها و استفاده از تکنولوژی اطلاعات بود (۳۱).

Champy به نقل از عطاران، مهندسی مجدد را به عنوان تفکر و طراحی مجدد و اساسی فرایندهای کار، برای دستیابی به اصلاحات چشمگیر در گلوگاه‌های حیاتی سازمان‌ها مانند هزینه، کیفیت، خدمت و سرعت تعریف کرد (۳۲). وی معتقد بود که مهندسی مجدد به معنای تعمیر کردن نیست، بلکه مهندسی مجدد یک سازمان یعنی کنار گذاشتن سیستم‌های قدیمی و شروع مجدد یک سیستم جدید که فاقد اشکالات سیستم‌های قدیمی باشد (۳۳). BPR به معنای برداشتن گام‌های بزرگ و بنیادی است. در واقع، بازسازی فرایندها یک رویکرد همه یا هیچ است (۳۴).

نوآوری فرایند کسب و کار، به برخی فرایندها اشاره دارد که در حال حاضر وجود ندارند؛ اما باید به موازات پیشرفت‌های محیط و تکنولوژی و در پاسخ به نیازهای جدید سازمان ایجاد شوند (۳۵).

مدیریت فرایند کسب و کار یک رویکرد ساختارمند است که وظایف ماشین‌ها، افراد و تعاملات میان آن‌ها را در قالب فرایند، مدل می‌کند (۳۶). نرم‌افزار BPMs (Business process management suite) برای کاربران، یک واسط داشبورد مانند ایجاد می‌کند که این داشبورد، امکان احاطه بر عملیات کل سازمان بدون در نظر گرفتن مرزهای دپارتمانی را فراهم می‌سازد. داشبورد شامل همه‌ی برنامه‌های کاربردی فرایندها و پایگاه داده‌های مرتبط با این برنامه‌ها است (۳۷). مدیران با استفاده از نرم‌افزار BPMs می‌توانند فعالیت‌ها را در زمان اجرا پایش و تحلیل کنند. این نرم‌افزار با استفاده از

محققین از طریق جستجو در سایت‌های معتبر محدود به زبان انگلیسی و استفاده از کلید واژه‌های «مدیریت فرایندهای کسب و کار»، «پرونده‌ی الکترونیک بیمار»، «سیستم اطلاعات بیمارستان» و «گایدلاین‌های پزشکی» به بررسی منابع موجود در اینترنت پرداختند.

به دلیل جدید بودن این رویکرد، اکثر مقالات مرتبط بعد از سال ۲۰۰۰ میلادی به چاپ رسیده بود و جستجوی اینترنتی برای سال‌های ۱۲-۲۰۰۰ میلادی انجام شد. تعداد ۶۰ مقاله بررسی و از میان آن‌ها ۴۹ مقاله که شامل اطلاعات مورد نظر و به صورت تمام متن (Full text) قابل دسترس بودند، انتخاب شدند و در نگارش این مقاله مورد استفاده قرار گرفتند.

### شرح مقاله

#### تاریخچه‌ی فرایندگرایی

امروزه سازمان‌های زیادی در رویارویی با محیط بسیار متغیر و رقابتی به دنبال استفاده از تکنیک‌های اصلاح فرایندها می‌باشند. برای انجام اصلاحات، بازنگری استراتژی‌ها و بررسی میزان اثربخشی آن‌ها برای سازمان‌ها حیاتی است (۴). اصلاح فرایند موضوع تازه‌ای نیست (۲۳). تا به امروز، متدهای اصلاح فرایند متعددی معرفی شده‌اند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به مدیریت کیفیت کامل (TQM یا Total quality management)، بهبود فرایندهای کسب و کار (Business process improvement) یا BPI، بازسازی فرایندهای کسب و کار (BPR) یا Business process reengineering)، نوآوری فرایند کسب و کار (Business Process Innovation) و مدیریت فرایند کسب و کار (BPM یا Business process management) اشاره کرد (۲۴، ۲۵). شاید یکی از معروف‌ترین رویکردهای فرایندگرا در چندین دهه‌ی گذشته، مدیریت کیفیت کامل باشد (۲۶). TQM یک استراتژی مدیریتی با هدف گنجاندن کیفیت در فرایندهای سازمان است و اصول اساسی آن مشتری‌مداری، ارزش‌های ذینفعان و مدیریت فرایندها می‌باشد (۲۷). هدف اصلی این رویکرد، بهبود فرایندهای کوچک مؤثر بر یک یا دو بخش و انجام اصلاحات روزانه در این بخش‌ها است (۲۸).

در رویکرد بهبود فرایندهای کسب و کار، از طریق بهبود مستمر فرایندهای موجود که به طور معمول در برگیرنده‌ی

آوردن این اطلاعات از سیستم‌های اطلاعاتی موجود، یعنی سیستم‌های اطلاعاتی مجزا در دیپارتمان‌ها یا سیستم‌هایی که در پلتفرم‌های مختلف هستند، بسیار مشکل است (۳۹). یک سیستم مدیریت فرایند کسب و کار، شامل ابزاری برای مدل‌سازی و تحلیل داده‌ها، برنامه‌های یکپارچه‌سازی اطلاعات با قوانین کسب و کار، پایش و بهینه‌سازی فعالیت‌ها می‌باشد (۴۰).

آلارم‌هایی که نشان دهنده‌ی تخلف از محدوده‌ی مجاز و یا عدم دریافت پاسخ مناسب است، امکان تصحیح اشتباهات و اشکالات را در زمان اجرا فراهم می‌سازد. استفاده از این آلارم‌ها به ویژه در فرایندهای انسان محور بسیار مؤثر می‌باشد (۳۸). نرم‌افزار مدیریت فرایند کسب و کار، امکان دسترسی به داده‌های مربوط به تعاملات میان انسان و ماشین را فراهم می‌کند که به دست

### جدول ۱: اصلاحات مدیریت فرایند کسب و کار در حوزه‌ی گایدلاین‌ها و رویه‌های درمانی

اصلاحات مرتبط با گایدلاین‌ها و رویه‌های درمانی	مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی
یکپارچه کردن سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) یا (Hospital information system) پرونده‌ی الکترونیک بیمار (Electronic health record) یا (EHR) و نمودارهای جریان کار (Workflow)	توضیحات تصمیمات در جریان فرایند بالینی از طریق تفسیر داده‌های خاص بیمار و بر اساس دانش پزشکی تیم درمان گرفته می‌شود. برای پشتیبانی از تصمیم بالینی، باید جریان داده‌های بیمار یکپارچه و گایدلاین‌های پزشکی نیز در سیستم HIS گنجانده شود. یکپارچه شدن دانش پزشکی و داده‌های خاص بیمار و سیستم‌های پشتیبانی تصمیمات پیچیده (DSS یا Decision support system) انعطاف پذیری بالا در اجرای فرایند درمان را ممکن می‌سازد (۴۱).
استفاده از زبان‌های مدل‌سازی اظهاری به جای زبان‌های امری و دادن تفویض اختیار به تیم درمان جهت تصمیم‌گیری آنی در شرایط پیش‌بینی نشده	دستورالعمل‌های بالینی فعلی در مواجهه با بیماران خاص یا شرایط غیر متظره دارای انعطاف پذیری لازم و کافی نمی‌باشند. در زبان‌های مدل‌سازی امری کاربران، مجریان دستورات هستند و هیچ گونه اختیاری در اجرای فرایندها حتی در صورت تشخیص نامناسب بودن رویه‌ها در شرایط خاص را ندارند. در مدیریت فرایند کسب و کار، استفاده از زبان مدل‌سازی اظهار (Computer-Interpretable Guidelines یا CIGs) پیشنهاد می‌شود. این زبان فعالیت‌های ضروری روند درمان و روابط میان این وظایف را برای کاربر، بدون مشخص کردن توالی انجام آن‌ها مشخص می‌کند. از این رو، کاربر آزادی عمل زیادی در انتخاب مسیر درمان دارد (۴۲).
تعریف قوانین اجتماعی برای تعاملات درون سازمان و قتی تیم درمان توانایی یا اختیار انجام کاری را ندارند	تعریف قوانین و نقش‌های اجتماعی برای تسهیل تعاملات در وضعیت‌های ناهنجار که تیم درمان ناگزیر از نادیده گرفتن مرزها و عبور از خطوط قرمز است، ضروری به نظر می‌رسد. این هنجارهای اجتماعی، مبین قابلیت‌های تعاملات انسانی درون سازمان هستند و می‌توانند در شرایط غیر معمولی که ممکن است پیروی از قوانین و دستورالعمل‌ها به نفع بیمار نباشد، کمک مؤثری باشند (۴۳).
کاوش فرایندها	فعالیت‌های کاوش فرایند شامل سه مرحله‌ی بررسی نتایج به دست آمده از فرایندها، مقایسه‌ی آن‌ها با نتایج پیش‌بینی شده و کشف انحراف‌ها است. این اطلاعات برای اصلاحات فرایند بسیار مفید می‌باشند. در بعضی مواقع، انحراف از فرایندهای پیش‌بینی شده در گایدلاین‌ها منجر به نتایج بهتری می‌شود، که این نتایج با استفاده از فرایند کاوش قابل ارزیابی است و امکان اصلاح فرایندها در صورت مثبت بودن نتایج انحراف‌ها وجود دارد (۴۴).
یادگیری از مشکلات و اتفاقات پیش آمده حین اجرای فرایند و پیش‌بینی اتفاقات آینده و اصلاح مستمر فرایند بر اساس آن‌ها	فرایند یادگیری یک مدل حلقه‌ی بسته است که شامل: - تعیین اهداف کلی و اهداف جزئی فرایند، - تعیین استثناءها و کاستی‌ها در زمان اجرا، - و تطابق خودکار فرایند با این حالت‌های کشف شده است. هدف فرایند یادگیری نه تنها درس گرفتن از مشکلات حین اجرا، بلکه تطابق با تغییرات تکنولوژی و الزامات محیطی مانند قوانین و خط‌مشی‌های جدید و نوآوری‌ها می‌باشد (۴۵). با گنجاندن فرایند یادگیری در گایدلاین‌ها، امکان بهبود مستمر و اصلاح آن‌ها بر اساس پیشرفت‌های علمی و تکنولوژی روز فراهم شده است که این کار به انعطاف پذیری بیشتر فرایند درمان منجر می‌شود.

## جدول ۲: اصلاحات مدیریت فرایند کسب و کار در حوزه‌ی پرونده‌ی الکترونیک بیمار و سیستم اطلاعات بیمارستان

اصلاحات مرتبط با پرونده‌ی الکترونیک بیمار	توضیحات
ایجاد پرونده‌ی الکترونیک تحت وب	چالش کنونی سیستم اطلاعات سلامت ایجاد جریان اطلاعات کارآمد میان ارایه کنندگان مختلف بهداشت و درمان است. ملی کردن پرونده‌ی الکترونیک بیمار، امکان دسترسی به اطلاعات پرونده‌ی بیمار را در هر زمان و هر مکان فراهم می‌کند و از این طریق، منجر به کاهش خطاهای انسانی و افزایش کیفیت خدمات می‌شود (۴۶).
ثبت محتویات پرونده‌ی الکترونیک فرایند محور نه بر مبنای گردآوری داده‌ها	در بسیاری کشورها، سیستم‌های ثبت اطلاعات پرونده‌ی بیمار، داده محور هستند و تنها انبوهی از اطلاعات بیمار را به تیم درمان ارایه می‌دهند. اما سیستم‌های اطلاعات فرایند محور، با ارایه‌ی جریان اطلاعات مرتبط با بیمار، امکان بررسی فوری و دقیق‌تر جریان اطلاعات بیمار را فراهم می‌کنند. این طراحی انعطاف پذیر پرونده‌ی الکترونیک بیمار، که در مدیریت فرایند کسب و کار پیشنهاد می‌شود، هم به ارایه دهندگان و هم به بیماران اجازه‌ی دسترسی به اطلاعات حال و گذشته و همچنین آگاهی از پیشرفت‌های آینده و تطابق سریع با تغییرات را می‌دهد (۴۷).
الزامات کنترل دسترسی به محتویات پرونده‌ی بیمار	امروزه ملی شدن پرونده‌های الکترونیک سلامت به منظور کاهش هزینه‌ها و بهبود روند درمان از طریق افزایش کارایی، طرفداران زیادی پیدا کرده است. برخی کشورها اقدام به ملی کردن پرونده‌ی الکترونیک سلامت با متمرکز نمودن خدماتی که به صورت جداگانه در پایگاه‌های داده انجام می‌شد، کرده‌اند؛ اما این تمرکزگرایی منجر به مشکلات جدید برای امنیت و حفظ محرمانه بودن اطلاعات بیمار شده است. برای رفع این مشکل، در رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار سه روش کنترل دسترسی به داده‌های پرونده‌ی الکترونیک پیشنهاد شده است (۴۸). این روش‌ها به شرح زیر می‌باشند: - کنترل دسترسی احتیاطی (دسترسی به اطلاعات پرونده تنها با اجازه‌ی شخص بیمار امکان پذیر است). - کنترل دسترسی اجباری (دسترسی به اطلاعات پرونده بر اساس نیاز تیم درمان یا سایرین و بدون نیاز به اجازه‌ی بیمار امکان پذیر است). - کنترل دسترسی مبتنی بر نقش (دسترسی به اطلاعات پرونده بر اساس نقش هر یک از اعضای تیم و میزان نیاز آن‌ها به اطلاعات امکان پذیر است).

بیانگر روشی قابل اجرا می‌باشد. در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به دلیل حساسیت و حیاتی بودن فرایندها، به کارگیری مدیریت فرایند کسب و کار با پیچیدگی بیشتری همراه است. پیش نیاز اصلی استقرار این رویکرد در سازمان‌های بهداشتی، نرم‌افزار مرتبط آن می‌باشد، که از طریق یکپارچه‌سازی سیستم‌های اطلاعات بیمارستان، پرونده‌ی الکترونیک بیمار و گایدلاین‌های مصوب، می‌تواند با حذف فعالیت‌های بدون ارزش افزوده، شناسایی مشکلات فرایند حین اجرا و برطرف کردن آن‌ها به طور هم‌زمان، دادن آزادی عمل بیشتر به تیم درمان برای اصلاح فرایندها و اتوماسیون کارها، منجر به افزایش سرعت و دقت فرایندها، کاهش خطاهای انسانی و

در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، رویکرد مدیریت فرایند کسب و کار با در نظر گرفتن ابعاد و عوامل مختلف مؤثر بر فرایندها از طریق یکپارچه‌سازی سیستم اطلاعات بیمارستان، پرونده‌ی الکترونیک بیمار و گایدلاین‌های مصوب، اصلاحات فرایند را اجرا می‌نماید. خلاصه‌ی این اقدامات در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است.

## بحث

موج سوم اصلاحات سازمانی یعنی مدیریت فرایند کسب و کار با هدف رفع مشکلات روش‌های پیشین و با در نظر گرفتن محدودیت‌های بودجه و الزامات قانونی موجود در سازمان،

افزایش رضایتمندی تیم درمان می‌شود (۱۶، ۱۵). این اصلاحات به طور کلی در دو حوزه‌ی گایدلاین‌ها و پرونده‌ی الکترونیک بیمار انجام می‌شود.

برای بهره‌مندی از مزایای رویکرد BPM باید گایدلاین‌های مدون، از قابلیت انعطاف پذیری در برخورد با شرایط پیش‌بینی نشده برخوردار باشند. بدین منظور، به جای استفاده از زبان‌های دستوری می‌توان از زبان‌های اظهاری برای مدل‌سازی فرایندها استفاده کرد که به تیم درمان امکان تصمیم‌گیری در شرایط پیش‌بینی نشده را در محدوده‌ی معین می‌دهد. با این کار می‌توان از اتلاف وقت برای کسب اجازه برای اقدام جلوگیری کرد و همچنین امکان امتناع تیم درمان از اقدام به موقع - به دلیل عدم وجود دستورالعمل مشخص - به حداقل می‌رسد (۴۲). کاوش فرایندها و یادگیری از مشکلات حین اجرا، امکان اصلاح مستمر گایدلاین‌ها و پیش‌بینی پیشرفت‌های آینده را فراهم می‌سازد و قابلیت انعطاف پذیری فرایندهای درمانی را

افزایش می‌دهد (۴۵، ۴۴).

راهکار BPM در حوزه‌ی پرونده‌ی الکترونیک بیمار، شامل ملی شدن پرونده‌ی بیماران به منظور امکان دسترسی به اطلاعات آن‌ها در هر زمان و مکان و ثبت اطلاعات در پرونده‌ها به صورت فرایند محور می‌باشد. در این روش ثبت اطلاعات امکان مشاهده‌ی جریان اطلاعات بیمار از گذشته تا حال را برای تصمیم‌گیری بهتر و دقیق‌تر فراهم می‌شود و می‌توان از جدیدترین پیشرفت‌های تکنولوژیکی و علمی نیز برای ارتقای روش درمان بیمار استفاده کرد (۴۸، ۴۷). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هدف از به کارگیری مدیریت فرایند کسب و کار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، کاهش خطاهای انسانی از طریق اتوماسیون کارها، افزایش سرعت و دقت فعالیت‌ها از طریق یکپارچه‌سازی سیستم اطلاعات بیمارستان و پرونده‌ی الکترونیک بیمار و گایدلاین‌ها، اصلاح و بهبود مستمر فرایندها از طریق کاوش فرایندها و فرایند یادگیری می‌باشد.

## References

1. Dousty F. The investigating of barrier and challenges to implementation of Business Process Management in healthcare institutions. Proceedings of the 6th Congress of Clinical Microbiology and the International Congress of Clinical Microbiology; 2012 Oct 2-4; Mashhad, Iran; 2012. [In Persian].
2. Isaksson R. Total quality management for sustainable development: Process based system models. Business Process Management Journal 2006; 12(5): 632-45.
3. Mutschler B, Reichert M, Bumiller J. Unleashing the Effectiveness of Process-oriented Information Systems: Problem Analysis, Critical Success Factors and Implications. IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics (Part C) 2008; 38(3): 280-91.
4. Radhakrishnan A, Zu X, Grover V. A process-oriented perspective on differential business value creation by information technology: An empirical investigation. Omega 2008; 36(6): 1105-25.
5. Nykänen O, Salonen J, Markkula M, Ranta P, Rokala M, Helminen M, et al. What do information reuse and automated processing require in engineering design? Semantic process. Journal of Industrial Engineering and Management 2011; 4(4): 669-698.
6. Ojanen V, Hatinen L, Kärri T, Kässi T, Tuominen M. Flexible Investment Planning and Collaborative Maintenance Management. Asset Management 2012; 65-77.
7. Yi F, Puroo S, Clark S, Raghuram S. Surfacing Automation Criteria: A Process Architecture Approach. AMCIS 2009 Proceedings 2009; 107.
8. Diasio S, Bakici T. A process view of open innovation. Management 2010; 24(510): 521-2.
9. Dousty F, Yarmohammadian M, Mohammadinia L. Business Process Management: The third wave of quality improvement methods in healthcare. Proceedings of the Yeditepe International Research Conference on Business Strategies Conference; 2012 Jun 13-15; Istanbul, Turkey; 2012. [In Persian].
10. Dreiling A. Business Process Management and Semantic Interoperability. In: Brocke JV, Editor. Handbook on Business Process Management. New York, NY: Springer; 2010. p. 497-512.

11. Grayson K. Value Stream Analysis in Quality Management. In: Ruggeri F, Kenett R, Kenett RS, Faltin FW, Editors. Encyclopedia of Statistics in Quality and Reliability. New Jersey, NJ: John Wiley; 2008.
12. Weske M. Business Process Management Architectures. New York, NY: Springer; 2012.
13. van der Aalst WM, ter Hofstede AH, Weske M. Business Process Management: A Survey [Online]. 2003; Available from: URL: <http://dl.acm.org/citation.cfm?id=1761143&CFID=278214168&CFTOKEN=48830510/>
14. Stilou S, Bamidis PD, Maglaveras N, Pappas C. Mining association rules from clinical databases: an intelligent diagnostic process in healthcare. *Stud Health Technol Inform* 2001; 84(Pt 2): 1399-403.
15. Hepp M, Leymann F, Domingue J, Wahler A, Fensel D. Semantic business process management: A vision towards using semantic web services for business process management. Proceedings of the IEEE International Conference on e-Business Engineering; 2005 Oct 18-21; Beijing, China; 2005.
16. Dousty F, Yarmohammadian M. Risk management and reduction human error using Business process management in healthcare organizations. Proceedings of the National Congress on Health System Risk Management and Disasters; 2012 Feb 28; Isfahan, Iran; 2012. [In Persian].
17. Anyanwu K, Sheth A, Cardoso J, Miller J, Kochut K. Healthcare enterprise process development and integration. *Journal of Research and Practice in Information Technology* 2003; 35(2): 83-98.
18. Hallerbach A, Bauer T, Reichert M. Capturing variability in business process models: the Provop approach. *Journal of Software Maintenance and Evolution* 2010; 22(6-7): 519-46.
19. Dang J, Hedayati A, Hampel K, Toklu C. An ontological knowledge framework for adaptive medical workflow. *J Biomed Inform* 2008; 41(5): 829-36.
20. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology* 2006, 6:35 2006; 6(1): 35.
21. Pourshahid AR, Amyot D, Peyton L, Ghanavati S, Chen P, Weiss M, et al. Business process management with the user requirements notation. *Electronic Commerce Research* 2009; 9(4): 269-316.
22. Hall GM. How to Write a Paper. 3<sup>rd</sup> ed. London, UK: BMJ Publishing Group; 2003.
23. Harrington HJ. Business Process Improvement: The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.
24. Khan Z, Bali RK, Wickramasinghe N. Developing a BPI framework and PAM for SMEs. *Industrial Management & Data Systems* 2007; 107(3): 345-60.
25. Bruin T, Doebeli G. An organizational approach to BPM: the experience of an Australian transport provider. In: vom Brocke J, Editor. Handbook on Business Process Management. New York, NY: Springer; 2010. p. 559-77.
26. Ahire SL, Golhar DY, Waller MA. Development and Validation of TQM Implementation Constructs. *Decision Sciences* 1996; 27(1): 23-56.
27. Hellsten U, Klefsjö B. TQM as a management system consisting of values, techniques and tools. *The TQM Magazine* 2000; 12(4): 238-77.
28. Yusof SM, Aspinwall E. TQM implementation issues: review and case study. *International Journal of Operations & Production Management*, 2000; 20(6): 634-55.
29. Al-Mashari M. A Process Change-Oriented Model for ERP Application. *International Journal Of Human-Computer Interaction* 2003; 16(1): 39-55.
30. Glassey O. A case study on process modelling - Three questions and three techniques. *Decision Support Systems archive* 2008; 44(4): 842-53.
31. Martín A, Cechich A. Identifying cognitive aspects to improve business process reengineering [Online]. 2004; Available from: URL: [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/title/identifying-cognitive-aspects-to-improve-business-process-reengineering/id/55852830.html/](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/identifying-cognitive-aspects-to-improve-business-process-reengineering/id/55852830.html/)
32. Attaran M. Exploring the relationship between information technology and business process reengineering. *Information and Management* 2004; 41(5): 585-96.
33. Lockamy A, McCormack K. The development of a supply chain management process maturity model using the concepts of business process orientation. *Supply Chain Management: An International Journal* 2004; 9(4): 272-8.
34. Gunasekaran A, Kobu B. Modelling and analysis of business reengineering. *International Journal of Production Research* 2002; 40(11): 2521-46.
35. Srivardhana T, Pawlowski SD. ERP systems as an enabler of sustained business process innovation: A knowledge-based view. *The Journal of Strategic Information Systems* 2007; 16(1): 51-69.



36. Leymann F, Roller D, Schmidt MT. Web services and business process management. IBM systems Journal 2002; 41(2): 198-211.
37. Lakshmanan GT, Keyser P, Slominski A, Curbera F, Khalaf R. A business centric end-to-end monitoring approach for service composites. Proceedings of the IEEE International Conference on e-Business Engineering; 2005 Oct 18-21; Beijing, China; 2005.
38. Hill JB, Cantara M, Kerremans M, Plummer DC. Magic Quadrant for Business Process Management Suites. In: Hill JB, Cantara M, Deitert E, Kerremans M, Editors. Gartner's Magic Quadrant for Business Process Management Suites. New York, NY: Gartner Inc; 2009.
39. Vollmer K. The Forrester Wave™: Integration-Centric Business Process Management Suites, Q4 2008 [Online]. 2008 [cited 2008 Oct 6]; Available from: URL: [www.forrester.com/go?objectid=RES44819/](http://www.forrester.com/go?objectid=RES44819/)
40. Sinur J, Hill JB. Magic Quadrant for business process management suites [Online]. 2008 [cited 2008 Oct 18]; Available from: URL: <http://www.images.adobe.com/www.adobe.com/content/dam/Adobe/en/enterprise/pdfs/magic-quadrant-for-business-process-management-suites.pdf/>
41. Lim ET, Pan SL, Tan CW. Managing user acceptance towards enterprise resource planning (ERP) systems: understanding the dissonance between user expectations and managerial policies. European Journal of Information Systems 2005; 14(2): 135-49.
42. Mulyar N, Pesic M, van der Aalst WM, Peleg M. Declarative and Procedural Approaches for Modelling Clinical Guidelines: Addressing Flexibility Issues. In: ter Hofstede AH, Benatallah B, Paik HY, Editors. PM Writing Workshops. Southbank, Australia: Thomas Nelson Australia Pty; 2007.
43. El-Hassan O, Fiadeiro JL, Heckel R. Managing Socio-technical Interactions in Healthcare Systems [Online]. 2007; Available from: URL: [http://www.researchgate.net/publication/221586017\\_Managing\\_Socio-technical\\_Interactions\\_in\\_Healthcare\\_Systems/](http://www.researchgate.net/publication/221586017_Managing_Socio-technical_Interactions_in_Healthcare_Systems/)
44. Peleg M, Soffer P, Ghattas J. Mining Process Execution and Outcomes [Online]. 2007; Available from: URL: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.95.4315/>
45. Ghattas J, Soffer P, Peleg M. Learning business process models: a case study. Proceedings of the 5<sup>th</sup> International Conference on Business Process Management; 2007 Sep 24-28; Brisbane, Australia; 2007.
46. Grigori D, Casati F, Castellanos M, Dayal U, Sayal M, Shan MC. Business process intelligence. Computers in Industry 2004; 53(3): 321-43.
47. Blobel B. Authorisation and access control for electronic health record systems. Int J Med Inform 2004; 73(3): 251-7.
48. Chen P. Goal-oriented Business Process Monitoring: An Approach Based on User Requirement Notation Combined with Business Intelligence and Web Services. Ottawa, ON: Carleton University (Canada); 2008.

## Business Process Management Approach in Healthcare Organizations\*

Mohammad Hossein Yarmohammadian, PhD<sup>1</sup>; Hossein Ebrahimipour, PhD<sup>2</sup>;  
Farzaneh Dousty<sup>3</sup>

### Review Article

#### Abstract

Ever environmental changing and the rapid advancement of technology has forced the health care organizations to accommodate in line with appropriate changes. In sectors like healthcare, there are many legal restriction and clinical guidelines that practitioner have to comply with. Therefore, these features lead to less freedom and authority to free core business process from non-value adding activities and reengineering of process for practitioners. Nowadays, flexible principle of business process management (BPM) is a strategy that successfully applies in many developed countries. BPM includes identifying the current status of processes, modeling and determine effects of process's reforms implementation. In many contexts, this approach has been introduced as the third wave of reforms that is the effective method, and its aims are to eliminate previous methods defects and considering budget constraints and the legal requirements. Through focusing on essential steps of process, integration and eliminating the non-value added steps, BPM provides the possibility of increasing the flexibility, quality and speed of processes. In healthcare organizations, employing BPM, via integration of electronic health record (HER) and hospital information system (HIS), and guidelines, meet the above mentioned aims. In this paper, after brief description of process-oriented trend history, we introduced the BPM approach, and its aims and intervention scopes in healthcare organizations were described.

**Keywords:** Electronic Health Records; Health Information Systems; Hospital Administration

Received: 01 Jan, 2013

Accepted: 11 Feb, 2013

**Citation:** Yarmohammadian MH, Ebrahimipour H, Dousty F. **Business Process Management Approach in Healthcare Organizations.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1123-31.

\* This article resulted from research project No 391478, funded by Deputy of Research, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associate Professor, Management and Educational Planning, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Health Care Services Management, Health Sciences Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

3- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: aram9147@yahoo.com

## نگاهی بر عملکرد پزشک خانوادگی روستایی در ایران

علیرضا جباری<sup>۱</sup>، غلامرضا شریفی‌راد<sup>۲</sup>، آزاد شکری<sup>۳</sup>، نجمه بهمن زیاری<sup>۳</sup>، آیان کردی<sup>۴</sup>

### مقاله مروری

### چکیده

هدف نهایی نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم می‌باشد. عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی در چند دهه‌ی اخیر، اجرای برنامه‌های اصلاحی را ایجاب می‌کند. پزشک خانوادگی روستایی از جمله این اصلاحات در نظام سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ به اجرا درآمد. هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی از زمان آغاز این برنامه بود. مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مروری نقلی بود که با جستجو در سایت‌های Google scholar، Google، SID، Magiran و Irandoc با کلید واژه‌های «پزشک خانواده»، «پزشک خانوادگی روستایی»، «Family physician»، «Family medicine»، «Rural family physician» و «Rural family medicine» انجام گرفت که در نهایت ۳۹ مقاله‌ی مرتبط با هدف مطالعه، استخراج و بررسی شد. در این مطالعه اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده در چندین زیر مجموعه شامل نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات، رضایتمندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت دسته‌بندی شد و عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده در دستیابی به این اهداف بررسی گردید. مطابق بررسی‌های انجام شده، برنامه عملکرد به نسبت خوبی پس از گذشت چند سال از اجرا داشت، ولی هنوز نظام ارجاع و ارایه‌ی پس‌خوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده‌ی سلامت به درستی اجرا نمی‌شود. دسترسی تا حدودی بهبود یافت و هزینه‌های غیر ضروری کاهش پیدا کرد، با این حال هنوز بینش سلامت‌نگر مطلوب در اذهان نهادینه نشده است.

**واژه‌های کلیدی:** پزشک خانواده؛ اصلاحات نظام سلامت؛ ایران

دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۶

اصلاح نهایی: ۹۱/۱۱/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۱۱/۲۴

**ارجاع:** جباری علیرضا، شریفی‌راد غلامرضا، شکری آزاد، بهمن زیاری نجمه، کردی آیان. **نگاهی بر عملکرد پزشک خانوادگی روستایی در ایران.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۱۴۵-۱۱۳۲.

### مقدمه

بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است (۷).

سلامتی، محور توسعه‌ی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه‌ی جوامع بشری بوده است و اهمیت ویژه در توسعه‌ی زیرساخت بخش‌های مختلف جامعه دارد. با توجه به این که سلامت، از حقوق اولیه‌ی افراد جامعه می‌باشد، دولت موظف به تأمین آن به طور برابر با رعایت عدالت است (۵-۱). بنابراین هدف نهایی نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم (۶) با دسترسی عادلانه‌ی همه‌ی افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. از این رو دسترسی یکسان به خدمات

- ۱- استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۲- استاد، آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
  - ۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)
- Email: ayan.kordi@gmail.com

بستری در بیمارستان به میزان قابل توجهی در سال‌های بعدی کمتر بوده است (۱۱). در حال حاضر مطالعات مختلفی در زمینه‌ی پزشک خانواده در ایران از آغاز برنامه‌ی پزشک خانواده صورت گرفته است، اما هیچ مطالعه‌ای عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی ایران را به صورت جامع بررسی نکرده است تا با مطالعه‌ی آن، اطلاعات کلی در رابطه با وضعیت و نتیجه‌ی اجرای برنامه به دست آید. بنابراین این تحقیق، متفاوت از سایر مطالعات با هدف مطالعه‌ی جنبه‌های مختلف پزشک خانواده‌ی روستایی و عملکرد آن در ایران انجام گرفت.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر به صورت مروری نقلی در نیمه‌ی دوم سال ۱۳۹۱، با مراجعه به سایت‌های، Google، Magiran، SID، Google Scholar و Irandoc و با استفاده از کلید واژه‌های، پزشک خانواده، پزشک خانواده‌ی روستایی و معادل لاتینی آن به صورت Family physician، family medicine، Rural family medicine انجام گرفت. هدف از این جستجو، یافتن کلیه‌ی مطالعاتی بود که به تشریح جنبه‌های مختلف پزشک خانواده از تاریخ پیدایش برنامه‌ی پزشک خانواده (سال ۱۳۸۴) تا زمان حال، پرداخته است. بنابراین در مجموع ۴۸ مطالعه استخراج شد، که پس از بررسی عنوان و چکیده‌ی مقالات در مرحله‌ی اول با حذف یافته‌های نامرتب، موارد تکراری، یافته‌های استخراج شده از کنفرانس‌ها و سمینارها و مقالاتی که در دسترس نبودند و در مرحله‌ی دوم بر اساس هدف مطالعه، چکیده و محتوا مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت ۳۹ مطالعه‌ی مناسب و همراستا با این تحقیق استخراج گردید و به تحلیل آن‌ها پرداخته شد.

### شرح مقاله

در طرح پزشک خانواده، سلامت‌نگری محور فعالیت‌های پزشک بوده است و هدف کلی، حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و ارائه‌ی خدمات سلامتی در حدود بسته‌ی تعریف شده، به فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش، صرف نظر از

در دو دهه‌ی اخیر، نظام‌های سلامت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به سبب عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی ملزم به اجرای برنامه‌های اصلاحی بوده‌اند. بدون شک اصلاحات در نظام سلامت ایران همانند همه‌ی نظام‌های سلامت در جهان، با وجود دستاوردهای متعدد در چند دهه‌ی اخیر اجتناب‌ناپذیر بوده است. علل اصلی ضرورت اصلاحات در نظام سلامت ایران را می‌توان تغییرات اپیدمیولوژیکی (افزایش بیماری‌های غیر واگیر و حوادث)، تغییرات دموگرافیکی، افزایش هزینه‌های سلامت، نابرابری‌ها در دریافت خدمات و پرداخت هزینه‌ها و چالش‌های مدیریت سلامت در سطوح مختلف نام برد، بنابراین با توجه به ظهور این عوامل اصلاحات از حدود سال ۱۳۸۱ با هدف تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت آغاز شد. یکی از کارهایی که در این زمینه صورت گرفته است تدوین آیین‌نامه‌ی نظام ارجاع و پزشک خانواده بود که در سال ۱۳۸۴ در روستاها به اجرا گذاشته شد (۸). در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله آمریکای شمالی، اروپای غربی و کانادا نیز پزشک خانواده، محور ارائه‌ی خدمات سلامت و مسؤول تیم سلامت است (۹). مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان داده است پزشکی خانواده با شاخص‌های رضایت، سلامت و هزینه‌ها ارتباط دارد (۱۰). بیمارانی که به پزشک خانواده مراجعه می‌کنند هزینه‌ی کل کمتری برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند. به طوری که تداوم ارائه‌ی خدمات پزشکی خانواده یکی از مهم‌ترین شاخص‌ها در ارتباط با هزینه‌ی کل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. مطالعات نشان داده است به طور کلی کشورهایی با سیستم توسعه یافته‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی اولیه (مانند سوئد و هلند) درجه‌ی بالایی از شاخص‌های سلامت و رضایت‌مندی افراد در ارتباط با کل هزینه‌های سیستم به دست آورده‌اند. مطالعات دیگر نشان داد بیمارانی که به طور مداوم و به مدت یک‌سال توسط پزشک خود تحت مراقبت قرار گرفته‌اند،

بهداشتی درمانی یا توان بخشی پایه و اولویت دار قرار گیرند و این خدمات توسط پزشکان عمومی که به عنوان پزشک خانواده جذب طرح می شوند ارایه می گردد (۲۲، ۴). از آنجایی که نظام ارجاع، اساس ساماندهی سلامت بوده و زمینه و فرهنگ نظام ارجاع در روستاها وجود داشت، این طرح ابتدا در روستاها پیاده شد (۶). در همین راستا در شروع برنامه، دستورالعمل ۰۱ برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۴ طراحی و ابلاغ شد و چندین بار به روزرسانی گردید به طوری که در سال ۱۳۹۱ نسخه‌ی ۱۳ آن در حال طراحی است.

در ادامه‌ی طرح ملی بیمه‌ی روستایی، با اهداف ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و کاهش هزینه‌های دریافت خدمات بهداشتی درمانی از سوی مردم، کاهش اقلام دارویی مصرفی، افزایش پوشش خدمات، اولویت دادن به بینش سلامت‌نگر به جای درمان‌نگر در ارایه‌ی خدمت، تشکیل پرونده‌ی سلامتی برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات، با محوریت پزشک خانواده اجرا شد (۲۳، ۲۰، ۱۵).

### عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده

با تحلیل مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده در این تحقیق، اهداف این برنامه به صورت پیاده‌سازی نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات و در نهایت رضایت‌مندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت، دسته‌بندی شد و در ادامه، عملکرد برنامه‌ی پزشک خانواده در دستیابی به این اهداف بررسی گردید که در ادامه به آن اشاره خواهد شد.

### نظام ارجاع

فرایند نظام ارجاع در برنامه با مراجعه‌ی بیماران از خانه بهداشت به پزشکان خانواده و در صورت نیاز، ارجاع بیماران به سطح دو بنا به تشخیص پزشکان خانواده انجام می‌گیرد. در حالی که ۹۶ درصد پزشکان شیراز، تشخیص سریع و به موقع بیماری‌ها

تفاوت‌های سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و خطر بیماری است (۱۴-۱۲، ۶، ۲). در برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، پزشک عمومی و تیم وی مسؤلیت سلامت افراد تحت پوشش را بر عهده دارد و پس از ارجاع نیز مسؤلیت پی‌گیری ادامه‌ی درمان با وی می‌باشد (۱۶، ۱۵).

### پزشک خانوادگی روستایی

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی را بر سه اصل اولویت خدمات پیشگیری، اولویت مناطق محروم و روستایی و اولویت خدمات سرپایی پایه‌ی بزی کرد که در طول دهه‌ی ۱۳۶۰، در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت (۱۲، ۶). در کشور ایران از سال ۱۳۶۴ با اجرای این طرح و سطح‌بندی خدمات در سه سطح در کلیه‌ی شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری داشته است، با این حال عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود (۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۲). با مصوبه‌ی مجلس شورای اسلامی در زمینه‌ی بیمه‌ی روستاییان، برنامه‌ی پزشک خانواده با شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور پیوند خورد (۱۹، ۱۵، ۹، ۳، ۱). برای ایجاد سیستم ارجاع در کشور و جلوگیری از مراجعه‌ی مردم به پزشکان متعدد، طرح بیمه‌ی درمان روستاییان و صدور دفترچه (۱۲، ۶) و برنامه‌ی پزشک خانواده، به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت از اواسط سال ۱۳۸۴ با همکاری سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روستاها و شهرهای با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر به اجرا درآمد (۲۰، ۸، ۳، ۱). در این طرح، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان بستر اجرایی و مجری اصلی برنامه و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان پشتیبان مالی برنامه عمل می‌کند (۲۱).

بر اساس بند (ب) ماده‌ی ۹۱ برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متعهد است تا پایان برنامه‌ی چهارم، پزشک خانواده را در کل کشور به اجرا درآورد» (۲۲، ۱۵، ۸، ۵، ۴). طبق این برنامه، جمعیت کل کشور باید تحت پوشش خدمات

پزشکان خانواده، ایفای نقش پزشکان خانواده در انتخاب پزشکان متخصص سطح دو، آرایه‌ی پس‌خوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول در حد انتظار رعایت نشده است (۲۵، ۱۸، ۱۷). در شاهرود و یاسوج نیز در بسیاری از موارد، بازخورد از طرف پزشک متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود (۲۷، ۲۶، ۴). رضایت پزشکان شاهرود از عملکرد سطح دو در سطح متوسط ارزیابی شده است (۲). همین‌طور پزشکان شیراز، ۲۶ درصد از میزان همکاری سطح دو از نحوه‌ی پذیرش به موقع بیماران ارجاع داده شده رضایت داشتند و تنها ۴/۳ درصد از آنان از کیفیت و کمیت پس‌خوراند راضی بودند (۲۴). در جدول ۱ مواردی از مشکلات

و ارجاع بیماران را مهم‌ترین وظیفه‌ی پزشکان خانواده دانسته‌اند و ۵۶ درصد آن را عامل مهم بهبود دسترسی به خدمات درمانی مناسب می‌دانند (۲۴)، بسیاری از قواعد نظام ارجاع در نظام شبکه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی به درستی اجرا نمی‌شود، به طوری که بسیاری از بیماران ارجاعی به سطح دوم، بدون ارجاع از سطح خانه‌های بهداشت به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند و تعداد کمی از آنان بعد از دریافت خدمات سطح دوم به پزشکان ارجاع دهنده‌شان باز می‌گردند. طبق اظهارات بیماران، بیشتر آنان به علت عدم آگاهی به سطح اول باز نمی‌گردند. به طور کلی فرایند ارجاع در مراجعه به پزشکان خانواده با ارجاع از خانه‌ی بهداشت، ارجاع بیماران به سطح دو، بنا به تشخیص

جدول ۱: مشکلات موجود در ارجاع برنامه‌ی پزشک خانواده

مردم	واحدها یا پرسنل سطح یک ارجاع
۱. آگاهی ناکافی (پایین) مردم در خصوص ضوابط پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی	۱. عدم تکمیل پرونده‌ی سلامت جمعیت تحت پوشش
۲. مراجعه‌ی مستقیم مراجعین به سطح دو	۲. تکمیل ناقص کادر ارجاع دفترچه‌ی بیمه توسط پزشکان خانواده
۳. مراجعه‌ی همراهان بیمار به پزشک خانواده	۳. ضعف در فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه
۴. مشکلات مربوط به ایاب و ذهاب بیماران	۴. ضعف پرسنل تیم پزشک خانواده در ارجاع به موقع و ضروری به رشته‌ی تخصصی مرتبط
۵. مراجعه‌ی مکرر و غیر ضروری بیماران زن به پزشکان متخصص	۵. مشخص نمودن اقدامات انجام گرفته در سطح یک ارجاع
۶. مشکلات اقامتی روستاییان در شهر تا هنگام ویزیت	
۷. مشکلات مربوط به دسترسی روستاییان کوچ‌نشین (اقامت فصلی در مناطق مجری طرح پزشک) در ارجاع به سطوح تخصصی	
۸. عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر	
مدیریت	واحدها یا پرسنل سطح دو ارجاع
۱. فقدان پزشکان متخصص مورد نیاز	۱. ضعف پس‌خوراند متخصص طرف قرارداد
۲. محدود بودن مراکز آرایه‌ی خدمات در سطح دو ارجاع	۲. همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرارداد
۳. پایین بودن تعرفه‌ی خدمات برای متخصصین سطح دو ارجاع	۳. رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده
۴. آگاهی ناکافی مسئولین اجرایی شهرستانی و استانی از برنامه‌ی پزشکان خانواده و نظام ارجاع	۴. آگاهی ناکافی پرسنل آرایه دهنده‌ی خدمات
۵. نبود الزام قانونی جهت آرایه‌ی پس‌خوراند از سطح دو به ۱	۵. عدم رعایت ارجاع افقی توسط پزشکان متخصص
۶. طولانی بودن مسیر ارجاع بیماران از سطح یک به سطوح تخصصی‌تر	۶. عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه‌ی تنظیم شده
۷. عدم آرایه‌ی خدمت به مراجعین تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده توسط بیمارستان‌های شهرستان‌های مجاور	۷. ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی بیمارستان
۸. تأثیر نداشتن چگونگی عملکرد پزشکان متخصص سطح دو ارجاع در نظام پرداخت و تشویق آنان	۸. عدم ثبت کد ارجاع و تشخیص در برگه‌های درخواست آزمایش و رادیولوژی
۹. مشکلات مربوط به ارجاع مجدد یا معاینات دوره‌ای در سطح تخصصی	۹. عدم اعتماد برخی پزشکان متخصص به آرایه‌ی خدمات در سطح یک



موفق دانسته بود (۲۹).

### دسترسی

یکی از وظایف نظام بهداشتی درمانی، تأمین دسترسی سهل و سریع جامعه به خدمات می‌باشد. یعنی خدمات در نزدیک‌ترین مکان به محل کار و زندگی خدمت گیرندگان برده شود. که در این زمینه پزشک خانواده تأثیر مثبتی در دسترسی به پزشکان و ماماها و پوشش بیمه‌ای در مراکز بهداشتی درمانی روستایی داشته است (۲۶). در کرمان نیز افزایش دسترسی گیرندگان را تضمین کرده است (۲۹).

### هزینه

از نکات مورد توجه دیگر در برنامه، جلوگیری از هزینه‌های سنگین و غیر ضروری و رفع آن‌ها با درمان در سطوح اولیه‌ی بیماری می‌باشد. برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی در کرمان و یاسوج تا حدودی مراجعات غیر ضروری به سطح بالاتر را کاهش داده که باعث کاهش هزینه‌های سنگین سطح دوم شده است (۲۹، ۲۷). درصد کسورات پس از اجرای برنامه در کرمان کاهش یافته (۲۹) و در نهایت رضایت روستاییان اصفهان در حیطه‌ی هزینه‌ها ۶۵/۱ درصد می‌باشد (۲۰).

### پوشش خدمات

از الزامات برنامه‌ی پوشش خدمات روستاییان و تأمین داروها و لوازم مورد نیاز برنامه می‌باشد. اما در این رابطه شهرستان شاهرود در تأمین ملزومات و تجهیزات مورد نیاز ضعیف عمل کرده است (۴). روستاییان اصفهان از امکانات موجود ۳۷/۶ درصد رضایت داشتند (۲۰). بهورزان شاغل در خانه‌ی بهداشت نیز ۵۶/۸ درصد از میزان پیگیری پزشک خانواده در تأمین اقلام دارویی که باید در خانه‌ی بهداشت در اختیار بیماران نیازمند قرار داده شود رضایت داشتند (۳۰).

اولویت به پوشش سلامت‌نگر به جای درمان‌نگر پایه و اساس برنامه‌ی پزشک خانواده بر سلامت‌نگر بودن آن است و اولویت سلامت‌نگری و پیشگیری بر درمان را بازگو می‌نماید. در حالی که ۴۵ درصد پزشکان شهرستان یاسوج اظهار داشتند در این طرح به مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولویت داده نمی‌شود (۴).

موجود در نظام ارجاع و ارایه‌ی پس‌خوراند به سطح یک آورده شده است (۱۲). پزشکان خانواده نقش اصلی در انتخاب پزشکان متخصص سطح دو را ایفا می‌کنند، بنابراین با ارجاع بیمار به سطح دو پس‌خوراند سطوح بالاتر به سطوح پایین‌تر و بازگشت مجدد بیماران به سطح اول انجام می‌گیرد و ادامه‌ی درمان بر عهده‌ی پزشک خانواده خواهد بود. با این حال دیده می‌شود از بین بیماران ارجاع شده به سطح دو در استان‌های شمالی، ۴۶ درصد بنا به تشخیص و درخواست پزشک و ۵۶ درصد به درخواست بیمار بود، همچنین انتخاب پزشک متخصص تنها در ۳۲/۹ درصد آن‌ها توسط پزشک خانواده صورت گرفته است. از کل بیماران ارجاع داده شده به این سطح، تنها برای ۱۷ درصد رونوشت لیست بیماران ارجاعی به خانه‌ی بهداشت مربوطه ارسال شده بود (۱۷). در دانشگاه علوم پزشکی ایران ۲۸ درصد موارد، پزشک خانواده در انتخاب پزشک متخصص نقش داشت و ۳۴/۷ درصد موارد ارجاعی به سطح دو، بنا به تشخیص پزشک بود و در بقیه‌ی موارد به اصرار بیمار صورت گرفته است. از ۶۰ درصد پس‌خوراند ارایه شده توسط پزشکان متخصص در استان‌های شمالی ۳۲ درصد دارای کیفیت مطلوب، ۳۶ درصد کیفیت نسبتاً مطلوب و ۳۲ درصد کیفیت نامطلوب بوده‌اند (۱۷) و در دانشگاه علوم پزشکی ایران، از ۳۰ درصد پس‌خوراند، ۳۶/۸ درصد کیفیت ضعیف، ۳۶/۸ درصد متوسط و ۲۶/۴ درصد کیفیت مطلوب داشتند (۱۸).

### پاسخگویی

پاسخگویی فرایندی است که ضمن آن همه‌ی اعضای سازمان باید در برابر اختیارات و وظایف محوله جوابگو باشند و نشانگر شوق و اراده‌ای است که در راستای وادار ساختن سازمان‌ها و گروه‌ها (رسمی یا غیر رسمی) به پاسخگویی و مسؤلیت‌پذیری در قبال وظایفی که بر عهده دارند ناشی می‌شود. در واقع عنصر اصلی در پیاده‌سازی اصلاحات نظام سلامت و بهبود عملکرد سیستم است که هدف از آن اطمینان از انطباق ارایه‌ی خدمات با استانداردها است (۲۸). مطالعه‌ای که در این زمینه صورت گرفته، پاسخگویی پزشک خانواده را در ارایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول تا حدودی

## تشکیل پرونده‌ی سلامتی

به طور میانگین ۸۶ درصد پزشکان یاسوج مهم‌ترین مزیت طرح را تشکیل پرونده‌ی پزشکی برای درمان بیمه‌شدگان دانسته‌اند، چرا که اطلاعات ثبت شده در کارتکس برای پیگیری و درمان مؤثر است (۲۷). این در حالی است که انتظارات از طرح پزشک خانواده در شهرستان شاهرود از تکمیل پرونده‌ی سلامت به خوبی برآورده نشده است. با این‌که ۹۴/۷ درصد پزشکان برای ۸۰ تا ۱۰۰ درصد بیماران، پرونده‌ی سلامتی تشکیل داده‌اند اما تنها ۳۱/۶ درصد آن به طور کامل بوده است (۴)، کارشناسان، کارداناان بهداشتی و بهورزان به ترتیب ۶۵ و ۵۰/۹ درصد رضایت از کیفیت تشکیل پرونده‌ی سلامت و انجام معاینات سالانه از قبیل گرفتن شرح حال، انجام معاینات، آموزش و توصیه‌های داده شده و ... داشتند (۳۰).

## کیفیت خدمات

کیفیت خدمات بهداشتی درمانی یکی از موضوعات و مسایل مهم در سال‌های اخیر بوده و از جوانب گوناگونی مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین یکی از هدف‌های برنامه‌ی پزشک خانواده، افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و کنترل کیفیت است. سطح رضایت روستاییان اصفهان در کیفیت خدمات ۳۵/۶ درصد بود (۲۰). در مجموع پس از اجرای طرح ملی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی، از نظر دندان‌پزشکان، کارشناسان، کارداناان بهداشتی و بهورزان به ترتیب ۹۰ درصد و ۸۶/۶ درصد تأثیر خوبی در کمیت و کیفیت ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی و توجه به رفع نیازهای واقعی مردم داشته است و رضایت از نحوه‌ی پایش و ارزشیابی پزشک خانواده از عملکرد اعضای تیم سلامت داخل مرکز و خانه‌های بهداشت از دیدگاه کارشناسان بهداشتی ۶۴/۸ درصد به دست آمده است (۳۰).

## پیگیری

در برنامه‌ی پزشک خانواده، مسؤولیت پیگیری بیماران و ارجاعات به سطح دو بر عهده پزشک خانواده می‌باشد و در موارد نادر وضعیت ارجاع بیماران از طریق ارتباط تلفنی پیگیری می‌شود (۱۸، ۱۷، ۱۴، ۴). به طور کلی این طرح

همچنان در پیگیری عاقبت بیماران موفق نبوده است (۲۶). دندان‌پزشکان، کارشناسان، کارداناان بهداشتی و بهورزان به ترتیب ۷۸/۳ و ۶۴/۵ رضایت بالا از کمیت و کیفیت پیگیری پزشک خانواده جهت حل مشکلات سلامتی مردم یا بیماران از قبیل افراد در معرض خطر، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، پیگیری سرنوشت بیماران ارجاع داده شده و ... داشتند. رضایت از میزان پیگیری و حضور پزشک خانواده در ارتقای سلامت مردم مانند مدارس، اماکن تهیه و توزیع مواد غذایی و ... از نظر دندان‌پزشکان، کارشناسان، کارداناان بهداشتی و بهورزان به ترتیب ۶۸/۹ و ۵۴ درصد بود (۳۰).

## دهگردشی

اعضای تیم سلامت موظف‌اند به طور مرتب به خانه‌های بهداشت و روستاهای قمر رفته و خدمات سلامت ارائه داده و درمان بیماران را پیگیری کنند. این دهگردشی‌ها در مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه‌ی پزشک خانواده در استان همدان به طور عمده (۹۱/۵۳ درصد) انجام می‌شود اما ۷۶ درصد دهگردشی‌ها مطلوب و ۲۴ درصد نامطلوب بوده است. محقق مهم‌ترین علت عدم انجام دهگردشی را عدم وجود به موقع وسیله‌ی نقلیه دانسته است. انجام دهگردشی و کیفیت آن بستگی به وضعیت استخدام ماما و پزشک، وجود نیروی کامل تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی، تعداد روستاهای قمر، تعداد خانه‌های بهداشت تحت پوشش، نوع جاده‌ی روستایی، وضعیت وسیله‌ی نقلیه از نظر دولتی و خصوصی بودن، تعداد و نوع خودرو، تعداد بازدید واحدهای ستادی مرکز بهداشت شهرستان، تعداد بازدید واحدهای ستادی مرکز بهداشت استان دارد (۳۱).

## تأثیر برنامه‌ی پزشک خانواده بر شاخص‌ها

یکی از اهداف اصلاحات در نظام سلامت، ارتقای شاخص‌های سلامت افراد جامعه می‌باشد. روند هشت شاخص بهداشت مادر و کودک از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶ نشان داده است که اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده تأثیر مثبتی بر این شاخص‌ها از جمله درصد مرده‌زایی، درصد متولین با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک

پزشک خانواده از اهمیت بالایی برخوردار هستند، و جلب رضایت آن‌ها برای ارایه‌ی مطلوب خدمات از نکات کلیدی است چرا که سطح رضایت، تعیین کننده‌ی سطح کیفیت عملکرد می‌باشد که در نهایت باعث جلب رضایت گیرندگان می‌شود. در جدول ۲ سطح رضایت‌مندی پزشکان و ماماها همکار پزشکان نشان داده شده است (۳۲).

میانگین نمره‌ی رضایت اعضای تیم سلامت داخل مراکز از کارکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۲۸ (از ۵ نمره حداکثر) و از عوامل مدیریتی ۳/۴۳ بوده است. میانگین نمره‌ی رضایت بهورزان از کارکردهای فنی پزشکان خانواده ۴/۱۷ و از عوامل مدیریتی ۳/۲۹ بوده است (۳۰). همچنین کمترین میزان رضایت پزشکان خانواده کمیت حق‌الزحمه و پرداخت به موقع آن بود (۲۵).

### رضایت‌مندی گیرندگان از برنامه‌ی پزشکان خانواده

رضایت‌مندی گیرندگان خدمت از برنامه‌ی پزشک خانواده شاخص مهم کیفیت می‌باشد که نشان دهنده‌ی میزان موفقیت در اجرای برنامه و جلب رضایت آنان می‌باشد. ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت شهرکرد نشان داد، ۸/۳ درصد کاملاً

ماه، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یک سال، میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال و مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال بر اثر اسهال و استفراغ داشته؛ اما در میزان مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان در ۱۰۰ هزار تولد زنده بدین گونه نبوده است (۱۳).

همچنین بررسی تأثیر اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ (قبل و بعد از اجرای برنامه) نشان داد که، روند استفاده از اکثر روش‌های مطمئن پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ در شهرستان ساری رو به رشد بوده و توفیقات نسبی حاصل شده است (۵).

تا حدودی بهبودی در شاخص‌های عملکرد فنی، تسهیلات و نیروی انسانی و گردش مالی برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی کرمان وجود دارد، با این حال به علت ضرورت گسترش برنامه به مناطق شهری با جمعیت بیشتر نیاز به توجه بیشتر به ارتقا و بهبودی شاخص‌ها در این برنامه دیده می‌شود (۲۹).

### رضایت‌مندی کارکنان سلامت از برنامه‌ی پزشک خانواده

اعضای تیم سلامت به عنوان عناصر کلیدی در برنامه‌ی

جدول ۲: سطح رضایت‌مندی پزشکان و ماماها همکار از برنامه‌ی پزشک خانواده

ماماها همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	
۵۲/۴۸	۱۲/۳۳	رضایت‌مندی از مسایل مالی
۵۳/۶۲	۴۵/۴۲	رضایت‌مندی از میزان و زمان مرخصی
۴۶/۷۲	۴۹/۹۴	رضایت‌مندی از تسهیلات
۳۳/۷۰	۳۶/۶۶	رضایت‌مندی از زمان ارایه‌ی خدمت
۶۷/۱۰	۶۳/۲۶	رضایت‌مندی از مکان ارایه‌ی خدمت
۵۱/۹۱	۵۱/۶۶	رضایت‌مندی از نیروی انسانی مرتبط
۴۰/۱۵	۲۲/۵۳	رضایت‌مندی از کیفیت اطلاع‌رسانی به مردم
۴۰/۸۰	۴۸/۷۸	رضایت‌مندی از سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و مؤسسات مرتبط
۴۸/۸۳	۴۸/۰۳	رضایت‌مندی از تجویز دارو
۱۶/۶۳	۱۷/۶۲	فضای کافی در محل ارایه‌ی خدمت
۱۶/۸۲	۱۷/۲۹	تمیزی و مناسب بودن محل کار
۱۷/۲	۱۵/۴۸	فراهم بودن تجهیزات مورد نیاز در محل
۱۶/۴۴	۱۲/۸۵	مناسب بودن کیفیت وسایل موجود
۵۴/۱۹	۲۵/۳۳	رضایت‌مندی به طور کلی از طرح

### منبع کسب اطلاعات گیرندگان

۳۴/۳ درصد افراد دلیل اصلی خود برای انتخاب بیمه‌ی روستایی و برنامه‌ی پزشک خانواده را ارزان بودن ویزیت و دارو در مرکز بهداشتی درمانی اعلام کردند که نمره‌ی میانگین آگاهی این افراد ۲۹/۶۶ درصد بود، در مقابل افرادی که دلیل خود را مزایای زیاد برنامه‌ی پزشک خانواده در حفظ سلامت خانواده می‌دانستند، نمره‌ی میانگین آگاهی بالاتری (۳۷/۶۶) داشتند.

منبع کسب اطلاعات درباره‌ی برنامه‌ی پزشک خانواده و اهداف آن، در آگاهی گیرندگان خدمت از اهمیت بالایی برخوردار است. بیشترین فراوانی منبع در دسترس برای کسب اطلاعات، به‌روزان، کارمندان مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد (۲۰). منابع کسب اطلاعات از برنامه‌ی پزشک خانواده در شهرکرد ۲/۳ درصد از اعضای شورای شهر، ۳۴ درصد کارمندان مرکز بهداشتی درمانی روستا، ۲/۷ درصد از پزشک خانواده، ۵/۵ درصد از رسانه‌های گروهی و ۶/۸ درصد از به‌روزان و پزشک خانواده بوده است. اطلاع‌رسانی به افراد درباره‌ی برنامه در حد متوسط بوده است (۱).

### مهارت و نیاز آموزشی پزشکان

رضایت روستاییان اصفهان از مهارت کارکنان ۷۴/۴ درصد بوده است (۲۰). ۵۴/۳ درصد از پزشکان خانواده در استان یزد، فاصله‌ی بین آموزش‌های تئوری دوران دانشجویی و انتظاراتی که مجریان طرح پزشک خانواده از آن‌ها داشتند را خیلی زیاد و زیاد ذکر کرده‌اند. همچنین ۴۰/۵ درصد فاصله‌ی بین مهارت‌های عملی فراگرفته در دوران دانشجویی با مهارت‌های مورد نیاز طرح پزشک خانواده را خیلی زیاد و زیاد ذکر نمودند (۱۶). مطابق نظر پزشکان یزد در موضوعات مدیریتی به ترتیب اولویت: مقررات مالی، نحوه‌ی توزیع کارانه، مقررات اداری مالی دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های

ناراضی، ۴۱/۸ درصد نسبتاً ناراضی، ۴۸/۱ درصد نسبتاً راضی و ۱/۸ درصد کاملاً راضی بوده‌اند. در مجموع درصد بیشتری از روستاییان از برنامه‌ی پزشک خانواده راضی بودند و افرادی که آگاهی کمتری از برنامه داشتند، رضایت بیشتری را ابراز کردند (۱۹).

۳۴/۵۲ درصد از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی استان مرکزی از کلیت برنامه‌ی پزشک خانواده، رضایت بالا و یا خیلی بالا ابراز داشتند. این سطح از رضایت در مورد عملکرد پزشک خانواده ۳۴/۵۲ درصد، مامای تیم پزشک خانواده ۳۷/۱ درصد، کارکنان آزمایشگاه مرکز مجری برنامه ۳۶/۸ و کارکنان داروخانه مرکز مجری برنامه ۳۸/۳ درصد بود. در نهایت برنامه در سطح استان موفق بوده است اما همچنان نقایصی در سیستم وجود دارد (۳۳).

### میزان آگاهی و نگرش گیرندگان خدمت

میزان آگاهی افراد مورد بررسی در شهرستان شهرکرد نسبت به برنامه‌ی پزشک خانواده به ترتیب، ۳۰/۹ درصد ضعیف، ۵۳/۴ درصد متوسط، ۱۴/۵ درصد خوب و ۱/۳ درصد عالی بود. در مجموع آگاهی بیشتر افراد جمعیت روستایی شهرستان شهرکرد در مورد مزایای برنامه‌ی پزشک خانواده ضعیف بوده و نسبت به برنامه بی‌تفاوت بودند. در جدول ۳، نگرش روستاییان شهرکرد و اصفهان نشان داده شده است (۳۴، ۱۹، ۱۵، ۳). روستاییان شهر اصفهان نیز میزان آگاهی و نگرش متوسط نسبت به این طرح دارند (۲۰). با وجود گذشت بیش از ۳ سال از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، بیمه‌شدگان روستایی آشنایی کمی در ارتباط با آن و تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره‌مندی از دفترچه‌ی بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران دارند. با این عدم آگاهی ممکن است بسیاری از خدمات مورد نیاز را دریافت نکنند یا بعضی خدمات غیر ضروری دریافت کنند (۲۳).

جدول ۳: نگرش روستاییان شهرکرد و اصفهان بر حسب درصد

نگرش خیلی خوب	نگرش خوب	نگرش متوسط	نگرش ضعیف	نگرش خیلی ضعیف
روستاییان شهرکرد	۰/۵	۲۵/۵	۶۴/۴	۹/۱
روستاییان اصفهان	۰/۸	۳۰/۴	۷۵/۵	۱۰/۳

۶۰ درصد پزشکان شهرستان یاسوج معتقدند که برای موارد اورژانس در طرح پزشک خانواده پیش‌بینی‌های لازم انجام نشده است (۲۷).

### چالش‌های پیش رو

بر اساس آمار بانک اطلاعات پزشکان، در سال ۱۳۸۱، تعداد ۲۷۸۴۳ نفر پزشک عمومی در کشور وجود داشته‌اند. با محاسبه‌ی تعداد نیروی انسانی وارد و خارج شده از حرفه‌ی پزشکی و همچنین فرض مساوی بودن تعداد مهاجر به داخل و خارج از کشور، تعداد پزشکان عمومی در سال ۱۳۸۸ معادل ۳۷۹۷۷ نفر برآورد شد. برای جمعیت معادل ۷۳۷۳۰۳۵۴ نفر در سال ۱۳۸۸ اجرای طرح پزشک خانواده، در حدود ۳۲۷۶۹ نفر پزشک عمومی برای ارایه‌ی خدمات این طرح در کل کشور نیاز دارد. برای جمعیت حدود ۲۳ میلیون نفری ساکن روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت، تعداد پزشک خانواده‌ی مورد نیاز، معادل ۱۱۵۰۰ نفر است. طبق اطلاعات موجود ( گزارش مرداد ۱۳۸۸) تعداد پزشک عمومی فعال به عنوان پزشک خانواده ۵۲۰۴ نفر است (۲۲). مطالعه‌ی در کرمان نشان داد پس از اجرای برنامه‌ی هر ساله، روند افزایشی در ریزش پزشکان خانواده و ماماها‌ی همکار دیده شده که ممکن است به دلایل مختلفی چون ادامه‌ی تحصیل و نزدیک شدن به امتحان دستیاری و مسایل محیطی، وضعیت استخدامی پزشکان خانواده، کم‌ثباتی شغلی و امنیت شغلی پایین باشد (۲۹).

طرح پزشک خانواده، نحوه‌ی جلب مشارکت‌های مردمی، نحوه‌ی پایش و ارزیابی واحدهای ذیربط، مدیریت مرکز بهداشتی درمانی، مشارکت دادن افراد در برنامه‌ریزی‌ها، نحوه‌ی اداره‌ی جلسه و برخورد با ارباب‌رجوع و همچنین در رابطه با نظام ارجاع، اخذ پذیرش از بیمارستان، سیاست‌های کلی نظام سلامت، اولویت‌های سلامتی و ... نیاز به آموزش احساس می‌کنند (۳۵).

ارتباط پزشک و بیمار دو بعد ابزاری و بیانی دارد. جنبه‌ی ابزاری آن مستلزم مهارت پزشک در استفاده از تکنیک‌های درمانی و بعد بیانی، ارتباط پزشک و بیمار، منعکس‌کننده‌ی هنر طبابت است که شامل برقراری ارتباط صمیمی و گرم با بیمار و احساس همدلی با اوست. بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی در پزشکان تفاوت بسیاری در نمرات آگاهی و نگرش آنان قبل و بعد از شرکت در کارگاه آموزشی و میانگین نمره‌ی رضایت‌مندی بیماران بعد از مداخله نشان داشته است که نشان دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به گروه مورد می‌باشد (۳۶).

### نقاط قوت و ضعف برنامه

برنامه‌ی پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده، ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت بررسی شده است و نقاط قوت و ضعف آن تعیین گردیده که به ترتیب در جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌نمایید (۶).

جدول ۴: نقاط قوت برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی روستایی از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده،

ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت

گیرندگان خدمت	بهورزان	ماماها‌ی همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	مدیران و سیاستگذاران	
✓	✓	✓	✓		کاهش هزینه‌های درمان
✓	✓	✓	✓	✓	دسترسی آسان روستاییان به دارو، پزشک و ماما
✓			✓		معاینات سالیانه و تشکیل پرونده‌ی خانوار
✓	✓				مراقبت بهتر و مؤثرتر از مادران و کودکان زیر ۶ سال
	✓	✓	✓	✓	بیماریابی و تشخیص زود هنگام بیماری‌ها
		✓		✓	ارتقای شاخص‌های سلامت
				✓	دلگرمی بهورزان و مربیان خانه‌ی بهداشت

جدول ۵: نقاط ضعف برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی از دیدگاه مدیران و سیاستگذاران، پزشکان خانواده، ماماها‌ی همکار پزشک خانواده، بهورزان و گیرندگان خدمت

گیرندگان خدمت	بهورزان	ماماها‌ی همکار پزشک خانواده	پزشکان خانواده	مدیران و سیاستگذاران	
				✓	عدم تأمین شغلی ثابت
				✓	عدم توجه پزشکان و متخصصان از این طرح
				✓	عدم آموزش کافی مسایل بهداشتی به پزشکان
		✓	✓	✓	عدم پرداخت به موقع حقوق پزشکان و ماماها‌ی شاغل
	✓	✓	✓		عدم توجه روستائیان به طرح پزشک خانواده
		✓	✓		عدم حمایت مناسب از نظر تخصیص امکانات رفاهی
			✓		ایجاد تداخل با برنامه‌ی سلامت و ساعات کاری زیاد پزشکان
	✓	✓			افزایش حجم کار
✓	✓				محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده
	✓				برخورد نامالایم روستائیان با کادر درمان
✓					مشکل در پذیرش بیمار توسط بیمارستان‌ها
✓					عدم انتخاب متخصصین توسط خود بیمار
✓					مراجعات زیاد و ازدحام بیماران در خانه‌ی بهداشت

حاضر بیان می‌کند به طور کلی پس از گذشت چندین سال از اجرای برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی، این برنامه عملکرد نسبتاً خوبی داشته است با این وجود هنوز هم نظام ارجاع به درستی اجرا نمی‌شود و پس‌خوراندها از پزشکان متخصص به پزشکان خانواده ارسال نمی‌شود، در موارد ارسال شده نیز درصد کمی دارای کیفیت مطلوب بوده‌اند. پیگیری عاقبت بیماران از طرف پزشکان خانواده ضعیف بوده است. با این‌که برنامه تا حدودی دسترسی را بهبود بخشیده و هزینه‌های غیر ضروری را کاهش داده است با این حال نتوانسته بیش سلامت‌نگر مطلوب را در اذهان نهادینه سازد. مطابق نظر پزشکان، پرونده‌ی سلامت از مزیت‌های برنامه می‌باشد با این حال ضعف در تکمیل با کیفیت آن دیده می‌شود. اعضای تیم سلامت، رضایت در سطح متوسط و گیرندگان خدمت رضایت بیشتر و آگاهی کمتری نسبت به برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی داشتند. مطابق اظهارات ۳۲ پزشک خانواده در مطالعه‌ی Manca و همکاران، علل بروز این ناکارآمدی در برنامه از طرف پزشکان را مربوط به حجم کار و فشار زمان،

۵۴ درصد از پزشکان شیراز، کشور را فاقد بستر فرهنگی مناسب برای ایجاد تخصص پزشک خانواده دانسته و ۱۰۰ درصد آنان به نقش رسانه‌های گروهی در تأمین بستری مناسب برای این امر تأکید نموده‌اند (۲۴). به طور میانگین ۷۰ درصد پزشکان یاسوج اصلی‌ترین محدودیت و نارسایی این طرح را محدود بودن مددجو در انتخاب پزشک خانواده می‌دانند (۲۷).

### بحث

مطابق مطالعات نجیمی و همکاران (۲۰)، امیری و همکاران (۲)، Sans-Corrales و همکاران (۱۰) و جنتی و همکاران (۶)، هدف از طرح‌ریزی برنامه‌ی پزشک خانواده، پیاده‌سازی نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی، دسترسی و پوشش خدمات، کاهش هزینه، اولویت به خدمات سلامت‌نگر، تشکیل پرونده‌ی سلامت، کنترل کیفیت خدمات و رضایت‌مندی گیرنده و آرایه دهندگان خدمات از طریق شناخت وضعیت افراد در قالب منزل، خانواده و اجتماع می‌باشد. مطالعه‌ی



بیماران ارجاعی صورت گرفته است در حالی که مطالعات بسیار اندکی در رابطه با پاسخگویی، دسترسی و میزان پوشش خدمات این برنامه انجام گرفته است. همین طور در رابطه با تأثیر برنامه بر شاخص‌های سلامت، مطالعه کمی صورت گرفته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود محققین در مطالعات بعدی خود در رابطه با میزان پاسخگویی، دسترسی، میزان پوشش خدمات و تأثیر برنامه بر شاخص‌های سلامت در برنامه‌ی پزشک خانواده در روستا تمرکز بیشتری داشته باشند. از آنجایی که پزشکان و سایر اعضای تیم سلامت نسبت به برنامه و اهداف آن آگاهی کمی دارند پیشنهاد می‌شود برای افزایش کیفیت و اجرای هر چه بهتر برنامه، دوره‌های آموزشی در این زمینه برگزار گردد. همچنین جهت افزایش آگاهی و بینش افراد و فرهنگ‌سازی در خصوص این برنامه در بین گیرندگان خدمت، آموزش سراسری مورد نیاز است.

نابرابری درآمد، عدم دسترسی به متخصصان، روش‌ها، آزمایش‌ها و دیگر منابع، عدم حمایت از طرف دانشگاه، فقدان کنترل کاغذبازی‌ها، تماس‌های تلفنی مکرر، توقعات و انتظارات بی‌جای بیماران و بروکراسی‌های مربوط به ادارات بیمه و حتی وسیله‌ی نقلیه، نسبت داد (۳۷). به گونه‌ای که در مطالعات انجام گرفته در کانادا و تحقیقات بین‌المللی نیز نگرانی‌هایی در رابطه با حجم کار بیش از حد، فشار زمانی، کاغذبازی (۳۸) و بروکراسی و فقدان سیستم کنترلی (۳۹) بیان شده بود. از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد اندک مقالات در ابعاد مختلف برنامه‌ی پزشکی خانواده‌ی روستایی برای دستیابی به نتایج جامع بود. اکثر مطالعات در تعدادی از استان‌های خاص بوده و در سایر استان‌ها مطالعه‌ای یافت نشد تا با قاطعیت به کل برنامه‌ی پزشک خانواده تعمیم داده شود. همچنین بسیاری از مطالعات در زمینه‌ی وضعیت نظام ارجاع و پیگیری

## References

1. Tavasoli E, Alidousti M, KHadivari R, Sharifirad G, Hasanzadeh A. Relationship between knowledge and attitudes of rural people with information resources about family physician program in Shahrekord. *J Health Syst Res* 2010; 6(3): 498-505. [In Persian].
2. Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members. *Razi Journal of Medical Sciences* 2012; 18(92): 23-30. [In Persian].
3. Alidosti M, Tavassoli E, Khadivi R, Sharifirad Gh. A survey on Knowledge and attitudes of Rural Population towards the Family Physician Program in Shahrekord city. *Health Inf Manage* 2010; 7(4): 625-36. [In Persian].
4. Chaman R, Amiri M, Raei M, Alinejad M, Nasrollahpour Shirvani SD. National Family Physician Program in Shahroud: Assessing Quality of Implementation and Condition of Settings. *Hakim* 2011; 14(2): 123-9. [In Persian].
5. Alipour A, Habibian N, Tabatabaee SR. Evaluation the Impact of Family Physician Care Program on Family Planning in Sari from 2003 to 2007. *Iran J Epidemiol* 2009; 5(1): 52-9. [In Persian].
6. Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, Vakeli S. Assessing the Strengths & Weaknesses of Family Physician Program. *Knowledge & Health Journal* 2010; 4(4): 39-44. [In Persian].
7. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. *J Arak Univ Med Sci* 2010; 12(4): 92-104. [In Persian].
8. Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring Performance of Family Physicians in Yazd. *Toloo Behdasht* 2009; 8(1-2): 16-25. [In Persian].
9. Jolaei H, Alizadeh M, Falah Zadeh M, Baseri A, Sayyadi M. Assessment of clinical skills province of Family Physicians clinical test based on the observed (OSCE) *Journal of Medical Education Development Center. Strides Dev Med Educ* 2010; 7(2): 92-8.
10. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarín-Rúa MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23(3): 308-16.
11. De Maeseneer JM, De PL, Gosset C, Heyerick J. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1(3): 144-8.
12. Golalizadeh E, Moosa Zadeh M, Amiresmaeili M, Ahangar N. Challenges the second level referral program in family practice: a qualitative study. *J Med Counc I R Iran* 2011; 29(4): 309-21.

13. Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M, Shabani Kia H. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran; 2009. *J Health Adm* 2011; 14(43): 27-36.
14. Gholaamzade-Nikjo R, Janati A, Portalleb A, Gholizade M. Survey of Mashhad family physicians satisfaction with family medicine programme. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 13(10): 39. [In Persian].
15. Tavasoli A, Raeisi M, Alidoosti M, Motlagh Z. Relationship between Knowledge of Rural People with Choice Reasons Family Physician Program in Villager Population Shahr-e-kord(2010). *J Jahrom Univ Med Sci* 2012; 10(19): 43-8. [In Persian].
16. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Karamalian H, Rohani M, Narimani S. Educational Needs Assessment of Family (General) Physicians Working in Rural Health Centers of Esfahan Districts in Five Domains. *Iran J Med Educ* 2011; 10(5): 726-34. [In Persian].
17. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the Function of Referral System in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2008. *J Babol Univ Med Sci* 2010; 11(6): 46-52. [In Persian].
18. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisee P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences: 2009. *Hakim Medical Journal* 2010; 13(1): 19-25. [In Persian].
19. Alidoosti M, Tavassoli E, Delaram M, Najimi A, Sharifirad G. The relationship between satisfaction and knowledge about family-doctor program in Shahr-e-Kord. *Zahedan J Res Med Sci* 2011; 13(6): 36-9. [In Persian].
20. Najimi A, Alidoosti M, Sharifirad G. Study of Knowledge, Attitude, and Satisfaction toward the Family Physician Program in Rural Regions of Isfahan, Iran. *J Health Syst Res* 2012; 7(6): 883-90. [In Persian].
21. Shariati M, Moghimi D, Rahbar M, Kazemein H, Mirmohammadkhani M, Emamian M. Family physician in the health plan in 1404 Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: National Institutes of Health Research; 2011. [In Persian].
22. Farzadi F, Mohammad K, Maftoon F, Labbaf Ghasemi R, Tabibzade Dezfoli N. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. *Payesh* 2009; 8(4): 415-21. [In Persian].
23. Mohaghegh MA, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Monfared A, Nahvi Juy, et al. Familiarity of rural people engaged in rural assurance towards principles, facilities, and conditions of rural assurance in family physician (FP) program in northern provinces of Iran – 2008. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2010; 2(2-3): 33-8. [In Persian].
24. Kavari SH, Keshtkaran A. Evaluation of physicians and paramedical doctor's viewpoints on the family physician as a lost link in the medical system of Iran. *Middle East Journal of Family Medicine* 2004; 4(4). [In Persian].
25. Motlagh ME, Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Kabir MJ, Shabestani Monfared A, Nahvijui A. Satisfaction of Family Physicians (FPs) about Effective Factors on Activation of FP Program in Medical Universities. *J Guilan Univ Med Sci* 2010; 19(76): 48-55. [In Persian].
26. Khayyati F, Esmaeil Motlagh M, Kabir MJ, Kazemeini H, Gharibi F, Jafari N. The Role of Family Physician in Case Finding, Referral, and Insurance Coverage in the Rural Areas. *Iranian J Publ Health*, 2011; 40(3): 136-9. [In Persian].
27. Masoudi Asl I. Perspective of the Family Practice Physicians Committee contracted Imam Khomeini (RA). *Journal of Social Medicine* 2003; 3(14): 10-4. [In Persian].
28. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan* 2004; 19(6): 371-9.
29. Khosravi S, Amiresmaeili M, Yazdi Feyzabadi V. Performance evaluation and insurance plans of rural family physicians: case study of kerman medical sciences university. *Proceedings of the Role of Family Physicians in Health Systems Congress*; 2012 Jun 13-14; Mashhad, Iran; 2012.
30. Motlagh M, Nasrollahpour Shirvani S, Ashrafian Amiri H, Kabir M, Shabestani Mounfared A, et al. Satisfaction of health teams about the function of family physician in medical universities of Northern provinces, Iran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9(3): 180-7. [In Persian].
31. Halimi I, Azizi T. Survey of Family Physicians and the influencing factors in host family physicians in health centers in Hamadan in 2010. *Proceedings of the 6th Congress of Iran Epidemiology*; 2010 Jul 13-15; Tehran, Iran; 2010. p. 211. [In Persian].

32. Asgari H, Kheirmand M, Rohani M, Sadoughi S, Malekpour Z. Satisfaction of physicians and midwives participating in the rural family physician and insurance scheme with the plan in Isfahan province, 2010. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2012; 10(2): 11-20. [In Persian].
33. Taheri M, Amani A, Zahiri R, Mohammadi M. Patient satisfaction with Urban and Rural Insurance and Family Physician Program in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2011; 5(1): 11-8. [In Persian].
34. Tavasoli A, Alidoosti M, KHadivari R, Sharifirad G. Factors influencing family physician coverage and its relationship with knowledge and attitude of the rural population of shahr e kord city. *Proceedings of the 6th Congress of Epidemiology of Iran*; 2010 Jul 13-15; Shahroud, Iran; 2010. p. 209. [In Persian].
35. Karimi M, Mirzaei M, Rahim Z. Educational needs of family physicians in Yazd province. *Yazd University of Medical Sciences Education Development Center* 2011; 6(1): 39-46. [In Persian].
36. Managheb SE, Jaafarian J, Firouzi H. The effect of communication skills training based on Calgary-Cambridge guideline on knowledge, attitude and practice of family physician of Jahrom University of medical sciences 2007. *J Jahrom Univ Med Sci* 2008; 6(6): 74-84. [In Persian].
37. Manca DP, Varnhagen S, Brett-MacLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A, et al. Rewards and challenges of family practice: Web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician* 2007; 53(2): 278-86, 277.
38. Simoens S, Scott A, Sibbald B. Job satisfaction, work-related stress and intentions to quit of Scottish GPS. *Scott Med J* 2002; 47(4): 80-6.
39. Landon BE, Aseltine R, Jr., Shaul JA, Miller Y, Auerbach BA, Cleary PD. Evolving dissatisfaction among primary care physicians. *Am J Manag Care* 2002; 8(10): 890-901.

## Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran

Alireza Jabari, PhD<sup>1</sup>; Gholamreza Sharifirad, PhD<sup>2</sup>; Azad Shokri<sup>3</sup>;  
Najmeh Bahman Ziari<sup>3</sup>; Ayan Kordi<sup>4</sup>

### Review Article

#### Abstract

The ultimate goal of the health care system of any country is to promote public health. Reforming programs were required because of failure to respond to the needs and expectations of health in recent decades. Rural family physician was a part of these reforms of the health system, which was implemented in 2006. The aim of this study was to evaluate the performance of the rural family physician program since it was started. This review was done by searching in Google, Google scholar, SID, Magiran, Iran-doc with the following keywords: Family physician, rural family physician, family medicine, rural family medicine. 32 related articles were extracted and analyzed. The objectives of family physician program were classified in several sub-goals series including referral system, accountability, access, cost, coverage, priority-based health services, formation of health record, control the quality of services, satisfaction and attitudes of health team staff and service recipients and the family physician performance in achieving this goals. Generally, after a few years of implementation, the program has performed relatively well but the referral system and presenting feedback from specialists, patients follow-up and completing health record was not implemented properly. Access was improved and unnecessary costs were reduced although good holistic health insight has not institutionalized yet.

**Keywords:** Physicians, Family; Health Care Reforms; Iran

Received: 5 Jan, 2013

Accepted: 12 Feb, 2013

**Citation:** Jabari A, Sharifirad Gh, Shokri A, Bahman Ziari N, Kordi A. **Overview of the Performance of Rural Family Physician in Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1132-45.

1- Assistant Professor, Health Care Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Health Education, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran

4- MSc Student, Student Research Committee, Health Care Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Science, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: ayan.kordi@gmail.com

# بهره‌مندی از خدمات تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی در بیماران تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان

سعید کریمی<sup>۱</sup>، فاطمه رضایی<sup>۲</sup>، آیان کردی<sup>۳</sup>

## مقاله کوتاه

### چکیده

**مقدمه:** استفاده از خدمات تشخیصی پرهزینه با تکنولوژی سطح بالا در دهه‌ی گذشته افزایش یافته است. تحقیقات انجام شده دلایل متعددی را با توجه به سیستم بهداشتی و کشوری که آن مطالعات در آن انجام شده است، گزارش کرده‌اند، از جمله مسن شدن جمعیت، پیشرفت در تکنولوژی‌های تشخیصی که منجر به کاربرد بیشتر خدمات تشخیصی در عرصه‌های بالینی می‌شود، افزایش تعداد رادیولوژیست‌ها، دسترسی به این نوع خدمات و پزشکان که در استفاده از این گونه خدمات مؤثر هستند. مطالعه‌ی حاضر با هدف، تعیین میزان استفاده از خدمات تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی (Magnetic resonance imaging یا MRI) در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ و با توجه به تخصص پزشکان، نوع MRI و صندوق تحت پوشش انجام شد.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر از نوع تحلیلی بود. اطلاعات کلیه‌ی خدمات MRI به تفکیک انواع MRI، تخصص پزشکان و صندوق‌های مختلف بیمه‌ی خدمات درمان به روش سرشماری در نیمه‌ی اول سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ شمسی با استفاده از پایگاه داده‌ای در اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان جمع‌آوری گردید. معیار ورود خدمات MRI ارائه شده تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی بود. از نرم‌افزار Excel جهت جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات MRI در گروه‌های مختلف (نوع تخصص، صندوق و انواع MRI) استفاده گردید.

**یافته‌ها:** بیشترین میزان تجویز خدمات MRI مربوط به پزشکان ارتوپدی به تعداد ۸۴۳ و ۸۱۹ به ترتیب در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۸۹ شمسی و سپس مربوط به متخصصین مغز و اعصاب در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۸۹ شمسی بود. بیشترین میزان MRI انجام شده (میانگین ۱۴۷۲ عدد) مربوط به صندوق کارکنان دولت و کمترین میزان (میانگین ۱۷ عدد) مربوط به بیمه‌شدگان صندوق خویش‌فرما می‌باشد. در رابطه با نوع MRI بیشترین میزان تجویز، MRI شکمی در سال ۱۳۸۹ شمسی بود (به تعداد ۱۲۱۸) که در سال ۱۳۹۰ شمسی کاهش یافته است و در سال ۱۳۸۹ شمسی مربوط به ناحیه‌ی کمری (به تعداد ۹۲۱) بوده است. تعداد کل MRI انجام شده در سال ۱۳۹۰ شمسی نسبت به سال ۱۳۸۹ شمسی به تعداد ۱۷۷ افزایش یافته بود.

**نتیجه‌گیری:** میزان استفاده از خدمات MRI افزایش یافته است که با توجه به افزایش تعداد مراکز MRI، شاید بتوان تقاضای القایی را یکی از عوامل اصلی در افزایش استفاده از این خدمات دانست. شاید از دیگر عوامل مؤثر در استفاده از این خدمات عدم قطعیت حرفه‌ای، فشار زمانی هنگام معاینه بیمار، توقع و انتظارات بیماران برای تجویز داروها و خدمات تشخیصی بیشتر و فقدان سیستم پرداخت صحیح و پرداخت ناکافی به پزشکان می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** تقاضای القایی؛ بیمه؛ تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)  
Email: f.rezaei.ms@gmail.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۲۱ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۷

**ارجاع:** کریمی سعید، رضایی فاطمه، کردی آیان. بهره‌مندی از خدمات تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی در بیماران تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹(۷): ۱۱۵۱-۱۱۴۶.

MRI در سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ و بررسی احتمال افزایش استفاده از این نوع خدمات با توجه به تخصص پزشکان، نوع MRI و صندوق تحت پوشش، زمینه‌ساز مطالعات بیشتر در این زمینه و همچنین تأثیر در تصمیمات سیاست‌گذاران بخش سلامت انجام شده است.

### روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه‌ی تحلیلی است. معیار ورود خدمات MRI ارایه شده تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمان اصفهان در نیمه‌ی اول سال‌های ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ بود. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت سرشماری بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات کلیه‌ی خدمات MRI در دو سال مذکور از پایگاه داده‌ای اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمان گرفته شد و سپس به تفکیک تخصص پزشکی که آن را تجویز کرده‌اند (شامل متخصصین جراحی عمومی، جراحی ستون فقرات، جراحی مغز و اعصاب، متخصص مغز و اعصاب، روان‌پزشک، گوش و حلق و بینی، چشم‌پزشک، اطفال، زنان و زایمان، رادیوتراپی، انکولوژی، قلب و عروق، عفونی، طب فیزیکی، فیزیوتراپی و توان‌بخشی، ارتوپدی، روماتولوژی، غدد و متابولیسم، اورولوژی، گوارش و داخلی) و صندوق‌های مختلف بیمه‌ی خدمات درمان شامل بیمه‌ی روستاییان، بیمه‌ی ایرانیان، کارکنان دولت، خویش فرما و سایر اقشار و همچنین به تفکیک انواع MRI‌های گرفته شده شامل اندام تحتانی، اسپینال کانال (ناحیه‌ی سرویکال)، شکم، لگن، هر مفصل اندام تحتانی، اندام فوقانی بازو یا ساعد، اندام فوقانی به غیر مفاصل، اسپینال کانال (ناحیه‌ی لومبر)، استاتیک یوروگرافی، گردن، مغز، قفسه‌ی صدری، کلانژیوگرافی، کالر داپلر شریان، بیهوشی موقع MRI، توراسیک در دو سال ۱۳۹۰ و ۱۳۸۹ جدول‌بندی و تحلیل شد. از نرم‌افزار Excel جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات و تعیین فراوانی‌های MRI در گروه‌های مختلف نوع تخصص، صندوق و انواع MRI استفاده گردید. برای جمع‌آوری اطلاعات در فایل Excel از پایگاه داده‌ای اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمان استفاده گردید.

### مقدمه

استفاده از خدمات تشخیصی پر هزینه با تکنولوژی سطح بالا در دهه‌ی گذشته به طور اساسی افزایش یافته است (۱). در رابطه با خدمات MRI (Magnetic resonance imaging) مطالعات قبلی، احتمال وجود MRI‌های غیر ضروری را بررسی کرده‌اند (۲). چنانچه خدمات MRI بی‌رویه مورد استفاده قرار بگیرند در رابطه با مصرف بهینه‌ی منابع نگرانی‌هایی را به وجود می‌آورند (۳). چرا که یکی از خدماتی که در صنعت بهداشت و درمان به سرعت در حال رشد است خدمات تشخیصی می‌باشد (۴، ۵) و سیاست‌گذاران غرب، کاهش این گونه خدمات را به عنوان راهی برای کاهش هزینه‌ی خدمات درمانی و افزایش کیفیت خدمات می‌دانند (۶).

تحقیقاتی که تاکنون انجام شده است دلایل متعددی را با توجه به سیستم بهداشتی و کشوری که آن مطالعات در آن انجام شده است گزارش کرده‌اند (۶). برخی افزایش بی‌رویه‌ی هزینه‌های پزشکی را ناشی از افزایش تعداد پزشکان برشمرده‌اند (۸، ۷). برخی علت را رفتار خود پزشکان می‌دانند که منجر به خود ارجاعی از جانب رادیولوژیست‌ها می‌شود (۹). از جمله مسن شدن جمعیت، پیشرفت در تکنولوژی‌های تشخیصی که منجر می‌شود خدمات تشخیصی در بیشتر عرصه‌های بالینی کاربرد داشته باشد (۱۱، ۱۰)، افزایش تعداد رادیولوژیست‌ها (۱۲)، دسترسی به این نوع خدمات (۱۳) و پزشکان نیز در استفاده از این گونه خدمات مؤثرند که دلایل متعددی منجر به بروز چنین رفتارهایی از آنان می‌شود از جمله: توقع و انتظار بیماران از پزشک برای تجویز چنین خدماتی، عدم قطعیت حرفه‌ای (۱۶-۱۴)، سیستم پرداخت (۱۷)، پزشکی دفاعی (۱۹، ۱۸) و فشار زمانی (۲۰) که پزشکان را تشویق به تجویز بیشتر این نوع خدمات می‌کند و البته با توجه به این‌که نسبت به سال‌های قبل مشارکت بیماران برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی بیشتر شده است و تعداد پزشکان نیز افزایش یافته است، خدمات تشخیصی نیز بیشتر تجویز می‌شوند (۷، ۵).

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان استفاده از خدمات



خود داشتند، بیمه‌ی ایرانیان در سال ۱۳۹۰، ۱۵/۹ درصد و در سال ۱۳۸۹، ۱۳/۹ درصد از کل MRIها را تحت پوشش خود داشتند که صندوق سایر اقشار در سال ۱۳۹۰، ۱۰/۸ درصد و در سال ۱۳۸۹، ۱۰ درصد از کل MRIها را تحت پوشش خود داشتند که حدود ۰/۸ افزایش یافته است. صندوق خویش فرما در سال ۱۳۹۰، ۰/۵ درصد و در سال ۱۳۸۹، ۰/۸ درصد از کل MRIها را تحت پوشش خود داشتند که ۰/۳ کاهش داشته است (نمودار ۱).

### بحث

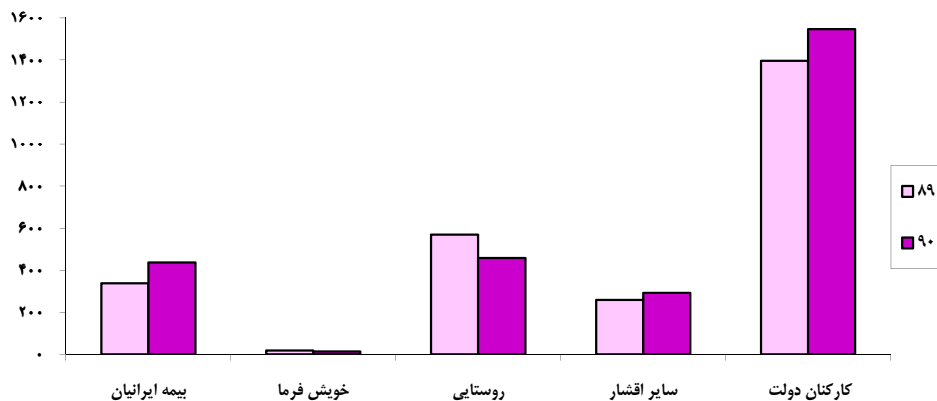
همان‌طور که در یافته‌های پژوهش نشان داده شد، تعداد کل MRIها افزایش یافته است. با توجه به این‌که در این سال‌ها به تعداد مراکز MRI در اصفهان اضافه شده است و از آن‌جا که این مراکز با سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی اصفهان قرارداد دارند، این موضوع ممکن است یک عامل تأثیرگذار باشد در این‌که پزشکان سهام‌دار در مراکز و یا پزشکانی که با این مراکز قرارداد داشته‌اند، انگیزه‌ی بیشتری جهت تجویز این خدمات پیدا کرده باشند. و در مطالعه‌ای که توسط Andrade و همکاران انجام شده بود نشان داد با افزایش مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات تشخیص و CT Scan (Computerized tomography scan)

### یافته‌ها

کل تعداد MRIهای انجام شده در سال ۱۳۸۹، ۲۶۳۱ و در سال ۱۳۹۰، ۲۸۰۸ بوده است که به تعداد ۱۷۷ افزایش یافته است. در این پژوهش تعداد ۲۴ تخصص پزشکی، ۵ نوع از صندوق‌های مختلف پزشکی و ۲۰ نوع MRI از نواحی مختلف بدن را مورد بررسی قرار دادیم. مطالعه‌ی حاضر نشان داد بیشترین میزان تجویزهای خدمات MRI مربوط به پزشکان ارتپدی به تعداد ۸۴۴ در سال ۱۳۹۰ و ۸۰۱ در سال ۱۳۸۹ و سپس مربوط به متخصصین مغز و اعصاب به تعداد ۷۷۱ در سال ۱۳۹۰ و تعداد ۸۰۴ در سال ۱۳۸۹ می‌باشد. در رابطه با نوع MRI بیشترین میزان تجویز در سال ۱۳۸۹، MRI شکمی می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ کاهش یافته است و در سال ۱۳۹۰ مربوط به ناحیه‌ی لومبر بوده است. کمترین میزان MRIهای تجویز شده در سال ۱۳۹۰ مربوط به پستان و قفسه صدری (۰ درصد) و در سال ۱۳۸۹ مربوط پستان (۱ عدد) بوده است. در رابطه با صندوق‌های زیر مجموعه، همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است، به ترتیب صندوق کارکنان دولت در سال ۱۳۹۰، ۵۶/۱ از کل MRIها و در سال ۱۳۸۹، ۵۳/۹ درصد از کل MRIها را تحت پوشش خود داشتند، بیمه‌ی روستایی در سال ۱۳۹۰، ۱۶/۷ درصد از کل MRIها و در سال ۱۳۸۹، ۲۲/۲ درصد از کل MRIها را تحت پوشش

جدول ۱: مقایسه‌ی تعداد MRIهای گرفته شده بر اساس نوع صندوق و نوع MRI

نوع MRI	بیمه‌ی ایرانیان		خویش فرما		روستایی		سایر اقشار		کارکنان دولت	
	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰
سال	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۹۰
اندام تحتانی	۲۵	۴۱		۵۱	۳۹	۵۱	۱۳	۳۰	۱۰۷	۱۹۴
شکم	۱۴۷	۹۲	۸	۳۱	۲۷۰	۳۱	۵۱	۲۷۰	۶۸۵	۳۲۶
توراسیک	۷	۷		۷	۳	۷	۴	۳	۱۰	۱۸
سرویکال	۲۱	۲۸	۱	۳۹	۲۵	۳۹	۲۰	۲۵	۸۰	۱۴۷
گردن		۲							۱۰	۵
لگن	۲	۵		۱۳	۶	۱۳	۳	۴	۹	۱۹
اندام فوقانی	۵	۲۲		۲۰	۱۴	۲۰	۱۱	۱۴	۲۵	۵۹
ناحیه‌ی لومبر	۶۶	۱۳۸	۷	۱۹۲	۱۲۴	۱۹۲	۱۰۹	۱۲۴	۲۷۷	۴۷۵
مغز	۷۲	۱۰۲	۷	۱۰۶	۸۹	۱۰۶	۶۴	۸۹	۱۹۴	۳۰۵
جمع	۳۳۸	۴۳۷	۱۵	۴۵۹	۵۷۰	۴۵۹	۲۹۳	۵۷۰	۱۳۹۷	۱۵۴۸



نمودار ۱: مقایسه‌ی میزان پوشش خدمات MRI برای صندوق‌های مختلف بیمه‌ی خدمات درمانی

می‌تواند ناشی از شرایط اپیدمیولوژیکی خاص هر کشور و یا منطقه باشد که قابل ملاحظه است. چرا که هر جامعه‌ای با یکسری از عوامل خطر ساز سلامتی روبه‌رو است که می‌تواند در بیماری‌های شایع در آن جامعه تأثیرگذار باشد.

### نتیجه‌گیری

میزان استفاده از خدمات MRI در حال افزایش است که این موضوع در استان اصفهان ممکن است به علت افزایش مراکز جدید MRI و قرارداد با پزشکان برای ارجاع بیمارانشان به این مراکز باشد. از طرفی در گروه‌های تخصصی خاصی این خدمات بیشتر تجویز شده است برای مثال متخصصین مغز و اعصاب و ارتوپدها که می‌تواند ناشی از وضعیت خاص اپیدمیولوژیکی اصفهان باشد. به عبارت دیگر وجود آسیب‌های شایع در این منطقه (برای مثال تصادفات جاده‌ای) و نیاز به تجویز MRI برای تشخیص آن ممکن است تجویز MRI‌های بیشتر را در پی داشته باشد (۵). این مسأله در مورد انواع MRI‌های تجویز شده هم صدق می‌کند و بسته به این که در مردم یک کشور یا منطقه بیشتر با چه نوع از مسایل بیماری‌زا مواجه هستند تغییر می‌کند. در رابطه با صندوق‌های مختلف بیمه از آن‌جا که فرانشیز همگی افراد تحت پوشش صندوق‌های مختلف یکسان می‌باشد به نظر می‌رسد که فقط تعداد افراد تحت پوشش صندوق‌های مختلف منجر به تجویز بیشتر در برخی گروه‌ها مانند کارکنان دولت شده است.

MRI در ایالت مانائوس، سیر صعودی استفاده از این‌گونه خدمات بعد از اضافه شدن مرکز سوم مشاهده شد (۲۱). در مطالعه‌ی حاضر بیشترین میزان تجویزهای MRI مربوط به متخصصین مغز و اعصاب و سپس مربوط به متخصصین ارتوپدی در هر دو نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ می‌باشد. که این یافته‌ها با مطالعه‌ای که توسط Chen و همکاران در تایوان انجام شد نشان داد که نوع تخصص پزشکان با میزان تکرار خدمات تشخیصی MRI و CT Scan تجویز شده (برای هر بیمار تا ۹۰ روز اول بعد از پذیرش) رابطه دارد و بیشترین آن توسط متخصصین، متفاوت می‌باشد (۲۲). که با توجه به این که تصادفات در کشور ما حدود ۳۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد بیشتر از کشوری مانند تایوان که کمتر از ۳۰ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد، است، به نظر می‌رسد آمار تروماها بیشتر باشد و در نتیجه متخصصین مغز و اعصاب بیشترین تجویز را برای MRI‌ها داشته باشند (۲۳). در مطالعه‌ی حاضر در زمینه‌ی بیشترین نوع خدمات MRI تجویز شده، ابتدا MRI شکمی و سپس، ناحیه‌ی لومبر بیشتر تجویز شده است و در تحقیقی که توسط Lee و همکاران انجام شد، نتایج نشان داد CT Scan شکم، مغز و قفسه‌ی سینه بیشترین میزان تکرار را داشتند (۵) که تحقیق حاضر هم MRI شکمی بیشترین میزان تکرار را داشته است. اما ناحیه‌ی مغزی بعد از ناحیه‌ی لومبر بیشترین بوده است. این تفاوت‌ها در تعداد MRI‌های تجویز شده برای هر نوع

این خدمات را شناخت. بنابراین مطالعات بیشتری نیاز است که بتواند دلایل افزایش بهره‌مندی از خدمات MRI و عوامل مؤثر بر آن را بررسی کند.

برای جلوگیری از افزایش استفاده از این خدمت با توجه به هزینه‌های کمرشکن آن که هم بر بیمار و هم بر بیمه وارد می‌آورد، باید عوامل اثرگذار در استفاده‌ی نامناسب و نابه‌جا از

## References

1. Borretzen I, Lysdahl KB, Olerud HM. Diagnostic radiology in Norway trends in examination frequency and collective effective dose. *Radiat Prot Dosimetry* 2007; 124(4): 339-47.
2. Saadat S, Ghodsi SM, Firouznia K, Etmian M, Goudarzi K, Naieni KH. Overuse or underuse of MRI scanners in private radiology centers in Tehran. *Int J Technol Assess Health Care* 2008; 24(3): 277-81.
3. Sodickson A, Baeyens PF, Andriole KP, Prevedello LM, Nawfel RD, Hanson R, et al. Recurrent CT, cumulative radiation exposure, and associated radiation-induced cancer risks from CT of adults. *Radiology* 2009; 251(1): 175-84.
4. Mitchell JM. Utilization trends for advanced imaging procedures: evidence from individuals with private insurance coverage in California. *Med Care* 2008; 46(5): 460-6.
5. Lee SI, Saokar A, Dreyer KJ, Weilburg JB, Thrall JH, Hahn PF. Does radiologist recommendation for follow-up with the same imaging modality contribute substantially to high-cost imaging volume? *Radiology* 2007; 242(3): 857-64.
6. Levin DC, Rao VM. Turf wars in radiology: other causes of overutilization and what can be done about it. *J Am Coll Radiol* 2004; 1(5): 317-21.
7. Tsai WC, Kung PT, Liao KP. The impact of physician supply on the utilization of ambulatory care under the national health insurance. *Mid-Taiwan J Med* 2004; 9: 27-37.
8. Kung PT, Tsai WC, Yaung CL, Liao KP. Determinants of computed tomography and magnetic resonance imaging utilization in Taiwan. *Int J Technol Assess Health Care* 2005; 21(1): 81-8.
9. Baumgarten DA, Nelson RC. Outcome of examinations self-referred as a result of spiral CT of the abdomen. *Acad Radiol* 1997; 4(12): 802-5.
10. Chrysanthopoulou A, Kalogeropoulos A, Terzis G, Georgiopoulou V, Kyriopoulos J, Siablis D, et al. Trends and future needs in clinical radiology: insights from an academic medical center. *Health Policy* 2007; 80(1): 194-201.
11. Toms AP, Cash CJ, Linton SJ, Dixon AK. Requests for body computed tomography: increasing workload, increasing indications and increasing age. *Eur Radiol* 2001; 11(12): 2633-7.
12. Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse? *JAMA* 1999; 281(5): 446-53.
13. Baker L, Birnbaum H, Geppert J, Mishol D, Moyneur E. The relationship between technology availability and health care spending. *Health Aff (Millwood)* 2003; Suppl Web Exclusives: W3-51.
14. Bremberg S, Nilstun T. Justifications of physicians' choice of action. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23(2): 102-8.
15. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2003; 3(1): 8.
16. Wilson IB, Dukes K, Greenfield S, Kaplan S, Hillman B. Patients' role in the use of radiology testing for common office practice complaints. *Arch Intern Med* 2001; 161(2): 256-63.
17. Moskowitz H, Sunshine J, Grossman D, Adams L, Gelinis L. The effect of imaging guidelines on the number and quality of outpatient radiographic examinations. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 175(1): 9-15.
18. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; 293(21): 2609-17.
19. Iversen T, Luras H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Econ* 2000; 9(3): 199-210.
20. Bachman KH, Freeborn DK. HMO physicians' use of referrals. *Soc Sci Med* 1999; 48(4): 547-57.
21. Andrade EO, Andrade EN, Gallo JH. Case study of supply induced demand: the case of provision of imaging scans (computed tomography and magnetic resonance) at Unimed-Manaus. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(2): 138-43.
22. Chen RC, Lin HC, Chu D, Chen T, Hung ST, Kuo NW. Physicians' characteristics associated with repeat use of computed tomography and magnetic resonance imaging. *J Formos Med Assoc* 2011; 110(9): 587-92.
23. Yuan. Statistics of causes of death. [Online]. 2011; Available from URL: <http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/2010-statistics%20of%20cause%20of%20death.pdf>

## Utilization of Magnetic Resonance Imaging in Patient Covered by Isfahan Health Care Insurance, Iran

Saeed Karimi, PhD<sup>1</sup>; Fatemeh Rezaei<sup>2</sup>; Ayan Kordi<sup>3</sup>

### Short Communication

#### Abstract

**Introduction:** The use of high-cost and high-tech magnetic resonance imaging (MRI) has expanded over the past decade. A recently conducted research reported various causes with regard to their own country and healthcare system included aging population and advances in diagnostic technologies which could result in diagnostic services to become more applicable in clinical arena. Increasing number of radiologists, access to physicians and these types of services affect its use. This study aimed to determine the level of magnetic resonance imaging service utilization in 2010-2011 for specialties, types of MRI and fund coverage.

**Methods:** This was an analytical study. Information of various MRI types, prescribed MRI by each specialists and various fund of health insurance was extracted from the Isfahan Health Insurance, Iran database through census method during 2010 and 2011 midyears. Excel was used to analyze each group.

**Results:** Over two midyears (2010-2011), total number of prescribed MRI increased about 177 MRIs. Neurologists and orthopedic specialists ordered the most scans (843 and 819 scans in 2011 and in 2012, respectively which was related to orthopedic specialists and then to neurologists) and were the most frequent users of CT/MRI scans. Abdominal scans (n = 1218) in 2010 and lumbar scans (n = 921) in 2011 were the most ordered scans, respectively. The most prescribed MRI was related to government employees fund (average number = 1472) and the lowest was related to self-employed insured fund (average number = 17).

**Conclusion:** Increased number of performed MRI is rooted from different causes. Increased number of MRI centers could cause an upward trend. Other effective factors in utilization these services would be time pressure for physical examination, professional uncertainty, patients' expectations to prescribe more drugs and diagnostic services, lack of a proper payment system and inadequate payments to physicians.

**Keywords:** Induced Demand; Insurance; Magnetic Resonance Imaging

Received: 11 Aug, 2012

Accepted: 5 Feb, 2013

**Citation:** Karimi S, Rezaei F, Kordi A. **Utilization of Magnetic Resonance Imaging in Patient Covered by Isfahan Health Care Insurance, Iran.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1146-51.

1- Associate Professor, Health Services Management, Health Management and Economic Research Center, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: f.rezaei.ms@gmail.com

3- MSc Student, Student Research Committee, Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# آگاهی پرستاران از آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی\*

فرانک شفیعی<sup>۱</sup>، فرزانه فرهادیه<sup>۲</sup>، سید علی طاهری<sup>۳</sup>، راحله سموعی<sup>۴</sup>، ارسلان پیراسته<sup>۵</sup>

## مقاله کوتاه

## چکیده

**مقدمه:** با گسترش نقش حرفه‌ای پرستاران، این گروه از کادر درمانی از جنبه‌های قانونی و اخلاقی، مسؤول تمام جوانب مراقبت‌های بهداشتی هستند، از این رو باید پاسخ‌گویی اعمال خود باشند و قانون را به عنوان عنصر اصلی کار خود بشناسند. در این مطالعه سعی شده است تا میزان آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی در مراکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع) شهر اصفهان مورد شناسایی قرار گیرد.

**روش بررسی:** این پژوهش، تحلیلی-مقطعی بود که کلیه پرسنل پرستاری شاغل در مراکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع) اصفهان در سال ۱۳۸۹، با نمونه‌گیری به شیوه‌ی سرشماری با تکمیل پرسش‌نامه‌ای محقق‌ساز انتخاب شدند که با استفاده از روش اعتبار محتوی و آزمون Cronbach's alpha با ۸۰ درصد اعتبار و اعتماد علمی آن تأیید گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، ضریب همبستگی Pearson و t-test استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ مورد پردازش قرار گرفت.

**یافته‌ها:** اکثریت پاسخ‌گویان مؤنث (۸۲/۷ درصد)، متأهل (۷۴ درصد)، لیسانس (۹۷/۳ درصد)، پرستار (۸۸/۷ درصد) و در وضعیت استخدامی پیمانی (۳۱/۳ درصد) بودند. میانگین نمره‌ی آگاهی پرسنل پرستاری ۴۲/۸۶ درصد در سطح متوسط بود. بین میزان آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های مذکور به تفکیک جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سمت سازمانی و وضعیت استخدام هیچ‌گونه رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت، در حالی که بین میزان آگاهی پرسنل و سابقه‌ی کار آن‌ها رابطه‌ی مستقیم و معنی‌دار دیده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** در شرایط و وضعیت کنونی، مراقبت‌های بهداشتی، کادر پرستاری باید نسبت به آسیب‌پذیر بودن حرفه‌ی خود آگاه و حساس باشند. پرستاران موظفند تا ضمن کسب اطلاع از پیشرفت‌های پرستاری، بهترین و ایمن‌ترین مراقبت‌ها را برای مددجویان انجام دهند و در این رابطه به نظر می‌رسد که برگزاری دوره‌های بازآموزی مداوم توأم با کسب امتیاز مؤثر در ارتقای شغلی و اتخاذ عوامل انگیزشی کارکنان رده‌های مختلفی پرستاری می‌تواند مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** کارکنان پرستاری؛ آگاهی؛ آیین‌نامه

\* این مقاله از طرح تحقیقاتی مصوب شماره‌ی ۲۸۸۲۴۵ استخراج شده است که مورد حمایت مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت قرار دارد.  
۱- کارشناس ارشد، پرستاری، سوپروایزر آموزشی مراکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: fshafiei74@gmail.com

- ۲- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مدیر مراکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع)، اصفهان، ایران
- ۴- کارشناس ارشد، روان‌شناسی، مرکز مشاوره‌ی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۵- کارشناس، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس بهره‌وری مراکز درمانی آموزشی نور و حضرت علی اصغر (ع)، اصفهان، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۹ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۹/۲۶

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۱

**ارجاع:** شفیعی فرانک، فرهادیه فرزانه، طاهری سید علی، سموعی راحله، پیراسته ارسلان. آگاهی پرستاران از آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۵۷-۱۱۵۲.

## مقدمه

در سال‌های اخیر با وجود کوشش گسترده و وسیع صاحبان

(۱۰). در این رابطه آیین‌نامه‌ی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی که در اجرای ماده‌ی ۲ و مواد ۲۸ تا ۴۳ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی به ثبت رسیده است و در تاریخ ۱۳۸۳/۸/۱۶ با اصلاحاتی تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام شده است، مرجع مهمی برای پیشبرد و اصلاح امور پزشکی و حمایت از حقوق صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و همچنین حفظ و حمایت از حقوق بیماران می‌باشد.

با توجه به حساسیت مسأله و نظر به این که نتایج پژوهش‌های قبلی در دسترس جامعه‌ی هدف ما قرار نگرفته است و عدم آگاهی از موضوع می‌تواند خسارات جبران‌ناپذیری بر زندگی شخصی و حرفه‌ای آنان وارد نماید، چرا که در مسایل قانونی جهل بر قانون رافع مسؤولیت نمی‌باشد، از این رو بر آن شدیم تا با مطالعه‌ی در این زمینه به این سؤال پژوهشی پاسخ دهیم که «میزان آگاهی پرستاران نسبت به آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی در بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) چقدر است؟»

### روش بررسی

برای انجام این پژوهش تحلیلی-مقطعی، از تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع) شهر اصفهان در نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۹ (۱۸۰ نفر)، با روش سرشماری جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساز استفاده گردید. پرسش‌نامه شامل دو بخش بود که در بخش اول ویژگی‌های فردی و شغلی پرسنل مورد بررسی قرار گرفت و بخش دوم حاوی ۲۳ سؤال سنجش آگاهی بود که با استفاده از پرکاربردترین مواد موجود در آیین‌نامه‌ی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی طراحی شد. پس از سنجش اعتبار علمی، پرسش‌نامه با روش اعتبار محتوی توسط استادان فن و مسؤول شورای پژوهشی سازمان پزشکی قانونی اصفهان و جمع‌آوری و اعمال نظرات اصلاحی، پایایی آن نیز با محاسبه‌ی ضریب Cronbach's alpha (۰/۸۰) مورد تأیید قرار گرفت. تکمیل پرسش‌نامه به صورت

حرفه‌ی پزشکی و پرسنل بهداشتی و درمانی و با وجود پیشرفت امکانات، شکایات بیماران به طور گسترده‌ای رو به افزایش است که این موضوع در آینده‌ای نزدیک می‌تواند باعث رکود قابل توجهی در حوزه‌ی خدمات بهداشتی-درمانی گردد (۱). نگاهی گذرا به آمار و کیفیت پرونده‌های جرایم پزشکی نشان می‌دهد که یکی از علل اصلی مؤثر در افزایش میزان این شکایات، عدم آگاهی صاحبان حرفه‌ی پزشکی از مسایل حقوقی و مقررات حاکم بر حرفه‌ی پزشکی و مسؤولیت پزشکان در قبال بیماران می‌باشد (۲).

از آن جایی که نقش پرستار در گذشته به عنوان فرد عهده‌دار تأمین مراقبت‌های بهداشتی به طور قانونی به رسمیت شناخته نمی‌شد، از نقطه نظر تاریخی پرستاران در پرونده‌های مربوط به قصور حرفه‌ای «خوانده» تلقی نمی‌گردیدند (۳). در بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰، دامنه‌ی فعالیت و مسؤولیت پرستاران از عدم استقلال حرفه‌ای تا سطوح بالای مسؤولیت‌پذیری در قبال مداخلات و نتایج مراقبت‌های پرستاری تغییر یافت (۴). به گونه‌ای که امروزه پرستاری به عنوان یک حرفه‌ی ویژه و مستقل برای مراجع قانونی و پزشکی شناخته شده است (۵). از آن جا که با افزایش آگاهی از مسایل قانونی، استرس شغلی کم می‌شود و در نتیجه، ارائه‌ی خدمات بهبود می‌یابد، لازم است که تمامی کادر درمانی، اطلاعاتی در زمینه‌ی حقوق داشته باشند که پرستاران نیز به عنوان حافظ ایمنی و حامی شخصیت و حقوق بیماران در این زمینه مسؤول هستند (۶، ۷). آگاهی از قانون، اولین قدم در مصونیت از گرفتاری در دام‌های قانونی است، چرا که آگاهی، پرستاران را ملزم به رعایت مرزها و استانداردهای حرفه‌ای می‌نماید و موجب می‌شود تا پرستاران از پذیرفتن وظایف خارج از حیطه‌ی دانش و توانایی خود خودداری کنند، همچنین آگاهی از اعمالی که ارتکاب به آن‌ها جرم محسوب می‌شود و منع قانونی دارد، می‌تواند باعث مصونیت گردد (۸، ۹). از این رو با گسترده شدن نقش پرستاران به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، نیاز به داشتن دانش و آگاهی در زمینه‌ی قوانین و اخلاق حرفه‌ای و توان مواجهه با موقعیت‌های دشوار احساس می‌شود



می‌باشد. هم راستا با این مطالعه، شاهین‌فرد و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که میانگین نمره‌ی آگاهی پرستاران در زمینه‌ی حقوق بیمار و مسؤلیت‌های حرفه‌ای در سطح متوسط بود (۱۱). Luck و همکاران نیز میزان آگاهی پرستاران در زمینه‌ی مفهوم تخلف در ارایه‌ی خدمات به بیماران را کم دانسته‌اند و در نتیجه ریسک تخلف را بالا می‌دانند (۱۲)، در حالی که یعقوبی و همکاران میزان آگاهی پزشکان از قصور پزشکی و قوانین و مقررات مربوط به جرایم و تخلفات آن‌ها را بررسی کردند و نتایج آن‌ها بیانگر اطلاعات بسیار خوب پزشکان در این مقوله بود (۱۳).

وجود آموزش کافی در دوران تحصیل و پس از آن و ایجاد حساسیت و نگرش مناسب در این مورد در حرفه‌ی پزشکی می‌تواند یکی از علل آن باشد و در مقابل، عدم آموزش کافی در زمینه‌ی موازین حقوقی و آیین‌نامه‌های مربوط به حرفه در پرستاران در هنگام تحصیل در دانشگاه و نیز عدم پیگیری آن در ضمن خدمت در مراکز درمانی و وجود نداشتن عوامل انگیزشی مناسب در کارکنان این حرفه، باعث کمتر بودن میزان آگاهی این گروه شده است که این کمبود اطلاعات می‌تواند در آینده‌ی نزدیک باعث رکود قابل توجهی در حوزه‌ی خدمات بهداشتی درمانی گردد و در نهایت تلاش بیشتری را برای مطالعه و آموزش پرسنل نسبت به موارد قانونی و آیین‌نامه‌های مربوط می‌طلبد. Fullbrook در نتایج مطالعه‌ی خود، نقش پرستاران را در سیاست‌گذاری‌های درمانی و طراحی قوانین بالینی و آموزشی کمرنگ دانسته است و این امر را باعث عدم پیگیری مناسب قوانین حرفه‌ای در آن‌ها می‌داند (۱۴). Smith و همکاران نیز یکی از عوامل عدم پیگیری مناسب تخلفات حرفه‌ای توسط پرستاران را، نقص قوانین گزارش‌دهی تخلفات دانسته و پیشنهاد داده که یک سری قوانین و اطلاعات کلی در این مورد در سراسر ایالات متحده ایجاد و پرستاران در این زمینه آموزش بیشتری ببینند (۱۵).

در بررسی وجود رابطه‌ی بین میزان آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی با متغیرهای زمینه‌ای جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات،

کتبی توسط خود نمونه‌ی مورد پژوهش در حضور پژوهشگر و در مکانی خلوت، جهت جلوگیری از تأثیرپذیری نمونه‌ها از یکدیگر انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد.

### یافته‌ها

در مجموع ۱۸۰ نفر در این پژوهش شرکت نمودند که اکثریت پاسخ‌دهندگان دارای جنسیت مؤنث (۸۲/۷ درصد)، متأهل (۷۴ درصد)، میزان تحصیلات لیسانس (۹۷/۳ درصد)، سمت سازمانی پرستار (۸۸/۷ درصد) و در وضعیت استخدامی پیمانی (۳۱/۳ درصد) بودند. میزان درصد آگاهی شرکت‌کنندگان نسبت به آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی، در سطح متوسط (۴۲/۸۶ درصد) بود.

نتایج این پژوهش نمایانگر عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین میزان آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های مذکور با جنسیت ( $t = ۱/۵۴۱$ ,  $P = ۰/۱۲۶$ )، وضعیت تأهل ( $t = ۱/۵۳۹$ ,  $P = ۰/۱۲۶$ )، میزان تحصیلات ( $t = ۰/۵۰۱$ ,  $P = ۰/۶۵۱$ )، سمت سازمانی ( $t = ۰/۸۷۳$ ,  $P = ۰/۳۸۴$ ) و وضعیت استخدام ( $t = ۰/۷۵$ ,  $P = ۰/۵۲$ ) بود، در حالی که رابطه‌ی میزان آگاهی با سابقه‌ی کار افراد ( $t = ۰/۹$ ,  $P < ۰/۰۵$ ) معنی‌دار به دست آمد، به گونه‌ای که افراد دارای سابقه‌ی کار بیشتر، از نمره‌ی آگاهی بالاتری برخوردار بودند.

### بحث

نتایج سنجش آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های وابسته به علوم پزشکی، حکایت از آن داشت که میزان درصد آگاهی پرسنل پرستاری نسبت به آیین‌نامه‌های مذکور در سطح متوسط است و متأسفانه گزینه‌ی «نمی‌دانم» حدود یک سوم فراوانی‌ها را در پاسخ‌ها تشکیل می‌داد و در بعضی سؤالات پاسخ‌های صحیح درصد‌های تک رقمی را شامل می‌شد که نشانگر ناآگاهی اغلب پرستاران در مورد آیین‌نامه‌های مذکور

بیشتر، از نمره‌ی آگاهی بالاتری برخوردار بودند (۱۳).

### نتیجه‌گیری

با توجه به ناآگاهی برخی از پرستاران نسبت به آیین‌نامه‌های مذکور، این گونه نتیجه‌گیری می‌شود که در نهایت تلاش بیشتری برای تشویق به مطالعه و آموزش پرسنل نسبت به موارد قانونی و آیین‌نامه‌های مربوط الزامی است. در شرایط و وضعیت کنونی مراقبت‌های بهداشتی، پیشنهاد می‌شود که مدیران علاوه بر توجه خاص در زمینه‌ی آگاه نمودن و حساس‌سازی کادر پرستاری نسبت به آسیب‌پذیر بودن حرفه‌شان، اهمیت ویژه‌ای برای برگزاری دوره‌های آموزش ضمن خدمت و آموزش مداوم دارای امتیاز مؤثر در ارتقای شغلی قایل شده‌اند و عوامل انگیزشی برای کارکنان رده‌های مختلف پرستاری اتخاذ نمایند.

### تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی مسؤولین و کادر پرستاری مراکز آموزشی درمانی نور و حضرت علی اصغر (ع) که با دقت و بردباری خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

سمت سازمانی و وضعیت استخدام ارتباط معنی‌داری دیده نشد، بدین معنی که موارد مذکور در میزان آگاهی پرسنل نقشی نداشتند، به گونه‌ای که کسب آگاهی راجع به آیین‌نامه‌ها بر اثر هیچ یک از متغیرهای مذکور تحت تأثیر قرار نگرفته است و نیاز به پیش زمینه‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و روش‌های انگیزشی دیگری جهت افزایش میزان آگاهی می‌باشد. شاهین‌فرد و همکاران نیز در این زمینه بیان کردند که بر خلاف انتظار با افزایش سن، سابقه‌ی کاری، سطح تحصیلات پرستاران آگاهی از مسایل حقوقی افزایش نیافته بود (۱۱)، اما برخلاف پژوهش شاهین‌فرد و همکاران، در پژوهش حاضر رابطه‌ی بین میزان آگاهی و سابقه‌ی کار پرسنل معنی‌دار و مستقیم به دست آمد، به گونه‌ای که با افزایش سابقه‌ی کار پرسنل، میزان آگاهی آن‌ها نیز بالاتر بود. با افزایش سنوات کاری، پرستاران تجارب بیشتری به دست می‌آورند و با موارد بیشتری از قوانین و مقررات، آیین‌نامه‌ها و قصورات همکاران در محیط کار مواجه می‌شوند که در نتیجه‌ی آن به اطلاعاتشان افزوده می‌شود و فرصت بیشتری برای گسترده‌تر کردن دامنه‌ی اطلاعاتشان دارند، بنابراین با افزایش سابقه‌ی کار، اطلاعاتشان نیز افزوده می‌گردد. در مطالعه‌ی یعقوبی و همکاران نیز افراد دارای سابقه‌ی کار

### References

1. Seif AA. The ways of reducing complaint against nurses. Proceedings of the National congress of morality and law in the nursing profession; 2002 Jul 21-22; Tabriz, Iran; 2002. [In Persian].
2. Nobakht Haghighi A, Zali MR, Mahdavi MS, Noroozi A. The study of patient's complaint of Doctor that refer to the Medical Council of Tehran. J Med Counc I R Iran 2000; 18(4): 295-303. [In Persian].
3. Lak Dizaji S. Dereliction in health care and legal process. Proceedings of the National congress of morality and law in the nursing profession; 2002 Jul 21-22; Tabriz, Iran; 2002. [In Persian].
4. Kjervik DK, Brous EA. Law and Ethics in Advanced Practice Nursing. New York, NY: Springer Publishing Company p. 19; 2010.
5. Rafiei H, Ayramploo A, Alizadeh B, Vahdi KH. Nursing moral and legal rights and the nurse. Proceedings of the National congress of morality and law in the nursing profession; 2002 Jul 21-22; Tabriz, Iran; 2002. [In Persian].
6. Pakdel M, Madarshahian F. Survey of knowledge and attitude of nurses about details of duties, legal and social support related to them in educational hospitals of Mashhad University of medical science. Proceedings of the Nurse and the Law; 1998 Aug 26-27; Tehran, Iran; 1998. [In Persian].
7. Carvalho S, Reeves M. Fundamental Aspects of Legal, Ethical & Professional Issues. London, UK: Quay Books; 2011.
8. Chaboyer W, Najman J, Dunn S. Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. Int J Nurs Stud 2001; 38(2): 153-61.
9. Bagheri J. Nurses legal Issues. Shiraz, Iran: Vice-Chancellor for Treatment and Drug, and Administration of Nursing and Midwifery of Fars province p. 15-6; 2001.
10. Lachman V. Moral courage in action: Case studies. MEDSURG Nursing 2007; 16(4): 275-7.

11. Shahinfard N, Aslani Y, Shahinfard Kh, Ali Akbari F. Survey of knowledge of nurses about patient's rights and professional duty in Shahrekord hospitals. Proceedings of the 1<sup>st</sup> National Congress of Health Humanities; 2007 Nov 26-27; Isfahan, Iran; 2007. [In Persian].
12. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? J Clin Nurs 2008; 17(8): 1071-8.
13. Yaghubi M, Javadi M, Yaghubi L, Moosavi M. Survey of knowledge of physicians about medical negligence and laws and regulations related to its crimes and violations. Proceedings of the 1<sup>st</sup> National Congress of Health Humanities; 2007 Nov 26-27; Isfahan, Iran; 2007. [In Persian].
14. Fullbrook S. Professional regulation. Part 10: professional relationships. Br J Nurs 2008; 17(21): 1352-3.
15. Smith JS, Rainey SL, Smith KR, Alamares C, Grogg D. Barriers to the mandatory reporting of domestic violence encountered by nursing professionals. J Trauma Nurs 2008; 15(1): 9-11.

## Nurses' Awareness about the Regulations Considering Guild and Vocational Violations of Staff affiliated to Medical Sciences Careers\*

Faranak Shafiei, MSc<sup>1</sup>; Farzaneh Farhadieh<sup>2</sup>; Sayed Ali Taheri<sup>3</sup>;  
Raheleh Samouei, MSc<sup>4</sup>; Arsalan Pirasteh<sup>5</sup>

### Short Communication

#### Abstract

**Introduction:** With expansion of vocational role of nurses, they are responsible for the whole aspects of health cares from legal and moral viewpoints. Therefore, they must be responsible for their actions and observe the law as the main element of their duty. This study aimed to survey the level of staff awareness about regulations for considering guild and vocational violations of staff affiliated to Medical Sciences in Nour and Ali Asghar Hospital in Isfahan, Iran.

**Methods:** In this cross-sectional study, the whole nursing staffs of Nour and Ali Asghar Hospital were asked to complete the questionnaire, after measuring and analyzing the validity and reliability of questionnaire. Its data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and Student's t-test. Data were processed by SPSS software.

**Results:** In this survey, most of the responders were female (82.7%) married, (74%) bachelors (BSc holders), were nurses (97.3%), had nurse organizational position (88.7%) and, were contractual employment position holders (31.3%). Furthermore, the results showed that there was no significant association between the awareness of nursing staff to mentioned regulations and sex, material status, education level, organizational position and employment status; however, there was a direct correlation between the staff awareness and their record of services ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** In present conditions, health care staff must be sensitive to their vulnerable profession. Nurses, while should obtain information from nursing advances, must render the best and safer care for patients. In principle, the holding of in-service continuous instruction, with obtaining effective privileges in promoting job position and gaining motive factors of different classes of personnel can be effective.

**Keywords:** Nursing Staff; Awareness; Regulation

Received: 20 Nov, 2011

Accepted: 9 Feb, 2013

**Citation:** Shafiei F, Farhadieh F, Taheri SA, Samouei R, Pirasteh A. **Nurses' Awareness about the Regulations Considering Guild and Vocational Violations of Staff affiliated to Medical Sciences Careers.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1152-7.

\* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 288245.

1- Nursing, Educational Supervisor, Educational and Treatment Centers of Nour and Hazrat Ali Asghar, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: fshafiei74@gmail.com

2- Health Care Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Health Care Management, Educational and Treatment Centers of Nour and Hazrat Ali Asghar, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Psychology, Consultation Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Health Services Management, Educational and Treatment Centers of Nour and Hazrat Ali Asghar, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

# الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی ایران\*

امیر اشکان نصیری پور<sup>۱</sup>، پوران رئیسی<sup>۲</sup>، محمدرضا ملکی<sup>۲</sup>، محمدجواد اکبریان بافقی<sup>۳</sup>

## مقاله کوتاه

### چکیده

**مقدمه:** پرداختن به آمیخته‌ی بازاریابی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی در عصر حاضر جهت رفع نیازهای درمانی واقعی، داشتن سهم بیشتر بازار، مشتری، درآمد و افزایش کارایی و اثربخشی این مراکز ضروری می‌باشد. هدف از این مقاله، ارائه‌ی الگوی آمیخته‌ی بازاریابی در خدمات درمانی، جهت بیمارستان‌های دولتی ایران بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی و تحلیلی بود. با توجه به خدماتی بودن عرصه‌ی بهداشت و درمان، در این پژوهش از الگوی مفهومی VP آمیخته‌ی بازاریابی خدمات Booms and Bitner استفاده گردید که مشتمل بر ۷ بعد محصول، قیمت، مکان، ترویج، شواهد فیزیکی، فرایند و کارکنان می‌باشد. سپس با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای، متغیرهای مربوط به هر بعد جمع‌آوری گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای، فیش کارت و در بخش مطالعه‌ی میدانی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که سوالات آن بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردید. اعتبار محتوایی پرسش‌نامه توسط خبرگان موضوع پژوهش به شیوه‌ی کیفی تأیید و جهت روایی آن از Cronbach's alpha استفاده گردید. جامعه‌ی پژوهش را مدیران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل دادند. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۱۸ و LISREL ۸/۵۰ و به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در مرحله‌ی تحلیل عاملی اکتشافی، در بعد «نوع خدمت» ۹ متغیر، بعد «مکان» ۶ متغیر، بعد «قیمت» ۸ متغیر، بعد «ترویج» ۸ متغیر، بعد «شواهد فیزیکی» ۱۰ متغیر، بعد «کارکنان» ۸ متغیر و در بعد «فرایند» ۶ متغیر شناسایی گردید. در تحلیل عاملی مرتبه‌ی اول، متغیرهایی که بیشترین تأثیر را در هر بعد داشتند، شناسایی نموده و در تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم، شاخص‌های برازش نرم‌افزار LISREL، الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی را با ۷ بعد تأیید کرد. ابعادی که بیشترین تأثیر را در الگو داشتند، شامل: بعد «مکان» با ضریب ۰/۸۲ و بعد «قیمت» با ضریب ۰/۸۱ بودند.

**نتیجه‌گیری:** مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی می‌توانند آمیخته‌ی بازاریابی را با ۷ بعد و متغیرهای مربوط به آن‌ها را با تمرکز بر مکان و قیمت، در مدیریت بازاریابی خود استفاده نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** آمیخته‌ی بازاریابی؛ خدمات بهداشتی درمانی؛ بیمارستان‌ها؛ تحلیل عاملی؛ ایران

پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۲۴

اصلاح نهایی: ۹۰/۶/۲۶

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲

\* مقاله‌ی حاضر حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد.  
۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
۳- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

**ارجاع:** نصیری پور امیر اشکان، رئیسی پوران، ملکی محمدرضا، اکبریان بافقی محمدجواد. الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۵۸-۱۱۶۸.

### مقدمه

سازمان‌های بهداشتی و درمانی و دست‌اندرکاران نظام بهداشت و درمان در سیستم سلامت دولتی با فشار قابل توجهی در هزینه‌ها، کیفیت و انجام شایسته‌ی خدمات بالینی

این بخش به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. در ایران ۴۰ درصد از مخارج بهداشتی دولتی مربوط به مراقبت‌های بیمارستانی است. از سوی دیگر بیمارستان‌ها به خصوص در کشورهای در حال توسعه عموماً به مدیریت ناکارآمد منابع، بهره‌وری پایین، ارائه‌ی خدمات به صورت غیر دوستانه و غیر حرفه‌ای، ساختار سازمانی سلسله مراتبی غیر قابل انعطاف، کنترل غیر مالی و اداری غیر اثربخش و عدم برخورداری از مشوق‌های مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شوند. این مدیریت ضعیف بیمارستان‌ها موجب اتلاف منابع از جمله پول و نیروی انسانی می‌شود (۵).

مهم‌ترین دلایل نابرابری بار مراجعه در بین بخش دولتی و خصوصی برآورده نشدن کامل نیازهای مردم در بخش دولتی است. به طور حتم در عرصه‌ی خدمات سرپایی برای دریافت خدمات مراقبتی، بهداشتی و پیشگیری افزایش بار مراجعه به بخش دولتی نشان دهنده‌ی پاسخگویی خوب نظام دولتی به نیاز مربوط به سلامت و انتظارات مرتبط با جنبه‌های غیر سلامت مردم است. اما در همین عرصه برای دریافت خدمات درمانی، افزایش بار مراجعه به بخش خصوصی نشان دهنده‌ی پاسخگو نبودن بخش دولتی به نیازهای مربوط به سلامت جامعه است. هرچه این خدمات جنبه‌ی تخصصی‌تر می‌یابد این پاسخگو بودن تشدید می‌شود (۶).

شاخص درصد اشغال تخت در مراکز درمانی کشور پایین‌تر از استاندارد جهانی ۸۵ درصد است. مواردی از این قبیل لزوم توجه اساسی به بهره‌برداری بیشتر از منابع سرمایه‌ای و تخت‌های بیمارستانی، نظارت بیشتر توسط مراکز ستادی جهت کنترل بهره‌برداری از تخت‌ها و رفع موانع کاهش دهنده‌ی آن را خاطر نشان می‌سازد (۷). نکته‌ی دیگر این‌که ۸۷ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور دولتی است، در حالی که ۱۳/۳۵ درصد اعتبارات سلامت را در کشور به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل بخش خصوصی با داشتن ۱۳ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور، میزان دریافتی آن‌ها ۱۹/۶ درصد از اعتبارات بخش سلامت می‌باشد (۸). این است که بیمارستان‌های دولتی نیز باید با آشنایی و به کارگیری علم

مواجه هستند. این سازمان‌ها به طور روزافزون به بازاریابی به عنوان یک نقش مدیریتی که فرصت‌های جذاب برای کنار آمدن با این مسایل فراهم می‌آورد نگاه می‌کنند (۱).

فرایند جهانی شدن، تغییرات جمعیتی، پیشرفت فناوری‌ها در پزشکی، فعالیت‌های با اهداف سیاسی مانند برنامه‌ریزی، تأمین مالی و سرمایه‌گذاری بهداشتی و اجرای سیستم‌های مختلف پرداخت مانند پرداخت بر اساس گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG یا Diagnosis-related group)، افزایش شفافیت بازار، افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها و ارائه دهندگان خدمات درمانی، تقاضاهای در حال افزایش برای سرمایه‌گذاری، افزایش تعداد بیمارستان‌های خصوصی، بودجه‌های محدود بیمارستان‌ها برخی از تغییرات مهم در بازار سلامت هستند. تحت چنین شرایطی، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی باید سریعاً اصول شایع در بازار و قانون‌ها و موقعیت خودشان را در هر دو زمینه‌ی پزشکی و اقتصادی به عنوان یک ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی خوب به وسیله‌ی مدیریت حرفه‌ای، اخلاقی و مشتری محور قبول کنند (۲). بیماران نیز به طور روزافزون در انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی درگیر می‌شوند و به موازات آن هزینه‌های سنگین بهداشتی و درمانی نیز در حال افزایش است. در این حال بهداشت و درمان نیز به صورت تنگاتنگی با بازار اقتصادی مرتبط شده است. بنابراین بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی برای بقای فعالیت پزشکان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضروری شده است (۳).

بیمارستان‌ها به عنوان بزرگترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی سیستم‌های بهداشتی و درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و حجم زیادی از منابع بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند (۴). در یک نظام سلامت متمرکز همان طور که انتظار می‌رود بیمارستان‌های دولتی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت واحدهای بودجه‌ای هستند که به صورت متمرکز توسط متولیان نظام سلامت اداره می‌شوند به نحوی که در حدود ۸۰-۵۰ درصد بودجه‌ی بخش سلامت و سهم عظیمی از نیروهای آموزش دیده و متخصص



با استفاده از کلید واژه‌های مربوطه انجام گرفت، شناسایی و استخراج گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه‌ی میدانی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود. بدین ترتیب که پرسش‌نامه در ۷ گروه و ۸۲ سؤال طراحی گردید و سؤالات پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شد. اعتبار محتوایی پرسش‌نامه‌ی به کار گرفته شده به صورت کیفی و از طریق شیوه‌ی Delphi طی سه مرحله توسط متخصصین و خبرگان موضوع پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین ثبات پرسش‌نامه، Cronbach's alpha برابر ۰/۹۶ محاسبه شد که نشان دهنده‌ی این بود که ابزار از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار بود. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. قبل از تکمیل هر پرسش‌نامه توضیحات لازم در مورد موضوع پژوهش، واژه‌ها و روش تکمیل آن ارائه شد. در بعضی از موارد تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه با پاسخگویان صورت پذیرفت. جامعه‌ی پژوهش را مدیران بیمارستان‌های شهر تهران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل دادند.

ابزار تحلیل داده‌ها، نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و LISREL نسخه‌ی ۸/۵۰ بود. برای تحلیل داده‌ها و شناسایی مهم‌ترین و مؤثرترین مؤلفه‌های مؤثر بر آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی از تکنیک تحلیل عاملی استفاده گردید. تحلیل عاملی فنی است برای شناخت متغیرهای مکنون در مجموعه‌ای از سؤالات. تحلیل عاملی اساساً برای کاهش داده‌ها یا شناسایی ساختار به کار می‌رود و هدف از کاهش داده‌ها، حذف متغیرهای اضافی از داده‌ها می‌باشد. در این تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی، روش میانگین موزون و ماتریس عاملی چرخش یافته استفاده شد و از آن‌جا که در تحلیل عاملی اکتشافی هر یک از ابعاد پژوهش به صورت جداگانه در نظر گرفته شده است و بسته‌ی سؤالات مربوط به آن مجزا بوده است، بنابراین برای هر یک از ابعاد به صورت جداگانه آزمون‌های KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) و

بازاریابی در اراییه‌ی خدمات درمانی بتوانند سهم بیشتری را در بازار اراییه‌ی خدمات درمانی داشته باشند.

پس از شناخت نیاز در جامعه، هدف از طریق تحقیقات بازاریابی، یک سازمان با ترکیب آمیخته‌ی بازاریابی مناسب می‌تواند محصول یا خدمت مورد نظر را اراییه نماید. با توجه به کار نبودن و بهره‌وری پایین بیمارستان‌های دولتی و عدم شناسایی کامل نیازهای درمانی جامعه‌ی مخاطب و نداشتن رضایت کامل آن‌ها از خدمات اراییه شده در بیمارستان‌های دولتی، هدف کلی، انجام پژوهشی است که بتواند با توسعه‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌ها باعث استفاده‌ی بهتر از منابع و گسترش سهم بیمارستان‌ها در بازار اراییه‌ی خدمات درمانی شده و برای مصرف کننده باعث برآورده شدن نیازهای درمانی واقعی گردد.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد تاکنون مطالعه‌ی مدونی در زمینه‌ی بازاریابی خدمات بهداشتی درمانی در کشور ما انجام نشده است. به طوری که تنها یک پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به انجام رسیده است. بنابراین لزوم انجام چنین پژوهشی در کشور برای بهره‌برداری جامعه‌ی علمی و سازمان‌های اراییه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه بیمارستان‌های دولتی، لازم و اهمیت آن آشکار می‌گردد.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی و تحلیلی بوده است و طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ انجام گرفت. جهت تدوین الگوی مفهومی پژوهش، از الگوی YP آمیخته‌ی بازاریابی خدمات Booms and Bitner (۹) و شامل هفت بعد نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، شواهد فیزیکی، فرایند و کارکنان می‌باشد، استفاده شد.

مؤلفه‌های مربوط به هر بعد از آمیخته‌ی بازاریابی خدمات از طریق مطالعات انجام شده‌ی تئوریک که شامل مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و بررسی کتب و مقالات مندرج در مجلات معتبر فارسی و لاتین و جستجو در بانک‌های اطلاعاتی معتبر علمی

بخش خصوصی و نیمه دولتی بودند. نتایج آزمون‌های KMO و Bartlett نشان داد که داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب هستند. در تحلیل عاملی اکتشافی، متغیرهای بارگذاری شده‌ی حاصل از خروجی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ نشان داد که از ۸۲ سؤال مطرح شده، ۵۵ متغیر بار عاملی بالاتر از ۰/۵ داشتند و در تحلیل‌های بعدی باقی ماندند. در مورد هر یک از ابعاد، نشان داد که در بعد نوع خدمت ۹ متغیر، در بعد قیمت ۸ متغیر، در بعد مکان ۶ متغیر، در بعد ترویج ۸ متغیر، در بعد شواهد فیزیکی ۱۰ متغیر، در بعد فرایند ۶ متغیر و در بعد کارکنان ۸ متغیر شناسایی گردید. در مرحله‌ی بعد با استفاده از نرم‌افزار LISREL در هر بعد تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول برای تعیین میزان تأثیر متغیرهای پژوهش بر ابعاد اصلی الگو انجام و تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم برای سنجش میزان تأثیر هر یک از ابعاد در بازاریابی خدمات درمانی انجام گرفت.

نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی مرتبه‌ی اول، نشان داد که معیارهای برازش و مقدار شاخص‌های مربوط به هر بعد مناسب است (جدول ۱).

در ضمن برای هر کدام از ابعاد پژوهش، دو خروجی از نرم‌افزار LISREL گرفته شده است که مربوط به حالت‌های تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری P می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که کلیه‌ی متغیرهای شناسایی شده در مرحله‌ی قبل با ابعاد مربوط همبستگی داشت و رابطه‌ی

Bartlett انجام گردید و بعد از حصول اطمینان از کفایت نمونه، تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت. لازم به ذکر است آزمون KMO مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است. در صورتی که مقدار KMO کمتر از ۰/۵۰ باشد داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب نخواهد بود و اگر مقدار آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۹ باشد می‌توان با احتیاط بیشتر به تحلیل عاملی پرداخت اما در صورتی که مقدار آن بزرگتر از ۰/۷۰ باشد همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب خواهد بود. مقدار آزمون Bartlett باید از ۰/۰۵ کمتر باشد (۱۰).

در نهایت برای شناسایی میزان تأثیر ابعاد و متغیرها در الگو از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول و دوم استفاده گردید. جهت انجام این مرحله از نرم‌افزار LISREL نسخه‌ی ۸/۵۰ استفاده گردید که رابطه‌ی همبستگی و شدت اثر هر کدام از متغیرها بر ابعاد تعیین شد. شاخص‌های برازش مدل برای تأیید الگوی استخراج شده شامل مقادیر  $(\chi^2)$ ، که مقدار این عامل تقسیم بر درجه‌ی آزادی (df) باید کمتر از ۳ شود. حد مجاز RMSEA که یکی دیگر از شاخص‌های برازش مدل می‌باشد، ۰/۰۸ است هر چه این مقدار کمتر باشد مدل دارای برازش بهتری است (۱۱).

### یافته‌ها

از افراد مورد بررسی، ۳۵/۱ درصد کارشناس ۶۴/۹ درصد مدیر اجرایی بودند. ۵۶/۲ درصد از بخش دولتی و ۴۳/۸ درصد از

جدول ۱: شاخص‌های خروجی نرم‌افزار LISREL به تفکیک هر بعد و مدل در حالت کلی

مدل	شاخص $\chi^2$	درجه آزادی (df)	نسبت $\chi^2/df$	شاخص RMSEA
بعد خدمت	۶۵/۴۹	۲۷	۲/۴۲	۰/۰۷۸
بعد قیمت	۵۷/۵۱	۲۰	۲/۸۷	۰/۰۶۸
بعد مکان	۹/۱۶	۹	۱/۰۱	۰/۰۱۵
بعد ترویج	۳۶/۳۶	۲۰	۱/۸۱	۰/۰۳۴
بعد شواهد فیزیکی	۷۸/۸۰	۳۵	۲/۲۵	۰/۰۵۹
بعد فرایند	۲۰/۸۱	۹	۲/۳۱	۰/۰۳۲
بعد کارکنان	۴۹/۳۹	۲۰	۲/۴۶	۰/۰۶۲
کل الگو	۳۶/۷۷	۱۴	۲/۶۲	۰/۰۵۲

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول و میزان ضرایب تبیین واریانس و ضرایب خطای مؤثرترین متغیرهای مربوط به هر بعد در حالت‌های تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری (P) به دست آمده از نرم‌افزار LISREL

نام بعد	عنوان متغیرهای مربوط به هر بعد	ضرایب مدل در حالت تخمین استاندارد		ضرایب مدل در حالت عدد معنی‌داری	
		ضریب متغیر	ضریب خطا	ضریب متغیر	ضریب خطا
کیفیت خدمات	ارایه‌ی خدمات متمایز نسبت به سایر بیمارستان‌ها	۰/۷۱	۰/۴۹	۶/۶۳	۵/۱۳
	کیفیت ارایه‌ی خدمات بیمارستان	۰/۷۴	۰/۴۵	۷/۰۱	۵/۵۱
	ارایه‌ی خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار	۰/۶۹	۰/۸۲	۶/۴۵	۵/۴۱
قیمت	ارایه‌ی تخفیف در صورت حساب هزینه‌ها	۰/۷۶	۰/۳۹	۴/۵۶	۴/۵۰
	ارایه‌ی تخفیفات فصلی	۰/۶۸	۰/۵۳	۶/۲۴	۵/۱۸
	ارایه‌ی بخشی از خدمات به صورت رایگان	۰/۷۰	۰/۵۰	۶/۵۳	۵/۱۰
مکان	تکمیل درمان بیمار در منزل از طریق قرارداد با مراکز درمان در منزل غیر دولتی	۰/۶۹	۰/۵۲	۶/۲۴	۴/۹۲
	وجود سیستم حمل و نقل بیمار	۰/۷۴	۰/۴۵	۶/۸۴	۴/۵۸
	امکان انجام بخشی از خدمات درمانی به صورت سیار	۰/۷۱	۰/۴۹	۶/۴۵	۴/۷۹
توسیع	ارسال مستقیم نامه و بروشور از طریق پست	۰/۷۲	۰/۴۸	۶/۸۱	۵/۱۴
	تخصیص وب‌سایت برای بیمارستان	۰/۷۸	۰/۳۸	۷/۶۷	۶/۶۹
	استفاده از انیمیشن و بنرهای اطلاع‌رسانی در سایت‌های پر ترافیک	۰/۷۱	۰/۵۰	۶/۶۳	۵/۲۲
تعمیرات	ارایه‌ی گزارش‌های ادواری از عملکرد بیمارستان	۰/۷۰	۰/۵۲	۶/۵۰	۵/۲۷
	اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و دکوراسیون داخلی بیمارستان	۰/۷۶	۰/۴۲	۷/۵۴	۵/۴۱
	توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن	۰/۸۲	۰/۳۲	۸/۵۱	۵/۰۴
توسعه خدمات	استفاده از ترکیب و تنوع رنگ‌ها در بیمارستان	۰/۸۱	۰/۳۵	۸/۲۱	۵/۱۳
	سیستم روشنایی مناسب در محیط بیمارستان	۰/۸۲	۰/۳۳	۸/۴۶	۵/۰۶
	وجود سیستم‌های تعالی و ارتقای فرایندهای ارایه‌ی خدمات به بیماران	۰/۶۸	۰/۵۳	۶/۱۸	۵/۰۳
توسعه بازاریابی	فعالیت انواع سیستم رسیدگی به شکایات بیماران	۰/۶۸	۰/۵۳	۶/۱۹	۵/۰۳
	اطلاع‌رسانی به بیماران از جزئیات نحوه‌ی ارایه‌ی خدمات درمانی در بخش‌های مختلف	۰/۷۳	۰/۴۷	۶/۶۸	۴/۷۰
	استفاده از علایم و دفترچه‌های راهنما در بیمارستان	۰/۷۶	۰/۴۲	۷/۰۹	۴/۴۶
کارآزایی	وجود تعداد پرسنل کافی برای ارایه‌ی خدمات	۰/۶۵	۰/۵۸	۶/۰۰	۵/۵۱
	پاسخ به موقع به پرسش‌های بیماران از سوی پرسنل	۰/۶۹	۰/۵۳	۶/۴۵	۵/۳۹
	روحیه‌ی انتقادپذیری پرسنل بیمارستان	۰/۷۶	۰/۴۲	۷/۴۵	۴/۹۵
	روحیه‌ی مشتری‌نوازی در پرسنل بیمارستان	۰/۷۷	۰/۴۱	۷/۴۵	۴/۹۰
	گشاده‌رویی پرسنل در برخورد با بیماران	۰/۶۸	۰/۵۴	۶/۳۰	۵/۴۲

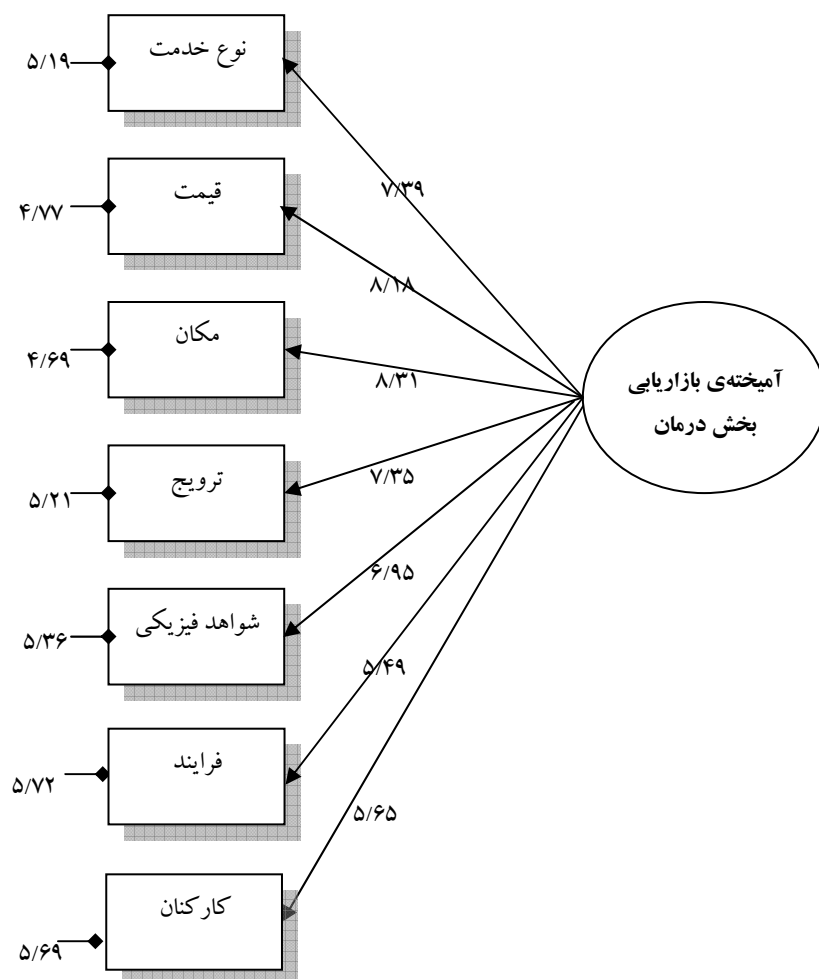
آمده در حالت عدد معنی‌داری P معنی‌دار شده‌اند. بدین معنی که تمامی ابعاد دارای بارهای عاملی به نسبت بالایی هستند، در نتیجه روایی همگرا وجود دارد و ابعاد پژوهش به خوبی توانسته‌اند واریانس مربوط به بعد اصلی را تبیین کنند.

### بحث

الگوی بومی‌سازی شده‌ی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی شامل هفت بعد و متغیرهای مربوط به آن‌ها ابزاری را فراهم آورده است تا سیاستگذاران و مدیران خدمات درمانی آن را در فعالیت‌های بازاریابی سازمان خود به کار گیرند. Souba و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که مدیران هوشمند مراکز پزشکی درک می‌کنند که آن‌ها باید از ترکیب ابزارهای بازاریابی

همبستگی و شدت اثر هر کدام از متغیرها تعیین گردید. در جدول ۲ نتایج ضرایب به دست آمده مربوط به هر یک از دو حالت تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری مربوط به مؤثرترین متغیرها بر ابعاد آورده شده است.

در مرحله‌ی نهایی پژوهش انجام تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم برای تعیین شدت اثر هر کدام از ابعاد انجام گرفت. معیارهای برازش مدل نشان از معنی‌دار بودن رابطه‌ی بازاریابی خدمات درمانی با ۷ عنصر آمیخته‌ی بازاریابی خدمات (نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، تسهیلات، فرایند و کارکنان) و مناسب بودن مقدار شاخص‌های آن بود. شاخص RMSEA در مدل مزبور برابر ۰/۰۵۲ و  $\chi^2$  برابر ۳۶/۷۷ بود. همان طور که شکل ۱ نشان می‌دهد تمامی ضرایب به دست



شکل ۱: مدل اندازه‌گیری خطای تمام ابعاد وابسته به بازاریابی بخش درمان در حالت عدد معنی‌داری P

دست آورده است. Weingart و همکاران به این نتیجه رسیدند که کاهش کیفیت خدمات به شدت با نارضایتی بیماران بستری در ارتباط بود (۱۷). کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار که بار عاملی آن ۰/۶۹ است از دیگر متغیرهای مؤثر بر نوع خدمت است. طبیعی است که انتظارات بیماران از مراکز ارایه‌ی خدمات درمانی و برآورده شدن آن انتظارات در انتخاب مجدد و رضایت آنان از خدمات ارایه شده نقش دارد؛ بنابراین بیمارستان‌ها با ارایه‌ی خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار آنان می‌توانند در بازاریابی خدمات درمانی موفق‌تر باشند.

یافته‌های پژوهش نشان داد یکی دیگر از ابعاد بازاریابی خدمات درمانی «قیمت» می‌باشد. از متغیرهایی که بر بعد «قیمت» بیشترین تأثیر را داشت ارایه‌ی تخفیف در صورت حساب هزینه‌های بیمار بود. تخفیف در هزینه‌های انجام شده برای بیمار می‌تواند در بازاریابی خدمات درمانی مؤثر باشد. بیمار ارزش خدمات دریافت شده را با هزینه‌ی پرداخت شده مقایسه می‌کند. Devine و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سازمان‌های بهداشتی و درمانی که سیستم‌های قیمت‌گذاری و ارزیابی را طراحی و اجرا می‌کنند توانایی‌های خود را برای رقابت در محیطی که به سرعت در حال تغییر است را تقویت می‌کنند (۱۸). Souba و همکاران در پژوهش خود تأکید داشته‌اند که یکی از عوامل مهم در بازاریابی مراکز درمانی، کاربرد استراتژی‌های قیمت‌گذاری قابل انعطاف خدمات می‌باشد (۱۲). Shi و Lee نیز در پژوهش خود استراتژی متغیر بودن قیمت را مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۹).

مطابق یافته‌های پژوهش، بعد مکان با ضریب ۸/۳۱ بیشترین تأثیر را در بازاریابی خدمات درمانی دارا بود. بعد مکان یا دسترسی به خدمات بیمارستانی یکی از عوامل مهم در انتخاب بیمار می‌باشد. Rao و همکاران در دسترس بودن خدمات پزشکی را از ابعاد اصلی کیفیت درک شده توسط بیمار شناسایی نموده‌اند (۲۰). از متغیرهای مهمی که در این بعد وجود دارد این است که بیمارستان‌ها می‌توانند بخشی از خدمات خود را که امکان‌پذیر است، در منزل به انجام برسانند

استفاده کنند تا جذابیت مراکز خود را برای مشتریانی که خدمات را دریافت می‌کنند تقویت کنند. آن‌ها مدل «VP» را ابزاری قابل دسترس برای مراکز پزشکی دانستند که می‌توانند جهت تأثیر بر انتخاب مشتریان آن را به کار بندند (۱۲).

مؤثرترین ابعادی که در الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در این پژوهش شناسایی گردید، دو بعد «مکان» و «قیمت» بود. مکان و زمان ارایه‌ی خدمات با واژه‌های توزیع و دسترسی مکانی و زمانی به خدمات درمانی تفسیر می‌شود. قیمت با واژه‌های تعرفه‌ی خدمات و نحوه‌ی پرداخت هزینه توسط بیمار سر و کار دارد. همان طور که در مقدمه اشاره گردید در خصوص موضوع بازاریابی خدمات درمانی تاکنون پژوهش جامعی در کشور انجام نگردیده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از پژوهش زارع زاده، که با موضوع مطالعه‌ی نقش مدیران در بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های یزد انجام گردید و دو بعد «کارکنان» و «نوع خدمت» نسبت به سایر عوامل آمیخته‌ی بازاریابی، بالاترین امتیاز را از نظر مدیران کسب نموده بود همخوانی نداشت (۱۳).

نتایج به دست آمده از این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده در سایر خدمات نیز بررسی شد. قلی پور سلیمانی، عامل قیمت را در میان عناصر آمیخته‌ی بازاریابی هتل‌داری بالاترین اولویت در رضایت مشتریان دانست (۱۴). رضائیان و رضازاده برفوئی، عنصر قیمت همراه با ترویج را در رتبه‌بندی عناصر آمیخته‌ی بازاریابی در صنعت بیمه به عنوان بالاترین رتبه دانستند (۱۵). حق‌شناس کاشانی، در مقاله‌ی خود با موضوع نقش اعمال مدیریت مؤثر بازاریابی بانک‌ها در جذب و حفظ مشتری به این نتیجه رسیده است که قیمت، بالاترین نقش را در جذب مشتری دارد. پس از آن عوامل فرایند و کارکنان، بیشترین نقش را دارند (۱۶).

یافته‌های پژوهش نشان داد بعد محصول یا نوع خدمت با ضریب ۷/۳۹ یکی از ابعاد آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی است. یکی از متغیرهای مهم در ارایه‌ی خدمات درمانی کیفیت ارایه‌ی خدمات می‌باشد که در این پژوهش ضریب ۰/۷۴ به

متغیرهایی می‌دانند که در جذب مشتریان مفید است که از این جهت با نتایج این پژوهش همخوانی داشت.

یافته‌های پژوهش حاکی از اهمیت بعد فرایند با ضریب تأثیر ۵/۴۹ بود. بعد فرایند در آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی به آشنایی، سهولت و شفاف‌سازی روش‌های آرایه‌ی خدمت به مشتریان تأکید دارد. اگر بیماران از جزئیات، مراحل و نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات آگاهی یابند و دفترچه‌های راهنما، علائم و نشانه‌های مناسب برای جلوگیری از سردرگم شدن بیمار موجود باشد، بیماران بدون داشتن استرس همکاری لازم را با بیمارستان داشته و رضایت بیمار حاصل می‌شود. بنابراین شایسته است بیمارستان‌ها با استقرار سیستم‌های تعالی کیفیت و احصا و ارتقای فرایندهای خدمات خود در بیمارستان در جهت شفاف‌سازی جریان و روند آرایه‌ی خدمت به بیمار تلاش نمایند. درگی، معتقد است انتخاب فرایند آرایه‌ی خدمت به مشتری می‌تواند بر تجربه‌ی مشتری تأثیر اساسی بگذارد، وقتی مشتری راضی باشد به دیگران رضایت خود را اعلام می‌نماید (۲۳).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که بعد کارکنان از ابعاد دیگر آمیخته‌ی بازاریابی درمان است و ضریب تأثیر آن ۵/۶۵ بود. بدون شک نیروی انسانی به عنوان یکی از منابع مهم یک سازمان در رسیدن آن سازمان به اهداف تعیین شده نقش بسزایی دارد. Lavlak و Laren معتقدند که در زنجیره‌ی سودآوری خدماتی همیشه بین خطمشی منابع انسانی و خطمشی بازاریابی یک رابطه وجود دارد (۲۴).

### نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که الگوی به دست آمده از این پژوهش برای بیمارستان‌ها و مراکز آرایه دهنده‌ی خدمات درمانی ابزاری را فراهم آورده است تا با به کارگیری آن بتوانند در بهبود مدیریت بازاریابی خدمات درمانی اقدام کنند. دیگر زمان آن گذشته است که بیمارستان‌ها بنشینند و منتظر مراجعه کننده بمانند، بلکه باید برنامه‌ریزی نمایند تا با به کارگیری علم بازاریابی و نفوذ در بازار، سهم بیشتری از بازار را به خود اختصاص دهند. این به معنای ایجاد

که این کار می‌تواند توسط بیمارستان و یا با انعقاد قرارداد با مؤسسات مجاز به آرایه‌ی خدمات درمانی در منزل صورت گیرد. در پژوهشی که توسط Macintyre و همکاران انجام پذیرفته است بر این موضوع تأکید داشته‌اند که هزینه‌ی آرایه‌ی خدمات درمانی در منزل به طور مشخص ارزان‌تر از مراقبت از بیمار داخل بیمارستان است (۲۱). بنابراین بیمارستان‌ها از هر استراتژی که بتواند خدمات را به سهولت در دسترس جامعه‌ی مخاطب خود قرار دهد می‌توانند در بازاریابی خدمات درمانی استفاده نمایند.

از یافته‌های دیگر پژوهش، اهمیت بعد ترویج و معرفی خدمات است. میزان تأثیر این بعد در آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی ۷/۳۵ بود. این بعد از آمیخته‌ی بازاریابی می‌تواند توسط استراتژی‌های متفاوتی آرایه گردد. بنا به عقیده‌ی Berkowitz، هیچ جزیی از آمیخته‌ی بازاریابی به اندازه‌ی ترویج در خدمات بهداشتی و درمانی قابل مشاهده نیست (۲۲). Shi و Lee در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که به کار بردن ترفیع و فعالیت‌های بازاریابی متعدد روی سایر متغیرها مانند سن، شغل، نزدیکی به خانه، سطح آموزش، وضعیت تأهل تأثیرگذار است (۱۹).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش اهمیت بعد شواهد فیزیکی با ضریب تأثیر ۶/۹۵ است. اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و دکوراسیون داخلی بیمارستان، توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن و وجود امکانات رفاهی از متغیرهای مؤثر بر این بعد می‌باشد. Souba و همکاران بر این عقیده هستند همان گونه که ترس، نگرانی و بلاتکلیفی در تشخیص خیلی از بیماری‌ها همراه است، محیط اطراف بیماری که تحت مراقبت است اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند (۱۲). محیط فیزیکی بیمار می‌تواند اثر مطلوبی روی خلق و خو بگذارد و احساس مطلوب به بیمار دست دهد. Shi و Lee در پژوهش خود بیان می‌کنند که تعجبی نیست که مشتریان از مراجعه به مراکز درمانی که دارای محیط ناخوشایند یا زیر استاندارد و پزشکان غیر ماهر باشد خودداری می‌کنند (۱۹). آن‌ها محیط خوب را یکی از



بیمارستان‌های دولتی، کاربرد الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در برنامه‌ریزی استراتژیک این وزارتخانه گنجانده شود. بدین منظور لازم است بیمارستان‌های دولتی جهت به کارگیری این الگو ضمن افزایش اختیارات آن‌ها، مورد حمایت قرار گیرند.

پیشنهاد می‌گردد مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی با تأسیس واحد بازاریابی در سازمان خود و با استفاده از ابزار بازاریابی مورد اشاره در این پژوهش، استراتژی‌های بازاریابی خود را بر مبنای ابعاد و متغیرهای شناسایی شده در این پژوهش تنظیم نمایند. در ضمن برای تحقق اهداف بازاریابی در مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی آموزش مدیران سطوح مختلف و دانش آموختگان رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌گردد.

تقاضای کاذب نیست، بلکه برآورده ساختن نیازهایی است که ممکن است توسط مراکز دیگر برآورده شود. این الگو کمک می‌کند تا مراکز درمانی با شناخت کامل و جامع روی مواردی که تأثیر بیشتری در بازاریابی خدمات درمانی دارد، در جهت برنامه‌ریزی و اجرا و مدیریت آن اقدام نمایند. این مراکز با به کارگیری این الگو می‌توانند از ظرفیت‌ها و توان بالقوه‌ی خود استفاده‌ی بهینه کنند، کارایی، اثربخشی و در نتیجه بهره‌وری خود را بالا برده، ضمن ارتقای کیفیت خدمات خود باعث رضایت بیشتر مراجعین را فراهم سازند و در نتیجه باعث ایجاد مزیت رقابتی برای بیمارستان شوند.

با توجه به یافته‌های این پژوهش به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد می‌گردد جهت نایل آمدن به اهداف بازاریابی خدمات درمانی و توسعه‌ی بازار در

## References

1. Lega F. Developing a marketing function in public healthcare systems: a framework for action. *Health Policy* 2006; 78(2-3): 340-52.
2. Nasiripour AA, Gohari MR, Nafisi A. Branding and Functional Indices Relationship in Mashhad Ghaem Hospital. *J Health Adm* 2010; 13(41): 15-20. [In Persian].
3. Corbin CL, Kelley SW, Schwartz RW. Concepts in service marketing for healthcare professionals. *Am J Surg* 2001; 181(1): 1-7.
4. Mousavi SA, Khorvash F, Fathi H, Fadai H, Hadianzarkeshmoghadam Sh. Survey the Average of Cost in out Patient and Imaging in Alzahra Hospital and Comparing with Service's Tar. *Health Inf Manage* 2010; 7(2): 235. [In Persian].
5. Abolhalaj M, Mobaraki H, Inanlo Yaghmorlo S, Hosseini Parsa S. Assessing physical spaces of hospitals affiliated to universities of medical sciences in Iran. *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 14(2): 69-74. [In Persian].
6. Jamshidi HR. Research Project report of benefit from health services in 2002 the Islamic Republic. Tehran, Iran: Ministry of Health Publications; 2004. [In Persian].
7. Rezapour A, Asefzadeh S. Study economic efficiency of teaching hospitals of Qazvin university of medical sciences (1999-2007). *J Guilan Univ Med Sci* 2009; 18(71): 55-63. [In Persian].
8. Sayyari AA. Health and influencing factors [Online]. 2010; Available from: URL: [http://behdasht.gov.ir/uploads/126\\_139\\_asl\\_29\\_ghanoon.doc/](http://behdasht.gov.ir/uploads/126_139_asl_29_ghanoon.doc/) [In Persian].
9. Cotler P. Essentials of Marketing Management. Trans. Parsaeeian A. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2008. [In Persian].
10. Momeni M, Faal Ghayomi A. Statically Analysis with SPSS. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran, Iran: Ketab Nou Publication; 2010. [In Persian].
11. Hooman HA. Structural Equation Modeling with Lisrel Application. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran, Iran: Samt Publication; 2009. [In Persian].
12. Souba WW, Haluck CA, Menezes MA. Marketing strategy: an essential component of business development for academic health centers. *Am J Surg* 2001; 181(2): 105-14.
13. Zare Zadeh MM. Study the role of managers in marketing of health services in hospitals of Yazd [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Sciences and Research Branch, Islamic Azad University; 2008. [In Persian].
14. Gholipour Soleymani A. Priority Setting to Influential Factors in the Hotel Management Industry Marketing with

- Emphasis on AHP Method (A Case Study: Guilan Province). *Journal of Geographical Lanfscape* 2009; 4(8): 157-78. [In Persian].
15. Rezayian A, Rezazadeh Barfoyy H. Marketing Mix Model provides services aimed at increasing purchasing life insurance policies and savings (Asia Insurance Company Case Study in Tehran province). *Quarterly Journal of Insurance Research College* 2007; 22(3): 21-45. [In Persian].
  16. Haghshenas Kashani F. The role of effective Marketing management practices of banks to attract and retain customers. *Journal of Economic Research* 2003; 3(1): 71-98. [In Persian].
  17. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. Patient-reported service quality on a medicine unit. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(2): 95-101.
  18. Devine K, O'Clock P, Lyons D. Health-Care Financial Management in a Changing Environment. *Journal of Business Research* 2000; 48(3): 183-91.
  19. Lee WI, Shi BY. Application of neural networks to recognize profitable customers for dental services marketing-a case of dental clinics in Taiwan. *Expert Systems with Applications: An International Journal* 2009; 36(1): 199-208.
  20. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India-a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(6): 414-21.
  21. Macintyre CR, Ruth D, Anasari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: A comparison with in-hospital care. *International Journal for Quality health care* 2002; 14(4): 285-93.
  22. Berkowitz EN. *Essentials of Health Care Marketing*. 2<sup>nd</sup> ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
  23. Daragi P. *Marketing Management Issues*. 1<sup>st</sup> ed. Tehran, Iran: Rasa cultural services Inc; 2007. [In Persian].
  24. Lavlak C, Laren R. *Essential of Services Marketing*. Trans. Tajzadeh Namin A. Tehran, Iran: Samt Publication; 2003. [In Persian].

## A Mixed Model for Health Services Marketing in Iranian Public Hospitals\*

Amir Ashkan Nasiripour, PhD<sup>1</sup>; Poursan Raeissi, PhD<sup>2</sup>; Mohammad Reza Maleki, PhD<sup>2</sup>;  
Mohammad Javad Akbarian Bafghi<sup>3</sup>

### Short Communication

#### Abstract

**Introduction:** The mixed marketing is an important issue in providing the healthcare that the healthcare provider organizations need it to survive in the contemporary era and have more market shares, revenue and to increase customer service efficiency and effectiveness. The present study aimed to provide a practical model of the factors influencing the mixed marketing in Iranian public hospitals.

**Methods:** This was an applied and analytical study. Considering the field of health care services, 7P Service Marketing Mix Model of "Booms and Bitner" was used and the conceptual research model was determined. The dimensions of conceptual model were in the seven dimensions that included the production (services), price, place, promotion, physical evidence, processes and peoples. Then, using the library studies, the variables relevant to each dimension were collected. Data collection tool was a questionnaire that regulated base on five-item Likert scale. The research community was formed from public and private hospital administrators in Tehran, and experts of Ministry of Health and Medical Education. Data analysis was done through Lisrel version 8.50 and SPSS version 18 and using exploratory and confirmatory factor analysis.

**Results:** The fit indexes of Lisrel confirmed and acknowledged the healthcare mixed marketing model with seven dimensions. The dimensions that had the greatest impact included the place with factor of 0.82 and six components affecting it. The price with factor of 0.81 and eight components affecting it were also identified. Meanwhile, other aspects of the research in terms of impact were identified: i.e. "services" with nine components, "promotion" with eight components, "physical evidences" with ten components, "peoples" with eight components and "process" with six components.

**Conclusion:** Healthcare centers can use the mixed marketing service model with confirmed seven dimensions in marketing management through concentration on place and price.

**Keywords:** Marketing Mixed; Health Services; Hospitals; Factor Analysis; Iran

Received: 11 Jan, 2011

Accepted: 16 Oct, 2011

**Citation:** Nasiripour AA, Raeissi P, Maleki MR, Akbarian Bafghi MJ. **A Mixed Model for Health Services Marketing in Iranian Public Hospitals.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1158-68.

\* This article was extracted from PhD dissertation in Health Services Management.

1- Associate Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

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

3- PhD Student, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

# ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن\*

امیراشکان نصیری پور<sup>۱</sup>، محمدعلی افشارکاظمی<sup>۲</sup>، احمدرضا ایزدی<sup>۳</sup>

## مقاله کوتاه

### چکیده

**مقدمه:** کارت امتیاز متوازن یکی از الگوهای موفق و پرکاربرد در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به خصوص بیمارستان‌ها می‌باشد. این الگو یک چارچوب مفهومی جهت تدوین مجموعه‌ای از شاخص‌های عملکرد در راستای استراتژی سازمان می‌باشد. این پژوهش با هدف ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن انجام گرفت.

**روش بررسی:** در این پژوهش توصیفی- تطبیقی، ۱۱ الگوی نظری و عملی کارت امتیاز متوازن بررسی شد. الگویی برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران طراحی شد. پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر مدل پیشنهادی جهت جمع‌آوری داده‌ها تهیه شد. اعتبار آن به روش دلفی با استفاده از نظرات صاحب‌نظران تأیید گردید. ضریب پایایی پرسش‌نامه (Cronbach's alpha) ۰/۹۴ بود. به منظور تعیین معنی‌دار بودن پاسخ‌ها از آزمون اختلاف میانگین جامعه استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات حاصل شده از نظرسنجی خبرگان در الگوی پیشنهادی در رابطه با بیانیه‌ی رسالت پیشنهادی ۴/۰۲ (از ۵ نمره)، نمره‌ی استراتژی بهبود مداوم کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی- درمانی ۴/۵، استفاده‌ی بهینه از امکانات و منابع موجود ۴/۶۶، تلاش مداوم و گروهی به منظور جلب رضایت‌مندی مراجعان ۴/۶۶ و مسؤلیت‌پذیری در خصوص بهداشت و ایمنی کارکنان و محیط زیست ۴/۳۲ بوده است. میانگین نمره‌ی منظر بالینی ۱۱/۶۶، منظر بیماران ۱۱/۵، منظر فرایندهای داخلی ۱۱/۶۶، منظر مالی ۱۰/۷۸ و منظر رشد کارکنان ۱۱/۴۶ بود. در کل، ۲۷ شاخص برای ۵ منظر ارایه شد که یکی از آن‌ها از الگوی نهایی حذف گردید. میزان معنی‌داری آزمون t در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بود.

**نتیجه‌گیری:** الگوی پیشنهادی هم برای یک بیمارستان و هم برای مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور قابل اجرا بوده و امکان مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها را نیز فراهم می‌آورد. این الگو به دلیل ماهیت پویای کارت امتیاز متوازن، چارچوبی قابل انعطاف است که می‌تواند برحسب شرایط واحدهای مختلف تعدیل گردد.

**واژه‌های کلیدی:** خدمات بهداشتی؛ ارزیابی فرایند؛ بیمارستان‌ها؛ الگوی سازمانی

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۸

اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۱۷

پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۱

\* این مقاله حاصل رساله‌ی دکتری با عنوان ارایه‌ی الگوی کارت امتیاز متوازن پویا به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران و بدون حمایت مالی سازمانی می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

۲- استادیار، مدیریت صنعتی، دانشکده‌ی مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

**ارجاع:** نصیری پور امیراشکان، افشارکاظمی محمدعلی، ایزدی احمدرضا. ارایه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد کارت امتیاز متوازن. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۷۹-۱۱۶۹.

### مقدمه

ارزیابی عملکرد یکی از مهم‌ترین وظایف مدیریتی است (۱).

در عصر اطلاعات می‌دانند. BSC علاوه بر شاخص‌های مالی به شاخص‌های غیر مالی نیز توجه می‌نماید (۵).

در الگوی BSC اهداف و شاخص‌ها در یک فرایند بالا به پایین از اسناد بالا دستی خود یعنی رسالت و استراتژی واحدهای تجاری استخراج می‌شوند. شفاف‌سازی و کسب آگاهی در مورد استراتژی، یکپارچگی اهداف فردی و واحدها با استراتژی، ارتباط اهداف استراتژیک با مقاصد طولانی مدت و بودجه‌ی سالانه، شناسایی و یکپارچه‌سازی اقدامات استراتژیک، به کارگیری بازنگری استراتژیک دوره‌ای و منظم و کسب بازخورد به منظور یادگیری و ارتقای استراتژی از جمله مزایای استفاده از BSC ذکر شده است (۵). با توجه به این که هدف نهایی سازمان‌های دولتی، تحقق رسالت و برآورده‌سازی نیاز مشتری است، الگوی BSC تفاوت‌های عمده‌ی بخش عمومی و سازمان‌های غیر انتفاعی با بخش خصوصی را مورد نظر قرار داده و تأکید می‌کند که:

۱- تعریف نهایی موفقیت در بخش عمومی و سازمان‌های غیر انتفاعی، عملکرد آن‌ها در دستیابی به رسالت و انجام وظایف محوله است.

۲- سازمان‌های بخش عمومی و غیر انتفاعی، مجموعه‌ی گسترده‌ای از مأموریت‌ها را دارند و باید آثار اجتماعی و اهداف متعالی خود را به طرز متفاوتی تعریف نمایند (۵، ۱).

به همین دلیل در الگوی BSC، تدوین رسالت به عنوان یکی از نقاط کلیدی و مهم الگوی جایگزین استراتژی در سازمان‌های انتفاعی گردیده است (۱). رسالت سازمان در واقع پاسخی هستند به این سؤالات که: ما چه کسانی هستیم؟ چه کاری را انجام می‌دهیم؟ برای چه کسانی این کار را انجام می‌دهیم؟ چرا این کار را انجام می‌دهیم؟ چرا منابع عمومی برای این تلاش‌ها اختصاص یافته است؟ (۶)، تأثیر مثبت رسالت بر عملکرد نیز تأیید شده است (۷).

اصلاحات در خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به دنبال ارتقای پاسخ‌گویی، هزینه- اثربخشی، پایداری، بهبود کیفیت و رضایت‌مندی بیماران می‌باشد. این اصلاحات به

سازمان‌ها در عصر حاضر نیازمند برخورداری از ابزارها و نگرش‌های نوین مدیریتی هستند (۲) تا کارایی، اثربخشی و پاسخ‌گویی خود را افزایش دهند (۳). بدین منظور الگوهای مختلفی ارائه شده است که یکی از آن‌ها الگوی کارت امتیاز متوازن (BSC (Balanced scorecard می‌باشد (۴، ۲).

الگوی BSC توسط Kaplan و Norton ارائه گردیده است (۵). این الگو برای سازمان‌ها به عنوان ابزاری اثربخش جهت شناخت، تشریح و ترجمه‌ی دارایی‌های نامشهود به ارزش واقعی قابل درک برای ذی‌نفعان، بسیار راهگشا بوده و امکان اجرای موفق استراتژی‌ها را فراهم می‌سازد (۱). اهداف و شاخص‌های کارت امتیاز از استراتژی و چشم‌انداز سازمان تعیین شده‌اند. این اهداف و شاخص‌ها به عملکرد سازمان در چهار وجه می‌نگرند: مالی، مشتری، فرایندهای داخلی و رشد و یادگیری. این چهار منظر، چارچوبی را برای BSC فراهم می‌کنند (۱). در سازمان‌های عمومی و غیر انتفاعی، اهداف و شاخص‌های BSC از مأموریت سازمان تعیین می‌شود. در واقع شاخص‌های هر یک از منظرها پاسخگوی این سؤالات هستند: چگونه مشتریان به ما می‌نگرند؟ در چه چیزی ما باید ماهر باشیم؟ آیا می‌توانیم بهبود مستمر داشته باشیم؟ و چگونه ذی‌نفعان به ما می‌نگرند؟ (۵، ۱).

صفت متوازن در BSC به توازن بین سنجه‌های مالی و غیر مالی، توازن بین ذی‌نفعان داخلی و خارجی سازمان، توازن بین اهداف بلند مدت و کوتاه مدت و توازن بین سنجه‌های هادی و تابع مربوط می‌باشد (۵).

امروزه BSC از یک سیستم اندازه‌گیری به یک سیستم مدیریت استراتژیک تبدیل شده است (۱). در مورد بعضی از شرکت‌هایی که در زمینه‌ی استفاده از BSC پیشرو هستند این سیستم مدیریتی به عنوان چارچوب سازماندهی مرکزی فرایندهای مدیریتی مهم از قبیل تنظیم اهداف فردی و تیمی، جبران خدمت، تخصیص منابع، بودجه‌بندی و برنامه‌ریزی، یادگیری و بازخورد استراتژیک تبدیل شده است (۵).

Kaplan و Norton الگوی BSC را ابزار مورد نیاز مدیران برای راهبری سازمان‌هایشان در دنیای رقابتی آینده و

سیستم بهداشتی هلند در سال ۲۰۰۴ (۱۲)، Kumar و Ozdamar در سال ۲۰۰۵ در سنگاپور (۳)، Smith و Olden در بیمارستان St. Luke (۱۳)، Patel و همکاران با تحلیل کاربرد رتبه‌بندی عملکرد (رتبه‌بندی ستاره‌ای) برای بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، Chang، چارچوب ارزیابی عملکرد سیستم طب ملی انگلستان با رویکرد کارت امتیازی (۱۵)، گزارش دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۳ با نام اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان به منظور بهبود کیفیت مراقبت در اروپا (۸) و سیستم بهداشتی - درمانی کانادا (۱۶) نام برد. در داخل کشور نیز بگلو، در رساله‌ی دکتری خود به طراحی الگوی کارت امتیاز متوازن به منظور ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی ایران پرداخته است. بگلو، با مقایسه‌ی الگوهای مورد استفاده در کشورهای استرالیا، کانادا، آمریکا، نیوزلند به روش توصیفی - تطبیقی به ارزیابی الگوی BSC را پیشنهادی برای ایران پرداخته است (۱۷). الگوی BSC را می‌توان جهت ارزیابی بخش‌های یک بیمارستان نیز به کار برد. عجمی و همکاران از BSC به منظور ارزیابی بخش مدارک پزشکی بیمارستان فاطمه الزهرا (س) نجف آباد استفاده نموده‌اند (۴). وطن‌خواه و سالمی، به بررسی نظام ارزشیابی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از BSC پرداخته‌اند. در این پژوهش محورهای ارزشیابی بیمارستان‌های کشور در قالب ۴ منظر الگوی BSC بررسی شده‌اند (۲).

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یک سازمان غیر انتفاعی غیر دولتی شناخته می‌شود و با تصویب قانون الزام در سال ۱۳۶۸ سازمان، خود عهده‌دار ارائه‌ی خدمات درمانی مستقیم به افراد تحت پوشش از طریق بیمارستان‌های ملکی خود گردیده است (۱۸). در حال حاضر به منظور بررسی عملکرد بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی، گزارش‌های آماری (۱۹) و گزارش ارزیابی اقتصادی حاوی ۵۶ شاخص به صورت سالانه ارائه می‌گردد (۲۰). از طرف دیگر، بیمارستان‌ها نیز در زمینه‌ی ارتقای عملکرد خود حرکت نموده‌اند به طوری که بیش از ۶۰ بیمارستان از ۷۱ بیمارستان

منظور ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌بایستی مبتنی بر شواهد علمی و بهترین تجربیات باشند. آنچه که باید روی آن تأکید ویژه نمود، توسعه‌ی سیستم‌های پایش عملکرد ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است که مصرف‌کننده‌ی بیش از نیمی از کل بودجه‌ی بخش بهداشت و درمان هستند (۸).

از طرف دیگر در بخش بهداشت و درمان، به لحاظ اهمیت نوع خدمات و سروکار داشتن با سلامت و جان انسان‌ها، اعتلای کیفیت و تضمین آن برای نظام بهداشت و درمان و مردم به طور فزاینده مورد توجه قرار گرفته است. از یکسو مردم با پرداخت حق بیمه، مالیات و تحمل هزینه‌های گزاف بهداشت و درمان و در کنار آن افزایش آگاهی آنان، انتظارات فزاینده‌ای از بیمارستان و دیگر سازمان‌های ارائه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی دارند. از سوی دیگر سرمایه‌گذاری کلان جهت بهره‌گیری از تکنولوژی نوین درمان و افزایش هزینه‌های پرسنل و به کارگیری نیروهای تخصصی و فوق تخصصی موجب گران‌تر شدن خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود (۹).

سازمان‌های بسیاری در سراسر جهان با به کارگیری این روش توانسته‌اند ضمن پیاده‌سازی استراتژی خود به موفقیت‌های چشمگیری نایل شوند (۵، ۱). Chan، در پژوهشی با عنوان اندازه‌گیری عملکرد و تعدیل کارت امتیاز متوازن به مطالعه‌ی الگوی کارت امتیاز در مراکز دولتی کانادا و آمریکا پرداخته است. Chan، بیان می‌کند که به منظور غلبه بر محدودیت شاخص‌های مالی و نیاز فزاینده به پاسخگویی، مدیران دولتی به سمت اجرای ابزارهای مدرن مدیریتی در سازمان‌ها سوق پیدا کرده‌اند (۱۰).

در زمینه‌ی ارزیابی عملکرد مؤسسات بهداشتی - درمانی نیز بر اساس الگوی ارزیابی متوازن، تلاش‌های زیادی صورت گرفته است. در این زمینه می‌توان به تلاش‌های Josey و Kim (۱۱) با الگوی کارت امتیاز متوازن بیمارستان Ten Asbroek, Barberton و همکاران در پژوهشی با عنوان توسعه‌ی چارچوب شاخص‌های عملکرد ملی برای



بررسی شدند. یازده الگوی انتخابی شامل الگوی تتوریک کارت امتیاز متوازن Norton و Kaplan (۵)، الگوی دولتی BSC (۱۰)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، سیستم بهداشتی- درمانی هلند (۱۲)، بیمارستان‌های سنگاپور (۳)، بیمارستان St. Luke (۱۳)، الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، سیستم بهداشتی- درمانی کانادا (۱۶) و الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران (۱۷) بود.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای، از کارت فیش و برای گردآوری داده‌های مربوط به الگوهای مورد مطالعه، از جداول تطبیقی استفاده شد. داده‌های مورد نیاز سازمان تأمین اجتماعی ایران با استفاده از اسناد و مدارک سازمان مذکور، گزارش‌های معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی و مصاحبه با کارشناسان ستادی و بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی گردآوری گردید. سپس با بهره‌گیری از نقاط اشتراک و افتراق مندرج در جداول مقایسه‌ای، الگوی اولیه‌ی پژوهش طراحی شد. با توجه به ادبیات مربوط به رسالت سازمانی و مراجعه به قوانین موضوعه از جمله قانون تأسیس سازمان تأمین اجتماعی، قانون الزام، قانون بیمه‌ی خدمات درمانی و سایر متون مرتبط، رسالت پیشنهادی برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تدوین گردید. برای احراز اعتبار الگو از روش دلفی کمک گرفته شد. پرسش‌نامه‌ی تهیه شده در اختیار ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها که سابقه‌ی پژوهش و مطالعه در موضوع پژوهش را دارند قرار گرفت و نظرات ایشان در مورد محتوا و نحوه‌ی نگارش پرسش‌نامه اخذ گردید که پس از اعمال نقطه نظرات و تأیید ایشان، روایی پرسش‌نامه تضمین گردید. پایایی پرسش‌نامه با Cronbach's alpha ۰/۹۴ بود.

پرسش‌نامه‌ی تهیه شده به همراه نمای شماتیکی از الگوی پیشنهادی و شرح ابعاد الگو، رسالت پیشنهادی، منظرها، شاخص‌های هر منظر و تعریف هر شاخص در اختیار ۸۰ نفر از صاحب‌نظران دارای مدرک دکتری و کارشناسی

ملکی سازمان تأمین اجتماعی، با پیاده‌سازی الگوی ایزو ۹۰۰۱ و شناسایی فرایندهای کلیدی به سمت استفاده از الگوهایی نظیر EFQM، Malcom Baldrige و غیره روی آورده‌اند (۲۱).

با توجه به جایگاه سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یک سازمان ارایه کننده، همچنین به عنوان یک سازمان خریدار خدمات بخش دولتی و خصوصی، ارزیابی عملکرد خدمات ارایه شده و خدمات خریداری شده یکی از موارد مهم و شروط موفقیت سازمان در سطح کشور می‌باشد. هرچند در زمینه‌ی طراحی الگوهای ارزیابی عملکرد در جهت ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها تلاش‌هایی گردیده است اما در سازمان تأمین اجتماعی با توجه به رشد استقرار سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ و تمرکز این بیمارستان‌ها به بهبود فرایندها در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات، ارایه‌ی الگویی به منظور ارزیابی عملکرد می‌تواند به طور مستقیم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی و به طور غیر مستقیم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان‌های دولتی و خصوصی (که سازمان تأمین اجتماعی به عنوان خریدار خدمات آن‌ها می‌باشد) تأثیر داشته باشد. این پژوهش با هدف ارایه‌ی یک الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC انجام گرفت.

### روش بررسی

این پژوهش توصیفی- تطبیقی در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران بود. در ابتدا به منظور طراحی الگوی کارت امتیاز متوازن جهت بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ایران، به مطالعه‌ی تطبیقی یازده الگوی منتخب نظری و عملی BSC پرداخته شد. معیار انتخاب این نمونه‌ها، از بین الگوهای مشخص و قابل دسترس، بر اساس دو محور بوده است. در محور اول، طیفی از الگوها با توجه به جایگاه آن از بخش صنعت تا بخش بهداشت و درمان دولتی و در محور دوم، محدوده‌ای از بیمارستان‌های خصوصی انفرادی تا مجموعه‌های بیمارستانی

### یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش در چهار قسمت ارائه گردید. ابتدا یافته‌های مرتبط با الگوهای مورد استفاده در مطالعه‌ی تطبیقی معرفی گردیده است. سپس یافته‌های مرتبط با رسالت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ارائه گردید، در ادامه یافته‌های مرتبط با منظرها بیان شد و در انتها شاخص‌های هر منظر در صورت لزوم تبیین گردیده‌اند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، حداقل تعداد منظرها ۳ و حداکثر منظرها ۶ منظر بود. میانگین تعداد منظرها در الگوهای مورد مطالعه ۴/۷۵ منظر بود. میانگین تعداد شاخص‌ها نیز بالغ بر ۳۱ شاخص با انحراف معیار ۱۰/۹۵ ± بود. منظر مشتری (بیمار) در ۹۰ درصد الگوها وجود داشت. فراوانی منظر فرایندهای داخلی ۷۲ درصد، منظر مالی و منظر رشد و یادگیری ۶۳ درصد بود. در ۶۶ درصد الگوهای مرتبط با بهداشت و درمان به نتایج بالینی توجه گردیده بود. خلاصه‌ی الگوهای مطرح در جدول تطبیقی ۱ ارائه گردیده است.

میزان موافقت اعلام شده توسط خبرگان با رسالت پیشنهادی به طور میانگین بیش از ۴ نمره بوده است. میانگین

ارشد در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیران شاغل در بیمارستان‌ها، مدیران و مسؤلان و کارشناسان دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر در معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی با سابقه‌ی بیش از ۵ سال قرار گرفت و از آنان درخواست شد تا میزان موافقت خود در رابطه با رسالت پیشنهادی را در قالب مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱) اعلام نمایند. همچنین در ارتباط با هر یک از منظرهای الگو و شاخص‌های هر منظر از ۴ بعد ارتباط با رسالت، اهمیت منظر یا شاخص، امکان پایش و قابلیت مداخله در قالب مقیاس ۳ گزینه‌ای لیکرت اعلام نظر نمایند. پس از جمع‌آوری نظرات خبرگان یاد شده، میانگین امتیاز هر یک از مؤلفه‌های پرسش‌نامه محاسبه و بر اساس فرمول آزمون اختلاف نسبت صفت در جامعه با یک نسبت مشخص  $Z = [(X/n) - P] / \sqrt{P(1-P)/n}$  (n = ۵۰ و P ≥ ۷۵ درصد ضریب اطمینان ۹۵ درصد، چنانچه Z محاسبه شده از ۱/۶۴ بیشتر بود تأیید و معتبر قلمداد می‌شد. بدین منظور از نرم‌افزار SPSS (version, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده گردید.

جدول ۱: منظرهای الگوهای نظری و عملی کارت امتیاز متوازن در بخش مطالعه‌ی تطبیقی مورد استفاده در مطالعه‌ی تطبیقی

نام الگو	منظرهای الگو
الگوی تئوریک کارت امتیاز متوازن	۱- مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- رشد و یادگیری
الگوی دولتی کارت امتیاز متوازن	۱- عملکرد مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- کارایی عملیات؛ ۴- تغییر و نوآوری؛ ۵- عملکرد کارکنان
الگوی بیمارستان Barberton	۱- کارکنان؛ ۲- خدمت؛ ۳- کیفیت؛ ۴- نتایج اجرایی؛ ۵- مالی؛ ۶- رشد
سیستم بهداشتی-درمانی هلند	۱- مالی؛ ۲- مشتری؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- نوآوری
بیمارستان‌های سنگاپور	۱- مشتری؛ ۲- عرضه کننده؛ ۳- فرایند؛ ۴- سیستم اطلاعاتی؛ ۵- رشد و یادگیری؛ ۶- منظر کلی
بیمارستان St. Luke	۱- مالی؛ ۲- رضایت مشتری؛ ۳- رشد و توسعه؛ ۴- کیفیت بالینی؛ ۵- کارکنان
الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران	۱- بیماران؛ ۲- مالی؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- رشد و یادگیری
سیستم بهداشتی-درمانی کانادا	۱- تغییر و یکپارچگی سیستم؛ ۲- رضایت بیمار؛ ۳- بهره‌برداری بالینی و نتایج؛ ۴- عملکرد مالی
رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان	۱- تمرکز بر بیمار؛ ۲- تمرکز بالینی؛ ۳- تمرکز بر ظرفیت و قابلیت
چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان	۱- بهبود سلامت؛ ۲- دسترسی عادلانه؛ ۳- ارائه مؤثر خدمات مناسب؛ ۴- کارایی؛ ۵- تجربه بیماران؛ ۶- پیامدهای سلامتی
دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی	۱- اثربخشی بالینی؛ ۲- ایمنی؛ ۳- تمرکز بر بیمار؛ ۴- کارایی؛ ۵- کارمند محوری؛ ۶- حکمرانی پاسخگو
الگوی پیشنهادی پژوهشگر برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی	۱- نتایج بالینی؛ ۲- بیماران؛ ۳- فرایندهای داخلی؛ ۴- مالی؛ ۵- رشد و یادگیری کارکنان

پزشک ۱۰/۴۲، میزان کنسلی اعمال جراحی ۱۱/۱۴، درصد اعمال جراحی بزرگ ۱۰/۴۶، نسبت پذیرش بستری به ازای هر پزشک ۱۰/۴، بهره‌وری کارکنان ۱۱/۱۶ و درصد اشغال تخت ۱۱/۶۶ بود. بیشترین نمره به درصد اشغال تخت و کمترین نمره به شاخص نسبت پذیرش بستری به ازای هر پزشک مربوط بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بود و کلیه شاخص‌های پیشنهادی مورد قبول صاحب‌نظران بوده. در منظر مالی، میانگین نمره‌ی شاخص نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار بستری ۱۰/۹۶، نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار سرپایی ۱۰/۷۸، میزان پوشش هزینه‌های کل ۱۱/۱۴، درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی ۹/۴۶ و هزینه‌های جاری به ازای یک تخت فعال ۱۰/۹ بود. صاحب‌نظران با شاخص‌های نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار بستری، نسبت درآمد به هزینه‌ی جاری به ازای یک بیمار سرپایی، میزان پوشش هزینه‌های کل، هزینه‌های جاری به ازای یک تخت فعال، کاملاً موافق بودند. میزان پوشش هزینه‌های کل، بالاترین امتیاز را در این منظر به دست آورد. شاخص درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی به دلیل کسب امتیاز کمتر از ۷۵ درصد کل و معنی‌دار نبودن در سطح ۹۵ درصد (ارزش  $P$  بیشتر از ۰/۰۵) رد شد و از الگوی پیشنهادی حذف گردید.

در منظر رشد کارکنان، نمره‌ی شاخص سرانه‌ی ساعات آموزشی کارکنان ۱۱/۸۲، نرخ غیبت به دلیل بیماری ۱۰/۸۰، رضایت‌مندی کارکنان ۱۱/۶۶، درصد حوادث شغلی ۱۰/۹۴، درصد هزینه‌های آموزش از بودجه ۱۰/۸۰ و میانگین نمره‌ی کارایی سیستم تکنولوژی اطلاعات ۱۱/۱۰ محاسبه شد. میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و کلیه‌ی شاخص‌های پیشنهادی قبول گردید.

### بحث

رسالت، دلیل وجودی سازمان است (۶) و بیمارستان‌های

نمره‌ی رسالت ۴/۰۲ و نمرات استراتژی بهبود مداوم کیفیت و ایمنی خدمات بهداشتی- درمانی ۴/۵، استفاده‌ی بهینه از امکانات و منابع موجود ۴/۶۶، تلاش مداوم و گروهی به منظور جلب رضایت‌مندی مراجعان ۴/۶۶ و مسؤلیت‌پذیری در خصوص بهداشت و ایمنی کارکنان و محیط زیست ۴/۳۲ بوده است. به عبارت دیگر خبرگان با رسالت پیشنهادی موافق بوده‌اند. میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و رسالت پیشنهادی قبول گردیده است. در شکل ۱ نمای کلی الگو ارائه گردیده است.

میانگین نمره‌ی منظر بالینی ۱۱/۶۶، منظر بیماران ۱۱/۵، منظر فرایندهای داخلی ۱۱/۶۶، منظر مالی ۱۰/۷۸ و منظر رشد کارکنان ۱۱/۴۶ بود. میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است. به عبارت دیگر صاحب‌نظران با منظرهای پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند. بیشترین نمره در این منظرها مربوط به منظر بالینی و منظر فرایندهای داخلی بوده است و کمترین نمره به منظر مالی تعلق داشت.

در منظر بالینی، میانگین نمره‌ی اخذ شده برای میزان پذیرش مجدد ۱۰/۸۲، درصد سزارین ۱۰/۹۸، نرخ عفونت‌های بیمارستانی ۱۱/۳۴، ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار ۹/۹۴، میزان حوادث ناخواسته ۹/۹۲ و میزان مرگ‌ومیر بیمارستانی ۱۰/۳۴ بود. بیشترین نمره مربوط به نرخ عفونت‌های بیمارستانی و کمترین نمره به شاخص میزان حوادث ناخواسته تعلق داشت. بر اساس یافته‌های پژوهش، میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و صاحب‌نظران با شاخص‌های پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند.

میانگین نمره‌ی اخذ شده در منظر بیماران برای رضایت‌مندی بیماران ۱۱/۵۲، برای میزان شکایات مراجعان ۱۰/۹۸ و برای میانگین مدت اقامت بیمار در اورژانس ۹/۹۶ بود. صاحب‌نظران با شاخص‌های پیشنهادی کاملاً موافق بودند. میزان معنی‌داری آزمون  $t$  در سطح ۹۵ درصد کمتر از ۰/۰۵ بوده است و کلیه‌ی شاخص‌های پیشنهادی قبول گردیده است.

در منظر فرایندهای داخلی، میانگین نمره‌ی متوسط روزهای بستری ۱۱/۳۰، نسبت پذیرش سرپایی به ازای هر

الگوهای مورد مطالعه رسالت به طور تصریحی یا تلویحی مدنظر بوده است. تعدادی از آنها مانند الگوی تئوریک BSC (۵)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، بیمارستان‌های

سازمان تأمین اجتماعی بر اساس قانون الزام تشکیل گردیده‌اند (۹). الگوی BSC هدف نهایی خود را دستیابی به رسالت در سازمان‌های دولتی می‌داند (۲، ۱) که در تمام



شکل ۱: الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی با رویکرد کارت امتیاز متوازن

کیفیت در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی می‌تواند در نهدینه‌سازی رویکرد مشتری‌گرایی تأثیرگذار باشد. منظر بیماران و شاخص‌های این منظر مورد توافق قرار گرفته‌اند. پایین‌ترین نمره در این منظر مربوط به شاخص میانگین مدت اقامت بیمار در اورژانس بود که می‌تواند به جایگاه شاخص در این منظر مربوط باشد هرچند که مورد توافق بوده است.

در الگوهای BSC مربوط به بخش صنعت، مهم‌ترین منظر که در قسمت بالای الگو قرار می‌گیرد، منظر مالی است. منظر مالی، سودآوری و بقای سازمان را تأمین می‌نماید (۵). در بخش بهداشت و درمان نیز بیمارستان‌های خصوصی و پاره‌ای از بیمارستان‌های دولتی مانند بیمارستان St. Luke (۱۳)، سیستم بهداشتی - درمانی کانادا (۱۶)، الگوی بیمارستان Barberton (۱۱)، سیستم بهداشتی - درمانی هلند (۱۲) و الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران (۱۷) از این منظر استفاده نموده‌اند. تعدادی از الگوها در بخش بهداشت و درمان مانند الگوی دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵) و بیمارستان‌های سنگاپور (۳) به حذف این منظر پرداخته‌اند. بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در راستای ارائه خدمات به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی تأسیس شده‌اند و توسط سازمان تأمین اجتماعی اعتبار می‌شوند. منظر مالی کمترین نمره را در بین ۵ منظر طراحی شده در الگو به دست آورد که با پژوهش وطن‌خواه و سالمی (۲) هم‌راستا می‌باشد. همچنین شاخص درصد هزینه‌ی تعمیرات و تجهیزات از درآمد اختصاصی به دلیل عدم تأیید صاحب‌نظران، از الگوی پیشنهادی حذف گردید. میزان پوشش هزینه‌های کل، بالاترین امتیاز را در این منظر به دست آورد.

فرایندهای داخلی یکی از نقاط قوت بیمارستان‌های تأمین اجتماعی بوده است و بالاترین نمرات را نیز اخذ نمود. دلایل این نمره‌ی بالا نیز می‌تواند استقرار سیستم مدیریت کیفیت ایزو ۹۰۰۱ در بیش از ۸۴ درصد بیمارستان‌ها باشد. استقرار ایزو موجب شده تا شناسایی فرایندها، مستندسازی فرایندها و تعیین شاخص‌های پایش فرایندها نهادینه گردد هرچند که

سنگاپور (۳)، بیمارستان St. Luke (۱۳)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵) به بیان رسالت خویش پرداخته‌اند. هرچند بگلو، به عدم موافقت خبرگان در تعریف رسالت، دورنما و بیانیه‌ی ارزش‌ها در ارائه‌ی الگوی پیشنهادی برای وزارت بهداشت ایران اشاره دارد (۱۷). عجمی و همکاران اشاره دارند که عدم تعریف رسالت به عنوان یکی از عوامل کلیدی در عدم موفقیت الگوی BSC می‌باشد (۴). Hupfer و Bart در پژوهشی ضمن تأکید بر تأثیر مثبت رسالت بر عملکرد بیمارستان‌های کانادا، به ارائه‌ی رسالت پیشنهادی برای این بیمارستان‌ها پرداخته‌اند (۷). در این پژوهش با توجه به زمینه‌ی مشترک و بیانیه‌ی خطمشی کیفیت موجود در بیش از ۸۴ درصد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی (۲۱) به بیان رسالت پرداخته شد که مورد موافقت قرار گرفت. بیمارستان‌ها می‌توانند بیانیه‌ی دورنما و ارزش‌های خود را متناسب با شرایط خود تعریف نمایند.

هدف نهایی بیمارستان‌ها، ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی است. بدین منظور، ارتقای سلامت بر اساس شاخص‌های مورد توافق سنجیده می‌شود و به طور ویژه به نتایج بالینی توجه می‌گردد و اهمیت آن باعث گردیده است که در تعدادی از الگوها مانند الگوی رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴)، چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی (۸)، سیستم بهداشتی درمانی کانادا (۱۶)، بیمارستان‌های سنگاپور (۳) و بیمارستان St. Luke (۱۳) به عنوان یک منظر اصلی به آن توجه شود. در این پژوهش نیز منظر بالینی با ۶ شاخص مرتبط با این منظر طراحی شد. صاحب‌نظران با منظرهای پیشنهادی کاملاً موافق بوده‌اند. نمره‌ی این منظر جزء بالاترین نمرات بود.

توجه به تجارب مشتریان و رضایت‌مندی آنان موجب طراحی منظر مشتری در الگوی BSC گردیده است (۵). در الگوهای بخش بهداشت و درمان نیز این توجه با عناوین مختلف از جمله منظر مشتری، تمرکز بر بیمار و تجربه‌ی بیماران نشان داده شده است. در این پژوهش برای منظر بیماران ۳ شاخص طراحی شد. استقرار سیستم مدیریت

دارای نقاط ضعف نیز می‌باشد.

به جز الگوی سیستم بهداشتی- درمانی کانادا (۱۶)، رتبه‌بندی بیمارستان‌های انگلستان (۱۴) و چارچوب ارزیابی طب ملی انگلستان (۱۵)، در سایر الگوهای مورد مطالعه به منظر رشد و یادگیری کارکنان توجه شده بود. در این پژوهش با توجه به نظر صاحب‌نظران، با ۶ شاخص منظر رشد کارکنان موافقت شد. منظر رشد کارکنان نیز نمره‌ی نسبتاً بالایی کسب نموده است. آموزش‌های ارائه شده در راستای توانمندسازی نیروی انسانی در زمینه‌ی ارتقای کیفیت خدمات و استقرار سیستم مدیریت کیفیت و همچنین هزینه‌ی بالای نیروی انسانی موجب می‌گردد که سازمان به منابع انسانی توجه ویژه نشان دهد.

لازم به ذکر است که صاحب‌نظران در مورد شاخص‌های مطرح شده در الگو، معتقد بودند که می‌بایستی شناسنامه‌ی شاخص شامل اطلاعات لازم در ارتباط با اندازه‌گیری شاخص تهیه گردد تا واحدهای مختلف نسبت به پایش یکسان شاخص‌ها اقدام نمایند.

از مهم‌ترین محدودیت‌ها در زمینه‌ی بهره‌گیری از الگوی طراحی شده، جدایی فرایند برنامه‌ریزی استراتژیک از طراحی الگوی پیشنهادی بوده است که پژوهشگران مجبور به استفاده از استراتژی‌هایی بودند که از قبل مشخص شده‌اند نقشی در طراحی آن نداشته‌اند. توصیه بر آن است که در مطالعات آتی، برنامه‌ریزی استراتژیک با رویکرد BSC تلفیق گردد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، عدم تعریف اهداف و اقدامات لازم در راستای استقرار الگوی BSC بود که بایستی در مرحله‌ی استقرار، آن‌ها را تعریف نمود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت ارزیابی عملکرد و با توجه به تجربه‌ی موفق الگوی کارت امتیاز متوازن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، به خصوص بیمارستان‌ها، این پژوهش منجر به ارائه‌ی الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC گردیده است. الگوی پیشنهادی، چارچوبی قابل

انعطاف است که می‌تواند برحسب پیشرفت واحدهای مختلف تعدیل گردد. در قسمت اول الگوی پیشنهادی کارت امتیاز متوازن جهت بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی ایران رسالت پیشنهادی برای بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی ارائه گردید. ۵ منظر به نام‌های منظر بالینی، منظر بیماران، منظر فرایندهای داخلی، منظر مالی و منظر رشد کارکنان برای الگوی ارزیابی عملکرد برای بیمارستان‌های تأمین اجتماعی ایران با رویکرد BSC طراحی شد و در کل ۲۷ شاخص برای ۵ منظر ارائه شد. الگوی پیشنهادی هم برای یک بیمارستان و هم برای مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور قابل اجرا بوده است و امکان مقایسه‌ی عملکرد بیمارستان‌ها را نیز فراهم می‌آورد.

### پیشنهادات

با توجه به تجربیات موجود در زمینه‌ی به کارگیری الگوی کارت امتیاز متوازن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد بومی‌سازی و استفاده از این الگو می‌تواند در ارتقای عملکرد بیمارستان‌های تأمین اجتماعی تأثیر بسزایی داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌گردد که:

- الگوی ارائه شده در مجموعه‌ی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کشور اجرا گردد. اجرای الگو نیازمند اندازه‌گیری شاخص‌ها، تعریف اهداف و اقدامات لازم در راستای ارتقای عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشد.

- شناسنامه‌ی شاخص‌های مطرح شده در الگو شامل اطلاعات لازم در ارتباط با روایی و پایایی اندازه‌گیری آن‌ها تهیه گردد.

- از الگوی ارائه شده به عنوان مکانیسم ارزیابی بیمارستان‌ها استفاده شود و عملکرد بیمارستان‌ها مقایسه گردد.

- با توجه به قابل انعطاف بودن الگو، بر حسب پیشرفت واحدهای مختلف می‌تواند تعدیل گردد.

- سایر بیمارستان‌ها جهت برقراری ارتباط میان ارزیابی عملکرد و مدیریت استراتژیک می‌توانند از این الگو استفاده نمایند.



بیمارستان‌هایی که پژوهشگران را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

از همکاری آقای دکتر محمودرضا گوهری، معاونت محترم درمان سازمان تأمین اجتماعی، صاحب‌نظران و کلیه‌ی

### References

1. Niven PR. *Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2002.
2. Vatankhah S, Salemi A. A Study on Evaluation System of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences Using Balance Score Cards, Tehran, Iran. *J Health Adm* 2010; 12(38): 49-58. [In Persian].
3. Kumar A, Ozdamar L, Ng CP. Procurement performance measurement system in the health care industry. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(2-3): 152-66.
4. Ajami S, Tofighi Sh, Tavakoli N, Ebadsichani A. Performance Evaluation of Medical Records Department with Balanced Scorecard approach in Fatemehzahra Hospital of Najafabad, Iran. *Health Inf Manage* 2010; 7(1): 37-47. [In Persian].
5. Kaplan RS, Norton DP. Strategy map; converting intangible assets to tangible outcomes. *Trans. Akbari H, Soltani, M, Maleki A. Tehran, Iran: Ariyana Publication; 2007. p. 1-42.*
6. Tabibi SJ, Maleki MR. *Strategic Planning*. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2003. p. 82-90. [In Persian].
7. Bart CK, Hupfer M. Mission statements in Canadian hospitals. *J Health Organ Manag* 2004; 18(2-3): 92-110.
8. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(6): 487-96.
9. Izadi AR. A study of social security organization hospitals performance assessment based on organizational excellence model. [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, School of Management & Economic, Islamic Azad University; 2006. p. 52-82. [In Persian].
10. Chan YL. Performance measurement and adoption of balanced scorecards: A survey of municipal governments in the USA and Canada. *International Journal of Public Sector Management* 2004; 17(3): 204-21.
11. Josey C, Kim IW. Implementation of the balanced scorecard at Barberton citizens hospital. *Journal of Corporate Accounting & Finance* 2008; 19(3): 57-63.
12. Ten Asbroek AH, Arah OA, Geelhoed J, Custers T, Delnoij DM, Klazinga NS. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int J Qual Health Care* 2004; 16(Suppl 1): i65-i71.
13. Olden CP, Smith CM. Hospitals, community health and balanced scorecards. *AHCMJ* 2008; 4(1): 39-58.
14. Patel B, Chausalet T, Millard P. Balancing the NHS balanced scorecard! *European Journal of Operational Research* 2008; 185(3): 905-14.
15. Chang L. The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications. *International Journal of Public Sector Management* 2007; 20(2): 101-17.
16. Canadian Institute for Health Improvement. *Hospital Report* [Online]. 2007 [Cited 2010 Sep 20]; Available from: URL: [www.cihi.com/](http://www.cihi.com/)
17. Begloo AG. *Designing a model of performance evaluation for Iranian public hospitals using the BSC* [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, Islamic Azad University; 2008. [In Persian].
18. Izadi AR. A study of social security organization hospitals performance assessment based on organizational excellence model [Thesis]. Tehran, Iran: Sciences & Research Branch, Islamic Azad University; 2006. [In Persian].
19. Medical Deputy of Social Security Organization. *Statistical report of staff in social security organizational hospitals in 2008*. Tehran, Iran: Social Security Organization; 2009. [Unpublished]. [In Persian].
20. Medical Deputy of Social Security Organization. *Statistical report of clinical and paraclinical indicator in social security organizational hospitals in 2008*. Tehran, Iran: Social Security Organization; 2009. [Unpublished]. [In Persian].
21. Social Security Organization. *Internal newspaper in social security organization*. Tamin 2009; 15(716): 2-4. [Unpublished]. [In Persian].

## Designing a Performance Assessment Model for Iranian Social Security Organization Hospitals with Balanced Scorecard Approach\*

Amir Ashkan Nasiripour, PhD<sup>1</sup>; Mohammad Ali Afshar Kazemi, PhD<sup>2</sup>;  
Ahmad Reza Izadi<sup>3</sup>

### Short Communication

#### Abstract

**Introduction:** Balanced scorecard is one of the most successful and widely used models of performance assessment in healthcare organizations, especially in hospitals. The model is a framework for designing a set of performance measures for organization strategies. The study was conducted aiming to yield a performance assessment model for Iranian social security hospitals with balanced scorecard approach.

**Methods:** In this adaptive and descriptive research, 11 theory and practical models of balanced scorecard with successful experiences were studied. A model for Iranian social security hospitals was designed. A questionnaire was designed as a data collection tool. It was validated using expert's survey in Delphi method. Reliability coefficient for this questionnaire was relatively high (Cronbach's alpha = 0.94). Independent t-test was used to identify significance of expert responses.

**Results:** The mean score of experts opinion about the proposed model was 4.02 (out of 5) for mission statement and 4.5 for continuous improvement in healthcare quality and safety policy, 4.66 for optimization of current resources and facilities utilization, 4.66 for team working for satisfying our patients/clients policy, and 4.32 for responsible for environment and employee health and safety policy. The mean score was 11.66 for clinical perspective, and 11.5 for patient perspective, 11.66 for internal processes perspective, 10.78 for financial perspective and 11.46 for employee growth perspective. Totally, 27 measures were designed for these perspectives one of which was excluded.

**Conclusion:** The model can be implemented in one or all the social security hospitals and also can be used for comparing the performance of the hospitals. Because of the dynamic nature of the balanced scorecard, the model is a flexible framework that could be adjusted by local situations based on differences in targets.

**Keywords:** Health Services; Process Assessment; Hospitals; Organizational Models

Received: 8 Jan, 2011

Accepted: 11 May, 2011

**Citation:** Nasiripour AA, Afshar Kazemi MA, Izadi AR. **Designing a Performance Assessment Model for Iranian Social Security Organization Hospitals with Balanced Scorecard Approach.** Health Inf Manage 2013; 9(7): 1169-79.

\* The article resulted from PhD Dissertation in Health Services Administration.

1- Associate Professor, Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

2- Assistant Professor, Industrial Management, Tehran Markaz Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- PhD Student, Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran