

طراحی الگوی سلامت سازمانی برای بیمارستان‌های ایران

نجمه بخت‌آزما^۱، الهه هوشمند^۲، بهاره بشروئی شرق^۳، علی وفایی نجار^{۴*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۳ کارشناس ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۲۵

چکیده

مقدمه: سلامت سازمانی توانایی یک سازمان در وفق دادن خود با شرایط محیط و توسعه توانایی‌های خود و کارکنان خود در جهت دستیابی به اهداف است. به دلیل وجود الگوهای متعدد و نیز نبود الگویی اختصاصی برای بیمارستان‌ها، مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی سلامت سازمانی برای بیمارستان‌های ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: ابتدا با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر و سایت‌های داخلی و خارجی، الگوهای موجود سلامت سازمانی یافت شد. الگوهای مورد نظر برای بررسی هم‌پوشانی‌های موجود در جداول تطبیقی قرار گرفتند. پس از محاسبه درصد تطابق، موارد بالای ۳۰ درصد به صورت چک‌لیست طراحی گردید و برای انجام روش دلفی در اختیار ۳۰ نفر از متخصصان مربوطه قرار گرفت. دلفی در دو مرحله انجام شد.

یافته‌ها: ۱۳ الگو در ارتباط با بررسی سلامت سازمانی حاصل شد. چک‌لیست حاصل از هم‌پوشانی این موارد دارای سه حیطه، ۱۳ بعد و ۲۵ مفهوم (به عنوان زیرمجموعه ابعاد) بود که دو بعد و پنج مفهوم در مراحل دلفی، امتیاز لازم را کسب نکرده و حذف گردیدند. الگوی نهایی با سه حیطه (کارکنان، مدیریت و سازمان)، ۱۱ بعد (شامل: ابعاد روحیه، تأکید علمی، کفایت ارتباط، تعهد، مشارکت، مراعات، وظیفه‌مداری، نفوذ مدیر، تمرکز بر هدف، نوآوری و کفایت حل مشکل) و ۲۰ مفهوم مورد تأیید قرار گرفت که از این میان ابعاد روحیه (۸۵/۳ درصد)، نفوذ مدیر (۷۵/۲ درصد) و تأکید علمی (۷۳/۴ درصد) بالاترین درصدها را در مراحل دلفی کسب نمودند.

نتیجه‌گیری: الگوی به دست آمده برای نظام سلامت بومی‌سازی شده و دربرگیرنده سلامت سازمانی در بیمارستان‌ها بوده و می‌تواند در جهت اطلاع از وضعیت سلامت سازمانی و بهبود آن در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: الگو، بیمارستان، سلامت سازمانی

مقدمه

امروزه سازمان‌ها به عنوان موجود زنده دارای هویت مستقل از اعضای خود تصور می‌شوند؛ به گونه‌ای که می‌توانند رفتار کارکنان را تحت تأثیر قرار دهند. این هویت می‌تواند دارای سلامت و یا بیماری باشد (۱). یک سازمان سالم جایی است که افراد دوست دارند در آن کار نمایند و افتخار می‌کنند که بخشی از آن سازمان هستند (۲). اگر به سازمان سالم به عنوان نظام نگاه شود، سلامت سازمانی نه در بهداشت و سلامت جسمانی و روانی کارکنان؛ بلکه در موجودیت و بقای خود سازمان یافت می‌شود (۳).

اگرچه مفهوم سلامت سازمانی برای نخستین بار توسط Argris در دهه ۱۹۵۰ مطرح شد؛ اما Miles در سال ۱۹۶۹ براساس تجزیه و تحلیل سلامت سازمانی مدارس، مدلی را پیشنهاد کرد و سازمان سالم را به شرح زیر تعریف نمود: "سازمانی سالم است که نه تنها در محیط خود دوام می‌آورد؛ بلکه مهارت‌های خود را برای مدیریت و پیشرفت توسعه می‌دهد" (۴-۶). آرنه اورویک نیز سلامت سازمانی را در سازمان‌های بهداشتی این گونه تعریف می‌کند: "چگونگی خوب بودن سازمان که توانایی مقابله با تنش‌های گوناگون به نفع بیماران، کارکنان و در کل سازمان" (۷).

سلامت سازمانی از جمله گویاترین و بدیهی‌ترین شاخص‌های اثربخشی سازمانی به شمار می‌رود (۸). سازمان سالم و پویا، جوی مطلوب و سالم داشته و موجبات انگیزش و علاقه‌مندی به کار را در کارکنان سالم فراهم می‌نماید و اثربخشی سازمان را افزایش می‌دهد (۹). سلامت سازمانی از ارکان اصلی استقرار توسعه پایدار بوده که توسعه اجتماعی در بلند مدت را تضمین می‌کند و در نتیجه اثربخشی ایجاد می‌شود (۱۰). سازمان از این شاخص برای مقابله با تنش‌های ایجاد شده به وسیله ارزش‌های رقابتی فراوان استفاده می‌کند (۱۱). در این راستا، Wen Lin در پژوهش خود

دریافت که فرهنگ سلامت سازمانی و رفتار سلامت کارکنان به بهبود اثربخشی آن‌ها کمک شایانی خواهد کرد (۱۲). بابلان نیز در گزارش خود به رابطه مثبت و معنادار سلامت سازمانی و اعتماد معلمان اشاره نموده است (۷). سلامت سازمانی نیرویی قوی و از جمله مهم‌ترین فاکتورهای توسعه ساختار عالی سازمانی و ماندگاری آن محسوب می‌شود که به دانش، فرهنگ و تجارب مدیران و کارمندان نیاز دارد (۱۱). قضاوت سلامت سازمانی، تلاش یک سازمان برای اجرای یک وظیفه خاص را تعیین می‌کند. سازمان‌ها با سطح سلامت بالا در برخورد با چالش‌ها، تلاش‌های بیشتری را از خود نشان می‌دهند؛ در حالی که با سطح سلامت کم از تلاش خود کاسته و یا حتی توجه و رسیدگی به موضوع را رها می‌کنند (۱۱).

سلامت سازمانی به توانایی سازمان در رسیدن به اهداف بر پایه محیط اشاره دارد که به دنبال بهبود عملکرد سازمان و حمایت از رفاه کارمندان حاصل می‌شود. در حالی که این دو چشم‌انداز بسیار متفاوت هستند، همبستگی بین آن‌ها باعث تأثیر یکی بر دیگری می‌شود (۱۳). این شاخص عناصر سازمانی هدایت‌کننده عملکرد را اندازه‌گیری و پیگیری نموده و یک نقشه ساده اما قدرتمند را برای مدیران و رهبران به منظور ارتقای سلامت سازمان فراهم می‌کند (۱۴). در حقیقت، سازمان‌های چابک هم استوار هستند (انعطاف‌پذیر، قابل اطمینان و کارا) و هم پویا (سریع، هوشیار و تطابق‌پذیر). برای تسلط بر این پارادوکس، شرکت‌ها می‌بایست ساختارها، چیدمان مدیریت و فرایندها را با یک مجموعه نسبتاً غیر قابل تغییر از اجزا طراحی کنند. شرکت‌های چالاک، ۷۰ درصد شانس قرار گرفتن در رده‌های بالای سلامت سازمانی را دارند (۱۵).

مدل‌های فراوانی به منظور بررسی سلامت سازمانی وجود دارند که توسط افرادی چون Ghorooneh و

(سلامت سازمانی، ابعاد، الگو و مدل) که از مطالعات مربوط به سلامت سازمانی استخراج شده بودند، استفاده گردید. واژه‌های مذکور ابتدا در سایت Google scholar جستجو شدند. ۱۰ صفحه اول آدرس‌های یافت شده (در مجموع ۱۰۰ آدرس اول در هر سایت برای هر یک از واژگان کلیدی) بررسی گردیدند و پس از حذف هم‌پوشانی‌ها، اطلاعات مرتبط به صورت دستی استخراج گردید. در ادامه، جستجو در سایت‌های سازمانی و پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر داخلی و خارجی طی سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۰۵ صورت گرفت. پایگاه داده‌ها عبارت بودند از: Web, Scopus, SID, Irandoc, Magiran, Embase, ISC, Science Direct, Pubmed, Science Direct, of Science و موتور جستجوی Google scholar.

مطالعات و پژوهش‌های مورد نظر در زمینه سلامت سازمانی براساس پروتکل پژوهش تدوین شده توسط تیم پژوهش از بین مقالات نشریات، گزارشات و کتب مرتبط انتخاب گردید. این پروتکل شامل موارد زیر بود: الف. مقالاتی که در آن‌ها تعریف سلامت سازمانی و ابعاد آن ذکر شده بود و ب. مقالاتی که به زبان فارسی یا انگلیسی چاپ شده بودند. مطالعاتی که دسترسی به متن کامل آن‌ها امکان‌پذیر نبود نیز از میان مطالعات حذف گردیدند. نتایج جستجوی موضوعی در نمودار ۱ نشان داده شده است.

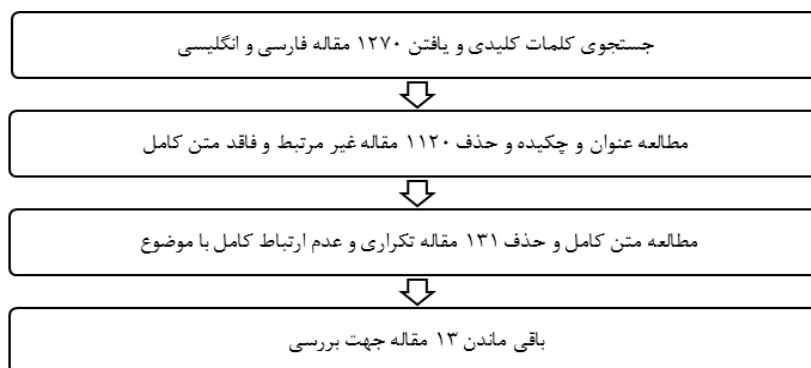
Malekinia (۶)، مایلز (۱۱)، پارسونز (۱۵)، کریگر و هانسون (۶)، هوی و همکاران (۲،۳،۶)، لایدن و همکاران (۱۶)، سازمان جهانی بهداشت (۵) و آلتون (۱۷) ارائه شده‌اند. با توجه به اینکه هدف اصلی سازمان‌های بهداشتی-درمانی مراقبت از سلامت بیماران و به طور غیر مستقیم سلامت کارکنان است، رابطه‌ای قوی میان اثربخشی و سلامت سازمانی وجود دارد (۱۲). از جمله مراکزی که کنون توجه بوده و از اولویت‌های توسعه بخش بهداشت و درمان می‌باشند، بیمارستان‌ها هستند. بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین واحدهای ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی جایگاه خاصی در نظام شبکه بهداشت و درمان داشته و آگاهی از سلامت سازمانی در این ارگان بسیار اهمیت دارد (۱۸).

از آنجایی که الگوهای مطرح شده ابتدا در پی بررسی سازمان‌های آموزشی ایجاد شده‌اند و الگوی مجزایی برای بیمارستان‌ها وجود ندارد، پژوهش حاضر با هدف ارائه الگو برای سازمان‌های بهداشتی-درمانی ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها

تعیین الگوهای سلامت سازمانی

ابتدا به منظور شناسایی الگوهای موجود برای سلامت سازمانی از کلمات کلیدی مانند "Organizational Health, Dimensions, Model و Pattern" و معادل فارسی آن‌ها



نمودار ۱: روند بررسی و یافتن تحقیقات

هم‌پوشانی ابعاد در الگوهای متفاوت سلامت سازمانی

در مرحله بعد از روش مرور جامع و تحلیل داده‌ها و تشکیل ماتریس مقایسه‌ای استفاده شد. بدین‌صورت که برای تحلیل داده‌ها، پژوهشگر الگوهای استخراج شده را به روش تحلیل محتوا بررسی نمود. سپس چهارچوبی از این الگوها را استخراج کرد و با استفاده از این چهارچوب، نظر الگو را در مورد آن بعد تعیین نمود. برای تأیید روایی چهارچوب استخراج شده از روش اعتبار محتوا و برای تأیید پایایی آن از ضریب توافق طرفین (ضریب کاپا) استفاده شد. به این صورت که دو نفر از پژوهشگران به صورت جداگانه الگوها را با استفاده از چهارچوب تحلیل کردند. سپس نتایج با یکدیگر مقایسه شدند و اختلافات توسط نفر سوم رفع گردیدند (با میزان تطابق ۰/۰۸). در ادامه با استفاده از این چهارچوب، ابعاد الگوها استخراج شد و بر این اساس در قالب ماتریس‌های مقایسه‌ای و تحلیل داده‌ها با یکدیگر مقایسه و تحلیل گردیدند.

تعیین اعتبار چک‌لیست با استفاده از روش دلفی

در این مرحله براساس موارد مشابه و دارای هم‌پوشانی بیشتر (مطابق با نظر تیم پژوهش موارد بیشتر از ۳۰ درصد)، چک‌لیست سلامت سازمانی پیشنهادی طراحی گردید. به منظور معتبرسازی چک‌لیست پیشنهادی از روش دلفی استفاده گردید. بدین‌منظور از جامعه مورد نظر (اعضای هیات علمی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها، معاونت‌های مختلف بیمارستان و معاونین بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد) ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. چک‌لیست به صورت حضوری در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف پژوهش، از متخصصان درخواست شد نظرات خود را وارد چک‌لیست

نمایند. در نهایت، پژوهشگر چک‌لیست‌ها را جمع‌آوری و تحلیل نمود. پس از استفاده از ضریب تأثیر، با تحلیل و حذف آیتم‌های دارای امتیاز پایین، چک‌لیست برای نظرخواهی مجدد ارسال گردید. این مرحله تا زمان اجماع نظرات در دو مرحله ادامه یافت. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 25، بررسی میانگین و فراوانی داده‌ها استفاده گردید. نحوه محاسبه ضریب تأثیر به صورت زیر است:

$$\text{Impact Score} = \text{Frequency} (\%) \times \text{Importance}$$

که در آن Frequency فراوانی افرادی است که به موارد چک‌لیست امتیاز ۴ یا ۵ داده‌اند (به صورت درصد). Importance نیز میانگین امتیازات تعلق‌گرفته به هر آیتم می‌باشد (در این مطالعه ضریب تأثیر مورد نظر برای هر آیتم محاسبه گردید). بنا بر قاعده استفاده از ضریب تأثیر، ضرایب بیشتر از ۱/۵ تأیید شده و ضرایب کمتر از ۱/۵ برای مرحله دوم دلفی تأیید گردیدند. در مرحله دوم نیز پس از محاسبه ضرایب و حذف موارد با نمره پایین، آیتم‌های نهایی چک‌لیست مورد تأیید تیم پژوهش قرار گرفت.

شایان ذکر است که طی انجام پژوهش به نظر متخصصان مرحله دلفی برای شرکت یا عدم شرکت در مطالعه احترام گذاشته شد و اصل محرمانه ماندن اطلاعات افراد شرکت‌کننده در دلفی رعایت گردید.

نتایج

مطابق با یافته‌های پژوهش، در مرحله اول ۱۳ الگو در زمینه بررسی سلامت سازمانی وجود دارد که هر یک به لحاظ تعداد و محتوا، دارای ابعاد خاص خود می‌باشند (جدول ۱).

در مرحله دوم ملاحظه گردید که بالاترین درصد هم‌پوشانی و تأکید مربوط به ابعاد روحیه و کفایت ارتباط

جدول ۱: الگوی موجود برای سلامت سازمانی

مدل‌ها	پارسونز	هوی و همکاران	مایلز	لایدن و کلینگل
	روحیه	روحیه	تمرکز بر هدف	ارتباط
	تأکید علمی	تأکید علمی	کفایت ارتباط	مشارکت و درگیر بودن
	مراعات	مراعات	توزیع بهینه قدرت	وفاداری و تعهد
	وظیفه‌مداری	وظیفه‌مداری	کاربرد منابع	شهرت سازمانی
	حمایت منابع	حمایت منابع	همبستگی	روحیه
ابعاد	نفوذ مدیر	نفوذ مدیر	روحیه	اصول اخلاقی
	یگانگی نهادی	یگانگی نهادی	نوآوری	قدردانی از عملکرد
		نیازهای رشد	خودمختاری (استقلال)	هدف‌گذاری
		انطباق با محیط	رهبری	کفایت حل مشکل
			بهره‌برداری از منابع	توسعه

مدل‌ها	WHO	فایرمن	کاپلان و کاراوانا	التون
	سلامت محیطی	تمرکز بر هدف	قابلیت جذب نیروی انسانی	تنظیم اهداف
	سلامت فیزیکی	ارتباط خوب	شرایط مالی سازمان	برنامه‌ریزی
	سلامت روان	قدرت برابری	دریافت‌کنندگان اطلاعات	استفاده بهینه از منابع
	سلامت اجتماعی	استفاده از منابع	نگرش بلند مدت سازمان	کنترل و توسعه چشم‌اندازها
ابعاد		جاذبه سازمان	انسجام	محافظت در برابر اثرات مخرب
		خلقیات	ظرفیت فراگیری	تعامل با مردم
		نوآوری	سطح نوآوری	یکپارچه‌سازی نیازهای مردم و سازمان
		استقلال	سطح فناوری	فراهم کردن منابع
	سازگاری با محیط	فرهنگ سازمانی	تولید	بهبود کیفیت منابع
	توانایی حل مسأله	سود	سازمانی	یکپارچه‌سازی عوامل موقعیتی با
		رضایت و وفاداری	رضایت و وفاداری	منابع تولید و محصول سالم
		خروجی	نیروی انسانی توسعه‌یافته با	ادغام محیط
		قدرت جایگزینی	قدرت جایگزینی	هویت سازمانی

مدل‌ها	بارنز کوبین میشل	کریگر و هانسون	کریستین شاوف	پولانی	لیگت
	وابستگی	صداقت و راستگویی	سازمان	وضوح نقش و قابلیت دسترسی به آن	مأموریت
	رهبری آموزشی	اعتماد	اهداف	الزامات کاری معقول	وابستگی به کار
	حمایت منابع	تواضع	نقش	کنترل شغل و حدود اختیارات تصمیم‌گیری	تعهد اخلاقی
	تأکید علمی	بخشش	سازمانی	حمایت اجتماعی محیط کار	احساس سلامتی
	یگانگی نهادی	دلسوزی	رضایت کارکنان	پاداش‌های عادلانه و رفتار منصفانه	ارتباطات
	نفوذ مدیر	قدرشناسی	فردی	دستمزد کافی	رهبری
		خدمت	اجتماعی	ساعات کاری رضایت‌بخش	ریسک‌پذیری
		صلح و آرامش	ذهنی	امنیت شغلی	تصمیم‌گیری
			فیزیکی	جو سازمانی امن	امور مالی
ابعاد				ترتیب‌های استخدامی سالم	کیفیت مستمر
					تیم‌سازی
					تفکر و برنامه‌ریزی استراتژیک
					ساختار
					محیط
					بخش‌های زنده
					باز بودن
					تغییر
					فرهنگ

زنان بیشتر بود. در این مطالعه ۹۰ درصد از شرکت کنندگان شاغل در بیمارستان بودند و ۱۰ درصد نیز از اعضای هیأت علمی و معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بودند (جدول ۳ و ۴).

پس از انجام محاسبات امتیاز ابعاد در مرحله اول دلفی ملاحظه گردید که مفاهیم اشتیاق به انجام وظیفه، همدردی و رضایت از کار بیشترین میانگین امتیاز را کسب کرده‌اند (به ترتیب ۳/۸۳، ۳/۸۰، ۳/۷۷) که هر سه مفهوم عنوان شده برای بعد روحیه می‌باشند. پس از آن بعد نفوذ مدیر با میانگین امتیاز ۳/۷۲ قرار دارد (جدول ۵). در ادامه با انجام محاسبات، ضریب تأثیر موارد موجود در چکلیست محاسبه گردید و مشخص شد که ابعاد استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف

بوده و پس از آن حمایت منابع، یگانگی نهادی، نوآوری، نفوذ مدیر، تمرکز بر اهداف و غیره قرار دارند. طبق نظر تیم پژوهش، ابعادی که بالاتر از ۳۰ درصد هم‌پوشانی داشتند برای مرحله دلفی انتخاب شدند و به صورت چکلیست طراحی گردیدند (جدول ۲). سپس تعاریف آن ابعاد در الگوهای مختلف بررسی شد و در انتها بر مبنای نظر تیم پژوهش، جمع‌بندی و نهایی گردید.

پس از انجام دلفی مشاهده شد که ۵۶/۷ درصد از متخصصان زن و ۴۳/۳ درصد مرد بودند. همچنین ۵۰ درصد از مشارکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۰/۵±۷/۵ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۱۶/۷±۸ سال بود. بر مبنای نتایج، میانگین سن و سابقه کار در مردان از

جدول ۲: درصد هم‌پوشانی ابعاد الگوهای موجود

ابعاد	روحیه	کفایت ارتباط	حمایت منابع	یگانگی نهادی	نوآوری	نفوذ مدیر	تمرکز بر اهداف	مراعات	وظیفه‌مداری	انجام و همبستگی	مشارکت و درگیر بودن	کفایت در حل مشکل	تأکید علمی	شهرت سازمانی	اصول اخلاقی	سود	جذب نیروی انسانی	فرهنگ سازمانی	رضایت ارباب رجوع	سلامت فیزیکی	خودمختاری	سطح فناوری	سلامت محیطی
درصد	۷۷	۷۷	۶۱	۶۱	۵۴	۵۴	۵۴	۵۴	۴۶	۴۶	۴۶	۳۸	۳۸	۳۳	۳۳	۲۳	۱۵	۱۵	۱۵	۱۵	۸	۸	۸

جدول ۳: مشخصات عمومی شرکت‌کنندگان دلفی

مدرک تحصیلی	کارشناسی		کارشناسی ارشد		دکتری		جمع
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
زن	۲۶/۷	۸	۳۰	۹	۰/۰	۰	۵۶/۷
مرد	۱۳/۳	۴	۲۰	۶	۱۰	۳	۴۳/۳
جمع	۴۰	۱۲	۵۰	۱۵	۱۰	۳	۱۰۰

جدول ۴: سن و سابقه کار شرکت‌کنندگان

آماره توصیفی	نوع متغیر			
	سن		سابقه کار	
	مرد	زن	مرد	زن
میانگین	۴۳/۳۸	۳۸	۱۹/۳۰	۱۴/۷۳
انحراف معیار	۸/۴۰	۵/۷۶	۸/۷۱	۷/۰۵

که ضریب تأثیر کمتر از ۱/۵ را کسب نموده‌اند؛ از این رو برای مرحله دوم دلفی انتخاب شدند (جدول ۶). پس از توزیع مجدد چک‌لیست با عوامل فوق، امتیازات کسب شده میانگین آن‌ها محاسبه گردید که بر مبنای نتایج مفاهیم استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان، روابط سالم در تمام سطوح سازمان و تنظیم اهداف بلند مدت بیشترین میانگین امتیاز را کسب نمودند (به ترتیب ۳/۳۰، ۳/۰۷ و ۳). همانند مرحله اول ضریب تأثیر برای ابعاد محاسبه

سازمان، روابط سالم (بدون ترس و سوءتفاهم) در تمام سطوح سازمان، در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان، تمایل کارمندان به حضور در سازمان، تناسب میان انتظارات و خواسته‌های شغلی کارکنان، موجود بودن منابع مالی و امکانات برای کارکنان، توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه‌های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان و تنظیم اهداف بلند مدت عواملی هستند

جدول ۵: امتیازات مرحله اول دلفی

انحراف معیار هر بعد	میانگین انحراف معیار هر بعد	انحراف معیار	میانگین	جمع	امتیاز										مفاهیم	بعد	حیطه		
					۱		۲		۳		۴		۵						
					درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی					
۰/۹۴	۳/۸	۰/۹۵	۳/۸۲	۳۰	۲۲/۳	۷	۵۰	۱۵	۱۲/۳	۴	۱۲/۳	۴	۰	۰	اشتیاق به انجام وظیفه رضایت از کار همدردی و اعتماد میان همکاران	روحیه			
		۱/۲۵	۳/۷۷	۳۰	۳۶/۷	۱۱	۲۶/۷	۸	۲۰	۶	۱۰	۳	۶/۷	۲				۰	۰
		۱/۰۳	۳/۸۰	۳۰	۳۲/۳	۱۰	۲۲/۳	۷	۲۲/۳	۷	۲۲/۳	۷	۱۰	۳				۰	۰
۰/۸۶	۳/۵	۰/۹۳	۳/۵۳	۳۰	۱۶/۷	۵	۲۲/۳	۱۰	۳۶/۷	۱۱	۱۳/۳	۴	۰	۰	ارتقای سطح دانش کارکنان ارتقای سطح مهارت کارکنان استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان	تأکید علمی			
		۱/۰۴	۳/۵۳	۳۰	۲۲/۳	۷	۲۲/۳	۷	۳۶/۷	۱۱	۱۶/۷	۵	۰	۰				۰	
		۱/۰۰۶	۳/۴۳	۳۰	۱۶/۷	۵	۲۶/۷	۸	۴۲/۳	۱۳	۱۰	۳	۳/۳	۱				۰	۰
۰/۸۹	۳/۴	۱/۰۲	۳/۶۷	۳۰	۲۶/۷	۸	۲۶/۷	۸	۳۲/۳	۱۰	۱۳/۳	۴	۰	۰	روابط سالم (دو طرفه و بدون سوءتفاهم) میان همکاران روابط سالم (بدون ترس و سوءتفاهم) در تمام سطوح سازمان در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان	کارکنان	کفایت ارتباط		
		۱/۱۸	۳/۳۷	۳۰	۲۲/۳	۷	۲۰	۶	۳۰	۹	۲۲/۳	۷	۳/۳	۱				۰	۰
		۰/۹۱	۳/۳۰	۳۰	۱۰	۳	۳۰	۹	۴۰	۱۲	۲۰	۶	۰	۰				۰	
۰/۹۹	۳/۴	۱/۰۶	۳/۳۷	۳۰	۲۰	۶	۱۶/۷	۵	۴۶/۷	۱۴	۱۳/۳	۴	۳/۳	۱	تمایل کارمندان به حضور در سازمان احساس تعهد نسبت به انجام وظایف	اتحاد و همبستگی			
		۱/۰۷	۳/۵۷	۳۰	۲۶/۷	۸	۲۰	۶	۳۶/۷	۱۱	۱۶/۷	۵	۰	۰					
		۱/۱۶	۳/۴۳	۳۰	۲۲/۳	۷	۲۲/۳	۷	۳۰	۹	۲۰	۶	۳/۳	۱				۰	۰
۱/۰۵	۳/۴	۱/۰۸	۳/۵۹	۲۹	۲۰/۷	۶	۳۷/۹	۱۱	۲۴/۱	۷	۱۳/۸	۴	۳/۴	۱	رفتار دوستانه و حمایتی مدیر قدردانی از تلاش‌های کارکنان توسط مدیر	مراعات			
		۱/۱۲	۳/۴۰	۳۰	۲۰	۶	۲۶/۷	۸	۳۰	۹	۲۰	۶	۳/۳	۱				۰	۰
		۱/۱۳	۳/۵۷	۳۰	۲۲/۳	۷	۲۲/۳	۱۰	۲۲/۳	۷	۱۶/۷	۵	۳/۳	۱				۰	۰
۰/۹۸	۳/۴	۱/۰۹	۳/۶۳	۳۰	۲۲/۳	۷	۳۲/۳	۱۰	۳۲/۳	۱۰	۳/۳	۱	۶/۷	۲	تعیین دقیق انتظارات مدیر از کارمندان تعیین استانداردهای عملکردی برای کارکنان تناسب میان انتظارات و خواسته‌های شغلی کارکنان	مدیریت			
		۱/۰۷	۳/۱۳	۳۰	۱۳/۳	۴	۲۰	۶	۳۶/۷	۱۱	۲۶/۷	۸	۳/۳	۱				۰	۰
		۱/۱۶	۳/۷۲	۲۹	۲۷/۶	۸	۳۷/۹	۱۱	۲۰/۷	۶	۶/۹	۲	۶/۹	۲				۰	۰
۱/۲۱	۲/۶	۱/۲۱	۲/۶۳	۳۰	۱۳/۳	۴	۶/۷	۲	۲۲/۳	۷	۴۳/۳	۱۳	۱۳/۳	۴	موجود بودن منابع مالی و امکانات برای کارکنان توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه‌های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان	حمایت منابع	یگانگی نهادی		
		۰/۸	۲/۹	۰/۸	۲/۹۷	۳۰	۳/۳	۱	۲۰	۶	۴۶/۷	۱۴	۳۰	۹				۰	۰
		۰/۹۸	۳/۲۷	۳۰	۱۰	۳	۳۰	۹	۴۰	۱۲	۱۶/۷	۵	۳/۳	۱				۰	۰
۰/۸۹	۳/۴	۱/۰۵	۳/۴۸	۲۹	۲۰/۷	۶	۲۴/۱	۷	۴۱/۴	۱۲	۱۰/۳	۳	۳/۴	۱	تنظیم اهداف بلند مدت تنظیم اهداف قابل دستیابی تنظیم اهداف آشکار و روشن برای کارکنان	تمرکز بر هدف			
		۰/۹۷	۳/۵۰	۳۰	۱۳/۳	۴	۴۰	۱۲	۳۲/۳	۱۰	۱۰	۳	۳/۳	۱				۰	۰
		۰/۸۹	۳/۴۳	۳۰	۱۰	۳	۲۶/۷	۱۱	۴۳/۳	۱۳	۶/۷	۲	۳/۳	۱				۰	۰
۰/۹۷	۳/۴۳	۰/۹۷۱	۳/۴۳	۳۰	۱۳/۳	۴	۳۲/۳	۱۰	۴۰	۱۲	۱۰	۳	۳/۳	۱	برطرف کردن مشکلات موجود با راه‌حل‌های کارا و اثربخش	کفایت در حل مشکل			
		۰/۹۷	۳/۴۳	۳۰	۱۳/۳	۴	۳۲/۳	۱۰	۴۰	۱۲	۱۰	۳	۳/۳	۱				۰	۰
		۰/۹۷	۳/۴۳	۳۰	۱۳/۳	۴	۳۲/۳	۱۰	۴۰	۱۲	۱۰	۳	۳/۳	۱				۰	۰

گردید (جدول ۷). مالی و امکانات برای کارکنان و توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه‌های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان دارای ضریب تأثیر کمتر از ۱/۵ بوده و در نتیجه حذف گردیدند (جدول ۸). بدین‌صورت الگوی پیشنهادی با سه حیطة و ۱۱ بعد مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۹).

با توجه به نتایج کسب شده از مراحل اول و دوم دلفی از طریق ضریب تأثیر، مفاهیم در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان، تمایل کارمندان به حضور در سازمان، تناسب میان انتظارات و خواسته‌های شغلی کارکنان، موجود بودن منابع

جدول ۶: ضرایب تأثیر مرحله اول دلفی

حیطه	بعد	مفاهیم	ضریب تأثیر	
کارکنان	روحیه	اشتیاق به انجام وظیفه	۲/۸۰	
		رضایت از کار	۲/۳۹	
	تأکید علمی	همدردی و اعتماد میان همکاران	۲/۱۵	
		ارتقای سطح دانش کارکنان	۱/۷۶	
		ارتقای سطح مهارت کارکنان	۱/۶۴	
		استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان	۱/۴۸	
		روابط سالم (دو طرفه و بدون سوءتفاهم) میان همکاران	۱/۹۵	
		روابط سالم (بدون ترس و سوءتفاهم) در تمام سطوح سازمان	۱/۴۵	
		در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان	۱/۳۲	
		تمایل کارمندان به حضور در سازمان	۱/۲۳	
اتحاد و همبستگی	احساس تعهد نسبت به انجام وظایف	۱/۶۶		
	تشریک مساعی کارمندان در تغییرات و تصمیم‌گیری‌های سازمان	۱/۵۹		
مدیریت	مراعات	رفتار دوستانه و حمایتی مدیر	۲/۱۰	
		قدردانی از تلاش‌های کارکنان توسط مدیر	۱/۵۸	
	وظیفه‌مداری	تبیین دقیق انتظارات مدیر از کارمندان	۲/۰۲	
		تعیین استانداردهای عملکردی برای کارکنان	۲/۰۵	
		تناسب میان انتظارات و خواسته‌های شغلی کارکنان	۱/۰۴	
نفوذ مدیر	قدرت مدیر در تأثیرگذاری بر اطرافیان (کارکنان و مدیران مافوق)	۲/۴۳		
سازمان	حمایت منابع	موجود بودن منابع مالی و امکانات برای کارکنان	۰/۵۲۶	
		توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه‌های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان	۰/۶۹	
	تمرکز بر هدف	تنظیم اهداف بلند مدت	۱/۳۰۸	
		تنظیم اهداف قابل دستیابی	۱/۵۵	
		تنظیم اهداف آشکار و روشن برای کارکنان	۱/۸۶	
	کفایت در حل مشکل	نوآوری	حرکت رو به جلوی سازمان در جهت اهداف جدید با ایجاد رویه‌های بدیع	۱/۶۰
		برطرف کردن مشکلات موجود با راه‌حل‌های کارا و اثربخش	۱/۵۹	

جدول ۷: امتیازات مرحله دوم دلفی

انحراف معیار	میانگین	جمع	امتیاز										مفاهیم	بعد	حیطه
			۵		۴		۳		۲		۱				
			درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
۲/۰۷	۳/۳۰	۳۰	۳۶/۷	۱۱	۳۶/۷	۱۱	۲۶/۷	۸	۰	۰	۰	۰	استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان	تأکید علمی	کارکنان
۲/۲۴۳	۳/۰۷	۳۰	۴۰	۱۲	۲۶/۷	۸	۲۰	۶	۱۳/۳	۴	۰	روابط سالم (بدون ترس و سوء تفاهم) در تمام سطوح سازمان	کفایت ارتباط		
۲/۲۲۵	۲/۵۰	۳۰	۲۲/۳	۷	۳۳/۳	۱۰	۳۰	۹	۱۳/۳	۴	۰	در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان	ارتباط		
۲/۳۴۴	۲/۴۳	۳۰	۳۰	۹	۲۳/۳	۷	۳۶/۷	۱۱	۶/۷	۲	۳/۳	۱	تمایل کارمندان به حضور در سازمان	اتحاد و همبستگی	
۲/۰۵	۲/۰۰	۳۰	۱۳/۳	۴	۳۳/۳	۱۰	۴۰	۱۲	۱۰	۳	۳/۳	۱	تناسب میان انتظارات و خواسته های شغلی کارکنان	وظیفه مداری	مدیریت
۲/۲۸	۲/۳۷	۳۰	۲۲/۳	۷	۳۰	۹	۲۲/۳	۷	۱۶/۷	۵	۶/۷	۲	موجود بودن منابع مالی و امکانات برای کارکنان	حمایت منابع	سازمان
۲/۲۸	۲/۳۷	۳۰	۲۲/۳	۷	۳۰	۹	۲۶/۷	۸	۲۰	۶	۰	۰	توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان	یگانگی نهادی	
۲/۱۹۷	۳/۰۰	۳۰	۳۳/۳	۱۰	۳۳/۳	۱۰	۲۶/۷	۸	۶/۷	۲	۰	۰	تنظیم اهداف بلند مدت	تمرکز بر هدف	

بحث

جستجو و بررسی الگوهای موجود سلامت سازمانی، ۱۳ الگو وارد مطالعه گردید. با هم‌پوشانی الگوها و بررسی ابعاد

مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی سلامت سازمانی برای بیمارستان‌های ایران انجام شد. در این پژوهش پس از

جدول ۸: ضرایب تأثیر مرحله دوم دلفی

ضریب تأثیر	مفاهیم	بعد	حیطه
۲/۴۲	استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان	تأکید علمی	کارکنان
۲/۰۴	روابط سالم (بدون ترس و سوء تفاهم) در تمام سطوح سازمان	کفایت ارتباط	
۱/۴۱	در دسترس بودن اطلاعات کافی و مورد نیاز کارکنان برای تشخیص دشواری‌های سازمان		
۱/۲۹	تمایل کارمندان به حضور در سازمان	اتحاد و همبستگی	
۰/۹۳۲	تناسب میان انتظارات و خواسته‌های شغلی کارکنان	وظیفه‌مداری	مدیریت
۱/۲۶	موجود بودن منابع مالی و امکانات برای کارکنان	حمایت منابع	سازمان
۱/۲۶	توانایی سازمان در حفظ انسجام برنامه‌های خود در برابر فشارها و تغییرات مخرب محیط خارجی سازمان	یگانگی نهادی	
۱/۹۹	تنظیم اهداف بلند مدت	تمرکز بر هدف	

جدول ۹: الگوی نهایی

مفاهیم	بعد	حیطه
اشتیاق به انجام وظیفه رضایت از کار همدردی و اعتماد میان همکاران	روحیه	کارکنان
ارتقای سطح دانش کارکنان ارتقای سطح مهارت کارکنان استفاده صحیح از دانش و مهارت کارکنان در جهت رسیدن به اهداف سازمان	تأکید علمی	
روابط سالم (دو طرفه و بدون سوء تفاهم) میان همکاران روابط سالم (بدون ترس و سوء تفاهم) در تمام سطوح سازمان	کفایت ارتباط	
احساس تعهد نسبت به انجام وظایف تشریک مساعی کارمندان در تغییرات و تصمیم‌گیری‌های سازمان	تعهد مشارکت	مدیریت
رفتار دوستانه و حمایتی مدیر قدردانی از تلاش‌های کارکنان توسط مدیر	مراعات	
تعیین استانداردهای عملکردی برای کارکنان تبیین دقیق انتظارات مدیر از کارمندان قدرت مدیر در تأثیرگذاری بر اطرافیان (کارکنان و مدیران مافوق)	وظیفه‌مداری نفوذ مدیر	
تنظیم اهداف بلند مدت تنظیم اهداف قابل دستیابی تنظیم اهداف آشکار و روشن برای کارکنان	تمرکز بر هدف	سازمان
حرکت رو به جلوی سازمان در جهت اهداف جدید با ایجاد رویه‌های بدیع برطرف کردن مشکلات موجود با راه‌حل‌های کارا و اثربخش	نوآوری کفایت در حل مشکل	

تعاریفی هستند که نهایی گردیده و در مرحله دلفی از میان ۲۰ تعریف عنوان شده در الگو، جزء پنج تعریف با امتیاز بالا می‌باشند (به ترتیب ۲/۸۰، ۲/۳۹، ۲/۱۵) که این مهم نشان‌دهنده توجه خاص متخصصان به این بحث است.

جلالیان در پژوهش خود در خصوص نقش واسطه‌ای سلامت روان در رابطه میان باورهای مذهبی و سلامت سازمانی بیان نموده است که یکی از عوامل مؤثر در سلامت سازمانی در این پژوهش، سلامت روان کارکنان در جهت توانمندسازی آنهاست؛ از این رو می‌توان نتیجه گرفت که سلامت سازمانی زمانی حاصل می‌شود که افراد به عنوان یکی از فاکتورهای اساسی آن دارای روحیه و جسمی سالم باشند؛ زیرا عمده‌تأ سلامت سازمانی به سلامت کارکنان وابسته است (۱۶). بعد روحیه در مطالعه انصاری و همکاران در زمینه بررسی رابطه بین سلامت سازمانی و نگرش‌های مثبت کاری کارکنان در بالاترین جایگاه قرار گرفت؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که توجه خاص به این بعد بر افزایش بیشتر سلامت سازمانی تأثیر به‌سزایی دارد. این پژوهشگران برای تقویت بعد روحیه، توجه به جنبه‌های مثبت گروه‌های غیر رسمی، گروه‌هایی که دارای سازگاری روانی می‌باشند، ایجاد یک جو دوستانه که در آن کارکنان عموماً یکدیگر و کار خود را دوست دارند و کارشان را با جدیت و اشتیاق انجام می‌دهند و در مجموع هم از نظر شخصی و هم به خاطر سازمان برانگیخته می‌شوند را برای اولویت برنامه‌ریزی‌های منابع انسانی پیشنهاد نمودند (۱۷).

نفوذ مدیر: مدیریت بیش از هر عامل دیگری در شکست یا موفقیت یک سازمان نقش دارد (۱۸) و عامل اساسی در به وجود آوردن سلامت سازمانی می‌باشد (۱۹). موفقیت مدیر به همکاری با افراد و تا اندازه‌ای به موفقیت در برقراری ارتباط مؤثر با افراد و گروه‌ها بستگی دارد (۵). این قاعده از مدیران بیمارستان مستثنی نیست.

هرکدام از آنها، ۱۳ بعد با هم‌پوشانی بیشتر از ۳۰ درصد برای ورود به مرحله بعد انتخاب شدند. پس از مطالعه و جمع‌بندی مفاهیم موجود در پژوهش‌های گوناگون برای هریک از ابعاد منتخب، در نهایت الگوی پیشنهادی با سه حیطة، ۱۳ بعد و ۲۵ مفهوم (به عنوان زیرمجموعه ابعاد) طراحی شد و با استفاده از روش دلفی اعتبارسنجی گردید. پس از انجام دو مرحله دلفی، الگوی نهایی با سه حیطة، ۱۱ بعد و ۲۰ مفهوم مورد تأیید قرار گرفت.

این الگو شامل: حیطة کارکنان (روحیه، تأکید علمی، کفایت ارتباط، تعهد و مشارکت)، حیطة مدیریت (مراعات، وظیفه‌مداری و نفوذ مدیر) و حیطة سازمان (تمرکز بر هدف، نوآوری و کفایت در حل مشکل) بود.

الگوی پیشنهادی از میان الگوهای یافت شده، بیشترین میزان تشابه را با الگوهای هوی و مایلز دارد و در واقع ترکیبی از عوامل موجود در این دو الگو می‌باشد. با توجه به آنچه ذکر شد، می‌توان گفت که بیشتر مقالات از این دو الگو استفاده نموده‌اند. بر مبنای نتایج، ابعاد حمایت منابع و یگانگی نهادی در مرحله بررسی میزان هم‌پوشانی الگوها به میزان ۶۱ درصد مورد تأکید قرار گرفتند؛ اما در مرحله دلفی با ضریب تأثیر کمتر از ۱/۵ حذف شدند. از میان ابعاد موجود روحیه، نفوذ مدیر و تأکید علمی به ترتیب بالاترین امتیاز را در مراحل دلفی کسب نمودند که این مهم نشان‌دهنده اهمیت این موارد از دیدگاه متخصصان شرکت‌کننده می‌باشد.

در ادامه این موارد به تفصیل بیان خواهند شد.

روحیه: بعد روحیه در ابتدای هم‌پوشانی الگوها با ۷۷ درصد از بیشترین میزان هم‌پوشانی برخوردار بود. این موضوع نشان‌دهنده تکرار و اهمیت موضوع روحیه در میان الگوهای محققان گوناگون می‌باشد. پس از جمع بندی تعاریف موجود برای این عنوان، اشتیاق به انجام وظیفه، رضایت از کار و همدردی و اعتماد میان همکاران

در این مطالعه و هنگام بررسی تشابهات موجود در میان الگوهای مورد بررسی، این آیتم در بیش از نیمی از الگوها مشاهده گردید (۵۴ درصد). این آیتم در مرحله دلفی با کسب امتیاز ۲/۴۳ دومین آیتم مهم در الگو می‌باشد. این بعد از جمله مهم‌ترین ابعاد حیطه مدیریت است.

در بررسی پژوهش‌های دیگر نیز به اهمیت این موضوع اشاره شده است. چنانکه براتی و همکاران در مطالعه خود با محوریت سلامت سازمانی و شاخص‌های عملکردی در مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مورد بیان نمودند که به نظر می‌رسد مدیران بیمارستان‌های آموزشی- درمانی برای افزایش میزان نفوذ خود می‌بایست به تقویت مهارت‌های ارتباطی خود بپردازند و به مسائل سازمان توجه بیشتری داشته باشند و بتوانند بر موانع و دشواری‌هایی که از سوی رؤسای خود با آن مواجه می‌شوند، فائق آیند تا بتوانند با آن‌ها بهتر کار کنند و توصیه‌هایشان به طور جدی از سوی رؤسا مورد توجه قرار گیرد و در مجموع بتوانند بر آن‌ها تأثیر بگذارند (۲۰). در این ارتباط، نتایج پژوهش صادقی حاکی از آن است که نفوذ مدیر، بیشترین رابطه را با اثربخشی سازمان دارد و نشان‌دهنده اهمیت این مهم در تعیین سلامت سازمانی می‌باشد (۲۱).

تأکید علمی: از آنجایی که یکی از اهداف دانشگاه‌های علوم پزشکی تربیت نیروی انسانی متخصص، متعهد و کارآمد برای تأمین، حفظ و افزایش سلامت جامعه و توسعه پایدار کشور می‌باشد (۲۲)، به نظر می‌رسد توجه به ارتقای سطح دانش و مهارت کارکنان بیمارستان‌ها حائز اهمیت باشد. شکاری در پژوهش خود بیان نموده است در محیطی که از مهارت‌ها و دانش پرستاران استفاده نمی‌شود، آن‌ها به کارهایی گمارده می‌شوند که از آن اطلاعی ندارند و امکان پیشرفت علمی برای آن‌ها وجود ندارد؛ بنابراین از کار دلسرد شده و با بی‌تفاوتی به کار خود، تعلق خاطر به آن

نخواهند داشت (۱۹).

این آیتم در ابتدای مطالعه تنها به میزان ۳۸ درصد در میان الگوهای موجود تکرار شده است؛ اما پس از قرار گرفتن در الگوی پیشنهادی، مفهوم سوم بیان شده برای این بعد (استفاده صحیح از این دانش و مهارت در جهت رسیدن به اهداف سازمان) با امتیاز ۲/۴۲ در رتبه سوم قرار گرفت. می‌توان چنین گفت که از دیدگاه متخصصان سلامت، این موضوع در بیمارستان‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است.

در بررسی مطالعات دیگر نیز نتایجی در ارتباط با اهمیت تأکید علمی ارائه گردیده است؛ به عنوان مثال محمدزاده و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان "رابطه چابکی سازمانی با سلامت سازمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی" چنین بیان نمودند که عدم توجه به سالم‌سازی و بهره‌برداری صحیح از نیروی انسانی شاغل در بیمارستان باعث محدودیت در ارائه با کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی به بیماران خواهد شد؛ از این رو به منظور افزایش سلامت سازمانی، مدیران بیمارستان‌های آموزشی- درمانی می‌بایست پذیرای پیشنهادات و انتقادات کارمندان و ارباب رجوعان باشند، اطلاعات، مواد، تجهیزات و لوازم آموزشی مکمل را در اختیار کارکنان قرار دهند و کارکنان باید اعتقاد داشته باشند که توانایی پیشرفت کاری را دارند و به طور کلی، سازمان به لحاظ یادگیری، محیطی منضبط و جدی باشد.

نتایج پژوهش اکبری و همکاران (۲۰۱۳) اهمیت ابعاد روحیه، نوآوری، مشارکت، تعهد و تمرکز بر هدف را تأیید می‌کنند (۲۳). مصدق راد نیز در مطالعه خود از ابعاد تمرکز بر هدف، کفایت ارتباط، مشارکت با عنوان برنامه ریزی، فاصله قدرت و روابط درون‌بخشی استفاده نموده است (۱۸). علاوه براین، Jáimez و همکاران (۲۰۱۱) در مدل خود بحث مشارکت کارکنان و همچنین تأکید

منابع و امکانات به طور مستقیم توسط بیماران استفاده می‌شوند، امکانات به طور مناسب در اختیار کارمندان قرار گرفته و از شرایط اولیه برای انجام فعالیت‌ها می‌باشد؛ به همین دلیل مورد توجه مشارکت‌کنندگان قرار نگرفته است. نکته دیگری که در بررسی الگوها قابل مشاهده می‌باشد، نبود آیت‌های مرتبط با مشتری است. در میان موارد موجود، رضایت ارباب رجوع در الگوی کاپلان و کاراواتا، موارد یکپارچه‌سازی نیازهای مردم و سازمان و تعامل با مردم در الگوی التون به این موضوع اشاره دارند که در ابتدای هم‌پوشانی، این ابعاد حذف شدند. با توجه به اینکه خدمات و فعالیت‌های بیمارستان در ارتباط مستقیم با بیماران به عنوان مشتری می‌باشند، کمبود این عامل و بررسی تأثیر آن بر سلامت سازمانی احساس می‌شود.

محدودیت‌های پژوهش

الف. از آنجایی که الگوی پیشنهادی با نظر اساتید و مدیران شهر مشهد و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی این شهر طراحی گردید، هنگام تعمیم آن به سایر بیمارستان‌ها و شهرها لازم است دقت بیشتری صورت گیرد.

ب. هنگام انتخاب مقالات، مواردی که به زبان‌هایی غیر از فارسی و انگلیسی نوشته بودند، از فرایند مطالعه خارج شدند که این امر ممکن است دامنه بررسی الگوها را محدود کرده باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه الگویی را برای بررسی سلامت سازمانی در بیمارستان‌های ایران با استفاده از معیارسازی به شیوه دلفی ارائه کرد. این الگو شامل سه حیطه، ۱۱ بعد (شامل: روحیه، نفوذ مدیر، تأکید علمی و غیره) و ۲۰ مفهوم بود. با توجه به ساختار بیمارستان و نحوه ارائه خدمت می‌توان دلیل انتخاب این ابعاد از جانب متخصصان

علمی را مطرح کرده و مدل پیشنهادی خود برای سلامت سازمانی را صرفاً براساس این دو عامل تعریف نموده است. این مدل تئوریک بوده و دسته‌بندی خاصی از موارد مورد نظر را ارائه نکرده است (۲۴). Zahradnik (۲۰۰۹) نیز در پژوهش خود موارد اعتماد و احترام، ارتباطات، توسعه مهارت و شایستگی‌ها، چشم‌انداز، پاداش‌ها و قدردانی و تعهد را از جمله عوامل مؤثر در بررسی سلامت سازمانی می‌داند که به ترتیب با ابعاد روحیه، کفایت ارتباط، تأکید علمی، تمرکز بر هدف، مراعات و تعهد مشابه بوده و دارای همان تعاریف و معانی می‌باشد. همان طور که ملاحظه می‌شود، ابعاد روحیه و تأکید علمی که دو آیتم برتر در الگوی پیشنهادی می‌باشند، در این مدل نیز مشاهده می‌شوند (۲۵).

از دیگر مطالعاتی که می‌توان به آن اشاره نمود، پژوهش Nair و همکاران (۲۰۱۴) است که به لحاظ روش اجرا و هدف اصلی در ایجاد مدل برای سلامت سازمانی مشابه با مطالعه حاضر می‌باشد. از میان موارد تأیید شده در مدل فوق، اهداف کوتاه مدت و بلند مدت معنادار و آموزش و یادگیری از جمله مواردی هستند که در الگوی پیشنهادی در مطالعه حاضر با عنوان تمرکز بر هدف و تأکید علمی مورد تأیید قرار گرفته‌اند. از جمله تفاوت‌های موجود میان این دو پژوهش، توجه به مشتری است. در پژوهش حاضر هیچ‌کدام از موارد تأیید شده در الگو در مورد مشتری نیستند؛ اما در مطالعه نیر چندین مورد در ارتباط با مشتری عنوان شده است (۲۶).

از جمله موارد قابل توجه در نتایج به دست آمده، حذف بعد حمایت منابع می‌باشد. این بعد در اکثر الگوها وجود داشته و از اهمیت بالایی برخوردار است؛ اما در الگوی مورد نظر مورد تأیید متخصصان واقع نشد. می‌توان چنین بیان کرد که در محیطی مانند بیمارستان که تمام فعالیت‌های انجام شده در زمینه ارتقای سلامت افراد بوده و بیشتر

"بررسی الگوهای مختلف سلامت سازمانی و ارائه الگو برای بیمارستان‌های کشور ایران" می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است (کد مصوب: ۹۵۱۵۴۲).

ملاحظات اخلاقی

- احترام به به نظرات اساتید و متخصصان مرحله دلفی برای شرکت یا عدم شرکت در مطالعه
- رعایت اصل محرمانه ماندن و ناشناس ماندن افراد شرکت کننده در دلفی

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بوده و با کد IR.MUMS.REC.1396.192 در کمیته اخلاق این دانشگاه به ثبت رسیده است. بدین‌وسیله از تمامی بزرگوارانی که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت‌کننده را چنین عنوان کرد که در محیطی مانند بیمارستان و شرایط کاری سخت حاکم بر آن و این که کادر بیمارستان اکثراً در ارتباط مستقیم با دریافت‌کنندگان خدمت می‌باشند، توجه به روحیه، تعهد و مشارکت کارکنان، روابط موجود، افزایش سطح علمی و مهارت کارمندان می‌تواند در ایجاد جو مناسب و سالم در بیمارستان کمک‌کننده باشد. همچنین می‌توان اهمیت مدیریت و ساماندهی این سازمان با توجه به جایگاه ویژه در ایجاد و حفظ سلامت در جامعه را دلیل در نظر گرفتن آیت‌هایی در حیطه مدیریت بیمارستان از سوی شرکت‌کنندگان دانست. در نمای کلی، متخصصان در راستای رسیدن به امر سلامت، مواردی مانند تمرکز بر اهداف و توانایی حل مشکلات را برای سازمان مشخص نموده‌اند. در نظر گرفتن شرایط فرهنگی، جغرافیایی و اقتصادی نیز از دیگر عواملی است که می‌توان از تأثیر آن بر انتخاب الگوی مورد نظر توسط متخصصان نام برد. متفاوت بودن برخی از ابعاد در مطالعه حاضر و سایر مطالعات می‌تواند ناشی از محیط مورد بررسی (آموزشی و درمانی)، شرایط فرهنگ و جو سازمانی و اهدافی که هریک از سازمان‌ها دنبال می‌کنند، باشد.

حمایت مالی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان

References

1. SeyedJvadin R, Alavi A, Ansari S. Organizational health index in isfahan university of medical sciences (IUMS); 2009. J Health Administrat. 2010; 13(41):63-72.
2. Jafari H, Mohammadian M, Hosseinpour D. Organizational health and its relation to organizational commitment in personnel of selected teaching hospitals affiliated with Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences: 2011. Jundishapur J Health Sci. 2012; 4(1):41-8.
3. Ahmadi E, Bazrafshan AA. Relationship management styles to organizational health and job stress. J N Appr Educ Manag. 2014; 5(2):73-90.
4. Yücel A, Doğanalp B, Kaya ŞD. The relation between organizational health and organizational commitment. Mediterr J Soc Sci. 2013; 4(10):781.
5. Nasiry F. Organizational health: (definitions, concepts, theories). Tehran: Chenar; 2011.
6. Ghorrooneh D, Malekinia E. The perception of teachers about organizational health in boy

- public schools of educational districts 3 and 12 in Tehran. *J N Appr Educ Administrat.* 2015; 6(3):111-25.
7. Hosseinzadeh O, Pazargadie M, Jamali A. Investigating female teachers' attitude in identifying and explaining factors of organizational health to promote it in Sama institutions, regions 2 and 13 during academic year 2011-2012. *Woman Stud Family.* 2011; 3(12):27-48.
 8. Shariatmadari M. Investigating the relationship between organizational health and effectiveness of school administrators in Tehran. *J Educ Sci.* 2009; 2(6):119-52.
 9. Nasiri F, Ghanbari S, Emadi R, Karimi I. The relationship between organizational health of western universities and their employees' mental health. *J Educ N Thoughts.* 2012; 8(3):127-51.
 10. Shamsavari T, Afrasiaby R, Bahramzadeh H. Investigating the relationship between the managers' decision-making methods and organizational health of second-degree high-schools in Bojnurd. *J Manag Futures Res.* 2015; 25(101):53-64.
 11. Hasani K, Sheikhesmaeili S, Aeni T. The survey of cybernetic management and its relation to organizational health. *Syst Pract Action Res.* 2015; 28(3):229-54.
 12. Lin YW, Lin YY. A multilevel model of organizational health culture and the effectiveness of health promotion. *Am J Health Promot.* 2014; 29(1):e53-63.
 13. Alman D. Organizational health: improving organizational performance and employee well-being. *J Saf Sci.* 2010; 28:13.
 14. Gagnon C, John E, Theunissen R. Organizational health: a fast track to performance improvement. Washington: McKinsey Quartely; 2017.
 15. Measure and manage a performance-driven culture. Washington: McKinsey Quartely; 2017.
 16. Jalalian N, Geramipour M, Borjali M. Mediating role of mental health in the relationship between religious beliefs and organizational health (Case Study: public universities in Tehran). *Counsel Culture Psychother.* 2016; 7(27):129-48.
 17. Ansari ME, Ostadi H, Javeri F. The relationship between organizational health and working positive attitudes in Isfahan tax affairs head offices. *Iran Natl Tax Administrat.* 2009; 17(6):41-66.
 18. Mosadeghrad AM, Esmaeili M. A survey of organizational health in University hospitals of Isfahan. *J Health Based Res.* 2017; 2(4):329-44.
 19. Shekari H, MohammadiAhmadabadi N, Dehghani M, Afkhami Aghda M. Investigating the effect of organizational health on work engagement among nurses in Yazd social security hospital. *Tolooebehdasht.* 2017; 15(6):90-106.
 20. Marani B, Haghani H, Mohammadi R, Moradi F, Rouhani B, Torsaki M, et al. The relationship between organizational health and performance indicators of health care in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2011. *J Health Administrat.* 2012; 14(46):31-8.
 21. Sadeghi N, Alavi A. Relation of organizational health indicators and organizational effectiveness in health system. *Health Syst Res J.* 2014; 10(3):548-7.
 22. Haghghatjoo Z, Naazem F. Relationship between managers creativity and organizational health with employees efficiency in medical sciences universities of Iran. *Health Inform Sci.* 2007; 4(1):143-51.
 23. Farzad M, Arab M, Ganji H. Relationship between organizational health and organizational commitment in the central headquarters' staff of Zabol University of Medical Sciences, 2014. *Int J Adv Biotechnol Res.* 2016; 7:2055-60.
 24. Jáimez MJ, Bretones FD. Towards a healthy organisation model: the relevance of empowerment. *ISGUC J Indust Relations Hum Res.* 2011; 13(3):7-26.
 25. Zahradnik A. Intergenerational differences and their relation to recruitment and retention in a rapidly changing public safety workplace: applying a 12-Factor, 4-Tier model of organizational health. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.
 26. Nair HA, Kumar D, Ramalu SS. Organizational health: Delineation, constructs and development of a measurement model. *Asian Soc Sci.* 2014; 10(14):145.

Review Article

Designing an Organizational Health Model for Iranian Hospitals

Najmeh Bakhtazma¹, Elaheh Hooshmand², Bahare Boshrouei Shargh³, Ali Vafae Najar^{4*}

¹ MSc student of health care management, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad

³ MSc in Statistics, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ Professor, Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 14 June 2020

Accepted: 09 July 2020

Abstract

Introduction: Organizational health is the ability of an organization to adapt to environmental conditions and develop the ability of itself and its employees to attain its set goals and objectives. Due to the existence of multiple patterns and the lack of a specific model for hospitals, the current study aimed to design an organizational health model for Iranian hospitals.

Materials and Methods: Initially, the existing organizational health models were obtained by searching reputable electronic databases and domestic and foreign websites. Comparative analysis was performed to examine the overlapping of the desired models. After calculating the compliance percentage, the items above 30% were designed as a checklist and were given to 30 relevant specialists to perform the Delphi technique which was conducted in two stages.

Results: A total of 13 models were obtained in the study of organizational health. The checklist obtained from the overlapping of these cases included three domains, 13 dimensions, and 25 concepts (as a subset of dimensions) that two dimensions and five concepts in the Delphi stages did not score and were eliminated. The final model was approved containing 3 domains (namely staff, management, and organization), 11 dimensions (including morale, scientific emphasis, communication adequacy, commitment, participation, adherence, duty orientation, manager influence, focus on goals, innovation, and problem-solving adequacy) and 20 concepts. The highest percentages in the two stages of the Delphi method were reported in the dimensions of morale (85.3%), the influence of the manager (75.2%), and scientific emphasis (73.4%).

Conclusion: The model obtained for the health system has been localized and includes organizational health in hospitals. It can be used in hospitals to inform about the state of organizational health and its improvement.

Keywords: Hospital, Model, Organizational health
