بررسی سلامت اداری از دیدگاه کارکنان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان

حانیه‌سادات سجادی[1]، فرشاد حلاجی[2]، ناصر معروف[2*]

• دریافت مقاله: ۹۴/۱/۲۵ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴ /۸/۱۸ • پذیرش مقاله: ۹۴/۹/۲۲

چکیده

مقدمه: ارتقاء سلامت اداری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی یکی از اولویت‌های تحول اداری می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان سلامت اداری بیمارستان‌های آموزشی و استفاده از نتایج آن جهت ارتقای سلامت اداری انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ در یازده بیمارستان آموزشی شهر اصفهان انجام گرفت. ۵۵۵ نفر از کارکنان بالینی و غیربالینی با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای ساده انتخاب و پرسشنامه را تکمیل نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی و پایایی آن آزمون شد. پرسشنامه در دو بخش طراحی گردید که بخش اول شامل ۹ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیکی افراد مورد مطالعه و بخش دوم شامل ۲۴ سؤال مربوط به سلامت اداری بود که امتیازبندی سؤالات با استفاده از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت صورت گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده از ۳۹۱ پرسشنامه تکمیل شده، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های مقایسه میانگین پارامتریک t و آنالیز واریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: بیش از نیمی از افراد مورد مطالعه زن (۵۶/۵۳٪) و بقیه مرد بودند، (۷۶/۴۷٪) افراد مورد مطالعه متأهل بودند. میانگین امتیاز سلامت اداری از دیدگاه کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۲/۱۱ (کمتر از متوسط) به دست آمد. مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت اداری تعلق خاطر نداشتن کارکنان به بیمارستان (۱/۰۰)، عدم ارائه گزارش تخلف (۱/۰۰) و دست‌کاری و افشای اطلاعات و مدارک (۱/۱۹) شناسایی شدند. زنان، افراد کمتر از ۲۵ سال، کارکنان دارای مدرک دکترای حرفه‌ای و کارکنان مجرد نمره بالاتری به سلامت اداری دادند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به لزوم ارتقای سطح سلامت اداری، اتخاذ تدابیری برای افزایش تعلق‌خاطر کارکنان به بیمارستان، برقراری سیستم پاسخگویی و گزارش‌دهی کارآمد و آگاه‌سازی در مورد اهمیت اطلاعات صحیح و انتقال آن‌ها جهت افزایش میزان سلامت اداری توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت اداری، کارکنان بالینی، کارکنان غیربالینی، بیمارستان آموزشی، شهر اصفهان

•ارجاع: *سجادی حانیه‌سادات*، حلاجی فرشاد، معروف ناصر. بررسی سلامت اداری از دیدگاه کارکنان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۲): ۱۳۲-۱۲۳.

۱. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس، کمیته پژوهش‌های دانشجویان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

****نویسنده مسؤول:*** *اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی.*

تلفن: ۰۹۱۶۲۰۳۵۴۷۳ **Email:** nasermaroof@gmail.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

مقدمه

رشد و توسعه همه جانبه جوامع امروزی مستلزم وجود و فعالیت سازمان‌های سالم و پویایی است که با بهره‌گیری از منابع انسانی خلاق، سازنده و متعهد خود، در همه عرصه‌های تولیدی و خدماتی، به صورتی کارا و اثربخش اهداف خود را محقق ساخته و موجبات رشد و توسعه جامعه را فراهم آورند (۱). یک سازمان زمانی دارای سلامت اداری است که همه منابع آن، قابلیت تأمین اهداف سازمان را به طور مطلوب داشته باشند و بتواند انحراف از هنجارهای اداری و قانونی و موانع اهداف سازمانی را در اسرع وقت شناسایی و تدابیر لازم و به‌هنگام را برای رفع آن‌ها لحاظ نمایند. نظام اداری سالم، نظامی کارآفرین و شاد خواهد بود که به رفاه و آسایش فکری، جسمی، خشنودی و انگیزه مثبت منابع انسانی در کنار تولید کالا و ارایه خدمت بر اساس نیاز واقعی مشتری و با توجه به کیفیت و کمیت آن و سودآوری منطقی توجه دارد (۲).

سلامت نظام اداری مجموعه‌ای است از خصایص نسبتاً پایدار که انطباق با شرایط محیط، روحیه بالای نیروی کار، کفایت برای حل مشکلات و سرعت عمل را به همراه دارد، سلامت نظام اداری بر برآیند انجام کار اثربخش تأکید دارد (۳). معمولاً برای تبیین بهتر سلامت اداری، موضوع فساد اداری تشریح و توضیح داده می‌شود زیرا فساد اداری نقطه مقابل سلامت اداری در نظر گرفته می‌شود (۱). فساد اداری مسأله‌ای است که در تمام ادوار گریبان گیر دستگاه‌ها و سازمان‌ها بوده و هسته اندیشه بسیاری از دانشمندان و متفکران سیاسی را تشکیل داده است (٤). منابع بر این امر توافق نظر دارند که فساد، از عوامل اصلی بازماندن نهادها و جوامع از دستیابی به اهداف و از موانع اساسی رشد و تکامل آن‌ها محسوب می‌شود. به همین دلیل، همواره کسانی که در اندیشه سلامت نظام اجتماعی بشر و رشد و تکامل آن بوده‌اند، موضوع پیشگیری و مبارزه با این پدیده‌ی شوم اجتماعی را دنبال می‌کرده‌اند (۵).

عوامل متعددی در تأمین و ارتقای سلامت اداری نقش دارند. در یک تقسیم‌بندی کلی این عوامل را می‌توان در دو گروه عوامل درون‌سازمانی و برون سازمانی قرار داد. عوامل درون‌سازمانی عواملی مانند مقررات، قوانین، نیروی انسانی، ساختار تشکیلاتی و ابتکارات نهادی موجود برای رفع فساد اداری و افزایش سلامت اداری را شامل می‌شوند که مربوط به محیط داخل سازمان هستند. علاوه بر محیط داخلی، محیط بیرونی سازمان نیز می‌تواند با حذف شرایط نامناسبی برای نظام اداری و کاهش آسیب نظام اداری موجبات سلامت اداری را فراهم آورد. شناسایی این عوامل جهت یافتن راهکارهای افزایش سلامت اداری و حذف فساد اداری ضروری می‌باشد (٦).

نبود یا پایین بودن سطح سلامت اداری در هر سازمانی پیامدهای منفی زیادی را به همراه دارد که اهم آن عبارت بودند از: خدشه‌دار شدن امنیت شغلی، بروز ناهنجاری‌های روحی و روانی، تهدید اعتبار و حیثیت فرد، پایین آمدن انگیزه کاری در کارکنان، تقدم منافع فردی بر منافع سازمانی، ایجاد جو بی‌اعتمادی در مردم و تضعیف اعتماد عمومی جامعه، آسیب به فرآیند توسعه منابع انسانی، عدم رعایت ضوابط و اصول شایسته سالاری در استخدام‌ها، خدشه‌دار شدن حیثیت اجتماعی سازمان، تضعیف نظام ارزیابی و مواردی از این قبیل(۷).

همان طور که اشاره گردید سلامت اداری در هر سازمانی گویای میزان تبعیت از قوانین و مقررات،

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

نظارت‌های درون سازمانی و برون سازمانی کارآمد، وجود مدیران حرفه‌ای و متعهد، دارا بودن کارکنان متعهد و شایسته در سازمان می‌باشد که می‌تواند اعتماد مردم را نسبت به سازمان جلب کرده و راه را برای دستیابی به اهداف و تعالی سازمان هموار کند. سازمان‌های بخش سلامت نیز از این حیث مستثنی نبوده و لزوم توجه و وجود سلامت اداری در این حوزه با توجه به این که اولاً منابع انسانی در این بخش در دستیابی به اهداف نقش پررنگ‌تری دارند (۸)؛ ثانیاً بخش سلامت از حوزه‌های استراتژیک جامعه است و زندگی همه افراد یک جامعه از زمان تولد تا مرگ را تحت تأثیر می‌دهد و نقش پر رنگی را در توسعه و رفاه اجتماعی یک کشور بر عهده دارد (۹) و در نهایت نیز هزینه‌های این بخش حدود ۳ تا ۱۳ درصد از تولید ناخالص داخلی را شامل می‌شود (۱۰)، بیش از سایر بخش‌ها احساس می‌شود.

موضوع سلامت اداری چند سالی است که مورد توجه پژوهشگران داخلی قرار گرفته است. مروری بر مطالعات انجام شده در این خصوص نشان می‌دهد بیشتر این مطالعات به بررسی سلامت اداری و متغیرهای گوناگون و عوامل مؤثر بر آن و پیامدهای سلامت اداری پرداخته‌اند (۱،۳،۱۱). برخی نیز با مطالعه وضعیت فساد اداری و علل آن، متغیرهای مرتبط و مؤثر بر فساد و سلامت اداری را مورد مطالعه قرار داده‌اند (۲۱-۱۲). این مطالعات همگی در خارج از بخش سلامت انجام شده و کمتر مطالعه‌ای موضوع سلامت اداری را در بخش سلامت و زیرمجموعه‌های آن بررسی نموده است (۲۲). بر این اساس و با توجه به اهمیت مطالعه در زمینه سلامت اداری بخش بهداشت و درمان در این مطالعه تلاش شد میزان سلامت اداری از دیدگاه کارکنان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بررسی شود و ضمن تعیین این وضعیت، موارد قابل اصلاح جهت بهبود سلامت اداری شناسایی گردد. انتظار می‌رود نتایج حاصل از این مطالعه، راهنمای مدیران جهت اطلاع از وضعیت سلامت اداری و اتخاذ تدابیر لازم جهت افزایش سلامت اداری باشد.

روش بررسی

مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ و در ۱۱ بیمارستان آموزشی شهر اصفهان صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل همه کارکنان بالینی (کارکنان زیرمجموعه مدیریت خدمات پرستاری و مراقبتی، خدمات پاراکلینیکی و درمانگاه‌ها شامل ماما، کمک بهیار، بهیار، پرستار، سرپرستار، سوپروایزر، مترون، پزشک عمومی، پزشک متخصص، متصدی امور آزمایشگاه، متصدی امور تصویربرداری و متصدی امور بهداشت) و غیر بالینی (کارکنان زیرمجموعه مدیریت خدمات اداری و حرفه‌ای، مدیریت منابع مالی و حسابداری، مدیریت برنامه-ریزی و عملکرد، مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی و معاونت آموزشی شامل متصدی امور دفتری، مددکار اجتماعی، کارشناس اداره امور بیمارستان، مسؤول رسیدگی به شکایات، حسابدار، کارپرداز، کارگزین، متصدی پذیرش، متصدی آمار و مدارک پزشکی، کارشناس آموزش، نگهبان، انباردار، کارشناس تجهیزات پزشکی، متصدی امور تأسیسات و خدمه) این مراکز بودند. تعداد این جامعه براساس آخرین آمار ۷۲۰۳ نفر بود. برای تعیین حجم نمونه ابتدا از روش نمونه‌گیری طبقه‌بندی ساده استفاده شد که با دقت نمونه‌گیری برابر ۲ درصد و خطای نمونه

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

گیری ۵ درصد اندازه نمونه نهایی ۵۵۵ نفر به دست آمد. سپس با استفاده از تخصیص متناسب براساس تعداد کارکنان، حجم نمونه موردنیاز در هر بیمارستان آموزشی مشخص شد. از مجموع ۵۵۵ پرسشنامه توزیع شده، ۳۹۱ پرسشنامه تکمیل و به پژوهشگر تحویل داده شد (نرخ پاسخ‌دهی: ۷۵٪). کمبود وقت کارکنان جهت تکمیل پرسشنامه و نیز عدم همکاری یکی از بیمارستان‌ها از دلایل پایین بودن نرخ پاسخ دهی بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه محقق‌ساخته سلامت اداری بود. این پرسشنامه با توجه به مرور مطالعات، محیط مورد مطالعه و استفاده از تجارب و نظرات پژوهشگران مربوطه از طریق ارسال نسخه پیش‌نویس پرسشنامه و اعمال اصلاحات تدوین شد. سپس روایی، صوری پرسشنامه با بهره گرفتن از پیشنهادهای ۲ نفر از اساتید دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۳ نفر از مدیران بیمارستان و ۲ نفر از کارشناسان تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارزیابی گردید. پایایی آن نیز با انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۱۲ نفر و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۸۵) تأیید شد. پرسشنامه در دو بخش طراحی گردید که بخش اول شامل ٦ سؤال در مورد مشخصات دموگرافیکی افراد مورد مطالعه و ۳ سؤال درباره عناوین سازمانی و محل فعالیت این افراد و بخش دوم نیز دربرگیرنده ٢٤ سؤال بود که وضعیت سلامت اداری را ارزیابی می‌نمود. پاسخ‌دهی به سؤالات، براساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (خیلی زیاد=۵، زیاد=٤، متوسط=۳، کم =۲ و به ندرت=۱) تنظیم شده بود. پرسشنامه‌ها با مراجعه به مراکز و هماهنگی با دفتر مدیریت بیمارستان‌ها در بین کارکنانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، توزیع و جمع‌آوری گردید. هنگام توزیع پرسشنامه در مورد اهداف مطالعه، نحوه تکمیل، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات توضیحات لازم به افراد ارایه گردید و پس از اخذ رضایت آگاهانه از افراد، پرسشنامه‌ها توزیع شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و ورود داده‌ها، تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ١٦ انجام پذیرفت. برای تعیین تفاوت میانگین نمره سلامت براساس متغیرهای فردی از آزمون‌های آماری مقایسه میانگین پارامتریک t و آنالیز واریانس استفاده گردید. در تحلیل‌ها بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب ۵ و ۱ بود و میانگین ۳ به عنوان وضعیت متوسط در نظر گرفته شد.

این مطالعه پس از کسب مجوز اخلاقی جمع‌آوری داده از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و معرفی‌نامه‌های مربوطه اجرا شد. با توجه به لزوم رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات گردآوری شده و تعهد به رعایت امانت و صداقت در استفاده اطلاعات در این مطالعه، از آوردن نام بیمارستان‌ها خودداری شده است.

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها گویای آن بود که بیش از نیمی از افراد تحت بررسی زن (٥٦/٥٣٪) و بقیه مرد بودند. توزیع سنی نشان داد که اکثریت افراد در رده سنی ۳۵-۲۵ سال قرار داشتند (٤١/٤٣٪). در بین افراد پاسخ‌دهنده، دارندگان مدرک کارشناسی بیشترین (٤٧/٠٥٪) و دکترای عمومی حرفه‌ای کمترین (۱٪) میزان را به خود اختصاص دادند. ٧٦/٤٧٪ افراد شرکت کننده در مطالعه متأهل بودند. ٢٦/٠٦٪ افراد شرکت کننده بین ۱ تا ۵ سال سابقه کاری داشتند. از نظر توزیع فراوانی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

نوع شغل، بیشتر افراد پاسخ‌دهنده (۵۹/۹۰٪) کارکنان غیربالینی بودند. از نظر وضعیت استخدامی، کارکنان قراردادی (۴۵/۵۳٪) بیشترین فراوانی پاسخ‌دهندگان را به خود اختصاص دادند و کارکنان رسمی(۳۴/۰۱) و پیمانی(۱۹/۴۴) در رتبه‌های بعدی قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان مورد مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان

ویژگی	فراوانی (درصد)	ویژگی	فراوانی (درصد)
جنسیت		نوع فعالیت	
زن	۲۲۱ (٪۵۶/۵۳)	بالینی	۱۵۲ (٪۳۸/۸۹)
مرد	۱۶۸ (٪۴۲/۹۶)	غیربالینی	۲۲۷ (٪۵۸/۰۵)
بدون پاسخ	۲ (٪۰/۵۱)	بدون پاسخ	۱۲ (٪۳/۰۶)
جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)	جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)
سن		وضعیت تأهل	
کمتر از ۲۵ سال	۲۱ (٪۵/۳۷)	مجرد	۷۱ (٪۱۸/۱۵)
۲۵ تا ۳۵ سال	۱۶۲ (٪۴۱/۴۳)	متأهل	۲۹۹ (٪۷۶/۴۷)
۳۵ تا ۴۵ سال	۱۳۱ (٪۳۳/۵۰)	مطلقه	۱۰ (٪۲/۵۵)
۴۵ تا ۵۵ سال	۵۶ (٪۱۴/۳۳)	بیوه	۴ (٪۱/۰۴)
بدون پاسخ	۲۱ (٪۵/۳۷)	بدون پاسخ	۷ (٪۱/۷۹)
جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)	جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)
وضعیت تحصیلات		سابقه خدمت	
دیپلم	۸۹ (٪۲۲/۷۷)	۱ تا ۵ سال	۹۸ (٪۲۵/۰۶)
فوق دیپلم	۶۴ (٪۱۶/۳۷)	۵ تا ۱۰ سال	۷۶ (٪۱۹/۴۴)
کارشناسی	۱۸۴ (٪۴۷/۰۵)	۱۰ تا ۱۵ سال	۶۱ (٪۱۵/۶۱)
کارشناسی ارشد	۴۰ (٪۱۰/۲۴)	۱۵ تا ۲۰ سال	۵۲ (٪۱۳/۳۰)
دکترای عمومی حرفه‌ای	۴ (٪۱/۰۲)	۲۰ تا ۲۵ سال	۶۳ (٪۱۶/۱۱)
دکترای تخصصی	۶ (٪۱/۵۳)	۲۵ تا ۳۰ سال	۲۰ (٪۵/۱۱)
بدون پاسخ	۴ (٪۱/۰۲)	بدون پاسخ	۲۱ (٪۵/۳۷)
جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)	جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)
وضعیت استخدامی			
رسمی	۱۳۳ (٪۳۴/۰۱)		
پیمانی	۷۶ (٪۱۹/۴۴)		
قراردادی	۱۷۸ (٪۴۵/۵۳)		
بدون پاسخ	۴ (٪۱/۰۲)		
جمع	۳۹۱(٪۱۰۰)		

تحلیل داده‌ها، میانگین کل نمره سلامت اداری را در بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه ۲/۱۱ نشان داد. میانگین کل نمره سلامت اداری حدود نیمی از بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه بالاتر و نیمی نیز پایین‌تر از میانگین بود. بالاترین میانگین کل نمره سلامت اداری مربوط به دو بیمارستان آموزشی «ز» و «ی» با میانگین ۲/۲۰ و کمترین میانگین مربوط به بیمارستان «ه» با میانگین ۱/۹۷ بود (جدول ۲). مهم

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

ترین عوامل تهدید کننده سلامت اداری تعلق خاطر نداشتن کارکنان به بیمارستان (۱/۰۰)، عدم ارائه گزارش تخلف (۱/۰۰) و دستکاری و افشای اطلاعات و مدارک (۱/۱۹) شناسایی شدند.

جدول ۲: میانگین نمره سلامت اداری به تفکیک بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان

نام بیمارستان آموزشی	انحراف معیار ± میانگین نمره	نام بیمارستان آموزشی	انحراف معیار ± میانگین نمره
بیمارستان آموزشی «الف»	۲/۰۹ ± ۰/۳۳	مرکز آموزشی درمانی «و»	۲/۰۲ ± ۰/۳۵
بیمارستان آموزشی «ب»	۲/۱۹ ± ۰/۳۲	مرکز آموزشی درمانی «ز»	۲/۲۰ ± ۰/۳۱
مرکز آموزشی درمانی «ج»	۲/۱۱ ± ۰/۲۹	مرکز آموزشی درمانی «ح»	۲/۱۸ ± ۰/۳۳
مرکز آموزشی درمانی «د»	۲/۱۰ ± ۰/۲۲	مرکز آموزشی درمانی «ط»	۲/۰۷ ± ۰/۲۵
مرکز آموزشی درمانی «ه»	۱/۹۷ ± ۰/۳۰	مرکز آموزشی درمانی «ی»	۲/۲۰ ± ۰/۳۲
جمع کل		۲/۱۱ ± ۰/۳۲	

نتایج همچنین نشان داد زنان، افراد کمتر از ۲۵ سال، کارکنان دارای مدرک دکترای حرفه‌ای و کارکنان مجرد نمره بالاتری به سلامت اداری داده بودند. در مقابل افراد با سابقه خدمت ۵-۱۰ سال، کارکنان پیمانی و کارکنان شاغل در قسمت‌های غیربالینی بیمارستان‌ها نمره پایین‌تری به سلامت اداری داده بودند (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین نمره سلامت اداری بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان مورد مطالعه

	ویژگی	میانگین نمره (انحراف معیار)	آماره آزمون		ویژگی	میانگین نمره (انحراف معیار)	آماره آزمون
جنسیت	زن	۲/۱۵ (۰/۳۲)	۰/۰۱۱*	**نوع فعالیت**	بالینی	۲/۱۳ (۰/۳۰)	۰/۵۱۴*
	مرد	۲/۰۶ (۰/۳۰)			غیربالینی	۲/۱۱ (۰/۳۳)	
سن	کمتر از ۲۵ سال	۲/۱۷ (۰/۳۵)	۰/۹۸**	**وضعیت تأهل**	مجرد	۲/۱۸ (۰/۳۱)	۰/۵۹۸**
	۲۵ تا ۳۵ سال	۲/۱۱ (۰/۳۱)			متأهل	۲/۱۰ (۰/۳۲)	
	۳۵ تا ۴۵ سال	۲/۰۹ (۰/۳۲)			مطلقه	۲/۱۲ (۰/۱۸)	
	۴۵ تا ۵۵ سال	۲/۱۲ (۰/۳۲)			بیوه	۱/۹۵ (۰/۵۰)	
وضعیت تحصیلات	دیپلم	۲/۰۸ (۰/۳۰)	۰/۰۷۵**	**سابقه خدمت**	۱ تا ۵ سال	۲/۱۵ (۰/۳۳)	۰/۷۱۵**
	فوق دیپلم	۲/۰۸ (۰/۲۷)			۵ تا ۱۰ سال	۲/۰۸ (۰/۳۰)	
	کارشناسی	۲/۱۳ (۰/۳۴)			۱۰ تا ۱۵ سال	۲/۱۴ (۰/۳۱)	
	کارشناسی ارشد	۲/۱۵ (۰/۳۱)			۱۵ تا ۲۰ سال	۲/۱۱ (۰/۳۵)	
	دکترای عمومی حرفه‌ای	۲/۲۳ (۰/۲۷)			۲۰ تا ۲۵ سال	۲/۱۰ (۰/۳۰)	
	دکترای تخصصی	۱/۹۳ (۰/۳۶)			۲۵ تا ۳۰ سال	۲/۱۱ (۰/۳۳)	
وضعیت استخدامی	رسمی	۲/۱۱ (۰/۳۳)	۰/۷۲۲**				
	پیمانی	۲/۱۰ (۰/۲۹)					
	قراردادی	۲/۱۳ (۰/۳۳)					

* مقدار احتمال مربوط به آماره آزمون t است.

**مقدار احتمال مربوط به آماره آزمون آنالیز واریانس است.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر تلاش شد وضعیت سلامت اداری بیمارستان‌ها تعیین شود و براساس نتایج به دست آمده راهکارهایی جهت حفظ و ارتقای این سلامت پیشنهاد گردد. مهم‌ترین یافته‌های مطالعه در ادامه در این بخش تفسیر خواهد شد.

نخستین یافته مطالعه حاکی از متوسط بودن سطح سلامت اداری بود. تاکنون مطالعه‌ای که میزان سلامت اداری را از دیدگاه کارکنان در بخش سلامت اندازه‌گیری نماید، یافت نشد که بتواند مبنایی جهت مقایسه نتایج به دست آمده از این مطالعه قرار بگیرد، اما با توجه به گزارش سطح فساد اداری که توسط سازمان شفافیت بین‌الملل هر ساله ارائه شد، می‌توان گفت سلامت اداری در محیط‌های مختلف سازمانی در کشور تقریباً وضعیت مشابهی دارند. در گزارش پیش‌گفت نمره شاخص بین‌المللی فساد اداری بین صفر تا ۱۰۰ تعیین شده که بر اساس آن، هرچه فساد اداری در کشوری بیشتر باشد، نمره بیشتری از این شاخص دریافت می‌کند. بر پایه گزارش این سازمان در سال ۲۰۱٤ کشورهای دانمارک، نیوزیلند و فنلاند کمترین میزان فساد اداری و کشورهای سومالی، کره شمالی و سودان بیشترین میزان فساد اداری را داشته‌اند. در میان کشورهای خاورمیانه نیز امارات متحده عربی با شاخص ۷۰ دارای کمترین میزان فساد اداری و سودان با شاخص ۱۱، دارای بیشترین میزان فساد اداری بوده است. برای وضعیت فساد اداری در ایران نیز شاخص عددی ۲۷ و رتبه ۱۳٦ در بین ۱۷۵ کشور جهان گزارش شده است (۲۳). بر این اساس به نظر می‌رسد برای رسیدن به سطح سلامت ایده‌آل، انجام اقداماتی در راستای ارتقای سلامت اداری در سازمان‌های کشور ضرورت دارد. خوشبختانه در چند سال اخیر موضوع تأمین سلامت اداری دستگاه‌های اجرایی کشور مورد توجه مسؤولان اجرایی قرار گرفته و مداخلاتی در سطح ملی برای تأمین این سلامت طراحی و در حال پیاده‌سازی است. قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد (۲٤)، قرار دادن موضوع سلامت اداری در فهرست محورهای تحول اداری (۲۵) و تدوین شاخص‌های اندازه‌گیری سلامت اداری (۲٦) نمونه‌هایی از تلاش‌های صورت گرفته جهت ارتقای سلامت اداری در کشور است.

در این مطالعه مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت اداری تعلق خاطر نداشتن کارکنان به بیمارستان، عدم ارائه گزارش تخلف و دست‌کاری و افشای اطلاعات و مدارک شناسایی شدند. مطالعات قبلی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی کاری، عوامل درون سازمانی، فردی، فرهنگی و برون سازمانی را از عوامل تأثیرگذار بر سلامت اداری معرفی کرده‌اند (۱۵). صرف نظر از تعدد علل و عوامل مؤثر بر میزان سلامت اداری آنچه مهم به نظر می‌آید، شناسایی راهکارهای عملیاتی جهت رفع موانع سلامت اداری است. با توجه به تهدیدکننده‌های سلامت اداری در بیمارستان‌ها توصیه می‌شود مسؤولان و مدیران اداری این مراکز اتخاذ تدابیری برای افزایش تعلق‌خاطر کارکنان به بیمارستان، برقراری سیستم پاسخگویی و گزارش‌دهی کارآمد و جامع و آگاه‌سازی در مورد اهمیت اطلاعات صحیح و انتقال آن‌ها را در دستور کار خود قرار دهند. انتظار می‌رود اجرایی نمودن این پیشنهادها بتواند با افزایش رضایت شغلی و انگیزه کارکنان، جلوگیری از جمود شخصیت، روحیه محافظه کاری و سرخوردگی در بین کارکنان، افزایش خلاقیت و نوآوری، افزایش سرعت انجام امور، تمرکز منطقی بر انضباط اداری، رقابت سالم و ایجاد خوشبینی، اعتماد (۱۵) و بهبود عملکرد نیروی انسانی (۱۱)، به رشد و تعالی بیمارستان‌ها کمک نماید. یافته دیگر مطالعه گویای آن بود زنان در مقایسه با مردان امتیاز بیشتری و کارکنان پیمانی و افراد شاغل در

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

بخش‌های غیربالینی امتیاز پایین‌تری به سلامت اداری دادند. تحقیقی که میزان سلامت اداری در بخش سلامت را بر حسب متغیرهای دموگرافیک اندازه‌گیری کرده باشد یافت نگردید. اگرچه تعیین علت این اختلاف، انجام تحقیق دیگری را می‌طلبد که به طور دقیق به بررسی این موضوع بپردازد ولی به نظر می‌رسد تفاوت‌های زمینه‌ای بین زن و مرد، نبود امنیت شغلی کافی در بین کارکنان پیمانی و ارتباط بیشتر بخش‌های غیربالینی با مباحث سلامت اداری و ماهیت مالی و اداری بودن این قسمت‌ها از دلایل متفاوت بودن میانگین نمره سلامت اداری در این گروه‌ها باشد.

در این مطالعه سلامت اداری با رویکرد کمی و استفاده از پرسشنامه‌ای که افراد آن را تکمیل کردند، در قلمرو محدودی از بخش سلامت (بیمارستان‌های آموزشی) ارزیابی شد. با توجه به این محدودیت‌ها به نظر می‌رسد مطالعاتی در راستای تدوین و اندازه‌گیری شاخص‌های عینی جهت تعیین وضعیت سلامت اداری در محیط‌های بیمارستانی که سلامت اداری در آن‌ها از حساسیت بیشتری برخوردار است (۲۷) و در محیط‌های دیگر بخش سلامت با بهره‌گیری از هر دو رویکرد کمی و کیفی پژوهش لازم باشد.

پیشنهادها

مطالعه در زمینه سلامت اداری می‌تواند مبنای ارایه راهکارهایی به مدیران سلامت در جهت افزایش میزان سلامت اداری و نیل به اهداف مقرر شده در سطح نظام سلامت شود. بر این اساس انجام این گونه مطالعات از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. با توجه به یافته‌های مطالعه که نشان‌دهنده نیاز به انجام اقداماتی در راستای افزایش سلامت اداری است، اتخاذ تدابیری برای افزایش تعلق‌خاطر کارکنان به بیمارستان، برقراری سیستم پاسخگویی و گزارش‌دهی کارآمد و آگاه‌سازی در مورد اهمیت اطلاعات صحیح و انتقال آن‌ها توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی به منظور شناسایی راهکارهای عملیاتی مبارزه با فساد اداری و ارتقای سلامت اداری در بخش سلامت طراحی و اجرا گردد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان «بررسی رابطه‌ی سلامت اداری و سرمایه‌ی اجتماعی در مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳» مصوب مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۳ به کد ۲۹۳۳۳٤ بود که با حمایت مالی مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا شده است. بدین وسیله از کلیه کارکنان شاغل در مراکز مورد مطالعه و کلیه افرادی که در اجرای این مطالعه نقش داشته‌اند، تشکر و سپاسگزاری می‌کنیم.

References

1. Rabiie A, Bidgoli M. Boosting administrative integrity of State and public organizations; a cultural pathology. Journal of Religion & Communications 2011;18(1):187-205. Persian.
2. Sam Ara E, Amin Aghai M. Health Administrative and Administrative Entity in Iran. Strategic Research Center, Department of Cultural Research. 2005;5(17):38-54. Persian.
3. Nejati M. The study of administrative health effect on job satisfaction (a case study of the social security organization of Shiraz). Knowledge Evaluation Quarterly. 2013;5(17): 115-35.
4. Moshfegh MA. Social pathology of administrative and economic corruption in Iran. Journal of Social Research 2005;5(17): 145-72. Persian.
5. Hasani A, Shams AH. Anti-corruption Strategies Based on Islamic Value. Islam va Pazhuheshhaye Modiriyati. 2012; 2(1): 81-104. Persian.
6. Khalfkhani M. Checking the relationship between social capital and administrative corruption. Quarterly

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

of Rahbord. 2009;18(53): 39-55. Persian.
7. Karimi J. Administrative health promotion and dealing with corruption. Tehran: National Organization for Civil Registration. Education and Research Department; 2011.
8. World Health Organization (WHO). The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO; 2006.
9. World Health Organization (WHO). Health System Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO: 2010.
10. World Health Organization (WHO). National Health Accounts; 2014. [cited 2015 May 9]. Available from: http://www.who.int/nha
11. Ghahremani M, Heydari R. The relationship between administrative System Health and financial performance improvement (case study: state organization of West Azarbaijan province). Quantitative Researches in Management. 2013;4(2): 158-86. Persian.
12. Farhadi Nejad M, Legzian M. Longitude Survey on the administrative corruption and its control methods (1999-2000). Journal of Public Administration Perspective. 2011;2(8):45-60. Persian.
13. Taghavi M, Nikoomaram H, Ghaffari F, Tootian S. The Relationship between corruption and economic growth in APEC member countries. Journal of Management. 2011;8(21):88-103. Persian.
14. Sadeghi H, Sabaghkermani M, Shaghavishahri V. The study of the effects of fiscal decentralization on corruption control. Journal of Economic Research (Tahghighat-e-Eghtesadi). 2008; 43(4):1-30. Persian.
15. Zahedi S, Mohamadnabi S, Shahbazi M. Studying of factors affecting reduce administrative corruption (case study in Tehran municipality). Journal of Organizational Culture Management. 2009;7(20): 29-55. Persian.
16. Salimi GR, Pourezzat A. The effect of the perception of injustice in organization on tendency of administrative corruption. Strategic Management Thought (Management Thought). 2010;4(1): 131-59.
17. Azimi H, Atafar A, Shaemibarzaki A. Investigating effective managerial and organizational factors in administrative-financial corruption in government organizations in Isfahan and Zanjan provinces. Strategic Management Thought (Management Thought). 2010;4(2): 129-47. Persian.
18. Rabiee A, Assef H. The role of organizational Culture in preventing from administrative corruption. Journal of Public Administration. 2012;4(10):45-58.
19. Haghighatian M, Karimizadeh S, Nazari J. An analysis of administrative corruption (administrative organizations of Yazd City). Journal of Applied Sociology. 2013; 23(4):125-42. Persian.
20. Najafiklori M, Goodarzi M, Farahani A, Esmailibidhendi H. Effective factors of corruption in sport organization (case study: football federation of I. R Iran). Journal of Sport Management. 2012; 14(4): 109-22. Persian.
21. Abzari M, Faghani F. The application of AHP and TOPSIS technic for prioritization of factors influencing the incidence of corruption and ways to deal with it. Journal of Operational Research and its Applications (Journal of Applied Mathematics). 2013; 10(1): 43-57. Persian.
22. Khammarnia M, Baghbanian A. An exploratory study of organizational and managerial factors influencing employees' workplace deviance at Zahedan Imam-Ali Hospital in 2012. Sadra Med Sci J. 2013; 1(2): 57-68. Persian.
23. Transparency International; 2015. [cited 2015 Oct 20. Available from: http://www.transparency.org/research/cpi/overview
24. Islamic Parliament of Iran. The law of administrative health promotion and dealing with administrative corruption; 2011. [cited 2015 Oct 20]. Available from: http://www.amar.org.ir/Portals/0/about/salamat.pdf
25. Sajadi H, Seyedin H, Khoshnevisan A, Sharifi A, Ariyan Khesal I. Formulating and assessing evaluation indictors of administrative reform: a case study. J Health Adm. 2015; 17 (58):85-96. Persian.
26. Iranian Secretariat of the Council of the Regulatory Agencies. The Indicators of Administrative Health Measurement; 2014.
27. Joodaki H, Rashidian A. Review of corruption in the health Sector: theory, methods and interventions. Hospital. 2010; 8 (3 - 4):82-100. Persian.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]

Survey of Administrative Health Status from the Point of View of Health Workers in Teaching Hospitals in Isfahan

*Sajadi Haniye Sadat[1], Halaji Farshad[2], Marouf Naser[2]**

• Received: 14. 04. 2015 • Revised: 09. 11. 2015 • Accepted: 13. 12. 2015

Abstract

Introduction: The administrative health improvement is one of the administrative reform's priorities in our health care organizations, Being aware of the current status of administrative health is necessary to propose the strategies of administrative health improvement. This study aimed to determine the administration health status of teaching hospitals and contribute to improve the it.

Method: This cross-sectional and analytical-descriptive study was conducted in 11 teaching hospitals of Isfahan city in 2014. 555 of clinical and non-clinical staff were selected using simple stratified sampling method and completed the questionnaire. The data collection tool was a researcher-made questionnaire the validity and reliability of which were tested. The questionnaire was designed in two parts. The first part included 9 close ended questions about demographic information, and the second part contained 24 close ended questions related to the administrative health status with 5-item Likert scale. Collected data of 391 completed questionnaires were analyzed using SPSS software (version 16), t-test, and Analysis of Variance.

Results: More than half of respondents were female (56.53%) and the rest were male. Over 76/47% of participants were married. The mean score of administrative health from the view of employees was 2.11 (less than average). The most important threatening factors of the administrative health were lack of sense of commitment of employees (1.00), the lack of effective violations reporting (1.00), and information manipulating and disclosing. Females, younger than 25, MD degree and single respondents viewed the administrative health status better than others.

Conclusion: Regarding the necessity of administrative health improvement, taking actions such as strategies to increase the employees' commitment, the establishment of an efficient comprehensive system of accountability and reporting, and informing about the importance of valid information and broadcasting them are recommended to reach better administrative health status.

Keywords: Administrative Health, Clinical Staff, Non Clinical Staff, Teaching Hospital, Isfahan City.

• **Citation:** Sajadi HS, Halaji F, Marouf N. Survey of Administrative Health Status from the Point of View of Health Workers in Teaching Hospitals in Isfahan. Journal of Health Based Research 2015; 1(2):123-132.

1. *Assistant Professor, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
2. *BSc, Students Research Committee, School of Management and Health Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.*

***Correspondence:** School of Management and Health Information, Isfahan University of Medical Sciences, Hezar Jerib Ave. Isfahan, Iran.*
***Tel:** 091620354730* ***Email:** nasermaroof@gmail.com*

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2024-03-29]