

The Study of Healthcare Service Quality Effects on Patients' Satisfaction Among the University, Social Security and Private Hospitals' Wards Unites in Urmia¹

Pashazadeh Y², Valizadeh H³, Faridpour S⁴

Abstract

Introduction: In order to apply the health aims in the fifth development program law, health system evolution planning has prepared with three purposes: financial protection of people, make equanimity in accessibility to health services, preferment of services quality. This research has done for purpose of studying the influence of health system evolution plan on the psychological enrichment and acting life quality of treatment cadre for educational-remedial hospitals of Urmia, with the descriptive-usage correlation method.

Methods: For accessing to research goals, 330 clinical personnel of educational-remedial hospitals of Urmia selected with random sampling in spring and summer of 1396. The data of research has obtained through questionnaire and the design of questionnaire has done based on standard questionnaire and advice of faculties. For analysis of data, Data distribution test (Kolmogorov-Smirnov), T test, Regression and Spearman Correlation, was used in SPSS software.

Results: The results showed that impressment of performance of health system evolution plan, in one aspects of five personnel enrichment aspects, confidence, shows decrease, Whiles in four aspect of impressment, autonomy, ability and signification it shows decrease.

Also impressment of performance of health system evolution plan in six aspect of eight aspects of acting life quality means, balanced work, growth facility, safe work, social coalition, social utilization, facility of security, shows increase; Whiles in two others aspects means, impress of reward able and govern of law, it shows decrease.

Conclusion: Generally, it concluded that impressment of performance of health system evolution plan on the personnel enrichment was influenced just on four aspects of five aspect, Whiles in acting life quality it influenced on six aspects of eight aspects.

Keywords: Health system evolution plan, Acting life quality, Psychological enrichment.

1- **Cite this article:** Pashazadeh, Yousef; Valizadeh, Hamed; Faridpour, Salar (1402). The Study of Healthcare Service Quality Effects on Patients' Satisfaction Among the University, Social Security and Private Hospitals' Wards Unites in Urmia. *Health Management*, 14(49): 7-20. DOI: 10.30495/JHM.2023.72342.11114

۲- Assistant Professor, Department of Business Management, Faculty of Economics and Management, Urmia University, Urmia, Iran, (Corresponding Author), y.pashazadeh@urmia.ac.ir

۳- M.sc student in Public Administration, Emergency Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

۴- PhD Student of Entrepreneurship, Department of Entrepreneurship, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran

بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کاری کادر درمانی^۱

یوسف پاشازاده^۲ / حامد ولی زاده^۳ / سالار فریدپور^۴

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کاری کادر درمانی بیمارستان‌های آموزشی درمانی ارومیه؛ و با روش توصیفی - کاربردی از نوع همبستگی انجام شد. **روش پژوهش:** به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از میان کارکنان بالینی بیمارستان‌های آموزشی درمانی ارومیه نمونه‌ای با حجم ۳۳۰ نفر و روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده و طراحی پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه استاندارد و زیر نظر اساتید انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره T، در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد میزان اثرگذاری اجرای طرح تحول نظام سلامت در یک بعد از پنج بعد توانمندسازی کارکنان یعنی اعتماد کاهش را نشان می‌دهد، در حالی که در چهار بعد خودمختاری، تأثیرگذاری، شایستگی و معنی‌داری، افزایش را نشان می‌دهد. میزان اثرگذاری اجرای طرح تحول نظام سلامت در شش بعد از هشت بعد کیفیت زندگی کاری یعنی کار متعادل، امکان رشد، کار ایمن، ائتلاف اجتماعی، سودمندی اجتماعی و امکان امنیت افزایش را نشان می‌دهد، در حالی که در دو بعد دیگر یعنی جبران خدمت و حاکمیت قانون، کاهش را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی می‌توان نتیجه گرفت میزان اثرگذاری اجرای طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی کارکنان در چهار بعد از پنج بعد اثر داشته است و بر کیفیت زندگی کاری در شش بعد از هشت بعد نیز اثرگذار بوده است. لذا توصیه می‌شود سیاست‌گذاران و مجریان طرح تحول سلامت به شایسته‌سالاری، استقلال شغلی و تفویض اختیار، معنی‌داری و هویت بخشی شغلی جهت ارتقای توانمندی کادر درمانی توجه نموده؛ هم‌چنین جهت بهبود کیفیت زندگی کاری، سیاست‌های مناسبی در راستای بهبود ایمنی کار، رشد و بهسازی کارکنان، ارتقای همبستگی و انسجام درونی، تعادل بین کار و زندگی، ارتقای سودمندی اجتماعی و امنیت شغلی کادر درمان اتخاذ نمایند.

کلید واژه‌ها: طرح تحول نظام سلامت، کیفیت زندگی کاری، توانمندسازی روان‌شناختی.

۱- استناد به این مقاله: پاشازاده، یوسف؛ ولی‌زاده، حامد؛ فریدپور، سالار (۱۴۰۲). بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کاری کادر درمانی. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۴(۴۹): ۷-۲۰. DOI: 10.30495/JHM.2023.72342.11114

۲- استادیار گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: y.pashazadeh@urmia.ac.ir

۳- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، مرکز اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۴- دانشجوی دکتری مدیریت کارآفرینی، گروه کارآفرینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران

مقدمه

روان‌شناسان سازمانی می‌توانند با توجه به عوامل مؤثر در افزایش یا کاهش کارایی انسان، بر تأثیر عوامل مثبت افزوده و از نقش عوامل منفی تا اندازه‌ای بکاهند. از میان عوامل تأثیرگذار بر نیروی انسانی می‌توان به دو عامل بسیار مهم توانمندسازی روان‌شناختی و کیفیت زندگی کاری اشاره کرد. توانمندسازی فرآیندی مؤثر در جهت ارتقای بهره‌وری سازمان به‌وسیله بهره‌گیری از توان کارکنان است. کارکنان به‌واسطه برخورداری از دانش، تجربه و انگیزه صاحب قدرت نهفته در سازمان‌ها می‌شوند و توانمندسازی آنان، در واقع آزاد کردن این قدرت است [۱]. نیروی انسانی در سازمان‌ها به‌خصوص در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به دلیل نقش کلیدی که ایفا می‌کنند دارای اهمیت بسیار زیادی است. در سازمان‌هایی که با سلامت و به بیان ساده‌تر با جان مردم به صورت مستقیم درگیر هستند اهمیت منابع انسانی چند برابر می‌شود. نیروی انسانی کارآمد مهم‌ترین سرمایه هر سازمان است. سازمان‌ها با نگاه راهبردی به منابع انسانی، آن را به‌عنوان یک سرمایه و دارایی ارزشمند مد نظر قرار می‌دهند و به مکانیسم‌های انگیزشی (نظیر جبران خدمات) در جهت ارتقای کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی کارکنان توجه می‌کنند [۲].

کیفیت زندگی کاری به عنوان عامل اساسی در توانمندسازی نیروی انسانی مورد نیاز نظام مراقبت و درمان شناخته شده است. Cameron و Wette (۱۹۹۸) توانمندسازی را به معنی قدرت بخشیدن به کارکنان می‌دانند، بدین معنی که به آنان کمک کنیم تا احساس اعتماد به نفس خود را تقویت کنند و بر احساس ناتوانی یا درماندگی غلبه نمایند. نویسندگان یادشده ضمن تأیید چهار بعد توانمندسازی Thomas و Velthouse (۱۹۹۰) و Spreitzer (۱۹۹۵)، بعد اعتماد را به آن اضافه کرده‌اند؛ بنابراین ابعاد توانمندسازی روان‌شناختی شامل احساس خودمختاری، احساس شایستگی، احساس مؤثر بودن، احساس

معنی‌دار بودن و احساس اعتماد می‌شود [۳]. سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی یا به تعبیر حکیم نظامی، همان اقلیم آسودگی است. مفهوم سلامت که در عنوان این پژوهش آمده و تکیه‌گاه اصلی این مطالعه است، معادل واژه لاتین Health است. تعبیر Health در همه‌جا مطابق عرف رایج «سلامت» ترجمه می‌شود، مگر در پاره‌ای موارد که به دلیل کاربردهای مصطلح پزشکی به «بهداشت» ترجمه شده است [۴]. سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی به‌ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های دولت یازدهم، اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی شش‌ماهه آغاز کرد. اجرای طرح تحول نظام سلامت، با توجه به تأکید سیاست‌گذاران و برنامه ریزان بهداشتی و درمانی در کشور با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات از نیمه دوم اردیبهشت ۱۳۹۳ در کشور با هشت هدف شروع گردید [۴].

پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، با توجه به کاهش هزینه‌های درمان و مراجعه بی‌سابقه بیماران به بیمارستان‌ها و افزایش ضریب اشغال تخت‌ها، بدون توجه به بسترسازی مناسب (تأمین فضای بیمارستانی و نیروی انسانی)، فشار زیادی بر دوش گروه سلامت از جمله پرستاران تحمیل شده است. افزایش حجم کاری تیم سلامت بخشی از مشکلات اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت است [۵]. طی پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، نظام‌های مراقبت سلامت تأسیس کردند که از بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند و خدمات آن‌ها از طریق یک نظام دیوان‌سالاری ادغام عمودی ارائه می‌شود. این نظام‌ها، در درجه اول در پاسخ به نارسایی بازار و با الهام از نظام‌های غربی مانند زلاندنو یا بریتانیا ایجاد شدند. سیاست‌های بخش سلامت، با کمک گرفتن از

جامعه است و اکثر این کشورها، جمعیت خود را از بسته مزایای جامع متشکل از خدمات پیشگیری، ارتقایی، درمانی و توان بخشی بهره مند ساخته‌اند [۶].

در مکزیک، مطالعه‌ای به منظور بررسی دستاوردهای رفورم سلامت صورت گرفت، مشخص شد که طرح یادشده توانسته است تأثیرات فراوانی در حوزه‌هایی نظیر گسترش سیستم بیمه‌ای، حمایت از خانواده‌های کم‌درآمد، سرمایه‌گذاری قابل توجه در حوزه سلامت و به ویژه بعد کیفیت خدمات سلامت داشته باشد [۸]. در تایلدن بررسی نظام سلامت و اصلاحات انجام شده آن بیانگر عزم ملی این کشور در برخورد با مقوله بی‌عدالتی است. Roberts و همکاران، چهار انتقاد را بر بخش نظام سلامت وارد نمودند: هزینه‌های فزاینده در مراقبت سلامت، انتظارهای رو به گسترش مردم، محدودیت منابع که در این روزگار تقریباً همه دولت‌ها با آن مواجه هستند. همچنین بدگمان بودن مردم به دولت به سبب حاکمیت ضعیف، روابط پر قدرت و بازدارنده بوروکراتیک و فساد و ناکارآمدی است [۶].

در مطالعه باستانی و همکاران عملکرد بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت با استفاده از مدل پابن لاسو بررسی شد و مشخص گردید بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به استانداردها در وضعیت مطلوبی قرار نداشتند [۹].

کردنائیچ و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان «بررسی تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان بر توانمندسازی ساختاری» توانمندسازی از دو بعد روان‌شناختی و ساختاری مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش خود را به این شکل بیان نمودند: توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان، اثر معنی‌داری بر توانمندسازی ساختاری آن‌ها دارد. همچنین تأثیر ابعاد توانمندسازی روان‌شناختی، شایستگی، خودتعیینی و اثربخشی بر ابعاد توانمندسازی ساختاری شامل: تفویض اختیار، تسهیم اطلاعات، مشارکت در تصمیم و کنترل معنی‌دار است [۵].

کمک دهندگان، بر گسترش منابع انسانی و زیربنای فیزیکی (درمانگاه‌ها، تجهیزات تشخیصی، آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها) تأکید می‌کردند. نظام‌ها برای عرضه داروها و تجهیزات پزشکی و آموزش کارکنان توسعه یافتند. تعداد تخت‌های بیمارستانی بین سال‌های ۱۹۶۰ تا ۲۰۱۰ در تمام دنیا از ۵ میلیون به ۱۹ میلیون افزایش یافت. به موازات این توسعه، تعداد پزشکان پنج برابر شد و ۱/۲ میلیون به ۶/۲ میلیون نفر رسید. این گونه راهبردهای متکی بر نهاده‌ها به موفقیت‌های زیادی، از جمله برقراری عدالت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای میلیون‌ها انسان و همچنین کنترل بیماری‌های واگیر و سایر فعالیت‌های بهداشت عمومی که به خوبی پاسخگوی دخالت مستقیم دولت‌ها بوده دست‌یافته‌اند؛ اما علی‌رغم این دستاوردهای قابل توجه، مشکلات جدی فزاینده‌ای در خدمات بهداشتی بخش عمومی پدیدار شده‌اند. در دولت اخیر آمریکا (دموکرات‌ها) انجام اصلاحات در نظام بهداشت و درمان را به طور وسیعی در برنامه کاری خود قرار داده است و ایجاد اصلاحات در نظام بهداشتی را به عنوان وسیله‌ای برای بهبود وضع موجود ارائه خدمات در نظام بهداشت و درمان خود تلقی می‌کند [۶]. مطالعه دیگری در آمریکا نشان می‌دهد که از سال‌های ۱۹۰۰ تا امروز، امید به زندگی حدود ۳۰ سال بهبود و افزایش یافته است. این در حالی است که صاحب‌نظران می‌گویند حدود ۲۵ سال از این افزایش مربوط به اقدامات پیشگیری نظام عمومی سلامت مثل افزایش سطح سواد، بهبود وضع تغذیه، برخورداری از آب شرب سالم، دفع صحیح زباله و فاضلاب بوده است و فقط پنج سال مابقی مربوط به خدمات و مراقبت‌های پزشکی بوده است. با توجه به شواهد فوق، می‌توان گفت که نظام عمومی سلامت پایه هرم سلامت را تشکیل می‌دهد و نظام مراقبت سلامت در رأس آن قرار می‌گیرد و ممکن آن می‌شود [۷]. کشورهای توسعه‌یافته مثل چین، ترکیه، تایلدن، کره جنوبی، مکزیک و برزیل دست به اصلاحات گسترده‌ای زده‌اند که برای دستیابی به هدف غایی هر نظام سلامت که همان حفظ و ارتقاء سلامتی آحاد

شفیع پور و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان «بررسی کیفیت زندگی کاری و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه» به این نتایج دست یافتند: پرستاران از اکثر مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری خود رضایت نسبی داشتند. ۲۷/۲ درصد کیفیت زندگی کاری پایین، ۶۶/۱ درصد متوسط ۶/۷ درصد کیفیت زندگی بالای را گزارش کردند. کیفیت زندگی کاری با ساعت اضافه‌کاری، تعداد شیفت شب در ماه و کفایت درآمد رابطه معنی‌داری را نشان داد [۲].

پژوهش شهشانی و امین‌الرعایایی در بررسی رضایت پرستاران از اجرای طرح تحول نظام سلامت نشان داد، با آغاز این طرح به طور متوسط ۲۵ ساعت افزایش در شیفت کاری پرستاران ایجاد شده که از این میان ۳۸ درصد از پرستاران از افزایش بار کاری اظهار نارضایتی کرده‌اند. توجه به این امر که یکی از عوامل مهم ایجاد نارضایتی نیروی انسانی می‌باشند توجه به رضایتمندی کلیه کادر درمانی و مورد توجه قرار دادن آن‌ها نیز هم زمان با بازبینی سایر موارد بایستی انجام شود [۱۰].

دهقانی و همکاران در «بررسی عملکرد طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاهی استان یزد» در سال ۱۳۹۴ نشان دادند که دستیابی به اهداف طرح تحول نظام سلامت در حد خوب است، اما عملکرد برخی از دستورالعمل‌های طرح تحول نظام سلامت در حد انتظار نبوده است [۴].

چشم‌کیودی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش صورت گرفته تحت عنوان «تحلیل شاخص‌های عملکردی بخش اورژانس بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت» به این یافته رسیدند که اجرای طرح تحول نظام سلامت در مراکز عمومی و تخصصی تأثیر متفاوتی در شاخص‌های عملکردی اورژانس داشت. افزایش متخصص و متخصص طب اورژانس در مراکز عمومی و روان‌پزشکی تأثیری نداشته ولی در مراکز تخصصی باعث بهبود عملکرد شده است [۱۶].

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، یکی از اصول اساسی جهت اجرای هر تغییر، آماده‌سازی زیرساخت‌های

مربوطه به‌ویژه برای نیروی انسانی است. توانمندسازی و کیفیت زندگی کاری از جمله مواردی است که در عملکرد افراد تأثیر بسزایی دارد؛ لذا با توجه به این موضوع و همچنین کمبود پژوهش‌های میدانی و علمی دقیق در این زمینه، لزوم بررسی جامع و مبتنی بر یافته‌های میدانی را می‌طلبید؛ لذا در این پژوهش به دنبال بررسی این موضوع هستیم که آیا اجرای طرح تحول، تأثیری بر توانمندسازی و کیفیت زندگی کاری کادر درمانی مراکز آموزشی و درمانی شهرستان ارومیه داشته است؟ و میزان تأثیر آن به چه شکل و در چه ابعادی بوده است؟ پاسخگویی به این سوالات و آرایه پیشنهادات کاربردی در این زمینه، از جمله وجوه تمایز عمده تحقیق حاضر نسبت به پژوهش‌های گذشته است که تاکنون به آن نپرداخته‌اند.

روش پژوهش

با توجه به موضوع مورد پژوهش، این مطالعه از حیث توصیف شرایط از نوع مطالعه توصیفی و از حیث قابلیت استفاده و هدف، پژوهش کاربردی است. از سوی دیگر با توجه به فرضیات پژوهش از حیث بررسی ارتباط بین متغیرها، پژوهش از نوع همبستگی است. همانگونه که اشاره شد، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی و کیفیت زندگی کاری کارکنان و آسیب‌شناسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر دو بعد ذکر شده است. بنابراین با توجه بررسی پیشینه پژوهش‌های موجود و مبتنی بر مدل کیفیت زندگی کاری والتون (۱۹۷۰) و تحقیقات رهنما و همکاران (۱۴۰۰) و نیز مدل توانمندسازی کارکنان توماس و ولتهوس (۱۹۹۰) و تحقیق خوراکیان و همکاران (۱۴۰۰)، فرضیه‌های زیر به عنوان فرضیه‌های پژوهش بر مبنای مدل مفهومی تحقیق به شرح زیر در نظر گرفته شد:

فرضیه اصلی ۱: طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۱: طرح تحول نظام سلامت بر شایستگی کارکنان اثر مثبت دارد.

نمونه گیری تصادفی، اعضای نمونه آماری انتخاب شدند. در این پژوهش از منابع کتابخانه‌ای شامل کتب، مجلات، انتشارات مراکز تحقیقی و پژوهشی، پایان‌نامه‌های تحصیلی و مقالات و غیره استفاده شد. بخش دیگر تحقیق به شکل میدانی انجام شد که ابزار گردآوری اطلاعات در این مرحله پرسشنامه بوده است. پرسشنامه این تحقیق نیز بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای طیف لیکرت تدوین گردید. این طیف ۵ گزینه‌ای (بسیار موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، بسیار مخالفم) است. امتیازات تخصیص یافته به این گزینه‌ها به ترتیب شامل ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ است [۱۱].

گروه‌بندی سؤالات پژوهش در پرسشنامه: اطلاعات دموگرافیک پرسشنامه شامل ۱- جنسیت، ۲- سن، ۳- شغل، ۴- وضعیت استخدامی ۵- سابقه فعالیت و ۶- تحصیلات است.

سؤالات اصلی شامل دو گروه اصلی مربوط به توانمندسازی و کارکنان کیفیت زندگی کاری است. پنج گروه اول مربوط به ابعاد توانمندسازی کارکنان شامل معنی‌داری، شایستگی، داشتن حق انتخاب، مؤثر بودن و اعتماد؛ و گروه دوم مربوط به ابعاد کیفیت زندگی کاری شامل پرداخت منصفانه، محیط کار ایمن، فرصت رشد، قانون‌گرایی، وابستگی اجتماعی، فضای کلی زندگی کاری، یکپارچگی و انسجام، توسعه قابلیت‌ها.

در طراحی سؤالات پژوهش حاضر، طرح تحول نظام سلامت در متن سؤالات مربوط به ابعاد ۱۳ گانه دو متغیر مستقل گنجانده شد که هر کدام از این ابعاد با ۳ سؤال مورد پرسش قرار گرفتند. در بعد توانمندسازی تئوری‌ها و مدل‌های بسیاری آمده است اما کامل‌ترین آن‌ها مدل توانمندسازی روان‌شناختی می‌شود که برای بررسی توانمندسازی کارکنان از این مدل استفاده نمودیم که دارای ۵ بعد یا متغیر شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری، معنی‌داری و اعتماد است [۱۲] و در بعد کیفیت زندگی کاری کارکنان از مدل والتون استفاده نمودیم که دارای ۸ بعد یا متغیر ۱- جبران خدمت منصفانه، ۲- شرایط کاری ایمن و سالم، ۳- امکان گسترش و استفاده از ظرفیت‌های انسان، ۴-

فرضیه فرعی ۲. طرح تحول نظام سلامت بر خودمختاری کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۳. طرح تحول نظام سلامت بر اثرگذاری کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۴: طرح تحول نظام سلامت بر اعتماد کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۵: طرح تحول نظام سلامت بر معناداری کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه اصلی ۲: طرح تحول نظام سلامت بر کیفیت زندگی کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۶. طرح تحول نظام سلامت بر جبران خدمت کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۷. طرح تحول نظام سلامت بر کار ایمن کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۸. طرح تحول نظام سلامت بر امکان رشد کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۹. طرح تحول نظام سلامت بر حاکمیت قانون کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۱۰. طرح تحول نظام سلامت بر ائتلاف اجتماعی کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۱۱. طرح تحول نظام سلامت بر نقش کار متعادل کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۱۲. طرح تحول نظام سلامت بر سودمندی اجتماعی کارکنان اثر مثبت دارد.

فرضیه فرعی ۱۳. طرح تحول نظام سلامت بر امکان امنیت کارکنان اثر مثبت دارد.

جامعه پژوهش، کادر درمانی ۵ مراکز آموزشی و درمانی شهرستان ارومیه شامل بیمارستان‌های امام خمینی، شهید مطهری، طالقانی، سیدالشهداء و مرکز آموزشی و درمانی جامع زنان کوثر بود. با توجه به تعداد کل کارکنان و کادر درمانی مورد بررسی (شامل کادر بالینی شاغل در فعالیت‌های پرستاری، پزشکی، کارشناسی اتاق عمل، مراکز تصویربرداری، هوشبری و شاغلین در بخش فوریت‌های پزشکی مراکز درمانی)، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران در سطح خطای ۵ درصد ۳۳۰ نفر محاسبه شد که به روش

امکان امنیت و رشد دائمی، ۵- ائتلاف اجتماعی در سازمان کاری، ۶- اعتقاد به لزوم حاکمیت قانون، ۷- نقش متعادل کار و ۸- کار معتبر و سودمند اجتماعی است [۱۳].

ابزار گردآوری اطلاعات (پرسشنامه): داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه جمع‌آوری شده است. طراحی پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه استاندارد و زیر نظر اساتید انجام و پس از اطمینان از روایی و پایایی پرسشنامه، اقدام به توزیع آن طی مدت تعیین‌شده در مراکز درمانی شد.

روایی و پایایی پرسشنامه: پیش از اطمینان نهایی به ابزارهای اندازه‌گیری و به‌کارگیری آن‌ها در مرحله اصلی جمع‌آوری داده‌ها، ضرورت دارد که پژوهش‌گر از طریق علمی، اطمینان نسبی لازم را نسبت به روا بودن به‌کارگیری ابزار موردنظر و معتبر بودن آن پیدا کند.

روایی پرسشنامه: طراحی پرسشنامه زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، از پرسشنامه استاندارد ترجمه گردید و پس از توزیع اولیه میان خبرگان مورد بازبینی و ویرایش قرار گرفت. لذا دارای اعتبار لازم است.

اعتبار پرسشنامه: همچنین به‌منظور سنجش قابلیت پایایی پرسشنامه ابتدا تعدادی پرسشنامه توزیع و جابه‌جایی و اصلاح جمله‌بندی سؤالات ضریب آلفای کرون‌باخ محاسبه و پس از میزان قابل قبول و تأیید نهایی اساتید، توزیع پرسشنامه انجام شد.

منظور از تعیین پایایی پرسشنامه این است که شاخص‌های بکار گرفته‌شده با چه دقتی موضوع موردنظر را اندازه‌گیری می‌کند. روش‌های مختلفی برای سنجش پایایی وجود دارد. در این پژوهش به‌منظور سنجش پایایی سؤالات، یک نمونه اولیه شامل ۳۰ پرسشنامه پیش‌آزمون توزیع شد و سپس با استفاده از داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرون‌باخ توسط نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ محاسبه گردید. ضریب اعتماد آلفای کرون‌باخ، یک مقدار بین صفر و یک است. در صورتی یک پرسشنامه پایاست که مقدار آلفای کرون‌باخ آن بزرگ‌تر از مقدار ۰/۷ باشد و هرچه این مقدار به عدد

یک نزدیک‌تر باشد؛ پرسشنامه از پایایی بالاتری برخوردار است. ضرایب اعتماد پرسشنامه برای متغیرهای پژوهش در

جدول (۱) ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج جدول (۱) نیز گویای آن است؛ ضریب آلفای کرون‌باخ برای سؤالات پرسشنامه در سطحی بالاتر از ۰/۷ قرار دارد که گواه بر پایایی و قابل‌اعتماد بودن سؤالات پرسشنامه به کار گرفته‌شده است و البته برای سؤالات از بعد تعهد هنجاری کمتر از آلفای کرون‌باخ بود حذف گردیده است. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره T در نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

اعتبار پرسشنامه: به‌منظور سنجش قابلیت پایایی پرسشنامه ابتدا تعدادی پرسشنامه توزیع و جابه‌جایی و اصلاح جمله‌بندی سؤالات ضریب آلفای کرون‌باخ محاسبه و پس از میزان قابل قبول و تأیید نهایی اساتید، توزیع پرسشنامه انجام شد.

با توجه نتایج به دست آمده از آمار توصیفی که در جدول شماره ۲ تلخیص گردیده است، تعداد پاسخ‌دهندگان مرد ۲۰۲ نفر و تعداد پاسخ‌دهندگان زن ۱۲۸ نفر است. از میان این افراد بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۱ تا ۳۵ سال با درصد فراوانی ۳۴/۵ و ۲۸/۲ است که وضعیت استخدام رسمی ۴۴/۸ درصد، استخدام پیمانی ۳۲/۲ درصد و استخدام ۲۳ درصد را به خود اختصاص داده‌اند. در تفکیک جمعیت پاسخ‌دهندگان، مدرک تحصیلی کارشناسی با ۶۲/۲ درصد، دکترا با ۱۲/۳ درصد و کاردانی با ۸/۵ درصد بیشترین ارقام را به خود اختصاص داده‌اند. در میان مشاغل نیز پرستاران با ۳۹/۴ درصد، پیراپزشکان به ۱۸/۸ درصد، فوریت‌های پزشکی با ۱۵/۵ و دکترا با ۱۲/۳ درصد بیشترین میزان پاسخ‌دهندگان را تشکیل می‌دهند. از میان پاسخ‌دهندگان بیشترین میزان سابقه کار مربوط به

علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۱ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین خودمختاری، یکی از ابعاد توانمندسازی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر خودمختاری قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان خودمختاری، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین خودمختاری قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/77$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/88$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان خودمختاری در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۲ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین تأثیرگذاری، یکی از ابعاد توانمندسازی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر تأثیرگذار قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان تأثیرگذار، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین تأثیرگذار قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/69$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/81$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان تأثیرگذاری در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۳ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین اعتماد، یکی از ابعاد توانمندسازی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر اعتماد قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/23$ که بیشتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری

کسانی است که ۳ تا ۱۵ سال سابقه دارند و سابقه بین ۶ تا ۱۵ سال بیشترین درصد فراوانی را داراست.

در پژوهش حاضر ابتدا اطلاعات از طریق پرسش‌نامه استاندارد با رویکرد قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت به دست آمد. در مرحله بعد با استفاده از تحلیل t زوجی نتایج قبل و بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت مقایسه شد تا مشخص گردد که آیا تغییری در ابعاد مختلف ایجاد شده است یا خیر. همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد در سطح اطمینان ۹۵ درصد، ابعاد شایستگی، اعتماد، جبران خدمت و حاکمیت قانون تغییر مثبت و افزایشی داشته اند و در سایر ابعاد تغییری دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده در بررسی فرضیه اصلی ۱ اجرای نظام سلامت بر توانمندسازی کارکنان؛ میزان اثرگذاری هر یک از ابعاد توانمندسازی بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت به ترتیب اولویت خودمختاری ۸۸ درصد، تأثیرگذاری ۸۳ درصد، اعتماد ۷۹ درصد، شایستگی ۷۲ درصد، معناداری ۶۶ درصد در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است که می‌توان نتیجه گرفت طرح تحول نظام سلامت بر توانمندسازی کارکنان اثر مثبت دارد. فرضیه اصلی ۱ تحقیق تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین شایستگی، یکی از ابعاد توانمندسازی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر شایستگی قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/04$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان شایستگی، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین شایستگی قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/95$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $3/02$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان شایستگی در بین کارکنان

در میزان اعتماد، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت نیست. میانگین اعتماد قبل از اجرای طرح نظام سلامت ۲/۸۵ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت ۲/۸۰ بیشتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث کاهش میزان اعتماد در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۴ رد می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین معناداری، یکی از ابعاد توانمندسازی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر معناداری قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر ۰/۰۰ که کمتر از مقدار ۰/۰۵، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان معناداری، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین معناداری قبل از اجرای طرح نظام سلامت ۳/۰۲ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت ۳/۱۸ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان معناداری در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۵ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده در بخش بررسی فرضیه اصلی ۲ اجرای نظام سلامت بر کیفیت زندگی کارکنان؛ میزان اثرگذاری هر یک ابعاد کیفیت زندگی بعد از اجرای طرح تحویل نظام سلامت به ترتیب اولویت حاکمیت قانون ۸۸ درصد، کار ایمن ۸۶ درصد، امکان رشد ۸۵ درصد، ائتلاف اجتماعی ۸۳ درصد، سودمندی اجتماعی ۸۲ درصد، جبران خدمت ۷۶ درصد، امکان امنیت ۷۴ درصد و نقش کار متعادل ۶۲ درصد در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است که می‌توان نتیجه گرفت طرح تحول نظام سلامت بر کیفیت زندگی کارکنان اثر مثبت دارد. فرضیه اصلی ۲ تحقیق تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین جبران خدمت، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که

مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر جبران خدمت قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر ۰/۴۴ که بیشتر از مقدار ۰/۰۵، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان جبران خدمت، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین جبران خدمت قبل از اجرای طرح نظام سلامت ۲/۵۵ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت ۲/۵۸ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش چندان در میزان جبران خدمت در بین کارکنان علوم پزشکی نشده است و فرضیه فرعی ۶ رد می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین کار ایمن، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر کار ایمن قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر ۰/۰۰ که کمتر از مقدار ۰/۰۵، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان کار ایمن، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین کار ایمن قبل از اجرای طرح نظام سلامت ۲/۵۳ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت ۲/۶۴ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان کار ایمن در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۷ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین امکان رشد، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر امکان رشد قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر ۰/۰۰ که کمتر از مقدار ۰/۰۵، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان امکان رشد، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین امکان رشد قبل از اجرای طرح نظام سلامت ۲/۵۹ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت ۲/۷۷ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح

سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان نقش کار متعادل، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین نقش کار متعادل قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/69$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/82$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان نقش کار متعادل در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۱۱ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین سودمندی اجتماعی، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر سودمندی اجتماعی قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان سودمندی اجتماعی، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین سودمندی اجتماعی قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/58$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/71$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان سودمندی اجتماعی در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۱۲ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین امکان امنیت، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر امکان امنیت قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان امکان امنیت، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین امکان امنیت از اجرای طرح نظام سلامت $2/67$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/83$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان امکان امنیت

تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان امکان رشد در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۸ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین حاکمیت قانون، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر حاکمیت قانون قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/15$ که بیشتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان حاکمیت قانون، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت نیست. میانگین حاکمیت قانون قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/66$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/71$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان حاکمیت قانون در بین کارکنان علوم پزشکی نشده است و فرضیه فرعی ۹ رد می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین ائتلاف اجتماعی، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر ائتلاف اجتماعی قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت برابر $0/00$ که کمتر از مقدار $0/05$ ، نشان می‌دهد اختلاف معناداری در میزان ائتلاف اجتماعی، دوره قبل و بعد از اجرای طرح نظام سلامت است. میانگین ائتلاف اجتماعی قبل از اجرای طرح نظام سلامت $2/59$ که نسبت به بعد از اجرای طرح دوره نظام سلامت $2/82$ کمتر است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اجرای طرح تحول نظام سلامت باعث افزایش میزان ائتلاف اجتماعی در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۱۰ تأیید می‌شود.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی که برای مقایسه میانگین نقش کار متعادل، یکی از ابعاد کیفیت زندگی در اجرای طرح نظام سلامت است. از آنجا که مقدار سطح معناداری به دست آمده از مقایسه میانگین متغیر نقش کار متعادل قبل و بعد از اجرای طرح نظام

در بین کارکنان علوم پزشکی شده است و فرضیه فرعی ۱۳ تأیید می‌شود.

میزان اثرگذاری اجرای طرح تحول نظام سلامت در شش مولفه از هشت مولفه کیفیت زندگی کاری یعنی جبران خدمت، امکان رشد، کار ایمن، ائتلاف اجتماعی، سودمندی اجتماعی، حاکمیت قانون افزایش را نشان می‌دهد، در حالی که در دو بعد دیگر نقش کار متعادل و امکان امنیت کاهش را نشان می‌دهد. میزان اثرگذاری اجرای طرح تحول نظام سلامت در چهار بعد از هشت بعد توانمندسازی یعنی شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری و معناداری افزایش را نشان می‌دهد، در حالی که در یک بعد دیگر یعنی اعتماد کاهش را نشان می‌دهد. با توجه به رد سه فرضیه از بین سیزده فرضیه فرعی طرح شده، مناسب است بررسی علل و زمینه‌های عدم توفیق طرح تحول نظام سلامت در تأثیرگذاری بر روی این سه بعد، مورد توجه بیشتر سیاست‌گذاران این عرصه را قرار گیرد.

پیشنهادات کاربردی: در راستای نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت موارد زیر را برای توانمندسازی و همچنین بهبود کیفیت زندگی کاری کادر درمان مورد توجه قرار دهند:

- بهبود نظام جبران خدمات و ارتقای سطح حقوق و مزایای کارکنان با توجه به شرایط اقتصادی جامعه و در راستای بهبود انگیزش کاری کارکنان
- توجه به موضوع آموزش‌های ضمن خدمت و برنامه‌ریزی مبتنی بر نیاز سنجی واقعی جهت رشد و بهسازی مستمر توانمندی‌های کادر درمان
- ارتقای استانداردهای ایمنی در محیط کاری کادر درمان با هدف کاهش صدمات و آسیب‌های شغلی به کادر درمانی در فضای کار
- توجه بیش از پیش به فرهنگ کار تیمی و گروهی جهت بهبود همبستگی و انسجام عملکردی کارکنان در مراکز درمانی
- ارایه بازخوردهای لازم از عملکرد کادر درمان و توجیه کادر درمان در خصوص میزان سودمندی

اجتماعی عملکرد آنان در جامعه در راستای سیاست سودمندی اجتماعی

- قانون‌گرایی و قانون‌محوری در تمامی فعالیت‌های مرتبط با کادر درمان جهت انگیزش درونی و ارتقای معنی داری شغلی آنان

- شایسته‌سالاری، و حاکمیت مدیریت، حفظ و بهبود استعدادها و شایسته در کادر درمان و جبران خدمات مبتنی بر شایستگی

- تفویض اختیار و ارتقای سطح آزادی عمل کادر درمان در تصمیمات در چارچوب استانداردهای مدون شغلی.

محدودیت‌های تحقیق: از آنجایی که بخشی از داده‌های تحقیق در ایام کرونا گردآوری شده است، لذا محققین در جمع‌آوری داده‌ها و اخذ نظرات اعضای جامعه آماری دچار محدودیت‌ها و عدم دسترسی بوده‌اند. همچنین بدلیل این که تحقیق حاضر در مراکز آموزشی و درمانی شهرستان ارومیه انجام گرفته است تعمیم نتایج آن به کادر درمانی در سایر شهرها، لازم است با احتیاط و رعایت منطق علمی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین و همکاران محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و نیز کادر درمانی مارکز آموزشی و درمانی شهرستان ارومیه، که صمیمانه ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

جدول ۱ - میانگین بررسی پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ

متغیر	تعداد سؤالات	آلفای کرون باخ کلی
توانمندسازی	۱۵	۰/۸۷
کیفیت زندگی	۲۷	۰/۹۲

جدول ۲ - مشخصات جمعیت شناختی پاسخ‌دهندگان

جنسیت	سن	تحصیلات	شغل											تعداد (نفر)	درصد																															
			پیراپزشکی	روان‌پزشک	هوشبری	اتاق عمل	بهبود	فوریت‌های پزشکی	پرستار	دندان‌پزشک	پزشک متخصص	پزشک عمومی	دکترا			کارشناسی ارشد	کارشناسی	کاردانی	دیپلم	۴۶ به بالا	۴۱ تا ۴۵ سال	۳۶ تا ۴۰ سال	۳۱ تا ۳۵ سال	۲۵ تا ۳۰ سال	مرد	زن																				
			۶۲	۲	۱۵	۱۸	۱۴	۵۲	۱۳۰	۷	۹	۳۲	۷	۳۹	۲۰۶	۲۸	۱۸	۱۰	۲۸	۸۵	۹۳	۱۱۴	۲۰۲	۱۲۸	۱۸/۸	۰/۶	۴/۵	۵/۵	۴/۲	۱۵/۵	۳۹/۴	۲/۱	۲/۷	۶/۷	۱۲/۳	۱۱/۸	۶۲/۲	۸/۵	۵/۲	۲/۷	۸/۶	۲/۶	۲۸/۲	۳۴/۵	۶۱/۵	۳۸/۵

نوع استخدام	سابقه کار						تعداد (نفر)	درصد	
	قراردادی	پیمانی	رسمی	۳ تا ۵ سال	۱۰ تا ۱۰ سال	۱۱ تا ۱۵ سال			۱۶ تا ۲۹ سال
	۷۵	۱۰۶	۱۴۸	۶۲	۱۲۸	۶۴	۵۰	۱۰	۱۴
	۲۳	۳۲/۲	۴۴/۸	۱۸/۸	۳۸/۸	۱۹/۶	۱۵	۲/۳	۴/۲

جدول ۳ - نتایج به دست آمده از تحلیل‌های آماری

متغیر	دوره اجرای	آمار توصیفی		آزمون تی زوجی	
		میانگین	انحراف معیار	مقدار اماره	درجه آزادی
شایستگی	بعد از دوره	۳/۰۲	۰/۸۸	۲/۰۵	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۹۵	۰/۸۲		
خودمختاری	بعد از دوره	۲/۸۸	۰/۸۱	۳/۲۱	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۷۷	۰/۷۵		
تأثیرگذاری	بعد از دوره	۲/۸۱	۰/۸۳	۲/۸۸	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۶۹	۰/۷۹		
اعتماد	بعد از دوره	۲/۸۰	۰/۹۳	- ۱/۲۱	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۸۵	۰/۹۲		
معنی‌داری	بعد از دوره	۳/۱۸	۰/۸۲	۴/۲۱	۳۲۹
	قبل از دوره	۳/۰۲	۰/۷۷		
جبران خدمت	بعد از دوره	۲/۵۸	۰/۸۹	۰/۷۸	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۵۵	۰/۶۹		
کار ایمن	بعد از دوره	۲/۶۴	۰/۸۱	۲/۹۰	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۵۳	۰/۷۷		
امکان رشد	بعد از دوره	۲/۷۷	۰/۸۲	۴/۴۷	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۵۹	۰/۷۱		
حاکمیت قانون	بعد از دوره	۲/۷۱	۰/۷۹	۱/۴۵	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۶۶	۰/۶۱		
ائتلاف اجتماعی	بعد از دوره	۲/۸۲	۰/۷۸	۶/۹۷	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۵۹	۰/۷۰		
نقش متعادل کار	بعد از دوره	۲/۸۲	۰/۷۲	۴/۲۸	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۶۹	۰/۶۷		
سودمندی اجتماعی	بعد از دوره	۲/۷۱	۰/۷۱	۴/۲۲	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۵۸	۰/۵۹		
امکان امنیت	بعد از دوره	۲/۸۳	۰/۷۰	۴/۹۶	۳۲۹
	قبل از دوره	۲/۶۷	۰/۶۹		

سطح معناداری: قدر مطلق سطح معناداری بیشتر از ۱/۹۶ (در سطح اطمینان ۹۵ درصد)

Reference:

- 1- Adabadi M, Fayaz-bakhsh A, Nazari A, Musavi S-M, Fayaz-bakhsh Ma. Organizational entrepreneurship and administrators of hospitals: case study of Iran. *Global J Health Sci*, 2014; 6: 249-255. [Farsi]
- 2- MMemarzadeh Gh, Nasirpour A.A, Designing a comprehensive compensation model for specialist doctors working in public hospitals in Tehran, *Human Resource Management Research Journal*, 2013; 4(3): 23-49 [Farsi]
- 3- Salajaghe S, Poorrashidi R, Moosayi M. Psychological empowerment of employees and their relationship with knowledge management. *JMSD*, 1392; 72(23): 99-118. [Farsi]
- 4- Dehghan A, Mirjalili MR, Zare Mehrjardi MH, Maliheh R, Samiyezargar A, Kazemeini SK. Performance of health care system reform plan from the perspective of university hospitals executives in yazd province in 2015. *Manage Strat Health Syst*, 2016; 1(1): 43-49. [Farsi]
- 5- Asadollah K, Alireza B. Investigate the impact of psychological empowerment on structural empowerment of employees (case study: saipa company). *J Org Behave Studies Qual*, 2015; 4(3): 97-120. [Farsi]
- 6- Dehghani F, Abdi M, Pooladi H, Mehri M. An analysis of the status of health care reform in Iran and other countries. In: *International Conference on Management and Economic Dynamics of Iran-Malaysia: Center for the Development of New Education in Iran (Metana)*; 2015. [Farsi]
- 7- Nasrollahpour Shirvani SD. The implementation of family physician program in i.r. Iran: achievements and challenges. *J Babol Uni Med Sci*, 2014; 16(3): 15-26. [Farsi]
- 8- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*, 2006; 386(9546): 1524-1534.
- 9- Bastani P, Lotfi F, Moradi M, Ahmadzadeh MS. The performance analysis of teaching hospitals affiliated with shiraz university of medical sciences before and after health system reform plan using pabon lasso model. *J Rafsanjan Uni Med Sci*, 2016; 15(8): 781-792. [Farsi]
- 10- Aminorroayayi M, Shahshahani SH. A comparative study of patient satisfaction and therapeutic cases in researches performed after the health system development plan. *The first International Accounting, Management and Economics Conferences: Secretariat of congress*; 2014. [Farsi]
- 11- Khaki G. *Research method in management*. 1. Tehran: Research Center of Iran in cooperation with Cultural derayat Publishing Center; 1999: 258-259. [Farsi]
- 12- Vedadi A, Mehrara A. Survey of the relationship between psychological empowerment and organizational commitment in tehran city tax affairs offices. *Tax research*, 2013; 21(18): 161-180. [Farsi]
- 13- Sharifzadeh F, Jazini A, Mohammadi-Moghaddam Y. Explaining the dimensions and components of quality of work life in police preventive police officers. *J HR Promotion in NAJA*, 2011; 23(6): 25-40. [Farsi]
- 14- Dietz G. *Measuring trust inside organisations*. *Durham Research Online*, 2014; 35(5): 557-588.
- 15- Ghanbari S, Shemshadi S. Assessing the relationship between psychological empowerment and nurses' organizational trust: exploring the mediating role of organizational

- learning. Qual J Nursing Management, 2016; 5(1): 40-48. [Farsi]
- 16- Chasme Kaboodi, Mozghan, Ahmadi, Tayyaba, Nik Beza, Rozhia, Mohammadi, Ruholah, Zardo, Gol Anbari, Shirin, Mohammadi, Ali. Analysis of the performance indicators of the emergency department of teaching hospitals of Kermanshah University of Medical Sciences before and after the implementation of the health system transformation plan. Health and treatment management, 2018; 10(4): 55-66. [Farsi]
- 17- Rahnama Nahid, Bakhtiarpour Saeed, Bavi Sasan, Jayrvand Hamdollah, Dasht Bozorgi Zahra. Presentation a Model of Quality of Work Life Based on Job Stress and Optimism Mediated by Fatigue in Married Nurses in Ahvaz. JOURNAL OF HEALTH PROMOTION MANAGEMENT (JHPM)[Internet], 2021; 10(3): 95-108. Available from: <https://sid.ir/paper/414410/en>. [Farsi]
- 18- Khorakian, A., Rahnama, N., Eslami, G. Investigating the effect of employees' empowerment on innovative behavior with mediating role of joy and its positive outcoms. Public Administration Perspaective, 2021; 12(3): 126-154. doi: 10.52547/jpap.2021.213847.0. [Farsi]