

## Assessment of Internal Environment of Hospitals at Mashhad University of Medical Sciences Based on Wiseboard Model; 2016

Shabanikiya H.R<sup>1</sup>, Vafaei-Najar A<sup>2</sup>, Esmaili H<sup>3</sup>, Allahverdi Sarasiabi F<sup>4</sup>

### Abstract

**Purpose:** Understanding the condition of internal environment of a hospital offers a starting point plan to improve hospital performance. The present study aimed to assess the internal environment of hospitals at Mashhad University of Medical Sciences based on Wiseboard model.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted in 2016 on 360 employees from hospitals at Mashhad University of Medical Sciences selected through stratified-random sampling method. Standardized Wisebord questionnaire was used for data collection. The status of each of the seven dimensions of the internal environment of hospitals was evaluated using 35 questions with seven options in Likert scale. The mean less than four was evaluated as weak, equal to four as neutral, and above four as strong status. Data were analyzed using descriptive statistics methods and Spearman, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

**Results:** The condition of internal environment of the studied hospitals was evaluated as weak in terms of communication, neutral for structure, and strong for purposing, rewards, leadership, coordination, and attitude for change. There was a statistically significant relationship between structure and type of employment, purposing, coordination and field work, and coordination, rewards and marital status.

**Conclusion:** Generally, the condition of internal environment of the studied hospitals was strong. The status of relationship and structure which were in weak and neutral conditions could be improved by modifying the organizational structure of hospitals and reinforcing internal relationships/communications.

**Keywords:** Assessment, Internal environment, Hospital, Weisbord Model

Received: 2017.03.08; Accepted: 2017.09.10

### ارزیابی محیط داخلی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد بر مبنای مدل وایزبورد؛ ۱۳۹۵

حمیدرضا شعبانی کیا<sup>۱</sup>، علی وفايي نجار<sup>۲</sup>، حبيب الله اسماعيلي<sup>۳</sup>، فاطمه الله وردی سراسیابی<sup>۴</sup>

**هدف:** آگاهی یافتن از وضعیت محیط داخلی بیمارستان ها می تواند نقطه شروع برنامه ریزی جهت بهبود عملکرد بیمارستان باشد. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی محیط داخلی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد با استفاده از مدل شناخت سازمانی وایزبورد بود.

**روش بررسی:** این پژوهش مقطعی بر روی ۳۶۰ نفر از کارکنان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه استاندارد وایزبورد استفاده شد. در این پرسشنامه وضعیت هر یک از ابعاد هفت گانه و کل محیط داخلی بیمارستان با استفاده از ۳۵ سؤال با مقیاس لیکرت هفت گزینه ای سنجیده شد. کسب میانگین امتیاز ۴ به عنوان وضعیت خنثی، بیشتر از ۴ قوت و کمتر از ۴ وضعیت ضعیف در نظر گرفته شد. داده ها با استفاده از روش های آماری توصیفی و آزمون های آماری اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس تحلیل شد.

**یافته ها:** محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه در بعد ارتباطات در وضعیت ضعیف، در بعد ساختار سازمانی در وضعیت خنثی و در ابعاد هدف گذاری، هماهنگی، رهبری، پاداش، نگرش کارکنان به تغییر و کل در وضعیت قوت ارزیابی گردید. بین ساختار سازمانی با نوع استخدام و بین هدف گذاری و هماهنگی با رسته شغلی رابطه معنادار آماری مشاهده شد. همچنین بین هماهنگی و مکانیسم پاداش با وضعیت تأهل نیز رابطه معنادار آماری مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** به طور کلی وضعیت محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه در شرایط قوت بود. هر چند که در دو بعد ارتباطات و ساختار سازمانی نیز می توان با اصلاح ساختار سازمانی و تقویت ارتباطات درونی، وضعیت محیط داخلی بیمارستان ها را هر چه بیشتر بهبود بخشید.

**کلمات کلیدی:** ارزیابی، محیط داخلی، بیمارستان، مدل وایزورد

**نویسنده مسئول:** فاطمه الله وردی سرآسیایی، [allahverdifi@mums.ac.ir](mailto:allahverdifi@mums.ac.ir)

آدرس: مشهد، خیابان دانشگاه، دانشگاه ۱۸، دانشکده بهداشت

۱- دکترای تخصصی، استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲- دکترای تخصصی، دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۳- دکترای تخصصی، استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۴- کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

#### مقدمه

وضعیت سازمان را انتخاب و بیمارستان را در جهت نیل به اهدافش یاری نماید (۶). با توجه به اهمیت تحلیل محیط داخلی در تصمیم گیری های سازمانی و برنامه ریزی، مدل های متفاوتی در این زمینه وجود دارد و مدیران بر اساس ویژگی های سازمان خود و اهداف تحلیل محیط داخلی، می توانند مناسب ترین مدل را انتخاب کنند (۷، ۱). مدل سازمانی وایزورد یکی از پرکاربردترین و بهترین ابزارهای تحلیل محیط داخلی سازمان محسوب می شود. این مدل منعکس کننده یک دیدگاه نظام مند جهت تجزیه و تحلیل روابط میان متغیرهای مؤثر بر مدیریت سازمان است و شش بعد را به عنوان ابعاد موفقیت و ارتقای کیفیت خدمات سازمانی ارائه می کند (۹، ۸). این شش بعد شامل هدف گذاری، ساختار سازمانی، رهبری، هماهنگی، ارتباطات، مکانیسم پاداش دهی می باشند و بعد نگرش کارکنان نسبت به تغییر به علت اهمیت آن بعداً به این مدل اضافه شده است (۴).

تاکنون مطالعات چندی با استفاده از مدل وایزورد جهت تحلیل محیط داخلی بیمارستان ها انجام شده است (۱۰، ۱). از جمله مطالعات انجام شده در این زمینه، مطالعه ای بود که با هدف ارزیابی محیط داخلی بیمارستان های آموزشی و درمانی شیراز در نیمه دوم سال ۱۳۸۴ انجام شد که در آن از مدل وایزورد برای ارزیابی محیط داخلی استفاده شد (۱۰). در مطالعه ای دیگر محیط داخلی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ با استفاده از این مدل

از تحلیل محیط داخلی سازمان به عنوان یک ضرورت جهت بهبود عملکرد یاد می شود و توصیه شده است مدیران به طور دورهای به انجام تحلیل محیط داخلی جهت شناخت نقاط قوت و ضعف سازمان مبادرت ورزند (۱). تحلیل محیط داخلی در بیمارستان ها که هماهنگ کننده، برنامه ریز و مجری ارائه خدمات سلامت در کشور به شمار می آیند، اهمیت به سزایی دارد. یکی از مراحل اصلی مدیریت بیمارستان، کسب شناختی همه جانبه و صحیح از سازمان بیمارستان و کارکردهای مختلف آن می باشد (۲). بیمارستان ها برای بهبود عملکرد خود باید تصویری روشن از شرایط محیط داخلی و خارجی خود داشته باشند تا بتوانند بر اساس آن تصمیمات درست و اثربخش اتخاذ نمایند (۳، ۴). تحلیل محیط داخلی فعالیتی پژوهشی و کاربردی است که با بکارگیری کارکنان، به عنوان ارزیابان برنامه های سازمان، بستری را فراهم می نماید تا علاوه بر اینکه به علت ماهیت مشارکتی و تعاملی آن باعث درک بهتر اهداف توسط مدیران و کارکنان گردد، توسعه و یادگیری در سازمان را نیز حمایت می کند و اطلاعات حیاتی، اساسی و مهمی را برای برنامه ریزی استراتژیک ایجاد می نماید (۵). همچنین ارزیابی محیط داخلی و خارجی، بیمارستان را قادر می سازد تا با شناسایی شایستگی های ویژه و کشف فرصت های رقابتی و همچنین شناسایی نقاط ضعف و کاهش موانع و تهدیدها، استراتژی های متناسب با

بیمارستان، درصدی از حجم نمونه نهایی برای هر بیمارستان مشخص گردید. در مرحله دوم، در سطح هر بیمارستان، ابتدا متناسب با تعداد کارکنان بالینی و غیر بالینی بیمارستان، دو طبقه ایجاد و تعداد نمونه ها در هر طبقه مشخص گردید. در مرحله سوم نمونه گیری در داخل هر طبقه به صورت تصادفی و بر اساس شماره پرونده پرسنلی کارکنان انجام شد. در این مطالعه به منظور تعیین وضعیت محیط داخلی بیمارستان ها از پرسشنامه وایزبورد استفاده شد. روایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تأیید شده است (۱۳). پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۸ بدست آمد که نشان دهنده پایایی پرسشنامه می باشد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول شامل هفت سؤال جهت تعیین متغیرهای دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوع استخدام، رسته شغلی و سطح شغلی بود. بخش دوم شامل ۳۵ سؤال بود که در هفت بعد هدف گذاری، ساختار سازمانی، رهبری، هماهنگی، ارتباطات، مکانیسم پاداش و نگرش به تغییر کارکنان به ارزیابی محیط داخلی می پرداخت (۱۳). در این پرسشنامه از کارکنان بیمارستان ها خواسته شد نظرات شان در مورد وضعیت بیمارستان شان در هر یک از ابعاد مذکور را با پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه که دارای یک مقیاس سنجش لیکرتی هفت گزینه ای لیکرت (۱=قویاً مخالفم، ۷=قویاً موافقم) بود، بیان نمایند.

جهت جمع آوری داده ها پژوهشگر با مراجعه مستقیم به بیمارستان های مورد مطالعه نسبت به توزیع پرسشنامه ها و سپس جمع آوری پرسشنامه های تکمیل شده اقدام نمود. داده ها با استفاده از روشه ای آماری توصیفی و آزمون های آماری ناپارامتریک (با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیرها) اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس تحلیل شد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شده و سطح معنی داری ۰/۰۵ ( $p \leq 0/05$ ) در نظر گرفته شد. وضعیت محیط داخلی بیمارستان ها بر اساس میانگین امتیازات کسب شده در هر یک از حیطه ها و در کل، در سه سطح ضعیف (امتیاز ۳/۹۵-۱)، خنثی (۳/۴-۹۶/۰۴) و قوی (۴/۷-۰۵) در نظر گرفته شد.

تحلیل گردید (۱). یافته های آن مطالعه نشان داد ساختار سازمانی و رهبری از نقاط ضعف و هدف گذاری از نقاط قوت محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه بودند. در یکی دیگر از مطالعات داخلی انجام شده در این زمینه، محیط داخلی بیمارستان شهید رجایی شهر گچساران با استفاده از این مدل مورد بررسی قرار گرفت (۱۱). همان گونه که مشاهده می شود، در بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه، تنها محیط داخلی یک یا چند بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند و در هیچ از این مطالعات همه بیمارستان ها تحت پوشش یک دانشگاه علوم پزشکی به صورت همزمان مورد ارزیابی قرار نگرفتند. علاوه بر این، به طور کلی تاکنون هیچ مطالعه ای در زمینه ارزیابی محیط داخلی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام نشده است. با توجه خلأ دانش موجود در این زمینه و همچنین اهمیت و ضرورت ارزیابی محیط داخلی بیمارستان ها، ما در این مطالعه بر آن شدیم که به بررسی وضعیت محیط داخلی بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد با استفاده مدل وایز بورد بپردازیم.

### روش بررسی

در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۹۵ انجام شد، جامعه پژوهش، با توجه به مدل وایزبرد که به ارزیابی محیط داخلی بر اساس نظرات کارکنان بیمارستان ها می پردازد، کلیه کارکنان بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. دوازده بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفتند شامل: امام رضا (ع)، قائم (عج)، دکتر شیخ، طالقانی، شهید هاشمی، ام البنین، امید، شریعتی، خاتم الانبیاء، منتصریه، شهید کامیاب و عدالتیان بودند. حجم نمونه، با توجه به یک مطالعه مشابه که در آن میانگین و انحراف معیار امتیاز کسب شده محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه برابر  $1/02 \pm$  ۳/۹۷ بود (۱۲) و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۰/۱۱، برابر ۳۳۰ نفر محاسبه گردید که با اضافه کردن ۱۰ درصد ریزش احتمالی به حجم نمونه محاسبه شده، حجم نمونه نهایی برابر ۳۶۰ نفر محاسبه گردید. در این پژوهش روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای دو مرحله ای بود. در مرحله اول متناسب با تعداد کارکنان هر

## یافته‌ها

میزان پاسخ به پرسشنامه (۳۲۹) ۹۱٪ بود. شصت و هشت درصد (۲۲۴) از شرکت کنندگان در این مطالعه زن و بقیه مرد بودند. هشتاد و دو درصد (۲۷۰) از افراد شرکت کننده متأهل بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در این مطالعه (۷۳/۷±) ۳۳/۹۸ سال بود. هفتاد و هشت درصد (۲۵۷) افراد شرکت کننده دارای مدرک کارشناسی و کمترین درصد (۷) ۲٪ دارای مدرک دکترا بودند. از لحاظ نوع استخدام بیشترین درصد (۱۱۶) ۳۵٪ شرکت کنندگان در این مطالعه قراردادی بودند. از لحاظ سطح شغلی (۳۱۷) ۹۶٪ از شرکت کنندگان جزو کارکنان عادی بوده و (۱۲) ۴٪ از شرکت کنندگان در جایگاه مدیریتی و یا سطوح سرپرستی مشغول به کار بودند، و از لحاظ رشته شغلی (۲۵۱) ۷۶٪ بالینی و (۷۸) ۲۴٪ غیر بالینی بودند.

در جدول ۱ وضعیت محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه آورده شده است. همان طور که در این جدول مشاهده می شود بیمارستان های مورد مطالعه در پنج بعد هدف گذاری، رهبری، هماهنگی، مکانیسم پاداش و نگرش کارکنان به تغییر در وضعیت قوت، در بعد ساختار سازمانی در وضعیت خنثی و در بعد ارتباطات در وضعیت ضعیف بودند. در جدول ۲ رابطه بین متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه و ابعاد محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه نشان داده شده است. همان طور که در این جدول مشاهده می شود رابطه آماری معناداری بین هماهنگی (p=۰/۰۲۵) و مکانیسم پاداش (p=۰/۰۰۱)، به عنوان ابعادی از محیط داخلی، با وضعیت تأهل شرکت کنندگان مشاهده گردید. رابطه بین متغیرهای شغلی و ابعاد محیط داخلی بیمارستانهای مورد مطالعه در جدول ۳ نمایش داده شده است. بر اساس یافته‌های این جدول بین نوع استخدام با بعد ساختار سازمانی (p=۰/۰۲۵)، و رشته شغلی با ابعاد هماهنگی (p=۰/۰۰۲) و هدف‌گذاری (p=۰/۰۰۳) رابطه آماری معنی دار مشاهده گردید. همچنین همان گونه که در این جدول مشاهده می شود بین سطح شغلی با همه ابعاد محیط داخلی بیمارستان و در کل (p=۰/۰۱)، بجز دو رهبری و ارتباطات، رابطه آماری معنی دار وجود داشت.

## بحث و نتیجه‌گیری

کسب موفقیت سازمانی در وهله نخست منوط به تعیین اهداف سازمانی مناسب است (۱۴). یافته های پژوهش حاضر نشان داد بیمارستان های مورد مطالعه در بعد هدف‌گذاری در وضعیت قوی قرار داشتند. به عبارتی دیگر در این بیمارستان ها اهداف و اولویت ها به خوبی تدوین و برای کارکنان تبیین شده و روشن بود. یافته های برخی دیگر از مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نشان داد که وضعیت محیط داخلی بیمارستان های مورد مطالعه در بعد هدف‌گذاری مطلوب و دارای قوت بوده است (۱۱، ۷، ۱). از جمله می‌توان به مطالعه ای اشاره کرد که در این زمینه بر روی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، و همچنین مطالعه دیگری که در بیمارستان شهید رجایی شهر گچساران انجام شد (۱۱، ۱). قوت در بعد هدف گذاری می تواند ناشی از اقدامات و برنامه های ابلاغی از سوی وزارت بهداشت مبنی بر الزام بیمارستان-های تابعه برای داشتن برنامه و اهدافی مدون باشد.

امروزه بیش از هر زمان دیگری کلیه سازمان ها، به ویژه سازمان های ارائه دهنده مراقبت های سلامت برای غلبه بر موانع پیش روی افزایش اثربخشی و کارایی شان نیازمند اعمال یک رهبری قوی در سطح سازمان می‌باشند (۱۵). در مطالعه‌ی حاضر نشان داده شد وضعیت بعد رهبری به طور کلی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد دارای قوت می‌باشد که یافته های مطالعه حاضر از این لحاظ با نتایج مطالعه ای که با هدف ارزیابی وضعیت محیط داخلی بیمارستان های منتخب شهر اصفهان انجام شده است همخوانی دارد (۴). همچنین یافته های مطالعه دیگری که با هدف بررسی وضعیت محیط داخلی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد نشان داد که در ۸۰ درصد این بیمارستان ها وضعیت رهبری دارای قوت بوده است (۱۰). یافته های مطالعه دیگری نیز در این زمینه که با هدف تعیین نقاط قوت و ضعف و فرصت ها و تهدیدهای نظام سلامت کشور استونی انجام شد نشان داد رهبری قوی مدیران تسهیلات سلامت این کشور، یکی از نقاط قوت نظام سلامت آن محسوب می‌شود (۱۶). با این وجود یافته‌های مطالعه حاضر از این لحاظ با یافته های مطالعه دیگری که بر روی بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی تهران انجام شد و نشان داد بعد هدف‌گذاری و رهبری در آن‌ها ضعیف

جدول ۱: وضعیت محیط داخلی بیمارستان های دانشگاه علوم

پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۵

ابعاد	امتیاز	وضعیت	
		ضعیف	قوی
هدف‌گذاری	۴/۴۵ (±۱/۱۶)	-	✓
ساختار سازمانی	۳/۹۶ (±۱/۲۸)	✓	-
رهبری	۴/۳۲ (±۱/۴۱)	-	✓
هماهنگی	۴/۵۰ (±۱/۱۰)	-	✓
ارتباطات	۳/۴۴ (±۱/۳۵)	✓	-
مکانیسم پاداش	۴/۳۳ (±۰/۹۹)	-	✓
نگرش به تغییر	۴/۴۲ (±۱/۰۲)	-	✓
کل	۴/۱۴ (±۱/۰۵)	-	✓

جدول ۲: رابطه بین متغیرهای دموگرافیک شرکت‌کنندگان و ابعاد محیط داخلی بیمارستان ها

ابعاد محیط داخلی	متغیرهای دموگرافیک							
	سن		جنس		وضعیت تأهل		سطح تحصیلات	
	r	-p مقدار	آماره	-p مقدار	آماره	-p مقدار	آماره	-p مقدار
هدف‌گذاری	-۰/۰۶۲	۰/۳۱۶	۷۷۹۹	۰/۲۳۸	۴۸۰۵	۰/۴۴۸	۱/۱۷	۰/۸۸۳
ساختار سازمانی	-۰/۰۱۰	۰/۸۷۰	۸۳۴۵	۰/۴۴۸	۵۰۲۰	۰/۱۰۷	۱/۲۳	۰/۸۷۲
رهبری	-۰/۰۷۷	۰/۲۲۱	۶۹۳۷	۰/۳۰۴	۴۳۸۰	۰/۱۳۴	۳/۱۱	۰/۵۳۸
هماهنگی	-۰/۱۰۷	۰/۰۸۲	۷۷۳۱	۰/۲۷۳	۴۴۱۰	۰/۰۲۵*	۰/۷۵	۰/۹۴۵
ارتباطات	-۰/۰۷۰	۰/۲۵۹	۷۰۴۹	۰/۰۷۸	۴۶۹۰	۰/۳۸۹	۲/۷۷	۰/۵۹۶
مکانیسم پاداش	-۰/۰۴۷	۰/۴۴۷	۷۶۵۶	۰/۶۱۰	۳۸۸۰	۰/۰۰۱*	۲/۳۸	۰/۶۶۶
نگرش به تغییر	-۰/۰۹۴	۰/۱۳۴	۷۰۳۶	۰/۱۳۷	۴۸۳۲	۰/۸۰۲	۴/۷۵	۰/۳۱۳
کل	-۰/۰۶۴	۰/۲۷۶	۸۷۸۵	۰/۰۹۰	۵۴۰۳	۰/۰۶۱	۱/۱۷	۰/۸۸۳

\* $p \leq 0.05$

جدول ۳: رابطه بین متغیرهای شغلی شرکت‌کنندگان و ابعاد محیط داخلی بیمارستان‌ها

ابعاد محیط داخلی	نوع استخدام		متغیرهای شغلی	
	آماره	p-مقدار	آماره	p-مقدار
هدف‌گذاری	۰/۷۴	۰/۸۶۳	۵۳۶۲	۰/۰۰۳*
ساختار سازمانی	۹/۳۶	۰/۰۲۵*	۶۷۴۹	۰/۳۷۵
رهبری	۴/۲۳	۰/۲۳۸	۵۱۴۰	۰/۰۶۵
هماهنگی	۲/۷۰	۰/۴۳۹	۵۲۷۹	۰/۰۰۲*
ارتباطات	۶/۰۸	۰/۱۰۸	۶۱۰۰	۰/۳۶۷
مکانیسم پاداش	۶/۵۴	۰/۰۸۸	۶۱۷۰	۰/۲۸۷
نگرش به تغییر	۷/۴۲	۰/۰۵۹	۵۹۰۷	۰/۳۷۰
کل	۵/۸۱	۰/۱۲۱	۷۲۵۸	۰/۱۰۳

\* $p \leq 0.05$ 

برقراری ارتباطاتی اثر بخش در محیط‌های بهداشتی-درمانی، به ویژه بیمارستان‌ها که با حیات انسان‌ها سر و کار دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۹). ارتباطات تنها بعدی از ابعاد محیط داخلی بیمارستان‌ها بود که در مطالعه حاضر ضعیف ارزیابی گردید. یافته‌های مطالعه حاضر از این لحاظ با مطالعه ای مشابه در این زمینه تناقض دارد (۱۰). در مطالعه مذکور وضعیت ارتباطات در بیشتر از ۶۰ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه مطلوب و به عنوان نقطه قوت ارزیابی گردید. این امر می‌تواند ناشی از تفاوت بعد ساختار سازمانی در بیمارستان‌های مورد مطالعه در دو پژوهش باشد. ساختار سازمانی در مطالعه مذکور در وضعیت قوی ارزیابی گردید در حالی که در مطالعه حاضر ساختار سازمانی در وضعیت خنثی قرار داشت. همان‌گونه که می‌دانیم وجود یک ساختار سازمانی قوی و مطلوب، یعنی مشخص بودن سلسله مراتب سازمانی و کانال‌های ارتباطی زیر بنای اصلی برقراری ارتباطاتی مناسب و اثر بخش در هر سازمانی می‌باشد (۶). یافته‌های مطالعه Mathis نشان داد بهبود مهارت‌های ارتباطاتی در سازمان می‌تواند اثربخشی را افزایش داده و مانع از تحمیل هزینه‌های اضافی گردد (۲۰). هماهنگی درون سازمانی در بیمارستان‌ها، یعنی هماهنگی بین فعالیت‌ها و فرآیندهای مختلف کاری که در بیمارستان

می‌باشند تناقض داشت (۱). علت این تناقض می‌تواند تفاوت مکانی، جامعه مورد مطالعه و به طور شیوه‌های مدیریتی متفاوت حاکم بر دو مجموعه بیمارستان‌های مورد مطالعه باشد. در این پژوهش وضعیت ساختار سازمانی بیمارستان‌های مورد مطالعه خنثی ارزیابی گردید. در مطالعه دو مطالعه مشابه دیگر نیز وضعیت ساختار سازمانی بیمارستان‌های مورد مطالعه خنثی یا ضعیف ارزیابی گردید (۱۲، ۴). ساختار سازمانی نامطلوب بیشتر بیمارستان‌ها می‌تواند تا حدودی ناشی از عدم وجود یک ساختار سازمانی استاندارد و یکسان برای همه بیمارستان‌ها، و همچنین تغییرات بعضاً بر اساس نظرات شخصی و نه کارشناسانه و علمی در ساختارهای سازمانی استاندارد موجود باشد. ساختار سازمانی از آن جهت حایز اهمیت است که ابزاری است در دست مدیر سازمان که بوسیله آن می‌تواند کل سازمان به صورت یک مجموعه واحد در جهت تحقق اهداف سازمان هدایت نماید (۱۷). علاوه بر این برخورداری از ساختاری مناسب موجب رضایت کاری بیشتر کارکنان نیز می‌گردد. یافته‌های مطالعه دیگری در این زمینه نشان داد تغییر و بهبود ساختار بخش اورژانس یک بیمارستان باعث افزایش رضایت شغلی کادر بالینی بخش گردید (۱۸).

بیمارستان ها رابطه آماری معنی داری داشت. یعنی افرادی که در جایگاه های مختلف مدیریتی (اعم از سرپرستار، سوپروایزر، مترون و یا مدیر) بیمارستان بودند ارزیابی بهتری و مثبت تری از وضعیت محیط داخلی بیمارستان داشتند. آگاهی بیشتر نسبت به وضعیت محیط داخلی مجموعه تحت مدیریت، و یا شاید نگرش مثبت، و البته سوگیرانه نسبت به وضعیت بیمارستان مطبوع، می توانند دلایل وجود چنین رابطه ای باشد.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به عدم تمایل اولیه کارکنان بیمارستان ها جهت مشارکت در مطالعه اشاره نمود. البته پرسشگر با ارائه توضیحات تکمیلی در خصوص مزایا و منافی که شرکت در این مطالعه می تواند برای بهبود عملکردی بیمارستان ها داشته باشد، تا حدود زیادی این مشکل را بر طرف نمود.

به طور کلی بیمارستان های مورد مطالعه در این پژوهش از لحاظ وضعیت محیط داخلی در بیشتر ابعاد و در کل در وضعیت قوت بودند. هر چند که در دو بعد ارتباطات و ساختار سازمانی وضعیت ضعیف و خنثی ارزیابی گردید. به طور کلی در این دو بعد نیز می توان با اصلاح ساختار سازمانی و تقویت ارتباطات درونی، وضعیت محیط داخلی بیمارستان ها را در راستای دستیابی بهتر به مأموریت ها و اهداف شان هر چه بیشتر بهبود بخشید.

### سپاسگزاری

تیم پژوهش از کلیه مدیران و کارکنان بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در این مطالعه شرکت کردند کمال تشکر را می نماید. این مطالعه بخشی از پایان نامه دانشجویی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۵۰۷۰۵ و کد اخلاقی IR.MUMS.REC.1395.351 بود.

### منابع

1. Safarani S, Arab M, Rahimi A, Ahangar A, Fayazbakhsh S. Internal Environment Analysis of Tehran University of Medical Sciences Hospitals Based on Wiseboard Model. *Journal of Payavard Salamat* 2012; 6(2): 101-9. [Persian]
2. Griffin D. Hospitals: What they are and how they work: *Jahade Daneshghahi*; 2009.

انجام می شود، از اهمیت به سزایی برخوردار است (۲۱). یافته های یک مطالعه در این زمینه نشان داد زمانی که هماهنگی درون سازمانی مطلوبی در بیمارستان ها برقرار باشد بر ابعاد عملکردی بیمارستان از جمله متوسط زمان اقامت بیمار تأثیر مثبتی داشته و باعث کوتاه تر شدن آن می گردد (۲۱). یافته های پژوهش حاضر حاکی از قوت بیمارستان های مورد مطالعه در بعد هماهنگی بود. در پژوهش مشابه دیگری نیز وضعیت هماهنگی در بیمارستان مورد مطالعه دارای قوت بود (۲۲). در این مطالعه میانگین نمرات به دست آمده در بعد مکانیسم پاداش نشان دهنده قوت بیمارستان های مورد پژوهش در این زمینه می باشد. نتایج پژوهش حاضر از این بعد با نتایج دو مطالعه دیگر در این زمینه مطابقت دارد (۲۳، ۲۲). با این وجود یافته های چندین مطالعه مشابه در این زمینه نشان داده است به طور کلی کارکنان از نظام های پاداش و حقوق و دستمزد موجود ناراضی بوده و آن ها را ناعادلانه می دانند (۲۴، ۲۵). این تناقض می تواند ناشی از زمان متفاوت انجام مطالعات باشد. زمان انجام مطالعاتی که نشان دهنده قوت مکانیسم پاداش بودند بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت بود، ولی زمان انجام مطالعاتی که نشان دهنده وضعیت ضعیف مکانیسم پاداش بودند قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت بود. افزایش محسوس تعرفه های خدمات سلامت، که باعث افزایش نسبی حقوق و مزایای تقریباً همه کارکنان بیمارستان در همه رده ها گردید می تواند علت این مسئله باشد (۲۶).

یافته های این مطالعه نشان داد بین وضعیت تأهل شرکت کنندگان و ارزیابی آن ها از ابعاد هماهنگی و مکانیسم پاداش رابطه آماری مستقیم معنی دار وجود دارد. با توجه به اینکه می توان گفت به طور کلی افراد مجرد شرکت کنندگان در مطالعه، نسبت به متأهل ها جوان تر بوده و از تجربه کاری کمتر، حجم کاری بیشتر و همچنین جایگاه های شغلی پایین تری برخوردار بودند، لذا نه تنها پاداش و حقوق و دستمزد کمتری دریافت کرده و به تبع رضایت و ارزیابی ضعیف تری از نظام پاداش بیمارستان داشتند، بلکه به طور کلی با فرآیندها و ساز و کارهای هماهنگی در بیمارستان نیز کمتر آشنا بوده و لذا ارزیابی پایین تری از این بعد داشتند. در مطالعه حاضر سطح شغلی شرکت کنندگان در مطالعه تقریباً با همه ابعاد (بجز رهبری و ارتباطات) و وضعیتی کلی محیط داخلی

3. Karppi I, Kokonen M, Lahteenmaki S. SWOT analysis as a basis for regional strategies. [Available from: <http://eurolocal.info/sites/default/files/wp0104.pdf>.
4. Shams L, Atighechian G, Farahabadi S. Assessing the Internal Environment of Organization from the Perspective of Nursing Community in Selected Hospitals of Isfahan, Iran. *Health Inf Manage* 2013; 9(7): 1039-46. [Persian]
5. Ghanepour M, Kavari S, Pour-mohammadi B, Homami S. Internal Evaluation of Public Health Department of Semnan University of Medical Sciences. *Koomesh* 2010; 12(2): 104-16. [Persian]
6. Heidari S, Akbari F, Hoseini S, Purreza A, et al. The Relationship Between the Three Dimensions of Organizational Information Technology in Selected Hospitals in Tehran University of Medical Sciences. *Health Information Management* 2011; 7(4): 379-89.
7. Mirzamohammadi-Teimorloue F, Khadivi A, Khodaei A, Pashaeifar A, et al. Identifying and Analyzing Internal Strengths and Weaknesses of Shohada and Razi Hospitals. *Depiction of Health* 2016; 7(3): 22-30. [Persian]
8. Preziosi R. Organizational diagnosis questionnaire [Available from: <https://www.scribd.com/doc/137210906/Preziosi-Organ-Diagnosis-Questionnaire-ODQ>.
9. Weisbord M. Organizational diagnosis, six places to look for trouble with or without a theory. *The Journal of Group and Organizational Management*. 1978; 1(4): 430-47.
10. Vatankhah S, Bahrami M. An Assessment on Internal Teaching-Curative Hospital Environment According Wiseboard's Six-Dimensions Model. *Journal of Health Administration* 2008; 10(30): 7-14. [Persian]
11. Masoudian E, Sadeghifar J, Masoudian Y, Salehi M, et al. Assessment Of The Internal Environment Of Gachsaran's Shahid Rajai Hospital Using Weisbord Organizational Diagnosis Model. *Journal of Payavard Salamat* 2013; 6(5): 376-82. [Persian]
12. Sharifi M, Khosravi B, Hojabri R, Forootan S, et al. Relation Analysis Between Internal Environment and Organizational Success Dimensions in Hospital. *Journal of Hospital* 2015; 14(4): 75-82.
13. Kabir M, Heidari A, Jafari N, Honarvar M, et al. Internal Environment Assessment of Hospitals in Gorgan and Gonbad-e Qabus Cities, Iran, According to Weisbord's Six-Dimension Model. *J Mazand Univ Med Sci* 2014; 23(108): 123-32. [Persian]
14. Pobkeeree V, Na-Nongkhai S, Vittayanan S. Organizational diagnosis of a regional medical sciences center in northern Thailand. *International Journal of Health Sciences and Research* 2015; 5(2): 335-42.
15. Lourenco M, Shinyashiki G, Trevizan M. Management and leadership: analysis of nurse manager's knowledge. *Revista Latino-americana de enfermagem* 2005; 13(4): 469-73.
16. Habicht J. Estonian health system SWOT analysis. Geneva, Switzerland; 2006.
17. Daft R. *Organization Theory and Design*. Tenth ed. USA: Joe Sabatino 2008.
18. Lin B, Hsu C, Juan C, Lin C, et al. The role of leader behaviors in hospital-based emergency departments' unit performance and employee work satisfaction. *Soc Sci Med* 2011; 72(2): 238-46.
19. Burke M, Boal J, Mitchell R. Communicating for better care: improving nurse-physician communication. *The American Journal of Nursing* 2004; 104(12): 40-7.
20. Mathis R. Building bridges through effective communication. *Supervision* 2007; 68(10): 3.
21. Gittle J, Fairfield K, Bierbaum B, Head W, et al. impact of relational coordination on quality of care post operative pain and functioning, and length of stay. *Medical Care* 2009; 38(8): 807-19.
22. Darvish H, Kermani B, Kolivand P. Internal Environmental Analysis of Khatam Anbia Hospital Based on Weisbord's Organizational Diagnosis Model. *Shefaye Khatam* 2014; 2(2): 11-8. [Persian]



23. Nasiripour A, Raeissi P, Yazdani N. Analysis Internal Factors of Hospitals Affiliated with Kurdistan University of Medical Science Based on Weisberg's Six-Box Model and Its Relation to Their Crisis Preparedness. *Journal of Hospital* 2013; 12(3): 55-63. [Persian]
24. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, et al. Organizational Justice and Responsiveness in Selected Private and Public Hospitals of Isfahan, Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2012; 9(4): 11-20. [Persian]
25. Raeissi P, Mohebbifar M. Job Motivators From the Employees and Managers Point of View in Teaching Hospitals Affiliated to Qazvin University of Medical Sciences. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2006; 10(1): 101-8. [Persian]
26. Emami Razavi S. Health system reform plan in Iran: Approaching Universal Health Coverage. *Hakim Health Sys Res* 2016; 18(4): 329-35. [Persian]