



عنوان:

طراحی مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی
(مورد مطالعه: حضرت رقیه)

نگارنده:

میثم جودی کوک ارخج

خرداد، ۱۴۰۳

فهرست مطالب

فصل اول:	۱
معرفی و کلیات پژوهش	۱
۱-۱- مقدمه	۲
۲-۱- بیان مسئله	۳
۳-۱- اهمیت و ضرورت انجام پژوهش	۵
۴-۱- اهداف پژوهش	۶
۵-۱- فرضیات پژوهش	۶
۷-۱- قلمرو تحقیق	۷
۸-۱- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی	۷
مقدمه	۹
بخش اول- مبانی نظری تحقیق	۹
۱-۱-۲- تغییر ماهیت کار و فراخوان سلامت سازمانی	۹
۲-۱-۲- سیر تاریخی مفهوم‌پردازی سلامت سازمانی	۱۱
۳-۱-۲- تعاریف سلامت سازمانی	۱۲
۴-۱-۲- پیامدهای سلامت سازمانی	۱۴
۵-۱-۲- سنجش سلامت سازمانی	۱۵
۱-۵-۱-۲- شاخص سلامت سازمانی مایلز	۱۶
۲-۵-۱-۲- شاخص سلامت سازمانی علائی و همکاران (۲۰۲۴)	۱۹
۳-۵-۱-۲- چارچوب سلامت سازمانی هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)	۲۰
۴-۵-۱-۲- شاخص رفتار سلامت سازمانی جعفری و همکاران (۲۰۲۳)	۲۲
۵-۵-۱-۲- شاخص رفتار سازمانی دوناگای و داگلی (۲۰۲۰)	۲۲
۶-۱-۲- نشانه‌های یک سازمان سالم	۲۳
۱-۶-۱-۲- رهبری	۲۳
۲-۶-۱-۲- فرهنگ یادگیری	۲۴
۳-۶-۱-۲- کیفیت کار	۲۵
۴-۶-۱-۲- شیوه‌های منابع انسانی	۲۶
۷-۱-۲- پیشران‌های سلامت سازمانی	۲۶
۱-۷-۱-۲- آگاهی استراتژیک و سلامت سازمانی	۲۷

۲۷	۲-۷-۱-۲- قدردانی و سلامت سازمانی
۲۷	۳-۷-۱-۲- ارتباطات و سلامت سازمانی
۲۸	۴-۷-۱-۲- ارتباطات داخلی و سلامت سازمانی
۲۹	۵-۷-۱-۲- درگیری و سلامت سازمانی
۲۹	۶-۷-۱-۲- پرسونای کارمند و سلامت سازمانی
۲۹	۷-۷-۱-۲- صدای کارمند و سلامت سازمانی
۳۰	۲-۱-۸- سلامت سازمانی در سازمان‌های بهداشتی
۳۱	بخش دوم- مبانی تجربی تحقیق
۳۱	۱-۲-۲- سابقه تحقیقات مشابه داخلی
۳۵	۲-۲-۲- سابقه تحقیقات مشابه خارجی
۴۳	۲-۲-۳- جمع‌بندی از پیشینه
۴۵	فصل سوم
۴۵	روش‌شناسی پژوهش
۴۶	مقدمه
۴۶	۱-۳- روش پژوهش
۴۶	۲-۳- فرایند انجام تحقیق
۴۷	جدول ۱-۳- مؤلفه‌های مدل سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی
۴۸	۳-۳- جامعه آماری تحقیق
۴۸	۴-۳- تعیین اندازه نمونه و روش نمونه‌گیری
۴۹	۵-۳- روش و ابزار گردآوری داده‌ها
۴۹	۶-۳- ابزار گردآوری داده‌ها
۴۹	۱-۶-۳- پرسشنامه دلفی
۵۰	۲-۶-۳- پرسشنامه ساختار تفسیری
۵۰	۷-۳- اعتبار ابزار
۵۰	۱-۷-۳- روایی ابزار پژوهش
۵۱	۲-۷-۳- پایایی ابزار
۵۱	جدول ۲-۳- ضریب پایایی مصاحبه‌ها
۵۲	۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۲	۱-۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش دلفی
۵۳	شکل ۱-۳- چارچوب نظری تکنیک دلفی در تحقیقات کیفی
۵۳	۲-۸-۳- روش مدلسازی ساختاری تفسیری
۵۴	شکل ۲-۳- مراحل اجرای تکنیک ISM
۵۴	۱-۲-۸-۳- تعیین متغیرهای مورد استفاده در مدل
۵۵	۱-۱-۲-۸-۳- به‌دست آوردن ماتریس ساختاری خودتعاملی (SSIM)

۵۵	جدول ۳-۳- علائم و نمادهای مورد استفاده جهت شناسایی روابط
۵۵	۳-۸-۲-۱- قانون تصمیم‌گیری گروهی
۵۶	۳-۸-۲-۱- ماتریس دستیابی
۵۶	۳-۸-۲-۱-۴- سازگار کردن ماتریس دستیابی
۵۷	۳-۸-۲-۱-۵- تعیین روابط و سطح بندی ابعاد و شاخص‌ها
۵۸	۳-۹- جمع بندی
۵۹	فصل چهارم-
۵۹	تجزیه و تحلیل داده‌ها
۵۹	مقدمه
۶۰	۴-۱- مشخصات فردی نمونه آماری
۶۰	۴-۱-۱- جنسیت نمونه آماری
۶۰	جدول ۴-۱- توزیع فراوانی و درصدی جنسیت مشارکت‌کنندگان
۶۱	۴-۱-۲- محاسبات دلفی
۶۱	۴-۱-۲-۱- دلفی دور اول
۶۱	جدول ۴-۲- میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها در مرحله اول دلفی
۶۲	جدول ۴-۳- ضریب هماهنگی کندال مرحله اول
۶۲	۴-۱-۲-۲- دلفی دور دوم
۶۲	جدول ۴-۴- میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها در مرحله دوم دلفی
۶۳	جدول ۴-۵- ضریب هماهنگی کندال مرحله دوم
۶۳	۴-۱-۲-۳- دلفی دور سوم
۶۳	جدول ۴-۶- میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها در مرحله سوم دلفی
۶۴	جدول ۴-۷- ضریب هماهنگی کندال مرحله سوم
۶۴	۴-۱-۲-۴- نتیجه نهایی پانل دلفی
۶۵	شکل ۴-۱- طراحی مدل سلامت سازمانی
۶۶	۴-۲- م‌دسازی ساختاری تفسیری (ISM)
۶۶	جدول ۴-۸- تعریف نمادها
۶۷	۴-۱-۲- تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری
۶۷	جدول ۴-۹- حالت‌ها و علائم مورد استفاده در بیان رابطه متغیرها
۶۸	جدول ۴-۱۰- ماتریس خودتعاملی ساختاری
۶۸	۴-۲-۲- تشکیل ماتریس دریافتی
۶۹	جدول ۴-۱۱- ماتریس دریافتی متغیرها
۶۹	۴-۲-۳- ایجاد ماتریس دسترسی نهایی
۷۰	جدول ۴-۱۲- ماتریس دسترسی نهایی متغیرها
۷۰	۴-۲-۴- تعیین روابط و سطح بندی ابعاد و شاخص‌ها

۷۱	جدول ۴-۱۳-مجموعه ورودی‌ها و خروجی‌ها برای تعیین سطح.....
۷۲	شکل ۴-۲- ارائه مدل سلامت سازمانی
۷۳	فصل پنجم.....
۷۳	نتیجه‌گیری و پیشنهادات.....
۷۴	۱-۵ مقدمه.....
۷۴	۲-۵ خلاصه پژوهش.....
۷۴	۳-۵ بحث و نتیجه‌گیری.....
۸۰	۴-۵ پیشنهادها.....
۸۰	۱-۴-۵ پیشنهادات حاصل از نتایج پژوهش
۸۱	۵-۵ پیشنهادهای پژوهشی برای محققان آتی
۸۱	۶-۵-محدودیت‌های تحقیق.....
۸۲	۷-۵ خلاصه فصل.....
۸۳	منابع.....
۸۸	پیوست ۱: پرسشنامه.....
۹۱	پیوست ۲: خروجی نرم افزار.....

چکیده

سلامت اداری نقشی حیاتی در ارتقای کیفیت خدمات و تضمین حقوق بیماران و مراجعین ایفا می‌کند و از آنجایی که مراکز بهداشتی و درمانی متولیان حفظ و ارتقای سلامت جامعه هستند، سلامت اداری در این مراکز از اهمیتی دوچندان برخوردار است. این امر نه تنها به افزایش تعهد و انگیزه کارکنان منجر می‌شود، بلکه فرصت‌های نوآوری را نیز به ارمغان می‌آورد و در نهایت موفقیت سازمان را تضمین می‌کند. لذا در این پژوهش به طراحی مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی می‌پردازیم. این پژوهش از نظر فلسفه پژوهش پارادایم خرد گرایی، هدف کاربردی از نظر روش در زمره تحقیقات اکتشافی قرار دارد. پژوهش حاضر در سه بخش کیفی (تحلیل محتوا، دلفی و ساختار تفسیری) صورت گرفت. با مرور ادبیات نظری، مولفه‌های مدل شناسایی شدند. این بخش با استفاده از روش تحلیل محتوای مقوله‌ای صورت گرفت و همچنین جهت تایید و اجماع مولفه‌ها، عوامل مستخرج از ادبیات از طریق پرسشنامه دلفی به قضاوت خبرگان گذاشته شدند. جامعه آماری در بخش دلفی شامل ۱۵ نفر از خبرگان که به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند انتخاب شدند. میتوان نتیجه‌گیری کرد که سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی، نقشی حیاتی در ارائه خدمات با کیفیت به بیماران و مراجعان ایفا می‌کند. با ارتقای سلامت اداری در این مراکز، می‌توان شاهد افزایش کارایی، اثربخشی، رضایت بیماران و کارکنان و در نهایت، ارتقای سطح سلامت جامعه بود. تحقق سلامت اداری در این مراکز، نیازمند تلاش و همکاری همه جانبه مسئولان، مدیران، کارکنان و سایر ذینفعان است. با اتخاذ تدابیر مناسب و اجرای راهکارهای ارائه شده در این مقاله، می‌توان گامی بلند در جهت ارتقای سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی برداشت و به نفع نظام سلامت کشور عمل کرد.

واژگان کلیدی: سلامت سازمانی، مراکز بهداشتی و درمانی، حضرت رقیه

فصل اول:

معرفی و کلیات پژوهش

طراحی یک مدل ساختاری تفسیری در زمینه سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی، به عنوان یک موضوع اساسی و حیاتی، در راستای بهبود کیفیت خدمات و افزایش بهره‌وری سازمانی این مراکز از اهمیت بسزایی برخوردار است. امروزه، در دنیای پیچیده و پویای بهداشت و درمان، اداره‌ی سلامت با چالش‌های فراوانی روبه‌رو است که نیازمند رویکردهای نوآورانه و جامع برای مدیریت و بهبود آنها است. مطالعات نشان می‌دهند که ساختار سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی، به طور مستقیم بر کیفیت خدمات ارائه شده، رضایت بیماران، و حتی بهره‌وری کارکنان تأثیرگذار است. در این راستا، توسعه و ارتقاء مدل‌های ساختاری مناسب، می‌تواند به عنوان یک ابزار کارآمد در بهبود عملکرد و بهره‌وری سازمانی، توسط مدیران و تصمیم‌گیران این مراکز مورد استفاده قرار گیرد. در این مطالعه، با تمرکز بر مرکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه، تلاش می‌شود تا یک مدل ساختاری تفسیری برای سلامت اداری طراحی و پیاده‌سازی گردد. این مدل می‌تواند به عنوان یک چارچوب تحلیلی و عملی برای مدیران و کارکنان این مرکز عمل کند و در بهبود فرآیندها و ارتقاء کیفیت خدمات سلامتی به مردم خدمت کند. در این راستا، ارتباطات میان اعضای سازمانی، سیاست‌ها و راهبردهای مدیریتی، و نحوه‌ی ارتباط با بیماران و جامعه محلی، می‌تواند به عنوان مولفه‌های کلیدی مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در نظر گرفته شوند. در فصل حاضر به بررسی کلیات پژوهش پرداخته شده است. در این راستا در ابتدا مساله تحقیق بررسی شده تا دلیل پرداختن به موضوع مشخص شود. همچنین در ادامه اهمیت و ضرورت تحقیق و مزیت که تحقیق حاضر در راستای رفع خلأهای کاربردی و تحقیقاتی دارد، مورد بررسی قرار گرفته است. در ادامه ضمن بیان اهداف تحقیق، فرضیات تحقیق بیان شدند. همچنین قلمرو تحقیق از حیث موضوعی، زمانی و مکانی و نوآوری تحقیق در این فصل بیان شده است. در نهایت نیز واژگان اصلی تحقیق به صورت مفهومی و عملیاتی مورد بررسی قرار گرفته و ساختاری از تحقیق ارائه گردید.

از جمله چالش‌های مهم در مدیریت سازمانها^۱ به خصوص سازمان‌های دولتی - بروز پدیده فساد اداری است. فساد اداری به اقداماتی اطلاق می‌شود که ناشی از بکارگیری قدرت و توان سازمانهای دولتی یا وابسته به دولت برای کسب منافع مالی فردی یا گروهی است. نتایج فساد اداری به‌طور طبیعی مخالف مصالح و منافع آحاد مردم است (تافولی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق تعریف بانک جهانی و سازمان شفافیت بین الملل، فساد سوء استفاده از اختیارات دولتی (قدرت عمومی) برای کسب منافع شخصی (خصوصی) است که این تعریف مورد توافق عمومی در جهان است. فساد پدیده‌ای جهان شمول بوده و همه کشورها به درجات متفاوت با این معضل مواجه هستند به طوری که سازمان شفافیت بین المللی کشورها را بر اساس میزان فساد همه ساله رتبه بندی نموده و اعلام می‌کند. فساد اداری نیز به تبع از مفهوم عمومی فساد از مشکلات مبتلا به کشورها بویژه کشورهای جهان سوم و به تبع از آنها کشور ایران می‌باشد. علیرغم وجود تأکیدات بین امللی و برنامه های متعدد کشوری برای جلوگیری از فساد اداری، هنوز نگرانیها و چالشهای زیادی در این زمینه وجود دارد. این نگرانیها و چالشها و دغدغه های ناشی از آن، هزینه های زیادی را سالانه برای سازمانهای متولی پیشگیری از وقوع فساد اداری تحمیل می‌کند. این هزینه ها افزون بر هزینه های سرسام آور ناشی از این فساد در نظام اداری است (فرجی ها و همکاران، ۱۳۹۳). فساد اداری از جمله پدیده‌های سازمانی است که روند توسعه کشورها را به طور چشمگیر با مشکل رو برو می‌سازد. در خصوص فساد اداری اصولاً تعریف قابل قبول همگانی وجود ندارد و معمولاً به گونه‌های متفاوتی با موضوع فساد اداری برخورد می‌شود. اما آنچه که راجع به آن اتفاق نظر وجود دارد این است که فساد اداری، نوعی هنجار شکنی و تخطی از هنجارهای اخلاقی و قانونی در عملکرد اداری و سازمانی است و از این روست که فساد اداری و تعریف آن تابعی از هنجارهای مورد قبول در هر جامعه و فرهنگ می‌شود (فارمانووا^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). در دهه‌های اخیر شواهد فراوانی به دست آمده است که نشان می‌دهد فساد اداری، در تمام زمینه‌ها اثرات نامطلوبی

¹ Tafolli

² Farmanova

را بر جای می‌گذارد. فساد، تأثیری منفی، زیان‌آور و محروم‌کننده بر سرمایه‌گذاری و رشد اقتصادی، عملکرد نظام اداری، و کارایی و توسعه سیاسی کشورها دارد. استمرار و دوام فساد در یک کشور، به بروز مشکلات اقتصادی و بر باد رفتن منابع عمومی می‌انجامد؛ کارایی عملکرد دولت را کاهش می‌دهد؛ بر اخلاق عمومی در زمینه خدمات عمومی تأثیر منفی می‌گذارد؛ تلاش‌ها برای اصلاحات اداری و مقیاس‌های حسابرسی را با مشکل مواجه می‌سازد؛ و نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی را افزایش می‌دهد (کوردیس و میلیو^۱، ۲۰۱۶). همچنین فساد اداری، بی‌ثباتی و توسعه‌نیافتگی سیاسی را افزایش می‌دهد. به‌طور خلاصه، فساد مانع رشد اقتصادی می‌شود؛ شور کارآفرینی را فرو می‌نشاند؛ باعث سوءاستفاده از منابع کمیاب ملی می‌گردد؛ توانایی‌های اداری را ضعیف می‌سازد؛ به فروپاشی سیاسی کمک می‌کند؛ و ثبات، دموکراسی و انسجام ملی را از بن ویران می‌سازد (شیریان و همکاران، ۱۴۰۰). فساد اداری یکی از عوامل اصلی عدم اطمینان افشار مختلف به سازمانها است. و از سوی دیگر باعث عدم کارایی مناسب کارکنان چنین سازمانهایی می‌گردد. مهمترین دلایل فساد اداری را می‌توان عدم آشنائی کارکنان، تفاوت سطح حقوق و دستمزد، عدم آشنائی با مقررات، رسوم غلطی که به‌صورت عرف درآمده است، نداشتن نظام و عدم گرایش به نظام، نداشتن تخصص لازم، شاغل‌گرایی، فضای نامناسب در سازمان‌ها، شبکه‌های گسترده ارتباطی غیررسمی، ایجاد شغل‌های کاذب، دگرگونی‌های سریع اجتماعی، و عدم اطلاع‌رسانی به موقع دانست. پس نخستین گام جهت برقراری یک نظام اداری سالم در گرو شناسایی عوامل ایجادکننده فساد اداری بوده و قطعا چنین تحقیقاتی کمک شایانی به این مهم خواهد نمود (موسوی دوست، ۱۳۹۸). علیرغم پیشرفتهای چشمگیر در استانداردهای کلی نظام سلامت، در بیمارستانهای کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، فساد در حال گسترش است و راهکارهای مقابله با آن روز به روز سخت تر و پیچیده تر میشود. از یک سو، پرداختهای غیر رسمی، از عوامل مهم ایجاد فساد در بیمارستانها است. از طرف دیگر، هنوز اطلاعات غیر محرمانه بسیاری از مراکز درمانی و سلامت برای عموم قابل رویت نیست. رکن اصلی در رصد و پایش هزینه های خدمات درمانی

¹ Cordis & Milyo

انجام شده، شفافیت، پایش مستمر و الکترونیک آنها است. در سازمان هایی که اصل پنهان کاری و محرمانگی حکم فرما باشد پیامدی چون فساد را به همراه دارد. شفافیت در عملکرد یک سازمان ناشی از تجلی فرهنگ شفافیت در جامعه است و عواملی چون تغییر نگرش جامعه و کاربرد فناوری اطاعات مناسب، سبب ایجاد شفافیت پاسخگویی خواهد شد. نقش ها و مسئولیت ها در بیمارستان بین تنظیم کنندگان، پرداخت کنندگان ارائه دهندگان مراقبت های سلامت به گونه ای است که زمینه فساد اداری را در مراکز درمانی فراهم می کند. با توجه به وضعیت نامطلوب بیمارستان ها و مراکز بهداشتی کشور از لحاظ سلامت اداری، از این رو سوال اصلی تحقیق به این صورت مطرح می شود:

طراحی مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی (مورد مطالعه: حضرت رقیه) چگونه است؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت انجام پژوهش

اهمیت و ضرورت این پژوهش را می توان از دو منظر نظری و کاربردی مورد بحث قرار داد. از دیدگاه تئوریک، فساد اداری یکی از عوامل اصلی عدم اطمینان اқشار مختلف به سازمانها است. و از سوی دیگر باعث عدم کارایی مناسب کارکنان چنین سازمانهایی می گردد. مهمترین دلایل فساد اداری را می توان عدم آشنائی کارکنان، تفاوت سطح حقوق و دستمزد، عدم آشنائی با مقررات، رسوم غلطی که به صورت عرف درآمد است، نداشتن نظام و عدم گرایش به نظام، نداشتن تخصص لازم، شاغل گرایی، فضای نامناسب در سازمانها، شبکه های گسترده ارتباطی غیررسمی، ایجاد شغل های کاذب، دگرگونی های سریع اجتماعی، عدم اطلاع رسانی به موقع دانست. پس نخستین گام جهت برقراری یک نظام اداری سالم در گرو شناسایی عوامل فسادخیز بوده و قطعاً چنین تحقیقاتی کمک شایانی به این مهم خواهد نمود. از سوی دیگر با بررسی مطالعات انجام شده راجع به فساد اداری مشخص می شود که اغلب این مطالعات ماهیت توصیفی داشته و با مرور ادبیات موجود، به شکل نظری به مساله فساد اداری پرداخته اند. این در حالی است که مطالعه حاضر، به

شکلی سیستماتیک به راه‌های ارتقاء سلامت اداری در مرکز بهداشت و درمان شهرستان دلیجان می‌پردازد. با مرور مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور، مطالعات مشابه زیادی مشاهده نمی‌شود. این امر بیانگر اهمیت و ضرورت تحقیق حاضر است. در واقع در حالی که مطالعات زیادی در رابطه با فساد اداری انجام شده است؛ اما تحقیقات زیادی جهت تبیین راهکارهای بهبود سلامت اداری آن هم در بخش بهداشت و درمان انجام نشده است که این امر بیانگر یک شکاف تحقیقاتی در ادبیات پژوهش است. از دیدگاه کاربردی نیز، نتایج حاصل از چنین پژوهشی به مدیران و سیاست‌گذاران سازمان‌های درمانی بخصوص مرکز بهداشت و درمان شهرستان دلیجان این بینش را خواهد داد که با لحاظ کردن نتایج حاصل از این تحقیق، ضمن کاهش سطح فساد اداری، سطح سلامت سازمانی را بهبود بخشد و گام در مسیر تعالی سازمان گذاشته شود. لذا از این منظر نیز مطالعه حاضر، کاملاً مهم جلوه می‌نماید و ضرورت انجام این تحقیق بیش از پیش مشخص می‌گردد.

۱-۴-اهداف پژوهش

۱. شناسایی مولفه‌های سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه
۲. طراحی مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه

۱-۵-فرضیات پژوهش

این پژوهش ماهیت اکتشافی دارد و ذکر فرضیه در آن مصداق ندارد؛ بنابراین در این پژوهش سوالات زیر پیگیری می‌شود:

۱-۶- سوالات

۱. شناسایی مولفه‌های سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه چگونه است؟

۲. طراحی مدل مدل ساختاری تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه چگونه است؟

۷-۱- قلمرو تحقیق

قلمرو زمانی: این تحقیق به مدت ۶ ماه دو در سال‌های ۱۴۰۲ انجام می‌شود.

قلمرو مکانی: مرکز بهداشتی و درمانی حضرت رقیه می‌باشد

قلمرو موضوعی: این تحقیق به طراحی مدل ساختار تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی (مورد مطالعه: حضرت رقیه) می‌پردازد.

۸-۱- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی

سلامت اداری

سلامت اداری به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن سازمان‌ها و ادارات دولتی به طور کارآمد، اثربخش و عادلانه عمل می‌کنند و از فساد و سوءاستفاده از قدرت عاری هستند. در یک نظام اداری سالم، حقوق شهروندان به طور کامل رعایت می‌شود و خدمات عمومی با کیفیت بالا به آنها ارائه می‌شود.

مدل ساختار تفسیری (ISM)

مدل ساختار تفسیری روشی است برای ساختاردهی به مسائل کاملاً آشفته که هیچگونه دستهبندی خاصی ندارند و بعد مفهومی آنها بسیار زیاد است

فصل دوم -

ادبیات نظری و پیشینه تحقیق

سلامت سازمانی یکی از مفاهیم برجسته، در حوزه مدیریت سازمان است. سلامت سازمانی مفهومی است که به هماهنگی سازمان با تمام اجزای داخلی و محیط آن، توانایی آن در دستیابی به اهداف و مقاصد می پردازد. در عین حال، سلامت سازمانی به وضعیت محیط فیزیکی سازمان و ابزارهای مناسب برای تحقق هدف سازمان، وضعیت ارتباط بین سازمان و مدیریت ارشد، پتانسیل حل مسئله، توسعه، رشد و نوآوری می پردازد. سلامت سازمانی همچنین با کیفیت ورودی‌ها (وضعیت شایستگی)، فعالیت‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری سازمان، سلامت اخلاقی، روانی و جسمانی کارکنان و همچنین رفاه، عملکرد و موقعیت‌های کارکنان در آن سروکار دارد (دوگانای و داگلی^۱، ۲۰۲۰). در این فصل که به بررسی مبانی نظری تحقیق اختصاص دارد، مفاهیم مرتبط با موضوع مورد بحث را در ۲ بخش مورد بررسی قرار می‌گیرد. در بخش اول به بررسی ادبیات نظری مربوط به سلامت اداری پرداخته خواهد شد. در بخش دوم مروری جامع بر پیشینه تحقیق صورت می‌گیرد، و در آخر جمع‌بندی از ادبیات تحقیق ارائه می‌شود.

بخش اول - مبانی نظری تحقیق

۲-۱-۱- تغییر ماهیت کار و فراخوان سلامت سازمانی

کار نقش مهمی در زندگی فرد دارد؛ زیرا نیازهای بسیاری از جمله مالی و روانی اجتماعی را برآورده می‌سازد. کار به افراد شانس بیشتری برای تجربه مزایای سلامتی، مالی و اجتماعی در زندگی می‌دهد. با اذعان به اهمیت کار و سهم آن در رفاه، تشخیص تأثیر منفی محیط کار بر سلامت و رفاه افراد، به همان اندازه مهم است. چراکه به دلیل جهانی شدن، آزادسازی اقتصادی و انتشار فناوری، کار سیال‌تر شده و کمتر به مکان و زمان محدود می‌شود (رایا و پانیرسلوام^۲، ۲۰۱۳).

¹ Doganay, E., & Dagli, A.

² Raya, R. P., & Panneerselvam, S.

سازماندهی کار در پاسخ به مجموعه ای از نیروهای اقتصادی، فناوری، حقوقی، سیاسی و اجتماعی فرهنگی در سرتاسر جهان در حال تغییر بوده است، و در نتیجه تأثیر پیچیده ای بر بازارها، سازمان ها و افراد ایجاد می کند. امروزه کار عمدتاً مبتنی بر دانش است، افزایش مسئولیت، پاداش بهتر و فرصت های یادگیری بالاتر را ارائه می دهد. با این حال، نگرانی در مورد اثرات منفی بالقوه این تغییرات در سازمان وجود دارد (لندسبرگیس^۱، ۲۰۰۳).

با توجه به تشدید کار و افزایش تقاضاهای ذهنی در بسیاری از مشاغل، استرس با عواقب بالقوه پایدار برای سلامت و کیفیت زندگی کارکنان رو به افزایش است (تیتزن^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). سرعت کار، تقاضای مستمر برای یادگیری و استفاده از فناوری های جدیدتر، و کاهش تعامل با افراد، همگی باعث استرس قابل توجهی بر کارکنان می شوند، که خواسته های بالاتری را برای رفاه کارکنان، و به نوبه خود، بر سلامتی و کارایی سازمان ها ایجاد می کنند. این امر به ویژه برای افرادی که امروزه در محیط های کاری دانش فشرده کار می کنند صادق است. علاوه بر این امروزه کارکنان به شدت بازارگرا هستند و دیگر به شغل مادام العمر نگاه نمی کنند (دیجوی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). در نتیجه موضوعاتی مانند جابجایی کارمندان، غیبت از کار در بیماری، سطح استرس بالا، عملکرد پایین، تعارضات بین فردی در محل کار و مواردی از این قبیل رایج تر می شوند که نشان می دهد سازماندهی کار در اقتصاد دانش به اندازه ای که باید باشد، مثبت نیست. از این رو، فراخوان برای مفاهیمی مانند «سازمان سالم» جای تعجب ندارد (دیجوی و همکاران، ۲۰۱۰؛ رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳). سلامت سازمانی منجر به سازگاری سازمان در پاسخ به محیط در حال تغییر مرتبط شده و برای دستیابی به مزیت رقابتی مفید است (سینگ و جها، ۲۰۱۸).

¹ Landsbergis

² Teetzen

³ DeJoy

⁴ Singh, A., & Jha, S.

۲-۱-۲- سیر تاریخی مفهوم پردازی سلامت سازمانی

اولین مطالعات در مورد سلامت سازمانی در اوایل نیمه دوم قرن بیستم انجام شد. تصور می شود که آرگریس^۱ برای اولین بار از این مفهوم استفاده کرد. طبق نظر آرگریس (۱۹۶۴)، سازمان هایی که به اهداف خود دست می یابند، ساختار درونی خود را حفظ می کنند و با محیط سازگار می شوند، سازمان های سالم در نظر گرفته می شوند (دوگانای و داگلی، ۲۰۲۰). سلامت سازمانی، از زمانی که این واژه برای اولین بار در دهه ۱۹۶۰ به وجود آمد، با سلامت و رفاه فردی مرتبط بوده است. از زمان مفهوم سازی واژه سلامت سازمانی، نویسندگان مختلف سعی کرده اند سلامت سازمانی را در درجه اول به عنوان توانایی یک سازمان برای رشد، توسعه و پایداری با تغییر محیط تعریف کنند (سینگ و جها، ۲۰۲۰).

بنیس^۲ (۱۹۶۲) یکی از اولین نظریه پردازانی بود که اصطلاح سلامت را در زمینه یک سازمان به کار برد در حالی که مایلز^۳ (۱۹۶۵) یکی از اولین نظریه پردازانی بود که اصطلاح سلامت را در زمینه یک مدرسه به کار برد. محققان مختلف نشان دادند که سلامت سازمانی اساساً اثربخشی سازمانی با توجه به تغییرات شرایط/محیط است. اما مفهوم سلامت سازمانی در دهه آخر قرن نوزدهم با تمرکز اولیه بر دستیابی به مزیت رقابتی تکامل یافت (کلر و پرایس، ۲۰۱۱؛ لنسیونی، ۲۰۱۲). به طور کلی سلامت سازمانی مفهومی ضعیف به لحاظ تعریف است (رایا و پنیرسلوام، ۲۰۱۳؛ سینگ و جها، ۲۰۱۸).

اگرچه سلامت سازمانی به طور گسترده در حوزه های چند رشته ای مورد استفاده قرار گرفته و به خوبی مورد تحقیق قرار گرفته است؛ مفهوم سازی ضعیف نشان دهنده نیاز به یک تحقیق گسترده و جامع در مورد سلامت سازمانی است. همچنین، هیچ یک از محققین نتوانسته اند همه این معیارهای سلامت سازمانی را با هم در یک تعریف عملیاتی گنجانده و شکاف را در مفهوم سازی سلامت سازمانی برای بخش کسب و کار پر کنند (سینگ و جها، ۲۰۱۸).

¹ Argyris

² Bennis

³ Miles

۲-۱-۳- تعاریف سلامت سازمانی

در مفهوم عمومی، سلامت اغلب به عنوان عدم وجود بیماری در نظر گرفته می‌شود. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت^۱ (۱۹۹۸)، «سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است و نه صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی». افراد سالم به چالش‌های مختلف پاسخ می‌دهند و تمایل دارند زندگی شاد و سازنده‌ای داشته باشند. مانند افراد سالمی که مشخصه‌ی آنها نیرومندی، شکوفایی، قوی، شکوفا، انعطاف‌پذیر و متناسب هستند، سازمان‌های سالم نیز چنین هستند. کار در این زمینه، از تمرکز انحصاری بررسی سلامت در سازمان‌ها به عنوان عدم وجود بیماری (رویکرد زیست پزشکی)، به کشف عوامل محیط کار مثبت (رویکرد انسان‌گرایانه) برای سلامت، رفاه و عملکرد کارکنان تکامل یافته است (رایا و پانی‌سلوام، ۲۰۱۳). سلامت سازمان‌ها به تأمین منابع لازم برای تحقق مؤثر اهداف تعیین شده، حفظ یکپارچگی درونی و استقرار و حفظ نظام ارزشی سازمان بستگی دارد. طبق نظر چیلدرز^۲ (۱۹۸۵)، سازمان‌ها می‌توانند سالم یا بیمار باشند، درست مانند افرادی که آنها را تشکیل می‌دهند. سطح سلامت در یک سازمان به توانایی آن در دستیابی به اهداف و مقاصد مربوط می‌شود. بنابراین، توانایی یک سازمان برای دستیابی به اهداف خود که دلیل وجود آن است، قبل از هر چیز به سلامت آن سازمان بستگی دارد (دوگانای و داگلی، ۲۰۲۰).

سلامت سازمانی اصطلاحی است که در ادبیات برای توصیف جنبه‌های محیط کاری مرتبط با سلامت کارکنان وجود دارد. میلر^۳ و همکاران (۱۹۹۹) از سلامت سازمانی برای توصیف استرس شغلی استفاده کردند، در حالی که کاتن و هارت^۴ (۲۰۰۳) آن را به عنوان رفاه کارمند در یک محیط کاری تفسیر کردند. از سوی دیگر لَنسیون^۵ (۲۰۱۲) سلامت سازمانی را حالتی از همگرایی بین مدیریت، عملیات، استراتژی و فرهنگ در یک سازمان تعریف کرد. سلامت سازمانی یک معیار جو سازمانی است که به صراحت بر رفاه روانی کارکنان از طریق اولویت‌بندی سازمان‌ها در مورد سلامت کارکنان تمرکز دارد. مفهوم سازمان سالم پیشنهاد می‌کند که

¹ World Health Organization

² Childers

³³ Miller

⁴ Cotton and Hart

⁵ Lencioni

در کنار سود، رفاه کارکنان نیز باید هدف مهمی برای سازمان‌ها باشد (تیتزن و همکاران، ۲۰۲۳). سازمان سالم به عنوان «سازمانی که فرهنگ، جو و عملکرد آن محیطی را ارتقای کارکنان به اندازه افزایش اثربخشی سازمانی ایجاد می‌کند» تعریف شده است (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

سلامت سازمانی به عنوان یک حالت تسهیل شده توسط سازمان تعریف می‌شود که ارتباط اجتماعی خوب مرتبط با کار را امکان‌پذیر می‌سازد، سلامت جسمی و روانی، رضایت از شغل و رشد شخصی را ارتقا می‌دهد. این منجر به انگیزه و مشارکت بهینه کارکنان می‌شود که منجر به نتایج مثبت در زندگی کاری، زندگی اجتماعی و عملکرد سازمانی کارکنان می‌شود (هالیدی و همکاران، ۲۰۲۴). سازمان سالم سازمانی تعریف می‌شود که از دیرباز وجود داشته و پیوسته در حال توسعه بوده و توانایی‌های بقا و غلبه بر خود را گسترش می‌دهد. سلامت سازمانی به عنوان شکلی از فرهنگ، جو سازمانی و عملکرد ایجاد محیطی تعریف می‌شود که سلامت و ایمنی کارکنان را ارتقا می‌دهد. سلامت سازمانی نیز به عنوان یک وضعیت کامل عملیاتی بدون مانع از کلیه فرآیندهای رسمی، غیررسمی، اولیه و کمکی سازمانی تعریف می‌شود. علاوه بر این، ادبیات نشان می‌دهد که سازمان سالم سازمانی است که بر توسعه فرآیندها و شیوه‌های مدیریتی تاکید داشته و اهمیت می‌دهد و حق مداخله در تمام سیستم‌ها را در سراسر سازمان به رسمیت می‌شناسد و در نتیجه به عملکرد کلی کمک می‌کند. سلامت سازمانی توانایی سازمان برای انجام همسویی، اجرا و تجدید یا بهبود برای نشان دادن عملکرد بالا در بلند مدت است (ویداواتی و همکاران، ۲۰۲۳).

سلامت سازمانی نوع خاصی از جو سازمانی است که به عنوان ادراک حمایت فعال از سوی مدیریت ارشد، برای بهزیستی فیزیکی و روانی کارکنان تعریف می‌شود. از این رو، اولویت‌ها و استانداردهای سازمان را در مورد سلامت کارکنان منعکس می‌کند. سازمان‌هایی که سطح بالایی از جو سلامت دارند، منابع مناسبی را در اختیار افراد قرار می‌دهند تا سالم بمانند و شیوه‌های زندگی سالم را در محل کار تشویق کنند، مانند ارائه برنامه‌های ارتقای سلامت در محل کار. در مقابل، سازمان‌هایی که سطح پایینی از جو سلامت دارند، ممکن

است در هنگام بروز مسائل بهداشتی، مانند زمانی که کارکنان احساس خستگی و کار بیش از حد می‌کنند، به آنها پاسخ ندهند (کالوزا^۱ و همکاران، ۲۰۲۰).

امروزه سازمان‌ها به سلامت سازمان توجه دارند، زیرا در یک سازمان سالم، فرهنگ، اقلیم و بهبود مستمر به ایجاد محیطی کمک می‌کند که بتواند هم از کارایی سازمانی و هم از رفاه کارکنان حمایت کند (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳). به گفته دی اسمت^۲ و همکارانش (۲۰۰۷)، مفهوم‌سازی سلامت سازمان‌ها از استعاره «عملکرد و سلامت» حاصل می‌شود که در صورت مراقبت بهبود می‌یابد و زمانی که نادیده گرفته می‌شود بدتر می‌شود، بنابراین رفاه کارکنان برای سودآوری کسب‌وکار اهمیت دارد. به این ترتیب، روانشناسان انسان‌گرا (به عنوان مثال، وروم^۳، ۱۹۶۴؛ هرزبرگ^۴، ۱۹۷۴)، متخصصان پزشکی، محققان مدیریت، و غیره نقش اصلی را در توسعه این مفهوم ایفا کرده‌اند و زمینه را برای تمرکز فعلی فراهم می‌کنند (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

۲-۱-۴- پیامدهای سلامت سازمانی

سلامت سازمانی به شرکت‌ها کمک می‌کند تا به اهداف خود دست یابند، مزیت رقابتی به دست آورند و با تعیین توانایی شرکت برای ایجاد، برقراری ارتباط و اجرای یک استراتژی تجاری واحد و در عین حال حفظ کارکنان بسیار متعهد، مشارکت و رفاه کارکنان را افزایش دهند. سلامت سازمانی می‌تواند به ایجاد محیطی در کار کمک کند که بهره‌وری، تعامل و حفظ را افزایش دهد (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳).

یک سازمان سالم عملکرد و بهره‌وری کارکنان را بهبود می‌بخشد و در نتیجه به طور مثبت تصویر سازمان را ارتقا می‌دهد (ایکچوکوو^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). در مطالعه لوه^۶ (۲۰۱۰) اشاره شده است که در سازمان‌های سالم، فرهنگ، جو و شیوه‌های عالی محیطی ایجاد می‌شود که می‌تواند از سلامت و ایمنی کارکنان و

¹ Kaluza

² De Smet

³ Vroom

⁴ Herzberg

⁵ Ikechukwu

⁶ Lowe

همچنین اثربخشی سازمان حمایت کند. با توجه به گراویچ و بالارد^۱ (۲۰۱۶) یک سازمان سالم منجر به کسب و کار سالم و موفق می شود و بر ارتباط معنادار بین سودآوری سازمانی و رفاه کارکنان تأکید دارد، یک سازمان سالم از عملکرد بالای کارکنان پشتیبانی می کند و کارکنان آن به موفقیت آینده سازمان علاقه مند هستند. مطابق با یافته های گیلانی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) کارایی سازمانی ارتباط مثبت، مرتبط و مستقیم با شاخص های سلامت سازمانی را نشان می دهد. سازمان های سالم بازدهی کلی برای سهامداران تولید می کنند که سه برابر بیشتر از سازمان های ناسالم است. از طرف دیگر، یک شرکت با سلامت سازمانی ضعیف دارای مشارکت کارکنان کم، چالش های حفظ و روحیه پایین است که تأثیر منفی بر تیم ها و شرکت دارد. در نتیجه، ارزیابی سلامت سازمانی با استفاده از شاخصی که شامل رویکردهای اندازه گیری کیفی و کمی است، بسیار مهم است تا بتواند به سازمان ها در واکنش به مشکلات و بهره برداری از فرصت ها در یک محیط تجاری در حال تغییر کمک کند (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳). از این رو سلامت و رفاه محل کار اخیراً به عنوان یک اولویت برای بسیاری از مشاغل در پس شیوع روزافزون بیماری های روانی و پیری نیروی کار تکامل یافته است. بر این اساس، هر دو رشته بهداشت و ایمنی محیط کار و رشته های سرمایه انسانی خواستار تحقیقات بیشتر و راه حل های سلامت و رفاه شده اند (هالیدی و همکاران، ۲۰۲۴).

۲-۱-۵- سنجش سلامت سازمانی

ایده سلامت سازمانی در ابتدا بیش از ۴۰ سال پیش در ادبیات ظاهر شد. وارن بنیس^۳ (۱۹۶۲) یکی از اولین نظریه پردازانی بود که سلامت سازمانی را به عنوان روشی برای تعیین عملکرد سازمانی معرفی کرد و سه ویژگی سلامت سازمانی را شامل انعطاف پذیری، وضوح هویت و توانایی درک جهان ارائه کرد. مفهوم سلامت سازمانی ترکیبی از ایده های پارسون^۴ (۱۹۶۷) مایلز (۱۹۶۹) و اتزیونی^۵ (۱۹۹۰) است. مایلز ده ویژگی سازمان های سالم را در سال ۱۹۶۹ شناسایی کرد. از جمله این ویژگی ها می توان به تمرکز بر هدف،

^۱ Grawitch, M. J., & Ballard, D. W.

^۲ Gilani

^۳ Warren Bennis

^۴ Parsons

^۵ Etzioni

کفایت ارتباطی، یکسان سازی بهینه قدرت، استفاده از منابع، انسجام، روحیه، نوآوری، استقلال، سازگاری و کفایت حل مسئله اشاره کرد. او این ویژگی ها را به عنوان سه الزامی که سازمان ها باید برآورده کنند، طبقه بندی کرد: وظیفه، نگهداری و رشد. به گفته پارسون (۱۹۶۷)، برای بقا و موفقیت سازمان ها، باید چهار مشکل اساسی را مدیریت کنند: سازگاری، دستیابی به هدف، یکپارچگی و تأخیر. این چهار عملکرد توسط اتزیونی (۱۹۹۰) به (انطباق و دستیابی به هدف) و (ادغام و تأخیر) محدود شد (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳).

شاخص سلامت سازمانی که با نام های فرهنگ سازمانی، آگاهی کارکنان و سبک سازمانی نیز شناخته می شود، یک چرخ ضروری برای افزایش عملکرد و دستیابی به اختراع در یک شرکت است. مک کینزی^۱ به مدت ۱۰ سال سلامت بیش از ۱۵۰۰ سازمان در ۱۰۰ کشور را ردیابی کرده است و دیدگاه های کارکنان و مدیران را در مورد اقدامات انجام شده برای بهبود سلامت سازمانی ترکیب می کند و کشف کرده است که این فعالیت ها با بهبود عملکرد مالی مرتبط هستند (گاگنون^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). کلر و پرایس (۲۰۱۱) سلامت سازمانی را از پنج جنبه بررسی کردند که به سازمان ها کمک می کند تا به مزیت رقابتی نهایی خود دست یابند: آرزو، ارزیابی، معماری، اقدام و پیشرفت. بر این اساس سلامت سازمانی در سه خوشه وجود دارد: همسویی داخلی، کیفیت اجرا و ظرفیت تجدید. شوک^۳ و همکاران (۲۰۲۳) یک رویکرد استراتژیک که بر سطح کلان شرکت متمرکز است، برای چارچوب محل کار سالم ارائه کردند. این چارچوب چهار راه را برای رسیدگی و ارتقای سلامت، ایمنی و رفاه کارکنان ایجاد می کند که عبارتند از: (۱) محیط کار روانی-اجتماعی (۲) محیط کار فیزیکی (۳) منابع سلامت شخصی و (۵) ارتباط بین شرکت و جامعه گسترده تر آن.

۲-۱-۵-۱- شاخص سلامت سازمانی مایلز

مایلز در سال ۱۹۶۵ ادعا می کند که ۱۰ بعد سلامت سازمانی وجود دارد که متقابلاً انحصاری نیستند و در سازمان به شدت با یکدیگر تعامل دارند. وی با مشاهده رفتار افراد یا گروه های کوچک از زوایای مختلف

¹ McKinsey

² Gagnon

³ Shuck

و مقایسه این ابعاد را به سه گروه تقسیم می کند که در گروه اول و دوم سه بعد و در گروه آخر چهار بعد وجود دارد (دوگانای و داگلی ، ۲۰۲۰).

الف) ابعاد مربوط به اجرای کار

سه بعد اول نسبتاً "وظیفه‌ای" هستند، زیرا با اهداف سازمانی، انتقال پیام ها و نحوه تصمیم گیری سروکار دارند (دوگانای و داگلی ، ۲۰۲۰):

۱) تمرکز بر هدف: در یک سازمان سالم، ممکن است برای اهداف سیستم معقول باشد و توسط اعضای سیستم به خوبی پذیرفته شود. اما این برای یک سازمان سالم کافی نیست. اهداف باید با منابع موجود و در دسترس، قابل دسترسی باشند و همچنین نیازهای محیط را برآورده سازند.

۲) کفایت ارتباطی: به این واقعیت اشاره دارد که ارتباط نسبتاً بدون وقفه است و محیط اطراف خود را در داخل سیستم و در امتداد مرز سیستم به صورت "و" افقی عمودی " احاطه کرده است.

۳) توزیع بهینه نیرو: توزیع اثر در یک سازمان سالم نسبتاً منصفانه است. زیردستان می توانند بر روند صعودی آنها تأثیر بگذارند. مهمتر از آن، زیردستان فکر می کنند که مدیران آنها می توانند بر مافوق خود نیز تأثیر بگذارند. در چنین سازمانی، همکاری مقدم است.

ب) ابعاد در گروه دوم شامل استفاده از منابع، تعهد و ابعاد اخلاقی است که وظیفه را محور قرار می دهد. این گروه عمدتاً به حمایت، پشتیبانی و نیازهای مراقبتی افراد در سیستم می پردازد (دوگانای و داگلی ، ۲۰۲۰):

۱) استفاده از منابع (موثرترین استفاده از کارکنان): در یک سازمان سالم از ورودی های سیستم به ویژه کارکنان به نحو احسن استفاده می شود. هماهنگی بین روند کارمندان و انتظارات خود سیستم (نقش آنها در سیستم) خوب است. سیستم سازمانی به گونه ای هماهنگ شده است که نه بر کارکنان سنگینی می کند و نه آنها را خالی می گذارد. کارکنان مطابق با اهداف سازمان و پتانسیل خود کار می کنند. بنابراین، کارکنان نه تنها نسبت به خود احساس خوبی دارند، بلکه احساس «خودشکوفایی» منطقی نیز دارند، زیرا در حین مشارکت در سازمان، حس یادگیری، توسعه و رشد را تجربه می کنند.

۲) انسجام: یک کارمند سالم خودش را دوست دارد. او همچنین به ویژگی های خود آگاه است و فردی خودآگاه است. به همین ترتیب، سازمان سالم کارکنان خود را به خوبی می شناسد. ویژگی های کارکنان (عاطفه، فکر، سبک زندگی و...) است. یک سازمان سالم برای کارکنان جذاب تر است و کارکنان برای همکاری باز هستند. در نتیجه تعهد به موسسه افزایش می یابد. در نتیجه وفاداری به سازمان افزایش می یابد.

۳) روحیه: به رفاه یا رضایت کارکنان اشاره دارد. به جای احساس ناراحتی، اکراه، تنش و نارضایتی، محور قرار گرفتن احساس شادی، رضایت و لذت و پرداختن به این احساسات، روحیه سازمان را بالا می برد. به این ترتیب، کارمندان به زندگی مثبت نگاه می کنند و واکنش شخصی غالب آنها به رویدادها تبدیل به "خوبی" می شود.

ج) ابعاد مربوط به رشد و تنوع (دوگانای و داگلی ، ۲۰۲۰):

در گروه سوم ابعاد نوآوری، خودمختاری، هماهنگی متقابل با محیط و شایستگی حل مسئله وجود دارد که با رشد و تحول مرتبط است.

۱) نوآوری: یک سیستم سالم به دنبال یافتن روش های جدید، حرکت به سمت اهداف جدید، تولید انواع جدید محصولات، تنوع خود و متمایز شدن در طول زمان است. به تعبیری می توان گفت سیستمی با این گرایش بیش از آنکه به روال عادی خود ادامه دهد، رشد، توسعه و تغییر یافته است.

۲) خودمختاری: فرد سالم "از مرکز خود به سمت بیرون حرکت می کند" به عبارت دیگر با محیط ارتباط برقرار می کند. او بدون قید و شرط از مقامات اطاعت نمی کند. او از دیگران دستور نمی گیرد و آن را پیش بینی کننده رفتار خود نمی داند. به همین ترتیب، سازمان سالم به خواسته های بیرون به صورت مخرب یا سرکش پاسخ نمی دهد، اما موضعی منفعلانه نخواهد داشت و خود را بخشی از محیط می داند. در نتیجه تمایل به نوعی استقلال از محیط خواهد داشت.

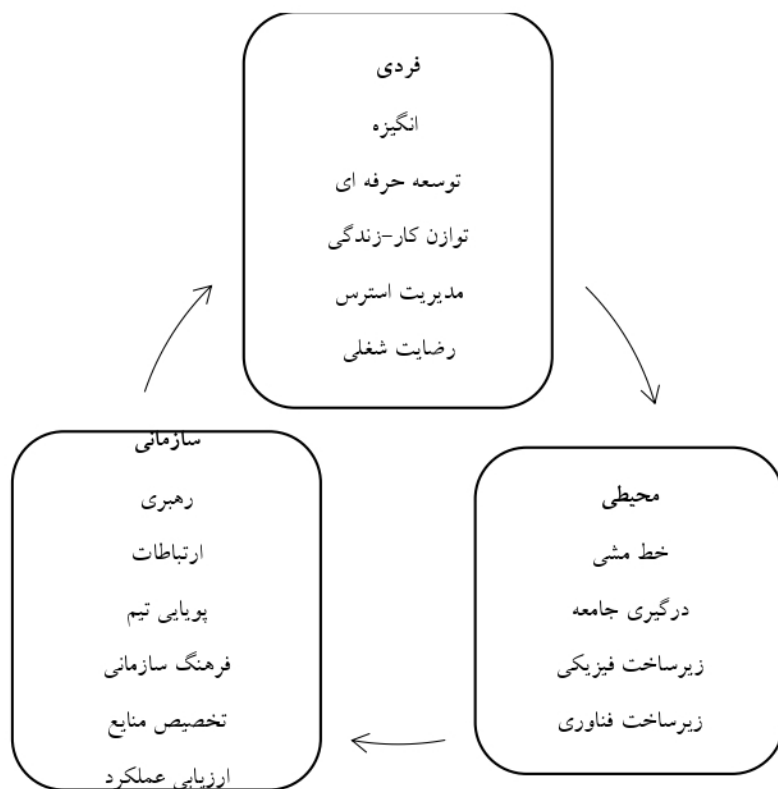
۳) انطباق: باید هماهنگی خاصی بین آنچه سازمان به محیط پیرامون خود ارائه می دهد و انتظارات محیط وجود داشته باشد. زمانی که خواسته های محیطی و نتایج سازمانی با هم مطابقت ندارند، یک فرآیند حل

مسئله و بازسازی جداگانه، هم در محیط و هم در سازمان آغاز می شود. بنابراین، سازمان و محیط تحت یک فرآیند سازگاری قرار می گیرند. افراد، گروه ها یا سازمان ها با محیط خود رابطه ای واقع بینانه و موثر دارند.

۴) کفایت حل مسئله: حتی در موجودات سالم، همیشه می تواند مشکلات، دشواری ها، تنش ها وجود داشته باشد. مهم وجود یا عدم وجود مشکلات نیست، بلکه نحوه برخورد شخص، گروه یا سازمان با این مشکلات است. آرجیس (۱۹۶۴) اظهار داشت که در یک سیستم مؤثر، مشکلات با حداقل انرژی حل می شوند، مشکلات حل شده به طور دائم مشکل نیستند، مکانیسم های حل مسئله مورد استفاده ضعیف نمی شوند، برعکس حفظ یا تقویت می شوند.

۲-۵-۱-۲- شاخص سلامت سازمانی علائی و همکاران (۲۰۲۴)

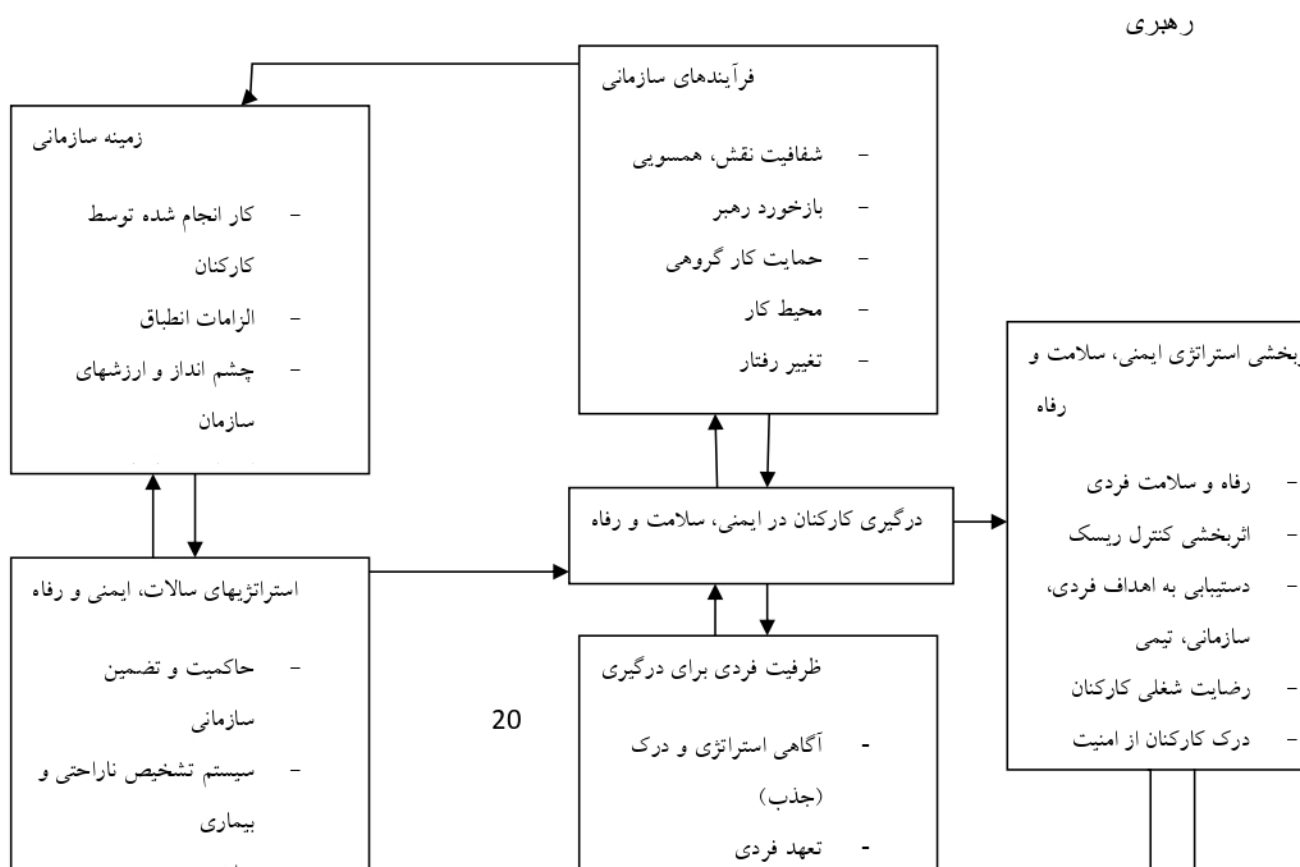
علائی و همکاران (۲۰۲۴) در خود نشان داد که عوامل فردی مانند انگیزه، پیشرفت حرفه ای و رضایت شغلی. عوامل سازمانی از جمله رهبری، ارتباطات و فرهنگ سازمانی؛ و عوامل محیطی مانند نفوذ سیاست و مشارکت جامعه برای سلامت سازمانی مدارس بسیار مهم هستند. این عوامل با هم یک چارچوب جامع ایجاد می کنند که بر اثربخشی و رفاه کلی محیط های آموزشی تأثیر می گذارد. مدل سلامت سازمانی علائی و همکاران (۲۰۲۴) در شکل ۱-۲ نشان داده شده است.



شکل ۲-۱ مدل سلامت سازمانی (علائی و همکاران، ۲۰۲۴)

۲-۱-۵-۳- چارچوب سلامت سازمانی هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)

هالیدی و همکاران (۲۰۲۴) یک چارچوب استراتژی برای ایجاد سلامت، ایمنی و رفاه کارکنان در محل کار ارائه کردند. این چارچوب در شکل ۲-۲ نشان داده شده است.



شکل ۲-۲- چارچوب استراتژی برای ایجاد سلامت، ایمنی و رفاه کارکنان (هالیدی و همکاران، ۲۰۲۴)

تعاریف سازه‌های این چارچوب در جدول ۱-۲ ارائه شده است.

جدول ۱-۲- تعاریف سازه‌های چارچوب ایمنی، سلامت و رفاه (هالیدی و همکاران، ۲۰۲۴)

سازه	توصیف
زمینه سازمانی	مجموعه شرایط سازمانی که تحت آن فرآیند و محتوای استراتژی برای تعیین جهت و دامنه یک سازمان در بلندمدت تعیین می‌شود. از نحوه درک کارکنان از اجرای سیاست‌ها و رویه‌های سازمانی مربوط به ایمنی، سلامت و رفاه در سازمان خود در یک مقطع زمانی مشخص و تعهدات سازمانی فراتر از انطباق قانونی مطلع می‌شود.
استراتژی ایمنی، سلامت و رفاه	جهت‌گیری استراتژیک و تخصیص منابع اختصاص داده شده به همسویی قابلیت‌های داخلی با فرصت‌ها و تهدیدها برای دستیابی به وضعیت آینده ایمنی، سلامت و رفاه، همانطور که در استراتژی سازمانی ادغام شده و به عنوان اولویت استراتژی سازمان شناخته می‌شود، در حالی که توسط مأموریت، ارزش‌ها و اولویت‌های سازمان حمایت می‌شود.
درگیری کارکنان در ایمنی، سلامت و رفاه	یک رویکرد طراحی شده برای اطمینان از اینکه کارکنان به اهداف و ارزش‌های سازمان خود متعهد هستند، انگیزه‌ای برای کمک به موفقیت سازمانی دارند، و در عین حال قادرند احساس رفاه خود را از طریق یک کار مثبت، رضایت بخش، افزایش دهند. حالت ذهنی مرتبط که با قدرت، فداکاری و جذب مشخص می‌شود
اثربخشی استراتژی ایمنی، سلامت و رفاه	ترکیبی از نتایج از پیش تعریف شده یا سایر واحدهای اطلاعاتی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم میزان دستیابی به یک نتیجه یا کیفیت فرآیندهای منجر به آن نتیجه را منعکس می‌کند. اینها ممکن است (الف) کیفی باشند، که شاخص‌هایی هستند که کیفیت را توصیف یا ارزیابی می‌کنند، یا (ب) کمی، که شاخصی هستند که می‌توانند شمارش یا اندازه‌گیری شوند و به صورت عددی توصیف شوند.

رهبری	رهبری استراتژیک توانایی پیش‌بینی، تصور و حفظ انعطاف‌پذیری، تفکر استراتژیک و همکاری با دیگران برای آغاز تغییراتی است که آینده‌ای مناسب برای سازمان ایجاد می‌کند.
-------	---

۲-۱-۵-۴- شاخص رفتار سلامت سازمانی جعفری و همکاران (۲۰۲۳)

جعفری و همکاران (۲۰۲۳) مقیاسی برای شاخص رفتار سلامت سازمانی ارائه کردند. شاخص رفتار سلامت سازمانی مقیاسی است که سلامت سازمانی هر واحدی را بر اساس سه نیاز (نیازهای اساسی، نیازهای سازمانی و نیازهای استراتژیک) و هشت عامل (آگاهی، روابط، قدردانی، ارتباطات داخلی، مشارکت کارکنان، شخصیت، صدای کارکنان و فرهنگ سازمانی) اندازه‌گیری می‌کند که منجر به فرهنگ سازمانی سالم، تعالی در عملکرد و دستیابی به اهداف استراتژیک می‌شود. این مقیاس ابزار جدیدی است که می‌تواند با کمک به مطالعه رفتار سازمانی به بهبود فرهنگ سازمانی و مشارکت کارکنان کمک کند. این مقیاس یک نقشه راه در دسترس و در عین حال مؤثر برای رهبران و مدیران ارائه می‌دهد تا به منظور ارتقای سلامت سازمانی از آنها پیروی کنند.

۲-۱-۵-۵- شاخص رفتار سازمانی دوناگای و داگلی (۲۰۲۰)

دوناگای و داگلی (۲۰۲۰) ابعاد مقیاس سلامت سازمانی در مدرسه را شامل ۴ بعد ایجاد کرده است که در زیر به اختصار توضیح داده شده است (دوناگای و داگلی، ۲۰۲۰):

تأکید علمی: این بعد به عواملی مربوط می‌شود که هدفشان آشکار کردن وضعیت تحصیلی مدرسه است. تعیین وضعیت تحصیلی دانش آموزان و مدرسه از دیدگاه معلمان شاغل در مدرسه و به عبارت دیگر از دیدگاه کارکنان شاغل در سازمان در محدوده این بعد مد نظر قرار می‌گیرد. تأکید آکادمیک به عنوان یکی از ویژگی‌های کلیدی مدارس مؤثر که تعاملات سازنده معلم و دانش‌آموز را پیوند می‌دهد، مفهوم‌سازی شده است. خدمات راهنمایی و پشتیبانی تجهیزات ارائه شده به دانش آموزان نیز در محدوده این بعد انجام می‌شود.

روحیه: هدف این است که رابطه معلمان با یکدیگر و جو سازمانی را معنادار کند. همچنین در این بعد همکار از آن حمایت می کند و تأثیری که مدیر مدرسه بر معلمان می گذارد را شامل می شود.

رهبری حمایتی: این بعد به مدیریت مشارکتی مدرسه می پردازد. شاخص های مدیریت حمایتی مدرسه این است که مدیر مدرسه به ارتباط با معلمان، رعایت حقوق معلمان اهمیت می دهد و معلمان را نیز در تصمیم گیریها مشارکت می دهد. جلوگیری از بروز رفتارهای غیراخلاقی در مدرسه از سوی مدیر و رعایت حقوق معلمان از لحاظ درک حمایت های انجام شده از معلمان حائز اهمیت است.

عوامل محیطی: این بعد با شاخص های سلامت سازمانی غیر از فعالیت های تحصیلی مدرسه مرتبط است. در این زمینه، سیستم ایمنی و انضباط مدرسه، شرایط فیزیکی، حمایت های کارشناسان حوزه و اولیای دانش آموزان در این بعد است.

۲-۱-۶- نشانه های یک سازمان سالم

به طور سنتی، زمانی که سازمان ها عملکرد مالی خوبی از خود نشان می دهند، سالم تلقی می شوند. با این حال، چندین نویسنده در مورد ناکافی بودن (توانایی) سیستم اندازه گیری مالی مبتنی بر حسابداری برای اندازه گیری سلامت سازمان ها بحث کرده اند (کلر و پرایس^۱، ۲۰۱۱). در ادامه، مفاهیم مربوط به نشانه های یک سازمان سالم ارائه شد و شرح مختصری از آنها در ادامه می آید.

۲-۱-۶-۱- رهبری

رهبری یکی از مهمترین ابعاد در علوم سازمانی است. تحقیقات فراوان در ۱۵ سال گذشته، رهبری را به عنوان نقش مهمی در رفاه کارکنان شناسایی کرده است. رهبران باید بتوانند به شیوه ای سلامت محور رهبری کنند و در نتیجه رفاه کارکنان را افزایش دهند (تیتزن و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع، کیفیت رهبری با مجموعه ای از نتایج در روانشناسی سازمانی مانند رفاه، جو ایمنی، عملکرد سازمانی مرتبط است (گیلبرت و

¹ Keller, S., & Price, C.

بنسون^۱، ۲۰۰۴). ادبیات نشان می دهد که رهبری حمایتی برای توسعه یک سازمان سالم حیاتی است. البته رهبران نقش مهمی در توسعه یک سازمان سالم دارند. رهبران کاتالیزورهایی برای ایجاد ارتباطات شخصی و معنادار با کارکنان خود هستند که برای ایجاد شغل مورد نظر و نگرش های مرتبط با کار از سوی کارکنان بسیار حیاتی است. رهبران با ایجاد تعادل موثر بین افراد و نگرانی های بهره وری، تمایل به ایجاد مکانی جذاب برای کار برای کارکنان و بازده بیشتر برای سازمان دارند (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

۲-۱-۶-۲- فرهنگ یادگیری

فرهنگ تأثیر مهمی بر سازمان ها و افرادی که در آنها کار می کنند می گذارد، با این حال بسیاری از اقدامات سازمانی کمتر به آن می پردازند. فرهنگ به زبان ساده به نحوه انجام کارها در سازمان ها اشاره دارد. فرهنگ فرآیند برقراری ارتباط و ارتقای اخلاق سازمانی به کارکنان، قدردانی از آنها، نشان دادن احترام، پرورش حس الهام شخصی در مورد کار است (کوئیزی و اشمینک^۲، ۲۰۰۹). به گفته پیترسون و ویلسون^۳ (۲۰۰۲)، کاوش در ساختار سازمان سالم باید بر فرهنگ متمرکز شود، زیرا بلوک ساختمانی برای توسعه یک سازمان موفق، نوآور، سازنده و بالاتر از همه، یک سازمان سالم است (پیترسون و ویلسون، ۲۰۰۲). به گفته ادگار شاین^۴ (۲۰۱۰) سازمان ها در یک روز فرهنگ ایجاد نمی کنند. بلکه در طول زمان با تغییرات متعدد، سازگاری با محیط خارجی و حل چالش ها توسعه می یابد. چارچوب ارزش های رقابتی^۵ ابتدا از تحقیقات انجام شده توسط اعضای هیئت علمی دانشگاه میشیگان در مورد نشانگرهای اولیه عملکرد مؤثر سازمانی به منظور درک فرهنگ سازمان ایجاد شد. این چارچوب چهار فرهنگ سازمانی متضاد و سبک های رهبری مرتبط با آنها را ترسیم می کند: کنترل (سلسله مراتب)، رقابت (بازار)، خلاق (ادوکراسی)، و مشارکتی (قبیله ای) (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳). فرهنگ سازمانی را می توان به عنوان تشریفات و نمادهای سازمان درک کرد که توسط گروه هایی از کارکنان شکل گرفته و حفظ می شود که با هم، سازمان را در طول زمان شکل می دهند.

¹ Gilbreath, B., Benson, PG

² Kuenzi M, Schminke MA

³ Peterson and Wilson

⁴ Edgar Schein

⁵ Competing Values Framework

فرهنگ می تواند بر افراد تأثیر بگذارد و تحت تأثیر قرار گیرد. می توان آن را به عنوان یک خاطره مشترک که توسط تجربیات گذشته شکل گرفته و بر عملکرد آینده حاکم است، در نظر گرفت (بجرک، ۲۰۲۰).

سازمان های سالم فرهنگ تعامل و همکاری بیشتر را پرورش می دهند که در آن کارکنان و مدیران به راحتی به یکدیگر کمک می کنند تا به اهداف تجاری دست یابند. بنابراین، ایجاد رابطه به عنصر مهمی از فرهنگ سازمان های سالم تبدیل می شود. مشخصه سازمان های سالم، گشودگی واضح و پیوسته به تجربه، تشویق به ریسک پذیری مسئولانه، و تمایل به تصدیق شکست ها و عبرت گرفتن از آنهاست. سازمان های سالم به اندازه کافی فعال هستند تا اقدامات لازم را برای محافظت از خود در برابر هر گونه رویدادهای محیطی و سازگاری با تغییرات تکنولوژیکی یا عملیاتی و بازار انجام دهند (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

۲-۱-۶-۳- کیفیت کار

کیفیت شغل تقریباً بر تمام جنبه های زندگی افراد شاغل تأثیر می گذارد. ویژگی های کلیدی مانند تقاضای شغل و سطح گستردگی تصمیم در شغل فرد پیشنهاد شده در مدل کرنش شغلی کاراسک^۱ (۱۹۷۹) عمیقاً بر نتایج فردی و سازمانی تأثیر می گذارد، و ادبیات طراحی شغل/ویژگی ها را در طول سال ها تأیید می کند.

حجم کاری قابل مدیریت، نقش نسبتاً واضح، احساس کنترل، امنیت شغلی، ترتیبات کاری انعطاف پذیر و اطمینان از اینکه کارمند تحت فشار قرار نمی گیرد برای رفاه کارکنان و بهره وری سازمانی حیاتی است. طرح های شغلی برای توسعه یک سازمان سالم حیاتی هستند (مورفی و کوپر^۲، ۲۰۰۰). در حالی که این فهرست به طور جامع به رتبه بندی کیفیت مشاغل ترجمه نمی شود، اما چارچوبی برای تفکر در مورد عناصری که برخی مشاغل را نسبت به دیگران بهتر می کنند و در مورد آنچه کارفرمایان باید ایجاد کنند ارائه می دهد (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

¹ Karasek's job strain model

² Murphy, L. R., & Cooper, C.

۲-۱-۶-۴- شیوه‌های منابع انسانی

با توجه به تغییرات محیط کسب و کار، منابع سنتی مزیت رقابتی برای موفقیت در شرایط امروزی کافی نیست. رقابت پذیری مستلزم توسعه سرمایه انسانی داخلی است زیرا این انسان است که سیستم‌های سازمانی را قادر به کار می‌کند. شیوه‌های منابع انسانی به عنوان کلیدی برای دستیابی به مزیت رقابتی پایدار در نظر گرفته شده است. ادبیات بیان می‌کند که سازمان‌های سالم استعداد خود را به عنوان یک دارایی کلیدی در نظر می‌گیرند و بنابراین تلاش‌های خود را بر توسعه مؤثرتر منابع انسانی متمرکز می‌کنند. سازمان‌های سالم نگران شناسایی استعدادهای مناسب، ارزیابی و پاداش عملکردشان با انگیزه‌های مناسب، و ارائه حمایت از توسعه شغلی هستند. تعهد یک سازمان به رفاه اعضای خود وابسته است (بپتیسته^۱، ۲۰۰۸).

به طور خلاصه، ایجاد سازمان‌های سالم در مورد توسعه فرآیندها و شیوه‌های مدیریتی است که در تمام سیستم‌های کل سازمان دخالت می‌کنند و در نتیجه به عملکرد کلی کمک می‌کنند. یک سازمان سالم سازمانی است که "به طور استراتژیک رفاه کارکنان را در اهداف تجاری خود ادغام می‌کند و آن را از طریق شیوه‌های تثبیت شده در زمینه حمایت از رهبری، فرهنگ یادگیری، کیفیت شغل سالم و شیوه‌های مدیریت منابع انسانی دوستدار مردم تقویت می‌کند." (رایا و پانیرسلوام، ۲۰۱۳).

۲-۱-۷- پیشران‌های سلامت سازمانی

عوامل مختلفی در تحقیقات، به عنوان پیشران‌های سلامت سازمانی شناسایی شده‌اند. محققان مختلف سلامت سازمانی را برحسب ویژگی‌ها و مشخصاتی مانند ارتباطات، ادراک استراتژی‌ها و سیاست‌های سازمانی، شایستگی کارکنان، توانایی نیروی انسانی، مهارت‌های مدیریت، روحیه کارکنان، محیط کار، آگاهی کارکنان از مأموریت سازمان تعریف کردند (فراهانی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ جعفری و همکاران، ۲۰۲۳). در ادامه برخی از مهم‌ترین و پراستنادترین عوامل در تحقیقات گذشته تشریح می‌شوند.

¹ Baptiste

² Farahani

۱-۷-۱-۲- آگاهی استراتژیک و سلامت سازمانی

فراهانی و همکاران (۲۰۱۴) سلامت سازمانی را به عنوان ساختاری تعریف کردند که رهبران استراتژیک را قادر می سازد تا به دنبال تعریف مجدد رقابت اساسی، برتری متمایز باشند؛ همچنین چگونگی شناسایی استراتژی های جایگزین در برابر استراتژی های رقبای تلاش برای درک مسائلی مانند نحوه بهره مندی و تفکر در مورد آنها را در نظر بگیرند. در نتیجه اهمیت آگاهی استراتژیک و نقش مؤثر آن در دستیابی به اهداف سازمان، باید سنجیده شود. عثمان و موسی^۱ (۲۰۱۲) اظهار داشتند که کارکنانی که در آگاهی سازمانی مهارت دارند، می توانند به راحتی کارها را در سازمان انجام دهند، بیشتر اتفاقات سازمان را تشخیص دهند، به ندرت به دلیل درک نادرست از ساختار سازمانی مرتکب اشتباه شوند و به طور مناسب در داخل سازمان عمل کنند.

۱-۷-۲- قدردانی و سلامت سازمانی

برای یک نیروی کاری پویا و پرانرژی، حفظ روحیه قوی کارکنان یک هدف اصلی است. زمانی که کارکنان در سطح فردی مورد تحسین قرار می گیرند، به خاطر دستاوردهای جزئی یا بزرگ خود احساس ارزشمندی و قدردانی می کنند. در مطالعه اناماریا^۲ و همکاران (۲۰۱۷) بیان شده است که قدردانی در سازمانها مهم است زیرا روابط مثبت، حمایت اجتماعی و رفاه کارکنان را تقویت می کند، احساسات منفی در کار را کاهش می دهد و سلامت و موفقیت سازمان را بهبود می بخشد. با توجه به راشینگ^۳ (۲۰۲۱)، هنگامی که مدیران از کارکنان تشکر و قدردانی می کنند، روابط بین فردی قوی برقرار می کنند که پویایی و ارتباطات تیم را تقویت می کند و به سلامت سازمانی منجر می شود.

۱-۷-۳- ارتباطات و سلامت سازمانی

طبق نظرسنجی سوکنونان و بهانا^۴ (۲۰۲۲)، ۸۲ درصد از کارکنان به دلیل وجود یک مدیر ناخوشایند کار را ترک می کنند، بنابراین روابط قوی مدیر و کارمند نیز می تواند به کاهش غیبت و جابجایی کارکنان کمک

¹ Usman, U.M.Z.; Musa, M.A.

² Annamaria

³ Rushing

⁴ Suknunan, S., & Bhana, A.

کند. ایشان در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که عملکرد کاری و بهره‌وری کارکنان را می‌توان به عنوان تأثیرگذار بر عملکرد سازمانی در نظر گرفت. ارتباط کاری بین کارکنان و مدیران آنها یکی از جنبه‌هایی است که عملکرد شغلی و بهره‌وری کارکنان را تعیین می‌کند. یافته‌های کلیدی نشان داد که تعامل بین مدیران و کارکنان بر عملکرد و بهره‌وری کارکنان تأثیر دارد. رابطه مثبت با یک مدیر با انگیزه و عملکرد بالاتر همراه است، در حالی که رابطه منفی با عملکرد پایین تر همراه است. مطالعه شیر^۱ و همکاران (۲۰۱۸) یک تجزیه و تحلیل چند متغیره از رابطه بین تعاملات بین فردی منفی در محل کار بین کارکنان گزارش کرد، و اینکه این تجربیات عواقبی برای تجارب کارکنان با فرسودگی شغلی و نارضایتی دارد و همچنین به قصد ترک محل کار کمک می‌کند.

۲-۱-۷-۴- ارتباطات داخلی و سلامت سازمانی

ارتباطات داخلی، کارکنان را نسبت به شغل خود آگاه تر می‌کند، دانش آنها را از یک موضوع خاص متمایز می‌کند، آنها را بهتر در محل کار ادغام می‌کند و به آنها در دستیابی به اهداف شرکت کمک می‌کند. همانطور که توسط اشتیاق و حبیب^۲ (۲۰۱۶) نتیجه‌گیری شد، ارتباطات داخلی کل سازمان را به هم پیوند می‌دهد و به کارکنان بخش‌های مختلف اجازه می‌دهد تا برای برآوردن دستور کار سازمانی همکاری کنند. این تحقیق نشان می‌دهد که مدیریت ارتباطات داخلی/کارمند با مشارکت کارکنان مرتبط است، که ارتباطات حمایتی کارکنان را بهبود می‌بخشد و قصد جابجایی را به حداقل می‌رساند. از سوی دیگر، یافته‌های کانگ و سانگ^۳ (۲۰۱۷) نشان می‌دهد که تعاملات کارمند-سازمان تا حد زیادی بر تأثیرات ارتباطات داخلی متقارن بر مشارکت کارکنان تأثیر می‌گذارد. مکانیسم‌های ارتباطی ضعیف و ناکافی و عدم مشارکت همه کارکنان در تصمیم‌گیری در مواقعی مانع عملکرد کارکنان در داخل سازمان می‌شود که بر سلامت سازمان تأثیر می‌گذارد (کانگ و سانگ، ۲۰۱۷). گاندیکا^۴ و همکاران (۲۰۲۱) از مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که ارتباطات

¹ Shier

² Ishtiaque, F., & Habib, L.

³ Kang, M.; Sung, M.

⁴ Gandica

داخلی، به ویژه در طول بحران، نقش مهمی در روابط کارکنان، تصویر برند و اثربخشی کلی سازمان ایفا می‌کند.

۲-۱-۷-۵- درگیری و سلامت سازمانی

اگر کارکنان احساس کنند که رابطه خوبی با سازمان دارند، احتمال بیشتری دارد که به گونه ای عمل کنند که برای سازمان مفید باشد. کارمندان به طور کلی نگرش‌های کاری مثبت‌تری نشان می‌دهند که معتقدند کسب و کار و رهبران آنها به سلامت خود اهمیت می‌دهند و برای بهبود آن گام برمی‌دارند (یعنی مشارکت کاری) (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳).

در مطالعه شین و هور^۱ (۲۰۲۱) نتیجه گیری می‌شود که درگیری کاری یک مرحله واسطه ای مهم در این مدل است که ارتباط بین منابع شغلی و رفتار کاری را حفظ می‌کند. بنابراین، دادن منابع مفید در محل کار به کارکنان، منابع شخصی و مشارکت کاری آنها را افزایش می‌دهد. هنگامی که کارکنان دریابند شرکت به رفاه آنها اهمیت می‌دهد، کارمندان در محل کار رفتار خوبی خواهند داشت (شین و هور، ۲۰۲۱).

۲-۱-۷-۶- پرسونای کارمند و سلامت سازمانی

درک شخصیت کارمند می‌تواند به کارفرمایان کمک کند. پرسونای کارکنند، به تصویری دقیق از گروهی از کارمندان، اشاره دارد. سازمان‌ها می‌توانند با نگاه کردن به ویژگی‌ها، تجربیات و رفتارها، شخصیت‌های کارکنان را توسعه دهند تا درک بهتری از نوع شخصیت کارمند، داشته باشند. وقتی صحبت از تلاش برای حفظ کارمندان و استخدام افراد جدید م‌شود، شخصیت‌های کارمند بسیار موثر هستند. پرسونای کارمند ابزارهایی را در اختیار هر شرکتی قرار می‌دهد که برای تعامل، ارتباط و تعامل موثرتر با نیروی کار و ایجاد محیط کاری بهتر نیاز دارد (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳).

۲-۱-۷-۷- صدای کارمند و سلامت سازمانی

توجه به صدای کارکنان به منظور بهبود عملکرد یک سازمان با گنجاندن ایده‌های کارکنان در سیستم الزامی

¹ Shin, Y., & Hur, W. M.

است. از دهه ۱۹۸۰، مفهوم صدای کارکنان در حوزه های روابط کاری، مدیریت منابع انسانی و رفتار سازمانی برجسته بوده است. روابط استخدامی و ادبیات مدیریت منابع انسانی، صدا را به عنوان طیف وسیعی از مکانیسم های رسمی برای ورودی فردی و جمعی کارکنان تعریف می کند، مانند روش های شکایت، مکانیسم های پیشنهاد، خدمات، جلسات مدیریت کارکنان، گروه های وظیفه غیرمدیریتی، شبکه های کیفیت، شوراهای کاری و مدیریت مشارکتی (ویلکنسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۳).

۸-۱-۲- سلامت سازمانی در سازمان های بهداشتی

سازمان های مراقبت های بهداشتی به دلیل رویه های پیشرفته و منابع مختلف، سازمان های بزرگ و پیچیده ای محسوب می شوند (قیاسی پور و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، مشکلات سلامتی فزاینده ای در میان متخصصان و کارکنان بخش درمان وجود داشته است، مانند ترک خدمت و فرسودگی شغلی، غیبت از کار و همچنین مرخصی استعلاجی، استرس منفی، خستگی و افسردگی، حجم کاری بالا، فشار زمان و موقعیت های کاری دشوار، آسیب های اسکلتی عضلانی مرتبط با کار، ناراحتی اخلاقی، اضطراب و حتی مرگ و میر. مشکلات بهداشتی در میان متخصصان سلامت ممکن است متناقض تلقی شود، اما در بسیاری از سازمان های بهداشتی به واقعیت تبدیل شده است (هادیان و همکاران، ۲۰۲۳).

از آنجایی که نیروی انسانی در بخش بهداشت و درمان مهم ترین عامل کارایی و اثربخشی است، سازمان ها بدون تلاش و تعهد نمی توانند موفق شوند (بریتینو کارنگتون^۲، ۲۰۱۹). در دنیای پرشتاب و پیچیده امروزی، برقراری سلامت سازمانی برای سازمان ها ضروری به نظر می رسد که به نوبه خود آنها را به تعهد به کار و سازمان، انجام مؤثر وظایف، ترک کار و کاهش وفاداری تشویق می کند (هادیان و همکاران، ۲۰۲۳).

نظام های سلامت به عنوان یکی از معیارهای اصلی برای سطح رشد و رفاه اجتماعی، نقش مهمی در ارتقای شاخص های مختلف اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کشورها ایفا می کنند. امروزه سازمان های حوزه سلامت جامعه مصمم هستند که با بازنگری اساسی در شیوه های مدیریت سلامت، بیش از پیش در جهت اجرای

¹ Wilkinson

² Brittain, A. C., & Carrington, J. M.

مؤثرترین روش‌ها در تأمین سلامت افراد جامعه تلاش کنند. سلامت سازمانی مفهومی جدید است، تا اطمینان حاصل شود که کارکنان تعهد سازمانی و انعطاف‌پذیری مطلوبی دارند که از طریق خواسته‌های واقعی کارکنان و اتخاذ اهداف سازمان ایجاد می‌شود (یوسلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

بخش دوم- مبانی تجربی تحقیق

۱-۲-۲- سابقه تحقیقات مشابه داخلی

ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲) پژوهشی با عنوان «الگوی سلامت سازمانی برای دستیابی به اعتماد اجتماعی با تاکید بر ارزش‌های اخلاقی» انجام دادند. هدف از پژوهش ارائه الگوی سلامت سازمانی با تاکید بر ارزش‌های اخلاقی در صنعت هواپیمایی ایران می‌باشد. تحقیق از نظر روش کیفی داده بنیاد است. جامعه آماری گروه خبرگان شامل اساتید متخصص و مجرب حوزه مدیریت و همچنین مدیران و کارشناسان با تجربه صنعت حمل و نقل هوایی کشور است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. در نهایت داده‌ها با روش کدگذاری تحلیل شد. نتایج نشان داد تعداد ۲۱۸ کد آزاد از مصاحبه‌ها به دست آمد سپس تعداد ۳۲ کد محوری از کدگذاری باز استخراج گردید. در نهایت با کدگذاری انتخابی الگوی مفهومی تحقیق ارائه شد. نتایج نشانگر این بود که شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر و راهبردها در الگوی سلامت سازمانی صنعت هواپیمایی می‌بایست در بر گیرنده ارزش‌های اخلاقی باشند تا بتوانند منجر به پیامدهای مثبت در ارتباط با مشتریان، سازمان، کارکنان و مدیران شوند و اعتماد اجتماعی را برای سازمان رقم زنند.

علیزاده ماتک و همکاران (۱۴۰۱) پژوهشی با عنوان «ارائه الگوی سلامت سازمانی با استفاده از مرور نظام‌مند فرا ترکیب» انجام دادند. هدف از این مرور نظام‌مند آن است که شناخت بهتری از چارچوب‌های سلامت سازمانی، مولفه‌ها و شاخص‌های آن در پژوهش‌های منتشر شده در پایگاه‌های معتبر بین‌المللی ارائه نماید.

¹ Yücel

این پژوهش از طریق تحلیل فراترکیب انجام شد. ۱۳ پژوهش در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۲۱ وارد مرحله تحلیل شدند. ۹۸ کد شناسایی شد که در ۱۵ مقوله جای گرفتند. نتایج نشان داد که مقوله های پیشگیری با ۱۳ کد؛ سیاست‌ها و روش‌های منابع انسانی با ۱۱ کد؛ و قانون‌گرایی و ظرفیت سازی هرکدام به طور مجزا با ۸ کد، با بیشترین میزان ارجاعات دارای بیشترین اهمیت در پژوهش‌ها هستند. در میان کدها، کدهای موازین و استانداردهای رفتاری واضح، اطلاع‌رسانی درباره نتایج عملکرد سازمان، آموزش مهارت‌های شغلی به کارکنان بیشترین میزان ارجاعات را به خود اختصاص دادند.

چرابین و همکاران (۱۴۰۰) مطالعه‌ای با عنوان طراحی الگوی مفهومی مدل سلامت سازمانی مبتنی بر مدیریت کوانتومی در کارکنان شهرداری انجام دادند. پژوهش حاضر کیفی بوده که با استفاده از راهبرد مبتنی بر نظریه داده بنیاد انجام شد. از این‌رو محقق بر آن است با در نظر گرفتن مفاهیم نامبرده شده و بررسی پژوهش‌های هم‌راستا و استخراج معیارهای مؤثر بر مدل سلامت سازمانی مبتنی بر مدیریت کوانتومی پردازد. در این بخش از تحلیل محتوای قرار دادی که از روش‌های کیفی است بهره برداری شده است. نتایج تحلیل داده‌ها در طی سه مرحله کدگذاری انتخابی، کدگذاری محوری و کدگذاری باز است که یافته‌های پژوهش را در چارچوب مدل پارادایمی شامل: عوامل ساختاری (حمایت سازمانی، آموزش، سبک رهبری، ارتباطات، اهداف و چشم‌انداز سازمان، تعهد سازمانی، فرهنگ سازمانی و مشارکت) عوامل شغلی (ابعاد تفویض اختیار و واگذاری مسئولیت، دسترسی به اطلاعات، حیطه کنترل، کار تیمی، معنی‌داری شغل و غنی‌سازی شغلی) عوامل فردی (کفایت نفس، خود تعیینی (حق انتخاب)، مؤثر بودن و ویژگی‌های فردی، جنسیت و نژاد، کانون کنترل و عزت نفس) تحلیل کرده است.

شیریان و همکاران (۱۴۰۰) مطالعه‌ای با عنوان شناسایی مولفه های سلامت اداری به منظور ارائه الگوی ارتقاء سلامت اداری در نظام آموزشی دولتی ایران انجام دادند. جمع آوری مضامین اولیه، به روش نمونه گیری هدفمند ملاک محور تعداد ۱۰۸ عنوان مقاله و کتاب داخلی و خارجی مورد مطالعه قرار گرفت که با این تعداد نمونه محقق به اشباع نظری رسید. پس از کدگذاری و دسته بندی ۹۸ مضمون اولیه، روایی محتوایی

آن به دو روش، کیفی شبکه مضامین مشتمل بر ۷ مضمون فراگیر و ۱۷ مضمون پایه ترسیم شد. در فاز کمی محیط پژوهش شامل کلیه اعضای نظام آموزشی در ایران به روش نمونه گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش سیاهه ۹۸ گویه ای محقق ساخته بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت از ۱ به معنای کاملاً مخالفم تا ۵ به صورت کاملاً موافقم تنظیم شد. روایی صوری و محتوایی سیاهه در این پژوهش توسط متخصصان تایید گردید و روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفت، سنجش پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده شد. مقادیر مربوط به برآورد ضریب آلفای کرونباخ برای مضامین بالاتر از ۰/۷۵ گزارش شدند که نشان دهنده همبستگی درونی بالا در معرف های مضامین پایه است. تجزیه و تحلیل اطلاعات از روشهای آماری توصیفی در تحلیل داده های کمی شامل جداول توزیع فراوانی و نمودارها، و در بخش استنباطی از روش تحلیل عاملی تاییدی و رویکرد مدل سازی معادله ساختاری کوواریانس محور استفاده شد. با توجه به شاخص های، مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود.

سلطانی و همکاران (۱۴۰۰) مطالعه ای با عنوان مطالعه جامعه شناختی سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه تبریز انجام دادند. جامعه آماری پژوهش کارکنان دانشگاه تبریز بودند که ۱۸۲ نفر آنان به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. یافته های پژوهش نشان می دهد، میانگین سلامت سازمانی در دامنه ۸۰ تا ۱۸۹ برابر با ۱۴۲/۶۴ است که نشان می دهد سلامت سازمانی کارکنان در حد متوسط به بالایی قرار دارد. همچنین در میان ابعاد هفتگانه سلامت سازمانی، بعد ساخت دهی با ۷۴/۴۰ درصد، بیشترین میزان و بعد یگانگی نهادی با ۵۷/۶۶ درصد کمترین مقدار میانگین محاسبه شده را دارد. نتایج آزمون فرضیات نیز نشان می دهد که رابطه مثبت و معناداری میان سلامت سازمانی و فرهنگ سازمانی و ابعاد آن (به جز بعد توجه به ره آورد) وجود دارد، ولی سلامت سازمانی با متغیر سلامت روان و ابعاد آن ارتباط معناداری ندارد. نتایج تحلیل رگرسیونی سلامت سازمانی نشان می دهد که چهار متغیر خلاقیت و نوآوری، پایداری، توجه به ره آورد و توجه به اعضای سازمان در مجموع حدود ۶۳ درصد تغییرات سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه تبریز را تبیین می کنند.

موزن و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان « تحلیل عوامل رفتاری تأثیرگذار بر سلامت سازمانی در بخش عمومی » انجام دادند. هدف تحقیق شناسایی عوامل رفتاری تأثیرگذار بر سلامت سازمانی و انتخاب مؤثرترین آن‌ها و طراحی مدل مربوط به آن می‌باشد. در این پژوهش به کمک مطالعه پژوهش‌های پیشین و استفاده از روش دلفی اقدام به استخراج مهم‌ترین عوامل رفتاری که دارای روایی بالایی هستند گردید. سپس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، این عوامل تلخیص و به دسته‌های به هم مرتبط تقسیم شد. همچنین از طریق طراحی مدل معادلات ساختاری، اقدام به ساخت و آزمون مدل مربوطه گردید. نتایج نشان داد این عوامل را به سه دسته عوامل فرهنگی، عوامل معنوی و عوامل سبک رهبری تقسیم‌بندی نموده و تأثیر هر عامل را نیز سنجیده است.

رمضانی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه‌ای با عنوان راهکارهای افزایش سلامت اداری در سازمان‌ها انجام دادند. در این مستند تلاش شده است تا عوامل مؤثر در رفتار سازمانی افراد و آسیب شناسی آن بررسی و راهکارهایی را جهت بهبود رفتار سازمانی و افزایش سلامت اداری ارائه گردد. سلامت اداری در سازمانها و ادارات منجر به تصمیم سازی و تصمیم گیری های درست و اجرای مناسب سیاستها میشود و ارائه کارآمد و اثربخش خدمات عمومی را به دنبال دارد. سلامت نظام اداری معلول عوامل متعددی است که اگر اصلاح شوند بسیاری از معضلات و ناهنجاری های اخلاقی سازمان هارفع خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف شناسایی مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت نظام های اداری کشورمان سامان یافته است. نتایج پژوهش حاضر نشان میدهد که عواملی چون عدم تناسب میان نرخ رشد تورم و نرخ رشد حقوق کارکنان، احساس نابرابری اقتصادی، عدم پابندی جامعه به موازین اخلاقی و خویشاوند سالاری و فقدان مکانیزم های پایش و کنترل صحیح و کارآمد در سازمانها و مشکلات مربوط به قوانین موجود و ناآشنایی ارباب رجوع با قوانین و مقررات از مهمترین مولفه های مؤثر بر سلامت اداری و سازمانی بوده‌اند. لذا برای رشد و توسعه کشور لازم است نظام اداری کشور از سلامت لازم برخوردار باشد و راهکارهای لازم جهت مبارزه با هرگونه فساد و

تخلّف و تقلّب، اجرایی و عملی گردد که در صورت داشتن یک نظام اداری سالم اهداف بلند مدت تحقق خواهد یافت.

۲-۲-۲- سابقه تحقیقات مشابه خارجی

هالیدی و همکاران (۲۰۲۴) پژوهشی با عنوان «اولویت بندی سلامت، ایمنی و رفاه کار در استراتژی های شرکت: یک چارچوب شاخص» انجام دادند. هدف از این مطالعه بررسی شیوه های کسب و کار، شیوه های بهداشت، ایمنی و رفاه و سیستم های اندازه گیری برای اطلاع رسانی به توسعه استراتژی سلامت، ایمنی و رفاه و چارچوب مشارکت کارکنان بود. یک مطالعه ترکیبی اکتشافی، متشکل از هشت مصاحبه نیمه ساختاریافته و نود و پنج پاسخ نظرسنجی از رهبران بخش خصوصی و دولتی و متخصصان بهداشت، ایمنی، و رفاه و سرمایه انسانی انجام شد. یافته ها نشان دهنده یک چارچوب استراتژی هفت عاملی است که عبارتند از مفاهیم کلیدی، مهندسی انعطاف پذیری، رفاه، مدیریت ایمنی و سلامت، مشارکت کارکنان، مدیریت ریسک و حاکمیت شرکتی. چارچوب استراتژی نهایی شواهد تجربی را ارائه می دهد که از چارچوب مناسبی برای کسب و کارها برای بهبود عملکرد فردی و سازمانی پشتیبانی می کند.

جعفری و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان «شاخص رفتار سلامت سازمانی: ابزاری برای سنجش سلامت سازمانی» انجام دادند. هدف مطالعه حاضر توسعه و اعتبارسنجی دو خرده مقیاس اصلی است که عوامل تعیین کننده رفتار سلامت سازمانی را ارزیابی می کند، «زیرمقیاس A» کمی از نوع لیکرت ۵ امتیازی شامل ۱۶ مورد در ۵ بعد (آگاهی، قدردانی، روابط، مشارکت کارکنان، و ارتباطات داخلی) و یک «زیرمقیاس B» کیفی شامل ۱۰ گویه در ۳ بعد (شخصیت کارکنان، فرهنگ سازمانی و صدای کارکنان). ترکیب این دو روش، اعتبار و کاربرد مطالعه و همچنین سهم آن در زمینه تحقیقات رفتار سلامت سازمانی را افزایش می دهد. علاوه بر این، این مطالعه شامل سه گروه متشکل از ۳۵۱۰ پاسخ دهنده از پنج بخش در پادشاهی عربستان سعودی بود: کشاورزی، آموزش، دولت، بهداشت و تدارکات. این تحقیق شامل مراحل مختلفی در توسعه و ارزیابی ویژگی های روان سنجی سلامت سازمانی است. یافته ها نشان داد این مقیاس معیاری قوی برای رفتار

سلامت سازمانی ایجاد می‌کند. سازمان‌ها می‌توانند رتبه بندی رفتار سلامت خود را با استانداردهای صنعت یا بهترین شیوه‌ها با استفاده از این شاخص مقایسه کنند.

تیتزن و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان « جو سلامت سازمانی به عنوان پیش شرط رهبری سلامت محور: گسترش پیوند بین رهبری و رفاه کارکنان» انجام دادند. این تحقیق رابطه بین سلامت سازمانی و رضایت شغلی کارکنان و خستگی عاطفی با نقش میانجی رهبری سلامت محور را بررسی می‌کند. داده‌ها از ۷۴ تیم و ۴۲۳ کارمند مراکز مراقبت از کودکان در سه مقطع زمانی، هر کدام به فاصله ۶ ماه گردآوری شد. با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری چند سطحی، نتایج نشان داد که سلامت سازمانی یک پیشینه مهم برای رهبری سلامت محور در سطح بین تیمی است. رابطه بین سلامت سازمانی و رضایت شغلی کارکنان توسط رهبری سلامت محور در سطح بین تیمی واسطه‌گر شد، اما نه در سطح درون تیمی تایید نشد.

ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳) پژوهشی با عنوان « تأثیر سرمایه اجتماعی و سلامت سازمانی بر مزیت‌های رقابتی شرکت‌های کوچک و متوسط آشپزی و صنایع دستی در شهر سامریدا» انجام دادند. این مطالعه با هدف تحلیل تأثیر سرمایه و سلامت سازمانی بر مزیت رقابتی به ویژه در دوران بهبود اقتصادی پس از کووید-۱۹ از طریق اقتصاد خلاق انجام شد. در این پژوهش از روش پیمایشی با رویکرد کمی استفاده شده است. تکنیک‌های تحلیل مورد استفاده، تحلیل توصیفی و تحلیل عاملی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. افراد این مطالعه SMEs در زیر بخش آشپزی و صنایع دستی در شهر ساماریندا شامل ۳۶۵ نفر بودند. این مطالعه نشان داد که سرمایه اجتماعی و سلامت سازمانی به طور نسبی و همزمان بر مزیت رقابتی تأثیر مثبت و معناداری دارند. با کمال تعجب، بعد فرهنگ کار و جو برای مدل‌سازی تأثیر سرمایه اجتماعی و سلامت سازمانی بر مزیت رقابتی شرکت‌های کوچک و متوسط آشپزی و صنایع دستی در شهر ساماریندا مناسب نیست.

سینگ (۲۰۲۲) پژوهشی با عنوان « پیوند دادن توانمندسازی، مشارکت، ارتباطات و سلامت سازمانی: مدل میانجیگری تعدیل شده» انجام دادند. هدف این مقاله بررسی عواملی است که رابطه بین توانمندسازی

روانشناختی و سلامت سازمانی را میانجی و تعدیل می‌کند. به طور خاص، درگیری کاری به عنوان واسطه‌ای در رابطه بین توانمندسازی روانشناختی و سلامت سازمانی و ارتباطات مطرح شده است. داده‌ها از ۵۲۴ دانشمند متعلق به ۱۰ آزمایشگاه یک سازمان تحقیق و توسعه هند - جمع‌آوری شد. نتایج نشان داد که درگیری کاری در رابطه مثبت بین توانمندسازی روانشناختی و سلامت سازمانی دارای نقش میانجی است و ارتباطات سازمانی تأثیر توانمندسازی روانشناختی را بر درگیری کاری تعدیل می‌کند.

مین و سو (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان «بررسی روابط بین پروفایل‌های شخصیتی و پیامدهای سلامت سازمانی» انجام دادند. این تحقیق به بررسی پروفایل‌های شخصیتی و سه پیامد سازمانی (به عنوان مثال، رفتار کاری غیرمولد، رفتار شهروندی سازمانی و فرسودگی شغلی) پرداخته است. نتایج نشان داد افراد با پروفایل‌های شخصیتی متفاوت واریانس معناداری را در بهزیستی (به عنوان مثال، فرسودگی شغلی) و رفتارها (به عنوان مثال، رفتار کاری غیرمولد و رفتار شهروندی سازمانی) نشان دادند. نتایج همچنین اهمیت رویکردهای شخص محور را هنگام بررسی روابط بین ویژگی‌های شخصیتی و پیامدهای سلامت سازمانی برجسته کرد.

آل عمری و ابوشیندی^۱ (۲۰۲۰) در تحقیق خود به «سلامت سازمانی مدارس دولتی اردن و عمان از دیدگاه معلمان: یک مطالعه بین فرهنگی» پرداختند. این تحقیق یک نمونه از نظرسنجی از ۶۴۹ معلم شامل ۳۲۶ معلم اردنی و ۳۲۳ معلم عمانی بوده است. داده‌های تحقیق با استفاده از پرسشنامه گردآوری شده و با روش حداقل مربعات جزئی تحلیل شدند. نتایج نشان داد مدارس اردن از نظر سلامت سازمانی در سطح بالایی قرار داشتند، در حالی که سلامت سازمانی برای مدارس عمان در سطح پایین بود.

دوگانای و داگلی (۲۰۲۰) در تحقیق خود به «مقیاس سلامت سازمانی: مطالعه توسعه مقیاس» پرداختند. هدف از این مطالعه ایجاد ابزار اندازه‌گیری معتبر و پایا برای سنجش سلامت سازمانی مدارس می‌باشد. گروه مطالعه متشکل از ۴۲۹ معلم شاغل در مدارس متوسطه در مناطق مرکزی اسکی شهر / ترکیه در سال

¹ Al-Omari & Abu-Shindi

تحصیلی ۲۰۱۵-۲۰۱۶ می باشد. روایی سازه مقیاس با تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل، مقیاس یک ساختار چهار عاملی شامل تاکید اکادمیک، رهبری حمایتی، عوامل محیطی و روحیه را اندازه گیری می کند. ساختار چهار عاملی مقیاس با تحلیل عاملی تأییدی تأیید شد. نسبت کل واریانس توضیح داده شده توسط مقیاس ۷۱.۱۰۱ درصد تعیین شد. برای تعیین پایایی مقیاس، ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت و این مقدار ۰/۹۱۵ تعیین شد. نتایج تمامی تحلیل‌های روایی و پایایی نشان می‌دهد که مقیاس سلامت سازمانی می‌تواند به‌عنوان ابزار اندازه‌گیری معتبر و پایا در مطالعاتی که معلمان به‌عنوان کارگروه در نظر گرفته شوند، مورد استفاده قرار گیرد.

مگنو و همکاران^۱ (۲۰۲۰) در تحقیق خود به «عوامل موثر در اجرای سواد سلامت سازمانی در سازمان‌های درمانی: یک بررسی واقع بینانه» پرداختند. در این پژوهش از رویکرد فراتحلیل و مرور ادبیات مربوطه در حوزه سواد سلامت سازمانی در بخش بهداشت و درمان استفاده شده است. نتایج بررسی‌ها در ۱۷۴ نشریه نشان داد اعتبارسنجی، محرک‌های سیاست‌گذاری، رهبری اجرایی و فرهنگ‌های بهبود کیفیت باعث ارتقای سلامت سازمانی در سازمان می‌شوند.

هاریان و همکاران^۲ (۲۰۱۹) در تحقیق خود به «ارزیابی سواد سلامت سازمانی در یک گروه از بیمارستان‌های دولتی، خصوصی و دانشگاهی در استانبول» پرداختند. این مطالعه از نوع مقطعی و در گروهی از بیمارستان‌ها (۳۰ نفر) در استانبول ترکیه انجام شده است. تجزیه و تحلیل‌های نشان داد که بین بخش "مهارت‌های سواد سلامت" بین بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تفاوت معناداری وجود دارد در حالی که اختلاف بین بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های خصوصی برای مورد "هزینه‌ها" قابل توجه است. بیمارستان‌های خصوصی بالاترین و بیمارستان‌های دانشگاهی کمترین میانگین نمره را کسب کرده‌اند.

¹ Meggetto et al

² Hayran et al

پلیکان و نواک^۱ (۲۰۱۹) در تحقیق خود به « اعتبار سنجی یک مدل و ابزار ارزیابی برای سنجش سواد سلامت سازمانی در بیمارستان ها» پرداختند. در این تحقیق از مجموعه ای از استانداردها و شاخص ها با توجه به معیارهای مدیریت کیفیت برای اندازه گیری سلامت سازمانی بیمارستان توسط تیمی در وین در ۹ نوع بیمارستان مختلف ساخته، آزمایش و اعتبارسنجی شده است. نتایج نشان داد این بیمارستان دارای سلامت سازمانی مطلوبی است.

ورای و همکاران^۲ (۲۰۱۹) در تحقیق خود به « تقویت سواد سلامت سازمانی در یک کلینیک روستایی میسوری: یک مطالعه موردی کیفی» پرداختند. مصاحبه های کیفی با خبرگان اصلی قبل از (۳۵ نفر) و بعد از (۲۳ نفر) مداخله برای بررسی اجرای برنامه و موفقیت در تحول سازمانی را تحت تأثیر قرار می دهد. نتایج نشان داد فعالیت های مداخله ای به ایجاد درک جامعی از سواد سلامت کمک می کند. این پروژه به یک تغییر سازمانی متوسط، اساسی و پایدار دست یافت. این برنامه با موفقیت اقدامات سواد سلامت را در سیستم های کلینیک ادغام کرد و رهبری و تعهد سازمانی را به دست آورد، به نیروی کار کمک کرد تا ارتباطات بین فردی و روش های جاسازی شده را در دسترس قرار دهد و مواد آموزش بهداشت را در دسترس قرار دهد. سینگ و جها (۲۰۱۸) مطالعه ای با عنوان «بررسی ابعاد سلامت سازمانی مردم محور: مطالعه سازمان تحقیق و توسعه هند» انجام دادند. هدف از این مقاله شناسایی ابعاد سلامت سازمانی با کمک ادبیات موجود و بحث گروهی متمرکز در مورد سلامت سازمانی است. این پژوهش همچنین سعی دارد پیشایندها و پیامدهای مختلف سلامت سازمانی را دسته بندی کند. بررسی ادبیات با کلمه جستجوی محدود در مورد سلامت سازمانی با استفاده از پایگاه های داده مانند Ebsco, Emerald و Science direct انجام شد. بحث های گروه متمرکز در مؤسسه تحقیقاتی نمک و مواد شیمیایی دریایی و آزمایشگاه ملی متالورژی - آزمایشگاه های شورای تحقیقات علمی و صنعتی، یک سازمان تحقیق و توسعه هندی انجام شد. در مجموع ۲۹ مرد و ۶ پاسخ دهنده زن در بحث گروه متمرکز شرکت کردند. نتایج نشان داد که ابعاد مختلف سلامت سازمانی که

¹ Pelikan & nowak

² Wray et al

با استفاده از بحث‌های گروهی متمرکز به دست آمد، با ادبیات بررسی شده در مورد سلامت سازمانی همخوانی دارد. یافته‌های بحث گروهی متمرکز نیز پیشایندها و پیامدهای سلامت سازمانی در یک سازمان تحقیق و توسعه را فهرست کرد.

جدول ۲-۲- خلاصه پیشینه پژوهش

محقق (سال)	عنوان	یافته‌ها
تراییان بادی و همکاران (۱۴۰۲)	الگوی سلامت سازمانی برای دستیابی به اعتماد اجتماعی با تاکید بر ارزش های اخلاقی	شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله گر و راهبردها در الگوی سلامت سازمانی صنعت هواپیمایی می بایست در بر گیرنده ارزش های اخلاقی باشند تا بتوانند منجر به پیامدهای مثبت در ارتباط با مشتریان، سازمان، کارکنان و مدیران شوند و اعتماد اجتماعی را برای سازمان رقم زنند.
علیزاده ماتک و همکاران (۱۴۰۱)	ارائه الگوی سلامت سازمانی با استفاده از مرور نظام‌مند فرا ترکیب	مقوله های پیشگیری با ۱۳ کده؛ سیاست‌ها و روش های منابع انسانی با ۱۱ کده؛ و قانون‌گرایی و ظرفیت سازی هرکدام به طور مجزا با ۸ کده، با بیشترین میزان ارجاعات دارای بیشترین اهمیت در پژوهش‌ها هستند.
صداقت و همکاران (۱۴۰۰)	طراحی الگوی مفهومی مدل سلامت سازمانی مبتنی بر مدیریت کوانتومی در کارکنان شهرداری	چارچوب مدل پارادایمی شامل:عوامل ساختاری (حمایت سازمانی، آموزش، سبک رهبری، ارتباطات، اهداف و چشم‌انداز سازمان، تعهد سازمانی، فرهنگ سازمانی و مشارکت) عوامل شغلی (ابعاد تفویض اختیار و واگذاری مسئولیت، دسترسی به اطلاعات، حیطه کنترل، کار تیمی، معنی‌داری شغل و غنی‌سازی شغلی) عوامل فردی (کفایت نفس، خود تعیینی (حق انتخاب)، مؤثر بودن و ویژگی‌های فردی، جنسیت و نژاد، قانون کنترل و عزت نفس) تحلیل کرده است.
شیریان و همکاران (۱۴۰۰)	شناسایی مولفه های سلامت اداری به منظور ارائه الگوی ارتقاء سلامت اداری در نظام آموزشی دولتی ایران	شبکه مضامین مشتمل بر ۷ مضمون فراگیر و ۱۷ مضمون پایه ترسیم شد

سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)	مطالعه جامعه‌شناختی سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه تبریز	چهار متغیر خلاقیت و نوآوری، پایداری، توجه به ره‌آورد و توجه به اعضای سازمان در مجموع حدود ۶۳ درصد تغییرات سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه تبریز را تبیین می‌کند.
موذن و همکاران (۱۳۹۹)	تحلیل عوامل رفتاری تأثیرگذار بر سلامت سازمانی در بخش عمومی	نتایج نشان داد این عوامل را به سه دسته عوامل فرهنگی، عوامل معنوی و عوامل سبک رهبری تقسیم‌بندی نموده و تأثیر هر عامل را نیز سنجیده است.
رمضانی و همکاران (۱۳۹۶)	راهکارهای افزایش سلامت اداری در سازمان ها	عواملی چون عدم تناسب میان نرخ رشد تورم و نرخ رشد حقوق کارکنان، احساس نابرابری اقتصادی، عدم پایداری جامعه به موازین اخلاقی و خویشاوند سالاری و فقدان مکانیزم های پایش و کنترل صحیح و کارآمد در سازمانها و مشکلات مربوط به قوانین موجود و ناآشنایی ارباب رجوع با قوانین و مقررات از مهمترین مولفه های موثر بر سلامت اداری و سازمانی بوده‌اند.
هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)	اولویت بندی سلامت، ایمنی و رفاه کار در استراتژی های شرکت: یک چارچوب شاخص	یافته‌ها نشان‌دهنده یک چارچوب استراتژی هفت عاملی است که عبارتند از مفاهیم کلیدی، مهندسی انعطاف‌پذیری، رفاه، مدیریت ایمنی و سلامت، مشارکت کارکنان، مدیریت ریسک و حاکمیت شرکتی. چارچوب استراتژی نهایی شواهد تجربی را ارائه می‌دهد که از چارچوب مناسبی برای کسب و کارها برای بهبود عملکرد فردی و سازمانی پشتیبانی می‌کند.
جعفری و همکاران (۲۰۲۳)	شاخص رفتار سلامت سازمانی: ابزاری برای سنجش سلامت سازمانی	زیرمقیاس A « کمی از نوع لیکرت ۵ امتیازی شامل ۱۶ مورد در ۵ بعد (آگاهی، قدردانی، روابط، مشارکت کارکنان، و ارتباطات داخلی) و یک «زیرمقیاس B» کیفی شامل ۱۰ گویه در ۳ بعد (شخصیت کارکنان، فرهنگ سازمانی و صدای کارکنان)
تیتزن و همکاران (۲۰۲۳)	جو سلامت سازمانی به عنوان پیش شرط رهبری سلامت محور: گسترش پیوند بین رهبری و رفاه کارکنان	سلامت سازمانی یک پیشینه مهم برای رهبری سلامت محور در سطح بین تیمی است. رابطه بین سلامت سازمانی و رضایت شغلی کارکنان توسط رهبری سلامت محور در سطح بین تیمی واسطه‌گر شد، اما نه در سطح درون تیمی تایید نشد.
ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)	تأثیر سرمایه اجتماعی و سلامت سازمانی بر مزیت های رقابتی شرکت های	سرمایه اجتماعی و سلامت سازمانی به طور نسبی و همزمان بر مزیت رقابتی تأثیر مثبت و معناداری دارند.

	کوچک و متوسط آشپزی و صنایع دستی در شهر سامریدا	
سینگ (۲۰۲۲)	پیوند دادن توانمندسازی، مشارکت، ارتباطات و سلامت سازمانی: مدل میانجیگری تعدیل شده	درگیری کاری در رابطه مثبت بین توانمندسازی روان‌شناختی و سلامت سازمانی دارای نقش میانجی است و ارتباطات سازمانی تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی را بر درگیری کاری تعدیل می‌کند.
مین و سو (۲۰۲۰)	بررسی روابط بین پروفایل های شخصیتی و پیامدهای سلامت سازمانی	افراد با پروفایل های شخصیتی متفاوت واریانس معناداری را در بهزیستی (به عنوان مثال، فرسودگی شغلی) و رفتارها (به عنوان مثال، رفتار کاری غیرمولد و رفتار شهروندی سازمانی) نشان دادند. نتایج همچنین اهمیت رویکردهای شخص محور را هنگام بررسی روابط بین ویژگی های شخصیتی و پیامدهای سلامت سازمانی برجسته کرد.
آل عمری و ابوشیندی (۲۰۲۰)	سلامت سازمانی مدارس دولتی اردن و عمان از دیدگاه معلمان: یک مطالعه بین فرهنگی	نتایج نشان داد مدارس اردن از نظر سلامت سازمانی در سطح بالایی قرار داشتند، در حالی که سلامت سازمانی برای مدارس عمان در سطح پایین بود.
دوگانای و داگلی (۲۰۲۰)	مقیاس سلامت سازمانی: مطالعه توسعه مقیاس	مقیاس یک ساختار چهار عاملی شامل تاکید اکادمیک، رهبری حمایتی، عوامل محیطی و روحیه را اندازه گیری می کند.
مگنو و همکاران (۲۰۲۰)	عوامل موثر در اجرای سواد سلامت سازمانی در سازمان‌های درمانی: یک بررسی واقع بینانه	نتایج بررسی ها در ۱۷۴ نشریه نشان داد اعتبارسنجی، محرک های سیاست گذاری، رهبری اجرایی و فرهنگ های بهبود کیفیت باعث ارتقای سلامت سازمانی در سازمان می شوند.
هاریان و همکاران (۲۰۱۹)	ارزیابی سواد سلامت سازمانی در یک گروه از بیمارستان های دولتی، خصوصی و دانشگاهی در استانبول	بین بخش "مهارت های سواد سلامت" بین بیمارستان های دولتی و خصوصی تفاوت معناداری وجود دارد

پلیکان و نواک (۲۰۱۹)	اعتبار سنجی یک مدل و ابزار ارزیابی برای سنجش سواد سلامت سازمانی در بیمارستان ها	نتایج نشان داد این بیمارستان دارای سلامت سازمانی مطلوبی است.
ورای و همکاران (۲۰۱۹)	تقویت سواد سلامت سازمانی در یک کلینیک روستایی میسوری: یک مطالعه موردی کیفی	این برنامه با موفقیت اقدامات سواد سلامت را در سیستم های کلینیک ادغام کرد و رهبری و تعهد سازمانی را به دست آورد، به نیروی کار کمک کرد تا ارتباطات بین فردی و روش های جاسازی شده را در دسترس قرار دهد و مواد آموزش بهداشت را در دسترس قرار دهد.
سینگ و جها (۲۰۱۸)	بررسی ابعاد سلامت سازمانی مردم محور: مطالعه سازمان تحقیق و توسعه هند	یافته های بحث گروهی متمرکز نیز پیشنهادها و پیامدهای سلامت سازمانی در یک سازمان تحقیق و توسعه را فهرست کرد.

۳-۲-۲- جمع بندی از پیشینه

سلامت سازمانی به عنوان یک موضوع سازمانی، توسط محققان و دست اندرکاران مورد بحث قرار گرفته است که به طور خاص رفاه کارکنان را ارتقا می دهد (جعفری و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، پیش ران های سلامت سازمانی در بخش بهداشت و درمان تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است. در دهه گذشته، محققان مختلف چارچوب هایی برای سلامت سازمانی طراحی کرده اند. علیرغم وجود چالش های پیچیده در مدیریت سازمان های بهداشتی، مطالعات کافی در زمینه پیش ران های سلامت سازمانی در بخش بهداشت و درمان انجام نشده است (هادیان و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین برخی از مطالعات به بررسی رابطه بین مؤلفه های سلامت سازمانی با سایر مؤلفه های مهم سازمان مانند فرهنگ سازمانی، سطح رضایت کارکنان و مدیریت دانش پرداخته اند، در حالی که بیشتر این مطالعات خارج از حوزه بهداشت و درمان (از جمله در محیط های آموزشی و ... حوزه های تجاری) صورت گرفته اند. علاوه بر این، برخی از مقالات دیگر که به بررسی اجزای سلامت سازمانی در حوزه بهداشت و درمان

پرداخته اند، تنها به چند عامل جزئی در مطالعات قبلی اشاره کرده اند. در حالی که مقاله حاضر به دنبال

شناسایی عوامل موثر در سلامت سازمانی به صورت جامع است.

جدول ۲-۳- مولفه‌های سلامت سازمانی مستخرج از ادبیات

مؤلفه ها	سینگ و جها (۲۰۱۸)	ورای و همکاران (۲۰۱۹)	دوناگای و داگلی (۲۰۲۰)	ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)	جعفری و همکاران (۲۰۲۳)	هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)	علائق و همکاران (۲۰۲۴)	ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)	چرایین و همکاران (۱۴۰۰)	موذن و همکاران (۱۳۹۹)
ارتباطات سازمانی	*				*		*	*	*	
امنیت شغلی	*									
تعهد سازمانی	*	*						*		
تیم گرایی	*					*	*		*	
درگیری کارکنان					*	*				*
فرهنگ سازمانی				*	*			*	*	*
روحیه	*	*	*	*						*
معنویت کارکنان										*
شخصیت کارکنان					*				*	
رهبری		*	*	*		*	*		*	*
رفاه کارکنان	*					*	*			
یادگیری و نوآوری					*					
نوآوری								*		

فصل سوم

روش‌شناسی پژوهش

مقدمه

در این فصل که به روش‌شناسی پژوهش اختصاص دارد، ابتدا به بررسی روش تحقیق پرداخته خواهد شد، در ادامه جامعه آماری، تعیین حجم نمونه و روش نمونه‌گیری مشخص می‌شود. سپس به ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرداخته خواهد شد و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری می‌شود. در نهایت نیز روش‌های تجزیه و تحلیل آماری، ارائه می‌گردد.

۳-۱. روش پژوهش

روش تحقیق مورد نظر تئوری-کاربردی است. در این پژوهش برای پوشش مباحث تئوریک تحقیق از کتاب‌ها و مقالات و نشریات و در بخش پیمایشی از پرسشنامه و مصاحبه با خبرگان استفاده می‌شود. پرسشنامه مورد نیاز برای مدل ISM با توجه به مقالات مرتبط موجود، ویژگی‌های خاص مطالعه شده در سازمان مورد بررسی و هم‌چنین مصاحبه با خبرگان طراحی می‌شود.

۳-۲. فرایند انجام تحقیق

تحقیق حاضر در راستای دستیابی هدف اصلی تحقیق طراحی مدل ساختار تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی صورت گرفت. در راستای پاسخگویی به سوالات تحقیق، فرایند اجرایی تحقیق شامل ۳ فاز به شرح زیر است:

در فاز اول با مرور ادبیات نظری، مولفه‌های مدل سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی شناسایی شدند. این بخش با استفاده از روش تحلیل محتوای کمی از متون ادبیات صورت گرفت که در پایگاه‌های فارسی ایرانداک، کتابخانه ملی، علوم منطقه‌ای، جهاد دانشگاهی، نمایه، مگیران، نورمگز و... و در پایگاه‌های

خارجی پروکوئست^۱، جی استور^۲، امرالد^۳، ای بی اس کو^۴، اسکوپس^۵، ساینس دایرکت^۶، گوگل اسکولار
 کاوش صورت گرفت. سپس مقالاتی که دارای معیارهای کافی از نظر محقق بودند، وارد مرحله تحلیل شد
 و باقی مقالات کنار گذاشته شدند؛ معیارهای تحقیق به این شرح بودند: معیارهای این مرحله توسط تیم
 تحقیق طراحی شد، این معیارها عبارت‌اند از: مقاله در ژورنال معتبر به چاپ رسیده باشد، مقاله دارای یک
 الگوی مفهومی در حوزه پژوهش باشد؛ مبانی علمی و نظری تشریح شده باشند؛ و مؤلفه‌ها دارای معیارهای
 پایایی و روایی و اعتبار باشند

در فاز دوم جهت تایید و اجماع مؤلفه‌ها، عوامل مستخرج از ادبیات از طریق پرسشنامه دلفی به قضاوت
 خبرگان گذاشته شدند.

در فاز سوم به طراحی پرسشنامه به سبک ساختار تفسیری (ISM) و توزیع بین خبرگان و بعد طراحی مدل
 نهایی پژوهش (سطح بندی عوامل و نشان دادن روابط بین آنها) براساس داده‌های بدست آمده از پرسشنامه
 (ISM) استفاده شد.

براساس تحلیل محتوای انجام شده، مؤلفه‌های مدل به صورت زیر به دست آمدند:

جدول ۳-۱. مؤلفه‌های مدل سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی

مؤلفه ها	سینگ و جها (۲۰۱۸)	ورای و همکاران (۲۰۱۹)	دوناگای و داگلی (۲۰۲۰)	ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)	جعفری و همکاران (۲۰۲۳)	هالیدی و همکاران (۲۰۲۴)	علائی و همکاران (۲۰۲۴)	ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)	چرابین و همکاران (۱۴۰۰)	مؤذن وهمکاران (۱۳۹۹)
ارتباطات سازمانی	*				*		*	*	*	
امنیت شغلی	*									
تعهد سازمانی	*	*						*		
تیم گرایی	*					*	*		*	
درگیری کارکنان					*	*				*
فرهنگ سازمانی				*	*			*	*	*

1 Proquest
 2 JSTORE
 3 Emerald
 4 EBSCO
 5 SCOPUS
 6 Science Direct

روحیه	*	*	*	*	*	*	*	*	*
معنویت کارکنان	*								*
شخصیت کارکنان		*			*				
رهبری	*	*	*	*	*	*	*	*	*
رفاه کارکنان	*		*	*					
یادگیری و نوآوری					*				
نوآوری		*							

۳-۳- جامعه آماری تحقیق

جامعه آماری گروهی از اشیاء موجود است که در یک یا چند صفت یا ویژگی مشترک هستند (خاکی،

۱۳۹۱).

خبرگان باید دارای این معیارها باشند که عبارت‌اند از:

۱. عضو هیأت‌علمی در رشته مدیریت دولتی با گرایش‌های مرتبط به حوزه پژوهش برای اساتید

۲. آشنایی با مفاهیم سلامت اداری و سابقه پژوهشی در این حوزه

۳. سابقه اجرایی مدیریتی حداقل ۵ ساله در مراکز بهداشتی و درمانی برای مدیران ارشد

۳-۴- تعیین اندازه نمونه و روش نمونه‌گیری

به زعم رحمانی (۱۳۹۹) تعداد شرکت‌کنندگان در روش دلفی کمتر از ۵۰ نفر و اکثراً ۱۵ تا ۲۰ نفر است.

در پژوهش حاضر ۱۵ خبره در بخش دلفی شرکت کردند.

برای انتخاب نمونه‌ها در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. این روش انتخاب آگاهانه

شرکت‌کننده‌های خاص توسط پژوهشگر می‌باشد. در این روش شرکت‌کننده‌ها توسط پژوهشگر دست‌چین

می‌شوند.

۳-۵. روش و ابزار گردآوری داده‌ها

جمع‌آوری داده‌ها، فرایند جمع‌آوری و اندازه‌گیری اطلاعات در مورد متغیرهای پژوهش است که پس از آن فرد قادر به پاسخگویی به سؤالات مربوطه و ارزیابی نتایج می‌باشد. روش‌های گردآوری اطلاعات را به‌طور کلی می‌توان به دو طبقه روش‌های کتابخانه‌های و روش‌های میدانی تقسیم نمود (عاقلی و همکاران، ۱۴۰۲). در این پژوهش برای جمع‌آوری ادبیات و پیشینه پژوهش، از روش‌های کتابخانه‌های (مطالعه کتاب‌ها، مقالات، مجلات و بانک‌های اطلاعاتی اینترنتی) استفاده شده است، همچنین برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به پاسخگویی به سؤالات تحقیق از روش میدانی استفاده شده است.

۳-۶. ابزار گردآوری داده‌ها

ابزارهای گردآوری داده‌ها و اطلاعات تحقیق شامل پرسشنامه دلفی و پرسشنامه ساختار تفسیری (ISM) است.

۳-۶-۱- پرسشنامه دلفی

پرسشنامه دلفی مشتمل بر ۱۳ مولفه است که از روش تحلیل محتوا به دست آمد. این پرسشنامه راند اول دلفی بود که با طیف ۵ نقطه‌ای لیکرت (اهمیت خیلی کم=۱ تا اهمیت خیلی زیاد=۵) تهیه شد. همچنین سوال باز در پرسشنامه قرار داده شد و از خبرگان درخواست شد که عوامل موثری که در پرسشنامه ذکر نشده را به پرسشنامه اضافه کنند. به این ترتیب پرسشنامه راند اول آماده و برای پانل خبرگان ارسال شد. پس از دریافت پاسخ‌های خبرگان، در دور اول، محاسبات انجام شد. به منظور بررسی توافق خبرگان نیز از ضریب کندال استفاده شد. با توجه به طیف ۵ تایی لیکرت، گویه‌هایی که میانگین کمتر ۳ داشته باشند، حاکی از اهمیت کم گویه‌ها هستند و لذا از دور دلفی حذف می‌گردند. پس از حذف عوامل بی اهمیت

و اضافه کردن عوامل پیشنهادی خبرگان پرسشنامه راند دوم نیز با طیف ۵ نقطه‌ای لیکرت (اهمیت خیلی کم=۱ تا اهمیت خیلی زیاد=۵) تهیه شد و برای خبرگان ارسال شد. سپس با بازگشت پرسشنامه‌ها از راند دوم، محاسبات مجدداً برای این راند نیز انجام شد و با توجه به ضریب توافق کندال، و عدم دریافت عامل جدید، فرآیند دلفی خاتمه یافت و پرسشنامه نهایی مشتمل بر عوامل شناسایی شد.

۳-۶-۲- پرسشنامه ساختار تفسیری

پرسشنامه ISM برای حل مسائل ساختاری تفسیری مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه مدل سازی ساختاری-تفسیری با روش مرسوم طراحی نشد و از طیف لیکرت استفاده نشد. پرسشنامه ISM یک ماتریس ساده است که برای گردآوری دیدگاه خبرگان استفاده شد. این پرسشنامه بر اساس مقادیر صفر و یک طراحی شد. به بیان ساده اگر شما n عنصر داشته باشید باید یک ماتریس $n \times n$ تشکیل دهید. سپس قطر اصلی این ماتریس را به صورت پیش فرض یک قرار دهید. حال باید از هر یک از خبرگان بخواهید تا در صورت وجود رابطه عدد یک را وارد کنند یا یک تیک ساده بزنند. اگر هم رابطه‌ای وجود ندارد یا عدد صفر را وارد کنند یا یک ضربدر وارد کنند و به این صورت تکمیل می‌کنند که اطلاعات تکمیلی در پرسشنامه پیوست به طور کامل شرح خواهد داده شد.

۳-۷- اعتبار ابزار

ابزار جمع‌آوری داده‌ها باید از اعتبار مناسب برخوردار باشد. معیارهایی که برای آزمودن اعتبار ابزار پژوهش به کار می‌روند، عبارت‌اند از روایی و پایایی (عاقلی و همکاران، ۱۴۰۲).

۳-۷-۱. روایی ابزار پژوهش

از آنجایی که ابزار تحقیق از روش دلفی حاصل شده است، دارای روایی می‌باشد. این نتایج به تفصیل در فصل چهارم ارائه خواهد شد.

۳-۷-۲. پایایی ابزار

شاخص اسکات

در این مطالعه در زمینه پایایی، از روش بازآزمون استفاده شده است. به همین منظور، کدگذاری در اختیار یک خبره دیگر قرار داده شد و کدگذاری توسط فرد صورت گرفت. سپس توافق بین دو کدگذار محاسبه گردید. براساس کدهای تکرار شده در مصاحبه‌ها (توافقات) و کدهای متفاوت (عدم توافقات) پایایی کدگذاری با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

رابطه (۱)

$$\text{ضریب پایایی} = \frac{\text{تعداد توافقات} * 2}{\text{تعداد کل کدها}}$$

این مقادیر در جدول (۳-۲) نشان داده شده اند:

جدول ۳-۲- ضریب پایایی مصاحبه‌ها

	تعداد توافقات	تعداد کل کد	ضریب پایایی
P1	۶	۱۱	۸۴/۴
P2	۵	۸	۸۹/۹

ضریب پایایی به دست آمده از دو کدگذار ۸۴/۴ و ۸۹/۹ می‌باشد که حاکی از توافق بالا و نیز ضریب پایایی مناسب می‌باشد. ضریب کاپا و تحلیل آماری مبتنی بر آن اندازه‌ای عددی بین ۱- تا ۱+ است، که هر چه به ۱+ نزدیک‌تر باشد بیانگر وجود توافق متناسب و مستقیم می‌باشد. چنانچه مقدار این ضریب از ۰/۶ بیشتر باشد پایایی وجود دارد (ویرا و گرن، ۲۰۰۵).

۳-۸. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در تحقیق حاضر در ۲ بخش دلفی و مدلسازی تفسیر ساختاری (ISM) انجام شد.

۳-۸-۱- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش دلفی

استفاده از دانش و دیدگاه تخصصی یک مجموعه در تصمیم‌گیری پیرامون مسائلی که ماهیت کیفی دارند بسیار راه‌گشا است. تکنیک دلفی یکی از روش‌های کسب دانش گروهی است که در تصمیم‌گیری پیرامون مسائل کیفی نیز کاربرد دارد. در پژوهش‌های کیفی که جنبه اکتشافی دارد و شناسایی ماهیت و عناصر بنیادین یک پدیده، محور مطالعه است می‌توان از تکنیک دلفی استفاده کرد. تکنیک دلفی فرایندی ساختارمند جهت گردآوری اطلاعات در طی راندهای متوالی و در نهایت اجماع گروهی است همچنین به بیان دیگر یک رویکرد تصمیم‌گیری نظری استفاده می‌کند. این روش به متخصصان اجازه می‌دهد تصمیمات در خصوص مشکلات پیچیده را به طور سیستماتیک تأیید کنند (عاقلی و همکاران، ۱۴۰۲).

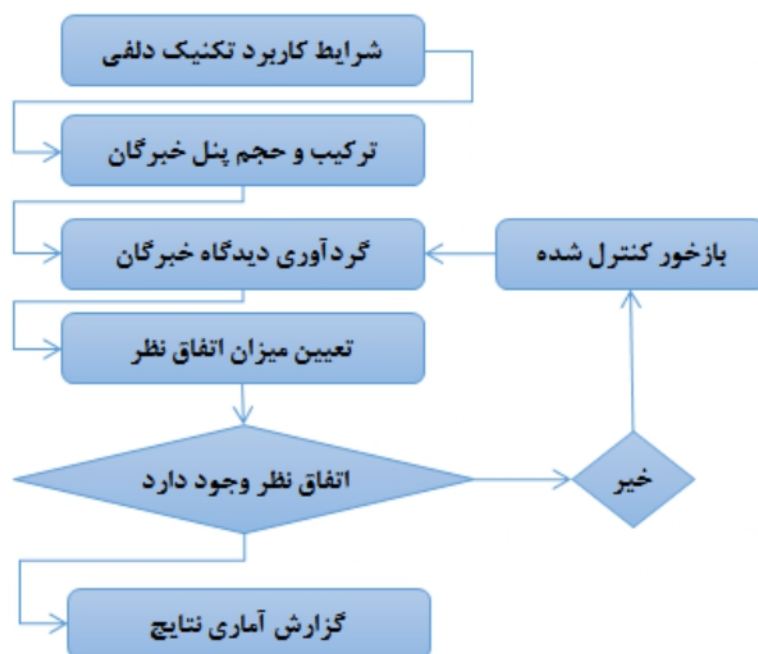
قواعد رویکرد دلفی برای تحلیل نتایج در این پژوهش عبارتند از:

- اگر میانگین رتبه‌هایی که اعضای پانل به یک شاخص می‌دهند کمتر از ۳ و در عین حال انحراف معیار بیشتر از یک باشد، آن عامل حذف می‌شود. چرا که هرچند یک عامل از رتبه‌ای که اعضای پانل تعیین می‌کنند میانگین بالایی بدست آورد اما چون بر سر وجود آن عامل میان اعضای پانل اتفاق نظر وجود ندارد حذف می‌شود.

- اگر میانگین رتبه‌هایی که اعضای پانل به یک عامل می‌دهند از ۳ کمتر باشد آن عامل حذف خواهد شد. چرا که در صورتی که یک عامل میانگین پایینی بدست آورد یعنی اعضای پانل به اهمیت این معیارها اعتقادی نداشته‌اند. بقیه عوامل به دور بعد راه خواهند یافت.

تعداد دورهای دلفی در این پژوهش با توجه به ضریب توافق تعیین می‌شود. به این ترتیب که اگر در هر دور دلفی ضریب توافق که با استفاده از آزمون کندال توسط نرم افزار SPSS تعیین می‌شود، در بازه قابل قبول قرار گیرد، نشان از توافق بالای خبرگان داشته و فرایند دلفی متوقف می‌شود.

چارچوب اصلی استفاده از روش دلفی در پژوهش‌های کیفی در شکل زیر نشان داده شده است.

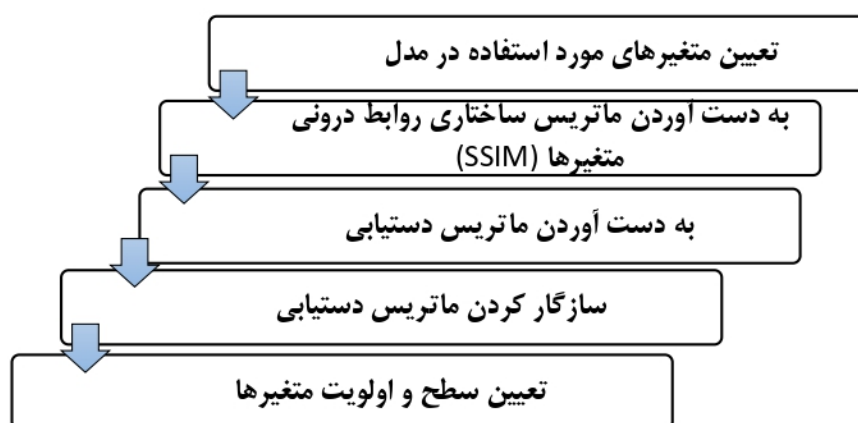


شکل ۳-۱. چارچوب نظری تکنیک دلفی در تحقیقات کیفی

۳-۸-۲- روش مدلسازی ساختاری تفسیری

در این پژوهش، از تکنیک مدلسازی ساختاری تفسیری برای شناسایی و ارائه الگوی روابط شاخص‌ها استفاده خواهد شد. این تکنیک برای ساختار دهی به عناصر شاخص‌های مؤثر در حل یک مشکل (یا بهبود یک سیستم) به کار گرفته‌شد. تکنیک ISM موجب به وجود آمدن یک دیاگرام از روابط پیچیده موجود در بین عناصر یک سیستم گردیده و مطالعه آن را سهل کرد. مدلسازی ساختاری-تفسیری، یک متدولوژی برای ایجاد و فهم روابط میان عناصر یک سیستم پیچیده می‌باشد. به عبارتی دیگر مدلسازی تفسیری-

ساختاری یک فرایند متعامل است که در آن مجموعه‌ای از عناصر مختلف و مرتبط با همدیگر در یک مدل سیستماتیک جامع ساختار بندی می‌شوند. متدولوژی ISM کمک زیادی به برقراری نظم در روابط پیچیده میان عناصر یک سیستم می‌نماید. مدل‌سازی ساختاری-تفسیری در تشخیص روابط درونی متغیرها کمک کرد و یک تکنیک مناسب برای تجزیه و ISM می‌تواند به اولویت بندی و تحلیل تأثیر یک متغیر بر متغیرهای دیگر می‌باشد. هم چنین می‌تواند به اولویت بندی و تعیین سطح عناصر یک سیستم اقدام کند که کمک بسیار شایانی به مدیران برای اجرای بهتر مدل طراحی شده کرد. برای اجرای تکنیک ISM جهت به دست آوردن روابط درونی و اولویت‌های عناصر در یک سیستم باید فرایند زیر طی شود.



شکل ۳-۲- مراحل اجرای تکنیک ISM

۳-۲-۱- تعیین متغیرهای مورد استفاده در مدل

تکنیک مدل‌سازی ساختاری تفسیری با شناسایی متغیرهایی شروع شد که مربوط به موضوع مورد بحث می‌باشد. در این مطالعه متغیرهای ما برای طراحی مدل همان شاخص‌های مدل می‌باشد که در قسمت قبلی شناسایی شدند.

۳-۸-۲-۱-۱-به دست آوردن ماتریس ساختاری خودتعاملی^۱ (SSIM)

پس از شناسایی متغیرها نوبت به وارد کردن این متغیرها در ماتریس ساختاری خودتعاملی (SSIM) شد. این ماتریس یک ماتریس، به ابعاد متغیرها می باشد که در سطر و ستون اول آن متغیرها به ترتیب ذکر شد. آن گاه روابط دو به دو متغیرها به وسیله نمادهایی مشخص شد. در این مدل پس از شناسایی ابعاد و شاخص های مطالعه روابط بین ابعاد و شاخص های شناسایی شده با استفاده از رابطه مفهومی «منجر به» تحلیل شد. ماتریس خودتعاملی ساختاری از ابعاد و شاخص های مطالعه و مقایسه آن ها با استفاده از چهار حالت روابط مفهومی تشکیل شد. این ماتریس توسط خبرگان و متخصصین فرآیند محوری تکمیل می گردد. اطلاعات حاصله بر اساس مدل سازی ساختاری تفسیری جمع بندی و ماتریس خودتعاملی ساختاری نهایی تشکیل گردیده است. حالت ها و علائم مورد استفاده در این رابطه مفهومی عبارت است از:

جدول ۳-۳- علائم و نمادهای مورد استفاده جهت شناسایی روابط

O	X	A	V	
عدم وجود رابطه	رابطه دو سویه	متغیر Z بر A تأثیر دارد	متغیر A بر Z تأثیر دارد	
۰	۱	۰	۱	(i, j)
۰	۱	۱	۰	(j, i)

۳-۸-۲-۱-۲-قانون تصمیم گیری گروهی

قانون تصمیم گیری گروهی برای توافق جمعی بر رابطه موجود بین هر زوج از عناصر مانند A و B باید مشخص نمود. یک راهکار مرسوم استفاده از توافق جمعی با استفاده از رأی گیری خبرگان است. برای رأی اکثریت چنانچه n نفر رأی خود را در مورد تسلط عنصر A بر عنصر B (یا برعکس و بی اثر) داده باشند، رابطه ای از آن قضاوت ها برای A و B انتخاب خواهد شد که بیشتر از نصف آرا با آن رابطه توافق کرده باشند. منطق مدل سازی ساختاری تفسیری (ISM) منطبق بر روش های ناپارامتریک و بر مبنای مد در

¹ Structural Self-Interaction Matrix

فراوانی‌ها عمل کرد. به این منظور نخست پرسشنامه ای طراحی شد و از پاسخ دهنده خواسته شد که با توجه به نمادهای معرفی شده (V, A, X, O) نوع ارتباطات دو به دوی فاکتورها را مشخص کند. این پرسشنامه در اختیار گروهی از خبرگان قرار داده شد. این گروه با تشکیل جلسه‌ای اقدام به تکمیل نهایی این پرسشنامه کردند، به این ترتیب که روابط مشترک به دست آمده از پرسشنامه‌های قبلی را به طور دقیق مانند آن به پرسشنامه جدید وارد کرده و برای خانه‌هایی که در پرسشنامه‌های قبلی اختلاف نظر وجود داشت، اقدام به تعیین نوع رابطه نمودند. در نهایت روابطی به دست آمد که همان ماتریس خودتعاملی ساختاری است.

۳-۸-۲-۱-۳- ماتریس دستیابی^۱

ماتریس دستیابی از تبدیل ماتریس ساختاری خود تعاملی به یک ماتریس دو ارزشی صفر و یک به دست می‌آید. برای استخراج ماتریس دریافتی در هر سطر ماتریس خود تعاملی به جای علائم X و V از عدد یک و به جای علائم A و O از عدد صفر استفاده شد. ماتریس به دست آمده ماتریس دریافتی اولیه نام دارد. درایه‌های قطر اصلی برابر یک قرار می‌گیرد.

۳-۸-۲-۱-۴- سازگار کردن ماتریس دستیابی

پس از اینکه ماتریس اولیه دستیابی به دست آمد، باید سازگاری درونی آن برقرار شود. به عنوان نمونه اگر متغیر A منجر به متغیر B شود و متغیر B هم منجر به متغیر C شود، باید متغیر A نیز منجر به متغیر C شود و اگر در ماتریس دستیابی این حالت برقرار نبود، باید ماتریس اصلاح شده و روابطی که از قلم افتاده جایگزین شوند. برای سازگار کردن ماتریس روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است. برای اطمینان باید روابط ثانویه کنترل شود. به این معنا که اگر A منجر به B شود و B منجر به C شود در این صورت باید A منجر به C شود. یعنی اگر براساس روابط ثانویه باید اثرات مستقیم لحاظ شده باشد اما در عمل این اتفاق نیفتاده باشد باید جدول تصحیح شود و می‌توان با *^۱ رابطه ثانویه را نشان داد.

¹ Reachability matrix

یکی از استراتژی‌های ممکن برای محاسبه مسیرهای مختلف از A به J دسترسی به ماتریس T است.

ماتریس دستیابی T با استفاده از قوانین بولی^۱ زیر سازگار شد:

$$0+0=0$$

$$0 + 1 = 1; 1 + 0 = 1$$

$$1 + 1 = 1$$

بنابراین برای محاسبه ماتریس دستیابی (T):

$$T = (I + D)^{n-1}; t_{ij} = \begin{cases} 1; & \text{اگر مسیری از متغیر یک به متغیر دو موجود باشد} \\ 0; & \text{در غیر صورت این} \end{cases}$$

۳-۸-۲-۵- تعیین روابط و سطح بندی ابعاد و شاخص‌ها

برای تعیین روابط و سطح بندی معیارها باید مجموعه خروجی‌ها و مجموعه ورودی‌ها برای هر معیار از ماتریس دریافتی استخراج شود. مجموعه خروجی‌ها شامل خود معیار و معیارهایی است که از آن تأثیر می‌پذیرد. مجموعه ورودی‌ها شامل خود معیار و معیارهایی است که بر آن تأثیر می‌گذارند. سپس مجموعه روابط دو طرفه معیارها مشخص شد. برای نمونه:

ورودی‌های معیار نخست: ۱ و ۲ و ۳

خروجی‌های معیار نخست: ۱ و ۲ و ۴ و ۵ و ۶

مجموعه مشترک: ۱ و ۲

اولین سطری که اشتراک دو مجموعه برابر با مجموعه قابل دستیابی (ورودی‌ها) باشد، سطح اول اولویت مشخص خواهد شد. چنانچه اشتراک مجموعه ورودی‌ها و مجموعه مقدم (خروجی‌ها) برابر باشد متغیر مربوطه در سلسله‌مراتب ماتریس ISM در بالاترین سطح قرار می‌گیرد. پس از تعیین سطح، معیار مربوطه که سطح آن معلوم شده را در جدول از تمامی مجموعه حذف کرده و مجدداً مجموعه‌های مجموعه ورودی‌ها

¹ Boolean

و خروجی‌ها را تشکیل داده و سطح متغیر بعدی به دست می‌آید. پس از آنکه توافق جمعی از رابطه ممکن برای هر زوج از عناصر مشخص شد، رابطه میان هر زوج را با کمانی جهت‌دار به یکدیگر متصل می‌کنند. جهت کمان نشان‌دهنده رابطه موجود از دو عنصر است، اما در صورت عدم وجود رابطه کمان ترسیم نشد. پس از آنکه توافق جمعی از رابطه ممکن برای هر زوج از شاخص‌ها مشخص گردید، رابطه میان هر زوج شاخص را با کمانی جهت‌دار به یکدیگر متصل می‌نمایند. جهت کمان نشان‌دهنده رابطه موجود از دو شاخص است، اما در صورت عدم وجود رابطه کمان ترسیم نمی‌گردد. لازم به ذکر است نرم‌افزار مورد استفاده در روش مدل‌سازی ساختاری-تفسیری، نرم‌افزار MICMAC می‌باشد.

۳-۹- جمع‌بندی

در این فصل که به روش‌شناسی پژوهش اختصاص داشت، ابتدا به بررسی روش پژوهش پرداخته شد، بر این اساس مشخص شد پژوهش حاضر یک پژوهش کاربردی است که با رویکرد کیفی انجام شد. این پژوهش در مراحل مطالعه کتابخانه‌ای، ساختار تفسیری انجام شد. سپس ابزار جمع‌آوری اطلاعات معرفی شد و روایی و پایایی آن اندازه‌گیری گشت. در نهایت نیز روش‌های تجزیه و تحلیل آماری مشخص شد.

فصل چهارم-

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها، فرآیندی چند مرحله‌ای است که طی آن داده‌هایی که به طریق مختلف جمع‌آوری شده‌اند، خلاصه، دسته‌بندی و در نهایت پردازش می‌شوند تا زمینه برقراری انواع تحلیل‌ها و ارتباط بین داده‌ها به منظور پاسخگویی به سوالات تحقیق فراهم آید. در این فرآیند، تکنیک‌های گوناگون آماری، نقش به سزایی در استنتاج و تعمیم، به عهده دارند.

۴-۱- مشخصات فردی نمونه آماری

در این بخش، به بررسی مشخصات فردی مشارکت‌کنندگان مثل جنسیت، تحصیلات سابقه کاری و سن پرداخته می‌شود:

۴-۱-۱- جنسیت نمونه آماری

جدول ۴-۱- توزیع فراوانی و درصدی جنسیت مشارکت‌کنندگان

فراوانی	درصد فراوانی	
جنسیت		
زن	۶	۴۰
مرد	۹	۶۰
سابقه کار		
کمتر از ۵ سال	۰	۰
۵-۱۰ سال	۶	۴۰
بیشتر از ۱۰ سال	۹	۶۰
تحصیلات		
کارشناسی ارشد	۰	
دکتر	۱۵	۱۰۰
جمع	۱۵	۱۰۰

جدول ۴-۱ نشان می‌دهد که ۴۰ درصد را پاسخ‌دهنده زن و ۶۰ درصد از پاسخگویان را مردان تشکیل می‌دهند. ۴۰ درصد ۵-۱۰ سال، ۶۰ درصد بالای ۱۰ سال سابقه کاری داشتند. ۱۰۰ درصد دارای مدرک دکتری هستند.

۴-۱-۲- محاسبات دلفی

۴-۱-۲-۱- دلفی دور اول

براساس مرور ادبیات ۱۳ عامل برای طراحی مدل شناسایی شد، که جهت ارزیابی طی فرآیند دلفی به خبرگان و صاحب نظران انتقال داده شدند. در ادامه نتایج تحلیل دلفی ارائه می‌گردد. جدول ۴-۲- میانگین و انحراف معیار هر مولفه را در مرحله اول نشان می‌دهد:

جدول ۴-۲- میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها در مرحله اول دلفی

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۷۶	۰/۶۱۲
امنیت شغلی	۴/۶۸۷	۰/۶۵۴
تعهد سازمانی	۴/۶۳۷	۰/۶۶۵
نوآوری	۲/۸۶۶	۰/۶۷۲
درگیری کارکنان	۴/۱۷۶	۰/۶۹۸
فرهنگ سازمانی	۴/۱۸۲	۰/۶۷۰
روحیه	۴/۳۷۳	۰/۶۹۳
معنویت کارکنان	۴/۳۶۳	۰/۶۶۲
شخصیت کارکنان	۴/۵۷۶	۰/۶۲۸
رهبری	۳/۷۶۱	۰/۴۹۴
رفاه کارکنان	۴/۳۷۴	۰/۶۴۷
یادگیری و نوآوری	۴/۰۳۷	۰/۶۷۲
تیم‌گرایی	۴/۳۹۷	۰/۶۸۴
ارتباطات سازمانی	۳/۴۲۴	۰/۲۸۴

در این پژوهش مقدار ۳ به عنوان حد آستانه تعیین شده و مقادیر بالاتر از آن به عنوان معیارهای با اهمیت و مقادیر پایین‌تر بی اهمیت تلقی شده و از پرسشنامه حذف می‌شود. با بررسی نتایج

مرحله اول نظرسنجی، مشاهده می‌شود معیار «**نواوری**» دارای میانگین زیر ۳ است، لذا حذف می‌گردد. بقیه معیارها دارای میانگین بالای ۳ هستند و لذا با اهمیت تلقی می‌شود.

جدول ۴-۳- ضریب هماهنگی کندال مرحله اول

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱۳	۰/۷۵۴	۱۷۷/۶۵۴	۳۸	۰/۰۰۰

براساس جدول (۴-۳) برای تعیین میزان هماهنگی میان نظرات، از ضریب همبستگی کندال استفاده شد که برای دور اول برابر با ۰/۷۵۴ محاسبه شد که نشان دهنده توافق مطلوب خبرگان است در ادامه محاسبات مربوط به راند دوم دلفی ارائه می‌شود. مقادیر میانگین انحراف معیار هر مولفه در جدول زیر ارائه شده است:

۴-۱-۲-۲- دلفی دور دوم

جدول ۴-۴- میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها در مرحله دوم دلفی

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۸۷	۰/۶۹۳
حمایت مدیریت	۴/۶۸۷	۰/۶۸۹
انعطاف‌پذیری سازمانی	۴/۶۸۴	۰/۶۷۹
سیاست سازمانی	۴/۱۸۳	۰/۶۹۸
ساختار سازمانی	۴/۱۹۷	۰/۶۸۴
فرهنگ نوآورانه	۴/۳۹۸	۰/۶۷۶
تعاون و همکاری	۴/۳۹۴	۰/۶۸۳
طراحی شغل	۲/۰۸۴	۰/۴۹۴
امنیت شغلی	۴/۳۹۵	۰/۶۸۴
توانمندسازی کارکنان	۴/۰۹۷	۰/۶۸۶
انگیزه‌های اقتصادی	۴/۳۸۷	۰/۶۸۹
انگیزه‌های اخلاقی	۳/۰۹۸	۰/۲۸۴

براساس جدول (۴-۴) با بررسی نتایج مرحله دوم نظرسنجی، میانگین ها و انحراف معیارهای هر مولفه، مشاهده می شود کلیه معیارها در پرسشنامه دارای مقادیر میانگین بالای ۳ و انحراف معیار زیر ۱ هستند و لذا با اهمیت تلقی می شوند.

جدول ۴-۵- ضریب هماهنگی کندال مرحله دوم

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱۲	۰/۷۱۲	۱۷۱/۱۰۱	۳۸	۰/۰۰۰

براساس جدول (۴-۵) برای تعیین میزان هماهنگی میان نظرات، از ضریب همبستگی کندال استفاده شد که برای دور دوم برابر با ۰/۷۱۲ محاسبه شد که نشان دهنده توافق مطلوب خبرگان است. لذا می توان گفت بین خبرگان اجماع وجود دارد، لذا دلفی به اتمام می رسد.

۴-۱-۲-۳- دلفی دور سوم

در دور سوم اجرای روش دلفی کلیه متغیرهای دور دوم به دور سوم نیز راه یافتند، زیرا میانگین هیچکدام از آنها تأثیر متوسط یا کمتر از آن را نشان ندادند (هیچ تغییری دارای میانگین کوچکتر یا مساوی ۳ نبود)؛ بنابراین، فهرست عوامل و متغیرها به طور کامل همراه با میانگین نظر اعضا (میزان اهمیت) و نیز نظر پیشین همان عضو به اطلاع اعضای پانل رسید و آنها مجدد نظرات خود را با توجه به نظر پیشین خود و نیز میانگین اظهارنظر جمع در هر مورد (میزان اهمیت) تعدیل کرده و مشخص نمودند

جدول ۴-۶- میانگین و انحراف معیار مولفه ها در مرحله سوم دلفی

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۶۴	۰/۶۶۶
حمایت مدیریت	۴/۶۷۶	۰/۶۶۷
انعطاف پذیری سازمانی	۴/۶۹۷	۰/۶۹۷
سیاست سازمانی	۴/۱۹۷	۰/۶۹۶

۰/۶۶۲	۴/۱۸۹	ساختار سازمانی
۰/۶۲۹	۴/۳۷۸	فرهنگ نوآورانه
۰/۶۹۳	۴/۳۵۴	تعاون و همکاری
۰/۴۵۴	۲/۸۵۴	طراحی شغل
۰/۶۶۹	۴/۹۸۴	امنیت شغلی
۰/۶۹۵	۴/۰۳۸	توانمندسازی کارکنان
۰/۶۳۹	۴/۳۴۹	انگیزه‌های اقتصادی
۰/۲۴۹	۳/۰۲۶	انگیزه‌های اخلاقی

براساس جدول (۶-۴) با بررسی نتایج مرحله سوم نظرسنجی، میانگین‌ها و انحراف معیارهای هر مولفه، مشاهده می‌شود کلیه معیارها در پرسشنامه دارای مقادیر میانگین بالای ۳ و انحراف معیار زیر ۱ هستند و لذا با اهمیت تلقی می‌شوند.

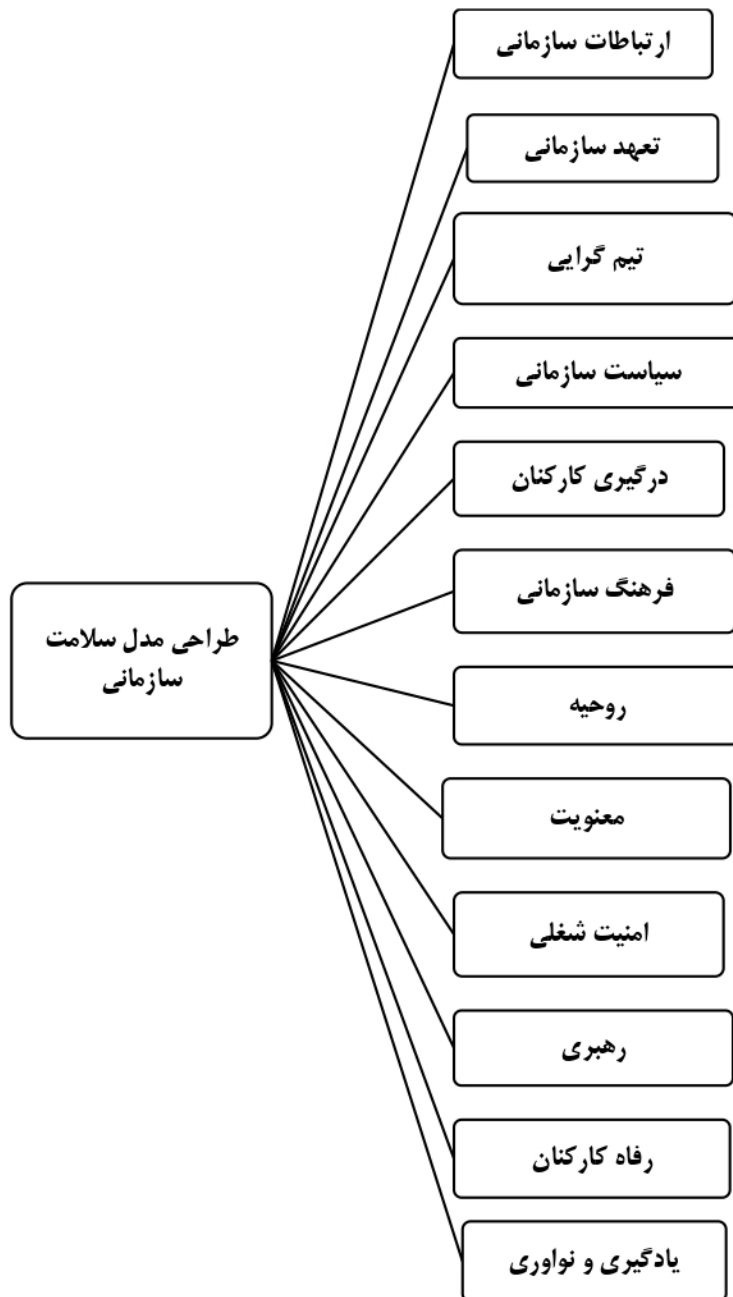
جدول ۴-۷- ضریب هماهنگی کندال مرحله سوم

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوئر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱۲	۰/۷۹۶	۱۷۷/۸۷۱	۳۸	۰/۰۰۰

براساس جدول (۷-۴) برای تعیین میزان هماهنگی میان نظرات، از ضریب همبستگی کندال استفاده شد که برای دور سوم برابر با ۰/۷۹۶ محاسبه شد که نشان دهنده توافق مطلوب خبرگان است. لذا می‌توان گفت بین خبرگان اجماع وجود دارد، لذا دلفی به اتمام می‌رسد.

۴-۱-۲-۴- نتیجه نهایی پانل دلفی

بر اساس منطق نظری و رویه معمول دلفی چون مقادیر کمی آماری و میزان شاخص‌های اجماع در دورهای سه گانه دلفی افزایش یافته، نیازی به ادامه فرایند دلفی در دور چهارم نیست و با توجه به توافق حاصله عملاً پانل‌های دلفی خاتمه یافته تلقی می‌گردد.



شکل ۴-۱- طراحی مدل سلامت سازمانی

۴-۲-مدسازی ساختاری تفسیری (ISM)

برای طراحی مدل از روش مدلسازی ساختاری-تفسیری استفاده شده است. مدلسازی ساختاری-تفسیری یکی از روش‌های اکتشافی ارائه الگو و مدل در مدیریت است که ایده اولیه آن توسط وارفیلد^۱ (۱۹۷۴) مطرح و توسط سیج^۲ (۱۹۷۷) معرفی گردید. رویکرد ISM خبرگان را قادر می‌سازد که روابط پیچیده بین تعداد زیادی از عناصر را در یک موقعیت پیچیده تصمیم‌گیری، ترسیم کنند. این روش برای نظم بخشیدن و جهت‌دهی به پیچیدگی روابط میان سازه‌ها عمل کرد. در این روش با تحلیل تأثیر یک سازه بر سازه‌های دیگر، ترتیب و جهت روابط پیچیده میان سازه‌های یک سیستم بررسی و بدین‌وسیله بر پیچیدگی روابط بین سازه‌ها غلبه شد (آذر و همکاران، ۱۳۹۸).

این روش یک فرایند یادگیری تعاملی است که در آن مجموعه‌ای از سازه‌های متفاوت در قالب یک مدل نظام‌مند و جامع، ساختاردهی می‌شوند. در واقع با استفاده از این روش تأثیر یک سازه بر سایر سازه‌ها بررسی شد. در این روش می‌توان روابط سازه‌ها را شناسایی کرد و مدلی ساختاری-تفسیری از سازه‌ها ارائه کرد و در نهایت سازه‌ها را براساس قدرت نفوذ و میزان وابستگی طبقه‌بندی نمود. سازه‌های مورد بررسی جهت طراحی مدل عبارتند از:

جدول ۴-۸-تعریف نمادها

نماد	شاخص‌ها
C01	ارتباطات سازمانی
C02	امنیت شغلی
C03	تعهد سازمانی
C04	تیم‌گرایی
C05	درگیری کارکنان

1. Warfield

2 . Sage

C06	فرهنگ سازمانی
C07	روحیه
C08	معنویت کارکنان
C09	شخصیت کارکنان
C10	رهبری
C11	رفاه کارکنان
C12	یادگیری و نوآوری

ارتباطات سازمانی (C01)، امنیت شغلی (C02)، تعهد سازمانی (C03)، تیم گرایی (C04)، درگیری کارکنان (C05)، فرهنگ سازمانی (C06)، روحیه (C07)، معنویت کارکنان (C08)، شخصیت کارکنان (C09)، رهبری (C10)، رفاه کارکنان (C11)، یادگیری و نوآوری (C12) نامگذاری شدند.

۴-۲-۱- تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری

ماتریس خودتعاملی ساختاری^۱ (SSIM) نخستین ماتریس در مدلسازی ساختاری-تفسیری است. از این ماتریس برای شناسایی روابط درونی شاخص‌ها مبتنی بر دیدگاه خبرگان استفاده شد. ماتریس به دست آمده در این گام نشان داد یک متغیر بر کدام متغیرها تأثیر دارد و از کدام متغیرها تأثیر می‌پذیرد. به طور مرسوم برای شناسایی الگوی روابط عناصر از نمادهایی مانند جدول ۴-۹ استفاده شد.

جدول ۴-۹- حالت‌ها و علائم مورد استفاده در بیان رابطه متغیرها

نماد	V	A	X	O
رابطه	متغیر i بر j تأثیر دارد	متغیر j بر i تأثیر دارد	رابطه دو سویه	عدم وجود رابطه

ماتریس خودتعاملی ساختاری از ابعاد و شاخص‌های مطالعه و مقایسه آن‌ها با استفاده از چهار حالت روابط مفهومی تشکیل شد. اطلاعات حاصله بر اساس متد مدلسازی ساختاری تفسیری جمع‌بندی و

1. Structural Self-Interaction Matrix, SSIM

ماتریس خودتعاملی ساختاری نهایی تشکیل می‌گردد (اصغریور، ۱۳۹۲). با توجه به علائم مندرج در

جدول ۴-۹ ماتریس خودتعاملی ساختاری به صورت جدول ۴-۱۰ خواهد بود.

جدول ۴-۱۰- ماتریس خودتعاملی ساختاری

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	SSIM
V	V	X	V	V	V	O	X	V	V	V		C01
O	A	A	O	A	O	A	O	A	A			C02
O	V	A	A	O	V	X	O	A				C03
V	V	A	V	A	O	V	O					C04
O	V	A	V	O	O	A						C05
O	V	A	V	A	X							C06
O	O	A	V	A								C07
O	O	A	O									C08
A	A	O										C09
V	V											C10
V												C11
												C12

۴-۲-۲- تشکیل ماتریس دریافتی

ماتریس دریافتی^۱ از تبدیل ماتریس خود تعاملی ساختاری به یک ماتریس دو ارزشی صفر و یک به دست می‌آید. در ماتریس دریافتی درایه‌های قطر اصلی برابر یک قرار می‌گیرد. همچنین برای اطمینان باید روابط ثانویه کنترل شود. به این معنا که اگر A منجر به B شود و B منجر به C شود در این صورت باید A منجر به C شود. یعنی براساس روابط ثانویه باید اثرات مستقیم لحاظ شده باشد. اما در عمل این اتفاق نیفتاده باشد، باید جدول تصحیح شود و رابطه ثانویه را نیز نشان داد. بنابراین ماتریس دریافتی متغیرهای ارائه الگوی در جدول ۴-۱۱ ارائه شده است.

1. Reachability matrix

جدول ۴-۱۱- ماتریس دریافتی متغیرها

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	RM
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۰	C01
۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	C02
۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۱	۰	C03
۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	C04
۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	C05
۰	۱	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۰	C06
۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	C07
۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	C08
۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	C09
۱	۱	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	C10
۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	C11
۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	C12

۴-۲-۳- ایجاد ماتریس دسترسی نهایی

پس از آنکه ماتریس دسترسی اولیه به دست آمد، با وارد نمودن انتقال پذیری^۱ در روابط متغیرها، ماتریس دسترسی نهایی به دست می آید. این یک ماتریس مربعی است که هر یک از درایه های آن هنگامی که عنصر به عنصر با هر طولی دسترسی داشته باشد یک و در غیر این صورت برابر صفر است. روش به دست آوردن ماتریس دسترسی با استفاده از نظریه اویلر^۲ است که در آن ماتریس مجاورت را به ماتریس واحد اضافه می کنند. سپس این ماتریس را در صورت تغییر نکردن درایه های ماتریس به توان n می رسانیم. فرمول زیر روش تعیین دسترسی را با استفاده از ماتریس مجاورت نشان داد:

رابطه ۱: تعیین ماتریس دسترسی نهایی

$$M = (A + I)^n$$

ماتریس A ماتریس دسترسی اولیه ماتریس همانی و ماتریس دسترسی نهایی است. عملیات به توان رساندن

ماتریس طبق قوانین بولین^۳ (رابطه ۲) صورت می گیرد.

-
1. Transitivity
 2. Euler
 3. Boolean rule

رابطه ۲: قوانین بولینی

$$1 \times 1 = 1; 1 + 1 = 1$$

بنابراین برای اطمینان باید روابط ثانویه کنترل شود. به این معنا که اگر A منجر به B شود و B منجر به C شود در این صورت باید A منجر به C شود. یعنی اگر براساس روابط ثانویه باید اثرات مستقیم لحاظ شده باشد اما در عمل رخ نداده باشد باید جدول تصحیح شود و رابطه ثانویه را نیز نشان داد. ماتریس دسترسی نهایی متغیرهای مدل در جدول ۴-۱۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۲- ماتریس دسترسی نهایی متغیرها

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	RM
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	*۱	۱	۱	۱	۱	C01
۰	۰	۰	۱	۱	۰	۰	*۱	۰	۰	۱	۰	C02
۰	۰	*۱	۱	۰	۱	۱	۰	۰	۱	۱	۰	C03
۱	۰	*۱	۰	۱	۱	۱	*۱	۱	۱	۱	۱	C04
۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۱	۰	*۱	۰	۰	C05
۰	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۱	۱	*۱	C06
۰	*۱	۰	۱	۰	۱	۱	*۱	*۱	۰	۱	۰	C07
۰	*۱	۰	۰	۱	۱	۱	*۱	۱	۰	۱	۰	C08
۰	۰	۰	۱	*۱	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	C09
۱	۱	۱	۰	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	C10
۱	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۰	*۱	*۱	۰	۰	C11
۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	*۱	۰	۰	C12

۴-۲-۴- تعیین روابط و سطح بندی ابعاد و شاخص ها

برای تعیین روابط و سطح بندی معیارها باید مجموعه خروجی ها و مجموعه ورودی ها برای هر معیار از ماتریس دریافتی استخراج شود.

❖ مجموعه دستیابی (عناصر سطر، خروجی یا اثرگذاری ها): متغیرهایی که از طریق این متغیر می توان به آن ها رسید.

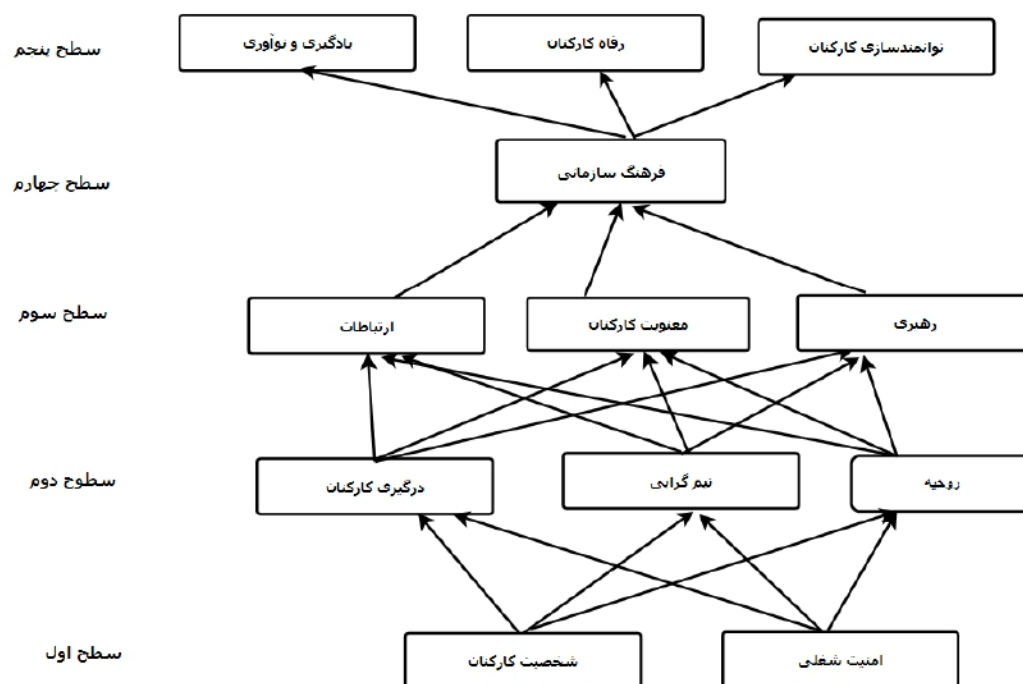
❖ مجموعه پیش نیاز (عناصر ستون، ورودی یا اثرپذیری ها): متغیرهایی که از طریق آن ها می توان به این متغیر رسید.

جدول ۴-۱۳- مجموعه ورودی‌ها و خروجی‌ها برای تعیین سطح

متغیرها	نماد	خروجی: اثرگذاری (سطرها)	ورودی: اثرپذیری (ستون‌ها)	اشتراک	سطح
فرهنگ نوآورانه	C06	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13	C01, C04, C06, C10, C13	C01, C04, C06, C10, C13	۵
ساختار سازمانی	C05	C02, C05, C09	C01, C02, C03, C04, C06, C07, C08, C09, C10, C13, C14	C02, C09	۲
انعطاف پذیری سازمانی	C03	C02, C03, C06, C07, C09, C10, C13, C16	C01, C03, C04, C05, C06, C10, C11, C12, C13, C14	C03, C06, C10, C13	۴
سیاست سازمانی	C04	C01, C02, C03, C04, C06, C07, C09, C10, C12, C13, C14	C01, C04, C07, C08, C10, C11	C01, C04, C07, C10	۴
طراحی شغل	C08	C03, C05, C09	C01, C02, C04, C05, C06, C07, C08, C10, C13	C05	۱
تعاون و همکاری	C07	C01, C02, C03, C05, C06, C07, C09, C11, C13, C14	C01, C03, C04, C06, C07, C08, C10, C13	C01, C03, C06, C07, C13	۵
انگیزه اقتصادی	C11	C02, C04, C05, C06, C07, C09, C11	C01, C03, C04, C06, C07, C08, C10, C13	C04, C06, C07	۳
امنیت شغلی	C09	C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C11, C14	C01, C08, C09, C10, C13	C08	۱
انگیزه اخلاقی	C12	C02, C08, C09	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C08, C09, C11, C12, C13, C14	C02, C09, C08	۳
توانمندسازی کارکنان	C10	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C10, C11, C12	C01, C03, C04, C10, C13	C01, C03, C04, C10	۴
ارتباطات سازمانی	C01	C02, C03, C04, C05, C09, C11, C12, C14	C01, C06, C07, C08, C09, C11, C12	C09, C11, C12,	۳
حمایت مدیران	C02	C01, C02, C03, C05, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14	C01, C03, C04, C06, C13	C01, C03, C13	۳

مجموعه خروجی‌ها شامل خود معیار و معیارهایی است که از آن تأثیر می‌پذیرد. مجموعه ورودی‌ها شامل خود معیار و معیارهایی است که بر آن تأثیر می‌گذارند. سپس مجموعه روابط دو طرفه معیارها مشخص شد. برای متغیر C_i مجموعه دستیابی (خروجی یا اثرگذاری‌ها) شامل متغیرهایی است که از طریق متغیر C_i می‌توان به آن‌ها رسید. مجموعه پیش‌نیاز (ورودی یا اثرپذیری‌ها) شامل متغیرهایی است که از طریق آن‌ها می‌توان به متغیر C_i رسید. پس از تعیین مجموعه دستیابی و مجموعه پیش‌نیاز، اشتراک دو مجموعه حساب شد. اولین متغیری که اشتراک دو مجموعه برابر با مجموعه قابل دستیابی (خروجی‌ها) باشد، سطح اول خواهد بود. بنابراین عناصر سطح اول بیشترین تأثیرپذیری را در مدل خواهند داشت. پس از تعیین سطح، معیاری که سطح آن معلوم شده از تمامی مجموعه حذف کرده و مجدداً مجموعه ورودی‌ها و خروجی‌ها را تشکیل داده و سطح متغیر بعدی به دست می‌آید (اصغرپور، ۱۳۹۲).

بنابراین امنیت شغلی (C09) و طراحی شغل (C08) در سطح نخست قرار دارند. متغیرهای ساختار سازمانی (C05) در سطح دوم قرار دارد. متغیرهای انگیزه اقتصادی (C11) و حمایت مدیران (C02)، ارتباطات سازمانی (C01) و انگیزه اخلاقی (C12) در سطح سه قرار دارد. متغیرهای سیاست سازمانی (C04) و انعطاف پذیری سازمانی (C03) در سطح چهار هستند و در نهایت متغیر فرهنگ نوآورانه (C06)، تعاون و همکاری (C07)، توانمندسازی کارکنان (C10) در سطح پنجم قرار دارند. الگوی نهایی سطوح متغیرهای شناسایی شده در شکل ۴-۲ نمایش داده شده است. در این نگاره فقط روابط معنادار عناصر هر سطح بر عناصر سطح زیرین و همچنین روابط درونی معنادار عناصر هر سطح در نظر گرفته شده است.



شکل ۴-۲- ارائه مدل سلامت سازمانی

فصل پنجم

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

در این فصل به بحث و نتیجه‌گیری و با توجه به نتایج به دست آمده از فرضیه‌ها پاسخ داده و تبیین می‌شوند و در نهایت پیشنهادهایی ارائه می‌شود.

۲-۵ خلاصه پژوهش

این پژوهش با هدف طراحی مدل ساختار تفسیری سلامت اداری در مراکز بهداشتی و درمانی انجام پذیرفت. در فصل اول به کلیات پژوهش در فصل دوم بررسی ادبیات و مبانی نظری پژوهش. در فصل سوم به روش پژوهش پژوهش و در فصل چهارم به تجزیه و تحلیل آماری و در نهایت در این فصل به بحث و نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهادات در راستای نتایج می‌پردازیم.

۳-۵ بحث و نتیجه‌گیری

برای طراحی مدل از روش مدلسازی ساختار -تفسیری استفاده شده بود. مدلسازی ساختار تفسیری یکی از روش‌های اکتشافی ارائه الگو در رشته مدیریت بود که ایده اولیه آن توسط وارفیلد (۱۹۷۴) مطرح و توسط سیج (۱۹۷۷) معرفی گردید. رویکرد ISM خبرگان را قادر می‌سازد که روابط پیچیده بین تعداد زیادی از عناصر را در یک موقعیت پیچیده تصمیم‌گیری، ترسیم کنند. این روش برای نظم بخشیدن و جهت‌دهی به پیچیدگی روابط میان سازه‌ها عمل می‌کند. در این روش با تحلیل تاثیر یک سازه بر سازه‌های دیگر، ترتیب و جهت روابط پیچیده میان سازه‌های یک سیستم بررسی و بدین وسیله بر پیچیدگی روابط بین سازه‌ها غلبه شد. این روش یک فرایند یادگیری تعاملی بود که در آن مجموعه‌ای از سازه‌های متفاوت در قالب یک مدل نظام‌مند و جامع، ساختاردهی می‌شوند در واقع با استفاده از این روش تاثیر یک سازه بر سایر سازه‌ها بررسی شد. در این روش می‌توان روابط سازه‌ها را شناسایی کرد و مدلی ساختاری تفسیری از سازه‌ها ارائه کرد.

در سطح اول، دو مولفه شخصیت کارکنان، امنیت شغلی شناسایی گردید که به طور همزمان بر روحیه، تیم گرایی و درگیری کارکنان تأثیر می گذارند. در واقع این مولفه ها پایه های اصلی می باشند. در این زمینه می توان اظهار کرد که در مراکز بهداشت و درمان، شخصیت کارکنان و امنیت شغلی دو مولفه اساسی هستند که تأثیر بسزایی بر روحیه، تیم گرایی و درگیری کارکنان دارند. شخصیت کارکنان که شامل ویژگی هایی نظیر مسئولیت پذیری، انضباط، انعطاف پذیری و تعاملات اجتماعی است، نقش مهمی در ایجاد یک محیط کار مثبت و همکارانه ایفا می کند. کارکنانی با شخصیت های مثبت و سازنده تمایل دارند که بیشتر به همکاران خود کمک کنند، ارتباطات موثرتری برقرار کنند و در نتیجه باعث تقویت تیم گرایی شوند. این ویژگی ها باعث می شود که کارکنان با انگیزه بیشتری در فعالیت های گروهی شرکت کنند و همکاری موثرتری با دیگر اعضای تیم داشته باشند. از سوی دیگر، امنیت شغلی به معنای احساس اطمینان کارکنان نسبت به حفظ موقعیت شغلی و آینده حرفه ای خود است. زمانی که کارکنان از امنیت شغلی برخوردار باشند، تمرکز بیشتری بر وظایف خود خواهند داشت و استرس کمتری تجربه می کنند. این امنیت باعث می شود که کارکنان با روحیه بالا و اطمینان بیشتری به کار خود ادامه دهند و تمایل بیشتری به درگیر شدن در فعالیت های سازمانی و تیمی داشته باشند. در مجموع، وجود امنیت شغلی و ویژگی های مثبت شخصیتی در کارکنان می تواند منجر به افزایش روحیه، تقویت همکاری تیمی و افزایش درگیری و مشارکت فعال کارکنان در امور سازمانی شود که نهایتاً به بهبود کلی عملکرد مرکز بهداشت و درمان می انجامد. می توان نتیجه گرفت که با نتایج ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)، جعفری و همکاران (۲۰۲۳)، تیتزن و همکاران (۲۰۲۳)، ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)، سینگ (۲۰۲۲)، مین و سو (۲۰۲۰)، آل عمری و ابوشیندی (۲۰۲۰)، دوگانای و داگلی (۲۰۲۰) مطابقت دارد.

در سطح دوم، مولفه های روحیه، تیم گرایی و درگیری کارکنان شناسایی گردید که به طور همزمان بر رهبری، معنویت کارکنان، ارتباطات اثر می گذارند. در واقع این دو مولفه به عنوان پل ارتباطی بین سطح یک و سوم شد. در این زمینه می توان اظهار کرد که در سطح دوم، مولفه های روحیه، تیم گرایی و درگیری

کارکنان به طور همزمان تأثیر قابل توجهی بر رهبری، معنویت کارکنان و ارتباطات در مرکز بهداشت و درمان دارند. روحیه بالا در کارکنان منجر به افزایش انگیزه و اشتیاق در انجام وظایف شغلی می‌شود، که این امر به نوبه خود موجب می‌شود که رهبران بتوانند به طور موثرتری الهام‌بخش و هدایت‌گر باشند. رهبری اثربخش با داشتن کارکنانی که از روحیه بالا برخوردارند، تسهیل شده و باعث می‌شود که رهبران بتوانند با اعتماد بیشتری برنامه‌ها و استراتژی‌های خود را اجرا کنند. تیم‌گرایی، با ترویج همکاری و همدلی بین کارکنان، بستری مناسب برای تقویت ارتباطات موثر فراهم می‌کند. در یک محیط تیمی، کارکنان به راحتی اطلاعات و تجربیات خود را به اشتراک می‌گذارند، که این امر به بهبود ارتباطات درون سازمانی منجر می‌شود. چنین محیطی باعث می‌شود که رهبران بتوانند ارتباطات شفافی با تیم‌های خود برقرار کرده و از بازخوردهای سازنده بهره‌مند شوند. درگیری کارکنان، که به معنای مشارکت فعال و علاقمندی آنان به فعالیت‌های سازمانی است، نیز نقشی کلیدی در افزایش معنویت کارکنان دارد. وقتی کارکنان به طور عمیق در کار خود درگیر باشند، احساس تعلق و معناداری بیشتری نسبت به وظایف خود پیدا می‌کنند. این حس معنویت و تعلق خاطر باعث می‌شود که کارکنان با انگیزه بیشتری به کار خود ادامه دهند و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی را در پی داشته باشند. بنابراین، مولفه‌های روحیه، تیم‌گرایی و درگیری کارکنان به صورت همزمان نه تنها به تقویت رهبری و ارتقاء سطح معنویت کارکنان کمک می‌کنند، بلکه موجب بهبود ارتباطات داخلی در مرکز بهداشت و درمان می‌شوند، که نهایتاً به بهره‌وری و کارایی بهتر در ارائه خدمات بهداشتی منجر خواهد شد. با نتایج ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)، علیزاده ماتک و همکاران (۱۴۰۱)، چرابین و همکاران (۱۴۰۰)، شیریان و همکاران (۱۴۰۰)، دوگانی و داگلی (۲۰۲۰)، سینگ و جها (۲۰۱۸) مطابقت دارد.

در سطح سوم متغیرهای رهبری، معنویت کارکنان، ارتباطات در این سطح شناسایی گردید که به‌طور همزمان بر فرهنگ سازمانی اثر می‌گذارند.

در واقع این چهار مولفه به‌عنوان پل ارتباطی بین سطح دوم و چهارم شد. در این زمینه می‌توان اظهار کرد که در سطح سوم، متغیرهای رهبری، معنویت کارکنان و ارتباطات به‌طور همزمان تأثیر عمیقی بر فرهنگ

سازمانی در مراکز بهداشت و درمان دارند. رهبری اثربخش، به عنوان نیروی محرک و هدایت‌گر، نقش اساسی در شکل‌دهی و تقویت فرهنگ سازمانی ایفا می‌کند. رهبران با تصمیمات، رفتارها و ارزش‌های خود، الگوهایی را برای کارکنان تعیین می‌کنند که مستقیماً بر رفتار و نگرش کارکنان تأثیر می‌گذارد. رهبرانی که بر ارزش‌های اخلاقی، شفافیت و حمایت از کارکنان تأکید دارند، فرهنگی مبتنی بر اعتماد، همکاری و مسئولیت‌پذیری ایجاد می‌کنند. معنویت کارکنان، که به احساس معناداری و تعلق خاطر به کار و سازمان اشاره دارد، نیز نقشی کلیدی در شکل‌دهی فرهنگ سازمانی دارد. کارکنانی که احساس می‌کنند کارشان معنادار است و به ارزش‌های سازمان پایبند هستند، تمایل بیشتری به مشارکت فعال در فرآیندهای سازمانی و بهبود مستمر دارند. این حس معنویت و تعهد، جو سازمانی مثبتی را به وجود می‌آورد که در آن، ارزش‌های مشترک و اهداف سازمانی تقویت می‌شوند. ارتباطات موثر در سازمان، یکی دیگر از مولفه‌های اساسی است که بر فرهنگ سازمانی تأثیر می‌گذارد. ارتباطات شفاف و باز بین تمامی سطوح سازمانی، باعث تقویت درک متقابل و همبستگی بین کارکنان می‌شود. این ارتباطات نه تنها موجب انتقال بهتر اطلاعات و کاهش سوء تفاهم‌ها می‌شود، بلکه احساس اعتماد و امنیت را در بین کارکنان افزایش می‌دهد. ارتباطات موثر، فضای سازمانی باز و همدلانه‌ای ایجاد می‌کند که در آن، کارکنان به راحتی می‌توانند نظرات و پیشنهادات خود را مطرح کنند و در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داشته باشند. در مجموع، رهبری، معنویت کارکنان و ارتباطات موثر به صورت همزمان و هم‌افزا بر فرهنگ سازمانی تأثیر می‌گذارند و می‌توانند محیطی پویا، حمایت‌گر و پیشرو را در مراکز بهداشت و درمان ایجاد کنند. این فرهنگ سازمانی مثبت، بهبود کیفیت خدمات، افزایش رضایت کارکنان و بیماران و در نهایت، ارتقاء کلی عملکرد سازمان را به دنبال خواهد داشت. با نتایج ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)، موذن و همکاران (۱۳۹۹)، رمضانی و همکاران (۱۳۹۶)، هالیدی و همکاران (۲۰۲۴) جعفری و همکاران (۲۰۲۳)، دوگانی و داگلی (۲۰۲۰)، سینگ و جها (۲۰۱۸) مطابقت دارد.

در سطح چهارم متغیر فرهنگ سازمانی شناسایی گردید که بر یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان، توانمندسازی کارکنان اثر می‌گذارد. در این زمینه می‌توان اظهار کرد که در سطح چهارم، فرهنگ سازمانی

به عنوان یک متغیر کلیدی شناسایی شده است که تأثیر عمیقی بر یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان و توانمندسازی آنان در مراکز بهداشت و درمان دارد. یک فرهنگ سازمانی مثبت و حمایت‌گر، زمینه‌ای مناسب برای یادگیری و نوآوری فراهم می‌کند. در چنین فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارهایی مانند خلاقیت، تشویق به بیان ایده‌های جدید و پذیرش ریسک‌های هوشمندانه ترویج می‌شود. این امر موجب می‌شود که کارکنان با انگیزه بیشتری در فرآیندهای یادگیری مستمر و نوآوری‌های خلاقانه مشارکت کنند، که نهایتاً به بهبود خدمات و پیشرفت‌های سازمانی منجر می‌شود. علاوه بر این، فرهنگ سازمانی مثبت بر رفاه کارکنان تأثیر مستقیمی دارد. در محیطی که ارزش‌های انسانی، احترام و همدلی مورد توجه قرار می‌گیرد، کارکنان احساس امنیت و رضایت بیشتری می‌کنند. این امر به کاهش استرس، افزایش رضایت شغلی و بهبود کلی سلامت روانی و جسمانی کارکنان منجر می‌شود. رفاه کارکنان نه تنها کیفیت زندگی شخصی آنان را بهبود می‌بخشد، بلکه بهره‌وری و کیفیت کار آنان را نیز افزایش می‌دهد. توانمندسازی کارکنان نیز به شدت تحت تأثیر فرهنگ سازمانی است. یک فرهنگ سازمانی که بر آموزش، توسعه فردی و مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌ها تأکید دارد، زمینه‌ساز توانمندسازی کارکنان می‌شود. در چنین فرهنگی، کارکنان احساس می‌کنند که مهارت‌ها و توانایی‌هایشان مورد توجه قرار گرفته و برای رشد و پیشرفتشان سرمایه‌گذاری می‌شود. این احساس توانمندی، اعتماد به نفس و تعهد آنان را به سازمان افزایش می‌دهد و موجب می‌شود که با انگیزه بیشتری به وظایف خود بپردازند و در بهبود فرآیندها و نوآوری‌ها نقش فعالی ایفا کنند. در مجموع، فرهنگ سازمانی به عنوان یک متغیر بنیادی، نقشی تعیین‌کننده در ارتقاء یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان و توانمندسازی آنان در مراکز بهداشت و درمان دارد. تقویت یک فرهنگ سازمانی مثبت و حمایت‌گر می‌تواند منجر به ایجاد یک محیط کاری پویا و سازنده شود که در آن، کارکنان به بهترین شکل ممکن توانمندی‌های خود را به کار گرفته و به توسعه و پیشرفت سازمان کمک کنند. با نتایج، ترابیان بادی و همکاران (۱۴۰۲)، علیزاده ماتک و همکاران (۱۴۰۱)، ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)، سینگ (۲۰۲۲)، مین و سو (۲۰۲۰)، آل عمری و ابوشیندی (۲۰۲۰)، پلیکان و نواک (۲۰۱۹)، وراي و همکاران (۲۰۱۹)، سینگ و جها (۲۰۱۸) مطابقت دارد

در نهایت متغیرهای یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان، توانمندسازی کارکنان در سطح پنجم قرار دارند. در این زمینه می توان اظهار کرد که در سطح پنجم، متغیرهای یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان و توانمندسازی کارکنان به عنوان نتایج نهایی از تأثیرات فرهنگ سازمانی شناخته می شوند که نقش حیاتی در عملکرد کلی مراکز بهداشت و درمان ایفا می کنند. یادگیری و نوآوری، به عنوان موتورهای پیشرفت سازمانی، تحت تأثیر مستقیم یک فرهنگ سازمانی مثبت قرار دارند. در محیطی که یادگیری مستمر و نوآوری تشویق می شود، کارکنان با انگیزه بیشتری به کسب دانش جدید و ارائه راه حل های خلاقانه می پردازند. این امر منجر به بهبود مستمر فرآیندها، افزایش کارایی و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی می شود. رفاه کارکنان نیز یکی از نتایج مهمی است که از یک فرهنگ سازمانی سالم نشأت می گیرد. در سازمان هایی که به رفاه کارکنان اهمیت داده می شود، کارکنان احساس امنیت، رضایت و خوشحالی بیشتری دارند. این رفاه شامل جنبه های مختلفی از جمله سلامت جسمانی و روانی، تعادل بین کار و زندگی شخصی و حمایت اجتماعی است. رفاه کارکنان نه تنها به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک می کند، بلکه باعث افزایش بهره وری و کاهش غیبت ها و استغفاهای غیرضروری می شود. توانمندسازی کارکنان، به معنای افزایش قابلیت ها و مهارت های آنان، نیز از دیگر نتایج مثبت فرهنگ سازمانی است. در محیطی که به توسعه فردی و حرفه ای کارکنان توجه می شود، آنان احساس می کنند که توانایی ها و مهارت هایشان شناخته و ارزش گذاری می شود. این توانمندسازی از طریق آموزش های مداوم، فرصت های رشد شغلی و مشارکت در تصمیم گیری ها محقق می شود. کارکنان توانمند، با اعتماد به نفس بیشتری وظایف خود را انجام می دهند و به عنوان نیروهای موثر و متعهد در سازمان عمل می کنند. در نهایت، یادگیری و نوآوری، رفاه کارکنان و توانمندسازی آنان به عنوان اهداف نهایی و نتایج مهم، به تحقق مأموریت ها و چشم اندازهای مراکز بهداشت و درمان کمک می کنند. با تمرکز بر این متغیرها، سازمان ها می توانند محیطی پویا، حامی و پیشرو ایجاد کنند که در آن، کارکنان به بهترین شکل ممکن به ارائه خدمات با کیفیت و مراقبت از بیماران می پردازند و به بهبود کلی سیستم بهداشت و درمان کمک می کنند. با نتایج سلطانی و همکاران (۱۴۰۰)، موذن و همکاران (۱۳۹۹)، رمضانی و همکاران (۱۳۹۶)، هالیدی و همکاران

(۲۰۲۴)، جعفری و همکاران (۲۰۲۳)، تیتزن و همکاران (۲۰۲۳)، ویدیواتی و همکاران (۲۰۲۳)، سینگ (۲۰۲۲)، مین و سو (۲۰۲۰)، آل عمری و ابوشیندی (۲۰۲۰) مطابقت دارد.

۴-۵ پیشنهادها

۴-۵-۱ پیشنهادات حاصل از نتایج پژوهش

- پیاده‌سازی یک سیستم جامع برای گزارش‌دهی تخلفات اداری و مالی که کارکنان بتوانند به صورت ناشناس و بدون ترس از تلافی تخلفات را گزارش دهند.
- برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم برای کارکنان در زمینه‌های اخلاق حرفه‌ای، قوانین و مقررات اداری، و مبارزه با فساد.
- بهره‌گیری از سیستم‌های مدیریت اطلاعات پیشرفته برای افزایش شفافیت و کاهش احتمال خطاها و تخلفات.
- تهیه و انتشار کد اخلاقی برای تمامی کارکنان و مدیران که معیارهای رفتاری و اخلاقی را مشخص کند.
- انجام ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای از عملکرد کارکنان و مدیران جهت شناسایی و رفع نقاط ضعف.
- ایجاد انگیزه برای کارکنانی که تخلفات اداری را گزارش می‌دهند، از جمله تشویق‌های مالی و ارتقاء شغلی.
- ارائه گزارش‌های مالی شفاف و قابل دسترس به عموم، شامل اطلاعات مربوط به درآمدها، هزینه‌ها و بودجه‌ها.
- ترویج فرهنگ سازمانی که بر ارزش‌های اخلاقی، شفافیت و پاسخگویی تأکید دارد.
- تشکیل تیم‌های نظارتی مستقل برای بازرسی دوره‌ای از فعالیت‌های اداری و مالی مراکز درمانی.
- ایجاد سیستم‌های عادلانه برای پاداش دادن به عملکردهای مثبت و تنبیه تخلفات اداری.
- ترتیب جلسات منظم برای جمع‌آوری بازخورد از کارکنان و بیماران در مورد عملکرد اداری و کیفیت خدمات.
- پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت کیفیت مانند ISO برای تضمین رعایت استانداردهای اداری و بهبود مستمر.
- جذب و استخدام نیروهای متخصص و با تجربه در زمینه مدیریت اداری و مالی.
- افزایش همکاری و هماهنگی بین بخش‌های مختلف مراکز درمانی برای بهبود سلامت اداری.

- سنجش مستمر رضایت کارکنان از محیط کار و شرایط اداری و اعمال تغییرات لازم برای بهبود شرایط کاری.

۵-۵ پیشنهادهای پژوهشی برای محققان آتی

- ارزیابی شیوه‌های مدیریت اداری و تأثیر آنها بر رضایت بیماران.
- نقش شفافیت و پاسخگویی در بهبود سلامت اداری مراکز درمانی.
- تحلیل تأثیر فساد اداری بر کیفیت خدمات بهداشتی.
- مطالعه تطبیقی سلامت اداری در مراکز بهداشتی دولتی و خصوصی.
- راهکارهای بهبود سلامت اداری در سیستم‌های بهداشتی و درمانی.
- تأثیر آموزش و پرورش کارکنان اداری بر سلامت اداری.
- بررسی رابطه بین فرهنگ سازمانی و سلامت اداری در مراکز بهداشتی.
- نقش تکنولوژی و سیستم‌های اطلاعاتی در ارتقاء سلامت اداری.
- ارزیابی سیاست‌های حکومتی و نقش آنها در سلامت اداری مراکز درمانی.
- تأثیر مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌های اداری بر سلامت اداری و عملکرد سازمانی.

۶-۵- محدودیت‌های تحقیق

نتایج پژوهش حاضر تنها در جامعه آماری قابل تعمیم است و نتایج آن را نمی‌توان به سایر جامعه‌های آماری به دلیل محدودیت در حجم جامعه آماری، تعمیم داد.

- مشکل در جمع‌آوری داده‌های حساس و محرمانه از مراکز بهداشتی و درمانی.
- محدودیت در دسترسی به گزارش‌های داخلی و پرونده‌های اداری.
- محدودیت در انتخاب نمونه‌های آماری به دلیل تعداد محدود مراکز مورد مطالعه.
- تفاوت‌های فرهنگی بین مراکز مختلف که ممکن است بر نتایج تحقیق تأثیر بگذارد.
- تفاوت‌های ساختاری و سازمانی بین مراکز دولتی و خصوصی.
- مشکلات در تضمین پایداری و تداوم نتایج تحقیق در بلندمدت.
- چالش‌های مرتبط با تغییرات مستمر در مدیریت و سیاست‌های داخلی مراکز.

۷-۵ خلاصه فصل

در این فصل با توجه به یافته‌های حاصل از تحقیق و آزمون‌های آماری انجام شده، سعی در ارائه نتایج تحقیق و همچنین ارائه پیشنهاداتی برای محققان آتی بود. همچنین پیشنهادات و محدودیت‌هایی برای تحقیقات آتی که در این زمینه انجام خواهد شد، ارائه گردید.

منابع

عاقلی، میثم؛ نیک منش، شمس الدین؛ رشیدی، حسن و جلالی، پریرسا. (۱۴۰۲). نگارش پایان نامه و مقاله نویسی، چاپ اول، تهران: موسسه کتاب دیباگران.

تراپیان بادی غلامحسین، سلطانی ایرج، دوازده امامی حمید. (۱۴۰۲). الگوی سلامت سازمانی برای دستیابی به اعتماد اجتماعی با تاکید بر ارزش های اخلاقی، اخلاق در علوم و فناوری. ۱۴۰۲؛ ۱۸ (۴): ۱۶۲-۱۷۱

رمضانی، قاسم و نورانی مقدم، عبدالرضا، (۱۳۹۶)، راهکارهای افزایش سلامت اداری در سازمان ها، <https://civilica.com/doc/937478>.

سلطانی بهرام، سعید، و عزیزاده اقدام، محمدباقر. (۱۴۰۰). مطالعه جامعه شناختی سلامت سازمانی کارکنان دانشگاه تبریز. مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، ۱۰ (۱)، ۱۴۵-۱۷۴. <https://sid.ir/paper/952980/fa>. SID.

صداقت، حسن، چراغین، مسلم، و کریمی، محمد. (۱۴۰۰). طراحی الگوی مفهومی مدل سلامت سازمانی مبتنی بر مدیریت کوانتومی در کارکنان شهرداری. خط مشی گذاری عمومی در مدیریت (رسالت مدیریت دولتی)، ۱۲ (۴۱)، ۵۷-۶۹. SID. <https://sid.ir/paper/409833/fa>

عزیزاده ماتک، سحر، امیری، مجتبی، مقیمی، سید محمد، & عابدی جعفری، حسن. (۱۴۰۱). ارائه الگوی سلامت سازمانی با استفاده از مرور نظام مند فرا ترکیب. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵ (۳)، -. doi: 10.22038/mjms.2022.21896

مؤذن، بهمن، نجف بیگی، رضا، میرسپاسی، ناصر، & پیله وری، نازنین. (۱۳۹۹). تحلیل عوامل رفتاری تأثیرگذار بر سلامت سازمانی در بخش عمومی. چشم انداز مدیریت دولتی، ۱۱ (۴)، ۸۹-۱۱۰

- بتولی، زهرا، فهیم نیا، فاطمه، نقشینه، نادر، میرحسینی، فخرالسادات (۱۳۹۸). مرور و بررسی پژوهش های حوزه بازی وارسازی در آموزش الکترونیکی، فناوری آموزش، ۱۳ (۴): ۱۷۵-۱۸۷.

- بهشتی، عطیه و محبوبه اعلائی (۱۳۹۷). ضرورت و مزایای استفاده از گیمیفیکیشن در صنعت بیمه، بیست و پنجمین همایش ملی بیمه و توسعه، تهران، پژوهشکده بیمه

- تاج فر، امیر هوشنگ، زیانی، محبوبه (۱۳۹۵). بررسی تأثیرات گیمیفیکیشن بر پیامدهای رفتاری، دولتی - دانشگاه پیام نور (وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری) - دانشگاه پیام نور استان تهران - مرکز پیام نور تهران غرب. کارشناسی ارشد

- محمدی، جیران، باقری، مژگان، صفریان، صفریان، سارا، علوی برازجانی، آزاده (۱۳۹۵). تبیین نقش پارتی بازی در رضایت عملکرد شغلی کارکنان، پژوهش های مدیریت منابع انسانی، ۱: ۲-۲۴.

- واعظی، رضا، سهرابی، شهلا. (۱۳۹۷). تعالی خدمات عمومی و شبه پارادایم های مدیریت دولتی. فصلنامه حکمرانی و توسعه، ۱۱ (۱): ۶۶-۴۵.

- وحیدی اصل، مجتبی، آقازاده، فائزه، علیخانی، پرستو (۱۳۹۷). شناسایی چالش های اجرای بازی وارسازی در آموزش های سازمانی، تحقیقات فرهنگی ایران، ۱۱ (۱): ۱۲۱-۱۴۹.

- وردی نژاد، فریدون، رمضان نژاد، الیکا، ناصری، نجمه، فرزندی، نازنین، ولی زاده، صنم (۱۳۹۶). تفاوت ها و شباهت های مدیریت بخش عمومی و خصوصی (قابل دسترس در وب سایت <http://www.modiryar.com/>، دسترسی در تاریخ ۹۸/۱۱/۱۵).

- Adornes, G. and Muniz, R. (2019), "Collaborative technology and motivations: utilization, value and gamification", *Innovation & Management Review*, Vol. 16 No. 3, pp. 280-294.
- Aledo, Sandra Gallén, Ricardo Chiva Gómez (2016) Gamification: a new approach for human resource management, degree in administration and business management.
- Armstrong, M. B., Landers, R. N., & Collmus, A. B. (2016). Gamifying recruitment, selection, training, and performance management: Game-thinking in human resource management. In *Emerging research and trends in gamification* (pp. 140-165). IGI Global.
- Armstrong, Michael, *A Handbook of Human Resource Management Practice*, Kogan Page, 2006
- Armstrong, Michael. (2009). *Armstrong's handbook of performance management: An evidence-based guide to delivering high performance*: Kogan Page Publishers.
- Buckley, Patrick & Doyle, Elaine. (2014). Gamification and Student Motivation. *Interactive Learning Environments*. 10.1080/10494820.2014.964263.
- Cardador, M. T., Northcraft, G. B., & Whicker, J. (2017). A theory of work gamification: Something old, something new, something borrowed, something cool? *Human Resource Management Review*, 27(2), 353–365. doi:10.1016/j.hrmr.2016.09.014
- Cardador, M. Teresa, Northcraft, Gregory B., & Whicker, Jordan. (2017). A theory of work gamification: Something old, something new, something borrowed, something cool? *Human Resource Management Review*, 27(2), 353-365. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2016.09.014>
- Chan, Donna C. (2006). Core competencies and performance management in Canadian public libraries. *Library management*, 27(3), 144-153.
- Cook, WHITNEY. (2013). Five reasons you can't ignore gamification. *Chief Learning Officer*, 12(5), 46-55
- Dale, Steve. (2014). Gamification: Making work fun, or making fun of work? *Business Information Review*, 31(2), 82-90.
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. and Nacke, L., 2011. From Game Design Elements to Gamefulness: Defining Gamification. Tampere: ResearchGate
- Deterding, Sebastian, Dixon, Dan, Khaled, Rilla, & Nacke, Lennart. (2011). From game design elements to gamefulness: defining gamification. Paper presented at the Proceedings of the 15th international academic MindTrek conference: Envisioning future media environments.
- Dey, Sharmistha & Eden, Rebekah. (2016). Gamification: An emerging trend. In *Pacific Asia Conference on Information Systems (PACIS 2016)*, 28 June -1 July 2016, Chiayi, Taiwan
- Ėrgle, Daiga & Ludviga, Iveta. (2018). Use of gamification in human resource management: Impact on engagement and satisfaction. 10.3846/bm.2018.45.
- Gabe, Zichermann,(2013) *TheGamificationRevolution: HowLeadersLeverageGameMechanicstoCrushtheCompetition*, McGraw-HillEducation; 1 edition, April 16,2013
- Grünewald, H., Kneip, P. and Kozica, A. (2019). The Use of Gamification in Workplace Learning to Encourage Employee Motivation and Engagement. In *The Wiley Handbook of Global Workplace Learning* (eds V.H. Kenon and S.V. Palsole). doi:10.1002/9781119227793.ch29
- Gryaznova ,Svetlana (2019)*Gamification in Employee Engagement*, Metropolia University of Applied Sciences.
- Hamari, Juho, & Koivisto, Jonna. (2015). Why do people use gamification services? *International Journal of Information Management*, 35(4), 419-431. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2015.04.006>
- Hamzah, W.M.A.F.W., Haji Ali, N., Saman, M.Y.M., Yusoff, M.H., & Yacob, A. (2015). Influence of gamification on students' motivation in using Elearning applications based on the motivational design model. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 10(2), 30-34.
- Herger,M. (2014). Gamification in human resources. Estados Unidos: Enterprise Gamification
- Sims, Steve (2019). How Gamification Can Improve HR Management , Retrieved from <https://www.thebalancecareers.com>, 2019/16/10.
- Smiderle, R., Rigo, S.J., Marques, L.B. et al. (2020).The impact of gamification on students' learning, engagement and behavior based on their personality traits. *Smart Learn. Environ.* 7, 3 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40561-019-0098-x>
- Pal, A., Indapurkar, K., & Gupta, K. P. (2021). Gamification of financial applications and financial behavior of young investors. *Young Consumers*, 22(3), 503-519.

- Annamaria, D.F.; Palazzeschi, L.; Bucci, O. (2017) Gratitude in organizations: A contribution for healthy organizational contexts. *Front. Psychol.*, 8, 2025
- Baptiste, N. R. (2008). Tightening the link between employee wellbeing at work and performance: A new dimension for HRM. *Management decision*, 46(2), 284-309.
- Bjerke, R. (2020). Towards a HR framework for developing a health-promoting performance culture at work: A Norwegian health care management case study. *International Journal of environmental research and public health*, 17(24), 9164.
- Brittain, A. C., & Carrington, J. M. (2019). A concept analysis of organizational health and communication. *Nursing Administration Quarterly*, 43(1), 68-75.
- Cotton, P.; Hart, P.M. (2003). Occupational wellbeing and performance: A review of organisational health research. *Aust. Psychol.*, 38, 118-127.
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Vandenberg, R. J., McGrath-Higgins, A. L., & Griffin-Blake, C. S. (2010). Assessing the impact of healthy work organization intervention. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(1), 139-165.
- Doganay, E., & Dagli, A. (2020). Organizational Health Scale: A Scale Development Study. *International Education Studies*, 13(7), 128-144.
- Farahani, M. F., Mirzamohamadi, M. H., Afsouran, N. R., & saied Mohammadi, S. (2014). The study of the relationship of organizational health of the schools and that of the student's' academic achievement (A Case Study of High schools of Kohkilouie and Boierahmad Province, Iran 2011). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 109, 628-633.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 0046958018757848.
- Gagnon, C., John, E., & Theunissen, R. (2017). Organizational health: A fast track to performance improvement. *McKinsey Quarterly*, 4, 76-87.
- Gandica, T., Talwar, M., Thungon, S. W., Pyrtuh, E. K. D., & Kumah, E. (2021). Internal Communications In The Time Of A Global Pandemic.
- Ghiasipour, M., Mosadeghrad, A. M., Arab, M., & Jaafari-pooyan, E. (2017). Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 96.
- Gilani, S., Gernal, L., Tantry, A., Yasin, N., & Sergio, R. (2022). Leadership Styles Adopted by Scottish Micro-businesses During the COVID-19 Pandemic. In *International Conference on Business and Technology* (pp. 144-156). Cham: Springer International Publishing.
- Gilbreath, B., Benson, PG (2004). The contribution of supervisor behaviour to employee psychological well-being. *Work and Stress*, 18(3).
- Grawitch, M. J., & Ballard, D. W. (2016). *The psychologically healthy workplace: Building a win-win environment for organizations and employees*. American Psychological Association.
- Hadian, S. A., Yarmohammadian, M. H., & Shaarbafchizadeh, N. (2023). The organizational health components for small-sized health-care organizations: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 12(1), 37.
- Halliday, B., Van der Laan, L., & Raineri, A. (2024). Prioritizing work health, safety, and wellbeing in corporate strategies: an indicative framework. *Safety*, 10(1), 18.
- Ishtiaque, F., & Habib, L. (2016). Impact of internal communication in organizational development. *International Journal of Trend in Research and Development*, 3(5), 2394-9333.
- Jaafari, M., Alzuman, A., Ali, Z., Tantry, A., & Ali, R. (2023). Organizational Health Behavior Index (OHBI): A Tool for Measuring Organizational Health. *Sustainability*, 15(18), 13650.
- Kaluza, A. J., Schuh, S. C., Kern, M., Xin, K., & van Dick, R. (2020). How do leaders' perceptions of organizational health climate shape employee exhaustion and engagement? Toward a cascading-effects model. *Human Resource Management*, 59(4), 359-377.
- Kang, M.; Sung, M. (2017). How symmetrical employee communication leads to employee engagement and positive employee communication behaviors: The mediation of employee-organization relationships. *J. Commun. Manag.*, 21, 82-102.
- Keller, S., & Price, C. (2011). Beyond performance. *How Great Organizations Build Ultimate*.

- Kuenzi M, Schminke MA. (2009). Fragmented literature. A review, critique, and proposed research agenda of the work climate literature? *J Manag*;35:634–717
- Landsbergis, P. A. (2003). The changing organization of work and the safety and health of working people: a commentary. *Journal of occupational and environmental medicine*, 45(1), 61-72.
- Lencioni, P.M. (2012). *The Advantage: Why Organizational Health Trumps Everything Else in Business*; John Wiley & Sons: Hoboken, NJ, USA.
- Lowe, G. S. (2010). *Creating healthy organizations: How vibrant workplaces inspire employees to achieve sustainable success*. University of Toronto Press.
- Miller, R.L.; Griffin, M.A.; Hart, (1999). P.M. Personality and organizational health: The role of conscientiousness. *Work Stress*, 13, 7–19.
- Min, H., & Su, S. (2020). Examining relationships between personality profiles and organizational health outcomes. *Personality and Individual Differences*, 164, 110118.
- Murphy, L. R., & Cooper, C. (Eds.). (2000). *Healthy and productive work: an international perspective*. CRC Press.
- Peterson W, Wilson JF. (2002). The culture-work-health model and work stress. *Am J Health Behav.*;26:16–24.
- Raya, R. P., & Panneerselvam, S. (2013). The healthy organization construct: A review and research agenda. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 17(3), 89-93.
- Rushing, K. (2021). Workplace Appreciation and Its Link to Organizational Health-Blue Hen. Blue Hen, 5 May 2021. Available online: <https://bluehenagency.com/workplace-appreciation-and-its-link-to-organizational-health/> (accessed on 23 March 2024).
- Shier, M.L.; John, R.; Graham, D.N. (2018). Interpersonal interactions, workplace violence, occupational health outcomes among social workers. *J. Soc. Work.*, 18, 525–547.
- Shin, Y., & Hur, W. M. (2021). Do organizational health climates and leader health mindsets enhance employees' work engagement and job crafting amid the pandemic?. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 12123.
- Shuck, B., Hart, J., Walker, K., & Keith, R. (2023). Work determinants of health: New directions for research and practice in human resource development. *Human Resource Development Quarterly*, 34(2), 227-244.
- Singh, A., & Jha, S. (2018). Exploration of people centric organizational health dimensions: a study of Indian R&D organization. *Industrial and Commercial Training*, 50(7/8), 393-408.
- Suknunan, S., & Bhana, A. (2022). Influence of employee-manager relationship on employee performance and productivity. *Problems and Perspectives in Management*, 20(3).
- Teetzen F, Klug K, Steinmetz H and Gregersen S (2023) Organizational health climate as a precondition for health-oriented leadership: expanding the link between leadership and employee well-being. *Front. Psychol.* 14:1181599. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1181599
- Usman, U.M.Z.; Musa, M.A. (2012). The influence of organizational knowledge sharing on employee motivation. In 2012 International Conference on Information Retrieval & Knowledge Management, Kuala Lumpur, Malaysia, 13–15 March; IEEE: Piscataway, NJ, USA, 2012; pp. 87–90.
- Widiawati, F., Soemaryani, I., & Muizu, W. O. Z. (2023). The effect of social capital and organizational health on competitive advantages of culinary and craft SMEs in Samarinda city. *Sustainability*, 15(10), 7945.
- Agheli, M., NikMenesh, Sh., Rashidi, H., & Jalali, P. (2023). Training on thesis writing and scientific article writing, first edition, Tehran: Dibagaran Book Institute. (In Persian)
- Wilkinson, A., Gollan, P. J., Kalfa, S., & Xu, Y. (2018). Voices unheard: employee voice in the new century. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(5), 711-724.
- World Health Organization Definition of Health. (1998). [Last accessed on 2024 Apr 12]. Available from: <http://www.who.ch/aboutwho/definition.htm>.
- Yücel, A., Doğanalp, B., Kaya, Ş. D., Prof, A., & Yücel, A. (2013). The relation between organizational health and organizational commitment. *Mediterranean journal of social sciences*, 4(10), 781-788.

پیوست ۱: پرسشنامه

فرهیخته گرامی

با سلام و احترام

احتراماً بمنظور انجام تحقیق از حضرتعالی تقاضا می‌شود با تخصیص زمان ارزشمندتان به طور دقیق آنرا تکمیل و به پژوهشگر عودت دهید. قابل ذکر اینکه از نتایج تحقیق حاضر صرفاً استفاده علمی خواهد شد. قبلاً از همکاری و عنایتی که می‌فرمایید صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

سوالات جمعیت شناختی

جنسیت: زن ☐ مرد ☐

تحصیلات: کارشناسی ارشد ☐ دکترا ☐

سابقه کار: زیر ۵ سال ☐ ۵-۱۰ سال ☐ ۱۰-۱۵ سال ☐ ۱۵-۲۰ سال ☐ بالای ۲۰ سال ☐

سوالات تخصصی

لطفاً نظراتان را در باره موارد زیر به عنوان عوامل اثرگذار بر مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری بیان فرمائید.

مفهوم	کاملاً بااهمیت	بااهمیت	متوسط	بی اهمیت	کاملاً بی اهمیت
ارتباطات سازمانی					
امنیت شغلی					
تعهد سازمانی					
تیم گرایی					
درگیری کارکنان					
فرهنگ سازمانی					
روحیه					
معنویت کارکنان					
شخصیت کارکنان					
رهبری					
رفاه کارکنان					
یادگیری و نوآوری					
نوآوری					

چنانچه به نظر شما در هر بعدی موردی وجود دارد که ذکر نشده، مرقوم فرمایید:

پرسشنامه دلفی دور دوم وسوم

فرهیخته گرامی

با سلام و احترام

احتراماً بمنظور انجام تحقیق از حضرتعالی تقاضا می‌شود با تخصیص زمان ارزشمندتان به طور دقیق آنرا تکمیل و به پژوهشگر عودت دهید. قابل ذکر اینکه از نتایج تحقیق حاضر صرفاً استفاده علمی خواهد شد. قبلاً از همکاری و عنایتی که می‌فرمایید صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

سوالات جمعیت شناختی

جنسیت : زن ☐ مرد ☐

سن : زیر ۳۰ سال ☐ بین ۳۰-۴۰ سال ☐ ۴۰-۵۰ سال ☐ بالای ۵۰ سال ☐

تحصیلات: کارشناسی ارشد ☐ دکترا ☐

سوالات تخصصی

لطفاً نظراتان را در باره موارد زیر به عنوان عوامل اثرگذار بر مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری بیان فرمائید.

مفهوم	کاملاً بااهمیت	بااهمیت	متوسط	بی اهمیت	کاملاً بی‌اهمیت
ارتباطات سازمانی					
امنیت شغلی					
تعهد سازمانی					
تیم گرایی					
درگیری کارکنان					
فرهنگ سازمانی					
روحیه					
معنویت کارکنان					
شخصیت کارکنان					
رهبری					
رفاه کارکنان					
یادگیری و نوآوری					

چنانچه به نظر شما در هر بعدی موردی وجود دارد که ذکر نشده، مرقوم فرمایید:

پرسشنامه ساختار تفسیری

کارشناس گرامی؛ درود بر شما پرسشنامه زیر در راستای پژوهش است. لذا با تخصیص زمان ارزشمندتان به‌طور دقیق آن را تکمیل نمایید. پیشاپیش از همکاری صمیمانه شما سپاس‌گزاری شد.

راهنمایی: روش پاسخ دادن به پرسشها و الگوی امتیازدهی

❖ تأثیر عناصر هر سطر را بر عناصر مندرج در ستون مشخص کنید.

❖ اگر متغیر **ا** بر **ز** تأثیر دارد داشته‌باشد علامت **V** را وارد کنید.

❖ اگر متغیر **ز** بر **ا** تأثیر داشته‌باشد علامت **V** را وارد کنید.

❖ اگر متغیر j بر i تأثیر داشته باشد علامت X را وارد کنید.

❖ اگر رابطه‌ای وجود نداشته باشد علامت O را وارد کنید.

حالت‌ها و علائم مورد استفاده در این رابطه مفهومی عبارت است از:

جدول ۱: علائم مورد استفاده در طراحی مدل ساختاری-تفسیری

O	X	A	V
عدم وجود رابطه	رابطه دو سویه	تأثیر دارد i بر j متغیر	تأثیر دارد j بر i متغیر

روش اصلی تدوین پرسشنامه ساختاری تفسیری

نوع روابط متغیرهای زیر را براساس علائم مندرج در جدول ۱ تعیین کنید:

C14	C13	C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	متغیرهای پژوهش
														ارتباطات سازمانی
														امنیت شغلی
														تعهد سازمانی
														تیم گرایی
														درگیری کارکنان
														فرهنگ سازمانی
														روحیه
														معنویت کارکنان
														شخصیت کارکنان
														رهبری
														رفاه کارکنان
														یادگیری و نوآوری

پیوست ۲: خروجی نرم افزار

درصد فراوانی	فراوانی	
جنسیت		
۴۰	۶	زن
۶۰	۹	مرد
سابقه کار		
۰	۰	کمتر از ۵ سال
۴۰	۶	۵-۱۰ سال
۶۰	۹	بیشتر از ۱۰ سال
تحصیلات		
	۰	کارشناسی ارشد
۱۰۰	۱۵	دکتر
۱۰۰	۱۵	جمع

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۷۶	۰/۶۱۲
امنیت شغلی	۴/۶۸۷	۰/۶۵۴
تعهد سازمانی	۴/۶۳۷	۰/۶۶۵
نوآوری	۲/۸۶۶	۰/۶۷۲
درگیری کارکنان	۴/۱۷۶	۰/۶۹۸
فرهنگ سازمانی	۴/۱۸۲	۰/۶۷۰
روحیه	۴/۳۷۳	۰/۶۹۳
معنویت کارکنان	۴/۳۶۳	۰/۶۶۲
شخصیت کارکنان	۴/۵۷۶	۰/۶۲۸
رهبری	۳/۷۶۱	۰/۴۹۴
رفاه کارکنان	۴/۳۷۴	۰/۶۴۷
یادگیری و نوآوری	۴/۰۳۷	۰/۶۷۲
تیم گرایی	۴/۳۹۷	۰/۶۸۴
ارتباطات سازمانی	۳/۴۲۴	۰/۲۸۴

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معنی داری
-------	------------	------------	------------	---------------

۰/۰۰۰	۳۸	۱۷۷/۶۵۴	۰/۷۵۴	۱۳
-------	----	---------	-------	----

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۸۷	۰/۶۹۳
حمایت مدیریت	۴/۶۸۷	۰/۶۸۹
انعطاف پذیری سازمانی	۴/۶۸۴	۰/۶۷۹
سیاست سازمانی	۴/۱۸۳	۰/۶۹۸
ساختار سازمانی	۴/۱۹۷	۰/۶۸۴
فرهنگ نوآورانه	۴/۳۹۸	۰/۶۷۶
تعاون و همکاری	۴/۳۹۴	۰/۶۸۳
طراحی شغل	۲/۰۸۴	۰/۴۹۴
امنیت شغلی	۴/۳۹۵	۰/۶۸۴
توانمندسازی کارکنان	۴/۰۹۷	۰/۶۸۶
انگیزه های اقتصادی	۴/۳۸۷	۰/۶۸۹
انگیزه های اخلاقی	۳/۰۹۸	۰/۲۸۴

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معنی داری
۱۲	۰/۷۱۲	۱۷۱/۱۰۱	۳۸	۰/۰۰۰

مفاهیم	میانگین	انحراف معیار
ارتباطات سازمانی	۴/۴۶۴	۰/۶۶۶
حمایت مدیریت	۴/۶۷۶	۰/۶۶۷
انعطاف پذیری سازمانی	۴/۶۹۷	۰/۶۹۷
سیاست سازمانی	۴/۱۹۷	۰/۶۹۶
ساختار سازمانی	۴/۱۸۹	۰/۶۶۲
فرهنگ نوآورانه	۴/۳۷۸	۰/۶۲۹

۰/۶۹۳	۴/۳۵۴	تعاون و همکاری
۰/۴۵۴	۲/۸۵۴	طراحی شغل
۰/۶۶۹	۴/۹۸۴	امنیت شغلی
۰/۶۹۵	۴/۰۳۸	توانمندسازی کارکنان
۰/۶۳۹	۴/۳۴۹	انگیزه‌های اقتصادی
۰/۲۴۹	۳/۰۲۶	انگیزه‌های اخلاقی

تعداد	ضریب کندال	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱۲	۰/۷۹۶	۱۷۷/۸۷۱	۳۸	۰/۰۰۰

شخص‌ها	نماد
ارتباطات سازمانی	C01
امنیت شغلی	C02
تعهد سازمانی	C03
تیم‌گرایی	C04
درگیری کارکنان	C05
فرهنگ سازمانی	C06
روحیه	C07
معنویت کارکنان	C08
شخصیت کارکنان	C09
رهبری	C10
رفاه کارکنان	C11
یادگیری و نوآوری	C12

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	SSIM
V	V	X	V	V	V	O	X	V	V	V		C01
O	A	A	O	A	O	A	O	A	A			C02
O	V	A	A	O	V	X	O	A				C03
V	V	A	V	A	O	V	O					C04
O	V	A	V	O	O	A						C05
O	V	A	V	A	X							C06

O	O	A	V	A								C07
O	O	A	O									C08
A	A	O										C09
V	V											C10
V												C11
												C12

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	RM
\	\	\	\	\	\	\	.	\	\	\	.	C01
.	.	.	\	.	.	.	.	.	.	.	.	C02
.	.	\	\	\	\	\	.	.	.	\	.	C03
\	.	\	\	.	\	\	.	.	\	\	\	C04
.	.	\	\	\	.	.	.	.	.	.	.	C05
.	\	\	\	.	\	.	\	.	\	\	.	C06
.	.	.	\	.	.	\	.	.	.	\	.	C07
.	.	.	.	.	\	\	.	\	.	\	.	C08
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	\	.	C09
\	\	.	.	\	\	\	\	\	\	\	\	C10
\	.	.	\	.	.	.	.	.	.	.	.	C11
.	.	.	\	.	.	.	.	.	.	.	.	C12

C12	C11	C10	C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	RM
\	\	\	\	\	\	\	*۱	\	\	\	\	C01
.	.	.	\	\	.	.	*۱	.	.	\	.	C02
.	.	*۱	\	.	\	\	.	.	\	\	.	C03
\	.	*۱	.	\	\	\	*۱	\	\	\	\	C04
.	.	.	.	\	.	.	\	.	*۱	.	.	C05
.	\	.	.	.	\	\	\	.	\	\	*۱	C06
.	*۱	.	\	.	\	\	*۱	*۱	.	\	.	C07
.	*۱	.	.	\	\	\	*۱	\	.	\	.	C08
.	.	.	\	*۱	.	\	.	.	.	\	.	C09
\	\	\	.	\	\	.	\	\	\	\	\	C10
\	\	.	\	.	.	\	.	*۱	*۱	.	.	C11
\	.	.	\	.	.	.	.	.	*۱	.	.	C12

سطح	اشتراک	ورودی: اثرپذیری (ستونها)	خروجی: اثرگذاری (سطرها)	نماد	متغیرها
۵	C01, C04, C06, C10, C13	C01, C04, C06, C10, C13	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13	C06	فرهنگ نوآورانه
۲	C02, C09	C01, C02, C03, C04, C06, C07, C08, C09, C10, C13, C14	C02, C05, C09	C05	ساختار سازمانی
۴	C03, C06, C10, C13	C01, C03, C04, C05, C06, C10, C11, C12, C13, C14	C02, C03, C06, C07, C09, C10, C13, C16	C03	انعطاف پذیری سازمانی

۴	C01, C04, C07,C10	C01, C04, C07, C08,C10, C11	C01, C02, C03, C04, C06, C07, C09,C10,C12, C13,C14	C04	سیاست سازمانی
۱	C05	C01, C02, C04, C05, C06, C07, C08, C10, C13	C03, C05, C09	C08	طراحی شغل
۵	C01, C03, C06, C07, C13	C01, C03, C04, C06, C07, C08,C10, C13	C01, C02, C03, C05, C06, C07, C09,C11,C13,C14	C07	تعاون و همکاری
۳	C04, C06, C07	C01, C03, C04, C06, C07, C08,C10, C13	C02, C04, C05, C06, C07, C09,C11	C11	انگیزه اقتصادی
۱	C08	C01, C08, C09,C10, C13	C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, , C11,C14	C09	امنیت شغلی
۳	C02, C09, C08	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C08, C09,C11, C12, C13,C14	C02, C08, C09	C12	انگیزه اخلاقی
۴	C01, C03, C04,C10	C01, C03, C04, C10, C13	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C10,C11,C12	C10	توانمندسازی کارکنان
۳	C09,C11,C12,	C01, C06, C07, C08, C09,C11,C12	C02, C03, C04, C05, C09,C11,C12, ,C14	C01	ارتباطات سازمانی
۳	C01, C03,C13	C01, C03, C04, C06, C13	C01, C02, C03, C05, C07, C08, C09,C10,C11, C12,C13,C14	C02	حمایت مدیران

Abstract

Administrative health plays a vital role in improving the quality of services and guaranteeing the rights of patients and clients, and since health and treatment centers are responsible for maintaining and improving the health of society, administrative health in these centers is of double importance. This not only leads to an increase in the commitment and motivation of employees, but also brings innovation opportunities and ultimately guarantees the success of the organization. Therefore, in this research, we design an interpretive structural model of administrative health in healthcare centers. Research in terms of research philosophy, rationalism paradigm, practical purpose, in terms of method, is in the category of exploratory research. The current research was conducted in three qualitative parts (content analysis, Delphi and interpretive structure). By reviewing the theoretical literature, the components of the model were identified. This part was done using the method of categorical content analysis, and in order to confirm and agree on the components, the factors extracted from the literature were put to the judgment of experts through a Delphi questionnaire. The statistical population in the Delphi section includes 15 experts who were selected by targeted non-probability sampling. It can be concluded that administrative health in health and treatment centers plays a vital role in providing quality services to patients and clients. By promoting administrative health in these centers, one can witness an increase in efficiency, effectiveness, satisfaction of patients and employees, and finally, an improvement in the level of public health. The realization of administrative health in these centers requires the all-out effort and cooperation of officials, managers, employees and other stakeholders. Is. By taking appropriate measures and implementing the solutions presented in this article, we can take a big step towards improving administrative health in health and treatment centers and act for the benefit of the country's health system.

Key words: organizational health, health and treatment centers, Hazrat Ruqiya

:Title

**Designing an interpretative structural model of administrative health
in healthcare centers
(case Study: Hazrat Ruqiya)**

:Writer

Maysham Judy Cook Arkhaj

June, 1403