مقاله اصیل پژوهشی

ارتباط جوّ سازمانی و سکوت سازمانی با توانمندی روان‌شناختی کارکنان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بیرجند؛ سال 1394

پرویز آقایی برزآباد[1]، وحید یزدی فیض‌آبادی[2]، ابراهیم رسولی‌مقدم[3]

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی متغیّرهای سازمانی مرتبط با توانمندی کارکنان، می‌تواند موجب ارتقای عملکرد سازمانی بیمارستان‌ها شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت و ارتباط بین جوّ سازمانی و سکوت سازمانی با توانمندی روان‌شناختی کارکنان در بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه همبستگی، به صورت مقطعی در سال 1394 اجرا شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، 400 نفر از کارکنان بیمارستان‌های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های جوّ سازمانی، سکوت سازمانی و توانمندی روان‌شناختی بود که روایی آن‌ها با قضاوت خبرگان و پایایی هر سه پرسشنامه با آلفای کرونباخ بیشتر از 0/7 تأیید شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی یک نمونه‌ای، همبستگی پیرسون، تی‌مستقل و آنوا یک‌طرفه در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 18) استفاده شد. کسب 70% مقیاس لیکرت (3/5)، به‌عنوان نقطه برش برای وضعیت مطلوب هر متغیّر در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین جوّ سازمانی و سکوت سازمانی به‌ترتیب: 0/67±2/94 و 0/56±3/18 بود که سطح مطلوبی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نداشتند (P<0/05). اگرچه میانگین کلی متغیّر توانمندی روانشناختی با مقدار 0/58±3/6، سطح نسبتاً مطلوبی داشت، اما دو مؤلّفه اعتماد به دیگران و خودسامانی به‌ترتیب با میانگین 0/83±3/2 و 0/67±3/42 سطح مطلوبی را نشان ندادند (P<0/05). جوّ سازمانی و سکوت سازمانی به‌ترتیب با ضریب همبستگی 0/6 و 0/58، رابطه مستقیم و به نسبت قوی با توانمندی روانشناختی نشان دادند (P<0/05).

نتیجه‌گیری: مدیران بیمارستان‌ها با ایجاد برنامه‌های بهبود جوّ سازمانی و کاهش پدیده سکوت در راستای تقویت مشارکت و ابراز نظر کارکنان، می‌توانند زمینه توانمندی روانشناختی در کارکنان را بهبود بخشند.

واژه‌های کلیدی: توسعه کارکنان، توانمندسازی، بیمارستان‌ها، دولتی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1394؛ دوره 22 (3): 274-285 .

دریافت: 1394/05/22 پذیرش: 1394/09/14

[1] استادیار، گروه مدیریت آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

[2] مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

[3] نویسنده مسئول؛ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، فارس، ایران

آدرس: کیلومتر 3 بلوار مرودشت- تخت جمشید، پردیس دانشگاه دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

تلفن: 09155097723 نمابر: 05632886510 پست الکترونیکی: rasuli@bums.ac.ir

مقدمه

بهبود عملکرد مدیریت منابع انسانی در بیمارستان‌ها می‌تواند زمینه پاسخگویی بیشتر به نیازهای جامعه تحت پوشش و علاوه بر آن بهبود پیامدهای بیمارستانی نظیر: ایمنی بیمار و کاهش مرگ و میر بیماران را به ارمغان آورد (1). این امر مستلزم توجه به توانمندسازی کارکنان است؛ چرا که سازمان‌ها با کارکنان توانمند، عملکرد و رضایت شغلی بهتری دارند (2).

با توجه به تعاریف مختلف توانمندسازی، الگوها و مدل‌های متفاوتی برای آن ارائه شده است. یکی از الگوهای رایج توانمندسازی به‌ویژه در بخش بهداشت و درمان که از آن در مطالعات مختلف استفاده شده است، ادارک فرد از توانمندی خود، یعنی توانمندی روانشناختی است (3). این الگو شامل پنج بعد: خوداثربخشی، خودسامانی، معناداری، تأثیرگذاری و اعتماد به دیگران است. خوداثربخشی به شایستگی فرد در انجام وظایف شغلی، خودسامانی به حقّ‌انتخاب و تصمیم‌گیری فرد در امورات شغلی، معناداری به احساس ارزشمندی اهداف شغلی، تأثیرگذاری بر میزان تأثیر فرد بر پیامدهای شغلی و محیط کاری و اعتماد به دیگران به انتظارات مثبت فرد در ارتباط با مقاصد و نیّات رفتارهای سایر اعضای سازمان اشاره دارد (4).

نتایج برخی مطالعات در بیمارستان‌های ایران نشان می‌دهد که وضعیت توانمندی روانشناختی در مؤلّفه‌های خودسامانی، تأثیرگذاری و اعتماد به دیگران در سطح مطلوبی قرار ندارد (5). از طرفی شواهد نشان می‌دهد که برای ایجاد فرآیند توانمندسازی در سازمان، وجود زمینه‌های مناسب سازمانی و فردی ضروری است؛ به طوری که کارکنان، با برخورداری از اِعمال کنترل بر محیط کاری خود، احساس توانمندی روانشناختی می‌کنند. توانمندی روانشناختی دربرگیرنده شناختی است که با محیط کاری شکل می‌گیرد (6). زمینه‌های سازمانی مهمی نظیر شرایط حاکم بر جوّ سازمان و فرصت ابراز نظر و مشارکت فکری کارکنان در امور سازمانی، برای بهبود توانمندی کارکنان مطرح می‌باشد.

جوّ سازمانی به‌عنوان ادراکات مشترک و مضمون مربوط به خط‌مشی‌ها، عملکردها و رویه‌هایی که کارکنان تجربه کرده و رفتارهایی از کارکنان که در ارتباط با تشویق، حمایت و انتظارات آنان است، تعبیر می‌گردد که می‌تواند بر پیامدهای سازمانی نظیر توانمندی تأثیر بگذارد (7). مطالعات قبلی بر روی پرسنل بیمارستانی و همچنین کارکنان پرستاری نشان داده‌اند که ارتباط مثبتی بین بهبود توانمندسازی ساختاری و شرایط جوّ سازمانی با درک کارکنان از بهبود توانمندیشان وجود دارد (8- 10).

از سوی دیگر عدم مشارکت فکری کارکنان که در برخی پژوهش‌ها به‌عنوان سکوت سازمانی تعبیر شده، پدیده‌ای است که می‌تواند مانع توانمندی کارکنان شود. در پدیده سکوت سازمانی، کارکنان از بیان ایده‌ها و دغدغه‌های مربوط به مسائل سازمانی و شغلی خود امتناع می‌ورزند. این به‌نوبه خود می‌تواند کاهش‌دهنده سطح مشارکت کارکنان و تعهد سازمانی شود (11). امروزه، پژوهشگران نشان داده‌اند که سکوت سازمانی، مانعی بر سر راه رسیدن سازمان به اهدافش خواهد بود؛ چون دانش و بیان ایده‌های کارکنان به‌ویژه در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، برای بقا در عرصه رقابت و توسعه‌ی خلاقیّت اهمیت بسزایی دارد (12). علاوه بر این، یکی از موانع کلیدی اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت، حفظ نگرش‌ها و رفتارهای قدیمی است که با نوآوری، خلاقیّت، توانمندسازی کارکنان و مشارکت آنان در بیان ایده‌ها مغایرت دارد (13). مطالعه صیدی و زردشت (2012) نشان داد که وجود فضای سکوت، محرّک عدم گزارش خطاهای رخ داده در محیط بیمارستان است (14).

در سطح دنیا، برخی مطالعات انجام‌شده در بهداشت و درمان، به تعیین ارتباط توانمندی روان‌شناختی با سایر متغیّرهای سازمانی نظیر: جوّ سازمانی، رضایت شغلی و تعهد سازمانی در محیط‌های بهداشتی و درمانی پرداخته‌اند (8، 15). در ایران نیز مطالعاتی در خصوص ارزیابی توانمندی

روان‌شناختی کارکنان مختلف در محیط‌های بهداشتی و درمانی به‌ویژه بیمارستان‌ها و ارتباط این مؤلّفه با تعهد عاطفی، جوّ توانمندسازی، ویژگی‌های فردی و اجتماعی انجام شده است (5، 9، 16)؛ اما تعداد این پژوهش‌ها انگشت‌شمار است. در بررسی محققان مطالعه حاضر، مطالعه‌ای در خصوص ارتباط سکوت سازمانی و توانمندی روانشناختی کارکنان در بهداشت و درمان یافت نشد. نتیجه اینکه سنجش شرایط محیط سازمانی مرتبط با توانمندی روانشناختی، می‌تواند به مدیران در زمینه شناخت و حذف شرایطی که زمینه ناتوانی و بی‌قدرتی را فراهم می‌کند، کمک نماید و برای مدیر فرآیندهای ساختاری تسهیل‌کننده توانمندسازی را فراهم کند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین جوّ سازمانی و سکوت سازمانی با توانمندی روانشناختی کارکنان در بیمارستان‌های دولتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه همبستگی، به‌صورت مقطعی در سال 1394 انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کارکنان شاغل در هفت بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تشکیل دادند.

تعداد 400 نفر به‌روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب گردیدند. بدین‌منظور رسته‌های شغلی کارکنان (شامل بهداشتی و درمانی و غیر بهداشتی و درمانی) و نوع استخدام (رسمی/ پیمانی، طرحی و قراردادی) آنها، طبقات مورد بررسی را تشکیل دادند؛ سپس نمونه‌های هر بیمارستان، متناسب با تعداد افراد هر طبقه در هر بیمارستان به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین‌منظور از بیمارستان امام رضا (ع) 79نفر، آتش‌دست 30نفر، شفا 22نفر، مصطفی خمینی 44نفر، شهدا 61 نفر، ولیعصر 108 نفر و چمران 56نفر انتخاب گردیدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای شامل دوبخش اطلاعات دموگرافیک و سؤالات اختصاصی مؤلّفه‌های جوّ سازمانی، توانمندی روانشناختی و سکوت سازمانی کارکنان بود. برای جوّ سازمانی از پرسشنامه Scott و Jaff (17) شامل 34سؤال در ابعاد هشت‌گانه: روشنی و وضوح اهداف (5 سؤال)، روحیه (7 سؤال)، رفتار عادلانه (3 سؤال)، شناخت و قدردانی (4 سؤال)، کار تیمی (4 سؤال)، مشارکت (3 سؤال)، ارتباطات (2 سؤال) و محیط کار سالم (6 سؤال) استفاده شد. برای سنجش توانمندی روانشناختی، از پرسشنامه 20 سؤالی ابعاد پنجگانه توانمندی روانشناختی کارکنان بر اساس مدل Whetten و Cameron (18) استفاده گردید. این ابعاد شامل: خود اثربخشی (4سؤال)، خودسامانی (4 سؤال)، معناداری (4 سؤال)، تأثیرگذاری (4 سؤال) و اعتماد به دیگران (4 سؤال) می‌باشد. در خصوص سکوت سازمانی نیز از پرسشنامه 18 سؤالی سکوت سازمانی الگوی Vakola و Bouradas (19) استفاده شد که در برگیرنده 4 مؤلّفه اصلی نگرش مدیریت ارشد به سکوت (5 سؤال)، نگرش سرپرست به سکوت (5سؤال)، فرصت‌های ارتباطی (4 سؤال) و رفتار سکوت کارکنان (4 سؤال) می‌باشد.

مقیاس نمره‌دهی به سؤالات پرسشنامه در پنج سطح پاسخ، بر اساس طیف لیکرت از خیلی‌کم (با امتیاز 1) تا خیلی‌زیاد (با امتیاز 5) بود. نمره هر مؤلّفه بر اساس میانگین جمع نمره سؤالات هر مؤلّفه محاسبه شد. در پرسشنامه مرتبط با سکوت سازمانی؛ سؤالات 3، 4 و 5 سؤالاتی بودند که در پرسشنامه بار منفی داشتند و بنابراین به‌صورت معکوس کدگذاری مجدّد شدند. در مورد سکوت سازمانی با توجه به جهت پرسش سؤال به‌صورت معکوس و مثبت، میانگین بالاتر نشان‌دهنده کمتربودن پدیده سکوت سازمانی و مشارکت فکری در سازمان بود و بالعکس.

برای تأیید روایی صوری و انطباق عبارات با حیطه پژوهش یعنی در بیمارستان‌ها، از نظرات 10 متخصص دانشگاهی در حوزه مطالعات مدیریت منابع انسانی بهداشت و درمان، استفاده شد و اصلاحات لازم از نظر ویرایشی و ادبی

روی عبارات هر پرسشنامه اعمال گردید. پایایی پرسشنامه‌ها نیز با انجام مطالعه پایلوت بر روی 40 نفر از کارکنان جامعه پژوهش در بیمارستان‌های مورد مطالعه که جزء نمونه اصلی نبودند، با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای تمامی مؤلّفه‌های مورد مطالعه جوّ سازمانی (حداقل 0/8 تا 0/88)، مؤلّفه‌های توانمندی روانشناختی (حداقل 0/7 تا 0/84) و مؤلّفه‌های سکوت سازمانی (حداقل 0/7 تا 0/84)، مورد تأیید قرار گرفت.

ضمن توجیه اهداف طرح و کسب رضایت شفاهی پاسخ‌دهندگان، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. معیار قضاوت پژوهشگر برای تعیین مطلوبیت هر یک از مؤلّفه‌های مورد مطالعه، کسب حداقل 70% مقیاس پنجگانه طیف لیکرت یعنی بیشتر از 3/50، تعیین گردید. داده‌های حاصل از تکمیل پرسشنامه‌ها، وارد نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش 18) شد و با استفاده از آزمون‌های تی یک نمونه‌ای، همبستگی پیرسون، تی‌مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در خصوص میزان پاسخگویی، از بین 400 پرسشنامه توزیع‌شده بین کارکنان بیمارستان‌های مورد مطالعه، تعداد 361 پرسشنامه به‌طور کامل تکمیل و وارد تحلیل نهایی شد (میزان پاسخ: 90/3درصد).

بیشتر از نیمی از پاسخ‌دهندگان را زنان با 58/7% (212نفر) تشکیل دادند. بیشترین فراوانی یعنی 62/6% (226نفر) از پاسخ‌دهندگان، تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. اغلب شرکت‌کنندگان (38/8%) سابقه کار بالای 10سال داشتند. بیش از دو سوّم پاسخ‌دهندگان (67/3%) دارای رسته شغلی بهداشتی و درمانی بودند. بیشترین درصد پاسخ‌دهندگان به‌صورت رسمی و پیمانی (43/4%) و کمترین درصد آنها به‌صورت طرحی (14/4%) با بیمارستان همکاری داشتند. جدول یک، جزئیات متغیّرهای جمعیّت‌شناختی پاسخگویان را نشان می‌دهد.

جدول 1- توصیف متغیّرهای جمعیت شناختی در پاسخگویان

عنوان متغیّر (361؛ کل پاسخگویان)		فراوانی (درصد)
جنسیت	مرد	149 (41/3)
	زن	212 (58/7)
تحصیلات	کمتر از لیسانس	135 (37/4)
	لیسانس و بالاتر	226 (62/6)
سابقه کار	کمتر از 5 سال	104 (28/8)
	10-5 سال	117 (32/4)
	بیشتر از 10 سال	141 (38/8)
رسته شغلی	بهداشتی و درمانی	243 (67/3)
	غیربهداشتی درمانی	118 (32/7)
وضعیت استخدامی	رسمی/پیمانی	157 (43/4)
	قراردادی	152 (42/2)
	طرحی	52 (14/4)

بالاترین میانگین نمره جوّ سازمانی، به‌ترتیب مربوط به مؤلّفه کار تیمی (3/31±0/8) و کمترین آن به‌ترتیب مربوط به قدردانی (2/65±0/86) و رفتار عادلانه (2/68±0/94) بود. با توجه به معیار قضاوت تعیین‌شده، تمامی مؤلّفه‌ها در بیمارستانهای مورد مطالعه به طور معناداری از وضعیت مطلوب کمتر بودند. میانگین نمره جوّ سازمانی در کل 2/94±0/67 بود که وضعیت مطلوبی را نشان نداد. در خصوص سکوت سازمانی، بالاترین میانگین به‌ترتیب مربوط به نگرش سرپرست به سکوت (3/31±0/73) و فرصت‌های ارتباطی (3/27±0/8) و کمترین آن مربوط به مؤلّفه نگرش مدیریت ارشد به سکوت (0/7± 2/95) بود. هیچ‌یک از مؤلّفه‌های سکوت سازمانی، از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. میانگین کل نمره سکوت سازمانی (3/18±0/56) در بیمارستان‌های مورد مطالعه نیز وضعیت مطلوبی را نشان نداد؛ بدین معنی که پدیده سکوت در سازمان، با توجه به اینکه میانگین بالاتر پرسشنامه سکوت سازمانی نشان‌دهنده کمتربودن پدیده سکوت است، کمتر از وضعیت مطلوب بود. به‌علاوه در خصوص توانمندی روانشناختی، بالاترین میانگین

جدول 2- میانگین متغیّرهای جوّ سازمانی، سکوت سازمانی و توانمندی روان‌شناختی و مقایسه آن با معیار قضاوت

متغیّر/مؤلّفه	میانگین±انحراف‌معیار	سطح معنی‌داری
جوّ سازمانی	2/94±0/67	*0/0001
روشنی و وضوح اهداف	3/16±0/73	*0/001
روحیه	3/05±0/8	*0/0001
رفتار عادلانه	2/68±0/94	*0/0001
شناخت و قدردانی	2/65±0/86	*0/0001
کار تیمی	3/31±0/8	*0/0001
مشارکت	2/84±0/84	*0/0001
ارتباطات	2/78±0/92	*0/0001
محیط کار سالم	2/82±0/78	*0/0001
سکوت سازمانی	3/18±0/56	*0/0001
نگرش مدیریت ارشد به سکوت	2/95±0/7	*0/0001
نگرش سرپرست به سکوت	3/31±0/73	*0/0001
فرصت های ارتباطی	3/27±0/8	*0/0001
رفتار سکوت کارکنان	3/2±0/74	*0/0001
توانمندی روانشناختی	3/6±0/58	*0/0001
خوداثربخشی	3/93±0/61	*0/0001
خودسامانی	3/42±0/67	*0/029
معناداری	3/9±0/65	*0/0001
تأثیرگذاری	3/48±0/72	0/78
اعتماد به دیگران	3/2±0/83	*0/0001

* اختلاف میانگین متغیرها با مقدار ثابت معیار قضاوت (3/5) در سطح α=0/05 معنی‌دار هستند

به‌ترتیب مربوط به خوداثربخشی (3/93±0/61) و معناداری (3/9±0/65) و کمترین آن مربوط به مؤلّفه اعتماد به دیگران (3/2±0/83) بود. مؤلّفه‌های خوداثربخشی، تأثیرگذاری و معناداری از وضعیت مطلوبی در بیمارستان‌های مورد مطالعه برخوردار بوده و مؤلّفه‌های خودسامانی و اعتماد به دیگران از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. میانگین نمره توانمندی روان‌شناختی در کل 3/6±0/58 بود که این میزان در مقایسه با میانگین نقطه برش (3/5)، وضعیت به نسبت مطلوبی داشت (جدول 2).

طبق یافته‌های جدول 3، بین جوّ سازمانی و توانمندی روان‌شناختی کارکنان با ضریب همبستگی 0/6، ارتباط مستقیم به‌نسبت قوی و معنی‌داری وجود داشت (P<0/001).

همچنین همبستگی بین هر یک از مؤلّفه‌های جوّ سازمانی با هر یک از مؤلّفه‌های توانمندی روان‌شناختی؛ به نسبت قوی، مثبت و معنی‌دار بود؛ به طوری که یافته‌ها در خصوص همبستگی بین مؤلّفه‌های جوّ سازمانی با کل توانمندی روانشناختی نشان داد، کمترین همبستگی مربوط به مؤلّفه‌های ارتباطات و شناخت و قدردانی به‌ترتیب با 0/39 و 0/41 بود؛ در حالی که بیشترین ضریب همبستگی مربوط به متغیّرهای کار تیمی و روحیه کارکنان به‌ترتیب با 0/57 و 0/55 بود (P<0/001). یافته‌های حاصل از ارتباط بین متغیّر کلی جوّ سازمانی با هر یک از متغیّرهای توانمندی روان‌شناختی نشان داد که بیشترین همبستگی بین جوّ سازمانی با اعتماد به دیگران به‌میزان 0/65 و کمترین میزان

همبستگی بین جوّ سازمانی با خوداثربخشی با 0/32 بود (P<0/001).

بین سکوت سازمانی و متغیّر توانمندی روان‌شناختی کارکنان نیز به‌میزان 0/58 همبستگی به‌نسبت قوی، مستقیم و معنی‌داری وجود داشت (P<0/001)؛ یعنی هر چه پدیده سکوت در سازمان کمتر باشد، توانمندی روان‌شناختی کارکنان وضعیت بهتری دارد. علاوه بر این، همبستگی بین هر یک از متغیّرهای سکوت سازمانی با هر یک از متغیّرهای توانمندی روانشناختی؛ به‌نسبت قوی، مثبت و معنی‌دار بود. به طوری که در خصوص همبستگی بین هر یک از مؤلّفه‌های سکوت سازمانی با کل توانمندی روانشناختی یافته‌ها نشان داد که کمترین همبستگی مربوط به متغیّر نگرش مدیریت ارشد به سکوت و رفتار سکوت کارکنان به‌ترتیب با 0/35 و 0/39 بود؛ در حالی که بیشترین همبستگی را متغیّر فرصت‌های ارتباطی با 0/57 به خود اختصاص داد (P<0/001). همچنین بیشترین همبستگی بین سکوت سازمانی با اعتماد به دیگران (0/6) و کمترین با خوداثربخشی و معنی‌داری به ترتیب با 0/36 و 0/37 بود (P<0/001).

نتایج مطالعه نشان داد میانگین توانمندی روان‌شناختی در مردان نسبت به زنان و در افراد با سطح تحصیلات کمتر از لیسانس نسبت به افراد با سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر، بیشتر بود.

جدول 3: ارتباط بین متغیّرهای جوّ سازمانی و سکوت سازمانی با روان‌شناختی کارکنان با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون

متغیّر	میزان همبستگی (r)*					
	خوداثربخشی	خودسامانی	معناداری	تأثیرگذاری	اعتماد به دیگران	توانمندی روان‌شناختی
جوّ سازمانی	0/32	0/52	0/41	0/56	0/65	0/6
روشنی و وضوح اهداف	0/32	0/44	0/39	0/45	0/47	0/5
روحیه	0/35	0/44	0/4	0/53	0/55	0/55
رفتار عادلانه	0/22	0/41	0/26	0/46	0/54	0/45
شناخت و قدردانی	0/15	0/39	0/25	0/42	0/5	0/41
کار تیمی	0/39	0/46	0/46	0/47	0/6	0/57
مشارکت	0/26	0/45	0/37	0/5	0/55	0/51
ارتباطات	0/16	0/36	0/21	0/36	0/52	0/39
محیط کار سالم	0/2	0/44	0/27	0/45	0/55	0/46
سکوت سازمانی	0/36	0/51	0/37	0/54	0/6	0/58
نگرش مدیریت ارشد به سکوت	0/21	0/29	0/21	0/34	0/4	0/35
نگرش سرپرست به سکوت	0/32	0/4	0/33	0/4	0/46	0/46
فرصت های ارتباطی	0/36	0/49	0/4	0/53	0/57	0/57
رفتار سکوت کارکنان	0/22	0/37	0/23	0/39	0/34	0/39

* تمامی ضرایب همبستگی (r) در سطح α=0/05 معنی‌دار هستند (P<0/05).

جدول 4- ارتباط متغیّر توانمندی روان‌شناختی با متغیّرهای جمعیت‌شناختی

نام متغیّر			میانگین±انحراف‌معیار	سطح معنی‌داری
توانمندی روانشناختی	جنسیت	مرد	3/73±0/55	*0/0001
		زن	3/49±0/58	
	سن	کمتر از 30	3/59±0/56	0/213
		30-39 سال	3/54±0/59	
		40 و بالاتر	3/68±0/57	
	رسته شغلی	بهداشتی درمانی	3/56±0/57	0/133
		غیر بهداشتی درمانی	3/65±0/49	
	سابقه کار	5 سال و کمتر	3/53±0/59	0/3
		6-10 سال	3/6±0/57	
		بیشتر از 10 سال	3/64±0/58	
	وضعیت استخدامی	رسمی/پیمانی	3/56±0/56	0/135
		قراردادی	3/65±0/58	
		طرحی	3/48±0/55	
	سطح تحصیلات	کمتر از لیسانس	3/66±0/57	*0/049
		لیسانس و بالاتر	3/54±0/58	

* تفاوت ها در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار هستند ($P<0/05$)

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین جوّ سازمانی و سکوت سازمانی با توانمندی روان‌شناختی کارکنان در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام شد.

نتایج نشان داد که جوّ سازمانی بیمارستان‌ها از سطح مطلوبی برخوردار نبود و کار تیمی از سطح بالاتری نسبت به سایر مؤلّفه‌های جوّ سازمانی برخوردار بود. این نتیجه با نتایج دو مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی همخوانی داشت (9، 20). مؤلّفه‌های شناخت و قدردانی و رفتار عادلانه از متغیر جوّ سازمانی، پایین‌ترین میانگین را در بیمارستان‌های مورد مطالعه داشتند. در مطالعه خاطری و همکاران (2007) این دو مؤلّفه به‌ترتیب کمترین میانگین را داشتند (20). این مسئله می‌تواند در نتیجه حداقل دو دلیل روی دهد: نخست اینکه تنوّع و پیچیدگی مشاغل در حوزه‌های بالینی و مدیریتی در محیط‌های بهداشتی و درمانی به‌ویژه بیمارستان‌ها و تفاوت در روش پرداخت می‌تواند زمینه بی‌عدالتی را در این محیط‌ها گسترش دهد. دوم اینکه نشان می‌دهد، سازوکارهای انگیزشی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نتوانسته است درک کارکنان از شناخت و قدردانی را بهبود بخشد. بعلاوه شواهد حاصل از مطالعه مرور نظام‌مند با عنوان «انگیزش و ماندگاری کارکنان سلامت در کشورهای در حال توسعه» نشان داد که شناخت و قدردانی، به‌میزان بالایی در انگیزش کارکنان تأثیرگذار است. در این میان انگیزه‌های مالی به‌تنهایی نمی‌توانند نیاز انگیزشی کارکنان سلامت را برآورده سازند (21). عدالت سازمانی مبنی بر درک عادلانه کارکنان از برخورد سازمان در شرایط مختلف با آنان، می‌تواند کارکنان را

به سمت ابراز نظرات و عقاید و مشارکت فکری آنان در امور سازمان سوق دهد (22).

در خصوص متغیّر سکوت سازمانی، نتایج نشان داد که مؤلّفه‌های نگرش مدیریت ارشد به سکوت، نگرش سرپرست به سکوت، فرصت‌های ارتباطی و مؤلّفه رفتار سکوت کارکنان از سطح مطلوبی در بیمارستان‌های مورد مطالعه برخوردار نبود. در این میان مؤلّفه نگرش مدیریت ارشد به سکوت کمترین میانگین را نشان داد که با نتایج مطالعات دانایی‌فرد (2010) و همکاران در سه دانشگاه علوم پزشکی در تهران (23) و ملک‌مکان و همکاران (2015)(11) همخوانی داشت. ترس مدیریت از بازخورد منفی کارکنان با به مخاطره‌افتادن جایگاه و منافع شغلی مدیریت ارشد و دیدگاه کارکنان در خصوص عقاید ضمنی مدیران که فکر می‌کنند کارکنان دنبال منافع شخصی خود هستند و مدیریت سازمان را بیشتر از کارکنانش درک می‌کند، از عوامل اصلی توسعه پدیده سکوت سازمانی و نگرش منفی مدیریت ارشد به مشارکت فکری کارکنان است (24). همچنین فرهنگ با ارتباطات باز در محیط‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند منجر به مراقبت بهتر از بیمار، افزایش ایمنی و رضایتمندی بهتر کارکنان شود (25). از طرفی نتایج مطالعه Elmiyeh و همکاران (2004) مبنی بر عدم گزارش‌دهی صدمات از سوی کارکنان آسیب‌دیده تأکید داشت که خطرات ناشی از فرهنگ سکوت بر سلامت، جنبه‌های اخلاقی و مسائل مالی اهمیت ویژه‌ای دارد (26).

نتایج حاصل از وضعیت توانمندی روان‌شناختی در بیمارستان‌های مورد مطالعه نشان داد که اگر چه متغیّر توانمندی روان‌شناختی در کل از سطح نسبتاً مطلوبی در بیمارستان‌های مورد مطالعه برخوردار بود، اما میانگین مؤلّفه‌های اعتماد به دیگران و خودسامانی سطح مطلوبی را نشان ندادند. همچنین کمترین میانگین به‌ترتیب مرتبط با: مؤلّفه‌های اعتماد به دیگران، خودسامانی و تأثیرگذاری بود که با مطالعات دیگر در کشور همخوانی داشت (5، 9). این نتایج، بیانگر این است اگرچه کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه نسبت به شغل و کاری که به عهده دارند، احساس خوداثربخشی (صلاحیت) و معناداری می‌کنند، ولی در عین حال آنها احساس کمی نسبت به خودسامانی، تأثیرگذاری در شغل و به‌خصوص اعتماد به دیگران در انجام وظایفشان دارند. بنابراین به‌نظر می‌رسد طبق مفهوم خودسامانی، کارکنان در بیمارستان‌های مورد مطالعه نقش برجسته‌ای در تعیین و تصدیق اهداف سازمانی ندارند. بنابراین کنترل درونی مناسبی بر اهداف تعیین‌شده نداشته و در نتیجه احساس تأثیرگذاری و پیشرفت در راستای اهداف کاری را کمتر از حد مطلوب نشان دادند. بعلاوه انتظارات کارکنان در ارتباط با مقاصد و نیّات رفتارهای سایر اعضای سازمان کمتر برآورده شده و این زمینه بی اعتمادی بیشتر را فراهم کرده است (4).

نتیجه عمده دیگر در پژوهش حاضر این بود که هر یک از متغیّرهای هشتگانه جوّ سازمانی، دارای ارتباط مستقیم و به‌نسبت قوی با کل توانمندی روان‌شناختی کارکنان و هر یک از مؤلّفه‌های پنجگانه تشکیل‌دهنده آن می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعه Mok و Au-Yeung (2002) همخوانی دارد (8). به‌علاوه در دو مطالعه مرور نظام‌مند و طولی بر روی پرستاران، نشان داده شد که تغییرات در محیط کاری سازمانی، تأثیر مستقیمی بر توانمندی روان‌شناختی کارکنان دارد. این مسئله به نوبه خود منجر به بهبود رفتارها و نگرش‌های کاری مثبت می‌شود (10، 27).

در این میان بیشترین همبستگی را با توانمندی روان‌شناختی به‌ترتیب مؤلّفه‌های کار تیمی و روحیه داشتند. در یک مطالعه انجام‌شده میان پرستاران در هنک‌کنگ، نتایج نشان داد که کار تیمی بیشترین ارتباط مثبت را با توانمندی روان‌شناختی دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (8).

به‌علاوه نتایج نشان داد که جوّ سازمانی از میان مؤلّفه‌های پنجگانه توانمندی روان‌شناختی، بیشترین همبستگی را به‌ترتیب با مؤلّفه‌های اعتماد به دیگران، تأثیرگذاری و خودسامانی داشت. یک مطالعه انجام‌شده میان

اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های ترکیه نشان داد که عدالت رویه‌ای به‌مثابه رفتار عادلانه با کارکنان و یکی از فاکتورهای جوّ سازمانی، بر اعتماد اعضای هیأت علمی تأثیر مثبتی دارد که با نتایج پژوهش حاضر سازگاری دارد (22). بعلاوه نتایج حاصل از یک مطالعه میان پرستاران در Ontario نشان داد که توانمندی ساختاری بر اساس مدل Kanter شامل: قدرت رسمی، قدرت غیررسمی، دسترسی به فرصت، اطلاعات، حمایت و منابع، بر اعتماد سازمانی تأثیر مثبتی دارد (28).

از میان مؤلّفه‌های سکوت سازمانی، بیشترین همبستگی را با توانمندی روانشناختی به‌ترتیب مؤلّفه‌های: فرصت‌های ارتباطی و نگرش سرپرست نسبت به سکوت داشتند. شواهد حاصل از مطالعات مشابه نشان می‌دهد که مشارکت کارکنان از طریق ایجاد فرصت‌هایی برای ابراز نظر و عقاید در مورد مسائل و چالش‌های سازمانی، ضرورتی برای توانمندی کارکنان است (6). به‌علاوه نتایج نشان که سکوت سازمانی از میان مؤلّفه‌های پنجگانه توانمندی روان‌شناختی، بیشترین همبستگی را به‌ترتیب با مؤلّفه‌های خودسامانی و تأثیرگذاری داشت. نتایج یک مطالعه در پرستاران نشان داد که مشارکت کارکنان می‌تواند نقش واسطه‌ای بین بهبود شرایط سازمانی بر اثربخشی کار پرستاران داشته باشد. به عبارت دیگر، مشارکت کارکنان تأثیر مثبتی بر اثربخشی کارکنان پرستاری دارد (29).

میانگین ادراک توانمندی کارکنان مرد از کارکنان شاغل زن بیشتر و کارکنان با تحصیلات پایین‌تر توانمندی روانشناختی بالاتری داشتند. اما در سایر مطالعات (15، 16، 30) ارتباط معنی‌داری بین جنسیّت با توانمندی روان‌شناختی مشاهده نگردید. در حالی که مطالعه Koberg (1999)، ارتباط بین توانمندی کارکنان با جنسیّت را تأیید می‌کند. به‌طوری که در سطوح پایین سازمان، زنان از همکاران مرد خود احساس توانمندی بیشتری می‌کردند، اما در سطوح بالای سازمان عکس این حالت وجود داشت. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، Koberg (1999) نشان داد که افرادی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند، عموماً احساس توانمندی بیشتری می‌کنند (31). در بیمارستان‌های مورد مطالعه می‌توان اینگونه استنباط نمود که با توجه به اینکه افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، از مشاغل تخصصی‌تر برخوردارند، انتظارات آنها از ابعاد مختلف شغلی معمولاً بالاتر است. بنابراین اگر این انتظارات برآورده نشود، باعث کاهش میانگین درک آنان از توانمندیشان در ابعاد پنجگانه در مقایسه با کارکنان با تحصیلات پایین‌تر می‌شود.

محدودیت اصلی اینکه در روش‌های مبتنی بر پرسشنامه خوداظهاری، صداقت در ابراز دیدگاه‌ها می تواند تحت تأثیر مسائل سازمانی نظیر ترس از به مخاطره افتادن امنیت شغلی و دیدگاه پاسخ‌دهنده به ارزش مطالعه قرار گیرد که سعی گردید با ارائه توضیحات حین توزیع پرسشنامه‌ها، تا حدودی کنترل گردد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه پیشنهاد می‌شود که با توجه به اینکه درک روان‌شناختی از توانمندی به‌شدت تحت تأثیر شرایطی است که افراد خود را در آن می‌بینند، برای ایجاد فرآیند توانمندسازی در کارکنان، با هدف‌گذاری و تدوین راهبردهای مناسب، برای بهبود شرایط سازمانی تلاش شود و فرصت‌های مناسب برای مشارکت فکری کارکنان فراهم گردد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله نویسندگان مقاله، از همکاری رابطان بیمارستان‌ها در توزیع پرسشنامه‌ها و کلیه شرکت‌کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع:

1- West MA, Guthrie JP, Dawson JF, Borrill CS, Carter M. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. J Organ Behav. 2006; 27(7): 983-1002.

2- Hechanova MRM, Alampay RBA, Franco EP. Psychological empowerment, job satisfaction and performance among Filipino service workers. Asian J Soc Psychol. 2006; 9(1): 72-8.

3- Bonias D, Bartram T, Leggat SG, Stanton P. Does psychological empowerment mediate the relationship between high performance work systems and patient care quality in hospitals? Asia Pac J Hum Resour. 2010; 48(3): 319-37.

4- Whetten DA, Cameron KS. Developing Management Skills. 8th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2011.

5- Ebrahimi H, Hosseinzadeh R, Zaghari Tefreshi M, Hosseinzadeh S, Asghari Jafarabadi M. Clinical competency and psychological empowerment of nurses and their correlation with demographic characteristics. Journal of Health Promotion Management. 2013; 2(4): 30-8. [Persian]

6- Spreitzer GM. Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. Acad Manage J. 1995; 38(5):1445-65.

7- Schneider B, Ehrhart MG, Macey WH. Organizational Climate and Culture. Annu Rev Psychol. 2013; 64:361-88.

8- Mok E, Au-Yeung B. Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. J Nurs Manag. 2002; 10(3): 129-37.

9- Tourani T, Yazdi Feizabadi V, Gohari MR. A study on empowerment atmosphere in relation with empowerment perception on Kerman teaching hospital's personals. J Health Adm. 2008; 11(31): 17-26. [Persian]

10- Wagner JI, Cummings G, Smith DL, Olson J, Anderson L, Warren S. The relationship between structural empowerment and psychological empowerment for nurses: a systematic review. J Nurs Manag. 2010; 18(4): 448-62.

11- Malek Makan L, Delavari S, Sayadi M, Keivanshekouh A. The effects of social capital and organizational commitment on the staff's intellectual contribution in the central building of Shiraz University of Medical Sciences. Journal of Health Management and Informatics. 2015; 2(2): 46-51.

12- Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: literature review and Delphi study. Int J Qual Health Care. 2004; 16(2): 107-23.

13- Karia N, Hasmi Abu Hassan Asaari M. The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. The TQM Magazine. 2006; 18(1): 30-43.

14- Seidi M, Zardosht R. Survey of nurses' viewpoints on causes of medicinal errors and barriers to reporting in pediatric units in hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. J Fasa Univ MedSci. 2012; 2(3): 142-7. [Persian]

15- Spreitzer GM, Kizilos MA, Nason SW. A dimensional analysis of the relationship between psychological empowerment and effectiveness satisfaction, and strain. Journal of Management. 1997; 23(5): 679-704.

16- Eskandari F, Pazargadi M, Zaghari Tafreshi M, Rabie Siahkali S, Shoghli A. Relationship between psychological empowerment with affective commitment among nurses in Zanjan, 2010. Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal. 2014; 3(2): 47-60. [Persian]

17- Scott S, Jaffeh D. Employees' empowerment. Translated by Mashdi Irannejad Parizi. 2nd edition, Tehran: Research & Management Training Institute Press. 2004. [Persian]

18- Whetten DA, Cameron KS.Developing Management Skills. Translated by Badreldin Ouraei Yazdani. 2nd edition, Karaj: Research & Management Training Institute Press. 2004 [Persian]

19- Vakola M, Bouradas D. Antecedents and consequences of organisational silence: an empirical investigation. Employee Relations. 2005; 27(5): 441-58.

20- Khateri N, Sabbaghiyan Z, Arefi M, Azarghashb E, Izadi A. Investigating the visions of administrators and employees in Shaheed Beheshti Medical University towards the rate of the employees´ possessing the components of empowerment. Pajoohandeh. 2007; 12(3): 161-7. [Persian]

21- Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 247.

22- Tulubas T, Celep C. Effect of Perceived Procedural Justice on Faculty Members' Silence: The Mediating Role of Trust in Supervisor. Procedia Soc Behav Sci. 2012; 47: 1221-31.

23- Danayee-Fard H. Panahi B. An analysis of employee's attitudes in public organizations: explanation of organizational silence climate and silence behavior**.** Transformation Managemet Journal**.** 2010; 2(3): 1-19. [Persian]

24- Shojaie S, Matin HZ, Barani G. Analyzing the infrastructures of organizational silence and ways to get rid of it. Procedia Soc Behav Sci. 2011; 30: 1731-5.

25- Garon M. Speaking up, being heard: registered nurses' perceptions of workplace communication. J Nurs Manag**.** 2012; 20(3): 361-71.

26- Elmiyeh B, Whitaker IS, James MJ, Chahal CAA, Galea A, Alshafi K. Needle-stick injuries in the National Health Service: a culture of silence. J R Soc Med. 2004; 97(7): 326-7.

27- Laschinger HK, Finegan JE, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. J Organ Behav. 2004; 25(4): 527-45.

28- Laschinger HK, Finegan J, Shamian J, Casier S. Organizational Trust and Empowerment in Restructured Healthcare Settings: Effects on Staff Nurse Commitment. J Nurs Adm. 2000; 30(9): 413-25.

29- Spence Laschinger HK, Wilk P, Cho J, Greco P. Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: does experience matter? J Nurs Manag. 2009; 17(5): 636-46.

30- Hochw?lder J, Brucefors AB. Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. Pers Individ Dif. 2005; 39(7): 1237-48.

31- Koberg CS, Boss RW, Senjem JC, Goodman EA. Antecedents and outcomes of empowerment empirical evidence from the health care industry. Group Organ Manage. 1999; 24(1): 71-91.

Abstract *Original Article*

Relationships between Organizational Climate and Organizational Silence with Psychological Empowerment of Employees in Hospitals Affiliated with Birjand University of Medical Sciences; 2015

Parviz Aghaie Borzabad[1], Vahid Yazdi Feyzabadi[2], Ebrahim Rasuli Moghadam[3]

Background and Aim: Identifying factors associated with employees empowerment of their working centers can promote organizational performance of hospitals. The current study aimed at investigating the relationship of both organizational climate and organizational silence with psychological empowerment in the public hospitals affiliated with Birjand University of Medical Sciences (BUMS).

Materials and Methods: This cross-sectional and correlational study was carried out in 2015. Using a stratified randomized sampling, 400 employees were selected from the public. hospitals affiliated with BUMS. Data collection tools were. three self-administered questionnaires including organizational climate, organizational silence, and psychological empowerment. . Validity and reliability of the questionnaires were verified using experts judgment and Cronbach alpha coefficients more than 0.7, respectively. Data analysis was done by means of SPSS (V: 18) software using one sample t test, independent t test, Pearson correlation coefficient, and one-way ANOVA. The cut-off point of 70%.of Likert-type scale (3.5) was considered as an acceptable mean for each variable.

Results: The mean organizational climate and organizational silence was 2.45 and 3.18, respectively which did not correspond with an acceptable mean ($P<0.05$). Although the mean psychological construct which was 3.6 had an acceptable value, mean of the two other sub-variables i.e. “trust to others” and “self-determination” were 3.2±0.83 and 3.42±0.67, respectively; and they were not at an acceptable level ($P<0.05$). It is observed that both organizational climate and organizational silence were positively correlated to psychological empowerment with 0.6 and 0.58 coefficients, respectively ($P<0.05$).

Conclusion: It is suggested that the hospitals administrators should promote the psychological empowerment of their employees through improving organizational climate and decreasing organizational silence; and thus, increase their positive participation and employing deserved plans to improve workplace climate and eliminate the silence behavior through employee engagement and more opportunity to express their ideas.

Key Words: Staff development, Empower, Hospitals, Public

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016; 22 (3): 274-285

Received: August 13, 2015 Accepted: December 5, 2015

[1] *Assistant Professor in Medical Education Cellular and Molecular Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran*

[2] *Health Services Management Research Center, Institute for Futures Stuides in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran*

[3] *Corresponding author; MSc Student in Health Services Administration, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Fars, Iran rasuli@bums.ac.ir*