

مقایسه الگوی مدیریت و رضایت شغلی در تعاونیهای بهداشتی درمانی و مراکز بهداشتی درمانی دولتی

دکتر علیرضا نیک نیاز: دانشیار بیماریهای کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز کشوری مدیریت سلامت (NPMC)
دکتر مصطفی فرح بخش: پزشک عمومی، مدیریت آمار و اطلاع رسانی: نویسنده رابط

E-mail: Farahbakhsh@tbzmed.ac.ir

دکتر جعفر صادق تبریزی: دانشجوی PhD مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه کوئینزلند، استرالیا
دکتر کاظم اشجعی: پزشک عمومی، مرکز کشوری مدیریت سلامت
دکتر حسین عبدالهی: پزشک عمومی، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی
اکرم ذاکری: کارشناس بهداشت تبریز، مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی
دکتر همایون صادقی بازگانی: دانشجوی PhD اپیدمیولوژی دانشگاه کارولینسکا سوئد

دریافت: ۸۵/۲/۳۰ پذیرش: ۸۵/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و اهداف: در راستای اصلاحات در نظام سلامت، استفاده از تواناییهای بخش خصوصی در ارائه خدمات مراقبتهای اولیه بهداشتی در اولویت قرار گرفته و در این زمینه راهکار ایجاد تعاونی های بهداشتی درمانی در استان آذربایجان شرقی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه، نحوه مدیریت این واحدهای ترکیبی دولتی خصوصی و نیز رضایت شغلی کارکنان از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت در مقایسه با مراکز بهداشتی درمانی دولتی بررسی شده است.

روش بررسی: این پژوهش بصورت یک مطالعه توصیفی - مقایسه ای انجام شده و در آن، دو گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی از نظر الگوی مدیریت مراکز و سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت از دیدگاه کارکنان شاغل در آنها مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش حاضر در بعد نگرش کارکنان در رابطه با مدیریت مرکز بهداشتی درمانی نشان می دهد که در معیارهای برنامه ریزی برای رفاه کارکنان، وجود برنامه سالانه، وجود برنامه ارتقای فرایندها، تامین به موقع و کافی وسایل مصرفی، بین تعاونیهای بهداشتی درمانی و بخش های دولتی اختلاف معنی دار آماری وجود دارد. در معیارهای احساس غرور و افتخار، احساس مالکیت و ارتباط با دیگران در محیط کار، میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت در تعاونیهای بهداشتی درمانی به مراتب بیشتر از بخش های دولتی می باشد.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش بیان کننده این واقعیت می شد که علیرغم تشابه ساختاری تعاونی های خدمات بهداشتی درمانی با مراکز بهداشتی درمانی دولتی، از نقطه نظر مدیریت کاملاً با مراکز بهداشتی درمانی دولتی متفاوت بوده و از الگوی بخش خصوصی در آن استفاده شده و در ایجاد انگیزش کافی برای کارکنان نسبت به مراکز دولتی موفق تر عمل میکند.

کلید واژه ها: تعاونی بهداشت درمانی، رضایت شغلی، خصوصی سازی

مقدمه

اتریش در جهت ارتقای سلامت جامعه بکار گیرند. در اغلب کشورها بویژه در کشورهای در حال توسعه، مراقبتهای اولیه بهداشتی توسط بخش دولتی ارائه می شود (۱).

نگاهی به برنامه سوم توسعه کشورمان نشان میدهد که کیفیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی یکی از دغدغه های مهم دولت در حوزه بهداشت و درمان بوده و با توجه به مشکلات موجود در راه سرمایه گذاری بخش خصوصی در بهداشت، خدمات پیشگیری بیش از خدمات درمانی متاثر میگردد. با توجه به محدودیت منابع، بالا بودن هزینه ها، پایین بودن کیفیت خدمات ارائه شده،

ارائه خدمات برای جمعیت تحت پوشش از اهداف اساسی در سازمانها محسوب می شود. تغییرات روزافزون در جامعه و افزایش سرعت و روند تغییر در جوامع باعث میگردد که همه روزه نیازهای جدیدی در عرصه جامعه بوجود می آید که مستلزم ارائه خدمات متناسب می باشد. نظام های سلامت نیز برای تامین و ارتقای سلامتی مردم بوجود آمده و با بهره مندی از منابع مشخص و با تکیه بر مشارکتهای مردمی و سایر بخشها نسبت به انجام وظیفه خطیر خود اقدام می نمایند. در کشورهای مختلف ساختارهای متفاوتی سازماندهی شده تا بتوانند منابع را به طور

تعاون در دی ماه ۱۳۷۶، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز در نیمه دوم سال ۱۳۷۷ با همکاری اداره تعاون در سطح استان اقدام به ایجاد تعاونی های بهداشتی نمود. در این طرح ارائه خدمات اولیه بهداشتی به عهده بخش خصوصی و تامین مالی، نظارت و ارزشیابی در اختیار بخش دولتی قرار گرفت. تعاونی های بهداشتی درمانی بین ۹ الی ۱۷ هزار نفر جمعیت را تحت پوشش قرار داده و خدمات بهداشتی درمانی اولیه و خدمات درمانی سرپائی را به مراجعین ارائه و اینکار را با سرشماری خانوارهای تحت پوشش و انجام معاینات دوره ای و مراقبت آنها با استفاده از پروتکل های بهداشتی درمانی انجام می دهند. ارائه خدمات براساس بسته خدمتی معین (service package) میباشد که شامل مراقبت کودکان زیر ۶ سال، واکسیناسیون، پایش تغذیه، مراقبت مادران باردار، تنظیم خانواده، مراقبت دانش آموزان، کنترل بهداشت محیط منطقه، مراقبت بیماری های روانی و آموزش سلامت است. مراکز تعاونی در مقابل ارائه خدمات تعریف شده در بسته خدمات، از مردم وجهی دریافت نکرده و تامین هزینه خدمات بعهده دولت میباشد که طی قراردادی به روش سرانه (capitation) به آنها پرداخت میشود. مقدار پرداخت به ازای هر نفر تحت پوشش با توجه به ارزشیابی و میزان موفقیت در اجرای بسته خدمتی تعیین می شود. پرداختها هر سه ماه یکبار صورت گرفته و ارزشیابی نیز بصورت شش ماهه و توسط کارشناسان استانی و شهرستانی انجام می شود. تمام مخارج جاری مراکز به غیر از فرم های آماری، واکسن و تعدادی از اقلام و داروهای بهداشتی، بعهده خود تعاونی بوده و اگر محل خدمت نیز به آنها واگذار شود مبلغ اجاره آن از مقدار پرداختی کسر می شود. این مراکز، وجه خدمات خارج از قرارداد را طبق تعرفه های دولتی از بیمه یا مستقیماً از مردم دریافت می کنند. با توجه به اینکه واگذاری خدمات پیشگیری در حوزه سلامت به بخش خصوصی در شکل تعاونی اولین بار در استان آذربایجان شرقی به وقوع پیوست لازم می نمود تا مطالعه ای پژوهشی برای بررسی ابعاد مختلف عملکرد تعاونی های بهداشتی درمانی در مقایسه با مراکز بهداشتی درمانی دولتی انجام گردد. در این راستا مطالعه ای مقایسه ای با حمایت مالی سازمان بهداشت جهانی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی انجام گرفت که نتایج مقاله حاضر نیز برگرفته از مطالعه مذکور در حوزه عملکرد مدیریتی و رضایت پرسنلی می باشد.

مواد و روش ها

این پژوهش بصورت یک مطالعه توصیفی مقایسه ای انجام شده و در آن، دو گروه از مراکز بهداشتی درمانی با مدیریت دولتی و تعاونی از نظر نگرش کارکنان در رابطه با نحوه مدیریت مرکز بهداشتی درمانی و سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت مورد مقایسه قرار گرفتند. برای این منظور تمام مراکز بهداشتی درمانی تعاونی موجود در استان آذربایجان شرقی که با مرکز بهداشت استان آذربایجان شرقی قرارداد داشتند، وارد مطالعه شده و از مراکز

دولتمردان و سیاستگزاران عرصه سلامت ناچار به تحول و شروع اصلاحات می باشند که از جمله آنها میتوان به آغاز مشارکت فعالانه بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی اولیه اشاره نمود (۲). اگر چه گفته می شود که کارایی و کیفیت خدمات بهداشتی در بخش خصوصی بالاتر از بخش دولتی می باشد ولی به نظر می رسد هر کدام از این دو بخش نقاط قوت و ضعف خود را داراست. بخش دولتی در ارائه خدمات اثر بخش و بخش خصوصی در جلب رضایت مردم کارایی خود را بیشتر نشان می دهند به عنوان مثال بخش دولتی با جذب ۳۶٪ از اعتبارات سلامت ۳۷٪ خدمات سرپائی و ۸۴٪ خدمات بستری را در کشور ارائه می نماید در حالیکه بخش خصوصی با جذب ۶۴٪ اعتبارات ۶۳٪ خدمات سرپائی و ۱۶٪ خدمات بستری را ارائه می کند (۳) و این در حالی است که اغلب خدمات سرپائی دولتی در مناطق روستائی و محروم کشور صورت می گیرد که بیشتر خدمات بهداشتی است و در نتیجه در ارتقای سلامت مردم نقش مهمی بازی می کند لذا به نظر می رسد که سیستم هایی که بتوانند از نقاط قوت هر دو بخش خصوصی و دولتی بهره مند شوند نتایج بهتری خواهند گرفت. بنابراین باید توجه نمود که تولید خدمات سلامت توسط ارائه کنندگان مختلف با مهارتهای متفاوت بدون هماهنگی ممکن نیست و این اهمیت مشارکت دولتی - خصوصی (Public-Private Mix) را مشخص می سازد (۴). مشارکت بخش دولتی و خصوصی بسته به ارزشها در میان مردم متفاوت است و در صورت بهره مندی از اهداف مشترک کارا خواهد بود (۵).

مشارکت بخش خصوصی به راههای متفاوتی می تواند صورت پذیرد که از جمله آنها می توان به واگذاری خدمات به بخش خصوصی، عقد قرارداد با بخش خصوصی، مشارکت فعالانه بخش دولتی و خصوصی در قالب قرارداد و اشاره نمود. مشارکت بخش دولتی و خصوصی نوعی خصوصی سازی است که در آن بر خلاف خصوصی سازی کامل، مشارکت بخش دولتی در ارائه خدمات ادامه دارد (۶). در اغلب کشورها ارتباط بخش دولتی با سازمانهای غیردولتی و بخش خصوصی غیرانتفاعی در ارائه خدمات بهداشتی وجود داشته است. ولی تا سالهای اخیر این ارتباط را با بخش خصوصی انتفاعی ناممکن می دانستند (۷).

امروزه به این واقعیت پی برده شده است که علاوه بر گیرندگان خدمات بهداشتی و درمانی، ارائه دهندگان خدمات نیز به عنوان مشتری های مهم بیمارستان ها و مراکز بهداشتی و درمانی می باشند. همان طور که تامین مراقبت های بهداشتی و درمانی درجه یک و رسیدن به سطح بالائی از رضایت گیرندگان خدمات از اهداف متعالی مراکز بهداشتی و درمانی می باشد، دستیابی به سطح بالائی از رضایت ارائه دهندگان خدمات نیز بایستی جز اهداف متعالی آن سازمان باشد. این یک حقیقتی است که متاسفانه اغلب توسط سیستم های پزشکی توسعه نیافته نادیده گرفته می شود. روش ایجاد تعاونی بهداشتی درمانی: بدنبال توافق انجام یافته بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت

گرفت. برای مقایسه سطح کمی رضایت در دو گروه مورد مطالعه از تست t و در سایر موارد از مجذور کای (χ^2) استفاده گردید.

یافته ها

بررسی نگرش کارکنان در رابطه با مدیریت مراکز بهداشتی و درمانی در پژوهش حاضر نشان داد که در مراکز دولتی، کارکنان به ترتیب در رابطه با معیارهای برخورد خوب با مشتری (۹۱/۸٪)، انجام کارها به صورت تیمی (۵۹/۶٪) و برگزاری جلسات هماهنگی (۵۶/۷٪) و در تعاونی ها به ترتیب در معیارهای برخورد خوب با مشتری (۹۱/۶٪)، انجام کارها به صورت تیمی (۷۹/۲٪)، تامین به موقع و کافی وسایل مصرفی (۷۲/۳٪)، استفاده از نظرات مشتری در تصمیم گیری (۷۰/۴٪) و تامین به موقع تجهیزات (۶۹/۴٪) نگرش مثبت داشتند (جدول ۱ و ۲).

در این مطالعه در مورد مهارت استفاده از رایانه، برنامه ریزی برای رفاه کارکنان، وجود برنامه سالانه، وجود برنامه ارتقای فرایندها، برخورد خوب با مشتری، انجام کارها به صورت تیمی، توانمندسازی شخصی کارکنان، توانمندسازی حرفه ای کارکنان، استفاده از نظرات مشتری ها در تصمیم گیری، تامین به موقع و کافی وسایل مصرفی و تامین به موقع تجهیزات، نگرش کارکنان در تعاونیهای بهداشتی درمانی در مقایسه با بخشهای دولتی مثبت تر بود و اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی داری بود ($p < ۰/۰۵$).

بهداشتی درمانی دولتی شهری نیز، ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی با لحاظ نمودن معیار تشابه منطقه تحت پوشش از نظر فرهنگی و اقتصادی و اجتماعی (ترکیب سنی، اشتغال و میزان تحصیلات جمعیت بالای ۲۰ سال) با مناطق تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی تعاونی در مناطق همجوار انتخاب شدند. جامعه آماری شامل کلیه پزشکان و کارشناسان بهداشت شاغل در مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی بودند. تمام افراد شاغل در بهداشت خانواده، بهداشت محیط و ایمن سازی جزو کارشناسان بهداشت قرار گرفتند. روش جمع آوری و تحلیل داده ها: پرسشنامه شامل دو دسته سوال در مقیاس لیکرت بود که قسمت اول در رابطه با نگرش کارکنان در مورد نحوه مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و قسمت دوم سوالات در رابطه با میزان رضایت شغلی ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در مراکز بهداشتی درمانی بودند. بعضی از سوالات مورد استفاده از پرسشنامه های استاندارد انتخاب شده و بعضی دیگر با توجه به نظرات محققین طراحی و پس از انجام پیش آزمون و بهبود روایی به روش محتوایی و پایایی به صورت سوال اصلی در پرسشنامه قرار داده شدند. برای محاسبه پایایی پرسشنامه از روش α کرونباخ استفاده شده است. در پرسشنامه نهایی در هر دو قسمت عملکرد مدیریت و رضایت کارکنان، ضریب پایایی $\alpha = ۰/۸$ بوده است. پرسشنامه ها در اختیار کارکنان قرار گرفته و پس از تکمیل جمع آوری شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 12 مورد تجزیه و تحلیل قرار

جدول ۱: توزیع فراوانی شاخصهای عملکرد مدیریت مراکز بهداشتی درمانی تعاونی از دیدگاه کارکنان در سال ۱۳۸۱ - استان آذربایجان شرقی

نگرش به عملکرد مدیریت	کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالفم		کاملاً مخالفم	
	ف	ف٪	ف	ف٪	ف	ف٪	ف	ف٪	ف	ف٪
برنامه برای رفاه کارکنان	۱	۱/۴	۱۴	۱۹/۷	۲۵	۳۵/۲	۲۰	۲۸/۲	۱۱	۱۵/۵
وجود برنامه سالانه	۶	۸/۵	۲۷	۳۸	۲۰	۲۸/۲	۱۳	۱۸/۳	۵	۷
وجود برنامه ارتقای فرایندها	۱۰	۱۴/۱	۲۸	۳۹/۴	۲۳	۳۲	۱۰	۱۴/۱	۰	۰
سنجش انتظارات مشتری ها	۹	۱۲/۷	۳۲	۴۵/۱	۱۸	۲۵/۴	۱۰	۱۴	۲	۲/۸
تصمیم گیری مشارکتی	۱۱	۱۵/۳	۳۴	۴۷/۲	۱۵	۲۰/۸	۰	۱۳/۹	۲	۲/۸
برخورد خوب با مشتری ها	۴۴	۶۱	۲۲	۳۰/۶	۵	۷	۳	۰	۱	۱/۴
انجام کارها بصورت تیمی	۲۲	۳۰/۶	۳۵	۴۸/۶	۱۲	۱۶/۷	۹	۱۲/۵	۰	۰
برگزاری جلسات هماهنگی	۱۴	۱۹/۴	۳۰	۴۱/۷	۱۷	۲۳/۶	۸	۱۲/۵	۲	۲/۸
تواناسازی شخصی کارکنان	۹	۱۳	۲۰	۲۹	۲۸	۴۰/۶	۱۴	۱۹/۶	۴	۵/۸
تواناسازی حرفه ای کارکنان	۳	۴/۲	۲۴	۳۳/۸	۲۷	۳۸	۲	۱۹/۷	۳	۴/۲
استفاده از نظرات مشتریها در تصمیم گیری	۱۴	۱۹/۷	۳۶	۵۰/۷	۱۸	۲۵/۴	۳۸	۵۲/۸	۱	۱/۴
انجام کارها بصورت انفرادی	۰	۰	۱۰	۱۴	۱۲	۱۶/۷	۱۰	۱۴	۱۲	۱۶/۷
تامین بموقع وسایل مصرفی	۲۲	۳۰/۶	۳۰	۴۱/۷	۷	۹/۷	۱۰	۱۳/۹	۳	۴/۲
تامین بموقع تجهیزات	۱۷	۲۳/۶	۳۳	۴۵/۸	۱۰	۱۳/۹	۱۰	۱۳/۹	۲	۲/۸

جدول ۲: توزیع فراوانی شاخصهای عملکرد مدیریت مراکز بهداشتی درمانی دولتی از دیدگاه کارکنان در سال ۱۳۸۱ - استان آذربایجان شرقی

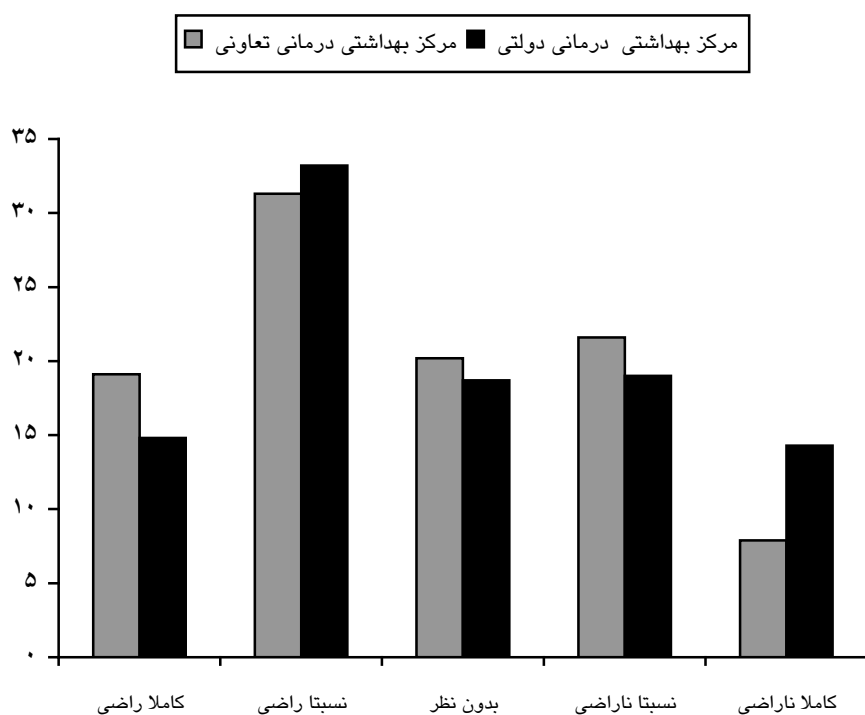
کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالقم		کاملاً مخالفم		نگرش به عملکرد مدیریت
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۰	۰	۶	۵/۴	۱۱	۹/۹	۳۳	۲۹/۷	۶۱	۵۵	برنامه برای رفاه کارکنان
۴	۳/۶	۲۰	۱۸	۴۵	۴۰/۵	۲۳	۲۰/۷	۱۹	۱۷/۱	وجود برنامه سالانه
۶	۵/۴	۳۱	۲۷/۹	۴۷	۴۲/۳	۱۶	۱۴/۴	۱۱	۹/۹	وجود برنامه ارتقای فرایندها
۵	۴/۵	۴۱	۳۶/۹	۳۴	۳۰/۶	۲۶	۲۳/۴	۵	۴/۵	سنبش انتظارات مشتری ها
۸	۷/۲	۴۰	۳۶	۲۸	۲۵/۲	۲۶	۲۳/۴	۹	۸/۱	تصمیم گیری مشارکتی
۴۱	۳۷/۳	۶۰	۵۴/۵	۷	۶/۴	۲	۱/۸	۰	۰	برخورد خوب با مشتری ها
۱۷	۱۵/۶	۴۸	۴۴	۳۱	۲۸/۴	۱۲	۱۱	۱	۰/۹	انجام کارها بصورت تیمی
۲۰	۱۸	۴۳	۳۸/۷	۳۰	۲۷	۱۴	۱۲/۶	۴	۳/۶	برگزاری جلسات هماهنگی
۴	۳/۶	۲۹	۲۶/۱	۴۰	۳۶	۲۷	۲۴/۳	۱۱	۹/۹	تواناسازی شخصی کارکنان
۳	۲/۷	۱۷	۱۵/۳	۴۱	۳۶/۲	۳۳	۲۹/۷	۱۷	۱۵/۳	تواناسازی حرفه ای کارکنان
۵	۴/۵	۳۵	۳۱/۵	۴۳	۳۸/۷	۲۲	۱۹/۸	۶	۵/۴	استفاده از نظرات مشتریها در تصمیم گیری
۸	۷/۲	۱۹	۱۷/۱	۲۹	۲۶/۱	۴۷	۴۲/۳	۸	۷/۲	انجام کارها بصورت انفرادی
۷	۶/۳	۳۹	۳۵/۱	۱۵	۱۳/۵	۳۲	۲۸/۸	۱۸	۱۵/۲	تامین بموقع وسایل مصرفی
۸	۷/۲	۱۸	۱۶/۲	۲۱	۱۸/۹	۴۰	۳۶	۲۴	۲۱/۶	تامین بموقع تجهیزات

جدول ۳: توزیع فراوانی سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت به تفکیک معیارهای رضایت در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی در سال ۱۳۸۱ استان آذربایجان شرقی

کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالقم		کاملاً مخالفم		سطح رضایت
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۰	۰	۶	۵/۴	۱۱	۹/۹	۳۳	۲۹/۷	۶۱	۵۵	احساس امنیت
۴	۳/۶	۲۰	۱۸	۴۵	۴۰/۵	۲۳	۲۰/۷	۱۹	۱۷/۱	احساس غرور و افتخار
۶	۵/۴	۳۱	۲۷/۹	۴۷	۴۲/۳	۱۶	۱۴/۴	۱۱	۹/۹	احساس مالکیت
۵	۴/۵	۴۱	۳۶/۹	۳۴	۳۰/۶	۲۶	۲۳/۴	۵	۴/۵	قدرت کافی برای تصمیم گیری
۸	۷/۲	۴۰	۳۶	۲۸	۲۵/۲	۲۶	۲۳/۴	۹	۸/۱	حقوق دریافتی
۴۱	۳۷/۳	۶۰	۵۴/۵	۷	۶/۴	۲	۱/۸	۰	۰	ترجیح کار دولتی به خصوصی
۱۷	۱۵/۶	۴۸	۴۴	۳۱	۲۸/۴	۱۲	۱۱	۱	۰/۹	کناره گیری از شغل فعلی در صورت ایجاد فرصت شغلی دیگر
۲۰	۱۸	۴۳	۳۸/۷	۳۰	۲۷	۱۴	۱۲/۶	۴	۳/۶	ارتباط کارکنان با یکدیگر
۴	۳/۶	۲۹	۲۶/۱	۴۰	۳۶	۲۷	۲۴/۳	۱۱	۹/۹	رضایت خانواده
۳	۲/۷	۱۷	۱۵/۳	۴۱	۳۶/۲	۳۳	۲۹/۷	۱۷	۱۵/۳	رضایت کارکنان از شغل فعلی

جدول ۴: توزیع فراوانی سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت به تفکیک معیارهای رضایت در مراکز بهداشتی درمانی دولتی در سال ۱۳۸۱ استان آذربایجان شرقی

سطح رضایت	کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالقم		کاملاً مخالفم	
	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت	فراوانی	نسبت
احساس امنیت	۱۲	۱۰/۸	۴۳	۳۸/۷	۲۰	۱۸	۲۰	۱۸	۱۶	۱۴/۵
احساس غرور و افتخار	۱۵	۱۳/۵	۳۵	۳۱/۵	۲۹	۲۶/۱	۲۴	۲۱/۶	۸	۷/۲
احساس مالکیت	۴	۳/۶	۳۴	۳۰/۶	۳۰	۲۷	۳۲	۲۸/۸	۱۱	۹/۹
قدرت کافی برای تصمیم گیری	۱۱	۱۰	۴۲	۳۷/۸	۲۲	۱۹/۸	۲۲	۱۹/۸	۱۴	۱۲/۶
حقوق دریافتی	۰	۰	۳	۲/۷	۱۱	۹/۹	۳۳	۲۹/۷	۶۴	۵۷/۷
ترجیح کار دولتی به خصوصی	۴۴	۳۹/۶	۳۶	۳۲/۴	۱۸	۱۶/۳	۱۰	۹	۳	۲/۷
کناره گیری از شغل فعلی در صورت ایجاد فرصت شغلی دیگر	۱۳	۱۱/۷	۱۸	۱۶/۲	۲۶	۲۳/۴	۳۴	۳۰/۶	۲۰	۱۸
ارتباط کارکنان با یکدیگر	۳۱	۲۷/۹	۶۰	۵۴/۱	۹	۸/۱	۱۰	۹	۱	۰/۹
رضایت خانواده	۱۶	۱۴/۴	۴۸	۴۳/۲	۲۵	۲۲/۵	۱۲	۱۰/۸	۱۰	۹
رضایت کارکنان از شغل فعلی	۱۸	۱۶/۴	۴۹	۴۴/۵	۱۷	۱۵/۵	۱۴	۱۲/۷	۱۲	۱۰/۹



نمودار ۱: ستونی رضایت ارائه دهندگان خدمت در مقیاس لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی در سال ۱۳۸۱ استان آذربایجان شرقی

از نقطه نظر مدیریت کاملاً با مراکز بهداشتی درمانی دولتی متفاوت بوده و از الگوی بخش خصوصی در آن استفاده بعمل می‌آید و هر چند شاید قوانین در چارچوب ساختار دولتی طراحی و ابلاغ می‌گردد اما در اجرای آن تفاوت‌هایی بین آنها وجود دارد که بحث مجزائی است.

کارکنان بعنوان بخشی از منابع انسانی امروزه از سرمایه‌های مهم سازمانی محسوب می‌شوند. در این بررسی نگرش کارکنان در مورد مدیریت مراکز بهداشتی درمانی و مدیریت تعاونی‌های بهداشتی درمانی از ابعاد مختلف مورد مقایسه آماری قرار گرفت و نتایج حکایت از آن دارد که مدیریت در دو گروه مطالعه، در معیارهای مهارت استفاده از رایانه، برنامه رفاهی برای کارکنان، تواناسازی شخصی کارکنان، تواناسازی حرفه‌ای کارکنان شاغل، وجود برنامه سالانه در مرکز، وجود برنامه ارتقای فرایند ها، برخورد خوب با مشتریان، انجام کارها بصورت تیمی، استفاده از نظرات مشتریان در تصمیم‌گیری، تامین به موقع وسایل مصرفی و تامین به موقع تجهیزات تأثیرات متفاوتی در نگرش کارکنان بجای گذارده است. بدین معنی که در موارد فوق الذکر، نگرش کارکنان تعاونی‌ها در مقایسه با نگرش کارکنان مراکز بهداشتی درمانی دولتی مثبت بوده و نسبت به مدیریت مرکز از این ابعاد نگرش مثبتی دارند.

در پژوهشی که در رابطه با میزان رضایت کارکنان در مرکز پزشکی Dartmouth-Hitchcock و مقایسه آنها با میزان رضایت کارکنان سایر مراکز پزشکی در سرتاسر ایالت متحده امریکا انجام گرفت، نشان داد که ۷۶ درصد از پرسنل از کار کردن در DHMC رضایت داشته و در مقابل فقط ۳۹ درصد از سایر پرسنل اظهار رضایت می‌کردند. این افراد در حالت کلی نگرش مثبتی به نظارت، مدیریت و ریاست مرکز پزشکی مربوطه داشته و احساس غرور و سربلندی از کار در این مرکز را می‌کردند. اگرچه تعداد زیادی از آنها از بار کاری سنگین مرکز، میزان ناکافی پرسنل، کم بودن پاداش‌ها و عدم وجود عدالت و برابری در سیاست‌گذاری‌ها شاکی بودند ولی در حالت کلی رضایت از کارش را ابراز کرده و ارتباطات بسیار مثبتی با سایر همکارانشان را دارا بودند و در این مرکز دیده شد که افزایش رضایت مندی کارکنان در بهبود کیفیت خدمات و به طبع آن افزایش رضایت گیرندگان خدمت موثر بود (۱۱) که این نشان از تأثیر نوع مدیریت در رضایت کارکنان است. در مطالعه عرشی و همکاران در مورد رضایتمندی شغلی و نیازهای کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مشخص گردید که ۲۳/۲٪ از پرسنل از شغل خویش ناراضی بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین رضایت مندی کارکنان و سطوح مختلف مدیریت رابطه معکوس وجود داشت. اولویت نیازهای کارکنان نیز به ترتیب شامل نیاز به خودیابی، نیاز به احترام، نیاز به تعلق اجتماعی و محبت، نیاز به امنیت و نیازهای فیزیولوژیک بود. همچنین یافته‌های حاصل از این پژوهش نشانگر آن بود که میزان رضایت مندی کارکنان از مدیر مستقیم خود (۶۴٪) و در مقایسه با هیئت رئیسه

نتایج حاصل از پژوهش در بعد رضایت ارائه دهندگان خدمات سلامت نشان داد که بیشترین رضایت ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی دولتی به ترتیب از رضایت کارکنان از ارتباط با یکدیگر (۸۲٪)، رضایت کارکنان از شغل فعلی (۶۰/۹٪) و رضایت خانواده از شغل فعلی (۵۷/۶٪) و در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی به ترتیب از احساس غرور و افتخار (۷۲/۲٪)، رضایت کارکنان از شغل فعلی (۶۴/۸٪) و رضایت کارکنان از ارتباط با یکدیگر (۶۰/۶٪) می‌باشد.

بیشترین عوامل نا رضایتی ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشتی درمانی دولتی به ترتیب از میزان حقوق دریافتی (۸۷/۴٪) و عدم وجود حس مالکیت (۳۸/۷٪) و در تعاونی‌های بهداشتی و درمانی به ترتیب از میزان حقوق دریافتی (۶۶/۲٪) و عدم وجود احساس امنیت (۴۵/۹٪) بوده است (جداول ۳ و ۴).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که در معیارهای احساس غرور و افتخار ($p=0/004$)، احساس مالکیت ($p=0/008$)، رضایت از حقوق دریافتی ($p=0/001$) و رضایت از ارتباط با دیگران در محیط کار ($p=0/02$) میزان رضایت ارائه دهندگان خدمت در تعاونیهای بهداشتی درمانی به مراتب بیشتر از بخش‌های دولتی می‌باشد و اختلاف معنی داری به لحاظ آماری ما بین این دو گروه قابل مشاهده است.

همانطور که در نمودار یک مشاهده می‌شود در حالت کلی می‌توان گفت که بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بین سطح رضایت ارائه دهندگان خدمت در مقیاس پنج امتیازی لیکرت در مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه گیری

بخش قابل توجهی از خدمات سلامت در بسیاری از کشورها توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود. هرچند نمود بیشتر این خدمات در حوزه درمان بوده و در حوزه خدمات پیشگیری، بخش خصوصی نقش ضعیفتری ایفا می‌کند ولی بسیاری از کشورها از جمله امریکا، هند و بنگلادش تجربه موفق از واگذاری بخشی از خدمات پیشگیری به واحدهای خصوصی داشته‌اند (۸). در داکا ۶۲ درصد واکسیناسیون توسط سازمانهای غیردولتی انجام گرفته (۹) و در آمریکا ۵۷ درصد کودکان در بخش خصوصی واکسینه میشوند (۱۰). تجربه ایران در خصوص مشارکت بخش خصوصی در ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی از جهاتی ویژه است که از آن جمله می‌توان به تمرکز بیشتر بر خدمات پیشگیری، تشابه ساختاری با مراکز بهداشتی درمانی دولتی، نقش تعریف شده برای تک تک افراد تشکیل دهنده تعاونی در ایجاد آن، نوع تامین مالی و نوع سیستم پرداخت، نظارتی و مشارکت نزدیک دو بخش خصوصی و دولتی اشاره نمود. هر چند تعاونی‌های خدمات بهداشتی درمانی از نظر ساختار ارائه خدمات مشابه با مراکز بهداشتی درمانی بوده و در واقع از آنها الگو برداری شده است اما

گوناگون مانند احساس امنیت شغلی، احساس افتخار کاری، احساس مالکیت به کار، برخورداری از قدرت کافی در تصمیم گیری، میزان حقوق دریافتی، ترجیح کار دولتی به کار خصوصی، رضایت از ارتباط با دیگران در محیط کار، رضایت خانواده از شغل، و احتمال کناره گیری از شغل فعلی در صورت ایجاد فرصت شغلی دیگر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که در زمینه احساس غرور و افتخار شغلی، احساس مالکیت به کار، رضایت از حقوق دریافتی و رضایت از ارتباط با دیگران در محیط کار، وضعیت تعاونی‌های بهداشتی درمانی در مقایسه با مراکز بهداشتی درمانی دولتی بهتر بوده و بین نتایج حاصله ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد به عبارت دیگر به نظر می‌رسد مدیریت تعاونی‌ها به صورتی است که در ایجاد انگیزش کافی برای کارکنان نسبت به مراکز دولتی موفق‌تر عمل می‌کند و این با عنایت به محدود بودن ساختارهای دولتی بویژه در زمینه نظام پرداخت می‌تواند جایگزین مناسبی باشد. از آنجائیکه در این مطالعه بیشترین تفاوت مربوط به میزان رضایت از حقوق دریافتی است در نتیجه می‌توان گفت که نظام پرداخت در تعاونی‌های بهداشتی تأثیرات شگرفی در افزایش انگیزش کارکنان بجای گذاشته است.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش بیان کننده این واقعیت می‌باشد که استفاده از مدل‌های ترکیبی خصوصی - دولتی تأثیرات مثبتی روی مدیریت واحد ها و رضایت کارکنان داشته است. هر چند تعاونی‌های خدمات بهداشتی درمانی از نظر ساختار ارائه خدمات مشابه با مراکز بهداشتی درمانی بوده و در واقع از آنها الگو برداری شده است اما از نقطه نظر مدیریت کاملاً با مراکز بهداشتی درمانی دولتی متفاوت بوده و از الگوی بخش خصوصی در آن استفاده بعمل می‌آید که در ایجاد انگیزش کافی برای کارکنان نسبت به مراکز دولتی موفق‌تر عمل میکند و این با عنایت به محدود بودن ساختارهای دولتی بویژه در زمینه نظام پرداخت میتواند جایگزین مناسبی باشد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان آذربایجان شرقی انجام گرفته است که از این سازمان نهایت تقدیر و تشکر را داریم. از همکاران شاغل در تعاونی‌های بهداشتی درمانی و مراکز دولتی، که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند نیز تشکر می‌نمائیم.

دانشگاه بیشتر بود (۱۲). در تعاونی‌های بهداشتی درمانی انتخاب مدیر واحدهای ارائه دهنده خدمات تغییر یافته و با توجه به نتایج مطالعه بالا می‌توان گفت که رضایتمندی بالایی را ایجاد می‌نماید. مطالعه ای که توسط ظهیری بر روی رضایت شغلی بهروزان انجام گرفته است، نشان می‌دهد که ۵۴٪ بهروزان از شغل خویش رضایت داشته‌اند. در بررسی رضایت مندی جنبه‌های مختلف شغلی کمترین میزان مربوط در جنبه رفاهی شغل به دست آمد (۱۳). در این مطالعه در تعاونی‌های بهداشتی درمانی توجه به رفاه کارکنان بهتر بوده است و در مقایسه با بررسی بالا، حرکت مطلوب مدیریت بخش خصوصی در ایجاد برنامه‌های رفاهی را نشان می‌دهد.

مطالعه ای در شیفلد بر روی رضایت شغلی و رضایت ارباب رجوع در تعاونی‌های پزشکان خانواده در مناطق روستائی نشان داد که هر چند تشکیل این تعاونی‌ها افزایش رضایت مراجعه کنندگان را در بر نداشت ولی سبب افزایش رضایت شغلی پزشکان گردیده بود (۱۴). Cumbey و همکاران در مطالعه ای بر روی رضایت شغلی و ارتباط آن با متغیرهای سازمانی در کارکنان خدمات بهداشتی درمانی، ایجاد محیط کاری قابل انعطاف و دخالت دادن کارکنان در تصمیم گیری را به عنوان عوامل اصلی برای ارتقای رضایت شغلی کارکنان ذکر کرده‌اند (۱۵). Ma و همکاران نیز در مطالعه ای تحت عنوان عوامل موثر بر رضایت شغلی پرستاران، ضمن اشاره به ارتباط سابقه خدمت و موقعیت شغلی با رضایت شغلی در نتیجه گیری خویش، ضرورت اتخاذ سیاست‌های مدیریتی را که به تامین نیازهای مختلف پرسنل منجر شود مورد تاکید قرار داده‌اند (۱۶).

در مطالعه حاضر بیشترین اختلاف در معیارهای رضایت شغلی بین مراکز بهداشتی درمانی تعاونی و دولتی مربوط به احساس مالکیت بود. و Winter Collins در مطالعه خویش به ارتباط معنی‌دار بین حس تعلق و رضایت شغلی اشاره کرده است (۱۷).

در مقایسه با مدیریت مراکز بهداشتی درمانی دولتی در تعاونی‌ها به برخی از اصول مدیریت مانند افزایش توان شخصی و حرفه‌ای کارکنان، توجه روی مشتری، انجام کارهای تیمی و تامین به موقع منابع مورد نیاز، توجه بیشتری نشان داده می‌شود که از نتایج بارز آن تغییرات نگرشی در کارکنان نسبت به مقوله مدیریت این مراکز است که در این تحقیق نشان داده شده است. از طرف دیگر کارکنان بعنوان مشتریان داخل سازمانی برای ارائه خدمات بهتر بایستی رضایت کافی از مدیریت مراکز خود داشته باشند تا بتوانند در ارائه خدمات نیز انگیزش لازم را کسب نمایند. در این زمینه در این بررسی میزان رضایت کارکنان از ابعاد

References

1. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects And problems. *Health Policy and planning* 1994; 9(3): 237-251.
2. Kent B, Amalia W. public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 748-754.

۳. نقوی م، جمشیدی ح ر، بهره مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، ۱۳۸۴، صفحه ۲۲۰
4. Perrot J, Carrin G, Sergeant F. Towards new partnerships for health development in developing countries: the contractual approach as a policy tool. *Trop Med Int Health* 1998; **3**(6): 512-514
5. Ridley RG, Lob-Levy J, Sachs J, Johns D, Evans T et al. A role for public-private partnerships in controlling neglected diseases?, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, **79** (8). 20
6. McPake B, Ngalande Banda E. Contracting out of health services in developing Countries. *Health Policy and Planning* 1994; **9**(1): 25-30.
7. Cross C. Partnerships between non-governmental development organizations. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 1998; **92** Suppl 1: S155-56
8. Ritzen J. Better Health Systems for India's Poor. <http://go.worldbank.org/FRDKG4K3N0> (Accessed jan 2006)
9. Khan MM, Khan SH, Walker D, Fox-Rushby J, Cutts F, Akramuzzaman SM. Cost of delivering child immunization services in urban Bangladesh: a study based on facility-level surveys. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2004; **22**(4): 404-412.
10. LeBaron CW, Lyons B, Massoudi M, Stevenson J. Childhood vaccination providers in the United States. *American Journal of Public Health* 2002; **92**(2): 266-270.
11. Darthmoth hitchcock medical Center. http://www.dhmc.org/staff_satisfaction_survey_results.cfm. September 2006.
۱۲. عرشی ش، صادقی ه، سیف نژاد ش، سالم صافی پ، بی ریا م- تعیین ارتباط سطوح مختلف نیازهای مازلو و رضایت مندی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۸۱. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. دوره پنجم، شماره دوم، تابستان ۱۳۸۴، صفحات ۵۸ تا ۶۴
۱۳. ظهیری م. بررسی رضایت شغلی بهورزان خانه های بهداشت. همایش سراسری نقش مدیریت در خدمات بهداشتی درمانی. دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۹
14. Glynn LG, Byrne M, Murphy AW. Effect of rurality on patients' satisfaction with out of hours care provided by a family doctor cooperative. *Rural and Remote Health* 2004; **4**(3): 320.
15. Cumbey DA, Alexander JW. The relationship of Job satisfaction with organization of variables in public Health nursing. *J Nurs Adm* 1998; **28**(5): 39-46.
16. Ma CC, Samuels ME, Alexander JW. Factors that influence nurses' job satisfaction. *J Nurs Admin* 2003; **33**(5): 12-22
17. Winter Collins A, McDaniel AM. Sense of belonging and new graduate job satisfaction. *J nurses staff dev* 2000; **16**(3): 103-111