

بررسی ارتباط بین خودباوری مدیران پرستاری با رضایتمندی

بیماران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فرشته فرزین پور^۱، دکتر سید مصطفی حسینی^۲،

سید شهاب حسینی^۳، الهام موحد کر^۴، محمد عامر زاده^۵

چکیده

زمینه و هدف: خودباوری یک پندار روانشناختی است که در طول دوران رشد در وجود هرکس شکل می‌گیرد و به سادگی و سرعت قابل تغییر نیست. هدف از این مطالعه ارزشیابی خودباوری مدیران پرستاری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران و رابطه آن با رضایتمندی بیماران بود.

روش بررسی: بر طبق یک مطالعه مقطعی، ۴۰۰ نفر (شامل ۲۰۰ مدیر پرستاری و ۲۰۰ بیمار) از بخشهای مختلف بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد مصاحبه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد، میزان خودباوری مدیران پرستاری و رضایت عمومی بیماران مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها پس از ورود به نرم افزار آماری Stata با استفاده از آزمونهای ناپارامتری آنالیز واریانس و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ بعنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از میان ۲۰۰ مدیر پرستاری مورد مطالعه، ۵۸ نفر (۲۹٪) مرد و ۱۴۲ نفر (۷۱٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری مدیران پرستاری $19/8 \pm 13/9$ بدست آمد همچنین از ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه، ۸۱ (۴۰/۵٪) مرد و ۱۱۸ (۵۹/۵٪) زن بودند. میانگین و انحراف معیار رضایت بیماران برابر $18/2 \pm 5/7$ بدست آمد که سطح تحصیلات ($P = 0/005$) و وضعیت بیمه ($P < 0/0001$) بیماران تنها عوامل فردی مؤثر بر میزان رضایت آنان شناخته شد. در آنالیزهای چندمتغیره، مشخص گردید که خودباوری مدیران پرستاری رابطه عکسی با رضایت بیماران داشته است ($P = 0/04$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که مدیران پرستاری زن، نسبت به همکاران مرد خود، خودباوری کمتری دارند. خودباوری مدیران پرستاری باعث کاهش رضایتمندی بیماران می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: خودباوری، مدیران، پرستاری، رضایتمندی بیماران، بیمارستانها، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نویسنده مسئول :

دکتر فرشته فرزین پور؛

دانشیار دانشکده بهداشت دانشگاه

علوم پزشکی تهران

Email :
Farzianp@sina.tums.ac.ir

- دریافت مقاله : خرداد ۱۳۹۱ - پذیرش مقاله : آذر ۱۳۹۱

مقدمه

خودباوری یک پندار روانشناختی است که در طول دوران رشد در وجود هرکس شکل می‌گیرد و به سادگی و سرعت قابل تغییر نیست. بهبود فرایند شکل‌گیری خودباوری مستلزم برنامه‌ریزی‌های کارشناسانه طولانی مدت و میان مدت است. بررسی آراء محققین و دانشمندان در زمینه خلاقیت و

^۱ دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران،

تهران، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد MBA، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، شعبه بین

المللی کیش، ایران

^۴ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه

علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

خودباوری مشخص کرد که هر دو این مفاهیم از دسته خصوصیات اکتسابی هستند (۱).

خودباوری خویشتن شناسی است و خویشتن شناسی نردبان معرفت است (۲). از طریق معنی دادن به انسان‌ها می‌توان به خودآگاهی و خویشتن سازی رسید، به طوریکه انسان بتواند در جستجوی معنا و درصد خلق معنا باشد. شرط اساسی خودباوری شناخت خود است، یعنی وقتی انسان توانمندی‌ها، استعدادها و قابلیت‌های روانی، فردی، عقلی و فکری خود را شناخت، باور او در مورد اینکه می‌تواند آنها را پرورش دهد شکل می‌گیرد و به خودپنداری خود می‌رسد (۳). مشخصه‌های اصلی خطرپذیری مدیران خودباور تصمیم‌گیری روان و بدون فوت وقت، جرات در بیان نظر و عقیده، جسارت در عمل و اجراء، مسئولیت‌پذیری بیشتر و سنگین‌تر، اجرای فکر و نظر خود را بدون هراس بیان کردن می‌باشد. مدیران خودباور در پی انگیزه کسب موفقیت در شغل و کارشان می‌باشند، از انجام کارشان لذت می‌برند و ارضا می‌شوند و بالاخره تمام توجه و توان خود را به کار معطوف می‌کنند تا بتوانند به طور کامل آن را انجام دهند (۴). مدیران خودباور برای اصلاح عمل از بازخورد به خوبی و با آغوش باز استقبال می‌کنند (۵).

آنها توانمندی‌ها، استعدادها و مجموعه عواطف، احساسات و نگرش‌های خود را به سوی خود شکوفایی و تحقق اهدافی که برایشان تعیین شده هدایت و جهت دهی می‌نمایند (۸-۶). امروزه اغلب سازمان‌ها مدعی هستند که عصر ما عصر کارکنان اندیشمند (Deep Sethi) است و در این عصر کارکنان، مزیت‌های واقعی رقابت محسوب می‌شوند (۱۲-۹).

بین ایجاد آن نوع فرهنگ سازمانی که مروج خودباوری است و ایجاد فرهنگی که موجد عملکرد درخشان است، هیچ تفاوتی وجود ندارد.

چنانچه سازمانی بخواهد به فرهنگ عملکرد برجسته

و خودباوری درخشان نایل شود، باید دست کم به ۷ اصل اساسی خودباوری مثل ۱- احترام ۲- مسئولیت و منابع ۳- خطرپذیری ۴- قدر شناسی و پاداش ۵- مناسبات ۶- نماد سازی ۷- نوسازی توجه کند و آنها را به کار ببندد (۱۶-۱۳). نتایج بررسی خودباوری مدیران در بخش‌های بالینی و ستادی دانشگاه علوم پزشکی نشان داد که خودباوری بیش از اندازه مدیران باعث کاهش رضایت نیروی انسانی و پایین بودن کارایی و سرویس دهی این سیستم به مراجعین خود می‌باشد (۱).

با توجه به موارد فوق هدف از این مطالعه خودباوری مدیران پرستاری در بخش‌های بالینی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران و رابطه آن با رضایتمندی بیماران بود و سئوالات پژوهش به شرح زیر بررسی شد.

- ۱- آیا بین خودباوری مدیران و مشخصات دموگرافیک آنها ارتباط وجود دارد؟
- ۲- آیا بین رضایت بیماران و مشخصات دموگرافیک آنان رابطه وجود دارد؟
- ۳- آیا بین خودباوری مدیران و رضایت بیماران رابطه وجود دارد؟

روش بررسی

این مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی (Cross-sectional) است که در یک بازه زمانی ۶ ماهه از خرداد ماه تا آذر ماه ۱۳۹۰ انجام پذیرفت. در زمستان ۱۳۸۸ و بهار ۱۳۸۹ لیست ۱۶ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه بخش‌های بالینی آن از طریق وب سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شد. در نهایت تصمیم گرفته شد که از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای جهت نمونه‌گیری استفاده شود.

از آنجایی که تاکنون (در ایران) تعداد معدودی مطالعه

راجع به موضوع میزان خودباوری مدیران پرستاری و ارتباط آن با رضایتمندی بیماران انجام شده است، در قدم اول، نسبت خودباوری مدیران پرستاری، رضایتمندی بیماران ۵۰٪ در نظر گرفته (در نظر گرفتن اولیه $P=۰.۵۰$) برای خودباوری مدیران و رضایتمندی بیماران این حسن را دارد که باعث افزایش حجم نمونه و همچنین دقت مطالعه می گردد و با استفاده از فرمول
$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$
 و با احتساب دقت مطالعه $d=۰.۰۷$ و اطمینان آماری ۹۵٪ ($\alpha=۰.۰۵$) حجم نمونه کافی جهت رسیدن به یک دقت خوب در این مطالعه ۱۹۶ محاسبه می گردد، که محقق ۲۰۰ نفر از بیمارانی که بیشتر از سه روز در آن بیمارستان‌ها بستری بودند و ۲۰۰ نفر از مدیران پرستاری (مترون، سوپروایزر و سرپرستار) بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران را مورد پرسشگری قرار داده است.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دست ساخته محقق بود که شامل ۲ قسمت مشخصات دموگرافیک و سوالات مربوط به خودباوری مدیران (۵۶ سوال)، رضایتمندی بیماران (۱۵ سوال) در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بوده است. در قدم اول پس از جمع آوری اطلاعات با استفاده از برنامه نرم افزاری SPSS 17 داده‌ها وارد کامپیوتر گردید و برای مدیران و همچنین بیماران جمع امتیازات مربوطه بدست آمد و بر اساس مجموع نمرات کسب شده به سه طبقه بصورت ۳۳٪، اول، ۶۷-۳۳٪ و ۶۸٪ و بالاتر تقسیم شد و سپس در توصیف اطلاعات پژوهش از جداول یک بعدی به توصیف مشخصات دموگرافیک هر یک از گروه‌های مدیران و بیماران استفاده گردید و سپس در جداول دو بعدی تاثیر متغیرهای دموگرافیک بر امتیاز خودباوری مدیران یا رضایتمندی بیماران نشان داده شد. سپس با استفاده از آنالیز چند متغیره ناپارامتری به

تاثیر خودباوری مدیران و عوامل فردی بیمار بر رضایت او مبادرت شد. روایی و پایایی پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه حاضر، با توجه به مطالعه قبلی نویسندگان که بر روی مدیران بالینی و ستادی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت، تأیید گردید که در آن ضریب آلفای کورنباخ محاسبه شد که مقدار آن برای پرسشنامه مدیران ۰/۷۹ و برای پرسشنامه بیماران ۰/۸۹ بدست آمد که این مقادیر نشان می دهد که پرسشنامه‌ها در سطح مطلوب پایایی قرار دارند. در این مطالعه پس از توصیف اولیه متغیرهای دموگرافیک در جداول و همچنین ارائه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به آنالیز یک متغیره یعنی بررسی تاثیر عوامل فردی بر خودباوری مدیران و رضایتمندی بیماران مبادرت گردید. از آنجایی که مجموع امتیازات کسب شده دارای توزیع نرمال نبود مانند آزمون Mann-Whitney و kruskal-wallis و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. سپس به منظور تعدیل برای اثر مخدوش کننده‌های احتمالی در بررسی ارتباط خودباوری مدیران و همچنین رضایتمندی بیماران از ضریب همبستگی جزئی اسپیرمن (Spearman Partial Correlation) استفاده گردید. سطح معنی داری نیز برابر $P < ۰/۰۵$ مفروض گردیده است. اطلاعات وارد نرم افزار آماری SPSS 17 گردید و به وسیله این نرم افزار و همچنین با بهره گیری از نرم افزار آماری STATA 11 روابط موجود بین فاکتورهای مورد مطالعه مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی با کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران برای ورود به بیمارستان‌ها و با کسب اجازه از پرسش شونده‌گان و حفظ احترام آنها در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها؛ حفظ و محرمانه نگهداشتن اطلاعات بیمار و رعایت منشور حقوق

بیمار در رابطه با پژوهش رعایت شد.

مدیران در گروه سنی بیشتر از ۵۰ سال (۹/۵٪) مشاهده گردید. بیشتر مدیران سطح تحصیلات لیسانس (۴۷٪) و فوق لیسانس (۴۹/۵٪) داشته‌اند در حالی که فراوانی مدیران در دیگر گروه‌های تحصیلاتی بسیار کمتر بود (جدول ۱).

یافته‌ها

نتایج نشان می‌دهد ۲۹٪ مدیران مرد (۵۸ نفر) و ۷۱٪ (۱۴۲ نفر) زن بودند. بیشترین فراوانی مدیران در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال (۳۹/۵٪) و کمترین فراوانی

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مدیران شرکت کننده در مطالعه مازر ۱۳۹۰

مشخصات دموگرافیک مدیران	گروه	(درصد) تعداد
جنس	مرد	۵۸ (۲۹٪)
	زن	۱۴۲ (۷۱٪)
سن	<۳۰	۳۹ (۱۹/۵٪)
	۳۰-۳۹	۷۹ (۳۹/۵٪)
	۴۰-۴۹	۶۳ (۳۱/۵٪)
	≥ ۵۰	۱۹ (۹/۵٪)
تحصیلات	دیپلم	۲ (۱٪)
	فوق دیپلم	۲ (۱٪)
	لیسانس	۹۴ (۴۷٪)
	فوق لیسانس	۹۹ (۴۹/۵٪)
	دکتری	۳ (۱/۵٪)
سمت	سرپرستار	۹۸ (۴۹٪)
	سوپروایزر	۸۸ (۴۴٪)
	مترون	۱۴ (۷٪)

در بررسی فاکتورهای دموگرافیک بیماران مطالعه حاضر مشخص گردید که ۵/۵۹٪ بیماران شرکت کننده زن (۱۱۸ نفر)، ۵/۴۰٪ دیگر مرد (۸۱ نفر) بودند. بیشترین فراوانی بیماران در گروه سنی زیر ۳۰ سال (۵/۴۵٪) و کمترین فراوانی آنها در گروه سنی ۳۹-۳۰ سال (۱۶٪) مشاهده گردید. بیشتر بیماران سطح تحصیلات دیپلم و کمتر (۶۲٪) داشته‌اند در حالی که

کمترین فراوانی را سطح تحصیلات دکتری (۶/۴٪) نشان داد. ۲/۵۷٪ بیماران متاهل (۱۱۱ نفر) و ۸/۴۲٪ مجرد (۸۳ نفر) بودند. وضعیت پوشش بیمه‌ای بیماران بصورتی بود که ۶/۷۲٪ تحت پوشش بیمه (۱۳۸ نفر) بوده در حالی که ۴/۲۷٪ فاقد بیمه (۵۲ نفر) بودند (جدول ۲).

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر ۱۳۹۰

مشخصات دموگرافیک بیماران	گروه	(درصد) تعداد
جنس	مرد	۸۱ (۴۰/۵٪)
	زن	۱۱۸ (۵۹/۵٪)
سن	< ۳۰	۹۱ (۴۵/۵٪)
	۳۰-۳۹	۳۲ (۱۶٪)
	۴۰-۴۹	۳۷ (۱۸/۵٪)
تحصیلات	≥ ۵۰	۴۰ (۲۰٪)
	دیپلم و کمتر	۱۲۱ (۶۲٪)
	فوق دیپلم	۱۷ (۸/۷٪)
وضعیت تاهل	لیسانس	۲۸ (۱۴/۴٪)
	فوق لیسانس	۲۰ (۱۰/۳٪)
	دکتری	۹ (۴/۶٪)
وضعیت بیمه	متاهل	۱۱۱ (۵۷/۲٪)
	مجرد	۸۳ (۴۲/۸٪)
وضعیت بیمه	تحت پوشش بیمه	۱۳۸ (۷۲/۶٪)
	بدون پوشش بیمه ای	۵۲ (۲۷/۴٪)

متوسط برابر ۳۴/۵ (۶۹ نفر) و با امتیاز خودباوری زیاد برابر ۳۳/۶۶ (۶۶ نفر) می‌باشد.

با توجه به داده‌های موجود در جدول ۳ نسبت مدیران با امتیاز خودباوری کم برابر ۳۲/۵ (۶۵ نفر)، با امتیاز

همچنین میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری مدیران مورد مطالعه $19/8 \pm 13/9$ و حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده به ترتیب 100 و 198 بوده است.

جدول ۳: وضعیت امتیازات خودباوری مدیران و رضایت بیماران در مطالعه حاضر ۱۳۹۰

امتیاز خودباوری مدیران	(درصد) تعداد	امتیاز رضایت بیماران	(درصد) تعداد
کم ($< 123/5$)	$65(32/5)$ / $69(34/5)$	کم (< 54)	$67(33/5)$
متوسط ($141-123/5$)	$66(33)$	متوسط ($68-54$)	$65(32/5)$
زیاد (≥ 142)		زیاد (≥ 69)	$34(16/8)$
جمع	$200(100)$	جمع	$200(100)$
متغیر مستقل	P-value	متغیر مستقل	P-value
جنس	$0/02$	تحصیلات	$0/005$
		بیمه	$< 0/0001$

سایر گروه‌های سنی می‌باشد. میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری در مدیران به تفکیک سن به ترتیب برای گروه سنی زیر ۳۰ سال برابر $18/7 \pm 13/8$ ، برای گروه سنی ۳۰-۳۹ سال برابر $20/6 \pm 13/0$ ، برای گروه سنی ۴۰-۴۹ سال برابر $19/2 \pm 13/7$ و برای سنین مساوی و بیشتر از ۵۰ سال برابر $19/6 \pm 13/8$ می‌باشد. آنالیز ضریب همبستگی ناپارامتری اسپیرمن نشان داد که ارتباط معنی داری بین سن و خودباوری مدیران وجود ندارد ($P=0/69$). نسبت مدیران با سطح تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس که بیشترین فراوانی را در بین داوطلبین دارند میزان خودباوری کم، متوسط و زیاد با هم تقریباً مشابه بود. میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری افراد دیپلمه برابر $17/7 \pm 15/5$ بدست آمد. میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری در دیگر گروه‌های تحصیلی به ترتیب برای افراد فوق دیپلم برابر $12/0 \pm 11/5$ ، برای افراد لیسانس برابر $20/3 \pm 13/8$ ، برای افراد با سطح تحصیلات فوق لیسانس برابر $19/3 \pm 13/4$ و برای افراد دکتری

$33/5$ بیماران (۶۷ نفر) رضایت کم، $32/5$ بیماران (۶۵ نفر) رضایت متوسط و 34 آنها (۶۸ نفر) رضایت زیاد داشتند. میانگین انحراف معیار امتیاز رضایت بیماران مورد مطالعه $18/2 \pm 57$ و حداقل و حداکثر امتیاز کسب شده به ترتیب 15 و 75 بوده است. نسبت مدیران مرد با خودباوری زیاد ($41/4$ ٪) بیشتر از مدیران زن با خودباوری زیاد ($29/6$ ٪) می‌باشد. در حالیکه نسبت مدیران زن با خودباوری کم (38 ٪) دو برابر مدیران مرد با خودباوری کم (19 ٪) می‌باشد. میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری در مردان و زنان به ترتیب برابر $20/1 \pm 14/3$ و $19/4 \pm 132/63$ مشاهده گردید. آزمون Mann-Whitney نشان داد که خودباوری مدیران ارتباط معنی داری با جنس دارد ($P=0/016$)، بدین مفهوم که مدیران مرد خودباوری بیشتری نسبت به مدیران زن دارند. مدیران جوانتر نسبت به دیگر مدیران از خودباوری بالاتری برخوردارند. نسبت مدیران ۳۰ ساله با خودباوری زیاد $41/1$ ٪ بوده در حالی که نسبت مدیران ۳۰-۳۹ ساله‌ای که خودباوری کمی دارند ($41/8$ ٪) بیشتر از

برابر $116/7 \pm 11/5$ بود.

براین مبنا آنالیز Kruskal-Wallis در بررسی رابطه بین خودباوری مدیران و سطح تحصیلات نشان داد که رابطه معنی داری بین سطح تحصیلات و خودباوری مدیران وجود ندارد ($P=0/11$). نسبت مدیران مترون با خودباوری زیاد برابر $42/6\%$ و در مدیران سوپروایزر $27/3\%$ می باشد. همچنین نسبت مترون‌ها و سوپروایزرها با خودباوری کم بترتیب برابر $28/6\%$ و $34/1\%$ مشاهده گردید. همچنین میانگین و انحراف معیار امتیاز خودباوری سرپرستاران، سوپروایزرها و مترون‌ها بترتیب برابر $20/6 \pm 135/8$ ، $18/1 \pm 132/0$ و $22/7 \pm 139/0$ بود. با وجود این تفاوت‌ها آزمون kruskal wallis test نشان داد که سمت مدیران فاکتور تاثیر گذاری در میزان خودباوری آنها نیست ($P=0/35$).

لذا در کل می توان بیان نمود که تنها فاکتور تاثیر گذار در میزان خودباوری مدیران جنسیت می باشد بدین مفهوم که مردان نسبت به زنان مدیر، خودباوری بیشتری دارند. شایان ذکر است در آنالیزهای بعدی در بررسی میزان خودباوری و رابطه آن با دیگر شاخص‌های مورد بررسی در مطالعه حاضر، جنس به عنوان یک فاکتور مداخله گر وارد مدل شده و اثر آن در آنالیزهای چند متغیره تعدیل (Adjust) گردیده است. میانگین و انحراف معیار میزان رضایت بیماران بر حسب سن بترتیب برای گروه‌های سنی کمتر از ۳۰ سال، بین ۳۹-۳۰ سال، ۴۹-۴۰ سال برابر $56/2 \pm 18/0$ ، $62/7 \pm 11/8$ ، $58/5 \pm 17/7$ و $53/1 \pm 22/2$ بود (بر اساس آزمون ضریب همبستگی ناپارامتری اسپیرمن) سن فاکتور موثر در میزان رضایت بیماران نیست ($P=0/99$)، بدین مفهوم که میزان رضایت بیماران در افراد جوان و مسن تفاوت ندارد. داده‌های آماری بیان می‌دارند که میزان رضایت کم در افراد ۳۹-۳۰ ساله کمتر از دیگر گروه‌های سنی می‌باشد که

این اختلاف از لحاظ آماری نیز معنی دار نبود.

نسبت بیماران مرد ($27/2\%$) با رضایت بالا نسبت به بیماران زن (39%) کمتر می‌باشد. میانگین و انحراف معیار امتیاز رضایت در بیماران مرد و زن بترتیب برابر $57/2 \pm 16/7$ و $57/0 \pm 19/1$ بود. یافته‌های مطالعه حاضر بر اساس آزمون Mann-Whitney بیان می‌دارند که جنسیت بیماران فاکتور تاثیر گذاری در رضایت آنها نمی‌باشد ($P=0/66$). نسبت بیمارانی با رضایت زیاد، در گروه تحصیلات دکتری ($77/8\%$) بیشتر از سایر گروه‌های تحصیلی می‌باشد. کمترین نسبت رضایت نیز بین بیماران دیپلم و کمتر ($37/2\%$) و فوق دیپلم ($35/3\%$) وجود داشت. میانگین و انحراف معیار امتیاز رضایت بیماران دیپلم و کمتر برابر $54/5 \pm 19/0$ ، بیماران فوق دیپلم برابر $56/6 \pm 17/3$ ، بیماران لیسانس برابر $63/7 \pm 13/9$ ، فوق لیسانس برابر $61/8 \pm 15/6$ و بیماران با سطح تحصیلات دکتری برابر $70/1 \pm 10/0$ بود. آنالیز kruskal wallis نشان داد که رابطه معنی داری بین سطح تحصیلات بیماران و میزان رضایت آنها وجود دارد بدین مفهوم که بیماران با سطح تحصیلات دکتری امتیاز رضایت بالاتری را دارند ($P=0/005$).

شایان ذکر است در این قسمت نیز برای همگن سازی گروه‌ها از لحاظ فراوانی، بیماران از لحاظ سطح تحصیلات در سه گروه کمتر از لیسانس، لیسانس و بیشتر از لیسانس تقسیم بندی شدند.

وضعیت تاهل نیز به عنوان یک فاکتور احتمالی موثر دیگر در میزان رضایت بیماران در مطالعه حاضر از بیماران مورد پرسشگری قرار گرفت و پس از ورود داده‌ها و تجزیه تحلیل آنها مشخص گردید که میزان رضایت در افراد متاهل و مجرد در هر سه گروه رضایت کم، متوسط و زیاد تقریباً مشابه هم می‌باشد. میانگین و انحراف معیار رضایت بیماران متاهل و مجرد بترتیب برابر $58/2 \pm 17/8$ و $56/8 \pm 18/2$ بود و

آزمون Mann-Whitney نشان داد وضعیت تاهل فاکتور موثری در سطح رضایت بیماران نیست ($P=0/55$).

نسبت بیماران تحت پوشش بیمه با رضایت زیاد (۴۲٪)، بیشتر از بیمارانی که تحت پوشش هیچ بیمه ای نبودند مشاهده شد (۱۵/۴٪). میانگین و انحراف معیار بیماران تحت پوشش بیمه برابر $61/9 \pm 12/1$ و در بیمارانی که تحت پوشش نبودند برابر $52/0 \pm 19/6$ بود.

بر مبنای آزمون Mann-Whitney انجام شده در این قسمت مشاهده شد که وضعیت بیمه‌ای بیمار نقش مهمی در میزان رضایت وی دارد ($P < 0/0001$). بنابراین در کل می‌توان بیان نمود که از بین فاکتورهای مورد بررسی، سطح تحصیلات و وضعیت بیمه‌ای رابطه معنی داری با میزان رضایت بیماران دارد.

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر بیان می‌دارد که پس از تعدیل برای فاکتورهای مخدوشگر، خودباوری مدیران رابطه معکوسی با رضایتمندی بیمار دارد. بعبارت دیگر هرچه خودباوری مدیران بیشتر باشد میزان رضایت بیماران در آن سیستم پایین‌تر می‌باشد.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مدیران مرد از خودباوری بالاتری نسبت به مدیران زن برخوردار هستند. همچنین مشخص گردید بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند و تحت پوشش بیمه هستند رضایت بیشتری را ابراز می‌دارند. در مطالعه قبلی محققین مطالعه حاضر با هدف بررسی خودباوری مدیران ستادی در بخش‌های کلینیکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران مشخص گردید که ارتباط معنی داری بین خودباوری و جنس مدیران وجود دارد. مدیران مرد خودباوری بیشتری را اذعان داشته‌اند که مشابه یافته‌های مطالعه

حاضر می‌باشد. همانند مطالعه حاضر، سمت مدیر نقشی در خودباوری وی نداشت. اما در این مطالعه مشاهده شد که سطح تحصیلات مدیر رابطه معنی داری را با خودباوری وی دارد بدین مفهوم که مدیرانی که سطح تحصیلات دکتری داشتند نسبت به دیگر مدیران خودباوری بیشتری داشتند. چنین یافته‌ای در مطالعه حاضر مشاهده نگردید.

یافته‌های مطالعه قبلی ما در مورد رابطه خودباوری مدیران بالینی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران با رضایت بیماران با یافته‌های مطالعه حاضر مغایرت دارد. علت این تفاوت ناشی از این مسئله است که مطالعه قبلی ما روی مدیران بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها انجام پذیرفته اما مطالعه حاضر روی مدیران پرستاری (سرپرستار، سوپروایزر و مترون) انجام پذیرفته است. گواه برای تاثیر نوع سازمان یا سیستم در میزان خودباوری، ناشی از مطالعات گذشته است (۱). مطالعات قبلی بیان می‌دارند که خودباوری تحت تاثیر نوع سازمان، حجم سازمان، سطح پیچیدگی کار و زمینه شغلی فرد می‌باشد (۱۷). بنابراین به دلیل تفاوت در جامعه مورد مطالعه، نتایج متفاوتی نیز مشاهده شده است که در مطالعه حاضر دیده نشد. مطالعاتی که در دسترس هستند بیان گر نقش مهم مهارت‌های مدیران پرستاری در تعیین انگیزش و رفتارهای وابسته به کار در پرستاران و رضایتمندی بیماران از ارائه خدمات بهداشتی درمانی در بیمارستان‌ها می‌باشد. در مطالعه جولایی و همکاران در شهرهای مختلف کشور اکثر بیماران از خدمات ارائه شده رضایت متوسط داشتند (۱۸). این در حالی است که در مطالعه حاجیان در بابل بیشتر بیماران از خدمات ارائه شده، راضی بودند (۱۹).

در مقایسه با مطالعات انجام یافته در کشورهای دیگر، مطالعه Cho در سئول حاکی از آن است که اکثر بیماران (۵۸٪) از خدمات ارائه شده رضایت کامل

در مطالعات آتی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان با استفاده از این روش‌ها خودباوری مدیران سیستم‌های مختلف را در حد مطلوب حفظ کرد (۱).

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر بیان می‌دارند خودباوری مدیران در بخش‌های بیمارستانی رابطه معکوسی با رضایت بیماران دارد. همچنین این مطالعه نشان داد که میزان خودباوری مدیران مرد بیشتر از مدیران زن می‌باشد و در نهایت نیز می‌توان بیان نمود که سطح تحصیلات بیمار و وضعیت پوشش بیمه‌ای وی باعث افزایش رضایت بیماران می‌گردد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که خودباوری مدیران بیمارستانی فاکتور مهمی در عدم رضایت بیماران می‌باشد. عبارت دیگر خودباوری مدیران بیمارستانی باعث کاهش رضایت بیماران می‌گردد. لذا در سیستم‌های بیمارستانی خودباوری بیش از اندازه مدیران باعث کاهش رضایت بیماران شده که نشان از پایین بودن کارایی و سرویس دهی این سیستم به مراجعین خود می‌باشد. لذا بایستی به این مقوله توجه بیشتری نموده و در انتخاب مدیران سیستم‌های بهداشتی درمانی میزان خودباوری مدیران نیز سنجیده شود و افرادی بعنوان مدیر منسوب گردند که در سطح مطلوب (optimum) خودباوری باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از طرح پژوهشی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بشماره ۱۱۸۷۰ می‌باشد. پژوهشگران از حمایت و پشتیبانی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه پرستارانی که در طول تحقیق با آنها همکاری داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

دارند (۲۰). این موضوع در مطالعه Chau و Chan در هنگ‌کنگ نیز رضایت (۱۰۰٪) بیماران را نشان می‌دهد (۲۱). نتایج مطالعه Lee و همکاران در کانادا نیز حاکی از آن است که بیشتر بیماران (۹۱/۷٪) از مراقبت‌های ارائه شده راضی بوده‌اند (۲۲). در بررسی حاضر رضایتمندی بیشتر بیماران بر اساس شرایط بیمه و تحصیلات بیماران بوده است که با مطالعات ذکر شده تشابهی ندارد. رضایت بیمار از خدمات ارائه شده، از اهداف مهم فعالیت‌های گروه درمانی است که در ارتقای سلامتی بیمار تاثیر بسزایی دارد. خدمات ارائه شده باید در رابطه با نیازهای بیماران باشد، تا باعث رضایتمندی و خشنودی آنها گردد. لذا این امر بیان می‌دارد که بایستی برای تعیین نقش خودباوری مدیران و رضایت بیماران (یا کارایی سازمان)، مطالعات بیشتری انجام پذیرد. چراکه یافته‌های بدست آمده از هر سازمان بدلیل تفاوت‌های بین آنها، مختص همان سازمان بوده و قابل تعمیم به دیگر سازمان‌ها نیست. بعنوان مثال یافته‌های مطالعه تاثیر خودباوری مدیران پرستاری بر رضایت بیماران بیمارستان‌ها را نمی‌توان به مدیران غیر بیمارستانی و حتی مدیران ستادی تعمیم داد. Maslow در سال ۱۹۷۰ راجع به خود باوری (Self - Esteem) و خود شناسی (Self - Actualization) و Herzberg در سال ۱۹۵۹ راجع به رفتارهای انگیزشی در تئوری بهداشت - انگیزش اذعان داشتند، مدیران با خودباوری در حد مطلوب باعث رضایتمندی و شکوفایی سازمان خود می‌شوند و برعکس مدیران با خودباوری بیش از حد نارضایتی و افول سازمان خود را فراهم می‌کنند (۲۳). در پایان بایستی اذعان داشت خودباوری نقش مهمی در رهبری و انگیزش رفتارهای انسانی دارد که هنوز مکانیسم‌های دقیق عملکرد آن مشخص نیست. اما مهم است تا برنامه‌ها، سیاست‌ها و فرآیندهای سازمانی که باعث بهبود خودباوری مدیران می‌گردد

1. Farzianpour F, Rahimi Foroushani A, Beyzaiee S & Hosseini SH. Evaluation of the Self-Esteem Managers in Clinical Wards of Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *World Applied Sciences Journal* 2012; 16(5): 686-92.
2. Hersey P, Blanchard KH & Johnson DE. *Management of organizational behavior: Utilizing human resources*. Pennsylvania State: Prentice Hall; 1993: 101-92.
3. Farzianpour F, Rahimi Foroushani A, Vahidi RG, Arab M & Mohamadi A. Investigating the relationship between organizational social capital and service quality in teaching hospitals. *American Journal of Economics and Business Administration* 2011; 3(2): 425-9.
4. Kirkpatrick LA, Waugh CE, Valencia A & Webster GD. The functional domain specificity of self-esteem and the differential prediction of aggression. *J Personality and Social Psychol* 2002; 82(5): 756.
5. Barbosa SD, Gerhardt MW & Kickul JR. The role of cognitive style and risk preference on entrepreneurial self-efficacy and entrepreneurial intentions. *J Leadership and Organizational Studies* 2007; 13(4): 86-104.
6. Vazire S, Naumann LP, Rentfrow PJ & Gosling SD. Portrait of a narcissist: Manifestations of narcissism in physical appearance. *J Research in Personality* 2008; 42(6): 1439-47.
7. Stoeber J, Hutchfield J & Wood KV. Perfectionism, self-efficacy and aspiration level: Differential effects of perfectionist striving and self-criticism after success and failure. *Personality and Individual Differences* 2008; 45(4): 323-7.
8. Farzianpour F, Rahimi Foroushani A, Kamjoo H & Hosseini SS. Organizational Citizenship Behavior(OCB) Among the Managers of Teaching Hospitals. *American J Economics and Business Administration* 2011; 3(3): 534-42.
9. Themanson JR, Hillman CH, McAuley E, Buck SM, Doerksen SE, Morris KS, et al. Self-efficacy effects on neuroelectric and behavioral indices of action monitoring in older adults. *Neurobiology of Aging* 2008; 29(7): 1111-22.
10. Decker PJ. The hidden competencies of healthcare: why self-esteem, accountability and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores. *Hospital Topics* 1999; 77(1): 14-26.
11. Laschinger HK, Purdy N & Almost J. The impact of leader-member exchange quality, empowerment and core self-evaluation on nurse manager's job satisfaction. *J Nursing Administration* 2007; 37(5): 221.
12. Iranzadeh S. Evaluating relationship between Social factors with self efficacy. Employees satisfaction and Productivity in Oromiye and Mahabad Azad University 2010: 56-99[Article in Persian].
13. Pierce JL & Gardner DG. Self-esteem within the work and organizational context: A review of the organization-based self-esteem literature. *Journal of Management* 2004; 30(5): 591-622.
14. Korman AK. Self-esteem variable in vocational choice. *Journal of Applied Psychology* 1966; 50(6): 479-86.
15. Korman AK. Toward an hypothesis of work behavior. *Journal of Applied Psychology* 1970; 54(1): 31-41.

16. Korman AK. Organizational achievement, aggression and creativity: Some suggestions toward an integrated theory. *Organizational Behavior and Human Performance* 1971; 6(5): 593-613.
17. Stark E, Thomas L & Poppler P. Psychological disposition and job satisfaction under varying conditions of organizational change: Relevance and meaning from survivors and walking wounded. 2000; 110-1.
18. Joolae S, Givari A, Taavoni S, Bahrani N & Reza Pour R. Patients' satisfaction with provided nursing care. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007; 2(6-7): 37-44[Article in Persian].
19. Hajian K. Satisfaction of hospitalized patients of health care services in Shahid Beheshti and Yahyanezhad hospitals of Babol. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2007; 9(2): 51-60[Article in Persian].
20. Cho SH. Inpatient satisfaction and dissatisfaction in relation to socio-demographics and utilization characteristics. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35(3): 535-45.
21. Chan JN & Chau J. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *J Adv Nurs* 2005; 50(5): 498-507.
22. Lee DS, Tu JV, Chong A & Alter DA. Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. *Circulation* 2008; 118(19): 1938-45.
23. Elaine La M. *Management and Leadership in Nursing and Health Care*. 3rd ed. New York: Spring Publishing Company; 2012: 56-67, 223.

The Relationship Between Nursing Managers' Self-Reliance And Patients' Satisfaction In Hospitals Affiliated To Tehran University Of Medical Sciences(TUMS)

Farzianpour Fereshteh¹(Ph.D) - Hosseini Seyyed Mostafa²(Ph.D)
Hosseini Seyed Shahab³(BSc.)- Movahed Kor Elham⁴(MSPH)
Amerzadeh Mohamad⁵(MSPH)

1 Associate Professor, Health Management & Economic Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Professor, Epidemiology and Statistic Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Master of Sciences Student in MBA, Management Department, Tehran University, International Kish Island, Iran

4 Ph.D Student in Health Care Management, Health Management and Economic Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Sciences Student in Health Care Management, Health Management & Economic Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Jun 2012

Accepted : Nov 2012

Background and Aim: Self-reliance is a psychological belief that is formed in an individual during growth and is not changed easily and quickly.

The present study aims to evaluate the relationship between nursing managers' self-reliance and patients' satisfaction in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences(TUMS).

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 400 individuals(200 nursing managers and 200 patients) were interviewed in various clinical wards of TUMS hospitals. Nursing managers' self-reliance and patients' satisfaction were evaluated using a structured questionnaire.

The data were entered into Stata 11 software and analyzed with non-parametric ANOVA and Spearman's correlation coefficient tests. The significance level was determined to be $p < 0.05$.

Results: Of the nursing managers, 58(29%) were male and 142(71%) were female. The mean and SD of their self-reliance were 134.9 and 19.8, respectively. The patients, however, comprised 81(40.5%) males and 118(59.5%) females. The mean and the standard deviation of patients' satisfaction were 57 and 18.2, respectively; the only individual factors affecting their level of satisfaction were educational level($p < 0.005$) and insurance status($p < 0.0001$). Besides, a multivariate analysis showed that there was a significant negative association between managers' self-esteem and patients' satisfaction($P = 0.04$).

Conclusion: The findings revealed that female managers had less self-esteem than male managers. Moreover, it showed that managers' higher self-esteem would cause patients' lower satisfaction. Furthermore, patients with higher education and/or with health insurance were more satisfied than others.

Key words: Self-Reliance, Patient Satisfaction, Nursing Managers, Hospitals, Tehran University of Medical Sciences

* Corresponding Author:
Farzianpour F ;
E -mail:
Farzianp@sina.tums.ac.ir