

عوامل موثر بر میزان تمرکز سازمانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمد عرب: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

رقبه خبیری: دانشجو دوره دکترای تخصصی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط: rkhabiri@razi.tums.ac.ir

دکتر ابوالقاسم پوررضا: دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

جلال سعیدپور: کارشناس ارشد، بیمارستان امام خمینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دکتر حجت زراعتی: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

علیرضا محمدنژاد: کارشناس، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۵/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: موضوع تمرکز سازمانی از مفاهیم اساسی در علم مدیریت است. تمرکز سازمانی عبارت است از اینکه مرکز ثقل تصمیم گیری در رأس سلسله مراتب هرم سازمانی قرار داشته باشد. در این پژوهش سعی شده است به یکی از ابعاد مهم سازمان یعنی میزان تمرکز سازمانی در بیمارستانها به عنوان نوعی سازمان اجتماعی و پیچیده پرداخته شود. روش کار: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی بوده که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۴ انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه مدیران و مدیران پرستاری بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد. در این پژوهش با بررسی های لازم، میزان تمرکز سازمانی بیمارستانها در ۳ رده متمرکز، نیمه متمرکز و غیر متمرکز دسته بندی گردید.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمونهای آماری t تست، آنالیز واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن در نرم افزار SPSS استفاده شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که از بین ۱۵ متغیر مورد پژوهش ۵ متغیر مهم شامل: جنسیت ($p=0/001$) پست سازمانی ($p=0/005$)، طی دوره آموزشی در زمینه مدیریت ($p=0/001$)، بار مالی تصمیم گیری ($p=0/03$) در گروه مدیران بیمارستان و امکان کنترل تصمیمات اتخاذ شده ($p=0/014$) در گروه مدیران پرستاری دارای ارتباط آماری معنی داری با تمرکز سازمانی بوده اند.

نتیجه گیری: میانگین درجه تمرکز در بیمارستانهای مورد مطالعه ۷۵/۳۸٪ بوده است که این میزان در حوزه مدیران بیمارستان ۷۶/۳٪ و در حوزه مدیران پرستاری ۷۳/۳۸٪ بوده است. یافته های این پژوهش نشان داد که بیمارستانهای مورد مطالعه به صورت نیمه متمرکز اداره می شوند.

واژگان کلیدی: تمرکز سازمانی، تفویض اختیار، تمرکز زدایی، بار مالی تصمیم گیری، مدیران بیمارستان

مقدمه

امری ضروری به نظر می رسد. از طرفی به لحاظ تنوع تخصصها در بیمارستانها امکان اینکه یک فرد به عنوان مدیر یا رئیس بر کلیه این امور تسلط داشته باشد امری مشکل به نظر می رسد. از این جهت ضرورت ایجاد می کند که اختیارات کافی به مسئولین واحدهای تخصصی از قبیل امور مالی، تأسیسات، رادیولوژی، آزمایشگاه و بخش های بالینی داده شود تا تصمیم گیریهای این واحدها با دید تخصصی تری صورت گیرد. ساختار سازمانی بیمارستان باید بتواند بر اساس اهداف و وظایف و حساسیت خدمات ارائه شده بهداشتی و درمانی با تفویض اختیار بیشتر و سرعت در تصمیم گیری بهترین شرایط را برای ارائه خدمات مطلوب و با کیفیت فراهم نماید (Aas 1997).

هدف اصلی این پژوهش بررسی عوامل موثر بر میزان تمرکز سازمانی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران است، در این راستا، ارتباط بین مشخصات فردی مدیران و مدیران پرستاری این بیمارستانها با درجه تمرکز سازمانی و نیز ارتباط بین عوامل موثر در حیطه مدیران از جمله بار مالی تصمیم گیری برای بیمارستان، تعهد حقوقی تصمیم گیری برای بیمارستان، کاهش اختیارات، اعتماد به زیردستان، ویژگیهای اخلاقی و شخصی مدیران، توانایی در انجام بهتر وظایف، امکان کنترل تصمیمات اتخاذ شده با درجه تمرکز سازمانی بیمارستانها بررسی می شود.

با استفاده از یافته های این پژوهش می توان راهکارهایی عملی برای تمرکززدائی و تدوین ساختار سازمانی مبتنی بر عدم تمرکز در بیمارستانها ارائه داد. در زمینه تمرکز سازمانی مطالعات متعددی انجام شده است اما به نظر می رسد تلاشهای انجام شده در زمینه تمرکز و عدم تمرکز، بیشتر معطوف به جنبه های تئوری موضوع بوده و کمتر به شکلی عملی در سازمانها مورد بررسی واقع شده است (Mills 1994).

امروزه مفاهیم تمرکز و عدم تمرکز در یک حالت ابهام و پیچیدگی در موارد گوناگون به کار می رود. تمرکز سازمانی به این معنی است که مرکز ثقل تصمیم گیری در رأس سلسله مراتب هرم سازمانی قرار داشته باشد یا به عبارتی اختیار تصمیم گیری در سازمان، محدود به رأس سازمان بوده و تمامی یا حداقل، اکثریت تصمیمات سازمان در رأس سازمان توسط مدیران ارشد اتخاذ شده و به سطوح سازمان و قاعده هرم سازمانی جریان یابد. به همان میزانی که درجه تصمیم گیری در رأس سازمان بیشتر باشد شدت تمرکز سازمانی افزایش می یابد. نکته مهم و حائز اهمیت در مسیر تمرکز این است که تعیین دقیق میزان تمرکز که منجر به بهبود فرایندهای سازمان شود هیچگاه امکان پذیر نخواهد بود زیرا عوامل مختلفی و متعددی در تعیین میزان مطلوب عدم تمرکز سازمانی دخیل اند که شناخت و تجزیه و تحلیل هر کدام از آنها نیاز به پژوهش و تحقیقات زیادی دارد (Irannezhad parizi 2003). اما یک اصل کلی این است که وظایف باید به پائین ترین سطوح واگذار شوند جایی که می توان آنها را به صورت اثربخش انجام داد و لازمه آن واگذاری قدرت کافی به کارکنان سطوح پائین تر است تا بتوانند شایستگی خود را به اثبات رسانند (Hurley et al. 1998).

بیمارستانها علاوه بر این که یکی از سازمانهای پیچیده به لحاظ نوع وظایف و تخصصهای افراد شاغل می باشند مراکزی هستند که تصمیم گیری در آن اهمیت مضاعف دارد، از طرفی هر چه سازمان بیمارستان متمرکز تر باشد و تصمیم گیری در مراتب بالاتر صورت گیرد نیاز به طی زمان بیشتری دارد که خود به کندی امور و کاهش خدمت رسانی می انجامد. لذا تفویض اختیار مناسب با مسؤولیت در بیمارستان

در عین حال نتایج برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه در قسمت بحث خواهد آمد.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی تحلیلی بوده که به روش مقطعی انجام شده است. جامعه پژوهش کلیه مدیران و مدیران پرستاری بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳ بیمارستان) می باشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد. روش تهیه پرسشنامه به این ترتیب بود که با مراجعه به منابع مختلف علمی در این زمینه کلیه مطالب مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف پژوهش فهرست گردید. و در مرحله بعد این مطالب تبدیل به سؤال شد و پس از چندین بار تغییر و اصلاح لازم، مورد استفاده قرار گرفت. برای تأیید روایی و اعتبار، پرسشنامه ها در اختیار اساتید مختلف مدیریت قرار گرفت و سپس نظرات اصلاحی آنان در پرسشنامه ها اعمال گردید. برای تعیین اعتماد یا پایایی، پرسشنامه ها در اختیار ۴ نفر از مدیران و مدیران پرستاری قرار گرفت و از روش آزمون مجدد یا Test-retest استفاده شد. تغییرات پاسخهای دو مرحله از طریق آزمون Wilcoxon بررسی گردید و پایایی پرسشنامه تأیید شد.

جهت جمع آوری اطلاعات مورد نظر، دو دسته پرسشنامه تهیه گردید. پرسشنامه شماره ۱ شامل دو بخش است، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه است و بخش دوم شامل ۲۰ سؤال ۵ جوابی است که برای سنجش میزان تمرکز سازمانی در بیمارستانهای مورد مطالعه می باشد. در این پرسشنامه به هر سؤال از ۱ تا ۵، امتیاز داده شد (۱ بیشترین میزان تمرکز و ۵ کمترین میزان تمرکز) در

مجموع بیشترین امتیاز هر پرسشنامه ۱۰۰ و کمترین امتیاز آن ۲۰ می باشد هر چه نمره تمرکز سازمانی به ۱۰۰ نزدیک تر باشد، میزان تمرکز کمتر و به عبارتی دیگر ساختار سازمانی بیمارستان، غیر متمرکز تر می باشد.

در این پژوهش با بررسی های لازم، مقرر گردید امتیازات کمتر از ۶۰ در رده متمرکز و امتیازات ۸۰-۶۰ در رده نیمه متمرکز و امتیازات بالاتر از ۸۰ در رده غیر متمرکز دسته بندی شوند.

پرسشنامه شماره ۲ که شامل ۱۴ سؤال ۳ جوابی است با هدف سنجش عوامل موثر بر تمرکز سازمانی در حیطه مدیران اجرائی بیمارستانهای مورد مطالعه طراحی شده است.

پژوهشگران در انجام این پژوهش سعی نمودند ملاحظات اخلاقی زیر را رعایت کنند: (۱) اخذ مجوز از ریاست بیمارستانهای مورد مطالعه (۲) ارائه توضیحات لازم در زمینه پژوهش حاضر برای جمعیت نمونه (۳) تعهد به محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده توسط افراد نمونه و عدم قید نام و نام خانوادگی پرسش شوندهاگان در واحدهای مورد مطالعه.

آزمونهای آماری مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: آمارهای توصیفی، آزمون مستقل t تست، آنالیز واریانس یکطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن. کلیه عملیات فوق با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شده است.

نتایج

در این بخش با توجه به اهداف پژوهش به سؤالات و فرضیات زیر پاسخ داده می شود:

(۱) مشخصات فردی مدیران اجرائی بیمارستانهای مورد مطالعه چیست؟ (۲) میزان تمرکز در بیمارستانهای مورد مطالعه چگونه است؟ (۳) رابطه بین درجه تمرکز سازمانی

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می دهد ارتباط آماری معنی داری بین مشخصات فردی مدیران اجرایی (سن، مدرک تحصیلی، رشته تحصیلی، سابقه خدمت، سابقه مدیریتی) و میزان تمرکز سازمانی وجود ندارد ($p > 0/05$).

(۴) در پاسخ به سؤال چهارم:

نتایج حاصله (جدول شماره ۳) نشانگر این بود که در دو مورد رابطه آماری معنی دار وجود دارد که عبارتند از: بار مالی تصمیم گیری برای سازمان در گروه مدیران بیمارستان ($p < 0/05$) و امکان کنترل تصمیمات اتخاذ شده در گروه مدیران پرستاری ($p = 0/014$).

رابطه بین تمرکز سازمانی و متغیرهای پژوهش نظیر تعهد حقوقی تصمیم گیری برای بیمارستان، کاهش اختیارات، اعتماد به زیردستان، ویژگیهای اخلاقی مدیران و توانایی در انجام بهتر وظایف بررسی گردید و معنی دار بودن آنان از نظر آماری تأیید نگردید (جدول شماره ۳).

بحث

در این پژوهش همانطور که در بخش یافته ها اشاره شد ارتباط معنی داری بین مشخصات فردی مدیران اجرایی (جنس، پست سازمانی و گذراندن دوره های آموزشی) و درجه تمرکز سازمانی وجود دارد؛ در زمینه وجود ارتباط معنی دار بین جنسیت و درجه تمرکز سازمانی، می تواند علت این باشد که اکثر مدیران پرستاری زن هستند ($93/2\%$) و به مدیران پرستاری به دلیل اینکه حوزه عملکرد محدودتری نسبت به مدیران بیمارستان دارند اختیارات کمتری تفویض می شود.

رابطه معنی دار بین پست سازمانی و درجه تمرکز نیز می تواند ناشی از این امر باشد که سطح مدیریتی مدیر بیمارستان نسبت به مدیر پرستاری بالاتر است. و با بالا رفتن سطوح مدیریتی از نظارت مستقیم مدیران کاسته شده و در نتیجه میزان تمرکز کاهش می یابد.

و مشخصات فردی چیست (۴) عوامل موثر بر درجه تمرکز سازمانی در حیطه مدیران اجرایی کدام اند؟ (۱) در پاسخ به سؤال اول:

در گروه مدیران بیمارستان ۱۲ نفر ($92/3\%$) مرد و ۱ نفر ($7/7\%$) زن بوده اند، میانگین سن آنان $46/5$ سال بوده و بطور میانگین $21/3$ سال سابقه خدمت و ۱۵ سال سابقه خدمت در پست مدیریت بیمارستان داشتند. تعداد ۵ نفر ($38/5\%$) دارای مدرک کارشناسی، ۶ نفر کارشناسی ارشد ($46/2\%$) و ۱ نفر دکتری عمومی و ۱ نفر دکتری تخصصی بودند. رشته تحصیلی ۱ نفر پرستاری، ۳ نفر ($23/1\%$) گرایشهای مدیریت و ۹ نفر ($69/2\%$) رشته های غیر مرتبط بودند. از این میان تنها ۲ نفر دانش اموخته رشته مدیریت بیمارستان بودند. ولی همه مدیران دوره آموزشی مدیریت را گذرانده بودند.

در گروه مدیران پرستاری ۱ نفر ($7/7\%$) مرد و ۱۲ نفر ($92/3\%$) زن بوده اند. و میانگین سن آنان ۴۷ سال بود بطور میانگین $23/8$ سال سابقه خدمت و $14/6$ سال سابقه خدمت در پست مدیران پرستاری داشتند. تعداد ۱ نفر دارای مدرک فوق دیپلم، ۱۱ نفر کارشناسی ($84/6\%$) و ۱ نفر کارشناسی ارشد بودند. رشته تحصیلی همه آنان پرستاری بود و 76% آنان دوره آموزشی مدیریت را گذرانده بودند.

(۲) در پاسخ به سؤال دوم:

میانگین درجه تمرکز $75/38\%$ بوده است که این میزان از دیدگاه مدیران بیمارستان $76/3\%$ و از دیدگاه مدیران پرستاری $73/38\%$ بوده است (جدول شماره ۱).

(۳) در پاسخ به سؤال سوم:

همانطور که جداول شماره ۱ و ۲ نشان می دهند ارتباط معنی داری بین مشخصات فردی مدیران اجرایی (جنس، پست سازمانی و گذراندن دوره های آموزشی) و درجه تمرکز سازمانی وجود دارد ($p < 0/05$).

می‌باشد این مسئله حاکی از آن‌است که آنها در مقایسه با بیمارستان‌های این مطالعه غیرمتمرکزتر عمل می‌کنند (Shah 2002).

بحث کلی در مورد تمرکز زدائی مراقبتهای سلامتی برای بهبود کیفیت خدمات و پوشش کافی، مفید است اما هنوز این مسئله که چطور این فواید بدست خواهد آمد و اثرات خاص آن بر سیستم های مختلف بهداشتی، ناشناخته مانده است (Saltman et al. 2007). زیرا در زمینه تأثیر دقیق تمرکز زدائی در بیمارستانها شواهد بسیار کمی وجود دارد (Kolemainen 2004).

انجام مطالعات مداخله ای در زمینه تمرکززدایی، با اختصاص بیمارستانها به گروههای مورد و شاهد بسیار دشوار به نظر می‌رسد (Aas 1999).

احتمالاً به این دلیل که بیمارستانها ممکن است این مسئله را نپذیرند که وضعیت سازمانی آنها برای اهداف پژوهشی دچار تغییر شود. با وجود مطالعات موردی و پراکنده و نیز مطالعاتی در سطحی محدود، مشکل تعمیم پذیری نتایج همواره وجود دارد. از سوی دیگر، مطالعات مداخله ای شاهد دار ممکن است یک شرایط آزمایشگاهی ساختگی ایجاد کنند که در زندگی واقعی، منطقی نبوده و دور از انتظار هستند. برای بدست آوردن نتایج مطلوب از عدم تمرکز باید عوامل بیرونی مختلف لحاظ شوند نظیر رهبری، فرهنگ سازمانی و مشخصات اهداف، محیط و مشخصات فرایند خدمت رسانی. انواع مختلفی از ارزیابی عملکرد می‌توانند برای ثبت تأثیر تمرکز زدائی مورد استفاده قرار گیرند نظیر ارزیابی بهره‌وری، شاخص‌های کیفیت و هزینه اثر بخشی (Ovretveit 1998; Kochen et al. 2000).

اخیراً بسیاری از کشورها که قبلاً عدم تمرکز را در بخش بهداشت و درمان خود تجربه کرده بودند به سمت فرایند تمرکزگرایی مجدد در سطح ملی، منطقه ای و محلی گرایش پیدا کرده اند تا تصمیم گیری در بخش

وجود ارتباط معنی دار بین گذراندن دوره های آموزشی و درجه تمرکز احتمالاً به این دلیل است که افراد به دلیل آموزش هایی که در طی این دوره‌ها می‌بینند با روشها و مزایای عدم تمرکز آشنا شده و در نتیجه دیدگاه مثبتی نسبت به آن پیدا می‌کنند.

در زمینه بار مالی تصمیم گیری برای سازمان از دیدگاه مدیران بیمارستان با توجه به آزمون به عمل آمده بین این متغیر و درجه تمرکز رابطه آماری معنی داری وجود داشت ($p = 0/03$).

البته نکته قابل ذکر این است که این آزمون در گروه مدیران پرستاری و کل معنی دار نبوده است. مطالعه ای که توسط مشایخی پور جهت بررسی نظام اختیارات در حوزه مرکزی وزارت جهاد انجام شده است نشان داد که بین تمرکز سازمانی و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری وجود دارد (Mashayekhipour 1996) ولی در پژوهش حاضر در این خصوص ارتباط معنی داری وجود نداشت.

همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین تمرکز سازمانی ۷۵/۳۸ بوده است که این میزان در حیطه مدیران بیمارستان ۷۶/۳٪ و در حیطه مدیران پرستاری ۷۳/۳۸٪ بوده است که این امر نشانگر این است که در حوزه مدیران بیمارستان تفویض اختیار بیشتر و در نتیجه تمرکز سازمانی کمتر است. در پژوهشی که توسط بهرامی در همین زمینه در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است این میزان برای مدیران بیمارستان ۵۲/۱٪ و برای مدیران پرستاری ۳۴٪ بوده است (Bahrami 2002) که ضمن همسو بودن هر دو مطالعه نشان می‌دهد که مدیران بیمارستانهای پژوهش حاضر به مراتب غیرمتمرکزتر عمل می‌نمایند.

در مطالعه ای که توسط Shah و همکاران در سال ۲۰۰۲ در بیمارستانهای آمریکا انجام گرفت نشان داده شد که میزان تمرکز سازمانی در این بیمارستانها ۳۸/۲٪

برخی از صاحب‌نظران پیامدهای بالقوه منفی تمرکززدایی در کشورهای در حال توسعه را بزرگنمایی کرده‌اند (Collins 1994) ضمن تأکید بر این نکته که تمرکززدایی ناظر بر بهبود و ترمیم تفاوتها بین مناطق مختلف هر کشور است، نوعی تمایل ذاتی در دستیابی به هدف بزرگتر برابری (مثلاً ارتقای سطح دسترسی برابر به خدمات) در درون نظام بهداشتی وجود دارد (Pourreza 2004).

نتیجه‌گیری

همانطور که از قسمت یافته‌های این مطالعه برمی‌آید بیمارستانهای مورد مطالعه بصورت نیمه متمرکز (میانگین ۷۵/۳۸) اداره می‌شوند. بنابراین مدیران و مدیران پرستاری نیاز به آموزش دوره‌های مرتبط با اداره امور بیمارستانها داشته و نیز لازم است اختیار بیشتری به مدیران پرستاری بیمارستان تفویض شود.

براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهادات زیرجهت بهبود عملکرد بیمارستانها برای تحقق درجه مطلوبی از تمرکز سازمانی ارائه می‌شود:

- آموزش روش و اصول تصمیم‌گیری به کارکنان در جهت توانمندی آنان برای مشارکت در تصمیم‌گیریهای سازمان؛

- بازنگری قوانینی که به عنوان مانع تفویض اختیار در سازمان تلقی می‌شوند؛

- برقراری سیستم کنترل از طرف مدیران که با اطمینان خاطر از امکان کنترل تصمیمات اقدام به تفویض اختیار نمایند. پیشنهاد برای مطالعات آینده:

- بررسی تأثیر تمرکز سازمانی بر روحیه و قدرت انگیزش کارکنان،

- بررسی ارتباط بین میزان تمرکز سازمانی و بروز خلاقیت،

- عملکرد بیمارستانها در ارتباط با میزان تمرکز سازمانی.

بهداشت را کنترل نموده و بنابراین موج جدیدی از تمرکز‌گرایی مجدد بویژه در کشورهای اروپایی دیده می‌شود (Saltman 2008; Magnussen et al. 2007).

پدیده تمرکز موضوع چندان ساده‌ای نیست که بتوان گفت چه کسی یا کسانی می‌توانند تصمیم بگیرند. اگر فردی در رده پایین سازمان نیز تصمیمات متعددی بگیرد، ولی این تصمیمات براساس سیاستهای سازمانی مشخص و برنامه‌ریزی شده باشد، سازمان مزبور تا حد زیادی متمرکز است. در سازمانهایی که امور به صورت دموکراسی و تصمیمات به صورت جمعی و گروهی گرفته می‌شود بیشتر می‌توان شاهد تمرکززدایی بود.

یکی از ارکان پدیده تمرکز این است که ببینیم کارها و فعالیتهای اعضای سازمان چگونه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. فرایند ارزیابی مستلزم این است که ببینیم آیا کارهای سازمان به صورتی صحیح، عالی یا به سرعت انجام شده است یا خیر؟ اگر کار ارزیابی به وسیله افرادی که در رأس سازمان قرار گرفته‌اند انجام شود، سازمان متمرکز است (صرفنظر از اینکه چه نوع تصمیماتی گرفته شود). در سازمانهایی که ارزیابی کار افراد به صورت متمرکز انجام می‌شود، معمولاً سیاستها هم متمرکز است (ولی الزاماً همیشه وضع بدین گونه نیست) (Tediosi et al. 2008).

گاهی می‌توان گفت که یک سازمان اختیار را از نو متمرکز می‌کند یعنی اختیاراتی که پیش از این از سوی مدیران واگذار شده بود یکسره باز پس گرفته می‌شود. این عبارت دلالت بر این دارد که تفویض اختیار، مطلق و همیشگی نیست و مدیری که اختیاری را به زیردست تفویض می‌کند در هر زمانی می‌تواند اختیار تفویض شده را پس گیرد (Magnussen et al. 2004).

و مدیران پرستاری) بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، تشکر می کنیم.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشکده بهداشت که هزینه اجرای این پایان نامه را تقبل نمودند سپاسگزاریم. نیز از مدیران اجرایی (مدیران بیمارستان

جدول ۱- توزیع فراوانی میزان تمرکز سازمانی و امتیاز تمرکز سازمانی بر حسب پست سازمانی مدیران اجرایی در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران-۱۳۸۴

مدیر پرستاری		مدیر بیمارستان		درجه تمرکز سازمانی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
-	-	-	-	متمرکز
۷۶/۹	۱۰	۶۹/۲	۹	نیمه متمرکز
۲۳/۱	۳	۳۰/۸	۴	غیر متمرکز
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	جمع
۷۴/۳۸		۷۶/۳۰		امتیاز تمرکز (میانگین)
۸/۵۸		۶/۳۰		انحراف معیار

میانگین امتیاز تمرکز: ۷۵/۳۸

$F = ۵۰/۲۶۷$

$p < ۰/۰۵$

جدول ۲- رابطه بین مشخصات فردی مدیران بیمارستان و مدیران پرستاری با درجه تمرکز سازمانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران-۱۳۸۴

مشخصات فردی	مدیر بیمارستان	pvalue	مدیر پرستاری	pvalue
جنس	T=۴۳/۳۶۱	۰/۰۰	T= - ۵/۷	۰/۰۰
سن	R=۰/۳۸۱	۰/۱۹۹	R= ۰/۱۱۴	۰/۷۱۰
مدرک تحصیلی	F= ۱/۶۷	۰/۵۴۴	F=۰/۶۰۰	۰/۷۶۳
رشته تحصیلی	F= ۰/۱۱	۰/۵۸۸	-	-
سابقه خدمت	R= ۰/۲۴۴	۰/۴۲۱	R=۰/۲۶۱	۰/۳۸۹
سابقه مدیریتی	R=۰/۹۵۳	۰/۰۵	R=۰/۰۶۷	۰/۸۲۸
گذراندن دوره آموزشی	-	-	T=۲۹/۹۷	۰/۰۰

جدول ۳- رابطه بین متغیرهای حوزه مدیران با درجه تمرکز سازمانی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران-۱۳۸۴

مدیر بیمارستان		مدیر پرستاری		متغیرهای حوزه مدیران اجرایی
r	p value	r	p value	
۰/۵۹۴	۰/۰۳۲	۰/۱۳۱	۰/۷۳۷	بارمالی تصمیم گیری برای بیمارستان
۰/۲۲۰	۰/۴۷۰	۰/۰۴۴	۰/۹۱۱	تعهد حقوقی تصمیم گیری برای بیمارستان
۰/۲۸۵	۰/۳۴۵	-۰/۳۷۲	۰/۲۱۱	کاهش اختیارات
۰/۴۶۵	۰/۱۰۹	-۰/۰۲۱	۰/۹۴۷	اعتماد به زیردستان
۰/۰۵۹	۰/۸۴۹	-۰/۳۰۵	۰/۳۱۰	ویژگیهای اخلاقی مدیران
۰/۰۲۴	۰/۹۳۷	- ۰/۲۸۵	۰/۳۴۵	توانائی در انجام بهتر وظایف
-۰/۲۵۱	۰/۴۰۹	۰/۱۲۷	۰/۶۷۹	تمایل به قبول مسئولیت
۰/۳۱۰	۰/۳۰۳	۰/۶۶۲	۰/۰۱۴	امکان کنترل تصمیمات اتخاذ شده

References

- Aas I.H.M., 1999. Incentives and financing methods. *Health Policy*, **4**, pp. 205- 220.
- Aas I.H. M., 1997. Organizational change: decentralization in hospitals. *Int. J. Hlth Planning and Management*, **12**, pp.103 – 114
- Bahrami M. A., 2002. survey on factors affecting on centralization of organization in point of view of managers in hospitals affiliated with Shiraz university, *Msc thesis*, pp.52 -68 [In Persian].
- Collins C. and Green A., 1994. Decentralization and primary health care:

- some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services*, **24**, pp.459-475.
- Hurley J., Birch S. and Eyles J., 1998. Geographically-decentralized planning and management in health care: Some informational issues and their implications for efficiency. *Soc. Sci. Med*, **41**, pp.3-11.
- Irannezhad Parizi M. and Sasangohar P., 2003. organization and management: from theory to practice, Tehran, *high institute of Central Bank*, 7th edition, pp.124-135 [In Persian].
- Kochen M. and Deutsch K. W., 2000. Decentralization. Sketches Towards a Rational Theory. Cambridge, Massachusetts: Oelgeschlager, Gunn & Hain Publishers, pp.53-67.
- Kolemainen A. and Ritja L., 2004. Decentralization impact on the health workforce: perceptions of managers, workers and national leaders, boston(USA), *Human Resource for health*, **2**(5), pp.2-4, available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC420260/pdf/1478-4491-2-5.pdf>.
- Magnussen J., Tediosi F. and Mihalyi P., 2004. Effects of decentralization and recentralization on economic dimensions of health systems. *World Health Organization, Geneva*, pp.114-119.
- Magnussen J., Hagen T.P. and Kaarboe O.M., 2007. Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Soc Sci Med*, **64**, pp.2129-2137.
- Mashayekhipour A., 1996. A survey on system in central area of Jahad ministry. , Msc thesis, *University of Tarbit modares*, pp.35-38 [In Persian].
- Mills A., 1994. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public Administration and Development*, **14**, pp.281-292.
- Ovretveit J., 1998. Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. London: *Blackwell Scientific Publications*, pp. 45-49.
- Pourreza, A., 2004. Health economics in developing countries, high institute of research and education, *management and planning*, pp.243-248 [In Persian].
- Saltman R.B., 2008. Decentralization, recentralization and future European health policy. *Eur J Public Health*, **18**, pp.104-106.
- Saltman R.B., Bankauskaite V. and Karsten V., 2007. Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series, *Open University Press*, pp.29-38.
- Shah N. and Smith M.A., 2002. Regional Hospital Organizational Characteristics and Surgical Procedure Rates, *Acad Health Serv Res Health Policy Meet*, pp.19-37.
- Tediosi F., Gabriele S. and Longo F., 2008. Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy*, **90**(2), pp. 303-312.