J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE

Received:2019/10/21 *Accepted:2019/04/14*

Effective Self-Efficacy Factors in Empowerment of Health Care Networks Managers in East Azerbaijan, West Azerbaijan and Ardebil Provinces, Iran

Fatemeh Yousef Yaghoobi(P.hD.)[1], Leila Riahi(P.hD.)[2], Seyed Jamaleddin Tabibi(P.hD.)[3], Mahmood Mahmoodi Majdabadi Farahani(P.hD.)[3]

1.P.hD., Candidate of Health Services Management, Department of Health Services Management, Faculty of Medical Sciences and Technology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Medical Sciences and Technology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: l.riahi@srbiau.ac.ir Tel: 09121131901
3.Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Medical Sciences and Technology, Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Empowerment has determinant role in developing the ability of individuals in order to achieve sustainable improvement in efficiency of the health care organizations. This study was carried out to identify the variables and effective self-efficacy components affecting the manager's empowerment in Health Care Networks during 2018-19.
Methods: This is an applied and exploratory study. At first, the variables involving in the empowerment of human resources were extracted by reviewing the literature as well as interviewing with the specialists. Then, the conceptual model was designed, the questionnaire compiled and its validity and reliability confirmed. The data were collected through the completing of the questionnaire by 416 managers who were chosen via stratified random sampling method and analyzed using exploratory and confirmatory factor analysis.
Results: According to the results of the exploratory factor analysis, the variable "continuous training" with the factor loading of 0.84 was found the most important variable. Concerning the standard coefficients of confirmatory factor analysis, variables of all the three components of self-efficacy were significant ($p<0.001$) and the component "Believe in responsibly ability and skill in work" (factor loading = 0.96) had the higher effect on self-efficacy. The impact rate of self-efficacy in empowerment with 0.96 and the variables "having job skills" and "emotional arousal" with 0.79 factor loading are considered as the most significant variables.
Conclusion: The Universities of Medical Sciences and Health Care Networks can improve the ability of the managers through continuous training, promotion of professional skills, responsibility and presenting the successful models and experiences.

Keywords: Empowerment Model, Health Care Managers, Self-Efficacy
Conflict of interest: The authors declared that there is no Conflict interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

This Paper Should be Cited as:
Author : Fatemeh Yousef Yaghoobi, Leila Riahi, Seyed Jamaleddin Tabibi, Mahmood Mahmoodi Majdabadi Farahani. Effective Self-Efficacy Factors in Empowerment of Health Care……..…Tolooebehdasht Journal.2019;18(4):89-107.[Persian]

عوامل خودکارآمدی موثر در توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی استان‌های آذربایجان‌شرقی، آذربایجان‌غربی و اردبیل

نویسندگان: فاطمه یوسف یعقوبی[۱] ، لیلا ریاحی[۲] ، سید جمال الدین طبیبی[۳] ، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی[۳]

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. تلفن تماس: ۰۹۱۲۱۱۳۱۹۰۱ Email:l.riahi@srbiau.ac.ir

۳. استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال هیجدهم
شماره چهارم
مهر و آبان ۱۳۹۸
شماره مسلسل: ۷۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۲۴

چکیده

مقدمه: توانمندسازی در توسعه قابلیت افراد برای نیل به بهبود مستمر در عملکرد سازمان‌های بهداشتی درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. پژوهش حاضر با هدف شناسایی متغیرها و مولفه‌های خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع کاربردی و اکتشافی است. ابتدا، با بررسی ادبیات پژوهش و هم‌چنین مصاحبه با متخصصان موضوعی، متغیرهای توانمندسازی منابع انسانی استخراج شد. سپس، مدل مفهومی پژوهش طراحی گردید و پرسشنامه تدوین و اعتبارسنجی شد. داده‌ها با تکمیل پرسشنامه از ۴۱۶ نفر از مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی سه استان، که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده بودند جمع‌آوری گردید و با تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: با توجه به نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، متغیر "آموزش مستمر" در عامل خودکارآمدی با بار عاملی ۰/۸۴ بیشترین اهمیت را داشت. بر مبنای ضرایب استاندارد تحلیل عاملی تاییدی، متغیرهای هر سه مولفه خودکارآمدی در سطح $p<۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود و مولفه "باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار" با بار عاملی ۰/۹۶ بیشترین تاثیر را بر عامل خودکارآمدی داشت. میزان تاثیر عامل خودکارآمدی در توانمندسازی ۰/۹۶ بود و بیشترین اهمیت را متغیرهای "داشتن مهارت‌های شغلی" و "برانگیختگی هیجانی" با بار عاملی ۰/۷۹ به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی درمانی می توانند از طریق آموزش مستمر، ارتقاء توانایی‌ها و مهارت های شغلی، مسئولیت‌پذیری، و ارائه الگوها و تجربه‌های موفق، توانمندی مدیران را بهبود بخشند.

واژه های کلیدی: مدل توانمندسازی، مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی، خودکارآمدی.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

مقدمه

با توجه به کمبود منابع در نظام سلامت و عواملی مانند لزوم جلوگیری از اتلاف منابع محدود و استفاده بهینه از امکانات موجود و ارائه خدمات با کیفیت مطلوب به آحاد جامعه، تامین پاسخگویی، عدالت اجتماعی و جلب رضایت مردم از جمله مسایلی هستند که دستیابی به آنها جز با توانمندسازی کارکنان به ویژه مدیران سیستم بهداشت ودرمان امکان پذیر نمی باشد. توانمندسازی در توسعه و گسترش قابلیت و شایستگی افراد برای نیل به بهبود مستمر در عملکرد سازمان های بهداشتی درمانی نقش تعیین کننده‌ای دارد (۱). الیس و هارتلی (Ellis & Hartley) تاکید نموده اند که هیچ حرفه ای نمی تواند خدمات مناسب و با کیفیتی ارائه دهد، مگر اعضاء آن احساس توانمندی و کنترل بر اعمال خود داشته باشند (۲). بدیهی است از عواملی که باعث موفقیت سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی می شود وجود مدیران توانمند می باشد به گونه‌ای که ارتقای این توانمندی‌ها می تواند در هدایت صحیح منابع و بهره‌گیری حداکثری از آن موثر باشد(۳).

به اعتقاد کریشنان (Krishnan) "توانمندسازی، قدرت بخشیدن به کارکنان سازمان و افزایش احساس خودباوری در آن‌هاست و رسیدن به این هدف با رفع عواملی که احساس ناتوانی را در کارکنان تقویت می‌کند امکان‌پذیر می‌باشد" (۴). راولت (Rawlett) خودکارآمدی (Self-efficacy) را باور و اعتقاد فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیتهایش می‌داند و این‌که می‌تواند بر اعمال خود تاثیر داشته باشد (۵) و بر اساس مطالعات باندورا (Bandura) "تشویق و حمایت‌های اجتماعی و کلامی، توجه به وضعیت فیزیولوژیک و عاطفی، و کسب تجربه‌های موفق از منابع موثر در ایجاد باورهای خودکارآمدی در بین اعضای سازمان می‌باشد" (۶).

نتایج پژوهش های وان دیجکی (Van Dijki) و همکاران نشان می دهد مدیران توانمند می توانند خود منشا توانمندی کارکنان باشند آنها می‌توانند رفتارهای میان کارکنان را به روش‌هایی از قبیل حالت‌های انگیزشی، تفویض اختیار و مسئولیت پذیری، و تغییر شرایطی که موجب ناتوانی در سازمان می‌شود، ارتقاء بخشند(۷). بر اساس مطالعات کریتنر و کسیدی (Kreitner & Cassidy) "توانمندسازی کارکنان منوط به مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، آموزش مستمر و دسترسی به ابزار و اطلاعات می باشد" (۸).

حیات و بقای سیستم بهداشت و درمان تا حد زیادی به توانایی‌ها، مهارت‌ها، آگاهی‌ها، دانش و تخصص‌های مختلف منابع انسانی، به ویژه مدیران آن نظام در رده های مختلف بستگی دارد و هرچه مدیران، توانمندی بیشتری داشته باشند بهتر می توانند در ارتقای سطح کارایی سازمان سهیم باشند. عده ای از صاحب نظران، توانمندسازی مدیران و کارکنان در سیستم بهداشت و درمان را مجموعه‌ای از سیستم‌ها، روش‌ها و اقداماتی می‌دانند که با توجه به هدف‌های سازمان، قابلیت و شایستگی افراد را در جهت بهبود و افزایش بهره وری، بالندگی و رشد و شکوفایی سازمان و نیروی انسانی توسعه می‌دهند(۹).

اهمیت توانمندسازی مدیران و کارکنان سیستم بهداشت و درمان را در HSS (Health Systems Strengthening) نیز می‌توان جستجو کرد که "یکی از رویکردهای توانمندسازی نظام سلامت محسوب می‌شود و از مولفه‌های آن می‌توان به توانمندسازی منابع انسانی اشاره کرد" (۱۰) و اهمیت این امر

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

برای نیل به HSS غیر قابل انکار است. گزارش توسعه جهانی، سطح توسعه یافتگی جوامع را با میزان دانایی و توانایی انسان در خلق ارزش افزوده مرتبط می‌داند. در کشورهای پیشرفته حدود ۸۴٪ ارزش افزوده متعلق به سرمایه‌های انسانی است و نقش سرمایه های طبیعی و فیزیکی در ارزش افزوده فقط ۱۶٪ می‌باشد. این نسبت برای کشورهای در حال توسعه ۶۴٪ متعلق به سرمایه های انسانی است و ۳۶٪ مربوط به سرمایه های فیزیکی و طبیعی می‌باشد (۱۱).

نویسندگان و پژوهشگران بسیاری بر نقش کلیدی و محوری توانمندسازی در ارتقا و حفظ عملکرد نیروی انسانی تاکید کرده‌اند. توانمندسازی مدیران و کارکنان را می‌توان یکی از مهمترین عوامل برای هر چه کارآمدتر نمودن آنها و سازمان‌ها برشمرد. توانمندسازی به مفهوم احساس مسئولیت بیشتر کارکنان برای کارکرد بهتر سازمان است(۱۲). نیروی انسانی یکی از مهم‌ترین منابع نظام ارائه خدمات بهداشتی، درمانی است و توانمندسازی آنها از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که بهره‌گیری از تکنولوژی‌های پیشرفته در مدیریت و تدارک خدمات بهداشتی و درمانی به منظور ارتقای سطح سلامت، به عهده این بخش از سیستم بهداشتی، درمانی است. از طرف دیگر هزینه پرسنلی معمولا بین ۶۰ تا ۸۰٪ کل هزینه جاری صرف شده در بخش سلامت را تشکیل می‌دهد. لذا با توجه به ماهیت این بخش، عدم توجه به توانمندی نیروی انسانی علاوه بر اتلاف منابع، اثرات منفی بر سلامت جامعه خواهد داشت (۱۳، ۱۱). بر اساس مطالعات پراشانته (Prashanth) و همکاران ایجاد تغییرات مثبت در کارکنان و احساس خودکارآمدی آن ها باعث توانمندسازی نیروی انسانی بخش سلامت می‌شود که به همکاری‌های درون سازمانی آن ها و کیفیت پاسخگویی و تعامل با سایر سازمان‌های بهداشتی درون سیستم سلامت منجر می‌شود (۱۴). "اهمیت و حساسیت کار مدیران خدمات بهداشتی درمانی که علاوه بر وظایف عام مدیریت، مسئولیت خطیری هم بر عهده دارند و باید پاسخگوی نیازها و تقاضاهای بهداشتی درمانی افراد جامعه باشند و برای ارتقای سطح تندرستی آنان بکوشند لزوم توانمندسازی آن‌ها را افزایش می‌دهد" (۱۵).

مروری بر متون و پژوهش‌های انجام یافته ابعاد مختلفی را برای توانمندسازی منابع انسانی مطرح کرده است (۲۰-۱۶). بعد خودکارآمدی آن از طریق تعداد زیادی از فرآیندهای توانمندسازی فعال می‌شود که شامل طیفی از عوامل بنیادی از جمله آموزش مستمر، ارتقاء توانایی ها و مهارت های‌شغلی، و مسئولیت پذیری، داشتن تجربه موفق، تشویق و حمایت احساسی مثبت، الگوسازی و برانگیختگی هیجانی می باشد (۲۲، ۲۱، ۱۸، ۵، ۱).

با توجه به انتظارات جامعه از مسئولین بخش بهداشت و درمان کشور به موازات محدودیت امکانات و منابع موجود در نظام سلامت و افزایش تقاضای روزافزون برای خدمات بهداشتی-درمانی با کیفیت بالا، لزوم توجه بیشتر به مقوله توانمندسازی مدیران در سیستم بهداشت و درمان اهمیت پیدا می‌کند. از آن جایی که در زمینه توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی مطالعه ای در کشور صورت نگرفته و با توجه به این که در سال‌های اخیر توجه سیاست‌گذاران و مدیران ارشد حوزه سلامت به جایگاه‌های مدیریتی و توانمندی‌های لازم برای مدیران به خصوص مدیریت شبکه‌های بهداشتی درمانی بیشتر شده است، نیاز به انجام پژوهشی در این زمینه با هدف شناسایی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

متغیرها و مولفه‌های خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی بیش از پیش احساس می گردد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع مطالعات کاربردی، اکتشافی و مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۷ در ایران انجام شد. جامعه آماری آن را، کلیه مدیران، معاونین و کارشناسان مسئول شبکه‌های بهداشتی درمانی و مدیران گروه‌های کارشناسی و کارشناسان مسئول مراکز بهداشت استان‌های آذربایجان‌شرقی، آذربایجان-غربی و اردبیل تشکیل می‌داد،که به ترتیب وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، ارومیه و اردبیل بودند. در پژوهش حاضر، که از تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری استفاده شده‌است حجم نمونه ۱۰ برابر تعداد متغیرهای مورد بررسی، انتخاب و نمونه‌گیری تصادفی (Random Sampling) به روش طبقه ای (Stratified) انجام شد. این پژوهش در پنج گام اجرا شده است:

در گام اول، با مطالعات کتابخانه ای و بررسی متون و جستجو در پایگاه‌های متعدد اطلاعاتی در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۸، موضوع مورد بررسی قرار گرفت و ۱۰ مدل توانمندسازی منابع انسانی معتبر [باندورا (Bandura) (۶)، فالکنر (Faulkner) (۱۷)، کونزاک (Konczak) (۲۱)، کوکانن (Kuokkanen) (۲۲)، وگت و مورل (Vogt & Murrell) (۲۳)، اسپریتزر (Spreitzer) (۲۴)، مالاک و کروزتدت (Mallak & Kurstedt) (۲۵)، ملهم (Melhem) (۲۶)، ونگ (Wong) (۲۷)، مدل سیستمی (Eskandari) (۲۸)] شناسایی شد و از طریق ماتریس تطبیقی، متغیرهای تاثیرگذار اولیه در توانمندسازی مدیران استخراج گردید. ماتریس تطبیقی متغیرهای عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی بر اساس مدل‌های مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ماتریس تطبیقی متغیرهای عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی و درمانی بر اساس مدل‌های مورد مطالعه

مدل توانمندسازی / متغیرها	وگت و مورل	اسپریتزر	مالاک و کروزتدت	باندورا	کونزاک	ملهم	ونگ	مدل سیستمی	فالکنر	کوکانن
آموزش مستمر	*		*	*		*		*	*	*
برانگیختگی هیجانی		*	*	*			*	*	*	*
تشویق وحمایت احساسی مثبت	*	*	*	*			*	*	*	*
الگوسازی			*	*	*				*	*
داشتن تجربه موفق	*	*	*	*		*		*	*	*
مسئولیت پذیری	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
داشتن توانایی های شغلی	*	*		*	*	*		*	*	*
داشتن مهارت های شغلی	*	*		*	*	*		*	*	*
نگرش چالشی به کار	*	*	*	*	*	*		*	*	*
بهره گیری از دانش و تجارب مدیریتی	*	*		*		*		*		*

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

متغیرهای استخراج شده از طریق ماتریس تطبیقی مدل‌های مورد مطالعه در مصاحبه با صاحبنظران، خبرگان، مدیران و متخصصان سیستم بهداشت و درمان کشور مورد بررسی و تایید قرار گرفت. شکل ۱ مدل مفهومی عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی را نشان می‌دهد.

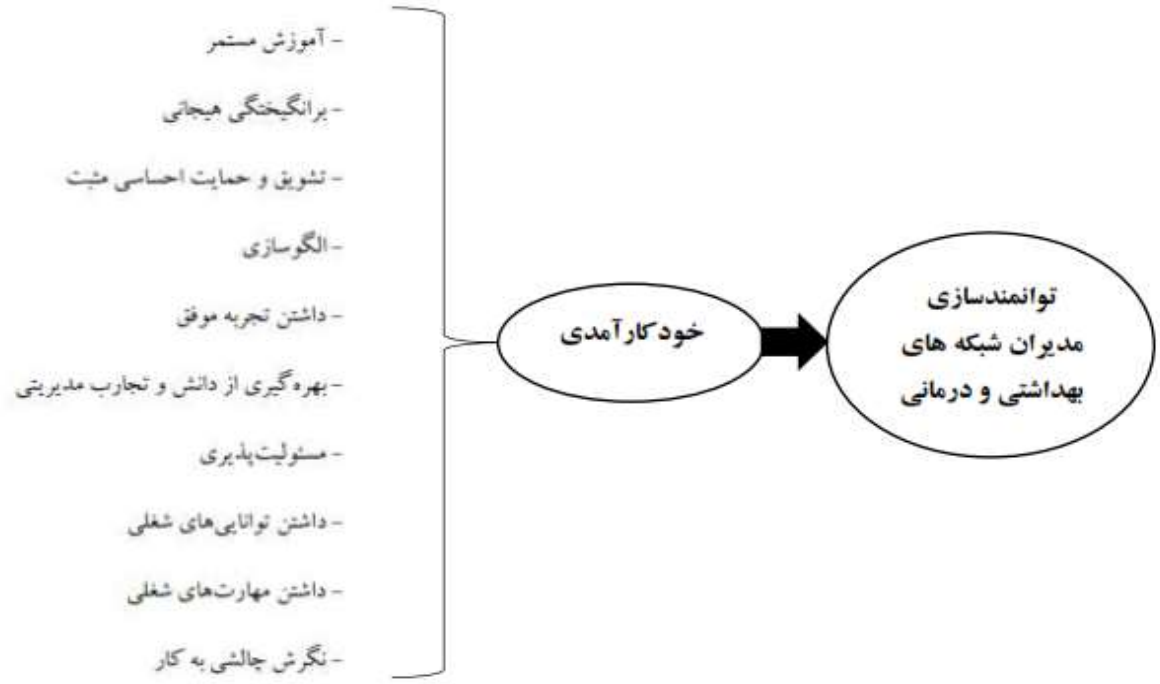
در گام دوم پژوهش، پرسشنامه پژوهشگر ساخته اولیه با ۴۶ متغیر در ابعاد مختلف با ۴۶ گویه اصلی تنظیم گردید و روایی (Validity) و پایایی (Reliability) آن مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از قضاوت ۲۰ نفر از اساتید، متخصصان و خبرگان ، شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) (Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوا (CVI) (Content Validity Index) ارزیابی گردید تعدادی از گویه‌ها که CVR آنها کمتر از ۰/۴۲ (بر اساس تعداد متخصصان) و CVI آنها کمتر از ۰/۷۹ بودند حذف شدند و متغیرهایی که هم پوشانی داشتند با هم ادغام شدند و بر اساس نتایج حاصله، متغیرها به ۳۷ متغیر و تعداد گویه‌های پرسشنامه به ۳۷ گویه اصلی کاهش پیدا کرد و گویه‌های پرسشنامه با مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت به ترتیب از «خیلی کم» با نمره ۱ تا «خیلی زیاد» با نمره ۵، نمره گذاری شد. در پرسشنامه، گویه‌های برخی از متغیرها، دو قسمتی و برخی سه قسمتی بوده است برای محاسبه نمرات آنها، متغیرهایی که دارای گویه دو قسمتی بوده‌اند.

بر اساس جمع نمرات گزینه‌های انتخابی در گویه‌های مربوطه، در گزینه خاصی در یک گویه اصلی به این ترتیب قرار گرفتند: در صورتی که جمع نمرات گزینه‌های انتخابی (۲ ، ۱) بود در گزینه خیلی کم، (۴ ، ۳) در گزینه کم، (۶ ، ۵) در گزینه متوسط، (۸ ، ۷) در گزینه زیاد و (۱۰، ۹) در گزینه خیلی زیاد گویه اصلی قرار گرفتند. در گویه‌های سه قسمتی هم در صورتی که جمع نمرات گزینه‌های انتخابی (۳-۱) بود در گزینه خیلی کم، (۶-۴) در گزینه کم، (۹-۷) در گزینه متوسط، (۱۲-۱۰) در گزینه زیاد و (۱۵-۱۳) در گزینه خیلی زیاد گویه اصلی قرار گرفتند.

پایایی پرسشنامه با استفاده از روش های همسانی درونی (Internal Consistency)، روش ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) (۰/۹۶) محاسبه شد.در گام سوم پژوهش، با شروع مطالعه میدانی، پس از تعیین حجم نمونه ، با توجه به اینکه برای مطالعات تحلیل عاملی و مدل معادلات ساختاری، برخی از محققین از جمله کلاین (Kline)، تعداد نمونه را حدود چهار یا پنج برابر و در شرایط مطلوب پنج تا ده برابر تعداد متغیرهای مورد استفاده پیشنهاد می کنند(۲۹)، لذا در پژوهش حاضر، به تعداد ده برابر متغیرها، و با در نظر گرفتن احتمال افت در تکمیل پرسشنامه ۴۳۰ پرسشنامه در بین مدیران و کارشناسان مسئول شبکه‌های بهداشتی درمانی و مراکز بهداشت استان که به روش تصادفی طبقه‌ای از سه استان فوق الذکر (با توجه به تعداد شبکه‌های بهداشتی درمانی تحت نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های آذربایجان‌شرقی، آذربایجان‌غربی و اردبیل، و دو برابر بودن تعداد آن ها در استانهای آذربایجان‌شرقی و آذربایجان‌غربی نسبت به استان اردبیل،۴۰٪ نمونه آماری از استان آذربایجان‌شرقی، ۴۰٪ از استان آذربایجان‌غربی و ۲۰٪ از استان اردبیل حجم نمونه پژوهش را تشکیل دادند) انتخاب شده بودند بعد از توضیحات پژوهشگر در باره اهداف پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و رضایت آن ها جهت شرکت در پژوهش، به صورت حضوری توزیع شد و ۴۱۶ پرسشنامه تکمیل شده جمع آوری گردید و ۱۴ پرسشنامه ناقص از گردونه پژوهش خارج شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]



شکل ۱: مدل مفهومی عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی

در گام چهارم پژوهش، داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS نسخه (Version) ۲۲، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تعیین عامل خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی در بین عوامل دیگر و هم‌چنین تعیین مولفه‌های عامل خودکارآمدی از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید و عوامل دارای مقدار ویژه (Eigenvalue) بزرگتر از ۱ استخراج شد. با فرض نرمال بودن جامعه پژوهش، ابتدا پیش فرض کفایت حجم نمونه با استفاده از شاخص‌های(KMO) (Kaiser-Meyer-Olkin) و معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test) برای تایید صحت انجام تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفت و جهت تحلیل دقیق‌تر و چینش بهتر از چرخش واریماکس (Varimax) استفاده شد.

در گام پنجم پژوهش، نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی حاصل از مرحله چهارم با روش تحلیل عاملی تاییدی و با استفاده از نرم افزار AMOS نسخه ۲۴ اعتبارسنجی و تایید گردید و با استفاده از شاخص های برازش، نتایج تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

طرح پژوهش حاضر با شناسه IR. IAU. TMU. REC. 1397.256 در دانشکده پزشکی– دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران مورد بررسی قرار گرفت و مورد تایید کمیته اخلاق واقع گردید.

یافته ها

یافته های پژوهش حاضر شامل سه بخش می باشد. در بخش اول، مدل مفهومی حاصل از مطالعات مروری و ماتریس تطبیقی مدل‌های مورد مطالعه، در بخش دوم نتایج تحلیل عاملی

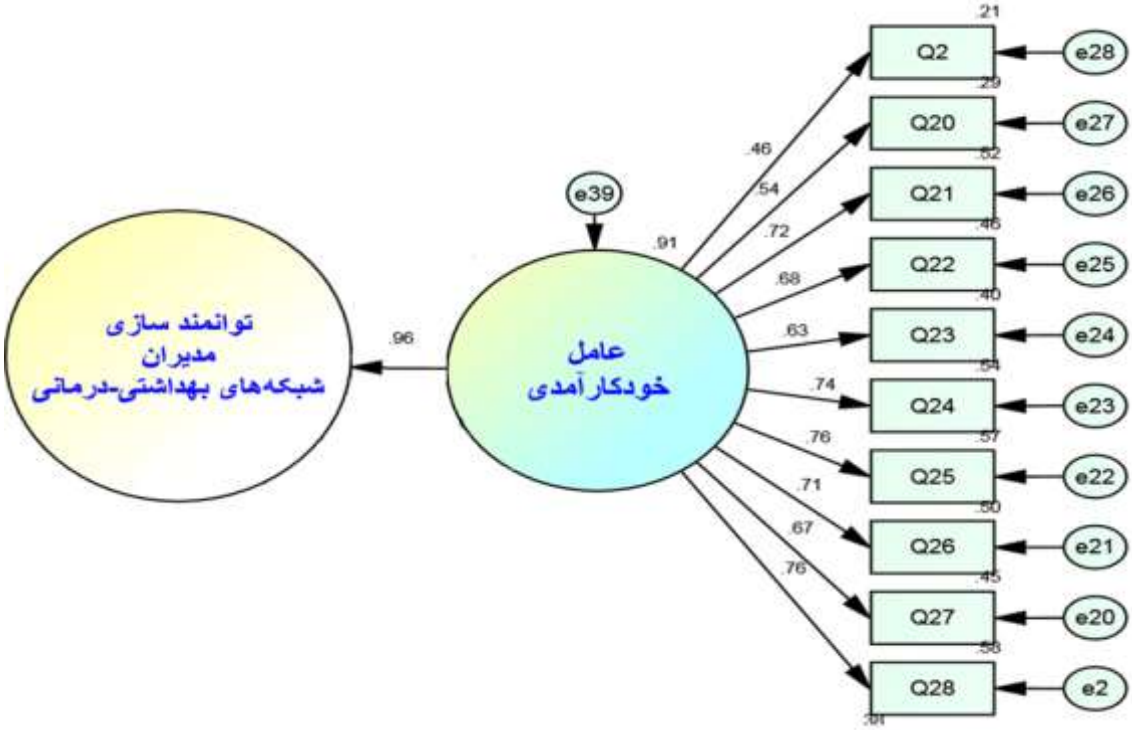
[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

اکتشافی و شاخص های صحت آزمون و در بخش سوم، نتایج تحلیل عاملی تاییدی و شاخص های برازش آورده شده است.

پیش از انجام تحلیل عاملی اکتشافی برای تعیین عامل خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی در بین عوامل دیگر، شاخص‌های صحت آزمون مورد بررسی قرار گرفت و با فرض نرمال بودن جامعه پژوهش، مقدار شاخص KMO (۰/۹۶۰) حاکی از کفایت حجم نمونه و همچنین، معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت ($p<۰/۰۰۱$) نشانگر مناسب بودن انجام تحلیل عاملی بود.بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، عواملی که دارای مقدار ویژه بزرگتر از یک بودند به عنوان عوامل موثر بر توانمندسازی استخراج شدند. عامل "خودکارآمدی" هم با توجه به متغیرهای مربوطه و نظر خبرگان و متخصصان موضوعی در بین عوامل شناسایی شد که سهم بسیار چشمگیری داشت و با ارزش ویژه (۱۵/۲۵۶) توانست حدود ۴۱/۲۳۲٪ درصد از واریانس کل به دست آمده را تبیین نماید. برای چینش بهتر از چرخش واریماکس استفاده شد و ۱۰ متغیر "مسئولیت پذیری" با بار عاملی (۰/۷۰۷)، "بهره‌گیری از دانش و تجارب مدیریتی" (۰/۷۰۱)، "آموزش مستمر" (۰/۶۹۸)، "نگرش چالشی به کار" (۰/۶۸۸) ، "داشتن تجربه موفق" (۰/۶۴۳)، "داشتن مهارت‌های شغلی" (۰/۶۳۲)، "برانگیختگی هیجانی" (۰/۶۰۳)، "الگوسازی" (۰/۵۵۸)، "تشویق و حمایت احساسی مثبت" (۰/۵۴۵) و "داشتن توانایی‌های شغلی" (۰/۴۸۲) بر روی عامل "خودکارآمدی" قرار گرفتند.

جهت تایید نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد.

شکل ۲ مدل تحلیل عاملی تاییدی عامل خودکارآمدی را به همراه ضرایب استاندارد نشان می‌دهد.



شکل ۲: مدل تحلیل عاملی تاییدی عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی و درمانی براساس ضرایب استاندارد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

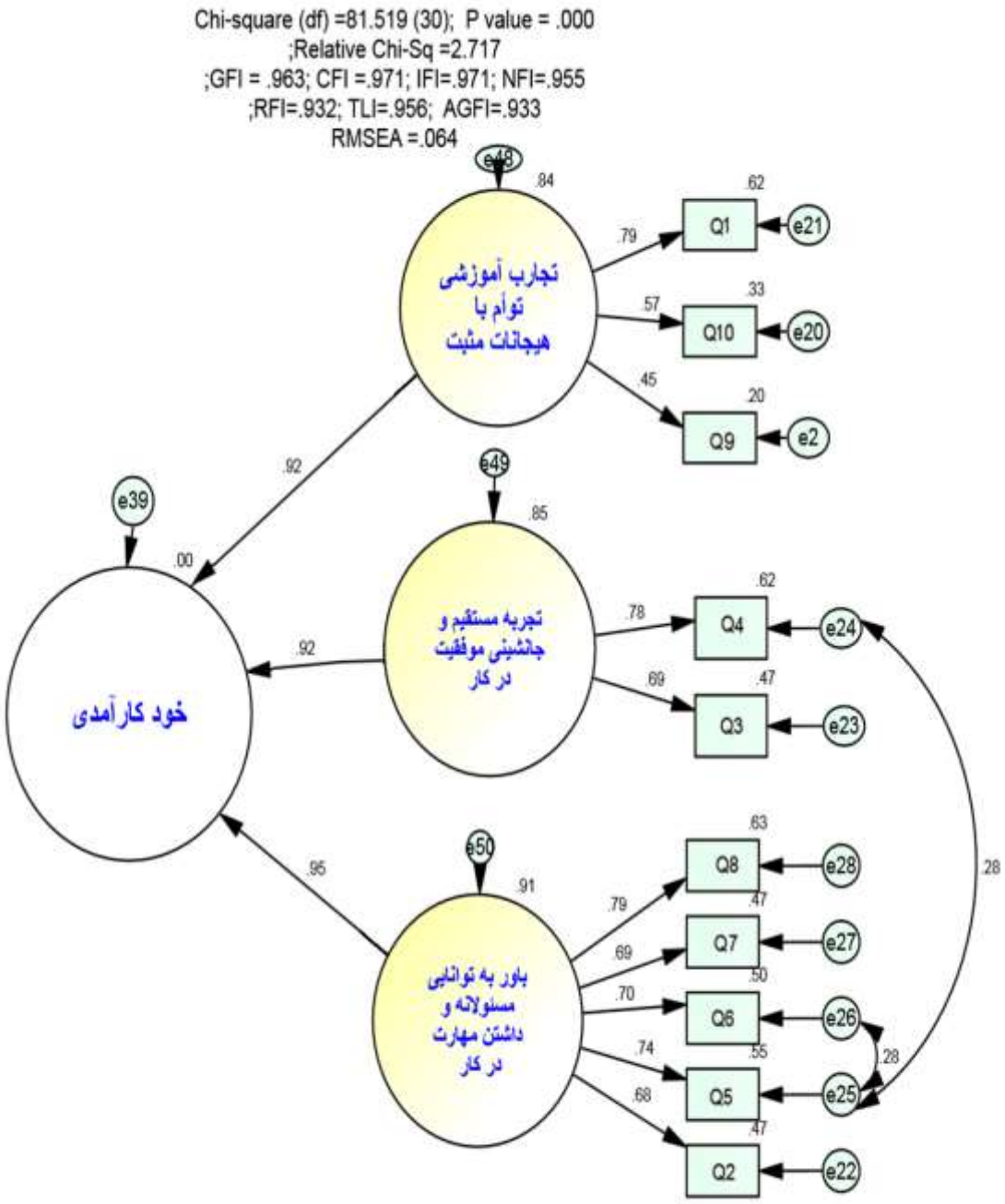
در شکل ۲، Q2 گویه اصلی متغیر "بهره‌گیری از دانش و تجارب مدیریتی" با مقدار آماره t (۹/۱۵۶)، Q20 گویه اصلی متغیر "آموزش مستمر" با مقدار آماره t (۱۰/۶۲۰)، Q21 مربوط به متغیر "برانگیختگی هیجانی" (۱۱/۱۲۳)، Q22 مربوط به متغیر "تشویق و حمایت احساسی مثبت" (۱۳/۴۵۵)، Q23 گویه اصلی متغیر "الگوسازی" (۱۲/۵۵۲)، Q24 گویه اصلی متغیر "داشتن تجربه موفق" (۱۴/۷۰۸)، Q25 مربوط به متغیر "مسئولیت پذیری" (۱۵/۱۰۴)، Q26 مربوط به متغیر "نگرش چالشی به کار" (۱۴/۱۳۷)، Q27 گویه اصلی متغیر "داشتن توانایی‌های شغلی" (۱۳/۳۷۲)، و Q28 گویه اصلی متغیر "داشتن مهارت‌های شغلی" (۱۵/۲۵۵) می‌باشد. با توجه به برآوردهای استاندارد ضرایب مسیر، میزان تاثیر عامل خودکارآمدی در توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی ۰/۹۶ به دست آمد. بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی، ضرایب رگرسیونی استاندارد کلیه متغیرهای عامل خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی، با مقدار آماره t بزرگتر از ۱/۹۶، در سطح $p<۰/۰۵$ معنی‌دار بود و همه ۱۰ متغیر عامل خودکارآمدی تایید شدند.

نتایج تحلیل عاملی تاییدی بر اساس شاخص‌های معروف برازش مورد بررسی قرار گرفت. کوچکتر بودن جذر میانگین مربعات خطای تقریب Root Mean Square Error of (Approximation) (RMSEA) از ۰/۰۸ (۰/۰۶۰) و همچنین کوچکتر بودن نسبت کای دو به درجه آزادی (Normed Chi-Square) (x^2/df) از ۳ (۲/۵۰۸) و مساوی یا بزرگتر بودن شاخص برازندگی تطبیقی (Comparative Fit Index) (CFI) از ۰/۹۰۰ (۰/۹۰۸) نشان دهنده مناسب بودن مدل ارائه شده عامل خودکارآمدی می‌باشد.

برای تعیین مولفه‌های عامل خودکارآمدی موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی نیز از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده گردید. قبل از انجام آن، کفایت حجم نمونه را شاخص KMO (۰/۹۱۳) و معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت در سطح $p<۰/۰۰۱$ ، پیش فرض مناسب بودن انجام تحلیل عاملی اکتشافی را محقق نمود. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۰ متغیر تایید شده عامل خودکارآمدی در قالب ۱۰ گویه اصلی، ۳ مولفه استخراج شد که دارای مقدار ویژه بالای (۱) بودند و به طورکلی ۶۷/۵۴۲ درصد واریانس کل را تبیین نمودند. برای چینش بهتر از چرخش واریماکس استفاده شد و متغیرهای "آموزش مستمر" با بار عاملی (۰/۸۳۸)، "بهره‌گیری از دانش و تجارب مدیریتی" (۰/۸۲۶) و "برانگیختگی هیجانی" (۰/۶۰۲) تحت مولفه (۱) دسته‌بندی شدند که با توجه به مفهوم متغیرها و محتوای گویه‌های آن‌ها، این مولفه نشانگر "تجارب آموزشی توام با هیجانات مثبت" بود. از طرف دیگر متغیرهای "الگوسازی" با بار عاملی (۰/۶۶۸) و "داشتن تجربه موفق" (۰/۵۹۴) تحت مولفه (۲) و متغیرهای "داشتن توانایی های شغلی" با بار عاملی (۰/۸۱۱)، "مسئولیت پذیری" (۰/۷۵۷)، "داشتن مهارت های شغلی" (۰/۷۴۹)، "نگرش چالشی به کار" (۰/۷۴۸) و "تشویق و حمایت احساسی مثبت" (۰/۵۹۴) تحت مولفه (۳) دسته‌بندی شدندکه به ترتیب این مولفه‌ها، نشانگر "تجربه مستقیم و جانشینی موفقیت در کار" و" باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار " بودند.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]



شکل ۳: مدل تاییدی مولفه‌های عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی بر اساس ضرایب استاندارد

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

جدول ۲: ضرایب رگرسیونی مولفه‌ها و متغیرهای عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی

مولفه	متغیر	کد گویه	ضریب رگرسیونی استاندارد	مقدار آماره t	مقدار p	وضعیت
تجارب آموزشی توأم با هیجانات مثبت	آموزش مستمر	Q10	۰/۵۷۳	۷/۴۲۵	۰/۰۰۰	تایید شد
	بهره‌گیری از دانش و تجارب مدیریتی	Q9	۰/۴۵۰	۸/۲۵۳	۰/۰۰۰	تایید شد
	برانگیختگی هیجانی	Q1	۰/۷۸۹	۸/۳۳۷	۰/۰۰۰	تایید شد
تجربه مستقیم و جانشینی موفقیت در کار	الگوسازی	Q3	۰/۶۸۹	۱۲/۹۶۸	۰/۰۰۰	تایید شد
	داشتن تجربه موفق	Q4	۰/۷۸۴	۱۲/۸۶۴	۰/۰۰۰	تایید شد
باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار	داشتن توانایی‌های شغلی	Q6	۰/۷۰۴	۱۲/۶۵۲	۰/۰۰۰	تایید شد
	مسئولیت پذیری	Q5	۰/۷۴۲	۱۳/۲۴۴	۰/۰۰۰	تایید شد
	داشتن مهارت‌های شغلی	Q8	۰/۷۹۴	۱۴/۰۸۷	۰/۰۰۰	تایید شد
	نگرش چالشی به کار	Q7	۰/۶۸۷	۱۲/۴۴۴	۰/۰۰۰	تایید شد
	تشویق و حمایت احساسی مثبت	Q2	۰/۶۸۴	۱۱/۸۵۳	۰/۰۰۰	تایید شد
تجارب آموزشی توأم با هیجانات مثبت ← توانمندسازی			۰/۹۱۹	۷/۸۵۲	۰/۰۰۰	تایید شد
تجربه مستقیم و جانشینی موفقیت در کار ← توانمندسازی			۰/۹۲۲	۷/۵۲۳	۰/۰۰۰	تایید شد
باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار ← توانمندسازی			۰/۹۵۸	۷/۵۴۶	۰/۰۰۰	تایید شد

بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، متغیر "آموزش مستمر" با بار عاملی ۰/۸۳۸، در مولفه "تجارب آموزشی توام با هیجانات مثبت"، متغیر "الگوسازی" با بار عاملی ۰/۶۶۸ در مولفه "تجربه مستقیم و جانشینی موفقیت در کار" و متغیر "داشتن توانایی های شغلی" با بار عاملی ۰/۸۱۱، در مولفه "باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار" بیشترین اهمیت را در عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی داشتند.در این مرحله جهت تایید نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده گردید. شکل ۳ مدل تحلیل عاملی تاییدی مولفه‌های عامل خودکارآمدی و جدول ۲ ضرایب رگرسیونی متغیرهای مربوط به مولفه‌های عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی را نشان می‌دهد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

با توجه به برآوردهای استاندارد ضرایب مسیر، میزان تاثیر مولفه های "تجارب آموزشی توام با هیجانات مثبت"، "تجربه مستقیم و جانشینی موفقیت در کار" و "باور به توانایی مسئولانه و داشتن مهارت در کار" بر عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی به ترتیب ۰/۹۲ ، ۰/۹۲ و ۰/۹۶ به دست آمد.

بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی، ضرایب رگرسیونی استاندارد کلیه متغیرهای مولفه‌های عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی، با مقدار آماره t بزرگتر از ۱/۹۶، در سطح p<۰/۰۵ معنی‌دار بود و تمامی متغیرها تایید شدند. متغیرهای "داشتن مهارت‌های شغلی"، "برانگیختگی هیجانی"، "داشتن تجربه موفق" و "مسئولیت‌پذیری" با بارهای عاملی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۴ بالاترین اهمیت را در عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی و درمانی داشتند.

نتایج تحلیل عاملی تاییدی بر اساس شاخص‌های متعدد برازش، مورد بررسی قرار گرفت که نشان‌دهنده مناسب بودن مدل ارائه شده مولفه‌های عامل خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی می‌باشد.

جذر میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) در حد مطلوب کوچکتر از ۰/۰۸، (۰/۰۶۴) واقع شده است و نسبت کای دو به درجه آزادی (x^2/df) نیز در حد مناسب کوچکتر از ۳ (۲/۷۱۷) قرار دارد. پایین بودن میزان این شاخص نشان دهنده تفاوت اندک میان مدل مفهومی با داده های مشاهده شده تحقیق است. هم چنین کلیه شاخص‌های برازش، در حد مطلوب (۰/۹۰۰ ≤) قرار دارند به این صورت که شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit Index) (GFI) معادل با ۰/۹۶۳، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (Adjusted Goodness of Fit Index) (AGFI) برابر با ۰/۹۳۳، شاخص برازش تطبیقی (CFI) معادل با ۰/۹۷۱، شاخص برازش هنجار شده (Normed Fit Index) (NFI) برابر با ۰/۹۵۵، شاخص برازش افزایشی (Incremental Fit Index) (IFI) معادل با ۰/۹۷۱، شاخص برازش نسبی (Relative Fit Index) (RFI) برابر با ۰/۹۳۲ و شاخص برازش توکر-لوئیس (Tucker-Lewis Index) (TLI) در حد مطلوب ۰/۹۵۶ قرار دارند که نشان دهنده برازش بالای مدل ارائه شده می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته های پژوهش حاضر در رابطه با عوامل خودکارآمدی موثر در توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی، اهمیت آموزش مستمر، برگزاری کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی و آموزش ضمن خدمت را نشان داد. پژوهشگران مختلفی در مطالعات خود به اهمیت این موضوع اشاره داشته‌اند از جمله اسنل و بهلاندر (Snell & Bohlander) آموزش مستمر را از عوامل توانمندی می‌شمارند که به کارکنان کمک می‌کند تا نقش خود را در نیل به اهداف سازمان به صورت کاراتر و موثرتر انجام دهند (۳۰). راولت در پژوهش خود به آموزش فرد-محوری، به عنوان یکی از عوامل موثر خودکارآمدی اشاره نمود (۵). نتایج مطالعات عده‌ای دیگر از پژوهشگران از جمله لسچینگر و فاینگان (Laschinger & Finegan) نشان می دهد که آموزش‌های مستمر و ضمن خدمت در توانمندسازی کارکنان موثر می باشند (۳۱). همچنین مطالعه شانتا و الیسون (Shanta & Eliason) موید این مطلب است (۳۲). میداوز (Meadows) در مطالعات خود به این نتیجه رسید که برنامه‌های مرتب و منظم آموزش کارکنان بهداشتی جهت به روز نمودن مهارت‌ها و دانش آن‌ها حیاتی است (۳۳).

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

نتایج مطالعات گریزلی (Greasley) و همکاران نشان می‌دهد آموزش از ارکان توانمندسازی کارکنان است و باید به وسیله مدیریت در سازمان به منظور توسعه دانش و مهارت‌های آن ها تشویق شود (۱۲). مطالعات انجام گرفته تاثیر آموزش در افزایش آگاهی و خودکارآمدی و توانمند ساختن رابطین سلامت را مورد تایید قرار می‌دهند (۳۴). استفل (Stefl) در پژوهش خود یکی از حوزه‌های اصلی توانمندسازی مدیران بهداشت و درمان را آموزش آنها برآورد نمود (۳۵). نتایج پژوهش دیاز-مونسالو (Diaz-Monsalve) نشان می‌دهد آموزش مدیران سلامت باعث توانمندی آن ها شده و به طور معنی‌داری خودکارآمدی آن ها را افزایش داده وکاهش مشکلات مدیریتی را به دنبال داشته است (۳۶). براتی و همکاران در پژوهش خود برگزاری کلاس‌های آموزشی مبتنی بر نیاز و دوره های کارآموزی را از عوامل توانمندسازی مدیران بیمارستان برآورد کرد (۳۷). نتایج پژوهش‌های انجام یافته با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

یافته دیگر پژوهش حاضر، اهمیت الگوسازی را در تقویت احساس خودکارآمدی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی نشان داد. باندورا در مطالعات خود به مفهوم سازی اعتقادات خود اثربخشی و نقش آن در احساس توانمندی شخصی پرداخته است. حاصل پژوهش وی مدلی برای توانمندسازی کارکنان با عناصری از جمله؛ معرفی افراد موفق سازمان به عنوان الگو بوده است (۳۸). راولت در پژوهش خود الگوسازی از افراد موفق را به عنوان یکی از عوامل خودکارآمدی موثر در توانمندسازی اشاره نمود (۵). نتایج مطالعات این پژوهشگران با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت.

یافته های این تحقیق، در ارتباط با خودکارآمدی و توانمندسازی اهمیت داشتن توانایی‌های شغلی برای مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی را متذکر شد. نوی (Noe) در مطالعات خود به این موضوع اشاره می‌کند که داشتن توانایی‌های شغلی در توانمندی کارکنان تاثیر دارد و این توانایی‌ها شامل دانش، مهارت یا رفتاری است که برای موفقیت عملکردهای شغلی حیاتی می باشد (۳۹). رابینز (Robbins) و همکاران، در مطالعات خود، داشتن توانایی‌های شغلی را برای مدیران از عوامل توانمندی آن ها مطرح می کنند (۴۰). هم چنین نتایج مطالعات جانسون (Johnson) نشان داد داشتن توانایی‌های شغلی از عناصر کارآمدی فردی موثر در توانمندی کارکنان بهداشت و درمان می‌باشد. نتایج مطالعات انجام یافته همسو با نتایج بررسی حاضر بود (۲۰).

یافته دیگر تحقیق بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی، برانگیختگی هیجانی را یکی از عناصر مهم خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی نشان داد. کوکانن و کاتاجیستو (Katajisto) در مدل توانمندسازی ارائه شده خویش در نظر گرفتن تمامیت فردی و توجه به حالات عاطفی و هیجانی، کاهش تنش‌ها و تعارضات با ایجاد نگرش مثبت را از عوامل تاثیرگذار در توانمندسازی کارکنان سیستم های بهداشت و درمان می دانند (۲۲). ژانگ (Zhang) و همکاران در پژوهش خود به تاثیر برانگیختگی هیجانی در توانمندسازی کارکنان بهداشت ودرمان اشاره داشته‌اند (۱). هم چنین راولت در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که برانگیختگی هیجانی یکی از عوامل داخلی خودکارآمدی

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

توانمندسازی می باشد (۵). فالکنر و لسچینگر (Laschinger) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که کارکنان بهداشت و درمان که باور بر توانمندسازی عاطفی، هیجانی و روانشناختی خود دارند بیشتر احساس توانمندی می کنند (۱۷). نتایج پژوهش‌های این محققان با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد داشتن تجربه موفق در بعد خودکارآمدی توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی دارای تاثیر بالایی می باشد. پژوهشگرانی مختلفی از جمله باندورا، وتن و کمرون (Whetten & Cameron) و کانگر و کاننگو (Conger & Kanungo) در مطالعات خود به این نتیجه رسیده اند که تجارب موفق یا عملکرد موفقیت آمیز، و به بیانی دیگر، پرورش تجربه تسلط شخصی با خودکارآمدی کارکنان رابطه دارد و موثرترین منبع ایجاد و تقویت کارآمدی شخصی می باشند (۳۸) و راولت در مطالعه خود داشتن تجربه موفق را یکی از عوامل موثر خودکارآمدی توانمندسازی برآورد نمود (۵). این نتایج همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد.

یافته های دیگر این پژوهش نشان داد که مسئولیت پذیری یکی از مهم ترین متغیرهای موثر در توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی می باشد. در این راستا، کونزاک و همکاران در مطالعات خود که منجر به ارائه مدل توانمندسازی شده است، مسئولیت پذیری را از عناصرخودکارآمدی موثر در توانمندی کارکنان می دانند (۲۱). جانسون در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مسئولیت پذیری کارکنان از جمله عوامل کارآمدی شخصی می باشد (۲۰).

بر اساس نتایج تحلیل عاملی تاییدی در پژوهش حاضر، متغیر داشتن مهارت‌های شغلی از برجسته‌ترین متغیرهایی است که در توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی‌درمانی تاثیر دارد. باتالدن (Batalden) و همکارانش در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که داشتن مهارت‌های شغلی در مدیران می‌تواند در توانمندی آن‌ها و هدایت صحیح منابع و بهره گیری حداکثری از آن موثر باشد (۳). رابینز و همکاران در مطالعات خود داشتن مهارت‌های فنی، انسانی و ادراکی را در مدیران از عوامل موثر در توانمندی و انجام بهتر وظایف آن‌ها مطرح نمودند (۴۰) که تاییدی بر نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که بعد خودکارآمدی یکی از ابعاد موثر بر توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی می باشد. مطالعات متعددی موید این مطلب بوده است. ازجمله کاتانئو و چپمن (Cattaneo & Chapman) در مطالعه خود، بعد خودکارآمدی را با دو بعد شایستگی و دانش از عوامل موثر در توانمندسازی کارکنان میدانند (۴۱) و راولت از پژوهش خود نتیجه گرفت توانمندسازی کارکنان وابسته به عامل خودکارآمدی می باشد (۵).

با توجه به اهمیت بعد خودکارآمدی در توانمندسازی مدیران شبکه های بهداشتی درمانی می توان نتیجه گرفت که دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی درمانی می توانند از طریق آموزش مستمر، برانگیختگی هیجانی، تشویق و حمایت احساسی مثبت، ارتقا توانایی ها و مهارت های شغلی و مسئولیت پذیری، ارائه الگوها و تجربه‌های موفق، توانمندی مدیران را بهبود بخشند. در این رابطه، پیشنهاد می شود در دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی درمانی کمیته‌های توانمندسازی منابع انسانی برای بهره گیری از

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

روش‌های علمی و استفاده از نتایج پژوهش های انجام یافته و بسترسازی برای تحقق امر به صورت پویا و فعال تشکیل گردد و با توجه به اهمیت آموزش مستمر و داشتن توانایی‌ها و مهارت‌های شغلی در توانمندسازی مدیران شبکه‌های بهداشتی درمانی، سیاستگذاران و برنامه ریزان سیستم بهداشت و درمان، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مستمری را به صورت هدفمند برای کارکنان و مدیران طراحی، تدوین و اجرا نمایند..

ضمنا جهت تقویت توانمندی مدیران و کارکنان، تشویق و حمایت احساسی مثبت، برانگیختگی هیجانی و معرفی الگوهای موفق در برنامه‌ریزی های سیستم بهداشت و درمان گنجانده شود.از جمله محدودیت های انجام پژوهش حاضر می توان به پراکندگی جغرافیایی جامعه آماری آن اشاره نمود.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه اساتید، متخصصان، مدیران و کسانی که در انجام این پژوهش، محققین را مساعدت و یاری نمودند اعلام می‌دارند.

References

1-Zhang X, Ye H, Li Y. Correlates of structural empowerment, psychological empowerment and emotional exhaustion among registered nurses: A meta-analysis. Applied Nursing Research. 2018; 42: 9-16.

2-Ellis JR, Hartley CL. Nursing in Today's World: Challenges, Issues, and Trends. 7th ed. Philadelphia: Lippincott publication; 2001: 111-14.

3-Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, et al. Microsystems in Health Care: Part 5. How Leaders are Leading. Joint Commission Journal on Quality and Safety. 2003; 29(6): 297.

4-Krishnan VR. Transformational leadership and personal outcomes: Empowerment as mediator. Leadership & Organization Development Journal. 2012; 33(6): 550-63.

5-Rawlett KE. Journey from Self-Efficacy to Empowerment. Health Care. 2014; 2(1):1-9.

6-Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. 1st ed. New York: W. H. Freeman publication; 1997: 120-39.

7-Van Dijke M, De Cremer D, Mayer DM, Van Quaquebeke N. When does procedural fairness promote organizational citizenship behavior? Integrating empowering leadership types in relational justice models. Organizational Behavior and Human Decision Processes. 2012; 117(2): 235-48.

8-Kreitner R, Cassidy C. Management. 12th ed. USA: Cengage learning publication; 2012: 113.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

9-Patrik A, Laschinger HK. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction. Journal of Nursing Management. 2006; 14(1):13-22.

10-Ramezani-Doroh V. Sustainable Improvement of Health System Functions through Health System Strengthening Approach. Management Strategies in Health System. 2018; 3(1): 2-4. [Persian]

11-Janati A, Gholizadeh M, Modirshahla A. Human Resource Management on Clinical Governance. 1st ed. Tabriz: Elvin Publication; 2013: 17-29. [Persian]

12-Greasley K, Bryman A, Dainty A, et al. Understanding empowerment from an employee perspective: What does it mean and do they want it? Team Performance Management. 2008; 14(1/2): 39-55.

13-Armstrong M. A Handbook of Human Resource Management Practice. 10th ed. London: Kogan Page publication; 2006: 122-24.

14-Prashanth NS, Marchal B, Kegels G, Criel B. Evaluation of Capacity-Building Program of District Health Managers in India: A Contextualized Theoretical Framework. Frontiers in Public Health / Public Health Education and Promotion. 2014; 2(89): 1110-15.

15-Asefzadeh S, Rezapour A. Healthcare Management. 7th ed. Qazvin: Qazvin University of Medical Sciences & Health Services publication; 2017: 65. [Persian]

16-Siegall M, Gardner S. Contextual factors of psychological empowerment. Personnel Review. 2000; 29(6):703-22.

17-Faulkner J, Laschinger H. The Effects of Structural and Psychological Empowerment on Perceived Respect in Acute Care Nurses. Journal of Nursing Management. 2008; 16(2): 214- 21.

18-Freeney YM, Tiernan J. Exploration of the Facilitators of and Barriers to Work Engagement in Nursing. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46(12):1557-65.

19-Oladipo SE. Psychological Empowerment and Development. Journal of Counselling. 2009; 2(1): 119-26.

20-Johnson MO. The Shifting Landscape of Health Care: Toward a Model of Health Care Empowerment. American Journal of Public Health. 2011; 101(2): 265-70.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

21-Konczak LJ, Stelly DJ, Trusty ML. Defining and Measuring Empowering Leader Behaviors: Development of an Upward Feedback Instrument. Educational and Psychological Measurement. 2000; 60(2): 301-13.

22-Kuokkanen L, Katajisto J. Promoting or Impeding Empowerment? Nurses' assessments of their work environment. JONA The Journal of Nursing Administration. 2003; 33(4): 207-17.

23-Vogt JF, Murrell KL. Empowerment in Organizations How to Spark Exceptional Performance. San Diego, Calif.: University Associates;1990: 111-18.

24-Spreitzer GM. Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation. Academy of Management Journal. 1995; 38(5): 1442-65.

25-Mallak LA, Kurstedt HA. Understanding and Using Empowerment to Change Organizational Culture. Industrial Management-Chicago Then Atlanta. 1996; 38(6):8-40.

26-Melhem Y. The antecedents of customer-contact employees' empowerment. Employee Relations. 2004; 26(1): 72-93.

27-Wong CA, Laschinger H, Cho J. Workplace Empowerment, Work Engagement and Organizational Commitment of New Graduate Nurses. Journal of Nursing Leadership (Toronto, Ont.). 2006; 19(3): 43-60.

28-Eskandari M. Designing an Empowerment System Model for Managers. Journal of Humanities Teacher. 2004; 8(2): 53-80. [Persian]

29-Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011: 116-19.

30-Snell S, Bohlander GW. Managing Human Resources. 16th ed. USA: South-Western, Cengage Learning publication; 2012: 306-8.

31-Laschinger HK, Finegan J. Using Empowerment to Build Trust and Respect in the Workplace: A Strategy for Addressing the Nursing Shortage. Nursing economics. 2005; 23(1): 6-13.

32-Shanta LL, Eliason AR. Application of an empowerment model to improve civility in nursing education. Nurse Education in Practice. 2014; 14(1): 82-6.

33-Meadows P. Community Health Nursing. American Journal of Nursing. 2009; 109: 19.

34-Campbell C, Gibbs A, Maimane S, Nair Y. Hearing community voices: grassroots perceptions of an intervention to support health volunteers in South Africa. Journal of Social Aspects of HIV/ AIDS Research Alliance / SAHARA, Human Sciences Research Council. 2009; 5(4): 162-77.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]

35-Stefl ME. Common competencies for all healthcare managers: The Healthcare Leadership Alliance model. Journal of Healthcare Management. 2008; 53(6): 360-73.

36-Diaz- Monsalve SJ. The impact of health-management training programs in Latin America on job performance. Cadernos de Saude Publica, Rio de Janeiro. 2004; 20(4): 1110-20.

37-Barati O, Khamarni M, Sadeghi A, Siavashi E. Skills, Capabilities, and Requirements of Hospital Managers: A Qualitative Study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2016; 5(1): 17-28. [Persian]

38-Abdullahi B. The role of self-efficacy in empowering employees. Tadbir. 2007; 168: 38. [Persian]

39-Noe RA. Employee Training and Development. 7th ed. India: Mc Graw Hill publication; 2018: 4.

40-Robbins SP, Coulter MA, De Cenzo DA. Fundamentals of Management: Essential Concepts and Applications. 10th ed. England: Pearson publication; 2017: 319-28.

41-Cattaneo LB, Chapman AR. The Process of Empowerment A Model for Use in Research and Practice. American Psychologist. 2010; 65(7): 646-59.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v18i4.1860]