



# رابطه بین ادراک پزشکان از اقدامات شواهدمحور و اقدامات مدیریت منابع انسانی عملکرد بالا با ادراک آنان از جوّ خدمت مداری (مورد مطالعه: مراکز بهداشت اصفهان)

علی کوشازاده<sup>۱</sup> / علی شیرازی<sup>۲</sup>

چکیده

مقدمه: در سال‌های اخیر انتقادهایی به شکاف میان نظریات دانشگاهی مدیریت سلامت و منابع انسانی با پیامدهای سازمانی آن‌ها مطرح شده و در مقابل نظریاتی مدّعی دست یابی به عملکرد برتر (انطباق نظر-عمل)، جهت پاسخ به این انتقادات ارائه شده است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه دو نظریه اقدامات شواهدمحور و مدیریت منابع انسانی (ا.م.ا.) عملکرد بالا (به عنوان نظریات مدّعی عملکرد برتر) با ادراک از جوّ خدمت مداری (به عنوان پیامد سازمانی آن‌ها) انجام شد.

روش کار: این پژوهش کاربردی، از جهت گردآوری داده‌ها از نوع توصیفی-تحلیلی مبتنی بر روابط همبستگی و علی است. برای جمع آوری داده‌ها ۱۶۱ پرسشنامه از پزشکان مراکز بهداشت اصفهان در سال ۱۳۹۲ جمع آوری شد. جهت تحلیل داده‌های توصیفی از جمله پایایی به روش آلفای کرونباخ و همبستگی پیرسون از نرم افزار SPSS و برای تحلیل استنباطی روابط علی متغیرهای فرضیات تحقیق از روش مدل یابی معادله ساختاری با نرم افزار LISREL استفاده شد.

یافته‌ها: درستی فرضیات تأیید شد، یعنی اقدامات شواهد محور و مدیریت منابع انسانی عملکرد بالا هر کدام می‌توانند به بهبود مشتری مداری از طریق کارمندمداری و همکاری منجر شوند.

نتیجه‌گیری: بر اساس الگوی پیشنهادی پژوهش، ادعاهای نظری شامل ادراک پزشکان از اقدامات مدیریت منابع انسانی عملکرد بالا و اقدامات شواهدمحور، می‌توانند تبیین کننده خوبی برای پیامد ادراکی جوّ خدمت مداری سازمانی (شامل ابعاد کارمندمداری، همکاری و مشتری مداری) باشند. از این رو به کارگیری این اقدامات در سازمان‌ها به ویژه در بخش سلامت توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رابطه نظر-عمل، اقدامات مدیریت منابع انسانی (ا.م.ا.) عملکرد بالا، اقدامات شواهدمحور، جوّ خدمت مداری، مشتری مداری

• وصول مقاله: ۹۲/۱۰/۳۰ • اصلاح نهایی: ۹۲/۰۲/۲۸ • پذیرش نهایی: ۹۳/۰۳/۱۸

۱. دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران؛ نویسنده مسول (akoushazade@gmail.com)

۲. دانشیار گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

افراد دارای مشاغل اجتماعی به ویژه خدمات بهداشتی - درمانی، باید از آخرین دانش و مهارت‌های حوزه خود مطلع باشند تا بتوانند خدمات برتر ارائه دهند و حرفه‌ای بمانند [۱]. با درک این موضوع و به منظور به‌روز رسانی مستمر دانش و مهارت‌ها و استفاده از تجارب برتر جهانی، رویکرد شواهدمحور به حوزه بهداشت - سلامت راه یافته است. اقدامات شواهدمحور، کیفیت مراقبت از بیماران را بالا می‌برد و فاصله میان تحقیق و بالین را کاهش می‌دهد [۲]. از این رو، اقدامات پزشکی شواهدمحور باید بخشی از فعالیت‌های روزانه درمانی بیماران باشد. گام‌های اقدامات پزشکی شواهدمحور عبارت‌اند از: تبدیل اطلاعات لازم به سؤال‌های قابل پاسخ؛ یافتن بهترین شواهد برای پاسخ‌گویی به سؤال‌ها؛ ارزیابی انتقادی شواهد برای اعتبار و کاربردی بودن (بررسی پیامدهای اجتماعی شواهد)؛ به‌کارگیری نتایج ارزیابی در اقدامات بالینی؛ و ارزیابی عملکرد بالینی [۳]. پزشکی و درمان شواهدمحور کاربرد آگاهانه، آشکار و مبتنی بر عقل سلیم بهترین شواهد در تصمیم‌گیری درباره درمان بیماران است. اقدامات پزشکی شواهدمحور نیازمند یکپارچگی خبرگی بالینی پزشک با بهترین شواهد بالینی تجارب دیگر پزشکان مبتنی بر پژوهش‌های نظام‌مند، ارزش‌ها (ترجیح‌ها، نگرانی‌ها، سنن فرهنگی و اعتقادات دینی) و شرایط منحصر به فرد بیمار است [۴].

شروع اقدامات پزشکی شواهدمحور در کشورهای عربی خاورمیانه به دهه ۱۹۹۰ باز می‌گردد [۵]؛ در حالی که تا کنون پژوهش‌های محدودی با تمرکز بر آن در داخل کشور انجام شده که صرفاً بر روی پرستاران بوده است [۸-۶، ۲]. با گذشت دو دهه از مطرح شدن رویکرد شواهدمحور در علوم مختلف، این رویکرد در علوم سلامت نسبت به مدیریت بیشتر توسعه یافته است، چرا که در آن ارتباط بیشتری میان نظریه - عمل وجود دارد، بسیاری از پژوهش‌ها کاربردی هستند و نتایج آنها می‌توانند با فاصله اندکی به صورت بالینی به کار

برده شوند [۹]. بنابراین، پزشکی می‌تواند جزو قلمروهای پیشگام در نهادینه سازی اقدامات شواهدمحور باشد. با استفاده از پزشکی شواهدمحور روش‌هایی برای کاهش شکاف رایج میان «پژوهش - عمل» به دست می‌آید [۱۰]. در حوزه سلامت، شکافی بین روش‌های برتر شناخته شده در پژوهش‌ها و اقدامات مورد استفاده، وجود دارد [۲]. برای انطباق علم و عمل در به‌کارگیری اقدامات شواهدمحور باید موانع آن رفع شود؛ از جمله عدم وجود جوّ سازمانی حمایت‌گر و قدرتمند که بر کیفیت نازل خدمات نیز اثرگذار است [۱]. جوّ سازمان عامل مهمی در تنظیم نگرش‌ها و اقدامات کارکنان است، چرا که کارکنان قرار گرفته تحت تأثیر عوامل محیطی، ابتدا آنرا تفسیر و سپس بر اساس شناخت حاصل از آن، اقدام می‌کنند [۱۱]. بر این اساس، فرضیه اول تحقیق به صورت «اقدامات شواهدمحور بر ادراک کارکنان از جوّ کارمندی اثر معنادار دارد» تدوین می‌شود.

نظریه اقدامات م.ا. عملکرد بالا برای بررسی آنکه کدام دسته از اقدامات م.ا. می‌توانند پیامدها و عملکرد سازمانی را به خوبی پیش بینی کنند، مطرح شد [۱۲، ۱۳]. رویکرد م.ا. عملکرد بالا بر یکپارچگی و مکمل بودن متقابل، ویژگی‌های حمایتی و همراستای اقدامات م.ا. تأکید دارد تا هم شایستگی‌ها، انگیزش و رفتارهای خدمت‌محورانه کارکنان و هم کیفیت خدمات به مشتریان تقویت شود [۱۱]. سازمان‌هایی که چنین محیط کاری را فراهم می‌کنند، کارکنانی دارند که با تمام وجود تلاش می‌کنند انتظارات مشتریان (همکاران و بیماران) را برآورده سازند و در نتیجه کیفیت خدمات را ارتقاء می‌دهند [۱۴]؛ بنابراین، برخورداری مراکز سلامت از خدمت‌دهندگان با عملکرد بالا می‌تواند منجر به مزیت رقابتی پایدار شود [۱۵].

در این راستا، اهمیت شناسایی و مدیریت جوّ سازمان مدنظر قرار گرفته است، چرا که می‌توان آن را به عنوان اهرم نفوذ مدیریتی در راستای تحقق اهداف سازمان هدایت کرد. برای مثال، اقدامات مدیریتی می‌تواند جوّ درون سازمان را به گونه‌ای هدایت کند که بر انسجام سازمانی و آموزش و بالندگی م.ا.

تمرکز کند [۱۶]. نوع فرهنگ و جو سازمان می‌تواند تعیین کننده توان و تمایل سازمان برای خدمت رسانی به مشتریان باشد. برای مثال، در سازمان با فرهنگ و جو غالب انسان محوری، اعضا ارزش خود را با مورد توجه قرار گرفتن در رفاه، رشد، بالندگی و نیاز به همکاری کسب می‌کنند. در چنین فضایی کارکنان مشتاق تر به ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان هستند [۱۷]. بنابراین، از سویی با کمک اقدامات م.او می‌توان جو مطلوب خدمت مدار ایجاد کرد که به خدمات مطلوبی (میان کارکنان با هم و با مشتریان) منجر شود [۱۱]؛ و از سوی دیگر، کارکنان (پزشکان و پرستاران) متأثر از ادراک خود درباره جو سازمان و بخش کاری خود هستند. بر اساس تعاریف، جو خدمت مداری سازمانی، ادراک کارکنان از رویدادها، رویه‌ها، اقدامات و رفتارهایی است که با توجه به پیامد کیفیت خدمات ارائه شده به مشتری، مورد انتظار، پاداش و حمایت قرار می‌گیرند [۱۸].

بر اساس تحقیقات، اقدامات م.ا. عملکردبالا بر ادراک کارکنان از توانایی شان در ارائه خدمات با کیفیت بالا به مشتریان اثر گذار است. اقدامات مدیریت راهبردی م.ا. که بتواند منجر به محیط‌های کاری عملکرد بالا شود، با پیامدهای سازمانی همچون کیفیت برتر خدمات، رضایت و وفاداری مشتریان مرتبط است. جو کاری مشتری محور به کیفیت برتر خدمات و رضایت مشتریان منجر می‌شود و با اقدامات م.ا. عملکرد بالا ارتباط دارد؛ اما در حوزه خدمات سلامت، بررسی همزمان نقش سیستم‌های کاری عملکرد بالا بر ادراک کارکنان (پزشکان و پرستاران) از توانایی شان در ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان (بیماران) و یا جو خدمت و مشتری مداری شواهد تجربی اندکی دارد [۱۴]، همانند مطالعه [۱۱] که نشان داد اقدامات م.ا. عملکرد بالا با جو خدمت مداری سازمانی ارتباط دارد، و مطالعه [۱۹] مبنی بر اثر گذاری اقدامات م.ا. عملکرد بالا بر ارائه خدمات فرا نقش به مشتریان. بنابراین، فرضیه دوم و سوم تحقیق حاضر عبارت است از «اقدامات م.ا. عملکرد بالا بر جو کارمندمداری و همکاری اثر معنادار دارد».

از دلایل توجه به جو خدمت در صنایع خدماتی آن است که فرایند ارائه خدمات به مشتریان به وسیله تماس مستمر، مستقیم و بالای کارکنان با مشتریان ایجاد می‌شود. از این رو، نقش سیاست‌ها و رفتارهای مدیران سازمان در طراحی و اجرای اقدامات و جو مناسب آن بیشتر احساس می‌شود [۱۱]. بنابراین، مدیران سازمان‌های خدماتی باید موجد و حافظ جو خدمت مداری به مشتریان (داخلی یعنی کارکنان، و خارجی یعنی بیماران) باشند [۱۸]. مشتری مداری در سطح سازمانی مجموعه‌ای است از باورها با اولویت علایق و خواسته‌های مشتریان (نه کم توجهی به دیگر ذی‌نفعان) به عنوان محقق کننده اهداف بلندمدت سازمان [۲۰] و در سطح فردی «تمایل و توان خدمت دهندگان به انطباق خدمات ارائه شده بر اساس موقعیت (نیازها، مسایل و شرایط خاص) مشتریان» است [۱۸].

اهمیت تعاملات انسانی در ارزیابی فرایندهای مبادله خدمت، بر اساس نظریه حمایت اجتماعی ادلمن، اهویا و گودوین و شناخت اجتماعی جانز و بکر می‌تواند تبیین شود. بر این اساس، افراد مبتنی بر اطلاعات دریافتی از طریق تعاملات اجتماعی، ادراکات و ارزیابی‌های قضاوتی خود را بنا می‌نهند. این موضوع برای ارائه و دریافت کنندگان خدمات، هر دو صادق است. از این رو درک کیفیت و عوامل مؤثر بر کیفیت رفتارهای خدمت دهندگان (پزشکان و پرستاران) برای بیمارستان (خدمت دهنده به پزشکان) و بیماران (خدمت گیرنده از پزشکان) اهمیت دارد [۱۸]. بنابراین، ادراک از کیفیت روابط میان پزشکان (جو همکاری) و ادراک پزشکان از جو کارمندمداری و جو مشتری مداری (ادراک پزشکان از کیفیت روابط با بیماران) اهمیت بالایی دارد.

بر اساس مطالعه بورک، بروکی و هورلی، کارکنان محیط کارشان را با توجه به میزان معناداری یا اهمیت آن برای رفاه خود و مشتریان ارزیابی می‌کنند و دو نوع متمایز جو سازمانی ادراکی «کارمندمدار» و «مشتری مدار» قابل شناسایی است [۱۵]. همچنین، به عقیده شنایدر باید از پیمایش‌های سنجش جو سازمانی متفاوتی برای سازمان‌ها بر اساس پیامدهای ویژه مدنظر ذی نفعان کلیدی آنها استفاده شود. پارکر و همکاران

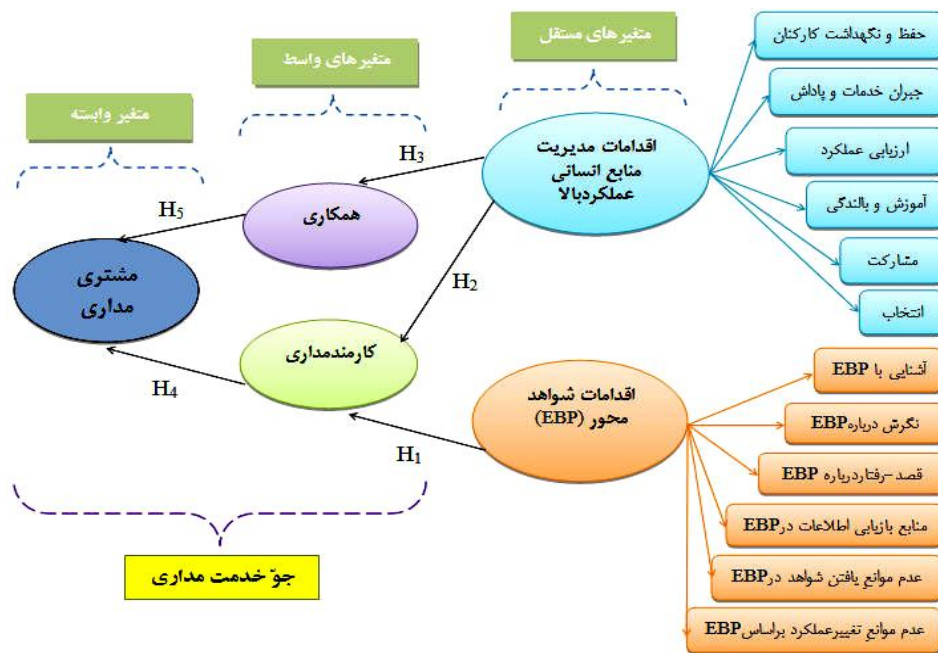
اجتماعی سالانسیک و فیفر تبیین کرد. طبق نظریه بلو، کارکنان رفتارهای خاصی را مبتنی بر هنجارهای متقابل می‌پذیرند و به این وسیله میزان ارزشمندی سازمان را از منظر خود بروز می‌دهند. به عقیده سالانسیک و فیفر، کارکنان پیام‌های مختلف سازمان را جمع‌آوری و از آنها برای تصمیم‌گیری و اقدامات خود استفاده می‌کنند. بنابراین، اقدامات سازمانی (همانند اقدامات م.م.ا. و شواهدمحور) توسط کارکنان درک و تفسیر می‌شود و نتایج شناختی و نگرشی آنها (ادراک از جو سازمانی) رفتارها و اقدامات کارکنان را شکل می‌دهد [۱۱].

در پژوهش‌های پیشین، مطالعاتی با هدف بررسی اثر نظریات دانشگاهی مدعی عملکرد برتر بر واقعیات سازمانی، کمتر می‌توان یافت؛ در حالی که چنین مطالعات تجربی در موضوعات مدیریتی مورد علاقه مشترک دانشگاهیان و دست‌اندرکاران سازمانی به دلیل ایجاد حلقه اتصال نظر-عمل، ضروری به نظر می‌رسد [۲۲]. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مطالعه رابطه نظر-عمل از طریق بررسی میزان انطباق ادعاهای نظری دانشگاهی با واقعیات ادراکی دست‌اندرکاران (پزشکان) در حیطه مدیریت سلامت و به ویژه م.ا. انجام می‌شود. بدین منظور، دو نظریه نوین دانشگاهی که در حوزه مطالعات مدیریت و سلامت راه یافته است، یعنی ادراک از «اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا» و «اقدامات شواهدمحور» به عنوان دو متغیر مستقل (پیش‌بین) برای متغیر وابسته (ملاک) پیامدی سازمانی ادراک از «جو خدمت‌مداری» شامل کارمندمداری و همکاری (به عنوان متغیرهای واسطه) و مشتری‌مداری در نظر گرفته شده است. بنابراین، مدل مفهومی روابط میان متغیرها مبتنی بر فرضیات تحقیق به صورت (شکل ۱) ترسیم می‌شود.

نیز در فرا تحلیل خود دریافتند که وجود گروه یا مقوله محوری برای سنجش جو سازمانی روان‌شناختی هر نوع از سازمان‌ها ضرورت دارد. بنابراین، شناسایی ابعاد مناسب و نسبتاً ساده‌ای برای سنجش جو سازمان‌های مشابه، می‌تواند به یکپارچه‌سازی مطالعات و ایجاد زبان و ساختاری برای هماهنگ‌سازی پژوهش‌ها با اقدامات مدیریتی (انطباق نظر-عمل) کمک کند [۲۱]. از این رو، در سازمان‌های خدمت‌محور بهداشتی-درمانی، سنجش جو خدمت‌مداری مشتمل بر جو کارمندمداری (خدمت‌مداری سازمان برای کارکنان)، همکاری (خدمت‌مداری میان همکاران)، و مشتری‌مداری (خدمت‌مداری برای بیماران) می‌تواند به عنوان ابعاد اصلی جو چنین سازمان‌هایی مدنظر قرار گیرد.

برای ارائه خدمات با کیفیت باید نگرانی برای کارکنان (جو کارمندمداری و ادراک چگونگی رفتار با کارکنان و میزان حمایت از آنها توسط مدیریت ارشد سازمان)، و نگرانی برای مشتریان (جو مشتری‌مداری که در آن اقدامات و سیاست‌ها مشتری‌محور باشد) وجود داشته باشد. اگر کارکنان ادراک کنند در سازمانشان جو حمایت‌گری وجود ندارد، مشتریان (کارکنان و بیماران) تعهد و تجارب مثبت کمتری خواهند داشت. در سازمان‌های خدماتی تماس بالا با مشتریان همانند بیمارستان‌ها با محیط‌های پر تعامل و استرس‌زا، وجود حمایت‌های سازمانی برای کارکنان و مشتریان اهمیت بیشتری دارد. پزشکان هنگامی می‌توانند خدمات با کیفیت تری به بیماران ارائه دهند که از جانب مدیریت سازمان به چنین رفتارهایی پاداش داده شود و اقدامات حمایت‌گر و تسهیل‌کننده ارائه خدمات با کیفیت به بیماران (همانند ارائه آموزش‌های لازم و فناوری‌های مناسب برای کارکنان) اجرا شود [۱۸]. بر این اساس، فرضیه چهارم و پنجم تحقیق پیش‌رو عبارت است از «جو کارمندمداری و جو همکاری بر جو مشتری‌مداری اثر معنادار دارد».

مبانی نظری روابط میان متغیرها را می‌توان بر اساس نظریات مبادله اجتماعی بلو و پردازش اطلاعات



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش، رابطه میان متغیرهای مستقل، واسطه و وابسته بر اساس فرضیات پژوهش

بودند، پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی ساده میان آنها توزیع، منظور از سؤالات و مفاهیم توسط همکاران پژوهش توضیح داده شد و پس از حدود نیم ساعت پاسخ‌ها دریافت گردید. با در نظر گرفتن احتمال ناقص بودن تعدادی از پاسخ‌نامه‌ها، ۲۰۰ پرسشنامه توزیع شد و پس از جمع‌آوری آنها، با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش و غیر قابل تحلیل، ۱۶۱ پرسشنامه کامل و مناسب به دست آمده، تحلیل شد.

برای سنجش اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا از پرسشنامه ۱۹ گویه‌ای [۱۵] ادراک سنجی کارکنان شامل شش بعد انتخاب و استخدام، آموزش، مشارکت، ارزیابی عملکرد، پاداش، و حفظ و نگهداشت کارکنان، استفاده شد. برای سنجش اقدامات شواهد محور، پرسشنامه ۳۴ گویه‌ای ادراک سنجی برگرفته از [۷، ۲۴، ۲۵] مشتمل بر شش بعد: آشنایی با اقدامات شواهد محور، نگرش در مورد اقدامات شواهد محور، قصد-رفتار مبتنی بر اقدامات شواهد محور، منابع شواهد رایج مورد استفاده جهت بازایی اطلاعات، عدم موانع برای یافتن شواهد، و عدم موانع برای تغییر عملکرد بر اساس بهترین شواهد، به کار برده شد. جهت سنجش ادراک از جو خدمت مداری،

### روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، نحوه گردآوری داده‌ها از گروه تحقیقات پیمایشی و از جهت ارتباط بین متغیرهای تحقیق از نوع روابط علی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادله ساختاری است. جامعه آماری شامل پزشکان دو مرکز بهداشت اصفهان در سال ۱۳۹۲ به تعداد ۲۲۴ نفر بود (مرکز شماره یک ۱۰۷ و شماره دو ۱۱۷ نفر پزشک). برای ادراک سنجی پاسخ دهندگان و جمع‌آوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد. با توجه به جدول تعیین نمونه کرجسی و مورگان [۲۳] بر اساس تعداد اعضای جامعه مشخص شد تعداد حداقل ۱۴۲ پرسشنامه نمونه باید مورد تحلیل قرار گیرد. برای درک بهتر پاسخ دهندگان از سؤالات و نحوه پاسخ‌گویی، و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با صرف زمان و هزینه کمتر، تصمیم بر آن شد هنگامی پرسشنامه‌ها میان پاسخ دهندگان توزیع شود که در یک جلسه کنار یکدیگر باشند. از این رو، با هماهنگی‌های انجام شده، در یک روز پاییز سال ۱۳۹۲ که پاسخ دهندگان برای شرکت در جلسه‌ای مشترک گرد هم آمده

یک رویکرد آماری جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط بین متغیرهای مشاهده شده و مکنون است که علاوه بر قابلیت‌های روش‌هایی همانند رگرسیون، می‌تواند هم‌زمان روابط پیچیده میان متغیرهای چندگانه مکنون و مشاهده شده را به صورت تحلیل عاملی (تأییدی و اکتشافی) بررسی کند و موجه بودن مدل‌های نظری روابط علی میان متغیرها در یک جامعه آماری خاص را به خوبی آزمون کند. مقدار ضرایب اثر یا مسیر (بتا=رابطه میان متغیر مکنون برون‌زا یا مستقل با مکنون درون‌زا یا وابسته) در مدل‌یابی معادلات ساختاری ( $0 < \beta < 1$ ) نشان می‌دهد در مسیر و فرضیه تدوین شده، چند درصد از تغییرات متغیر وابسته می‌تواند توسط متغیر مستقل، در صورت معناداری مسیر با توجه به مقدار آزمون تی ( $|t| \geq 1.96$ ) پیش بینی شود [۲۷، ۲۶].

### یافته‌ها

نتیجه داده‌های جمعیت شناختی ۱۶۱ پرسشنامه تحلیل شده نشان داد: ۸۲ نفر پزشک مرکز شماره یک و ۷۹ نفر از مرکز شماره دو؛ ۷۷ نفر مرد و ۸۸ نفر زن؛ پنج نفر پزشک متخصص و ۱۵۶ نفر پزشک عمومی بودند. همچنین، ۱۲ نفر سابقه خدمت شش تا ۱۰ سال، ۳۳ نفر ۱۱ تا ۱۵ سال، ۵۳ نفر ۱۶ تا ۲۰ سال، ۴۳ نفر سابقه ۲۱ تا ۲۵ سال، و ۱۰ نفر سابقه خدمت بیش از ۲۵ سال داشتند. مقادیر میانگین، انحراف معیار، همبستگی و پایایی به روش آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش در (جدول ۱) آمده است.

پرسشنامه ۱۰ گویه‌ای برگرفته از [۱۵] مشتمل بر کارمند مداری (سه گویه)، مشتری مداری (سه گویه) و همکاری (چهار گویه) مورد استفاده قرار گرفت. در کلیه پرسشنامه‌ها طیف هفت گزینیه‌ای لیکرت از بسیار زیاد مخالفم (یک) تا بسیار زیاد موافقم (هفت) به کار برده شد.

پایایی ابزار سنجش متغیرهای تحقیق به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و از آنجا که در همه متغیرها  $\alpha > 0.76$  مطابق با اعداد به دست آمده در (جدول ۱) پایایی تأیید می‌شود. روایی صوری و محتوایی نیز با سه روش استفاده از پرسشنامه‌های تأیید شده در مطالعات پیشین، تأیید نظرات خبرگان و اساتید دانشگاهی و سازمانی (پزشکان خبره) در روشن و روان سازی مفهوم سئوالات و انطباق آن با موضوع و هدف پژوهش، و استفاده از روش مدل‌یابی معادله ساختاری در تعیین مقادیر ضرایب اثر (بتا) و معناداری گویه‌ها (آزمون تی) و ابعاد متغیرهای تحقیق (شکل ۲)، مورد تأیید است.

جهت تحلیل داده‌های توصیفی از نرم افزار SPSS Vrs. 20، برای محاسبه میانگین حسابی (برای شناسایی حد متوسط ادراک کارکنان از سطح و میزان هر متغیر)، انحراف معیار (برای بررسی پراکندگی پاسخ‌ها) و همبستگی به روش پیرسون برای بررسی روابط متقابل میان کلیه متغیرهای تحقیق استفاده شد. در تحلیل استنباطی به روش مدل‌یابی معادله ساختاری (SEM) با نرم افزار LISREL Vrs. 8/54 روابط علی میان متغیرهای تحقیق بر اساس هر یک از مسیرهای رابطه علی فرضیات مدل تحقیق، تحلیل شد. روش SEM

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، همبستگی و پایایی به روش آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

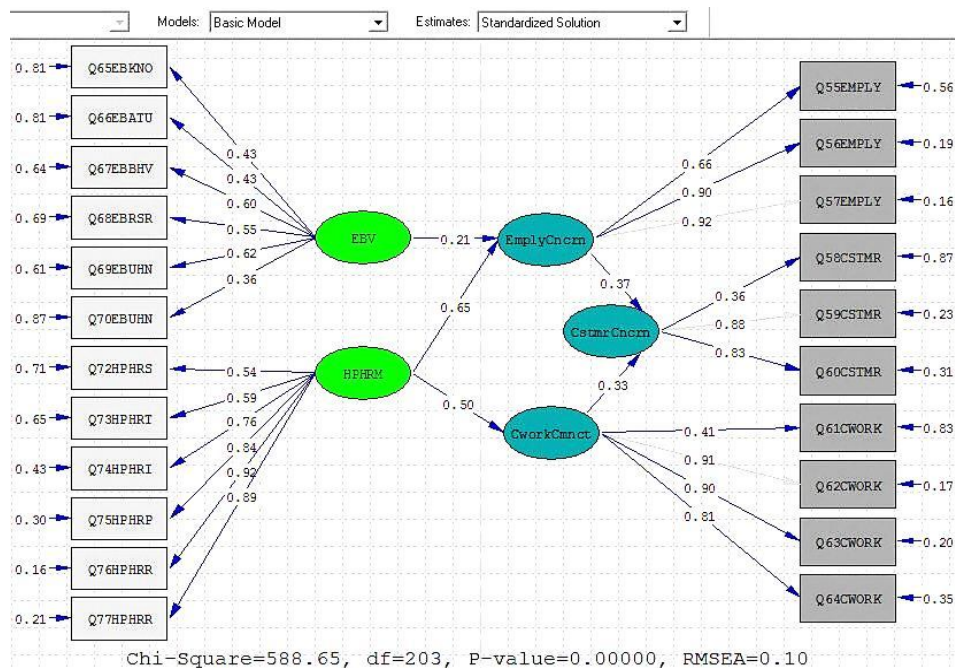
ردیف	متغیرها n=161	میانگین (طیف لیکرت ۷ تایی)	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱	اقدامات شواهدمحور	۴/۸۸	۰/۳۸	(۰/۸۷)**	-	-	-	-
۲	اقدامات م.ا. عملکرد بالا	۳/۹۵	۰/۶۵	۰/۳۳*	(۰/۹۳)**	-	-	-
۳	جو همکاری	۴/۴۹	۰/۷۰	۰/۱۸*	۰/۴۷*	(۰/۸۳)**	-	-
۴	جو کارمند مداری	۳/۵۶	۰/۸۳	۰/۳۹*	۰/۷۰*	۰/۴۶*	(۰/۸۵)**	-
۵	جو مشتری مداری	۴/۴۸	۰/۶۵	۰/۳۳*	۰/۴۹*	۰/۶۳*	۰/۶۳*	(۰/۶۸)**

\*همبستگی به روش پیرسون: ارتباط معنی دار دوطرفه مثبت در سطح معناداری  $p < 0.01$ ؛ \*\*پایایی به روش آلفای کرونباخ ( $\alpha > 0.76$ )



مطلوبی است. و سرانجام، مقادیر پایایی هر یک از متغیرها به روش آلفای کرونباخ در حد مقبول آن قرار دارد که بیشترین مقدار پایایی به ادراک از اقدامات م.ا. عملکرد بالا ( $\alpha=0/93$ ) و کمترین مقدار به ادراک از جو مشتری مداری ( $\alpha=0/68$ ) تعلق یافته است که شاید یک دلیل کم بودن مقدار پایایی متغیر اخیر، تعداد اندک گویه‌های آن باشد. برای بررسی روابط علی مدل و فرضیات پژوهش، از روش مدل سازی معادله ساختاری استفاده شد، که هم نوعی انجام تحلیل عاملی تأییدی بر روی ابعاد و گویه‌های متغیرهای پژوهش است، هم می‌تواند نقش متغیرهای واسط بین متغیرهای مستقل و وابسته را در مدل بررسی کند و هم با دقت مطلوبی امکان بررسی برازش و تحلیل هر یک از مسیرها (فرضیات پژوهش) و برازش کلی مدل را به دست می‌دهد و از این طریق اعتباریابی هر جزء و کل مدل با استفاده از آن میسر می‌شود [۲۶، ۲۷]. نتایج تحلیل آماری آزمون فرضیات پژوهش و برازش مدل بر اساس خروجی نرم افزار LISREL در (شکل ۲ و جدول ۲) آورده شده است.

همان گونه که در (جدول ۱) مشاهده می‌شود، مقادیر میانگین همه متغیرها در حد متوسط (عدد چهار از هفت) قرار دارد و از میان آنها ادراک از اقدامات شواهدمحور بالاترین حد میانگین ( $m=4/88$ ) و ادراک از جو کارمند مداری پایین ترین حد میانگین ( $m=3/56$ ) را به خود اختصاص داده است و این بدان معنی است که در بین متغیرهای مورد مطالعه سطح اقدامات شواهدمحور بالاتر و سطح جو کارمند مداری پایین تر از سایر متغیرها ادراک شده اند. همچنین نتیجه انحراف از میانگین متغیرها نشان می‌دهد که پراکندگی پاسخ‌ها به گویه‌های ادراک از اقدامات شواهدمحور کمتر و جو کارمند مداری بیشتر از سایر متغیرهای مورد مطالعه از منظر پزشکان است. مقادیر همبستگی پیرسون میان متغیرهای تحقیق نیز نشان می‌دهد که بیشترین و کمترین ارتباط متقابل قابل قبول بر اساس روابط میان متغیرهای مدل در فرضیات تحقیق، به ترتیب میان ادراک از اقدامات م.ا. عملکرد بالا با جو کارمند مداری ( $r=0/70$ ) و ادراک از اقدامات شواهدمحور با جو کارمند مداری ( $r=0/39$ ) است که مقادیر بالا و



شکل ۲: مدل برازش شده به همراه مقادیر ضرایب اثر (بتا) روابط متغیرهای مکنون (مستقل، واسط و وابسته) و مشاهده شده (گویه‌ها) تحقیق به روش مدل‌سازی معادله ساختاری با نرم افزار LISREL

جدول ۲: نتایج آزمون فرضیات پژوهش از خروجی نرم افزار LISREL

فرضیات	ضریب اثر (بتا)	عدد معناداری (آزمون تی)	نتیجه آزمون
فرضیه ۱: اقدامات شواهدمحور بر جو کارمندمداری اثر معنادار دارد	۰/۲۱	۲/۶۱	تأیید
فرضیه ۲: اقدامات م.ا.م. عملکردبالا بر جو کارمندمداری اثر معنادار دارد	۰/۶۵	۸/۲۰	تأیید
فرضیه ۳: اقدامات م.ا.م. عملکردبالا بر جو همکاری اثر معنادار دارد	۰/۵۰	۶/۲۰	تأیید
فرضیه ۴: جو کارمندمداری بر جو مشتری مداری اثر معنادار دارد	۰/۳۷	۴/۲۵	تأیید
فرضیه ۵: جو همکاری بر جو مشتری مداری اثر معنادار دارد	۰/۳۳	۳/۸۶	تأیید

Chi-Square=۵۸۸/۶۵; d.f.=۲۰۳; p-value=۰/۰۰۰; RMSEA=۰/۱۰

مجموع مشخص می‌شود هر یک از فرضیات و مسیرهای ترسیم شده در مدل مطابق با مقادیر ضرایب اثر و معناداری مشخص شده در (جدول ۲) مورد تأیید قرار می‌گیرد. در روش مدل‌یابی معادله ساختاری علاوه بر آنکه باید هر یک از فرضیات و مسیرها مورد تأیید قرار گیرد و معنادار باشد، کل مدل نیز باید برازش شود که بدین منظور از آزمون‌های شاخص برازش کلی مدل استفاده می‌شود [۲۷، ۲۶]. نتیجه گزارش خروجی نرم افزار از شاخص‌های برازش کلی مدل در (جدول ۳) ارائه شده است.

بر اساس (جدول ۲ و شکل ۲) مشخص می‌شود کلیه فرضیات پژوهش که به صورت پنج مسیر رابطه علی طراحی شده، مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس مقادیر ضرایب اثر یا استاندارد شده به دست آمده، بیشترین قدرت تبیین کنندگی روابط میان متغیرهای مدل در مسیر فرضیه دوم یعنی اثر معنادار اقدامات م.ا.م. عملکرد بالا بر جو کارمندمداری (با ضریب اثر ۰/۶۵) و کمترین قدرت تبیین کنندگی در مسیر فرضیه اول یعنی اثر معنادار اقدامات شواهدمحور بر جو کارمندمداری (با ضریب اثر ۰/۲۱) به دست آمد. بنابراین در

جدول ۳: نتیجه شاخص‌های برازش کلی مدل در روش مدل‌یابی معادلات ساختاری از خروجی نرم افزار LISREL

نتیجه آزمون	خروجی نرم افزار	توضیح شاخص	دامنه مورد قبول [۲۷، ۲۶]
برازش خوب	$\chi^2/df=۲۰۳/۵۸۸/۶۵$	درجه آزادی تقسیم بر کای مربع	$\chi^2/df < ۳$
برازش بسیار خوب	$P=۰/۰۰۰۰$	سطح معناداری	$P < ۰/۰۰۵$
برازش مقبول	$RMSEA=۰/۱$	میانگین مجذور مربعات خطای تقریب	$RMSEA \leq ۰/۱$
برازش خوب	$RMR=۰/۰۸۵$	میانگین مجذور مربع باقی مانده‌ها	$RMR < ۰/۰۹$
برازش خوب	$CFI=۰/۹۰$	شاخص نکویی تطبیقی یا مقایسه‌ای	$CFI > ۰/۸$
برازش خوب	$IFI=۰/۹۰$	شاخص نکویی تدریجی یا فزاینده	$IFI > ۰/۸$
برازش خوب	$NFI=۰/۸۶$	شاخص نکویی بهنجار	$NFI > ۰/۸$
برازش خوب	$NNFI=۰/۸۸$	شاخص نکویی بهنجار نشده	$NNFI > ۰/۸$

بالایی برخوردار نیست که شاید بتوان این امر را هم به دلیل ابعاد و گویه‌های متعدد اقدامات م.ا.م. عملکرد بالا و شواهدمحور، و هم اثر مقادیر خطای تبیین نشده ناشی از وجود سایر متغیرهای در نظر نگرفته شده در این تحقیق، دانست.

مقادیر به دست آمده از هر یک از شاخص‌های برازش کلی مدل (جدول ۳) نیز نشان می‌دهد کل مدل برازش خوب و مقبولی دارد، هر چند که شاخص‌هایی همانند RMSEA در مرز مطلوبیت قرار دارند. این بدان معنا است که هر چند هر یک از اجزای مدل به خوبی برازش شده‌اند، ولی برازش کل مدل از مطلوبیت



### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی رابطه میان نظریات دانشگاهی با واقعیات سازمانی انجام شد. بدین منظور، اثر ادعاهای نظری دانشگاهی بر بهبود پیامدهای ادراکی عملی سازمانی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و این نتیجه حاصل شد که اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا و اقدامات شواهدمحور - به عنوان مصادیقی از ارزش‌ها، سیاست‌ها و اقدامات سازمانی (رویکردهای نظری با ادعای مطلوبیت کاربردی) - هر کدام می‌توانند به بهبود جو خدمت‌مداری سازمانی (شامل کارمندمداری، همکاری و مشتری‌مداری) در صنایع خدمات بهداشت و سلامت، منجر شوند. به عبارت دیگر، رابطه علی مثبت و مکمل میان ادراک از دو نظریه دانشگاهی اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا و شواهدمحور با پیامد ادراکی جو خدمت‌مداری سازمانی، نشان می‌دهد که اگر از یافته‌های برتر پژوهش‌های دانشگاهی در سازمان‌ها استفاده شود، نه تنها شکافی میان الگوهای نظری با واقعیات سازمانی وجود ندارد، بلکه نظریه و عمل می‌توانند مکمل و هم‌افزاینده یکدیگر نیز باشند. این نتیجه با یافته مطالعات [۲۸، ۲۲] مبنی بر آنکه فاصله محدودی میان نظریات دانشگاهی مدعی عملکرد برتر با واقعیات مرتبط با مسائل سازمانی ادراکی دست‌اندرکاران وجود ندارد، هم‌راستا است. از این رو، به کارگیری اقدامات مورد مطالعه در این تحقیق می‌تواند به پیامدهای سازمانی مثبتی منجر شود و استفاده و توسعه این الگوها در سازمان‌ها در صورت تأیید نتایج هم‌راستای این تحقیق در سایر مطالعات آتی، توصیه می‌شود.

الگوی پیشنهادی پژوهش و رابطه میان متغیرها در قالب شش فرضیه تدوین شد. در فرضیه اول پژوهش حاضر، اثر معنادار اقدامات شواهدمحور بر ادراک از جو کارمندمداری بررسی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

این یافته مؤید این دیدگاه است که یکپارچه‌سازی آموزش پزشکی شواهدمحور با اقدامات روزانه پزشکان می‌تواند به پیامدهای مثبت منجر شود [۲۹]. همچنین مکمل نتایج مطالعه [۵] درباره ارتباط آموزش مهارت‌های پزشکی شواهدمحور و تغییر اقدامات؛ پژوهش [۳۰] مبنی بر اینکه استفاده بیشتر از شواهد در اقدامات روزانه برای پزشکان امکان حفظ کنترل بر محتوای رسمی کارشان را فراهم می‌کند؛ همچنان که به پزشکان این فرصت را می‌دهد تا استقلال عمل و رضایت شغلی خود را توسعه دهند [۳۱]؛ و هم‌راستا با یافته [۳۲] است که بیان می‌کند از نظر پزشکان، میان به کارگیری دانش و مهارت‌های پزشکی شواهدمحور با کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران رابطه وجود دارد.

نتیجه تأیید شده فرضیه دوم مبنی بر اثر معنادار اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا بر جو کارمندمداری، مؤید این یافته است که اقدامات سازمانی و م.م.ا. نقش کلیدی در شکل‌دهی ادراکات کارکنان از جو محیط کارشان دارد؛ همچنان که پژوهش ویتنر مشخص کرده است اقدامات م.م.ا. بر ادراک کارکنان از سطح حمایت‌های سازمانی اثر گذار است، و یافته تاکئوچی، چن و لپاک نیز نشان داد اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا ارتباط مثبتی با ادراکات مشترک کارکنان درباره میزان کارمندمداری دارد [۱۵].

در فرضیه سوم، اثر معنادار اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا بر جو همکاری تأیید شد که توسعه دهنده یافته‌های مطالعاتی همانند [۳۳] درباره ارتباط جو سازمانی مبتنی بر همکاری و روابط گروهی با اقدامات م.م.ا.، و [۲۱] مبنی بر همبستگی مثبت و بالای سیستم م.م.ا. عملکرد بالا با میزان همکاری و مشارکت کارکنان است.

فرضیه چهارم که به صورت اثر معنادار مثبت جو کارمندمداری بر جو مشتری‌مداری تدوین و تأیید شد نیز هم‌راستا و توسعه دهنده نتایج مطالعه [۳۴] مبنی بر اثر مثبت ادراک کارکنان از وجود حمایت‌های مدیریت و

نتایج این پژوهش همراستا با یافته پژوهش [۳۸] مبنی بر مشابهت اقدامات کاری و م.م.ا. عملکرد بالا با کشورهای توسعه یافته است، چرا که مدل پژوهش حاضر به خوبی برآزش شده است و اقدامات م.م.ا. عملکرد بالا توانسته است جو خدمت مداری سازمانی را پیش بینی کند. با این حال، این نکته را نیز باید در نظر داشت که نظریه‌هایی همانند م.م.ا. عملکرد بالا مبتنی بر رویکرد امریکایی بهترین اقدامات و به دنبال بهترین روش جهان شمول برای انتخاب‌های یکسان در موقعیت‌های متفاوت هستند و از این رو با رویکرد اروپایی بهترین تناسب اقدام انتخابی با شرایط محیطی و موقعیت به کارگیرنده، تفاوت اساسی دارند [۳۹]. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، میزان تناسب چنین نظریات مدیریتی و م.ا. به صورت تطبیقی با شرایط فرهنگی، بومی و محیطی انواع سازمان‌های ایرانی بررسی و مشخص شود که در چه نوع سازمان‌ها و در چه شرایطی استفاده از رویکردهای جهان شمول (بهترین عملکرد) و یا اقتضایی (بهترین تناسب) کاربرد و ارزش بیشتری ایجاد می‌کند، چرا که هنوز درباره موضوعاتی همانند تعداد و میزان اثر گذاری هر یک از اقدامات م.ا. مؤثر بر عملکرد سازمان اختلافات عمیقی وجود دارد [۳۹] و شاید یک دلیل مهم آن وجود تفاوت‌های اقتضایی محیطی-فرهنگی سازمان‌ها، صنایع، و سیاست‌های مدیریتی آنها یعنی آنچه که رویکردهای اروپایی بر آن تأکید دارند، باشد، همچنان که [۴۰] نیز دریافتند به واسطه ویژگی‌های محیط پیرامونی و بوم‌شناسانه، اقدامات م.م.ا. در کشورهای توسعه یافته و در حال گذار، متفاوت ادراک می‌شوند.

با توجه به فقدان وجود مدلی مشابه با پژوهش حاضر در مطالعات داخلی، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه دیگری در سایر بیمارستانها و مراکز بهداشتی-درمانی بر روی پزشکان و پرستاران و نیز سایر سازمانها در صنایع دیگر انجام شود تا یافته‌ها، شواهد گسترده‌تری درباره نتایج

رهبری سازمان از آنان بر کیفیت خدماتی که مشتریان دریافت می‌کنند؛ پژوهش بنیادپوتی و بنیادپوتی درباره ارتباط قدرتمند میان ادراک کارکنان از جو خدمت مداری و ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان (چرا که جو حمایتگر خدمات منجر به نشاط و تعهد کارکنان می‌شود و چنین کارکنانی تمایل دارند خدمات با کیفیت‌تری به مشتریان ارائه دهند) [۱۸]، و یافته [۱۶] با تأیید اثر ادراک مدیران و کارکنان از جو سازمانی حامی کارکنان (مبتنی بر روابط انسانی) بر رضایت بیماران از خدمات دریافتی است.

و سرانجام در فرضیه پنجم که به صورت اثر معنادار مثبت جو کارمندمداری بر جو مشتری مداری در نظر گرفته و تأیید شد، همراستا با نتایج مطالعاتی همانند [۳۵] مبنی بر آنکه اگر جو ارتباطی خوب میان اعضای بیمارستان وجود داشته باشد که به آن‌ها فرصت تشریک تجارب کاری و انسانی را دهد، پیامدهای مثبت فردی، شغلی و سازمانی به دنبال دارد و نیز اثر کیفیت روابط پرستاران با پزشکان و مدیریت بیمارستان بر کیفیت ارائه خدمات و نگرش آنان در قبال بیماران؛ پژوهش [۱۴] درباره اثرگذاری هماهنگی رابطه‌ای یا تیم سازی میان خدمات دهندگان، بر سطح رضایت مندی و وفاداری مشتریان در سازمان‌های خدماتی که تعاملات چهره به چهره میان طرفین با عدم قطعیت عملیاتی و محدودیت‌های زمانی برای مبادله خدمات همراه است؛ یافته [۳۶] درباره اثرگذاری جو همکاری و حمایت همکاران از یکدیگر بر رضایت مشتریان از خدمات دریافتی؛ نتایج پژوهش [۱۷] مبنی بر ارتباط مثبت فرهنگ و جو تمایل به انجام کارهای تیمی (تیم مداری) با خدمت مداری به مشتریان؛ و [۳۷] نسبت به اثر رضایت پزشکان مراکز بهداشتی-درمانی از کیفیت روابط با همکاران و پرستاران، بر کیفیت خدمات ارائه شده آنان به بیماران است.

پژوهش مشارکت کردند، مراتب تشکر و قدردانی خود را ابراز می‌دارند.

پژوهش حاضر درباره اثر تفاوت‌ها و شباهت‌های زمینه‌ای و محتوایی بر ادراک اعضای سازمان از نظریات ادعایی دانشگاهی و واقعیات سازمانی به دست دهد و بتوان از مجموع آنها به تعمیم، نظریه پردازی و کاربردی سازی یافته‌های تأیید شده و در نتیجه تلفیق و هم‌افزایی الگوهای نظری با واقعیات عملی سازمانی پرداخت.

از محدودیت‌های تحقیق، سنجش جوّ مشتری مداری از منظر پزشکان و نه خود بیماران بود، از این رو ممکن است ادراک مشتری مداری از منظر پزشکان با بیماران کاملاً بر هم منطبق نباشد. اما هدف از مدنظر قرار دادن یک جامعه آماری (پزشکان) واحد در این تحقیق، مطالعه همزمان دیدگاه‌ها و ادراکات یک گروه از ذی‌نفعان بیمارستان در قبال کیفیت روابط میان خود، اثرگذاری و اثرپذیری این روابط بر دیگر ذی‌نفعان آنها از منظر همین جامعه بود تا برداشت واحدی از روابط پیشامدی و پیامدی میان متغیرهای مورد مطالعه از دید پزشکان (به عنوان یک گروه ذی نفع کلیدی) به دست آید.

پیچیدگی مدل و تعدد اجزای اقدامات شواهدمحور و م.م.ا. عملکردبالا، محدودیت دیگر تحقیق بود که موجب شد امکان بررسی اثر هر بعد آن بر پیامدهای ادراکی سازمانی در یک مقاله به طور همزمان فراهم نشود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، همان گونه که [۱۴] نیز اشاره می‌کند، به بررسی اثر مستقل هر یک از ابعاد اقدامات شواهدمحور و م.م.ا. عملکرد بالا بر عملکرد و پیامدهای سازمانی (از جمله جوّ سازمانی و مشتری مداری) پرداخته شود.

### تشکر و قدردانی

پژوهشگران بدین وسیله از زحمات پرسنل هماهنگ کننده جهت توزیع پرسشنامه‌ها و پزشکان دو مرکز بهداشت شماره یک و دو اصفهان که در انجام این

## References

1. Wolf DAPS, Dulmus CN, Maguin E. Empirically Supported Treatment's Impact on Organizational Culture and Climate. *Research on Social Work Practice* 2012; 22: 665-671.
2. Salehi S, Mohmedie Karbalaie A, Abedi HAA. [Study of the Implementation Rate of Evidence-Based Nursing Cares By Nurses in State Hospitals in Ahwaz in 2011]. *Evidence Based Medical* 2013; 3(6): 7-16. [Persian]
3. Huić M. Evidence-based medicine & clinical practice. *Acta Medica Academica* 2008; 37: 29-37.
4. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence based medicine-how to practice and teach EBM. 3<sup>th</sup> ed. Edinburgh (United Kingdom): Elsevier; 2005.
5. Albarrak AI, Abbdulrahim SAA, Mohammed R. Evaluating factors affecting the implementation of evidence based medicine in primary healthcare centers in Dubai. *Saudi Pharmaceutical Journal* 2013; DOI: 10.1016/j.jsps.2013.05.003.
6. Adib-Hajbaghery M. [Iranian nurses perceptions of evidence-based practice: A qualitative study]. *Feyz* 2007; 11(2): 44-52. [Persian]
7. Kermanshahi S, Parvinian AM. [Barriers to Implementation of Evidence-Based Care: Viewpoints of Nursing Staff]. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 12(2): 84-92. [Persian]
8. Madarshahian F, Hassanabadi M, Khazayi S. [Effect of evidence-based method clinical education on patients care quality and their satisfaction]. *Iranian Quarterly of Education Strategies* 2012; 4(4): 189-193. [Persian]
9. Axelsson R. Towards an evidence based health care management. *International Journal of Health Planning and Management* 1998; 13: 307-317.
10. Rousseau, DM. Is there such a thing as "evidence based management"?. *Academy of Management Review* 2006; (31)2: 256-269.
11. Tang TW, Tang YY. Promoting service-oriented organizational citizenship behaviors in hotels: The role of high-performance human resource practices and organizational social climates. *International Journal of Hospitality Management* 2012; 31: 885-895.
12. Delery JE, Doty HD. Modes of theorizing in strategic human resources management: Test of universalistic, contingency, and configurational performance predictions. *Academy of Management Journal* 1996; 39: 802-836.
13. Snell SA. Control theory in strategic human resource management: The mediating effect of administrative information. *Academy of Management Journal* 1992; 35: 292-327.
14. Scotti DJ, Driscoll AE, Harmon J, Behson SJ. Links among high-performance work environment, service quality and customer satisfaction. *Journal of Healthcare Management* 2007; (52)2: 109-124.
15. Chuang CH, Liao H. Strategic human resource management in service context: taking care of business by taking care of

- employees and customers, *Personnel Psychology* 2010; 63: 153-196.
16. Ancarani A, Di Mauro C, Giammanco MD. Patient satisfaction, managers' climate orientation and organizational climate. *International Journal of Operations & Production Management* 2011; (31)3: 224-250.
17. Bellou V. Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture, Evidence from the health care sector. *Managing Service Quality* 2007; 17(5): 510-522.
18. Lanjananda P, Patterson PG. Determinants of customer-oriented behavior in a health care context. *Journal of Service Management* 2009; 20(1): 5-32.
19. Karatepe OM. High-performance work practices and hotel employee performance: The mediation of work engagement. *International Journal of Hospitality Management* 2013; 32: 132-140.
20. Deshpande R, Farley JU, Webster FE. Corporate culture, customer orientation and innovativeness in Japanese firms: a quadrad analysis. *Journal of Marketing* 1993; 57: 23-7.
21. Langford PH. Measuring organisational climate and employee engagement: Evidence for a 7 Ps model of work practices and outcomes, *Australian Journal of Psychology* 2009; 61(4): 185-198.
22. Deadrick DL, Gibson PA. Revisiting the research-practice gap in HR: A longitudinal analysis. *Human Resource Management Review* 2009; 19: 144-153.
23. Krejcie R, Morgan D. Determining sample size for research activities. *Educational & Psychological Measurement* 1970; 30: 607-610.
24. Heiwe S, Kajermo KN, Tyni-Lenne R, Guidetti S, Samuelsson M, Andersson IL, et al. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(2): 198-209.
25. Rice K, Hwang J, Abrefa-Gyan T, Powell K. Evidence-Based practice questionnaire: A confirmatory factor analysis in a social work sample. *Advances in Social Work* 2010; 11(2): 158-173.
26. Hooman HA. [Structural equation modeling with LISREL Application]. Tehran: SAMT Pub; 2009. [Persian]
27. Mohsenin S, Esfidani R. [Structural equation modeling: Application using LISREL software]. Tehran: MehrabanPub; 2013. [Persian]
28. Mamman A, Rees CJ. How real is the Rhetoric: A survey of American HR managers' views about HRM. *International Journal of Management* 2004; 21(1): 115-129.
29. Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything?, a systematic review. *BMJ* 2004; 329(74/73): 1017.
30. Morris PWG, Crawford L, Hodgson D, Shepherd MM, Thomas J. Exploring the role of formal bodies of knowledge in defining a

profession—the case of project management. *International Journal of Project Management* 2006; 24(8): 710–721.

31. Timmermans S, Kolker ES. Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *J Health Soc Behav* 2004; 45: 177-93.

32. Shuval K, Linn S, Brezis M, Shadmi E, Green LM, Reis S. Association between primary care physicians' evidence-based medicine knowledge and quality of care. *International Journal for Quality in Health Care* 2010; (22)1: 16-23.

33. Michie S, West MA. Managing people and performance: an evidence based framework applied to health service organizations. *International Journal of Management Reviews* 2004; (5)2: 91-111.

34. Gershon RM, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavitt K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review, *Industrial Health*, 2007; 45: 622-636.

35. Nievaard AC. Communication climate and patient care Causes and effects of nurses' attitudes to patients. *Sot. Sci. Med* 1987; 24(9): 777-784.

36. Paulin M, Ferguson RJ, Bergeron J. Service climate and organizational commitment: The importance of customer linkages. *Journal of Business Research* 2006; 59: 906-915.

37. Lin BYJ. et al. Physician and nurse job climates in hospital-based emergency

departments in Taiwan: Management and implications. *J Med Syst* 2008; 32: 269-281.

38. Seyedjavadeyn R, Farahi MM. [The best human resource management practices in successful organizations]. *Management Research in Iran* 2012; 16(1): 19-37. [Persian]

39. Ferreira P, Neira I, Vieira E. The strategic approach to the high-performance paradigm: a European perspective. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012; 58: 474-482.

40. Faghihi AH, Aghaz A. [Human Resource Management in Developing Countries: An Ecological Perspective]. *Management Researches* 2012; 4(14): 5-22. [Persian]





---

## The Relationship between Perceived High Performance Human Resource Management and Evidence-Based Practices with Perceived Service Orientation Climate (Case of Study: Isfahan's Health Centers)

Koushazade A<sup>1</sup>/ Shirazi A<sup>2</sup>

---

### Abstract

---

**Introduction:** Recently, the gap between academic theories of health management and human resource management as well as their organizational consequences has been appraised. In response, some theories claiming they have achieved the best practice (bridging theory and practice) have been presented. The present study aimed to investigate the relationship between evidence-based practice (EBP) and high performance human resource management practice (HPHRMP) with the perception service orientation climate (SOC) as their organizational outcome.

**Method:** This applied study, conducted in 2013 was descriptive and analytical in nature. Considering data collection, the study was based on a causative and correlation relationship. For data collection, 161 physicians were asked to fill out a questionnaire. The collected data were analyzed by SPSS for descriptive statistics using Cronbach's alpha and Pearson correlation. LISREL software, using causative relationships and Structural equation modeling, was used for inferential analysis.

**Results:** Accuracy of hypotheses was confirmed, suggesting that HPHRMP and EBP separately can improve CuO through moderating EO and CIO.

**Conclusion:** On the basis of the proposed research model, theoretical rhetoric include physician perceptions from HPHRMP and EBP can be good predictors for perceived outcome of SOC (including EO, CIO and CuO dimensions); thus, application of these practices in organizations especially in health sector is recommended.

**Key words:** Theory-Practice Relation, High Performance Human Resource Management Practices, Evidence-Based Practices, Service Orientation Climate, Customer Orientation

---

• Received: 20/Jan/2014 • Modified: 18/May/2014 • Accepted: 08/June/2014

---

1. PhD. Student of Human Resource Management, Faculty of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran; Corresponding Author (akoushazade@gmail.com)  
2. Associate Professor of Management Department, Faculty of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran