

Analysis of the drivers affecting the strengthening of organizational health in Iranian banks

Behzad Nazemipoor¹, Mohammadreza Rabiee Mandejin^{2*}, Hasan Givarian³ and Mandan Momeni²

1. PhD Student, Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

2. Assistant Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Department of Public Administration, Faculty of Management, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

* Corresponding Author, m.rabiee2012@yahoo.com

Received Date:

07/12/2024

Revise Date:

05/01/2025

Accepted Date:

09/01/2025

Published Date:

23/10/2025

Article Info

Abstract

Articles extracted from Thesis
Volume 6, Issue 21, Autumn 2025
Pages 20 -36

This research was conducted with a mixed research method to design a desirable model of organizational health in the country's banking system and among 258 people as the statistical population. For data analysis, confirmatory and exploratory factor analysis tests, Pearson correlation coefficient and TOPSIS multi-criteria decision-making technique were used, with the help of SmartPLS and SPSS software. The research findings showed that, in designing the desired model of the organizational health policy model in the country's banking system, three categories were identified, including input index (20 categories), process index (14 categories) and output index (30 categories). Also, in the quantitative section, the indicators effective on the design of the organizational health policy model in the country's banking system are higher than 1.96, indicating the strength of the factor load on the factor (latent variable). Pearson's test showed that the correlation between the output index and the stage index with the Pearson coefficient is 0.847 and the correlation between the input variable and the stage variable is 0.835 and the input with the output is 0.799. Finally, the ranking of the indicators with the TOPSIS multi-criteria decision-making method also showed that the quality service index with a score of 0.604; punctuality with a score of 0.597; recruitment and employment with a score of 0.589; suggestion system with a score of 0.588; and the creation of a punishment system with a score of 0.587 have obtained the highest score.

Keywords: organizational health, organizational health policy, country's banking system.

Cite this article:

Nazemipoor, B., Rabiee Mandejin, M. R., Givarian, H., & Momeni, M. (2025). Analysis of the drivers affecting the strengthening of organizational health in Iranian banks. *Journal of Economic Geoghrapy Research*, 6(21), 20-36.

 <https://doi.org/10.30470/jegr.2025.2047673.1253>



2821-2266 © University of Zanjan.

This is an open access article under the CC BY-NC/4.0/License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

To achieve specific goals and improve the situation, organizations need a suitable environment and committed human resources, of which "organizational health" is one of the main needs. It seems that various factors affect the health of the banking system. The purpose of this article is to examine the drivers that affect the strengthening and development of organizational health in the banking system of Iran.

Methodology

The present article was conducted using a mixed (Delphi & survey) method. The statistical population consisted of 784 managers, vice presidents and experts of Refah, Qarz-ol-Hasaneh, Mehr Iran, Eghtesad Novin, Tourism, Sepah and Keshavarzi banks, of which 258 people were selected as a statistical sample using the Cochran formula.

First, interviews were conducted with managers, vice presidents, experts and informants regarding the research topic using the Delphi technique and after categorization, coding and content analysis, the following components were obtained: 1. Output indicators, 2. Process indicators and 3. Process indicators. In the next stage, data were collected through the interview method and a structured questionnaire tool and the model was tested using confirmatory factor analysis tests, Pearson correlation coefficient and TOPSIS multi-criteria decision-making technique, with the help of SmartPLS and SPSS software.

Results and discussion

A review of the characteristics of the statistical population of the study, which consisted of 258 people, shows that 60.1 percent of the statistical population is male and 39.9 percent is female. In terms of education, the statistical group with undergraduate education is 43.8 percent; master's students are 6.6 percent; master's degrees are 36 percent; doctoral students are 4.3 percent; and doctoral degrees are 9.3 percent. In terms of position, the statistical group with the position of branch head is 21.3 percent; deputy branch head is 30.6 percent;

and employee (expert and supervisor) is 48.1 percent.

In order to confirm the structural validity of the data, the KMO test was used based on exploratory factor analysis and the results showed that the numerical value of the KMO index is 0.955 (the appropriate index is greater than 0.6). The number of statistical samples for factor analysis is sufficient and the significance level of the Bartlett test is less than 0.05, so it can be said that the factors have a significant correlation with each other and the relationship between the items can be explained.

To evaluate the structural validity of the model, the average variance extracted (AVE) index was used. The average variance extracted (AVE) test and composite reliability (CR) were used in this study to explain the commonality index and convergent validity of the criteria. This index generally shows the ability of the model to predict the correlation of the structure with the relevant indicators. Positive values above 0.5 for the average variance extracted (AVE) in the constructs indicate the appropriate quality of the measurement model. Also, the values obtained for the convergent validity index are all positive and therefore, the quality of the measurement model is confirmed.

Examining the correlation of the indicators with each other using the Pearson correlation test shows that the highest level of correlation is between the output index and the stage index with a Pearson coefficient of 0.847. In examining the correlation between the input variable and the stage variable, the results of Table 8 show that the correlation of these two factors is 0.835 and that of input with output is 0.799.

In the final stage, the TOPSIS multi-criteria decision-making method was used to rank the drivers of strengthening organizational health in the country's banking system. Based on the final output of the TOPSIS model, in the overall examination of the indicators, it was determined that the quality service index with a score of 0.604; punctuality with a score of 0.597; Recruitment and employment with a score of 0.589; suggestion system with a score of 0.588; and creation of a punishment system with a score of 0.587 have obtained

the highest score. As a result, in order to design an organizational health policy model in the country's banking system, emphasis should be placed on recruiting and training human resources and accepting criticism. In contrast, reporting and reporting indicators with a score of 0.497; and increasing organizational commitment with a score of 0.486 have obtained the lowest score.

Conclusion

This study examined the drivers that affect the strengthening of organizational health in banks in Iran. Organizational culture is one of the main drivers that can have a profound impact on employee behavior and intra-organizational relations. A culture that is formed based on trust, cooperation and solidarity increases employee motivation and commitment and in parallel, organizational health. The existence of flexible and efficient structures in organizations provides the necessary basis for achieving goals and improving organizational performance and organizational health. Human capital is one of the most valuable resources of any organization. Therefore, attracting, retaining and developing quality human resources are the main duties of bank managers and with committed human capital, the way will be opened for establishing an organizational health system. Also, considering technological advances, the use of new tools and advanced systems in banks is essential. These technologies not only help optimize processes, but can also lead to improving the quality of services and increasing customer satisfaction, which will contribute to organizational health. To improve governance in banks, it is suggested that in addition to forming audit and risk committees, a corporate governance committee be established with specific strategies and guidelines. Public information about banks' performance can affect their reputation and prevent non-compliance with laws. Also, increasing transparency in fee items similar to attorney fees will help improve administrative health. Banks should provide details of how fees are applied in the financial statements in accordance with the principle of transparency.

Funding

There is no funding support.

Authors' Contribution

Authors contributed equally to the writing of the article. All of the authors all aspects of the work declaration of competing interest none.

Conflict of Interest

Authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We are grateful to all the scientific consultants of this paper.

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر تقویت سلامت سازمانی در بانک‌های کشور ایران

بهزاد ناظمی‌پور^۱، محمدرضا ربیعی مندجین^{۲*}، حسن گیوریان^۳ و ماندان مؤمنی^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۳. دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت:	تاریخ بازنگری:	تاریخ پذیرش:	تاریخ انتشار:
۱۴۰۳/۰۹/۱۷	۱۴۰۳/۱۰/۱۶	۱۴۰۳/۱۰/۲۰	۱۴۰۴/۰۸/۰۱

اطلاعات مقاله چکیده

طراحی مدل مطلوب سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، هدف اصلی این پژوهش است. روش پژوهش آمیخته مبتنی بر روش‌های دلفی و کمی (پیمایشی) می‌باشد که به دنبال تحلیل پیشران‌های مؤثر بر تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، انجام شده است. جامعه آماری مبتنی بر متخصصین، با تعداد نمونه ۲۵۸ نفر با روش فرمول کوکران انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، ضریب همبستگی پیرسون و تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره تاپسیس، با کمک نرم‌افزارها SmartPLS و SPSS استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که در طراحی الگوی مطلوب مدل خطمشی سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، سه مقوله محوری شامل شاخص درونداد (۲۰ مقوله)، شاخص فرایندی (۱۴ مقوله) و شاخص برون‌داد (۳۰ مقوله) شناسایی گردید. در بخش کمی نیز، شاخص‌های مؤثر بر طراحی مدل خطمشی سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور بالاتر از ۱/۹۶ بوده و نشان دهنده قدرت بار عاملی بر عامل (متغیر مکنون) است. آزمون پیرسون نشان داد که میزان همبستگی شاخص برون‌داد و شاخص مرحله‌ای با ضریب پیرسون ۰/۸۴۷ و همبستگی بین متغیر درونداد و متغیر مرحله‌ای برابر ۰/۸۳۵ و درونداد با برون‌داد برابر ۰/۷۹۹ است. در نهایت، رتبه‌بندی شاخص‌ها با روش تصمیم‌گیری چندمعیاره تاپسیس نیز نشان داد که شاخص خدمت‌رسانی با کیفیت با امتیاز ۰/۶۰۴، وقت‌شناسی با امتیاز ۰/۵۹۸، جذب و استخدام با امتیاز ۰/۵۸۹، نظام پیشنهادات با امتیاز ۰/۵۸۸ و ایجاد نظام تنبیه با امتیاز ۰/۵۸۷ بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

مقاله برگرفته از رساله دکتری

دوره ۶، شماره ۲۱، پاییز ۱۴۰۴

صص ۲۰-۲۹

کلید واژه‌ها: سلامت سازمانی، خطمشی سلامت سازمانی، نظام بانکی کشور.

* نویسنده مسئول: m.rabiee2012@yahoo.com

ارجاع به این مقاله: ناظمی‌پور، بهزاد؛ ربیعی مندجین، محمدرضا؛ گیوریان، حسن؛ و مؤمنی، ماندان. (۱۴۰۴). تحلیل پیشران‌های مؤثر بر تقویت سلامت سازمانی در بانک‌های کشور ایران. فصلنامه پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی، ۶(۲۱)، ۲۰-۳۶.

doi: <https://doi.org/10.30470/jegr.2025.2047673.1253>



بیان مسئله

در سازمان ناسالم و بیمار، زمینه پذیرش انحرافات و کجروی‌ها و آلوده شدن به انحرافات وجود دارد و این امر موجب می‌گردد تا سازمان کارآیی و اثربخشی را از دست داده، هزینه‌ها افزایش یابد، وظایف به درستی انجام نگیرد، سازمان در برابر عوامل مخاطرات درونی و بیرونی از جمله انحرافات اخلاقی، مشکلات اقتصادی، سوءرفتارها مقاوم نباشد و زمینه ورود و رشد و پرورش ویروس‌ها و سرایت آن به کل سازمان مهیا گردد (مهدی‌پور، ۱۳۹۴). اگر سازمان بخواهد با برخورداری از رسالتی روشن، راهبردهایی مطلوب، ساختارهای سازمانی کارآمد و به طور کامل به هدف‌های خود دست یابد، نیازمند زمینه‌سازی مناسب برای نیروی توانمند و متعهد است که یکی از مهم‌ترین بسترهای مورد نیاز برای این مهم وجود سلامت سازمانی^۱ است (نصرافهانی و همکاران، ۱۳۹۴). به طور کلی، یک سازمان ممکن است از نظر مالی، ساختاری، استراتژیک، فرهنگی و رفتاری سالم باشد (McHugh et al, 2003).

یکی از خلاءهایی که در مطالعه ادبیات سلامت سازمانی شناسایی شده این است که سلامت سازمانی حتی با وجود اینکه مفهومی پرکاربرد است، اما ضعیف تعریف شده است (Raya & Panneerselvam, 2013). نقش نیروی انسانی و سلامت جو سازمانی به عنوان مزیت‌های کلیدی برای موفقیت سازمان ضروری می‌باشد. سازمان‌های کارآمد همواره به این امر توجه دارند و در این باب به بررسی وضعیت و عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند تا سازمانی سالم و کارآمد داشته باشند (Begum & Thomas, 2020). سازمان سالم و پویا دارای جوی مطلوب بوده و موجبات انگیزش و علاقه‌مندی به کار را در کارکنان فراهم کرده و از این طریق اثربخشی سازمان را بالا می‌برد. از طرف دیگر، جو سازمان سالم و حمایتگر باعث اعتماد بیشتر و روحیه بالای کارکنان می‌شود. بیل و بلکرسون^۲ معتقد است یک سازمان هنگامی سالم است که مدیران و تک‌تک کارمندان در یک فرایند مشترک به یکدیگر ببینوند تا مسئولیتی را برای ایجاد مکان کاری پویا بپذیرند (قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۱). سلامت سازمانی تنها توانایی سازمان برای انجام وظایف به طور مؤثر نیست، بلکه شامل توانایی سازمان برای رشد و بهبود مداوم است. در سازمان‌های سالم کارکنانی متعهد و وظیفه‌شناس با روحیه و عملکرد بالا و کانال ارتباطی باز و با موفقیت بالا وجود دارند (Lynden & William, 2004). توجه به سلامت سازمان به ویژه در سازمان‌های دولتی و خدماتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دلیل این اهمیت از آنجا نشأت می‌گیرد که یکی از عوامل تأثیرگذار و حیاتی بر فعالیت سازمان‌های خدماتی و دولتی وجود اعتماد و حسن شهرت نزد مردم است (محمدی، ۱۳۹۸). به همین دلیل در صورت عدم مطلوبیت سطح سلامت سازمانی در سازمان‌های خدماتی و متعاقب آن کاهش سطح اعتماد عمومی، می‌تواند عواقب ناخوشایندی همچون کاهش سرمایه‌گذاری و عدم رغبت مردم به انجام امور کاری و تخصصی خود توسط سازمان مربوطه، حیات سازمان‌ها را به خطر اندازد (سیدجوادی و همکاران، ۱۳۹۵).

امروزه سازمان‌ها به مثابه موجود زنده‌ای که دارای هویتی مستقل از اعضای خود می‌باشد، به گونه‌ای که با این هویت می‌تواند رفتار کارکنان را تحت تأثیر قرار دهد و این شخصیت می‌تواند دارای بیماری یا سلامت باشد. این سلامت از اعضای سازمان جدا نیست. اگر مدیران و دست‌اندرکاران سازمان، فضای سالمی را فراهم کنند، در این صورت کارکنان بهتر می‌توانند وظایف خود را انجام دهند. سلامت سازمانی یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی سازمان و مدیریت است. چنانچه جو ناسالم در سطح سازمان ایجاد شود مانع رشد و پرورش سازمان می‌شود (پوراسدی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین، با توجه به ضرورت سلامت سازمانی در نظام بانکی، خط‌مشی‌گذاران بنا به شرایط زمان اجرای خط‌مشی، باید تا آنجا که امکان دارد در فرآیند اجرا مداخله نمایند و با پشتیبانی از خط‌مشی و مجریان، راه اجرای خط‌مشی را هموار سازند. به طور کلی، خط‌مشی یک جهت‌گیری کلی است که چگونگی عمل سازمان‌ها و مؤسسات را در آینده مشخص می‌سازد. هر سازمانی با توجه به ویژگی‌های خاص خود، در ابتدای تأسیس و فعالیت، خط و سیر آینده خود را تعیین نموده و جهت کلی حرکت را روشن می‌سازد. به این جهت‌گیری‌های کلی، خط‌مشی سازمان گفته می‌شود (کریم‌خانی، ۱۳۹۹). از طرفی، با

1. Organizational health (OH)
2. Bill Wilkerson

توجه به اینکه نظام بانکی کشور در زمینه گسترش بازارهای مالی و سرمایه و تقویت زیرساخت‌های اقتصادی نقش قابل توجهی دارند. بهبود مدیریت سازمانی در این سیستم اهمیت بسزایی دارد، چرا که بستر مناسبی برای مخاطرات اقتصادی و ریسک‌ها و شوک‌های مالی و اعتباری هستند.

بدین ترتیب، نظام بانک و بانکداری نقش مهمی در مسائل اقتصادی، مالی و پولی کشور ایفا می‌نمایند و اهمیت و تأثیر آن بر اقتصاد کلان کشور غیرقابل انکار می‌باشد. به نظر می‌رسد عومل و مؤلفه‌های متعددی در سلامت نظام بانکی دخیل هستند. با توجه به مباحث گفته شده، این سؤال به ذهن متبادر می‌گردد که پیشران‌های تأثیرگذار بر تقویت و توسعه سلامت سازمانی در نظام بانکی کدامند؟

مبانی نظری و پیشینه پژوهش

نظریه‌های سلامت سازمانی

باکال^۱: از نظر باکال، منابع سلامت سازمانی عبارتند از:

الف. تمایل افراد به ایجاد ارتباطات در کار و فعالیت.

ب. منابع یادگیری مدیریت دانش که شامل تفکر سیستمی و یادگیری تفکر سیستمی و استقرار یک نظام یادگیری مستمر در سازمان‌ها می‌باشد.

ج. تمایل سازمان‌ها به بهبود و ارزیابی سیستم‌های مدیریت به صورت ساده و آشکار که شامل طراحی مجدد سیستم‌ها و تغییر شکل و بهبود و سالم‌سازی با تشکیل جلسات و شورای سلامت سازمانی در هر نهادی می‌باشد (Buccal, 2017).

مایلز^۲: به نظر مایلز، مفهوم سلامت سازمانی به ما اجازه می‌دهد که تصویر مناسبی از سلامت سازمانی داشته باشیم. یک سازمان همیشه سالم نیست. به عقیده وی، دوام و پایداری سازمان در محیط خود و سازگاری با آن در بهبود و گسترش قابلیت‌هایش، به منظور سازگاری بیشتر از جمله ویژگی سلامت سازمانی است (Bruhn, 2009). برای تعریف و توضیح سلامت سازمانی، از ۱۰ ویژگی مدد گرفته است. این ویژگی‌ها با هم در تضاد نیستند و با یکدیگر تعامل دارند. در سنجش سلامت سازمانی نیز این ۱۰ ویژگی، معیارهای اندازه‌گیری این پدیده قرار می‌گیرند. این معیارها عبارتند از: تمرکز بر هدف، کفایت ارتباط، توزیع بهینه قدرت، کاربرد منابع، اتحاد و همبستگی، روحیه، نوآور بودن، خودمختاری، سازگاری با محیط و کفایت حل مشکل.

پارسونز^۳: طبق تحلیل پارسونز (۱۹۵۸) برای مواجهه با نیازهای اساسی فوق سازمان‌ها، از جمله مدارس در سه سطح سلسله‌مراتبی است که عبارتند از: سه سطح فنی، اداری و نهادی. در سطح فنی (سطح معلم در مدارس)، کارکرد اصلی مدارس فراگرد آموزش و یادگیری است و در سطح اداری (سطح مدیر در مدارس)، مدرسه توسط مدیر کار مدیریتی داخل سازمان را کنترل می‌کند و در سطح نهادی (سطح انجمن اولیاء و مربیان و یا شوراهای محلی آموزش و پرورش در ادارات کل)، مدرسه را به محیط آن پیوند می‌دهد. دیدگاه گسترده پارسونز برای مفهوم‌پردازی سازه سلامت سازمانی مدرسه، زیربنای نظری فراهم می‌سازد و به همین لحاظ چهارچوبی برای مطالعه و تحلیل کار مدارس به دست می‌دهد که بر خلاف چهارچوب‌های جو و فرهنگ، دارای حمایت و پشتوانه نظری کافی است (عباس‌زادگان، ۱۴۰۰).

کریستین شاوف^۴ و همکاران

کریستین شاوف و همکاران (۲۰۱۰) در خصوص ابعاد سلامت سازمانی، پنج شاخص اصلی بیان می‌کنند که هر یک از این شاخص‌ها دارای مؤلفه‌های زیر می‌باشند:

1. Buccal
2. Miles
3. Parsons
4. Christian Schauf

- هدف: شامل تحقق سلامت سازمانی؛
- چارچوب: شامل عملکرد سازمان (بهبود قابلیت سازمانی) و رفاه کارکنان؛
- مقیاس‌ها: شامل تعیین شایستگی‌ها و ارتباطات بین فردی، رضایت و سلامت کارکنان؛
- سطوح ارزیابی: شامل: الف. مقیاس شایستگی‌ها، شامل سه سطح سازمان، اهداف و نقش؛ ب. مقیاس رضایت کارکنان، شامل سه سطح سازمانی، تیمی و فردی؛ ج. مقیاس سلامت کارکنان، شامل سه سطح اجتماعی، ذهنی و فیزیکی است.
- روش‌های ارزیابی: شامل: مصاحبه، کارگاه، آزمون‌ها و معیارهای مدیریت ریسک، استرس و سلامت می‌باشد (قهرمانی و همکاران، ۱۳۹۱).

بریتون^۱

بریتون (۲۰۰۷) تحقیقات گسترده‌ای را در خصوص سلامت سازمانی انجام داد. وی مدل جامع کاربردی سلامت محیط کاری را در مؤسسه ملی کیفیت کانادا مورد آزمون قرار داد. یافته‌های پژوهش وی نشان داد که از دیدگاه عام، یک سازمان زمانی سالم به نظر می‌رسد که کارکنان احساس امنیت و سلامت شغلی داشته باشند و فعالیت کاری آن‌ها نیز سالم باشد. اما این سازمان هنوز سازمان سالمی نخواهد بود و سلامتی سازمان زمانی کامل می‌شود که فرهنگ سازمان نیز از سلامتی برخوردار باشد، به عبارت دیگر زمانی که هر سه مؤلفه: ۱. امنیت و سلامت شغلی^۲، ۲. سلامت فعالیت کارکنان^۳ و ۳. سلامت فرهنگ سازمانی^۴، وجود داشته باشد، سازمان سالم تلقی می‌گردد. از این رو، عوامل اساسی سلامت سازمانی در این مدل، ایمنی و سلامت شغلی، سلامت فعالیت کارکنان و سلامت فرهنگ سازمانی است (میان‌داری و همکاران، ۱۳۹۳).

پیولین و لکلرک^۵

پیولین و لکلرک (۲۰۰۴) بیان می‌کنند که سازمان‌هایی که خبره و موفق شده‌اند از سلامت سازمانی خوبی برخوردارند و به طور کلی دارای یک بینش خلاق و منسجم، قدرت و انرژی حیاتی صنعتی، کارمندان متخصص، کاردان و شایسته و مدیران کارآمد و با کفایت می‌باشند. آنان ۴ منبع سلامتی سازمان را در ذیل مجموعه مدیریت در ۴ بخش دسته‌بندی کرده‌اند که به شرح زیر می‌باشند:

الف. منابع سازمانی شامل: نظارت، برنامه‌ریزی استراتژیک و ساختار اجرایی آنان که به اعضاء، مدیران، دستورالعمل فنی، عمومی و مدیریتی بستگی دارد.

ب. منابع انسانی شامل: فنی کاران و صنعتگران، مؤسسان، نخبگان، کارمندان اجرایی و حمایتی و کارمندان فنی.

ج. منابع مالی شامل: سود و منابع، هزینه‌ها و مخارج، نتایج مالی (تعادل بین هزینه و سود) مدیریت سرمایه، بدهی‌ها و ذخایر.

د. منابع مادی شامل: زمین و ساختمان‌ها، تأسیسات اختصاصی، مجموعه‌ها (موزه‌ها و نمایندگی‌های فیلم و ویدئو)، دفاتر دارائی (در مورد ناشران و عاملان پخش)، بایگانی‌ها، سیستم‌های رایانه (پایگاه داده‌ها، نرم‌افزار)، رایانه و تجهیزات دفتر کار (عبادی‌شعار و زنگنه، ۱۴۰۰).

علاوه بر نظریه‌های پایه در زمینه خطمشی‌گذاری سلامت سازمانی، برخی محققان نیز به صورت موردی به نظریه‌پردازی در این زمینه پرداخته‌اند؛ از جمله آنان، فیشر معتقد است که سلامت سازمانی شامل تمام مؤلفه‌های روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و اجتماعی سیستم سازمانی است. به عبارتی، همه بخش‌های انسانی و عناصر فرهنگی که به عملکرد و ظرفیت سازمان کمک می‌کنند (Fisher

1. Britton
2. Occupational Health & Safety
3. Personal health Practices
4. Organizational Health Culture
5. Piulin & Leclerc

(et al, 2017). دیوید آلمن^۱، سلامت سازمانی را به قابلیت‌های یک سازمان برای دستیابی به اهدافش، بر اساس محیطی که موجب بهبود عملکرد فرد و سازمان شده و به حمایت جهت سعادت‌مندی کارکنان می‌شود، تعریف می‌کند. وی همچنین بیان می‌کند که اگر چه این دو رویکرد با هم متفاوت بوده ولی بر روی هم تأثیر متقابلی دارند. شناخت رضایت و سلامت کارکنان (فیزیکی، فکری و اجتماعی) در سلامت سازمانی بسیار مهم است، چرا که زمینه را برای سازمان فراهم می‌سازد تا عملکرد خود را بهبود بخشد (مهدی‌پور، ۱۳۹۴). زندیس و توچاروس^۲ (۲۰۱۴) بیان می‌کنند که سلامت سازمانی به معنای توانایی یک سازمان برای انجام موفقیت‌آمیز مأموریت خود در زمان حال و آینده است. سلامت سازمانی به وسیله ویژگی‌ها و خصوصیات که بر روی رفتار کارکنان تأثیر می‌گذارد، مانند ارتباطات، ادراک خطی‌مشی‌ها و سیاست‌ها، آگاهی کارکنان از مأموریت و رسالت سازمان، همکاری، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیروی کار، آموزش و بهبود و توسعه حرفه‌ای تعریف می‌شود. فرمانوا^۳ و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که سواد سلامت سازمانی به عنوان تلاشی در سطح سازمان برای تغییر سازمان و ارائه مراقبت و خدمات به منظور تسهیل در جهت‌یابی، درک و استفاده از اطلاعات و خدمات برای مراقبت از سلامت افراد توصیف می‌شود. دوگانی و داغلی^۴ (۲۰۲۰) معتقدند که سلامت سازمانی مفهومی است که به هماهنگی سازمان با تمامی اجزای داخلی و محیط آن، توانایی آن در دستیابی به اهداف و مقاصد می‌پردازد. سلامت سازمانی همچنین با کیفیت ورودی‌ها (وضعیت شایستگی) و ایمنی مواد خام، فعالیت‌های مدیریتی و تصمیم‌گیری سازمان، سلامت اخلاقی، روانی و جسمانی کارکنان و همچنین رفاه، عملکرد و موقعیت‌های کارکنان در آن سروکار دارد. استفان ویلیامز^۵، جنبه‌های مختلف سلامت و سعادت کارکنان را در سلامت اجتماعی، فکری، فیزیکی و کنترل مخاطرات می‌داند. وی معتقد است سلامت کارکنان شامل: ارتقاء، حفظ و نگهداری و نیز فراهم نمودن سازوکارهای جلوگیری از ترک سازمان است. برخی دیگر، سلامتی را فراتر از سطوح فردی مورد توجه قرار داده‌اند و بر سطح سازمانی (فرهنگ، عوامل انگیزشی، ارتباطات، رهبری) متمرکز شده‌اند (Bruhn, 2019). به‌زعم «نیوال»^۶ سلامت سازمانی موضوعی کلی است که با سه مجموعه: فشار روانی، استرس، بهداشت روانی و اخلاق در سازمان‌ها ارتباط دارد (روحانی، ۱۳۹۴). کامنسکی^۷ و همکاران (۲۰۱۸) سلامت سازمانی را صفتی کیفی در یک اداره یا سازمان می‌دانند که میزان همراستایی در تعریف و تحقق منافع فردی، سازمانی و ملی را نشان می‌دهد.

مدل‌های خط‌مشی‌گذاری در ارتقاء سلامت سازمانی

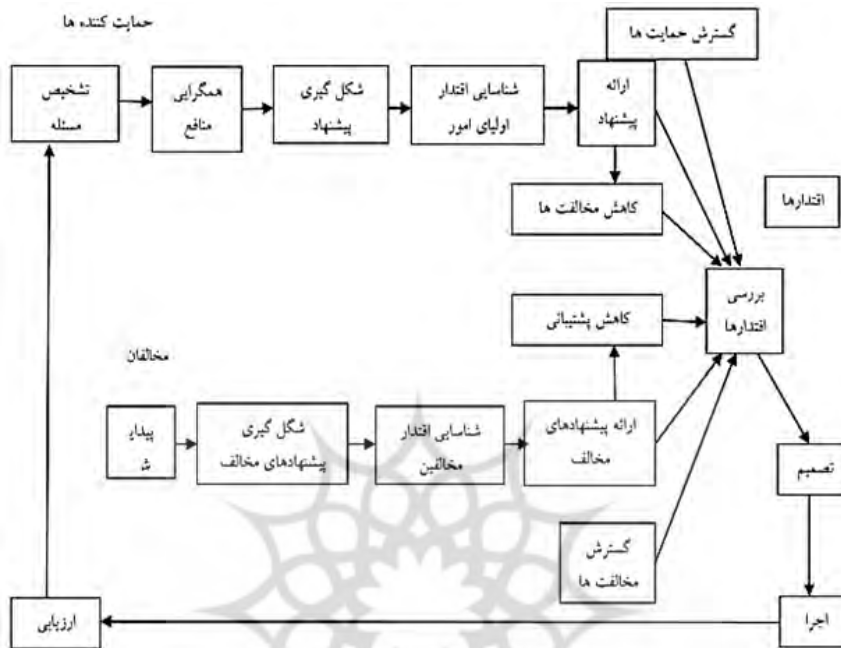
جمیز اندرسون^۸، خط‌مشی را مجموعه اقدامات هدفدار توصیف می‌کند که به وسیله یک یا مجموعه‌ای از بازیگران برای برخورد با مشکل یا مسئله مورد توجه، در نظر گرفته شده است. وی بر مجموعه بازیگران تأکید دارد، اما با رویکرد حل مسئله خط‌مشی را تعریف نموده و خط‌مشی را متمرکز بر حل مسئله و رفع مشکل می‌داند (بزرگ‌نژاد و شریف‌زاده، ۱۳۹۵). در رابطه با نحوه خط‌مشی‌گذاری و نقش آن در ارتقاء سلامت سازمانی، مدل‌های متنوعی ارائه شده است. هر کدام از این مدل‌ها بر موضوع و ابعاد خاصی تأکید دارند که هدف کلی تمامی آن‌ها دستیابی به سلامت سازمانی می‌باشد. در واقع، مدل‌ها با ارائه چارچوب تحلیلی، درک بهتر عوامل سازمانی را فراهم نموده، زمینه‌ساز و تسهیل‌گر شرایط بررسی بیشتر و تحلیل واقع‌بینانه‌تر خط‌مشی‌گذاری در ارتقاء سلامت سازمانی می‌گردد.

مدل فرایند سیاسی خط‌مشی‌گذاری

1. David Alman
2. Xenidis & Theocharous
3. Farmanova
4. Doğanay & Dağlı
5. Stephen N. Williams
6. Newall
7. Kamensky
8. James Anderson

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر ... / ناطمی پور و همکاران

مدل فرآیند سیاسی خطمشی‌گذاری، عوامل رسمی خطمشی‌گذاری را مورد توجه قرار داده و فرایند کار و فعالیت دو جریان موافق و مخالف خطمشی را به صورت همزمان تحلیل می‌نماید. مدل فرایند سیاسی مانند هر مدل دیگر، عوامل مؤثر در خطمشی را کاهش داده و فرایند پیچیده خطمشی را کمی ساده می‌نماید، اما در هر صورت فرایند سیاسی را تشریح می‌نماید که خطمشی‌ها از درون آن عبور می‌کنند. فرایند سیاسی خطمشی‌گذاری، مراحل در هم تنیده و به هم پیوسته‌ای دارد که این مراحل، جهت فهم بیشتر موضوع به عنوان مراحل مجزا ارائه شده‌اند (علی‌بیگی و قمبرعلی، ۱۳۸۹). شمای کلی این مدل به شرح شکل زیر می‌باشد.



شکل ۱. مدل فرایند سیاسی خطمشی‌گذاری

منبع: علی‌بیگی و قمبرعلی، ۱۳۸۹

مدل پادشاه و پادشاه‌سازان

به عنوان یک مدل خطمشی‌گذاری عمومی، قدرت و خطمشی را به صورت سازماندهی شده در جوامع ملی یا محلی در یک هرم مانند شکل زیر زندگی می‌کند. تصمیمی که به عنوان خطمشی توسط مقامات رسمی و نهادهای سیاستگذاری ابلاغ می‌شود، حاصل بازی‌های قدرت و بده و بستان‌های گروه سیاسی است. بازیگران قدرت، با اهداف و مقاصد گوناگون تلاش دارند تا با دسترسی به منابع قدرت و جهت دادن به رفتارهای دیگران، خطمشی‌های مورد نظر خود را وضع نمایند (دانش‌فرد، ۱۴۰۲).



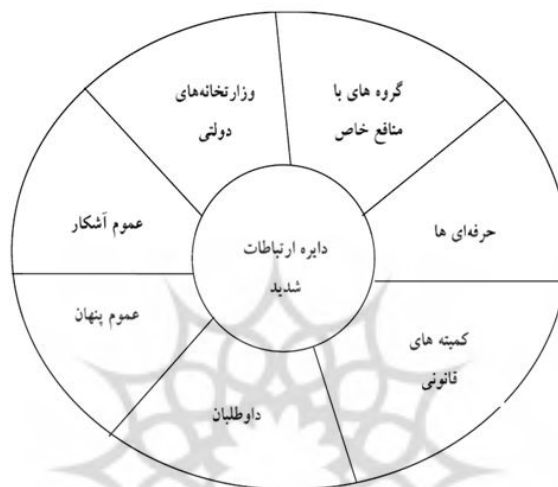
شکل ۲. سلسله‌مراتب اجزای مؤثر در مدل خطمشی‌گذاری پادشاه‌سازان و پادشاهان

منبع: دانش‌فرد، ۱۴۰۲

مدل خوشه‌های قدرت

پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی، دوره ۶، شماره ۲۱، ۲۰-۳۶، پاییز ۱۴۰۴.

آگدان^۱ (۱۹۷۱) اصطلاح پرده قدرت را برای تشریح افزایش بازیگرانی که نقش مهمی در زمینه‌های خطمشی ایفا می‌کنند، به کار برده است. وی با استفاده و الهام از ایده مثلث آهنین، مدل خوشه‌های قدرت را مطرح نمود تا بدان وسیله تأثیر و نقش گروه‌های متعددی را تشریح نماید که در مراحل مختلف خطمشی‌گذاری از شکل‌گیری گرفته تا ارزیابی و تجدیدنظر مؤثرند. خوشه‌های قدرت به عنوان گروه‌های مرتبط با هم به وجود می‌آیند. آن‌ها که ممکن است مستقل عمل نمایند، با هم ائتلاف کنند. موضع مشترک اتخاذ نمایند و بر خطمشی عمومی که منافع آنان را در سطح ملی یا محلی تحت تأثیر قرار می‌دهد، اثرگذار باشند. خوشه‌های قدرت دارای این اجزا هستند: (۱) سازمان‌های اداری، (۲) کمیته‌های قانونی، (۳) گروه‌های با منافع ویژه، (۴) حرفه‌ای‌ها، (۵) عموم مورد توجه و علاقه‌مند و (۶) عموم پنهان (ثمری و همکاران، ۱۳۹۲).



شکل ۳. مدل خوشه‌های قدرت در خطمشی‌گذاری عمومی
منبع: ثمری و همکاران، ۱۳۹۲

مدل گروهی: خطمشی به مثابه حاصل تعادل و تعامل بین گروه‌ها^۲

نظریه خطمشی‌گذاری گروهی بر این فرض مبتنی است که تعامل بین گروه‌ها، عامل اصلی تعیین خطمشی است. افرادی که به طور رسمی و یا غیررسمی شکل می‌یابند، خواستار برآورده شدن نیازهای خود از طریق دولت هستند. نقش افراد زمانی مؤثر خواهد بود که فقط به منزله بخش از یک گروه یا به مثابه نماینده آن، برای کسب منافع گروه مذکور اقدام کنند. گروه به منزله یک حلقه ارتباطی بین افراد و دولت عمل می‌کند. در واقع مقصود از تلاش و کشمکش گروه‌ها، نفوذ در فرآیند خطمشی‌گذاری عمومی است. به باور صاحب‌نظران خطمشی‌گذاری گروهی، خطمشی عمومی همیشه حاصل تعامل و توازن مبارزات گروهی است. تعادل حاصل از تعامل گروه‌ها، به تعادل و توازن موقعیت گروه‌ها در سیستم نیز کمک می‌کند. قدرت هر گروه در مقایسه با قدرت گروه‌های رقیب ارزیابی می‌شود. مراکز کنترل قدرت نیز به منزله سازوکاری برای بررسی میزان نفوذ هر گروه و حمایت از افراد در برابر سوءاستفاده‌های قدرت‌های متخاصم عمل می‌کنند (خواستار و کلهریان، ۱۳۹۹).

مدل نهادی: خطمشی به مثابه یک بازده نهادی

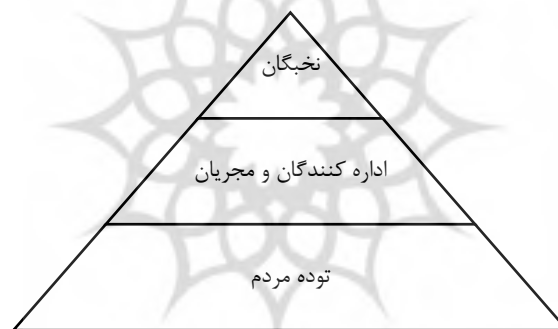
1. Agdan
2. Group Model

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر ... / ناطمی پور و همکاران

سازمان‌های دولتی در طی دوران طولانی، کانون اصلی مطالعات علوم سیاسی بوده‌اند. به طور کلی فعالیت‌های سیاسی بر مؤسسات دولتی نظیر قوای سه‌گانه، سازمان‌های محلی و شهرداری‌های متمرکز است. از لحاظ قانونی خطمشی عمومی به وسیله این نهادها تعیین، اجرا و اعمال می‌شود. اتخاذ خطمشی به وسیله نهادهای دولتی دارای چند ویژگی است. قبل از هر چیز دولت به خطمشی‌ها مشروعیت می‌بخشد. این توانایی دولت موجب می‌گردد تا خطمشی‌ها ضمانت اجرا بیابند و شهروندان به آن‌ها گردن نهند. ویژگی دیگر گستردگی و فراگیری خطمشی‌های عمومی است که از سوی دولت برای اجرای در سطح جامعه ابلاغ و اعمال می‌شود (رهنورد و رهنورد، ۱۳۹۷).

نظریه نخبگان قدرت^۱ یا طبقات بانفوذ

بر اساس نظریه نخبگان قدرت، برخی از افراد فرصت تصدی مشاغل و مناصبی را می‌یابند که از آن موضع، خود را همه چیز و دیگران را ناچیز می‌شمارند؛ به عبارت دیگر آن‌ها با تصمیمات خود، زندگی روزمره مردم عادی را به طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهند. همه آن‌ها چه به این قدرت خود اقرار کنند یا نکنند، به لحاظ تجربه فنی و سیاسی ناشی از قرار داشتن در رأس قدرت، بسیار بیشتر از آنچه که طبقات پایین جامعه از آن برخوردارند، بالاتر و برترند. نخبه‌گرایی اشاره دارد که خطمشی‌های عمومی منعکس کننده تقاضاهای مردم نمی‌باشد، بلکه علائق، ارزش‌ها و ترجیحات نخبگان را در خود دارد؛ بنابراین تغییر و نوآوری در خطمشی عمومی در نتیجه تعریف مجدد به وسیله نخبگان در ارزش‌های خودشان حاصل می‌شود. نخبه‌گرایی توده‌ها را بسیار منفعل و غیرمطلع تصور می‌کند (Dye, 2017).



شکل ۴. مدل نخبگان قدرت در خطمشی‌گذاری عمومی

منبع: Dye, 2017

با توجه به مطالعات صورت گرفته در خصوص ادبیات تجربی (پیشینه‌های فارسی و انگلیسی پژوهش)، مؤلفه‌هایی مطابق با موضوع این مقاله مورد استفاده قرار گرفت که در جدول زیر، به مطالعه و نتایج استخراج شده اشاره می‌گردد.

جدول ۱. جمع‌بندی پیشینه‌های پژوهش

محقق / سال	عنوان	نتایج
جوانبخت و همکاران (۱۴۰۲)	شایستگی‌های مدیریتی سلامت سازمانی بر مبنای سیاست‌های تحول نظام اداری	شایستگی مدیریتی سلامت سازمانی بر مبنای شایستگی شناختی، اجتماعی، کارکردی، استراتژیک و اخلاقی می‌باشد.
حسینی پژوه و همکاران (۱۴۰۰)	طراحی الگوی سلامت سازمانی	ارتباط سلامت سازمانی با متغیرهای: رهبری، جهت‌گیری، فرهنگ و جو سازمانی، شایستگی، توسعه حرفه‌ای، نوآوری، انسجام، مسئولیت‌پذیری، اعتماد، اشتیاق، استقلال، چابکی، قابلیت سازگاری.
پورکیانی و همکاران (۱۴۰۰)	ارزیابی خطمشی سلامت نظام اداری با توجه به اسناد بالادستی	بین خطمشی‌های سلامت نظام اداری و اثربخشی سازمانی ارتباط معناداری وجود دارد.
نیک‌منش و همکاران (۱۴۰۰)	بررسی اثر فرهنگ سازمانی بر عدالت و سلامت سازمانی	فرهنگ سازمانی بر عدالت و سلامت سازمانی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی، دوره ۶، شماره ۲۱، ۲۰-۳۶، پاییز ۱۴۰۴.

مشایخی پویا (۱۴۰۰)	مطالعه تحلیل اثرات سلامت سازمانی بر نگرش مثبت کاری کارکنان بانک تجارت	بین سلامت سازمانی و ابعاد آن با نگرش مثبت کاری ارتباط معناداری دارند.
آک ^۱ و همکاران (۲۰۲۲)	سلامت سازمانی با رویکرد مدیریت با هدف تدوین مقیاس سلامت سازمانی	سه بُعد اساسی شامل: شغل، توانایی مدیریت و روان‌شناسی اجتماعی در سلامتی سازمان نقش دارد. بین زیربُدهای سلامت سازمانی بر اساس متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، عنوان و زمان کار تفاوت معناداری وجود دارد.
رایانی ^۲ و همکاران (۲۰۲۰)	طراحی الگوی سلامت سازمانی بر اساس انگیزش شغلی و هوش هیجانی	تمامی ابعاد سلامت سازمانی، انگیزش شغلی و هوش هیجانی مورد تأیید است.
ویلیامز ^۳ (۲۰۱۸)	راه‌های ایجاد سازمان‌های کاری سالم	سلامت کارکنان شامل: ارتقاء، حفظ و نگهداری، از جمله ابزارهای جلوگیری از ترک سازمان است.
سینگ و جها ^۴ (۲۰۱۸)	توسعه مقیاس ساختار سلامت سازمانی	هفت مؤلفه: اثربخشی مدیریتی، روابط قدرت صلح‌آمیز، جهت‌گیری و عملکرد درست، جهت‌گیری تیمی، ارزش‌های سازمانی، نوآوری و روحیه تولید، از متغیرهای اصلی در سلامت سازمانی می‌باشد.

روش پژوهش

روش به کار رفته در این تحقیق، روش پژوهش ترکیبی (آمیخته) و با رویکردهای دلفی و روش کمی (پیمایشی) است. جامعه آماری شامل مدیران، معاونین، کارشناسان و افرادی است که نسبت به موضوع تحقیق آگاهی دارند. در انتخاب جامعه آماری، تلاش شده که از بانک‌های دولتی و خصوصی کشور استفاده شود. به این ترتیب، ۷۸۴ نفر از مدیران، معاونان و کارشناسان بانک‌های رفاه، قرض‌الحسنه مهر ایران، اقتصاد نوین، گردشگری، سپه و کشاورزی که تمایل به مشارکت در این پژوهش داشتند، دعوت شدند. با استفاده از فرمول کوکران، ۲۵۸ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. جامعه آماری و توزیع نمونه‌های پیمایشی در جدول (۳) مشخص شده است.

جدول ۳. وضعیت جامعه و نمونه پژوهش در بخش کمی (پیمایشی)

جامعه آماری	جامعه آماری	حجم نمونه
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک رفاه	۹۳	۴۳
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک قرض‌الحسنه مهر ایران	۸۹	۴۳
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک اقتصاد نوین	۱۷۲	۴۳
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک گردشگری	۱۳۰	۴۳
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک سپه	۱۴۹	۴۳
مدیران، معاونان و کارشناسان بانک کشاورزی	۱۵۱	۴۳
جمع کل	۷۸۴	۲۵۸

داده‌های حاصل از مصاحبه با مدیران و معاونین و کارشناسان و مطلعین نسبت به موضوع پژوهش در قالب تکنیک تحلیل دلفی، در خصوص سؤال اصلی تحقیق مبنی بر پیشران‌های تأثیرگذار بر تقویت و توسعه سلامت سازمانی در نظام بانکی کدامند؟ بعد از مقوله‌بندی و کدگذاری، تحلیل مضمون شده و یافته‌ها طبق جدول زیر نشان داده می‌شود.

جدول ۴. مقوله‌بندی، کدگذاری و تحلیل مضمون

مقوله‌های انتخابی	ترکیب مقوله‌های محوری
شاخص‌های برونداد	۱. ارتقاء اثربخشی؛ ۲. ارتقاء اخلاقیات؛ ۳. ارتقاء ارزش‌های دینی و اخلاقی؛ ۴. ارتقاء انضباط شغلی؛ ۵. ارتقاء بهره‌وری؛ ۶. ارتقاء پاسخگویی؛ ۷. ارتقاء دانش‌مداری؛ ۸. ارتقاء رضایت کارکنان؛ ۹. ارتقاء رضایت مشتریان؛ ۱۰. ارتقاء سرمایه سازمانی؛ ۱۱. ارتقاء شئون اخلاقی؛ ۱۲. ارتقاء شئون رفتاری؛ ۱۳. ارتقاء فرهنگ صرفه‌جویی؛ ۱۴. ارتقاء کارایی؛ ۱۵. ارتقاء کیفیت زندگی کاری؛

1. Ak
2. Rayani
3. Williams
4. Singh & Jha

مقوله‌های انتخابی	ترکیب مقوله‌های محوری
	۱۶. ارتقاء مسئولیت‌پذیری؛ ۱۷. ارتقاء وجدان کاری؛ ۱۸. اطلاع‌رسانی خدمات؛ ۱۹. افزایش تعهد سازمانی؛ ۲۰. افزایش مشارکت سازمانی؛ ۲۱. امانتداری و رازداری؛ ۲۲. انضباط اجتماعی؛ ۲۳. بهبود ارتباطات سازمانی؛ ۲۴. بهبود سازمانی؛ ۲۵. تقویت کار گروهی؛ ۲۶. توسعه حرفه‌ای؛ ۲۷. توسعه شفافیت سازمانی؛ ۲۸. خدمت‌رسانی باکیفیت؛ ۲۹. مشتری‌مداری؛ ۳۰. وقت‌شناسی.
شاخص‌های فرایندی	۱. ارزیابی عملکرد؛ ۲. بهبود سیستم‌ها و فرایندها؛ ۳. بهداشت فردی؛ ۴. بهداشت محیط؛ ۵. خلاقیت و نوآوری؛ ۶. فرهنگ سازمانی؛ ۷. کمیته سلامت اداری؛ ۸. کنترل و نظارت؛ ۹. گزارش‌دهی و گزارش‌گیری؛ ۱۰. مدیریت راهبردی؛ ۱۱. نظام آراستگی؛ ۱۲. نظام پیشنهادات؛ ۱۳. نظام تصمیم‌گیری؛ ۱۴. نظام نظرسنجی.
شاخص‌های درونداد	۱. ارتقاء حقوق و مزایا؛ ۲. ارتقاء رفاه کارکنان؛ ۳. ارتقاء مهارت‌ها؛ ۴. ارتقاء نظام انگیزشی؛ ۵. ایجاد نظام تشویق؛ ۶. ایجاد نظام تنبیه؛ ۷. ایمنی محیط کار؛ ۸. آموزش کارکنان؛ ۹. توانمندسازی کارکنان؛ ۱۰. توسعه اتوماسیون؛ ۱۱. توسعه زیرساخت فناوری؛ ۱۲. توسعه زیرساخت فناوری؛ ۱۳. جذب و استخدام؛ ۱۴. رسیدگی به شکایات؛ ۱۵. عدالت محوری؛ ۱۶. فسادستیزی؛ ۱۷. قانون‌مداری؛ ۱۸. مستندسازی فعالیت‌ها؛ ۱۹. نظام شایسته‌سالاری؛ ۲۰. وسایل و تجهیزات کار؛ ۲۱. یادگیری سازمانی.

گردآوری داده‌ها با استفاده از روش مصاحبه و ابزار پرسشنامه ساختاریافته می‌باشد. برای حصول اطمینان از روایی ابزار و به منظور اطمینان خاطر از دقیق بودن یافته‌ها از دیدگاه محققین، از نظرات ارزشمند اساتید آشنا با این حوزه و متخصصان که در این حوزه خیره و مطلع بودند، استفاده شد. در پژوهش حاضر از پایایی بازآزمون و روش توافق درون موضوعی برای محاسبه پایایی مصاحبه‌های انجام گرفته استفاده شد که ضریب پایایی بین کدگذاری‌های انجام شده ۰/۸۳٪ به دست آمد و این نتیجه بیانگر قابل قبول بودن آن است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل عاملی تأییدی، ضریب همبستگی پیرسون و تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره تاپسیس، با کمک نرم‌افزارها SmartPLS و SPSS استفاده شد.

یافته‌ها و بحث

بررسی ویژگی‌های جامعه آماری تحقیق به تعداد ۲۵۸ نفر نشان می‌دهد که ۶۰/۱٪ از جامعه آماری در گروه مردان و ۳۹/۹٪ در گروه زنان است. به لحاظ میزان تحصیلات، گروه آماری با تحصیلات کارشناسی ۴۳/۸٪، دانشجوی کارشناسی‌ارشد ۶/۶٪، کارشناسی‌ارشد ۳۶٪، دانشجوی دکتری ۴/۳٪ و دکتری ۹/۳٪ هستند. از نظر سمت نیز گروه آماری با سمت رئیس شعبه ۲۱/۳٪، معاون شعبه ۳۰/۶٪ و کارمند (کارشناس و متصدی) ۴۸/۱٪ هستند.

جدول ۵. ویژگی‌های جمعیتی جامعه آماری

ویژگی	تعداد	درصد	ویژگی	تعداد	درصد
کارشناسی	۱۱۳	۴۳/۸	رفاه	۴۳	۱۶/۶
دانشجوی کارشناسی‌ارشد	۱۷	۶/۶	قرض‌الحسنه مهر ایران	۴۳	۱۶/۶
کارشناسی‌ارشد	۹۳	۳۶/۰	اقتصاد نوین	۴۳	۱۶/۶
دانشجوی دکتری	۱۱	۴/۳	گردشگری	۴۳	۱۶/۶
دکتری	۲۴	۹/۳	سپه	۴۳	۱۶/۶
رئیس شعبه	۵۵	۲۱/۳	کشاورزی	۴۳	۱۶/۶
معاون	۷۹	۳۰/۶	زن	۱۰۳	۳۹/۹
کارمند	۱۲۴	۴۸/۱	مرد	۱۵۵	۶۰/۱

ابتدا به منظور تأیید اعتبار سازه‌های داده‌ها از آزمون KMO بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. از آنجا که ارزش عددی شاخص KMO، برابر ۰/۹۵۵ است (شاخص مناسب بیشتر از ۰/۶ می‌باشد)، تعداد نمونه آماری برای تحلیل عاملی کفایت لازم را داشته و مقدار سطح معنی‌داری آزمون بارتلت کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که بیان می‌دارد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ است، می‌توان گفت که عامل‌ها همبستگی معنی‌داری با یکدیگر دارد و می‌توان ارتباط بین گویه‌ها را تبیین کرد.

جدول ۶. کفایت نمونه‌گیری

شاخص KMO	آزمون بارتلت	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۰/۹۵۵	۱/۰۰۷	۳۰۱۶	<۰/۰۵

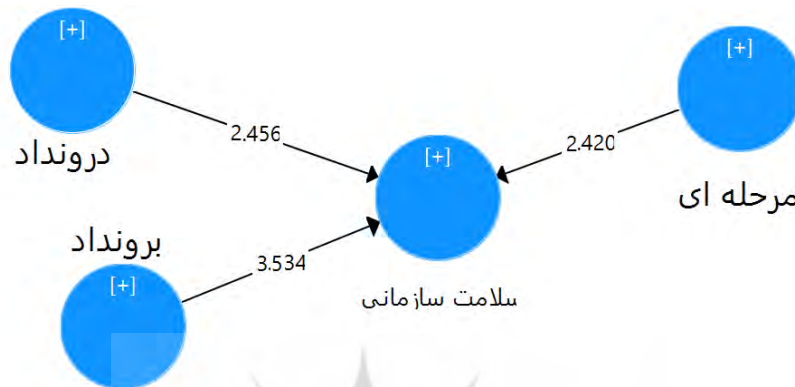
در این قسمت از تحقیق، برای ارزیابی اعتبار سازه‌ای مدل، از شاخص متوسط واریانس استخراج شده (AVE) استفاده شده است. بر اساس نظر مگنر^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، حداقل مقدار قابل قبول برای این شاخص برابر ۰/۵ است. نتایج نشان می‌دهد که این شاخص در تمامی ابعاد سازه مورد بررسی، بالای ۰/۵ بوده است. بنابراین، متغیرهای پنهان توانسته‌اند بیش از ۵۰٪ واریانس مشاهده‌پذیرها را توضیح دهند و به این ترتیب، روایی همگرایی مدل حاضر تأیید می‌شود. علاوه‌براین، آزمون میانگین واریانس استخراج شده (AVE) و قابلیت اطمینان کامپوزیت (CR) در این پژوهش به منظور تبیین شاخص اشتراک و روایی همگرایی معیارها به کار رفته است. این شاخص به طور کلی توانایی مدل در پیش‌بینی همبستگی سازه با شاخص‌های مربوطه را نشان می‌دهد. مقادیر مثبت و بالای ۰/۵ برای میانگین واریانس استخراج شده (AVE) در سازه‌ها، نشان دهنده کیفیت مناسب مدل اندازه‌گیری است. مقادیر به دست آمده برای شاخص روایی همگرایی نیز همگی مثبت بوده و کیفیت مدل اندازه‌گیری تأیید می‌شود.

جدول ۷. نتایج و اجزاء تحلیل عاملی گویه‌ها و ضرایب اعتبار سازه‌ای معیارها

گویه	بارعاملی	کرونباخ (AVE)	(CR)	گویه	بارعاملی	کرونباخ (AVE)	(CR)	گویه	بارعاملی	کرونباخ (AVE)	(CR)
D1	۰/۶۴۲			M3	۰/۶۶۲			B11	۰/۵۷۷		
D2	۰/۶۱۳			M4	۰/۵۷۷			B12	۰/۶۰۸		
D3	۰/۶۲			M5	۰/۶۲			B13	۰/۶۰۲		
D4	۰/۵۵۱			M6	۰/۶۴۱			B14	۰/۶۷۹		
D5	۰/۶۲۸			M7	۰/۵۹۷			B15	۰/۶۹۷		
D6	۰/۶۳۵			M8	۰/۶۸			B16	۰/۵۸۵		
D7	۰/۶۰۲			M9	۰/۶۴۹	۰/۹۱۲	۰/۹۲۴	B17	۰/۵۶۷		
D8	۰/۶۹۶			M10	۰/۶۴			B18	۰/۵۳۴		
D9	۰/۵۳۶			M11	۰/۶۴۱			B19	۰/۵۴		
D10	۰/۶۳	۰/۹۳۳	۰/۵۴۰	M12	۰/۶۶۹		۰/۹۴۰	B20	۰/۵۶۱	۰/۹۵۹	۰/۵۵۵
D11	۰/۶۱۱			M13	۰/۶۸۶			B21	۰/۶۱		
D12	۰/۶۵۷			M14	۰/۵۸۳			B22	۰/۶۹۸		
D13	۰/۶۴۸			B1	۰/۶۹۹			B23	۰/۶۸۳		
D14	۰/۶۰۷			B2	۰/۶۵۳			B24	۰/۶۱۵		
D15	۰/۶۳۲			B3	۰/۴۹۵			B25	۰/۶۴۳		
D16	۰/۵۴			B4	۰/۶۰۵			B26	۰/۵۸۴		
D17	۰/۶۳۳			B5	۰/۵۹۷			B27	۰/۶۹۴		
D18	۰/۶۴۶			B6	۰/۶۷۴			B28	۰/۶۵۹		
D19	۰/۶۱۶			B7	۰/۵۱۳			B29	۰/۶۳۸		
D20	۰/۶۲۲			B8	۰/۵۷۳			B30	۰/۶۶۹		
M1	۰/۶۶۶			B9	۰/۶۳۸						
M2	۰/۶۱۱			B10	۰/۶۲۳						

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر ... / ناطمی پور و همکاران

در این مرحله با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی، پیشران‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور با مدل معادلات ساختاری انجام شد. بر اساس ارزش عددی مربوط به بارهای عاملی، ضرایب برآورد شده کلیه مسیرها، معنادار می‌باشد. مقادیر پارامتر استاندارد شده برای هر یک از ابعاد و گویه‌های مربوط به پیشران‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، نشان دهنده قدرت بار عاملی بر عامل (متغیر مکنون) بوده و بر اساس نتایج به دست آمده از مدل معادلات ساختاری، مقدار χ^2/df محاسبه شده برای پیشران‌های سه‌گانه تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور بزرگتر از ۱/۹۶ می‌باشد، لذا قابل استنباط است که مدل علی در نظر گرفته شده برای تبیین پیشران‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، دارای برازش نکوئی مناسب می‌باشد.



شکل ۶. مدل معادلات ساختاری شرایط علی در قالب تحلیل عاملی تأییدی

با توجه به نتایج جدول (۸) در زمینه تحلیل نیکوئی برازش، می‌توان گفت که تمامی شاخص‌ها در حد مطلوب و استاندارد برازش شده‌اند و روابط معنادار و قابل قبولی بین مؤلفه‌ها وجود دارد.

جدول ۸. مؤلفه‌های نیکوئی برازش شرایط علی و سنجش روابط علی بین آن‌ها

P-Values	T Statistics (O/STDEV)	Standard Deviation (STDEV)	Sample Mean (M)	Original Sample (O)	پیشران‌ها
۰/۰۲۰	۲/۴۵۶	۰/۰۶۰	۰/۰۸۷	۰/۰۸۷	سلامت سازمانی نظام بانکی -> درون‌داد
۰/۰۰۳	۲/۴۲۰	۰/۰۶۹	۰/۰۹۹	۰/۰۹۸	سلامت سازمانی نظام بانکی -> مرحله‌ای
۰/۰۴۶	۳/۵۳۴	۰/۰۶۴	۰/۱۴۹	۰/۱۴۸	سلامت سازمانی نظام بانکی -> برون‌داد

بررسی همبستگی شاخص‌ها با یکدیگر با آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بیشترین میزان همبستگی بین شاخص برون‌داد و شاخص مرحله‌ای با ضریب پیرسون ۰/۸۴۷ است. در بررسی همبستگی بین متغیر درون‌داد و متغیر مرحله‌ای، نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که همبستگی این دو عامل برابر ۰/۸۳۵ و درون‌داد با برون‌داد برابر ۰/۷۹۹ می‌باشد.

جدول ۹. همبستگی شاخص‌های تحقیق با ضریب پیرسون

شخص	ضریب	درون‌داد	مرحله‌ای	برون‌داد
درون‌داد	ضریب پیرسون	۱	۰/۸۳۵	۰/۷۹۹
	سطح معنی‌داری		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
مرحله‌ای	ضریب پیرسون	۰/۸۳۵	۱	۰/۸۴۷
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰		۰/۰۰۰
برون‌داد	ضریب پیرسون	۰/۷۹۹	۰/۸۴۷	۱
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	

پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی، دوره ۶، شماره ۲۱، ۲۰-۳۶، پاییز ۱۴۰۴.

در مرحله آخر برای رتبه‌بندی پیمان‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور از روش تصمیم‌گیری چندمعیاره تاپسیس استفاده شد. منطق اصولی این مدل راه‌حل ایده‌آل (مثبت) و راه‌حل ایده‌آل منفی را تعریف می‌کند. راه‌حل ایده‌آل (مثبت) راه‌حلی است که معیار سود را افزایش و معیار هزینه را کاهش می‌دهد. گزینه بهینه، گزینه‌ای است که کمترین فاصله از راه‌حل ایده‌آل و در عین حال دورترین فاصله از راه‌حل ایده‌آل منفی دارد؛ به عبارتی در رتبه‌بندی گزینه‌ها به روش تاپسیس گزینه‌هایی که بیشترین تشابه را با راه‌حل ایده‌آل داشته باشند، رتبه بالاتری کسب می‌کنند. معیار ایده‌آل در مدل تاپسیس، مقدار CL است. مقدار CL بین (۰) و (۱) است. هر چه این مقدار به (۱) نزدیکتر باشد راهکار به جواب ایده‌آل نزدیکتر است و راهکار بهتری می‌باشد.

بر اساس خروجی نهایی مدل تاپسیس، در بررسی کلی شاخص‌ها، مشخص گردید که شاخص خدمت‌رسانی باکیفیت با امتیاز ۰/۶۰۴، وقت‌شناسی با امتیاز ۰/۵۹۷، جذب و استخدام با امتیاز ۰/۵۸۹، نظام پیشنهادات با امتیاز ۰/۵۸۸ و ایجاد نظام تنبیه با امتیاز ۰/۵۸۷ بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند. در نتیجه برای طراحی مدل خط‌مشی سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور باید بر جذب و تربیت نیروی انسانی و انتقادپذیری تأکید گردد. در مقابل، شاخص‌های گزارش‌دهی و گزارش‌گیری با امتیاز ۰/۴۹۷ و افزایش تعهد سازمانی با امتیاز ۰/۴۸۶ کمترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

جدول ۱۰. رتبه‌بندی شاخص‌های طراحی مدل خط‌مشی سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور با مدل تاپسیس

رتبه	Cli+	di-	di+	شاخص‌ها	رتبه	Cli+	di-	di+	شاخص‌ها	رتبه
۲۹	۰/۵۶۳	۰/۱۸۸	۰/۱۴۶	نظام تصمیم‌گیری	M13	۱۱	۰/۵۸۰	۰/۱۹۳	۰/۱۴۰	D1
۲۸	۰/۵۶۳	۰/۱۸۵	۰/۱۴۴	نظام نظرسنجی	M14	۴۵	۰/۵۴۱	۰/۱۸۰	۰/۱۵۲	D2
۱۹	۰/۵۶۷	۰/۱۸۹	۰/۱۴۴	ارتقاء اثربخشی	B1	۱۴	۰/۵۷۱	۰/۱۹۱	۰/۱۴۴	D3
۱۷	۰/۵۷۰	۰/۱۸۶	۰/۱۴۰	ارتقاء اخلاق	B2	۹	۰/۵۸۲	۰/۱۹۳	۰/۱۳۸	D4
۲۷	۰/۵۶۴	۰/۱۸۲	۰/۱۴۱	ارتقاء ارزش‌های دینی و اخلاقی	B3	۳۱	۰/۵۶۱	۰/۱۹۰	۰/۱۴۹	D5
۸	۰/۵۸۴	۰/۱۹۳	۰/۱۳۷	ارتقاء انضباط شعلی	B4	۵	۰/۵۸۷	۰/۱۹۴	۰/۱۳۶	D6
۲۲	۰/۵۶۵	۰/۱۸۴	۰/۱۴۱	ارتقاء بهره‌وری	B5	۴۷	۰/۵۳۶	۰/۱۷۹	۰/۱۵۵	D7
۴۸	۰/۵۳۵	۰/۱۷۸	۰/۱۵۴	ارتقاء پاسخگویی	B6	۶۲	۰/۴۹۹	۰/۱۶۸	۰/۱۶۹	D8
۱۲	۰/۵۷۷	۰/۱۸۸	۰/۱۳۸	ارتقاء دانش‌مداری	B7	۵۹	۰/۵۱۹	۰/۱۷۸	۰/۱۶۵	D9
۴۶	۰/۵۳۷	۰/۱۸۱	۰/۱۵۶	ارتقاء رضایت کارکنان	B8	۵۸	۰/۵۲۰	۰/۱۷۶	۰/۱۶۲	D10
۶	۰/۵۸۵	۰/۱۹۶	۰/۱۳۹	ارتقاء رضایت مشتریان	B9	۶۰	۰/۵۱۵	۰/۱۷۳	۰/۱۶۳	D11
۶۱	۰/۵۰۷	۰/۱۶۹	۰/۱۶۴	ارتقاء سرمایه سازمانی	B10	۳	۰/۵۸۹	۰/۱۹۲	۰/۱۳۴	D12
۵۵	۰/۵۲۶	۰/۱۷۴	۰/۱۵۷	ارتقاء شئون اخلاقی	B11	۲۴	۰/۵۶۴	۰/۱۸۶	۰/۱۴۳	D13
۲۳	۰/۵۶۵	۰/۱۸۸	۰/۱۴۵	ارتقاء شئون رفتاری	B12	۴۴	۰/۵۴۲	۰/۱۸۳	۰/۱۵۵	D14
۲۶	۰/۵۶۴	۰/۱۸۴	۰/۱۴۲	ارتقاء فرهنگ صرفه‌جویی	B13	۴۲	۰/۵۴۸	۰/۱۸۵	۰/۱۵۳	D15
۳۰	۰/۵۶۱	۰/۱۸۲	۰/۱۴۲	ارتقاء کارایی	B14	۵۷	۰/۵۲۲	۰/۱۷۹	۰/۱۶۴	D16
۴۱	۰/۵۴۸	۰/۱۸۶	۰/۱۵۳	ارتقاء کیفیت زندگی کاری	B15	۵۰	۰/۵۳۳	۰/۱۷۷	۰/۱۵۵	D17
۲۸	۰/۵۵۲	۰/۱۹۰	۰/۱۵۴	ارتقاء مسئولیت‌پذیری	B16	۲۰	۰/۵۶۶	۰/۱۹۴	۰/۱۴۹	D18
۳۹	۰/۵۵۱	۰/۱۸۸	۰/۱۵۳	ارتقاء وجدان کاری	B17	۵۶	۰/۵۲۳	۰/۱۷۸	۰/۱۶۲	D19
۵۴	۰/۵۲۸	۰/۱۷۳	۰/۱۵۵	اطلاع‌رسانی خدمات	B18	۳۲	۰/۵۶۰	۰/۱۸۶	۰/۱۴۶	D20
۶۴	۰/۴۸۶	۰/۱۶۷	۰/۱۷۷	افزایش تعهد سازمانی	B19	۱۶	۰/۵۷۰	۰/۱۸۶	۰/۱۴۰	M1
۴۳	۰/۵۴۵	۰/۱۸۲	۰/۱۵۲	افزایش مشارکت سازمانی	B20	۳۴	۰/۵۵۵	۰/۱۸۶	۰/۱۵۰	M2
۳۷	۰/۵۵۲	۰/۱۸۵	۰/۱۵۰	امانتداری و رازداری	B21	۱۸	۰/۵۶۹	۰/۱۹۱	۰/۱۴۵	M3
۲۵	۰/۵۶۴	۰/۱۸۶	۰/۱۴۴	انضباط اجتماعی	B22	۴۹	۰/۵۳۵	۰/۱۷۹	۰/۱۵۶	M4

رتبه	Cli+	di-	di+	شاخص‌ها	رتبه	Cli+	di-	di+	شاخص‌ها		
۳۳	۰/۵۵۹	۰/۱۸۷	۰/۱۴۷	بهبود ارتباطات سازمانی	B23	۷	۰/۵۸۵	۰/۱۹۹	۰/۱۴۱	M5	خلاقیت و نوآوری
۱۵	۰/۵۷۱	۰/۱۸۹	۰/۱۴۲	بهبود سازمانی	B24	۳۵	۰/۵۵۴	۰/۱۸۸	۰/۱۵۱	M6	فرهنگ سازمانی
۵۲	۰/۵۳۲	۰/۱۷۷	۰/۱۵۶	تقویت کار گروهی	B25	۵۱	۰/۵۳۳	۰/۱۸۲	۰/۱۵۹	M7	کمیته سلامت اداری
۴۰	۰/۵۵۰	۰/۱۸۸	۰/۱۵۴	توسعه حرفه‌ای	B26	۱۳	۰/۵۷۶	۰/۱۹۰	۰/۱۴۰	M8	کنترل و نظارت
۱۰	۰/۵۸۲	۰/۱۹۲	۰/۱۳۸	توسعه شفافیت سازمانی	B27	۶۳	۰/۴۹۷	۰/۱۶۷	۰/۱۶۹	M9	گزارش‌دهی و گزارش‌گیری
۱	۰/۶۰۴	۰/۱۹۹	۰/۱۳۱	خدمت‌رسانی باکیفیت	B28	۲۱	۰/۵۶۵	۰/۱۸۸	۰/۱۴۴	M10	مدیریت راهبردی
۳۶	۰/۵۵۴	۰/۱۸۴	۰/۱۴۹	مشتری‌مداری	B29	۵۳	۰/۵۳۱	۰/۱۷۹	۰/۱۵۸	M11	نظام آراستگی
۲	۰/۵۹۷	۰/۲۰۰	۰/۱۳۵	وقت‌شناسی	B30	۴	۰/۵۸۸	۰/۱۹۴	۰/۱۳۶	M12	نظام پیشنهادات

نتیجه‌گیری

در سازمان ناسالم و بیمار، زمینه پذیرش انحرافات و کجروی‌ها و آلوده شدن به انحرافات وجود دارد و این امر موجب می‌گردد تا سازمان کارآیی و اثربخشی را از دست داده، هزینه‌ها افزایش یابد، وظایف به درستی انجام نگیرد؛ لذا، توجه به سلامت سازمان به ویژه در سازمان‌های دولتی و خدماتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دلیل این اهمیت از آنجا نشأت می‌گیرد که یکی از عوامل تأثیرگذار و حیاتی بر فعالیت سازمان‌های خدماتی و دولتی، وجود اعتماد و حسن شهرت نزد مردم است. از طرفی، با توجه به اینکه نظام بانکی کشور، در زمینه گسترش بازارهای مالی و سرمایه و تقویت زیرساخت‌های اقتصادی نقش قابل توجهی دارند. بهبود مدیریت سازمانی در این سیستم اهمیت بسزایی دارد، چرا که بستر مناسبی برای مخاطرات اقتصادی و ریسک‌ها و شوک‌های مالی و اعتباری هستند. بدین ترتیب، نظام بانک و بانکداری نقش مهمی در مسائل اقتصادی و مالی و پولی کشور ایفا می‌نمایند و اهمیت و تأثیر آن بر اقتصاد کلان کشور غیرقابل انکار می‌باشد. اصولاً بانک‌ها نقش حساسی در عرصه شکل‌گیری بازار پول، سرمایه و استحکام نظام‌های اقتصادی ایفا می‌کنند، همواره در معرض انبوهی از ریسک‌ها و مخاطرات احاطه شده هستند که نیازمند مدیریت صحیح است. بانک‌ها با ارائه خدماتی نظیر کارگزاری، صرافی، تأمین مالی و غیره در کنار فعالیت‌های اصلی خود، همواره سعی در جذب مشتریان بالقوه از تمامی بازارهای هدف را داشته و خدمات خود را تکمیل می‌کنند. مؤلفه‌های اثرگذار شناسایی شده در بخش‌های مختلف سلامت سازمانی، قطعاً در طراحی الگوی مطلوب مدل خط‌مشی سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، نقش بسزایی ایفا خواهد نمود. در این رابطه، شاخص‌های اثرگذار بر سلامت نظام بانکی و اعتباری به سه دسته عوامل درون‌داد، مرحله‌ای و برون‌داد دسته‌بندی شده‌اند.

علاوه بر یافته‌های کیفی، نتایج یافته‌های کمی بر اساس مدل معادلات ساختاری با نرم‌افزار SmartPLS و SPSS نشان داد که مقادیر پارامتر استاندارد شده برای هر یک از ابعاد و گویه‌های مربوط به پیشران‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور بالاتر از ۱/۹۶ بوده و نشان دهنده قدرت بار عاملی بر عامل (متغیر مکنون) است. لذا، مدل علی در نظر گرفته شده برای تبیین پیشران‌های تقویت سلامت سازمانی در نظام بانکی کشور، دارای برازش نکوئی مناسب می‌باشد. خروجی آزمون پیرسون نشان داد که میزان همبستگی شاخص برون‌داد و شاخص مرحله‌ای با ضریب پیرسون ۰/۸۴۷ و همبستگی بین متغیر درون‌داد و متغیر مرحله‌ای برابر ۰/۸۳۵ و درون‌داد با برون‌داد برابر ۰/۷۹۹ است. در نهایت، رتبه‌بندی شاخص‌ها با روش تصمیم‌گیری چندمعیاره تاپسیس نیز نشان داد که شاخص خدمت‌رسانی باکیفیت با امتیاز ۰/۶۰۴، وقت‌شناسی با امتیاز ۰/۵۹۷، جذب و استخدام با امتیاز ۰/۵۸۹، نظام پیشنهادات با امتیاز ۰/۵۸۸ و ایجاد نظام تنبیه با امتیاز ۰/۵۸۷ بیشترین امتیاز را کسب کرده‌اند.

نتایج به دست آمده در این مقاله با نتایج پژوهش جوانبخت و همکاران (۱۴۰۲) از حیث رابطه معنی‌دار بین شایستگی‌های مدیریتی سلامت سازمانی، حسینی پزوه و همکاران (۱۴۰۰) از حیث رابطه معنی‌دار بین رهبری، جهت‌گیری، فرهنگ و جو سازمانی با سلامت سازمانی، پورکیانی و همکاران (۱۴۰۰) از حیث دستیابی رابطه معنی‌دار بین خط‌مشی‌های سلامت نظام اداری و اثربخشی سازمانی، نیک‌منش و همکاران (۱۴۰۰) از حیث رابطه معنی‌دار بین عدالت و سلامت سازمانی، همخوانی دارد. در

پژوهش‌های جغرافیای اقتصادی، دوره ۶، شماره ۲۱، ۲۰-۳۶، پاییز ۱۴۰۴.

پژوهش‌های بین‌المللی نیز نتایج تحقیق با یافته‌های ویلیامز (۲۰۱۸) از حیث نقش سلامت سازمانی به عنوان ابزار مناسب ارتقاء، حفظ و نگهداری، سینک و جها (۲۰۱۸) از حیث رابطه معنی‌دار بین ارزش‌های سازمانی، نوآوری و روحیه تولید و سلامت سازمانی، آک و همکاران (۲۰۲۲) از حیث رابطه معنی‌دار بین تأثیر سلامت سازمانی بر توانایی مدیریت و روان‌شناسی اجتماعی و رایانی و همکاران (۲۰۲۰) از حیث رابطه معنی‌دار بین سلامت سازمانی، انگیزش شغلی و هوش هیجانی همخوانی دارد.

با توجه به یافته‌ها و نتایج پژوهش پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

- علاوه بر وجود کمیته حسابرسی و کمیته ریسک، کمیته حاکمیت شرکتی در هر بانک که راهبرد و دستورالعمل اجرایی حاکمیت شرکتی خود را داشته باشند، تشکیل گردد.

- اطلاع‌رسانی عمومی به مردم نسبت به عملکرد بانک، می‌تواند از طریق تأثیرگذاری بر اعتبار بانک‌ها، از عدم رعایت قوانین توسط بانک‌ها جلوگیری کند.

- افزایش شفافیت در ارقام کارمزدی با توجه به ماهیت مشابه با حق‌الوکاله، می‌تواند در ارتقاء سلامت اداری مؤثر باشد.

- بانک‌ها باید بر اساس اصل شفافیت، نحوه اعمال حق‌الوکاله را در صورت‌های مالی ذکر کنند؛ درحالی که در برخی از سال‌ها، نحوه اخذ حق‌الوکاله ذکر نشده است. پیشنهاد می‌شود که بانک مرکزی با توجه به نقش نظارتی خود در این امر، اقدامات لازم را برای جلوگیری از فساد موجود انجام دهد.

- اعمال قانون برای بانک یا هر نهادی پولی و مالی، با هدف سلامت آن نهاد و جلوگیری از رانت‌خواری، اعمال می‌گردد. از این رو، وجود رانت‌های موجود و با توجه به ساختار بانک که با حجم وسیعی از منابع جامعه سروکار دارد بسیار محتمل است. بنابراین، نظارت دقیق مستقیم و غیرمستقیم در کنار اقدامات پیشگیرانه، از اهمیت ویژه برخوردار است.

حامی مالی

این پژوهش از هیچ حمایت مالی خاصی برخوردار نبوده است.

سهام نویسندگان در پژوهش

این پژوهش به صورت برابر توسط نویسندگان تدوین شده است.

تضاد منافع

تضاد منافی در خصوص این مقاله از طرف نویسندگان شناسایی نشده است.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله از تلاش و حمایت علمی دست‌اندرکاران نشریه تشکر می‌کنند.

منابع

- بزرگ‌نژاد، عبدالرضا؛ و شریف‌زاده، فاتح. (۱۳۹۵). [مطالعه و بررسی تأثیر اجرای خط‌مشی‌های آموزش عالی کشور با توجه به ارزیابی برنامه‌های سوم و چهارم و پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران بر عملکرد وزارت علوم و تحقیقات و فناوری](#). پژوهش در نظام‌های آموزش، ۱۰ (۳۳)، ۱۷۰-۱۱۹.
- پوراسدی، محمدجواد؛ تیمورنژاد، کاوه؛ و ربیعی‌مندجین، محمدرضا. (۱۳۹۹). [ارائه مدل خط‌مشی‌گذاری حفظ حقوق سپرده‌گذاران در بحران‌های بانکی در ایران](#). فصلنامه خط‌مشی‌گذاری عمومی در مدیریت، ۱۱ (۳۸)، ۸۱-۵۹.
- پورکیانی، مسعود؛ رحمانی، محمد؛ کمالی، محمدجلال و درخشان، مژگان. (۱۴۰۰). [شناسایی و ارائه مدل خط‌مشی‌های سلامت نظام اداری و بررسی رابطه آن با اثربخشی سازمان \(مطالعه موردی: وزارت امور اقتصادی و دارایی\)](#). فصلنامه علمی مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی، ۱۱ (۳۸)، ۲۰۳-۱۰۸.

ثمری، عیسی؛ یمنی‌دوزی‌سرخابی، محمد؛ صالحی‌عمرانی، ابراهیم؛ و گراینی‌نژاد، غلامرضا. (۱۳۹۲). [بررسی و شناسایی عوامل مؤثر در فرایند توسعه دانشگاهی در دانشگاه‌های دولتی ایران](#). فصلنامه مدیریت، ۸ (۴)، ۴۱-۲۵.

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر ... / ناطمی پور و همکاران

جانوبخت، سارا؛ و محمدی، محمد؛ و رضائی فر، حمید. (۱۴۰۲). شایستگی‌های مدیریتی سلامت سازمانی بر مبنای سیاست‌های تحول نظام اداری. سیاست‌های راهبردی و کلان، ۱۱ (ویژه نامه سال ۱۴۰۲).

حسینی پزوه، محمد؛ علامه، سید محسن؛ و شاهین، آرش. (۱۴۰۰). طراحی الگوی سلامت سازمانی. پژوهشنامه مدیریت تحول، ۱۳ (۲۵). ۱۶۶-۱۳۵.

خواستار، حمزه؛ و کلهریان، رضا. (۱۳۹۹). تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری در بخش عمومی. تهران: سنجش و دانش.

دانش فرد، کرم‌اله. (۱۴۰۲). مبانی خط‌مشی‌گذاری عمومی. تهران: انتشارات نیاز دانش.

رهنورد، فرج‌اله؛ و رهنورد، ساناز. (۱۳۹۷). استقرار اجرای خط‌مشی عمومی. تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی.

روحانی، مریم. (۱۳۹۴). رابطه بین هوش معنوی و سلامت سازمانی در ادارات دولتی شهرستان دامغان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. شاهرود: دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

سیدجوادین، سید رضا؛ حسنقلی پور، طهمورث؛ و آسترکی، سامان. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر شادی بر سلامت اداری با اثر میانجی کیفیت زندگی کاری کارکنان. مطالعات رفتار سازمانی، ۵ (۲). ۱-۲۴.

عبادی‌شعار، پریسا؛ و زنگنه، محسن. (۱۴۰۰). بررسی رابطه سلامت سازمانی با فرسودگی شغلی با نقش میانجی تعهد سازمانی (مورد مطالعه: شهرداری منطقه یک همدان). فصلنامه علمی تخصصی رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۵ (۸۰). ۴۷-۶۰.

عباس‌زادگان، محمد. (۱۳۹۸). فساد اداری. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

علی‌بیگی، امیرحسین؛ و قمبرعلی، رضوان. (۱۳۸۹). ارائه الگوی مفهومی برای آموزش عالی پایدار. فصلنامه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۴ (۹). ۱۶۳-۱۴۵.

قهرمانی، محمد؛ ابوالقاسمی، محمود؛ عارفی، محبوبه؛ و خاتمی، میرحمید. (۱۳۹۱). ارزیابی سلامت سازمانی دانشکده‌های دانشگاه شهید بهشتی. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۴ (۱۰). ۱۳-۳۰.

کریم‌خانی، حسن. (۱۳۹۹). ارائه الگوی فرآیند خط‌مشی‌گذاری در نظام آموزش عالی کشور (مطالعه موردی: دانشکده‌های علوم تربیتی استان تهران). پایان‌نامه دکتری. تهران: دانشگاه آزاد واحد دماوند.

محمدی، سارا. (۱۳۹۸). گونه‌شناسی فرهنگ سازمانی دانشگاه شهید چمران اهواز و تبیین اثر آن بر سلامت سازمانی کارکنان. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، ۱۱ (۳۹). ۱۰۱-۱۲۵.

مشایخی پویا، محبوبه. (۱۴۰۰). مطالعه تحلیل اثرات سلامت سازمانی بر نگرش مثبت کاری کارکنان بانک تجارت در شهرستان چابهار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. چابهار: دانشگاه بین‌المللی چابهار.

مهدی‌پور، راضیه. (۱۳۹۴). طراحی و تبیین مدل سازمان سالم (مورد مطالعه: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، ستاد و صف استان تهران). رساله دکتر. تهران: دانشگاه پیام نور.

میان‌داری، کمال؛ عابدی جعفری، حسن. نجاری، رضا؛ و مهدی‌پور، راضیه. (۱۳۹۳). ارائه یک مدل ترکیبی برای طراحی و تبیین سازمان سالم «مطالعه موردی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی». فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی، ۳ (۱ و ۲). ۴۷-۷۴.

نصراصفهانی، علی؛ فرخی، مجتبی؛ امیری، زینب؛ و سلحشوری، روح‌الله. (۱۳۹۴). تأثیر سلامت سازمانی بر کارآفرینی سازمانی نقش میانجی: جو خلاقیت. مدیریت نوآوری، ۴ (۲). ۱۳۵-۱۵۳.

نیک‌منش، شمش‌الدین؛ نعمت‌اللهی، حمیدرضا؛ و رضایتی‌چرانی، افسانه. (۱۴۰۰). بررسی اثر فرهنگ سازمانی بر عدالت و سلامت سازمانی. حکمرانی و توسعه، ۱ (۲). ۱۰۴-۱۲۴.

Ak, M., Uusel, H.T., & Yilmaz, F. (2022). Organizational Health with Management Approach: A Scale Development Study. Pacific Business Review (International), 4 (22), 118-133.

Begum, T., & Thomas, K.A. (2020). The Mediating Influence of Leadership Behaviour on the Relationship between Organizational Health and Work Engagement. Universal Journal of Educational Research, 8 (3), 1062-1069.

Bruhn, J.G. (2009). The Functionality of Gray Area Ethics Organizations. Journal of Business Ethics, 89 (2), 205-214.

Bruhn, J.G. (2019). Trust and the Health of Organizations. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Buccal, A. (2017). Organizational Health and Success. Available: www.organizationalHealth.org

Doğanay, E. & Dağlı, A. (2020). Organizational Health Scale: A Scale Development Study. International Education Studies, 13 (7), 128-144.

Dye, T.R. (2017). Understanding Public Policy. Florida: Pearson.

Farmanova, E., Bonneville, L. & Bouchard, L. (2018). Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 55. 1-17.

- Fisher, P., Psych, R. & Psych, L. (2017). [Organizational Health: A Unique 12 Factor, 4-Tier research based Model](http://www.fisherandassociates.org/). <http://www.fisherandassociates.org/>
- Kamensky, J.M. & et al (2018). [Strengthening Organizational Health and Performance in Government](#). Washington: National Academy of Public Administration.
- Lynden, A. J. & William, K. (2004). [Supervision organizational Health](#). Supervision Journal, 3. 3-5.
- Magner, N. Welker, R. B. & Campbell, T. L. (1996). [Testing a Model of Cognitive Budgetary Participation Processes in a Latent Variable Structural Equations Framework](#). Accounting and Business Research, 27(1), 41-50.
- McHugh, M. & Brotherton, C. (2020). [Health is wealth- Organizational utopia or myopia?](#) Journal of Managerial Psychology, 15 (8), 744-770.
- McHugh, M., Humphreys, P. & McIvor, R. (2003). [Buyer-supplier relationships and organizational health](#). Journal of Supply Chain Management. 39 (2). 15-25.
- Raya, R.P. & Panneerselvam, S. (2013). [The healthy organization construct: A review and research agenda](#). Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 17 (3), 89-93.
- Rayani, J. & et al. (2020). [Designing an Organizational Health Model Based on Job Motivation and Emotional Intelligence in Hospitals of Kerman Province](#). International Journal of Hospital Research, 9 (4), 1-10.
- Singh, A. & Jha, S. (2018). Scale [Development of Organizational Health Construct](#). Global Business Review, 19 (2), 357-375.
- Williams, S. (2018). [Ways of creating healthy work organizations](#). In C. L. Cooper & S. Williams (Eds.), Creating healthy work organizations (pp. 7-24). John Wiley & Sons.
- Xenidis, Y. & Theocharous, K. (2014). [Organizational Health: Definition and Assessment](#). Procedia Engineering, 85, 262-570.

