

سطح خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستانها در مقابله با حوادث و بلایا

ابراهیم جعفری پویان^{۱*}، گلرخ عتیقه چیان^۲، آمنه سرادار^۳

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۲/۲۶

چکیده:

زمینه و هدف: بیمارستانها به دلیل ماهیت کاری خود مستقیماً تحت تأثیر حوادث و بحرانها قرار دارند که ارائه خدمات در آنها تنها با پرسنل آگاه که توانایی و اعتماد بنفس لازم برای مواجهه با بحرانها را داشته باشند امکانپذیر است. هدف از این پژوهش تعیین خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقابله با حوادث و بلایا بود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی و کاربردی بود که در سال ۱۳۹۴ در کلیه بیمارستان های دولتی وابسته و خصوصی تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. جامعه پژوهش تمامی مدیران ارشد بیمارستان ها بودند و داده ها از طریق پرسشنامه ای محقق ساخته که از نظر روایی و پایایی تأیید شده بود، جمع آوری گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

نتایج: سطح خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستانها در مواجهه با بحرانها در حد متوسط ارزیابی شد (۱۰۱ از ۱۳۰) که در بین مردان متأهل با سابقه حضور در شرایط بحرانی بیشتر بود. همچنین در بین مدیران اورژانس و مسن تر نیز تا حدی (بطور حاشیه ای) بالاتر بود. با این وجود، متغیرهایی همچون سابقه شرکت در دوره های آموزشی مدیریت بحران و عضویت در سیستم فرماندهی رابطه ای با خودکارآمدی نشان نداد.

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط خودکارآمدی افراد با سن و سابقه حضور در شرایط بحرانی، به نظر می رسد باید در انتخاب افراد برای این نوع شرایط به این متغیرها دقت بیشتری لحاظ گردد. همچنین، دارا بودن تجارب موفق در اداره موقعیت های چالش برانگیز باعث ارتقاء سطح خودکارآمدی مدیران می گردد. از این رو، استفاده از روشهایی همچون شبیه سازی و یا انجام مانورها می تواند به آشنا ساختن مدیران با شرایط احتمالی در هنگام وقوع سوانح کمک شایانی نماید.

کلمات کلیدی: خودکارآمدی، بحران و بلایا، مدیران، بیمارستان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (* نویسنده مسوول)، آدرس الکترونیکی: jaafaripooyan@tums.ac.ir، تلفن تماس: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۵۸

۲. استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

بلایا اغلب به طور متناوب و ناگهانی به وقوع می پیوندند. کشور ایران با خصوصیات جغرافیایی، ژئولوژیکی و سیاسی خاص مستعد وقوع انواع بلایای طبیعی و بشر ساخت می باشد و از بین ۴۰ نوع بلای شناخته شده در دنیا ۳۱ نوع آن در ایران اتفاق می افتد (۱). به طوریکه در ایران هر ساله به طور متوسط شاهد مرگ حدود ۵۰۰۰ تن و مجروحیت هزاران نفر از هموطنان و بروز خسارات مالی متجاوز از ۱۰۰ میلیارد تومان ناشی از بلایای طبیعی می باشیم (۲). در بین کشورهایی که بیشترین تعداد شهروندان را طی سالهای ۲۰۱۵-۱۹۹۶ در اثر سوانح طبیعی از دست دادند، ایران با آمار تلفات ۳۲۱۸۱ نفر، جزو ۱۰ کشور نخست است. زلزله که همواره یکی از مهم ترین بلایای طبیعی در ایران بوده است در طول حدود دو دهه گذشته، از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، ۴۴ نفر ایرانی را به کام مرگ کشانده است (۳).

در تعریف بحران سازمانی، بهتر است بین بحران^۱ و واقعه ی ناگوار (بلایا)^۲ تفاوت قائل شد. بحران توصیف کننده شرایطی است که در آن ریشه های پدیده می تواند مسائل و مشکلاتی مانند ساختارها و عملیات مدیریتی نامناسب و یا شکست در تطابق با یک تغییر باشد، در حالی که منظور از بلایا این است که سازمان با تغییرات مصیبت بار پیش بینی نشده یا ناگهانی مواجه شود که کنترل کمی بر روی آنها دارد (۴). در اغلب بحران ها می توان به شرایط مشترک ذیل دست یافت (۵، ۶). نیاز به تصمیم گیری های سریع دارد. راه حل ها عمدتاً محدود می باشند.

تصمیمات غلط ممکن است عواقب وخیمی داشته باشد. در یک بحران، سازمان ها و ادارات مختلف و فراوانی درگیر خواهند شد اختلال شدید، حداقل به طور موقت در عملکرد فرد و اجتماع وجود دارد.

احساس خطر و ناتوانی جهت کمک کردن ملموس است. همواره باید به خاطر داشت که هیچ بحرانی دقیقاً مشابه بحران های دیگر نیست، ولی با این وجود، تشابهات قابل توجهی بین آنها وجود دارد که کشف و درک این تشابهات، کلیدی جهت برنامه ریزی برای مقابله با بحران و تخفیف اثرات سوء آن خواهد بود (۶). مدیریت بحران بر چهار رکن اساسی پیشگیری، آمادگی، واکنش و بازسازی استوار است که بطور کلی در محورهای شناخت بحران و پیشگیری از آن، مقابله با

پیامدهای ناشی از بحران، کاهش سطح آسیب پذیری و بازسازی آسیب های ناشی از بحران تعریف شده است (۷). بیمارستان ها و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی به دلیل ماهیت کاری خود مستقیماً تحت تأثیر حوادث و بحرانها قرار دارند و به عنوان مراکز ثابت و تخصصی ارائه خدمات درمانی، با در اختیار داشتن امکانات و پرسنل مجرب یکی از اجزای مهم فرایند پاسخ به حوادث غیر مترقبه بوده و حفظ حیات و سلامت مصدومین را بر عهده دارند. با این وجود، تحقق این رسالت به شرطی امکان پذیر است که این سازمانها آمادگی لازم (از نظر منابع مختلف، ساختاری، روانی) جهت ارائه خدمات در شرایط بحرانی را داشته و دارای پرسنل آگاه و با عملکرد مناسب در این زمینه باشند. راه های مختلفی برای ارزیابی آمادگی کارکنان بیمارستانی در مواجهه با حوادث و بلایا وجود دارد. به عنوان مثال تعیین میزان دانش و آگاهی و نگرش تا حدودی می تواند بیانگر این ارزیابی باشد. یکی از اقدامات اولیه که می تواند در تعیین میزان آمادگی گروه های مختلف شغلی در مواجهه با فشار کاری زیاد و تنش فراوان ناشی از بحرانها به صورت نزدیک به واقعیت عمل کند، تعیین میزان کارآمدی فردی آنهاست (۸).

بر اساس مطالعات انجام شده، یکی از مشهور ترین تئوری ها که در مورد چگونگی پیش بینی و شرح رفتار کاربرد دارد، تئوری یادگیری (شناخت) اجتماعی^۳ باندورا^۴ می باشد (۹). این تئوری به طور گسترده ای برای مطالعه تغییر رفتار استفاده شده و دربرگیرنده یک فرآیند شناختی است که به نقش اعتماد به نفس افراد نسبت به توانایی هایشان، در انجام رفتاری که از آنها خواسته شده، اشاره دارد و یکی از سازه های مهم آن خودکارآمدی^۵ است. باندورا خودکارآمدی را قضاوت فرد در مورد توانایی های خود در انجام عملی مشخص می داند و بیانگر اعتمادی است که شخص به توانایی هایش برای انجام یک رفتار دارد. منظور از خودکارآمدی، باورهای شخص درباره قابلیت هایش برای سازماندهی و اجرای موفقیت آمیز اقدامات مورد نیاز برای مدیریت و موقعیت هایی که در آینده پیش خواهد آمد، می باشد (۱۰). خودکارآمدی همچنین تخمین کلی فرد از توانایی خود برای تأثیر گذاشتن به عملکردهای ضروری در دستیابی به شرایط مشخص نیز بیان شده است (۱۱). از آنجایی که خودکارآمدی، اطمینان به توانایی خود در کنترل افکار، احساسات و فعالیت هاست، بنابراین روی پیامد اعمال مؤثر است.

1 CRISIS

2 DISASTER= Detection - D, Incident command - I, Scene Security - S, Access Hazards - A, Support - S, Triage and Treatment - T, Evacuation - E, Recovery - R

3 Social Cognitive Theory

4 Albert Bandura

5 Self-efficacy

از هر بیمارستان بصورت سرشماری انتخاب گردیدند و تعداد نمونه بدست آمده با تناسب از بیمارستانهای دولتی ۶۰ نفر و از بیمارستانهای خصوصی ۷۰ نفر (مجموعاً ۱۳۰) بدست آمد. گردآوری داده ها از طریق پرسشنامه ای محقق ساخته - بر اساس مفهوم خودکارآمدی باندورا (۱۷) و مطالعات موجود (۸، ۱۸، ۱۹) و بهره گیری از نظرات خبرگان - انجام گرفت. روایی پرسشنامه از طریق مراجعه به ۱۰ نفر از صاحبانظران مدیریت سلامت و سلامت در بلایا و همچنین روان شناسی و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد ($\alpha = 0/86$). پرسشنامه دارای ۲۶ سوال در قالب ابعادی از قبیل فرماندهی، هماهنگی و ارتباطات، برنامه ریزی، توانایی حل مساله و خودکنترلی با یک طیف لیکرت پنج نمره ای (خیلی موافقم تا خیلی مخالفم) تنظیم شد. پژوهشگران به مدت سه ماه به بیمارستانهای مورد مطالعه مراجعه کرده و با همراه داشتن معرفی نامه و هماهنگی های لازم پرسشنامه را پس از معرفی موضوع مورد مطالعه توزیع و جمع آوری نمودند. اجازه تکمیل پرسشنامه ها و انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ گردید.

داده های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (جدول فراوانی و نسبت ها) و آمار استنباطی (تی مستقل، کروسکال والیس، آنوا به تناسب نرمال شدن) تحلیل و ارائه شد. در واقع ابتدا توزیع نمره خودکارآمدی با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف (K-S) با توزیع نرمال مقایسه گردید که بواسطه نرمال بودن توزیع داده ها از آزمونهای تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

برای تفسیر امتیاز کل خودکارآمدی مدیران، فاصله امتیازی حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه (۲۶ تا ۱۳۰) به پنج قسمت (پنجک) مساوی تحت عناوین خیلی بالا، بالا، متوسط، پایین و خیلی پایین تقسیم شد (جدول ۱).

بدین ترتیب، تعیین میزان خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستانها به عنوان یکی از حساس ترین سازمانهای پاسخگو در حوادث و بلایا بسیار ضروری است. زیرا احساس داشتن توانایی برای مواجهه با هر نوع بحرانی اولین قدم در جهت آمادگی برای مقابله با بحرانها می باشد. بیشتر مطالعات مشابه انجام شده، در حوزه آموزش (۱۲-۱۴) و یا بر روی گروه پرستاران انجام شده است (۱۵، ۱۶) و مطالعه ای که خودکارآمدی تیم مدیریتی و تصمیم گیرنده بیمارستانها را ارزیابی نماید تاکنون انجام نگرفته است. بنابراین، هدف از این پژوهش بررسی خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقابله با حوادث و بلایا بوده است.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی و از منظر نتیجه کاربردی است که به صورت مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ انجام گردید. این پژوهش در کلیه بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و خصوصی تحت نظارت و در منطقه تحت پوشش این دانشگاه (مجموعاً ۱۸ بیمارستان غیردانشگاهی و ۱۶ بیمارستان دانشگاهی) انجام گرفت.

جامعه مورد پژوهش شامل تمامی مدیران ارشد (تیم مدیریتی) بیمارستان های وابسته و تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. برای نمونه گیری ابتدا بدلیل ملاحظات مربوط به زمان و هزینه ۶ بیمارستان دانشگاهی و ۷ بیمارستان غیر دانشگاهی براساس استراتژی نمونه گیری خوشه ای بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. تعداد مورد نظر شرکت کننده از هر بیمارستان (تیم مدیریت بحران) بطور متوسط ۱۰ نفر (رئیس، مدیر، مترون، مدیر امور مالی، مدیر خدمات، مدیر اورژانس، سوپروایزر شب، سوپروایزر عفونی، سرپرستاران مراقبتهای ویژه، پرستاران مرتبط با بحران) با توجه به ارتباط آنها به مدیریت بحران در نظر گرفته شدند. لذا نمونه مورد نظر

جدول شماره ۱ - توصیف کیفی براساس پنجک نمرات خودکارآمدی

رتبه بندی توصیفی	خیلی بالا	بالا	متوسط	پایین	خیلی پایین
محدوده امتیاز	۱۱۰-۱۳۰	۸۹-۱۰۹/۲	۶۸-۸۸/۴	۴۷-۶۷/۶	۲۶-۴۶/۸

یا پایین تر ($68/6\%$) و نیز بین ۲۰-۱۰ سال سابقه کاری ($47/1\%$) بودند. همچنین، بیشترین تعداد شرکت کنندگان علاوه بر داشتن سابقه شرکت در دوره های آموزشی مدیریت بحران ($79/5\%$)، حضور در موقعیت بحرانی را نیز تجربه کرده بودند ($52/1\%$). البته بیشتر شرکت کنندگان، در ساختار مدیریت و فرماندهی بحران به طور رسمی عضویت نداشتند ($61/1\%$). (جدول ۲).

نتایج

یافته های توصیفی پژوهش نشان می دهد که بیشترین گروه شرکت کنندگان را زنان (59%) و افراد در گروه سنی ۴۶-۶۰ سال ($50/4\%$) تشکیل می دادند. اغلب افراد مورد مطالعه در بیمارستان های آموزشی ($43/01\%$) و در پست سازمانی سوپروایزر ($40/33\%$) اشتغال به کار داشتند. اکثریت شاغلین، متأهل ($82/9\%$) و دارای مدرک تحصیلی کارشناسی

جدول شماره ۲- مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش

شماره	متغیر	گروه‌بندی	تعداد	درصد
۱	جنسیت	مرد	۵۰	۴۱/۰
		زن	۷۲	۵۹/۰
۲	وضعیت تأهل	مجرد	۲۱	۱۷/۰۷
		متأهل	۱۰۲	۸۲/۹۳
۳	سن	زیر ۳۰ سال	۳	۲/۵۲
		۳۱-۴۵ سال	۴۹	۴۱/۱۸
		۴۶-۶۰ سال	۶۰	۵۰/۴۲
		بالای ۶۰ سال	۶	۵/۸۸
۴	نوع بیمارستان از نظر مالکیت	آموزشی	۴۰	۴۳/۰۱
		خیریه	۹	۹/۶۸
		خصوصی	۳۶	۳۷/۵
		دولتی (غیردانشگاهی)	۸	۸/۶۰
۵	مدرک تحصیلی	کارشناسی و پایین تر	۸۳	۶۸/۶
		کارشناسی ارشد	۳۲	۲۶/۴۵
		دکترای پزشکی	۶	۴/۹۵
۶	سابقه خدمت	زیر ۱۰ سال	۱۷	۱۴/۰۵
		۱۰-۲۰ سال	۵۷	۴۷/۱۱
		بالاتر از ۲۰ سال	۴۷	۳۸/۸۴
۷	تجربه حضور در موقعیت بحرانی	بله	۶۲	۵۲/۱۰
		خیر	۵۷	۴۷/۹۰
۸	سابقه شرکت در دوره های آموزشی مدیریت بحران	بله	۹۷	۷۹/۵۱
		خیر	۲۵	۲۰/۴۹
۹	عضویت در سیستم مدیریت و فرماندهی بحران	بله	۴۵	۳۸/۷۹
		خیر	۷۱	۶۱/۲۱
۱۰	پست سازمانی	سرپرستاران و مترون ها	۳۰	۲۵/۲۱
		رؤسا و مدیران	۱۷	۱۴/۲۹
		سرپرستار اورژانس	۶	۵/۰۴
		سوپروایزرها	۴۸	۴۰/۳۳
		پرستاران*	۱۸	۱۵/۱۳

* پرستاران عضو در سیستم فرماندهی حادثه پرستاران عضو در سیستم فرماندهی حادثه

پس از محاسبه امتیازات کسب شده، میانگین نمره کل خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستان ها ۱۰/۱/۵۴ بود. این میزان بر اساس جدول توصیف و رتبه بندی نمرات براساس پنجگ ها در محدوده "بالا" قرار گرفت (جدول ۳).

تجربه حضور در شرایط بحرانی زلزله بیش از سایر موقعیت های سوانح و بلايا توسط شرکت کنندگان ثبت گردید. البته تعدادی از مدیران ارشد نیز در شرایط مانورهای زلزله و آتش سوزی حضور پیدا کرده بودند. حضور در شرایط جنگی دفاع مقدس نیز هم بعنوان کسب تجربه از شرایط بحران توسط مدیران مطرح شد.

جدول شماره ۳- نمرات خودکارآمدی مدیران ارشد بیمارستان ها

تعداد	میانگین نمره	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
۱۲۳	۱۰۱/۵۴	۱۲/۸۴	۷۴/۰۰	۱۳۲/۰۰

درصد عمده را تشکیل می دادند) تفاوت معنادار وجود داشت ($p=0.03$) و میانگین نمره خودکارآمدی در بین افراد متأهل بیشتر بود (۱۰۲/۸۰).

براساس یافته های تحلیلی، تفاوت معناداری بین مدیران مرد و زن از منظر خودکارآمدی نمایان شد ($p=0.02$). بدین ترتیب که به طور متوسط امتیاز مدیران مرد بیشتر از مدیران زن بود (جدول ۴). بین دو گروه مدیران مجرد و متأهل (که

جدول شماره ۴- امتیاز خودکارآمدی مدیران ارشد براساس متغیرهای مطالعه

معناداری	میانگین امتیاز	متغیرها	امتیاز خودکارآمدی
$p=0.02$	۱۰۴/۶۵	مرد	جنسیت
	۹۹/۴۷	زن	
$p=0.07$	۸۳	زیر ۳۰	سن
	۱۰۲/۵	۳۱-۴۵	
	۱۰۲/۴	۴۶-۶۰	
	۱۰۴/۳	بالای ۶۰	
$p=0.05$	۱۰۴/۲۵	دولتی (غیردانشگاهی)	مالکیت
	۱۰۱/۶۶	خیریه	
	۱۰۱/۸۶	خصوصی	
	۹۵/۲۰	آموزشی	
$p=0.001$	۱۰۴/۹۴	بله	تجربه حضور در موقعیت بحرانی
	۹۷/۰۷	خیر	
$p=0.06$	۱۰۸	سرپرستار اورژانس	پست سازمانی
	۱۰۵/۵	پرستاران	
	۱۰۴	رؤسا و مدیران	
	۱۰۲	سرپرستاران و مترون ها	
	۹۸	سوپروایزرها	

اختصاص داده اند (۱۰۴/۲). پس از ایشان به ترتیب مدیران در بیمارستانهای خصوصی (۱۰۱/۸) و سپس بیمارستانهای خیریه (۱۰۱/۶) در رتبه های بعدی قرار گرفتند. شرکت کنندگان از بیمارستانهای آموزشی نیز حائز پایین ترین رتبه شدند (۹۵/۲). در آزمون آماری این تفاوت ها به طور حاشیه ای معنادار شناخته شد ($p=0.05$).

مدیرانی که سابقه حضور در شرایط بحرانی را داشتند در مقایسه با همتایان خود که این تجربه را کسب ننموده بودند،

بالاترین میانگین امتیاز خودکارآمدی توسط مدیران ارشد بالای ۶۰ سال کسب گردید. شایان ذکر است که آزمون آماری مشخص ساخت که تفاوت بین امتیازات بر حسب گروه های سنی به طور حاشیه ای معنادار شد ($p=0.07$).

میانگین امتیاز مدیران ارشد شاغل در بیمارستانهای گوناگون نشان می دهد که مدیران ارشد شرکت کننده در این مطالعه که در بیمارستانهای غیر آموزشی مشغول به فعالیت هستند بالاترین میانگین خودکارآمدی را به خود

این سازمان باعث می شود که افراد به مرور زمان سطح خودکارآمدی بالایی کسب نمایند.

میزان خودکارآمدی مدیران با جنسیت و تجربه شرایط بحرانی تغییر می کرد. باور مدیران مرد بیمارستانها به میزان توانایی خود برای مواجهه با شرایط بحرانی از زنان بیشتر بود. تفاوت سطح خودکارآمدی افراد بر اساس جنسیت ایشان در پژوهش های متعددی مورد توجه بوده است. اکثر پژوهشهای مشابه که در حوزه آموزش انجام شده اند، نتایج مطالعه حاضر را تأیید کرده و به سطح بالاتر مردان از خودکارآمدی اشاره کرده اند (۲۳). البته، پژوهشهایی نیز در دسترس هستند که لزوماً بر این تفاوت پافشاری نمی نمایند. مثلاً، در مطالعه کومار و همکاران، که خودکارآمدی را در میان دانشجویان زن و مرد مقایسه نمود دانشجویان زن از امتیاز بالاتری برخوردار شدند (۲۴). اما دلیل این تفاوت عمدتاً آگاهی ناکافی بانوان از سطح توانایی هایشان ذکر می شود. به طور کلی هر قدر اطمینان از توانایی های افراد کمتر باشد، مهارتهای ایشان برای مشارکت داشتن در انجام فعالیت ها کاهش یافته و تمایلشان برای دست کشیدن از کار در هنگام بروز سختی ها، بیشتر می گردد. همین امر باعث می شود زنان علی رغم داشتن توانایی های بسیار ولی به سبب عدم شناخت از توانایی های خود یا دست کم گرفتن آنها، دارای اعتماد به نفس پایین تری بوده و در موقعیت های مختلف، خودکارآمدی کمتری نسبت به مردان از خود نشان دهند (۲۵). از این رو، در اختیار داشتن فرصت های شغلی مدیریتی برای بروز و ظهور توانمندی ها می تواند باعث ارتقاء خودشناسی و در نتیجه خودکارآمدی ایشان گردد.

حضور مدیران و تجربه شرایط بحرانی که از ویژگیهای سازمانی مثل بیمارستان بشمار می رود نیز در بین گروههایی که به نوعی این شرایط را به مفهوم اصلی بحران تجربه کرده بودند با سطح خودکارآمدی ارتباط داشت؛ بطوریکه مدیرانی که دارای تجربه ای در این زمینه بودند بطور طبیعی از میزان خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند. تجربه کردن یکی از راههای آماده سازی افراد برای مقابله با شرایط بحرانی می باشد همانطور که در نظریه باندورا، مهمترین منبع ایجاد کننده خودکارآمدی در شاغلین، انجام موفقیت آمیز اقدامات مشابه در گذشته است (۲۶). همانطور که نتیجه پژوهش حاضر نیز بیان می کند، افرادی که در گذشته تجارب موفقیت در اداره موقعیت های چالش برانگیز از سر گذرانده اند نمرات بالاتری در خودکارآمدی احراز نمودند. از سوی دیگر، کسانی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردارند تمایل بیشتری برای مقابله با شرایط اورژانس یا کسب آمادگی و آموزش های لازم برای مدیریت موقعیت بحرانی از خود نشان می دهند (۸).

امتیاز بیشتری کسب نمودند و این تفاوت معنی دار بود ($p=0.001$).

براساس پست سازمانی، بالاترین امتیاز خودکارآمدی در میان گروههای شرکت کننده در این پژوهش را کارکنان بخش اورژانس با میانگین ۱۰۸ کسب نمودند. سوپروایزرها نیز حائز کمترین میانگین امتیاز گردیدند. آزمون آماری نشان داد که تفاوت در میزان خودکارآمدی شرکت کنندگان براساس پست سازمانی به طور حاشیه ای معنادار گردید ($p=0.06$).

علی رغم اینکه با افزایش سابقه خدمت میزان خودکارآمدی مدیران شرکت کننده در پژوهش افزایش می یافت، تفاوت آماری معناداری بین امتیاز این سه گروه (جدول ۲) دیده نشد. بطور مشابه با افزایش سطح تحصیلات مدیران، خودکارآمدی آنها نیز افزایش پیدا می کرد، با این وجود، تفاوت بین امتیازهای مدیران با مدارک تحصیلی مختلف از لحاظ آماری معنی دار نبود. اکثریت مدیران در این مطالعه دارای سابقه حضور در دوره های آموزشی مدیریت بحران بودند ولی میانگین نمره خودکارآمدی این گروه با گروهی که تاکنون در چنین دوره هایی شرکت نکرده بودند تفاوت چندانی نداشت. علاوه براین، شرکت کنندگان، فارغ از اینکه در سیستم فرماندهی و مدیریت بحران عضویت داشتند یا خیر، میانگین امتیاز خودکارآمدی یکسانی را کسب نمودند. بنابراین، ارتباط بین این عضویت با سطح خودکارآمدی این افراد معنی دار شناخته نشد.

بحث

عملکرد مؤثر، هم مستلزم داشتن مهارت ها و شایستگی هاست و هم باور به داشتن و استفاده از آن مهارت هاست که از آن به خودکارآمدی تعبیر می شود (۲۰). بطور کلی، ارتباط بین توانمندی افراد در کنترل شرایط محیطی در هنگام حوادث و سوانح با خودکارآمدی ایشان در پژوهش های گوناگون مورد تایید قرار گرفته است. بطور مثال، مدیران توانمندتر نشان داده اند که از مهارت های خودکارآمدی بیشتری برخوردار هستند (۲۱). با این وجود، مطالعات انجام شده کمتر به بررسی خودکارآمدی در بین تیم مدیریتی بیمارستانها پرداخته و یا سطح خودکارآمدی را در بین انواع بیمارستانها بررسی کرده اند. بنابراین، نتایج این مطالعه می تواند حلاء موجود را تا حدی رفع نماید.

براساس بالایی ارزیابی شد. با توجه به ماهیت فعالیت بیمارستانها که عناصری از فوریت و بحران همیشه در آن است (۲۲) این سطح قابل پیش بینی است. زیرا فعالیت های

مدیریت بحران شرکت کرده بودند با همتایانی که از چنین آموزش‌هایی بی بهره بودند تفاوت بسیار اندک و از لحاظ آماری غیر مؤثر دیده شد؛ به نظر می‌رسد که باید در محتوای دوره‌های آموزشی مدیریت بحران تجدیدنظر صورت گرفته و اثربخشی و هدفمندی این دوره‌ها مورد بررسی قرار گیرد. زیرا این یک واقعیت است که خودکارآمدی افراد با دریافت آموزش ارتقاء خواهد یافت (۲۸).

نهایتاً، متغیرهایی همچون سابقه کار، مدرک تحصیلی و عضویت در سیستم فرماندهی و مدیریت بحران را بر خودکارآمدی مؤثر فرض کرده بود، نتایج پژوهش این فرضیه‌ها را تایید نکرد که این الزاما به معنای نبود این روابط و تفاوتها نبوده و ممکن است دلیل محدودیت اصلی این مطالعه یعنی تعداد کم نمونه آن باشد.

نتیجه گیری

خودکارآمدی را شاید بتوان بعنوان چاشنی یک عملکرد تاثیرگذار دانست. موارد زیادی وجود دارد که افراد توانمند بدلیل عدم باور به توانایی‌های خود نتوانسته‌اند عملکرد مناسبی از خود نشان دهند که نشان دهنده اهمیت بالای این مفهوم است. اگر چه سطح خودکارآمدی مدیران مورد بررسی در این مطالعه سطح قابل قبولی داشت ولی با توجه به ماهیت فعالیت‌های چنین سازمانی و نقش این افراد بعنوان مدیر و تصمیم‌گیرنده، انتظار سطوح بالاتری از خودکارآمدی می‌تواند وجود داشته باشد. اجرای یک مطالعه کیفی شاید بتواند به این سوال پاسخ‌هایی ارائه کند. همچنین انجام مطالعاتی با نمونه بزرگتر می‌تواند به برخی از ابهامات این مطالعه همچون عدم ارتباط سطح خودکارآمدی مدیران با گذراندن دوره‌های آموزشی در حوزه بحران را روشن نماید. شناسایی عواملی که باعث تقویت احساس خودکارآمدی در مدیران می‌گردد، تأثیر ویژگیهای فردی بر ارتقاء سطح خودکارآمدی تصمیم‌گیران و نیز ارزیابی تأثیر خودکارآمدی مدیران ارشد بر عملکرد بیمارستان‌ها برای پژوهش‌های آتی می‌تواند توصیه شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مشابهي به کد ۹۲-۰۱-۲۷-۲۱۱۵۷ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است.

۲۷). از این رو، استفاده از روشهایی همچون مشابه سازی و یا انجام مانورها می‌تواند به آشنا ساختن مدیران با شرایط احتمالی که در هنگام وقوع سوانح با آن مواجه خواهند بود کمک شایانی نماید.

علاوه براین، مدیران بخش اورژانس در مقایسه با سایر گروهها بطور حاشیه‌ای از میزان خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند. اورژانس بعنوان حساسترین و پرچالش‌ترین واحد یک بیمارستان امکان تجربه شرایط بحرانی را فراهم می‌نماید و لذا مدیران این بخش حائز بالاترین امتیاز گردیدند. البته رابطه معناداری بین سابقه کار در بخش اورژانس با خودکارآمدی فردی پرستاران در مطالعه برهانی و همکاران مشاهده نگردید (۸). پرستاران با توجه به انجام وظیفه در خط مقدم خدمات بالینی و تماس با بیمار و ضرورت تصمیم‌گیری‌های سریع، مهم و به موقع، این گروه از مهارتهای خودکارآمدی بیشتری برخوردار هستند.

از منظر مالکیت بیمارستانها نیز میزان خودکارآمدی بیمارستانها بطور نسبی متفاوت بود و بیمارستانهای آموزشی خودکارآمدی پایین تری نسبت به سایر بیمارستانها داشتند. بدلیل وجود شرایط غیر قابل پیش‌بینی و غیر روتین در این نوع بیمارستانها، می‌توان ادعا کرد که مدیران آنها ممکن است باور ضعیفتری به توانایی روزانه خود برای مواجهه با این شرایط داشته باشند. البته با توجه به عدم وجود مطالعه‌ای که گویای ارتباط بین نوع مالکیت بیمارستان با خودکارآمدی مدیران باشد این نوع توجیه با احتیاط باید بیان گردد. هر چند که می‌تواند یافته‌های جدیدی را در اختیار تصمیم‌گیران، به خصوص در بیمارستانهای آموزشی که رسیدگی به درصد قابل توجهی از امور را در هنگام سوانح بر عهده دارند، قرار دهد.

هرچند که در این پژوهش ارتباط معنی‌داری بین سابقه خدمت مدیران و نیز مدرک تحصیلی ایشان با سطح خودکارآمدی شناسایی نگردید ولی برخی بررسی‌ها حاکی از مؤثر بودن این ارتباطات می‌باشد. به عنوان نمونه، در پژوهش برهانی و همکاران (۸) هرچه سن کارکنان بیشتر و دارای مدرک تحصیلی بالاتری بودند مهارت‌های خودکارآمدی بیشتری را از خود بروز دادند. همچنین در همان مطالعه نشان داده شد که همبستگی مثبت و معنا داری بین سابقه کار پرستاران مورد بررسی با خودکارآمدی فردی آنان برقرار است.

نظر به این که در این مطالعه، بین میانگین نمره خودکارآمدی مدیران ارشدی که در دوره‌های آموزشی

References

1. Khankeh HR, Mohammadi R, Ahmadi F, Sadat-Maddah SB, Ranjbar M, Khodaie MR. Health Services Management in Natural Disasters [In Persian]. Tavanbakhshi. 1385;7(2):49-55.
2. Ghanefar S, Tabar A, editors. Iran's strategy on natural disaster risk management. Inter National conference geotechnical engineering for disaster mitigation and rehabilitation; 2005: World Scientific.
3. UNISDR. Poverty & Death: Disaster Mortality 1996-2015. The UN Office for Disaster Risk Reduction, 2015.
4. Rezvani H. Organizational disaster management [in Persian]. Tadbir. 2006;18(170).
5. MacNeil W, Topping K. Crisis management in schools: evidence-based postvention. The Journal of Educational Enquiry. 2009;7(2).
6. Gerkez Y, Gerkez M, Atrchian M. Crisis management in unexpected accidents and natural disasters [in Persian]. 11th Construction engineering student conference 2004.
7. Coppola DP. Introduction to international disaster management: Butterworth-Heinemann; 2006.
8. Borhani F, Abbaszadeh A, S. K. Correlation of self-efficacy of nurses to deal with unexpected events with the demographic characteristics of the nurses [in Persian]. JHPM. 2012;1(1):25-17
9. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory: Prentice-Hall, Inc; 1986.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977;84(2):191.
11. Pillai R, Williams EA. Transformational leadership, self-efficacy, group cohesiveness, commitment, and performance. Journal of organizational change management. 2004;17(2):144-59.
12. Vaezfar SS, Azadi MM, Akbari Balootbangan A, Rahimi M. The Role of Coping styles and Self-efficacy in Nurses Job Stress in Hospital. Journal of Nursing Education. 2014;2(2):22-32.
13. Peyman N, Ezzati Rastegar K, Taghipour A, Esmaily H. Effect of Education on the Weight Self-Efficacy lifestyle among Adolescent Girls with Overweight and Obesity. Armaghane danesh. 2012;17(2):117-28.
14. Lloyd JE, Walsh J, Yailagh MS. Sex differences in performance attributions, self-efficacy, and achievement in mathematics: If I'm so smart, why don't I know it? Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'education. 2005:384-408.
15. Hosseini M, Azimzadeh E. Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies. Journal of Health Promotion Management. 2013;2(4):16-23.
16. Chang S-J, Kwon E-O, Kwon Y-O, Kwon H-K. The effects of simulation training for new graduate critical care nurses on knowledge, self-efficacy, and performance ability of emergency situations at intensive care unit. Korean Journal of Adult Nursing. 2010;22(4):375-83.
17. Maddux JE. Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application: Springer US; 2013.
18. Asarzadeh R, Bejani H, Malekinia E. Self-efficacy of manpower in orgnizations: conceptual model [in Persian]. Police Human Development; Bimonthly. 2012;8(37):90-117.
19. F. Cheraghi PD, P. Hassani PD, H. Riazi MS. Correlation Study of Nursing Students' Self-Efficacy with Clinical Performance. Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2011;19(1):35-45.
20. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co; 1997.
21. Yarmohammadian MH, Fooladvand M, Haghshenas A, Atighechian G, Alavi A. Crisis management competencies and their relation to self-efficiency of managers in the organizations related to disasters. International Journal of Health System and Disaster Management. 2013;1(2):64.
22. Griffin D. Hospitals: What They Are and How They Work. NY: Jones & Bartlett Learning; 2011.
23. McCarthy S, Jaafar J, Kamal A, editors. Self-efficacy of married and unmarried female government officials, teachers, nurses, and librarians. US: Cambridge Scholars Publishing; 2013.
24. Kumar R, Lal R. The Role of Self-Efficacy and Gender Difference among the Adolescents. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2006;32(3):249-54.
25. Pajares F. Current directions in self-efficacy research. Advances in motivation and achievement. 1997;10(149):1-49.
26. Lunenburg FC. Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. International journal of management, business, and administration. 2011;14(1):1-6.
27. Ejeta LT, Ardalan A, Paton D. Application of Behavioral Theories to Disaster and Emergency Health Preparedness: A Systematic Review. PLoS currents. 2014;7.
28. Eden D, Aviram A. Self-efficacy training to speed reemployment: Helping people to help themselves. Journal of applied Psychology. 1993;78(3):352.

Assessing the Self-Efficacy level in Disasters among Senior Managers of Hospitals

Jaafaripooyan E^{1*}, Atighechian G², Saradar A³

Submitted: 2016.6.19

Accepted: 2017.5.16

Abstract

Background: Hospitals directly affected by disasters and crises which will be provided services facing with crises by well-informed and high performing personnel. This study aimed to determine self-efficacy level in disasters among senior managers of hospitals.

Materials and Methods: This study was a descriptive-analytical and applied one which was conducted in all public and private hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2015. Study population was all senior managers of hospitals and data was collected by a researcher-developed, valid and reliable questionnaire. Data analyzed using descriptive and Inferential statistics.

Results: Self-efficacy facing with crisis was assessed on average level (101 out of 130) and high among married men with previous experience in disasters. Also, self-efficacy level reported high among aged and position of ED managers. Nevertheless, there was no significant relationship between self-efficacy and participation in educational course and hospital ICS membership.

Conclusion: Given the relationship of self-efficacy with the aged and prior experience in disasters, these variables should be considered in selecting proper people for these positions. Moreover, having successful experiences dealing with challenges enhances the level of Self-efficacy among managers. Hence, using some techniques such as simulation or providing maneuvers can acquaint managers with the possible conditions facing with disasters.

Keywords: Self-efficacy, Disasters, Managers, Hospital, Tehran University of Medical Sciences

1. Assistant Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding author), Email: jaafaripooyan@tums.ac.ir, Tel: 021-42933058
2. Assistant Professor, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. MSc Student in Health Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran