

# بررسی ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی شهر شیراز

علیرضا یوسفی<sup>۱\*</sup>، زهرا کاوسی<sup>۲</sup>، پرینان نیک منش<sup>۳</sup>

• دریافت مقاله: ۹۶/۳/۹ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۶/۷/۳ • پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۵



## چکیده

**مقدمه:** اصل تنوع امروزه از اصول اساسی فرآیند مدیریت بحران در بیمارستان‌ها به شمار می‌رود. این فرآیند به دلیل پیچیدگی و تنوع نیازمند توجه جدی است. هدف این پژوهش بررسی ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی در ۱۰ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ۴۰ نفر از مدیران داخلی، اداری، مالی، حسابداری و پرستاری به روش سرشماری انتخاب و در مطالعه شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ابعاد تنوع در مدیریت بحران جمع‌آوری و با آماره‌های توصیفی و آزمون‌های همبستگی،  $t$ -test، ANOVA و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در مجموع ۳/۴۴ به دست آمد. بالاترین و پایین‌ترین میزان ادراک مدیران به ترتیب از بُعد «شمول و فراگیری برنامه» و «شناخت و مدیریت ریسک» با میانگین ۳/۷۵ و ۳/۲۹ بود. بین میانگین امتیاز بُعد «میزان اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران» و «سابقه کار» رابطه آماری معناداری وجود داشت ( $P=0/04$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** ادراک مدیران از بُعد «شناخت و مدیریت ریسک» نسبت به سایر ابعاد در سطح پایین‌تری قرار داشت؛ لذا بایستی مدیران بیمارستان نسبت به استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی ریسک حساسیت بیشتری به خرج داده و در برنامه‌ریزی‌های خود جهت مدیریت ریسک دارای نگرش سیستمی باشند.

**واژگان کلیدی:** ادراک، مدیریت بحران، بیمارستان آموزشی، مدیران بیمارستان‌ها

**ارجاع:** یوسفی علیرضا، کاوسی زهرا، نیک منش پرینان. بررسی ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی شهر شیراز. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۶، ۳(۳): ۲۳۶-۲۲۷.

۱. دانشجوی دکترا، کمیته تحقیقات دانشجویی، بیمارستان حضرت علی اصغر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات منابع انسانی سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳. کارشناس ارشد، مدیریت بیمارستان حضرت علی اصغر(ع)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

\* نویسنده مسئول: شیراز، خیابان قصرالدشت، حدفاصل سه راه فلسطین و چهارراه ملاصدرا، کوچه ۲۹، ساختمان الماس

Email: alirezayusefi67@gmail.com

تلفن: ۰۷۱۳۲۳۴۰۷۷۸

## مقدمه

بحران تعاریف متعدد و گوناگونی دارد. این واژه که معادل Crisis می‌باشد از پزشکی وارد علوم اجتماعی و اقتصاد شده است (۱). از دید سیستماتیک، بحران وضعیتی را در بر می‌گیرد که نظم سیستم اصلی یا قسمت‌هایی از آن را که سیستم فرعی نامیده می‌شود، مختل کرده و پایداری آن را بر هم می‌زند (۲). برای بحران در سازمان سه فرضیه اصلی وجود دارد. فرضیه اول شرایط روحی و روانی به دلیل مشخص نبودن، پیچیده بودن و بعد عاطفی. فرضیه دوم محدود شدن توانایی افراد به علت اختلال در روند اطلاع رسانی و فرضیه سوم، وخیم شدن بحران‌ها به دلیل اتلاف زمان و یا اشتباهات اشخاص در سازمان می‌باشد (۳). همچنین بحران‌ها را می‌توان بر اساس شش بعد تنوع شامل انعطاف‌پذیری، شمول، اعتماد، درک ریسک و انصاف و سازگاری نگریست (۶-۴). با این حال و به طور تاریخی، نگاه به مقوله بحران‌ها از چشم‌انداز شدت و علل آن‌ها بوده است. اگرچه بحران‌ها به طور فزاینده‌ای در حال افزایش بوده، در بسیاری از اوقات توجه چندانی به اثرات سوء آن‌ها نمی‌شود (۷). هشدارهای جهانی و فرضیات جدید اذعان می‌دارند که بحران‌ها و حوادث غیرطبیعی احتمال بازگشت و تکرار را دارند. بر همین اساس، ضرورت توجه تمامی سازمان‌ها اعم از خصوصی و دولتی یا عمومی و نظامی به مقوله مدیریت بحران شدیداً احساس می‌شود (۸).

از طرفی بحران‌ها می‌توانند اثرات مختلفی در سطوح جهانی، ملی و در مدیریت عملی بحران داشته باشند (۹). باید توجه داشت که امروزه با پیشرفت تکنولوژی، بسیاری از حوادث غیر مترقبه طبیعی یا ساخته دست بشر قابل پیش‌بینی و حتی در بعضی

موارد قابل پیشگیری است. همچنین با آگاهی مقطعی یا احتمالی از زمان، مکان و زمینه‌های وقوع بحران و در نظر گرفتن تمهیدات مناسب نیروی انسانی، تجهیزات و کسب آمادگی کافی در این موارد می‌توان از وقوع این حوادث جلوگیری کرد و یا اثرات مخرب آن‌ها را بر شالوده بهداشت و اقتصاد کاهش داد (۱۰). در این بین آمادگی سازمان‌های عظیمی همچون بیمارستان در مقابل این بحران‌ها، از اهمیت زیادی برخوردار بوده و وجود برنامه‌های مدیریت بحران ضروری است (۱۱). مدیریت بحران همانند مفهوم بحران از دیدگاه‌های گوناگون، مورد تعریف و پژوهش قرار گرفته است. Paton هدف اصلی مدیریت بحران را دستیابی به راه‌حلی معقول برای برطرف کردن شرایط غیرعادی به گونه‌ای که منافع و ارزش‌های اساسی، حفظ و تأمین گردند، می‌داند (۱۲). در واقع مدیریت بحران سوق دادن هدفمند جریان پیشرفت امور به روالی قابل کنترل، انتظار برگشتن امور در اسرع وقت به شرایط قبل از بحران می‌باشد (۱۳). از طرفی به علت تنوع در ساختار، ماهیت و فرهنگ هر سازمان، افراد و مدیران در سازمان به مدیریت بحران از دیدگاه‌های گوناگون نگاه می‌نمایند. سیستم‌های آموزشی - درمانی نظیر بیمارستان‌ها نیز باید به برنامه‌های آموزشی مدیریت بحران به این تنوع توجه داشته باشند و بر این اساس در هر سازمان روش‌های خاصی را تدوین نمایند (۱۴)؛ بنابراین می‌توان به این نکته اشاره داشت که اصل تنوع، امروزه از پایه‌ای‌ترین اصول در مدیریت بحران به شمار می‌رود (۱۵). Kersten علت موفقیت سازمان‌ها را در مدیریت بحران، هماهنگی و تناسب بین فرهنگ و ارتباط سازمان و ذی‌نفعان آن می‌داند (۱۶). از سوی دیگر در زمان وقوع بحران، نقش و

استرالیا به طور کارا و اثربخش از رویکرد و مؤلفه‌ها مدیریت بحران استفاده می‌نمایند و از دلایل موفقیت این بیمارستان‌ها در کنترل و مدیریت بحران نیز تا حد زیادی همین موضوع بوده است (۲۱). با توجه به ضرورت مدیریت بحران در بیمارستان‌ها، پژوهش حاضر با هدف بررسی ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز انجام شد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که به صورت مقطعی در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد سال ۱۳۹۶ انجام گردید. محیط پژوهش را تمامی بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که ۱۰ بیمارستان بودند، تشکیل داد. جامعه پژوهش شامل مدیران اجرایی، امور اداری، مالی و پرستاری بودند که به علت محدود بودن تعداد مدیران، نمونه‌گیری انجام نشد و به روش سرشماری تمامی مدیران از ۱۰ بیمارستان شامل ۴۰ مدیر (۴ مدیر از هر بیمارستان) مورد بررسی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای ابعاد تنوع در مدیریت بحران Osilaja که سیدین و همکاران در پژوهش خود از آن بهره بردند، استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت بود. قسمت اول ویژگی‌های دموگرافیک مدیران را در بر می‌گرفت. قسمت دوم پرسشنامه شامل ۱۷ سؤال بود که در ۶ حیطه انعطاف‌پذیری (۳ سؤال)، شمول (۲ سؤال)، اعتماد (۳ سؤال)، ادراک ریسک (۳ سؤال)، انطباق‌پذیری (۳ سؤال) و برابری و انصاف (۳ سؤال) تدوین گردیده بود. امتیازدهی به سؤالات بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از خیلی کم (امتیاز ۱)، کم

جایگاه مدیران غیرقابل انکار است. در این زمینه، مدیران پیشرو تلاش می‌کنند تا با استفاده از یافته‌های مدیریت بحران سازمانی و تلفیق آن با دستاوردهای مدیریت استراتژیک و مدیریت سیستم‌های کنترل، از امواج خطرناک پیش‌بینی نشده در سازمان خود، جلوگیری کنند (۱۷).

بیمارستان‌ها جزء اولین مراکزی هستند که درگیر عوارض ناشی از بحران‌ها و حوادث غیر مترقبه می‌شوند. این بحران‌ها مشکلات منحصر به فردی را ایجاد می‌کنند که پاسخ به آن‌ها نیازمند نوعی برنامه ریزی متفاوت از عملکرد روزمره بیمارستان‌ها است. از جمله این مشکلات می‌توان به تأخیر و یا عدم اطلاع‌رسانی صحیح و به موقع، سردرگمی پرسنل، کمبود و تکمیل سریع ظرفیت اورژانس، کمبود تجهیزات و مواد مصرفی، واکنش‌های روحی - روانی در پرسنل و بیماران و خرابی تجهیزات و تأسیسات اشاره کرد که مجموعه این عوامل موجب افزایش مرگ‌ومیر مراجعه‌کنندگان می‌گردد (۶، ۱۸).

در خصوص فرآیند مدیریت بحران در بیمارستان‌ها مطالعات متعددی انجام پذیرفته است. نتایج پژوهش عزتی و همکاران بیانگر آمادگی نسبی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه بود (۱۹). همچنین زابلی و همکاران در مطالعه خود در ارزیابی وضعیت مدیریت بحران در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران نشان دادند که شناخت کارکنان از مفاهیم ریسک، بحران و مدیریت آن، وضعیت سازمان‌دهی، سیاست‌ها و رویه‌ها در زمینه مدیریت ریسک و بحران، جایگاه مدیریت ریسک و بحران و وضعیت نظارت بر ارزیابی و کنترل بحران در حد متوسط قرار داشت (۲۰). از طرفی یافته‌های پژوهش Kendrick و همکاران بیانگر آن بود که بیمارستان‌های منتخب

از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده گردید. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ وارد شدند. سطح معنی داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی مدیران شرکت کننده در مطالعه  $1/14 \pm 43/19$  سال و اکثر آن‌ها (۶۷/۵٪) در گروه سنی ۵۰-۴۰ سال بودند. میانگین سابقه کاری شرکت‌کنندگان  $1/09 \pm 18/13$  سال و اکثریت (۵۷/۵٪) در گروه ۲۰-۱۰ سال و همچنین میانگین سابقه مدیریت  $1/01 \pm 10/47$  سال و اکثریت آن‌ها (۴۲/۵٪) دارای سابقه کاری ۱۰ سال به بالا بودند. ۲۶ نفر (۶۵٪) آن‌ها مرد و بقیه زن بودند. اکثر پاسخگویان دارای تحصیلات کارشناسی (۷۰٪)، فارغ‌التحصیل رشته‌های به جزء مدیریت (۶۲/۵٪) و تمامی آنان در زمینه مدیریت بحران، آموزش دیده بودند (جدول ۱).

بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین نمره کل ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران،  $3/44$  بود. از بین ابعاد تنوع در مدیریت بحران از دیدگاه مدیران شرکت کننده در مطالعه بالاترین میانگین امتیازات مربوط به بُعد «دامنه شمول و فراگیری برنامه» (۳/۷۵) و کمترین میانگین امتیاز مربوط به بُعد «شناخت و مدیریت ریسک» (۳/۲۹) بود (جدول ۲).

(امتیاز ۲)، متوسط (امتیاز ۳)، زیاد (امتیاز ۴) و خیلی زیاد (امتیاز ۵) صورت گرفت (۱۱). بر اساس نظریه مشاور آماری وضعیت ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران کل به صورت ضعیف (نمره ۱/۲۵-۱)، متوسط (نمره ۲/۵-۱/۲۶)، خوب (نمره ۳/۷۵-۲/۶) و عالی (نمره ۵-۳/۷۶) طبقه‌بندی شد. روایی پرسشنامه توسط ۶ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد تأیید قرار گرفت. همچنین پایایی در مطالعه سیدین و همکاران مورد تأیید قرار گرفت و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده بود (۱۱). پس از توجیه شرکت‌کنندگان نسبت به اهداف طرح، در مورد اصل محرمانه بودن پاسخ‌ها تأکید گشت و رضایت شفاهی از آن‌ها کسب شد. پرسشنامه‌ها با تعیین وقت قبلی توسط پرستگر حضوراً به مدیران هر بیمارستان، ضمن معرفی و بیان هدف و ارائه توضیحات لازم تحویل داده شد و پس از ۳ روز جمع‌آوری گردید و تمام ۴۰ پرسشنامه تکمیل و برگردانده شدند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تحلیل شدند. بدین ترتیب جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی (سن، سابقه کار و سابقه مدیریت)، متغیرهای کیفی دوحالتی (جنسیت، وضعیت تأهل و رشته تحصیلی) و متغیرهای کیفی چندحالتی (سطح تحصیلات) با ابعاد تنوع در مدیریت بحران به ترتیب

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مدیران بیمارستان‌های آموزشی

تعداد (درصد)	آماره توصیفی	ویژگی‌های دموگرافیک	تعداد (درصد)	آماره توصیفی	ویژگی‌های دموگرافیک
۴(۱۰)	مجرد	وضعیت تأهل	۱۰(۲۵)	۴۰>	گروه سنی
۳۶(۹۰)	متأهل		۲۷(۶۷/۵)	۴۰-۵۰	
			۳(۷/۵)	>۵۰	
۲۸(۷۰)	کارشناسی	سطح تحصیلات	۳(۷/۵)	<۱۰	سابقه کار
۱۰(۲۵)	کارشناسی ارشد		۲۳(۵۷/۵)	۱۰-۲۰	
۲(۵)	دکتری		۱۴(۳۵)	>۲۰	
۱۵(۳۷/۵)	مدیریت	رشته تحصیلی	۹(۲۲/۵)	<۵	سابقه مدیریت
			۱۴(۳۵)	۱۰-۵	
۲۵(۶۲/۵)	سایر رشته‌ها		۱۷(۴۲/۵)	<۱۰	
			۲۶(۶۵)	مرد	جنسیت
			۱۴(۳۵)	زن	

جدول ۲: میانگین امتیاز ابعاد تنوع در مدیریت بحران از دیدگاه مدیران بیمارستان‌های آموزشی

ردیف	بُعد	انحراف معیار ± میانگین
۱	میزان انعطاف‌پذیری برنامه	۳/۳۶±۰/۶۰
۲	دامنه شمول و فراگیری برنامه	۳/۷۵±۰/۷۶
۳	میزان اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران	۳/۴۱±۰/۵۵
۴	شناخت و مدیریت ریسک	۳/۲۹±۰/۶۲
۵	توجه به انصاف و برابری در برنامه‌های مدیریت بحران	۳/۴۹±۰/۶۰
۶	میزان انطباق‌پذیری	۳/۳۵±۰/۵۵
	کل	۳/۴۴±۰/۴۱

مقابل بین کارکنان و مدیران» و سابقه کار ( $P=0/04$ ) از لحاظ آماری ارتباط معناداری وجود داشت (جدول ۳).

در نهایت بررسی ارتباط بین ابعاد تنوع در مدیریت بحران از دیدگاه شرکت‌کنندگان و متغیرهای دموگرافیک نشان داد که تنها بین بُعد «میزان اعتماد

جدول ۳: ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک با ابعاد تنوع در مدیریت بحران از دیدگاه مدیران بیمارستان‌های آموزشی

ابعاد تنوع مدیریت بحران ویژگی‌های دموگرافیک	انعطاف پذیری	شمول	اعتماد	ادراک ریسک	انطباق پذیری	برابری و انصاف	مدیریت بحران (کل)
سن	r=۰/۱۳ P=۰/۴۳	r=۰/۲۲ P=۰/۱۸	r=۰/۲۱ P=۰/۲۰	r=۰/۲۲ P=۰/۱۹	r=۰/۰۸ P=۰/۶۲	r=۰/۰۷ P=۰/۶۵	r=۰/۱۲ P=۰/۳۱
جنسیت	t=۰/۴۶ P=۰/۶۴	t=۱/۴۵ P=۰/۱۵	t=۱/۴۲ P=۰/۱۶	t=۰/۰۳ P=۰/۹۷	t=۰/۲۲ P=۰/۸۲	t=۰/۴۰ P=۰/۶۸	t=۰/۳۸ P=۰/۵۶
وضعیت تأهل	t=۰/۵۸ P=۰/۵۶	t=۰/۲۷ P=۰/۶۸	t=۰/۱۵ P=۰/۸۷	t=۰/۶۵ P=۰/۵۱	t=۱/۳۸ P=۰/۱۷	t=۱/۲۲ P=۰/۲۲	t=۱/۰۲ P=۰/۴۷
سابقه کار	r=۰/۱۸ P=۰/۲۷	r=۰/۰۷ P=۰/۶۵	r=۰/۳۳ P=۰/۰۴	r=۰/۰۷ P=۰/۶۷	r=۰/۰۲ P=۰/۸۷	r=۰/۰۴ P=۰/۸۰	r=۰/۱۱ P=۰/۴۱
سابقه مدیریت	r=۰/۰۱ P=۰/۹۵	r=۰/۱۰ P=۰/۵۳	r=۰/۱۱ P=۰/۴۹	r=۰/۲۶ P=۰/۱۱	r=۰/۷۰ P=۰/۶۸	r=۰/۷۲ P=۰/۶۷	r=۰/۱۴ P=۰/۳۹
سطح تحصیلات	F=۰/۷۰ P=۰/۵	F=۰/۴۹ P=۰/۶	F=۱/۰۹ P=۰/۳۷	F=۰/۱۹ P=۰/۸۲	F=۱/۳۴ P=۰/۲۷	F=۱/۰۵ P=۰/۳۵	F=۱/۲۱ P=۰/۲۹
رشته تحصیلی	t=۱/۴۴ P=۰/۱۶	t=۰/۲۰ P=۰/۸۴	t=۰/۰۳ P=۰/۹۷	t=۱/۰۵ P=۰/۳۰	t=۰/۸۳ P=۰/۴۱	t=۱/۷۶ P=۰/۰۹	t=۰/۹۸ P=۰/۲۸

### بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام پذیرفت. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر ادراک مدیران از ابعاد تنوع در مدیریت بحران به ترتیب شامل ابعاد دامنه شمول و فراگیری برنامه (۳/۷۵)، توجه به انصاف و برابری در برنامه‌های مدیریت بحران (۳/۴۹)، میزان اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران (۳/۴۱)، میزان انعطاف‌پذیری برنامه (۳/۳۶)، میزان انطباق‌پذیری (۳/۳۶)، شناخت و مدیریت ریسک (۳/۲۹) بود. نتایج مطالعه مشابهی در تهران حاکی از آن بود که بیشترین و کمترین میانگین نمره ابعاد تنوع در مدیریت بحران به ترتیب مربوط به ابعاد انصاف و برابری (۳/۱۹)، انعطاف‌پذیری برنامه (۳/۰۵)، دامنه شمول و فراگیری برنامه (۳/۰۱)،

شناخت و مدیریت ریسک (۲/۹۳)، میزان اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران (۲/۹۲) و میزان انطباق‌پذیری (۲/۷۳) بود (۱۱) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. یکی از دلایل این عدم همخوانی می‌تواند محیط و تا حدی نیز برنامه‌های متفاوت مدیریتی در حوزه بحران و در سطح بیمارستان‌های مورد بررسی و همچنین تفاوت شناختی مدیران نسبت به مدیریت بحران در دو پژوهش باشد، همان‌طور که در مطالعات Hill و همکاران (۲۲)، Horvath و همکاران (۱۳) و Humphreys و همکاران (۲۳) به وجود تفاوت در تفکر و شناخت مدیران نسبت به مدیریت بحران اشاره شده است. در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که مدیریت ریسک در حقیقت کاربرد سیستماتیک سیاست‌های مدیریتی، رویه‌ها و فرایندهای مربوط به فعالیت‌های تحلیل، ارزیابی و کنترل ریسک می‌باشد

### پیشنهادها

بر اساس نتایج پژوهش حاضر ادراک مدیران از بعد «شناخت و مدیریت ریسک» در مقایسه با سایر ابعاد تنوع در مدیریت بحران در سطح پایینی قرار داشت؛ لذا پیشنهاد می‌گردد مسئولان و مدیران ارشد بیمارستانی نسبت به استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی ریسک حساسیت بیشتری به خرج داده و در برنامه‌ریزی‌های خود جهت مدیریت ریسک دارای نگرش سیستمی باشند. همچنین می‌بایست تنوع وظایف و عملکردهای افراد دخیل در مدیریت بحران و آموزش‌های متناسب آنان را لحاظ نموده و در دستور کار خود قرار دهند. در این زمینه می‌توان با برگزاری دوره‌های آموزشی در زمینه شناخت و مدیریت ریسک آگاهی و ادراک مدیران را بهبود بخشید. از طرفی در بیمارستان و مراکز درمانی، مدیریت ریسک، ابزاری برای بهبود کیفیت خدمات تشخیصی درمانی تلقی می‌شود. از این رو توجه مدیران بیمارستان‌ها به جایگاه مدیریت ریسک برای توسعه کیفی درمان و ایجاد محیط امن برای کارکنان و بیماران ضرورتی انکارناپذیر بوده و اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌ریزی برای آموزش و نظارت بر فعالیت‌های مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها باید به صورت جدی پیگیری گردد؛ بنابراین با توجه به این مهم که مدیریت ریسک در بیمارستان نقش مهمی در کاهش خطاهای پزشکی، افزایش ایمنی بیماران و ارائه خدمات مطلوب داشته، ضروری است تا در برنامه‌ها و خط مشی‌های بیمارستانی به مدیریت ریسک توجه گردیده، مدیران بیمارستان ادراک خود را نسبت به آن ارتقاء داده و پرسنل با روش‌های مدیریت ریسک در بیمارستان آشنایی‌های لازم را کسب نمایند.

که از طریق مستندسازی تصمیمات نهایی اتخاذ شده و شناسایی و استفاده از معیارهای مختلف در جهت رساندن ریسک به سطح حداقل صورت می‌پذیرد. با این توضیح به نظر یکی از دلایل امتیاز پایین مدیریت ریسک و توجه ناکافی به آن در بین شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌تواند ضعف‌های نظام‌مند در حوزه‌های اطلاعاتی و عدم توانمندی‌های لازم جهت شناسایی و به دنبال آن، ارزیابی و مدیریت ریسک‌های سازمانی باشد؛ بنابراین مدیریت ریسک مطلوب علاوه بر آموزش‌های لازم، نیازمند فراهم آوردن اطلاعات دقیق، به روز و به هنگام نیز می‌باشد.

در بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های تنوع مدیریت بحران و ویژگی‌های دموگرافیک، تنها ارتباط معناداری از لحاظ آماری بین مؤلفه میزان اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران و سابقه کار مشاهده شد که با نتایج مطالعات Lootens, Logsdon و همچنین پژوهش سیدین و همکاران هم راستا بود (۲۵، ۲۴، ۱۱). در این راستا شاید بتوان گفت که هرچه سابقه یک مدیر بالاتر برود مهارت او در ایجاد اعتماد متقابل بین کارکنان و مدیران افزایش پیدا می‌کند و این موضوع یکی از نکات مثبت افراد باتجربه‌تر در مدیریت می‌باشد.

از محدودیت‌های مطالعه همکاری با تأخیر طولانی برخی از مدیران در تکمیل سریع و به موقع پرسشنامه‌ها به دلیل مشغله کاری و زمان‌بر بودن جمع‌آوری داده‌ها بود. کمبود مطالعات مرتبط به منظور مقایسه نتایج مطالعه با نتایج سایر مطالعات و تعداد کم مدیران که می‌تواند یکی از دلایل معنی‌دار نشدن روابط آماری باشد، از سایر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود.

## سپاسگزاری

تشکر نمایند.

این مقاله، حاصل یک طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۱۲۱۷۲-۶۸-۰۱-۹۵ بود. محققان بر خود لازم می‌دانند از مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه که با پژوهشگران در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری صمیمانه‌ای داشتند،

## تعارض منافع

در این مطالعه بین نویسندگان تعارض منافی وجود نداشت.

## References

- Borodzicz E. Risk, crisis and security management. United States of America: Wiley; 2005.
- Taslimi MS, Roshandel Arbatlani T, Emadi Andani M, Barghi M. Survey of priority crisis in crisis management. Journal of Management Knowledge. 2005; 18(2): 3-23. Persian
- Pearson C, Clair J. Reframing crisis management. The Academy of Management Review 1998;23(1): 59- 77.
- Bechtold B. A chance to make the future: How intact work teams construct their resolution of organizational crises [dissertation]. Institute: Fielding Graduate Institute; 2002.
- Rescher N. Predicting the Future: An Introduction to the Theory of Forecasting. New York: State University of New York Press; 1998.
- Rosenfeld P, Edwards J, Thomas M. Improving Organizational Surveys: New Directions, Methods, and Applications. USA: SAGE Publications, Inc; 1993.
- Coleman L. Frequency of man-made disasters in the 20th century. Journal of Contingencies and Crisis Management 2006; 14(1):3-11.
- Friedman TL. The World Is Flat: A Brief History of the Twenty-first Century. 1th ed. New York: Farrar, Straus and Giroux; 2005.
- Atashzadeh Shoorideh F, Heidarizadeh Kh. Survey for observance of disaster management standards accreditation at military hospitals in Tehran 2012. Journal of nurse and physician within war. 2013; 21(22): 5-10. Persian
- Rabei A, Rezghi Shirsavar H, crisis management in Islamic azad universty. Journal of Cultural Management 2011; 4(10):116-32. Persian
- Seyedin H, Zaboli R, Malmoon Z, Rajabifard F. General Hospital Managers' Perception Regarding Crisis Management at Iran and Tehran University of Medical Sciences. Journal of Hospital 2016; 15(2): 96-102. Persian
- Paton D. Responding to hazard effects: Promoting resilience and adjustment adoption. Australian Journal of Emergency 2008; 16(1):47-52.
- Horvath S, Morf CC. To be grandiose or not to be worthless: Different routes to self-enhancement for narcissism and self-esteem. Journal of Research in Personality 2010;44(5):585-92.
- Page S. The difference. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007.
- Levi D. Group Dynamics for Teams. 4th ed. USA: Sage; 2001
- Kersten A. Crisis as usual: organizational dysfunction and public relations. Public Relations Review 2005;31(4):544-9.
- Azadian G, Rasuli Azad MR, Hasumi T. The social effect of crisis management on decision-making of managers in region eight of Islamic Azad University. Journal of Modern Thoughts in Education 2013; 8(2): 15-24. Persian
- Ravangard R, Keshtkaran V, Niknam S, Yusefi AR, Heidari A R. The decision-making styles of managers of public and private hospitals in Shiraz. Journal of Hospital 2013; 12(3):39-45. Persian
- Ezzati E, Kaviannezhad R, Karimpour H, Mohammadi S. Preparedness of crisis and disaster management in social security hospitals in Kermanshah in 2016: a short report. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2016; 15 (6):583-90. Persian
- Zaboli R, Karamali M, Salem M, Rafati H. Risk management assessment in selected wards of hospitals of Tehran. Iranian Journal of Military Medicine 2011;12(4):197-202. Persian
- Kendrick MI, Bartram T, Cavanagh J, Burgess J. Role of strategic human resource management in crisis management in Australian greenfield hospital sites: a crisis management theory perspective. Aust Health Rev 2017.



22. Hill PL, Roberts BW. Narcissism, well-being, and observer-rated personality across the lifespan. *Social Psychological and Personality Science*. 2012;3(2):216-23.

23. Humphreys J, Zhao D, Ingram K, Gladstone J, Basham L. Situational Narcissism and Charismatic Leadership: A Conceptual Framework. *Journal of Behavioral & Applied Management* 2010; 11(2): 118-36.

24. Logsdon AG. Moral development, age, and level of education on servant leadership behaviors. [dissertation]. Minnesota: Walden University; 2011.

25. Lootens CM. An examination of the relationships among personality traits, perceived parenting styles, and narcissism [dissertation]. North Carolina: University of North Carolina at Greensboro; 2010.

# Managers' Perceptions of Diversity Dimensions in Crisis Management at Shiraz Teaching Hospitals

Yusefi Ali Reza<sup>1\*</sup>, Kavosi Zahra<sup>2</sup>, Nikmanesh Parnian<sup>3</sup>

• Received: 30. 05. 2017

• Revised: 25. 09. 2017

• Accepted: 27. 09. 2017



## Abstract

**Background & Objectives:** Today, the diversity is one of the basic principles in crisis management process in the hospitals. This process requires serious attention due to its complexity and diversity. This study aimed at investigating the managers' perception about diversity dimensions of crisis management in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences.

**Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in 10 educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences in 2017. A total of 40 executive, administrative, financial and accounting, and nursing directors were selected through census method and participated in the study. Data were collected using the questionnaire of diversity dimensions in crisis management and analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient, t-test and ANOVA tests and through SPSS23 software.

**Results:** The mean score of managers' perceptions of crisis management dimensions was 3.44. The highest and lowest levels of perceptions of managers were respectively obtained for the "inclusion and learning" dimension (Mean=3.75) and "recognition and risk management" (Mean= 3.29). There was a significant relationship between the mean scores of "mutual trust between staff and managers" and "work experience" (P = 0.04).

**Conclusion:** Managers' perception of the "recognition and risk management" dimension was lower compared to other dimensions. Therefore, hospital managers should be more sensitive to using risk assessment results and follow a systemic attitude in their risk management plannings.

**Keywords:** Perception, Crisis Management, Teaching Hospital, Hospital Managers

•**Citation:** Yusefi AR, Kavosi Z, Nikmanesh P. Managers' Perceptions of Diversity Dimensions in Crisis Management at Shiraz Teaching Hospitals. *Journal of Health Based Research* 2017; 3(3): 227-236.

1. PhD Student, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. Associate Professor, Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

3. MSc, Management of Hazrat-e- Aliasghar Hospital, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

\***Correspondence:** School of Management and Medical Informatics, Almas Building, Alley 29, Qasrodasht Ave, Shiraz, Iran.

**Tel:** 00987132340778

**Email:** alirezayusefi67@gmail.com