

اولویت‌بندی ابعاد تاب‌آوری سازمانی در شرایط بحران کرونا (مطالعه موردی بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۶

زهرا رومیانی: کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی دانشگاه لرستان، zahra.romiani1339@gmail.com

چکیده:

بیمارستان‌ها ساختار، هدفی خاص و نقشی محوری در پویایی نظام‌های اجتماعی، اقتصادی و روانی در جامعه دارند. درمان فجایع، حوادث و بحران‌ها، مسائل پیچیده و بحث‌برانگیز برای بخش بهداشت به حساب می‌آید. تاب‌آوری سازمانی هدف مؤثری است که به‌طور مداوم به عملکرد سازمان در طول فجایع و موقعیت‌های بحرانی به‌خصوص شرایط کرونایی جهان امروز کمک می‌کند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر اولویت‌بندی ابعاد تاب‌آوری سازمانی در مواجهه با شرایط بحرانی کرونا در بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد است. در پژوهش توصیفی-کاربردی حاضر که در بیمارستان‌های شهر انجام شده است، ابعاد و حیطه شناسایی شده جهت سنجش سطح تاب‌آوری سازمانی در بیمارستان‌ها، در قالب پرسش‌نامه در اختیار کارشناسان و متخصصان مربوطه قرار گرفت و سپس نظرات آن‌ها دریافت شد. در نهایت در این پژوهش کارکنان و مدیران بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد به‌عنوان جامعه و تعداد ۲۰۰ نمونه برای مطالعه انتخاب و پرسش‌نامه با طیف لیکرت طراحی و بین نمونه مورد مطالعه توزیع شد. نتایج تحقیق از روایی و پایایی بالا برخوردار بود و به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون فریدمن برای اولویت‌بندی و تحلیل عامل تأییدی جهت شناسایی ابعاد تاب‌آوری سازمانی استفاده شده است. نتایج نشان داد که بااهمیت‌ترین عامل از نظر جامعه آماری در مورد تاب‌آوری سازمانی از دیدگاه مدیران و کارکنان بیمارستان، رهبری و تصمیم‌گیری، استفاده از دانش و تجربه، تعهد مدیریت، آمادگی، مشارکت مؤثر همگانی و ارتباطات و کار گروهی است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هرچند میزان سطح رهبری، دانش و تجربه، تعهد مدیریت و آمادگی بیمارستان‌ها در مقابل بحران کرونا بیشتر باشد می‌توان بهتر این بحران را مهار و کنترل نمود. واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، بحران کرونا، بیمارستان، خرم‌آباد.

۱۰۵

سال دهم - ویژه نامه

پاییز ۱۴۰۰

دوفصلنامه علمی پژوهشی

مدیریت بحران

اولویت‌بندی ابعاد تاب‌آوری سازمانی در شرایط بحران کرونا
(مطالعه موردی بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد) - زهرا رومیانی

Prioritizing the Dimensions of Organizational Resilience in the Context of the Corona Crisis (Case study of Khorramabad hospitals)

N. Bakhtiary*, H.R. Khaledi, S. Hosainkhani, B. Hemati

Abstract

Hospitals have a specific structure and purpose and play a pivotal role in the dynamics of social, economic and psychological systems in a society. For the health sectors, disasters, accidents and crises are complex and controversial issues. Organizational resilience is an effective goal that continuously contributes to the organization's performance during disasters and critical situations, especially in today's corporate world. Therefore, the purpose of this study is to prioritize the dimensions of organizational resilience in the face of coronary crisis in hospitals in Khorramabad. The identified dimensions and domains of organizational resilience assessment of hospitals were provided to the relevant experts and specialists in the form of a questionnaire and then their opinions were received. In this study, the staff and managers of Khorramabad hospitals comprised the population out of which 200 participants were selected for the study. A Likert scale questionnaire was designed and distributed among the participants. The results of the study had a high validity and reliability. In order to analyze the data, Confirmatory Factor Analysis was used to identify the dimensions of organizational resilience and Friedman test was used to prioritize the dimensions. According to the results and based on the opinions of the managers and staff, leadership and decision-making, use of knowledge and experience, commitment of management, readiness, effective public participation and communication and teamwork were the most significant factors in organizational resilience. Thus, it can be concluded that the higher the level of leadership, knowledge and experience, commitment of management and readiness of hospitals is, the greater and better the corona crisis can be controlled.

Keywords: Corona crisis, Hospital, Khorramabad, Resilience.

مقدمه:

بیمارستان‌ها به‌عنوان سازمان‌های بهداشتی مهم در جامعه تلقی می‌شوند که وظیفه آن‌ها فراهم آوردن مراقبت‌های بهداشتی-درمانی برای عموم مردم است. وظیفه و مأموریت این سازمان در هنگام بروز فجایع و حوادث و بلاهای همه‌گیر نسبت به قبل بیشتر شده است؛ زیرا که مراکز بهداشتی-درمانی جزء اولین واحدهایی هستند که با ارائه خدمات بهداشتی-درمانی بهینه، به‌موقع و سریع به مراجعه‌کنندگان جهت جلوگیری از کاهش مرگ‌ومیر و نجات بیماران همه‌روزه نقش حیاتی و تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند [۱]. باید اذعان کرد یازدهم مارس ۲۰۲۰ در قرن بیست و یکم که سازمان بهداشت جهانی (WHO) همه‌گیری جهانی را اعلام کرد، روزی مهم در تاریخ جهان است. از آن به بعد ویروس کرونا (Covid-19) که شیوع فوری و آثار طولانی مدت بر کل ساختار جوامع را داشت، منجر به منحنی عفونت، رعایت فاصله فیزیکی در بیشتر کشورها همراه با تعطیلی اماکن عمومی از جمله مراکز آموزشی و غیره شد. همچنین بخش‌های زیادی از جامعه برای کنترل شیوع ویروس دست‌به‌دست هم دادند؛ به‌عنوان مثال مؤسسه بهداشت عمومی که به‌عنوان مشاور اصلی فعالیت می‌کرد وارد عرصه مبارزه با ویروس شد [۲]. بر اساس پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی، شیوع این بیماری همچنان در حال افزایش بوده و تا سال ۲۰۳۰ به سومین علت مرگ در جهان تبدیل خواهد شد. این بیماری دارای پیچیدگی خاصی بوده و ابعاد و پیامدهای چندگانه‌ای دارد که می‌تواند در ایجاد هزینه‌های قابل توجه در حوزه سلامت، اجتماعی و اقتصادی برای افراد جوامع و خدمات بهداشت نقش داشته باشد. پیدایش این بیماری هم‌اکنون به‌عنوان یک بحران سلامت عمومی

است [۳]؛ که به علت ناشناس بودن و عدم درمان قطعی آن، همه‌روزه کادر درمان و کلیه بیمارستان‌ها و سازمان بهداشت‌درمان را درگیر کرده است. این سازمان باید تمامی پروتکل‌های بهداشت جهانی در برابر این بیماری را برای کل کارکنان و بیماران کرونایی رعایت کند. در برخی مواقع سازمان باید بحران‌هایی از قبیل رکود مالی، کمبود تجهیزات پزشکی مرغوب، شکست‌های زنجیر تولید، کاهش مرگ‌ومیر و مشکلات کارکنان را مدیریت کنند و از طرفی طراحی نظام باید به‌گونه‌ای باشد که ضمن درس گرفتن از نتایج حوادث گذشته سازمان، روشی جهت پیشگیری و همچنین به حداقل رساندن خسارات حوادث در صورت وقوع آن‌ها به کار گیرد. تاب‌آوری در این نوع از بحران‌ها اغلب کمتر بارز بوده است و از طریق فرهنگ‌سازمانی نمایان می‌شود [۴]. به عبارتی می‌توان گفت که تاب‌آوری مفهومی است که به‌طور گسترده در بسیاری از حوزه‌ها از جمله بوم‌شناسی، روانشناسی، تغییرات آب و هوایی، زیرساخت‌های حیاتی و سازمان‌دهی علوم پایه استفاده می‌شود [۵]. باید اذعان کرد که تاب‌آوری سازمانی هدف مؤثری است که به‌طور مداوم به عملکرد سازمان در طول کسب و کار، فجایع و موقعیت‌های بحرانی کمک می‌کند [۶]. به عبارتی تاب‌آوری، سازمان‌ها را قادر می‌سازد چالش‌های پیچیده در سازمان را مدیریت کنند [۷]. برای ایجاد تاب‌آوری باید سازمان‌ها سازگار و به‌شدت قابل‌انکاب باشند؛ همچنین مدیریت کارآمد بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی-درمانی به هنگام بروز بحران، در عملکرد مطلوب و بهینه این نهادها تأثیر به‌سزایی دارد. بر این اساس بیمارستان‌ها باید به‌طریقی طراحی و ساخته شوند که بتوانند همه نوع بحران را مدیریت کنند [۸]. در این میان، تاب‌آوری در بیمارستان‌ها باعث شناسایی آسیب‌پذیری و نقاط قوت و ضعف و

ارتقای عملکرد بهتر در برابر بحران‌های ناشی از کرونا و... می‌شوند. در سال‌های اخیر سازمان‌ها به‌طور فزاینده‌ای بر توانایی خود در پاسخ به بحران متمرکز شده‌اند و اغلب در تلاش برای اولویت‌بندی و تخصیص منابع برای ایجاد تاب‌آوری و رسیدن به پیشرفت یا موفقیت هستند [۸].

به عبارتی می‌توان گفت که تاب‌آوری در واقع توانایی نظام در بهبود پس از شرایط اضطراری تعریف می‌شود [۹]. مطابق مدل ریچاردز و همکاران در مورد سازمان‌های تاب‌آور، ۱۳ بُعد تاب‌آوری سازمانی عبارت‌اند از: رهبری، مشارکت کارکنان، آگاهی از وضعیت، تصمیم‌گیری، نوآوری و خلاقیت، مشارکت مؤثر، استفاده از دانش، شکست جزیره‌های سازمانی، منابع درونی، یگانگی هدف، وضعیت پیش‌فعال، راهبردهای برنامه‌ریزی و برنامه‌های آزمایش استرس [۱۰]؛ همچنین وییک طی مطالعه‌ای، ۴ بُعد تاب‌آوری سازمانی شامل ابتکار، سامانه‌های نقش واقعی، نگرش

خردمندان و قواعد تعامل آبرومندان را شناسایی کرد [۱۱]. در تحقیق ماکوزیک و همکاران (۲۰۱۶) رتبه‌بندی مؤلفه‌های تاب‌آوری سازمانی با استفاده از روش تاپ سیس فازی و تعیین راهبردهای بهبود فرایند مشاغل صورت گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که مؤثرترین مؤلفه‌ها برای تاب‌آوری فرایند، شامل افزونگی و مقاوم بودن به خطا است و به همین ترتیب اولویت‌بندی سایر مؤلفه‌ها از بیشترین به کمترین تأثیر شامل کار گروهی، خودسازمان‌دهی، قابلیت انعطاف، آمادگی، آگاهی، فرهنگ یادگیری، فرهنگ گزارش دهی و تعهد مدیریت بودند [۱۲]. از سویی باید اذعان کرد که تلاش برای کنار آمدن سازمان‌ها با تغییرات محیطی، آن‌ها را به عناصری سازگار و رقابتی تبدیل نموده است. از آنجاکه سازمان‌ها نقش حیاتی در جوامع دارند، تاب‌آوری نیز به امری اجتناب‌ناپذیر تبدیل شده است [۱۳]. شهر خرم‌آباد به‌عنوان یکی از شهرهای



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش



با آمار مرگ‌ومیر بالا و قرمز از نظر بحران کرونا مواجه است. در شرایط بروز بحران‌ها، این تاب‌آوری است که سازمان‌ها را به عناصر رقابتی و سازنده تبدیل می‌کند تا توان کافی در مقابله با حوادث داشته باشند. بر این اساس بررسی‌های مربوط در مورد پیامدهای مخاطره‌کرونا در این شهر، یکی از ضرورت‌های مدیریت بحران در مراکز بهداشتی-درمانی است تا بتواند آمادگی‌های لازم را از طریق برنامه‌های پیشگیری و آمادگی‌های لازم از سوی سازمان بهداشت-درمان در برابر این بیماری همه‌گیر کسب کند؛ بنابراین، طی این پژوهش به اولویت‌بندی ابعاد تاب‌آوری سازمانی در زیرشاخص‌های شکل ۱ در قالب یک مدل مفهومی خواهیم پرداخت.

پیشینه پژوهش

دانشمندی و همکاران (۱۳۹۳)، به بررسی میزان آمادگی در مقابله با حوادث غیرمترقبه در یکی از بیمارستان‌های منتخب تهران پرداختند. ارزیابی نتایج نشان داد که میزان آمادگی بیمارستان مورد تحقیق در واحد ترافیک ضعیف، در واحدهای پذیرش، ارتباط، آموزش و انتقال در سطح متوسط و در سایر بخش‌ها شامل اورژانس، امنیت، پشتیبانی، نیروی انسانی و مدیریت در حد خوب است. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده مشخص گردید که میزان آمادگی بیمارستان در سطح متوسط است. با این وجود به دلیل اهمیت نقش بیمارستان‌ها در بحران، به نظر می‌رسد اهتمام بیشتر مدیران و مسئولان را در جهت آموزش و برنامه‌ریزی به منظور افزایش میزان آمادگی در زمان بحران طلب می‌کند [۱۴].

رضایی و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی رابطه بین آمادگی و تاب‌آوری سازمانی بیمارستان‌های علوم پزشکی شهر کرمان در برابر زلزله پرداختند که یافته‌ها گویای وجود رابطه‌ای معنادار بین آمادگی و

ابعاد تاب‌آوری سازمانی بود. آن‌ها به بررسی وضعیت تاب‌آوری سازمانی با استفاده از آزمون میانگین یک نمونه T نیز پرداختند که نتایج نشان از وضعیت مطلوب این متغیر در جامعه آماری داشت [۱].

محمدی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود به بررسی تاب‌آوری اقتصادی پرداختند و آن را ظرفیت یا توانایی اقتصاد در حفظ عملکرد و تخصیص بهینه منابع در مواجهه با نا اطمینانی‌های اقتصادی تعریف کردند. آن‌ها ابعاد تاب‌آوری اقتصادی را به صورت آمادگی و برنامه‌ریزی جهت مواجهه، مقاومت و مقابله در برابر اثرات منفی، بازیابی بهبود از اثرات منفی و سازگاری با شرایط جدید معرفی نمودند [۱۵].

همچنین محمودی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به اولویت‌بندی ابعاد سیزده‌گانه تاب‌آوری سازمانی در صنایع بزرگ پرداختند که مطابق نتایج، بیشترین وزن معمول در بین ابعاد تاب‌آوری سازمانی مربوط به حیطه رهبری و تصمیم‌گیری و کمترین مقدار مربوط به حیطه منابع بود. همچنین حیطه دانش و تجربه و تعهد مدیریت در کنار بعد رهبری و تصمیم‌گیری از وزن کمابیش بالایی برخوردار بودند [۱۶].

قنبری و همکاران (۱۳۹۸) به بررسی شاخص‌های سنجش تاب‌آوری سازمانی خبرگزاری‌های ایران در بلایای طبیعی پرداختند که نتایج حاکی از اجماع ۷۰ زیرشاخص در قالب ۱۴ شاخص و ۵ بعد شامل: تاب‌آوری‌های ارتباطی، اطلاعاتی، سازه‌ای، فردی و فنی برای سنجش تاب‌آوری خبرگزاری‌های کشور در بلایای طبیعی بود [۱۷].

اندرسون و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود به تشریح چگونگی ایجاد صفات و شاخص‌های تاب‌آوری سازمانی از طریق برقراری تعادل بین فرایندها و ساختارهای سازمانی پرداختند و آگاهی از ریسک،

همکاری، چابکی و ابتکار را شاخص‌های اساسی تاب‌آوری سازمانی قلمداد کردند [۱۸].

باراست^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود با هدف بررسی شوک‌های اخیر نظام بهداشتی از جمله شیوع ابولا در سال ۲۰۱۶-۲۰۱۶ و بحران مالی جهانی سال ۲۰۰۸ که باعث ایجاد علاقه جهانی در زمینه مفهوم تاب‌آوری شد، دریافتند که تاب‌آوری هم تابعی از برنامه‌ریزی و آمادگی برای بحران آینده (تاب‌آوری برنامه‌ریزی‌شده) و هم سازگاری با استرس‌های مزمن و شوک‌های حاد (تاب‌آوری انطباقی) است. فراتر از آن تاب‌آوری در برابر شوک‌های حاد، انعطاف‌پذیری نظام‌های بهداشتی در برابر استرس‌های روتین و مزمن (تاب‌آوری روزمره) نیز مهم است. همچنین بررسی تجربه نظام‌های انعطاف‌پذیر در مواجهه با چالش‌هایی برای شناسایی توانمندی‌های تاب‌آوری نیز به دست آمد [۱۹]. ساوالحا^۲ و همکاران (۲۰۱۵) نیز یک چارچوب پیش‌بینی را برای ارزیابی کمی تاب‌آوری سازمان‌های بیمه عمومی کشور اردن در برابر چالش‌های متعدد روزمره رقابت، از دست دادن مشتریان، ضررهای مالی و بی‌ثباتی سیاسی اعمال کردند [۲۰]. لوی یوچه و همکاران (۲۰۱۵) به بررسی نوآوری محصول و تاب‌آوری سازمانی در دانشگاه‌های دولتی جنوب نیجریه پرداختند. نتایج نشان داد که بین سه مؤلفه آگاهی، آسیب‌پذیری و ظرفیت انطباقی با نوآوری رابطه معناداری وجود دارد. نوآوری تأثیر عمده‌ای بر هر سه مؤلفه دارد؛ بنابراین سازمان‌ها برای داشتن تاب‌آوری باید نوآوری را نیز در نظر بگیرند [۲۱].

در حالی که حسال^۳ و همکاران (۲۰۱۴) چشم‌اندازهای پزشکان از صنایع مختلف مانند مراقبت‌های بهداشتی، خدمات و مشاوره، نفت، گاز و پالایش، تولید، حمل‌ونقل و تدارکات در استرالیا را

در مورد انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری سازمانی در برابر شوک‌های حاد نامشخص مورد بررسی قرار دادند [۲۲].

آمو و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی اثر توسعه مدیریت بر تاب‌آوری سازمانی در صنعت تولید نیجریه پرداختند. یافته‌ها حاکی از آن بود که توسعه مدیریت تأثیر عمده‌ای بر تاب‌آوری سازمانی دارد. آن‌ها دریافتند که سازمان‌ها باید برنامه‌های توسعه مدیریت را به عنوان ابزاری جهت اندازه‌گیری حفظ دانش برای موفقیت سازمان به کارگیرند [۲۳]. همچنین لینکونایک هل^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود بیان کردند که سازمان‌ها در شرایط نامطمئن، اغلب نامطلوب و ناپایدار رشد می‌کنند. لذا پیشنهاد دادند که سازمان‌ها ظرفیت انعطاف‌پذیری خود را جهت تاب‌آوری سازمانی از طریق مدیریت راهبردی و منابع انسانی افزایش دهند [۲۴]. از سوی دیگر آچور و پریسا^۵ (۲۰۱۰) راهبردهای تاب‌آوری مراقبت‌های بهداشتی سازمان‌های بهداشتی در انگلستان را برای مقابله با چالش‌های اقتصادی بررسی کردند [۲۵]؛ در حالی که محمدی و همکاران (۲۰۱۴) به سازوکارهایی که بر انعطاف‌پذیری نظام بهداشتی ساحل عاج در برابر اختلالات ناشی از جنگ داخلی تأثیرگذار بود پرداختند [۲۶].

مواد و روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی؛ از لحاظ هدف پژوهش، توصیفی؛ از لحاظ ماهیت، علی و از لحاظ شیوه‌های گردآوری داده‌ها کتابخانه‌ای و پرسشنامه‌ای است. در این پژوهش، بنا به اهداف و روش اجرایی آن، جامعه آماری مدیران و کارکنان بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد هستند. از جامعه آماری مورد مطالعه، به روش تصادفی ساده جهت اندازه‌گیری متغیرهای تحقیق نمونه‌برداری شد که همگی به شکل تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه مورد استفاده در این پژوهش



توسط فرمول کوکران با سطح خطای ۵ درصد برابر ۳۲۵ محاسبه شد که در عمل بین مدیران و کارکنان بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد ۲۰۰ پرسشنامه توزیع شد که از این بین تنها ۱۸۵ پرسشنامه قابل استفاده بود. در این پرسشنامه از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده شده است. روایی پرسشنامه از طریق نظرخواهی از خبرگان و همچنین از روش تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ محاسبه گردید.

جدول ۱. تعداد سؤالات و آلفای کرونباخ متغیرهای مدل (سنجش پایایی با توجه به عامل‌ها و گوی‌های تقلیل یافته از تحلیل عاملی اکتشافی)

متغیر	تعداد سؤالات	آلفای کرونباخ
رهبری و تصمیم‌گیری	۱-۳	۰/۸۷
استفاده از دانش و تجربه	۴-۶	۰/۷۸
تعهد مدیریت	۷-۱۱	۰/۸۹
آمادگی	۱۲-۱۵	۰/۸۵
مشارکت مؤثر همگانی	۱۶-۱۸	۰/۸۵
ارتباطات و کار تیمی	۱۹-۲۰	۰/۷۹
آگاهی از وضعیت	۲۱-۲۳	۰/۷۷
مسئولیت‌پذیری	۲۴-۲۸	۰/۸۳
فرهنگ یادگیری	۲۹-۳۱	۰/۷۸
منابع	۳۲-۳۳	۰/۸۴
راهبرد برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری	۳۴-۳۶	۰/۸۳
خلاقیت و نوآوری	۳۷-۳۸	۰/۸۶
فرهنگ خطاپذیری	۳۹-۴۲	۰/۸۱

تحلیل داده‌ها و یافته‌ها

شناخت امکان تحلیل عاملی اکتشافی بر روی داده‌ها با استفاده از آزمون بارت است انجام گرفت که نتایج حاصل از آزمون KMO-Bartlett مقدار این آماره بیش از ۰/۵ نشان‌دهنده کفایت نمونه‌گیری و سطح اطمینان کوچک‌تر از ۰/۵ نیز نشان‌دهنده مناسب بودن مدل عاملی مورد استناد است. بر اساس نتایج آزمون KMO که مقدار آن برابر با ۰/۸۶۳ است، داده‌های پرسشنامه تحقیق قابل تقلیل به تعدادی عامل‌های زیربنایی و

بنیادی است. با انجام تحلیل عاملی اکتشافی گویه‌های مربوط به هر عامل شناسایی و در دسته‌بندی عامل‌ها قرار گرفت که نشان‌دهنده تخصیص سؤالات پرسشنامه به ترتیب نمایان شده در جدول ۱ برای هر یک از یازده عامل شناسایی شده است.

تحلیل عاملی تأییدی متغیرهای پژوهش

در این بخش، نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی هر یک از متغیرهای پژوهش توسط نرم‌افزار LISREL به‌طور جداگانه برای هر یک از متغیرهای حاصل شده، ارائه شده است. به‌منظور کاهش متغیرها و در نظر گرفتن آن‌ها به‌عنوان یک متغیر مکنون، بار عاملی حاصل، باید بیشتر از ۳ باشد. مدل پژوهش بر اساس مقادیر مطلوب تعیین شده شاخص‌های برازش مورد ارزیابی قرار گرفته که نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

شاخص تناسب	X^2/df	RMSEA	AGFI	NNFI	CFI
دامنه مقبول	<۳	<۰/۱	>۰/۸	>۰/۹	>۰/۹
نتیجه	۲/۶۶	۰/۰۶	۰/۸۲	۰/۹۷	۰/۹۵

بنابراین نتایج تمام فرضیه‌ها تأیید شد. خلاصه نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تأیید تمام فرضیه‌های پژوهش

ردیف	مسیر*	β	مقدار محاسبه شده	مقدار بحرانی	نتیجه
۱	رهبری و تصمیم‌گیری	۰/۳۷	۴/۷۲	۰/۳۷	تأیید
۲	استفاده از دانش و تجربه	۰/۴۵	۳/۹۶	۰/۴۵	تأیید
۳	تعهد مدیریت	۰/۳۸	۳/۶۲	۰/۳۸	تأیید
۴	آمادگی	۰/۱۹	۳/۵۹	۰/۱۹	تأیید
۵	مشارکت مؤثر همگانی	۰/۳۴	۳/۳۵	۰/۳۴	تأیید
۶	ارتباطات و کار گروهی	۰/۱۸	۳/۲۹	۰/۱۸	تأیید
۷	آگاهی از وضعیت	۰/۲۳	۲/۷۴	۰/۲۳	تأیید
۸	مسئولیت‌پذیری	۰/۳۳	۲/۳۲	۰/۳۳	تأیید
۹	فرهنگ یادگیری	۰/۳۵	۲/۳۰	۰/۳۵	تأیید
۱۰	منابع	۰/۳۹	۲/۲۹	۰/۳۹	تأیید
۱۱	راهبرد برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری	۰/۴۵	۲/۲۵	۰/۴۵	تأیید
۱۲	خلاقیت و نوآوری	۰/۳۲	۱/۴۸	۰/۳۲	تأیید
۱۳	فرهنگ خطاپذیری	۰/۲۸	۱/۳۳	۰/۲۸	تأیید

* (عوامل زیر ابعاد تاب‌آوری سازمانی محسوب می‌شوند)

آزمون فریدمن به منظور مقایسه رتبه میانگین‌ها

از دیگر اهداف این پژوهش رتبه‌بندی مواع به دست آمده است که طبق آزمون فریدمن بود. نتایج در جدول ۵ مشهود است.

جدول ۵. نتیجه آزمون فریدمن

Test Statistics ^a	
N	۱۸۵
Chi-square	۹۵۴/۷۸۵
Df	۲۲
.Asymp. Sig.	۰/۰۰۰
a. Friedman Test	

با توجه به سطح معنادار هر یک از عامل‌ها در جدول ۴ و همچنین سطح میانگین‌ها در جدول ۵ می‌توان متغیرهای مربوط به هر یک از عوامل یازده گانه را به ترتیب زیر تفسیر کرد:

جدول ۵. مقدار میانگین عامل‌ها با توجه به آزمون فریدمن

اولویت‌بندی از زیاد به کم	قدار میانگین متغیرها	ابعاد تاب‌آوری (متغیرها)
۱	۱۶/۸۲	رهبری و تصمیم‌گیری
۲	۱۵/۷۶	استفاده از دانش و تجربه
۳	۱۴/۵۶	تعهد مدیریت
۴	۱۳/۴۴	آمادگی
۵	۱۳/۳۵	مشارکت مؤثر همگانی
۶	۱۳/۱۷	ارتباطات و کار گروهی
۷	۱۲/۱۵	آگاهی از وضعیت
۸	۱۲/۱۰	مسئولیت‌پذیری
۹	۱۱/۴۵	فرهنگ یادگیری
۱۰	۱۱/۳۳	منابع
۱۱	۱۰/۲۹	راهبرد برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری
۱۲	۱۰/۲۰	خلاقیت و نوآوری
۱۳	۱۰/۰۹	فرهنگ خطاپذیری

متغیرهای مهم‌تر مطابق با جدول بالا در ردیف ۱ تا ۶ مشخص شده‌اند که نشان‌دهنده با اهمیت‌ترین عوامل از نظر جامعه آماری در مورد تاب‌آوری سازمانی از دیدگاه مدیران و کارکنان بیمارستان است. صدرنشین

این جدول رهبری و تصمیم‌گیری، استفاده از دانش و تجربه، تعهد مدیریت، آمادگی، مشارکت مؤثر همگانی، ارتباطات و کار گروهی از ابعاد مهم تاب‌آوری سازمانی هستند. سایر ابعاد تاب‌آوری آگاهی از وضعیت مسئولیت‌پذیری، فرهنگ یادگیری، منابع، راهبرد برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری، خلاقیت و نوآوری و فرهنگ خطاپذیری در اولویت بعدی قرار می‌گیرند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مربوط به تحلیل عاملی و اولویت‌بندی ابعاد تاب‌آوری سازمانی نشان داد که بیشترین مقدار میانگین در بین ابعاد تاب‌آوری سازمانی مربوط به حیطه رهبری و تصمیم‌گیری است. به عبارتی می‌توان گفت حیطه رهبری و تصمیم‌گیری نسبت به سایر ابعاد تاب‌آوری سازمانی، مهم‌ترین و مؤثرترین نقش را در ایجاد تاب‌آوری سازمان‌ها دارد و از این رو هنگام ارائه راهکارهایی در راستای بهبود تاب‌آوری سازمانی باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر رفتار مدیران عهده‌دار نقش رهبری و تصمیم‌گیری هر سازمان بر افکار، احساسات و آرزوهای کارکنان تحت نظارت خود که موجب انگیزش و هدایت رفتار آن‌ها می‌شود، اثرگذار است؛ بنابراین سبک و نحو رهبری و تصمیم‌گیری، به‌عنوان عامل تسهیل‌کننده و برانگیزنده، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر بازده کاری سازمان‌ها و همچنین ایجاد فرهنگ سازمانی و ایمنی تأثیر می‌گذارد و از این حیث اهمیت بسیاری دارد [۵].

یکی از مواردی که بر نحو برخورد مدیران سازمان با مباحث ایمنی و تاب‌آوری مؤثر بوده و در تصمیم‌گیری آن‌ها در این خصوص نقش دارد، استفاده از دانش و تجربه آن‌ها در شرایط بحرانی و حوادث غیرمنتظره است. اگر مدیریت با مبحث فنی تاب‌آوری آشنایی



نداشته باشد، نمی‌توان انتظار تصمیم‌گیری و اقدامات جدی در این زمینه را داشت.

نتایج مطالعه همچنین بیانگر این بود که تعهد مدیریت، آمادگی مشارکت مؤثر همگانی، ارتباطات و کار گروهی از دیگر اولویت‌های مهم در تاب‌آوری سازمانی در بیمارستان‌ها است. به عبارتی می‌توان بیان کرد که تعهد مدیریتی باعث ترویج فرهنگ سازمانی در بین کارکنان در ارائه خدمات و رسیدگی بیشتر در بین کارکنان بیمارستان می‌شود و نقش بسزایی در جهت رسیدگی بیشتر و بهبود فرایند درمان خواهد داشت. همچنین چهارمین ابعاد تاب‌آوری سازمانی به حیطة آمادگی اختصاص داده شد و به عبارتی در بین بُعد تاب‌آوری سازمانی، بُعد آمادگی از لحاظ اهمیت و وزن به دست آمده در اولویت چهارم قرار دارد و در بررسی حاضر شاید تقویت این حیطة تأثیر بسزایی در بهبود تاب‌آوری سازمان‌ها خواهد داشت.

درواقع در راستای ارتقای سطح تاب‌آوری سازمانی در بیمارستان‌ها و سازمان‌ها، تقویت حیطة‌های مذکور در مقایسه با سایر ابعاد تاب‌آوری سازمانی اهمیت زیادی دارد. حیطة آمادگی نیز به مفهوم جلوتر بودن از مشکلات در عملکرد انسان است و نحو واکنش سازمان به حوادث بزرگ و بحران‌ها و همچنین اجرای مانورها در این زمینه را بازگو می‌کند. همچنین آمادگی به معنای پیش‌بینی وقایع ناخواسته و توانایی واکنش و پاسخ مناسب هنگام وقوع حادثه یا بحران نیز هست [۲۷]. به بیانی دیگر، سازمان در برابر مشکلات، در موقعیتی برتر قرار دارد؛ چراکه همواره مشکلات احتمالی را پیش‌بینی می‌کند، تمهیدات لازم را برای آن‌ها می‌اندیشد، دستورالعمل‌های مقتضی را تدوین می‌کند، خطرات را شناسایی و ارزیابی می‌نماید، واکنش در شرایط اضطراری را طرح‌ریزی و تمرین‌های عملی

لازم را برگزار می‌کند و همه این‌ها زمینه‌ای را در راستای مشارکت ملموس‌تر کارکنان در فعالیت‌های ایمنی را مهیا می‌کند [۲۸]. مطالعات مختلفی آمادگی را یکی از شاخص‌های مؤثر بر تاب‌آوری در نظر گرفته‌اند. از سوی دیگر امیدوار و همکاران در پژوهش خود به نتایج مشابه در یافته‌های مطالعه حاضر دست یافتند و نتیجه‌گیری کردند که آمادگی در برابر شرایط اضطراری و تعهد مدیریت دو مؤلفه اصلی در تعیین سطح تاب‌آوری است و این دو حیطة می‌تواند بیشترین سهم را در باقی ماندن وضعیت سازمان در محدود قابل قبول از نظر تاب‌آوری ایفا نماید. با توجه به اهمیت آمادگی و نقش بسزایی که دارد، این بعد در بیمارستان‌ها از اهمیت کمابیش مناسبی برخوردار بود چون که سازمان بهداشت-درمان، کارکنان بیمارستان‌ها و مسئولان آن‌ها از نظر تجهیزات، دانش و ... باید در برابر بیماری کرونا و آمادگی‌های لازم را در برابر هرگونه خطرات و تهدیدات ناشی از این اپیدمی داشته باشند. از طرفی مشارکت همگانی در زمان وقوع بحران‌هایی مانند بیماری کرونا، می‌تواند در کاهش انتقال زنجیره آن مؤثر بوده و با رعایت اصول ایمنی و مشارکت در انتقال فرهنگ همه‌گیر با آموزش‌های لازم در برابر این بیماری باعث مبارزه مؤثرتر در برابر بیماری، کاهش آن و در موارد بسیاری بهبود بیماران شد. در ضمن، آگاهی دادن در مورد این بیماری ناشناس که در این مدت با نشان دادن علائم مختلفی در بیماران بر تجربه و دانش کارکنان و مسئولان بهداشت و درمان افزوده است می‌تواند کمک شایانی در کاهش این بیماری باشد.

حال با توجه به اهمیت تاب‌آوری سازمانی و بحرانی شرایط کنونی بیمارستان‌ها مورد مطالعه، باید ابعاد و شاخص‌های مناسبی جهت سنجش تاب‌آوری سازمانی در سازمان‌ها تعیین شود و سپس با تعیین

وزن و اولویت‌بندی شاخص‌ها و حیطه‌های تاب‌آوری سازمانی، اطلاعات مفیدی در اختیار مدیران و تصمیم‌گیران قرار گیرد که از آن در برنامه‌ریزی‌ها جهت کاهش ریسک و افزایش سطح ایمنی و تاب‌آوری آن سازمان و یا سازمان‌های مشابه استفاده شود. به عبارتی، بیمارستان‌ها به‌عنوان نخستین محل مراجعه عموم در زمان وقوع یک حادثه یا بیماری، به‌منظور بهبود مدیریت ایمنی و تاب‌آوری می‌توانند بر شاخص‌های تأثیرگذار بر اساس اولویت، تمرکز کنند و نسبت به پایش و بهبود آن‌ها اقدام نمایند.

اصلاح و بهبود شاخص‌های مؤثر منجر به ارتقای ایمنی و سطح تاب‌آوری سازمان خواهد شد. با توجه به یافته‌های پژوهش انجام‌شده، حیطه‌های رهبری و تصمیم‌گیری، استفاده از دانش و تجربه، تعهد مدیریت و آمادگی بیش از سایر مؤلفه‌ها در تاب‌آوری سازمانی مؤثر هستند؛ بنابراین لازم است تمهیداتی اندیشیده شود تا سازمان‌ها پیش از پیش با مسائل و مزایای ایمنی و تاب‌آوری آشنا شوند و با تکیه بر حمایت‌ها و تعهدات مدیران و همچنین دانش و تجارب کارکنان، قدرت اتخاذ تصمیم‌های صحیح را داشته باشند تا پیش از پیش مقاومت و تدابیر لازم در مواجهه با بحران‌های ناشناس به همراه خطر مرگ‌ومیر را بیندیشند.

پی‌نوشت‌ها:

1. Barasa
2. Sawalha
3. Hassall
4. Lengnick-Hall
5. Achour and Price

منابع:

1. رضایی، زهرا؛ ابراهیمی نژاد، مهدی و صادقی، زین‌العابدین. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین آمادگی و تاب‌آوری سازمانی بیمارستان‌های علوم پزشکی کرمان در برابر حادثه زلزله. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مدیریت بحران، دانشگاه شهید باهنر کرمان.
2. Kucirkova, N. Evertsen-Stanghelle, C. Studsrød,

I. Jensen, I. B. & Størksen, I. (2020). Lessons from child-computer interaction studies following the research challenges during the Covid-19 pandemic. *International journal of child-computer interaction*, 26, 100203.

3. <https://behdasht.gov.ir/>: 5 June 2020.
4. Arassi M, Mohammadfam I, Shirali G, Moghimbeigi A. Quantitative assessment of resilience in the operatives unit of national Iranian drilling company (regional study: Khuzestan). *Health and Safety at Work*. 2015; 4(4): 21-8.
5. Ardeshir A, Mohajeri M. Assessment of safety culture among job positions in high-rise construction: a hybrid fuzzy multi criteria decision-making (FMCDM) approach. *International journal of injury control and safety promotion*. 2018; 25(2): 195-206.
6. Mitroff I. Lessons from 9/11: Are companies better prepared today? *Technological Forecasting & Social Change*. 2005; 3(72): 375-6.
7. Durodie B. Is real resilience attainable? *Homeland Security & Resilience Monitor*. 2003; 2(6): 15-9.
8. Accra Jaja, S & Amah, E. (2014). Mentoring and Organizational Resilience. A Study of Manufacturing Companies in Rivers State. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*. Vol 16, Issue 11, pp 1-9.
9. Catalan C, Robert B, editors. Evaluation of organizational resilience: Application in Quebec. *Proceedings of Fourth Resilience Engineering Symposium*; 2010.
10. Chang-Richards A, Vargo J, Seville E. Organizational resilience to natural disasters: New Zealand's experience. *China Policy Review*. 2013; 10: 117-9.
11. Weick K E. The collapse of sensemaking in organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative science quarterly*; 1993: 628-52.
12. Macuzić I, Tadić D, Aleksić A, Stefanović M. A two step fuzzy model for the assessment and ranking of organizational resilience factors in the process industry. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*. 2016; 40: 122-30.
13. Tarrant, M. (2011). The organization, risk, resilience, and governance, *The Australian Journal of Emergency Management*, vol 25, No 4, pp 13-17.

۱۴. دانشمندی، محمد؛ نظام زاده، مریم؛ زارعیان، آرمین. (۱۳۹۳). بررسی میزان آمادگی در مقابله با حوادث غیرمترقبه در یکی از بیمارستان‌های منتخب تهران، *مجله علوم مراقبتی نظامی*، دوره اول، شماره ۱، صص ۲۸-۳۵.

۱۵. محمدی، تیمور؛ شاکری، عباس؛ تقوی، مهدی و احمدی، مهدی. (۱۳۹۶). تبیین مفهوم، ابعاد و مؤلفه‌های تاب‌آوری اقتصادی. *فصلنامه مطالعات راهبردی، بسیج*، شماره ۷۵.

dakarim S, Khademi Zare H, Monfared H, et al. Identifying and ranking of organizational resilience indicators of refinery complex using fuzzy TOPSIS. *Health and Safety at Work*. 2017; 7(3): 219-32

۱۶. محمودی، داود؛ علیزاده، سید شمس‌الدین؛ رسول‌زاده، یحیی و اصغری جعفرآبادی، محمد. (۱۳۹۹). اولویت‌بندی ابعاد سیزده‌گانه تاب‌آوری سازمانی در مواجهه با بحران‌ها و حوادث بزرگ. سلامت کار ایران. ۱۷. قنبری، سعید؛ صلواتیان، سیاوش و اصغرکیا، علی. (۱۳۹۸). بررسی شاخص‌های سنجش تاب‌آوری سازمانی خبرگزاری‌های ایران در بلایای طبیعی. دو فصلنامه علمی، پژوهشی مدیریت بحران، شماره ۱۷.
18. Andersson T, Caker M, Tengblad S, Wickelgren M. Building traits for organizational resilience through balancing organizational structures. *Scandinavian Journal of Management*. 2019; 35(1): 36-45.
19. Barasa, E. Mbau, R. & Gilson, L. (2018). What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. *International journal of health policy and management*, 7(6), 491.
20. Sawalha IH. Managing adversity: understanding some dimensions of organizational resilience. *Management Research Review*. 2015;38(4):346–366. doi: 10.1108/MRR-01-2014-0010.
21. Levi Uche, A. & Continue, A. (2115). Product Innovation and Organizational Resilience in Public Universities in South-South Nigeria. *European Journal of Business and Management*, Vol 7, No 33, PP 82-91.
22. Hassall ME, Sanderson PM, Cameron IT. Industry Perspectives on Organisational Resilience. RISK conference; Brisbane, Australia; May 2014:28-30.
23. Accra Jaja, S & Amah, E. (2114). Mentoring and Organizational Resilience. A Study of Manufacturing Companies in Rivers State. *IOSR Journal of Business and Management (IOSR-JBM)*. Vol 16, Issue 11, pp 1-9.
24. Lengnick-Hall, C. A. Beck, T. E., & Lengnick-Hall, M. L. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human resource management review*, 21(3), 243-255..
25. Achour N, Price AD. Resilience strategies of healthcare facilities: present and future. *International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment*. 2010;1(3):264–276. doi: 10.1108/17595901011080869.
26. Lembani M, Mohammed A, Abdulwahab A, et al. A Case Study of Technical Assistance to HIV Services in Cote d'Ivoire in the Context of Civil Unrest Following the Disputed Presidential Election of 2010. Cape Town; 2014.
27. Azadeh A, Salehi V, Arvan M, Dolatkah M. Assessment of resilience engineering factors in high-risk environments by fuzzy cognitive maps: A petrochemical plant. *Safety Science*. 2014; 68: 99-107.
28. Jafari Nodoushan R, Jafari MJ, Shirali GA, Kho-

