

بررسی وضعیت سلامت عمومی در میان مدیران اجرایی

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمود بیگلر^۱، یگانه حیاطی^۲، دکتر حجت رحمانی^۳

زینب رجب‌نژاد^۴، دکتر حسین درگاهی^۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از مؤلفه‌های مهم هر مدیر موفق، سلامت عمومی اوست. مدیرانی که از وضعیت جسمانی و روانی مطلوب برخوردار نباشند در اداره سازمان خود دچار مشکل خواهند شد. لذا این پژوهش با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی در میان مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۵ مدیر اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۲۸ سوال در چهار بخش سلامت جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکردهای اجتماعی بود. داده‌های حاصل در نرم افزار SPSS 17 جمع آوری شد و توسط آزمون‌های همبستگی Mann-Whitney و Spearman Independent one sample T و واریانس یکطرفه مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مدیران اجرایی بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر روانی و جسمی سالم هستند و در نهایت از نظر عمومی سلامت می‌باشند. هم چنین، مشخص شد بین متغیرهای اضطراب با اختلالات جسمانی، افسردگی با سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال کارکرد اجتماعی همبستگی مستقیم دارد.

نتیجه‌گیری: میزان سلامت عمومی در میان مدیران بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقایسه با نتایج سایر مطالعات مشابه در ایران و در سایر کشورها بالاتر است. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور حفظ و ارتقا هرچه بیشتر سلامت عمومی مدیران، بر روی استفاده از معاینات دوره‌ای، ارائه آموزش‌های مورد لزوم و خدمات مشاوره‌ای بطور خاص تأکید شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت عمومی، مدیران اجرایی، بیمارستان

* نویسنده مسئول :
دکتر حسین درگاهی ؛
دانشکده پیراپزشکی دانشگاه
علوم پزشکی تهران
Email :
Hdargahi@sina.tums.
ac.ir

- دریافت مقاله : شهریور ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله : فروردین ۱۳۹۳

مقدمه

یکی از مؤلفه‌های یک مدیر موفق، سلامت عمومی او می‌باشد. سلامت که به طور کلی در تعریف سازمان بهداشت جهانی «حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی» در نظر گرفته می‌شود، مسئله‌ای است که امروزه پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است؛ به طوری که مطالعات

^۱ پزشک داروساز، دانشجوی دکتری پژوهشی علوم دارویی، مرکز تحقیقات علوم دارویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۳ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ دانشجوی کارشناس ارشد مدیریت اجرایی (EMBA)، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۵ استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پیراپزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

سایر افراد جامعه می‌باشد و اینکه دیگران چگونه با او برخورد می‌کنند، یا واکنش نشان می‌دهند، و تعامل او با نهادهای اجتماعی و مقررات و اخلاق جمعی چگونه است. به عبارتی سلامت اجتماعی را می‌توان میزان تطابق و هماهنگی فرد با جامعه و بر حسب حمایت اجتماعی و نحوه ایفای نقش او در جامعه تعریف کرد (۴).

علاوه بر این، مدیریت و رهبری به عنوان یکی از عوامل بسیار اساسی در تحقق اهداف سازمانی از دیرباز مورد توجه محققین قرار گرفته است. هر چند سازمان‌ها با پیچیدگی‌ها و چالش‌های درون و برون سازمانی مواجه هستند، اما موفقیت سازمان‌ها بیشتر به موفقیت مدیران در هدایت و رهبری کارکنان بستگی دارد و این امر مستلزم برخورداری مدیر از سلامت جسمی، اجتماعی و روانی است. مدیرانی که از سلامت عمومی برخوردار هستند، می‌توانند با زیردستان ارتباط مؤثرتری برقرار کنند، مقتضیات زندگی سازمانی را به خوبی در دست گیرند و جو مناسبی برای کار و فعالیت در سازمان به وجود آورند (۵).

در زندگی کاری مدیران آنچه بیش از هر چیز محسوس است، فشار کار زیاد و کمبود وقت و منابع است. چنانچه فشار زیاد برای مدتی طولانی به مدیر وارد شود، انرژی او تحلیل می‌رود، عدم اطمینان و اضطراب به وجود می‌آید که به نگرانی روحی او می‌انجامد و نگرانی روحی در برخی موارد منجر به بیماری‌های مزمن و حتی مرگ می‌شود (۶).

فشارهای روانی در سازمان عبارت است از تغییراتی که در محیط سازمان پدید می‌آید، مثل تغییر در گردش کار، استفاده از فن آوری جدید، برپایی جلسات اداری، بحث‌های مالی و بودجه‌ای، کمبود منابع و درآمد، قوانین و مقررات محدودکننده، فشار

انجام شده در سال‌های اخیر، رابطه تنگاتنگی، بین سلامت عمومی و عوامل شخصیتی و روانشناختی را به وضوح نشان می‌دهد (۱).

تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامت، یک مسئله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌کنند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی، روانی و اجتماعی) توجه داشته باشد. معمول ترین بعد سلامت، سلامت جسمی است که در مقایسه با دیگر ابعاد، می‌توان آن را به سادگی ارزیابی کرد. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن، و هماهنگی آنها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است (۲).

از سوی دیگر، سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴ سلامت روان را به عنوان حالتی از زندگی سالم تعریف می‌کند که در آن، فرد توانمندی خود را می‌شناسد و از آنها به نحو مؤثر و مولد استفاده می‌کند و برای اجتماع خویش مفید است. بدیهی است سنجش سلامت روان نسبت به سلامت جسم مشکل تر است. در این تعریف، تنها نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست، بلکه قدرت تطابق و سازگاری با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل و قضاوت مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی، و داشتن روحیه انتقادپذیری جنبه مهمی از سلامت روان را تشکیل می‌دهد. لازم به ذکر است که بسیاری از بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، اضطراب و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری‌های روانی و جسمی وجود دارد (۳).

منظور از سلامت اجتماعی، آن بعد از رفتار هر فرد است که مربوط به چگونگی برقراری ارتباط او با

نام «حفظ، بازگشت و ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد جامعه» و نیز انجام تحقیقات پزشکی و آموزش نیروی انسانی مورد نیاز حوزه سلامت نقش اساسی ایفا می کنند (۱۰).

مدیران بیمارستان‌ها، تأثیر بسیاری در ایجاد جو روانی و اجتماعی مناسب و برقراری روابط انسانی مطلوب با کارکنان، بیماران و مراجعین به عهده دارند و نهایتاً در جهت اهداف سازمانی گام برمی دارند. بدیهی است مراقبت از سلامت عمومی افرادی که در بیمارستان‌ها کار می کنند بسیار مهم است؛ اما لازمه این امر بسیار خطیر، مطلوب بودن سلامت عمومی مدیران این سازمان‌ها است. مدیران با سلامت عمومی پایین، نه تنها تلاش می کنند از مسئولیت‌های خود شانه خالی کنند و موجب کاهش اثربخشی و کارایی خود در انجام وظایف شوند، بلکه ممکن است در بروز مشکلات رفتاری در بین کارکنان نیز مؤثر باشند (۱۱).

لذا با توجه به مطالب پیشگفت، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی و ابعاد آن در میان مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تدوین شده است.

روش بررسی

این مطالعه بصورت توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش شامل مدیران اجرایی ۲۵ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تهران بود که با توجه به کم حجم بودن جامعه آماری، با روش سرشماری تعیین شدند. توضیح اینکه از مجموع ۲۵ بیمارستان، مدیریت ۳ بیمارستان حاضر به همکاری نشدند.

جهت گردآوری داده‌ها در این پژوهش، از پرسشنامه‌ای دوقسمتی استفاده شد. در قسمت اول

کارکنان و فشار مدیران ارشد بر مدیر که همه آن‌ها سبب می شود مدیران بیش از سایر کارکنان در معرض عوامل تنش زا قرار گیرند (۳).

مدیری که از وضعیت جسمانی و روانی مطلوبی برخوردار نباشد، در اداره سازمان خود دچار مشکل خواهد شد. بی‌خوابی، افسردگی، اضطراب و مشکلاتی از این قبیل، تمرکز یک مدیر را در انجام مسئولیت حساس خود، بر هم می زند و همین عوامل دلسردی و نارضایتی او از وضعیت موجود را باعث می شود و انگیزه مدیر را در انجام وظایف کاهش می دهد که این امر به نوبه خود می تواند موجبات نارضایتی کارکنان و عدم تحقق اهداف سازمانی را فراهم آورد (۷).

تأکید بر این است که سلامت کارکنان به میزان قابل توجهی بستگی به رفتار مدیران آنها دارد. به عبارتی، مدیران باید هنجارهای اخلاقی تعیین شده مثل حس سلوک، عدالت، صداقت و احترام را مدنظر قرار دهند. رفتار مدیر در سازمان می تواند الگوی مناسبی برای یادگیری چگونگی رفتار مناسب در سازمان باشد (۸).

بر اساس دیدگاه Shultz، کارکنان سازمان بیش از گفته‌ها، تحت تأثیر اعمال و رفتار مدیران خود قرار می گیرند و طی فرآیند یادگیری اجتماعی از طریق الگوهای محیطی، مطالب زیادی را می آموزند که به نظر می رسد این امر در گرو یکی از نقش‌های مدیر یا رهبر سازمان یعنی نقش «نمونه» است که طی آن لازم است رهبر، خود نمونه بارز رفتاری باشد که از افراد گروه انتظار دارد، آن باشند (۹).

در حال حاضر نیز بیمارستان‌ها همچون دیگر سازمان‌ها از عوامل تولید مانند سرمایه، نیروی انسانی، فن آوری و مدیریت تشکیل شده‌اند که با استفاده از منابع مالی، مادی و انسانی جهت تولید محصولی به

این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۲ توسط Hillier & Goldberg تدوین شد (۱۵)، به عنوان یک ابزار استاندارد مورد استفاده قرار گرفت و مسعودزاده و همکاران اعتبار آن را ۹۱٪ گزارش کرده‌اند (۱۲). این پرسشنامه در پژوهش Sheikh & Hurwitz (۱۶)، Thomas A & Douglas (۱۷)، نوربالا و همکاران (۱۸)، حجتی و همکاران (۱۹)، صانعی و همکاران (۲۰)، بنی هاشمیان و همکاران (۲۱) مورد استفاده قرار گرفت که بدین ترتیب روایی آن به اثبات رسید.

در خصوص پایایی پرسشنامه، مطالعه نوربالا با عنوان «اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران» گویای این مطلب بود که ارزیابی پایایی بدست آمده از این پرسشنامه دلالت بر این دارد که پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ₂₈) می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری در مطالعات اپیدمیولوژی سلامت عمومی به طور موفقیت آمیز به کار گرفته شود (۱۸).

پرسشنامه‌ها به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، با انجام هماهنگی قبلی در بیست و دو بیمارستان مورد نظر طی شش ماه توزیع و جمع‌آوری گردید. به این ترتیب که محقق در نوبت اول، با مراجعه به مدیران بیمارستان‌ها و ارائه توضیحات در خصوص هدف این پژوهش، پرسشنامه را تحویل می‌داد و بعد از یک هفته جهت تحویل پرسشنامه تکمیل شده مجدداً به این افراد مراجعه می‌کرد.

داده‌های حاصل از پرسشنامه، در نرم افزار SPSS17 جمع‌آوری شد و برای آزمون آماری توصیفی از درصد فراوانی و میانگین استفاده لازم به عمل آمد. هم‌چنین، برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های Mann-Independent one sample، Spearman، Pearson، Cruskal-vallis، Whitney

ابتدا مشخصات دموگرافیک مدیران اجرایی شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی، سابقه کار و میزان حقوق دریافتی و سپس برای قسمت دوم از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ یا General Health Questionnaire) استفاده گردید. GHQ سلامت جسمانی، سلامت روانی (اضطراب و افسردگی) و کارکردهای اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۲). فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال است. اگرچه به صورت فرم‌های ۳۰ سوالی، ۱۲ سوالی و ۲۸ سوالی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳).

در این مطالعه از فرم ۲۸ سوالی استفاده شد که در آن هر مؤلفه هفت سوال دارد. زیر مؤلفه‌ها جنبه‌های علامت‌شناسی بیماری‌ها را نشان می‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های قطعی بیماری نیستند (۱۴). هر سوال در مقیاس چهار درجه‌ای (۰-۳) نمره‌گذاری شد. یعنی در پاسخ به هر سوال، گزینه الف نمره صفر، گزینه ب نمره یک، گزینه ج نمره دو و گزینه د نمره سه را به خود اختصاص داد. در نظام نمره‌گذاری، نمره بیشتر افزایش علائم را نشان می‌داد و از مجموع ۴ مؤلفه یک نمره کلی به دست می‌آمد. به طور کلی، نمره‌ی آزمون برای هر فرد از (۰ - ۸۴) متغیر است و نقطه‌ی برش این آزمون ۲۳ در نظر گرفته شد (۱۵).

در مورد هر یک از مؤلفه‌های سلامت عمومی نیز نمره ۶ به عنوان نقطه برش تعیین شد. به عبارتی مدیرانی که نمره آنها بیش از ۲۳ بود، مشکوک به کاهش سلامت عمومی به نظر می‌آمدند و پایین‌تر از نمره ۲۳، از سلامت عمومی برخوردار بودند. در مورد ابعاد سلامت جسمی، روانی و کارکردهای اجتماعی نیز نمرات بالاتر از ۶ نشانه کاهش و نمرات پایین‌تر از ۶ نشانه سالم بودن مشخص گردید.

یافته‌ها

با توجه به نتایج بدست آمده بیشتر مدیران اجرایی بیمارستان‌های مورد مطالعه ۱۶ نفر (۸۸/۹٪) از جنس مذکر و ۱۴ نفر (۷۷/۸٪) متأهل بودند. بیشتر فراوانی سنی مدیران اجرایی ۸ نفر (۵۰٪) بین ۴۰-۴۹ سال، بیشتر فراوانی سابقه کار ۸ نفر (۵۰٪) بین ۱۱-۲۰ سال، بیشترین فراوانی میزان تحصیلات ۸ نفر (۴۴/۴٪) کارشناسی ارشد، بیشترین فراوانی ۱۲ نفر (۶۶/۷٪) میزان حقوق دریافتی کمتر از یک میلیون تومان و بیشترین فراوانی ۶ نفر (۳۵/۳٪) آخرین رشته تحصیلی مدیران اجرایی بیمارستان‌های مورد مطالعه را رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تشکیل می‌دادند.

واریانس یک طرفه بهره برداری گردید و سطح معنی داری P-value کمتر از ۰/۵ در نظر گرفته شد.

لازم به ذکر است پیش از انتخاب و انجام آزمون‌های آماری، نوع توزیع داده‌ها از طریق آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف مورد ارزیابی قرار گرفت.

با توجه به خروجی آزمون مشخص شد که توزیع اکثریت داده‌ها نرمال و تنها یک متغیر شامل علائم افسردگی غیرنرمال می‌باشد.

لذا در مرحله بعدی از آزمون‌های پارامتریک، برای توزیع نرمال و آزمون‌های ناپارامتریک برای توزیع غیرنرمال استفاده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی و مطلق و نمره میانگین هر یک از مؤلفه‌های سلامت عمومی مدیران اجرایی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران

مؤلفه	وضعیت سلامتی	تعداد	درصد	میانگین	وضعیت کلی*
سلامت جسمانی	بیمار	۶	۲۷	۴/۳۳	سالم
	سالم	۱۶	۷۳		
علائم اضطراب	بیمار	۴	۱۸	۳/۶۱	سالم
	سالم	۱۸	۸۲		
کارکرد اجتماعی	بیمار	۸	۳۶	۶	سالم
	سالم	۱۴	۶۴		
علائم افسردگی	بیمار	۰	۰	۱	سالم
	سالم	۲۲	۱۰۰		
سلامت عمومی	بیمار	۵	۲۲	۱۴/۹۴	سالم
	سالم	۱۷	۷۸		

می‌شود، بیشترین مقدار میانگین نمره و درصد فراوانی مربوط به کارکرد اجتماعی و کمترین مقدار مربوط به افسردگی است. هم چنین مشخص شد که مدیران اجرایی بیمارستان‌ها علاوه بر کارکرد اجتماعی، از نظر روانی و جسمی نیز سالم هستند و در نهایت از سلامت عمومی برخوردار می‌باشند.

با توجه به شاخص تعیین وضعیت نمره میانگین سلامت عمومی آزمودنی، از کل پرسشنامه امتیاز ۲۳ به بالا مشکوک به بیماری و از ۲۳ به پایین فرد سالم است. در چهار مؤلفه سلامت عمومی نیز، امتیاز ۶ به بالا مبتلا به بیماری و امتیاز ۶ و پایین‌تر فرد سالم می‌باشد. لذا همانگونه که در جدول ۱ ملاحظه

جدول ۲: تعیین همبستگی میان مؤلفه‌های سلامت عمومی مدیران اجرایی بیمارستان‌ها با یکدیگر

مؤلفه	پارامتر	نشانه های جسمانی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی	سلامت عمومی
سلامت جسمانی	ضریب همبستگی P-Value	۱ ---				
علائم اضطراب	تعداد ضریب همبستگی P-Value	۲۲ ۰/۵۹۲ ۰/۰۰۱	۱ ---			
کارکرد اجتماعی	تعداد ضریب همبستگی P-Value	۲۲ ۰/۱۱۱ ۰/۶۶۱	۲۲ ۰/۰۸۳ ۰/۷۴۴	۱ ---		
علائم افسردگی	تعداد ضریب همبستگی P-Value	۲۲ ۰/۴۷۳ ۰/۰۴۷	۲۲ ۰/۷۴۵ < ۰/۰۰۱	۲۲ ۰/۶۴ ۰/۰۰۴	۱ ---	
سلامت عمومی	تعداد ضریب همبستگی P-Value	۲۲ ۰/۷۵ < ۰/۰۰۱	۲۲ ۰/۷۶۵ < ۰/۰۰۱	۲۲ ۰/۶۰۷ ۰/۰۰۸	۲۲ ۰/۹۱۳ < ۰/۰۰۱	۱ ---
	تعداد	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲	۲۲

معنادار برقرار است. به عبارتی، نمره میانگین این مؤلفه در مدیران اجرایی مجرد برابر ۶/۷۵ است که بیشتر از مدیران متأهل (۳/۶۴) می‌باشد؛ بدین معنا که سطح سلامت این مؤلفه در افراد متأهل از وضعیت بهتری برخوردار است. از سوی دیگر، با انجام آزمون‌های آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی Pearson برای داده‌های نرمال و cruskal-vallis برای داده‌های غیرنرمال مشخص شد. میان مؤلفه‌های علائم اضطراب (P=۰/۰۲)، علائم افسردگی (P=۰/۰۰۵) و سلامت عمومی (P=۰/۰۱۹) مدیران اجرایی با مشخصه وضعیت تحصیلی آنان رابطه معناداری وجود دارد. به عبارتی، با افزایش سطح تحصیلات، سطح سلامت روان و سلامت عمومی مدیران نیز بهبود پیدا می‌کند. با استفاده از آزمون‌های همبستگی Pearson برای داده‌های دارای توزیع نرمال و ضریب همبستگی

با توجه به جدول ۲ و با انجام آزمون‌های همبستگی Pearson (برای داده‌های نرمال) و Spearman (برای داده‌های غیرنرمال) مشخص شد که میان متغیرهای «علائم اضطراب» با «اختلالات جسمانی» (t=۰/۵۹۲، P=۰/۰۰۱)، میان متغیر «علائم افسردگی» با «اختلالات سلامت جسمانی» (t=۰/۴۷۳، P=۰/۰۴۷)، میان متغیر «علائم افسردگی» با «علائم اضطراب» (t=۰/۷۴۵، P<۰/۰۰۱) و میان متغیر «علائم افسردگی» با «اختلالات کارکرد اجتماعی» (t=۰/۶۴، P=۰/۰۰۴) همبستگی مستقیم وجود دارد.

هم چنین، با انجام آزمون‌های آنالیز واریانس یکطرفه و همبستگی Pearson که به منظور تعیین استقلال یا وابستگی متغیرهای موجود در پژوهش بکار می‌رود، مشخص شد بین متغیر اختلالات سلامت جسمانی با وضعیت تأهل (P= ۰/۰۲۶) رابطه

برش بود (۲۲) که با نتایج مطالعه حاضر انطباق ندارد. اما در تحقیق انجام شده توسط Ramirez و همکاران (۱۹۹۶) در میان مشاوران متخصص در بیمارستان‌های انگلستان، حدود یک سوم این افراد از نظر سلامت عمومی شرایط مناسبی نداشتند (۲۳) که با نتایج پژوهش ما هم خوانی نشان می‌دهد. هم چنین در مطالعه Sheikh & Hurwitz (۲۰۰۰) که در میان مدیران اجرایی مراکز بهداشتی انگلستان انجام شد، حدود ۳۰ درصد این افراد در آزمون سلامت عمومی ۲۸ سوالی توانستند نمره قبولی را بدست آورند (۱۶) که به مراتب پایین‌تر از نتایج پژوهش حاضر بود.

از سوی دیگر نتایج پژوهش‌های اسد زندی و همکاران (۱۳۸۸) در میان پرستاران دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (۲۴)، زمانیان و همکاران (۱۳۸۶) در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شیراز (۲۵)، آراسته و همکاران (۱۳۸۷) در میان کارکنان درمانی و غیردرمانی بیمارستان‌های شهر سندیج (۲۶)، حبیب و شیرازی (۱۳۸۲) در میان کارکنان بیمارستان‌های عمومی شهر تهران (۲۷) نشان داد که درصد کاهش سلامت عمومی در این پژوهش‌ها به ترتیب ۲۶٪، ۲۸٪، ۴۲٪ و ۵۳٪ می‌باشد که در مقایسه با مطالعه حاضر، احتمال بیشتری از اختلال را در کارکنان درمانی و غیردرمانی بیمارستان‌ها را در کشور نشان می‌دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در بعد سلامت جسمانی حدود ۱/۳ از مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه در وضعیت نامناسب قرار داشتند که در مقایسه با مطالعه حجتی و همکاران که در میان پرستاران شب کار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت و اختلال ۶۹ درصدی را در این زمینه گزارش کرد (۱۹) به مراتب کمتر می‌باشد. اگرچه در مقایسه

Spearman برای داده‌های دارای توزیع غیرنرمال، میان متغیر سابقه کار مدیران اجرایی با مؤلفه‌های اختلال کارکرد اجتماعی ($P=0/027$) و علائم افسردگی ($P=0/019$) و سلامت عمومی ($P=0/015$) رابطه معناداری دیده شد. به عبارتی، با افزایش سابقه کار، این علائم در افراد کاهش می‌یابد. هم چنین، میان متغیر میزان حقوق دریافتی با مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($P=0/028$)، علائم افسردگی ($P=0/047$) و سلامت عمومی ($P=0/036$) مدیران اجرایی رابطه معناداری به دست آمد. به این ترتیب که با افزایش میزان حقوق دریافتی مدیران، این علائم در این افراد کاهش می‌یابد.

بحث

این پژوهش که برای اولین بار در حیطه مدیریت سلامت در میان مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شده است، توانست سلامت عمومی مدیران را مورد ارزیابی قرار دهد و ابعاد مختلف سلامت را در بین مدیران تعیین کند.

در پژوهش حاضر مشخص شد بیش از دوسوم مدیران اجرایی بیمارستان‌ها نمره پایین‌تر از نمره برش در پرسشنامه سلامت عمومی را کسب کردند که از این نظر در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشتند. این در حالی است که کمتر از یک سوم این مدیران که نمره‌ای بالاتر از نمره برش را بدست آوردند از نظر داشتن سلامت عمومی وضعیت مناسبی نداشتند که این رقم در مقایسه با دیگر مطالعات مشابه وضعیت پایین‌تری را نشان می‌داد. به طور مثال، در پژوهش انجام شده توسط Caplan (۱۹۹۴) در میان مدیران، مشاوران و پزشکان عمومی در ایالت لینکلن انگلستان، نمره میانگین حدود نیمی از این افراد بالاتر از نمره

با نتایج تحقیق صادقی و همکاران که در میان کارکنان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین در سال ۱۳۸۹ انجام شد و فراوانی اختلالات جسمی برابر ۰/۷ درصد بود (۲۸) و مطالعه آراسته و همکاران با فراوانی اختلالات جسمی برابر ۰/۹ درصد (۲۶) و مطالعه حاصلی و همکاران که در میان کارکنان بیمارستان شیراز انجام شد با فراوانی اختلال ۶/۷۲ درصد (۲۹) میزان بیشتری را نشان داد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، ۱۸٪ افراد دچار اختلال اضطراب بودند که در مقایسه با مطالعه انجام شده توسط Sheikh & Hurwitz (۲۰۰۰) در میان مدیران اجرایی مقامات بهداشتی انگلستان با فراوانی ۴۴٪ (۱۶) و در مقایسه با مطالعه مشکانی و کوهدانی (۱۳۸۲) در میان پرستاران مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) با فراوانی ۴۷/۲۵٪ (۳۰)، میزان کمتری را به خود اختصاص می‌دهد، اما در مقایسه با مطالعه خمه و همکاران (۱۳۹۰) در میان پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر تهران با فراوانی ۲۱/۶٪ (۳۱) و مطالعه آراسته و همکاران (۱۳۸۵) با فراوانی ۵/۶٪ (۲۶)، میزان بیشتری از اختلال اضطراب را در جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که ۳۶٪ از مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران دچار اختلال در عملکرد اجتماعی هستند که در مقایسه با نتایج پژوهش انجام شده توسط قضاوی و مهربانی که در میان زنان پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت با فراوانی ۶۸/۸٪ (۳۲) به مراتب کمتر است، اما در مقایسه با نتایج مطالعه آراسته و همکاران به میزان ۶/۱٪ (۲۶) و نیز در مقایسه با مطالعه صادقی و همکاران با فراوانی ۲/۸٪ (۲۸) میزان به مراتب بیشتری از اختلال در عملکرد اجتماعی را در

جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر کلیه مدیران اجرایی بیمارستان‌ها از لحاظ افسردگی سالم ارزیابی گردیدند که در مقایسه با مطالعه انجام شده توسط Sheikh & Hurwitz (۲۰۰۰) با فراوانی ۱۷٪ (۱۶) و در مقایسه با مطالعه خمه و همکاران با فراوانی ۲۵/۸٪ (۳۱) و در مقایسه با نتایج مطالعه آراسته و همکاران با فراوانی ۲/۹٪ (۲۶)، بیانگر وضعیت بسیار مطلوب مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از نظر عدم ابتلا به علائم افسردگی می‌باشد.

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد مدیرانی که مدرک تحصیلی بالاتری دارند در مدیریت سازمان خود کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند و از سلامت عمومی بهتری برخوردارند که این نتیجه با نتایج تحقیقات حیاتی (۱۱)، قشقایی زاده و مسعودیان (۳۳)، کاشف و مظفری (۳۴) و آراسته و همکاران (۲۶) همسو می‌باشد، اما با نتایج رنجبر و همکاران (۳۵) انطباق ندارد. هم چنین از نتایج مطالعه حاضر مشخص شد هر چه سابقه کار بیشتر باشد، مدیران کمتر دچار اختلالات کارکرد اجتماعی و افسردگی خواهند بود و از سطح بالایی از سلامت عمومی بهره مند می‌باشند که این نتیجه با مطالعات رنجبر و همکاران (۳۵)، Rosenestein (۳۶)، قشقایی زاده و مسعودیان (۳۳)، خاقانی زاده و همکاران (۳۷) و اسدزندی و همکاران (۲۴) منطبق است، اما با نتایج زارعی و همکاران (۳۸) ناهم سو می‌باشد. در نهایت اینکه در مطالعه حاضر مشخص شد هر چه میزان حقوق دریافتی مدیران افزایش یابد، اختلالات سلامت جسمانی و علائم افسردگی در وی کمتر دیده می‌شود و مدیران بیمارستان‌ها از سطح بالایی از سلامت عمومی برخوردار می‌باشند که این یافته‌ها نیز با نتایج

به منظور حفظ و ارتقا هرچه بیشتر سلامت عمومی مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، بر روی انجام معاینات دوره‌ای، ارائه آموزش‌های مورد لزوم و خدمات مشاوره‌ای بطور خاص تأکید شود و این ملزومات به منظور افزایش سلامت عمومی مدیران نظام سلامت کشور نیز مورد توجه سیاست گذاران حوزه مربوطه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند تا از همکاری‌های بی دریغ مدیران اجرایی محترم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی در تکمیل پرسشنامه خودارزیابی سلامت عمومی نهایت تقدیر و تشکر را به عمل آورند. همچنین لازم به یادآوری است که این پژوهش تحت حمایت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

تحقیقات خاقانی زاده و همکاران (۳۷)، اسدزندی و همکاران (۲۴)، آراسته و همکاران (۲۶)، Belloc و همکاران (۳۹) و Peter & Siegrist (۴۰) هم سو می‌باشد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مشخص شد مدیران اجرایی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از سطح بالایی از سلامت عمومی برخوردارند و هم چنین این افراد از نظر مؤلفه‌های سلامت عمومی مانند سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت و کارکرد اجتماعی نیز در وضعیت مناسبی به سر می‌برند. اگرچه اختلالات مربوط به عملکرد اجتماعی بیشترین تأثیر و افسردگی کمترین تأثیر را بر سلامت عمومی آن‌ها دارد. نکته دیگر اینکه میزان سلامت عمومی مدیران بیمارستان‌های مورد نظر در مقایسه با نتایج تحقیقات گذشته که در همین راستا صورت گرفته است، وضعیت بهتری را نشان می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود

منابع

1. Shwartz CE, Bode R, Repucci N, Becker J, Sprangers MA & Fayers PM. The clinical significance of adaptation to changing health: A meta- analysis of response shift. *Quality of Life Research* 2006; 15(9): 1533-50.
2. Shojaei H & Ebadi Fardazar F. Principles of health Care. 6th ed. Tehran: Samat; 2008: 56-62 [Book in Persian].
3. Waitley D. The psychology of winning. USA: Berkley Publishing; 1986: 30-2.
4. Saburi S. Community health among managers of high schools in 11th district of Tehran [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University, Faculty of Psychology; 2011.
5. Hersey P, Blanchard KH & Johnson DE. Management of organizational behavior. Leading human resources. UK: Prentice Hall; 2007: 10-7.
6. Pfeffer J. Producing sustainable competitive advantage through the effective management of people. Boston: Harvard Business School Press; 1995: 55-69.

7. Bogler R. The influences of leadership style on teacher job satisfaction. *Educational Administration Quarterly* 2001; 37(5): 662-83.
8. Hasani F. Mental health organization and new management role. *Management* 2006; 13(111-2): 35-40[Article in Persian].
9. Shultz DP & Shultz SE. Theories of personality. Stanford, CT: Thomson Learning; 2004: 4-33.
10. Dargahi H. Hospital standards. Tehran: Tehran University Publishing; 2011: 5-12[Book in Persian].
11. Hayati A. Assessment of general health among Tehran university of medical sciences hospitals administrators [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Allied Medicine; 2013.
12. Masudzadeh A, Khaliliyan AR, Ashrafi M & Kimiyabegi K. Status of mental health among high schools among students in Sari at 2002-2003. *Mazandaran University of Medical Sciences Journal* 2004; 14(45): 74-83[Article in Persian].
13. Hoseyni SH & Mosavi MH. Comparison of mental health among medical students with allied medicine students. *Gorgan University of Medical Sciences* 2004; 6(13): 101-7[Article in Persian].
14. Radfar SH, Haghani H, Tulayi SA, Modirian E & Falahati M. Review of general health among 15-18 years old children's of veterans. *Military Medicine* 2005; 7(3): 203-9[Article in Persian].
15. Goldberg DP & Hillier VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; 9(1): 139-45.
16. Sheikh A & Hurwitz B. Psychological morbidity in general practice managers: a descriptive and explanatory study. *British Journal of General Practice* 2000; 50(452): 203-6.
17. Thomas A & Douglas GB. Job satisfaction and psychological well-being as non-additive predictors of workplace turnover. *Journal of Management* 2007; 33(2): 141-60.
18. Nourbala AA, Bagheri Yazdi A & Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Medical Journal* 2009; 11(4): 47-53[Article in Persian].
19. Hojati H, Taheri NA & Sharifnia SH. Assessment of general health and physical health among nurses working at night in hospitals of Golestan university of medical sciences. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2010; 8(3): 144-9[Article in Persian].
20. Saney S, Amirtash AM & Tondnevis F. Atrophy and its relation to physical fitness and general health of military faculty members. *Harekat* 2004; 6(22): 19-45[Article in Persian].
21. Banihashemiyani K, Golestan Jahrumi F, Ghanbary Pirkashani N & Sharafy M. Relationship between general health and manager's leadership style and its effect on staff's job satisfaction in Shiraz university of medical sciences. *Payavard Salamat* 2012; 5(4): 32-40[Article in Persian].
22. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *BMJ* 1994; 309(6964): 1261-3.
23. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA & Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347(9003): 724-8.
24. Asadzandi M, Sayari R, Ebadi A & Sanayinasab H. Status of general health among military nurses. *Military Medicine* 2009; 11(3): 135-41[Article in Persian].

25. Ardekani ZZ, Kakooei H, Ayattollahi SM, Choobineh A & Seraji GN. Prevalence of mental disorders among shift work hospital nurses in Shiraz, Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences* 2008; 11(12): 1605-9.
26. Arasteh M, Hadiniya B, Sedaghat A & Charejo N. Assessment of mental health status and its related factors among medical and nonmedical staff in the hospitals of Sanandaj city. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2008; 13(3): 35-44[Article in Persian].
27. Habib S & Shirazi MA. Job satisfaction and general health among a general hospital staff. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2003; 8(4): 64-78[Article in Persian].
28. Sadeghi A, Rahmani B & Kiaee MZ. General health and mental condition determination among Shahid Rajaii hospital in Qazvin, Iran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2010; 2(4): 33-8[Article in Persian].
29. Haseli N, Ghahremani L & Nazari M. General health status and its related factors in the nurses working in the educational status and its related factors in the hospitals of Shiraz university of medical sciences, Shiraz, Iran. *Nursing and Midwifery Studies* 2013; 1(3): 146-51[Article in Persian].
30. Meshkani Z & Kuhdani F. Anxiety and its effective factors in nurses. *Shahed University Journal* 2004; 52(11): 47-53[Article in Persian].
31. Khamseh F, Ruhi H, Haji Amini Z, Salimi H, Radfar SH & Ebadi A. The relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in hospitals in Tehran. *Journal of School of Nursing & Midwifery of Guilan Province* 2011; 21(65): 13-21[Article in Persian].
32. Mehrabi T & Ghazavi Z. Survey public health of woman nurses in hospitals of Isfahan university of medical sciences. *Journal of Health Organization Research* 2005; 1(2): 1-5[Article in Persian].
33. Ghashgaeizadeh N & Masudian P. Investing organizational health of Behbahan branch of Islamic Azad university with regard demographic variables in the view of faculty members. *Journal of Life Sciences and Biomedicine* 2013; 3(3): 213-20.
34. Kashef MM & Mozafari SAA. Comparative study of general health of active and inactive faculty members of Iranian Universities. *Journal of Movement Sciences & Sports* 2006; 4(7): 11-23[Article in Persian].
35. Ranjbar Ezzatabadi M, Arab M, Hadizadeh F & Asqari RA. Effects of stress on managers' performance in different wards of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Tollo-E-Behdasht* 2009; 8(1-2): 1-10[Article in Persian].
36. Rosenestein AH. Physician stress and burnout: prevalence, cause, and effect. *American Academy of Orthopedic Surgeons* 2012; 6(8): 31.
37. Khaghanizadeh M, Abadi F, Sirati M & Kaviani H. Determination of the amount burnout in nursing staff. *JBS* 2008; 2(1): 51-9[Article in Persian].
38. Zarei E, Mohammadi K & Asadi Louyeh M. Study and comparison of anxiety and depression as predictors of attention deficit hyperactivity disorders in primary school children of Tehran. *Asian Journal of Medical and Pharmaceutical Researches* 2012; 2(4): 69-73.
39. Belloc NB, Breslow L & Hochstim JR. Measurement of physical health in a general population survey. *American Journal of Epidemiology* 1971; 93(5): 328-36.
40. Peter R & Siegrist J. Chronic work stress, sickness absence and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanation? *Social Science & Medicine* 1997; 45(7): 1111-20.

Study Of General Health Among Tehran University Of Medical Sciences Hospital's Administrators

Biglar Mahmood¹(Pharm.D) - Hayati Yeganeh²(BSc.)
Rahmani Hojjat³(Ph.D) – Rajabnezhad Zeynab⁴(BSc.)
Dargahi Hossein⁵(Ph.D)

1 Pharmacist, Ph.D by Research Student in Pharmaceutical Sciences, Pharmaceutical Sciences Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Bachelor of Sciences in Health Care Management, School of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Assistant Professor, Health Care Management Department, School of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Master of Sciences Student in Executive Business Administration, School of Allied Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Professor, Health Care Management Department, School of Allied Medicine, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Received : Agu 2013

Accepted : Apr 2014

Background and Aim: One of the most important factors to present successful managers is general health. If managers have not highly general health, then they will encounter many problems. Therefore, this research is aimed to induce the general health among Tehran University of Medical Sciences hospitals' administrators.

Materials and Methods: A cross-sectional, deceptive and analytical study was conducted among 25 Tehran University of Medical Sciences hospitals administrators in Tehran, Iran. The research tool was general health questionnaire developed by Goldberg and Hillier to assess the administrators general health and its demographic details. Data was analyzed by SPSS software and using analytic statistical methods.

Results: The results of this study showed that the hospitals administrators had normal range of general health. Also, there was significant correlation between anxiety with physical dysfunctions, and depression with physical dysfunctions, and anxiety with social functions.

Conclusion: The rate of general health among TUMS hospitals administrators is higher than the other managers compared with similar studies in Iran and out of Iran. Therefore, we suggest periodic medical examination, general health training, and consultant services to develop or maintain the general health among healthcare managers.

Key words: General Health, Hospital, Administrator

* Corresponding

Author:

Dargahi H;

E-mail:

Hdargahi@sina.tums.
ac.ir