Original Article

Military Caring Sciences

Volume 8, Issue 1, Spring 2021 (Serial Number: 27)

Explaining Nursing Management in the Iranian Crisis: A Phenomenological Study

Shah Talebi. B[1]

Ghadirian. F[2]

*Rastegari. R[3]

1- Ph.D. in Educational Management, Associate Professor, Educational Management Department, Faculty of Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

2- Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Psychiatric Nursing Department, Faculty of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*3- (*Corresponding Author) Ph.D. Student in Educational Management, Faculty of Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran. Email: rastegarirehan77@gmail.com*

Abstract

Introduction: The issue of care is an integral part of accidents and crises and the design of effective models and methods in its management, especially the methods that have emerged from the context is very important.

Objective: Nursing management in crises due to the importance of its role has always been one of the topics of interest. Therefore, the present study was conducted to explain the components of nursing management in accidents and disasters in Iran.

Material and Methods: This is a qualitative study with a phenomenological design and the research community includes all nursing managers who have played a managerial role in crises and accidents in Iran. Based on purposeful sampling and then snowball, 22 nursing managers were interviewed in at least one of the national disasters in Iran. The data collection tool was semi-structured in-depth interviews. Moreover, the study of printed and electronic library resources using databases were other sources of research. Finally, the interviews were implemented and analyzed along with other sources in a 7-step clause method and manually.

Results: Based on the results in the first stage, 495 codes, and finally 7 main categories were obtained and were classified in two stages, which are including: "system model of manpower", "integrating structures", "Leadership", "Indigenous Modeling of Chaos Theory", "Anthropology of Crisis", "Redefining the Role of Care", and "Care Ecology".

Discussion and Conclusion: Nursing management in disasters in Iran is a complex concept that not only requires knowledge and skills but also requires policy-making based on conceptual models derived from experience.

Keywords: Crisis, Iran, Nursing Management, Phenomenology.

Shah Talebi B, Ghadirian F, Rastegari R. Explaining Nursing Management in the Iranian Crisis: A Phenomenological Study. Military Caring Sciences. 2021; 8 (1). 13-21.

Submission: 18/7/2020 Accepted: 22/11/2020 Published: 26/6/2021

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

تبیین مدیریت پرستاری در بحران ایران: مطالعه‌ی پدیدارشناسی

بدری شاه طالبی[1]، فتانه قدیریان[2]، ریحانه رستگاری[3]

چکیده

مقدمه: موضوع مراقبت یکی از بخش‌های جدایی ناپذیر حوادث و بحران‌ها است و طراحی مدل‌ها و شیوه‌های مؤثر در مدیریت آن به ویژه شیوه‌هایی که از بافتار برآمده‌اند اهمیت بسیاری داشته و دارد.

هدف: مدیریت پرستاری در بحران‌ها به علت اهمیت نقش آن همواره یکی از موضوعات مورد توجه بوده است، لذا، مطالعه حاضر با هدف تبیین مؤلفه‌های مدیریت پرستاری در حوادث و بلایای ایران انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر مطالعه‌ای کیفی با طرح پدیدارشناسی است که جامعه‌ی پژوهش آن شامل کلیه‌ی مدیران پرستاری است که در بحران‌ها و حوادث در ایران نقش مدیریتی داشته‌اند. بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و سپس گلوله برفی با ۲۲ نفر از مدیران پرستاری شرکت کننده در حداقل یکی از حوادث و بلایای ملی ایران، مصاحبه گردید. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته بود. همچنین بررسی منابع کتابخانه‌ای چاپی و الکترونیکی با استفاده از داده پایگاه‌های معتبر علمی و در دسترس از دیگر منابع پژوهش بودند. در نهایت مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شده و به همراه سایر منابع به روش ۷ مرحله‌ای کلایزی و با شیوه‌ی دستی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از آنالیز داده‌ها در مرحله اول ۴۹۵ کد و در نهایت ۷ طبقه اصلی به دست آمد که در دو مرحله در دسته‌بندی قرار گرفت که عبارتند از: «مدل سیستمی نیروی انسانی»، «ساختارهای یکپارچه کننده»، «رهبری»، «مدل یابی بومی نظریه آشوب»، «انسان شناختی بحران»، «باز تعریف نقش مراقبتی»، «اکولوژی مراقبت».

بحث و نتیجه‌گیری: مدیریت پرستاری در حوادث و بلایای ایران مفهومی پیچیده است که نه تنها نیازمند دانش و مهارت است بلکه به سیاست گزاری بر اساس مدل‌های مفهومی برآمده از تجربه نیازمند است.

کلمات کلیدی: ایران، بحران و بلایا، پدیدارشناسی، مدیریت پرستاری.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال هشتم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۴۰۰ ■ شماره مسلسل ۲۷ ■ صفحات ۱۳-۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۲
تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۴/۵

مقدمه

زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر جهان تحت تأثیر بحران‌های طبیعی است که هزینه‌های هنگفت اقتصادی و اجتماعی به وجود می‌آورد و توسعه‌ی کشورها را دشوار می‌کند. علی رغم تلاش‌های صورت گرفته در بسیاری از کشورها برای کاهش خطرپذیری و آثار منفی بحران‌ها، آسیب‌ها و نداشتن آمادگی و هزینه‌های بسیاری از بحران‌ها در حال افزایش است. متناسب با بحران‌های طبیعی، خسارات سنگینی به ملت‌ها و دارایی‌های آن‌ها وارد شده و مقابله نکردن با آن جبران ناپذیر است. از این رو، مدیریت این‌گونه حوادث و بلایای طبیعی می‌تواند این هزینه‌ها را کم کند یا بعضاً کاهش دهد و جوامع مختلف را در برابر این بحران‌ها ایمن و مصون کند (۱). اگرچه سیاست گزاری اثربخش، فراهم آوردن امکانات و منابع لازم، صورت‌بندی پیش‌بینی‌های مناسب، تهیه‌ی سناریوهای مناسب و عملیات سازی اقدامات برنامه‌ریزی شده در

۱ـ دکترای مدیریت آموزشی، دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، ایران.
۲ـ دکترای پرستاری، استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳ـ دانشجوی دکترای مدیریت آموزشی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان، خوراسگان، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: rastegarirehan77@gmail.com

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

مراحل پیش، حین و پس از وقوع بحران، در زمره‌ی وظایف اصلی دولت‌ها و حکومت‌ها است، اما شیوه‌ی مدیریت این وظایف در کشورهای گوناگون متفاوت است (۲).

در این میان ایران یک سوم بلایای طبیعی جهان را داشته و بعد از بنگلادش، چین و هند دارای بیشترین خسارات ناشی از بلایای طبیعی بوده است. کشور ایران اگر چه سابقه‌ی مقابله با بحران‌های زیادی را دارا است، ولی مدیریت بحران، سال‌های آغازین خود را پشت سر می‌گذارد. ضرورت توجه به بحث مدیریت حوادث و بلایای طبیعی در کشور ما بر کسی پوشیده نیست، اگرچه طی سال‌های اخیر، اقدامات ارزشمندی در راستای ارتقای مدیریت و کاهش خطر بلایا صورت گرفته است (۳). تجربیات حاصل از وقوع سوانح و بلایا در ایران و جهان نشان داده است که هر چند سازمان‌ها، نهادها و مؤسسات امدادی دولتی و غیردولتی متعددی برای حضور و اقدام در عرصه‌های بلایا و بحران وجود دارند اما به دلایل مختلف از جمله چالش‌های مدیریتی در سطوح کشوری، منطقه‌ای و سازمانی، تغییر سیاست‌ها و رویه‌های مدیریتی به دلیل عدم ثبات مدیران، اتخاذ رویکردهای مدیریتی متفاوت در مدیریت سوانح و بلایا به اتلاف منابع کاری منجر می‌گردد (۴)؛ بنابراین برای مواجهه صحیح با بلایا و پاسخگویی به آن با توجه به استانداردهای جهانی، ناگزیر از آموختن دانش مدیریت سوانح و بلایا و نهادینه کردن آن در سیستم‌های علمی و اجرایی هستیم (۵). مدیریت در حوادث و بلایا شامل پیشگویی و پیشگیری (Prevention)، آمادگی (Preparation)، امداد (Mitigation)، پاسخگویی (Response) و توانبخشی (Recovery) می‌باشد (۶) که از طریق مشاهده سیستماتیک بحران‌ها و تجزیه و تحلیل آن در جستجوی یافتن ابزاری است تا بتوان از بروز بحران‌ها پیشگیری نموده و در صورت بروز بحران با آمادگی، سازماندهی، هماهنگی و برنامه‌ریزی اقدام نمود (۷). انجام این کار خطیر نیازمند یک کار تیمی و هماهنگی دقیق بین گروهی می‌باشد (۸). پرستاران در این تیم به عنوان عضو کلیدی تلقی می‌شوند (۹)، زیرا بیشترین تعداد پرسنل سسیستم بهداشت و درمان را تشکیل داده (۱۰) و توسعه نقش آنان ایجاب می‌کند که از مهارت‌های مدیریتی و رهبری برخوردار باشند (۱۱).

پرستاران به عنوان بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی و اغلب اوقات به عنوان اولین ارائه دهندگان خدمات سلامتی به افراد آسیب دیده می‌باشند (۱۲). هدف اصلی آن‌ها دستیابی به بهترین سطح ممکن سلامت برای افراد و جامعه درگیر با بحران است (۱۳). در ایران مطالعات بسیاری در موضوع مدیریت حوادث و بلایا صورت گرفته و یا به نقش بیمارستان‌ها و تیم درمان در چنین شرایطی پرداخته، لکن به نقش مدیران پرستاری که در بحران‌های ایران حضور مؤثر و کلیدی داشتند، پرداخته نشده است و از آنجا که مدیران پرستاری نقش مهمی در شناسایی و کنترل موقعیت‌های بحرانی دارند استفاده از این تجارب می‌تواند به پیشگیری و مدیریت حوادث و بلایا در آینده ایران کمک نماید. مطالعه شباب و همکاران نشان می‌دهد که میزان مهارت بالینی پرستاران نظامی در بحران‌ها در سطح متوسطی است (۱۴). همچنین حاتمی و همکاران با تحلیل و ارزیابی توصیفی میزان آمادگی بیمارستان‌ها در شرایط بحرانی از نظر امکانات و آمادگی پرسنل، نتیجه گرفته‌اند که علیرغم نقش مهم پرستاران در مواجهات اولیه با بحران، این گروه از آمادگی و امکانات کافی برای ارائه‌ی خدمت در بحران برخوردار نمی‌باشند (۱۵). رحمتی و همکاران نیز پس از یک مطالعه مقطعی در اورژانس بیمارستان نظامی گزارش دادند که کارکنان در ارزیابی و اولویت‌بندی بیماران برای رهایی سریع و ردیابی شرایط آن‌ها در بحران، عملکرد ضعیفی دارند (۱۶). مرور مطالعات نشان می‌دهد که نیاز ویژه‌ای به طراحی مدل‌های مؤثر مدیریت در جهت آماده سازی پرستاران برای بحران وجود دارد که مقدمه‌ی آن، تبیین شرایط موجود و قبلی مدیریت پرستاری در بحران می‌باشد که مطالعه‌ای در این خصوص به ویژه از دیدگاه مدیران پرستاری بازیابی نشده است.

از آنجایی که برای تبیین یک پدیده که در تجربه‌ی افراد ریشه دارد، استفاده از روش‌های کیفی شیوه‌ی مناسب‌تری است و رویکرد پدیدارشناسی اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است (۱۷)، لذا، مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین مؤلفه‌های مدیریت پرستاری در حوادث و بلایای ایران با رویکرد پدیدارشناسی طراحی شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه کیفی به روش پدیدارشناسی است.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

تحقیق کیفی فرصت مناسبی برای تولید دانش پرستاری معنادار از طریق تجربیات افراد فراهم می‌کند (۱۸) و پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (۱۹). جامعه پژوهش شامل کلیه‌ی پرستارانی بودند که در حوادث و بلایای ایران تجربه مدیریتی داشتند. نمونه‌گیری در ابتدا مبتنی بر هدف و سپس به روش گلوله برفی ادامه یافت و ۲۲ نفر از پرستارانی که در بحران‌های ایران به عنوان مدیر پرستاری حضور داشتند، در مطالعه شرکت داده شدند. معیار ورود شامل دارا بودن حداقل یک تجربه مدیریتی در بحران در داخل کشور بود. موضوع حداکثر تنوع در نمونه‌گیری به منظور بررسی همه‌ی جنبه‌های مدیریت پرستاری در بحران در نظر گرفته شد به عنوان مثال بر اساس مصاحبه‌های اولیه، پزشکان و یا سایر متخصصینی که در پدیده مورد بررسی نقش داشتند نیز وارد مصاحبه شدند و نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختارمند صورت گرفت و با هر یک از شرکت کنندگان یک بار مصاحبه شد. مصاحبه‌ها در مکان مورد نظر آنان انجام می‌گرفت. مصاحبه برای هر شرکت کننده بین ۴۵ دقیقه تا یک ساعت طول می‌کشید. تمامی مصاحبه‌ها توسط یک نفر انجام گرفت. صدای مصاحبه شوندگان با هماهنگی اولیه بر روی یک دستگاه ضبط صوت ثبت و سپس به نوشتار متنی تبدیل شد. به منظور دسترسی به اطلاعات معتبر و واقعی هر مصاحبه با طرح این سؤال کلی «تجربیات خود را از حوادث و بلایای ایران که در آن حضور داشتید را بفرمایید» شروع شد. در عین حال سؤالات کاوشی مثل این که «ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید»، «می‌توانید این موضوع را واضح‌تر بیان کنید» و یا « ممکن است با یک مثال منظور خود را روشن کنید» جهت دستیابی به داده‌های غنی و شفاف مورد استفاده قرار گرفت. در حین مصاحبه‌ها، از یادآور و یادداشت‌های در عرصه نیز استفاده شد. همچنین علاوه بر مصاحبه، منابع کتابخانه‌ای چاپی و الکترونیکی نیز از پایگاه‌های داده‌ها همچون اسکوپوس (Scopus)، پروکوئست (ProQuest)، ساینس دایرکت (Science Direct)، مدلاین (Medline) و به تعداد ۱۱۲، قبل و حین مصاحبه مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌ها از روش ۷ مرحله‌ای کلایزی (Colaizzi's Method) بهره‌گیری شد (جدول ۱). بدین صورت که متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا درک جامعی از آن به دست آید. در ادامه به هر بخش از متن یک نام یا کد داده شد و در حاشیه یادداشت گردید. سپس کدهای به دست آمده در طبقاتی گروه بندی شد. طبقات مشابه در کنار یکدیگر قرار گرفتند و این روند با رویکرد کاهش دادن، تا حد منطقی ادامه یافت به میزانی که طبقاتی به دست آید که بتواند موضوع مورد مطالعه را پوشش دهد. برای اطمینان از صحت داده‌ها، معیارهای چهارگانه‌ی گوبا و لینکلن (۱۹۹۴) مورد استفاده قرار گرفت. به منظور بررسی اعتماد (Credibility) داده‌ها از اختصاص زمان کافی برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و غرقه شدن در آن‌ها، از ترکیب منابع مصاحبه و منابع ثانویه و نیز بازنگری بیرونی توسط مشارکت کنندگان استفاده شد و کدها توسط مشارکت کنندگان مورد بررسی مجدد و تائید واقع شدند. جهت تأمین اعتماد (Dependebility) از یک متخصص خارج از طرح به منظور بررسی کدها استفاده شد و برای شاخص تائیدپذیری (Confirmability) یادداشت‌های در عرصه

جدول ۱- روش هفت مرحله‌ای کلایزی در تحلیل مصاحبه‌ها و منابع ثانویه

مراحل مطالعه	توضیحات
مرحله اول	مطالعه توصیف‌های مشارکت‌کنندگان (پیاده سازی متن مصاحبه‌ها)
مرحله دوم	استخراج عبارت‌ها و پاره جملات معنادار
مرحله سوم	صورت‌بندی عبارت‌های کلیدی و استخراج مفاهیم اولیه
مرحله چهارم	نوشتن توصیف ساختی (مقوله‌بندی مفاهیم و استخراجِ مقولات اولیه)
مرحله پنجم	نوشتن توصیف ساختاری
مرحله ششم	ارائه توصیف واقعی از پدیده (صورت‌بندی ساختار مدیریت پرستاری در بحران‌های ایران)
مرحله هفتم	مراجعه مجدد به مشارکت‌کنندگان به منظور موثق بودن داده‌ها

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

بررسی و تحلیل شدند و نیز پیش فرض‌ها و باورهای محقق در مورد مطالعه نیز مکتوب و سعی در عدم نفوذ آن‌ها در تحلیل شد. در شاخص انتقال‌پذیری (Transferability) سعی شد گام‌های جمع‌آوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها به دقت توضیح داده شود.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) با کد IR.IAU.KHUISF.REC.۱۳۹۹.۱۳۰، به تصویب رسید. به همه شرکت کنندگان قبل از ورود به مطالعه توضیحات کامل در مورد اهداف و روش کار مطالعه داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که هر زمان که بخواهند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. رضایت آگاهانه کتبی از همه آنان اخذ شد. همچنین، اصل محرمانه ماندن اطلاعات نیز در این مطالعه رعایت شد. ضمن اینکه رعایت اصول کمیته اخلاق نشر کوپ (COPE) نیز مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از سراسر ایران و شامل کلیه مدیران پرستاری، پزشکان و یا سایر متخصصینی که در بلایای ایران نقش مؤثر داشتند، بود. از ۲۲ شرکت کننده ۵ نفر زن (۲۲ درصد) و مابقی مرد بودند و به طور متوسط ۱۰ سال تجربه مدیریتی داشتند. مشخصات آنان در جدول شماره ۲ به نمایش گذاشته شده است. حاصل تحلیل اولیه داده‌های مکتوب ۴۹۵ کد و بعد از دسته بندی داده‌ها و با کاهش طبقات به صورت هفت طبقه اصلی پدیدار شد که شامل: «انسان شناختی بحران»، «بازتعریف نقش مراقبتی»، «رهبری»، «ساختار نیروی انسانی»، «اکولوژی مراقبت»، «ساختارهای یکپارچه کننده» و «مدل یابی بومی نظریه آشوب» می‌باشد.

طبقه ۱: انسان شناختی بحران

شرکت کنندگان معتقد بودند بحران یکی از رویدادهای مهمی است که منجر به واضح شدن جنبه‌ی انسانی مراقبت پزشکی می‌گردد. بر اساس تجربه‌ی آنان «انسان شناختی بحران» در مدیریت پرستاری در حوادث و بلایا ایران شامل مفاهیمی چون شجاعت و همدلی و ایثار پرستاری، روحیه خوب پرستاران، گوش به زنگ بودن و وظیفه اجتماعی است.

یکی از شرکت کنندگان می‌گوید: «در اون شرایطی که همه‌ی کشور درگیر یک بحران به نام جنگ شده، نمی‌شد در شهر بمونیم و به ادامه درس و بحثمون بپردازیم یک وظیفه اجتماعی بود...»

طبقه ۲: بازتعریف نقش مراقبتی

مشارکت کنندگان معتقد بودند که در بحران، مرزهای دیسیپلینی در مراقبت پزشکی نیمه واضح می‌شود و در نتیجه‌ی آن نقش پرستاران و سایر اعضای ارائه دهنده‌ی مراقبت در هم تنیده‌تر و در نتیجه متفاوت‌تر می‌گردد. کمک به انتقال بیماران با شرایط حمل و نقل مختلف، ایفای نقش در نقاهتگاه‌های خارج بیمارستانی،

جدول ۲- توزیع فراوانی مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش

مشخصات شرکت کنندگان پژوهش		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۶	۷۸
	زن	۶	۲۲
مدرک تحصیلی	کارشناس پرستاری	۱	۴
	کارشناسی ارشد پرستاری	۴	۱۸
	دکترای پرستاری	۱۳	۶۰
	پزشک عمومی	۲	۹
	دکترای سلامت در بلایا	۲	۹
تجربه بلایا و بحران در ایران	جنگ (دفاع مقدس)	۱۲	۶۳
	زلزله	۵	۱۹
	سیل	۴	۱۴
	کووید ۱۹ (کرونا)	۱	۴

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

کسب مهارت‌های خارج از شرح وظایف برای حفظ جان بیماران از این جمله بودند.
یکی از شرکت کنندگان می‌گوید: « قطاری بود به اسم قطار بیمارستانی که تا اندیمشک می‌آمد و تا بره تهران برگرده ۳ روز طول می‌کشید. مراقبت از اون مجروحان توی اون شرایط خاص بود».

طبقه ۳: رهبری

طبقه دیگر این مطالعه یعنی «رهبری» مقوله‌ای بود که از حضور مؤثر یک مدیر پرستاری در منطقه بحرانی تا تغییر پروتکل‌های آموزشی و تعریف جدید ساختار آموزش و پژوهش جهت تسریع مدیریت بحران تا تریاژ و انتقال دانش و انجام پژوهش در موقعیت بحرانی جدید را در خود جای داده بود.
مدیری که در سیل گلستان حضور داشت می‌گوید: «ما پیش بینی سیل را داشتیم به همین خاطر آموزش‌ها رو از قبل شروع کرده بودیم و وقتی اتفاق افتاد فقط به سرعت پروتکل‌ها رو به روز کردیم و مرتب اطلاع رسانی کردیم به پرستاران که بتونند به سرعت تریاژ رو با توجه به انواع بیماری‌هایی که به وجود آمده بتونیم مدیریت کنیم».

طبقه ۴: ساختار نیروی انسانی

شرکت کنندگان مطالعه، یکی از اجزای مهم مدیریت پرستاری در حوادث و بلایای ایران را «ساختار نیروی انسانی» دانستند و معتقد بودند در حوادث و بلایای ایران این ساختار، خود را به گونه‌های متفاوت همدلی و حرکت جمعی در جذب و تأمین و توزیع نیروی انسانی متخصص و ماهر نشان می‌دهد.
یکی از شرکت کنندگان که در زلزله بم شرکت داشت می‌گوید: «...بیمارستان شهر کامل تخریب شده بود گویش مردم خاص بود و ارتباط با مردم سخت. شروع کردیم پرستاران بومی را به صورت قراردادی به کار گرفتیم. حدود ۸۰-۹۰ درصد سیستم پرستاری بیمارستان صحرایی بم که یک سال و نیم، تنها بیمارستان شهر بود، همین پرستارانی بودند که باقیمانده خود اهالی شهر بودند».

طبقه ۵: اکولوژی مراقبت

طبقه اصلی دیگر «اکولوژی مراقبت» بود که به احداث و تغییر ماهیت ساختمان‌ها و تهیه و جا نمایی مکانی جهت بهداشت و درمان در شرایط سخت اشاره می‌کند.
شرکت کننده‌ای که در حادثه زلزله کرمانشاه مدیر پرستاری بود می‌گوید: «تیم پیشرو رفتند اونجا با یه ماشین حتی زودتر از سازه‌ها، اونجا که رسیدن محیط رو باید آماده می‌کردند، یه زمینی رو انتخاب کردن که بیمارستان صحرایی زودتر بتونه پیاده بشه».

طبقه ۶: ساختارهای یکپارچه کننده

از منظر تجربه‌ی مدیران پرستاری ساختارهای ارائه‌ی مراقبت در بحران نیز به هماهنگی بسیار قوی و یکپارچه نیاز دارند تا از هدر رفتن وقت و منابع اجتناب شود. در این بین مدیران پرستاری نقش پرستار را به عنوان محور تیم درمان قلمداد کرده و معتقد بودند مدیریت خوب توسط پرستاران در بحران‌های کشور توانسته ساختار یک تیم موفق را رقم بزند و خدمت به آسیب دیدگان در شرایط بحرانی را تسهیل نماید.
شرکت کننده‌ای این‌گونه بیان می‌کند: «تیم پرستاری هم از نظر قدرت آموزش‌گیری شان هم از نظر ساختار تیمی شان که راحت شکل می‌گیرند در بحران خیلی بیشتر به درد خورد. تو بیمارستان صحرایی هم چیزی حدود ۷۰-۶۰ درصد کار به دوش پرستاری است، بیشتر شاید و شما با یک تیم پرستاری خوب و یک تیم پزشکی نه چندان خوب خیلی بهتر می‌گردی تا یک سیستم پزشکی خوب و پرستاری بد».

طبقه ۷: مدل یابی نظریه آشوب

طبقه «مدل یابی بومی نظریه آشوب» که تجربیات شرکت کنندگان از کاستی‌ها و کمبودها در شرایط بحرانی را بیان نموده و سپس به بیان تجربیات موفق مدیریتی بومی در همان شرایط سخت و ایجاد نظم و ساختار در بی‌نظمی و آشوب و آشفتگی بحرانی اشاره می‌کند؛ که در حقیقت حتی با وجود کمبود امکانات و شرایط سخت پر آشوب حوادث و بلایا، مدیران پرستاری توانستند خود را در ساختاری منظم سامان بخشند.
شرکت کننده‌ای که در جنگ حضور داشته از آشوب پرستار در شرایط سخت این‌گونه می‌گوید: «پس از شهادت آن جوان خیلی به من سخت گذشت. یکی دو تا پزشک عمومی دیگر به جمع

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]
[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

ما اضافه شده بود ولی هیچ کدام لوله گذاری بلد نبودند. تصمیم گرفتم به هر شکل ممکن شده لوله گذاری را در همان شرایط سخت آموزش دهم و دیگر نگذارم همچین اتفاق بیافتد».

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه مدیران از مدیریت پرستاری در حوادث و بلایا صورت گرفت و در نتیجه ۷ طبقه اصلی حاصل گردید.

در مورد انسان شناختی بحران، پرستاران با نشان دادن معنای انسانیت در حوادث و بلایا مقوله انسان کامل را در بحران‌ها ترسیم نمودند و نگاه جدیدی پیش روی حرفه پرستاری در بحران‌ها نهادند. تومی (Toomy) نیز در مطالعه خود به مؤلفه‌هایی مشابه این طبقه برای مدیریت پرستاری در بلایا از جمله، بروز استقلال، خلق و خوی آرام و قانع، نیرو و قدرت و استقامت فیزیکی، نگرش و وضعیت مثبت، قابلیت سازگاری و مهارت‌های اجتماعی دست یافت (۲۰).

در بازتعریف نقش مراقبتی، مدیران پرستاری بر این باورند که نقش مراقبتی پرستاران در حوادث و بلایا در ساحتی دیگر معنا می‌دهد از این رو به باز تعریف این نقش نیازمند می‌شود؛ قدیریان نیز در مطالعه‌ی خود معتقد است که نقش مراقبتی در بحران‌ها تنها از یک حوزه‌ی تخصصی دانشگاهی تغییر کرده و به نوعی امداد اجتماعی تغییر ماهیت می‌یابد (۲۱).

طبقه اصلی دیگر، رهبری که از نتایج پژوهش حاضر به دست آمده است؛ نشان می‌دهد پرستاران رهبران قابلی در حوادث و بلایا هستند و آنان به دلیل ساختار شغلی که در بیمارستان و بخش‌های مختلف و انواع مهارت‌ها می‌آموزند، در شرایط بحرانی قادرند به سرعت تصمیم‌گیری کنند و بر اساس مهارت‌های درونی شده کلیه امور را پیگیری، مدیریت و رهبری نمایند. کوپنس (Coppens) نیز نتیجه گرفت استانداردهای فعلی نقش ویژه‌تری را به پرستاران حوادث و بلایا در رهبری برای آمادگی در برابر بحران اختصاص می‌دهد (۲۲).

در طبقه اصلی ساختار نیروی انسانی، نقش نیروی انسانی در مرحله مهار و حل بحران بسیار اساسی می‌باشد؛ و با توجه به اینکه پرستاران مهمترین و در دسترس‌ترین و بزرگترین عضو جامعه درمان می‌باشند، ساماندهی این نیروی عظیم و تأثیرگذار در مراحل جذب و توزیع و جایگزینی در شرایط بحرانی بسیار اهمیت دارد. شینچی (Shinchi) همچنین یکی از تم‌های اصلی به دست آمده مطالعه خود را، مسئولیت و انعطاف‌پذیری مدیران پرستاری بیان می‌کند چراکه بایستی با نیروی انسانی و تجهیزات پزشکی محدود در بلایا کار کنند (۲۳).

در بعد اکولوژی مراقبت، مدیریت و احداث سازه‌های درمانی مسئله ایست که مدیران پرستاری اذعان کردند در مناطق پرخطر حین رخداد حوادث با آن رو به رو می‌شوند و به دلیل درک نزدیک‌تر آنان از نیاز بیماران و مصدومین جهت توسعه و حتی ساخت و پیشرفت فضاهای فیزیکی، حضوری فعال و چشمگیر دارند. قدیریان نیز شناسایی تجارب مدیران پرستاری و ارزیابی محیط در منطقه بحرانی را جزو اولویت خدمت‌رسانی بیان می‌کند (۲۱).

اصل مهم دیگر ساختارهای یکپارچه کننده بود؛ در این مطالعه اکثریت مدیران پرستاری به لزوم ساختاری برای تشکیل و بقا تیم جهت امداد و نجات و مراقبت در شرایط بحرانی اشاره کردند. قدرت همکاری تیمی و کارگروهی بالا در پرستاران مفهومی است که باعث استحکام تیم و تسهیل خدمت، آن هم در شرایط بحرانی می‌گردد. پوتیرا (Potira) در مطالعه خود نتیجه گرفت پیچیدگی عرصه مراقبت بهداشتی و همچنین حرفه پرستاری، پرستاران را به چالش کشیده است که به افرادی مسلط در مهارت‌های همیاری و تیم سازی در شرایط بحرانی تبدیل شوند (۲۴).

نظریه آشوب از میان باورها و ادراکات و تجارب مدیران پرستاری در حوادث و بلایای ایران، شکلی تازه‌تر به خود گرفت و به مدل یابی بومی آن منجر گردید. آن‌ها باور داشتند با وجود همه شرایط آشوب و به هم ریختگی در بحران‌ها، پرستاران و مدیران پرستاری به دنبال راهی بودند که بتوانند آن را به بهترین شکل مدیریت کنند. وینما (Veenema) نیز تأکید می‌کند سازمان‌های ذی‌ربط آمریکا باید از اقدامات بالینی پرستاری در هنگام بحران حمایت کنند تا استانداردهای بحرانی مراقبت را منعکس کنند و موانع مشترک تمایل پرستاران برای پاسخ به یک بحران را برطرف سازند (۲۵).

مدیریت پرستاری در حوادث و بلایا قابل چشم پوشی نیست با این وجود تحقیقات در این زمینه در حد جزئی موجود است. یافته‌های کیفی در مطالعه حاضر نشان داد مدیریت پرستاری در

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

حوادث و بلایای ایران مفهومی است که نه تنها نیازمند دانش و مهارت است بلکه انسان شناختی متفاوت مدیران پرستاری ایران سبب می‌شود درک و معنای رهبری در اکولوژی مراقبتی انواع بحران مدل سیستمی نیروی انسانی و مدیریت آشوب را متفاوت رقم بزند. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد آموزش مدیران پرستاری در قالب دوره‌های فلوشیپ پس از فارغ التحصیلی برای پرستاران مستعد در نظر گرفته شود، همچنین حداقل ۲ واحد درسی مدیریت حوادث و بلایا برای مقطع کارشناسی در ایران منظور گردد و تدبیری جهت برنامه‌ریزی پرورش و به کارگیری مدیران پرستاری از میان افراد مستعد در کشور لحاظ شود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای پدیدار شناختی در زمینه تیم‌های واکنش سریع و مدیریت تیم‌های عملیاتی در بحران و بلایای ایران انجام دهند. همچنین از یافته‌های این پژوهش می‌توان در تدوین پروتکل مدیریت در بحران‌ها و بلایای ایران با رویکرد تأثیرگذاری مدیریت پرستاری بهره جست.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکترای مدیریت آموزشی می‌باشد. بدین ترتیب از اساتید بزرگ پرستاری کشور و مدیران فعال پرستاری در بحران‌های گذشته و اکنون ایران قدردانی می‌گردد. همچنین از دوست عزیز و استاد گرانقدر سرکار خانم دکتر فتانه قدیریان که در تحقق اهداف این مقاله همراه و یاری گر بودند، سپاسگزارم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1- Wheatley S, Sovacool B, Sornette D. Of Disasters and Dragon Kings: A Statistical Analysis of Nuclear Power Incidents and Accidents. Risk Anal. 2017;37(1):99-115. http://dx.doi.org/10.1111/risa.12587 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27002746

2- Jahangiri K, Tabibi S, Maleki M, Alamdari S. [A Comparative Study on Community-Based Disaster Management (Cbdm) In Selected Countries and Proposing a Model for Iran]. Payesh. 2009;8(1):49 - 57.

3- Khankeh H, Fallahi M, Ranjbar M, Ahmadi F. Health Disaster Management with Emphasis on Rehabilitation. Achives of Rehabilitation. 2008;9(2):72-66. http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-258-en.html

4- Bartholdson S, von Schreeb J. Natural Disasters and Injuries: What Does a Surgeon Need to Know? Curr Trauma Rep. 2018;4(2):103-8. http://dx.doi.org/10.1007/s40719-018-0125-3 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29888166

5- Haslam C, O'Hara J, Kazi A, Twumasi R, Haslam R. Proactive occupational safety and health management: Promoting good health and good business. Safety Science. 2016;81:99-108. http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2015.06.010

6- Abdelghany Ibrahim FA. Nurses Knowledge, Attitudes, Practices and Familiarity Regarding Disaster and Emergency Preparedness – Saudi Arabia. American Journal of Nursing Science. 2014;3(2):18. http://dx.doi.org/10.11648/j.ajns.20140302.12

7- Soltani T, Baghianimoghadam MH, Ehrampoush MH, Baghian N, Jafari A. [Knowledge, Attitude, and Performance of Nurses' Crisis Management in Natural Disasters in Yazd City]. 2016;5(3):195-201.

8- Diaz AL, McMillin JD. A definition and description of nurse abuse. West J Nurs Res. 1991;13(1):97-109. http://dx.doi.org/10.1177/019394599101300107 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1998261

9- Diab GM, Mabrouk SM. The effect of guidance booklet on knowledge and attitudes of nurses regarding disaster preparedness at hospitals. Journal of Nursing Education and Practice. 2015;5(9). http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v5n9p17

10- Fatemi NL, Moonaghi HK, Heydari A. Exploration of nurses' perception about professionalism in home care nursing in Iran: a qualitative study. Electron Physician. 2018;10(5):6803-11. http://dx.doi.org/10.19082/6803 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29997765

11- Corless IB, Nardi D, Milstead JA, Larson E, Nokes KM, Orsega S, et al. Expanding nursing's role in responding to global pandemics 5/14/2018. Nurs Outlook. 2018;66(4):412-5. http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2018.06.003 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30031544

12- Vasli P, Dehghan Nayeri N. [Perspectives of Nurses on Nature, Causes and Consequences of Crisis in Emergency Departments: a Qualitative Study]. J H. 2015;20(4):62-76.

13- Drennan VM, Calestani M, Ross F, Saunders M, West P. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. BMJ Open. 2018;8(6):e021931. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021931 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29880574

14- Shabab S, Arab Z, Abasabadi AG, Motaghian A. Assessing

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]

Clinical Skill of Nurses in Crisis in Selected Military Hospital in Mashhad. Military Caring Sciences. 2019;5(4):247-54. http://dx.doi.org/10.29252/mcs.5.4.247

15- Hatami M, Mahmoudi GH, Abedi GH. The Ability of Selected Hospitals in Crisis Management. J Mazandaran Univ Med Sci 2017;26(144):324-8. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-9274-en.html

16- Rahmati H, Rambod M, Zare M, Moradian MJ. The effect of crisis management training in traffic accidents with a high rate of mortality using simulated training on knowledge and attitude of nursing personnel. I J Emer Medic. 2018;5(1):18.

17- Smith JA, Osborn M. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. Br J Pain. 2015;9(1):41-2. http://dx.doi.org/10.1177/2049463714541642 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26516556

18- Imami Sigaroodi A, Dehghan Niri N, Rahnavard Z, Nouri S. [Qualitative research methodology: phenomenology]. JHNAM. 2012;2:56-63

19- Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. Perspect Med Educ. 2019;8(2):90-7. http://dx.doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30953335

20- Knebel AR, Toomey L, Libby M. Nursing leadership in disaster preparedness and response. Annu Rev Nurs Res. 2012;30(1):21-45. http://dx.doi.org/10.1891/0739-6686.30.21 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24894051

21- Ghadirian F, Peyravi H, Parsa Yekta Z. [The Wisdom of Care: Iranian Nursing Genealogy in the Period of Sacred Defense]. 1th ed. Tehran: Publication of sociologists; 2016.

22- Coppens I, Verhaeghe S, Van Hecke A, Beeckman D. The effectiveness of crisis resource management and team debriefing in resuscitation education of nursing students: A randomised controlled trial. J Clin Nurs. 2018;27(1-2):77-85. http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13846 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28401617

23- Shinchi K, Matsunaga H, Fukuyama Y. Proposal of a Model of Disaster Medical Education for Practical Risk Management and Disaster Nursing: The SINCHI Education Model. Prehosp Disaster Med. 2019;34(4):438-41. http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X19004564 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31337462

24- Potira S, Siskou O, Spinthouri M, Theodorou M. Factors influencing nurses' intention to leave their profession in the midst of the economic crisis in Greece. Advanced Practices in Nursing. 2019;4(1):1-7.

25- Veenema TG, Losinski SLA, Newton SM, Seal S. Exploration and development of standardized nursing leadership competencies during disasters. Health Emergency and Disaster Nursing. 2017;4(1):26-38. http://dx.doi.org/10.24298/hedn.2015-0016

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-07-31]

[DOI: 10.52547/mcs.8.1.13]