

Disasters Characteristics; An Effective Factor in Risk Perception of Healthcare Middle Managers in Armed Forces: A Qualitative Study

Otoufi. M¹

*Sharififar. S²

Pishgooie. SAH³

Habibi.H⁴

1- MSc Student in Emergency Nursing, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- (*Corresponding Author) Ph.D., Health in Disasters and Emergency, Instructor, Health in Disasters and Emergency Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: s_sharififar@yahoo.com

3- Ph.D., of Nursing, Assistant Professor, Critical care Nursing Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- MSc in Nursing, Instructor, Pediatric Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: According to the increasing incidence of disasters in all countries and the emphasis on the Sendai framework for disaster risk reduction, recognizing such risks is an important step in increasing preparedness. Evidence suggests that healthcare system is not ready to deal with disasters. Disaster risk perception is a new and contextual concept, and no research is yet conducted in this area in Iran.

Objective: The present study aimed at identifying the characteristics of disasters as an effective factor in risk perception of healthcare middle managers in armed forces.

Materials and Methods: The current qualitative study was conducted in 2018 using the Graneheim & Lundman conventional content analysis. Data were collected using in-depth semi-structured interviews. The interviews continued until data saturation. The interviews were immediately transcribed and coded into semantic units to form categories and subcategories based on similarities and differences. Participants were 20 healthcare middle managers in armed forces with a variety of specialties.

Results: After analyzing 20 semi-structured interviews with the healthcare middle managers, semantic units were summed up in 125 codes and 18 subclasses; then the subclasses were explained in three factors of inside hospital, outside hospital, and type of disaster.

Discussion and Conclusion: The obtained results represented different aspects of disasters and their impacts on the risk perception of healthcare middle managers in armed forces. Disasters, in particular, political riots, inside and outside hospital disputes, as well as certain events such as holding elections and political-religious gatherings may affect the risk perception of managers and, consequently, their measures even before they become a threat to armed forces health organizations. It seems that the differences are related to the underlying conditions of Iran, especially the armed forces medical organizations.

Keywords: Content Analysis, Disasters, Healthcare System, Middle Managers, Risk Perception.

ویژگی‌های بلایا عاملی مؤثر در درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح: نتایج یک مطالعه کیفی

مریم عطوفی^۱، *سیمین تاج شریفی فر^۲، سید امیرحسین پیشگوی^۳، هنگامه حبیبی^۴

چکیده

مقدمه: با توجه به افزایش وقوع بلایا در تمام کشورها و تأکید چارچوب کاهش خطر بلایای سندای (Sendai Framework) مبتنی بر کاهش آسیب‌پذیری، درک از خطر گامی مهم در افزایش آمادگی است. شواهد نشان می‌دهند سیستم‌های بهداشت و درمان در رویارویی با بلایا آماده نیستند. درک از خطر بلایا مفهومی جدید و وابسته به زمینه و فرهنگ است و در این حیطه تاکنون پژوهشی در ایران انجام نشده است.

هدف: هدف از این مطالعه شناخت ویژگی‌های بلایا به عنوان عاملی مؤثر در درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کیفی در سال ۱۳۹۷ به شیوه تحلیل محتوای قراردادی به روش گرین‌هیم و لودمن (Ludman & Graneheim) انجام شد. روش گردآوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق بود. مصاحبه‌ها تا اشباع اطلاعات پژوهشگر ادامه یافت. بلافاصله مصاحبه‌ها به صورت متن درآمد و واحدهای معنایی کدگذاری شده و با توجه به اشتراکات و تفاوت‌ها زیر طبقات و طبقات شکل گرفتند. مشارکت کنندگان ۲۰ نفر از مدیران رده میانی نظام سلامت نیروهای مسلح با طیفی از تخصص‌های مرتبط بودند.

یافته‌ها: با تجزیه و تحلیل ۲۰ مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق، مدیران میانی نظام سلامت، واحدهای معنایی در ۱۲۵ کد و ۱۸ زیر طبقه شکل گرفت، این زیر طبقات در سه طبقه عوامل داخل بیمارستانی، عوامل خارج بیمارستانی و نوع بلایا تبیین شدند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر جنبه‌های متفاوتی از بلایا و تأثیر آن بر درک خطر مدیران میانی نظام سلامت نیروهای مسلح می‌باشد. بلایای انسان ساخت و به ویژه شورش‌های سیاسی، منازعات خارج و داخل بیمارستانی و همچنین رویدادهای خاص مانند برگزاری انتخابات و تجمعات سیاسی-مذهبی حتی قبل از اینکه تبدیل به خطری برای سازمان‌های بهداشتی نظامی شوند بر درک از خطر مدیران و به تبع آن بر اقدامات آنان تأثیر دارند. به نظر می‌رسد این تفاوت‌ها مربوط به زمینه کشور ایران و به خصوص سازمان‌های بهداشتی نیروهای مسلح می‌باشد.

کلمات کلیدی: بلایا، تحلیل محتوا، سیستم بهداشتی، درک از خطر، مدیران میانی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال ششم ■ شماره ۳ ■ پاییز ۱۳۹۸ ■ شماره مسلسل ۲۱ ■ صفحات ۲۱۵-۲۲۷
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۱۹
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۶
تاریخ انتشار: ۹۸/۹/۳۰

مقدمه

می‌تواند به صورت طیفی از یک اختلال جزئی در ارتباطات میان

تعداد وقوع رویداد بلایا در جهان رو به افزایش است (۱، ۲). بلا عناصر اجتماعی تا تخریب کامل زیرساخت‌ها بروز کند. در این

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اوژانس، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

۲- دکترای سلامت در بلایا، مربی، گروه سلامت در بلایا، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: s_sharififar@yahoo.com

۳- دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

۴- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، گروه کودکان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران.

شرایط به دلیل ناکافی بودن منابع و آمادگی، جوامع و سیستم‌های بهداشتی را با چالش روبرو کرده و نیاز به کمک‌های خارج سازمانی احساس می‌شود (۳). بلایا به دو دسته‌ی بلایای طبیعی (Natural Disaster) و انسان‌ساخت (Man-Made Disaster) تقسیم می‌شوند (۴). بلایای طبیعی پدیده‌هایی غیرقابل اجتناب هستند و می‌توانند تأثیرات گوناگونی را برای دولت‌ها پیش روی آورند. از سوی دیگر بلاهای انسان‌ساخت رو به افزایش است که این خود به دلیل گرایش به سمت جنگ‌های نوین، افزایش بلایای فناوری‌زاد (Technological) و اقدامات تروریستی می‌باشد (۵). اکثر قریب به اتفاق بلایا تقاضای مراقبت‌های بهداشتی را افزایش می‌دهند؛ زیرا خدمات بهداشتی ارائه شده در پاسخ به بلایای طبیعی عامل اصلی بقای انسان‌ها بوده و بسیاری از افراد آسیب‌دیده در بلایا از خدمات درمانی بیمارستان‌ها بهره‌مند می‌شوند. بیمارستان‌ها، سازمان‌های اصلی پاسخگو در ارائه مراقبت‌های بهداشتی در هنگام وقوع بلایا هستند و به برنامه‌های اختصاصی برای پاسخ به چنین شرایطی نیاز دارند بنابراین آمادگی در سیستم بهداشت و درمان ضروری است (۶). شواهد نشان می‌دهد که در همه کشورها میزان مواجهه افراد و سرمایه‌ها در برابر بلایا بسیار سریع‌تر از کاهش آسیب‌پذیری صورت گرفته است که در نتیجه این امر خطرهای جدیدی به وجود آمده و خسارات ناشی از بلایا به‌طور مستمر افزایش یافته است. به‌گونه‌ای که تأثیرات شدید اقتصادی، اجتماعی، سلامت، فرهنگی و زیست محیطی را در کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت در سطح جامعه بر جای گذاشته است (۷).

با توجه به این موضوع برای رسیدن به سطح آمادگی مطلوب و کاهش آسیب‌پذیری، شناسایی و تشخیص تمام خطرات احتمالی و عواقب آن حائز اهمیت می‌باشد ضروری است مدیران و مسئولان سازمان‌ها در تمام سطوح درک مناسبی از مخاطرات سازمانی خود داشته باشند (۸). تا زمانی که مدیران درک مناسبی از مخاطرات پیش روی خود نداشته باشند، حتی با افزایش منابع، دستیابی به آمادگی در بلایا بعید به نظر می‌رسد. اهمیت کاهش خطر بلایا تا حدی است که در بازه‌های زمانی مشخص، اسناد بین‌المللی در زمینه مدیریت بحران تنظیم می‌گردد که از سوی تمام جوامع و حکومت‌ها لازم‌الاجرا است. یکی از جدیدترین چارچوب کاهش خطر بلایای سندای می‌باشد که در سال ۲۰۱۵

جهت ایجاد تاب‌آوری ملل و جوامع در مقابل بلایا تصویب شده است و تا سال ۲۰۳۰ سندیت دارد. در این بیانیه مفهوم درک از خطر برای آمادگی و کاهش آسیب‌پذیری به طور ویژه، مورد توجه قرار گرفته است (۵). بر طبق چارچوب کاهش خطر بلایای سندای سیاست‌ها و رویه‌های مدیریت خطر بلایا باید بر پایه شناخت و درک خطر بلایا در تمامی ابعاد آسیب‌پذیری، ظرفیت، در معرض خطر بودن اشخاص و سرمایه‌ها، ویژگی‌های مخاطرات و نیز محیط زیست می‌باشد. چنین دانشی می‌تواند برای اهداف ارزیابی خطر پیش از وقوع بلایا، پیشگیری و کاهش آثار بلایا و نیز توسعه و اجرای برنامه‌های آمادگی و پاسخگویی مؤثر در برابر بلایا، مورد استفاده واقع شود (۹). مطالعه‌ای توسط کلیف و همکارانش (J Cliff, B. et al) با عنوان «آیا ارتباطی بین ادراک خطر و آمادگی بلایا در بیمارستان‌های ایالات متحده وجود دارد؟» در بیمارستان‌های ایالات متحده آمریکا انجام شد، بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیمارستان‌های آمریکا با توجه به امکانات و منابع زیاد در هنگام بروز بلایا آمادگی لازم را ندارند (۱۰). مطالعه‌ای توسط الزهرانی و همکارانش (Alzahrani) با عنوان «آمادگی پرستاران اورژانس در بلایا و گردهمایی‌های بزرگ: بررسی مقطعی درک پرستاران اورژانس در بیمارستان‌های مکه، عربستان سعودی» در بیمارستان‌های عربستان سعودی انجام شده و نشان داد پرستاران در مورد درک خطر بلایا آگاهی محدودی داشته و آمادگی لازم در بلایا وجود ندارد (۱۱). در میان مؤلفه‌های متعدد مدیریت بحران در بلایا مهم‌ترین نقش را مراکز درمانی به عنوان اصلی‌ترین سازمان بر عهده دارند و ارائه طرح‌های آمادگی و استراتژی‌های مقابله با بلایا تأثیرات چشمگیری در کاهش تلفات جانی خواهد داشت (۱۲). بررسی شناسایی مخاطرات و آمادگی بیمارستان‌های کشور نیز نشان می‌دهد که با وجود دستورالعمل‌های موجود، درک از خطر و به طبع آن میزان آمادگی مراکز درمانی ایران در سطح ضعیفی قرار دارد و سردرگمی و عدم مدیریت صحیح شایع‌ترین مشکل در هنگام بروز بلایا است (۱۳). بر اساس پژوهش‌های انجام شده تاکنون مطالعه جامعی در مورد بررسی میزان درک از خطر مدیران در نظام سلامت انجام نشده است (۱۴). ویژگی‌های بلایا در بیمارستان‌های نظامی به دلیل تنوع مأموریت‌هایشان بسیار گسترده بوده و آمادگی بیمارستان‌های نظامی نسبت به سایر

ارتباط بین سطوح عالی (مقامات) و سرپرستی را بر عهده دارند، مدیران مشمول طرح مدیران و همتران آن‌ها مدیران سطح میانی محسوب می‌شوند. به عبارتی مدیران کل، مدیران و معاونین ایشان، سوپروایزرها و سرپرستاران در زمره مدیران سطح میانی می‌باشند (۲۵، ۲۶).

افراد کلیدی (Key Person) در این طرح به صورت متخصصان دانشگاهی، افراد با تجربه، مدیران میانی بیمارستان شامل معاون درمان، معاون اداری، مدیر مالی، مدیر خدمات، مدیر پرستاری و سرپرستاران بخش‌ها، افراد عملیاتی و افرادی که تجربه مدیریت بحران‌ها را داشتند بود. مشارکت کنندگان را ۲۰ نفر از مدیران رده میانی نظام سلامت نیروهای مسلح با طیفی از تخصص‌های مرتبط تشکیل دادند. اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق استفاده شد. قبل از انجام مصاحبه رضایت کتبی اخذ شد. هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول کشید. محل مصاحبه در یک اتاق خصوصی (مکانی آرام) انجام شد. به منظور استفاده دقیق از اطلاعات مصاحبه‌ها ضبط شد و پس از پیاده‌سازی کلمه به کلمه صداهای ضبط شده جهت حفظ محرمانه بودن اطلاعات مشارکت کنندگان پاک گردید. از روش نمونه‌گیری هدفمند در این پژوهش استفاده شد. در ادامه پژوهش، از نمونه‌گیری به روش

بیمارستان‌ها برای کلیه پرسنل از مدیران گرفته تا پرستاران بسیار حائز اهمیت است (۱۵). با شناخت مخاطرات محیطی و درک از خطر اقدامات مناسب جهت کاهش آسیب‌پذیری بلایا با فراهم آوردن زیرساخت مناسب انجام می‌گردد (۱۰).

مرور مطالعات نشان داد، میزان آمادگی بیمارستان‌های نظامی در ایران در حد مطلوبی نیست (۱۳، ۱۶-۱۹). به نظر می‌رسد پایه‌ای‌ترین عنصر برای انجام اقدامات آمادگی، پاسخ و بازتوانی ارتقاء مناسب درک از خطر افراد در کلیه سطوح مدیریتی، مدیریت بلایا می‌باشد (۲۰).

با توجه به تاکید اسناد بین‌المللی در مورد اهمیت درک از خطر و تعهد کشور ایران در زمینه اقدامات مبتنی بر این مقوله، ابتدا لازم است ویژگی‌های بلایا به عنوان عاملی تأثیرگذار در نظام سلامت ایران با توجه به زمینه موجود در این کشور تبیین شده و تعریفی جامع و واحد در مقوله شناخت بلایا از دید ذینفعان استخراج گردد (۲۱). مفهوم درک از خطر در ادبیات مدیریت بلایا جدید است. به دلیل نبود دانش انتزاعی و پیچیده بودن موضوع و وابسته بودن آن به زمینه و فرهنگ جامعه پژوهشگران بر آن شدند تا این پژوهش را به صورت کیفی انجام داده و ویژگی‌های بلایا را به عنوان عاملی مؤثر بر درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت در حوزه مدیریت بحران تبیین نمایند.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع تحلیل محتوای کیفی با رویکرد قراردادی است. هدف تحلیل محتوا، توصیف آن چیزی است که در زمان و مکان معین درباره‌ی یک موضوع معین، با حداکثر عینیت، دقت و عمومیت ممکن، عنوان شده است (۲۲). تحلیل محتوای روشی برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی از طریق فرایندی سیستماتیک جهت کدگذاری و تبیین تم‌ها و الگوها است. هدف این رویکرد تقلیل داده‌ها، سازماندهی، تسهیل و توسعه تئوری است (۲۳). برای تحلیل محتوای قراردادی در این مطالعه به روش گرانهمیم و لودمن استفاده شد (۲۴).

عرصه مطالعه مدیران رده میانی نظام سلامت در بیمارستان و ستادهای نیروهای مسلح در سال ۱۳۹۷ بودند. مدیران سطح میانی آن دسته از مدیرانی می‌باشند که وظیفه هماهنگی و ایجاد

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک مشارکت کنندگان

ویژگی مورد سنجش		فراوانی	درصد فراوانی
جنس	زن	۱۱	٪۵۵
	مرد	۹	٪۴۵
سن	۳۰-۴۰	۸	٪۴۰
	۴۰-۵۰	۸	٪۴۰
	≥ ۵۰	۴	٪۲۰
تحصیلات	دکتری تخصصی	۳	٪۱۵
	تخصص پزشکی	۲	٪۱۰
	کارشناس ارشد	۶	٪۳۰
	کارشناسی	۹	٪۴۵
محل خدمت	ستاد	۲	٪۱۰
	دانشگاه	۱	٪۵
	بیمارستان	۱۷	٪۸۵

متون اجرا گردید. در طی فرآیند کدگذاری نیاز بود کدگذاری مرتباً تکرار شود تا از جهت‌گیری شخصی در معانی کدها جلوگیری شود. کدگذاری تا زمانی که داده‌های جدید به دست آیند ادامه یافت، ممکن بود (حتی، حتماً) که مضامین و مفاهیم جدید استخراج شده و به راهنمای کدگذاری اضافه گردند. در این پژوهش پس از اتمام کدگذاری، ورود اطلاعات به رایانه، تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت دستی انجام شد.

دقت علمی و اعتبار داده‌ها (Rigor)

سنجش اعتبار، انتقال‌پذیری، قابلیت اعتماد و تأیید پذیری می‌تواند منجر به افزایش اعتبار نتایج تحقیق گردد. در این مطالعه برای افزایش اعتبار تحلیل محتوا از ترکیب چندین روش استفاده شد. پژوهش در مدت شش ماه انجام شد. در تمام مدت انجام مصاحبه‌های عمیق با روش فردی در جلسات متعدد، حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت کنندگان، اطمینان بخشیدن به مشارکت کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی آن‌ها در ترک پژوهش در سرتاسر مراحل آن قابلیت اعتبار داده‌ها را تقویت نمودند (۲۸). جهت افزایش قابلیت اعتماد داده‌ها علاوه بر آن ضبط کلیه مصاحبه‌ها و تبدیل آن‌ها به نسخ مکتوب، بازبینی داده‌ها توسط تعدادی از مشارکت کنندگان (Member Check) و مدیران میانی مطلع و با تجربه و اعضای هیئت علمی مطلع در زمینه تحلیل تحقیقات کیفی که در تحقیق شرکت نداشته‌اند، انجام شد. علاوه بر آن توافق بین اساتید راهنما و مشاور برای ۹۰ درصد کدگذاری‌ها، پس از بازبینی آن‌ها در جلسات متعدد جهت افزایش صحت داده‌ها انجام گردید. با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و پوشش دادن کلیه مدیران رده میانی نظام سلامت بر قابلیت انتقال یافته‌های پژوهش افزوده شد. مراحل اجرایی کار به روشنی و وضوح ارائه گردید. تا روند پژوهش قابل پیگیری باشد تا سایرین بتوانند در مورد تناسب فرآیند تحقیق به قضاوت بنشینند. ارائه بخشی از یافته‌ها طی جلسات پیرامون روند مصاحبه، سؤالات و کدها و نحوه طبقه‌بندی کدهای اولیه ارائه شد و به این ترتیب با به کارگیری نظرات کارشناسان بر صحت و استحکام داده‌ها افزوده شد. برای قابلیت تأیید پذیری پژوهشگر در تمام مراحل جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از سوگرایی اجتناب نموده. جهت اطمینان از حصول این

گلوله برفی استفاده شد. مصاحبه با مدیران میانی نظام سلامت تا جایی ادامه یافت که اشباع اطلاعاتی حاصل شد و اطلاعات جدیدی به دست نیامد. در مطالعات کیفی از جمله تحلیل محتوای کیفی اغلب نگرانی در رابطه با تعیین حجم نمونه قبل از آغاز مطالعه، وجود ندارد و محقق در این مطالعات در جستجوی افراد کلیدی یا حوادث و شرایطی است که بتواند غنی‌ترین داده‌ها را فراهم نماید. نقطه قوت این گونه مطالعات عمیق بودن یافته‌های آن است (۲۷). پس از اشباع داده‌ها، به طوری که در دو مصاحبه آخر کدهای تکراری به دست آمد مصاحبه‌ها به پایان رسید. در این مطالعه مجموعاً با ۲۰ نفر مصاحبه شد. هدف از انجام این مصاحبه‌ها استخراج ویژگی‌های بلایا از نظر مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح بود.

سؤالات بر اساس پاسخگویی مشارکت‌کننده و نتیجه تحلیل‌های قبلی، سؤالات بعدی به صورت باز پرسیده می‌شد. هر چند سؤالات پژوهش در حین انجام مصاحبه‌ها تغییر می‌کرد ولی چند مورد از سؤالات به شرح ذیل می‌باشد:

- به نظر شما در چه مواقعی سیستم هشدار بحران در سازمان شما فعال می‌گردد؟
- شما چه رویدادهایی را بلا می‌دانید؟
- آیا شما تا به حال تجربه شرکت در بلایا را داشته‌اید؟
- به نظر شما درک از خطر مدیران چطور می‌تواند به کنترل بلایا کمک کند؟

پس از کسب رضایت آگاهانه در موضوع مشارکت در مطالعه و ضبط صدا، مصاحبه عمیق و نیمه ساختار انجام شده و فایل‌های صوتی آن‌ها با حداقل فاصله زمانی به متن تبدیل شد. بعد از گوش دادن و مطالعه مکرر صوت و متن مصاحبه‌ها، واحدهای معنایی تعیین و کدگذاری شدند. پس از حصول اطمینان از استخراج متغیرها، مجموعه‌ای از متغیرها به انضمام تعاریف عملیاتی فراهم شد که می‌توان آن‌ها را «دستورالعمل مقدماتی» کدگذاری نمود. اطلاق واژه‌ی (مقدماتی) به این دلیل است که این دستورالعمل هنوز به طور کامل عملیاتی نشده و به اصطلاح خام بود. در واقع این دستورالعمل نتیجه‌ی تمامی مطالعات نظری محقق بود و لازم بود که پیش از شروع کدگذاری اصلی، در عمل اصلاح و تعدیل شود. زمانی که پائینی مناسب به دست آمد، قوانین کدگذاری برای تمام

در این پژوهش بود، به عقیده مشارکت کنندگان بحران‌های داخل بیمارستانی یکی از ویژگی‌های بلایا است که بر چگونگی درک از خطر مدیران تأثیر گذار می‌باشد. بحران‌های داخل بیمارستان با افزایش تعداد مراجعین، افزایش تعداد مرگ و میر و تعدد مراجعین به دلیل ابتلا به یک بیماری و یا شکایت خاص و عدم ایمنی سازه‌ای و ایجاد هراس از نایمن بودن سازه می‌تواند بر درک آن‌ها از بلایا تأثیر گذار باشد.

افزایش تعداد مراجعین: تحلیل داده‌ها نشان داد که در بحران‌های داخل بیمارستانی نیروهای مسلح، افزایش تعداد مراجعین به عنوان عاملی تعیین کننده در درک خطر مدیران است. مراجعه تعداد زیادی از افراد به بیمارستان می‌تواند با افزایش درخواست منابع انسانی و تجهیزات بر روندهای مدیریتی بیمارستان مؤثر بوده و خدمات روتین بیمارستان را با چالش‌های جدی مواجه کند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در زلزله سال ۹۶ تهران با اینکه تلفات جانی یا خرابی نداشتیم با تعداد زیادی بیمار روبرو بودیم که به بیمارستان آمدند بخش‌ها پر شده بود و ما با تعداد زیاد بیمار در اورژانس روبرو بودیم.»

۱-۱- افزایش تعداد مرگ و میر

به عقیده مشارکت کنندگان، افزایش تعداد مرگ و میر خود به تنهایی می‌تواند بر درک خطر مدیران از بلایا مؤثر باشد. هنگامی که تعداد زیادی مرگ (بیش از تعداد معمول) در طی یک دوره زمانی رخ می‌دهد، حکایت از ورود به بحران دارد. آنان معتقد بودند باید برای رویدادهایی که می‌تواند چنین تأثیری داشته باشد، آماده بود.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«چند سال پیش من در ICU کار می‌کردم در طول دو هفته آمار مورتالیتی ما بالا رفت یعنی اول بیماران دچار سپسیس می‌شدند و بعد فوت می‌کردند پرسنل از این وضع خیلی ناراحت بودند تقریباً هر دو روز یک یا دو فوتی داشتیم بخش شرایط خوبی نداشت و همه چیز به هم خورده بود هر روز بازدید داشتیم و تا اینکه مشخص شد توی استریل کردن تجهیزات مشکل وجود دارد.»

۲-۱- افزایش تعداد یک بیماری خاص در بیمارستان

امر، بخشی از مصاحبه‌ها و رونوشت آن‌ها به همراه کدگذاری انجام شده در اختیار تعدادی از متخصصین در پژوهش‌های کیفی گذاشته شد تا صحت کدگذاری توسط آن‌ها تأیید گردد برای اینکه مطالعه قابل تکرار باشد محقق روش‌ها و فرآیند تحلیل را به‌طور کامل و درست پایش و گزارش نمود (۲۳، ۲۴، ۲۹، ۳۰).

این مطالعه توسط کمیته ملی اخلاق ایران با کد IR.AJAUMS. ۱۳۹۷.۰۲۳ به تأیید رسیده است. پژوهشگر در این مطالعه از اصول و تعهدات اخلاقی، داوطلبانه بودن شرکت افراد در مطالعه و ادامه حضور در آن، محرمانه باقی ماندن تمام مستندات مربوط به شرکت کنندگان در طرح، رعایت امانت در منابع اطلاعاتی استفاده شده، پاک کردن صدای مصاحبه شونده پس از ثبت گزارش و اخذ رضایت نامه کتبی از مصاحبه‌شونده و اخلاق نشر پیروی نمود.

یافته‌ها

پس از انجام مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی و تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد. با تجزیه و تحلیل ۲۰ مصاحبه نیمه ساختارمند عمیق، مدیران میانی نظام سلامت، واحدهای معنایی در ۱۲۵ کد خلاصه گردید و با توجه به اشتراکات و تفاوت کدها، ۱۸ زیر طبقه شکل گرفت. این زیر طبقات در سه طبقه عوامل داخل بیمارستانی، عوامل خارج بیمارستانی و نوع بلایا تبیین شدند. بر طبق یافته‌های این پژوهش بحران‌های داخل بیمارستانی از زیر طبقات: افزایش تعداد مراجعین، افزایش تعداد مرگ و میر در بیمارستان، افزایش تعداد یک بیماری خاص، عدم ایمنی سازه بیمارستان در بلایا تشکیل شد. در این پژوهش عوامل خارج بیمارستانی از زیر طبقات: شدت و وسعت آسیب، ناگهانی بودن، وحشت آفرینی، تکرار پذیری، منطقه جغرافیایی، افراد در معرض خطر، میزان در معرض خطر بودن، نیاز به پشتیبانی سایر قسمت‌ها تشکیل شد.

بر طبق یافته‌های این پژوهش نوع بلایا در نیروهای مسلح از زیر طبقات: منازعات داخل بیمارستانی، منازعات خارج بیمارستانی، تجمعات سیاسی-مذهبی، شورش‌های سیاسی، برگزاری انتخابات و بلایای طبیعی تشکیل شد.

۱- بحران‌های داخل بیمارستانی

بحران‌های داخل بیمارستانی یکی از طبقات اصلی به دست آمده

در ساعات اولیه رویداد بلا به منطقه برای مدیریت بلا، پشتیبانی، حمایت و حفظ امنیت شهروندان در منطقه دچار حادثه می‌باشد.

۲-۱- شدت و وسعت آسیب

به عقیده مشارکت کنندگان، شدت و وسعت آسیب از عوامل تأثیر گذار بر درک از خطر مدیران است. با افزایش شدت و بزرگی حادثه افراد بیشتری آسیب و اموال بیشتری دچار خسارت می‌شوند و این موضوع روی درک از خطر افراد تأثیر می‌گذارد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در بلایای طبیعی مثل زلزله از گله-سرپل ذهاب که منطقه وسیعی دچار آسیب شده بود ما برای پشتیبانی از عملیات امداد و نجات تجهیزات و نیروی انسانی به این مناطق اعزام کردیم و هم مراکز بهداشتی درمانی منطقه‌ای ما در حالت بحرانی بودند.»

۲-۲- ناگهانی بودن بلایا

به عقیده مشارکت کنندگان، ناگهانی بودن بلایا یکی دیگر از عوامل تأثیر گذار بر درک از خطر مدیران است. ناگهانی بودن وقوع بلایا باعث ایجاد احساس خطر در مدیران شده و باعث ایجاد آمادگی در سازمان‌های تحت نظر این مدیران می‌گردد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در فتنه سال ۸۸ من روز عاشورا منزل بوم و دیدم از بیمارستان مرتب با من تماس می‌گیرند وقتی به تلفنم جواب دادم فراخوان زدند و وقتی من خودم را بیمارستان رساندم هم دیدم که بیمارستان خیلی شلوغ است همکارانم هم از اینکه ناگهانی آماده باش خورده بودند ناراحت بودند خلاصه وضعیت پیچیده‌ای بود.»

۲-۳- وحشت آفرینی بلایا

به عقیده مشارکت کنندگان، وحشت آفرینی بلایا یکی دیگر از عوامل تأثیر گذار بر درک از خطر مدیران است. در هنگام وقوع بلایا هراس اجتماعی بیشتر می‌شود. هر چه هراس وحشت از وقوع بلایا بیشتر باشد درک خطر مدیران مؤثرتر می‌باشد.

«من بعد از زلزله از گله-سرپل ذهاب از طرف سازمان به منطقه اعزام شدم در آن جا بیمارستان صحرایی زده شده بود شب‌ها تعداد مراجعین ما خیلی زیاد بود و اکثراً خانم‌ها یا کودکان بودند

اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند هر گاه تعداد زیادی مراجعه به دلیل یک بیماری یا شکایت خاص در اورژانس یا سایر بخش‌های بیمارستان پذیرش می‌شود، می‌تواند بیمارستانی غیر آماده را با چالش روبرو کند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«چند سال پیش ما با مراجعه تعداد زیادی سرباز با علائم مشابه به اورژانس مواجه شدیم. تمام ۴۰ سرباز در یک سربازخانه بودند و دچار مسمومیت غذایی شده بودند و با اومدن این افراد این مورد برای بیمارستان ما و معاونت بهداشت باعث ایجاد بحران شد.»

۱-۳- عدم ایمنی سازه‌ای

به عقیده مشارکت کنندگان، فرسودگی سازه‌ای بیمارستان‌ها از عوامل تأثیر گذار بر درک از خطر مدیران است. با افزایش احتمال تخریب در بیمارستان‌های فرسوده، یک بحران خارجی به راحتی می‌تواند تبدیل به یک بحران داخلی شود.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«نبودن ثبات اقتصادی و عدم بودجه کافی برای بازسازی ساختمان بیمارستان یکی از مهمترین مخاطرات من است به دلیل فرسوده بودن قسمتی از بیمارستان احتمال وقوع هر نوع حادثه‌ای می‌باشد و با توجه به نزدیکی بیمارستان به گسل‌های اصلی مقاوم سازی بیمارستان یکی از مهمترین اقدامات می‌باشد به طوری که کارکنان شاغل در این قسمت‌ها همواره از این موضوع نگران هستند.»

۲-۲- بحران‌های خارج بیمارستانی

بحران‌های خارج بیمارستانی یکی دیگر از طبقات اصلی به دست آمده در این پژوهش بود، به عقیده مشارکت کنندگان بحران‌های خارج بیمارستانی یکی از عوامل تأثیر گذار بر درک از خطر مدیران می‌باشد. بحران‌های خارج بیمارستان با شدت و وسعت آسیب، ناگهانی بودن، وحشت آفرینی، تکرار پذیری، منطقه جغرافیایی، افراد در معرض خطر، میزان در معرض خطر بودن، نیاز به پشتیبانی سایر قسمت‌ها می‌تواند بر درک آن‌ها از بلایا تأثیر گذار باشد. به عقیده مشارکت کنندگان شناخت خصوصیات بلایا در نیروهای مسلح با توجه به نوع مأموریت‌هایشان بسیار مهم می‌باشد به طوری که در بیشتر بلایای طبیعی یکی از وظایف نیروهای مسلح ورود

که از ترس دچار حمله‌های عصبی می‌شدند.»

۲-۴- تکرار پذیری بلایا

به عقیده مشارکت کنندگان، تکرار پذیری بلایا یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر درک از خطر مدیران است. در هنگام وقوع بلایا هر چه بلا بیشتر تکرار شود عامل مؤثرتری در درک خطر مدیران می‌باشد. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت: «اوایل حضورم در کرمانشاه بعد از هر بار زلزله تعداد مراجعین به بیمارستان زیاد می‌شد ولی به مرور مردم به زلزله‌های کم ریشتر عادت کرده بودند و هنگام وقوع زلزله پناه می‌گرفتند.»

۲-۵- منطقه جغرافیایی

اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند هرگاه افراد در منطقه جغرافیایی زندگی می‌کنند که نوع خاصی از بلایا مکرر تکرار می‌شود نسبت به وقوع آن بلا آمادگی پیدا می‌کنند و در واقع زندگی در این گونه مناطق روی درک خطر مدیران تأثیرگذار می‌باشد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«من به عنوان مأموریت کرمان رفتم و یک شب برای بازدید به هجدک کرمان رفتم تا مرکز درمانی را بازدید کنم. همزمان با ورودم به مرکز زلزله آمد من که خیلی ترسیده بودم زیر میز رفتم ولی همکاران شاغل در آنجا را دیدم که خونسرد بودند و با خونسردی از درمانگاه خارج شدند.»

۲-۶- افراد در معرض خطر

اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند افراد در معرض خطر از لحاظ ترکیب سنی و یا جنسیت در درک از خطر مدیران عاملی مؤثر می‌باشد. در هنگام وقوع بلایا وجود سالمندان، کودکان و یا زنان در جمعیت در معرض خطر به دلیل احتمال آسیب بیشتر از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران می‌باشد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«چند سال پیش زمستان بود و وضعیت اضطراری اعلام شده بود من در اورژانس مشغول خدمت بودم حدود ساعت ۱۰ صبح بود که متوجه شدیم چند نفر از کودکان همکاران که در مهد کودک بودند

با علائم تنفسی به اورژانس آوردند به طوری که بخش کودکان پر شد و ما مجبور شدیم بقیه را با هماهنگی به بیمارستان‌های دیگر منتقل کنیم.»

۲-۷- میزان در معرض خطر بودن

اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند میزان در معرض خطر بودن نیز از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران می‌باشد. بدین معنا که هرچه میزان وقوع بلا در محل زندگی یا خدمت افراد بیشتر باشد و نسبت به آن خطر شناخت پیدا می‌کند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در زمان حضورم به عنوان امدادگر در زلزله کرمانشاه یکی از همکاران از استان فارس آمده بود در مدت دو هفته حضورم در منطقه ما هر ساعت زلزله را داشتیم من بسیار سراسیمه می‌شدم و کنترل خودم را از دست می‌دادم ولی همکارم با خونسردی در هنگام احساس زلزله پناه می‌گرفت به کارش ادامه می‌داد.»

۲-۸- نیاز به پشتیبانی سایر قسمت‌ها

به عقیده مشارکت کنندگان، نیاز به پشتیبانی سایر قسمت‌ها یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر درک از خطر مدیران است. از جمله عوامل تأثیرگذار بر درک از خطر مدیران نیاز به حمایت و پشتیبانی سایر مراکز جهت تأمین تجهیزات - امکانات و یا انتقال بیماران می‌باشد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در فتنه ۸۸ در یکی از روزهایی که آشوب شده بود مرتب زخمی برای ما می‌آوردند تقریباً روز خیلی شلوغی بود بیشتر بخش‌ها پر از بیمار بود و با این حال مرتب مجروح می‌آوردند تا جایی که دیگر ما نمی‌توانستیم پاسخگو باشیم در حالی که آمبولانس‌های زیادی با بیمار در حیاط بیمارستان بود.»

۳- نوع بلایا

نوع بلایا یکی از طبقات اصلی به دست آمده در این پژوهش بود. به عقیده مشارکت کنندگان نوع بلایا یکی از ویژگی‌های بلایا است که بر چگونگی درک از خطر مدیران تأثیرگذار می‌باشد. منازعات داخل بیمارستانی، منازعات خارج بیمارستانی، تجمعات سیاسی -

از استان‌ها رفته بودم در آنجا زمان بازدید اعلام کردند درگیری قبیله‌ای اتفاق افتاده و مجروحین و متهمین باید به بیمارستان نظامی منتقل شوند و بیمارستان در حالت آماده باش قرار گرفت.»

۳-۳- تجمعات سیاسی-مذهبی

اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند تجمعات سیاسی-مذهبی نیز از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران می‌باشد. با توجه به زمینه کشور ایران و وقوع راهپیمایی‌ها و گردهمایی‌های مختلف در تمام طول سال و ضرورت پشتیبانی تیم‌های امدادی در چنین تجمعاتی، مراکز درمانی نظامی به عنوان واحدهای امدادی در حالت آماده باش بوده و همواره تعدادی نیروی درمانی نیز اعزام می‌کنند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«من سال گذشته از طرف سازمان در قالب گروه‌های امدادی برای اربعین به مهران اعزام شدم و حدوداً یک هفته در آنجا بودیم. از بیمارستان ما حدوداً ده نفر به منطقه اعزام شدن که جدا شدن این تعداد از بخش‌ها با توجه به کمبود نیرو برای بیمارستان بحرانی بود.»

۳-۴- شورش‌های سیاسی

به عقیده مشارکت کنندگان در تمام شورش‌ها و بحران‌های سیاسی ایجاد شده در جامعه کلیه مراکز درمانی نظامی به لحاظ موضوعات امنیتی جهت ارائه خدمات درمانی به مصدومین و متهمین در حالت آماده باش می‌باشند که این امر از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران می‌باشد.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در فتنه سال ۸۸ تقریباً به مدت ۹ ماه ما در حال آماده باش در مرکز بودیم یا در گروه‌ها احضار فوری بودیم تا در صورت فراخوان مراجعه نماییم.»

۳-۵- برگزاری انتخابات

به عقیده مشارکت کنندگان برگزاری انتخابات یکی از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران می‌باشد. با توجه به زمینه کشور ایران و برگزاری دو سالانه انتخابات گوناگون و احتمال وقوع انواع حملات تروریستی، در هنگام برگزاری انتخابات مراکز درمانی نظامی در

مذهبی، شورش‌های سیاسی، برگزاری انتخابات و بلایای طبیعی می‌تواند بر درک آن‌ها از بلایا تأثیرگذار باشد. به عقیده مشارکت کنندگان با توجه به وضعیت سیاسی کشور بلایای انسان‌ساخت نسبت به بلایای طبیعی اهمیت بیشتری دارد.

۳-۱- منازعت داخل بیمارستانی

به عقیده مشارکت کنندگان منازعات داخل بیمارستانی از عوامل تأثیرگذار در درک از خطر مدیران می‌باشد: تحلیل داده‌ها نشان داد که نوع بلایا در نیروهای مسلح، منازعات داخل بیمارستانی به عنوان عاملی تعیین کننده در درک خطر مدیران است. افزایش تعداد مراجعین به بیمارستان و محدودیت منابع انسانی و تجهیزات و طولانی شدن لیست انتظار باعث افزایش میزان نارضایتی مراجعین می‌گردد که این عوامل از دلایل اصلی ایجاد منازعات داخل بیمارستانی می‌باشد که در روندهای مدیریتی بیمارستان مؤثر بوده و خدمات روتین بیمارستان را با چالش‌های جدی مواجه می‌کند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«با توجه به اعتماد مردم به مراکز درمانی نیروهای مسلح ما هر روز تعداد زیاد بیمار را به صورت بستری یا سرپایی پذیرش می‌کنیم و این در حالی است که امکانات ما پاسخگوی این تعداد بیمار نیست در نتیجه به دلیل درخواست زیاد برای بستری شدن و یا مراجعه سرپایی و لیست انتظار طولانی ما هر روز شاهد تعدادی نزاع به این صورت می‌باشیم و تقریباً این امر یکی از مشکلات هر روزه ما می‌باشد.»

۳-۲- منازعات خارج بیمارستانی

داده‌ها نشان داد که نوع بلایا در نیروهای مسلح، منازعات خارج بیمارستانی به عنوان عاملی تعیین کننده در درک خطر مدیران است. در هنگام وقوع منازعات اجتماعی مصدومین و متهمین موجود در این نوع از بلایا به دلیل مسائل امنیتی در بیمارستان‌های نظامی بستری می‌شوند که این امر عملکرد بیمارستان‌های نظامی مربوطه را در ارائه خدمات با چالش‌های جدی مواجه می‌کند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«من چند سال پیش برای بازدید بیمارستان منطقه‌ای به یکی

حالت آماده باش می‌باشند.

یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در زمان برگزاری هر نوع انتخابات گروه‌های احضار ما فراخوان می‌زند و ما در بیمارستان باید حضور داشته باشیم و یا در منزل منتظر فراخوان باشیم.»

۳-۶- بلایای طبیعی

به عقیده مشارکت کنندگان وقوع بلایای طبیعی از عوامل مؤثر

در درک از خطر مدیران می‌باشد و در هنگام وقوع بلایای طبیعی نیروهای مسلح با توجه به نوع مأموریتشان از اولین گروه‌های امدادی امنیتی هستند که باید در منطقه آسیب‌دیده حاضر شوند. یکی از مشارکت کنندگان اظهار داشت:

«در هنگام بروز بلایای طبیعی یا انسان ساخت اولین نیروهایی که برای امداد رسانی و حفظ امنیت در صحنه حاضر می‌شوند نیروهای مسلح می‌باشند. حتی یادم می‌آید سال گذشته با بارش برف به خاطر بسته شدن راه‌ها خیلی از پرسنل به بیمارستان نتوانستند



نمودار خصوصیات بلایا

سرکارشان حاضر شوند و این در حالی بود که آمار مراجعین ما هم به دلیل انواع تروماها زیاد شده بود. از یک طرف بخش‌ها پر بودند و از طرف دیگر پرسنل نداشتیم و یک موضوع ساده باعث به هم خوردن نظم بیمارستان شده بود.»

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه، کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد و به تبیین خصوصیات بلایا به عنوان عاملی مؤثر در درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح پرداخت. خصوصیات بلایا یکی از عوامل مؤثر در درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت می‌باشد که در سیستم‌های بهداشتی درمانی نظامی و غیرنظامی متفاوت است (۳۱). خصوصیات بلایا در سیستم‌های بهداشتی درمانی غیرنظامی با توجه به دستورالعمل‌های کشوری و مطالعات انجام شده شامل: حوادث ناگهانی و تکرار شونده، خسارت شدید مالی یا جانی که برای رفع آثار و عوارض آن نیاز به عملیات و اقدامات ویژه‌ای باشد و یا با افزایش مراجعه بیماران و مصدومین همراه می‌باشد (۳۲-۳۴).

بر طبق یافته‌های این مطالعه یکی از مأموریت‌های نیروهای مسلح در ایران امدادرسانی و کمک به مصدومین هنگام وقوع بلایا با امکانات نظامی و منابع بهداشتی می‌باشد. با توجه به این موضوع سیستم بهداشتی درمانی نیروهای مسلح در زمره اولین مراکز جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مصدومین می‌باشد. افزایش تعداد و زمان حضور بیماران و همراهان، شیوع یک بیماری خاص در طی وقوع بلایا و یا افزایش تعداد مرگ و میر ناشی از بلایا بیمارستان‌ها را به چالش می‌کشاند و هر کدام از این خصوصیات نوعی بحران داخلی برای بیمارستان‌ها، تلقی می‌گردد (۳۵)؛ بنابراین بیمارستان‌های نظامی در جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از مهمترین مراکز بهداشت و درمان کشور نقش ویژه‌ای را در بلایا بر عهده دارند. بر طبق یافته‌های این مطالعه درک از خطرات بالقوه تحت تأثیر ویژگی‌های منحصر به فرد خصوصیات خطر قرار دارد. خصوصیات خطرات خارج بیمارستانی با شدت و وسعت آسیب، ناگهانی بودن، وحشت آفرینی، تکرار پذیری، منطقه جغرافیایی، افراد در معرض خطر مشخص می‌گردد. با رشد جمعیت در مناطق مختلف جغرافیایی جمعیت در معرض

بلایای پیش‌بینی نشده و حوادث احتمالی، بیشتر شده و افراد بیشتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۶). در هنگام وقوع بلایا دو عامل افزایش هراس و وحشت از تکرار و عدم کنترل بلایا، در افزایش درک خطر در افراد مؤثر می‌باشد (۳۷، ۳۸). یکی دیگر از خصوصیات بلایا، افراد در معرض خطر هستند که با گسترش منطقه جغرافیایی وقوع بلا، میزان افراد در معرض خطر نیز افزوده می‌شوند (۳۹) همچنین شدت و وسعت و اثرات بالقوه آسیب وارده و منطقه جغرافیایی تحت تأثیر نیز باعث افزایش درک خطر افراد می‌گردد (۴۰، ۴۱). بسیاری از خصوصیات خطر، با طیف گسترده‌ای از خطرات همبستگی دارد. به عنوان مثال با افزایش تعداد بیماران و همراهان داخل بیمارستان، منازعات داخل بیمارستانی شیوع می‌یابد (۴۱). پژوهش نشان داد یکی دیگر از مخاطرات مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح با توجه به شرایط سیاسی، وجود انواع منازعات و شورش‌های سیاسی در جامعه و برگزاری انتخابات گوناگون می‌باشد که تقریباً هر دو سال در ایران شاهد آن می‌باشیم که این عوامل خاص نیروهای مسلح می‌باشد.

این پژوهش نشان داد ایران با توجه به شرایط مذهبی-سیاسی موجود، این گونه تجمعات مانند انواع راهپیمایی‌ها که در طول سال بارها تکرار می‌شوند یکی از مخاطرات اصلی برای مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح می‌باشد. نظیر این تجمعات مذهبی در سایر کشورها گردهمایی عظیم اربعین در عراق و یا برپایی مناسک حج در کشور عربستان می‌باشد که برای مراکز خدمات بهداشتی-درمانی آن مناطق به عنوان یک مخاطره تعریف می‌شود (۳۵). هدف اصلی بیمارستان‌ها از شناخت ویژگی مخاطرات و بلایا به حداقل رساندن خطر آسیب یا بیماری و به حداکثر رساندن ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان می‌باشد (۱۱).

با شناخت خصوصیات بلایا در سیستم‌های بهداشتی سیستم هشدار بحران و بلایا به موقع فعال گردیده و آمادگی در برابر بلایا و بحران‌ها ایجاد می‌گردد. به نظر می‌رسد خصوصیات بحران در نظام سلامت نیروهای مسلح نسبت به سایر سیستم‌های بهداشتی متفاوت می‌باشد (۳۱، ۳۳، ۳۴) به نظر می‌رسد بلایای انسان ساخت و به ویژه شورش‌های سیاسی، منازعات خارج و داخل بیمارستانی و همچنین رویدادهای خاص مانند برگزاری انتخابات و تجمعات سیاسی-مذهبی بر درک از خطر مدیران و آمادگی

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری اورژانس می باشد که در دانشکده پرستاری آجا به شماره ثبت ۵۹۷۳۹۹ در تاریخ ۱۳۹۷/۱/۲۷ به تصویب رسیده است. بر خود لازم می دانیم از تمامی مشارکت کنندگان در طرح که با صرف وقت کافی ما را در انجام مصاحبه ها و سایر نظرخواهی ها یاری کردند، تشکر نماییم.

تضاد منافع

بدین وسیله محققین تصریح می کنند که هیچ گونه تضاد منافع در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

آنان در بلایا مؤثر است. خصوصیات بلایا در نظام سلامت نیروهای مسلح کاملاً وابسته به زمینه (Content Based) کشور ایران بوده و لازم است تا مداخلاتی در خصوص ویژگی های بلایای انسان ساخت مستخرجه از این پژوهش انجام گیرد. در این مطالعه، خصوصیات بلایا از عوامل مؤثر بر درک از خطر مدیران میانی نظام سلامت در نیروهای مسلح به روش کیفی، تبیین و دسته بندی شده است و باید به ۱۸ زیر گروه آن دقت نموده و برنامه ریزی مناسب در این زمینه انجام گردد. به دلیل محدودیت پژوهشگران، عرصه این مطالعه مدیران میانی نظام سلامت نظامی در شهر تهران بودند. پیشنهاد می گردد این مطالعه در نظام سلامت سطح نیروهای مسلح در کل کشور انجام گردد.

References

- 1- IFRC witdS. What is a disaster? 2015 Available from: <http://www.ifrc.org/en/what-we-do/disaster-management/about-disasters/what-is-a-disaster/>.
- 2- Wildavsky A, Dake K. Theories of risk perception: Who fears what and why? *Daedalus*. 41-60. 1990.
- 3- Slovic P, Peters E. Risk Perception and Affect. *Current Directions in Psychological Science*. 2016;15(6):322-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>
- 4- Holton GA. Defining Risk. *Financial Analysts J*. 2019;60(6):19-25. <http://dx.doi.org/10.2469/faj.v60.n6.2669>
- 5- UNISDR. 2016-17 Biennium Work Programme Final Report. 2018.
- 6- Sullivan-Wiley KA, Short Gianotti AG. Risk Perception in a Multi-Hazard Environment. *World Development*. 2017;97:138-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.04.002>
- 7- Indicators UoBCSa. belgium: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). 2014
- 8- Ferrer R, Klein WM. Risk perceptions and health behavior. *Curr Opin Psychol*. 2015;5:85-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26258160
- 9- European Union. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 18 March 2015. Available from: https://ec.europa.eu/echo/partnerships/relations/european-and-international-cooperation/sendai-framework-disaster-risk-reduction_en.
- 10- Cliff BJ, Morlock L, Curtis AB. Is there an association between risk perception and disaster preparedness in rural US hospitals? *Prehosp Disaster Med*. 2009;24(6):512-7. <http://dx.doi.org/10.1017/s1049023x00007433> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20301069
- 11- Alzahrani F, Kyrtatsis Y. Emergency nurse disaster preparedness during mass gatherings: a cross-sectional survey of emergency nurses' perceptions in hospitals in Mecca, Saudi Arabia. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013563. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013563> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28400457
- 12- Mousavi S, Zaemipour M, Zali M. Evaluate Nurses' Capability Based on Accreditation Standards by Nursing Administrators at AJA-Military Hospitals During 2011. *J Nurse and Physician within War*. 2012;19:14-9.
- 13- Khanakeh H. Hospital Preparedness for Disaster and Disaster Country Program. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2014.
- 14- Rahmati-Najarkolaei F, Moeeni A, Ebadi A, Heidaranlu E. Assessment of a Military Hospital's Disaster Preparedness Using a Health Incident Command System. *Trauma Monthly*. 2016;22(2). <http://dx.doi.org/10.5812/traumamon.31448>
- 15- Djalali A, Castren M, Hosseinijenab V, Khatib M, Ohlen G, Kurland L. Hospital Incident Command System (HICS) performance in Iran; decision making during disasters. *Scandinavian J Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine*. 2012;20(1):14.
- 16- Mehrabi F, Ghasemi M, Rezaee M. The assessment of readiness indicators in military hospitals against natural disasters in Iran. *J Mil Med*. 2015;17(1):35-40.
- 17- Amerion A, Aghighi A, Tofghi S, Sadeghi AA, Shahedi A, Rasekh F. Assess the disaster preparedness of the selected military hospitals. *J Army Univ Med Sci*. 2014;11:353-6.
- 18- Seyedin SH, Zaboli R, Malmoon Z, Rajabifard F. General Hospital Managers' Perception Regarding Crisis Management at Iran and Tehran University of Medical Sciences. *J Hospital*. 2014;2(57):95-102.
- 19- Sadeghi M, Gholamhoseini L, Esmaeel Zali M, Mehrabi N, Nejati B. The Survey on the Vulnerability of Military Hospitals in Crisis Situation and War and Offer Suitable Solutions and Mission in These Situations in the Second Semester of 1391. *Paramedical Sci & Military Health*. 2015;10(1):24-30.

- 20- Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Why Study Risk Perception? *Risk Analysis*. 1982;2(2):83-93. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1539-6924.1982.tb01369.x>
- 21- Phibbs S, Kenney C, Severinsen C, Mitchell J, Hughes R. Synergising Public Health Concepts with the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction: A Conceptual Glossary. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(12). <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13121241> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27983666
- 22- Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology: Sage publications; 2018.
- 23- Adel Mehraban M. A review of qualitative content analysis and its application in research. Isfahan University of Medical Sciences & Health Services. 2015.
- 24- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769454
- 25- Hassanzadeh Rangi N, Allahyari T, Khosravi Y, Zaeri F, Saremi M. Development of an Occupational Cognitive Failure Questionnaire (OCFQ): evaluation validity and reliability. *Iran Occupational Health*. 2012;9(1):29-40.
- 26- Instructions Order on how to select professional executives, 579095 (13/4/1395).
- 27- Neuendorf KA, Kumar A. Content Analysis. *The International Encyclopedia of Political Communication* 2016. p. 1-10.
- 28- MSc1 M. Evaluation of qualitative data Reserch of Student at Sabzevar University of Medical Sciences. Winter 1390;44(3):50-6.
- 29- Sarmad ZA. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Publishing House; 1376.
- 30- Wilson V. Research Methods: Content Analysis. *Evidence Based Library and Information Practice*. 2016;11(1(S)). <http://dx.doi.org/10.18438/b8cg9d>
- 31- Chehry N. Emergency management and planning system in hospital. *Journal of the Army Medical Nursing Faculty*. 2011.
- 32- Khankeh HG. National Hospital Risk Management Guide Based on Accreditation Indicators. Education MoHaM. Ministry of Health and Medical Education. 2017.
- 33- 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. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2016;15(6):583-90.
- 34- Sabzghabaie A, Kondori A, Shojaei M, Hatamabadi H, Amini A. Hospital safety in hospitals affiliated with Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2011-13. *Pajoohandeh J*. 2013;18(2):83-7.
- 35- Khan I, McLeod RD. Managing hajj crowd complexity: Superior throughput, satisfaction, health, and safety. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review*. 2012;33(853):1-15.
- 36- Öztekin SD, Larson EE, Altun Uğraş G, Yüksel S, Savaşer S. Nursing educators' perceptions about disaster preparedness and response in Istanbul and Miyazaki. *Japan J Nurs Sci*. 2015;12(2):99-112. <http://dx.doi.org/10.1111/jjns.12054>
- 37- Slovic P, Weber E. Perception of risk posed by extreme events. 2002. *Regulation of Toxic Substances and Hazardous Waste (2nd edition)*(Applegate, Gabba, Laitos, and Sachs, Editors), Foundation Press, Forthcoming. 2016.
- 38- Slovic P. Perception of risk. *Science*. 1987;236(4799):280-5. <http://dx.doi.org/10.1126/science.3563507> www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3563507
- 39- Gurian PL. Risk perception, risk communication, and risk management. 2012.
- 40- Rohrmann B. Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: A conceptual appraisal. 15th International Emergency Management Society (TIEMS) Annual Conference 2008.
- 41- Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Characterizing perceived risk. *Perilous progress: Managing the hazards of technology*. 1985:91-125.