

تبیین مدل فرآیند محوری مدیریت سلامت در بحران: یک مطالعه کیفی

شهناز علیان عجم^۱، *علیرضا قاسمی زاد^۲، عباس قلتاش^۳

چکیده

مقدمه: هدف از مدیریت سلامت در بحران، ایجاد رویه‌ای یکپارچه در امر برخورد، مداخله و سالم‌سازی بعد از حوادث و بلایا در حوزه سلامت است. با توجه به اهمیت آمادگی بیمارستان‌ها در حوادث بحرانی، پژوهش حاضر در پی «تبیین مدل فرآیند محوری مدیریت سلامت در بحران» در بیمارستان‌ها با هدف پیشگیری و به حداقل رساندن آسیب‌های جانی، مالی ناشی از حوادث بحران‌های داخل و خارج بیمارستان‌ها بوده است.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش کیفی با رویکرد نظریه مبنا بود. انتخاب نمونه‌ها از میان کارکنان شاغل در بخش‌های درمانی و غیر درمانی و از طریق مصاحبه عمیق بود. جامعه آماری تحقیق شامل همه کارکنان بیمارستان توحید بوشهر بود که از میان آنها ۲۰ نفر از کارکنان درمانی، ۱۰ نفر مسئول بخش و ۵ نفر از کارشناسان و خبرگان در امر مدیریت بحران، به صورت هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا حدی ادامه یافت که اشباع داده‌ها حاصل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش کدگذاری (کدگذاری باز، محوری و گزینشی) انجام شد. اعتباریابی از روش قابلیت باورپذیری، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان‌پذیری و قابلیت تأییدپذیری صورت گرفت.

یافته‌ها: مؤلفه‌های فرآیند مدیریت طب بحران، شامل ارزیابی ریسک خطر، ارزیابی منابع، برنامه‌ریزی (پیشگیری، آمادگی، مقابله، بازسازی)، اثربخشی فرایند و ارتقاء فرایند هستند که در یک مدل نه مرحله‌ای مدیریت فرایند، طراحی شده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری: برای موفقیت در برنامه‌ریزی مدیریت سلامت در بحران در بیمارستان‌ها به یک روش ساماندهی مدیریت سلامت در بحران بر مبنای فرآیند محوری نیاز است. مدیریت فرآیندمحور، روشی منظم، شفاف و پایش‌پذیر است که جهت ارتقا و بهبود سلامت در مقابله با حوادث و بلایا پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: سلامت، طب بحران، بیمارستان‌ها، برنامه‌ریزی حوادث غیرمترقبه.

۱. دانشجوی دکترای مدیریت آموزشی، گروه مدیریت آموزشی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران
۲. استادیار، گروه مدیریت آموزشی، واحد کازرون، دانشگاه آزاد اسلامی، کازرون، ایران (مؤلف مسئول)
Ghasemizad@kau.ac.ir
۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

مقدمه

بحران^۱ پیشامدی ناگهانی، رو به افزایش و غیرقابل پیش بینی است و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده دارد. عدم مدیریت هوشمندانه بحران، عواقب ناگواری برای سازمان در پی خواهد داشت [۱-۳]. فرایند پیش بینی و پیش گیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم سازی بعد از وقوع را «مدیریت بحران» گویند [۴]. آن بخش از مدیریت بحران که توسط نهادهای درمانی صورت می گیرد، «مدیریت طب بحران» نامیده می شود. هدف از مدیریت سلامت در بحران، ایجاد رویه ای یکپارچه در امر سیاست گذاری، هماهنگی و انسجام در زمینه های اجرایی و پژوهش در حوزه سلامت است. اطلاع رسانی متمرکز، سازمان دهی و نظارت بر مراحل مختلف طب بحران، استفاده از همه امکانات و لوازم مورد نیاز در بیمارستان ها نیز در مدیریت سلامت در بحران الزامی است.

پژوهش های فراوانی در مورد آمادگی بیمارستان ها در مواجهه با بحران در ایران و سایر کشورها انجام شده و سطح پایین یا متوسط آمادگی، گزارش شده است [۵]. مطالعه امیری و همکاران در پژوهشی تحت عنوان «بررسی آمادگی بیمارستان های سمنان در مقابله با بلایا» نشان داد که بیمارستان های مورد مطالعه از سطح آمادگی متوسطی برخوردار هستند [۶]. مستانه و همکاران در مطالعه ای با عنوان «توانمندی ها و محدودیت های بحران در بیمارستان های دانشگاه هرمزگان» دریافتند که میزان آمادگی در آنها به صورت متوسط بوده است. مطالعات دیگر در خصوص بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران، تأمین اجتماعی کرمانشاه و بندرعباس نیز، نتایج مشابهی را نشان داد [۷، ۸].

با پژوهش های صورت گرفته به نظر می رسد بیمارستان های ایران همچنان از آمادگی لازم در مقابله با بحران برخوردار نیستند. تدوین برنامه های مدیریت طب بحران، می تواند در

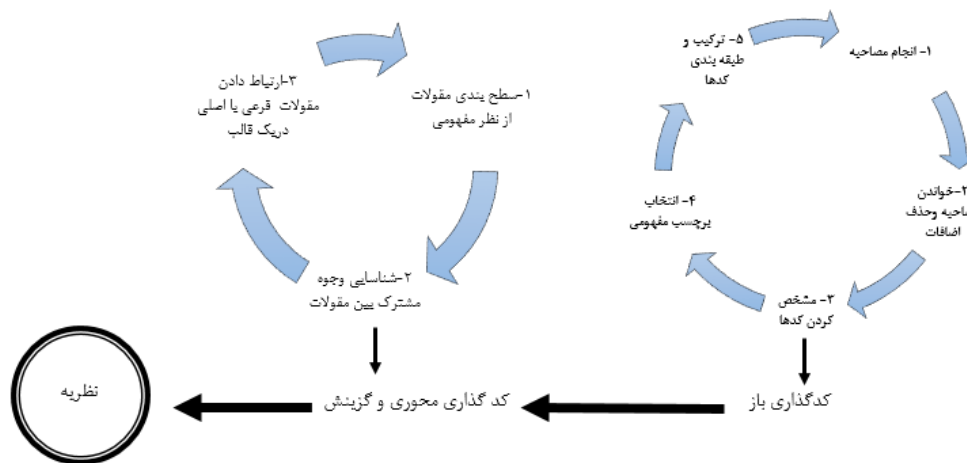
کاهش مرگ و میر مصدومین و آسیب دیدگان ناشی از بلایا، تأثیر بسزایی داشته باشد [۹]. لذا هدف این مطالعه، تدوین الگویی مدون جهت مواجهه با حوادث و بلایا در بیمارستان ها و به طور کل مدیریت طب بحران در جهت آماده سازی کارکنان و سایر منابع بیمارستانی برای عملکردی مؤثر و کارآمد در زمان بحران است. سعی شده است که در این طرح کلیه امور مربوط به حوادث اعم از نیروی انسانی و تجهیزات در نظر گرفته شود.

روش بررسی

این تحقیق، یک مطالعه کیفی^۲ نظریه مبنای^۳ است [۱۰]. ابزار پژوهش به شکل مشاهده و مصاحبه به صورت سؤالات باز و عمیق با هدف آمادگی و ارائه مدل مدیریت سلامت در بحران بود که در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. مشارکت کنندگان از بین کارکنان بیمارستان توحید استان بوشهر به شکل هدفمند شامل ۲۰ نفر از کارکنان و ۵ نفر از مدیران ارشد بودند که در یک مصاحبه با محوریت پنج سؤال اساسی شرکت کردند. ملاک ورود به مطالعه حداقل سابقه کاری ۱۵ سال و حداکثر ۳۰ سال در زمینه حرفه ای بود. افرادی که شامل این شرط نبودند، از مطالعه حذف شدند. مشاهده و مصاحبه در این مطالعه به شکل هدفمند^۴ انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها به روش استراوس کوربین^۵ به نام «مدل پارادایم» و هم زمان با جمع آوری داده ها صورت گرفت [۱۱]. مصاحبه حول پنج سؤال اصلی مطرح گردید و مشارکت کنندگان نظرات خود را ارائه دادند. سپس اضافات حذف شده و پنج کد اولیه نوشته شدند. به این ترتیب موارد (۱) شناخت کلی از بحران در بیمارستان؛ (۲) اقدامات مؤثر در زمینه آمادگی بیمارستان در بحران؛ (۳) آموزش های صورت گرفته در رابطه با بحران در بیمارستان؛ (۴) شرح وظایف افراد/کارکنان بیمارستان در زمان بحران؛ و (۵) شناخت

2. Qualitative Research
3. Grounded Theory
4. Purposeful
5. Straus Corbin

1. Crisis



شکل ۱- مراحل انجام روش پژوهش در کدگذاری

تحلیل مقایسه‌ای مستمر به‌طور هم‌زمان استفاده شد. هم‌زمان با انجام مصاحبه و به‌دست آوردن داده‌های جدید، نتایج مطالعه تحلیل و با یکدیگر مقایسه شدند. همچنین ارتباط با متخصصان در بخش‌های مرتبط با مدیریت بحران و فرایندگرایی به‌طور هم‌زمان انجام شد و داده‌های غنی، جمع‌آوری و ثبت شدند. شکل ۱ مراحل انجام روش پژوهش در کدگذاری‌ها را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

نتایج اولیه داده‌ها در جدول ۱، درج شده است. در این مطالعه با مقایسه بین مقولات، پنج طبقه اصلی تشکیل شد که در جدول ۲، نشان داده شده است.

جدول ۱- کدگذاری ثانویه و شکل‌دهی مقولات

مقولات	کدهای مفهومی	کدهای ثانویه
تدوین برنامه‌ریزی مدیریت بحران	لزوم برنامه‌ریزی مدیریت بحران	نیاز سازمان، وجود تهدیدکننده‌ها، حفظ سلامتی کارکنان، حفظ سلامت سازمان
مدون کردن برنامه بحران	لزوم تدوین برنامه	داشتن برنامه منظم در بحران، وجود راهنمای کارکنان، یکسان‌سازی اقدامات در بحران
تدوین اهداف	شناسایی گروه هدف	اهمیت بحران برای مدیران ارشد، توجه به انجام اهداف بحران در برنامه عملیاتی سازمان، ناتوانی کارکنان در ایجاد بحران و بلایا، مشخص نبودن علل ضعف کارکنان در حوادث و بلایا
منابع و زیرساخت‌ها	توجه به زیرساخت‌های موردنیاز	کمبود وسایل اطفاء حریق و اعلان حریق
نظارت هدفمند	کنترل و پایش اهداف	نبود پایش آمادگی کارکنان سازمان، نبود آموزش مستمر
پایش شاخص‌ها	لزوم پایش شاخص‌ها	ردیابی اقدامات صورت گرفته برای بحران در بخش‌های سازمان، آموزش‌های صورت گرفته، تشخیص شاخص‌های کمی و کیفی، اندازه‌گیری میزان شاخص‌های به‌دست آمده
اثربخشی برنامه بحران	بررسی میزان پیشرفت، آمادگی کارکنان، بررسی میزان اهداف مدیریت بحران - ثبت اندازه‌های شاخص‌ها	بررسی میزان رسیدن به نتیجه مطلوب - تدوین شاخص‌های کیفی بحران

تهدیدکننده‌ها (عوامل خطر ساز) در بیمارستان، به عنوان کدهای اولیه در نظر گرفته شدند.

در ادامه، کدگذاری طی سه مرحله باز، محوری و انتخابی (گزینشی) انجام شد [۱۲]. در کدگذاری باز، مراحل انجام مصاحبه، خواندن مصاحبه و حذف اضافات، مشخص کردن کدها، انتخاب برچسب مفهومی، ترکیب و طبقه‌بندی کدها صورت گرفت. در مرحله کدگذاری محوری و گزینشی به‌ترتیب سطح‌بندی مقولات از نظر مفهومی، شناسایی وجوه مشترک بین مقولات، ارتباط دادن مقولات فرعی با اصلی در یک قالب انجام شد و در نهایت به ایجاد یک نظریه یا مدل انجامید. پس از هر مصاحبه پیدا کردن مفاهیم و انتخاب برچسب‌های مناسب برای آنها و ترکیب مفاهیم مرتبط انجام شد [۱۳].

در ادامه، داده‌های کدگذاری شده مقایسه شدند تا خوشه‌بندی متناسب صورت گیرد. ارتباط سایر طبقه‌ها با طبقه محوری در پنج عنوان محقق شد که به‌تدریج از درون داده‌ها، مفاهیم و از مفاهیم، مقوله‌ها و از درون مقوله‌ها، نظریه مطالعه، تخلیص شد. برای تبیین تئوری زمینه‌ای، رویکرد یکپارچه طراحی مدیریت طب بحران در نظر گرفته شد و خط اصلی نظریه با استفاده از یادآورها و دیاگرام‌ها تعریف شده و در نهایت نظریه تدوین شد [۹].

در زمینه روایی و پایایی داده‌ها، با توجه به اینکه هدف از بررسی روایی دقت و استحکام تحقیق کیفی، اطمینان از بیان دقیق تجربیات مشارکت‌کنندگان در تحقیق است، از روش‌های

جدول ۲- نمایش طبقات اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها

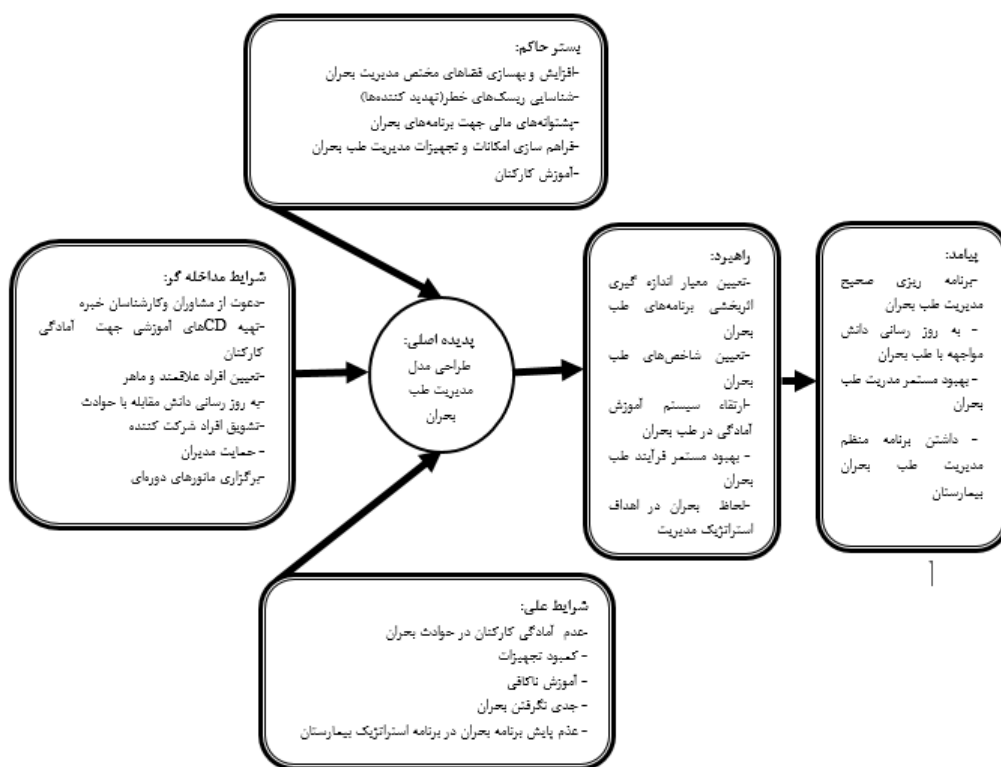
طبقات اصلی	مقولات
راه و کارهای مؤثر مدیریتی	برنامه‌ریزی، تشکیل تیم بحران، نقش حمایتی مدیران ارشد از برنامه بحران، تأمین و توسعه امکانات و تسهیلات بحران، تدوین برنامه‌های بحران در اهداف سالیانه استراتژیک، اثربخشی برنامه
راه و کارهای مالی و پشتیبانی	کنترل و نظارت و حمایت خدمات پشتیبانی، حمایت مالی از برنامه‌های مدیریت سلامت در بحران، توجه به زیرساخت‌ها و منابع موردنیاز
راه و کارهای آموزش	ارائه آموزش‌های مدیریت سلامت در بحران، انجام تمرین‌های شبیه‌سازی جهت آمادگی، شناخت خطرات، تدوین دستورالعمل‌ها و مستندات
راه و کارهای اصلاح ساختار بحران	ارتقاء کیفیت مدیریت سلامت در بحران، اصلاح خدمات نامنطبق مدیریت بحران، مدیریت و کنترل برنامه‌های آموزش مدیریت سلامت در بحران، پایش اقدامات اصلاحی مدیریت بحران
ارتباطات مؤثر (بیرونی و درونی)	جلب حمایت سازمان‌ها و شرکت‌های هم‌چوار منطقه‌ای جهت حمایت در زمان بحران، جلب همکاری سازمان‌های مافوق و کارگزاران، برگزاری جلسات مستمر و تبادل افکار یا سازمان‌های مرتبط

را مجموعه‌ای از مفاهیم، طبقه‌ها یا متغیرهای زمینه‌ای تشکیل می‌دهند؛ ۴) شرایط مداخله‌گر، شرایطی هستند که راهبردها از آنها متأثر می‌شوند و مداخله سایر عوامل را تسهیل یا محدود می‌کنند؛ ۵) پیامدها، برخی از طبقه‌ها بیانگر نتایج و پیامدهایی هستند که در اثر اتخاذ راهبردها به وجود می‌آیند. شکل ۲، کدگذاری محوری براساس مدل پارادایم را در مدیریت طب بحران نشان می‌دهد.

شروع فرایند با تشکیل تیم بحران شروع می‌شود. این تیم وظایفی دارد که مهم‌ترین آنها هدایت و راهبری در وضعیت اضطراری، توسعه قوانین، ایجاد راهبردها و راهکارها، تصمیم‌گیری در مورد وضعیت‌های اضرائی و بحران، شناسایی نواحی بحران خیز و اضطرارآور است. بعد از تشکیل تیم، ارزیابی عوامل خطر ساز صورت می‌گیرد. در این مرحله کلیه خطراتی که متوجه بیمارستان است، تحلیل و بررسی می‌شود. جدول ۳، نمونه‌ای از ارزیابی خطر در بیمارستان مورد تحقیق را نشان می‌دهد.

پس از ارزیابی خطر، برنامه‌ریزی در کلیه چهار مرحله

وجود ارتباط سایر طبقه‌ها با پنج طبقه محوری نیز تأثیرگذار در نظر گرفته شد؛ ۱) شرایط علی، این شرایط باعث شکل‌گیری پدیده یا طبقه محوری راهبردی می‌شود و مجموعه‌ای از طبقه‌ها و ویژگی‌های مقولات اصلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ ۲) راهبردها (کنش و تعاملات)، بیانگر رفتارها و تعاملات هدف‌داری هستند که تحت تأثیر شرایط مداخله‌گر و بستر حاکم حاصل می‌شوند؛ ۳) بستر حاکم، به شرایط خاصی که بر راهبردها تأثیر می‌گذارند، بستر گفته می‌شود. این شرایط



شکل ۲- کدگذاری محوری بر اساس مدل پارادایم

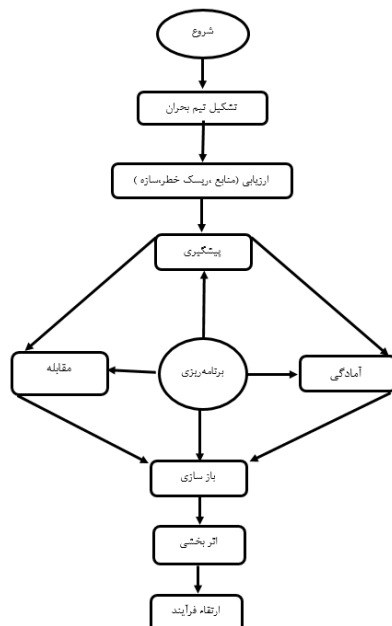
جدول ۳- ارزیابی خطر بیمارستان

عنوان شرایط اضطراری	مخاطرات	احتمال	شدت	خطر	اقدامات پیشگیرانه	اقدامات واکنشی	اقدامات بازسازی
زلزله	- افتادن اشیاء - ریزش ساختمان - بسته شدن راه‌های خروجی	۴	۵	۳	- اطلاع از سابقه رخداد زلزله در شهر - اطلاع از قدمت ساختمان - تهیه طرح تخلیه - مقاوم‌سازی ساختمان - پیش‌بینی محل‌های امن - پیش‌بینی خروج‌های اضطراری	- شروع فراخوان - ارزیابی آسیب - انتقال بیماران به محل‌های امن - تخلیه فوری ساختمان	- تا زمان ایمن‌سازی ساختمان وارد آن نشوید - مشاوره و روان‌درمانی به بازماندگان - اطلاع‌رسانی به اورژانس
هجوم بیماران الف) انفجار در واحدهای صنعتی ب) اپیدمی	کشته و یا زخمی شدن پرسنل شاغل در مراکز صنعتی ورود بیش از ۵ نفر با علائم مشابه به اورژانس	۵	۳	۳	- مانورهای بحران - آموزش - آماده‌سازی فضا جهت انجام تریاژ	- شروع فراخوان - ارزیابی آسیب - انتقال بیماران به محل‌های امن - آماده کردن وسایل و تجهیزات مازاد بازماندگان	- برآورد آسیب - انجام تعمیرات - مشاوره و روان‌درمانی به بازماندگان
آتش‌سوزی و حریق	- بسته شدن راه‌های خروجی - سوختگی در اثر مواد قابل اشتعال - ترس و اضطراب	۳	۳	۳	- تعیین خروج‌های اضطراری - تعیین مکان‌های امن - بررسی کپسول‌های اطفاء حریق - نصب سیستم اعلام حریق	اطلاع به تأسیسات اطلاع به حراست	برآورد آسیب انجام تعمیرات دور کردن افراد از حریق
قطع برق	- عدم کارایی وسایل و تجهیزات - افتادن بیمار - ممانعت از انجام اقدامات پرستاری به‌ویژه در شب	۳	۲	۳	- تهیه چراغ اضطراری - استفاده از دستگاه‌هایی که قابل شارژ پرستار باشند	- دعوت به آرامش بیماران توسط کمک در اقدامات اورژانسی با هماهنگی سوپروایزر ایجاد امنیت در محیط درمانگاه توسط حراست	استفاده از ژنراتور
سیل	قطع آب و برق و قطع مسیرهای ارتباطی	۳	۳	۱	تعیین محل امن	انتقال بیماران به محل امن اقدام به تأمین روشنایی و تهیه آب آشامیدنی	

جدول ۴- شاخص‌های فرایند مدیریت سلامت در بحران

فرایند	شاخص	فرمول
بحران بیمارستان	آمادگی کارکنان در حوادث بحران	تعداد خطاهای گزارش شده کارکنان در حوادث بحران (مانورها) به تعداد حوادث ایجاد شد / ۱۰۰
	آموزش کارکنان	میزان دوره‌های برگزار شده بحران برای کارکنان به دوره‌های مورد نیاز / ۱۰۰
	فراهم‌سازی زیرساخت‌ها	میزان دسترسی منابع (تجهیزات - نیروی انسانی) به منابع مورد نیاز / ۱۰۰
	برگزاری مانور	تعداد برنامه‌های تمرینی صورت گرفته به برنامه‌های مورد نیاز / ۱۰۰

محوری مدیریت طب بحران را نشان می‌دهد؛ اما مدل نهایی



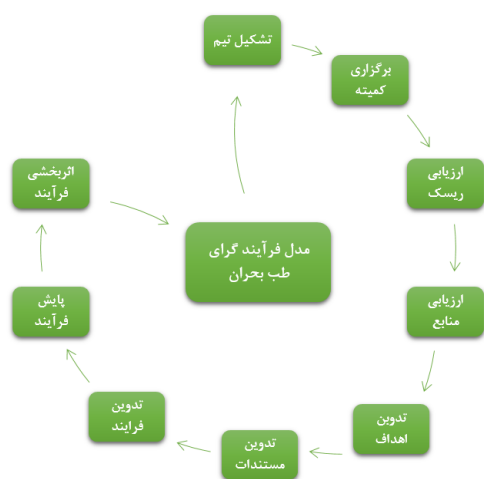
شکل ۳- مدل مفهومی (مدل نهایی مدیریت سلامت در بحران فرایندگرا)

(پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی) تدوین می‌شود. ارزیابی

اثربخشی نیز ضروری است؛ بنابراین باید بتوان برنامه را اندازه‌گیری کرد. شاخص‌های فرایند، ارزش‌گذارهایی هستند که می‌توانند برای تشخیص اثربخشی فرایند به کار برده شوند. برای تعیین قابلیت اندازه‌گیری، شاخص‌ها بر اساس معیار^۲ و به‌عنوان هدف تعیین می‌شوند. جدول ۴، شاخص‌های فرایند مدیریت بحران نشان داده است.

با توجه به داده‌های به‌دست آمده و مقایسه طبقات و ایجاد مفهوم بین آنها، مدلی کلی طراحی شد. شکل ۳، مدل فرایند

1. Process Indicator
2. Metric



شکل ۴- مدل آمادگی مدیریت سلامت در بحران بر اساس فرآیند محوری

راه و کارهای آموزش، راه و کارهای اصلاح ساختار بحران، ارتباطات مؤثر (بیرونی و درونی) بود. اولین طبقه، راه و کارهای مؤثر مدیریتی است [۱۵]. مهم‌ترین اقدام مدیریت، انجام برنامه‌ریزی است. برنامه‌ریزی باید بر اساس داده‌های موجود و هدف مورد نظر صورت گیرد. برای اینکه برنامه به صورت جامع و کامل بتواند کاستی‌ها را پوشش دهد، باید بر اصول صحیح پایه‌گذاری شود. برنامه‌ریزی باید در چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، بازسازی و مقابله تدوین شود.

ارائه آموزش‌های مدیریت بحران در راه و کار آموزشی نیز اهمیت دارد و شامل انجام تمرینات شبیه‌سازی جهت آمادگی، شناخت خطرات، تدوین دستورالعمل‌ها و مستندات است [۱۵]، [۱۶]. آموزش لازم است به‌طور مستمر و منظم برنامه‌ریزی و برگزار گردد [۱۷].

ارزیابی خطر و شناسایی خطرات تهدیدکننده و توجه به مقاوم‌سازی بیمارستان‌ها نیز لازم است. در مطالعه فضلی و همکاران در سال ۱۳۹۰، مشاهده شد که بیمارستان مورد مطالعه (بیمارستان هلال احمر در مکه) از سطح ایمنی متوسط در حال توسعه است [۷] و در مطالعه میرزایی و همکاران در سال ۱۳۹۲ در ایلام تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه از نظر ایمنی متوسط در حال توسعه بودند [۱۵]؛ بنابراین نکته مهم در کنار مدیریت بحران، توجه به مقاوم‌سازی و ایمنی ساختمان‌های بیمارستانی است.

فرآیند محوری طب بحران دارای نه مؤلفه اساسی است که در شکل ۴، ترسیم و بیان شده است. جهت اعتبارسنجی و صحت‌گذاری مدل، از کارشناسان و خبرگان مدیریت بحران بیمارستان‌ها و حوادث غیرمترقبه، دارای سنوات کاری حرفه‌ای (۱۵ تا ۲۰ سال) و سپس از کارشناسان بهبود کیفیت (در سیستم‌های مدیریت کیفیت ایزو) که به فرآیند محوری و تعیین شاخص‌ها مسلط بودند، خواسته شد که مدل را ارزیابی نمایند. در نهایت صحت‌گذاری اقدامات و مراحل، مورد تأیید گروه ممیزی قرار گرفت. با توجه به یافته‌های پژوهش، مدل نهایی مدیریت سلامت در بحران در بیمارستان در شکل ۴، نمایش داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

ایران در میان کشورهای جهان از لحاظ وقوع بحران و بلایا در جایگاه بالایی قرار دارد. آمادگی بیمارستان‌ها در کاهش صدمات نقش حیاتی دارد [۵]. در کشورهای مختلف روش‌های گوناگونی برای پیاده‌سازی برنامه مدیریت بحران طراحی و اجرا می‌گردد. تمام این برنامه‌ها، صرف‌نظر از تفاوت‌های موجود، در یک اصل مشترک هستند و آن این است که مدیریت بحران شامل یکسری فعالیت‌های مرتبط و پیوسته و پویا است که متشکل از چهار مرحله است. مرحله آمادگی، مرحله قبل از بحران، حین بحران، بعد از بحران [۱۴].

به‌طور کلی، نگاه فرایندی به مدیریت سلامت در بحران و ساماندهی مراحل مقابله با بحران در سیاست کلی بیمارستان‌ها بایستی طی این چهار مرحله صورت پذیرد: الف) تعیین اهداف کلی و اهداف عملیاتی مقابله، ب) شناخت وضعیت موجود در بیمارستان، ج) تشخیص موانع و کمک‌های محیطی و سازمانی جهت مقابله، د) تعیین اقدامات لازم جهت حصول هدف کلی و اهداف عملیاتی تعیین شده. با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، طبقات اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها بر محوریت چهار مرحله بالا و پنج طبقه اصلی شامل، راه و کارهای مؤثر مدیریتی، راه و کارهای مالی و پشتیبانی،

سلامت جامعه برداشته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از نتایج یکی از مؤلفه‌های مورد تحقیق پایان‌نامه تصویب‌شده در مهرماه سال ۱۳۹۷ بود، که با کد اخلاق IR.IAU.KAU.REC.1398.002 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون مورد تأیید قرار گرفت. بدین‌وسیله از تمام مشارکت‌کنندگانی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

در نهایت بحران به هر شکل، نوعی تهدید با عواقب منفی است، اما بیمارستان‌ها می‌توانند با مدیریت کارآمد، به میزان قابل توجهی از شدت آسیب‌های حاصل از بحران کاسته و حتی بیش از پیش قوی شوند. واقعیت این است که هیچ سازمانی مصون از بحران نیست، بنابراین سازمان‌هایی در مدیریت بحران موفق‌تر عمل خواهند کرد که برنامه خاص جهت مقابله با حوادث داشته و از آن پیروی کنند. به روز رسانی طرح مدیریت سلامت در بحران در بیمارستان‌ها حداقل یک‌بار در سال، تشکیل تیم مدیریت بحران، رزمایش و انجام مانورهای آمادگی جهت کارایی و افزایش قدرت تیم مدیریت بحران حداقل یک بار در سال توصیه می‌شود. محقق با طرح فرایند محور نه مرحله‌ای سعی در تدوین راهکاری عملی، منسجم، قابل‌اندازه‌گیری، هدفمند و اثر بخش جهت آمادگی بیمارستان‌ها در مواجهه با حوادث غیرمترقبه نموده تا گامی در جهت بهبود

References

1. Šontaitė-Petkevičienė M. Crisis management to avoid damage for corporate reputation: the case of retail chain crisis in the Baltic countries. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2014; 156:452-457.
2. Fener T, Cevik T. Leadership in crisis management: separation of leadership and executive concepts. *Procedia economics and finance*. 2015; 26:695-701.
3. Samra YM, Zhang H, Lynn GS, Reilly RR. Crisis management in new product development: a tale of two stories. *Technovation*. 2018. [In Press]
4. Alkharabsheh A, Ahmad ZA, Kharabsheh A. Characteristics of crisis and decision making styles: the mediating role of leadership styles. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2014; 129:282-288.
5. Ezzati E, Kaviannezhad R, Karimpour H, Mohammadi S. Preparedness of crisis and disaster management in social security hospitals in Kermanshah in 2016: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016; 15(6):583-590. [Persian]
6. Amiri M, Chaman R, Raei M, Nasrollahpour Shirvani SD, Afkar A. Preparedness of hospitals in north of Iran to deal with disasters. *Iranian Red Crescent medical journal*. 2013; 15(6):519-521.
7. Fazli H, Hedayat M, Mortazavi M, Alibeigi M. Assessment of disaster management system vulnerability during critical conditions in Iranian Red Crescent Hospital in Hajj in Mecca. *Journal of rescue & relief*. 2012; 3(3, 4):1-5. [Persian]
8. Atashzadeh Shoorideh F, Heidarizadeh K. Survey for observance of disaster management standards accreditation at military hospitals in Tehran 2012. *Journal of nurse and physician within war*. 2013; (21, 22):5-10. [Persian]
9. Shabinezhad M, Nejati Zarnaqi B, Zaboli R, Khalilifar SO. Assessment of clinical skills of nurses in crisis handling in military hospitals. *Ebnesina*. 2016; 17(4):52-57. [Persian]
10. Jafaraghaee F, Mehrdad N, Parvizy S. Influencing factors on professional commitment in Iranian nurses: a qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014; 19(3):301-308.

11. Corbin JM, Strauss A. A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework. *Scholarly inquiry for nursing practice*. 1991; 5(3):155-174.
12. Al-Awa B, De Wever A, Almazrooa A, Habib H, al-Noury K, el Deek BS, et al. The impact of accreditation on patient safety and quality of care indicators at King Abdulaziz University Hospital in Saudi Arabia. *Research journal of medical sciences*. 2011; 5(1):43-51.
13. Raffray M, Semenic S, Osorio Galeano S, Ochoa Marín SC. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Investigacion y educacion en enfermeria*. 2014; 32(3):379-392.
14. Hatami M, Mahmodi G, Abedi G. The ability of selected hospitals in crisis management. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2017; 26(144):324-328. [Persian]
15. Mirzaee F, Kakaei H, Farasati F, Zamani N. Investigation on the safety status and preparedness of Ilam's hospitals against disasters in 2012. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2015; 22(7):14-23. [Persian]
16. Wetter DC, Daniell WE, Treser CD. Hospital preparedness for victims of chemical or biological terrorism. *American journal of public health*. 2001; 91(5):710-716.
17. Abedi F, Lari S, Afshari R, Nouri Tarazkhaki S, Nemat Karimoi M, Talebi M. Evaluation of E-learning system to the performance of family medicine MPH (Master of Public Health) students. *Future of medical education journal*. 2015; 5(2):38-41.

Explanation of a process-based model for crisis medicine: a qualitative study

Shahnaz Olyan Ajam ¹, *Alireza Ghasemizad ², Abbas Gholtash ³

Abstract

Background: The goal of crisis medicine management is to provide uniform ways to encounter with, interfere and renovation in the case of disasters in health system. With regard to the importance of hospitals' awareness against crisis, the present study has tried to explain a process based model for crisis medicine to prevent inter- and intra- hospital incidents and minimize the resulting physical and financial damages of crisis.

Materials and methods: The study was a qualitative research with a grounded theory approach. The population of the study was purposefully selected from medical and non-medical employees of Tohid Hospital (Boushehr, Iran) through a deep interview. The participants included 20 medical staffs, 10 department supervisors and five experts in crisis management. The data collection performed until data saturation was achieved. Data analysis was performed using coding (open, axis and selective coding). The credibility was confirmed through plausibility, transformability, reliability and verifiability.

Results: The components of crisis medicine management process are: risk assessment, resource evaluation, planning (prevention, preparation, coping, and recovery), process effectiveness, process upgrade that designed in a nine steps concept model.

Conclusion: To succeed in planning of crisis medicine management in hospitals, a systematic approach is needed. Process-based management of crisis medicine is a regular, transparent, measurable and monitorable method that is recommended for improvement in crisis medicine.

Keywords: Health, Disaster Medicine, Hospitals, Disaster Planning.

1. PhD student, Islamic Azad University, Kazeroun Branch, Department of Educational Management, Kazeroun, Iran

2. Assistant professor, Islamic Azad University, Kazeroun Branch, Department of Educational Management, Kazeroun, Iran (*Corresponding author) Ghasemizad@kau.ac.ir

3. Associate professor in curriculum studies, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.