

ارزیابی نظرات مدیران ۳ بیمارستان نظامی منتخب شهرهای مرزی کشور در خصوص بحران‌های منطقه در سال ۱۳۸۷

دکتر احمد عامریون^۱، احسان تیمورزاده، عبدالرضا دلآوری^۲ و مسعود سیرتی‌نیر^۳
 تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۱۷ تاریخ پذیرش: ۸۸/۳/۱۹

چکیده

مقدمه: حوادث غیرمترقبه و بلایا اغلب وقایعی غیرقابل کنترل هستند و همواره در نقاط مختلف جهان از جمله ایران به وقوع می‌پیوندد. از این رو بیمارستان‌های نظامی شهرهای مرزی به عنوان مهم‌ترین مراکز بهداشت و درمان نظامی کشور در کمک به مصدومین و مجروحان احتمالی بحران‌ها، لازم است برنامه‌های مناسب و منسجم مقابله با بحران در تمام ابعاد را داشته باشند. به منظور بررسی نظرات مدیران ۳ بیمارستان نظامی شهرهای مرزی کشور در ارتباط با بحران‌هایی که در منطقه با آنها مواجهه داشتند انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی و در سال ۱۳۸۷ انجام پذیرفت. در این مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد که روایی و پایایی ($\alpha=0/906$) آن مورد تأیید قرار گرفته بود، (جمع‌آوری گردید و در نهایت با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و ...) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر آن بودند که ۹۵/۲٪ مدیران مرد بوده و میانگین سابقه مدیریتی در بین کل مدیران ۱۰/۳ سال می‌باشد. ۶۵٪ از مدیران دوره مدیریت بحران و مدیریت بیمارستان را گذرانده و ۵۲/۶٪ مدیران نسبت به بحران‌های منطقه خود از آگاهی لازم برخوردار بودند. بحران آشوب، شورش و زلزله با احتمال مساوی ۷۶/۲٪ از دید مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه بیشتر از سایر بحران‌ها رخ داده و یا احتمال بروز آنها می‌رود. برطبق نظرات مدیران در ۵۰ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه برنامه‌های کوتاه مدت، ۵۲/۶ درصد بیمارستان‌ها برنامه‌های میان مدت و در ۴۷/۷٪ بیمارستان‌ها برنامه‌های بلندمدت کامل برای رویایی با بحران وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: به طور کلی بررسی نظرات مدیران بیانگر آن بود که بیش از نیمی از مدیران بحران‌های موجود در منطقه خود را به خوبی می‌شناسند و لیکن توانایی پاسخگویی به بحران‌ها را در صورت وقوع ندارند. از این رو و با توجه به احتمال وقوع بیشتر بحران‌هایی نظیر زلزله، آشوب و شورش در مناطق مورد بررسی می‌بایستی برنامه‌ریزی در راستای ارتقاء همه جانبه توان بیمارستان‌ها در برخورد با بحران‌ها (به خصوص بحران‌های ذکر شده) صورت پذیرد.

واژگان کلیدی

مدیریت بحران / Crisis management / بیمارستان‌های نظامی / Military hospitals / برنامه‌ریزی بحران
 Crisis planning / بیمارستان‌های مرزی / Border hospitals / شهرهای مرزی / Border cities

□ **استناد:** عامریان، احمد؛ تیمورزاده، احسان؛ دلآوری، عبدالرضا؛ و سیرتی‌نیر، مسعود (تابستان ۱۳۸۸). «ارزیابی نظرات مدیران ۳ بیمارستان نظامی منتخب شهرهای مرزی کشور در خصوص بحران‌های منطقه در سال ۱۳۸۷»، فصلنامه مطالعات مدیریت انتظامی. سال چهارم، شماره دوم: ۲۰۳-۲۰۸.

۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، بخش علمی اقتصاد سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران.
۲. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، بخش علمی اقتصاد سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) تهران. (نویسنده مسئول) moc.oohay@hedazroomyetsnashe
۳. بخش مدیریت کیفیت جامع، بیمارستان بقیه الله (عج)، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران.
۴. مربی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران.

مقدمه

بحران حادثه‌ای است که به طور طبیعی و یا به وسیله بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید که برای بر طرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری، اساسی و فوق‌العاده باشد (محمودزاده، ۱۳۸۴). بحران یک مفهوم چند بعدی است و با تغییرات عمده در محیط فیزیکی و اجتماعی و پیامدهای انسانی غم‌انگیز شناخته می‌شود. نتایج مطالعات گذشته موید این مطلب است که مدیریت بحران، مستلزم تدوین روش و یا چارچوب کلی است و با طراحی برنامه‌ریزی درست و مناسب و آمادگی‌های قبلی می‌توان تا اندازه بسیار زیادی از خسارت و مدت زمان بحران‌های بزرگ کاست. بدون تردید سازمان‌هایی که برای رویارویی با بحران‌ها آمادگی دارند، در مقایسه با سازمان‌هایی که به کلی آمادگی ندارند، خسارت بسیار کمتری می‌بینند. آمادگی داشتن برای رویارویی با بحران‌های بزرگ فواید عمده دیگری نیز به دنبال دارد. به ویژه در دنیای امروز صرف نظر از اینکه هر یک از برنامه‌ها تا چه اندازه دارای اهمیت است و اصولاً نمی‌توان برنامه‌های نوین و پرهزینه‌ای را بر سازمان تحمیل نمود (سیرتی نیر و همکاران، ۱۳۸۶). آمادگی در مقابل بلا اثرات نامطلوب خطر را از طریق اقدامات آماده سازی موثر برای تسریع عملیات اضطراری، نوسازی و جبران خسارات به حداقل می‌رساند. آمادگی در مقابل بلا و امداد رسانی و کمک به موقع و مناسب بعد از وقوع را تضمین می‌کند و انجام برنامه‌های آمادگی در مقابل بلا و سازماندهی اصولی و اجرای صحیح توزیع خدمات امدادی، نقش و مسئولیت‌های معین، موجب عمرانی و ایجاد یک پایگاه موثق ارتقاء سطح علمی جامعه می‌شود و پیروی از چارچوب آمادگی در مقابل بلا که شامل ارزیابی آسیب پذیری، برنامه‌ریزی، چارچوب سازمانی، سیستم‌های اطلاعاتی، پایگاه منابع، سیستم‌های هشدار دهنده، نظام‌های واکنش، آموزش و تعلیم عمومی و تمرینات از جمله اقداماتی است که ما را به اهداف خودمان که همان اقدام به موقع و به حداقل رساندن اثرات نامطلوب بلایا است، سوق می‌دهد (اخلاقی، ۱۳۸۴، ص ۱۱۴). سوابق نشان می‌دهد که آنچه باعث ظهور فاجعه می‌شود عدم پیشگیری از آثار سوء آمادگی در مواجهه با این پدیده می‌باشد. آمادگی برای رویارویی با یک بحران، مستلزم فراهم آوردن تمامی امکاناتی است که منجر به کاهش احتمالات در امر تصمیم‌گیری شود و اینکه سریعاً بتوان برای پاسخگویی، یک هدف اصلی را در سرلوحه اهداف قرار داد. یکی از مواد سد راه آمادگی، عدم آموزش و ارائه اطلاعات به مردم است. عدم ارزیابی امکانات مالی، اجتماعی، فرهنگی و آموزشی نیز باعث جلوگیری از برنامه‌ریزی در امر آمادگی می‌گردد.

همچنین عدم فقدان آگاهی در میان عموم در راستای بکارگیری معیارهای مقاوم سازی و همچنین انجام اقدامات لازم به هنگام وقوع سانحه یکی دیگر از عوامل آسیب‌پذیر نمودن

مردم گردیده و در نهایت به توقف توسعه در برابر سوانح می‌انجامد (ناطق الهی، ۱۳۸۳). البته یافته‌های پژوهش انجام گرفته در زمینه مدیریت بحران نشان می‌دهد کیفیت برنامه‌ریزی و عملکرد سازمان‌ها در رویارویی با بحران‌های بزرگ متفاوت بوده است؛ بنابراین ضرورت تدوین چارچوب کلی برای مدیریت بحران امری بسیار ضروری است (سیرتی نیر، ۱۳۸۶). حوادث غیرمترقبه و بلایا اغلب، وقایعی غیرقابل کنترل می‌باشند و همواره در نقاط مختلف جهان از جمله کشور عزیزمان ایران رخ می‌دهند و امکان وقوع آن در جوامع مختلف و با شدت‌های متفاوت احساس می‌شود (پازوکی، ۱۳۸۲) بنابر اطلاعات موجود از ۴۰ نوع حادثه شناخته شده در سطح جهان ۳۱ مورد آن در ایران رخ داده است (محمودزاده، ۱۳۸۴). ایران از نظر بروز حوادث غیرمترقبه طبیعی جزء ۱۰ کشور اول جهان به شمار می‌رود به طوری که از میان ۵ زلزله بزرگ جهان از سال ۱۹۹۰ تا کنون، ۲ زلزله مربوط به ایران بوده و بیشترین تلفات نیز مربوط به همین ۲ مورد بوده است (اخوان مقدم و همکاران، ۱۳۸۴). علاوه بر این با توجه به موقعیت راهبردی کشور ما و وجود دشمن خارجی و همچنین ناامنی در برخی نقاط مرزی، وقوع بحران نظامی نیز چندان دور از انتظار نیست (اخوان مقدم و همکاران، ۱۳۸۴). بیمارستان‌ها از جمله مراکز مهمی هستند که هنگام وقوع سوانحی مانند: زلزله، جنگ و غیره محل رجوع آسیب‌دیدگان می‌باشد. بیمارستان‌ها به لحاظ مواجهه مستقیم با وضعیت سلامت و بیماری انسان‌ها، از سازمان‌های پیچیده به شمار می‌روند و به همین خاطر سطح کیفی خدمات در این سازمان‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به اینکه بیمارستان‌ها نقش کلیدی در درمان مراقبت و کاهش شدت آسیب‌های مصدومین دارند، وجود برنامه‌های مختلف تحت مجموعه مدیریت بحران ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مشکلات اساسی که بیمارستان‌ها در مواجهه با حوادث غیرمترقبه با آن برخورد می‌کنند عدم برنامه‌ریزی و سازماندهی صحیح به منظور مقابله با حوادث و آماده سازی بیمارستان و آموزش کارکنان برای کنترل بحران توسط مدیر بیمارستان می‌باشد. لزوم ارائه طرح مدیریت بحران در بیمارستان به دلایل ناتوانی بیماران در هنگام پناه و گریز، وجود دستگاه‌های گران قیمت و احساس وجود مواد خطرناک و خطر ساز، ناهمگانی کارکنان، وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی که به آنها متصل است اهمیت زیادی دارد. سیستم بیمارستان‌های کشور ایران خصوصاً مراکز دولتی در حال حاضر از هیچ الگوی عملی و منظمی تبعیت نمی‌کند و به نظر می‌رسد که سیستم فعلی، اعم از منابع انسانی، فیزیکی، مالی، مدیریتی، قوانین و مقررات و شیوه اجرایی نمی‌تواند مشکلات و چالش‌های پیش روی آینده را حل و فصل نمایند. بنابراین، مواجهه با بحران‌های ناشی از حوادث مترقبه و غیرمترقبه و گردش به این رخداد تحت‌الشعاع مشکلات بیمارستان قرار

خواهند گرفت. در نتیجه توانایی مواجهه صد درصد با بحران‌ها با به کارگیری همه منابع با توجه به وضعیت فعلی بیمارستان‌ها وجود ندارد. بنابراین لزوم ایجاد یک سیستم پاسخگو و آگاه با چالش‌های فعلی با عزم راسخ در جهت رفع مشکلات بیمارستان‌ها که زمینه‌ساز یک مدیریت بحران موفق خواهد بود، ضرورت خواهد داشت.

اصول طراحی برنامه مقابله با حوادث در غالب آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های اجرایی با در نظر گرفتن موقعیت هر بیمارستان تدوین گردد. برنامه‌ریزی و تمرکز برنامه‌ها برای مدیریت بحران به رفع سایر مشکلات فعلی بیمارستان‌ها منجر خواهد شد (الله وردی و شبانینان، ۱۳۸۵). در این میان، مراکز بهداشتی و درمانی نظامی به ویژه بیمارستان‌های نظامی شهرهای مرزی به سبب نقش ویژه‌ای که در بحران‌ها ایفا می‌کنند وظیفه مهمتری بر عهده دارند. نیروهای نظامی و به تبع آن بیمارستان‌های نظامی که ماهیت ذاتی آنها عمدتاً در بحران تعریف می‌شوند می‌بایست با داشتن برنامه‌هایی برای کنترل بحران و کاهش اثرات آن (در صورت وقوع)، آمادگی‌های لازم را داشته باشند (فیضی، ۱۳۸۲) تا بتوانند با برنامه‌ریزی و سازماندهی و پیش‌بینی منابع مناسب و همه جانبه در موارد لزوم، در ابتدا خود دچار بحران نشوند و در مرحله بعد نیز بتوانند در کاهش عواقب بحران تحمیل شده به جامعه کمک نمایند. در این میان انتظار سنتی از بیمارستان‌های نظامی موجب افزایش هر چه بیشتر مراجعین در این وقایع به این مراکز می‌گردد. در بیمارستان‌های نظامی همچون سایر نیروهای نظامی و انتظامی باید طرح مقابله با حوادث و بلایای طبیعی وجود داشته باشد. این طرح باید به طور تخصصی و با توجه به وقایع بومی و تجربیات جهانی و توسط فرد متخصص در این رشته به نگارش در آید.

این مساله در تمام مراکز درمانی نظامی یکسان بوده ولی قابلیت اجرا و میزان کیفیت آن در هر مرکز باید به طور تخصصی تعیین شود. اغلب بیمارستان‌های نظامی محوطه باز نسبتاً زیادی دارند به طوری که بین ۱-۵ باند هلی‌کوپتر را می‌توان در این فضا پیش بینی نموده و بالاخره پس از تکمیل طرح مزبور در چند مرحله باید این طرح به مرحله اجرا گذارده شود و درصد اجرا پس از مانورهای متعدد و ارزیابی مدون به حد قابل قبول در آن مرکز برسد.

طرح مقابله با بلایای طبیعی در مراکز نظامی باید شامل چند بخش باشد: ۱ - نیروی انسانی (شامل: الف) نیروی مقیم؛ پزشک و پرستار و نیروی کمکی حاضر در مرکز در حین سانحه؛ ب) نیروی ذخیره: نفرات پیش بینی شده با توجه به بعد مسافت که بلافاصله بعد از سانحه، مکانیزم معلوم فراخوان می‌گردد. این نیرو به طور تخصصی در هر بخش آموزش لازم را دریافت می‌کند. تریاژ لازم و رکن اصلی این آموزش می‌باشد. ۲ - مواد شامل: الف) مواد ذخیره؛ ب) مواد حاضر در هر بخش شامل مواد و وسایل لازم برای درمان و

نیز مواد غذایی، آب، سوخت، اسلحه، چادر و موتور برق می‌باشد که در هر مرکز با توجه به منطقه تحت پوشش و پیش بینی میزان نسبی تلفات ذخیره سازی می‌شود. این ذخیره با یک برنامه‌ریزی قبلی و مدون مورد بازرسی قرار می‌گیرد. نکته اصلی در این طرح رسیدن به توانایی اجرایی در بالاترین حد می‌باشد که در سه مرحله آموزش، ارزیابی و ارزشیابی انجام می‌شود برگزاری نهایی مانور در این بین از بندهای ضروری می‌باشد (فیضی، ۱۳۸۲). در این راستا شناخت دقیق نظرات مدیران و مسئولین این مراکز می‌تواند در شناخت بحران‌های منطقه‌ای و تلاش برای کنترل و مدیریت آنها بسیار راهگشا و مفید واقع گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی، در سال ۱۳۸۷ و در سه بیمارستان منتخب واقع در شهرهای مرزی کشور، شامل بیمارستان الف (واقع در استان آذربایجان غربی)، بیمارستان ب (واقع در استان خوزستان) و بیمارستان ج (واقع در استان خراسان رضوی) انجام پذیرفت. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد که اعتبار محتوایی آن توسط تعدادی (۱۵ نفر) از صاحب‌نظران و اساتید خبره و پایایی آن از طریق آزمون آلفای کرونباخ ($\alpha = 0/906$) مورد تأیید قرار گرفت، جمع‌آوری گردید. پرسشنامه مذکور از دو قسمت تشکیل شده بود: مشخصات جمعیت شناختی و طرز تلقی ابعاد سؤالات مدیران بوده که این قسمت توسط مدیران ارشد تکمیل گردید. لازم به ذکر است حداقل تعداد مدیری که در هر بیمارستان به این قسمت پرسشنامه می‌بایست پاسخ می‌دادند ۵ نفر بود. در مجموع پرسشنامه برای ۳۰ نفر از مدیران (ریاست بیمارستان، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر اورژانس و مدیر اداری و پشتیبانی) ۳ بیمارستان ارسال گردید که از این تعداد ۲۱ مدیر در این مطالعه شرکت نمودند و پرسشنامه‌ها را عودت دادند. بر این اساس نرخ پاسخ‌دهی برای مطالعه ۷۰٪ بدست آمد و در نهایت داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بیمارستان‌های مورد بررسی در این مطالعه به لحاظ آخرین رتبه ارزشیابی همگی جزء بیمارستان‌های درجه یک لحاظ گردیده بودند (جدول ۱).

میانگین سن مدیران ۴۰ سال بوده و ۹۵٪ آنها مرد و متأهل بودند. میانگین سابقه کار ۱۳/۳ سال و بیشترین سابقه کار (۲۱ سال) مربوط به مدیران بیمارستان‌های الف و ج (واقع در استان‌های آذربایجان غربی و خراسان رضوی) و کمترین آن ۱ سال مربوط به بیمارستان ب (واقع در استان خوزستان) بود. از مجموع ۲۱ مدیر مورد مطالعه، ۱۵ نفر (۷۱/۴٪) دارای

مدرک کارشناسی، دو نفر (۹/۵٪) دارای مدرک دکتری تخصصی و کارشناسی ارشد و یک نفر (۴/۸٪) کاردانی و پزشک عمومی بودند.

۱۳ نفر (۶۵٪) از مدیران دوره مدیریت بحران و بیمارستان را گذرانده و ۷ نفر (۳۵٪) این دوره‌ها را نگذرانده و در بین بیمارستان‌ها، مدیران بیمارستان ج بیش از سایرین (۸۷/۵٪) این دوره‌ها را سپری نموده اند. میانگین شرکت مدیران مورد مطالعه در جبهه ۱/۴ سال که بیشترین سال حضور در جبهه مربوط به مدیران بیمارستان ج با میانگین ۲/۵ سال بوده است.

۵۲/۶٪ مدیران، بحران‌های منطقه مربوط به خود را می‌شناسند و در بین بیمارستان‌ها مدیران بیمارستان واقع در خوزستان (ب) با ۷۵ درصد شناخت بیشتر از دو بیمارستان دیگر با بحران‌های منطقه خود آشنایی دارند. ۳۵٪ (۷ نفر) مدیران بیمارستان‌ها معتقد بودند که بیمارستان مربوطه در صورت وقوع بحران توانایی پاسخگویی را دارد. بحران زلزله، آشوب و شورش با احتمال مساوی (۷۶/۲٪) از دید مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه بیشتر از سایر بحران‌ها رخ داده و یا احتمال رخ دادن آن می‌رود. و اما از دیدگاه مدیران بیمارستان‌ها به تفکیک، در بیمارستان «ب» تمام مدیران معتقد به وقوع بحران زلزله بودند و همچنین وقوع آتش سوزی را محتمل نمی‌دانستند و از نظر تمام مدیران بیمارستان «الف» بحران آشوب و شورش در منطقه مربوط به بیمارستان آنها رخ داده و یا احتمال رخ دادن آن بعید نیست (جدول ۲).

برطبق نظرات مدیران بیمارستان‌های مورد مطالعه تنها ۵۰٪ مدیران بر این باور بودند که بیمارستان آنها دارای برنامه‌های کوتاه مدت، ۵۲/۶٪ برنامه‌های میان مدت و ۴۷/۷٪ برنامه‌های بلندمدت کامل برای رویایی با بحران می‌باشد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی بیمارستان‌های مورد بررسی

نام بیمارستان	بیمارستان الف	بیمارستان ب	بیمارستان ج
استان مربوطه	آذربایجان غربی	خوزستان	خراسان رضوی
سال تاسیس	۱۳۷۰	۱۳۷۶	۱۳۶۴
تعداد تخت مصوب	۱۰۰	۵۰	۱۰۰
میانگین درصد اشغال تخت	۸۰	۵۰	۷۰
تعداد آمبولانس	۴	۳	۴
تعداد بخش‌های بیمارستان	بیش از ۱۰	بین ۶-۱۰	بین ۶-۱۰
نتیجه آخرین ارزشیابی	درجه ۱	درجه ۱	درجه ۱

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی نظرات مدیران در خصوص بحران‌های منطقه

مهم‌ترین بحران	توانایی پاسخگویی	کنترل بحران	محتمل‌ترین بحران	شناخت بحران‌ها	حوزه نظرات مدیران بیمارستان‌ها
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)		تعداد(درصد)	
جنگ	۸۵/۷	۸۵/۷	آشوب و شورش	۸۵/۸	آذربایجان غربی(الف)
جنگ	۱۰۰	۸۰	زلزله	۱۰۰	خوزستان(ب)
زلزله	۶۶/۶	۱۰۰	زلزله	۸۷/۵	خراسان رضوی(ج)

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی مدیران مورد مطالعه ۴۰ سال بود که نسبت به مطالعه حسینی شکوه، عرب و محبتی که به ترتیب میانگین سنی مدیران با ۵۲، ۶۰ و ۷۳ سال، جوانتر بوده(حسینی شکوه، ۱۳۸۷؛ عرب و همکاران، ۱۳۸۶؛ محبتی، ۱۳۸۳) و نسبت به مطالعه تاجور که این شاخص ۴۱ سال گزارش شده نزدیک می‌باشد (کلهری و همکاران، ۱۳۸۵).

تمام مدیران مورد مطالعه همانند مطالعه عرب و محبتی دارای عضویت رسمی بودند(عرب، ۱۳۸۶؛ محبتی، ۱۳۸۳) که با توجه به نظامی بودن بیمارستان‌های مورد مطالعه و حساسیت پست مدیریت در آنها کاملاً منطقی است، در حالیکه در مطالعه حسینی شکوه(۱۳۸۷) ۶۶/۷٪ مدیران استخدام رسمی بودند. میانگین سابقه کار مدیران مورد مطالعه ۱۳/۳ سال بود که نسبت به سایر مطالعات از جمله حسینی شکوه و محبتی که بیش از ۱۵ سال و در مطالعه عرب بیش از ۲۰ سال گزارش شده کمتر می‌باشد که با توجه به جوان بودن این مدیران نسبت به سایر مطالعات و از طرفی قدمت بیمارستان‌ها این اختلاف منطقی است (حسینی شکوه، ۱۳۸۷؛ عرب، ۱۳۸۶؛ محبتی، ۱۳۸۳). میانگین سابقه کار در پست مدیریتی ۱۰/۳ سال بود که در مطالعه حسینی شکوه ۱۵ سال و کمتر برآورد شده بود (حسینی شکوه، ۱۳۸۷). ۲۸٪ مدیران کارشناس ارشد و بالاتر بودند که این در مقایسه با سایر مطالعات از جمله مطالعه عرب و حسینی شکوه که به ترتیب ۴۳ و ۳۸٪ مدیران بالاتر از کارشناسی ارشد بودند بیانگر اختلاف مشهودی است و نشان دهنده پایین بودن سطح تحصیلات مدیران بیمارستان‌های مورد بررسی است که باید برای ارتقاء سطح تحصیلات مدیران چاره‌ای اندیشیده شود (حسینی شکوه، ۱۳۸۷؛ عرب، ۱۳۸۰). ۶۵٪ مدیران، دوره مدیریت بحران و بیمارستان را گذرانده بودند که در مقایسه با مطالعات دیگر از جمله مطالعه محبتی و برادران که به ترتیب ۸۷ و ۷۷/۵٪ بود (برادران، ۱۳۸۵؛ محبتی، ۱۳۸۳)، پایین‌تر می‌باشد که به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت و حساسیت بیمارستان‌ها خصوصاً بیمارستان‌های مرزی لازم

است این دوره‌ها بیشتر و بهتر برگزار گردد.

۵۲/۶٪ مدیران، بحران‌های منطقه خود را شناسایی کرده بودند و از آنجایی که یکی از وظایف اصلی مدیران به خصوص مدیرانی که با بحران سروکار دارند شناخت بحران و ارزیابی اطلاعات آن می‌باشد (کلهری، ۱۳۸۵) لذا این نشان دهنده ضعف مدیران مورد مطالعه در زمینه شناخت بحران‌های منطقه می‌باشد. از این رو، آموزش و شناساندن موقعیت جغرافیایی و تهدیدات منطقه به مدیران بیمارستان‌ها مرزی که در نهایت می‌تواند زمینه آشنایی کامل آنها با بحران‌های منطقه را فراهم آورد به نظر ضروری می‌رسد. چرا که مدیران به عنوان تصمیم‌گیرندگان و مجریان برنامه‌ها می‌توانند با کاربرد دانش تخصصی باعث کاهش اثرات بحران شوند (محمودزاده، ۱۳۸۴).

بنابر نظر ۵۵/۳٪ مدیران، بیمارستان مورد نظرشان توانسته هنگام دچار شدن به بحران آن را کنترل نماید که این نه تنها می‌تواند بیانگر ضعف این مراکز در کنترل بحران باشد بلکه برای مقابله با بحران نیز کافی نیست. بر اساس نتایج پژوهش بیشتر مدیران در مورد بروز و یا احتمال بروز بحران‌ها معتقد بودند که خطر زلزله، آشوب و شورش بیشتر از سایر بحران‌ها احساس می‌شود و لازم است برای تمام بحران‌ها با اولویت زلزله، آشوب و شورش و همچنین جنگ تدابیری اندیشید تا در صورت وقوع، از آثار آنها کاسته شود؛ چرا که از طرفی بحران‌ها از جمله زلزله قدرت تخریب بالایی دارند و از طرفی بیمارستان‌ها بیش از سایر نقاط مستعد آسیب می‌باشند و می‌بایستی مورد توجه ویژه قرار گیرند (محمودزاده، ۱۳۸۴). بر اساس نظرات ۵۰٪ مدیران، برنامه‌های کوتاه، میان و بلندمدت کامل برای رویارویی با بحران‌ها در بیمارستان‌های مورد مطالعه طراحی شده که در مقایسه با نتایج مطالعه ای در شهر نیویورک که در آن ۸۷٪ بیمارستان‌ها برنامه‌های مقابله با بحران خود را تدوین نموده اند (سیلبر، اوستر، سایمونز و گارت، آوریل - ژوئن ۲۰۰۱)^۱ ضعف تدوین برنامه مشهود است که این می‌تواند به دلیل عدم وجود ساختار مناسب و کافی جهت پیش بینی و برنامه‌ریزی برای مقابله با بحران در بیمارستان‌های مرزی باشد. از طرفی داشتن برنامه استراتژیک، یک ضرورت مهم برای بیمارستان‌ها تلقی می‌شود که می‌بایستی بیش از این به آن پرداخته شود (گیتر، دانکن و عبدالرسول‌نیا، ۲۰۰۷)^۲. در نهایت نیاز به برنامه‌ریزی استراتژیک، کلان‌نگر و مناسب در زمینه مدیریت بحران برای مراکز بهداشتی و درمانی نظامی بخصوص مراکزی که به لحاظ موقعیتی بیش از سایرین در معرض انواع خاصی از بحران‌ها هستند کاملاً احساس می‌شود.

1. Silber, Oster, Simmons, & Garrett, Apr-Jun 2001.

2. Ginter, Duncan, & Abodrasulnia, 2007.

تشکر و قدردانی

از تمامی رؤسا، مدیران و پرسنل زحمتکش بیمارستان‌های شهرهای مرزی مورد مطالعه که صمیمانه ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

کتابنامه

منابع فارسی:

- اخلاقی، ابوالحسن (۱۳۸۴). *آمادگی در مقابل بلایا، خلاصه مقالات دومین همایش علمی-تحقیقی مدیریت امداد و نجات*. موسسه آموزشی عالی علمی-کاربردی هلال ایران. تهران: موسسه آموزش عالی علمی-کاربردی هلال احمر ایران.
- اخوان مقدم، جمال، ادیب نژاد، سهیل، و نایینی مرتضی (۱۳۸۴). آشنایی با سامانه فرماندهی بحران و مدیریت بیمارستانی در حوادث غیرمترقبه و نحوه اجرایی کردن آن. *طب نظامی*، ۷(۲)، ۱۶۷-۱۷۵.
- الله وردی، شهیده، و شبانیان غلامرضا (۱۳۸۵). *چالش‌های اساسی مدیریت بحران در بیمارستان‌های ایران: خلاصه مقالات سومین کنگره بین‌المللی بهداشت، درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه*. تهران: بسیج جامعه پزشکی.
- برادران، محمود و همکاران (۱۳۸۵). *مطالعه تطبیقی وضعیت آمادگی مدیریت مرکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی بابل در مقابل بلایا*. بابل: دانشگاه علوم پزشکی بابل.
- پازوکی، عبدالرضا (۱۳۸۲). *برنامه‌ریزی پزشکی مقابله با حوادث غیرمترقبه: مجموعه سخنرانی‌های جامع و میزگردهای علمی، اولین کنگره سراسری بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*. تهران: بسیج جامعه پزشکی.
- حسینی شکوه، سیدمرتضی (۱۳۸۷). *بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران نسبت به خطر زلزله در سال ۱۳۸۶*. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- سیرتی نیر، مسعود و همکاران (۱۳۸۶). *تدوین چارچوب جامع برای مدیریت بحران: مجموعه مقالات چهارمین کنگره سراسری طب نظامی*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ارتش.
- عرب، محمد (۱۳۸۶). *بررسی میزان کمی و کیفی آمادگی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران برای مقابله با خطر زلزله در سال ۱۳۸۵ (طرح تحقیقاتی)*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- عرب، محمد (۱۳۸۰). *بررسی تاثیر ساختار سازمانی و شیوه مدیریت بر روی شاخص‌های بیمارستانی و تعیین الگوی مناسب برای ارتقای آن در بیمارستان‌های عمومی-دولتی ایران*. پایان نامه دکترای (مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی)، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- فیضی، شهرام (۱۳۸۲). *نقش بیمارستان‌های نظامی در مدیریت حوادث بزرگ و بلایای طبیعی*. خلاصه مقالات اولین کنگره سراسری بهداشت و درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه. تهران: بسیج جامعه پزشکی.
- کلهری، مریم و همکاران (۱۳۸۵). *مدیریت بحران، مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری بهداشت و درمان و مدیریت بحران در حوادث غیرمترقبه*. تهران: بسیج جامعه پزشکی.
- محبتی، فاطمه (۱۳۸۳). *بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد مدیران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم*

پزشکی تهران نسبت به خطر زلزله در سال ۱۳۸۳: راهنمای برنامه ریزی برای مقابله با زلزله. پایان نامه کارشناسی ارشد (مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی)، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

محمودزاده امیر (۱۳۸۴). بحران و مدیریت بحران. تهران: گل‌های محمدی.
ناطق‌الهی، فریبرز، و استوار ایزدخواه، یاسمن (۱۳۸۳). برنامه‌ریزی پیشگیری از سوانح و توسعه پایدار شهرهای بزرگ: مجموعه مقالات اولین همایش علمی، تحقیقی مدیریت امداد و نجات. تهران: موسسه آموزش عالی علمی-کاربردی هلال احمر ایران.

منابع انگلیسی:

Ginter, P. M., Duncan, W. J., & Abdolrasulnia, M. (2007, November-December). Hospital strategic preparedness planning: The new imperative. *Prehospital and Disaster Medicine*, 22(6):529-36. Retrieved from http://pdm.medicine.wisc.edu/Volume_22/issue_6/ginter.pdf

Silber, S. H., Oster, N., Simmons, B & Garrett, C. (2001, Apr-Jun). Y2K medical disaster preparedness in New York City: Confidence of emergency department directors in their ability to respond. *Prehospital and Disaster Medicine*, 16(2), 88-94; discussion 94-5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11513287>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی