

بررسی دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها

(مورد مطالعه بیمارستان شهر زرنند)

هانیه انجم شعاع^۱ | علیرضا صنعت خواه^{۲*} | علی حسن زاده^۳

۲

سال شانزدهم
تابستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۲/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۳/۰۲

صص: ۷۵-۱۰۲



چکیده

کشور ما تحت تاثیر حوادثی است که تبدیل به بحران می شوند کشور ایران از نظر بلاخیز بودن چهارمین کشور در آسیا و دهمین کشور در جهان به شمار می رود و همواره در معرض بلایای طبیعی و انسانی قرار دارد. امروزه عوارض و صدمات جانی و مالی ناشی از سوانح طبیعی و غیرطبیعی تاثیر انکارناپذیری بر نحوه زندگی و سلامت انسان ها به جا می گذارد. نقش ویژه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در مقابله و رویارویی با بحران اجتناب ناپذیر است . وقوع مخاطرات و بحران های محیطی در مناطق مختلف کشور تنها با اتخاذ روش های مدیریت صحیح می توان خسارات حاصل از این بحران ها را به حداقل کاهش دهند. مدیریت و آمادگی بیمارستان های کشور برای مقابله با حوادث غیرمترقبه، موضوع موردتوجه محافل علمی است. پرستاران اولین گروه مواجه با آسیب دیدگان در بیمارستان ها هستند بنابراین نیاز به آموزش های تخصصی در زمینه مدیریت بحران جهت کاهش تلفات و جایگزینی حادثه دیدگان بدون فوت وقت امری ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها : مورد مطالعه بیمارستان شهر زرنند می باشد . پژوهش حاضر از نوع هدف کاربردی و از نظر تحقیقات کیفی مبتنی بر راهبرد داده بنیاد است، جامعه آماری کلیه کارکنان بیمارستان شهر زرنند در این مرحله با توجه به کفایت نمونه گیری و اشباع نظری، ۲۵ نفر از این پرسنل به روش نمونه گیری هدفمند در دسترس انتخاب شده و در مطالعه شرکت کرده اند. جمع آوری داده ها به روش مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام گرفته است و جهت تحلیل داده ها از روش مقایسه ای مداوم استراوس و کوربین در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و گزینشی بهره گرفته شده است . مقولات اصلی عبارتند از : مدیریت اطلاعات و حفظ مستندات / تجهیزات و امکانات / برگزاری کلاس های آموزشی / ارزیابی و نظارت دقیق / به کارگیری نیروی انسانی متخصص و کارآمد / نحوه مدیریت بحران / هماهنگی سازمانی / اطلاع رسانی گسترده / توانمندسازی نیروی انسانی / بهره گیری درست از تجهیزات و امکانات / اطلاع رسانی درست / مشخص نبودن راهبردها و قوانین به عنوان عوامل تقویت کننده پیامدی شناخته شده است.

کلیدواژه ها: توانمندی نیروی انسانی در بحران ، مدیریت کارآمد بحران در بیمارستان ها ، هماهنگی بین سازمانی

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد گروه جامعه شناسی ، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار و عضو هیات علمی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، ایران.

asanatkah@yahoo.com

۳. دانش آموخته کارشناسی ارشد گروه مدیریت بحران ، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

مقدمه

ایران به عنوان کشوری بلاخیز، هر چند وقت یکبار، به علت بلایای طبیعی دچار خسارت می شود. کشور های بلاخیزی، سالانه در اثر حوادث پیش بینی نشده، بطور متوسط به میزان ۳ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف بحران ها می کنند (رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۵: ۴۹). از آنجا که این حوادث توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع را با مانع روبرو می سازند، مدیریت بحران و طب حوادث غیر مترقبه درصدد پیشگیری و ایجاد آمادگی در مقابله با بحران در سازمان های مختلف است و در رأس این سازمان ها بیمارستان ها قرار دارند (عثمان، ۲۰۱۵: ۹۹-۱۱۶). کشور ایران یکی از مستعدترین مناطق جغرافیایی برای حوادث غیر مترقبه محسوب می گردد که آن را یکی از ده کشور بلاخیز دنیا می دانند و تقریباً ۹۰ درصد از جمعیت آن در معرض بلایای طبیعی قرار دارند. زلزله ی کرمانشاه، سیل مناطق جنوبی و زلزله ی تبریز در سال های اخیر مؤید این قضیه می باشند (نخعی، ۲۰۱۹: ۲۳۷-۴۸).

بحران ها به دو دسته ی طبیعی (مانند سیل، زلزله، آتشفشان و...) و غیرطبیعی یا انسان ساخت (مانند جنگ، تروریسم و اغتشاش) تقسیم می شوند (بدیعی، ۲۰۱۴: ۷-۱۱). در بحران ها، قربانیان زیادی برای دریافت خدمات مراقبت های بهداشتی به بیمارستان ها ارجاع میشوند. واکنش مناسب در برابر بحران ها آمادگی بیمارستان را برای چنین شرایطی ضروری میکند؛ بنابراین، هر بیمارستان باید قبلاً برای مقابله با بحران ها برنامه عملی را تدوین کرده باشد. آمادگی بیمارستان یک اصطلاح چندبعدی است که مربوط به محدودیت های پزشکی و سایر شرایط مرتبط است. مدیران مؤسسات بهداشتی باید خطرات بحران را کاملاً بشناسند و سعی کنند آمادگی خود را برای مقابله با این شرایط بهبود بخشند (خورسند چوبدار، ۱۳۹۹: ۵۵۵). در بلایا سلامت افراد به مخاطره می افتد به همین خاطر بیمارستان ها برای مقابله مؤثر با شرایط بحرانی باید یک برنامه عملیاتی از قبل تدوین شده داشته باشند. عدم وجود چنین برنامه های موجب افزایش بی نظمی و سردرگمی در امور خواهد شد چون در این شرایط، ظرفیت استفاده از منابع انسانی و فیزیکی افزایش می یابد، اتخاذ استراتژی های واکنش مناسب و سریع بر اساس آمادگی ضروری است (قدمی، ۱۴۰۰: ۲۳۲). حوادث طبیعی اگر مدیریت نشود، منجر به مرگ و میر، آسیب های روانی، بیماری های واگیر، سوء تغذیه و مشکلات بیماری های مزمن، وقفه در تهیه غذا و خلأ در خدمات سلامتی می شوند (پورفند^۱، ۲۰۱۶: ۷۹۹-۸۰۰). مدیریت بحران از نظر سازمان بهداشت جهانی طی چهار مرحله ی پیش بینی و پیشگیری با هدف کاهش احتمال وقوع بحران، آمادگی با هدف برنامه ریزی، آموزش

و پژوهش، مقابله، با هدف ارائه خدمات اضطراری بلافاصله پس از وقوع بحران، بازسازی، با هدف بازگرداندن جامعه به حالت عادی صورت می‌گیرد که یکی از اعضای اصلی تیم مدیریت بحران پرستاران می‌باشند که در تمام این مراحل کار آزموده باشند (دانیالی پور، ۱۴۰۰: ۳۱۱).

امروزه عمده ترین نقاط ضعف مدیریت بحران عدم هماهنگی و همکاری سازمان‌ها، کمبود ضوابط و مقررات جامع و مانع و پراکندگی و ناکافی بودن قوانین و مقررات موجود، محدودیت منابع مالی است، اما خوشبختانه نقاط قوت بسیاری نیز وجود دارد که خود شامل تجارب مفید در مدیریت های بحران و روحیه تعاون و نوع دوستی در جامعه و مشارکت خوب و ارزشمند مردم و سازمان های مردم‌نهاد^۱ همچون جمعیت هلال احمر است که می‌توان با مرتفع نمودن نقاط ضعف و توجه بیشتر به نقاط قوت راه را برای عملکرد هر چه بهتر و قویتر در امر مدیریت بحران هموار نمود (مولایی و همکاران، ۱۳۹۶: ۸۹).

از آنجایی که کشور ما همه روز در معرض حوادث مختلف غیر مترقبه می‌باشد ارتقاء آگاهی و آمادگی پرسنل شاغل در مراکز بهداشتی درمانی بخصوص پرستاران بعنوان اولین واکنش دهنده ها در مقابل حوادث و بحران‌ها بسیار مهم و پیگیری و گسترش فعالیت های کمیته بحران در این زمینه بسیاری ضروری و حائز اهمیت می‌باشد.. بر این اساس سوال اصلی پژوهش پیش رو این است که دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان‌ها می‌باشد. دلیل انتخاب بیمارستان(الف)^۲ در استان کرمان به دلیل نزدیکی این شهر به برخی از مناطق بسیار زلزله خیز بوده و چندین زلزله را در سال های اخیر تجربه کرده اند و از آنجا که این بیمارستان زیر نظر تامین اجتماعی است، تعداد زیادی از مصدومین در حوادث طبیعی به این بیمارستان منتقل شده اند و به همین علت محیط مناسبی را در خصوص تحقیق در اختیار محقق قرار داده است.

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

بحران، واقعیتهای اجتناب ناپذیر در زندگی اجتماعی است. بحران‌ها در ذات خود بستر شکل‌گیری تهدیدها و فرصت‌هایی هستند که برحسب نوع، شدت و گستره محیطی بحران، می‌تواند نظام سیاسی و مدیران حاکم را در شرایط دشوار و پرمخاطره‌ای قرار دهند. در شرایط بحران، فعالیت‌های خبری و اطلاع‌رسانی از چنان حساسیتی برخوردار است که همه چیز تعیین‌کننده می‌شود: زمان، تصویر، لحن، ادبیات و بکارگیری نوع واژه‌ها (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۲۳-)

۱۰۳). بنابراین آنچه در این شرایط از حساسیت و اهمیت ممتاز برخوردار می شود، مدیریت شرایط بحرانی و مدیریت استراتژیک در مواقع بحرانی است. مدیریتی که بتوان با هنرمندی و هوشمندی استراتژیک، با بحران های موجود و تبعات ناشی از آن مقابله کرد و رویکرد پیش دستانه را به مرحله اجرا گذاشت (پرهیزگاری و همکاران، ۱۴۰۱-۴۰۳-۳۹۰). مدیریت بحران از لحاظ زمانی دارای سه بخش است که شامل قبل از بحران، حین بحران و پس از بحران می گردد؛ همچنین مدیریت بحران از لحاظ عملکردی از سه فاز مجزا تشکیل شده است: ۱- پیش بینی / پیشگیری، ۲- برنامه ریزی / آموزش، ۳- هدایت و کنترل (خانزادی و همکاران، ۱۳۹۵: ۱۷۱). اقدامات مربوط به مدیریت بحران قبل، حین و بعد از بحران برای شناسایی خطر و کاهش خطرات انجام می شود. تشکیل یک تیم با مهارت های متنوع برای سرعت به واکنش در بحران ها کمک کند. مدیریت بحران با بررسی ریسک آغاز می شود، ولی نباید با مدیریت ریسک اشتباه گرفته شود. به دلیل غیرقابل پیش بینی بودن روی داده ها، سازمان ها تلاش می کنند تا بحران ها را قبل از وقوع شناسایی کنند تا راه حل هایی برای مقابله با آن داشته باشند (جمالی و همکاران، ۱۳۸۹: ۲۷-۱).

بیمارستان ها به عنوان خط مقدم جبهه درمان یکی از مهمترین محله ای اداره خدمات بهداشتی و درمانی هستند (برینو آناماریا^۱ و همکاران، ۲۰۱۱-۲۹۲-۲۸۷). واکنش مدیران ارشد بیمارستان ها در هنگام برخورد با بحران ها و حوادث غیرمترقبه و واکنش سریع آن ها با تغییر و تحول پیش آمده بسیار مهم و حیاتی است. تصمیم گیری های مرتبط با تخصیص منابع و هدایت و رهبری نقل و انتقال و عبور و مرور بیماران در بیمارستان ها هنگام بروز این حوادث، تأثیر مستقیم بر روی سلامتی این افراد دارد. لذا طراحی آموزش های موفق برای ارتقا عملکرد جامع بیمارستان ضروری است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۹). برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید برای کلیه کارکنان قابل فهم و درک باشد به طوریکه کارکنان بدانند در زمان وقوع حوادث چه کاری را باید انجام دهند. همچنین لازم است که کارکنان به طور مرتب حداقل دو بار در سال، یکسری تمرینات نمایشی را در موقعیت های ساختگی به اجرا در آورند و کارکنان کلیه واحدها در شیفت های مختلف باید در این تمرینات شرکت نمایند. به هر حال بروز بی نظمی در دقایق اولیه پس از رخداد یک حادثه اجتناب ناپذیر است. آنچه که هر برنامه صحیح در صدد آن است به حداقل رساندن این زمان است. بر خلاف تصور حتی در حین حادثه هدف اصلی افزایش تعداد بیماران

ویزیت شده به بهای کم توجهی هر یک از بیماران نخواهد بود (استیو مارویتز^۱، ۲۰۰۸: به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۰).

احمدی و همکاران (۱۴۰۱) در تحقیقی تحت عنوان «ارزیابی و مدیریت خطر در حوادث غیر مترقبه طبیعی» انجام داده است. یافته هایش نشان داد که ریسک های اصلی شهری به ترتیب اهمیت عبارت اند از آسیب به زیرساخت های اصلی (آب، برق و گاز)، صدمه دیدن مراکز حیاتی و امدادی (بیمارستان ها، آتش نشانی)، مسدود شدن مسیرهای اصلی شهری، کمبود ظرفیت مراکز درمانی و اورژانس، نشست زمین، تخریب سیستم حمل و نقل (مترو) و تخریب سازه ها و تاسیسات غیراستاندارد. نظری و همکاران (۱۴۰۱) در تحقیقی تحت عنوان «اعتبارسنجی عوامل مؤثر بر مدیریت بیماری های واگیردار نوپدید با تمرکز بر پاندمی کووید-۱۹» انجام داده اند. نتایج بر اساس نظر کارشناسان نشان داد که عوامل علی بر مدیریت بیماری های واگیردار نوپدید تأثیرگذار هستند. مدیریت بحران بیماری های واگیردار نوپدید بر راهبردها تأثیرگذار هستند. عوامل زمینه ای و عوامل مداخله گر بر راهبردهای مدیریت بحران تأثیرگذار هستند. در نهایت راهبردها بر پیامدهای مدیریت بحران تأثیرگذار هستند. از طریق سازماندهی، هماهنگی و نظارت مستمر در راستای پیشگیری و کاهش پیامدهای نامطلوب بحران ها؛ ضمن عبور همراه با سلامت با درس آموزی و طراحی الگویی در جهت مدیریت بهتر این بحران ها قدم بردارند تا بتوانند در زمینه مدیریت بحران چنین بیماری های نوپیدی انباشت دانشی داشته باشند و از این انباشت دانش و تجربه برای سال های آتی و مدیریت مقابله با بیماری های جدید مشابه احتمالی و تصمیم گیری های بهتر استفاده نمایند. لذا ضرورت بازنگری اساسی در الگوی حکمرانی و به طور کلی در الگوی مدیریت بحران بیماری های واگیردار نوپدید کشور به طور خاص و ویژه محسوس می باشد. سجادی و همکاران (۱۴۰۰) در تحقیقی تحت عنوان «ابزارهای سنجش آمادگی بیمارستان ها برای مقابله با بیماری کووید-۱۹: یک مطالعه مروری» انجام شده است. یافته های این تحقیق نشان می دهند در مجموع ۳ ابزار برای سنجش آمادگی بیمارستان برای مقابله با بیماری کووید ۱۹ شناسایی و ترجمه شده و متن کامل آنها در این مقاله ضمیمه شدند. چک لیست آماده سازی بیمارستان ها برای پذیرش و مراقبت از بیماران کووید-۱۹ مربوط به مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها در اروپا، مشتمل بر ۸ حیطه، ۲۱ زیرحیطه و ۱۳۵ گویه، چک لیست جامع آمادگی بیمارستان مربوط به مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها در آمریکا، مشتمل بر ۳ حیطه، ۸ زیرحیطه و ۸۰ گویه و چک لیست آمادگی بیمارستان مربوط به دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت، مشتمل بر ۱۱ حیطه و ۱۰۴ گویه بود. از نظر محتوایی مشابهت های زیادی میان ابزارهای موجود

سنجش آمادگی بیمارستان برای مقابله با بیماری کووید ۱۹ وجود دارد. تفاوت هایی اندکی هم بین آنها دیده شد که می تواند در مراحل بومی سازی ابزار مورد توجه قرار گیرد. صنوبری و همکاران (۱۳۹۹) تحقیقی تحت عنوان «ارزیابی نیازسنجی آموزشی پرستاران در مدیریت پرستاری در بحران در مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه جندی شاپور اهواز علوم پزشکی بر اساس مدل جنینگز^۱» انجام داده اند. نتایج پژوهش نشان داد که از نظر شرکت کنندگان تعهد مدیریت با اختلاف میانگین (۰۹/۲) میزان آمادگی (۹۷/۰)، توانایی انعطاف پذیری (۵۳/۱)، سطح آموزش (۶۷/۴) و میزان آگاهی (۴۱/۳) به عنوان مهم ترین نیازهای آموزشی پرستاران تشخیص داده شده بر طبق یافته های فوق نیاز پرستاران در اجرای دوره های مهارت آموزی غرب و حین و بعد از بحران در جهت استفاده از الگو جنینگز به صورت کاربردی را طلب می نماید.

تاسو^۲ و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیقی تحت عنوان سطح دانش متخصصان بهداشتی که در اتیوپی در زمینه آمادگی در برابر بلایا، بررسی سیستماتیک و متاآنالیز کار می کنند «انجام شده نتایج این تحقیق برای تجزیه و تحلیل، در مجموع از ۷ مطالعه با مجموع ۱۵۷۹ شرکت کننده استفاده شد. در اتیوپی، سطح دانش خوب متخصصان بهداشت در مورد آمادگی در برابر بلایا ۴۸،۵۸٪ (فاصله اطمینان: ۴۳،۴۳، ۵۳،۷۳) بود که به این معنی است که ۴۸،۵۸٪ از متخصصان بهداشت دانش خوبی در مورد آمادگی در برابر بلایا داشتند. در نتیجه، تنها ۴۸،۵۸٪ از متخصصان بهداشت درک خوبی از آمادگی در برابر بلایا داشتند، در حالی که ۵۱،۴۲٪ بقیه فاقد دانش آمادگی در برابر بلایا بودند. دولت، مؤسسات آموزشی و سازمان های غیردولتی باید با ارائه آموزش، تبادل تجربیات و گنجاندن آموزش مدیریت بلایا در برنامه های درسی حرفه ای سلامت در برنامه های آموزش عالی، بر آماده سازی متخصصان سلامت برای مدیریت بلایا تأکید ویژه داشته باشند. فیلمنو^۳ و همکاران (۲۰۲۴) در تحقیقی تحت عنوان «راهبردهای مقابله مدیران پرستار برای مدیریت بحران: بازبینی سیستماتیک کیفی» انجام داده شده است. نتایج این تحقیق این تحقیق نشان می دهد که مدیران پرستاری می توانند مدیریت بحران بیمارستان را با سازماندهی مجدد فعالیت های خود، شناخت منابع استرس و شناسایی مداخلات بالقوه برای حفظ سلامت، ایمنی و رفاه بهبود بخشند. سازمان ها باید فرصت هایی را برای مدیران پرستاری فراهم کنند تا با استرس کنار بیایند، از یکدیگر حمایت کنند و در طول بحران ها سازگاری هایی را پیشنهاد کنند و در عین حال نیاز به مداخلات سازمانی برای حفظ سلامت و ایمنی را تشخیص دهند. بلاجرگ^۴ و

^۱ Jennings model

^۲ Tassew

^۳ Filomeno

همکاران (۲۰۲۴) در تحقیقی تحت عنوان « چگونه مداخله مدیریت بحران پرستاری بر تجربیات بستگان در دو مرکز تروما تأثیر می گذارد؟ مطالعه سری زمانی » انجام داده اند. به طور کلی، نتایج این تحقیق هیچ تفاوتی بین ویژگی های شرکت کنندگان در هر یک از سه دوره مشاهده نشد. مقایسه دوره اجرا با دوره بعد نشان داد که بین ارزیابی بستگان از مدیریت بحران از نظر آماری تفاوت مثبت و معناداری وجود دارد [p=۰/۰۰۹]. علاوه بر این، احتمال امتیاز دهی < ۸ از قبل تا بعد از مداخله به طور قابل توجهی افزایش یافت [نسبت خطر ۱,۲۱، فاصله اطمینان ۰,۹۵-۱,۱۶]. نتایج ثانویه نشان داد که بیشترین تغییر در طول زمان دربرگیرنده بستگان بود [نسبت خطر، ۱,۲۵، ۰,۹۵-۱,۳۵]. اطلاعات بیشتری تأثیر را بر تجربه بستگان از ارائه مدیریت بحران توسط پرستاران داشت و همچنین نیازهایی بود که بستگان آن را مهم تر می دانستند. با این حال، اطلاعات همچنین حوزه نیازهایی بود که کمترین پیشرفت را در طول مطالعه داشت. ولانا^۱ و همکاران (۲۰۲۳) در تحقیقی تحت عنوان « ادغام پارادایم تجسم- فرافکنی- نقش برای توسعه و اجرای کارگاه دو ساعته مدیریت استرس در میان پرستاران » انجام داده اند. یافته های پژوهش حاکی از کاهش معنادار آماری سطح استرس فعلی و همچنین بهبود معنی داری در هیجانات منفی بلافاصله پس از مداخله بود. این مطالعه نشان می دهد که یک چارچوب درمانی با رویکرد جامع سلامت روان ممکن است به عنوان یک فرآیند مقابله ای مؤثر برای مقابله با استرس شغلی عمل کند. این مطالعه، علاوه بر این، محققان را تشویق می کند تا فرآیندهای پارادوکس ای پی^۲ را روشن کنند و اثرات بلندمدت الگوی درمانی بر سلامت روان را بررسی کنند. در تحقیقی تحت عنوان « تجربیات زیسته پرستاران مراقبت های ویژه تازه واجد شرایط از رهبری شیفت در یک موسسه مراقبت های بهداشتی خصوصی در گوتنگ، آفریقای جنوبی » انجام داده اند.

کومبز^۳ و همکاران (۲۰۲۳) در تحقیقی تحت عنوان « پیام رسانی سلامت عمومی در طول بلایا: مطالعه کیفی خبرچینان بخش اورژانس » انجام داده اند. در این تحقیق آموزش به بیمار یک وظیفه حرفه ای برای همه پرستاران است. پیام های بهداشت عمومی در بخش های اورژانس در هنگام بلایا می تواند به جلوگیری از خطرات یا بیماری بیشتر برای جوامع آسیب دیده کمک کند. نتایج نشان می دهد اعتماد پرستار یک عامل کلیدی در ارائه پیام های پیشگیرانه در هنگام بلایا است که به طور بالقوه ناشی از کمبود قرار گرفتن در معرض، نیروی کار خردسال و حداقل

^۱ Velana^۲ EPR^۳ Coombs

آموزش است. رهبران توافق دارند که بخش‌ها با فقدان آموزش خاص، دستورالعمل‌های رسمی و منابع آموزش بیمار، اقدام به تهیه یا پشتیبانی از پیام‌رسانی نمی‌کنند. و این بهبود لازم است..

روش تحقیق

نظریه زمینه‌ای یکی از روش‌های پژوهش کیفی بوده و مبتنی بر استقراء و اکتشاف است. منظور از نظریه زمینه‌ای، نظریه‌ای است که مستقیماً از داده‌هایی استخراج شده است که در جریان پژوهش به صورت منظم گردآمده و تحلیل شده‌اند. فقدان یک تئوری از پیش تعیین شده، از ویژگی‌های بارز این نوع تحقیق است. در این روش گردآوری داده‌ها، تحلیل و نظریه‌نمایی با یکدیگر در ارتباط تنگاتنگ‌اند. در این روش پژوهشگر، کار را با نظریه‌ای که از قبل در ذهن دارد شروع نمی‌کند مگر آنکه منظور او بسط نظریه موجود باشد، بلکه کار را در عرصه واقعیت آغاز می‌کند و می‌گذارد تا نظریه از درون داده‌هایی که گرد می‌آورد، پدیدار شود (استراوس و کرین^۱، ۱۳۹۲: ۳۴). این مهم، شکل‌گیری نظریه، در فرایند تحقیق یک روش پژوهش عمومی برای تولید تئوری شکل می‌گیرد. بر این اساس، روش نظریه‌زمینه‌ای که بر اساس گردآوری و تحلیل نظام‌مند داده‌بنیان‌نهاد شده است. و نظریه در طول تحقیق اتفاق می‌افتد و از رهگذر تعامل مستمر بین گردآوری و تحلیل داده‌ها حاصل می‌شود (منصوریان، ۱۳۸۵: به نقل از ایازی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳).

اطلاعات به دست آمده در این تحقیق از طریق مصاحبه‌های ساختارمند توسط پرسش و پاسخ بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده بوده است که در ابتدای هر مصاحبه با ایجاد اعتماد و اطمینان و معرفی پژوهش، اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان اخذ شد. در طول مصاحبه هر زمان که مشارکت‌کننده احساس خستگی می‌کرد یا تمایل به ضبط شدن بخشی از مصاحبه تمایلی نداشت یا خواستار توقف مصاحبه بود، مصاحبه‌گر به نظر مصاحبه‌شونده احترام می‌گذاشت و روند مصاحبه را متوقف می‌کرد. قبل از ضبط مصاحبه از مشارکت‌کننده اجازه گرفته و مصاحبه‌ها توسط دستگاه ضبط دیجیتال ضبط می‌شد. بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه انجام می‌پذیرفت و به صورت هم‌زمان تجزیه و تحلیل می‌شد. هر مصاحبه بین ۳۸ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید و بسته به شرایط در یک یا دو جلسه انجام شد.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۲۵ نفر از پرستاران بیمارستان (الف) شهر زرنند بوده‌اند که از نفر ۲۰ به بعد هیچ‌کدام جدیدی به دست نیامده است و ما در تحقیق به اشباح نظری دست

^۱ Strauss and Corbin

بیمارستان امام علی (ع) در شهر زرنند کرمان . ۲

پیدا کرده ایم. انتخاب جامعه آماری از طریق روش گلوله برفی بوده با انتخاب هر یک از پرستاران از آنها خواستیم که اشخاص دیگری را به ما معرفی کنند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش اشتراوس و کوربین^۱ (۱۹۹۸) استفاده شده. دلایل استفاده از این روش را می‌توان روشن و شفاف بودن مراحل این روش و گرایش بیشتر محققان نظریه زمینه‌ای در علوم سلامتی به استفاده از این روش ذکر نمود. همچنین از آنجا که سبک زندگی دارای ماهیتی چندبعدی و متأثر از عوامل مختلف فردی و اجتماعی است و در تعامل با دیگران شکل می‌گیرد، بدین منظور از روش نظریه زمینه‌ای استفاده شد. این روش شامل سه مرحله اساسی زیر است: ۱- کدگذاری باز، ۲- کدگذاری محوری، ۳- کدگذاری انتخابی. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مقایسه‌های مداوم داده‌ها انجام شد. در ابتدا داده‌ها برای یافتن تفاوت‌ها و تشابهات با یکدیگر مقایسه شدند.

اعتبار و روایی

در پژوهش‌های کیفی، بیشتر بحث اعتبار مطرح است تا پایایی (این موضوع، ناشی از ماهیت هستی‌شناختی و فلسفی روش‌های پژوهش‌های کیفی است). به اعتقاد (فلیک^۲، ۲۰۰۹: ۴۱۰)، یکی از روش‌های افزایش اعتبار، "باورپذیری کردن گزینشی است". منظور وی از اصطلاح مذکور، مستدل کردن متن با نقل قول‌هایی قابل قبول که در پژوهش حاضر، موارد متعددی از آن‌ها به منظور باورپذیری کردن یافته‌های پژوهش بیان شده است (از کیا، احمدش و پارتازیان، ۱۳۹۶: ۳۵۵).

قابلیت اعتبار در تحقیقات کیفی با کمی متفاوت است، بدین معنا که در تحقیقات کیفی، قابلیت اعتبار به معنای مطلوبیت بازنمایی ساختار و مفهوم پدیده‌های موردنظر است (لینکن و گوبا^۳، ۱۹۸۵: ۹۴).

برای رسیدن به معیار قابلیت اعتماد^۴ (معادل پایایی^۵ و روایی^۶ در تحقیقات کمی) از سه فن رایج و مرسوم (سیلورمن^۷، ۲۰۱۳: ۱۵) استفاده گردید: ۱- کنترل یا اعتباریابی توسط اعضای پژوهش، ۲- مقایسه‌های تحلیلی، ۳- استفاده از تکنیک ممیزی. در خصوص اعتباریابی در این تحقیق از روش تکنیک ممیزی استفاده شده است از دو استاد در زمینه جامعه‌شناسی و..... در

۱ Strauss and Corbin

۲ flake

۳ Lincoln & Guba

Trustworthiness

۴ Reliability

۵ Validity

۶ Silverman

حوزه روش پدیدار شناختی ، بر روی مراحل گوناگون کد گذاری، مفهوم سازی و استخراج مقولات نظارت و کنترل داشته اند .

یافته های پژوهش

باتوجه به ماهیت روش کیفی تحقیق و در نظر گرفتن این نکته که کد گذاری مهم ترین روش و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها در رویکرد زمینه ای است، در پژوهش، فرایند کد گذاری با استفاده از روش کد گذاری باز در وهله اول آغاز می شود. این مرحله که اولین قدم از تجزیه و تحلیل نظری به سمت اکتشاف مقولات و ویژگی های آنان است با استفاده از نظری واحد کد گذاری جمله به جمله به انجام رسیده است که طی آن به توصیفی از داده ها دسترسی پیدا شده است. با ظاهر شدن مفاهیم حاصل از کد گذاری خط به خط داده های پژوهش، نوبت به کد گذاری محوری می رسد که با استفاده از آن مفاهیم به دست آمده در جریان کد گذاری باز، به زیر مقوله های مربوط به داده ها پیوند داده شدند و در ادامه زیر مقولات به مقولات عمده مرتبط شدند. در ادامه فرایند کد گذاری محوری مقولات کلی به دست آمده . در نهایت در مرحله کد گذاری انتخابی، مقوله هسته انتخاب شد و با استفاده از تکنیک داستان پردازی به طور منظم با سایر مقوله ها پیوند داده شد (شرح خط داستان در جمع بندی و نتیجه گیری) در این قسمت تمامی مقولات پیرامون یک مقوله هسته یکپارچه شدند و مقولاتی که نیاز به تشریح بیشتری داشتند با در نظر گرفتن نقش آن مقوله در خط داستان با جزئیات بیشتری شرح داده شدند. با انجام کد گذاری باز در حین جمع آوری داده ها ۲۵ مقوله عمده به دست آمدند مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش به شرح زیر است:

جدول ۱ مشخصات شرکت کنندگان در مصاحبه به ترتیب مصاحبه، تفسیر و تحلیل

ردیف	تحصیلات	سمت	سن	سابقه کاری
۱	دکتری	مدیر بیمارستان	۴۵	۲۰ سال
۲	لیسانس	مسئول امور اداری	۴۵	۲۷ سال
۳	لیسانس	پرستار بخش CCU	۳۴	۱۰ سال
۴	لیسانس	سرپرستار بخش اورژانس	۴۱	۲۰ سال
۵	دکتری	پزشک	۳۶	۱۷ سال
۶	لیسانس	مدیر پرستاری بیمارستان	۵۳	۲۴ سال
۷	لیسانس	دبیر کمیته بحران	۴۸	۲۳ سال
۸	لیسانس	سوپروایزر بالینی	۴۸	۲۳ سال
۹	فوق لیسانس	سرپرستار بخش CCU	۴۳	۲۵ سال
۱۰	لیسانس	سوپروایزر آموزشی	۴۲	۱۵ سال

فصلنامه مطالعات مدیریت بحران

۱۱	فوق لیسانس	سوپروایزر بالینی	۴۹	۲۵ سال
۱۲	لیسانس	پرستار	۴۳	۲۲ سال
۱۳	لیسانس	مسئول فناوری و اطلاعات	۵۰	۲۶ سال
۱۴	لیسانس	پرستار بخش اورژانس	۳۴	۱۳ سال
۱۵	لیسانس	سوپروایزر بالینی	۴۳	۲۵ سال
۱۶	دکتری	پزشک	۴۱	۳ سال
۱۷	دکتری	پزشک	۳۶	۴ سال
۱۸	فوق تخصص	جراح	۵۳	۹ سال
۱۹	لیسانس	پرستار	۴۸	۱۵ سال
۲۰	دکتری	پزشک	۴۸	۸ سال
۲۱	لیسانس	پرستار	۴۲	۲۷ سال
۲۲	لیسانس	پرستار	۴۵	۱۰ سال
۲۳	لیسانس	پرستار	۳۴	۲۰ سال
۲۴	دکتری	جراح	۴۵	۶ سال
۲۵	لیسانس	کادر اداری	۳۶	۲۷ سال

شرایط علی یا سبب ساز

شرایط سبب ساز معمولاً آن دسته از رویدادها و وقایع اند که بر پدیده ها اثر می گذارند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳: ۱۵۲؛ به نقل از اکبری و صفری، ۱۳۹۷: ۱۱۷) در پژوهش حاضر شرایط سبب ساز عواملی هستند که دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها موثر می باشد. در این خصوص مدیریت اطلاعات و حفظ مستندات، تجهیزات و امکانات، برگزاری کلاس های آموزشی و بکارگیری نیروی انسانی متخصص و کارآمد که با زیرمقولاتی از جمله: ثبت و نگهداری اطلاعات، استفاده از سامانه های نوین، مدیریت فضای بیمارستان، آموزش، آمادگی نیرو قبل از شرایط بحرانی و آموزش داشتن مهارت پرستاران می باشد.

جدول ۴-۲ شرایط سبب ساز - مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
--------------	------------	------------

مفهوم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
ارتقا کردن اطلاعات، جلوگیری از ویروس و هکرها به سیستم/ روش ثبت اطلاعات و هشدار/ نگهداری اطلاعات سیستم/ مستندات مدیریت بحران	ثبت و نگهداری اطلاعات	مدیریت اطلاعات و حفظ مستندات
ارتقا تجهیزات و امکانات/ امکانات و تجهیزات تریاژ/ پایش دمای اتاق با سیستم فناوری/ سامانه HIS/ سامانه اطلاعات پیشگیری بحران/ سامانه سنجه مخاطرات/ سنجه سیستم برق/ سنجه مدیریت بحران(نیاز سنجی)	استفاده از سامانه های نوین	تجهیزات و امکانات
ارتقا فضای بیمارستان/ موقعیت مکانی تریاژ/ ساختار پیش بینی مدیریت بحران/ ایجاد اسکان زمان بحران/ آماده سازی انبار زمان بحران/ حمل و نقل مصدومین/ مدیریت منابع بحران/	مدیریت فضای بیمارستان	تجهیزات و امکانات
ابزار آموزش/ ارتقا منابع انسانی/ اطلاعات پرسنل از هشدار بحران/ آگاه نمودن تیم های ارزیاب خارج از بیمارستان/ آموزش پرسنل اداری و خدماتی/ آموزش تیم تریاژ/	آموزش	برگزاری کلاس های آموزشی
بررسی آمادگی در مقابل بحران/ برگزاری جلسات کمیته بحران/ برگزاری کارگاه و جلسات منابع انسانی/ تمرین منابع انسانی مدیریت بحران/ جلسات هماهنگی مدیریت بحران/ زمانبندی آموزش بحران	امادگی نیرو قبل از شرایط بحرانی	برگزاری کلاس های آموزشی
استخدام کادر پزشکی متخصص/ استفاده از نیرو داوطلب زمان بحران/ بررسی کمبود پرسنل در بحران/ برنامه زمانبندی پرسنل در بحران/ روش استخدام نیرو شرایط استخدام زمان بحران/ شناسایی منابع انسانی مدیریت بحران/ وضعیت بیماران/ میزان نیروی انسانی	آموزش و مهارت داشتن پرستاران	بکارگیری نیروی انسانی متخصص و کارآمد

مشارکت کننده شماره ۱۱" اطلاعات بروز را در اختیار مدیران بحران قرار می دهد". مشارکت کننده شماره ۱ " روی تمام سیستم آنتی ویروس نصب کرده اند". مشارکت کننده شماره ۵ "اعتباربخشی باعث شد گوشه ای از مستندات مورد نیاز تهیه گردد اما در عمل اجرای مستندات و پیگیری و نظارت بر آن ها در بسیاری از موارد انجام نمی شود هم چنین مشارکت کننده شماره ۵ به این نکته نیز اشاره کرده است تهیه دستورالعمل ها و مستندات مرتبط برای هماهنگی زمان مدیریت بحران قبل از بروز بحران."

شرایط زمینه ای

شرایط زمینه ای مجموعه خاصی از شرایطی اند که در یک زمان و مکان خاص جمع می آیند تا مجموعه اوضاع و احوال یا مسائلی را به وجود آورند که اشخاص با عمل/تعامل های خود به آن ها پاسخ می دهند (استراوس و کوربین، ۱۳۹۳: ۱۵۲ به نقل از اکبری و صفری، ۱۳۹۷: ۱۱۷) مجموعه ای از عوامل در قالب شرایط زمینه ای دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان بیمارستان (الف)^۱ موثر می باشد. مقوله ارزیابی و نظارت دقیق که با زیر مقولات: ابزارهای ارزیابی نظارت مستقیم بر تمامی پرستاران در بخش های مختلف مشخص می شود به عنوان شرایط زمینه ای دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها شناسایی شد.

جدول ۴ شرایط زمینه ای - مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
چک لیست سالانه شناسایی علل حوادث/ ابزار ارزیابی بیمارستان	ابزارهای ارزیابی	ارزیابی و نظارت دقیق

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
اعتباربخشی برنامه ها/ ارزیابی کیفیت آموزش/ ارزیابی مخاطرت داخلی بیمارستان/ بازدید دوره ای/ سنجش اثربخشی آموزش/ سنجش کیفیت آموزش تریاژ/ مسئول ارزیابی آموزش/ مسئول اعتباربخشی بیمارستان/ نظارت بر انجام کار ارتقای فرهنگ کار تیمی و مشارکتی	نظارت مستقیم بر تمامی پرستاران در بخش های مختلف	

مشارکت کننده ۱۵ " برای شناسایی خطرات تیم های ارزیابی تشکیل می شود. " مشارکت کننده شماره ۷ " اعلام داشته نقش اعتباربخشی در بیمارستان با هدف اعمال نظارت و حصول اطمینان از ارائه خدمات، مراقبت کیفی، ایمنی و مبتنی بر شواهد بوده است و این اصل در ارتقاء بهره‌وری بسیار تأثیرگذار بوده است. " مشارکت کننده ۱۱ " ارزیابی و اثربخشی فرآیند آموزش برای نیروهای متخصص با انجام تمرینات فرضی بعد از برگزاری کلاس ها صورت می گیرد. " مشارکت کننده شماره ۱۴ " کمک به آمادگی علمی و عملی نیروهای پرستار. " مشارکت کننده شماره ۴ اظهار کرده " اثربخشی آموزش ها توسط سوپروایزر آموزشی و دبیر کمیته بحران بیمارستان ارزیابی می شود. مدیریت بحران یکی از فرایندها و محورهای اصلی استانداردهای اعتباربخشی می باشد. " مشارکت کننده شماره ۱۱ " نظارت بر انجام کار جهت ارتقای فرهنگ کار تیمی و مشارکتی ضروری است. "

شرایط مداخله گر

مداخله گر اشاره دارد به شرایطی که تعاملات را تسهیل یا محدود می کند و از سوی دیگر می تواند شرایط سبب ساز را تخفیف یا تغییر دهد. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸: ۱-۳۵) مجموعه شرایط زیر به عنوان عوامل مداخله گر دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها تاثیر گذارند. مقولات نحوه ی مدیریت بحران و ویژگی های مدیران به عنوان مقولات اصلی و برنامه ریزی مدیریت بحران، عملیات مدیریت بحران، ویژگی های مدیران

فصلنامه مطالعات مدیریت بحران

تفاهم نامه همکاری، هماهنگی با سایر سازمان ها ، هماهنگی در سازمان به عنوان مقولات فرعی شناخته شده اند.

جدول ۵ شرایط مداخله گر- مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی

مشارکت کننده شماره ۸ اظهار داشته است " برگزاری منظم کمیته های بحران و بررسی مشکلات و ارائه طریق لازم است". مشارکت کننده شماره ۹ نظر داده "کمیته مدیریت بحران در

مفهوم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
برنامه ریزی کمیته بحران/ برنامه ریزی کمیته بحران/ معرفی مدیر بحران بیمارستان/ تابلو معرفی اعضا مدیریت بحران	برنامه ریزی مدیریت بحران	نحوه ی مدیریت بحران
سامانه فرماندهی حادثه/ عملیات بحران/ نقش فرمانده حادثه در بحران	عملیات مدیریت بحران	
نحوه اجرای قوانین/ نوع و سبک مدیران و تعهد سازمانی/ ویژگی های انتخاب رهبر یا فرمانده حادثه/ معرفی وظایف اعضا مدیریت بحران/ وظایف مدیر بحران/ وظایف مدیران ارشد	ویژگی های مدیران	
تفاهم نامه استانی/ تفاهم نامه بین مراکز در بحران/ تفاهم نامه شهری	تفاهم نامه همکاری	هماهنگی سازمانی
هماهنگی با سایر ارگان ها/ هماهنگی با مراکز پژوهشی	هماهنگی با سایر سازمان ها	
هماهنگی اعضا کمیته بحران/ هماهنگی امکانات/ هماهنگی بین نیروها/ هماهنگی در استخدام منابع انسانی/ هماهنگی مراکز مهار بحران	هماهنگی در سازمان	

بیمارستان ها کلیه سیاست های مربوط به بحران را طرح ریزی می کند، رئیس بیمارستان به عنوان مدیر بحران در جلسات مدیریت بحران شهرستان ماهیانه حضور پیدا می کنند". مشارکت کننده شماره ۱۴ اظهار داشته است " در کمیته مدیریت بحران بیمارستان برای کاهش مخاطرات و مدیریت خطرات برنامه های زیادی تدوین شده است... به عقیده این فرد رئیس بیمارستان که مدیر بحران بیمارستان است علاوه بر اینکه زیر نظر ستاد مدیریت بحران شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی است با سایر مراکز از جمله هلال احمر، سازمان آتشی نشانی، دانشگاه جامع امام حسین (علیه السلام) "

مشارکت کننده شماره ۱۳ اظهار داشته است "رهبری به عنوان رأس هرم می تواند با عملکرد خود مهم ترین عامل برای مقابله با بحران باشد همچنین هشدار اولیه توسط فرمانده حادثه در صورت بروز حادثه صادر می شود". در رابطه با تفاهم نامه همکاری مشارکت کننده شماره ۱۲ اظهار داشته است "بله بیمارستان ها با سایر مراکز درمانی در زمان بحران تفاهم نامه همکاری دارند".

راهبردها (عمل - تعامل ها)

راهبردها یا عمل - تعامل ها، کنش های با منظور عمدی اند که برای حل یک مساله صورت می گیرند و با صورت گرفتن آن ها پدیده شکل می گیرد. شایان ذکر است که راهبردها به آنچه فرد در درون خود می گوید و می کند نیز اطلاق می شود. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸: ۱-۳۵).

جدول ۷ راهبرد ها (عمل - تعاملها) - مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
استفاده از منابع انسانی بین مراکز	استفاده از منابع انسانی	اطلاع رسانی گسترده
ارتباط بین رسانه ای / استفاده از تجهیزات بین مراکز / بهره گیری تجربه سایر کشورها / تدوین دستورالعمل ارتباط رسانه ای	مدیریت رسانه ها	

یکی از راهبردها (عمل - تعامل ها) برای ارتقاء بهره از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها مورد مطالعه، اطلاع رسانی گسترده است که با زیرمقولات استفاده از منابع انسانی و مدیریت رسانه ها مشخص شده است. در رابطه استفاده از منابع انسانی در اطلاع رسانی: مشارکت کننده شماره ۱ اظهار داشته است "در زمان بروز حادثه از ظرفیت های آن ها در صورت کمبود نیروی انسانی استفاده نمایم. همچنین بر این عقیده بوده که در صورت بحران از منابع انسانی برای اطلاع رسانی استفاده می کنیم". در مورد مدیریت رسانه ها: مشارکت کننده شماره ۱ اظهار داشته است "در خصوص ارتباط با رسانه ها در چارت سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی^۱ - ارشد روابط عمومی این وظیفه ارتباطی را دارد". مشارکت کننده شماره ۳ اعلام نظر کرده که "در شرح وظایف ارشد روابط عمومی با «ارتباط با رسانه ها» دور از اخبار کذب و دروغ به اطلاع عمومی می رساند. همچنین بر این نظر بوده است از طریق تماس تلفنی یا ارسال پیامک و یا فرستادن پیک درب خانه افراد در سامانه و یا از طریق فضای مجازی". مشارکت کننده شماره ۴

آن چنان که باید و شاید به ما کمک کند". مشارکت کننده شماره ۳ اعلام نظر کرده که " زمانی می تواند قابلیت اجرا داشته باشند که قوانین بر اساس ظرفیت ها و توان و قابلیت های آن مجموعه تدوین شده باشند". در خصوص مشکل در اجرای قوانین: مشارکت کننده شماره ۶ اظهار داشته است " والا اگر بخواهند قوانین کلی از سوی نهادهای بالادست به بیمارستان ها دیکته شوند عملاً غیر قابل اجرا و با شکست روبرو می شوند". مشارکت کننده شماره ۷ اعلام داشته " در اجرای دستورالعمل ها و روش های نوشته شده مشکل داریم". مشارکت کننده شماره ۸ اظهار داشته است " گام بلندی در راستای اجرای قوانین مدیریت بحران با وجود ارتقا تجهیزات و ارتقا فضای بیمارستان برداشته شده است اما هنوز کار دارد و کافی نیست". به بنا به گفته مشارکت کننده شماره ۱۳ " سردرگمی های موجود باید توسط مدیران ارشد با همکاری پرسنل مرتفع گردد تا شاهد بهره وری در این زمینه باشیم".

جدول زیر نقاط قوت موجود در بیمارستان (الف) را از نظر مشارکت کنندگان در پژوهش

نشان می دهد.

جدول ۴-۷ آسیب شناسی (نقاط قوت) برنامه های ارتقاء بهره وری مدیریت بحران ،

مفاهیم، مقوله های فرعی و اصلی

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
ارتقا اطلاعات مدیریت بحران / اطلاع رسانی	ارتقاء اطلاعات	اطلاع رسانی درست
عملیات تریاژ بر اساس سطح/تدوین برنامه حمل و نقل /سنبجه تجهیزات و امکانات / مدیریت دارو / میزان تجهیزات و امکانات / استفاده بهینه فضای موجود / فضای فیزیکی	استفاده درست از امکانات	بهره گیری درست از تجهیزات و امکانات
سیستم فناوری اطلاعات برای پیشگیری بحران / ارتقاء فناوری بررسی صحت هشدار / تدوین برنامه پیش بینی بحران / تدوین برنامه و دستورالعمل های مدیریت خطر / سامانه mcmc اعلام انتقال به دانشگاه / سامانه هشدار / سنبجه کیفیت خدمات / بهره گیری درست از مدیریت پیش بینی حوادث	بهره گیری از فناوری های نوین	

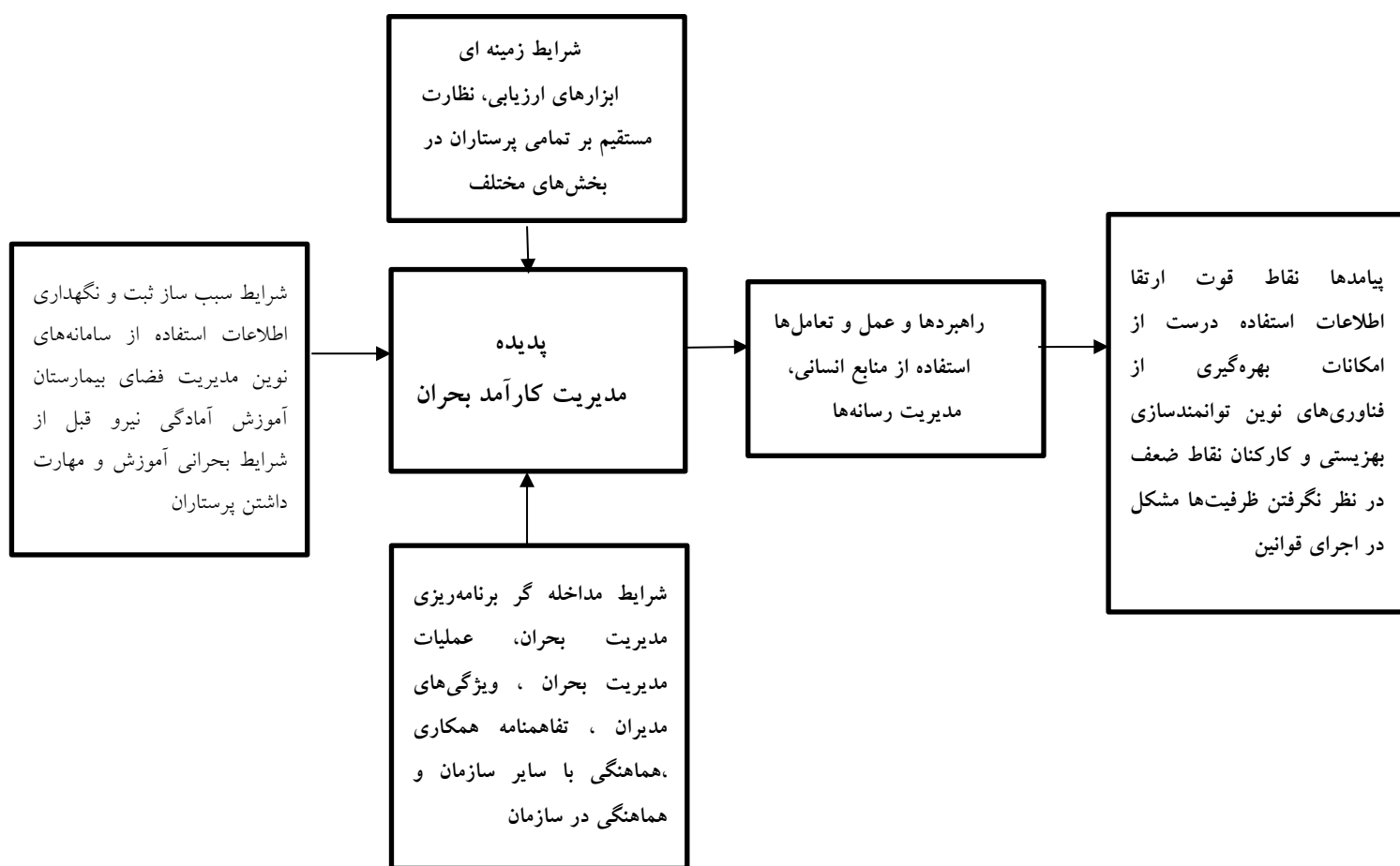
مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
وظیفه شناسی منابع انسانی/اشتراک گذاری تجارب بین اعضا/کمیته مدیریت بحران/افزایش اثربخشی کارکنان/انگیزه کارکنان/تیم تریاژ/سلامت کارکنان/کارکنان با تجربه/مدیریت تریاژ در بحران/مسئول انجام وظایف تریاژ/مشخص بودن وظایف پرسنل	توانمندسازی و بهزیستی کارکنان	توانمند سازی نیروی انسانی

یکی عوامل تقویت کننده ارتقاء بهره وری مدیریت بحران در بیمارستان مورد مطالعه ، اطلاع رسانی درست است که با زیرمقوله ارتقاء اطلاعات مشخص شده است. در این خصوص مشارکت کننده شماره ۷ اعلام داشته "ارتقاء کارکنان در برنامه توسعه فردی با اطلاع رسانی دقیق امکان پذیر است". بنا به گفته مشارکت کننده شماره ۱۰ "در جلسات مدیریت بحران شهرستان به بحث و تبادل نظر می پردازند و مدیر بحران اطلاعات خود را بروز می نمایند". مشارکت کننده شماره ۳ اظهار داشته است که "در شرح وظایف ارشد روابط عمومی با «ارتباط با رسانه ها» دور از اخبار کذب و دروغ به اطلاع عمومی می رساند. همچنین اظهار کرده که از طریق تماس تلفنی یا ارسال پیامک و یا فرستادن پیک در خانه افراد در سامانه و یا از طریق فضای مجازی اطلاع رسانی انجام می شود."

یکی دیگر از عوامل تقویت کننده ، بهره گیری درست از تجهیزات و امکانات است که با زیرمقوله های استفاده درست از امکانات و بهره گیری از فناوری های نوین مشخص شده است. در رابطه با استفاده درست از امکانات: مشارکت کننده شماره ۷ اظهار داشته است "هرچه که امکانات و تجهیزات بروز شده و در دسترس سازمان بیشتر باشد خود می تواند ارتقاء و بهره وری کارکنان و منابع را افزایش دهد". به عقیده مشارکت کننده شماره ۱۴ "بله امکانات و تجهیزاتی که از سال ۱۳۹۵ تا سال ۱۴۰۰ در اختیار مدیریت بحران و مراکز درمانی قرار گرفت باعث تسریع در خدمات رسانی به بیماران گردید". نظر مشارکت کننده ۱ "وجود دستگاه سی تی اسکن^۱ در بیمارستان امام علی در زمان بروز کووید ۱۹ نقش به سزایی در تعیین تکلیف بیماران داشت. در پاندمی کرونا از این فضا به بهترین شکل ممکن استفاده کردیم". مشارکت کننده شماره ۳ اعلام نظر کرده که "و در امر اسکان بیماران انتقالی از فضای دوم اورژانس بهره می گیریم".

مقوله مرکزی

مقوله هسته یا مرکزی را می توان به عنوان مضمون اصلی در پژوهش معرفی کرد. در تحقیق پیش رو بر مبنای فرایند تحقیق و داده های حاصله و همچنین مقولات اکتشافی در مرحله موسوم به کدگذاری گزینشی، "توانمند سازی نیروی انسانی" به عنوان مقوله هسته که توان تحلیل فرایند درک و تفسیر مدیریت از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها در بیمارستان (الف)^۱ را در بستر مورد مطالعه دارند در نظر گرفته شده است.



شکل ۱: الگوی پارادایمی داده بنیاد مدیریت کارآمد بحران در بیمارستان (الف)

نتیجه گیری

این مقاله به بررسی دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها می پردازد. در این پژوهش شرایط سبب ساز عواملی هستند که بررسی دیدگاه پرستاران در مورد آمادگی برای مقابله با مدیریت بحران کارآمد در بیمارستان شهر کرمان موثر می باشد. در این خصوص مدیریت اطلاعات و حفظ مستندات، تجهیزات و امکانات، برگذاری کلاس های آموزشی و بکارگیری نیروی انسانی متخصص و کارآمد به عنوان مقولات اصلی که با زیرمقولاتی از جمله ثبت و نگهداری اطلاعات، استفاده از سامانه های نوین، مدیریت فضای بیمارستان، آموزش، آمادگی نیرو قبل از شرایط بحرانی و آموزش و مهارت داشتن پرستاران در زمینه ثبت و نگهداری اطلاعات مواردی از جمله: بروز کردن اطلاعات، جلوگیری از ویروس و هکرها به سیستم/ روش ثبت اطلاعات و هشدار/ نگهداری اطلاعات سیستم مرتبط با سامانه های نوین مواردی از جمله: ارتقا تجهیزات و امکانات/ امکانات و تجهیزات تریاژ/ پایش دمای اتاق با سیستم فناوری/ سامانه مدیریت یکپارچه اطلاعات بیمارستان/ سامانه اطلاعات پیشگیری بحران/ سامانه سنجه مخاطرات/ سنجه سیستم برق/ سنجه مدیریت بحران (نیازسنجی) اهمیت بسزایی را دارا هستند. در زمینه برگذاری کلاس های آموزشی به عنوان یکی دیگر از عوامل سبب ساز مدیریت کارآمد بحران در بیمارستان مواردی از جمله: ابزار آموزش/ ارتقا منابع انسانی/ اطلاعات پرسنل از هشدار بحران/ آگاه نمودن تیم های ارزیاب خارج از بیمارستان/ آموزش پرسنل اداری و خدماتی/ آموزش تیم تریاژ/ بررسی آمادگی در مقابل بحران/ برگزاری جلسات کمیته بحران/ برگزاری کارگاه و جلسات منابع انسانی/ تمرین منابع انسانی مدیریت بحران/ جلسات هماهنگی مدیریت بحران/ زمانبندی آموزش بحران باید مورد توجه مسئولین قرار گیرد. با توجه به پیشینه های موجود نتایج پژوهش حاضر با نتایج صنوبری و همکاران (۱۳۹۹) سجادی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می باشد. اما در خصوص شرایط زمینه ای، مقوله ارزیابی و نظارت که با زیر مقولات نظارت مستقیم بر تمامی پرستاران در بخش های مختلف و ابزارهای ارزیابی مشخص می شود به عنوان شرایط زمینه ای موثر بر چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها شناسایی شد. در زمینه ابزارهای ارزیابی مواردی از جمله: چک لیست سالانه شناسایی علل حوادث/ ابزار ارزیابی بیمارستان و در زمینه نظارت مستقیم بر تمامی پرستاران در بخش های مختلف به عنوان یکی دیگر از عوامل زمینه ای مواردی از جمله: اعتباربخشی برنامه ها/ ارزیابی کیفیت آموزش/ ارزیابی مخاطرات داخلی بیمارستان/ بازدید دوره ای/ سنجش اثربخشی آموزش/ سنجش کیفیت آموزش تریاژ/ مسئول ارزیابی آموزش/ مسئول اعتباربخشی بیمارستان/ نظارت بر انجام کار ارتقای فرهنگ کار تیمی و مشارکتی باید مورد توجه قرار گیرند. با توجه به پیشینه های نشریات علمی دانشگاه جامع امام حسین (علیه السلام)

موجود نتایج عوامل زمینه‌ی در پژوهش حاضر با نتایج پژوهش سجادی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد. در خصوص شرایط مداخله‌گر که می‌تواند شرایط سبب ساز را تخفیف یا تغییر دهد نحوه‌ی مدیریت بحران و هماهنگی سازمانی عنوان مقولات اصلی و برنامه‌ریزی مدیریت بحران، عملیات مدیریت بحران، ویژگی‌های مدیران، تفاهم نامه همکاری، هماهنگی با سایر سازمان‌ها و هماهنگی در سازمان به عنوان مقولات فرعی شناخته شده‌اند. در زمینه برنامه‌ریزی مدیریت بحران، مواردی از جمله: برنامه‌ریزی کمیته بحران/معرفی مدیر بحران بیمارستان/ تابلو معرفی اعضا مدیریت بحران و در زمینه عملیات مدیریت بحران عواملی از جمله: سامانه فرماندهی حادثه/ عملیات بحران/ نقش فرمانده حادثه در بحران را دارند و در زمینه ویژگی مدیران عواملی از جمله: نحوه اجرای قوانین/ نوع و سبک مدیران و تعهد سازمانی/ ویژگی‌های انتخاب رهبر یا فرمانده حادثه/ معرفی وظایف اعضا مدیریت بحران/ وظایف مدیر بحران/ وظایف مدیران ارشد اشاره دارد به شرایطی که تعاملات را تسهیل یا محدود می‌کند و از سوی دیگر (حیدری و همکاران، ۱۳۹۸: ۱-۳۵)

مجموعه شرایط زیر به عنوان عوامل مداخله‌گر بر چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان‌ها تاثیر گذارند. در زمینه هماهنگی سازمانی مواردی از جمله: تفاهم نامه استانی/ تفاهم نامه بین مراکز در بحران/ تفاهم نامه شهری/ هماهنگی با سایر ارگان‌ها/ هماهنگی با مراکز پژوهشی/ هماهنگی اعضا کمیته بحران/ هماهنگی امکانات/ هماهنگی بین نیروها/ هماهنگی در استخدام منابع انسانی/ هماهنگی مراکز مهار بحران، و در زمینه ویژگی‌های مدیران موارد دیگر از جمله: نحوه اجرای قوانین/ نوع و سبک مدیران و تعهد سازمانی/ ویژگی‌های انتخاب رهبر یا فرمانده حادثه/ معرفی وظایف اعضا مدیریت بحران/ وظایف مدیر بحران/ وظایف مدیر بحران/ وظایف مدیران ارشد باید مورد توجه قرار گیرند. با مروری بر پیشینه‌ها می‌توان گفت که نتایج پژوهش فیلمونو^۱ و همکاران (۲۰۲۴) و نظری و همکاران (۱۴۰۱) با موارد یاد شده همسو است. در زمینه راهبردها (عمل-تعامل‌ها) کنش‌های با منظور عمدی برای حل یک مساله صورت می‌گیرند و با صورت گرفتن آن‌ها پدیده شکل می‌گیرد. یکی از راهبردها (عمل-تعامل‌ها) برای ارتقاء بهره‌وری مدیریت بحران در بیمارستان (الف)، اطلاع‌رسانی همگانی است که با استفاده از منابع انسانی و مدیریت رسانه‌ها است. مواردی از جمله: استفاده از منابع انسانی بین مراکز/ ارتباط بین رسانه‌ای/ استفاده از تجهیزات بین مراکز/ بهره‌گیری تجربه سایر کشورها/ تدوین دستورالعمل ارتباط رسانه‌ای به عنوان استراتژی‌های مدیریت بحران بسیار حایز اهمیت است.

از نظر مشارکت کنندگان در پژوهش یکی از عوامل تقویت کننده مدیریت بحران در بیمارستان (الف)^۱ مطالعه اطلاع رسانی همگانی است که با زیرمقوله ارتقاء اطلاعات مشخص مرتبط است. مقوله اصلی اطلاع رسانی درست به زیر مولفه فرعی ارتقاء اطلاعات که از تاثیر پذیری عوامل ارتقاء اطلاعات مدیریت بحران منشا می گیرد. یکی دیگر از عوامل تقویت کننده برای ارتقاء بهره وری مدیریت بحران در بیمارستان مورد مطالعه، بهره گیری درست از تجهیزات و امکانات است که با زیرمقوله های استفاده درست از امکانات و بهره گیری از فناوری های نوین مشخص شده است. و با تاثیر گذاری عواملی چون: عملیات تریاژ بر اساس سطح- تدوین برنامه حمل و نقل- سنج تجهیزات و امکانات- مدیریت دارو- میزان تجهیزات و امکانات- استفاده بهینه فضای موجود- فضای فیزیکی می توان نام برد. در بیان این که مقوله هسته یا مرکزی را می توان به عنوان مضمون اصلی در پژوهش معرفی کرد. در تحقیق پیش رو بر مبنای فرایند تحقیق و داده های حاصله و همچنین مقولات اکتشافی در مرحله موسوم به کدگذاری گزینشی، "توانمند سازی نیروی انسانی" به عنوان مقوله هسته که توان تحلیل فرایند درک و تفسیر ارتقاء فرایند بررسی دیدگاه پرستاران از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها را در بستر مورد مطالعه بیمارستان (الف) در نظر گرفته شده است. با مروری بر پیشینه تحقیقات با نتایج پژوهش فیتزپاتریک^۲ و همکاران (۲۰۲۴) همسو است.

و در نهایت مقوله هسته یا مرکزی را می توان به عنوان مضمون اصلی در پژوهش معرفی کرد. در تحقیق پیش رو بر مبنای فرایند تحقیق و داده های حاصله و همچنین مقولات اکتشافی در مرحله موسوم به کدگذاری گزینشی، "توانمند سازی نیروی انسانی" به عنوان مقوله هسته که توان تحلیل فرایند بررسی دیدگاه پرستاران را از چگونگی و کیفیت مدیریت بحران در بیمارستان ها و بیمارستان (الف) در نظر گرفته شده است

در پایان بر اساس نتایج پژوهش پیش رو پیشنهادهای زیر توصیه می شوند:

- ۱- هماهنگی سازمان با سایر سازمان های مربوط به بیمارستان
- ۲- توجه به کارآمد بودن و آموزش نیروی انسانی جهت توسعه
- ۳- تشکیل تیم متخصص برای رسیدگی به بحران و مدیریت بحران در شرایط بحرانی بیمارستان
- ۴- پیش بینی شرایط بحرانی و احتمال به وجود آمدن بحران
- ۵- برنامه ریزی برای مدیریت بحران در بیمارستان قبل از بحران

۱. بیمارستان امام علی (ع) شهرستان زرنند کرمان
 نشریات علمی دانشگاه جامع امام حسین (علیه السلام)

۲ Fitzpatrick

- ۶- ارزیابی و پیش بینی آسیب های ناشی از بحران برنامه ریزی به منظور کاهش آسیب ها
- ۷- اولویت بندی مسائل مربوط به بحران
- ۸- ارتقای تجهیزات و وسایل در شرایط عادی برای مقابله با بحران
- ۹- مانور و آموزش افزایش آمادگی براساس سناریو احتمالی
- ۱۰- رفع نواقض در مواجهه با شرایط بحرانی

فهرست منابع

- ابراهیمی، مهدی، ضرغام بروجنی، حمید و سخندان، الناز. (۱۳۹۵). ارزیابی عملکرد فرآیند مدیریت بحران، مقصدهای گردشگری. مطالعات مدیریت راهبردی، ۷ (۲۸) ، ۱۲۳- ۱۰۳.

فصلنامه مطالعات مدیریت بحران

- ۲- احمدی، سید علی اکبر و رسولی، رضا و رجب زاده قطری، علی و پویای قلی زاده، پریسا، (۱۳۹۱). ارائه ی مدل مدیریت بحران با تمرکز بر نظام مدیریت منابع انسانی برای بیمارستان های شهر تهران، مدیریت دولتی، ۴ (۱۰)، ۱-۲۴.
- ۳- احمدی، حامد، (۱۴۰۱). ارزیابی و مدیریت خطر در حوادث غیر مترقبه طبیعی، فصلنامه رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۶ (۸۷)، ۱۴۹۰-۱۴۹۷.
- ۴- ازکیا، مصطفی؛ احمد رش، رشید و پارتازیان، کامبیز (۱۳۹۶). روش های تحقیق کیفی از نظریه تا عمل، جلد دوم، چاپ اول، تهران: کیهان.
- ۵- استراوس، آنسلم و کرین، جولیت (۱۳۹۲). مبانی پژوهش کیفی فنون و مراحل تولید نظریه زمینهای، ترجمه ابراهیم افشار، تهران: نشر نی.
- ۶- اکبری، حسین و صفری، سعید (۱۳۹۷). مطالعه بسترهای اجتماعی ابتلا به اچ آی وی/ایدز با استفاده از استراتژی نظریه زمینه ای. مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۵ (۲)، ۱۰۵-۱۳۲.
- ۷- ایازی، سید علی نقی و ایازی، سید محمد علی، (۱۴۰۱). مطالعه موردی موانع عدالت اجتماعی در قرآن (مبنتی بر نظریه زمینهای)، مقاله علمی پژوهشی، فصلنامه «تحقیقات علوم قرآن و حدیث» دانشگاه الزهرا، ۱۹ (۳ (پیاپی ۵۵-۲۵))
- ۸- پرهیزگار شقایق، جلیلی صدرآباد سمانه (۱۴۰۱). شناسایی عوامل کلیدی تاب آوری محلات شهری در مقابله با ویروس کرونا. دانش پیشگیری و مدیریت بحران ۱۴۰۱، ۱۲ (۴)، ۳۰۴-۳۹۳
- ۹- حیدری، محمد؛ قاسمی، وحید؛ رنانی، محسن و ایمان، محمد تقی (۱۳۹۸). ارائه الگوی پارادایمی فرهنگ مالیاتی نزد مؤدیان مالیاتی شهر اصفهان (پژوهشی کیفی در حوزه جامعه شناسی اقتصادی). دوفصلنامه پژوهش های جامعه شناسی معاصر، ۸ (۱۵)، ۱-۳۵.
- ۱۰- خورسند چوبدار، معین و رهدار، محبعلی، (۱۳۹۹). بررسی میزان آمادگی بیمارستان های استان سیستان و بلوچستان در بحران کووید-۹، مجله طب نظامی، ۲۲ (۶)، ۵۵۳-۵۶۱.
- ۱۱- دانیالی پور، زینب و سجادی، سیده اعظم و فارسی، زهرا و بنی یعقوبی، فائزه، (۱۴۰۰). بررسی میزان آمادگی پرستاران نظامی و عوامل مرتبط بر آن در پاسخ به بلایای طبیعی، مجله علوم مراقبتی نظامی، ۸ (۴) (مسلسل ۳۰)، ۳۰۹-۳۱۸.
- ۱۲- سجادی، حانیه سادات و تاجور، مریم و اکبری ساری، علی و جعفری پویان، ابراهیم و احسانی چیمه، الهام، (۱۴۰۰). ابزارهای سنجش آمادگی بیمارستانها برای مقابله با بیماری کووید-۱۹: یک مطالعه مروری، مجله طب نظامی، ۲۳ (۸)، ۶۳۶-۶۲۷.
- ۱۳- صنوبری، محمد و هواخور، ناهید، (۱۳۹۹). ارزیابی نیازسنجی آموزشی پرستاران در مدیریت پرستاری در بحران در مراکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه جندی شاپور اهواز علوم پزشکی بر اساس مدل

- جینگز، مجله توسعه آموزش جندی شاپور، فصلنامه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، سال یازدهم، ۱۵۴-۱۶۶.
- ۱۴- فتیحی، لیلا و ابراهیمی، محمدرضا، (۱۴۰۲). ارائه مدل ساختاری تأثیر سرمایه اجتماعی بر مدیریت بحران دانشگاه (مطالعه موردی دانشگاه پیام نور کرج)، دو فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت بحران، (۲۳)، ۳۶-۵۲.
- ۱۵- قدمی، صغری و نظام زاده، مریم و شریفی فر، سیمین تاج و علیاری، شهلا، (۱۴۰۰). تأثیر اجرای مانور تریاژ مصدومین مراجعه کننده به اورژانس در زمان بحران بر میزان دانش و نگرش پرستاران نظامی، مجله علوم مراقبتی نظامی، ۸(۳) (مسلسل ۲۹)، ۲۳۰-۲۴۰.
- ۱۶- خانزادی، مصطفی و رمضانعلی نژاد، محمد حسین و زمانی، امین، (۱۳۹۵). نقش دیدگاه پدافند غیرعامل و مدیریت بحران در افزایش توانایی و آمادگی بیمارستان ها، کنفرانس ملی پدافند غیر عامل و توسعه پایدار، وزارت کشور ۱۲ و ۱۳، ۱۶۹-۱۷۹.
- ۱۷- رحمانیان، عرفانه و مردانی، محمد و عباسی، محیا و شریفی، ریحانه، (۱۳۹۵). ارزیابی میزان آمادگی فیزیکی بیمارستان فارابی تهران در مقابله با بحران، مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۴(۳)، ۴۸-۵۵.
- ۱۸- منصوریان، یزدان، (۱۳۸۵). «گراندد تئوری چیست و چه کاربردی دارد»، همایش چالشهای علم اطلاعات، دانشگاه اصفهان
- ۱۹- موسوی تولون، سید مهدی و حمدانی، سحر، (۱۴۰۱). هنجاریابی پرسشنامه مدیریت بحران مبتنی بر اصول هفتگانه مهندسی مقاومت پذیری در بیمارستان های شهر پارس آبا د، فصلنامه مطالعات رهبری فرهنگی، ۴ (۱) (پیاپی ۱۰)، ۸۲-۹۳.
- ۲۰- نظری، لیلا و پورشهبابی، وحیدو آرامش، حامد و یعقوبی، نورمحمد، (۱۴۰۱). اعتبارسنجی عوامل مؤثر بر مدیریت بیماری های واگیردار نوپدید با تمرکز بر پاندمی کووید-۱۹، فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران، ۱۲ (۴)، ۴۷۲-۴۸۰.
- ۲۱- Alam, F., LeBlanc, V. R., Baxter, A., Tarshis, J., Piquette, D., Gu, Y., Filipowska, C., Krywenky, A., Kester-Greene, N., Cardinal, P., Andrews, M., Chartier, F., Burrows, C., Houzé-Cerfon, C., Burns, J. K., Kaustov, L., Au, S., Lam, S., DeSousa, S., & Boet, S. (2023b). Age and its impact on crisis management performance and learning after simulation-based education by acute care physicians: a multicentre prospective cohort study. *British Journal of Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.10.040>
- ۲۲- Coombs, N. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. (2023). Public health messaging during disasters: A qualitative study of emergency department key informants. *Australasian Emergency Care*, 26(4), 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2023.02.005>
- ۲۳- Steve Marwitz, Neil Maxson, Bill Koch, Todd Aukerman, Jim Cassidy, David Belonger, (2008) "Corporate .
- ۲۴- Tassew, S. F., Ayenew, T., Nega, T. D., Bantie, B., & Feleke, D. G. (2024). Knowledge levels of health professional working in Ethiopia toward disaster preparedness, systematic

- review and meta-analysis. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 20, 100649. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100649>
- ۲۵ Badiee Aval S, Ravanshad Y, Azarfard A, Feghhi P. Review on Disasters and Appropriate Response of Health System to Them. *JMMC*. 2014; 18(1): 8-11. (Persian) <http://dx.doi.org/10.22038/JMMC.2014.3952>
- ۲۶ Berrino Annamaria, Pilar Ohlendorf, Stéphan Duriaux, Yvonne Burnand, Solenn Lorillard, Antonio Andreoli, (2011): "Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients", *Psychiatry Research* 186 287–292
- ۲۷ Blaabjerg, M., Ågård, A. S., & Lisby, M. (2024). How does a nursing crisis management intervention impact relatives' experiences in two trauma centres? A time-series study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 6, 100197. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100197>
- ۲۸ Corbin J, Strauss A. *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass; 1988.
- ۲۹ Filomeno, L., Feller, E. A., Raimondi, F., & Di Mario, S. (2024). Nurse Managers Coping Strategies for Crisis Management: Qualitative Systematic Review. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcl.2024.04.006>
- ۳۰ Flik, Uwe (2009). *An Introduction to Qualitative Research*, Fourth Edition, Sage Publications Ltd
- ۳۱ Lincoln, Y. S., & Guba, G. (1985). *Naturalistic Inquiry* (Vol. 75). Sage
- ۳۲ Molaei, Z., Taslimi, M., Mohammad H. 2017. Designing a Public Awareness Framework for Dealing with Crisis, Volume 7, Number 1, pp. 95-83. [In Persian]
- ۳۳ Nakhaei M, Tabiee S, Saadatjou S, SabzehKar F. The effect of educational intervention on nurses' preparedness in emergencies and disasters. *J Birjand Univ Med Sci*. 2019; 7(3): 237-48. <http://dx.doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.3.105>
- ۳۴ Osman FA, Shahan AM, Jahan F. Managing natural disasters in Bangladesh: Activating the network approach. *Public Organization Review*, 2015;15(1):99-116
- ۳۵ Porfand A, ShoghiKhoubooshan N. The Importance and effect of disaster maneuver programs and disasters on the preparedness of nursing staff in Imam Reza hospital in bojnourd. In: *Sciences SNCoPaE*, editor. Second national conference on psychology and educational sciences; Tehran: Second national conference on psychology and educational sciences; 2016. p. 799-800.
- ۳۶ Reed, D., & Fitzpatrick, J. J. (2024). Nurse practitioners' perceptions of crisis leadership and their readiness for public health emergencies. *the Journal of Nurse Practitioners/ the Journal for Nurse Practitioners*, 20(3), 104912. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104912>
- ۳۷ Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research: A Practical Handbook*
- ۳۸ Velana, M., Xenakis, H., & Rinkenauer, G. (2023). Integrating the embodiment-projection-role paradigm to develop and implement a two-hour-workshop for stress

management among nurses. *The Arts in Psychotherapy*, 86, 102090.
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102090>

