

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره هیجدهم، شماره ۳، پائیز ۱۴۰۳

راهکارهای مدیریت بحران بر اساس درس‌های آموخته شده از دوران کرونا: مطالعه‌ای کیفی

مه‌دی کرمی^{۱*}، محمد ضیاء الدینی^۲، مصطفی هادوی نژاد^۳، ملیکه بهشتی فر^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

خلاصه

مقدمه: ویروس کرونا اولین و آخرین بحران همه‌گیر در جهان خواهد بود. اینکه یک جامعه بدانند چگونه و از چه طریقی آن بحران را مدیریت و رهبری نمایند موضوعی مهم است که متخصصان و دولتمردان باید به آن بپردازند. مطالعه حاضر با هدف بررسی راهکارهای مدیریت بحران بر اساس درس‌های آموخته شده از دوران کرونا انجام شده است.

روش کار: این مطالعه کیفی به صورت تحلیل محتوا انجام شد. اطلاعات در سال ۱۴۰۱ با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۰ نفر از مدیران و کارکنان بیمارستان حضرت علی‌ابیطالب (ع) رفسنجان که به روش هدفمند انتخاب شدند، جمع‌آوری گردید. مصاحبه‌ها ابتدا با یک سؤال کلی و باز شروع شد تا شرکت‌کنندگان به بیان نظرات خود بپردازند. سپس سؤالات بعدی پرسیده شد تا پژوهشگر به هدف نهایی مطالعه دست یابد. طول مدت مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. داده‌ها به روش تحلیل محتوای استقرایی و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA2020 کدگذاری و تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از مجموع مضامین استخراج شده از دیدگاه کارکنان و مدیران، شش مضمون اصلی شامل: منابع و تجهیزات، پرسنل درمان، فضای فیزیکی، آموزش، توانبخشی و درمان بودند که به عنوان راهکارهای مدیریت بحران کووید-۱۹ شناسایی شدند. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش حاکی از آن است که پیشگیری و آمادگی پیش از وقوع بحران، در زمینه‌های مختلف اعم از تأمین وسایل و تجهیزات تا برنامه‌ریزی و آموزش‌های تخصصی و عمومی، که باید به آن‌ها پرداخته شود، علیرغم اهمیت فراوانی که دارند مورد غفلت واقع شده‌اند.

واژه‌های کلیدی: مدیریت، بحران، کووید-۱۹، مطالعه کیفی

۱- دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: mka115@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۳۳۹۱۱۰۴۱

۲- استاد یار گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی رفسنجان، ایران.

۳- دانشیار گروه مدیریت دولتی، دانشگاه ولیعصر (عج) رفسنجان، ایران.

۴- دانشیار گروه مدیریت دولتی، واحد رفسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، رفسنجان، ایران.

مقدمه

مدیریت بحران یکی از موضوعات مهمی است که در طول سال‌های اخیر با تأکید بیشتری مورد توجه قرار گرفته است [۱]. مدیریت بحران، اصطلاحی است که تمامی جنبه‌های برنامه‌ریزی برای بحران و مرتبط با بحران مشتمل بر فعالیت‌های قبل و بعد از بحران را در برمی‌گیرد. این اصطلاح به مدیریت مخاطرات و پیامدهای بحران نیز می‌پردازد [۲].

بیمارستان‌ها از مهم‌ترین مکان‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شمار می‌روند و برقراری مدیریت مناسب بحران و برنامه‌ریزی دقیق در آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد [۳]. در زمانی که پاندمی کرونا یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در تمام دنیا بود، ویروس کرونا نوین در سراسر جهان به سرعت گسترش یافت و کشورهای زیادی در دنیا گرفتار این ویروس شدند [۴]. ویروس کرونا اولین و آخرین بحران همه‌گیر در جهان خواهد بود. رفتار مردم، دولتمردان و متخصصان در حیطه‌های مختلف تعیین‌کننده شیوه حل مشکل است. اینکه یک جامعه بداند چگونه و از چه طریقی آن بحران را مدیریت و رهبری نمایند موضوعی مهم است که متخصصان باید طی زمان و با کسب تجربه از این بحران و بحران‌های مشابه به تدوین الگوی رفتاری مناسب هم برای مردم و هم برای متخصصان و دولتمردان بپردازند. قطعاً الگوی مناسب رفتاری می‌تواند کمترین هزینه مادی و معنوی را به جامعه وارد کند [۵]. امروزه سازمان‌ها تلاش می‌کنند با برنامه‌ریزی، پیشاپیش و بدون هراس خود را برای وضعیت‌های بروز بحران آماده کنند [۶]. بنابراین، باید مجموعه‌ای از طرح‌ها و برنامه‌های عملی برای مواجهه با تحولات احتمالی آینده در داخل سازمان‌ها تنظیم شود و مدیران آمادگی رویارویی با وقایع پیش‌بینی‌نشده را کسب کنند [۷]. مدیریت بحران مستلزم تدوین روش و یا چارچوب کلی است و با برنامه‌ریزی درست و مناسب و

آمادگی‌های قبلی می‌توان تا اندازه بسیار زیادی از خسارت و مدت‌زمان بحران‌های بزرگ کاست [۸]. Fener و همکاران، در پژوهش خود کنترل وضعیت بحران را نیازمند تبدیل مدیران به رهبرانی کارآمد می‌دانند که به دور از امور اجرایی، اوضاع را سامان دهند. تأکید اصلی در رهبری بحران‌ها نیز بر آینده‌نگری، کار تیمی و عمل‌کردن راهبردی است [۹]. Labaf و همکاران بیان کردند که برای حفظ آمادگی در برابر بحران‌های بیولوژیکی باید تجهیزات تشخیصی و درمانی، دارو و وسایل حفاظت شخصی تأمین و نگهداری شوند و با تشکیل به موقع کمیته‌های بحران، اخذ تصمیمات انعطاف‌پذیر و مدیریت هیجانات و انگیزه‌ها در نیروی انسانی می‌توان مدیریت موثرتری ارائه داد [۱۰]. مدیریت بحران در در زمانی که بیماری کووید ۱۹ میهمان ناخوانده و شوم جهان بود و تلفات جانی و خسارت‌های مالی بسیاری را به همراه داشت امری بسیار حیاتی محسوب می‌شد. از طرفی، بعد از گذشت چند سال از شیوع این بیماری، تاکنون مطالعات کافی در خصوص مدیریت بحران پسا کرونا صورت نگرفته است. نتایج این گونه پژوهش‌ها می‌تواند مورد توجه برنامه‌ریزان و طراحان سیستم‌ها قرار گرفته و با ارائه الگویی جامع و مناسب، به کاهش هرچه بیشتر خسارات و صرفه‌جویی در وقت ارائه‌کنندگان مراقبت و ارتقای کیفیت خدمات در زمان شیوع چنین بیماری‌هایی منجر گردد. برای دسترسی به نتایج دقیق، در مواردی که هنوز ابعاد موضوع خیلی آشکار نیست مطالعات کیفی مؤثر هستند بنابراین این مطالعه حاضر با هدف بررسی راهکارهای مدیریت بحران بر اساس درس‌های آموخته شده از دوران کرونا انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی Graneheim و Lundman است [۱۱]. شرکت‌کنندگان در پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند

انتخاب شدند. حجم نمونه در مطالعات کیفی از ابتدا مشخص نبوده و دستیابی به اشباع مفاهیم و عدم دستیابی به داده جدید پایه‌ای برای ختم نمونه‌گیری است [۱۲]. در این مطالعه نیز نمونه‌گیری و انتخاب مشارکت‌کنندگان از مرداد ماه تا دی ماه ۱۴۰۱ ادامه داشت و تا به اشباع رسیدن داده‌ها ادامه یافت که در نهایت ۱۰ نفر وارد مطالعه شدند. محیط این پژوهش، بیمارستان حضرت علی‌ابیطالب (ع) رفسنجان بود که محیط طبیعی و واقعی برای دسترسی به مشارکت‌کنندگان بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سابقه کار در بیمارستان در زمان شیوع کووید-۱۹ به صورت مستقیم و غیرمستقیم و دارا بودن نقش مدیریتی در زمان بحران کووید-۱۹ بود. عدم تمایل به مشارکت نیز معیار خروج از مطالعه بود.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه، مصاحبه نیمه ساختارمند بود که به صورت حضوری و فردی انجام شد. مصاحبه ابتدا با یک سؤال کلی و باز شروع شد تا مشارکت‌کنندگان به بیان شرح حال کلی در مورد بحران کووید-۱۹ بپردازند. سپس سؤالات بعدی از هر فرد پرسیده شد تا پژوهشگر به هدف نهایی مطالعه که دستیابی به راهکارهای مدیریت بحران کووید-۱۹ بود، برسد. طول مدت مصاحبه‌ها، ۴۵ تا ۹۰ دقیقه بود. به منظور تحلیل داده‌ها، از تحلیل محتوای قراردادی Lundman و Graneheim استفاده شد [۱۱]. بدین منظور، فایل صوتی جلسات بحث و مصاحبه‌ها بلافاصله و حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از ضبط با رضایت مشارکت‌کنندگان، به صورت کلمه به کلمه در فایل Word نوشته شد. سپس با چندین بار مطالعه دقیق و با استفاده از یادداشت برداری، عناصر آشکار و پنهان مشخص گردیدند. داده‌ها در نرم‌افزار MAXQDA20 وارد، کدگذاری و دسته‌بندی شدند. با تعیین رئوس اصلی، نظرات در زمینه موضوعات، دسته‌بندی، جمع‌بندی و تحلیل شدند.

برای تأمین مقبولیت داده‌ها و اطمینان از اینکه مطالعه دقیقاً بیانگر تجربیات شرکت‌کنندگان است، انتخاب قابلیت اعتبار بهترین روش جمع‌آوری و تعداد کافی داده‌ها، انتخاب واحد معنایی مناسب و دقیق، چگونگی پوشش داده‌ها در مقوله‌ها و تم‌ها، داوری درباره شباهت‌های درونی و اختلاف بین دسته‌بندی‌ها، مشارکت شرکت‌کنندگان در تأیید یافته‌های بدست آمده مدنظر قرار گرفت. علاوه بر این، برقراری ارتباطی دوسویه با شرکت‌کنندگان به خصوص هنگام انجام مصاحبه‌ها، شنیدن صحبت‌های افراد بدون قضاوت و استفاده از تلفیق انجام مصاحبه و یادداشت برداری مدنظر قرار داشت. برای پایداری داده‌ها در طول زمان و در شرایط مختلف، به فاصله چند روز پس از پیاده کردن نتایج بحث‌ها و مصاحبه‌ها و انجام کدگذاری اولیه، کدها مجدداً خوانده شد و با کدهای اولیه مقایسه گردید. در صورت رسیدن به نتایج مشابه پایایی و ثبات داده‌ها تأیید شد.

مراحل پژوهش حاضر بعد از گرفتن کد اخلاق به شماره IR.RUMS.REC.1403.193 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، آغاز شد. در ابتدای مطالعه هدف از مطالعه برای همه شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس رضایت‌نامه آگاهانه شفاهی از افراد واجد شرایط اخذ شد. به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه باقی می‌ماند. همچنین به آنها توضیح داده شد که شرکت در پژوهش رایگان، اختیاری و داوطلبانه می‌باشد.

یافته‌ها

این مطالعه بر اساس داده‌های بدست آمده از مسئولان و رؤسای بخش‌های مختلف بیمارستان علی‌ابیطالب شهر رفسنجان انجام شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان حاضر در این مطالعه شامل سن، جنس،

پست سازمانی در زمان بحران کرونا، مدرک تحصیلی، محل کار و سابقه مدیریت در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مدیران بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب رفسنجان مشارکت‌کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۱

شماره مشارکت‌کننده	جنس	سن	سمت در زمان بحران کووید ۱۹	محل کار	سال‌های تجربه کاری (سابقه مدیریت)	تحصیلات
۱	مرد	۴۷	مدیر بیمارستان	بیمارستان	۲	فوق لیسانس مدیریت
۲	مرد	۴۶	سرپرستار بخش کووید	بیمارستان	۴	لیسانس پرستاری
۳	مرد	۵۶	رئیس دانشگاه	دانشگاه	۸	فوق تخصص
۴	مرد	۵۲	معاون پشتیبانی	دانشگاه	۸	پزشک عمومی
۵	مرد	۵۵	مسئول رادیولوژی	بیمارستان	۱۵	لیسانس
۶	زن	۴۲	مسئول پرستاری دانشگاه	ستاد دانشگاه	۷	فوق لیسانس پرستاری
۷	مرد	۵۸	رئیس بیمارستان	بیمارستان	۴	متخصص طب اورژانس
۸	مرد	۵۸	مسئول آزمایشگاه	بیمارستان	۱۵	لیسانس
۹	زن	۳۹	مدیر پرستاری بیمارستان	بیمارستان	۶	فوق لیسانس پرستاری
۱۰	مرد	۵۴	معاون پشتیبانی بیمارستان	بیمارستان	۴	دکترای پرستاری

از تحلیل داده‌های حاصل از راهکارهای مشارکت‌کنندگان در مدیریت بحران کووید ۱۹، ۶ طبقه شامل: «منابع و تجهیزات»، «نیروی انسانی»، «فضای فیزیکی»، «آموزش»، «توانبخشی» و «درمان» بدست آمد (جدول ۲).

جدول ۲- طبقات اصلی و زیر طبقات بدست آمده از بررسی و تحلیل تجارب مدیران بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب رفسنجان مشارکت‌کننده در پژوهش در سال ۱۴۰۱ در زمینه راهکارهای مدیریت بحران کووید-۱۹

زیر طبقات	طبقات اصلی
تأمین تجهیزات و وسایل چرخش پرستاران در بخش‌های مختلف ایجاد انگیزه در پرسنل همفکری مسئولان و مدیران با سرپرست بخش‌ها استفاده از دانشجویان	منابع و تجهیزات نیروی انسانی
ایجاد فضای مناسب برای پرستاران و پزشکان تهویه مناسب بهسازی و تغییر مکان بخش‌های حساس آموزش پرسنل فرهنگ‌سازی و آموزش حفاظت فردی از کودکی اجرای مانور	فضای فیزیکی آموزش توانبخشی
تأسیس اتاق فکر و استفاده از افراد با تجربه برنامه‌ریزی بلندمدت ترویج تفکرگرایی در مدیران درمان سربایی تشکیل تیم نظارت تنفسی	درمان

آشنا نیستند. این امر در زمان شیوع بیماری‌ها و جابجایی نیروها بین بخش‌ها، می‌تواند مشکل‌ساز شود. بنابراین بهتر است نیروها هر چند وقت یک بار تعویض بخش داشته باشند تا با کار در سایر بخش‌های بیمارستان آشنا باشند. در همین زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «زمانی که یه بخشی انحصاری میشه بین چندین نفر، اون طرف نسبت به اون چیزی که داره باهش کار میکنه بسیار اورینته. اما به چیزای دیگه هیچ اشرافی نداره. یه بیمارستانی بود تو تهرون، بیمارستان مسیح دانشوری. او مدن گفتن این بیمارستان تقریباً به کمترین چالش خورده. بخاطر اینکه اینا میان نیروها شون تو بخش‌ها شون هر دو سه سال یه بار چنج میدن. مثلاً گفتن شما دو سال تو این بخش بودی دو سال حالا برو تو اون بخش. نسبت به هر چیزی حداقل یه آمادگی دارن» (مشارکت‌کننده شماره ۲، سرپرستار)

ایجاد انگیزه در پرسنل: با توجه به این مطلب که در زمان شیوع بیماری کادر درمان نقش کلیدی در پیشگیری و درمان دارند، ایجاد حس مثبت توأم با انگیزه و تقویت روحیه می‌تواند بر کیفیت مراقبت‌های آنان تأثیرگذار باشد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «خارج از اوج بیماری، خارج از پیک یه بیماری با پرسنل طوری رفتار بشه که باعث کم انگیزگیه اونا نشه. که حالا تو اون موقع سطح توقعشون بخواد بالاتر بره یا بخواد امروز بخاطر اضافه‌کاری کاری انجام بده. یه تشکر یه دست درد نکنه خیلی تأثیر داره تو روحیه افراد که بتونن با انگیزه خدمت بکنن.» (مشارکت‌کننده شماره ۵، سوپروایزر آزمایشگاه)

همفکری مسئولان و مدیران با سرپرست بخش‌ها: از آنجا که سرپرستاران در ارتباط مستقیم با کارکنان و بیماران هستند، به طور مداوم در بخش‌ها حضور دارند و دغدغه‌ها و مشکلات بیماران و کادر درمان را می‌بینند، می‌توانند به مسئولان مربوطه برای رفع مشکلات و مرتفع ساختن آن‌ها کمک کنند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «من اگه میرم با آقای دکتر که رئیس بیمارستان هست درباره

۱- منابع و تجهیزات: با توجه به تجربه مشارکت‌کنندگان، در زمان شیوع پاندمی‌ها اولین موضوعی که می‌تواند چالش‌ساز باشد، نبود امکانات و تجهیزات لازم برای پیشگیری و درمان بیماری است. لذا پیش‌بینی برای خرید و تأمین وسایل مورد نیاز یکی از اصلی‌ترین راهکارها در زمان شیوع پاندمی‌هاست. این طبقه شامل زیر طبقه «تأمین تجهیزات و وسایل» می‌باشد.

تأمین تجهیزات و وسایل: از جمله راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان به آن پرداختند، تأمین تجهیزات و وسایل مورد نیاز در زمان بروز بحران‌هایی مانند کووید ۱۹، نبود امکانات و تجهیزات لازم ضربه مهلکی به بدنه سیستم درمانی کشور وارد می‌کند. لذا باید مدیران و مسئولان در این زمینه پیش‌بینی‌ها و اقدامات لازم را انجام دهند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «تجهیزات رو از قبل پیش زمینه داشته باشیم. یه جایی داشته باشیم و اینا تحویل یه فردی باشه و این فرد موظف باشه اینارو از نظر تاریخ انقضا و کیفیت بررسی کنه و یه نظارتی داشته باشه که اگر یه اتفاق بحرانی افتاد ما فی‌الحال به مدت پنج روز، ده روز، یه هفته تجهیزات داشته باشیم. نباشه یه دفعه ما دچار یه اتفاقی بشیم و همون روز بخوایم براش یه تدابیری رو ایجاد بکنیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۲، سرپرستار)

۲- نیروی انسانی: طبقه دوم در زمینه راهکارهای مدیریتی، پرسنل درمان بود. در این طبقه، زیر طبقات «چرخش پرستاران در بخش‌های مختلف»، «ایجاد انگیزه در پرسنل»، «همفکری مسئولان و مدیران با سرپرست بخش‌ها» و «استفاده از دانشجویان» شناسایی شدند؛ که در زیر به هر کدام از این طبقات به طور جداگانه پرداخته شده است.

چرخش پرستاران در بخش‌های مختلف: پرستاران معمولاً در زمان استخدام در بیمارستان، به طور ثابت در یک بخش مشغول به کار می‌شوند و این موجب می‌شود که در بخش کاری خود متبحر شوند اما با کار در بخش‌های دیگر

مناسب» و «بهسازی و تغییر مکان بخش‌های حساس» می‌باشد.

ایجاد فضای مناسب برای کادر درمان: یکی از راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، ایجاد فضای مناسب برای پرستاران و پزشکان بود. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای گفت: «توی بیمارستان‌ها که جدید ساخته میشه حداقل فضاهای مورد نیاز برای پرستارها باشه. تمام رختکن‌ها و ورودی کادر جدا باشه. ورودی کادر، پزشکی، پرستاراشون، بیماربر، خدمات همشون بتونن از یکجا وارد بشن و بعد امکانات شست و شو هم وجود داشته باشه. بعد انتقال آلودگی و انتشارش کمتر بشه و بعد نگران نباشیم، کادر ما ممکنه آلوده بشن و یا با لباس آلوده برن بیرون و خانواده هاشون مبتلا کنند.» (مشارکت‌کننده شماره ۷، پزشک رئیس بیمارستان)

تهویه مناسب: در زمینه بیماری‌های واگیردار، تهویه یک اصل مهم و ضروری به شمار می‌رود؛ زیرا نبود تهویه مناسب، باعث شیوع بیشتر و گسترده‌گی بیماری می‌شود. هوای آلوده به ویروس، باید حتماً از محیط خارج شود تا افراد را بیمار نکند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «در بیمارستان تو اون محیطی که داری، چه محیط اداریش هست چه محیط درمانیش چه محیط استراحتش چه محیط پخت و پز، باید یه تهویه خیلی خوبی داشته باشی. این از واجبات هر قسمت درمانیه. چون بینین الان بیماری‌هایی که دارن میان بالاخره یه جوری واگیردارن یا تماسین یا تنفسی‌ان یا خونی. بالاخره برای همه اینا اولین قدمش همین حالت انتقال تنفسی شه حداقل ما اینو داشته باشیم. برای چیزای دیگه‌اش می‌تونیم از طریق شستشو دست و اینا انجام بدیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۲، سر پرستار)

بهسازی و تغییر مکان بخش‌های حساس: برخی بخش‌های بیمارستان (مانند آزمایشگاه، اورژانس، رادیولوژی) به واسطه خدمتی که ارائه می‌دهند، بیشتر در معرض رفت و آمد و تراکم جمعیت بیماران قرار دارند. بنابراین، باید

موضوعی صحبت می‌کنم ما باید با هم همفکری بکنیم نه همدیگه رو قانع بکنیم. هر چیزی که ما می‌خواهیم فکر می‌کنند یه درخواست اضافه یه بار اضافی به این سیستم داره تحمیل میشه. من میگم این دستکش برای بخش ما نیازه ایشون میگن نیست. من دلایل خودمو میگم ایشونم دلایل خودشو، بعد نتیجه‌گیری کنیم. ولی ایشون میگن نه یا میخوان من اصلاً تو اون جلسه نباشم یا توجیه کنن که از فلان چیز نباید استفاده کنی. ما اگر می‌خواهیم بحرانی رو رد بکنیم باید نظرات دیگران رو بشنویم. حالا چه رد می‌کنیم چه قبول می‌کنیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۸، سوپروایزر رادیولوژی)

استفاده از دانشجویان: یکی دیگر از راهکارهایی که مشارکت‌کنندگان به آن اشاره داشتند، استفاده از پتانسیل و ظرفیت دانشجویان پرستاری بود. یکی از مدیران در زمان شیوع کووید ۱۹، در مورد این راهکار چنین می‌گفت: «در طول روز یهویی ۱۰۰ تا ۱۵۰ مریض پذیرش می‌شد. من می‌گفتم نیرو می‌خوام، شما می‌دادی؟ از کجا بیاری بدی! از کجا پولشو تهیه بکنین. من تمام این‌ها رو با کار دانشجویی انجام دادم. دانشجوی نیرویی هست که بگو آقا شما ساعت ۴ بیا، ۱۱ شب بیا می‌گه چشم. شما بخواهین نیرو رو از این اتاق ببرین اون اتاق، میرن؟ چیزی که بود این بود که اینا روی حرف من حرف نمی‌زدند؛ یعنی اگر یه چیزی می‌گفتم، می‌گفتن باشه. رو چشم میدونم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، دکتری پرستاری معاون توسعه بیمارستان)

۳- فضای فیزیکی: سومین طبقه مرتبط با موضوع راهکارهای مدیریتی، فضای فیزیکی می‌باشد. محیط همیشه نقش مهمی در انتقال بیماری‌ها دارد. محیط‌های بیمارستانی همواره مملو از انواع آلودگی‌ها هستند. بنابراین، باید به فضای فیزیکی توجه ویژه داشت تا نه تنها باعث گسترش بیماری نشود، بلکه محیطی امن و بهداشتی برای کارکنان و بیماران باشد. این طبقه شامل ۳ زیر طبقه اولیه «ایجاد فضای مناسب برای کادر درمان»، «تهویه

سال ۱۵ سال گذشته دیگه تو این ذهن نمی‌مونه. داروی جدید میاد دستگاه جدیدی میاد حداقل این ریویو بشه. شاید نخوام در طول روز ازش استفاده کنم ولی خب یه آگاهی داشته باشم. پرسنل اورینت باشن نسبت به دستگاه و تجهیزاتی که هست نسبت به بخش‌هایی که داریم و روتین کارهایی که داریم انجام میدیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۲ سر پرستار)

فرهنگ‌سازی و آموزش حفاظت فردی از کودکی: برای اینکه در زمان بحران، مانند بحران کووید ۱۹، کمتر دچار چالش و مشکلات شویم، باید یک سری اقدامات و پروتکل‌های بهداشتی را در جامعه نهادینه سازیم و آن‌ها را به افراد آموزش دهیم. بهترین زمان برای آموزش، دوران کودکی است؛ زیرا مغز کودک آمادگی کامل برای پذیرش و درک موضوعات مختلف را دارد؛ بنابراین بهتر است که حفاظت فردی در زمان شیوع بیماری‌ها، در مدارس به دانش‌آموزان و کودکان آموزش داده شود تا در بحران‌های بعدی مشکلاتی همچون عدم رعایت دستورالعمل‌های بهداشتی را نداشته باشیم. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «ما بهداشت رو تو بچه‌ها از کودکی یاد بدیم، نه که من بخوام تو شرایط بحرانی به شخص ۴۰ ساله یاد بدم دست نده. یادش بدم که تو کنار این صحبت نکن ماسک بزنی. بنابراین، اگر می‌بینیم تو خیلی از کشورها خیلی از اتفاقات نیفتاده برای اینکه این ریشه در فرهنگ شونه. باور کردن که این باید مرتب تو کلاس‌ها آموزش بدن. بحث بهداشت مهم‌ترین اصلش پیشگیریه تا درمان. ما اون قسمت رو ول کرده بودیم. شما از من پرسیدین آیا پیش‌بینی کردین؟ نه نکرده بودیم تو بهداشت پیش‌بینی کرده بودن که واکسن بزنی طرف بیماری نگیرد اما پیش‌بینی نکردن که همین دست شستن چرا می‌گیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۴، پزشک رئیس بیمارستان)

۵- توانمندسازی: پنجمین طبقه راهکارهای مدیریتی، مربوط به مسائل توانمند سازی می‌باشد. این طبقه شامل ۴ زیر طبقه «اجرای مانور»، «تأسیس اتاق فکر و استفاده

محل این بخش‌ها در جایی از بیمارستان تعبیه شود که باعث تجمع آلودگی و انتقال بیشتر بیماری نشود. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت: «بعد از کرونا به فکر افتادن که آزمایشگاه بهسازی کنن، یه جای مناسبی براش تهیه کنن. آزمایشگاه تغییر ساختار بدن به شکلی که دیگه مشکلات حال حاضر رو نداشته باشه و در زمان‌های بحران هم بتونیم راحت استفاده بکنیم. سازمان بهداشت جهانی هم تو این قضیه فعال تر شده و توجه بیشتری به مراکز درمانی به خصوص آزمایشگاه می‌کنه. مثلاً اخیراً سازمان بهداشت جهانی مثل اینکه قصد کرده یه سری تجهیزات به آزمایشگاه اضافه کنه.» (مشارکت‌کننده شماره ۵، سوپروایزر آزمایشگاه)

۴- آموزش: طبقه ۴ در زمینه راهکارهای مدیریتی، آموزش می‌باشد. این طبقه شامل دو زیر طبقه «آموزش پرسنل» و «فرهنگ‌سازی و آموزش حفاظت فردی از کودکی» است. همواره آموزش، نقش مهمی در جامعه ایفا می‌کند. ارتقای سطح دانش و آگاهی افراد جامعه، می‌تواند از بروز آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کند و در زمان شیوع بیماری‌ها نقش حیاتی در کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، دارد.

آموزش پرسنل: پرسنل درمان باید بدانند در زمان مواجهه با بیماری‌ها و پاندمی‌ها چه رفتاری از خود نشان دهند و بدانند که با تجهیزات چگونه کار کنند تا بتوانند جان بیماران را نجات دهند. بسیار مهم است که پرسنل درمان همواره به دنبال آموزش و ارتقای مهارت‌های خود در زمینه مراقبت از بیماران باشند و خود را محدود به یک زمینه نکنند. یکی از پرسنل‌تاران در این مورد می‌گفت: «آموزش پرسنل مهمه. هر کسی حداقل در حد توان. حالا مدرک پرستاری که داره، تو هر زمینه‌ای به سررشته‌ای داشته باشه حالا من نمیگم من پرستار باید برم تو اتاق پرستار قلب ولی خب حداقل در مورد سی‌سی یو بدونم در مورد اطفال بدونم در مورد بخش آنکولوژی دارو بدونم. یه چیزی ما تو دانشگاه خوندم هفت سال هشت سال ده

افراد نخبه در آن سیستم است. افرادی که به واسطه هوش سرشار و ذهن بازی که دارند، می‌توانند مسائل را عمیق‌تر تجزیه و تحلیل کنند و به نتایج بهتر و کارآمدتری دست یابند. این افراد می‌توانند چشم‌اندازهای وسیع‌تر و روشن‌تری را پیش روی مدیران و مسئولان قرار دهند. بنابراین، هر سازمانی نیاز دارد که اتاق فکری متشکل از چندین فرد نخبه و با تجربه داشته باشد تا بتواند با برنامه‌ریزی و پیش‌بینی‌های لازم، در زمان شیوع بحران‌ها و بیماری‌ها بهترین تصمیمات را اتخاذ نمایند. همچنین استفاده از افراد با تجربه کاری موفق می‌تواند سازمان را از بحران با موفقیت عبور دهد. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت: «یکی از چیزایی که کمبود داریم اتاق فکره. ما نمی‌شینیم به یه تعداد آدم پول بدیم فقط فکر کنن و افکار اینارو بخریم. فکر می‌کنیم افکار یه چیزه مفتیه. وقتی یه مدیری یه ایده می‌ده بریم این ایده‌اش بگیریم پنج میلیون ریختیم به حساب به خاطر این ایده‌ها ما ایده‌پردازی نمی‌کنیم. ما تشکیلاتی ایجاد می‌کنیم فقط به صورت صوری. ما میایم جلسه تشکیل می‌دیم نخبه‌هایی را دعوت می‌کنیم ایده‌هاشون رو می‌نویسیم به هیچ وجه هیچ مدیری مکلف نیست این رو اجرا کنه.» (مشارکت‌کننده شماره ۴، معاون پشتیبانی دانشگاه)

مشارکت‌کننده دیگری می‌گفت: «من به‌عنوان فردی که توی این زمینه رفتم، اگر تجربه موفق داشتم خب بیان استفاده بکنن دیگه. بازم باید به یه دکتری التماس بکنم بگم بیا یه کاری به من بده!» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، معاون پشتیبانی بیمارستان)

برنامه‌ریزی بلندمدت: هر سیستمی برای بقا و ماندگاری خود باید برنامه‌ریزی داشته باشد. برنامه‌ریزی‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت به سیستم کمک می‌کنند تا پیشرفت سریعتری داشته باشد و در زمان‌های بحرانی بهتر عمل کند. در این زمینه مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت: «مهم‌ترین اصل ما برنامه‌ریزی حداقل بیست ساله است. برنامه بریزیم نمیگم حالا بیست سال حداقل ۵ سال دیگه.

از افراد با تجربه»، «برنا مهریزی بلندمدت» و «ترویج تفکرگرایی در مدیران» می‌باشد؛ که در ادامه به هر یک از آنان پرداخته خواهد شد.

اجرای مانور: مشارکت‌کنندگان، اجرای مانورهای تمرینی را یکی از راهکارهای مؤثر در زمینه مدیریت بحران دانستند. بحران کرونا باعث شد که افراد بدانند تنها سیل و زلزله نیست که می‌تواند یک جامعه را فلج کند. شیوع بیماری‌های واگیردار کمتر از سیل و زلزله بحران‌آفرین نیست بلکه می‌تواند به مراتب سخت‌تر و هولناک‌تر باشد. از این رو، افراد جامعه باید همواره برای مواجهه با چنین بیماری‌هایی آمادگی لازم را داشته باشند. اجرای مانورهای تمرینی در این زمینه بسیار راهگشا است. قرار دادن شخص در شرایطی شبیه شرایط بحرانی، مهارت‌های وی را تقویت، و نقاط ضعف سیستم و افراد را مشخص می‌نماید که به تبع آن می‌توان برای مرتفع ساختن آن‌ها اقدامات لازم را انجام داد. یکی از پزشکان می‌گفت: «ما اگر بخوایم در زمینه مدیریتی موفق باشیم باید آنچه که پدید نیامده را تمرین کنیم. ما در زمان بحران بسیار ناقصیم. بسیار افسار گسیخته‌ایم. بسیار عدم تمرکز فکری و عدم تمرکز مدیریت داریم. مدیریت بحران که یکیشم همیشه باید بیاد تمرین کرد. واقعی هم باشه فیلم و عکس هم نه. من بخوام یه بخشی رو به مدت یه روز نیرو تأمین کنم یعنی فرض کنم من نیروم همین نیروهاست. نیرو از بیرون تأمین کنم این نیرو ما سک می‌خواد امکانات می‌خواد وسیله می‌خواد ایاب ذهاب می‌خواد ساپورت خانواده می‌خواد وووو..... چقدر تمرین می‌کنیم؟ سیلی که اومد میلیاردها ضرر رسید. از نظر روحی و از نظر اقتصاد مردم این شهر یا خیلی شهرهای دیگه. اینکه ترینینگ نداشته‌ایم یا زلزله بم ما متاسفانه از این زلزله‌ها و بلاهای آسمانی بسیار داریم اما تمرین یکساله نداریم.» (مشارکت‌کننده شماره ۴ معاون پشتیبانی دانشگاه)

تاسیس اتاق فکر و استفاده از افراد با تجربه: آنچه که می‌تواند بنیاد یک سازمان و نهاد را تقویت کند، وجود

کاری پرسنل نیز کاسته شد. همچنین، در زمانی که بیمارستان‌ها با کمبود نیرو مواجه بودند، استفاده از درمان‌های سرپایی بسیار مؤثر و راهگشا بود. یکی از مدیران می‌گفت: «در پیک بعدی اتفاقی که افتاد او مدن مریضا رو تبدیل کردن به مریضای سرپایی و بستری. دیگه مریضای سرپایی رو بستری نمی‌کردن. ما چیزی حدود بالای صد و خوردی مریض رو روزانه بستری می‌کردیم. قسمت اطفال و اورژانس رو تعطیل کردیم، کردیمش سرپایی کووید. به مریض می‌گفتیم بیا دارو بگیر برو. ما روزانه ۱۰۰، ۱۵۰ مریض رو پذیرش و ترخیص می‌کردیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، دکتری پرستاری معاون پشتیبانی بیمارستان).

تشکیل تیم‌های نظارت: تشکیل این تیم برای نظارت، مراقبت و درمان بیمارانی که در وضعیت حاد بیماری و با درگیری‌های ریوی بودند، بسیار راهگشا بود؛ زیرا افراد این تیم با آموزش‌هایی که دیده بودند می‌توانستند حتی در نبود پزشک، تصمیمات مناسب را اتخاذ نمایند و از مرگ بیمار جلوگیری کنند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گفت: «یک اتفاق خوب که افتاد وزارت خونه تیم نظارت تنفسی رو راه انداخت. قبلش هماهنگی‌ها انجام شده بود، تیم معرفی شده بود، اعضا معرفی شده بودند، لیدر معرفی شده بود. به مقدار اعتماد جلب کردیم و مریض‌ها رو راحت منتقل می‌کردیم بخش بدون اوردر پزشک. به ۱۰۰ نفر پرسنل آموزش دادیم. ۷، ۸ نفر آدم تخصصی رو هم گذاشتیم سه شیفت، صبح و ظهر و شب، اینا میرفتن تمام مریض‌های کووید رو سلکت می‌کردن. کارم سخت نکردیم. گفتیم ریت تنفسی نگاه کن، سچوری‌شش نگاه کن. وضعیت کلیشم نگاه کن. اگه مریض دیسترس داره. اگه مریض با این اکسیژن بالایی که شما داری میدی هنوز مشکل داره، باید بهش کمک کرد. خودمون منتقلش می‌کردیم زیر ماسک. مستقل بهشون اکسیژن میدادیم. خدارو شکر به مورد عارضه ایجاد نشد.» (مشارکت‌کننده شماره ۱۰، دکتری پرستاری).

خیلی چیپ چیپش ۵ سال. الان بگیم تا ۱۴۰۶ ما می‌خوایم چکار کنیم؟ بحران‌ها مون ایناس... ما اول باید به برنامه ۵ ساله بریزیم بگیم آقای بهداشت تو چکار کنی که بیمار نشن. به سری چیزها هم دیگه ربطی به بهداشت نداره میاد تو قسمت درمان که چکار کنیم. بحث پیشگیری اولیه، ثانویه، ثالثیه. تو ثالثیه چکار کردیم؟ تو توانبخشی چکار کردیم؟..... اولین برنامه اینکه بشینیم برنامه‌ریزی کنیم صاحبان فرایند بشینن برنامه‌ریزی کنن.» (مشارکت‌کننده شماره ۴، معاون پشتیبانی دانشگاه)

ترویج تفکرگرایی در مدیران: از نظر مشارکت‌کنندگان، مدیران یکی از حساس‌ترین شغل‌ها را دارند و تصمیمات غلط آن‌ها می‌تواند ضررهای مالی سنگینی را بر سیستم و جامعه وارد کند و حتی یک سازمان و نهاد را به سمت نابودی پیش ببرد. لازم است که این افراد خارج از حاشیه‌ها و مسائل کم ارزش، به تفکر در مورد مسائل و مشکلات درون سازمانی بپردازند تا به راه‌حل‌های سازنده و درست دست یابند. پزشکی در این باره می‌گفت: «آقای مدیر می‌خواود برنامه اجرا کنه، نباید درگیر مسائل روزمره حقوق و اضافه کار بشه. عمده وقتمون صرف این بود که آقا این اضافه کار کرده. وقت تفکر رو از سیستم گرفته روزمرگی کرده. بنابراین اگر می‌خوایم نجات بدیم مدیر بشینه فکر کنه. مدیر باید بشینه تو اتاقتش با ارباب رجوع سرو کار نداشته باشه تمام سیستم به‌گونه‌ای باشه به تعدادی بزارن دم در به شما جواب بدن ما فقط می‌خوایم بشینیم اینجا فکر کنیم و بر اساس تفکرات..... التماس تفکر التماس دعا. من میگم اصل مدیریت تو کشور ما التماس تفکره. مدیر بشینه تفکر کنه. به تفکرها اهمیت بدیم.» (مشارکت‌کننده شماره ۴).

۶- درمان: این طبقه شامل دو زیر طبقه «درمان سرپایی» و «تشکیل تیم نظارت تنفسی» بود. در ادامه به توضیح هر یک از این طبقات پرداخته خواهد شد. درمان سرپایی: استفاده از این متد درمانی کمک کرد تا تعداد بیماران در بخش‌ها کاهش پیدا کند و از حجم بار

بحث

نظام بهداشت و درمان در ایران با بحران بی‌سابقه‌ای مواجه شد. بحرانی ناشی از یک پاندمی عفونی که ابعادی بسیار متفاوت از مدیریت را به روی سیستم بهداشتی کشور گشود. بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر رفسنجان واقع در استان کرمان، به عنوان بخش مهمی از نظام بهداشتی درمانی این منطقه در خط مقدم مواجهه با این بیماری قرار داشت و مدیران و تصمیم‌گیران آن اکنون، با کوله‌باری از تجربیات کسب شده در این بحران به ارائه خدمات درمانی می‌پردازند. این پژوهش به تحلیل راهکارهای کسب شده‌ی آنها از دوره کرونا پرداخته است. با توجه به نتایج، مشخص شد پیشگیری و آمادگی پیش از وقوع بحران، در زمینه‌های مختلف اعم از تأمین وسایل و تجهیزات تا برنامه‌ریزی و آموزش‌های تخصصی و عمومی، که باید به آن‌ها پرداخته شود، علیرغم اهمیت فراوانی که دارند مورد غفلت واقع شده‌اند.

در مرحله پیشگیری باید منابع مالی مورد استفاده در بحران شناسایی و شفاف می‌شدند تا چالش تأمین منابع مالی و توزیع ناهمگون منابع ایجاد نشود. برقراری عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در تمام مناطق می‌توانست از عدم توازن در ارائه خدمت بین دانشگاه‌های علوم پزشکی بکاهد. مدیران در مرحله پیشگیری از بحران باید آگاهی خود نسبت به ظرفیت‌ها و درک خود نسبت به توانایی‌های زیرمجموعه سازمان را بالا ببرند تا بتوانند برنامه‌های کارآمد و عملیاتی تدوین کنند. مجموعه اقدامات برای افزایش توان عملیاتی و ایجاد تسهیلات جهت واکنش مؤثر در برابر حوادث محتمل، در مرحله آمادگی قرار می‌گیرند. برای حفظ آمادگی در برابر بحران‌های بیولوژیکی می‌بایست تجهیزات تشخیصی و درمانی، دارو و وسایل حفاظت شخصی تأمین و نگهداری شوند، برنامه‌ریزی برای تعیین چرخه تهیه این وسایل تا مصرف آن‌ها انجام شود و هم‌چنین استاندارد بودن آن‌ها به تأیید برسد. بهتر است چارت مشخصی برای مدیریت بحران اپیدمی‌های عفونی

تدوین و ابلاغ شود، راهکارهایی برای کمبودهای پیش‌بینی شده در زمینه نیروی انسانی متخصص اندیشیده شود و نقاط ضعف علمی و مهارتی آن‌ها در راستای حفظ آمادگی برای بحران برطرف شود [۱۳].

برای سهولت در آمارگیری و جمع‌آوری اطلاعات باید سیستم پرونده الکترونیک سلامت به صورت یکپارچه راه اندازی شود. با شیوع اپیدمی در کشور و وقوع بحران به اقداماتی برای مقابله با آن پرداخته شده است. مدیریت هیجان‌ها و انگیزه‌ها در نیروی انسانی مهم‌ترین اقدامی است که در این مرحله انجام گرفته است. در زمانی که استرس و ترس از ابتلا به ویروس بر پرسنل چیره شده و مدیران با مقاومت افراد در برابر تصمیمات، عدم حضور در محل کار و عدم تبعیت از فرمانده بحران رو به رو هستند، می‌توان با برقراری ارتباط صحیح با پرسنل، همدلی با آن‌ها و حمایت‌های روحی روانی و در نظر گرفتن تشویق‌های مالی کنترل اوضاع را در دست گرفت. مطالعه Iqbal حمایت مالی و روانی را در طول بحران‌های طولانی مدت برجسته کرد [۱۳].

همچنین، راهکارهایی مانند استفاده از نیروی کار داوطلب، در نظر گرفتن انگیزه‌های جسمی و روحی، انتقال نیرو از مناطق کمتر درگیر و از همه مهم‌تر ایجاد فضای همبستگی بین کارکنان، راهکارهای مؤثری برای مقابله با کمبود نیروی کار مرتبط با بحران بوده است [۱۵]. به‌طور مشابه، Poortaghi و همکاران در مطالعه‌ای، استراتژی‌های مشابهی را گزارش نمودند که در مدیریت نیروی کار از جمله: جذب نیروی کار داوطلب، برنامه کاری انعطاف‌پذیر، بازآرایی نیروی کار، اقدامات انگیزشی و حمایت روانی مؤثر بوده‌اند [۱۴]. علاوه بر این، در ایالات متحده، استخدام پزشکان بازنشسته، داوطلبان، پرستاران و هم‌چنین دانشجویان پزشکی در مقطع کارشناسی، به‌عنوان راهبردهایی برای جبران نیروی کار ذکر شده است [۱۶]. مطالعات متعددی به ویژگی‌های مدیریتی مانند کاریزما و

را برای بحران‌های فعلی و آتی بهتر تجهیز کنند. اهمیت همکاری و ارتباط مؤثر نیز باید مورد تأکید قرار گیرد. اجرای دقیق دستورالعمل‌ها نیز به غلبه بر این بحران‌ها و موفقیت در ایجاد و حفظ ایمنی کمک می‌کند.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش (با توجه به جامعه آن) عدم امکان تعمیم نتایج به همه بیمارستان‌های کشور است. همچنین، چالش‌ها و راهکارهای بیان شده در این مطالعه، حاصل مصاحبه مدیران بیمارستان می‌باشد و ممکن است در مصاحبه با کارکنان بیمارستان، تجارب جدید دیگری نیز بدست بیاید. در پژوهش‌های بعدی می‌توان به بررسی علل ایجاد چالش‌های ذکر شده از دیدگاه سایر کارکنان بیمارستان پرداخت و همچنین می‌توان با جمع‌بندی تجارب مدیران سایر بیمارستان‌های کشور در زمان بحران کرونا به راهکارهای مدیریت بحران جامع و کاربردی‌تری در سطح کشور دست پیدا کنیم

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که پیشگیری و آمادگی پیش از وقوع بحران، در زمینه‌های مختلف اعم از تأمین وسایل و تجهیزات تا برنامه‌ریزی و آموزش‌های تخصصی و عمومی، که باید به آن‌ها پرداخته شود، علیرغم اهمیت فراوانی که دارند مورد غفلت واقع شده‌اند.

از این رو پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های مدون و توسعه نیروی انسانی، یافته‌های این تحقیق در دستور کار مدیریت‌های دانشگاه، بیمارستان‌ها و سایر مراکز مرتبط با مدیریت بحران قرار گیرد. انجام هر اقدام در جهت تقویت مدیریت بحران، می‌تواند در قالب پدافند غیرعامل قلمداد گردد. بینش مدیران به پدافند غیرعامل و مدیریت بحران یکی از خلاهای مهم محسوب می‌شود. برای اصلاح و مناسب‌سازی این بینش باید در این زمینه فرهنگ‌سازی شود. مدیریت بحران در صورتی قرین با موفقیت می‌شود که صرفاً در محدوده برنامه‌های عملیاتی و کوتاه‌مدت قرار نگرفته و مسئولین امر در گستره‌ای وسیع‌تر و افق‌هایی طولانی‌تر بدان بنگرند.

توانایی تأثیرگذاری، مهارت‌های ارتباطی مؤثر و ایجاد رابطه اعتماد با کارکنان اشاره کرده‌اند [۱۷]. علاوه بر این، مدیریت احساسات منفی پرسنل در مراحل اولیه شیوع کووید-۱۹ به عنوان فعالیتی حیاتی گزارش شده که توسط مدیران بهداشت انجام می‌شود [۱۸].

همچنین، باید از مشارکت‌های مردمی و کمک‌های خیرین در بحران به طرز صحیحی کمک گرفت و این‌گونه کمک‌ها را سازمان‌دهی کرد. هماهنگی بین بخشی برای جلوگیری از اقدامات چندانگانه و موازی‌کاری‌ها باید تقویت شود. گزارش‌هایی از کمبود، هدر رفت یا مفقودی در کالاهای مصرفی مثل مواد ضدعفونی‌کننده دریافت می‌شد که با نظارت مداوم باید مصرف این لوازم تحت کنترل قرار گیرد. باید از خدمات روانشناسی برای بهبود اوضاع روحی افراد درگیر در بحران و فرسودگی روانی کادر درمان استفاده شود. رعایت ضوابط علمی و اخلاقی در حین بحران الزامی می‌باشد [۱۹].

از امکانات فضای مجازی برای ارتباط با بیماران الکتیو و برقراری کلینیک مجازی استفاده شود. علاوه بر این، آموزش و پژوهش نقش مهمی در آماده‌سازی کادر پرستاری و پزشکی برای رویارویی ماهرانه با این بیماری همه‌گیر ایفا می‌کند [۱۹]. بر اساس نتایج پژوهشی، حدود نیمی از پرستاران مورد مطالعه (۵۱٪/۲) گفتند که منابع اصلی دانش مربوط به کووید-۱۹ از وزارت بهداشت و درمان بوده است. وب‌سایت‌ها و صفحات رسمی سازمان بهداشت جهانی باید برای تمام تیم‌های پرستاری و پزشکی و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ارائه شود [۱۹]. طبق نظر Chimenya و همکاران، بیمارستان‌ها باید جلسات آموزشی را برای پر کردن شکاف دانش و آموزش کارکنان در مورد ترس از عفونت برگزار کنند [۲۰].

غلبه بر بحران‌هایی همچون کووید-۱۹، مستلزم تدوین یک برنامه یکپارچه است و این طرح باید در اختیار تیم‌های پرستاری و پزشکی بیمارستان قرار گیرد تا آن‌ها

سهام نویسندگان

نویسنده اول این مقاله مسئول گردآوری داده‌ها و اجرای پژوهش و سایر نویسندگان مسئول نظارت بر اجرای پژوهش و راهنما و مشاور در تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله بوده‌اند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش منابع انسانی نفر اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رفسنجان می‌باشد و سایر نویسندگان به ترتیب راهنمای اول و دوم و مشاور طرح بوده‌اند. بدینوسیله نویسندگان از مدیران دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان حضرت علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان به دلیل همکاری خوب و شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: تقویت مدیریت در مه‌ار بحران با لحاظ نمودن و توجه اساسی به عامل‌های یافت شده در این تحقیق (منابع و تجهیزات، پرسنل درمان، فضای فیزیکی، آموزش، توانبخشی و درمان) بسیار مؤثر بوده و توانمندی مدیران و کارکنان را در سطح بسیار قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد داد. از این رو یافته‌های این تحقیق می‌تواند در زمینه جذب، نگهداری و مدیریت نیروی انسانی در زمان بحران و کسب آمادگی‌های لازم برای بحران‌های احتمالی در آینده مفید باشد.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ تضاد منافی وجود نداشت.

Reference

1. Jaques T. Embedding issue management as a strategic element of crisis prevention. *Disaster prevention and management: an international journal* 2010;19(4):469-82
2. Aghahosseini EM, Rezaie DH, Nilipour TSA. The impact of human resources agility on crisis management (case study: Blood transfusion organization of Isfahan and other Three accident-prone provinces throughout the country). *Emergency management* 2016;5(2):41-49. [Persian]
3. Rahmani E, Khani jaihouni A, Hoseini fahrjaji H. Understanding and skill of members of the hospital crisis management team on triage in crisis one study of cross section. *JIE Med* 2016; 3(4): 143-148. [Persian]
4. Yang Y, Shang W, Rao X. Facing the COVID-19 outbreak: What should we know and what could we do? *Journal of medical virology* 2020;92(6): 536-537.
5. Ashrafi Rizi H, Kazempour Z. Challenges of information services related to the Covid-19 crisis. *Military Medicine Journal* 2019;2(22): 209-207. [Persian]
6. Sundnes KO, Birnbaum ML. Health disaster management: Guidelines for evaluation and research in the Utstein style. *Prehospital and Disaster Medicine* 2003;17(S3):F1-F4
7. Rodríguez JT, Vitoriano B, Montero JA. general methodology for data-based rule building and its application to natural disaster management. *Computers & Operations Research* 2012; 39(4): 863-873.
8. Samadi Mik
9. Samadi Mirkolaei H, Babaei A, Samadi Mirkolaei H. The necessity and importance of the Red Crescent's role in natural disasters and accidents in crisis management. *JORAR* 2014;4(3):93-106. [Persian]
10. Fener T, Cevik T. Leadership in crisis management: Separation of leadership and executive concepts. *Procedia Economics and Finance* 2015;26:695-701.
11. Labaf A, Jalili M, Jaafaripooyan E, Mazinani M. Management of Covid-19 Crisis in Tehran University of Medical Sciences Hospitals: Challenges and Strategies. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2021;18(4):355-72.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004; 24(2): 105-12

13. Mousavizadeh S N, Ashktorab T, Ahmadi F, Zandi M. Evaluation of barriers to adherence to therapy in patients with diabetes. *JDN* 2016; 4(3):94-108. [Persian]
14. Iqbal MR, Chaudhuri A. COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy - A cross-sectional questionnaire study. *International Journal of Surgery* 2020;79:156-161.
15. Poortaghi S, Shahmari M, Ghobadi A. Exploring nursing managers' perceptions of nursing workforce management during the outbreak of COVID-19: a content analysis study. *BMC Nursing* 2021; 20: 27
16. Linbo Li MD, Yongchao Hou MD, Fengying Kang MD, Suping Li BD, Juan Zhao MD. The real experience and management strategies analysis of Chinese nurses aiding COVID-19 epidemic: a qualitative study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 2020;16(3):889-91
17. DEY S, CHENG Q, TAN J. All for one and one for all: why a pandemic preparedness league of nations? *HPT* 2020; 9(2): 179-184.
18. Al Eid N, Arnout B. Crisis and disaster management in the light of the Islamic approach: COVID-19 pandemic crisis as a model (a qualitative study using the grounded theory). *JPA* 2020; 20(4): e2217.
19. Sun M, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *AJIC* 2020; 48(6):592-8.
20. Nashwan, A., Abujaber, A., Mohamerd, A., Villar, R. & Al-Jabry, N. Nurses' willingness to work with COVID-19 patients: The role of knowledge and attitude. *Nursing Open* 2021; 8(2): 695-701.
21. Chimanya G, Alice N. Hospital disaster emergency preparedness: A study of Onandjokwe Lutheran Hospital, Northern Namibia. *African Safety Promotion: A Journal of Injury and Violence Prevention* 2016;14(2):1-17

Crisis Management Strategies according to the lessons learned from the Covid-19 periods: a qualitative study

Karmi M¹, Ziadini M², Hadavinejad M³, Beheshti Far M⁴

1-PhD Student, Dept. of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author) E-mail: mka115@yahoo.com.Tel:09133911041.

2- Assistant Prof, Dept of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran.

3- Associate Prof, Dept of of public administration, Vali-e- Asr University, Rafsanjan, Iran.

4 -Associate Prof, Dept of public administration, Rafsanjan branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran.

Received: 14 May 2024

Accepted: 17 March 2025

Introduction: Corona virus will not be the first and the last pandemic crisis in the world. For a society to know how and in what way to manage and lead that crisis is an important issue that experts and statesmen should be address. Therefore, this study aimed to explain the crisis management strategies according to the lessons learned from the covid-19 period.

Materials and Methods: In this qualitative study, semi structured interviews were held with 10 managers and employees in Ali-Ibn-Abitaleb hospital of Rafsanjan, 2022. The interviews first started with a general and open question for express the participants' opinions. the next questions were asked so that the researcher can reach the final goal of the study. The duration of the interviews was between 45-90 minutes. For transcription and analysis of interviews, MAXQDA2020 software was used and data were analyzed using content analysis approach.

Results: Data analysis led to the development of 6 categories. They included: "resources and equipment", "human resources", "physical space", "training", "rehabilitation" and "treatment", which was identified as crisis management strategies in Covid-19 period.

Conclusion:

The results of this research indicate that prevention and preparation before the occurrence of a crisis, in various fields ranging from the provision of tools and equipment to planning and specialized and general training, which should be addressed, despite the great importance of They are neglected.

Keywords: Management, Crisis, Covid-19, Qualitative Study.

Please cite this article as follows:

karami M, ziaadini M, Hadavinejad M, Beheshti Far M Crisis Management Strategies according to the lessons learned from the Covid-19 periods: a qualitative study. Community Health Journal 2025;18 (3):60-73.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Rafsanjan Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University Medical Sciences, approved the study (IR.RUMS.REC.1403.193).