

آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها در مورد پدافند غیرعامل

امیر قاسمیان، سیدمجتبی حسینی، مهرنوش جعفری، مهری سیدجوادی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت مراکز بهداشت و درمان و مدیریت بهداشت و درمان در شرایط وقوع تهدیدات و بحران‌ها، دشمنان جهت مختل نمودن یک کشور، این مراکز را مورد هدف خود قرار می‌دهند که در این خصوص یکی از بهترین روش‌های مقابله پدافند غیرعامل می‌باشد.

هدف: هدف این مطالعه بررسی آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌های استان اردبیل در مورد پدافند غیرعامل در سال ۱۳۹۴ بوده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که بر روی ۴۵ نفر از مدیران ارشد انجام شده است. روش نمونه‌گیری سرشماری بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته پنج قسمتی بود، برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی استفاده شد که نسبت روائی محتوا با نمره (۰/۷۹) و بالاتر برای پذیرش آیت‌ها مدنظر قرار گرفته شد و برای تعیین پایایی از آلفاکرونباخ استفاده شد (۰/۸۴). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS₂₃ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی کای اسکوار انجام گرفت.

یافته‌ها: بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه مذکر (۸۲/۲ درصد) و در محدوده سنی ۴۰-۳۶ بودند. میانگین سابقه مدیریت (۵/۲) سال بود. تنها (۲۸/۹ درصد) از مدیران درخصوص کلیات پدافند غیرعامل، (۳۱/۱ درصد) درخصوص اصول پدافند غیرعامل، (۱۳/۳ درصد) درخصوص معیار اولویت‌بندی مراکز درمانی و (۲۲/۲ درصد) درخصوص معیار کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی میزان آگاهی در سطح خوب داشتند. سطح آگاهی مدیران در هر چهار حیطه مذکور با هیچ کدام از مشخصات دموگرافیکی رابطه آماری معناداری نداشت ($P \geq 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به آگاهی در سطح نامطلوب اکثریت مدیران ارشد بیمارستان‌های استان اردبیل به عنوان یک استان مرزی، پیشنهاد می‌شود که آموزش از سطح مدیران و متخصصین شروع گردد و به تدریج به سایر پرسنل توسعه یابد.

کلمات کلیدی: پدافند غیرعامل، بیمارستان، مدیران ارشد

امیر قاسمیان

کارشناس ارشد، شبکه بهداشت و درمان گرمی،
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

سید مجتبی حسینی

استادیار، دانشکده مدیریت و علوم انسانی، دانشگاه
آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران

مهرنوش جعفری

استادیار، دانشکده مدیریت و علوم انسانی، دانشگاه
آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران

■ مؤلف مسؤول: مهری سیدجوادی

مری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم
پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

آدرس: m.seyedjavadi@arums.ac.ir

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم، شماره اول و دوم

بهار و تابستان ۱۳۹۶

■ مقدمه

هیچ نشانه‌ای درخصوص پیش‌بینی تمهیدات لازم به منظور پدافند غیرعامل در برابر شرایط جنگی وجود ندارد، از این رو بذل توجه جدی به این مهم می‌بایست در دستور کار کلیه برنامه‌ریزان و طراحان قرار گیرد (۱). یکی از بهترین و ارزان‌ترین روش‌های مبارزه و مقابله با تهدیدات با هر ماهیت و روشی، پدافند غیرعامل و به کارگیری اصول و ملاحظات آن برای افزایش بازدارندگی، کاهش آسیب‌پذیری، تداوم فعالیت‌های ضروری، ارتقای پایداری ملی و تسهیل مدیریت بحران در مقابل تهدیدها و اقدامات نظامی دشمن است (۶). جوانمردی و همکاری‌اش در سال ۱۳۸۹ طی مطالعه‌ای در این خصوص بیان می‌کند امروزه همه کسب و کارها چه دولتی و چه خصوصی، چه انتفاعی و چه عمومی همه در معرض انواع مختلفی از حوادث و بحران‌های غیرقابل پیش‌بینی و پیشگیری قرار دارند، لذا پروژه‌های پدافند غیرعامل با تمرکز بر رویکرد ویژه رویارویی با حوادث ناشی از شرایط جنگ برای کاستن آسیب‌پذیری نیروی انسانی و تجهیزات حیاتی و حساس و مهم کشور حایز اهمیت است (۷).

بررسی تاریخ جنگ‌های اخیر در جهان، تاریخ ۸ سال دفاع مقدس و حملات رژیم صهیونیستی در جنگ ۳۳ روزه لبنان، نشان می‌دهد که تهاجم گسترده دشمنان به مراکز بهداشتی درمانی، برای ناتوان‌سازی و ایجاد بحران گسترده است. با توجه به اهمیت مراکز بهداشت و درمان و مدیریت بهداشت و درمان در شرایط و وقوع تهدیدات و بحران‌ها، دشمنان جهت مختل نمودن یک کشور، این مراکز را مورد هدف خود قرار می‌دهند (۸). گراندی و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان نقش بهداشت عمومی به عنوان یک اهرم پدافند غیرعامل در جنگ نتیجه‌گیری کرده‌اند که توجه به اقدامات بهداشت عمومی قبل از بحران و جنگ، به برنامه‌ریزی و ساختار آن در جنگ کمک خواهند نمود و به موفقیت برنامه‌ریزی می‌انجامد (۹). ساخت مراکز بهداشتی درمانی در پشتیبانی دفاعی حوزه سلامت و درمان کشور در شرایط بحرانی، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است و تعداد زیادی از این مراکز درمانی در زمره مراکز حساس و مهم کشور هستند. بررسی سیر تحول این‌گونه مراکز درمانی در طول هشت سال دفاع مقدس و سایر جنگ‌ها نشان داده است که این‌گونه مراکز بطور مستقیم و غیرمستقیم مورد هدف تهدیدات طبیعی و

جنگ عنصر اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان در طول حضور او بر این کره خاکی بوده و خطر و وقوع جنگ همواره ذهن انسان را آزار داده است. در عصر حاضر دانش پدافند غیرعامل به عنوان یکی از جدیدترین علوم دفاعی همواره مورد توجه محافل علمی و نظامی بوده، تا جایی که کشورهای قدرتمند، خود اهمیت بیشتری برای این موضوع قایل شده‌اند (۱). نیم‌نگاهی به تاریخ پرفراز و نشیب جامعه بشری گویای آن است که تهدید و امنیت، تهاجم و دفاع همواره با زندگی و حیات انسان‌ها عجین بوده است. بشریت در طول تاریخ پنج هزار ساله تمدن خود روی کره زمین شاهد حدود چهارده هزار تهاجم بوده است که در نتیجه آن بیش از چهار میلیارد انسان جان باخته‌اند و در این میان بیش از (۸۰ درصد) کشته‌شدگان غیر نظامی بودند (۲). با افزایش میزان جنگ‌ها به ویژه طی یک قرن اخیر و افزایش آسیب‌ها و تلفات جانی و مالی و روانی ناشی از آن برای شهروندان و مدیران و مسئولان حکومتی، در کنار تلاش‌های سیاسی و دیپلماتیک برای کاهش و جلوگیری از شکل‌گیری این جنگ‌ها و همچنین تلاش‌های نظامی برای تقویت بنیه دفاعی کشورها، تلاش‌های متعدد دیگری در ابعاد و حوزه‌های مختلف از سوی مدیران و مسئولین و برنامه‌ریزان برای کاهش آسیب‌ها و تلفات صورت گرفته است. این تلاش‌ها و حرکت‌ها امروزه در قالب علمی تحت عنوان پدافند غیرعامل بسیار مورد توجه مسئولان و برنامه‌ریزان قرار گرفته است (۳). پدافند عامل دربرگیرنده تمامی طرح‌ریزی‌ها و اقدامات پدافندی است که مستلزم به کارگیری سلاح و تجهیزات جنگی می‌باشد (۲)، ولی پدافند غیرعامل به مجموعه اقدام‌هایی اطلاق می‌شود که نیازمند به کارگیری جنگ‌افزار نبوده و با اجرای آن می‌توان از وارد شدن خسارت‌های مالی به تجهیزات و تاسیسات حیاتی و حساس نظامی و غیرنظامی و تلفات انسانی جلوگیری نموده و یا میزان این خسارت‌ها و تلفات را به حداقل ممکن کاهش داد (۴). مجمع تشخیص مصلحت نظام در این باره گفته است: پدافند غیرعامل مجموعه اقدامات غیرمسلحانه‌ای است که موجب افزایش بازدارندگی، کاهش آسیب‌پذیری، تداوم فعالیت‌های ضروری، ارتقای پایداری ملی و تسهیل مدیریت بحران در مقابل تهدیدات و اقدامات نظامی دشمن می‌شود (۵). علی‌رغم این امر،

انسان‌ساز اعم از متعارف و غیرمتعارف قرار گرفته است، بنابراین پدافند غیرعامل در چنین مراکزی از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۰). در زمینه پدافند غیرعامل، نیروی انسانی نیز به لحاظ برخورداری از قدرت اندیشه، خلاقیت و نوآوری بزرگ‌ترین دارایی هر سازمانی محسوب می‌شود. توان فکری و اندیشه‌های کارکنان و مدیران در سازمان‌ها، به عنوان سرمایه بالقوه، نهفته و راکد است که می‌تواند عامل مهمی در موفقیت و رشد و توسعه سازمان و مقاومت در برابر تهدیدات دشمنان باشد (۱۱). هاتچ (۱۹۹۳) در پژوهش خود با عنوان "مروری بر مدیریت فرهنگی سازمان‌ها" یکی از ارکان دفاع غیرعامل را توجه ویژه به موضوع عملیات روانی در افکار عمومی دانسته و بهره‌گیری از عملیات روانی گسترده در سطوح استراتژیک، عملیاتی و تاکتیکی را در هر تخصصی لازم می‌داند (۱۲).

مروری بر مطالعات داخلی و خارجی در این خصوص نشان داد که تاکنون تحقیقات منسجمی در خصوص پدافند غیرعامل در ساخت و تجهیز بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، حتی در خصوص میزان آگاهی مدیران و مسؤولان از این امر مهم انجام نشده است، لذا با توجه به اهمیت بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در زمان بحران، ضرورت توجه به اصول و ضوابط مناسب با رویکرد پدافند غیرعامل در زمینه‌های مختلف مثل مکان یابی، طراحی و غیره دو چندان شده است و با توجه به اهمیت نیروی انسانی خصوصاً مدیران سازمان‌ها در این خصوص و این‌که استان اردبیل در شمال غرب ایران واقع شده و جزء شهرهای مرزی کشور می‌باشد و به دلیل برخورداری از موقعیت استراتژیک خاص در زمان بروز تهدیدات می‌تواند به عنوان یکی از مراکز عمده معرض خطر و تهدید مطرح گردد، لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان اردبیل انجام شد تا بتوان با بررسی میزان آگاهی مدیران در زمینه پدافند غیرعامل و در صورت لزوم افزایش آگاهی آنان به عنوان نیروی انسانی کارآمد، با تکیه بر رویکرد پدافند غیرعامل مقاومت بیمارستان‌ها را به عنوان مراکز حیاتی کشور به خصوص در زمان جنگ و بحران در جامعه، در مقابل تهدیدات دشمنان افزایش داد.

■ مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است که بر روی (۴۵) نفر

از مدیران ارشد بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان اردبیل شامل رئیس، مدیر و مترون بیمارستان‌ها انجام شد. ابتدا کلیه بیمارستان‌های استان اردبیل مشتمل بر (۱۵) بیمارستان به‌روش سرشماری انتخاب شده، سپس با توجه به هدف پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند سه مدیر ارشد هر بیمارستان شامل رئیس، مدیر و مترون بیمارستان انتخاب شدند. ابتدا بعد از توضیح پژوهش، از نمونه‌ها رضایت شفاهی گرفته شد و سپس پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت و پس از تکمیل جمع‌آوری شدند. معیار ورود نمونه‌ها این بود که مدیران حداقل (۱) سال سابقه مدیریت داشته باشند. برای جمع‌آوری اطلاعات از هر کدام از گروه‌ها از پرسشنامه محقق ساخته ساختاریافته با پرسش‌های بسته استفاده شد. پرسشنامه دارای پنج قسمت بود: شامل مشخصات دموگرافیک، آگاهی در مورد کلیات پدافند غیرعامل شامل: آگاهی در مورد اصول پدافند غیرعامل، آگاهی نسبت به معیارهای اولویت‌بندی مراکز درمانی در پدافند غیرعامل و آگاهی نسبت به معیارهای مربوط به کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی مراکز درمانی در پدافند غیرعامل. هر قسمت شامل (۵) سؤال چهارگزینه‌ای بود. برای هر سؤال با توجه به تعداد پاسخ‌های صحیح و غلط، سه معیار خوب، متوسط و ضعیف در نظر گرفته شد. بدین‌صورت که به هر سؤال که (۷۰ درصد) پاسخ صحیح داده بودند و ضعیف خوب، (۵۰ درصد) پاسخ صحیح داده بودند و ضعیف متوسط و (۳۰ درصد) پاسخ صحیح داده بودند و ضعیف اطلاق شد.

برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی محتوایی و صوری استفاده شد. برای تعیین روایی صوری پرسشنامه از روش کیفی استفاده شد، بدین‌صورت که پرسشنامه مذکور توسط (۲۰) نفر از کارشناسان بیمارستان‌ها (افراد مورد پژوهش) مورد بررسی قرار گرفته و بازخورد لازم را ارایه دادند. برای تعیین روایی محتوا از روش کمی و از دو شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا استفاده شد. ابتدا، برای تعیین شاخص نسبت روایی از (۲۰) نفر از متخصصان (اعضای هیأت علمی در این خصوص و افراد مورد پژوهش) درخواست شد تا هرآیتم را براساس طیف (۳) قسمتی (ضروری است، مفید است و لی ضروری نیست و ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. برای تعیین نسبت روایی نیز معیارهای مربوط

جدول (۱): خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

خصوصیات دموگرافیک		تعداد	درصد
سن	۳۰-۳۵	۴	۸/۹
	۳۶-۴۰	۲۴	۵۳/۳
	۴۱-۴۵	۱۲	۲۶/۷
	۴۶-۵۰	۵	۱۱/۱
جنس	مرد	۸	۱۷/۸
	زن	۳۷	۸۲/۲
تحصیلات	دیپلم	۱	۲/۲
	لیسانس	۱۶	۳۵/۶
	فوق لیسانس	۸	۱۷/۸
	دکتر	۲۰	۴۴/۴
رشته تحصیلی	پزشک عمومی	۷	۱۵/۶
	پزشک متخصص	۱۰	۲۲/۲
	پرستاری	۱۹	۴۲/۲
	مدیریت	۲	۴/۴
	بهداشت و بیهوشی	۳	۶/۷
	سایر	۴	۸/۹
نوع استخدام	رسمی	۲۰	۴۴/۴
	پیمانی	۱۸	۴۰
	قراردادی	۷	۱۵/۶

و میانگین سنی آنها (۳۹/۶) بوده است. ۳۷ نفر (۸۲/۲ درصد) مرد و ۸ نفر (۱۷/۸ درصد) زن بودند (جدول شماره ۱). از لحاظ پست سازمانی در هر سه گروه رئیس، مدیر و مترون بیمارستان، ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بطور برابر وجود داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد که سابقه مدیریت بطور متوسط ۵/۲ سال بود که ۲۷ نفر (۶۰ درصد) سابقه ۱ تا ۵ سال مدیریت، ۱۵ نفر (۳۳/۳ درصد) سابقه ۶ تا ۱۰ سال مدیریت و ۳ نفر (۶/۷ درصد) سابقه ۱۱ تا ۱۵ سال مدیریت داشتند. همچنین بررسی سابقه خدمت نشان داد که در کل متوسط سابقه خدمت ۱۴/۷ سال بود که ۱۲ نفر (۲۶/۷ درصد) دارای مدت سابقه خدمت ۱ تا ۱۰ سال، ۲۶ نفر (۵۷/۸ درصد) دارای سابقه خدمت ۱۲-۲۰ سال و ۷ نفر (۱۵/۶ درصد) دارای سابقه خدمت ۲۱ تا ۳۰ سال بودند.

بررسی یافته‌های مربوط به پاسخ به سؤالات مربوط به میزان آگاهی از پدافند غیرعامل نشان داد که بیشترین پاسخ صحیح (۶۸/۹ درصد) مربوط به سؤال "سه رکن عمده و تعیین کننده در مکان جهت کاهش آسیب پذیری مراکز و نیروی انسانی کدامند؟" و بیشترین پاسخ غلط (۷۱/۱ درصد) مربوط به دو سؤال "مفهوم استتار کدام است؟" و در برنامه‌های پدافند غیرعامل توجه به عوامل شناسایی اهداف شامل چه مواردی می‌باشد؟" است (جدول شماره ۲).

بررسی سطح آگاهی مدیران نسبت به کلیات پدافند غیرعامل، اصول پدافند غیرعامل، معیارهای اولویت بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی نشان داد که در هر مورد تعداد افرادی که میزان آگاهی در حد متوسط یا ضعیف داشتند، نسبت به میزان آگاهی خوب، بیشتر بود، طوری که در مورد کلیات پدافند غیرعامل اکثریت افراد ۱۷ نفر (۳۷/۸ درصد) آگاهی متوسط، در مورد اصول پدافند غیرعامل اکثریت افراد ۲۶ نفر (۵۷/۸ درصد) آگاهی در سطح ضعیف، درخصوص معیار اولویت بندی مراکز درمانی اکثریت واحدهای شرکت کننده ۲۲ نفر (۴۸/۹ درصد) آگاهی متوسط و در مورد معیار کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی اکثریت افراد ۲۴ نفر (۵۳/۳ درصد) میزان آگاهی متوسط داشتند (جدول شماره ۳).

نتایج بررسی آزمون کای دو نشان داد که بین سن و سطح آگاهی مدیران نسبت به کلیات و اصول کلی پدافند غیرعامل و همچنین

بودن، ساده بودن و واضح بودن هر یک از آیتم‌های پرسشنامه در یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. براساس جدول لاوشه (Lawshe) برای تعیین حداقل ارزش شاخص نسبت روایی محتوا عباراتی که میزان عددی شاخص روایی محتوا آنها از ۰/۴۲ (براساس ارزیابی ۲۰ متخصص) بالاتر بود معنادار ارزیابی شده و حفظ گردید و نسبت روایی محتوا با نمره ۰/۷۹ و بالاتر برای پذیرش آیتام مدنظر قرار گرفته شد و ضریب پایایی پرسشنامه با محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. (نمونه پرسشها را می‌توان در جدول شماره ۲ ملاحظه نمود). داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS_{۱۸} و با روش‌های آماری توصیفی مثل میانگین و تعداد و درصد و تحلیلی کای اسکوار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

■ یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که دامنه سن نمونه‌ها از ۳۰ تا ۵۰ سال متغیر

نسبت به معیارهای اولویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای رشته تحصیلی، پست سازمانی و نوع استخدام نیز با کلیات و کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی رابطه آماری معناداری وجود اصول پدافند غیرعامل، معیارهای اولویت‌بندی مراکز درمانی نداشت ($P \geq 0/05$). درخصوص ارتباط سطح تحصیلات، نوع و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی رابطه آماری

جدول (۲): فراوانی و درصد پاسخگویی مدیران به سؤالات درخصوص پدافند غیرعامل

سؤال		پاسخ صحیح		پاسخ غلط	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد
کلیات	مفهوم پدافند غیرعامل	۲۷	۶۰	۱۸	۴۰
	بهترین اصطلاح برای جایگزینی پدافند غیرعامل	۲۶	۵۷/۸	۱۹	۴۲/۲
	در کدامیک از برنامه‌های ۵ ساله توسعه، پدافند غیرعامل در سیاست‌گذاری‌های کلان دولت مورد توجه قرار گرفته است؟	۲۸	۶۲/۲	۱۷	۳۷/۸
	مؤلفه‌های امنیت ملی که در برنامه‌های پدافند غیرعامل باید مورد توجه قرار گیرند	۱۶	۳۵/۶	۲۹	۶۴/۴
	رابطه مدیریت بحران و پدافند غیرعامل	۳۰	۶۶/۷	۱۵	۳۳/۳
اصول	اصول پدافند غیرعامل	۳۶	۸۰	۹	۲۰
	مفهوم استتار	۱۳	۲۸/۹	۳۲	۷۱/۱
	اصطلاح لاتین "CCD" به کدامیک از اصول عام پدافند غیرعامل اشاره دارد	۲۱	۴۶/۷	۲۴	۵۳/۳
	توجه به عوامل شناسایی اهداف در برنامه‌های پدافند غیرعامل	۱۳	۲۸/۹	۳۲	۷۱/۱
	اصول بنیادی پدافند غیرعامل	۳۰	۶۶/۷	۱۵	۳۳/۳
اولویت‌بندی مراکز درمانی	ترتیب اولویت‌بندی مراکز نظام سلامت در پدافند غیرعامل	۲۵	۵۵/۶	۲۰	۴۴/۴
	در اولویت‌بندی مراکز جهت برنامه‌های پدافند غیرعامل انهدام کدامیک از مراکز موجب بروز بحران آسیب و صدمات جدی و مخاطره‌آمیز در نظام سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و نظامی یا سطح تأثیرگذاری در کشور می‌گردد	۲۷	۶۰	۱۸	۴۰
	در اولویت‌بندی مراکز نظام سلامت سازمان انتقال خون و انستیتو پاستور ایران جزء کدامیک از مراکز طبقه‌بندی شده هستند	۱۷	۳۷/۸	۲۸	۶۲/۲
	بیمارستان‌ها جزء کدامیک از مراکز طبقه‌بندی شده هستند	۲۰	۴۴/۴	۲۵	۵۵/۶
	مهم‌ترین شاخص در اولویت‌بندی مراکز در پدافند غیرعامل	۲۳	۵۱/۱	۲۲	۴۸/۹
معیارهای آسیب‌پذیری نیروی انسانی	مهم‌ترین اقدام پدافند غیرعامل در کاهش آسیب‌پذیری مراکز و نیروی انسانی	۲۲	۴۸/۹	۲۳	۵۱/۱
	برنامه‌ریزی و آموزش به منظور کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی در حملات شیمیایی، میکروبی و هسته‌ای دشمن در مراکز نظام سلامت	۲۹	۶۴/۴	۱۶	۳۵/۶
	مفهوم "آمایش سرزمینی"	۲۴	۵۳/۳	۲۱	۴۶/۷
	مفهوم "مکان‌یابی"	۱۶	۳۵/۶	۲۹	۶۴/۴
	سه رکن عمده و تعیین‌کننده در مکان جهت کاهش آسیب‌پذیری مراکز و نیروی انسانی	۳۱	۶۸/۹	۱۴	۳۱/۱

جدول (۳): میزان آگاهی مدیران در چهار حیطه کلیات، اصول، معیار اولویت‌بندی مراکز درمانی و معیار

کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی در حیطه پدافند غیرعامل

سطح آگاهی		خوب		متوسط		ضعیف	
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
کلیات پدافند غیرعامل		۱۳	۲۸/۹	۱۷	۳۷/۸	۱۵	۳۳/۳
اصول پدافند غیرعامل		۱۴	۳۱/۱	۵	۱۱/۱	۲۶	۵۷/۸
معیار اولویت‌بندی مراکز درمانی		۶	۱۳/۳	۲۲	۴۸/۹	۱۷	۳۷/۸
معیار کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی		۱۰	۲۲/۲	۲۴	۵۳/۳	۱۱	۲۴/۴

جدول (۴): ارتباط بین سطح آگاهی در هر چهار حیطه نسبت به پدافند غیرعامل با جنس، سطح تحصیلات و سمت

مشخصات دموگرافیک	جنسیت	سطح تحصیلات	سمت	سطح آگاهی											
				کلیات پدافند غیرعامل			اصول پدافند غیرعامل			اولویت بندی مراکز درمانی			کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی		
				خوب			متوسط			متوسط			متوسط		
				تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value
زن	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳
مرد	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳
زن	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳
مرد	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳
زن	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳
مرد	مرد	دبیر	رئیس	۳	۳۷/۵	۰/۱۹	۲	۲۵	۰/۸۸	۱	۱۲/۵	۰/۷۳	۱	۱۲/۵	۰/۱۳
				۱۰	۲۷	۰/۱۹	۱۵	۴۰/۵	۰/۸۸	۱۹	۱۳/۵	۰/۷۳	۱۸	۲۴/۳	۰/۱۳
				۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۹	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۸	۱۰۰	۱۰۰	۰/۷۳	۱۰۰	۱۰۰	۰/۱۳
				۴	۲۵	۰/۱۹	۷	۴۳/۷	۰/۸۸	۸	۱۲/۵	۰/۷۳	۹	۱۸/۷	۰/۱۳

جدول (۵): ارتباط بین سطح آگاهی در هر چهار حیطه نسبت به پدافند غیرعامل با رشته تحصیلی و نوع استخدام

مشخصات دموگرافیک	رشته تحصیلی	نوع استخدام	سطح آگاهی											
			کلیات پدافند غیرعامل			اصول پدافند غیرعامل			اولویت بندی مراکز درمانی			کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی		
			خوب			متوسط			متوسط			متوسط		
			تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value	تعداد	درصد	P value
عمومی	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
مرد	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
زن	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
مرد	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
زن	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
مرد	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
زن	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
مرد	پزشک	رشته تحصیلی	۲	۲۸/۶	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷	۳	۴۲/۸	۰/۱۷
			۳	۳۰	۰/۱۷	۳	۴۰	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷
			۴	۲۱	۰/۱۷	۳	۴۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷	۴	۵۷/۱	۰/۱۷

حیطه عملیاتی ارایه خدمت می‌کنند تعداد مدیران در این محدوده کمترین درصد را به خود اختصاص داده است. نهایتاً می‌توان گفت به دلیل کسب تجربه کافی و پایدار شدن افراد در سیستم اداری، تعداد مدیران ارشد در محدوده سنی (۴۰-۳۶) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است. این نتایج حاکی از آن است که احراز پست‌های مدیریتی بیشتر در دهه دوم خدمت است. نتایج نشان داد که سابقه مدیریت (۵-۱) سال بیشترین توزیع فراوانی را به خود اختصاص داده است. میانگین سابقه مدیریت ۵/۲ سال بود. در واقع بیش از نصف مدیران سابقه کمتر از ۵ سال دارند که این می‌تواند نشان‌دهنده چرخش پست مدیریتی باشد. این

معنی‌داری یافت نشد ($P \geq 0/05$) (جدول شماره ۴ و ۵).

بحث

در کل در این مطالعه (۴۵) رئیس و مدیر و مترون بیمارستان‌های استان اردبیل مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی و وضعیت سنی مدیران نشان داد که گروه سنی (۴۰-۳۶) بیشترین توزیع فراوانی نمونه‌ها را به خود اختصاص داده بودند. با توجه به این نتایج می‌توان گفت از آنجایی که اغلب افراد زیر (۳۰) سال مشغول تحصیل هستند و در این دامنه سنی و ارد عرصه خدمت می‌شوند، تعداد مدیر در این دامنه سنی صفر می‌باشد و از آنجایی که افراد در محدوده سنی (۳۵-۳۰) به کسب تجربه می‌پردازند و بیشتر در



موضوع را می‌توان از دو منظر بررسی کرد: با توجه به سابقه کمتر از (۵) سال مدیران و تازه کار بودن آنان در این حیطه، می‌توان سریعتر و بهتر انگیزه آموزشی در رابطه با پدافند غیرعامل به آنان داد. در ضمن احتمالاً پست سازمانی مدیران قبل از کسب تجربه کامل مدیریتی عوض می‌شود که این خود نیازمند یک مطالعه است.

درخصوص سطح تحصیلات نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که دکترای حرفه‌ای و تخصصی مرتبط با بهداشت و درمان طبق انتظار بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. همچنین بیشترین رشته تحصیلی در پست مدیریتی رشته پرستاری و کمترین آن رشته مدیریت بود. مورد قابل توجه در این موضوع، این است که کمترین فراوانی را رشته مدیریت در پست مدیریتی بیمارستان‌های استان داشت که این مورد نیز نیازمند مطالعه و بررسی است. همچنین این موضوع نشان‌دهنده این واقعیت است که در تمام این رشته‌های درسی یاد شده نیاز است آگاهی در مورد پدافند غیرعامل داده شود با توجه به این موضوع که هر کدام از فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها ممکن است در آینده پست مدیریت بیمارستان‌ها را بر عهده داشته باشند.

بررسی سطح آگاهی مدیران نشان داد که سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به کلیات پدافند غیرعامل در حد متوسط و نسبت به اصول پدافند غیرعامل در حد ضعیف بوده است. همچنین سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی در پدافند غیرعامل و نسبت به معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی در پدافند غیرعامل در حد متوسط بوده است. همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد سطح آگاهی در مورد کلیات پدافند عامل در حد متوسط است که می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که تقریباً یک سوم افراد مورد مطالعه از مؤلفه‌های امنیت ملی در برنامه‌های پدافند غیرعامل اطلاع ندارند یا اطلاع درستی ندارند. علت ضعیف بودن سطح آگاهی در رابطه با اصول پدافند غیرعامل این است که تقریباً یک سوم نمونه‌های مورد مطالعه با مفهوم استتار آشنایی ندارند و یک سوم نمونه‌ها به عوامل شناسایی اهداف استراتژیک آشنا نیستند. از طرفی دیگر اصول پدافند غیرعامل بحث تخصصی این موضوع است که در نظام سلامت زیاد به آن پرداخته نشده است. علت متوسط بودن سطح آگاهی در رابطه با معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی در پدافند غیرعامل عدم آشنایی کافی نمونه‌های مورد مطالعه در رابطه با شاخص‌های الویت‌بندی و حدود تأثیرگذاری هر کدام از مراکز درمانی است و علت متوسط بودن سطح آگاهی در رابطه با معیارهای الویت‌بندی

مراکز درمانی در پدافند غیرعامل عدم آشنایی کافی نمونه‌های مورد مطالعه در رابطه با شاخصه‌های الویت‌بندی و حدود تأثیرگذاری هر کدام از مراکز درمانی است و می‌توان گفت علت متوسط بودن سطح آگاهی در رابطه با معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی در پدافند غیرعامل عدم آشنایی بیش از نصف نمونه‌ها در رابطه با مفهوم "آمایش زمینی" و "مکان‌یابی" است.

نتایج مربوط به جنس و سطح آگاهی مدیران ارشد در مورد پدافند عامل نشان می‌دهد که بین متغیر جنس با سطح آگاهی نسبت به کلیات و اصول پدافند غیرعامل، در مورد معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی ارتباط معنادار آماری وجود ندارد. یعنی آگاهی مردان و زنان درباره کلیات و اصول پدافند غیرعامل یکسان است و همچنین آگاهی همه نمونه‌های مورد مطالعه اعم از مرد و زن در رابطه با معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی مشابه هم و در حد متوسط است. پس می‌توان گفت که هر دو جنس درخصوص پدافند غیرعامل نیاز به آموزش یکسان دارند که در برنامه‌ریزی‌های آینده باید در نظر گرفته شود. همچنین نتایج مربوط به رشته تحصیلی و سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به پدافند غیرعامل نشان می‌دهد که بین متغیر رشته تحصیلی با کلیات و اصول پدافند غیرعامل، معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروهای انسانی رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد. این می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که حوزه پدافند غیرعامل در عنوان دروس عمومی و تخصصی ارایه نشده یا به‌صورت غیردرسی مطالعه نشده است و تفاوتی هم در این خصوص در دروس مختلف رشته‌های مورد بررسی وجود ندارد.

بررسی سطح تحصیلات و رابطه آن با سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به پدافند غیرعامل نشان می‌دهد که بین متغیر سطح تحصیلات با کلیات و اصول پدافند غیرعامل، معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروهای انسانی رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد. در صورتی که انتظار می‌رود با بالا رفتن مدرک تحصیلی سطح آگاهی هم بالا رود ولی با توجه به نتایج این‌گونه نیست. می‌توان گفت عدم افزایش آگاهی بدلیل مشغله کاری زیاد مدیران سطوح بالاتر و عدم توجه به این موضوع است و این‌که آموزش‌های لازم در این خصوص چه در دوران تحصیل چه در دوره‌های آموزشی ضمن خدمت ارایه نشده است. بررسی نتایج مربوط به ارتباط پست سازمانی و سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به پدافند غیرعامل نشان می‌دهد که بین متغیر پست سازمانی با کلیات و اصول پدافند

می‌توان گفت که قسمتی از این مشکلات و ضعیف بودن ساختار یا مکان یابی بیمارستان‌ها با رویکرد پدافند غیرعامل، می‌تواند به علت عدم آگاهی یا آگاهی کم مدیران بیمارستان‌ها در این خصوص و کم اهمیت دانستن این موضوع باشد در حالی که همان‌طور که گفته شد امروزه بیمارستان‌ها بخش عظیمی از منابع را مورد استفاده قرار می‌دهند و مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی جامعه را بر عهده دارند، بنابراین در مواقع بروز بحران‌ها باید بتوانند با حداقل آسیب، حداکثر خدمات‌رسانی را داشته باشند.

پیری و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان اولویت‌بندی بیمارستان‌ها جهت مدیریت ساخت آنها در برابر تهدیدات انسان ساخت^(۸) می‌گویند: بیمارستان‌ها از جمله کاربرهایی هستند که در صورت وقوع حوادث و بحران جهت حفظ سلامتی مردم به کارگرفته می‌شوند، این درحالی است که احتمال مختل شدن عملکرد خود بیمارستان‌ها نیز وجود دارد چراکه آسیب‌پذیری آنها در برابر حوادث صفر نبوده و تأثیرپذیر خواهند بود^(۸). بیمارستان‌ها جذابیت بیشتری را جهت تهاجم دشمن ایجاد می‌کنند به همین خاطر دشمن قصد دارد به شیوه‌های مختلف تهدیدات، مانع خدمت‌رسانی آن‌ها به شهروندان گردد و از طرفی توان فکری و اندیشه‌های کارکنان و مدیران در سازمان‌ها، به عنوان سرما یه بالقوه هستند که باعث پیشرفت و حفظ سازمان‌ها می‌شوند^(۱۱). پس باید توان فکری و آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها درخصوص حفظ بیمارستان‌ها در زمینه پدافند غیرعامل را افزایش داد. همچنین با توجه به اهداف پدافند غیرعامل در بیمارستان‌ها که شامل امنیت، پایداری، حفظ آرامش جسمی و روحی و جان افراد، تداوم عملکرد هنگام بحران و افزایش بازدارندگی در برابر وقوع تهدیدات است^(۸)، مهم و ضروری است که اطلاعات و آگاهی مدیران بیمارستان‌ها در این خصوص افزایش یابد که پژوهش حاضر نشان‌دهنده آگاهی ضعیف و متوسط مدیران بیمارستان‌ها در این خصوص بود.

■ نتیجه‌گیری

در کل مطالعه حاضر نشان داد که سطح آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌های استان اردبیل درخصوص مباحث پدافند غیرعامل و کاربرد آن در بیمارستان‌ها در حد متوسط است که با توجه به اهمیت موضوع، می‌تواند نشان‌دهنده عدم توجه یا کم توجهی سیاست‌گذاران نظام سلامت به حوزه پدافند غیرعامل باشد. پژوهشگر در این خصوص پیشنهاد می‌کند که جهت افزایش آگاهی مدیران و مسؤولان بیمارستان‌های سراسر کشور از این موضوع، جزوهای آموزشی و آموزش‌های ضمن خدمت برای مدیران بیمارستان‌ها در

غیرعامل، معیارهای اولویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروهای انسانی رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد. این نشان می‌دهد که پست سازمانی هیچ تأثیری در کاهش و افزایش آگاهی آنها نداشته است در حالی که انتظار می‌رود در رده‌های بالای مدیریتی آگاهی نسبت به این موضوع که جزء موارد مهم و حیاتی در ساخت و مدیریت بیمارستان‌ها است، باید بهتر و بیشتر باشد که نشان می‌دهد مدیران ارشد بیمارستان‌های استان اردبیل از اهمیت موضوع و جزئیات آن اطلاع مناسبی ندارند که نیاز به آموزش در این خصوص خواهند داشت.

نتایج مربوط به سابقه خدمت و مدیریت و سطح آگاهی نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به پدافند غیرعامل نشان می‌دهد که بین متغیر سابقه خدمت و مدیریت با کلیات و اصول پدافند غیرعامل، معیارهای اولویت‌بندی مراکز درمانی و معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروهای انسانی رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد. به عبارتی با افزایش سابقه کاری آگاهی افزایش نیافته است و سابقه کار و مدیریت قبلی باعث افزایش آگاهی نسبت به موضوع پدافند غیرعامل نشده است که این نیز تأیید کننده این موضوع است که از قبل تا کنون اهمیت زیادی به موضوع پدافند غیرعامل در حیطه مدیریت بیمارستان‌ها داده نشده است در حالی که یکی از امور مهم و حیاتی در زمان بحران و جنگ مساله پدافند غیرعامل و حفظ بیمارستان‌های شهر می‌باشد.

ملکی و همکاران در سال ۱۳۹۶ طی تحقیق خود با عنوان بررسی و تحلیل آسیب‌پذیری سازه‌های بیمارستان‌ها از منظر تمهیدات پدافند غیرعامل با استفاده از تکنیک FAHP به این نتیجه رسیدند که از بین سه بیمارستان شهر دزفول یک مورد کمترین میزان آسیب‌پذیری سازه‌ای را در میان سایر بیمارستان‌ها داشت^(۱۳). همچنین حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۲ در پژوهشی جهت بررسی مکان یابی بیمارستان‌ها با رویکرد پدافند غیرعامل در منطقه ۳ تهران نشان داد که مکان یابی بیمارستان‌ها در این منطقه از تهران همسو با رویکرد پدافند غیرعامل نمی‌باشد و خدمات‌رسانی آنها به ویژه در زمان بروز بحران‌های بشر ساخته با نارسایی بسیاری روبه‌روست و موجب افزایش تلفات غیر نظامی می‌گردد^(۱۴). فیروزی و همکاران در مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۳ در اهواز به این نتیجه رسیدند که میزان آسیب‌پذیری سازه‌های بیمارستان‌های مورد بررسی در اهواز از نظر پدافند غیرعامل در بازه کم قرار دارند و احتمال آسیب‌پذیری بالایی دارند^(۱۵). هر چند در این تحقیقات آگاهی مدیران بیمارستان‌ها درخصوص پدافند غیرعامل در زمینه‌های مختلف مورد بررسی قرار نگرفته است ولی

و جنگ و بحران بتوان از بیمارستان‌ها که جزء مراکز حیاتی یک کشور هستند به نحو احسن محافظت کرد.

■ تشکر و قدرانی

در نهایت از تمام اساتید محترم دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مدیران و مسئولان محترم بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان اردبیل و تمام عزیزانی که مارا در اجرا و اتمام این طرح پژوهش که حاصل پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد بود، یاری کردند تشکر و قدرانی می‌شود.

رابطه با پدافند غیرعامل ارایه شود، در صورت امکان واحد درسی پدافند غیرعامل در سرفصل‌های دروس رشته‌های تحصیلی علوم پزشکی گنجانده شود، شاخص‌ها معیارهای الویت‌بندی مراکز درمانی و کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی طی بخشنامه‌ای به مدیران ارشد بیمارستان‌ها ابلاغ گردد، کارگاه‌های کشوری پدافند غیرعامل برای مدیران سراسر کشور برگزار شود و جهت احداث بیمارستان‌ها از کمیته پدافند غیرعامل کشور مجوز اخذ شود. همچنین با توجه به اطلاعات کم در این زمینه امید است پژوهش‌های بیشتری در این خصوص انجام شود تا در مواقع خطر

■ References

- 1- Hosseini Amini A, Asadi A, Bornafar M. Evaluation of langerud city structure for passive defense planning. Journal of Applied Researches in Geographical Science. 2010;15(18):129-149. [In Persian]
- 2- Behtash F, Aghababai MR, Aghababai MT. Passive defense concepts in the management of the city with an emphasis on Tehran. Journal of city knowledge (Studies and Planning center in Tehran). 2011;37:109-125. [In Persian]
- 3- Hosseini SH, Seddighi A, Hosseini Amini H. Pathology of Mashhad hospitals with emphasis on passive defense, case study: Emam Reza and Razavi Hospitals. Geography. 2014;12(42):211-238. [In Persian]
- 4- Movahadinia J. Principles and foundations of passive defense. Tehran. 2009. 4th Edition. Publishers of Malek Ashtar University. [In Persian]
- 5- Barzeghar E, Lal Alizadeh M. Software war, anti Islam computer games and passive defense. Soft Power Study. 2011;1(1):93-117. [In Persian]
- 6- Khazai H. Passive defense in view of the leader and commander in chief. Insight Islamic Education. 2016;13(36):151-190. [In Persian]
- 7- Javanmardi M, Zanjirchi SM, Karbasin M, Khaboshani A. Identify the effective factors in increase organizational agility approach nervous network RBF for promotion of passive defense. The Scientific Journal of Advanced Defence Science and Technology. 2011;2(2):71-82. [In Persian]
- 8- Piri H, Hasan Nejad H, Fakhrabadi MA. Prioritizing hospital for managing construction protecting against manmade threat. Journal of Engineering and Construction Management. 2016;1(1):34-37. [In Persian]
- 9- Grundy, J. Leslie Annear, P. Mihrshahi, S. Balancing national security with human security: a call for comprehensive pre-event public health analysis of war and defence policy. Journal of Peace, Conflict and Development Issue 12, May 2008. Available from; www.peacestudiesjournal.org.uk
- 10- Asghari M, Mirzai M, Savadkohifar S. Study on N.B.C field hospital from passive defense perspective. Journal of Scientific and Advocacy Passive Defense. 2012;3(4):21-35. [In Persian]
- 11- Hosseini SA, Eskandari M, Shayegh S. Evaluation of organizational commitment in passive defense organization officers. Journal of Development of Human Resource Management and Support. 2011;6(20):103-129. [In Persian]
- 12- Hatch, M.J. The dynamic of organizational culture. The Academy of Management Review. 1993;18(4): 657-693
- 13- Maleki S, Mahali Y. Analysis of structural vulnerability of hospitals in terms of passive defense measures, using FAHP (case study: the city of Dezful). Journal of Passive Defense. 2017;8(3):65-76. [In Persian]
- 14- Hosseini A, Ahadneghad Roshti M, Modiri M, Arayesh S. Locating hospital centers with a passive defense apporoath by using of colonial competition algorithm (case sampel: Sample Zone 3 of Tehran). 2013;21:223-245. [In Persian]
- 15- Firozi MA, Mohammadideh cheshmeh M, Nazarpor dezki R, Shojayan A. Evaluation structural vulnerability of hospitals from the point of view of passive defense with FAHP Model (case study: Ahvaz). The Journal of Spatial Planning. 2016;20(1):149-177. [In Persian]

Knowledge of hospital senior managers about passive defense

Amir Ghasemian, SeyedMojtaba Hosseini, Mehrnosh Jafari, Mehri Seyedjavadi ■

Ghasemian A.

MSc, Healthcare Network, Ardabil
University of Medical Science,
Ardabil, Iran

Hosseini SM.

PhD, Islamic Azad University,
Science and Research Branch,
Tehran, Iran

Jafari M.

PhD, Health Care Management,
Islamic Azad University, Science and
Research Branch, Tehran, Iran

■ Corresponding author:

Seyedjavadi M.

Instructor, MSc, Nursing &
Midwifery, Ardabil University of
Medical Science, Ardabil, Iran

Address: m.seyedjavadi@arums.ac.ir

Introduction: Regarding the importance of health care centers and healthcare management in the occurrence of threats and crises, these centers are considered by enemies to disrupt a country.

Aim: The purpose of this study was to assessing the knowledge of hospital senior managers about passive defense in Ardebil province in 2014.

Method: The present study was a cross-sectional descriptive study that conducted on (45) hospital senior managers. Sampling method was census. Data collection tool was a five-part questionnaire that provided by researchers. To determine validity and reliability of questionnaire, face and content validity (CVR: 0.79) and Cronbach's Alpha (0.84) were used, respectively. Data analysis was performed using SPSS₂₃ software and statistical descriptive-analytical tests.

Results: Most of the senior managers were male (82.2%) and their age range was (36-40). The average of management experience was (2.5) years. Only, (28.9%) of managers had knowledge in good level about "totality of passive defense", 31.1 % about "principles of passive defense", (13.3%) about "criteria of priority in therapeutic centers", and (22.2%) regarding the "criterion of reducing the vulnerability of manpower". There wasn't any significant relationship between levels of knowledge of managers in the respective four domains with any of the demographic characteristics ($P \geq 0.05$).

Conclusion: The knowledge of majority of senior managers of hospitals is not at a desirable level; so, training should start from the level of managers and specialists and gradually develops to other personnel.

Key words: hospital, passive defense, senior managers

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Five Six, Vol 6, No 1 & 2

Spring & Summer 2017