



Challenges, consequences and requirements of facing with the emerging contagious disease Crisis

L.nazari¹, V. pourshahabi², H.aramesh³ & N.yaghoubi⁴

1. Phd Student, Department Of Management, Zahedan Branch, IslamicAzad University, Zahedan, Iran- lnazari30@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department Of Management, Zahedan Branch, IslamicAzad University, Zahedan, Iran - (Corresponding Author) pourshahabi@iauzah.ac.ir

3. Assistant Professor, Faculty of Management and Economics, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran ham_aramesh@eco.usb.ac.ir

4. Professor, Faculty of Management and Economics, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran yaghoubi@mgmt.usb.ac.ir

Abstract

Background and objective: The pandemic of coronavirus as an emerging virus is still prevalent around the world, which in addition to high mortality, numerous economic losses, is a serious threat to the health of the world and has social and security consequences. The gap in knowledge about the cause, treatment options, and mortality of high COVID-19 has increased speculation about it and confused policymakers and health care providers. The aim of this study was to design a crisis management model for emerging infectious diseases in order to provide experiences for similar possible future crises.

Method: This research is fundamental-applied in terms of purpose and has used the qualitative method, deductive approach and cross-sectional survey strategy, foundation data strategy with a systematic approach. required information was collected using semi-structured interviews, valid jcr updates, external, internal and library sources. The statistical population of the study is professors, experts and experts in the field of health and crisis management of selected organizations in khuzestan province which have been purposefully sampled by snowballs.

Results: By analyzing the data collected in the research, a total of 24 categories and 252 and finally 126 concepts were identified and extracted through open coding. Then selective and pivotal coding was performed and based on the linear relationship between the research categories, causal conditions, pivotal category, contextual conditions, intervening conditions, strategies and consequences were determined. Government strategy, organization and communication strategy are also related to policies and regulations in government institutions

Conclusion: The results showed that causal conditions (lack of focus on covid disease, human resources, laws and regulations, resources and equipment, monitoring factors and geographical factors) affect the central category of crisis management of emerging infectious diseases. In order to increase the resilience of the medical staff, it is important to implement human resource strategies to better manage the corona virus crisis. Also the culture building strategy is effective in increasing the culture of public participation, increasing the observance of health protocols and increasing public awareness.

Keywords: Crisis, Crisis Management, Emerging Infectious Diseases

► **Citation (APA 6th ed.):** Nazari L, Pourshahabi V, Aramesh H, Yaghoubi N. (2022, Summer). Challenges, consequences and requirements of facing with the emerging contagious disease Crisis. *Disaster Prevention and Management Knowledge Quarterly (DPMK)*, 12(2), 185-204.

چالش‌ها، پیامدها و الزامات مواجهه با بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید

لیلانظری^۱، وحید پورشهابی^۲، حامد آرامش^۳ و نور محمد یعقوبی^۴

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران. lnazari30@yahoo.com

۲- استادیار، گروه مدیریت، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول). pourshahabi@iauzah.ac.ir

۳- استادیار، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. ham_aramesh@eco.usb.ac.ir

۴- استاد، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران. yaghoubi@mgmt.usb.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: پاندمی بیماری کرونا به‌عنوان یک ویروس نوپدید، همچنان در سرتاسر جهان رواج دارد که علاوه بر مرگ و میر فراوان، زیان‌های اقتصادی بی‌شمار، خطر جدی برای امنیت بهداشتی کشورهای جهان می‌باشد و پیامدهای اجتماعی و امنیتی را به دنبال داشته است. شکاف دانشی موجود در مورد دلیل، روش‌های درمان و مرگ و میر بالای کووید-۱۹ گمانه‌زنی‌های پیرامون آن را افزایش داده و باعث سردرگمی سیاست‌گذاران و متولیان حوزه سلامت شده است. پژوهش حاضر، با هدف طراحی الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید انجام گردید. تا بتواند تجربه‌هایی را برای بحران‌های مشابه احتمالی آینده ارائه کند.

روش: این پژوهش از حیث هدف بنیادی-کاربردی است و از روش کیفی، رویکرد قیاسی، راهبرد پیمایشی-مقطعی و استراتژی داده‌بنیاد با رویکرد نظام‌مند استفاده کرده است. اطلاعات مورد نیاز، با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، منابع روزآمد معتبر GCR، خارجی، داخلی و کتابخانه ای جمع‌آوری گردید. جامعه آماری پژوهش، اساتید، خبرگان و کارشناسان حوزه سلامت و مدیریت بحران سازمان‌های منتخب استان خوزستان می‌باشند که به روش هدفمند گلوله برفی از آن‌ها نمونه‌گیری شده است.

یافته‌ها: با تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش، در مجموع ۲۴ مقوله و ۲۵۲ در نهایت، ۱۲۶ مفهوم از طریق کدگذاری باز، شناسایی و استخراج شدند. سپس کدگذاری انتخابی و محوری نیز انجام و بر اساس ارتباط خطی میان مقوله‌های پژوهش، شرایط علی، مقوله محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که شرایط علی (عدم محوریت بیماری کووید، منابع انسانی، قوانین و مقررات، منابع و تجهیزات، عوامل نظارتی و عوامل جغرافیایی) بر مقوله محوری مدیریت بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید تأثیرگذار می‌باشد. به منظور افزایش تاب‌آوری کادر درمان، اجرای راهبردهای نیروی انسانی در جهت مدیریت مناسب‌تر بحران کرونا اهمیت دارد. راهبرد دولتی، راهبرد سامان‌دهی و ارتباطات نیز به سیاست‌ها و مقررات در نهادهای دولتی ارتباط دارد. همچنین، راهبرد فرهنگ‌سازی در جهت افزایش فرهنگ مشارکت مردمی، افزایش رعایت پروتکل‌های بهداشتی و افزایش آگاهی مردم تأثیرگذار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: بحران، مدیریت بحران، بیماری‌های واگیردار نوپدید

◀ **استناد فارسی (شیوه APA، ویرایش ششم ۲۰۱۰):** نظری، لیلان؛ پورشهابی، وحید؛ آرامش، حامد؛ یعقوبی، نورمحمد. (تابستان، ۱۴۰۱). چالش‌ها، پیامدها و الزامات مواجهه با بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید. *فصلنامه دانش پیشگیری و مدیریت بحران*، ۱۲ (۲)، ۱۸۵-۲۰۴.

مقدمه

پیش‌بینی‌کننده سه مرحله مدیریت بحران (پیش از بحران، هنگام بحران و پس از بحران) در مدیریت عمومی می‌باشد.

ام. اف. له چات، مدیریت بحران را شامل پنج مرحله معرفی می‌نماید که عبارت‌اند از: مرحله انتظار یا پیش‌بینی، مرحله اعلام خطر، مرحله نجات، مرحله رهاسازی، عادی‌سازی و امداد، مرحله بازسازی و نوتوانی (آهنچی، ۱۳۷۶).

مفاهیم ضمنی برای مدیریت بحران عبارت‌اند از: نیاز به اجرای تغییرات فرهنگی و ساختاری، توسعه توانایی رهبر تیم مدیریت بحران برای تصمیم‌گیری در شرایط اضطراری، تبدیل کانال‌های ارتباطی رسمی داخلی و رویه‌ها و طراحی مجدد استراتژی ارتباطات خارجی به منظور مدیریت مؤثر حوادث در یک محیط پویا و غیرقابل پیش‌بینی (توکاکیس^۲، پلی کرنیو^۳، بوستراس^۴، ۲۰۱۹).

بیماری‌های واگیردار نوپدید، آن دسته از بیماری‌های عفونی می‌باشند که طی ۳-۴ دهه اخیر در همه یا برخی از مناطق جهان، پدیدار شده‌اند و یا در مناطقی که قبلاً وجود نداشته‌اند، حادث گردیده‌اند. این اصطلاح، همچنین به بیماری‌هایی که پیش از این، به آسانی درمان می‌شدند، لیکن به تازگی نسبت به داروهای آنتی میکروبیال، مقاوم گردیده‌اند نیز اطلاق می‌گردد (حاتمی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۱۳۲۸).

بحران‌ها همیشه تأثیر منفی بر سلامت عمومی و رفاه جامعه آسیب‌دیده می‌گذارند و مراقبت‌های بهداشتی، عامل اصلی بقا در این زمینه هستند؛ بنابراین، اگر خود سازمان‌های مراقبتی - بهداشتی نیز به دلیل عدم برنامه‌ریزی صحیح جهت مقابله با بحران‌ها، دچار بحران و سردرگمی شوند علاوه بر خود سازمان، کل اجتماع بحران‌زده ضرر خواهد دید. بیماری‌های واگیردار، به‌طور معمول بیان‌گر پیچیدگی‌های اجتماعی، سیاسی و همچنین تغییرات اقتصادی و فرهنگی جوامع است. تکرار و شدت بحران در طول یک دهه گذشته رشد داشته است. در سطح جهانی، ما با بحران‌ها و فجایع بیشتری روبرو می‌شویم. انواع بحران‌ها و بلاهای طبیعی از بلاهای طبیعی (مانند گردباد، زلزله و سونامی ...) تا بحران‌های سیاسی و

جهان همواره با انواع بحران‌های طبیعی و غیرطبیعی مواجه است که منتهی به آسیب‌های جانی و مالی فراوانی گردیده است؛ بنابراین بایستی به دنبال کشف و ابداع راه‌کارهایی برای پیشگیری و کنترل این بحران‌ها باشیم تا بتوان آسیب‌های ناشی از این بحران‌ها را به حداقل ممکن کاهش داد یا مدیریت و کنترل نمود. پس از حوادث و بلاها، بیماری‌های واگیردار عامل عمده مرگ و میر می‌باشند. کنترل این بیماری‌ها، جزء کلیدی و اساسی مرحله پاسخ نظام بهداشتی محسوب می‌گردد و در حفظ سلامت جامعه، نقش حیاتی و مؤثری دارد. این امر، نیازمند هماهنگی و همکاری بین دستگاه‌های مختلف در سطوح گوناگون محلی، منطقه‌ای، کشوری و یا بین‌المللی در تأمین بهداشت، آب، غذا و سرپناه می‌باشد. در این میان، بیماری‌های واگیردار نیز سبب تلفات جانی و دلیل مرگ و میر بسیاری از مردم شده است.

با شیوع بیماری کرونا (کووید-۱۹) در ابتدای سال ۲۰۲۰، اهمیت سلامتی و کنترل بیماری‌های واگیردار از جمله این بیماری حاد تنفسی زیاد شده است. در نتیجه، بررسی شرایط و ارزیابی عوامل مؤثر بر این بیماری به منظور بهبود مدیریت این بحران، حائز اهمیت می‌باشد (بانرجی و نصیر^۱، ۲۰۲۰).

بحران معادل فرصت خطرناک، یعنی ترکیبی از «تهدید» و «فرصت» یا به‌مثابه لحظه تصمیم در شرایط فقدان تصمیم و یا عدم وجود شرایط تصمیم‌گیری است. سازمان‌ها با شرایط بحرانی متفاوتی مواجه می‌گردند و هر یک از انواع گوناگون بحران به نحوی متفاوت بر آن‌ها اثر می‌گذارد؛ بنابراین پیوسته به دنبال ایجاد راه‌حلی جهت کنترل و مدیریت آسیب‌های وارده از این بحران‌ها هستند (مستانه و همکاران، ۱۳۹۰، ص ۲۴۴).

مدیریت بحران یک فرآیند پویا از فازهای مرتبط با تأثیر اساسی از یک مرحله بحرانی به دیگری است. مدیریت بحران تلاش سیستماتیک افراد سازمان به همراه ذینفعان خارج از آن به منظور پیشگیری از بحران‌ها و مدیریت کارا و اثربخش آن در زمان وقوع است. توانایی رهبران و اعضای تیم مدیریت بحران برای اتخاذ تصمیمات درست، ارتباطات داخلی و خارجی و نوع بحران‌ها،

2. Tokakis et al.
3. Polychroniou
4. Boustras

1. Banerjee & Nasir

و بین‌المللی در جهان را به چالش کشیده و تهدید نموده است، قرار دارند (حافظ نیا و نورانی، ۱۳۹۹).

کرونا با سرعتی «آرام» اما «خزنده» و مداوم در همه دنیا در حال حرکت و گسترش می‌باشد. جهان طی چند دهه اخیر با بحرانی به این شدت و گستردگی روبرو نبوده است. شیوع فعلی بیماری کرونا موجب ایجاد وضعیت اضطراری و تهدیدکننده برای سلامت عمومی و اثرات زیان‌بار دیگر در سطح بین‌المللی گردیده است. به دنبال همه‌گیری و شیوع بیماری در کلیه نقاط جهان، امید دریافت کمک نیز از مناطق دیگر کاهش یافت. این بحران به قدری بزرگ بود که حتی مدیران و مسئولانی که به‌نوعی برای مقابله با بحران‌های پیشرو در جهان برنامه‌ریزی کرده بودند، تصور دقیقی از شرایط جدید نداشتند. پاندمی کرونا ماهیتی پیچیده و چندگانه دارد. پیامدهای این پاندمی در عرصه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی تبلور یافته است. بیماری کرونا به‌عنوان یک ویروس جدید، همچنان در سراسر جهان رواج دارد و دولت‌ها را وادار می‌کند تا تلاش‌های خود را برای کاهش شیوع این بیماری افزایش دهند. شکاف دانشی موجود در مورد دلیل، راه‌های درمان و مرگ و میر بالای کووید-۱۹ گمانه‌زنی‌های پیرامون آن را افزایش داده است و باعث سردرگمی سیاست‌گذاران و متولیان حوزه سلامت شده است. علاوه بر ناشناخته بودن ماهیت بیماری کرونا، ویژگی‌های خاص این ویروس مانند قدرت انتقال بالا و کمبود امکانات و تسهیلات مورد نیاز (از جمله: کمبود تخت‌های بیمارستانی، نسبت پزشک و پرستار به تخت، تجهیزات و امکانات مراقبتی و درمانی مانند تجهیزات حفاظت فردی و ونتیلاتور) و جمعیت بالای سالمندان باعث شده است که چالش‌هایی اساسی را برای نظام‌های سلامت و سیاست‌گذاران به‌وجود آورد.

ساینو و همکاران (۲۰۲۰)، مطالعه‌ای مروری تحت عنوان فناوری‌های مبتنی بر نور برای مدیریت بحران همه‌گیر کووید ۱۹ ارائه دادند و به این نتیجه رسیدند که: انتشار جهانی بیماری ویروس کرونا (COVID-19) به اجرای استراتژی‌های ضد میکروبی مؤثر برای از بین بردن عامل ایجاد کننده SARS-CoV-2 نیاز دارد.

کیم (۲۰۲۰)، در پژوهشی تحت عنوان واکنش سریع کره جنوبی به بیماری کروناویروس: پیامدهای سیاست عمومی و نظریه

حوادث امنیتی متفاوت می‌باشد (کنیس و همکاران، ۲۰۱۹). پدیده صنعت‌گرایی با تغییر در الگوی زیست محیطی، شهرنشینی، اشتغال، مهاجرت، تجارت و یا جنگ، سبب بازگشت بیماری‌های واگیر و ظهور بیماری‌های جدید و انواع مقاوم به درمان شده است، که سبب عوارض زیاد بر زندگی افراد و بار سنگین اقتصادی برای خانواده‌ها و زیرساخت‌های کلی کشورها شده است. (گری، ۲۰۱۷).

مبانی نظری و پیشینه

بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت، نظارت و تشخیص زودهنگام بیماری‌های واگیردار و آغاز تحقیقات و اقدامات کنترلی ضروری برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره سوم و افزایش انتظارات عمومی برای حفاظت و امنیت در برابر خطرات سلامت، افزایش حساسیت رسانه‌ها در مورد بهداشت عمومی و پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیردار، کارهای بسیار فشرده و پرهزینه‌ای می‌باشد.

حفظ امنیت ملی هر کشور و نیز امنیت جهانی، علاوه بر صیانت از آن‌ها در برابر تهدیدات انسان‌ساخت، مستلزم به حداقل رساندن تأثیرات زیست‌محیطی فعالیت‌های مخرب انسان پس از انقلاب صنعتی، از جمله: مصرف بی‌رویه سوخت‌های فسیلی، از میان بردن جنگل‌ها و آلوده کردن اکوسیستم بر اثر واردکردن مواد سمی و شیمیایی و پلاستیک و البته مقابله مؤثر با بیماری‌های همه‌گیر جدیدی است که قادرند علاوه بر جان شهروندان، اقتصاد ملی و بسیاری دیگر از جنبه‌های زندگی روزمره مردم را تهدید کنند. با توجه به تغییر و تحولات جاری در عرصه بهداشت زیستی بسیاری از کشورها، این موضوع، واقعیتی انکارناپذیر است که: در جهان امروزی حفظ «امنیت ملی»، فقط منحصر به حفاظت یک کشور در برابر اقدامات خصمانه کشور دیگر یا بازیگران غیر حکومتی نیست. آن‌چه به نظر می‌رسد بیش از هر یک از این عوامل، توانایی جهانی‌سازی تهدیدات بشری و سازه‌های انسانی را دارد، پدیده بیماری‌های واگیردار با قدرت گسترش سریع در مقیاس جهانی می‌باشد. به عبارت دیگر، ذیل این پدیده‌ها، میکروب‌ها و موجودات میکروسکوپی قدرتمند نظیر ویروس کرونا - که امروزه امنیت ملی

بحران دارند و باید اقداماتی از قبیل ایجاد ستادهای بحران و کنترل و نظارت بحران در مرحله قبل، هنگام و پس از بحران و همچنین آگاه‌سازی جامعه و آموزش شهروندی را در مد نظر قرار بدهند تا در زمان بروز بحران، نظاره‌گر خطاهای ناشی از عدم آگاهی در شهر یا کشور نباشند.

زنگنه بایگی و پیوند (۱۳۹۹)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که برای نظام سلامت، چهار کارکرد اصلی در نظر گرفته شده است که باید مورد توجه همه سیاست‌گذاران و مدیران در کلیه کشورهای دنیا قرار گیرد. این کارکردها عبارتند از: (ارائه خدمات Health providing)، (تولید منابع generation Resources)، (تأمین مالی Financing) و (تولیت Stewardship). ارائه خدمات سلامت در سطوح مختلف، اصلی‌ترین کارکرد همه نظام‌های سلامت است. تولید نیروی انسانی متخصص، یکی از مهم‌ترین مصداق‌های این کارکرد می‌باشد. با توجه به گردش مالی وسیع و وجود هزینه‌ها و درآمدهای مختلف در نظام سلامت، کارکرد تأمین مالی به مباحث مالی و مدیریت منابع ارتباط دارد.

محقق با استفاده از تجارب شخصی، حرفه‌ای و مطالعه متون تخصصی مرتبط با موضوع پژوهش، از آگاهی لازم نسبت به تمیز مفاهیم و موضوعات مهم از داده‌های کم اهمیت برخوردار بوده است و در هنگام تکمیل مصاحبه‌ها، سعی نموده است که؛ ضمن بازنگری مصاحبه‌ها و استفاده از سئوالات باز، شکل‌دهی به سئوالات مصاحبه، شوند مؤثر بیانات مصاحبه‌شوندگان و تعامل مداوم و مستمر با داده‌ها، حساسیت نظری را توسعه دهد و نوعی توازن و هماهنگی بین واقعیت و آنچه را که به وسیله محقق خلق گردیده است، برقرار نماید و با ابزارهایی از قبیل طرح سؤال، تجزیه و تحلیل کلمات، عبارات و جملات در حین مصاحبه، از سوگیری جلوگیری نماید.

هدف اصلی از تدوین الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی سریع و به‌موقع به منظور کاهش میزان مرگ و میر و عوارض ناشی از این نوع بیماری‌ها می‌باشد. بنابراین این پژوهش به دنبال پاسخی برای این سؤال است که :

- ۱- الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید چیست؟
- ۲- عوامل علی مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار

مدیریت عمومی در کره جنوبی، بر اقدامات اجرایی و قانونی اتخاذ شده توسط دولت، درس‌آموزی از بلایا و بیماری‌های همه‌گیر قبلی و استراتژی‌های پیشگیرانه، چابکی و کنترل سریع دولت تأکید می‌نماید.

کنیس و همکاران (۲۰۱۹)، در پژوهش پاسخ‌های مناسب و مدیریت بحران دولت در برابر تهدیدات بیماری‌های عفونی، به شناسایی راه‌کارهای دولت و پاسخ‌های مدیریت بحران در زمان بیماری‌های واگیردار پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیدند که پیشگیری و افزایش دانش می‌تواند مدیریت بحران را بهبود بخشد. ابزارهای سیاستی، رسانه‌های اجتماعی، ظرفیت‌های سازمانی و محدودیت‌های جمعیت شناختی بر مدیریت بحران تأثیرگذار می‌باشد.

رینی و همکاران (۲۰۲۱)، مطالعه مروری تحت عنوان چالش‌های پس از عادی شدن کووید-۱۹: ایجاد پاسخ‌های قانونی و مؤثر، ارائه نمودند. نتایج نشان داد که مؤثر بودن و مشروعیت سیاست‌گذاری علم محور، مستلزم نحوه تعامل با عموم مردم مختلف و بررسی این است که چگونه سیاست‌گذاری (به‌عنوان نمونه، مشارکت عمومی مردم در سیاست‌گذاری و ارتباطات سیاسی) باید انجام گردد.

زنگنه (۱۴۰۰)، پژوهشی با عنوان کتابخانه‌های عمومی و مدیریت بحران: ارائه یک الگو جهت مدیریت بحران کووید ۱۹ ارائه نمود. در این پژوهش، عنصر اطلاعات، نقش اول و بسیار مهمی ایفا می‌کند، که با داشتن اطلاعات کافی و مدیریت درست آن و اجرای بدون نقص برنامه‌های عملیاتی توسط متخصصان علم اطلاعات و کتابداران می‌توان تا حدود زیادی وضعیت بحرانی را کنترل کرد.

جوانمردی و کریمی (۱۳۹۹)، پژوهشی با عنوان مدیریت بحران شهری و مقابله با بیماری‌های واگیردار با تأکید بر بیماری کرونا (کووید-۱۹) ارائه نمودند. نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که؛ برخی از بحران‌ها مانند بیماری‌های واگیردار یا اپیدمی به صورت ناگهانی ظاهر می‌شوند و خسارت‌های جانی و مالی بسیاری را موجب می‌گردند. لذا چنین بحران‌هایی نیاز به تأمل بیشتر و برنامه‌ریزی دقیق‌تری نسبت به بقیه بحران‌ها در سه مرحله وقوع

نوپدید کدامند؟

۳- عوامل زمینه‌ای مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های

واگیردار نوپدید کدامند؟

۴- عوامل مداخله‌گر مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های

واگیردار نوپدید کدامند؟

۵- راه‌کارهای مؤثر در الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار

نوپدید کدامند؟

۶- پیامدهای الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید

کدامند؟

روش

برای پاسخ به سؤال تحقیق، از روش‌شناسی کیفی استفاده شده است و پژوهش از حیث فلسفه، در زمره پارادایم اثبات‌گرایی از نوع کاربردی-بنیادی، دارای رویکرد قیاسی و راهبرد پیمایشی-مقطعی می‌باشد. این پژوهش از حیث هدف اکتشافی است و به اکتشاف متغیرها و ارتباط علی آن‌ها می‌پردازد. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته، منابع روزآمد معتبر GCR، خارجی، داخلی و اطلاعات کتابخانه‌ای نظیر کتب، نشریات مرتبط و طرح‌های پژوهشی مرتبط با موضوع، جمع‌آوری گردید و از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شده است. جامعه آماری مرحله کیفی، اساتید، خبرگان و کارشناسان حوزه سلامت و مدیریت بحران سازمان‌های منتخب استان خوزستان می‌باشند.

مصاحبه با نمونه‌های پژوهش انجام گردید. ویژگی‌های خبرگان، سابقه بالا، پست مدیریتی، تجربه و دانش بالا در نظر گرفته شده است. به منظور نمونه‌گیری از روش هدفمند گلوله برفی استفاده شده است و مصاحبه، به صورت نیمه ساختاریافته با سؤالات باز و کلی با ۱۵ نفر انجام شد. در این پژوهش ابتدا ۳ نفر از اساتید و مدیران سازمان‌های منتخب استان خوزستان که در زمینه مدیریت بحران کرونا تصمیماتی گرفته بودند، انتخاب شدند و مصاحبه با آن‌ها انجام گرفت. پس از انجام مصاحبه، نفرات جدیدی توسط آن‌ها معرفی شدند که مورد مصاحبه قرار گرفتند و به همین شکل، فرآیند مصاحبه ادامه یافت. بعد از مصاحبه دهم، پژوهشگر با تکرار داده‌های قبلی و نظرات و بیانات مشابهی مواجه گردید و احساس

نمود داده‌های بدست آمده در حال تکرار هستند. با این وجود چند مصاحبه تکمیلی انجام شد. لذا با انجام ۱۵ مصاحبه، تشخیص محقق این بوده است که اطلاعات گردآوری شده به نقطه اشباع رسیده و نیازی به انجام مصاحبه‌های بیشتر نمی‌باشد. بر اساس تحقیقات کلارک^۱ (۲۰۰۵)، در ارائه مدل‌هایی که شرایط کنونی تأثیر زیادی در تغییرات ارکان اصلی مدل دارد، تحلیل داده‌بنیاد مفید می‌باشد. روش تحلیل داده‌ها در این پژوهش با استفاده از روش کدگذاری نظری (برگرفته از روش نظریه داده بنیاد) می‌باشد. تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش به صورت جداگانه صورت گرفت. به عبارت دیگر، داده‌های کیفی نیز با استفاده از کدگذاری باز، محوری و انتخایی و ملزومات انجام هر یک از این مراحل، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا در نهایت، نظریه‌ای برای الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید حاصل گردد. در نهایت با استفاده از تکنیک داده‌بنیاد با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA، عوامل شناسایی گردید. نرم افزار MAXQDA برنامه‌ای کاربردی ویژه تحقیق کیفی است که محیط مناسبی را برای تحلیل محتوای متن فراهم می‌کند. این نرم افزار برای تحقیقات کیفی و آینده‌پژوهی مناسب می‌باشد. این نرم‌افزار به عنوان یک برنامه جهانی جهت تحلیل داده‌های ساختاریافته مانند مصاحبه‌ها، مقالات، رسانه‌ها، نظر سنجی، مطالعات کیفی و ... به کار می‌رود.

روایی پژوهش با استفاده از چهار معیار اعتبارپذیری، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری لینکلن و گوبا ارزیابی گردید. به نقل از (محمدپور، ۱۳۸۸)، یکی از مهم‌ترین معیارهای ارائه شده برای ارزیابی کیفیت در تحقیق کیفی، چهار معیار اعتبار یا باورپذیری، انتقال پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) می‌باشد.

برای کسب قابلیت اعتبار در این پژوهش، سعی گردید تا از سه پنل تخصصی با تجربیات متنوع در مصاحبه‌ها استفاده شود و مصاحبه‌ها تا رسیدن به حد اشباع نظری ادامه یافت. همچنین به منظور اعتبار داخلی از روایی صوری استفاده گردید و از پنل خبرگان برای بازبینی، حمایت و تأیید تولید مفهوم و کدهای مستخرج از مصاحبه‌ها بهره گرفته شد. علاوه بر آن، از نظرات

دو کدگذار با استفاده از فرمول ذکر شده ۹۴ درصد می‌باشد که از ۶۰ درصد بالاتر می‌باشد، بنابراین قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است.

یافته‌ها

گردآوری داده‌های کیفی از خلال مصاحبه‌های عمیق با گروه خبرگان انجام شد. در فرآیند کدگذاری باز، مضمون‌های بسیاری حاصل شد که طی فرآیند رفت و برگشتی تحلیل داده‌ها، مجموعه این داده‌های کیفی اولیه به مقوله‌های کمتری تقلیل یافت. سپس به بررسی هر یک از این مقوله‌های به دست آمده در مرحله کیفی پرداخته شد. در ادامه به بررسی مصاحبه‌ها و سپس شاخص‌های استخراجی از متون و مصاحبه‌ها اشاره می‌گردد.

این مرحله به منظور مقایسه و تمایز کدها و مفاهیم، موارد پیچیده‌تر و جامع‌تری را ارائه می‌دهد. در این مرحله با شناسایی الگوهایی در درون یافته‌ها، دسته‌های اولیه شکل می‌گرفتند. همچنین در این مرحله از تحلیل داده‌ها، هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌های جدید، محققان با درگیر بودن در فرآیند هم‌سنجی پیوسته، به میزان دریافت اطلاعات جدید در دسته‌ها و بنابراین، به اشباع رسیدن آن‌ها توجه داشتند. یک دسته، نشانگری از واحدهای اطلاعات درباره حوادث، پیشامدها و مصداق‌ها است (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸).

به‌طور معمول، پدیده محوری، دسته‌ای در میان داده‌های جمع‌آوری شده است که به‌صورت وسیعی در خلال مصاحبه‌ها از آن نام برده شده است یا از جنبه نظری، در شکل مفهومی مرکزی و بنیادی پدیدار می‌شود (کرسول، ۲۰۰۷). استراوس و کوربین (۱۹۹۸)، انواع دسته‌هایی که پیرامون پدیده محوری می‌توانند جای بگیرند را شامل: شرایط علی (عواملی که سبب پدیدار شدن مقوله محوری می‌شوند)، شرایط زمینه‌ای و مداخله‌گر (عوامل داخلی و خارجی مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌ها و راهبردهای مدل)، راهبردها (استراتژی‌های پیشنهادی در واکنش به پدیده محوری) و در نهایت پیامدها (نتایج به‌کارگیری راهبردها) برشمردند.

از شاخص‌های آمار توصیفی به منظور بررسی ویژگی‌های

تأییدی و تکمیلی اساتید راهنما و مشاور در کلیه مراحل کار استفاده گردید. همچنین جهت اطمینان از انتقال پذیری، پژوهشگر سعی نمود که از اسناد معتبر بهره گیرد و توصیف روشی از فرآیند تحقیق و تحلیل ارائه نماید تا خواننده بتواند در خصوص قابلیت کاربرد یافته‌ها در محیط‌ها و موقعیت‌های دیگر، قضاوت نماید. قابلیت اطمینان، اشاره به پیوستگی فرآیند داخلی و روشی که محقق برای تغییر شرایط در پدیده به خود اختصاص می‌دهد، دارد. و به درجه بازیافت و تکرارپذیری داده‌ها توسط سایر پژوهشگران اطلاق می‌گردد. برای کسب قابلیت تأییدپذیری فرآیند انجام کار، از نظرات ارزشمند اساتید راهنما و مشاور استفاده گردید تا صحت نحوه انجام پژوهش تأیید گردد. در این پژوهش برای محاسبه پایایی، از روش توافق درون‌موضوعی استفاده شده است. به این معنا که از یک دانشجوی مقطع دکتری مدیریت خواسته شد تا به‌عنوان همکار پژوهش (کدگذار) در پژوهش مشارکت کند. آموزش‌ها و تکنیک‌های لازم جهت کدگذاری مصاحبه‌ها به ایشان انتقال داده شد. در هر کدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در نظر دو نفر مشابه هستند با عنوان «توافق» و کدهایی که غیرمشابه هستند با عنوان «عدم توافق» مشخص می‌شوند. سپس محقق به همراه همکار کدگذار، تعداد سه مصاحبه را کدگذاری کرده و درصد توافق درون موضوعی که به‌عنوان شاخص پایایی تحلیل به کار می‌رود با استفاده از فرمول زیر محاسبه شد:

$$\text{درصد توافق درون موضوعی} = \frac{\text{تعداد کل کدها}}{\text{تعداد توافقات}} \times 100$$

نتایج حاصل در جدول زیر آمده است:

جدول ۱. محاسبه پایایی

ردیف	شماره مصاحبه	تعداد کل داده‌ها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی باز آزمون (درصد)
۱	۲	۱۰۰	۹۸	۲	۹۸٪
۲	۴	۱۲۰	۱۰۱	۸	۸۴٪
۳	۵	۱۳۰	۱۳۰	۰	۱۰۰٪
کل		۳۵۰	۳۲۹	۱۰	۹۴٪

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، تعداد کل کدهای ثبت شده توسط محقق و فرد همکاری کننده برابر ۳۵۰، تعداد کل توافقات بین این کدها ۳۲۹ و تعداد عدم توافقات ۱۰ می‌باشد. پایایی بین

- ۴- در انجام تغییرات، چه متغیرهای بیرونی و درونی را مدنظر قرار دادید؟
- ۵- عوامل علی مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید کدامند؟
- ۶- عوامل زمینه‌ای مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید کدامند؟
- ۷- عوامل مداخله‌گر مؤثر الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید کدامند؟
- ۸- راه‌کارهای مؤثر در الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید کدامند؟
- ۹- پیامدهای الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید کدامند؟

محقق در کدگذاری باز، ابتدا تک‌تک مصاحبه‌ها را تایپ کرده و ضمن مطالعه متن مصاحبه، واحد معنایی هر جمله را شناسایی و یک کد پایه به آن اختصاص می‌دهد و در نهایت، خوشه‌بندی کدها انجام می‌شود، یعنی کدهای پایه‌ای که از لحاظ معنا به هم نزدیک‌تر می‌باشند، در یک خوشه یا دسته قرار می‌گیرند. سپس برای هر خوشه، با توجه به کدهای پایه مندرج در آن، از یک نام مناسب به عنوان کد نهایی استفاده گردید و برچسب زده شد. ۲۵۲ کد اولیه از مصاحبه‌های پژوهش استخراج شد، لیکن از این میان، ۱۲۶ کد به صورت نهایی تأیید گردید.



شکل ۱. کدگذاری متون مصاحبه در نرم افزار

دموگرافیک پاسخ‌دهندگان استفاده شده است. فراوانی پاسخ‌دهندگان بر اساس جنسیت، سن، میزان تحصیلات و سنوات خدمت مورد بررسی قرار گرفته است. ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱، ارائه شده است. ۱۰ نفر یعنی (۷۵٪) از پاسخ‌دهندگان مرد هستند و ۵ نفر (۲۵٪) زن می‌باشند. ۲ نفر از پاسخ‌دهندگان زیر ۳۵ سال سن دارند. ۳ نفر از پاسخ‌دهندگان ۳۶ تا ۴۵ سال سن دارند و ۲۰٪ از حجم نمونه را به خود اختصاص داده‌اند، ۱۰ نفر بیش از ۴۶ سال سن دارند. افراد دارای مدرک کارشناسی ۲ نفر، و افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد ۶ می‌باشند. همچنین ۷ نفر دارای مدرک دکتری و بالاتر بودند. هیچ فردی سابقه کاری زیر ۵ سال نداشت. سابقه کاری بین ۶ تا ۱۰ سال ۲ نفر، افراد با سابقه کاری بین ۱۱ تا ۲۰ سال ۳ نفر و بالاتر از ۲۱ سال ۱۰ نفر هستند.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

ویژگی جمعیت‌شناختی	دسته‌بندی	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۰	۷۵
	زن	۵	۲۵
سن	زیر ۳۵ سال	۲	۱۳
	۳۶ تا ۴۵ سال	۳	۲۰
	۴۶ به بالا	۱۰	۶۷
تحصیلات	کارشناسی	۲	۱۳
	کارشناسی ارشد	۶	۴۰
	دکتری و بالاتر	۷	۴۷
	زیر ۵ سال	۰	۰
سابقه کاری	بین ۶ تا ۱۰ سال	۲	۱۳
	بین ۱۱ تا ۲۰ سال	۳	۲۰
	بالاتر از ۲۱ سال	۱۰	۶۷
	کل	۱۵	۱۰۰.۰۰

سوالات مصاحبه که منجر به استخراج کدها گردید عبارتند از:

- ۱- مهمترین تغییراتی که در مدیریت بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید مشاهده کردید چیست؟
- ۲- این تغییرات چه دستاوردی در کنترل بیماری‌های واگیردار نوپدید داشته است؟
- ۳- از نظر شما این تغییرات انجام شده دارای چه ویژگی‌هایی بوده است؟

جدول ۳: نمونه جدول مصاحبه‌ها

مفاهیم	جملات مصاحبه‌ها	
-افزایش آگاهی -کاهش بیش اطلاعاتی -بهینه سازی تصمیم گیری -ابتکار	آگاهی ما نسبت به این داستان بهتر شد و بازار شایعات و مباحث مربوط به آن هم روز به روز کمتر شد. پس از آن تغییراتی که در ابتدا در حوزه مدیریت بحران این بیماری بود یک اتفاق مبارکی رقم زد، این بود که بر اساس آگاهی که بر اساس تحقیقات محققان و تجاربی که به دست می‌آمد، تصمیمات و سناریوهایی که برای این کار بسته می‌شد متناسب با آن شرایط و وضعیت تغییر می‌کرد، تصمیمات اتخاذ شده که در سطح کشور و یا استان گرفته می‌شد مبنای وضعیتی بود که ما در آن قرار داشتیم و رفته رفته ابتکارانی به دست آمد که توانستند بر اساس تغییراتی که در حوزه بحران پیش آمد آن ابتکارات به مرحله اجرا بگذارند. به عنوان نمونه، رنگ‌بندی‌ها از قرمز به سیاه یا از نارنجی به قرمز یا زرد به نارنجی و از آبی به زرد و سفید به آبی، بر اساس تغییر شرایط و الگوهای بود که بر اساس آن قوانین و موضوعات، تغییر پیدا می‌کرد.	M1
استفاده از ماسک	یکی از دوستان در ستاد اشاره می‌کرد که ماسک زدن چیزی است که نباید به بینی فقط دست زد، در صورتی که بعدها مشخص شد که ماسک، جزو اولویت‌های این بیماری است، به طوری که اگر دو طرف ماسک بزنند تا حدود ۹۵ درصد از انتقال بیماری جلوگیری خواهد شد.	M1
-سیاست‌های شناور -سیستم‌های الکترونیکی	تغییراتی که ایجاد شد سیاست‌های شناور یا سیالی بود که ما می‌گرفتیم. مثلاً من خاطرم هست از زمانی که بحث کنترل بیماری کرونا شد از نرم‌افزارهای الکترونیکی برای مدیریت این کار استفاده می‌کردیم. خوب، بحث بیماری کرونا غالباً به مسائل اجتماعی مربوط می‌شود. الان اگر دقت کنید یک منطقه که آلوده می‌شود، همه مناطق اطراف خودش را هم آلوده می‌کند.	M1
-پرداخت جریمه -محدودیت‌ها -فاصله گذاری اجتماعی -محدودیت‌های مشاغل	برای افرادی که واقعا مشکلات عدیده ایجاد می‌کردند و توجهی نمی‌کردند محدودیت‌هایی می‌گذاشتند. مثلاً آن‌هایی که رعایت نمی‌کردند دستگیر می‌کردند و سیاست‌هایی که در این زمینه اتخاذ می‌شد از حوزه قضایی، از حوزه پروتکل‌هایی که باید از طرف اصناف رعایت می‌شد و محدودیت‌هایی که برای برخی از اقدار و صنوف گذاشته شد...	M1
آموزش الکترونیکی	مثلاً در حوزه آموزش می‌بینیم که سیاست آموزش و پرورش این بود که برخی از دروس زائد معرفی بشود و فقط مقداری از کتاب‌ها از طریق فضای مجازی تدریس شود.	M1
پروتکل‌های بهداشتی	مسائل مربوط به کنفرانس‌ها، تعداد جلسات سالیانه، مأموریت‌ها، بازدیدهایی که باید انجام می‌شد همه و همه طبق پروتکل‌های خاصی انجام می‌گردید.	M1
توجه به آمار و اطلاعات	در کمیته دانشگاه و در ستاد کرونا بحث می‌شد و این روند ادامه داشت تا مرداد سال ۹۹، که تغییراتی در این حوزه انجام شد. خدمتان عرض می‌کنم همه تصمیماتی که ما انجام می‌دادیم بر اساس آخرین ارزیابی‌های که در استان انجام می‌شد و داده‌ها و آمارهایی که داشتیم، بود.	M2
سهل انگاری	هر وقت وضعیت ما در حالت زرد و آبی بوده ما سهل‌انگاری و عادی‌انگاری می‌کردیم که ما متأسفانه مجدداً دچار این موضوع شدیم که الان فاز چهارم کرونا را داریم طی می‌کنیم.	M2
-سلامت اقشار مردم -اقتصاد و معیشت مردم -مراسمات و اجتماعات -بی ملاحظگی -مستولین	در بحث متغیرهایی که واقعا وجود داشت، اولویت با سلامت مردم و کارمندان و پرسنل بود. از طرفی ویژگی‌هایی از بیرون فشار می‌آورد، مثلاً اقتصاد و معیشت مردم مسأله را برای مدیریت کرونا خیلی سخت کرده بود و مباحث مربوط به اجتماعات فرهنگی، -که بر اساس رسومات و افکار عمومی واقعا نمی‌توانستند این مسأله را بپذیرند که مراسمات عزا و عروسی را نزنند- دلیلش این بود که بخش اعظم این کار شاخصی بود به نام شاخص اجتماعی بودن مردم خوزستان و این باعث می‌شد که ما نتوانیم بهتر مدیریت کنیم. من خاطرم هست که برخی از دوستان ما در قوم عرب و یا قوم لر اگر مراسمات را شرکت نمی‌کردند مورد گلایه قرار می‌گرفتند و این یک آسیب بود و جز متغیرهای بیرونی بود و عملاً در کنترل مسئولین نبود یا نیروهایی که می‌خواستیم پای کار بگذاریم واقعا کم بودند و نمی‌شد که به شکل ۱۰۰ درصد این مسائل را مدیریت کرد یا مثلاً بحث پشتیبانی از خانواده‌های مستضعف بود که توان مالی در کشور و استان وجود نداشت و یا خیلی از شرکت‌ها به مسئولیت اجتماعی خود عمل نمی‌کردند که کاملاً پای کار باشند و این کار را انجام بدهند. این‌ها جزو متغیرهای بیرونی بودند.	M2
-تغییر سیاست‌ها -انتصابات غلط -عدم آگاهی افراد	عوامل درونی این بود که تصمیمات بر اساس سیاست‌های هر شخص ثابت نبود، مثلاً یک سیاست واحدی که استاندار قبلی پیش گرفت استاندار بعدی یا فرماندار قبلی و فرماندار بعدی باید پی بگیرد و آن مسائل را پی گیری کند. دلیلش هم عدم آگاهی افراد از ویروس بود، یکی دیگر هم انتصابات غلطی بود که از قبل شده بود که در شرایط بحرانی، مدیر بحران نبودند و حضور مدیران بحران در این قضیه می‌توانست هوشمندانه کمک کند. متأسفانه این مسأله را در شرایط استان نداشتیم و برخی از مدیران ما واقعا بحران را ندیده بودند و خود، درگیر بحران بودند و تصمیماتشان خود، بحران آفرینی می‌کرد.	M3
-استراتژی تدافعی -مشکلات منابع انسانی -تجهیزات بیمارستانی	ما همه اقداماتی که انجام می‌دادیم تدافعی بود. وقتی ویروس وارد استان ما می‌شد و بخش عظیمی را درگیر می‌کرد بیمارستان‌های زیادی را تجهیز می‌کردیم. اردوگاه‌های زیادی برپا می‌داشتیم و از قبل، آن‌ها را آماده سازی می‌کردیم. پیش بینی بحران ما بر اساس رفتاری بود که ویروس نشان می‌داد. مداخلاتی که صورت می‌گرفت انسانی بود و جنس و بدنش بر اساس رویکرد ویروس پیش می‌گرفت، ما هم ادامه می‌دادیم.	M3

ID	Name	Media Type	Location	Groups	Quotations
D 1	(1)	Text	Library		61
D 2	(2)	Text	Library		25
D 3	(3)	Text	Library		32
D 4	(4)	Text	Library		18
D 5	(5)	Text	Library		13
D 6	(6)	Text	Library		19
D 7	(7)	Text	Library		7
D 8	(8)	Text	Library		23
D 9	(9)	Text	Library		10
D 10	(10)	Text	Library		12
D 11	(11)	Text	Library		23
D 12	(12)	Text	Library		38
D 13	(13)	Text	Library		16
D 14	(14)	Text	Library		14
D 15	(15)	Text	Library		23

شکل ۲. کدهای استخراج‌شده از هر مصاحبه

جدول ۴: دسته‌بندی کدهای استخراج‌شده

کد اولیه	مقاله	کدگذاری محوری
عدم شناخت دقیق بیماری	عدم محوریت بیماری کرونا	
عدم وجود دید بلندمدت		
جدی نگرفتن بیماری		
سهل‌انگاری مدیران		
بی‌اعتنایی مردم		
دیر اقدام کردن مدیران و مسئولین		
کمبود کارکنان، پرستاران	منابع انسانی	
کمبود نیروی متخصص		
کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده		
افزایش حجم کاری		
مشکلات روانی کادر درمانی		
استرس و ترس کادر درمانی		
عدم تعادل زندگی کاری کادر درمان	قوانین و مقررات	
مقاومت در برابر تغییر آحاد جامعه		
ضعف قوانین و مقررات		
فرایندهای اداری دست و پا گیر		
عدم همگرایی قوانین		
جزیره‌ای عمل کردن نهادها و ضعف همکاری بین نهادی		
موازی کاری در دستگاه‌های مسئول	منابع و تجهیزات	
کمبود فضا		
کمبود لباس حفاظتی		
کمبود دارو		
کمبود ابزار درمانی (ماسک، کپسول اکسیژن و دیگر موارد)		
کمبود تجهیزات تهویه هوا		
کمبود امکانات قرنطینه سازی و ایزوله کردن	عوامل نظارتی	
عدم نظارت صحیح بر تجمعات خیابان (مغابر و مراکز خرید، رستوران‌ها و...)		
عدم نظارت مداوم بر اجرای پروتکل‌های ابلاغی		
عدم نظارت بر تاکسی و حمل‌ونقل		
شرایط اکولوژیکی و زیست‌بوم منطقه	عوامل جغرافیایی	

کد گذاری محوری	مقوله	کد اولیه	
عوامل زمینه‌ای	اطلاع‌رسانی و آموزش	کمبود آگاهی از شیوع بیماری	
		نبود اطلاع دقیق از روند بیماری	
		کمبود آگاهی از عوارض جانبی بیماری	
		شایعه‌پراکنی در فضای مجازی	
		اخبار و اطلاعات مبهم از تعداد بیماران	
		اطلاعات مبهم از تعداد فوت‌شدگان	
	عوارض جسمانی و روانی	ضعف فناوری تهیه واکسن در کشور	
		افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی	
		افزایش بیماری افسردگی و اختلالات روانی آحاد جامعه	
	عوامل اقتصادی	افزایش بیماری‌های تنفسی	
		افزایش بیکاری	
		افزایش فقر	
افزایش مشکلات مالی اقشار آسیب‌دیده			
عوامل اجتماعی	مشکلات معیشتی مردم		
	عدم اعتماد عمومی		
عوامل سیاسی و دولتی	عدم تمکین مردم و نافرمانی اجتماعی		
	عدم حمایت دولت از اقشار آسیب‌دیده		
	عدم هم‌راستایی سیاست‌های حاکمیتی با وزارت بهداشت		
	سیاست‌زدگی وزارت بهداشت و درمان		
	اعمال و اجرای سیاست‌های شناور و سیال		
	تحریم‌های بین‌المللی		
	عدم مسئولیت‌پذیری دولت در برابر تأمین منابع موردنیاز		
	عدم تأمین و تخصیص اعتبارات مورد نیاز بحران در برنامه بودجه سالیانه		
	عدم فرماندهی واحد و ساختار ضعیف مدیریت بحران		
	ضعف مدیریت بحران از جانب دولت		
	عوامل مداخله‌گر	عوامل مدیریتی	عدم تخصص و آگاهی مسئولین و مدیران
			سبک مدیریتی آمرانه به‌جای مدیریت انتقادی
بی‌تجربگی مدیران			
عدم تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی صحیح			
عوامل زیرساختی		تأخیر در تصمیم‌گیری به‌موقع	
		عدم ساماندهی صحیح داوطلبین، پرستاران	
		عدم ساماندهی کمک‌های خیرین	
		عدم برنامه‌ریزی صحیح برای تأمین دارو و تجهیزات	
عوامل فرهنگی	زیرساخت‌های فیزیکی		
	زیرساخت‌های انسانی		
	زیرساخت‌های فرهنگی		
	زیرساخت‌های اقتصادی		
	زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی		
	آداب و رسوم، باور و اعتقادات مردم منطقه		



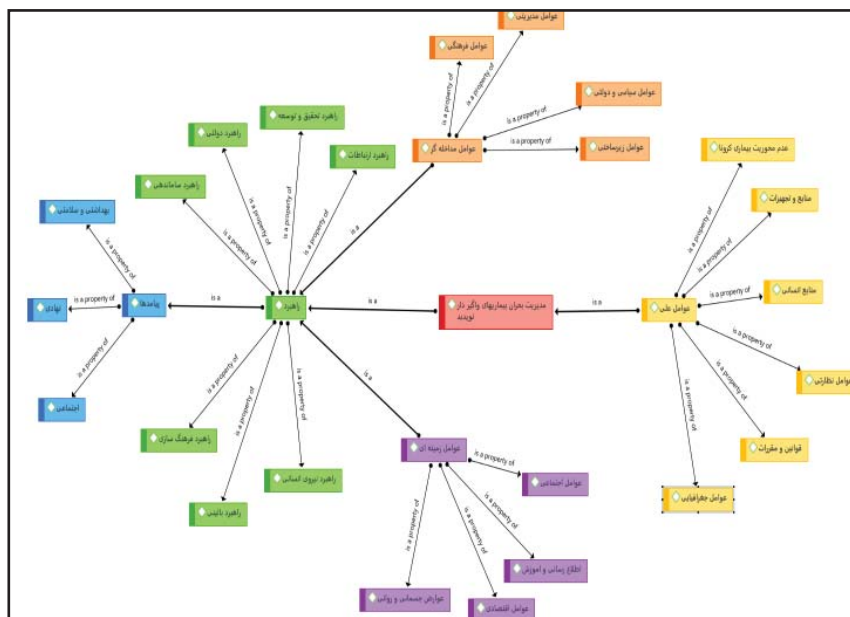
کد گذاری محوری	مقوله	کد اولیه
راهبرد	راهبرد بالینی	جداسازی بخش کرونا در مراکز درمانی
		رعایت اصول ایزولاسیون
		شناسایی مراجعین مشکوک
		مدیریت ملاقات
		تهیه ابزار ایزوله و قرنطینه
	راهبرد تحقیق و توسعه	افزایش تحقیقات و پژوهش در زمینه بیماری
		بررسی نتایج کشورهای موفق در زمینه کنترل بیماری کرونا
		جمع‌آوری داده‌های الکترونیکی مراجعین
		پژوهش در زمینه داروهای مؤثر (گیاهی و دیگر موارد)
	راهبرد نیروی انسانی	آموزش نیروی انسانی
		آموزش مجازی بیماران، همراهان و کادر درمان
		استفاده از وبینارهای آموزشی
		افزایش حقوق و مزایای کادر درمان
		تقدیر از کادر درمان
		تعیین نیروی جایگزین و زمان‌بندی صحیح داوطلبین
		فرهنگ‌سازی تقدیر و احترام از جایگاه کادر درمان
	راهبرد فرهنگ‌سازی	تبلیغات رسانه‌ای در جهت مشارکت مردمی
		تبلیغات رسانه‌ای در جهت مشارکت بین نهادهای
		فرهنگ‌سازی و ایجاد حس مسئولیت اجتماعی در مردم
		تبلیغات رسانه‌ای برای تأکید بر فاصله‌گذاری اجتماعی
		تبلیغات رسانه‌ای برای تأکید بر استفاده از ماسک
		اجرای راهبرد فرهنگی به‌جای راهبرد دستوری
	راهبرد دولتی	کنترل تردد و عبور و مرور
		هوشمند سازی شهرها
		بومی‌سازی خدمات
		افزایش کارایی دولت الکترونیکی
		کاهش فرآیندهای اداری و غیرضروری
راهبرد سامان‌دهی	برنامه‌ریزی برای حمایت مالی از اقشار آسیب‌دیده	
	ایجاد تیم مشاوره‌ای آگاه و متخصص	
	ایجاد فرماندهی واحد مدیریت بحران	
	ایجاد کمیته بحران به‌صورت مستمر و ادواری	
راهبرد ارتباطات	افزایش اختیار بیمارستان‌ها	
	بهینه‌سازی تصمیم‌گیری	
	ارائه آمار و گزارش‌های روزانه به کادر درمان	
	ارتباطات مؤثر علمی با مؤسسات ملی و بین‌المللی	
		آموزش و اطلاع‌رسانی از منابع معتبر
		نظارت بر اطلاع‌رسانی و انتشار اخبار در فضای مجازی

کد گذاری محوری	مقاله	کد اولیه
پیامدها	اجتماعی	افزایش مسئولیت‌پذیری مردم
		افزایش سطح آگاهی عمومی
		هم‌افزایی ظرفیت‌های مشارکت اجتماعی دولت و مردم
		ارتقای همدلی مردم
		رعایت اخلاق و رفتار صحیح در برابر بیماران و کادر درمانی
		کاهش آسیب به محیط‌زیست
	نهادی	افزایش تجربه در زمینه بیماری‌های واگیردار نوپدید
		کاهش هدر رفت اتلاف منابع
		ظرفیت‌سازی اجتماعی
		افزایش آمادگی نهادهای دولتی در زمینه بیماری‌های واگیردار نوپدید
		شناسایی نقاط ضعف و تهدید و بازنگری برنامه استراتژیکی
		بستر سازی برای واکنش‌های همگانی
	بهداشتی و سلامتی	ارتقا سیستم بهداشتی - درمانی کشور
		کاهش مرگ و میر، ابتلا، شیوع و میزان بستری
		افزایش امید به زندگی
		درس آموزی و اشتراک تجارب
		توان‌مندسازی اجتماع محور
		افزایش رعایت بهداشت در میان مردم
افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها و کادر پزشکی		
کاهش هزینه‌های درمان		
کاهش فرسودگی شغلی ناشی از بیماری کرونا		

ارائه مدل و کدگذاری انتخابی

انجام شد و بر اساس آن ارتباط خطی میان مقوله‌های پژوهش شامل شرایط علی، مقوله‌های محوری، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها مشخص شد. شکل (۳)، پارادایم کدگذاری محوری و به عبارت دیگر مدل فرآیند کیفی پژوهش را نشان می‌دهد.

با تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش، در مرحله ابتدایی (کدگذاری باز) تعداد ۷۴ مفهوم از محتوای رونویسی شده مصاحبه‌ها استخراج گردید. همچنین کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی نیز انجام شد. از میان عوامل شناسایی شده، پارادایم کدگذاری محوری



شکل ۳. مدل مدیریت بحران استخراج شده از نرم افزار MaxQda

شیوع بیماری، نبود اطلاع دقیق از روند بیماری، کمبود آگاهی از عوارض جانبی بیماری، شایعه‌پراکنی در فضای مجازی، اخبار و اطلاعات مبهم از تعداد بیماران، اطلاعات مبهم از تعداد فوت‌شدگان و ضعف فناوری تهیه واکسن در کشور.

کدهای عوارض جسمانی و روانی عبارتند از: افزایش بیماری‌های قلبی-عروقی، افزایش بیماری افسردگی و اختلالات روانی آحاد جامعه و افزایش بیماری‌های تنفسی.

کدهای عوامل اقتصادی عبارت‌اند از: افزایش بیکاری، افزایش فقر، افزایش مشکلات مالی اقشار آسیب‌دیده و مشکلات معیشتی مردم.

کدهای عوامل اجتماعی عبارتند از: عدم اعتماد عمومی و عدم تمکین مردم و نافرمانی اجتماعی.

عوامل مداخله‌گر عبارت است از: مواردی که شرایط علی را تخفیف یا تشدید و یا به نحوی تغییر می‌دهند. عوامل مداخله‌گر در این تحقیق، سه مقوله عوامل سیاسی و دولتی، عوامل مدیریتی و عوامل زیرساختی بودند.

کدهای عوامل سیاسی و دولتی عبارتند از: عدم حمایت دولت از اقشار آسیب‌دیده، عدم هم‌راستایی سیاست‌های حاکمیتی با وزارت بهداشت، سیاست‌زدگی وزارت بهداشت و درمان، اعمال و اجرای سیاست‌های شناور و سیال، تحریم‌های بین‌المللی، عدم مسئولیت‌پذیری دولت در برابر تأمین منابع مورد نیاز، عدم تأمین و تخصیص اعتبارات مورد نیاز بحران در برنامه بودجه سالیانه، عدم فرماندهی واحد و ساختار ضعیف مدیریت بحران و ضعف مدیریت بحران از جانب دولت.

کدهای عوامل مدیریتی عبارتند از: عدم تخصص و آگاهی مسئولین و مدیران، سبک مدیریتی آمرانه به‌جای مدیریت انتقادی، بی‌تجربگی مدیران، عدم تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی صحیح، تأخیر در تصمیم‌گیری به‌موقع، عدم ساماندهی صحیح داوطلبین، پرستاران، عدم ساماندهی کمک‌های خیرین و عدم برنامه‌ریزی صحیح برای تأمین دارو و تجهیزات.

کدهای عوامل زیرساختی عبارتند از: زیرساخت‌های فیزیکی، زیرساخت‌های انسانی، زیرساخت‌های فرهنگی، زیرساخت‌های اقتصادی و زیرساخت‌های بهداشت و درمانی.

شرایط علی حوادث، وقایع و اتفاقاتی هستند که به وقوع یا گسترش پدیده مورد نظر می‌انجامد و یا وقایعی که از نظر زمانی مقدم بر پدیده مورد نظر هستند. در مدل پیشنهادی ۶ کد محوری "عدم محوریت بیماری کرونا"، "منابع انسانی"، "قوانین و مقررات"، "منابع و تجهیزات"، "عوامل نظارتی"، "عوامل جغرافیایی"، در مدل مشخص شده است. این ۶ مقوله از علل اصلی بحران در مدیریت بیماری‌های واگیردار بر اساس تجربه ویروس کووید ۱۹ شناخته شدند. کدهای عدم محوریت کرونا عبارت‌اند از: عدم شناخت دقیق بیماری، عدم وجود دید بلندمدت، جدی نگرفتن بیماری، سهل‌انگاری مدیران، بی‌اعتنایی مردم و دیر اقدام کردن مدیران و مسئولین.

کدهای منابع انسانی عبارت‌اند از: کمبود کارکنان، پرستاران، کمبود نیروی متخصص، کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده، افزایش حجم کاری، مشکلات روانی کادر درمانی، استرس و ترس کادر درمانی، عدم تعادل زندگی کاری کادر درمان و مقاومت در برابر تغییر آحاد جامعه. کدهای قوانین و مقررات عبارتند از: ضعف قوانین و مقررات، فرایندهای اداری دست و پا گیر، عدم همگرایی قوانین، جزیره‌ای عمل کردن نهادها و ضعف همکاری بین نهادی و موازی‌کاری در دستگاه‌های مسئول. کدهای منابع و تجهیزات عبارتند از: کمبود فضا، کمبود لباس حفاظتی، کمبود دارو، کمبود ابزار درمانی (ماسک، کپسول اکسیژن و دیگر موارد)، کمبود تجهیزات تهویه هوا و کمبود امکانات قرنطینه‌سازی و ایزوله کردن. کدهای عوامل نظارتی عبارت‌اند از: عدم نظارت صحیح بر تجمعات خیابان (معاير و مراکز خرید، رستوران‌ها و...)، عدم نظارت مداوم بر اجرای پروتکل‌های ابلاغی و عدم نظارت بر تاکسی‌ها و حمل‌ونقل. کد مرتبط با عوامل جغرافیایی، شرایط اکولوژیک و زیست‌بوم منطقه می‌باشد.

عوامل زمینه‌ای، مجموعه خاصی از شرایط هستند که در یک زمان و مکان خاص جمع شده‌اند تا بستر لازم برای شکل‌گیری پدیده را مهیا کنند. عوامل زمینه‌ای در این تحقیق در ۴ دسته به‌صورت اطلاع‌رسانی و آموزش، عوارض جسمانی و روانی، عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی شناسایی شدند.

کدهای اطلاع‌رسانی و آموزش عبارتند از: کمبود آگاهی از

کدهای راهبرد اطلاعات عبارتند از: ارائه آمار و گزارش‌های روزانه به کادر درمان، ارتباطات مؤثر علمی با مؤسسات ملی بین‌المللی، آموزش و اطلاع‌رسانی از منابع معتبر، نظارت بر اطلاع‌رسانی و انتشار اخبار در فضای مجازی.

کنش و واکنش‌هایی که برای مقابله با مدیریت کردن یک پدیده صورت می‌گیرد، پیامدهایی را به دنبال دارد. در پژوهش حاضر در نهایت، پیامدهای مدل در ۳ مقوله اجتماعی، نهادی و بهداشتی-سلامتی جای گرفتند.

کدهای پیامدهای اجتماعی عبارتند از: افزایش مسئولیت‌پذیری مردم، افزایش سطح آگاهی عمومی، هم‌افزایی ظرفیت‌های مشارکت اجتماعی دولت و مردم، ارتقای همدلی مردم، رعایت اخلاق و رفتار صحیح در برابر بیماران، کادر درمانی و کاهش آسیب به محیط‌زیست.

کدهای پیامدهای نهادی عبارتند از: افزایش تجربه در زمینه بیماری‌های واگیردار نوپدید، کاهش هدر رفت اتلاف منابع، ظرفیت‌سازی اجتماعی، افزایش آمادگی نهادهای دولتی در زمینه بیماری‌های واگیردار نوپدید، شناسایی نقاط ضعف و تهدید و بازنگری برنامه استراتژیکی.

کدهای پیامدهای بهداشتی و سلامتی عبارتند از: بسترسازی برای واکسیناسیون همگانی، ارتقاء سیستم بهداشتی-درمانی کشور، کاهش مرگ و میر، ابتلا، شیوع و میزان بستری، افزایش امید به زندگی، درس‌آموزی و اشتراک تجارب، توان‌مندسازی اجتماع‌محور، افزایش رعایت بهداشت در میان مردم، افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها و کادر پزشکی، کاهش هزینه‌های درمان و کاهش فرسودگی شغلی ناشی از کرونا.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه طراحی الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار انجام گردید. در مجموع، ۲۴ مقوله و ۲۵۲ و در نهایت، ۱۲۶ مفهوم شناسایی و استخراج شدند. واضح است که حوادث غیرمترقبه بر اساس وسعت، تعداد و تراکم جمعیت منطقه، به فجایع کوچک یا بزرگ تبدیل می‌شوند که بازگرداندن شرایط به وضعیت اولیه ممکن است دشوار و طاقت‌فرسا باشد. در میان

استراوس و کوربین هدف راهبردهای مورد نظر در نظریه داده‌بنیاد را اداره کردن، نحوه برخورد و حساسیت نشان دادن نسبت به پدیده می‌دانند. راهبردهای مؤثر در مدل مدیریت بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید نیز در ۷ مقوله راهبرد بالینی، راهبرد تحقیق و توسعه، راهبرد نیروی انسانی، راهبرد فرهنگ‌سازی، راهبرد دولتی، راهبرد سامان‌دهی و راهبرد ارتباطات شناسایی گردیدند.

کدهای راهبردهای بالینی عبارتند از: جداسازی بخش کرونا در مراکز درمانی، رعایت اصول ایزولاسیون، شناسایی مراجعین مشکوک، مدیریت ملاقات و تهیه ابزار ایزوله و قرنطینه.

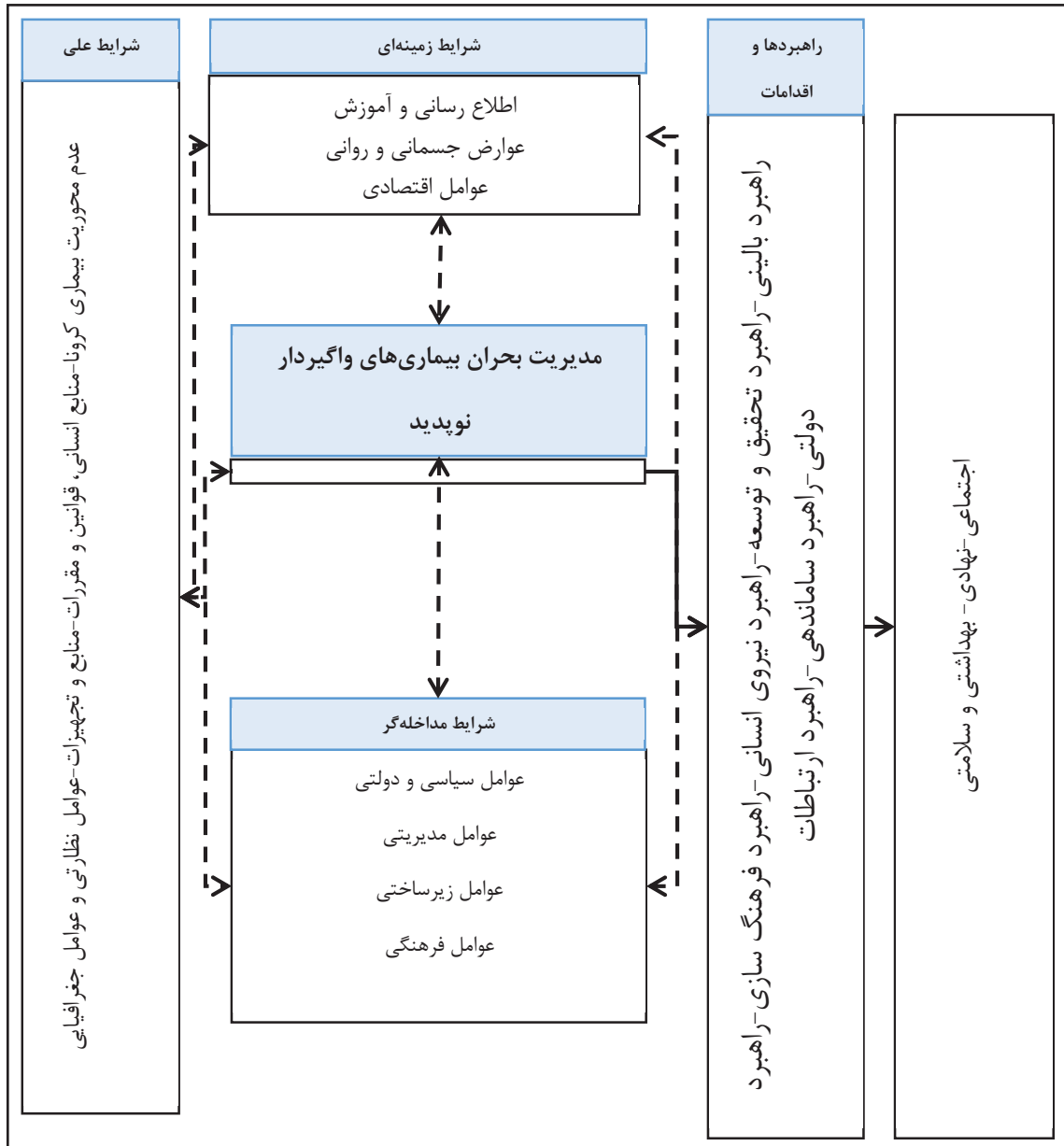
کدهای راهبردهای تحقیق و توسعه عبارتند از: افزایش تحقیقات و پژوهش در زمینه بیماری، بررسی نتایج کشورهای موفق در زمینه کنترل بیماری کرونا، جمع‌آوری داده‌های الکترونیکی مراجعین، پژوهش در زمینه داروهای مؤثر (گیاهی و دیگر موارد).

کدهای راهبرد توسعه نیروی انسانی عبارتند از: آموزش نیروی انسانی، آموزش مجازی بیماران، همراهان و کادر درمان، استفاده از وینارهای آموزشی، افزایش حقوق و مزایای کادر درمان، تقدیر از کادر درمان، تعیین نیروی جایگزین و زمان‌بندی صحیح داوطلبین و فرهنگ‌سازی تقدیر و احترام از جایگاه کادر درمان.

کدهای راهبرد فرهنگ‌سازی عبارتند از: تبلیغات رسانه‌ای در جهت مشارکت مردمی، تبلیغات رسانه‌ای در جهت مشارکت بین نهادهای فرهنگ‌سازی و ایجاد حس مسئولیت اجتماعی در مردم، تبلیغات رسانه‌ای برای تأکید بر فاصله‌گذاری اجتماعی، تبلیغات رسانه‌ای برای تأکید بر استفاده از ماسک و اجرای راهبرد فرهنگی به‌جای راهبرد دستوری.

کدهای راهبرد دولتی عبارتند از: کنترل تردد و عبور و مرور، هوشمندسازی شهرها، بومی‌سازی خدمات، افزایش کارایی دولت الکترونیکی، کاهش فرایندهای اداری و غیرضروری و برنامه‌ریزی برای حمایت مالی از اقشار آسیب‌دیده.

کدهای راهبرد ساماندهی عبارتند از: ایجاد تیم مشاوره‌ای آگاه و متخصص، ایجاد فرماندهی واحد مدیریت بحران، ایجاد کمیته بحران به‌صورت مستمر و ادواری، افزایش اختیار بیمارستان‌ها و بهینه‌سازی تصمیم‌گیری.



شکل ۴. الگوی مدیریتی بیماری‌های واگیردار نوپدید.

مؤلفه‌های متعدد مدیریت بحران در حوادث، مهم‌ترین نقش را مراکز درمانی به عنوان اصلی‌ترین سازمان بر عهده دارند و ارائه طرح‌هایی برای آمادگی و استراتژی‌های مقابله با بحران، تأثیرات چشم‌گیری در کاهش تلفات جانی خواهد داشت. سازمان بهداشت جهانی WHO در مارس ۲۰۲۰، شیوع بیماری ناشی از کرونا ویروس را یک بیماری همه‌گیر جهانی اعلام کرد و متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های جدی جهانی برای مهار و ریشه‌کنی آن در سراسر جهان، شیوع کووید-۱۹ همچنان رو به افزایش بوده است و همه کشورهای جهان را درگیر کرده است. در حال حاضر، پاندمی کرونا یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و همه دنیا می‌باشد. نوع برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات اتخاذ شده از سوی مدیران بحران، به منظور مقابله با شرایط بحرانی، به نوع نگاه و نگرش آنان به بحران بر می‌گردد و بر اساس نوع نگرش، رویکرد مدیریت بحران متفاوت می‌شود. بروز و شیوع ویروس کرونا، از نظر گستردگی جغرافیایی و دامنه تأثیرات، در نوع خود بی‌نظیر بوده است و تهدیدی جدی را برای امنیت و سلامت جامعه بشری ایجاد نموده است. حساسیت موضوع بیماری کرونا در ابتدای شیوع جهانی آن، عدم اطلاع‌رسانی شفاف و دقیق و به‌هنگام توسط مسئولین امر در کشور، فقدان مدیریت واحد، عدم هماهنگی

شدید جسمی و روحی کادر درمان شده است؛ بنابراین به منظور افزایش تاب‌آوری کادر درمان، اجرای راهبردهای نیروی انسانی در جهت مدیریت بهتر بحران ویروس کرونا ضرورت دارد. راهبرد فرهنگ‌سازی در جهت افزایش فرهنگ مشارکت مردمی، افزایش رعایت پروتکل‌های بهداشتی و افزایش آگاهی مردم بیان شده است. راهبرد دولتی، راهبرد سامان‌دهی و ارتباطات نیز به سیاست‌ها و

مقررات در نهادهای دولتی ارتباط دارد. ویروس کووید-۱۹ نشان داد که برای حل این بحران و بحران‌های بزرگ مشابه، به یک تعامل فعال در حوزه‌های آموزش، پژوهش و فناوری بین دانشگاه، صنعت، جامعه و دولت نیاز است. شاید وقت آن رسیده است که به جای و یا در کنار نظام‌های رتبه‌بندی سنتی مراکز آموزش عالی، از منظر نظام رتبه‌بندی مشارکت اجتماعی نیز به مراکز آموزش عالی و درمانی نگاه کرد و به این ترتیب، مسأله همیشگی ارتباط صنعت و دانشگاه و جایگاه پژوهش‌های کاربردی دانشگاهی را مورد بازبینی قرارداد. بنابراین وجود یک نقشه راه، قانون خاص و راهبرد مناسب در حوزه مدیریت بحران کشور سبب می‌شود تا بسیاری از مشکلات فعلی مرتفع گردد و این امر، مگر با تحقیق و توسعه، میسر نخواهد شد. در حقیقت، مشارکت علمی و تحقیق و توسعه در عرصه مدیریت بحران، کمک می‌کند تا از راه شناسایی و پیش‌بینی مخاطره‌ها و تهدیدها، استراتژی‌های محتمل تدوین گردد و سازمان برای مقابله با آن‌ها همواره آماده باشد (جدول ۵).

لذا نتایج تحقیقات داخلی و خارجی فوق با بسیاری از مقوله‌های پژوهش حاضر هم‌راستا می‌باشند و همخوانی دارند.

نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر به لحاظ مقایسه‌ای از دو جنبه قابل‌بحث است:

اول این‌که یافته و دستاورد نهایی پژوهش حاضر، الگویی نسبتاً جامع و کامل بر اساس طراحی الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید است و از سایر الگوهای ارائه شده توسط صاحب‌نظران با توجه به این‌که برای جوامعی غیر درمانی تدوین شده‌اند، مناسب‌تر است. سایر الگوهای ارائه شده، اختصاص به جوامعی مانند دانشجویان، کارکنان، پرستاران، یا سایر نهادها و سازمان‌های آموزشی داشته است و اگر برخی از آن‌ها برای واحدهای درمانی بوده‌اند، بسیار مختصر هستند و جامعیت و

بین‌بخشی بین دستگاه‌ها و سازمان‌های متولی، کمبود امکانات پزشکی نظیر ماسک و مواد اولیه، انتشار اخبار کذب در رسانه‌های اجتماعی مجازی، بی‌اعتمادی به مسئولین، بوده است که جملگی سبب انتشار عدم واقعیت و ایجاد نگرانی و اطلاع‌رسانی نادرست به مردم گردید. این موارد به تفکیک در قسمت عوامل علی مدل داده بنیاد تحقیق بیان گردیدند.

رویکرد ناکافی دولت و جامعه در مدیریت شیوع بیماری، تجهیزات پزشکی، بهداشت و ضدعفونی محیط، از بزرگترین چالش‌ها در تصمیم‌گیری و مداخله در مبارزه با کووید ۱۹ می‌باشد (مالیر و همکاران، ۱۳۹۹).

بحرانی بودن شیوع بیماری واگیردار کرونا از ابعاد مختلف قابل بحث و پیگیری است. با توجه به نتایج ارائه شده در بررسی مدل پژوهش می‌توان بیان کرد که شرایط علی، همان‌طور که در مدل نیز مشخص شده است (عدم محوریت بیماری کرونا، منابع انسانی، قوانین و مقررات، منابع و تجهیزات، عوامل نظارتی و عوامل جغرافیایی) بر مقوله‌محوری مدیریت بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید تأثیرگذار است. بر اساس گام‌های مدیریت بحران و سپری شدن دو سال از شیوع ویروس کرونا، راهبردهای پیشنهادی می‌تواند زمینه‌ساز و موجب افزایش آمادگی در موقعیت‌های مشابه و دیگر بیماری‌های ویروسی واگیردار نوپدید باشد؛ بنابراین بر اساس راهبردهای بالینی - که بر اساس ویژگی‌های ویروس کووید-۱۹ می‌باشند- می‌توان شرایط را برای کم شدن و از بین بردن ویروس آماده نمود. با رعایت پروتکل‌های بهداشتی، افزایش نظارت و اجرای شرایط بهداشتی و درمانی، این امر سهولت می‌یابد. بر اساس راهبردهای تحقیق و توسعه، با وجود کشف واکسن این ویروس، مشخص شده است که هیچ واکسنی به صورت صد درصد، بیماری را از بین نمی‌برد، بنابراین این راهبرد، بر اساس تحقیق و داده‌کاوی، سبب کنترل هرچه بیشتر ویروس می‌گردد.

راهبردهای نیروی انسانی نیز بر آموزش و انگیزه کارکنان درمانی - که عنوان سربازان جنگ در شرایط شیوع ویروس کرونا را دارند- اثرگذاری دارد. مواجهه با تعداد زیاد بیماران، نوبت‌های پی‌درپی و فشرده، نداشتن خواب کافی، درگیری با همراه بیماران و یا خانواده‌های داغدار و چندین و چند دلیل دیگر، منتهی به فرسایش



جدول ۵: مقایسه نتایج پژوهش با سایر پژوهش‌های مشابه

ردیف	نویسنده / سال	عنوان تحقیق	نتیجه‌گیری
P1	آقاحسینی و همکاران (۱۳۹۵)	تأثیر چابکی منابع انسانی بر مدیریت بحران	چابکی منابع انسانی شامل مؤلفه‌های شایستگی و هوشمندی، توان‌مندسازی کارکنان، مشارکت در تصمیم‌گیری، اشتراک‌گذاری دانش از طریق تکنولوژی و انسجام و یکپارچه‌سازی فرایندها بر بهبود مدیریت بحران تأثیر مثبت و معناداری دارد.
P2	کمالی و میرزایی (۱۳۹۶)	مقایسه ساختار مدیریت بحران در ایران، ژاپن، هند و ترکیه	نتایج تحقیق بیانگر تفاوت بحران‌های طبیعی رایج، تفاوت سطح و تمرکز مدیریت بحران‌های طبیعی در کشورهای مورد مطالعه است. سازمان‌های مدیریت بحران در این کشورها در گذر زمان، قدرت بیشتری به دست آورده‌اند و در ترکیه، ژاپن و هند، زیر نظر عالی‌ترین مقام اجرایی قرار دارند. اما در ایران، مدیریت بحران، زیر نظر وزارت کشور است. قوانین مرتبط با مدیریت بحران، در گذر زمان، از قوانین بخشی به قوانین جامع تبدیل شده‌اند که وظایف و اهداف سازمان‌های مرتبط را تعیین می‌کنند. در ایران قانون جامع مدیریت بحران دیرتر از سایر کشورها به تصویب رسیده است.
P3	قائدی و همکاران (۱۳۹۷)	ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های کشورهای منتخب در مواجهه با بحران پرتوی و ارائه الگو برای ایران	آمادگی بیمارستان‌ها برای مواجهه با بحران‌های پرتوی، شامل شبکه درهم تنیده‌ای از عناصر است که در قالب حوزه‌های ششگانه نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی، ساختار و تشکیلات، فرایندها و دستورالعمل‌ها و هماهنگی درون و برون بیمارستانی قابل دسته‌بندی می‌باشد.
P4	مالیر و همکاران (۱۳۹۹)	مدیریت بحران بیماری کووید ۱۹: باز مهندسی نظام ارائه خدمات سلامت در ایران	رویکرد ناکافی دولت و جامعه در مدیریت شیوع بیماری، تجهیزات پزشکی، بهداشت و ضدعفونی محیط، از بزرگ‌ترین چالش‌ها در تصمیم‌گیری و مداخله در مبارزه با کووید-۱۹ است. مدیریت این بحران نیاز به تلاش‌های حرفه‌ای و همکاری بین بخشی و مشارکت همه‌جانبه ارگان‌های دولتی و غیردولتی دارد. اکنون بیش از هر زمان دیگر نیاز به اقدامات منسجم‌تر و کاربردی است تا همه‌گیری این بیماری کنترل شود.
P5	مسکرپورامیری، شمس و نصیری (۱۳۹۹)	شناسایی و دسته‌بندی ابعاد واکنش نظام سلامت ایران در مقابله با پاندمی کووید-۱۹	واکنش نظام سلامت ایران برای مقابله با اپیدمی کرونا در ۷ حوزه اصلی شامل: بهداشت، درمان، آماد و پشتیبانی، مدیریت بحران، آموزش، مدیریت پژوهش و مدیریت ارتباطات و اطلاعات مورد تأکید است و توصیه می‌گردد دستورالعمل جامعی برای کنترل، نظارت و پایش عملکرد مدیریت بحران پاندمی کرونا در کشور تدوین شود.
P6	جلی و همکاران (۱۳۹۹)	راهبردهای مدیریتی جهت کنترل بحران بیماری کووید-۱۹ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری	مدیریت موفق و مؤثر بروز بیماری‌های واگیردار نیازمند یکپارچه‌سازی عملکردهای بالینی، غیر بالینی، برنامه‌ریزی مطلوب، داشتن برنامه‌های آمادگی، اجرای شوه‌های مناسب کنترل عفونت و مدیریت پایدار است و گزارش دهی دقیق و اطلاع‌رسانی را از راهبردهای مهم مدیریت بحران کرونا بیان کردند.
P7	جوانمردی و کریمی (۱۳۹۹)	مدیریت بحران شهری و مقابله با بیماری‌های واگیردار با تأکید بر بیماری کرونا (کووید-۱۹)	آماده‌سازی اجتماعی و آموزش شهروندی را مدنظر قرار دادند تا در زمان بحران، نظاره‌گر خطاهای ناشی از عدم آگاهی در کشور نباشیم.
P8	بیداله‌خانی (۱۳۹۹)	ساخت‌بندی و افتراق حوزه پولیتیک از پالیسی؛ تایوان و ساز و کارهای کنترل و مدیریت بحران پاندمیک بیماری کووید-۱۹	بر این فرض تأکید می‌کند که حکمرانی دموکراتیک و شفاف سیاسی در تایوان از طریق جدایی حوزه سیاسی (پولیتیک) از حوزه سیاست‌گذاری تخصصی (پالیسی)، باعث کنترل و مدیریت بحران پاندمی کرونا بدون قرنطینه عمومی شده است.
P9	رحیمی کلور و محمودی (۱۴۰۰)	مسأله‌یابی مدیریت بحران کرونا در ایران	در بین عوامل مربوط به دولت، آموزش مجازی و در بخش مربوط به مردم، «اعتماد»، اثرگذارترین عامل در مدیریت بحران کرونا مطرح شده است.
P10	زنگنه (۱۴۰۰)	کتابخانه‌های عمومی و مدیریت بحران: ارائه یک الگو جهت مدیریت بحران کووید-۱۹	عنصر اطلاعات نقش اول و بسیار مهمی ایفا می‌کند. با داشتن اطلاعات کافی و مدیریت درست آن می‌توان تا حدود زیادی وضعیت بحرانی را کنترل کرد. ... نمونه سامانه هوشمند غربالگری وزارت بهداشت در ایران از مهم‌ترین اقدامات الگو گرفته از کشورهای موفق در زمینه مدیریت بحران کرونا است.
L1	زانوی و همکاران (۲۰۲۰)	اهمیت فاصله‌گذاری اجتماعی در کنترل بیماری COVID19 در ۵۸ شهر کشور چین	افزایش آگاهی مردم و قرنطینه‌سازی کامل توسط مدیران و رعایت فاصله‌گذاری را به‌عنوان راه‌کارهای مدیریت بحران بیماری کرونا دانستند.

ردیف	نویسنده / سال	عنوان تحقیق	نتیجه گیری
L2	بانرجی و همکاران (۲۰۲۰)	قرنطینه، عفونت و کنترل سندرم تنفسی شدید ویروس کرونا	به اهمیت قرنطینه و رعایت بهداشت و حفاظت فردی اشاره داشته است.
L3	ریشتر و ویلسون (۲۰۲۰)	کووید-۱۹: مفاهیم مدیریت ریسک بیمه گر و بیمه پذیری خطر جهانی شدن	مؤثر بودن و مشروعیت سیاست گذاری علم محور، مستلزم نحوه تعامل با عموم مختلف مردم و بررسی این است که چگونه سیاست گذاری (به عنوان نمونه، مشارکت عمومی مردم در سیاست گذاری و ارتباطات سیاسی) باید انجام شود.
L4	پیاوو و هوانگ (۲۰۲۱)	سیاست آموزش سایه در کره در دوران پاندمی کووید-۱۹	به نقش فزاینده دولت و گسترش مشارکت آموزش سایه تأکید دارند.
L5	آنسل، سورنسن و تیورفنگ (۲۰۲۱)	همه گیری کووید-۱۹ به عنوان تغییری در مدیریت دولتی و رهبری؟ نیاز به پاسخگویی قدرتمند حکمرانی به مشکلات آشفته	تأکید بر استراتژی های قدرتمند، چابک و عمل گرای حکمرانی در دوران آشفته همه گیری COVID19 دارند. در بحبوحه بحران، سازمان ها باید الگوهای قوی رهبری جمعی را ایجاد کنند. رهبران عمومی باید با کارکنان و ذینفعان گفتگو کنند تا نظرات آن ها را جلب نمایند؛ و آن ها را ترغیب کنند تا استراتژی های جدید را در عمل آزمایش کنند و فرایند یادگیری را تسریع نمایند. به دنبال مشاوره تخصصی، قبول ناهماهنگی شناختی و پذیرش راه حل های ناقص، ایجاد اتحاد، یادگیری از تجربه، تطبیق با شرایط جدید و جستجوی کار باشند تا بتوانند بهترین عملکرد را اعمال نمایند.
L6	راش، سین، لی، اولکه و پوسوت (۲۰۲۱)	استفاده روستایی از خدمات بهداشتی و پزشکی از راه دور در طول کووید-۱۹	به نقش دسترسی و سواد سلامت الکترونیک در طول بیماری همه گیر کووید-۱۹ و اتکای بیشتر به پزشکی از راه دور، تأکید می نمایند.

بیماری های واگیردار نگاه نکرده اند؛ در حالی که در تحقیق حاضر، به کلیه جوانب ذکر شده پرداخته شده است و برای هر کدام، شاخص ها و مؤلفه هایی شناسایی شده است که جامعیت الگورانشان می دهد؛ لیکن به طور کلی، تحقیقات انجام شده در این زمینه، تا حدودی مؤید شاخص ها و مؤلفه های به دست آمده در این تحقیق بوده اند.

پیشنهادهایی برای پژوهش های آتی

- * استفاده از تکنیک های داده کاوی برای کشف چالش های عمده هر منطقه و مقایسه آنها به صورت ملی
- * ارائه مدل مدیریت بحران در دوران پساکرونا
- * استفاده از تکنیک های علم سنجی بحران کرونا
- * آینده پژوهی مدیریت بحران و ویروس های واگیردار نوپدید

محدودیت های پژوهش

- به رغم کوشش هایی که در جهت رعایت اصول مربوط به انتخاب نمونه (تصادفی و غیرتصادفی بودن) صورت گرفته است، به دلیل اینکه گروه نمونه پژوهش در بخش کیفی، به تنها ۱۵ نفر از خبرگان این حوزه محدود شده است، لذا جهت بکارگیری الگوی طراحی شده بایستی احتیاط نمود، یعنی اینکه ابتدا باید نسبت به بومی سازی آن اقدام کرد و سپس مراحل اجرایی سازی آن را پیاده سازی نمود.

تعمیم پذیری آن ها بسیار کم می باشد و نمی توانند الگوی مناسبی برای مدیریت بحران بیماری های واگیردار نوپدید باشند.

دوم این که الگوی به دست آمده در مقایسه با سایر الگوها، از نظر ابعاد، مؤلفه ها و شاخص های به دست آمده، جامعیت بیشتری را نشان می دهد. این موضوع با برخی از پژوهش های داخلی و خارجی مقایسه شده است که ضمن برخورداری الگوی پژوهش حاضر از اکثر مؤلفه ها و شاخص های آن ها، تعدادی مؤلفه و شاخص جدید را شناسایی و احصاء نموده است که نقطه قوتی برای این پژوهش می باشد. دستاورد اصلی پژوهش، جامعیت الگو و بومی بودن آن برای الگوی مدیریت بحران بیماری های واگیردار نوپدید بر اساس ویژگی های فعلی نظام درمانی است.

چنان که ملاحظه می شود؛ الگوی به دست آمده در مقایسه با سایر الگوها کامل تر و جامع تر است. تحقیقات بررسی شده و مرتبط با ارائه طراحی الگوی مدیریتی بحران بیماری های واگیردار نوپدید، نشان داد؛ اولاً تحقیقات انجام شده به صورت داده بنیاد نظام مند نبوده است، به این معنی که عوامل علی، شرایط بستر، عوامل مداخله گر، راهبردها و پیامدهای ارائه الگوی مؤثر مدیریت بحران بیماری های واگیردار نوپدید ذکر نشده است؛ ثانیاً از همه جوانب نظیر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، فیزیکی و.. به موضوع طراحی الگوی مدیریتی بحران

آمده است؛ بسیاری از کدها ابعاد مفهومی گسترده‌ای دارند. به عنوان نمونه، هم از بُعد فرهنگی می‌توانند دیده شوند و هم اقتصادی یا سیاسی. این موضوع، چالشی مهم در کار تحقیق ایجاد می‌کند. همچنین بسیاری از مفاهیم می‌توانند هم‌زمان مداخله گر تلقی شوند یا بستر.

- محدودیت مهم دیگر در انجام این تحقیق، دسترسی به کلیه منابع مربوط است که در تحقیق‌های کیفی، به‌ویژه روش کیفی، نمی‌توان با قاطعیت ابراز داشت که همه منابع، مطالعه شده است؛ و نیز، در شرایط وجود ویروس کرونا در دسترسی به افراد جهت مصاحبه، محدودیت‌های خاصی تجربه شد.
- به دلیل دشواری دسترسی به افراد خبره و ملاحظه در نوع پاسخ‌دهی به مصاحبه و نبود افراد خبره در حوزه مدیریت بحران بیماری‌های واگیردار نوپدید، بیشتر افرادی که در مصاحبه شرکت کرده‌اند برای اعتبار سنجی مقوله‌ها و نتایج، از همان افراد استفاده گردید.

منابع

- آنچه‌چی، محمد (۱۳۷۶)؛ مدیریت سوانح: سوابق، مفاهیم، اصول و تئوری‌ها؛ کتاب یکم، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، مرکز آموزش و تحقیقات: تهران.
- آقاحسینی اشکاوندی، مصطفی و رضایی دولت آبادی، حسین؛ نیلی پورطباطبایی و سید اکبر (۱۳۹۵). تأثیر چابکی منابع انسانی بر مدیریت بحران مطالعه‌ی موردی: انتقال خون اصفهان و سه استان حادثه‌خیز دیگر کشور. نشریه مدیریت بحران، دوره ۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۰، صفحه ۴۱-۵۰
<https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=279557>
- بیدالله خانی، آرش (۱۳۹۹)؛ ساخت بندی و افتراق حوزه پالیسی از پالیسی؛ تایوان و سازوکارهای کنترل و مدیریت بحران پاندمیک بیماری کرونا، فصلنامه پژوهش‌های راهبردی سیاست، ۹(۳۳)، ۹-۳۸.
 doi: 10.22054/qps.2020.51918.2521
- جبلی، بهشته؛ رهام، محمد؛ سلطانی فرد، مسعود؛ پالیزدار، مؤگان؛ قازانچایی، الهام (۱۳۹۹)؛ راهبردهای مدیریتی جهت کنترل بحران بیماری کووید-۱۹ در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری؛ مجله طب نظامی، ۲۲(۶)، ۶۱۶-۶۲۲.
<http://militarymedj.ir/article-1-2534-fa.html>
- جوآنمردی، عرفان؛ کریمی، زهرا (۱۳۹۹)؛ مدیریت بحران شهری و مقابله با بیماری‌های واگیردار با تأکید بر بیماری کرونا (کووید-۱۹)؛ نخستین کنفرانس بین‌المللی و دومین کنفرانس ملی مدیریت، اخلاق و کسب و کار، شیراز.
<https://civilica.com/doc/1118010>
- حافظ نیا، محمدرضا؛ نورانی، محمود (۱۳۹۹)؛ بحران کرونا و تحول مفهوم امنیت ملی و بین‌المللی؛ گزارش دیده بانی علمی بیماری کووید-۱۹، دانشگاه تربیت مدرس.

- داده‌های تجربی این پژوهش در اثر اجرای یک مقیاس ۲۵۲ ماده‌ای در ۶ بُعد و ۲۴ مؤلفه برای گروه نمونه به دست آمده است، لذا اگر از مقیاس‌های دیگری با مضمون متفاوت و طول زیادتر استفاده شود نتیجه آن قابل تعمیم‌تر است.
- در مجموع، نتیجه تحلیل عوامل، بیانگر این موضوع است که همه ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های شناسایی شده، یک عامل زیربنایی را در قالب طراحی الگوی مدیریتی بحران بیماری‌های واگیردار، طرح می‌نمایند، این در حالی است که؛ به طور قطع، مؤلفه‌ها و شاخص‌های دیگری را می‌توان شناسایی نمود که به رغم تلاش فراوان همچنان مکنون مانده‌اند و می‌توانند کشف شوند.

محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر

از عواملی که ممکن است در نتایج پژوهشگر نوعی خطای یک‌طرفه وارد کند عبارتند از:

- عدم دقت آزمون در پاسخ‌گویی
- مقاومت سلسله‌مراتب سازمان در خصوص اجرای پرسشنامه مذکور
- از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:
- اصلی‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، مربوط به رویکرد تحقیق می‌باشد. از آن‌جاکه در پژوهش‌های کیفی، پدیده مورد نظر در بستری که رخ می‌دهد مورد مطالعه قرار می‌گیرد، لذا امکان تعمیم‌پذیری نتایج و یافته‌های تحقیق به دیگر شرایط و موقعیت‌ها محدود می‌باشد.
- در پژوهش‌های کیفی، به دلیل امکان بروز و دخالت دادن پیش‌فرض‌ها و تعصبات پژوهشگر، ممکن است یافته‌ها و نتایج تحقیق، خدشه‌دار شود، که البته در پژوهش حاضر، محقق تلاش نموده است تا حد امکان، بدون سوگیری عمل نماید و تنها اقدام به رصد تجارب و مشاهدات مشارکت‌کنندگان نماید.
- از دیگر محدودیت‌های پژوهش‌های کیفی این است که امکان تفاسیر مختلف از پدیده مورد بررسی وجود دارد. به همین دلیل، تفسیر صورت گرفته از پدیده مذکور در پژوهش حاضر، تنها یکی از تفاسیر ممکن و پذیرفتنی در مورد آن است و امکان ارائه تفاسیری متفاوت نیز وجود دارد.
- یکی از چالش‌هایی که پژوهشگر در چنین تحقیقاتی با آن مواجه می‌شود؛ چگونگی دسته‌بندی کدها و مفاهیم به دست

- Budyłowski P, Yip L, Aftanas P, Christie N, Ghalami A, Baid K, Raphenya AR, Hirota JA, Miller MS, McGeer AJ, Ostrowski M, Kozak RA, McArthur AG, Mossman K, Mubareka S. (2020). Isolation, Sequence, Infectivity, and Replication Kinetics of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2. *Emerg Infect Dis.* 26(9):2054-2063. doi: 10.3201/eid2609.201495. Epub 2020 Jun 19. PMID: 32558639; PMCID: PMC7454076.
- Cho, H.W., & Chu, C. (2013). How to Manage a Public Health Crisis and Bioterrorism in Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 4(5), 223-224. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2013.09.010>.
- Clarke, A. E. (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412985833>
- Creswell, J. W. (2007). *Designing and conducting mixed method research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Gray, L. (2017). Reflections to move forward: Where destination crisis management research needs to go, *Tourism Management Perspectives*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2017.11.013>.
- Kenis, P., Schol, L. G. C., Kraaij-Dirkzwager, M. M., & Timen, A. (2019). Appropriate Governance Responses to Infectious Disease Threats: Developing Working Hypotheses. *Risk, Hazards & Crisis in Public Policy*, 10(3), 275-293. <https://doi.org/10.1002/rhc3.12176>.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*, Thousand Oaks, CA: Sage. P: 124.
- Piao, H., Hwang, H. (2021). Shadow Education Policy in Korea During the COVID-19 Pandemic. *ECNU Review of Education*, VL4 ,1-15 ,DO- 10.1177/20965311211013825. <https://doi.org/10.1177/20965311211013825>.
- Richter, A., Wilson, T. (2020). Covid-19: implications for insurer risk management and the insurability of pandemic risk, *The Geneva Risk and Insurance Review*, 45: 171-199. <https://doi.org/10.1057/s10713-020-00054-z>.
- Rush, KL., Seaton, C., Li, E., Oelke, ND., & Pesut, B. (2021). Rural use of health service and telemedicine during COVID-19: The role of access and eHealth literacy. *Health Informatics Journal*, 3: 1-15. <https://doi.org/10.1177/14604582211020064>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tokakis, V., Panagiots, P., Boustras, G. (2019). Crisis management in public administration: The three phases model for safety incidents. *Safety Science*, 113: 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.11.013>.
- World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan WHO; 2020 [updated 2020 Feb 3; cited 2020 Mar 4]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp04022020.pdf>
- Xinhua. China publishes timeline on COVID-19 information sharing, int'l cooperation. available at: http://www.xinhuanet.com/english/2020-04/06/c_138951662.htm
- Zhanwei, D., Xiaokae, X., & Wang, L., Fox, S. J., Cowling, B. J., Galvani, A. P., & Meyers, L. A (2020). Effects of Proactive Social Distancing on COVID-19 Outbreaks in 58 Cities, China, *Emerging infectious diseases*, 26(9): 2267-2269. <https://doi.org/10.3201/eid2609.201932>
- رحیمی کلور، حسین : محمودی پاچال، زینب (۱۴۰۰) : مسئله یابی مدیریت بحران کرونا در ایران به روش آمیخته موازی ؛ هفتمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین حسابداری، مدیریت و علوم انسانی در هزاره سوم، تهران. <https://civilica.com/doc/1303710>
- زنگنه بایگی، مهدی ؛ پیوند، مصطفی (۱۳۹۹)؛ بحران کرونا، فرصتی مناسب برای توجه به مفهومی ۲۰ ساله در نظام سلامت ایران ؛ نشریه مدیریت سلامت، ۲۳(۳)، ۹-۱۰. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=558594>
- زنگنه، ثریا (۱۴۰۰) ؛ کتابخانه‌های عمومی و مدیریت بحران: ارائه یک الگو جهت مدیریت بحران کووید ۱۹ (کرونا ویروس) ؛ فصلنامه بازیابی دانش و نظام‌های معنایی. doi: 10.22054/jks.2021.56374.1382
- قائدی، حسین ؛ نصیری پور، امیراشکان ؛ طیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۹۷) ؛ ارزیابی آمادگی بیمارستانهای کشورهای منتخب در مواجهه با بحران پرتوی و ارائه الگو برای ایران؛ دومینامه طب جنوب، پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال بیست و یکم، شماره ۵، صفحه ۳۹۳-۴۰۸. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=467230>
- کمالی، یحیی؛ میرزایی، جلال (۱۳۹۶) ؛ مقایسه ساختار مدیریت بحران در ایران، ژاپن، هند و ترکیه ؛ مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی (مطالعات راهبردی جهانی شدن)، ۷(۲۵)، ۲۴۵-۲۸۹. magiran.com/p1794938
- المیر، راضیه؛ ماهر، علی؛ طغیانی، راهله؛ صفری، محمدصال (۱۳۹۹)؛ مدیریت بحران بیماری کووید ۱۹؛ باز مهندسی نظام ارائه خدمات سلامت در ایران؛ مجله علمی پژوهشی نظام پزشکی، ۳۸: ۱۱-۱۸. <http://jmciri.ir/article-1-2978-fa.html>
- مستانه، زهرا؛ موصلی، لطف اله؛ جهانگیری، مریم ؛ دوست، مریم؛ عشقی، علی (۱۳۹۰) ؛ توان‌مندی‌ها و محدودیت‌های مدیریت بحران در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان ؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۲۴۴: ۴-۲۵. http://jabs.fums.ac.ir/files/site1/user_files_ed8dee/admin-A-10-1-52-9108d2e.pdf
- مسکرپور امیری، محمد؛ شمس، لیدا؛ نصیری، طه (۱۳۹۹) ؛ شناسایی و دسته‌بندی ابعاد واکنش نظام سلامت ایران در مقابله با پاندمی کووید-۱۹؛ مجله طب نظامی، ۲۲: ۱۰۸-۱۱۴. <http://militarymedj.ir/article-1-2462-fa.html>
- محمدپور، احمد (۱۳۸۹)؛ ارزیابی کیفیت در تحقیق کیفی: اصول و راهبردهای اعتباریابی و تعمیم‌پذیری؛ فصلنامه علوم اجتماعی، ۴۸(۴)، ۷۳-۱۰۵. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=131644>
- Ansell, C., Sorensen, E., & Torfing, J. (2021). The COVID-19 Pandemic Demonstrates the Need for Robust Governance Responses to Turbulent Problems. *Journal of Infectious Diseases & Therapy*, 3: 1-10. DOI: 10.4172/2332-0877.1000440
- Avanzi, D., Foggianto, A., Santo, J. Deschamps, F., & Loures, E. de. (2017). A framework for interoperability assessment in crisis management, *Journal of Industrial Information Integration*, 5: 26-38. <https://doi.org/10.1016/j.jii.2017.02.004>
- Banerjee, A., Nasir, J., Budyłowski, P., & Yip, L. Isolation, Sequence, Infectivity, and Replication Kinetics of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, Centers for Banerjee A, Nasir JA,