

# آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها در مورد پدافند غیر عامل

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 SPSS<sub>23</sub> 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](mailto:m.seyedjavadi@arums.ac.ir)

فصلنامه  
مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم، شماره اول

بهار 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 بهداشتی و درمانی 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 (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 مسؤولان 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 مسؤولین 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 مسؤولان 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 نمود 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 غيرمتعارف قرار گرفته است، بنابراین پدافند غيرعامل در چنين مراکزى از اهميت بالايى برخوردار است (۱۰). در زمينه پدافند غيرعامل، نيروى انساني نيز به لحاظ برخوردارى از قدرت اندیشه، خلاقيت و نوآورى بزرگ‌ترين دارايى هر سازمانى محسوب مى‌شود. توان فکرى و اندیشه‌هاى کارکنان و مديران در سازمان‌ها، به عنوان سرمايه بالقوه، نهفته و راکد است که مى‌تواند عامل مهمى در موفقيت و رشد و توسعه سازمان و مقاومت در برابر تهديدات دشمنان باشد (۱۱). هاتچ (۱۹۹۳) در پژوهش خود با عنوان "مرورى بر مديريت فرهنگى سازمان‌ها" يکى از ارکان دفاع غيرعامل را توجه ويژه به موضوع عمليات روانى در افکار عمومى دانسته و بهره‌گيرى از عمليات روانى گسترده در سطوح استراتژيک، عملياتى و تاکتيکى را در هر تخصصى لازم مى‌داند (۱۲).

مرورى بر مطالعات داخلى و خارجى در اين خصوص نشان داد که تاکنون تحقيقات منسجمى در خصوص پدافند غيرعامل در ساخت و تجهيز بيمارستان‌ها و مراکز درمانى، حتى در خصوص ميزان آگاهى مديران و مسؤولان از اين امر مهم انجام نشده است، لذا با توجه به اهميت بيمارستان‌ها و مراکز درمانى در زمان بحران، ضرورت توجه به اصول و ضوابط مناسب با رويکرد پدافند غيرعامل در زمينه‌هاى مختلف مثل مکان يابى، طراحى و غيره دو چندان شده است و با توجه به اهميت نيروى انساني خصوصاً مديران سازمان‌ها در اين خصوص و اين‌که استان اردبيل در شمال غرب ايران واقع شده و جزء شهرهاى مرزى کشور مى‌باشد و به دليل برخوردارى از موقعيت استراتژيک خاص در زمان بروز تهديدات مى‌تواند به عنوان يکى از مراکز عمده معرض خطر و تهديد مطرح گردد، لذا اين مطالعه با هدف بررسى ميزان آگاهى مديران ارشد بيمارستان‌هاى آموزشى درمانى استان اردبيل انجام شد تا بتوان با بررسى ميزان آگاهى مديران در زمينه پدافند غيرعامل و در صورت لزوم افزايش آگاهى آنان به عنوان نيروى انساني کارآمد، با تکیه بر رويکرد پدافند غيرعامل مقاومت بيمارستان‌ها را به عنوان مراکز حياتى کشور به خصوص در زمان جنگ و بحران در جامعه، در مقابل تهديدات دشمنان افزايش داد.

#### ■ مواد و روش‌ها

اين مطالعه از نوع توصيفى مقطعى است که بر روى (۴۵) نفر

از مديران ارشد بيمارستان‌هاى آموزشى درمانى استان اردبيل شامل رئيس، مدير و مترون بيمارستان‌ها انجام شد. ابتدا کليه بيمارستان‌هاى استان اردبيل مشتمل بر (۱۵) بيمارستان به‌روش سرشمارى انتخاب شده، سپس با توجه به هدف پژوهش با روش نمونه‌گيرى هدفمند سه مدير ارشد هر بيمارستان شامل رئيس، مدير و مترون بيمارستان انتخاب شدند. ابتدا بعد از توضيح پژوهش، از نمونه‌ها رضایت شفاهى گرفته شد و سپس پرسشنامه‌ها در اختيار آنان قرار گرفت و پس از تکميل جمع‌آورى شدند. معيار ورود نمونه‌ها اين بود که مديران حداقل (۱) سال سابقه مديريت داشته باشند. براى جمع‌آورى اطلاعات از هر کدام از گروه‌ها از پرسشنامه محقق ساخته ساختار يافته با پرسش‌هاى بسته استفاده شد. پرسشنامه داراى پنج قسمت بود: شامل مشخصات دموگرافىک، آگاهى در مورد کليات پدافند غيرعامل شامل: آگاهى در مورد اصول پدافند غيرعامل، آگاهى نسبت به معيارهاى اولويت‌بندى مراکز درمانى در پدافند غيرعامل و آگاهى نسبت به معيارهاى مربوط به کاهش آسيب‌پذيرى نيروى انساني مراکز درمانى در پدافند غيرعامل. هر قسمت شامل (۵) سؤال چهارگزينه‌اى بود. براى هر سؤال با توجه به تعداد پاسخ‌هاى صحيح و غلط، سه معيار خوب، متوسط و ضعيف در نظر گرفته شد. بدین‌صورت که به هر سؤال که (۷۰ درصد) پاسخ صحيح داده بودند و ضعيت خوب، (۵۰ درصد) پاسخ صحيح داده بودند و ضعيت متوسط و (۳۰ درصد) پاسخ صحيح داده بودند و ضعيت اطلاق شد.

براى تعيين روايى پرسشنامه از روايى محتوايى و صورى استفاده شد. براى تعيين روايى صورى پرسشنامه از روش کيفى استفاده شد، بدین‌صورت که پرسشنامه مذکور توسط (۲۰) نفر از کارشناسان بيمارستان‌ها (افراد مورد پژوهش) مورد بررسى قرار گرفته و بازخورد لازم را ارايه دادند. براى تعيين روايى محتوا از روش کمى و از دو شاخص روايى محتوا و نسبت روايى محتوا استفاده شد. ابتدا، براى تعيين شاخص نسبت روايى از (۲۰) نفر از متخصصان (اعضای هیأت علمى در اين خصوص و افراد مورد پژوهش) درخواست شد تا هرآيتم را براساس طيف (۳) قسمتى (ضرورى است، مفيد است و لى ضرورى نيست و ضرورتى ندارد) بررسى نمايند. براى تعيين نسبت روايى نيز معيارهاى 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
	دکترا	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، در خصوص 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 جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS<sub>18</sub> 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	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کلیات پدافند غیرعامل	۲۷	۶۰	۱۸	۴۰
	۲۶	۵۷/۸	۱۹	۴۲/۲
	۲۸	۶۲/۲	۱۷	۳۷/۸
	۱۶	۳۵/۶	۲۹	۶۴/۴
	۳۰	۶۶/۷	۱۵	۳۳/۳
اصول پدافند غیرعامل	۳۶	۸۰	۹	۲۰
	۱۳	۲۸/۹	۳۳	۷۱/۱
	۲۱	۴۶/۷	۲۴	۵۳/۳
	۱۳	۲۸/۹	۳۳	۷۱/۱
	۳۰	۶۶/۷	۱۵	۳۳/۳
اولویت‌بندی مراکز درمانی	۲۵	۵۵/۶	۲۰	۴۴/۴
	۲۷	۶۰	۱۸	۴۰
	۱۷	۳۷/۸	۲۸	۶۲/۲
	۲۰	۴۴/۴	۲۵	۵۵/۶
	۲۳	۵۱/۱	۲۲	۴۸/۹
معیارهای کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی	۲۲	۴۸/۹	۲۳	۵۱/۱
	۲۹	۶۴/۴	۱۶	۳۵/۶
	۲۴	۵۳/۳	۲۱	۴۶/۷
	۱۶	۳۵/۶	۲۹	۶۴/۴
	۳۱	۶۸/۹	۱۴	۳۱/۱

جدول (۳): میزان آگاهی مدیران در چهار حیطة کلیات، اصول، معیار اولویت‌بندی مراکز درمانی و معیار کاهش آسیب‌پذیری نیروی انسانی در حیطة پدافند غیرعامل

سطح آگاهی	خوب		متوسط		ضعیف	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
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

## آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها از پدافند غیرعامل

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

مشخصات دموگرافیک		سطح آگاهی																							
		کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی						اولویت بندی مراکز درمانی						اصول پدافند غیرعامل						کلیات پدافند غیرعامل					
		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب	
جنسیت	زن	مرد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد		
																								دبلم	۱
سپاس	۴	۲۵	۴	۳۱/۲	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
فوق سپاس	۲	۲۵	۲	۳۱/۲	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
دیگر	۶	۳۰	۶	۳۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
رئیس	۴	۳۱/۷	۶	۳۳/۳	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
مدیر	۶	۴۰	۴	۳۳/۳	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
شورن	۳	۲۰	۳	۳۳/۳	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	

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

مشخصات دموگرافیک		سطح آگاهی																							
		کاهش آسیب پذیری نیروی انسانی						اولویت بندی مراکز درمانی						اصول پدافند غیرعامل						کلیات پدافند غیرعامل					
		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب		ضعیف		متوسط		خوب	
رشته تحصیلی	عمومی پزشکی	متخصص پزشکی	پرستاری	پهناوری و مدیریت	سایر موارد	رسمی	نوع استخدام	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد	P value	درصد	تعداد			
																							پزشکی عمومی	۲	۲۸/۶
متخصص پزشکی	۳	۳۰	۳	۳۰	۴	۴۰	۴	۵۰	۵	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	۱	۱۰	
پرستاری	۴	۲۱	۹	۴۷/۷	۶	۳۱/۶	۴	۶۳/۱	۸	۱۵/۷	۳	۲۱	۲	۲۱	۲	۲۱	۲	۲۱	۲	۲۱	۲	۲۱	۲	۲۱	
پهناوری و مدیریت	۲	۵۰	۱	۵۰	۲	۴۰	۲	۶۰	۳	۶۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
سایر موارد	۲	۵۰	۰	۵۰	۲	۲۵	۱	۵۰	۲	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	۱	۲۵	
رسمی	۷	۳۵	۷	۳۵	۶	۳۰	۸	۵۰	۱۰	۱۰	۲	۲۰	۴	۴۰	۱۰	۱۰	۲	۲۰	۴	۴۰	۱۰	۱۰	۲	۲۰	
فراوانی	۵	۲۷/۸	۷	۲۸/۹	۶	۳۳/۳	۵	۶۱/۱	۹	۱۱/۱	۲	۲۷/۸	۵	۶۱/۱	۱۱	۱۱/۱	۲	۲۷/۸	۵	۶۱/۱	۱۱	۱۱/۱	۲	۲۷/۸	
پیمانی	۱	۱۴/۳	۳	۴۲/۸	۲	۲۸/۶	۱	۷۱/۴	۱	۱۴/۳	۱	۱۴/۳	۱	۷۱/۴	۵	۱۴/۳	۱	۷۱/۴	۵	۱۴/۳	۱	۷۱/۴	۵	۱۴/۳	

حیطه عملیاتی آرایه 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 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 وارد 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

مراكز درمانى در پدافند غيرعامل عدم آشنائى كافى نمونه‌هاى مورد مطالعه در رابطه با شاخصه‌هاى الويت‌بندى و حدود تاثيرگذارى هر کدام از مراكز درمانى است و مى‌توان گفت علت متوسط بودن سطح آگاهى در رابطه با معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروى انساني در پدافند غيرعامل عدم آشنائى بيش از نصف نمونه‌ها در رابطه با مفهوم "آمايش زمينى" و "مكان يابى" است.

نتايج مربوط به جنس و سطح آگاهى مديران ارشد در مورد پدافند عامل نشان مى‌دهد كه بين متغير جنس با سطح آگاهى نسبت به كليات و اصول پدافند غيرعامل، در مورد معيارهاى الويت‌بندى مراكز درمانى و معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروى انساني ارتباط معنادار آمارى وجود ندارد. يعنى آگاهى مردان و زنان درباره كليات و اصول پدافند غيرعامل يكسان است و همچنين آگاهى همه نمونه‌هاى مورد مطالعه اعم از مرد و زن در رابطه با معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروى انساني مشابه هم و در حد متوسط است. پس مى‌توان گفت كه هر دو جنس درخصوص پدافند غيرعامل نياز به آموزش يكسان دارند كه در برنامه‌ريزى‌هاى آينده بايد در نظر گرفته شود. همچنين نتايج مربوط به رشته تحصيلى و سطح آگاهى نمونه‌هاى مورد مطالعه نسبت به پدافند غيرعامل نشان مى‌دهد كه بين متغير رشته تحصيلى با كليات و اصول پدافند غيرعامل، معيارهاى الويت‌بندى مراكز درمانى و معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروهاى انساني رابطه‌اى معنادار آمارى وجود ندارد. اين مى‌تواند نشان‌دهنده اين باشد كه حوزه پدافند غيرعامل در عنوان دروس عمومى و تخصصى ارايه نشده يا به‌صورت غيردرسى مطالعه نشده است و تفاوتى هم در اين خصوص در دروس مختلف رشته‌هاى مورد بررسى وجود ندارد.

بررسى سطح تحصيلات و رابطه آن با سطح آگاهى نمونه‌هاى مورد مطالعه نسبت به پدافند غيرعامل نشان مى‌دهد كه بين متغير سطح تحصيلات با كليات و اصول پدافند غيرعامل، معيارهاى الويت‌بندى مراكز درمانى و معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروهاى انساني رابطه‌اى معنادار آمارى وجود ندارد. در صورتى كه انتظار مى‌رود با بالا رفتن مدرک تحصيلى سطح آگاهى هم بالا رود ولى با توجه به نتايج اين گونه نيست. مى‌توان گفت عدم افزايش آگاهى بدليل مشغله كاري زياد مديران سطوح بالاتر و عدم توجه به اين موضوع است و اين كه آموزش‌هاى لازم در اين خصوص چه در دوران تحصيل چه در دوره‌هاى آموزشى ضمن خدمت ارايه نشده است. بررسى نتايج مربوط به ارتباط پست سازمانى و سطح آگاهى نمونه‌هاى مورد مطالعه نسبت به پدافند غيرعامل نشان مى‌دهد كه بين متغير پست سازمانى با كليات و اصول پدافند

موضوع را مى‌توان از دو منظر بررسى كرد: با توجه به سابقه كمتر از (5) سال مديران و تازه كار بودن آنان در اين حيطه، مى‌توان سريعتر و بهتر انگيزه آموزشى در رابطه با پدافند غيرعامل به آنان داد. در ضمن احتمالاً پست سازمانى مديران قبل از كسب تجربه كامل مديرىتى عوض مى‌شود كه اين خود نيازمند يك مطالعه است.

درخصوص سطح تحصيلات نتيجه پژوهش حاضر نشان داد كه دكترى حرفه‌اى و تخصصى مرتبط با بهداشت و درمان طبق انتظار بيشترين فراوانى را به خود اختصاص داده بود. همچنين بيشترين رشته تحصيلى در پست مديرىتى رشته پرستارى و كمترين آن رشته مديرىت بود. مورد قابل توجه در اين موضوع، اين است كه كمترين فراوانى را رشته مديرىت در پست مديرىتى بيمارستان‌هاى استان داشت كه اين مورد نيز نيازمند مطالعه و بررسى است. همچنين اين موضوع نشان‌دهنده اين واقعيت است كه در تمام اين رشته‌هاى درسى ياد شده نياز است آگاهى در مورد پدافند غيرعامل داده شود با توجه به اين موضوع كه هر کدام از فارغ‌التحصيلان اين رشته‌ها ممكن است در آينده پست مديرىت بيمارستان‌ها را بر عهده داشته باشند.

بررسى سطح آگاهى مديران نشان داد كه سطح آگاهى نمونه‌هاى مورد مطالعه نسبت به كليات پدافند غيرعامل در حد متوسط و نسبت به اصول پدافند غيرعامل در حد ضعيف بوده است. همچنين سطح آگاهى نمونه‌هاى مورد مطالعه نسبت به معيارهاى الويت‌بندى مراكز درمانى در پدافند غيرعامل و نسبت به معيارهاى کاهش آسيب‌پذيرى نيروى انساني در پدافند غيرعامل در حد متوسط بوده است. همان‌طور كه نتايج نشان مى‌دهد سطح آگاهى در مورد كليات پدافند عامل در حد متوسط است كه مى‌تواند نشان‌دهنده اين باشد كه تقريباً يك سوم افراد مورد مطالعه از مؤلفه‌هاى امنيت مى‌دانند. علت ضعيف بودن سطح آگاهى در رابطه با اصول پدافند غيرعامل اين است كه تقريباً يك سوم نمونه‌هاى مورد مطالعه با مفهوم استتار آشنائى ندارند و يك سوم نمونه‌ها به عوامل شناسائى اهداف استراتژيك آشنا نيستند. از طرفى ديگر اصول پدافند غيرعامل بحث تخصصى اين موضوع است كه در نظام سلامت زياد به آن پرداخته نشده است. علت متوسط بودن سطح آگاهى در رابطه با معيارهاى الويت‌بندى مراكز درمانى در پدافند غيرعامل عدم آشنائى كافى نمونه‌هاى مورد مطالعه در رابطه با شاخص‌هاى الويت‌بندى و حدود تاثيرگذارى هر کدام از مراكز درمانى است و علت متوسط بودن سطح آگاهى در رابطه با معيارهاى الويت‌بندى

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 مسؤلیت 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<sup>(۱۱)</sup> 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<sup>(۸)</sup>. 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<sup>(۱۱)</sup>. پس باید توان فکری و آگاهی مدیران ارشد بیمارستان‌ها در خصوص 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<sup>(۸)</sup>، 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 در خصوص 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، جزوه‌های 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<sup>(۱۳)</sup>. 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<sup>(۱۴)</sup>. فیروزی و همکاران در مطالعه دیگری در سال ۱۳۹۳ در اهواز به این نتیجه رسیدند که میزان آسیب‌پذیری سازه‌ای بیمارستان‌های مورد بررسی در اهواز از نظر پدافند غیرعامل در بازه کم قرار دارند و احتمال آسیب‌پذیری بالایی دارند<sup>(۱۵)</sup>. هر چند در این تحقیقات آگاهی مدیران بیمارستان‌ها در خصوص 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 ما را 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 Langroud 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- Hosseni A, Ahadneghad Roshti M, Modiri M, Arayesh S. Locating hospital centers with a passive defense approach 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, Nazarpour 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 SPSS<sub>23</sub> 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

Vol 6, No 1, 2017