

مدل کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی

چکیده

زمینه: بعد از وقوع بلایای طبیعی به علت جابه‌جایی جمعیت، افزایش عوامل خطر، تغییرات زیست‌محیطی، تغییر شرایط زندگی و افزایش آسیب‌پذیری در برابر عوامل بیماری‌زا، امکان طغیان بیماری‌های عفونی افزایش می‌یابد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها بیماری‌های منتقله از آب و غذا است. این پژوهش با هدف تدوین مدل کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی در ایران انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی است که به صورت ترکیبی و در هفت مرحله انجام شد. برای اعتبار سنجی مدل اولیه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده گردید و جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۳ و LISREL9.1 استفاده گردید. روابط متغیرها با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری SEM استخراج شد و اعتبار مدل مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: در مجموع تعداد ۶ عامل مؤثر بر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی استخراج و شناسایی شده است که شامل: منابع انسانی، نظام مراقبت سندرمیک، مدیریت، آموزش همگانی، تدارکات و تجهیزات و برنامه کشوری می‌باشند.

نتیجه‌گیری: تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها و راهنماهای عملکردی در سطح ملی، تدوین برنامه و تأمین منابع و مشخص کردن ساختار مدیریت محلی، افزایش دانش و بهبود نگرش و کسب مهارت‌های لازم در سطح فردی، ارزیابی وضعیت موجود، تقویت نظام مراقبت سندرمیک، تهیه منابع و تجهیزات موردنیاز برحسب نوع مخاطرات، آموزش مداوم و برگزاری مانور در جهت مدیریت و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در هنگام وقوع بلایای طبیعی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: بلایای طبیعی، بیماری‌های منتقله از آب و غذا، کنترل بیماری، طغیان

^۱ استاد، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده ایمنی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده ایمنی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده ایمنی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده ایمنی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: yusefnejad785@yahoo.com

مقدمه

انجام گردید که در آخر به طراحی مدل انجام شده است. پژوهش حاضر دارای ۷ مرحله متفاوت بوده و به توالی انجام گردید. مراحل انجام این پژوهش عبارت بودند از:

۱. تعیین سیمای اپیدمیولوژی طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در ایران
۲. تعیین عوامل مؤثر بر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاای طبیعی در جهان
۳. تعیین عوامل مؤثر بر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاای طبیعی در ایران
۴. نظرسنجی از خبرگان در مورد متغیرهای استخراج شده از مطالعات مراحل قبلی
۵. ارائه مدل اولیه از طریق جمع‌بندی مراحل قبلی
۶. اعتبار سنجی مدل
۷. تدوین مدل نهایی

مرحله اول: مرحله اول این پژوهش از نوع پژوهش‌های کمی است و به صورت یک مطالعه توصیفی مقطعی^۶ انجام شد. داده‌های مورد نیاز از اطلاعات ثبت شده از نظام مراقبت از بیماری‌های منتقله از آب و غذا در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ و بر اساس طغیان‌های گزارش شده از استان‌های مختلف کشور به مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استخراج گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مناسب و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفت.

مرحله دوم: این مرحله باهدف تحلیل وضعیت موجود کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در ایران و جهان و استخراج عوامل مؤثر در کنترل طغیان این بیماری‌ها به دنبال وقوع بلاای طبیعی، مروری بر مطالعات انجام شده در ایران و کشورهای مختلف انجام و وضعیت موجود طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا و عوامل مؤثر در کنترل طغیان این بیماری‌ها به دنبال وقوع بلاای طبیعی استخراج گردید. پروتکل کامل برای استراتژی جستجو در ابتدای کار تهیه گردید که مشخص کننده راهبرد جستجو، معیارهای انتخاب، استخراج داده‌ها و راهبردهای تحلیل بود. فهرستی از عوامل بیماری‌زای شناخته شده مربوط به بیماری‌های منتقله از آب و غذا، برای تعیین کلیدواژه‌های اصلی جستجو جهت شناسایی بیماری‌ها به کار گرفته شد.

مرحله سوم: در این مرحله یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای^۷ با هدف تبیین تجربیات کارشناسان و خبرگان در خصوص کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاای طبیعی در ایران انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. به منظور انتخاب مشارکت کنندگان با توجه به ماهیت پدیده کنترل

یکی از تهدیدات مهم در هنگام رخداد بلاای طبیعی انتقال بیماری‌های مختلف است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها بیماری‌های منتقله از آب و غذا است (۱ و ۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت طغیان بیماری‌های عفونی از جمله بیماری‌های منتقله از آب و غذا می‌تواند منجر به افزایش تعداد قربانیان و حتی تبدیل به یک فوریت پیچیده^۱ شود (۳). طغیان بیماری‌های عفونی فقط در مرحله اول وقوع بلاای اتفاق نمی‌افتد بلکه ممکن است چند روز، چند هفته، چند ماه بعد از وقوع بلاای و حتی در مرحله بازیابی رخ دهد (۴). همه‌گیری بزرگ وبا در سال ۱۳۶۸ در بنگال غربی به دنبال سیل و همچنین طغیان‌های لپتوسپیروزیس به دنبال سیل در بمبئی هند در سال ۱۳۷۰ و تایوان در سال ۱۳۸۰، ابتلای بیش از ۱۷ هزار نفر در پاکستان به بیماری وبا پس از سیل در سال ۱۳۷۴، طغیان بیماری‌های اسهالی در استان بوشهر در ایران در سال ۱۳۸۳ به دنبال وقوع سیل و طغیان بیماری‌های اسهالی به دنبال زلزله و سونامی در اندونزی در سال ۱۳۸۸ نمونه‌هایی از موارد طغیان بیمارهای منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاای طبیعی هستند (۵). طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به علت نوروویروس^۲ طی توفان مهیب کاترینا در سال ۱۳۸۴ در ایالات متحده آمریکا سبب ابتلای بیش از ۱۰۰۰ نفر در تگزاس شد. در سال ۱۳۸۹ طغیان بیماری وبا در هائیتی منجر به ۸۵۳۴ مورد مرگ و ۶۹۷۲۵۶ مورد ابتلا گردید (۶ و ۷). برای پیش‌گیری و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در پی رخداد بلاای طبیعی نیازمند اطلاعات درستی از وضعیت این بیماری‌ها، تعیین علت، عوامل زمینه‌ساز، منبع عفونت، به‌کارگیری مداخلات و اقدامات اصلاحی برای پیش‌گیری از ابتلای سایر افراد به بیماری، ارزیابی استراتژی‌ها و توصیه‌های لازم برای پیش‌گیری از طغیان‌های مشابه و کسب اطلاعات بیشتر در مورد عوامل بیماری‌زا هستیم که این امر با تقویت نظام کشوری مراقبت بیماری‌های منتقله از آب و غذا و شناسایی عوامل مؤثر در طغیان این بیماری‌ها حاصل خواهد شد. این مطالعه با هدف تدوین مدل کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاای طبیعی برای ایران انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی است. در مراحل مختلف آن از روش‌های مطالعاتی ترکیبی^۳ استفاده شد که با بهره‌گیری از دو رویکرد کمی^۴ و کیفی^۵ و تلفیق روش‌های مختلف جمع‌آوری داده‌ها

۱. Complex emergency
۲. Norovirus
۳. Mixed Method
۴. Quantitative
۵. Qualitative

۶. Cross Sectional Study
۷. Content analysis

قابل قبول بودن مدل نظری ارائه شده و اینکه آیا از برازش کافی برخوردار است از نرم افزار LISREL9.1 استفاده شد.

یافته‌ها

متغیرهای تعیین شده از کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بر اساس نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک، مروری و کیفی به قرار زیر بود: کارکنان ماهر و باتجربه، تیم سلامت واکنش سریع، توان علمی و عملیاتی کارکنان، تیم بررسی و کنترل طغیان، بیماریابی، ثبت، گزارش دهی، شناسایی، تأیید آزمایشگاهی، تجزیه و تحلیل، انتشار و پس‌خوراند، هماهنگی درون و برون سازمانی، شرح وظایف، ارتباطات، اطلاعات، اختیارات قانونی، بهداشت منابع آب، بهداشت غذا، مدیریت شایعات، عامل بیماری، راه انتقال، بهداشت محیط، داروها، تجهیزات آزمایشگاهی، آمادگی بیمارستان‌ها، سیاست‌گذاری، برنامه عملیاتی، نقشه پراکندگی بیماری‌ها، برنامه ملی پاسخ در حوادث و بلایا، آموزش کارکنان و تمرین و مانور.

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی

در ابتدای روند انجام تحلیل عاملی اکتشافی، آزمون شاخص کفایت نمونه‌گیری کیزر-مایر-اولکین^۹ (KMO) برای بررسی کفایت حجم نمونه انجام شد. مقدار این شاخص بین صفر تا یک است، اما سه طیف برای آن تعریف شده است:

مقدار کمتر از ۰/۵: در این صورت انجام تحلیل عاملی پیشنهاد نمی‌گردد.

مقدار بین ۰/۵ تا ۰/۶۹: در این صورت تحلیل عاملی با انجام برخی تغییرات و اصلاحات جزئی قابل انجام است.

مقادیر ۰/۷ و بالاتر: این مقدار نشان می‌دهد حجم نمونه برای انجام تحلیل عاملی کافی است.

با توجه به نتایج جدول ۱ مقدار KMO برابر ۰/۸۳ است، لذا حجم نمونه برای تحلیل عاملی کفایت لازم را دارد. همچنین آزمون کرویت بارتلت صحت مدل تحلیل عاملی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: برون‌داد KMO و مقدار آزمون کرویت بارتلت

آزمون کرویت بارتلت			KMO آزمون برای کفایت نمونه‌گیری	آیتم‌ها
Sig.	df	Chi-Square		
۰/۰۰۱	۱۴۶۵	۵۱۴۶۸/۶۵۹	۰/۸۳	۱۳۱

در ادامه استخراج عوامل مخفی با کمک تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریمکس انجام شد. حداقل تعداد گویه در هر عامل سه در نظر گرفته شد. در تحلیل عاملی اکتشافی تعداد گویه‌ها به ۳۱ و تعداد مؤلفه‌ها به ۶ عامل رسید که می‌تواند حدود ۷۸ درصد واریانس تمامی شاخص‌ها را تبیین نمایند (جدول ۲).

طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی سعی شد افرادی که دارای سابقه کار در نظام سلامت و تجربه ارائه خدمات سلامتی در بلایا را داشته‌اند، انتخاب شوند. معیار ورود به پژوهش داشتن تخصص در زمینه سلامت در حوادث و بلایا و شاغل در نظام سلامت، کارشناسان مسئول پیش‌گیری و مبارزه با بیماری‌ها با حداقل دارای ۵ سال سابقه کار، مدیران واحد پیش‌گیری و مبارزه با بیماری‌ها با حداقل ۵ سال سابقه کار ستادی، داشتن سابقه ارائه خدمات سلامتی در بلایا و تمایل به شرکت در تحقیق بود.

مرحله چهارم تا هفتم: در این مرحله متغیرهای استخراج شده از مطالعات مراحل قبلی استخراج گردید. به منظور گردآوری داده‌های مورد نیاز پرسشنامه‌ای در سه بخش تدوین گردید: بخش اول مشتمل بر مشخصات مصاحبه‌شوندگان، بخش دوم توضیح مختصری درباره پژوهش و بخش سوم شامل ۳۱ سؤال که تأثیر مؤلفه‌های استخراج شده از مطالعه در کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلایای طبیعی را در شش بعد، از دید متخصصان مورد سنجش قرار می‌داد. برای سنجش روایی پرسشنامه، ابتدا روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس قضاوت ۳۰ نفر از خبرگان تعیین شد و از آن‌ها درخواست گردید که نظر خود را در مورد محتوا، ساختار، شکل ظاهری و نحوه نگارش پرسشنامه بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادها این گروه از خبرگان، برای تعیین روایی صوری، پرسشنامه اصلاح شده در یک اجرای آزمایشی مورد آزمون قرار گرفت. در نهایت برای تعیین پایایی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۹۶ به دست آمد. سؤالات توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت نمره دهی شد، به طوری که به خیلی زیاد امتیاز ۵، زیاد امتیاز ۴، متوسط امتیاز ۳، کم امتیاز ۲ و خیلی کم امتیاز ۱ تعلق گرفت. برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی افراد واجد شرایط با روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انتخاب شدند. ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شد که در نهایت ۱۴۵ پرسشنامه تکمیل و برگشت داده شد. داده‌های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شد. تحلیل داده‌ها با کمک تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد و مؤلفه‌های کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلایای طبیعی مشخص گردیدند. مدل ارائه شده توسط تحلیل عاملی اکتشافی در مرحله دوم با کمک تحلیل عاملی تأییدی مورد آزمون قرار گرفت تا مشخص گردد آیا از برازش مناسب برخوردار است یا خیر؟ به منظور بررسی روابط علی بین متغیرها و ارائه مدل نهایی از تکنیک مدل‌سازی معادلات ساختاری^۸ یا تحلیل چند متغیری با متغیرهای پنهان استفاده شد. از آنجایی که در تحقیق حاضر ماهیت مدل کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلایای طبیعی چند متغیره بود و نمی‌توان آن را با شیوه دو متغیری بررسی نمود لذا استفاده از مدل معادلات ساختاری ضرورت داشت. به منظور تأیید

۹. Kaiser-Meyer-Olkin

۸. Structural equation modeling

گویه‌های ۱ تا ۴ در عامل اول (منابع انسانی)، گویه‌های ۵ تا ۱۱ در عامل دوم (نظام مراقبت سندرومیک)، گویه‌های ۱۲ تا ۱۶ در عامل سوم (مدیریت)، گویه‌های ۱۷ تا ۲۳ در عامل پنجم (تدارکات و آموزش همگانی)، گویه‌های ۲۴ تا ۳۱ در عامل ششم (برنامه کشوری) قرار می‌گیرند (جدول ۳).

جدول ۲: تعداد عامل‌های استخراج‌شده، ارزش ویژه و میزان واریانس استخراج‌شده

تعداد عوامل	ارزش ویژه	% واریانس استخراج‌شده	% تجمعی واریانس استخراج‌شده
۱	۱۶/۵۸	۴۶/۵۶	۴۶/۵۶
۲	۳/۳۲	۹/۲۲	۵۵/۲۸
۳	۲/۲۳	۶/۱۹	۶۱/۴۷
۴	۱/۸۹	۵/۲۶	۶۶/۷۳
۵	۱/۶۳	۴/۵۴	۷۱/۲۸
۶	۱/۳۲	۳/۶۷	۷۴/۹۵

جدول ۳: بار عاملی عامل‌ها و گویه‌ها

بار عاملی	عنوان متغیرها	سؤال متناظر در پرسشنامه	گویه	عامل‌ها
۰/۹۸	کارکنان ماهر و باتجربه	۶	۱	منابع انسانی ۰/۲۹
۰/۹۰	تیم سلامت واکنش سریع	۲۳	۲	
۰/۷۹	توان علمی و عملیاتی کارکنان	۲۴	۳	
۰/۶۶	تیم بررسی و کنترل طغیان	۲۶	۴	
۰/۷۴	بیماریابی	۱	۵	نظام مراقبت سندرومیک ۰/۶۹
۰/۸۱	ثبت	۲	۶	
۰/۵۷	گزارش دهی	۲۸	۷	
۰/۷۶	شناسایی	۳	۸	
۰/۸۳	نائید آزمایشگاهی	۱۹	۹	
۰/۷۶	تجزیه و تحلیل	۲۰	۱۰	
۰/۷۸	انتشار و پس‌خوراند	۲۲	۱۱	
۰/۸۴	هماهنگی درون برون سازمانی	۱۴	۱۲	مدیریت ۰/۹۲
۰/۸۱	شرح وظایف	۱۵	۱۳	
۰/۷۴	ارتباطات	۱۲	۱۴	
۰/۷۴	اطلاعات	۱۸	۱۵	
۰/۹۲	اختیارات قانونی	۳۱	۱۶	
۰/۵۵	بهداشت منابع آب	۸	۱۷	آموزش همگانی ۰/۶
۰/۹۵	بهداشت غذا	۱۷	۱۸	
۰/۶۶	مدیریت شایعات	۲۷	۱۹	
۰/۶۱	عامل بیماری	۱۰	۲۰	
۰/۷۳	راه انتقال	۳۱	۲۱	
۰/۶۶	بهداشت محیط	۳۰	۲۲	
۰/۹۳	داروها	۱۱	۲۳	تدارکات و تجهیزات ۰/۸۴
۰/۸۷	تجهیزات آزمایشگاهی	۱۳	۲۴	
۰/۸۵	آمادگی بیمارستان‌ها	۹	۲۵	
۰/۷۶	سیاست‌گذاری	۳	۲۶	برنامه کشوری ۰/۹
۰/۸۳	برنامه عملیاتی	۲۹	۲۷	
۰/۷۶	نقشه پراکندگی بیماری‌ها	۲۰	۲۸	
۰/۷۸	برنامه ملی پاسخ در حوادث و بلایا	۲۲	۲۹	
۰/۸۸	آموزش کارکنان	۲۸	۳۰	
۰/۸۵	تمرین و مانور	۵	۳۱	

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار مطلوب	نتیجه	تفسیر
مطلق	GFI	> ۰/۹۰	۰/۹۴	برازش مطلوب
	RMSEA	> ۰/۰۸	۰/۶۵	برازش مطلوب
نسبی	GFI	> ۰/۹	۰/۹۳	برازش مطلوب
	NFI	> ۰/۹	۰/۸۹	برازش مطلوب
	IFI	> ۰/۹	۰/۹۲	برازش مطلوب
موجز یا مقتصد	AGFI	> ۰/۵۰	۰/۷۴	برازش مطلوب
	PGFI	> ۰/۵۰	۰/۶۳	برازش مطلوب
	Df/Chi-Square	≤ ۳ شاخص ۲	۲/۶۲	برازش مطلوب

جدول ۵: آزمون روابط، بررسی ضرایب استاندارد شده و مقدار t

نتیجه	معنی‌داری سطح	ضرایب استاندارد شده	عامل دارای رابطه با کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاایای طبیعی
تائید رابطه	۳/۳۶	۰/۲۹	منابع انسانی
تائید رابطه	۸/۲۷	۰/۶۹	نظام مراقبت سندر میک
تائید رابطه	۱۱/۱۱	۰/۹۲	مدیریت
تائید رابطه	۵/۵۷	۰/۶۰	آموزش همگانی
تائید رابطه	۱۰/۶۶	۰/۸۴	تدارکات و تجهیزات
تائید رابطه	۱۲/۴۱	۰/۹۰	برنامه کشوری

یک عامل عمده مرگ‌ومیر در شرایط پس از حوادث و بلایا هستند. اولین گام جهت کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاایای طبیعی، شناسایی عوامل مؤثر بر کنترل این بیماری‌ها است. در مجموع تعداد ۶ عامل مؤثر بر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاایای طبیعی استخراج و شناسایی شده است که شامل منابع انسانی، نظام مراقبت سندر میک، مدیریت، آموزش همگانی، تدارکات و تجهیزات و برنامه کشوری می‌باشند که در ادامه به توضیح بیشتر هر یک از این عوامل پرداخته و با یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام‌شده مقایسه خواهند شد.

یکی از مؤلفه‌های کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاایای طبیعی بر اساس نتایج تحقیق حاضر مدیریت است. از جمله مطالعاتی که بر مدیریت و هماهنگی سلامت در بلایا و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاایای طبیعی تأکید داشته است می‌توان به مطالعه‌ای که توسط مارکنسون انجام‌شده اشاره نمود که

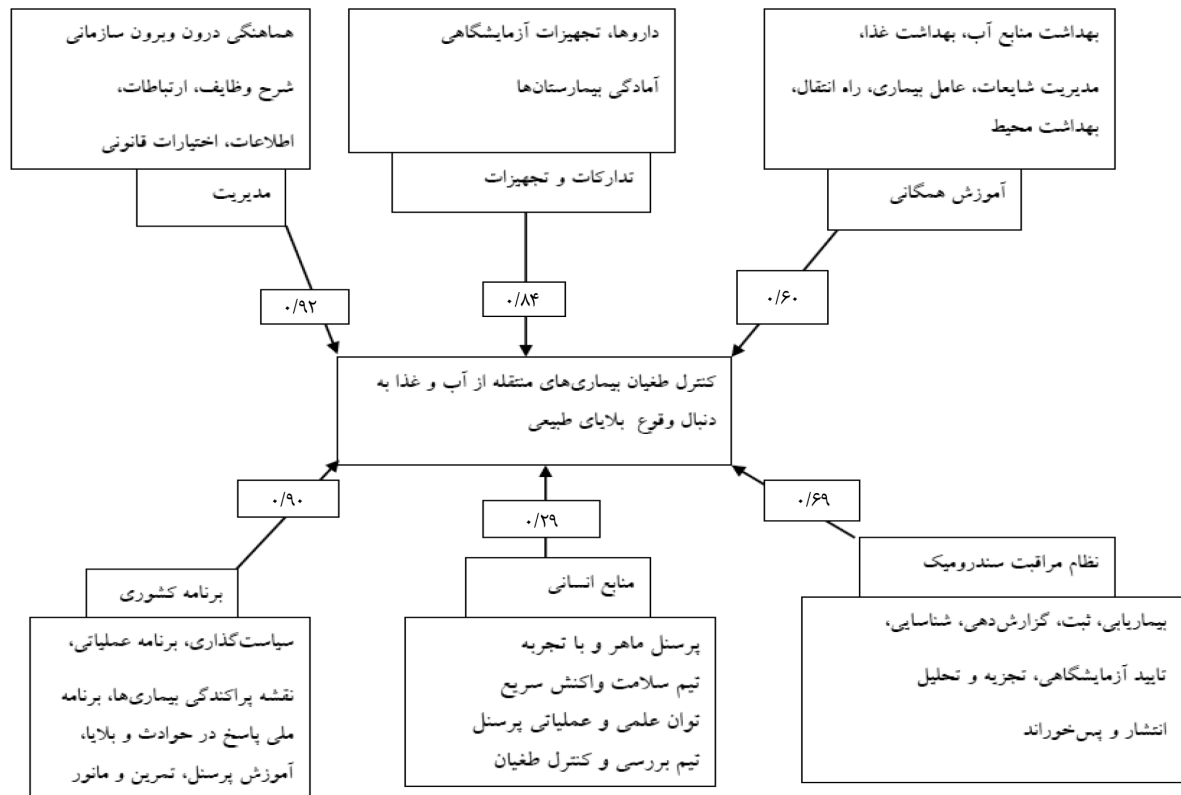
اعتبار سنجی مدل نهایی

در مرحله پایانی به منظور بررسی اینکه آیا مدل نهایی تعیین شده در مراحل قبل تا چه مقدار با داده‌های کمی و واقعی مورد تأیید قرار می‌گیرد، از آزمون معادلات ساختاری که تلفیقی از مدل‌های رگرسیونی، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی هستند با استفاده از نرم‌افزار LISREL 9.1 استفاده گردید. به منظور بررسی برازش مدل نهایی ساختار عاملی مقیاس ۳۱ سؤالی، آزمون‌های نکویی برازش برای مدل اجرا گردید. نتایج نهایی آزمون‌های برازش مدل در جدول ۵ و ۴ بیان شده است. همان گونه که در جداول مشاهده می‌گردد شاخص‌های اصلی تأییدکننده برازش مناسب مدل نهایی هستند. در تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌هایی که بیشترین تأثیر مربوط به هر بعد را داشتند شناسایی و معنادار بودن کل ابعاد پژوهش و شدت تأثیر هر یک از ابعاد آن با کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا تعیین گردید. سپس با کمک شاخص‌های برازش شامل شاخص‌های مطلق، مقتصد و تطبیقی، مدل کلی برازش شد. بررسی اعتبار عامل‌های منابع انسانی، نظام مراقبت سندر میک، مدیریت، آموزش همگانی، تدارکات و تجهیزات، برنامه کشوری، با توجه به مقدار بارهای عاملی به دست آمده برای تمامی سؤالات که بیشتر از ۰/۴ بود و در سطح معنی‌داری کمتر از (p < ۰/۰۱) قرار داشت (مقدار t بیشتر از ۲/۵۸ به دست آمده است)، نتیجه می‌گیریم که اعتبار سازه عامل‌ها تأیید می‌گردند. در مجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های برازش به دست آمده قابل قبول بوده و در مجموع نشان از برازش مناسب داده‌ها با مدل دارد. نتایج آزمون مدل ساختاری نشان می‌دهد تمامی عامل‌ها با کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاایای طبیعی رابطه معنی‌دار و همبستگی دارند (p < ۰/۰۱). نتایج نشان شدت رابطه عامل منابع انسانی برابر ۰/۲۹، عامل نظام مراقبت سندر میک برابر ۰/۶۹، عامل مدیریت برابر ۰/۹۲، عامل آموزش همگانی برابر ۰/۶، عامل تدارکات و تجهیزات برابر ۰/۸۴ و عامل برنامه کشوری برابر ۰/۹ بود. بر اساس نتایج، قوی‌ترین رابطه با کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در بین شش عامل، به مدیریت با ضرایب استاندارد شده ۰/۹۲ و ضعیف‌ترین رابطه با کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در بین شش عامل، به منابع انسانی با ضرایب استاندارد شده ۰/۲۹ اختصاص داشت.

مدل نهایی کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاایای طبیعی در ایران به همراه بار عاملی مؤلفه‌های آن در شکل ۱ نشان داده شده است.

بحث

پیش‌گیری از ایجاد و گسترش طغیان بیماری‌ها در بازماندگان بلاایای طبیعی، اهمیت بسیار زیاد دارد و گاهی دیده شده که تعداد تلفات ناشی از طغیان بیماری‌های واگیر به دنبال بلایا، از تعداد تلفات اولیه بلایا بیشتر بوده است. طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا



شکل ۱: مدل نهایی کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا به دنبال وقوع بلاای طبیعی در ایران

و همکاران است که در پژوهش خود اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت توزیع منابع انسانی بر شاخص‌های بهداشتی در آمریکا را بررسی نموده بودند و به این نتیجه رسیده بودند که توزیع منابع انسانی بر شاخص‌های بهداشتی تأثیرگذار بوده است (۱۵). تن هوپ بندر و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده بودند که افزایش تعداد نیروی انسانی بخش سلامت همراه با توزیع متعادل آن موجب کاهش میزان مرگ و میر می‌گردد (۱۶).

مؤلفه‌ی دیگر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاای طبیعی در ایران بر اساس نتایج تحقیق حاضر آموزش همگانی است. پژوهش لیفر و همکاران هم نشان داده است پاسخ مؤثر در کنترل طغیان بیماری‌ها در هنگام وقوع بلاای طبیعی مرهون اطلاع‌رسانی باکیفیت، سریع، آموزش همگانی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مردم است. پاسکاپورناما و همکاران با مطالعه روی بلاای طبیعی اتفاق افتاده در اندونزی به این نتیجه دست یافتند که آموزش همگانی در کاهش میزان طغیان بیماری‌های عفونی در هنگام وقوع بلاای طبیعی تأثیر مثبت داشته است (۱۷). مطالعه کیتاگاووا هم نشان داده است که آموزش دانش‌آموزان در مقاطع مختلف تحصیلی در ژاپن منجر به افزایش سطح آمادگی در برابر وقوع مخاطرات گردیده است (۱۸). این یافته هم‌جهت با یافته‌های پاسکاپورناما و همکاران است که آموزش مردم به‌ویژه دانش‌آموزان در زمینه مدیریت خطر بلایا در اندونزی در

در آن نبود و نقص مدیریت در سازمان‌ها و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات سلامتی مانع اصلی برای کسب آمادگی به‌منظور ارائه خدمات سلامتی در هنگام وقوع بلایا بوده است (۸). سازمان جهانی بهداشت نیز اشاره می‌کند که استفاده از مدیریت واحد، به اشتراک گذاشتن اطلاعات و برنامه‌ریزی‌های مشترک از عوامل بسیار مهم در پیش‌گیری از تداخل و موازی کاری و کسب اطمینان از ارائه خدمات سلامتی باکیفیت به مردم در هنگام وقوع بلایا است (۹). باون کامپ هم در پژوهش خود به موضوع مدیریت سلامت در بلایا پرداخته‌اند (۱۰).

مؤلفه‌ی دیگر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلاای طبیعی در ایران بر اساس نتایج تحقیق حاضر منابع انسانی است. نتایج پژوهش شینجو و آراماکی هم نشان داده است بین نحوه توزیع منابع انسانی و ارائه خدمات به بیماران در حوزه سلامت ارتباط قوی وجود دارد (۱۱). نامناسب بودن توزیع نیروی انسانی در حوزه سلامت در کشور چین بر روی پیامدها و برون داد مراقبت سلامت تأثیر بسیاری گذاشته بود. پژوهش‌های انجام‌شده در این کشور نشان داده که توزیع نامناسب نیروی انسانی باعث شده است تا شاخص‌های بهداشتی نسبت به حد طبیعی افزایش داشته باشد (۱۲، ۱۳). در ایران نیز پژوهش زندیان و همکاران نشان داده بود که نابرابری در توزیع منابع انسانی در استان اردبیل ارتباط معنی‌داری با بالا رفتن میزان شاخص‌های بهداشتی در این استان داشته است (۱۴). این یافته هم‌جهت با یافته‌های پژوهش فراهانی

و کنترل طغیان این بیماری‌ها را درگرو مشخص بودن شرح وظایف، مسئولیت‌های سازمان‌ها و داشتن برنامه مدونی برای کنترل طغیان این بیماری‌ها بیان کرده‌اند (۲۵ و ۲۴). پژوهش پینکوسکی هم نشان داد که همکاری و مشارکت در مدیریت بلایا در میان ارگان‌ها و سازمان‌های بخش دولتی و خصوصی در جامعه، شهر، منطقه، کشور، به‌شدت ضرورت دارد. آمادگی در بلایا به شناخت انواع مخاطرات، برنامه‌ریزی و هماهنگی می‌پردازد و دربرگیرنده استانداردهای ملی است که از مشارکت در همه سطوح حمایت کند (۲۶). یافته‌های پژوهش کوپرو نیز نشان داده است برنامه‌های مدیریت سلامت در بلایا شامل شبکه پیچیده‌ای از ارتباطات سازمانی است که مشارکت سازمان‌های ملی، محلی، انجمن‌ها، سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های داوطلب، دانشگاه، رسانه‌ها و سازمان‌های خارجی پشتیبان مالی را در برمی‌گیرد (۲۷). بر اساس مطالعه ریبری و همکاران مهم‌ترین علل مؤثر در هماهنگی نامطلوب در مدیریت ارائه خدمات سلامتی، عدم تعیین فرمانده واحد بر اساس هر یک از بلایای طبیعی، نظارت و کنترل‌های ضعیف، عدم تشکیل بانک اطلاعاتی جامع مدیریت بلایا، نبود برنامه ملی پاسخ به بلایا، عدم اصلاح و به‌روزرسانی قوانین، دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و استانداردها، کلی‌گویی قوانین و نامشخص بودن جزئیات عملیات و شرح وظایف سازمان‌ها، نا مؤثر بودن جلسات و مانورها در تمرین هماهنگی‌های بین سازمانی و شناخت نقاط اتصال و ارتباطات سازمانی ضعیف در بلایا بوده است (۲۸).

نتیجه‌گیری

بیماری‌های منتقله از آب و غذا در پی رخداد بلایای طبیعی می‌توانند سبب مرگ‌ومیر بسیاری در جمعیت تحت تأثیر شوند. با ارتقای نظام مراقبت سندرمیک، استفاده بهینه از نیروی انسانی، تهیه و تدارک تجهیزات موردنیاز در مرحله قبل از وقوع بلایا می‌توان پاسخ مناسب را داد. می‌توان با شناخت بهتر عوامل مؤثر بر وقوع طغیان‌های ناشی از بیماری‌های منتقله از آب و غذا، میزان بروز و شدت آن‌ها را کاهش داد. در این زمینه، تدوین سیاست‌ها و دستورالعمل‌ها و راهنماهای عملکردی در سطح ملی، تدوین برنامه و تأمین منابع و مشخص کردن ساختار مدیریت محلی، افزایش دانش و بهبود نگرش و کسب مهارت‌های لازم در سطح فردی، ارزیابی وضعیت موجود، شناسایی مخاطرات تهدیدکننده منطقه یا جامعه تحت پوشش، تهیه نظام ثبت اطلاعات و سیستم پایش روزآمد، طراحی، ایجاد و استقرار سیستم هشدار زود هنگام، تقویت نظام مراقبت سندرمیک، تهیه منابع و تجهیزات مورد نیاز برحسب نوع مخاطرات، آموزش مداوم و برگزاری مانور در جهت مدیریت و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا در هنگام وقوع بلایای طبیعی پیشنهاد می‌گردد.

کاهش میزان بروز بیماری‌های عفونی از جمله بیماری‌های منتقله از آب و غذا تأثیر داشته است (۱۷). در زمینه مصرف آب پژوهش حاتمی هم نشان داده است در همه‌گیری ویروس هپاتیت E در کرمانشاه در سال ۱۳۷۰ آموزش و اطلاع‌رسانی مردم در زمینه مصرف آب‌های جوشیده از طریق سیمای مرکز کرمانشاه، یکی از روزنامه‌های محلی به نام باختر، تریبون نماز جمعه، معلمین مدارس و ایراد سخنرانی در مدارس در کنترل همه‌گیری این بیماری نقش مؤثری داشت (۱۹).

یکی دیگر از مؤلفه‌های کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی در ایران بر اساس نتایج تحقیق حاضر نظام مراقبت سندرمیک است. نتایج مطالعه سالازار و همکاران هم نشان داده است تقویت نظام مراقبت سندرمیک در تشخیص زود هنگام و درمان اولیه منجر به کاهش میزان طغیان بیماری‌های عفونی در جمعیت آسیب‌دیده می‌گردد (۲۰). پژوهش بابایی و همکاران هم نشان داده است که اجرای نظام مراقبت سندرمیک بعد از وقوع بلایای طبیعی منجر به تشخیص زود هنگام در مراحل آمادگی، پاسخ و بازبایی گردیده بود همچنین آن‌ها تأکید کرده‌اند کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا از طریق تقویت نظام مراقبت سندرمیک و آموزش همگانی از اجزای پاسخ به یک بلا محسوب می‌شوند (۲۱). در زمینه اهمیت نظام مراقبت سندرمیک در کنترل طغیان بیماری‌ها در هنگام وقوع بلایای طبیعی، برقراری نظام مراقبت سندرمیک در محل اسکان افراد آسیب‌دیده یا در سطح جامعه از اقدامات مهم برای مدیریت و کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا، شناسایی و تشخیص زود هنگام طغیان‌ها در هنگام وقوع بلایاست (۲۲). یافته‌های پژوهش پاسکاپورناما و همکاران نشان داده است اجرای نظام مراقبت سندرمیک بعد از سونامی اقیانوس آرام در سال ۲۰۰۴ در اندونزی منجر به تشخیص عوامل خطر بیماری‌های عفونی، مدیریت و کنترل طغیان بیماری‌ها گردیده بود (۱۷).

تدارکات و تجهیزات مؤلفه‌ی دیگر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی در ایران است. یافته‌های مطالعه اوبویرین هم نشان داد که محدودیت منابع فیزیکی و عدم وجود سیستم هشدار اولیه به‌عنوان مشکلات کنترل طغیان این بیماری‌ها می‌باشد (۲۲). یافته‌های پژوهش باون کمپ هم نشان داده که برای ارائه پاسخ مناسب در هنگام طغیان بیماری‌ها سازمان‌های امدادی باید برنامه‌های خود را برای ۲۴ ساعت اول به‌منظور بررسی نیازها، منابع انسانی، تدارکات و تجهیزات معرفی کنند تا بتوان خدمات بهتری ارائه داد (۱۰). روبین هم در پژوهش خود پاسخ اولیه به بلایا را منوط به تأمین تجهیزات پزشکی موردنیاز می‌داند (۲۳).

مؤلفه‌ی دیگر کنترل طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا بعد از وقوع بلایای طبیعی در ایران بر اساس نتایج تحقیق حاضر برنامه کشوری است. محققین در مطالعه خود به اهمیت مشخص بودن برنامه سازمان‌های مرتبط با کنترل طغیان این بیماری‌ها اشاره کرده

1. Hit E. IMED 2011: International Meeting on Emerging Diseases and Surveillance. Vienna, Austria. February 4-7, 2011. Medscape Medical News. Journal online. Available at: <http://www.medscape.com/view/collection/31896>. Accessed Feb. 12, 2011.
2. Donner W, Rodríguez H. Population composition, migration and inequality: The influence of demographic changes on disaster risk and vulnerability. *Social forces* 2008;87(2):1089-114.
3. Kouadio IK, Aljunid S, Kamigaki T, Hammad K, Oshitani H. Infectious diseases following natural disasters: prevention and control measures. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2012;10(1):95-104.
4. Howard MJ, Brillman JC, Burkle FM Jr. Infectious disease emergencies in disasters. *Emerg Med Clin North Am* 1996;14(2):413-28.
5. Orata FD, Keim PS, Boucher Y. The 2010 cholera outbreak in Haiti: how science solved a controversy. *PLoS Pathog* 2014;10(4):e1003967.
6. Tappero JW, Tauxe RV. Lessons learned during public health response to cholera epidemic in Haiti and the Dominican Republic. *Emerg Infect Dis* 2011;17(11):2087-93.
7. Feigin RD, Cherry J, Demmler GJ, editors. Textbook of pediatric infectious diseases. Gulf Professional Publishing; 2004.p.28-66
8. Markenson D, DiMaggio C, Redlener I. Preparing health professions students for terrorism, disaster, and public health emergencies: core competencies. *Acad Med* 2005;80(6):517-26.
9. Health Consequences and WHO's response. Three months after the Indian Ocean earthquake – tsunami. [www.worldhealthorganization](http://www.worldhealthorganization.org) Accessed date: (2005-11-25).
10. Bowenkamp C. Coordination of mental health and community agencies in disaster response. *International Journal of Emergency Mental Health* 2000;2(3):159-65.
11. Shinjo D, Aramaki T. Geographic distribution of healthcare resources, healthcare service provision, and patient flow in Japan: a cross sectional study. *Soc Sci Med* 2012;75(11):1954-63.
12. ACMR. Market research in China. China county boundary with 2000 population census data from 9.5% long form data. Available at: www.acmr.com.cn/en. 2005.
13. Han J, Ji P & Wang H. Educational statistics yearbook of China. Available at: <http://tongji.cnki.net/overseas/engnavi/HomePage.aspx?id=N2012010030&name=YZKRM&floor=1>. 2005.
14. Zandian H, Ghiasvand H, Nasimidoost R. Measuring of inequity in healthcare resources: a pilot study. *Payesh* 2012;11(6):799-805.
15. Farahani M, Subramanian SV, Canning D. The effect of changes in health sector resources on infant mortality in the short-run and the long-run: a longitudinal econometric analysis. *Soc Sci Med* 2009;68(11):1918-25.
16. ten Hoop-Bender P, Liljestrand J, MacDonagh S. Human resources and access to maternal health care. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;94(3):226-33.
17. Pascapurnama DN, Murakami A, Chagan-Yasutan H, Hattori T, Sasaki H, Egawa S. Integrated health education in disaster risk reduction: Lesson learned from disease outbreak following natural disasters in Indonesia. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2018;29:94-102.
18. Kitagawa K. Preparing for the worst: disaster education in Japan. In: *East Asia Forum: Economics, Politics and Public Policy in East Asia and the Pacific*. Recuperado de: <https://goo.gl/Qq8qXA> 2016.
19. Hatami H. Epidemic report of hepatitis E in Kermanshah. *Nabz Journal* 1991;9:23-31.
20. Salazar MA, Pesigan A, Law R, Winkler V. Post-disaster health impact of natural hazards in the Philippines in 2013. *Glob Health Action* 2016;9:31320.
21. Babaie J, Ardalan A, Vatandoost H, Goya MM, Akbarisari A. Performance assessment of communicable disease surveillance in disasters: a systematic review. *PLoS Curr* 2015;7.
22. Oboirien M. Challenges of mass casualty management at a regional trauma centre in sub-saharan Africa. *Health* 2014;6(6): 491-5.
23. Rubin JN. Recurring pitfalls in hospital preparedness and response. In: *Hospital Preparation for Bioterror 2006* (pp. 1-15). Academic Press.
24. Ranjbar H, Haghdoost AA, Salsali M, Khoshdel A, Soleimani M, Bahrami N. Sampling in qualitative research: A Guide for beginning. *Annals of Military and Health Sciences Research* 2012; 10(3): 238-50.
25. Al-Busaidi ZQ. Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos Univ Med J* 2008;8(1):11-9.
26. Pinkowski J, editor. *Disaster management handbook*. CRC press; 2008.
27. Quero RA. Reframing coordination challenges for public-private partnerships in disaster preparedness. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012;57:440-7.
28. Rabiee A, Ardalan A, Poorhoseini SS. Assessment of coordination among lead agencies of natural disasters management in Iran. *Hakim Research Journal* 2013;16(2):107-17.