

مدیریت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی

* دکتر حمید رضا خانکه^۱، دکتر رخشنده محمدی^۲، دکتر فضل ا... احمدی^۳، دکتر سادات سید باقر مداح^۴، مریم رنجبر^۵، دکتر محمدرضا خدایی^۶

چکیده

هدف: در این مقاله که قسمتی از یک مطالعه بزرگتر می باشد سعی شده است بر اساس تجربیات ارائه دهندگان خدمات سلامتی در بلایا عوامل مؤثر در مدیریت خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا بررسی شود. **روش بررسی:** پژوهش حاضر به روش گراند تئوری انجام شده است. مشارکت کنندگان ۱۶ نفر شامل ۴ نفر پرستار، ۲ نفر روانپزشک، ۱ نفر اپیدمیولوژیست، ۱ نفر مددکار، ۱ نفر روانشناس، یک نفر متخصص بهداشت، ۱ نفر کارشناس ارشد بهداشت، ۱ نفر بهیار، ۳ نفر از اهالی بم و یک نفر پزشک عمومی بودند. از کل مشارکت کنندگان ۱۴ نفر مرد و ۲ نفر زن و میانگین سنی آنها ۳۷ سال بود. کلیه مشارکت کنندگان حداقل تجربه حضور در یک بلیه را داشتند. برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه دست نویس شده و با استفاده از روش استراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: مسئله مدیریت در ارائه خدمات سلامتی مورد تأکید مشارکت کنندگان در مطالعه قرار داشت و در ارتباط با این مفهوم مهم، برنامه ریزی، سازماندهی، هماهنگی و مشارکت سایر کشورها مطرح شد. نبود برنامه و نظم در ارائه خدمات سلامتی، نبود تقسیم کار، مشخص نبودن وظایف، تداخل کار و همپوشانی، موازی کاری، عدم هماهنگی بین مدیران و ارائه دهندگان خدمات، خود محوری، ناتوانی سازمان ملل در هماهنگی و جلب مشارکتهای بین‌المللی موانع اصلی تأمین خدمات سلامتی مورد نیاز بازماندگان در زمان وقوع بلا یاست و مدیریت مناسب با توجه به برنامه ریزی و کسب آمادگی قبلی بر مبنای تجارب قبلی و اطلاعات حاصل از بررسی منطقه، تأمین نیروی انسانی کافی، تقسیم کار صحیح و سریع، برقراری ارتباط از بدو ورود، هماهنگی از ابتدا درون و بین گروهها و استفاده از اطلاعات برای انجام هماهنگی، برخورد مناسب و قدردانی از خدمات گروههای خارجی و برقراری ارتباط مناسب با آنها می تواند خدمات سلامتی را در زمان وقوع بلایا تسهیل کند.

نتیجه‌گیری: کسب آمادگی از قبل، توجه به اهمیت برنامه ریزی ملی، استانی و محلی، تأمین نیروی انسانی کافی، تقسیم کار صحیح و سریع برای ارائه خدمات سلامتی، هماهنگی نیروها و تجهیزات و انجام هماهنگی توسط ستاد مرکزی بلایا واقع در محل به همراه جلب مشارکت بین‌المللی با برخورد مناسب زمینه را برای ارائه مدیریت مناسب خدمات سلامتی در بلایا فراهم می کند. **کلید واژه‌ها:** مدیریت خدمات سلامتی / بلایای طبیعی / گراند تئوری / برنامه ریزی / هماهنگی

- ۱- دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- دکترای مدیریت بهداشت، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- ۳- دکترای آموزش پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.
- ۴- دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۵- کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی
- ۶- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۲/۲۰

*آدرس نویسنده مسؤل:

تهران، شهری، امین آباد، مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی، دفتر پرستاری.

تلفن: ۲۲۶۰۱۶۰۴ داخلی: ۲۲۶

*E-mail: hrkhankeh@hotmail.com



مقدمه

از آنجاکه هر انسانی حق دارد از زندگی پر منزلتی برخوردار بوده و انتظار دارد به حقوق انسانی او ارزش نهاده شود، لذا لازمست همه اقدام‌های ممکن صورت گیرد تا رنج انسان‌ها از جنگ و بلایا کاهش یابد و هم چنین افراد آسیب دیده از بلایا حق دارند که زندگی پر منزلتی داشته و از کمک‌های لازم برخوردار شوند (۱).

بلایای طبیعی یک گسیختگی شدید جغرافیایی یا شرایط اضطراری با شدت بالاست که نتایجی مثل مرگ، آسیب و صدمات مالی، جانی و بیماری به همراه داشته و با روش‌های معمول و منابع موجود به طور مؤثر نمی‌توان آن را کنترل نمود، در نتیجه نیاز به کمک‌های خارجی دارد. در حقیقت بلایای طبیعی معرف پدیده‌های حاد با سرعت وقوع بالا و با تأثیرات عمیقی است. این پدیده‌ها مثل زلزله، سیل، طوفان و ... است. چرخه فرایند بلایا شامل پیوستاری است که از مرحله قبل از وقوع، در حال وقوع و پس از وقوع تشکیل شده است و این چرخه از نظر مدیریتی شامل مراحل کاهش اثرات یا پیشگیری، هشدار و آمادگی، پاسخ و بهبودی است (۲).

بلایای طبیعی بزرگ در طی دو دهه اخیر در دنیا حداقل ۸۰۰ میلیون نفر را متأثر کرده و منجر به مرگ هزاران نفر و آسیب اقتصادی بیش از ۵۰ میلیارد دلار شده است. از طرفی به دنبال افزایش تراکم جمعیت در مناطق مختلف کره زمین، اسکان انسانها در مناطق حادثه خیز بیشتر شده است. هم چنین خیلی از ساختارهای سلامتی تحت تأثیر پدیده‌های طبیعی آسیب می‌بینند. زلزله، سیلها، رانش زمین، طوفانها و ... نه تنها آسیب جدی به زیرساختهای جامعه می‌زنند بلکه باعث مرگ و میر انسانها و اختلال در عملکرد تسهیلات سلامتی که عملکرد آنها در لحظات بحرانی ضروری است می‌شوند (۳). از نظر آماری به طور کلی در سال بیش از ۱۲۸۰۰ نفر در سراسر دنیا در اثر بلایای طبیعی می‌میرند (۴). در دهه گذشته حدود ۸۸٪ کل مرگ و میر ناشی از بلایا، متعلق به بلایای طبیعی بوده است. ۸۳٪ از کل افرادی که در اثر بلایا فوت شده‌اند، آسیبی بوده‌اند. بلایای طبیعی به طور متوسط سالانه ۸۷ میلیارد دلار خسارت وارد می‌کنند (۵).

ایران کشوری بلاخیز است و می‌توان آنرا یکی از مستعدترین کشورهای جهان برای وقوع بلایا دانست (۶). تقریباً از ۴۰ نوع بلایای طبیعی ۳۱ مورد آن در کشور ما به وقوع می‌پیوندد. به طور کل ایران جزء ۱۰ کشور بلاخیز جهان است و ۹۰ درصد جمعیت آن در معرض خطرات ناشی از زلزله و سیل قرار دارند. به عبارتی دیگر ایران در آسیا چهارمین کشور و در دنیا مقام ششم را از نظر آمار وقوع حوادث طبیعی دارد (۷). آسیب‌پذیری ایران در برابر زلزله ۱۰۰۰ برابر آمریکا و ۱۰۰ برابر ژاپن است.

آمارهای سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که هر سال به طور متوسط در ایران ۱۰۷۴ نفر بر اثر زلزله جان خود را از دست داده‌اند (۸). آمارهای موجود نشان از افزایش وقوع بلایای طبیعی و یا عدم آمادگی در مقابله با آن دارد (۷).

بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی به علت قطع روند طبیعی زندگی، ایجاد آثار ناگواری مانند مرگ و میر، جراحات، ازکارافتادگی، تخریب تشکیلات اجتماعی و ایجاد حجم زیادی از نیازهای انسانی مانند سرپناه، غذا، پوشاک و کمک‌های اولیه و پیشرفته پزشکی، نیازمند مدیریتی توانمند در سطح مسئولین و نهادهای اجرایی است (۹).

مدیریت مؤثر سلامتی در بلایا بستگی به پیش بینی و شناسایی مشکلات حاصل از بلایا و در نظر گرفتن امکانات لازم در زمان و مکان مناسب و مقتضی دارد (۱۰).

بررسی‌های انجام شده در خصوص ارائه خدمات سلامتی در بلایا در ایران معرف عدم هماهنگی در تأمین و ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. در حوزه سلامت در بلایای طبیعی تحقیقاتی که در داخل کشور انجام شده یا در حال اجراست، غالباً کمی بوده و به طور عمیق به این پدیده پرداخته نشده است. به طور مثال ستاد مرکزی کاهش اثرات بلایای طبیعی وزارت بهداشت تحقیقی تحت عنوان مدیریت ساختار بهداشت و درمان در بحران در شهرهای بزرگ به ویژه تهران با هدف کاهش یا به حداقل رساندن مرگ و میر، بیماریها و ناتوانی‌های جسمی ناشی از بلایای طبیعی در شهرهای بزرگ انجام داده است. نتایج این پژوهش در نهایت دستورالعملی برای مدیریت نیروی انسانی، تجهیزات و دارو در پیش، هنگام و پس از بحران ارائه داده است. تحقیق دیگری نیز توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت با عنوان طرح ملی آماده سازی خدمات درمانی به آسیب دیدگان در هنگام بلایای طبیعی انجام شده است، که طی این مطالعه ۴ زلزله مهم و متفاوت کشور شامل رودبار، بجنورد، اردبیل و قائنات مورد بررسی قرار گرفته و با موارد مشابه در خارج از کشور مقایسه گردیده است و نقاط قوت و ضعف ارائه خدمات درمانی به آسیب دیدگان بررسی شده و براساس نتایج آن راهکارهای اجرایی تدوین شده است. نتایج کلی طرح معرف فقدان سیستم ستادی در سطح شهر، استان و ملی برای مدیریت سلامت، فقدان سیستم مالی برای پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی، عدم هماهنگی مناسب بین سازمانهای مختلف ارائه‌کننده خدمات سلامتی و سیستم ثبت و اطلاع رسانی است (۷).

هم چنین در چین نیز تحقیقی توسط اپینگ و همکاران (۲۰۰۴) تحت عنوان مدیریت بلایا (زلزله) انجام شد. این تحقیق باعث طراحی مدل مدیریت در زلزله، برنامه آموزشی جهت آگاه کردن مردم به منظور کاهش



انجام شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و دست نویس شد و به تأیید مشارکت‌کنندگان رسید، سپس خط به خط تحلیل شد. تحلیل داده‌ها براساس مدل پیشنهادی استراوس و کوربین (۱۹۹۸) انجام شد. در مرحله کدگذاری مجدداً کلیه مصاحبه‌ها خط به خط خوانده و به کرات بازنگری شد و با استفاده از کلمات یا عبارات کلیدی موجود در متن یا استنباط شده توسط محقق کدگذاری انجام شد. در این مرحله حدود ۱۴۰۰ کد اولیه استخراج شد. سپس محقق با مقایسه دائم کدها از نظر تشابه و تفاوت در مفاهیم، طبقات و زیر طبقه را شکل داد و ویژگی‌ها و ابعاد هریک را تعیین نمود که این فرایند ۱۴ طبقه مفهومی را نمایان کرد. پس از انجام کدگذاری محوری نهایتاً در مرحله کدگذاری انتخابی متغیر اصلی شناسایی و تعیین گردید که در این مرحله هماهنگی که در کلیه داده‌ها بطور بارز مطرح شده بود، به عنوان متغیر اصلی شناسایی گردید (۱۴).

جهت عینیت پذیری^۴ داده‌ها (مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی) از روشهای مقبولیت پژوهشگر^۵، بررسی طولانی و مشاهده مداوم^۶، تخصیص زمان کافی^۷، حسن ارتباط، بازنگری ناظرین^۸، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران^۹، مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و جست و جو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی^{۱۰} استفاده گردید (۱۳). در این پژوهش کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت گردید.

محدودیت پژوهش:

چون این مطالعه نیز مانند دیگر تحقیقات کیفی به بررسی ذهنی پدیده پرداخته است، یافته‌های آن ممکن است خاص همان موقعیت مورد مطالعه باشد و نتوان یافته‌ها را در موقعیت‌های دیگر به کار برد. البته بهتر آن است که قضاوت در این مورد با معیارهای چهارگانه گلیزر شامل تناسب، عمل کردن، ارتباط و قابلیت اصلاح صورت گیرد. تناسب به استحکام و ثبات داده‌ها اشاره دارد. یافته‌های تحقیق به طور پیوسته از داده‌های مصاحبه‌ها حاصل شدند. معیار بعدی به این نکته دلالت دارد که چگونه یافته‌ها در شرایط واقعی کاربرد دارد و این معیاری است که باید مدیران خدمات سلامتی درجه تحقق آن را مشخص کنند. ارتباط این است که یافته‌ها چه مقدار با کار واقعی در بلایا مرتبط هستند و قابلیت اصلاح، به امکان اصلاح یافته‌ها در سایه اطلاعات جدید برمی‌گردد.

اثرات ناشی از آن و روش تخمین خطرات زلزله شد (۱۱). در کل تحقیقات زیادی در ارتباط با سلامت در بلایای طبیعی صورت نگرفته است و عمدتاً تحقیقات انجام شده نیز کمی بوده و پدیده مدیریت سلامت در بلایا به طور عمیق و کامل بررسی نشده است. در این مطالعه با توجه به اهمیت و اولویت ارائه خدمات سلامتی هماهنگ و کارا با مدیریت مناسب سعی شده است این پدیده مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.

مطالعه حاضر قسمتی از یک مطالعه کیفی است که با هدف بررسی مدیریت خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه کیفی از نوع گراند تئوری است. گراند تئوری یک روش تحقیق کیفی است که برای بررسی فرآیندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسانی به کار می‌رود. این روش که توسط گلیزر و استراوس توسعه یافت، ریشه در مکتب تفسیری تعامل‌گرایی سمبولیک دارد. محقق با بکارگیری این روش درصدد توضیح دادن فرآیندهای اجتماعی یا ساختارهای کلیدی است که از متن داده‌های تجربی استخراج نموده است.

در این مطالعه از نمونه‌گیری هدفمند^۱ استفاده شد و با توجه به ماهیت پدیده خدمات سلامتی در بلایا که چند تخصصی است، سعی شد از افرادی که تجربه ارائه خدمات سلامتی در بلایا را داشته‌اند و از تخصصهای مختلف استفاده شود. پس از پدیدار شدن طبقات اولیه، شرکت‌کنندگان با نمونه‌گیری نظری^۲ انتخاب شدند تا افرادی شرکت کنند که بتوانند برای روشن شدن بیشتر تئوری در حال پدیدار شدن کمک کنند. ملاک اشباع داده‌ها^۳ برای آگاهی از کفایت نمونه پژوهش مورد استناد قرار گرفت (۱۲). کلیه مشارکت‌کنندگان حداقل تجربه ارائه خدمت در یک بلیه را داشتند و مشارکت‌کنندگان با تمایلی کامل در مطالعه شرکت کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، برای پژوهش‌های کیفی مناسب است (۱۳). بدین صورت که سئوالات کلی مثل «تجربه خودتان را در زمینه ارائه خدمات سلامتی در بلایا مطرح نمایید»، یا «مدیریت ارائه خدمات سلامتی چگونه بود» و ... مطرح می‌شود.

مصاحبه‌ها با سئوالات کلی و ساده شروع شد و به سمت سئوالات جزئی‌تر پیش رفت. مصاحبه‌ها حدود ۶۰-۴۵ دقیقه طول کشید. در مواردی که به نظر می‌رسید ابهامات و یا سئوالات دیگری مطرح است، مصاحبه دوم نیز انجام شد. مصاحبه‌ها در محل مورد نظر مشارکت‌کنندگان

- | | |
|---------------------------|---|
| 1- Purposeful sampling | 2- Theoretical sampling |
| 3- Saturation data | 4- Confirmability |
| 5- Researcher credibility | 6- Prolonged engagement |
| 7- Persistent observation | 8- External check |
| 9- Peer debriefing | 10- Searching for disconfirming evidences |



یافته‌ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۱۶ نفر متشکل از ۴ پرستار، ۱ بهیار، ۲ روانپزشک، یک روانشناس، یک پزشک عمومی، یک مددکار اجتماعی، یک کارشناس ارشد بهداشت، دبیر دبیرخانه بلایای طبیعی وزارت بهداشت، یک اپیدمیولوژیست و سه نفر از اهالی بم بودند. سن شرکت کنندگان بین ۳۰ تا ۶۵ سال با میانگین ۳۸ سال بود. شرکت کنندگان حداقل تجربه حضور در یک بلیه را داشتند. ۱۲ نفر از شرکت کنندگان مرد و ۲ نفر زن و تحصیلات ایشان از سوم راهنمایی تا تخصص پزشکی بود.

مسئله مدیریت در ارائه خدمات سلامتی مورد تأکید شرکت کنندگان در مطالعه قرار داشت. در ارتباط با این مفهوم مهم برنامه ریزی، سازماندهی، هماهنگی و مشارکت سایر کشورها مطرح شده است. نبود برنامه و نظم در ارائه خدمات سلامتی، فراموش شدن یکسری جاها برای ارائه خدمات و همپوشانی و تداخل، معرف مشکل برنامه ریزی در مدیریت ارائه خدمات سلامتی است. از طرفی لزوم کسب آمادگی قبل از بروز بلایا و اهمیت برنامه ریزی کلی، استانی و محلی باعث توجه مدیران به برنامه ریزی ارائه خدمات سلامتی در بلایا می‌شود. لذا در صورت توجه مدیران به جایگاه و اهمیت برنامه ریزی در ارائه خدمات سلامتی اقداماتی شامل جمع آوری اطلاعات، تعیین اولویت‌ها بر مبنای اطلاعات، تصمیم‌گیری بر مبنای اطلاعات، توجه به وسعت فاجعه، پیش بینی تیم ICS، پیش بینی محلی برای انتقال مصدومین، توجه به اولویت غذا و خورد و خوراک مردم، مشخص کردن وظایف افراد و گروهها از قبل، اولویت بندی اعزام نیروها، توجه به آموزش پرسنل، انجام مانور و برنامه ریزی جامع، ملی، استانی و محلی، برنامه ریزی نیروی انسانی، خدمات و پیگیری خدمات صورت خواهد گرفت و در نتیجه ما شاهد افزایش کارایی افراد و گروهها، اعزام گروههای کارآمد با وسایل کافی، ارائه خدمات جامع مستمر، پیگیر و فعال در حوزه سلامت با هماهنگی کامل خواهیم بود.

... در صورت بروز یک زلزله دیگر من متأسفانه همین احساس را دارم که باز دوباره یک بهم ریختگی جدید دیگر، یک ناهماهنگی دیگر، مگر اینکه سر و سامانی باشد، یک برنامه ریزی قبلی شده باشد که بدون من جایگاهم کجاست چکار باید بکنم، کی آماده باشم، برنامه کاریم را چطور تنظیم بکنم ... باید از قبل نیروهامون را مشخص کنیم، آموزش بدیم... اول برنامه ریزی باید کرد، برای آوردن مصدومان، بررسی امکانات و میزان تخریب ... باید از قبل مدیریتی باشد، آموزشی باشد، برنامه ریزی بشه، مصدوم را به جاهای مختلفی که باید ببرند یا ارجاع بشه مشخص باشه ... افرادی که دارن می‌رن برای کمک، حکم و ابلاغ

می‌خواد، به این راحتی نیست، در خارج وقتی زلزله می‌شه افراد از قبل مشخص هستند، می‌رن، منتظر حکم یا وسایل نمی‌شن، می‌دونه باید چکار کنه.

... شما باید از قبلش آماده بشید، چند تا سناریو را باید پیش بینی کنید، می‌گن اگه اینجور بشه ما آن کار را می‌کنیم. حالا تمام این سناریوها رو روزی که اتفاق می‌افتد می‌شود یک سناریو عملیاتی، حالا این زمانی که از چند تا سناریو که تمرین کردید، یکی شو باید اجرا کنیم، باید از قبل آماده باشیم، مدیریت و فرماندهی باید از قبل تعریف بشه، استانداردهامون باید تعریف بشه، روشهای کار و برنامه عملیاتی باید بدانیم استانداردهاش چیه، بعد از آن برنامه‌های ریزتر... پس باید برای اینکه مشکل هماهنگی را حل کنیم، برنامه عملی داشته باشیم، بعد برنامه سلامت در اون مشخص باشد، بعد برنامه‌های عملیاتی را تو محل ببریم... برنامه ریزی با استفاده از اطلاعات خیلی قشنگ و بهتر می‌تونست باشه... اطلاعات لازمه ولی همینطور درست نمی‌شه، آدم کاردان می‌خواد، تیم بررسی خوب می‌خواد...

مسئله سازماندهی نیز در مدیریت ارائه خدمات سلامتی از اهمیت خاص برخوردار بود بطوریکه از مصاحبه‌های انجام شده چنین استنباط می‌شود که نبود تقسیم کار، بی نظمی و تداخل کارها، مشخص نبودن وظایف، همپوشانی و تداخل، بکارگیری متخصصین در کارهای غیر تخصصی، معرف بی توجهی به سازماندهی است. لزوم تأمین نیروی انسانی کافی و انجام تقسیم کار برای ارائه خدمات سلامتی نیز معرف اهمیت توجه به مسئله سازماندهی در مدیریت خدمات سلامتی است. در صورت توجه به اهمیت سازماندهی در مدیریت خدمات سلامتی اقداماتی مثل تقسیم جغرافیایی منطقه برای ارائه خدمات، توجه به وسعت حادثه و موقعیت جغرافیایی برای تشکیل و اعزام تیمها و نیروها، تشکیل گروههای سلامت در استانها از قبل، سازماندهی سریع نیروهای امدادی و تقسیم نیروها براساس برسیها، سازماندهی نیروها از ابتدا، تقسیم تیم خدمات سلامتی به پیش بیمارستانی، بیمارستانی، بهداشتی، روانی اجتماعی (توسط بهزیستی)، انتخاب افراد ورزیده، ثبت نام نیروها از ابتدا، اعزام نیروها و گروههایی شامل: اکیپ شناسایی (تیم بررسی)، تیم پزشک عمومی و پرستار و تیم مراقبتی - درمانی به محل صورت می‌گیرد. در نتیجه توجه مدیران به اهمیت سازماندهی، تقسیم کار درست، افزایش کارایی افراد و گروهها، نبود بی نظمی و تداخل کارها، مشخص بودن وظیفه و تقسیم کار و در نهایت ارائه خدمات سلامتی در دسترس، مستمر، کارا و هماهنگ در زمان بروز بلایا صورت می‌گیرد.



برنامه‌ریزی:

- ۱- بررسی و جمع آوری اطلاعات ۲- تعیین اولویت‌ها بر مبنای اطلاعات ۳- تصمیم‌گیری بر مبنای اطلاعات ۴- توجه به وسعت فاجعه ۵- پیش‌بینی تیم ICS ۶- پیش‌بینی محلی برای انتقال مصدومین ۷- توجه به اولویت غذا و تغذیه مردم ۸- مشخص کردن وظایف افراد و گروهها از قبل ۹- الویت بندی اعزام نیروها ۱۰- توجه به آموزش پرسنل ۱۱- انجام برنامه ریزی جامع، ملی، استانی و محلی ۱۲- انجام مانور بر مبنای برنامه ۱۳- برنامه ریزی نیروی انسانی ۱۴- برنامه ریزی خدمات و پیگیری خدمات

سازماندهی:

- ۱- تقسیم جغرافیای منطقه ۲- توجه به وسعت فاجعه و موقعیت جغرافیایی برای تشکیل و اعزام تیمها ۳- تشکیل گروههای سلامت در استانها از قبل ۴- سازماندهی سریع نیروهای امدادی ۵- تقسیم نیروها بر اساس بررسیها ۶- سازماندهی نیروها از ابتدا ۷- تقسیم تیم خدمات سلامتی به پیش بیمارستانی، بیمارستانی، بهداشتی و روانی اجتماعی ۸- انتخاب افراد ورزیده ۹- ثبت نام نیروها از ابتدا ۱۱- اعزام گروههای بررسی و تیم پزشکی عمومی و پرستار و تیم مراقبتی و درمانی

هماهنگی:

- ۱- برقراری ارتباط بین افراد گروهها ۲- استفاده از اطلاعات برای هماهنگی ۳- هماهنگی درون و بیرون گروهها ۴- هماهنگی از ابتدا ۵- انجام هماهنگی توسط ستاد مرکزی بلایا ... اگر ما در کارها مون مدیریت و تقسیم کار داشته باشیم، باور کنید مردم ما و گروههای تخصصی ما خیلی خوب می‌توانند کمک کنند... ولی بدیش اینه که همه قر و قاطی است، همه گیج هستند، هیچ کس نمی‌دونه چکارکنه، هر کس می‌خواه کمک کنه، ولی نمی‌دونه چکار کنه... مثلاً رساندن غذا و مواد مورد نیاز مردم را ما انجام می‌دادیم و کارهای تخصصی مربوط به ما را یک گروه دیگر که اصلاً تخصصی نداشتند، چون کسی نبود که به ما بگوید چکار کنید... باید تقسیم کار بشه هرکسی یک قسمت کار را دست بگیره، یک گروه سلامتی را، یک گروه مشکلات شهری را...

گروههای مختلف می‌آمدند و هرکس می‌رفت و جایی قرار می‌گرفت، هرکس می‌رفت و جایی در شهر برای خودش تقسیم می‌کرد و یک جوری تقسیم می‌کرد... کمیته امداد یک جوری، بهزیستی یک جوری... ما نقشه بم را گذاشتیم جلومون و خودمون مناطق را تقسیم کردیم مناطق جغرافیایی را و بچه‌ها را برنامه ریزی کردیم و بتدریج فرستادیم.

.... ترکیب تیم در موارد مختلف متفاوت است. در زلزله‌های مختلف،

شرایط جغرافیایی و دوری و نزدیکی راه باید یک کمیته مرکزی باشه که تصمیم بگیره... باید افراد از اول که وارد منطقه می‌شوند مشخصاتشان ثبت بشه و اقداماتی را که باید انجام دهند مشخص بشه...

مسئله ای که تقریباً از نظر کلیه مشارکت کنندگان به صراحت استنباط می‌شود اهمیت هماهنگی در ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلا است. بی‌نظمی، تداخل کارها، موازی کاری، ارائه خدمات به افراد و گروههای تکراری، ارائه خدمات با تشخیص فردی توسط افراد و گروهها، عدم هماهنگی مدیران اورژانس، بیمارستانی و تجهیزات، ناهماهنگی در ارتباط بین گروهها، نداشتن سیستم اطلاعاتی، مشخص نبودن مدیر و هماهنگ کننده، خود محوری، تأخیر در مدیریت و هماهنگی از بدو ورود و هرز رفتن نیروها بعلت ناهماهنگی، معرف عدم هماهنگی و نقص در آن در ارائه خدمات سلامتی در بلا است. در صورت توجه به اهمیت هماهنگی در ارائه خدمات سلامتی فعالیتهایی مثل برقراری ارتباط از مدخل ورودی و از قبل، هماهنگی از ابتدا، هماهنگی نیروها و تجهیزات، هماهنگی درون و بیرون گروهها، استفاده از سیستم اطلاعاتی برای هماهنگی و انجام هماهنگی توسط ستاد مرکزی بلایا انجام می‌شود. در نتیجه این اقدامات ارتباط بین افراد و گروهها برقرار شده، از امکانات، نیروها و تجهیزات به خوبی استفاده می‌شود، وظایف مشخص است و خدمات بطور مستمر، پیگیر و هماهنگ به بازماندگان ارائه می‌گردد.

... متأسفانه کسی نبود که هماهنگی کنیم. از بدو ورود ما مشکل داشتیم... مشکل این بود که ممکن بود سپاه همین کار ما را انجام بده همون جا، هلال احمر هم همین کار را انجام بده، بهزیستی هم همین، بعضی جاها ممکن بود ۱۰ اکیپ بزنند، بعضی جاها هیچ کس نرود... ما اونجا دیدیم که مدیریت نبود، هماهنگی نبود که کارها رو آدمها را هماهنگ کند... بعضی جاها که ما می‌رفتیم هیچ گروهی نبود و هیچ خدمت تخصصی نداده بودند...

اون که مدیره باید به همه اطلاع بده که ساعت اول برای ارتباط برای هماهنگی ... خود مدیران هم با هم خیلی مشکل داشتند، مدیریت اورژانس، با مدیریت بیمارستان با مدیریت لوازم پزشکی که تخلیه می‌کردند ... مدیریت چند گانه بود، تداخل بود... بزرگترین مشکل هماهنگی بود ... چون هیچ کس فرمانده عملیات نبود ... ابزار هماهنگی اطلاعات است، شما با اطلاعات می‌تونید هماهنگی کنید، هماهنگی این رو بکن این رو نکن نیست تسهیل امور است...

در مدیریت خدمات سلامتی مسئله مشارکت سایر کشورها لازمست در نظر گرفته شود. جلب توجه بین المللی به حادثه، برخورد مناسب و قدردانی از خدمات گروههای خارجی از عوامل مؤثر در مشارکت سایر



خدمات سلامتی، هماهنگی نیروها و تجهیزات، هماهنگی درون و بین گروههای ارائه دهنده خدمات سلامتی و انجام هماهنگی توسط ستاد مرکزی بلایا واقع در محل به همراه جلب توجه بین المللی به حادثه و برخورد مناسب و قدردانی از خدمات گروههای خارجی زمینه را برای ارائه مدیریتی مناسب در بلایا فراهم کرده و در نتیجه ما شاهد افزایش کارایی افراد و گروهها، اعزام گروههای کارآمد با وسایل کافی، ارائه خدمات جامع، مستمر، پیگیر، فعال و در دسترس، نبود بی نظمی و تداخل، مشخص بودن وظیفه و کار، تقسیم کار درست، برقراری ارتباط بین افراد و گروهها و استفاده بهینه از امکانات، نیروها و تجهیزات و جلب مشارکت سایر کشورها خواهیم بود.

یکی از شرکت کنندگان در این زمینه چنین می گوید: اگر ما در کارهامون مدیریت و تقسیم کار داشته باشیم باور کنید مردم ما و گروههای تخصصی ما خیلی خوب می توانند کمک کنند...

مشارکت کننده دیگری معتقد است که در مرحله اجرا و اقدامات بزرگترین اتفاقی که می افتد و تجربه زرد هم نشون داد، این است که هماهنگی بسیار مهم است، هماهنگی براساس بررسی و اطلاعات... همانطور که به طور کامل از یافته های پژوهش استنباط می شود برنامه ریزی، سازماندهی، جلب مشارکت سایر کشورها و مخصوصاً هماهنگی، جایگاه ویژه ای در تأمین خدمات سلامتی مورد نیاز مصدومین و بازماندگان در زمان وقوع بلایا دارد. به طوری که مارکنسون (۲۰۰۵) معتقد است که مانع اصلی برای کسب آمادگی به منظور ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا نبود و نقص هماهنگی در خدمات سلامتی و سازمانها و نهادهای ارائه دهنده خدمات سلامتی است. اطمینان از مدیریت واحد و هماهنگی ثبات و تداوم استانداردها از مسایل بسیار مهم است (۱۵).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) نیز چنین اشاره می کند که استفاده از مکانیسم های هماهنگی، به اشتراک گذاشتن اطلاعات و برنامه ریزی های مشترک از عوامل بسیار مهم در پیشگیری از تداخل و موازی کاری و کسب اطمینان از ارائه خدمات سلامتی با کیفیت به مردم است (۱۶).

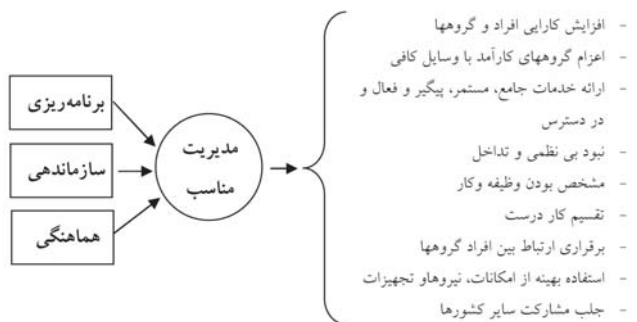
در حقیقت موفقیت برنامه مدیریت بلایا به هماهنگی سازمانهای درگیر و فعالیت های آنها قبل، حین و بعد از شرایط بحرانی بستگی دارد (۱۷). در تحقیقی که توسط داستی و باون کامپ تحت عنوان توسعه برنامه هماهنگی سازمان های ارائه دهنده سلامت روان و نهادهای اجتماعی در پاسخ به بلایا انجام شد، روی اهمیت هماهنگی در پاسخ به بلایا بشدت تأکید شده است به طوری که ایشان معتقدند که بدون هماهنگی بین سازمانهای مختلف، گروهها و نهادها نمی توان پایشی روی سطوح خدمات و کیفیت آنها، بررسی اعتبار و مهارت داوطلبین کمک یا

کشورها در ارائه خدمات سلامتی در بلایاست. البته ناتوانی سازمان ملل در جلب حمایتها و کمکهای بین المللی و اعزام نیروهای کم تجربه برای کسب تجربه و انجام پژوهش به منطقه از موانع جلب حمایتهای بین المللی است.

بعضی از کشورها این زرنگیها را می کنند، نیروهای کارنکرده خودشون را می فرستادند در کشورهای جهان سوم تا کسب تجربه کنند. هر کسی صلاحیت نداره و هر کسی می خواد بیاد آموزش ببیند...

در صورت مشارکت سایر کشورها اقداماتی مثل احداث بیمارستانهای صحرائی، تجهیزات کامل، ورود سریع به محل حادثه با هماهنگی کامل، پیش بینی نیازهای افراد و گروهها و مشارکت در ابعاد مختلف سلامت مثل سلامت روان صورت می گیرد و در نتیجه مشارکت سایر کشورها، جبران کمبودها و مشکلات حوزه سلامت در بلایا و ارائه خدمات سلامتی بهتر به بازماندگان محتمل تر است و مدیران نیز چگونگی ارتباط و جلب اعتماد و استفاده از کمکهای خارجی را می آموزند.

... کمکهای کشور خارجی زیاد بود... من در بم گروههای خارجی پزشکی را دیدم، پزشکهای ما بعداً رسیدن، امکانات ما بعد از آنها رسید. خارجیا همه دستگاہها را اونجا داشتند، عملی می خواستند انجام بدند همانجا انجام می دادند و اگر ۱۰ تا مریض بود عمل جراحی را کامل انجام می دادند، طرف خوب می شد و یک هفته بهش می رسیدند به غذاش می رسیدند به جاش می رسیدند و... خود سازمان ملل دچار فلج بود سازمان ملل توی این داستان مشکل داشت که من فکر می کنم که فاجعه، فاجعه کوچکی نبود...



بحث

با توجه به اینکه مسئله مدیریت در ارائه خدمات سلامتی مورد تأکید شرکت کنندگان قرار داشته و از طرفی مدیریت مناسب نقش مهمی در ارائه خدمات سلامتی هماهنگ، منسجم، در دسترس و مستمر دارد، در نتیجه کسب آمادگی قبل از بروز بلایا، توجه به اهمیت برنامه ریزی ملی، استانی و محلی، تأمین نیروی انسانی کافی، انجام تقسیم کار برای ارائه



ارائه خدمات سلامتی هماهنگ، منسجم، در دسترس و مستمر دارد، در نتیجه کسب آمادگی از قبل، توجه به اهمیت برنامه ریزی ملی، استانی و محلی، تأمین نیروی انسانی کافی و تقسیم کار صحیح و سریع برای ارائه خدمات سلامتی، هماهنگی نیروها و تجهیزات، انجام هماهنگی توسط ستاد مرکزی بلایا واقع در محل به همراه جلب مشارکت بین‌المللی با برخورد مناسب زمینه را برای ارائه مدیریت مناسب خدمات سلامتی در بلایا فراهم می‌کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه افرادی که در این مطالعه شرکت داشتند، خصوصاً اهالی محترم بم سپاسگزاری می‌نمایند. هم چنین بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم دبیرخانه بلایای طبیعی وزارت بهداشت به خاطر همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

استفاده از اطلاعات در مورد نیازها و حوزه‌های مرتبط با سلامت انجام داد. آنها در ادامه می‌گویند که برای حل این مشکل که به صورت اجتناب ناپذیری در زمان وقوع بلایا اتفاق می‌افتد، مخصوصاً در مرحله پاسخ باید ابتدا سازمانهای مهم مرتبط، برنامه‌ها و خدماتی که درون جامعه در دسترس مردم هستند را شناسایی کرد. باید این سازمانها و ارگانها برنامه‌های خود را برای ۲۴ ساعت اول به منظور بررسی نیازها، منابع و مسئولیتها مشخص و معرفی کنند. مسایل مربوط به مرزبندی‌ها و حوزه‌های عملکردی باید در این مقطع کنار گذاشته شود تا بتوان خدمات بهتری ارائه داد (۱۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه مسئله مدیریت در ارائه خدمات سلامتی مورد تأکید شرکت کنندگان قرار داشته و از طرفی مدیریت مناسب نقش مهمی در

منابع:

- ۱- پروژه اسفر (۲۰۰۴). منشور بشردوستانه و حداقل استانداردهای امداد رسانی در بحران.
- 2- Novick M, Liyod F, Marr J. Public Health Issues in disaster preparedness focus on Bioterrorism. Jones and Barlett publication. 2003. pp: 1-3
- 3- Guideline for vulnerability reaction in the design of new health facilities (WHO). (2004).
- 4- Mayers D, Mayers W, David F. Disaster mental health services. Brunner – Rout Ledge Company. (2005).
- 5- Sharma K, Sharma R, Gagandeep. Natural disaster. APH Publishing Corporation. (2005).
- 6- United Nation. Disaster Response Plan for the Islamic Republic of Iran. (1997)
- ۷- سایت اطلاع رسانی وزارت کشور (۱۳۸۳). تاریخ دسترسی به سایت ۱۳۸۴/۲/۲۰
- ۸- بوجر و اندرو، (۱۳۸۳). نمایندگی عمران سازمان ملل. پاکستان
- ۹- مجموعه مقالات ارائه شده در کنگره سراسری نقش پرستار و ماما در فوریت‌های پزشکی، اسفند ۱۳۸۳
- 10- Pan American Health Organization. Natural disasters protecting the public's Health.(2000)
- 11- Aiping T, Aihuo W, Xiabin T. Earthquake Disaster management in China.(2004) Accessed date: (2005/03/19).
- 12- Galsler B, Strauss AL. Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research Aldine de Gruyter, New York. (1987).
- 13- Streubert S, Helen J, Rinaldi C, Dona. Qualitative Research in nursing. 3rd edition. Lippincott company.(2003).
- 14- Strauss, Anselm and Corbin, Juliet. Basics of Qualitative Research. 2nd edition. Sage Publications. (1998).
- 15- Markenson D. Preparing Health Professions students for Terrorism, Disaster and Public Health Emergencies: Core Competencies. The Journal of Academic Medicine. Lippincott William and Wilkines.(2005).
- 16- Health Consequences and WHO's response. Three months after the Indian ocean earthquake – tseunami. www.worldhealthorganization. Accessed date:(2005-11-25).
- 17- Manitoba Health. Disaster management model for the health sector.(2002).
18. Dusty, Bowenkamp, Christine. Program Development Coordination of mental health and community agencies in Disaster response. International Journal of Emergency Mental Health.(2000). 2 (3). pp: 159-165