

مدیریت حوزه سلامت در بلایای طبیعی با تأکید بر توانبخشی

* حمید رضا خانکه^۱، مسعود فلاحی^۲، مریم رنجبر^۳، فضل‌ا... احمدی^۴

- ۱- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۲- دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۳- کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- ۴- دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۱۰/۲۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۹

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری
تلفن: ۲۲۱۸۰۰۳۶

* E-mail: hrkhankeh@hotmail.com

چکیده

بلایا اتفاقات معمول و روزمره نیستند. آنها از هر نوعی که باشند، طبیعی یا انسان ساخت، زندگی و فعالیت‌های هر جامعه‌ای را مختل کرده و کلیه منابع فردی و اجتماعی را تخریب می‌نمایند. در شرایط پس از بلیه، بعد از شوک اولیه، بازگرداندن زندگی و معاش مردم به شرایط طبیعی از مهمترین دغدغه‌های جوامع و ملت‌هاست. به‌طور سنتی این مرحله تحت عنوان توانبخشی و بهبودی شناخته شده است. بازتوانی در حوادث به معنی بازگرداندن جامعه به شرایط قبل از بلیه است. در حقیقت فرایندی است که ممکنست سالیان درازی طول کشیده و تمام جنبه‌های فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی جامعه را در بر بگیرد. از آنجا که بلایا حیات انسان را تهدید می‌کنند، بنابراین آماده بودن تنها راه دستیابی به نتایج بهتر است. برنامه‌ریزی صحیح قبل از وقوع بلیه و استفاده هماهنگ از منابع می‌تواند منجر به پاسخی مؤثر و مناسب به بحران شود. در این برنامه آمادگی، باید ضمن تأکید روی مشارکت مدیران محلی بازسازی ساختارهای مدیریتی نیز صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: بلایای طبیعی / خدمات سلامتی / مدیریت سلامت / توانبخشی در بلایا



آسیب‌پذیری ایران در برابر زلزله ۱۰۰۰ برابر آمریکا و ۱۰۰ برابر ژاپن است. آمار 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 (بوجر و اندرو). آمارهای موجود نشان از افزایش وقوع بلایای طبیعی و عدم آمادگی برای مقابله، پاسخ و توانبخشی به آنها دارد (۸).

سلامت و بلایای طبیعی:

بلایای طبیعی به عنوان حوادثی که خارج از کنترل انسانها می‌باشند در نظر گرفته شده‌اند و معمولاً به مرگ و میر و آسیبهای متنوعی منتج می‌شوند و وضعیت بهداشت و سلامت عمومی مردم را به طور مشخص متأثر می‌سازند. بلایا به طرق مختلف زندگی مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند. آنها ممکن است اثرات عمیق، آشکار و نتایج نامعلومی داشته باشند. اثرات ناشی از بلایای طبیعی ممکن است به طور مستقیم سبب صدمات و مرگ و میر شده و یا به صورت غیر مستقیم منجر به انتقال بیماریهای واگیر گردد. عدم شرایط بهداشتی مناسب و زندگی دسته جمعی، مشکلات عدیده‌ای را بوجود می‌آورد (۲). بحران‌های ناشی از بلایای طبیعی به علت قطع روند طبیعی زندگی و آثار ناگواری مانند مرگ و میر، جراحات، از کارافتادگی، 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).

در کل می‌توان چنین استنباط کرد که خدمات سلامتی در بلایای طبیعی عامل اصلی بقاء انسانهاست. بلایا همیشه تأثیر چشمگیری بر بهداشت، سلامت عمومی و رفاه جمعیت آسیب‌دیده برجای می‌گذارند. اوایل تصور می‌شد که عملکرد حوزه سلامت فقط محدود به دوره بعد از وقوع بلیه است، اما با توجه به این که وزارت بهداشت و سازمانهای دولتی و غیردولتی درگیر خدمات سلامتی در مرحله بعد از بلیه عدم هماهنگی‌های متعددی داشته‌اند، کار روی کسب آمادگی قبل از وقوع بلایا در حوزه سلامت مطرح شد تا عوامل مربوطه بتوانند خدمات سلامتی بهتری ارائه دهند. در این رابطه مسئولین سلامتی به این نتیجه رسیده‌اند که نه تنها مردم بعد از بلایا به خدمات وسیع، گسترده و در دسترس نیاز دارند، بلکه لازم است سیستم سلامتی نیز آسیب‌پذیری کمی در مقابل بلایا داشته باشد. باید سیستمهای سلامتی با توجه به تکنولوژی روز طوری طراحی شوند که حداقل آسیب‌پذیری را داشته باشند (۳).

مدیریت سلامت در بلایای طبیعی:

مدیریت مؤثر سلامتی در بلایا بستگی به پیش‌بینی و شناسایی

خبرهای روزانه به طور معمول حاوی داستان‌هایی درباره چگونگی وقوع یک سیل، زلزله یا طوفان در سراسر دنیا و مشکلات مردم در مواجهه با این حوادث است. در حقیقت به عنوان یک فرهنگ، در حال حاضر بیش از پیش ما نگران بلایا هستیم. شاید مهمترین پیامی که از این اتفاقات می‌توان گرفت آن است که اگر وقوع بلایا اجتناب ناپذیر باشد، بهترین کاری که می‌توان انجام داد شناخت، مواجهه درست با آنها و تلاش برای بازگشت به شرایط معمول بعد از وقوع بلایاست. سئوالات اصلی که در این مقاله سعی شده که به آنها پرداخته شود عبارتند از:

– بلایا چه هستند و چگونه می‌توان برای مقابله با آنها آماده شد؟

– سلامت و مدیریت سلامت در بلایا چیست؟

– جایگاه خدمات توانبخشی در این شرایط چگونه است؟

بلایا چه طبیعی و چه انسان ساخت زندگی و کارکرد طبیعی مردم و جامعه را مختل کرده و منابع انسانی و غیر انسانی را تخریب می‌کند (۱). بلایای طبیعی قدمتی برابر با تاریخچه انسان دارد و با سرنوشت زمین و آسمانها عجین شده است. حوادث این بلایا به هر جامعه‌ای مربوط می‌شوند و هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان مصون از آن دانست (۲). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) بلایای طبیعی را یک اختلال جدی در کارکرد جامعه می‌داند که عامل آسیب شدید و گسترده انسانی و محیطی است و این آسیب و تخریب از توان سازگاری جامعه متأثر فراتر است. بلایای طبیعی بزرگ در طی دودهمه 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 (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 سالیانه ۸۷ میلیارد دلار خسارت وارد می‌کنند (۵). سرزمین ما ایران نیز کشوری بلاخیز است و می‌توان آن را یکی از مستعدترین کشورهای جهان برای وقوع بلایا دانست. تقریباً از ۴۰ مورد 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 (۶). به عبارتی دیگر ایران در آسیا چهارمین کشور و در دنیا مقام ششم را از نظر آمار وقوع حوادث طبیعی دارد (۷).



مشکلات حاصل از بلایا و در نظر گرفتن امکانات لازم در زمان و مکان مناسب و مقتضی دارد (۳). چرخه فرآیند بلایا شامل پیوستاری است که از مرحله قبل از وقوع، در حال وقوع و پس از وقوع تشکیل شده و این چرخه از نظر مدیریتی شامل مراحل کاهش اثرات یا پیشگیری، هشدار و آمادگی، پاسخ، بهبودی و توانبخشی است (۱۰). به عبارتی دیگر در مدیریت بلایا ۳ مرحله اصلی وجود دارد. پاسخ و توانبخشی، آمادگی در مقابل بلایا و کاهش اثرات و عوارض ناشی از بلایا. این سه مرحله تحت عنوان چرخه مدیریت بلایا شناسایی شده‌اند. بعد از بروز بلایا عملکرد و فعالیتها شامل پاسخ، باز توانی و بازسازی است. در طی مرحله بازسازی فرصت کافی برای اجرای برنامه‌های کاهش عوارض و تقویت برنامه‌های آمادگی وجود دارد (۳). سازمان پان امریکن هدف مرحله آمادگی در بلایا را کسب اطمینان از اینکه سیستم‌ها، روشها و منابع مناسب و متناسب به منظور تأمین کمکهای مؤثر و قوی به قربانیان بلایا و تسهیل و فراهم آوردن معیارهای تسکینی و خدمات توانبخشی در محل حضور دارند می‌داند. آمادگی در بلایا یک فرآیند مستمر و چند واحدی (چند بخش) و یک قسمت منسجم از برنامه ملی مدیریت بلایاست. حوزه سلامت بخش بسیار مهمی را در مرحله آمادگی و پاسخ به بلایا به عهده دارد. در زمان وقوع بلایا حوزه سلامت مسئولیت درمان صدمات و آسیبها، نظارت و مراقبت از بیمارها، نظارت و تأمین فاضلاب، نظارت شدید روی وضعیت خدمات سلامتی در کمپها یا اقامتگاه‌های موقت برای افراد جابجا شده و بازماندگان، آموزش و تأمین منابع و حمایت‌های پشتیبانی را به عهده دارد. مسئولین حوزه سلامت در زمان وقوع بلایا باید تمام جنبه‌های خدمات سلامتی رایج در شرایط عادی را نیز تأمین کنند. آمادگی باید کلیه خدمات و فعالیت‌های سلامتی و نظامهای مرتبط را شامل شود و نمی‌تواند فقط به جنبه‌های قابل مشاهده مثل مدیریت صدمات و خدمات پزشکی اورژانس بپردازد.

خدمات پیش بیمارستانی، بیمارستانی و توانبخشی برای درمان مصدومین از برنامه‌های اصلی سازماندهی خدمات سلامتی در موقعیتهای بلایاست. خدمات پیش بیمارستانی روی امداد و نجات قربانیان تأکید داشته و نیازمند به پرسنل پزشکی متخصص و امکانات کامل است.

خدمات پیش بیمارستانی دیگر شامل خدمات کمک‌های اولیه در محل متناسب با شدت جراحات، تأمین خدمات فوری، شناسایی مصدومین و اولویت بندی آنها و انتقال آنها به بیمارستانها می‌باشد. برنامه بیمارستانی بلایا به سازماندهی درون بیمارستانی می‌پردازد و روی توسعه برنامه‌های اورژانس، آموزش اطلاع رسانی، امنیت

بیماران و پرسنل بیمارستان، تخلیه افراد، در دسترس بودن داروها و تجهیزات پزشکی برای خدمات اورژانس، ارتباطات و تأمین نیرو، آب و حمل و نقل می‌پردازد. خدمات توانبخشی با هدف بازگرداندن فرد، خانواده و جامعه به زندگی و توانمندی‌های قبل از حادثه و داشتن زندگی مستقل ارائه می‌گردد (۱۱). سازمان مانیوتوبا^۲ معتقد است که خدمات سلامتی در بلایا، توسعه جامعه‌ای سالمتر، که مرگ و میر، آسیب جسمی و ضربه‌های روانی و اجتماعی کمتری ناشی از بلایا را تحمل کند را دنبال می‌کند. برای دستیابی به این اهداف تیم خدمات سلامتی باید قادر باشد پاسخی هماهنگ در حین بلیه ارائه داده و برنامه‌های آمادگی قبل از وقوع و کاهش اثرات بلایا را به طور مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا کند. مدیریت سلامت در پاسخ و توانبخشی بلایای طبیعی اهداف زیر را دنبال می‌کند:

- تحقق جامعه‌ای سالم‌تر که مرگ و میر و صدمات جسمی و روانی کمتری ناشی از بلایا را تجربه کند.
- کاهش آسیب‌پذیری افراد و جوامع در مقابل بلایای طبیعی.
- افزایش انعطاف و سازگاری افراد و جوامع در مقابل بلایای طبیعی.
- تأمین خدمات سلامتی مناسب در زمان وقوع بلایای طبیعی.
- تأمین خدمات سلامتی درست در محل مورد نیاز.
- آمادگی حوزه سلامت به منظور پاسخ به نیازهای سلامتی سایر قسمتها.

حوزه سلامت مسئولیت مدیریت و ارائه خدمات به آسیب‌دیدگان را داشته و باید قادر باشد نقش رهبری در تقویت و هماهنگی، پیشگیری، کاهش اثرات، آمادگی، پاسخ، فعالیت‌های اولیه توانبخشی و ترمیم اثرات ناشی از بلایا را مدیریت کند (۹). این برنامه کلیه بلایای طبیعی بدون در نظر گرفتن منشاء آنها را پوشش می‌دهد.

به عنوان قسمتی از فعالیت‌های کسب آمادگی، برنامه سلامت در بلایا باید مناسب و به روز باشد. برای آزمون این برنامه باید شبیه‌سازی در حوزه سلامت و دیگر حوزه‌ها صورت گیرد. فعالیت‌های مرتبط با کاهش اثرات باید شامل معیارهای کاهش تأثیرات بلایا در حوزه سلامت (تأمین خدمات جدید، ساخت و فراهم آوردن تسهیلات مناسب و برنامه‌های مناسب نگهداری از بیمارستانها و سایر تسهیلات سلامتی است) و کاهش آسیب‌پذیری عوامل تأثیرگذار بر سلامتی مخصوصاً تأمین آب و فاضلاب باشد.

فعالیت‌های کاهش اثرات شامل ساخت استانداردها و هنجارهایی برای اطمینان از اینکه تسهیلات سلامتی مقاومت لازم را در مقابل خطرات دارد می‌باشد.



سریعتر به زندگی عادی استفاده شود (۱۵).

دستیابی به اهداف توانبخشی و باز توانی بعد از وقوع بلایا به اقدامات و فعالیت‌های انجام شده در جهت کسب آمادگی و کاهش اثرات ناشی از بلایا در مرحله قبل از وقوع وابسته است. دستیابی به این معیارها قادر است آسیب پذیری جامعه را در مقابل بلایا کاهش داده و بازگشت افراد و جامعه را به زندگی عادی بعد از بلایا تسریع کند. این اقدامات و فعالیت‌ها شامل:

— آموزش همگانی مردم.

— آموزش پرسنل حوزه درمان و توانبخشی.

— ساخت و بازسازی مستحکم مراکز بهداشتی درمانی و توانبخشی.

— ساخت و بازسازی اماکن عمومی و اماکن مسکونی با استفاده از استانداردهای بین‌المللی.

— سازماندهی مشارکت مردم بر اساس درس‌های آموخته شده از بلایای قبلی.

— بازبینی و اصلاح برنامه مقابله با بلایا بر اساس تجارب واقعی و حاصل از مانورها.

به‌طور قطع فعالیت‌های انجام شده در حوزه پیشگیری و توانبخشی لازم است که به‌طور مستمر انجام شده و با تأکید روی افزایش قدرت سازگاری جامعه در پاسخ و بهبودی در کلیه جنبه‌ها استمرار یابد. در نتیجه مرگ و میر و آسیب جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کمتری تجربه خواهد شد (۱۷). رعایت عدالت، حقوق و شأن انسانها به‌طور عام و گروه‌های آسیب پذیر مثل سالمندان، زنان، اطفال، معلولین، مبتلایان به بیماری‌های مزمن و ... از اصول زیر بنایی در توانبخشی است (۱۵).

مشکلات و مسائل مهم مرتبط با توانبخشی در بلایا:

در دوره بازسازی و توانبخشی بعد از وقوع یک بلیه فعالیت‌های امدادی و خدمات سلامتی حاد به مصدومین ممکن است مورد نیاز باشد. علاوه بر این، مشکلات مرتبط با بهداشت عمومی و بهداشت محیط نیز باید مورد نظر قرار گیرد. مشکلاتی که در این مرحله ممکن است بروز کرده و حوزه سلامت باید در برنامه بازسازی و توانبخشی آنها را ملحوظ نماید عبارتند از:

— مشکلات مرتبط با مصدومین، مجروحین، شکستگیها، سوختگیها و بریدگیها.

— مشکلات بهداشتی (آب و فاضلاب) که می‌تواند شرایط را برای گسترش بیماری‌های واگیر فراهم کند.

— مشکلات روانشناختی ناشی از وقوع بلیه که بازماندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی را متأثر کرده و می‌تواند مقاومت آنها را

در مرحله پاسخ برنامه مدیریت بلایا کلیه فعالیتهای مرتبط با سلامتی را هماهنگ می‌کند تا مرگ و میر و صدمات مرتبط با سلامتی را کاهش داده و انجام خدمات سلامتی را تا بازگشت بازماندگان و مصدومین به شرایط قبل از بلایا حفظ کند (۱۳، ۱۲، ۳).

توانبخشی و بازسازی در بلایا:

به دنبال شوک اولیه بعد از وقوع بلیه، بازگرداندن زندگی و معاش مردم به زندگی طبیعی از اولین دغدغه‌های مردم، جوامع و دولت‌هاست. این مرحله همان فاز توانبخشی و بازسازی در چرخه مدیریت سلامت در بلایاست (۱۴).

توانبخشی در بلایا از عناصر بسیار مهم در چرخه مدیریت بلایاست. این مرحله اهمیت و جایگاهی به مراتب حساس‌تر از کسب آمادگی، کاهش اثرات و پاسخ داشته، لذا لازم است در برنامه توسعه هر جامعه‌ای مد نظر قرار گیرد (۱۵). توانبخشی در بلایا فرایندی هماهنگ شده برای حمایت افراد و جامعه آسیب‌دیده و متأثر از بلایا به منظور بازسازی معاش و زندگی از طریق بازسازی زیرساخت‌ها و باز توانی عملکردها و شرایط روانی، اجتماعی، فیزیکی و اقتصادی بازماندگان است. تأمین خدمات هماهنگ به مردم و بازماندگان مشابه قبل از بلیه از ارکان این فرایند است (۱۶). طبیعت توانبخشی در حوادث و بلایای مختلف متفاوت است، ولی اصول مشترکی بر تمام این فعالیت‌ها حاکم است. مسئله اصلی برنامه‌ریزی دراز مدت، تأمین معاش مردم و بازگرداندن زندگی افراد و جامعه آسیب‌دیده به شرایط قبل از بلیه است (۱۵).

اهداف برنامه توانبخشی در بلایا:

— باز توانی افراد آسیب‌دیده.

— باز توانی جامعه و تأمین معاش مردم مشابه قبل از بلیه.

— بازسازی زیر ساخت‌ها و تسهیلات سلامتی.

— بازسازی سایر ساختارهای اجتماعی.

مسئله بسیار مهم در دستیابی به اهداف توانبخشی، اطمینان از مشارکت مردم منطقه آسیب‌دیده در برنامه‌ریزی و اجرای خدمات و فعالیت‌ها از روز اول پس از حادثه بر اساس داشتن فرصت و موقعیت برابر با نمایندگان دولتی و سازمان‌های کمک رسان است. بدون این پیش شرط، منابع هدر رفته، خدمات بر اساس نیاز توزیع نمی‌شود و جامعه در معرض خطر تعارض و درگیری قرار خواهد گرفت. در این مرحله جامعه باید ظرفیت مقابله با بلایای بعدی را کسب نماید، زیر ساخت‌ها مستحکم یا بازسازی شوند و آموزش‌های لازم به مردم داده شود. ظرفیت‌ها و توانمندی‌های مردم و جامعه باید توسعه یافته و از درس‌های آموخته شده از بلایا برای کسب آمادگی بیشتر و بازگشت



ارائه شده یا در حال ارائه به مصدومین، معلولین، خانواده‌ها، سالمندان، کودکان، مبتلایان به بیماری‌های مزمن و مبتلایان به اختلالات روانشناختی مورد بررسی و نظارت قرار گیرند. دسترسی به خدمات مدیریت موردی (case management) و برنامه‌های توانمندسازی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسی باید شامل نیازسنجی در شرایط موجود، کوتاه مدت و دراز مدت باشد. خدمات توانبخشی باید برای سالیان آمادگی تداوم و استمرار داشته باشد. نتایج مشکلات مرتبط با استرس مثل از دست دادن عزیزان، خانه، خانواده، متعلقات و امنیت می‌تواند مشکلاتی مثل افسردگی، خشونت‌های خانوادگی و سوء مصرف مواد را ایجاد نموده و لازم است مورد توجه قرار گیرد (۲۲). در نهایت باید نیازهای احساس شده و تجربه شده توسط خود مردم آسیب‌دیده و متأثر از بلایا نیز بررسی شود (۱۷).

در مرحله بازتوانی و بازسازی لازم است به طور درازمدت خدمات مورد نیاز بر اساس نیازسنجی انجام شده برای مردم منطقه آسیب‌دیده فراهم گردد. بیمارستان‌ها و مراکز ارائه دهنده خدمات سلامتی و توانبخشی باید آمادگی خدمت‌رسانی همه جانبه و درازمدت را کسب نمایند. برنامه‌ریزی برای مدیریت موردی، جلب مشارکت جامعه و ارائه خدمات جامعه محور، پیگیری خدمات در جامعه و منزل و خدمات سیار برای مصدومین و معلولین از ضروریات برنامه توانبخشی است (۲۳). برنامه توانبخشی باید بر اساس نیازهای جامعه آسیب‌دیده یا در معرض آسیب تدوین گردد. از آنجاکه در توفیق برنامه توانبخشی مشارکت مردم منطقه آسیب‌دیده ضروری است، لذا لازم است در فرایند توانبخشی پس از بلیه از مشارکت فعال مردم منطقه استفاده گردد. استراتژی‌های زیر می‌تواند میزان مشارکت مردم را در تأمین نیازهای خودشان در شرایط پس از بلایا افزایش دهد:

- ارائه خدمات با همکاری مردم با توجه به ظرفیت‌ها و توانمندی‌های موجود.
- حمایت جامعه خارج از مکانیسم‌های سازمانی تا قادر باشد نیازهای خود را تأمین کند.
- شرایطی فراهم شود تا تمام عناصر جامعه مشارکتی فعال برای کنترل شرایط بعد از بلیه داشته باشند.
- به تدریج باید وابستگی جامعه به خدمات و حمایت‌های خارجی و غیر محلی کاهش یافته و استفاده از منابع جامعه آسیب‌دیده تقویت شود.

از مهمترین شاخص‌های موفقیت برنامه توانبخشی و بازتوانی بعد از بلایا میزان استقلال جامعه در تأمین نیازهای خود بدون وابستگی به کمک‌های خارجی و حمایت‌های سازمان‌های غیر محلی است

کاهش داده و دوره بازتوانی و توانبخشی را طولانی کند. - مسائل اقتصادی و اجتماعی جامعه آسیب‌دیده مثل درآمد، پس‌انداز، استخدام، دسترسی به راه‌های ارتباطی، اطلاعات و خدمات بیمه‌ای نیز بر فرایند توانبخشی مؤثر است (۱۸، ۱۳). به‌طور سنتی در چرخه مدیریت بلایا تأکید زیادی روی توانبخشی جسمی و بازسازی فیزیکی زیرساخت‌ها شده است، که این مسئله خود از دیگر مسائل مرتبط با توانبخشی در بلایاست. در حقیقت توانبخشی و بازسازی فقط مربوط به حوزه فیزیکی نیست، بلکه به کل جامعه برمی‌گردد (۱۹).

در طی فرایند طولانی توانبخشی بازماندگان و جامعه آسیب‌دیده، مردم تأثیرات دیرپای بلایا را تجربه می‌کنند و سلامت و شیوه زندگی مردم در دراز مدت، از این تأثیرات دیرپا متأثر و تغییرات دائمی پیدا می‌نماید. در این مرحله مشکلات روانشناختی بازماندگان و جامعه متأثر لازم است تا در اولویت قرار گیرد. در حقیقت قبل از اینکه این مسائل تبدیل به مشکلات پیچیده‌ای گردند، باید منابع موجود در جامعه به این سمت هدایت شود.

به منظور بهبود خدمات توانبخشی پس از وقوع بلایا لازم است مدیران حوزه سلامت و توانبخشی و ارائه دهندگان خدمات موارد زیر را در نظر بگیرند:

- بررسی نیازهای جامعه متأثر از بلایا از ابتدا و به دفعات.
- فراهم نمودن دسترسی آسان به خدمات سلامتی و توانبخشی.
- جلب مشارکت فرد و جامعه آسیب‌دیده و سازمان‌های مرتبط.
- حمایت و تقویت اقدامات جامعه محور.
- حمایت، تسهیل و انجام تحقیقات مرتبط با خدمات توانبخشی.
- در حقیقت بلایا فرصتی برای مشارکت جمعی و داغ‌زدایی مشکلات روانشناختی و معلولیت‌هاست (۲۰).
- تأمین خدمات جامعه محور و خانواده مدار و سازگار با فرهنگ مردم در مرحله پس از وقوع بلیه، می‌تواند فرایند توانبخشی و بازتوانی را تسریع و پایدار نماید (۲۱).
- به‌طور کل فرایند توانبخشی و بازتوانی پس از بلایا باید شامل مراحل زیر باشد:

- نیازسنجی و بررسی نیازها
- بازتوانی
- ارزشیابی

کلیه محدوده جغرافیایی، افراد، خانواده‌ها و جامعه آسیب‌دیده باید از نظر نیاز به خدمات سلامتی و توانبخشی بررسی شوند. مراکز ارائه خدمات سلامتی و توانبخشی باید از نظر خدمات مورد نیاز، خدمات

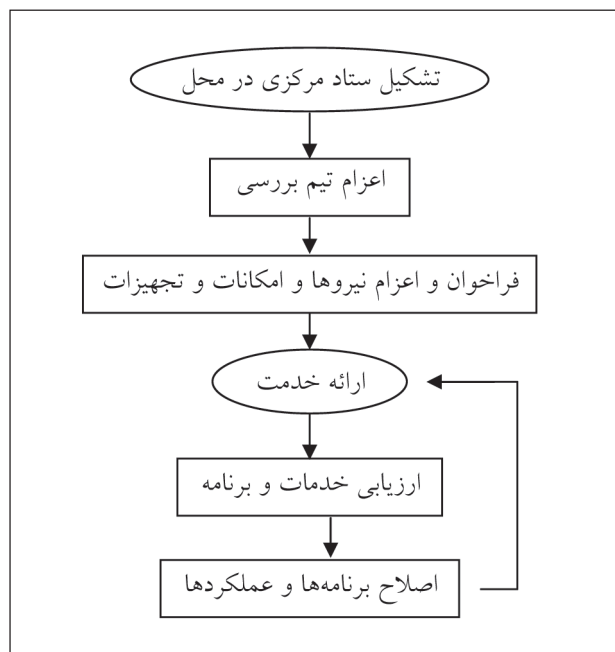


اطلاعات و برنامه‌ریزی مشترک را برای پیشگیری از تداخل و دوباره‌کاری و اطمینان از تأمین خدمات سلامتی و توانبخشی مورد نیاز مردم آسیب‌دیده را ضروری می‌داند (۳۰).

به منظور توسعه جامعه‌ای سالم‌تر با مرگ و میر، صدمات فیزیکی و اختلالات روانی کمتر متعاقب بلایا، سیستم سلامتی باید قادر باشد خدماتی هماهنگ در دوره پس از بلایه ارائه داده و در توانبخشی و بازسازی اصول کاهش خطر را رعایت کند.

از آنجا که اولین پاسخ دهنده به هر اتفاقی خود مردم و مدیران محلی بوده و در دوره بازتوانی نیز سعی بر بازگرداندن مردم به زندگی قبل از بلایه و عدم وابستگی به سیستم‌های حمایتی و کمک‌کننده است، لذا از مسائل بسیار مهم در تأمین خدمات سلامتی در دوره توانبخشی و بازسازی، تأکید بر مدیریت محلی و حمایت از توانمندیهای جامعه آسیب‌دیده است (۳۱).

خانکه و همکاران نیز در مطالعه خود با تأکید بر هماهنگی و مدیریت محلی، مدلی که قادر به تبیین عملکرد هماهنگ ارائه دهنندگان خدمات سلامت در زمان پس از بروز بلایا (دوره توانبخشی) باشد ارائه کردند. در نتیجه این مطالعه مدلی تحت عنوان هماهنگی محور اصلی ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا بیان شد. در نهایت با توجه به چند بعدی بودن و پیچیدگی پدیده خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی، سعی شده که در این مدل ابعاد مختلف مثل مدیریت واحد با تأکید بر مدیریت محلی، لزوم شناخت محل آسیب، لزوم بررسی سریع، ارزیابی و پایش خدمات و ... مهمتر از همه هماهنگی به عنوان محور اصلی ارائه خدمات در نظر گرفته شود (۳۳-۳۵).



(۲۴، ۲۵). از مهمترین روش‌های ارزیابی خدمات توانبخشی در دوره بعد از بلایه انجام مطالعات طولی و پیگیری شاخص‌های استقلال و خودکفایی مردم منطقه و بازگشت به زندگی قبل از بلایه است. سطح آسیب پذیری مردم و جامعه نیز در مقایسه با قبل از بلایه باید بررسی شود (۲۰).

بحث

بلایا به هر نوع و شکل، زندگی معمول مردم را مختل و به تدریج مشکلات جدیدی را نمایان می‌کند. ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی و روانی ناشی از بلایه به دنبال این گونه حوادث فراوانند. لذا حوزه سلامت باید خود را آماده تأمین خدمات مورد نیاز جامعه آسیب‌دیده نماید. این مشکلات معمولاً مداومت طولانی داشته و نیاز به خدمات جامع توانبخشی دارند. هدف اصلی برنامه توانبخشی در بلایا بازگرداندن جامعه و مردم به زندگی طبیعی و شرایط قبل از حادثه است. این برنامه ضمن پوشش کلیه بلایا، باید نقش رهبری در ایجاد هماهنگی به منظور ارائه خدمات جامع توانبخشی به بازماندگان را داشته و قادر باشد جهت پیشگیری، کاهش اثرات، آمادگی، پاسخ و فعالیتهای اولیه توانبخشی مرتبط با سلامت اقدامات لازم را با تأکید بر مشارکت مردم و مدیران محلی مدیریت نماید (۲۶، ۲۷).

مطالعات مرتبط با مدیریت سلامت در بلایا، مهمترین موانع در ارائه خدمات سلامتی و توانبخشی در بلایا در کشورهای در حال توسعه مثل ایران را، فقدان برنامه ملی مقابله با بلایا، تجهیز نبودن مراکز ارائه دهنده خدمات سلامتی و از همه مهمتر نبود هماهنگی بین سازمانها و نهادهای درگیر و مسئول می‌داند (۲۸، ۲۹). به عنوان مثال مطالعه‌ای که توسط خانکه و همکاران (۱۳۸۶) با هدف طراحی مدل ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی انجام شد معرف این موضوع بود که مهمترین مانع در تأمین خدمات سلامتی مورد نیاز مردم در مرحله پاسخ و توانبخشی نقص در هماهنگی بین ارائه دهنندگان این خدمات و سازمانهای مسئول است (۳۳-۳۵). مارکنسون و همکارانش نیز در مطالعه‌ای که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مهمترین مانع در تأمین خدمات سلامتی در دوره پس از بلایه نقص در هماهنگی است. آنها معتقدند اطمینان از هماهنگی و مدیریت واحد برای ارائه خدمات سلامتی مورد نیاز مردم در مرحله پاسخ و توانبخشی، آموزش مردم و متخصصین در تمام سطوح و در نهایت تأکید بر مدیریت محلی زمینه را برای پاسخی مناسب به یک بلایه فراهم می‌کند (۲۸).

سازمان بهداشت جهانی استفاده از مکانیسم‌های هماهنگی، مبادله



نتیجه‌گیری

سازمان بهداشت جهانی نیز تأکید شدیدی بر حمایت و ظرفیت‌سازی مردم و مدیریت محلی داشته و معتقد است قبل از وقوع بلیه برنامه پاسخ و توانبخشی در سطح ملی، استانی و محلی باید با مشارکت مردم، سازمان‌های مرتبط و مسئولین، هماهنگ و تهیه شده و به اطلاع همه رسانده شود. مردم باید آموزش‌های لازم را در جهت کسب آمادگی‌های فردی و خانوادگی ببینند. همان‌طور که بولند اظهار می‌دارد که «در نهایت مردم و مدیران محلی باید آماده باشند. صرف‌نظر از نوع و شدت بلیه، مردم باید بدانند که آنها نمی‌توانند منتظر دولت یا هر کس دیگری برای کمک به آنها باشند. ما باید برای کمک به خودمان آماده باشیم».

معمولاً بلایا از هر نوع، طبیعی یا انسان ساخت فرایند زندگی معمول مردم را مختل می‌کرده و به تدریج مشکلات جدیدی را نمایان می‌کند. ناتوانی‌ها و مشکلات جسمی و روانی ناشی از بلیه به دنبال این گونه حوادث فراوانند. بنابراین حوزه سلامت لازم است خود را آماده تأمین خدماتی هماهنگ با مشارکت فعال مردم و مدیران محلی نماید. این مشکلات معمولاً به‌طور طولانی ماندگار و نیاز به خدمات جامع توانبخشی دارند. هدف اصلی توانبخشی در بلایا بازگرداندن جامعه و مردم به زندگی طبیعی و شرایط قبل از حادثه است.

منابع:

- 1- Sario J. CCATT: A Military Model for Civilian Disaster Management. *Disaster Management & Response* 2006; 4(4):114-7
- 2- Parmar NK. Disaster Management: an Overview. New Dehl: 2003
- 3- Regional office of World Health Organization & Pan America Health Organization. Natural Disasters: Protecting the Public's Health. Washington D.C, Pan American Health Organization (PAHO); 2000
- 4- Myers D, Myers W, David F. Disasters in Mental Health Services: A Primer for Practitioners (Series in Psychosocial Stress). New York: Brunner-Routledge; 2005
- 5- Sharma RK, Sharma G. Natural Disaster. New Delhi: APH Publishing Corporation; 2005
- 6- Ghanefar SJ, Tabar A. Iran's strategy on natural disaster risk management. *Geotechnical Engineering for disaster mitigation and rehabilitation*. Singapore; December 2005, pp: 539-542.
- 7- United Nations Development Programme. Crisis Prevention and Recovery. Regional and Countries-Asia and the Pacific [Online]. 2006 [Cited 2006 Sep 10]. Available from: URL: <http://www.undp.org.ir/CrisisPrevention.asp>. World Health Organization
- 8- Bjerneld M, Lindmark G, McSpadden LA, Garrett MJ. Motivations, concerns, and expectations of Scandinavian health professionals volunteering for humanitarian assignments. *Disaster Management & Response* 2006; 4(2): 49-58
- 9- World Health Organization. Disaster management model for the health sector, Guideline for Program Development. Manitoba: Manitoba Health Disaster Management; 2002
- 10- Novick LF, Marr JS. Public Health Issues Disaster Preparedness: Focus on Bioterrorism. Boston Toronto London Singapore: Jones & Bartlett; 2003
- 11- Rassin M, Avraham M, Nasi-Bashari A, Idelman S, Peretz Y, Morag S, et al. Emergency Department Staff Preparedness for Mass Casualty Events Involving Children. *Disaster Management & Response* 2007; 5(2):36-44
- 12- Butcher L. Medical management on the bayou: one year after Katrina. *Physician Exec* 2006; 32(5): 22-27
- 13- Ursano RJ, Fullerton CS, Benedek DM, Hamaoka DA. Hurricane Katrina: Disasters Teach Us and We Must Learn. *Academic Psychiatry* 2007; 31(3):180
- 14- Rego A, Mehta S. Opportunities and challenges in risk resilient recovery. *World Hosp Health Serv* 2005; 41(4):33-5
- 15- MEDURY UMA, DHAMEJA A. Rehabilitation of Cyclone Affected People. *Administrative Reforms: Towards Sustainable Practices* 2005
- 16- Osei-Bryson KM, Joseph A. Operations research approaches for disaster recovery planning. *Computers and Operations Research* 2007
- 17- World Health Organization. National workshop on health emergency management: convened by: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, Port Vila, Vanuata 17-21 November 2003. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2004
- 18- Masozera M, Bailey M, Kerchner C. Distribution of impacts of natural disasters across income groups: A case study of New Orleans. *Ecological Economics* 2007; 63(2-3):299-306
- 19 Nakagawa Y, Shaw R. Social Capital: A Missing Link to Disaster Recovery. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MASS EMERGENCIES AND DISASTERS* 2004; 22(1):5-34
- 20- Norris FH, Alegria M. Mental Health Care for Ethnic Minority Individuals and Communities in the Aftermath of Disasters and Mass Violence. *CNS Spectrums* 2005; 10(2):132-40
- 21- Silove D, Steel Z, Psychol M. Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *J Postgrad Med* 2006; 52(2):121-5
- 22- Noji EK. Public health in the aftermath of disasters. *Br Med J* 2005; 330(7504):1379-81
- 23- G Ikan P. An analysis of risk mitigation consideration in regional reconstruction in Turkey: Mitigation and Adaptation Strategies for Global Change 2005; 10(3):525-40
- 24- Saidi M. Developing a systems framework for sustainable infrastructure technologies (SIT) in the built environment focussing on health facilities: A case for Cape Town. 2007
- 25- Handmer J. We are all vulnerable. *Australian Journal of Emergency Management* 2003; 18(3): 55-60.
- 26- Cheng MH. Health and housing after the Indian Ocean tsunami. *The Lancet* 2007; 369(9579): 2066-8
- 27- Phillips S. Current Status of Surge Research. *Acad Emerg Med* 2006; 13(11):1103.
- 28- Markenson D, DiMaggio C, Redlener I. Preparing health professions students for terrorism, disaster, and public health emergencies: core competencies. *Acad Med* 2005; 80(6): 517-526.
- 29- Jennings-Sanders A. A Model for Military Disaster Nursing. *Medscape Today* 2006; 11(3): 55-60
- 30- World Health Organization. Three months after the Indian Ocean earthquake-tsunami: Health consequences and WHO's response. [Online]. 2005 [Cited 2005 Sep 22]. Available from: URL: http://www.who.int/hac/crises/international/asia_tsunami/3months/report/en/index.html. Geneve
- 31- Manley WG, Furbee PM, Coben JH, Smyth SK, Summers DE, Althouse RC, et al. Realities of disaster preparedness in rural hospitals. *Disaster Manag Response* 2006; 4(3): 80-87
- 32- Boland RT. Can it get any worse? *Front Health Serv Manage* 2006; 23(1): 3-12
- 33- Khankeh HR., Ahmadi, F. Barriers and Facilitators of Health Care Services at Natural Disasters in Iran. *Journal of Rehabilitation* 2005; 6(1): 23-30.
- 34- Khankeh, HR., Mohammadi, R., Ahmadi, F. Management of Health Care Services at Time of Natural Disasters *Journal of Rehabilitation* 2006; 7(2): 49-55
- 35- Khankeh, HR., Mohammadi, R., Ahmadi, F. Health Care Services at Time of Natural Disasters: A qualitative study. *Quarterly Iran Journal of Nursing*. 2007; 51(7): 85-95.