

چکیده

مقدمه: ایران، به عنوان یکی از بلاخیزترین کشورهای دنیا، در معرض طیف وسیعی از مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت است. یکی از مهمترین عوامل موفقیت در پاسخ به بلایا، سازماندهی کارآمد؛ و محور اصلی سازماندهی، فرماندهی است. از آنجا که سلامت، مهمترین مطالبه مردم در زمان وقوع بلاياست، نظام سلامت باید بتواند در کوتاه‌ترین زمان، بیشترین خدمت را به بیشترین افراد ارائه دهد. در کشور ما تا کنون مطالعه جامعی جهت بررسی نحوه اعمال فرماندهی نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها انجام نشده است؛ لذا جهت برطرف کردن این خلأ پژوهشی و عملیاتی و با اتکا به تجارب جهانی و ملی، هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل فرآیند زنجیره فرماندهی نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها در ایران و نیز ارائه مدل توصیه‌ای جهت رفع مشکلات موجود در این حوزه است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، در سه مرحله با رویکرد کیفی انجام پذیرفت. در مرحله نخست، جهت مقایسه مدل‌های زنجیره فرماندهی بلایا و فوریت‌های ۱۰ کشور منتخب جهان، یک مطالعه تطبیقی در قالب تحلیل محتوای ماتریس محقق‌ساخت انجام پذیرفت. سپس و در مرحله دوم، به روش نظریه بسترزاد، جهت گردآوری داده‌ها، ضمن مصاحبه غیرساختاریافته عمیق با ۳۸ تن از دارندگان تجارب فرماندهی سلامت، از ۱۰ مشاهده میدانی، هشت گزارش دستگاه‌های مسئول، ۶۰ تصویر بلایای اخیر و یک کتاب خاطرات بهره‌گیری شد. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند با حداکثر تنوع و سپس نمونه‌گیری نظری تا دستیابی به اشباع نظری داده‌ها انجام شد. تحلیل داده‌های کیفی به روش مقایسه مداوم صورت گرفت و طی آن، مدل مفهومی فرآیند زنجیره فرماندهی نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها طراحی شد. در مرحله سوم و از مجموع یافته‌های دو مرحله فوق، مدل توصیه‌ای زنجیره فرماندهی نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها ارائه شد. مدل‌های مفهومی و توصیه‌ای مذکور، جهت اعتباربخشی به جلسات نشست خبرگان (مجموعاً با حضور ۱۷ تن از صاحب‌نظران برگزیده شده با نمونه‌گیری هدفمند) ارائه شد. نظرات خبرگان با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوای هدایت شده، آنالیز و در یافته‌ها و مدل‌ها اعمال گردید.

یافته‌ها: در مرحله اول (مطالعه تطبیقی)، با مقایسه زنجیره فرماندهی در کشورهای ایران، ژاپن، هند، ترکیه، آفریقای جنوبی، ایتالیا، سوئد، آمریکا، هائیتی و استرالیا نشان داد که مدیریت بحران باید زیر نظر مستقیم عالی‌ترین مقام اجرایی کشور و با رعایت سطح‌بندی حوادث، مشارکت همه دستگاه‌های مسئول، فرماندهی واحد و منسجم و در حد امکان توسط فرماندهان محلی انجام شود. یافته‌های مطالعه کیفی در قالب پنج مضمون شامل زنجیره‌های فرماندهی متعدد و ناهماهنگ (مشکل اصلی)؛ نظام سلامت غیرتاب‌آور (عوامل زمینه‌ای)؛ فرماندهی اقتضایی (راهبردهای واکنشی)؛ پاسخ غیرنظام‌مند (پیامد)؛ زنجیره فرماندهی یکپارچه و تاب‌آور (راهکار) و ترسیم روابط بین این مضامین موجب ارائه مدل مفهومی فرآیند زنجیره فرماندهی نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها گردید. همچنین، جهت ارائه راهکار، با ادغام سازمان‌های پدافند غیرعامل و مدیریت بحران در همه سطوح، شکل‌گیری معاونت «مدیریت بحران و

پدافند غیرعامل» در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز سطوح منطقه‌ای و محلی، به منظور شکل‌دهی زنجیره واحد فرماندهی سلامت در بلایا و فوریت‌ها، بهره‌گیری مرکز هدایت عملیات از نظام یکپارچه مدیریت اطلاعات سلامت، ساختار ویژه برای پایتخت، تفویض اختیار و فرماندهی غیرمتمرکز محلی؛ مدل توصیه‌ای زنجیره فرماندهی سلامت در سطوح ملی، قطب، دانشگاه علوم پزشکی، شبکه و صحنه حادثه طراحی شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که نظام سلامت ایران برای پاسخ مؤثر به بلایا و فوریت‌ها نیاز به شکل‌گیری زنجیره فرماندهی واحد و هماهنگ با اتکا به فرماندهی مبتنی بر دانش روز، غیرمتمرکز و متناسب با سطح حادثه در عین نظارت سطوح بالاتر دارد. این مهم، در بستری از تاب‌آوری نظام سلامت تحقق یافته، از شکل‌گیری فرماندهی اقتضایی بر مبنای سلايق و روابط شخصی پیشگیری کرده، موجب خواهد شد یک نظام منسجم، مقتدر و پاسخگو به فرماندهی در شرایط خطیر وقوع بلایا و فوریت‌ها بپردازد و به کاهش آسیب جانی و مالی ناشی از حادثه کمک کند.

کلیدواژه‌ها: زنجیره فرماندهی؛ سلامت؛ بلایا؛ فوریت‌ها؛ ایران؛ نظریه بسترزاد