

عملیاتی استاندارد برای تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در ایران است.

روش‌ها: پژوهش به صورت کاربردی و با روش توصیفی- تطبیقی انجام پذیرفت و در آن کشورهای منتخب از نظرفرآیند فعال سازی، آموزش، ساختار، تجهیزات و وظایف آنها در هنگام بحران با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: کشورهای مورد مطالعه در فاز پاسخ به سوانح، تیم‌های واکنش سریع خود را بر اساس یک فرآیند استاندارد از پیش تعیین شده فعال می‌کنند. این تیم‌ها زیر نظر یک مرجع فرماندهی واحد قرار دارند، اعضا از قبل مشخص شده و ساختاری قابل تغییر بر حسب نوع حادثه دارند، آموزش‌های استاندارد را به صورت مداوم پشت سر گذاشته‌اند و با تجهیزات کامل و متناسب با نوع سانحه براساس شرح وظایف روشن و مشخص به ارائه پاسخ مناسب می‌پردازند.

نتیجه‌گیری: تشکیل تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در قطب‌ها و سطوح مختلف تقسیمات کشوری، ایجاد سامانه فرماندهی واحد در وزارت بهداشت برای هدایت این تیم‌ها، استفاده از امکانات محلی همراه با تجهیزات مورد نیاز، شرح وظایف روشن همراه با ارائه آموزش‌های مناسب به افراد منتخب در این تیم‌ها به منظور پاسخ به موقع به حوادث و کاهش مرگ و میر ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: تیم واکنش سریع، سوانح، خدمات بهداشتی و درمانی.

ارائه فرآیند عملیاتی استاندارد برای تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در ایران

امیر اشکان نصیری پور*، پوران رئیسی**،
سمیه نوری***

*نویسنده مسئول دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

**دکترای روانشناسی تربیتی و پژوهش، دانشیار گروه تحقیق، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

***دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران

وصول مقاله: ۸۹/۳/۱۳

پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۲۰

چکیده

مقدمه: با توجه به سانحه‌خیز بودن و تعدد سوانح در ایران، همچنین نیاز به ارائه پاسخ مناسب و اثربخش در ساعات اولیه پس از حادثه به منظور کاهش تلفات انسانی و مادی، لزوم تشکیل تیم‌های واکنش سریع و ارائه فرآیند عملیاتی استاندارد برای این تیم‌ها، اجتناب ناپذیر و از ضروریات کشور است. هدف اصلی مطالعه حاضر ارائه فرآیند

بحران، مشخص کردن وظیفه دقیق هر فرد در حین و پس از بحران و برای مقابله با موارد اورژانسی بحران‌ها و موارد خطرناک می‌باشد(۳).

بررسی‌ها نشان می‌دهد ایران پس از کشورهای هند، بنگلادش و چین مقام چهارم را در قاره آسیا از نظر بروز حوادث غیرمترقبه دارد؛ به طوری که در حد فاصله سال‌های ۶۵ تا ۷۵ تقریباً ۴۰۰۰۰۰ نفر در اثر حوادث غیرمترقبه فوت کرده و در حدود ۱۵۶۰۰۰۰ نفر تحت تأثیر وقوع این حوادث قرار گرفته‌اند(۴). زلزله، سیل، خشکسالی در ۴۰ سال گذشته، قریب ۸۸٪ خسارت مالی را به ایران وارد نموده است. برآوردها نشان می‌دهد که در دوره مذکور به طور متوسط سالیانه بالغ بر ۱۱۰۰ میلیارد ریال خسارت مالی بر اقتصاد ایران وارد شده است، که اگر خسارات مستقیم و غیر مستقیم سایر حوادث غیر مترقبه به این رقم اضافه شود، خسارت وارده به ایران بالغ بر حدود ۱۰٪ تولید ناخالص ملی خواهد شد.

نظر به اینکه ایران بر روی کمر بند زلزله خیز آلپ و هیمالیا واقع شده است و با توجه به ویژگی‌های پوسته زمینی فلات ایران به ویژه در سه منطقه شرق و جنوب شرق، شمال غرب، و منطقه البرز و مرکزی و در دو سوی منتهی به تهران، قزوین، گیلان، مازندران، به طور میانگین در هر یک سال و نیم یکبار احتمال وقوع زلزله‌ای به بزرگی ۶ تا ۷ ریشتر و هر ۵ سال یکبار زلزله‌ای به بزرگی ۷ تا ۷/۵ ریشتر در این مناطق وجود دارد. گزارش جهانی طرح توسعه سازمان ملل اعلام داشته است که در جمهوری

مقدمه

حوادث غیرمترقبه زمانی اتفاق می‌افتد که شدت یک حادثه بیشتر از توانایی جامعه برای مقابله با آن باشد. همه جوامع در معرض خطر همه حوادث غیرمترقبه نیستند؛ هر جامعه‌ای مستعد برای برخی از حوادث ویژه و خاص است. در میان حوادث غیر مترقبه، حوادث طبیعی به دلیل عواملی مانند شهرنشینی، رشد جمعیت، از بین بردن منابع طبیعی و تغییرات آب و هوایی در حال افزایش هستند(۱) حوادث غیرمترقبه نه تنها باعث وارد شدن خسارت به زندگی افراد می‌شوند، بلکه موجب خسارات مختلف اقتصادی نیز شده و باعث کاهش GDP ۱ در کشورهای آسیب دیده می‌شوند. همچنین این حوادث به عنوان موانعی در دستیابی به اهداف توسعه تلقی می‌گردند(۲).

با وجود پیشرفت و توسعه علم و تکنولوژی هنوز هم امکان پیش بینی بحران‌ها وجود ندارد، لذا می‌توان با عملکرد مناسب و تهیه یک طرح مقابله با بحران از عوارض و اثرات بحرانها کاست. طرح مقابله با بحران شامل اسناد و مدارکی است که به منظور حصول اطمینان از عملکرد صحیح افراد، تسهیلات و تجهیزات در بحران، جایگزینی و سازماندهی صحیح افراد در حین و پس از

¹ Gross domestic product

اسلامی ایران به طور متوسط سالیانه ۱۰۷۴ نفر طی سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ فقط به علت زمین لرزه جان خود را از دست داده‌اند و در این سالها ایران در بین کشورهای جهان از نظر آسیب پذیری و تلفات ناشی از زمین لرزه در مقام دوم قرار دارد(۵).

واضح است که دولت ها و جوامع نمی توانند بدون آمادگی برای ارائه واکنش مناسب نسبت به سوانح، منتظر وقوع آنها باشند. کشور ایران نیز نمی تواند از این قاعده مستثنی باشد، بدین ترتیب اگر چه ممکن است وقایع و سوانح بر توسعه جوامع تأثیر گذار باشد، ولی امکان تعدیل اثرات آنها وجود داشته است. مقایسه بازگشت یک جامعه غیر آماده به حالت عادی در اثر وقوع بلایا، با یک جامعه آماده مبین این مسئله است که جامعه ای که از آمادگی لازم برای برخورد با بلایا برخوردار نیست نیل به حالت عادی امور آن سالیان زیادی به طول خواهد انجامید.

تجربه تاریخی ایران نشان می دهد که مسئله مدیریت سوانح در دوره‌های مختلف به نسبت حوادث گوناگون مورد توجه قرار می‌گرفته، ولی هیچگاه یک نگرش منسجم و ساختارمند در مورد آن به وجود نیامده است. همواره پس از وقوع یک سانحه طبیعی موارد متعدد ناهماهنگی‌ها و کاستی‌ها در مدیریت سانحه طبیعی پدیدار شده و مؤید آن بوده است که نظام مدیریت سوانح در قبل و حین و پس از سانحه دچار مشکلات اساسی است. بر پایه شواهد موجود در ایران پاسخ به حوادث غیرمترقبه سلیقه‌ای و بر اساس تجربه قبلی مدیران بوده است. لذا نظر به اهمیت بحث

سلامت در حوادث غیرمترقبه طراحی این تیم‌های واکنش سریع با ساختار و شرح وظایف دقیق ضروری به نظر می رسد تا این تیم‌ها بتوانند در پاسخ به حوادث در کمترین زمان مناسب‌ترین پاسخ را ارائه نمایند(۶).

روش‌ها

در این پژوهش توصیفی- تطبیقی کشورهای آمریکا، استرالیا و بنگلادش انتخاب و در آن کشورهای منتخب از نظر فرایند فعال‌سازی، آموزش، ساختار، تجهیزات و وظایف آن‌ها در هنگام بحران با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفتند. ملاک انتخاب کشورها سانحه‌خیز بودن آنها و برخورداری از تجارب موفقیت در طراحی و ساختار مناسب، وظایف مشخص و تجهیزات کامل و جامع تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی است.

به منظور جمع آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای از فیش تحقیق و برای گردآوری داده‌های مربوط به کشورهای مورد مطالعه از فرم اطلاعات بهره‌گیری شد. برای گردآوری اطلاعات درباره کشورهای مورد مطالعه از گزارش‌های منتشر شده سازمان بهداشت جهانی، مجلات علمی، کتاب‌ها، بانک‌های اطلاعاتی مانند رزنت ۱ و دیگر مراجع که در اینترنت منتشر شده بودند بهره‌برداری شد. داده‌های مورد نیاز ایران از طریق مراجعه به سازمان‌های مرجع و مرتبط با موضوع پژوهش مانند ستاد مدیریت بحران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اسناد

¹ Rose Net

و مدارک موجود در این سازمان‌ها گردآوری شد.

داده‌های جمع آوری شده در مورد کشورهای مورد مطالعه با توجه به ویژگی‌های آن کشورها و بر اساس اهداف ویژه تحقیق، خلاصه و دسته بندی شده و در جداول تطبیقی مورد مقایسه و تحلیل قرار گرفتند. سپس با بهره‌گیری از نقاط اشتراک و افتراق مندرج در جداول تطبیقی، الگوی پیشنهادی برای ایران با توجه به شرایط و مقتضیات ایران و تحلیل وضع موجود، با استفاده از نظرات ۵ نفر از صاحب نظران و کارشناسان خبره در امر مدیریت سوانح در وزارت بهداشت و درمان ارائه گردید.

جدول شماره ۱: فرایند فعال سازی کشورهای منتخب

| | |
|---|-----------------|
| <p>فعال شدن مرکز عملیات اضطراری محلی (EOC)، درخواست از EOC ایالتی، درخواست EOC ایالتی از دولت فدرال و تقاضا برای اعلام موقعیت مهم اضطراری توسط رئیس جمهور، فعال شدن بخش امنیت ملی، آماده سازی تمامی امکانات و نیروها و فعال سازی تیمهای پاسخگویی.</p> | <p>آمریکا</p> |
| <p>بین ایالتی: در خواست برای استقرار USAR از ایالت ها یا ناحیه های دیگر را می توان از راه های زیر انجام داد: - یک درخواست از EOC ایالت آسیب دیده مستقیماً به EOC ایالتی امدادی با ارسال یک اطلاعیه به EMA یا - EOC ایالتی آسیب دیده با EMA تماس گرفته و او نیز به نوبه خود منابع ملی را برای برآوردن آن درخواست هماهنگ کند. بین المللی: . تصمیم گیری برای پاسخ دادن به یک حادثه بین المللی باید به صورت موردی گرفته شود. این تصمیم توسط اداره امور خارجی و بازرگانی (DFAT) گرفته می شود. EMA فعال سازی را اجرا و هماهنگ می کند.</p> | <p>استرالیا</p> |
| <p>درخواست از منطقه حادثه دیده به مرکز فرماندهی بحران (EOR)، بررسی درخواست توسط دفتر عملیاتی DGHS، فعال سازی تیم ها به دستور مدیر DC و با هماهنگی DGHS</p> | <p>بنگلادش</p> |
| <p>بر اساس لایحه سازمان مدیریت تعیین سطح وقوع بحران (حادثه) ملی و منطقه ای و اعلام آن به دستگاه های ذیربط به عهده وزیر کشور (قائم مقام رئیس شورای عالی مدیریت بحران) می باشد که در استانها به استاندار و در شهرستانها به فرماندار واگذار شده است. پس از دریافت اعلام هشدار سازمان های مسئول بر اساس پتانسیل خود تیم های خود را فعال کرده و به بحران پاسخ می دهند.</p> | <p>ایران</p> |

یافته‌ها

تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی به‌منظور پاسخگویی به نیازهای وسیع ناشی از وقوع حوادث و سوانح، وقتی که خدمات عادی بهداشتی و درمانی موقتاً قادر به پاسخگویی به وضعیت اضطراری نباشد، فعال می‌شوند و نظر به اهمیت وجود این تیم‌ها و فعال شدن آنها در هنگام پاسخ‌گویی به بحران و نیاز به هماهنگی بین سازمان‌های مختلف و لزوم اعلام وضعیت اضطراری برای فعال دارد که در دو کشور توسعه یافته آمریکا و استرالیا این امر در قالب یک سازمان مجزا و در بالاترین سطح اجرایی کشور انجام می‌پذیرد و در سه سطح فدرال، ایالتی و محلی از طریق ارسال‌ها فرایند فعال سازی صورت می‌گیرد. حال آنکه در بنگلادش فرایند فعال سازی هر EOC ۱ درخواست از چند سطح مرجع صورت می‌گیرد، اما ممکن است در بالاترین سطح اجرایی کشور نباشد و همچنین به صورت تخصصی یک نهاد مرجع و یک مجموعه مدیریتی و فرماندهی یکپارچه برای این امر در نظر گرفته نشده باشد. در ایران نیز نیاز به یک مرکز مستقل فرماندهی کنترل و هماهنگی در قالب یک سازمان مجزا احساس می‌شود تا بتواند در زیر یک مجموعه واحد تیم‌های واکنش به منظور کاهش ضررهای انسانی و مادی اعزام شود.

شدن آنها در برخی شرایط اضطراری، این تیم‌ها در بیشتر کشورها تحت نظر عالی‌ترین مقام اجرایی کشور به عنوان بخشی از دولت و یا در سطح یک وزارت یا یک سازمان مجزا در بالاترین سطح اجرای کشور قرار دارد. جدول شماره ۱ کشورهای مورد مطالعه را از نظر فرایند فعال سازی تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار می‌دهد. در همه کشورهای مورد مطالعه یک سطح مرجع فرماندهی برای فعال سازی وجود

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش برای تیم‌های واکنش سریع در کشورهای مورد مطالعه طیف وسیعی از ویژگی‌های آموزشی را در بر می‌گیرد و باعث بیشتر شدن مهارت‌های اعضا بر اساس آموزش‌های استاندارد از نوع تئوری و عملی می‌باشد، که در طی مانورها، کارگاه‌ها یا کلاس این آموزش‌ها ارائه می‌شود که می‌توان آنها را به ۲ دسته آموزش‌های کلی مدیریت بحران و آموزش‌های تخصصی برای بهبود وضعیت کلی سیستم تقسیم کرد. این آموزش‌ها استاندارد هستند و به صورت مداوم تکرار می‌شوند، تا زمانی که تیم برای حادثه‌ای اعزام شود. در همه کشورهای منتخب آموزش‌ها از یک سری اصول مشترک برخوردارند؛ حال آنکه در کشورهای آمریکا و استرالیا تقسیم بندی آموزش‌ها بر اساس واحد و دسته بندی خاصی صورت گرفته و

¹ Emergency Operation Center

آموزش‌های پایه و تخصصی وجود دارد. در بنگلادش یک سری اصول کلی برای تیم‌ها بدون تقسیم بندی شرح داده شده و در ایران نیز بیشتر آموزش‌ها بر پایه امداد و نجات مصدومین از حادثه بوده و متکی به تجارب قبلی می‌باشد و بسته آموزشی مدونی در این خصوص وجود ندارد. بنابراین در ایران نیز نیاز به چنین آموزش‌هایی احساس می‌شود تا همه تیم به صورت یکدست و کاملاً هماهنگ آموزش‌های مداوم و مورد نیاز را دیده باشند تا در زمان پاسخ اعضا وظایف خود را بر اساس اصول استاندارد آموزش داده شده انجام دهند و پراکندگی و بی نظمی در فعالیت‌ها به حداقل کاهش یابد. مفاد آموزشی نیز باید طوری باشد که در تمام کشور به یک نحو ارائه شود.

اعضای تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی تقریباً تمام رده های بهداشتی و درمانی را در برمی گیرند و در صورت نیاز به هر گونه تخصص اعضای واجد شرایط و آموزش دیده در تیم حضور دارند تا نیاز اولیه را برطرف نمایند. اعضای تیم‌ها بسته به شرایط، نوع و گستردگی حادثه تغییر خواهند کرد و در تعداد یا اعضا تغییراتی به وجود می‌آید. حال آنکه در آمریکا و استرالیا به نسبت دیگر کشورها اعضای بسیار تخصصی تیم کامل بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند. در بنگلادش اعضای خاصی برای ارائه پاسخ به حادثه انتخاب می‌شوند در صورتی‌که در ایران اعضا از قبل مشخص شده

نیست و در صورت بروز حادثه بر اساس نوع حادثه افراد متبحر در امر بهداشت و درمان اعزام خواهند شد (جدول شماره ۲- اعضای تیم های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب).

یافته های این پژوهش در زمینه تجهیزات مورد نیاز تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب مبین آن است که یک سری تجهیزات مورد نیاز تیم و یک سری تجهیزات شخصی اعضا می باشد که تجهیزات شخصی تقریباً در کشورهای منتخب یکسان هستند، هر چند در کشورهای توسعه یافته کامل‌تر به نظر می‌رسد، اما تجهیزات تیم دارای تفاوت‌هایی بسته به نوع تیم، نوع حادثه، منطقه حادثه و شدت و گستردگی آن می‌باشد. با این حال در تمام کشورهای مورد مطالعه تجهیزات طوری تعیین و در اختیار تیم قرار می‌گیرد، که حداقل برای ۷۲ ساعت اول نیازهای شخصی و کلی تیم را برآورده کند، تا تیم با این تجهیزات توانایی عکس العمل مناسب در فاز پاسخ را داشته باشد. تجهیزات در کشورهای توسعه یافته تجهیزاتی است که باعث ارائه بهتر پاسخ در زمان حادثه، کافی، سبک، قابل حمل و منطبق با شرایط محیطی است و طوری تعیین می‌شود که تیم از نظر تجهیزات خودکفا باشد تا باری را به جامعه آسیب دیده وارد نکند. این تجهیزات طوری است که همه نیازهای اعضا را با توجه به اینکه تیم برای چه نوع حادثه‌ای اعزام می‌شود را برآورده می‌کند.

جدول شماره ۲: اعضای تیم های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در کشورهای منتخب

| | |
|---|-----------------|
| <p>۲۶ نفر کادر پزشکی: ۳ نفر از اعضای هیئت رئیسه پزشکی، ۱ نفر داروساز، ۱ دستیار داروخانه، ۲ نفر پرستار ارشد، ۶ نفر پرستار، ۴ نفر از پرستارهای نظام پرستاری یا دستیاران پزشک ، ۴ نفر تکنسین فوریت ها، ۵ نفر برای سمت هایی که به وسیله DMAT تعیین می شود ۷ نفر غیر پزشکی : ۱ نفر افسر ایمنی، ۱ نفر رئیس اداری و مالی، ۱ نفر معاون اداری، ۱ نفر رئیس تدارکات، ۱ نفر افسر ارتباطات، ۲ نفر کارشناس بهداشت</p> | <p>آمریکا</p> |
| <p>رهبر گروه ضربت مأمور عملیات مؤلفه حمایتی شامل : مدیر تجهیزات، مأمور متخصص ایمنی، متخصص تدارکات و تجهیزات، اعضای واحد ارتباطات، دستیار دفتری مؤلفه عملیاتی شامل : رهبر تیم، نجات دهنده ها، پیرا پزشک، مأمور ایمنی، پزشک، پرستار</p> | <p>استرالیا</p> |
| <p>متخصص بیماری های واگیردار مسئول مقابله با سوانح از مرکز آمادگی و واکنش حوادث و سوانح متخصص تغذیه مدیر پزشکی پزشک دستیار داروساز پزشک منطقه پرستار سرپرست بهداشت منطقه و دو دستیار کارشناس تأسیسات مکانیکی</p> | <p>بنگلادش</p> |
| <p>در ایران با توجه به دو نوع حادثه و شدت آن ترکیب تیمها نیز متفاوت است. در حقیقت ترکیب خاصی برای تیمها در ایران وجود ندارد بلکه بر اساس نیازی که از سوی منطقه حادثه دیده اعلام می شود، افراد و گروه های متفاوتی برای پاسخ به بحران ارسال می شوند. این گروه ها شامل گروه های پزشکی و بهداشتی می شوند. گروه پزشکی شامل کادر درمان بیمارستان و نیروهای اورژانس ۱۱۵ می باشد. ترکیب مشخصی برای تیم بهداشتی وجود ندارد اما توصیه می شود کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا مبارزه با بیماری ها حتماً عضو تیم باشد.</p> | <p>ایران</p> |

در ایران نیز هر چند که تجهیزاتی برای پاسخ به حادثه در نظر گرفته شده و در حال تقویت شدن نیز هست اما هنوز تجهیزات جامع و کافی مانند دیگر کشورها خصوصاً کشورهای توسعه یافته در نظر گرفته نشده است که این می‌تواند به علت شکل نگرفتن تیم‌های واکنش سریع در ایران باشد. در ایران نیاز به داشتن این تجهیزات در کنار تشکیل تیم‌ها کاملاً مشهود به نظر می‌رسد تا در زمان پاسخ، اعضا کارایی لازم را داشته باشند؛ زیرا اعضا بدون تجهیزات مجهز قادر به ارائه پاسخ مناسب برای نجات حادثه‌دیدگان نخواهند بود.

شرح وظایف تیم‌های واکنش سریع کشورهای مورد مطالعه بر اساس آموزشهای داده شده به صورتی ارائه شده است که با یک هماهنگی کامل تمام اعضا از نحوه فعالیت‌ها و ارائه آن به خوبی آگاه هستند و می‌دانند وظایف آنها قبل و بعد و یا هنگام وقوع حادثه چیست و از وظایف خود در قبال تیم نیز به خوبی آگاه هستند. وظایف تیم به گونه ای شرح داده شده که امکان بهترین ارائه خدمت در زمان وقوع بلایا وجود داشته باشد. وظایف برقرار شده برای تیم بر اساس آموزش‌های استاندارد است به طوری که تمام جوانب امداد رسانی در نظر گرفته شده است. در ایران نیز با توجه به اینکه در هنگام بلایا افراد اعزامی از بخش‌های مختلف به منطقه اعزام می‌شوند و شرح وظایف واحدی برای

این گروه‌ها به دلیل عدم مدیریت و فرماندهی یکپارچه وجود ندارد تشکیل این تیم‌ها و ارائه شرح وظایف مشخص به صورت قانونی تحت یک فرماندهی واحد ضروری است.

مدیریت بحران یک فعالیت چند بخشی و چند وجهی است. رویکرد مدیریت صحیح بحران مستلزم این است که همه واحدهای بخش سلامت بر حسب نیاز در فعالیت‌های پاسخ به بحران درگیر شوند. برای اینکه فعالیت‌های پاسخ به صورت یکپارچه و با مدیریت واحد انجام شود، لازم است که ستاد هدایت عملیات بحران در وزارت بهداشت زیر نظر مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی تشکیل شود (نمودار شماره ۱). ستاد هدایت عملیات بحران باید قادر به فعالیت مستقل و در عین حال نزدیک با واحدها، مراکز، دفاتر و معاونت‌های وزارت بهداشت باشد. در زمان بحران حسب نیاز باید رؤسای واحدها، مراکز و دفاتر و همچنین معاونین وزارت بهداشت و یا نمایندگان تام‌الاختیار آنها برای مدیریت و هماهنگی پاسخ به نیازهای منطقه آسیب دیده در رابطه با بخش خود در ستاد هدایت عملیات بحران حضور یابند. این افراد باید اطلاعات کاملی در خصوص فعالیت‌های پاسخ به ستاد هدایت عملیات بحران ارائه دهند. ستاد هدایت عملیات بحران باید زیر نظر وزیر بهداشت، که بالاترین شخص اجرایی در وزارتخانه است، فعالیت نماید.

طراحی فرایند های عملیاتی استاندارد برای تیم‌های واکنش سریع برای جلوگیری از اتلاف زمان ضروری به نظر می‌رسد که در بخش بهداشت و درمان و در حال قطب بندی و تفویض اختیار به ۹ قطب کشوری به منظور پاسخ به موقع به حوادث و کاهش مرگ و میر صورت گرفته است.

انتظار می‌رود لیست اعضای تیم‌های واکنش سریع در ستاد هدایت عملیات بحران دانشگاه‌های علوم پزشکی موجود باشد تا در زمانی که منطقه حادثه دیده ظرفیت لازم برای پاسخ به حادثه غیر مترقبه را ندارد، تیم‌های واکنش سریع ستاد هدایت عملیات قطب و یا وزارت بهداشت به منطقه آسیب دیده اعزام شوند.

با توجه به تیم‌های واکنش سریع کشورهای مورد مطالعه و در نظر گرفتن شرایط کشورمان (اقلیمی، جغرافیایی، اقتصادی و ...)، پژوهشگر الگوی پیشنهادی خود را برای ایران ارائه نموده است (جدول شماره ۳).

بحث

با توجه به اینکه فرایند استاندارد تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در هر کشور متناسب با شرایط اقتصادی و جغرافیایی، نوع بلایا و گستردگی و جمعیت در معرض خطر آن کشور ارائه می‌گردد، تشکیل تیم‌های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در قطب‌ها و سطوح مختلف تقسیمات کشوری، ایجاد سامانه فرماندهی واحد در وزارت بهداشت به منظور هدایت این تیم‌ها، استفاده از

امکانات محلی همراه با تجهیزات مورد نیاز، شرح وظایف روشن همراه با ارائه آموزش‌های مناسب به افراد منتخب در این تیم‌ها برای پاسخ به موقع به حوادث و کاهش مرگ و میر ضروری به نظر می‌رسد.

وجود یک سامانه فرماندهی واحد در کل سطوح عملیاتی که هم اعضا و هم مراکز EOCهای محلی را هدایت کند و همچنین اعضای تیم گزارش‌ها و مشاهدات خود را به آن سامانه ارائه دهند تا تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های بعدی با سرعت و دقت انجام شود، ضروری به نظر می‌رسد و این سامانه فرماندهی واحد می‌تواند در حصول عملکرد موفق‌تر تیم نقش مهمی داشته باشد.

پژوهش 'مورو بلاسر' در سال ۲۰۰۶

که بر یک فرماندهی متحد و واحد در ترکیب تیم‌های واکنش سریع تأکید شده است (۷) و همچنین طرح پاسخگویی ملی آمریکا که به طرح NRP^۲ که هسته مرکزی عملیات و مسئول هماهنگی تمامی سطوح عملیاتی است معروف می‌باشد (۸)، مؤید نظر در این پژوهش است.

ساختار و اعضای تیم باید به منظور ارائه یک پاسخ فوری و بسیار سریع در زمان حادثه و همچنین دادن آموزش‌های لازم قبل از سوانح مشخص شده باشند و اسامی و مشخصات آنها در مراکز فرماندهی موجود باشد. این اعضا که از افراد متبحر در حیطه

¹ Mouro Blaser

² National Responce Plan

بهداشت و درمان می‌باشند باید به طور دائم و برنامه ریزی شده تحت آموزش‌ها و مانورهای طراحی شده مشابه سوانح واقعی قرار گیرند تا با آمادگی کامل همیشه بتوان از آنها به عنوان نیروهای واکنش سریع استفاده کرد.

دوریس^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۴ در مقاله‌ای تحت عنوان آمادگی فوری در پاسخ به سوانح که با روش گذشته‌نگر بعد از حادثه ۱۱ سپتامبر انجام شد بر لزوم وجود اعضای متبحر و همچنین انجام عملیات تمرینی در مانورهای مختلف که آنرا بهترین راه برای آموختن و ثبت در خاطره‌ها می‌داند تأکید داشته است (۹) که در راستای پژوهش حاضر می‌باشد. فراهم کردن تجهیزات لازم و از قبل تعیین شده بسته به نوع سوانح و آشنا نمودن تیم با تجهیزات مورد نظر و در اختیار اعضا قرار دادن آنها می‌تواند سرعت عمل و انجام واکنش در زمان وقوع حوادث را به مراتب افزایش دهد. این تجهیزات همراه با استفاده آنها از امکانات محلی تا حدود زیادی اثر بخشی فعالیت‌ها را بهتر خواهد کرد.

۲ کوپر در سال ۲۰۰۵ که رهبری تیم‌های بین‌المللی غیر نظامی مبتنی بر DMATS^۳ اعزامی به مالدیو پس از سونامی را بر عهده داشت و بر اساس درسهای آموخته شده از این فاجعه در مقاله‌ای بر لزوم وجود تجهیزات مورد نیاز تیم پزشکی و

¹ Doris
Cooper^۲

^۳ Disaster Medical Assistance Team

تدارکات کافی و مشخص شده تأکید کرده است (۱۰) که با این پژوهش مطابقت دارد.

مشکلات امداد رسانی پس از وقوع زلزله بم مشکلاتی مانند عدم تقسیم کار مناسب، عدم وجود سازمان‌های محلی در صحنه امداد و نجات، ضعف هماهنگی سازماندهی و برنامه‌ریزی مشترک بین گروه‌های امدادی و ضعف در مدیریت مناسب نیروی انسانی و تجهیزات و کمک‌های مردمی را نتیجه‌گیری می‌کند (۱۱). پژوهشگر در پژوهش حاضر به جنبه‌های مدیریت یکپارچه و فرماندهی کل، برنامه‌ریزی و سازماندهی واحد برای تیم‌های واکنش سریع و منابع انسانی و تجهیزات به طور کامل پرداخته است. از آنجایی که پیشنهادهاى عمده پژوهشگر در قالب ارائه الگو مطرح شده است، پژوهشگر در این بخش به بیان مهم‌ترین عواملی که می‌تواند در کاربرد صحیح و تحقق اهداف آن مؤثر باشد می‌پردازد. با امید این که توجهات و حمایت‌های زیر توسط دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران در امر مدیریت بلایا قابلیت اجرایی الگوی مطروحه را فراهم آورند.

- به منظور هماهنگی، تدوین و اجرای تمامی برنامه‌ها و فعالیت‌های مربوط به فاز پاسخ در سوانح (اعم از آمادگی، مقابله و ...) در بخش بهداشت و درمان در سطوح وزارتخانه، استان‌ها و شهرستان‌ها، کمیته‌ای مرکب از کارشناسان حوزه‌های مختلف تابعه معاونت بهداشت و درمان به صورت دائم تشکیل شود.

جدول شماره ۳: فرایند عملیاتی استاندارد تیم های واکنش سریع بهداشتی و درمانی در ایران

| متغیرها | بعد |
|--|------------------|
| ۱- وقوع بلایا- فعال شدن EOC های محلی، استانی، قطبی یا وزارت بهداشت بسته به گستردگی حادثه - فعال شدن تیمهای هر سطح | فرایند فعال سازی |
| <p>آموزشهای پیشنهادی مربوط به مدیریت بلایا</p> <ul style="list-style-type: none"> - سامانه فرماندهی بحران - اصول مدیریت بخش سلامت در بحرانها - فعالیتهای پاسخ و بازسازی در بحرانها - فعالیتهای و مدیریت ستاد هدایت عملیات بحران - مدیریت اطلاعات و ارتباطات - مدیریت فعالیتهای اورژانسی - ارزیابی بعد سلامت در بحرانها - ارزیابی آسیب و تجربه و تحلیل نیاز - مدیریت انبوه مجروحین - تریاژ - مدیریت بهداشت محیط در بحرانها - کنترل بیماریهای واگیر در بحرانها - آمادگی و کاهش آسیب در تسهیلات بهداشتی درمانی - حداقل استانداردها در بحران - بهداشت روان در بحرانها - آمادگی در بخش سلامت - مدیریت و نظارت بر تغذیه در بحرانها <p>موارد آموزشی پیشنهادی برای تیمهای واکنش سریع</p> <ul style="list-style-type: none"> - اصول واکنش سریع - فعال سازی تیمهای واکنش سریع - نقش و مسئولیتهای تیمهای واکنش سریع - وظایف فرد یا سازمان هماهنگ کننده برای اعزام تیمهای واکنش سریع - نحوه زندگی در اردوگاههای صحرایی - نحوه نگهداری و استفاده از تجهیزات و کیت ها - نحوه ارتباط و هماهنگی با سطوح بالاتر و پایین تر مثل نحوه درخواست کمک | آموزش |
| <ul style="list-style-type: none"> - رهبر تیم - پزشک عمومی - پرستار - تکنسین امور دارویی - کارشناس بهداشت محیط - کارشناس مبارزه با بیماری ها - کارشناس بهداشت خانواده - کارشناس مامایی - کارشناس بهداشت روان | ساختار |

| متغیرها | بعد |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - کارشناس تغذیه - راننده - کارمند تدارکات و پشتیبانی - خدمه <p>نکته: برای هر عضو تیم حداقل ۲ جانشین باید در نظر گرفت</p> | |
| | <p>وظایف</p> <ul style="list-style-type: none"> - کمک و انجام فعالیت زیر نظر ستاد هدایت عملیات بحران - حمایت و کمک به نیروهای محلی در مراحل اولیه پاسخ به بحران - اولویت بندی در خصوص استفاده از پرسنل و منابع برای ادامه فعالیت - اقدام به استفاده از کمکهای ارسالی (منابع و نیروی انسانی) حسب نیاز - استقرار محلی برای تریاژ - استقرار Collection point و شروع به ارائه خدمات - ارجاع مجروحین به نزدیکترین مرکز درمانی یا مراکز درمانی تعیین شده - اطلاع رسانی به پرسنل در خصوص فرایند ارائه اطلاعات به رسانه ها و روابط عمومی - اطلاع رسانی به بیمارستانها در خصوص مجروحینی که ارجاع داده می شوند - ثبت اطلاعات در خصوص بیماران درمان شده و ارجاع شده - کمک به تخلیه مراکز بهداشتی درمانی/بیمارستانها در صورت نیاز - گزارش به ستاد هدایت عملیات بحران در خصوص پیشرفت برنامه ها و اقدامات طی مدت ماموریت - نظارت و بررسی غذای توزیع شده، دارو و سایر مواد مصرفی - طراحی و اجرای برنامه کنترل ناقلین در منطقه آسیب دیده - بررسی احتمال وجود مواد خطرناک و کنترل آن - ارزیابی مستمر شبکه آبرسانی و سیستم بهداشتی (مانند دفع مواد زاید) در صورت نیاز - نظارت بر حمام و توالت صحرای - ارائه برنامه یا طریق برای دفع مواد زاید - بازرسی مستمر محل اسکان موقت - شناسایی امکان رخداد اپیدمی ها و ارائه طریق برای از بین بردن یا کنترل شیوع بیماریهای واگیر - ارائه خدمات ویژه برای حوادث بیوتروریسم - ارائه خدمات مراقبت از بیماریها، مداخلات موردی و پیگیری کنترل بیماریهای عفونی و بیماریهای منتقله از راه غذا - ارائه آموزشهای بهداشت عمومی بر حسب نیاز - ارزیابی شرایط در خصوص اپیدمی بیماریهای واگیر - شناسایی و هماهنگی در خصوص ارائه خدمات ایمن سازی - ارائه خدمات بهداشت روان به گروه هدف - ارائه خدمات بهداشت محیط - ارائه خدمات بهداشت باروری به گروه هدف - ارائه خدمات به گروههای پر خطر یا ویژه مانند سالخوردگان، کودکان - نظارت بر تأمین و تهیه غذا - نظارت بر دفن اجساد <p>بر حسب نوع حادثه و شدت آن برخی از این فعالیتها انجام شده و برخی نیاز به اقدام ندارند</p> |

- تمامی اعضای تیم های واکنش سریع که در بخش های مختلف وزارت بهداشت و درمان مشغول به کار هستند و در زمان پاسخگویی به بلایا یک تیم را تشکیل می دهند، باید توسط یک بخش مستقل نیز پشتیبانی و حمایت شوند و با اعطای تسهیلات ویژه ای مثل دادن وام و یا پاداش های معین سالیانه، انگیزه این افراد را برای عملکرد بهتر افزایش و زمینه حضور دیگر داوطلبان را فراهم نمایند.

- از آنجا که در فاز پاسخ، نیاز به استفاده از تمام امکانات و ظرفیت های محلی احساس میشود همان طور که در دیگر کشورها نیز دیده می شود و در صورت وقوع فاجعه ای بزرگ نیاز به فعالیت تعداد زیادی تیم می باشد، در ایران نیز تشکلهای مختلفی وجود دارد که می توان با آموزش رابطین و ایجاد تیم های امدادی در آنها مشارکت جامعه را در برنامه پاسخگویی به وضعیت اضطراری جلب نمود. مثل: مساجد، مدارس و سایر مراکز آموزشی، دانشگاهها، ادارات، کارخانجات، نیروهای داوطلب (جمعیت هلال احمر و ...)، انجمن های خیریه، مجتمع های مسکونی، زندان ها، سرای سالمندان، مجتمع های بهزیستی و ...

- برای آموزش های مورد نیاز تیم های واکنش سریع باید نسبت به آموزش پرسنل بهداشتی و درمانی و پرسنل سایر ادارات ارائه دهنده خدمات، قبل از بحران اقدام نمود و در طی دوره های متوالی بازآموزی و با انجام مانورهای مقطعی و کارگاه ها این آموزش ها را تکرار کرد و برای این دوره ها امتیازات

آموزشی در نظر گرفت و به منظور ارائه بهتر این آموزش ها، از مشارکت شهرداری ها و شوراهای شهر و استفاده از رسانه های ارتباط جمعی و تکنولوژی مناسب آموزشی می توان بهره برد، همچنین باید به تمرکز زدایی و ارائه آموزش ها در سطوح محیطی روی آورد.

- برای فراهم آوردن و نگهداری از تجهیزات مورد نیاز تیم، ابتدا باید یک لیست مشخص واحد بر اساس نوع بلایا آماده شود و در اختیار تمامی سطوح پاسخ قرار گیرد، برای تأمین منابع مورد نیاز جهت خرید تجهیزات لازم است اعتبارات مشخصی در سطح وزارتخانه در نظر گرفته شود، و یا اینکه از محل درآمد شهرداری ها یا جلب مشارکت خیرین برای تیم های تمام سطوح واکنش تجهیزات لازم و کافی فراهم آورد. دیگر اینکه برای نگهداری این تجهیزات انبارهایی در مکانهای معین که کمتر در معرض سوانح قرار دارند، در نظر گرفته شود و تجهیزات در همان ساعات اولیه وقوع حادثه به صورت استاندارد بسته بندی و ارائه گردند.

- در نهایت اینکه به منظور عملی شدن تمام این اهداف و تأمین اعتبارات لازم برای داشتن تیمی کامل همراه با تجهیزات مورد نیاز، باید توجه سیاستمداران و مقامات اجرایی در کشور را به این امر جلب نمود و آنها را از تجربه موفق دیگر کشورها در ارتباط با سازماندهی این گونه تیم ها آگاه کرد.

personnel readiness in disaster.
Today hospital and tomorrow
hospital seminar, transgressor
challenge, Kermanshah, 2006.
[In Persian]

فهرست منابع

1. Elahi N. "Earthquake Crisis Management in Metropolis with approach at plan of earthquake crisis management in Tehran city. Seismology international research center and earthquake engineering, ministry of foreign Affairs publishers, 2000. [In Persian]
2. World health organization, Yosefi M. translation of emergency health actions guidance after disaster occurrences .Tehran, 2007. [In Persian]
3. Kiyampoer v .Surveying of emergency position management in health section of Iran .The summary of paper presented at health congress initiatory and crisis management in disaster occurrences. Tehran, 2002. [In Persian]
4. Elahi N. earthquake crisis management in Iran: strucher, research needs, educational and executive. Seismology international research center and earthquake, Tehran, 2000. [In Persian]
5. Crisis management and preventive staff secretariat in Tehran. Crisis management organization reports in disaster, Tehran, 2004. [In Persian]
6. Eskandari Z, Jelali A, Sefari SH, et al. necessity of medical