



Challenges of the Islamic Republic of Iran's Health System Response Program to the Crisis and Exit Strategies (Case Study: Qom Provincial Health Center)

Abdul Rahman Keshvari^{1*}, Ali Saeedi², Sadeghe Molaghen³, Ali Khalaj⁴

¹ Correspondence: Assistant Professor, Imam Hussein University, Tehran, Iran. Email Address: neghahdasht@yahoo.com

² Associate Professor, Imam Hussein University, Tehran, Iran. Email Address: asaidi40@gmail.com

³ Master's degree, Imam Hussein University, Tehran, Iran. Email Address: smolaghen3768@gmail.com

⁴ Master's degree, Imam Hussein University, Tehran, Iran. Email Address: khalajali92@gmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

Article Type: Research paper

Received: 5 May 2025

Received in revised form: 3 June 2025

Accepted: 20 September 2025

Available online: 21 August 2026

Keywords:

Health Center

Response Program

Burke-Litwin Model,

Crisis Management,

Solutions

ABSTRACT

Due to its geographical location and cultural, political, social, etc. conditions, Iran has always been prone to various crises. For this purpose, the Ministry of Health has developed a program entitled "Health System Response to Disasters" for crisis management in the health system and communicated it to the universities of medical sciences. Considering the history of implementation of this program in the Qom Provincial Health Center, it seems that it has not been able to fully meet the needs of crisis management and, consequently, passive defense in this area. The aim of this research is to identify the challenges of implementing this program in the Qom Provincial Health Center and provide solutions to overcome these conditions. This research uses a qualitative descriptive-analytical method and, citing research literature, organizational information, and expert interviews, has extracted the program's challenges based on 12 criteria of the Burke-Litwin model. 45 important challenges have been extracted based on categorization, with 4 main categories and 12 subcategories. By providing exit strategies and solutions, it is expected that the following results will be achieved: implementation, promotion, effectiveness, efficiency and productivity of the program, response to the crisis, recording accurate information, staff performance, community behavior, crisis management, public participation, and program monitoring. The achievements of this research in the field of crisis management and passive defense are effective improvement of the health care system, promotion of the components of the health care system with respect to disasters, and reduction of the risks and consequences of disasters at the community level. Finally, the results of these steps have been summarized in a model.

Cite this article: A. Keshvari, Ali. Saeedi, S. Molaghen, and A. Khalaj, "Challenges of the Islamic Republic of Iran's Health System Response Program to the Crisis and Exit Strategies (Case Study: Qom Provincial Health Center)," Journal of Passive Defence, vol. 17, no. 2, pp. 19-44, 2026. DOI: <https://doi.org/10.47176/pd.2026.1536>



OPEN ACCESS

© Author(s) retain the copyright and full publishing rights

Publisher: Imam Hossein University.

Introduction

Due to its geographical location and its distinctive cultural, political, and social conditions, Iran has always been vulnerable to a wide range of natural and man-made crises. Over time, crisis management has evolved from a purely reactive approach into a systematic and institutionalized discipline that relies on structured planning, command and control systems, and coordinated emergency operations. In this context, the Ministry of Health has developed and communicated a national program entitled "Health System Response to Disasters," which is intended to guide and standardize crisis management within Iran's health sector and universities of medical sciences. The Emergency Operations Center (EOC) and the Incident Command System (ICS) constitute the core frameworks through which this program is expected to function during emergencies. Despite several years of implementation, evidence from the Qom Provincial Health Center suggests that the program has not been able to fully satisfy the requirements of crisis management and passive defense in this area. Ineffective resource allocation, fragmented inter-organizational coordination, and challenges in staff performance and data recording remain significant obstacles. Accordingly, this study aims to identify and analyze the challenges of implementing the "Health System Response to Disasters" program within the Qom Provincial Health Center. The study also seeks to propose practical exit strategies and solutions to overcome these barriers. To this end, the research applies a qualitative descriptive-analytical method and draws upon the Burke-Litwin organizational change model to frame and categorize the findings. The findings are expected to enhance the effectiveness, efficiency, and productivity of the response program and to improve crisis management and public participation, ultimately reducing the risks and consequences of disasters at the community level.

Results and Discussion

1. Research Approach and Data Sources

This study employed a qualitative descriptive-analytical design. Data were collected from three primary sources: (a) the existing research literature on crisis/disaster management, (b) official organizational documents of the Qom Provincial Health Center (including technical unit job descriptions and the Ministry of Health's "Health System Response to Disasters" program), and (c) semi-structured interviews with crisis-management experts. All collected data were analyzed and categorized using the **Burke-Litwin model of organizational change**, which provided 12 analytical criteria.

2. Research Questions (Framework for Discussion)

The analysis was organized around four guiding research questions: (1) How should the health care system response program be implemented in response to disasters? (2) What is the current status of implementing the response program in the Qom Provincial Health Center? (3) What are the reasons and challenges of the program's implementation approach? (4) What is the proposed model for preparing, implementing, and evaluating the health care system's response program?

3. Key Findings — The Extracted Challenges

From the categorized analysis, the study extracted **45 important challenges**, which were structured into **4 main categories** and **12 subcategories**. The Burke-Litwin framework grouped these findings across its 12 criteria — including external environment, leadership, mission/strategy, organizational culture, structure, management practices, systems, and individual/group variables.

The 4 main challenge categories and their typical focus areas were:

- **Structural and organizational challenges** — relating to command-and-control structure, the Incident Command System (ICS) implementation, and the Emergency Operations Center (EOC) operational readiness.
- **Inter-organizational coordination and integration challenges** — including the coordination of health system units with other crisis-management organizations and the management of inter-organizational relationships.
- **Resource and management-practice challenges** — covering human resources, staff performance, resource allocation, and management systems.
- **Information, monitoring, and community-related challenges** — including accurate data recording, program monitoring, public participation, and community behavior.

4. Figures Referenced in the Study

The article presents several supporting figures and frameworks: (1) an organizational chart of the Qom Provincial Health Center's crisis-management structure and its covered population; (2) a model of the "Health System Response to Disasters" phases adapted from Ministry of Health guidelines (Reference [3]); (3) a diagram showing the Incident Command System (ICS) structure, which includes the incident commander and functional sections such as operations, planning, logistics, and finance/administration; and (4) a flowscheme of the crisis-management process covering planning, response, and evaluation stages.

5. Expected Theoretical Results (from the solutions/exit strategies)

According to the abstract, the provision of exit strategies and solutions is expected to yield the following results: program implementation, promotion, effectiveness, efficiency, and productivity; improved crisis response; accurate information recording; enhanced staff performance; improved community behavior; strengthened crisis management; greater public participation; and better program monitoring. Finally, all findings were consolidated into a final conceptual model.

6. Discussion — Interpretation of the Data

The findings indicate that, despite several years of program implementation, the Qom Provincial Health Center still exhibits gaps in fully meeting crisis-management and passive-defense requirements. The concentration of challenges across structural, coordination, resource, and information domains confirms that the obstacles are systemic rather than isolated. By framing these challenges through the Burke–Litwin model, the study links organizational-level factors (structure, strategy, culture) with individual/group performance, providing a coherent theoretical basis for the proposed solutions. The expected outcomes point toward effective improvement of the health care system, promotion of disaster-preparedness components, and reduction of disaster risks and consequences at the community level.

Conclusion

This study set out to identify and analyze the challenges of implementing the "Health System Response to Disasters" program within the Qom Provincial Health Center, and to propose practical exit strategies for overcoming these barriers. Using a qualitative descriptive-analytical approach and the Burke–Litwin organizational change model as the analytical framework, the research triangulated data from three sources—the existing literature, official organizational documents, and semi-structured interviews with crisis-management experts.

The analysis revealed that the program, despite several years of implementation, has not fully satisfied the requirements of crisis management and passive defense in the studied center. A total of 45 important challenges were extracted and structured into 4 main categories and 12 subcategories, spanning structural and organizational dimensions, inter-organizational coordination, resource and management practices, and information, monitoring, and community engagement. The concentration of obstacles across all four domains indicates that the deficiencies are systemic rather than isolated, requiring coherent and integrated solutions.

The principal product of this research is a consolidated conceptual model that links the extracted challenges with the proposed exit strategies. The model, built upon the twelve criteria of the Burke–Litwin framework, treats organizational-level factors and individual/group performance as interconnected, thereby providing a theoretical basis for targeted interventions.

Ultimately, the provision of exit strategies is expected to yield improvement in program implementation, effectiveness, efficiency, and productivity; accurate information recording; enhanced staff performance; improved community behavior; stronger crisis management; greater public participation; and effective program monitoring. In doing so, the study contributes to the effective improvement of the health care system, the promotion of disaster-preparedness components, and the reduction of disaster risks and consequences at the community level.

For future work, the proposed model should be tested and operationalized at other provincial health centers and universities of medical sciences to verify its generalizability. In addition, further research is recommended to strengthen Emergency Operations Center readiness, enhance inter-organizational coordination with passive-defense and crisis-management entities, establish robust data-recording and monitoring mechanisms, and expand public participation in disaster response. Implementing these recommendations will help institutionalize an effective and resilient response program across Iran's health system.

چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به بحران و راهکارهای برون رفت (مطالعه موردی: مرکز بهداشت استان قم)

عبدالرحمن کشوری^{۱*}، علی سعیدی^۲، صادق ملقن^۳، علی خلج^۴

^۱ استادیار، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران (نویسنده مسئول). رایانامه: neghahdasht@yahoo.com

^۲ دانشیار، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران. رایانامه: asaidi40@gmail.com

^۳ کارشناسی ارشد، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران. رایانامه: smolaghen3768@gmail.com

^۴ کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران. رایانامه: khalajali92@gmail.com

چکیده

کشور ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی و شرایط فرهنگی، سیاسی، اجتماعی و ... همواره مستعد وقوع انواع بحران‌ها بوده است. بدین منظور، وزارت بهداشت برنامه‌ای تحت عنوان «پاسخ نظام سلامت در بلایا» جهت مدیریت بحران در نظام سلامت تدوین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ کرده است. با توجه به سابقه اجرا این برنامه در مرکز بهداشت استان قم به نظر می‌رسد نتوانسته جوابگوی کامل نیازهای مدیریت بحران و به تبع آن پدافند غیر عامل در این حوزه باشد. هدف این پژوهش، شناسایی چالش‌های اجرای این برنامه در مرکز بهداشت استان قم و ارائه راهکارهایی جهت برون‌رفت از این شرایط است. این پژوهش از روش کیفی توصیفی-تحلیلی استفاده و با استناد به ادبیات پژوهش، اطلاعات سازمانی، و مصاحبه‌های تخصصی، چالش‌های برنامه را بر اساس ۱۲ معیار مدل بورک-لیتوین استخراج کرده است. ۴۵ چالش مهم بر مبنای مقوله‌بندی، با ۴ مقوله اصلی و ۱۲ مقوله فرعی استخراج شده است. با ارائه راهبردها و راهکارهای برون رفت انتظار می‌رود نتایجی شامل: ارتقاء، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری برنامه، پاسخ به بحران، ثبت اطلاعات صحیح، عملکرد کارکنان، رفتار جامعه، مدیریت بحران، مشارکت عمومی و نظارت بر برنامه حاصل شود. دستاوردهای حاصل از اجرای این پژوهش در حوزه مدیریت بحران و پدافند غیر عامل بهبود مؤثر نظام مراقبت‌های بهداشتی، ارتقاء اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به بلایا و کاهش مخاطرات و عوارض بلایا در سطح جامعه عنوان شده است. در نهایت نتیجه انجام این مراحل به منظور جمع بندی الگو سازی شده است.

مشخصات مقاله

تاریخچه مقاله:

نوع مقاله: علمی پژوهشی

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۱۵

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۹

ارائه آنلاین: ۱۴۰۵/۰۵/۳۰

کلیدواژه‌ها:

مرکز بهداشت

برنامه پاسخ

مدل بورک-لیتوین

مدیریت بحران

راهکارها

استناد: کشوری، عبدالرحمن، سعیدی، علی، ملقن، صادق، خلج، علی، "چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به بحران و راهکارهای برون رفت (مطالعه موردی: مرکز بهداشت استان قم)"، نشریه پدافند غیرعامل، دوره ۱۷، شماره ۲، صفحات ۴۴-۱۹، ۱۴۰۵.

DOI: <https://doi.org/10.47176/pd.2026.1536>

© نویسنده(گان) حق نشر و حقوق کامل انتشار را برای خود محفوظ می‌دارند.



ناشر: دانشگاه جامع امام حسین (ع).

OPEN ACCESS

۱- مقدمه

پرداختن به ماهیت بحران‌های سازمانی و فرایند مدیریت بحران از اهمیت بالایی برخوردار است. محیط پراشوب و سرعت شتابان تغییرات در جهان امروز منجر به کثرت وقایع تولیدکننده بحران شده است. در واقع بحران‌ها بخشی از فضای زندگی هستند و حذف تمامی آن‌ها در سازمان‌ها و کشور ناممکن می‌باشند. بر این اساس سازمان‌ها باید برای غلبه بر بسیاری از تهدیدات شناخته‌شده و ناشناخته، آمادگی لازم را کسب نموده و از این طریق بقاء و تداوم ارائه خدمات خود را تضمین نمایند [۱].

ایران، به دلیل ویژگی‌های اقلیمی و جغرافیایی خود، هرساله شاهد وقوع حوادث و سوانح طبیعی و انسان ساخت بوده که عمدتاً با خسارات جانی و مالی قابل توجهی توأم می‌باشند. آنچه در فرآیند مواجهه و پاسخ به این حوادث از اهمیت و اولویت بیشتری برخوردار است، ارائه فوری خدمات درمانی به مصدومان و آسیب دیدگان و کاهش میزان تلفات انسانی می‌باشد. بر اساس قانون مدیریت بحران کشور، سازمان مدیریت بحران کشور مسئولیت یکپارچگی در اعمال مدیریت بحران کشور و ارتقاء اثربخشی آن را به عهده دارد [۲].

مجموعه مدیریت بحران کشور با شکل‌گیری سازمان مدیریت بحران و کارگروه‌های تخصصی در ارتقای آمادگی ملی و کاهش خطرپذیری ایجاد شده است. از بین کارگروه‌های تخصصی ۱۴ گانه نظر به اولویت حفظ و تأمین سلامت مردم در حوادث و بلایا کارگروه بهداشت، درمان و توان بخشی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار بوده و به منظور ایجاد هماهنگی، پشتیبانی، پیگیری عملیات اجرایی کارگروه و ایجاد زیر کارگروه‌های تخصصی وابسته، دبیرخانه کارگروه در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشکیل شده است. رسالت اصلی کارگروه و دبیرخانه، ارتقای توان مدیریت خطر حوزه سلامت، به منظور کاهش آسیب‌پذیری سازه‌ای، غیر سازه‌ای و عملکردی، افزایش ظرفیت، تاب‌آوری و تأمین پایداری عملکرد حوزه سلامت در زمان وقوع حوادث، افزایش توان پاسخ در جهت کاهش مرگ و میر و بیماری‌ها، معلولیت‌ها و عوارض سوء ناشی از کلیه مخاطرات غیر مترقبه طبیعی و انسان‌ساز و سیاست‌گذاری در ارتباط با بازسازی و مقاوم‌سازی نظام سلامت (به جز موارد اجتماعی - امنیتی)، است [۳].

در استان قم، بر اساس سوابق زمین‌شناسی، شرایط آب و هوایی، عملکرد سازمان‌های امدادرسان و سایر نهادهای مرتبط، همواره با وقوع مخاطرات طبیعی و بحران‌های انسان ساخت مواجه بوده‌ایم. از این رو، آمادگی در حوزه مدیریت بحران برای مرکز بهداشت استان قم که به‌عنوان مهم‌ترین نهاد مسئول نظام سلامت شناخته می‌شود اهمیت ویژه‌ای دارد. مرکز بهداشت استان قم با دارا بودن نیروهای متخصص، واحدهای بهداشتی متنوع و امکانات تخصصی در سراسر استان، باید از توان اجرایی لازم برای مدیریت بحران‌های مرتبط با حوزه وظایف خود برخوردار باشد.

وزارت بهداشت نیز به منظور مدیریت بحران‌هایی که در حیطه اختیارات مراکز بهداشت رخ می‌دهند، برنامه‌هایی را تدوین و ابلاغ نموده است. از جمله این برنامه‌ها، «پاسخ نظام سلامت در بلایا» (EOP)^۱ است که حدود ۱۰ سال در مرکز بهداشت استان قم در حال اجرا است. اما با استناد به سوابق و مستندات مشاهداتی و آماری، به نظر می‌رسد کارآمدی مورد انتظار از آن به دست نیامده و در زمینه‌های پیشگیری، آمادگی، پاسخ و بازیابی در بحران‌ها، این برنامه نتوانسته به طور کامل جوابگوی نیازهای مدیریت بحران و پدافند غیرعامل در نظام سلامت باشد.

از آنجایی که حوزه پدافند غیر عامل حوزه مقابله با تهدیدات دشمن است و پیچیدگی‌های بیشتری نسبت به حوزه مدیریت بحران دارد که دشمن نقشی در آن ندارد؛ لذا بستر اولیه به منظور پاسخ به کلیه مخاطرات، اصلاح شیوه‌های مدیریت بحران به عنوان پایه اقدامات می‌باشد [۴].

در این پژوهش، مسئله اصلی بررسی چالش‌ها و ضعف‌های برنامه «پاسخ نظام سلامت در بلایا» در مرکز بهداشت استان قم است، با هدف تداوم ارائه خدمات سلامت در زمان بحران‌ها و توسعه الگویی جامع برای مدیریت بحران در زیرساخت‌های بهداشت و سلامت این استان. بر اساس تجزیه و تحلیل آسیب‌شناسانه برنامه موجود، تجربیات کارشناسان و اساتید مدیریت بحران، چالش‌های موجود شناسایی و راهکارهای مؤثری ارائه شده است.

اهمیت این مطالعه به نقش حیاتی مراکز سلامت، پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت در مدیریت بحران‌ها بازمی‌گردد، چرا که این مراکز نخستین مرجع ارائه خدمات اضطراری محسوب می‌شوند. استان قم، با تاریخچه‌ای از حوادث طبیعی و بحران‌های انسانی،

¹ Emergency Operation Plane

سلامت کامل^۲ در مدیریت بحران مورد توجه قرار گرفته و نقش سازمان‌هایی مانند FEMA در سطح بین‌المللی و تدوین سیاست‌های جهانی، باعث تقویت همکاری‌های بین‌المللی و توسعه استانداردهای مدیریتی در این زمینه شده است [۵].

در ایران، بر اثر بحران‌های طبیعی مانند زلزله‌های مخرب، اهمیت مدیریت بحران آشکار شد و پس از حوادث مهم، ساختارهای سازمانی و قوانین مربوط به آن تکوین یافتند. نهادهایی مانند مدیریت بحران کشور و سازمان‌های استانی، نقش مهمی در بهبود سطح آمادگی و پاسخگویی در مقابل حوادث ایفا کردند. طی سال‌ها، روند رشد و توسعه مدیریت بحران در کشور بر تکیه بر تجربیات جهانی و به‌کارگیری رویکردهای نوین استوار شده است، و تمرکز بر آموزش، پیشگیری، و همکاری‌های بین‌سازمانی در جهت کاهش اثرات بحران‌ها ادامه دارد [۶].

شناسایی عوامل موثر در افزایش تاب‌آوری زنجیره تأمین، کاهش اثرات حوادث طبیعی و غیرطبیعی و راهکارهای پدافند غیرعامل در مقابل تهدیدات و همچنین بهره‌گیری از نظام فرماندهی و کنترل یکپارچه زیرساخت‌های شهری می‌تواند به مدیران زیرساخت‌های شهری و رده‌های مختلف و مستقر در شهر کمک کند [۷].

۲-۲- مدل‌های مدیریت بحران

در حوزه مدیریت بحران، مدل‌های مختلفی توسعه یافته‌اند که هر کدام بر اساس رویکردهای خاص و نیازهای متفاوت به کار گرفته می‌شوند.

مدل‌های سنتی معمولاً بر تمرکز بر پاسخ سریع و کاهش اثرات مستقیم بحران تأکید دارند و بیشتر به واکنش پس از وقوع حوادث می‌پردازند [۸].

مدل‌های جامع، که در دهه‌های اخیر رایج شده‌اند، رویکردی کل‌نگر دارند و تمامی مراحل مدیریت بحران، از پیشگیری، آمادگی، پاسخ‌گویی تا بازیابی را در بر می‌گیرند [۸].

یکی از مدل‌های مهم، مدل چندرشته‌ای است که بر همکاری و هماهنگی بین ارگان‌ها و سازمان‌های مختلف تأکید دارد و بهبود توانمندی‌های مشترک را هدف قرار می‌دهد [۸].

علاوه‌براین، مدل‌های نوین بر فناوری، داده‌کاوی، و تحلیل‌های زمانی و مکانی تکیه دارند تا به صورت پیش‌گیرانه و

نمونه‌ای مناسب برای بررسی ناپایداری‌های سامانه مدیریت بحران است. پاندمی کووید-۱۹ نیز نشان‌دهنده ضعف‌های موجود در این حوزه بوده است که آسیب‌های زیادی از جمله تلفات و خسارات اقتصادی به بار آورده است و نقش کارکنان بهداشت در پاسخگویی مؤثرتر برجسته شده است.

ارتباط مستقیم مردم با مراکز بهداشتی، و توانمندی علمی و عملی کارشناسان، از ارزشمندترین دارایی‌های این بخش است که در مواقع بحران می‌تواند با جمع‌آوری اطلاعات دقیق، ارزیابی وضعیت و تولید گزارش‌های منطقه‌ای، نقش موثری ایفا کند. بنابراین، بهره‌گیری صحیح از این ظرفیت‌ها در شرایط اضطراری کلید کاهش اثرات منفی بحران‌ها و ارتقاء سلامت جامعه است.

بررسی‌های انجام شده از فرآیند و رویکردهای اجرای برنامه‌های مدیریت بحران نشان داده است که ضعف‌ها و نارسایی‌هایی وجود دارد که در صورت عدم توجه به آن‌ها، کارایی نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها کاهش خواهد یافت. بنابراین، ضرورت دارد از استانداردهای عملیاتی و توانمندی‌های درون‌سازمانی و برون‌سازمانی به طور کامل بهره برد تا پاسخگویی سریع و مؤثر در مواجهه با هر نوع بحران تضمین گردد.

در نهایت، هدف این پژوهش شناسایی چالش‌های اجرایی برنامه «پاسخ نظام سلامت در بلایا» در مرکز بهداشت قم است. نتایج آن می‌تواند مبنایی برای بازنگری در شیوه‌ها و محتوای برنامه‌های مدیریت بحران وزارت بهداشت و دیگر دستگاه‌های مرتبط فراهم‌آورد و گامی مؤثر در جهت بهبود عملکرد نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها باشد.

۲- مبانی نظری پژوهش

۲-۱- تاریخچه مدیریت بحران در جهان و ایران

توسعه اولیه مدیریت بحران بر پایه برنامه‌های عملیات اضطراری (EOP) و سامانه‌های پایش و نظارت بر حوادث (DSS) شکل گرفت و با هدف کاهش خسارات و تلفات، مدیریت خطر و ارزیابی ریسک توسعه یافت [۳]. پس از وقوع حوادث بزرگ طبیعی، تمرکز بر آموزش‌های آمادگی، تحلیل عوامل داخلی و خارجی، و توسعه رویکردهای پیشگیرانه افزایش یافت، و در نهایت، رویکردهای جامع و چندوجهی مانند رویکردهای پیشگیرانه^۱ و

^۲ Whole health

^۱ Approaches proactive

در لحظه، اثربخشی اقدامات را افزایش دهند [۸].

بنابراین، طیف گسترده‌ای از مدل‌ها، بسته به نوع بحران، سطح سازمان و منابع موجود، قابل به‌کارگیری است، و تلفیق مدل‌های سنتی و نوین، روز به روز در حال رشد است تا پاسخ‌های مؤثر و کارآمدتری ارائه دهد [۸].

در کنار این مدل‌ها که مربوط به مدیریت بحران است توجه به مدل‌هایی در حوزه پدافند غیر عامل نیز می‌تواند مکمل آنها قرار گیرد. به عنوان نمونه ادغام سامانه مدیریت کیفیت و پدافند غیرعامل است. هدف این است که با این ادغام، آسیب‌پذیری‌های محصولات، تجهیزات، تأسیسات، انسان‌ها و اموال کاهش یابد و توان مقابله در برابر تهدیدات دشمن افزایش یابد [۹].

۲-۳- نقش و فعالیت‌های مرکز بهداشت استان قم در مدیریت بحران

مرکز بهداشت استان قم نقش حیاتی در نظام سلامت و مدیریت بحران‌های بهداشتی در این استان ایفا می‌کند. این مرکز با توجه به اهمیت پیشگیری، آمادگی و پاسخگویی در مواجهه با بحران‌ها، به عنوان یکی از نهادهای اصلی در تدوین و اجرای برنامه‌های سلامت در شرایط اضطراری عمل می‌نماید از جمله فعالیت‌های کلیدی این مرکز در حوزه مدیریت بحران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: [۱۰]

- پایش و نظارت بر وضعیت سلامت جامعه: این مرکز با جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پایش‌های مستمر، وضعیت سلامت عمومی و عوامل خطر موجود در استان را ارزیابی می‌کند.
- برنامه‌ریزی و آموزش: اجرای دوره‌های آموزشی برای افزایش سطح آگاهی عمومی و نیز آموزش نیروهای امدادی و بهداشتی در مواجهه با بحران‌های مختلف، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.
- هماهنگی با نهادهای ذی‌ربط: در زمان وقوع بحران، همکاری با دستگاه‌های اجرایی، حمایتی و امدادی مانند هلال احمر، بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های مرتبط، برای پاسخ سریع و مؤثر است.
- اجرای طرح‌های مقابله و کنترل بیماری‌ها: در موقعیت‌هایی مانند شیوع بیماری‌های واگیر، این مرکز نقش اساسی در اجرای سریع اقدامات پیشگیرانه و کنترل شیوع دارد.
- ایجاد سامانه‌های پاسخ سریع و اطلاع‌رسانی به موقع: بهره‌گیری از تکنولوژی و فناوری اطلاعات در جهت اطلاع‌رسانی

سریع و مدیریت بهتر بحران‌های بهداشتی.

- نقش فعال و مستمر مرکز بهداشت در اجرای برنامه‌ها، آموزش‌های جامعه محور، و همکاری‌های بین‌بخشی باعث تقویت تاب‌آوری جامعه و کاهش اثرات منفی بحران‌های بهداشتی می‌شود. در نتیجه، این نهاد نقش بنیادی در ارتقاء سطح سلامت عمومی و ایجاد پاسخ‌های مؤثر در برابر حوادث غیرمترقبه دارد.
- مدیریت بحران در نظام سلامت نقش کلیدی در حفظ سلامت جامعه و کاهش اثرات حوادث و وقایع غیرمترقبه ایفا می‌کند. در نظام سلامت، این مفهوم شامل برنامه‌ریزی، آماده‌سازی، پاسخگویی و بازیابی است که با هدف کاهش خسارات جسمی، روانی، و اقتصادی ناشی از بحران‌ها طراحی و اجرا می‌شود. در فرآیند مدیریت بحران در نظام سلامت، پیدایش چند مرحله‌ای حائز اهمیت است: [۳]

- پیشگیری و کاهش خطرات: شناسایی عوامل تهدیدکننده سلامت و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه، مانند آموزش عمومی، ارتقاء سطح بهداشت، و تقویت زیرساخت‌های درمانی و بهداشتی
- آمادگی: تدوین برنامه‌های اضطراری، آموزش نیروهای انسانی، و تجهیز تجهیزات و منابع لازم برای مواجهه مؤثر با بحران‌ها
- پاسخگویی: در زمان وقوع بحران، اجرای عملیات سریع، ارزیابی وضعیت، ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی، و هماهنگی با سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط برای کنترل وضعیت
- بازیابی و بازسازی: پس از مدیریت بحران، تمرکز بر بازیابی خدمات، بازسازی زیرساخت‌ها و ارزیابی اثرات حادثه برای بهبود اصول مدیریت بحران در آینده
- برای تحقق موفقیت‌آمیز این فرآیند، نیازمند برنامه‌ریزی جامع، افزایش آگاهی و آموزش مستمر نیروهای سلامت، و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین است. همچنین، همکاری بین نهادهای سازمان‌ها، و جامعه مردم در بهبود پاسخ‌های بحرانی و مقاوم‌سازی سامانه سلامت اهمیت فراوان دارد [۳].

در نتیجه، مدیریت بحران در نظام سلامت نقش حیاتی در کاهش مرگ‌ومیر، کاهش عوارض و خسارات ناشی از حوادث و افزایش ایمنی و سلامت در جامعه دارد، و استمرار آن مستلزم برنامه‌ریزی دقیق، آموزش مداوم و همکاری‌های مستمر است [۳].

۲-۴- مدل آسیب شناسی بورک - لیتوین

مدل بورک-لیتوین ابزاری برای شناسایی و مرتبط کردن عواملی است که برای ایجاد تغییرات موفق در سازمان ضروری هستند. بر

باشد. بر این اساس، پژوهش حاضر تلاش دارد به سؤالات زیر پاسخ دهد:

۱. چالش‌های اجرای برنامه پاسخ نظام سلامت در مرکز بهداشت استان قم چیست؟
۲. چه عواملی باعث بروز این چالش‌ها در روند اجرای برنامه شده است؟
۳. راهکارهای برون رفت از این چالش‌ها چیست؟
۴. نتایج و دستاوردهای حاصل از به‌کارگیری راهبردهای پیشنهادی در اجرای برنامه پاسخ نظام سلامت چیست؟

۳- پیشینه پژوهش

سازمان مدیریت بحران آمریکا [۱]، در دستورالعمل سامانه ملی مدیریت حوادث، نحوه استقرار مرکز مدیریت بحران، ارائه اطلاعات، و راهنمایی‌های مربوط به راه‌اندازی، نگهداری و غیرفعال کردن مرکز مدیریت اضطراری (EOC)^۱ را بررسی کرده است. این دستورالعمل، چارچوبی برای مدیریت شرایط اضطراری در سطح ملی و منطقه‌ای ارائه می‌دهد و تأکید دارد که ساختار مدیریت بحران باید توانایی واکنش سریع به بلایا را داشته باشد. همچنین در دستورالعمل توسعه و حفظ برنامه‌های عملیات اضطراری [۵]، بیش از ۱۰۱ دستورالعمل کاربردی در مورد چگونگی تدوین برنامه‌های پاسخ اضطراری (EOP) ارائه شده است. این دستورالعمل‌ها به سازمان‌ها کمک می‌کنند تا از فرایندهای استاندارد و بهینه برای کاهش اثرات بحران‌ها بهره ببرند.

محمد رضا امیر اسماعیلی و همکاران [۱۲]، در پژوهشی با عنوان «چالش‌های مراکز جامع خدمات سلامت شهری»، از طریق مطالعات کیفی، چالش‌های اساسی این مراکز را در چهار دسته اصلی شناسایی کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مشکلات ساختاری، مدیریتی، منابع انسانی و تعاملات سازمانی، مهم‌ترین موانع عملکرد بهینه مراکز سلامت شهری در شرایط بحرانی محسوب می‌شوند.

محمد دهقانی و همکاران [۱۳]، در مقاله «مجموعه حداقل داده‌های مدیریت سلامت در بحران»، به طراحی یک چارچوب اطلاعاتی جامع برای مدیریت داده‌های سلامت در بحران

اساس این مدل، یک چرخه ۱۲ عاملی کلیدی وجود دارد که همه عوامل آن بر هم تأثیر می‌گذارند.

در واقع مدل تغییر بورک - لیتوین تغییرات سازمانی را بررسی می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه تغییرات در ۱۲ عامل کلیدی طراحی سازمان می‌تواند بر عوامل دیگر و بر عملکرد کلی سازمان تأثیر بگذارد. اگرچه این مدل به ما نشان نمی‌دهد که چگونه باید تغییرات لازم را بر این عوامل کلیدی اعمال کنیم، چارچوبی سودمند در اختیار ما قرار می‌دهد تا تحلیل کنیم لازم است چه تغییری صورت دهیم و چرا؟

ایده‌های اصلی تغییر بر چهار دسته عوامل زیر تمرکز دارند:

- محیط بیرونی شامل: شرایط بیرونی
- عوامل تحولی شامل: مأموریت و راهبرد، رهبری و فرهنگ سازمانی
- عوامل تکاملی شامل: ساختار، سازوکارها، اعمال مدیریتی، جو واحد کاری، مهارت‌های فردی و وظایف، ارزش‌ها و نیازهای فردی و انگیز
- عوامل عملکردی: عملکرد فردی و سازمانی [۱۱].

۲-۵- ضرورت توجه به مدیریت بحران در نظام سلامت

مطالعه و شناخت چالش‌های موجود در اجرای برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا از جنبه‌های گوناگون، به منظور رفع آن‌ها و ارائه راهکارهای اجرایی برای بهبود عملکرد برنامه در مراحل پیش و پس از بحران، امری ضروری است. مدیریت بحران در نظام سلامت، نه تنها ابزاری راهبردی برای کاهش آسیب‌های ناشی از بحران‌های طبیعی و انسان ساخت محسوب می‌شود، بلکه نقش مهمی در حفظ پایداری و کارآمدی خدمات بهداشتی و درمانی دارد.

با توجه به اهمیت این موضوع، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌ها، تعیین علل بروز آن‌ها، ارائه راهبردها و پیشنهادات عملیاتی و همچنین ارزیابی نتایج حاصل از به‌کارگیری این راهکارها تدوین شده است. فرآیند تحقیق با واکاوی دقیق ساختار برنامه پاسخ نظام سلامت در مرکز بهداشت استان قم و مطالعه پژوهش‌های علمی مرتبط صورت گرفته تا مبانی نظری پژوهش بر پایه اصول علمی و شواهد تجربی استوار

^۱ Emergency Operation Center

به‌عنوان چارچوبی معتبر برای تحلیل و ارزیابی سامانه‌های مدیریتی انتخاب شده است.

به‌منظور شناسایی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا در مرکز بهداشت استان قم، داده‌ها از سه منبع اصلی گردآوری شده‌اند:

۱. بررسی مستندات اجرایی و گزارش‌های مدیریتی: این مرحله شامل تحلیل سوابق عملیاتی، ارزیابی گزارش‌های سازمانی و بررسی اطلاعات آماری مرتبط با اجرای برنامه در سال‌های اخیر است.

۲. مطالعات پیشینه پژوهش: مرور تحقیقات داخلی و بین‌المللی در زمینه مدیریت بحران و بررسی نمونه‌های موفق اجرا شده در نظام‌های سلامت دیگر کشورها.

۳. مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان: انجام مصاحبه‌های تخصصی با کارشناسان حوزه مدیریت بحران، مدیران اجرایی در نظام سلامت، و کارشناسان مرتبط با اجرای برنامه در مرکز بهداشت استان قم.

تحلیل داده‌ها در سه مرحله اساسی انجام شده است:

- مرحله اول: بررسی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت با استفاده از مدل بورک-لیتوین و طبقه‌بندی عوامل مؤثر بر کاهش کارایی برنامه.

- مرحله دوم: تحلیل یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های خبرگان برای شناسایی علل بروز چالش‌ها و ارائه راهبردهای اصلاحی.

- مرحله سوم: طراحی راهبردهای عملیاتی برای بهبود اجرای برنامه و ارزیابی تأثیرات این اصلاحات بر عملکرد کلی سامانه.

بر اساس اهداف تعیین شده در پژوهش و مسیر سؤالات مشخص شده در آن، مرحله اول در اجرای پژوهش کیفی مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس مدل بورک-لیتوین و روش تحلیل داده آن تحلیل محتوای چارچوب بود که بر اساس آن چالش‌های مد نظر در برنامه پاسخ، علل ظهور آن و شیوه تأثیرگذاری هر چالش بر برنامه استخراج گردید. مرحله دوم، با انجام مصاحبه باز و با روش تحلیل داده‌ها به شکل مقوله بندی داده‌ها از خبرگان صورت گرفته و راهبردها و راهکارهای اصلاح وضعیت موجود و همچنین ارائه دستاوردهای حاصل از آن‌ها ارائه شده است. در مرحله سوم با بهره‌گیری از داده‌های حاصل از مصاحبه با خبرگان، ادبیات پژوهش، مطالعات کتابخانه‌ای و اطلاعات سازمانی با روش تحلیل محتوا و اشتراک داده‌ها، چالش‌ها، راهبردها و راهکارها و

پرداخته‌اند. این پژوهش داده‌ها را در سه مرحله پیش از بحران، حین بحران و پس از بحران دسته‌بندی کرده و برای هر مرحله، کلاس‌های داده‌ای و عناصر مرتبط را مشخص کرده است. نتایج این تحقیق بیانگر این است که مدیریت اطلاعات سلامت باید بر اساس مدل‌های داده‌محور و مبتنی بر تحلیل‌های آماری، در بهبود واکنش سازمان‌ها به بحران‌های بهداشتی نقش ایفا کند.

اد. والتون و همکاران [۱۴]، در دستورالعمل «برنامه عملیات پاسخ اضطراری»، برنامه‌ای برای پاسخ به بحران‌ها در ایالت کارولینای جنوبی تدوین کرده‌اند که به سازمان‌های محلی امکان مدیریت شرایط اضطراری را در چارچوبی یکپارچه و هماهنگ فراهم می‌آورد. این دستورالعمل تأکید دارد که همکاری بین نهادهای مختلف و توسعه برنامه‌های آموزشی برای کارکنان، نقش اساسی در اثربخشی واکنش‌های سازمانی به بحران‌ها دارد.

زهره عبدی دانشپور و همکاران [۱۵]، در پژوهش «تحلیل روابط بین‌سازمانی در مدیریت بحران شهر اصفهان»، تأثیر همکاری بین سازمان‌ها در بحران نشت نفت خام در رودخانه زاینده‌رود را بررسی کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هماهنگی بین سازمانی در مدیریت بحران، نه تنها موجب افزایش سرعت واکنش اضطراری می‌شود، بلکه در کاهش اثرات بلندمدت بحران‌ها نیز تأثیر قابل توجهی دارد.

علی اردلان و همکاران [۳]، در کتاب «برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها»، با هدف ارتقای آمادگی یکپارچه‌ی نظام سلامت، دستورالعمل جامعی برای پاسخ هماهنگ به مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت تدوین کرده‌اند. این برنامه، مبنای اصلی دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت در زمینه‌ی مدیریت بحران در نظام سلامت محسوب می‌شود و نقش تحلیل‌محور و ساختارمند در برنامه‌ریزی برای افزایش تاب‌آوری مراکز سلامت در بحران‌ها را دارد.

۴- روش تحقیق

پژوهش حاضر، از نوع کاربردی-کیفی است و در زمره تحقیقات توصیفی-تحلیلی قرار می‌گیرد. با توجه به ماهیت سازمانی برنامه‌های مدیریت بحران در نظام سلامت، استفاده از مدل‌های علمی و عملی برای بررسی چالش‌ها و ارائه راهکارهای اجرایی ضروری است. در این راستا، مدل تغییرات سازمانی بورک-لیتوین

همچنین نتایج و دستاوردهای حاصل از رفع چالش‌ها تجمیع شد. در نهایت الگوی تفصیلی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت در مرکز بهداشت قم به تصویر کشیده شده است.

٤-١- محدوده مورد مطالعه

استان قم با مساحت ۱۱۲۳۸ کیلومترمربع، تقریباً در مرکز ایران قرار دارد و از شمال شرق به استان تهران، از شرق به استان سمنان، از جنوب شرق به استان اصفهان و از جنوب غرب، غرب و شمال غرب به استان مرکزی محدود و در غرب دریاچه نمک واقع شده است [۹].

از لحاظ زمین‌شناسی، این منطقه شامل دوره‌های ترشیاری و کواترن است. شهر قم در کنار رودخانه قمرود و دشت قم قرار دارد که قطب کشاورزی و صنعتی استان محسوب می‌شود. خاک منطقه، به دلیل رسوبات رودخانه، عمدتاً ماسه‌ای است [۱۶].

بافت شهری قم شامل ۱۳۰۰ هکتار بافت فرسوده است که بخش‌های خیابان آذر، عمار یاسر، چهار مردان، امام‌زاده ابراهیم، خاکفرج، و نیروگاه بیشترین مناطق فرسوده را شامل می‌شوند.

[۱۶].

حوادثی که استان قم را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل: زلزله، سیل، خشکسالی، آتش‌سوزی، طوفان و باد شدید و شن‌های روان، کولاک و یخبندان و برف سنگین و مسدود شدن راه‌ها و معابر، سرمازدگی محصولات زراعی و باغی، صاعقه، بیماری‌های اپیدمی و اگیردار، بالا آمدن سطح آب سفره‌های زیرزمینی در برخی نواحی و آب‌گرفتگی اماکن مسکونی و تجاری، آب‌های سطحی در واقع بارندگی‌های بیش از ده میلی‌متر در سطح قم، ریزش قنات در لایه‌های زیرین بافت‌های مسکونی، تصادفات و حوادث جاده‌ای، امراض و آفات نباتی، گرمزدگی، گرد غبار است.

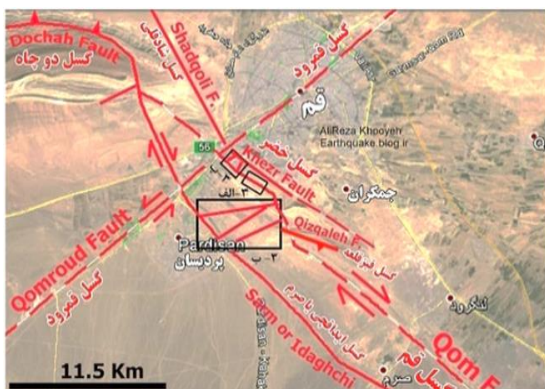
[۱۶].

قم دارای آب‌وهوای گرم و نیمه‌خشک است. میانگین دمای سالانه بین ۱۴ تا ۱۹ درجه سلسیوس متغیر است و به‌طور میانگین ۹۳۶ متر از سطح دریا ارتفاع دارد. این شهر شیب ملایمی از جنوب به شمال دارد، به‌گونه‌ای که دمای جنوب شهر قم حدود ۵ درجه سلسیوس خنک‌تر از مناطق شمال شهر است.



شکل (۱): نقشه راه های استان قم [۱۶]

تابستان‌های قم بسیار گرم و زمستان‌های آن بسیار سرد است. میزان بارش سالانه بین ۱۲۵ تا ۲۱۵ میلی‌متر متغیر بوده و میانگین بارندگی سالانه قم حدود ۱۵۰ میلی‌متر است.



شکل (۲): نقشه خطوط گسل‌های فعال در جغرافیای استان قم [۱۶]



- ۵ مرکز مشاوره (ازدواج، شیردهی، بیماری‌های رفتاری) حدود ۱۴۰۰ نفر کارکنان ستادی و محیطی
- سامانه ثبت اطلاعات سیب و سامانه خدمات عمومی ۳۱۳۶
- تجهیزات فنی و پشتیبانی برای مدیریت بحران
- ۲۱۳۹۷۱ خانوار و ۱۲۰۷۵۰۳ نفر جمعیت با گروه‌های سنی مختلف تحت پوشش [۱۹].



شکل (۳): نمودار ساختار تشکیلاتی مرکز بهداشت استان قم



شکل (۴): مدل ۴ فاز مدیریت بحران [۳]

۴-۳- مدیریت بحران در نظام سلامت

گروه هدف مدنظر در این برنامه شامل: جمعیت عمومی، کارکنان بهداشتی درمانی، تسهیلات بهداشتی درمانی (سازه‌ای و غیرسازه‌ای) و برنامه‌های بهداشتی درمانی است. به‌منظور برنامه‌ریزی جهت مدیریت بحران الگوهای مختلفی طراحی شده است که مدل ۴ فاز مدیریت بحران در وزارت بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است (شکل ۴). بر اساس این مدل ۲ فاز کاهش آسیب و آمادگی مربوط به قبل از بحران و دو فاز پاسخ و بازبینی مربوط به بعد از بحران است [۳].

عهده دارد. یکی از معاونت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی معاونت بهداشتی است که ریاست مرکز بهداشت استان را نیز به عهده دارد. در شهرستان‌ها مراکز بهداشت شهرستان تحت نظر مرکز بهداشت استان فعالیت می‌کنند و در ذیل نظارت‌های مرکز بهداشت شهرستان، مراکز سلامت جامع شهری و روستایی وجود دارند و آن‌ها نیز در زیرمجموعه خود پایگاه‌ها در مراکز شهری و خانه‌های بهداشت در مراکز روستایی را دارند که تمام این مجموعه‌ها مأموریت رسیدگی به بخشی از حفظ و ارتقاء سلامت جامعه را به عهده دارند [۱۷].

ارکان مأموریت‌های مرکز بهداشت استان شامل: حیطه‌های آموزش بهداشت همگانی، پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، سلامت خانواده و جمعیت و مدارس، سلامت محیط و کار، بهبود تغذیه، سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد، بهداشت دهان و دندان، گسترش برنامه پزشک خانواده و تقویت نظام ارجاع و مدیریت کاهش خطر در حوادث و بلایا است. در ساختار مرکز بهداشت استان گروه‌هایی از واحدهای فنی وجود دارند که زیر نظر مستقیم معاونت فنی، مجری تکالیف سازمانی مرکز بهداشت می‌باشند و واحدهای اداری، پشتیبانی زیر نظر مستقیم معاونت اجرایی فعالیت کرده و نیازمندی‌های گروه‌های فنی را جهت حسن انجام تکالیف سازمانی تأمین می‌کنند [۱۷].

۴-۲-۱- دارایی‌های مرکز بهداشت استان قم

هر آنچه برای زیرساخت دارای ارزش باشد دارایی تلقی می‌شود که شامل دارایی‌های فیزیکی، سایبری، منابع انسانی و معنوی است. در هر زیرساخت مجموعه‌ای از دارایی‌ها وجود دارد. این دارایی‌ها اموال منقول و غیرمنقولی هستند که زیرساخت‌ها را تشکیل می‌دهند [۱۸].

مرکز بهداشت استان قم باید همواره ضمن حفظ سلامت کارکنان خود، شرایط را برای خدمت‌رسانی به جامعه هدف ایجاد کند. لذا دارایی‌های زیر در شرایط بحران اهمیت بالایی دارد.

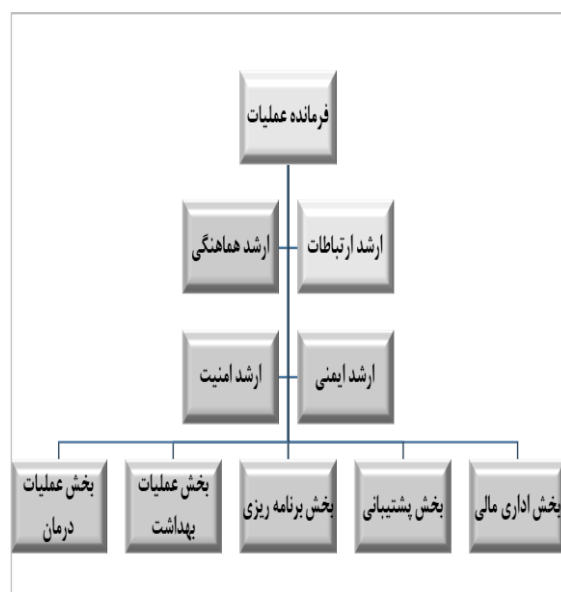
شبکه بهداشت جعفرآباد

- مرکز مرکز بهداشت شماره یک و دو شهرستان قم
- ۴۲ مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی فعال
- ۸۸ پایگاه‌های سلامت فعال
- ۵۹ خانه‌های بهداشت فعال
- آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب، سلامت، سم‌شناسی و طب

در تدوین و سابقه برنامه، به بیان اهداف تدوین‌کننده در منطقه جغرافیایی تحت پوشش پرداخت می‌شود که با بیان اختیارات قانونی در تدوین آن به شرح وضعیت منطقه پرداخته می‌شود. سپس با توصیف نقاط قوت و ضعف در توانایی‌های منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت تدوین‌کننده که مبنای اصلی اطلاعات منطقه‌ای است برنامه پاسخ تدوین می‌شود و شامل بخش مقدماتی و ۴ قسمت اصلی است؛ کارکردهای آمادگی، مبانی عملیاتی، کارکردهای مدیریتی و کارکردهای اختصاصی که هرکدام دارای زیرمجموعه و توضیحات مخصوص خود هستند که به آن‌ها پرداخته خواهد شد [۳].

در بخش مقدماتی تدوین برنامه پاسخ، با بیان اهداف مورد نظر در مدیریت بحران و با توجه به اسناد بالادستی و اختیارات قانونی که امکان استفاده از آن به منظور اجرای شیوه‌های مدیریتی بحران در دسترس می‌باشد به شرح وضعیت موجود پرداخته شده و با تعریف پیش فرض‌های موجود که شامل: میزان آشنایی افراد و سازمان‌ها با این برنامه، میزان هماهنگی درون بخشی و برون بخشی، میزان امکانات در دسترس است؛ ظرفیت‌ها و محدودیت‌های موجود بیان می‌شود [۳].

کارکردهای آمادگی شامل: هماهنگی راهبردی با ذینفعان، ارزیابی ایمنی و خطر، تدوین EOP، ذخیره‌سازی لوازم و تجهیزات، آموزش و تمرین کارکنان است.



شکل (۵): الگوی سامانه فرماندهی حادثه در نظام سلامت [۳]

جدول (۱): برنامه‌های دفتر مدیریت خطر بلایا در وزارت بهداشت [۲۰]

عنوان برنامه
آموزش/ تمرین کارکنان حوزه مدیریت خطر بلایا
ارزیابی خطر و ایمنی واحدهای بهداشتی
ارتقاء ایمنی واحدهای بهداشتی
برنامه پاسخ به حوادث و بلایا
نظام مراقبت وقوع و پیامدهای بلایا
ارزیابی و آموزش آمادگی خانوارها در برابر بلایا
مدیریت راهپیمایی عظیم اربعین حسینی
بیمه تسهیلات بهداشتی در برابر مخاطرات
سامانه پشتیبانی مدیریت خطر بلایا در حوزه بهداشت
پایش برنامه‌های مدیریت خطر بلایا
برگزاری برنامه‌های ویژه هفته کاهش خطر بلایا
انجام پژوهش‌های کاربردی
بازبینی و به‌روزرسانی برنامه‌های مدیریت خطر بلایا
مشارکت در برنامه‌های مربوط به پیوست سلامت در مرکز سلامت محیط و کار

۴-۴- برنامه پاسخ نظام سلامت به بلایا (EOP)

برنامه پاسخ ابلاغی وزارت بهداشت در راستای هدف کلان نظام سلامت مبنی بر «کاهش خطر مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت در سطح جامعه، و تسهیلات و منابع نظام سلامت» تدوین شده و مبتنی بر رویکرد «مشارکت بین بخشی، تمام مخاطرات و تمام جنبه‌های سلامت» است و هدف اصلی آن «ارتقای آمادگی یکپارچه نظام سلامت در پاسخ مؤثر، به‌موقع و هماهنگ به مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت» است [۳].

بر اساس مدل مشخص شده در برنامه پاسخ مذکور در مرکز بهداشت که قسمت‌های مختلفی را شامل می‌شود. با بیان مقدمه

جدول (۳): سطوح هشدار [۳]

سطح هشدار (رنگ)	سطح هشدار (عنوان)	تعریف	اقدامات مورد انتظار
زرد	اطلاع	امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن کم است	اطلاع وضعیت هشدار به نیروهای عملیاتی
نارنجی	آماده باش	امکان وقوع مخاطره وجود دارد و احتمال آن زیاد است	فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه
قرمز	اقدام	مخاطره روی داده است یا وجود آن قطعی است	فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه و اجرای کارکردهای پاسخ
سفید	رفع خطر	احتمال خطر رفع شده است	بازگشت به حالت عادی و بازتوانی

۲. فراخوان کارکنان: لازم است کلیه واحدهای بهداشتی دارای برنامه آنکال بحران برای تمامی زمان‌ها باشند و آن را هر سه ماه یکبار تعریف و طی نامه رسمی به مرکز هدایت عملیات اعلام نمایند حضور کارکنان آنکال در آنجا با منطقه عملیاتی بر اساس فراخوان الزامی است.

۳. ارزیابی سریع مشترک: این کارکرد، اولین اقدام پس از تأیید خبر وقوع یک حادثه و فراخوان کارکنان است. هدف آن تأیید وقوع حادثه و بررسی آسیب‌ها و نیازها است. ماهیت آن، یک کار تیمی است و اطلاعات حاصل از ارزیابی سریع در تدوین برنامه عملیاتی استفاده می‌شوند. هدف از انجام ارزیابی سریع به صورت مشترک، صرفه‌جویی در وقت و منابع است. هر واحد تخصصی می‌تواند متعاقباً در صورت نیاز، ارزیابی تخصصی خود را انجام دهد.

۴. ارزیابی دوره‌ای و مدیریت جامع اطلاعات: اطلاعات ارزیابی

مبنای عملیاتی موردنظر این برنامه عبارت‌اند از: ساختار مدیریت بحران، سامانه فرماندهی حادثه^۱ (ICS)، اعلام شرایط اضطراری و ختم آن و سطح‌بندی حادثه.

جدول (۲): سطح بندی حادثه [۳]

سطح حادثه	تعریف
E0	شرایط عادی
E1	وسعت حادثه در سطح یک یا چند واحد بهداشتی درمانی است، لیکن کمک شهرستان لازم نیست
E2	وسعت حادثه در سطح یک شهرستان است و کمک دانشگاه لازم نیست
E3	وسعت حادثه در سطح یک دانشگاه علوم پزشکی است (بیش از یک شهرستان درگیر است یا به هر دلیل کمک دانشگاه ضروری است)
E4	وسعت حادثه در سطح یک قطب است (بیش از یک دانشگاه درگیر است یا به هر دلیل کمک سایر دانشگاه‌های قطب ضروری است)
E5	وسعت حادثه در سطح ملی است (بیش از یک قطب درگیر است یا به هر دلیل مداخله سطح ملی ضروری است)
E6	کمک بین‌المللی لازم است

بعد از انجام کارکردهای فاز آمادگی که قبل از بحران انجام می‌شود در صورت وقوع بحران‌ها و در فاز پاسخ کارکردهای مدیریتی در این برنامه به شرح زیر باید اجرا شوند:

۱. هشدار و تأیید خبر: این کارکرد، قدم اول در شروع عملیات پاسخ است. مرکز هدایت عملیات پس از دریافت خبر از منابع محیطی، رسانه‌ها و سایر سازمان‌ها، به تأیید خبر اقدام می‌نماید. خبر تأیید شده فوراً و بر مبنای سطوح هشدار به منظور فعال شدن سامانه فرماندهی حادثه^۲ اطلاع‌رسانی می‌شود.

¹ Incident Command System

۱۳. تخلیه واحد بهداشتی درمانی: در اکثر مخاطرات امکان دارد همه یا بخشی از مراکز بهداشتی، درمانی و یا ستادی تخلیه گردند. این تخلیه شامل کارکنان و مراجعه‌کنندگان است.

۱۴. اطلاع‌رسانی عمومی: نیاز است برنامه اطلاع‌رسانی عمومی برای جمع‌آوری مؤثر اطلاعات، تحلیل و جمع‌بندی و انتشار مناسب اخبار از طریق رسانه‌ها تهیه گردد.

۱۵. پایش و ارزشیابی عملکرد: پایش و ارزشیابی عملکرد هر دستگاه یا مرکز برای بررسی اقدامات انجام شده و اصلاح برنامه‌ها از اقدامات مهم بعد از حادثه است. اگر این کارکرد به خوبی انجام و مستند نشود این احتمال وجود دارد که اشتباهات و خطاها دوباره تکرار شود.

هم‌زمان با اجرای کارکردهای مدیریتی، واحدهای فنی باید نسبت به پاسخ به مخاطرات در زیر مجموعه بخش عملیات اقدام کنند. لذا اقدامات آن‌ها در قالب کارکردهای اختصاصی تعریف شده است. هر کارکرد اختصاصی دارای چند کارکرد تخصصی زیرمجموعه خود است که واحدهای مربوط به آن می‌بایست آمادگی‌های مورد نیاز خود را نسبت به آن‌ها ارتقاء دهند و در صورت نیاز از آن بهره‌برداری کنند. این کارکردها در حوزه بهداشت شامل: مدیریت بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، بهداشت محیط، سلامت خانواده و جمعیت، تغذیه، حمایت‌های روانی اجتماعی، آموزش سلامت، خدمات آزمایشگاهی و عملیات پاسخ دارویی که در دستورالعمل مربوط به تفصیل شرح آن ارائه شده است [۳].

همان‌طور که توضیح داده شد، هدف از اجرای برنامه، پاسخ توانمندی نظام سلامت در مقابله با بحران‌ها است؛ ولی به دلایل مختلف، اجرای صحیح کارکردهای آن صورت نگرفته است. به طوری که شاهد هستیم، در صورت وقوع هر مخاطره کوچک یا بزرگ، به جای مداخله و پاسخ در سطح مراکز سلامت، تمامی اقدامات و هماهنگی‌ها از طرف مرکز بهداشت انجام می‌شود و مفهوم برنامه از بین می‌رود.

در خصوص واحدهای فنی مداخله‌گر در این برنامه نیز، برخی واحدها مانند بیماری‌ها و بهداشت محیط، با توجه به دستورالعمل‌های وزارتی خود، در مواقع بحران اقدام می‌کنند که به نوعی نیاز مرکز بهداشت در پاسخ به بحران‌ها تأمین می‌شود. اما در سایر واحدها این‌گونه نیست.

از طرف دیگر، شاخص برنامه پاسخ نظام سلامت، تعداد مراکز

سریع باید به‌طور مرتب به‌روز شود. توالی زمان ارزیابی‌های دوره‌ای توسط فرماندهی حادثه تعیین می‌شود. در حوادث بزرگ اجرای ارزیابی به‌طور روزانه تا یک هفته توصیه می‌شود. بعد از آن می‌توان فاصله زمانی را بیشتر کرد.

۵. استقرار پست فرماندهی حادثه: هر منطقه آسیب‌دیده باید دارای یک پست فرماندهی حادثه باشد که زیر نظر مرکز هدایت عملیات مربوطه فعالیت می‌کند. محل ایجاد آن می‌تواند یک کانکس، یک چادر یا یک ساختمان ایمن در منطقه باشد.

۶. تدوین برنامه عملیات پاسخ: این برنامه مکتوبی دینامیک است که در آن اهداف مدیریت پاسخ حادثه و تاکتیک‌های لازم برای تحقق اهداف بیان می‌شوند و بسته به تغییرات نیازها و منابع محیط عملیاتی، بازبینی می‌گردند.

۷. هماهنگی: عملیات پاسخ در شرایطی انجام می‌گیرد که باید واحدهای تخصصی وظایف محوله را در زمان کوتاه، شرایط فیزیکی سخت و پراسترس به انجام رسانند. علاوه بر آن، ماهیت بسیاری از فعالیت‌ها ایجاب می‌کند که چند واحد، آن کار را به کمک یکدیگر انجام دهند. لازمه این کار وجود مکانیسم‌های هماهنگی است.

۸. فرماندهی و کنترل: این کارکرد در بخش مبانی عملیات پاسخ و اعضاء چارت فرماندهی آمده است.

۹. پشتیبانی و تداوم ارائه خدمات: ضروری است تمامی فرایندها و مشخصات فنی و اقلام موردنیاز پشتیبانی در مرحله آمادگی استاندارد شوند. همچنین ضروری است ذخیره‌سازی اقلام موردنیاز، در فاز آمادگی انجام گیرد.

۱۰. ارتباطات: برقراری ارتباط بین واحدهای عملیاتی با یکدیگر و واحدهای عملیاتی با مرکز هدایت لازمه یک عملیات پاسخ سریع و مؤثر است.

۱۱. ایمنی کارکنان: توجه به ایمنی کارکنان حین انجام عملیات یکی از موارد مهم در برنامه‌ریزی برای بلایاست. متأسفانه در انجام وظایف واحدها در شرایط عادی گرچه همواره بر ایمنی کارکنان تأکید شده است، اما در اغلب واحدها رعایت نکات ایمنی تنها بر عهده خود کارکنان عملیاتی گذاشته شده و معمولاً واحد مستقلی برای این عملکرد در نظر گرفته نشده است.

۱۲. امنیت کارکنان: برای برقراری امنیت لازم است تهدیدهایی که منشأ آن‌ها انسان است و به شکل تعمدی انجام می‌شود شناسایی و برطرف گردند.

سلامت و مراکز بهداشتی است که این برنامه را تدوین کرده‌اند. با وجود اینکه بیش از ۹۰ درصد مراکز برنامه را تدوین کرده‌اند، کیفیت پایین محتوای آن چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرد. بنابراین، این شیوه از اجرای برنامه در نظام سلامت، تأثیر کمی در مدیریت بحران‌ها خواهد داشت.

۵- نتایج و بحث

در پژوهش حاضر که روشی کیفی است؛ هدف شناسایی، طبقه بندی و استخراج مفاهیم بر اساس مطالعه متون و مبتنی بر دیدگاه خبرگان است. لذا با توجه به برنامه پاسخ و عوامل متعدد تأثیرگذار بر آن‌ها، خبرگان به سؤال‌های مطرح شده پاسخ داده که در نهایت پس از جمع بندی آن‌ها چالش‌های موجود در برنامه بر اساس مدل بورک - لیتوین استخراج شد و برای رفع این چالش‌ها راهبردها و راهکارهای مد نظر ارائه گردید. خبرگان نتایج رفع چالش‌ها و همچنین دستاوردهایی را که متعاقب آن اتفاق خواهد افتاد را پیشنهاد دادند و تمام این اطلاعات پس از جمع بندی به شکل یک الگوی تفصیلی ارائه شد.

برای انجام این پژوهش بررسی سوابق و مستندات آماری اجرای برنامه پاسخ نظام سلامت در مرکز بهداشت استان قم در دوره سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ بیشتر مد نظر قرار گرفته و با به‌کارگیری آن‌ها به‌عنوان منابع سازمانی، در جهت غنای محتوای پژوهش قدم برداشته شده است.

به‌منظور بررسی و استخراج چالش‌های موجود در این برنامه، با استفاده از مدل بورک-لیتوین، هفت نفر از خبرگان آشنا به ساختار، وظایف و مأموریت‌های مرکز بهداشت، برنامه‌های مدیریتی سازمان و شرایط و موقعیت جغرافیایی استان قم، جهت پاسخ به سؤالات پژوهش، تعیین گردیدند.

سؤال اول در قالب مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته بود و درخواست می‌شد تا خبرگان، چالش‌های موردنظر در برنامه را از نظر هر یک از عوامل ۱۲ گانه مدل بورک-لیتوین بیان کنند؛ همچنین علل ظهور هر چالش و شیوه تأثیرگذاری آن‌ها مطرح شد. نتایج حاصل از پاسخ‌های خبرگان در جدول ۴ ارائه شده است. در این مرحله، خبرگان ضمن بیان نکات مدنظر در خصوص چالش‌های برنامه، تأثیر اصلاح در اجرای آن بر هر چالش را مطرح کردند.

به‌منظور خلاصه‌سازی و کدگذاری متون، چالش‌ها در جدولی ارائه شد. معیارهای بورک-لیتوین به‌عنوان مقوله‌های فرعی و مفهوم اصلی نکات حاصل، به‌عنوان کد اولیه نام‌گذاری شد و در نهایت، ۴۵ کد ایجاد گردید (جدول ۵). بر اساس شیوه مقوله‌بندی در مدل بورک-لیتوین، مقوله‌های اصلی شامل عوامل بیرونی، تحولی، تکاملی و عملکردی هستند و هر کدام از این مقوله‌ها، تعدادی از مقوله‌های فرعی مدل را در بر می‌گیرد.

جمع‌بندی مقوله‌ها بر اساس الگوی بورک-لیتوین در جدول (۶) ارائه شده است و به این شکل، دسته‌بندی چالش‌ها و مقوله‌ها بر اساس اعداد نشانگر (کد) هر چالش، تهیه شده است.

جدول (۴): اطلاعات استخراج شده از مصاحبه نیمه ساختاریافته چالش‌ها

نشانگر	نکات استخراج شده از مصاحبه	معیار بورک لیتوین	شیوه تأثیرگذاری (نتایج)
۱	تغییر و تحولات اجتماعی و فرهنگی، میزان تحصیلات و طرز تفکر مردم در منطقه تحت پوشش هر مرکز سلامت به ایجاد رفتارهای مختلفی در وقوع برخی مخاطرات منجر می‌شود که نتیجه آن تفاوت در مدیریت بحران و ثبت آمارهای متنوع در محدوده جغرافیایی مراکز سلامت مختلف می‌باشد.	محیط بیرونی	رفتار جامعه و احصاء آمارهای صحیح
۲	قوانین و مقررات دولتی، سلاقی شخصی مدیریتی در دستگاه‌ها و عدم توجه به قانون مدیریت بحران در خصوص شیوه گزارش دهی و مدیریت بحران مانع از دریافت گزارش مخاطرات به سادگی، صحیح و به موقع و برنامه‌ریزی جهت مدیریت بحران در حوزه بهداشت می‌شود	محیط بیرونی	ثبت اطلاعات صحیح و مدیریت بحران
۳	عدم التزام به استفاده از فناوری و فناوری‌های جدید در فرایند ساخت و ایمنی ساختمان‌ها، از سوی دستگاه‌های مسئول	محیط بیرونی	پاسخ به بحران

جدول (۴): اطلاعات استخراج شده از مصاحبه نیمه ساختاریافته چالش‌ها

نشانگر	نکات استخراج شده از مصاحبه	معیار یورک لیتوین	شیوه تأثیرگذاری (نتایج)
۴	به دلیل ملموس و شفاف نبودن تأثیر اهداف و دستاوردهای اجرای برنامه برای کارکنان و مدیران، فعالیت‌های ایشان نیز، هم‌جهت و هم راستا با اهداف برنامه نمی‌باشد.	مأموریت و راهبرد	اجرای برنامه‌ها
۵	در چشم انداز سازمان، برنامه‌های بلایا از جایگاه پراهمیتی برخوردار نیست.	مأموریت و راهبرد	اجرای برنامه‌ها
۶	بخشی از ماهیت این برنامه در مغایرت با مأموریت‌های مراکز بهداشتی بوده و به نحوی وظایف سایر سازمان‌ها به مراکز بهداشتی تحمیل شده است. این مسئله تبعات بسیاری در اجرای برنامه داشته است	مأموریت و راهبرد	کارایی برنامه‌ها
۷	تشابه برخی خدمات و پیگیری‌های مرکز بهداشت با اقدامات دستگاه‌هایی مثل سازمان مدیریت بحران، هلال احمر، پدافند غیرعامل، ستادهای نظامی و انتظامی و... که منجر به تداخل برنامه‌ها و اطلاعات آن‌ها و در نتیجه تأثیر بر شیوه مدیریت بحران در مرکز بهداشت.	ساختار	کارایی برنامه‌ها
۸	به دلیل پراکندگی فیزیکی واحدهای بهداشتی زیر نظر مرکز بهداشت در سطح استان کنترل دقیق بر اجرای برنامه کار دشواری است. لذا به ناچار سعی می‌شود در پاسخ به بحران نقش مدیریتی آن‌ها نادیده گرفته‌شده و به شکل متمرکز اقدام شود و کارکنان نیز به همین دلیل منتظر اقدام ستادی می‌مانند.	ساختار	کارایی برنامه‌ها
۹	تأثیر شرایط سیاسی، امنیتی، اقتصادی، اجتماعی و... استان در ایجاد آمادگی و سرعت در پاسخ به بحران‌ها در مرکز بهداشت زیاد بوده و گاهی زمان زیادی بابت هماهنگی‌های مربوطه از دست می‌رود.	ساختار	اثربخشی برنامه‌ها
۱۰	نبود نظامی مؤثر جهت پرداخت مبتنی بر ارزیابی عملکرد	سامانه	عملکرد کارکنان
۱۱	نبود اولویت بندی هزینه کرد های سازمانی و همچنین تحلیل هزینه فایده در اجرای برنامه‌ها در بهداشت	سامانه	اثربخشی برنامه‌ها
۱۲	محدود بودن شرایط اجرایی تعریف شده در برنامه‌ها (همچون اجرای کارکردهای اختصاصی در EOP	سامانه	اثربخشی برنامه‌ها
۱۳	محدودیت‌های منابع مرکز بهداشت به همراه پراکندگی‌های فیزیکی واحدهای بهداشتی بر شیوه صحیح نظارت به اجرای برنامه‌ها تأثیر گذار است.	سامانه	نظارت بر برنامه
۱۴	عدم به کارگیری صحیح از سامانه‌های مکانیزه و یا دستی منسجم برای فعالیت‌های چون انبارداری، حسابداری، خرید و تدارکات، کارگزینی، دریافت و پرداخت در مرکز بهداشت که منجر به کند شدن فرایند مدیریت بحران می‌شود.	سامانه	اجرای برنامه‌ها
۱۵	عدم کاربرد صحیح از سیاست‌ها و روش‌های برنامه‌ریزی منابع انسانی و سایر منابع (فیزیکی، مالی و اطلاعاتی) در مرکز بهداشت که منجر به عدم تأثیر گزارش‌های ارسالی و افزایش هزینه‌های مدیریت بحران می‌شود.	سامانه	بهره‌وری برنامه‌ها
۱۶	عدم استفاده از مدیریت دانش و تجربه در خصوص مدیریت بحران با توجه به سوابق بحران‌های پیشین	سامانه	مدیریت بحران
۱۷	عدم شفافیت در دیدگاه‌ها و نظرات مدیر دستگاه و مشخص نبودن مسیر برنامه‌ریزی و اولویت‌های او در اجرای برنامه.	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۱۸	عدم توجه مدیران میانی و ارشد به تفاوت‌های فردی کارکنان و برنامه‌ریزی نکردن برای ارتقاء توانایی‌های آن‌ها در اجرای این برنامه.	رهبری	ارتقاء برنامه‌ها

جدول (۴): اطلاعات استخراج شده از مصاحبه نیمه ساختاریافته چالش‌ها

نشانگر	نکات استخراج شده از مصاحبه	معیار یورک لیتوین	شیوه تأثیرگذاری (نتایج)
۱۹	عدم تمایل مدیر دستگاه به اشراف بر برنامه‌های مدیریت بحران و به تبع آن عدم توانایی او در بیان انتظارات و دیدگاه‌های خود در اجرای برنامه مذکور.	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۲۰	ضعف در ویژگی‌هایی چون اشراف فنی، اعتماد به نفس، قدرت، خوش‌بینی و آینده‌نگری در رؤسای مراکز بهداشت که منجر به انتصاب‌های غیر کارشناسی و رفع مشکلات روزمره شده و برنامه‌ریزی صحیح را با مشکل مواجه می‌کند	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۲۱	توجه به عقاید نو، نوآوری، خلاقیت و ریسک پذیری (قبول خطر کردن) در این سازمان در بین مدیران واحدهای مرتبط جایگاه کم‌رنگی دارد.	فرهنگ سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۲۲	ضعف سازمان در اجرای تیمی برنامه‌ها و رویکرد فردی یا تک‌واحدی در اجرای برنامه‌ها باعث عدم بهره‌گیری از توان جمعی در اجرای برنامه شده است در حالی که این برنامه کاملاً رویکرد جمعی دارد.	فرهنگ سازمانی	اجرای برنامه‌ها
۲۳	عدم توجه به ریسک پذیری (قبول خطر کردن) در مرکز بهداشت نسبت به اعلام مخاطرات و پاسخ به بحران‌ها و قبول تبعات آن منجر به کاهش حساسیت گزارش‌ها و در نتیجه منجر به از دست دادن زمان و احتمال شدت آسیب‌ها در مخاطرات خواهد شد.	فرهنگ سازمانی	مدیریت بحران
۲۴	با توجه به مشکلات مختلف در مراکز بهداشت، غالب رؤسا توجه به حفظ وضع موجود و ثبات در سازمان را در برنامه داشته‌اند در حالی که این برنامه‌ها ارتقاء سطح آمادگی را مدنظر دارد.	فرهنگ سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۲۵	غالب توجه سازمان در اجرای برنامه‌ها معطوف بر زیر سؤال نرفتن از طرف وزارت بهداشت بوده و تبعات شاخص‌های پایین آن به طور جدی مورد توجه نمی‌باشد.	فرهنگ سازمانی	مدیریت بحران
۲۶	عدم هماهنگی و انسجام در واحدهای مرکز بهداشت باعث اجرای نا متوازن برنامه‌های بهداشتی شده است. لذا آمادگی در مدیریت بحران کاهش یافته است.	جو سازمانی	مدیریت بحران
۲۷	مشورت و مشارکت کارکنان مراکز با هم برای رفع خطاهایی که توسط خودشان صورت گرفته است ضعیف می‌باشد.	جو سازمانی	اجرای برنامه‌ها
۲۸	موفقیت مرکز بهداشت و دست یابی به اهدافش از نظر غالب افراد سازمان یعنی ایجاد شرایطی برای جلب نظر مدیران بالادست	جو سازمانی	اثربخشی برنامه‌ها
۲۹	ماهیت EOP، گزارش و پیگیری رخدادهای خاص است لذا به صورت معمول از گروه‌های ارزیابی استفاده نمی‌شود بلکه به صورت مقطعی و پروژه‌ای صورت می‌پذیرد. اجرای برنامه‌های مقطعی، نیاز به جو سازمانی منعطف و پویا دارد و این در حالی است که جو فعلی مراکز بهداشت ایستا و بر اساس اقدامات ثابت و روزمره می‌باشد.	جو سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۳۰	هماهنگی و انسجام در واحدهای بهداشتی به منظور اجرای این برنامه به طور کامل صورت نمی‌گیرد و واحدهای مربوطه سعی می‌کنند به نحوی از این امر شانه خالی کرده یا بر اساس دیدگاه‌های خود اقدام کنند که در نتیجه حجم کار بر دوش سایرین افتاده و صحت اطلاعات را مخدوش می‌کند.	جو سازمانی	ثبت اطلاعات دقیق
۳۱	عدم پرداخت‌های به موقع و مکفی فوق‌العاده‌های پرسنلی و ارتباطات مدیریتی با کارکنان انگیزه کارکنان را ضعیف و امکان بازخواست از کم‌کاری‌ها را با مشکل مواجه کرده است.	انگیزش	اجرای برنامه‌ها
۳۲	به دلیل قصور مدیران دوره‌های مختلف در اجرای عدالت سازمانی، جلب موافقت کارکنان به منظور رسیدن به اهداف برنامه در شرایط سخت قابل پیش‌بینی نمی‌باشد.	انگیزش	مدیریت بحران و اجرای برنامه‌ها

جدول (۴): اطلاعات استخراج شده از مصاحبه نیمه ساختاریافته چالش‌ها

نشانه‌گر	نکات استخراج شده از مصاحبه	معیار یورک لیتوین	شیوه تأثیرگذاری (نتایج)
۳۳	در اجرای این برنامه دانش، توانایی‌ها، تحصیلات و تجربیات مراقبین سلامت و بهورزان با نیازمندی‌های شغلی آن‌ها مرتبط نمی‌باشد و نیاز به آموزش‌های جانبی مداوم برای انجام بهتر کارها وجود دارد.	مهارت‌های فردی و وظایف	اجرای برنامه‌ها
۳۴	دانش، تجربه و همچنین سرعت تصمیم‌گیری رواسای مراکز بهداشت که معمولاً پزشک می‌باشند در مواجهه با مسائل گوناگون مرتبط با برنامه‌های بلایا به منظور مدیریت آن‌ها متناسب نمی‌باشد	مهارت‌های فردی و وظایف	مدیریت بحران
۳۵	دستیابی به منافع شخصی، شرایط خوب کاری و پاداش‌های مناسب در شغل حاضر انگیزه برای اقدام در برنامه‌ی مذکور را کاسته است.	ارزش‌ها و نیازهای فردی	اجرای برنامه‌ها
۳۶	ماهیت فعالیت‌های حوزه پدافند و بحران، به گونه‌ای است که برای کارکنان شأنیت اجتماعی ایجاد نمی‌کند. به عبارت دیگر نیاز به احترام و خود شکوفایی (الگوی سلسله مراتب نیازهای مازلو) افراد ارضا نمی‌گردد. ولی برخی از خدمات بهداشتی همچون ویزیت بیماران و واکسیناسیون باعث بروز احساس ارزشمندی در کارکنان می‌گردد.	ارزش‌ها و نیازهای فردی	اثربخشی برنامه‌ها
۳۷	اهداف و ماهیت اجرای این برنامه‌ها در واحد بلایا با ارزش‌ها و باورهای افراد سازمان و مدیران فاصله داشته و حتی متعارض می‌باشد.	ارزش‌ها و نیازهای فردی	کارایی برنامه‌ها
۳۸	ضعف در انجام فعالیت‌هایی چون مشارکت نیروی انسانی، ارتقای سطح زندگی کارکنان و ارتباطات درون سازمانی مناسب، جهت بهبود و بهره‌وری نیروی انسانی.	اعمال مدیریتی	بهره‌وری برنامه‌ها
۳۹	توجه به بهبود بخشی شرایط آموزشی، بهداشتی و امنیتی مراکز توسط ریاست مرکز در خصوص این برنامه کم رنگ است	اعمال مدیریتی	کارایی برنامه‌ها
۴۰	اجرای این برنامه در دو بخش ستادی و عملیاتی صورت می‌گیرد، لذا به دلیل بروز ناهماهنگی بین صف و ستاد، موانع متعددی بین این دو گروه ایجاد می‌گردد که منجر به عدم شفافیت وظایف و شیوه مداخله در بین واحدهای عملیاتی شده که در نهایت مانع توفیق مطلوب برنامه می‌گردد.	اعمال مدیریتی	اجرای برنامه‌ها
۴۱	علی‌رغم وجود برنامه مدیریت بحران تعریف‌شده جهت واحدهای ستادی کارشناسی، توانمند سازی کارکنان زیرمجموعه آن‌ها به خوبی صورت نگرفته است.	اعمال مدیریتی	مدیریت بحران
۴۲	به دلیل ماهیت برنامه، که کم و کیف اجرای آن در واحدهای عملیاتی به شدت به تصمیمات و اقدامات مدیران ستادی وابسته می‌باشد، ضعف مدیران ستادی نیز موجب اختلال جدی در اجرای برنامه می‌شود.	اعمال مدیریتی	مدیریت بحران
۴۳	رضایت مندی افراد سازمان از فعالیت در مرکز بهداشت مناسب نمی‌باشد.	انگیزش	بهره‌وری برنامه‌ها
۴۴	رضایت‌مندی مردم از کیفیت خدمات مرکز بهداشت در بحران‌ها و آموزش خانوار در بلایا ارزیابی نمی‌شود	سازوکارها	آمادگی خانوار در بحران
۴۵	فرهنگی عمومی جمعیت تحت پوشش، نقش به سزایی در رصد و محاسبه شاخص‌ها دارد.	محیط بیرونی	مشارکت عمومی و احصاء آمارهای صحیح

جدول (۵): مقوله بندی و مفاهیم

نشانگر	کد اولیه	مقوله فرعی	نتایج حاصل
۳۵	انگیزه مادی	ارزش‌ها و نیازهای فردی	اجرای برنامه‌ها
۳۶	شأنیت اجتماعی کارکنان	ارزش‌ها و نیازهای فردی	اثربخشی برنامه‌ها
۳۷	باور سازمانی	ارزش‌ها و نیازهای فردی	کارایی برنامه‌ها
۳۸	ضعف مدیریتی	اعمال مدیریتی	بهره‌وری برنامه‌ها
۳۹	ارتقاء کیفی سازمان	اعمال مدیریتی	کارایی برنامه‌ها
۴۰	ناهماهنگی صف و ستاد	اعمال مدیریتی	اجرای برنامه‌ها
۴۱	توانمندسازی کارکنان	اعمال مدیریتی	مدیریت بحران
۴۲	ضعف مدیران	اعمال مدیریتی	مدیریت بحران
۳۱	نظام پرداخت	انگیزش	اجرای برنامه‌ها
۳۲	جلب نظر کارکنان	انگیزش	مدیریت بحران و اجرای برنامه‌ها
۴۳	رضایتمندی کارکنان	انگیزش	بهره‌وری برنامه‌ها
۲۶	عدم هماهنگی	جو سازمانی	مدیریت بحران
۲۷	مشارکت کارکنان	جو سازمانی	اجرای برنامه‌ها
۲۸	جلب نظر مدیران	جو سازمانی	اثربخشی برنامه‌ها
۲۹	جو سازمانی ایستا	جو سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۳۰	انسجام بین واحدها	جو سازمانی	ثبت اطلاعات صحیح
۱۷	دیدگاه مدیران	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۱۸	هدایت و کنترل منابع انسانی	رهبری	ارتقاء برنامه‌ها
۱۹	توانمندی مدیران	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۲۰	توانمندی مدیران	رهبری	اجرای برنامه‌ها
۱۷	تداخل برون سازمانی وظایف	ساختار	کارایی برنامه‌ها
۸	تمرکز ستادی	ساختار	کارایی برنامه‌ها
۹	بازخورد دیر هنگام	ساختار	اثربخشی برنامه‌ها
۴۴	ارزیابی رضایت جامعه	سازوکارها	آمادگی خانوار در بحران
۱۰	نظام پرداخت	سامانه	عملکرد کارکنان
۱۱	اولویت بندی هزینه‌ها	سامانه	اثربخشی برنامه‌ها
۱۲	محدودیت اجرایی	سامانه	اثربخشی برنامه‌ها
۱۳	محدودیت منابع	سامانه	نظارت بر برنامه
۱۴	استفاده از منابع پشتیبانی	سامانه	اجرای برنامه‌ها
۱۵	مدیریت منابع انسانی	سامانه	بهره‌وری برنامه‌ها
۱۶	مدیریت دانش	سامانه	مدیریت بحران

جدول (۵): مقوله بندی و مفاهیم

نشانگر	کد اولیه	مقوله فرعی	نتایج حاصل
۲۱	دیدگاه مدیران	فرهنگ سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۲۲	ضعف کار تیمی	فرهنگ سازمانی	اجرای برنامه‌ها
۲۳	ریسک پذیری	فرهنگ سازمانی	مدیریت بحران
۲۴	ارتقاء ایمنی	فرهنگ سازمانی	ارتقاء برنامه‌ها
۲۵	اهمیت شاخص‌ها	فرهنگ سازمانی	مدیریت بحران
۴	شفافیت اهداف برنامه‌ها	مأموریت و راهبرد	اجرای برنامه‌ها
۵	جایگاه سازمانی برنامه‌ها	مأموریت و راهبرد	اجرای برنامه‌ها
۶	مغایرت با مأموریت	مأموریت و راهبرد	کارایی برنامه‌ها
۱	رفتار جامعه	محیط بیرونی	رفتار جامعه و احصاء آمارهای صحیح
۲	برنامه‌ریزی بحران	محیط بیرونی	ثبت اطلاعات صحیح و مدیریت بحران
۳	فناوری	محیط بیرونی	پاسخ به بحران
۴۵	فرهنگ عمومی	محیط بیرونی	مشارکت عمومی و احصاء آمارهای صحیح
۳۳	تخصص کارکنان	مهارت‌های فردی و وظایف	اجرای برنامه‌ها
۳۴	تخصص مدیران	مهارت‌های فردی و وظایف	مدیریت بحران

جدول (۶): جمع بندی مقوله‌ها بر اساس الگوی بورک لیتوین

مقوله اصلی	مقوله فرعی	نشانگرها
محیط بیرونی	محیط بیرونی	۴۵-۳-۲-۱
عوامل تحولی	رهبری	۲۰-۱۹-۱۸-۱۷
	مأموریت‌های سازمان	۶-۵-۴
	فرهنگ سازمانی	۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱
عوامل تکاملی	ساختار	۹-۸-۷
	سازوکارها	۴۴
	اعمال مدیریتی	۴۲-۴۱-۴۰-۳۹-۳۸
	جو سازمانی	۳۰-۲۹-۲۸-۲۷-۲۶
	مهارت‌های فردی و وظایف	۳۴-۳۳
	ارزش‌ها و نیازهای فردی	۳۷-۳۶-۳۵
	انگیزش	۴۳-۳۲-۳۱
عوامل عملکردی	سامانه	۱۶-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰

۵-۱- ارائه راهبردها و راهکارها

در مرحله بعد، که به شکل مصاحبه باز صورت گرفته است، اطلاعات تهیه شده در مرحله قبل در اختیار خبرگان قرار داده شد. مقرر شد که آن‌ها راهبردها و راهکارهای مدنظر خود را در خصوص چالش‌های استخراج شده بیان کنند. همچنین، دستاوردهای حاصل از اجرای این راهبردها و راهکارها را ارائه دهند.

راهبردهای مطرح شده، حاصل منابع کتابخانه‌ای، ادبیات تحقیق، مستندات پیشینه تحقیق و مرکز بهداشت، همچنین نتایج مصاحبه‌ها بودند. این راهکارها در قالب چهار بخش طبقه‌بندی شدند که شامل موارد زیر است: توانمندسازی، بهینه‌سازی روش‌ها، توسعه نظام‌های مدیریتی و بهبود جو سازمانی. برای هر یک از زیرمجموعه‌های مدنظر، راهکارهایی ارائه شده است.

۵-۱-۱- توانمند سازی

الف. توانمندسازی عمومی کارکنان در حوزه مدیریت بحران کارکنان و نیروی انسانی اصلی‌ترین رکن اجرایی هر سازمان هستند، و توانمندی و مهارت آن‌ها نقش تعیین‌کننده در ارزش‌گذاری سازمان دارد. ارتقاء سطح مهارت کارکنان و مدیران، منجر به کاهش خطاها و آسیب‌های انسانی، رشد و توسعه سازمان، و افزایش رقابت‌پذیری می‌شود. بر این اساس، بر اساس نیازها، برنامه‌ها، اهداف، سیاست‌ها، و آینده‌پژوهی، باید کارکنان حوزه‌های مختلف به صورت مؤثر توانمند شوند. این توانمندسازی‌ها در قالب‌های زیر صورت می‌گیرد:

- برگزاری دوره‌های آموزشی: ارائه آموزش‌های تئوری در حوزه مدیریت بحران، متناسب با اهداف و برنامه‌های نظام سلامت. پس از نیازسنجی دقیق، این آموزش‌ها موجب اصلاح و تعمیق بینش کارکنان می‌شود و شکل‌گیری دیدگاه صحیح را تسهیل می‌کند. استفاده از آموزش‌های مجازی می‌تواند در زمان نبود اختلال در عملکرد جاری کارکنان مؤثر باشد. همچنین، آموزش‌های تخصصی‌تر و عمیق‌تر، و بهره‌گیری از تجربیات مدیران و فعالان حوزه بحران مانند نیروهای جهادی، هلال‌احمر، مسئولین مدیریت بحران، و نیروهای نظامی و انتظامی، توانمندی و انگیزش کارکنان را افزایش می‌دهد. این اقدام، بر موضوعات مدیریتی،

فرهنگ سازمانی، رهبری، و مهارت فردی اثرگذار است.

- تجهیز نیروی انسانی: فراهم آوردن ابزارهای کار مناسب، شامل مواد، وسایل، داروها، و برگه‌های راهنما، در دسترس کارکنان است تا بتوانند وظایف خود را به درستی انجام دهند. شناسایی نیازهای واحدهای مختلف در حوزه مدیریت بحران، بر اساس ارزیابی وضعیت منطقه و بهره‌گیری از راهنماها و دستورالعمل‌های علمی، اهمیت زیادی دارد. تمرین‌های عملی و آموزشی در کار با تجهیزات، ضمن ارتقای مهارت‌های فردی، نقش مهمی در پاسخ مؤثر در شرایط بحران دارند و اثرگذاری آن‌ها بر محیط‌های کاری، انگیزش، و ساختار سازمانی کاملاً مشهود است.

این رویکردها، در کنار بهره‌گیری از تجربیات مدیران و فعالان بحران، سطح پاسخگویی و کارایی نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها را افزایش می‌دهد و نقش مهمی در ارتقاء ایمنی و سلامت جامعه ایفا می‌کند.

- نشست‌های هم‌اندیشی: برگزاری نشست‌های هم‌اندیشی با حضور نمایندگان و منتخبین واحدهای مختلف مرکز بهداشت، نقش مهمی در ترویج فرهنگ مشارکت و بهبود برنامه‌های مدیریت بحران دارد. در این جلسات، مدیران و کارکنان می‌توانند درباره شیوه‌های آموزش، بیان مشکلات، ارائه نظرات و پیشنهادات راهکارهای مناسب صحبت کنند. این رویکرد، علاوه بر تقویت حس مشارکت و احساس مسئولیت در کارکنان، اطلاعات ارزشمندی درباره رفتارها، چالش‌ها و نیازهای واقعی در میدان عمل فراهم می‌آورد. از اهمیت بالایی برخوردار است که در این جلسات، نقد و برّی از آسیب‌ها و نگرانی‌ها بدون ترس یا تبعات منفی انجام شود تا روحیه همکاری و انگیزه در کارکنان تقویت گردد. نتیجه این فعالیت، ارتقاء انگیزه و روحیه تعامل در حوزه مدیریت بحران، و بهبود سامانه‌های مدیریتی، فرهنگی، مهارتی، و وظایف فردی است.

- برگزاری مانورها: تمرین‌ها و مانورهای عملی، مکمل اساسی آموزش‌های نظری هستند که به تثبیت مطالب و افزایش مهارت‌های عملی کارکنان می‌انجامند. در آغاز، پیشنهاد می‌شود که مانورها ساده و با سناریوهای تک‌متغیره و کوتاه مدت برنامه‌ریزی شوند تا فرآیند آموزش سریع و موثر باشد. پس از آن، با عمیق‌تر شدن آموخته‌ها و افزایش تجربه‌های عملی، می‌توان مانورهای پیچیده‌تر و چندبخشی برگزار کرد. برگزاری مانورهای

۵. بهره‌گیری از فعالین موفق در عرصه‌های بحرانی: جذب مدیران و فعالان باتجربه در حوزه مدیریت بحران که در بحران‌های قبلی موفق بوده‌اند، به عنوان الگو و راهنما، ارزش‌افزوده قابل توجهی برای مدیریت بحران فراهم می‌آورد.

ج. پرورش تخصصی یک نفر در هر مرکز سلامت در حوزه مدیریت بحران

پیشنهاد شده است که در هر مرکز سلامت، حداقل یک فرد با تخصص و مهارت کافی در حوزه مدیریت بحران پرورش یابد. این فرد باید دوره‌های آموزشی ویژه را گذرانده و به عنوان مسئول برنامه در مرکز عمل کند، تا عملکرد تخصصی در بحران حفظ و تقویت شود. معیارهای کلیدی این انتخاب عبارتند از:

- حضور مستمر و تداوم فعالیت حداقل یک‌ساله در مرکز
- بهره‌گیری از ظرفیت‌های موجود مانند پزشک مسئول، معاون مرکز یا پرستار، با اصلاح شرح وظایف سازمانی
- اعتماد و حمایت کلیه اعضای تیم مرکز به دانش، تصمیمات و نظرات این فرد.

این راهکار، اثرگذاری مهمی بر عوامل مدیریتی، انگیزشی، فرهنگی، ساختاری، و مهارت فردی در اداره بحران‌ها دارد و کمک می‌کند تا پاسخگویی نظام سلامت در بحران‌ها جامع‌تر و مؤثرتر صورت گیرد.

۵-۱-۲- بهینه‌سازی روش‌ها

در جهت بهینه‌سازی روش‌ها و اصلاح فرآیندهای مرتبط با مدیریت بحران در دانشگاه علوم پزشکی و مراکز بهداشت، پیشنهاد می‌شود اقدامات زیر صورت گیرد:

الف. بازنگری مأموریت‌ها و راهبردهای سازمان
باید مأموریت‌ها و رسالت‌های کلان و جزئی سازمان، به ویژه در حوزه مدیریت بحران و پدافند غیرعامل، مورد بازنگری قرار گیرند. این بازنگری باید در اسناد راهبردی و مأموریت‌های دانشگاه و معاونت بهداشتی انجام شود و جایگاه مدیریت بحران در این اسناد مشخص گردد. این اقدام، زمینه‌ساز تمرکز و توجه بیشتر به حوزه مدیریت بحران در سطوح سازمانی مختلف خواهد بود.

ب. بازنگری برنامه‌های پاسخ به بلایا بر اساس مأموریت‌ها و شرایط محلی

پس از بازنگری مأموریت‌ها، نقش و وظایف مراکز بهداشتی در مواجهه با بحران‌ها باید بازآفرینی و تعریف شوند. این بازآفرینی باید مبتنی بر شواهد و شرایط محلی باشد و هر مرکز بر اساس

مشترک بین چند دستگاه و عدم‌کاه، علاوه بر توانمندسازی نیروی انسانی، به بهبود همکاری‌های برون‌سازمانی و تقویت شبکه روابط آن‌ها کمک می‌کند. این تمرین‌ها، علاوه بر ارتقاء مهارت‌ها، بر عوامل مدیریتی، انگیزشی، فرهنگی، ساختاری و محیط بیرونی تأثیر مثبت می‌گذارند و آمادگی تیم‌ها را در مواجهه با بحران‌های واقعی افزایش می‌دهند.

- حضور در معرکه بحران: آموزش‌های نظری و تمرینی، در وضعیت عادی و زیر فشار، ممکن است اثربخشی خود را کم‌نماید، به همین دلیل حضور فعال در محیط بحران و مشاهده مستقیم آسیب‌ها و نحوه مدیریت واقعی، تأثیر بسزایی دارد. این حضور، سبب درک بهتر شرایط، افزایش سطح تاب‌آوری و توانمندی فردی، و افزایش اعتماد به نفس در مواجهه با بحران‌های واقعی می‌شود. اگر حضور مستقیم در بحران مقدور نباشد، می‌توان پس از وقوع بحران یا در حین بررسی‌های پس از بحران، تیم‌های آموزشی مجازی یا در محیط‌های بازدید، از تجربیات عملی بهره‌مند شوند. این اقدام، نقش مهمی در تقویت سامانه‌های مدیریتی، شناخت نقاط قوت و ضعف، و افزایش قدرت پاسخگویی در محیط‌های بحرانی دارد و بر عوامل مدیریتی، روانشناسی سازمانی، مهارت‌های فردی و سامانه‌های درگیر تأثیرگذار است.

ب. تبدیل مدیریت بحران به شایستگی‌های الزامی مدیران
در حوزه تبدیل مدیریت بحران به شایستگی‌های الزامی مدیران، چند راهکار مهم وجود دارد که تأثیر قابل توجهی بر توانمندسازی مدیران و بهبود مدیریت در بحران‌ها دارد:

۱. اخذ گواهینامه‌های مدیریت بحران به‌عنوان پیش‌شرط مدیریت: الزام مدیران به کسب گواهینامه‌های معتبر در حوزه مدیریت بحران، سطح دانش و مهارت‌های آن‌ها را ارتقا می‌دهد و تضمین می‌کند که مدیران با مفاهیم و اصول پایه‌ای آشنا هستند.
۲. مهارت‌آموزی در دوره‌های مدیریت: برگزاری دوره‌های تخصصی، کارگاهی و آموزشی برای مدیران، نقش مهمی در بهبود مهارت‌های تصمیم‌گیری، رهبری و مدیریت بحران آنان دارد.
۳. حضور مدیران در نشست‌های مدیریت بحران: مشارکت فعال مدیران در نشست‌های هم‌فکری و تصمیم‌گیری در حوزه بحران، باعث هماهنگی بیشتر و تصمیم‌گیری سریع و مؤثر می‌شود.
۴. حضور مدیران در معرکه‌های بحران: داشتن مدیران در صحنه و محیط‌های بحرانی، تجربه عملی و مستقیم، اعتمادبه‌نفس و توانمندی آن‌ها را در مواجهه با بحران تقویت می‌کند.

شرایط خاص آن تصمیم‌گیری کند. این رویکرد، هماهنگی بین مراکز و سازمان‌های دیگر را تقویت و جایگاه هر مرکز را در فرآیند مدیریت بحران مشخص می‌کند.

ج. اصلاح فنون اجرای برنامه پاسخ به بلایا

- در فاز آمادگی، به جای تأمین اقلام غیرضروری نظیر مواردی که در شرایط شهری و دسترسی‌های کنونی استان قم نیاز نیست، تمرکز بر اقلام حیاتی و موثر مانند موتور برق، کیف اضطرار، چادر، لپ‌تاپ و منابع آب است.

- کارکردهای مدیریتی و سطح‌بندی حوادث باید ساده‌سازی و تطابق کامل با سطوح مراکز بهداشت صورت گیرد تا آموزش و اجرا آسان‌تر باشد.

- در بخش تجهیزات و شرح وظایف، تناقض‌ها و عدم هماهنگی‌ها باید برطرف شوند، به گونه‌ای که اقلام ذکر شده کاربردی، قابل استفاده و منطبق بر شرح وظایف و تجهیزات هر واحد باشند، و از هزینه‌های اضافی و مشکلات نگهداری جلوگیری شود.

این اقدامات، هم‌راستا با اصلاح ساختاری و عملیاتی، سطح آمادگی، همکاری و کارایی مراکز بهداشت در مواجهه با بحران‌ها را بهبود خواهد داد.

۵-۱-۳- توسعه نظام‌های مدیریتی

الف. پرداخت مبتنی بر ارزیابی عملکرد

این نظام، شامل پرداخت‌های مالی و غیرمالی است که بر اساس ارزیابی منصفانه و شفاف عملکرد کارکنان در انجام وظایف، معیارهای مشخص و مستند انجام می‌شود. هدف این است که انگیزه افراد برای تلاش مضاعف، همکاری تیمی، و دستیابی به نتایج مطلوب تقویت شود. برنامه‌های این نظام می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- افزایش حقوق و پاداش بر اساس ارزیابی‌های دوره‌ای به منظور تشویق به عملکرد برتر.

- بررسی و اصلاح معیارهای ارزیابی بر اساس وظایف و اهداف سازمان.

- ترویج فرهنگ ارزیابی منصفانه و شفاف، و اعلام نتایج به صورت عمومی و سازنده.

این رویکرد، علاوه بر انگیزش، به جذب و نگهداری نیروهای ماهر کمک می‌کند و چالش‌هایی مانند کم‌انگیزگی، بی‌تفاوتی و نابرابری را کاهش می‌دهد.

ب. استقرار نظام مدیریت خطر در تمام حیطه‌های مرکز بهداشت

مدیریت خطر به معنای شناسایی، تحلیل، ارزیابی، کاهش و نظارت مستمر بر ریسک‌های متنوعی است که ممکن است سازمان را تهدید کند. این مجموعه فعالیت‌ها، سازمان را در برابر رویدادهای پیش‌بینی‌نشده، هزینه‌های غیرمنتظره و آسیب‌های احتمالی مقاوم‌تر می‌سازد. فرایندهای اصلی این نظام شامل موارد زیر است:

- شناسایی ریسک‌های موجود و احتمالی در محیط و فعالیت‌های سازمان.

- تحلیل و ارزیابی ریسک‌ها بر اساس احتمال و شدت تأثیر.

- تعیین اولویت‌های مقابله و مدیریت ریسک‌های کلان و جزئی.

- اجرای اقدامات کاهش‌دهنده و درمانی جهت کاهش وقوع و اثرات ریسک‌ها.

- پایش و بررسی مستمر وضعیت ریسک‌ها و اصلاح اقدامات به‌منظور بهبود مداوم.

اجرای این راهکارها، تأثیر مثبت چشمگیری بر ساختار سازمانی، فرهنگ، رهبری و مأموریت‌های سازمان دارد و توانمندی سازمان در مواجهه با بحران‌ها و رویدادهای ناخواسته را تقویت می‌کند.

۵-۱-۴- بهبود جو سازمانی

الف. توسعه جو سازمانی تیمی

- ارتقاء مهارت‌های کار تیمی: برگزاری دوره‌های آموزشی و کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی، همدلی، مدیریت تعارض، مسئولیت‌پذیری و انعطاف‌پذیری برای اعضای تیم‌ها.

- ایجاد فرهنگ هدف‌محور مشترک: تعیین اهداف واضح و مشترک برای تیم‌ها و تشویق اعضا به همکاری جهت دستیابی به آن اهداف.

- تشویق به همکاری و همگرایی: بهره‌گیری از فعالیت‌های گروهی و پروژه‌های مشترک که موجب تقویت روحیه تیمی و احساس همبستگی می‌شود.

- مدیریت موانع: شناسایی و رفع موانع فرهنگی و رفتاری، مانند شخصیت‌های سلطه‌طلب یا مقاومت در برابر تغییر، توسط مدیران و رهبران سازمان.

- ترویج همدلی و احترام متقابل: ایجاد فضای باز و احترام متقابل، به گونه‌ای که هر فرد به نظرات و مهارت‌های دیگران ارزش بدهد.

ب. توسعه سبک رهبری مشارکتی (دموکراتیک)

- مشارکت در تصمیم‌گیری: تشویق مدیران و کارکنان به

برای مدیریت بحران نیستند، بلکه باعث بهبود تمامی شئون سازمان می‌شوند؛ مانند پرداخت مبتنی بر ارزیابی عملکرد و یا بازنگری در مأموریت و اهداف سازمان. در واقع، این اقدامات باعث اصلاح سایر امور و فراهم‌کننده بستری برای توسعه اجزای مختلف سازمان خواهند شد. از سوی دیگر، با حرفه‌ای شدن یک بخش از سازمان، سایر بخش‌ها نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند. شبکه‌علیت بورک-لیتوین مبین این مسئله است که با اقدام اصلاحی در یک بخش، سایر بخش‌ها نیز تحت تأثیر اقدامات مثبت سازمان قرار می‌گیرند و آن‌ها نیز در پی اصلاح خویش بر خواهند آمد.

- ارتقاء اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به بلایا: تمرکز این پژوهش بر آن بوده است که راهکارها از عالی‌ترین سطوح تا عملیاتی‌ترین سطوح در نظر گرفته شوند. همچنین، اجزای مختلف سطح میانی و عملیاتی در این راهکارها لحاظ گردند. بنابراین، انتظار می‌رود که راهکارها منجر به کارآمدی برنامه پاسخ نظام سلامت در مراکز بهداشت شوند. در واقع، علاوه بر اصلاح این اجزاء، سایر نظام‌های تخصصی و پشتیبانی معاونت بهداشتی نیز در تقویت مدیریت بحران نقش مؤثری ایفا می‌کنند. مدیریت بحران برای موفقیت، هم به نظام تخصصی خود در سازمان نیاز دارد و هم به کمک سایر واحدها

- کاهش مخاطرات و عوارض بلایا در سطح جامعه: هدف نهایی اجرای برنامه مدیریت بحران در مراکز بهداشت، که با تمرکز بر حفظ خدمت‌رسانی این مراکز در زمان وقوع بحران است، کاهش مخاطرات و عوارض بحران در سطح جامعه می‌باشد. اگرچه امکان کاهش اغلب مخاطرات طبیعی و انسان‌ساز، مانند زلزله و انفجار، در توان یا حیطه اختیارات مرکز بهداشت نیست، اما برخی مخاطرات، مانند اپیدمی‌ها که مدیریت اصلی آن‌ها در نظام سلامت است، و همچنین کاهش عوارض بیشتر مخاطرات در سطح جامعه که اقدامات مرکز بهداشت نقش مهمی در آن‌ها دارد، با اصلاح برنامه‌های مدیریت بحران در مراکز بهداشت امکان‌پذیر است. این اقدامات می‌تواند به طور قابل توجهی از آسیب‌های حاصل از این مخاطرات در سطح جامعه کاسته شود. هرچند، نقش سایر بازیگران مدیریت بحران در جامعه بسیار پررنگ است.

الگوی تفصیلی نهایی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت در بلایا در مرکز بهداشت قم در این مرحله، با استفاده از فن رهیافت نظام‌مند (الگوی

مشارکت فعال در فرآیندهای تصمیم‌گیری، تا احساس مالکیت و مسئولیت بیشتر شود.

- تقویت روحیه و وفاداری: اعتماد به نظرات و ایده‌های کارکنان، و ایجاد حس ارزشمندی در آنها، که باعث افزایش انگیزه و رضایت شغلی می‌شود.

- ارتقاء تفکر خلاق و نوآورانه: بهره‌مندی از دیدگاه‌های مختلف در حل مسائل، و ترغیب تیم‌ها به ارائه ایده‌های نوین و متفاوت.

- ایجاد همبستگی و اتحاد: توسعه احساس همبستگی و هدف مشترک، حتی در شرایط رقابتی، برای افزایش همکاری و کاهش تنش‌ها.

- کاهش نیاز به نظارت متمرکز: زمانی که اعضا در تصمیم‌گیری مشارکت دارند، نیاز به نظارت مستقیم کاهش یافته و خودگردانی در اجرای وظایف تقویت می‌شود.

- ایجاد احساس ارزشمندی: دادن فرصت به کارکنان برای نقش‌آفرینی در تصمیمات، که منجر به افزایش حس ارزشمندی و در نهایت بهره‌وری می‌شود.

اجرای این رویکردها منجر به ایجاد فرهنگی مثبت، همکارانه و مبتنی بر اعتماد، بهره‌وری بالاتر، رضایت شغلی و توانمندی بیشتر در مواجهه با چالش‌ها می‌گردد.

۵-۲- نتایج (توضیح رابطه بین نتایج با راهبردها و راهکارها)

با توجه به جمع‌بندی اطلاعات جدول (۶) در خصوص نتایج رفع چالش‌ها، و همچنین بر اساس اشتراک موارد مطرح‌شده و تحلیل تأثیرات حاصل از به‌کارگیری راهبردها و راهکارهای مطرح‌شده، نتایجی از اجرای این پژوهش برای نظام سلامت ارائه شد. در نهایت، نتایج حاصله شامل موارد زیر بود: اثربخشی برنامه‌ها، اجرای برنامه‌ها، ارتقاء برنامه‌ها، بهره‌وری برنامه‌ها، پاسخ به بحران، ثبت اطلاعات صحیح، عملکرد کارکنان، رفتار جامعه، کارایی برنامه‌ها، مدیریت بحران، مشارکت عمومی و نظارت بر برنامه.

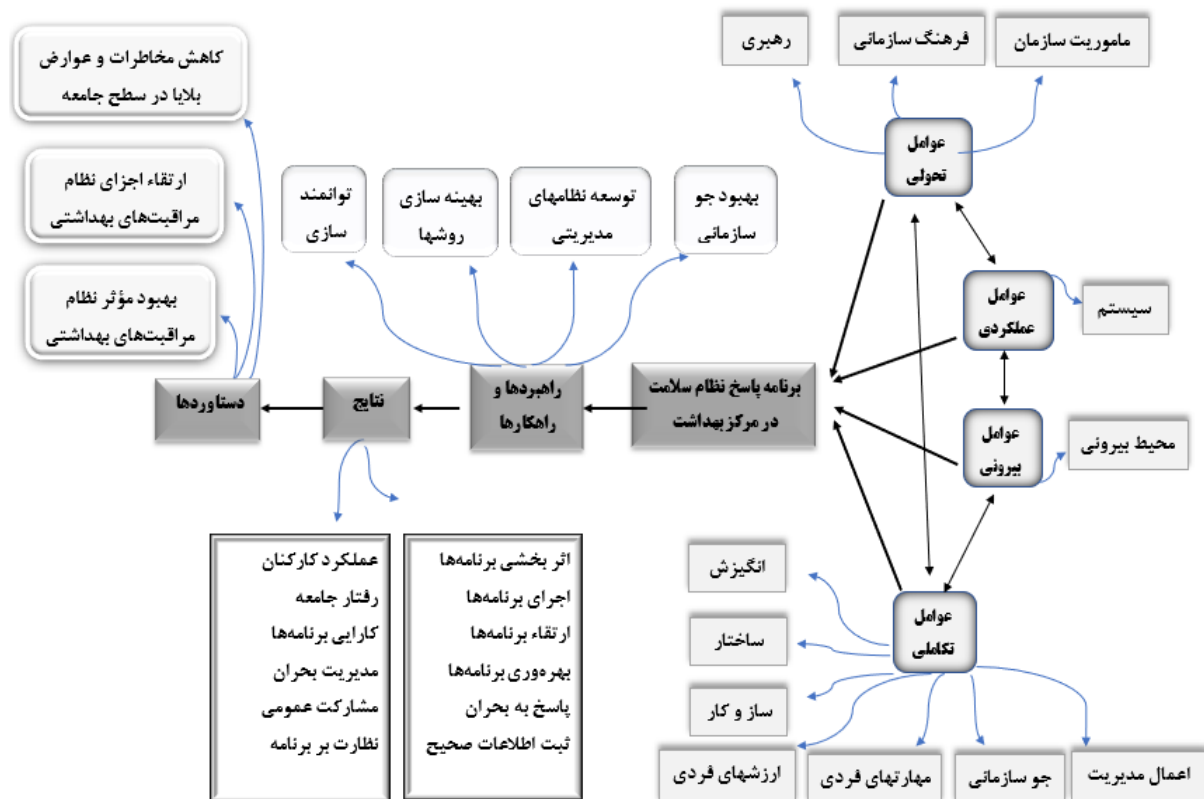
۵-۳- دستاوردها

بهره‌گیری از این پژوهش و توجه به رفع چالش‌های موجود در نظام سلامت در نهایت دستاوردهایی را برای مرکز بهداشت به همراه خواهد داشت که شامل موارد زیر است:

- بهبود مؤثر نظام مراقبت‌های بهداشتی: برخی از راهکارها صرفاً

ساختار، سازوکار، انگیزش، مهارت‌های فردی، جو سازمانی، اعمال مدیریت، محیط بیرونی، سامانه، مأموریت سازمان، فرهنگ

پارادایمی) استراوس، الگوی تفصیلی در چالش‌های برنامه‌های مدیریت بحران در مرکز بهداشت طراحی می‌شود. تفاوت این الگو



شکل (۶): الگوی تفصیلی نهایی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت در بلايا در مرکز بهداشت قم

سازمان و رهبری تقسیم‌بندی شدند. با بهره‌گیری از توان تخصصی خبرگان و سوابق پژوهش‌های صورت گرفته، راهبردها و راهکارهایی به منظور اصلاح چالش‌ها و مشکلات موجود ارائه شد. همچنین، نتایج حاصل از رفع این چالش‌ها شامل اثربخشی و اجرای برنامه، ارتقاء برنامه، بهره‌وری برنامه، پاسخ به بحران، ثبت اطلاعات صحیح، عملکرد کارکنان، رفتار جامعه، کارایی برنامه، مدیریت بحران، مشارکت عمومی و نظارت بر برنامه تعیین گردید.

دستاوردهای حاصل از توجه به رفع چالش‌ها، شامل موارد زیر عنوان شد: بهبود مؤثر نظام مراقبت‌های بهداشتی، ارتقاء اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به بلايا و کاهش مخاطرات و عوارض بلايا در سطح جامعه. در نهایت، به منظور نمایش وابستگی بین اجزاء پژوهش، الگوی تصویری کارآمدسازی برنامه پاسخ نظام سلامت در بحران در مرکز بهداشت رسم و ارائه گردید.

با رویکردهای دیگر در آن است که به جای عوامل زمینه‌ای و مداخله‌ای تأثیرگذار بر راهکارها، به دسته‌بندی عوامل بیرونی، تحولی، تکاملی و عملکردی در مدل بورک-لیتوین توجه شده است. همچنین، به جای تمرکز بر پیامدها، بر نتایج و دستاوردهای نهایی تأکید شده است [۱۱]. در شکل (۶)، الگوی مدنظر ارائه شده است.

۶- نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، به بررسی چالش‌های برنامه پاسخ نظام سلامت در بحران در مرکز بهداشت استان قم پرداخته شده است. با توجه به تأثیرگذاری شیوه مدیریتی در اجرای این برنامه، بهره‌گیری از یک مدل آسیب‌شناسی مدیریتی به نام بورک-لیتوین، امکان استخراج ۴۵ چالش در برنامه مذکور با کمک خبرگان فراهم شد. بر اساس مقوله‌بندی انجام‌شده در مدل بورک-لیتوین، این چالش‌ها به چهار مقوله اصلی عوامل بیرونی، عملکردی، تحولی و تکاملی، و دوازده مقوله فرعی شامل ارزش‌ها و نیازهای فردی،

۷- مراجع

- [12] M. Amir-Aslami, S. Sabrie, F. Nazempour Vaziri, and F. Borhani, "Challenges of Urban Comprehensive Health Service Centers," **Health Information Management**, vol. 17, no. 1, pp. 8–13, 2020. [Online] Available: <https://sid.ir/paper/386514/fa>. DOI: 10.22122/him.v17i1.3983.
- [13] M. Dehghan, A. Torab Miandoab, S. Habibi Chenaran, and M. H. Hayavi Haghighi, "Minimum Data Set for Health Management in Crisis," **Health Information Management**, vol. 15, no. 2, pp. 68–75, 2018. [Online] Available: <https://sid.ir/paper/121830/fa>. DOI: 10.22122/him.v15i2.3500.
- [14] E. Walton, J. Gabel, L. Brunelli, D. Foste, W. Hickman, "Emergency Operations Plan," **Emergency Management Team**, University of South Carolina, Version 3, 44, 2018.
- [15] Z. Abdian Dashpanah, A. Fallahi, and D. Moradi, "Analysis of Inter-organizational Relationships in Crisis Management in Isfahan City," *Crisis Management*, vol. 5, no. 9, pp. 25–37, 2016. [Online] Available: <https://sid.ir/paper/226007/fa>.
- [16] Governorship of Qom, "Geographical Location of Qom Province," [Online] Available: <https://ghom.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=3688>, 2023. (In Persian)
- [17] Administrative Development and Transformation Center, Ministry of Health, "Structure and Organization Regulations of Medical Sciences Universities," Tehran, 2015. (In Persian)
- [18] H. Naorali, A. Bazargar, D. Avazabadian, A. Sarlaghi, and A. Alikhani, "Providing a Risk Assessment Model Based on the Integration of Functional and Spatial Approaches in Critical Infrastructures," *Journal of Crisis Management*, no. 7, pp. 47–56, 2015. (In Persian)
- [19] Health Deputy of Qom Province, "Population Covered," [Online] Available: <https://phc.muq.ac.ir>, 2024. (In Persian)
- [20] Ministry of Health, "Disaster Risk Management Office Programs," [Online] Available: <https://health.behdasht.gov.ir/shabake>, 2024. (In Persian)
- [1] FEMA, "National Incident Management System Emergency Operations Center How-to Quick Reference Guide," 2020.
- [2] Crisis Management Act, p. 5, 2019. (In Persian)
- [3] A. Ardalan, et al., *National Response Plan for Health System in Disasters and Emergencies*, 1st ed., Tehran: Azar Borzin, 2015. (In Persian)
- [4] I. Bakhtiari and A. Mohammadi, "Analysis of the Role of Command and Control System in Disaster Management from the Perspective of Non-Operational Defense," *Journal of Non-Operational Defense*, vol. 15, no. 1, Spring 2024, pp. 132, DOI: 20.1001.1.20086849.1403.15.1.10.7. (In Persian)
- [5] FEMA, "Emergency Operations Center How-to Quick Reference Guide," October 2022.
- [6] Mahan, "History of Crisis Management in Iran and the World," [Online] Available: <https://mahanbs.com/resources/crisis>, Accessed: 16-Sep-2022. (In Persian)
- [7] I. Gholamreza Jallali Farahani, I. Bakhtiari, , and M. Laghzian, "Features of an Integrated Command and Control System for Urban Infrastructure," *Journal of Non-Operational Defense*, vol. 16, no. 1, pp. 52-61, Spring 2025. DOI: 20.1001.1.20086849.1404.16.1.3.7. (In Persian)
- [8] A. Parsian, "Disaster Management (Private and Public Sectors)," J. Gatz Chack, Trans., First Edition, Tehran: Tirmeh Publishing, 2004. (In Persian)
- [9] S. Khazaei and A. Shahi, "Conceptual Design of CCD Integrated Management System in Military Industries," **Journal of Non-Operational Defense**, vol. 11, no. 3, Fall 2014, pp. 52-43. (In Persian)
- [10] Qom Provincial Health Center, "Job Descriptions of Technical Units," [Online] Available: <https://phc.muq.ac.ir/ZSNk>, October 2022. (In Persian)
- [11] S. M. Mirkamali and S. Zahedi, "Examining the Role of Burke-Litwin Organizational Change Model in Organizational Performance: Case Study: Alzahra University," **Public Management Perspective**, vol. 3, no. 9, pp. 31–53, 2012. [Online] Available: <https://sid.ir/paper/469887/fa>. (In Persian)