



تاب آوری برای ارائه خدمات سلامت اولیه در دوران جنگ

تاب آوری برای ارایه خدمات سلامت اولیه در دوران جنگ

خلاصه سیاستی

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مسئله

سطح اول ارائه خدمات سلامت، که معمولاً شامل مراقبت‌های بهداشتی اولیه، خدمات پیشگیرانه، غربالگری، واکسیناسیون، آموزش سلامت و درمان‌های پایه است، اولین نقطه تماس جمعیت با نظام سلامت محسوب می‌شود و در تحقق عدالت در سلامت، نقش بنیادینی ایفا می‌کند (۱). در شرایط عادی، این سطح از خدمات پایه‌ای‌ترین و گسترده‌ترین طیف خدمات را ارائه می‌دهد و تضمین‌کننده پوشش همگانی سلامت و کاهش هزینه‌های سلامت می‌باشد (۲). با این حال، در شرایط بحرانی مانند جنگ، درگیری‌های مسلحانه، یا بحران‌های پیچیده انسانی، ارائه خدمات در سطح اول با چالش‌های جدی مواجه می‌شود؛ از تخریب زیرساخت‌های سلامت و جابه‌جایی جمعیت گرفته تا کاهش دسترسی فیزیکی به مراکز سلامت و محدودیت در منابع انسانی و مالی (۳). در چنین شرایطی، نقش مدیران حوزه سلامت، به‌ویژه در سطوح اجرایی و تصمیم‌گیری میانی و عالی، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌شود؛ زیرا تصمیمات آن‌ها می‌تواند تأثیر مستقیم بر کارآمدی واکنش سلامت عمومی و حفظ جان هزاران نفر داشته باشد (۴).

تصمیم‌گیری در بحران نیازمند تاب‌آوری سازمانی، مهارت‌های مدیریتی، توانایی تطبیق با شرایط متغیر، و بهره‌مندی از نظام اطلاعاتی سریع و دقیق است (۵). تجربیات کشورهایی که درگیر جنگ بوده‌اند، از جمله سوریه، اوکراین، یمن و فلسطین نشان داده است که اتخاذ تصمیمات سریع، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد توسط مدیران نظام سلامت، می‌تواند نقش مؤثری در تداوم ارائه حداقلی خدمات حیاتی و کاهش مرگ‌ومیر و ناتوانی ایفا کند. با هدف واکاوی تجارب مدیران حوزه بهداشت دانشگاه در ارائه خدمات سلامت اولیه در جنگ دوازده روزه، در ادامه به بیان چالش‌ها و راهکارهای عملی جهت ارتقاء آمادگی و تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط جنگی پرداخته ایم.

چالش‌های کلیدی در ارائه خدمات سلامت اولیه در دوران جنگ

یافته‌های مطالعه نشان داد برخی از چالش‌های کلیدی در دوران جنگ ۱۲ روزه به شرح زیر بوده است:

- شکاف بین آمادگی نظری و آمادگی عملیاتی در مدیریت بحران
- ضعف در مستندسازی، یادگیری و انتقال تجربه در مدیریت بحران
- کمبود برخی تجهیزات پشتیبان و حیاتی
- کمبود نیروی انسانی
- چالش‌های زیرساختی و لجستیکی
- ضعف زیرساخت ارتباطی در شرایط بحرانی
- بوروکراسی اداری و موانع تأمین تجهیزات در بحران

راهکارهای اولویت دار جهت ارتقاء آمادگی و تاب‌آوری حوزه بهداشت در دوران جنگ

در ادامه به شرح هر یک از این راهکارها پرداخته ایم:

۱- ارتقای سواد سلامت و تقویت تاب‌آوری اجتماعی پیش از وقوع بحران

برای این منظور لازم است اقدامات زیر انجام شوند:

- ✓ ارتقای سواد سلامت عمومی: آموزش مردم درباره مراقبت‌های اولیه، اصول بهداشت اضطراری و رفتارهای ایمن در شرایط بحرانی از طریق رسانه، مدارس و شبکه‌های اجتماعی.
- ✓ برگزاری منظم مانورهای عمومی و محلی: مانورها باید واقعی، هدفمند و پیگیرانه باشند نه صرفاً نمادین. پس از هر مانور باید گزارش ارزیابی عملکرد تهیه و بازخوردها عملیاتی شوند.
- ✓ برنامه‌های آموزش خانواده: هر خانواده باید الگوی ساده‌ای از «طرح اضطراری خانوادگی» شامل مسیر خروج، نقطه تجمع و بسته کمک‌های اولیه داشته باشد.
- ✓ آموزش تمرینی برای گروه‌های ویژه: باید دوره‌های کوتاه آمادگی بحران به‌صورت فصلی برای مدارس، سالمندان، بیماران خاص و مراکز بزرگ برگزار شود.
- ✓ تداوم آموزش در فاصله بین بحران‌ها: با توجه به کم بودن فاصله میان بحران‌ها (جنگ، زلزله، همه‌گیری) دوره‌های آموزشی باید به بخشی از تقویم ملی سلامت تبدیل شوند، نه رخداد‌های مقطعی.

۲- ایجاد «سامانه ملی داوطلبان سلامت» برای بسیج سریع نیروهای مردمی متخصص

در جریان جنگ دوازده‌روزه، یکی از چالش‌های بنیادین مدیریت سلامت، کمبود نیروی انسانی در کوتاه‌مدت و ناهماهنگی در به‌کارگیری داوطلبان مردمی بود. برای رفع این شکاف، پیشنهاد مدیران و کارشناسان ایجاد یک «سامانه ملی داوطلبان سلامت» در وزارت بهداشت است؛ سامانه‌ای که با هدف سازمان‌دهی، احراز صلاحیت و فراخوان سریع داوطلبان در شرایط اضطراری طراحی می‌شود. این سامانه باید دارای مشخصات زیر باشد:

- ✓ ثبت و احراز هویت داوطلبان: پزشکان، پرستاران، بهورزان، دانشجویان علوم پزشکی و حتی نیروهای پشتیبانی غیرپزشکی می‌توانند در آن ثبت‌نام و سطح مهارت خود را مشخص کنند.
- ✓ نقشه ملی آمادگی: سامانه باید بانک اطلاعاتی زنده‌ای از نیروهای داوطلب به تفکیک استان، تخصص و سطح مهارت ایجاد کند تا در لحظه بحران، اعزام هدفمند و هوشمند صورت گیرد.
- ✓ آموزش و گواهی آمادگی: لازم است داوطلبان دوره‌های آمادگی بحران مانند کمک‌های اولیه، روش‌های بهداشت اضطراری، کار تیمی در بحران را بگذرانند و گواهی دریافت کنند.
- ✓ به‌کارگیری برخط در بحران‌ها: در زمان وقوع جنگ، زلزله یا همه‌گیری، مدیران سلامت بتوانند مستقیماً از سامانه نیروهای داوطلب را فراخوان کنند و با استفاده از اعتبار هویتی سامانه، آن‌ها را در سیستم رسمی جذب نمایند.

۳- به‌روز نگه داشتن دانش و اجرای واقعی دستورالعمل‌های بحران (EOP)

تجربه جنگ دوازده‌روزه بیانگر این بود که داشتن دستورالعمل و سند رسمی به‌تنهایی کافی نیست و دانستن، مرور مداوم و تمرین واقعی آن اهمیت حیاتی دارد. توصیه می‌شود هر نسخه جدید از EOP، پس از تدوین، با رویکرد «آزمون قبل از بحران» در مقیاس کوچک اجرا و نقص‌های آن در بازنگری بعدی برطرف شود. بدیهی است یادگیری مستمر و مطالعه فعال EOP تکمیل‌کننده مجموعه چالش‌ها و راهکارهاست، زیرا بنیان ذهنی و فکری تمام تصمیم‌های درست و سریع در بحران را می‌سازد.

۴- تقویت زیرساخت‌های حیاتی و برنامه‌ریزی سریع در شرایط جنگی

تشکیل یک هسته پایداری فناوری اطلاعات سلامت تا مسئولیت آمادگی پیش‌دستانه، تست پشتیبان‌گیری منظم داده‌ها و بازیابی سیستماتیک را بر عهده داشته باشد توصیه می‌شود. بر همین اساس، تأکید می‌شود که:

- هر بیمارستان، مرکز بهداشت و پایگاه امدادی باید منبع برق اضطراری (ژنراتور مستقل) با ظرفیت حداقل سه‌روزه داشته باشد.
- منابع ذخیره آب شرب و صنعتی در مراکز درمانی باید به‌صورت منطقه‌ای، نه فقط فردی طراحی شوند تا در صورت آسیب زیرساخت سراسری، زنجیره خدمات دچار توقف نشود.

- شبکه‌های تامین آب باید دارای سیستم قطع اضطراری امن برای جلوگیری از آلودگی یا نشت در اثر حمله فیزیکی یا سایبری باشند.

۵- سناریونویسی و آمادگی چندبعدی پیش از بروز بحران

با توجه به اهمیت آمادگی ذهنی و اجرایی مدیران بهداشت برای مواجهه با تهدیدهای گوناگون در شرایط جنگ؛ باید فرآیند سناریونویسی منظم آغاز شود تا سازمان بتواند در برابر هر نوع تهدید یا بحران، رویکردی پیش‌دستانه داشته باشد.

۶- تربیت و توسعه نیروهای بحران کارآمد

در شرایط بحران، حضور نیروهای متخصصی که بتوانند سریعاً ارزیابی وضعیت انجام دهند، منابع موجود را سازمان‌دهی کنند، ارتباط مؤثر با سایر نهادهای حیاتی برقرار کنند، و در صورت نیاز، فرماندهی عملیاتی را برعهده بگیرند، اهمیتی حیاتی دارد. بنابراین لازم است وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی برنامه‌ای رسمی شامل آموزش‌های میدانی، کارگاه‌های تصمیم‌گیری تحت فشار، و تمرینات شبیه‌سازی برای آموزش نیروهای بحران کارآمد طراحی کند. این نیروها نه فقط از بین پرسنل اجرایی بلکه باید از میان مدیران، کارشناسان ارشد و نیروهای امدادی انتخاب شوند. به بیان روشن، نظام سلامت باید از الگوی «واکنش کلی» به سمت الگوی «واکنش تخصصی و فرماندهی‌شده» حرکت کند — یعنی نیروهایی که نه فقط آموزش دیده‌اند، بلکه برای بحران ساخته شده‌اند.

۷- سیاست‌گذاری پیش‌دستانه و مدیریت فرسودگی منابع و زیرساخت‌ها

سیاست‌گذاران باید پیش از فراموش شدن تجربه بحران، تمام پیش‌بینی‌ها و تصمیمات لازم را عملی کنند برای این منظور لازم است بلافاصله پس از هر بحران، تیمی برای گردآوری درس‌آموخته‌ها و تبدیل آن به سیاست‌های اجرایی تشکیل شود. بیمارستان‌ها و مراکز درمانی قدیمی باید از نظر پایداری سازه‌ای، ایمنی آتش، ذخیره انرژی، و آمادگی زلزله ارزیابی و اولویت‌بندی شوند. باید یک طرح میان‌مدت ملی برای جایگزینی ساختمان‌ها و تجهیزات فرسوده تدوین شود. منابع مالی پایدار مشخص گردد تا این طرح دچار رکود اداری نشود. همچنین ضروری است با راه‌اندازی سامانه ارزیابی دوره‌ای خطر فرسودگی؛ میزان آسیب‌پذیری مراکز را به صورت منظم اندازه‌گیری و به سیاست‌گذاران گزارش داده شود

برای ارتقای تاب‌آوری نظام سلامت در ایران، تمرکز باید از «منابع فیزیکی» به سمت «ظرفیت‌های نهادی و یادگیری» تغییر یابد. طراحی مانورهای واقع‌گرایانه، ایجاد نظام مستندسازی تجربیات، تقویت زیرساخت لجستیکی پایدار، تشکیل واحد ارتباطات اضطراری مستقل، و سامان‌دهی مشارکت داوطلبان سلامت می‌تواند ساختار پاسخ نظام سلامت را از سطح واکنش موقتی به سطح آمادگی پایدار ارتقا دهد.

برای اطلاعات بیشتر

❖ تاریخ تدوین: بهار ۱۴۰۵

❖ منبع: طرح پژوهشی مصوب "تاب‌آوری نظام سلامت: واکاوی تجارب مدیران حوزه بهداشت دانشگاه در ارائه خدمات سلامت اولیه در جنگ

۱۲ روزه"، با کد اخلاق: IR.TUMS.SPH.REC.1404.92828

❖ وبسایت: herc.tums.ac.ir، icdc.behdasht.gov.ir

☎ تلفن تماس: ۰۲۱-۶۲۹۲۱۳۳۶

منابع

1. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary Health Care (PHC) what is the difference? Canadian Journal of Public Health. 2006;97(5):409–11.
2. Prade M, Rousseau A, Saint-Lary O, Baumann S, Devillers L, Courtin A, et al. Proposal for a shared definition of «primary healthcare» by health professionals: A national cross-sectional survey. Plos one. 2023;18(3):e0281882.
3. Korkmaz AC, Baykal U. Healthcare delivery in the shadow of war. INTERNATIONAL MIGRATION. 2024.
4. Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, et al. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. Bmj. 2017;357.
5. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. International journal of health policy and management. 2017;6(8):431.