Scientific-Research Journal of Lorestan University of Medical Sciences

Disaster Preparedness of Lorestan Province Hospitals: A Policy Brief

Rostami M[1], Massahi T[2], Behzadifar M[3*]

1- Department of Operating Room and Anesthesia, Borujerd School of Medical Sciences, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

2- Department of Environmental Health Engineering, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

3- Research Center for Social Determinants of Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Received: *2025/10/7* Accepted: *2025/10/16*

Abstract

Background: Hospital disaster preparedness is a critical component of public health and a key factor in reducing the impacts of disasters. Adequate preparedness in healthcare facilities not only preserves continuity of care but also improves the safety of patients and staff, enables efficient resource management, and lowers both direct and indirect costs. By contrast, insufficient planning and weak policy-making in this topic can increase mortality, damage infrastructure, degrade service quality, and impose a heavy financial burden on the health system. This study evaluates the policies, challenges, and strategies for strengthening disaster preparedness in Iranian hospitals, with a focus on Lorestan Province. The findings show that although national policies have been developed and international tools adopted, implementation remains fragmented and uneven: disaster-preparedness assessment scores in Lorestan and several border provinces fall below the national average. Key shortcomings include shortages of financial and human resources, gaps in training and practical exercises, poor interorganizational coordination, a predominantly reactive rather than proactive approach, and limited adaptation of policies to local contexts. Adoption of flexible, evidence-based operational programs; continuous, realistic drills and training to build staff capacity; development of safe, multiuse infrastructure; adoption of modern technologies; enhanced community engagement; and transparent evaluation and monitoring could all help improve current conditions and boost hospital resilience. Ultimately, health policymakers should increase investment in disaster preparedness, reform managerial and support structures, and transparently monitor program implementation to strengthen hospitals' readiness for disasters.

Keywords: disaster preparedness; hospital; Iran; health policy.

Citation: Rostami M, Massahi T, Behzadifar M. Disaster Preparedness of Lorestan Province Hospitals: A Policy Brief . Yafte. (Special Policy Brief) :98-108.

***Correspondence Address: Research Center for Social Determinants of Health, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad.**

Email: masoudbehzadifar@gmail.com

آمادگی بیمارستان های استان لرستان در برابر بحران ها و حوادث:خلاصه سیاستی

محمد رستمی[1]، تورج مساحی[2]، مسعود بهزادی فر[3]*

۱- گروه اتاق عمل و هوشبری، دانشکده علوم پزشکی بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

۲- گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران

یافته / ویژه نامه خلاصه سیاستی / پاییز ۱۴۰۴

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۷/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۷/۲۱۴

مقدمه: آمادگی بحران بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ارتقای سلامت عمومی و کاهش پیامدهای ناشی از بلایا است. برخورداری مراکز درمانی از سطح مطلوب آمادگی، علاوه بر حفظ تداوم خدمات درمانی، ارتقای ایمنی بیماران و کارکنان، مدیریت بهینه منابع و کاهش هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم می‌شود. در مقابل، نبود برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مؤثر در این حوزه می‌تواند به افزایش مرگ‌ومیر، آسیب‌های زیرساختی، افت کیفیت خدمات و تحمیل بار مالی سنگین بر نظام سلامت منجر گردد. این مطالعه به بررسی سیاست‌ها، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای آمادگی بحران در بیمارستان‌های ایران با نگاهی بر استان لرستان می‌پردازد. یافته‌ها نشان می‌دهند که علی‌رغم تدوین سیاست‌های ملی و بهره‌گیری از ابزارهای بین‌المللی، اجرای آن‌ها ناپیوسته و نابرابر است؛ به طوری که امتیاز ارزیابی های مربوطه آمادگی بلایا در لرستان و چند استان مرزی در مقایسه با میانگین کشوری پایین‌تر گزارش شده‌اند. به نظر می رسد کاستی‌های متعددی از جمله کمبود منابع مالی و انسانی، ضعف در آموزش و تمرینات عملی، فقدان هماهنگی بین‌سازمانی، تمرکز بر رویکرد واکنشی و محدودیت در انطباق سیاست‌ها با شرایط بومی وجود دارد. اجرای برنامه‌های عملیاتی منعطف، مبتنی بر شواهد، توانمندسازی نیروی انسانی از طریق آموزش‌های مانورهای مداوم و واقعی، توسعه زیرساخت‌های ایمن و چندمنظوره، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین، تقویت مشارکت جامعه و ارزیابی شفاف ممکن است به بهبود وضعیت موجود و افزایش تاب‌آوری بیمارستان‌ها منجر شود. در نهایت، سیاست‌گذاران حوزه سلامت برای ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بلایا، نیازمند سرمایه‌گذاری بیشتر در حوزه آمادگی بحران و بازنگری در ساختارهای مدیریتی و حمایتی و پایش شفاف اجرای برنامه‌ها هستند.

واژه‌های کلیدی: آمادگی بحران، بیمارستان، ایران، سیاست گذاری سلامت.

***آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت.**

پست الکترونیک: masoudbehzadifar@gmail.com

مقدمه

بیمارستان‌ها به عنوان بخش اصلی سیستم ارائه خدمات درمانی، در مدیریت بلایا و بحران هایی که هر لحظه ممکن است پدیدار شوند نقش حیاتی دارند(۱). آمادگی بحران شامل انجام مجموعه اقداماتی با هدف پیش‌بینی، کاهش آسیب، پیشگیری، پاسخگویی و بازیابی در برابر بحران‌ها و بلایای طبیعی یا انسان ساخت مانند زلزله و حملات تروریستی است(۲, ۳). برخورداری بیمارستان‌ها از سطح آمادگی بحران مطلوب، نقش کلیدی در حفظ عملکرد پیوسته و مؤثر آنها در مواجهه با بحران ها دارد(۴, ۵). عدم آمادگی بحران سیستم بیمارستانی می‌تواند به اختلال در ارائه خدمات، افزایش تلفات انسانی و ضعف در مدیریت شرایط منجر گردد(۶).

آمادگی بحران مناسب مجموعه بیمارستان‌ها، نقش حیاتی در ارتقای ایمنی مصدومین و کارکنان، ادامه ارائه خدمات درمانی در شرایط بحرانی، پیشگیری و کاهش آسیب‌های احتمالی و کاهش مرگ‌ومیر دارد(۷, ۸). از دیگر مزایای این آمادگی در درون مجموعه، مدیریت مؤثر منابع مالی و انسانی، برنامه‌ریزی کارآمد و توزیع مناسب تجهیزات، داروها و نیروی انسانی است(۱۱-۹). همکاری با مراکز درمانی و سازمان‌های دیگر در راستای آمادگی بحران، تسهیل تبادل اطلاعات و منابع، ارتقاء سطح آمادگی، امکان ارائه خدمات اضطراری با ارتباطاتی مطلوب و افزایش کارایی داخلی و خارجی بیمارستان‌ها را در پی دارد (۸،۱۲). آمادگی سازه‌ای بیمارستان‌ها، نه تنها از تخریب تجهیزات و آسیب به جان پرسنل و انسان‌ها جلوگیری می‌کند، بلکه تداوم ارائه خدمات پزشکی در چنین موقعیت‌هایی را تضمین و هزینه آسیب زیر ساختی را کاهش می‌دهد(۱۳, ۱۴). افزایش تاب‌آوری مجموعه نظام سلامت از دیگر مزایای آمادگی بحران بیمارستان‌ها است که مدیریت حجم بالای مصدومین را تسهیل می-کند(۴, ۱۵). موارد اخیر را می توان در چهار مولفه کلی آمادگی بحران شامل کاهش آسیب، آمادگی، پاسخگویی و بازیابی، به صورت تدابیری به هم پیوسته مشاهده کرد؛ بهبودی هر چه بیشتر آمادگی بیمارستان‌ها در این مولفه ها می تواند به پیشگیری از هدر رفت منابع، تعدیل و کاهش پیامدهای منفی بهداشتی بلایا منجر شود(۱۶, ۱۷).

بیمارستان هایی که از آمادگی بحران مطلوبی برخوردار نیستند با چالش های مختلفی مواجه می شوند. آمادگی ناکافی می تواند به تاخیر و آشفتگی در ارائه خدمات بیمارستانی(۱۸)، به خطر افتادن ایمنی بیماران و پرسنل(۱۳, ۱۹) و افزایش صدمات و مرگ و میرها(۸) منجر شود. عدم آمادگی فیزیکی بیمارستان ها، آسیب به زیرساخت ها را در پی داشته که با عدم برنامه ریزی برای جایگزینی فضاها، اختلال در ارائه خدمات تشدید می شود(۱۳). کمبود تجهیزات پزشکی، وسایل حفاظت فردی و فضاهای ایزوله در همه گیری ها افزایش ابتلای کارکنان و شیوع بیماری ها را در پی دارد(۲۰). از دیگر چالش های بیمارستان ها با آمادگی بحران ناکافی، ضعف در برنامه ریزی های سیستم ها است که می تواند کندی هماهنگی ها، اختلال در شبکه های ارتباطی، اتلاف منابع، ناکارآمدی در توزیع منابع انسانی، هرج و مرج سازمانی در شرایط تعداد بالای مراجعین را به همراه داشته باشد(۶, ۱۷, ۲۱, ۲۲).

عدم رویکرد مدیریت سازمانی در بیمارستان ها و آموزش ناکافی در موضوع آمادگی بحران، به افزایش فشار بر سیستم و کاهش توانایی کارکنان در این حیطه منجر می شود. نتایج بلند مدت آمادگی ناکافی بیمارستان ها در برابر بحران ها شامل کاهش کیفیت خدمات، تحمیل بار مالی سنگین بر مجموعه، بروز مشکلات ثانویه، کاهش کارآمدی سیستم می باشد(۶, ۲۲, ۲۳). بیمارستان ها و مراکز درمانی به عنوان یکی از اولین خطوط مواجهه با بحران های موثر بر سلامت، نیازمند سیاست هایی کاربردی برای آمادگی در برابر بحران ها هستند. در این

موضوع سیاست هایی در سطوح بین المللی و ملی تدوین و ارائه شده است.

سیاست های بین المللی

پس از کمپین بین‌المللی سازمان ملل متحد با موضوع "بیمارستان‌های ایمن در برابر بلایا" طی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹، سازمان بهداشت جهانی(WHO) اقدام به توسعه یک چارچوب ارزیابی برای سنجش سطح ایمنی مراکز درمانی در مواجهه با بحران‌ها نمود (۲۴). همچنین ابزار شاخص ایمنی بیمارستان (HSI) توسطPAHOوDiMAG توسعه داده شده است. این ابزار استاندارد که با هدف تعیین اولویت‌های برنامه‌ریزی، ایمنی و پیشگیری نهادهای درمانی طراحی شده است، شامل ۱۴۵ پرسش در سه حوزه ایمنی سازه‌ای، ایمنی تجهیزات و سیستم‌های غیرسازه‌ای و عملکردی می‌باشد(۲۵). علاوه بر این، WHO چارچوب های دیگری مانند برنامه بیمارستان‌های ایمن در برابر بلایا را برای بهبود آمادگی و تاب آوری بیمارستان ها ارائه کرده است(۲۶). این برنامه بر محورهای مقاوم سازی ساختاری، آموزش پرسنل، ارزیابی ایمنی و تدوین پروتکل‌های پاسخ به بحران تاکید می کند. راهبرد سندای برای کاستن خطرات بلایا(۲۰۳۰-۲۰۱۵) و دستورالعمل های مرتبط با پاندمی از اسناد بین المللی دیگر این حوزه هستند(۲۷).

سیاست های فعلی در ایران

با توجه به اهمیت موضوع و چالش ها و تهدیدهای ژئوپلیتیک ملی، سیاست ها و برنامه های متعددی در ایران تهیه شده است. برنامه ملی کاهش خطر حوادث و سوانح، برنامه ملی بازسازی و بازتوانی، برنامه ملی آمادگی و پاسخ (ماده ۴قانون مدیریت بحران کشور) از برنامه های آماده سازی نظام سلامت در برابر بلایا و بحران ها می باشند که بر اساس اسناد بالادستی، اختیارات قانونی و برنامه های مرجعی شامل سیاست های کلی پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه ابلاغی ۱۳۸۴، سیاست های کلی پدافند غیر عامل ابلاغی ۱۳۸۹، قانون مدیریت بحران کشور مصوب ۱۳۹۸، سند راهبرد ملی مدیریت بحران کشور، برنامه ششم توسعه ملی، راهبرد سندای ۲۰۳۰-۲۰۱۵ تدوین شده است(۲۸). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان یکی از دستگاه های اجرایی مشمول قانون مدیریت بحران کشور نیز برنامه ملی آمادگی و پاسخ نظام سلامت در حوادث و سوانح برای مدیریت عملیات پاسخ کلیه مخاطرات طبیعی و انسان ساخت کشور را در قالب برنامه‌های عملیاتی اضطراری (EOP) تدوین و ارائه نموده است تا زیر مجموعه ها بر اساس این ساختار، برنامه محلی متناسب برای هر سانحه را به صورت IAP تدوین نمایند(۲۹). پیش تر نیز تلاش‌هایی برای افزایش آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بلایا با تهیه برنامه کشوری آمادگی بیمارستان‌ها در برابر حوادث و بلایا توسط مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی صورت گرفت. دبیرخانه کارگروه سلامت و مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی وزارت بهداشت با حمایت از این ابتکار، آن را به عنوان یک دستورالعمل ملی به همه بیمارستان‌های سراسر کشور ابلاغ کرد(۳۰). علاوه بر این، در سومین دوره برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌های ایران، شاخص هایی در قالب هفت استاندارد و سی و هفت سنجه اضافه شد که به ارزیابی مدیریت خطر در حوادث، آمادگی و واکنش بیمارستان به فوریت‌ها و بلایا می‌پرداختند(۳۱).

اجرای این سیاست ها و انجام ارزیابی های شاخص های مربوطه در اعتباربخشی بیمارستان‌ها به بهبود نسبی میانگین شاخص ایمنی بیمارستان ها از ۴۳ به ۶۰,۸۴ از سال ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۹ شده است. طبق نتایج آخرین ارزشیابی شاخص ایمنی بیمارستان، بیمارستان های استان یزد(۵۳,۷۴) و لرستان(۵۷,۳۱) کمترین نمره آمادگی در برابر بلایا در کشور را کسب کرده اند. فقط ۹,۲٪ از بیمارستان‌های کشور از سطح ایمنی بالا برخوردار بوده اند و ۲۱,۵٪ در سطح ایمنی پایین قرار دارند(۱۹). میانگین

امتیاز اجرای شاخص های مربوطه در اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور ۴۸,۸۲ درصد است که نشان‌دهنده ضعف جدی در اجرای استانداردها است. استان‌های ایلام (۲۵,۳۶) و لرستان (۳۸,۳۹) کمترین امتیاز اجرای این بخش از شاخص های اعتباربخشی را کسب کرده‌اند، در حالی که استان‌های زنجان (۵۸,۲۷) و قزوین (۵۶,۴۴) وضعیت بهتری دارند(۳۲). چنین اختلافات نسبی ممکن است نشان دهنده این باشند که سیاست های فعلی کافی نیستند، پشتیبانی اجرایی لازم و یکسان را ندارند و مهم تر اینکه بیمارستان های مناطق مرزی و کمتر توسعه یافته بیشترین آسیب‌پذیری را دارند. وضعیت فعلی سیاست‌های آمادگی بحران در بیمارستان‌های ایران نشان‌دهنده ترکیبی از اقدامات، محدودیت‌ها و خلأهای گسترده است. در حال حاضر، سیاست‌های مورد اشاره و اقدامات دیگری مانند تدوین برنامه‌های عملیاتی اضطراری (EOP) و آموزش کارکنان در تعدادی از بیمارستان‌ها اجرا و از ابزارهای مختلفی برای ارزیابی آمادگی بحران استفاده می گردد.

بیمارستان‌های نا آماده نه تنها هزینه‌های مستقیم اقتصادی را افزایش می‌دهند، بلکه به دلیل تخریب زیرساخت‌ها، کاهش بهره‌وری و اختلال در خدمات هزینه‌های غیرمستقیم را نیز به دنبال دارند(32). برآوردها نشان می‌دهند که هزینه‌های بیمارستان‌های ایران در بلایا به‌دلیل نبود برنامه‌های کاهش ریسک، تا ۳۰٪ بیشتر از استانداردهای جهانی است(۳۳).

این ضعف در ساختار سیاسی و سیاستی نیز قابل مشاهده است؛ نبود قوانین الزام‌آور و مسئولیت‌های موازی و پراکنده بین نهادهای مختلف (مانند وزارت بهداشت، وزارت کشور، سازمان مدیریت بحران و هلال‌احمر) از موانع اصلی اجرای مؤثر سیاست‌هاست(۸). همچنین، استانداردهای فعلی به‌صورت تصمیم‌گیری متمرکز و موازی تدوین شده و انعطاف‌پذیری لازم برای تطابق با شرایط محلی را ندارند (۳۲).

از منظر اجتماعی و فرهنگی، سیاست‌های فعلی به مشارکت جامعه و آموزش‌های عمومی و مناطق محروم در برنامه‌های آمادگی بحران کم‌توجهی کرده‌اند. این امر باعث کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت می‌شود و اختلاف اجتماعی را شدت می دهد(۳۴). بیش از ۷۵ درصد بیمارستان‌های استان‌های مرزی امتیازی کمتر از ۵۰ درصد دارند.(۳۲). شکاف بین بیمارستان‌ها و مراکز درمانی شهری و مناطق محروم، پیامدهای بحران‌ها و نابرابری‌ها در دسترسی به خدمات بهداشتی در زمان بحران را افزایش می‌دهد(۳۵). این چالش‌ها در استان‌های کمتر توسعه‌یافته مانند لرستان، با توجه به شرایط و آسیب‌پذیری‌های جغرافیایی، اجتماعی، توسعه‌نیافتگی و تفاوت‌های فرهنگی، پیچیده‌تر می‌شوند. کمبود منابع، توجه ناکافی و ضعف در سیاست‌گذاری‌ها باعث شده است که بیمارستان‌های این مناطق از آمادگی بحران پایینی برخوردار باشند(۱۹, ۳۲).

چالش‌ها

سیاست‌های کنونی آمادگی بحران بیمارستان‌ها در ایران با چالش‌هایی در هم تنیده و چند بعدی در بخش های مختلفی مانند سیستم‌های ارتباطی و هماهنگی، منابع انسانی و مالی، برنامه‌ریزی های عملیاتی، مدیریت، آموزش ها، پایش و... روبه‌رو هستند. همچنین، بیشتر دستورالعمل‌های حال حاضر فاقد سازگاری با شرایط بومی بیمارستان‌های داخل کشور می‌باشند.

۱ .چالش‌های سیستم‌های ارتباطی و هماهنگی

عدم وجود سیستم‌های ارتباطی یکپارچه، هماهنگی بین بیمارستان با سازمان‌های بیرونی همچون فرماندهی منطقه‌ای مدیریت بحران و اورژانس را دشوار نموده است. نا هماهنگی در فازهای مختلف آمادگی بحران منجر به بروز تاخیر در فازهایی مانند پاسخگویی شده و میزان بروز خطا را بالا می‌برد. به علاوه وجود موانع بروکراتیک در هماهنگی-ها و نیز عدم وجود همکاری و ارتباطات کارآمد بین سازمان های موازی متعدد باعث تشدید چالش‌های موجود می‌شود.

۲ .کمبود منابع مالی و انسانی

عدم اختصاص بودجه کافی جهت مقاوم سازی سازه‌ها، تهیه تجهیزات، تامین فضاهای مورد نیاز، استانداردسازی سیستم های انرژی و... پیاده سازی سیاست های آمادگی بحران در بیمارستان‌ها را با چالش مواجه کرده است. همچنین دسترسی ناکافی به منابع انسانی آموزش دیده و متعهد در حیطه آمادگی بحران، توانمندی بیمارستان ها برای آمادگی مطلوب را محدود کرده است. چنین کمبودهایی در شرایط افزایش شدید نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی، اثر خود را بیشتر نشان می دهند.

۳ .ضعف در سیاست گذاری و برنامه‌ریزی

برنامه‌ها و سیاست های فعلی حوزه آمادگی بحران بیمارستانی تا حدی کلی، پراکنده، حجیم، غیرعملی، فاقد جزئیات عملیاتی، غیر واقع بینانه، قدیمی و ناکارآمد بوده و مبتنی بر شواهد نمی‌باشند. توجه ناکافی به ضرورت افزایش ظرفیت ها (surge capacity) و نیز تجربیات بین المللی (با در نظر گرفتن شرایط بومی و امکانات در دسترس) از خلاءهای اصلی پروتکل ها و برنامه های موجود می باشند. باید بیان داشت که متاسفانه تعداد زیادی از سیاست ها حین یا بعد از بروز بحران‌های تکراری تدوین می شوند.

۴ .ضعف در آموزش و تمرینات عملی

اغلب آموزش های فعلی آمادگی بحران نظری، سطحی و غیر کاربردی بوده و به مانورهای شبیه سازی بحران و نیز تمرین های عملی توجه کافی صورت نمی گیرد. دوره های تخصصی آمادگی بحران به صورت محدود، با امکانات کم و برای تعداد اندکی از کارکنان و مدیران بیمارستانی برگزار می گردد. چنین ضعف هایی ممکن است به عدم اجرای موثر اقدامات و برنامه ها در فازهای آمادگی در برابر بحران در مجموعه بیمارستان منجر شود.

۵ .اولویت رویکرد واکنشی بر نگرش پیشگیرانه

به صورت کلی، نگرش ها در مجموعه برنامه ها و مدیریت های حوزه آمادگی بحران بیمارستانی در جهت تمرکز پاسخ دهی به بحران و اولویت دادن آن‌ها بر دیدگاه افزایش تاب آوری و پیشگیری می باشد. چنین نگرش های واکنشی به جای برنامه ریزی های پیشگیرانه، باعث جاماندگی بیمارستان ها از آمادگی مطلوب برای بحران های مختلف ترکیبی و ناشناخته شده است. دیدگاه های حفاظتی و امنیتی در ارزیابی ها و عدم شفافیت گزارش دهی ها می تواند به کندی بهبود سیستم ها منجر شود.

۶ . چالش‌های عملیاتی

تخصیص منابع محدود در موقعیت های افزایش ناگهانی تقاضا، تنوع روش‌های تریاژ، عدم وجود برنامه های عملیاتی مشخص برای موقعیت هایی مانند افزایش ظرفیت و تخلیه بیماران از چالش های عملیاتی بیمارستان ها در مواجهه با بحران ها هستند که سلامت سانحه دیدگان را در معرض خطر قرار می دهد. همچنین غالب رویکردهای فعلی، بحران ها را به صورت تک بعدی و مجزا در نظر می گیرند. تعارضات اخلاقی در اولویت بندی آسیب دیدگان در حین کمبود امکانات از مواردی هستند که در برنامه ها به شکل مناسبی تبیین نشده اند.

راهکارهای ارتقاء سیاست‌های آمادگی بحران در بیمارستان‌ها

بهبود سطح آمادگی بحران در بیمارستان های استان مستلزم تقویت هماهنگی ها، دیدگاه پیشگیرانه، رویکرد پیوسته، آموزش کارآمد، برنامه ریزی بر اساس شواهد، تخصیص منابع کافی، مشارکت جامعه و ارزیابی شفاف می باشد. با در نظر گرفتن چنین راهکارهایی می توان مدیریت موثری در راستای آمادگی در برابر بحران ها انجام داد، از پیامدهای بحران ها پیشگیری نمود و نیاز به اصلاحات گسترده سیاست ها و ساختارها را برطرف کرد.

۱ . تقویت برنامه ریزی ها

طراحی و بهبود برنامه های عملیاتی آمادگی بحران برای سناریوهای مختلف به صورت کاربردی، شفاف، خلاصه، جامع، انعطاف پذیر، با در نظر گرفتن ریسک های

ملی، منطقه ای و محیطی، بر اساس شواهد علمی و درس آموخته های بین المللی و داخلی، شامل تمام مولفه ها در فازهای مختلف آمادگی بحران(مانند پروتکل های ارتباطی، منابع در دسترس، دستورالعمل های اجرایی و...)، و به روز رسانی و مرورهای دوره ای درون بیمارستانی با همفکری صاحب نظران مدیریت بحران پیشنهاد می گردد. برای بهبود اثربخشی برنامه ریزی ها باید ساختارها را چابک، بروکراسی را کاهش و خطوط ارتباطی را تجمیع کرد. با توجه به اینکه هر بیمارستان و هر بحران شرایط خاص خود را دارد، در اختیار داشتن برنامه های منعطف باید در نظر گرفته شود. این مفهوم به این معنی نیست که مراکز درمانی باید برای همه بحران‌ها کاملاً تجهیز شده باشند، بلکه تأکید بر این است که بیمارستان‌ها باید این واقعیت را در نظر بگیرند که در چنین شرایطی، با حجم زیادی از آسیب دیدگان روبرو خواهند شد. بنابراین، ضروری است که تمهیدات و برنامه‌های مدیریتی مشخصی برای اداره چنین شرایطی از پیش طراحی و آماده شده باشد.

۲ .رویکرد پیشگیرانه، تقویت ظرفیت ها و مدیریت هوشمند

اتخاذ رویکردهای پیشگیرانه نقشی کلیدی در تسهیل، کنترل، مدیریت و پاسخگویی مؤثر به شرایط بحرانی دارد. ایمن سازی و طراحی مجدد فضاهای فیزیکی با دیدگاه فضاهای چندمنظوره، انعطاف‌پذیری در برابر بحران را افزایش می‌دهد. در نظر گرفتن برنامه‌های افزایش ظرفیت برای گسترش سریع فضاها، تختها، تجهیزات و نیروی انسانی در شرایط بحرانی، نقش حیاتی در آمادگی بیمارستان ها دارد. همکاری با بخش خصوصی، خیرین و سازمان‌های ملی و بین‌المللی می‌تواند به جذب منابع پایدار برای مدیریت بحران، مقاوم‌سازی ساختمان‌ها و خرید تجهیزات حیاتی (ژنراتورها، سیستم‌های اکسیژن‌رسانی و ذخایر اضطراری دارویی و تجهیزات پزشکی) کمک کند. استفاده از فناوری‌های نوین مانند هوش مصنوعی، نرم‌افزارهای مدیریت تختهای بیمارستانی و بهینه‌سازی فرآیندهای پزشکی با استفاده از فناوری‌های دیجیتال می تواند کارایی عملیاتی را افزایش دهد.

۳ .توانمندسازی نیروی انسانی

برای ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها در مواجهه با بحران‌ها، اجرای برنامه‌های آموزشی مستمر و کاربردی برای تمام سطوح پرسنلی ضروری است. این برنامه‌ها باید شامل دوره‌های عملی منظم ماهانه یا فصلی شبیه‌سازی بحران با سناریوهای واقع‌گرایانه باشد. انجام تمرین‌های دوره‌ای نه‌تنها سطح آمادگی و هماهنگی را می‌سنجد، بلکه به تکرار آموخته‌ها، کسب مهارت‌های جدید و بررسی صحت سیاست‌ها و برنامه‌های مدیریت بحران و بلایا کمک می‌کنند. همچنین، آموزش مهارت‌های تخصصی مانند تریاژ پیشرفته، مدیریت استرس، تصمیم‌گیری اخلاقی (در تریاژ و تخصیص منابع) و آماده‌سازی روانی کادر درمان، همراه با بهره‌گیری از منابع شبیه‌سازی الکترونیک و مربیان مجرب، می‌تواند اثربخشی آموزش‌ها را افزایش دهد. علاوه بر این، تشکیل تیم‌های واکنش سریع (Rapid Response Teams)درون و بیرون بیمارستانی، ایجاد بانک اطلاعاتی پایدار از نیروی انسانی و داوطلبان آموزش‌دیده (شامل پرسنل بازنشسته، نیروهای مردمی و دانشجویان علوم پزشکی) و ارائه گواهینامه‌های مدیریت بحران نیز ظرفیت آمادگی را تقویت می‌کند.

۴ .هماهنگی بین‌سازمانی و ارتباطات

استقرار سیستم‌های ارتباطی یکپارچه دیجیتال، جایگزین‌های رادیویی (در زمان قطعی شبکه‌های مخابراتی)، ایجاد پلتفرم‌های اشتراک اطلاعات بین سازمانی (مانند اورژانس، هلال‌احمر، آتش‌نشانی و...)، انعقاد تفاهم‌نامه‌های عملیاتی و برگزاری دوره‌های تمرین و مرور مشترک بین‌سازمانی می تواند به کاهش موانع بوروکراتیک، تسهیل تبادل داده‌ها و بهبود هماهنگی در راستای آمادگی بحران منجر شود. علاوه بر این، تشکیل

شبکه‌ای از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در هر منطقه برای بهره‌برداری مشترک از منابع و اطلاعات، همراه با شناسایی مراکز کمکی و بیمارستان‌های جایگزین از جمله اقدامات مؤثر محسوب می‌شود.

۵ .مشارکت جامعه

استفاده از ظرفیت داوطلبان و سازمان‌های مردم‌نهاد برای پشتیبانی و آمادگی بیشتر، تاکید بر ارزش‌های انسانی-اجتماعی، تقویت حس مسئولیت‌پذیری و جلب مشارکت دلسوزان و کارشناسان متعهد، از جمله ظرفیت اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها در برنامه‌ریزی و آماده‌سازی بیمارستان‌ها می تواند بر افزایش تاب‌آوری و آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بحران ها موثر باشد. همچنین، اطلاع رسانی به جامعه محلی درباره نحوه مراجعه ایمن به بیمارستان‌ها، طراحی پروتکل‌های ویژه برای مراقبت از گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند زنان باردار، سالمندان، کودکان و افراد دارای معلولیت) حائز اهمیت است. تدوین پروتکل‌های شفاف اطلاع‌رسانی به رسانه‌ها و جامعه نیز می‌تواند از انتشار شایعات و اضطراب عمومی جلوگیری کند.

۶ .ارزیابی مستمر و واقعی

انجام بررسی‌های پس از بحران و مستندسازی تجربیات و درس‌آموخته‌ها می تواند به بهبود سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای آمادگی در مواجهه با بحران‌ها منجر شود. در این مسیر، استقرار سیستم‌های ارزیابی عملکرد مبتنی بر شاخص‌های عینی، یکپارچه‌سازی و چابک‌سازی سیستم‌های نظارتی و ایجاد چارچوب‌های استاندارد و الزام آور برای ارزیابی آمادگی ضروری می‌باشد. تطبیق ابزارهای ارزیابی با شرایط بومی، تقویت نظارت مستمر و واقعی بر اجرای برنامه‌ها و اجرای آزمون‌های دوره‌ای آمادگی با حضور ناظران بیرونی از دیگر اقدامات کمک کننده محسوب می‌شوند. انتشار عمومی گزارش‌ها و شفافیت در گزارش‌دهی نیز سهم بسزایی در ارتقای سطح آمادگی دارد. در کنار این موارد، توسعه فرهنگ سازمانی مبتنی بر یادگیری، مسئولیت‌پذیری و نوآوری، زمینه‌ساز ارتقای عملکرد سیستم‌ها و بهبود سیاست‌ها خواهد بود.

نتیجه‌گیری

افزایش آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بلایا نیازمند سیاست‌گذاری سنجیده، سرمایه‌گذاری هدفمند، آموزش عملی مستمر، تقویت برنامه‌ریزی‌ها، رویکرد پیشگیرانه همراه با تقویت ظرفیت‌ها و مدیریت هوشمند، توانمندسازی نیروی انسانی، هماهنگی بین‌سازمانی و ارتباطات، مشارکت جامعه و ارزیابی مستمر و واقعی است. اقدام سریع و هدفمند در این زمینه نه تنها سلامت جمعی را حفظ می‌کند، بلکه از پرداخت هزینه‌های سنگین اقتصادی و اجتماعی در آینده جلوگیری کرده و جایگاه مراکز درمانی و کارکردهای کلیدی آن‌ها را در زمان بحران در جامعه برجسته خواهد ساخت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه ی افرادی که در طی پژوهش ما را یاری داده اند تشکر و قدردانی خود را اعلام می کنند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچگونه تعارض منافعی در نگارش این پژوهش ندارند.

حمایت مالی

نویسندگان برای انجام این پژوهشی از هیچ حمایت مالی استفاده نکرده اند.

ملاحظات اخلاقی

با توجه به اینکه این پژوهش یک خلاصه سیاستی می باشد، ملاحظات اخلاقی موضوعیت ندارد.

References

1. Clores M. Assessment of hospital preparedness for disaster: A cross-sectional descriptive study. Public Health Res. 2022;12:103-9. DOI: 10.5923/j.phr.20221205.01
2. Wannous C, Velasquez G, editors. United nations office for disaster risk reduction (unisdr)—unisdr's contribution to science and technology for disaster risk reduction and the role of the international consortium on landslides (icl). Workshop on World Landslide Forum; 2017: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-59469-9_6
3. Verheul ML, Dückers ML. Defining and operationalizing disaster preparedness in hospitals: a systematic literature review. Prehospital and disaster medicine. 2020;35(1):61-8. DOI: 10.1017/S1049023X19005181
4. Abbasabadi-Arab M, Khankeh HR, Mosadeghrad AM. Disaster risk management in the Iranian hospitals: challenges and solutions. Journal of military medicine. 2022;24(3.٦٥-١١٥٠:(DOI: 10.30491/JMM.24.3.1150
5. Khirekar J, Badge A, Bandre GR, Shahu S. Disaster preparedness in hospitals. Cureus. 2023;15.(١٢) DOI: 10.7759/cureus.50073
6. Masbi M, Tavakoli N, Dowlati M. Challenges of providing of special care services in hospitals during emergencies and disasters: a scoping review. BMC Emergency Medicine. 2024;24(1):238. DOI: 10.1186/s12873-024-01160-1
7. Shalhoub AAB, Khan AA, Alaska YA. Evaluation of disaster preparedness for mass casualty incidents in private hospitals in Central Saudi Arabia. Saudi medical journal. 2017;38(3):302. DOI: 10.15537/smj.2017.3.17483.
8. Bazyar J, Pourvakhshoori N, Safarpour H, Farrokhi M, Khankeh HR, Daliri S, et al. Hospital disaster preparedness in Iran: a systematic review and meta-analysis. Iranian journal of public health. 2020;49(5):837. DOI: 10.18502/ijph.v49i5.3201
9. Seyghalani Talab F, Ahadinezhad B, Khosravizadeh O, Amerzadeh M. A model of the organizational resilience of hospitals in emergencies and disasters. BMC emergency medicine. 2024;24(1):105. DOI: 10.1186/s12873-024-01026-6
10. Goniewicz M, Khorram-Manesh A, Timler D, Al-Wathinani AM, Goniewicz K. Hospital disaster preparedness: a comprehensive evaluation using the hospital safety index. Sustainability. 2023;15(17):13197. DOI: 10.3390/su151713197
11. d'Almeida AG, Coopersmith CM. Disaster management–preparation and planning for acute care facilities. Current opinion in critical care. 2024;30(3):195-201. DOI: 10.1097/MCC.0000000000001151
12. Sharma SK, Sharma N. Hospital preparedness and resilience in public health emergencies at district hospitals and community health centres. Journal of Health Management. 2020;22(2):146-56. DOI: 10.1177/0972063420935539
13. Husaini BA, Sugiarto S, Rahmanand S, Oktari RS. Assessing hospital disaster

preparedness: A scoping review of available tools. Narra J. 2023;3(2):e210. DOI: 10.52225/narra.v3i2.210

14. Ali HM, Desha C, Ranse J, Roiko A. Planning and assessment approaches towards disaster resilient hospitals: A systematic literature review. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2021;61:102319. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2021.102319
15. Zhong S, Hou X-Y, Clark M, Zang Y-L, Wang L. Disaster resilience in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in Shandong Province, China. International Disaster Health Care: Apple Academic Press; 2017. p. 63-96. DOI: 10.1186/1472-6963-14-135
16. Krajewski MJ, Sztajnkrycer M, Baez AA. Hospital disaster preparedness in the United States: new issues, new challenges. The internet journal of Rescue and Disaster Medicine. 2005;4(2):22-5. DOI: 10.5580/651
17. Mohammadinia L, Sardareh M, Mousavi F, Paydar S, Bahreini R. Trauma hospital preparedness against natural and man-made disasters: a cross-sectional study. BMC Emergency Medicine. 2025;25(1):38. DOI: 10.1186/s12873-025-01195-y
18. Rezaei F, Maracy MR, Yarmohammadian MH, Sheikhbardsiri H. Hospitals preparedness using WHO guideline: A systematic review and meta-analysis. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 2018;25(4):211-22. DOI: 10.1177/1024907918760123
19. Abbasabadi-Arab M, Miadfar J, Yousefian S, Mobini A, Mehran Amin S. Assessing hospital safety index in the Iranian hospitals. Health in Emergencies and Disasters Quarterly 2023, 8(4): 313-322. DOI: 10.32598/hdq.8.4.208.2
20. Boateng-Osei EA, Osei I, Diji AK-A, Pambour BA, Wireko-Gyebi R, Okyere P, et al. Emergency preparedness capacity of a university hospital in Ghana: a cross-sectional study. African Journal of Emergency Medicine. 2023;13(3):152-6. DOI: 10.1016/j.afjem.2023.05.001
21. Samei B, Babaie J, Tabrizi JS, Sadeghi-Bazargani H, Azami-Aghdash S, Derakhshani N, et al. Factors affecting the functional preparedness of hospitals in response to disasters: A systematic review. Bulletin of Emergency & Trauma. 2023;11(3):109. DOI: 10.30476/beat.2023.97841.1414
22. Tekeli-Yesil S, Kiran S. A neglected issue in hospital emergency and disaster planning: Non-standard employment in hospitals. International journal of disaster risk reduction. 2020;51:101823. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2020.101823
23. Melnychuk E, Sallade TD, Kraus CK. Hospitals as disaster victims: Lessons not learned? JACEP Open. 2022;3(1):e12632. DOI: 10.1002/emp2.12632
24. Organization WH. Hospital safety index: Guide for evaluators: PAHO; 2019.
25. Ardalan A, Kandi Keleh M, Saberinia A, Khorasani-Zavareh D, Khankeh H, Miadfar J, et al. 2015 estimation of hospitals safety from disasters in IR Iran: the results from

the assessment of 421 hospitals. PloS one. 2016;11(9):e0161542. DOI: 10.1371/journal.pone.0161542

26. Organization WH. Safe hospitals in emergencies and disasters: structural, non-structural and functional indicators. Safe hospitals in emergencies and disasters: structural, non-structural and functional indicators2010.
27. UNISDR U, editor Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Proceedings of the 3rd United Nations World Conference on DRR, Sendai, Japan; 2015.
28. National Disaster Management Organization, National Preparedness and Response Program. In: Institute NDR, editor. 2021. In Persian.
29. Ardalan, A.; Miadfar, J., National Health System Preparedness and Response Program for Accidents and Disasters; Publication number: 1; Tehran: Kimia Kherad Pars; 1403; 402 pp. In persian.
30. Khankeh H. Hospital Disaster preparedness: National Program. Iran: Publications of University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2013.
31. Abbasabadi M, Khankeh H, Mosadegh Rad A. ISQUA18-2190 Designing of Disaster Risk Management Accreditation Standards in Iranians Hospitals. International Journal for Quality in Health Care. 2018;30(suppl_2):45-6. DOI: 10.1093/intqhc/mzy167.67
32. Abbasabadi-Arab M, Mosadeghrad AM, Asgari N. Comprehensive evaluation of disaster risk management standards in the Iranian hospitals. Journal of Military Medicine. 2022;24(4):1231-40. DOI: 10.30491/JMM.24.4.1231
33. Jahangiri K, Izadkhah YO, Jamaledin Tabibi S. A comparative study on community-based disaster management in selected countries and designing a model for Iran. Disaster Prevention and Management: An International Journal. 2011;20(1):82-94. DOI:10.1108/09653561111111108
34. Khanke, H. R. et al. Hospital preparedness for accidents and disasters (national program). First edition. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2012 ۲٤۰ .p.
35. Hamidi Farahani R, Niknam Sarabi H, Farsi Z. Lessons learned from the Lorestan flood crisis: relief experience in Pol-e-Dokhtar flood. Military Caring Sciences. 2019;6(3):169-73. DOI: 10.29252/mcs.6.3.1