

## وضعیت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی:

### یک مطالعه کیفی

\* حمید رضا خانکه<sup>۱</sup> دکتر رخشنده محمدی<sup>۲</sup> دکتر فضل ا... احمدی<sup>۳</sup>

#### چکیده

**زمینه و هدف:** خدمات سلامتی در بلایای طبیعی عامل اصلی بقای انسان‌هاست. بلایا همیشه تأثیر چشمگیری بر بهداشت، سلامت عمومی و رفاه جمعیت آسیب دیده برجای می‌گذارند. ارائه خدمات سلامتی در بلایای طبیعی یکی از ارکان اصلی مدیریت بحران است و لازم است کیفیت و کمیت مناسبی برای تأمین سلامت جامعه آسیب‌دیده داشته باشد. با وجود این که ایران کشوری بلاخیز است و می‌توان آن را یکی از مستعدترین کشورهای جهان از نظر وقوع بلایا دانست، بررسی‌های انجام شده در خصوص ارائه خدمات سلامتی در بلایا معرف عدم هماهنگی در تأمین و ارائه خدمات بهداشتی درمانی است، لذا بررسی وضعیت خدمات سلامتی در بلایا بسیار حایز اهمیت است. در این مقاله که قسمتی از یک مطالعه بزرگتر می‌باشد سعی شده است بر اساس تجربیات ارائه دهندگان خدمات سلامتی در بلایا وضعیت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی بررسی شود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر به روش گراندد تئوری انجام شده است. مشارکت کنندگان ۱۷ نفر شامل ۵ نفر پرستار، ۲ نفر روان‌پزشک، ۱ نفر اپیدمیولوژیست، ۱ نفر مددکار، ۱ نفر روانشناس، یک نفر متخصص بهداشت، ۱ نفر کارشناس ارشد بهداشت، ۱ نفر بهیار، ۳ نفر از اهالی بم و یک نفر پزشک عمومی بودند. از کل مشارکت کنندگان ۱۵ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند. کلیه مشارکت کنندگان حداقل تجربه حضور در یک بلایه را داشتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختارمند استفاده شد. کلیه مصاحبه‌ها ضبط و سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شده و با استفاده از روش استراوس و کوربین تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** وضعیت ارائه خدمات سلامتی از مفاهیم مهمی بود که از داده‌های جمع‌آوری شده استنباط شد این مفهوم دارای ابعاد کیفیت و کمیت خدمات سلامتی، وضعیت تجهیزات، نیروی انسانی و مدیریت بود. این مفهوم معرف چگونگی ارائه خدمات سلامتی در بلایاست. لذا در ارتباط با این مفهوم می‌توان چنین دریافت که وضعیت نامناسب نیروی انسانی، کیفیت و کمیت نامناسب ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا، عدم کفایت امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات سلامتی، مدیریت نامناسب و عدم هماهنگی مانع ارائه خدمات سلامتی مناسب، با کیفیت، به موقع، مستمر و در دسترس به مردم منطقه در زمان وقوع بلایا می‌شود، از طرفی تأمین نیروی انسانی کافی، با تجربه و آموزش دیده، تأمین خدمات با کیفیت و کمیت مناسب، کفایت امکانات و تجهیزات و مدیریت مناسب و هماهنگ زمینه را برای ارائه خدمات سلامتی مناسب، به موقع، مستمر و در دسترس فراهم می‌کند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** از آنجا که حوزه سلامت رسالت پیشگیری، درمان و توانبخشی مصدومین و بیماران را به‌طور عام برعهده دارد، طبیعی است که در مورد حوادث غیر مترقبه این نقش پررنگ‌تر شده و انتظار جامعه از این گروه بیش از پیش نمایان می‌گردد. ارائه خدمات سلامتی در بلایای طبیعی یکی از ارکان اصلی مدیریت بحران است و لازم است کیفیت و کمیت مناسبی برای تأمین سلامت جامعه آسیب‌دیده داشته باشد. لذا براساس یافته‌های این مطالعه توصیه می‌شود در برنامه‌های آمادگی حوزه سلامت در بلایای طبیعی کیفیت، کمیت و چگونگی ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا مورد تأکید قرار گیرد.

#### کلمات کلیدی: خدمات بهداشتی درمانی - خدمات پرستاری - بلایا - بلایای طبیعی

تاریخ دریافت: ۱۱/۶/۸۵، تاریخ پذیرش: ۵/۱۰/۸۶

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران  
(\* مؤلف مسئول)

<sup>۲</sup> دانشیار گروه پرستاری بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری

<sup>۳</sup> دانشیار گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

## مقدمه

بلایای طبیعی قدمتی برابر با تاریخچه انسان دارد و با سرنوشت زمین و آسمان‌ها عجین شده است. حوادث این بلایا به هر جامعه‌ای مربوط می‌شوند و هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان مصون از آن دانست. بلایای طبیعی به عنوان حوادثی که خارج از کنترل انسان‌ها می‌باشند در نظر گرفته شده‌اند و معمولاً به مرگ و میر و آسیب‌های متنوعی منتج می‌شوند و وضعیت بهداشت و سلامت عمومی مردم را به‌طور مشخص متأثر می‌سازند. بلایا به‌طریق مختلف زندگی مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند، آن‌ها ممکن است اثرات عمیق، آشکار و نتایج نامعلومی داشته باشند. حوادث ناشی از بلایای طبیعی ممکن است به‌طور مستقیم سبب صدمات و مرگ و میر شوند و یا به صورت غیر مستقیم منجر به انتقال بیماری‌های واگیر گردد. عدم شرایط بهداشتی مناسب و زندگی دسته جمعی، مشکلات عدیده‌ای را بوجود می‌آورد.<sup>(۱)</sup> بلایای طبیعی یک گسیختگی شدید جغرافیایی یا شرایط اضطراری با شدت بالاست که نتایجی مثل مرگ، آسیب و صدمات مالی، جانی و بیماری به همراه داشته و با روش‌های معمول و منابع موجود به‌طور مؤثر نمی‌توان آن را کنترل نمود، در نتیجه نیاز به کمک‌های خارجی دارد. در حقیقت بلایای طبیعی معرف پدیده‌های حاد با سرعت وقوع بالا و با تأثیرات عمیقی است. این پدیده‌ها مثل زلزله، سیل، طوفان و ... است. چرخه فرآیند بلایا شامل پیوستاری است که از مرحله قبل از وقوع، در حال وقوع و پس از وقوع تشکیل شده است و این چرخه از نظر مدیریتی شامل مراحل کاهش اثرات یا پیشگیری، هشدار و آمادگی، پاسخ و بهبودی است.<sup>(۲)</sup> بلایای طبیعی بزرگ در طی دو دهه اخیر در

دنیا حداقل ۸۰۰ میلیون نفر را متأثر کرده و منجر به مرگ هزاران نفر و آسیب اقتصادی بیش از ۵۰ میلیارد دلار شده است. از طرفی به دنبال افزایش تراکم جمعیت در مناطق مختلف کره زمین، اسکان انسان‌ها در مناطق حادثه‌خیز بیشتر شده است. هم‌چنین خیلی از ساختارهای سلامتی تحت تأثیر پدیده‌های طبیعی آسیب‌های می‌بینند. زلزله، سیل‌ها، رانش زمین، طوفان‌ها و ... نه تنها آسیب جدی به زیرساخت‌های جامعه می‌زنند بلکه باعث مرگ و میر انسان‌ها و اختلال در عملکرد تسهیلات سلامتی که عملکرد آن‌ها در لحظات بحرانی ضروری است می‌شوند.<sup>(۳)</sup> از نظر آماری به‌طور کلی در سال بیش از ۱۲۸۰۰ نفر در سراسر دنیا در اثر بلایای طبیعی می‌میرند.<sup>(۴)</sup> در دهه گذشته حدود ۸۸ درصد کل مرگ و میر ناشی از بلایا، متعلق به بلایای طبیعی بوده است. ۸۳ درصد از کل افرادی که در اثر بلایا فوت شده‌اند، آسیبی بوده‌اند. بلایای طبیعی به‌طور متوسط سالانه ۸۷ میلیارد دلار خسارت وارد می‌کنند.<sup>(۵)</sup>

ایران کشوری بلاخیز است و می‌توان آن را یکی از مستعدترین کشورهای جهان برای وقوع بلایا دانست.<sup>(۶)</sup> تقریباً از ۴۰ مورد بلایای طبیعی ۳۱ مورد آن در کشور ما به وقوع می‌پیوندد. به‌طور کلی ایران جزء ۱۰ کشور بلاخیز جهان است و ۹۰ درصد جمعیت آن در معرض خطرات ناشی از زلزله و سیل قرار دارند. به عبارتی دیگر ایران در آسیا چهارمین کشور و در دنیا مقام ششم را از نظر آمار وقوع حوادث طبیعی دارد.<sup>(۷)</sup> آسیب‌پذیری ایران در برابر زلزله ۱۰۰۰ برابر آمریکا و ۱۰۰ برابر ژاپن است. آمار سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که هر سال به‌طور متوسط در

ضعف ارائه خدمات درمانی به آسیب دیدگان بررسی شده و براساس نتایج آن راهکارهای اجرایی تدوین شده است. نتایج کلی طرح معرف فقدان سیستم ستادی در سطح شهر، استان و ملی برای مدیریت سلامت، فقدان سیستم مالی برای پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی، عدم هماهنگی مناسب بین سازمان‌های مختلف ارائه کننده خدمات سلامتی و سیستم ثبت و اطلاع رسانی است.<sup>(۷)</sup>

همچنین در چین نیز تحقیقی توسط Aihuo و Xiixin و Aping (۲۰۰۴) تحت عنوان مدیریت بلایا (زلزله) انجام شد. این تحقیق باعث طراحی مدل مدیریت در زلزله، برنامه آموزشی جهت آگاه کردن مردم به منظور کاهش اثرات ناشی از آن و روش تخمین خطرات زلزله شد. در کل تحقیقات زیادی در ارتباط با فرایند ارائه خدمات سلامتی در بلایای طبیعی صورت نگرفته است و عمدتاً تحقیقات انجام شده نیز کمی بوده و پدیده مدیریت سلامت در بلایا به طور عمیق و کامل بررسی نشده است. در این مطالعه با توجه به اهمیت و اولویت ارائه خدمات سلامتی هماهنگ و کارآ با مدیریت مناسب سعی شده است؛ این پدیده مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد.<sup>(۱۰)</sup>

مطالعه حاضر قسمتی از یک مطالعه کیفی است که با هدف بررسی وضعیت ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی انجام شده است.

### روش بررسی

این مطالعه کیفی از نوع گراند تئوری است. گراند تئوری یک روش تحقیق کیفی است که برای بررسی فرآیندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسانی به کار می رود. این روش که توسط Strauss و Glaser

ایران ۱۰۷۴ نفر بر اثر زلزله جان خود را از دست داده اند.<sup>(۹)</sup> آمارهای موجود نشان از افزایش وقوع بلایای طبیعی و یا عدم آمادگی در مقابله با آن دارد.<sup>(۷)</sup> سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۳) معتقد است که بلایای طبیعی منجر به صدمات عدیده‌ای در حوزه سلامت می شوند که معمولاً خارج از توان سیستم محلی برای پاسخ به آن‌ها است. صدمه به زیر ساخت‌های سلامتی و تأمین خدمات سلامتی مورد نیاز مردم را بیشتر دچار مشکل می کند.<sup>(۸)</sup>

بررسی‌های انجام شده در خصوص ارائه خدمات سلامتی در بلایا در ایران معرف عدم هماهنگی در تأمین و ارائه خدمات بهداشتی درمانی است. در حوزه سلامت در بلایای طبیعی تحقیقاتی که در داخل کشور انجام شده یا در حال اجراست، غالباً کمی بوده و به طور عمیق به این پدیده پرداخته نشده است. به طور مثال ستاد مرکزی بهداشت و درمان کاهش اثرات بلایای طبیعی وزارت بهداشت تحقیقی تحت عنوان مدیریت ساختار بهداشت و درمان در بحران در شهرهای بزرگ به ویژه تهران بخش درمان با هدف کاهش یا به حداقل رساندن مرگ و میر، بیماری‌ها و ناتوانی‌های جسمی ناشی از بلایای طبیعی در شهرهای بزرگ انجام داده است. نتایج این پژوهش در نهایت دستورالعملی برای مدیریت نیروی انسانی، تجهیزات و دارو در پیش، هنگام پس از بحران ارائه داده است. تحقیق دیگری نیز توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت با عنوان طرح ملی آماده سازی خدمات درمانی به آسیب دیدگان در هنگام بلایای طبیعی انجام شده است، که طی این مطالعه ۴ زلزله مهم و متفاوت کشور شامل رودبار، بجنورد، اردبیل و قائنات مورد بررسی قرار گرفته و با موارد مشابه در خارج از کشور مقایسه گردیده است و نقاط قوت و

مصاحبه‌ها با سؤالات کلی و ساده شروع شد و به سمت سؤالات جزئی‌تر پیش رفت. مصاحبه‌ها حدود ۴۵-۶۰ دقیقه طول کشید، در مواردی که به نظر می‌رسید ابهاماتی و با سؤالات دیگری مطرح است، مصاحبه دوم نیز انجام شد مصاحبه‌ها در محل مورد نظر مشارکت کنندگان انجام شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و دست نویس شد و به تأیید مشارکت‌کنندگان رسید، سپس خط به خط تحلیل شد. تحلیل داده‌ها براساس مدل پیشنهادی Strauss و Corbin (۱۹۹۸) انجام شد.

در مرحله کدگذاری باز (Open coding) کلیه مصاحبه‌ها خط به خط خوانده شد، به کرات بازنگری شد و با استفاده از کلمات یا عبارات کلیدی موجود در متن یا استنباط شده توسط محقق کدگذاری انجام شد. در این مرحله ۱۳۵۵ کد اولیه استخراج شد. سپس محقق با مقایسه دایم داده‌ها و کدها از نظر تشابه و تفاوت مفاهیم طبقات و زیر طبقه را شکل داده و خصوصیات هر یک را تعیین نمود. که این فرآیند ۱۱ طبقه مفهومی را نمایان کرد. کلیه مفاهیم مذکور به‌طور کل معرف عوامل تسهیل کننده و موانع ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی بودند و عدم هماهنگی مشکل اساسی روانی اجتماعی افراد درگیر در خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی بود، که پس از انجام کدگذاری محوری نهایتاً در مرحله کدگذاری انتخابی این متغیر به‌عنوان متغیر اصلی شناسایی و تعیین گردید.<sup>(۱۳)</sup>

جهت افزایش کیفیت و دقت داده‌ها و یافته‌ها (Confirmability) مشابه روایی و پایایی در پژوهش‌های کمی از روش‌های مقبولیت پژوهشگر (Researcher credibility)، بررسی، مشاهده و حضور طولانی در عرصه

توسعه یافت، ریشه در مکتب تفسیری تعامل‌گرایی سمبولیک دارد. با توجه به این‌که محقق درصدد توضیح و تبیین عوامل و چگونگی ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایای طبیعی است لذا روش نظریه پایه برای انجام مطالعه حاضر انتخاب شد.

در این مطالعه از نمونه‌گیری هدفمند (Purposeful sampling) استفاده شد و با توجه به ماهیت پدیده خدمات سلامتی در بلایا که چند تخصصی است، سعی شد از افرادی که تجربه ارائه خدمات سلامتی در بلایا را داشته اند از تخصص‌های مختلف استفاده شود. اولین مشارکت کننده یکی از پرستارانی بود که تجربه ارائه خدمات در بم را داشت. پس از اولین مصاحبه و پدیدار شدن طبقات اولیه، شرکت کنندگان با نمونه‌گیری نظری (Theoretical sampling) انتخاب شدند تا افرادی انتخاب شوند که بتوانند برای روشن شدن بیشتر تئوری در حال پدیدار شدن کمک کنند. به‌طور مثال با ظاهر شدن مفهوم مدیریت در ارائه خدمات سلامتی از مدیران سلامت مشارکت کننده در بلایا نمونه‌گیری نظری شد. ملاک اشباع داده‌ها (Data saturation) برای آگاهی از کفایت نمونه پژوهش مورد استناد قرار گرفت.<sup>(۱۱)</sup> کلیه مشارکت‌کنندگان حداقل تجربه ارائه خدمت در یک بلیه داشتند و مشارکت کنندگان با تمایلی کامل در مطالعه شرکت کردند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف و عمیق بودن، برای پژوهش‌های کیفی مناسب است.<sup>(۱۲)</sup> به این صورت که سؤالات کلی مثل: تجربه خودتان را در زمینه ارائه خدمات سلامتی در بلایا مطرح نمایید، مدیریت ارائه خدمات سلامتی چگونه بود و.....

تجهیزات، نیروی انسانی و مدیریت بود. این مفهوم معرف وضعیت ارائه خدمات سلامتی در بلایاست. در ارتباط با وضعیت نیروی انسانی درگیری و مشکلات پرسنل سلامت محلی، نداشتن آموزش و تجربه کافی نیروهای داوطلب امداد و نجات (هلال احمر)، و نیروهای اعزامی حوزه سلامت، نداشتن برنامه جهت تأمین و سازماندهی نیروی انسانی، تأثیرات بلیه بر نیروهای محلی و اعزامی و عدم پیش بینی امکانات و تجهیزات مورد نیاز نیروهای اعزامی حوزه سلامت، وضعیت نامناسبی را از نظر نیروی انسانی برای ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا (مرحله پاسخ) ایجاد می‌نماید.

در این شرایط مشکلاتی مثل آگاه نبودن نیروهای داوطلب هلال احمر از حمل مصدوم و کمک‌های اولیه، درگیری پرسنل محلی با مشکلات خانوادگی، فوت و آسیب خود و نزدیکان، درگیری مدیران و مردم محلی با مشکلات خود و اقوام و نزدیکان، بحران زده شدن پزشکان و پرستاران محلی، ابتلا به مشکلات روحی و روانی در اثر بلیه، گیج و شوکه شدن نیروهای اعزامی در اثر بلیه، کمبود نیروها و گروه‌ها و متخصصین، عدم آگاهی نیروهای اعزامی از امکانات، شرایط و محیط، تخریب و خستگی نیروها به علت کار زیاد و تمام وقت، عدم تأمین نیازها و امکانات مورد نیاز نیروهای اعزامی مشاهده می‌شود. نامناسب بودن وضعیت نیروی انسانی محلی و اعزامی در زمان وقوع بلایا منجر به کارآمد نبودن خدمات سلامتی، نداشتن پوشش مناسب و ناهماهنگی در ارائه خدمات می‌شود. در ارتباط با مشکلات پرسنل سلامت محلی یکی از مشارکت کنندگان چینی گفت:

... پرستاران بم اغلب در حالت شوک بودند و اغلب رفته بودند، کمک خانواده‌هاشون و رفته بودند به

(Prolonged engagement)، تخصیص زمان کافی (Persistent observation)، حسن ارتباط، بازنگری ناظرین (External check)، استفاده از نظرات تکمیلی همکاران (Peer debriefing)، مرور دست نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و جست و جو برای شواهد مغایر و تحلیل موارد منفی (Searching for disconfirming evidences) استفاده گردید.<sup>(۱۲)</sup> محقق در زلزله بم، رودبار و دفاع مقدس، به‌عنوان پرستار و مدیر حضور داشته است، علاوه بر این در تمام مدت نمونه‌گیری به‌صورت داوطلبانه با دفتر بلایای طبیعی وزارت بهداشت همکاری نموده است. یافته‌های مطالعه با تعدادی از شرکت‌کنندگان، متخصصین تحقیقات کیفی، وبلاهای طبیعی در ایران و سوئد مطرح گردید. در این پژوهش کسب رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، محرمانه ماندن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت گردید.

### یافته‌ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۱۷ نفر متشکل از تخصص‌های مختلف حوزه سلامت که دارای تجربه ارائه یا دریافت خدمات سلامتی در بلایا بودند، می‌باشد. سن شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۶۵ سال با میانگین ۳۸ سال بود. ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان مرد و ۲ نفر زن و تحصیلات ایشان از سوم راهنمایی تا تخصص پزشکی بود.

وضعیت ارائه خدمات سلامتی از مفاهیم مهمی بود که از داده‌های جمع‌آوری شده استنباط شد این مفهوم دارای ابعاد کیفیت و کمیت خدمات سلامتی، وضعیت

مسایلی مثل عدم رسیدگی به مردم، ارائه خدمت فقط به نقاط در دسترس، فراموش شدن یکسری جاها، آسیب زیاد مصدومین در زمان حمل و نقل به علت حمل و نقل نادرست آنها، امداد رسانی ضعیف، نقص در انجام خدمات اولیه، احساسی بودن خدمات بهداشت و درمان و در کل نارسایی در ارائه خدمات سلامتی مورد نیاز مردم است. در همین ارتباط یکی از مشارکت کنندگان چینی مطرح نمود:

...از لحاظ رسیدگی به مردم کاری انجام نمی‌شد... خیلی از افراد خانواده‌ها بودند که در باغ‌ها بودند و پیدا نبودند و به آنها رسیدگی نمی‌شد... امکان داره به جایی هر ۳ تا ۴ گروه کمیته امداد، وزارت بهداشت، بهزیستی و حتی خارجی‌ها کمک کنند، یکسری جاها اصلاً کاملاً مونده بود، من خودم دیدم به کرات دیدم... بیشترین آسیب‌ها در حمل و نقل است و مردم ما نمی‌دونستند...

در ارتباط با کمیت خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا از مصاحبه‌های انجام شده چنین استنباط می‌شود که گستردگی ذاتی مشکلات سلامت در بلایا، حجم بالای مصدومین و مجروحین در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، نیاز بازماندگان به خدمات سلامتی برای مشکلات حاد و مزمن؛ نیاز به انجام خدمات اولیه، غربالگری و ارجاع و لزوم وجود تیم پیش بیمارستانی، بیمارستانی و بهداشتی معرف نیاز وسیع و گسترده به خدمات سلامتی در زمان بلافاصله و در صورت غیر فعال بودن خدمات، مردم بر خلاف نیاز بالا از خدمات سلامتی بهره‌مند نمی‌شوند. پاسخ به این نیاز اقداماتی از قبیل انجام خدمات اولیه، پانسمان و رسیدگی به زخم‌ها، غربالگری و ارجاع مصدومین و مجروحین، گزارش‌دهی به مراکز درمانی، مراقبت از بیماری‌ها، خدمات سلامت روان، پیشگیری از بیماری‌های مسری

شهرستان... باید اول نگرانی خانواده‌هاشون رو از بین ببرند و خوب وقتی مهم‌ترین رکن خانواده خودش است، سعی می‌کند بره به خانواده خودش...

در ارتباط با نداشتن آموزش و تجربه کافی نیروهای داوطلب امداد و نجات (هلال احمر)، و نیروهای اعزامی حوزه سلامت شرکت کننده دی‌گر گفت:

نیروها را ما از هلال احمر می‌بریم اون‌ها نمی‌دونستند، یعنی واقعاً نمی‌دونستند، هلال احمر اعلام کرد که هرکس برای کمک بیاد، سوار هواپیما می‌کنیم. یک روپوش تن همه کرد و فرستاد توی منطقه، خوب این آدم دوره کمک‌های اولیه را ندیده و نمی‌دونه چیه...

...ما نمی‌دانستیم که بیمارستان‌هایش (بم) کجاست. که لاقلاً از امکانات آنجا استفاده کنیم... بیمارستان امام رفتم و کاملاً تخریب شده بود و قابل استفاده نبود... هرکسی می‌خواد کمک کند یکسری نیازهای اولیه داره و باید از این کارها بشه تا بالاخره بتونه کمک کنه، اگر امکانات اولیه خودش نباشه خوب چکار کنه...

در مورد تأثیرات بلیه بر نیروهای محلی نیز شرکت کننده دی‌گری گفت:

... پرسنل بومی به علت از دست دادن عزیزانشان و خانه کارآیی چندانی نداشتند. پرسنل بومی از نظر روحی و روانی توانایی کارکردن را ندارند. آن‌ها به دلیل از دست دادن عزیزان خود روحیه کارکردن و بعضی حتی روحیه زندگی کردن را هم ندارند...

نبود نظارت تخصصی بر امداد و نجات و انتقال مصدومین، توزیع نامناسب و بی‌برنامه خدمات، غیرفعال بودن ارائه خدمات، عدم توجه به بهداشت و سلامت آب و غذا، آماده نبودن بیمارستان‌ها و عدم استفاده از تجربیات قبلی معرف کیفیت نامناسب ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلافاصله در این شرایط

سلامت است و کمبود تجهیزات و امکانات و ارسال با تأخیر امکانات و تجهیزات مورد نیاز معرف عدم کفایت امکانات و تجهیزات مورد نیاز خدمات سلامتی است. در نتیجه کفایت امکانات و تجهیزات، ارائه خدمات سلامتی تسهیل شده و با مشکل روبرو نخواهد شد و در غیر این صورت ارائه خدمات سلامتی با مشکل روبرو خواهد شد. یکی از مشارکت‌کنندگان چینی مطرح نمود:

... ما تلاش خودمون را می کردیم اما تعداد ما کم بود چون وسعت زیاد بود و وسایل پزشکی هم کم بود یعنی ما فقط اون چیزهایی که با خودمون برده بودیم داشتیم... به ما می گفتند که چیزی نیاز نیست فقط تخصص شما را می خواهیم ولی وقتی رفتیم دیدیم هیچ چیزی نیست... همه امکانات باید هم زمان برسد... ۲۴ ساعت دوم شروع می کنند نیروها به آمدن، تجهیزات ندارند، امکانات ندارند، ۲۴ ساعت سوم نیروها و تجهیزات آنقدر زیاد هستند که جا ندارند...

در نهایت مدیریت عامل بسیار مهمی در وضعیت ارائه خدمات سلامتی است به طوری که نبود فرمانده مشخص عملیات غافلگیری، نبود برنامه جامع از قبل، نوبت بودن علم مدیریت بلایا، تعدد نهادهای درگیر، نبود هماهنگی و تقسیم کار از قبل بین سازمانها و نهادهای درگیر زمینه را برای مدیریت نامناسب خدمات سلامتی مهیا کرده و مسایلی مثل کمبود نیروها و گروهها، مشخص نبودن وظیفه و کار، ضعف در جمع آوری و توزیع اطلاعات، برنامه ریزی با تأخیر، هماهنگی ضعیف، با تأخیر و تصادفی، تقسیم وظیفه و کار با تأخیر، تفاوت رویه، ارائه خدمت توسط افراد عادی و بی برنامه و ناهماهنگ، مدیریت خودجوش و با تأخیر مشاهده می شود در نتیجه نبود برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی و مدیریت نامناسب مانع ارائه

با ارائه خدمات بهداشتی خوب و خدمات پیش بیمارستانی، بیمارستانی و بهداشتی را در نظام سلامت ایجاب می کند. در کل نتیجه وقوع بلایا نیاز وسیع و گسترده به خدمات سلامتی و لازم است به طور وسیع سازمانهای مرتبط مشارکت داشته باشند. در همین ارتباط یکی از شرکت کنندگان چینی مطرح نمود:

بزرگترین مشکل مردم این بود که خدمات Passive بود... خدمات سلامتی وزارت بهداشت خیلی گسترده است هم باید خدمات پیش بیمارستانی و هم خدمات بیمارستانی ارائه بکند و هم خدمات بهداشتی، بهداشت عمومی هم باید سرویس بده... چیزی که خیلی عجیب بود این که در محل استقرار چادرها پرند پر نمی زد، توی این چادرها همه نشسته بودند و می گفتند، که آقا چه خبره، می دیدیم داروها همه کوبه شده و متخصصین از بیکاری نشستن و وسایل را بیرون می چیدند تا شاید ملت ببینند که چه خبره... در ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد مجروحین زیاد می شدند که ما اوج زخمی ها را داریم، نیاز ما به باند، گاز، سرم زیاد است. در ارتباط با خدمات مورد نیاز مردم نیز مشارکت کننده دی گری چینی گفت:

... مردم پس از ترخیص از بیمارستانها به مراقبت های بعدی نیاز داشتند که در منطقه و محل زندگی آنها انجام شود و نیاز نباشد به شهرهای دیگر بروند... مردم شدیداً به خدمات پرستاری، ارتوپدی، پانسمان، تزییقات نیاز داشتند و حتی در منزل...

تجهیزات و امکانات نیز در وضعیت ارائه خدمات سلامتی نقش مهم و به سزایی داشت به طوری که مشارکت کنندگان معتقدند وجود امکانات و تجهیزات کافی از ابتدا و استفاده مناسب از آنها، معرف کفایت امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات

خود پرسنل همشون سردرگم بودند، این ور می‌رن، اون ور می‌رن می چرخند و هیچ کس هم نمی‌دونه چکار باید انجام بده، ولی اگر هر کس اون لحظه بدونه چکار باید بکنه خیلی خوبه.... شهر شلوغ و بلمشو بود خود مدیران هم می‌دویدند این طرف و آن طرف و نمی‌دونستند چکار باید بکنند، شاید بعد از دو هفته فهمیدند چکار کنند، هیچگونه مدیریتی نبود و هیچ کس نمی‌دونست باید چکارکنه....

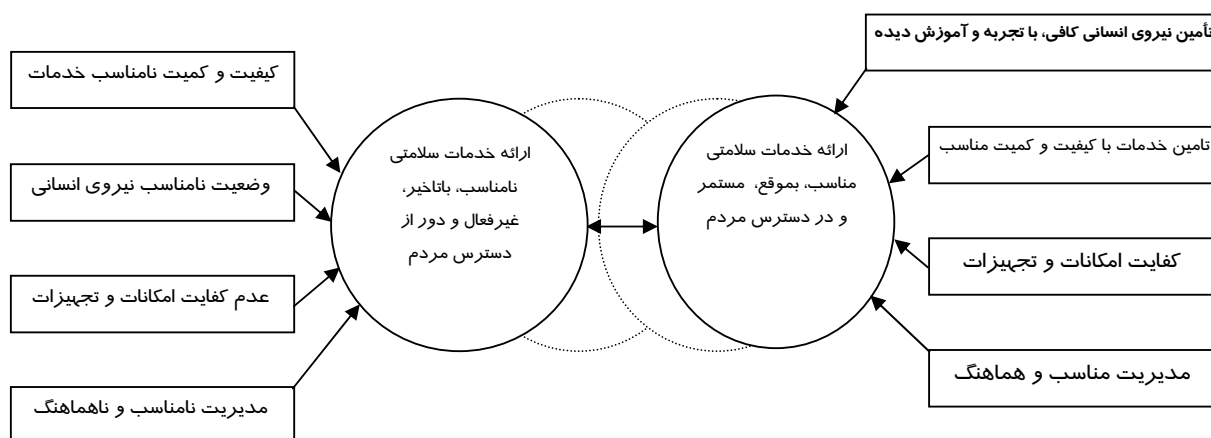
بنابراین به‌طور کلی می‌توان چنین استنباط کرد که وضعیت نامناسب نیروی انسانی، کیفیت و کمیت نامناسب ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا عدم کفایت امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات سلامتی و مدیریت نامناسب و ناهماهنگی مانع ارائه خدمات سلامتی مناسب، با کیفیت به موقع، مستمر و در دسترس به مردم منطقه در زمان وقوع بلایا می‌شود.

خدمات به موقع مستمر و در دسترس به مردم منطقه می‌گردد. در زمینه مشکل مدیریتی یکی از مشارکت‌کنندگان چنین مطرح کرد:

.... اون چیزی که اونجا بود، خوب به هر حال گروه‌هایی مختلف می‌آمدند و هیچ کدام سرو سامانی نمی‌گرفتند مخصوصاً روز دوم که ما رسیدیم، هر کس می‌رفت و جایی قرار می‌گرفت و هر کس شهر را یک جوری تقسیم می‌کرد و... روز چهارم ما ارتباطمون برقرار شد و نماینده ما رفت و با گروه‌های دیگر صحبت کرد و قسمت خاصی را به ما دادند.... شاید جایی بود که همه رفته بودند و جایی بود که هیچ کس نرفته بود کاری نکرده بود.... شرکت‌کننده دیگری نیز معتقد بود:

...مثلاً گروه ما ۳ تا پرستار داشت، شاید می‌توانستیم مثلاً هر کدام یک قسمتی را پوشش دهیم ولی مدیریتی نبود که به ما بگه چکار کنید، ما خودمون مجبور بودیم این کار را انجام دهیم... نه هیچ کس هماهنگی نکرد. کسی نگفت ما کجا بریم و چکار بکنیم...

#### طرح مفهومی شماره (۱) معرفی مفهوم وضعیت ارائه خدمات سلامتی در بلایای طبیعی





**بحث و نتیجه گیری**

در کل می توان چنین استنباط کرد که خدمات سلامتی در بلایای طبیعی عامل اصلی بقاء انسان‌هاست. بلایا همیشه تأثیر چشمگیری بر بهداشت، سلامت عمومی و رفاه جمعیت آسیب دیده برجای می گذارند. لذا در ارتباط با این مفهوم می توان چنین دریافت که وضعیت نامناسب نیروی انسانی، کیفیت و کمیت نامناسب ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا، عدم کفایت امکانات و تجهیزات مورد نیاز جهت ارائه خدمات سلامتی، مدیریت نامناسب و عدم هماهنگی مانع ارائه خدمات سلامتی مناسب، با کیفیت، به موقع، مستمر و در دسترس به مردم منطقه در زمان وقوع بلایا می شود، از طرفی تأمین نیروی انسانی کافی، با تجربه و آموزش دیده، تأمین خدمات با کیفیت و کمیت مناسب، کفایت امکانات و تجهیزات و مدیریت مناسب و هماهنگ زمینه را برای ارائه خدمات سلامتی مناسب، به موقع، مستمر و در دسترس فراهم می کند.

سازمان Manitoba (۲۰۰۲) چنین می نویسد که وقوع یک بلیه به طور کامل نیازهای سلامتی جامعه تحت تأثیر و توان حوزه سلامت برای پاسخ به این نیازها را تغییر می دهد. مسئله مهم این است که خدمات سلامتی قادر باشد به نیازهای جامعه بلافاصله بعد از بلیه پاسخ دهند. همین سازمان در ادامه متذکر می شود که مشارکت و هماهنگی دولت محلی، استانی و سازمان های مرتبط با حوزه سلامت می تواند هر گونه فعالیت های مدیریتی را در زمان وقوع بلایا حمایت کند. مدیریت سلامت در بلایا اکنون دارای دید گسترده و جامع است.<sup>(۱۴)</sup>

Rubin (۱۹۹۸) معتقدند که پاسخ اولیه به بلایا باید شامل: انتقال مصدومین، انتقال پرسنل و تجهیزات، تأمین تجهیزات پزشکی و دیگر امکانات مورد نیاز باشد.

لذا در این مرحله فعالیت های شامل هماهنگی در نقل و انتقالات، خدمات بهبودی روتین و تأمین امکان دریافت، ذخیره کردن و توزیع امکانات و تجهیزات صورت می گیرد.

او در ادامه متذکر می شود که مدیریت پاسخ به بلیه باید سازمان های مرتبط را بلافاصله فعال کند، مجوزهای لازم برای مصرف منابع باید صادر گردد. اولویت ها مشخص گردد. پیشرفت و چگونگی خدمات باید متناسب با اهداف ارزیابی و نظارت شود. اطلاعات جمع آوری، تفسیر و توزیع گردد، مسئول مستقیم خدمات باید معرفی گردد.<sup>(۱۵)</sup>

در همین ارتباط مطالعه ای نیز توسط امامی و همکاران (۱۳۸۴) تحت عنوان استراتژی هایی برای ارزشیابی و مدیریت قربانیان زلزله بم انجام دادند. این مطالعه به صورت گذشته نگر بر اساس مدارک ثبت شده در بیمارستان در ارتباط با مصدومین انجام شد. در نتیجه این مطالعه نشان داد که برای اطمینان از این که پاسخی جامع، و هماهنگ به حوادث آسیب رسان داده می شود، نیاز به برنامه جامع بلااست. این برنامه روی خدمات مورد نیاز مصدومین مؤثر است. وجود یک تونل غربالگری فواید زیادی در ارتباط با ارزیابی سریع و مؤثر و مدیریت قربانیان حوادث دارد.<sup>(۱۶)</sup> در ارتباط با نیاز گسترده مردم منطقه آسیب دیده به خدمات سلامتی، Sundnes (۱۹۹۹) معتقد است که به ازای هر نفر فوت شده در اثر بلایا ۷۵۰ نفر دچار آسیب شده و نیاز به خدمات سلامتی دارند.<sup>(۱۷)</sup>

در حقیقت مدیریتی مؤثر در پاسخ به بلایا بستگی به پیش بینی مشکلات حاصل از بلایا و نیازهای سلامتی مردم منطقه و تأمین امکانات خدمات مورد نیاز در محل دارد.<sup>(۱۸)</sup>

می‌نمایند. هم چنین محققین بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم دبیرخانه بلایای طبیعی وزارت بهداشت به خاطر همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

### فهرست منابع

1- Parmar NK. Disaster Management: an Overview. New Dehli: JAPEE Publication; 2003.p:1-15.

2- Novick LF, Marr J. Public Health Issues in disaster preparedness focus on Bioterrorism. Toronto: Jones and Bartlett publication; 2003.p.1- 3.

3- Pan American Health Organization. Management of dead bodies in disaster situations. (Disaster Manuals and Guidelines on Disasters Series, No.5). Washington: PAHO; 2004.p.8.

4- Myers D, Wee David F. Disasters in Mental Health Services: A Primer for Practitioners (Series in Psychosocial Stress. New York: Brunner-Routledge; 2005.p:57, 58.

5- Sharma R, Sharma G. Natural Disaster. New Delhi: APH Publishing Corporation; 2005.p:1-5

6- United Nations Development Programme. Crisis Prevention and Recovery. Regional and Countries-Asia and the Pacific [Online]. About [11p.]. 2006. Available from: [http://www.undp.org.ir/Crisis\\_Prevention.asp](http://www.undp.org.ir/Crisis_Prevention.asp): World Health Organization. Accessed: 2006 Sep 10.

7- Ghanefar SJ, Tabar A. Iran's strategy on natural disaster risk management. Geotechnical Engineering for disaster mitigation and rehabilitation. Singapore, 12-13 Desember; 2005.p.1.

8- WHO. Guidelines for the use foreign field hospitals in the after match of sudden Impact Disasters. Washington: WHO; 2004.p.2-5.

9- Iranian Ministry of Health and Medical Education. Natural disaster in Iran, [Online]. 2004. Available from: <http://www.mohme.gov.ir>. Accessd: 2005 Nov 15

10- Aiping T, Aihua W, Xiixin T. Earthquake Disaster Management in China. [Online]. 2005. About [15p.]. Available from: <http://www.gisdevelopment.net/>

لذا از آنجا که حوزه سلامت رسالت پیشگیری، رسیدگی و درمان مصدومین و بیماران را به‌طور عام برعهده دارد، طبیعی است که در مورد حوادث غیر مترقبه این نقش پررنگتر شده و انتظار جامعه از این گروه بیش از پیش نمایان می‌گردد. ارائه خدمات سلامتی در بلایای طبیعی یکی از ارکان اصلی مدیریت بحران است و لازم است کیفیت و کمیت مناسبی برای تأمین سلامت جامعه آسیب دیده داشته باشد. در نهایت پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای به منظور مقایسه وضعیت ارائه خدمات سلامتی در بلایای مختلف در ایران و سایر کشورها انجام شود.

چون این مطالعه به بررسی چگونگی ارائه خدمات سلامتی در زمان وقوع بلایا پرداخته است ممکن است شرکت کنندگان در مطالعه مواردی را فراموش کرده باشند که این امر نیز از طریق فیلم برداری در محل وقوع پدیده در ارتباط با ارائه خدمات سلامتی کنترل شده است.

محدودیت دیگر این مطالعه مربوط به مطالعات کیفی است، زیرا این مطالعات به بررسی ذهنی پدیده می‌پردازند و یافته‌های آن‌ها ممکن است خاص همان موقعیت مورد مطالعه بوده و نتوان یافته‌ها را در موقعیت‌های دیگر به‌کار برد. البته بهتر آن است که قضاوت در این مورد با معیارهای چهارگانه گلیرر شامل تناسب (Fit)، عمل کردن (Work)، ارتباط (Relevance) و قابلیت اصلاح (Modifiability) صورت گیرد. که به‌نظر می‌رسد یافته‌های این مطالعه معیارهای مذکور را دارا می‌باشند.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان از همه افرادی که در این مطالعه شرکت داشتند، خصوصاً مردم محترم بم سپاس‌گزاری

16-Emami MJ, Tavakoli AR, Alemzadeh H, Abdinejad F, Shahcheraghi G, Erfani MA, et al. Strategies in evaluation and management of Bam earthquake victims. *Prehospital Disaster Med*; 2005.20(5):327-30.

17-Sundnes KO. Health disaster management: guidelines for evaluation and research in the Utstein style: executive summary. Task Force on Quality Control of Disaster Management. *Prehospital Disaster Med*; 1999.14(2):43-52.

18-Regional office of World Health Organization & Pan America Health Organization. *Natural Disasters: Protecting the Public's Health*. Washington: Pan American Health Organization (PAHO); 2000.p. 25.

application/natural\_hazards/earthquakes/ma03135pf.htm. GISdevelopment.net. Accessed: 2005 Oct 25.

11-Glaser B, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1987.p. 45.

12-Streubert Helen J, Carpenter Dona R. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.p. 23-30.

13-Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. California: Sage; 1998.p. 101-201.

14-World Health Organization. *Disaster management model for the health sector, Guideline for Program Development*. Manitoba: Manitoba Health Disaster Management; 2002.p. 1-2.

15-Rubin JN. *Recurring Pitfalls in Hospital Preparedness and Response. Hospital Preparation for Bioterror: A Medical and Biomedical Systems Approach*. Amesterdam: Academic Press; 2006.p. 1.

# Health Care Services at Time of Natural Disasters: A Qualitative Study

\*HR. Khankeh<sup>1</sup> MS R. Mohammadi<sup>2</sup> PhD F. Ahmadi<sup>3</sup> PhD

## Abstract

**Background & Aim:** The health care services have an essential role in saving human life at the time of disaster impact. Disasters always have prominent effects on health, public health and welfare of affected people. The way through which health care services are delivered at the time of disaster impact is one of the most important challenges in crisis management. Although the Islamic Republic of Iran is the sixth-most disaster-prone country in the world and average of 4,000 people have killed and 55,000 affected annually by natural disasters over the last decade, a few studies about health care services at disasters have been done. Therefore, in this paper that is a part of a greater study, we have tried to explore how well the health care services at the time of disasters have been delivered.

**Material & Method:** This study is developed on the basis of grounded theory. Seventeen participants consisted of 5 nurses, 1 social worker, 1 psychologist, 2 psychiatrists, 1 general physician, 1 health professional, 1 epidemiologist, 1 master in health, 1 nurse aid and 3 Bam residents. All of them have at least one experience at disasters. Of those, 15 were male and 2 were female and their average age was 37. Semi-structured interviews and observational field note were used for data gathering. All of interviews were transcribed verbatim (word by word) and simultaneously constant comparative analysis was used according to Strauss and Corbin's method.

**Result:** The way of delivering health care services is one of the important concepts that implied from collected data of the study. This concept comprises four aspects: quality and quantity of health care services, equipment supplies, personnel situation and management. This concept represents the way of delivering health care services at the time of disasters. Unpleasant personnel situations, insufficient quality and quantity of health care services at the time of disaster, deficiencies of equipment and instrument, poor management and lack of coordination are the most important factors that hindered delivering comprehensive, continuous, accessible and qualified health care services at the time of disaster. Providing enough well educated and experienced personnel, enough and qualified health care services, enough instrument and equipments, and appropriate and coordinated management can facilitate on time, comprehensive, continuous and accessible health care services at the time of disasters.

**Conclusion:** Health sector mission of prevention, investigation and treatment of injured and sick people is more prominent in parallel with greater expectation of community at the time of disaster. Health care services as the most significant foundation of crisis management should be delivered in a suitable and efficient way. Finally, the way of delivering health care services at the time of disaster was emphasized by participants in this study.

**Key words:** Health Services, Nursing Services, Disasters, Natural Disasters

**Accepted for Publication: 26 Desember 2007**

**Submitted for Publication: 2 September 2006**

---

<sup>1</sup> Doctoral Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author). E-mail: hrkhankeh@hotmail.com.

<sup>2</sup> Associate Professor in Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and member of Center for Nursing Care Research.

<sup>3</sup> Associate Professor in Nursing Education, School of Medicine, Tarbiyat Modares University.