

# برنامه آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله

## راهنمای تدوین برنامه مدیریت بحران

جلد سوم



باست جمهوری  
پاکستان  
و نگارات راهبردی زلزله  
وزارت کشور



استانی کمیان و کرمان  
وزارت کشور



**برنامه آماده سازی بیمارستان ها در برابر زلزله**  
**جلد سوم: راهنمای تدوین برنامه مدیریت بحران**

**Hospital Safety Programme in case of Earthquake  
Volume III: Hospital Disaster Management Plan's  
Development Manual**

**تدوین**  
**اردشیر سیاح مفضلی**

<p>مدیر ناظر بر گزارش: مهندس محمدحسین بزدانی  <b>همکاران پژوهشی تدوین گزارش:</b> کیاندخت میرحسینی،          ندیمه صحفی  <b>نمونه خوانی:</b> ندیمه صحفی  <b>ویراستاری:</b> فاطمه شهبازی  <b>طراحی گرافیکی و صفحه‌بندی:</b> سالومه سیاح  <b>تایپ:</b> ثریا الزمانی  <b>تاریخ تهیه گزارش:</b> بهار ۱۳۹۱  <b>V03-DMP-MAN-HOS-SCDRM کدینگ گزارش:</b>          Strengthening the capacity of disaster risk management–          Hospital –manual –disaster management program –Volume 01       </p>	<p>شناسنامه راهنمای تدوین برنامه مدیریت          بحران در بیمارستان‌ها  <b>عنوان اصلی:</b> برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها  <b>عنوان فرعی:</b> راهنمای تدوین برنامه مدیریت بحران          بیمارستان‌ها در برابر زلزله  <b>تپهیه کننده:</b> اردشیر سیاح مفضلی – موسسه مطالعات          اندیشه شهر و اقتصاد  <b>مرجع تایید کننده:</b> کمیته فنی نظارت بر مستندسازی          خروجی‌های برنامه مشترک (سازمان مدیریت بحران          کشور و برنامه عمران ملل متحد)  <b>نسخه گزارش:</b> نسخه اول       </p>
---	---

هرگونه نظر، یافته، نتیجه‌گیری و پیشنهاد تجربه شده‌ای در این مستند لزوماً نشان‌دهنده دیدگاه سازمان مدیریت بحران کشور یا برنامه عمران ملل متحد نیست.  
 دست‌اندرکاران تهیه و تدوین این مجموعه، از نظرهای اصلاحی تمامی استاید، صاحب‌نظران و علاقه‌مندان استقبال کرده و صمیمانه جهت ارتقای کیفیت این مجموعه ملی و کاهش خطرپذیری بلایای طبیعی در کشور آن‌ها را به کار خواهند بست.



این راهنمای برگرفته از نتایج برنامه مشترک دولت جمهوری اسلامی ایران و «برنامه عمران ملل متحد» با عنوان «ارتقاء ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران» است. این برنامه در سال ۲۰۰۵ به منظور ارتقاء ظرفیت‌های مدیریت بحران در کشور آغاز به کار کرد. یکی از اهداف این برنامه «پروژه مدیریت ریسک زلزله در مناطق شهری در دو شهر مورد آزمایش کرمان و گرگان» بوده است. نتایج مستقیم حاصل از اجرای آزمایشی این برنامه در دو شهر کرمان و گرگان بخش قابل توجهی از مطالب و درس‌های آموخته این مجموعه را به خود اختصاص داده است.

این راهنمای یکی از قسمت‌های مجموعه راهنمایها و دستورالعمل‌های مربوط به آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله است که در زیر به مهم‌ترین مستندات مرتبط در این حوزه اشاره می‌شود.

- دستورالعمل ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در بیمارستان‌ها
- راهنمای ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در بیمارستان‌ها
- راهنمای تدوین برنامه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها
- چک‌لیست بررسی ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در بیمارستان‌ها
- بروشور ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در بیمارستان‌ها
- بروشور برنامه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها
- بروشور مدیریتی برنامه آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله
- اسلاید آموزشی ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در بیمارستان‌ها
- اسلاید اقدامات انجام شده در شهر کرمان درباره ایمن‌سازی غیرسازه‌ای بیمارستان‌ها
- برنامه و فرآیند اجرایی جهت اجرای برنامه ایمن‌سازی غیرسازه‌ای در سایر شهرهای کشور
- سند الگوی جامع آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله

این راهنمای زمانی تهیه شده که این برنامه در دو شهر کرمان و گرگان اجرا شده و بازخوردهای لازم از اجرای این برنامه نیز در این راهنمای آورده شده است. همچنین با تجزیه و تحلیل انجام شده توسط تیم دفتر ملی برنامه و تیم متخصص مشاور، نهایی شده است. تمرکز این راهنمای تاکید بر مفاهیم و فرآیند بهینه برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در کل کشور است.

سازمان مدیریت بحران کشور و برنامه عمران ملل متحد امیدوار است تا توزیع گسترده این راهنمای در سطوح ملی و محلی راه را برای دست‌یابی بهتر به روش‌های تجربه شده و درکی بهتر از نحوه آمادگی در برابر سوانح در جمهوری اسلامی ایران، هموار سازد و جامعه مدیریت بحران سوانح را به سوی هدفی مشترک و قابل ارزیابی سوق داده و عرصه را برای تعامل در زمینه‌ها و جنبه‌های مختلف آمادگی و مقابله با سوانح طبیعی در کشور در تمامی سطوح باز کند.

## نحوه استفاده از این راهنمای کتاب

هم‌اکنون کتاب‌ها و مقالات مختلفی درباره مدیریت بحران و آماده‌سازی بیمارستان‌ها در کشور تهیه و منتشر شده است. این کتاب‌ها، رهنمودهایی را به مدیران بحران و علاقه‌مندان این حوزه درباره مدیریت بحران در بیمارستان‌ها ارائه کرده‌اند. ماهیت این راهنمای، در حقیقت به عنوان یک کتاب علمی، آموزشی نیست؛ بلکه راهنمایی پیشنهادی و برگرفته از تجارب پنج ساله برنامه‌ای مشترک، اجرا شده در دو شهر گرگان و کرمان است. در واقع این راهنمای، جنبه‌های مختلف اجرای برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها را بر اساس تلفیق تجارب بین‌المللی و ملی، به اطلاع علاقه‌مندان می‌رساند. امید است تا با استفاده از این راهنمای، تجارب به دست آمده از این برنامه به عنوان سرمایه‌های ملی، منجر به کاهش خسارت‌ها و تلفات ناشی از سوانح طبیعی در کشور شود. در ادامه به نحوه استفاده سریع مخاطبان از این راهنمای اشاره می‌شود.

**مدیران و تصمیم‌گیرندگان کلیدی:** استانداران، معاونان امور عمرانی استان، مدیران کل مدیریت بحران، فرمانداران و سایر مدیران اجرایی باید فصل‌های دوم، سوم و پنجم این راهنمای را مطالعه کنند. در فصل‌های دوم و سوم مفاهیم و مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها ارائه شده است. در فصل پنجم درس‌های آموخته شامل چالش‌های اجرایی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها ارائه شده است.

**مدیران بیمارستان‌ها و مجریان پروژه‌های آزمایش:** باید تمامی فصول این راهنمای را به دقت مطالعه کنند. با استفاده از این راهنمای، مدیران بیمارستان‌ها قادر خواهند بود تا فرآیند تجربه شده‌ای از کشور را مرور کرده و آن را در بیمارستان خود به کار بزنند. توجه به نکات کسب شده و تجارب به دست آمده از چالش‌های برنامه‌های گذشته سبب خواهد شد تا حداقل اتفاف وقت، انرژی و بودجه در سرمایه‌های کشور حاصل شود. مدیران بیمارستان‌ها با در نظر داشتن توصیه‌ها و مراحل اجرایی مختلف مندرج در این راهنمای قادر خواهند بود تا در برابر سوانح طبیعی به وقوع پیوسته در مناطق شهری آمادگی بیشتری پیدا کرده و خسارت‌های احتمالی ناشی از سوانح را با تدوین و نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها به حداقل برسانند.

**بازرسان بیمارستان‌ها:** بازرسان بیمارستان‌ها باید تمامی فصل این راهنمای را مطالعه کرده و با مفاهیم مدیریت بحران بیمارستان و مشکلات ناشی از بی‌توجهی به آن را دریابند. این فصول درک مناسبی را نسبت به این مفهوم ایجاد خواهد کرد تا بازرسی بیمارستان‌ها تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان نیز علاوه بر سایر مسائل، در ارزشیابی لحظه شود.

**پزشکان و پرسنل کادر درمان شامل پیراپزشکان، پرستاران، کادر اداری، گروه خدمات و سایر افراد شاغل در مراکز درمان:** این گروه می‌توانند با مطالعه کلیه قسمت‌های این راهنمای افزایش دانش و آگاهی خود در زمینه برنامه مدیریت بحران بیمارستان، به همکاری در جهت حل مشکلات و معضلات موجود بپردازند.

**دانشجویان و علاقه‌مندان:** دانشجویان و علاقه‌مندان می‌توانند با مرور کلیه فصول به دانش خود در حوزه تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها بیافرایند، همچنین می‌توانند چالش‌ها و تجارب اجرایی در این زمینه در کشور را مرور کرده و برای حل معضلات و مشکلات اجرایی چاره‌ای اندیشیده و ضمن ارائه نظرها و اقدامات اصلاحی، در ادامه مسیر این برنامه، اقدامات اجرایی و علمی جدیدی را در این حوزه رقم زنند.

**اساتید:** اساتید محترم ضمن استفاده از فضول مختلف این راهنما می‌توانند تجارب و درس‌های برگرفته از این راهنما و چالش‌های اجرایی طرح شده را به دانشجویان منتقل کرده و با بحث، تحلیل و نقد علمی اقدامات انجام شده و ارائه بازخورد آن، به ارتقای ظرفیت‌های موجود مدیریت بحران در کشور کمک کنند.

## کلیات

## ساختار راهنما



این گزارش مشتمل بر پنج فصل مجزا است که در زیر به اجمال به آنها اشاره می‌شود.

- در فصل نخست، به کلیات بحث پرداخته شده است که در آن هدف از تهیه راهنما، رویکرد راهنما و نحوه استفاده از آن به مخاطبان ارائه شده است.
  - در فصل دوم، اصول مفاهیم کلیدی مدیریت بحران در بیمارستان‌ها تشریح شده است.
  - در فصل سوم، مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در سه دسته اصلی ارائه شده است.
  - در فصل چهارم، فرآیند و نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها بیان شده است.
  - در فصل پنجم، چالش‌های اجرایی، درس‌های آموخته و نکاتی که باید در اجرا مد نظر قرار گیرد آورده شده است.
- در نمودار زیر فصل‌های گزارش نشان داده شده است.

## ذی‌نفعان، حامیان و مشارکت‌کنندگان



در اجرای آزمایشی این برنامه در دو شهر کرمان و گرگان، سازمان‌ها و نهادهای ملی و محلی فراوانی، در جهت اجرا و پیاده‌سازی نخستین تجربهٔ بین‌المللی در زمینهٔ پیشگیری و کاهش خطرپذیری ناشی از زلزله در مناطق شهری و ظرفیت‌سازی مشارکت فعال داشته و در این حوزه گام برداشتن. سازمان‌ها و نهادهای مذکور مشارکت همه‌جانبه‌ای را در اجرای این برنامه از خود نشان دادند و در تمامی جنبه‌ها از این برنامه حمایت کرده‌اند. از تمامی این سازمان‌ها و نهادها صمیمانه قدردانی می‌شود. در زیر به برخی از آنها اشاره شده است:

- برنامه عمران ملل متحده (UNDP)
- معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- اداره کل مدیریت بحران استان‌های گلستان و کرمان
- دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های گلستان و کرمان
- سازمان مدیریت بحران کشور
- استانداری‌های کرمان و گلستان
- ریاست بیمارستان‌های تامین اجتماعی گرگان و کرمان
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

گفتنی است که اقدامات اجرایی این برنامه در قالب کارگروه‌های استانی، در عمل به فعال‌سازی کارگروه‌های اداره کل مدیریت بحران در هر استان تبدیل شد. سازمان‌ها و نهادها با رویکردی مشارکتی برای کاری مشخص گرد هم جمع شده و کار را به پیش می‌برند. درخصوص مدیریت بحران بیمارستان‌ها نیز کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها، از آغاز پروژه در دو شهر کرمان و گرگان تشکیل شد که اعضاً کلیدی آن شامل اعضای کلیدی دانشگاه علوم پزشکی، فوریت‌های پزشکی، رؤسای بیمارستان‌های منتخب و نماینده اداره کل مدیریت بحران دو شهر بودند. تمامی نهادهای همکار با تمامی توان به پیشبرد اهداف اجرایی برنامه اهتمام ورزیدند.

## فهرست مطالب



### فصل اول: اهداف، رویکرد و کاربرد راهنمای

۸ ..... اهداف، رویکرد و کاربرد راهنمای

### فصل دوم: مفاهیم کلیدی در مدیریت بحران بیمارستان‌ها

۱۲ ..... مفاهیم کلیدی در مدیریت بحران بیمارستان‌ها

### فصل سوم: مراحل تدوین برنامه آمادگی بیمارستان‌ها

۱۶ ..... ۱-۱- مرحله قبل از برنامه‌ریزی عملیاتی

۱۶ ..... ۱-۱-۱- تشکیل کمیته مدیریت بحران بیمارستانی

۱۷ ..... ۱-۱-۲- پژوهش و گردآوری اطلاعات

۱۸ ..... ۱-۱-۳- ارزیابی خطرپذیری

۱۹ ..... ۱-۲- ملاحظات کلی برنامه

۲۲ ..... ۱-۳- برنامه‌ریزی عملیاتی

۲۲ ..... ۱-۲-۱- هدف گذاری

۲۳ ..... ۱-۲-۲- ارزیابی منابع

۲۴ ..... ۱-۲-۳- ایجاد ساختارهای مدیریتی و تعیین شرح مسؤولیت

۲۵ ..... ۱-۳- بعد از برنامه‌ریزی عملیاتی: نگهداری برنامه

۲۵ ..... ۱-۳-۱- آموزش پرسنل

۲۵ ..... ۱-۳-۲- ارزیابی مستمر برنامه

۲۶ ..... ۱-۳-۳- به روز رسانی برنامه

۲۶ ..... ۱-۳-۴- مستند سازی اقدامات

### فصل چهارم: ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بحران

۲۸ ..... ۱-۱- فرآیند ارزیابی آمادگی بیمارستان در برابر سوانح

۲۸ ..... ۱-۱-۱- تعیین ابعاد آمادگی و شناسایی مؤلفه‌های آن

۲۸ ..... ۱-۱-۲- تهییه چک‌لیست براساس مؤلفه‌ها

۲۸ ..... ۱-۱-۳- ارزش گذاری مؤلفه‌ها براساس اهمیت

۲۹ ..... ۱-۱-۴- اندازه‌گیری ابعاد و مقایسه با حد مطلوب

۲۹ ..... ۱-۱-۵- تطابق ابعاد با ماتریس درجه آمادگی

۲۹ ..... ۱-۱-۶- تعیین درجه آمادگی بیمارستان

۲۹ ..... ۱-۲- نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های نمونه طرح در برابر بحران

### فصل پنجم: چالش‌ها، درس‌های آموخته و نکات اصلاحی

۳۷ ..... چالش‌ها، درس‌های آموخته و نکات اصلاحی

#### پیوست‌ها

۴۴ ..... پیوست ۱: چک‌لیست برنامه مدیریت بحران بیماران انبوی «الگویی برای مراکز درمانی»

۵۴ ..... پیوست ۲: مفاهیم تکمیلی برنامه مدیریت بحران بیمارستان

۷۴ ..... منابع و مأخذ

۷۴ ..... تماس با مجریان و ارائه نظرها و بازخوردهای تکمیلی

۷۵ ..... مدیران، دستاندرکان و همکاران اجرای طرح

## فصل اول

### اهداف، رویکرد و کاربرد راهنمای

- ✓ هدف از تهیه راهنما
- ✓ علت مطالعه راهنما
- ✓ رویکرد راهنما
- ✓ این راهنما در برای پاسخ به چه سوال‌هایی تدوین شده است؟
- ✓ موارد کاربرد راهنما



در فصل نخست تلاش شده است تا پیش از پرداختن به موضوع اصلی مورد بحث، اهداف و سوال‌هایی که پیش از تدوین این مستند مورد نظر بوده است، تبیین شود. ضمن احترام به خوانندگان، توضیحات زیر می‌تواند رویکرد و اهداف نگارندگان این مجموعه را مشخص سازد. در این فصل به سوال‌های زیر پاسخ داده خواهد شد.

- هدف از تهیه این راهنمای چیست؟
- چرا باید این راهنما را بخوانیم؟
- این راهنما با چه رویکردی نوشته شده است؟
- این راهنما در پی پاسخ دادن به چه سوالاتی است؟
- چه موقع می‌توان از این راهنما استفاده کرد؟

## ۱-۱- هدف از تهیه راهنما



این مجموعه با بررسی و مرور مستندات تهیه شده در برنامه مشترک و بخش قابل توجهی از تجارب، یافته‌ها و چالش‌های موجود در حوزه اقدامات آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله، جهت دست‌یابی به اهداف زیر تهیه و تدوین شده است:

- ارائه نظاممند دستاوردهای برنامه مشترک دولت و برنامه عمران ملل متحده جهت اجرای برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در کشور و شفافسازی هر چه بیشتر اقدامات انجام شده در دو شهر کرمان و گرگان و تسهیل استفاده مدیران و تصمیم‌گیران در انتقال موثر مفاهیم و ظرفیت‌سازی در سطوح مختلف و بنا نهادن چارچوبی اجرایی و یکپارچه از اقدامات اجرایی و کاربردی.
- ارتقای سطح دانش و آگاهی مدیران، پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، کادر اداری و سایر افراد شاغل در بخش‌های درمانی در زمینه مدیریت بحران بیمارستان‌ها و توصیف مفاهیم کلیدی برای کاربرست در اقدامات مشابه در شهرهای مختلف کشور با دیدگاه کارشناسی و تخصصی.

در این برنامه بودجه قابل توجهی در کشور صرف شده تا تجارتی در حوزه مدیریت بحران بیمارستان‌ها کسب شود، بدینهی است که نمی‌توان گفت تمامی اقدامات در بهترین شکل خود اجرا شده است، اما در اجرای نمونه‌های موردنی و طرح‌های آزمایشی، این امکان فراهم می‌شود که ضمن صرفه‌جویی در مصرف از چالش‌ها و مشکلات اجرایی درس گرفت و پیشرفت کرد.

با مطالعه این راهنما، مجریان و مدیران قادر خواهند بود تا با درک صحیحی از مراحل مدیریت بحران بیمارستان‌ها، اجرای این مهم را در مراکز درمانی و بیمارستان‌های کشور ممکن سازند و آمادگی خود را در مواجهه با خطرات لرزه‌ای افزایش دهند.

## ۱-۲- رویکرد راهنمای



این راهنمای، با توجه به تجارت برنامه مشترک دولت و برنامه عمران ملل متحد و با رویکرد پژوهشی، کاربردی تدوین شده است و سعی دارد تا ضمن تبیین اجمالی موضوع مدیریت بحران بیمارستان‌ها، به ارائه نحوه اجرای مدیریت بحران در بیمارستان‌ها، چالش‌ها و درس‌های آموخته در این حوزه بپردازد. با توجه به اهداف یاد شده، مخاطب اصلی این راهنمای مدیران بیمارستان‌ها، کادر فنی بیمارستان‌ها، پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران، کادر اداری، گروه خدمات و سایر افراد شاغل در مراکز درمانی کشور هستند که با استفاده از آن، قادر خواهند بود ضمن اجرای مدیریت بحران بیمارستان‌ها، سطح ایمنی مراکز درمانی و بیمارستان‌ها را در برابر زلزله ارتقا بخشیده و با مرور تجارت و چالش‌های به دست آمده از اجرای این برنامه، از هدر رفت بودجه و زمان جلوگیری به عمل آورند.

دست‌اندرکاران تهیه و تدوین این راهنمای از نظرهای اصلاحی تمامی استادان، صاحب‌نظران و علاقه‌مندان استقبال کرده و صمیمانه جهت ارتقای کیفیت این مجموعه ملی و کاهش خطرپذیری بلایای طبیعی در کشور، دست یاری به سوی آنها دراز کرده و کلیه نظرها و پیشنهادها را در چارچوب مشخص به کار خواهند بست.

از آنجا که سعی شده تا ضمن در نظر داشتن ادبیات موضوع مدیریت بحران بیمارستان‌ها، تجارت به دست آمده از اجرای برنامه نیز در نظر گرفته و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد، بنابراین خوانندگان در قسمت‌هایی با مجموعه‌ای از یافته‌ها، راهکارها و پیشنهادها روبرو خواهند شد که این یافته‌ها لازم‌الاجرا نیستند و عموماً جنبه پیشنهادی دارند.

لازم به ذکر است که به دلیل مشکلات و چالش‌های فراوان در حوزه پیاده‌سازی و نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها، این راهنمای جوابگوی تمامی سوال‌ها یا حال تمامی مشکلات اجرایی در حوزه مدیریت بحران بیمارستان‌ها نیست. این راهنمای به عنوان یک نقطه شروع و بر اساس نتایجی که ماحصل پنج سال تجربه و عملکرد در این حوزه بوده، نگاشته شده است.

از آنجا که موضوع‌های مطرح در مدیریت بحران به صورت پویا، دائماً در حال تغییر و تحول هستند، بنابراین موارد مطرح شده در این راهنمای نیز از این اصل مستثنی نبوده و پیوسته باید تکمیل شوند، همچنین نباید به عنوان اصول قطعی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها، بهترین روش یا حرف آخر در این حوزه در نظر گرفته شود و تنها به عنوان گامی نخست در راه ارتقای سطح مدیریت بحران بیمارستان‌ها و ظرفیت‌های مدیریت بحران در کشور محسوب می‌شود.

## ۱-۳- این راهنمای برای پاسخ به چه سوال‌هایی تدوین شده است؟



این راهنمای با هدف پاسخ به این سوال‌ها تدوین شده است:

- مفاهیم و مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها چیست؟
- فرآیند تدوین و اجرای برنامه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها چگونه است؟
- نتایج ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بحران چگونه است؟
- درس‌های آموخته و چالش‌های حاصل از اجرای برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در این برنامه چه بوده است؟

#### ۴-۱- موارد کاربرد راهنمای



این راهنمایی برای آمادگی مراکز درمانی و پیشگیری از وقوع بحران ناشی از سوانح طبیعی به ویژه زلزله در کشور و با تأکید بر موضوع نحوه تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها تدوین شده است. از این راهنمایی توان در شرایط عادی برای اجرای برنامه‌ریزی مدیریت بحران بیمارستان‌ها استفاده کرد. تأکید کلی این راهنمایی بر نحوه تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها قبل از وقوع زلزله جهت حفظ عملکرد مطلوب و بیوقفه بیمارستان‌ها در شرایط پس از وقوع بحران است. علی‌رغم این تأکید، هدف این راهنمایی به هیچ عنوان نسخه‌پیچی نیست و مطالب این راهنمایی همواره انعطاف لازم برای اجرا در شرایط مختلف خواهد داشت. لازم به ذکر است که این راهنمایی برای استفاده در شرایط اضطراری یا حین وقوع بحران، تدوین نشده است و به هیچ عنوان جایگزین کتاب‌ها و مجموعه‌های آموزشی تهیه شده توسط سایر نهادهای آموزشی رسمی در این حوزه نیست.

از نظر زمانی، ممکن است ماه‌ها زمان صرف شود تا بیمارستان‌ها و مراکز درمانی بتوانند موارد مورد تأکید این راهنمایی را اجرا و آنها را نهادینه‌سازی کنند. در برخی از شرایط بدون اختصاص بودجه‌ای ویژه و با حداقل شرایط ممکن می‌توان بخش قابل توجهی از اهداف برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها را تامین کرد.

## فصل دوم

### مفاهیم کلیدی در مدیریت بحران بیمارستان‌ها

✓ مفاهیم کلیدی مدیریت بحران در بیمارستان چیست؟



امروزه بیمارستان‌ها در امر آمادگی و مقابله با بحران‌ها دچار مشکلات زیادی هستند و اساسی‌ترین سوال این است که آیا بیمارستان در شرایط وقوع بحران از آمادگی لازم برخوردار است یا خیر؟ در صورت بروز بحران آیا بیمارستان می‌تواند حداقل تا زمان رسیدن نیروهای کمکی (اعم از خارج بیمارستانی یا پرسنل خارج شیفت) وضیت خود را مدیریت و شرایط را کنترل کند؟ آیا روش‌هایی برای ایجاد و افزایش ظرفیت در بیمارستان برای پذیرش م�وحان احتمالی حادثه و استفاده بهینه از منابع موجود پیش‌بینی شده است؟ آیا

بیمارستان می‌تواند در شرایط بحرانی خدمات رسانی مطلوب و مناسبی را به آسیب‌دیدگان ارائه دهد؟ باید توجه داشت که وقوع بی‌نظمی در طی اولین دقایق وقوع یک سانحه همچون زلزله اجتناب‌ناپذیر است. برنامه مدیریت بحران بیمارستان که به منظور سازماندهی به وضعیت بحرانی در بیمارستان و کوتاه کردن زمان بی‌نظمی در بیمارستان هدف‌گذاری می‌شود، می‌تواند پاسخ‌های مطلوبی به سوال‌های فوق ارائه دهد. به عبارت دیگر منظور از برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها، سازماندهی برای پذیرش انبوی بیماران و تداوم ارائه خدمات درمانی بیمارستان‌ها در شرایط بحرانی حاصل از رخداد سوانح طبیعی است.

در این فصل به منظور ایجاد زبان مشترک درباره مدیریت بحران و به ویژه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها، مفاهیم کلیدی ارائه شده است. بدیهی است که دامنه واژگان و مفاهیم این حوزه بسیار وسیع بوده و در این راهنمای پیوست شماره ۲ مجموعه‌ای از مفاهیم مدیریت بحران بیمارستان‌ها گردآوری و ارائه شده است که علاقه‌مندان به کسب اطلاعات بیشتر در این حوزه می‌توانند به آن مراجعه کنند.

## ۱- بحران

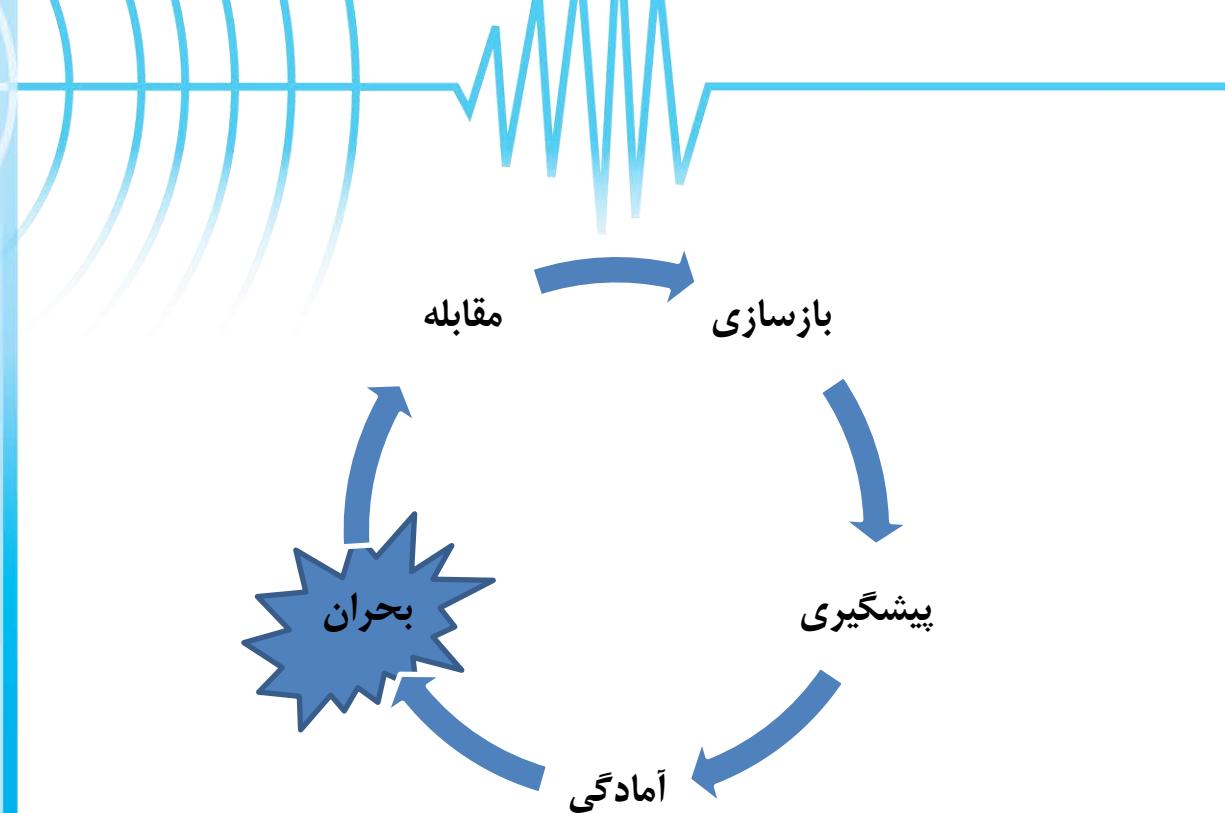
شرایطی است که در اثر حوادث، رخدادها و عملکردهای طبیعی و انسانی (به جز موارد موضوعه در حوزه‌های امنیتی و اجتماعی) به طور ناگهانی یا غیرقابل کنترل به وجود می‌آید و موجب ایجاد مشقت و سختی به یک مجموعه یا جامعه انسانی می‌گردد و بر طرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری، فوری و فوق العاده دارد.

## ۲- مدیریت جامع بحران

فرآیند برنامه‌ریزی، عملکرد و اقدامات اجرایی است که توسط دستگاه‌های دولتی، غیردولتی و عمومی پیرامون شناخت و کاهش سطح مخاطرات (مدیریت خطرپذیری) و مدیریت عملیات مقابله و بازسازی و بازتوانی منطقه آسیب‌دیده (مدیریت بحران) صورت می‌پذیرد. در این فرآیند با مشاهده پیش‌نشانگرها و تجزیه و تحلیل آنها و منابع اطلاعاتی در دسترس تلاش می‌شود به صورت یکپارچه، جامع و هماهنگ با استفاده از ابزارهای موجود از بحران‌ها پیشگیری کرده یا در صورت بروز آنها با آمادگی لازم در جهت کاهش خسارات جانی و مالی به مقابله سریع پرداخته تا شرایط به وضعیت عادی بازگردد.

## ۳- چرخه مدیریت بحران

به منظور برنامه‌ریزی آمادگی و مدیریت بیمارستان‌ها در برابر بحران‌ها در گام نخست باید جایگاه آمادگی به عنوان یکی از اجزای چرخه مدیریت بحران مشخص و مولفه‌های آن شناسایی شوند. در شکل زیر ساده‌ترین مدل مدیریت بحران نشان داده شده است که در آن چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازگشت به شرایط عادی با محوریت کاهش اثرات بحران، به عنوان اجزای اصلی مدیریت بحران در نظر گرفته می‌شوند.



#### نمودار ۱- چرخه مدیریت بحران

سیستم جامع مدیریت بحران، مخاطرات بالقوه و منابع موجود را ارزیابی کرده و طوری برنامه‌ریزی می‌کند که منابع موجود را با مخاطرات موازن کرده و با استفاده از منابع موجود توانایی کنترل بحران را فراهم کند.

#### ۱-۳-۲- پیشگیری

مجموعه اقداماتی است که با هدف جلوگیری از وقوع حوادث و یا کاهش آثار زیان بار آن، سطح خطرپذیری جامعه را ارزیابی کرده و با مطالعات و اقدامات لازم سطح آن را تا حد قابل قبول کاهش می‌دهد.

#### ۲-۳-۲- آمادگی

مجموعه اقداماتی است که توانایی جامعه را در انجام مراحل مختلف مدیریت بحران افزایش می‌دهد که شامل جمع‌آوری اطلاعات، برنامه‌ریزی، سازماندهی، ایجاد ساختارهای مدیریتی، آموزش، تأمین منابع و امکانات، تمرین و مانور است.

در چرخه مدیریت بحران، آمادگی شامل کلیه فعالیتهای است که منجر به ارتقای توانمندی جامعه مورد نظر در زمینه پاسخ سریع و موثر به شرایط بحران می‌شود. در این مرحله تمهیدات لازم جهت مقابله با بحران پیش‌بینی می‌شود تا در زمان وقوع بحران، جامعه مورد نظر دارای برنامه عملیاتی مناسب بوده و طبق برنامه مشخص به مقابله با بحران اقدام کند.

#### ۳-۳-۲- مقابله

انجام اقدامات و ارائه خدمات اضطراری به دنبال وقوع بحران است که با هدف نجات جان و مال انسان‌ها، تأمین رفاه نسبی برای آنها و جلوگیری از گسترش خسارات انجمام می‌شود. عملیات مقابله شامل اطلاع‌رسانی، هشدار، جست و جو، نجات و امداد بهداشت، درمان، تأمین امنیت، ترابری، ارتباطات، فوریت‌های پزشکی، تدفین، دفع پسماندها، مهار آتش، کنترل مواد خطرناک، سوخت‌رسانی، برقراری شریان‌های حیاتی و سایر خدمات اضطراری ذی‌ربط است.

### **۴-۳-۲- بازسازی و بازتوانی**

بازسازی شامل کلیه اقدامات لازم و ضروری پس از وقوع بحران است که برای بازگرداندن وضعیت عادی به مناطق آسیب‌دیده با در نظر گرفتن ویژگی‌های توسعه پایدار، ضوابط ایمنی، مشارکت‌های مردمی و مسائل فرهنگی، تاریخی، اجتماعی منطقه آسیب‌دیده انجام می‌گیرد. بازتوانی نیز شامل مجموعه اقداماتی است که جهت بازگرداندن شرایط جسمی، روحی و روانی و اجتماعی آسیب‌دیدگان به حالت طبیعی به انجام می‌رسد.

### **۴-۴- حوادث پر تلفات**

حوادثی هستند که در پی مخاطرات طبیعی یا انسان‌ساز بزرگ ایجاد می‌شوند که با ایجاد حجم زیاد تلفات و جراحت‌های انسانی، زمینه‌ساز اشباع شدن سیستم‌های امدادی، بهداشتی و درمانی می‌شوند.

### **۵-۲- سامانه فرماندهی حادثه**

سامانه فرماندهی حادثه، مدل ابزاری استانداردی است که برای فرماندهی، کنترل و هماهنگی یک واکنش در زمان بحران مورد استفاده قرار می‌گیرد.

### **۶- سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی**

سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی، سامانه مدیریتی ویژه‌سازی شده برای مرکز درمانی است که بر اساس مدل سامانه فرماندهی حادثه طراحی شده و برای ساماندهی فعالیت‌های فاز پاسخ در بیمارستان‌ها به کار گرفته می‌شود.

### **۷-۲- تریاژ**

فرآیند ارزیابی و طبقه‌بندی کلی و مختصر از شدت بیماری و یا جراحت‌ها است که مشخص می‌کند زمان و توالی ویزیت بیماران در اورژانس و یا در منطقه آسیب چگونه باشد. به طور کلی تریاژ طراحی سیستمی است که بیشترین فایده را از امکانات درمانی محدود و قابل دسترس، که اغلب محدود است بتوان برداشت.

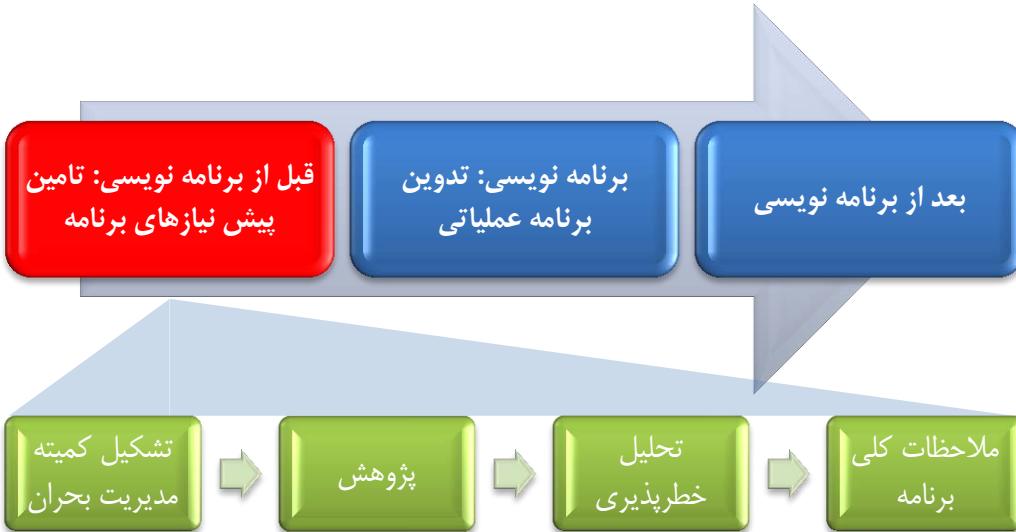
## فصل سوم

### مراحل تدوین برنامه آمادگی بیمارستان‌ها

✓ مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها دارای چه مراحلی است؟

## مراحل تدوین برنامه آمادگی بیمارستان در برابر بحران

به منظور تهیه برنامه آمادگی بیمارستان در برابر بحران می‌توان سه مرحله را در نظر گرفت. مرحله قبل از برنامه‌نویسی (تامین پیش‌نیازهای برنامه)، مرحله برنامه‌نویسی (تدوین برنامه عملیاتی) و مرحله بعد از برنامه‌نویسی، تشریح هر یک از این مراحل در زیر آمده است.



نمودار ۲- مراحل تدوین برنامه آمادگی بیمارستان در برابر بحران (مرحله قبل از برنامه‌نویسی)

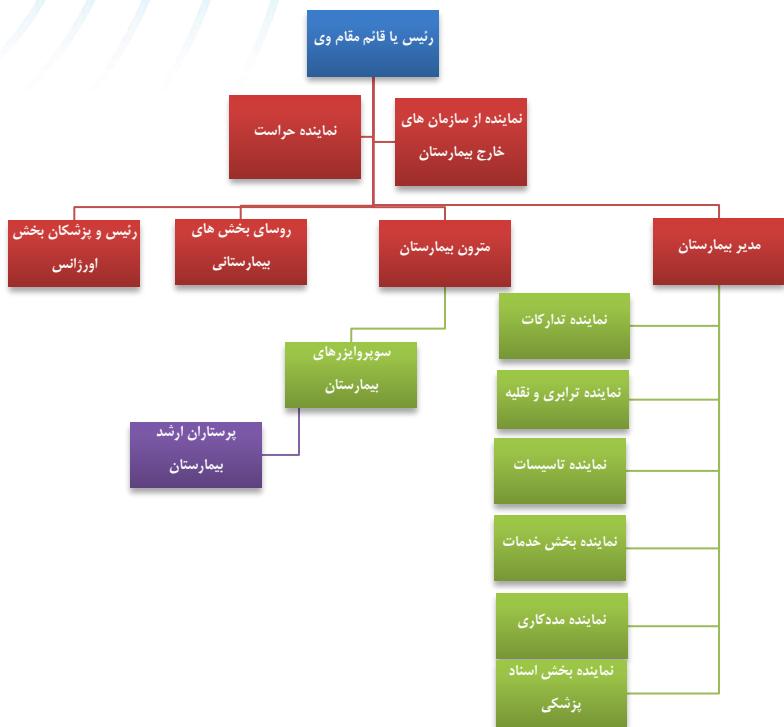
### ۱-۳- مرحله قبل از برنامه‌ریزی عملیاتی

در این مرحله باید پیش‌نیازهای برنامه تامین شود تا بتوان یک برنامه عملیاتی مناسب و موثر تدوین کرد. این مرحله به چهار زیر مجموعه تقسیم شده که شامل «تشکیل کمیته مدیریت بحران بیمارستانی»، «پژوهش»، «ارزیابی خطرپذیری» و «مالحظات کلی برنامه» است. هر یک از این مراحل در ادامه تشریح می‌شود.

#### ۱-۱-۱- تشکیل تیم مدیریت بحران بیمارستانی

ایجاد تیم یکی از پیش‌نیازهای استاندارد برای هماهنگی و برنامه‌ریزی موثر در بخش آمادگی مدیریت بحران بیمارستان است. این کمیته با هدف ساماندهی فعالیت‌های مرتبط با چهار مرحله پیشگیری، کاهش اثرات، آمادگی، پاسخ و بازسازی در بیمارستان تشکیل می‌شود. آماده‌سازی مهم‌ترین مأموریت این کمیته است که شامل توزیع، پیاده‌سازی و نگهداری از برنامه مدیریت بحران بیمارستانی است که در واقع سند علمی و عملیاتی دستیابی به هدف پیش گفته است.

همچنین کمیته مدیریت بحران بیمارستانی باید دستورالعمل‌هایی را برای اطمینان از ارزیابی برنامه در جریان وقوع سوانح واقعی و فعل شدن برنامه به هر دلیل دیگری طراحی کند. تشکیل جلسات نقد و بررسی پس از پایان عملیات، جمع‌بندی و انعکاس آنها جهت اصلاح برنامه روش رایج در این زمینه است. ترکیب اعضای این کمیته با توجه به نوع بیمارستان و شرایط ویژه آن تغییر می‌کند ولی حضور افراد در چارت مذکور در کمیته توصیه می‌شود:



### نمودار ۳- اعضای پیشنهادی تیم مدیریت بحران بیمارستانی

جلسات کمیته مدیریت بحران به طور ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار می‌شود. بر حسب نوع برنامه و فعالیت مورد بحث در جلسات، نمایندگانی از سازمان‌های خارج بیمارستان نظیر پلیس، آتش‌نشانی، جمعیت هلال احمر و نظایر آن در راستای بهره‌گیری از نظرات کارشناسی آنها به کمیته دعوت می‌شوند.

به محض وقوع شرایط اضطراری و یا اعلام وقوع بحران، تیم مدیریت بحران باید جلسه فوری تشکیل داده و ضمن فعال‌سازی مرکز فرماندهی بحران، بر مبنای برنامه، اقدامات لازم برای انجام مشخص شود. لازم است تیم مدیریت بحران ضمن ارزیابی از وضعیت، بر مبنای اطلاعات به دست آمده، توصیه‌ها را به پرسنل ارائه کرده و برای کسب اطمینان از مراقبت صحیح از بیماران و مصدومان، مداخلاتی را انجام دهد.

### ۱-۲-۳- پژوهش و گردآوری اطلاعات



تیم مدیریت بحران به منظور دسترسی بهینه بخش آمادگی به اطلاعات مرتبط با مدیریت بحران برای تهیه برنامه مدیریت بحران ملزم است مطالعات و پژوهش‌هایی را انجام دهد هدف از انجام پژوهش رسیدن به موارد یاد شده در زیر است.

- گردآوری قوانین، دستورالعمل‌ها و مقررات موجود در بیمارستان

- گردآوری مدارک موجود برای برنامه‌ریزی شامل:

○ برنامه‌های مدیریت بحران گذشته بیمارستان

○ برنامه‌های مدیریت بحران بیمارستان‌های

دیگر

○ برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌های کشورهای دیگر

### نمودار ۴- اهداف پژوهش و گردآوری اطلاعات

- گردآوری اطلاعات در مورد منابع موجود برای برنامه‌ریزی شامل:

- بودجه‌ها و ردیف‌ها
- پرسنل و نیروی انسانی
- تجهیزات و امکانات
- سازمان‌های خارج از بیمارستان

### ۳-۱-۳- ارزیابی خطرپذیری

هدف کلی از اجرای این گام، رسیدن به اولویت‌های برنامه مدیریت بحران بیمارستانی است. این اولویت‌ها می‌توانند از سوی مراجع قانونی و رسمی تعیین و به بیمارستان‌ها ابلاغ شوند. این مساله با وجود کاستن از بار کاری بیمارستان‌ها در انجام ارزیابی خطرپذیری، نیاز به انجام این گام حیاتی از برنامه‌ریزی را مرتفع نمی‌کند. به منظور ارزیابی خطرپذیری بیمارستان سه گام اصلی را باید مد نظر قرار گیرد.



نمودار ۵- مولفه‌های ارزیابی خطرپذیری

### ۳-۱-۳-۱- ارزیابی مخاطرات و تعیین احتمال وقوع هر یک از مخاطرات در یک دوره زمانی معین

این مرحله شامل شناسایی مخاطرات طبیعی و انسان‌سازی است که بیمارستان را تهدید می‌کنند. برای این منظور می‌توان از نوشته‌ها و مستندات موجود در بیمارستان، مندرجات روزنامه‌ها، مشاوره سازمان‌های خارج از بیمارستان و مشاوره اشخاص متخصص بهره گرفت.

اولویت‌بندی این مخاطرات بر اساس احتمال روی دادن آنها در بیمارستان به تعیین اولویت‌های برنامه کمک بسیار می‌کند. در این رابطه به ریزپنه‌بندی مخاطرات (زمین‌لرزه و سیل) و نیز نقشه‌های مراکز مستعد برای مخاطرات انسان‌ساز در این بخش اشاره می‌شود و مستندات آن‌ها به مدارک پشتیبان برنامه افزوده می‌شود.

### ۳-۱-۳-۲- تعیین آسیب‌پذیری بیمارستان برای هر یک از مخاطرات

هر بیمارستان می‌تواند تحت تأثیر سه نوع آسیب ویرانگر قرار گیرد که محاسبه خطرپذیری بیمارستان در این سه حوزه به تعیین راهکارهای کاهش اثرات توسط کمیته کمک بسیار می‌کند. این سه حوزه عبارتند از:



**نمودار ۶- ابعاد مختلف خطرپذیری بیمارستان**  
 توزیع فضاهای بیمارستانی، ارتباط میان آنها و خدمات بهداشتی- درمانی ارائه شده در بیمارستان اشاره دارد.  
 بیمارستان جهت تعیین خطرپذیری خود در حوزه‌های پیش گفته به مشاوره افراد متخصص نیازمند است  
 که باید از طریق کمیته مدیریت بحران این افراد یا سازمان‌ها شناسایی و از کمک آنها استفاده شود.

### ۳-۱-۳-۳- شناخت توانمندی‌ها

در این بخش به توانمندی‌های موجود در بیمارستان‌ها در موارد زیر اشاره می‌شود:



- نوع تخصص‌های موجود در بیمارستان و خدمات ویژه تخصصی- درمانی
- شمار تخت‌های بیمارستان، حداکثر و میانگین ظرفیت پذیرش به تفکیک بخش‌ها
- تعداد و ترکیب پرسنل در اختیار بیمارستان
- بودجه‌ها و منابع مالی در اختیار بیمارستان
- دسترسی به سازمان‌های کمک‌رسان خارجی و بعد مسافتی بیمارستان تا این مراکز
- دسترسی به سیستم‌های جایگزین برای هر یک از تأسیسات حیاتی بیمارستان

**نمودار ۷- انواع توانمندی‌های موجود در بیمارستان**

### ۴-۱-۳- ملاحظات کلی برنامه

در این مرحله دقت لازم در تدوین برنامه که حاصل مطالعات و پژوهش‌ها در قوانین، دستورالعمل‌ها، استانداردها و همچنین تجربه‌های بحران در دیگر جوامع و بیمارستان‌ها است، جهت استفاده به عنوان یک راهنمای جمع‌آوری و دسته‌بندی می‌شود. چند اصل کلی به عنوان نمونه در ذیل آورده شده است.

**۴-۱-۱- وجود ساختار سازمانی:** در برنامه‌ریزی باید ساختار سازمانی، موجود باشد، چرا که هر نوع سازماندهی ساختاری جدید می‌تواند منجر به شکست برنامه شود.

**۴-۱-۲- مشارکت ذی‌نفعان:** برنامه باید توسط افرادی که آن را اجرا خواهند کرد نوشته شود.

**۳-۴-۱-۳- آشنایی پرسنل با مفاهیم:** پرسنل درمانی باید مفاهیم پایه طب سوانح را بدانند و ملزمند بیمارستان را به سوی پاسخ مطلوب به سوانح هدایت کنند.

**۳-۴-۱-۴- انگیزه:** برنامه مدیریت بحران نیازمند انگیزه بالا است.

**۳-۴-۱-۵- بررسی برنامه‌های موجود:** در قدم اول برنامه جاری و موجود بیمارستان باید بررسی و مرور شود.

**۳-۴-۱-۶- پایش اشتباهات:** منتظر اشتباه در برنامه باشد.

**۳-۴-۱-۷- ایجاد نکردن اختلال در وظایف عادی بیمارستان:** برنامه باید شرایطی را مهیا کند که به فعالیتها و وظایف عادی بیمارستان خدشهای وارد نشود.

**۳-۴-۱-۸- سازماندهی مناسب:** در برنامه باید سازماندهی ساده و روشنی پیش‌بینی شود که در زمان نیاز، به محض فراخوانی اجرائی شود.

**۳-۴-۱-۹- شفاف‌سازی شرح وظایف:** شرح وظیفه هر فرد باید در برنامه، مستند شده و زنجیره تصمیم‌گیری تا حد ممکن کوتاه و شفاف در نظر گرفته شود.

**۳-۴-۱-۱۰- تعیین وظایف مرکز فرماندهی:** وظایف مرکز فرماندهی باید در برنامه مشخص شده و فضای فیزیکی و زیر ساخت‌های مورد نیاز آن تعیین شوند.

**۳-۴-۱-۱۱- در نظر داشتن ویژگی‌های برنامه مدیریت بحران:** برای طراحی برنامه مدیریت بحران که هم کارا و هم عملیاتی باشد، باید پنج ویژگی برای آن لحاظ شود.

**الف- جامع بودن:** یک برنامه مدیریت بحران بیمارستانی باید تمامی جنبه‌های مربوط به بروز و مقابله با بحران را پیش‌بینی و برای آن چاره‌اندیشی کند. برنامه‌ریزی برای مهیاکردن ابزارهای لازم برای پاسخ‌گویی به نیازمندی‌های پرسنل بیمارستان و همزمان با آن، تهیه دستورالعمل‌های لازم برای مواجهه با سناریوهای محتمل باید در برنامه مدیریت بحران بیمارستان گنجانده شوند.

**ب- ساده بودن:** اگرچه کل جریان مدیریت بحران در بیمارستان، از پیچیدگی بسیاری برخوردار است، اما شرط ضروری عملیاتی بودن برنامه مدیریت بحران بیمارستانی، ساده بودن آن است. اجرایی شدن برنامه مدیریت بحران غالباً به دست افرادی پرمشغله و تحت فشار و استرس زیاد انجام می‌شود. اگر برنامه تا حد ممکن ساده باشد، احتمال بروز اشتباه در اجرای آن کمتر می‌شود. به علاوه، یک برنامه پیچیده، به جای فضا دادن به پرسنل برای به کارگیری خلاقیت در شرایط مواجهه با مشکلات ویژه ناشی از بروز یک بحران، آنها را در فضای استفاده از دستورالعمل‌های محدود خود محبوس می‌کند. در یک برنامه مدیریت بحران باید روش مواجهه با بحران، آن هم در قالب بیان استانداردهای مهم‌ترین و کلی‌ترین دستورالعمل‌ها، به صورتی ساده بیان شود. این دستورالعمل‌ها به عنوان منبع اطلاعاتی برای کنترل روش‌ها و فعالیت‌ها، به پرسنل بیمارستان در ساماندهی کارها کمک می‌کند.

**ج- انعطاف‌پذیری:** در طول جریان مواجهه با یک بحران، شرایط بسیار متفاوتی ممکن است بروز کند که بیان استانداردهای خشک و انعطاف‌ناپذیر نه تنها کمکی به حل و فصل مشکلات نکرده، بلکه می‌تواند به توقف یا اخلال در جریان عملیات منجر شود. بنابراین، حتی با در نظر گرفتن فلسفه وجودی برنامه مدیریت بحران برای به دست دادن استانداردهای عملیاتی که به راحتی قابل پیگیری هستند، نباید تجربه و هوش پرسنل بیمارستان را نادیده گرفت. مدیر بحران می‌تواند با در نظر گرفتن شرایط، بخشی از دستورالعمل‌ها را که مفید و یا لازم تشخیص داده شده‌اند، به کار گیرد، اما ویژگی انعطاف‌پذیری است که یک برنامه ساده را تبدیل به برنامه‌ای کامل می‌کند.

**د- تطابق‌پذیری:** بیمارستان‌ها در بیشتر شرایط باید به صورت مستقل به عملکرد خود در بحران ادامه دهند، حتی اگر در اثر وقوع حادثه، با قربانیان زیاد مواجه شده باشند. در چنین شرایطی، نحوه تعامل و ارتباط برقرار کردن با سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌های مربوطه، به تدوین برنامه مدیریت بحران مناسب بستگی دارد. چنانچه در برنامه، نحوه تعامل و همکاری با سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌ها مشخص شده باشد، این امر به سهولت انجام‌پذیر است. به ویژه این تطابق در بین بیمارستان‌ها و سازمان‌هایی که در آن‌ها سیستم فرماندهی بحران اجرایی شده است، با سهولت بسیار قابل دستیابی است، چرا که به واسطه آشنایی با سیستم، فهم ساختار مدیریتی، داخل شدن در زنجیره فرماندهی یکدیگر و به کارگیری سیستم فرماندهی واحد، تطابق زیادی به وجود خواهد آمد.

**ه- ارتباطات مشخص و زنجیره فرماندهی شناخته شده:** در نهایت، برنامه مدیریت بحران موثر و عملیاتی باید زنجیره ارتباطی مشخصی داشته باشد. چرا که عملیات مدیریت بحران تنها در صورتی می‌تواند موثر واقع شود که تلاشی هماهنگ و یکپارچه صورت گرفته باشد.



نمودار ۸- ویژگی‌های برنامه مدیریت بحران

در ادامه لازم است تا بروز بحران در فازهای مختلف آن به زبان مشترک بیان شود.

جدول ۱- فازهای مختلف بحران

فاز هشدار و انتقال ویژگی‌های آگاهی دادن به سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌ها نظیر انتقال خون و انتقال منابع انجام می‌گیرد	فاز هشدار و انتقال
مقابله داخلی با بحران از طریق به کارگیری منابع و امکانات داخلی، قابل مدیریت است	فاز مقابله داخل بیمارستانی
در مقابله خارجی به امکانات و نیروی خارج از بیمارستان مثل پرسنل اورژانس نیاز است و بیمارستان در حالت بار مضاعف پذیرش متروک، قرار می‌گیرد	فاز مقابله خارج بیمارستانی
در صورت آسیب به بیمارستان، فرآیند تخلیه و اجرای برنامه‌های کنترل آسیب انجام می‌شود.	فاز آسیب به بیمارستان
بروز بحران در سطح شهر، شرایطی است که بحرانی وسیع در کل سطح شهر و محل قرارگیری بیمارستان رخ داده و صدها متروک، قرار دیده به جا می‌گذارد	بروز بحران در سطح شهر
در هر فازی از بحران در صورتی که شرایط ایجاب کند، فاز عملیات آغاز شده و ساختار، به کار گرفته می‌شود به عبارتی در هر فاز، بیشتر بر اساس نیاز، عملیات آغاز می‌شود تا بر اساس دستورالعمل‌ها	فاز عملیات

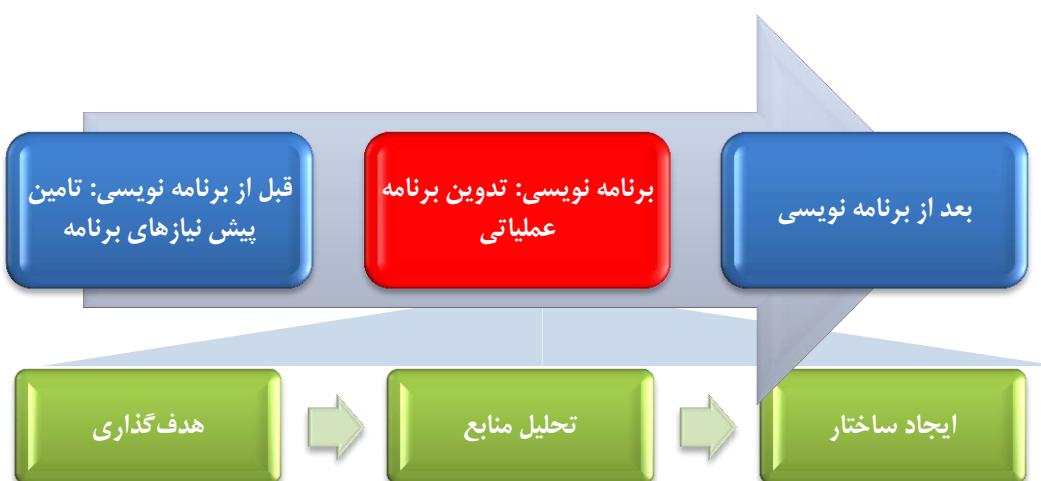
یکی از ویژگی‌های برنامه مدیریت بحران بیمارستانی مطلوب، ساختار عملیاتی و زنجیره فرماندهی بحران یا سایر ساختارهای غیر ICS آن است. در برنامه مدیریت بحران جایگاه‌های مشخص و بسیار زیادی تعیین می‌شوند که تمامی وظایف باید در زمان بحران انجام شوند. اما این مساله که افراد برای جایگاه‌ها و یا

جایگاهها برای افراد چگونه مشخص می‌شوند؟ بسته به شرایط و با نظر فرمانده بحران تعیین می‌شود. عناوین در برنامه مدیریت بحران باید بیانگر وظایف و مسؤولیت‌ها بوده و نباید بر اساس اسمی افراد تدوین شده باشند. مهم‌ترین دلیل برای مشخص کردن جایگاه‌ها در برنامه مدیریت بحران بیمارستان، به کارگیری سریع و آسان پرسنل بیمارستان تحت زنجیره فرماندهی واحد در سانحه است.

### ۲-۳- برنامه‌ریزی عملیاتی



در این مرحله سلسله تدابیر اجرایی و اقدامات عملی برای رسیدن به اهداف معین در زمان تعیین شده مشخص می‌شوند. این مرحله، شامل «هدف‌گذاری»، «ارزیابی منابع» و «ایجاد ساختار» است که در زیر هر یک تشریح شده است.



نمودار ۹- مراحل تدوین برنامه آمادگی بیمارستان در برابر بحران (مرحله برنامه‌نویسی)

#### ۱-۲-۳- هدف‌گذاری

هر برنامه‌ریزی که هدف آن ایجاد و برپائی ساختاری برای توانمندسازی بیمارستان در پذیرش تعداد زیاد مصدومان باشد، به عنوان برنامه آمادگی مدیریت بحران بیمارستان از آن یاد می‌شود. برای تدوین چنین برنامه‌ای، ابتدا باید هدف‌گذاری انجام شود. در تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان برای مواجهه با سوانح خارجی و پذیرش انبوه بیماران، اهداف زیر باید مد نظر قرار گیرند.

##### ۱-۲-۳- ۱- کنترل مصدومان: کنترل تعداد زیاد مصدومان و

مشکلات ناشی از مراجعه آنان تا حد ممکن از طریق:

- افزایش ظرفیت پذیرش و مداوای مصدومان

• انجام وظیفه و نقش بیمارستان در مداوای هر مصدوم، صرف نظر از تعداد زیاد مراجعان

• اطمینان از رسیدگی و انجام اقدامات درمانی مناسب برای بیمارانی که از قبل در بیمارستان بستری بوده‌اند

• مدیریت موثر وظایف و مسؤولیت‌های اضافه‌ای که در نتیجه

##### هدف‌گذاری

کنترل مصدومان

پشتیبانی از مناطق آسیب‌دیده

مدیریت سوانح داخلی  
بیمارستان

ارائه خدمات در سطح مطلوب

نمودار ۱۰- اهداف کلیدی برنامه مدیریت بحران بیمارستان

بروز بحران به بیمارستان تحمیل شده‌اند.

۳-۲-۱-۲-۳- پشتیبانی از مناطق آسیب‌دیده: پشتیبانی و حمایت از منطقه آسیب‌دیده، از طریق ارائه خدمات مشاوره‌ای درمانی، تامین دارو و وسایل پانسیمان یا هر نوع تجهیزات در دسترس دیگر

۳-۲-۱-۳- مدیریت سوانح داخلی بیمارستان: در شرایط مواجهه با سانحه داخلی گسترده، نظیر آتش‌سوزی یا انفجار، هدف از برنامه‌ریزی برای انجام اقدامات مناسب و از پیش تعیین شده عبارت است از حفاظت از جان انسان‌ها، محیط و دارائی‌ها تا حد ممکن از طریق موارد یاد شده در زیر شامل:

- انجام اقدامات از پیش تدارک دیده شده

• واکنش مناسب از سوی پرسنل که در مورد وظایف و نقش خود آموزش دیده‌اند و راهکارهای درست را می‌شناسند

- پشتیبانی از کمک‌های خارجی به روش‌های انتخابی مطلوب

• احیای شرایط با حداکثر سرعت ممکن، به منظور بازگشت به شرایط ارائه خدمات به صورت عادی

۳-۲-۱-۴- ارائه خدمات در سطح مطلوب: به علاوه، صرف نظر از داخلی یا خارجی بودن سانحه، اهداف زیر به منظور ارائه خدمات مطلوب همواره مد نظر مدیران بحران بیمارستان‌ها است.

- حمایت و حفاظت از بیماران، کارکنان و پرسنل عملیاتی تا حد ممکن

• اطمینان از ایجاد سطح مطلوبی از آمادگی، در کنار فعالیت‌های سازمانی روزمره

- اطمینان از وجود سیستم مدیریتی قابل انعطاف در شرایط خاص

• اطمینان از وجود هماهنگی و یکپارچگی لازم بین نیروها و منابع داخلی و خارجی بیمارستان با توجه به موارد یاد شده و همچنین رسالت سازمانی بیمارستان اهداف برنامه به صورت روشن، شفاف و قابل دست‌یابی نوشته می‌شود.

همچنین، تدوین برنامه به معنای ضرورت آشنایی همه پرسنل عملیاتی با شرایط، مشکلات و راهکارهایی است که ممکن است پیش روی آنان قرار بگیرد و بنابراین مشارکت آنان در ایجاد آمادگی، تدوین برنامه و بهروزرسانی آن را می‌طلبند.

### ۳-۲-۳- ارزیابی منابع

این گام در راستای تعیین منابع مورد نیاز برای مدیریت بهینه بحران و تعیین شیوه‌های کارآمد گردآوری، نگهداری، بسیج و توزیع منابع مورد نیاز اجرا می‌شود.

در جریان این فرآیند با توجه به اهداف از پیش تعیین شده، موارد زیر باید تعیین شود:

الف- منابع در دسترس

ب- منابع مورد نیاز

ج- راه‌های تامین آنها



نمودار ۱۱- ابعاد ارزیابی منابع در مرحله برنامه‌ریزی

سیستم یکپارچه مدیریت منابع در همه بخش‌ها، قسمت‌ها و نیز تامین تجهیزات و منابع مورد نیاز از ابزارهای مدیریت کارآمد بحران هستند. همچنین در مدیریت منابع باید به بهینه‌سازی سه منبع اصلی موجود در بیمارستان شامل «نیروی انسانی»، «فضا» و «اقلام موجود» توجه کرد، مدیریت صحیح این سه منبع منجر به افزایش ظرفیت و توان پاسخ‌دهی بیمارستان خواهد شد.

### ۳-۲-۳- ایجاد ساختارهای مدیریتی و تعیین شرح مسؤولیت

به منظور رعایت استانداردهای مدیریت بحران و اجرای برنامه‌ها، لازم است ساختارهای مدیریتی درون سازمانی و بین سازمانی ایجاد شود.

**۱-۳-۲-۳- چارت سازمانی:** در این بخش چارت سازمانی بیمارستان در سوانح با توجه به اهداف و منابع موجود در قالب نموداری تشریح شده و نقش‌ها و جایگاه‌های مسؤولیتی موجود در آن تعیین می‌شود. معمولاً بیمارستان‌ها برای طراحی جایگاه‌های مسؤولیتی و شرح وظایف از مدل HICS استفاده می‌کنند. در این مدل که شامل ۶۹ جایگاه با شرح وظایف معین و با اولویت‌های مسؤولیتی مشخص هستند با الهام از مدل ICS پنج فعالیت عمده مرتبط با فاز واکنش یعنی فرماندهی، برنامه‌ریزی، عملیات، پشتیبانی و مالی تعریف می‌شوند.

**۲-۳-۲-۳- شرح مسؤولیت‌ها:** در این بخش به مأموریت و وظایف کلیدی هر یک از جایگاه‌های مسؤولیتی مانند فرمانده حادثه بیمارستان، رئیس بخش عملیات و نظیر آن اشاره می‌شود. پارهای از برنامه‌ها از بیان جزئیات شرح مسؤولیت‌ها پرهیز کرده و بیشتر به مأموریت و وظایف کلی هر فرد در قبال سوانح می‌پردازند. شرح وظایف کامل جایگاه‌های کلیدی در قالب پیوست‌ها به برنامه افزوده می‌شود.

**۳-۲-۳- سازمان‌های دخیل:** در این بخش به سازمان‌های خارج از بیمارستان که در زمینه واکنش در سوانح فعال بوده و در ارتباط با بیمارستان هستند (مانند جمعیت هلال احمر، آتش‌نشانی و پلیس) اشاره و شرح وظایف دو جانبی آنها تشریح می‌شود.

همچنین می‌توان از جدول پیشنهادی زیر جهت ساده‌سازی برنامه استفاده کرد.

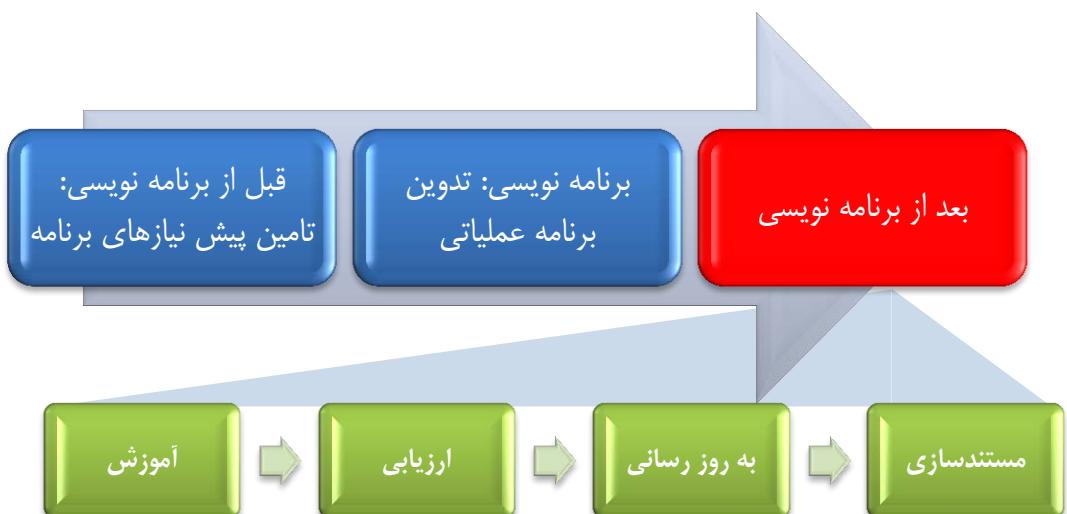
جدول ۲- چارچوب پیشنهادی برای ساده‌سازی برنامه

هدف	منابع مورد نیاز رسیدن به هدف	فرآیند پیشنهادی برای مسول فرآیند
۱		
۲		
۳		

### ۳-۳- بعد از برنامه‌ریزی عملیاتی: نگهداری برنامه



در فاز بعد از برنامه‌ریزی، حفظ و نگهداری برنامه و اطمینان از این که برنامه یک ابراز کاربردی است دارای اهمیت است و باید نوشتاری نیازمند تعیین سیستم‌های پشتیبان و به کارگیری آن‌ها باشد. موارد یاد شده در زیر می‌توانند به عنوان سیستم‌های پشتیبان مدیریت بحران پس از برنامه‌ریزی عملیاتی عمل کنند.



#### ۱-۳-۱- آموزش پرسنل

در مرحله اهداف آموزشی، برنامه زمان‌بندی شده آموزش پرسنل و ابزارهای آموزشی تشریح می‌شوند. تدوین برنامه به معنای ضرورت آشنائی همه پرسنل عملیاتی با شرایط، مشکلات و راهکارهایی است که در زمان وقوع بحران ممکن است پیش روی آنان قرار بگیرد. بنابراین مشارکت آنان در ایجاد آمادگی، تدوین برنامه و بهروزرسانی مستمر آنان را می‌طلبد.

#### ۱-۳-۲- ارزیابی مستمر برنامه

ارزیابی دوره‌ای برنامه و پیاده‌سازی آن در سیستم بیمارستان یکی از مسؤولیت‌های مهم کمیته مدیریت بحران بیمارستانی است. در ارزیابی برنامه، کمیته می‌تواند از ابزارهای زیر استفاده کند:

۱-۳-۳- سینیارهای آموزشی: انواع سمینارهای آموزشی می‌تواند برای سطوح مختلف پرسنل و مدیران طراحی شده و در نهایت تأثیر آموزش‌های ارائه شده را ارزیابی کند.

۲-۳-۳- تمرین‌های دورمیزی: این تمرین‌ها با هزینه کم قابل اجرا است. در این نوع مانور یک سناریو مطرح می‌شود و افراد شرکت کننده بر اساس برنامه راه حل‌ها را ارائه می‌دهند. در این نوع تمرین زمان‌بندی انجام نشده و مکان واقعه نیز شبیه‌سازی نمی‌شود.

۳-۳-۳- مانورهای عملیاتی: یک سناریو بر اساس زمان‌بندی شبیه‌سازی شده مطرح می‌شود و افراد شرکت کننده موظف‌اند با رعایت برنامه و زمان‌بندی، دستوراتی صادر کنند اما از نظر فیزیکی واقعه شبیه‌سازی نشده و دستورها به عمل تبدیل نمی‌شوند.

**۴-۲-۳-۳- مانورهای همه جانبی:** بیشترین همانندی را به شرایط واقعی و قوع سانحه دارد و بهترین ارزیابی را از پیاده‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستانی ارائه می‌دهند که معمولاً در سال یک‌بار برگزار می‌شود.

کمیته مدیریت بحران بیمارستانی باید دستورالعمل‌هایی را برای اطمینان از ارزیابی برنامه در جریان وقوع سوانح واقعی و فعال شدن برنامه به هر دلیل دیگر طراحی کند. تشکیل جلسات نقد و بررسی پس از پایان عملیات و جمع‌بندی و انکاس آنها جهت اصلاح برنامه روش رایج در این زمینه است.

### ۴-۳-۳- بهروزرسانی برنامه

برنامه بیمارستان باید به صورت ادواری مرور شود و در یک زمان مناسب و از پیش تعیین شده، مورد بازبینی کلی قرار گیرد. همچنین برنامه و پیوست‌های آن ممکن است به دلایل زیر نیاز به مرور و بازبینی داشته باشند:

- تغییر مخاطرات و آسیب‌پذیری‌های بیمارستان
- تغییر مفروضات برنامه‌ریزی
- تغییر در بخش‌ها و سازمان‌های دخیل در برنامه و سازماندهی آنها به گونه‌ای که در عملکرد و امکان ارائه خدمات تغییر ایجاد شده باشد
- تغییر و ارتقاء در سیستم‌های هشدار
- تغییر منابع بیمارستان (شامل منابع انسانی، تجهیزات و امکانات)
- هنگامی که ارزیابی‌های پس از مانور یا در حین اجرای برنامه، وجود نقایص عمدی را در برنامه مدیریت بحران بیمارستان نشان دهند

• تغییر قوانین و مقررات ملی و منطقه‌ای به نحوی که بر عملکرد بیمارستان اثر گذارد  
باید فرد یا گروه مسؤول و شیوه نگهداری و بهروزرسانی برنامه تعیین شده و درباره موارد زیر شفاف‌سازی انجام شود؛ برنامه باید در سال چند نوبت بازبینی شود؟ نکات مورد توجه در اصلاح و ارتقاء برنامه کدام است؟  
شیوه بهره‌گیری از نتایج ارزیابی‌های دوره‌ای چگونه است؟ و ارزیابی‌های انجام شده پس از مانورها چگونه مورد استفاده قرار خواهد گرفت؟

### ۴-۳-۴- مستندسازی اقدامات

با شروع فعالیت کمیته برنامه‌ریزی، فرآیند مکتوب کردن و مستندسازی اقدامات برنامه مدیریت بحران بیمارستان آغاز می‌شود. این گام شامل مکتوب کردن نتایج ارزیابی خطرپذیری، نگارش برنامه اصلی، برنامه‌های اختصاصی برای مراحل پیشگیری، واکنش و بازسازی و نیز برنامه‌های اختصاصی مخاطرات است. مستندات دیگر با نظر کمیته برنامه‌ریزی طراحی و به برنامه پیوست می‌شوند. برنامه نهایی باید چاپ و به تعداد کافی میان افراد، بخش‌ها و سازمان‌های ذی‌ربط توزیع شود.

## فصل چهارم

### ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بحران

- ✓ فرآیند ارزیابی آمادگی مدیریت بحران بیمارستان‌ها چگونه است؟
- ✓ ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها در برابر سوانح در بر گیرنده چه نتایجی است؟



## ۱-۴- فرآیند ارزیابی آمادگی بیمارستان در برابر سوانح

فرآیند ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها در برابر سوانح در شش مرحله شامل «تعیین ابعاد آمادگی و شناسایی مؤلفه‌های آن»، «تهیه چک‌لیست بر اساس مؤلفه‌ها»، «ارزش‌گذاری مؤلفه‌ها»، «اندازه‌گیری ابعاد و مقایسه با حد مطلوب»، «تطابق ابعاد و مقایسه با حد مطلوب» و «تعیین درجه آمادگی» است. در ادامه هر یک از مراحل تشریح می‌شوند.



نمودار ۱۳- فرآیند ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها در برابر سوانح

### ۱-۱- تعیین ابعاد آمادگی و شناسایی مؤلفه‌های آن

گام نخست در ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها تعیین ابعاد آمادگی است. در این مرحله با بررسی بحران‌ها و نیازسنجی برای مقابله با آنها، ابعاد آمادگی شناسایی می‌شوند. مرحله آمادگی باید از جنبه منابع، فرآیندها و برنامه‌ها بررسی شود. پس از شناسایی ابعاد آمادگی مؤلفه‌های هر یک از بعده تعیین شده و حد مطلوب آن تعریف می‌شود.

### ۲- تهیه چک‌لیست براساس مؤلفه‌ها

بر اساس تعریف مؤلفه‌ها و با توجه به حد مطلوب آنها چک‌لیست‌هایی به عنوان ابزار سنجش آمادگی تهیه می‌شود. این چک‌لیست‌ها باید در نهایت سادگی و روشنی توسط کارشناسان متخصص در زمینه مدیریت بحران بیمارستان تهیه شوند.

### ۳- ارزش‌گذاری مؤلفه‌ها براساس اهمیت

درجه اهمیت مؤلفه‌های شناسایی شده، طبق نظر کارشناسان ارزش‌گذاری می‌شوند. این ارزش‌گذاری بر مبنای اهداف تعریف شده در برنامه متغیر هستند. به عنوان مثال برای یک برنامه آمادگی در برابر زلزله که با انبوه مصدومان همراه است ارزیابی منابع از درجه اهمیت خاصی برخوردار است و در مورد برنامه آمادگی حوادث شیمیایی، ارزیابی امکانات آلوگیزدایی و ایزوله کردن مهم‌تر است درنتیجه حد مطلوب مؤلفه‌ها با توجه به نوع برنامه تغییر می‌کند.

به منظور امتیازدهی مؤلفه‌ها می‌توان سه مورد زیر را در نظر گرفت:

- موارد ضروری که باید در هر بیمارستان وجود داشته باشند.
- مواردی که ترجیحاً باید وجود داشته باشند.
- مواردی که در هر مرکزی وجودشان مطلوب است.

به عنوان مثال می‌توان به موارد ضروری، امتیاز ۵۰، مواردی که ترجیحاً باید وجود داشته باشند، امتیاز ۲۰ و مواردی که در هر مرکزی وجودشان خوب است، امتیاز ۵ را اختصاص داد.  
پس از امتیازدهی به مؤلفه‌ها، امتیاز کلیه مؤلفه‌های یک موضوع با هم جمع شده و حد مطلوب برای آن موضوع تعیین می‌شود.

#### ۴-۴-۳- اندازه‌گیری ابعاد و مقایسه با حد مطلوب

در این مرحله، چکلیست‌های تهیه شده برای بیمارستان مورد نظر تکمیل می‌شوند. پس از تکمیل چکلیست‌ها هر یک از ابعاد با توجه به وجود یا عدم وجود مؤلفه مورد نظر در بیمارستان بر اساس امتیازدهی که در مرحله قبل انجام شده است اندازه‌گیری می‌شود. سپس امتیاز کسب شده با امتیاز حد مطلوب مقایسه می‌شود.

#### ۴-۴-۴- تطابق ابعاد با ماتریس درجه آمادگی

پس از تعیین امتیاز ابعاد بیمارستان امتیاز کسب شده در ماتریس درجه آمادگی قرار داده می‌شود. در ماتریس مورد نظر بیمارستان از نظر آمادگی به سه دسته تقسیم می‌شوند. این سه دسته شامل «بیمارستان آماده»، «بیمارستان قابل اصلاح» و «بیمارستان غیرآماده» هستند.

#### ۴-۴-۵- تعیین درجه آمادگی بیمارستان

در این مرحله با ارزیابی نتایج به دست آمده از مقایسه مؤلفه‌ها با حد مطلوب و خروجی ماتریس، درجه آمادگی بیمارستان تعیین می‌شود و می‌توان در مورد برنامه آمادگی بیمارستان تصمیم گرفت.

### ۴-۲- نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های نمونه طرح در برابر بحران

به منظور ارزیابی آمادگی بیمارستان در برابر بحران می‌توان از دو روش مانور و چکلیست استفاده کرد. چکلیست‌ها ابزار مدیریتی هستند که می‌توانند از پیش تنظیم شده باشند همچون چکلیست‌های استاندارد تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا توسط تیم مدیریت بحران بیمارستان بر اساس اهداف برنامه مدیریت بحران و دیگر چکلیست‌ها تهیه شوند.

در این برنامه سه بیمارستان در شهر گرگان از نظر میزان آمادگی در برابر بحران توسط تیم مشاور مورد مطالعه قرار گرفت. این ارزیابی توسط چکلیست‌هایی که توسط گروه مشاور تهیه شده بود انجام شد. چکلیست مورد استفاده مشکل از ۲۷۳ گزینه بود که ۱۶ موضوع را به تفکیک مورد ارزیابی قرار داده است.

این ۱۶ موضوع که جهت ارزیابی سطح آمادگی بیمارستان‌های مورد نظر تعیین شده‌اند عبارتند از:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| ۱- سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان | ۹- مدیریت مواد خطرناک                     |
| ۲- خدمات حیاتی بیمارستان           | ۱۰- اطلاعات جامعه، کارکنان و بیماران      |
| ۳- تجهیزات ضروری بیمارستان         | ۱۱- آموزش عمومی                           |
| ۴- تخلیه اضطراری                   | ۱۲- مدیریت مراقبت از بیماران              |
| ۵- برنامه مقابله با بحران          | ۱۳- شناسنامه منابع                        |
| ۶- کمک‌های دو طرفه محلی            | ۱۴- کاهش خطرات غیر سازه‌ای (مواد و وسایل) |
| ۷- کنترل مستمر اینمی               | ۱۵- واحد تاسیسات                          |
| ۸- درمان صحرایی                    | ۱۶- فضا (محوطه، نما، چیدمان)              |

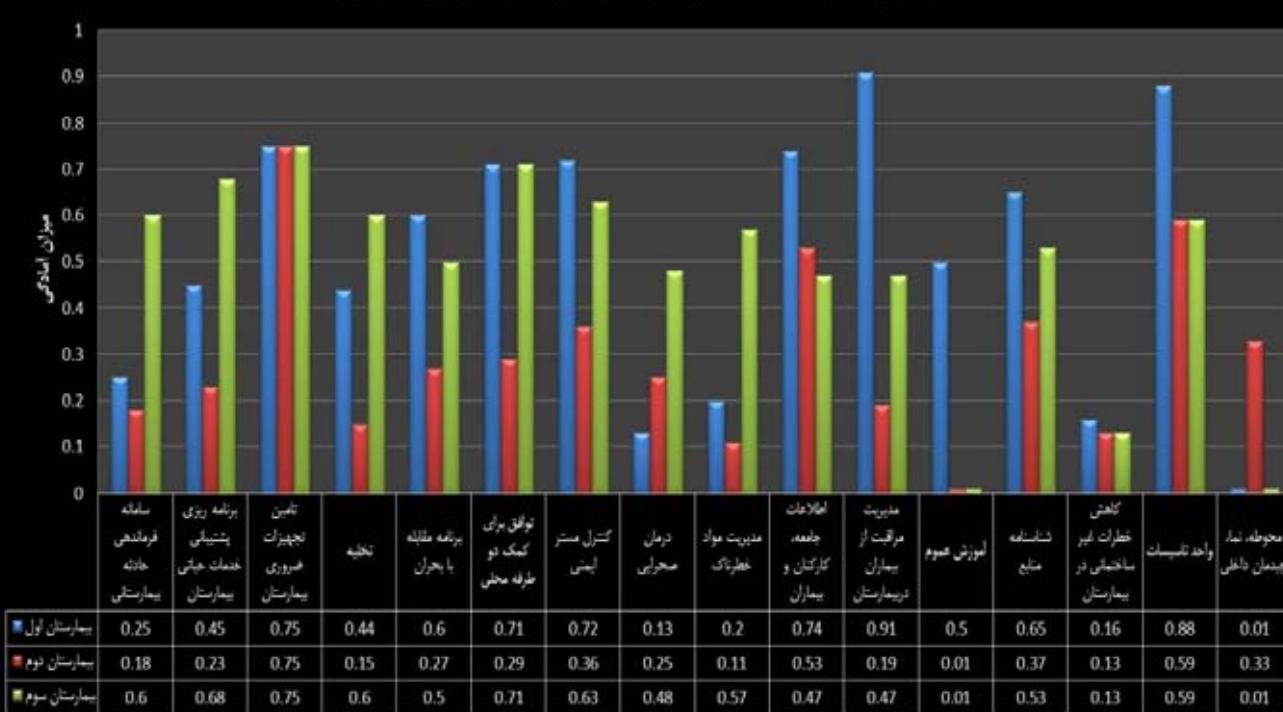
برای هر بعد در صورت نیاز مولفه‌هایی تعریف شد، ابعاد و مولفه‌های آن‌ها توسط گویه‌های مناسب سنجیده شده‌اند و در قالب چکلیست ارائه شد. چکلیست ابعاد ارزیابی سطح آمادگی بیمارستان‌ها در پیوست شماره ۱ آورده شده است.

### ابعاد مورد بررسی در ارزیابی

به منظور تبیین دلایل انتخاب ابعاد مورد بررسی، اهمیت هر بعد به تفکیک در زیر شرح داده شده است. نتایج ارزیابی آمادگی سه بیمارستان نمونه در برابر بحران با هدف شناسایی نقاط ضعف و قوت سیستم و بازخورد به فرآیند برنامه و ایجاد تغییر در برنامه در بازنگری‌های آتی با اولویت‌های به دست آمده است، در این ارزیابی سعی شده اطلاعات به دست آمده بر اساس چکلیست‌های تکمیل شده در بیمارستان‌ها و مقایسه وضع موجود بیمارستان‌ها با شرایط آمادگی کامل، درصد آمادگی هر بعد به تفکیک به دست آید تا بتوان اولویت‌های اصلاحی در برنامه را شناسایی کرد.

جدول‌های زیر بیانگر درصد آمادگی به دست آمده هر بعد از ابعاد ارزیابی در سه بیمارستان نمونه بر اساس چکلیست‌های تهیه شده هستند.

نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های نمونه طرح در برابر بحران



نمودار ۱۴ - نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های نمونه طرح در برابر بحران

باید خاطرنشان کرد وضع مطلوب و وضع موجود، توسط کارشناسان گروه مشاوره با امتیازدهی به گرینه‌های چکلیست‌ها بر اساس طبقه‌بندی آنها به سه دسته موارد ضروری، مواردی که ترجیحاً باید وجود داشته باشند و مواردی که در هر مرکزی وجودشان خوب است تعیین شده است.

جدول ۳- نحوه تقسیم‌بندی گزینه‌ها در ارزیابی

امتیاز	تقسیم‌بندی گزینه‌ها
۵۰	موارد ضروری be to Must
۲۰	مواردی که ترجیحاً باید وجود داشته باشد be to Better
۵	مواردی که در هر مرکزی وجودشان خوب است Nice

با توجه به معیار گفته شده حد کاملاً مطلوب و وضع موجود، تعیین شده و با تعیین نسبت درصد این دو مورد، میزان آمادگی هر آیتم به درصد بر اساس چکلیست مورد استفاده کسب شده است. به منظور تبدیل داده‌های به دست آمده از چکلیست‌ها به اطلاعات قابل استفاده در برنامه، داده‌ها به سه دسته مطلوب، قابل اصلاح و غیرقابل قبول تقسیم‌بندی شده‌اند. با مقایسه هر بعد با شرایط آمادگی کامل به صورت قراردادی، مواردی که کمتر از ۳۰ درصد شرایط لازم را داشته باشند غیرقابل قبول، مواردی که بین ۳۰ تا ۷۰ درصد شرایط لازم را داشته باشند قابل اصلاح و مواردی که بالای ۷۰ درصد شرایط لازم را دارا باشند مطلوب در نظر گرفته می‌شوند.

جدول ۴- نحوه تبدیل داده‌ها از چکلیست‌ها

مطلوب	نقاط قوت	قابل اصلاح
بدون آمادگی	نقاط ضعف	قابل اصلاح
۱۰۰	نقاط قوت	

در مواردی که موضوع مورد بررسی، غیرقابل قبول شناسایی شود، محور مورد مطالعه به عنوان نقطه ضعف در نظر گرفته می‌شود که باید به طور جدی و قوی به تقویت آن موارد پرداخت و در بازنگری آتی برنامه باید از تغییرات اساسی برنامه باشد و بیشتر بیانگر این است که برنامه خاصی در این باره وجود ندارد و یا به صورت ضعیف به آن پرداخته شده که در زمان بحران کارآمد نیست.

در مواردی که موضوع مورد بررسی قابل قبول شناخته شده باشد، محور مورد مطالعه قابل اصلاح است که با تغییراتی در برنامه آتی بیمارستان می‌توان به حد مطلوب رسید و موضوع مورد نظر را بهبود بخشد. می‌توان گفت در این موارد اهداف برنامه‌های عادی بیمارستان با اهداف برنامه مدیریت بحران تقریباً در یک راست است و با اصلاح فرآیندهای موجود و پشتیبانی آنها می‌توان به نتیجه مطلوب رسید.

نکته مورد توجه این است هر چه میزان آمادگی به شرایط مطلوب نزدیک باشد، اصلاح برنامه کمتر و هر چه میزان آمادگی به شرایط غیرقابل قبول نزدیک‌تر باشد، امکان دارد اصلاح با تغییر بیشتر همراه باشد.

در مواردی که محور مورد مطالعه قابل قبول شناسایی شده باشد می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیمارستان از لحاظ محور مورد نظر مطلوب است. این موارد جز نقاط قوت بیمارستان هستند در برنامه به عنوان پشتیبان‌های قوی در نظر گرفته می‌شوند. البته باید در نظر داشت هرچه این موارد به مرز قابل قبول نزدیک باشند، نیاز به اصلاح‌هایی خواهند داشت.

با توجه به اطلاعات به دست آمده، در ادامه به بررسی میزان آمادگی هر یک از ابعاد در سه بیمارستان مورد مطالعه در شهر گرگان پرداخته می‌شود.

#### ۴-۱-۲- سامانه فرماندهی حادثه

با توجه به امتیاز کسب شده در سه بیمارستان و مقایسه آن با حداکثر امتیاز قابل کسب، درصد آمادگی بیمارستان از نظر سامانه فرماندهی حادثه به شرح زیر است.

جدول ۵- درصد آمادگی بیمارستان از نظر سامانه فرماندهی

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	درصد آمادگی سامانه فرماندهی حادثه
%۶۰	%۱۸	%۲۵	

به نظر می‌رسد سامانه فرماندهی در سه بیمارستان تعریف شده است، اما کارآمدی آن در زمان حادثه مشخص نیست. همان‌طور که مشاهده می‌شود هیچ یک از بیمارستان‌ها در شرایط مطلوب قرار ندارند و نمی‌توانند در زمان بحران به عنوان سیستم هماهنگ کننده عمل کند. تنها در بیمارستان شماره ۳ سامانه فرماندهی در حد قابل قبول است که موثر بودن آن در بحران مستلزم فرآیندهای اصلاحی است.

#### ۴-۲-۲- برنامه‌ریزی پشتیبانی خدمات حیاتی

امتیازی که سه بیمارستان نمونه در این ارزیابی کسب کرده‌اند به قرار زیر است.

جدول ۶- درصد آمادگی بیمارستان از نظر برنامه‌ریزی پشتیبانی خدمات حیاتی

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	برنامه‌ریزی پشتیبانی خدمات حیاتی
%۶۸	%۲۳	%۴۵	

امتیازهای کسب شده حاکی از آن است که بیمارستان شماره ۱ از نظر پشتیبانی خدمات حیاتی در زمان بحران مورد قبول بوده اما در حد مطلوب نیست حتی موثر بودن آن در زمان بحران با همین وضع موجود قابل تردید است و فرآیندهای مربوطه باید اصلاح شود. اما در دو بیمارستان دیگر وضع موجود غیرقابل قبول است و تغییراتی باید در آن صورت گیرد.

#### ۴-۲-۳- تامین تجهیزات ضروری بیمارستان

مشاهده می‌شود در هر سه بیمارستان نمونه، تجهیزات ضروری در حد مطلوب قرار دارد. البته باید در نظر داشت، برآورد میزان این تجهیزات و مقایسه آن با نیاز در زمان بحران، بسیار ضروری است چرا که امکان دارد این تجهیزات، تنها پاسخگوی شرایط فعلی باشند. در این باره می‌توان، توان افزایش ظرفیت بیمارستان را محاسبه سپس نیاز این تجهیزات را در زمان افزایش ظرفیت محاسبه و با مقایسه این دو شاخص میزان آمادگی را محاسبه کرد.

جدول ۷- درصد آمادگی بیمارستان از نظر تامین تجهیزات ضروری بیمارستان

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	تامین تجهیزات ضروری بیمارستان
%۷۵	%۷۵	%۷۵	

#### ۴-۲-۴- برنامه تخلیه

درصدهای به دست آمده از برنامه تخلیه، حاکی از این است که در بیمارستان‌های مورد مطالعه در صورت نیاز به تخلیه در شرایط موجود، امکان بروز مشکل وجود دارد.

جدول ۸- درصد آمادگی بیمارستان از نظر برنامه تخلیه

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	برنامه تخلیه
%۶۰	%۱۵	%۴۴	

با توجه به شرایط موجود، بیمارستان‌ها باید در برنامه آمادگی خود به مولفه‌های موثر در تخلیه امن و موثر در زمان بحران توجه کنند.

#### ۴-۲-۵- برنامه مقابله با مدیریت بحران

با توجه به نسبت وضع موجود بیمارستان به شرایط مطلوب، چنین به نظر می‌رسد که بیمارستان‌ها برنامه‌ای منسجم برای مقابله با بحران ندارند و میزان آمادگی فعلی آنها به علت هم‌سویی بعضی از اهداف برنامه مدیریت بحران با فرآیندهای جاری بیمارستان است. از سویی، گام‌هایی در زمینه مدیریت بحران در این بیمارستان‌ها برداشته شده و اهمیت موضوع تا حدی اثبات شده است. اما هنوز برنامه‌ای موثر وجود ندارد که بتوان به آن، به عنوان راهنمای اجرایی تکیه کرد.

جدول ۹- درصد آمادگی بیمارستان از نظر برنامه مقابله با مدیریت بحران

برنامه‌ی مقابله با بحران	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
%۶۰	%۲۷	%۵۰	

#### ۴-۲-۶- توافق برای کمک دوطرفه محلی

با دقت بر درصد آمادگی بیمارستان از نقطه نظر فرآیندهای دو جانبه، می‌توان گفت تقریباً روش‌های ارتباطی با دیگر سازمان‌های محلی، در دو بیمارستان مورد مطالعه قرار گرفته اما در بیمارستان شماره ۲ این بررسی ضعیف بوده است.

#### ۴-۲-۷- کنترل مستمر ایمنی

اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد ایمنی در دو بیمارستان تقریباً به طور ادواری کنترل می‌شود و با مدیریت صحیح و داشتن برنامه کنترل ایمنی به صورت دوره‌ای به حد مطلوب خواهد رسید. اما در بیمارستان شماره ۲ برنامه کنترل، کمتر جامه عمل پوشیده است.

جدول ۱۰- درصد آمادگی بیمارستان از نظر کنترل مستمر ایمنی

کنترل شرایط ایمنی	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
%۷۲	%۳۶	%۷۲	%۴۸

#### ۴-۲-۸- درمان صحراوی

با توجه به داده‌های به دست آمده، ملاحظه می‌شود بیمارستان‌ها در زمینه برقرار کردن درمان صحراوی در زمان بحران، ضعیف هستند و تنها بیمارستان شماره ۳ در سطح قابل قبول است که بیشتر به سمت غیرقابل قبول انحراف دارد.

جدول ۱۱- درصد آمادگی بیمارستان از نظر درمان صحراوی

درمان صحراوی	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
%۱۳	%۲۵	%۴۸	

با توجه به اطلاعات به دست آمده می‌توان گفت در زمان بحران بیمارستان‌ها نمی‌توانند در زمینه برقراری درمان صحراوی موفق باشند.

#### ۹-۲-۴- مدیریت مواد خطرناک

درباره مواد خطرناک، شناسایی، طرز نگهداری و رفتار در زمان بحران، ملاحظه می‌شود که فعالیت‌ها ضعیف است. مخصوصاً در بیمارستان ۲ و ۱ نمی‌توان به برنامه فعلی تکیه کرد.

جدول ۱۲- درصد آمادگی بیمارستان از نظر مدیریت مواد خطرناک

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	مدیریت مواد خطرناک
%۵۷	%۱۱	%۲۰	

#### ۱۰-۲-۴- اطلاعات جامعه، کارکنان و بیماران

نتایج حاکی از این است که در دو بیمارستان ۱ و ۳ برنامه این مولفه در حد مطلوب بوده و در بیمارستان ۲ شرایط قابل قبول است. همچنین می‌توان نتیجه گرفت در چارچوب برنامه‌ی فعلی بیمارستان‌ها با تکمیل برنامه می‌توان به شرایط کاملاً مطلوب نزدیک‌تر شد.

جدول ۱۳- درصد آمادگی بیمارستان از نظر اطلاعات جامعه، کارکنان و بیماران

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	اطلاعات جامعه، کارکنان و بیماران
%۷۴	%۵۲	%۷۵	

#### ۱۱-۲-۴- مدیریت مراقبت از بیماران

در این زمینه می‌توان گفت بیمارستان شماره ۱ تقریباً از آمادگی لازم برخوردار بوده و به حد کاملاً مطلوب نزدیک است. در مقابل بیمارستان ۲ از آمادگی ضعیفی برخوردار بوده و بیمارستان شماره ۳ در حد متوسط و قبل قبول قرار دارد. این موضوع نشانگر این است که بیمارستان‌ها با توجه به رسالت‌شان در شرایط عادی از یک میزان آمادگی برخوردار هستند و برنامه تنها برای زمان بحران نیست.

جدول ۱۴- درصد آمادگی بیمارستان از نظر مدیریت مراقبت از بیماران

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	مدیریت مراقبت از بیماران
%۴۷	%۱۹	%۹۱	

#### ۱۲-۲-۴- آموزش علوم

طبق اطلاعات به دست آمده آموزش در زمینه مدیریت بحران در سطح ضعیفی قرار دارد و به آموزش به عنوان زیربنای هر تغییر پرداخته شده است.

جدول ۱۵- درصد آمادگی بیمارستان از نظر آموزش علوم

بیمارستان ۳	بیمارستان ۲	بیمارستان ۱	آموزش
%۰	%۰	%۵۰	

#### ۱۳-۲-۴- شناسنامه منابع

ملاحظه می‌شود در بیمارستان ۱ و ۳ کم و بیش بانک اطلاعاتی تهیه شده اما در بیمارستان شماره ۲ به طور ضعیف به این امر پرداخته شده است.

جدول ۱۶- درصد آمادگی بیمارستان از نظر شناسنامه منابع

شناختنامه منابع	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
	%۶۵	%۳۷	%۵۳

باید توجه داشت که شناسایی منابع و تهیه بانک اطلاعاتی از آنها از اقدامات ضروری برای برنامه مدیریت بحران است. چرا که زیربنای پذیرش بیمار و ارائه خدمات تلقی می‌شود و بدون اطلاع از میزان منابع، اعم از پرسنلی یا تجهیزاتی و غیره نمی‌توان ظرفیت پذیرش را برآورد کرد.

جدول ۱۷- درصد آمادگی بیمارستان از نظر شناسایی منابع

شناختنامه منابع	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
	%۶۵	%۳۷	%۵۳

#### ۱۴-۲-۴- کاهش خطرات غیرسازهای

با توجه به اطلاعات به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که در هیچ کدام از بیمارستان‌ها اقدامی مشتب جهت کاهش اثرات غیرسازهای صورت نگرفته و این امر که مکمل برنامه مقابله است نادیده گرفته شده است.

جدول ۱۸- درصد آمادگی بیمارستان از نظر کاهش خطرات غیرسازهای

کاهش خطرات غیرسازهای	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
	%۱۶	%۱۳	%۱۳

#### ۱۵-۲-۴- واحد تاسیسات

مشاهده می‌شود تاسیسات بیمارستانی در هر سه بیمارستان دارای برنامه مورد قبول هستند که می‌توانند در برنامه مدیریت بحران به عنوان پشتیبان عمل کنند.

جدول ۱۹- درصد آمادگی بیمارستان از نظر واحد تاسیسات

واحد تاسیسات	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
	%۸۸	%۵۹	%۵۹

#### ۱۶-۲-۴- محوطه، نما و چیدمان داخلی

نتیجه‌ی حاصل از مطالعات نشان می‌دهد چیدمان داخلی و معماری بیمارستان‌ها از نقاط ضعف بیمارستان‌ها هستند که امکان دارد اثرات حادثه را تشدید کند.

جدول ۲۰- درصد آمادگی بیمارستان از نظر محوطه، نما و چیدمان داخلی

محوطه، نما، چیدمان داخلی	بیمارستان ۱	بیمارستان ۲	بیمارستان ۳
	%۰	%۳۳	%۰



## فصل پنجم

### چالش‌ها، درس‌های آموخته و نکات اصلاحی

- ✓ درس‌های آموخته و چالش‌های ناشی از فرآیند تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در دو شهر کرمان و گرگان چیست؟



اجرای برنامه آماده‌سازی مدیریت بحران در دو شهر کرمان و گرگان با چالش‌های فراوانی همراه بود و علی‌رغم تلاش فراوان همکاران و اعضای کارگروه آماده‌سازی مدیریت بحران بیمارستان‌ها سرانجام منجر به تدوین و نهادنیه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها نشد، اما در این مسیر چالش‌ها و مشکلات فراوانی پیش رو قرار گرفت که در زیر به آنها اشاره می‌شود. امید است با توجه و دقت در این موارد، پیاده‌سازی و نهادنیه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در شهرهای کشور به اجرا درآید.

### ۵-۱- ایجاد نگرش مثبت در مدیران

در هر سازمان، گام اول برای شروع یک برنامه جدید تصمیم‌گیری مدیران ارشد است. تصمیم اغلب بر پایه نگرش مدیر به آن برنامه شکل می‌گیرد. مدیران با ارزیابی برنامه بر مبنای هزینه-فایده راههای اجرای برنامه را هموار می‌سازند. نگرش منفی مدیر به یک برنامه سبب می‌شود که آن برنامه قابلیت اجرایی پیدا نکند. مدیران به چند علت نگرشی مثبت به برنامه مدیریت بحران ندارند:

- مدیران بر این باورند که در زمان بحران هیچ‌گاه بر طبق برنامه نمی‌توان عمل کرد.
- مدیران بر این باورند که با توجه به فاصله زمانی بروز بحران‌ها، هزینه برنامه بحران بیش از فایده آن است.
- مدیران اعتقاد دارند که اولویت‌های بالاتری در بیمارستان وجود دارد که در وله اول باید به آن‌ها رسیدگی شود.

با توجه به این موارد باید توجه داشت که اغلب، حساس‌سازی که یکی از مهم‌ترین مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها است به درستی انجام نمی‌شود و متعاقب آن، مدیران به اثربخشی برنامه و نهادنیه‌سازی آن اعتقادی پیدا نمی‌کنند در نتیجه اجرای برنامه با چالش‌های فراوان روبرو می‌شود.

### ۵-۲- نبود پیگیری منسجم فعالیت‌های مدیریت بحران

اغلب مشاهده شده است که در یک دوره زمانی، موج تفکر اینمی و برنامه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها آغاز می‌شود و کارهای ناقصی نیز در بیمارستان‌ها در این خصوص انجام می‌شود. این فعالیت‌ها غالباً ادامه پیدا نکرده و در نقطه‌ای متوقف می‌شوند؛ به عبارتی دیگر به بن‌بست می‌رسند. در این باره بسیاری از مراکز درمانی ادعا می‌کنند که برنامه مدیریت بحران بیمارستان را پیاده‌سازی کرده‌اند اما در عمل مجموعه فعالیت‌های ناتمامی انجام شده و هیچ‌گاه به مرحله اجرا نرسیده است، در نتیجه اجرای برنامه، تنها یک اجرای نمادین بوده و قابل اطمینان در زمان بروز بحران نیست، همچنین نسبت به تغییرات سیستم، بازنگری انجام نشده است.

### ۵-۳- نبود بازنگری منسجم سیستم مدیریت بحران

همان‌طور که بیان شد حتی در صورت تلاش برای طراحی و برنامه‌ریزی مدیریت بحران، عموماً این برنامه‌ها نسبت به تغییرات سازمانی، بازنگری و به روز نمی‌شوند و سیستم‌های مدیریت بحران، پویا و فعال

نیستند و می‌توان گفت تنها برنامه‌ها و فعالیت‌هایی بر روی کاغذ هستند. بنابراین، این امر تبدیل به یکی از چالش‌های مهم در نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها شده است.

#### ۴-۵- ساختار سازمانی

یکی از چالش‌های موجود در برنامه‌ریزی مدیریت بحران در بیمارستان‌ها، موانع سازمانی است. این موانع که به علت نوع ساختار و تطابق نداشتن آن با اصول و ساختار سیستم مدیریت بحران ایجاد می‌شوند پس از موانع مدیریتی از اهمیت بالایی برخوردار اند.

##### ۴-۱- فقدان بازنگری ساختار بیمارستان بر طبق اصول مدیریت بحران

در ساختارهای فعلی سیستم‌های بیمارستانی، جایگاه مدیریت بحران تعریف نشده است و هیچ فردی به صورت رسمی مسؤول برنامه‌های مدیریت بحران نیست. (همچون مسؤول برنامه‌های کنترل عفونت، مسؤول برنامه‌های کنترل کیفیت، مسؤول برنامه‌های اینمی و بهداشت حرفه‌ای و نظایر اینها). بی‌توجه به جایگاه مدیریت بحران در سیستم بیمارستان و فقدان بازنگری ساختار بیمارستان بر طبق اصول مدیریت بحران، سبب می‌شود تا برنامه‌های مدیریت بحران در بیمارستان‌ها پراکنده و سردرگم باشند.

##### ۴-۲- نبود جریان اطلاعات به موقع و کافی برای کارکنان در همه سطوح

در طی مرحله برنامه‌ریزی لازم است اطلاعات کامل و تخصصی در دسترس کلیه کارکنان به عنوان مهره‌های اجرایی برنامه قرار گیرد. اطلاعات شامل مأموریت‌ها و اهداف گروه برنامه‌ریزی و همچنین فرآیندها و فعالیت‌های رسیدن به اهداف مورد نظر است. تمامی کارکنان باید به طور مداوم و مستمر به اطلاعات مورد نظر دسترسی داشته باشند. جریان مستمر اطلاعات در کلیه لایه‌های سیستم دو نتیجه مثبت را به همراه دارد.

- ایجاد فرهنگ سازمانی در جهت حفظ و بقای برنامه مدیریت بحران بیمارستان
- ارتقاء مشارکت کارکنان در نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان
- اطلاعات مورد نظر توسط کانال‌های ارتباطی مداوم در مجموعه منتشر می‌شود.

##### ۴-۳- تمرکز در تصمیم‌سازی

با وجود اهمیت رویکرد بوروکراتیک در مدیریت بحران و مدیریت سلسله مراتبی و تصمیم‌گیری متمرکز، در دوره برنامه‌ریزی، پیشنهاد می‌شود برای نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها، بیشتر از رویکرد مشارکتی بهره برد و سعی شود تا برنامه‌ریزی توسط کلیه مجریان برنامه، یعنی نمایندگان کلیه بخش‌ها و واحدها انجام شود و برنامه مدیریت بحران تنها در قالب دستورالعمل‌ها و ابلاغ‌ها به افراد نباشد.

البته مشارکت کارکنان باید به گونه‌ای باشد که به وظیفه پاسخگویی مدیریت لطمه نزند. بهتر است کارکنان در تصمیم‌سازی‌ها مشارکت داشته و تصمیم‌گیرنده نهایی مدیریت (فرد مسؤول برنامه) باشد.

##### ۴-۴- نبود هماهنگی بین بخش‌های مختلف

با توجه به این که در زمان بروز بحران در بیمارستان (که بیشتر با سرازیر شدن تعداد زیاد بیماران به بیمارستان تعریف می‌شود) تمامی بخش‌ها به دلیل ازدحام و مشغله زیاد با هم درگیر می‌شوند هماهنگی بین بخش‌ها تنها بستر مناسب برای برنامه‌ریزی مدیریت بحران و اجرای آن در زمان لزوم است. در شرایط عادی شاید بخش‌ها در بعضی از فرآیندها بتوانند مستقل عمل کنند و به خصوص در بیمارستان‌های بزرگ و چند تخصصی آسیبی به کل سیستم وارد نشود. اما این ناهمانگی در زمان بروز بحران یکی از موانع عمدۀ

اجرای برنامه‌ها است و همچنین این ناهماهنگی در زمان برنامه‌نویسی نیز یکی از چالش‌های برنامه‌ریزی به شمار می‌رود.

#### ۵-۵-۱- اهمیت مشارکت پرسنل

پرسنل بیمارستان به عنوان بازوی اجرایی برنامه، مهره‌های کلیدی برنامه مدیریت بحران به شمار می‌رond. به همین دلیل مشارکت نداشتن پرسنل در برنامه‌ها، از چالش‌های مهم به شمار می‌رود که به منظور پیشبرد برنامه باید بستر مشارکت پرسنل را به بهترین نحو فراهم کرد.

#### ۵-۵-۲- نگرش کارکنان

دلایل زیادی وجود دارد که کارکنان تمایلی به همکاری در تدوین برنامه مدیریت بحران ندارند و این دلایل بیشتر ریشه در نگرش غالب کارکنان بیمارستان دارد. کارکنان اغلب به علت احساس فاصله بین خود و مدیریت، مخالفت با نظام مدیریتی حاکم بر بیمارستان، ارزیابی عملکرد مدیران و تضاد بین عقیده و نگرش خود و مدیریت، مقایسه خود با مدیریت و طرح مسأله فقدان شایسته سalarی عمالاً حاضر به همکاری و مشارکت نیستند. بنابراین با رفع این موانع می‌توان اجرای برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها را تضمین کرد.

#### ۵-۵-۳- درگیری کارکنان با نیازهای اولیه

با توجه به تورم اقتصادی و درگیر شدن کارکنان با مسائل اقتصادی و نیازهای فیزیولوژیک، مدیریت بحران در بین کارکنان به عنوان نیاز ثانویه، یک نیاز نیرومند و غالب به شمار نمی‌رود تا سبب تعییر شود و پایه رفتاری آن‌ها را شکل دهد، در نتیجه افراد در برنامه‌های مدیریت بحران مشارکت فعال ندارند.

#### ۵-۵-۴- تشریح نکردن اهداف، مأموریت‌ها و سیاست‌ها برای کارکنان

در صورت ناآگاهی کارکنان از اهداف، مأموریت و سیاست‌های برنامه، افراد احساس تعلق به آن نمی‌کنند، جایگاه خود را نمی‌شناسند و انگیزه‌ای برای مشارکت ندارند. در برنامه‌نویسی باید توجه داشت که اهداف کاملاً روشن و جزء به جزء نوشته شود و جایگاه و مسؤولیت پرسنل مشخص شود. بیشتر برنامه‌های مدیریت بحران دارای اهداف کلیشه‌ای و کلی هستند و اهداف در یک ماتریس و به صورت نظاممند نوشته نمی‌شود. زمانی که اهداف گنج باشند و اولویت‌بندی نشوند افراد ضرورت برنامه را درک نکرده و مشارکت در آن را نوعی وقت‌گذرانی می‌دانند.

#### ۵-۵-۵- آگاهی نداشتن پرسنل از فرآیندها و فقدان اطلاع‌رسانی صحیح

آگاهی نداشتن پرسنل از فرآیندهای برنامه مدیریت بحران و اطلاع‌رسانی ضعیف درباره آن سبب می‌شود تا افراد، توانمندی لازم را نداشته باشند. تعییرات رفتاری تنها با آگاهی صحیح صورت می‌گیرد.

#### ۵-۵-۶- ارائه آموزش‌های غیر هدفمند

اغلب در بیمارستان‌ها آموزش‌های مدیریت بحران به منظور ارتقاء آگاهی افراد داده می‌شود، اما به علت نبود سیستم آموزشی مناسب با زیربنای اطلاعاتی جامع و کامل، این آموزش‌ها مؤثر واقع نشده و چون به صورت سیستماتیک و مستمر نبوده، به فراموشی سپرده شده است.

#### ۵-۵-۷- اهمیت نظام تشویق و پاداش

با توجه به این که برنامه‌های مدیریت بحران نیازمند فعالیت و همکاری پرسنل در مسؤولیت‌هایی فراتر از شرح وظایف اصلی در بیمارستان است و حجم کاری پرسنل بیمارستان با در نظر گرفتن انتقال زمانی و مسؤولیت افراد بسیار بالاست، بنابراین به منظور راهبری اهداف برنامه و جلب مشارکت پرسنل، باید نظام تشویق و پاداش روشنی برای آنها تعریف شود تا جلب مشارکت را به همراه داشته باشد. متأسفانه به علت

عدم تعریف جایگاه مدیریت بحران، تسهیلاتی نیز برای پرسنل مراکز درمانی در نظر گرفته نمی‌شود، درنتیجه انگیزه همکاری در پرسنل از بین می‌رود.

#### ۵-۶- منابع برنامه مدیریت بحران بیمارستان

هر برنامه‌ای با توجه به اهداف خود نیازمند منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی است. در صورت تأمین نشدن منابع، رسیدن به اهداف برنامه دشوار می‌شود.

#### ۵-۶-۱- نبود بودجه کافی برای برنامه

به علت اختصاص ندادن بودجه کافی به برنامه مدیریت بحران بیمارستان، برنامه‌ها عموماً متوقف شده و پیشروی مناسبی ندارند. نکته مهم این است که باید برنامه‌ها براساس بودجه جاری نوشته شوند و توجه داشت مدیریت بحران یعنی مدیریت بهینه منابع در زمانی که نیاز به منابع، بیش از ظرفیت موجود ایجاد می‌شود، بنابراین در برنامه‌ریزی مدیریت بحران نباید به دنبال بودجه‌های کلان بود بلکه باید برنامه را بر اساس منابع موجود تدوین کرد و با تأمین بودجه و تغییر در منابع در برنامه بازنگری کرد.

#### ۵-۶-۲- تأمین نشدن منابع مورد نیاز برای انجام فعالیت‌ها در زمان مناسب

در مواردی مشاهده می‌شود که به علت بوروکراسی اداری و سلسله مراتب سازمانی منابع مورد نیاز در زمان مناسب تأمین نمی‌شود و همین امر سبب متوقف شدن برنامه می‌شود، ملاحظات بیان شده باید در برنامه دیده شود و برنامه نباید متوقف شود. در این موارد می‌توان راهکارهای جانشین در نظر گرفت و به طور دائم یا موقت با ارزیابی راهکارها، از یک روش دیگر به برنامه‌ریزی ادامه داد.

#### ۷- مشکلات موجود در برنامه

در طی فرآیند برنامه‌ریزی نیز اشتباهاتی رخ می‌دهد که مانع پیشبرد برنامه می‌شود؛ در این میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

#### ۷-۱- عدم اصلاح و سادهسازی روش‌ها و قوانین توسط مدیران و رؤسای بیمارستان

گاهی وضع قوانین و مقررات نامناسب در محیط داخلی و خارجی بیمارستان در طی فرآیند برنامه‌ریزی مدیریت بحران، مانع ادامه برنامه‌ریزی می‌شود. این موانع باید شناسایی و تا حد امکان اصلاح شوند. گاهی رؤسا و مدیران با توجه به حیطه اختیارات خود می‌توانند قوانین را ساده کرده و یا حتی نادیده بگیرند، در صورتی که به مسؤولیت آنها لطمه‌ای وارد نشود تا حد امکان باید راه برنامه‌ها را هموار سازند.

#### ۷-۲- عدم شناسایی و اولویت‌بندی هدف‌های برنامه بر اساس استراتژی‌ها و اهداف اجرایی

در فرآیند برنامه‌ریزی گاهی مشاهده می‌شود که اهداف اولویت‌بندی نمی‌شوند و یا در صورت اولویت‌بندی بر اساس سلسله مراتب فرآیند عملیات اولویت‌بندی صورت نگرفته و با اولویت‌های سازمانی مغایرت دارند. این مغایرت سبب توقف اجرای برنامه می‌شود.

هدف‌گذاری در برنامه گام مهم و اساسی برنامه‌ریزی است زیرا مسیر حرکت برنامه را مشخص می‌کند، در هدف‌گذاری باید به عملیاتی بودن هدف توجه داشت چرا که اهداف آرمانی دورنمای خوبی دارند اما به دلیل کلی بودن و یا مشخص نبودن مسیر رسیدن به آن سبب می‌باشند برنامه می‌شوند.

#### ۷-۳- فقدان نیروهای انسانی ماهر در طی دوران برنامه‌ریزی

بسیار مشاهده شده که افراد و مشاوران تلاش کرده‌اند که در جهت برنامه‌ریزی مدیریت بحران بیمارستان‌ها گام‌های مؤثری بردارند اما به دلیل ناآشنایی این گروه‌ها به «اصول مدیریت بحران

بیمارستان‌ها» و یا شناخت نداشتن درست از «ساختار و تشکیلات و اهداف سازمانی بیمارستان» اغلب، طراحی و اجرای سیستم مدیریت بحران با مشکل رویرو شده و متوقف شده است. همچنین بی‌توجهی به رویکردهای مشارکتی در ارائه مفاهیم، اثر بسیار مهمی در نهادینه‌سازی برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها دارد. توجه به این اصل که مجریان برنامه (پرسنل بیمارستان) باید در برنامه‌نویسی مشارکت فعال داشته باشند، بسیار مهم است.

#### ۵-۴-۷-۵- نبود بستر مناسب فرهنگی به منظور ایجاد یک محیط مطلوب برای پیاده‌سازی

به منظور پیاده‌سازی یک برنامه مدیریت بحران بیمارستان، باید بستر مناسبی برای پذیرش برنامه ایجاد شود. پذیرفتن فرهنگ ایمنی و برنامه‌پذیری سیستم، منوط به پذیرش اهمیت موضوع برنامه توسط اذهان عمومی جامعه مورد نظر از جمله بیمارستان‌ها و پرسنل آن است. افراد باید موضوع مدیریت بحران را جدی بگیرند و بپذیرند با برنامه‌ریزی قبل از بحران می‌توان به میزان قابل توجهی از اثرات سوء آنها کاست.

#### ۵-۵-۷-۵- توجه به ارزش‌های یک محیط مطلوب برای پیاده‌سازی برنامه

در برنامه‌ریزی مطلوب باید شاخص‌هایی که برای یک محیط سازمانی مطلوب به منظور پیاده‌سازی برنامه ارزش محسوب می‌شوند توسط مدیران و برنامه‌نویسان شناسایی شوند تا این ارزش‌ها شکوفا شده و در تداوم نگهداشت آنها تلاش شود. در صورتی که این ارزش‌ها ناشناخته باقی بمانند و به آنها توجهی نشود برنامه یا متوقف می‌شود و یا به کندی پیش می‌رود.

#### ۵-۶-۷-۵- عدم اختصاص وقت لازم و کافی به برنامه‌ریزی

برای این که بتوانیم برنامه‌ای مناسب برای مدیریت بحران بیمارستان طرح‌ریزی شود باید وقت کافی به این مهم اختصاص داده شود. بسیار مشاهده می‌شود که صرف زمان برای مطالعه و پژوهش در این زمینه از حوصله تیم برنامه‌نویسی خارج است و تیم بیشتر سعی می‌کند درگیر شروع برنامه باشد تا پیش‌نیازهای برنامه، در صورتی که در بیشتر برنامه‌های موفق بیشترین وقت به مطالعات و پژوهش برای برنامه‌نویسی اختصاص داده می‌شود.

به علت مطالعه ناکافی و استفاده از برنامه‌های کلیشه‌ای از پیش تعیین شده توسط برنامه‌نویسان خارجی و عدم بومی‌سازی ساختارهای برنامه‌های گفته شده، اغلب برنامه‌ها شفاف و روشن نیستند و مسؤولیت و وظایف افراد در بیمارستان در حوزه مدیریت یا مشخص نیست و یا با نقش‌های اصلی آن‌ها مغایرت دارد.

#### ۵-۷-۷-۵- نداشتن ضمانت اجرایی

در هر سازمان قوانین و دستورالعمل‌ها پشتیبان برنامه‌ها هستند. در بیمارستان‌ها به علت خلاء‌های قانونی و ارزیابی نکردن بیمارستان‌ها بر اساس ملاک‌های مدیریت بحران برنامه‌های مدیریت بحران ضمانت اجرایی پیدا نمی‌کنند و متوقف می‌شوند.

## پیوست ها

- ✓ چک لیست برنامه مدیریت بحران بیماران انبوه «الگویی برای مراکز درمانی»
- ✓ مفاهیم تکمیلی برنامه مدیریت بحران بیمارستان

## پیوست ۱: چک لیست برنامه مدیریت بحران بیماران انبوه «الگویی برای مراکز



درمانی»

مکمل	نمودار	لیست	شرح
<b>ملاحظات اصلی</b>			
			آیا بیمارستان برنامه مدیریت بحران دارد؟
			۱- آیا تیم برنامه ریزی مدیریت بحران تشکیل شده است؟ آیا از همه افراد و تخصصها در تیم استفاده شده و تیم شامل افراد اداری هم می شود؟
			۱-۳- آیا در حال حاضر رابطه همکاری با آژانس‌ها و سازمان‌های دیگر که در زمان اجرای برنامه نقش مؤثر دارند وجود دارد؟
			۱-۴- آیا در برنامه اقدامات لازم برای مقابله با حوادث داخلی و خارجی به تفصیل شرح داده شده است؟
			۱-۵- آیا در برنامه چگونگی ارتباط با پلیس، جمعیت هلال احمر و سایر سازمان‌های مربوط به شرایط اضطراری محلی به تفصیل شرح داده شده است؟
			۱-۶- آیا برنامه به طور گسترده توزیع شده است و در سراسر مرکز درمانی و بیمارستان به سهولت قابل دسترس است؟
<b>ناظارت و پایش</b>			
			۲-۱- آیا در حال حاضر بیمارستان، معیاری برای طبقه‌بندی بیماران که در بخش اورژانس، کلینیک‌های سرپایی یا پذیرش مستقیم معاینه می‌شوند، براساس دلایل بالینی، در نظر گرفته است؟ (آیا معیارهای تریاک مشخص شده است؟)
			۲-۲- آیا در حال حاضر فرآیندی برای ارزیابی و پیگیری تمامی نتایج میکروبیولوژی و طبقه‌بندی آن‌ها براساس میکرووارگانیسم‌ها وجود دارد؟
			۲-۳- آیا فرآیندی به منظور کنترل عفونت ۲۴ ساعته در هفت روز هفته وجود دارد؟
			۲-۴- آیا در برنامه تعداد و مکان اتاق‌های ایزوله و یا محیط حفاظتی مشخص شده است؟ آیا مکان مورد نظر به روشنی در سندی قابل دسترس برای تیم فرماندهی یا هماهنگی مشخص شده است؟
<b>تعیین پرسنل مجاز</b>			
			۳-۱- آیا فردی به عنوان هماهنگ کننده (مسئول هماهنگی) در بحران برای هر ۲۴ روز مشخص شده است؟
			۳-۲- آیا مرکز درمانی یا بیمارستان، یک پزشک به عنوان فرمانده خدمات پزشکی که در طول مسؤولیت اقدامات پزشکی را بر عهده دارد، تعیین کرده است؟
			۳-۳- آیا افراد کلیدی دیگر که در مدیریت بحران نقش دارند، تعیین شده‌اند؟
			۳-۴- آیا سیستم اعلان خطر که بتواند کارکنان بیمارستان را از شرایط بحرانی مطلع سازد، وجود دارد؟
			۳-۵- آیا برنامه شامل حوزه اختیارات کارکنان صفت، مسؤولیت نقش‌ها و جانشین‌ها می‌شود؟
			۳-۶- آیا افرادی که انتظار می‌رود از برنامه استفاده کنند و به آن عمل کنند، با برنامه آشنا هستند؟

مکالمه	توضیح	معنی	آزمون	شرح
آیا برگه شرح وظایف یا کارت نقش برای تمامی پرسنل دخیل در پاسخ به حادثه ایجاد شده است؟				۷-۳
<b>فعال سازی برنامه</b>				
۱-۴	آیا در برنامه شرایط فعال سازی مشخص شده است؟			
۲-۴	آیا در برنامه مقام مجاز فعال سازی و غیرفعال سازی برنامه در شبیت صبح، عصر، شب و تعطیلات قید شده است؟			
۳-۴	آیا مراحل فعال سازی تعیین شده است و نقش ها متناسب با هر برنامه شرح داده شده است؟			
	امکان شرایط بحران: سطح افزایش یافته آمادگی	هشدار		
	احتمال شرایط بحران: فراهم بودن آمادگی فوری	آماده باش		
	شرایط بحران: صفات آرایی	فراخوان		
	برطرف شدن شرایط بحران	راحت باش		
<b>هشدار</b>				
۱-۵	آیا برنامه، طوری تهیه شده است که در شرایط عادی و تعطیلات طی ۱-۲ ساعت فعال شود؟			
۲-۵	آیا در برنامه، چگونگی اطلاع رسانی در بیمارستان معین شده است؟			
۳-۵	آیا در برنامه، زنجیره فرماندهی برای اعلان خطر به کارکنان داخل بیمارستان و پرسنل واجد شرایط خارج بیمارستان به منظور خبر دادن از شرایط بیمارستان مشخص شده است؟			
۴-۵	آیا در برنامه، التزام راه اندازی سیستمی برای فراخوان پرسنل به تفصیل شرح داده شده است؟			
۵-۵	آیا در برنامه، سیستم های جایگزین اعلان خطر در نظر گرفته شده است؟			
۶-۵	آیا در برنامه، مکانیسم تقسیم کار پرسنل طبق سطح مهارت و دسترس بودن آن ها در نظر گرفته شده است؟			
<b>واکنش</b>				
۱-۶	آیا بیمارستان برنامه حوادث داخلی، برای شرایط اضطراری در داخل بیمارستان تهیه کرده است؟			
۲-۶	آیا بیمارستان برنامه داخلی برای پاسخ به یک بحران خارجی تهیه کرده است؟ آیا این برنامه مشخص کرده است که چگونه بیمارستان به ورود تعداد زیاد بیماران (بیش از ۱۰٪ ظرفیت تخت های بیمارستان) پاسخ دهد؟			
۳-۶	آیا بیمارستان برنامه تأمین منابع و پرسنل در پاسخ به یک بحران خارجی را تهیه کرده است؟ آیا در حال حاضر ارزیابی سطح تجهیزات و ملزمومات در دسترس در شرایط عادی وجود دارد؟			
۴-۶	آیا تمہیدات لازم به منظور فعال سازی تیم پزشکی بحران بیمارستان در پاسخ به حوادث داخلی و خارجی در نظر گرفته شده است؟			
۵-۶	آیا برنامه شامل شیوه های متعدد کردن و مدیریت کردن نیروهای داوطلب می شود؟ آیا مدیریت ریسک بیمارستان فرآیندی را جهت تأمین بیمه درمانی، و مسؤولیت و ایمنی داوطلبان در نظر گرفته است؟			

مسئول	نموده	نیازمند	شرح
			<p>۶-۶- آیا هر بخش دستورالعمل‌های استاندارد اجرایی را تهیه کرده است تا نشان دهد بخش چگونه به موقع و ۲۴ ساعته خدمات رسانی می‌کند؟</p> <p>این خدمات ممکن است شامل موارد زیر شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-۱-۶-۶- اداری</li> <li>-۲-۶-۶- اورژانس</li> <li>-۳-۶-۶- پرستاری</li> <li>-۴-۶-۶- رادیولوژی</li> <li>-۵-۶-۶- کنترل عفونت و اپیدمیولوژی</li> <li>-۶-۶-۶- بهداشت حرفه‌ای</li> <li>-۷-۶-۶- آزمایشگاه</li> <li>-۸-۶-۶- مراقبت‌های ویژه</li> <li>-۹-۶-۶- داروخانه</li> <li>-۱۰-۶-۶- تدارکات</li> <li>-۱۱-۶-۶- مهندسی و تأسیسات</li> <li>-۱۲-۶-۶- مهندسی پزشکی</li> <li>-۱۳-۶-۶- تنفس درمانی</li> <li>-۱۴-۶-۶- امنیت</li> <li>-۱۵-۶-۶- تغذیه</li> <li>-۱۶-۶-۶- خدمات</li> <li>-۱۷-۶-۶- خدمات اجتماعی و مددکاری</li> <li>-۱۸-۶-۶- مشاور مذهبی</li> <li>-۱۹-۶-۶- سردخانه</li> </ul> <p>۶-۲۰- خدمات پزشکی: شامل خدمات طبی و اجرایی</p>
			<p>۶-۷- آیا در برنامه برای بخش اورژانس جزئیات زیر در نظر گرفته شده است؟</p> <p>۶-۸-۱- در صورت نیاز، آیا ورودی مجزا به بخش اورژانس برای بیماران آلود در نظر گرفته شده است؟</p> <p>۶-۲-۷- در صورت نیاز ابزار قابل حملی برای گندздایی وجود دارد؟</p> <p>۶-۳-۷- آیا امکانات تأمین آب سرد و گرم به منطقه گندздایی وجود دارد؟</p> <p>۶-۴-۷- آیا آب ناشی از منطقه گندздایی می‌تواند نگهداری شود؟</p> <p>۶-۵-۷- در صورت نیاز می‌توان سیستم تهییه بخش اورژانس را از بقیه قسمت‌ها جدا کرد؟</p> <p>۶-۶-۷- آیا راه ارتباطی در بخش اورژانس در نظر گرفته شده است؟</p> <p>۶-۷-۷- آیا در برنامه کنترل قضایی و حقوقی مطرح شده است و کارکنان از سلسله مراتب در زمان حادثه خارج از قدرت قانون اطلاع دارند؟</p>
<b>مرکز فرماندهی کنترل بحران در بیمارستان</b>			
			<p>۷-۱- آیا در برنامه به محل مرکز فرماندهی کنترل بحران اشاره شده است؟</p> <p>۷-۲- آیا منطقه جایگزین تعیین شده است؟</p> <p>۷-۳- آیا دستورالعمل استاندارد اجرایی برای مرکز فرماندهی تهیه شده است؟</p> <p>۷-۴- آیا «دستورالعمل‌های مرکز فرماندهی»، مواردی همچون «زنگیره فرماندهی» و «کانال‌های ارتباطی» را برای ارتباط افراد کلیدی با مرکز فرماندهی تعیین کرده است؟</p>

ردیف	نحوه پیش‌بینی	تعداد	نحوه پیش‌بینی	شرح
۵-۷				- آیا راههای ارتباطی جایگزین در زمان قطع و یا تحمیل بار اضافی پیش‌بینی شده است؟
۶-۷				- آیا شبکه ارتباطی ویژه‌ای به منظور ارتباط با مرکز اورژانس و دیگر مراکز حساس در برنامه برقرار شده است؟
۷-۷				- آیا تمہیداتی (از قبیل فضا، تجهیزات و ارتباطات) برای افراد اضافی که ممکن است برای خدمات رسانی به بیمارستان بیاند در نظر گرفته شده است؟
<b>امنیت</b>				
۱-۸				- آیا کنترل ورود و خروج‌ها به تمامی قسمت‌های بیمارستان را می‌توان بررسی کرد؟ (آیا ورود و خروج به بیمارستان قابل کنترل است؟)
۲-۸				- آیا اقداماتی جهت کاهش و کنترل مکان‌های ورود و خروج بیمارستان، بدون استفاده از دستورالعمل بستن بیمارستان، اتخاذ شده است؟
۳-۸				- آیا برنامه‌ای برای کنترل عبور و مرور وسائل نقلیه و عابران پیاده در نظر گرفته شده است؟
۴-۸				- آیا تمہیداتی برای ملاقات و محافظت پرسنل اورژانس در نظر گرفته شده است؟
۵-۸				- در صورتی که بستن مرکز (به منظور کنترل مرکز) در اولویت باشد، آیا بیمارستان قادر است با افراد خارج از بیمارستان بلافضله ارتباط برقرار کند؟
۶-۸				- آیا در برنامه مشخص شده است که افراد در بیمارستان چگونه شناسایی شوند؟ (همچون کارکنان بیمارستان، پرسنل کمکی خارج از بیمارستان، خبرنگاران و ملاقات کنندگان)
۷-۸				- آیا کارکنان در صورت فراخوانی، به بیمارستان دسترسی دارند؟
۸-۸				- آیا مکان‌هایی که کارکنان بتوانند به آنجا گزارش دهند، تعیین شده است؟ در صورت درگیر بودن کارکنان در درمان بیماران یا در مسوولیت‌های اداری این مکان‌ها قابل تغییر هستند؟
۹-۸				- آیا در برنامه امنیتی، مشکلات مربوط به موارد ویژه همچون محیط فیزیکی، موقعیت جغرافیایی و ورودی‌ها منظور شده است؟
۱۰-۸				- آیا مرکز، فرآیندی را برقرار کرده است تا کارکنان درمانی خارج از شبکه اختصاصی به منظور ایمنی بیشتر و ارائه خدمات با کیفیت اعتبارنامه دریافت کنند؟
<b>سیستم‌های ارتباطی</b>				
۱-۹				- آیا در برنامه پیش‌بینی بار بیش از حد و یا غیرقابل سرویس دهی بودن سیستم‌های عادی ارتباطی (همچون تلفن، فاکس، تلفن بی‌سیم و سیستم پیجینگ) شده است؟
۲-۹				- آیا تمہیداتی برای سیستم ارتباطی جانشین در پیشامدهایی که سیستم ارتباطی بیمارستان قطع شود در نظر گرفته شده است. (برای مثال واکی - تاکی، تلفن پولی خودکار)
۳-۹				- آیا پیک پیام‌رسان به عنوان سیستم ارتباطی پشتیبان وجود دارد؟
۴-۹				- آیا فردی به عنوان پیک مشخص شده است؟ نقشه کلی منطقه عملیاتی تهیه شده است؟ آیا در حال حاضر این نقشه‌ها وجود دارند؟ و نسخه چاپی از آن‌ها تهیه شده است؟
۵-۹				- آیا شبکه ارتباطی با آژانس‌ها و دیگر سازمان‌ها برقرار شده است؟
<b>کنترل و جریان عبور و مرور در داخل بیمارستان</b>				

مسئول	تعداد	نحوه	آنچه	شرح
				۱-۱۰- آیا تمہیداتی برای عبور و مرور بیماران و کارکنان در راهروها در نظر گرفته شده است؟
				۲-۱۰- آیا راههای خروج بیماران و کارکنان به منظور تخلیه مشخص شده است؟
				۳-۱۰- آیا برای آسانسورها نگهبان تعین شده است و کنترل می‌شوند؟
				۴-۱۰- آیا استفاده از آسانسورها اولویت‌بندی شده است؟ (به عنوان مثال: بیماران، ملزومات)
				۵-۱۰- آیا مسیرهای حرکت در بیمارستان مشخص شده است و فلوچارت عبور و مرور تهیه و ثبت شده است؟
کنترل و جریان عبور و مرور خارجی				
				۱-۱۱- آیا به منظور ورود و خروج وسایل نقلیه و افراد به محوطه بیمارستان تمہیداتی در نظر گرفته شده است؟
				۲-۱۱- آیا موارد زیر در نظر گرفته شده است؟
				۱-۲-۱۱- آیا حرکت مداوم و بدون وقفه آمبولانس‌ها و دیگر وسایل نقلیه به محل طبقه بندی بیماران (منطقه تربیاژ) یا ورودی اتاق اورژانس در نظر گرفته شده است؟
				۲-۲-۱۱- آیا کنترل ورود و خروج وسایل نقلیه مجاز که ملزومات و تجهیزات را به منطقه حمل می‌کنند در نظر گرفته شده است؟
				۳-۲-۱۱- آیا پارکینگ وسایل نقلیه مجاز در نظر گرفته شده است؟
				۴-۲-۱۱- آیا هدایت افراد مجاز و ملاقات کنندگان به ورودی‌های مناسب در نظر گرفته شده است؟
				۳-۱۱- آیا تمہیداتی برای حمایت پلیس در برقراری نظم در حوالی بیمارستان در نظر گرفته شده است؟
				۴-۱۱- آیا در برنامه روشی برای یکپارچگی در مدیریت افراد و وسایل نقلیه در بیمارستان وجود دارد؟
ملاقات کنندگان				
				۱-۱۲- آیا در برنامه مکانیسمی برای برخورد با افزایش ملاقات کنندگان و ناظران کنچکاو که قصد ورود به بیمارستان را در زمان حادثه دارند، وجود دارد؟
				۲-۱۲- آیا محلی برای انتظار ملاقات کنندگان دور از بخش اورژانس در نظر گرفته شده است؟
				۳-۱۲- آیا تمہیداتی برای مقابله با شوک و استرس ناشی از حادثه در نظر گرفته شده است؟
				۴-۱۲- آیا به منظور کنترل و رسیدگی به موضوعات خدماتی، فردی به عنوان مسؤول تعیین شده است؟
رسانه‌های گروهی				
				۱-۱۳- آیا محلی برای رسانه‌های گروهی تعیین شده است؟
				۲-۱۳- آیا این محل دور از بخش اورژانس - مرکز فرماندهی و محل انتظار بستگان، اقوام و دوستان است؟
				۳-۱۳- آیا فردی مسؤول برای کنترل و ارائه خدمات به رسانه‌های گروهی تعیین شده است؟

## شرح

ردیف	پردازش	توضیح	آزمایش
۴-۱۳		- آیا فردی به عنوان سخنگوی داخلی برای ارتباط به رسانه‌های گروهی معرفی شده است؟	
۵-۱۳		- آیا در روش ارتباطی به منظور ارتباط سخنگوی داخلی با سخنگوی خارجی دیگر ارگان‌ها فردی تعیین شده است؟	
۶-۱۳		- آیا راه کاری برای کنترل درخواست اطلاعات از طرف رسانه‌های گروهی ارائه شده است؟	
۷-۱۳		- آیا مکان‌های اطلاع‌رسانی به مطبوعات تعیین شده است؟	
<b>پذیرش مجروهین و مصدومین</b>			
۱-۱۴		- آیا برنامه عملیاتی جامع وجود دارد که به وسیله آن در زمانی کوتاه (در طول یک ساعت) مصدومان متعددی بتوانند:	
۱-۱۴		۱- شناسایی شوند؟	
۲-۱۴		۲- طبقبندی و اولویت‌بندی شوند؟	
۳-۱۴		۳- ثبت شوند؟	
۴-۱۴		۴- در منطقه درمان، مدارا شوند؟	
۵-۱۴		۵- پذیرش شوند یا منتقل شوند؟	
۶-۱۴		۶- در صورت نیاز جابه‌جا شوند؟	
۱-۱۴		- در تأیید اعلان بحران، آیا تمهدیات زیر در نظر گرفته شده است؟	
۱-۲-۱۴		۱- ترجیح تمام بیماران غیر اورژانس و ملاقات‌کنندگان از بخش اورژانس	
۲-۲-۱۴		۲- کنسل کردن تمامی پذیرش‌ها و جراحی‌های غیرضروری	
۳-۲-۱۴		۳- تعیین تخت‌های خالی و یا تخت‌هایی که سریع خالی می‌شوند	
۴-۲-۱۴		۴- تعیین مکان‌هایی که می‌توانند به منطقه درمان بیماران تبدیل شوند	
۵-۲-۱۴		۵- تعیین تعداد بیمارانی که می‌توانند منتقل شوند یا ترجیح شوند	
۱-۳-۱۴		- آیا محل تحويل و طبقه‌بندی بیماران قابل دسترس است؟ و در مجاورت محل درمان قطعی بیماران، در بیمارستان قرار گرفته است؟	
۴-۱۴		- آیا محل پذیرش، برق اضطراری دارد؟ و یا می‌تواند از برق اضطراری بیمارستان (ژنراتور) تغذیه شود؟	
۵-۱۴		- آیا محل پذیرش، برای ورود مصدومین مناسب است؟ و اجازه تفکیک و نگهداری آنها را می‌دهد؟	
۶-۱۴		- آیا لوازم، ملزمات و تجهیزات کافی برای حرکت مؤثر و فوری مصدومان در دسترس است؟	
۷-۱۴		- آیا در صورت نیاز، مانیتورهای رادیولوژی و دستگاه‌های اشعه‌ای برای بررسی در نظر گرفته شده است؟	
۸-۱۴		- آیا تمهداتی برای ورود تعداد زیاد مجروحان در نظر گرفته شده است از قبیل:	
۱-۸-۱۴		۱- تخت	
۲-۸-۱۴		۲- پرسنل	
۳-۸-۱۴		۳- منابع اضافی همچون رخت‌شویی، پانسمان و نیازهای دارویی	
۹-۱۴		- آیا بخش پذیرش و مدارک پزشکی برای اداره ورود مصدومان سازماندهی شده‌اند؟	
۱۰-۱۴		- آیا سیستمی برای نگهداری و حفاظت اموال مجروحان وجود دارد؟	

مسئول	نحوه	جهت	آنچه	شرح
				۱۱-۱۴- آیا برنامه‌ای برای جداسازی مجروحان در صورت آلوود بودن «عفونی بودن» از سایر بخش‌های بیمارستان وجود دارد؟
<b>جایه‌جایی بیماران و کارکنان</b>				
				۱۶-۱ آیا تمهداتی برای جایه‌جایی بیماران و کارکنان به پناهگاهی امن در زمان نیاز همچون تخلیه بیمارستان و یا تعییر مکان بیماران و کارکنان در نظر گرفته شده است؟
				۱۶-۲- انتقال بیماران به دیگر بیمارستان‌ها در صورت عدم توانایی مرکز در درمان بیماران داده شده است؟
				۱۶-۳- آیا مکان‌های ویژه‌ای برای اسکان بیماران و کارکنان در زمان تخلیه در نظر گرفته شده است؟
				۱۶-۴- آیا الزامات انتقال افراد از قبل تعیین شده است؟
				۱۶-۵- آیا منابع انتقال بیماران وابسته به ونتیلاتور یا دیگر تجهیزات تعیین شده است؟
				۱۶-۶- آیا تمهداتی برای انتقال اسناد و مدارک بیماران در نظر گرفته شده است؟
				۱۶-۷- آیا توالی زمانی مناسبی برای انتقال افراد از جمله کارکنان تخصصی یا بیماران دارای اولویت در نظر گرفته شده است؟
				۱۶-۸- آیا انتقال بیماران از مسیر از پیش تعیین شده به ترتیب انجام می‌شود؟
				۱۶-۹- آیا راهکاری برای انتقال منظم بیماران به خانه‌هایشان در نظر گرفته شده است؟
				۱۶-۱۰- آیا تمهدات لازم برای نجات، درمان و آسایش بیماران و کارکنان در زمان زمستان و سرمای هوا در نظر گرفته شده است؟
<b>قطع ارتباطات و منابع</b>				
				۱۷-۱- در حوادثی که ارتباطات بیمارستان کاملاً قطع می‌شود و دسترسی به منابع میسر نیست، آیا فرد مسوولی برای موارد زیر تعیین شده است؟
				۱۷-۲- برق اضطراری
				۱۷-۳- سهمیه‌بندی آب و غذا
				۱۷-۴- دفع زباله
				۱۷-۵- استراحت و گردش کار پرسنل
				۱۷-۶- سهمیه‌بندی دارو و ملزومات
				۱۷-۷- رختشوی خانه
				۱۷-۸- تقویت روحیه کارکنان و بیماران
				۱۷-۹- آیا تمهداتی برای استفاده از بیماران و ملاقات کنندگان به منظور کمک به کارکنان در نظر گرفته شده است؟
<b>ارزیابی تجهیزات</b>				
				۱۸-۱- تعداد تجهیزات و دستگاه‌های قابل دسترس در بیمارستان در حال حاضر (همچون ونتیلاتورها، پمپ‌های انفوزیون، ساکشن‌ها، برانکاردها، تخته‌ها، ویلچرها).
				۱۸-۲- میزان ملزومات پزشکی قابل دسترس که در حال حاضر در بیمارستان نگهداری می‌شوند به خصوص اقلام حفاظتی پرسنل همانند ماسک، دستکش و عینک.
				۱۸-۳- آیا تأمین کنندگان محلی تجهیزات پزشکی شناسایی شده‌اند و شماره تماس شبانه روزی آنها موجود است؟
<b>۱۹- داروها</b>				

ردیف	نحوه	مکان	تاریخ	شرح
				۱-۱۹- ذخیره داروها در حال حاضر چه میزان است؟
				۲-۱۹- آیا در برنامه، تمهداتی برای پروفیلاکسی کارکنان درمانی و خانواده‌های آنها در نظر گرفته شده است؟
				۳-۱۹- آیا در برنامه، تمهداتی برای ایجاد ارتباط با دیگر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خارج از منطقه خطر به عنوان راه کارهایی برای شناسایی منابع بالقوه در زمان نیاز، در نظر گرفته شده است؟
				۴-۱۹- آیا در برنامه، انبار دارویی در فضای منطقه تعیین شده است؟
				۵-۱۹- آیا طرز تهیه، انتقال و تحويل دارو در محیط این بن به مرکز درمانی طرح‌بیزی شده است؟
<b>۲۰- جبران خسارت بعد از حادثه</b>				
				۱-۲۰- آیا در برنامه، مسؤول عملیات جبران خسارت تعیین شده است؟
				۲-۲۰- آیا در برنامه، تمهداتی برای موارد زیر پیش‌بینی شده است؟
				۱-۲-۲۰- مستندسازی
				۲-۲-۲۰- امور مالی
				۳-۲-۲۰- صورت موجودی و تجدید ذخایر
				۴-۲-۲۰- حفظ صورت مذاکرات
				۵-۲-۲۰- پاکسازی
				۶-۲-۲۰- رفع خطر
				۷-۲-۲۰- حفاظت
				۸-۲-۲۰- دفع زباله
				۹-۲-۲۰- خدمات آب، برق، گاز، تلفن
				۱۰-۲-۲۰- بازسازی و استقرار مجدد محیط فیزیکی
<b>۲۱- آموزش و تمرین</b>				
				۱-۲۱- آیا در برنامه، مسؤول برنامه‌های آموزشی تعیین شده است؟
				۲-۲۱- آیا در برنامه روش‌هایی برای آموزش نقش‌های جدید در نظر گرفته شده است؟
				۳-۲۱- آیا بخش‌های بیمارستان، برنامه آموزش مدام و اجرای مدیریت بحران دارند؟
				۳-۲۱- آیا در شرایط عادی راه کارهایی برای مقابله با بحران اتخاذ می‌شود تا پرسنل با راه کارها آشنا شوند؟
				۴-۲۱- آیا آموزش داخل سازمانی که با جنبه‌های عمومی پاسخ به بحران سروکار دارد، در برنامه در نظر گرفته شده است؟

تلفن / موبایل	۲۲- پرسنل کلیدی داخل بیمارستان
	۱-۲۲- رئیس بیمارستان
	۲-۲۲- مدیر
	۳-۲۲- مسؤول و پزشک بخش اورژانس
	۴-۲۲- سپهروابیزد اداری
	۵-۲۲- مسؤول حراست

		۶-۲۲- مترون
		۷-۲۲- مسؤول تأسیسات
		۸-۲۲- مسؤول کنترل عفونت
		۹-۲۲- مسؤول آزمایشگاه
		۱۰-۲۲- مسؤول کارکنان درمانی
		۱۱-۲۲- مدیر ریسک
		۱۲-۲۲- روابط عمومی
		۱۳-۲۲- اطلاع‌رسانی «اطلاعات»
		۱۴-۲۲- تدارکات
		۱۵-۲۲- مسؤول داروخانه
		۱۶-۲۲- مشاور مذهبی
		۱۷-۲۲- خدمات اجتماعی و مددکاری
		۱۸-۲۲- مسؤول خدمات
<b>تلفن / موبایل</b>	<b>۲۳- آژانس‌ها و سازمان‌های کلیدی خارج بیمارستان</b>	
		۱-۲۳- اورژانس
		۲-۲۳- ستاد مدیریت بحران استان
		۳-۲۳- سایر بیمارستان‌های منطقه
		۴-۲۳- نیروی انتظامی
	<b>۲۴- سیستم فرماندهی حادثه</b>	
در صورت استفاده از سیستم فرماندهی حادثه بیمارستان به عنوان چارچوبی برای سلسله مراتب در ستاره‌های بحران آیا تیپ‌ها مشخص شده‌اند؟ (نه فقط افراد همچنین نقش‌ها)		
برگه شرح وظایف پر شده است؟	جایگاه فعلی	جایگاه در HICS
		۱-۲۴- فرمانده حادثه
		۲-۲۴- مسؤول اطلاعات
		۳-۲۴- مسؤول ارتباطات
		۴-۲۴- مسؤول امنیت و ایمنی
		۵-۲۴- ارشد تدارکات
		۶-۲۴- ارشد برنامه‌ریزی
		۷-۲۴- ارشد عملیاتی
		۸-۲۴- سرپرست مراقبت‌های پزشکی
		۹-۲۴- سرپرست خدمات جنی
		۱۰-۲۴- سرپرست خدمات انسانی

۱۱-۲۴- سرپرست کارکنان پزشکی

## ۲۵- تمرین و مانور

۱-۲۵- آیا برنامه ایمنی هر سال تمرین می شود؟

۲-۲۵- آیا تمرین ها تضمین می کنند که تمامی افراد کلیدی درگیر در اجرای برنامه، با محتوای برنامه آشنا هستند؟

۳-۲۵- آیا تمام جنبه های ویژه برنامه مورد آزمایش قرار می گیرد؟

۴-۲۵- آیا برنامه به طور رسمی تجدید نظر می شود و نتیجه آن به تمام افراد کلیدی و گروه های درگیر توزیع می شود؟

## پیوست ۲: مفاهیم تکمیلی برنامه مدیریت بحران بیمارستان



در این قسمت کلیه مفاهیم تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان به ترتیب حروف الفبا آورده شده که به اختصار توضیحی درباره هر یک از مفاهیم ارائه می‌شود:

### ۱- آموزش



در بیمارستان که هدف ایجاد آمادگی برای پذیرش و خدمت‌رسانی به مصدومان ناشی از حوادث بزرگ وجود دارد، آموزش یک اصل است. آموزش مباحثت به صورت تئوریک و در کنار آن آموزش عملیاتی به صورت دوره‌ای، و در حالت ایده‌آل بدون اعلام قبلی، از الزامات ایجاد آمادگی در بیمارستان به شمار می‌رود.

### ۲- ارتباطات



ارتباطات یکی از چالش‌های اصلی در مواجهه با سوانح و شرایط بحرانی است. لازم است که برنامه‌ای برای تبدیل کلیه وسائل ارتباطی که بعد از سانحه فعال باقی مانده‌اند، نظیر تلفن، موبایل، فراخوان و غیره به سیستم ارتباطی ویژه بحران تدوین شود و یا سیستم ویژه ارتباطی برای بحران تعیین شود. همچنین باید در دسترسی به این سیستم اولویت با افراد مسؤول در چارت مدیریت بحران باشد. هدف نهایی این است که اطلاعات به صورت حقایق تاثیرگذار در تصمیم‌گیری‌ها، در اختیار افراد مسؤول قرار گیرد.

در زمان قطع ارتباطات، مسؤول پرستن باید پیکی را به هر بخش بفرستد تا در مورد نوع بحران پیش آمده، تعداد مصدومان و وسعت سانحه اطلاعاتی را رد و بدل کند.

لازم است که در برنامه به وجود یک خط تلفن آزاد در مرکز فرماندهی برای ارتباط با سیستم فرماندهی خارج بیمارستان اشاره شود.

برای جبران اختلال در سیستم ارتباطی، می‌توان از تلفن‌های همراه (به شرط تهیه بانک اطلاعاتی مربوطه) و شبکه رادیویی پلیس و یا اورژانس (در صورت هماهنگی) استفاده کرد. اما با توجه به آسیب‌پذیری زیاد شبکه تلفن‌های همراه و مشکلات استفاده مشترک از شبکه بی‌سیم سایر سازمان‌ها، تهیه و نگهداری از تلفن‌های ماهواره‌ای در بیمارستان برای ارتباطات خارجی و بی‌سیم یا تاکی واکی برای ارتباطات داخلی توصیه می‌شود.

لازم است که بیمارستان برای ایجاد یک مرکز فرماندهی برای مدیریت و هماهنگ کردن همه فعالیت‌ها از جمله ارتباطات داخلی برنامه‌ریزی کند. دستورالعمل مربوط به این مرکز باید مدیران بخش‌ها را موظف کند که به طور مرتباً به این مرکز گزارش دهند.

در زمان بروز بحران، فرمانده بحران این مرکز را فعال کرده و فردی را مسؤول کلیه ارتباطات در مرکز فرماندهی می‌کند.

ارتباطات با این مرکز باید بر مبنای دستورالعمل و فقط برای اطلاع‌رسانی مثلاً در مورد تعداد مصدومان و نتایج هر دوره تریاژ باشد.

برای شکل دادن مرکز، باید کنترل بازدیدکنندگان در لابی ورودی بیمارستان برنامه‌ریزی شود. خانواده‌های آسیب‌دیدگان باید در این محل منتظر مانده یا به محل خاصی راهنمایی شوند تا زمانی که امکان دریافت اطلاعات در مورد وضعیت مصدومان خود را پیدا کنند. در طول وضعیت بحرانی، ساعات عادی

ملاقات باید کنسل اعلام شوند. در عین حال باید لیستی از بازدیدکنندگان و نام بیماران مرتبط با هر یک تهیه شود.

## ۲-۱- موارد مورد توجه در ارتباطات

در زمینه ارتباطات «ارزیابی سیستم‌های ارتباطی»، «آموزش»، «بهروزرسانی سیستم نگهداشتن ارتباطات» و «سیستم‌های مورد استفاده در ارتباطات» در زیر بیان شده‌اند.

### ۲-۱-۱- ارزیابی سیستم‌های ارتباطی

سیستم‌های ارتباطی داخلی و خارجی بیمارستان باید به طور دوره‌ای ارزیابی و نگهداری شوند. در ضمن برای سیستم‌های ارتباطی اصلی حتماً باید از سیستم‌های حمایتی و جایگزین استفاده کرد.

### ۲-۱-۲- آموزش

پرسنل بیمارستان باید برای استفاده از این سیستم و انتقال اطلاعات از طریق آن به مرکز عملیات اضطراری، آموزش‌های لازم را دریافت کنند.

### ۲-۱-۳- بهروزرسانی سیستم نگهداشتن ارتباطات

اماده کردن و به روز نگهداشتن فهرست‌های تماس اضطراری برای بیمارستان و تک تک بخش‌ها ضروری است.

### ۲-۱-۴- سیستم‌های مورد استفاده در ارتباطات

سیستم‌های استانداردی که در ارتباطات مورد استفاده قرار می‌گیرند، عبارتند از:

- پیجرها
- تلفن مرکزی / سانترال
- بلندگوها و سیستم پیچ بیمارستان
- خطوط تلفن جایگزین
- فرستنده و گیرنده رادیویی
- پست الکترونیکی
- موبایل (عادی / ماهواره‌ای)
- پیک

## ۲-۲- انواع ارتباطات

بیمارستان‌ها به منظور برنامه‌ریزی برای برقراری سیستم ارتباطی در زمان بحران باید ارتباطات خارجی و داخلی مدنظر باشد.

### ۲-۲-۱- ارتباطات داخلی

مرکز عملیات اضطراری باید با همه واحدهای عملیاتی و بخش‌ها به ویژه بخش اورژانس تماس مداوم داشته باشد. این ارتباط باید توسط سیستم‌های ارتباطی عادی از جمله تلفن داخلی بیمارستان برقرار شود؛ ولی در صورت اختلال در این سیستم، مرکز عملیات اضطراری باید سیستم جایگزینی که پیش‌تر در بیمارستان تعییه شده است را فعال کند.

یکی از مسایل مهم در برقراری ارتباط، تعریف کردن شکل و محتوای پیام‌های رد و بدل شده است. طراحی فرم‌ها و صفحات مشخص برای دریافت و انتقال پیام‌ها به بهبود ارتباطات میان بخش‌های مختلف بیمارستان کمک بسیاری می‌کند.

### ۲-۲-۲- ارتباطات خارجی

ارتباطات خارجی در زمان بحران به دو منظور برقرار می‌شود:

#### ۲-۲-۲-۱- ارتباط با سایر سازمان‌ها و بیمارستان‌ها

این نوع برقراری ارتباطات با اهداف زیر انجام می‌شوند:

(الف) دریافت اطلاعات در زمینه گسترده‌گی و شدت سانحه خارجی

- ب) درخواست کمکرسانی خارجی  
ج) ارائه اطلاعات در زمینه گستردگی و شدت سانحه داخلی  
د) هماهنگی برای تخلیه بیمارستان

ارتباط بیمارستان با سازمان‌های خارجی و سایر بیمارستان‌ها امکان هماهنگی میان بخشی و ایفای نقش موثر بیمارستان در مجموعه مدیریت بحران جامعه را فراهم می‌کند.

## ۲-۲-۲-۲- ارتباط با مطبوعات و رسانه‌ها

به منظور ارتباط با مطبوعات در رسانه‌ها در زمان بحران باید به نکات زیر توجه کرد:  
یکی از نکات مهم در برقراری ارتباطات خارجی بیمارستان، ارائه اطلاعات به رسانه‌ها و مطبوعات است.  
به علت امکان ایجاد شایعات، ترس و نگرانی عمومی، ارائه اطلاعات به رسانه‌ها باید با دقت زیادی انجام گیرد.

فردی به عنوان سخنگوی بیمارستان باید ارتباط با مطبوعات را برقرار کند. این فرد باید تجربه و دانش لازم جهت ایفای این نقش را داشته باشد. از اظهار نظرهای شخصی پرهیز کرده و اطلاعات دقیق و مختصری را در رابطه با سانحه ارائه کند. ایجاد آرامش عمومی و برطرف کردن شایعات یکی دیگر از وظایف چنین فردی است.

ارتباط با مطبوعات باید در جایی مشخص، بیرون از فضای درمانی، بخش اورژانس و مرکز عملیات اضطراری بیمارستان برقرار شود. این محل باید از پیش در برنامه تعیین و قید شود. به عنوان یک قانون کلی، روزنامه‌نگاران و نماینده‌گان رسانه‌ها حق ورود به بخش‌های درمانی، فرماندهی و عملیاتی بیمارستان را ندارند.

## ۳- اطفای حریق

آموزش به پرسنل در مورد چگونگی استفاده از این وسایل و نیز نصب راهنمایی در هر بخش درباره محل قرار گرفتن این قبیل تجهیزات، باید در برنامه بیان شود.

## ۴- اعلام حریق

لازم است که پرسنل از چگونگی اعلام حریق در شرایط بروز آن و یا احتمال رخ دادن آتش در بیمارستان مطلع باشند. ترجیحاً بهتر است از طریق نصب ایستگاه‌های سیستم هشدار با به صدا در آمدن زنگ و اطلاع‌رسانی کامل به پرسنل در مورد محل قرار گیری این ایستگاه‌ها، این آمادگی حاصل شود.

## ۵- اقدامات امنیتی

نیروهای حراست بیمارستان باید از مراحل اولیه بحران، وارد فاز عملیاتی شده و نحوه مشارکت آن‌ها و وظایف‌شان در برنامه مشخص شود. برخی از وظایف آنها به شرح زیر است:

### ۱- مسدود کردن مسیرهای ورودی

با فعال شدن برنامه مدیریت بحران بیمارستان همه ورودی‌های ساختمان‌های بیمارستان باید بر روی افراد غیر مسؤول و فاقد کارت‌های شناسایی بیمارستان بسته شود.

### ۲- کنترل شدید ورود افراد به بیمارستان

همه بیماران و افراد آسیب‌دیده سریابی باید به محل مشخصی هدایت شوند. بستگان و دوستان بیماران و آسیب‌دیدگان سانحه اجازه ورود به بیمارستان را ندارند. این افراد باید در جاهای مشخصی که معمولاً اتاق انتظار بیمارستان یا بخش اورژانس است، منتظر باشند تا افراد مسؤول در مورد وضعیت بیمار آنها، اطلاعات لازم را کسب کنند.

### ۳- راهنمایی افراد مجاز به ورود به بیمارستان

با فعال شدن برنامه مدیریت بحران بیمارستان تمامی راهها و خیابان‌های منتهی به بیمارستان نیز باید تحت تدبیر امنیتی قرار گیرند. در این زمینه، بخش امنیت و حراست بیمارستان با همکاری پلیس، مسیرهای مشخصی را برای تردد آمبولانس‌ها، ماشین افراد مسؤول و نیز اتومبیل وابستگان بیماران تعیین می‌کنند.

### ۴- حفاظت از پرسنل و بیماران

امنیت پرسنل بیمارستان و بیماران بستری در جریان عملیات باید جزو اولویت‌های مدیریتی باشد. امنیت جانی این افراد در مقابل عوارض ناشی از سوانح (ساختمان نیمه ویران و یا حملات محتمل تروریستی) باید مدنظر بوده و در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ شود.

راهاندازی و ایمنی مرکز عملیات اضطراری بیمارستان بر عهده بخش امنیت و حراست بیمارستان است.

## ۶- اقدامات درمانی شامل اولویت‌بندی مصدومان

کلیه اقدامات درمانی در ورودی اورژانس آغاز می‌شود. اولویت‌بندی مصدومان که برای تصمیم‌گیری‌های بعدی بسیار حیاتی است باید در محل ورود اورژانس انجام گیرد، همچنین پزشکان و افراد دخیل در این امر همچون پرستاران و تکنسین‌های اورژانس باید آموزش‌های لازم را فرا بگیرند.

### ۷- انتظامات

در صورت نبود واحد انتظامات فعال و احساس نامنی در پرسنل و بیماران، عملکرد کلی بیمارستان دچار اختلال خواهد شد. هماهنگی با پلیس در فازهای اولیه برای اطمینان از برقراری امنیت در ورودی‌ها و نیز اطلاع‌رسانی به انتظامات و پلیس مستقر در مورد هدایت مراجعان به محل‌های مربوطه از مسؤولیت‌های این واحد است.

### ۸- برق- تلفن اضطراری

درباره تأمین برق اضطراری و تلفن ویژه شرایط بحران در برنامه، باید تدبیری اندیشه شده شود. همچنین در مورد تعیین فرد مسؤول برای راهاندازی و نیز کنترل این سیستم‌ها باید برنامه‌ای وجود داشته باشد.

### ۹- برقراری سیستم فرماندهی سانحه

برای یک بیمارستان، سیستم فرماندهی سانحه باید ساده، انعطاف‌پذیر و قابل بسط و گسترش باشد. مفاهیم کلیدی در آن عبارتند از:

(الف) ساختار عملیاتی استاندارد با واژه‌شناسی، دستورالعمل‌ها و ساختار یکسان، که می‌تواند به ایجاد هماهنگی بین سازمانی کمک کرده و به راحتی برای انواع مختلف سوانح، کوچک یا بزرگ، قابل استفاده باشد.

ب) ایجاد ساختار فرماندهی یکپارچه و همخوان با برنامه مدیریت بحران بیمارستان، به ویژه در شرایط مداخله سایر سازمان‌ها

ج) ساختار مدونی که به نسبت وسعت و گستردگی بحران، قابل بسط دادن بوده و تعداد زیر مجموعه‌های قابل کنترلی داشته باشد به گونه‌ای که ساختار فرماندهی را دچار ضعف نکند.

د) به کارگیری زبان مشترک در ارتباطات، بدون نیاز به کدگذاری

در شرایط مواجهه با بحران گسترده‌ای که در برنامه مدیریت بحران بیمارستان به آن پرداخته نشده است، لازم است که از ساختارهای مدیریتی بیان شده در سیستم استاندارد استفاده شود.

## ۱۰- بخش‌ها / اورژانس

به منظور آمادگی بخش‌های مختلف بیمارستان باید نکات زیر را مورد توجه قرار داد.

الف) هر بخش مسؤول آماده‌سازی دستورالعمل‌های اختصاصی خود به هنگام فعل شدن برنامه مدیریت بحران بیمارستان است.

ب) برنامه‌های مدیریت بحران بخش‌ها پس از آماده‌سازی به برنامه مدیریت بحران بیمارستان پیوست می‌شوند.

ج) هر بخش فهرست تماس‌های اضطراری مربوط به خود را آماده کرده و آن را به روز نگه می‌دارد.

د) به علت نقش حساس بخش اورژانس در جریان مدیریت بحران بیمارستانی، باید توجه ویژه‌ای به این بخش شود. معمولاً برنامه مدیریت بحران بخش اورژانس با جزئیات بیشتری نگاشته شده و به عنوان یک برنامه مهم به برنامه مدیریت بحران بیمارستان افزوده می‌شود.

ه) برنامه مدیریت بحران سایر بخش‌های بیمارستان عمدتاً شامل فعالیت‌هایی است که هر بخش باید در قبال هر سطح از فعل شدن برنامه به ترتیب اولویت انجام دهد.

## ۱۱- پیراپزشکی

بخش‌های پیراپزشکی بیمارستان نیز باید برنامه مشخصی برای واکنش در سوانح داشته باشند. این برنامه باید فعالیت‌های ویژه هر یک از این بخش‌ها را در قبال سطوح مختلف فعل شدن برنامه، میزان منابع مورد نیاز و نیز روش‌های گردآوری و یا آماده‌سازی این منابع را مشخص کند. این بخش‌ها عبارتند از:

### ۱۱-۱- آزمایشگاه

در سوانح ویژه (سوانح بیولوژیک و پرتوی) ممکن است به رعایت نکات ایمنی ویژه در انجام آزمایش بر روی نمونه‌ها نیاز باشد. آزمایشگاه باید بتواند تعداد زیادی از آزمایشات اولیه را در زمان کم انجام دهد و مواد اولیه و کیت‌های مورد نیاز را باید در اختیار داشته باشد. تهیه خون و فرآورده‌های خونی که ممکن است یکی از مهم‌ترین نیازهای آزمایشگاه باشد، باید در دستورالعمل‌های مشخصی انجام گیرد و بر روی همه مراحل تهیه، نگهداری و توزیع این خون باید دقت کافی اعمال شود.

### ۱۱-۲- داروخانه

داروخانه هم در جریان سوانح ویژه که نیازمند پاذهرهای، آنتی بیوتیک‌ها و داروهای ویژه است، باید شیوه تهییه و فراهم کردن آنها از پیش تعیین کرده باشد. در کل نیازهای دارویی بیماران آسیب‌دیده از سوانح در

ساعت‌های اولیه، بیشتر داروهای مورد نیاز برای پایدار کردن بیمار و سرم درمانی است. داروخانه باید ذخایر مناسبی از این اقلام ضروری و اولیه داشته باشد. افزون بر این در صورت تخلیه این ذخایر، شیوه تهیه فوری آنها از دیگر بیمارستان‌ها و سازمان‌های خارج بیمارستان باید در برنامه مشخص شود.

### ۱۱- رادیولوژی

اقدامات تشخیصی و پرتونگاری ممکن است در حجم بالا در جریان سوانح مورد نیاز باشد و بخش رادیولوژی بیمارستان برای گسترش فعالیت‌های خود باید از برنامه منسجمی بهره گیرد. شمار دستگاه‌های پرتونگاری (رادیولوژی، CT و MRI) باید در تناسب با بزرگی بیمارستان و شمار بیماران پذیرش شده باشد. مواد اولیه مورد نیاز برای فعالیت این واحد نیز باید به تعداد مناسب تهیه و انبار شود.

### ۱۲- به روزرسانی برنامه

در تهیه برنامه مدیریت بحران بیمارستان، باید نمایندگان کلیه واحدها حضور داشته و پس از تدوین، هر بخش مسؤولیت به روزرسانی برنامه خود و اطلاع‌رسانی به تیم مدیریت بحران در مورد تغییرات احتمالی برنامه را دارد.

### ۱۳- پذیرش و ثبت مصدومان

در شرایط بحران انجام مراحل پذیرش و ثبت اطلاعات مصدومان به روش معمول به علت کمبود وقت ناممکن است. بنابراین در برنامه باید پیش‌بینی لازم برای موارد زیر صورت گیرد:

الف) برقراری سیستم ساده و قابل اجرا

ب) برقراری شیوه‌ای برای شناسایی بیمارانی که دقیقاً با حادثه مرتبط هستند

ج) برقراری سیستم قابل اعتماد برای ثبت و نگهداری متعلقات مصدومان

د) تعیین روشی برای کمک به خانواده‌ها در شناسایی محل بستری مصدوم

ه) برقراری سیستم معتبر برای تعیین هویت و مشخصات فردی بیماران

توصیه می‌شود که فرم‌های طراحی شده به منظور ثبت اطلاعات مصدومان، در ورودی بخش اورژانس روی دیوار نصب شوند، تا بدین ترتیب ثبت اطلاعات مصدومان در زمان ورود آنها انجام بگیرد. تجربه این روش در بیمارستان‌ها بسیار موفق بوده و حتی در شناسایی مصدومان ناشناس نیز موثر بوده است.

### ۱۴- پرسنل با ناتوانی‌های فیزیکی

لازم است که پرسنل با ناتوانی‌های فیزیکی و محل خدمت آنها شناسایی و اطلاعات مربوط به آنها در برنامه ثبت شود تا در صورت بروز بحران و مشکلات احتمالی، بر طبق برنامه‌ریزی صورت گرفته با مشکلات ناشی از آن‌ها مقابله کرد.

### ۱۵- تجهیزات عملیاتی، پزشکی و عمومی

برنامه نه تنها باید تجهیزات درمانی مورد نیاز را پیش‌بینی و برای تامین آن راه کار مشخص کند، بلکه در مورد سایر بخش‌ها و قسمت‌ها نظیر رادیولوژی، بانک خون، لابراتوارها و داروخانه نیز باید آمادگی کافی برای درگیر شدن در عملیات مقابله پیش‌بینی شود.

تجهیزات اضافی باید از طریق مسؤول تدارکات تامین شود و اطلاع‌رسانی به این افراد به هر طریق ممکن، حتی استفاده از پیک باید انجام شود.

سفرارش تجهیزات از خارج از بیمارستان باید تحت کنترل مستقیم مدیر خرید انجام گیرد. از سویی دستورالعمل‌های مربوط به این اقدام باید در برنامه موجود باشد.

## ۱۶- تخلیه

تخلیه در بیمارستان می‌تواند به صورت جزئی و یا تخلیه کامل صورت گیرد. تخلیه نیاز به برنامه‌ریزی دقیق و جدی و درک درست از شرایط را دارد. در بیشتر موارد، تخلیه صورت گرفته به دلیل نبود برنامه‌ریزی کافی با شکست مواجه شده است.

### ۱۶-۱- مواردی که باید در برنامه تخلیه مشخص شوند:

در صورت اخذ تصمیم برای تخلیه، باید بر مبنای برنامه تمام موارد زیر از قبل مشخص شده باشند:

(الف) منطقه جایگزین عمودی

(ب) منطقه جایگزین افقی

(ج) مسیر خروج اصلی

(د) مسیرهای خروج ثانویه

در صورت تخلیه کامل بیمارستان، باید محل‌های ثانویه دو گانه‌ای برای جمع‌شدن پرسنل پس از خروج از بیمارستان، مشخص شود.

### ۱۶-۲- انواع تخلیه

بسته به نوع و شدت بحران از روش‌های مختلفی در تخلیه استفاده می‌شود.

#### ۱۶-۲-۱- تخلیه نسبی

در این نوع تخلیه بیماران، آسیب‌دیدگان، پرسنل و منابع در درون بیمارستان جا به جا می‌شوند. این نوع تخلیه ممکن است در دو سطح انجام گیرد:

(الف) افقی: به عنوان نخستین واکنش، بیماران به سمت دورتر از مخاطره منتقل می‌شوند.

(ب) عمودی: جابه‌جا کردن بیماران به مکان امن‌تری در طبقات دیگر بیمارستان و یا بیرون از فضای بیمارستان. این نوع تخلیه به علت نیاز به استفاده از راه پله و جابه‌جایی بیماران بستری مشکل‌تر است.

#### ۱۶-۲-۲- تخلیه کامل

در این نوع تخلیه بیماران، آسیب‌دیدگان، پرسنل و منابع به بیرون از بیمارستان، بیمارستانی دیگر و یا محل‌های از پیش تعیین شده منتقل می‌شوند. در این نوع تخلیه، پرسنل و پزشکان، بیماران را در مسیر همراهی می‌کنند. تخلیه بیمارستان باید از طبقات بالاتر به سمت پایین آغاز شود چون در صورت سرعت گرفتن سانحه، تسریع تخلیه در طبقات پایین، آسان‌تر صورت می‌گیرد.

#### ۱۶-۳- دستورالعمل‌ها

۱۶-۳-۱- دستور تخلیه بیمارستان باید توسط فرمانده حادثه بیمارستان و با هماهنگی با سایر اعضای مرکز عملیات اضطراری صادر شود.

۱۶-۳-۲- تصمیم در مورد تخلیه بیمارستان بر پایه اطلاعات زیر اتخاذ می‌شود:

(الف) ارزیابی وضعیت سازه و تأسیسات بیمارستان

(ب) ارزیابی امکان تداوم خدمات پزشکی در بیمارستان

- ج) امنیت بیشتر محلی که بیمارستان به آنجا منتقل می‌شود.
- ۱۶-۳-۳-۳- بیمارستان باید آلارم‌ها و کدهای مشخصی را برای آغاز تخلیه توسط بخش‌های مختلف تعريف و همه پرسنل را با دستورالعمل‌های استانداردی که باید با شنیدن کدهای مربوطه به اجرا درآورند، آشنا کند.
- ۱۶-۳-۴- تخلیه باید از مخاطره‌آمیزترین بخش‌های بیمارستان (نزدیک‌ترین مکان‌ها به سانجه و دورترین مکان‌ها از خروجی‌های بیمارستان) آغاز شود.
- ۱۶-۳-۵- نزدیک‌ترین یا امن‌ترین خروجی‌ها باید برای تخلیه بیمارستان انتخاب شوند.
- ۱۶-۳-۶- ترتیب تخلیه بیماران باید به ترتیب زیر باشد:
- الف- بیمارانی که در معرض خطر فوری قرار دارند.
  - ب- بیماران متحرک
  - ج- بیماران نیمه متحرک
  - د- بیماران غیرمتحرک
- ۱۶-۳-۷- تمامی درب‌ها باید بسته شوند و در صورتی که زمان کافی در اختیار باشد، جریان اکسیژن، آب، برق و گاز باید پیش از ترک بیمارستان قطع شوند.
- ۱۶-۳-۸- در تخلیه ترجیحاً نباید از آسانسور استفاده شود.
- ۱۶-۳-۹- اطلاعات مربوط به تخلیه شامل زمان تخلیه، روش تخلیه، فهرست بیماران، مقصد تخلیه و فعالیت‌های انجام گرفته در این رابطه باید همگی ثبت شوند.
- ۱۶-۳-۱۰- اطلاعات و مدارک بیماران شامل مدارک شخصی و پرونده‌های پزشکی آنها باید همراه هر بیمار جا به جا شود.
- ۱۶-۳-۱۱- تمهیدات لازم جهت انتقال تجهیزات و امکانات حمایتی چون داروها، غذا، آب و اقلام درمانی دیگر به هنگام تخلیه باید در برنامه تخلیه لحاظ شود.
- ۱۶-۳-۱۲- مسیرهای تخلیه و مسیرهای جایگزین در برنامه برای انتخاب سریع‌ترین و امن‌ترین مسیرها جهت انتقال بیماران و منابع باید تعیین شوند.
- ۱۶-۳-۱۳- تمهیدات لازم جهت تماس با بستگان بیماران و اطلاع‌رسانی در مورد وضعیت سلامت و محل جدیدی که به آنجا منتقل شده‌اند، باید در برنامه لحاظ شود.

## ۱۷- تریاژ

تریاژ عبارتست از اولویت دهی به قربانیان یک سانجه برای دریافت خدمات پزشکی و انتقال بر اساس احتمال نجات یافتن و فوریت نیاز به دریافت خدمات پزشکی.

منطق تریاژ در سوانح با تریاژ در وضعیت عادی متفاوت است، در تریاژ در وضعیت عادی، احتمال زنده ماندن بیمار به هر میزان که باشد، خدمات پزشکی با فوریت برای وی انجام می‌گیرد ولی در سوانح به علت محدودیت در منابع، به ناچار باید با بیماران با اولویت برخورد کرد. در ضمن انجام بررسی‌های تشخیصی و آزمایشگاهی پیچیده در زمان بروز سوانح جایگاهی ندارد.

فعالیت‌هایی که مرتبط با تریاژ انجام می‌گیرد عبارتند از:

- الف) یافتن قربانیان
- ب) ارزیابی میزان آسیب

ج) تعیین اولویت‌ها

د) احیاء اولیه بیمار

ه) درمان قطعی بیماران (معمولاً در بیمارستان)

تریاژ در محل حادثه، در فاصله انتقال و در بد و ورود بیمار به بیمارستان انجام می‌گیرد.

## ۱-۱۷- طبقه‌بندی

متدهای متفاوتی در تریاژ بیمار و طبقه‌بندی آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. استفاده از رنگ‌های مشخص برای گروه‌های بررسی شده، شایع‌ترین روش طبقه‌بندی بیماران است. در این روش رنگ مربوطه توسط مازیک، برچسب‌های رنگی یا کارت‌های رنگی بر روی بخش قابل رویتی از بدن بیمار نصب می‌شود. هر رنگ نشانه یک گروه از بیماران است.  
این رنگ‌ها عبارتند از :

**قرمز:** بیماران اورژانسی که نیازمند درمان‌های نجات‌دهنده فوری هستند.

**زرد:** بیماران نسبتاً پایدار که توجه خاص پزشکی را طلب می‌کنند.

**سبز:** آسیب‌های جزئی که می‌توانند برای درمان منتظر بمانند.

**سیاه:** بیمارانی که امیدی به زنده ماندن آنها نیست و کسانی که مرده‌اند.

## ۲-۱۷- فعالیت‌ها

پس از انجام تریاژ اولیه در بد و ورود بیمار به بیمارستان، بیمارانی که برچسب قرمز و زرد دارند مستقیماً به بخش اورژانس یا محل درمان منتقل می‌شوند. بیمارانی که برچسب سبز دارند، وارد یک صف می‌شوند تا به تدریج و در صورت وجود گنجایش به اورژانس منتقل شوند. بیماران با برچسب سیاه مستقیماً به بخش سردخانه منتقل می‌شوند.

در صورتی که بیماران مشکوک به آلودگی با مخاطرات شیمیایی، بیولوژیک و پرتوی باشند باید پس از انجام تریاژ اولیه توسط تیم تریاژ و نبود وضعیت تهدید‌کننده حیات فوری، برای آلودگی‌زدایی به بخش مربوطه منتقل شوند. آمار تعداد بیماران با رنگ‌های مختلف باید نگهداری و به طور دوره‌ای به مرکز عملیات اضطراری ارائه شود.

## ۱۸- تعیین ظرفیت پذیرش و درمان مصدومان



به طور کلی در بیمارستان‌ها، دو دلیل مشخص برای اشتباه در تخمین تعداد مصدومانی که در جریان وقوع سانحه باید در بیمارستان پذیرش شوند، وجود دارد؛

الف) در نظر گرفتن تعداد تخت و یا ظرفیت پذیرش بعنوان معیار تعیین کننده

ب) نگرش خوش‌بینانه به ظرفیت‌های درمانی موجود

در تعیین تعداد مصدومان قابل پذیرش در یک بیمارستان، باید به ظرفیت درمانی آن بیمارستان توجه کرد. ظرفیت درمانی به وسیله تعیین تعداد اتاق‌های عمل فعال، تیم‌های جراحی، و نیز ICU های فعال تعریف می‌شود. البته این اعداد می‌تواند از طریق لغو کردن عمل‌های اختیاری، فراخوانی تیم‌های جراحی اضافی و انتقال زودهنگام بیماران بستری از ICU به بخش‌های عادی اضافه شوند.

## ۱۹- تقسیم‌بندی فضاهای بیمارستان برای استفاده در زمان حوادث غیرمتربقه



افزایش شرایط پذیرش مصدومان، به ایجاد و یا گسترش فضاهای ویژه و مناسب این امر نیاز دارد. به علاوه باید فضاهای خاص در نظر گرفته شده برای هر منظور در جریان فاز مقابله، مشخص و آماده باشند (به عنوان مثال فضای در نظر گرفته شده برای مصدومان با اولویت سبز، مرکز فرماندهی، محل پذیرش خبرنگاران وغیره). لازم است فضاهای مورد نیاز از پیش تعیین و تخصیص فضا بر اساس امکانات در برنامه مشخص شود.

## ۲۰- توقف برنامه



اقداماتی که به منظور توقف برنامه به ترتیب باید انجام گیرد به شرح زیر است.

(الف) فرمانده حادثه بیمارستان با مشورت سایر اعضای مرکز عملیات اضطراری، زمانی که دیگر نیازی به ادامه عملیات واکنش نباشد، تصمیم به توقف برنامه می‌گیرد.

(ب) مرکز تلفن، پیام توقف برنامه را از مرکز عملیات اضطراری دریافت کرده و با آلام ریا کدهای مربوطه آن را اعلام می‌کند.

(ج) پس از پایان عملیات و توقف برنامه، رؤسای بخش‌های بیمارستان و مسوولان حاضر در عملیات موظف هستند حداقل تا ۷۲ ساعت گزارشی کامل از عملیات و فعالیت‌های انجام گرفته، مشکلات احتمالی و راه حل‌های پیشنهادی خود را به کمیته مدیریت بحران بیمارستان تحويل دهنند.

## ۲۱- جریان اطلاعات



جریان اطلاعات تنها در اثر ارتباط بین پرسنل عملیاتی و خبرنگاران رسانه‌ها و در محل حادثه صورت نمی‌گیرد. جریان اطلاعات در داخل بیمارستان نیز از اهمیت زیادی برخوردار است و تنها راه جلوگیری از پخش شایعات و سردرگمی اطلاعاتی و نیز انتقادات احتمالی ناشی از آن، ایجاد زنجیره اطلاعاتی واضح است.

این زنجیره مشتمل بر اجزای زیر است:

(الف) اطلاع‌رسانی به / از پرسنل

(ب) اطلاع‌رسانی به / از سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌های عملیاتی، نظیر آمبولانس‌ها و پلیس

(ج) اطلاع‌رسانی به / از خانواده‌ها و آشنایان

(د) اطلاع‌رسانی به / از رسانه‌ها، رسانه‌ها معمولاً اطلاعات خود را به دست می‌آورند، پس بهتر است اطلاعات درست و کنترل شده در اختیار آنها گذاشت.

## ۲۲- چک‌لیست‌ها و کتابچه‌های شرح وظایف



اسناد مربوط به برنامه مدیریت بحران بیمارستان در فاز آمادگی و برای آموزش باید در بین پرسنل توزیع شوند، اما در جریان مقابله با یک بحران به علت حجم زیاد قابل استفاده نیستند، بلکه آنچه مورد نیاز است چک‌لیست‌های از پیش طراحی شده و کتابچه‌های شرح وظایف برای افراد است که باید از قبل چاپ و آماده استفاده باشند.

## ۲۳- روابط عمومی

لازم است در زمان بحران برای دریافت و پاسخ به تلفن‌ها، تبادل اطلاعات با مطبوعات، رادیو و خانواده‌های مصدومان، واحد روابط عمومی فعال شود.

## ۲۴- زمان برنامه‌ریزی

هر بیمارستان الزاماً باید دارای برنامه جامع مدیریت بحران باشد. برنامه‌ریزی اگر به موقع و در زمان خود انجام گیرد، می‌تواند منجر به تقویت آمادگی و نهایتاً حفظ سرمایه‌ها شود. بسیاری از اقدامات و آمادگی‌ها می‌توانند در برنامه‌ریزی شناسایی و در برنامه گنجانده شوند که در صورت نادیده انگاشتن، می‌توانند خسارت‌ها و مشکلات زیادی را در زمان بروز سانحه وارد کنند. توجه صرف بر تامین تجهیزات و تکیه بر امکانات و تجهیزات پیشرفته نمی‌تواند موقوفیت ما را در مواجهه با بحران تضمین کند. آنچه به ما امکان مدیریت و کنترل شرایط بحرانی را می‌دهد، برنامه‌ریزی به موقع و هوشمندانه است.

## ۲۵- زنجیره فرماندهی

افرادی که به ترتیب در زنجیره فرماندهی بحران، مسؤولیت‌هایی را بر عهده دارند، چه بر مبنای سیستم فرماندهی بحران و یا سیستم انتخابی بیمارستان، باید با حفظ ترتیب در برنامه مشخص شوند، به عنوان نمونه به ترتیب زیر:

- مدیر بیمارستان
- سوپر وایزر
- مسؤول اتاق بحران

## ۲۶- ژنراتورها

الکتریسیته از مهم‌ترین عوامل در انجام فعالیت‌های بیمارستان و یکی از اولین مشکلات اساسی در شرایط بحران است بنابراین برنامه‌ریزی برای تامین انرژی اضطراری یک اولویت است. ژنراتورها و منابع سوختی آن‌ها باید در محل ایمن و در ارتفاع مناسب برای اینمنی در برابر سیل قرار داده شوند و باید ظرفیت کافی برای راهاندازی تجهیزات پزشکی و نیز سیستم تهویه هوا، حداقل برای بخشی از ساختمان و برای مدت زمان قابل قبول را داشته باشد.

## ۲۷- سردخانه

مصدومانی که مرگ آنها قطعی نشده است، باید توسط برچسبی مشخص شوند (یا برچسب رنگی تریاژ). اطلاعات مربوط به این گروه، همراه با اعلام وضعیت آنها، باید به مرکز فرماندهی بحران منتقل شود تا در لیست مصدومان ثبت گردد.

اجساد باید در مرحله اول شناسایی شوند. هر نوع اطلاعات قابل جمعآوری باید بر طبق دستورالعمل برنامه، بر روی برچسب متصل به جسد و نیز گزارش پزشکی آن نوشته شوند تا در مراحل بعدی شناسایی مورد استفاده قرار بگیرند.

در مرحله انتقال اجساد به سردخانه یا محل نگهداری، باید گزارشی از تعداد اجساد و نیز سازمان انتقال دهنده آنها به بیمارستان نظیر پلیس، اورژانس و یا هر سازمان دیگر در صورت وجود، تهیه شود. برنامه باید از انجام تمام امور اداری و ثبت اطلاعات در این مراحل اطمینان حاصل کند.

## ۲۸- سوخت و سایر منابع

برای اینمن‌سازی کافی، بهتر است فرض شود که امکان کمک‌رسانی به بیمارستان برای مدت یک هفته بعد از حادثه گسترده وجود ندارد. بنابراین برای ایجاد آمادگی کافی لازم است ذخیره ۷ تا ۱۰ روزه از بتنزین، آب آشامیدنی، غذا و تجهیزات ضروری پزشکی در برنامه‌ریزی گنجانده شود. به عنوان مثال تامین تانکرهای آب و سوخت در صورت نیاز؛ هماهنگی با تامین‌کنندگان برای انتقال و تحویل اقلام مورد نیاز قبل از وقوع بحران (در فاز هشدار) و هماهنگی برای امکان باز پس دادن اقلام استفاده نشده پس از بازگشت به شرایط عادی؛ اطمینان از اینکه تامین‌کننده می‌تواند از چند محل نیازمندی‌های ما را تامین کند تا در صورت دسترسی نداشتن به یکی از محل‌ها، بیمارستان در تنگنا قرار نگیرد. در شرایط بحران، بیمارستان به عنوان مرکز کمک‌رسانی، باید پذیرای خیل افراد متاثر از سانحه باشد که در جستجوی آب و غذا هستند. بنابراین لازم است در برنامه‌ریزی برای تامین فضا و آب و غذای اضطراری به این‌گونه مشکلات نیز توجه شود.

### مسؤولیت‌های ویژه

#### مدیر بیمارستان

در زمان بروز بحران گسترده و خارج بیمارستانی، مدیر بیمارستان باید برای تایید بحران با مسوولان تماس گرفته و کسب اطلاع کند سپس بر مبنای نیاز، اجازه اعلام بحران به پرسنل و اعلام وضعیت به سازمان‌های همکار را صادر کرده و در مرکز فرماندهی مستقر گردد تا در دسترس باشد.

#### مدیر پرستاری

مدیر پرستاری، در شرایط غیبت مدیر بیمارستان و در زمان بروز بحران گسترده و خارج بیمارستانی، وظایف او را بر عهده گرفته، کلیه مسوولان بخش‌های مورد نیاز را فراخوانی کرده و از ارائه خدماتی نظیر اطلاع‌رسانی به خانواده‌ها و انتقال اطلاعات در حوزه کاری خود به مرکز فرماندهی بحران، اطمینان حاصل کند.

#### سوپر وایزر

سوپر وایزر، مسؤولیت تعیین گستردگی بحران، مشخص کردن سطح آن و اطلاع‌رسانی به مدیر بیمارستان و مدیر پرستاری را در صورت حضور نداشتن آنها در بیمارستان بر عهده دارد، سپس مدیر پرستاری نسبت به اطلاع‌رسانی و فراخوانی مدیران بخش‌ها و یا جانشینان آنها اقدام می‌کند. همچنین راه اندازی اولیه مرکز فرماندهی و اطمینان از وجود نیروی انسانی کافی از مسؤولیت‌های این پست است.

#### پذیرش

فراخوانی پرسنل مورد نیاز با اطلاع مرکز فرماندهی، لغو کردن کلیه پذیرش‌های عادی، راهنمایی نمایندگان مطبوعات و خانواده‌ها به محل خود و کمک به ترجیح بیماران در صورت نیاز به ترجیح زود هنگام آنان، از وظایف این واحد است.

## آشپزخانه

فراخوانی پرسنل مورد نیاز با اطلاع مرکز فرماندهی، غذارسانی به مصدومان انتقال داده شده، بیماران بستری، پرسنل و در نهایت تعیین جیره غذایی در شرایط بحران و اطمینان از وجود منابع کافی از مسؤولیت های این واحد است.

## فنی

فراخوانی پرسنل مورد نیاز با اطلاع مرکز فرماندهی، اطمینان از عملکرد مناسب و کامل همه تجهیزات مورد نیاز در شرایط خاص بحرانی، بر پا کردن تختهای اضافی در صورت نیاز و انتقال تجهیزات موجود در انبارها به محل مورد نیاز و در صورت نیاز کمک به انتقال مصدومان از آمبولانس به محل تریاژ از مسؤولیت های این بخش است.

## مسوول اتاق عمل

سوپروایزر یا مسؤول اتاق عمل باید پرسنل مورد نیاز و جراحان اورژانسی را با اطلاع مرکز فرماندهی فراخوان کرده، لیست اقلام و تجهیزات موجود را در اختیار داشته باشد و برای تامین ستهای استریل اضافه ایجاد آمادگی کند. تقسیم وظایف بین پرستاران اسکراب و چرخش آنان را کنترل کرده و در صورت خالی شدن اتاق عمل یا ریکاوری، واحد تریاژ را مطلع کند. همچنین از حضور پرسنل بیهوشی و وجود مقادیر کافی از داروهای بیهوشی اطمینان حاصل کند.

## سوپروایزر یا مسؤول واحدهای درمانی

باید در ارتباط دائم با مرکز فرماندهی بوده، در صورت نیاز، از طریق اطلاع رسانی به واحد فنی، امکان گسترش بخش‌ها و به کارگیری تختهای اضافه را فراهم کند. به کارگیری روش ترخیص و یا جابه‌جایی بیماران برای ایجاد فضای بیشتر برای مصدومان، هماهنگی دریافت وسایل مورد نیاز از واحدهای دیگر نظری خرید، رختشویی و آشپزخانه و همچنین تخلیه بیماران و انتقال آنها به مکان امن در صورت بروز بحران داخلی نیز از مسؤولیت‌های این جایگاه است.

## ICU

بعد از دریافت اعلام وقوع بحران، بخش ICU باید بیماران را از لحاظ امکان ترخیص یا انتقال بررسی کرده و به منظور انجام این ارزیابی، شرایط آن باید از قبل تعیین شده باشد. در صورت عدم ممانعت بر اساس مندرجات دستورالعمل، باید این بیماران را به خارج از ICU منتقل کرد سپس باید واحد را برای پذیرش بیماران جدید آماده کرده و با استفاده از تلفن، پیک یا هر وسیله ارتباطی به مرکز فرماندهی اطلاع داد.

## تصویربرداری پزشکی

مسوول واحد یا جانشین او که در برنامه مشخص می‌شوند، باید از تعداد نسبی مصدومان و هر نوع اطلاعات مفید دیگر اطلاع حاصل کرده و بر مبنای ارزیابی نیاز به پرسنل، پرسنل واحد را فراخوانی کند. همچنین مسؤول واحد باید از وجود یا دست‌یابی به تجهیزات و ملزمات اضافه، اطمینان حاصل کند.

## آزمایشگاهها

در شرایط اضطراری، فراخوانی پرسنل مورد نیاز با اطلاع مرکز فرماندهی و اطمینان از تامین تجهیزات، خون و وسایل اضافی دیگر از سایر منابع باید در برنامه این واحدها گنجانده شود.

## انبار تجهیزات

نیاز به برنامه‌ریزی برای فراخوانی پرسنل بر حسب نیاز، تامین نیازمندی‌های همه واحدها، انتقال تجهیزات و وسایل به واحدها حتی با استفاده از پیک، تهیه و نگهداری لیست به روز شده از همه

تامین‌کنندگان که در صورت نیاز می‌توان به آنها مراجعه کرد و نهایتاً نگهداری لیست به روز شده از کلیه اقلام موجود در انبارها را دارد.

#### داروخانه

تهیه و نگهداری لیست از همه تامین‌کنندگان و فروشنده‌گان دارو که در صورت نیاز می‌توانند داروها را به سرعت تامین کنند و در دسترس نگه داشتن ذخیره حداقلی از داروهای بحران در همه شرایط باید در دستورالعمل داروخانه دیده شود. این واحد باید دائماً فعال بوده و برای تحويل داروها، دارای پیک باشد.

#### واحدهای خاص

این واحدها نظیر کاردرومی، فیزیوتراپی و غیره باید در صورت نیاز به استفاده از آنها در جریان فرآیندهای تریاژ و یا درمان، دارای دستورالعمل‌های خاص خود باشند.

#### برق اضطراری

بیمارستان‌الزاماً به سیستم برق اضطراری مجهز است که برای شرایط بحران و با استفاده از ژنراتور و یا سیستم دیگری فعالیت می‌کند. لازم است که وجود ملحقات این ژنراتور یا وسیله‌جایگزین آن نظیر سوخت و یا باطری به صورت ماهیانه و مرتب چک شود و برنامه بر این امر تاکید داشته باشد.

سایر وظایف این بخش‌ها بر مبنای چارت‌های اختصاصی در سیستم فرماندهی بحران تعیین می‌شوند.

### ۲۹- سیستم‌های جایگزینی

سیستم‌های فنی، مثل سیستم ارتباطی، سیستم تامین انرژی و یا گازهای طبی ممکن است به علت استفاده بی‌رویه، خسارات‌های فیزیکی و یا سایر عوامل، دچار اختلال یا از کارافتادگی شوند. بنابراین لازم است در برنامه مدیریت بحران بیمارستان، چنین احتمالاتی در نظر گرفته شده و شرایط جایگزینی یا هر اقدام مناسب دیگر معین شود.

### ۳۰- فعال‌سازی

فعال‌سازی برنامه، زمانی صورت می‌گیرد که سانحه در درون یا بیرون بیمارستان رخ داده و عملکرد بیمارستان را متاثر یا مختلف کرده باشد.

#### ۱- سطوح فعال‌سازی

فعال‌سازی برنامه می‌تواند در سطوح مختلف انجام شود. برای نمونه می‌توان سه سطح زیر را تعریف کرد:

##### ۱-۱- فعال‌سازی برنامه در سطح بخش اورژانس

زمانی صورت می‌گیرد که منابع موجود در بخش اورژانس برای واکنش در برابر سانحه ایجاد شده، کافی باشد و این بخش بتواند با پشتیبانی بخش‌های دیگر بیمارستان بدون مشکل سانحه را مدیریت کند.

##### ۱-۲- فعال‌سازی جزئی برنامه مدیریت بحران بیمارستان

در صورتی که منابع موجود در بخش اورژانس برای واکنش در برابر سانحه ایجاد شده کافی نباشد ولی با افزودن منابع اضافی به این بخش و تجهیز بیشتر آن این امکان فراهم شود، برنامه به طور جزئی فعال می‌شود.

### **۳-۱-۳۰- فعالسازی کامل برنامه مدیریت بحران بیمارستان**

شمار قربانیان ناشی از سانحه و یا میزان آسیب ناشی از سوانح به اندازه‌ای است که منابع و عملکرد بیمارستان به گونه‌ای چشم گیر متأثر شده و فعالسازی کامل بیمارستان را طلب می‌کند.

پس از تعیین سطح فعالسازی، فرمانده حادثه بیمارستان دستور اعلام فعال شدن برنامه را از طریق سیستم پیج و آلام‌های بیمارستان صادر می‌کند. مرکز عملیات اضطراری به طور کامل فعال شده و پرسنل کلیدی، توسط مرکز تلفن به مرکز عملیات فراخوانده می‌شوند و برنامه مدیریت بحران بیمارستان طبق دستورالعمل‌های اختصاصی خود به اجرا در می‌آید.

### **۳-۲-۳۰- اطلاع‌رسانی در زمینه فعالسازی برنامه**

اطلاع‌رسانی در زمینه فعالسازی برنامه در سه سطح انجام می‌گیرد:

#### **۱-۲-۳۰- سطح نخست**

اطلاع‌رسانی مرکز تلفن: فهرست کامل و به روزی از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه در هر سطحی توسط مرکز تلفن از درون و بیرون بیمارستان فراخوانی شوند، تهیه می‌شود. مرکز تلفن با دریافت فرمان فعال شدن برنامه، موظف است با این افراد تماس بگیرد.

#### **۲-۲-۳۰- سطح دوم**

اطلاع‌رسانی بخش‌ها: هر بخش بیمارستان باید فهرست مشابهی از پرسنل خود را تهیه و ترتیب اولویت تماس با افراد و نیز افراد جایگزین را تعیین کند.

#### **۳-۲-۳۰- سطح سوم**

اطلاع‌رسانی در سطح جامعه: با پیشرفت عملیات واکنش مرکز عملیات اضطراری باید با سازمان‌ها و مراجع خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کرده و آنها را در جریان روی دادن سانحه و نیازهای احتمالی قرار دهد.

### **۳۱- کنترل ترافیک**

ممنوع کردن دسترسی به بخش‌ها و مناطق خاصی از بیمارستان، می‌تواند از بروز اغتشاش و سردرگمی پرسنل جلوگیری کند. بنابراین کنترل ترافیک در موقع بروز سانحه با گستردگی زیاد، مهم بوده و ممکن است برنامه هماهنگ با نیروهای پلیس را نیاز داشته باشد. ترافیک به دو صورت داخلی و خارجی باید مدیریت شود: ترافیک داخلی و ترافیک خارجی.

#### **۱-۳۱- ترافیک داخلی**

Traffیک داخلی یعنی کنترل جریان پرسنل، بیماران، آسیب‌دیدگان، همراهان و منابع در درون بیمارستان (برای نمونه درون کوریدورها). تمهیدات لازم جهت تعیین مسیرهای ورود و خروج بیماران و آسیب‌دیدگان به بیمارستان و بخش‌های حیاتی باید در برنامه لحاظ شود. در استفاده از آسانسور باید به افرادی که نمی‌توانند حرکت کنند و نیز انتقال منابع اولویت بیشتری داده شود.

#### **۲-۳۱- ترافیک خارجی**

تجمع خودروها در راه‌های منتهی به بیمارستان و ایجاد ترافیک‌های شدید می‌تواند مسیر آمبولانس‌ها را برای انتقال سریع آسیب‌دیدگان و قربانیان سد کند. افزون بر این پرسنل کلیدی نیز ممکن است از رسیدن به موقع به بیمارستان باز بمانند.

برای جلوگیری از این معضل، فرد یا افرادی باید با همکاری نزدیک با پلیس و آتشنشانی مسیرهای معینی را برای تردد هر نوع خودرو ایجاد کنند. افزون بر این مسیرهای مشخصی نیز باید برای تردد پرسنل، بیماران، آسیب‌دیدگان، مراجعه‌کنندگان، داوطلبان و اهل مطوعات در نظر گرفته شود.

بخش امنیت بیمارستان موظف است از پیش، کارت‌های شناسایی مشخصی را در اختیار پرسنل کلیدی قرار دهد و تردد به هنگام وقوع سانحه در فضاهای ویژه‌ای تنها منوط به در دست داشتن کارت‌های شناسایی معتبر باشد. در صورت امکان، باید ورودی‌های مختلفی برای ورود خودروها و افراد به بیمارستان در نظر گرفته شود. بهتر است هر یک از مسیرهای تعیین شده در برنامه قید شود.

فضاهای درمانی و فضای پذیرش بیمار بر روی افراد غیرمسوول بسته بوده و افراد غیرمسوول (داوطلب و همراهان بیماران) نمی‌توانند وارد این فضاهای شوند. بهتر است برای جلوگیری از ازدحام اتوبیل در پارکینگ‌ها، محل‌های مشخصی برای پارک شدن هر نوع خودرو در نظر گرفته شود.

## ۳۲- لباس و وسائل ارزشمند

در بخش بستری باید کیسه‌های پلاستیکی برای نگهداری متعلقات مصدومان، فرم‌هایی برای ثبت متعلقات هر مصدوم و انبار برای نگهداری این وسائل، وجود داشته باشد.

## ۳۳- مدیریت بیماران و آسیب‌دیدگان

لازمه مدیریت کارآمد بیماران توجه به چهار عامل: آمادگی، فضاهای درمانی، آلودگی‌زدایی و نیروی انسانی است.

### ۱-۳۳- آمادگی

با دریافت هشدار، بیمارستان باید تغییراتی در ارائه خدمات و نیز بسیج نیروهای خود ایجاد کند که امکان پذیرش و درمان شمار زیادی از قربانیان فراهم شود. این اقدامات عبارتند از:

(الف) لغو کردن عمل‌های جراحی اکتیو

(ب) مرخص کردن بیماران اضافی بر اساس یک دستورالعمل مشخص. این مساله باید شامل بیمارانی شود که مرخص شدن آنها برای خود آنها و نیز برای جامعه مضر نیست.

(ج) بسیج منابع درمانی و تجهیزات پزشکی بیمارستان. ارزیابی امکان آماده‌سازی منابع بیشتر و چگونگی آماده‌سازی آنها از منابع بیرون بیمارستان با توجه به گستردگی سانحه.

(د) فراهم کردن فضاهای اضافی در بخش سرخانه بیمارستان برای نگهداری تلفات جانی ناشی از حادثه.

(ه) تجهیز بخش اورژانس و بخش‌های حمایت کننده.

### ۲-۳۳- فضاهای درمانی

یکی از نکات کلیدی گسترش دادن فضاهای درمانی بیمارستان برای رسیدگی به شمار زیاد قربانیان است. برای این منظور می‌توان پست‌های متعددی را بیرون از فضای بیمارستان تعییه کرد تا بیماران پیش از ورود به بیمارستان تحت ارزیابی‌های اولیه، تریاژ دوباره، آلودگی‌زدایی و دریافت کمک‌های اولیه قرار گیرند.

فضای پذیرش بیماران می‌تواند بر حسب نیاز در فضای باز روبرو یا کنار بیمارستان بروپا شود. در این فضا تیمهای ارزیابی سریع و تریاژ به طور سیار بیماران را ارزیابی و اولویت‌های درمانی را تعیین می‌کنند. توزیع منابع و پرسنل در چنین فضایی اهمیت بسیار دارد.

تخلیه بخش‌های غیر اورژانس بیمارستان و گسترش فضای بخش‌های حیاتی چون اورژانس، بخش جراحی، اتاق عمل و غیره یکی از اقدامات در راستای افزایش توان پذیرش بیماران بیشتر در بیمارستان است.

### ۳-۳-۳- آلدگی‌زدایی

تمامی قربانیان حوادث شیمیایی، بیولوژیک و پرتوی نیازمند آلدگی‌زدایی هستند. برای جلوگیری از انتقال آلدگی به داخل بیمارستان در چنین سوانحی باید ورودی و خروجی‌های بیمارستان محدود شده و فضاهای معینی به صورت «پاک» و «آلوده» تعیین شوند.

تشخیص آلدگی قربانیان در بسیاری از موارد به تجهیزات فوق تخصصی نیازمند است که در صورت وجود چنین مخاطراتی، این تجهیزات باید آماده شده و چگونگی به کارگیری آنها آموزش داده شود. لباس‌های محافظتی باید برای پرسنل فعال در این بخش تعییه شود تا ضمن جلوگیری از توزیع آلدگی از این افراد در برابر خطرات احتمالی محافظت شود.

دستورالعمل‌های مشخصی باید برای آلدگی‌زدایی از هر نوع قربانی مشکوک به آلدگی تعریف شود. درآوردن لباس‌ها و دوش گرفتن با آب و صابون می‌تواند تا حد بسیار زیادی آلدگی افراد را کاهش دهد. ولی این کارها باید در چارچوب یک برنامه منسجم و مشخص انجام شود. البسه به دست آمده از هر بیمار باید کدگذاری و نگهداری شود.

آلودگی‌زدایی از خودروهایی که به فضای بیمارستان رفت و آمد می‌کنند با روش‌های از پیش تعیین شده، باید مدنظر باشد. باید امکانات لازم جهت آلدگی‌زدایی از بیماران غیرمتحرک و بستری نیز فراهم شود. این گروه معمولاً به علت سختی در خارج کردن لباس‌ها یا همکاری برای دوش گرفتن، مستعد انتقال آلدگی به فضاهای پاک هستند.

پرسنل باید برای استفاده از تجهیزات آلدگی‌زدایی، رعایت حریم‌های آلدگی و نیز استفاده از البسه حفاظت شخصی آموزش‌های لازم را دریافت کنند.

### ۴-۳-۳- نیروی انسانی

پرسنل هر بخش باید از برنامه مدیریت بحران اختصاصی آن بخش که زیرمجموعه‌ای از برنامه مدیریت بحران بیمارستان است، تعیین کنند. این افراد باید خود را به فرد مسؤول که در برنامه تعییه شده است، معرفی و مسؤولیت‌های محوله را به اجرا در آورند. برای فراخوانی پرسنل از بیمارستان باید دستورالعمل‌های مشخصی وجود داشته باشد. معمولاً شیوه مدیریت نیروی انسانی در جریان سوانح به گستردگی و شدت سانحه و در حقیقت به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد. برای نمونه می‌توان در کل برای سه سطح فعال شدن برنامه نکات زیر را اشاره کرد:

۱-۴-۳- سطح یک: در این شرایط هیچ تغییری در نیروی انسانی بیمارستان ایجاد نمی‌شود.

۲-۴-۳- سطح دو: تعداد پزشک و پرسنل فقط در صورت نیاز تغییر می‌کند. در این صورت پرسنل

توسط سیستم پیج به جاهایی که نیاز است فراخوانی می‌شوند.

۳-۴-۳- سطح سه: تغییرات کامل در توزیع پرسنل و مسؤولیت‌های آنها رخ می‌دهد.

### ۳۴- مراقبت‌های اجتماعی



مراقبت‌های روانی از پرسنل و خانواده‌های مصدومان باید در برنامه لحاظ شود. تامین پرسنل تخصصی به این منظور، نظری روانپژوهی و روانکاو، بخش مهمی از برنامه مدیریت بحران بیمارستان است.

### ۳۵- مرکز عملیات اضطراری بیمارستان



مرکز عملیات اضطراری بیمارستان مکانی است که هدایت، کنترل و هماهنگی عملیات بیمارستان در آن انجام می‌گیرد. این مرکز از نظر فیزیکی، تجهیزات و امکانات و پرسنل دارای خصوصیاتی است که امکان مدیریت بهینه عملیات را فراهم کند.

در برخی از بیمارستان‌ها، بیش از یک مرکز عملیات برای هماهنگی فعالیتها تشکیل می‌گردد. برای نمونه مرکز کنترل پزشکی که در محل پذیرش بیماران بیرون از بیمارستان و یا اورژانس تشکیل می‌شود و مسؤولیت تریاچ، اقدامات اولیه بیماران، اعزام بیماران به مرکز دیگر و نیز هماهنگی منابع مورد نیاز برای این فضاها را بر عهده دارد. این مرکز زیر نظر مرکز عملیات اضطراری بیمارستان فعالیت می‌کند و هدف از تشکیل آن، هماهنگ کردن فعالیت‌هایی است که به علت بُعد مسافت ممکن است توسط مرکز عملیات اضطراری قابل مدیریت نباشد.

### ۱- ویژگی‌های فیزیکی

مرکز عملیات اضطراری باید از نظر محل قرارگیری، بیشترین دسترسی را به بخش‌های کلیدی چون اورژانس داشته باشد. این مرکز معمولاً در محل امنی از ساختمان انتخاب می‌شود تا با احتمال کمتری در جریان سوانح آسیب بییند. محل فیزیکی مرکز عملیات اضطراری در بیمارستان تعیین و در این بخش از برنامه ذکر می‌شود.

### ۲- مسوولیت‌های مرکز عملیات اضطراری بیمارستان

(الف) دریافت اطلاعات مربوط به منابع و مدیریت منابع

(ب) دریافت اطلاعات مربوط به پرسنل در دسترس و فراخوانی پرسنل

(ج) نظارت بر واکنش بیمارستان در سوانح

(د) حفظ ارتباط با سازمان‌های خارج از بیمارستان

(ه) حفظ ارتباط با همه بخش‌های بیمارستان از جمله مرکز کنترل پزشکی

(و) ثبت و نگهداری همه مستندات و داده‌های مرتبط با عملیات

### ۳- پرسنل

در مدل استاندارد سیستم فرماندهی حادثه در بیمارستان افراد کلیدی زیر پیشنهاد شده‌اند:

(الف) فرمانده حادثه بیمارستان (افرادی که این مسؤولیت را بر عهده می‌گیرند، پیش‌تر تعیین شده‌اند)

(ب) ارشد روابط عمومی

(ج) ارشد هماهنگی

(د) ارشد ایمنی

(ه) متخصص فنی / پزشکی

- و) ریس بخش عملیات
- ز) ریس بخش پشتیبانی
- ح) ریس بخش مالی / اداری
- ط) ریس بخش برنامه‌ریزی

#### ۴-۳۵- تجهیزات

- (الف) تجهیزات ارتباطی داخلی (تلفن، سیستم پیج، بی‌سیم، پیجرها، موبایل)
- (ب) تجهیزات ارتباطی خارجی (تلفن، پیجرها، بی‌سیم، موبایل)
- (ج) برنامه مدیریت بحران بیمارستان / فهرست تماس‌های اضطراری / برنامه مدیریت بحران شهر یا جامعه
- (د) نقشه‌های منطقه و بیمارستان
- (ه) تجهیزات روشنایی (مرکزی و دستی)
- (و) امکانات رفاهی (دستشویی، تخت خواب، حمام..)
- (ز) تجهیزات رایانه‌ای (رایانه، چاپگر، سیستم‌های UPS)
- (ح) نوشت‌افزار

#### ۵-۳۵- فعال‌سازی

این مرکز با دستور فرمانده حادثه بیمارستان فعال می‌شود. بخش حراست بیمارستان درب این مرکز را باز کرده و از فعال‌بودن سیستم‌های ارتباطی و رایانه‌ای اطمینان حاصل می‌کند. پرسنل مرکز عملیات باید پس از دریافت هشدار سوانح، خود را به مرکز عملیات رسانده و به فرمانده حادثه معرفی کنند.

#### ۶- ۳۶- مسیرهای از پیش تعیین شده برای انتقال مصدومان

در برنامه باید بخشی را به نقشه راهنمای مسیرها در هر بخش و هر طبقه اختصاص دهید تا از اغتشاش و سردرگمی در زمان بحران جلوگیری شود. توصیه می‌شود نقشه مسیرها برای سهولت استفاده در زمان بحران، رنگی طراحی شود.

#### ۷- ۳۷- مواد خطرناک

باید در برنامه ترتیبی اتخاذ شود که مواد خطرناک موجود در هر بخش با استفاده از یک چک‌لیست ساده مانند چک‌لیست زیر شناسایی و اطلاعات آنها برای امدادگی بیشتر در شرایط خاص ثبت شوند.

نوع ماده	مکان نگهداری	دستورالعمل‌های خاص

#### ۸- ۳۸- هدایت و کنترل

این مرحله عمدتاً مرحله واکنش بیمارستان در سوانح را پوشش می‌دهد. چهار اصل کلی را می‌توان برای این مرحله ذکر کرد.

## ۱-۳۸- تعیین فرمانده حادثه

در این بخش جایگاه مسؤولیتی فرمانده سوانح بیمارستان تشریح و مسؤولیت‌های وی به ترتیب اولویت ذکر می‌شوند. با توجه به اینکه هنگام وقوع سانحه کدام یک از پرسنل کلیدی در بیمارستان حضور دارند، به ترتیب افرادی که باید این مسؤولیت را بر عهده بگیرند و افراد جانشین آنها تعیین می‌گردد.

## ۲-۳۸- تعریف زنجیره فرماندهی

زنジره فرماندهی بیمارستان تشریح می‌شود. این بخش می‌تواند در قالب چارت یا نمودار جایگاه‌ها و روابط میان آنها را تعیین کند.

## ۳-۳۸- تعریف فعالیت‌های افراد کلیدی در برنامه

برای هر یک از فعالیت‌های کلیدی، فرد مسؤول و تیم وی تعیین می‌گردد و شرح مسؤولیت‌های آنها با جزئیات بیشتر در قالب دستورالعمل‌های استاندارد عملیات (SOP) به برنامه پیوست می‌شود.

## ۴-۳۸- تعیین جایگاه بیمارستان، خارج از بیمارستان

در این بخش همچنین جایگاه بیمارستان در سیستم فرماندهی کلی سوانح و روابط آن با مراجع تصمیم‌گیری خارج از بیمارستان تعیین می‌شود.

## ۳۹- هشدار

مرحله هشدار زمانی است که احتمال رخداد یک سانحه در درون یا بیرون بیمارستان وجود دارد، ولی به علت در اختیار نبودن اطلاعات کافی، فعال کردن برنامه فعلًاً به صلاح نیست. این مرحله باید به عنوان فرصتی برای ارزیابی نیاز و برنامه‌ریزی مناسب توسط مدیران بیمارستان تلقی شود. حفظ ارتباط با سازمان‌های خارج از بیمارستان برای دریافت اطلاعات کامل‌تر و آماده کردن بیمارستان برای واکنش در سانحه جزو فعالیت‌های ضروری هستند.

فعالیت‌های مشخص زیر برای رسیدن به اهداف فوق توصیه می‌شود:

(الف) انتصاب فرمانده حادثه بیمارستان

(ب) فعال کردن مرکز عملیات اضطراری بیمارستان

(ج) فراخوانی پرسنل کلیدی توسط سیستم پیج

(د) انتصاب جایگاه‌های مسؤولیتی اصلی

(ه) توزیع و مرور شرح مسؤولیت‌ها

(و) مسؤول عملیات باید وضعیت پرسنل و تخت‌های بیمارستان را ارزیابی و به فرمانده حادثه گزارش دهد.

(ز) برقراری ارتباط با سازمان‌ها و مراجع خارج از بیمارستان توسط ارشد روابط عمومی

## ۴۰- ورود مجدد

هنگامی که بیمارستان تخلیه می‌شود، دستورالعمل‌هایی باید برای بازگشایی دوباره بیمارستان و ورود مجدد پرسنل و بیماران به آن طراحی شود. فرد مسؤول یا همان فرمانده حادثه بیمارستانی، مسؤول صدور مجوز برای بازگشایی بیمارستان است. همچنین در این شرایط شیوه جابه‌جایی و نقل و انتقال بیماران، پرسنل، مدارک پزشکی و منابع دیگر به بیمارستان باید مشخص شود.

## منابع و مأخذ



۱. مجموعه گزارش‌های سالانه ارائه شده ذیل برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران از دو شهر پایلوت برنامه (کرمان و گرگان)
۲. حسینی‌جانب، وحید؛ جلالی، احمد رضا؛ گزارش برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌های نمونه طرح در شهر گرگان، ۱۳۸۸.
۳. حسینی‌جانب، وحید؛ جلالی، احمد رضا؛ گزارش ارزیابی وضعیت آمادگی بیمارستان‌های نمونه طرح در شهر گرگان، ۱۳۸۸.
۴. سند رسمی برنامه مشترک دولت و برنامه عمران ملل متحد با عنوان «ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران»
۵. اولین گزارش سالانه برای کمیته راهبری پروژه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۸۵-۲۰۰۶ آذر
۶. گزارش سالانه سال ۲۰۰۷ برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران- دی ۱۳۸۶
۷. گزارش سالانه سال ۲۰۰۸ برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران
۸. گزارش سالانه سال ۲۰۰۹ برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران
۹. گزارش سالانه سال ۲۰۱۰ برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران
۱۰. گزارش ارزیابی برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران در سال ۲۰۰۸
۱۱. گزارش برگزاری دوره‌های آموزشی تخصصی تدوین برنامه مدیریت بحران در بیمارستان‌ها توسط مرکز آسیایی پیشگیری از سوانح ADPC ذیل برنامه ارتقای ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران

## تماس با مجریان و ارائه نظرها و بازخوردهای تکمیلی



عالقمدان برای برقراری ارتباط و دریافت اطلاعات و مستندات تکمیلی می‌توانند از طریق مسیرهای زیر با مدیران و دفاتر مسؤول ارتباط برقرار کنند.

- سازمان مدیریت بحران کشور<sup>۱</sup>: ۰۲۱-۸۴۸۶۶۴۱
- برنامه عمران ملل متحد<sup>۲</sup>: ۰۲۱-۲۲۸۶۰۹۲۷
- اداره کل مدیریت بحران استان گلستان (دفتر محلی برنامه در شهر گرگان): ۰۱۷۱-۴۴۸۰۱۴۴
- اداره کل مدیریت بحران استان کرمان (دفتر محلی برنامه در شهر کرمان): ۰۳۴۱-۲۷۳۶۹۱۳

<sup>1</sup> [www.ndrmportal.moi.ir](http://www.ndrmportal.moi.ir)

<sup>2</sup> [www.undp.org.ir/drm](http://www.undp.org.ir/drm)

## مدیران، دست‌اندرکاران و همکاران طرح



مدیران ملی برنامه در شهر تهران شامل آقای مهندس حسن قدمی، سرپرست سازمان مدیریت بحران کشور و مدیر ملی برنامه؛ آقای مهندس رحمت‌الله شیشه‌گر، قائم مقام وقت سازمان مدیریت بحران کشور، معاون وقت پیشگیری و مجری ملی وقت برنامه؛ خانم مهندس بهناز پورسید، مدیرکل وقت دفتر تدوین ضوابط و معیارهای کاهش خطرپذیری لرزاگی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و آقای مهندس سید اکبر هاشمی، مشاور وقت رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و مجری ملی وقت برنامه؛ به عنوان مجریان ملی برنامه در طول زمان اجرای برنامه، آقای مهندس مهدی کامیاب، مدیر طرح‌های توسعه، رئیس گروه محیط زیست، انرژی و مدیریت بحران «برنامه عمران ملل متحد»؛ خانم دکتر ویکتوریا کیانپور، تحلیل‌گر وقت برنامه در دفتر برنامه عمران ملل متحد، خانم الزیرا ساگین باوا معاون نماینده مقیم سازمان ملل متحد در ایران، به عنوان مدیران مسؤول در دفتر برنامه عمران ملل متحد در ایران، مدیران اجرایی آقای مهندس مسعود حصارکی، مدیر وقت مرکز مدیریت اطلاعات سازمان مدیریت بحران کشور و مدیر اجرایی برنامه مشترک، آقای مهندس علی تبار، مدیر وقت دفتر تدوین ضوابط و معیارهای کاهش خطرپذیری لرزاگی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور؛ خانم مهندس فرزانه آقامضانعلی رئیس گروه تدوین ضوابط و معیارهای کاهش خطرپذیری لرزاگی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور.

اعضای کمیته فنی مستندسازی نظارت بر تدوین خروجی‌های برنامه مشترک دولت و برنامه عمران ملل متحد تحت عنوان «ارتقاء ظرفیت‌های مدیریت مخاطرات بلایای طبیعی در جمهوری اسلامی ایران» شامل آقای مهندس محمد حسین یزدانی سرپرست معاونت پیشگیری و پیش‌بینی سازمان مدیریت بحران کشور؛ آقای مهندس مهدی کامیاب، مدیر طرح‌های توسعه، رئیس گروه محیط زیست، انرژی و مدیریت بحران «برنامه عمران ملل متحد»، مدیر مسؤول مرتبط با پروژه مستندسازی اقدامات برنامه در دفتر برنامه عمران ملل متحد و عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی؛ آقای مهندس علیرضا مرادزاده، مدیرکل پیش‌بینی و هشدار سازمان مدیریت بحران کشور و عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی؛ خانم مهندس فرزانه آقامضانعلی، رئیس گروه تدوین ضوابط و معیارهای کاهش خطرپذیری لرزاگی، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی، آقای مهندس رسول حسام، مدیرکل مدیریت بحران استان گلستان، عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی؛ آقای مهندس محسن صالحی کرمانی، مدیرکل مدیریت بحران استان گلستان، عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی؛ آقای مهندس علی تبار، مدیر پیشین برنامه در معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی؛ آقای دکتر مصطفی محقق، مشاور دفتر برنامه عمران ملل متحد در تهران و عضو کمیته فنی نظارت بر مستندسازی.

مجریان محلی در شهر گرگان آقای مهندس عبدالرضا دادبور معاون هماهنگی امور عمرانی استانداری گلستان؛ جناب آقای مهندس هوشنگ غلامزاده معاون وقت هماهنگی امور عمرانی استانداری گلستان؛ آقای مهندس رضا انجمشاع، معاون وقت هماهنگی امور عمرانی استانداری گلستان؛ آقای مهندس محمد فرید لطیفی، سرپرست وقت معاونت هماهنگی امور عمرانی استانداری گلستان؛ آقای مهندس اجرایی برنامه آقای مهندس رسول حسام مدیرکل مدیریت بحران استان گلستان و آقای حسین صوفی دبیر وقت ستاد حوادث و سوانح غیرمتربقه استان گلستان.

مجریان محلی در شهر کرمان آقای مهندس کامیاب معاون هماهنگی امور عمرانی استانداری کرمان، آقای مهندس کمالی معاون وقت هماهنگی امور عمرانی استانداری کرمان، آقای مهندس محسن صالحی کرمانی مدیر کل مدیریت بحران استان کرمان و مدیر اجرایی برنامه و آقای مهندس بیژن آنی مدیر اجرایی وقت برنامه در شهر کرمان.

تیم تخصصی مشاور تهیه برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌های نمونه شهر گرگان، آقای دکتر وحید حسینی‌جانب، آقای دکتر احمد رضا جلالی، آقای مهندس شاهین متین و آقای شیر مردمی.

همکاران اجرایی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آقای دکتر غلام رضا معصومی رئیس مرکز فوریت‌های پزشکی و اورژانس کشور و کارگروه بهداشت و درمان؛ آقای دکتر حسنی رئیس وقت مرکز فوریت‌های پزشکی و اورژانس کشور؛ آقای دکتر فرزاد پناهی رئیس وقت مرکز فوریت‌های پزشکی و اورژانس کشور؛ خانم سارا مهران امین، خانم بهناز ابوالشمس و خانم آزاده حسنی کارشناسان مرکز فوریت‌های پزشکی و اورژانس کشور.

کارشناسان دفتر ملی برنامه آقای اردشیر سیاح مفضلی، آقای محسن سلیمانی روزبهانی، آقای بابک محمودزاده، خانم یاسمین شهربابکی، آقای رضا ولی‌زاده، خانم معصومه نظری، آقای بهزاد کاری‌جعفری، آقای امین شمس‌الدینی، خانم پری‌ناز فاضل‌زاده، خانم لیلا احمدی، آقای فرهاد عرب‌پور، خانم شفیعیان، خانم سیما زرگر، خانم شیرین مقدم، خانم هدی حیدری و خانم فاطمه فیزوکوهی.

کارشناسان دفتر برنامه در شهر گرگان آقای احمد پایندان، آقای هادی دشتی‌زاده، آقای اسماعیل خوش‌بیان، آقای محمد آبرین و آقای صادقلی مقدم.

کارشناسان دفتر برنامه در شهر کرمان آقای احسان خجسته‌فر، آقای ساجد یوسف‌الهی، خانم رقیه صدر، آقای مهران کریمی مجد.

اعضای کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله در شهر گرگان و همکاران اجرایی طرح: آقای دکتر علی محمد زنگانه معاون وقت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان و رئیس کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها؛ آقای احمد نظری دبیر کمیته کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان؛ آقای محمد زنگانه دبیر کمیته و کارشناس معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان؛ آقای دکتر شاهین نوشین اصفهانی نماینده وقت معاونت درمانی دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان، آقای علی اصغر حیدریان فرد عضو کارگروه و رئیس اداره مسکن و شهرسازی شهرستان آزادشهر؛ آقای ایزد مدیر بیمارستان طالقانی شهر گرگان؛ آقای خواجه میرزا بی‌مدیر بیمارستان پنج آذر شهر گرگان، خانم حسین پور مدیر داخلی بیمارستان ذیانی شهر گرگان؛ آقای بابک سلطانی نماینده بیمارستان حکیم جرجانی شهر گرگان.

اعضای کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها در برابر زلزله در شهر کرمان و همکاران اجرایی طرح: آقای دکتر زاهدی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ آقای دکتر پژمان غضنفری، رئیس وقت اداره امور بیمارستان‌ها کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها؛ آقای دکتر مسعود مقداری، ریاست بیمارستان شهید باهنر کرمان؛ آقای ایرج کرم‌نژاد، رئیس مرکز فرماندهی حادثه دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مسؤول کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها؛ آقای دکتر حمید رضا متولی‌زاده، رئیس اسناد پزشکی تامین اجتماعی شهر کرمان؛ آقای دکتر محمود رضا دهقان، کارشناس آموزشی معاونت آموزش دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ آقای دکتر سید جعفر ترابی، مدیر بیمارستان افضلی‌پور؛ آقای محسن سلطانی راد، مدیر بیمارستان شفا و دبیر کارگروه آماده‌سازی بیمارستان‌ها؛ آقای دکتر رضا عباسی، قائم مقام معاون پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛

آقای مهندس شفیعی، رئیس دفتر فنر دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ آقای دکتر مهدی پور، آقای دکتر کارنما، خانم الهام سادات سیداکبری، آقای غلامرضا صفرزاده، تیم اجرایی و مطالعاتی مستندسازی نهایی شامل: آقای اردشیر سیاح مفضلی، مدیر بخش مطالعات مدیریت شهری و مدیریت بحران - موسسه مطالعات اندیشه شهر و اقتصاد و مجری طرح مستندسازی، آقای علی اصغر بدرا، مدیر عامل موسسه مطالعات اندیشه شهر و اقتصاد و مشاور عالی طرح مستندسازی؛ خانم ندیمه صحفي، آقای بهزاد کاری جعفری، خانم شادی عظیمی، خانم مهناز خردمند، خانم آزاده بیات، خانم نگار صحفي، آقای حسین رحیمی نژاد، آقای حامد تبار، خانم سالومه سیاح، خانم کیاندخت میرمحمدحسینی، خانم بهناز محمودزاده، خانم فاطمه شهبازی، خانم سمانه ستوده و خانم ثریا الزمانی کارشناسان ارشد - موسسه مطالعات اندیشه شهر و اقتصاد و همکاران پژوهشی طرح مستندسازی نهایی دستاوردهای برنامه مشترک.



در این راهنمای اصول و مفاهیم کلیدی مدیریت بحران در بیمارستان‌ها نظیر «مفهوم مدیریت بحران»، «چرخه مدیریت بحران»، «حوادث پرتلفات»، «سامانه فرماندهی حادثه»، «سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی» و «تریاژ» تشریح شده است. سپس مراحل تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها در سه دسته اصلی شامل «مرحله قبل از برنامه‌ریزی عملیاتی»، «برنامه‌ریزی عملیاتی» و «مرحله بعد از برنامه‌ریزی عملیاتی (نگهداشت برنامه)» ارائه شده است.

در ادامه، فرآیند ارزیابی میزان آمادگی بیمارستان در برابر سوابع شامل تعیین ابعاد آمادگی و شناسایی مؤلفه‌های آن، تهیه چک لیست براساس مؤلفه‌ها، ارزشگذاری مؤلفه‌ها براساس اهمیت، اندازه‌گیری ابعاد و مقایسه با حد مطلوب، تطابق ابعاد با ماتریس درجه آمادگی و تعیین درجه آمادگی بیمارستان و همچنین، نتایج ارزیابی آمادگی بیمارستان‌ها شامل سامانه فرماندهی حادثه، برنامه‌ریزی پشتیبانی خدمات حیاتی، تامین تجهیزات ضروری بیمارستان، برنامه تخلیه و نظایر آن تبیین شده است. در پایان، چالش‌های اجرایی، درس‌های آموخته و نکاتی که باید در اجرا مد نظر قرار گیرد آورده شده است. این راهنمای مدیریت بیمارستان‌ها و مجریان برنامه مدیریت بحران بیمارستان‌ها اطلاعات نسبتاً مناسبی در زمینه تدوین برنامه مدیریت بحران بیمارستان ارائه می‌دهد.