

ضرورت ادغام مدیریت خطر حوادث در اسناد سیاست‌گذاری سلامت: یک نگاه راهبردی

آمنه مرزبان^۱، مهدی حیدری^{*۲}

نامه به سردبیر

مقدمه: نظام‌های سلامت در سراسر جهان امروزه با پیچیدگی‌های نوظهوری روبه‌رو هستند که کارایی الگوهای سنتی مدیریت بحران را با چالشی جدی مواجه کرده است. موضوع «ضرورت ادغام مدیریت خطر حوادث در اسناد سیاست‌گذاری سلامت»، فراتر از یک توصیه اداری، در واقع یک ضرورت راهبردی برای بقای کارکردهای حیاتی جامعه در زمان بروز ناملایمات است.

واژه‌های کلیدی: سیاست‌گذاری سلامت، مدیریت خطر، برنامه‌ریزی در حوادث غیرمترقبه، تاب‌آوری روانی-اجتماعی/سازمانی، حکمرانی سلامت

ارجاع: مرزبان آمنه، حیدری مهدی. ضرورت ادغام مدیریت خطر حوادث در اسناد سیاست‌گذاری سلامت: یک نگاه راهبردی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۵؛ ۳۴ (۱): ۵۸-۹۷۵۵.

۱- گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۷۰۴۵۷۹، پست الکترونیکی: mr.mehdiheidari@gmail.com، صندوق پستی: ۱۹۹۶۷۱۳۸۸۳

سر دبیر محترم

نظام‌های سلامت در سراسر جهان امروزه با پیچیدگی‌های نوظهوری روبه‌رو هستند که کارایی الگوهای سنتی مدیریت بحران را با چالشی جدی مواجه کرده است (۱). موضوع «ضرورت ادغام مدیریت خطر حوادث در اسناد سیاست‌گذاری سلامت»، فراتر از یک توصیه اداری، در واقع یک ضرورت راهبردی برای بقای کارکردهای حیاتی جامعه در زمان بروز ناملازمات است (۲). نگاهی به تاریخچه مواجهه با بلایا در ایران، به‌ویژه در مناطق کویری و صنعتی نظیر استان یزد، نشان می‌دهد که اگرچه در لایه عملیاتی و پاسخ اضطراری پیشرفت‌های قابل‌توجهی صورت گرفته است، اما همچنان در لایه سیاست‌گذاری کلان، نوعی گسست ساختاری میان «برنامه‌های توسعه سلامت» و «استراتژی‌های کاهش خطر بلایا» دیده می‌شود (۳). این گسست باعث شده است که مدیریت حوادث به جای آن‌که بخشی از تار و پود نظام سلامت باشد، صرفاً به‌عنوان یک «پیوست واکنش‌گرا» نگریسته شود که تنها پس از وقوع بحران فعال می‌گردد. برای عبور از این وضعیت، نخستین گام تغییر پارادایم از مدیریت بحران (Crisis Management) به مدیریت خطر (Risk Management) در اسناد بالادستی است. این تغییر نگاه به معنای آن است که در تدوین هرگونه سیاست بهداشتی و درمانی، باید سناریوهای محتمل مخاطرات و تاب‌آوری زیرساخت‌ها به‌عنوان متغیرهای اصلی در نظر گرفته شوند (۴). ادغام مدیریت خطر در سیاست‌گذاری سلامت به معنای ایجاد یک زبان مشترک میان مدیران اجرایی و سیاست‌گذاران است تا اطمینان حاصل شود که منابع محدود حوزه سلامت در برابر تهدیدات پیش‌بینی‌ناپذیر، به هدر نمی‌روند (۵).

در این مسیر، چالش اساسی اینجاست که اسناد سیاست‌گذاری سلامت اغلب بر شاخص‌های عملکردی در شرایط عادی متمرکز هستند و به ندرت به ظرفیت‌های جایگزین و انعطاف‌پذیری سیستم در شرایط اضطرار می‌پردازند. به‌عنوان مثال، در سیاست‌های توسعه بیمارستانی یا گسترش شبکه‌های بهداشتی، اگر پیوست‌های مدیریت خطر به دقت

لحاظ نشوند، خود این مراکز می‌توانند در زمان وقوع زلزله یا اپیدمی‌های گسترده، به جای آن‌که بخشی از راه حل باشند، به بخشی از صورت‌مساله و بحران تبدیل شوند (۴، ۲). سیاست‌گذاری راهبردی باید به سمتی حرکت کند که مفاهیمی همچون «تاب‌آوری جامعه‌محور» و «پاسخ هوشمند به بلایا» را در بطن برنامه‌های پنج‌ساله و بودجه‌بندی‌های سالانه سلامت بگنجانند. از سوی دیگر، باید در نظر داشت که استان یزد با چالش‌های اقلیمی جدی نظیر خشکسالی‌های مستمر و مخاطرات ناشی از تمرکز صنایع بزرگ مواجه است که هر یک پتانسیل تبدیل شدن به یک بحران سلامت عمومی را دارند (۱). لذا، ضرورت دارد که اسناد سیاست‌گذاری سلامت در سطح استانی و ملی، با رویکردی چندبخشی تدوین شوند تا تداخل وظایف میان سازمان‌های امدادی و نهادهای بهداشتی به حداقل برسد. این ادغام ساختاری باعث می‌شود که در زمان وقوع حادثه، نظام سلامت دچار «شوک عملیاتی» نشود، چرا که مسیرهای پاسخ‌دهی پیش از آن در اسناد سیاستی پیش‌بینی و تمرین شده‌اند (۴، ۵).

علاوه بر این، تقویت حکمرانی خطر در نظام سلامت مستلزم استفاده از داده‌های علمی و مدل‌سازی‌های پیشرفته در تصمیم‌گیری‌هاست. سیاست‌گذاری که بدون توجه به نقشه‌های خطر (Hazard Mapping) و ارزیابی آسیب‌پذیری انجام شود، فاقد وجاهت راهبردی است. ما نیازمند آن هستیم که در مجامع علمی و دانشگاهی، پیوند میان رشته‌های سیاست‌گذاری سلامت و مدیریت بلایا را مستحکم‌تر کنیم (۳). تولید شواهد علمی که نشان‌دهنده اثربخشی اقتصادی سرمایه‌گذاری در پیشگیری و آمادگی باشد، می‌تواند محرک اصلی برای متقاعد کردن سیاست‌گذاران جهت تغییر در رویه‌های فعلی باشد. در نهایت، باید تاکید کرد که ادغام مدیریت خطر در سیاست‌های سلامت، نه تنها هزینه‌های انسانی و مالی ناشی از بلایا را به شدت کاهش می‌دهد، بلکه اعتماد عمومی به نظام سلامت را نیز تقویت می‌کند. جامعه‌ای که بداند نظام سلامت آن برای بدترین سناریوها برنامه‌ریزی کرده است، در زمان وقوع بحران همکاری بیشتری با نهادهای رسمی خواهد داشت (۲). از

و حفظ پایداری خدمات سلامت در تلاطم بحران‌هاست. تا زمانی که شاخص‌های آمادگی و کاهش خطر بلایا به هسته مرکزی اسناد راهبردی و بودجه‌بندی‌های کلان نظام سلامت نفوذ نکند، پاسخ‌های ما به حوادث، همواره واکنشی، پرهزینه و مقطعی باقی خواهد ماند. لذا ضروری است که دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان بازوان علمی دولت، با تدوین الگوهای بومی حکمرانی خطر و اصلاح ساختارهای سیاستی، شکاف میان نظر و عمل را پر کرده و نقشه راهی منسجم برای مواجهه با چالش‌های پیش روی سلامت عمومی در قرن حاضر ترسیم نمایند؛ چرا که هزینه سیاست‌گذاری پیشگیرانه به مراتب کمتر از بهای سنگینی است که یک نظام سلامت غیرآماده در برابر بلایای پیش‌بینی‌ناپذیر پرداخت خواهد کرد.

این‌رو، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران محترم با تمرکز بر شناسایی موانع اجرایی ادغام این دو حوزه، راهکارهای عملیاتی برای اصلاح فرآیندهای سیاست‌گذاری ارائه دهند تا از این طریق، مسیر رسیدن به یک نظام سلامت تاب‌آور و پایدار هموارتر گردد. امید است که این نوشتار بتواند جرقه‌ای برای بحث‌های عمیق‌تر در محافل علمی و اجرایی کشور و استان باشد (۱-۴).

نتیجه‌گیری

در نهایت، می‌توان نتیجه گرفت که گذار از مدیریت سنتی حوادث به سمت یک نظام سلامت تاب‌آور، تنها از مسیر پیوند ارگانیک میان دانش مدیریت خطر و لایه‌های تصمیم‌ساز سیاست‌گذاری عبور می‌کند. ادغام این دو حوزه، نه یک انتخاب تشریفاتی، بلکه یک استراتژی حیاتی برای صیانت از منابع ملی

References:

- 1-Cvetković VM, Tanasić J, Ocal A, Kešetović Ž, Nikolić N, Dragašević A. *Capacity Development of Local Self-Governments for Disaster Risk Management*. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021; 18(19): 10406.
- 2-Forino G, von Meding J, Brewer G, Van Niekerk D. *Climate Change Adaptation And Disaster Risk Reduction Integration: Strategies, Policies, And Plans In Three Australian Local Governments*. International Journal of Disaster Risk Reduction 2017; 24: 100-8.
- 3-Samad MA, Arifin K, Abas A. *A Systematic Literature Review on the Challenges of Southeast Asian Countries in Natural Disaster Management*. Cogent Social Sciences 2025; 11(1): 2435590.
- 4-Sandoval V, Voss M, Flörchinger V, Lorenz S, Jafari P. *Integrated Disaster Risk Management (IDRM): Elements to Advance Its Study and Assessment*. International Journal of Disaster Risk Science 2023; 14(3): 343-56.
- 5-Wamsler C, Johannessen Å. Meeting at the crossroads? *Developing National Strategies for Disaster Risk Reduction and Resilience: Relevance, Scope For, And Challenges To, Integration*. International journal of disaster risk reduction 2020; 45: 101452.

Necessity of Integrating Disaster Risk Management into Health Policy Documents: A Strategic Perspective

Ameneh Marzban¹, Mehdi Heidari^{†2,3}

Letter to Editor

Introduction: Health systems worldwide are confronting new and increasingly complex challenges that undermine the effectiveness of traditional crisis-management models. The issue of “the necessity of integrating disaster risk management into health policy documents” is more than an administrative recommendation; it is, in fact, a strategic imperative for preserving the vital functions of society during times of adversity.

Keywords: Health policymaking, Risk management| contingency planning, Psychosocial, Organizational resilience, Health governance

Citation: Marzban A, Heidari M. **Necessity of Integrating Disaster Risk Management into Health Policy Documents: A Strategic Perspective.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2026; 34(1): 9755-58.

¹Department of Health in Disasters and Emergencies, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

²Student Research Committee, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³Department of Health Care Services, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Tel: 09131704579, Email: mr.mehdiheidari@gmail.com