

## ارزیابی مدل‌های ساختار سازمان‌های بهداشت و درمان نظامی در نبرد ناهم‌تراز

مه‌دی ابراهیم‌نیا<sup>۱</sup> MSc، علی فرزانه<sup>۲</sup> MSc، عباس عبادی<sup>۳</sup> PhD، شهرام توفیقی<sup>۳</sup> PhD

\*گروه مدیریت بهداری رزمی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران

۱گروه مدیریت بهداری رزمی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، پژوهشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران

۲گروه مدیریت، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران

۳گروه مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...<sup>(ع)</sup>، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** ساختار سازمانی، نقشی کلیدی در تحقق اهداف و استراتژی سازمان‌ها دارد. این مطالعه با هدف آرایه الگوی ساختار سازمان‌های بهداشتی و درمانی نظامی، براساس ویژگی‌های نبرد ناهم‌تراز برای دستیابی به ساختار سازمانی مناسب انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه ترکیبی در سال ۱۳۸۸ انجام شد. مرحله کیفی به کمک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با ۱۸ نفر از مدیران عالی سازمان‌های بهداشت و درمان نظامی با نمونه‌گیری هدفمند انجام گرفت. داده‌های کیفی با روش تحلیل محتوای کیفی بررسی شد. سپس مدل‌های ساختاری با بحث گروهی متمرکز مورد اجماع قرار گرفتند. در مرحله کمی، نظرات ۹۵ نفر از مدیران ارشد بهداشت و درمان نظامی در مورد انعطاف‌پذیری، دقت، سرعت تصمیم‌گیری و تناسب مدل‌های ساختاری با نبرد ناهم‌تراز مقایسه شد. نتایج با نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون استنباطی مجذور کای تحلیل شد.

**یافته‌ها:** چهار مدل ساختار سازمانی استخراج شد. در ابعاد انعطاف‌پذیری و دقت، مدل "ستادمحور" با ۶۸/۵٪ و ۶۳/۸٪، مناسب‌بودن سرعت تصمیم‌گیری مدل "فرماندهی‌محور" با ۷۳/۶٪ بالاترین امتیاز را به دست آوردند. در هر سه مورد بین نتایج اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۰۳ و ۰/۰۰۷). از نظر تناسب کل ساختار با نبرد ناهم‌تراز، بین چهار مدل اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (p=۰/۰۹)، ولی مدل "متمرکز" با ۶۱/۶٪ بیشترین موافقت را به دست آورد.

**نتیجه‌گیری:** گرچه یک ساختار مشخص برای تامین همه ابعاد شرایط جنگی مورد توافق کامل قرار ندارد، ولی به نظر می‌رسد در شرایط جنگی، ساختارهای فرماندهی‌محور مناسب‌تر است، چراکه سرعت تصمیم‌گیری بالا می‌رود.

**کلیدواژه‌ها:** نبرد ناهم‌تراز، ساختار، سازمان بهداشت و درمان نظامی

## Evaluation of military healthcare organizations' structure models in asymmetric warfare

Ebrahimnia M.<sup>1</sup> MSc, Farzaneh A.\* MSc, Ebadi A.<sup>2</sup> PhD, Tofighi Sh.<sup>3</sup> PhD

\*Department of Military Health Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah Institute of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>1</sup>Department of Military Health Management, Health Management Research Center, Baqiyatallah Institute of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Department of Nursing Management, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Department of Health Care Services Management, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### Abstract

**Aims:** Organizational structure has key role in the implementation of organizational goals and strategies. The purpose of this study was to provide a military healthcare structure model based on the characteristics of asymmetric in order to achieve a proper organizational structure.

**Methods:** This mixed method study was conducted in 2009. The qualitative phase was done by in-depth interviews with 18 top managers of the healthcare system who were selected by purposeful sampling. Qualitative data were evaluated by qualitative content analysis. Then, structural models were established by focused group discussion. In the quantitative phase, the opinions of 95 military healthcare senior executives were compared considering flexibility, accuracy, decision-making and compatibility of the structural models with asymmetric war.

**Results:** Four organizational structure models were extracted. The "Staff-base" model gained the highest score (68.5% and 63.8% respectively) in the field of flexibility and accuracy and the "Command-base" model gained the highest score (76.3%) in the field of decision-making. There was significant relationship among all mentioned fields (p=0.007, 0.003, 0.023). Investigating the overall compatibility with asymmetric war, there was no significant relationship between the four models (p=0.9), but the "focused" model gained the maximum score (61.6%).

**Conclusion:** Although there isn't complete agreement on a specified structure to ensure all needs of asymmetric war conditions, the "command-based" structures seems more appropriate due the high speed of decision-making.

**Keywords:** Asymmetric War, Structure, Military Healthcare Organization

جنگ ناهم‌مطراز برای توصیف نوعی از جنگ استفاده می‌شود که طرف‌های درگیر در آن از حیث فناوری و توانایی‌های نظامی در جنگ، در یک سطح قرار ندارند. به همین سبب روش‌های مورد استفاده آنان در جنگ علیه یکدیگر، متفاوت هستند [۱، ۲]. موسسه مطالعات راهبردی ایالات متحده، تعریف کاملی از جنگ ناهم‌مطراز ارائه داده است؛ "عدم تقارن یا ناهم‌مطرازی یعنی اقدام، سازمان‌دهی و تفکری متفاوت با دشمنان به روشی که برتری و توانمندی‌های خودی را به حداکثر رسانده، از نقاط ضعف دشمنان بهره‌برداری نموده، آزادی عمل بیشتری را کسب نماید و در نهایت ابتکار عمل را به‌دست آورد" [۳، ۴]. پس از پایان جنگ سرد در دهه ۹۰ قرن بیستم، این نوع نبرد که به‌عنوان نسل چهارم جنگ هم نامیده می‌شود، متکی بر اصولی همچون تمرکززدایی، ابتکار عمل و ناهم‌مطرازی است که توسط نهادهای دولتی یا غیردولتی و گروه‌های رزمی کوچک، به صورت نقطه‌ای یا در سطحی وسیع و گسترده قابل اجرا است. یکی دیگر از ویژگی‌های جنگ‌های آینده، سازمان‌دهی متفاوت است [۵، ۶]. جنگ‌های اول و دوم ایالات متحده با عراق، افغانستان و جنگ ۳۳ روزه لبنان، نمونه‌هایی از این رویکرد جدید هستند [۷].

پس از برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی به‌عنوان دومین کارکرد اصلی مدیریت، فرآیندی است که براساس آن فعالیت‌های سازمان به صورت رسمی تقسیم، گروه‌بندی و هماهنگ می‌شود و در نتیجه آن، ساختار سازمانی به‌عنوان یکی از اجزای اصلی سازمان تشکیل می‌شود [۸، ۹]. همچنین از آن به‌عنوان وسیله‌ای برای ارائه تصویری از نظام ارتباطی و مراکز تصمیم‌گیری در سازمان نام برده می‌شود [۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲]. در جنگ ناهم‌مطراز، به دلیل پیچیدگی‌های محیطی، سازمان‌دهی مناسب سازمان‌های نظامی از ابزارهای مهم اجرای استراتژی و تحقق اهداف آنها محسوب می‌شود و استفاده از شیوه‌های جدید جنگ باعث تغییر و تحول در ساختار کلی جنگ‌های آینده شده است [۱۳، ۱۴]. شرایط و متغیرهای جنگ ناهم‌مطراز متفاوت با شرایط جنگ‌های سابق بوده و سازمان‌دهی متناسب با خود را می‌طلبد [۱۵، ۱۶].

لذا با توجه به تجارب جنگ‌های ناهم‌مطراز دهه اخیر و ویژگی‌ها و تفاوت‌های آن با جنگ‌های گذشته، ساختار سازمان‌های نظامی ایران، از جمله حوزه بهداشتی-درمانی نظامی، به‌عنوان بخشی از آن باید با توجه به ویژگی‌های خاص متغیرهای جنگ ناهم‌مطراز طراحی شوند. سازمان‌های بهداشتی-درمانی نظامی نیز به‌عنوان بخشی از سازمان‌های رزمی که وظیفه پشتیبانی رزمی یا پشتیبانی از خدمات رزمی هنگام جنگ را برعهده دارند، همانند سایر بخش‌ها تابع و تحت تاثیر شرایط فوق قرار می‌گیرند. ضمن آنکه سرعت عمل و مقابله با اصل غافلگیری در آنها از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۶].

ارتش‌های مختلف جهان، ساختارهای گوناگونی را برای اداره سیستم بهداشتی-درمانی خود طراحی و در مقاطع زمانی خاص، مورد بازنگری قرار داده‌اند. از سال ۱۹۴۸ میلادی تا ۲۰۰۰، چندین مطالعه و

بررسی به‌منظور سازمان‌دهی مجدد سیستم بهداشتی-درمانی نظامی در ارتش ایالات متحده صورت گرفته است که هدف اصلی آنها توجه دایمی به کسب آمادگی دفاعی و نحوه اعمال آنها بوده است. تیم متخصصین مرکز مطالعات "رند" وابسته به وزارت دفاع ایالات متحده در سال ۲۰۰۲، ساختارهای سازمانی جایگزین را برای سیستم بهداشت و درمان نظامی پیشنهاد کرده است. در مطالعه *سوزان هوسک* و *گری سیچین*، سازمان‌دهی مجدد ساختار بهداشتی ارتش ایالات متحده، در قالب ۴ مدل ساختاری پیشنهادی ارائه شده است [۱۷]. در ارتش انگلستان، *اسمیت* و همکاران با مطالعه سوابق جنگ جهانی اول و سایر جنگ‌ها در سال ۱۹۴۹ پیشنهاد می‌کنند واحد خدمات پزشکی در نیروی‌های دریایی، زمینی و هوایی برای ارائه خدمات در جنگ‌های آینده به‌طور جداگانه تشکیل شود، چراکه هر نیرو، مسایل و مشکلات خاص خود را دارد [۱۸]. در ترکیه، فرماندهی بهداشتی-درمانی زیر نظر ستاد کل نیروهای مسلح بوده و بیمارستان‌ها وابسته به این فرماندهی هستند. ارتش آلمان ۵ نیرو دارد که بهداشتی یکی از آنها است. فرماندهی بهداشت و درمان به‌طور مستقل از نیروها عمل می‌کند و همه کارکنان رسته بهداشتی که در نیروهای سه‌گانه هوایی، دریایی و زمینی مشغول هستند، تحت کنترل این فرماندهی مشترک قرار دارند. ارتش فرانسه در مرکزیت، دارای اداره بهداشتی ارتش است که تمام واحدها، زیرمجموعه آنهاست و بیمارستان نظامی نیز در تابعیت آن قرار دارد. نیروهای سه‌گانه ارتش فرانسه فاقد اداره بهداشتی هستند و فقط دارای جایگاه مشاور بهداشتی در حوزه فرماندهی نیرو هستند [۱۹]. *محبی‌فر* و همکاران، طراحی الگوی ساختار مدیریت بلایا برای ایران را به‌عنوان یک مدل مهندسی انجام دادند. نوع مطالعه آنان تطبیقی و روش آن پیمایشی بوده است. تحقیق از منابع علمی و پایگاه‌های اطلاعاتی مربوطه، طراحی الگوی اولیه و نیز با استفاده از تکنیک دلفی توسط ۳۰ نفر از صاحب‌نظران و خبرگان در قالب پرسش‌نامه طراحی شده که در نهایت الگوی نهایی تحت عنوان ساختار پیشنهادی مدیریت بلایا برای ایران در قالب یک مدل مهندسی ساختاری پیشنهاد شده است [۲۰].

با توجه به موارد ذکر شده و لزوم آمادگی حوزه بهداشت و درمان نیروهای مسلح برای مقابله با اثرات جنگ احتمالی آینده، این مطالعه با هدف ارائه الگوی ساختار سازمان‌های بهداشتی-درمانی نظامی براساس ویژگی‌های نبرد ناهم‌مطراز برای دستیابی به ساختار سازمانی مناسب انجام شد.

## روش‌ها

این مطالعه که در سال ۱۳۸۸ انجام گرفت، از نوع ترکیبی است. تجارب به‌دست‌آمده در کاربرد روش‌های تحقیق ترکیبی نشان داده است که به‌کاربردن این روش، درک بهتر پدیده‌های اجتماعی از جمله رفتار سازمانی و تبیین آنها را فراهم می‌آورد و میان هدف تحقیق، شیوه گردآوری داده‌ها و تحلیل آنها سازگاری لازم برقرار می‌کند [۲۱].

نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (مجذور کای) مورد تحلیل قرار گرفت.

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و درخواست سازمان مورد نظر، کسب رضایت آگاهانه در ابتدای هر مصاحبه که در متن ضبط شده موجود است. نام سازمان نیز محرمانه تلقی شده و از ذکر آن در مقاله خودداری شده است. رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان در هر دو فاز طرح کسب شد. بخشی از اطلاعات گردآوری‌شده دارای طبقه‌بندی حفاظتی بودند و در گزارش نهایی اصول امنیتی مراعات شد.

## نتایج

پس از انجام مصاحبه عمیق حول پنج محور، نحوه اداره کلان مجموعه بهداشت و درمان، مجموعه بهداشت و درمان در سطح نیروها، مجموعه بهداشت و درمان در سطح مناطق جغرافیایی، رابطه بهداری رزمی و شهری و در نهایت نحوه اداره بیمارستان‌ها، جدول ۱ شامل ابعاد مدل‌های ساختاری پیشنهادی استخراج شد.

جدول ۱) مقایسه تطبیقی ابعاد مدل‌های ساختاری پیشنهادی حاصل از مطالعه حاضر

مدل پیشنهادی	ویژگی‌های ساختاری
ستادمحور	تمرکز پایین (عدم تمرکز) و پیچیدگی کم تفکیک کامل صف از ستاد و مرکزی کاملاً ستادی واگذاری امور اجرایی به صف سازماندهی نیرویی بهداری‌ها
فرماندهی محور	تمرکز بالا (متمرکز) و پیچیدگی زیاد عدم تفکیک صف از ستاد سازماندهی جغرافیایی بهداری‌ها
متمرکز	تمرکز بالا (کاملاً تمرکز) و پیچیدگی متوسط تمرکز امور اجرایی در فرماندهی ساختاری فرماندهی محور
تفکیکی (تفکیک بهداری رزمی از غیررزمی)	تمرکز پایین (غیرمتمرکز) و پیچیدگی کم تفکیک صف از ستاد تفکیک بهداری رزمی از شهری سازماندهی بهداری در نیروها با ماهیت صرفاً رزمی

پس از تحلیل و بررسی ابعاد مدل‌های ساختاری، چهار مدل ساختاری پیشنهادی برای سازمان‌دهی نظام بهداشت و درمان نظامی به‌دست آمد که ویژگی آنها در جدول ۲ ارائه شده است (به‌دلیل رعایت مسایل حفاظتی، اصل مدل‌های ساختاری ارائه نشده است).

محدوده سنی پاسخ‌گویان بین ۲۹ تا ۵۹ سال قرار داشت. ۸۲٪ آنان بین سنین ۴۱ تا ۵۰ سال بودند و میانگین سن ۴۵/۳ سال بود. ۱۴ نفر (۱۹٪) سابقه مدیریت بین ۵ تا ۱۰ سال، ۳۴ نفر (۴۷٪) بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۱۷ نفر (۲۳٪) بیشتر از ۲۰ سال سابقه مدیریت داشتند. ۸ نفر (۱۱٪) نیز سابقه مدیریت خود را ذکر نکردند. ۲ نفر از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک پایین‌تر از لیسانس، ۱۸ نفر لیسانس، ۱۶ نفر فوق

روش تحقیق ترکیبی انواع مختلفی دارد که در این تحقیق براساس اهداف آن که اکتشافی مبتنی بر اولویت کیفی بوده است، از روش تحقیق ترکیبی متوالی استفاده شده است. در این روش ابتدا گردآوری و تحلیل داده‌های کیفی انجام می‌شود و سپس براساس آن گردآوری و تحلیل داده‌های کمی انجام می‌گیرد. نمونه‌گیری نیز در این رویکرد به‌صورت ترکیبی انجام می‌گیرد. در بخش کیفی با روش انتخابی هدفمند (خبرگان و مطلعین) و در بخش کمی از انواع روش‌های احتمالی استفاده می‌شود [۲۲].

در بخش کیفی جامعه نمونه شامل مدیران عالی (مسئولان رده اول) حوزه بهداشت و درمان نظامی بودند که این تعداد ۲۲ نفر با استفاده از تکنیک گلوله برفی انتخاب و از آنها تقاضای مصاحبه شد. از این تعداد، ۱۸ نفر در مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق، چهره‌به‌چهره و جداگانه درباره ویژگی ساختار بهداشت و درمان در شرایط نبرد ناهمطراز شرکت کردند. دیدگاه‌ها در مورد شیوه اداره و مدل‌های پیشنهادی برای ساختار کلان متناسب با تهدیدهای ناهمطراز مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مصاحبه پس از پیاده‌سازی با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و با نرم‌افزار MAXQDA تجزیه و تحلیل شد. در این شیوه، داده‌ها به صورت دقیق مطالعه شده و برای هر مفهوم بیان شده، یک کد در نظر گرفته می‌شود [۲۳]. اعتبار داده‌ها با استفاده از ارزیابی بیرونی و ارزیابی مشارکت‌کنندگان انجام شد که بیش از ۹۰٪ کدها پس از ارزیابی، تایید شدند. به‌منظور سنجش پایایی، ۳ مصاحبه توسط یک محقق دیگر کدگذاری مجدد شد. با استفاده از نرم‌افزار، کدها از متن مصاحبه‌ها به‌دست آمده و پس از بررسی به‌صورت استقرایی، خوشه‌های مدل‌های ساختاری استخراج شد. کدهای مربوط به مدل‌های پیشنهادی توسط کارشناسان و خبرگان طراحی ساختار، تجزیه و تحلیل شد و با استفاده از روش بحث گروه متمرکز، ۴ مدل ساختار سازمانی توافق و ارایه شد.

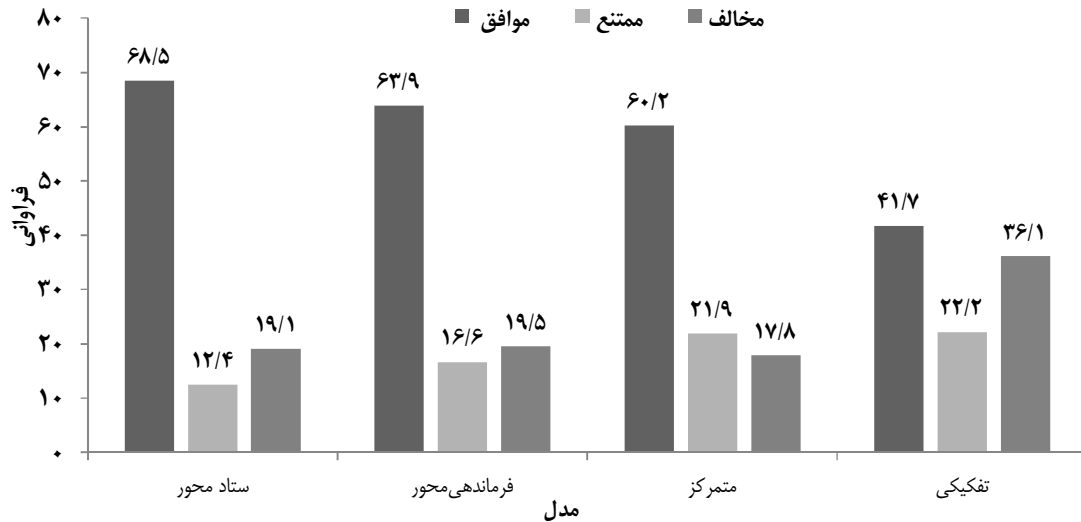
در بخش کمی که در جامعه مدیران ارشد سازمان و با نمونه‌گیری به صورت هدفدار و سهمیه‌ای (اختیاری) انجام شد، حجم نمونه ۹۵ نفر از مدیران ارشد بودند که متناسب با محل خدمت توزیع شده بود. معیار ورود به مطالعه در بخش کمی، داشتن مسئولیت در سطح مدیریت ارشد بهداشت و درمان سازمان (جایگاه مدیریتی ۱۷ و بالاتر) و معیار خروج از مطالعه نیز سابقه مدیریت کمتر از ۵ سال لحاظ شده بود. تعداد پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده برگشتی ۷۷ پرسش‌نامه (که ۴ مورد آن به دلیل نقص داده‌ها یا تاخیر در دریافت در نتایج شرکت داده نشد) و داده‌های ۷۳ پرسش‌نامه تکمیل‌شده در نتایج آماری شرکت داده شد. هدف بخش کمی مطالعه، مقایسه نسبت مدل‌های ساختاری به‌دست آمده با ویژگی‌های تهدیدات ناهمطراز بود. این کار با استفاده از پرسش‌نامه محقق ساخته با سئوالات بسته و مقیاس لیکرت براساس نتایج بخش کیفی انجام گرفت. روایی پرسش‌نامه با استفاده از روایی محتوی با نظرخواهی از خبرگان (۵ نفر) و پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه و با ضریب ۰/۹ تایید شد. نتایج با استفاده از

افراد سابقه خدمت بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۸۸٪ آنان بین ۲۰ تا ۳۰ سال سابقه داشتند. سابقه خدمت کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۳۰ سال، در نمونه آماری مورد بررسی وجود نداشت. میانگین سابقه خدمت ۲۵/۴ سال، حداقل ۱۶ و حداکثر ۳۰ سال بود.

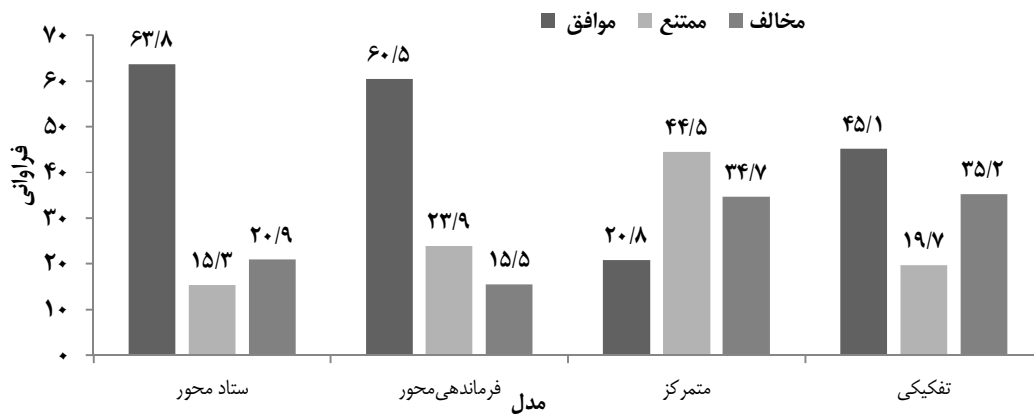
لیسانس و دکتری عمومی و ۳۷ نفر بقیه (۵۰٪) دارای مدرک تحصیلی در سطح دکتری تخصصی بودند. ۲۶٪ از مشارکت‌کنندگان دارای تحصیلات در زمینه علوم مدیریت بهداشت و درمان و ۷۴٪ بقیه دارای تحصیلات در زمینه یکی از زیرشاخه‌های گروه پزشکی بودند. ۱۲٪

جدول ۲) ویژگی‌های ساختاری مدل‌های پیشنهادی سازمان بهداشت و درمان نظامی

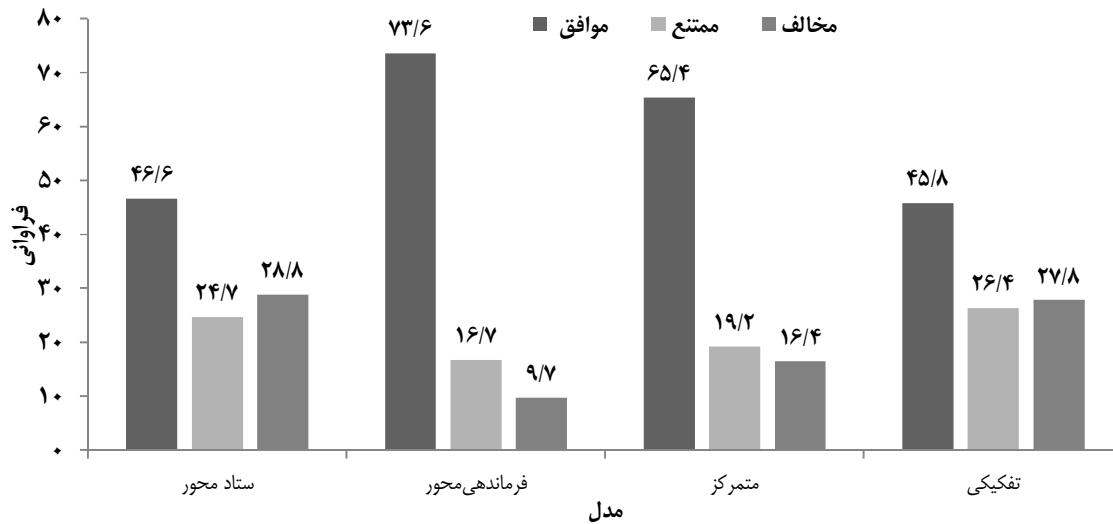
ابعاد ← بامدل	نحوه اداره کلان مجموعه بهداشت و درمان	نحوه اداره بیمارستان‌های پشتیبانی رزم	رابطه بهداری رزمی و شهری	مجموعه بهداشت و درمان در سطح نیرو	مجموعه بهداشت و درمان در مناطق جغرافیایی
ستاد محور	مرکزیت به شکل ستادی	توسط نیروها اداره می‌شوند	ادغام	مرکز و از لحاظ عملیاتی تحت امر نیروی مربوطه	از نظر ستادی در تابعیت تحت فرماندهی نیروی مربوطه
فرماندهی محور	مرکزیت بهداشت و درمان در قالب یک فرماندهی	توسط بهداری مناطق جغرافیایی	ادغام	وجود ندارد	تحت فرماندهی بهداشت و درمان
متمرکز	کل مجموعه بهداشت و درمان در قالب یک فرماندهی	متمرکز توسط فرماندهی بهداشت و درمان	ادغام	وجود ندارد	وجود ندارد
تفکیکی	ستاد بهداشت و درمان در نیروها و یا در سطح فرماندهی	بهداشت و درمان در مرکزیت سازمان	تفکیک	در تابعیت فرماندهی نیروی مربوطه	وجود ندارد



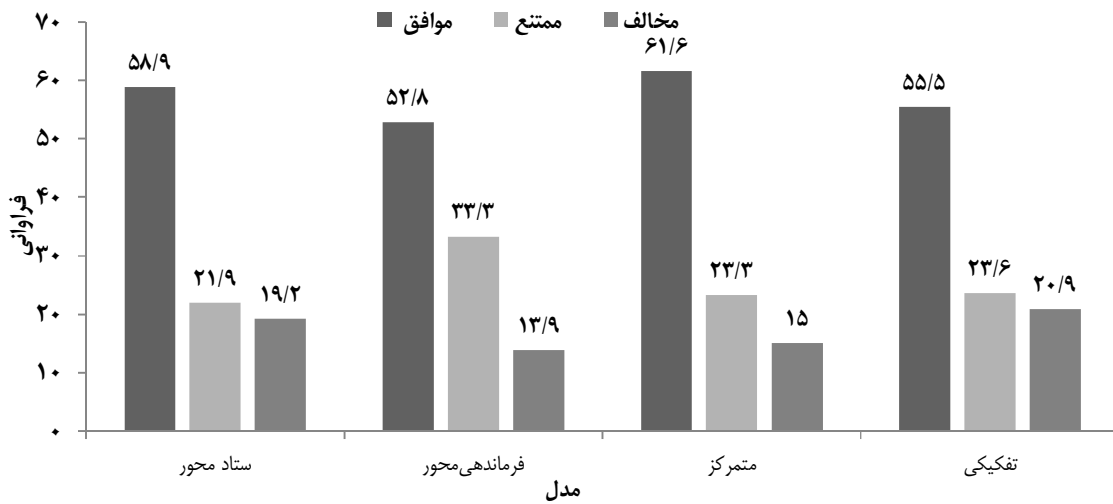
نمودار ۱) توزیع فراوانی نظرات برحسب انعطاف‌پذیری در نبرد متقارن



نمودار ۲) توزیع فراوانی نظرات برحسب دقت عمل در نبرد متقارن



نمودار ۳) توزیع فراوانی نظرات برحسب مناسب بودن سرعت تصمیم‌گیری در نبرد متقارن



نمودار ۴) توزیع فراوانی نظرات برحسب تناسب کل ساختار با نبرد متقارن

از لحاظ مناسب بودن کل ساختار با ابعاد نبرد ناهمپراز، مدل "متمرکز" با فراوانی ۶۱/۶٪ بیشترین و مدل "فرماندهی محور" با فراوانی ۵۲/۸٪ کمترین موافقت را داشتند. ولی نتایج آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نتایج ۴ مدل نشان نداد ( $p=0/09$ ; نمودار ۴).

### بحث

مدل "ستادمحور" تحقیق حاضر، اگرچه از لحاظ انعطاف‌پذیری در بحران و دقت موافقت بیشتری را کسب نمود، اما از لحاظ سرعت تصمیم‌گیری در رده‌های سازمان با اقبال کمتری روبه‌رو شد؛ چراکه این دو اصل در نبرد ناهمپراز مهم و اساسی هستند. مدل "فرماندهی محور" به دلیل مناسب بودن سرعت تصمیم‌گیری رده‌های

۴ مدل پیشنهادی در جامعه مدیران ارشد بهداشت و درمان سازمان از لحاظ انعطاف‌پذیری در نبرد ناهمپراز مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج مدل "ستادمحور" با فراوانی ۶۸/۵٪ بالاترین و مدل "تفکیکی" با فراوانی ۴۱/۷٪ پایین‌ترین تناسب را از لحاظ انعطاف‌پذیری به‌خود اختصاص دادند ( $p=0/023$ ; نمودار ۱). از لحاظ دقت هنگام نبرد ناهمپراز، مدل "ستادمحور" با ۶۳/۸٪ بیشترین و مدل "تفکیکی" با ۴۵/۱٪ کمترین فراوانی را به‌خود اختصاص دادند ( $p=0/003$ ; نمودار ۲). از لحاظ مناسب بودن سرعت تصمیم‌گیری، مدل "فرماندهی محور" با فراوانی ۷۳/۶٪ بیشترین و مدل "تفکیکی" با فراوانی ۴۵/۸٪ کمترین موافقت را از منظر مدیران دارا بودند ( $p=0/007$ ; نمودار ۳).

سازمانی مورد توجه قرار گرفته ولی با مشکل عدم رعایت اصل تفکیک وظایف صف و ستاد روبه‌رو است.

به نظر می‌رسد مدل "متمرکز" به دلیل عدم وابستگی بهداری در مناطق، به نیروها و قرارنگرفتن در زنجیره فرماندهی آنها توانسته است نظرات بیشتری را در جهت تناسب کلی با تهدیدات ناهمطراز کسب نماید چراکه این امر سرعت عمل و فرآیند انتقال اطلاعات را به‌عنوان یک عامل مهم در تصمیم‌گیری که به‌ویژه در نبرد ناهمطراز از اهمیت خاصی برخوردار است را افزایش می‌دهد.

مدل "تفکیکی"، در مجموع با استقبال پاسخ‌گویان روبه‌رو نشده و اغلب نمره پایینی به خود اختصاص داده است. همچنان که مصاحبه‌کنندگان نیز غالباً با جداکردن بهداری رزمی از بهداری غیررزمی (شهری یا عمومی)، چندان نظر مساعدی نداشته‌اند و مخالف تفکیک این ۲ حوزه بودند. از عللی که برای این مساله ذکر شد امکان گسست کامل و عدم به‌کارگیری توان بهداری غیررزمی در هنگام ماموریت‌ها و جنگ ذکر شده بود و به‌علاوه واگذاری بخش بهداری غیررزمی به مجموعه‌ای خارج از بهداری نظامی از دیگر نگرانی‌ها هنگام اظهار نظرها ذکر شده است.

در مطالعه انجام گرفته در ارتش ایالات متحده، تیم مطالعاتی RAND نیز در طرح مهندسی مجدد ساختار بهداری ایالات متحده، ۴ مدل ساختار سازمانی جایگزین را پیشنهاد کرد [۱۷]. در مدل شماره یک، با حفظ ساختار سلسله مراتب وضع موجود و با اصلاح در روش‌های مدیریتی و حمایتی، برنامه‌های حفظ سلامت را انجام می‌دهد. این ساختار با مدل "ستادمحور" تحقیق حاضر که ساختاری ستادی محور و غیرمتمرکز را شامل می‌شود تا حد زیادی هماهنگی دارد؛ چراکه در هر ۲ مدل، بخش اصلی بهداری رزمی در سطح نیروها سازمان‌دهی می‌شوند و مرکزیت بیشتر در قالب ستادی ملاحظه شده است. در مدل شماره ۲ ایالات متحده فرماندهی واحدی، در کنار مدیریت خدمات - درمانی (TRICARE) در سه نیروی زمینی؛ هوایی و دریایی زیر نظر یک فرماندهی مشترک بهداری، سازمان‌دهی می‌شوند. این ساختار با مدل‌های پیشنهادی "فرماندهی محور و متمرکز" مطالعه حاضر، نزدیکی بیشتری دارد چراکه هر ۳ مدل از ایده فرماندهی واحد تبعیت می‌کنند. ولی در مدل "فرماندهی محور" تحقیق حاضر به‌جای بهداری نیرویی از بهداری در سطح مناطق جغرافیایی حمایت شده است و در مدل "متمرکز"، کل مجموعه بهداری از تمرکز کامل برخوردار است. از نقطه نظر تفکیک بهداری رزمی با شهری این مدل با مدل پیشنهادی "تفکیکی" تحقیق حاضر هماهنگی نشان می‌دهد. در مدل شماره ۳ ارتش ایالات متحده، علاوه بر ۳ فرماندهی فوق در نیروها، مدیریت مجموعه TRICARE نیز تحت این فرماندهی مشترک سازمان می‌یابد. این ساختار نیز با مدل‌های پیشنهادی شماره "فرماندهی محور و متمرکز" مطالعه حاضر نزدیکی بیشتری دارد چراکه هر ۳ مدل از ایده فرماندهی واحد تبعیت می‌کنند. در مدل چهارم، دو مجموعه جداگانه تشکیل می‌شود که یکی

فرماندهی بخش‌های آمادگی (بهداری رزمی) را بر عهده دارد و فرماندهی خدمات پزشکی سه نیروی زمینی، هوایی و دریایی زیرمجموعه آن قرار داده می‌شود و دیگری فرماندهی TRICARE را که خدمات درمانی غیررزمی و برنامه بهداشت را هدایت می‌کند. این ساختار از جهت تفکیک کامل بهداری رزمی با شهری، هماهنگی کاملی با مدل "تفکیکی" مطالعه حاضر دارد و هر دو از ایده فرماندهی مشترک بهداری با دو بخش جداگانه رزمی و شهری حمایت می‌کنند. /سمیت و همکاران با مطالعه سوابق جنگ جهانی اول و سایر جنگ‌ها، تشکیل واحد بهداری مستقل در نیروهای زمینی و هوایی و دریایی انگلستان را که تا آن زمان وجود نداشته‌اند، پیشنهاد کرده است و دلیل آن را مشکلات و مسایل خاص هر نیرو اعلام کرده‌اند [۱۸]. در مطالعات فاز دوم این تحقیق و در مصاحبه با مسئولان و خبرگان بهداشت و درمان، همین ویژگی مورد تایید قرار گرفت چراکه به نظر می‌رسد نوع ماموریت و شرایط هر نیرو با یکدیگر متفاوت بوده و باید هر کدام بهداری خاص خود را داشته باشند.

در ارتش ترکیه، در زیرمجموعه ستاد کل نیروهای مسلح، فرماندهی بهداشت و درمان قرار دارد که خود ۳ فرماندهی تحت امر دارد که با مدل‌های "فرماندهی محور و متمرکز" طرح حاضر همخوانی نسبی دارد [۱۹]. در ارتش ترکیه امور آموزشی - پژوهشی در دانشکده‌ها و پژوهشکده‌های طب نظامی همگی تحت یک فرماندهی به نام گاتا از زیرمجموعه سه‌گانه فرماندهی بهداشت و درمان ستاد کل هستند که با مدل‌های "فرماندهی محور و متمرکز" تحقیق فعلی هماهنگ است. بیمارستان‌ها در ارتش ترکیه تحت یک واحد به نام فرماندهی خدمات بهداشتی - درمانی نیروهای مسلح اداره می‌شود که با مدل "متمرکز" طرح حاضر همخوانی نشان می‌دهد. در ارتش آلمان، بهداری به‌عنوان یکی از نیروهای پنج‌گانه و تحت عنوان "فرماندهی و ستاد اداره بهداشت و درمان" فعالیت می‌کند [۱۹]؛ به‌طور کل فراتر از همه ساختارهای موجود در ارتش‌های جهان و از جمله ایران است، ولی تا حدودی به مدل‌های "فرماندهی محور و متمرکز" تحقیق فعلی شباهت دارد. فرماندهی بهداری آلمان، فرماندهی امور در مناطق مختلف ایران را در قالب ۴ فرماندهی بهداشت و درمان منطقه‌ای انجام می‌دهد که هر یک دارای واحدهای کامل بیمارستانی، بهداشتی - امدادی و یگان عملیاتی بهداری هستند که با مدل "فرماندهی محور" تحقیق حاضر هماهنگی نسبی دارد. مدل ارتش فرانسه که در مرکزیت اداره بهداری ارتش داشته و در نیروها فاقد بهداری مستقل است، تا حد زیادی با مدل "متمرکز" طرح حاضر هماهنگی دارد [۱۹]. ویژگی مشترک هر دو مدل، عدم وجود بهداری مستقل در نیروهاست. به‌علاوه در ارتش فرانسه نیز بیمارستان‌ها مستقیماً توسط بهداری مرکزیت اداره می‌شوند که مشابه دیدگاه ارائه‌شده در مدل "متمرکز" این تحقیق است. این موضوع می‌تواند به دلیل سیستم متمرکزی باشد که در ساختار سازمانی بهداری ارتش فرانسه اعمال می‌شود.

در مطالعه محبی‌فر و همکاران با عنوان "طراحی الگوی ساختار

## منابع

- 1- Olsen JA. Asymmetric warfare. Tehran: Dafous Publication; 2003. [Persian]
- 2- Clinton JA, Michael DB. Doctrine for asymmetric warfare. Mobilization Studies. 2004;7(24):31-48.
- 3- Lino WS. Concept of fourth generation warfare. United States: National Defense University; 2005.
- 4- Metz S. Armed conflict in the 21<sup>st</sup> century: The information revolution and postmodern warfare. In: Institute S, editor. United States: U.S. Army War College; 2000.
- 5- Kouhestani AA. Doctrine of future war. Persian Gulf Security. 2004;5(51):13.
- 6- McKenzie KF. Asymmetric warfare. Tehran: Payam Sepas Publication; 2003. [Persian]
- 7- Dehqani Firouzabadi SJ. Lebanon asymmetric warfare and national security. Exte Politic. 2007;21(1):8.
- 8- Aarabi SM. Organizational structure design. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Cultural Research Bureau; 2006. [Persian]
- 9- Daft LR. Essential of organization: Theory and design. 5<sup>th</sup> ed. Tehran: Culture Research Bureau; 2010. [Persian]
- 10- Haqiqi MA, Momeni Mayani Z, Vazife Z. Organizing and improving constituencies and methods. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Termeh Publication; 2009. [Persian]
- 11- Robbins SP. Organization theory: Structure, design and applications. 19<sup>th</sup> ed. Tehran: Saffar Publication; 2007. [Persian]
- 12- Iran Nejad Parizi M, Sassangohar P. Organization and management: Theory and practice. 10<sup>th</sup> ed. Tehran: Iran Banking Institute; 2007. [Persian]
- 13- Salami H. Future warfare. Tehran: Strategic Defense Publication; 2004. [Persian]
- 14- Bowen WQ. The dimensions of asymmetric warfare. Mobil Stud. 2002;7(23):85-120.
- 15- Colin SG. American look to asymmetric threat defense policy. Ext Politic. 2002;1(40):179-96.
- 16- Ebrahimmia M, Porsa H. Guard health system organizational diagnosis. Tehran: Health Management Research Center; 2010. [Persian]
- 17- Hosek SD, Cecehine G. Reorganizing the military health system: Should there be a joint command. San Diego: Rand Publishing; 2002.
- 18- Smyth EA. Reorganization of armed forces medical services. Br Med J. 1949;1(2):751-2.
- 19- Setade K. Military organization. In: Program P, editor. California: Sage Publication; 2008.
- 20- Mohebifar R, Tabibi SJ, Asefzadeh S. Design of disaster management structure pattern for Iran. Health Manag J. 2008;11(33):47-56.
- 21- Bazargan A. Mixed methods research: A superior approach for management studies. Manag Knowl. 2009;21(81):19-36.
- 22- Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches. 2<sup>nd</sup> ed. California: Sage Publication; 2003.
- 23- Adib Hajbaqeri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran: Boshra Publication; 2007. [Persian]
- 24- Kevin HS, Kamin C, O'sullivan P, Moses A, Heestand D. Organizational models of educational technology in U.S. and Canadian medical schools. Acad Med. 2008;83(7):691-9.
- 25- Barret DJ. Organizational structure of academic health center: A case of the university of Florida. Acad Med. 2008;83(9):804-8.

مدیریت بلایا برای ایران"، ساختار پیشنهادی در قالب یک مدل ساختاری پیوسته و متمرکز پیشنهاد شده است که با مدل فرماندهی محور تحقیق حاضر هماهنگی دارد [۲۰]. کوین اچ و همکاران، ۴ مدل ساختاری واحد فناوری آموزشی را برای دانشکده‌های علوم پزشکی در ایالات متحده و کانادا ارائه کردند که ۳ مدل آن متمرکز (در دانشکده پزشکی، دانشکده بهداشت و در مرکزیت دانشگاه) و یک مدل آن غیرمتمرکز در هر دانشکده بود [۲۴]. ۷۵٪ پاسخ‌گویان با یکی از مدل‌های نوع متمرکز موافق بودند که با نگاه پاسخ‌گویان موافق مدل‌های فرماندهی محور و متمرکز تحقیق حاضر هماهنگی دارد. در مطالعه بارانت، روی ادغام و تمرکز ساختار سازمانی مراکز بهداشتی دانشگاه فلوریدا، با مطالعه ۵۰ سال گذشته ساختار آن، وی مدل پیشنهادی خود را در قالب ۵ مدل ساختاری یکپارچه‌سازی با عنوان ادغام و یکپارچگی در به کارگیری ارائه کرده است [۲۵]. وی پیشنهاد کرده است که مراکز بهداشتی دانشگاه‌ها باید در شرایط متلاطم و آشفته محیط فعلی، برای یکپارچگی و ادغام کارکردها و وظایف سازمان تلاش کنند. نتایج وی با دیدگاه مدل متمرکز در طرح حاضر مشابهت دارد.

از محدودیت‌های مطالعه انجام شده می‌توان به عدم دسترسی به برخی اطلاعات ساختار سازمانی به دلایل امنیتی، عدم امکان انتشار بخشی از نتایج به دلایل حفاظتی و کمبود جدی منابع اطلاعاتی منتشر شده در زمینه سازمان‌دهی در حوزه سازمان‌های نظامی، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آینده به بررسی نقاط ضعف و قوت کاربرد ساختارهای ستادمحور در ارتش‌های دنیا، بررسی نقاط ضعف و قوت کاربرد ساختارهای فرماندهی محور در ارتش‌های دنیا و طراحی ساختار بهداشت و درمان در سطح یگان‌ها و واحدهای عملیاتی، پرداخته شود.

## نتیجه‌گیری

گرچه یک ساختار مشخص برای تامین همه ابعاد شرایط جنگی مورد توافق کامل قرار ندارد، ولی با توجه به نتایج و ویژگی‌های خاص بیان شده، به نظر می‌رسد در شرایط جنگی، ساختارهای فرماندهی محور مناسب‌تر است، چراکه سرعت تصمیم‌گیری بالا رفته و وحدت رویه ایجاد می‌شود. ضمن آنکه تفکیک کامل بهداری رزمی از غیررزمی نیز فاقد وجاهت لازم در بهداری است.

## تشکر و قدردانی: این تحقیق با حمایت مالی مرکز تحقیقات

مدیریت سلامت انجام گرفته است. بر خود لازم می‌دانیم از ریاست محترم مرکز و مسئولان محترم واحدهای مختلف در بهداری‌های نیروهای مسلح و همکاران پژوهشگاه، کمال تشکر و قدردانی را