

ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان‌های دانشگاهی خرم‌آباد در اپیدمی کووید ۱۹ براساس چک لیست

WHO-EMRO

نسرین شعرباچی زاده^۱، گلرخ عتیقه چیان^۲، بابک عبدالکریمی^۳، الهه رحمتی^{۴*}

۱-دانشیار، گروه مدیریت خدمات سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲-استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳-دانشیار، گروه هماتولوژی انکولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

۴-دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

یافته / دوره ۲۴ / شماره ۳ / پاییز ۱۴۰۱ / مسلسل ۹۳

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۵/۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۹/۲۵

مقدمه: شیوع و همه‌گیری کووید-۱۹ به عنوان یک بیماری نوپدید، بسیاری از دستاوردهای سلامت را به چالش طلبید. در بیمارستان‌ها به عنوان محور فعالیت‌های مدیریت بحران، تدوین برنامه آمادگی بحران بسیار حیاتی است. در این مطالعه به ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد در بحران کووید-۱۹ پرداخته شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی کاربردی بوده که به صورت مقطعی در تابستان سال ۱۴۰۰ در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول وضعیت ۳ بیمارستان دانشگاهی خرم‌آباد بر اساس چک لیست WHO-EMRO ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان برای مقابله با بیماری کووید انجام شد. داده‌ها پس از ثبت در Excel، تحلیل شدند. بر اساس نتایج به دست آمده، نقاط ضعف هر بیمارستان استخراج و از طریق پانل مدیریتی و مصاحبه‌های انفرادی بررسی و در نهایت راهکارهای اجرایی ارائه شدند.

یافته‌ها: بیمارستان "الف" از نظر حیطه‌های منابع انسانی، شناسایی سریع و کنترل عفونت دارای آمادگی نسبی بوده؛ بیمارستان "ب" در حیطه‌های تداوم ارائه خدمات، شناسایی سریع، ایزولاسیون و مدیریت بیماران آمادگی نسبی داشت؛ بیمارستان "ج" نیز در حیطه‌های اطلاعات، منابع انسانی، شناسایی سریع و کنترل عفونت آمادگی نسبی داشت؛ در سایر حیطه‌ها دارای آمادگی کامل بودند. دو بیمارستان "ب" و "ج" در سطح آمادگی کامل و بیمارستان "الف" در مرز آمادگی کامل و میزان آمادگی کلی با ۸۱ درصد، در سطح مطلوب برآورد شد. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به آمادگی مطلوب بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد در مقابله با بحران اپیدمی کووید-۱۹، بایستی برای مواجهه با بحران‌های آینده به آموزش و تخصیص نیروی انسانی کافی، تخصیص بودجه به برنامه‌های آمادگی بحران، طراحی زنجیره تامین - استاندارد و ارزیابی برنامه‌های مدیریت بحران توجه بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی: آمادگی، بیمارستان، بلایا، همه‌گیری، کووید-۱۹.

*آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی.

پست الکترونیک: rahmati.eli.7474@gmail.com

مقدمه

در سال ۲۰۲۰ نظام‌های ارائه‌ی خدمات سلامت در ایران و بسیاری از کشورهای جهان، با یکی از بحرانی‌ترین شرایط تاریخ خود مواجه شد. شیوع و همه‌گیری کووید ۱۹ به عنوان یک بیماری نوپدید، نه تنها بسیاری از دستاوردهای سلامت را به چالش طلبید، بلکه بخش قابل توجهی از بنیان‌های اجتماعی و سیاسی را نیز با پرسش‌های جدی مواجه کرد (۱). شیوع این بیماری دنیا را با یکی از بزرگ‌ترین بلاهای قرون جدید مواجه ساخت؛ بر اساس اظهارات مسئولان سازمان‌های بین‌المللی، بحران کووید-۱۹ از اوایل جنگ جهانی اول (زمان شیوع آنفلوآنزای اسپانیایی) تاکنون بی‌سابقه بوده است (۲).

ارایه خدمات سلامتی در بلایا یکی از ارکان اصلی مدیریت بحران است (۳). آمارهای ارائه شده در کشورهای مختلف مبین آن است که کشورهایی که در این شرایط عکس‌العمل سریعی داشته‌اند، توانستند تعداد مرگ‌ها را تا ده برابر و هم‌چنین تعداد مبتلایان را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهند (۴). بنابراین بخش بهداشت و درمان به عنوان سازمان فعال در مدیریت بلایا باید قبل از حادثه از آمادگی لازم برخوردار باشند تا بتوانند در هنگام بروز آن، با واکنش مناسب و سریع، مراقبت‌های سلامت را به بهترین نحو ممکن ارائه دهند (۵).

کشور ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه با موقعیتی سیاسی جغرافیایی ویژه طی ۳۰ سال گذشته همواره در معرض تحولات و تغییراتی بحران‌زا قرار گرفته است؛ بنابراین مدیریت بحران و ارزیابی آن در جوامع کنونی و سازمان‌های مسئول و پاسخگو لازم و ضروری است (۶). از آن‌جا که این بحران‌ها توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع را با مانع روبرو می‌کند، مدیریت حوادث و بلایا و طب حوادث و بلایا درصدد پیشگیری و ایجاد آمادگی در مقابله با این‌گونه بلایا در سازمان‌های مختلف است و در رأس این سازمان‌ها بیمارستان‌ها قرار دارند (۷)

که از مهم‌ترین مکان‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی به شمار می‌روند و برقراری مدیریت مناسب حوادث و برنامه‌ریزی دقیق در آن از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد (۸). در بیمارستان‌ها به عنوان محور فعالیت‌های مدیریت بحران، تدوین برنامه آمادگی بحران با توجه به نوع کارکرد و وظایف‌شان بسیار حیاتی است (۹). هر کشور باید میزان خطر خود را ارزیابی کند و اقدامات لازم را به سرعت در مقیاس مناسب برای کاهش انتقال کووید-۱۹ و تأثیرات اقتصادی، عمومی و اجتماعی به سرعت اجرا کند (۱۰).

بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌های کشور نیز نشان می‌دهد که با وجود دستورالعمل‌های موجود در بیمارستان، میزان آمادگی آن‌ها در مواجهه با بحران‌ها، در سطح ضعیفی قرار دارد و سردرگمی و عدم مدیریت صحیح شایع‌ترین مشکل در هنگام بروز بحران است (۱۱). مطالعه ایران‌نژاد و همکاران نشان داد که آمادگی بیمارستان‌های استان مرکزی در مقابله با حوادث بیولوژیک در سطح ضعیفی می‌باشد (۱۲). هم‌چنین سازمان بازرسی کل کشور آمریکا در گزارشی در سال ۲۰۱۵ اعلام داشت که علی‌رغم پیشرفت‌های زیاد در زمینه مواجهه و تشخیص عوامل بیولوژیک و بیوتروریستی، بیمارستان‌های این کشور در برابر حوادث بیولوژیک و شیمیایی از آمادگی لازم برخوردار نیستند (۱۳).

مدیران موسسات بهداشتی-درمانی بایستی ضمن شناخت مخاطرات، به بالا بردن توان، استاندارد و کاهش مخاطرات ناشی از حوادث بپردازند (۱۴). نتایج مطالعه وویسا آشنافی و همکارانش نشان می‌دهد که با وجود ادراک بالای مقامات بیمارستان‌های اتیوپی در درک خطر بلایا، بیمارستان‌های این کشور در سطح آمادگی ضعیفی در مواجهه با بحران‌ها بودند (۱۵).

شیوع ویروس کووید-۱۹ هم‌چنان در حال گسترش بوده که ارتقای دانش و به‌کارگیری راهبردهای موثر در مدیریت این بحران و ایجاد آمادگی در بین مراکز درمانی،

اطلاعات مربوط نمود. چک‌لیست، توسط خود محقق و از طریق مشاهده و مصاحبه با مدیران و مسئولین و ضمن بازدید از بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها و بررسی مستندات موجود، تکمیل گردید. پس از گردآوری، داده‌ها وارد نرم افزار Excel16 شدند. روش تحلیل یافته‌ها به این صورت بود که مجموع نمرات بیمارستان از چک‌لیست در هر حیطه محاسبه شد و سپس درصد آمادگی پاسخ هر بیمارستان در تمام حیطه‌ها مشخص گردید. در امتیازدهی برای گزینه "بله" امتیاز دو، برای گزینه "در دست اقدام" امتیاز یک و گزینه "خیر" امتیاز صفر در نظر گرفته شد. در نهایت براساس مطالعات پیشین (۱۷) به منظور تسهیل یافته‌ها، در صورتی که میانگین امتیازات کسب شده هر بیمارستان کمتر از ۵۰ درصد باشد، دارای سطح آمادگی ضعیف، میانگین امتیاز بین ۵۰ تا ۸۰ درصد سطح آمادگی نسبی و میانگین امتیاز بیشتر از ۸۰ درصد به‌عنوان سطح آمادگی کامل برآورد شد.

مرحله دوم: شناسایی چالش‌های هر بیمارستان و ارائه راهکار؛ پس از تحلیل نتایج حاصل از مرحله اول، دلایل اصلی نقاط ضعف هر بیمارستان با توجه به نتایج چک‌لیست آن، شناسایی شد. در یک بیمارستان از طریق تشکیل پانل مدیریتی و در دو بیمارستان دیگر با توجه به موقعیت‌شان، از طریق مصاحبه‌های انفرادی جهت بررسی چالش‌های موجود و ارائه راهکار مناسب جهت رفع آن‌ها پرداختیم.

پانل با حضور اعضای تیم مدیریت اجرایی شامل: رئیس بیمارستان، کارشناس ایمنی، مدیر بیمارستان، رئیس امور مالی، مدیر پرستاری، سوپروایزر آموزشی، مسئول منابع انسانی، مسئول فناوری اطلاعات و مسئول بهبود کیفیت برگزار شد که در ابتدا به بررسی چالش‌های موجود پرداخته و پس از آن راهکارهای لازم از طریق بارش افکار جمع‌آوری شد. در بیمارستان‌هایی که به مصاحبه فردی پرداختیم، ضمن ارائه نقاط ضعف

امری ضروری است. با توجه به مطالعات انجام شده، تاکنون پژوهشی در زمینه ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان‌های شهرستان خرم‌آباد صورت نگرفته که در این مطالعه به آن خواهیم پرداخت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی و از نوع تحقیقات کاربردی بود که به صورت مقطعی در تابستان سال ۱۴۰۰ در دو مرحله انجام گرفت.

مرحله اول: ارزیابی وضعیت موجود بیمارستان بر اساس چک‌لیست ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان در مواجهه با بیماری کووید-۱۹ WHO-EMRO (۱۶)؛ در این مرحله تمامی بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم‌آباد که بیماران کووید را پذیرش می‌کردند (سه بیمارستان) به صورت هدفمند انتخاب شده تا مورد ارزیابی قرار گیرند. به منظور حفظ محرمانگی اطلاعات، این بیمارستان‌ها "الف، ب و ج" نام‌گذاری شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله، چک‌لیست آمادگی پاسخ بیمارستان‌ها در بحران کووید-۱۹ WHO-EMRO بود که دارای ۸۶ سنجه در ۱۰ بعد رهبری و هماهنگی (۷ سنجه)، پشتیبانی عملیاتی (۱۲ سنجه)، اطلاعات (۲ سنجه)، ارتباطات (۸ سنجه)، منابع انسانی (۱۲ سنجه)، تداوم ارائه خدمات ضروری و افزایش ظرفیت (۸ سنجه)، شناسایی سریع (۸ سنجه)، تشخیص (۴ سنجه)، ایزولاسیون و مدیریت بیماران (۷ سنجه) و کنترل عفونت (۱۲ سنجه) می‌باشد.

این چک‌لیست را ابتدا سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای توسعه‌یافته طراحی کرد و سپس آن را با توجه به شرایط و موقعیت موجود کشورهای منطقه مدیترانه شرقی بازنگری کرد (۱۶).

محقق پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیریت بیمارستان‌ها و مدیران هر بخش و با رعایت موازین و قوانین هر بیمارستان، اقدام به جمع‌آوری

بیمارستان، از شخص مورد مصاحبه خواستیم که دلایل و راهکارهای عملی به منظور رفع چالش‌های مرتبط با حیطه مسئولیت ایشان را ارائه دهند. در نهایت تمامی راهکارها جمع‌بندی و آن‌ها را با توجه به ابعاد چک‌لیست طبقه‌بندی کردیم.

یافته‌ها

از نظر ظرفیت تخت، بیمارستان "الف" دارای بیش‌ترین ظرفیت تخت (۳۴۰ تخت) و بیمارستان "ب" کم‌ترین تعداد تخت (۱۴۷ تخت) را دارد؛ در حالی که بیش‌ترین تعداد تخت ویژه متعلق به بیمارستان "ج" با ۷۳ تخت و کم‌ترین آن مربوط به بیمارستان "ب" با ۲۴ تخت می‌باشد. از نظر تعداد ترخیص سالانه، بیش‌ترین میزان مربوط به بیمارستان "ج" (۳۵۱۸۰ بیمار) و کم‌ترین آن به بیمارستان "ب" (۸۵۰۰ بیمار) برمی‌گردد. درصد آمادگی پاسخ بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم‌آباد در مواجهه با بحران کووید-۱۹ به تفصیل در جدول ۱ نشان داده شده‌است. در حالی که بیمارستان "الف" از نظر ابعاد منابع انسانی، شناسایی سریع و کنترل عفونت به ترتیب با ۶۶، ۵۰ و ۷۲ درصد دارای سطح آمادگی نسبی بود، در دیگر

ابعاد در سطح آمادگی کامل قرار داشت؛ بیمارستان "ب" نیز در ابعاد تداوم ارائه خدمات ضروری و افزایش ظرفیت، شناسایی سریع، ایزولاسیون و مدیریت بیماران به ترتیب با ۶۲، ۷۵ و ۷۱ درصد دارای آمادگی نسبی و در سایر ابعاد در سطح آمادگی کامل برآورد شد. هر دو بیمارستان "ب" و "ج" در سطح آمادگی کامل و بیمارستان "الف" با ۷۹ درصد تحقق سنج‌ها، در مرز آمادگی کامل می‌باشد؛ در نهایت میزان آمادگی کلی بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد با ۸۱ درصد، در سطح کامل برآورد شد.

در مرحله دوم، پس از تحلیل نتایج حاصل از چک‌لیست‌ها، نقاط ضعف هر بیمارستان در پانل و یا مصاحبه‌های حضوری مورد بحث و بررسی قرار گرفت تا علل بروز آن‌ها را کشف کنیم. در جدول ۲، علل نقاط ضعف هر بعد نشان داده شده‌است.

جدول ۱. درصد امتیازات و برآورد آمادگی پاسخ بیمارستان‌های دانشگاهی خرم‌آباد در بحران کووید-۱۹

درصد کل حیطه	بیمارستان‌های دانشگاهی شهر خرم‌آباد			بعد
	بیمارستان ج	بیمارستان ب	بیمارستان الف	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	رهبری و هماهنگی
۸۱	۸۷	۸۳	۸۳	پشتیبانی عملیاتی، تدارکات و مدیریت منابع
۸۳	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	اطلاعات
۸۷	۸۷	۸۷	۸۷	ارتباطات
۷۳	۶۲	۹۱	۶۶	منابع انسانی
۷۶	۸۱	۶۲	۸۷	تداوم ارائه خدمات ضروری و افزایش ظرفیت
۶۶	۷۵	۷۵	۵۰	شناسایی سریع
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	تشخیص
۸۸	۱۰۰	۷۱	۹۲	ایزولاسیون و مدیریت بیماران
۷۹	۷۷	۸۸	۷۲	کنترل عفونت
۸۱	۸۱	۸۴	۷۹	آمادگی کلی

جدول ۲. مشکلات موجود در هر بیمارستان به تفکیک هر بعد

مشکلات موجود	بعد
۱. عدم بودجه کافی به منظور ثبت و سفارش خرید به‌موقع؛ زیرساخت‌های مربوط به فرآیندها موجود می‌باشد ولی بودجه کافی برای اجرای آن‌ها وجود ندارد	پشتیبانی عملیاتی، تدارکات و مدیریت منابع
۲. نگرش و فرهنگ متفاوت خیرین در این شهر	
۳. عدم وجود پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های شفاف و مکتوب به منظور ثبت و سفارش داروهای اساسی	
۴. آموزش ناکافی نیروهای حراست؛ عدم نظارت و ارزیابی عملکرد پرسنل حراست؛ تعداد ناکافی و پراکندگی ساختمان‌های بیمارستانی	ارتباطات
۱. کمبود نیروی تخصصی	
۲. عدم وجود فضای فیزیکی کافی	
۳. عدم وجود زمان کافی	
۴. محدودیت‌های قانونی در به‌کارگیری از تلفن‌های ماهواره‌ای و تجهیزات رادیویی	منابع انسانی
۱. کمبود نیروی تخصصی	
۲. عدم تخصیص بودجه در زمینه اقدامات حمایتی از پرسنل	
۳. هدف‌گذاری نامشخص به منظور استفاده از نیروهای داوطلب	
۴. افزایش هزینه‌های ناشی از پایش مکرر پرسنل در خصوص تست‌های تشخیصی که در برخی موارد با وسواس افراد نیز مواجه می‌شدند	
۵. عدم وجود فضای فیزیکی به منظور ایجاد مکان‌های حمایتی برای کارکنان و خانواده ایشان	
۶. عدم اختیار به بیمارستان‌ها در خصوص به‌کارگیری داوطلبین	
۷. عدم وجود حمایت‌های روانی و مالی از پرسنل	
۸. عدم انجام تعهدات مقامات بالادستی	
۱. تفکیک نامناسب بخش‌های کووید از غیر کووید	تداوم ارائه خدمات ضروری و افزایش ظرفیت شناسایی سریع
۲. عدم وجود فضای فیزیکی کافی	
۳. تخصیص ناکافی بودجه جهت برنامه‌های بحران	
۴. عدم قدرت مدیران بیمارستانی برای اجرای قوانین و مقررات (عدم حمایت از آن‌ها)	
۱. عدم وجود ارتباط مناسب با مراکز بهداشتی به منظور تبادل اطلاعات	
۲. نبود اپیدمیولوژیست در بیمارستان‌ها	
۳. دریافت تمامی پروتکل‌ها از دانشگاه و عدم امکان تغییر در آن‌ها	
۴. وجود سیستم بروکراسی معیوب به منظور انجام فرآیندها	
۱. تفکیک نامناسب بخش‌های کووید از غیر کووید	ایزولاسیون و مدیریت بیماران
۲. عدم وجود فضای فیزیکی کافی	
۱. نبود فرهنگ مناسب در خصوص عدم ملاقات بیماران	کنترل عفونت
۲. پراکندگی ساختمان‌های بیمارستان و قدیمی بودن ساختار آن مانع از کنترل مناسب تردد افراد می‌شود	
۳. عدم کنترل تردد افراد (همراه و پرسنل) به اتاق بیماران	

بحث و نتیجه‌گیری

آمادگی از فعالیت‌های مهم در مواجهه با بحران است. آمادگی تنها در قالب یک کار تیمی و با همکاری تمامی اجزای کلیدی بیمارستان امکان‌پذیر است و به هر میزان که بیمارستان‌ها در ابعاد مختلف آمادگی داشته باشند احتمال کارایی آن‌ها در زمان بحران بیشتر می‌شود. مطالعات مختلفی مرتبط با بحران در داخل و خارج از کشور انجام شده‌است که در این قسمت جهت بررسی و تحلیل بهتر به مقایسه بین آن‌ها با پژوهش حاضر پرداخته شد.

ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستان‌های مورد مطالعه در جریان اپیدمی کووید ۱۹، نشان داد که در حیطه "رهبری و هماهنگی" تمامی بیمارستان‌ها در آمادگی کامل قرار داشتند و این موضوع بیانگر وجود تیم مدیریتی خوب در این مراکز می‌باشد. در مطالعه امیری و همکاران (۱۷) که میزان آمادگی بیمارستان‌های آموزشی اهواز را در سال ۱۳۹۸ ارزیابی کردند به این نتیجه دست یافتند که آمادگی این بیمارستان‌ها در بعد "فرماندهی و مدیریت" در سطح متوسط می‌باشد که با یافته‌های مطالعه حاضر

عمومی" همانند وضعیت بیمارستان "ج"، در سطح آمادگی ضعیفی می‌باشد؛ هم‌چنین نتایج مطالعه رهدار در بعد "اطلاعات عمومی" همانند وضعیت بیمارستان "ج"، بیانگر سطح ضعیفی از آمادگی پاسخ در مراکز مورد مطالعه می‌باشد. آمادگی پاسخ هر سه بیمارستان در حیطه "ارتباطات"، برخلاف نتایج مطالعه رهدار و خورسند (۱۹) در این حیطه در سطح قابل قبولی بود؛ با این وجود مشکلاتی در این حیطه وجود داشت که شامل: کمبود بودجه کافی، کمبود نیروی متخصص، عدم وجود فضای فیزیکی کافی، قدیمی و پراکندگی ساختمان‌های بیمارستان و محدودیت‌های قانونی در به‌کارگیری از تلفن‌های ماهواره‌ای و تجهیزات رادیویی می‌باشد. در مطالعه دایمیہ اوگونا و همکاران (۲۲) به این نتیجه دست یافتند، که همانند یافته‌های مطالعه حاضر، بیمارستان‌های کشور نیجریه نیز در این بعد، دارای سطح آمادگی قابل قبولی می‌باشند. در حیطه "منابع انسانی" بیمارستان "ب" در سطح آمادگی قابل قبولی می‌باشد؛ در حالی که بیمارستان "الف و ج" در سطح مطلوبی نمی‌باشند. برخی از مشکلات این مراکز در این حیطه شامل: عدم وجود بودجه و فضای فیزیکی به منظور ایجاد مکان‌های حمایتی برای کارکنان و خانواده ایشان؛ عدم وجود حمایت‌های روانی و مالی از پرسنل؛ عدم انجام تعهدات مقامات بالادستی؛ عدم اختیار به بیمارستان‌ها در خصوص به‌کارگیری داوطلبین و برنامه‌ریزی برای به‌کارگیری آن‌ها می‌باشد. بیمارستان‌های مورد مطالعه امیری و همکاران (۱۷) در این بعد، مشابه مطالعه حاضر، از آمادگی نسبی برخوردارند. نتایج مطالعه کالایو برهه و همکاران (۲۳) در خصوص ارزیابی آمادگی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اتیوپی جنوبی در مواجهه با کووید-۱۹، برخلاف نتایج مطالعه حاضر، بیانگر عدم آمادگی ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت برای مبارزه با کووید-۱۹ بود در حالی که دارای سطح دانش کافی بودند.

مشابه می‌باشد. هم‌چنین دانشمندی و همکاران (۱۸) در مطالعه‌شان در خصوص ارزیابی آمادگی یک بیمارستان منتخب تهران در مقابله با حوادث غیرمترقبه، به این نتیجه رسیدند که، در بعد "مدیریت" دارای آمادگی در سطح خوب بوده که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت دارد. در حیطه "پشتیبانی عملیاتی؛ تدارکات و مدیریت منابع" آمادگی پاسخ بیمارستان‌های موجود در سطح قابل قبولی بود ولی میزان آمادگی پاسخ بیمارستان "ج" در این حیطه بهتر از دو بیمارستان دیگر بود. برخی از مشکلاتی که در این حیطه وجود داشت شامل: نگرش و فرهنگ متفاوت خیرین در این شهر؛ عدم وجود پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های شفاف و مکتوب به منظور ثبت و سفارش داروهای اساسی می‌باشد. در مطالعه رهدار و خورسند (۱۹) که در سال ۱۳۹۹ میزان آمادگی بیمارستان‌های استان سیستان و بلوچستان را در بحران کووید-۱۹ بررسی کردند به این نتیجه رسیدند که میزان آمادگی این بیمارستان‌ها در بعد "تامین و تجهیزات ابزارهای پزشکی و مصرفی" در سطح ضعیفی می‌باشد که با یافته‌های مطالعه حاضر مغایرت دارد. هم‌چنین، در مطالعه تیمورزاده (۲۰) که در سال ۱۳۸۷ به بررسی میزان آمادگی سه بیمارستان مرزی پرداخت، به این نتیجه دست یافت که در بعد "پشتیبانی و تدارکات"، این بیمارستان‌ها در وضعیت مناسبی می‌باشند که با یافته‌های مطالعه حاضر نیز هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه امیری (۱۷) در بعد "پشتیبانی" حاکی از وجود آمادگی نسبی در مراکز مورد مطالعه می‌باشند؛ در صورتی که بیمارستان‌های شهر خرم‌آباد دارای آمادگی بهتری بودند. در حیطه "اطلاعات" دو بیمارستان "الف و ب" در آمادگی کامل و بیمارستان "ج" در وضعیت نامطلوبی بود. در مطالعه جدیدی و همکاران (۲۱) که میزان آمادگی بیمارستان‌های استان مرکزی را در مقابله با حوادث بیولوژیک ارزیابی کردند، به این نتیجه دست یافتند که آمادگی این بیمارستان‌ها در بعد "اطلاعات

بیمارستان "ب" در این بعد، در وضعیت مناسبی نمی‌باشد. در حیطه "کنترل عفونت" بیمارستان "ب" دارای بالاترین سطح آمادگی پاسخ بوده و بیمارستان "الف" در پایین‌ترین سطح آمادگی می‌باشد. مشکلاتی که بیمارستان‌ها در این حیطه داشتند شامل: نبود فرهنگ مناسب در خصوص عدم ملاقات بیماران، پراکندگی ساختمان‌های بیمارستان و قدیمی بودن ساختار آن، وجود سیستم بروکراسی معیوب به منظور انجام فرآیندها می‌باشد. نتایج مطالعه دایمی اوگوینا و همکاران (۲۲) حاکی از آن است که برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر، بیمارستان‌های این کشور در این بعد تنها موفق به اجرای ۵۰ درصد اقدامات احتیاطی استاندارد شده و فقط ۴۰ درصد از آن‌ها تجهیزات کافی برای محافظت شخصی پرسنل را داشتند. با توجه به نتایج به دست آمده از چک لیست‌ها، بیمارستان‌های "ب و ج" در مجموع در سطح آمادگی پاسخ کامل در بحران اپیدمی کووید-۱۹ بوده است؛ در حالی که بیمارستان "الف" در سطح آمادگی پاسخ نسبی بوده که با نتایج مطالعات اوگوینا و رهدار و جدیدی مغایرت دارد (۱۹)، ۲۱ و ۲۲). هم‌چنین در مطالعه محمدی (۲۵) با موضوع ارزیابی آمادگی بیمارستان‌های دولتی استان ایلام در مواجهه با بحران‌های طبیعی به این نتیجه دست یافت که آمادگی این بیمارستان‌ها در سطحی کمتر از میانگین قرار دارد که با نتایج حاصل از مطالعه موجود مطابقت ندارد. یک پاندمی از ابعاد مختلفی برخوردار است و مشکلات متعددی را پیش‌روی شهر و شهروندان قرار می‌دهد به همین دلیل تنها آمادگی در یک زمینه نمی‌تواند مردم امروز را در مقابل اپیدمی ایمن کند و بایستی یک حرکت جمعی و هماهنگ در خصوص آمادگی پاسخ به بلا یا ایجاد شود. شیوع ویروس کووید-۱۹ استرس بی‌سابقه‌ای را در مراکز درمانی و جوامع ایجاد کرد. این درحالی است که بیمارستان‌های خرم‌آباد از سطح آمادگی پاسخ مطلوبی بهره‌مند بودند و با وجود مشکلاتی در حیطه منابع انسانی،

میزان آمادگی پاسخ دو بیمارستان "الف و ج" در حیطه "تداوم ارائه خدمات ضروری و افزایش ظرفیت"، در وضعیت مطلوب می‌باشد و بیمارستان "ب" در وضعیت مطلوبیت نسبی می‌باشد. این بیمارستان‌ها به دلایل تفکیک نامناسب بخش‌های کووید از غیرکووید، عدم وجود فضای فیزیکی کافی و تخصیص ناکافی بودجه جهت برنامه‌های بحران دچار ضعف بودند. بیمارستان‌های مورد مطالعه رهدار و خورسند (۱۹) در بعد "افزایش ظرفیت در زمان اوج بیماری" برخلاف وضعیت بیمارستان‌های "الف و ج" در سطح ضعیفی می‌باشند. در حالی که نتایج مطالعه دایمی اوگوینا (۲۲) با وضعیت این بیمارستان‌ها مشابهت دارد. میزان آمادگی پاسخ بیمارستان‌ها در حیطه "شناسایی سریع" در وضعیت قابل قبولی نمی‌باشد به گونه‌ای که بیمارستان‌های "ب و ج" بهتر از بیمارستان "الف" عمل کردند. از جمله مشکلاتی که این بیمارستان‌ها در این حیطه داشتند می‌توان به عدم وجود ارتباط مناسب با مراکز بهداشتی به منظور تبادل اطلاعات، دریافت تمامی پروتکل‌ها از دانشگاه و عدم امکان تغییر در آن‌ها اشاره کرد. در مطالعه رهدار و همکار (۱۹) به این نتیجه رسیدند که میزان آمادگی این بیمارستان‌ها در بعد "شناسایی بیماران" در سطح مناسبی نمی‌باشد که با وضعیت بیمارستان "الف" مطابقت و با سایر بیمارستان‌ها مغایر می‌باشد. تمامی بیمارستان‌ها در حیطه "تشخیص" دارای آمادگی پاسخ کامل بودند که این مورد بیانگر وجود کارکنان و پزشکان آماده در این شهر می‌باشد. بیمارستان‌های مورد مطالعه جدیدی و همکاران برخلاف نتایج مطالعه حاضر در این بعد، در سطح آمادگی ضعیفی می‌باشند (۲۱). در حیطه "ایزولاسیون و مدیریت بیماران" بیمارستان "الف و ج" دارای آمادگی پاسخ کامل بوده و بیمارستان "ب" در این حیطه در وضعیت قابل قبولی نمی‌باشد؛ نتایج مطالعه رهدار نشان می‌دهد که میزان آمادگی بیمارستان‌های سیستان و بلوچستان مشابه

ارزیابی مجدد زیرساخت‌ها و فرآیندهای موجود به منظور دستیابی به آمادگی پاسخ کامل می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از اساتید محترم و تمامی پرسنل بیمارستان‌های مورد مطالعه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم. این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه با عنوان "ارزیابی آمادگی پاسخ بیمارستانهای دانشگاهی شهرستان خرم‌آباد در بحران اپیدمی کووید ۱۹ بر اساس چک لیست WHO-EMRO و ارائه راهکار" در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۰ با کد اخلاق به شماره IR.MUI.NUREMA.REC.1400.062 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی است.

کمبود بودجه مختص حیطة بحران، آموزش ناکافی، عدم شناسایی سریع، کنترل عفونت و عدم هماهنگی‌های موجود بین بیمارستان‌ها و سایر نهادها و مراکز، عملکردشان به گونه‌ای بوده که توانستند به خوبی با اپیدمی برخورد و از آن گذر کنند. از آن‌جا که تهدید جهانی کووید-۱۹ هم‌چنان وجود دارد، ارتقای دانش و به-کارگیری راهبردهای موثر در مدیریت این بحران امری ضروری است.

مدیریت موفقیت‌آمیز در شیوع بیماری‌های واگیر نیازمند یکپارچه‌سازی عملکردهای بالینی و غیربالینی، تخصیص ردیف بودجه‌ای برای مقابله با بحران‌ها، برنامه-ریزی مناسب و ایجاد برنامه‌های جامع آمادگی برای مقابله با بحران‌های اپیدمی در سطح کشور، تطابق‌پذیری بیمارستان‌ها با شرایط اپیدمی، ایجاد زنجیره تامین استاندارد، اجرای شیوه‌های مناسب کنترل عفونت، به-کارگیری و آموزش نیروهای تخصصی و محلی، بررسی و

References

1. Neely AH, Lopez Pj. Care in the Time of Covid-19. Antipode online blog . <https://antipodeonline.org/2020/04/04/care-in-the-time-of-covid-19/>. 2020
2. Sheikhzadeh H. How governments face the Covid-19 pandemic and the impact of this crisis on redefining the scope of the government's powers and responsibilities. Scientific Quarterly of Soft Power Studies. 2020; 9. (In Persian)
3. Khankeh HR, Mohammadi R, Ahmadi F. Health Care Services at Time of Natural Disasters: A Qualitative Study. IJN. 2007; 20 (51) : 85-96 (In Persian)
4. Pueyo T. Coronavirus: Why You Must Act Now. Medium. <https://tomaspuoyo.medium.com/coronavirus-act-today-or-people-will-die-f4d3d9cd99ca>. 2020.
5. Zaboli R. Structure of crisis management in selected hospitals in Tehran and offered appropriate model. Tehran;Third National Congress of Military Medicine, 2005(In Persian)
6. Sistanehiey F, Rezapour R, Mahmoudi A, et al, editors. Nursing in Disaster. 1st ed. Tehran; Arvij publisher; 2006:5
7. Osman F, Shahan A, Jahan F. Managing Natural Disasters in Bangladesh: Activating the Network Approach. Public Organization Review. 2013; 15
8. Muttarak R, Pothisiri W. The Role of Education on Disaster Preparedness: Case Study of 2012 Indian Ocean Earthquakes on Thailand's Andaman Coast. Ecology and Society. 2013; 18:4
9. Tabrizi J S, Gharibi F. The Situation of Disaster Management in Accreditation National Model of Hospital performance. jorar. 2012; 4 :3 (In Persian)
10. WHO,Critical preparedness, Readiness and Response Action for COVID-19:Interim guidance. https://reliefweb.int/report/world/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-covid-19-interim-guidance-7-march?gclid=EAIaIQobChMI9Zyd3sf5-gIVx5rVCh1J8AgeEAAAYAAAEgIfWPD_BwE. 2020
11. Akhavan Moghadam J, Adibnejad S, Mousavi Naeini S M. Introducing Hospital Emergency Incident Command System(HEICS) and HEICS Implementation in Iran Hospital. Journal of Military Medicine.2005[Cited 2020June06];7(2): 167-175(In Persian)
12. Irannejad B, Safarabadi M, Jadidi A. Survey of Biological Incidents Preparedness of Hospitals in Markazi Province in 2016. Journal of Military Medicine. 2017.; 19(2):169-175 (In Persian)
13. Garge RN , Ha H, Khoo S. Disaster Risk Management and the Role of the Armed Forces: Critical Analysis of Reactive Disaster Management in India. Strategic Disaster Risk Management in Asia: Springer. 2015: 49-65
14. Krajewski M, Sztajnkrzyer M, Baez A A. Hospital Disaster Preparedness in the United States: New issues, New Challenges. The Internet Journal of Internal Medicine. 2004; 4

15. Woyessa AH, Teshome M, Mulatu B, Abadiga M, Hiko N, Kebede B. Disaster Preparedness in Selected Hospitals of Western Ethiopia and Risk Perceptions of Their Authorities. *Open Access Emerg Med.* 2020 Oct 8; 12:219-225.
16. Hospital readiness checklist for COVID-19 - EMRO. Interim document - Version 1. March 29, 2020.
17. Faraji Khiavi F, Amiri E. Assessment of the Preparedness of Ahvaz Training Hospitals in Confronting Disasters. *Depiction of Health.* 2019; 10(1): 54-61(In Persian)
18. Daneshmandi M, Nezamzade M, Zareiyan A. Assessment of the preparedness of selected hospital to deal with disasters in Tehran. *MCS.* 2014;1(1): 28-35(In Persian)
19. Khorsand Chobdar M, Rahdar M A. Investigation the Readiness of Hospital in Sistan and Baluchestan Province in the crisis of COVID-19. *J Mil Med.* 2020;22(6):553-561(In Persian)
20. Ameriyoun A, Delavari A R, Taymorzadeh E. Readiness in the face of three hospitals selected boundary Babhran. *Mil Med.* 2010: 1(1); 19-22(In Persian)
21. Irannejad B, Safarabadi M, Jadidi A. Survey of Biological Incidents Preparedness of Hospitals in Markazi Province in 2016. *Journal of Military Medicine.* 2017: 19(2); 169-175(In Persian)
22. Ogoina D, Mahmood D, Oyeyemi AS, Okoye OC, Kwaghe V, Habib Z, et al. A national survey of hospital readiness during the COVID-19 pandemic in Nigeria. *PLoS One.* 2021 Sep 21:16(9)
23. Wuneh A, Kahsay A, Tinsae F, et al. Knowledge, Perceptions, Satisfaction, and Readiness of Health-Care Providers Regarding COVID-19 in Northern Ethiopia. *J Multidiscip Healthc.* 2021:14;1349-1359. Published 2021 Jun 8 .
24. Mohammadi E. Study the Readiness of State hospitals in Ilam Province in the Face of Natural Disasters. *journal of Ilam university of medical sciences.* 2018: 26(3);125-133(In Persian)

Assessing Readiness of Khorramabad University Hospitals to Respond to COVID-19 Epidemic based on WHO-EMRO Checklist

Shaarbafchizadeh N¹, AtigheChian G², AbdolKarimi B³, Rahmati E^{4}*

1. Associate Professor, Department of Health Services Management, Health Economics and Management Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, Research Center for Social Factors Affecting Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3. Associate Professor, Pediatric Hematology-Oncology Department, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

4. Master's student, Department of Healthcare Management, Faculty of Medical Information and Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, rahmati.eli.7474@gmail.com

Received: 2022/7/29

Accepted: 2022/12/16

Abstract

Background: The spread and epidemic of COVID-19, as a new disease, challenged many health achievements. In hospitals, as the center of crisis management activities, it is very important to develop a crisis preparedness plan. In this study, the response-readiness of Khorram Abad hospitals in the crisis of COVID-19 was discussed.

Materials and Methods: This study is a descriptive and applied research that was conducted cross-sectionally in the summer of 1400 in two stages. In the first stage, the condition of 3 Khorram Abad University Hospitals was based on a checklist WHO-EMRO evaluation of the hospital's response readiness to deal with the covid disease was done. The data were analyzed after being recorded in Excel. Based on the obtained results, the weak points of each hospital were extracted and examined through the management panel and individual interviews, and finally implementation solutions were presented.

Results: Hospital "A" is relatively prepared in terms of human resources, rapid identification and infection control; Hospital "B" was relatively prepared in the fields of continuity of services, rapid identification, isolation and management of patients; Hospital "C" was also relatively prepared in the fields of information, human resources, rapid identification and infection control; They were fully prepared in other areas. Two hospitals "B and C" are at the level of full readiness and hospital "A" is at the border of full readiness and the overall level of readiness with 81% was estimated at the optimal level.

Conclusion: Considering the optimal preparation of Khorram Abad hospitals in dealing with the crisis of the COVID-19 epidemic, it is necessary to train and allocate sufficient manpower to face future crises, and allocate budget to the program. Crisis preparedness, standard supply chain design and evaluation of crisis management programs should be given more attention.

Keywords: COVID-19, Disasters, Epidemic, Hospital, Preparedness.

***Citation:** Sharbafchizadeh N, AtigheChian G, AbdolKarimi B, Rahmati E. Assessing Readiness of Khorramabad University Hospitals to Respond to COVID-19 Epidemic based on WHO-EMRO Checklist. *Yafte*. 2022; 24(3):34-44.