



تحلیل تجربیات بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدیریت بحران بیماری کووید ۱۹

یک پژوهش کیفی



زمان اجرا: سه ماهه اول ۱۳۹۹

پژوهشگران: علی لباف، ابراهیم جعفری پویان، محمد جلیلی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

به نام خدا

تحلیل تجربیات بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در

مدیریت بحران بیماری کرونا ویروس 2019

چکیده:

مقدمه: یکی از بحران های که اخیرا گریبان گیر جامعه بشری شده بیماری ناشی از کرونا ویروس است. شناسایی تجارب و درس آموخته های بیمارستانها همراه با نقاط ضعف و قوت آنها در مواجهه با بحران های بیولوژیکی، می تواند نقشه راهی برای برنامه ریزی ها در جهت مدیریت بحران در آینده باشد. توانمندی ها، محدودیت ها و نقاط ضعف در هر بیمارستان باید شناسایی شود تا با بالابردن توان کاری و استانداردها، آمادگی بیشتری را برای مقابله با بحران و کاهش آثار مخرب آن داشته باشد.

روش اجرا: این پژوهش از نوع کیفی با منطق استقرایی است که هدف اکتشافی دارد. داده های این پژوهش به روش تحلیل مضمون با کمک نرم افزار maxqda2010 تحلیل شدند. جامعه پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود و افراد نمونه از میان معاونت های دانشگاه، روسا و مدیران بیمارستانها و اعضای کمیته بحران دانشگاه و بیمارستانها و سایر افراد موثر در مدیریت این بیماری انتخاب شدند. ۲۲ مصاحبه تا رسیدن به نقطه اشباع انجام شد.

یافته ها: چالش های مطرح شده در چهار گروه چالش مدیریتی، نیروی انسانی، آموزشی و پژوهشی قرار گرفت. ۳ مورد نقطه قوت مدیریتی و ۲ مورد نقطه قوت منابع انسانی در مصاحبه ها یافته شد. نقاط ضعف نیز در ۳ دسته نقطه ضعف (بالینی-تشخیصی، ساختاری، مدیریتی) دسته بندی شده اند. اقدامات موثر اجرا شده در این بحران نیز در حوزه های گوناگون مدیریتی در خلال مصاحبه ها بدست آمد. در آخر نیز درس آموخته های مدیریت بحران بیماری کرونا آورده شدند.

کلید واژه ها: تجربیات مدیران، بیماری کرونا ویروس، کووید 19، مدیریت بحران

فصل اول:

مقدمه و

مرور متون

مقدمه:

بشر در طول تاریخ همواره نظاره گر بلایای مختلف طبیعی و غیر طبیعی می باشد که سبب از هم گسیختگی روال عادی زندگی شده و خسارات جانی، مالی، اقتصادی و اجتماعی را به همراه دارد به گونه ای که منابع معمول جوابگوی این نیازها نخواهند بود. [1] سازمان بهداشت جهانی بلایا را، پدیده های بوم شناختی ناگهانی می داند که نیازمند کمک های فرا سازمانی باشد. از دیدگاه دانش پزشکی نیز یک حادثه زمانی رخ می دهد که تعداد بیماران در یک برهه زمانی به حدی برسد که جهت درمان و مراقبت به نیروی انسانی و منابع بیشتری نیاز باشد. [2] بدیهی است که حوادث غیر مترقبه بر اساس وسعت، تعداد و تراکم جمعیت آن به فجایع کوچک و یا بلایای بزرگ تبدیل می شود که بازگرداندن شرایط به وضعیت اولیه ممکن است دشوار و طاقت فرسا باشد [3]. در میان مؤلفه های متعدد مدیریت بحران در حوادث مسلماً مهمترین نقش را مراکز درمانی به عنوان اصلیترین سازمان برعهده دارند و ارائه طرحهای آمادگی و استراتژیهای مقابله با بحران تأثیرات چشمگیری در کاهش تلفات جانی خواهد داشت [4].

یکی از بحران های که اخیراً گریبان گیر جامعه بشری شده بیماری ناشی از کروناویروس است.

کرونا ویروس جدید در دسامبر سال ۲۰۱۹ در شهر ووهان، در استان هوبی، چین شناسایی شد. این ویروس اکنون به عنوان سندرم حاد تنفسی حاد (SARS-CoV-2) شناخته می شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO) شیوع بیماری ناشی از کرونا ویروس را یک بیماری همه گیر جهانی در مارس ۲۰۲۰ اعلام کرد و متأسفانه علی رغم تلاش های جدی جهانی برای مهار و ریشه کنی این ویروس در سراسر جهان، شیوع COVID-19 همچنان رو به افزایش است و تمام کشورهای جهان را درگیر کرده است. در حال حاضر، هیچ داروی خاصی برای درمان بیماران COVID-19 توصیه نمی شود اما با این حال، دولت ها و شرکت های داروسازی در تلاش هستند تا به سرعت یک داروی مؤثر را برای شکستن کرونا ویروس پیدا کنند.

موج اول کرونا در چین با وجود اینکه بیماری در بیشتر موارد خفیف بود باعث کشته شدن ۱۷۷۵ نفر شد. تب با علائم تنفسی (به عنوان مثال سرفه، تنگی نفس) اولین علائم بیماری (COVID-19) است. در کسانی که بیماری های زمینه ای و سن (> 70 سال) در مقایسه با افراد جوان تر فاصله بین اولین علامت و مرگ کوتاه تر بود. بیشتر بیماران مرد با دامنه سنی ۸ تا ۹۲ سال بودند و در دوره اول این اپیدمی تعداد کمی از افراد کمتر از ۱۵ سال به بیماری مبتلا شدند. اگرچه تاریخچه پزشکی همه بیماران در دسترس نبود اما فشارخون بالا، بیشترین بیماری زمینه ای بود. بیماران مبتلا به عفونت تأیید شده کووید ۱۹ بیشتر علائم و نشانه های تنفسی داشتند و تب و سرفه عمدتاً خشک از مهم ترین علائم شایع بود. نسبت قابل توجهی از بیماران دارای مشکلات دستگاه گوارش مانند تهوع، استفراغ و اسهال بودند. [5]

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان این ویروس تا این لحظه (۲ تیر ۱۳۹۹) به هشت میلیون و ۹۲۱ هزار و ۳۸۵ نفر رسیده که مبتلایان جدید آن کاهشی بوده، البته این آمار نسبت به میانگین کلی آمار بسیار بالایی است.

فوتی‌های ناشی از کرونا با رشد چهار هزار و ۱۶۷ نفری در یک روز به تعداد ۴۶۶ هزار و ۸۴۸ نفر رسیده است که آمار فوتی‌های جدید آن کاهشی بوده است.

آمار بهبود یافتگان نیز با افزایش ۱۱۵ هزار و ۱۶۷ نفری به چهار میلیون و ۷۴۳ هزار و ۱۱ نفر رسیده است. براساس این گزارش در کشور ایران نیز تا کنون ۲۰۷۵۲۵ مورد مبتلا به کرونا ویروس جدید گزارش شده است که از این تعداد تاکنون ۹۷۴۲ نفر بر اثر ابتلا جان خود را از دست داده اند^[6]. ۲۸۹۸ نفر از مبتلایان کرونا در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند.

در حال حاضر استان‌های خوزستان، هرمزگان، کرمانشاه و آذربایجان شرقی در وضعیت قرمز هستند، در دو استان فارس و کرمان افزایش ابتلا به کرونا را داریم، همچنین طی ۲۴ ساعت اخیر هشت استان فاقد فوتی و چهار استان تنها یک مورد فوتی ناشی از ابتلا به کرونا گزارش شده است. (آمار مربوط به ۲ تیر ۱۳۹۹)

نرخ مرگ و میر ناشی از کرونا ویروس ۲۰۱۹ به ترتیب در افرادی که دارای بیمار زمینه ای قلبی-عروقی، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی می باشند از سایر گروه ها بیشتر می باشد و در افراد فاقد بیماری زمینه ای نرخ مرگ و میر کمتر از یک درصد گزارش شده است [7].

شیوع بیماری های نوپدید و بازپدید باعث شده است تا بیش از پیش ضرورت آمادگی های اولیه برای تمامی مراکز بهداشتی و درمانی مد نظر قرار گیرد.

ارائه خدمات بهینه بهداشتی و درمانی به آسیب دیدگان در مناسب ترین زمان ممکن از وظایف اصلی یک بیمارستان در زمان بروز بحران می باشد و بیمارستان ها در زمان بروز بحران به عنوان یکی از مهمترین کانون های عملیاتی مورد توجه قرار می گیرند.

اهداف اصلی طرح:

تحلیل تجربیات مدیریتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در مقابله با بیماری کرونا ویروس 2019 (کویید 19)

اهداف فرعی طرح:

۱. شناسایی ابتکارات بیمارستانها برای مدیریت بیماری کرونا
۲. شناسایی چالش های بیمارستانها در مواجهه با بیماری کرونا
۳. شناسایی نقاط قوت و ضعف بیمارستان ها در مدیریت بیماری کرونا
۴. شناسایی راهکارهای پیشنهادی بیمارستانها برای مدیریت بیماری کرونا

۱ لازم به ذکر است، این آمار مربوط به زمان تدوین پروپوزال بوده و به صورت روزانه می کند. آخرین آمار مربوط به تعداد مبتلایان و تعداد مرگ و میر در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آدرس <http://behdasht.gov.ir/> موجود می باشد.

اهداف کاربردی طرح:

شناسایی تجارب و درس آموخته های بیمارستانها همراه با نقاط ضعف و قوت آنها در مواجهه با بحران های بیولوژیکی، می تواند نقشه راهی برای برنامه ریزی ها در جهت مدیریت بحران در آینده باشد. توانمندی ها، محدودیت ها و نقاط ضعف در هر بیمارستان باید شناسایی شود تا با بالابردن توان کاری و استانداردها، آمادگی بیشتری را برای مقابله با بحران و کاهش آثار مخرب آن داشته باشد.

مرور متون:

مطالعه تجربیات افرادی که در زمان بروز بحران مسوولیت داشتند یکی از شیوه های بررسی کارایی برنامه مدیریت بحران و نقاط ضعف و قوت آن است. با توجه به نوپدید بودن ویروس کووید ۱۹، پژوهش های زیادی در این موضوع انجام نگرفته است و مطالعات انجام شده غالباً پیرامون مسائل بالینی و راه های درمانی است، مطالعات مرتبط یافت شده در این پایین ذکر شده اند.

با جست و جوی کلید واژه های *disaster management* و *lesson learned* و *experiences on COVID 19* و *experiences on disaster management* در پایگاه های مرتبط مقالات زیر پیدا شدند که مرتبط با موضوع مورد پژوهش بودند.

- در یک مطالعه که سال بر روی سیل ایالت ایوا ایالات متحده انجام شد، نظرات مسوولین دانشگاه ایوا از طریق یک مطالعه کیفی مورد بررسی قرار گرفت و تحلیل تماتیک حاصله تبیین گردید که آموزش مدیریت بحران به تمامی اجزای یک موسسه کار ساده ای نیست. بحث پرداخت های مالی چالش برانگیز است و به کار گیری نیروهای در زمان تعطیلی حاصله از بحران نیز از دیگر چالشها می باشد [8].
- در مطالعه دیگری که از طریق مصاحبه با افراد متخصص در حوزه مدیریت بحران در کشور نپال در سال 2015 انجام شد بیان گردید که مسایلی چون شرایط اقتصادی و فرهنگی مردم میتوانند موانعی برای اجرای تصمیمات مدیریت بحران باشند. همچنین ضعف رهبری و هدایت سازمان ها در زمان بحران نیز از موانع جدی تلقی می شود [9].
- مطالعه ای با عنوان توسعه و پیاده سازی اولین بیمارستان بر اساس برنامه مدیریت شیوع اپیدمی: درسهایی که آموخته اید- در سال ۲۰۱۹ توسط اسرستا و همکاران در نپال انجام شد که این هدف را دنبال می کرد که یک برنامه قدرتمند برای مواجهه با پاندمی ها و اپیدمی ها پیدا شود که بتوان آن را به سایر بیمارستان های کشور تعمیم داد. در این مطالعه برنامه های مدیریت بحران در سلامت عمومی که موجود بود با تمرکز بیشتر بر هماهنگی بین بخشی و افزایش ارتباطات، پشتیبانی و تامین امکانات حفاظت شخصی و آموزش فرماندهی حادثه در بیمارستان مورد استفاده قرار گرفت. این طرح با استفاده از یک شبیه سازی با اطمینان بالا و در زمان واقعی در سراسر بیمارستان مورد تست قرار گرفت و درس هایی که از آن آموخته شد به عنوان یافته ها اعلام شدند.

[10]

فصل دوم:

روش اجرا

روش اجرا:

این پژوهش کیفی از نوع اکتشافی و با منطق استقرایی از اوایل شروع بیماری انجام شد.

محیط این پژوهش بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران و **جامعه پژوهش**، کلیه مدیران و مسئولین ارشد، میانی و عملیاتی درگیر در پیشگیری، درمان و کنترل بیماری (شامل اداری، مالی، پرستاری و پزشکی) و همچنین مدیران و معاونین دانشگاه بود.

روش نمونه‌گیری نیز به شکل هدفمند با هدف شناسایی افراد مطلع و مرتبط با مسئولیت‌های مدیریت بیماری انجام شد، از روش نمونه‌گیری گلوله برفی نیز استفاده شد تا در صورت نیاز افراد جدیدتر هم مورد مصاحبه قرار گیرند.

با توجه به کلی بودن سوالات، مصاحبه‌ها با افراد تا جایی صورت گرفت که به حد اشباع رسید و ادامه مصاحبه با دیگر افراد مطلب جدیدی به داده‌های قبلی اضافه نکرد. در نهایت ۲۲ مصاحبه توسط محقق انجام شد که مصاحبه‌های آخر منجر به کسب اطلاعات جدید نشد و این به معنی رسیدن به نقطه اشباع و کفایت نمونه‌گیری بود.

در این پژوهش از مصاحبه نیمه ساختار یافته و به شکل حضوری و مجازی (برای حل مشکل کمبود وقت و همچنین کاهش نگرانی از انتقال بیماری) از طریق نرم‌افزارهای ارتباطی مانند اسکایپ و واتساپ جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد و مصاحبه‌ها ضبط گردید. در این نوع مصاحبه محقق فهرستی از پرسش‌ها یا صرفاً موضوع‌های اصلی پژوهش را تهیه می‌کند که این فهرست، برگه راهنمای مصاحبه خوانده می‌شود و مشخص‌کننده موضوعاتی است که مصاحبه آن‌ها را پوشش می‌دهد و مصاحبه‌گر الزامی به رعایت ترتیب در مطرح کردن پرسش‌ها طبق برگه راهنمای مصاحبه ندارد. برگه راهنمای مصاحبه شامل هشت سوال باز بود که سوالات اصلی موردنظر بودند. در حین مصاحبه با توجه به مطالبی که مصاحبه‌شوندگان ارائه کرده‌اند سوالات بیشتری جهت بسط موضوع از جانب محقق مطرح شد. مدت مصاحبه با توجه به میزان تمایل پاسخ‌دهندگان از ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود. پژوهشگر سعی می‌نمود تا با برقراری ارتباط موثر با مصاحبه‌شوندگان و هدایت آنها به سمت موضوع مورد نظر، اطلاعات غنی در مورد نظرات آنها را که مرتبط با اهداف پژوهش است، کسب کند. مصاحبه‌ها به صورت فردی و تا حد ممکن در محیطی آرام و بدون حضور دیگران انجام گرفت. علاوه بر این در حین مصاحبه‌ها یادداشت برداری انجام شد تا در حین و پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته و یا خلاصه ای از پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان، درستی و صحت داده‌ها به تایید برسد. مصاحبه‌ها به صورت فردی و تا حد ممکن در محیطی آرام و بدون حضور دیگران انجام گرفت. همچنین با توجه به ارزشمندی وقت مصاحبه‌شوندگان، سعی شد تا زمان مصاحبه با آنان کوتاه باشد.

بعد از اتمام هر مصاحبه فایل‌های ضبط شده صوتی و یادداشت‌های محققین با استفاده از نرم‌افزار word تبدیل به فایل‌های متنی شد. مصاحبه مجدداً برای مصاحبه‌شوندگان ارسال شد تا در صورت نیاز مطالبی را که لازم می‌دانند اضافه یا اصلاح کنند.

تحلیل داده ها به روش تحلیل مضمون² پذیرفت. یکی از فنون تحلیلی مناسب در تحقیقات کیفی تحلیل مضمون است که به طور گسترده ای استفاده می شود. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده های کیفی است. این روش فرآیندی برای تحلیل داده های متنی است و داده های پراکنده و متنوع را به داده هایی غنی و تفصیلی تبدیل می کند [11].

مضمون، ویژگی تکراری و متمایزی در متن است که به نظر پژوهشگر، نشان دهنده درک و تجربه خاصی در رابطه با سوالات تحقیق است. [12]

برای افزایش سرعت، دقت و سهولت در کد گذاری داده ها از نرم افزار mxqda 2010 استفاده شد.

در مرحله تحلیل داده های مصاحبه مهمترین کار، مشخص کردن طبقه های شاخص ها و رویداد هاست تا از این طریق محقق به تدریج با وقایع و علت آنها بیشتر آشنا شود. به این ترتیب پس از مشخص کردن طبقه ها، محقق می تواند آنها را نام گذاری کند و به یکدیگر مرتبط نماید. به این فرآیند کد گذاری نظری گفته می شود. در عملیات کد گذاری، داده ها ی جمع آوری شده، خرد و مفهوم پردازی می شوند و به روش های جدید دوباره به یکدیگر متصل می شوند. در فرآیند کد گذاری بخش هایی از اطلاعات با نامی کوتاه که بتواند گویای قسمتی از اطلاعات باشد، گروه بندی می شود. راه های مختلفی برای انجام کد گذاری باز وجود دارد. یکی از روش ها تحلیل سطر به سطر است. این روش با بررسی داده ها، عبارت به عبارت و گاه کلمه به کلمه انجام می شود. در این مرحله با خواندن عمیق مصاحبه ها محقق به مفهوم سازی می پردازد. و با ذهنی آزاد مفاهیم را نام گذاری می کند. و محدودیتی برای آنها در نظر نمی گیرد. [14]

سپس محقق برخی از مفاهیم را در زیر مفهوم انتزاعی تری قرار می دهد که مقوله نامیده می شود. با رو به افزایش گذاشتن مفاهیم، محقق باید کار دسته بندی کردن آنها را آغاز کند و هر دسته را زیر اطلاعات انتزاعی تر یعنی مقوله ها بگذارد. [15]

در زمینه **روایی و پایایی داده ها**، با توجه به اینکه هدف از بررسی روایی دقت تحقیق کیفی، اطمینان از بیان دقیق تجربیات مشارکت کنندگان در تحقیق است، از روش های تحلیل مقایسه ای مستمر به طور هم زمان استفاده شد. هم زمان با انجام مصاحبه و به دست آوردن داده های جدید، نتایج مطالعه تحلیل و با یکدیگر مقایسه شدند. هم چنین ارتباط با متخصصان در بخش های مرتبط با مدیریت بحران و مدیریت بیمارستان و پزشکان متخصص به طور هم زمان انجام شد و داده های غنی، جمع آوری و ثبت شده بعد از تحلیل اولیه توسط گروهی از مصاحبه شوندگان تایید³ شدند.

ملاحظات اخلاقی:

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شدند:

² Thematic analysis

³ Member and peer checking

۱. محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به مصاحبه شوندگان در تمام مراحل

۲. رعایت ادب و احترام در حین مصاحبه و کسب اعتماد هر یک از افراد نمونه پژوهش

۳. بی طرفی و پرهیز از جانبداری از گرایشی خاص

۴. کسب اجازه از مصاحبه شوندگان در خصوص ضبط صدای آنها

محدودیت و مشکلات پژوهش :

پرسنل مصاحبه شونده ممکن است به دلیل مشغله فکری و درگیر بودن با فرآیندهای درمانی، وقت و حوصله کافی برای همکاری نداشته باشند و مصاحبه با ایجاد استرس و یا عدم رضایت برای آنها همراه باشد. امکان دسترسی به پرسنل مشکل خواهد شد. حتی المقدور باید هدف از مصاحبه را برای آنها شرح داد.

فصل سوم:

یافته ها

• یافته ها:

اطلاعات توصیفی مصاحبه شونده ها:

با ۲۲ نفر از افراد درگیر در مدیریت بحران بیماری کوید ۱۹ که در دوران پاندمی کرونا سمت های مختلف شامل: عضو کمیته بحران دانشگاه، معاون دانشگاه، رئیس دانشکده، پزشک متخصص، مترون، سوپروایزر و مسئول بخش مشغول به کار بودند، مصاحبه بعمل آمد. (جدول ۳-۱)

از مصاحبه های انجام شده ۵۰۹ کد اولیه استخراج شد که پس از چندین بار مرور، خلاصه سازی و بر اساس تشابه و تناسب، طبقه بندی شدند. نتایج در ۵ طبقه کلی چالش ها، نقاط ضعف، نقاط قوت، اقدامات موثر و درس آموخته ها قرار گرفتند.

جدول ۳-۱- اطلاعات توصیفی مصاحبه شونده ها

سمت	تعداد افراد مصاحبه شده	کد شناسایی
رئیس بخش (عفونی، اورژانس و..)	۴	A1-A4
رئیس دانشکده	۳	B1-B3
رئیس بیمارستان	۴	C1-C4
معاون دانشگاه	۴	D1-D4
معاون بیمارستان	۲	E1-E2
مشاور	۱	F1
دبیر و عضو کمیته بحران	۲	G1-G2
مترون و سوپروایزر	۲	H1-H2
مجموع	۲۲	

چالش های بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مواجهه با کوید ۱۹:

براساس داده های جمع آوری شده با مصاحبه، چالش ها به چهار دسته اصلی تقسیم بندی شدند: چالش های مدیریتی، چالش های نیروی انسانی، چالش های آموزشی و چالش های پژوهشی.

جدول ۳-۲- چالش های بیمارستان ها در مواجهه با کوید ۱۹

ماهیت چالش	چالش	درصد مصاحبه شوندگانی که به این مورد اشاره کرده اند
مدیریتی	غافلگیری در سطح کلان و عدم آمادگی برای مواجهه با اپیدمی	۵۴٪
	تاخیر در تصمیم گیری ها و عدم برانگیخته شدن حساسیت در مسئولین	۲۷٪
	مواجهه همه بیمارستان ها با مراجعات کرونا برخلاف برنامه ریزی ها	۵۰٪
	عدم امکان کنترل میزان مصرف لوازم حفاظتی و دارو	۱۳٪
	تامین تجهیزات و دارو و لوازم حفاظتی	۲۷٪
	بررسی اصالت و استاندارد بودن تجهیزات حفاظتی و دارو	۱۳٪
	ساماندهی داوطلبین (پرستاری و پزشکی)	۳۱٪
	ساماندهی کمک های خیرین	۲۲٪
	دشواری های تصمیم گیری در بحران	۱۸٪
	کمبود منابع مالی	۹٪
منابع انسانی	تجویز های خارج از فهرست دارویی توسط پزشکان	۴٪
	عدم تمایل برخی نیروها برای حضور در محل کار در روزهای ابتدایی بیماری	۱۸٪
	وجود مقاومت در افراد در برابر تغییرات غیر منتظره	۳۶٪
	افزایش بار کاری نیروی انسانی متخصص	۹٪
	کمبود نیروی انسانی متخصص	۳۱٪
	استرس و ترس نیروها از ابتلا به ویروس	۳۶٪
	مشکلات روانشناسی در تیم درمان و بیماران	۱۳٪
آموزشی	تعطیل شدن آموزشهای بالینی	۳۶٪
	اعتراض گسترده فراگیران علوم پزشکی	۱۳٪
	استفاده از بعضی فراگیران در زمینه غیر آموزش تخصصی آنها	۱۳٪
پژوهشی	پژوهشهای بالینی برای راستی آزمایی درمانهای گیاهی	۴٪
	رعایت ضوابط علمی و اخلاقی	۱۸٪
	جمع آوری داده الکترونیک مراجعین	۱۳٪

چالش های مدیریتی:

➤ اولین و بزرگترین چالشی که مدیران در بحران کرونا با آن مواجه شدند، **چالش غافلگیری و عدم آمادگی برای مواجهه با اپیدمی** بود. این چالش در همه سطوح اعم از خرد و کلان و ستاد و صف، همه مدیران و تصمیم گیران را درگیر کرده بود. اغلب افراد تصور نمی کردند که با این سطح از شیوع بیماری در کشور و دنیا برخورد کنند.

. به نظر من مهمترین مشکلی که ما در مواجهه با این بحران داشتیم عدم آمادگی کل نظام اداره ی کشور برای مواجهه با این بحران بود. (B2-1)

احتمال هیچ همه گیری را نباید دست کم گرفت باید برای وخیم ترین سناریو آماده بود در سارس و مرس و انواع انفلوانزا کشور دچار چالش های جدی نمی شد که این باعث شده بود با کرونا خوشبینانه برخورد کنیم و از تجربیات چین استفاده نکنیم. (B1-2)

➤ چالش دیگری که مصاحبه شوندگان به آن اشاره کردند، **تاخیر در تصمیم گیری ها و عدم برانگیخته شدن حساسیت در مسئولین** بود. در مصاحبه ها به این نکته اشاره شده بود که در روزهای آغازین بحران برخی مسئولین واقعیت شیوع ویروس در کشور را باور نکرده بودند و به طور جدی برای آن اقدامی انجام نمی دادند.

حساس کردن مسئولین نسبت به واقعیت بحران مهم است در بعضی بخش ها به نظر میرسد کارها دیر انجام شد و حساسیت برانگیخته نشده بود. (A1-10)

پذیرفتن کوئید ۱۹ به عنوان بحران اولین چالش بود، زیرا تا مدتی بعضی باور نداشتند که این اتفاق می افتد. (A2-5)

قانع کردن مدیران بالادستی برای حفظ و نجات پرسنل که مهمترین منابع ما در بحران هستند . بعد از اینکه چند نفر مبتلا شدند کم کم مدیران متوجه این موضوع شدند. (A2-9)

باید زودتر ورود و خروج شهرها را کنترل می کردیم و سیاست قرنطینه را به طور کاملتر اجرا می کردیم. ضمن اینکه مسائل جانبی این شرایط مثل مسائل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و قابلیت اجرا و امکان پیاده سازی آن باید در نظر گرفته می شد. کشور باید زودتر خودش را آماده می کرد، پس از گذشت حدود دو ماه به تازگی تصمیم به استفاده از ذخایر ارزی گرفته شد و سطح قرنطینه بالاتر رفت. چرا این اقدامات زودتر انجام نشد؟ (B1-3)

➤ در دانشگاه علوم پزشکی تهران با شروع بحران کرونا تصمیمات اولیه مبنی بر این بود که همه بیمارستانها زیر بار ارائه خدمات به این بیماران نروند و بیمارستان آموزشی یاس و رازی به این موارد اختصاص پیدا کنند. با گذشت زمان و بروز مشکلاتی که در بخش درس آموخته ها به آن اشاره شده، مدیران با چالش **مواجهه همه بیمارستانها با مراجعات کرونا برخلاف برنامه ریزی ها** رو به رو شدند.

ما تصمیم نداشتیم دو بیمارستان امام و شریعتی را به دلیل بیماران پیوندی و کانسری که به آن مراجعه می کنند و سرویس ملی که ارائه می دهند؛ نشان دار کنیم. اما در عمل باتوجه به مسئولیت ملی چندین ساله ای که این دو مرکز برعهده دارند؛ مراجعه مردم به

این مراکز افزایش یافت و به دلیل مسئولیت‌پذیری این دو مجموعه در پاسخ به بیماران، نتیجه این شد که بیمارستان امام خمینی که نه قصدمان بود و نه صلاح بود که لیبل دار شود به‌طور طبیعی از سوی جامعه برای خدمت به بیماران مبتلابه کرونا انتخاب شد. (B3-1)

قبل از ورود کرونا برنامه ریزی ای برای پذیرش این بیماران نداشتیم و فکر نمی‌کردیم بیمارستان ما مرکز پذیرش این بیماران شود، با توجه به اینکه بیماری واگیر است و ما بیماران دیگر را هم پذیرش می‌کنیم، در جلسات اول تاکید مسئولان دانشگاه هم بر این بود که بیمارستان ما آخرین بیمارستان پذیرش کرونا باشد و بیماران غیر کرونایی بیمارستان‌های دیگر را پوشش دهد. علیرغم این موضوع بیماران زیادی به بیمارستان ما مراجعه کردند و ارجاع داده شدند. وقتی دیدیم گریزی از این قضیه نیست تصمیم گرفتیم خدمات رسانی به این بیماران را شروع کنیم، بیمارستان‌هایی دیگر این بیماران را پذیرش نکرده بودند. (C1-7)

➤ یکی دیگر از چالش‌های مهم مدیریتی که در مصاحبه‌ها مطرح شد، چالش کنترل میزان مصرف لوازم حفاظتی و دارو است.

تجهیزات به اندازه کافی هست ولی نظارتی بر مصرف و تقسیم آنها نیست. چالش تقسیم تجهیزات بین پرسنل، مثلاً رزیدنت‌ها از چند بخش ماسک می‌گرفتند و در جلسات به این نتیجه رسیدیم رزیدنت‌ها را تقسیم کنیم و به خودشان وسایل و تجهیزات بدهیم، ماسک‌ها را هم به خودشان دادیم طبق نیازشان و به بخش‌ها هم دادیم. در روز بیش از ۲۰۰۰۰ دستکش توزیع می‌کنیم، ماسک حدود ۱۷۰۰۰ در روز توزیع می‌شود خیلی بیشتر از پرسنلی که داریم. (H2-7)

مثلاً بخش اورژانس در هفته ۱۰۰ لیتر محلول دریافت می‌کند یعنی روزی ۱۵ لیتر در حالیکه الان بروید در اورژانس ممکن است یکی هم پیدا نشود!! هدایی‌ها هم زیاد است. میزان مصرف محلول ۷ تا ۸ برابر شده. چند سرپرستار نامه زدند که این اجناس را پرسنل ما برده‌اند. (H2-8)

➤ در شرایطی که تصمیم‌گیران با غافلگیری و عدم پیش‌بینی اپیدمی وارد بحران شده‌اند، برای تامین مواد و وسایل مورد نیاز پیشگیری و درمان دچار مشکل می‌شوند. مصاحبه‌شوندگانی که وظیفه رجیستری مراکز بهداشتی و درمانی را به عهده داشتند بارها به چالش‌های تامین تجهیزات و دارو و لوازم حفاظتی اشاره کردند.

پیدا کردن تامین‌کننده‌های مناسب و رجیستر کردن آنها و مجوز دادن به آنها و لینک کردنشان با زنجیره مصرف در روزهای اول زمانگیر بود و تاخیر ایجاد کرد و یک چالش اصلی بود. در تامین تجهیزات بیشتر از دارو مشکل داشتیم. (D4-5)

...اما تجهیزات بهداشتی که در داروخانه توزیع می‌شد زنجیره تولید و پخش مشخصی نداشت، بنابراین داروخانه از هر جا دستش می‌رسید با هر قیمتی می‌خرید و به مشتری می‌داد. هجمه سنگینی به دلیل گران‌فروشی بر داروخانه‌ها صورت گرفت و بعد هم بخش نامه شد که فروش ماسک در داروخانه ممنوع است در حالیکه سوپرمارکت‌ها ماسک می‌فروشنند. داروخانه فاکتور رسمی ندارد و قیمت خریدش را نمی‌تواند ثابت کند زیرا زنجیره رسمی وجود ندارد. داروسازها شدیداً از ما گله‌مند شدند زیرا در شرایطی که همه صنوف تعطیل بودند آنها موظف بودند حضور داشته باشند و بیماران به آنها مراجعه می‌کردند و در نهایت به گران‌فروشی بدنام شدند و در نهایت از ارائه‌کنندگان ماسک حذف شدند. هنوز هم هر چه ماسک داریم به دلیل نگرانی‌ها در اختیار بیمارستان‌ها و درمانگاه و... قرار می‌دهیم و مقدار کافی به داروخانه نمی‌رسد. (D4-9)

در اوایل بحران ما مشکل مالی در تامین تجهیزات نداشتیم، مشکل پیدا کردن منبع تامین تجهیزات بود ما با همکاری تنگاتنگ با تعزیرات و وزارت اطلاعات توانستیم انبارهای بزرگ را شناسایی کنیم و در اختیار دانشگاه قرار دهیم. (D4-10)

➤ تامین وسایل حفاظتی و دارو به تنهایی کافی نیست بلکه تمام این کالاها باید از نظر اصالت و استاندارد بودن بررسی شوند تا از اثر بخش بودن آنها اطمینان حاصل شود، به خصوص در شرایطی که تولید کننده های بسیاری که سابقه تولید این کالاها را نداشتند بدلیل کمک به رفع نیاز کشور، شروع به تولید PPE کرده بودند. چالش بررسی اصالت و استاندارد بودن تجهیزات حفاظتی و دارو در مصاحبه ها ذکر شده بود.

در بسیاری از کالاهای حفاظتی تولید استاندارد وجود نداشت، زنجیره تولید یا واردات دارو مشخص است و پخش رسمی دارو را به داروخانه یا بیمارستان می دهد، ردیابی زنجیره تامین در دارو راحت تر است اما در بحث تجهیزات تولید کننده جزو اصناف آموزش دیده نیست و مسئول فنی مستقر ندارد، توزیع هم از طریق صنف انجام می شود، بعضی از تجهیزات اصلا تحت مجوز وزارت خانه نبود. چالش اصلی ما شناسایی اقلام استاندارد بود، نمی دانستیم چه چیز را باید از کجا تهیه کنیم و پخش رسمی کجاست؟ آیا کالایی که خریدیم کارایی لازم را دارد یا نه؟ (D4-2)

به دلیل کمبود اتانول با موارد بسیاری از ضد عفونی کننده های تقلبی و الکل های متانول برخورد کردیم، هر وقت چیزی کم می شود قاچاق و تقلبی و .. هم افزایش پیدا می کند، الان ما کنترل سطح عرضه را داریم از داروخانه ها و مراکز تولید نمونه هایی را جمع اوری می کنیم و متأسفانه مقدار زیادی متانول در آنها وجود دارد که علاوه بر اینکه خاصیت ضد عفونی کنندگی ندارد در صورت شرب مسمومیت زا است. ممکن است تولید کننده هم این کار را نکرده باشد و در یک زیر پله با همان بسته بندی و اتیکت محلول تقلبی تولید بشود، الان مشغول چک کردن کیفیت محصولات هستیم. (D4-4)

چالش کمک های زیاد خیرین به بیمارستان بود، ماسک های زیادی داریم که در خانه دوخته شده و پرسنل و اداری استفاده نمی کنند و بین همراهان مراجعین توزیع می کنیم. (H2-3)

➤ **ساماندهی داوطلبین پرستاری و پزشکی** نیز به دلیل حجم بالای داوطلبین تبدیل به چالش شده بود.

در اکثر بخش ها جهادگر هایی داشتیم که بعضی پرسنل و پرستاران کار خودشان را به آنها محول می کردند در حالیکه آنها اصول کنترل عفونت را بلد نیستند و این اشتباه ما بود که این افراد را ابتدا در بخش ها به کار گرفتیم و الان تازه در حال آموزش دوره های کمک بهیاری به آنها هستیم. (H2-2)

هجوم نیروهای داوطلب در بیمارستانها هم از معضلات بود از یک طرف ورودشان به بیمارستان می توانست به هم ریختگی ایجاد کند و از یک طرف ممکن بود انگیزه آنها را لگد مال کند. خانم وسکویی را برای این کار منتسب کردیم تا آموزشهای ابتدایی بدو ورود را به آنها بدهد و با هماهنگی با حراست اجازه ورود به آنها دادیم، با مدیریت بیمارستان هم هماهنگ کردیم که این ها در چه حیطه هایی می توانند کار کنند. تحت نظر مسئول مستقیم خدمات بیمار یاری انجام می دادند که از به هم ریختگی جلوگیری شود. حدود ۴۰۰ نفر از این افراد هم آموزش دادیم که آموزش ضمن خدمت اینها الان

کوریکولوم تعریف شده دارد، اگر این پیک در پاییز هم ادامه داشته باشد میتوانیم بدون گنج شدن از این نیروها استفاده کنیم. انگیزه ای برای خود داوطلبین هم شد که بتوانند همکاری آتی را ادامه دهند. (D1-10)

➤ از ابتدای بحران تا کنون افراد خیر همواره بدنبال کمک رسانی و رفع احتیاجات نظام بهداشت و درمان و بیماران بودند تا جایی که تعداد زیاد این افراد و کمک هایشان تبدیل به چالش شده بود. چالش ساماندهی کمک های خیرین:

اهدای غذا و آب میوه و ماسک و... نیاز به بررسی از لحاظ بهداشتی و استاندارد بودن، وسایل بهداشتی باید توسط کمیته داروخانه تایید کیفیت می شد تا تحویل بگیریم و مواد غذایی را هم سعی میکردیم، به صورت مواد خام تحویل بگیریم و خودمان تهیه و توزیع کنیم. (C2-5)

یک پتانسیلی که خیلی ارزش غافل شدیم و هنوز هم به نظرم به صورت کامل توان هندل کردنش را نداریم، توان نیروهای داوطلب و خیرینه. همین الان من فکر می کنم که تعداد افرادی که داوطلب هستند بیش از ظرفیت پذیرش ماست. یعنی ما توان مدیریت این افراد را به صورت کامل و دقیق نداریم. و خیرین. خیلی از افراد زیادی هستند که تمایل دارند در این جریان کمک بکنند ولی خب ما توی سیستم خودمون جایگاهی براشون ندیدیم که بتونیم از کمک هاشون به بهترین نحو ممکن استفاده کنیم. به نظرم این هم یکی از نقاط ضعف بزرگ ماست. در این بحران خیلی ها نشان دادند که مسئولیت پذیری اجتماعی شون خیلی بیشتر از حدیه که ما انتظار داشتیم و خودمان را برای استفاده بهتر از این ظرفیت آماده نکرده بودیم. یکی از نکاتی که لازم بود خودمون رو براش آماده بکنیم، آمادگی لازم برای استفاده از پتانسیل نیروهای داوطلب و خیرین بود و به نظرم این هم یک نکته بزرگی که باید از گذشته درس بگیریم برای اتفاقات بعدی. (B2-4)

➤ بدلیل نداشتن زمان و مستندات کافی برای تصمیم گیری در بحران ها، معمولاً تصمیمات به شیوه ای متفاوت اخذ می شوند. مصاحبه شوندگان بارها از چالش دشواری های تصمیم گیری در بحران سخن گفتند.

تصمیم گیری های خیلی سریع در شرایط خیلی بحرانی که در تئوری مدیریت گفته می شود اول اقدام کنید بعد نگاه کنید و تصمیم بگیرید چطور باید ادامه داد در این بحران ما وقتی در اولین اقدام یاس را راه اندازی کردیم و بعد از یک هفته بستیم متوجه چگونگی این اقدام شدیم. (G2-8)

خیلی وقتها لازم است فقط شنونده خوبی باشید. اما به هر حال باید بتوانید تصمیم بگیرید. شما تصمیم اشتباه بگیرید خیلی بهتر از اینه که اصلاً تصمیم نگیری و وقتی حرف ها را می شنوی، بررسی ها را انجام می دهی، همفکری ها را می کنی، بالاخره به عنوان رهبر سازمان باید تصمیم بگیرد. و بعد پایش بکنیم و اگر تصمیم غلط بود ایراد نداره اعلام می کنیم بر می گردیم. اما چیزی که واقعاً یک سازمان را فلج می کنه اینه که رهبرش نتونه بین نظرات مختلف و افراد مختلف تصمیم بگیره و در بحران سازمان را دچار مشکل می کنه. یکی از ویژگی های رهبران موفق به تصمیم گیری است. مثلاً دانشگاه تهران تصمیم گرفت یاس را اعلام کرد ولی بعد از ده روز فهمید اشتباه بوده هیچ اشکالی ندارد و تصمیم اشتباهش را خودش اصلاح کرد. (C3-10)

➤ چالش تامین مالی:

چالش جدی در ماه های آینده است اگر نتوانیم مبلغی را که از صندوق توسعه برداشت شده در وزارت بهداشت و درمان جذب کنیم حتما در ماه های آتی دچار مشکلات جدی در نظام پرداخت خواهیم شد سازمان برنامه بودجه گفت حقوق فروردین بیمارستانهای درگیر را بدهید تا بعدا از درآمدهای آتی آنها کم بکنم ما در روزهای اول دو پیشنهاد دادیم، سرانه بیمه سلامت و تامین اجتماعی به طور روتین از مردم گرفته می شود، خدمات کرونا هم که رایگان است، ۷۰ درصد بیمارستانها هم که تعطیل مطلق هستند، دلیلی ندارد عملکرد بیمارستان را بر اساس بیماران بستری بدهند، باید مشابه ماه متناظر در سال گذشته با ده درصد رشد در اختیار ما قرار دهند ما پیش بینی کرده بودیم اگر سه ماه کشور دچار این مشکل شود ۶ هزار میلیارد تومان در بخش بیمارستانی ضرر می کنیم. (D1-8)

ما در بحث تجهیزات سعی می کردیم حواله ها را از حوزه درمان وزارتخانه دریافت کنیم درحالیکه حدودا ۴۰ درصد آن به دست ما می رسید و باقی را به کمک خیرین و NGO ها از بخش خصوصی می خریدیم و تامین تجهیزات با تاخیر انجام می شد و یا تامین مواد ضد عفونی نیاز به هماهنگی هایی داشت که بسیار زمان بر بود. یکی از مشکلات تهیه وسایل حفاظتی به چند برابر قیمت بود. مثلا گان ۳ هزار تومنی را ۱۸ هزار تومان تهیه کردیم (D1-9).

چالش های نیروی انسانی:

چالش هایی که مربوط به کادر درمان و پرسنل بود و یا ناشی از رفتار های آنان بود، ذیل این کد قرار گرفتند.

تجویز های خارج از فهرست دارویی توسط پزشکان:

یک چالش تجویز های غیر مدون پزشکان است، مثلا پزشکان IVIG را تجویز می کنند و هزینه خیلی زیادی را تحمیل می کند و کمبود دارو به وجود می آید و بیمه هم برای کویید این دارو را پوشش نمی دهد و بیماران سردرگم می شوند ما در این موضوع نتوانستیم با پزشکان به توافق برسیم آنها می گفتند ما تشخیص می دهیم و مشکل شما هستید که نمی توانید تامین کنید - (D4-19)

در کشور ما هر چیز نیازش ایجاد می شود و تقاضا دارد به تناسب بازار قاچاق آن نیز ایجاد می شود. تقاضای کاذب مردم برای بعضی داروها که فکر می کردند پیشگیری می کند از چالشها بود (D2-20).

عدم تمایل برخی نیروها برای حضور در محل کار در روزهای ابتدایی بیماری:

پیش بینی آن بود که ۱۰-۱۵ درصد از پرسنل به دلیل بیماری و .. حضور پیدا نکنند. که بسیار بیشتر از این تعداد بود، پس از داوطلبین متخصص سلامت کمک گرفتیم (D2-10).

شب اول گروهی از نیرو ها ترک کردند و رفتند البته در پرستاران تمرد کمتر بود. حسابداری و صندوق بیمارستان یاس شبانه رفتند چالش اخلاق و حرفه ای گرایی در سطح پرسنل و هیئت علمی اتفاق افتاده بود. (D3-11).

وجود مقاومت در افراد در برابر تغییرات غیر منتظره:

ایجاد تغییرات باعث ایجاد هزینه و سختی های جابجایی و تامین پرسنل است که باعث می شود مدیران مقاومت داشته باشند - (A1-17).

در تریاژ بدلیل بار مراجعه زیاد مجبور به استفاده از رزیدنت های تمام گروه ها بودیم که در ابتدا بعضی گروه ها همکاری نداشتند و مقاومت وجود داشت. پس از جلسات با روسای بخش و شف رزیدنت ها به میزان زیادی متقاعد شدند و حل شد (E2-7).

افزایش بار کاری نیروی انسانی متخصص:

امسال تعطیلات عید برای پرسنل نداشتیم و همه باید سر کار می آمدند. فقط پرسنل اتاق عمل آف های طولانی داشتند. (H1-3)

کمبود نیروی انسانی متخصص:

وقتی نوع بیماران تغییر کرد مجبور بودیم بخش عادی را تبدیل به آی سی یو کنیم و بنابراین پرستار آی سی یو کم آوردیم و سعی کردیم گلچین پرستاران عادی را به آی سی یو ها بدهیم. (H1-9)

کم بودن تعداد نیروی انسانی متخصص برای شرایط بحران (چالش برانگیز بود)، حجم کار متخصصان عفونی بسیار بالا بود وقتی یکی از آنها بیمار شد (C4-16).

استرس و ترس از ابتلا به ویروس:

با توجه به نوپدید و ناشناخته بودن ویروس ترس و اضطراب در همکاران به وجود آمد و بعضی نمیخواستند پذیرش این بیماران را داشته باشیم (C2-17).

از اولین مسائل فوبیا پرسنل نسبت به بیماری بود، آنها بیشتر از خودشان نگران خانواده خود بودند که برای ما بسیار چالش زا بود. در ساعات اول پروتکل هایی با کمک اساتید عفونی تهیه کردیم و بر اساس آنها شروع به تامین وسایل حفاظتی کردیم (C1-16).

در روزهای اول به دلیل ترس از مواجهه با ویروس و کمبود امکانات و عدم همکاری بعضی مراکز مشکلات زیادی داشتیم (D1-6).

مسائل روانشناسی در تیم درمان و بیماران:

کارکنان پس از مشاهده بیماران بد حال و فوتی ها روحیه خود را از دست داده بودند، با کمک دکتر شریفی و همکارانش، گروهی از روانشناسان در بیمارستان حضور پیدا کردند و به پرسنل کمک کردند. **مدیریت روحی روانی مشکلات پرسنل و بیماران.** بیمارانی که در خانه و اتاق خود قرنطینه شده بودند نیز توسط همین گروه به صورت تلفنی از نظر روحی روانی حمایت می شدند (C2-18).

چالش های آموزشی:

تعطیل شدن آموزش های بالینی:

واقعیت اینه که در پروژه کرونا تقریباً فرایند آموزشی به آن عنوان نداشتیم. یعنی این سیستم را از سیستم آموزشی کاملاً جدا کردیم. و بحث بود که رزیدنت های ارشد باید بیایند مریض ها را ببینند. هیچ اینترن و استاجری وارد بخش های کرونا نشد. اصلاً فعالیت

هامون فعالیت‌های آموزشی نبود و صرفاً درمانی بود. بنابراین ما برنامه آموزشی نداشتیم. آموزش در همه حوزه‌ها تعطیل بود. پایان‌نامه‌ها، کلاس‌ها، موزینگ‌ها، ژورنال‌کلاب‌ها، (تمام فعالیت‌های آموزشی) (C3-13)

اعتراض گسترده فراگیران علوم پزشکی:

اینترن‌ها می‌گفتند در بخش وسایل حفاظتی کافی برای ما وجود ندارد، بعضی از این دانشجویان فرزندان هیئت علمی اینجا بودند، والدین آنها با من تماس می‌گرفتند و شاکی بودند که چرا باید فرزندان ما در این شرایط حضور داشته باشند و تهدید می‌کردند که اگر اتفاقی برایشان بیفتد از شما شکایت می‌کنیم و (A4-2)....

دانشجویان بی‌منطق شده بودند و عصبانی بودند و فحش می‌دادند، اگر نیروی انسانی ما اینگونه می‌بود خطرناک بود مدیریت افکار و هیجانات دانشجویان کم‌سن و سال خیلی مهم بود من با پیامهایی سعی در آرام کردن آنها داشتم ولی بی‌فایده بود چون انگار آنها منطق خود را از دست داده بودند. گروهی از نماینده‌های استاجرها و اینترن‌ها از هر بیمارستان تشکیل دادیم که هر روز گزارشی از وضعیت لوازم حفاظت شخصی در قسمت خودش را بدهد (D3-7).

استفاده از بعضی فراگیران در زمینه غیر آموزش تخصصی آنها:

برای اینترن‌ها رزیدنت‌ها و فلو‌هایی که به اقتضای رشته آنها در این ایام کار زیادی نداشتند چالش آموزشی است، آنها حضور دارند ولی استفاده از آنها لزوماً در راستای هدف آموزشی مختص به خودشان نیست. آیا این دوره باید پذیرفته شود؟ آموزش‌های عملی حضوری مثل آزمایشگاه‌ها هنوز به فعالیت آموزشی خود بازنگشته‌اند. (F1-11)

چالش‌های پژوهشی:

پژوهش‌های بالینی برای راستی آزمایی درمان‌های گیاهی:

افراد زیادی ادعا می‌کردند که با روش‌های گیاهی و سنتی می‌توانند کرونا را درمان کنند و ما نباید همه را نادیده می‌گرفتیم. شاید موثر باشند مثلاً داروی دیگوکسین در گذشته از یک گیاه موثر استخراج شده است. نمی‌توانستیم هم اعتماد بکنیم چون ممکن بود عوارض ناشناخته‌ای داشته باشد. (A4-20)

رعایت ضوابط علمی و اخلاقی:

در بیمارستان طرح تحقیقاتی داشتیم که قبل از تایید شدن در بخش‌ها اجرا شده بود، طرح‌هایی بود که کد اخلاق نداشت و جمع‌آوری دیتا آنها از اینجا صورت می‌گیرد ولی هیچ اسمی از ما و همکاران ما وجود ندارد (H2-21).

به خاطر بار بالای کاری قسمت پژوهش و داوران اخلاق هم غیر استاندارد کار می‌کردند اجرای پژوهش‌ها به صورت صحیح انجام نمی‌شد نظارت کافی نبود. روی یک مریض دو سه RCT انجام می‌شد که اخلاقی نبود و کیفیت نتایج را زیر سوال می‌برد (A3-21).

چالش جمع‌آوری داده الکترونیک مراجعین:

از قبل هم در دانشگاه ما بود. عدم دسترسی به سیستم آمارگیری و HIS یکسان ، هنوز باید دستی آمار بگیریم و موضوع نسخه الکترونیک می تواند بسیار کمک کننده باشد ، باید پزشکان را الزام به وارد کردن نسخه الکترونیک بکنیم، در این صورت سواستفاده از دفترچه و مهر پزشکان جمع می شود. ما قبل از شروع این بحرانها در داروخانه ۲۹ فروردین نسخه های دریافتی را به صورت الکترونیک وارد سیستم می کردیم ولی هنوز پزشکان در مطب به صورت الکترونیک وارد نمی کنند..(D4 -23)

۵۴٪ از مصاحبه شوندگان به چالش غافلگیری و عدم آمادگی برای اپیدمی اشاره کرده اند که نشان می دهد بیشترین چالش مطرح شده این مورد بوده است.

نقاط ضعف دانشگاه علوم پزشکی تهران در مواجهه با کوید ۱۹:

جدول ۳-۴- نقاط ضعف دانشگاه در مواجهه با کوید ۱۹

ماهیت نقطه ضعف	موارد	درصد مصاحبه شوندگانی که به این مورد اشاره کرده اند
ساختاری	کمبود امکانات و تجهیزات	٪۴۵
	کمبود وسایل حفاظت شخصی در اوایل بحران	٪۲۷
	موجود نبودن چارت مشخصی برای مدیریت بحران اپیدمی ها	٪۲۷
	ضعف در زیر ساخت فیزیکی	٪۳۱
بالینی (تشخیصی)	تشخیص دیر هنگام مبتلایان	٪۱۳
	بروز عفونت بیمارستانی	٪۹
	مهارت ناکافی رزیدنت ها و پرستاران	٪۹
مدیریتی	سیاست های ضعیف پیشگیرانه	٪۹
	عدم هماهنگی بین بخشی	٪۲۲
	آگاهی نداشتن از توانمندیها و ظرفیت های موجود قبل از تصمیم گیری	٪۲۲
	توزیع ناهمگون منابع در کشور	٪۹
	عدم توازن در ارائه خدمات درمانی	٪۴
	چندگانگی در تصمیمات و سیاست گذاری های دانشگاه و دانشکده و بیمارستان	٪۲۲
	عدم اعمال مدیریت متمرکز از سوی دانشگاه	٪۹

نقاط ضعف ساختاری:

کمبود امکانات و تجهیزات:

کمبود امکانات آزمایشگاهی تشخیصی: کیت تشخیص از ۱ اسفند از چین و سازمان بهداشت جهانی و.. وارد کشور شد. به تدریج کیت ها افزایش پیدا کرد. در ابتدا فقط ۴ آزمایشگاه در کشور تست کرونا انجام میداد، سه تا تهران و

یکی اراک. الان بیش از ۴۰ آزمایشگاه تشخیص کرونا داریم. هنوز هم کیت ها آنقدر نیست که برای همه مشکوک ها تست انجام شود. این یکی از دلایلی بود که نتوانستیم به خوبی بیمار یابی کنیم و چرخه سرایت را کم کنیم. (B1 -22)

با یک فاصله تاخیری ما مجوز دادیم که واحدهای دیگر هم به این تولیدات بر پایه الکل بپردازند. دانشگاه های دیگر هم برای تامین نیاز خود مجوز تولید مواد ضد عفونی دادند و ما برای اولین بار در کشور به مشکل کمبود الکل برخوردیم. ما حدود ۳ تامین کننده بزرگ الکل داریم که تا الان نیازمان را تامین می کردند و مقداری هم صادرات داشتیم. چون ضد عفونی کننده های بر پایه الکل باید حداقل ۷۰ درصد الکل داشته باشد و در صنایع دارویی و بهداشتی هم الکل مصرف می شود، حجم نیاز خیلی زیاد بود و توانایی این حجم تولید را نداشتند. مجوز واردات الکل از مجارستان و ... صادر شد و الان به ثبات رسیدیم (D4 -14).

کمبود وسایل حفاظت شخصی در اوایل بحران:

محدودیت تجهیزات: کمبود ماسک، گاز، شیلد و غیره - پرسنل به دنبال پوشش های خاصی بودند. موقع استراحت پرستاران نمی دانستند گان و دستکش استفاده شده شان را چه کار کنند (به دلیل کمبود تجهیزات). طول کشید تا تعداد گان و ماسک به اندازه ای شود که بتوانند وسط روز هم لباس هایشان را عوض بکنند. (H1 -5)

در اسفند نصف زمان ما به بحث تهیه ماسک و کیفیت آن گذشت، اگر ماسک فراهم بود به نکات دیگری می پرداختیم مثل مسائل پژوهشی و (C4 -7) ..

موجود نبودن چارت مشخصی برای مدیریت بحران اپیدمی ها:

برنامه ریزی برای موارد قابل پیش بینی از قبل بحران، به صورت عملیاتی در عرصه باید انجام بشود. دستورالعمل ها باید تبدیل به چند فلوجارت و فشرده و عینی و شفاف و عملیاتی بشود. (F1 -16)

چارت بحران برای بیماری عفونی اپیدمی وجود نداشت. (E1 -2)

ضعف در زیر ساخت فیزیکی:

کمبود جریان اکسیژن بیماران به دلیل افزایش استفاده و ناکافی بودن تولید و قطر کم لوله ها. (E1 -20)

یکی از نقاط ضعف ما این است که زیر ساخت مجازی ضعیف داریم. توفیقی در این زمینه نداشتیم. (D3 -14)

نقاط ضعف بالینی (تشخیصی):

تشخیص دیر هنگام مبتلایان:

چالش بعدی پیدا شدن بیمار کرونایی در بخش غیر کرونا بود، در ICU بیماری داشتیم که بعد از دو هفته مشخص شد کرونا دارد، پرسنل بخش درخواست لوازم حفاظتی می کردند. نمیتوانستیم آن موقع برایشان به راحتی تست

انجام دهیم ، نمی دانستیم باید قرنطینه بروند یا نه، نگرانی پرسنل را اذیت می کرد بعد از یکی دو هفته تشخیص برای پزشکان آسانتر شد. Ct جای خود را پیدا کرد و بیماران سریعتر شناسایی می شدند (5- C1).

عفونت بیمارستانی:

بدلیل حضور نیروهایی از دیگر بیمارستانها که رعایت نمی کردند و تجهیزات به خوبی شسته نمی شد ما آسینتو باکتر در ساکشن ها پیدا کردیم که سریعاً رفع شد. در اکثر بخش ها جهادگر هایی داشتیم که بعضی پرسنل و پرستاران کار خودشان را به آنها محول می کردند در حالیکه آنها اصول کنترل عفونت را بلد نیستند. (5- H2)

مهارت ناکافی رزیدنت ها و پرستاران:

چیزی که من همیشه به عنوان نقطه ضعف می دیدم و در این مدت بهش رسیدم این بود که پرستاران فقط در یک بخش تجربه می دیدند و کار های بخش های دیگر را یاد نمی گیرند. گاهی پرستاران را باید سه ماه سه ماه یا شش ماه شش ماه بگذاریم در موقعیت های دیگر قرار بگیرند و در همه موقعیت ها توانمند شوند. ما این ها را از قبل به طور مکرر می گفتیم ولی چون اولاً همیشه کمبود نیرو داشتیم و دوماً خودم هم هیچ وقت دستور ندادم، نادیده گرفته می شد. ولی موقع بحران کرونا من گفتم این دفعه دستور است و به هیچ عنوان کوتاه نمی آیم. بخش ها تبدیل به آی سی یو شدند ولی از هر ده پرستارشان، دوفرد هم آی سی یو کار نیستند. حتی کمک بهیار بخش با کمک بهیار آی سی یو خیلی فرق دارد. کمک بهیار بخش عادت دارد با همراه کار کند ولی در آی سی یو مریض اینتوبه است. بیماران آی سی یو بحرانی تر هستند و کمک بهیار آی سی یو خیلی کار یاد گرفته و ما باید حتی کمک بهیار را هم چنج بکنیم. و قرار شد وقتی از بحران کرونا در بیاییم برنامه روتین جابجایی پرسنل رو باید داشته باشیم. در این بحران شاید هیچ چیزی به اندازه این موضوع به ما آسیب نزد. (20- H1)

نقطه ضعف هایی را در امر آموزشی پیدا کردیم. به عنوان مثال اتفاق ناگواری که افتاد این بود که در آی سی یو، رزیدنت های داخلی ما اینتوبیشن (لوله گذاری راه هوایی) بلد نیستند. چه اتفاقی برای آموزش در دانشگاه گروه داخلی افتاده که سال سه و چهار داخلی منتظر می شوند تا رزیدنت های بیهوشی بیان؟ یک سری مشکلاتی در امور بخش ها و گروه ها بوده که باید حلش می کردیم و بعضی وقتها اینتوبیشن ها با تاخیر انجام می شد. (3- C3)

نقاط ضعف مدیریتی:

سیاست های ضعیف پیشگیرانه:

یکی کار هایی که دیر انجام شد و باید زودتر انجام می شد مثل محدودیت های جدی برای فاصله گذاری اجتماعی (12- B1)

مهمترین نکته در این بیماری پیش گیری بود و مهمترین نکته پیش گیری جلوگیری از سرایت و انتقال بود. سرایت و انتقال بیماری هم منوط به دور بودن مردم از هم و مسافرت نکردن بود. باید قانون گذاری انجام می شد و به صورت جدی اجرا می شد. کمک گرفتن از قوانین و نظام اطلاع رسانی منسجم اجبار باید با تشویق همراه می شد. (17- B1)

عدم هماهنگی بین بخشی:

برای تامین نیرو انسانی و تجهیزات هم شدیداً دچار مشکل بین بخشی شدیم، مثلاً بعد از اینکه ۶ بیمارستان جنرال را زیر بار بردیم، گفتیم اولویت این بیمارستان هاست و سایر بیمارستانهای تک تخصصی نقش پشتیبان را ایفا کنند. مثلاً ما تعداد تخت ICU کمی در بهارلو داشتیم و نیاز بود برای این بیماران تخت ویژه را افزایش بدهیم. اولین تمرکز ما بر منابع خودمان بود و بعد از وزارتخانه درخواست می کردیم. من دستور دادم تخت های ICU بیمارستان رازی که مورد استفاده قرار نگرفته بود به بهارلو منتقل بشود، معاونت توسعه با این دستور مخالفت کرد. آیا نیاز درمان را من باید تشخیص دهم یا مسئول مالی؟ در این مواقع رییس دانشگاه باید حضور پیدا کند و در جلسه کمیته بحران این مسائل را حل کند، این عدم هماهنگی ها خیلی اتفاق می افتاد. کمیته بحران باید روزانه تشکیل شود و رییس دانشگاه نقش هماهنگ کنندگی خود را اجرا کند، این نقش قابل تفویض نیست مداخلات سریع و فرماندهی بین معاونت ها وجود نداشت، من به شدت به ساختار بحران معتقد هستم، باید در زمان عادی آموزش ببینیم تا در زمان بحران این سیستم را حاکم کنیم (D2-11).

آگاهی نداشتن از توانمندیها و ظرفیت های موجود قبل از تصمیم گیری:

وزارتخانه در بهمن ماه از ما بیمارستانی را میخواست بعنوان مرکز خدمات کرونایم معرفی کنیم که دارای بخش عفونی و اتاقهای ایزوله فشار منفی باشد، و این نشان میداد وزارتخانه نسبت به امکانات واحدهای درمانی اشراف ندارد زیرا ما در دانشگاه تهران هر دوی این امکانات را در یک بیمارستان نداشتیم (D2-5).

برنامه اولیه مبنی بر اینکه ویزیت بیماران کرونایی که در هر بخش بستری می شوند توسط اساتید و رزیدنت همان بخش انجام شود، بدلیل عدم توانمندی ها و نبود ظرفیت های لازم کنسل شد و به برنامه تیم پشتیبان و .. تغییر پیدا کرد (E2-20).

توزیع ناهمگون منابع در کشور:

توزیع منابع در سطح کشور به شکل عجیبی ناهمگون بود مثلاً دو استان اولی که درگیر شدند، گیلان و قم، حدود ۵۰ درصد اعتباراتی را که سازمان برنامه بودجه باید در سطح کشور توزیع می کرد به این دو استان داد. در آن روزها ما هم تعداد بیماران مان کمتر از آنها نبود ولی چون به پیک نرسیده بودیم مدیریت می کردیم. هیاهو باعث شد تصمیم گیران منابع را به سمت این دو استان سوق دهند و این بزرگترین گافی بود که دولت در سطح کلان از خودش بروز داد. دیروز از وزارتخانه شنیدم گیلان بالغ بر ۳۰۰ میلیارد پول دریافت کرده و قم بالغ بر ۱۹۰ میلیارد تومان مستقیماً از سازمان برنامه بودجه پول گرفته است (D1-3).

عدم توازن در ارائه خدمات درمانی:

دانشگاه ایران بخش خصوصی را وادار می کرد به این ماجرا وارد شوند مثل بیمارستان یافت آباد که تا سه هفته اول پذیرش کرونا می کرد، شهید بهشتی هم مسیح و شهدای تجریش و شهدای گمنام را درگیر کرده بود و تنها جایی که درها را باز کرده بود دانشگاه

تهران بود. توازن در سرویس دهی و ارائه خدمات در استان تهران نبود که یکی از مشکلات جدی بود. ما تقریباً ۱۵۰۰ بیمار خدمت ارائه می دادیم و ایران حدود ۹۰۰ تا و شهید بهشتی تقریباً ۱۲۰۰ (D1-14).

چندگانگی در تصمیمات و سیاست گذاری های دانشگاه و دانشکده و بیمارستان:

متأسفانه در این بحران وزارتخانه هم ، درست عمل نمیکرد، صدای واحدی از آن به گوش نمی رسید و هر بخش راه خودش را می رفت، خودش غافلگیر شده بود .تعدد مراجع تصمیم گیری کاملاً مشهود بود . سیستم اطلاع رسانی ضعیف بود . هر بخش برای خودش وارد جمع آوری آمار می شد معلوم نبود ساختارهای سنتی چه کار می کنند ، ساختارهای مدیریت کرونا چه کاره اند؟ مثلاً پروتکل ارائه میکردند برای پوشش حفاظتی یا دارویی که در دسترس نبود و تأمین نمی شد . هر پروتکلی اعلام می شود باید تمهیدات آن وجود داشته باشد وگرنه در محیط چالش ایجاد می کند (D2-15).

در ابتدا سیاست های دانشگاه و دانشکده و بیمارستان در طول هم نبود شاید در آینده باید فکر کنیم که استاژها اگر off می شدند می توانستند از این فرصت برای تجربه کسب کردن استفاده کنند (E1-7).

عدم اعمال مدیریت متمرکز از سوی دانشگاه:

بیمارستانها هر کدام خودشان می گوید که ما چه کار می کنیم و دانشگاه به آنها input نمیدهد و فرماندهی نمی کند بین بیمارستانهای دانشگاه به طور روشن تقسیم کار نمی کردیم. مثلاً در یک روز امام ۷۰ مریض بستری می کرد در حالیکه شریعتی هنوز وارد ماجرا نشده بود (G2-5).

سیاست دانشگاه مبنی بر تفویض اختیار به واحدها بود، به نظر من این یک نوع رها سازی است (D2-16).

کمبود امکانات و تجهیزات توسط ۴۵٪ درصد افراد مورد مطالعه، به عنوان نقطه ضعف بیمارستانها مورد اشاره قرار گرفته است.

نقاط قوت دانشگاه علوم پزشکی تهران در مواجهه با کوید ۱۹:

جدول ۳-۳- نقاط قوت دانشگاه در مواجهه با کوید ۱۹

ماهیت نقاط قوت	کد	درصد مصاحبه شوندگانی که به این مورد اشاره کرده اند.
مدیریتی	همکاری بالای بین بخشی	٪۲۲
	حمایت و ارتباطات نزدیک و همدلی مدیران ارشد بیمارستانها با کارکنان	٪۵۰
نیروی انسانی	همکاری پرسنل مختلف بیمارستان در شرایط بحران و تبعیت از فرمانده (کارتیمی)	٪۴۰
	داشتن اساتید قدیمی متعهد و ماهر در همه تخصص های پزشکی	٪۳۶

نقاط قوت مدیریتی:

ارتقا همکاری بین بخشی:

نقطه قوت: هماهنگی بین ما و مجموعه داروخانه ها ۷۰ داروخانه شهری داریم که پشتیبانی خیلی خوبی برای داروخانه ها داشتند و با خیال راحت به آنها دارو توزیع می کردیم چون می دانستیم وارد بازار آزاد نمی کنند در توزیع بیمارستانی هم من با یک نفر در ارتباط بودم و نه ده ها مجموعه مختلف (D4-8).

از نکات مثبت بحران کرونا هم عزم جدی ای بود که برای وصل شدن آب و برق مثلا بیمارستان رازی انجام شد، ظرف ۴۸ ساعت وزارت نیرو انشعابات مهدی کلینیک و رازی را به ما داد و برق دانشکده بهداشت را وصل کرد (D1-4).

حمایت و ارتباطات نزدیک و همدلی مدیران ارشد بیمارستانها با کارکنان:

نقطه قوت بیمارستان: یکدلی افراد و همراهی رئیس بیمارستان بود (G1-18)

روزهای اول که میخواستیم پکیجی آماده کنیم تا وقتی پرسنل بیمارستان نیروهای ستادی را در صحنه نمی دیدند خودشان اراده نمیکردند وارد سیستم بشوند ما هم بدون وسایل حفاظتی به بیمارستان رفتیم وقتی پرسنل اراده سطوح بالای مدیریتی را دیدند پای کار آمدند و انگیزه آنها تقویت شد (D1-13).

نقاط قوت نیروی انسانی:

داشتن اساتید قدیمی متعهد و ماهر در همه تخصص های پزشکی:

نقاط قوت **backup**: بزرگ در بیمارستان امام، عظمت از نظر فیزیکی و نیروی انسانی و هیئت علمی فعال آن، روحیه افرادی که اهل کار هستند، تاثیر گذاری بیمارستان، مثلا رییس جمهور با این بیمارستان صحبت میکند و شاهد مثال از اینجا می آورد (G2-10).
نقاط قوت اساتید قدیمی و ماهر (E2-19)

دانشکده پزشکی با توجه به اینکه حدود ۱۱۰۰ عضو هیئت علمی دارد و بیش از ۲۰۰۰ دستیار دارد، تعداد زیادی دانشجوی که تعداد قابل توجهی از آنها (۴۰۰_۵۰۰) کارورز یا انترن هستند، بالاخره یک قسمت قابل توجهی از نیروهایی که کاردرمانی که در جهت خدمت دهی به بیماران بسیج شدند و وارد عمل شدند، نیروهای دانشکده پزشکی تلقی می شدند. اعضای هیئت علمی بالینی و فراگیران در رده های مختلف، از آن طرف اعضای هیئت علمی علوم پایه هم در گروه های مختلف در زمینه ارائه طرح های پژوهشی مرتبط با بیماری کرونا نقش آفرینی کردند. (B2-20)

همکاری پرسنل مختلف بیمارستان در شرایط بحران و تبعیت از فرمانده (کارتیمی):

شاید ما کمترین انصراف را در بیمارستان داشتیم. حتی به بیمارستان های دیگر هم نیرو داریم و پشتیبانی کردیم. در کل همکاری خوبی بین همه بود. از پزشکان، کادر آزمایشگاه، تصویربرداری و پرستاران. همه تیم خوب کار کرد و تعداد زیادی از نیروهامون پای کار ایستادند (H1-18).

می دانستیم کار تیمی ارزشمند است اما الان این را تجربه کردیم و به یقین رسیدیم (A4-4).

نوشتن پروتکل های استاندارد کنترل عفونت با مشارکت اساتید هر بخش و سوپروایزر های کنترل عفونت انجام شد (H2-17).
فرمانده بحران نیاز به سربازی بله قربان گو دارد. در بیمارستان قدیمی ممکن است گروهی قدیمی خود را صاحب رای بدانند. ولی نیروهای ما فقط دستور را اجرا می کردند. مثلا CU بیمارستان به بخش خصوصی واگذار شده بود و نمیخواست در این تصمیم حضور داشته باشد ولی با مدیریت احساسات و هیجانات متقاعد شد و پول اضافه نگرفتند. ۷۰ درصد مدیریت نیروی انسانی نقش داشت. (C2-9)

تبعیت همه پرسنل از فرماندهی جدید معرفی شده از نقاط قوت بیمارستان بود. (E2-14)

نیمی از مصاحبه شوندگان عنوان کرده اند که نقطه قوت مدیریتی آنها حمایت و ارتباطات نزدیک و همدلی مدیران ارشد بیمارستانها با کارکنان است. در نقاط قوت نیروی انسانی، کار تیمی بیشترین تکرار را به خود اختصاص داده است.

اقدامات موثر اجرا شده در زیر مجموعه دانشگاه در مواجهه با کوید ۱۹:

اقدامات موثر ذکر شده در مصاحبه های جمع آوری شده، تحت پنج حوزه مدیریتی شامل: حوزه نیروی انسانی، بالینی، ارتباطات، آموزشی، تصمیم گیری و سازماندهی گرد آوری شدند.

جدول ۳-۲- اقدامات موثر در زیر مجموعه دانشگاه در مواجهه با کوید ۱۹:

حوزه مداخلات مدیریتی	اقدام	درصد مصاحبه شوندگانی که به این مورد اشاره کرده اند
نیروی انسانی	جلوگیری از در معرض بیماری بودن همه نیروهای متخصص	۱۳٪
	استفاده از تبلیغات رسانه ای برای تقدیر از کادر درمان	۳۶٪
	تعیین نیروی جایگزین به جای افراد پیش از بحران	۴٪
	استفاده از داوطلبین	۹٪
بالینی	ایزوله سازی تجهیزات	۱۳٪
	جداسازی بخش های کرونا برای ایزوله کردن بیماران	۴۵٪
	ارائه خدمات پزشکی مجازی برای ارتباط با بیماران الکتیو	۱۳٪
	شناسایی مراجعین مشکوک از بدو ورود و تریاژ دولایه	۲۷٪
	مدیریت ملاقات کنندگان	۴٪
	فراهم کردن امکانات قرنطینه	۴٪
ارتباطات	به اشتراک گذاشتن تجربیات از طریق فضای مجازی	۱۸٪
	دادن آمار و گزارش روزانه به پرسنل	۴٪
	آموزش و اطلاع رسانی مداوم از منابع معتبر	۲۲٪
آموزشی	آموزش مجازی دانشجویان	۱۸٪
	ساماندهی فعالیت های آموزش و پژوهشی در دانشکده ها	۱۸٪
تصمیم گیری و سازماندهی	استفاده از تیم مشاوره ای قوی	۱۳٪
	افزایش انعطاف در تصمیمات	۴۰٪
	تکامل تدریجی واکنش ها به بحران	۲۷٪
	تشکیل فوری کمیته بحران و ارزیابی مسئله و تعیین نقش افراد	۱۳٪
	تشکیل جلسات کمیته بحران به صورت مرتب	۲۷٪
	تفویض اختیار به روسای بیمارستانها	۹٪

مداخلات مدیریتی در حوزه نیروی انسانی:

جلوگیری از در معرض بیماری بودن همه نیروهای متخصص:

چند نفر از پرسنل آزمایشگاه را هم در قسمتی از اورژانس مستقر کردیم که مخصوص بیماران مشکوک باشند و میزان مواجهه با دیگر بخش های بیمارستان و پرسنل کم بشود (8- C4).

برای جلوگیری از در معرض بیماری قرار گرفتن نیروهای متخصص، راه حل ما، ساتید سایر رشته ها کاملاً از بخش های کرونا خارج شدند و فقط از رزیدنت ها کمک گرفته می شد. دادن مرخصی به نیروها در زمان های کاهش بار کاری هم از برنامه هایمان بود. (E1-9)

تبلیغات رسانه ای برای تقدیر از کادر درمان :

تبلیغات رسانه ها موثر واقع شده بود و روحیه کادر پزشکی را بالا برد. به مرور بعضی بیمارستانها که در ابتدای بحران مقاومت زیادی در پذیرش بیماران کرونایی داشتند داوطلب شدند (10- D2).

گروه جهادی برای بعضی پرسنل هدایایی به صورت رندوم تهیه کردند مثل بلیط مشهد و.. که روحیه پرسنل را تقویت کرد (9- C4). بحث این که پرسنل احساس می کردند دیده می شوند و مکرراً از آن ها تقدیر می شد. همه این ها کمک می کند که پرسنل احساس خوبی داشته باشند. احساس تعلق خاطر به بیمارستان و این که نه تنها از کار ناراضی نبودند بلکه احساس رضایتمندی بین پرسنل بود. (H1-4)

تعیین نیروی جایگزین به جای افراد پیش از بحران:

برای بحران های مشابه باید برای افرادی که مسئولیت دارند تا دو رده نیروی جایگزین تعریف شود (در صورت آلوده شدن مسئول)، باید برای جایگزینی حداقل ۲۰ درصد از پرسنل در این بحرانها برنامه ریزی کرد. (20- F1)

استفاده از داوطلبین و عدم اجبار:

فکر می کنم کلیدی ترین اقدام این بود که بچه ها را آزاد گذاشتیم و گفتیم هرکی می خواد بره هر کس می خواد داوطلب بشه. چون وقتی شما بخواهید پرسنل را به زور وادار به کار بکنید دیگر با عشق کار نمی کنند، درست کار نمی کنند، فقط می خواهند یک وظیفه ای را انجام دهند. ولی من دیدم در این مدت بچه ها فراتر از وظیفه شان کار کردند و بعد دیدیم آن هایی که بیشتر می ترسیدند بدتر بیمار می شوند و من فکر می کنم اگر بچه ها را اجبار می کردیم و گارد می گرفتند این هماهنگی و همکاری را نمی کردند و جوی که متشنج باشد و فضای همکاری نداشته باشد کار تیمی خوبی نمی تواند بکند. (7- H1)

مداخلات مدیریتی در حوزه بالینی:

ایزوله سازی تجهیزات:

اکثر بیمارستانها ذکر کردند که تجهیزاتی مثل دستگاه CT SCAN یا ماشین دیالیز یا ... را به صورت سانس بندی شده برای بیماران کوید استفاده کرده اند و یا تعدادی از آن ها را به صورت ایزوله به این بیماران اختصاص داده اند:

مثلاً یکی از کارها مربوط به دیالیز بود. ما فکر می کردیم می توانیم مریض ها را در همان دیالیز خودمان کارشان را انجام بدیم ولی کم کم دیدیم که کرونا کلیه ها را درگیر میکنه. یکسری درگیری هایی پیش اومد نسبت به مریض های عادی دیالیزی ما و مریض های کرونا ای دیالیزی. و ما مجبور شدیم نوی یک روز سی سی یو را تبدیل کنیم به بخش دیالیز. یعنی پلان اولیه این بود که دیالیز در همان بخش دیالیز انجام بشه ولی مجبور شدیم سی سی یو را تبدیل کنیم به دیالیز دو برای بیماران کرونایی. (4- C4)

تخصیص بخش ها و تخت به کوید (جداسازی بخش های کوید برای ایزوله کردن بیماران):

با افزایش تعداد بخشها نیاز به تغییرات مهندسی داشتیم و با بنایی و تغییر محل درها و دیوار کشی و تغییر برنامه توقف آسانسورها توانستیم بخش های کرونایی را کاملاً منفک کنیم و کنترل عفونت را به کمک این تغییرات انجام دادیم. بیماران پیچیده ای در ICU داشتیم و بخش های عادی را باید تبدیل به ICU میکردیم، نیاز به تجهیزات داشتیم، دسترسی ها را باید فراهم میکردیم و نیروی متخصص پزشک و پرستار ICU نیاز داشتیم (6- H2).

ارائه خدمات پزشکی مجازی و ارتباط با بیماران الکتیو .. :

ارائه خدمات پزشکی به صورت مجازی. که باز هم در این بحران کلینیک های مجازی فعال شدند. هم برای ارائه سرویس به بیماران کرونایی (برای کاهش بار مراجعه آنها به بیمارستان و پیگیری بهتر بعد از ترخیص) و هم برای ارائه سرویس به بیماران دیگری که به خاطر این بحران ترس از مراجعه به بیمارستان دارند (و نظام سلامت هم نمی خواهد اینها به بیمارستان مراجعه کنند) خیلی از مشکلات شان را از طریق سامانه های مجازی میشه برطرف کرد. کلینیک های مجازی که در سطح دانشگاه تشکیل شده، پاسخگوی خیلی از نیازهای این بیماران هست. (3- B2)

شناسایی مراجعین مشکوک از بدو ورود و تریاژ دولایه:

مهمترین اقدام ایزوله کردن اورژانس و بخش های کرونا، تشکیل پره تریاژ و سپس ویزیت تنفسی و ICU توراگس بود. (4- E1)

فراهم کردن امکانات قرنطینه:

انتظار قرنطینه سریع و جدی داشتیم. بعضی بیماران ما بعد از حدود سه روز وضعیت پایدار پیدا می کردند، اما با مرخص شدن امکان داشت بدلیل عدم رعایت اصول افراد دیگری را مبتلا کنند. یا اینکه پس از چند روز دوباره در وضعیت حاد قرار بگیرند بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ما معمولاً طبقه ضعیف اجتماعی هستند و عملاً امکان رعایت قرنطینه خانگی برای آنها امکان پذیر نبود. لذا انتظار داشتیم مراکز قرنطینه نزدیک بیمارستان وجود داشته باشد و امکانات یک هفته قرنطینه داشته باشد. در این صورت کنترل بیماری بهتر انجام می شد و این اتفاق هنوز نیوفتاده است. مثلاً ایران مال یا پارکینگ بقیه الله هست ولی به دلیل بعد مسافت نمیتوانیم بیماران را مجبور کنیم مراجعه کنند. (2- C4)

مدیریت ملاقات کنندگان:

حجم همراهان بسیار زیاد بود که میخواستند وارد بیمارستان شوند و خودشان یک منبع آلودگی بودند. اول اعلام کردیم ملاقات یک روز درمیان و وقتی دیدیم مقاومتی انجام نشد ملاقات را دو روز در هفته و بعد یک روز در هفته کردیم و سپس با ابلاغیه وزارت بهداشت ملاقات بیمارستانی را ممنوع اعلام کردیم که جنبه قانونی هم داشت. (C1-4)

مداخلات مدیریتی در حوزه ارتباطات:

برقراری ارتباطات و به اشتراک گذاشتن تجربیات از طریق فضای مجازی:

اطلاع رسانی صحیح و شفاف ولی در حد لزوم باید باشد. شبکه های مجازی و کانالهای فیک نباید مرجع اطلاع رسانی باشد (D3-9).

برگزاری وبینار برای ارتباط گیری از راهکارهای خوب برای اشتراک تجارب از طریق فضای مجازی بود. (E1-15)

دادن آمار و گزارش روزانه به پرسنل:

گزارش دادن و آمار روزانه به بیمارستان باعث رسمی شدن اطلاعات و کسب اعتماد همکاران و کاهش اضطراب و تنش در فضا می شود. (E1-21)

آموزش و اطلاع رسانی مداوم از منابع معتبر:

بیمارستان باید علاوه بر تمرکز بر مسائل خود باید درگیر مسائل اجتماعی آموزش حفاظت فردی در اجتماع هایی مانند زندان و زیارتگاه باشد زیرا جزئی از سیستم اجتماعی به شمار می رود. (G1-11)

آموزش مداوم و مستمر و آگاه سازی به صورت پیشرفته و مثلا آموزش الکترونیک برای جامعه در خصوص این بحران باید صورت بگیرد، بخشی از نظام بهداشت و درمان باید وظیفه اطلاع رسانی را برعهده بگیرد، تنها یک نهاد واحد هماهنگ با منابع روز دنیا باید اطلاع رسانی کند و نه مجاری متعدد که آموزش های غلط می دهند. (G1-5)

مداخلات مدیریتی در حوزه آموزشی:

آموزش مجازی دانشجویان :

آموزش مجازی نشان داد دروس تئوری را می توان به صورت غیرحضوری برگزار کرد و مشکلی پیش نمی آید و نیازی به فراهم کردن فضای خاص و حضور فیزیکی اساتید و .. نیست. خیلی از مشکلاتی که برای دفاع از پایان نامه ها داشتیم با مجازی شدن برطرف شده. قبلا از قابلیت های آموزش مجازی استفاده نمی کردیم. الان میتوانیم مثلا ۴ استاد برتر در سطح کشور برای یک درس انتخاب کنیم و تمام دانشجویان کشور از درس اینها استفاده کنند و در نهایت امتحان بدهند. همه میتوانند در همه استانها از یک آموزش تئوری واحد استفاده کنند. (A4-12)

استفاده از پتانسیل فضای مجازی و ارتباطات الکترونیک برای آموزش (سال ها بود که می خواستیم درصد قابل توجهی از آموزش مون، آموزش مجازی بشه ولی همکاران خیلی استقبال نمی کردند؛ ولی در این شرایط متوجه شدیم که چقدر میتونه کمک کننده باشه و الان بالای سه چهارم آموزش نظری ما رفته به سمتی که به صورت مجازی ارائه بشه و این

پتانسیلی که ما از آن غافل شده بودیم الان به بهترین شکل ممکن داریم ارزش استفاده می کنیم در این دوره قرنطینه برای آموزش دانشجویان (B2-7)

ساماندهی فعالیت های آموزش و پژوهش در دانشکده ها:

آموزش سلامت عمومی برای مردم در قالب تیم ۲۵-۳۰ نفر داوطلب از برخی دانشکده ها که روزانه مطالب و محتوای آموزشی با هدف پیشگیری تولید می کنند این مطالب مبتنی بر شواهد و ساده و کوتاه هستند که در سایت، صفحه اینستا، روابط عمومی دانشگاه و .. منتشر می شود. این فعالیت به کاهش شایعات کمک می کند و پاسخ سوالات را می دهد. هم چنین تحقیق و ۱۰ طرح پژوهشی طی یک ماه که کد اخلاق گرفته، از تمام گروه های مختلف دانشکده، بر حسب نیاز وزارت خانه. (B1-7)

نیاز داریم دانشکده ها راجع به سوالات رایج اوت لت بدست بیاورند که در این زمانها استفاده کنند. باید دانشگاه در رسانه حضور قوی داشته باشد، رسانه های مجازی، آپارات. حرف دانشگاهیان خوانده نمی شود. وزارت خانه هم باید به کانال ما مراجعه کند. (D3-16)

مسئله بعدی هم ساماندهی فعالیتهای پژوهشی در این حوزه بود که باز هم به نظر می رسد که بعضی از دانشکده های دیگه مثل دانشکده بهداشت شاید در این زمینه نسبت به ما خیلی بهتر و منسجم تر عمل کردند و نقش پژوهشی خودشان را بهتر ایفا کردند. یعنی شاید اگر الان برگردیم مثلاً به روز اول اسفند، می شد به سرعت کانون هایی را تشکیل داد و برای بررسی پژوهشی جوانب مختلف این بحران با توجه به بضاعت دانشکده پزشکی و گروه هایی که توش مستقرند و ساماندهی طرح های تحقیقاتی که بشه از این فرصت استفاده بهتری برد و از منابع محدودی که برای پژوهش در این زمینه فراهم شده استفاده بهتری کرد. (B2-11)

مداخلات مدیریتی در حوزه تصمیم گیری و سازماندهی:

استفاده از تیم مشاوره ای قوی:

نیاز به دید همه جانبه و جامع داریم که یک نفر نمی تواند، باید همه تخصص ها برای تصمیم گیری حضور داشته باشند. (G2-18)

تیم مشورتی خوب برای گرفتن تصمیمات درست در بحران بسیار موثر است. (E1-12)

افزایش انعطاف در تصمیمات:

دفتر پرستاری برای کل ماه پرستاران برنامه ریزی دارد ولی در بحران کرونا ما در موقعیتی قرار گرفتیم که حتی برنامه امروزمون هم مشخص نبود که تا آخر روز تغییر می کنه یا نه. یه جاهایی تعداد نیرو کم داشتیم یه جاهایی زیاد داشتیم. و ما عادت به مدیریت شیفتهی و لحظه ای نیرو نداشتیم. ولی به نسبت شرایط فکر می کنم خوب عمل کردیم (H1-11).

سیستم درمانی ما انعطاف پذیرانه در برابر این بحران واکنش نشان داد و مانند برخی کشور های اروپایی به بن بست نخورد. (B1

علیرغم آنکه در دوم اسفند ماه در جلسه مشترک دانشگاه با روسای بیمارستان ها در حضور معاون درمان وزارت دکتر جان بابایی تاکید ویژه‌ای داشتن که بیمارستان های جنرال اصلی درگیر نشوند خیلی زود با تجربه یاس تغییر مسیر داده و بکارگیری آنها توسط وزارت تشویق شد. بنابراین میتوانیم ادعا کنیم این تجربه دانشگاه به کمک وزارتخانه آمد. (D2-13)

تکامل تدریجی واکنش ها به بحران:

برای بخش بستری منفک از سایر بخش ها و ICU جدا برای بیماران مشکوک بسیار مشکل داشتیم. در دو روز اول این بخش ها تعیین شد و روزهای بعد جلسات بحران برای این تشکیل می شد که ظرفیت بخش ها را توسعه بدهیم و برای بخش هایی که در هفته آینده تکمیل خواهد شد با توجه به میزان مراجعات جایگزین پیدا کنیم (C1-10).

با افزایش تعداد بیماران تعداد بخش ها و ICUها را افزایش دادیم ، خیلی سخت بود که بخش عادی را تبدیل به ICU کنیم (A3-4).

تشکیل فوری کمیته بحران و ارزیابی مساله و تعیین نقش افراد:

به محض اینکه بحران را ارزیابی کردیم که بحران جدی است، چارت تشکیلاتی ما عوض شد و به سه بحران تغییر پیدا کرد. یعنی شما در یک بحران دیگه رئیس بیمارستان ندارید؛ شما فرمانده بحران دارید. مدیر دیگر مدیر نیست در واقع فرمانده پشتیبانیه. یا مثلاً مدیر درمان فرمانده عملیاتی، مسئول حراست می شه ارشد امنیت. و چارت تشکیلاتی بیمارستان کامل میره کنار. و در واقع چارت بحران جایگزین آن میشه. (C3-14)

تشکیل جلسات کمیته بحران به صورت مرتب:

تشکیل روزانه و مرتب جلسات کمیته بحران و پایش روزانه آمار در این مدت بسیار کمک کننده بود. (H2-10)

تفویض اختیار به روسای بیمارستانها :

از اقدامات موثر تفویض اختیار به رئیس بیمارستان بود . تصمیم گیری بهتر رئیس بیمارستان به جای ستاد دانشگاه به دلیل آشنایی بیشتر او نسبت به توانمندی ها و شرایط بیمارستان خود. البته تصمیمات کلی توسط دانشگاه انجام شد. مثلا مرکز قلب پذیرفت که بیماران قلبی سایر بیمارستان ها را بپذیرد. مهمترین تصمیم این بود که بیمارستان چگونه ظرفیت های خود را جا به جا کند که بتواند ارائه سرویس دهد و این توسط خود بیمارستان ها برنامه ریزی می شد. بنابراین این برنامه ریزی در بیمارستان ها با هم متفاوت بود ولی نتیجه خوبی به دنبال داشت.

(F1-10)

درس آموخته های بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مواجهه با کوید ۱۹:

- مصاحبه شوندگان در خلال صحبت های خود بارها اشاره کردند که این ویروس توانسته درسهای بسیاری به انسان بیاموزد و بر افکار و زندگی شخصی او اثر گذار باشد. بسیاری از افراد به ناتوانی بشر در برابر یک ویروس کوچک پی برده بودند و بیان می داشتند که اکنون، بیشتر قدر دارایی های کوچک خود، مثل روابط دوستانه و فامیلی بدون محدودیت را می دانند.

ویروسی که تمام دنیا را به هم ریخت و باعث شد همه طبقات درگیر شوند و برای سیاسیون جان مردم اهمیت بیشتری پیدا کرد معادلات عادی به هم ریخت. تغییرات ماندگاری ایجاد کرد، مثلا تعریف قدرت تغییر کرد و در دراز مدت جور دیگه ای فکر خواهیم کرد. مثلا شاید کشوری که ویتنامی‌ها بیشتر دارد موفق تر است. بزرگترین بحران ۱۰۰ سال گذشته اتفاق افتاد (G2-18).

- این بحران ویژگی های منحصر به فردی داشت که در بحران های گذشته مانند بلایای طبیعی و جنگ و .. تجربه نشده بودند و توجه به آنها می تواند در اتخاذ تصمیمات عملی کمک کننده باشد:
- ۱- عدم وجود پروتکل مطمئن و واحد برای حفاظت شخصی و درمان:

شیلد و ماسک جراحی و لباس سرهمی کم داشتیم. در رسانه نشان می دادند که این لباس ها نیاز است و ما تعداد کمی از اینها داشتیم. تعدادی از نیروهایمان هم به بیمارستانهای دیگری که نیروهایشان در محل خدمت حاضر نشده بودند رفتند. پرسنل از این لباسها که در بیمارستانهای دیگر استفاده کرده بودند بسیار ناراضی بودند و ظرف چند هفته شدیداً آلوده شدند. باید تمام شیفت این لباس ها را به تن می کردند و با همین غذا می خوردند و سرویس بهداشتی می رفتند و دهیدراته می شدند بر اساس پروتکل های who سعی می کردیم پرسنل را قانع کنیم ولی برخی از دیگر بیمارستانها با این لباس ها و ماسکهای عجیب و غریب در پرسنل ما فوبیا ایجاد می کردند و باعث عدم اعتماد به بیمارستان می شد و فکر می کردند ما توانایی یا پول خرید این تجهیزات را نداریم. با سرکشی متعدد و کلاس گذاشتن و ویس آموزشی و .. کم کم به پرسنل نشان دادیم رفتار های حفاظتی ما کافی است و کمترین میزان مبتلا را داریم. ما باید حرفی که میزنیم هم علمی و هم قلباً قبول داشته باشیم و خودمان رعایت کنیم تا پرسنل ببینند باز هم یک خیر می آمد این تجهیزات را بخش می کرد در بیمارستانهای دانشگاه و پرسنل می پوشیدند و عکسشان را در سایت می گذاشتند و برای پرسنل ما استرس ایجاد می کردند این چالشی بسیار آزار دهنده بود و رابطه دوستانه ما با پرسنل را تحت تاثیر قرار می داد. ما یک بخش ۱۷ تخته vip برای پرسنل خودمان در نظر گرفته بودیم که در صورتی که بیمار شوند کمتر شرمند باشیم، که این بخش هیچ وقت مورد استفاده قرار نگرفت و نشان می دهد رعایت گفته های who کافی است (C1-14).

چند بار پروتکل درمان تغییر کرد، گروه ها باید با انسجام بیشتری تجربیات خود را در اختیار هم قرار بدهند و به پروتکل واحدی دست پیدا کنند (D1-19).

۲- تهدید سلامتی و جان کادر درمان:

من در دوره جنگ نوجوان بودم و آن بحران را به خاطر دارم. مواد غذایی کم بود و ساده ترین نیازهای مردم نبود و کمبود داشتیم. زلزله و سیل هم بحران های خاص خودش را داشت، مشکلات بهداشت محیطی، آلودگی آب و عفونت و .. اما در این بحران کسی که

به کمک بیماران می رفت خودش هم مورد خطر قرار می گرفت و درگیر می شد و از این لحاظ فقط می توان با جنگ مقایسه اش کرد (C1-20).

۳- نگرانی نیروی انسانی نسبت به امکان انتقال آلودگی به خانواده هایشان:

نگرانی برای خودت خیلی مهم نبود ولی نگرانی برای خانواده داشتی که شکننده تر بود، هم روی افراد فشار بود هم ما که میخواستیم به آنها بگوییم بمانید در CU اولی عصر رفته بودم همه میگفتند ما پدر مریض داریم و فرزند کوچک داریم و... من باید آنها را راضی میکردیم که خدمت بدهند در حالیکه در دلم واقعا جوابی برای نگرانیهایم نداشتم و به آنها حق می دادم در دوره جنگ کسی که می رفت میدانست دارد از خانواده اش حفاظت می کند ولی کسی که اینجا خودش را درگیر میکرد ممکن بود به خانواده اش هم آسیب برساند، این اتفاق تجربه جدید من در بحرانها بود جایگاه جوانها در این بحران مشخص شد (C1-17).

۴- وسیع بودن بحران و گسترش آن در تمام کشور:

بحران های قبلی که تجربه شده بود مثل سیل و زلزله هیچ کدام به این گستردگی در تمام استانهای کشور و تمام بیمارستانها نبودند. (F1-8)

۵- مواجهه با بحرانی بدون پایان قابل پیش بینی (ناشناخته بودن ویروس):

بحران های گذشته مقطعی و محدود بودند. بحران حاضر پایان نامشخصی دارد (A1-13).

- در شرایط بحرانی نیز فرصت هایی به سازمانها رو می آوردند که می توان از آنها بهره گرفت. حمایت های مالی خیرین و نیروهای مردمی داوطلب پنجره ای از فرصت ها برای بیمارستانها بودند که بخشی از مشکلات ناشی از بحران را پوشش می دادند:

خیرین خیلی حمایت کردند و به صورت ضربتی انجام شد. بخشی که بیمارستان نمی توانست انجام دهد و منتظر وزارتخانه بودیم با تاخیر انجام می شد. بعد از مدتی به جایی رسیدیم که از نظر لوازم و تجهیزات نگرانی نداشتیم و خوب بودیم (A3-16).

خیرین خیلی پای کار بودند و تامین می کردند. (H2-19)

- افراد شرکت کننده در این مطالعه بیان می کردند که دوره های مدیریت بحران که گذرانده اند و دانش مدیریتی آنها بسیار در موفقیت های آنها و کنترل اوضاع موثر بوده است:

خیلی از تئوری هایی که توی لیدرشیپ می خوندیم در اینجا به دردمون خورد و به نظرم باید کسانی که می خواهند مدیریت عالی داشته باشند حتما دوره های لیدرشیپ را بگذرانند. به خصوص دوره های لیدرشیپ مخصوص بیمارستان. شاید من اگر این دوره ها را نمی گذروندم تصمیمات اشتباه بیشتری می گرفتم. (C3-20)

اهمیت برخورداری از دانش و هنر مدیریت در مسئولان در شرایط بحرانی برای همگان مشخص می شود:

ما توانایی بالقوه برای مواجهه با بحران را داریم ولی ضعف ما در مدیریت است. ما نیاز به تجهیزات PCR داشتیم تا تعداد آزمایشگاه‌ها را افزایش دهیم، از امکانات موجود دانشگاه استفاده نکردیم، ما این تجهیزات را داریم ولی در جاهای مختلف بود، باید با هنر مدیریت وسایل را وسط میدان بیاوریم (D2-17).

- افراد بسیاری بر این نکته تاکید داشتند که قبل از وقوع بحران باید با کسب آمادگی و برگزاری مانور‌ها توان مقابله و پاسخگویی سازمان خود را افزایش دهیم و همواره اقدامات پیش‌گیرانه در برابر بحران‌ها را مد نظر داشته باشیم:

مهمترین درسی که از این بحران من گرفتم و به نظرم برای کل کشور هم درس بزرگی بود: اهمیت دادن به ستادهای مواجهه با بحران‌هایی از این نوع و آماده شدن از قبل کل کشور، یعنی تمام امکانات کشور برای مواجهه با هم‌چنین بحران‌هایی. به نظرم اگر خدای نکرده در چند سال آینده مجدد با یه هم‌چنین بحرانی مواجه بشیم، مطمئناً عملکردمون به مراتب از این بهتر خواهد بود. یعنی دفعه بعد با آمادگی خیلی بیشتر و هماهنگی خیلی بیشتر و برخورد خیلی منطقی تری خواهیم داشت. (B2-18)

نباید اتفاقات را دست کم بگیریم تا در صورت بروز بدترین سناریو غافلگیر نشویم، باید خود را آماده کنیم اگر هم بحرانی هم اتفاق نیفتد چیزی را از دست نداده ایم. مثلاً تجهیزات حفاظتی را که در زمان پیش‌بینی می‌خریم نگه می‌داریم و بعداً استفاده می‌کنیم، ما در منطقه حادثه خیزی هستیم که باید همیشه آمادگی داشته باشیم، در بلندمدت همه تجهیزات استفاده خواهد شد (B1-21).

- یک مدیر موفق پیش از مدیریت بر بحران باید توان مدیریت بر خود را داشته باشد. صبوری و داشتن سعه صدر نسبت به انتقادات و مشکلات مطرح شده از مهمترین ویژگی‌های شخصیتی و روش‌های ارتباطی برای مدیران است:

یکی از چیزهای دیگه اینکه فردی که مدیریت عالی دارد باید صبر بالا داشته باشد. شاید من در این بحران بعضی جاها صبر را از دست دادم ولی باید صبر بالایی نسبت به حرف‌ها و انتقادات داشت. شاید باید همان لحظه جواب نداد. باید حرف‌ها را بشنوی و تحلیل کنی و بعد پاسخ بهتری بدهی. اصلاً لزومی نداره حرف را همان لحظه پاسخ بدهی. خیلی وقتها لازم است فقط شنونده خوبی باشی. (C3-17)

- با گذر از بحران‌ها کوله‌باری از تجربیات بر افراد افزوده می‌شود و راه پیشرفت برای سازمانها هموارتر خواهد شد. بیمارستانها نیروهای دلسوز و با تعلق سازمانی خود را در این بحران شناختند و می‌توانند با اعطای مسئولیت‌های بیشتر به آنها و ارتقای جایگاه شغلی آنها در آینده از این نقاط قوت خود به خوبی استفاده کنند.

شعری قدیمی هست که می‌گفت جنگ کجایی برگرد که دلمون برات تنگ شده، چون الان مدعیان زیاد هستند و تو افتراق دهنده مرد و نامرد هستی، قضیه کوید ۱۹ برای همکاران ما همین حالت را داشت برای دانشگاه هم خوب است که پرسنل و هیئت علمی‌ها را بشناسد، این بیماری گروه طب اورژانس، عفونی، داخلی و ICU را درگیر می‌کند در گروه‌های دیگر هم افرادی که مشتاقانه به کمک می‌شتابند به خوبی شناخته می‌شوند و هنگام ارتقا و گرفتن مزایا باید مورد توجه قرار بگیرند افرادی که تعلق سازمانی دارند و اهل ایثار و فداکاری هستند، شناخته می‌شوند (C4-20).

در بحرانها افراد با تعلق کاری و بدون تعلق کاری خوب از هم جدا می شوند، برای من تاکید بر این بود که بتوانم تعلق کاری افراد مسئولیت پذیر را حفظ کنم، افرادی بودند که به بهانه کرونا دوهفته حضور پیدا نمی کردند و حجم کار هم واقعا بالا بود (H1-21).

- مرور اشتباهات و یادگرفتن از آنها میتواند فرصت های فراوانی را برای سازمان در آینده ایجاد کند. یکی از تصمیمات اولیه دانشگاه علوم پزشکی تهران که اجرای آن نتیجه مثبتی در پیش نداشت تصمیم بر استفاده از بیمارستان یاس به عنوان مرکز بستری بیماران کرونایی بود:

در مواجهه اولیه با این بیماری، تصمیم بر این بود چند بیمارستان محدود در تهران به صورت نمادین و یا مقدماتی، که دارای بخش و اتاق فشار منفی هستند برای بستری بیماران انتخاب شوند. در دانشگاه ما، فقط بیمارستان سینا چنین امکانی را داشت، بیمارستان یاس با چند بخش خالی و ساختمان جدید بیمارستان رازی ظرفیت خوبی برای یک نقاهتگاه بودند که بیماران در آن بستری شوند. از این رو تصمیم گرفتیم بیمارستان یاس و رازی را آماده و نشان دار کنیم. روزهای ابتدای هفته قبل متوجه شدیم که قضیه عمیق تر از آن است که با آن، ساده برخورد کنیم و باید آمادگی بیشتری برای سرویس دهی داشته باشیم. در نتیجه انتخاب بیمارستان یاس به عنوان بیمارستان تک تخصصی زنان با نیروهایی که تجربه چنین جبهه ای را ندارند؛ تصمیم درستی نبود و توقع ما از آنان بی جا بود. افزون بر این بیمارستان یاس رشته های پشتیبانی و گروهی که بیمار را از صف اول تا آخر ببیند ندارد و باید از مراکز دیگر نیرو به آن منتقل شود. به این ترتیب از انتخاب بیمارستان رازی نیز برای ارائه چنین خدمتی صرف نظر کردیم (B3-4).

انتخاب فضایی جدید برای ارائه خدمات به این بیماران مشکلاتی را ایجاد می کرد که سیاست گذاران و مدیران به همه ابعاد آن توجه نکرده بودند:

سنخیت فضای فیزیکی با تغییر کاربری (care) آن بسیار مهم است (E1-19).

یکی از مشکلات در یاس این بود که افراد هم را نمی شناختند، سلسله مراتب ها و مسئولیت ها مشخص نبود وقتی تو را شناسند برای صحبت ارزش قائل نیستند. شناخت محیط هم وجود نداشت و روحیات افراد و پرسنل را نمی دانستیم (A3-1).

چند روز بعد از اینکه بیمارستان یاس برای این بیماران مورد استفاده قرار گرفت به این نتیجه رسیدیم که بیماران دارند به همه بیمارستان ها سرازیر می شوند ضمن اینکه پرسنل متعلق به یاس نبودند و پس از هر تحویل شیفت میرفتند و علقه ای به سازمان یاس نداشتند و مشکلات زیاد بود تا بعد استراتژی عوض شد (D3-20).

فصل چہارم:

بحث و نتیجہ گیری

مقدمه:

در شرایط کنونی که ویروس در دنیا در حال چرخش است و اپیدمی بیماری غیر از چین در سایر کشورهای گرفتار آن هنوز کنترل نشده است، ایران در بین ۱۵ کشور با شیوع بالا بعد از آمریکا، برزیل، هند، روسیه، پرو و... رتبه دهم از موارد ابتلا را دارد. (آمار مربوط به ۱۷ تیر ۹۹) با توجه به اینکه عوامل متعددی از جمله؛ سیاست اتخاذ شده برای کنترل اپیدمی، نظام شناسایی موارد مثبت در سطح جامعه، میزان تناسب ورودی بیمارستانها با امکانات اعم از تخت بیمارستانی، تخت ای سی یو، ونتیلاتور و...، ترکیب سنی و تعداد گروههای آسیب پذیر کشورها متغیر است؛ نرخ مرگ و میر کشورها و سهم هر یک از این موارد نیز در پایان کنترل اپیدمی قابل تعیین و تحلیل خواهد بود. علت درصد بالای مرگ و میر در ایران در مقطع کنونی می تواند عمدتاً به نوع سیاست انتخاب شده برای کنترل اپیدمی و البته عدم شناسایی همه موارد مثبت موجود در سطح کشور مرتبط باشد.

نظام بهداشت و درمان در ایران با بحرانی بی سابقه دست و پنجه نرم می کند. بحران ناشی از یک پاندمی عفونی که ابعادی بسیار متفاوت از مدیریت بیماری را به روی سیستم بهداشتی کشور گشوده است. دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان بخش مهمی از نظام بهداشتی درمانی کشور در خط مقدم مواجهه با این بیماری قرار داشت و مدیران و تصمیم گیران آن اکنون، با کوله باری از تجربیات کسب شده در این بحران به ارائه خدمات درمانی می پردازند. این پژوهش به مستند سازی و تحلیل تجربیات و درس آموخته های آنان و نقاط قوت و ضعف مجموعه دانشگاه علوم پزشکی در این ایام پرداخته است.

متأسفانه بسیاری از مدیران امروزی نسبت به تجربیات گذشته بی تفاوت و حتی مخالف می باشند، در صورتیکه طبق بررسی های به عمل آمده از ۱۵۰ شرکت، این نتیجه حاصل شده است که دانش کسب شده از خطاها، اغلب ابزاری برای رسیدن به موفقیت های آینده است. سازمان وقتی یادگیرنده می شود که پنج مهارت حل نظامند مشکلات، آزمودن راهکارهای جدید، درس گرفتن از تجربیات گذشته، درس گرفتن از بهترین تجربیات دیگران، انتقال سریع و موثر و نتیجه بخش آموخته ها در سازمان را دارا باشد. [16]

چنانچه مدیران سازمان تجارب، آموخته ها و اندوخته های تجربی و عملی خود را مکتوب نمایند، این امر سبب هدر رفتن سرمایه های دانشی آن سازمان می شود. از سوی دیگر با توجه به ماهیت دانش و سرمایه فکری که در ذهن این افراد پنهان است، با خروج این افراد از سازمان (به دلیل بازنشستگی، انتقال، تعدیل و...) در عمل این دانش نیز از سازمان خارج می شود.

ثبت تجارب مدیران و معاونین بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران در مدیریت بیماری کوید ۱۹ می تواند راهگشای مدیران فردای ایران باشد.

بحث:

براساس داده های جمع آوری شده با مصاحبه، چالش ها به چهار دسته اصلی تقسیم بندی شدند: چالش های مدیریتی، چالش های نیروی انسانی، چالش های آموزشی و چالش های پژوهشی.

۵۴٪ از مصاحبه شوندگان به چالش غافلگیری و عدم آمادگی برای اپیدمی اشاره کرده اند که نشان می دهد بیشترین چالش مدیریتی مطرح شده این مورد بوده است. کمبود وسایل حفاظت شخصی و امکانات درمانی و تشخیصی در بیمارستان ها در روزهای ابتدایی بحران می تواند گواهی بر این مدعا باشد. مدیران ادوار سازمان بیمه سلامت ایران در مکاتبه با ریاست محترم مجلس شورای اسلامی درخصوص مدیریت اپیدمی کووید - ۱۹ ضمن اشاره به تجربه کشورهای چین، انگلستان، ایتالیا، اسپانیا در اجرای قرنطینه همگانی و الزام و اجبار حضور مردم در منازل، درخصوص نحوه مقابله با بیماری در کشور اعلام کردند؛ "شواهد و قرائنی وجود دارد که باید پس از اپیدمی آنفوالنزای N1H1 تمهیداتی برای تقویت نظام مراقبت و اقدامات بین بخشی در حمایت از نظام سلامت و تدوین سازوکار مناسب برای مقابله صورت میگرفت، لکن پس از ورود ویروس به کشور متأسفانه تصمیمات متخذه از کارایی لازم برخوردار نبود و یا نتوانسته بر قطع زنجیره انتقال آثار لازم را داشته باشد." [17]

چالش های وجود مقاومت افراد در برابر تغییرات غیر منتظره و استرس و ترس از ابتلا به ویروس در بخش چالش های نیروی انسانی هر دو توسط ۳۶٪ از مصاحبه شوندگان مورد تاکید قرار گرفتند که بیشترین میزان پاسخ در این بخش را دارا هستند. مقاومت افراد در برابر تغییرات واکنشی طبیعی است و در شرایط غافلگیرانه ای که تمامی بیمارستانها با مراجعات کرونایی رو به رو شدند و باید آنها را پذیرش می کردند، ایجاد تغییرات اجتناب ناپذیر است. قاصدی و همکاران در مقاله ای با عنوان مدیریت اثربخش تغییر: لازمه اجرای موفق استراتژی های سازمان بیان می کنند که مقاومت یکی از دلایل اجرای ناموفق استراتژی سازمانی است. [18]

با ورود ویروس کرونا به کشور بسیاری از مردم دچار ترس از بیماری شدند و این ترس در کادر درمانی و پرسنل بیمارستانی بدلیل مواجهه مستقیم آنها با بیماران بیشتر بود. ماهیت نوپدید بودن و ناشناخته بودن در این ویروس ترس از ابتلا و یا انتقال آن به سایرین و اعضای خانواده را تشدید کرده و این موضوع را به یکی از چالش های مهم نیروی انسانی تبدیل کرده بود. در مقاله ای با عنوان (پیامدها و مداخلات روان شناختی در پاندمی ویروس کرونا) نتایج نشان داد که در زمان پاندمی ویروس کرونا (کووید-۱۹) اثرات روان-شناختی منفی از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب، استرس، اختلالات خواب و عصبانیت در کادر درمان و دیگر افراد درگیر با ویروس کرونا (کووید-۱۹) به طور معناداری افزایش یافته بود. [19]

مهمترین چالش در بخش آموزش دانشگاه مربوط به تعطیل شدن آموزش های بالینی بود که ۳۶٪ افراد حاضر در مطالعه به آن اشاره کرده بودند. نظر برخی مصاحبه شوندگان بر این بود که فراگیران علوم پزشکی می توانستند از این فرصت برای افزایش تجربیات خود در مدیریت بحران اپیدمی ها استفاده کنند. متأسفانه علیرغم هزینه های صورت گرفته در حوزه آموزش عالی، از ظرفیتهای این نهاد به صورت نظام مند در فرایند تصمیم گیری سیاستگذاران و همچنین مستندسازی، اصلاح و انتشار اقدامات بهره گیری نشده است. بنابراین پیشنهاد می شود که برای دانشگاهها نقش مشورتی مشخصی در تیم های اجرایی مشخص شده و مسئولیت مشخصی به ایشان واگذار شود. با توجه به تعطیلی دانشگاهها، اساتید زمان کافی دارند تا در فرایندهای اجرایی درگیر شده و نقش مشورتی مؤثری ایفا کنند. با توجه به ابعاد مختلف موضوع، اساتید حوزه های مرتبط علوم اجتماعی، اقتصادی، مدیریتی روانشناسی و ... می توانند با حضور در جلسات اجرایی

نه به صورت شخص حقیقی که در جایگاه حقوقی دانشگاه، ضمن کمک به تصمیم گیری مبتنی بر شواهد، شواهد تولید شده را در تحقیقات آتی خود مورد بررسی و مطالعه قرار دهند. [17]

با وقوع همه گیری جهانی کرونا و ماهیت نوپدید بودن این بیماری انجام پژوهش برای کشف روش های پیشگیری و درمان آن به یک مطالبه عمومی و نیاز اضطراری تبدیل شد. همگام با سایر کشور ها، جامعه پژوهشی ایران نیز فعال شد و تعداد زیادی پروژه تحقیقاتی پیشنهاد، تصویب و اجرایی گردید. رعایت ضوابط علمی و اخلاقی مهمترین چالش در بخش پژوهش بود که افراد بیان می کردند. دبیرخانه کمیته ملی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت و درمان در گزارش عملکرد خود به سه نکته اقدام مهم در این رابطه اشاره کرده است: اول؛ تسریع روال ارزیابی اخلاقی طرح های پژوهشی پیشنهادی (حداکثر ظرف ۴۸ ساعت) که از انجام مطالعات فاقد پشتوانه علمی و در معرض خطر قرار گرفتن بیماران آسیب پذیر جلوگیری شود. دوم؛ مستند کردن همه مداخلات پزشکی جدید در قالب طرح پژوهشی که با توجه به عدم وجود درمان استاندارد برای این بیماری به شفاف سازی فضا و ایجاد شواهد علمی برای درمان های آینده کمک می کند. سوم؛ نظارت بر خط بر همه طرح های پژوهشی تصویب شده در سراسر کشور برای تضمین حقوق بیماران و جلوگیری از صدمه به آنها. گزارش عملکرد کمیته ملی تحقیقات کووید-۱۹ حاکی از این است که تاکنون ۸۳۰ طرح پژوهشی با موضوع ویروس کرونا ۲۰۱۹ در دانشگاه های علوم پزشکی موفق به کسب مجوز اخلاق از ۶۱ کمیته شده اند. [20]

مصاحبه شوندگان به مداخلات مدیریتی اجرا شده در بحران اشاره کردند که افزایش انعطاف در تصمیمات بیشترین تکرار را میان اقدامات موثر افراد برای مدیریت بحران کرونا داشته است. ۴۰٪ افراد به این مداخله مدیریتی اشاره کرده اند. هنگام قرار گرفتن در یک بحران انسان دچار گیجی و ابهام شده و توان ذهنی او تحلیل می رود، اطلاعات نیز ممکن است به صورت تحریف شده و یا غلط در دسترس او قرار بگیرد، زمان برای اتخاذ تصمیم به شدت کوتاه است و غافلگیر شدن و عدم آمادگی برای تصمیم گیری نیز بر این مشکلات می افزاید. مدیران شرکت کننده در این پژوهش راهکار مناسب در شرایط بحران را تغییر مداوم در تصمیمات می دانند. آنها بیان کرده اند که جلسات کمیته بحران به صورت روزانه تشکیل شده و تصمیمات روز گذشته که اجرایی شده بررسی و نتایج حاصله ارزیابی می شدند تا برای تداوم و یا تغییر مصوبات تصمیم گیری شود. علی اکبر حق دوست روز شنبه ۹ فروردین در نشست خبری که به صورت ویدئوکنفرانس از وزارت بهداشت برگزار شد درباره تناقض صحبتها در مدیریت کرونا گفت: "جامعه ایران یک جامعه فهیم است. تلاش ما باید این باشد که فهیم و شعور اجتماعی را بالا ببریم این اپیدمی یک پدیده و آزمایش جدید برای کل دنیا و نه فقط ایران بود و سیستم مدیریتی دنیا خوب نمره نگرفت و در دوره پساکرونا باید سیستمهای مدیریتی دنیا را بازنگری کنیم. مسئولان در آمریکای شمالی و حتی اروپا صحبت های خودشان را چند بار عوض کردند. اختلاف نظر ها در این مورد بسیار بالا است مثلاً گفتمان هلند با اتریش بسیار متفاوت است با توجه به ابهامات، کشورها با مقتضیات خودشان تصمیم میگیرند. اگر اختلاف نظر می بینید یا در طول زمان نظرات عوض می شود طبیعی است، زیرا راهی برای گریز از آن نیست. بیماری جدی است؛ همه مسئولان حوزه سلامت و غیرسلامت کشور اکنون متوجه شده اند داستان کرونا با آنفلوآنزا فرق دارد و بسیار جدی است. ابزارهای واکسن و دارو و درمان را نداریم و تنها مسیر کنترل، تغییر رفتار و سبک زندگی است امیدواریم در آینده دارو و واکسن هم داشته باشیم که بهتر کنترل کنیم." [17]

نیمی از مصاحبه شوندگان عنوان کرده اند که نقطه قوت مدیریتی آنها حمایت و ارتباطات نزدیک و همدلی مدیران ارشد بیمارستانها با کارکنان است. در شرایطی که کارکنان با ترس ناشی از مواجهه با ویروسی ناشناخته دست و پنجه نرم می کنند و حتی گروهی از آنها با وقوع بحران به ترک محل خدمت روی می آورند، یک مدیر تلاش بسیاری برای حفظ روحیه پرسنل خود انجام می دهد. یافته های پژوهش های متعددی در علوم انسانی نشان می دهد که مدیر با برقراری ارتباط صحیح با کارکنان و مدیریت هیجانات آنها می تواند عملکرد و بهره وری در سازمان را افزایش داده و باعث افزایش انگیزش و رضایت شغلی در کارکنان و کاهش استرس در آنها بشوند. [21]

نقاط ضعف بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در مواجهه با ویروس کرونا ذیل سه دسته ی نقاط ضعف ساختاری، نقاط ضعف بالینی- تشخیصی و نقاط ضعف مدیریتی قرار گرفت.

از کمبود امکانات و تجهیزات به عنوان مهمترین نقطه ضعف ساختاری دانشگاه و بیمارستان یاد شده است. ۴۵٪ افراد حاضر در مطالعه معتقد بودند که امکاناتی چون فضای مناسب برای قرنطینه بیماران پس از بستری و هم چنین تجهیزات مورد نیازشان مثل دستگاه ونتیلاتور و .. به میزان کافی فراهم نبوده است. جدید ترین گزارشات از زبان مسئولین کشوری حاکی از آن است که این کمبود ها با سرعت در حال جبران هستند و در حال حاضر به عنوان مشکل اصلی مطرح نمی شوند. مثلا رییس هیات امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران از توزیع ۱۰۰ هزار کیت کرونا در هفته گذشته خبرداد و گفت: تاکنون بیش از یک میلیون کیت کرونا برای دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و انستیتو پاستور ارسال شده است. رئیس جمعیت هلال احمر گفت: متأسفانه با کمبود یک هزار دستگاه ونتیلاتور در کشور مواجه شدیم که با توجه به مشارکت خیرین در این امر، جمعیت هلال احمر تامین ۱۰۰ دستگاه آن را بر عهده گرفت که تا این لحظه ۵۲ دستگاه تامین شده است. [22] به گزارش خبرگزاری تسنیم، دستگاه ونتیلاتور توسط یک شرکت دانش بنیان ساخته شده و به تولید انبوه رسیده است .

تشخیص دیر هنگام مبتلایان توسط ۱۳٪ از مصاحبه شوندگان به عنوان بیشترین نقطه ضعف بالینی- تشخیصی عنوان شد. این مشکل می تواند تا حدودی بدلیل ناشناخته بودن ویروس و اطلاعات کمی که از آن در دست داریم باشد. بیماران با علائم غیر اختصاصی در بخش ها بستری می شدند که با گذشت چند روز ابتلای آنها به کوید تشخیص داده می شد. پیش از بروز این بحران با برگزاری دوره ای کلاس های آموزشی میتوانیم سطح علمی کادر درمان را ارتقا بدهیم، پس از اپیدمی بیماری نیز باید با برگزاری وبینار های علمی موارد جدید و خاص و یا روش های درمانی موثر و .. را به اطلاع همه گروه های درگیر در درمان برسانیم و تا حد امکان از این مشکلات جلوگیری کنیم.

نتیجه گیری:

فعالیت های مدیریت بحران در چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی قابل دسته بندی هستند.

➤ اقداماتی که در جهت کاهش اثرات یا از بین بردن خطر حوادث انجام می شوند، در مرحله پیش گیری قرار می گیرند. نتایج نشان می دهد پیشگیری و آمادگی که پیش از وقوع بحران باید به آنها پرداخته شود، علیرغم اهمیت

فراوانی که دارند مورد غفلت واقع شده اند. از دیدگاه مصاحبه شوندگان بزرگترین چالش عدم پیشگیری از اپیدمی بود. باید با پیش بینی حاد ترین سناریو ممکن از غافلگیری جلوگیری شود. اتخاذ سیاست های پیشگیرانه ضعیف از ابتدا برای جلوگیری از شیوع و گسترش ویروس در کشور لطمه بسیاری به مردم و سازمانهای بهداشتی درمانی وارد کرد. در مرحله پیش گیری باید منابع مالی مورد استفاده در بحران شناسایی و شفاف می شدند تا به چالش تامین منابع مالی و توزیع ناهمگون منابع برخورد نمی کردیم. برقراری عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی در تمام مناطق می توانست از عدم توازن در ارائه خدمت بین دانشگاه های علوم پزشکی بکاهد. مدیران در مرحله پیشگیری از بحران باید آگاهی خود را نسبت به ظرفیت ها و درک خود نسبت به توانایی های زیر مجموعه سازمان را بالا ببرند تا بتوانند برنامه ای کارآمد و عملیاتی تدوین کنند.

➤ مجموعه اقدامات برای افزایش توان عملیاتی و ایجاد تسهیلات برای واکنش موثر در برابر حوادث محتمل در مرحله آمادگی قرار می گیرند. برای حفظ آمادگی در برابر بحران های بیولوژیکی می بایست تجهیزات تشخیصی و درمانی، دارو، وسایل حفاظت شخصی و .. تامین و نگهداری شود. برنامه ریزی برای تعیین چرخه تهیه این وسایل تا مصرف آنها انجام شود و هم چنین استاندارد بودن آنها به تایید برسد. بهتر است چارت مشخصی برای مدیریت بحران اپیدمی های عفونی تدوین و ابلاغ شود. راهکار هایی برای کمبود های پیش بینی شده در زمینه نیروی انسانی متخصص اندیشیده شود و نقاط ضعف علمی و مهارتی آنها در راستای حفظ آمادگی برای بحران برطرف شود. برای سهولت در آمارگیری و جمع آوری اطلاعات باید سیستم پرونده الکترونیک سلامت به صورت یکپارچه راه اندازی شود.

➤ با شیوع اپیدمی در کشور و وقوع بحران به اقداماتی برای مقابله با آن پراخته ایم. مدیریت هیجانات و انگیزه ها در نیروی انسانی مهمترین اقدامی است که در این مرحله انجام گرفته است. در زمانی که استرس و ترس از ابتلا به ویروس بر پرسنل چیره شده است و مدیران با مقاومت افراد در برابر تصمیمات و عدم حضور آنها در محل کار و عدم تبعیت از فرمانده بحران رو به رو هستند می توان با برقراری ارتباط صحیح با پرسنل و همدلی با آنها و حمایت های روحی روانی و در نظر گرفتن تشویق های مالی کنترل اوضاع را در دست گرفت. از مشارکت های مردمی و کمک های خیرین در بحران باید به طرز صحیحی کمک گرفت و این گونه کمک ها را سازماندهی کرد. رعایت ضوابط علمی اخلاقی در پژوهش های انجام شده حین بحران نباید دور از توجه قرار گیرد. هماهنگی بین بخشی برای جلوگیری از اقدامات چندانگانه و موازی کاری ها باید تقویت شود. گزارش هایی از کمبود، هدر رفت یا مفقودی در کالاهای مصرفی مثل مواد ضدعفونی کننده دریافت می شد که با نظارت مداوم باید مصرف این لوازم تحت کنترل قرار گیرد.

➤ در مرحله بازسازی از چرخه مدیریت بحران به دنبال بازگرداندن حداقل امکانات و استاندارد ها به جامعه و برقراری شرایط پیش از بحران برای سازمان هستیم. آموزش های بالینی فراگیران علوم پزشکی که تعطیل شده بود باید با اتخاذ پروتکل های حفاظت شخصی از سر گرفته شود. از خدمات روانشناسی برای بهبود اوضاع روحی افراد درگیر در بحران و فرسودگی روانی کادر درمان استفاده می شود. از امکانات فضای مجازی برای ارتباط با بیماران الکتیو و برقراری کلینیک مجازی استفاده شود.

این پژوهش با مستند سازی تجارب مدیران ارشد، میانی، عملیاتی دانشگاه و بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران پیشنهاداتی را به مدیران و سیاست گذاران در حیطه سلامت ارائه می کند:

پیشنهادهای کاربردی برای سیاست گذاران و مدیران:

با کشف ویروس کووید ۱۹ و عالم گیر شدن آن طی چند ماه نظام بهداشت و درمان در تمام دنیا وارد بحران جدیدی شد. بیمارستان ها به عنوان خط مقدم سیستم درمانی در مواجهه با این بحران قرار گرفتند و مدیران و سیاست گذاران سلامت در ایران هر چند تجربه بحران هایی چون جنگ و سیل و زلزله را داشته اند اما تاکنون اپیدمی یک بیماری عفونی را تجربه نکرده بودند و اکنون در فضایی متفاوت به کنترل و مدیریت شرایط می پردازند .

۱- یکی از چالش های اصلی که بیشتر شرکت کنندگان در پژوهش به آن اشاره کردند، غافلگیری و عدم آمادگی برای مقابله با بیماری بود . علیرغم انتشار ویروس در چین و اعلام سازمان بهداشت جهانی مبنی بر حفظ آمادگی در همه کشورها، ما با تشخیص اولین موارد بیماری کووید ۱۹ غافلگیر شدیم. مدیران باید همواره چرخه معروف مدیریت بحران را مد نظر داشته باشند، صحبت های مدیران دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان می دهد در این بحران مرحله پیشگیری و آمادگی که قبل از وقوع بحران هستند مغفول مانده اند. به دلیل بی توجهی و عدم برنامه ریزی برای این دو مرحله چالش ها و معضلات بسیاری با وقوع بحران گریبانگیر بیمارستان ها شده و کار را برای مدیران دشوار ساخته است. سازمان ها باید دارای یک برنامه پاسخ سریع برای مواقع اضطراری بوده و با مانور و تمرین، آمادگی کافی داشته باشند.

۲- چالش دیگری که مدیران بیمارستان با آن روبه رو شدند حجم عظیمی از مراجعات بیماران به همه بیمارستان ها بود در حالی که طبق تصمیم گیری های مدیران ارشد فقط چند بیمارستان محدود به عنوان ارائه دهنده گان خدمات درمانی به مبتلایان کرونا معرفی شده بودند. در این اتفاق انتقاد به سیاستگذاران وارد است که از ظرفیت ها و توانمندی های موجود در مجموعه خود آگاهی کافی را نداشتند و برآورد صحیح از واقعیات موجود و تبعات تصمیم گیری خود نداشتند که این مورد به عنوان نقطه ضعف سیاست گذاران در مصاحبه ها ذکر شده است . اما مدیران قدرتمند نیز باید بتوانند در زمانی که با شرایط این چنینی روبرو شدند، کنترل اوضاع را در دست گرفته و با اقدامات فوری، فضا را برای نیل به اهداف سازمان فراهم کنند. هنگامی که فضایی را برای تغییر کار کرد و ایزولاسیون احتیاج دارید، باید از انتخاب فضاهایی که زیرساخت فیزیکی لازم برای خدمت مورد نیاز را ندارند و سنخیت کارکردی با هدف ندارند پرهیز کنید. بهتر است از چینش جدید پرسنل و افراد و تغییر تعریف شغلی آنها در شرایط بحران امتناع کنید. گروه هایی که قبلاً با هم کار کرده باشند و از ظرفیت های هم شناخت کافی داشته باشند پاسخگویی بیشتری به مدیر خود دارند و بهتر می توانند با تغییر عملکرد بخش خود کنار بیایند. تجربه نشان داده است به کارگیری یک فضای جدید و ناشناخته در شرایط بحران مشکلات متعددی ایجاد می کند و بهتر است از امکانات جاری بهترین استفاده را کنید.

۳- در شرایط بحران کرونا مدیران ناچار به اخذ تصمیماتی هستند که تغییرات ناگهانی در سازمان ایجاد می کند. تغییر در نحوه ارائه خدمات ، جابجایی پرسنل، افزایش هزینه ها و... باعث ایجاد مقاومت در پرسنل می شود . مقاومت افراد در برابر تصمیمات جدید یکی از چالش های مدیران در حوزه منابع انسانی است. از موثرترین راهکارها برای حل این چالش برقراری ارتباط مدیر با بدنه پرسنل و همدلی با آنهاست . مدیران در شرایط بحرانی باید همواره سعه صدر خود را در مواجهه با انتقادات و مشکلات حفظ کنند. پرسنل هنگامی که روسای بالادستی

را در کنار خود ببینند که در شرایط یکسان در معرض خطر هستند و مشکلاتشان را به آسانی انتقال دهند همکاری بیشتری کرده و مقاومت آنها شکسته می شود . همچنین تبلیغات رسانه‌ای برای تقدیر از کادر درمان و ارج نهادن در فداکاری های آنها توانسته است در افزایش روحیه پرسنل بسیار موثر باشد و مقاومت افراد برای پذیرش بیماران کرونا را بسیار کم رنگ کند . مدیریت نیروی انسانی با استفاده از این راهکارها از نقاط قوت مدیران بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

۴- در بحران های بیولوژیکی مشابه بحران ویروس کرونا، ترس و اضطراب مردم و پرسنل باید مورد توجه مدیران و سیاستگذاران قرار بگیرد. این ترس و اضطراب غالباً به دلیل نوپدید بودن و ناشناخته بودن ویروس، در افراد به وجود می آید. این ترس حتی می تواند تا حدی چالش آفرین باشد که بعضی پرسنل ترک از خدمت کرده و در محل کار خود حاضر نشوند . از روش های مدیریتی مناسب که می تواند در حل این چالش کارگشا باشد استفاده از نیروهای داوطلب و عدم اجبار افراد برای خدمت رسانی است . با گذشت زمان و فروکش کردن ترس و اضطراب، در نظر گرفتن تشویق های مالی برای کادر درمان و دیگر پرسنل درگیر ضروری است. تجربه نشان داده است تشویق مالی برای پرستاران در افزایش همکاری آنها بسیار موثر بوده است .

۵- در بحران هایی که از قبل برای آنها برنامه ریزی نشده است مدیران، چالش تامین مالی را پیش رو دارند . منابع موجود برای تامین وسایل حفاظتی و تجهیزات تخصصی تشخیصی درمانی در اوایل اپیدمی بیماری کافی نبود . در شرایط مشابه مدیران می توانند با کمک گرفتن از حس نوع دوستی مردم بخشی از کمبودهای خود را جبران کرده و از کمک های مالی خیرین برای تامین وسایل حفاظتی و.. استفاده کند و یا با استفاده از داوطلبین پرستار و پزشک و نیروهای جهادی کمبود نیروی انسانی خود را تامین کنند. ساماندهی و جهت دادن به این نوع کمک ها نکته ای است که نباید از دید مدیران دور بماند. خیرین بسیاری با دواخت ماسک و گان غیراستاندارد و اهدای آن سعی در کمک به بیمارستانها داشتند، در حالی که اصالت و استاندارد بودن این تجهیزات برای اطمینان از عملکرد صحیح آنها بسیار مهم است. باید با جلب کمک های مالی یا معرفی مراکز فروش معتبر به خیرین از اتلاف این کمک ها جلوگیری کرد. نیروهای داوطلب و انتقالی از دیگر بیمارستان ها نیز حتما باید قبل از ورود به بخش ها تحت آموزش اصول کنترل عفونت قرار گیرند، متأسفانه مواردی از عفونت بیمارستانی در بعضی بخش ها مشاهده شد که ممکن است ناشی از حضور و بی توجهی این افراد در بخش های کرونا باشد .

۶- پس از تهیه مقادیر کافی از تجهیزات حفاظتی و سایر وسایل مورد نیاز باید در چرخه پخش و مصرف آن در بخش ها نظارت داشته باشیم. یکی از چالش های مدیریتی مهم در این بحران، کنترل میزان مصرف مواد ضدعفونی و دیگر لوازم مصرفی بود. مدیران بدون نظارت و کنترل بر پخش وسایل ادعا می کردند که این وسایل به میزان زیاد در بخش ها قرار گرفته در حالی که مراجعه کنندگان به بیمارستان و یا فراگیران علوم پزشکی مشغول در بخش بیان می کردند با کمبود تجهیزات و وسایل روبه رو هستند و از بخش های بستری گزارشات می رسید.

۷- به علت کمبود زمان و موجود نبودن اطلاعات کافی برای تصمیم گیری در شرایط بحرانی با دشواری روبه رو هستیم. سیاست گذاران باید به این نکته توجه داشته باشند که بی تصمیمی از تاخیر در گرفتن تصمیم مشکل ساز تر است. با توجه و عمل به گام های اولیه مدیریت بحران که پیش بینی و آمادگی است این قدرت را پیدا خواهید کرد که در اسرع وقت به بهترین تصمیم برسید. اگر خود را برای بحران از قبل آماده نکرده باشید ممکن است دچار چندگانگی در سیاست گذاری و عدم هماهنگی بین بخش ها و یا موازی کاری با سایر بخش ها شوید. مدیران نیز با حساس کردن سیاست گذاران و آگاه سازی آنها نسبت به واقعیت های موجود می توانند در کنترل شرایط کمک کننده باشند. داشتن تیم مشاوره قوی و تشکیل روزانه و مرتب جلسات کمیته بحران برای کاهش

ریسک تصمیمات اخذ شده بسیار راهگشاست. باید به طور مرتب نتایج حاصل از تصمیمات اخیر بررسی شود و در صورت نیاز برنامه ها تغییر یا ارتقا پیدا کنند. انعطاف پذیر بودن برنامه ها و پاسخ دهی تدریجی و لایه به لایه به چالش ها راهکارهایی مناسب برای شرایط مشابه هستند. با توجه به اهمیت حفظ سلامتی در این ایام و عدم حضور در تجمعات برای جلوگیری از انتقال ویروس باید از ظرفیت فضای مجازی و شبکه های ارتباطی بهترین استفاده را داشته باشید. با برگزاری وبینار ها تجربیات مفید خود را در اختیار سایرین قرار دهید و با کمک فضای مجازی جلسات را به طور مرتب و غیر حضوری برگزار کنید.

۸- اپیدمی کرونا بحرانی است وسیع که تمام استان ها و مراکز درمانی را درگیر کرده است و پایانی قابل پیش بینی برای آن متصور نیستیم. از ویژگی های خاص این بحران درگیر بودن سلامتی و جان کادر درمان و خانواده و نزدیکان آنهاست. با توجه به اینکه هنوز پروتکل قطعی و واحدی برای درمان و وسایل حفاظت شخصی وجود ندارد باید از حداکثر امکانات موجود برای حفاظت نیروهای متخصص بهداشتی استفاده کنید و به میزان کافی مراکزی را برای استراحت و اقامت پرسنلی که نمی خواهند به منازل خود بروند مهیا کنید. پیش از بحران باید پیش بینی برای نیروهای جایگزین به جای افراد کلیدی انجام شود، بهتر است حداقل برای ۲۰ درصد پرسنل جایگزین تعیین شده باشد. برای کاهش در معرض خطر بودن نیروهای درمانی بهتر است از اساتید رشته های غیرمرتبط در بخش های کرونا استفاده نکنید و در زمان های کاهش بار کاری در حد امکان افراد را به مرخصی بفرستید.

۹- موثرترین اقدام بالینی که در این شرایط می توان انجام داد شناسایی مراجعین مشکوک از بدو ورود به بیمارستان و جداسازی آنها از سایرین از ابتدا است. باید بخش هایی را به بستری این بیماران اختصاص داد و از پخش شدن آنها در تمام بخش های بیمارستان خودداری کنید. تجهیزات تشخیصی و درمانی آنها باید ایزوله شود و یا حداقل به صورت سانس بندی شده مورد استفاده قرار گیرد. اقدامات لازم برای به حداقل رسیدن مراجعات غیر ضروری به بیمارستان ها مانند مراجعات ملاقات کنندگان باید در دستور کار قرار گیرد. ارائه خدمات پزشکی به صورت مجازی و برقراری ارتباط از این طریق با بیماران الکتیو، در شرایط مشابه که بحران طولانی شده است، بسیار موثر است.

۱۰- از نقاط ضعف مدیریتی مشاهده شده در این بحران، عدم توازن در ارائه خدمات درمانی در کشور و توزیع ناهمگون منابع بود. همچنین با توجه به اهمیت پیشگیری در این اپیدمی متأسفانه سیاست های پیشگیرانه اتخاذ شده بسیار ضعیف بود. سطح تفویض اختیار در تصمیم گیری های دانشگاه، به نسبت شرایط بحران بالا بود و شاهد عدم اعمال مدیریت متمرکز در بیمارستان ها و دانشکده ها از سوی دانشگاه بودیم. این مشکلات ناشی از عدم وجود دانش و مهارت و هنر مدیریت در افراد مسئول می باشد که لازم است با به کارگیری دانش آموخته های رشته های مدیریت و یا برگزاری دوره های آموزشی در زمینه مدیریت، مفاهیم، اهمیت و کاربرد های آن در سازمان برای مسئولان و سیاست گذاران این خلأ را برطرف کرد. مدیران شرکت کننده در این پژوهش اذعان داشتند که دانش مدیریتی آنها و دوره های مدیریت بحران که گذرانده اند، در کنترل این بحران کمک کننده بوده است.

۱۱- طولانی شدن این اپیدمی در جامعه و شیوع موج های دوم و سوم باعث افزایش بار کاری نیروی انسانی، فرسودگی و آسیب های روحی روانی به کادر درمان و پرسنل بیمارستان شده است. بیماران نیز به دلیل شرایط خاص قرنطینه و عدم حضور همراه نیاز مبرم به کمک روانشناسان دارند. توجه به بعد روحی و روانی افراد در این بحران نباید از دید سیاست گذاران دور بماند، با الزام استفاده از بیمه ها برای اخذ خدمات روانشناسی برای مردم می توان در افزایش استفاده از این خدمات موثر بود.

۱۲- پژوهشگران بسیاری به دنبال یافتن درمان های نوین یا سنتی برای مبتلایان به کرونا هستند که برای جلوگیری از آسیب به بیماران و تضعیف حقوق آنها باید تمام پژوهش ها در قالب طرح تحقیقاتی تصویب شده و با رعایت اصول علمی و اخلاقی پژوهش اجرا بشود. یک سامانه برخط برای نظارت بر تخلفات در این پژوهش ها راه اندازی شده است که باید به پرسنل بیمارستان و بیماران اطلاع رسانی شود و موارد تخلف در آن ثبت شود. چالش بنیادین بعدی در حوزه پژوهش علوم پزشکی، عدم وجود سیستم الکترونیکی پرونده سلامت یکپارچه و آمار گیری به صورت دستی است که مدیران باید پیش از بروز بحران ها به دنبال استقرار و استفاده از این سیستم باشند.

- [1] M. M. N. a. A. Z. Daneshmandi, " Assessment the preparedness of selected hospital to deal with disasters in Tehran.," 2014..
- [2] K. a. S. T. JAHANGIRI, " DISASTER MANAGEMENT: DESIGNING A NEW MODEL FOR EFFECTIVE PLANNING IN BIOTERRORISM.," *PAYESH*, 2003. 2(3):.
- [3] G. Khaghanizadeh M, ., *Compilation of Textbooks.*, (Persian), ;2009:74.
- [4] S. H. H. A. Hajavi A, " Disaster management in the medical records department of Kerman's and Boroojerd educational hospitals and a Model Presentation.," *Quarterly Journal of Health Management.*, pp. 9-16. (Persian)., 2009;12 (35).
- [5] T. Lupia, "۲۰۱۹ novel coronavirus (۲۰۱۹-nCoV) outbreak: A new challenge," *Journal of Global Antimicrobial Resistance Volume 21, June 2020,*, pp. Pages 22-27, 2020.
- [6] " Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 53. Data as reported by national authorities," WHO, 2020.
- [7] Z. a. J. M. Wu, "Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention..," 2020.
- [8] E. e. a. Fillmore, "After the waters receded: a qualitative study of university official's disaster experiences during theGreat Iowa Flood of 2008.," *Journal of community health*, vol. 36(2), pp. 307-315, 2011..
- [9] A. Lee, "Barriers to evidence-based disaster management in Nepal: a qualitative study," *Public health*, vol. 133, pp. 99-106, 2016.
- [10] "Development and Implementation of First Hospital-Based Epidemic Outbreak Management Plan: Lessons Learned from Nepal".
- [11] R. Anderson, "Thematic Content Analysis (TCA): Descriptive Presentation of," *Institute of Transpersonal Psychology*,, 2007.
- [12] king & harrocks, "Interviews in qualitative research, London: Sage," p. 150, 2010.
- [13] V. & C. V. Braun, "Using thematic analysis in psychology," *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77-101, 2006.

- [14] S. S. O. G. S. O. M. S. Raffray M, "Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers," *Investigacion y educacion en enfermeria*, vol. 32, no. 3, pp. 379-392, 2014.
- [15] س. ج. مقدم, مستند سازی تجربیات مدیران از دیدگاه مدیریت دانش, موسسه تحقیقات و آموزش مدیریت, ۱۳۸۳ [15]
- [16] گزارش مرکز پژوهش های مجلس "م. ا. فرهنگی, "درباره مقابله با شیوع ویروس کرونا [16]
- [17] کنفرانس ملی الگوهای نوین در "م. قاصدی, "مدیریت اثربخش تغییر لازمه اجرای موفق استراتژی های سازمان [17]
1397. مدیریت کسب و کار با رویکرد حمایت از کارآفرینان ملی
- [18] هاله شاهد هم قدم- علی فتحی آشتیانی- امیرمحسن راه نجات, "پیامدها و مداخلات روانشناختی در پاندمی ویروس
کرونا" *vol. 2, no. 1, 1399. مجله طب دریا*, [18]
- [19] گزارش عملکرد معاونت تحقیقات و فناوری, "ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی, تهران, ۱۳۹۹" [19]
- [20] ع. حمیدآوی, "مدیریت هیجانات کارکنان, پیش گیری و کاهش استرس شغلی و بهبود انگیزه کارکنان در خلال تغییر [20]
سن پترزبورگ, پنجمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در مدیریت, اقتصاد و حسابداری in "سازمانی
۱۳۹۵.
- [21] [Online]. Available: "هیئت امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران," ۱۷ ۴ ۱۳۹۹ [21]
<http://hoa-ir.com/l/4469>.
- [22] J. Attride-Stirling, "Thematic Networks: An Analytic Tool for Qualitative," vol. 1, no. 3, pp. 385-405, 2001.