Journal of Military Health Promotion
2020, Volume 1, Issue 1
Pages: 12-21

Investigating the Effective Factors on Increasing Emergency Response of Educational Hospitals in Disaster

Elham Bakhtyari [1], Rouhollah Zaboli [1,*], Hesam Seyedin[2]

[1] *Department of Health Services Administration, Faculty of Health,* Baqiyatallah *University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Department of Health in Disaster and Emergencies, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 24 January 2020 Accepted: 14 May 2020

Abstract

Background and Aim: Hospitals are complex and potentially vulnerable institutions, which require urgent attention in the circumstances of the accident. Accidental accountability is actually damaged by helping or intervening during or immediately after death in order to preserve life and the minimum and basic needs of the people. This study aimed to hospital preparedness for emergency response in Iran.

Methods: This study was a quantitative research that performed by using structural equation modeling in selected hospitals. The study population included 200 people of all hospital personnel. Data collection was done by Hospital Disaster Preparedness Self-Assessment Tool (command and control, communication, safety and security, triage, capacity building, sustainability of vital and basic services, human resources, support and logistics management, post-accident recovery and medical emergencies, program Hospital Emergency Response for various types of incidents, Hedging and Crisis Management, Hospital Emergency Response and Capacity Response Scenarios, Hospital Emergency Response and Emergency Response Scenario). Validity was measured by content validity and reliability of the questionnaire by Cronbach's alpha (r = 92%). Using exploratory and confirmatory factor analysis, were identified the factors affecting hospital preparedness for emergency response in Iran. Data analysis was performed using SPSS 18 and LISREL 8.8 software

Results: The findings of this study showed that the average emergency response rate for hospitals in Kermanshah in case of accidents and disasters was 2.87. The highest responsiveness among the components studied was related to communications with an average of 3.21, and the worst response status for the congestion management program in accidents and crises was estimated at 2.54.

Conclusion: The average response rate of the hospitals was evaluated at the medium level. It is essential that planning and providing a chartered account and its implementation for dealing with accidents and disasters in all hospitals is essential. It should also not be forgotten about the role of hospitals in providing incident service, prioritizing programs and budgets.

Keywords: Hospital, Emergency response, Disaster

[*]Corresponding author: Rouhollah Zaboli, Email: *Rouhollah.zaboli*@gmail.com

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

مجله ارتقای بهداشت نظامی
دوره 1، شماره 1، بهار 1399
صفحات: 21-12

بررسی عوامل موثر بر افزایش پاسخگویی اورژانسی بیمارستان های آموزشی در مواجعه با حوادث و بلایا

الهام بختیاری[1]، روح اله زابلی[2*]، حسام سیدین[3]

[1]کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه االه، تهران، ایران
[2]دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه االه، تهران، ایران.
[3]دانشیار، گروه سلامت در بلایا، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

زمینه و هدف: بیمارستان‌ها نهادهای پیچیده و به طور بالقوه آسیب پذیر هستند، که در شرایط اوژانسی نیاز به توجه فوری دارد. پاسخگویی اورژانسی در واقع از کمک رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و نیازهای حداقل و پایه مردم آسیب دیده است. هدف این پژوهش تعیین عوامل موثر بر افزایش پاسخگویی اورژانسی بیمارستان‌های آموزشی در مواجهه با حوادث و بلایا بود.

روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعات کمی بود که با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری در بیمارستان های آموزشی یکی از استان های کشور انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل200 نفر از کارکنان بیمارستان (اداری، بالینی و پشتیبانی) بود. جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه محقق ساخته بر مبنای چک لیست پاسخگویی اورژانسی سازمان جهانی سلامت (2011)، در ابعاد فرماندهی و کنترل، ارتباطات، ایمنی و امنیت، تریاژ، افزایش ظرفیت، تداوم خدمات حیاتی و پایه، نیروی انسانی، مدیریت پشتیبانی و تدارکات، بازیابی بعد از حوادث و فوریت های پزشکی، برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث، برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها، سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان، منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان انجام شد. روایی پرسش نامه از طریق روایی محتوا و پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ(r= %92) سنجیده شد. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی عوامل موثر بر افزایش پاسخگویی اورژانسی بیمارستان‌ها شناسایی شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و LISREL 8.8 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین پاسخگویی اورژانسی بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه در مواجهه با حوادث و بلایا، 2.87 از میانگین 5 نمره بود. بیشترین امتیاز پاسخگویی مربوط به بعد ارتباطات با میانگین 3.21 و بدترین وضعیت پاسخگویی مربوط به برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها با امتیاز 2.54 از 5 بود.

نتیجه‌گیری: امتیاز میانگین پاسخگویی اورژانسی بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح متوسط ارزیابی شد. داشتن برنامه ریزی و ارائه چارچوبی مدون و اجرای آن برای مواجهه با حوادث و بلایا در تمام بیمارستان‌ها ضروری است. هم‌چنین نباید از نقش برجسته بیمارستان‌ها در ارائه خدمات رسانی زمان حوادث غافل ماند و آن را در اولویت برنامه‌ها و بودجه‌ها قرار داد.

کلیدواژه‌ها: بیمارستان، پاسخگویی اورژانسی، حوادث و بلایا

[*]نویسنده مسئول: روح اله زابلی. پست الکترونیک: *Rouhollah.zaboli*@gmail.com
دریافت مقاله: 1398/11/4 پذیرش مقاله: 1399/2/25

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

مقدمه

انسان از روزی که آفریده شده حوادث و اتفاقات کوچک و بزرگ در محیط پیرامونش به وجود آمده است. این حوادث و بلایای طبیعی و غیر طبیعی همواره منابع مادی و انسانی بشر را تهدید می کند که حداقل با عوارض شدید مالی، جانی و روانی همراه هستند (1). همچنین با اینکه ایران تنها 1% از جمعیت جهان را به خود اختصاص داده است ولی بیش از 6% تلفات ناشی از حوادث طبیعی جهان را به خود اختصاص داده است (2). ایران به دلیل همسایگی و هم مرز بودن با چند کشور و همچنین به دلیل قرار گرفتن بر روی گسل و سیل خیز بودن مناطق مختلف در معرض حادثه طبیعی و غیرطبیعی می‌باشد (3). شرایط اوژانسی وضعیتی است که در یک مقیاس کوچک نیاز به توجه فوری دارد، بلایا نیز همان شرایط اورژانسی اما در مقیاس بزرگ‌تر است. بحران واقعه‌ای است که انتظار می‌رود به یک وضعیت خطرناک ختم شود، خواه آن واقعه از نوع اورژانسی یا از بلایا باشد (4).

پاسخگویی اورژانسی رویدادی است که مدیریت آن، فرآیند یا امکاناتی غیر از مدیریت جاری را می‌طلبد. که در واقع از کمک رسانی یا انجام مداخلات حین یا بلافاصله بعد از بلا به منظور حفظ جان و نیازهای حداقل و پایه مردم آسیب دیده است (5). هدف در پاسخگویی اورژانسی ایجاد شرایط مناسب برای تشخیص و پاسخ بموقع در جهت جلوگیری از بدتر شدن حال بیمار با هدف کم کردن تلفات و مرگ بیمار می‌باشد (6). بیمارستان‌ها نهادهای پیچیده و به طور بالقوه آسیب پذیر هستند. در طی یک حادثه، یک وقفه در ارتباطات استاندارد، خدمات پشتیبانی خارجی، عرضه مواد لازم، کمبود کارکنان، تجهیزات و یا ملزومات حیاتی می‌تواند عملیات بیمارستانی را مختل نماید. کمبود کارکنان، تجهیزات و ملزومات حیاتی می‌تواند دسترسی به مراقبت‌های ایمن را کاهش دهد. از این سو بیمارستان همواره باید خود را برای حوادث غیرمنتظره آماده سازد (7). در طی یک حادثه بزرگ با مصدومان فراوان، هدف مراکز درمانی انجام هر کاری برای نجات انسان‌ها و تغییر در استفاده از منابع در دسترس می‌باشد تا بتوان جان انسان بیشتری را نجات داد. تمام سطوح باید بهترین پاسخ را تا جایی که امکان دارد به بیشترین تعداد مصدومان ارائه نمایند(8).

طبق مطالعه‌ی که در مراکز اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی قزوین و ایران انجام شده به ترتیب میزان پاسخگویی را 70.72 % و 44.17 % را عنوان کرد (۷،۹). سایر مطالعات صورت گرفته در زمینه آمادگی در مواجهه با بحران می‌باشند. به رغم حوادث و بلایای مختلف و احتمال تکرار آن‌ها، تا کنون پژوهشی در زمینه تحلیل عوامل موثر بر پاسخگویی اورژانسی انجام نشده است و پژوهش های موجو صرفا بصورت توصیفی وضعیت پاسخگوی را سنجیده است. پژوهش حاضر با هدف عوامل موثر بر پاسخگویی اورژانسی بیمارستانهای ایران در مواجهه با حوادث و بلایا از نظر ابعاد کنترل و فرماندهی، ارتباطات، ایمنی و امنیت، تریاژ، افزایش ظرفیت، تداوم خدمات ضروری، منابع انسانی، مدیریت مواد و موجودی، بازیابی پس از حادثه، مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها ، سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان، پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث و منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان صورت گرفت.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی- تحلیلی است که با روش تحلیل عاملی در 7 بیمارستان های اموزشی در کرمانشاه انجام شد. جامعه مورد پژوهش کلیه پرسنل بیمارستان‌های بود. انتخاب بیمارستان ها بصورت طبقه ای و پرسنل بیمارستان بصورت تصادفی و به روش جایگزینی انجام شد. جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه ساخته شده بر مبنای چک لیست پاسخگویی اورژانسی سازمان جهانی سلامت (2011) بود. پرسش نامه دارای 2 بخش که بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده و شامل 4 سوال (نام بیمارستان، سنوات خدمت، نوع نخصص، تحصیلات) بود. بخش دوم سوالات مربوط به 13 بعد پاسخگویی اورژانسی که شامل 68 متغیر یا گویه آشکار بود(فرماندهی و کنترل 5 سؤال، ارتباطات 5 سؤال، ایمنی و امنیت 5 سؤال، تریاژ 5 سؤال، افزایش ظرفیت 5 سؤال، تداوم خدمات پایه و حیاتی 5 سؤال، نیروی انسانی 5 سؤال، مدیریت پشتیبانی و تدارکات 5 سؤال، بازیابی بعد از حوادث و فوریت های پزشکی 5 سؤال، برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث 6 سؤال، برنامه مدیریت ازدحام در حواد و بحران ها 7 سؤال، سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان 3 سؤال، منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان 7 سؤال) مورد سنجش قرار گرفت. مقیاس پاسخگویی بر اساس طیف 5 گزینه‌ای لیکرت در نظر گرفته شد. نمره 5 برای اطلاع خیلی زیاد ، نمره 4 برای مطلع ، نمره 3 برای تاحدودی ، نمره 2 برای خیلی کم و نمره 1 برای مطلع نیستم منظور شد. روایی پرسش نامه از طریق روایی محتوا و پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ(92% =r) سنجیده شد. معیار ورود پرسنل در بیمارستان های مورد نظر به پژوهش، داشتن سابقه فعالیت، حداقل به مدت یک سال بود و معیار خروج آنها عدم تمایل به شرکت در پژوهش و ناقص پرشدن پرسشنامه در نظر گرفته شد. روند نمونه گیری به این ترتیب بود که پس از مشخص شدن بیمارستان های منتخب برحسب تعداد پرسنل شاغل در هر بیمارستان ، تعداد نمونه هر مرکز تعیین گردید. سپس طی مراجعات مختلف ، پرسنل شاغل واجد شرایط، افرادی که دارای معیارهای لازم برای شرکت در طرح بوده و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند از تمامی واحدها در شیفت های مختلف به صورت تصادفی و به روش جایگزینی

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. برای اجرای پروژه مجوزهای لازم از مراجع ذی صلاح (شورای پژوهشی، حراست و روسای بیمارستان‌ها) کسب گردید و برای رعایت اصول اخلاقی از آوردن نام بیمارستان‌ها در مقاله خودداری شد. تحلیل توصیفی و مقایسه میانگین ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد و برای شناسایی عوامل اصلی از تحلیل مدل معادلات ساختاری به کمک نرم افزار LISREL استفاده شد. ضمن استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، ابعاد پاسخگویی اورژانسی در بیمارستان های فوق الذکر با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی شناسایی شدند. سپس با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی و بر اساس معادلات ساختاری مدل یابی، مدل مفهومی ترسیم و با انجام تحلیل عاملی تاییدی در طی چند مرتبه مدل ارایه و تایید گردیدند.

نتایج

یافته‌های پژوهش حاصل بررسی 200 پرسشنامه توزیع شده، دریافت شد. نتایج نشان داد که در میان رسته-های شاغل در بیمارستان 59.5 درصد از شرکت کنندگان در پژوهش از بخش‌های بالینی بیمارستان بوده، که بیشترین حجم نمونه را به خود اختصاص داده است، همچنین 22 درصد بخش‌های اداری و 18.5 درصد بخش-های پشتیبانی بیمارستان تشکیل داده است. در این مطالعه بزرگترین گروه افراد شرکت کننده در پژوهش مدرک تحصیلی کارشناس با امتیاز 58.5 درصد از جامعه آماری را تشکیل داده اند. اطلاعات پایه در پژوهش بصورت کلی و به تفکیک بیمارستان ها به شرح جداول ذیل می باشد.

میانگین کلی امتیازات در مبنای 5 محاسبه شد بدین صورت که خیلی ضعف (1-0)، ضعیف (2-1/01)، متوسط (3-2/01)، خوب (4-3/01)، خیلی خوب (5-4/01) در نظر گرفته شد، بر این اساس طبق یافته های بدست آمده بالاترین امتیاز مربوط به بعد ارتباطات با میانگین 3.21 و انحراف معیار1.10 که در سطح خوب محاسبه گردید همچنین کمترین امتیاز مربوط بعد برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران‌ها با میانگین 2.54 و انحراف معیار 1.01 که در سطح متوسط ارزیابی شد. میزان کل پاسخگویی اورژانسی در حوادث در بیمارستان‌ها با میانگین 2.87 در سطح متوسط قرار گرفت.(جدول شماره 1)

بررسی اختلاف میانگین امتیازات ابعاد پاسخگوی اورژانسی نشان داد که ابعاد فرماندهی و کنترل (p=.04)، ارتباطات (p=.02)، ایمنی و امنیت (p=.001)، افزایش ظرفیت (p=.031)، تداوم خدمات پایه و حیاتی (p=.046)، نیروی انسانی (p=.006)، مدیریت پشتیبانی و تدارکات (p=.025)، بازیابی بعد از حوادث و فوریت های پزشکی (p=.02)، برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث بر اساس (p=.002) می‌باشد بنابراین فرضیه وجود ارتباط معناداری آماری بین نوع بیمارستان و میزان پاسخویی اورژانسی تایید شد.

برای انجام تحلیل عاملی از 68 متغیر آشکار استفاده شد. ابتدا با انجام تحلیل عاملی اکتشافی عامل ها (مکنون ها) مرتبط با گویه ها شناسایی شدند. به عبارت دیگر داده ها در مجموعه کوچکتری از عامل ها خلاصه شدند. در واقع با انجام تحلیل عاملی اکتشافی ما به دنبال کاهش داده ها و شناسایی ساختار بودیم. جهت انجام تحلیل عاملی اکتشافی ابتدا از این مسئله اطمینان حاصل شد که داده ها را می توان برای انجام تحلیل ، مورد استفاده قرار داد و با استفاده از آزمون KMO از کفایت نمونه گیری اطمینان حاصل شد که به شرح ذیل می باشد.

جدول 1. میانگین کلی امتیازات ابعاد پاسخگویی اورژانسی در مواجهه با حوادث و بلایا در بیمارستان های کشور

ابعاد پاسخگویی	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	برآورد پاسخگویی اورژانسی
فرماندهی و کنترل	200	3.17	0.86	****
ارتباطات	200	3.21	1.10	****
ایمنی و امنیت	200	3.18	0.88	****
تریاژ	200	3.07	0.92	****
افزایش ظرفیت	200	2.88	0.94	***
تداوم خدمات پایه و حیاتی	200	3.01	1.003	****
نیروی انسانی	200	2.91	0.90	***
مدیریت پشتیبانی و تدارکات	200	2.77	0.99	***
بازیابی بعد از حوادث و فوریت های پزشکی	200	2.57	1.04	***
برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث	200	2.71	1.04	***
برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها	200	2.54	1.01	***
سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان	200	2.57	1.10	***
منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان	200	2.74	0.98	***
میزان کل پاسخگویی اورژانسی	200	2.87		***

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

خیلی ضعیف * ضعیف ** متوسط *** خوب **** خیلی خوب *****

جدول 2. مقایسه اختلاف میانگین امتیازات ابعاد مختلف پاسخگویی اورژانسی درحوادث و بلایا در بیمارستان های مورد مطالعه

ابعاد پاسخگویی اورژانسی		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
فرماندهی و کنترل	بین گروه ها	9.87	6	1.64	2.25	0.04
	درون گروه	140.66	193	0.72		
	کل	150.54	199			
ارتباطات	بین گروه ها	18.01	6	3	2.58	0.02
	درون گروه	224.44	193	1.16		
	کل	242.45	199			
ایمنی و امنیت	بین گروه ها	16.56	6	2.76	3.83	0.001
	درون گروه	139.13	193	0.72		
	کل	155.69	199			
تریاژ	بین گروه ها	6.95	6	1.15	1.37	0.22
	درون گروه	163.15	193	0.84		
	کل	170.1	199			
افزایش ظرفیت	بین گروه ها	12.12	6	2.02	2.37	0.031
	درون گروه	164.59	193	0.85		
	کل	176.72	199			
تداوم خدمات پایه و حیاتی	بین گروه ها	12.74	6	2.12	2.18	0.046
	درون گروه	187.62	193	0.97		
	کل	200.36	199			
نیروی انسانی	بین گروه ها	14.63	6	2.43	3.15	0.006
	درون گروه	148.99	193	0.77		
	کل	163.62	199			
مدیریت پشتیبانی و تدارکات	بین گروه ها	14.24	6	2.37	2.48	0.025
	درون گروه	184.57	193	0.95		
	کل	198.82	199			
بازیابی بعد از حوادث و فوریت های پزشکی	بین گروه ها	16.16	6	2.69	2.57	0.02
	درون گروه	202.12	193	1.04		
	کل	218.29	199			
برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث	بین گروه ها	22.13	6	3.68	3.67	0.002
	درون گروه	193.48	193	1		
	کل	215.61	199			
برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها	بین گروه ها	7.79	6	1.3	1.27	0.27
	درون گروه	196.69	193	1.01		
	کل	204.49	199			
سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان	بین گروه ها	10.92	6	1.82	1.51	0.17
	درون گروه	232.29	193	1.2		
	کل	243.21	199			
منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان	بین گروه ها	3.59	6	0.59	0.61	0.72
	درون گروه	189.27	193	0.98		
	کل	192.86	199			

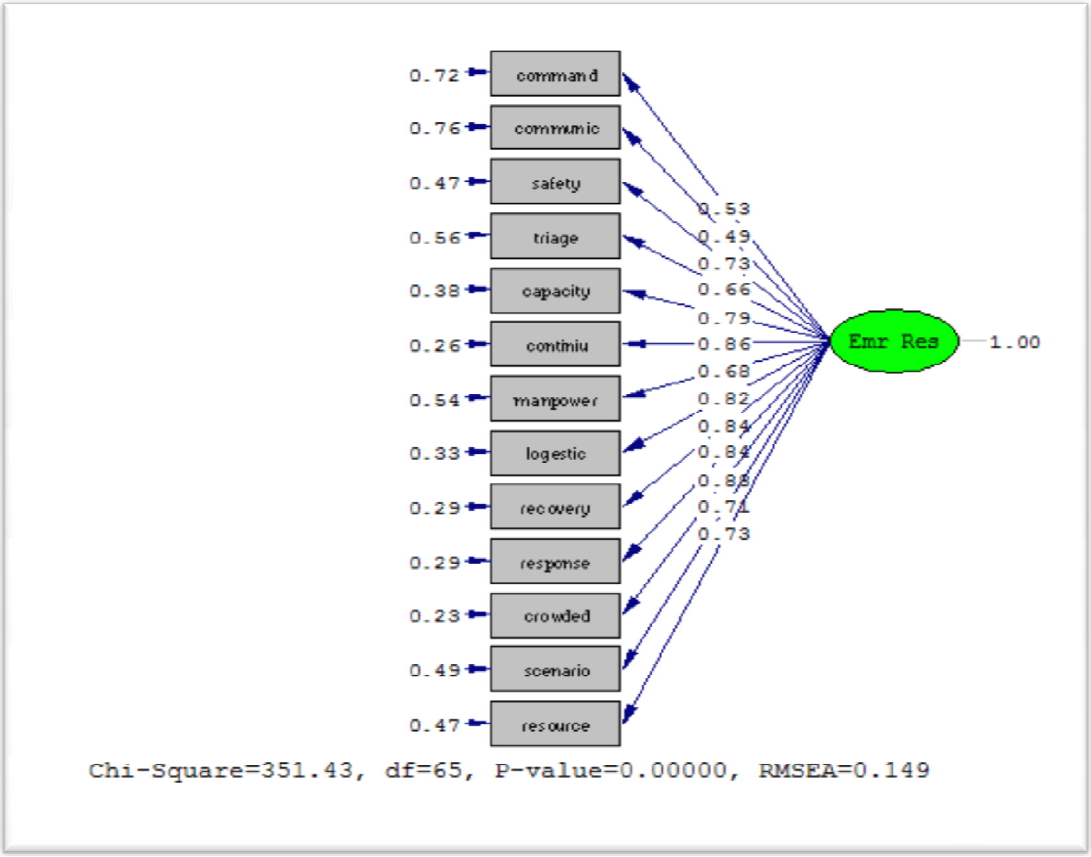
جدول 3. جدول KMO و آزمون بارتلت

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.931
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	12071.692
	df	2278

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

	Sig.	.000

با به دست آمدن مقدار KMO برابر با 0/93 و بالاتر از 0/70 می باشد مشخص گردید که همبستگی های موجود در بین داده ها برای تحلیل عاملی مناسب می باشد و کفایت نمونه گیری برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی وجود دارد. سپس تحلیل عاملی اکتشافی صورت گرفت. تمامی ضرایب تعیین متغیر ها (سوالات) بالای 0/5 هستند و بنابراین نیازی به حذف هیچ یک از سوالات نبوده و تحلیل عاملی اکتشافی مجدد نیز لازم نبود.سپس برای تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم 13 بعد به عنوان متغیر آشکار و پاسخگویی اورژانسی به عنوان متغیر پنهان در نظر گرفته شد. و مدل ساختاری ابعاد پاسخگویی ترسیم گردید. بر اساس مدل ساختاری ابعاد پاسخگویی در حالت استاندارد شکل شماره 1، بیشترین تأثیر مربوط به بعد برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها با امتیاز 0/88 و کمترین تأثیر مربوط به بعد ارتباطات با امتیاز 0/49 کسب شد.



شکل 1. مدل ساختاری ابعاد پاسخگویی اورژانسی در حالت استاندارد

بحث

با توجه به نتایج مطالعه‌ی حاضر، وضعیت پاسخگویی اورژانسی در بیمارستان‌های کشور با میانگین امتیاز 2.87 در سطح متوسط قرار گرفته است. نتایج مطالعات حسن پور و همکاران میانگین پاسخگویی اورژانسی 44/17 % و در سطح متوسط ارزیابی شد (9) و مطالعات ترایت و همکاران در ایالت ویرجینیای آمریکا میزان آمادگی بیمارستان‌ها در برابر بحران را متوسط گزارش کردند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند(10). نتایج مطالعات اجاقی و همکاران (1387) با میانگین آمادگی کل بیمارستان‌ها 23/8درصد و در حد ضعیف ارزیابی شد(11). نتایج مطالعات پرتوی شایان و همکاران که میزان آمادگی اورژانس مراکز آموزشی درمانی مورد مطالعه در مقابله با بلایا 70/72 % و در سطح خوب ارزیابی شد(7).

در این مطالعه در زمینه فرماندهی و کنترل میانگین امتیاز 3.17 بود که نشان می‌دهد بیمارستان‌های مورد مطالعه در این بعد در سطح خوبی قرار دارند که این یافته‌ها با نتایج حسن پور و همکاران که بعد فرماندهی و کنترل (68/59%) در وضعیت خوب ارزیابی شد(9) و همچنین با نتایج مطالعات حیدری و همکاران میزان آمادگی فرماندهی (77/8 %) در سطح خوب ارزیابی شد همسو می‌باشند(12). اما با نتایج مطالعات اجاقی و همکاران از نظر سامانه‌ی فرماندهی (32/3 %) در سطح متوسط ارزیابی شد (11). و همچنین با نتایج پژوهش پرتوی شایان و همکاران که میزان آمادگی حیطه کنترل و فرماندهی (83/8 %) در بالاترین

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

آمادگی قرار داشت و در وضعیت خیلی خوب ارزیابی شد هم‌خوانی ندارند (7). در صورت وجود یک سیستم مدیریتی کارآمد می توان با ایجاد یک ساختار مدیریت منطقی، تشریح مسئولیت ها و ایجاد کانال های گزارش دهی شفاف این اثرات منفی را به حداقل رساند و بیشترین راندمان خدمات درمانی را با به کارگیری کمترین امکانات و حداقل منابع انسانی بدست آید (13).

نتایج پژوهش حاضر در بعد ارتباطات با میانگین امتیاز 3.21 که در سطح خوب ارزیابی شد با نتایج مطالعات پرتوی شایان و همکاران که میزان آمادگی حیطه ارتباطات (75/5 %) و در سطح خوب ارزیابی شد (7). همینطور با نتایج پژوهش گوهری و همکاران بعد اطلاع رسانی با میانگین (96/. ± 3/54) در سطح خوب ارزیابی شد که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا می‌باشند (14). اما با نتایج مطالعات عامریون و همکاران میزان پاسخگویی در ابعاد ارتباطات با میانگین و انحراف معیار (2/7± 22/7) در سطح متوسط ارزیابی شد (15). همچنین با نتایج پژوهش حسن پور و همکاران میزان آمادگی ارتباطات (39/47 %) در سطح ضعیف ارزیابی کرده بود همسویی نداشت (9). هر چند این بعد بالاترین امتیاز را در بین سایر ابعاد کسب کرد، اما به قول داوب " در مقابله با حوادث آمادگی تا 99 % هم کفایت نمی کند" (16). از آنجایی که بیمارستان‌های مورد مطالعه سیستم‌های ارتباطی جایگزین نسبتاً مناسبی در زمان حوادث پیش بینی شده بود اما از تسهیلات و کارکنان کمی برخوردار بودند. لذا در جهت قوی‌تر کردن عملکرد این واحد باید از امکانات آماده‌تر و به روزتری جهت پاسخگویی در حوادث استفاده شود.

از دیگر نتایج این پژوهش میانگین بعد ایمنی و امنیت (3.18) که در ارزیابی بعمل آمده در سطح خوب قرار داده شد که با نتایج پرتوی شایان و همکاران میزان آمادگی در بعد ایمنی و امنیت (63.01 %) در سطح خوب ارزیابی شد (9). و همینطور با نتایج پژوهش والسکایی و همکاران (2009) از نظر بعد امنیت (64 %) در سطح خوب ارزیابی شده بود هم‌خوانی دارد (17). اما با نتایج مطالعه‌ی محمدی یگانه و همکاران در تمامی بیمارستان‌ها بخش‌های حساس، حیاتی و اثرگذار در عملکرد بیمارستان از سطح ایمنی متوسط و بعضاً کم برخوردار بودند (18). همچنین با مطالعات حسن پور و همکاران میزان آمادگی در بعد ارتباطات (39/47 %) در سطح ضعیف ارزیابی شد هم‌خوانی ندارند (9). حفظ امنیت پرسنل، تجهیزات و بیماران در زمان حوادث با شرایط عادی بسیار متفاوت است لیکن نیاز به توجه خاص دارد. نظر به پاسخگویی مطلوب‌تر می‌توان با برنامه‌ریزی دقیق و مدون کردن اصول اجرایی به این مهم دست یافت.

طبق نتایج مطالعه در بعد تریاژ میزان پاسخگویی در این بعد با میانگین (3.07) در وضعیت خوب قرار گرفت است. که با نتایج پژوهش حسن پور و همکاران بیشترین پاسخگویی مربوط به تریاژ بیمارستان‌ها (70/30 %) و وضعیت خوب ارزیابی شد هم-خوانی دارد (9). اما با مطالعات پرتوی شایان و همکاران در زمینه‌ی تریاژ با 82 % در سطح خیلی خوب ارزیابی شد هم‌خوانی ندارد (19). زمان بروز حوادث مهمترین و اصلی ترین بخش جهت پاسخگویی به مصدومین و مراجعان ناشی از حوادث و ارایه خدمات مورد نیاز می باشد. در واقع تریاژ خط مقدم مقابله با پیامدهای بحران ایجاد شده در جهت کاهش و ثبات شرایط به وجود آمده از حوادث است (20).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بعد افزایش ظرفیت با میانگین (2.88) در وضعیت متوسط قرار دارد، که با نتایج مطالعات گراوندی و همکاران ظرفیت پذیرش و مداخلات درمانی با انجام اقدامات اصلاحی 2.6 برابر افزایش یافته و باعث بهبود خدمات شده است که با مطالعه‌ی حاضر همسو نمی‌باشد (20). هدف از تهیه و اجرای برنامه ظرفیت سازی در بیمارستان، آگاهی و اطمینان از شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمارستان به منظور کاهش پیامدهای ناشی از بروز بحران‌های مختلف، پیشگیری و کاهش خسارات جانی و مالی و همچنین بالا بردن میزان ظرفیت پذیرش مصدوم در زمان بحران می باشد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر در بعد تدام خدمات پایه و حیاتی با میانگین امتیاز (3.01) در سطح خوب ارزیابی شد که با نتایج مطالعات امیری و همکاران در حیطه‌ی پشتیبانی خدمات حیاتی 80 % و در سطح خوب ارزیابی شد هم‌خوانی دارند (2). اما با نتایج حسن پور و همکاران تداوم خدمات ضروری با امتیاز 42/51 % در سطح متوسط قرار گرفت همسو نمی‌باشد (9).

نتایج مطالعه‌ی حاضر بعد نیروی انسانی با میانگین امتیاز 2.98 در سطح متوسط ارزیابی شد که با نتایج مطالعات حسن پور و همکاران میزان منابع انسانی 50/18 % در سطح متوسط ارزیابی شد هم راستا می‌باشد (9). اما با نتایج مطالعات حیدری وهمکاران میزان آمادگی نیروی انسانی 71/7 % و در سطح خوب قرار گرفته بود همسو نمی‌باشد (12). در زمان بحران، دو سوم نگرانی‌های کارکنان مربوط به سلامت خود و خویشاوندان نزدیکشان است. بنابراین برای آمادگی روحی و روانی کارکنان باید نگرانی افراد و کنترل استرس آن‌ها نیز مد توجه باشد (21). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بعد مدیریت پشتیبانی و تدارکات با میانگین 2.77 در سطح متوسط قرار گرفته شدند که با نتایج امیری و همکاران میزان پشتیبانی 70 % و در سطح خوب ارزیابی شد (22).

یافته‌های پژوهش حاضر در بعد بازیابی بعد از حوادث و فوریت‌های پژشکی با میانگین 2.57 در سطح متوسط ارزیابی شد که با نتایج مطالعات مطالعات پرتوی شایان و میزان پاسخگویی بازیابی پس از حادثه 59/02 % بود و در سطح خوب قرار گرفته شد همسو نمی‌باشند (7).

طبق نتایج پژوهش حاضر در بعد برنامه پاسخ اورژانسی بیمارستان برای انواع حوادث با میانگین امتیاز 2.71 در سطح

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

متوسط قرار داده شد که با نتایج مطالعات حمد و همکارانش پرستاران جنوب استرالیا دانش پایینی نسبت به مواجهه با بحران دارند که با مطالعه‌ی حاضر تا حدودی هم‌خوانی دارد (23). اما با نتایج مطالعات علیزاده اطاقور و همکاران کلیه اقدامات اورژانسی بیماران شامل اعمال جراحی، بخیه، ویزیت و .... در اسرع وقت توسط پرسنل مجرب و پزشکان متخصص به بیماران حادثه دیده ارائه گردید توانایی بیمارستان برای پاسخگویی سریع به زلزله در سطح خوب ارزیابی شد هم‌خوانی ندارد (24). طبق نتایج مطالعات ریچارد و همکارانش در پژوهشی با عنوان آمادگی بیمارستان‌ها برای پاسخگویی اورژانسی در ایالات متحده، مرکز ملی برای آمار بهداشتی (2008) نشان داد، تمام بیمارستان‌ها در مقابله با حوادث شیمیایی (99%)، بلایای طبیعی (97/8%)، شیوع بیماری‌های مسری و همه گیر (94/1%)، حوادث بیولوژیکی (93/2%)، هسته-ای رادیولوژی (81/3%) و موادمنفجره و آتش زا (79.6%) برنامه پاسخگویی اورژانسی دارند که با پژوهش حاضر همسو نمی‌باشد (25). در بیمارستان های مورد مطالعه فقط در پاره ای از موارد از قبیل برنامه های آموزش مداوم، بیمارستان ها دارای برنامه عملیاتی مصوب و دستورالعمل های اجرایی بودند. با توجه به لزوم داشتن عملکرد مناسب در زمان حوادث تمام بیمارستانها موظف به داشتن برنامه ی مدون و روشن در زمینه ی مقابله با تمام حوادث (شیمیایی، طبیعی،هسته ای و..) هستن که این مهم در بیمارستانهای کشور در اولویتهای پایین تر در میان برنامه هایشان قرار دارد.

از دیگر نتایج این پژوهش برنامه مدیریت ازدحام در حوادث و بحران ها با میانگین امتیاز 2.54 در وضعیت متوسط ارزیابی شد، که با نتایج مطالعات تیمورزاده و همکاران توانایی بخش پذیرش برای کنترل ازدحام و شلوغی در حد متوسط ارزیابی بیان شده بود، همخوانی دارد (26). اما با نتایج مطالعات حجت و همکاران میزان آمادگی واحدهای پژوهش از نظر پذیرش با نمره 39/32% در حد ضعیف قرار گرفته شد (27).

نتایج مطالعه حاضر در بعد سناریو تمرین تلفات انبوه در میان بیمارستان با میانگین امتیاز 2.57 در سطح متوسط ارزیابی شد با نتایج مطالعات تیمورزاده و همکاران در بعد اجرای مانور در وضعیت متوسط قرار داشتند هم‌خوانی دارند (26). اما با نتایج یافته‌های مستانه و همکاران با عنوان توانمندی‌ها و محدودیت-های مدیریت بحران در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که طبق نتایج بین کمیته بحران، حیطه آموزش و مانورهای آمادگی رابطه‌ی معنی داری وجود دارد و مانورهای آمادگی در حد خیلی ضعیف ارزیابی شد هم‌خوانی ندارند (19). برای ایجاد پاسخگویی در شرایط اضطراری، برگزاری مانورها الزامی خواهد بود. به همین دلیل بیمارستان ها در راستای ارایه هر چه بهتر خدمات در زمان بروز بحران باید یک برنامه عملیاتی از قبل تدوین شده در جهت مقابله با بحران داشته باشند و عدم وجود چنین برنامه‌ای موجب تغییر در پذیرش مصدوم، شرایط ارایه خدمات اولیه و بی نظمی و سردرگمی در امور در بین کادر مختلف درمان در زمان حوادث خواهد شد (20).

از دیگر یافته‌های پژوهش منابع پاسخگویی اورژانسی و توانایی ها در بیمارستان با میانگین امتیاز 2.74 در سطح متوسط ارزیابی شد که با نتایج مطالعات عامریون و همکاران در بعد پاسخگویی به نیاز مصدومان در وضعیت متوسط قرار داشتند هم-خوانی دارد (26). با بکارگیری استانداردهای محیط فیزیکی و خدمات بیمارستانی، در جهت فراهم آوری تسهیلات و تجهیزات بیشتر، مجهزتر، شرایط ایمنی، فضاهای مناسب کاری، کارکنان ورزیده و با صلاحیت گام برداشت (28). در مواقع حوادث بدلیل اینکه نیاز به پاسخگویی سریع دارد باید منابع مورد نیاز را هم در دسترس داشته باشد که در این خصوص بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح ضعیف قرار داده شده‌اند.

نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل عاملی نشان داد بعد مدیریت ازدحام در حوادث و بحران‌ها با بیشترین تأثیر بر میزان پاسخگویی، کمترین امتیاز را در میان بیمارستان‌ها را کسب کرد و بعد ارتباطات با کمترین تأثیر بر میزان پاسخگویی، بالاترین امتیاز را در میان بیمارستان‌ها کسب کرده است. این نتایج نشان دهنده‌ی این است که در بیمارستان‌های کشور اولویت بندی صحیحی در زمینه‌ی پاسخگویی اورژانسی نداشته‌اند و بر بعدهای با کمترین تأثیر بیشترین تمرکز را داشته و بلاعکس عمل نموده‌اند که این خود باعث پایین آمدن امتیاز کلی پاسخگویی بیمارستان‌ها شده است. روسای بیمارستانی باید اطلاعات لازم در زمینه مدیریت حوادث را آموزش ببینند تا بتوانند در زمان حوادث و بلابا بهترین عملکرد را داشته باشند. و بدنبال نقاط قوت و ضعف بیمارستان خود باشند و در جهت تقویت نقاط قوت و بهبود نقاط ضعف عمل نمایند.

تشکر و قدردانی: این پژوهش مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد با کد 340/12/5/238/س می باشد که در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله انجام گرفته است.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان مطالعه حاضر تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع

1. Vali l, Masoud A, JabariBeyrami H, Yaghobian B. Readiness of hospitals affiliated with Tabriz

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

University of Medical Sciences to Face Disasters. Journal of Health & Development Spring 2014; 3(1): 62-70.
2. Amiri M, Mohammadi GH, Khosravi A, Chaman R, Arabi M, Sadeghi A, Kalatejari M. Hospital Preparedness of Semnan Province to Deal with Disasters. Journal of Knowledge and Health Fall 2011, 6 (3): 44-46.
3. Savad kohi far S, Zakai Fateh J. Passive defense considerations and crisis management in emergency medical emergency services in crisis situations. National Conference on Non-Operative Defense in Science and Engineering with an Impression of Camouflage, Hiding and Lying February 2013; 19-1.
4. Vasli P, Dehghan Nayeri N. Perspectives of Nurses on Nature, Causes and Consequences of Crisis in Emergency Departments: a Qualitative Study. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2014; 20(4): 62-76.
5. Ardalan A, Moradian M, Saberi Nia A, Nabavi M, Khaneh H, Khorasani Zavare D, and et all. National health system response to disasters and emergencies. Tehran: Azarbirzin; 2015.
6. Winters BD, Weaver SJ, Pfoh ER, Yang T, Pham JC, Dy SM. Rapid-response systems as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of internal medicine. 2013 Mar 5; 158(5_Part_2):417-25.
7. PartoviShayan Z, Asefzadeh S. Evaluation of Emergency wards readiness for responding to disasters and emergencies at hospitals of Qazvin University of Medical Sciences according to World Health Organization Model 2012. Quarterly Scientific Journal of Rescue & Relief 2014; 6(2): 21-31.
8. Vahedparast H, Ravanipour M, Hajinezhad F, Kamali F, Gharibi T, Bagherzadeh R. Assessing Hospital Disaster Preparedness of Bushehr province ISMJ 2013; 16(1): 69-76
9. Hasanpoor E, Zahmatkesh E, Nazari M, Abbas Imani Z, Mahmodi H, Arab Zozani M. Hospital Emergency Response of Iran's Hospitals against Disasters: A Case Study in Karaj. Quarterly Hospital Winter 2015: 4 (14): 68-74.
10. Treat KN, Williams JM, Furbee PM, Manley WG, Russell FK, Stamper CD Jr. Hospital preparedness for weapons of mass destruction incidents: an initial assessment. Ann Emerg Med 2001 Nov; 38 (5): 562-5.
11. Ojaghi S, Nourizadeh S, Mahboubi M, Khazaei A, Najafi G. Disaster crisis handling preparedness level of hospitals in Kermanshah, Behbood 2009; 13(3 (42)):267-274.
12. Salari H, Heydari A. Rahimi H, Shafeghat T, julayi H, Rahemi H. Assess the readiness of government and private hospitals in Shiraz, in the face of unexpected Bahvads 2011. Journal of rescue 2011; 2(4): 1-10.
13. Mastaneh Z, Mouseli L, Jahangiri M, Doust M, Eshghi A. Strength and Weakness of Crisis Management in Hormozgan Medical University's Hospitals. Journal of Fasa University of Medical Sciences Feb 2012: 1(4); 244-250.
14. Gohari M, Tabibi J, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven Dimensions of Accountability in Iran's Teaching Hospitals: A National Study. Payavard health Oct. and Nov. 2012; 4 (6): 255-264.
15. Amirun A, Jabbarzadeh Balkanlou M, Toufighi Sh, Sepandi M, and Ganjal A. Investigate the relationship between organizational justice dimensions and accountability dimensions in selected hospitals of armed forces. Journal of nurse and physician within war spring 2014; 25: 23-29.
16. Mehrabadi Z. Safety assessment of selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences, deal with unexpected emergencies. Homay health Journal 2006. 3(16):6-11.
17. Valesky Water, Silverberg Mark, Gillett Brian, Roblin Patricia, Adelaine John, Wallis Lee A, Smith Wayne, Arquilla Bonnie. Assessment of Hospital Disaster Preparedness for the 2010 FIFA World Cup Using an Internet-Based, Long-Distance Tabletop Drill. Prehospital and Disaster Medicine June 2011; 26: 192-195.
18. Mohamdi yeganeh Sh, Asadi Lari M, Seyedein S H, Maher A. Measurement of quantitative and qualitative performance of equipment and unauthorized vulnerability of selected public hospitals in Tehran during earthquake. Quarterly scientific journal of Rescue and Relief 2011; 1 and 2 (3): 1-9.
19. PartoviShayan Z, Asefzadeh S. Evaluating the Emergency Readiness of the Educational Centers of Qazvin University of Medical Sciences in Facing Disasters from the Management and Organizational Perspective: 2013. Health Management 2014; 5 (4): 63-72.
20. Geravandi S, Soltani F, Mohammadi MJ, Salmanzadeh Sh, Shirali S, Shariari A, et al. The Effects of Increasing the Capacity of Admission in Emergency Ward in increasing the Rate of Patient Acceptance at the Time of Crisis. Armaghane-danesh 2016; 20 (12): 1057-1069.
21. Zaboli R, Toufighi S, Amerioun A, Moghadasi H. Survey of Tehran city hospitals preparedness for disaster. Journal of military medicine 2006; 8(2): 103-111.
22. Daneshmandi M, Amiri H, Vahedi M, Farshi M, Saghafi A, Zigheymat F. Assessing the level of preparedness for confronting crisis such as flood, earthquake, fire and storm in some selected hospitals of Iran. Iranian journal of Military Medicine 2010; 12(3): 167-171.
23. Hammad KS, Arbon P, Gebbie KM. Emergency nurses and disaster response: An exploration of South Australian emergency nurses' knowledge and perceptions of their roles in disaster response. Australasian Emergency Nursing Journal. 2011; 14(2): 87-94.
24. Alizadeh Otaghvar H, Keshmiri S, Mirmalek S, Hosseini M, Tizmaghz A, Solaymanzadeh P, Mosadegh M. A study on the Measures Taken for Bushehr's Earthquake Victims at Khalij-e-Fars Educational and Therapeutic Center, in Dashti Area

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]

in 2013. Iranian Journal of Surgery 2014; 22(2): 81-87.
25. Niska, Richard W, Shimizu, Iris. Hospital Preparedness for Emergency Response: United States. National Center for Health Statistics 2011; 37: 1-16.
26. Teymourzadeh E, Ameriun A, Delavari A. Rate of preparedness in confronting crisis in three selected border hospitals. Journal of Military Medicine 2010; 12(1): 19-22.
27. Hojat M, Sirati Nayer M, Khaghanizadeh M. Evaluation of disaster preparedness in hospitals affiliated medical science universities. Daneshvar Medicine 2009; 15(74):1-10.
28. Pane GA. Emergency Medical Services System: Assessment and Recommendations. The World Bank. Health Sector Rehabilitation Project. 1999; 1–7.

[Downloaded from military-health.ir on 2024-04-18]