

شاخص‌های مؤثر بر تاب آوری بیمارستان در شرایط اپیدمی

رضا جعفری ندوشن^۱، محمد زارع زاده^۲، فریماه شمسی^۳، احمد احمدی^۴، الهام کریمی^{۵*}

چکیده

مقدمه: مفهوم تاب‌آوری بیمارستان به معنای "توانایی یک بیمارستان در مقاومت، جذب و پاسخ به شوک بلایا می‌باشد. بشردر طول زندگی با انواع بلایا از جمله بیماری‌های نوظهور دست‌به‌گریبان بوده و خسارات جبران‌ناپذیری را متحمل گردیده است. در مدیریت و کنترل بحران اپیدمی‌ها نقش اصلی بر عهده‌ی بیمارستان‌ها می‌باشد و به همین دلیل آمادگی بیمارستان برای استمرار خدمات درمانی در بحران‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین مطالعه حاضر باهدف به دست آوردن شاخص‌های مؤثر بر تاب آوری بیمارستان در شرایط اپیدمی انجام شده است.

روش بررسی: یک مطالعه کیفی جهت شناسایی شاخص‌ها انجام شد. روش اصلی جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه ساختاریافته با خبرگان و همچنین بررسی متون گسترده بود. در نهایت با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی و با کمک نرم‌افزار MAXQDA ابعاد اصلی، شاخص‌ها و زیر شاخص‌ها استخراج گردیدند.

نتایج: طبق نتایج به دست آمده، ابعاد اصلی شامل ۳ بعد (مدیریت و رهبری، آمادگی و ظرفیت تطابق‌پذیری) و شاخص‌های اصلی شامل ۱۱ شاخص (مدیریت نیروی انسانی، مدیریت خدمات پشتیبانی، مدیریت بیماری، انسجام و ساختاریافتگی، افزونگی، مدیریت دانش، فرهنگ سازمانی، ارائه‌ی خدمات، پیشگیری و کنترل عفونت، بهداشت محیط، بازیابی) می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌ها به منظور بهبود تاب‌آوری می‌توانند بر روی شاخص‌های مشخص شده تمرکز کرده، نسبت به پایش و بهبود آن‌ها اقدام نمایند. اصلاح و بهبود شاخص‌های مؤثر منجر به ارتقاء تاب‌آوری و مدیریت و کنترل مؤثر بحران پاندمیها در بیمارستان خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، تاب‌آوری، بیماری همه‌گیر

^۱ گروه مدیریت سلامت، ایمنی و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

^۲ مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدل سازی داده‌های سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ایران

^۴ گروه مهندسی صنایع، دانشکده فنی و مهندسی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

^۵ دانشجوی مدیریت سلامت و محیط زیست، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* (نویسنده مسئول): تلفن تماس: ۰۹۱۹۶۱۰۷۹۹۱، پست الکترونیک: e.karimi7991@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۱

مقدمه

بروز حوادث و بلایا در زندگی میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا تأثیر گذاشته و توسعه ملل و جوامع را دچار مشکل می‌کند و توانایی یک جامعه در تأمین نیازها و تقاضاهای خود مراقبتی سلامتی را از بین می‌برد (۱). میزان بروز بلایا طی سی سال گذشته در سراسر دنیا، دو برابر شده و میزان خسارت‌ها و آسیب‌های فردی ناشی از آن سه برابر افزایش داشته است (۲). حوادث و بلایا در یک تقسیم‌بندی کلی شامل حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل، طوفان و حوادث نظامی، حوادث بیولوژیکی و نشت مواد رادیواکتیو می‌باشند (۳). امروزه بیماری‌های همه‌گیر ویروسی-عفونی به‌عنوان یک چالش بزرگ در قرن بیست و یکم هستند. امروزه بیماری نوظهور کووید ۱۹ را می‌توان به‌عنوان بلایای جدید قرن دانست (۴) خط مقدم سیستم درمانی در مواجهه با این بحران‌ها بیمارستان‌ها می‌باشند. برای برنامه‌ریزی در جهت مدیریت بحران‌های بیولوژیکی بیمارستان‌ها، شناسایی چالش‌های بیمارستان همراه با راهکارها و اقدامات می‌تواند بسیار مؤثر واقع شوند (۵). نیازهای بهداشتی و درمانی یکی از نیازهای اساسی و اولیه انسان‌ها در شرایط اضطراری می‌باشند. نقش بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در هنگام وقوع حوادث و بلایا بسیار حساس بوده و جزء اولین واحدهایی هستند که ارائه خدمات بهداشتی-درمانی سریع، بهینه و به‌موقع آنان می‌تواند باعث کاهش مرگ‌ومیر و افزایش تعداد نجات‌یافتگان شود (۶). واکنش مناسب در برابر بحران‌ها آمادگی بیمارستان برای چنین شرایطی را ضروری می‌کند (۷). تاب‌آوری به بیمارستان‌ها کمک می‌کند که شوک‌های غیرمنتظره را جذب کنند، و از بحران‌ها بدون آسیب جدی دیدن، خارج شوند به همین دلیل تاب‌آوری بالای بیمارستان‌ها برای مقابله با بحران‌ها و بلایا ضروری می‌باشد (۸). با توجه به افزایش دفعات وقوع و پیامدهای بلایا و نقش ویژه خدمات سلامتی در قبل، حین و بعد از وقوع چنین حوادثی، آمادگی مناسب ارائه‌دهنده خدمات سلامتی بسیار ضروری می‌باشد (۹).

چوب‌دار و همکاران به بررسی آمادگی بیمارستان‌ها سیستم‌ها و بلوچستان در بحران کووید ۱۹ پرداختند و این نتایج حاصل شد که بیمارستان‌های استان سیستان و بلوچستان از نظر تسهیل ارتباطات کمترین میزان آمادگی را در بین سایر زمینه‌های آمادگی بیمارستان کسب کردند (۱۰). مطالعه‌ای با عنوان توسعه و پیاده‌سازی اولین بیمارستان بر اساس برنامه

مدیریت شیوع اپیدمی: "درس‌هایی که آموخته‌اید" توسط Shrestha و همکاران در نپال انجام شد که این هدف را دنبال می‌کرد که یک برنامه قدرتمند برای مواجهه با پاندمی‌ها و اپیدمی‌ها شناسایی شود که بتوان آن را به سایر بیمارستان‌های کشور تعمیم داد. در این مطالعه برنامه‌های مدیریت بحران در سلامت عمومی موجود، با تمرکز بیشتر بر هماهنگی بین بخشی و افزایش ارتباطات، پشتیبانی و تأمین امکانات حفاظت شخصی و آموزش فرماندهی حادثه در بیمارستان مورد استفاده قرار گرفت. این طرح با استفاده از یک شبیه‌سازی با اطمینان بالا و در زمان واقعی در سراسر بیمارستان مورد تست قرار گرفت و درس‌هایی که از آن آموخته شد به‌عنوان یافته‌ها اعلام شدند (۱۱).

با توجه به اهمیت و ویژگی‌های خاص بحران اپیدمی‌ها، انجام مطالعات بیشتری نیاز است تا ابعاد مختلف آن را مورد بررسی قرار داده و تجارب عملیاتی در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران قرار دهد. با این وجود مطالعه‌ای تحت عنوان شناسایی شاخص‌های تاب‌آوری بیمارستان در شرایط اپیدمی در کشور ما انجام نشده است؛ بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات انجام‌شده در این زمینه این مطالعه باهدف استخراج شاخص‌های مؤثر در تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی انجام شده است تا چهارچوبی برای چگونگی برنامه‌ریزی برای تاب‌آوری بیمارستان هادر فجایع اپیدمی‌ها گردآوری شود.

روش بررسی

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر مطالعه‌ای کیفی است که باهدف شناسایی شاخص‌های مؤثر بر تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی بیماری‌ها انجام گرفته است. محیط این پژوهش بیمارستان‌های کشور ایران و جامعه پژوهش، کلیه مدیران و مسئولین ارشد، میانی و عملیاتی درگیر در پیشگیری، درمان و کنترل اپیدمی (شامل اداری، مالی، پرستاری و پزشکی) بود. روش نمونه‌گیری نیز به شکل هدفمند باهدف 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.

ب) روش اجرا: بررسی متون و شناسایی ابعاد تاب‌آوری

تعیین اعضای پانل خبرگان

مرحله دوم پژوهش حاضر شامل تعیین اعضای پانل خبرگان بود. اعضای پانل خبرگان بر اساس معیارهای شناختی و صلاحیت‌های علمی، از موقعیت‌های مختلف بیمارستان و دانشگاه، که حداقل سه سال سابقه‌ی کار در حیطه‌ی موردنظر داشتند، با حداکثر تنوع از نظر رشته‌ی تحصیلی، سابقه‌ی کار، و تحصیلات به‌عنوان خبره انتخاب شدند. مکان و زمان انجام مصاحبه با نظر مشارکت‌کنندگان تعیین شد و سپس در گام بعدی و در قالب یک مطالعه‌ی کیفی با استفاده از روش مصاحبه‌ی نیمه ساختاریافته، از متخصصان موضوع مربوطه مصاحبه به عمل آمد. نمونه مشارکت‌کنندگان به‌صورت هدفمند و راهبردی بر اساس تجارب قبلی گروه تحقیق انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات موردنیاز از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با ابزار پرسشنامه باز انجام شده است. با توجه به سؤالات تحقیق، پرسش‌هایی در مصاحبه به‌عنوان سؤالات اصلی در نظر گرفته شد و با توجه به ماهیت نیمه ساختاریافته آن، سؤالات دیگری نیز با توجه به پاسخ‌ها و به‌منظور روشن‌تر شدن مفهوم پاسخ‌های ارائه‌شده طرح گردید.

در فرآیند مطالعه، به مشارکت‌کنندگان از حیث محرمانگی و عدم افشای نام اطمینان خاطر داده شد و همچنین با کسب اجازه از شرکت‌کنندگان جهت پیاده‌سازی و تحلیل دقیق‌تر، مصاحبه‌ها ضبط شدند. در این پژوهش از مصاحبه نیمه ساختاریافته، به شکل (حضور و مجازی) به دلیل شرایطی که بیماری کوید ۱۹ ایجاد کرده بود از طریق نرم‌افزارهای ارتباطی (مانند اسکایپ و واتساپ و ایمیل و تماس تلفنی) جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. درنهایت ۴۵ مصاحبه توسط محقق از خبرگان و افراد باتجربه کافی از بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های مختلف کشور انجام شد. مصاحبه‌های آخر منجر به کسب اطلاعات جدید نشد و این به معنی رسیدن به نقطه اشباع و کفایت نمونه‌گیری بود. بدین معنا که پاسخ تکراری شده و داده جدیدی یافت نشد. لازم به ذکر است که مصاحبه‌های اخیری برای بالا رفتن دقت کار و اطمینان از کامل و اشباع بودن نظرات متخصصان انجام گرفت.

مشخصات اعضای پانل خبرگان مصاحبه‌شونده از جمله تحصیلات و سوابق بر طبق جدول شماره ۱ می‌باشد.

کدگذاری و دسته‌بندی تم‌ها و شاخص

در مرحله‌ی اول مرور متون گسترده جهت ارزیابی دقیق‌تر ابعاد کار، روش‌ها و ابزارهای بررسی، شکاف‌ها، و نقاط ضعف مطالعات و همچنین شاخص‌ها و فاکتورهای شناسایی‌شده مؤثر بر تاب آوری صورت گرفت. در این بررسی، از کلیدواژه‌های فارسی برای متون فارسی و از کلیدواژه‌های انگلیسی برای متون انگلیسی استفاده شد. در این بررسی، از کلیدواژه‌های فارسی شامل انعطاف‌پذیری، رزیلینس، تاب‌آوری، مقاومت‌پذیری، تاب‌آوری بیمارستان، تاب‌آوری سازمانی، مهندسی رزیلینس، مهندسی تاب‌آوری، مهندسی انعطاف‌پذیری، سازمان‌های تاب آور، سازمان‌های رزیلینت، سازمان‌های انعطاف‌پذیر، آمادگی، شاخص‌های رزیلینس و سنجش رزیلینس برای متون فارسی استفاده شد. برای متون انگلیسی نیز، کلیدواژه‌های Resilience, Resilient Organizations, Resilience Engineering, Organizational Resilience, Resilience Indicators, Measuring of Resilience, Resilience and Major Technical Resilience, Resilience in Critical Industries, Accidents Crisis and Emergency Management, Adaptive Capacity Preparedness, Crisis and Emergency Management استفاده گردید. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ScienceDirect, Google Scholar, SID, Magiran, ProQuest, Web of Science, Scopus صورت پذیرفت. معیار ابتدایی ورود متون به‌دست‌آمده به مطالعه، ارتباط تحقیق با تاب‌آوری بیمارستان‌ها در حیطه‌ی مدیریت بحران، اصیل و معتبر بودن بود. معیار ابتدایی ورود متون به‌دست‌آمده به مطالعه هم ارتباط پژوهش با تاب‌آوری و بیماری‌های همه‌گیری و بیمارستان بود. پس از غربالگری اولیه که شامل بررسی عناوین و حذف موارد تکراری و غیر مرتبط بود، قسمت چکیده تعداد مشخصی مقاله و پایان‌نامه یافته شده موردبررسی قرار گرفت و با توجه به آن، متن کامل بسیاری از آن‌ها جهت استفاده در پژوهش تهیه گردید تا شاخص‌ها و فاکتورهای شناسایی‌شده مؤثر بر تاب آوری بیمارستان مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار گیرد. پس از بازنگری‌های صورت گرفته توسط تیم تحقیق در مورد متون و شاخص‌های استخراج‌شده، مشخص گردید که جهت سنجش و ارزیابی تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی بیماری، باید آن را با شاخص‌ها و ابعاد مهم‌تر و مرتبط‌تری موردبررسی قرارداد.

بازنگری کل متن بعد از کدگذاری، مقایسه کدها از لحاظ تشابه و تفاوت، دسته‌بندی آن‌ها تحت زیر طبقات و طبقات با برجسی طبقه‌بندی، توافق محققین بر روی دسته‌بندی کدها، زیر طبقات و طبقات، مقایسه طبقات با یکدیگر که در نهایت محتوای نهفته طبقات به صورت تم مطالعه بیان شد. جهت سهولت و سرعت در کار کدگذاری و دسته‌بندی، از نرم‌افزار MAXQDA2010 کمک گرفته شد. در نهایت کدگذاری و آنالیز انجام شد.

درگیری طولانی مدت محققین با موضوع تحقیق و داده‌ها انجام گردید. در مرحله رمزگذاری و کدبندی از تیم تحقیق درخواست شد که در این مرحله مشارکت داشته باشند و نظرات اصلاحی آن‌ها لحاظ گردید.

لازم به ذکر است که روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند از اعضای پانل خبرگان و هم به صورت تصادفی از بین از کارکنان بیمارستان منتخب که درگیر با شرایط اپیدمی بیماری کرونا و پیروسی بودند انجام گرفت.

در این مطالعه کلیه ملاحظات اخلاقی مانند: محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به مصاحبه‌شوندگان در تمام مراحل، رعایت ادب و احترام در حین مصاحبه و کسب اعتماد هر یک از افراد نمونه پژوهش، بی‌طرفی و پرهیز از جانب‌داری از گرایشی خاص، کسب اجازه از مصاحبه‌شوندگان در خصوص ضبط صدای آن‌ها و غیره رعایت شدند.

پس از انجام هر مصاحبه، محتوای مصاحبه‌ها روی برگه نوشته‌شده و تحلیل محتوای داده‌های به دست آمده صورت گرفت و کدگذاری و دسته‌بندی محتوای مصاحبه‌ها و در واقع شاخص‌ها انجام گرفت. نحوه کدگذاری و تم بندی داده‌های به دست آمده بدین صورت بود که: به منظور تحلیل محتوای اطلاعات به دست آمده از رویکرد تحلیل محتوی کیفی استفاده شد. شناخت مضمون یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین مراحل در پژوهش‌های کیفی است و به عبارتی قلب تحلیل مضمون است. تحلیل اطلاعات با خواندن مصاحبه‌ها به صورت مکرر آغاز شد تا درکی کامل درباره آن‌ها به دست آید. ابتدا تمامی سؤالات پاسخ داده شده و مصاحبه‌های انجام شده تایپ شده، سپس به منظور استخراج کدها، داده‌ها کلمه خوانده شد، سپس با استفاده از شیوه مقایسه مداوم و به روش تحلیل روش استقرایی تجزیه تحلیل شدند. به عبارتی دیگر کلمه‌ها، جمله‌ها و پاراگرافهایی از گفته‌های شرکت‌کنندگان که حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بودند، به عنوان واحد معنایی و یادداشت نویسی در حاشیه متن همراه با کدگذاری انجام شد. در این مرحله اطلاعات به دست آمده، به دقت مطالعه شده و کلمات، جملات و یا پاراگرافهایی از آن‌ها به عنوان واحدهای معنایی لحاظ شد. آنگاه واحدهای معنایی به هم مرتبط از نظر محتوای اصلی، در کنار یکدیگر قرار گرفته و با برجسی به عنوان کد نام‌گذاری شدند. این کدگذاری به شیوه‌ی قیاسی صورت گرفت.

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در مصاحبه

مشخصات	ویژگی
	تعداد
	۴۵ شرکت‌کننده
	جنس
	مرد/زن
	سن
	(۵۵-۲۳)
	سابقه‌ی کار
	(۲۹-۳)
	مدیریت خدمات درمانی - پرستاری - پزشکی - اتاق عمل - داروسازی - مبارزه با بیماری‌ها - علوم
	رشته‌ی تحصیلی
	آزمایشگاهی - میکروبیولوژیست - بهداشت محیط - بهداشت حرفه‌ای - رادیولوژی

ملاحظات اخلاقی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، با عنوان "طراحی ابزار و تدوین مدل جهت سنجش میزان تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی (مطالعه‌ی موردی: اپیدمی بیماری کرونا در ۱۳۹۹) مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۹ با کد اخلاق به شماره IR.SSU.SPH.REC.1399.19 اخذ شده از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی است. این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد انجام گرفته است. نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد، با عنوان "طراحی ابزار و تدوین مدل جهت سنجش میزان تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی (مطالعه‌ی موردی: اپیدمی بیماری کرونا در ۱۳۹۹) مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۹ با کد اخلاق به شماره

بیمارستان، یکی از ارکان بسیار مهم و کلیدی جهت کنترل و مدیریت این شرایط، بحث مدیریت و رهبری در بیمارستان می باشد که همه ی عوامل و آیتم هایی که لازم است این بحران به درستی کنترل شود و بیمارستان بتواند خدمات خود را به خوبی ارائه دهد و زیر این بحران عظیم تاب آور باشد وابسته به این عنصر اصلی و حیاتی بیمارستان یعنی مدیریت و رهبری می باشد که به عنوان مغز سازمان همه عناصر سازمان را تحت سلطه و کنترل خود دارد.

مصاحبه ی دیگری که با ریاست بیمارستان یکی از بیمارستان های کشور انجام گرفت، ایشان اظهار داشتند که برای مقابله با هر بحرانی از جمله طغیان بیماری آمادگی لازم را از قبل داشت و نه اینکه در حین بحران به فکر چاره اندیشی بود. به فرموده ی ایشان نقشه مقابله ی با بحران ها باید از قبل طراحی شده باشد و در زمان بحران به عنوان راهنما به آن نقشه رجوع کرد و بحران را تحت کنترل در آورد. ایشان عقیده داشتند که کسب آمادگی در حوزه ی بیمارستان مربوط به حیطه های سازه ای، غیر سازه ای می باشد و ایتم هایی که در زمان طغیان بیماری برای یک بیمارستان ضروری است بیشتر در حیطه ی غیر سازه ای قرار داشته و شامل منابع مالی و انسانی و تجهیزاتی می باشد.

و مصاحبه ی دیگری که با مسئول ایمنی در بیمارستان دیگری انجام گرفت و اظهارات ایشان این گونه نشان می داد که حفظ امنیت جانی پرسنل و آموزش ها و مانورها در زمینه ی انواع بحران و بلا یا از جمله طغیان بیماری، از آیتم های مهم و کلیدی برای مقابله و مدیریت بلا یا می باشد.

رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش نظیر اخذ رضایت آگاهانه از مصاحبه شوندگان و ضبط صدا، بی نام نشان بودن اطلاعات هویتی آن ها و شرکت داوطلبانه افراد واجد شرایط در مصاحبه توجه شد.

نتایج

پس از بررسی متون گسترده و مصاحبه ی با خبرگان، جمع بندی و دسته بندی نهایی انجام شد. در نهایت نتایج حاصل در ۳ بعد اصلی دسته بندی شدند که این ابعاد خود شامل ۱۱ شاخص و ۴۳ زیر شاخص می باشند.

بعد اول استخراج شده، بعد مدیریت و رهبری می باشد که شامل ۳ شاخص اصلی (مدیریت نیروی انسانی، مدیریت خدمات پشتیبانی، و مدیریت بیماری) می باشد. و همچنین این بعد شامل ۱۶ زیر شاخص می باشد.

بعد بعدی یعنی بعد دوم استخراج شده، بعد آمادگی می باشد که حاوی ۴ شاخص اصلی (انسجام و ساختاریافتگی، افزونگی، مدیریت دانش و فرهنگ سازمانی) است. زیر شاخص های قرار گرفته در این بعد ۱۴ مورد می باشند.

بعد آخر یا بعد سوم استخراج شده، بعد ظرفیت تطابق پذیری می باشد و شاخص های قرار گرفته در این بعد عبارت اند از (ارائه ی خدمات، پیشگیری و کنترل عفونت، بهداشت محیط و بازیابی) و همچنین ۱۳ زیر شاخص نیز در این بعد قرار گرفتند که در جدول ۲ مشخص شده می باشند.

نمونه ای از صحبت های مصاحبه شوندگان:

در طی مصاحبه ای که با مدیریت بیمارستان انجام گرفت، اظهار داشتند که در هنگام افزایش بیش از حد مراجعات به

جدول ۲. ابعاد اصلی، شاخص ها و زیر شاخص ها

ردیف	ابعاد اصلی	شاخص ها	زیر شاخص ها
۱	مدیریت و رهبری	مدیریت نیروی انسانی	رفاه و امنیت شغلی
			مدیریت شایستگی
			ارزیابی عملکرد
			خدمات حمایت روان
			توسعه ی نیروی انسانی
۲	مدیریت خدمات پشتیبانی	مدیریت خدمات پشتیبانی	عدالت سازمانی
			مهندسی و نگه داشت
			حراست و امنیت
			خدمات تغذیه ای
			انبار
۳	مدیریت خدمات پشتیبانی	مدیریت خدمات پشتیبانی	سازمان های مردم نهاد
			نقل و انتقال

مدیریت بیماری	امور دارویی فرآیندها و دستورالعمل‌ها سازمان‌دهی و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی
انسجام و ساختاریافتگی	برنامه‌ریزی برای بحران تدوین پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های شفاف تمرینات و مانورها
افزونگی	انسانی تجهیزاتی فضا
۲	آمادگی
مدیریت دانش	خلق دانش ارتقا و ارزیابی دانش به‌کارگیری دانش تسهیم دانش
فرهنگ‌سازمانی	فرهنگ مدیریت خطا تعهد مدیریت فرهنگ مشارکت ارتباطات داخلی و خارجی
ارائه‌ی خدمات	تداوم خدمات اساسی تریاز خدمات تشخیصی
پیشگیری و کنترل عفونت	پیاده‌سازی IPC قدرتمند بهداشت شغلی سیستم هشدار سریع
۳	ظرفیت تطابق‌پذیری
بهداشت محیط	مدیریت پسماند مدیریت لندری آلودگی‌زدایی نظارت و کنترل سردخانه
بازیابی	پایش و ارزیابی استراتژی‌های بازسازی یادگیری

بحث

پژوهش حاضر باهدف شناسایی شاخص‌های تاب‌آوری بیمارستان در شرایط اپیدمی انجام‌گرفته است. نتایج حاصل نشان‌دهنده‌ی چندین شاخص مهم و مؤثر در تاب‌آوری بیمارستان‌ها بود که با استخراج این شاخص‌ها و تمرکز بر روی آن‌ها می‌توان تاب‌آوری بیمارستان‌ها را تحت کنترل درآورد. توانمندی سیستم بهداشت و درمان در ایجاد تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین مراحل مدیریت بحران در حوزه‌ی سلامت جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. برای مدیریت بحران نیازمند فرآیندهای منظم در به‌کارگیری تصمیم‌های اجرایی،

سازمانی و سایر ظرفیت‌ها برای اجرای سیاست‌ها، راهکارها و ظرفیت تطابق جامعه برای کاستن اثرات و نتایج بد مخاطره‌ها، برای مدیریت بحران ضروری است. به بیانی دیگر هدف نهایی مدیریت بحران حذف و کاهش اثرات و نتایج بد مخاطرات بر سلامت انسان است، وقوع مخاطرات فوق‌علاوه بر آسیب به جمعیت عمومی و زیرساخت‌ها، سامانه‌های ارائه خدمت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این میان شبکه‌های بهداشت و درمان در خط مقدم ارائه خدمات به مصدومین ناشی از حوادث و بلایا می‌باشند و باید با افزایش ظرفیت‌ها، به سطح بالایی از

تاب آوری در پیشگیری و درمان دست یابند (۱۲). بیمارستان ها مهم ترین نقش را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دارند. در هنگام بحران و بلایا، بیمارستان ها نه تنها مستقیماً تحت تأثیر این بحران ها و عواقب آن قرار می گیرند، بلکه انتظار می رود آن ها ضمن ادامه مراقبت از بیماران موجود، پذیرش های اضافی را نیز مدیریت کنند و ظرفیت خود را برای تأمین تقاضای مرتبط با فاجعه حفظ و حتی افزایش دهند یعنی از تاب آوری بالایی برخوردار باشند (۱۳، ۱۴). تاب آوری بیمارستان به عنوان مفهومی جدید به مفاد مدیریت بحران بیمارستان افزوده شده است (۱۵). مفهوم تاب آوری بیمارستان رویکرد جامعی را برای بهبود توانایی بیمارستان برای مقاومت در برابر تأثیرات شرایط بحرانی و کاهش میزان آسیب ها و مرگ های مرتبط با شرایط بحرانی و اضطرار از طریق پاسخ مؤثر نظام سلامت فراهم می آورد (۱۶). با استفاده از تاب آوری می توان اقدام به مدیریت بهتر ریسک ها و خطرات موجود نمود به همین دلیل بحث پیرامون تاب آوری به یک موضوع اساسی و مهم برای مدیران سازمان ها تبدیل شده است (۱۷).

Zhong و همکاران انعطاف پذیری بیمارستان را به عنوان توانایی مقاومت، جذب و پاسخ به عواقب بلایا با ارائه خدمات اضافی (به عنوان مثال، نجات در محل، مراقبت های قبل از بیمارستان، درمان اضطراری، مراقبت های ویژه، ضد عفونی و انزوا) و سپس بهبودی یا سازگاری تعریف می کنند (۳۳). توانایی یک بیمارستان در مقاومت، جذب و پاسخ دادن به شوک بلایا با حفظ عملکردهای حیاتی و سپس بازبایی به حالت اولیه یا سازگاری با وضعیت جدید می تواند به معنای انعطاف پذیری بیمارستان در برابر بلایا تعریف گردد (۳۴). از زمان شیوع سندرم حاد تنفسی (SARS) در سال ۲۰۰۳ و زلزله ونچوان در سال ۲۰۰۸، منابع قابل توجهی به بهبود مقاومت در برابر بلایا به ویژه کاهش تأثیر بیماری های عفونی گسترده و حوادث مصدومین جمعی در چین اختصاص داده شده است (۱، ۲). برای تقویت انعطاف پذیری در برابر بلایا، انعطاف پذیری سیستم های بهداشتی ضروری می باشد و بنابراین برنامه ریزی در همه سطوح باید شامل مراکز بهداشتی مانند بیمارستان ها، مراکز بهداشتی درمانی اولیه، بخش های بهداشت عمومی و خدمات فوریت های پزشکی باشد (۴). در این میان بیمارستان ها جزو کلیدهای اصلی در سیستم های بهداشتی منطقه ای هستند، زیرا آن ها ارائه دهندگان اصلی

مراقبت های بهداشتی در هنگام بلایا می باشند (۳۶، ۳۴). نظام بهداشت و درمان در ایران با بحرانی بی سابقه دست و پنجه نرم می کند. بحران ناشی از یک پاندمی از جمله پاندمی عفونی کوید ۱۹ ابعادی بسیار متفاوت از مدیریت را به روی سیستم بهداشتی کشور گشوده است. بیمارستان ها به عنوان بخش مهمی از نظام بهداشتی درمانی کشور در خط مقدم مواجهه با این بیماری ها قرار دارند و مدیران و تصمیم گیران آن اکنون، با کوله باری از تجربیات کسب شده در این بحران کوید ۱۹ به ارائه خدمات درمانی می پردازند (۳۱). بنابراین ارزیابی تاب آوری بیمارستان ها کمک می کند تا نقاط ضعف و چالش ها را در زمینه خطر بلایا پیدا کرده و آن ها را حذف کنید تا پیامدهای مضر بلایا را کاهش دهد. با توجه به اینکه عملکرد مناسب و به موقع بیمارستان ها در مواقع بحرانی بسیار مهم است. باید به انعطاف پذیری آن ها پرداخته شود (۳۷).

به دلیل اهمیت خدمات بیمارستان ها به ویژه ارائه خدمات آن ها در شرایط بحران، ضروری است که آیتم های مشخصی برای سنجش وضعیت تاب آوری آن ها وجود داشته باشد تا با شناسایی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید، اقدام به برطرف کردن این نقاط ضعف و در نتیجه ارتقای تاب آوری آن ها نمود. ۱۱ شاخص اصلی و تأثیرگذار بر تاب آوری بیمارستان شناسایی شدند که این شاخص ها در ۳ بعد اصلی گروه بندی شده و همچنین خود شاخص ها حاوی زیر شاخص های مشخصی می باشند.

یکی از ابعاد اصلی و در واقع زیربنای مهم تاب آوری بیمارستان، بعد مدیریت و رهبری می باشد. به عبارتی می توان گفت حیطة مدیریت و رهبری یکی از مهم ترین ارکانی است در تاب آور بودن سازمان نقش اساسی دارد و از این رو هنگام ارائه راه کار برای بهبود تاب آوری بیمارستان، باید مورد توجه قرار بگیرد. نتایج محمودی و همکاران نیز حاکی از آن بود که یکی از شاخص های مهم و مؤثر در تاب آوری سازمان، شاخص مدیریت و رهبری می باشد و با نتایج پژوهش ما که اولین بعد اصلی شناسایی شده بعد مدیریت و رهبری می باشد، ما هم خوانی دارد. [۱۸] بنابراین سازمان هایی تاب آور خواند بود که قدرت رهبری و تصمیم گیری قوی تری داشته باشند و این بعد مهم را تقویت کرده اند. آمادگی به معنای پیش بینی وقایع غیرمنتظره و توانایی پاسخ و واکنش مناسب به هنگام وقوع حوادث، می باشد یعنی سازمان در برابر مشکلات در یک

تاب آوری در پیشگیری و درمان دست یابند (۱۲). بیمارستان ها مهم ترین نقش را در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دارند. در هنگام بحران و بلایا، بیمارستان ها نه تنها مستقیماً تحت تأثیر این بحران ها و عواقب آن قرار می گیرند، بلکه انتظار می رود آن ها ضمن ادامه مراقبت از بیماران موجود، پذیرش های اضافی را نیز مدیریت کنند و ظرفیت خود را برای تأمین تقاضای مرتبط با فاجعه حفظ و حتی افزایش دهند یعنی از تاب آوری بالایی برخوردار باشند (۱۳، ۱۴). تاب آوری بیمارستان به عنوان مفهومی جدید به مفاد مدیریت بحران بیمارستان افزوده شده است (۱۵). مفهوم تاب آوری بیمارستان رویکرد جامعی را برای بهبود توانایی بیمارستان برای مقاومت در برابر تأثیرات شرایط بحرانی و کاهش میزان آسیب ها و مرگ های مرتبط با شرایط بحرانی و اضطرار از طریق پاسخ مؤثر نظام سلامت فراهم می آورد (۱۶). با استفاده از تاب آوری می توان اقدام به مدیریت بهتر ریسک ها و خطرات موجود نمود به همین دلیل بحث پیرامون تاب آوری به یک موضوع اساسی و مهم برای مدیران سازمان ها تبدیل شده است (۱۷).

Zhong و همکاران انعطاف پذیری بیمارستان را به عنوان توانایی مقاومت، جذب و پاسخ به عواقب بلایا با ارائه خدمات اضافی (به عنوان مثال، نجات در محل، مراقبت های قبل از بیمارستان، درمان اضطراری، مراقبت های ویژه، ضد عفونی و انزوا) و سپس بهبودی یا سازگاری تعریف می کنند (۳۳). توانایی یک بیمارستان در مقاومت، جذب و پاسخ دادن به شوک بلایا با حفظ عملکردهای حیاتی و سپس بازبایی به حالت اولیه یا سازگاری با وضعیت جدید می تواند به معنای انعطاف پذیری بیمارستان در برابر بلایا تعریف گردد (۳۴). از زمان شیوع سندرم حاد تنفسی (SARS) در سال ۲۰۰۳ و زلزله ونچوان در سال ۲۰۰۸، منابع قابل توجهی به بهبود مقاومت در برابر بلایا به ویژه کاهش تأثیر بیماری های عفونی گسترده و حوادث مصدومین جمعی در چین اختصاص داده شده است (۱، ۲). برای تقویت انعطاف پذیری در برابر بلایا، انعطاف پذیری سیستم های بهداشتی ضروری می باشد و بنابراین برنامه ریزی در همه سطوح باید شامل مراکز بهداشتی مانند بیمارستان ها، مراکز بهداشتی درمانی اولیه، بخش های بهداشت عمومی و خدمات فوریت های پزشکی باشد (۴). در این میان بیمارستان ها جزو کلیدهای اصلی در سیستم های بهداشتی منطقه ای هستند، زیرا آن ها ارائه دهندگان اصلی

هم‌خوانی داشته و متناسب می‌باشد (۲۹). با توجه به نظر کارشناسان، آموزش با بهبود مهارت‌های فتاری، دانش و نگرش افراد، عاملی بسیار مهم در ارتقاء رزیلینس سازمانی خواهد بود (۳۰).

فرهنگ سازمانی شاخص بعدی ما می‌باشد که از پژوهش حاضر حاصل شد و پژوهش محمودی و همکاران که بیان می‌دارد ترویج و ارتقا فرهنگ سازمانی به ارتقای سطح تاب‌آوری سازمانی را به دنبال دارد با نتایج این پژوهش و این شاخص شناسایی شده هم‌خوانی دارد (۱۸).

شاخص‌های بعدی که از پژوهش حاضر به دست آمدند شامل شاخص‌های مدیریت بیماری، فرهنگ سازمانی و پیشگیری و کنترل عفونت می‌باشد. و با پژوهشی که بیان می‌دارد، برای حفظ آمادگی در برابر بحران‌های بیولوژیکی می‌بایست تجهیزات تشخیصی و درمانی، دارو و وسایل حفاظت شخصی تأمین و نگهداری شود و برنامه‌ریزی لازم برای تعیین چرخه تهیه این وسایل تا مصرف آن‌ها انجام شود (۳۱). کاملاً مطابقت دارد.

در مقاله‌ای با عنوان ((دردها و سوده‌های ناشی از تجارب چین از اپیدمی‌های نوظهور)) به‌عنوان درس آموخته‌های اپیدمی سارس عنوان شده است: "شناسایی زودهنگام و انزوای اولیه برای کنترل بیماری‌های عفونی ضروری است (۳۲). و این نتایج با شاخص‌های افزونگی و ارائه‌ی خدمات که شامل این زیر معیارها بوده و شاخص‌های دیگری از پژوهش حاصل می‌باشد مطابقت دارد.

انسجام و ساختاریافتگی و مدیریت خدمات پشتیبانی شاخص‌های بعدی می‌باشند که شناسایی گشته‌اند و با نتایج پژوهش لباف و همکاران که بیان می‌دارند مدیران در مرحله پیشگیری از بحران باید آگاهی خود را نسبت به ظرفیت‌ها و درک خود نسبت به توانایی‌های زیرمجموعه سازمان را بالا ببرند تا بتوانند برنامه‌ای کارآمد و عملیاتی تدوین کنند و بهتر است چارت مشخصی برای مدیریت بحران اپیدمی‌های عفونی تدوین و ابلاغ شود و از مشارکت‌های مردمی و کمک‌های خیرین در بحران باید به طرز صحیحی کمک گرفت و این‌گونه کمک‌ها را سازمان‌دهی کرد، هم‌خوانی دارد (۳۱).

برخی از پژوهشگران به ارائه چارچوبی از تاب‌آوری و روش‌های اندازه‌گیری آن در بیمارستان‌ها پرداخته‌اند (۳۸).

که با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی دارند و می‌توان به آن‌ها اشاره داشت.

موقعیت برتر قرار دارد یعنی سازمان، مشکلات احتمالی را همواره پیش‌بینی کرده و برای آن‌ها تمهیدات لازم را می‌اندیشد. خطرات را شناسایی و ارزیابی نموده، دستورالعمل‌های لازم را تدوین و واکنش در شرایط اضطراری را طرح‌ریزی و تمرینات عملی ضروری را برگزار می‌کند. مطالعات مختلفی، آمادگی را به‌عنوان یکی از شاخص‌های مؤثر بر رزیلینس در نظر گرفته‌اند. [۲۰-۲۳] در نتایج حاصل از پژوهش ما، بعد آمادگی به‌عنوان دومین بعد اصلی بعد از بعد مدیریت و رهبری شناسایی شد که با مطالعه samsuddin در بیمارستان‌های مالزی و بررسی ویژگی‌های آمادگی بیمارستان‌ها و شاخص‌های تاب‌آوری نشان داد که همبستگی بسیار مثبت بین آمادگی بیمارستان و سنجش شاخص‌های تاب‌آوری بیمارستان‌ها وجود دارد، هم‌خوانی دارد (۲۴).

سومین و آخرین بعد شناسایی شده حاصل از پژوهش، بعد ظرفیت تطابق‌پذیری می‌باشد. تحلیل استراتژیک نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدیدات بیمارستان‌ها به هنگام فاجعه و تجربیات حاصل نشان می‌دهد که سه رفتار رهبری، سازگاری، توانمندسازی و عدالت اجتماعی نسبت به تاب‌آوری سازمانی مورد بحث قرار می‌گیرد. که تطابق‌پذیری که یکی دیگر از ابعاد نتایج ما بود با این پژوهش هم‌خوانی دارد (۲۵).

پس از دسته‌بندی ابعاد اصلی و مهم، در گام بعدی، شاخص‌های اصلی شناسایی و دسته‌بندی شدند. اولین شاخص حاصل، شاخص مدیریت نیروی انسانی می‌باشد که یکی از شاخص‌های بعد مدیریت و رهبری می‌باشد. رویکرد سیستماتیک مدیریت افراد، مدیریت منابع انسانی تلقی می‌شود و برای ادغام فعالیت‌های مختلف در تلاش می‌باشد، به‌طوری‌که باهم سازگاری داشته باشند، قلب فعالیت‌های سازمان‌ها و صنایع، منابع انسانی می‌باشد (۲۶، ۲۷). به نظر کارشناسان، مدیریت صحیح منابع انسانی که شامل مواردی چون تحلیل و طراحی شغل، رفاه و رضایت شغلی، ارزشیابی مشاغل، تدوین دستورالعمل‌های مناسب و... می‌شود باعث افزایش تعهد و درگیری کارکنان، و درنهایت ایمنی و تاب‌آوری سازمان خواهد شد (۲۸). در تحقیق حاضر، آموزش با استفاده از مفهوم مدیریت دانش به‌کاربرده شده است چراکه مدیریت دانش خود باعث بهبود آموزش خواهد شد مطالعه‌ای که آزاده و همکاران در پالایشگاه گاز انجام داده بودند و به این نتیجه رسیدند که آموزش بیشترین تأثیر را در عوامل مدیریتی و سازمانی دارد

طولانی و گاه با عدم استقبال مصاحبه‌شوندگان روبه‌رو می‌شد. و از مشکلات دیگر این پژوهش که روند پژوهش را طولانی و سخت می‌کرد، شرایط به وجود آمده به دلیل کوید ۱۹ بود که مصاحبه‌های غیرحضوری را باعث می‌شد و همچنین به دلیل حجم کاری بالا و استرس و فشار کاری مضاعف باعث می‌شد که برخی از مصاحبه‌شوندگان از مصاحبه خودداری نمایند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نقش شاخص‌ها و حوزه‌های مشخص‌شده را برای ارزیابی تاب‌آوری بیمارستان برجسته کرده است. برای این کار، مجموعه‌ای از ابعاد و معیارهای مربوطه استخراج شد تا بتواند تاب‌آوری را در مطالعات بعدی کمی اندازه‌گیری کند. در بعضی از مطالعات معیارها و زیر معیارها جامع و مشخص موردتوجه قرار نگرفته‌اند و همچنین مطالعه‌ای که شاخص‌های مشخص برای تاب‌آوری بیمارستان در شرایط اپیدمی را استخراج کرده باشد انجام نگرفته است. اندازه‌گیری کمی تاب‌آوری یکی از فاکتورهای موردنیاز است که به‌عنوان یک مسئله مهم در مطالعات دیگر به دست می‌آید. همچنین بسیاری از مدیران و مسئولین در بیمارستان‌ها با مفهوم تاب‌آوری و نقش ارزنده‌ی آن در مدیریت مؤثر بحران‌ها و بهره‌وری کافی سازمان آشنایی لازم را ندارند. با معرفی شاخص‌ها و حیطه‌های تاب‌آوری، اطلاعات مفیدی در اختیار مدیران و تصمیم‌گیرندگان قرار می‌گیرد تا از آن در برنامه‌ریزی‌ها جهت ارتقاء سطح تاب‌آوری و در نتیجه کنترل و مدیریت بهتر بحران‌ها استفاده شود. مدیریت این واحدها و سازمان‌ها می‌تواند با تمرکز بر شاخص‌های تاب‌آوری و کمک گرفتن از آن‌ها اقدام به یک برنامه مدون برای ارتقای سازمان خود کند. در نهایت مدیران و تصمیم‌گیران این سازمان‌ها با تمرکز بر سازمان‌های واحدهای ضعیف از نظر تاب‌آوری و ارتقای آن‌ها می‌توانند گامی مهم در اصلاح و بهبود تاب‌آوری این سازمان‌ها و واحدها بردارند. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش و اهمیت انتخاب موضوع، پیشنهاد می‌شود شاخص‌های شناسایی‌شده در بیمارستان‌ها موردتوجه قرار بگیرند تا تاب‌آوری بیمارستان‌ها به نحو مؤثر مدیریت شود.

سپاس‌گزاری

این مطالعه حاصل از طرح پژوهشی مصوب با کد اخلاق به شماره IR.SSU.SPH.REC.1399.19 در دانشگاه علوم پزشکی یزد می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی آن دانشگاه جهت حمایت مالی این طرح کمال تشکر را داریم و

در مطالعه‌ای همکاری و مدیریت آموزش، قابلیت منابع، تجهیزات و ساختار سازمانی به‌عنوان عوامل مؤثر بر تاب‌آوری بیمارستانی شناخته‌شده است (۳۹).

همچنین، در پژوهشی دیگر عواملی همچون مدیریت، کارکنان و زیرساخت‌های بیمارستانی به‌عنوان ابعاد اثرگذار بر تاب‌آوری بیمارستانی ذکر شده است (۳۳). که نتایج این پژوهش‌ها با نتایج تحقیق ما هم‌خوانی دارد.

همچنین پژوهش حاضر با تحقیق کلروزی، که رابطه‌ی میان مدیریت بحران و ضرورت وجود پرستار بحران در ایران را بررسی کرده و عقیده دارد داشتن کادر بهداشتی درمانی کارآزموده و کارآمد ضروری می‌باشد هم‌خوانی دارد (۳۳).

زابلی و سجادی، نیز با تأکید بر ضرورت آمادگی کامل بیمارستان برای واکنش مناسب به بحران‌زده‌ها، ضعف مدیریت و ارتباطات، مشکلات ساختاری، نواقص تسهیلاتی، منابع انسانی سازمان و بودجه‌ی ناکافی را از جمله مهم‌ترین مشکلات بیمارستان‌ها در هنگام بروز بحران دانسته‌اند که با نتایج به‌دست‌آمده هم‌خوانی دارد (۴۰).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی استخراج شاخص‌های تاب‌آوری بیمارستان برای شرایط اپیدمی، شاخص‌هایی جامع‌تر می‌باشد که با نتایج دربرزی و چوبدار متفاوت است (۴۱).

لازم به ذکر است که، با توجه به آنکه پژوهش‌های زیادی در این زمینه کار نشده است و موضوع تاب‌آوری بیمارستان در زمان طغیان بیماری‌ها خیلی موردتوجه قرار نگرفته و اطلاعات کمی در این زمینه در دسترس می‌باشد به همین دلیل خیلی نمی‌توان نتایج کار پژوهش حاضر را با دیگر پژوهش‌ها مورد مقایسه قرارداد.

بر همین اساس مطالعه حاضر باهدف شناسایی شاخص‌های تاب‌آوری بیمارستان‌ها در شرایط اپیدمی بیماری هدف اصلی این پژوهش می‌باشد، انجام‌گرفته است که شاخص‌های جامع‌تر و کامل‌تر را برای بررسی تاب‌آوری بیمارستان‌ها ارائه دهد و بتوانیم با استفاده از این شاخص‌ها وضعیت تاب‌آوری را موردسنجش قرار دهیم.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم آشنایی کافی مصاحبه‌شوندگان مورد مطالعه با واژگان مهندسی تاب‌آوری و مشکل به وجود آمده در جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. همچنین به دلیل گستردگی موضوعات مربوط به شاخص‌ها، مصاحبه‌ها

درنهایت از تمام کسانی که ما را در این پژوهش همراهی و مساعدت نمودند سپاس گذاریم همچنین هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Ezzati E, Kaviannezhad R, Karimpour H, Mohammadi S. *Preparedness of Crisis and Disaster Management in Social Security Hospitals in Kermanshah in 2016: A Short Report*. JRUMS. 2016;15(6):583-90.
2. Briceno S. *International strategy for disaster reduction*. The Future of Drylands: Springer; 2008. p. 25-28.
3. Ahmadi B, Foroushani AR, Tanha N, Abad AMB, Asadi H. *Study of functional vulnerability status of Tehran hospitals in dealing with natural disasters*. Electronic physician. 2016;8(11):3198-3204.
4. Amiri P. *The Role of Electronic Health During the Covid-19 Crisis: A Systematic Review of Literatures*. Journal of Health and Biomedical Informatics. 2020;6(4):358-67.
5. Omid M, Maher A, Etesaminia S. *Lessons to be learned from the prevalence of Covid-19 in Iran*. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2020;34(1):398-9.[persian].
6. Khankeh H, Mohhamadi R, Ahmadi F. *Facilitator and barrier factor for health services in natural disaster*. Journal of Rehabilitation. 2005;6(1):23-30.
7. Mansouri H, Mousavi S. *The survey of preparedness and performance of a military hospital against earthquake disaster*. 2018.
8. Mosadeghrad A. *Increasing the organizational resilience of hospitals: from theory to practice*. Fifth Specialized Congress on Hospital Construction and Resource and Equipment Management; 2018; Iran, Tehran. Available from: <https://civilica.com/doc/828085> (accessed 10 Oct 2021).[Persian]
9. Littleton-Kearney MT, Slepski LA. *Directions for disaster nursing education in the United States*. Critical care nursing clinics of North America. 2008;20(1):103-9.
10. KHorsand M, Rahdar M. *Assessing the readiness of hospitals in Sistan and Baluchestan province in the Covid-19 crisis*. Journal of Military Medicine. 2020;22(6):553-61.
11. Shrestha A, Khouli M, Bajracharya S, House R, Mugele J. *Development and implementation of first hospital-based epidemic outbreak management plan: lessons learned from Nepal*. Prehospital and Disaster Medicine. 2019;34(s1):s56-s.
12. Ahesteh H, Rouhollahei M, Jalali Farahani A, Bagheri H, Salesi M, Samadinia H, et al. *Assessment the Resilience of the Healthcare Network in Accidents and Chemical Crises*. Military Medicine. 2020;22(7):747-59.
13. Tang R, Fitzgerald G, Hou X-Y, Wu Y-P. *Building an evaluation instrument for China's hospital emergency preparedness: A systematic review of preparedness instruments*. Disaster medicine and public health preparedness. 2014;8(1):101-9.
14. Vugrin ED, Verzi SJ, Finley PD, Turnquist MA, Griffin AR, Ricci KA, et al. *Modeling hospitals' adaptive capacity during a loss of infrastructure services*. Journal of healthcare engineering. 2015;6(1):85-120.
15. Bruneau M, Reinhorn A. *Exploring the concept of seismic resilience for acute care facilities*. Earthquake Spectra. 2007;23(1):41-62.
16. Zhong S, Clark M, Hou X-Y, Zang Y, FitzGerald G. *Validation of a framework for measuring hospital disaster resilience using factor analysis*. International journal of environmental research and public health. 2014;11(6):6335-53.
17. Rajesh R. *Technological capabilities and supply chain resilience of firms: A relational analysis using Total Interpretive Structural Modeling (TISM)*. Technological Forecasting and Social Change. 2017;118:161-9.
18. Mahmoudi D, Alizadeh SS, Rasoulzadeh Y, Jafarabadi MA. *Prioritizing the thirteenth dimensions of Organizational Resilience in dealing with crises and major accidents*. 2020;17(1):
19. Omidvar M, Mazlomi A, MohammadFam I, Rahimi Foroushani A, F N. *Development of a framework for assessing organizational performance based on resilience engineering and using fuzzy AHP method: A case study of petrochemical plant*. JHSW. 2016;6(3):43-58.

20. Shirali GA, Azadian S, Saki A. *A new framework for assessing hospital crisis management based on resilience engineering approach*. Work. 2016;54(2):435-44.
21. Hansson L, Herrera IA, Kongsvik T, Solberg G. *Applying the resilience concept in practice: A case study from the oil and gas industry*. Safety, reliability and risk analysis: theory, methods and applications. 2009;4.
22. GRECCO CHdS, VIDAL MCR, COSENZA CAN, SANTOS IJALd, CARVALHO PVRd. *A fuzzy model to assess resilience for safety management*. 2013. (p. 259).
23. Morel G, Amalberti R, Chauvin C. *How good micro/macro ergonomics may improve resilience, but not necessarily safety*. Safety science. 2009;47(2):285-94.
24. Samsuddin NM, Takim R, Nawawi AH, Alwee SNAS. *Disaster preparedness attributes and hospital's resilience in Malaysia*. Procedia engineering. 2018;212:371-8.
25. Ybarra N. *Hurricane Harvey: one hospital's journey toward organizational resilience*. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2019;33(3):246-52.
26. Čech M, Samolejová A, Li J, Yao W, Wicher P, editors. *Comparison of human resource management practices in czech and chinese metallurgical companies*. Proceedings of the 2nd Czech-China Scientific Conference 2016; 2017: IntechOpen.
27. Lahiani N, El Mhamedi A, Hani Y, Triki A. *A novel improving method of industrial performance based on human resources management*. IFAC-PapersOnLine. 2016;49(28):262-7.
28. Jafari Nodooshan R, Jafari M, Shirali GA, KHdakarim S, KHademi zare H, Hamed monfared A. *Identification and ranking of organizational resilience indicators of refinery complexes Using fuzzy TOPSIS method*. jHSW.2017;7(3):219-232.
29. Azadeh A, Salehi V, Mirzayi M, Roudi E. *Combinatorial optimization of resilience engineering and organizational factors in a gas refinery by a unique mathematical programming approach*. Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries. 2017;27(1):53-65.
30. Subramaniam C, Shamsudin FM, Zin MLM, Ramalu SS, Hassan Z. *Safety management practices and safety compliance in small medium enterprises*. Asia-Pacific journal of business administration. 2016.
31. Labaf A, Jalili M, Jafaripoyan E, Mazinani M. *Management of Covid-19 Crisis in Tehran University of Medical Sciences Hospitals: Challenges and Strategies*. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2021;18(4).
32. Wei P, Cai Z, Hua J, Yu W, Chen J, Kang K, et al. *Pains and gains from China's experiences with emerging epidemics: from SARS to H7N9*. BioMed research international. 2016;2016.
33. Jolgehnejad AK, Kahnali RA, Heyrani A. *Factors Influencing Hospital Resilience*. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2021;15(5):661-8.
34. Zhong S, Hou X-Y, Clark M, Zang Y-L, Wang L, Xu L-Z, et al. *Disaster resilience in tertiary hospitals: a cross-sectional survey in Shandong Province, China*. BMC health services research. 2017;(63-96).
35. Freeman III CW. *China's capacity to manage infectious diseases*. Washington, DC: Center for Strategic and International Studies. 2008.
36. Zhang L, Liu X, Li Y, Liu Y, Liu Z, Lin J, et al. *Emergency medical rescue efforts after a major earthquake: lessons from the 2008 Wenchuan earthquake*. The Lancet. 2012;379(9818):853-61.
37. Zhong S, Clark M, Hou X-Y, Zang A, Fitzgerald G. *Proposing and developing a definition and conceptual framework for health care resilience to cope with disasters [Resiliencia: Propuesta y desarrollo de la definicion y del marco conceptual en relacion a los desastres en el ambito sanitario]*. Emergencias. 2014;26(1):69-77.
38. Zhong S, Clark M, Hou X-Y, Zang Y-L, Fitzgerald G. *Development of hospital disaster resilience: conceptual framework and potential measurement*. Emergency Medicine Journal. 2014;26(1):69-77.
39. Cimellaro G, Malavisi M, Mahin S. *Factor analysis to evaluate hospital resilience*. ASCE-ASME Journal of Risk and Uncertainty in Engineering Systems, Part A: Civil Engineering. 2018;4(1):04018002.
40. Zaboli R, Sajadi HS. *Assessing hospital disaster preparedness in Tehran: Lessons learned on disaster and mass casualty management system*. International Journal of Health System and Disaster Management. 2014;2(4):220.

41. Saffari darberazi A, malekinejad P, Ziaeiian M, A A. *Designing a comprehensive model of hospital resilience in the face of COVID-19 disease*. jha. 2020;23(2):76-88.

Effective indicators of hospital resilience in epidemic conditions

Jafari Nodoushan R¹, Zarezadeh M², Shamsi F³, Ahmadiyazdi A⁴, Karimi E^{5*}

¹ Department of Health, Safety and Environment Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Health Policy and Management Research Center, Department of Health Care Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

³ Center for Healthcare Data Modeling, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁴ Industrial Engineering Department, Faculty of Engineering, Yazd University, Yazd, Iran

⁵ MSc Student of Health, Safety and Environment Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: The concept of hospital resilience means "the ability of a hospital to withstand, absorb and respond to catastrophic shocks". Humans have been plagued by a variety of disasters throughout their lives, including emerging diseases, and have suffered irreparable loss. Hospitals play a key role in crisis management and control of epidemics, and therefore the hospitals readiness to continue medical services in crises is of particular importance. Therefore, the present study was conducted with the aim of obtaining effective indicators on hospital resilience in epidemic conditions.

Materials and Methods: A qualitative study was conducted to identify the indicators. The main method of data collection was semi-structured interviews with experts and also review of extensive texts. Finally, using qualitative content analysis method and with the help of MAXQDA software, the main dimensions, indicators and below Indicators were extracted.

Results: According to the results, the main dimensions included: 3 dimensions (management and leadership, readiness and adaptability capacity) and the main indicators include 11 indicators (manpower management, support services management, disease management, cohesion and structuring, redundancy, knowledge management, Organizational culture, service delivery, infection prevention and control, environmental health, recovery). The number of sub-main indicators is also 43.

Conclusion: In order to improve resilience, hospitals can focus on the identified indicators and monitor and improve them. Correction and improvement of effective indicators will lead to the promotion of resilience and effective management and control of pandemic crises in hospitals.

Keywords: Hospital, Resilience, Epidemic disease

This paper should be cited as:

Jafari Nodoushan R, Zarezadeh M, Shamsi F, Ahmadiyazdi A, Karimi E. *Effective indicators of hospital resilience in epidemic conditions*. Occupational Medicine Quarterly Journal. 2022;13(4):44-55.

* **Corresponding Author:**

Email: e.karimi7991@gmail.com

Tel: +989196107991

Received: 02.12.2021

Accepted: 25.01.2022