

ارزیابی مدیریت بحران اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران

چکیده

زمینه: نقش ویژه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در مقابله و رویارویی با بحران اجتناب ناپذیر است، از آنجاییکه بررسی وضعیت مدیریت بحران در اتاق‌های عمل به‌عنوان یکی از حیاتی‌ترین بخش‌های مراکز درمانی بسیار ضروری است؛ لذا پژوهش حاضر باهدف ارزیابی وضعیت مدیریت بحران در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شد. **روش کار:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۳۷ اتاق عمل از مجموع بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی از نظر مدیریت بحران توسط چک‌لیست محقق ساخته و براساس چک لیست استاندارد PAHO/WHO مورد ارزیابی قرار گرفتند. کلیه داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و توسط آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (مجذور کای، شاپیرو ویلک و آنالیز واریانس) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره وضعیت ساختاری (سازه)، $16/19 \pm 3/49$ ، میانگین نمره عوامل غیر سازه‌ای $15/98 \pm 66/32$ و میانگین نمره توان عملکردی و مدیریتی $19/04 \pm 41/12$ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط آمادگی مدیریت بحران در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. نتایج مقایسه بین هر سه بعد مدیریت بحران نشان داد که بیشترین میانگین نمره ایمنی مدیریتی و عملکرد، مربوط به اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است ($P < 0/05$)؛ اما تفاوت آماری معناداری بین ابعاد ساختاری (سازه‌ای) و غیر ساختاری در بین سه گروه بیمارستان مورد پژوهش وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: وضعیت آمادگی در مقابل بحران در اتاق‌های عمل مورد مطالعه در سطح متوسط قرار داشتند که ضروری است تدابیر مناسبی در جهت ارتقا و آمادگی اتاق‌های عمل بیمارستان‌ها در ابعاد مختلف مدیریت بحران اتخاذ گردد.

واژگان کلیدی: بحران، مدیریت بحران، اتاق عمل.

* نشانی نویسنده مسئول:

جنب اتوبان شهید همت، دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده
پیراپزشکی

نشانی الکترونیک:

neda_nik402@yahoo.com

مقدمه

بحران یکی از مهم‌ترین مشکلات و پرتکرارترین وقایعی است که بیمارستان‌های سراسر جهان با آن مواجه و در چالش هستند (۱ و ۲). با توجه به این مساله که بیشتر حوادث و بلایای طبیعی غیرقابل پیشگیری می‌باشند، لذا باید با افزایش سطح آمادگی سیستم بهداشتی-درمانی خصوصاً بیمارستان‌ها، میزان مرگ‌ومیر و صدمات ناشی از آن‌ها را کاهش داد؛ اما آمادگی نیازمند حمایت مالی و مدیریتی درون بیمارستانی و همچنین همکاری بین سازمانی، به‌منظور برنامه‌ریزی برای پاسخی مؤثر است. در بعضی موارد بیمارستان‌ها مستقیماً از حادثه متأثر شده و از نظر سازه‌ای، غیر سازه‌ای، تجهیزات، پرسنل و حتی سازمان‌دهی و مدیریتی آسیب می‌بینند و لذا قادر به تأمین خدمات به موج مصدومان ناشی از حوادث و بلایا نخواهند بود (۳). بنابراین بیمارستان‌ها برای مقابله مؤثر با شرایط بحرانی باید یک برنامه عملیاتی از قبل تدوین‌شده داشته باشند. عدم وجود چنین برنامه‌ای موجب افزایش بی‌نظمی و سردرگمی در امور خواهد شد (۴). تجربیات گذشته در ایران نشان داده است که مقابله با بحران و عوارض آن‌ها به‌عنوان یک چالش و دغدغه پیش روی مسئولین بوده به طوری که سیستم مدیریت بحران و بلایا در ایران همواره با مشکلات جدی مواجهه داشته است (۵ و ۶). در این زمینه اتاق عمل یکی از پیچیده‌ترین محیط‌های درمانی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی است. این پیچیدگی در مسائل مربوط به بیمار و استفاده از سطح بالای تکنولوژی درمانی در اتاق عمل مشهود است. اتاق عمل به‌عنوان نیروی محرکه بیمارستان، کانون تمرکز سرمایه‌های بارز علمی و تکنولوژی واحدهای درمانی هر مرکز به‌حساب می‌آید. اتاق عمل به علت تنوع فعالیت‌ها، تخصص‌ها و نیز انواع حوادث و بحران‌ها نظیر برق‌گرفتگی، انفجار ناشی از گازهای طبی، آتش‌سوزی و ... در معرض تهدید می‌باشد (۷). در این رابطه نیاز به مدیریت مؤثر برای هماهنگی با تغییرات سریع و روزافزون جهت تأمین ایمنی این بخش درمانی برای کارکنان شاغل در آن و همچنین بیماران ضروری است. در رابطه با حوادث و بلایا و به‌طور کلی هرگونه بحران داخل و خارج بیمارستانی، افزایش سطح ایمنی بیماران و کارکنان شاغل در اتاق عمل هدف اصلی است. تأمین این امنیت و کارایی موردنیاز در مواقع بروز بحران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چراکه وجود محدودیت منابع، تجهیزات پزشکی، فضای مناسب و مسائل اقتصادی در این رابطه مطرح است (۸). بنابراین، به بازنگری دوره‌ای اصول تأمین ایمنی و کارایی موردنیاز و تطبیق آن با استانداردهای موجود در سطح جهانی به‌وضوح ضرورت دارد. این موارد، سطح نیاز بیشتر به‌دقت و اعمال حساسیت را در جهت ارائه خدمات این بخش در صورت بروز حوادث و بلایا ایجاب می‌نماید (۹). ارزشیابی بخش اتاق‌های عمل به‌عنوان یکی از ارکان بیمارستان هرگز به‌صورت

مستقل انجام نمی‌شود و همواره ارزشیابی آن جزئی از درجه ارزشیابی کلی بیمارستان در نظر گرفته می‌شود. به نظر می‌رسد همانند بخش‌های ویژه، بخش‌های اتاق عمل نیز باید ارزشیابی مستقلی داشته باشند (۷). سازمان سلامت جهانی، اتاق عمل جراحی ایمن را یکی از ضروریات بیمارستان‌های حامی بیمار می‌داند. دستیابی به ایمنی در اعمال جراحی در تمامی کشورهای جهان هدف اساسی مراکز و سازمان‌های بهداشتی درمانی است، از اینرو اتاق عمل بخش جدایی‌ناپذیر دستگاه‌های مراقبت بهداشتی در سراسر جهان است (۹). جهت دستیابی کامل به استانداردهای الزامی که پایه و رکن اصلی در جهت تبدیل‌شدن به یک بیمارستان دوستدار ایمنی است، بیمارستان‌ها باید گروه‌ها و زیرگروه‌های تعیین‌شده از سوی سازمان جهانی بهداشت را به تفکیک و با رعایت اصول انجام دهند (۱۰). برنامه‌ریزی دقیق در زمینه تضمین کیفیت و مدیریت خطرات احتمالی موجب شناسایی حوزه‌های خطرزا در بخش جراحی و حذف یا کاهش آن خطرات بالقوه می‌شود. از آنجایی که اتاق عمل به‌ویژه با سلامت مردم سروکار دارد و جامعه با حساسیت خاصی اقدامات آن را زیر نظر دارد لذا چگونگی مدیریت آن و آگاهی مدیران از اصول ایمنی و امنیت در اتاق عمل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف مدیریت خطرات احتمالی در اتاق عمل، جلوگیری از آسیب دیدن بیماران و پیشگیری و محدود کردن زیان‌های مالی است (۱۱). در محیط اتاق عمل احتمال آسیب فیزیکی بر اثر شوک الکتریکی، سوختگی، آتش‌سوزی و تماس با فرآورده‌های خونی و استنشاق مواد سمی وجود دارد. بنابراین کارکنان و بیماران هیچ‌گاه در امنیت کامل نیستند ولی می‌توان احتمال بروز خطرات را به حداقل رساند. برخی از وسایل مورد استفاده در اتاق عمل از قبیل لیزر و تجهیزات رادیوگرافی و استریل‌کننده‌های شیمیایی در صورت بی‌دقتی کارکنان در زمینه امنیت، می‌توانند منجر به آسیب‌های طولانی‌مدت شوند. بخش اتاق عمل و اعمال جراحی هر بیمارستان بر اساس نیازهای سازمانی، آموزشی، محیطی و فناوریانه از پرخطرترین قسمت‌های بیمارستانی شناخته‌شده است (۸). بر اساس شواهد در کشورهای توسعه‌یافته نزدیک به ۵۰ درصد از کل وقایع ناخواسته در بیمارستان‌ها، در اتاق‌های عمل رخ می‌دهد که بیش از نیمی از آن‌ها قابل‌پیشگیری است (۱۲). نقطه مبهم این است که با توجه به پژوهش‌های مقطعی پراکنده در کشور، تا به حال جمع‌بندی از نتایج مطالعات بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌های کشور صورت نگرفته است. براساس دانسته‌های ما، این پژوهش برای اولین بار به بررسی وضعیت مدیریت بحران در بخش اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران پرداخته است تا با توجه به اهمیت موضوع و شناسایی زیرساخت‌ها و ارزیابی توان همه مراکز درمانی، عکس‌العمل این مراکز در موقع بحران‌ها را ارزیابی کند. به این ترتیب مطالعه حاضر، ضمن مقایسه با وضعیت ایده‌آل، اعلام نتایج آماری مناسبی

محتوای صوری ابزار اندازه‌گیری از ۱۲ نفر از اساتید صاحب نظر در زمینه مدیریت بیمارستان و همچنین اساتید هیات علمی گروه اتاق عمل بهره گرفته شد و موارد مهمی که در محدوده‌ی پژوهش قرار داشتند، در چک لیست‌های تنظیم شده قرار گرفتند. جهت پایایی چک لیست نیز ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد که نتایج نشان دهنده پایایی قابل قبول چک لیست بود (جدول ۱).

جدول ۱: بررسی پایایی پرسشنامه در ابعاد مختلف

ابعاد	ضریب آلفای کرونباخ
ایمنی عملکردی	۰/۹۶
ایمنی سازه ای	۰/۷۸
ایمنی غیر سازه ای	۰/۸۴
کل پرسش نامه	۰/۹۷

جهت انجام پژوهش حاضر، پژوهشگر پس از کسب دریافت کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت مجوز لازم برای حضور در اتاق‌های عمل از معاونت پژوهشی دانشگاه و ریاست بیمارستان‌ها و دفاتر پرستاری، به اتاق عمل‌های بیمارستان‌های محیط پژوهش مراجعه کرد. پژوهشگر ضمن معرفی خود و بیان اهداف به مسئولین بیمارستان‌ها و همچنین سرپرستاران شاغل در هر یک از اتاق‌های عمل، در زمان مناسب با حضور در اتاق عمل بیمارستان‌ها، اطلاعات درج‌شده در چک‌لیست را از طریق مشاهده فضای اتاق‌های عمل و لوازم، تجهیزات و ... موجود در چک‌لیست تهیه‌شده ثبت نمود. همچنین بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی از سرپرستاران شاغل در هر یک از اتاق‌های عمل از طریق مصاحبه سؤالات چک‌لیست آمادگی در شرایط اضطراری بحرانی پرسیده و مورد سنجش قرار می‌گرفت. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری‌شده هر بیمارستان با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار)، آزمون‌های آماری استنباطی شامل آزمون‌های پارامتریک (آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس، آزمون کی دو) و آزمون ناپارامتریک (آزمون شاپیرو ویلک) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، P-Value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۵ بیمارستان مورد مطالعه؛ ۲۴ بیمارستان (۶۴/۸ درصد)، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی و ۱۱ بیمارستان (۲۹/۷ درصد)، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. میانگین سنی پرسنل اتاق عمل شاغل در این بیمارستان‌ها در ۲۰ بیمارستان (۵۴/۱٪) ۴۱-۵۰ سال و در ۱۳ بیمارستان (۳۵/۱٪) ۳۱-۴۰ سال بود (جدول ۲). مطابق با نتایج جدول ۳، نتایج آمادگی در مقابله با

برای برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جهت مقابله با بحران در سطح مطلوب و استاندارد را در اختیار مسئولین قرار می‌دهد. مطالعه حاضر به بررسی مقایسه‌ای مدیریت بحران اتاق‌های عمل بیمارستان‌های آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ پرداخته است.

روش کار

در این مطالعه توصیفی - مقطعی، نمونه مورد مطالعه کلیه اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی بودند. تعیین حجم نمونه براساس تعداد اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به روش سرشماری انجام شد که تعداد ۳۵ اتاق عمل مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه چک‌لیست محقق ساخته ارزیابی مدیریت و آمادگی برای مقابله با بحران در اتاق عمل بود که براساس چک‌لیست استاندارد PAHO سازمان بهداشت جهانی تدوین گردید که به کمک آن میتوان شاخص ایمنی بیمارستان و سطح خطرپذیری در آن را تعیین نمود. این چک لیست محقق ساخته دارای ۶۵ سوال در سه بعد وضعیت ساختاری (سازه)، عوامل غیرسازه ای و مدیریتی - عملکردی بود. در بعد وضعیت ساختاری (سازه) دارای ۸ مورد بود که میزان آسیب‌پذیری سازه مورد مطالعه بر اساس وضعیت کلی ساختمان شامل قدمت، نوع مصالح به‌کاررفته، نوع اسکلت، طراحی و اتصالات، نوع فونداسیون، وجود نقشه‌های فنی، استانداردهای بکار رفته و تاریخچه ترمیم و بازسازی آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت نمره‌دهی برای سطح ایمنی کم نمره ۱، سطح ایمنی متوسط نمره ۲ و سطح ایمنی زیاد نمره ۳ در نظر گرفته شد. نمرات ۸-۱ نشان‌دهنده سطح ایمنی کم، نمرات ۱۶-۹ نشان‌دهنده سطح ایمنی متوسط و مقادیر ۲۴-۱۷ نشان‌دهنده سطح ایمنی زیاد (مطلوب) بود (۱۳). در بعد عوامل غیرسازه‌ای که دارای ۳۶ سوال بود. عوامل مورد ارزیابی شامل سیستم‌های الکتریکی، سیستم‌های ارتباطی، مخزن سوخت اضطراری (گاز یا گازوئیل)، سیستم تأمین آب، گازهای بیهوشی، سیستم دفع زباله سیستم‌های گرمایشی - سرمایشی و تهویه، سیستم مهار آتش، خروج اضطراری مبلمان و تجهیزات و همچنین اجزای معماری بود. در این ارزیابی سطح ایمنی کم نمره ۱، متوسط نمره ۲ و سطح مطلوب نمره ۳ در نظر گرفته شد. نمرات ۳۶-۱ سطح ایمنی کم، نمرات ۷۲-۳۷ سطح ایمنی متوسط و نمرات ۱۰۸-۷۳ سطح ایمنی مطلوب را نشان داد (۱۳). بعد توان عملکردی - مدیریتی دارای ۴۶ سوال در سه سطح ایمنی کم (نمره ۱)، متوسط (نمره ۲) و زیاد (نمره ۳) مورد سنجش قرار گرفت. نمره ۴۶-۱ نشان‌دهنده سطح پایین عملکرد مدیریتی، نمره ۹۲-۴۷ نشان‌دهنده سطح متوسط عملکرد مدیریتی و ۱۳۸-۹۳ نشان‌دهنده سطح مطلوب عملکرد مدیریتی بود. برای بررسی اعتبار

بحران در اتاق عمل بیمارستان های مورد مطالعه نشان داد؛ میانگین نمره کلی آمادگی در بحران $31/73 \pm 176/81$ بود همچنین میانگین نمره وضعیت ساختاری (سازه)، $16/19 \pm 3/49$ ، عوامل غیر سازه ای $15/98 \pm 66/32$ و توان عملکردی و مدیریتی $19/04 \pm 94/30$ بود که نشان دهنده سطح متوسط مقابله با بحران در بین اتاق های عمل مورد بررسی بود. مطابق نتایج آزمون آنالیز واریانس و جدول ۴؛ میانگین نمره ایمنی سازه ای در اتاق عمل بیمارستان های وابسته به دانشگاه تهران $4/33 \pm 16/18$ ، در اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران $3/75 \pm 14/58$ و در اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی $1/72 \pm 17/33$ بود که از نظر میانگین نمره اختلاف معنی دار آماری بین آن ها وجود نداشت ($P=0/15$) و میزان ایمنی سازه ای در بین اتاق های عمل بیمارستان های مورد بررسی در سطح متوسط قرار داشت. همچنین نمره ایمنی غیر سازه ای در اتاق عمل دانشگاه های علوم پزشکی تهران $12/04 \pm$

جدول ۲: توزیع فراوانی مشخصات کلی واحدهای مورد پژوهش

نتیجه آزمون کای دو	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران	تعداد (درصد)	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
۲/۳۴ P-Value=0/93	۱(۱۰)	۰	۰	۳۰-۲۰	سن (سال)
	۴(۴۰)	۴(۳۶/۴)	۵(۴۵/۵)	۴۰-۳۱	
	۵(۵۰)	۷(۶۳/۶)	۶(۵۴/۵)	۵۰-۴۱	
۶/۹۴ P-Value= 0/12	۲(۱۶/۷)	۳(۲۷/۳)	۲(۱۸/۲)	۱۵-۱۰	سابقه بالینی پرسنل (سال)
	۱۰(۸۳/۳)	۴(۳۶/۴)	۶(۵۴/۵)	۲۰-۱۶	
	۰(۰)	۴(۳۶/۴)	۳(۲۷/۳)	۲۵-۲۱	
۱/۶۲ P-Value=0/99	۹(۹۰)	۵(۱۰۰)	۱۰(۱۰۰)	کارشناسی	سطح تحصیلات پرسنل
	۱(۱۰)	۰(۰)	۰(۰)	کارشناسی ارشد	

جدول ۳: میانگین نمرات هر یک از حیطه های چک لیست در زمینه مدیریت بحران در اتاق های عمل بیمارستان های مورد مطالعه

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل مقدار	حداکثر مقدار
ایمنی عملکردی-مدیریتی	۹۴/۳۰	۱۹/۰۴	۶۵	۱۳۱
ایمنی سازه ای	۱۶/۱۹	۳/۴۹	۹	۲۰
ایمنی غیر سازه ای	۶۶/۳۲	۱۵/۹۸	۲	۹۶
مجموع نمرات کل چک لیست	۱۷۶/۸۱	۳۱/۷۳	۹۷	۲۳۱

جدول ۴: مقایسه نمرات آمادگی در مقابله با بحران و ابعاد آن در سه گروه اتاق عمل بیمارستان های مورد مطالعه

میزان آمادگی در مقابله با بحران	ایمنی مدیریت و عملکرد	ایمنی غیرسازه ای	ایمنی سازه ای	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۱۷۲/۶۴ $\pm$ ۲۷/۲۶	۸۹/۸۲ $\pm$ ۱۶/۸۸	۶۶/۶۴ $\pm$ ۱۲/۰۴	۱۶/۱۸ $\pm$ ۴/۳۳	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۶۱/۹۲ $\pm$ ۲۵/۹۶	۸۲/۳۳ $\pm$ ۱۱/۱۵	۶۵ $\pm$ ۱۲/۶۷	۱۴/۵۸ $\pm$ ۳/۷۵	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۹۲/۶۷ $\pm$ ۳۶/۸۲	۱۱۰/۴۲ $\pm$ ۱۸/۵۰	۶۴/۹۲ $\pm$ ۲۲/۲۲	۱۷/۳۳ $\pm$ ۱/۷۲	اتاق عمل بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
F= ۳/۱۳ P-Value= 0/۵۷	F=۱۳/۱۰ P-Value< 0/001	F= 0/03 P-Value=0/09	F= 1/95 P-Value= 0/15	نتایج آزمون آنالیز واریانس

بحران نشان داد؛ وضعیت بعد ساختاری و غیر ساختاری بیمارستان‌ها نیز از سطح متوسط برخوردار بوده است (۱۸). با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با سایر مطالعات مطرح شده می‌توان مطرح کرد که وضعیت مدیریت بحران و سطح آمادگی مراکز درمانی در وضعیت متوسط قرار داشته است. انتظار می‌رود کلیه مراکز درمانی از جمله اتاق‌های عمل، در هنگام مواجهه با بحران‌ها، آمادگی نسبی داشته باشند و عملکرد تا حدودی قابل قبولی را نشان دهند. به‌طور کلی آمادگی مراکز درمانی مختلف از جمله مراکز درمانی مورد مطالعه در پژوهش ما برای مواجهه با بحران‌ها در قالب شش حوزه نیروی انسانی، تجهیزات، فضای فیزیکی، ساختار و تشکیلات، فرآیندها و دستورالعمل‌ها و هماهنگی درون و برون بیمارستانی قابل دسته‌بندی بودند. مطابق با بررسی‌های انجام شده در روش انجام مطالعات مطرح شده می‌توان نتیجه گرفت که بسیاری از مراکز درمانی ذکر شده در پژوهش حاضر از الگوهای استراتژیک متنوعی برای مواجهه با بحران استفاده می‌کنند. بنابراین می‌توان این چنین استنباط کرد که اکثریت کشورهای جهان دارای یک سیستم مدیریت بحران در حوادث و بلایا می‌باشند که از نظر اجرایی با یکدیگر متفاوت می‌باشند چرا که نحوه مدیریت بحران، تحت تأثیر عواملی نظیر موقعیت جغرافیایی، تاریخچه و سوابق بحران‌های قبلی و میزان توسعه‌یافتگی یک کشور قرار می‌گیرد. بنابراین در کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی - درمانی، سیستم مدیریت بحران باید سیاست‌ها و فعالیت‌های خود را اولویت‌بندی نموده و متناسب با هر یک از مشاغل درگیر در مدیریت بحران، آن را طراحی و اجرا نماید (۱۹). متأسفانه نتایج مطالعه ما نشان‌دهنده عدم دستیابی مدیریت بحران به سطح مطلوب در سه حیطه ساختاری، غیر ساختاری، مدیریتی و درمانی بوده است. بنابراین، مدیران مراکز درمانی باید با کسب اطلاعات لازم به ارزیابی مدیریتی وضعیت زیرساخت‌ها نظیر سیستم‌های آبرسانی و تأمین انرژی و سوخت بپردازند و ضمن شناسایی نقاط ضعف احتمالی و برنامه‌ریزی صحیح جهت اصلاح آن‌ها اقدامات ضروری را انجام دهند. نکته اصلی زمینه به‌کارگیری تمهیدات سیستم‌های جایگزین تأمین برق، آب و گاز همچنین سیستم‌های ارتباطی جایگزین است. در ادامه با توجه به اهمیت و نقشی که کمیته بحران می‌تواند در مدیریت بحران‌ها قبل، حین و بعد از وقوع بحران داشته باشد، باید زمینه لازم برای فعالیت بیشتر این کمیته را در بخش‌های اتاق عمل فراهم آورند. همچنین مواجهه با سردرگمی و هرج و مرج، شایع‌ترین مسئله‌ای است که بیمارستان‌ها در هنگام مواجهه با بحران‌ها با آن روبرو می‌شوند که در صورت وجود یک سیستم مدیریتی کارآمد می‌توان با ایجاد یک ساختار مدیریت منطقی، تشریح مسئولیت‌ها و ایجاد شبکه‌های گزارش دهی شفاف این اثرات منفی را به حداقل رسانده و بیشترین بازدهی خدمات درمانی را با به‌کارگیری کمترین امکانات و حداقل منابع انسانی به دست آورد (۱۹).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، ضعف در مدیریت و ارتباطات،

۶۶/۶۴ در اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران $12/67 \pm 65$ و در اتاق عمل بیمارستان‌های شهید بهشتی $22/22 \pm 92/64$ بود که این میانگین نمره از نظر آماری معنادار نبود ($P=0/9$) و کلیه اتاق‌های عمل مورد بررسی در سطح متوسط ایمنی سازه‌ای قرار داشتند. میانگین نمره ایمنی عملکردی در اتاق بیمارستان‌های وابسته دانشگاه تهران $88/16 \pm 89/82$ در اتاق عمل بیمارستان‌های شهید بهشتی $18/5 \pm 110/42$ و در اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه ایران $11/15 \pm 82/33$ بود که این میانگین نمره‌ها در بین سه بیمارستان از نظر آماری معنادار بود ($P<0/001$)، به‌طوری‌که بیشترین میانگین نمره ایمنی مدیریتی و عملکرد مربوط به اتاق عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. میانگین نمره کل پرسشنامه PAHO در اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران $26/27 \pm 64/172$ در اتاق عمل بیمارستان‌های علوم پزشکی ایران $96/25 \pm 92/161$ و در اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی $82/36 \pm 67/192$ بود که از نظر آماری اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P=0/57$) و میزان ایمنی کلیه اتاق‌های عمل بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح متوسط قرار داشت.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، ارزیابی وضعیت مدیریت بحران در اتاق‌های عمل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران بود. نتایج به‌دست‌آمده از داده‌های آماری نشان داد؛ وضعیت آمادگی در مقابل بحران در اتاق‌های عمل مورد مطالعه در سه بعد عوامل سازه‌ای، غیرسازه‌ای و مدیریتی - عملکردی در سطح متوسط قرار داشتند. نتایج مطالعه کاردان مقدم و همکارانش (۱۴) نشان داد؛ به‌طور کلی میزان آمادگی واحدهای پژوهش از نظر ارتباطات در حد ضعیف و از نظر پذیرش، انتقال و تخلیه، ترافیک، امنیت، آموزش مدیریت در حد متوسط بود که نتایج آن با مطالعه ما مطابقت داشت. نتایج مطالعه فضلی و همکارانش (۱۵)، همسو با نتایج مطالعه حاضر نشان داد؛ سطح ایمنی بیمارستان‌ها در ابعاد ایمنی سازه‌ای، غیر سازه‌ای و مدیریتی - عملکردی در سطح متوسط قرار داشت. نتایج مطالعه ربیعیان و همکارانش نشان‌دهنده سطح متوسط میزان آمادگی بیمارستان‌های مورد مطالعه در برابر خطر زلزله بود (۱۶) که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت. نتایج مطالعه Mulyasari و همکارانش در بررسی میزان آمادگی بیمارستان‌های ژاپن در مقابله با بحران نشان‌دهنده سطح مطلوب اکثریت بیمارستان‌های پاسخ‌دهنده در حیطه مدیریت و عملکرد در مواقع بحرانی و سطح متوسط حیطه‌های سازه‌ای یا ساختاری و غیر ساختاری بود (۱۷) که نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت. نتایج مطالعه Bajow و Alkhalil همسو با نتایج مطالعه حاضر در بررسی وضعیت آمادگی بیمارستان‌های جده عربستان در مقابله با

بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی در سه حیطه ساختاری (سازه‌ای) غیر ساختاری و عملکردی - مدیریتی در سطح متوسط قرار داشت. بنابراین نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به‌عنوان یک منبع اطلاعاتی از چند مرکز درمانی، در افزایش سطح آگاهی بیشتر مسئولین مراکز درمانی کشور از وضعیت آمادگی اتاق‌های عمل بیمارستان‌های در جهت انجام اقدامات لازم و همچنین توجه و اصلاح برخی موارد مرتبط با آمادگی و ایمنی اتاق عمل، مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین نیاز به راهبردهای اساسی در آمادگی مقابله با بحران در سه زمینه ساختاری، غیر ساختاری و مدیریتی - عملکردی در جهت ارتقا مدیریت بحران در اتاق‌های عمل با توجه به اهمیت این بخش از بیمارستان‌ها در شرایط بحرانی احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران می‌باشد. از کلیه مدیران و مسئولین محترم دانشکده پیراپزشکی و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و مسئولین بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی به‌منظور همکاری در این مطالعه کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

تضاد منافع

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

مشکلات ساختاری، کمبود امکانات و تسهیلات، سازمان‌دهی نامناسب منابع انسانی و تخصیص نادرست منابع از مهم‌ترین دلایل عدم دستیابی مراکز بهداشتی - درمانی به سطح مطلوب مدیریت بحران بودند. لازم به ذکر است مزیت مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات مطرح‌شده، زمینه مدیریت بحران در این مساله بود که هیچ‌یک از مطالعات مطرح‌شده به‌طور مجزا به بررسی مدیریت بحران در اتاق عمل مراکز درمانی نپرداخته بودند. بنابراین مطالعه حاضر می‌تواند به‌عنوان یک مطالعه پایه، زمینه انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه ارزیابی وضعیت مدیریت بحران در اتاق‌های عمل سایر مراکز درمانی کشور را فراهم کند. ازجمله محدودیت‌های پژوهش این مطالعه می‌توان به این مساله اشاره کرد که ممکن است برخی از مسئولین اتاق عمل به‌طور صادقانه به پرسش‌ها پاسخ نداده باشند (افشا شدن اطلاعات علی‌رغم دادن اطمینان از سوی پژوهشگران در مورد محرمانه بودن داده‌ها) که این نکته در رابطه با پی بردن به وضعیت مدیریت بحران در بخش‌های اتاق عمل توسط گروه اتاق عمل بسیار مهم است. نمونه‌های مورد مطالعه در پژوهش با تعداد محدود از مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر تهران (دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی) صورت گرفته است لذا تعمیم نتایج آن به سایر اتاق‌های عمل مراکز درمانی کل کشور امکان‌پذیر نیست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که وضعیت آمادگی اتاق‌های عمل

منابع

- Schouten MA, Van der Heide CM, Heijman WJ, Opdam PF. A resilience-based policy evaluation framework: Application to European rural development policies. *Ecological Economics* 2012;81:165-75.
- Karimi H. Identify factors affecting human resource management in the inhibition (prevention, mitigation, response). *Earthquake Crisis in Emam Sajjad (AS) hospital Naja. Journal of rescue* 2011;1(2):69-74.
- Mohammadi S, Aminisaman J, Karimpour H, Kaviannezhad R, Ezzati E. Assessing of preparedness for disasters and crisis in centers of trauma and accidents of Kermanshah university of medical sciences in 2016. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2017;6(2):69-8.
- Tveiten CK, Albrechtsen E, Wæro I, Wahl AM. Building resilience into emergency management. *Safety science* 2012;50(10):1960-6.
- Djalali A, Castren M, Hosseiniyab V, Khatib M, Ohlen G, Kurland L. Hospital Incident Command System (HICS) performance in Iran; decision making during disasters. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2012;20:14.
- Daneshmandi M, Nezamzadeh M, Zareian A. Assessment the preparedness of selected hospital to deal with disasters in Tehran. *Military Caring Sciences* 2014;1(1):28-35.
- Mohebbati F, Keshtkaran V, Hedayati SP, Hatam N, Shahmoradi M. Respecting of Safety standards of operating rooms in Shiraz University of Medical Sciences Hospitals in 2008. *Nezame Salamat* 2010;1(1):11.
- van Veen-Berkx E, Elkhuisen SG, van Logten S, Buhre WF, Kalkman CJ, Gooszen HG, et al. Enhancement opportunities in operating room utilization; with a statistical appendix. *J Surg Res* 2015;194(1):43-51.
- Mousavi SM, Dargahi HO, Hasibi ME, Mokhtari ZA, Shaham GO. Evaluation of safety standards in operating rooms of Tehran University of Medical Sciences (TUMS) Hospitals in 2010. *Journal of Payavard Salamat*. 2011 Sep 10;5(2):10-7.
- Techguidance Hospital Safety [Internet]. WHO. 2016 [cited 2016].
- Helmreich RL, Schaefer HG. Team performance in the operating room. *Human error in medicine* 1994;225:253.

12. Taiwo AS. The influence of work environment on workers productivity: A case of selected oil and gas industry in Lagos, Nigeria. *African journal of business management* 2010;4(3):299-307.
13. World Health Organization. Strengthening health-system emergency preparedness. Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2012.
14. Kardanmoghadam V, Moasheri BN, Khazaei M, Kardanmoghadam H, Gohari Mehr M, Mosallanezhad F. Assessment of hospital disaster preparedness in the city of Birjand, Iran, in 2011. *Journal of Management and Medical Informatics School* 2014;2(1):19-0.
15. Fazli H, Hedayat M, Mortazavi M, Alibeigi M. Assessment of disaster management system vulnerability during critical conditions in Iranian Red Crescent Hospital in Hajj in Mecca. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief* 2012;3(3).
16. Rabeian M, Hosseini SH, Radabadi M, Taheri Mirghaed M, Bakhtiari M. Evaluation of Effective factors on the rate of preparedness of Tehran university of medical sciences' selected hospitals in dealing with earthquake. *Journal of Payavard Salamat* 2013;7(3):251-61.
17. Mulyasari F, Inoue S, Prashar S, Isayama K, Basu M, Srivastava N, Shaw R. Disaster preparedness: looking through the lens of hospitals in Japan. *International Journal of Disaster Risk Science*. 2013 Jun 1;4(2):89-100.
18. Bajow NA, Alkhalil SM. Evaluation and analysis of hospital disaster preparedness in Jeddah. *Health* 2014;6(19):2668.
19. Mastane Z, Mouseli L, Jahangiri M, Doost M, Eshghi A. Strength and weakness of crisis management in Hormozgan medical university's hospitals. *Journal of Fasa University of medical sciences* 2012;1(4):244-50.