



فصل نهم

مدل مدیریت پژوهش
در بحران کرونا

داشتن روحیه پژوهشی بسیار مهم است و این روحیه متناسب با آموزش رشد پیدا نکرده است. نکته مهم دیگر وجود بسترهای پژوهشی است که باید ارتقا یابد؛ زیرا در این بیماری و موارد مشابه سرعت در انتشار نتایج مطالعات حائز اهمیت است و تأخیر در آن منجر به بلااستفاده ماندن نتایج می‌شود.

در روزهای بعد، دانشگاه، تیمی متشکل از ۲۵ تا ۳۰ نفر از افراد داوطلب علاقه‌مند و توانمند در حیطه تحقیقات تشکیل داد تا در سایت‌ها و شبکه‌های مجازی جستجو کرده و اخبار، شایعات و اطلاعات درست و نادرست را بررسی کنند.

از جمله روش‌هایی که بعد از وقوع بحران می‌توان از آن به‌منظور جمع‌آوری داده و دستیابی به اطلاعات عملکردی یک مجموعه استفاده کرد Swot Analysis است. این روش نقاط ضعف و قوت عملکرد سازمان را مشخص کرده و موفقیت و رشد عملکردی یا ضعف آن را نمایان می‌سازد. یکی از بیمارستان‌ها از این روش برای سنجش عملکرد کارکنان خود در مقابله با بیماری کرونا و بهره‌مندی از اطلاعات ثبت‌شده در آن، به‌منظور برنامه‌ریزی برای مقابله بهتر با بحران موجود یا حتی بحران‌های بعدی احتمالی استفاده کرد.

در کمیته بحران بیمارستان‌ها زیرکمیته پژوهشی وجود داشت و همزمان با مسائل درمانی ایده‌ها و اقدامات پژوهشی در این کمیته مطرح می‌شد تا از موازی کاری جلوگیری شود و بر روی مسائلی که بیمارستان با آن مواجه است مطالعه صورت گیرد. با این روش مطالعات طبق نیازهای روز بیمارستان انجام شد.

برای انجام پژوهش‌ها با توجه به مدت‌زمان کوتاه و تغییرات سریع لازم بود تا اولویت‌ها مشخص شود.

در یکی از بیمارستان‌ها Fast Track در دفتر توسعه با همکاری مشاوره‌های آمار اپیدمیولوژی و داوری اخلاق فراهم شد و اعضای هیئت‌علمی، پیش‌پروپوزالی را آماده می‌کردند، زیرا تهیه پروپوزال کامل وقت‌گیر بود و در پیش‌پروپوزال اهداف و متولوژی و ملاحظات اخلاقی وجود داشت که از لحاظ اخلاقی داوری می‌شد و مشاور اپیدمیولوژی نیز اشکالات آن را در حداقل زمان ممکن برطرف کرده و به‌این‌ترتیب فرآیند پژوهشی سرعت پیدا می‌کرد. در روند انجام طرح‌ها نیز نظارت وجود داشت که مداخلات بیش‌ازحد روی بیماران انجام نشود و آسیبی به آنها نرسد. در نظر گرفتن گرنت تحقیقاتی کووید از سوی دانشگاه انجام کارهای پژوهشی در این زمینه را تسهیل کرد.

در یکی از بیمارستان‌ها فرمی طراحی شد که کادر درمان برای جمع‌آوری داده‌های بیماران بستری، ملزم به تکمیل فرم بودند و سعی بر این بود که همه اطلاعات موردنیاز در مورد بیماران جمع‌آوری شود. با این کار کادر درمان علاوه بر جمع‌آوری اطلاعات در زمان ارائه خدمات به عوامل خطر و نکات مهمی که باید درباره بیماران به آن توجه کنند و شیوه طبقه‌بندی حساس‌تر می‌شدند.

گاهی نتایج مطالعات کاملاً متناقض بود و دارویی مثل هیدروکلرین که از آن استقبال شده بود بعد از گذشت زمان آشکار شد که میزان مرگ‌ومیر را افزایش می‌دهد. اگر اطلاعات جمع‌آوری‌شده به‌صورت «بیگ دیتا» تحلیل شود، می‌توان اشراف بیشتری به جنبه‌های مختلف بیماری پیدا کرد.

در بسیاری از بیمارستان‌ها سیستم رجیستری از ابتدای امر فعال بوده و در درمانگاه‌ها اطلاعات بیماران بر اساس سؤالات مربوطه برای انجام مطالعات ثبت می‌شود.

در حال حاضر پژوهش‌های متعدد و پراکنده در حال انجام است. بهتر است همه تریال‌ها یکپارچه و منظم شوند و یک چارچوب کلی برای آنها در نظر گرفته شود.

مشکل پژوهش‌ها این بود که در واحدهای مختلف کارهای تکراری انجام می‌شد لذا یک کمیته کشوری تشکیل شد که اولویت‌های پژوهشی را مشخص می‌کرد و هر دانشگاهی براساس ظرفیت و توانمندی در زمینه موضوع پژوهشی خاص فعالیت می‌کرد.

یکی از موضوعات مدیریتی مهم در این بحران نحوه تخصیص و برنامه‌ریزی برای فضاهای فیزیکی، تریاژ، جدا کردن بیماران عادی از بیماران مبتلابه کووید و ایجاد تعادل بین تخت‌های ویژه برای بیماران غیر مبتلابه کووید و مبتلابه کووید است که نیاز به بررسی و تهیه مدل در این زمینه وجود دارد.

مطالعه در زمینه تأمین دارو و تجهیزات و یکسان‌سازی آن در مجموعه بیمارستان‌ها می‌تواند نتایج حائز توجه‌ای را به همراه داشته باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند در سطح دانشگاه، از لحاظ ارائه خدمات درمانی اجرایی شده و کمک‌کننده واقع شود.

تهیه شیوه‌نامه‌ها

همان‌طور که اشاره شد برخی بیمارستان‌ها در تدوین شیوه‌نامه‌ها

سرعت عمل بالایی داشتند؛ به این صورت که در ابتدای شیوع ویروس کمیت‌ه بحران از همان ابتدا هر مطلب آموزشی مطابق با راهنمای سازمان بهداشت جهانی و آنچه در مقالات جدید مطرح بود را بررسی کرد و سپس شیوه‌نامه‌ها تنظیم می‌شد. در معاونت درمان دانشگاه با توجه به فشار کاری در اوایل شیوع ویروس کرونا با همکاری یک گروه علمی تمامی شیوه‌نامه‌های سازمان بهداشت جهانی مطالعه و خلاصه شده و در نهایت چکیده آن برای بیمارستان‌ها به‌منظور اجرا ارسال شد، اما این امر با تأخیر صورت می‌گرفت و اگر بیمارستان‌ها برای شیوه‌نامه‌های ارسالی دانشگاه صبر می‌کردند، زمان از دست می‌رفت.

با توجه به جزئیات متغیر، کادر درمان باید به‌روز می‌بودند؛ بنابراین با همکاری بسیار خوب متخصصان مرتبط، به‌سرعت شیوه‌نامه‌ها بازبینی و با کمک سوپروایزرهای آموزشی جدول‌بندی شد، پمفلت‌هایی سریع آماده شد و به روش‌های مختلف و به‌صورت پیام‌های کوتاه و انتقال در دیدار چهره به چهره در اختیار همکاران قرار می‌گرفت. با ایجاد هر تغییری به‌سرعت کمیت‌ه علمی برگزار و موارد موردنظر بررسی و تصمیم‌گیری می‌شد.

از چالش‌های جدی اجرای شیوه‌نامه‌ها، تعدد زیاد آنها بود که برای کادر درمان آزاردهنده می‌شد؛ بنابراین شیوه‌نامه‌های متعدد اولویت‌بندی و از ارسال شیوه‌نامه‌های غیرضروری به همکاران خودداری شد؛ زیرا حجم بالای مطالب منجر به سردرگمی می‌شد. نکته بعدی بازبینی مستمر شیوه‌نامه‌ها متناسب با شرایط بیمارستان بود. اجرای شیوه‌نامه‌ها قطعی بود فقط اولویت اجرا و نحوه اطلاع‌رسانی با شرایط بیمارستان تطبیق داده شد. حوزه بهداشت نیز با این مسئله مواجه بود به‌طوری‌که به معاونت بهداشت

پیشنهاد داده شد؛ گروهی را به منظور غربالگری شیوه‌نامه‌ها تشکیل دهد که حداقل مکاتبات به مراکز بهداشتی ارسال شود. در روزهای نخست روزانه صدها نامه و شیوه‌نامه به مراکز ارسال می‌شد و فرصت مطالعه و ارجاع آن فراهم نبود اما با گذشت زمان این روند اصلاح شد.

حوزه مالی در زمان بحران، همچون اتاق جنگ در زمان جنگ عمل می‌کرد. دستورالعمل‌های مختلفی برای دانشگاه در زمینه‌های مالی ارسال می‌شد، اما این دستورالعمل‌ها بلافاصله به محیط منتقل نمی‌شد. هر شوکی که به سیستم و بیمارستان‌ها وارد می‌شد می‌توانست مسئله‌ساز شود، همه شیوه‌نامه‌ها در ستاد دانشگاه بررسی شده و در صورت لزوم به واحدها ارسال می‌شد. سعی بر این بود که کمترین شیوه‌نامه به محیط ابلاغ و مدیریت ستادی انجام شود و این مدیریت باید خود را برای پاسخگویی مالی به ارگان‌های نظارتی در آینده آماده می‌کرد.

تغییر مداوم شیوه‌نامه‌ها از چالش‌های دیگر بود؛ این امر در همه جای دنیا با توجه به ناشناخته بودن بیماری امری طبیعی است؛ CDC آمریکا نیز به‌طور مستمر شیوه‌نامه‌ها را تغییر می‌داد. در اینجا نیز شیوه‌نامه‌ها بر اساس یافته‌های جدید تغییر می‌کرد. نگرانی و ترس از بیماری و متقاعد کردن افراد به رعایت شیوه‌نامه‌ها از دیگر مسائلی بود که بیمارستان‌ها با آن روبرو بودند که به این منظور کارکنان ملزم به رعایت حداکثر احتیاط شدند و به تدریج استرس‌ها کاهش یافت و به یک وضع متعادل رسید.

با توجه به تغییرات زیاد در این بیماری در برخی بیمارستان‌ها گروهی از همکاران انتخاب شدند که به‌صورت روزانه مقالات مربوطه را بررسی کنند؛ فرم‌هایی در اختیار پزشکان قرار گرفت که در این فرم‌ها، علائم بیماری

و روش‌های تشخیصی وجود داشت و همکاران موظف بودند بعد از ویزیت بیماران، مسیر بیماری و همچنین درمان‌هایی که برای آنان انجام می‌گرفت را مشخص کنند. در معاونت درمان از تیم دانشجویی نیز برای ترجمه و بینارها و مقالات به‌منظور تدوین شیوه‌نامه‌ها برای آزمایشگاه‌های کشور کمک گرفته شد. در برخی موارد بهتر بود در تدوین شیوه‌نامه‌ها با افرادی که مستقیم در کار حضور دارند همفکری صورت گیرد. گاهی به علت نبود همفکری، شیوه‌نامه‌ها اجرایی و کارآمد نیست.

با توجه به مشکلات مطرح شده برگزاری جلسات حضوری به‌منظور آموزش شیوه‌نامه‌های مراقبتی و درمانی به کارکنان درمان با مشکل مواجه بود. از سویی نبود فرصت کافی برای آموزش و از سوی دیگر ارسال متعدد و پرشمار شیوه‌نامه‌های مراقبتی-درمانی جدید، آموزش حضوری مؤثر را غیرممکن ساخته بود و این فرصت فراهم شد که مطالب و نکات جدید تنها از طریق فضای مجازی در اختیار کارکنان بیمارستان قرار می‌گرفت. گاهی هماهنگی شیوه‌نامه‌ها با محیط کاری که کارکنان در آن قرار گرفته‌اند و مردم مراجعه دارند، سخت بود؛ بنابراین به‌منظور رعایت بهتر شیوه‌نامه‌ها در مراکز، تغییر کاربری و جابجایی‌هایی در بخش مختلف انجام شد که امکان ارائه مناسب‌ترین خدمت فراهم شود.

از نکات حائز اهمیت وجود کمیته کنترل عفونت فعال در تهیه شیوه‌نامه‌های بیمارستان بود. با کمک این کمیته، شیوه‌نامه‌های سازمان بهداشت جهانی مخصوصاً شیوه‌نامه‌های مربوط به PPE تدوین شد. دسته‌بندی بر حسب کارکنان در مواجهه مستقیم با بیمار کووید، کارکنان نمونه‌گیری و کسانی که در معرض تماس با ترشحات

تنفسی بیمار هستند؛ صورت گرفت و مشخص شد که هرکدام به چه وسایل حفاظتی نیاز دارند و افراد در مواجهه کمتر و دورتر به چه تجهیزاتی نیازمند هستند. این شیوه‌نامه‌ها برحسب راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تهیه، ترجمه و به کادر درمانی آموزش داده شد.

از دیگر مشکلاتی که بیمارستان‌های دانشگاه با آن مواجه بودند، نبود یکپارچگی در استفاده از شیوه‌نامه‌ها در مراکز درمانی سایر دانشگاه‌ها بود، استفاده برخی بیمارستان‌ها از روش‌هایی غیر از شیوه‌نامه‌های سازمان بهداشت جهانی برای سایر بیمارستان‌ها مشکل آفرین بود. در این بیمارستان‌ها کارکنان دلسوز و پیگیر به کمک استادان بخش عفونی، تیم کنترل عفونت بیمارستان و تیم پرستاری این قضیه را پذیرفتند و نتایج فعالیت آنها نشان داد که روش‌های مورد استفاده آنها قابل دفاع و درست است و می‌تواند سلامت آنها را حفظ کند و روش‌های عجیب و غریبی همچون لباس‌های فضانوردی به لحاظ علمی تأییدیه ندارند و باعث خستگی مضاعف، از دست دادن حجم زیادی از مایعات بدن و برقرار نشدن ارتباط دوطرفه صمیمی و راحت‌تر با بیمار برای کادر درمانی می‌شود.

در بیمارستان غیرآموزشی روش درمان و مواجهه با بیمار با بیمارستان آموزشی متفاوت است. در بیمارستان آموزشی اینترنها و رزیدنتها حضور دارند و قدرت مانور بیشتری وجود دارد. یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بیمارستان غیرآموزشی این بود که این امکانات وجود نداشت و لازم بود شیوه‌نامه‌هایی ارسالی دانشگاه با شرایط این

بیمارستان تطبیق پیدا کند.

بومی‌سازی

شیوه‌نامه‌های موجود در سایت سازمان بهداشت جهانی برای کشورهای مثل چین و ... بود؛ که بیمارستان‌ها در زمینه بومی‌سازی شیوه‌نامه‌های مراقبتی-درمانی کووید-۱۹ و تمام شیوه‌نامه‌های ارسالی از وزارت بهداشت براساس شرایط بیمارستان و تجارب کسب‌شده به‌منظور استفاده بهتر از آنها اقدام کردند.

در حال حاضر بیمارستان‌ها براساس دو نوع شیوه‌نامه اداره می‌شوند؛ یک شیوه‌نامه برای حوزه‌هایی که با بیماران مبتلابه کووید-۱۹ سروکار دارند و شیوه‌نامه دیگر برای بخش‌هایی که فاقد بیمار مبتلابه کووید-۱۹ است. در همین راستا در یکی از بیمارستان‌ها طرحی به‌عنوان «بیمارستان ایمن» تعریف شد و شیوه‌نامه‌ای با مشارکت افراد خبره در این حوزه تدوین شد.

در مورد تست‌های تشخیصی و شیوه‌نامه‌های مربوط، آزمایش تشخیص کرونا براساس شیوه‌نامه‌های کشوری در چند فاز انجام می‌شد، در فاز اول صرفاً انجام تست از بیماران بستری بود. در خصوص افراد علامت‌دار بعد از مراجعه و انجام تست‌های اولیه برای تست‌های مولکولار اقدام می‌شد. به‌تدریج شیوه‌نامه‌ها به‌روزرسانی شد و بیماریابی اهمیت بیشتری پیدا کرد. سپس کلینیک‌های ۱۶ ساعته و ۲۴ ساعته معاونت بهداشت اضافه شدند.

موارد نیازمند تهیه شیوه‌نامه

تنظیم گیت‌ها در فرودگاه امام خمینی (ره)، گندزدایی هواپیما، داروهای مورد استفاده، نحوه استفاده از ماسک و وسایل حفاظت فردی، شیوه‌های درمانی از جمله پلاسما درمانی، تهیه مواد غذایی بیماران بستری در بیمارستان، سردخانه و نحوه ضدعفونی کردن آن، مدیریت عوارض درمان و تدوین شیوه‌نامه مدیریت تداخلات دارویی، نحوه اسکرین بیماران برای جراحی و نظارت بر بیماران پیوندی از جمله حوزه‌های نیازمند تهیه شیوه‌نامه بود و شیوه‌نامه‌های مرتبط با هریک از این موارد تدوین و اجرایی شد. همچنین در بیمارستان‌ها در دوران بعد از کرونا برای بازگشت به شرایط عادی شیوه‌نامه‌هایی همچون اعمال جراحی بعد از کرونا یا در حین کرونا و بازگشت کارکنان به محل کار نیاز بود که لازمه آن داشتن اطلاعات کافی است و این اطلاعات از منابع مختلف جمع‌آوری و شیوه‌نامه‌ها برحسب موقعیت‌های مختلف تدوین شد.

خیرین و مردم باتوجه به حجم بسیار کار در بیمارستان‌ها به‌منظور رفع بخشی از خستگی کادر درمانی مواد غذایی شامل آب‌میوه، بسته‌های میوه، کیک و ساندیس فراوان به بیمارستان ارسال می‌کردند، اما امکان استفاده با توجه به انتشار سریع ویروس باید بررسی می‌شد؛ به این منظور شیوه‌نامه تدوین شد که در هر ساعت، مواد غذایی به بیمارستان ارسال می‌شود مسئول نگهداری وقت تحویل بگیرد و صبح، مسئول تغذیه بیمارستان بررسی کند و در صورت تطابق با استانداردها بین کارکنان توزیع شود.

از دیگر شیوه‌نامه‌هایی مورد نیاز کووید ۱۹، تدوین شیوه‌نامه‌های تدفین بیمار و مراسم سوگواری بود این شیوه‌نامه نیز با توجه به شرایط موجود

تدوین شد، هرچند انتقال آن به خانواده‌های سوگوار بسیار سخت بود، اما این کار انجام و ملاحظات لازم رعایت می‌شد. با زحمات گروه پزشکی قانونی دانشگاه در حال حاضر بستر جامعه مهیاتر است.

شیوه‌نامه‌های آموزشی

در بعد آموزش هم باید شیوه‌نامه‌هایی تهیه می‌شد؛ بنابراین تدوین شاخص‌های استاندارد آموزش مجازی صورت گرفت، قسمت اصلی این شیوه‌نامه نظارت بود. به‌منظور پایش کمی و کیفی آموزش مجازی، کمیته سه‌نفره متشکل از معاون آموزشی، رئیس اداره آموزش و مسئول کمیته مجازی‌سازی دانشکده تشکیل شد. این کمیته نظارت بر محتوایی بارگذاری شده در سامانه نوید و مقایسه آنها با استانداردهای آموزشی را بر عهده داشت و در صورت نیاز بازخورد لازم به استادان داده می‌شد. این امر به تحقق عدالت آموزشی کمک می‌کرد.

در کنار فعالیت‌های این کمیته رئیس دانشکده نیز نظرات نمایندگان دانشجویان را در خصوص کمیت و کیفیت برگزاری کلاس‌های درس مجازی جویا می‌شد.

کمیته پیشگیری از کرونا در دانشکده به‌منظور بررسی شیوه‌نامه‌های مختلف بهداشتی و ایمنی تشکیل و شیوه‌نامه‌های مختلفی برای نحوه استفاده از آسانسور، کتابخانه، مرکز رایانه، حضور دانشجویان در آزمایشگاه‌ها و در عرصه برای کارآموزی‌ها پیش‌بینی و تدوین شد. به‌این‌ترتیب این کمیته امکان بازگشایی دانشکده و ورود دانشجویان با رعایت این شیوه‌نامه‌ها را

فراهم کرد.

راهنمای خودمراقبتی در مقابله با ویروس کرونا بر مبنای اصول بهداشتی و طب ایرانی از طریق وزارت بهداشت و سایر رسانه‌ها در اختیار عموم قرار گرفت. راهنمای بهبود تاب‌آوری زیستی و تاب‌آوری جسمی و روانی به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شد و مخاطب این شیوه‌نامه، پزشکان، پرستاران و بهیاران کادر درمان بودند. همچنین برنامه برخورد با کوید-۱۹ براساس طب ایرانی و مکمل بود که تدوین و منتشر شد. مخاطب این مستند تمامی گروه‌ها شامل افراد سالم، افراد مبتلا چه آنهایی که سرپایی درمان شدند و چه آنهایی که در بخش مراقبت‌های ویژه بستری هستند و همچنین کسانی است که به‌عنوان بهبودیافته وارد جامعه می‌شوند. نظارت بر آموزش دانشجویان و حضورنیافتن آنها در بخش‌ها و اتاق‌های بیماران، جلوگیری از تجمع در راهروها و کلاس‌های تئوری، استفاده از ظرفیت مجازی در آموزش دانشجویان از موارد موردبررسی در تهیه شیوه‌نامه‌ها بود. دانشجویان با رعایت شیوه‌نامه‌ها و شرایط خاص آموزش بالینی صورت گرفت. لازم است در کوریکولوم آموزشی دانشجویان و دوره‌های ضمن خدمت برای کارکنان پرستاری و کادر درمان دوره‌های مدیریت استرس و اضطراب تعریف شود که بتواند در شرایطی بحرانی به خود و دیگران کمک کنند.

تغییر رفتار

فلسفه طب رایج صرفاً تجربه‌گرا عمل می‌کند. لازم است برای ایجاد

ساختار و چارچوبی قدرتمند در پزشکی رایج، بازنگری در حوزه تجربه‌گرایی صرف طب رایج انجام شود و از حکمت، فلسفه و سایر تفکرهای فلسفی کمک بگیرند. این امر کمک می‌کند که این ساختار را به‌سوی توجه به انسان تغییر دهیم. تجربه‌گرایی صرف نمی‌تواند درست باشد و این باعث می‌شود که در شرایط بحرانی به‌طور مکرر نظرات فرد تغییر پیدا کند. در حوزه پزشکی رایج این مسئله وجود دارد که سیستم‌های پزشکی متناسب با شرایط بحران تنظیم نشده است و باید بازنگری انجام شود.

در این دوران آموزش‌های لازم در خصوص رعایت نکات بهداشتی و رویکردهای مناسب باید به بیمار، خانواده او، کارکنان مراکز و مسئولان ارائه می‌شد و براین اساس در فرصت کوتاه یک تغییر رفتار که سخت‌ترین بخش آموزش است، صورت می‌گرفت که این امر به‌خوبی محقق شد.

در بحران کرونا باید همه پرستاران ICU مهارت اینتوبیشن (لوله‌گذاری) را در حد خوبی کسب کنند که اگر احیاناً پزشک بیهوشی یا اورژانس نتوانست بر بالین بیمار حاضر شود پرستار بتواند در زمان معقولی ین کار را انجام دهد.

برای تغییر رفتار باید فرمانده وارد میدان شود و بدون آن تغییر محقق نمی‌شود؛ بنابراین وقتی فرمانده وارد شد، ترس و نگرانی به‌تدریج کاسته و کارکنان در کنار و پشت سر فرمانده‌ها در مواجهه با بیماری به مداوای بیماران می‌پردازند.

