

افزایش داده بود. همین ظرفیت در خیلی از استان‌ها کمک کرد بتوانیم مراقبت بیماران بستری را داشته باشیم البته با توجه به بار پیش‌بینی نشده‌ای که کرونا به مراکز درمانی تحمیل کرد با کمبود دستگاه‌های تنفس مصنوعی و اکسیژن‌ساز روبه‌رو شدیم که در نهایت در کشورمان تلاش‌های خوبی انجام شد و حالا کشور ما جزو تولیدکنندگان دستگاه تهویه بیماران است و از طرفی دستگاه اکسیژن‌ساز نیز می‌سازیم. این نشان می‌دهد جاهایی که نقصان داشتیم، تا حدودی جبران شد بنابراین در چنین شرایطی وقتی پای بیمار به بیمارستان باز می‌شد با تفاوت مرگ و میر روبه‌رو بودیم. این تفاوت الزاماً الگوی توسعه‌یافتگی استان‌ها نبود. برخی استان‌ها که شاخص توسعه انسانی‌شان متوسط یا ضعیف بود با مدیریت خوب و حضور نیروی انسانی مناسب توانستند نرخ مرگ و میر بیمارستانی را حتی از برخی بیمارستان‌های تهران پایین‌تر بیاورند. بیمارستان‌های مراکز استان‌های بزرگ مانند تهران، شیراز، اصفهان، تبریز و مشهد بیماران بدحال‌تری را پذیرا بودند ولی وقتی با این شاخص بیمارستان‌ها را تطبیق می‌دهیم، باز می‌بینیم مهم‌ترین نقش را در حفظ جان بیماران بستری نه فقط تجهیزات بلکه مدیریت و نیروی انسانی بویژه پرستارها و پزشکان متخصص بیمارستان‌ها تعریف می‌کردند. در واقع بیشترین وابستگی به نرخ مرگ و میر به فاکتور نیروی انسانی بستگی داشته است که می‌شد با مدیریت درست از امکانات موجود بیشترین بهره را ببرند.

دست‌رسی همچنان به عنوان یکی از چالش‌های مهم در دوره پساکرونا است. با این تفاسیر آیا این گزاره درست است که بگوییم استان‌های کم‌برخوردار به دلیل آنکه شاخص‌های توسعه در آنها در شرایط مناسبی قرار ندارند در پاندمی بیشترین آسیب را دیدند. چقدر ضرورت دارد در پساکرونا چنین کمبودهایی را جبران کنیم؟

کرونا بیماری عجیبی بود. در بین کشورهای جهان برخی کشورهای فقیر با جمعیت زیاد مثل ویتنام تا قبل از موج دلتا تقریباً مرگ و میرشان کمتر از ۵۰۰ نفر بود و در موج دلتا مرگ و میر در ویتنام افزایش قابل توجهی داشت و آمارها را تغییر داد. در استان‌های مختلف کشور یکی از شاخص‌های مهم درباره اینکه کرونا در آن استان چقدر ایجاد بیماری کرد به فعال بودن شبکه بهداشت برمی‌گردد. در استان‌های غیر برخوردار چون شبکه بهداشت قوی عمل کرده بود و سبک زندگی مردم به نحوی بود که اجتماعات بزرگ کمتری داشتند و با رفت و آمد کمتری روبه‌رو بودند تعداد مبتلایان در آنها کمتر بود. اما در بحث مربوط به تخت‌های بیمارستانی موضوعی که اشاره کردید برای دوران پساکرونا قابل مطالعه است. فرد مبتلا به بیماری احتیاج به مراقبت دارد بنابراین از لحاظ تعداد تخت و تجهیزات و امکانات در بیمارستان مشکلات چندانی نداشتیم. در واقع ضمن همه انتقادهایی که به طرح تحول نظام سلامت وارد شد که صرفاً تمرکز طرح بر مراقبت‌های بیمارستانی بود اما طرح تحول این فایده را داشت که ظرفیت تخت‌های مراقبت ویژه را

کردند و مراجعه نمی‌کردند. پزشکان نیز به دلیل اینکه این بیماران مبتلا به کرونا بودند، بخشی از درمان‌هایشان را به تعویق انداختند تا درمان‌های مراقبتی را دریافت کنند. همین موضوعی است که نشان می‌دهد برای بازسازی نظام سلامت باید نقشه راه داشته باشیم و به روش‌های جدیدتر از جمله مراقبت‌های در منزل، سرپایی و مجازی فکر کنیم و صرفاً روی مراقبت‌های حضوری و بیمارستانی تمرکز نکنیم. یکی از اتفاقات تلخی که در ۵ ماه اول کرونا رخ داد؛ هر کسی مشکوک به کرونا می‌شد به بیمارستان مراجعه می‌کرد که ضمن ایجاد تراکم در بیمارستان، مراکز درمانی تبدیل به کانون گسترش کرونا شدند که هنوز هم متأسفانه در مورد سویه آمیکرون می‌شنویم که برخی مسئولان استان‌ها پیام‌شان به مردم این است با هر نوع علامتی به بیمارستان مراجعه کنند در حالی که باید بیشتر روی مراقبت غیر حضوری کار کنیم و مراقبت بیمارستانی را برای موارد خاص بگذاریم. البته معتقدم که باید ظرفیت‌ها را برای رسیدگی به بیماری غیر واگیر مزمن توسعه دهیم و مراقبت بیمارستانی را در هر شرایطی حفظ کنیم تا با مشکلات حاد روبه‌رو نشویم. سکتة حاد قلبی را نمی‌توان با مراقبت در منزل حل کرد. یکی از اتفاقات تلخ که نتوانستیم در اوج کرونا از این نوع بیماران مراقبت مناسبی انجام دهیم، این بود که خیلی از این بیماران مراجعه نداشتند و بنابراین مرگ و میر غیر مستقیم کرونا مربوط به کاستی‌ها در این زمینه بود. واقعیت تلخی که در همه جای دنیا وجود داشت.

پاندمی کرونا نشان داد که توزیع ناهمگون منابع و عدالت در

در خصوص کشور خودمان شاید مهم‌ترین چالشی که روبه‌رو بودیم نوعی ساده‌انگاری و دست کم گرفتن این موضوع در آغاز این بحران بود. به طوری که رئیس وقت قوه مجریه در پایان هفته اعلام کردند: «از شنبه کرونا نخواهیم داشت» در حالی که مستندات نشان می‌داد بحران فزاینده است و لااقل کرونا در ظرف روزها و هفته‌ها پایانی نخواهد داشت

را ببریم. از طرفی بلایای مهمی در کشور ما اتفاق افتاد که زلزله بم یکی از بزرگ‌ترین این بلایا بود که با مرگ و میر نزدیک به ۳۰ هزار نفر روبه‌رو شدیم بنابراین ما تحریریه جسته و گریخته در مواقع بحران را داشتیم. از طرفی رشته مدیریت حوادث و بلایا به عنوان رشته دانشگاهی در دهه ۸۰ در کشور تأسیس شد و دانش بومی هم فراهم بود اما مشکلی که داریم این تجربیات به مدیر میانی و مدیر کلان در زمان بحران به منظور تصمیم‌گیری بخوبی منتقل نشده است. عملاً در مواجهه با بحران‌ها هنوز با مشکلات تصمیم‌گیری روبه‌رو هستیم. غیر از تصمیم‌گیری بحث زیرساخت مناسب نیز مطرح است در واقع آمادگی و همکاری‌های بین بخشی نیاز به حمایت قانونی دارد. گاهی در بیمارستانی دستگاه تنفسی موجود است و تنها و دو بیمار بستری دارد. در بحران‌ها مجبوریم بین اینها انتخاب کنیم باید این تصمیم‌گیری‌ها در درجه اول درست باشد و مورد حمایت قانونی قرار بگیرد. همه اینها روی تصمیم‌گیری‌ها اثر می‌گذارد. بحث این نیست که ما دانش بومی نداریم بلکه باید گفتمان‌سازی کنیم و سیستم‌ها یاد بگیرند که آمادگی همیشگی برای مدیریت بحران‌ها را داشته باشند. کرونا نشان داد بحران چیزی نیست که گاهی وقت‌ها رخ دهد بلکه می‌تواند هر لحظه گریبانگیر سیستم سلامت شود. مثل این می‌ماند که اتوبوسی تصادف کند و بیمارستانی که ظرفیت پذیرش ۱۰ بیمار را در روز دارد یک مرتبه با ۵۰ بیمار زخمی روبه‌رو شود که باید بتواند این وضعیت را مدیریت کند. ما در این موارد نقصان داریم البته تلاش‌هایی برای آموزش بحران به مدیران درمان و بیمارستانی انجام شده است.

در اپیدمی کرونا شاهد این بودیم که سیستم بهداشت و درمان کشور همه بیمارستان‌ها را برای پذیرش بیماران مبتلا به عفونت ویروسی لیب‌دار کرد و نتیجه‌اش این بود که بسیاری از بیماران از ترس ابتلا به کرونا کمتر پیگیر اقدامات درمانی‌شان باشند. برای مدیریت بیماران دیگر که نیاز به مراقبت دائمی دارند در بحران‌های مشابه در پساکرونا چه اقداماتی باید انجام شود؟

تأکید می‌کنم صرفاً نباید روی تخت بیمارستانی تکیه کنیم. تخت بیمارستانی جزئی از نظام مراقبت است. نظام مراقبت از شبکه سرپایی و مراقبت در منزل و... باید تشکیل شود و صرفاً تمرکز بر تخت‌های بیمارستانی نباید باشد. چون ظرفیت تخت بیمارستانی محدود است. وقتی بار مراجعه از حدی بالاتر می‌رود، طبیعی است به مراقبت‌های روزمره لطمه می‌زند حتی من نیز در مورد بیماران سرطانی دستگاه گوارش می‌دیدم از ترس اینکه به ویروس مبتلا نشوند مراقبت خود را محدود

