

بررسی میزان رعایت ایمنی بیمار بر اساس استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار

بیمار در مراکز آموزشی، درمانی شهر رشت

سعید آصف زاده، فردین مهربان، احمد نیک پی،* شیلا کیان مهر

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۶/۴

چکیده

مقدمه: ایمنی بیمار دغدغه‌ای جهانی در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت است. مراقبت و خدمات غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان‌ها، هزینه‌های اقتصادی سنگینی نیز به بار می‌آورد. این مطالعه با هدف بررسی میزان رعایت ایمنی بیمار در مراکز آموزشی-درمانی شهر رشت انجام شده است.

روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بوده که در تابستان سال ۱۳۹۲ انجام شد. کلیه مراکز آموزشی درمانی شهر رشت طبق دستورالعمل مربوط به «بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» بخش‌های بیمارستان، بیماران و کارکنان انتخاب و مصاحبه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیست استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار بود. داده‌های گردآوری شده از طریق نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین امتیاز محور حاکمیت و رهبری ۶۴ درصد، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه ۳۶ درصد خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد ۶۳ درصد و محیط ایمن ۹۳ درصد می باشد. وضعیت کلی ایمنی ۶۴ درصد بوده و عملکرد متوسط را نشان داد.

نتیجه‌گیری: وضعیت ایمنی در مراکز مورد مطالعه در حد متوسط بود لذا توصیه می‌گردد فرهنگ‌سازی برای شناسایی بیماران در بخش‌های درمانی و هم‌چنین کسب رضایت آگاهانه قبل از هرگونه اقدام درمانی یا تشخیصی تهاجمی مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: ایمنی، بیمار، استاندارد

مقدمه

این بخش، بیمارستان‌ها از جمله سازمان‌هایی هستند که در آن‌ها، خدمات درمانی پیچیده با هدف ارتقای سلامت افراد انجام می‌شود (۳). هر روزه تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان‌های جهان بطور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می‌گیرند اما با ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه‌های اخیر ارائه خدمات درمانی بسیار پیچیده‌تر گردیده است (۴). ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت مراقبت است و هیچ مسئله‌ای به مانند آسیب رسیدن به بیمار با فلسفه مراقبت‌های بهداشتی مغایرت ندارد اما اقدامات و رویه‌های درمانی همیشه بی‌خطر نیست و امکان رخداد خطاهای پزشکی و وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار همواره وجود دارد (۵). از دیدگاه ارائه کننده مراقبت، وجود خطا و عوارض ناخواسته در مراقبت سلامت تا حدی قابل تحمل

در جامعه کنونی سازمان‌های زیادی وجود دارند که انواع مختلفی از محصولات و خدمات مورد نیاز استفاده‌کنندگان را تأمین می‌کنند. عمده‌ترین وجه تمایز این محصولات از دید مصرف‌کنندگان، کیفیت آن می‌باشد. اغلب مشتریان انتظار دارند از محصولی با کیفیت مناسب استفاده نمایند (۱). در بخش سلامت نیز یکی از مسایل مهم، کیفیت خدمات و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران می‌باشد (۲). در

*نویسنده مسئول: شیلا کیان مهر، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران. shila.kianmehr@gmail.com
دکتر سعید آصف زاده، استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.
دکتر فردین مهربان، استادیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران.
دکتر احمد نیک پی، استادیار گروه بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ایران.

است، اما ممکن است این نگرش با دیدگاه بیماران مغایر باشد (۶). آمارها حاکی از آن است که درصد زیادی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های بهداشتی بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آن‌ها افزوده می‌شود (۷). مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که بطور متوسط در حدود ۱۰ درصد از تمام موارد بستری، به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند و برآورد می‌گردد که تا ۷۵ درصد از این خطاها قابل پیش‌گیری باشند (۸). مراقبت و خدمات درمانی غیرایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان‌ها هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می‌آورند. چنین تخمین زده می‌شود که بین ۵ درصد تا ۱۰ درصد هزینه‌های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیرایمنی می‌باشد که منجر به آسیب رساندن به بیماران می‌گردند (۹). عوامل متعددی از جمله عوامل انسانی (دانش و عملکرد)، فنی، تجهیزاتی، شرایط محیط ارایه مراقبت، عوامل مربوط به بیماران، عوامل سازمانی (مانند خط مشی‌ها و آیین‌نامه‌ها) و ناهماهنگی تیم مراقبت در ایجاد خطاهای پزشکی موثر است (۱۰، ۱۱، ۱۲). در این راستا، بهترین راه برای پیشگیری از خطاهای پزشکی، شناسایی خطاها، شناسایی علل ریشه‌ای و سیستمی خطاها، یادگیری از آن‌ها و اصلاح سیستم مراقبت در راستای جلوگیری از تکرار این خطاها است. به عبارتی، سازمان‌های مراقبت بهداشتی باید ضمن شناسایی وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار و خطاهای پزشکی، به تحلیل آن‌ها بپردازند و بر اساس آن فرصت‌های بهبود را شناسایی و برنامه‌های بهبود را اجرا کنند (۱۳، ۱۴). با توجه به گستره وسیع خطاهای پزشکی در نظام‌های پیشرفته بهداشتی و درمانی و هزینه‌های مرتبط با آن، رویکردهای متفاوتی برای مقابله با خطاهای پزشکی و ارتقاء ایمنی بیمار توسعه یافته است برخی از این رویکردها، عبارتند از: رویکرد جامع به ایمنی بیمار، مدل هفت گام به سوی ایمنی بیمار و بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار. رویکرد جامع به ایمنی بیمار از ۶ حیطه اصلی تشکیل شده است: (۱) ساختار (۲) محیط (۳) تجهیزات/ فن آوری (۴) فرآیندها (۵) افراد (۶) نظام‌های رهبری/ فرهنگ با استفاده از رویکرد فوق و شناخت ویژگی‌هایی که در افزایش مخاطره خطاها سهیم

هستند، می‌توان در جهت کاهش خطرات و ارتقای ایمنی گام برداشت (۱۵). مدل هفت گام به سوی ایمنی بیمار برای ایجاد یک محیط ایمن‌تر جهت ارائه خدمات سلامت در پیشینه تحقیق و مستندات نظام سلامت کشورهای توسعه یافته بعنوان یک الگوی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است. استقرار این مدل به سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت در تحقق معیارهای حاکمیت بالینی، مدیریت خطر و ارتقای کیفیت کمک می‌نماید (۱۶). این هفت گام به صورت خلاصه عبارتند از: استقرار فرهنگ ایمنی، رهبری کارکنان و حمایت از آنان، هم سو و یکپارچه سازی عملیات مرتبط با مدیریت ریسک، تشویق گزارش دهی، درگیری مردم و جامعه در مقوله ایمنی و برقراری ارتباط با آن‌ها، یادگیری و اشتراک درس‌های مربوط به ایمنی، اجرای راه حل‌ها برای جلوگیری از بروز آسیب (۱۷). برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار اجرای مجموعه‌ای از استانداردهای ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها در بر می‌گیرد. تحقق این استانداردها این اطمینان را ایجاد می‌کند که ایمنی بیمار به عنوان یک اولویت ضروری پذیرفته شده و بیمارستان و کارکنان بهترین عملکرد را در این راستا دارند. هدف نهایی برنامه، ارتقا سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و ایجاد شرایطی است که منجر به خدمات ایمن تر و متعاقباً محافظت جامعه از آسیب‌های قابل اجتناب و کاهش عوارض ناخواسته در محیط بیمارستان شود (۹). در سال‌های اخیر در کشور ما نیز تلاش‌های مهمی به منظور افزایش کیفیت و ارتقای ایمنی خدمات بهداشتی و صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به استقرار حاکمیت بالینی، بیمارستان‌های دوستدار ایمنی، اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر اساس استانداردهای مدون اشاره نمود (۱۸، ۱۹). لذا با توجه به اهمیت موضوع هدف پژوهش حاضر بررسی ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی شهر رشت می‌باشد و پژوهشگر امیدوار است که نتایج حاصل از این پژوهش بتواند در برنامه ریزی‌های آتی سیاستگذاران بخش‌های بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی، تحلیلی و مقطعی بوده که در تابستان سال ۱۳۹۲ انجام شد. محیط پژوهش کلیه مراکز آموزشی، درمانی شهر رشت و جامعه پژوهش کارکنان این مراکز شامل هیات مدیره، مدیر بیمارستان، کارشناس مسئول ایمنی بیمار، کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار، کارشناس (پرستار) پیش‌گیری و کنترل عفونت، مدیر بانک خون، کارشناس مدیریت پسماندهای بیمارستانی و یک نفر از پزشکان و یک نفر از پرستاران به نمایندگی بودند.

در این پژوهش به منظور بررسی ایمنی بیمار در مراکز مورد مطالعه از چک لیست‌های استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار، استفاده شد. این چک لیست از کتاب بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار (چاپ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) (۱۸) استخراج گردیده و در دو بخش سازماندهی شده است. قسمت اول در برگزیده چک لیست استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار، مستنداتی که باید برای هر استاندارد بررسی شوند، مصاحبه‌های مربوطه، راهنمای مشاهده و راهنمای امتیازدهی و بخش دوم شامل ابزارهای ارزیابی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار می‌باشد. استانداردهای ایمنی بیمار از ۵ گروه اصلی که به ۲۴ زیر گروه تقسیم می‌شوند، تشکیل شده است. پنج گروهی که استانداردها ذیل آن قرار می‌گیرند عبارتند از: حاکمیت و رهبری، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه، خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد، محیط ایمن و آموزش مداوم.

مجموعه‌ای از استانداردهای الزامی (جمعاً ۲۰ استاندارد)، اساسی (جمعاً ۹۰ استاندارد) و پیشرفته (جمعاً ۳۰ استاندارد) در این پنج گروه جای گرفته‌اند. استانداردهای الزامی استانداردهایی هستند که برای به رسمیت شناختن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، ضروری است ۱۰۰ درصد تحقق یابند. استانداردهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیماران از آن‌ها تبعیت کند و استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع

خود، در جهت دستیابی به آن‌ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

بر این اساس ایمنی بیمار با مراجعه به بخش‌های نمونه و استفاده از چک لیست‌های استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار ارزیابی شد. متغیرهای این چک لیست در ۴ گروه حاکمیت و رهبری (A) شامل ۴ زیرگروه و ۹ استاندارد، جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه (B) شامل ۲ زیرگروه و ۲ استاندارد، خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (C) شامل ۴ زیرگروه و ۷ استاندارد و محیط ایمن (D) شامل ۱ زیرگروه و ۲ استاندارد طبقه بندی شده‌اند.

نحوه امتیازدهی به سوالات بصورت کامل (۱)، نسبی (۰/۵)، عدم انطباق (۰) بود و این امتیازات بصورت درصد بیان شد. به منظور تعیین سطح ایمنی بیمارستان، میانگین امتیاز سطح متوسط و ۷۰٪-۱۰۰٪ سطح خوب در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌های ارزیابی از نرم افزار SPSS. Ver. 16 و آزمون‌های آماری توصیفی استفاده شد.

نکات اخلاقی که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته و پژوهشگر ملزم به رعایت آن‌ها بوده است به قرار ذیل می‌باشد: (۱) دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشکده و ارائه آن به بیمارستان‌ها جهت جمع‌آوری داده‌ها (۲) تشریح اهداف و ماهیت پژوهش برای کارکنان بخش‌های مختلف (۳) تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از نمونه مورد پژوهش (۴) بی‌طرفی و پرهیز از گرایش‌های خاص توسط پژوهشگر در حین پژوهش (۵) اطلاع رسانی به مسئولین بیمارستان‌ها درباره نتایج بدست آمده در آن بیمارستان

یافته‌ها

در این مطالعه ۷ بیمارستان شهر رشت از نظر میزان رعایت استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌های این مطالعه در موارد زیر بررسی و تحلیل شد: ویژگی‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه، رعایت استانداردهای ایمنی بیمار و رابطه بین ویژگی‌های بیمارستان و میزان رعایت. ویژگی‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه در جدول شماره یک نشان داده شده است.

بررسی میزان رعایت ایمنی بیمار بر اساس استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار بیمار و ...

سعید آصف زاده و همکاران

جدول ۱: ویژگی‌های بیمارستان‌های مورد مطالعه بر اساس تعداد

تخت فعال و نوع بیمارستان

نام بیمارستان	تعداد تخت فعال	نوع بیمارستان
۱۷ شهریور	۱۳۴	تک تخصصی
الزهرا	۱۳۷	تک تخصصی
امیرالمومنین	۶۲	تک تخصصی
پورسینا	۲۸۱	جنرال
دکتر حشمت	۱۳۴	تک تخصصی
رازی	۲۳۱	جنرال
ولایت	۵۵	تک تخصصی

میزان رعایت استانداردهای الزامی بیمارستان‌های دوستدار

ایمنی بیمار در جدول شماره دو نشان داده شده است. بر

اساس داده‌های این جدول بیشترین میزان رعایت مربوط به بیمارستان تک تخصصی شماره ۵ (۸۴ درصد) و کمترین میزان نیز مربوط به بیمارستان تک تخصصی شماره ۱ (۴۵ درصد) می‌باشد. میانگین میزان رعایت استانداردها در بیمارستان‌های مورد مطالعه 64 ± 0.15 درصد بود. با توجه به دسته بندی سوالات چک لیست در چهار گروه A, B, C, D داده‌های مطالعه به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه

کد بیمارستان	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	میانگین \pm انحراف معیار
میزان رعایت	%۴۵	%۶۶	%۷۹	%۶۸	%۸۴	%۴۶	%۵۸	64±0.15 درصد

جدول ۳: میزان رعایت گروه‌های استانداردهای ایمنی بیمار در مراکز آموزشی درمانی رشت

ردیف	حاکمیت ورهبری	جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه		خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد		محیط ایمن	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۱	۴۴	۰	۰	۵۰	۳	۷۵	۱/۵
۲	۶۱	۵۰	۱	۶۷	۴	۱۰۰	۱
۳	۸۳	۵۰	۱	۷۵	۴/۵	۱۰۰	۱
۴	۷۲	۵۰	۱	۵۸	۳/۵	۱۰۰	۱
۵	۸۹	۵۰	۱	۸۳	۵	۱۰۰	۱
۶	۵۰	۰	۰	۵۰	۳	۷۵	۱/۵
۷	۵۰	۱	۱	۵۸	۳/۵	۱۰۰	۱

در گروه A با میزان رعایت ۶۴ درصد، بیشترین میزان رعایت مربوط به "انتصاب یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر" و کمترین میزان مربوط به "وجود وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری" بود. میزان رعایت هر دو استاندارد موجود در گروه B مبنی بر "اخذ رضایت نامه از بیمار قبل از هرگونه اقدام تشخیصی درمانی" و "شناسایی بیمار با حداقل ۲ شناسه قبل از هرگونه اقدام تشخیصی درمانی" برابر بود. در گروه C با میزان رعایت ۶۳ درصد، بیشترین میزان رعایت مربوط به

بیشترین میزان رعایت گروه A در بیمارستان ۵ (۸۹ درصد)، گروه B در بیمارستان‌های ۲، ۳، ۴، ۵ و ۷ (۵۰ درصد)، در گروه C بیمارستان ۵ (۸۳ درصد) و در گروه D بیمارستان‌های ۲، ۳، ۴، ۵ و ۷ (۱۰۰ درصد) بود. همچنین کمترین میزان رعایت در بیمارستان‌های مورد مطالعه مربوط به بیمارستان ۱ بود (A: %۴۴، B: %۵۰، C: %۷۵، D: %۷۵).

با توجه به یافته‌های این مطالعه بیشترین میزان رعایت مربوط به گروه D (۹۳ درصد) و کمترین میزان رعایت متعلق به گروه B (۳۶ درصد) بود.

"اجرای راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی" و کم‌ترین میزان مربوط به استانداردهای "پیش بینی کانال‌های ارتباطی آزاد به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات" و "تضمین تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات، با تأکید خاص بر واحدها و بخش‌های پر خطر" می‌باشد.

در گروه D بالاترین میانگین (۱) و درصد رعایت (۱۰۰ درصد) مربوط به اجرای کامل استاندارد "تبعیت کلیه مراکز آموزشی درمانی از راهنماها، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده" بود.

با توجه به نتایج مطالعه میانگین میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دارای کمتر از ۱۰۰ تخت فعال ۳۸/۰۱ درصد، بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ تخت فعال ۶۸/۹۲ درصد و بیشتر از ۲۰۰ تخت فعال ۶۱/۳۳ درصد می‌باشد.

در زمینه رابطه تعداد تخت بیمارستان و میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار با توجه به نتایج حاصل از آزمون همبستگی اسپیرمن چنین نتیجه گرفته می‌شود که بین تعداد تخت بیمارستان و میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در سطح آلفای ۰/۰۵ ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > 0.05$).

میزان رعایت ایمنی بیمار در بیمارستان‌های عمومی ۶۱/۳۳ درصد و در بیمارستان‌های تک تخصصی ۵۶/۵۵ درصد می‌باشد. جهت انجام آزمون اختلاف میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های شهر رشت از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. نتایج حاصل مویید آن بود که اختلاف معنا داری بین میزان استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های (عمومی و تک تخصصی) رشت وجود ندارد. ($p = 0.699$)

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه در چهار گروه نوع استانداردها و هم‌چنین رابطه تعداد تخت و نوع بیمارستان با میزان رعایت استانداردها، مورد بررسی قرار گرفت:

میانگین امتیاز محور حاکمیت و رهبری ۵۸/۹۷ درصد بود. به منظور ارتقای ایمنی بیمار در این گروه قراردادادن برنامه‌های ایمنی بیمار در برنامه‌های عملیاتی و استرژیک

بیمارستان و استخدام کارکنان فنی واجد صلاحیت و با مهارت، لازم است. نتایج مطالعه توصیفی جانقربانی که ارزیابی استانداردهای بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار را در اتاق عمل یک بیمارستان انجام داده بود با این مطالعه هم‌خوانی دارد (۲۰). نتایج این محور هم‌چنین با پژوهش فروزان با عنوان "بررسی فرهنگ ایمنی بیمار از دیدگاه پرستاران در بیمارستان‌های آموزشی شیراز" هم‌خوانی دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد انتظارات و عملکرد سرپرست بخشها در راستای ارتقای ایمنی بیمار در حد متوسط ارزیابی شده است (۲۱). از طرفی مطالعه فتحی با نتایج این مطالعه هم‌خوانی ندارد. فتحی نشان داد ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان مطلوب نمی‌باشد و تشکیل کمیته ایمنی بیمارستان مطالعات مستمر در زمینه بروز موارد غیرایمنی را اقدامی جدی جهت بهبود ایمنی بیمار ذکر کرد (۲۲).

میانگین امتیاز محور جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه ۳۸/۵۷ درصد بود و نشان دهنده سطح ضعیف رعایت استانداردها می‌باشد. جهت بهبود امتیاز در این گروه، ارتقا سطح آگاهی بیماران و مراقبین آن‌ها در زمینه سلامت جهت دادن قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود و تضمین شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن در تمامی مراحل درمان، نیاز است. در مطالعه صباحی بیدگلی وضعیت ایمنی بیمار در مراکز درمانی شهرستان کاشان بررسی شده است که نتیجه‌گیری می‌کند جو ایمنی بیمار در مراکز مورد مطالعه در وضعیت مناسبی قرار ندارد. در این مطالعه روابط بین پرستاران بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده است (۲۳). هم‌چنین مطالعه جانقربانی نشان‌دهنده عملکرد خوب جامعه مورد مطالعه در این گروه است که با این مطالعه هم‌خوانی ندارد (۲۰).

میانگین امتیاز محور خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد ۵۷/۲۷ درصد بود، که نشان‌دهنده سطح عملکرد خوب بیمارستان در این گروه است. تضمین ایمنی خون و فرآورده‌های خونی و ایمن بودن سیستم دارویی بیمارستان باعث افزایش میزان رعایت استانداردهای این گروه می‌شود. در مطالعه موسوی با عنوان بررسی میزان رعایت

استانداردهای ایمنی بیمار در بخش اتاق عمل بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران وضعیت رعایت استانداردهای کنترل عفونت را نسبتاً ایمن ارزیابی کرد که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد (۲۴). در مطالعه جانقربانی نیز میزان رعایت استانداردهای این گروه در بیمارستان شهید بهشتی با عملکرد خوب نشان داده شد (۲۰).

میانگین امتیاز محور محیط ایمن ۸۴/۵۲ درصد بوده و نشان دهنده‌ی سطح عملکرد خوب در این گروه است. برای افزایش این میزان باید در بیمارستان سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها ایجاد کرد. مطالعه جانقربانی نشان‌دهنده عملکرد خوب اتاق عمل در این گروه می‌باشد که حاکی از مطلوبیت سیستم دارویی و مدیریت دفع پسماند در بیمارستان مورد مطالعه دارد (۲۰).

میانگین میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در کلیه مراکز آموزشی درمانی شهر رشت ۵۷/۹۱ درصد می‌باشد. این نتیجه گیری با مطالعه مشابه جانقربانی که ۷۱ درصد رعایت را در اتاق عمل بیمارستان شهید بهشتی نشان می‌دهد هم‌خوانی دارد (۲۰). توجه بیشتر بیمارستان‌ها بر رعایت استانداردهای الزامی باعث افزایش ایمنی بیماران و اعتماد بیشتر مردم به نظام سلامت می‌شود.

هم‌چنین از نتایج این مطالعه در می‌یابیم که رابطه معنی‌داری بین تعداد تخت بیمارستان و ایمنی بیمار و هم‌چنین نوع بیمارستان و ایمنی بیماران وجود نداشت. مطالعه موحدر نیز نشان دهنده این بود که مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار با متغیرهای دموگرافیک بیمارمان مانند وضعیت تاهل و سطح تحصیلات در ارتباط است (۴) مطالعه عبدی نیز فرهنگ ایمنی را به عنوان یکی از عوامل مهم دخیل در ایجاد ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برشمرده است (۲۵).

بر اساس نتایج این مطالعه در مجموع وضعیت ایمنی بیمار در کلیه بیمارستان‌های شهر رشت متوسط است، که این امر

با توجه به اهمیت و ضرورت رعایت ضوابط ایمنی در مراکز درمانی نیازمند بازنگری اصولی در مدیریت و ساختار مراکز درمانی است. در این راستا پیشنهادات زیر به صورت خلاصه ارائه می‌گردد:

بکارگیری مدیران آگاه به مدیریت علمی و ایجاد فضای رقابتی برای مدیران بیمارستان‌ها، که موجب انگیزش و تلاش بیشتر آن‌ها در جهت پیاده سازی برنامه‌های ایمنی بیمار می‌شود. مشخص نمودن مسئول و هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر، تدوین دستورالعمل‌هایی در راستای رعایت نکات مربوط به شناسایی بیماران در بخش‌های درمانی و هم‌چنین ضرورت کسب رضایت آگاهانه قبل از هرگونه اقدام درمانی یا تشخیصی تهاجمی، توجه بیشتر به استقرار سیستم هموویژلانس و آموزش مفاهیم ایمنی بیمار به مدیران و کارکنان با توجه به ارتباط بسیار نزدیک و تاثیر متقابل آموزش و ارائه خدمات بالینی ایمن بر یکدیگر و پیاده سازی سیستم مدیریت ایمن دفع پسماندها در گروه استانداردهای محیط ایمن.

امید می‌رود با نهادینه شدن فرهنگ ایمنی بیمار، محوریت قرار دادن بیماران در شیوه ارائه خدمات، آموزش کارکنان و بیماران و رفع موانع قانونی شاهد افزایش میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در سطح کشور باشیم. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله عدم همکاری لازم در راستای ارزیابی و تکمیل چک لیست‌ها بود.

قدردانی

از همکاری صمیمانه کلیه کارکنان مراکز آموزشی درمانی شهر رشت در بخش‌های مراقبت ویژه و جراحی که پژوهشگران را در این مطالعه یاری نمودند تشکر و قدرانی می‌نماییم.

References

- 1- Augustine A, (translators: Pourhossein M, Raisi MT). Six Sigma and its tools. 1st ed. Tehran: The optimize quality processor consultants company 2005; 156-69. [Persian]

- 2- Maqary J. [Patient safety culture questionnaire validation and patient safety culture assessment from the perspective of nurses, doctors, laboratory staff and Radiology of general Hospital of Tehran University of Medical Sciences] [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
- 3- Azami A, Akbarzade K., Assessment of patient satisfaction of care in Ilam hospitals. Ilam University of Medical Sciences Journal 2006; 12 (44-45): 10-16. [Persian]
- 4- Movahedkar E, Arab M, Akbarisary A, Hoseini M, Evaluation of patient perception in the clinical departments in public hospitals of Tehran University of Medical Sciences to participate in treatment decisions and patient safety. Tehran University of Medical Sciences Journal 2011; 11(1): 29 -37. [Persian]
- 5- Sadooghi F, Ahmadi M, Moghadassi H, Sheikh Taheri A, Patient Safety Information System: Objectives, Structure and tasks. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2011; 85(21): 174-188. [Persian]
- 6- Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Report Brief. Patient Safety :Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press. [Cited 2003 Nov 20]. Available from: <http://www.iom.edu/Reports/2003/Patient-Safety-Achieving-a-New-Standard-for-Care.aspx>
- 7- Stary N., What is Clinical Governance? Center for primary care. University of Derby 2001; 12(1): 1-8.
- 8- Health council of Canada. Health care renewal in Canada. [Cited 2005 Sept25]. Available from: <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/>
- 9- El.Jardali F, Jaafar M, Dimassi H, Jamal D, Hamdan R, the current state of patient safety culture in Lebanese hospital: a study at baseline. Journal for quality in health care 2010; 22(5):386-395.
- 10- Wachter RM, Understanding Patient Safety. 2nd ed. New York: Mc Graw Hill, 2008: 258-66.
- 11- Vozikis A, Information management of medical errors in Greece: The MERIS proposal. Inter Journal Information Management 2009; 29(1): 15-26.
- 12- Herzer K.R, Mark L.J, Michelson J.D, Saletnik L.A. Lundquist C.A, Designing and implementing a comprehensive quality and patient safety management model: a paradigm for perioperative improvement 2008; 4(2): 84-92.
- 13- Aspden P, Corrigan J.M, Wolcott J, Erickson Sh. M. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: Institute of Medicine 2004; 9(4): 331-339.
- 14- Koutantji M, Wallace L, Spurgeon P, Rejman M, Healey A, et al, Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety. Qual Saf Health Care 2009; 18(1):11-21.
- 15- Byers J.F, White S, Patient safety principles and practice. New York: Springer Publishing Company 2004; 12(2): 12-22.
- 16- Ravaghi H. [Assessment of organizational culture]. Summary of Clinical Governance Conference. Tehran: Iran University of Medical Sciences 1389; 13(1): 65-71. [Persian]

- 17- Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on safety culture: comparative database report. USA: department of health and human services. 7th ed, 2009.
- 18- Ravaghi H, Sadat M, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor P, Assessment of Patient Safety in Hospitals. 1st edition. Tehran: Ministry of health and medical education, 2011. [Persian]
- 19- Ministry of Health and Medical Education, Office of hospital management and clinical service excellence. Patient safety, patient rights and our responsibilities. [Cited 2011 January 2]. Available from: http://www.mums.ac.ir/btom/fa/a_modiran0806
- 20- Janghorbani M, Raisi AR, Dehghani, S, Mousavi A, Assessment the status of Shahid Beheshti hospital operating room safety based on standards of patient safety friendly Hospitals .Esfahan: health information management Journal 2011; 9 (7): 1066-1071.
- 21- Foruzan F, Hatam N, Keshtkar V, Keshtkaran A, Assessment the patient's safety culture From the perspective of nurses in educational hospitals in Shiraz and offer solutions to improve the current situation. [Cited 2010 January 22]. Available from: <http://www.sums.ac.ir/opac-download-thesis>.
- 22- Fathi M, Assessment the status of safety in University of Medical Sciences and Health Services, Kurdistan: Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2002; 26(1): 37-41.
- 23- Sabahi bidgoli M, Shahri S, Kebriai A, Seyedi H.R, Sarafraz Z, Assessment the status of patient safety in Kashan hospitals. Kashan: Health Promotion Management Journal 2011; 1(1): 62-73.
- 24- Mousavi M.H, Dargahi H, Hasibi M, Mokhtary Z, Shaha Gh, Assessment of safety standards in the operating room in Tehran University of Medical Sciences hospitals, Tehran: Journal of Tehran Faculty of Paramedical Health Sciences 2010; 5(2): 10-17.
- 25- Abdi Zh, Malaki M.R, Khosravi A, Staff perceptions of patient safety culture in hospitals of Tehran University, Tehran: Quarterly monitoring 2011; 10(4): P. 411-419.

Assessment of Patient Safety Based on Standards of Patient Safety Friendly Hospitals in Education and Treatment Centers of Rasht City in 2013

Asefzade S, Mehrabian F, Nikpey A, *Kianmehr SH

Received: 2013/7/12

Accepted: 2013/8/26

Abstract

Introduction: Patient safety is a global concern in all areas of health care. In addition to inflict pain on humans, unsafe care, also brings heavy economic costs. Our study aimed to evaluate patient safety in education and treatment centers of Rasht city in 2013.

Method: This cross-sectional, descriptive study was undertaken in the summer of 2013. All educational centers in Rasht with PSFH¹ guidelines (choice of hospital wards, patients and staff interviewed intelligently) were evaluated. Data was collected by mandatory standards of patient safety friendly Hospitals checklist and analyzed by SPSS software and descriptive statistical parameters.

Results: Average score for rule and leadership was 64%. In community participation and interaction with patients 36%, in evidence-based clinical services 63%, in safe and secure environment 93%. The average overall safety score was 64% and showed an average performance.

Conclusion: Patient safety status in studied centers is not desired. Identifying and concentrating more on patients compliance and consent before any treatment is recommended.

Keywords: Safety, Patient, Standard

Corresponding author: Kianmehr SH, Public Health School, Qazvin University Of Medical Sciences, Iran. Shila.Kianmehr@Gmail.Com

Asefzade S, Department of Health Services Management, Public Health School, Qazvin University of Medical Sciences, Iran.

Mehrabian F, Public Health School, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Nikpey A, Department of Occupational Health, Public Health School, Qazvin University of Medical Sciences, Iran.