

چکیده

مقدمه و هدف

با وجود اهمیت ایمنی بیمار در هنگام جابجایی‌های داخل بیمارستانی، مطالعه‌ای که نشان دهنده کیفیت جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران در ایران باشد، در دسترس نیست. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران، در بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقطعی و مشاهده‌ای بر روی ۱۰۰ نمونه تصادفی از جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران در بیمارستان شهید بهشتی کاشان و با استفاده از یک چک لیست محقق ساخته انجام شد. کیفیت انتقال با توجه به امتیاز کسب شده از چک لیست، به خوب، متوسط، ضعیف و نامطلوب تقسیم شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای t مستقل، کای اسکوئر و تست دقیق فیشر در نرم افزار SPSS 11.5 انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ مورد انتقال داخل بیمارستانی ۶۴ درصد برای مردان و ۳۶ درصد برای زنان انجام شد. کیفیت انتقال خوب و متوسط در زنان و انتقال نامطلوب در مردان بیشتر بود. کیفیت کلی انتقال در ۹ درصد موارد مطلوب، ۴۹ درصد متوسط و ۲۹ درصد موارد ضعیف و در ۱۳ درصد موارد نامطلوب بود. در مجموع، ۹ شاخص انتقال در کمتر از ۲۲ درصد موارد و ۶ شاخص در ۶۰-۴۳ درصد موارد و تنها ۳ شاخص در ۹۹ تا ۱۰۰ درصد موارد رعایت شد.

کیفیت جابجایی‌های داخل

بیمارستانی بیماران در

بیمارستان شهید بهشتی کاشان

- دکتر محسن ادیب حاج باقری^{۱*}
- محمدرضا افاضل^۲
- زکیه صفاری^۳

۱. دانشیار گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری دانشگاه

علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

Email:adib1344@yahoo.com

۲. مربی گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری دانشگاه

علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۳. دانشجوی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کاشان،

کاشان، ایران

بیش از ۹۰ درصد انتقالات داخل بیمارستانی با نقص همراه بود. این امر می تواند ایمنی و سلامت بیماران را در هنگام جابجایی و انتقال با مخاطره همراه نماید. توصیه می شود که خدمات

لازم حتی الامکان بر بالین بیمار انجام شود تا میزان جابجایی بیماران در بیمارستان کاهش یابد.

کلمات کلیدی

جابجایی بیمار، داخل بیمارستانی، کیفیت

Quality of intra-hospital patient transports in Kashans' Beheshti Hospital

- Mohsen Adib-Hajbaghery^{1☆}
- Mohammadreza Afazel²,
- Zakieh Safari³

Introduction

Despite the importance of patient safety during intra-hospital transports, no study is available about the quality of intra-hospital patient's transports in Iran. The present study aimed to evaluate the quality of intra-hospital patient's transports in Shahid Beheshti hospital, Kashan, Iran.

Methods

A cross-sectional observational study was conducted on a randomized sample of 100 patient's transports in Beheshti Hospital of Kashan. A checklist was prepared by the researchers and used for data collection. Based on the score obtained from the checklist, the quality of transport was classified into good, average, poor and unfavorable. Data were analyzed by descriptive

1. Ph.D, Associate professor, department of Medical-Surgical Nursing, faculty of nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran Email: adib1344@yahoo.com
2. MSN, Lecturer, department of Medical-Surgical Nursing, faculty of nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
3. Nursing student, faculty of nursing and midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

statistics using independent sample t-tests, chi-square and Fisher exact tests in SPSS 11.5.

Results: Findings of this study showed that

Of 100 cases of intra-hospital transports, 64% was done for men and 36% for women. The quality of transports was mainly at good and moderate levels for women while it was mainly unfavorable for men. Total quality of transports was good in 9%, moderate in 49%, poor in 29% and unfavorable in 13%. In general, 9 transport indexes were followed in less than 22% of cases and 6 in 43-60% of cases and only 3 indexes were followed in 99-100% of cases.

Conclusions

We concluded that, Over 90% of intra-hospital patient's transports were along with defects. This may threaten patient's security and health during transports. It is recommended that where possible, the necessary services should be done on the patient's bedside to decrease the frequency of intra-hospital transports.

Keywords

patient's transport, intra-hospital, quality

جابجایی بیماران از یک بخش بیمارستان به بخش یا سرویس مراقبتی دیگر به وفور انجام می‌شود. این جابجایی‌ها ممکن است برای دریافت خدمات بهتر و تخصصی، ادامه مراحل درمان در بخشی با امکانات بیشتر و یا به منظور انجام بررسی‌های تکمیلی انجام شود. اگرچه انتقال داخل بیمارستانی بیماران بطور روزمره صورت می‌گیرد، اما عملیاتی بالقوه خطرناک بوده و در بسیاری از موارد با افزایش عوارض و مرگ و میر بیمارستانی همراه است (۱). گزارشات مربوط به رویدادهای حین انتقال بیماران از ۲/۵ تا ۷۵ درصد در بیماران و بیمارستانهای مختلف متفاوت است (۲-۶). والد گزارش کرد که ۸/۱ درصد از این موارد با عوارضی همراه شده و در حدود نیمی از موارد اخیر منجر به مرگ شده است (۷). گزارش دیگری نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از بیماران در حین انتقال دچار تغییراتی در فشار خون، آریتمی و یا اختلالات اسید و باز شده اند (۲). یک مطالعه نیز گزارش داده که ۵۳ درصد از بیماران در طی انتقال دچار تغییراتی در علائم حیاتی شده و در ۱۱ درصد موارد نیز اختلالاتی در کارکرد دستگاههای متصل به بیمار ایجاد شده است (۸). یک مطالعه بر ۳۵ مورد انتقال بیمار از بخش ویژه نشان داده است که در ۶۶ درصد موارد، انتقال‌ها با عارضه همراه شده و این عوارض منجر به طولانی شدن زمان انتقال و مراقبت بیشتر شده است (۹). مطالعه دیگری نیز که بر روی ۹۷ مورد انتقال بیماران بدحال انجام شده است نشان داده که ۶۳ درصد از بیماران در حین انتقال دچار عارضه شده‌اند (۱۰). جستجوی منابع در مورد انتقالات داخل بیمارستانی نشان می‌دهد که این مسئله عمدتاً در ارتباط با بیماران بستری در بخشهای مراقبت ویژه مورد مطالعه قرار گرفته و تحقیق چندانی در مورد بیماران سایر

بخشها انجام نشده است. در یکی از معدود مطالعات انجام شده در مورد سایر بیماران، Szem و همکارانش به مقایسه عوارض و مرگ و میرهای حین انتقال در بیماران پرخطر و کم خطر در یک بیمارستان پرداخته و گزارش دادند که از نظر بروز مشکل در حین انتقال تفاوت معنی داری بین بیماران پرخطر و کم خطر وجود ندارد اما میزان مرگ و میر کلی در حین انتقال برای بیماران پر خطر بیشتر است (۱۱).

رویدادهای زمان انتقال بیماران ممکن است به سیستم یا به بیمار مربوط باشند (۵، ۱۲). کم تعداد و بی تجربه بودن کارکنان همراه بیمار، نامناسب بودن ارتباطات درون سیستم، تمام شدن باتری وسایل پرتابل، اختلال در کار تجهیزات و مانیتورها، اتمام اکسیژن پرتابل، و ناکافی بودن تجهیزات همراه بیمار، نمونه‌هایی از عوامل مربوط به سیستم بوده و باعث عدم مداخله مناسب یا تأخیر در مداخله و کاهش امنیت بیمار می‌شوند (۱، ۶، ۱۲). همچنین عواملی مانند بیقراری، وخامت و بی‌ثباتی وضعیت فیزیولوژیک (۴، ۵، ۱۳) و اورژانسی یا الکتیو بودن وضعیت بیمار (۳، ۱۴) از علل مربوط به بیمار هستند که عوارض و مرگ و میر بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند. Beckmann در بررسی ۱۹۱ حادثه رخ داده حین جابجایی بیماران، نقایصی همچون ضعف ارتباط، پایش ناکافی، نقص تجهیزاتی و اختلالات شدید فیزیولوژیک را بعنوان علل وقایع حین جابجایی ذکر نموده است (۱۲). Lovell نیز گزارش نموده است که ۴۵ درصد این عوارض مربوط به تجهیزات یا محیط نقل و انتقال، ۳۱ درصد مربوط به بیمار و ۱۵ درصد هم مربوط به هر دو عامل بوده و نتیجه‌گیری نموده است که بسیاری از این مشکلات از طریق ارتباط، برنامه‌ریزی و سازماندهی مناسب قابل پیشگیری هستند (۱، ۱۰).

حفاظت از بیماران در هنگام جابجایی از مسئولیت‌های همه اعضای تیم پزشکی و از جمله

پرستاران است و باید بر محور حفظ ایمنی، سلامت و کرامت انسانی بیمار و از طریق پایش و مداخله سریع انجام شود (۱۵-۱۶). این مقطع نه تنها برای بیماران، بلکه برای پرستاران با استرس زیادی همراه است (۶). با توجه به اهمیت ایمنی بیمار و ضرورت پیشگیری از عوارض بالقوه هنگام جابجایی و نیز فقدان مطالعه‌ای که نشان دهنده کیفیت انتقال بیماران در محیط‌های بیمارستانی ایران باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران، در بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد.

روش پژوهش

این مطالعه به روش مقطعی انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام انتقالات داخل بیمارستانی در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در طی سه‌ماهه آخر سال ۱۳۸۹ بود. از بین این موارد ۱۰۰ مورد جابجایی بیمار به صورت تصادفی به عنوان نمونه انتخاب و در طی فرآیند جابجایی مورد مشاهده قرار گرفت. به این منظور تاریخ‌هایی که مضر ۵ بود به عنوان ایام نمونه‌گیری انتخاب شد. سپس هر یک از شش عامل ثبت کننده داده‌ها (که آموزش لازم را برای مشاهده و ثبت داده‌ها دریافت کرده بودند) به طور همزمان در نوبت‌های کاری مختلف در بیمارستان حضور یافته و بصورت تصادفی در بین بخش‌های مختلف بیمارستان توزیع شده و مشاهده موارد جابجایی را تا تکمیل حجم پیش بینی شده نمونه انجام می‌دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها چک لیستی بود که محقق با استفاده از مطالعه کتابخانه‌ای طراحی نمود. این چک لیست شامل ۷ سوال درباره جنس و سن بیمار، زمان جابجایی، پرسنل همراهی کننده بیمار در حین جابجایی، وسیله انتقال بیمار، بخش مبدا و مقصد و نیز ۲۳ سوال بلی - خیر در مورد استانداردهای جابجایی بیمار بود. پاسخ بلی نشانگر رعایت استاندارد و پاسخ خیر نشانگر

عدم رعایت آن بود. چک لیست به سه قسمت آمادگی‌های قبل از جابجایی (۴ گویه)، اقدامات حین جابجایی (۱۴ گویه) و اقدامات پایان جابجایی (۵ گویه) تقسیم شده بود. روایی محتوای ابزار جمع‌آوری داده‌ها توسط ۱۲ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار از طریق محاسبه پایایی ارزیابان بررسی شد. به این منظور فرآیند جابجایی شش بیمار بطور همزمان توسط دو محقق مشاهده و ثبت گردید و همبستگی نتایج مشاهدات محاسبه شد. ضریب همبستگی نمرات ۰/۹۷ بود. به این منظور به پاسخ بلی برای هر گویه نمره ۲ و به پاسخ خیر نمره یک داده شد و هر چک لیست می‌توانست نمره‌ای بین ۴۶-۲۳ کسب نماید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت جابجایی بهتر بود. امتیازات حاصل به عنوان معیار قضاوت درباره کیفیت استفاده شد. در مواردی که ۸۱ درصد و بیشتر از امتیاز مربوطه کسب شد کیفیت خوب، در مواردی که بین ۸۰-۶۶ درصد امتیازات کسب شد کیفیت متوسط، در مواردی که ۶۵-۵۱ درصد امتیازات کسب شد کیفیت ضعیف و کسب امتیاز کمتر نامطلوب تلقی شد. ملاحظات اخلاقی این تحقیق به تصویب شورای پژوهشی دانشکده پرستاری رسید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای t مستقل و کای اسکور و تست دقیق فیشر در نرم افزار SPSS 11.5 انجام شد.

یافته‌ها

از ۱۰۰ مورد جابجایی ۶۴ درصد برای مردان و ۳۶ درصد برای زنان انجام شد. میانگین سن بیماران ۴۵/۴۸ سال (با انحراف معیار ۲۱/۴۵ سال) بود. امتیاز کیفیت جابجایی برای مردان ۲۶/۳±۲/۱ و برای زنان ۲۵/۷±۱/۹ بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نداشت. اما در مقایسه کیفیت‌های خوب، متوسط، ضعیف و نامطلوب،

بین دو جنس تفاوت معنی دار مشاهده شد ($p=0/01$) به طوری که کیفیت جابجایی خوب و متوسط در زنان و جابجایی نامطلوب در مردان بیشتر بود. ۸۲ درصد جابجایی‌ها در شیفت صبح، و نیز ۳۶ درصد از موارد جابجایی بدون وسیله و با پای خود بیمار و ۷۹ درصد موارد به مقصد اتاق عمل یا بخش رادیوگرافی انجام شد. در مجموع، ۴۵ درصد جابجایی‌ها توسط بیمار، ۳۴ درصد توسط پرستار و ۲۱ درصد توسط پرستار و بیمار (توأم) انجام شده است. در ۷۳/۵ درصد جابجایی‌هایی که توسط پرستار انجام شد کیفیت جابجایی متوسط یا خوب بود، در حالی که این

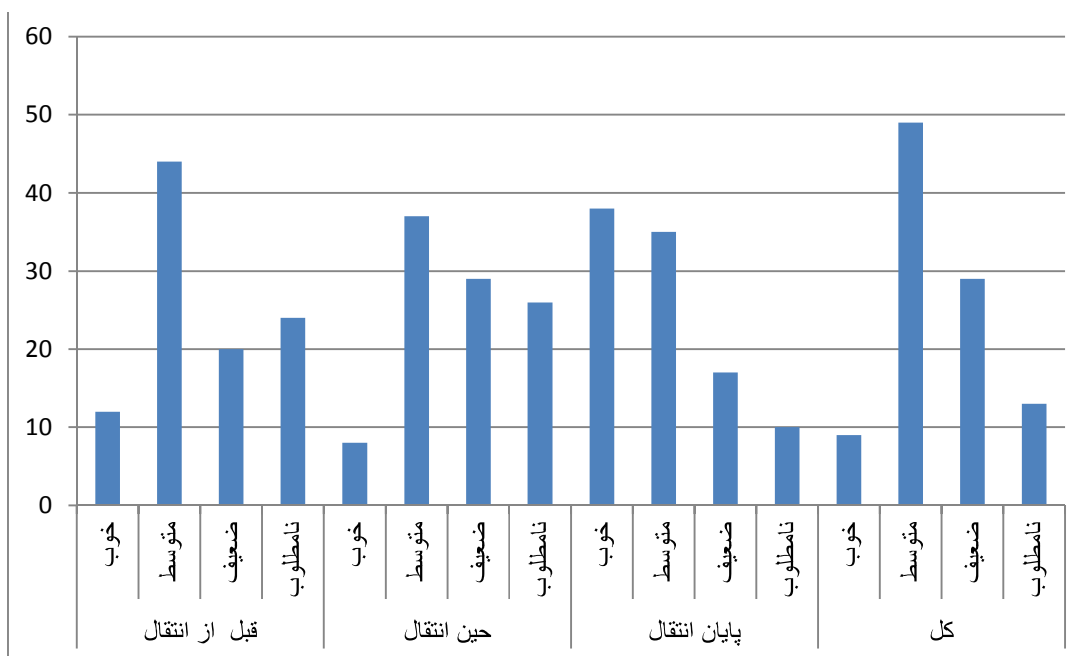
میزان برای جابجایی‌های انجام شده با حضور توأم پرستار و بیمار ۶۱/۹ درصد و با حضور بیمار بر تنها ۴۴ درصد بود. فراوانی جابجایی‌ها به ترتیب از بخش‌های جراحی ۴۳ درصد، اورژانس ۲۴ درصد و مراقبت‌های ویژه ۱۳ درصد بود. یافته‌ها نشان داد که کیفیت متوسط و خوب جابجایی برای بخش‌های مراقبت ویژه ۶۹ درصد، جراحی ۶۰ درصد و اورژانس ۵۴ درصد بوده در حالی که بیش از ۵۷ درصد جابجایی‌ها از بخش‌های طبی کیفیت ضعیف و نامطلوب داشته‌اند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع کیفیت کلی انتقالات داخل بیمارستانی بر حسب متغیرهای زمینه ای

| P | کیفیت کلی جابجایی | | | | متغیر مورد سنجش |
|------|----------------------|-------------------|--------------------|------------------|--|
| | نامطلوب (درصد) تعداد | ضعیف (درصد) تعداد | متوسط (درصد) تعداد | خوب (درصد) تعداد | |
| ۰/۰۱ | ۴ (۶/۲) | ۱۹ (۲۹/۷) | ۳۳ (۵۱/۶) | ۸ (۱۲/۵) | زن |
| | ۹ (۲۵) | ۱۰ (۲۷/۸) | ۱۶ (۴۴/۴) | ۱ (۲/۸) | مرد |
| ۰/۳۵ | ۱ (۹/۱) | ۳ (۲۷/۳) | ۵ (۴۵/۴) | ۲ (۱۸/۲) | زیر ۲۰ سال |
| | ۳ (۷/۳) | ۱۴ (۳۴/۱) | ۲۰ (۴۸/۸) | ۴ (۹/۸) | ۲۱ تا ۵۰ سال |
| | ۹ (۱۸/۷) | ۱۲ (۲۵) | ۲۴ (۵۰) | ۳ (۶/۳) | بالای ۵۰ سال |
| ۰/۶۰ | ۹ (۱۱) | ۲۲ (۲۶/۸) | ۴۳ (۵۲/۴) | ۸ (۹/۸) | صبح |
| | ۳ (۲۳/۱) | ۵ (۳۸/۴) | ۴ (۳۰/۸) | ۱ (۷/۷) | بعد از ظهر |
| | ۱ (۲۰) | ۲ (۴۰) | ۲ (۴۰) | ۰ | شب |
| ۰/۶۸ | ۳ (۸/۸) | ۶ (۱۷/۶) | ۲۰ (۵۸/۸) | ۵ (۱۴/۷) | پرستار |
| | ۷ (۱۵/۵) | ۱۸ (۴۰) | ۱۷ (۳۷/۸) | ۳ (۶/۷) | بیماربر |
| | ۳ (۱۴/۳) | ۵ (۲۳/۸) | ۱۲ (۵۷/۱) | ۱ (۴/۸) | پرستار و بیماربر |
| ۰/۳۳ | ۶ (۱۶/۷) | ۱۱ (۳۰/۵) | ۱۵ (۴۱/۷) | ۴ (۱۱/۱) | با پای خود |
| | ۵ (۲۶/۳) | ۵ (۲۶/۳) | ۸ (۴۲/۱) | ۱ (۵/۳) | با ویلچر |
| | ۱ (۵/۶) | ۵ (۲۷/۸) | ۱۰ (۵۵/۵) | ۲ (۱۱/۱) | با برانکارد |
| | ۱ (۳/۷) | ۸ (۲۹/۶) | ۱۶ (۵۹/۳) | ۲ (۷/۴) | با تخت |
| ۰/۶۸ | ۲ (۱۵/۴) | ۲ (۱۵/۴) | ۸ (۶۱/۵) | ۱ (۷/۷) | CCU و ICU |
| | ۳ (۱۲/۵) | ۸ (۳۳/۳) | ۱۲ (۵۰) | ۱ (۴/۲) | اورژانس |
| | ۴ (۹/۳) | ۱۳ (۳۰/۲) | ۲۰ (۴۶/۵) | ۶ (۱۴) | جراحی |
| | ۳ (۲۱/۴) | ۵ (۳۵/۷) | ۶ (۴۲/۹) | ۰ | طبی |
| | ۱ (۱۶/۷) | ۱ (۱۶/۷) | ۳ (۵۰) | ۱ (۱۶/۷) | سایر بخش‌ها (اطفال، اتاق عمل) |
| ۰/۷۰ | ۴ (۱۰) | ۹ (۲۲/۵) | ۲۱ (۵۲/۵) | ۶ (۱۵) | اتاق عمل |
| | ۶ (۱۶/۳) | ۱۷ (۴۵/۹) | ۱۲ (۳۲/۴) | ۲ (۵/۴) | رادیولوژی |
| | ۲ (۲۸/۶) | ۰ | ۵ (۷۱/۴) | ۰ | آنژیوگرافی |
| | ۱ (۱۲/۵) | ۲ (۲۵) | ۵ (۶۲/۵) | ۰ | داخلی |
| | ۰ | ۱ (۱۲/۵) | ۶ (۷۵) | ۱ (۱۲/۵) | سایر بخشها (جراحی، اورژانس (CCU و ICU) |

از مجموع بیماران جابجا شده ۱۱ درصد زیر ۲۰ سال، ۴۱ درصد بین ۲۰ تا ۵۰ سال و مابقی بالای ۵۰ سال سن داشتند ولی تفاوت معنی داری بین کیفیت کلی جابجایی در گروه‌های مختلف سنی مشاهده نشد ($p > 0.05$). کیفیت کلی جابجایی در ۹ درصد موارد مطلوب، ۴۹ درصد متوسط و ۲۹ درصد ضعیف و در ۱۳ درصد موارد

نامطلوب بود. همچنین کیفیت اقدامات قبل از جابجایی در ۴۴ درصد موارد ضعیف یا نامطلوب و کیفیت مراقبت‌های حین جابجایی در ۵۵ درصد موارد ضعیف یا نامطلوب و کیفیت مراقبت‌های پس از جابجایی در ۲۷ درصد موارد ضعیف یا نامطلوب بود (نمودار شماره ۱).



نمودار شماره ۱: کیفیت مراقبت کلی، قبل، حین و پس از جابجایی

به عبارت دیگر، میانگین امتیازات حاصله از میزان رعایت استانداردهای جابجایی برای اقدامات قبل از جابجایی ۸۳ درصد، برای اقدامات حین جابجایی ۴۲/۱ درصد و برای اقدامات پایان جابجایی ۴۳/۶ درصد بود. بارزترین نقص به بررسی وضعیت بالینی بیمار در حین جابجایی مربوط بود. همچنین، یافته‌ها نشان داد که ۹ شاخص استاندارد برای جابجایی در کمتر از ۲۲ درصد موارد و ۶ شاخص در ۶۰-۴۳ درصد موارد و تنها ۳ شاخص در ۹۹-۱۰۰ درصد موارد رعایت شده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میزان رعایت شاخص‌های نقل و انتقال ایمن در بیمارستان

| میزان رعایت % | شاخص‌های انتقال ایمن | |
|---------------|--|-----|
| ۱۰۰ | هماهنگی با بخش مورد نظر قبل از جابجایی | * |
| ۱۰۰ | قابل عبور بودن همه وسایل همراه بیمار از مسیرها و معابر | ** |
| ۹۹ | همراه بودن پرونده یا چارت مخصوص در حین جابجایی | ** |
| ۹۴ | ارائه اطلاعات کامل به بخش مقصد قبل از جابجایی | * |
| ۸۹ | حصول اطمینان از آمادگی بخش مقصد | * |
| ۷۲ | تحويل وسایل بیمار به بخش جدید | *** |
| ۶۵ | ترک نکردن بیمار توسط فرد همراهی کننده تا تکمیل فرایند جابجایی | ** |
| ۶۵ | اخذ رسید از محل جدید برای تحويل بیمار و وسایل در پایان جابجایی | *** |
| ۶۰ | آمادگی پرسنل همراهی کننده برای CPR در حین جابجایی | ** |
| ۵۸ | شناسایی بیمار در بخش مقصد و تحويل وی | ** |
| ۵۵ | رعایت اصول ایمنی (بالا بودن نرده تخت، همراه بودن وسایل ایمنی) در حین جابجایی | ** |
| ۵۵ | تحويل چارت یا برگه یا پرونده بیمار به مقصد و امضای آن | *** |
| ۴۹ | ثبت اطلاعات پایه (سن، VS، علت انتقال، تشخیص) قبل از انتقال در چارت یا پرونده | * |
| ۴۳ | صحت عملکرد یا بسته بودن سرم و کاتترهای وصل به بیمار در حین جابجایی | ** |
| ۲۲ | ارزیابی علائم حیاتی و وضعیت بیمار بلافاصله قبل از جابجایی | ** |
| ۲۲ | ثبت وضعیت بالینی در طول انتقال یا بلافاصله قبل از تحويل بیمار | ** |
| ۲۰ | امن بودن اسانسور یا مسیر جابجایی | ** |
| ۱۷ | وجود چارچوب و برنامه زمانی برای جابجایی | ** |
| ۱۶ | همراه بودن تجهیزات لازم (داروهای اورژانسی، لارنگوسکوپ، لول تراشه، امبو، کپسول اکسیژن) در حین جابجایی | ** |
| ۱۵ | توضیح به بیمار درمورد محل جدید و انتظارات در پایان جابجایی | *** |
| ۱۱ | بررسی VS، حال عمومی و عملکرد تجهیزات هنگام تحويل و پایان جابجایی | *** |
| ۱۱ | توضیح وقایع زمان انتقال به فرد تحويل گیرنده هنگام تحويل بیمار | ** |
| ۲ | بررسی وضعیت بالینی بیمار در حین جابجایی | ** |

* موارد مربوط به قبل از انتقال ** موارد مربوط به حین انتقال *** موارد مربوط به پایان انتقال

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس دانش محققان، تحقیق حاضر اولین مطالعه در زمینه کیفیت جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران در ایران است. این امر نشان می‌دهد که موضوع جابجایی داخل بیمارستانی با وجود اهمیت، مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. جستجو در منابع نیز نشان می‌دهد که این موضوع در سایر کشورها نیز کمتر مورد بررسی قرار گرفته و مطالعات انجام شده نیز عمدتاً در ارتباط با بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بوده‌اند. این درحالی است که معمولاً در

زمان جابجایی، خطرات بالقوهای بیماران را تهدید می‌کند (۱) زیرا در بیشتر مواقع امکانات لازم برای حمایت از بیمار در دسترس نیست. درحالی که براساس استانداردها سطح حمایت و مراقبت از بیمار در طی این جابجایی‌ها باید با زمان بستری و استقرار او در بخش یکسان باشد (۶). تحقیق حاضر نشان داد که کیفیت کلی جابجایی‌های داخل بیمارستانی بیماران در بیش از ۹۰ درصد موارد دارای ضعف‌هایی بوده است. بارزترین موارد نقص نیز در مورد بیماران مرد، بیماران بالای ۵۰ سال، جابجایی در نوبت کاری

عصر و شب، جابجایی با ویلچر و جابجایی از بخش‌های طبی و یا به مقصد بخش آنژیوگرافی مشاهده شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که کیفیت و نحوه جابجایی داخل بیمارستانی بیماران به توجه بیشتر نیاز دارد. مطالعات منتشر شده درباره جابجایی بیماران به خارج از ICU نشان می‌دهد که ۷۰ درصد این جابجایی‌ها با رویدادها و عوارضی همراه بوده است (۵، ۱۰، ۱۷). یک مطالعه نیز نشان داده است که دو سوم بیماران در طی جابجایی عوارض و اختلالات فیزیولوژیکی را تجربه می‌کنند (۱۸).

مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین ضعف در کیفیت جابجایی بیماران در مرحله حین جابجایی رخ داده به نحوی که بیش از نیمی از موارد کیفیت این برهه ضعیف و نامطلوب بوده و تنها در ۸ درصد موارد کیفیت مراقبت در حین انتقال خوب بوده است. تحقیق حاضر همچنین نشان داد که شایع‌ترین نقایص در جابجایی بیماران، به قصور کارکنان در ایفای نقش مراقبتی خود بویژه ارزیابی و پایش سلامت بیمار در طی مراحل جابجایی و ثبت و مستندسازی داده‌های مؤثر بر سلامت بیمار مربوط بوده است، به گونه‌ای که در بیش از ۷۰ درصد موارد، نقص مشاهده شده به این حیطه تعلق داشته است. این یافته با گزارش Beckmann و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر این که در حدود دو سوم از وقایع حین جابجایی به نقص در ایفای نقش کارکنان از جمله ضعف ارتباط و پایش ناکافی مربوط بوده است همخوانی دارد (۱۲). همچنین، بیشتر جابجایی‌هایی که توسط پرستار (به تنهایی) انجام شده کیفیت بهتری از جابجایی‌های انجام شده با حضور توأم پرستار و بیماربر و یا بیمار بر تنها داشته است. این موضوع ممکن است ناشی از عدم تبیین شرح وظایف و مسئولیت‌های هر یک از عوامل جابجایی باشد.

تحقیق حاضر نشان داد که لحاظ نکردن شرایط ایمن برای جابجایی بیماران از نقایص قابل توجه بوده به‌گونه‌ای که در بیش از ۸۰ درصد موارد، فرآیند جابجایی بدون در دسترس بودن تجهیزات اورژانسی (مانند دارو، وسایل لوله‌گذاری نای و اکسیژن) انجام شده است. اگرچه مطالعه مشابهی در دسترس نیست اما Lovell و همکاران (۲۰۰۱) گزارش نمودند که ۶۲ درصد جابجایی‌های بیماران در خارج از بیمارستان با عوارض همراه بوده که ۴۵ درصد از این عوارض به نقص تجهیزات مربوط بوده است (۱۰).

بیش از ۹۰ درصد از موارد جابجایی داخل بیمارستانی در تحقیق حاضر با نقص همراه بوده و این امر می‌تواند ایمنی و سلامت بیماران را در هنگام جابجایی با مخاطره همراه نماید. لذا توصیه می‌شود با تدارک خدمات لازم بر بالین بیمار، میزان جابجایی بیماران به حداقل کاهش یابد. همچنین توصیه می‌شود برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای ارتقاء دانش و بهبود عملکرد پرسنل جابجا کننده برگزار شود.

باتوجه به این که تحقیق حاضر برای اولین بار و فقط در یک مرکز بیمارستانی انجام شده است، توصیه می‌شود مطالعات مشابهی برای روشن شدن وضعیت در سایر مراکز و شهرها صورت گیرد. همچنین، اگرچه بخش مبدا و مقصد جابجایی در تحقیق حاضر مورد توجه قرار گرفته است اما نوع بیماری مورد توجه قرار نگرفته است. این امر ممکن است به عنوان یک متغیر مداخله گر بر نتایج تاثیر داشته باشد. لذا توصیه می‌شود تا در مطالعات آینده، نوع بیماری نیز مورد توجه قرار گیرد.

References

1. Warren J, Fromm REJ, Orr RA, Rotello LC, Horst HM, American College of Critical Care

- Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med* 2004; 32(1):256-262.
2. Braman SS, Dunn SM, Amico CA, Millman RP. Complications of intrahospital transport in critically ill patients. *Ann Intern Med* 1987; 107(4):469-473.
3. Lahner D, Nikolic A, Marhofer P, Koinig H, Germann P, Weinstabl C, Krenn CG. Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients: experience in an Austrian university hospital. *Wien Klin Wochenschr* 2007; 119(13-14):412-416.
4. Gillman L, Leslie G, Williams T, Fawcett K, Bell R, McGibbon V. Adverse events experienced while transferring the critically ill patient from the emergency department to the intensive care unit. *Emerg Med J* 2007; 23(11):858-861.
5. Zuchelo LTS, Chiavone PA. Intrahospital transport of patients on invasive ventilation: cardiorespiratory repercussions and adverse events. *J Bras Pneumol* 2009; 35(4):367-374.
6. Day D. Keeping Patients Safe During Intrahospital Transport. *Critical Care Nurse* 2010; 30(4):18-32.
7. Waddell G. Movement of Critically Ill Patients Within Hospital. *British Medical Journal* 1975; 2:417-419.
8. Evans A, Winslow EH. Oxygen saturation and hemodynamic response in critically ill, mechanically ventilated adults during intrahospital transport. *Am J Crit Care* 1995; 4:106-111.
9. Doring BL KM, Lovasik DA, Thayer T. Factors that contribute to complications during intrahospital transport of the critically ill. *J Neurosci Nurs* 1999; 31(2):80-86.
10. Lovell MA, Mudaliar MY, Klineberg PL. Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. *Anaesth Intensive Care* 2001; 29(4):400-405.
11. Szem JW, Hydo LJ, Fischer E, Kapur S, Klemperer J, Barie PS. High-risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary "road trip". *Crit Care Med* 1995; 23(10):1660-1666.
12. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Wu AW, Pronovost P. Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. *Intens Care Med* 2004; 30:1579-1585.
13. Papsen JPN, Russell KL, Taylor DM. Unexpected events during the intrahospital transport of critically ill patients. *Acad Emerg Med* 2007; 14:574-577.
14. Voigt LP, Pastores SM, Raouf ND, Thaler HT, Halpern NA. Review of a large clinical series: intrahospital transport of critically ill patients: outcomes, timing, and patterns. *J Intens Care Med* 2009; 24(2):108-115.
15. Basvanthappa BT. *Fundamentals of Nursing*. New Dehli: Jaypee brothers; 2002. p. 247-248.
16. Black JM, Jacobs EM. *Medical Surgical Nursing*. 5th ed Philadelphia: WB Saunders Co; 1997. p. 465.
17. Waydhas C. Intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med* 1999; 3(5):R83-R89. 83.
18. Green JA. *Intrahospital Transport of Surgical Patients: Guidelines for Reducing Risks of the "Road Trip"*. 2004. available at: <http://www.vipcs.org/fellowship/2004/green.pdf>. [cited 2011 august 15].