

An Audit of Safety Measures of Pediatric Wards

Kord Z¹, Shahani P *², Dibirian A², Rasuli M², Zayeri F³

1. Department of Pediatric Nursing, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

2. Department of Pediatrics, Faculty of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. Iran.

3. Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran. Iran.

* *Corresponding Author.* Tel: +989128704806 E-mail: nursnovine@yahoo.com

Received: Jun 28, 2015 Accepted: Oct 17, 2015

ABSTRACT

Background & objectives: Providing the health care service accompanies with a degree of risk. Since attaining comprehensive safety requires a preliminary evaluation of the present situation, this study aimed to determine the safety status of children admitted to the hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran.

Methods: This cross-sectional and descriptive study was performed in the medical and surgical wards of the Mofid children Hospital in Tehran during 2013-2014. A researcher made observation-based checklist about children's safety was used to collect the data about equipments' safety, physical environment and nursing cares. Based on the achieved scores, hospital's safety conditions were categorized into three groups of favorable, relatively favorable, and unfavorable.

Results: Data analysis showed the adherence of children settings to safety measures. Regarding equipment's safety, 77.6% was favorable, 45.6% of physical environment scored as relatively favorable, and 66.5% of nursing cares graded as favorable.

Conclusion: This study showed that the safety state of pediatric wards of the Mofid hospital affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences was desirable in equipments and the safety status of the physical environment; nevertheless nursing care measure was moderate which can lead to problems and hazards for patients. Finally, reinforcing the safety measures in the three criteria is necessary to decrease the risks and subsequently improvement of safety in hospital.

Keywords: Patient Safety, Pediatric Hospital, Safety Audit.

ارزیابی وضعیت ایمنی کودکان به روش ممیزی در بخش‌های کودکان

زینب کرد^۱، پریا شاهانی^{۲*}، اکرم دبیریان^۲، مریم رسولی^۲، فرید زایری^۳

۱. گروه پرستاری اطفال، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، اهواز، ایران

۲. گروه پرستاری اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۸۷۰۴۸۰۶ ایمیل: nursnovine@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: برنامه ریزی جهت ارائه خدمات سلامت، معمولاً با میزانی از خطر همراه است. از آنجا که دستیابی به یک ایمنی فراگیر مستلزم برآوردی مقدماتی از وضعیت کنونی است، لذا پژوهش حاضر با ارزیابی وضعیت اصول ایمنی کودکان بستری در بخش‌های کودکان بیمارستان منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲-۹۳ انجام شد. **روش کار:** این مطالعه از نوع مقطعی و توصیفی بود که در بخش‌های داخلی و جراحی کودکان بیمارستان مفید در سال ۱۳۹۲-۹۳ انجام شد. داده‌ها از طریق مشاهده و چک لیست‌های محقق ساخته ایمنی کودک از نظر تجهیزات بخش، محیط فیزیکی و مراقبت‌های پرستاری جمع‌آوری گردید. بر اساس نمرات کسب شده وضعیت ایمنی در سه دسته شامل وضعیت مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب تقسیم بندی شد. نتایج با استفاده از SPSS-19 و روش‌های آماری توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان اجرای ایمنی کودک در رابطه با تجهیزات موجود در بخش ۷۷/۶ درصد (مطلوب)، محیط فیزیکی ۴۵/۶ درصد (نسبتاً مطلوب) و در رابطه با مراقبت‌های پرستاری ۶۶/۵ درصد (مطلوب) بود.

نتیجه‌گیری: وضعیت ایمنی بیمارستان مورد بررسی به ویژه در حیطه محیط فیزیکی در سطح نسبتاً مطلوب قرار دارد که ممکن است باعث خطراتی برای کودکان شود. بنابراین برای کاهش خطرات و ارتقای وضعیت ایمنی بیمارستان در زمینه‌های دارای ضعف انجام تمهیدات و مداخلات لازم ضروری می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی بیمار، بیمارستان اطفال، ممیزی ایمنی

دریافت: ۹۴/۴/۷ پذیرش: ۹۴/۷/۲۵

مقدمه

سلامتی بزرگترین سرمایه بشری است. در اسناد بین‌المللی و حقوق بشری حق سلامت انسان در زمره حقوق بنیادین بشری است که احقاق این حق منوط به فراهم آوردن تسهیلات بهداشتی و درمانی مناسب جهت بازیابی سلامت افراد بیمار می‌باشد. در عین حال این مسأله بسیار حائز اهمیت است که نظام حقوقی تا چه حد به ایمنی بیمار توجه می‌کند (۱). ایمنی بیمار یکی از ارکان اصلی مراقبت‌های سلامت و به معنی پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامتی

است (۲،۳). منظور از ایمنی درجه رهایی و خلاصی از خطر غیر قابل قبول یک آسیب یا خطر می‌باشد (۴). امروزه ایمنی بیمار یکی از مباحث مهم جامعه پزشکی و سازمان بهداشت جهانی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت متأثر می‌سازد (۵). ایمنی بیمار صرفاً منحصر به ارائه مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی مناسب حین درمان نیست، بلکه از لحظه ابتلای فرد به بیماری تا پایان مراحل درمان و همچنین پس از آن، بیمار در تمام ابعاد زندگی

ممیزی^۱ نوعی ابزار کنترل است که یکی از کاربردهای آن ارتقای ایمنی بیمار می‌باشد. برنامه ایمنی بیمار که اجرای آن در بیمارستان‌ها آغاز گردیده است، این اطمینان را ایجاد می‌کند که ایمنی بیمار به عنوان یک اولویت ضروری پذیرفته شده و بیمارستان‌ها و کارکنان بهترین عملکرد را در این راستا دارند (۱۳). استفاده از ممیزی به عنوان یک ابزار بهبود کیفیت ایمنی بیمار را افزایش می‌دهد و شواهدی از ارزیابی فرایندهای داخلی و خارجی می‌باشد. گزارش‌های ممیزی بالینی می‌تواند در شناسایی خطرات و کاهش آنها کاربرد داشته باشد (۱۴)، در این رابطه ممیزی بالینی مکانیسمی با سابقه طولانی برای پایش عملکرد کارکنان و شناسایی خطاهاست (۱۵،۱۶).

اجرا و گسترش برنامه ایمنی بیمار از اولویت‌های مهم نظام بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۰ بود. از طرفی دستیابی به یک ایمنی فراگیر مستلزم برآوردی مقدماتی از وضعیت کنونی است. لذا پژوهش حاضر با هدف «ارزیابی وضعیت ایمنی کودکان به روش ممیزی در بخش‌های کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲» انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است که با روش جمع‌آوری هدایت شده، در بخش‌های داخلی و جراحی کودکان بیمارستان مفید وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۹۳-۱۳۹۲ انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل بخش‌های جراحی ۱، جراحی ۲، عفونی، خون و اعصاب، گوارش و نفرولوژی بیمارستان مفید بود. به منظور مشاهده شرایط و به منظور تعیین وضعیت موجود از نظر ایمنی بیمار و تطبیق آن با استانداردهای متداول، چارچوب مشاهده به صورت ۳ چک‌لیست

فردی و اجتماعی به عنوان یک شهروند باید از امنیت جسمی، روانی و اجتماعی برخوردار گردد و نظام حقوقی نمی‌تواند امنیت این افراد را به خصوص در زندگی اجتماعی و تعامل با اطرافیان پزشک و مردم نادیده بگیرد (۶). در این میان خطاهای پزشکی یکی از مشکلات جدی در سلامت عمومی و تهدیدی برای ایمنی بیماران محسوب می‌شود (۱). در این راستا بهترین راه پیشگیری از خطاهای پزشکی، شناسایی خطاها، شناسایی علل ریشه‌ای و سیستمی خطاها، یادگیری از آنها و اصلاح نظام مراقبت در راستای جلوگیری از تکرار این خطاهاست (۷). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه در فناوری و مهارت‌های مراقبت سلامت هنوز هم بسیاری از بیماران در اثر خطاهای پزشکی دچار آسیب یا مرگ می‌شوند (۸،۹). شعار روز جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹ با عنوان «ایمن سازی بیمارستان‌ها در شرایط اضطراری» جهت تاکید بر این موضوع از سوی سازمان بهداشت جهانی نامگذاری شد. به علاوه، ایمنی بیمارستان‌ها یکی از مهمترین ارکان مدیریت پیشرفته واحدهای درمانی است که به لحاظ اقتصادی، انسانی و اخلاقی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و رعایت اصول ایمنی و بهداشت در بیمارستان‌ها منجر به افزایش اثربخشی فعالیت‌ها، کارایی و در نهایت بهره‌وری می‌شود (۱۰). کودکان بستری در مقایسه با بزرگسالان، بیشتر در معرض عوارض ناشی از خطاها بوده و ایمنی آن‌ها بیشتر به مخاطره می‌افتد (۱۱). پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارائه دهنده سلامت را تشکیل می‌دهند که مسئولیت اصلی آنها به خصوص پرستاران کودکان، ارائه خدمات پرستاری ایمن به کودک و خانواده است، براساس وظایف تعریف شده پرستار با تکیه بر منشور حقوق پرستاری مبتنی بر فرایند ایمنی و استانداردهای مراقبت تلاش و پیگیری برای برنامه‌ریزی و اجرای تدابیر پرستاری به منظور حفاظت کودک از صدمات ناشی از حوادث و خطرات جسمی در زمان بستری بر عهده پرستار است (۱۲،۱۳).

¹ Audit

جهت تعیین روایی چکلیست‌های ایمنی «تجهیزات»، «محیط فیزیکی» و «مراقبت پرستاری» از روش شاخص روایی محتوا و صوری استفاده شد. به این منظور عبارات چکلیست‌ها پس از طراحی توسط ۱۰ نفر از متخصصین پرستاران شاغل و اعضای هیئت علمی پرستاری از نظر واضح بودن، ساده بودن و مربوط بودن محتوای سوالات مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت و نظرات بعد از جمع‌بندی در چکلیست‌ها اعمال گردید. شاخص روایی محتوا برای هر یک از موارد مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن حداقل ۷۵ درصد در نظر گرفته شد. روایی تمام عبارات بالای ۷۵ درصد بودند و هیچ یک از عبارات حذف نشدند و فقط طبق نظرات متخصصین تغییرات پیشنهاد شده اعمال گردید. برای بررسی پایایی چکلیست از روش محاسبه ضریب توافق بین مشاهده‌گرها استفاده شد. به این منظور چکلیست در اختیار مشاهده‌گر دومی که از نظر دقت عمل، مهارت، دانش و آگاهی همانند پژوهشگر بود قرار داده شد. دو مشاهده‌گر چکلیست‌ها را در یک زمان، یک بخش و برای ۱۰ مرتبه تکمیل کردند و سپس بین نمرات حاصل از مشاهده‌ها ضریب همبستگی محاسبه گردید ($ICC = 0/96$)^۱ هر عبارت چکلیست دارای سه گزینه اجرای مطلوب (۲)، اجرای نامطلوب (۱) و عدم اجرا (۰) بود. در نهایت پس از وارد نمودن داده‌ها نمرات کلی که بین ۱۰۰-۶۶/۶ درصد مطلوب، ۶۶/۵-۳۳/۱ درصد نسبتاً مطلوب و نمرات کمتر از ۳۳ درصد نامطلوب تقسیم‌بندی شد. در این پژوهش از روش مشاهده هدایت شده و نمونه‌گیری زمانی و نمونه‌گیری از رویداد استفاده شد. در نمونه‌گیری زمانی، مشاهده‌ها در زمان‌های خاصی که رویداد مورد نظر به صورت ثابت در آن زمان اتفاق می‌افتد انجام می‌شود. نمونه‌گیری از رویداد به دانش پژوهشگر نسبت به موقعیت و

ایمنی کودک از نظر تجهیزات بخش، محیط فیزیکی و مراقبت‌های پرستاری تهیه گردید. اطلاعات چکلیست براساس فرم ارزشیابی معاونت سلامت وزارت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی اعلام شده توسط معاونت درمان و دارو، استانداردهای موجود در کتب مرجع فارسی و انگلیسی پرستاری، پزشکی، مقالات موجود در سایتهای معتبر علمی دنیا و پروتکل‌های موجود در بیمارستان تهیه گردید (۲۱-۱۷). چکلیست ایمنی «تجهیزات» شامل ۴۹ عبارات نظیر توالی اورژانس (۵ مورد)، ایمنی تجهیزات عمومی (۹ مورد)، ایمنی یخچال‌های بخش (۲ مورد)، ایمنی تجهیزات مانیتورینگ (۵ مورد)، ایمنی تجهیزات تنفسی (۲۲ مورد)، ایمنی تجهیزات تهاجمی (۲ مورد) و ایمنی تجهیزات داخل عروقی (۴ مورد) بود. تکمیل این چکلیست‌ها نیز از طریق مشاهده تجهیزات بخش، محیط فیزیکی و مراقبت‌های پرستاری انجام شد.

چکلیست ایمنی «محیط فیزیکی» شامل ۱۵ عبارت شامل کلیدها و پریزهای برق، حفاظ و توری پنجره‌ها، ایمن بودن کف بخش از نظر عدم لغزندگی، سیستم زنگ اخبار، نرده کنار تخت، وسایل ثابت کننده ایمن برای کودکان، استفاده از وسایل ایمن در حمل کودکان، اطلاع از رژیم کودکان از طریق تابلو بالای سرشان، توجه به موارد آلرژی در کودکان، داشتن دستبند شناسایی، امکان تردد آزادانه با صندلی چرخدار، دسترسی والدین به زنگ اخبار در حمام و توالت بود. چکلیست ایمنی «مراقبت پرستاری» با ۳۳ عبارت شامل هویت کودکان (۳ مورد)، علائم حیاتی (۶ مورد)، ایمنی هنگام تغییر شیفت (۷ مورد)، ایمنی در ثبت اطلاعات پرونده (۳ مورد)، ایمنی در کاردکس نویسی (۶ مورد)، ایمنی در سرم درمانی (۵ مورد)، ایمنی در حمل و نقل کودکان (۳ مورد) بود.

¹ Intra-Class Correlation Coefficient

مراقبت‌های پرستاری تأثیر بگذارد، مشاهده‌گر با حضور مستمر و بدون چکلیست در کنار پرستاران این محدودیت را برطرف کرد و پرستاران نمی‌دانستند که حضور ایشان برای انجام تحقیق و روند مطالعه است. نتایج با استفاده از SPSS-19 و روش آماری توصیفی انجام شد.

یافته‌ها

اجرای استانداردهای ایمنی کودک در بخش کودکان بر اساس چکلیست تجهیزات در کل حیطة‌های مورد پژوهش در ۷۷/۶ درصد موارد به صورت مطلوب بود (جدول ۱). ایمنی کودک در رابطه با ترالی اورژانس ۶۶/۶ درصد، تجهیزات عمومی، ۶۴/۸، یخچال ۱۰۰ درصد، تجهیزات ۸۰ درصد، تجهیزات تنفسی ۷۸ درصد، تجهیزات ته‌اجمی ۱۰۰، تجهیزات داخلی عروقی در ۷۵ درصد مطلوب بود. اجرای استانداردهای ایمنی کودک در بخش کودکان در رابطه با ایمنی محیط فیزیکی کودکان در ۴۵/۶ درصد و مراقبت‌های پرستاری در ۶۶/۵ درصد به صورت مطلوب انجام می‌شود.

ایمنی کودک در بخش کودکان در حیطة کنترل هویت کودکان در ۱۰۰ درصد از موارد اصلاً انجام نمی‌شود. علائم حیاتی ۵۲/۱ درصد، ایمنی در هنگام تغییر شیفت ۸۵/۷ درصد، ایمنی در ثبت اطلاعات پرونده ۵۲ درصد، ایمنی در کاردکس نویسی در ۸۳/۱ درصد، ایمنی در سرم درمانی ۸۱/۲، ایمنی در حمل و نقل کودک در ۷۳/۷ درصد به صورت مطلوب بود (جدول ۲).

مراقبت‌های مرتبط با ایمنی کودک در بخش کودکان مطابق با "چکلیست ایمنی محیط فیزیکی" کودکان در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲، به جز مورد ۱۱ از وضعیت مطلوبی برخوردار بود (جدول ۳).

شرایط خاصی که رویداد مورد نظر در آن شرایط اتفاق می‌افتد، وابسته است. مشاهده‌ها در موقعیت‌های خاص اتفاق می‌افتد و لذا لازم است پژوهشگر در آن موقعیت برای ثبت مشاهده‌ها حضور داشته باشد (۲۲). در مورد چکلیست «مراقبت پرستاری» براساس بررسی متون، اندازه نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر خطای برآورد ۰/۰۵ بر اساس فرمول تعداد ۳۸۵ نمونه به دست می‌آید که با احتساب ریزش نمونه‌ها تعداد ۴۰۰ مشاهده برای این مطالعه در نظر گرفته شد. چکلیست مراقبت پرستاری در ۳۸۵ مشاهده توسط پژوهشگر تکمیل گردید. تعداد مشاهده‌ها برای چکلیست مراقبت پرستاری (چکلیست سوم) در بخش‌ها متناسب با اندازه بخش (تعداد تخت‌ها) انجام شد. بدین ترتیب در بخش جراحی ۱ با ۳۲ تخت ۷۴ مشاهده، بخش جراحی ۲ با ۲۰ تخت ۴۶ مشاهده، بخش خون و اعصاب با ۴۲ تخت ۹۶ مشاهده، بخش نفرولوژی با ۲۶ تخت ۵۹ مشاهده، بخش گوارش با ۲۶ تخت ۵۹ مشاهده، و بخش عفونی با ۲۹ تخت ۶۶ مشاهده انجام شد. چکلیست‌های تجهیزات و محیط فیزیکی، هر کدام برای حصول اطمینان ۵ بار در هر بخش مشاهده و تکمیل گردید. پس از اخذ معرفی‌نامه کتبی از مسئولان دانشگاه، پژوهشگر خود را به مرکز منتخب پژوهش معرفی نموده و اجازه مسئولان را کسب نمود، سپس با در دست داشتن چکلیست‌ها در دو شیفت صبح و عصر (صبح‌ها از ساعت ۷ صبح و بعد از ظهرها از ساعت ۱۳) و حتی در روزهای تعطیل و ۴-۳ روز در هفته به مدت ۳ ماه به عرصه‌های انجام پژوهش (شامل ۶ بخش بیمارستان منتخب آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: گوارش، خون و اعصاب، نفرولوژی، عفونی، جراحی ۱ و ۲) مراجعه کرده و به دلیل اینکه حضور مشاهده‌گر می‌توانست در روند انجام

جدول ۱. توزیع فراوانی میزان اجرای استانداردهای ایمنی کودکان در بخش‌های کودکان بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در رابطه با «چک‌لیست تجهیزات» به تفکیک حیطه‌های مورد پژوهش

درصد	تعداد	چک‌لیست تجهیزات		
۶۶/۶	۲۰	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ترالی اورژانس
۱۶/۷	۵	اجرای نامطلوب		
۱۶/۷	۵	عدم اجرا		
۱۰۰	۳۰	کل		
۶۴/۸	۳۵	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی تجهیزات عمومی
۱۳	۷	اجرای نامطلوب		
۲۲/۲	۱۲	عدم اجرا		
۱۰۰	۵۴	کل		
۱۰۰	۱۲	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی یخچال
.	.	اجرای نامطلوب		
.	.	عدم اجرا		
۹۰	۲۷	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی تجهیزات مانیتورینگ
۳/۳	۱	اجرای نامطلوب		
۶/۷	۲	عدم اجرا		
۱۰۰	۳۰	کل		
۷۸	۱۰۳	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی تجهیزات تنفسی
۱۱/۴	۱۵	اجرای نامطلوب		
۹/۸	۱۳	عدم اجرا		
۱۰۰	۱۳۲	کل		
۱۰۰	۱۲	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی تجهیزات تهاجمی
.	.	اجرای نامطلوب		
.	.	عدم اجرا		
۱۰۰	۱۲	کل		
۷۵	۱۸	اجرای مطلوب	انجام می‌شود	ایمنی تجهیزات داخل عروقی
.	.	اجرای نامطلوب		
۲۵	۶	عدم اجرا		
۱۰۰	۲۴	کل		

جدول ۲. توزیع فراوانی میزان اجرای استانداردهای ایمنی کودک در بخش‌های کودکان بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در رابطه با «چک‌لیست مراقبت‌های پرستاری» به تفکیک حیطه‌های مورد پژوهش

چک‌لیست مراقبت‌های پرستاری		تعداد	درصد
انجام	اجرای مطلوب	۰	۰
	اجرای نامطلوب	۰	۰
ایمنی در کنترل هویت کودکان		عدم انجام	۱۰۰
		کل	۱۲۰۰
انجام	اجرای مطلوب	۱۲۵۱	۵۲/۱
	اجرای نامطلوب	۱۱۴۹	۴۷/۹
علائم حیاتی		عدم انجام	۰
		کل	۲۴۰۰
انجام	اجرای مطلوب	۲۴۰۰	۸۵/۷
	اجرای نامطلوب	۱۶۱	۵/۸
ایمنی در هنگام تغییر شیفت		عدم انجام	۸/۵
		کل	۲۸۰۰
انجام	اجرای مطلوب	۶۲۷	۵۲/۲
	اجرای نامطلوب	۵۶۴	۴۷
ایمنی در ثبت اطلاعات پرونده		عدم انجام	۰/۸
		کل	۱۲۰۰
انجام	اجرا مطلوب	۱۹۹۵	۸۳/۱
	اجرای نامطلوب	۲۶۳	۱۱
ایمنی در کاردکس نویسی		عدم انجام	۵/۹
		کل	۲۴۰۰
انجام	اجرای مطلوب	۱۶۲۳	۸۱/۲
	اجرای نامطلوب	۳۶۸	۱۸/۴
ایمنی در سرم درمانی		عدم انجام	۰/۴
		کل	۲۰۰۰
انجام	اجرای مطلوب	۸۸۴	۷۳/۷
	اجرای نامطلوب	۳۱۵	۲۶/۲
ایمنی در حمل و نقل کودک		عدم انجام	۰/۱
		کل	۱۲۰۰

جدول ۳. توزیع فراوانی مراقبت‌های مرتبط با ایمنی کودک در بخش کودکان مطابق با چک‌لیست مراقبت‌های پرستاری در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خبر	بله				رویه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۰۰	۴۰۰	۰	۰	۰	۱- باند شناسایی در دست کودک است.
۱۰۰	۴۰۰	۰	۰	۰	۲- کنترل هویت کودک حداقل با دو شناسه با نام و نام خانوادگی، سن و شماره پرونده انجام می‌شود.
۱۰۰	۴۰۰	۰	۰	۰	۳- کارکنان قبل از هر گونه اقدامی باند شناسایی را چک می‌کنند.
۰	۰	۹۷/۵	۳۹۰	۲/۵	۴- ثبت دقیق (نبض) در فرم‌های مربوطه انجام می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۵- ثبت دقیق (دما) در فرم‌های مربوطه انجام می‌شود.
۰	۰	۹۶	۳۸۴	۴	۶- ثبت دقیق (تنفس) در فرم‌های مربوطه انجام می‌شود.
۰	۰	۹۳/۷۵	۳۷۵	۶/۲۵	۷- ثبت دقیق (فشارخون) در فرم‌های مربوطه انجام می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۸- از ترمومتر اختصاصی برای هر کودک (در ترمومترهای دیجیتالی استفاده از یک پروپ برای هر کودک) استفاده می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۹- برای گرفتن فشارخون، از کاف مخصوص کودکان استفاده می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۰- تحویل کودک به شیفت بعدی، در بالین او صورت می‌گیرد.
۵۹/۷۵	۲۳۹	۴۰/۲۵	۱۶۱	۰	۱۱- هنگام تحویل بیمار کلیه اتصالات (اکسیژن تراپی، سوند فولی، سوند بینی- معدی، محل آنژیوکت و...) چک می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۲- مداخلات پرستاری انجام شده در آن شیفت (مثل تغییر دوز دارو) ثبت می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۳- در مورد مداخلات درمانی و پرستاری که لازم است در شیفت بعدی انجام شود توضیحات لازم داده می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۴- فهرستی از پزشکان آنکال/کشیک در بخش موجود است.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۵- گزارش از تعداد کل کودکان بستری در بخش، تعداد پذیرفته شده، مرخص شده، انتقال یافته و فوت شده به شیفت بعد داده می‌شود.
۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۱۶- گزارش از تعداد کل کودکان بستری در بخش، تعداد پذیرفته شده، مرخص شده، انتقال یافته و فوت شده به سوپروایزر بالینی داده می‌شود.

بحث

هدف از این پژوهش ارزیابی وضعیت ایمنی کودکان به روش ممیزی در بخش‌های کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران بود. نتایج نشان داد که میزان اجرای ایمنی کودک در رابطه با تجهیزات موجود در بخش در ۷۷/۶ درصد موارد مطلوب بود. مهمترین موارد عدم انطباق با استانداردهای ایمنی تجهیزات، به ترتیب شامل ایمنی تجهیزات داخل عروقی ۲۵ درصد، تجهیزات عمومی ۲۲/۲ درصد و ترالی اورژانس ۱۶/۷ درصد. نتایج مطالعه زابلی و همکاران نشان داد که وضعیت تدوین و اجرای آیین‌نامه‌ها، مقررات، و وضعیت منابع انسانی، مالی و فیزیکی کمیته ایمنی و حوادث، در حد متوسط و

آموزش وظایف و عملکردهای کمیته ایمنی در حد مناسب بود. این مطالعه پیشنهاد داد ضروری است تا مدیریت ایمنی در بیمارستان با خطوط فرماندهی و تفویض اختیارات لازم و ابزارهای سازمانی و قانونی در پیشبرد ایمنی در بیمارستان گام بردارد. در هر سازمان باید یک خط مشی ایمنی توسط مدیریت رده بالا تایید و حمایت گردد و اهداف ایمنی موسسه کاملاً مشخص باشد (۲۳).

اجرای استانداردهای ایمنی کودک در بخش کودکان در رابطه با ایمنی محیط فیزیکی کودکان در ۴۵/۶ مطلوب گزارش گردید. در زمینه ایمنی محیط فیزیکی کودکان، عدم انطباق در موارد سیستم زنگ اخبار سالم و در دسترس، انکوباتور جهت حمل و نقل

برخوردار است که این موضوع ضرورت ایجاد اصلاحات را در زمینه‌هایی که در اثر عدم رعایت برخی اصول ایمنی فیزیکی وجود دارد فراهم می‌آورد. این نتیجه مشابه مطالعات انجام شده در کشور می‌باشد (۵،۲۶). نتایج مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان نشان داد که تنها یک بیمارستان در این استان دارای ایمنی خوب و ۲۰ تا ۳۰ درصد واحدها دارای ایمنی ضعیف و بقیه در حد متوسط بودند (۲۷). نتایج مطالعه‌ای در بیمارستان‌های شیراز نشان داد که وضعیت ایمنی در بیمارستان‌ها به ویژه در موضوعات مدیریت ایمنی و برنامه واکنش در شرایط اضطراری در سطح نسبتاً ضعیفی بود (۱۰). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که اجرای استانداردهای ایمنی کودک در رابطه با مراقبت‌های پرستاری در کل حیطه‌های مورد پژوهش در ۶۶/۵ درصد موارد به صورت مطلوب انجام می‌شود مبین این نکته است که استاندارد ایمنی کودک در بخش کودکان در رابطه با مراقبت‌های پرستاری، در حدود یک سوم موارد به درستی انجام نمی‌شود. عمده ضعف در کنترل هویت کودکان بود که می‌تواند خطاهای متعاقبی را نیز به همراه بیاورد. نتایج مطالعه‌ای در بین ۲۰۲ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نشان داد که اکثریت پرستاران (۹۱/۶٪) معتقد بودند که عملکرد خودشان در مراقبت ایمن از بیماران در سطح خوب می‌باشد (۲۸). رعایت ایمنی در مراقبت‌های روزانه پرستار، باعث کاهش حوادث شده و آسیب را کاهش خواهد داد. پرستاران ضمن ارائه مراقبت متعهد ایفای نقش تکمیلی خود در حفظ ایمنی بیمار هستند. از آنجایی که پرستاران بزرگترین گروه در میان کارکنان بهداشتی می‌باشند از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده باشند. پرستاران نقش اساسی در تداوم مراقبت و ارتقاء

کودکان، ثبت نوع رژیم غذایی بیمار در تابلوی بالای تخت بیمار مشهود گردید. نتایج مطالعه خالویی و همکاران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان نشان داد هیچ یک از بیمارستان‌ها از نظر فیزیکی وضعیت ایمنی مطلوبی نداشتند. وضعیت ایمنی در ۲۷/۸ درصد از تمام بخش‌ها و واحدها، ۱۲/۵ درصد بخش‌های تشخیصی، ۱۳/۳ درصد بخش‌های بستری، ۳۰/۴ درصد بخش‌های پشتیبانی و ۷۲/۷ درصد بخش‌های ویژه مطلوب بود. بالاترین درصد وضعیت مطلوب ایمنی مربوط به بخش‌های مراقبت ویژه بود و هیچ کدام از بخش‌های زنان و مامایی، کودکان، اونکولوژی، اورژانس، انبار دارویی و واحد کنترل آتش‌سوزی از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. با توجه به این که بیماران بستری در این بخش‌ها دارای شرایط حاد و اکثراً به تجهیزات خاص مراقبتی وابسته‌اند، لذا حفظ ایمنی در وضعیت مطلوب از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۸). با توجه به این که ارائه مراقبت ایمن از بیماران نیاز به تجهیزات کامل ساختار مجهز و نیروی انسانی کافی دارد، ساختار بخش‌های مورد مطالعه بعضی از بیمارستان‌ها از این اصل برخوردار نبود. بنابراین می‌توان تاثیر چنین نتیجه‌ای را به علت کمبود امکانات از نظر لوازم و تجهیزات و نیروی انسانی انتظار داشت. بدیهی است که از عوامل موثر بر ارتقاء کیفیت فرایند مراقبت‌ها مطلوب بودن ساختار بخش‌های محل بستری بیماران است. این ساختار خود شامل سه جزء نیروی انسانی وسایل و تجهیزات و محیط فیزیکی است (۲۴). برای این منظور سازمان‌های بهداشتی درمانی موظف به تامین محیطی امن برای کارکنان و بیماران هستند و در این میان برنامه‌های شناسایی مخاطرات منجر به کارایی و اثربخشی بیشتر خدمات می‌شود (۲۵). بیشترین ضعف ایمنی بیمارستان، در خصوص ایمنی محیط فیزیکی کودکان می‌باشد که نسبت به سایر موارد از درصد مطلوبیت پایین‌تری (۴۵/۶٪)

اصول و ضوابط ایمنی، تأمین و نگهداشت وسایل و تجهیزات ایمنی و اطفای حریق و همچنین به کارگیری مدیران واجد شرایط در مدیریت بیمارستان و به طور خلاصه ارتقای مدیریت ایمنی در بیمارستان‌ها و بخش‌های مورد مطالعه در ارتقای سطح ایمنی بیمارستان توصیه می‌گردد. از محدودیت‌های این مطالعه عدم بررسی چک‌لیست‌ها در شیفت شب بود.

نتیجه گیری

وضعیت ایمنی در بیمارستان مفید در ابعاد مراقبت‌های پرستاری و محیط فیزیکی در حد متوسط می‌باشد. این عدم مطلوبیت کامل وضعیت ایمنی می‌تواند مخاطراتی برای بیماران و پرسنل بیمارستانی ایجاد کند. برای کاهش این خطرات و بهبود وضعیت ایمنی انجام مداخلات لازم، تدوین و اجرای مقررات و ضوابط ایمنی در بیمارستان‌ها، انجام نظارت مستمر و هدفمند در خصوص ایمنی بیمارستان‌ها و در نظر گرفتن رعایت اصول ایمنی به عنوان یک بخش مهم در ارزشیابی و درجه‌بندی بیمارستان‌ها ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری اطفال دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. پژوهشگران بدینوسیله از کلیه کسانی که در اجرای مطالعه با گروه پژوهش همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

سلامت داشته و شالوده اصلی فرایند بهبود کیفیت مراقبت‌ها هستند و عملکرد آنها در دستیابی به اهداف مراقبتی بسیار مثرتر است (۲۹).

با توجه به این که ارائه مراقبت ایمن از بیماران نیاز به تجهیزات کامل ساختار مجهز و نیروی انسانی کافی دارد و ساختار بخش‌های مورد مطالعه بعضی از بیمارستان‌ها از این اصل برخوردار نبود، بنابراین می‌توان تأثیر چنین نتیجه‌ای را به علت کمبود امکانات از نظر لوازم و تجهیزات و نیروی انسانی انتظار داشت. بدیهی است که از عوامل موثر بر ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مطلوب بودن ساختار بخش‌های محل بستری بیماران است. این ساختار خود شامل سه جزء نیروی انسانی وسایل و تجهیزات و محیط فیزیکی است. نامناسب بودن و ناکافی بودن تجهیزات موجب می‌شود که مراقبت به صورت درست ارائه نگردد و پیامدهای نامطلوبی به دنبال داشته باشد (۲۴). از طرفی آگاهی بیماران و کارکنان نسبت به آسیب پذیری منجر به کاهش حوادث در بیمارستان می‌شود (۳۰). با شناسایی عواملی که در کاهش ایمنی کودکان بستری در بخش نقش دارند، می‌توان جهت ارتقای ایمنی کودکان بستری در بخش برنامه‌ریزی کرد و بدین وسیله بروز خطاها در بخش کودکان را کاهش داد. مصرف‌کنندگان نهایی نتایج این پژوهش، مدیران بیمارستان‌ها، مدیران پرستاری و سرپرستاران همچنین پرستاران و کارکنان شاغل در بخش‌های کودکان می‌باشند. حساس‌سازی مسئولین و مدیران نسبت به ایمنی در بیمارستان‌ها، افزایش سطح دانش کارکنان بخش‌های بیمارستان در زمینه

References

1. Abbaszadeh A, Ehsani SR, Begjani J, Akbari Kaji M, Nemati Dopolani F, Nejati A, et al. Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2014;7(18):1-7. [Persian]
2. Sadoughi F, Ahmadi M, Moghaddasi H, Sheikhtaheri A. Patient Safety Information System: Purpose, Structure and Functions. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2011; 21 (85):174-188. [Persian]
3. Abdi J, Maleki MR, Khosravi A. Perceptions of patient safety culture among staff of selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Payesh* 2011;10: 411-419. [Persian]

4. Mousavi S, Faraji Khiavi F, Sharifian R, Shaham G. Implementation of safety measures of radiology departments in hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Payavard-e-Salamat* 2010;3(3 and 4):31-37. [Persian]
5. Sabahi -Beedgoli M , Shahri S , Kebriaee A , Seyedi HR , Sarafraz Z. Patient safety climate in medical centers of Kashan. *Journal of Health Promotion Management* 2012;1(1):62-72. [Persian]
6. Herzer KR, Mirrer M, Xie Y, Stepan J, Li M, Jung C, et al. Patient safety reporting systems: sustained quality improvement using a multidisciplinary team and "good catch" awards. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2012;38(8):339-47.
7. Fagan MJ. Techniques to improve patient safety in hospitals: what nurse administrators need to know. *J Nursing Administration* 2014;44(10):S4-9.
8. Disch J, Dreher M, Davidson P, Siniors M, Wainio JA. The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. *J Nursing Administration* 2011;41(4):179-85.
9. Noble DJ, Pronovost P. Underreporting of patient safety incidents reduces health care's ability to quantify and accurately measure harm reduction. *Patient Safety* 2010;6:247-50.
10. Norozi M, Jahangiri M, Ahmadinezhad P, Zare Derisi F. Evaluation of the safety conditions of Shiraz University Of Medical Sciences educational hospitals Using Safety Audit Technique. *Payavard-e-Salamat* 2012;6 (1):42-51. [Persian]
11. Slonim AD, Marcin JP, Turenne W, Hall M, Joseph JG. Pediatric patient safety events during hospitalization: approaches to accounting for institution-level effects. *Health Services Research* 2007; 42(6):2275-93.
12. Ehsani SR, Cheraghi MA, Nejati A, Salari A, Esmailpoor AH, Nejad EM. Medication errors of nurses in the emergency department. *J Medical Ethics and History of Medicine* 2013;6(11):1-6. [Persian]
13. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: an evaluation using the Safety Attitudes Questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine* 2011;12 (6): 310- 6.
14. Ebrahimipour H, Vafae Najar A, Meraji M, Yousefi M, Hooshmand E. Challenges in evaluating clinical governance system in Iran: A qualitative study. *Hakim Health Systems research journal* 2015; 17 (4): 287- 296. [Persian]
15. Maddock A, Kralik D, Smith J. Clinical Governance improvement initiatives in community nursing. *Clinical Governance International Journal* 2006;11(3):198-212.
16. Ursprung R, Gray JE, Edwards WH, Horbar JD, Nickerson J, Plsek P, et al. Real time patient safety audits: improving safety every day. *Quality and Safety in Health Care* 2005;14(4):284-9.
17. Ahmadi M, Khoshgam M, Mohammadpoor A. Comparative study of the Ministry of Health standards for hospitals with Joint Commission International hospital accreditation standards. *Hakim Health Systems research journal* 2008;10(4):45- 52. [Persian]
18. Khalooei A, Mehdipour Rabori M, Nakhaee N. Safety condition in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences, 2010. *Journal of Health & Development* 2013;2(3):192-202. [Persian]
19. Zarshenas L, Salehi SH, Eslamian J, Rastegari M. Establishing the standards of control in nursing services management. *Iran Journal of Nursing* 2007;20(52):21-28. [Persian]
20. Boysen PG. Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. *The Ochsner Journal* 2013;13(3):400-6.
21. Herzer KR, Mark LJ, Michelson JD, Saletnik LA , Lundquist CA, Cover R, et al. Designing and implementing a comprehensive quality and patient safety management model: a paradigm for perioperative improvement. *J Patient Safety* 2008;4(2):84-92.
22. Mirdoraghi F, Ghanbari Hashemabadi B, mashhadi A. Deficiencies of executive functions in patients with posttraumatic stress disorder. *Iranian Journal of War and Public Health* 2012;5(1):27-35. [Persian]
23. Zaboli R, Tofighi Sh, Delavari A, Mirhashemi S. Survey of safety management in Bagiyatallah (a.s) Hospital, 2006- . *Journal of Military Medicine* 2007;9(2):103-111. [Persian]
24. Paryad E, Jahanshahi M, Jafroodi S, Kazemnezhad E. Survey of the quality of care provided in prevention of pressure sores in hospitalized patients in orthopedic wards. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2005;14(53):36-42. [Persian]

25. Hare C, Davies C, Shepherd M. Safer medicine administration through the use of e-learning. *Nursing Times* 2006;102(16):25-7.
26. Behrozain R, Akhdash A, Rahimi Rad MH, Khalkhali HR. Evaluation of the mortality of patients in intensive care and the quality of their care. *Urmia Medical Journal* 2006;17(1):6-12. [Persian]
27. Fathi M. Investigation safety management in hospitals of Kurdistan Medical Sciences University in 2002. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2002;7(26):37-41. [Persian]
28. Hemmati -Maslarpak M, Habibzadeh H, Khalilzadeh H. Managers and nurses function of safe patients' care from the nurses Perspective. *Journal of Health Promotion Management* 2012;1(2):7-14. [Persian]
29. Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: A focused review and related policy implication. *Journal of Quality and Safety in Healthcare* 2006;15(1):4-8.
30. Johnstone M, Kanitsaki O. The ethics and practical importance of defining, distinguishing and disclosing nursing errors: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(3):367-76.