

بررسی عملکرد پرستاران در انجام مراقبت ایمن از بیماران سالمند بستری در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۹۵-۱۳۹۴

نادر آقاخانی*^۱، فرنگیس علیزاده^۲، رحیم بقایی^۳، وحید علی‌نژاد^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۸/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۱/۰۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پذیرش سالمندان در بیمارستان می‌تواند آنان را در وضعیتی بحرانی و پر از عوامل متعدد و پیچیده به بیمار قرار دهد که رعایت نکات مربوط به مراقبت ایمن در این مراکز توسط پرستاران، شیوع بیماری و صدمات به آنان را کاهش می‌دهد، طول مدت درمان یا بستری آنان در بیمارستان را کوتاه می‌کند، وضعیت عملکردی بیماران را بهبود و همچنین حس رفاه و رضایتمندی‌شان را افزایش می‌دهد. از این رو بررسی و پایش عملکرد کادر درمان از جمله پرستاران در این رابطه مهم است. این مطالعه به صورت توصیفی، تحلیلی و مقطعی در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) و آیت الله طالقانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران در مراقبت ایمن از بیماران سالمند انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه، ۵۰ نفر از پرستاران به صورت نمونه‌گیری سهمیه‌ای و تصادفی انتخاب شدند و به میزان ۳ بار عملکرد مراقبتی ایشان در شیفت‌های مختلف کاری مورد مطالعه قرار گرفت. ابزار مطالعه، چک‌لیست مشاهده‌ای محقق ساخته، شامل دو بخش مشخصات دموگرافیک و عملکرد ایمن بود. نتایج حاصل از تحقیق، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و نیز آزمون‌های آماری کای دو، کروس کال و لیس و من ویتنی حاصل شدند.

یافته‌ها: در مجموع، ۶۱ درصد از پرستاران دارای عملکرد مطلوب بودند. نوع شیفت که بیشترین میزان مطلوبیت عملکرد در شیفت صبح و عصر بود و پرستاران با سابقه کاری بیشتر، پرستاران قراردادی، بیمانی و رسمی و نیز پرستاران شیفت‌های ثابت، بیشترین عملکرد مطلوب را نشان دادند. همچنین مشخص شد که بین سابقه کار پرستاران و عملکرد ایمن آنان ارتباط مستقیمی وجود دارد ($p \leq 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به استانداردهای ایمنی بیمار و هدف اصلی نظام سلامت در جهت ارائه خدمات با کیفیت، نیاز به برنامه‌های آموزشی در راستای ارتقاء امر مراقبت ایمن وجود دارد. همچنین نیز پیشنهاد می‌شود در شیفت‌های کاری از پرستاران با سابقه کار بیشتر در کنار پرستاران تازه کار استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پرستاران، مراقبت ایمن، بیماران سالمند، ارومیه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۱۴، فروردین ۱۳۹۸، ص ۸۱-۷۱

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۱۶

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

مقدمه

درمانی نوین موجب ازدیاد تعداد سالمندان در جوامع مختلف شده است (۳). به‌طور معمول، سنین ۶۰ ساله و پیرتر به‌عنوان گروه سالمند تعریف شده‌اند (۴). به نظر می‌رسد تمامی کشورهای جهان با جمعیت سالمند روبرو هستند؛ سازمان ملل تخمین می‌زند که نسبت جمعیت جهانی ۶۵ ساله و پیرتر به بیشتر از ۲ برابر میزان ۷/۶ درصد کنونی و به ۱۶/۲ درصد در سال ۲۰۵۰ برسد (۱). تغییرات جمعیتی گسترده و سریع، ایران را نیز در گروه کشورهای

سالمندی یک مرحله پیشرونده، پیوسته، یکنواخت و اجتناب ناپذیر در روند تکامل است که از لحظه لقاح شروع شده و تا پایان زندگی ادامه می‌یابد (۱). در آغاز قرن بیستم، امید به زندگی در ثروتمندترین کشورها بیش از ۵۰ سال نبود، در صورتی که اکنون این رقم به ۷۵ سال رسیده است (۲). امروزه برخلاف گذشته، پیشرفت‌های علمی پزشکی، وضعیت تغذیه و اعمال روش‌های

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

قرار داده است که تا میانه‌ی قرن بیست و یکم میلادی ساختار سنی سالخورده خواهد داشت. نرخ رشد جمعیت سالمندی در ایران از ۶/۶ درصد در سال ۱۳۷۴ به ۱۰ درصد در سال ۱۳۸۹ افزایش یافته و انتظار می‌رود در سال ۱۴۴۰ به ۲۵/۱ درصد برسد (۵).

افزایش سن و تغییرات همزمان فیزیولوژیکی ناشی از آن در بینایی، شنوایی، تحرک، رفلکس‌ها، گردش خون و توانایی قضاوت سریع، فرد مسن را در معرض بروز خطرات مختلف قرار می‌دهد (۶). از طرفی بسیاری از سالمندان در طول زندگی خود یک یا چند بار در بیمارستان بستری می‌شوند، علت بستری در اغلب موارد، تشدید بیماری‌های مزمنی است که در بخش‌های سرپایی مراکز درمانی، قابل درمان نبوده‌اند. بستری شدن در بیمارستان مشکلاتی برای سالمندان در پی دارد (۸ و ۷) که می‌تواند صرف نظر از سن، آنان را در شرایط بحرانی قرار دهد، این مسئله به جهت اینکه تطابق و سازش آنها کمتر است نمود بیشتری پیدا می‌کند، زیرا نسبت به افراد جوان، توان جسمی کم‌تری داشته و ظرفیت آن‌ها در تطابق با محیط نا آشنا کمتر است (۹). ضمن اینکه خدمات درمانی در محیطی پر از عوامل متعدد و پیچیده شامل خود بیمار، مراقبان و اعضای خانواده، تجهیزات، سیاست مدیران، رویه‌ها و منابع به بیمار عرضه می‌گردد. زمانی که این عوامل پیچیده با هم تداخل پیدا می‌کنند، نتایج مضر و غیر قابل پیش‌بینی به وجود می‌آید (۲۴)، از سوی دیگر کیفیت مراقبت بهداشتی مشخص می‌کند که تا چه حد انجام خدمات بهداشتی ایمن احتمال پیامد مطلوب سلامتی را در پی دارد (۶) و از عناصری تشکیل شده که ایمنی بیمار یکی از مهم‌ترین آن‌هاست (۲۵).

در این رابطه سازمان بهداشت جهانی بیان می‌کند که ایمنی بیمار یک بحث جدی سلامت عمومی در سطح جهان است (۲۶). برآوردها نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته از هر ۱۰ بیمار، یک بیمار در زمان دریافت خدمات مراقبتی صدمه می‌بیند و این آمار در کشورهای در حال توسعه به اندازه‌ی ۲۰ برابر بیش از کشورهای توسعه یافته است و برای برخی کشورها بین ۶ تا ۲۱ میلیارد دلار در سال هزینه در بر دارد (۲۷). خدمات نا ایمن، علاوه بر داشتن عواقب ناخوشایند برای بیمار و خانواده وی، باعث وارد آمدن فشار روانی بر کارکنان نظام سلامت و افراد جامعه می‌گردد و در نهایت نیز بار اقتصادی عظیمی را بر نظام بهداشتی، درمانی و جامعه تحمیل می‌نماید (۲۸).

سازمان بهداشت جهانی ایمنی بیمار را یک بحث جدی سلامت عمومی در سطح جهان می‌داند (۲۶). با توجه به نیاز سالمندان به امر مراقبت ایمن، پرستاران نقش مهمی را در این مورد دارا می‌باشند

و از شمار بزرگ‌ترین فراهم‌کنندگان مراقبت سلامت برای سالمندان در بیمارستان‌ها و مؤسسات مراقبت طولانی مدت محسوب می‌شوند (۱). انجمن بین‌المللی پرستاران، حمایت، ارتقای محیطی ایمن، تحقیق، شرکت در تدوین خط مشی‌ها، اداره بیماران و سیستم‌های بهداشتی و آموزش را از جمله نقش‌های مهم پرستاری می‌داند که در این تعریف به نقش پرستار در ایمنی و مراقبت بیمار محور تاکید شده است (۶)؛ بدین منظور، امروزه مراقبت پرستاری از سالمندان به یک پدیده‌ی نو ظهور و مهم تبدیل شده است (۲۲) و (۲۱)؛ پرستاران علاوه بر شناخت محیط، باید با وضعیت حرکتی، حسی، شناختی و سبک زندگی بیمار آشنایی داشته باشند و همچنین از خطرات ویژه موجود در مراکز و مؤسسات مراقبت بهداشتی آگاه باشند، از این رو رعایت ایمنی در مراکز مراقبت بهداشتی توسط پرستاران، شیوع بیماری و صدمه را کاهش داده، طول مدت درمان یا بستری در بیمارستان را کوتاه می‌کند، وضعیت عملکردی مددجو را بهبود داده یا حفظ می‌کند و همچنین حس رفاه بیماران را افزایش می‌دهد (۶).

با توجه به اهمیت رعایت اصول ایمنی و نیاز سالمندان به امر مراقبت ایمن و اینکه پرستاران نقش مهمی را در این مورد دارا می‌باشند و اینکه پایش عملکرد کادر درمان از جمله پرستاران در این رابطه مهم است و همچنین عدم انجام تحقیق مشابه در این زمینه، این مطالعه توصیفی، تحلیلی و مقطعی در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) و آیت الله طالقانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با هدف ارزیابی عملکرد پرستاران در مراقبت ایمن از بیماران سالمند انجام گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی، تحلیلی و مقطعی، با هدف بررسی عملکرد پرستاران در انجام مراقبت ایمن از بیماران سالمند بستری در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) و آیت الله طالقانی ارومیه صورت گرفت. با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای، تصادفی و نیز با کمک گرفتن از مطالعات پیشین (۲۹) و (۵۱، ۵۲)، تعداد ۵۰ نفر از پرستاران بخش‌های داخلی دارای شرایط شرکت در مطالعه ۳ بار در فواصل یک دو تا سه هفته در حیطه‌های مراقبتی با استفاده از چک‌لیست مشاهده‌ای محقق ساخته، مورد مشاهده قرار گرفتند، معیار ورود به این مطالعه شامل داشتن حداقل ۳ ماه سابقه‌ی کار در بخش‌های داخلی، انجام کار مستقیم بالینی با بیمار سالمند و عدم وجود مشکلات جسمی، حرکتی، روحی، روانی در پرستاران بود.

قبل از استفاده از چک‌لیست، پس از انتخاب پرستاران با معیار ورود، بیماران سالمند تحت مراقبت آنان که طبق تعریف سن بالای ۶۰ سال بودند (۴) انتخاب شده و پرونده بیماران به دقت مطالعه و کاردکس دارویی آنان جهت بررسی گویه دارو درمانی ایمن بررسی شد و برای هر پرستار به میزان ۳ بار در شیفت‌های مختلف و بیماران متفاوت تا پایان شیفت کاری نحوه مراقبت ایمن از سالمند به صورت مشاهده‌ای مورد بررسی قرار گرفت. نمرات هر گویه در چک‌لیست بر اساس "انجام می‌دهد" و یا "انجام نمی‌دهد" و "مشاهده نشد" بود که نمره صفر، یک و دو می‌باشد و درصد نمرات به شرح زیر تحلیل شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، نمرات اخذ شده به ۴ سطح تقسیم‌بندی می‌شد: عملکرد عالی نمره بیش از ۷۵ درصد، مطلوب که بین ۵۰ تا ۷۵ درصد، نامطلوب که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد و بسیار نامطلوب که کمتر از ۲۵ درصد نمره را کسب کردند. برای تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS 22، همچنین از آزمون کای دو، کروس کال ولیس و من ویتنی و نیز آمار توصیفی در قالب جداول استفاده شد.

یافته‌ها

بیشترین جمعیت مورد مطالعه، زنان (زنان ۳۹ نفر (۷۸ درصد) بودند، متوسط سن افراد، $30/56 \pm 7/16$ بود. از نظر تحصیلات، کارشناسی با ۴۸ نفر (۹۶ درصد) بیشترین فراوانی را داشت. از هر دو بخش زنان و مردان به صورت تصادفی سهمیه‌ای به ترتیب ۲۸ و ۲۲ نفر و نیز از بیمارستان‌های امام خمینی و طالقانی از هر کدام ۲۵ نفر انتخاب شدند. ۴۷ نفر (۹۴ درصد) از افراد در شیفت گردشی و به لحاظ وضعیت تأهل نیز، ۷۲ درصد از پرستاران متأهل بودند. نتایج اطلاعات در رابطه با وضعیت شغلی نشان داد ۵۰ درصد از پرستاران به صورت قراردادی مشغول به فعالیت بودند. در خصوص سابقه کار، میانگین اکثریت پرستاران $8/04 \pm 6/01$ سال بود. در مجموع ۶۱ درصد از پرستاران عملکرد در سطح مطلوب داشتند، بیشترین عملکرد در سطح عالی مربوط به رعایت ایمنی دارویی (۷۳ نفر (۴۸ درصد) بود و کمترین نمرات که در سطح بسیار نامطلوب قرار می‌گرفت، مربوط به گویه‌های پیشگیری از زخم بستر (۲۹ نفر (۱۹ درصد) و زمین خوردن (۲۸ نفر (۱۹ درصد) بود (جدول ۱).

در این پژوهش چک‌لیست از نظر روایی صوری توسط استاد مشاور و راهنما تأیید شد و سپس جهت اطمینان از روایی محتوی، ابزار فوق در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از نظر روایی کیفی قرار گرفت و اصلاحات لازم صورت گرفت و تأیید شد. جهت روایی کمی از نسبت روایی محتوی^۱ و شاخص روایی محتوی^۲ استفاده گردید. در این رویکرد از ۱۰ نفر از متخصصین در خواست شد تا مشخص نمایند که آیا هر گویه در مجموع سایر گویه‌ها برای عملیاتی کردن سازه نظری ضروری و مهم است یا خیر؟

پس از تأیید روایی سازه، در مرحله‌ی بعد در ۱۰ مورد از نمونه‌ها، ارزیابی توسط دو نفر انجام شد. در نهایت جهت تأیید توافق نمره‌ی دو ارزیاب از ضریب توافق کاپا کوهن^۳ استفاده شد که ضریب توافق نمره بالای ۰/۷ را به خود اختصاص داد که به معنای توافق خوب بود. پس از انتخاب پرستاران، با توجه به برنامه افراد در شیفت‌های مختلف کاری صبح، عصر و شب در طول مدت ۶۵ روز، پژوهشگر در شیفت‌های مختلف به صورت تصادفی به مراکز مراجعه نموده و به مدت ۳ تا ۶ ساعت جهت ارزیابی و تکمیل چک‌لیست حضور یافت.

از آن جا که حضور پژوهشگر می‌توانست بر نحوه عملکرد پرستاران تأثیر بگذارد مشاهده گر به صورت طولانی و در نوبت‌های مختلف کاری به‌طور مستمر در بخش حضور داشت تا علاوه بر عادی سازی و کاهش تأثیر حضور خود تا حد امکان عملکرد واقعی پرستاران را مشاهده کند.

همچنین برای کاهش این عامل مخدوش کننده، هر پرستار برای انجام هر رویه سه بار و در شیفت‌های مختلف کاری مشاهده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها چک‌لیست مشاهده‌ای پژوهش گر ساخته‌ای بود که از دو بخش تشکیل شد، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل گویه‌هایی در رابطه با بررسی عملکرد پرستار در حیطه مراقبت ایمن، که آیتم‌های این چک‌لیست بر اساس مروری بر متون استخراج شد. چک‌لیست در ۴ بخش تدوین شد که شامل: توجه به رعایت ایمنی در دادن دارو به بیمار (۱۴ گویه)، پیشگیری از ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی (۱۶ گویه)، پیشگیری از زخم بستر (۵ گویه)، کاهش خطر آسیب‌دیدگی در نتیجه‌ی افتادن و زمین خوردن (۶ گویه) بود.

³ Cohen's kappa coefficient

¹ Content validity ratio

² Content validity Index

جدول (۱): عملکرد کلی پرستاران در هر سه چکلیست

متغیر	فراوانی (تعداد، %)			
	عالی	مطلوب	نامطلوب	بسیار نامطلوب
رعایت ایمنی در دادن دارو به بیمار	۷۳ نفر (۴۸٪)	۵۱ نفر (۳۴٪)	۲۶ نفر (۱۸٪)	-
پیشگیری از زخم بستر	۳۱ نفر (۲۱٪)	۳۶ نفر (۲۴٪)	۵۴ نفر (۳۶٪)	۲۹ نفر (۱۹٪)
کاهش خطر آسیب دیدگی در نتیجه افتادن و زمین خوردن	۳۰ نفر (۲۰٪)	۵۹ نفر (۳۹٪)	۳۳ نفر (۲۲٪)	۲۸ نفر (۱۹٪)
رعایت استانداردهای کنترل عفونت	۵۳ نفر (۳۵٪)	۶۰ نفر (۴۰٪)	۳۳ نفر (۲۲٪)	۴ نفر (۳٪)
عملکرد پرستار	۳۲ نفر (۲۱٪)	۹۲ نفر (۶۱٪)	۲۶ نفر (۱۷٪)	-

در این میان، میانگین و انحراف معیار عملکرد کلی پرستاران ۶/۰۷ ± ۲۶/۳۱ بود که بیشترین نمره مربوط به استانداردهای کنترل عفونت و کمترین نمره مربوط به گویه پیشگیری از زمین خوردن بود (جدول ۲).

جدول (۲): میزان رعایت استانداردهای ایمنی بیمار توسط پرستاران مورد بررسی

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	درصد
رعایت ایمنی در دادن دارو به بیمار	۹/۷۵ ± ۲/۸۸	۰/۶۹
پیشگیری از زخم بستر	۲/۴۱ ± ۱/۴۲	۰/۴۸
کاهش خطر آسیب دیدگی در نتیجه افتادن و زمین خوردن	۳/۰۶ ± ۱/۶۵	۰/۵۱
رعایت استانداردهای کنترل عفونت	۱۱/۰۹ ± ۳/۳۳	۰/۶۴
عملکرد پرستار	۲۶/۳۱ ± ۶/۰۷	۰/۶۱

سؤالات مربوط به پیشگیری از زخم بستر در چکلیست شماره دو، پرستاران قراردادی، پیمانی و رسمی ۲۰ نفر (۵۵ درصد) دارای ارتباط مستقیمی از نظر عملکرد ایمن داشتند و از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/02$). در سؤالات مربوط به پیشگیری از عفونت در چکلیست شماره دو، شیفت صبح و عصر ۱۴ نفر (۸۷ درصد) دارای ارتباط مستقیمی از نظر عملکرد ایمن بوده و از نظر آماری معنی دار بود ($P=0/04$). در چکلیست شماره سه، در سؤالات مربوط به ایمنی دارویی، شیفت عصر ۱۵ نفر (۹۴ درصد) معنی دار بود ($P=0/017$). در ارتباط با سابقه کاری و عملکرد پرستاران در هر سه چکلیست ارتباط معنی داری بین سابقه کار و عملکرد ایمن پرستاران بر اساس آزمون‌های کروس کال والیس و من ویتنی وجود داشت.

در مورد ارتباط متغیرهای دموگرافیک با عملکرد ایمن پرستاران، در چکلیست شماره دو، نوع شیفت که در شیفت عصر ۱۵ نفر (۹۴ درصد) بیشترین عملکرد عالی و مطلوب مشاهده می‌شود و ارتباط معنی دار و مستقیمی مشاهده شد ($P=0/015$). در چکلیست شماره یک، در سؤالات مربوط به ایمنی دارویی، شیفت صبح ۱۸ نفر (۸۱ درصد) معنی دار بود ($P=0/03$). در سؤالات مربوط به زخم بستر در همین چکلیست، شیفت ثابت ۴ نفر (۱۰۰ درصد) ارتباط مستقیمی با عملکرد ایمن پرستاران داشت ($P=0/03$). در سؤالات مربوط به پیشگیری از زمین خوردن، شیفت عصر ۱۶ نفر (۷۲ درصد) ارتباط معنی داری با عملکرد پرستاران داشت ($P=0/01$). در چکلیست شماره دو گویه ایمنی دارویی، شیفت عصر ۱۴ نفر (۸۷ درصد) ارتباط معنی دار و مستقیمی داشت ($P=0/008$). در

جدول (۳): نتایج معنی‌دار هر سه چک‌لیست

متغیر معنی‌دار در عملکرد کلی	P value	ایمنی دارویی	P value	پیشگیری از زخم بستر	P value	پیشگیری از سقوط	P value	کنترل عفونت	P value
شیفت عصر	۰/۰۱۵	شیفت صبح و عصر	۰/۰۰۸ و ۰/۰۱۷	شیفت ثابت	۰/۰۰۳	شیفت عصر	۰/۰۰۱	شیفت صبح و عصر	۰/۰۰۴
سابقه کار	۰/۰۰۲	سابقه کار	۰/۰۰۲	سابقه کار	۰/۰۰۲	-	-	-	-
سابقه کار	۰/۰۰۲	-	-	سابقه کار	۰/۰۰۳	-	-	-	-
-	۰/۰۰	-	-	-	-	-	-	-	-

بحث

۸۶/۵ درصد مشاهده شد. در مطالعه‌ای در آمریکا، از دیدگاه ۶۸ درصد از پرستاران، ناخوانا بودن دستورات دارویی در پرونده و کارت‌های دارویی بیماران به‌عنوان خطایی انسانی در فرآیند تجویز دستورات دارویی موضوع بسیار مهمی است، اما برخی از عوامل محیطی و مدیریتی مانند شلوغی بخش، خستگی ناشی از اضافه کاری زیاد پرستاران نیازمند تغییراتی در جهت پیشگیری از خطاهای انسانی است (۳۷).

در ارتباط با هدف دوم پژوهش که تعیین وضعیت عملکرد پرستاران در زمینه کنترل عفونت می‌باشد، ۴۰ درصد در سطح مطلوب مشاهده شدند. در مطالعه حشمتی فر و همکاران، نشان داد که پرستاران عملکرد خوبی نسبت به رعایت اصول کنترل عفونت بیمارستانی نداشتند (۳۸). یافته‌های پژوهش آقاخانی و همکاران نشان داد که ۷۰ درصد از پرستاران در زمینه کنترل عفونت‌های بیمارستانی در رابطه با خود، ۶۵/۱ درصد از پرستاران در رابطه با بیمار و ۷۳/۵ درصد از پرستاران در رابطه با محیط بیمارستان از عملکرد متوسط برخوردار بودند (۳۹). جنر^۲ و همکاران (۴۰) و همچنین نظری و همکاران (۴۱)، عملکرد پرستاران را در خصوص پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی ضعیف برآورد کردند. در توضیح این تفاوت‌ها متوجه می‌شویم که تفاوت عملکرد در رفتار، گزارش و ابزار مشاهده است.

در ارتباط با سومین هدف پژوهش که تعیین وضعیت عملکرد پرستاران در زمینه پیشگیری از زخم بستر بیماران سالمند بخش‌های داخلی می‌باشد نتایج، ۳۶ درصد در سطح نامطلوب را نشان داد. در مطالعه‌ای با عنوان بررسی کیفیت مراقب‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری در بخش‌های ارتوپدی که از ابزار مشاهده‌ای بررسی مراقبت استفاده شد، کیفیت مراقبت‌های ارائه شده در پیشگیری از زخم فشاری در اکثر موارد نسبتاً مطلوب بود که با نتیجه حاضر هم‌خوانی دارد (۴۲). سیسل^۳ و همکارانش در مطالعه خود تحت عنوان دانش پرستاران واحد مراقبت

در مجموع در سه دوره بررسی، ۹۲ نفر (۶۱ درصد) از پرستاران دارای عملکرد مطلوب بودند و میانگین عملکرد پرستاران ۶۱/۰۷±۲۶/۳۱ بود. در مطالعه ارشدی بستان آباد و همکاران نیز که با استفاده از چک‌لیست مشاهده‌ای عملکرد پرستاران بررسی شد، میزان عملکرد ایمن، برابر با ۷۸ درصد بود (۲۹). در مطالعه یعقوبی و همکاران ۷۸ درصد پرستاران مورد بررسی عملکرد با سطح پایین داشتند و فقط ۴ درصد افراد سطح عملکرد بالایی داشتند (۳۰). یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه کریمیان و همکاران (۳۱) هم‌خوانی دارد ولی با یافته‌های الله بخشیان و همکاران (۳۲) مغایر است.

در ارتباط با اولین هدف پژوهش که تعیین وضعیت عملکرد پرستاران در زمینه رعایت ایمنی در دادن دارو به بیماران سالمند است، بر اساس یافته‌های پژوهش، ۴۸ درصد در سطح عالی مشاهده شد. اجرای دستورات دارویی بخش مهمی از فرآیند درمان و مراقبت از بیمار و جزء اصلی عملکرد پرستاران محسوب می‌شود (۳۳)، از طرفی عملکرد پرستاران در زمینه کنترل خطاهای دارویی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که علاوه بر هزینه بر بودن، امروزه تأثیر منفی آن بر حفظ امنیت بیماران که مهم‌ترین اولویت نظام سلامت کشور است به خوبی شناخته شده است (۳۴ و ۳۵).

پژوهش حاضر میزان عملکرد پرستاران طی ۷۰ روز از نیمه دوم سال ۹۴ را مورد مشاهده قرار داد که عملکرد پرستاران در زمینه ایمنی دارویی را بیان می‌کرد. در مطالعه مایان^۱ و همکاران نیز در سال ۲۰۰۵ میزان خطاهای دارویی طی ۳ ماه را برای هر پرستار ۲/۲ مورد و میزان گزارش خطاهای دارویی ۴۳/۲ درصد بود (۳۶). قابل‌ذکر است که یکی از حیاتی‌ترین و ساده‌ترین روش‌های پیشگیری از خطا در مرحله اجرای دستورات دارویی، رعایت قانون پنج ۲، یعنی بیمار صحیح، مقدار صحیح، روش صحیح، زمان صحیح و داروی صحیح است که این میزان در گویه رعایت ایمنی دارویی،

³ yesil

¹ Mayyan

² Jenner

ویژه در ارتباط با مداخلات پیشگیری از زخم بستر، به این نتیجه رسیدند که میانگین امتیاز افراد برای مداخلات پیشگیرانه از زخم فشاری $34/97 \pm 4/43$ و در حد متوسط بود (۴۳).

در ارتباط با هدف چهارم پژوهش که تعیین وضعیت عملکرد پرستاران در زمینه کاهش خطر آسیب‌دیدگی در نتیجه افتادن و زمین خوردن بیماران سالمند می‌باشد نتایج نشان داد که ۳۹ درصد در سطح مطلوب بودند. شیوع سقوط در بیمارستان‌ها به‌عنوان یک شاخص حساس کیفیت پرستاری همراه با زخم بستر و مدیریت درد می‌باشد (۴۴). در مطالعه امیریان و همکاران، بیشتر سقوط از تخت در شیفت شب و عدم حضور پرستار یا پزشک اتفاق افتاده بود، که می‌تواند ناشی از کمبود کارکنان برای کمک به بیماران و نیز تلاش بیمار برای خارج شدن از تخت درحالی‌که از افراد دیگر جهت خارج شدن از تخت کمک نخواهد گرفت و نیز عدم وجود روشنایی کافی باشد. تعداد کمی از سقوط‌ها در زمان حضور پزشک یا پرستار اتفاق می‌افتد که نشان‌دهنده جایگاه مهم مراقبین به خصوص پرستاران در پیشگیری از سقوط سالمندان است (۴۵).

بر اساس آزمون کای دو، نوع شیفت ارتباط مستقیمی با رعایت ایمنی دارویی پرستاران داشته و بیشترین میزان عملکرد مطلوب در شیفت صبح و عصر بود. در مطالعه سادات یوسفی و همکاران نیز بین میانگین تعداد خطاهای دارویی و شیفت‌های مختلف کاری تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد و میانگین خطاهای دارویی در شیفت شب بیشتر از شیفت صبح بود ولی بین شیفت صبح و در گردش تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد و نیز ایمنی دارویی در شیفت شب کم‌تر از شیفت‌های دیگر مشاهده شد، که با مطالعه یوسفی و همکاران نیز هم جهت می‌باشد (۴۶). کار کردن در شب برخلاف سرشت انسان‌ها و ریتم‌های شبانه روزی بوده و سپس اختلالاتی مانند اختلال خواب، خستگی، عدم دقت و تمرکز حواس و تحریک‌پذیری می‌گردد (۴۷). نتایج پژوهش تابون^۴ و همکاران نشان داد که میزان اشتباهات پرستاران با افزایش ساعات کاری افزایش چشم‌گیری می‌یابد (۴۸).

سابقه کاری پرستاران با عملکرد آنان در مراقبت ایمن در هر سه چک‌لیست ارتباط مستقیمی دارد و با افزایش سابقه کاری ایمنی بیماران در مراقبت از بیماران سالمند و رعایت موارد ایمنی افزایش می‌یابد. متغیر زمان عامل مهمی است، زیرا افراد با سابقه فرصت بیشتری برای یادگیری و مطالعه پیدا می‌کنند. با توجه به آنکه پرستاران طرحی از سابقه کاری و تجربیات کم‌تری برخوردارند و همچنین کم‌تر از سایر کارکنان در کلاس‌های ضمن خدمت مربوط به ایمنی بیمار شرکت داده می‌شوند، یافته‌های فوق چندان دور از

ذهن نیست. در مطالعه حاضر بین سابقه کار پرستاران و عملکرد ایمن آنان نسبت به بیماران ارتباط معنی‌داری وجود داشت که این امر به اهمیت نقش تجربه در ارائه مراقبت ایمن توسط پرستاران اشاره دارد. این مسئله با آنکه پایین بودن سابقه کار، عملکرد پرستاران طرحی را توجیه می‌نماید با پژوهش همتی مسلک پاک و همکاران (۱۳۹۱) مغایرت دارد، به‌طوری‌که در مطالعه آنان کارکنان کم سن و کم سابقه از میانگین عملکرد بهتری برخوردار بودند (۴۹) و نیز با نتایج ستارزاده و همکاران (۱۳۸۳) که حاکی از کیفیت بهتر عملکرد پرستاران دارای سابقه کاری کم‌تر می‌باشد مغایرت دارد (۵۰). با توجه به آزمون کای دو در چک‌لیست شماره یک، پرستاران در شیفت متغیر عملکرد سطح عالی و مطلوب در خصوص پیشگیری از زخم بستر داشتند و از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/03$). بر اساس آزمون کای دو و در چک‌لیست شماره دو، پرستاران قراردادی، پیمانی و رسمی بیشترین عملکرد مطلوب را در پیشگیری از زخم بستر داشته و بین عملکرد آنان و پیشگیری از زخم بستر ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($p=0/02$) که می‌تواند ناشی از افزایش تجربه پس از گذراندن طرح نیروی انسانی و سابقه کاری بیشتر باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباط مستقیم بین عملکرد ایمن و سابقه کار، که ناشی از وقوع خطا در پرستاران تازه کار و جوان می‌باشد، طراحی برنامه‌های آموزشی در بدو استخدام در مراکز درمانی بسیار مهم است. لذا توصیه می‌شود سرپرستاران در برنامه ریزی خود در چیدمان شیفت‌ها، پرستاران تازه کار را در همراهی با پرستاران با سابقه کار بالا در جهت استفاده از تجربیات ایشان و کاهش خطا قرار دهند. برگزاری کلاس‌های بازآموزی و تشویق پرستاران از طرف مدیران پرستاری جهت ارتقاء انگیزه در آنان از جمله راه کارهایی است که با توجه به توانایی‌ها و محدودیت‌های موجود می‌تواند در جهت ارتقای عملکرد ایمن در محیط‌های بالینی تأثیرات مثبت و مؤثری داشته باشد. انجام مطالعه در مراکز آموزشی درمانی با حجم نمونه‌های بیشتر قابل توصیه است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد. از تمامی کسانی که در پیش برد این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

⁴ Tabone

References:

1. Tabloski P A. Gerontological Nursing. 3rd ed. Connell. William. F. School of Nursing at Boston College 2014: 684-8.
2. Meimandi M H, Barghmadi M. The relationship between religious beliefs and life satisfaction among the elderly. Iran J Ageing 2012; 5(15): 87-94. (Persian)
3. Atahan Cagatay A, Tufan F, Hindilerden F, Aydin S, Celal Elciog lu O, Karadeniz A, et al. The causes of acute fever requiring hospitalization in geriatric patients: comparison of infectious and noninfectious etiology. J Aging Res 2010; 12: 380-892.
4. Eliopoulos C. Gerontological nursing. 7th, edition. US: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins; 2010.P. 314-20.
5. Abedi H, Moatafa vidarani F, Mohd Riji H. The elderly perception & views on their health – facilitation &inhibiting factors in elderly health care in Iran: a qualitative study. Procedia Social & behavioral Science 2010; 5: 222-6. (Persian)
6. Potter P A. Fundamentals of Nursing. Published in Tehran. 8th edition. Jameeh Negar; 2013. P. 10-220. (Persian)
7. Girard N J, Maeteson M A, McConnell E S, Linton A D. Gerontological nursing in acute care setting: Concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.P. 855-95.
8. Jacelon C S. Managing personal integrity: The process of hospitalization for elders. J Adv Nurs 2004; 546-9.
9. Hendrix C C, Wojciechowski C W. Chronic care management for the elderly: an opportunity for gerontological nurse practitioners. J Am Academy Nurse Practitioners 2005; 17(7): 263-7.
10. Momen Heravi M, Afzali H, Soleimani Z, Matin M. Common Infectious Diseases among the Hospitalized elderly patient. Salmand. Iran J Aging 2011; 6 (2): 64- 70. (Persian)
11. Heydari H, Kamran A, Pirzadeh A. Assessment of Nurses' Perceived Barriers and Behaviors to Reporting Medication Errors in Hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran. J Health Sys Res 2012; 8(5): 806-13. (Persian)
12. Aronson J. Medication Errors: Definitions and classification. Br J Clin Pharmacol 2009; 67(6): 599- 604.
13. Grissinger M C, Kelly K. Reducing the risk of medication errors in women. J Women Health 2005; 14(1): 61-7.
14. Bauer R, Steiner M. Injuries in the European Union Statistics Summary 2005-2007 [Internet]. 2009 [updated 2009 Nov 10; cited 2009 Nov 10]. Available from: http://ec.europa.eu/health/healthy_environments/docs/2009-idb-report_screen.pdf
15. Bergland A, Wyller T B. Risk factors for serious fall related injury in elderly women living at home. Injury Prevention 2004; (10); 308-13.
16. Milos V, Bondesson A, Magnusson M, Jacobson U, Wasteland T & Midlöv P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross sectional study among elderly patients in primary care. BMC Geriatrics 2014. 14(40); 2-7.
17. Kottner J, Dassen T. Pressure ulcer risk assessment in critical care: interrater reliability and validity studies of the Braden and Waterloo scales and subjective ratings in two intensive care units. Int J Nurs Stud 2010; 47(6): 671-7.
18. Berwick D M. protecting 5 million lives from harm [Internet]. USA: Institute for Healthcare Improvement. 2013. Available from: <http://www.ihc.org>

- //www.ihl.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx
19. Reddy M, Gill S, Rochon P. Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA* 2006 .296(8); 974-84.
 20. Webster J, Gavin N, Nicholas C, Coleman K, Gardner G. Validity of the Waterlow scale and risk of pressure injury in acute care. *Br J Nurs* 2010; 19(6):16-8.
 21. Kennedy-Malone L, Penrod J, Kohlenberg E M, Letvak S A, Crane PB, Tesh A, et al. Integrating gerontology competencies into graduate nursing programs. *J Prof Nurs* 2006; 22(2): 123-5.
 22. Secrest J, Iorio D H, Martz W. The meaning of work for nursing assistants who stay in long term care. *J Clin Nurs* 2005; 14(8B): 90-7.
 23. Yasnoff W A, Humphreys B L, Overhage J M, Detmer D E, Brennan P F, Morris R W et al. A consensus action agenda for achieving the national health information infrastructure. *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11(4): 332-8.
 24. Reason J, Carthey J, De Leval M. Diagnosing vulnerable system syndrome: an essential prerequisite to effective risk management. *Quality Health Care* 2001; 10 (suppl 2): 21-5.
 25. Smits M, Christiaans-Dingelhoff I, Wagner C, van der Wal G, Groenewegen P P. The psychometric properties of the 'Hospital survey on patient safety culture in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(1): 230.
 26. González-Formoso C, Martín-Miguel M V, Fernández- Domínguez M J, Rial A, Lago-Deibe F I, Ramil- Hermida L et al. Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: A randomized trial. *BMC Family Practice* 2011; 12 (1): 1-10.
 27. Organization WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. Geneva, Switzerland: Author Retrieved March; 2005. P. 32-8.
 28. Medical errors: the scope of the problem (an epidemic of errors). [Cited 2008 Nov 17]. Available from: www.ahrq.gov/qual/errback.htm
 29. Arshadi Bostanabad M, Jebreili M, Kargari Rezapour M. Assessment of Nursing Safe Performance in Neonatal Intensive Care Units of Tabriz. *Iran J Pediatric Nurs* 2015; 1(2), 49- 60. (Persian)
 30. Yaghubi M, Seyed Sharifi SH, Abbaspour H. Knowledge, Attitude, and Practice of Intensive Care Units Nurses about Nosocomial Infections Control in North Khorasan Province Hospitals of Bojnurd in 2012. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2013; 5: 943-51. (Persian)
 31. Reiss Karimian F, Rostaminegad A. Assessment of practice and knowledge and practice of nurses in yasuj hospitals about nosocomial infections. *Armaghan Danesh* 2003; 8 (31); 49-56. (Persian)
 32. Allah –Bakhshian A, Moghaddasian S, Zamanzadeh V, Parvan K, Allah –Bakhshian M. Knowledge, Attitude, and Practice of ICU Nurses about Nosocomial Infections Control in Teaching Hospitals of Tabriz. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2010, 23(64): 17-28. (Persian)
 33. Saghiri S. Study of common nursing errors and development of errors reduction strategies in nurses. *Journal of Military Nursing Faculty*. 2010, 10(2): 35-41. (Persian)
 34. Pronovost P J, Thompson D A, Holzmueller C G, Lubomski L H, Morlock L L. Defining and measuring patient safety. *Crit Care Clin* 2005; 21(1): 1-19.
 35. Wolf ZR, Hughes R G. Error reporting and disclosure in: patient safety and Quality: An

- Evidence-Based Hand book for nurses. Rockville: AHRQ Publication; 2008. P.1-47.
36. Mayyan MT, Shishani K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses' perspectives. *J Nurs Manage* 2007; 15(6): 659-70.
37. Fry M M, Dacey C. Factors contributing to incidents in medicine administration (Part 2). *Br J Nurs* 2007; 16 (11): 678-81.
38. Heshmatifar N, Malek khahi A, Asaroodi A. Evaluation of the level of infection control among nurses in Vasei Hospital of Sabzevar in 2012. *The Journal of Research Committee at Student Sabzevar University of Medical Science* 2014; 19(2). 47-57. (Persian)
39. Aghakhani N, Sharif Nia H, Ghana S, Emami Zeydi A, Siyadat Panah A, Rahbar N, Hoseinzadeh E, Soleimani M A, Moghadasifar I. Surveying Prevention of Nosocomial Infections among Nurses in Educational Hospitals of Uremia in 2009. *Journal of Health Tabreez (FAMILY HEALTH)* 2013; 1(3); 21-5. (Persian)
40. Jenner E A, Fletcher B C, Watson P, Jones F A, Miller L, Scott G M. Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behavior in healthcare professionals. *J Hospital Infection* 2006; 63(4): 418-22.
41. Nazari R, Saberi M, Khazaie Nezhad S. Comparison of Nurses and Nursing Students' Knowledge and Practice about Prevention and Control of Nosocomial Infection. *J Res Develop Nurs Midwifery* 2012. 9(1); 76-83. (Persian)
42. Paryad E, Jahanshahi M, Jafroodi SH, Kazem Nezhad E. Survey of the Quality of Care in Provided in Prevention of Pressure Sores in Hospitalized Patients in Orthopedic Wards. *J Gilan Univ Med Sci* 2005. 14(53); 36-42. (Persian)
43. Yeşil P, Köse I, Öztunç G, Eskimez Z. Knowledge of Nurses Working in Intensive Care Units in Relation to Preventive Interventions for Pressure Ulcer. *Int J Car Sci* 2016. 9 (2); 677-88.
44. American Nurses Association. Nursing sensitive indicators. Retrieved March 14, 2011. Available at: <http://www.nursingworld.org>.
45. Amirian Z, Jalali R. Assessment of hospitalized patients fall out of bed in hospitals of Kermanshah University of Medical Sciences. *J Clin Res Paramedical Sci* 2014. 3 (2); 130-4. (Persian)
46. Yousefi M S, Abed Saeedi Zh, Maleki M, Sarbakhsh P. Frequency and causes of medication errors of nurses in different shift works in educational hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwifery* 2014. 24(86); 27-34. (Persian)
47. Baghery M, Valizadeh Nagemeh N. Night work and its consequences on nurses' health. *J Gorgan Bouyeh Fac Nurs Midwifery*. 2006. 3(1) 43-8. (Persian)
48. Tabone S. Nurse fatigue: The human factor. *Texas Nurses Association* 2004; 78(5) 8-10.
49. Hemmati Maslakpak M, Habibzadeh H, Khalilzadeh H. Managers and nurses function of safe patients' care from the nurses Perspective. *J Health Prom Manag* 2012; 2(1), 7-15. (Persian).
50. Sattarzadeh pashabeyk M, Navipour H, Memarian R. Formulation and implementation of guidance program on quality of nursing records in CCU. *Medical Daneshvar* 2006; 59(13): 29-35. (Persian)
51. Hemmati Maslakpak M, Sheikhabaklu M, Baghaei R, Sheikhi N. Study the performance of nurses' communication with patients in special education and non-teaching hospital, Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2012, 10(2); 285-94.

52. Ghamari Zareh Z, Anoosheh M, VanakiZ, Hagi
Zadeh E. Quality of Nurse's Performance and

Patients' Satisfaction in Cardiac Care Units. J
Tabibe Shargh 2008; 10 (1); 26-36.

STUDY OF NURSES' PRACTICE ABOUT ELDERLY PATIENTS SAFETY CARE HOSPITALIZED IN MEDICAL WARDS OF TREATMENT & EDUCATIONAL CENTERS IN URMIA, IRAN IN 2016

Nader Aghakhani¹, Farangis Alizadeh², Rahim Baghaei³, Vahid Alinezhad⁴

Received: 06 Nov, 2018; Accepted: 24 Jan, 2019

Abstract

Background & Aim: Hospital admission for elderly person can put them in a crisis situation. Also, treatment services are in an environment of multiple and complex factors. So safety compliance in the centers by health care providers as like as nurses, reduce disease prevalence and the damage, shortens duration of treatment or admission to hospital for them, be functional status improves and increases the patients' sense of well-being. This study aimed to evaluate nurses' practice about elderly patients safety care hospitalized in medical wards of treatment & educational centers in Urmia, Iran in 2016.

Materials & Methods: In this study, 50 nurses were randomly selected in a randomized sampling and the ratio of 3 times, their caring practice in different shifts were studied. The survey tool was a safe practice researcher-made check list. The results of the research were analyzed by a SPSS 22 software and Chi-square test, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis.

Results: In total, 61% of nurses had an optimal performance. The highest optimal performance was in the morning and afternoon shifts and within more experienced nurses. It was showed that there was a significant relation between nurses' work experience and their safe practices ($p \leq 0.05$).

Discussion: According safety standards and main objectives of the health systems for providing a qualified service, it is needed for educational programs to promote safe care. Common shifts in novice nurses and more experienced nurses should be considered.

Keywords: Nurses, safe care, elderly patients, Urmia

Address: Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98) 44 32754916

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

¹ Associate Professor, patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

² Master Student in Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Associate Professor, patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Candidate of PhD in Biostatistics, Tarbiat Moddares University, Tehran, Iran