

# ارزیابی مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار با استانداردها در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)

حبیبه بیات منش<sup>۱</sup>، منصوره زاغری تفرشی<sup>۱</sup>، هومان منوچهری<sup>۲</sup>، علیرضا اکبرزاده باغبان<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> گروه مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، <sup>۲</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۵/۱

## چکیده

**زمینه و هدف:** ارتقاء کیفیت خدمات درمانی از دغدغه‌های اصلی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت است. امنیت بیمار به معنای فقدان هرگونه آسیب ناشی از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. در بخش مراقبت‌های ویژه به دلایلی چون پیچیدگی شرایط بیمار و فرایند درمان، امکان بروز خطا و رویدادهای ناخواسته به حداکثر می‌رسد و نیازمند توجه جدی است. هدف از این مطالعه تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار با استانداردها در بخش‌های مراقبت ویژه بود.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی، ۱۹۹۸ مراقبت پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار طی عملکرد شیفت صبح ۵۴ پرستار در سه بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در زمستان سال ۱۳۹۴ با استفاده از چک لیست پژوهشگر ساخته که شامل ۳۷ عبارت و ۶ حیطه بود، ارزیابی شد. این حیطه‌ها شامل پذیرش و ارزیابی اولیه بیمار، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح از بدن بیمار، اجتناب از اتصالات نادرست لوله‌ها و سوند بیمار، پیشگیری از سقوط بیمار، پیشگیری از زخم بستر و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی بود. چک لیست پس از تعیین روایی صوری و محتوا (۹۶ درصد = CVI) و پایایی به روش محاسبه ضریب توافق بین مشاهده گران (۹۹ درصد = ICC)، با مشاهده عملکرد توسط پژوهشگر در شیفت‌های صبح، برای ۵۴ پرستار تکمیل و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی بررسی شد.

**یافته‌ها:** در مشاهده عملکرد ۵۴ پرستار بخش‌های مراقبت ویژه، متوسط میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار در مقایسه با چک لیست مورد نظر از ۱۰۰ امتیاز، نامطلوب (۴۶/۷۵) ارزیابی شد. بیشترین میزان مطابقت مربوط به حیطه پیشگیری از سقوط بیمار نسبتاً مطلوب (۵۰/۲۵) و کمترین میزان مربوط به حیطه پیشگیری از زخم بستر نامطلوب (۱/۸۷) ارزیابی گردید.

**نتیجه‌گیری:** میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، با استانداردها فاصله دارد. مدیران حوزه درمان در راستای ارتقای کیفیت خدمات درمانی ارائه شده به بیمار به وسیله پرستار در رابطه با شاخص‌های ایمنی بیمار در بخش مراقبت ویژه و به دنبال آن افزایش ایمنی بیماران جهت جلوگیری از آسیب رسیدن به آنها در نتیجه ارائه این مراقبت‌ها، باید بر حسابرسی و نظارت منظم در مراقبت‌های پرستاری و برنامه‌های آموزش مداوم، تأکید بیشتری نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** ارزیابی، ایمنی بیمار، بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبت پرستاری،

\*نویسنده مسئول: منصوره زاغری تفرشی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه مدیریت پرستاری

Email: tafreshi@sbmu.ac.ir

## مقدمه

ارتقاء کیفیت خدمات درمانی از دغدغه‌های اصلی سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت است. در این راستا یکی از مهم‌ترین اهداف یک سازمان بهداشتی- درمانی، پیشگیری از آسیب و صدمه به بیمار و پیشگیری از به مخاطره انداختن ایمنی وی در نتیجه ارائه خدمات سلامت است (۱). ایمنی بیمار و کیفیت در قلب ارائه مراقبت سلامتی هستند و فراهم کردن مراقبت ایمن و بدون خطا هدف والای همه سازمان‌های مراقبت سلامت است (۲). ایمنی به معنای پرهیز از وارد شدن هرگونه صدمه و جراحت در حین ارائه مراقبت‌های سلامت است. از نظر سازمان جهانی بهداشت، ایمنی در محیط ارائه خدمات سلامتی و درمانی عبارت است از "کاهش احتمال صدمه غیر ضروری به میزان حداقل قابل قبول" در مقایسه با سایر روش‌های درمان و یا عدم اقدام به درمان (۱) و به مواردی نظیر خطاهای دارویی، اعمال جراحی، تشخیص‌های نادرست، تشخیص ندادن خرابی دستگاه‌ها و تجهیزات که منجر به تشخیص اشتباه گردد و مواردی دیگر نظیر عفونت‌های بیمارستانی، سقوط بیمار، زخم بستر، درمان نادرست و غیره مرتبط می‌گردد (۳).

با چاپ گزارش موسسه پزشکی در آمریکا با عنوان "انسان ممکن الخطا است، ایجاد نظام سلامت ایمن‌تر" در سال ۱۹۹۹ توجه به مقوله ایمنی بیمار افزایش یافت و ایمنی بیمار به یک نگرانی عمده در سیستم سلامت تبدیل شد (۴). رعایت نکات ایمنی بیمار

در تمام قسمت‌های بیمارستان الزامی است و منجر به کاهش خطرات و دعاوی احتمالی می‌گردد (۵). ولی در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) به دلایلی چون پیچیدگی شرایط بیمار و فرآیند درمان، وجود دستگاه‌ها و تجهیزات الکترونیکی فراوان، عدم هوشیاری بیماران و وابستگی آنها به مراقبین و دستگاه‌های حمایت حیات و استفاده زیاد از اکسیژن، امکان بروز خطا و رویدادهای ناخواسته به حداکثر می‌رسد و نیازمند توجه جدی است. خطاهای طبی و عدم ایمنی بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، در شرایط مزمن بودن بیماری و ارتباط نامناسب گروه‌های بالینی با یکدیگر، دو چندان می‌شود (۶). علی‌رغم بهترین تلاش‌ها، خدمات پزشکی هرگز بدون رویداد های خطر ساز نبوده است. مطالعه‌های حوادث زیان‌بار در تعدادی از کشورهای جهان نشان داد که بین ۱۶-۴ درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، تعداد یک یا بیشتر حادثه زیان بار را تجربه می‌کنند که حدود نیمی از آن قابل پیشگیری است (۷). به گزارش سازمان جهانی بهداشت، هر ساله تقریباً ده‌ها میلیون نفر از بیماران در سراسر جهان به دلیل مراقبت‌های سلامت نا ایمن، از آسیب‌های تهدید کننده حیات رنج می‌برند. تقریباً یک بیمار از هر ۱۰ بیمار در حال دریافت مراقبت‌های بهداشتی در بیمارستان با تکنولوژی بالا دچار آسیب می‌شوند (۸). شایان ذکر است که با وجود کاربرد استراتژی‌های مختلف برای کنترل و پیشگیری از رخداد خطاها و آسیب دیدن بیمار، هنوز هم میزان خطاها و حوادث ناگوار کاهش نیافته است و همچنان

بیمار فاصله داشتند. بخش‌های مراقبت ویژه را به دلیل گستردگی خدماتی که انجام می‌دهند، می‌توان به بیمارستانی کوچک در درون بیمارستانی بزرگ تشبیه کرد (۱۳) که مراقبت‌های نجات دهنده زندگی را برای بیماران با شرایط بحرانی فراهم می‌کند. این مراقبت‌های نجات دهنده در نتیجه تعامل‌های متقابل چندگانه بین فراهم‌کننده‌های مراقبت سلامت در چند رشته، بیماران و تجهیزات پزشکی رخ می‌دهد که از نظرحوادث زیان آور و خطاهای جدی با خطرات قابل توجهی همراه است. درمان‌های حمایت‌کننده زندگی و تکنیک مراقبتی جاری در ICU، موقعیت‌های بروز خطاهای پزشکی (عدم رعایت استانداردها) را گسترش می‌دهد. از طرفی بیماران بستری در ICU به دلیل اختلال عملکرد ارگان‌های حیاتی بدن و وجود بیش از یک بیماری در بدن خود، به شدت در برابر خطاهای پزشکی آسیب پذیرند (۲). به دلیل پیچیدگی مراقبت در ICU، نیاز به به کارگیری استانداردها جهت افزایش ایمنی بیمار می‌باشد. تدوین و به کارگیری استانداردها در بخش ICU منجر به بقای بیشتر بیماران و صرفه‌جویی در هزینه‌ها و کاهش مرگ‌های قابل پیشگیری در نتیجه افزایش ایمنی بیمار شده است (۱۴). با توجه به اهمیت موضوع، نویسندگان همواره اهمیت رعایت استانداردهای ایمنی بیمار را در این بخش در نظر داشته‌اند. هدف از انجام این مطالعه، تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در ICU با استانداردهای جهانی و ملی، در بیمارستان‌های شهر یاسوج بود.

بیماران در سراسر دنیا در حین دریافت مراقبت، آسیب می‌بینند (۹).

پرستاران از اعضای کلیدی تیم بهداشتی هستند (۱۰) و بزرگترین گروه ارایه دهنده خدمات بهداشتی را تشکیل داده و نقش اساسی در تداوم مراقبت، ارتقا و حفظ سلامت در سطوح مختلف سیستم ارایه خدمات سلامت را ایفا می‌کنند (۱۱). از بخش‌هایی که پرستاران نقش مهمی در اداره آنها دارند، بخش مراقبت‌های ویژه است (۱۰). نظارت بر ایمنی خدمات ارایه شده به وسیله پرستاران و سایر گروه‌های درمانی و مراقبتی، بسیار مهم است. اقدامات نظارتی نقش شناخته شده‌ای در کشف زود هنگام عوارض و نیز شناسایی، انقطاع و اصلاح خطاهای پزشکی دارد. ساز و کارهای نظارت، روش مهمی است که به وسیله پرستاران جهت ارتقای برآیندهای بیمار، به ویژه ایمنی بیماران، استفاده می‌شود (۱۲). در مطالعه انجام شده به وسیله نجف‌پور (۹) در رابطه با تحلیل شاخص‌های ایمنی بیمار و توصیه‌هایی برای بهبود ایمنی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران، هیچ یک از بیمارستان‌ها، وضعیت ایمنی مطلوبی نداشتند و میزان تبعیت از استانداردها طبق پروتکل جهانی، ضعیف بوده و نیاز به اقدامات ارتقا دهنده در خصوص نواقص شناخته شده وجود داشت. همچنین در مطالعه انجام شده به وسیله مرزبان (۶) در رابطه با نظام مدیریت ایمنی بیمار در ICU در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان‌های مورد مطالعه از سطح بین‌المللی ایمنی

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی، بخشی از یک مطالعه بزرگتر است که به منظور تعیین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه، در شش حیطة انجام شده است. با توجه به مطالعه‌های مرتبط در خصوص خارجی و نبود ابزارهای مشابه، حیطة‌ها و عبارت‌های ابزار این مطالعه از کتاب‌ها، مقالات، وب سایت‌ها و سایر دستورات‌عمل‌های وزارت بهداشت و منابع اطلاعاتی مربوطه گردآوری شد. از مقالات (۱۹-۱۵) و سایر مطالعه‌ها برای تعیین حیطة‌ها و برخی عبارت‌های مورد مطالعه استفاده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به رعایت ایمنی بیماران به وسیله پرستاران، یک چک لیست شامل دو بخش؛ بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه کار و میزان تحصیلات و بخش دوم حاوی اطلاعات مربوط به نحوه انجام مراقبت‌های پرستاری استاندارد در رابطه با ایمنی بیماران بستری در ICU در شش حیطة مورد نظر بود که بر اساس کتب مرجع پرستاری و پزشکی، مقالات موجود در سایت‌های معتبر علمی دنیا و دستورالعمل‌های موجود، استانداردها در قالب چک لیست تدوین گردید. این چک لیست در شش حیطة مراقبت متداول در همه بخش‌های مراقبت ویژه و جمعاً ۳۷ عبارت طراحی شد. حیطة اول مربوط به پذیرش و ارزیابی اولیه بیمار (۹ عبارت)، حیطة دوم در رابطه با انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار (۱۰ عبارت)، حیطة سوم مربوط به اجتناب از اتصالات نادرست لوله‌ها و سوند بیمار (۳ عبارت)،

حیطة چهارم پیشگیری از سقوط بیمار (۴ عبارت)، حیطة پنجم در رابطه با پیشگیری از زخم بستر (۴ عبارت) و حیطة ششم پیشگیری از عفونت بیمارستانی (۷ عبارت) بود.

جامعه پژوهش این مطالعه شامل کلیه مراقبت‌های پرستاری در ICU بود. این مراقبت‌ها به وسیله پرستاران (به جز سرپرستار) کارشناس و بالاتر شاغل در سه بخش مراقبت ویژه (۵۴ پرستار) با سابقه کار بیش از ۶ ماه در شیفت کاری صبح انجام می‌شدند. همه پرستاران بخش‌های مورد نظر به روش تمام شماری وارد مطالعه شدند. نمونه پژوهش شامل کلیه مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در شش حیطة مورد نظر در ابزار بررسی بود که با استفاده از نمونه‌گیری رویدادی (در زمان انجام مراقبت با توجه به نیاز بیمار) و مبتنی بر هدف (با توجه به حیطة‌های ابزار مورد بررسی) انجام شد. در تعیین حجم نمونه با جایگزینی میانگین میزان رعایت ایمنی بیمار (۸/۶۰ درصد) در دو پژوهش نجف‌پور (۹) و محمدی (۲۰) در فرمول کوکران با در نظر گرفتن سطح خطای نوع اول  $\alpha=0/05$  و حداکثر خطای برآورد  $d=0/05$  حداقل حجم نمونه لازم (برای مشاهده ی مراقبت‌ها) برابر با ۳۸۱/۲۹ شد.

در مطالعه حاضر با توجه به این که تعداد ۵۴ پرستار وارد مطالعه شدند و هر پرستار یکبار در شیفت صبح برای هر حیطة مورد مشاهده قرار گرفت و همچنین مجموع عبارات شش حیطة در هر چک لیست (ابزار بررسی) برابر با ۳۷ بود، در نهایت ۱۹۹۸ مراقبت مورد ارزیابی قرار گرفت.

جهت بررسی پایایی ابزار، از روش پایایی میان مشاهده‌گرها استفاده شد (۲۲). به این منظور چک لیست‌ها در اختیار مشاهده‌گر دومی که از نظر دقت عمل، دانش و آگاهی، همانند مشاهده‌گر اصلی بود قرار داده شد. دو مشاهده‌گر فرم‌ها را برای ۱۰ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه، هم‌زمان تکمیل کرده و بین نمرات حاصل از فهرست‌های دو مشاهده‌گر، ضریب همبستگی درون طبقه‌ای محاسبه گردید که بین آنها تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت (۹۶ درصد = ICC).

پژوهشگر پس از کسب مجوزهای مربوطه از دانشگاه و کمیته اخلاق پژوهش و توضیح اهداف و روش جمع‌آوری داده‌ها به سرپرستار و پرستاران بخش‌های مورد مطالعه، در شیفت‌های صبح حاضر شد و بدون دخالت در روند مراقبت‌ها، مراقبت‌های پرستاری ارایه شده به وسیله ۵۴ پرستار شاغل در سه بخش مراقبت ویژه از دو بیمارستان آموزشی شهرستان یاسوج را به مدت دو ماه (جمعاً ۱۹۹۸ مراقبت پرستاری) مورد مشاهده قرار داده و چک لیست‌ها را تکمیل کرد. لازم به ذکر است شاغل بودن پژوهشگر در یکی از بیمارستان‌ها و حضور وی حین انجام مراقبت‌ها و در شیفت‌های صبح از یک هفته پیش از شروع جمع‌آوری اطلاعات، موجب کاهش تورش حاصل از حضور مشاهده‌کننده در عملکرد پرستاران گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های استخراج شده از چک لیست‌ها، از نرم افزار SPSS استفاده شد. از آنجا که حداکثر نمره چک لیست ۳۷ عبارتی، ۷۴ بود، جهت سهولت در تحلیل نهایی و طبقه بندی داده‌ها، نمرات حاصله از هر چک لیست به میانگین درصد تبدیل و

لازم به ذکر است پس از کسب رضایت آگاهانه از پرستاران شاغل تمام وقت در بخش‌های مورد نظر که دارای حداقل شش ماه سابقه کار در این بخش بودند، مراقبت‌های پرستاری مربوط به ایمنی بیماران بستری در شش حیطه مذکور مورد مشاهده قرار گرفتند. همچنین مراقبت‌هایی که به وسیله پرستارانی انجام شده بود که در طول انجام پژوهش از مرخصی‌های بیش از دو هفته استفاده کرده بودند، حذف شدند. برای سنجش میزان مطابقت عملکرد پرستاران در این چک لیست، که از طریق مشاهده مستقیم فعالیت‌های پرستاران به وسیله مشاهده‌گر(نویسنده اول) تکمیل می‌شد. گزینه‌های "بله به طور کامل انجام می‌شود" و "خیر انجام نمی‌شود در حالی که ضرورت ندارد" معادل دو امتیاز؛ "بله ولی ناقص انجام می‌شود" معادل یک امتیاز، و "خیر انجام نمی‌شود در حالی که ضرورت دارد" معادل صفر امتیاز در نظر گرفته شد. جهت تعیین روایی ابزار گردآوری اطلاعات، از شاخص روایی محتوا و روایی صوری استفاده شد. بدین منظور ۵۰ عبارت استخراج شده برای چک لیست، به وسیله ۱۳ نفر از صاحب نظران (اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی یاسوج و شهید بهشتی تهران) که با مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های ویژه آشنایی داشتند، از نظر مربوط بودن سوالات مورد قضاوت قرار گرفت (۲۱) و در نهایت ۳۷ عبارت با شاخص روایی محتوای ۹۹ درصد (CVI) وارد چک لیست نهایی شد. همچنین برای روایی صوری پیشنهادات صاحب نظران و پرستاران مربوط به روش نگارش عبارات در چک لیست اعمال گردید.

امتیازات برای هر حیطة محاسبه و در نهایت نمرات بر حسب درصد کسب شده از نمره، در سه دسته نامطلوب (۰-۵۰)، نسبتاً مطلوب (۵۰-۷۵) و مطلوب (۷۵-۱۰۰) طبقه‌بندی شدند (۲۳). به عنوان مثال در تجزیه و تحلیل نهایی در صورتی که میانگین درصد نمرات کل ۵۴ پرستار، در طبقه (۰-۵۰) باشد در سطح نامطلوب و اگر در طبقه (۵۰-۷۵) باشد در سطح نسبتاً مطلوب و چنانچه نمره میانگین کل پرستاران در در طبقه (۷۵-۱۰۰) باشد، در سطح مطلوب قرار دارد. برای حیطه‌ها نیز به تفکیک هر حیطه، میانگین نمرات ابتدا به درصد تبدیل شده و سپس در همان سه دسته قرار داده شدند. به عنوان مثال در حیطه ارزیابی اولیه و پذیرش بیمار با ۹ عبارت و امتیاز کل ۱۸، چنانچه میانگین نمره ۵۴ پرستار کمتر از ۹ باشد در سطح نامطلوب، اگر در بازه ۹-۱۳/۵۰ قرار داشته باشد، در سطح نسبتاً مطلوب و چنانچه در بازه ۱۳/۵۰-۱۸ باشد در سطح مطلوب قرار گرفته است. به همین ترتیب برای همه حیطه‌های مورد بررسی، محاسبه و تحلیل نهایی انجام شده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از ذکر نام بیمارستان‌ها در نتایج پژوهش خودداری گردید و در رابطه با محرمانه ماندن اطلاعات به مسئولین و پرستاران اطمینان داده شد.

#### یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۹۹۸ مراقبت پرستاری در رابطه با شش حیطه مورد نظر در زمینه رعایت ایمنی بیمار به وسیله ۵۴ پرستار کارشناس و بالاتر شاغل در بخش‌های ویژه، مورد مشاهده دقیق قرار گرفت.

اکثریت پرستاران (۷۴/۱ درصد) زن و دارای مدرک کارشناسی پرستاری (۹۰/۷ درصد)، با سابقه کار کمتر از سه سال (۶۳ درصد) و از نظر سن بیشترین فراوانی (۳۵/۲ درصد) در رده سنی ۳۰-۲۶ سال بودند (جدول ۱).

نتایج بررسی ۵۴ چک لیست که هر یک ۳۷ عبارت مرتبط با ایمنی بیمار را می‌سنجیدند (جمعاً ۱۹۹۸ مراقبت) نشان داد بیشترین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در ICU، در ارتباط با حیطه

پیشگیری از سقوط بیمار (۵۰/۲۵ درصد) و در سطح نسبتاً مطلوب (بین ۷۵-۵۰) و کمترین میزان مطابقت مربوط به حیطه پیشگیری از زخم بستر (۱/۸۷ درصد) و در سطح نامطلوب (بین ۵۰-۰) بود. در سایر حیطه‌ها نیز میزان رعایت موازین ایمنی بیمار از استانداردها فاصله داشته و در سطح نامطلوب قرار داشتند (جدول ۲).

این پژوهش با هدف مقایسه میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در ICU با استانداردهای موجود، در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در زمستان ۱۳۹۴ انجام شد و مراقبت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در شش حیطه پذیرش و ارزیابی اولیه بیمار، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار، اجتناب از اتصالات نادرست لوله‌ها و سوند بیمار، پیشگیری از سقوط بیمار، پیشگیری از زخم بستر و پیشگیری از عفونت بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی و شغلی پرستاران مورد مطالعه شاغل در بخش های مراقبت ویژه

متغیر	متغیر زمینه ای	فراوانی
جنسیت	زن	۷۴/۱(۴۰)
	مرد	۲۵/۹(۱۴)
تحصیلات	کارشناسی	۹۰/۷(۴۹)
	کارشناسی ارشد	۹/۳(۵)
سن	۲۵-۲۱	۲۵/۹(۱۴)
	۲۶-۳۰	۳۵/۲(۱۹)
	۳۱-۳۵	۳۱/۵(۱۷)
	۳۶-۴۰	۷/۴(۴)
سابقه کار	$4 >$	۶۳(۳۴)
	۷-۴	۲۰/۷(۱۱)
	۱۱-۸	۹/۳(۵)
	۱۲-۱۵	۷/۴(۴)

جدول ۲: میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار با استانداردها

حیطه	میانگین و انحراف معیار هر حیطه	میانگین درصد هر حیطه	طبقه بندی بر اساس دامنه نمره میانگین هر حیطه (میانگین X)	طبقه بندی نهایی هر حیطه
پذیرش و ارزیابی اولیه بیمار	$81.1 \pm 2.241$	۴۸/۹۴	$X < 9$ $13.5 > X \geq 9$ $18 \geq X \geq 13.5$	نامطلوب
انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح	$61.87 \pm 2.795$	۳۴/۲۸	$X < 10$ $15 > X \geq 10$ $20 \geq X \geq 15$	نامطلوب
اجتناب از اتصالات نادرست	$65.1 \pm 1.119$	۱۰/۸۳	$X < 3$ $4/5 > X \geq 3$ $6 \geq X \geq 4/5$	نامطلوب
پیشگیری از سقوط بیمار	$40.2 \pm 1.173$	۵۰/۲۵	$X < 4$ $6 > X \geq 4$ $8 \geq X \geq 6$	نسبتاً مطلوب
پیشگیری از زخم بستر	$15 \pm 0.596$	۱/۸۷	$X < 4$ $4/5 > X \geq 3$ $8 \geq X \geq 4/5$	نامطلوب
پیشگیری از عفونت های بیمارستانی	$52.6 \pm 2.658$	۳۷/۸۸	$X < 7$ $10.5 > X \geq 7$ $14 \geq X \geq 4/5$	نامطلوب
میانگین شش حیطه	$25.76 \pm 8.33$	۳۴/۸۱	$X < 37$ $55/50 > X \geq 37$ $74 \geq X \geq 55/50$	نامطلوب

**بحث**

یکی از بارزترین حقوق انسان ها حق ایمن ماندن از خطرات و آسیب ها هنگام دریافت خدمات بهداشتی است. مفهوم ایمنی بیمار جزء بسیار ضروری سیستم های بهداشتی درمانی است. بخش مراقبت های ویژه از مهم ترین بخش های بیمارستان جهت کاهش مرگ و میر و عوارض و عوارض بستری در بیمارستان است زیرا در آن بیماران بدحال به وسیله کارکنان با مهارت و قابلیت کار با وسایل و تجهیزات پیچیده، تحت مراقبت قرار می گیرند. اگرچه رعایت نکات ایمنی بیمار در تمام قسمت های بیمارستان الزامی است، ولی در بخش مراقبت های ویژه به دلیل بیشتر بودن امکان بروز خطا و حوادث و رویدادهای ناخواسته اهمیت بیشتری دارد (۶).

یافته ها نشان داد بیشترین میزان مطابقت مراقبت های پرستاری مرتبط با ایمنی بیماران بستری در ICU، در ارتباط با حیطة پیشگیری از سقوط بیمار و در سطح نسبتاً مطلوب و کمترین میزان مطابقت مربوط به حیطة پیشگیری از زخم بستر و در سطح نامطلوب بود. در سایر حیطة ها نیز میزان رعایت موازین ایمنی بیمار از استانداردها فاصله داشته و در سطح نامطلوب قرار داشتند.

سقوط و زمین خوردن بیمار تهدیدی مهم در کیفیت خدمات بهداشتی است و همواره یکی از مسایل مهم نقض ایمنی در سیستم مراقبتی بوده است. در مطالعه حاضر در حیطة پیشگیری از سقوط بیمار، عملکرد پرستاران با استانداردها فاصله دارد که با

نتیجه مطالعه آن (۲۴) با میزان رخداد سقوط در مؤسسات روانپزشکی در کشور چین، بین ۲۵ تا ۸۵ درصد همخوانی دارد. گراهام تأکید می کند که بررسی بیماران در معرض خطر سقوط و انتخاب مناسب ترین روش ها جهت کاهش سقوط و آسیب های همراه آن از مسئولیت های پرستار است. مهارت پرستاران در ارزیابی خطر سقوط عامل حیاتی در توانایی آنها در انتخاب و کاربرد مداخله مناسب سقوط می باشد. ارتقای مهارت ارزیابی خطر سقوط، میزان سقوط بیمار را کاهش می دهد. همین نویسنده در مطالعه خود در کشور آمریکا در بخش داخلی و جراحی یک بیمارستان با مراقبت حاد، میزان عدم تطابق عملکرد پرستاری با استانداردها را ۹۲ درصد بدست آورد که بر اساس آن ۹۲ درصد خطا از عدم کنترل نرده های کنار تخت، عدم تناسب تعداد پرستار به بیمار و کمبود فضای بین تخت بیماران مشاهده شد (۱۷) که این موضوع با میزان رعایت استانداردهای ایمنی در زمینه پیشگیری از سقوط بیمار از تخت در مطالعه حاضر که ۵۰/۲۵ و در سطح نسبتاً مطلوب بود مغایرت دارد. دلیل عدم رعایت استانداردهای مربوط به جلوگیری از سقوط بیمار در حد مطلوب، عدم داشتن دانش کافی پرستاران در رابطه با مراقبت های پرستاری مربوط به پیشگیری از سقوط بیمار است، برای رسیدن به این هدف سرکشی مداوم پرستار هر یک ساعت به صورت مداوم، کاهش سقوط از تخت و به دنبال آن افزایش ایمنی بیمار را به دنبال دارد (۲۵).



حتی برخی از روش‌های درمانی تجویز شده به وسیله پزشکان، ممکن است باعث آسیب به پوست بیمار شود (۲۹). ارزیابی خطر به عنوان اولین اقدام پیشگیری از ایجاد زخم فشاری در مراقبت‌های پرستاری توصیه می‌گردد و شناسایی بیمارانی که در معرض خطر زخم فشاری قرار دارند، برای درمان حیاتی مؤثر است. به نظر می‌رسد که علت کیفیت نامطلوب مراقبت‌های پرستاری مرتبط با پیشگیری از زخم بستر مانند ارزیابی بیماران و عوامل خطر وقوع زخم فشاری؛ عدم آگاهی پرستاران، عدم احساس مسئولیت قوی پرستاران و از همه مهم‌تر نظارت ناکافی بر عملکرد پرستاران در این زمینه باشد، لذا توصیه می‌شود که بر بالین بیماران یک ارزیابی سیستماتیک در زمان پذیرش بیمار و یا هر زمان که تغییر قابل ملاحظه‌ای در وضعیت بیمار ایجاد شد، با استفاده از یک ابزار معتبر انجام گیرد (۲۶). از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر در خصوص زخم بستر، با مطالعه پاریاد که در خصوص بررسی کیفیت مراقبت‌های ارایه شده در پیشگیری از زخم فشاری در بخش‌های اتوپدی انجام گرفت، هم‌خوانی ندارد (۳۰). همچنین در مطالعه تووید نیز که در کشور نیوزیلند به منظور طراحی پرسش‌نامه سنجش دانش پرستاران بر اساس راهنمای جهانی جهت توسعه ابزار ارزیابی زخم بستر انجام یافت، سطح دانش پرستاران را مناسب گزارش کرده که با نتایج مطالعه حاضر مغایر است (۳۱). این مغایرت را می‌توان ناشی از تفاوت در ابزار مورد مطالعه و جامعه پژوهش دانست.

هم‌چنین میزان مطابقت مراقبت‌های پرستاری مربوط به پیشگیری از زخم بستر با استانداردها در سطح نامطلوب (۱/۸۷) ارزیابی شده است که با نتایج مطالعه انجام شده به وسیله سیف الهی با هدف تعیین همبستگی دانش پرستاران و کیفیت مراقبت‌های پرستاری در پیشگیری از زخم‌های فشاری در ICU (۲۶) و هم‌چنین مطالعه سوزنی با هدف سنجش سطح دانش پرستاران در رابطه با زخم‌های فشاری در بخش‌های داخلی، ارتوپدی، مغز و اعصاب و ICU (۱۸) هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ای که به وسیله آپوستوپولولو (۲۷) در کشور یونان با هدف بررسی میزان وقوع زخم فشاری و عوامل خطر در بیماران تحت تهویه مکانیکی در ICU انجام شد، میزان وقوع زخم‌های فشاری ۲۹/۶ درصد به ازای تعداد بیماران مورد مطالعه و ۱۴ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ روز بستری در بیماران با تهویه مکانیکی بخش مراقبت‌های ویژه تخمین زده شده است. روجنسکی و کارجنت (۲۸) نیز در مطالعه خود به میزان بروز ۴۰ درصدی زخم فشاری در بیماران بخش مراقبت‌های ویژه اشاره کردند.

اعضای گروه پرستاری، مسئول مراقبت مستقیم و مداوم در پیشگیری و درمان زخم بستر هستند و برای رسیدن به مراقبتی با کیفیت مطلوب، باید دانش و عملکرد پرستاران بر اساس بهترین شواهد عملی باشد. در حالی که برخی از توصیه‌های راهنمای بالینی که در کلاس‌های پرستاری و یا کنفرانس‌ها به عنوان یک دستور مراقبتی معتبر ارایه می‌گردد و یا

به منظور یک بررسی کامل از بیمار نیاز به دانش و مهارت کافی است و پرستار می‌تواند با بررسی وضعیت سلامت بیمار به عنوان یک روند جمع آوری و تحلیل سیستماتیک داده‌ها تصمیم مناسبی را در رابطه با برنامه مراقبتی بیماران اتخاذ نماید و با ارزیابی مراقبت‌های پیشنهادی با دیگر اعضای حرفه‌ای تیم مراقبتی نقش مؤثر داشته باشد (۳۲). در این رابطه یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه ارزیابی اولیه و پذیرش بیمار، عملکرد پرستاران را نامطلوب (۴۸/۹۴) ارزیابی کرد که با نتیجه پژوهشی که در کشور استرالیا به وسیله لیوت و کوونتری (۳۳) در رابطه با ارزیابی بیمار در ICU در رابطه با علایم حیاتی در هشت حیطه؛ درجه حرارت، فشارخون، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس، درد، درصد اشباع هموگلوبین از اکسیژن، سطح هوشیاری، برون ده ادراری انجام شد، هم راستا می‌باشد. در حالی که با نتیجه مطالعه پژمان خواه (۳۲) هم راستا نیست. زمانی که بیماران در فاز حاد ناخوشی به بیمارستان وارد می‌شوند؛ تجربه و مهارت‌های تئوری و بالینی، پیش نیاز مراقبت از بیماران هستند، اما متأسفانه بیماران حتی در بخش‌های عمومی نیز به درستی ارزیابی نمی‌شوند و به دلیل عدم دارا بودن دانش و مهارت پیش نیاز در پرستاران، مراقبت مورد نیازشان را دریافت نمی‌کنند. این در حالی است که تفسیر اطلاعات حاصل از ارزیابی بیمار در تشخیص سطح مراقبتی که بیمار نیاز دارد، حیاتی است و زمینه درمان بهتر را فراهم کرده و از بدتر شدن بیمار با توجه به یک علت قابل

پیشگیری، جلوگیری می‌کند. پرستاران علاوه بر توانایی ارزیابی بیمار (علایم حیاتی هشت گانه) باید قادر باشند اطلاعات حاصل از ارزیابی را تفسیر و ثبت کرده و عکس العمل لازم را انجام دهند (۳۳).

رعایت استانداردهای ایمنی بیماران در دو حیطه انجام رویه صحیح در محل صحیح بدن بیمار (۳۴/۲۸) و اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله‌ها (۱۰/۸۳) در بیماران نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نبودند. یافته‌ها نشان داد هویت بیمار قبل از انجام هر رویه به طور کامل کنترل نشده و پرستاران نوع رویه لازم برای بیمار را مشخص نمی‌کنند. حتی قبل از انجام هر رویه، بیمار مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. در خصوص محل صحیح قرارگیری اتصالات و اطمینان یافتن از محل دقیق آنها نیز، پرستاران در ابتدا و انتهای هر شیفت این موارد را کنترل نمی‌کنند. عدم اجرای این مراقبت‌ها باعث بروز خطا و حوادث زیان آور علیه بیمار می‌شود. در حالی که در مطالعه آپوستوپولولو (۲۷) استفاده از دانش جدید برای انجام صحیح رویه‌های پرستاری، بسیار مهم بوده و همه پرستاران شرکت کننده در مطالعه تأکید کردند که دانش آنها در توانایی بررسی و شناخت موقعیت و انجام مهارت‌ها به طور صحیح تأثیر دارد (۲۷).

در خصوص عفونت‌های بیمارستانی (۳۴)، عفونت‌های کسب شده در ICU بیش از ۲۰ درصد عفونت‌های بیمارستانی را تشکیل می‌دهند. عوامل متعددی با خطر بالای ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی

حساسیت بالایی هم برخوردار است، توسط پرستاران شرکت کننده در مطالعه، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و این مسئله می‌تواند برای بیماران بستری در این بخش‌ها، عواقب و خطراتی جدی به دنبال داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مراقبت‌های پرستاری مرتبط با ایمنی بیمار در ICU در شش حیطه پذیرش و ارزیابی اولیه، انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح از بدن بیمار، اجتناب از اتصالات نادرست لوله‌ها و سوند بیمار، پیشگیری از سقوط بیمار، پیشگیری از زخم بستر و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی که به وسیله پرستاران شرکت کننده در مطالعه انجام می‌شد، با استانداردها فاصله دارد. توصیه می‌شود مدیران و مسئولان نظام بهداشتی درمانی با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه و مطالعه‌هایی در این زمینه و همچنین ابزارهای دقیق مشاهده در زمینه ارتقای دانش و مهارت حرفه‌ای پرستاران به خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه، کنترل و نظارت بالینی مؤثرتر داشته و در جهت ایجاد انگیزه در کارکنان در آرایه مراقبت با کیفیت، تلاش بیشتری نمایند. انجام پژوهش‌هایی به منظور بررسی علل عدم تطابق مراقبت‌ها با استانداردها و همچنین به کارگیری روش‌هایی جهت ارتقای مراقبت‌های پرستاری در این زمینه راه‌گشا خواهد بود.

همراه هستند (۳۴)، از جمله عوامل مداخله‌گر در بروز این گونه عفونت‌ها می‌توان به مدت طولانی بستری شدن، استفاده نا به جا از آنتی‌بیوتیک‌ها، استفاده نادرست از کنتراست‌های ساکشن، امتناع پرسنل مراقبت‌های بهداشتی از شستن دست‌ها و عدم استفاده از تکنیک‌های استریل در انجام رویه‌های درمانی اشاره کرد. از آنجایی که پرستاران نقش منحصر به فردی در کنترل عفونت‌های بیمارستانی دارند، باید اطلاعات علمی صحیح و کافی از انواع عفونت‌های بیمارستانی و روش‌های پیشگیری از آن را داشته باشند (۳۴). پژوهش حاضر نشان داد در حیطه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی، اقدامات پرستاری بخش مراقبت‌های ویژه با استانداردها فاصله دارد. در مطالعه امیرزاده (۳۵) نیز عملکرد ساکشن در ارتباط با کنترل عفونت به وسیله پرستاران مطابق با مراحل استاندارد نبوده و پرستاران عمدتاً از عملکرد ضعیفی برخوردار بودند (۳۵). در مطالعه ای که توسط راندا در کشور مصر در جهت ارتقای شایستگی پرستاران با احتیاط‌های استاندارد کنترل عفونت در بخش مراقبت ویژه اطفال انجام شد، نتایج نشان داد که عملکرد پرستاران در رابطه با شستن دست، پوشیدن روپوش، پوشیدن دستکش و گذاشتن ماسک نیز با استانداردها فاصله زیادی دارد (۳۵).

از مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعه‌های مذکور می‌توان چنین نتیجه گرفت که به طور کلی، رعایت استانداردهای ایمنی بیمار در ICU که از

### تقدیر و تشکر

این پژوهش، بخشی از پایان نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری گرایش داخلی- جراحی و طرح مصوب شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده است. پژوهشگران، بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی و بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و کلیه پرستارانی که در این طرح مشارکت داشته اند، قدردانی می‌نمایند.

## REFERENCES

1. Organization World Health. Conceptual framework for the international classification for patient safety version 2009, 1-154.
2. Bassuni EM, Bayoumi MM. Improvement critical care patient safety: using nursing staff development strategies, at saudi arabia. *Global Journal of Health Science* 2014; 7(2): 335-43.
3. Ajalli A, Khoshknab MF, Dibae M. The survey of patient safety culture in razi psychiatric center in Tehran. *Health Promotion Management* 2015; 4: 85-94.
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human building a safer health system. United States of America: instite of medicine; <http://books.nap.edu/html/2/10/2016>, 2003.
5. Rad GM, Esteki R. Patient safety assessment in Valiasr Hospital of Birjand in 2012. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2013 ; 10(93): 192-201.
6. Marzban S, Maleki M, Pour AN, Jahangiri K. Assessment of patient safety management system in ICU. *Qazvin University of Medical Science* 2013; 17(5): 47-55.
7. Children D. Building a culture of patient safety. The stationery office: Department of health and children; <http://hdl.handle.net/10147/65918/3/05/2016>, 2008 .
8. Classen DC, Resar R, Griffin F, Federico F, Frankel T, Kimmel N, et al. Global trigger tool' shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Affairs* 2011; 30: 581-9.
9. Najafpour J, Mahmoodi M, Pourreza A. Analaysis of patient safety indicators in hospital affiliated wiht tehran univercity of medicalscience: recommendation for improving patient safety. *Journal of Hospital* 2013; 13(6): 53-61.
10. Mohammadi GR, Ebrahimian A, Mahmoudi H. Evaluating the knowledge of in tensive care unit nursing staff. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2009; 2(1): 41-6.
11. Zolriasatein F, Parvindarabad F, Abedsaeedz Z, Baqestani A. Icu nurses attitude to evidence based practice in Ardebil University of Medical Science's hospitalsin1391. *Shahid Beheshti Med Sci* 2013; 23(83): 35-42.
12. Henneman EA, Gawlinski A, Giuliano KK. Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical Care Units. *Journal of Critical Care Nurse* 2012; 32(2) 9-18.
13. Zand F, Khouzravi A, Nikmanesh P, Maghsoudi B. Internal assessmsnt of one of the intensive care units affiliated to shiraz university of medical sciences using clinical governance check list. *Journal of Iranian Society Anaesthesiology and Intensive Care* 2012; 34(80): 7-11.
14. Ayoubian A, Navid M, Moazam E, Hoseinpouarfard M, Izadi M. Evaluation of Intensive Care Unit and Comparing it with Existing Standards in Hospitals of Isfahan. *Iranian Journal of Military Medicine* 2013; 14(4): 295-301.
15. Dehghani K, Nasiriani K, Mousavi T. Investigating intensive care unit nurses' performance and its adjusting with standard. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2014; 21(6): 808-15.
16. Falk AC. Educational intervention to improve nursing practice in the critical care setting. *International Archives of Nursing and Health Care* 2015; 1(1): 1-3.
17. Chan S. Fall Reduction with Nursing Interventions. University of San Francisco School of Nursing and Health Professions 2015 ; Master's Projects. Paper 203.
18. Snowdon D, Haines TP, Skinner EH. Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 2014; 60: 66-77.
19. Randa M, Fatma M, Ahamed M, Aziz AAE. Improving nurses' compliance with standard precautions of infection control in pediatric critical care units. *World Journal of Nursing Sciences* 2014; 3: 1-9.
20. Masror D, Heydarikhayat N, Joolae S. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse - physician interaction from nurses' view. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2012; 1(2): 38-45.
21. Denise F, Cheryl P, Beck T. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. edition t, editor. gold coast, australia. Lippincott Williams & Wilkins; 2015; 2015.
22. Sarfaraz AA, Gkaffar-zadegan K. Basic and clinical biostatistic. Edition F(editor). Iran/mashhad: mashhad univercity of medical science publication; 2009;26.
23. Aeen FB, Zolfaghari M, Noghabi AAA, Mehran A. Nurses' Performance in prevention of ventilator associated pneumonia. *Journal of School of Nursing and Midwifery* 2013; 19(3): 17-27.
24. An F, Xiang Y, Lu J, Lai K, Ungvari G. Falls in a psychiatric institution in Beijing, China. *Perspect Psychiatr Care* 2009; 45(3): 83-90.

25. Saleh BS, Hnusair, zubadi N, shloul SAL, saleh U. The nursing rounds system: effect of patients call light use, bed sores, fall and satisfaction level international. *Journal of Nursing Practice* 2011; 17: 299 - 303.
26. Saifollahi Z, Bolourchifard F, Borhani, M I, Jumbarsang S. Correlation between nurses' knowledge and quality of nursing care for prevention of pressure ulcers in intensive care units. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2016; 22(1): 90-101.
27. Apostolopoulou E, Tselebis A, Terzis K, Kamarinou E, Lambropoulos I, Kalliakmanis A. Pressure ulcer incidence and risk factors in ventilated intensive care patients. *Health Science Journal* 2014; 8(3): 333-42.
28. Rogenski N, Kurjant P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. *Rev Latino-AM Enfermagem* 2012; 20(2): 333-9.
29. Soozani A, Raei M, Montazeri A, Nasiri E, Hamidzadeh A, Pourheidari M. The effect of education on knowledge and performance of nurses in prevention and control of pressure sore. *Modern Care. Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2011; 9(1): 16-23.
30. Paryad E, Jahanshahi M, Jafroodi S, Nazhad ZK. Survey of the quality care in provided in prevention of pressure sores in hospitalized patient in orthopedic wards. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2007; 14(53): 36-42.
31. Tweed C, Tweed M. Intensive care nurses' knowledge of pressure ulcers: development of an assessment tool and effect of an educational program. *Am J Crit Care* 2008; 17(4): 338-46.
32. Pejmankhah S, Saadatjoo SA, Tabiei S, Farajzadeh Z, Nakhaei M. Nurses' self-evaluation and educational needs about patients' physical examination in hospitals affiliated to Birjand Medical University introduction and objectives. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences* 2008; 3(3,4): 6-21.
33. Elliott M, Coventry A. Critical care: the eight vital signs of patient monitoring. *British Journal of Nursing* 2012; 21(10): 621-5.
34. Yaghubi M, Sharifi SSS, Abbaspour H. Knowledge, attitude, and practice of intensive care units nurses about nosocomial infections control in north khorasan province hospitals of bojnurd in 2012. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2013; 5: 943-50.
35. Amirzade N, Baghaei R, Feizi A, khorsandi F. Evaluating the application of safe suction criteria by nurses working in intensive care unit in Urmia. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2013; 11(2): 92-7.

# Evaluation of Patient-Related Nursing Care with Standards in Intensive Care Unit (ICU)

Bayatmanesh H<sup>1</sup>, Zagheri Tafreshi M<sup>1\*</sup>, Mnoochehri H<sup>2</sup>, Akbarzadeh Baghban A<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, <sup>2</sup> Department of Management Health an Treatment Services, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, <sup>3</sup> Department of Statistical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 4 Apr 2017

Accepted: 23 Jul 2017

## Abstract

**Background & aim:** Improving the quality of health care services is one of the main concerns of organizations providing health services. Patient safety means is the absence of any damage caused by the provision of health services. In the intensive care unit, due to complications of the patient's condition and the treatment process, the chance of occurrence of unexpected errors and events is maximized and serious attention is required. The purpose of this study was to determine the level of compliance of patient-related nursing care with standards in intensive care units.

**Methods:** In this descriptive study, 1998 nursing care associated with patient safety were assessed during the morning shift function of 54 nurses in three Intensive care unit of selected hospitals of Yasuj University of Medical Sciences using a researcher-made checklist containing 37 terms and 6 domains in winter 2015. These areas include the initial acceptance and evaluation of the patient, the correct procedure in the correct location of the patient's body, avoiding inappropriate connections between the tubes and the patient's catheter, preventing the patient falling down, preventing ulcer and nosocomial infections. The checklist after determining the face validity and content (96% = CVI) and reliability by means of calculating the agreement coefficient between viewers (99% = ICC), via observing the performance by the researcher in morning shifts was completed for 54 nurses. Collected data were analyzed using Descriptive statistics.

**Results:** In view of the performance of 54 nurses in intensive care units, the average level of compliance of patient-related nursing care in comparison with the checklist was less than 100 points which was unforable(46.75). The highest correlation with the patient's avoidance domain was relatively favorable (50.25) and the lowest level was related to the area of undesirable subsoil prevention (1.87).

**Conclusion:** The compliance rate of patient-related nursing care in ICU is far from standards. The managers of the area of treatment in order to improve the quality of nursing care provided by the nurse in relation to patient safety indicators in the intensive care unit and, consequently, to increase the safety of patients in order to prevent their injury as a result of the provision of these care, and regular monitoring of nursing care and continuing education programs will be more emphasis.

**Keywords:** Patient Safety, Intensive Care Unit, Nursing care, Assessment.

**\*Corresponding Author:** Zagheri Tafreshi M, Department of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

**Email:** tafreshi@sbmu.ac.ir

## Please cite this article as follows:

Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Mnoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Evaluation of Patient-Related Nursing Care with Standards in Intensive Care Unit (ICU). Armaghane-danesh 2017; 22 (3): 375-389.