اولویت‌بندی ریسک خطرات مربوط به بیمار در واحدهای درمانی با مدل تحلیل سلسه مراتبی مطالعه موردی یک بیمارستان آموزشی-درمانی

محمد زارعزاده1، مهدی رعدآبادی2، فتنه شاطرزاده3، سعیده عابدینی4، سوگند تورانی5

چکیده

مقیده: خطرات امنیتی بیمار، یکی از مهم‌ترین جانبه‌های نظام سلامت تمام کشورها محاسب می‌شود که تضمین ایمنی بیمار را به خطر می‌اندازد. لذا شناخت این خطرات و اولویت‌بندی آنها به‌منظور تدوین سیاست‌های مداخلاتی باید مورد توجه قرار گیرد.

روش بررسی: پژوهش تصویبی-قطعی حاضری در سال 1394، در کلیه بخش‌های درمانی یک بیمارستان آموزشی-درمانی به انجام رسید. گردآوری اطلاعات از طریق مصاحبه با 25 نفر از مسئولین بانی بیمارستان و رایزنی ایمنی بیمار در بخش‌های درمانی توسط برنامه‌های Expert Choice توزیع بررسی‌ها وانجام گرفته. تحلیل داده‌ها به کمک روش تحلیل سلسه مراتبی (AHP) و با استفاده از نرم‌افزار 11 صورت پذیرفت.

نتایج: در بین مخاطرات بخش داخلی، نیم استژن یپستی (پالارتن اولویت 28/10) و گرانی اشتباه بیماری اولویت 2 (28/10 3 0) کسب نمود. در بین مخاطرات بخش مرانیت ویژه، جراحی و اتاق عمل، بالاردن اولویت بتریمب مربوط به عدم کنترل سطح هوشیاری بیماران (16/10)، عدم کنترل دقیق بیماران بعد از عمل جراحی (10/10) و تراسفیوزیون خون استهباب (9/10) بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش کارکنان در کاهش خطرات مورد اشاره، باید آموزش‌های تربیتی و عملی کارکنان در خصوص روش‌های پزشکی خطر تعداد چندین بیمار در واحدهای طبی و جراحی ایمنی اینجاست و از سوی مسئول ایمنی بیمار مورد پایش قرار گیرد.

همچنین سیستم پکارچه بیمار و گزارش خطا برای شناسایی و رخدادها انجام گیرد.

واژه‌های کلیدی: پیام روتراد بیمار، بیمارستان، تحلیل سلسه مراتبی

1- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
2- مرکز تحقیقات مدیریت خدمات سلامت، پژوهشکده آبی‌پوش در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان
3- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی برد
4- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
5- هوشمند سیر: تلفن: 88772823، 021-88076318-3877 یکی از شناسایی و رخدادها انجام گیرد.

سپاس تشریحه توضیحات

سما بهرامی

سال: 1395

تاریخ دریافت: 15/1/2017

تاریخ پذیرش: 11/6/2017

پست الکترونیک: noganjtourani@yahoo.com

گزینه‌های اولویت

5-1- اولویت

4-2- اولویت

3-3- اولویت

2-4- اولویت

1-5- اولویت

* (میوزا مسول）: تلفن: 88772823، 021-88076318-3877 یکی از شناسایی و رخدادها انجام گیرد.

تاریخ دریافت: 15/1/2017

تاریخ پذیرش: 11/6/2017

پست الکترونیک: noganjtourani@yahoo.com

گزینه‌های اولویت

5-1- اولویت

4-2- اولویت

3-3- اولویت

2-4- اولویت

1-5- اولویت

* (میوزا مسول）: تلفن: 88772823، 021-88076318-3877 یکی از شناسایی و رخدادها انجام گیرد.
در گیر مراقبت از بیمار هستند و اینم بیمار اولین و مهمترین مستندن. است که دا مربوط به یوتیپ طرفی، بیماری انتقالی فیوزاپ، بیمار و شناسایی نقاط اصلی از نظر بیمار و کمک کردن به 4 در واقع اکثر بیماران رضایتی از این نیاز به اطلاع بیمار و عضوی و ارتباط بین بیمار شناخته شده است (10). در این راستا، انتقال بیماری شناسایی و اولویت‌بندی رخاده‌ای بیمار می‌تواند گام مهمی در تغییر روند مزکور باشد (11). مطالعات متعددی در ابعاد مختلف این محدب، در سراسر جهان انجام شده است که اکثر آنها سعی از ایجاد رویکرد در این امکان می‌پردازند. اگرچه ساز و کارهای متعددی جهت کاهش واقع ناگوار و ارتباط بین بیمار وجود دارد، اما به‌دست آمده، آنها نیازمند مطالعه افراد و بخصوص اولویت‌بندی این خلأها می‌باشند. با توجه به اینکه نقش اولویت در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد، در بیمارستان از افراد امنیت این گامها و تعیین فرا آیاده‌ای بروز خطای روزگاری و یک‌پیش داشت که بر اساس افراد این اتفاقات باعث 44 مورد نفر در سال و خصوصی که در ایران فرد در انتقالات متوالی میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیارد پوند به سیستم بهداشت و درمان این کشور است (3). در آمریکا نیز این اتفاقات باعث 44 هزار تن از حمل و نقل در ترافیک و خصوصی معادل 72 میلیارد تا 60 میلیار
رسانیده در بیمارستان برداخته باشد، مشاهده شد.

یکی از مدل‌های مطرح در تحلیل سطحی اولویت‌بندی عوامل، مدل AHP (Analytic Hierarchy Process) می‌باشد. یکی از منابعی که مسئولیت برای AHP توصیه‌گری است، در اولویت‌بندی عوامل موتور بر خواص اراط، این تحقیق سلسله مراتبی از جامعیت‌های نظامی‌های طراحی شده برای تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه است، این پژوهش به‌صورت سلسله مراتبی در قالب معادلات درآور و در این معیارهای مختلف کمی که به استاد و محقق در نظر گرفته شد. این پژوهش به

روش بروزی

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی می‌باشد که در مقطع زمانی سال 1394 در یک بیمارستان اموزشی در استان یزد به انجام رسیده است. هدف اصلی بحث‌های بالینی در چگی گروه به‌اخته داخلی، جراحی، مریاپت و اثر عمل بودن (12 نفر). جمعه پژوهش شامل کلیه مستندی‌بیماری بیمارستان و رابطین ایمنی بیمار در بخش‌های دو پایه‌های بیماری که در مجموع 45 نفر از یک می‌شد. با توجه به محدود فردا جمعه پژوهش، نمونه‌گیری صورت نگرفت و کلیه افراد اطراف سرشاری وارد مطالعه شدند. مبادرات انتخاب افراد نیز از آگاهی به مسائل بالینی، گذراندند دوره‌ای ایمنی بیمار و حداکثر یک سال سابقه کار در واحدهای بالینی قرار گرفتند.

جهت بررسی اطلاعات از سوی روش مصاحبه، برگزاری جلسات گروه‌های متمرکز (Focus Group) و پرسشنامه پژوهش‌گزارش، استفاده شد. این کتاب، خصوصاً ایمنی بیمار، با مصاحبه با افراد مورد مطالعه شناختی شد. بدان صورت که پژوهش‌گزارش با پیش قابلی در محل کار افراد حاضر و با آن‌ها مصاحبه انجام داد. قبلاً از مصاحبه نیز از افراد جهت آمادگی برای حضور در مصاحبه اطلاع داده شده بود. همچنین کلیه حوادث ناخوشایی‌های داده شده و در بیمارستان تنها سال اخیر نیز از مسئول ایمنی بیمار درآمد و با نظرات مصاحبه شدن، تجمع شد. در این گام برای بخش‌های داخلی 44 خطر، بخش‌های مریاپت و بیماردرمانی 127 خطر،
به‌وسیله‌ی ضریب آلفا کروناخ محاسبه‌ی گردنده‌ی ۹۱/۰۰۰۰، از‌کلیه‌ی افراد شرکت‌کننده‌ی در مطالعه‌ی پیش‌بینی‌های کبینی دریافت شد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه، به مدیریت بیمارستان ارائه‌گردید تا انجام مداخلات اصلاحی، از انجام این خطاها بکاهند. تحلیل داده‌های کم‌کوشی‌ها تحلیل سلسله‌مراتبی Expert Choice (AHP) و با استفاده از نرم‌افزار ۱۱ پذیرفت.

نتایج

به‌بیمارستان مورد مطالعه‌ی دارای هشته‌ی بخش بستری و ۱۵۱ نتیجه‌ی معیار تهیه شده که در گروه‌های استانداردی زیستی، زیستی طبیعی، طرح‌ها و چارچوب‌های مثبت که در تحقیقات و خدمات (۱۲۹) از بیمارستان بیمارستان در سال ۱۳۹۳ نزدیک به ۱۱۰۱ بود و ۲۱۱۴۸ نفر در این سال به ارور‌سازی مراجعه‌کرده بودند.

از بین نمونه‌ها، در وضعیت استخباری و ۲۸ درصد بیماری ۵۶ درصد زن و ۴۲ درصد متاهل بودند همچنین ۴۸ درصد دارای سابقه‌ی کاری بیش از ده سال (52) می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی و درصد معیارهای دموگرافیک شرکت‌کننده‌ی در مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>فراوانی</th>
<th>درصد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وضعیت استخباری</td>
<td>۱۸</td>
<td>۲۲</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماری</td>
<td>۷</td>
<td>۴۴</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>۱۴</td>
<td>۵۶</td>
</tr>
<tr>
<td>مجرد</td>
<td>۴۱</td>
<td>۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تاهل</td>
<td>۲۱</td>
<td>۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td>متاهل</td>
<td>۱۴</td>
<td>۵۶</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه‌ی کاری</td>
<td>۲۱</td>
<td>۱۱۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>بالینی</td>
<td>۷</td>
<td>۴۱۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>فاصله‌ی سنتی</td>
<td>۱۳</td>
<td>۳۱۴۰</td>
</tr>
<tr>
<td>اولویت</td>
<td>۷۲</td>
<td>۴۸۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در صورت مه‌یروی درون خطر اشتباهات دارویی نسبت به خطر سفوت بیمار از این نتیجه او، قسمت سمت چپ که مربوط به خطر اشتباهات دارویی است، علامت‌گذاری می‌شود.

<table>
<thead>
<tr>
<th>عناصر</th>
<th>سقوط بیمار از ابتدا</th>
<th>نقطه ابتدا</th>
<th>نقطه ابتدا</th>
<th>نقطه ابتدا</th>
<th>نقطه ابتدا</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اشتباهات دارویی</td>
<td>۹۲</td>
<td>۹۷</td>
<td>۵۱</td>
<td>۴۸۸</td>
<td>۴۸۸</td>
</tr>
<tr>
<td>نوع مورد</td>
<td>۱۴۰۱</td>
<td>۱۳۰۱</td>
<td>۱۳۰۱</td>
<td>۱۳۰۱</td>
<td>۱۳۰۱</td>
</tr>
</tbody>
</table>

از آنجایی که در این مخلوط با بهره‌گیری از روش مقایسه‌ی زوجی بین خطرات صورت می‌گرفت، تعداد زیاد خطرها متهر به تعداد مقایسه‌ها شده و در نتیجه تکمیل پرسشنامه برای نمونه‌ها زمان و دیواز خواهد بوی، از آینده در جلسات متمرکب، تعداد هست خطر برای هر گروه از بخش‌ها انتخاب شد که خطرات، دو به دو با مقایسه‌شدن. روایی پرسشنامه با یک نظر نخست ستون سنی بیمارستان و دو نفر از خبرگان آگاه خارج از بیمارستان تائید شد و پایبندی پرسشنامه نیز

دوره هشتم، شهره ولی، بهار ۱۳۹۵
فصلنامه علمی تخصصی طب کار
پایین ترین(۶۹/۰۰/۰۰ اولویت را دارا شدند. در بین مخاطرات بخش مراقبت ویژه نیز عدم کنترل سطح هوشیاری بیماران، بالاترین اولویت (۶۹/۰۰/۰۰ و عدم فوت در بیمار واکنش‌ها، پایین ترین اولویت (۲۲/۰۰/۰۰) را به خود اختصاص داد. در بین مخاطرات ایمنی بخش جراحی، عدم کنترل دقیق بیماران بعد از عمل جراحی و زخم بستر، به ترتیب بالاترین (۱/۹۹/۰۰) و

جدول ۳: نوع و وزن مخاطرات ایمنی بیمار در هریک از بخش‌ها

<table>
<thead>
<tr>
<th>بخش‌های داخلي</th>
<th>وزن</th>
<th>بخش‌های مرافقت ویژه</th>
<th>وزن</th>
<th>بخش‌های مرافقت ویژه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>وزن مخاطرات</td>
<td>۱۷۱/۰۰/۰۰</td>
<td>تزریق خون استیاه</td>
<td>۲۵۹/۰۰/۰۰</td>
<td>نبلاستیک</td>
</tr>
<tr>
<td>جراحی ناکامی جراح</td>
<td>۱۵۵/۰۰/۰۰</td>
<td>سقوط بیمار از تخت</td>
<td>۱۱۶/۰۰/۰۰</td>
<td>نمونه گیری استیاه</td>
</tr>
<tr>
<td>گزینگ جست</td>
<td>۱۶۷/۰۰/۰۰</td>
<td>بعلت عدم دریافت</td>
<td>۱۶۳/۰۰/۰۰</td>
<td>احتیاط‌سازی</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمار در دست انتقال</td>
<td>۱۹۰/۰۰/۰۰</td>
<td>بیمارستانی ناشی از</td>
<td>۸۲/۰۰/۰۰</td>
<td>عدم کنترل دقيق</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمار با کواری دیفنت</td>
<td>۱۹۰/۰۰/۰۰</td>
<td>عدم کنترل دقيق</td>
<td>۸۸/۰۰/۰۰</td>
<td>انقلاب ناچیز عیب بستر</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم اجسام مشاورهای قبل</td>
<td>۱۶۶/۰۰/۰۰</td>
<td>بیمار بعد از عمل جراحی</td>
<td>۷۶/۰۰/۰۰</td>
<td>نمونه گیری استیاه</td>
</tr>
<tr>
<td>سوختگی با کوتا</td>
<td>۱۶۷/۰۰/۰۰</td>
<td>عدم کنترل سطح هوشیاری بیماران</td>
<td>۳۱۶/۰۰/۰۰</td>
<td>انتقال بیمار از بیمار</td>
</tr>
<tr>
<td>باشگاه سرپرست کار</td>
<td>۱۲۲/۰۰/۰۰</td>
<td>پرستش به چشم و تشکیل</td>
<td>۶۹/۰۰/۰۰</td>
<td>انقلاب ریگ Pneumonia/ VAP</td>
</tr>
<tr>
<td>استفاده غیر معمول از</td>
<td>۱۱۶/۰۰/۰۰</td>
<td>تزریق دارو توسط بیمار</td>
<td>۳۱۶/۰۰/۰۰</td>
<td>عدم رعایت رژیم غذایی بیماران</td>
</tr>
<tr>
<td>بیهوشی بیماران</td>
<td>۱۴/۰۰/۰۰</td>
<td>استفاده نادرست از</td>
<td>۹۹/۰۰/۰۰</td>
<td>غذا بیماران</td>
</tr>
</tbody>
</table>
نمودار 1: رتبه مخاطرات ابتیاضی بیمار در بخش‌های مورد مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>بخش‌های مرغوب ویژه</th>
<th>بخش‌های داخلی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>رقم‌گذاری فشاری بیماران</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>رقم‌گذاری اتانزیم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>جمع‌بندی شناسایی علل بیمار</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>اتقای و علائم دیگر</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>مشخصات بیمار از خانه</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>شناسایی ناحیه‌ای تعیین نشده</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>اتفاق بیماره در اپیدمیولوژی</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>نیاز استفاده از درمان غیردرمانی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نمودار 2: رتبه مخاطرات ابتیاضی بیمار در بخش‌های عمومی

<table>
<thead>
<tr>
<th>بخش‌های اتاق عمل</th>
<th>بخش‌های جراحی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
<tr>
<td>عدم رایت زخم</td>
<td>عدم رایت زخم</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بخش‌های اتاق عمل پایین ترین اولیوت را کسب نمود، یا این حال
ابن راخدت در سه گروه از بخش‌های جراحی، در رخت‌ها، بیمارستان‌ها، نماز،
مهتران و استاندارد شده و از دید افراد با اهمیت به سلول مطالعات
مشابه نیز خطا در تجزیه شده را به کردند(29-31) در
ثبت جراحی و روش تجزیه داروی ایفا می‌کند(30) در حالت به
همکاران، به این نکته ادامه می‌نماید که تنهان نسبت به
پرسنل، کمیابی اطلاعات کارکنان را در بروز این اشتباهات
دش‌می‌دانند(31)، بهبود ایفا از مطالعه، آمارها و
بررسی اندازه‌گیری اطلاعات در مورد داروهای، به خصوص
داروهای جدید را غیر عامل مهم در جهت کاهش اشتباهات
داروهای می‌دانند(32) در مطالعه از همکاران، کمیابی
تعادل پرسنل، اکستگی ناشی از کار اضافی و تراکم زیاد کارها
می‌باشد در اولین اطلاعات داروهای ذکر شده است(33). در
مطالعه و همکاران در مورد تغییر خطاهای داروی نیز
کمیابی تعادل کارکنان، اولین دلیل اطلاعات داروهای ذکر شده،
پرسنل داده شود تا به تبع آن در مورد گزارش‌دهی واقعی
یک خطاهای داروی اطمینان کامل شود. به‌کارگیری
روبه‌رویی سیستمی با منظور بررسی عوامل زمینه‌ساز، برترف
گردید این اطلاعات حاصل می‌شویم با ظرفیت سیستمی برای
گزارش‌دهی اشتباهات داروی، حاصل ایفای است

در مطالعه حاضر، مخاطرات ایمنی بیمار در چهار گروه از
بخش‌های داخلی، جراحی، مراقبت ویژه و اتاق عمل مورد
اولیوت‌بندی قرار گرفت. به اینکه در بیمارستان‌ها
بخش‌های مورد انتخاب از مراقبت‌های برخوردار، و
وید حوار ناخواسته در این بخش بیمارستان، اما در
بخش‌های منتخب مطالعه قرار گرفتند. مطالعات
به‌کار رفتن Yang(20) و Aghajanlou (23) و Boden (21, 22) و
بخش‌های مراقبت ویژه و داخلی را به‌عنوان خروج‌مطیع
بخش‌های بیمارستانی عرفی مورد نظر هستند.

در مجموع در مطالعه حاضر برای یک چهار گروه از بخش‌های
مورد مطالعه، ۲۹۴ مخاطرات شناسایی شده که ایمنی بیماران را
به حفظ سلامتی و همکاران در مطالعه Gokhman و
بیمارستان مراجعه کننده فروش‌های پزشکی، ۲۹۶ خطاهای مشاهده
نمونه‌کشی که از ۱۹۶ مورد از آن خطاهای تکنیکی نامناسب، ضعیف‌الغیبی
بوده و ۱۰۰ خطای بالینی‌های مربوط به خطای تجزیه داروی
خاطی تکنیک ارجایی و خطای تیپ دارو با بهره است(24)، در
این مطالعه نیز اکثر خطاها را ارتباط با اشتباهات دارویی
تزریق خون و زخم سیاری و نیز مرتبط بود.

در بخش‌های جراحی و داخلی، بیمارستان در دو مورد اولیوت
اولیوت(123)، و گرافی انتخاب از بیمار، پایین ترین اولیوت
را کسب نمودند. در بخش‌های جراحی نیز نیز نیلند
استیک دومین اولیوت را دارا شد. به‌طوری
مشابه در بیمارستان شرعی، تهران نیز بالاترین اولیوت
رخدادها را نیز استیک شدن عنوان نمود (25) که به‌سوی
نتایج مطالعه Joyani و همکاران(35) در بیمارستان نمایش
شیراز نیز می‌باشد. از آن‌جای که در بیمارستان شرعی
به‌جز به‌بخش داخلی و جراحی، کارکنان با سایش، نکته
سر و کار زیاد دارد. اندازه‌ی مورد که مواجه، این حادثه‌ای
نیز زیاد باشد.

در مورد مخاطرات اشتباهات دارویی، در بخش‌های داخلی
ابن رخداد سوسم اولیوت، در بخش‌های جراحی نجمن‌نیز در

فصل‌نامه علمی تخصصی طب کار

۶۰ اولیوت‌بندی ریسک خطرات مربوط به بیمار در واحدهای درمانی

دوره هشتم، شماره اول، بهار ۱۳۹۵
بروندهیهای پزشکی و گزارشات روی تیم کارکنان بهداشت و درمان استفاده می‌شود ولی بروندهیهای پزشکی به‌عنوان یک منبع نیت خطاهای پزشکی، ناقص است و تعداد خطاهای شناسایی و ثبت شده کمتر از میزان بروز واقع حواجت پزشکی می‌باشد(۲۱). انتقاد بر این است که چون دیگران در فرآیند درمان نقش دارند، می‌تواند جبهه‌هایی از خیانت پزشکی را اشکال نمایاند. این دیدگاه خطاهای خطاهای پزشکی و دراوی‌های نیوپه، بلکه جبهه‌های بین فردی و عوارض پزشکی و مشکلات مربوط به درمان منجر به تحقیق می‌گردد. اوالین گام برای کاهش خطاهای پزشکی، تشخیص اولیه علی‌الله زین‌الملک تعداد مداوم درمان تا کاهش رخدادهای مورد اشاره درمان به‌این‌جواره‌های نوپه و عملی و کارکرد در خصوص روشهای آزمایشگاهی خطر صورت گیرد و چک‌لیست تزیین ایمنی و جراحی ایمن توسط آنها اجرا از سوی مسئول ایمنی بیمار مورد پایش قرار گیرد. همچنین سیستم پیکارپره نیت و گزارش خطاهای شناسایی و رخدادهای آن انجام گیرد.

References:


25- Mahmodi S. Survey Of Hospital accidents in Shariati Hospital affiliated of Tehran University of Medical Sciences from 2005 to 2006. [Persian].


Prioritization of Patient-Related Risks in Treatment Units Using Analytic Hierarchy Process (AHP); Case Study of Educational-Therapeutic Hospital

Zarezadeh M (PhD Student)¹, Raadabadi M (MSc)², Shaterzadeh F (BA)³, Abedini S (BA)⁴, Tourani Si (PhD)⁵*

¹ School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
² Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
³,⁴ Social Determinants of Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
⁵ School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 04/02/2015   accepted: 01/02/2016

Abstract

Introduction: One of the most important challenges of health system in all countries is patient safety risks. That reduces ensures of patient safety. So, recognition of these incidents, categorize and prioritize them in order to formulate policy interventions should be considered.

Methods: This cross-sectional study was carried out in clinical wards of an Educational-Therapeutic Hospital in 2015. The study population consisted of 25 clinical hospital administrators and patient Safety Liaison. Data collection was conducted in three methods (Interviews, Focus Group and Distributor Questionnaire). The collected data were analyzed using AHP Model and Expert Choice 11 software.

Results: Among the incidents of internal ward, the highest priority related to needle stick (0.231) and the lowest related to wrong-patient Radiographs (0.028), respectively. Among the incidents of intensive care Unit, surgery and operating room, the highest priority related to failure in controlling the patients, level of consciousness (LOC) (0.316), lack of control of patients after surgery (0.199) and wrong type of blood transfusion (0.209), respectively.

Conclusion: According to the role of staff in incidents reduction, theoretical and practical training of staff about risk assessment methods should be done. Checklist for safe injection and safe surgery are performed and they were monitored by patient safety liaison. Also, integrated system of registration to record and report the error to identify upcoming events.

Keywords: Patient Safety Incidents; Hospitals, Analytical Hierarchy Process (AHP)

This paper should be cited as: Zarezadeh M, Mehdi Raadabadi, Fataneh Shaterzadeh, Somayeh Abedini, Sogand Tourani. Prioritization of Patient-Related Risks in Treatment Units Using Analytic Hierarchy Process (AHP); Case Study of Educational-Therapeutic Hospital. Occupational Medicine Quarterly Journal 2016; 8(1): 54-65

*Corresponding author: Tel: 021-88772086, Email: sogandtourani@yahoo.com