

ارزیابی مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور

منصوره گل چوبی^۱، *قهرمان محمودی^۲

چکیده

مقدمه: افزایش خطرات بالینی به نگرانی عمومی در میان سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان و متخصصین امر سلامت و درمان تبدیل شده است. مدیریت خطر مجموعه‌ای از فرایندهای مستمر و در حال توسعه‌ای است که در سراسر بیمارستان به‌کار گرفته می‌شوند. این پژوهش با هدف ارزیابی مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی است که جامعه آماری در این پژوهش، کارکنان کادر پزشکی شاغل به‌کار در ۱۵ بیمارستان آموزشی درمانی شمال کشور در سال ۱۳۹۵ بود که جمعاً ۵۵۷ نفر بودند. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای صورت گرفت و پرسشنامه ارزیابی مدیریت خطرات پیشگیرانه بین پرستاران و پزشکان به‌صورت تصادفی طبقه‌ای توزیع شد. برای تحلیل داده‌ها در بخش استنباطی ضمن بررسی توزیع مقادیر متغیرهای تحقیق با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه با استفاده از آزمون F استفاده شده است. جهت آنالیز از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین وضعیت میزان شناخت (۲/۴۷)، وضعیت سازمان‌دهی مدیریت ریسک (۲/۶۲)، وضعیت سیاست و رویه (۳/۰۶)، وضعیت آموزش (۳/۸۵)، وضعیت جایگاه مدیریت ریسک (۲/۸۱) و نظارت بر تحلیل، ارزیابی و کنترل ریسک (۲/۶۷) به‌دست آمد. با توجه به امتیازات به‌دست آمده در حیطه ۶ مؤلفه مدیریت خطر، وضعیت کلی مدیریت خطر در بیمارستان‌های شمال کشور در حد متوسط ارزیابی گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور را متوسط نشان داد، لذا مدیران بیمارستان‌ها باید منابع لازم را برای مدیریت خطر که از عوامل اصلی برای امنیت بیمار و بهبود کیفیت است، تخصیص دهند.

کلمات کلیدی: مدیریت خطر، بیمارستان، ایمنی، کادر پزشکی

مقدمه

سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نظام‌های پیچیده‌ای هستند و بسیاری از پیچیدگی آنها به دلیل طیف متنوعی از کارکنان و بخش‌های مشغول به کار در یک ساختار سلسله مراتبی غیرقابل انعطاف است که در آن چندین گروه حرفه‌ای با اهداف، فعالیت‌های مختلف، خدمات سلامت را ارائه می‌دهند. افزایش خطرات بالینی به نگرانی عمومی در میان سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان و متخصصین امر سلامت و درمان تبدیل شده است [۱]. ریسک یا خطر تهدیدی ناشی از رویدادی است که به‌طور نامطلوبی توانایی یک سازمان را در دستیابی به اهدافش تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. مراقبت‌های سلامت به‌طور غیرقابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است [۳]. درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های نظام سلامت به‌خصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند [۴]. مطالعات آماری در ایالات متحده آمریکا، کانادا و دیگر کشورهای اروپایی و گزارش‌های منتشر شده درباره نتایج این مطالعات اطلاعات هشدار دهنده‌ای از گستره، اندازه و درجه بروز خطرات در سیستم‌های بهداشتی درمانی به‌دست می‌دهد. در سطح دنیا ۱۰٪ بیمارانی که در مراکز درمانی بستری می‌شوند به شکلی دچار یک رویداد پرخطر با درجات مختلف می‌شوند که ۵۰٪ آنها قابل پیشگیری است [۱]. همچنین حدود یک سوم از رویدادها به بیمار زیان می‌رسانند که این زیان می‌تواند به‌صورت‌های گوناگون از بالا بردن طول اقامت تا مرگ، متغیر باشد [۵]. هزینه تحمیلی ناشی از این اشتباهات پزشکی بر جامعه آمریکا بین ۳۷/۶ تا ۵۰ میلیارد دلار در سال است که از این مبلغ ۱۷ تا ۲۹ میلیارد دلار از آن قابل پیشگیری است [۶]. بیمارستان‌ها به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری و همچنین ماهیت حیات سازمانی خاص خود مقاومت زیادی در برابر برنامه‌های اصلاحی نشان می‌دهند. این مقاومت‌ها موانع و تهدیدات جدی در برابر اجرای برنامه‌های اصلاحی نظیر مدیریت خطر پیشگیرانه هستند و منجر به بروز

خطرات در محیط‌های بهداشتی- درمانی می‌شوند [۷]. مبهم بودن کیفیت در خدمات بهداشتی و درمانی، افزایش هزینه‌ها، تخصیص منابع، مشکلات سازمانی، رویه‌های مدیریت، مشکلات فردی و کاربرد ابزار و تکنیک‌های مختلف در مراحل مختلف درمانی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در بروز خطا در بیمارستان‌ها هستند [۸]. بروز خطای پزشکی باعث آسیب‌های جدی به بدنه نظام سلامت یک کشور می‌شود که یکی از این آسیب‌ها می‌تواند بی‌اعتمادی بیمار نسبت به سیستم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی باشد. همچنین طیف عواقب این‌گونه اشتباهات و اتفاقات ناخواسته بسیار وسیع و متفاوت است تا حدی که اشتباهات مزبور در برخی موارد منجر به آسیب و صدمات دائمی و غیرقابل جبران و یا حتی مرگ بیماران می‌گردد. خطرات در محیط‌های بیمارستانی به ارائه خدمات مراقبت (خطرات اعمال جراحی، مواد و محصولات، خطرات اخلاقی و اطلاعاتی)، ساختار بیمارستان (بروز آتش‌سوزی، قطع برق، خرابی کامپیوتر، نبود آب) و سازماندهی مؤسسه (از دست دادن منابع انسانی، عدم وجود پروتکل، حمل بیمار، تصادفات، تقلب) مربوط می‌شود [۹]. شناسایی، ارزیابی و کنترل خطر و در نهایت بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران راهکارهای مهم جهت کاهش خطرات بالینی در کشور است [۱۰]. خطا در محیط‌های بالینی هرگز حذف نمی‌شود، اما می‌توان با بهبود و فراهم‌سازی شرایط و استانداردهایی برای کادر درمانی، برای کاهش و کنترل خطر و شناسایی خطاهایی که به ناچار هنوز هم رخ می‌دهند، اقدام کرد. زابلی و همکاران [۱۱] در پژوهش خود به شاخص‌هایی برای مدیریت خطر رسیدند، این شاخص‌ها شامل شناخت، سازمان‌دهی، سیاست‌ها و رویه‌ها، آموزش، نظارت بر تحلیل، ارزیابی و کنترل و جایگاه مدیریت ریسک در بیمارستان بوده است. در واقع این پژوهش و یافته‌های آن محور اصلی پژوهش حاضر قرار گرفته است. اما نتایج پژوهش هادی‌زاده و ادیبی [۱۲] و کاراسویدو و همکاران [۱۳] الگوی متفاوتی برای ارزیابی مدیریت ریسک ارائه دادند. شاخص‌های این الگو شامل شفافیت، پژوهش و توسعه،

مدیریت کارکنان، مدیریت اطلاعات، مشارکت جامعه و دریافت کنندگان خدمت و آموزش در بیمارستان بوده است. در کشورمان ایران در مقابل افزایش خطرات بالینی و در پی آن توجه افکار عمومی نسبت به این امر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موضوع ایمنی بیمار را در اولویت قرار داده است [۱۴]. با توجه به تضاد بین نتایج مطالعات صورت گرفته که نشان می‌دهد با مدیریت خطر برخورد منطقی وجود ندارد لذا این مطالعه به ارزیابی ابعاد مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور می‌پردازد.

روش بررسی

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و به روش مقایسه‌ای در مقطعی از سال ۹۵ انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های آموزشی-درمانی شمال کشور (گلستان، گیلان، مازندران و سمنان) تشکیل دادند که تعداد آنها مجموعاً ۵۵۶۴ نفر بود. حجم نمونه با توجه به جدول کرجسی و مورگان تعداد ۵۵۷ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد. از معیارهای ورود به پژوهش، داشتن حداقل مدرک کارشناسی و اشتغال در بهداشت و درمان بود که با اخذ مجوز از سازمان مربوطه و رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان و رعایت اصول محرمانه بودن وارد مطالعه شدند و افراد با رتبه کمتر از کارشناسی و یا عدم رضایت از شرکت در پژوهش از مطالعه خارج شدند. در این پژوهش برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شده است. از میان بیمارستان‌های آموزشی-درمانی تعداد ۱۵ بیمارستان به‌صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها بین پرستاران و پزشکان به‌صورت تصادفی طبقه‌ای توزیع شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد که قسمت اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی (جنسیت، میزان تحصیلات، سن، سابقه کاری، نوع بیمارستان، نوع شغل و وضعیت استخدام) و قسمت دوم شامل پرسشنامه ارزیابی مدیریت خطرات پیشگیرانه بود. الگوی اساسی در طراحی،

یافته‌ها

نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی تحقیق نشان داد که ۵۱/۸٪ از آزمودنی‌ها زن و ۴۸/۲٪ از آنها مرد بودند. از این تعداد ۳۴/۱۳٪ دارای مدرک لیسانس، ۳۱/۷۲٪ فوق لیسانس، ۱۷/۴۳٪ دکتری عمومی و ۱۶/۶۹٪ دکتری تخصصی بودند. همچنین ۶۵/۸۷ نفر از آنها پرستار و ۴۳/۱۳ نفر از آنها پزشک بودند. توزیع فراوانی وضعیت شغلی پاسخ‌دهندگان نشان داد که ۱۲/۶۱٪ شرکتی، ۲۸/۵۷٪ معین، ۲۲/۴۴٪ آنان پیمانی، ۲۰/۲۲٪ آزمایشی و ۱۶/۱۴٪ آنان رسمی بودند. ۲۷/۶۴٪ شرکت‌کنندگان بین ۲۲ تا ۳۲ سال، ۳۳/۰۷٪ مابین ۳۲ تا ۴۲

جدول ۱- نتایج آمار توصیفی تحقیق

شاخص	فراوانی	درصد
سن (۳۲-۴۲ سال)	۱۷۸	۳۳/۰۷٪
جنس (مؤنث)	۲۷۹	۵۱/۸٪
وضعیت استخدام (معین)	۱۵۴	۲۸/۵۷٪
شغل (پرستار)	۳۵۵	۶۵/۸۷٪
سابقه شغلی (۱۰-۲۰ سال)	۲۱۹	۴۰/۶۳٪

جدول ۴- ارزیابی متغیر مدیریت ریسک به تفکیک بیمارستان‌ها

نام بیمارستان	میانگین متغیر مدیریت ریسک
شفا رشت	۳/۰۳
۵ آذر گرگان	۳
۱۷ شهریور رشت	۳
شهید بهشتی بابل	۲/۹۳
فاطمه زهرا ساری	۲/۸۵
امیرکلا	۲/۹۱
صیادشیرازی گرگان	۲/۹۵
امام حسین شاهرود	۲/۸۹
زارع ساری	۲/۸۰
کوثر سمنان	۲/۸۸
الزهرا رشت	۲/۸۷
امیرالمومنین سمنان	۲/۷۹
امام خمینی ساری	۲/۹۰
یحیی نژاد بابل	۲/۸۹
بوعلی سینا ساری	۲/۸۹

سال، ۲۵/۲۳٪ بین ۴۲ تا ۵۲ سال، ۱۲/۰۵٪ بین ۵۲ تا ۶۲ و ۲/۰۴٪ بالاتر از ۵۲ سال بود. همچنین نتایج نشان داد که ۳۷/۲۹٪ آزمودنی‌ها سابقه زیر ۱۰ سال و ۴۰/۶۳٪ بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۲۲/۰۷٪ بالای ۲۰ سال سابقه کاری دارند (جدول ۱). با توجه به نتایج به دست آمده سطح معناداری برای همه متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از سطح معنی داری پژوهش ($\alpha=0.05$) بود، بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها را در سطح ۹۵٪ اطمینان پذیرفته شد و برای بررسی فرضیه‌ها از روش‌های پارامتری استفاده شد (جدول ۲).

در جدول ۳ میانگین امتیازات مؤلفه‌های پژوهش براساس سطوح مختلف کاری از نظر آزمون آماری تفاوت معناداری نداشت و همه سطوح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ شده است. بین گروه‌های مختلف از نظر تحصیلی در سطح ۰/۰۵ تفاوت معناداری وجود نداشت و همه سطوح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ بود. در سطوح جنسی فقط در متغیر «نظارت بر ارزیابی، کنترل

و تحلیل ریسک» در سطح ۰/۰۵ تفاوت معنادار وجود دارد.

با توجه به جدول ۴ بیشترین میانگین مدیریت ریسک مربوط به بیمارستان شفا رشت با مقدار ۳/۰۳ است و کمترین مقدار مدیریت ریسک مربوط به بیمارستان امیرالمومنین سمنان ۲/۷۹ است. همچنین با توجه به جدول ۵، استان گلستان دارای بالاترین نمره در ارزیابی مدیریت ریسک با مقدار ۲/۹۷ و استان سمنان دارای کمترین نمره در ارزیابی مدیریت ریسک با مقدار ۲/۸۵ است.

جدول ۲- نتایج تحلیل تک متغیره

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	آماره اسمیرنوف	مقدار p
میزان شناخت کارکنان از مدیریت ریسک	۲/۴۷	۰/۳۲	۰/۰۶۹	-۰/۱۳۷	۰/۷۲۵	۰/۶۷۰
وضعیت سازمان دهی مدیریت ریسک	۲/۶۲	۰/۲۷	۰/۱۵۹	۰/۵۲۶	۰/۵۴۲	۰/۸۱۰
وضعیت سیاست و رویه در زمینه مدیریت ریسک	۳/۰۶	۰/۳۲	۰/۱۳۳	-۰/۱۴۴	۰/۶۹۰	۰/۷۲۸
وضعیت آموزش مدیریت ریسک	۳/۸۵	۰/۳۵	-۰/۲۸۰	-۰/۱۷۷	۱/۳۱	۰/۰۹
جایگاه مدیریت ریسک	۲/۸۱	۰/۳۴	۰/۰۱۵	۰/۱۵۴	۰/۵۵۲	۰/۷۳۴
نظارت بر تحلیل و ارزیابی و کنترل ریسک	۲/۶۷	۰/۴۱	۰/۰۴۴	-۰/۲۹۴	۰/۶۴۰	۰/۷

جدول ۳- بررسی میانگین امتیازات پژوهش براساس سطوح جنسی، کاری، تحصیلی

سطوح مختلف متغیرهای مدیریت ریسک	تحصیلی		جنسی		کاری	
	مقدار p	مقدار F	مقدار p	مقدار F	مقدار p	مقدار F
میزان شناخت مدیریت ریسک	۰/۱۴۹	۱/۷۸۸	۰/۱۷۱	۱/۸۸۴	۰/۴۲۵	۰/۹۸۶
وضعیت سازمان دهی مدیریت ریسک	۰/۷۲۲	۰/۴۴۴	۰/۱۲۴	۲/۳۷۴	۰/۸۸۶	۰/۲۸۸
وضعیت سیاست و رویه‌ها در زمینه مدیریت ریسک	۰/۷۱۰	۰/۴۶۱	۰/۸۴۰	۰/۰۴۱	۰/۶۲۰	۰/۴۹۰
وضعیت آموزش	۰/۱۳	۱/۵۰	۰/۱۳۷	۲/۲۱۹	۰/۶۲۶	۰/۶۴۴
جایگاه مدیریت ریسک	۰/۴۱۷	۰/۹۴۹	۰/۵۲۸	۰/۳۹۸	۰/۸۷۴	۰/۳۰۶
نظارت بر ارزیابی، کنترل، و تحلیل ریسک	۰/۰۶	۲/۴۲۹	۰/۰۱۲	۶/۳۲۰	۰/۷۷۷	۰/۴۴۴

جدول ۵- ارزیابی مدیریت ریسک بر مبنای استان

استان	مدیریت ریسک
گلستان	۲/۹۷
گیلان	۲/۹۶
بابل	۲/۹۱
مازندران	۲/۸۶
سمنان	۲/۸۵

بحث و نتیجه گیری

براساس نتایج به دست آمده از تحقیق، میزان شناخت کارکنان از مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵، متوسط ارزیابی شد. زارع زاده [۱۵] در ارزیابی وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان شهید رهنمون یزد از دیدگاه پرستاران به نتایج مشابهی دست یافته است. در پژوهش دیگری در همین زمینه توسط زابلی و همکاران [۱۱] میزان شناخت کارکنان در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران متوسط ارزیابی شد که مشابه با نتایج این تحقیق است. نیل [۱۶] در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسید که با به کارگیری و شناخت مدیریت ریسک می‌توان میزان خطرات و خطاها را کاهش داد. در همین راستا نتایج متناقضی نیز به چشم می‌خورد، صفری [۱۷] در پژوهش خود به نتایج مغایر با نتیجه پژوهش حاضر دست یافتند. نتایج تحقیق ایمانی و همکاران [۱۸] که به بررسی شناخت پرستاران از مدیریت بحران و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان شهید محمدی بندرعباس پرداخته‌اند، نشان داد که سطح آگاهی پرستاران ضعیف بوده است. نتایج حاصل از مطالعات همسو نشان می‌دهد که امروزه پذیرفته شده است که کیفیت و ایمنی اولویت شماره یک برای مراقبت‌های بهداشتی و ارائه دهندگان خدمات است. مسائل مربوط به شناخت خطر و ایمنی بیمار، هسته مرکزی در چگونگی ارائه خدمات بالینی هستند و می‌تواند به افزایش بهره‌وری و رضایت کارکنان و بیماران کمک کند.

در مطالعه حاضر وضعیت سازمان‌دهی مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط ارزیابی گردید. در این راستا صفری [۱۷] در مطالعه خود

در بیمارستان‌های دولتی شیراز به نتیجه مشابهی دست یافت. یافته‌های این تحقیق نشان داد که وضعیت سازمان‌دهی مدیریت ریسک در حد متوسطی قرار دارد که به نتایج مشابه نتایج تحقیق حاضر دست یافتند. در همین راستا نتایج مخالفی نیز به چشم می‌خورد. زارع زاده [۱۵] در مطالعه‌ای در بیمارستان شهید رهنمون یزد نشان داد که وضعیت سازمان‌دهی مدیریت خطر در حد ضعیف قرار دارد. با توجه به نتایج ارائه شده می‌توان این‌گونه استنباط کرد که ادغام برنامه بیمارستان در برنامه مدیریت خطر، همکاری و هماهنگی با سایر بخش‌ها و بیمارستان‌ها، ملاحظات فنی و پشتیبانی متناسب با نوع و سناریوهای هنگام خطرات، تعریف فعالیت‌های قبل (ارزیابی خطر، طراحی و اجرای اقدامات کاهش خطر و آموزش)، حین (فعال سازی و اجرای برنامه عملیاتی) و بعد از حادثه (بازگشت به شرایط عادی و ارزشیابی اثربخشی برنامه) در سطح متوسطی در بیمارستان‌های مورد مطالعه انجام می‌گیرد.

براساس نتایج به دست آمده از تحقیق ما، وضعیت سیاست‌ها و رویه‌ها در زمینه مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط ارزیابی گردید. زابلی [۱۱] در مقاله‌ای پژوهشی به نتایج مشابه تحقیق حاضر دست یافت. در پژوهش الن ولف و همکاران [۱۹] چنین نتیجه‌گیری کردند که میزان خطاهای ناشی از حوادث در بخش اورژانس بیمارستان با به کارگیری برنامه‌های مدیریت ریسک از ۳/۲۴٪ به ۴۸٪ کاهش یافته است. در همین راستا نتایج مخالفی نیز به چشم می‌خورد. موسوی و همکارانش [۲۰] به بررسی وضعیت کلی مدیریت ریسک بیهوشی - جراحی در بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان پرداخته‌اند. یافته‌ها، نشان‌دهنده عدم توجه کافی مدیران و کادر درمانی به مقوله مدیریت خطر بالینی و خطی مشی بوده است. با توجه به نتایج ارائه شده می‌توان این‌گونه استنباط کرد که فعالیت بیمارستان‌ها در زمینه مدیریت ریسک در بخش‌ها کم است. مدیریت ریسک باید متشکل از مجموعه‌ای از فرایندهای مستمر و در حال توسعه‌ای باشد که در سراسر استراتژی بیمارستان به کار گرفته می‌شوند و باید به

بررسی مدیریت خطرات پیشگیرانه در بیمارستان‌های ایالت کالیفرنیا پرداخته است. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که وی مدیریت خطرات پیشگیرانه، ابزاری برای بهبود کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی است. ضروری است تا بیمارستان‌ها نسبت به ارزیابی میزان شناخت کارکنان خویش در زمینه مدیریت خطرات پیشگیرانه اقدام نموده و برنامه‌های مدیریت خطرات پیشگیرانه را خصوصاً در بخش‌های بالینی اجرا نمایند. توجه به نقش و جایگاه مدیریت ریسک در بیمارستان و بخش‌های آن و ایجاد ارتباطات سازمانی، علاوه بر پیشگیری از خطاها و حوادث احتمالی در بیمارستان موجب تأمین ایمنی بیشتر در بیماران می‌شود.

براساس نتایج به‌دست آمده از تحقیق، وضعیت نظارت بر تحلیل، ارزیابی و کنترل خطر در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط ارزیابی گردید. در این راستا حبیبی و همکاران [۲۴] در پژوهشی در خصوص بررسی وضعیت ریسک در بخش‌های رادیولوژی بیمارستان‌های شهر اصفهان، وضعیت مدیریت ریسک را در حد متوسط ارزیابی کردند که با نتایج تحقیق حاضر مشابهت دارد. با توجه به نتایج می‌توان این‌گونه استنباط کرد که فرایند مدیریت خطر در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه بالینی است که شناسایی، ارزیابی و کنترل خطر و در نهایت بهبود کیفیت و تضمین ایمنی خدمات برای بیماران را شامل می‌شود، در بیمارستان‌های مورد مطالعه در سطح متوسطی انجام می‌پذیرد. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که وضعیت مدیریت خطر در همه بیمارستان مورد مطالعه در همه ابعاد در حد متوسط ارزیابی گردید. کمترین عدد میانگین مربوط به متغیر میزان شناخت کارکنان از مدیریت ریسک و بالاترین عدد میانگین مربوط به وضعیت آموزش مدیریت ریسک بوده است. با توجه به امتیاز متوسط بیمارستان در همه مؤلفه‌ها در وضعیت ریسک، به نظر می‌رسد گام‌های پیشگیرانه برای خطرات غیرقابل حذف از جمله استفاده از پروتکل‌ها و سیر مراقبت، آموزش (هر دو گروه ارائه دهنده و بیماران) و استفاده از راهنماهای بالینی و خط مشی‌ها؛ مهم‌ترین

شیوه‌ای قاعده‌مند کلیه ریسک‌های مربوط به گذشته، حال و آینده را مورد توجه قرار دهد.

براساس نتایج به‌دست آمده از تحقیق، وضعیت آموزش مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط ارزیابی گردید. در این راستا محمودی [۲۱] در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت. زارع‌زاده [۱۵] وضعیت آموزش مدیریت خطر را در بیمارستان‌های یزد در حد ضعیف ارزیابی کرد. با توجه به نتایج می‌توان این‌گونه استنباط کرد که رشد و تکامل مدیریت خطر مراقبت‌های بهداشتی نشان‌دهنده رشد کلی صنعت مراقبت‌های بهداشتی است. برای موفق بودن برنامه مدیریت خطر باید مهارت‌های گوناگون موردنیاز برای اجرای یک وظیفه مشکل در یک محیط پیچیده را آموزش داد.

براساس نتایج به‌دست آمده از تحقیق، جایگاه مدیریت خطر پیشگیرانه در بیمارستان‌های شمال کشور در سال ۱۳۹۵ در حد متوسط ارزیابی گردید. در این راستا یافته‌های حاصل از این مطالعه در مطالعات دیگری نیز تأیید شده است به‌طوری که نتایج مطالعه فتحی [۲۲] که با هدف «بررسی وضعیت مدیریت خطر بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کردستان» انجام گرفت، نشان داد که ۹۰٪ بیمارستان‌های کردستان از مدیریت ایمنی متوسط برخوردارند. همچنین در مطالعه دیگری که توسط زابلی و همکارانش [۱۱] تحت عنوان «ارزیابی وضعیت مدیریت ریسک در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های شهر تهران» انجام پذیرفت، وضعیت مدیریت خطر در بیمارستان‌های شهر تهران را متوسط ارزیابی کرد. نتایج حاصل از تحقیق نشان داده است که توجه بیمارستان‌ها به جایگاه مدیریت خطر برای بهبود کیفیت درمان و افزایش ایمنی بیماران و کارکنان ضروری است و مدیران بیمارستان‌ها باید منابع لازم را برای مدیریت خطر که از عوامل اصلی برای امنیت بیمار و بهبود کیفیت است، تخصیص دهند. سبینگا^۱ [۲۳] در پژوهش خود به

1. Sibinga

بیشتر از دامنه و ماهیت اشتباهات، موقعیت بهتری در استفاده از منابع و پشتیبانی از سوی مدیران سازمانی جهت تقویت برنامه‌های ایمنی، کسب خواهند کرد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم آشنایی بعضی از مدیران و کارشناسان با مفهوم مدیریت خطر پیشگیرانه و مؤلفه‌های آن اشاره کرد که پس از توجیه و توضیح در این خصوص اقدام به پر کردن پرسشنامه می‌کردند.

تشکر و قدردانی

پروتکل این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، بیمارستان‌های تحت مطالعه در سراسر کشور و خبرگان و کارشناسان محترم بیمارستان‌ها تشکر می‌شود.

گام‌هایی است که در جهت مدیریت ریسک در بیمارستان‌های مورد مطالعه می‌توان برداشت. همچنین برای مشارکت همه کارکنان و متخصصان در امر شناسایی و گزارش‌دهی خطاها، فرهنگ‌سازی و تشویق سازمانی اعمال گردد.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر به مدیریت بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود به وضعیت مدیریت خطر برای توسعه کیفی درمان و ایجاد محیطی امن برای کارکنان و بیماران توجه جدی نمایند. همچنین در جهت ارتقا جایگاه مدیریت خطر و شاخص‌های الزامی ایمنی بیمار اقداماتی مانند قرار دادن اولویت ایمنی بیمار جزء اهداف استراتژیک بیمارستان، انتصاب پاسخگو و هماهنگ کننده ایمنی بیمار، گزارش‌دهی الکترونیک به منظور ثبت خطاها و کمک به برنامه‌ریزان در یادگیری از این اشتباهات، و پیاده‌سازی فرایندهایی برای جلوگیری از اشتباهات در آینده و ... صورت پذیرد. مدیران خطر با داشتن اطلاعات

References

1. Jafari G, Abbas Goodarzi N, Abedini Salimabadi P, Sabaghian Peirov A, Roohparvar P, Ramezani M, et al. Hospital accreditation standards in Iran. Tehran: Seda Publication Center; 2010.
2. Ebrahimipour E, Molavi taleghani Y, Vafae-Najar A, Hosseini SH, Vajdani M, Babaei Heydarabadi A, et al. Proactive risk assessment of the laboratory management process in Ghaem Hospital, Mashhad (2013). Journal of paramedical sciences. 2015; 6(2):85-95.
3. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, et al. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. The British journal of general practice. 2002; 52(481):641-645.
4. Wachter RM. Understanding patient safety. New York, NY: McGraw-Hill Professional; 2008.
5. Rezaeehachesoo P, Habibi S, Fozonkhah S. Information technology, an effective tool in reducing and preventing medical errors: suggestions for improvement. Health information management. 2007; 4(1):89-98. [Persian].
6. McSherry R, Pearce P. Clinical Governance: a guide to implementation for healthcare professionals. 3rd ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 2011.
7. Silimperi DR, Franco LM, van Veldhuyzen Zanten T, MacAulay C. A framework for institutionalizing quality assurance. International journal for quality in health care. 2002; 14 Suppl 1:67-73.
8. Hindle D, Clinical Excellence Commission., University of New South Wales. Patient safety: a comparative analysis of eight inquiries in six countries. Sydney NSW: Centre for Clinical Governance Research; 2006.
9. Costa F, Santos P, Varajão J, Pereira LT, Costa V. Proposal of an information system to support risk management – the case of the Portuguese Hospital Center CHTMAD. Procedia Technology. 2012; 5:951-958.
10. Heidarpour P, Dastjerdy R, Rafiee S, Sadat SM. Introduction to basics of clinical governance. 1st ed. Tehran: Tandis; 2011. [Persian].

11. Zaboli R, Karamali M, Salem M, Rafati H. Risk management assessment in selected wards of hospitals of Tehran. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2011; 12(4):197-202.
12. Hadizadeh F, Adibi P. Strategies to implement clinical governance in Iranian hospitals. *Health information management*. 2012; 9(3):305-309. [Persian].
13. Karassavidou E, Glaveli N, Zafiroopoulos K. Assessing hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through organizational climate. *Journal of health organization and management*. 2011; 25(2):214-240.
14. Mohebi Far R, Alijanzade M, Safari Variati A, Khoshtarkib H, Ghanati E, Teymouri F, et al. Studying patient safety culture from the viewpoint of staffs in educational hospitals in Tehran City. *Journal of health and safety at work*. 2015; 5(1):57-64. [Persian].
15. Zarezadeh M, Abolhasani MS, Eslami S, Salarikhah E, Bagheri F, Salmani E. Evaluation of risk management from the perspective of hospital nurses in Shahid Rahnemon Hospital. *The occupational medicine*. 2013; 5(3):88-94. [Persian].
16. Neale G. Risk management in the care of medical emergencies after referral to hospital. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1998; 32(2):125-129.
17. Safari H. Tehran hospitals' readiness for clinical governance quality initiatives through Clinical Governance Climate Questionnaire.: Tehran University of Medical Sciences; 2012.
18. Imani E, Hosseini Teshnizi S, Tafrihi M, Alavi A, Jafari A, Badri S. Nurses' knowledge about crisis management and its related factors. *Journal of health and care*. 2011; 13(4):10-18. [Persian].
19. Wolff AM, Bourke J, Campbell IA, Leembruggen DW. Detecting and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program. *The medical journal of Australia*. 2001; 174(12):621-625.
20. Mousavi A, Asefzadeh S, Raeisi AR. Assessment of anesthesia-surgery risk management at hospitals of Isfahan University of Medical Sciences, using ECRI institute standards in 2011. *Journal of health administration*. 2013; 16(53):85-98. [Persian].
21. Mahmoudi G, Khadamlou M. Research in the medical science and healthcare. Tehran: Artinteb; 2013. [Persian].
22. Fathi M. Survey of status of security in the hospitals & treatment health services of Kurdistan University of Medical Sciences in 2003. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2003; 7(2):37-42. [Persian].
23. Smit Sibinga CT. Risk management: an important tool for improving quality. *Transfusion clinique et biologique*. 2001; 8(3):214-217.
24. Habibi E, Soleymani B, Nateghei R, Lotfiroshani M, Yarmohammadian M. Risk management in radiology units of Isfahan University of Medical Sciences' hospitals. *Health information management*. 2007; 4(1):133-141. [Persian].

An assessment of preventive risk management in hospitals of the north of Iran

Golchobi M¹, *Mahmoudi Alemi M²

Abstract

Background: Increasing clinical risks has become a public concern among policymakers as well as healthcare providers and authorities. Risk management is a set of continuous and developing processes that can be taken in the hospitals. This research was conducted with the aim of evaluating preventive risk management in northern hospitals in 2016.

Materials and methods: This cross-sectional study assesses medical staff (n=550 individuals) in 15 hospitals in the north of Iran in 2016. Cluster sampling was done, and preventive risk management assessment questionnaire was randomly distributed among physicians and nurses. To analyze data in the analytical study, the distribution of the variables values was investigated using the Kolmogorov-Smirnov test, and also the analysis of variance was performed using the F-test. SPSS software was used to analyze data.

Results: The average recognition rate (2.47), status of risk management organizing (2.62), the policy and procedures (3.06), education (3.85), risk management position (2.81), and monitoring the analysis, assessment as well as risk control (2.67), have been obtained. According to the scores obtained in the six component areas of risk management, the overall status of risk management in these hospitals was obtained moderate.

Conclusion: Results showed that preventive risk management in the hospitals in the north of Iran was moderate, so hospital managers have to allocate the necessary resources for risk management which is a key factor for patient safety and quality improvement.

Keywords: Risk Management, Hospitals, Safety, Medical Staff

1. MSc student in health service management, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Associate professor, Hospital management research center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
(*Corresponding Author)
alemi.mahmudi@iausari.ac.ir