

بررسی وضعیت بهداشتی بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲*

علی محمد مصدق راد^۱، ناهید شیرانی بیدآبادی^۲، پروانه عزتی^۲

چکیده

مقدمه. رعایت اصول بهداشتی در بیمارستانها منجر به افزایش اثربخشی، کارایی و در نهایت بهره‌وری آنها می‌گردد. هرگونه مسامحه در این زمینه ممکن است خطرات و آسیبهای غیرقابل جبرانی برای بیماران، کارکنان و... ایجاد کند. این پژوهش با هدف بررسی وضعیت بهداشتی بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲ انجام شده است.

روش بررسی. برای انجام این پژوهش توصیفی، مقطعی و بنیادی کاربردی از پرسشنامه خود ساخته‌ای استفاده شده است. پرسشنامه‌ی مذکور دارای ۲ قسمت می‌باشد. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمارستانها (۷ سؤال) و قسمت دوم مربوط به سؤالات بهداشتی (۲۰ سؤال) کلیه بخش‌های درمانی، تشخیصی، اداری - مالی و پشتیبانی بیمارستان می‌باشد که پس از سنجش روایی و پایایی در ۱۱ بیمارستان دانشگاهی شهر اصفهان تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS11 مورد پردازش قرار گرفت.

یافته‌ها. بنابر نتایج به دست آمده میانگین امتیاز وضعیت بهداشت بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان به ترتیب $3/04 \pm 29$ (متوسط) از ۵ امتیاز می‌باشد. وضعیت بهداشتی در ۱ بیمارستان (۹/۱ درصد) در حد ضعیف، ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) در حد متوسط و در یک بیمارستان (۹/۱ درصد) در حد خوب ارزیابی شده است.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، وضعیت بهداشت بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان در حد متوسط ارزیابی شده است. بنابراین به منظور افزایش بهره‌وری بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان رعایت اصول بهداشتی باید مورد توجه جدی مدیران این مراکز قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی. بیمارستان، بهداشت.

مقدمه

و اجتماعی آحاد جامعه بر هیچ کس پوشیده نیست.

برخورداري از خدمات بهداشتی و درمانی حقوق مسلم شخصی و اجتماعی هر انسان است، زیرا جسم و روان سالم زیر بنای پیشرفت یک جامعه را تشکیل می‌دهد. طبق اصول ۴، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی کشور، ضرورت تأمین بهداشت و درمان به عنوان نیاز اساسی مردم در نظر گرفته شده است. با توجه به این که اقدامات بهداشتی در کشورهای در حال توسعه کارسازترین امر برای ارتقای سلامت و مرتفع نمودن آن یکی از نیازهای درمانی جامعه است، بنابراین باید تلاشهایی در زمینه ارتقای وضعیت بهداشتی جامعه صورت گیرد. اگرچه

امروزه سلامت را تنها فقدان بیماری تلقی نمی‌کنند، بلکه برخورداري کامل از آسایش و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی را معیار و نشانه تندرستی انسان محسوب می‌دارند. بر این اساس تأمین سلامت جامعه در گرو توجه آحاد مردم یک کشور به بهداشت فردی و عمومی است که تا حدود زیادی به سلامت جامعه و اوضاع و شرایط خاص فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی محیطی که فرد در آن زیست می‌کند، بستگی دارد. بدیهی است عواملی چون رشد و توسعه اقتصادی، تحولات مثبت فرهنگی، پیشرفت‌های دانش پزشکی و تأمین امکانات رفاهی در تحقق تندرستی در سطح وسیع در جوامع انسانی نقش تعیین کننده دارند. یکی از ارکان استقلال و توسعه اجتماعی و اقتصادی هر جامعه، بهره‌مندی از نیروهای سالم و کارآمد است، بنابراین، اهمیت بهداشت به عنوان مهمترین وسیله دستیابی به هدف مذکور و تأمین سلامت جسمی، روانی

* این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۸۲۳۲۶ می‌باشد که توسط معاونت

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت گردیده است.

۱ - مربی گروه مدیریت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email: m.mosadeghrad@rhu.ac.ir

۲ - کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

ممکن است علایمی در کارکنان از احساس مفرط خستگی، سردردها و خارش‌های پوستی گرفته تا سرطان، نازایی و خودکشی ایجاد نمایند. حتی برخی از این خطرات ممکن است به محیط خانه و خانواده کارکنان نیز کشانده شود (۲). نگهداری و نظافت تسهیلات بهداشتی و درمانی، نیز کارکنان خدماتی و غیربالینی را در معرض عوامل عفونی و سمی قرار می‌دهد. دفع ناصحیح مواد رادیواکتیو، بیولوژیک و شیمیایی کارکنان بالینی و غیربالینی را در معرض مخاطرات بسیاری قرار می‌دهد (۳). کارکنان خدماتی در معرض آسیبهای ناشی از تماس با حلال‌ها و ضدعفونی‌کننده‌های شیمیایی قوی قرار دارند. علاوه بر این، آنها ممکن است به هنگام دفع مواد زاید نظیر سوزن‌ها، تیغ‌ها و شیشه‌های شکسته‌ی آلوده به میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا آلوده شوند (۴).

عفونتهای بیمارستانی یکی دیگر از عوامل خطرزا برای بیمارانی است که به منظور دریافت خدمات مورد نیاز خود به بیمارستان مراجعه می‌کنند. مرکز کنترل بیماریهای ایالات متحده برآورد می‌کند که در آمریکا حدود ۵ درصد از بیماران به علت عفونتهای بیمارستانی حدود یک هفته یا بیشتر در بیمارستان به سر می‌برند که هزینه سالیانه آن بالغ بر ۴/۵ میلیون دلار برآورد می‌شود. سالانه دو میلیون نفر حداقل به یک عفونت در هنگام بستری در بیمارستانها مبتلا می‌شوند. میزان عفونتهای بیمارستانی در برخی از بیمارستانهای آمریکا تا حدود ۱۵ درصد هم می‌رسد. به عبارت دیگر از هر هفت بیمار، یک بیمار بعد از پذیرش در بیمارستان به عفونت بیمارستانی دچار می‌شوند. همچنین به طور سالانه ۹۰ هزار نفر نیز جان خود را به خاطر ابتلا به این عفونتها از دست می‌دهند (۵). عفونتهای بیمارستانی سالانه ۹۸۶/۶۶ میلیون دلار هزینه به نظام طب ملی انگلیس تحمیل می‌کند. از این مبلغ، ۹۳۰/۹۲ میلیون دلار در مدت اقامت بیماران در بیمارستانها و ۵۵/۷۴ میلیون دلار پس از ترخیص آنها تحمیل شده است (۶). آمار این عفونتها در ایران برابر با ۵ درصد برآورد شده است که بطور مستقیم سبب مرگ ۱ درصد از بیماران می‌شود. پژوهشی که توسط سازمان بهداشت جهانی در ۵۵ بیمارستان در ۱۴ کشور جهان صورت گرفت، نشان داد که به طور متوسط ۸/۷ درصد بیماران بیمارستانها مبتلا به عفونتهای بیمارستانی می‌باشند. بیش از ۱۴ میلیون نفر در دنیا به نحوی از عفونتهای بیمارستانی رنج می‌برند (۷).

رعایت اصول بهداشت فردی می‌تواند تا حدودی ضامن تأمین سلامت انسان باشد، اما به تنهایی کافی نیست، بلکه مراعات اصول بهداشت در تمام ارکان جامعه ضروری است.

در بین نهادهای اجتماعی کشور، بیمارستان یکی از مهمترین نهادهای سازمان یافته است که باید با فراهم نمودن محیطی سالم، بهداشتی و ایمن، در جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز مردم و در نتیجه ارتقای سطح سلامت جامعه گام بردارد. در نگاهی گذرا محیط بیمارستان پاکیزه و ایمن به نظر می‌رسد، اما تنوع فعالیتهای بیمارستان و انواع خطراتی که بیمارستان را تهدید می‌کند، مدیران را در جهت حفاظت از انسانها و حراست از سرمایه‌های مادی بیمارستان حساس می‌سازد. بیمارستانها به عنوان مهمترین مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور در جهت ارتقای سلامتی افراد و بازیابی سلامتی بیماران، نیازمند مدیریت کارآمد در تمام سطوح می‌باشند. از طرف دیگر حضور افرادی که به عنوان بیمار یا همراه به بیمارستان مراجعه می‌کنند، وجود کارکنان فنی و تخصصی و استفاده از تجهیزات پزشکی گران قیمت و وجود عوامل بالقوه خطر آفرین در بیمارستان، مدیریت را با شرایط ویژه‌ای روبرو می‌سازد. در اینجا لازم است برای تعیین مطلب، تعریف دقیق برخی از واژه‌ها را به اختصار بررسی نماییم.

بهداشت یعنی علم سلامتی و شامل همه عواملی است که در ایجاد زندگی سالم سهمی برعهده دارند. بهداشت عمومی عبارتست از علم و هنر پیشگیری از بیماریها، طولانی کردن زندگی و ارتقای سلامتی و موثر کردن آنها از طریق کوشش‌های سازمان یافته اجتماعی برای بهسازی محیط زیست، مبارزه با عفونتهای مسری، آموزش بهداشت، سازماندهی خدمات پزشکی و پرستاری به منظور تشخیص زودرس، درمان، پیشگیری از بیماریها و ایجاد نظام اجتماعی در راستای تضمین بهره‌وری همه افراد، بطوری که هر شهروند بتواند حق حیات و ادامه زندگی سالم را بشناسد (۱). به خاطر ماهیت کار بیمارستان، کارکنان در معرض مخاطرات بهداشتی و ایمنی زیادی می‌باشند. این خطرات شامل بیماریهای مسری، آلودگی به سموم شیمیایی و بیولوژیکی، مواد سرطان‌زا، تشعشعات یونیزه و غیر یونیزه، مخاطرات ارگونومیکی، اختلالات ناشی از استرس شغلی، اعتیاد به داروها و مواد شیمیایی و... می‌باشند که در نهایت

دانشگاهی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۲ انجام شده است. نوع پژوهش توصیفی، مقطعی و بنیادی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان (۱۱ بیمارستان) می‌باشد. برای انجام این پژوهش، از پرسشنامه، مشاهده و مصاحبه استفاده شده است.

پرسشنامه مذکور، پرسشنامه بومی محقق ساخته بوده که دارای ۲ قسمت می‌باشد: قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمارستانها (۷ سؤال) و قسمت دوم مربوط به سؤالات بهداشتی (۲۰۱ سؤال) مرتبط با کلیه بخشهای درمانی، تشخیصی، اداری - مالی و پشتیبانی بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان می‌باشد. پاسخ سؤالها در مقیاس لیکرت (هرگز، بسیار کم، کم، متوسط، زیاد و بسیار زیاد) گروه بندی شده بود. پرسشنامه‌ی مذکور، دارای روایی محتوایی می‌باشد. روایی چک لیست با نظر متخصصان مدیریت بهداشت و درمان، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای به تأیید رسید. برای سنجش پایایی از روش بازآزمایی مجدد استفاده گردید، که از لحاظ آماری نیز تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه بهداشت ۹۸ درصد تعیین شده است که در سطح آلفای یک درصد معنادار است.

میانگین نمرات کل بین صفر تا پنج متغیر بود. به منظور مشابه سازی و امکان مقایسه وضعیت ایمنی بخشهای مختلف بیمارستان و یکسان سازی نتایج با توجه به تفاوت تعداد سؤالات، تعدیل سازی صورت گرفت. برای طبقه بندی سطوح ایمنی، امتیازات مکتسبه گروه بندی شده است (کمتر از ۲ بسیار ضعیف، بین ۲ تا ۲/۷۵ ضعیف، بین ۲/۷۶ تا ۳/۵ متوسط، بین ۳/۵۱ تا ۴/۲۵ خوب و بین ۴/۲۶ تا ۵ بسیار خوب). همچنین تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. در سطح آمار توصیفی با استفاده از مشخصه‌های آماری نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته و در سطح آمار استنباطی متناسب با سنجش داده‌ها و مفروضات، آزمونهای آماری آنالیز واریانس، کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد پردازش قرار گرفت.

بیشترین فراوانی عفونتهای بیمارستانی در بیمارستانهای مناطق مدیترانه شرقی و آسیای جنوب شرقی با شیوع ۱۱/۸ و ۱۰ درصد می‌باشد (۸).

مرکز کنترل بیماریهای آمریکا، جراحات ناشی از تماس با وسایل تیز و برنده را عامل ۸۰ درصد آلودگی به ایدز ناشی از شغل می‌داند (۹). طبق آمار این مرکز در سال ۱۹۸۹ سالانه حدود ۱۲ هزار نفر از کارکنان بهداشتی و درمانی از طریق خون به ویروس هیپاتیت B آلوده می‌شوند که ۶۰۰-۵۰۰ نفر آنها بستری، ۱۰۰۰-۷۰۰ نفر ناقل این ویروس و تقریباً ۲۵۰ نفر از آنها جان خود را از دست می‌دهند (۱۰). ابتلا به هیپاتیت B در کارکنان آزمایشگاه، جراحان، پزشکان و پرستاران به ترتیب حدود ۳۷، ۲۵، ۱۱ و ۴ مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر برآورد می‌شود (۱۱).

حفظ جان و ایمنی کارکنان و بیماران وظایف سنگینی را برعهده بیمارستان قرار داده است. چنانچه مسؤولین به مسائل بهداشتی و رعایت اصول بهداشتی در مراکز درمانی به علت تراکم کار روزانه با خوش بینی یا غفلت توجه کافی ننمایند و طرح جامعی برای پیشگیری، کنترل و کاهش آلودگی‌ها و عوامل خطرآفرین تنظیم نکنند، بدون تردید کمترین حادثه و بیشامد، بزرگترین صدمه و آسیب را به جان بیماران، کارکنان و محیط فیزیکی وارد خواهد ساخت. لذا بایستی با بکارگیری فنون و اصول علمی علاوه بر حفظ جان بیماران، کارکنان و مراجعین، موجبات صرفه جویی در هزینه و جلوگیری از خسارات مادی و مالی مراکز درمانی را فراهم نمود. بنابراین، امید است این پژوهش که وضعیت بهداشتی بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان را مشخص می‌کند، باعث آگاهی و حساسیت بیشتر مدیران و کارکنان بیمارستانها شده و گامی در جهت بهبود وضعیت بهداشتی بیمارستانهای مذکور و رضایت بیشتر کارکنان و بیماران باشد. ارزیابی وضعیت بهداشتی بیمارستانها می‌تواند نقش مهمی در زمینه‌ی شناسایی حوزه‌های خطرزا به منظور بکارگیری اقدامات اصلاحی داشته باشد. علاوه بر این، این بررسی‌ها می‌تواند منجر به شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان در زمینه مفاهیم بهداشتی گردد.

روش بررسی

این پژوهش با هدف تعیین وضعیت بهداشتی بیمارستانهای

یافته‌ها

از ۱۱ بیمارستان دانشگاهی شهر اصفهان ۵ بیمارستان

اتاق ایزوله برای بیماران عفونی پیش‌بینی شده است. در کلیه بیمارستانها کف راهروها، کف پله‌ها و اتاقها تمیز و خشک نگه داشته می‌شوند تا موجب سُرخوردن نگردد. کف بخشهای بستری در کلیه بیمارستانها قابل شستشو و تقریباً بدون درز و شکاف می‌باشد. در ۳ بیمارستان (۲۷/۳ درصد) کف و دیوارها در توالتهای و دستشویی قابل شستشو و بدون درز و شکاف نمی‌باشد.

در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) اتاق عمل در طبقات بالا و دور از سر و صدا قرار دارد. در کلیه بیمارستانها (۹۰/۹ درصد) زباله‌های اتاق عمل در سطلهای زباله کوچک به صورت موقت نگهداری شده و به طور مداوم خالی می‌شود.

در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) تهویه فضاهای درمانی در اورژانس بطور مطلوب صورت می‌گیرد. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) اشیای برنده (سرسوزن، تیغ و...) بصورت جداگانه دفع می‌شوند. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) بهداشت و نظافت سالن انتظار بیماران مناسب می‌باشد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) زباله‌های عفونی و غیرعفونی در بخش اورژانس بصورت جداگانه جمع‌آوری و دفع می‌گردد. در ۱ بیمارستان (۹/۱ درصد) فضای درمانی ایزوله برای موارد عفونی در بخش اورژانس در نظر گرفته شده است. در کلیه بیمارستانها یخچال ویژه نگهداری داروها و فرآورده‌های خونی و محیطهای کشت وجود دارد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) ملحفه، پتو و لباس بیماران به سهولت در دسترس آنها واقع شده و مرتب تعویض می‌شود. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) صابون و مواد بهداشتی مصرفی به اندازه کافی برای کارکنان وجود دارد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) صابون و مواد بهداشتی برای بیماران و مراجعین وجود دارد. در ۱ بیمارستان (۹/۱ درصد) حوله مخصوص بیمار در بخش اورژانس وجود دارد. در ۲ بیمارستان (۱۸/۲ درصد) مکانها و وسایل اورژانس به ندرت ضد عفونی می‌گردد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) دستکش استریل شماره‌های مختلف به خوبی در دسترس می‌باشد. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) از اورژانس برای انتقال پیامهای بهداشتی استفاده می‌شود. در کلیه بیمارستانها کارکنان اورژانس از روپوش سفید استفاده می‌کنند. در کلیه بیمارستانها نظافت و بهداشت کف و درب و پنجره‌ها در بخش اورژانس از لحاظ مطلوبیت متوسط و خوب است. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) نظافت و بهداشت توالتهای

(۴۵/۵ درصد) عمومی و ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) تخصصی می‌باشد. ۶ بیمارستان دارای تخصصهای سرطان، سوانح و سوختگی، چشم، زنان و زایمان، روانپزشکی و قلب و عروق می‌باشند. در سال ۱۳۸۲، تعداد تختهای فعال بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان در مجموع ۲۴۵۹ تخت بوده است. در تمام بیمارستانها، کمیته‌ی کنترل عفونت وجود دارد و فردی به عنوان مسؤول کمیته کنترل عفونت معرفی شده است. محل ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) مناسب و دور از صداهای ناهنجار می‌باشد. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) منبع آب مستقل از لوله کشی شهر موجود می‌باشد. در کلیه بیمارستانها بازرسی دوره‌ای از کلیه لوله کشی‌های آب و فاضلاب انجام می‌گیرد.

در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) آسانسور مخصوص حمل بیمار وجود دارد. در هیچ کدام از بیمارستانها آسانسور مخصوص حمل مواد زاید بطور مجزا در بیمارستان وجود ندارد. در کلیه بیمارستانها سطل زباله در بدار زنگ نزن و مجهز به کیسه زباله وجود دارد. در ۳ بیمارستان (۲۷/۳ درصد) زباله‌های عفونی و غیرعفونی در بخشها بصورت جداگانه جمع‌آوری و دفع می‌گردد. در هیچ کدام از بیمارستانها کوره زباله سوز وجود ندارد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) دفع فاضلاب مناسب است. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) مبارزه اساسی با ورود حشرات و جوندگان شده است.

در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) نظام گرمایش و سرمایش و تهویه اتاقهای بستری مناسب می‌باشد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) نور طبیعی و مصنوعی در بخشهای بستری در حد کافی و بسیار مناسب وجود دارد. در بخشهای بستری، پنجره‌های دو جداره مشرف به خیابان برای جلوگیری از سرو صدا و گرد و خاک وجود دارد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) کلیه پنجره‌ها مشرف به خارج ساختمان مجهز به توری فلزی می‌باشند.

در کلیه بیمارستانها در هر اتاقی حداقل یک دستشویی مجهز به صابون مایع یا جامد وجود دارد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) محل نگهداری البسه تمیز و کثیف بطور مجزا و دارای قفسه‌های زنگ نزن وجود دارد. در کلیه بیمارستانها کارکنان بالینی از روپوش سفید استفاده می‌کنند. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) وسایل کمکهای اولیه در واحدهای مختلف بیمارستانها وجود دارد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد)

در اورژانس مناسب می‌باشد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) نظافت و بهداشت دیوارها در اورژانس مناسب می‌باشد. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) دستگاه یا اتاق لگن شویه در اورژانس وجود ندارد. در کلیه بیمارستانها سطل زباله دربار زنگ نزن و مجهز به کیسه‌ی زباله وجود دارد. در ۵ بیمارستان (۴۵/۴ درصد) بخشنامه یا دستورالعمل عدم استعمال دخانیات در اورژانس نصب شده است.

در کلیه بیمارستانها برای استریل کردن وسایل آزمایشگاهی از دستگاههای فور یا اتو کلاو استفاده می‌شود. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) تهویه آزمایشگاه مطبوع می‌باشد. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) کارکنان آزمایشگاه دارای کارت بهداشتی می‌باشند. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) کارکنان آزمایشگاه فنی به صورت ادواری نیز مورد آزمایشات پزشکی قرار می‌گیرند. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) قسمتهای مختلف آزمایشگاه دربار و قابل شستشو و زنگ نزن می‌باشد. در کلیه بیمارستانها زباله‌دانهای قسمتهای مختلف آزمایشگاه مجهز به کیسه زباله می‌باشد. در کلیه بیمارستانها کارکنان آزمایشگاه موقع کار از روپوش سفید و در مواقع لزوم از دستکش استفاده می‌کنند. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) خون و مایعات آلوده به طریقه بهداشتی دفع می‌شود. در کلیه بیمارستانها نماینده‌ای از آزمایشگاه در کمیته بهداشت و کنترل عفونت شرکت می‌نماید. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) گرم کردن آزمایشگاه با نظام حرارت مرکزی انجام می‌گیرد. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) محل آزمایشگاه در زیرزمین بوده و از نور مناسب و مطلوب برخوردار می‌باشد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) مواد زاید جامد آزمایشگاهی به طریقه بهداشتی دفع می‌شود.

در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) دیوارهای بخش استریل مرکزی ملزومات تا سقف کاشی کاری می‌باشد. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) کف واحد از جنس قابل شستشو بدون درز و شکاف و مقاوم نسبت به شویندهای اسیدی و بازی می‌باشد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) کارکنان واحد از کفش مخصوص یا دمپایی و کلاه استفاده می‌کنند. در ۳ بیمارستان (۲۷/۳ درصد) درب ورودی وسایل کثیف از درب خروجی وسایل استریل جدا و مجزا نمی‌باشد. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) انبار ملزومات تمیز دارای وضعیت بهداشتی مناسب می‌باشد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) انبار لوازم

تمیز دارای قفسه‌بندی مناسب می‌باشد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) کنترل سالم بودن دستگاههای واحد از طریق ارسال نمونه‌های استریل شده برای کشت میکروبی حداقل ماهی یکبار انجام می‌گیرد. در کلیه بیمارستانها از نوار تست برای کنترل استریل شدن وسایل استفاده می‌گردد. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) نظام تهویه مطبوع جهت بخش استریل مرکزی مجهز به فیلتر وجود دارد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) فضاها در بخش استریل مرکزی از لحاظ فضاهای تمیز، کثیف و استریل تفکیک شده‌اند. در کلیه بیمارستانها (۱۰۰ درصد) کارکنان فضاهای مختلف بخش استریل از هم تفکیک نشده‌اند. در ۹ بیمارستان (۸۲/۸ درصد) حداکثر زمان نگهداری وسایل استریل رعایت می‌شود. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) دیوارهای آشپزخانه تا سقف از جنس قابل شستشو است. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) دیوارهای آشپزخانه فاقد درز و شکاف و برآمدگی می‌باشد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) سقف آشپزخانه صاف و بدون درز و به رنگ روشن می‌باشد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) کف سالم و بدون ترک خوردگی می‌باشد. در کلیه بیمارستانها کف آشپزخانه قابل شستشو می‌باشد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) کلیه پنجرها مجهز به توری فلزی هستند. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) درب ورودی به آشپزخانه دارای توری فلزی می‌باشد. در ۶ بیمارستان (۵۴/۶ درصد) از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه ممانعت به عمل می‌آید. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) کارکنان ملبس به روپوش و شلوار سفید و تمیز هستند. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) کارکنان دارای دمپایی یا کفش پلاستیکی می‌باشند. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) کارکنان آشپزخانه از دستکش استفاده می‌کنند. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) کارت معاینه سلامتی برای همه کارکنان وجود دارد. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) کارت معاینه سلامتی کارکنان هر ۶ ماه یکبار تمدید می‌شود. در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) کارکنان هر ۶ ماه یکبار مورد آزمایش قرار می‌گیرند. در ۳ بیمارستان (۲۷/۳ درصد) آسانسور مخصوص توزیع غذا وجود دارد. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) شستشوی ظروف به صورت بهداشتی صورت می‌گیرد. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) نور طبیعی کافی و مناسب در آشپزخانه وجود دارد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۷ درصد) از نگهداری غذای روزانه و مصرف

بحث

خبرهای مربوط به وقوع حوادث بسیار کوتاه است، لیکن در واقع این فاجعه حاصل لحظه‌ای غفلت نبوده است، بلکه سالها نادیده گرفتن استانداردها، پشت این لحظه‌ی ناهنجار قرار دارد. در واقع بین حوادث کوچک و معمولی که به اصطلاح به خیر می‌گذرد با حوادث بعدی ارتباط وجود دارد. بسیاری از مدیران بر این باورند که اکثر حوادث و اتفاقات به اصطلاح برای دیگران پیش می‌آید، نه خود ما و این گونه است که پس از وقوع هر حادثه مدت بسیار محدودی همه تلاشهای مسؤولین بیمارستان حادثه دیده به امر ایمنی و بهداشت واحد خود معطوف می‌شود و شتابزده به اقداماتی مبادرت می‌ورزند. ولی پس از مدتی که آثار حادثه محو گردید، مجدداً ملاحظات بهداشتی و ایمنی در حاشیه قرار می‌گیرد و این وضع تا وقوع حادثه بعدی ادامه می‌یابد و متأسفانه همان روند نامطلوب تکرار می‌شود. شاید به همین دلیل هیچگاه درصد این حوادث که تقریباً همگی از یک ریشه نشأت می‌گیرند، کاسته نمی‌شود. اگر مدیران و مسؤولان یک بیمارستان اعتقاد به رعایت موارد بهداشتی و ایمنی نداشته باشند، مبانی و اصول آن را نشانند و ضرورت رعایت ضوابط بهداشتی و ایمنی را تشخیص ندهند، باید انتظار بروز حوادث و سوانح گوناگون را داشت.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان از وضعیت بهداشتی در حد متوسطی برخوردار هستند. بنابراین، اقدامات جدی در این زمینه باید بکار گرفته شود. تشکیل و فعال سازی هرچه بیشتر کمیته‌های بهداشت و کنترل عفونت‌های بیمارستانی، بازرسی ادواری از بخش‌های مختلف بیمارستان، تهیه وسایل، تجهیزات و مواد بهداشتی و ایمنی، آموزش کارکنان در زمینه رعایت اصول بهداشتی به هنگام کار و افزایش انگیزه‌ی آنها در این زمینه، تدوین استانداردها و ضوابط بهداشتی و... منجر به کاهش زیانهای جانی و مالی ناشی از عدم رعایت ملاحظات بهداشتی و ایمنی خواهد شد.

بر طبق تحقیقی که در بین سالهای ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۵ در آمریکا در ۷۷ بیمارستان (۵۲ بیمارستان خصوصی و ۲۵ بیمارستان آموزشی) انجام شده است، در طول ۳ سال تعداد، ۱۰۸۸۵ جراحی که بیشترین آنها (۴۰ درصد) مربوط به جراحات ناشی از سرسوزن سرنگ، ۳۰ درصد مربوط به سوزن

آن در روز بعد جداً خودداری می‌شود. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) ترالی حمل غذا از جنس مناسب و بهداشتی و زنگ نزن و سروشیده می‌باشد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) مسؤول تغذیه بر شیوه توزیع غذا نظارت کافی دارد.

در ۶ بیمارستان (۵۴/۵ درصد) دیوارها و سقف رختشویخانه صاف و بدون درز و شکاف و به رنگ روشن می‌باشد. در ۷ بیمارستان (۶۳/۶ درصد) دیوارها و سقف رختشویخانه قابل شستشو می‌باشد. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) کف سالم و بدون ترک خوردگی می‌باشد. در ۴ بیمارستان (۳۶/۴ درصد) تهویه رختشویخانه مناسب می‌باشد. در ۸ بیمارستان (۷۲/۸ درصد) کارکنان از پوتین مخصوص استفاده می‌کنند. در ۵ بیمارستان (۴۵/۵ درصد) کارکنان رختشویخانه از دستکش استفاده می‌کنند. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) ترالی البسه‌ی کثیف و تمیز جداگانه می‌باشد. در ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) لباسهای بخش عفونی در لباسشویی جداگانه شسته می‌شود. در ۱۰ بیمارستان (۹۰/۹ درصد) محل البسه‌ی تمیز و کثیف از یکدیگر مجزا می‌باشد.

میانگین امتیاز وضعیت بهداشت بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان به ترتیب $3/04p0/29$ (متوسط) از ۵ امتیاز می‌باشد. وضعیت بهداشتی در یک بیمارستان (۹/۱ درصد) در حد ضعیف، ۹ بیمارستان (۸۱/۸ درصد) در حد متوسط و در یک بیمارستان (۹/۱ درصد) در حد خوب ارزیابی شده است. میانگین نمره رعایت اصول بهداشتی در بخشهای درمانی، تشخیصی و درمانی به ترتیب $3/74p0/21$ ، $3/42p0/98$ و $3/87p0/34$ از ۵ امتیاز بوده است. تفاوت بین وضعیت بهداشتی در بخشهای پشتیبانی، درمانی و تشخیصی بیمارستانهای دانشگاهی شهر اصفهان از لحاظ آماری (آزمون کراس کالوالیس) معنادار بوده است ($P < 0/05$). به عبارتی، شرایط بهداشتی در بخش‌های تشخیصی بیشتر از بخش‌های درمانی و پشتیبانی بوده است. بطور کلی شرایط بهداشتی در بخش‌های اتاق عمل، درمانگاه، استریل مرکزی ملزومات، آزمایشگاه و آشپزخانه بیشتر و در بخشهای بستری بیماران، توانبخشی، اورژانس، رادیولوژی و رختشویخانه کمتر رعایت شده است.

صادق است. از طرف دیگر، افرادی که بیشتر در معرض خطرات و حوادث شغلی می‌باشند، یعنی خود کارکنان ظاهراً خطراتی را که در مدت کار روزانه، با آن مواجه هستند تشخیص نمی‌دهند از طرفی غفلت و عدم استفاده از وسایل و تجهیزات ایمنی و بهداشتی فردی و نیز عدم رعایت موازین بهداشتی و ایمنی مؤید این واقعیت است. بنابراین در صورت عدم حساس‌سازی و اطلاع‌رسانی به مدیران و کارکنان در مورد رعایت اصول بهداشتی زیانهای جانبی و مالی فراوانی گریبانگیر بیمارستانها خواهد شد.

پیشنهادات

در جهت تحقق یافتن اصول بهداشتی در یک سازمان باید بهداشت را باور کرد و باور کردن آن زمانی میسر است که قبل از همه، مدیریت سازمان آن را بپذیرد. مدیران بیمارستانها باید نسبت به تدوین برنامه عملیاتی بهداشت بیمارستان اقدام نمایند و به کارکنان آموزش دهند که در محیط کاری ملاحظات بهداشتی را رعایت نمایند و محیط سالمی را برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران ایجاد نمایند. تدوین استانداردهای بهداشتی و آموزش اصول بهداشتی به کارکنان بهداشتی و درمانی که در معرض آسیبها و خطرات بالقوه می‌باشند، می‌تواند در این زمینه مفید واقع گردد. برنامه‌ی بهداشت بیمارستان باید توسط کارکنان بیمارستان در ابعاد مختلف مورد توجه قرار گیرد. هیچ گروهی از کارکنان از آموزش شغلی معاف و مستثنی نیستند، بیمارستان باید فعالیتهایی با عنوان مدیریت بهداشت داشته باشد تا کارکنان بدون ترس از آسیبهای شغلی به کار ادامه دهند.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۳/۲۰

بخیه و ۱۰ درصد مربوط به چاقوی جراحی بوده، گزارش شده است (۹). در پژوهشی که در سال ۱۹۸۶ بر روی ۱۴۷۳ پرستار و پزشک شاغل در دو بیمارستان صورت گرفت، ۳۳/۶ درصد افراد تماس با وسایل تیز و برنده را گزارش نمودند (۱۲). یکی از مشکلات عمده بیمارستانهای کشور مسأله مدیریت مواد زاید بیمارستانی به ویژه مواد زاید عفونی می‌باشد که جامعه و مردم را با خطرات بالقوه‌ای مواجه می‌سازد. جمع‌آوری صحیح و ایمن‌سازی مواد زاید در بیمارستان از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین، مدیران بیمارستانها باید به تدوین طرح مدیریت مواد زاید بیمارستان اقدام نمایند تا مواد زاید بیمارستانی به صورت ایمن تفکیک، جمع‌آوری و در نهایت دفع بهداشتی گردند. علاوه بر این، کارکنان بهداشتی و درمانی، به ویژه کادر خدماتی باید آموزشهای لازم را در زمینه شیوه دفع بهداشتی مواد زاید دریافت دارند.

در تحقیقی که بین سالهای ۱۹۸۸-۱۹۸۷ در ۴۲۲ بیمارستان انتخابی ایالات متحده انجام شد، نشان داده شده که بطور متوسط، در هر بیمارستان روزانه مقدار ۶/۹۳ کیلوگرم زباله عفونی تولید می‌شود که منجر به ایجاد عفونت خواهد شد (۱۳). به طور متوسط در هر بیمارستان روزانه حدود ۲/۵-۱/۵ کیلوگرم زباله به ازای هر تخت تولید می‌شود. از این مقدار زباله‌ی تولید شده تقریباً ۱۰ الی ۱۲ درصد، زباله‌های عفونی می‌باشد (۱۴).

باید این حقیقت را در نظر داشت که همه مدیران و کارفرمایان به وظایف اجتماعی و مسؤولیت‌های شغلی خود در تحقق بخشیدن اصول بهداشتی آشنایی کافی ندارند و از همه بدتر آنکه این امر در مدیران رده پایین تر و سرپرستان که مسؤولیت مستقیم نظارت بر کارکنان را برعهده دارند، نیز

منابع

- ۱ - مصدق راد، علی محمد. کلیات مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی. تهران: انتشارات دیباگران، ۱۳۸۱.
- 2- Sterling E, Sterling D. Air quality in hospitals and health care facilities: proceeding of the 3rd international conference on Indoor Air quality; 1984 Aug 20-24; Stockholm, Sweden.
- 3- Block S, Netherton J. Infectious hospital waste: their treatment and sanitary disposal, disinfection, sterilization and preservation. 2nd edition. Philadelphia: [s.n.]; 1977.
- 4- Weaver V, McDiarmid M, Guidera J. Occupational chemical exposure in an academic medical center. J Occupational Medicine 1993; 35(7):701-705.

- 5- Nosocomial Infection; Revised standards approved to prevent deadly healthcare-associated infections. *TB & Outbreak weekly* 2003; 51.
 - 6- DOH/DHCS, Hospital infection control: Guidance on the control of infection in hospital the hospital infection working group of department of health and public health laboratory service. London: [s.n.]; 1995.
 - 7- Tikhomirov E. world Health Organization Programme for the control of hospital infections. *Chemiotherapia* 1987;3: 148-151.
 - 8- Mayon R T. An Introduction survey of the prevalence of hospital aquired Infection. *J Hosp Infec* 1988;11 (supplement A): 43-48.
 - 9- Charney W. *Handbook of Modern Hospital Safety*. [s.l.]: Lewis Publishers; 1999, p.267.
 - 10- Centers for Disease Control; Gudlines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public safety workers. *MMWR* 1989;38(5-6): 1-37.
 - 11- Finch RG. Time for action on hepatitis B immunization. *Br Med J* 1987; 294:197-8.
 - 12- Jackson MM, Dechairo DC, Gardner DF. Perceptions and beliefs of nursing and medical personnel about needle-handling practices and needlestick injuries. *Am J Infect Control* 1986; 14:1-10.
 - 13- Pelleier K. *Healthy people in unhealthy places: stress and fitness at worl*. New York: Del publishing; 1985.
- ۱۴ - مصدق راد، علی محمد. درسنامه سازمان و مدیریت تخصصی بیمارستان (۲). تهران: انتشارات دیباگران، ۱۳۸۳.